

راهنمای کامل تغییرات

و نکات ضروری

DSM-5

مترجم و مؤلف:

مهدی گنجی

ویراستار:

دکتر حمزه گنجی



نشر ساوالان

سرشناسه	گنجی، مهدی. Ganji, Mehdi.
عنوان و نام پدیدآور	راهنمای کامل تغییرات و نکات ضروری DSM-5، ترجمه و تألیف مهدی گنجی؛ ویراستار دکتر حمزه گنجی.
مشخصات نشر	تهران: ساوالان، ۱۳۹۳.
مشخصات ظاهری	۱۰۶ ص
شابک	978-600-7432-01-3
وضعیت فهرست‌نویسی	فیا
یادداشت	عنوان انگلیسی: Essentials of DSM-5 Changes
موضوع	روان‌شناسی؛ اختلالات روانی؛ DSM-5
شناسه افزوده	گنجی، مهدی، مترجم، مؤلف
شناسه افزوده	گنجی، حمزه، ویراستار
رده‌بندی کنگره	۱۳۹۳، ۹ گ ۵ / R C ۴۷۳
رده‌بندی دیویی	۶۱۶/۸۹۰۷۵
شماره کتاب‌شناسی ملی	۳۵۰۴۵۱۲



نشر ساوالان

راهنمای کامل تغییرات و نکات ضروری DSM-5

مؤلف و مترجم: مهدی گنجی (کارشناسی زبان و ادبیات فرانسوی، کارشناسی ارشد زبان و ادبیات انگلیسی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی)؛
 ویراستار، دکتر حمزه گنجی
 ناشر: نشر ساوالان
 تایپ و صفحه‌آرایی: مهدی گنجی
 شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۴۳۲-۰۱-۳
 ISBN: 978-600-7432-01-3
 تعداد صفحات: ۱۰۶ (۷ + ۹۹) تیراژ: ۱۰۰ نسخه قیمت: ۶۰۰۰ تومان
 آدرس: روبروی دانشگاه تهران، پاساژ فروزنده، واحد ۲۱۴، نشر ساوالان؛ تلفن: ۶۶۹۵۱۹۴۳
 کدپستی: ۱۳۱۴۷۴۳۹۸۹ فکس: ۶۶۹۶۱۲۷۵
 www.savalane.com

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل ۱: معرفی DSM-5	۱
فصل ۲: اختلالات عصبی - رشدی	۱۱
فصل ۳: اختلال طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک	۱۸
فصل ۴: اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط با آنها	۲۲
فصل ۵: اختلالات افسردگی	۲۶
فصل ۶: اختلالات اضطرابی	۳۴
فصل ۷: اختلال وسواسی - اجباری و اختلالات مرتبط با آنها	۳۹
فصل ۸: اختلالات مرتبط با تروما و استرس	۴۷
فصل ۹: اختلالات گسستگی	۵۴
فصل ۱۰: اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلالات مرتبط	۵۷
فصل ۱۱: اختلالات خورد و خوراک	۶۳
فصل ۱۲: اختلالات دفعی	۷۰
فصل ۱۳: اختلالات خواب - بیداری	۷۱
فصل ۱۴: اختلالات جنسی	۷۲
فصل ۱۵: دیسفوریای جنسیتی	۷۴
فصل ۱۶: اختلالات اخلاص گرانه، کنترل - تکانه، و سلوک	۷۶
فصل ۱۷: اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد	۸۱

فصل ۱۸: اختلالات عصبی - شناختی.....	۸۹
فصل ۱۹: اختلالات شخصیت.....	۹۱
فصل ۲۰: اختلالات پارافیلیک.....	۹۲
فصل ۲۱: سایر اختلالات روانی.....	۹۵
فصل ۲۲: اختلالات حرکتی ناشی از دارو.....	۹۶
فصل ۲۳: سایر عارضه‌هایی که ممکن است کانون توجه بالینی باشند.....	۹۷
منابع.....	۹۸

معرفی DSM-5

در ماه می ۲۰۱۳ ویراست پنجم دستنامه تشخیصی و آماری انجمن روان پزشکی آمریکا^۱ (DSM5) به چاپ رسید. DSM-5 انجیل روان پزشکی و روان شناسی بالینی محسوب می شود و برای سایر رشته های روان شناسی، و حتی رشته هایی مثل مشاوره و راهنمایی نیز منبعی از اطلاعات مهم است. در ۶۰ سال گذشته، DSM، که توسط انجمن روان پزشکی آمریکا (APA) منتشر می شود، به مرجع استاندارد برای متخصصان بهداشت روانی در آمریکا تبدیل شده است. از طرف دیگر، سازمان بهداشت جهانی (WHO) نیز کتاب مرجعی به نام ICD^۲ (مخفف اول کلمات نام انگلیسی این دستنامه، به معنای طبقه بندی بین المللی اختلالات روانی) منتشر می کند که در بسیاری از کشورهای جهان مرجع اصلی متخصصان بهداشت روانی محسوب می شود. هم اکنون نسخه نهم ICD با تغییرات بالینی^۳ (با نام اختصاری ICD-CM-9) در آمریکا رایج است اما از اکتبر ۲۰۱۴ نسخه دهم (ICD-CM-10) جایگزین آن خواهد شد. DSM-5 کدهای هر دو ویراست را ارائه می دهد.

DSM-5 حاصل ده ها سال تحقیق درباره مغز، رفتار انسان، و ژنتیک است. هزاران محقق در بیش از ۱۶۰ گروه تحقیقاتی و عملیاتی به مدت بیش از ۱۲ سال به تحقیق، اندازه گیری، و اجرای میدانی معیارهای تشخیصی برای اختلالات روانی پرداختند. در دسامبر ۲۰۱۲، هیأت امنای انجمن روان پزشکی آمریکا آخرین تغییرات DSM-5 را تأیید کرد. اجازه دهید به بعضی تغییرات مهم نگاهی بیندازیم.

استفاده از سیستم غیرمحوری

سیستم چند محوری در DSM-IV با یک سیستم غیرمحوری در DSM-5 جایگزین شده است که محور I، محور II، و محور III را با همه دیگر اختلالات روانی و پزشکی را ترکیب می کند. این کار با

^۱ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

^۲ International Classification of Diseases (ICD)

^۳ clinical modifications (CM)

نحوه ثبت و رکورد بیماری‌های روانی در سازمان بهداشت جهانی (که همه دیانگنوزهای لازم برای ارائه تصویر بالینی^۱ را فهرست می‌کند) مطابقت دارد. دیانگنوز (تشخیص) اصلی دیانگنوزی است که نامش اول از همه در فهرست درج شده است و منعکس کننده یکی از این دو است: (۱) دلیل مراجعه درمانجو به متخصص بهداشت روانی؛ یا (۲) کانون تمرکز درمان (درمانگر باید کدام اختلال را مد نظر قرار دهد و برای کنترل یا درمان آن اقدام کند).

برای مثال، فردی که برای درمان افسردگی خفیف و مرتبط با اختلال دوقطبی وقت ملاقات می‌گیرد و در عین حال، معیارهای اختلال شخصیت مرزی را هم دارد، این گونه کدگذاری می‌شود:

296.51 اختلال دوقطبی I، خفیف، که آخرین اپیزود آن اپیزود افسردگی بوده است.

301.83 اختلال شخصیت مرزی

این نگارش نشان می‌دهد کانون تمرکز درمان اختلال دوقطبی خواهد بود (زیرا در صدر فهرست دو-ایتمی درج شده است).

برای پیروی از دستورالعمل‌های تثبیت شده WHO، سایر مشکلات یا عارضه‌هایی که ممکن است کانون توجه بالینی باشند طبق روال گذشته به همراه دیانگنوز اصلی درج خواهند شد، به دو دلیل: (۱) بر عواملی که بر دیانگنوز، پراگنوز^۲ (پیش‌آگهی)، یا درمان بیمار تأثیر می‌گذارند تأکید شود، یا (۲) این عارضه‌ها بهتر از هر عامل دیگری معرف یا نمایانگر مشکلات کنونی درمانجو (که به علت آنها به متخصصان بهداشت روانی مراجعه کرده است) هستند. فهرست این مشکلات روانی-اجتماعی و محیطی در DSM-5 با دو کد توسعه یافته است: کد V برای ICD-9 و کد Z برای ICD-10. اگر درمانجوی مثال بالا، به درمانگر بگوید که بعد از متارکه با همسر خود، افسردگی دوقطبی او شدت یافته است، کدگذاری او این گونه خواهد بود:

296.51 اختلال دوقطبی I، خفیف، که آخرین اپیزود آن اپیزود افسردگی بوده است.

301.83 اختلال شخصیت مرزی

V61.03 مختل شدن زندگی خانوادگی در اثر متارکه یا طلاق

مقیاس سنجش کلی عملکرد (محور V)^۳ نیز در DSM-5 حذف شده است. به جای آن، جدول

¹ clinical picture

² prognosis

³ The Global Assessment of Functioning scale (Axis V)

سنجش معلولیت سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHODAS) به عنوان ابزار سنجشی برای عملکرد، مورد استفاده قرار گرفته است. این ابزار مفید در بخش III کتاب DSM-5 ارائه شده است. تعداد دیگری از ابزارهای سنجشی در نسخه چاپی و نسخه آنلاین DSM-5 در سایت انجمن پزشکی آمریکا ارائه شده‌اند.

DSM-5 معتقد و مطمئن است که برای دیانگنوز (کشف) یک اختلال و اعلام ابتلای فرد به آن، به سیستم چند محوری نیازی نیست، هرچند بسیاری از شرکت‌های بیمه و سازمان‌های دولتی از این سیستم استفاده می‌کنند. حذف سیستم چند محوری باعث شده است DSM-5 با سیستم غیرمحوری WHO مطابقت بیشتری پیدا کند.

رویکرد ابعادی (پیوستاری) به دیانگنوز اختلالات روانی

DSM-IV بر پایه یک سیستم طبقاتی (مطلق) برای طبقه‌بندی اختلالات روانی قرار داشت که در آن، حضور یا عدم حضور یک سمپتوم مورد سنجش قرار می‌گرفت. این سیستم طبقه‌بندی معایب زیادی داشت زیرا بسیاری از اختلالات روانی موجودیت‌هایی مستقل و مجزا نیستند که به صورت شسته و رفته در یک طبقه‌بندی خاص قرار گیرند. نتیجه استفاده از سیستم طبقاتی این بود که روان‌شناسان با تعداد بسیار زیادی از اختلالات کاموربید (همبود، همانند، هم‌ابتلا، یا هر اصطلاح دیگری که خودتان دوست دارید) مواجه شوند، مرز بین اختلالات مبهم باشد، و درمانگران مجبور شوند به طور دایم به طبقه اختلالات NOS پناه ببرند. (NOS مخفف مشخص نشده به شیوه‌ای دیگر^۲ است).

DSM-5 یک رویکرد ابعادی به اختلالات روانی پیش می‌گیرد، و برای افزایش فایده بالینی^۳ (کاربرد بالینی، سودمندی بالینی، و سایر مترادف‌ها) و تقویت دقت تشخیص از سوی روان‌شناسان، سنجش‌های ابعادی و متقاطع^۴ ارائه می‌دهد.

در بسیاری موارد، اختلالات مجزا اصلاً مجزا نیستند، بلکه عارضه‌هایی مرتبط به هم هستند که روی یک پیوستار رفتار قرار دارند. در این وضعیت، بعضی عارضه‌ها سمپتوم‌های خفیف را نشان می‌دهند و بعضی دیگر بسیار شدیدتر هستند. برای مثال، اختلالات دوقطبی را به صورت یک پیوستار در نظر بگیرید. درمانجویان ممکن است با مجموعه سمپتوم‌هایی به درمانگران مراجعه کنند که از خفیف (سیکلوتیمیا) شروع می‌شوند، از متوسط (دوقطبی II) عبور می‌کنند، و به شدیدتر (دوقطبی I) ختم می‌شوند. DSM-5 برای بسیاری از اختلالات هنوز از سیستم طبقاتی

¹ WHO-Disability Assessment Schedule (WHODAS)

² not otherwise specified (NOS)

³ clinical utility

⁴ dimensional and cross-cutting assessments

(مطلق) استفاده می‌کند اما برای بسیاری دیگر، از جمله سوءمصرف مواد، اوتیسم، و اسکیزوفرنی، رویکرد طیفی را به کار می‌برد (توجه داشته باشید که رویکرد پیوستاری (continuum)، ابعادی (dimensional)، و طیفی (spectrum) مترادف هستند). استفاده از رویکرد طیفی به روان‌شناسان اجازه می‌دهد اختلالات روانی را روی یک پیوستار شدت در نظر بگیرند.

در DSM-5 از اسپسیفایرها نیز در مورد تعداد زیادی از اختلالات استفاده می‌شود تا دیانوز تقویت شود (اختلال روانی فرد با جزئیات بیشتری ثبت و رکورد شود) و کاربرد یا فایده بالینی (clinical utility) افزایش یابد. در مورد بعضی اختلالات روانی که برایشان اسپسیفایر ارایه شده است، این اسپسیفایرها در مورد سمپتوم‌های کنونی بیماری به کار می‌روند، و فقط زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند که همه معیارهای لازم (حداقل معیارها) برای اختلال مورد نظر برآورده شده باشند. انواع مختلف اسپسیفایرها در DSM-5 عبارتند از:

- اسپسیفایر مسیر (خط سیر) (مثلاً، در بهبود جزئی)
- اسپسیفایر شدت (مثلاً، خفیف، متوسط، شدید)
- اسپسیفایر فراوانی (مثلاً، دو بار در هفته)
- اسپسیفایر مدت (مثلاً، به مدت حداقل ۶ ماه)
- اسپسیفایر ویژگی‌های توصیفی (مثلاً، با بینش ضعیف)

توجه داشته باشید که specifier در لغت به معنای specify کننده است. فعل to specify به معنای ابراز کردن با جزئیات بیشتر، تصریح، و در نتیجه، مشخص‌تر کردن است. این اصطلاح در متون روان‌شناسی فارسی معادلات زیادی دیده است. هر کدام را می‌خواهید انتخاب کنید.

سنجش ابعادی و سنجش متقاطع

سنجش ابعادی

همانطور که در بالا اشاره کردیم، کاموربیدیتی افراطی، مناقشه بر سر مرز اختلالات، و استفاده افراطی از طبقات NOS، باعث بروز مشکلاتی شده بود. به همین دلیل، نویسندگان DSM-5 به این فکر افتادند که شاید بهتر باشد اختلالات روانی را به صورت بُدهایی در نظر بگیرند که در سراسر چند منحنی توزیع پیوسته وجود دارند. به جای رویکرد دوقطبی “بله - نه” در مدل طبقاتی (categorical model)، رویکرد ابعادی یا بُعدی (dimensional approach) از سه یا چند ارزش نظم‌یافته (مقیاس‌های درجه‌بندی) استفاده می‌کند تا شدت (severity)، قدرت (intensity)، فراوانی (frequency)، مدت (duration)، یا سایر ویژگی‌های مشخصه بعضی طبقات DSM-5 را اندازه‌گیری کند. برای مثال، شدت یک سمپتوم را می‌توان با استفاده از یک مقیاس درجه‌بندی ۴ یا ۵ درجه‌ای

اندازه‌گیری کرد. اصطلاح dimensional احتمالاً اصطلاح چندان مناسبی نیست و شاید بهتر باشد که از اصطلاح ordinal (ترتیبی) استفاده شود. برای بعضی پدیده‌ها، از جمله بعضی اختلالات روانی، که به طور پیوسته (بدون قطع شدگی) توزیع شده‌اند و مرزهای مشخص ندارند، سیستم ابعادی از سیستم طبقاتی بهتر عمل می‌کند. (توضیح اصطلاح cardinal از حوصله این کتاب و احتمالاً، مترجم آن خارج است).

یک مثال از سنجش ابعادی برای DSM-5، استفاده از پرسشنامه PHQ-9^۱ (پرسشنامه سلامت بیمار) برای اختلال افسردگی عمده است. PHQ-9 یک مقیاس خود-سنجی نه آیتمی (نه سئوالی) است که نه سمپتوم اپیزود افسردگی عمده را می‌سنجد. این پرسشنامه شدت (severity) سمپتوم‌ها را در طول یک دوره ۲ هفته‌ای می‌سنجد و برای این کار از یک مقیاس ۴ درجه‌ای استفاده می‌کند: ۰ = اصلاً، ۱ = چند روز، ۲ = بیش از نیمی از روزها (هشت روز و بیشتر)، و ۳ = تقریباً هر روز. از درمانجو سؤال می‌شود: "در دو هفته گذشته، موارد زیر چند بار شما را ناراحت کرده‌اند؟" هر آیتم با سمپتوم‌های افسردگی مرتبط است (مثلاً، "علاقه یا لذت اندک در انجام دادن کارهای مختلف"، "احساس روحیه نداشتن، افسرده بودن، یا نومیدی"، و "دشواری در به خواب رفتن یا ادامه دادن به خواب"). این مقیاس حداکثر ۲۷ نمره دارد، اما نمرات تعیین‌شده ۵، ۱۰، ۱۵، و ۲۰، به ترتیب، نشان‌دهنده افسردگی خفیف، متوسط، نسبتاً شدید، و شدید هستند.

توجه داشته باشید که DSM-5 رویکرد طبقاتی را کنار نمی‌گذارد، اما به بعضی دیاگنوزها توصیفاتی ابعادی اضافه می‌کند تا مکمل آن طبقات باشند. به این ترتیب، سیستم طبقاتی به قوت خود باقی می‌ماند. هدف اصلی از اضافه کردن سنجش ابعادی به عنوان مکمل به دیاگنوزهای طبقاتی این بوده است که فایده یا کاربرد بالینی و علمی DSM-5 افزایش پیدا کند، و در نتیجه، اطلاعاتی اضافی در اختیار روان‌درمانگران قرار گیرد تا کیفیت سنجش، برنامه‌ریزی برای درمان، و نظارت بر درمان، بالا رود. (توجه: اصطلاح کاربرد (فایده) بالینی را در کتاب آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5 توضیح داده‌ایم).

سنجش متقاطع

علاوه بر سنجش‌های ابعادی، که هر یک مختص به یکی از اختلالات روانی هستند، در DSM-5 از سنجش‌های متقاطع نیز استفاده می‌شود. سنجش‌های متقاطع مختص به هیچ اختلال خاصی نیستند، و در عوض، سمپتوم‌های بسیار مهمی را که در تقریباً همه درمانجویان مشترک هستند ارزیابی می‌کنند. این سنجش‌ها cross-cutting (متقاطع، یا به قول فرهنگستان زبان، تراگشتی) نامیده می‌شوند زیرا از مرزهای همه اختلالات روانی عبور می‌کنند (مرزها را قطع می‌کنند) و

^۱ Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

سمپتوم‌هایی را نشان می‌دهند که به طور رایج در مطب‌ها و بیمارستان‌ها مشاهده می‌شوند و فرقی نمی‌کند دیانوز نهایی بیمار (این که سرانجام مبتلا به کدام اختلال روانی اعلام خواهد شد) چیست. (برای درک بهتر اصطلاح متقاطع، خطی را در نظر بگیرید که چند خط موازی یا غیر موازی با هم را قطع کرده است. در نقطه تقاطع این خطوط متقاطع، چند نقطه تقاطع داریم که نقاط مشترک این چند خط محسوب می‌شوند). سنجش‌های متقاطع در دو مرحله اجرا می‌شوند: (۱) به هنگام ارزیابی اولیه درمانجو به منظور تثبیت یک خط پایه (baseline)، و (۲) در ویزیت‌های فالوآپ به منظور نظارت بر پیشرفت درمان.

سنجش متقاطع از از دو سطح یا Level تشکیل شده است. سنجش‌های Level 1 از مقیاس‌های خود-سنجی (خود-گزارشی) تشکیل شده‌اند که زمینه‌های بالینی مهمی مثل خلق افسرده، اضطراب، ریسک خودکشی، اختلال خواب، و مصرف مواد را ارزیابی می‌کنند. این سنجش‌ها برای غربالگری حضور ۱۸ زمینه سمپتومی، و برای کودکان و بزرگسالان، طراحی شده‌اند. برای مثال، سنجش Level 1 برای بزرگسالان از درمانجویان می‌پرسد، "در دو هفته گذشته، موارد زیر تا چه اندازه شما را ناراحت کرده‌اند؟" آیتم‌های نمونه عبارتند از: "علاقه یا لذت اندک در انجام دادن کارهای مختلف" (سمپتوم‌های افسردگی)؛ "احساس عصبیت، اضطراب، ترس، وحشت، تحریک‌پذیری شدید" (اضطراب)؛ و "مشکلاتی در خوابیدن که کیفیت کلی خواب شما را پایین آورده است" (مشکل خواب). درمانجویان آیتم‌ها را روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از 0 (هیچکدام-اصلاً) تا 4 (شدید، تقریباً هر روز) درجه‌بندی می‌کنند.

اگر یکی از زمینه‌ها در Level 1 از لحاظ بالینی مهم درجه‌بندی شود، خودِ درمانگر مقیاس فالوآپ Level 2 را تکمیل می‌کند تا اطلاعات دقیق‌تر و همراه با جزئیات بیشتری را درباره سمپتوم‌هایی که در Level 1 رتبه‌بندی شده‌اند ارائه دهد. برای مثال، اگر بعد از سنجش Level 1، مشخص شود که افسردگی فرد از لحاظ بالینی مهم محسوب می‌شود، درمانگر سنجش Level 2 برای "رنج هیجانی-افسردگی" را تکمیل می‌کند. این سنجش از ۸ آیتم تشکیل شده است و از یک مقیاس ۵ درجه‌ای (1=هرگز، 5=همیشه) استفاده می‌کند تا بعضی سمپتوم‌های افسردگی مثل احساس بی‌ارزشی، درماندگی، و نومیدی را ارزیابی کند.

استفاده از طبقه‌بندی دیگر اختلالات مشخص و نامشخص

در DSM-5، دو گزینه برای طبقه‌بندی "نامشخص به شیوه‌ای دیگر"^۱ در اختیار درمانگران قرار داده شده است: "دیگر اختلال مشخص" و "دیگر اختلال نامشخص". این دو طبقه‌بندی زمانی می‌توانند به کار روند که معیارهای کامل برای یک اختلال برآورده نشده‌اند.

¹ "Not Otherwise Specified" (NOS) category

۱. دیگر اختلال مشخص^۱ (یا دیگر اختلال مشخص شده، تعیین شده، معین) درمانگر را قادر می‌سازد تا سمپتوم‌هایی را که از لحاظ بالینی مهم محسوب می‌شوند اما معیارهای کامل برای یک اختلال روانی را برآورده نمی‌کنند شناسایی، و دلیل این موضوع را که چرا معیارهای تشخیصی برای هیچیک از اختلالات روانی برآورده نشده‌اند اعلام کند. برای مثال، اختلالی به نام دیگر اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط^۲ به چهار شیوه مختلف می‌تواند دیاگنوز شود: (۱) افرادی با سابقه اختلال افسردگی عمده که اکنون همه معیارهای لازم برای هیپومانیا را دارند بجز معیار مدت (معیار مدت برای هیپومانیا می‌گوید که عارضه فرد باید حداقل چهار روز پشت سر هم روی داده باشد)؛ (۲) افرادی که معیار مدت هیپومانیا در آنها صدق می‌کند اما تعداد سمپتوم‌های هیپومانیا کمتر از آن است که همه معیارهای لازم برای اختلال دوقطبی برآورده شده باشند؛ (۳) حضور یک اپیزود هیپومانیا بدون هرگونه سابقه اختلال افسردگی عمده؛ و (۴) سیکلوتیمیای کوتاه-مدت (کمتر از ۲۴ ماه) که در آن، هیپومانیا و سمپتوم‌های افسردگی اکثر روزها حضور دارند اما همه معیارهای لازم برای اختلال افسردگی عمده، مانیا، هیپومانیا، یا یکی از اختلال سایکوتیک (پسیکوتیک) را برآورده نمی‌کنند. (معیار مدت برای کودکان و نوجوانان به کمتر از ۱۲ ماه تقلیل یافته است). در حضور این مجموعه از سمپتوم‌ها، دیاگنوز فرد عبارت خواهد بود از: دیگر اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط با آن مشخص.^۳ (توجه: تکرار بعضی زیرنویس‌ها در صفحات مختلف و حتی در یک صفحه، عمدی است).
۲. اختلال نامشخص^۴ (نامعین، تعیین نشده، مشخص نشده). اگر سمپتوم‌های درمانجو از لحاظ بالینی مهم محسوب شوند اما معیارهای کامل برای یک اختلال را برآورده نکنند، درمانگر تصمیم بگیرد که دلیل این موضوع را که چرا معیارها برآورده نشده‌اند اعلام نکند (مثلاً، اطلاعات کافی در اختیار ندارد و مطمئن نیست که در بخش اورژانس بیمارستان چه اتفاقی ممکن است روی دهد)، دیاگنوز "نامشخص" (unspecified) اعلام خواهد شد. در مثال بالا، دیاگنوز فرد این گونه ثبت خواهد شد: "اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط با آن نامشخص".^۵

¹ other specified disorder

² other specified bipolar and related disorder

³ other specified bipolar and related disorder

⁴ unspecified disorder

⁵ "unspecified bipolar and related disorder."

این دو گزینه برای همه اختلالات قابل به کار گیری هستند و به درمانگران اجازه می‌دهد تا در دو مورد انعطاف‌پذیری بیشتری در دیاگنوز کردن داشته باشد: (۱) مواقعی که رنج (دیسترس) درمانجو از لحاظ بالینی مهم (معنادار) است اما درمانجو همه معیارهای لازم یک اختلال روانی را برآورده نمی‌کند، یا (۲) درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل برآورده نشدن همه معیارها را اعلام نکند (زیرا اطلاعات کافی در اختیار ندارد).

رویکرد رشدی و رویکرد لایف‌تایم

DSM-5 یک ساختار رشدی جدید برای اختلالات روانی ارائه داده است که اختلالات روانی را، بر اساس میزان ارتباط آنها با یکدیگر و شباهت‌هایشان در ویژگی‌های اصلی، به ۲۰ قسمت تقسیم می‌کند. به این ترتیب، اختلالاتی که برای اولین بار در کودکی دیاگنوز می‌شوند دیگر در یک فصل مجزا قرار ندارند، بلکه در کل اختلالات روانی توزیع شده‌اند. برای مثال، ترومای کودکی (childhood trauma) به یک فصل جدید درباره تروما و اختلالات مرتبط با آن منتقل شده است، اختلال طیف اوتیسم اکنون در بین اختلالات عصبی-رشدی قرار گرفته است، و اختلال نافرمانی-چالش‌گری (ODD) و اختلال سلوک (CD) اختلالات اصلی یک طبقه‌بندی جدید به نام اختلالات اخلاص‌گرانه، کنترل‌تکانه، و سلوک را تشکیل می‌دهند.

بعضی اختلالات آشنا در سایر قسمت‌ها ادغام شده‌اند یا به طور کامل حذف شده‌اند. برای مثال، اختلال آسیب‌رگر در یک دیاگنوز وسیع‌تر به نام اختلال طیف اوتیسم ادغام گشته است. اختلال سازگاری در یک طبقه‌بندی جدید به نام اختلالات مرتبط با تروما و استرس قرار گرفته است. در عین حال، بعضی اختلالات صرفاً تغییر نام داده‌اند (مثلاً، اختلال تبدیلی^۱ اکنون اختلال تبدیلی (اختلال سمپتوم نورولوژیک عملکردی)^۲ نامیده می‌شود (یعنی، نام قدیمی به اضافه یک نام جدید در پرانتز، که با هم یک نام جدید می‌سازند)، هرچند DSM-5 هنوز بیشتر از نام قبلی استفاده می‌کند تا نام جدید). این تغییرات و سایر تغییرات در فصل دوم این کتاب بیشتر توضیح داده شده‌اند.

هر جا که امکان داشته است، فصل‌های DSM-5 طوری تنظیم و سازمان‌دهی شده‌اند تا با فرایند رشدی در سراسر طول عمر مطابقت داشته باشند (رویکرد لایف‌تایم، تمام عمری، عمری، یا هر مترادف دیگری که دوست دارید). این سازمان‌بندی از اختلالات عصبی-رشدی (عارضه‌هایی که در کودکی ایجاد می‌شوند، مثل اختلال طیف اوتیسم) شروع می‌شوند و به اختلالات عصبی-شناختی (نوروکونیتیو) که در اواخر زندگی ایجاد می‌شوند (مثلاً، آلزایمر) ختم می‌شوند. فصل‌های بین این دو طبقه اختلالات معمولاً در نوجوانی و جوانی ظاهر می‌شوند.

¹ conversion disorder

² Functional Neurological Symptom Disorder

اصطلاح لایفتایم lifetime در ایران عجیب جا افتاده است. مخصوصاً در مورد وسایل کامپیوتری. فکر نمی‌کنیم تا کنون این اصطلاح را نشنیده باشید، ولی اگر چنین است، کافی است برای خرید یک فلش مموری سری به فروشگاه‌های معمولی بزنید و با انواع فلش‌هایی که لایفتایم گارانتی دارند مواجه شوید. فقط حواستان باشد اگر فلش مورد پسندتان ساخت چین است، حتماً و حتماً به قول فروشنده‌ها، تحت یکی از لایسنس برندهای مطرح باشد!



اختلالات روانی، همچنین، بعد از طبقه‌بندی مجدد، در خوشه‌ها (کلاسترها، clusters)یی بر اساس عوامل درونی‌سازی و برونی‌سازی قرار گرفته‌اند. اختلالات درونی‌سازی^۱ اختلالاتی هستند که در آنها اضطراب، افسردگی، و سمپتوم‌های سوماتیک در تصویر بالینی درمانجو غالب (شایع) هستند. عوامل رایج‌تر و غالب‌تر در اختلالات برونی‌سازی^۲ عبارتند از مشکلاتی در سلوک، کنترل تکانه، و مصرف مواد.

این رویکرد رشدی و تمام عمری (لایفتایم) در داخل خود فصل‌های DSM-5 نیز مشاهده می‌شود. همانطور که قبلاً ذکر کردیم، اختلالاتی که اولین بار در کودکی دیاگنوز می‌شدند (DSM IV) اکنون در اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی، اختلالات دوقطبی، و اختلالات مرتبط با تروما؛ اسکیزوفرنی؛ و اختلالات خورد و خوراک ادغام شده‌اند. به عنوان بخشی از رویکرد رشدی و تمام عمری DSM-5، هر اختلال، در مواقع مناسب و بجا، شامل معیارهای تشخیصی و اسپسیفایرهایی است که با شروع اختلال و ظهور سمپتوم‌ها در کودکی مرتبط هستند.

دو اختلال جدید در DSM-5 بین شناسایی سمپتوم‌ها در کودکی و دیاگنوز کردن یک اختلال تمام عیار در مراحل بعدی زندگی، مثل یک پُل رشدی (developmental bridge) عمل می‌کنند. اختلال نامنظمی خلقی اخلاص‌گرانه (DMDD) (که در قسمت اختلالات افسردگی درباره آن صحبت خواهیم کرد) روی نامنظمی هیجانی افراطی (بی‌نظمی و آشفتگی شدید در سیستم تنظیم هیجان‌ها) بین سنین ۶ تا ۱۷ سالگی تمرکز می‌کند اما فرض بر این قرار ندارد که همین اختلال ممکن است با شدت بیشتری در بزرگسالی روی دهد. اختلال دیگر، سندروم سایکوز خفیف‌شده^۳ (APS) است. APS به سمپتوم‌های زیرآستانه‌ای سندرومی سایکوز^۴، که ممکن است در نوجوانی یا جوانی روی دهند و می‌توانند مقدمه یک اختلال سایکوتیک تمام عیار باشند، تعلق دارد (توجه

^۱ internalizing disorders

^۲ externalizing disorders

^۳ attenuated psychotic syndrome (APS)

^۴ subsyndromal symptoms of psychosis

داشته باشید که APS جزو اختلالات اصلی DSM-5 نیست، و در بخش III کتاب DSM-5 توضیح داده شده است).

ملاحظات فرهنگی و جنسیتی

یکی از نقاط قوت DSM-5 دربرگیری ملاحظات جنسیتی و فرهنگی، در سراسر کتاب و در مواقع مناسب، است. DSM-5 این موضوع را همیشه در نظر می‌گیرد که سمپتوم‌های درمانجویان ممکن است تحت تأثیر جنسیت، فرهنگ، نژاد، قومیت، مذهب، و زادگاه جغرافیایی آنان قرار گیرد. بعضی از معیارهای تشخیصی طوری تغییر یافته‌اند تا نسبت به جنسیت و فرهنگ حساس‌تر باشند و سمپتوم‌های آنها واریاسیون‌های مختلفی یافته‌اند. برای مثال، اختلال اضطراب اجتماعی اکنون شامل ترس در مورد آزردن خاطر کردن دیگران نیز می‌شود، ترسی که در بعضی فرهنگ‌های آسیای دور، مثل ژاپن، که به ناراحت نکردن دیگران بسیار اهمیت می‌دهند، مشاهده می‌شود. قسمت Appendix (ضمیمه) در انتهای کتاب DSM-5 شامل بعضی تعاریف فرهنگی، مثال‌ها، و توضیحات فرهنگی است تا به روان‌درمانگران آمریکایی کمک شود تا بدانند بعضی مراجعان آنها از فرهنگ‌های مختلف ممکن است سمپتوم‌های خود را چگونه نشان دهند. برای خوانندگان DSM-5، در صفحه ۷۵۰ این کتاب، یک راهنمای جامع برای نحوه فرمولبندی مصاحبه فرهنگی ارائه شده است. این ابزار مصاحبه‌ای وسیله‌ای بسیار کارآمد است و درمانگران به کمک آن می‌توانند سنجش‌های متمرکز بر شخص (شخص-محور) انجام دهند که در آنها، درباره پس زمینه فرهنگی، نژاد، قومیت، مذهب، یا خاستگاه جغرافیایی (زاده و بزرگ‌شده کجا بودن) سؤالاتی می‌شود. همه اطلاعات مرتبط با جنسیت و مفاهیم فرهنگی به کار رفته در DSM-5 با این نیت نوشته و بازبینی شده‌اند تا کیفیت فرایند تشخیص و درمان برای افرادی از همه پس زمینه‌ها افزایش یابد.

¹ person-centred assessments

DSM-5 به جای فصل قدیمی "اختلالاتی که در کودکی برای اولین بار دیاگنوز می‌شوند"، یک فصل جدید ارائه داده است: اختلالات نوروکوگنیتیو (عصبی - شناختی).^۱ این اختلالات اولین بار در دوران کودکی ظاهر می‌شوند، که معمولاً قبل از رفتن کودک به مدرسه است. نقص‌های ناشی از این اختلالات باعث ایجاد مشکلاتی در عملکرد شخصی، اجتماعی، و تحصیلی می‌شوند. بعضی اختلالات مجزا و مستقل هستند (مثلاً، اختلال یادگیری خاص) و بعضی اختلالات نقص‌ها یا تأخیرات فراگیر را شامل می‌شوند (مثلاً، اختلالات طیف اوتیسم). به فصل اختلالات عصبی - رشدی چند اختلال جدید اضافه شده است، و در بعضی عارضه‌های از قبل موجود، تغییراتی داده شده است.

معلولیت ذهنی (اختلال رشدی ذهنی)، با نام قبلی عقب ماندگی ذهنی

عقب ماندگی ذهنی به اختلال رشدی ذهنی^۲ (IDD) در DSM-5 تغییر نام داده است تا منعکس‌کننده تغییراتی در قوانین فدرال آمریکا باشد. طبق این قوانین، اصطلاح mental disability (معلولیت یا کم‌توانی ذهنی) باید جایگزین mental retardation (عقب ماندگی ذهنی) شود. اختلال رشدی ذهنی یعنی یک اختلال ذهنی که در دوران رشد (کودکی و نوجوانی) روی می‌دهد. معیارها برای IDD تغییر کرده‌اند، و افراد مبتلا به IDD (معلولیت ذهنی) از این پس صرفاً بر اساس هوشبهر (IQ) طبقه‌بندی نمی‌شوند، هرچند IQ آنها باید حداقل دو انحراف استاندارد کمتر از میانگین باشد (۷۰ یا کمتر).

ویژگی اصلی معلولیت ذهنی یا IDD عبارت است از نقص‌هایی در توانایی‌های شناختی (مثلاً، حل مساله، برنامه ریزی، استدلال، و قضاوت)، و عملکرد سازگارانه. معیارهای تشخیصی هم بر

^۱ neurodevelopmental disorders

^۲ Intellectual Development Disorder (IDD)

اهمیت توانایی‌های شناختی و هم بر عملکرد شناختی تأکید دارند. سطح شدت معلولیت ذهنی (خفیف، متوسط، شدید، یا عمیق) توسط توانایی فرد برای دستیابی به استانداردهای رشدی و اجتماعی- فرهنگی برای استقلال و مسئولیت اجتماعی تعیین می‌گردد نه توسط نمره هوشبهر. برای کمک به تعیین دیاگنوز، یک جدول درباره سطوح شدت IDD (خفیف، متوسط، شدید، یا عمیق) در سه زمینه متفاوت (مفهومی، اجتماعی، و عملی) در صفحه ۳۴ تا ۳۶ کتاب DSM-5 درج شده است.

بین اختلالات عصبی- رشدی کاموربیدیتی زیادی وجود دارد. برای مثال، کودکانی که در اثر قرار گرفتن جنین در معرض الکل مبتلا به اختلال عصبی- رشدی به دنیا می‌آیند معمولاً به معلولیت ذهنی خفیف مبتلا هستند. (توجه: اختلال عصبی رشدی PAE مخفف کلمات زیر^۱ است و جایگزین نام قدیمی سندروم جنین الکلیزه شده است).

اگر شدت سطح مشکل ذهنی را نتوان به طور دقیق اندازه‌گیری کرد، فرد مبتلا به تأخیر رشدی کلی^۲ (عمومی، فراگیر) دیاگنوز خواهد شد. این دیاگنوز محدود به کودکان زیر ۵ سال است. اگر درجه معلولیت ذهنی را نتوان تعیین کرد، دیاگنوز فرد عبارت خواهد بود از معلولیت ذهنی نامشخص^۳ (نامعین، تعیین نشده، مشخص نشده).

اختلالات ارتباطی

اختلالات ارتباطی^۴ در کودکی شروع می‌شوند و معمولاً خط سیر ثابت دارند، و احتمال نقص عملکردی در سراسر طول عمر وجود دارد. در اکثر موارد، عملکردهای مختل شده عبارتند از گفتار، زبان، و ارتباط اجتماعی. معیارهای برای اختلالات ارتباطی در DSM-5 یکسان باقی مانده‌اند، به استثنای اختلال زبان، که اختلال زبان بیانی^۵ و اختلال زبان مخلوط (میکس)- بیانی^۶ را از DSM-IV ترکیب کرده و از آنها یک اختلال ساخته است، و اضافه شدن اختلال ارتباط اجتماعی (پراگماتیک)، که بعداً توضیح خواهیم داد. به طور کلی، DSM-5 شامل اختلالات ارتباطی زیر است:

¹ neurodevelopmental- prenatal alcohol exposure (ND -PAE; formerly fetal alcohol syndrome)

² global developmental delay

³ unspecified intellectual disability

⁴ communication disorders

⁵ expressive language disorder

⁶ mixed-expressive language disorder

- زبان
- اختلال آواهای گفتاری (اختلال فونولوژیک سابق)
- اختلال سیالی کلامی با شروع در کودکی (لکنت)
- اختلال ارتباط اجتماعی (پراگماتیک)
- اختلال ارتباط نامشخص

اختلال ارتباط اجتماعی (پراگماتیک)^۱ یک عارضه جدید است. (در زبان شناسی، pragmatics به معنای منظور رسانی است). کودکانی که مبتلا به این اختلال دیانوز می‌شوند در استفاده کردن از مهارت‌های ارتباط کلامی و غیرکلامی برای رساندن منظور خود به دیگران نقص‌هایی دارند، از جمله:

- نمی‌توانند از فرایند ابراز افکار و احساسات برای ارتباط برقرار کردن با دیگران به طرز صحیح استفاده کنند
- روش ابراز افکار و احساسات را با الزامات موقعیتی مطابقت نمی‌دهند (مثلاً، حرف زدن به طور متفاوت در کتابخانه و در خانه)
- اصول و قواعد برای صحبت کردن را درک نمی‌کنند (مثلاً، استفاده از سیگنال‌های غیرکلامی برای نظم دادن به فرایند تعامل با دیگران. مثلاً، کودک نمی‌داند که در جمع، وقتی چند نفر در حال صحبت کردن با هم هستند، وقتی گوینده به طرف یکی از افراد به طور مستقیم نگاه می‌کند، منظورش این است که ”حالا نوبت شماست که صحبت کنید“. انسان‌ها به این نوع سیگنال‌های غیرکلامی متکی هستند تا بدانند چه زمانی باید حرف بزنند و چه زمانی باید ساکت باشند. توجه داشته باشید که افراد عادی نیز معمولاً از این نوع سیگنال‌ها آگاهی هشیار ندارند، اما به طور ناخودآگاه آنها را درک می‌کنند. مثلاً، کسی که تا این لحظه مشغول حرف زدن بود و اکنون به دیگری نگاه می‌کند ممکن است خودش متوجه نشود که منظورش این است که نوبت شماست که حرف بزنید. طرف مقابل نیز ممکن است به طور آگاهانه متوجه نشود که معنای این نگاه مستقیم سپردن رشته کلام به اوست، اما به طور ناخودآگاه متوجه می‌شود که اکنون اجازه دارد حرف بزند).
- اگر حرفی به طور آشکار و صریح گفته نشود، قادر نیستند آن را استنباط کنند یا به دشواری معنی آن را متوجه می‌شوند.

¹ social (pragmatic) communication disorder

اگر رفتارها، علایق، و فعالیت‌های تکراری و محدود^۱، که به اختصار RRBها نامیده می‌شوند) حضور داشته باشند، نمی‌توان فرد را مبتلا به اختلال ارتباط اجتماعی دیاگنوز کرد. بعضی از کودکانی که، طبق معیارهای DSM-IV، مبتلا به اختلال رشدی فراگیر- نامشخص به شیوه‌ای دیگر^۲ (PDD-NOS) دیاگنوز شده بودند، اکنون ممکن است معیارهای لازم برای اختلال ارتباط اجتماعی در DSM-5 را داشته باشند. همچنین، کودکانی که فقط معیارهای ارتباط اجتماعی برای ASD (اختلال طیف اوتیسم) را دارند، اما سایر معیارها را ندارند، ممکن است برای مبتلا اعلام شدن به این اختلال در نظر گرفته شوند.

اختلال طیف اوتیسم

DSM-5 چهار اختلال را در یک طبقه‌بندی وسیع به نام اختلال طیف اوتیسم^۳ ادغام کرده است. اوتیسم (اختلال اوتیستیک)، اختلال آسپرگر، اختلال تجزیه کودکی، و PDD-NOS ترکیب شده‌اند و یک طبقه واحد تشکیل داده‌اند زیرا نویسندگان DSM-5 به این نتیجه رسیدند که پایایی (ثبات، reliability) تفکیک این گروه‌ها از هم بسیار ضعیف است، و تحقیقات به اندازه کافی وجود ندارد که تکه داشتن آنها به صورت اختلالاتی مجزا و متمایز را ساپورت کند. معیارهای تشخیصی جدید به منظور بهبود بخشیدن به پایایی و کاهش پیچیدگی دیاگنوز مطرح شده‌اند (مثلاً، DSM-5 ۱۱ روش متفاوت برای برآورده کردن معیارها را مطرح می‌کند، در حالی که DSM-IV، طبق گزارش‌ها، ۲۰۲۷ روش را دربرمی‌گرفت).

ویژگی‌های اصلی معیارهای تشخیصی جدید برای اختلال طیف اوتیسم عبارتند از:

- نقص‌هایی در ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی، در زمینه‌های متعدد، از جمله:
 - نقص‌هایی در تعاملات اجتماعی (مثلاً، عدم تقابل در گفتگو)^۴
 - مشکلاتی در مهارت‌های ارتباطی غیرکلامی (مثلاً، عدم تماس چشمی، عدم زبان بدن)
 - مشکلاتی در درک روابط^۵ (مثلاً، ایجاد، حفظ، و درک ریزه‌کاری‌ها در تعامل اجتماعی، مثل معنای خمیازه، از پنجره نگاهی به بیرون انداختن، یا یک نگاه نگران)

¹ restricted repetitive behaviors, interests, and activities (RRBs)

² pervasive developmental disorder— not otherwise specified (PDD-NOS)

³ autism spectrum disorder (ASD)

⁴ lack of reciprocity in conversation

⁵ difficulty understanding relationships

رفتارها، علایق، و فعالیت‌های تکراری و محدود (RRBها)، مثل:

- حرکات جسمی تکراری (کوبیدن سر به دیوار یا میز (head banging)، بال بال زدن (مثل پرندگان، (flapping))، یا تکان خوردن مثل گهواره (rocking))
- رفتارهای مراسمی^۱ (کلامی و غیرکلامی)
- علایق غیرعادی قوی به اشیای غیرعادی یا پشتکار (غرق شدن در انجام دادن یک کار و متوقف نکردن آن تا پایان)
- افزایش حساسیت به محرک‌های حسی (باد (wind)، درد، صدا، بو، لمس)

سطح شدت برای اختلال طیف اوتیسم روی یک پیوستار تعیین شده است، و درجه نقص برای مشکلات موجود در ارتباط اجتماعی و برای RRBها به طور جداگانه در نظر گرفته می‌شود. DSM5 سه سطح شدت برای اختلال طیف اوتیسم مطرح کرده است.

- سطح ۱: نیازمند به حمایت
- سطح ۲: نیازمند به حمایت زیاد
- سطح ۳: نیازمند به حمایت بسیار زیاد

طبق این رویکرد ابعادی جدید به دیانوز، بعضی افرادی که روی طیف اوتیسم قرار دارند سمپتوم‌های خفیف نشان می‌دهند، در حالی که بعضی دیگر سمپتوم‌های بسیار شدیدتر دارند (که درمانگر، با درج Level 3 (سطح ۳) این موضوع را نشان می‌دهد). این سه سطح را عیناً از کتاب DSM-5 ترجمه کرده‌ایم و علاقه‌مندان می‌توانند آن را در صفحه ۱۸۱ کتاب روان‌شناسی کودکان استثنایی بر اساس DSM-5، ترجمه و تالیف مهدی گنجی، ویراستاری دکتر حمزه گنجی، مطالعه نمایند.

یک مثال از نحوه کدگذاری یک کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم:

[F84.0] 299.00 اختلال طیف اوتیسم، نیازمند حمایت زیاد برای نقص‌هایی در ارتباط اجتماعی و نیازمند حمایت برای رفتارهای تکراری و محدود، بدون نقص ذهنی همراه، بدون نقص زبان^۲

^۱ ritualized behavior

^۲ 299.00 [F84.0] Autism Spectrum Disorder, requiring substantial support for deficits in social communication and requiring support for restricted repetitive behaviors, without accompanying intellectual impairment, without language impairment.

تشخیص افتراقی برای اختلال طیف اوتیسم سندروم رت را منتفی می‌کند. سندروم رت^۱ ممکن است در بعضی از سمپتوم‌های اختلال طیف اوتیسم با آن مشترک باشد، اما نه در همه آنها. اگر RRB‌های حضور نداشته باشند، به جای اختلال طیف اوتیسم، اختلال ارتباط اجتماعی دیانوز خواهد شد.

اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی (ADHD)

در معیارهای DSM-5 برای ADHD، موضوع تفاوت‌های سمپتومیک برای کودکان و بزرگسالان، که در سراسر طول عمر افراد ممکن است روی دهند، در نظر گرفته شده است. بیست سال تحقیق و مطالعه نشان می‌دهد که بسیاری از بزرگسالان سمپتوم‌های ADHD دارند، حتی با این که ممکن است در کودکی مبتلا به ADHD دیانوز نشده باشند. معیارهای DSM-5 برای بزرگسالان با معیارهای آن برای کودکان و نوجوانان تا اندازه‌ای متفاوت است، برای مثال، حداقل معیارها برای دیانوز کردن ADHD در بزرگسالان پنج معیار است، در حالی که برای کودکان و نوجوانان، حداقل تعداد معیارها، شش است. معیار شروع سمپتوم‌ها در قبل از ۷ سالگی تغییر یافته است و DSM-5 اکنون می‌گوید که پنج سمپتوم مرتبط با تکانشگری، بی‌توجهی، یا بیش‌فعالی باید قبل از ۱۲ سالگی حضور داشته باشند. در DSM-5 مثال‌هایی از اختلال ADHD در بزرگسالان ارائه شده است. همچنین، الزام شده است که در هر ستینگ (محیط، شرایط محیطی، مکان)، چند سمپتوم مختلف باید مشاهده شود. هجده سمپتوم ارائه شده و الزام شده است که حداقل شش سمپتوم یا در بی‌توجهی یا در بیش‌فعالی/تکانشگری باید مشاهده شود تا بتوان فرد را مبتلا به ADHD دیانوز کرد. تغییرات دیگر شامل موارد زیر هستند:

- انواع فرعی (subtypes) اختلال ADHD اکنون به اسپسیفایرها (specifiers) تبدیل شده‌اند.
- دیانوز همزمان (کاموربید) اختلال ADHD به همراه اختلال طیف اوتیسم اکنون مجاز است (فرد را می‌توان همزمان مبتلا به ADHD و ASD اعلام کرد)
- حداقل سمپتوم‌ها برای دیانوز ADHD در بزرگسالان پنج سمپتوم، و برای کودکان و نوجوانان شش سمپتوم تعیین شده است.

نرخ شیوع ADHD در بزرگسالان 4.4% است. یک مطالعه طولی جدید که در ژورنال *Pediatrics* به چاپ رسیده است، مشاهده کرده است که 30% بزرگسالانی که در کودکی مبتلا به

¹ Rett syndrome

ADHD دیاگنوز شده بودند، در ۲۷ سالگی نیز مبتلا به ADHD بودند. بعضی مطالعات نرخ شیوع را تا 50% دانسته‌اند. علاوه بر آن، نرخ خودکشی برای بزرگسالانی که در کودکی ADHD داشتند پنج برابر بیشتر از کسانی است که در کودکی به ADHD مبتلا نبودند. یکی از گزینه‌های موجود برای درمان ADHD بزرگسالان، در صورتی که سمپتوم‌ها متوسط تا شدید باشند، شناخت درمانی به همراه دارو درمانی است.

اختلال یادگیری خاص

DSM-5 معیارهای DSM-IV را وسعت می‌دهد تا اختلالات مستقل و مجزایی را پوشش دهد که یک یا چند مهارت تحصیلی را محدود می‌سازند: زبان شفاهی، خواندن، زبان کتبی، یا ریاضیات. برای هر اختلال، سطح شدت (خفیف، متوسط، یا شدید) باید ذکر شود (specify شود).

اختلالات حرکتی

اختلال هماهنگی رشدی^۱ (اختلال هماهنگی حرکتی رشدی)، اختلال حرکت کلیشه‌ای^۲، و اختلالات تیک^۳ همگی تحت لوای اختلالات حرکتی^۴ در DSM-5 قرار گرفته‌اند. اسپسیفایرهای کدگذاری شده برای هر نوع اختلال، به همراه معیارهای دیاگنوستیک، نرخ‌های شیوع، و تشخیص افتراقی، در کتاب DSM-5 درج گشته‌اند. معیارهای تیک برای همه اختلالات مندرج در فصل اختلالات عصبی-شناختی استاندارد شده‌اند. اختلال حرکت استریوتیپیک (کلیشه‌ای) به طور واضح‌تری از اختلالات رفتار تکراری متمرکز بر بدن^۵ تفکیک شده است. اختلالات رفتار تکراری متمرکز بر بدن در فصل اختلالات وسواسی-اجباری در DSM-5 درج شده است.

اکنون از اختلالات عصبی-رشدی به یک فصل جدید در DSM-5 به نام اختلال طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات پسیکوتیک (سایکوتیک) می‌رویم.

¹ developmental coordination disorder

² stereotypic movement disorder

³ tic disorders

⁴ motor disorders

⁵ body-focused repetitive behavior disorders

DSM-5 یک رویکرد طیفی (ابعادی) به اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک (پسیکوتیک) پیش می‌گیرد و همه این اختلالات را توسط حضور یک یا چند زمینه زیر تعریف می‌کند: (۱) دیلوژن‌ها، (۲) هالوسینیشن‌ها، (۳) تفکر (یا گفتار) نامنظم، (۴) رفتار نامنظم یا نابهنجار، و (۵) سمپتوم‌های منفی.

توجه داشته باشید که، همانطور که در کتاب آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5 گفته‌ایم، delusion به معنای تفکر غلط ولی راسخ، hallucination به معنای ادراک حسی در غیاب محرک بیرونی، illusion به معنای ادراک حسی در حضور محرک بیرونی، و delirium به معنای حرف‌های چرند و پرند است. پیشکسوتان روان‌شناسی ایران این چند اصطلاح را به موارد مختلف و گاهی ضد و نقیض ترجمه کرده‌اند. در این کتاب، عین اصطلاحات را به کار می‌بریم تا خوانندگان طبق سلیقه خود یا یادگیری‌های قبلی و غیرقابل تغییر، هر مترادفی را که دوست دارند به کار ببرند. برای مثال، اگر یاد گرفته و عادت کرده‌اید که hallucination را هذیان بدانید، و ده هزار عنوان کتاب مملو از دلایل و شواهد علمی قادر نیست در accommodation شما (به قول پیاژه) تغییر به وجود آورد، در سراسر این کتاب، کتاب آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5، کتاب تشخیص افتراقی اختلالات روانی DSM-5، کتاب روان‌شناسی کودکان استثنایی بر اساس DSM-5، خلاصه روان‌پزشکی کاپلان بر اساس DSM-5، و سایر کتاب‌هایی که در آینده خواهیم نوشت، هر جا با hallucination مواجه شدید به جای آن هذیان قرار دهید.

درمانجویان بر اساس تعداد و درجه نقص‌ها روی این طیف قرار داده و دیاگنوز می‌شوند. در یک سوی نهایی این طیف (پیوستار) اختلال شخصیت اسکیزوتایپال قرار دارد که مشخصه اصلی آن سمپتوم‌های عجیب و غریب هستند ولی رابطه فرد با واقعیت قطع نشده است، و در نقطه انتهایی دیگر آن، اسکیزوفرنی قرار دارد که در آن، دیلوژن‌ها و هالوسینیشن‌ها غالب و فراوان هستند. حضور یا عدم حضور سمپتوم‌های خلقی به همراه سمپتوم‌های سایکوز بر دیاگنوز تأثیر می‌گذارد و از لحاظ مسیر (خط سیر) و ملاحظات درمانی، ارزش پراگنوزی (پیش‌آگهی) (prognostic value) دارد.

تغییر مکان این اختلالات (آمدن به فصل دوم کتاب) و قرار گرفتن آنها نزدیک به ابتدای کتاب DSM-5 نشان می‌دهد که بین این اختلالات و اختلالات عصبی-رشدی (فصل اول در DSM-5) رابطه‌ای قوی وجود دارد و احتمال این که بین اختلالات سایکوتیک یک لینک ژنتیک وجود داشته باشد زیاد است. خوانندگان باید از بعضی تغییرات کوچک که روی دیاگنوز اختلالات سایکوتیک در طیف اسکیزوفرنی تأثیر می‌گذارند اطلاع داشته باشند، هرچند توصیه‌های درمانی تغییری نکرده‌اند.

اختلال (شخصیت) اسکیزوتایپال^۱

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، که قرار گرفته در قسمت ملایم طیف اسکیزوفرنی محسوب می‌شود، در این فصل از DSM-5 درج شده است، هرچند معیارها و متن توضیحی آن در فصل مربوط اختلالات شخصیت تکرار شده‌اند. از DSM-IV تا DSM-5، در معیارهای اختلال شخصیت اسکیزوتایپال هیچ تغییری داده نشده است.

اختلال دیلوژنال

آشکارترین مشخصه این اختلال، حضور یک دیلوژن (باور غلط اما راسخ) بدون هرگونه نقص شدید در زمینه‌های عملکردی است. در واقع، افراد مبتلا به اختلال دیلوژنال ممکن است از لحاظ ظاهر و رفتار افرادی عادی به نظر برسند، اما فقط تا وقتی که شروع به حرف زدن درباره افکار دیلوژنی خود می‌کنند. در DSM-5، عبارت "به همراه محتوای عجیب و غریب"^۲ اکنون یک اسپسیفایر برای مسیر (خط سیر) است، و معیار قدیمی، که می‌گفت دیلوژن‌ها باید غیرعجیب (nonbizarre) باشند حذف شده است. در DSM-5 چند معیار حذفی^۳ (مستثنی‌کننده، مستثنی‌ساز، سلبی) جدید اضافه شده‌اند که به تشخیص افتراقی اختلال دیلوژنال کمک می‌کنند. این معیارها می‌گویند که سمپتوم‌های درمانجو نباید توسط عارضه‌هایی مثل اختلال وسواسی-اجباری یا اختلال بادی دیسمورفیک به همراه عدم بینش / باورهای دیلوژنال^۴ بهتر توضیح داده شوند. اختلال دیلوژنال مشترک^۵ از DSM-5 حذف شده است. اگر دیاگنوز فرد معیارهای لازم برای اختلال دیلوژنال را برآورده کند، می‌توان گفت دیاگنوز انجام شده است. اگر معیارها برای اختلال دیلوژنال برآورده نشده باشند اما باورهای مشترک حضور داشته باشند، دیاگنوز فرد عبارت خواهد بود از دیگر

^۱ schizotypal (personality) disorder

^۲ "with bizarre content"

^۳ exclusion criteria

^۴ conditions such as an obsessive-compulsive disorder or body dysmorphic disorder with absent insight/ delusional beliefs.

^۵ shared delusional disorder

اختلال طیف اسکیزوفرنی و دیگر اختلال سایکوتیک نامشخص^۱.

اختلال سایکوتیک کوتاه و اختلال اسکیزوفرنی فرم

شروع ناگهانی سمپتوم‌های سایکوتیک و بازگشت فرد به حالت عادی در عرض یک ماه، اختلال سایکوتیک کوتاه محسوب می‌شود. اگر این اختلال به مدت ۱ ماه یا بیشتر ادامه یابد، باید یکی دیگر از اختلالات سایکوتیک، مثلاً اختلال اسکیزوفرنی فرم یا اختلال دیلوژنال را در نظر گرفت. هر دوی این اختلالات معیارهای تشخیصی مشترک دارند و تنها وجه تفاوت آنها، به طور کلی، مدت آنهاست.

اسکیزوفرنی

دو تغییر عمده در معیارهای اسکیزوفرنی روی داده است. اولین تغییر حذف دو سمپتوم در معیار A است زیرا پایایی ضعیف (poor reliability) داشتند و دقیقاً مشخص نبودند (nonspecificity) (مثلاً، دیلوژن‌های عجیب و غریب و هالوسینیشن‌های شنیداری رتبه-اول اشنایداری^۲). در عوض، DSM-5 اکنون الزام می‌کند که ۲ سمپتوم از معیار A برای دیانگنوز اسکیزوفرنی باید حضور داشته باشند. علاوه بر آن، فرد باید حداقل یکی از سمپتوم‌های مثبت اصلی را داشته باشد: دیلوژن‌ها، هالوسینیشن‌ها، یا گفتار نامنظم.

انواع فرعی اسکیزوفرنی نیز حذف شده‌اند. دیگر لزومی ندارد که انواع فرعی پارانوئید، نامنظم، تفکیک‌نشده (افتراق داده نشده) و باقیمانده، یا کاتاتونیک از هم متمایز گردند. علت حذف آنها این بوده است که آنها ثبات، پایایی، و روایی (اعتبار) دیانگنوستیک^۳ به اندازه کافی نداشتند، و نمی‌توانستند پاسخ فرد به درمان یا خط سیر طولی^۴ را پیش‌بینی کنند. در عوض، DSM-5 یک رویکرد ابعادی به اسکیزوفرنی ارائه می‌دهد و درمانگران اجازه می‌یابند شدت سمپتوم‌های اصلی را درجه‌بندی کنند و رفتار درمانجو را روی یک پیوستار قرار دهند (به مقیاس درجه‌بندی در صفحات ۷۴۲ تا ۷۴۴ در کتاب DSM-5 مراجعه نمایید).

یک نکته درباره سندروم سایکوز خفیف شده^۵: یک واقعیت مسلم این است که دیانگنوز به موقع و درمان زودهنگام سمپتوم‌های سایکوز باعث بهتر شدن پراگنوز بلند-مدت^۶ می‌شوند. نویسندگان

¹ other specified schizophrenia spectrum and other psychotic disorder

² ... e.g., bizarre delusions and Schneiderian first-rank auditory hallucinations).

³ diagnostic stability, reliability, and validity

⁴ treatment response or longitudinal course

⁵ Attenuated Psychosis Syndrome

⁶ long-term prognosis

DSM-5 در نظر داشتند اختلال سایکوز خفیف شده را در کتاب درج کنند تا به این ترتیب، شناسایی هرچه زودتر این اختلال تشویق شود. اما، فواید اضافه کردن اختلالی شبیه به این باید با بعضی دیگر ملاحظات روی یک ترازو قرار گیرند. مثلاً، درمان زود هنگام ممکن است تاثیرات منفی داشته باشد، مثل استیگما (انگ، داغ، بدنامی) یا تجویز افراطی داروهای آنتی سایکوتیک از سوی روان پزشکان.

اختلال اسکیزوافکتیو

این اختلال به مدت طولانی پلی محسوب می شد بین یک اختلال دوقطبی (یا یک اختلال خلقی) و اسکیزوفرنی، زیرا افراد مبتلا به آن هم سمپتوم های افسردگی یا مانیا و هم سمپتوم های سایکوتیک دارند. این سمپتوم ها ممکن است به طور همزمان روی دهند یا در طول ابتلای فرد، در زمانی مختلف ظاهر شوند. DSM-5 اکنون به اختلال اسکیزوافکتیو به صورت طولی^۱ (در طول مسیر و مدت اختلال) نگاه می کند، و روشن می سازد که، بعد از برآورده شدن معیار A برای اسکیزوفرنی، (مثلاً، سمپتوم های منفی، دیلوژن ها، و هالوسینیشن ها)، یک اختلال خلقی باید در "اکثر مواقع"^۲ حضور داشته باشد. این معیار جدید برای DSM-5 باید توانایی درمانگر برای تشخیص افتراقی صحیح را افزایش دهد (در تشخیص افتراقی، درمانگر با به طور صحیح اسکیزوفرنی یا یک اختلال دوقطبی (یا یک اختلال افسردگی) را منتفی کند و به دیانوز اختلال اسکیزوفرنی دست یابد).

کاتاتونیا

با این که کاتاتونیا دیگر یکی از انواع فرعی اسکیزوفرنی نیست، DSM-5 کاتاتونیا را به سه روش هنوز به کار می برد: (۱) به عنوان یک اسپسیفایر برای همه اختلالات سایکوتیک، دوقطبی، یا افسردگی؛ (۲) به عنوان یک دیانوز جداگانه در قالب (کانتکست) یک عارضه پزشکی دیگر^۳؛ و (۳) به عنوان یک اختلال نامشخص دیگر^۴. معیارهای آن با معیارهای DSM-IV تفاوتی نکرده اند. یک تفاوت عمده در DSM-5 این است که در همه قالب ها (کانتکست ها) حضور سه سمپتوم کاتاتونیک از کل ۱۲ سمپتوم ممکن الزامی است (مثلاً، انعطاف پذیری مومی، نگاتیویسم، پوسچرینگ، عدم پاسخ، تشویش، شکلک درآوردن، حرکات تکراری، کاتالپسی، و استوپر نیمه-کما)).

¹ DSM-5 now looks at schizoaffective disorder longitudinally, across the course and duration of the disorder

² "most of the time"

³ as a separate diagnosis in the context of another medical condition

⁴ another unspecified disorder

اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط با آنها

تشخیص و درمان اختلالات خلقی در DSM-5 اندکی ظریفتر و دقیقتر شده است زیرا این اختلالات به دو فصل مجزا تقسیم گشته‌اند: یک فصل دربارهٔ اختلالات دوقطبی (دوقطبی I، دوقطبی II) و اختلالات مرتبط با آنها (اختلال سیکلوتیمیک، و چهار اختلال جدید) و یک فصل دربارهٔ اختلالات افسردگی. اختلال نامنظمی خلقی اختلال گرانه (DMDD) یک دیاگنوز جدید برای کودکان زیر ۱۸ سال است که هیجان‌ها و رفتارهایشان به شدت از نظم خارج است. این اختلال در فصل اختلالات افسردگی توضیح داده شده است زیرا اکثر کودکان مبتلا به این پروفایل سمپتومی بعدها هرگز به اختلال دوقطبی مبتلا نخواهند شد. در عوض، آنها با احتمال زیادتر، در بزرگسالی به یک اختلال افسردگی یا یک اختلال اضطرابی مبتلا خواهند گشت.

اختلال دوقطبی I، دوقطبی II، و سیکلوتیمیا

DSM-5 شش صفحه به اسپسیفایرهای مسیر^۱ (خط سیر) برای اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط با آنها اختصاص داده است. بسیاری از اسپسیفایرها همان‌هایی هستند که در DSM-IV بودند (مثلاً، "به همراه چرخهٔ سریع"، "با الگوی فصلی").^۲ در اختلالات دوقطبی در DSM-5 اسپسیفایرهایی جدیدی درج شده‌اند دیاگنوز زودتر و دقیق‌تر انجام گیرد. برای تقویت شدن دیاگنوز مانیا، معیار تغییراتی در "سطح فعالیت و انرژی"^۳ (علاوه بر تغییراتی در خلق) اضافه شده است. یک اسپسیفایر جدید به نام "به همراه ویژگی‌های میکس"^۴ جایگزین معیار قدیمی اپیزود میکس^۵ در DSM-IV شده است. این اسپسیفایر، در صورت حضور ویژگی‌های مانیا یا هیپومانیا، می‌تواند در مورد اپیزودهای افسردگی عمده (در اختلال افسردگی عمده (MDD) یا اختلالات دوقطبی) به کار رود. همچنین، در صورت حضور ویژگی‌های افسردگی، می‌توان آن را در مورد

^۱ course specifiers

^۲ "with rapid cycling," "with seasonal pattern")

^۳ "activity and energy level"

^۴ "with mixed feature"

^۵ mixed episode

هیپومانیا یا مانیا به کار برد. تفاوت در اینجاست که "اپیزود میکس" (مخلوط) در DSM-IV الزام می‌کند که فرد همه معیارهای لازم هم برای مانیا و هم برای اپیزود افسردگی عمده را به طور همزمان داشته باشد. این شرط اکنون وجود ندارد.

سایر اختلالات دوقطبی

علاوه بر اختلال دوقطبی I، اختلال دوقطبی II، و سیکلوتیمیا، واریاسیون‌های زیادی از اختلال دوقطبی وجود دارد. اختلال دوقطبی NOS، که در DSM-IV به طور فراوان دیاگنوز می‌شد، با چهار اختلال زیر در DSM-5 جایگزین شده است تا نوع مناسب اختلال دوقطبی که فرد به آن مبتلاست دقیقاً مشخص (specify) شود. این چهار اختلال جدید عبارتند از:

- اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط ناشی از ماده/دارو^۱
- اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر^۲
- دیگر اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط مشخص^۳
- اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط نامشخص^۴

لازم به یادآوری است که، در کودکان، دیاگنوز اختلال نامنظمی خلقی اخلاص‌گراانه (که بعداً توضیح خواهیم داد) معمولاً مناسب‌تر و بجای از دیاگنوز اختلال دوقطبی است.

اگر شواهد نشان دهند که سمپتوم‌های اختلال دوقطبی در طول، یا اندکی بعد از، مسمومیت با ماده یا پرهیز از مصرف ماده، یا بعد از قرار گرفتن فرد در معرض ماده‌ای که به تولید سمپتوم‌های اختلال دوقطبی معروف است، روی داده است، دیاگنوز صحیح عبارت خواهد بود از اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط ناشی از ماده/دارو. در چنین مواقعی، درمانگر ماده مصرفی یا ماده وارد شده به بدن را یادداشت می‌کند، و در کنار آن، یک اسپسیفایر را، که نشان می‌دهد شروع مشکل در طول مسمومیت یا در طول پرهیز از مصرف ماده بوده است، قید می‌کند. مثلاً، چنین می‌نویسد:

substance/ medication-induced bipolar and related disorder, cocaine, onset during withdrawal.

اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط ناشی از ماده/ دارو، مرتبط با کوکائین، با شروع به هنگام پرهیز.

اگر سمپتوم‌های مانیک، هیپومانیک، یا میکس به صورت نتیجه مستقیم مشکلات فیزیولوژیک ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر، باشند، دیاگنوز صحیح عبارت خواهد بود از اختلال دوقطبی و

¹ substance/ medication-induced bipolar and related disorder

² bipolar and related disorder due to another medical condition

³ other specified bipolar and related disorder

⁴ unspecified bipolar and related disorder

اختلال مرتبط ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر. بعضی عارضه‌های پزشکی که بیشتر از همه با یکی از اختلالات دوقطبی ربط داده می‌شوند عبارتند از بیماری کوشینگ، هایپرتیروئیدیسم، لوپس، ام‌اس، سکته مغزی، و آسیب مغزی تروماتیک.^۱

دیگر اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط مشخص و اختلال دوقطبی و اختلال مرتبط نامشخص به مواردی اشاره دارند که درمانجو سمپتوم‌های اختلال دوقطبی را دارد اما این سمپتوم‌ها معیارهای کامل اختلال دوقطبی را برآورده نمی‌کنند، با این حال، درمانجو در زمینه اجتماعی، شغلی، و سایر زمینه‌های عملکردی مشکل دارد و از این موضوع رنج می‌برد. دلیل نامشخص اعلام کردن این است که اطلاعات به اندازه کافی موجود نیستند، یا درمانگر ممکن است تصمیم بگیرد علت برآورده نشدن معیارها را اعلام (specify) نکند.

اسپسیفایر دیسترس اضطرابی

یک اسپسیفایر جدید به نام anxious distress (دیسترس، رنج، استرس اضطراب‌آمیز) به DSM-5 افزوده شده است و باید در همه اختلالات خلقی، از جمله اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط در نظر گرفته شود. دیسترس اضطرابی به اشخاصی اشاره دارد که سمپتوم‌های اضطراب آنها فراتر از معیارهای تشخیصی DSM-5 برای یک اپیزود خلقی (مانیک، هیپومانیک، یا افسرده) می‌روند. در ادامه مطلب، اسپسیفایر دیسترس اضطرابی را که قابل به کار بردن در مورد اختلالات دوقطبی و اختلالات افسردگی است، توصیف می‌کنیم.

برای این که اضطراب فرد اسپسیفایر دیسترس اضطرابی محسوب شود، حضور حداقل دو سمپتوم از سمپتوم‌های اضطرابی زیر باید در طی اپیزود کنونی مانیا، هیپومانیا، یا افسردگی (یا در آخرین اپیزودی که فرد داشته است) قطعی شده باشد:

- تنش یا احساس عصبی بودن کردن
- بی‌قراری (آرامش نداشتن) در اکثر مواقع
- دلهره و نگرانی درباره وقوع یک رویداد وحشتناک
- ترس درباره از دست دادن کنترل خود
- ناتوانی در تمرکز حواس داشتن به دلیل نگرانی

¹ Cushing's disease, hyperthyroidism, lupus, multiple sclerosis, stroke, and traumatic brain injury

در مورد دیسترس اضطرابی، سطح شدت باید مورد سنجش قرار گیرد. سطوح شدت برای دیسترس اضطرابی عبارتند از: خفیف (دو سمپتوم)، متوسط (سه سمپتوم)، متوسط-شدید (چهار یا پنج سمپتوم)، یا شدید (چهار یا پنج سمپتوم به همراه تشویش حرکتی (پرتحرکی)). تحقیقات فراوان نشان می‌دهند که حضور اضطراب در کنار افسردگی می‌تواند فرد را بی‌ثبات کند و ممکن است ریسک خودکشی را افزایش دهد، باعث شود بیماری مدت بیشتری طول بکشد، یا بیمار به درمان پاسخ مناسب ندهد. بنابراین، اسپسیفایر دیسترس اضطرابی باید به طور دقیق و صحیح سنجیده شود، و همچنین، ریسک فاکتورها (عوامل خطر) خودکشی، از جمله برنامه‌های بالقوه برای خودکشی، افکار انتحاری، یا سابقه خودکشی در افرادی که سطوح متوسط تا خفیف از دیسترس اضطرابی نشان می‌دهند، باید مورد ارزیابی قرار گیرد. به هنگام دیاگنوز اختلال افسردگی عمده (فصل بعد)، نیز سنجش خودکشی باید در نظر گرفته شود.

به فصل اختلالات افسردگی در DSM-5 دو اختلال جدید اضافه شده است: (۱) اختلال دیسفوریای پیش از قاعدگی، و (۲) اختلال نامنظمی خلقی اخلاص گرانه (DMDD)، که مختص کودکانی است که به شدت تحریک پذیر هستند و نمی توانند به هیجانات خود نظم دهند (هیجانات آنها بی نظم هستند). افسردگی به شیوه ای جدید مفهوم پردازی شده است. دیستیمیا با اختلال افسردگی عمده مزمن^۱ ادغام شده است و اختلال جدید اکنون اختلال افسردگی دایم^۲ نامیده می شود. تغییر جدید دیگر در DSM-5، حذف شدن معیار مستثنی سازی سوگ^۳ (ماتم، عزا) از دیاگنوز اختلال افسردگی عمده است.

اختلال نامنظمی خلقی اخلاص گرانه

مشخصه اصلی اختلال نامنظمی خلقی اخلاص گرانه^۴، که به تازگی به DSM-5 اضافه شده است و کودکان بالاتر از ۶ سال را شامل می شود، عبارت است از انفجارهای خشم به همراه تحریک پذیری دایم که با موقعیتی که فرد در آن قرار گرفته است یا با محرک جرقه زننده خشم اصلاً تناسب ندارد.

هدف از معرفی این اختلال این بوده است که کودکان مبتلا به DMDD از کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی با شروع در کودکی^۵ تفکیک شوند. به طور کلی، تحقیقات نشان نداده اند که اکثر کودکانی که مبتلا به اختلال دوقطبی دیاگنوز می شوند و برای آن تحت درمان قرار می گیرند، در بزرگسالی به اختلال دوقطبی مبتلا خواهند شد. برعکس، مطالعات طولی نشان می دهند که اکثر کودکانی که به خاطر تحریک پذیری شدید و رفتار اخلاص گرانه تحت درمان قرار می گیرند، در جوانی و اوایل بزرگسالی به اختلال افسردگی یک قطبی یا اختلالات اضطرابی مبتلا خواهند شد. در واقع،

^۱ chronic major depressive disorder

^۲ persistent depressive disorder

^۳ bereavement exclusion criterion

^۴ disruptive mood dysregulation disorder (DMDD)

^۵ childhood-onset bipolar disorder

اختلال دوقطبی در کمتر از 1% کودکانی که هنوز به بلوغ نرسیده‌اند روی می‌دهد. چون تا کنون تعداد تحقیقات و مطالعات انجام شده دربارهٔ تأثیر داروهای سایکوتروپیک^۱ روی مغز کودکان (که هنوز کاملاً رشد نکرده است) بسیار اندک است، هدف از شناسایی این اختلال کاستن از تعداد تجویز این گونه داروها برای کودکان بوده است.

سمپتوم‌های DMDD شامل موارد زیر هستند:

- انفجارهای خشم مزمن و شدید، پرخاشگری کلامی، یا طوفان‌های هیجانی که با موقعیت یا محرک جرقه زننده بی‌تناسب هستند.
- انفجارهای خشم به طور متوسط سه بار یا بیشتر در هفته روی می‌دهند.
- در یک دوره ۱۲ ماهه یا بیشتر روی می‌دهند.
- متعاقب از بین رفتن عوامل استرس‌زا، یا در بین اپیزودهای انفجار خشم، تحریک‌پذیری دایمی فرد هنوز وجود دارد و برای دیگران (مثلاً، دوستان، اعضای خانواده، معلمان) قابل مشاهده است.
- تحریک‌پذیری فرد در حداقل دو محیط از سه محیط (خانه، مدرسه، و جمع دوستان) مشاهده می‌شود و سطح آن در حداقل یک محیط از این سه محیط شدید است.
- افراد زیر ۶ سال و بالاتر از ۱۸ سال را نمی‌توان مبتلا به این اختلال دیاگنوز کرد.
- بررسی سوابق فرد نشان می‌دهد که این سمپتوم‌ها در قبل از ۱۰ سالگی حضور داشته‌اند.
- فرد هرگز مبتلا به مانیا یا خلق سرخوش^۲ که بیشتر از ۱ روز طول کشیده باشد دیاگنوز نشده است.
- رفتارها در نتیجه یک اختلال افسردگی عمده یا دیگر اختلالات روانی، مثل اختلالات اضطرابی، اختلال افسردگی دایم، یا اختلال PTSD روی نمی‌دهند.
- یک اختلال دوقطبی، یک اختلال مصرف ماده، یک عارضه پزشکی یا یک عارضه نورولوژیک نمی‌تواند علت بهتری برای این اختلال باشد.

DMDD یک اختلال شدید است. حدود 50% کودکانی که این سمپتوم‌ها را نشان می‌دهند تا یک سال بعد از معاینهٔ اول هنوز تحریک‌پذیری مزمن خواهند داشت. این اختلال به اندازهٔ کافی شدید است تا بتواند در روابط میان فردی با اعضای خانواده و دوستان اختلال ایجاد کند، و مشکلاتی به وجود آورد که حفظ دوستی‌ها و روابط را مشکل می‌سازند. رفتارهای خطرناک مثل پرخاشگری، تلاش برای خودکشی، و خود-آسیب رسانی رایج هستند، و بسیاری مواقع تصمیم به بستری کردن

^۱ psychotropic medications

^۲ euphoric mood

فرد گرفته می‌شود. حضور اختلالات کم‌روبی نیز فراوانی زیادی دارد، بنا بر این، برای تفکیک DMDD از اختلال دوقطبی با شروع در کودکی، اختلال نافرمانی-چالش‌گری (ODD)، ADHD و اختلال انفجار خشم متناوب (IED)، باید یک سنجش دقیق به عمل آید. اختلال ODD بیشتر از هر اختلالی با DMDD کم‌روبی است. اختلال انفجار خشم متناوب، که معیار مدت آن ۳ ماه است، ولی در بین ایزودها فرد در وضعیت عادی قرار دارد، نباید به طور کم‌روبی با DMDD، که معیار مدت آن ۱۲ ماه است و در طول این دوازده ماه به طور دائم حضور دارد، دیانگوز شود. این رفتار باید با سن کودک و سطح رشدی او نیز نامتناسب باشد و اختلال طیف اوتیسم، PTSD، یا معلولیت‌های رشدی فراگیر نباید علت بهتری برای آن باشند. اگر کودک قبلاً مبتلا به اختلال دوقطبی، اختلال انفجار خشم متناوب، یا اختلال ODD دیانگوز شده است، دیانگوز کردن DMDD بیجا خواهد بود.

اختلال افسردگی عمده

به استثنای دو استثنا، تشخیص و درمان اختلال افسردگی عمده شبیه به آنچه‌ی است که در DSM-IV توصیف شده بود. استثناها عبارتند از اضافه شدن دو اسپسیفایر جدید (که بعداً توضیح خواهیم داد) و حذف معیار مستثنی‌سازِ عزا یا سوگ، که هم اکنون به آن خواهیم پرداخت.

مستثنی دانستن عزا (سوگ، ماتم)

یک تغییر عمده در دیانگوز اختلال افسردگی عمده از میان برداشتن معیار مستثنی‌سازِ سوگ^۱ (عزا، ماتم) است. این معیار مانع از این می‌شد که فردی که برای مرگ کسی عزادار است، تا ۲ ماه بعد از مرگ او، مبتلا به اختلال افسردگی عمده شناخته شود. طبق معیارهای قدیمی DSM-IV، چنین افرادی می‌بایست عزادار محسوب می‌شدند نه افسرده. اما تیم‌های تحقیقاتی انجمن روان‌پزشکی آمریکا یک واقعیت مهم کشف کردند: کسانی که قبل از مرگ یکی از عزیزان خود یک ایزود افسردگی عمده را تجربه کرده بودند، بعد از تجربه کردن چنین فقدان، با احتمال بیشتری یک ایزود افسردگی عمده را دوباره تجربه می‌کردند، و قاعده مستثنی دانستن سوگ مانع از این می‌شد که این افراد به طور صحیح دیانگوز شوند و از خدمات درمانی مناسب بهره‌مند گردند. ثانیاً، از میان برداشتن قاعده مستثنی‌سازیِ سوگ در واقع به رسمیت شناختن این حقیقت است که سوگ فرایندی نیست که بعد از ۲ ماه به پایان برسد. سوگواری و عزاداری یک فرایند بسیار پیچیده است و در مورد آن باید عوامل مختلفی را در نظر گرفت، از جمله نوع رابطه با فرد متوفی، سن، و علت مرگ. برای مثال، عزای مرگ همسر بعد از ۵۰ سال زندگی مشترک ممکن است هرگز آرام

¹ bereavement exclusion

نگیرد، و مطمئناً در عرض ۲ ماه، که برای سوگ در نظر گرفته شده بود، از بین نخواهد رفت. DSM-5 حتی ملاحظات احتیاطی دربارهٔ اختلال افسردگی عمده را اندکی کنار می‌گذارد تا هر گونه فقدان یا از دست دادن مهم (مثلاً، طلاق، ورشکستگی مالی، فجایع طبیعی، از دست دادن فرزندان به علت دعوی حضانت) را که باعث غم شدید، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی، و نشخوار فکری می‌شوند شامل شود. با این که سمپتوم‌ها ممکن است متناسب با نوع فقدان باشند، حضور یک اپیزود افسردگی عمده باز هم باید منتفی شود، مخصوصاً در افرادی که سابقهٔ یک اختلال افسردگی دارند. به هنگام دیاگنوز، درمانگران باید هنجارهای فرهنگی مرتبط با نحوهٔ عزاداری و ابراز غم را در نظر بگیرند.

DSM-5 در صفحهٔ ۱۶۱ یک باتویس کامل برای توضیح دادن هدف از مستثنی دانستن عزا (سوگ) ارائه داده است تا به درمانگران کمک شود سمپتوم‌های سوگ و فقدان را از سمپتوم‌های یک اپیزود افسردگی عمده تفکیک کنند و در عین حال، متوجه باشند که هر دوی آنها ممکن است حضور داشته باشند. وقتی که سوگ در کنار یک اپیزود افسردگی عمده حضور دارد، سمپتوم‌ها ممکن است شدیدتر، و نتایج روان‌درمانی ممکن است ضعیف‌تر باشند، و علاوه بر آن، ریسک خودکشی و ریسک ابتلا به اختلال سوگ پیچیدهٔ دایمی^۱ ممکن است افزایش یابد. (اختلال سوگ پیچیدهٔ دایمی یک اختلال نیازمند به مطالعات بیشتر است که در بخش III کتاب DSM-5 درج شده است.

اسپسیفایرهای جدید

همانطور که در فصل ۴ (اختلالات دوقطبی) اشاره کردیم، اسپسیفایر “دیسترس اضطرابی”^۲ برای همهٔ اختلالات افسردگی به DSM-5 اضافه شده است، و اسپسیفایر “همراه با ویژگی‌های میکس”^۳ یا مختلط این اجازه را می‌دهد که احتمال حضور ویژگی‌های مانیک در فردی که مبتلا به اختلال افسردگی یک قطبی دیاگنوز شده است نیز در نظر گرفته شود.

اختلال افسردگی دایم (دیستیمیا)

اختلال دیستیمیک^۴، که در DSM-IV حضور داشت، با اختلال افسردگی عمدهٔ مزمن^۵ ترکیب شده

^۱ persistent complex bereavement disorder

^۲ “anxious distress”

^۳ “with mixed features”

^۴ dysthymic disorder

^۵ chronic major depressive disorder

است تا یک طبقه وسیعتر به نام اختلال افسردگی دایم^۱ (PDD) را تشکیل دهد. مشخصه اصلی این اختلال، خلق افسرده^۲ است که اکثر ساعات روز، اکثر روزها، در یک دوره ۲ ساله روی می‌دهد (در مورد کودکان و نوجوانان، این دوره ۱ ساله است). مزمن بودن این اختلال را می‌توان از طریق استفاده از اسپسیفایرهای مسیر (خط سیر)، که به اسپسیفایرهای مسیر برای اختلال افسردگی عمده شبیه هستند، نشان داد. ریسک فاکتورها (عوامل خطر) برای اختلال افسردگی دایمی (PDD) با آغاز در کودکی^۳ شامل از دست دادن والدین یا متارکه و طلاق آنهاست. اسپسیفایر شروع زود هنگام^۴ زمانی ارایه می‌شود که این اختلال قبل از ۲۱ سالگی دیاگنوز شده باشد.

اختلال دیسفوریای پیش از قاعدگی

دهها سال تحقیق و مطالعه تأیید کرده است که اختلال دیسفوریا (ملال) پیش از قاعدگی^۵ (PMDD) یک نوع اختلال افسردگی خاص و قابل درمان است که در تعداد اندکی از زنان روی می‌دهد. به طور اخص، تخمین زده می‌شود که ۷۵٪ زنان قبل از پریود ماهانه سمپتومهای خفیفی را تجربه می‌کنند، و ۲۰٪ تا ۳۰٪ آنان سندرومهایی با شدت کمتر را تجربه می‌کنند، یعنی سندرومهایی که حضور پنج معیار یا حضور تغییراتی در عاطفه (affect) را ملزم نمی‌سازند. با این حال، انتظار می‌رود که فقط ۲٪ تا ۱۰٪ زنان پیش یائسه^۶ معیارهای لازم برای PMDD شدیدتر را داشته باشند. تحقیقات نشان می‌دهند که PMDD قابل تفکیک از اختلالات خلقی است (هرچند ممکن است در کنار آنها روی دهد). نوسان خلقی و تحریک‌پذیری سمپتومهای اصلی هستند، و باید در اکثر ماههای ۱۲ ماه گذشته حضور داشته باشند، در هفته قبل از شروع عادات ماهانه آغاز شوند، بعد از شروع عادت ماهانه شروع به بهبود کنند، و بعد از پایان قاعدگی از بین بروند. معیار D الزام می‌کند که فرد دیسترس از لحاظ بالینی معنادار (مهم) داشته باشد. از بین ۱۱ سمپتوم برای PMDD پنج سمپتوم باید حضور داشته باشند تا فرد مبتلا به این اختلال دیاگنوز شود:

۱. احساس نومییدی، غم، یا عزت نفس پایین
۲. احساس تنش (منقبض بودن) یا اضطراب
۳. نوسان هیجانی که شامل گریه کردن یا در آستانه گریه کردن است
۴. تحریک‌پذیری، معمولاً همراه با افزایش مناقشات میان فردی

^۱ persistent depressive disorder (PDD)

^۲ depressed mood

^۳ childhood-onset PDD

^۴ early-onset specifier

^۵ premenstrual dysphoric disorder (PMDD)

^۶ premenopausal women

۵. دشواری در متمرکز کردن حواس
۶. خستگی، بی‌حوصلگی و بی‌رمقی، یا عدم انرژی
۷. تغییراتی در اشتها، هوس شدید به خوردن چیزی، یا بینج ایتینگ (پرخوری)
۸. کاهش علاقه به فعالیت‌های مختلف
۹. مختل شدن خواب (بیش از حد خوابیدن، یا بی‌خوابی)
۱۰. احساس کلافگی یا از پای افتادگی
۱۱. انواع سردرد، نفخ، درد پستان‌ها، یا سایر سمپتوم‌های فیزیکی

با این که سمپتوم‌ها کمتر از یک هفته طول می‌کشند ممکن است به‌شدت اختلال افسردگی عمده باشند. سمپتوم‌ها باید دیسترس (رنج) از لحاظ بالینی معنادار ایجاد کنند یا در روابط میان‌فردی و/یا عملکرد اجتماعی یا شغلی در طول این یک هفته اختلال شدیدی به وجود آورند. سنجش PMDD با درجه‌بندی سمپتوم‌ها به صورت prospective به مدت ۲ ماه آغاز می‌شود و هدف این است که حضور یک روند دوره‌ای تأیید شود. درجه‌بندی‌ها هر روز باید انجام شوند و خود فرد یا یک نفر از نزدیکان که با او زندگی می‌کند، یا هر دو، می‌توانند این کار را بکنند.

توضیح اصطلاح انگلیسی: prospective symptom ratings نوعی رتبه‌بندی یا درجه‌بندی سمپتوم‌ها به صورت روزانه است. اصطلاح prospective در لغت به معنای آتی و مربوط به آینده، چیزی که انتظار می‌رود در آینده نزدیک روی دهد، است. در prospective symptom ratings، پروسپکتیو به این موضوع اشاره دارد که درمانجویان شدت سمپتوم‌های جسمی و روانی و روند بروز آنها (زمان و ترتیب بروز سمپتوم‌ها) را درجه‌بندی و یادداشت می‌کنند و در ملاقات بعدی با پزشک یا روان‌شناس (جلسه آتی یا پروسپکتیو)، این سمپتوم‌ها ارزیابی خواهند شد.

PMDD باید از اختلالات روانی‌ای که قبل از پرئود ماهانه وخیم‌تر می‌شوند تفکیک شود. سمپتوم‌ها نمی‌توانند نتیجه مصرف داروهای تجویزی یا مواد باشند، و نباید در نتیجه وخیم‌تر شدن یک عارضه پزشکی، که فرد در حال حاضر به آن مبتلاست (مثلاً، هایپرتیروئیدیسم)، به وجود آمده باشند. اگر زن از قرص‌های ضدبارداری خوراکی استفاده می‌کند، PMDD نمی‌تواند دیاگنوز شود مگر آنکه سمپتوم‌ها ادامه پیدا کنند، در صورت قطع مصرف داروهای ضدبارداری، سمپتوم‌ها به همان شدت قبل باشند. اکثر موارد PMDD با افزایش سن بدتر می‌شوند و با شروع یائسگی، از شدت آنها کاسته می‌شود.

برای درمان PMDD روی کنترل کردن یا به حداقل رساندن سمپتوم‌ها تمرکز می‌شود. زنان نباید از ترس استیگما (انگ) این رنج را تحمل کنند. تحقیقات نشان داده‌اند که استفاده از آنتی‌دپرسانت‌ها (داروهای ضدافسردگی) و آنتی‌انگزیولوتیک‌ها (داروهای ضداضطراب) در فاصله

بین تخمک‌گذاری و شروع پریودهای ماهانه از هیجانیت (emotionality) و سایر سمپتوم‌ها می‌کاهد. بازدارنده‌های بازجذب سروتونین (SSRIs) اولین خط جبهه برای درمان PMDD محسوب می‌شوند. داروهایی که مانع از تخمک‌گذاری می‌شوند نیز نشان داده که مفید واقع می‌شوند هرچند ممکن است سمپتوم‌ها دوباره شروع شوند و این بار وخیم‌تر از قبل باشند. بعضی مطالعات نشان داده‌اند که ویتامین‌ها و مکمل‌هایی مثل ویتامین B6، کلسیم، و مینزیوم نیز می‌توانند مفید واقع شوند، اما در این مورد به تحقیقات بیشتری نیاز است. به طور کلی، درمان‌هایی که به سایر اختلالات خلقی کمک می‌کنند در مورد PMDD نیز می‌توانند مؤثر واقع شوند، از جمله: دمنوش‌ها یا عرق‌های گیاهی با خواص تسکینی (برای کاهش تحریک‌پذیری، اعصاب‌خردی، نوسانات خلقی، و انواع سردردها)، ورزش‌های آیروبیک برای بالا بردن مود و انرژی؛ تغییراتی در سبک زندگی، مثل ریلکسیشن؛ و روان‌درمانی شناختی برای کاستن از استرس.

اختلال افسردگی ناشی از ماده / دارو

استفاده از الکل یا داروهای غیرقانونی، در دوران مصرف ماده یا در دوران پرهیز از مصرف آن، می‌تواند به ایجاد افسردگی شود، همچنین، افسردگی می‌تواند عارضه جانبی بسیاری از داروهایی که برای درمان عارضه‌های فیزیکی و پسیکولوژیک تجویز می‌شوند (از جمله، آنتی‌دپرسانتها) باشد. آنتی‌دپرسانتها معمولاً بی‌خطر محسوب می‌شوند، اما ریسک خودکشی برای جوانان ۱۸ تا ۲۴ ساله‌ای که شروع به مصرف آنتی‌دپرسانتها می‌کنند آنقدر زیاد بود که سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) طی اعلامیه‌ای به درمانگران هشدار داد که این گروه سنی را به منظور کشف افکار خودکشی مورد نظارت قرار دهند.

اختلال افسردگی ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر

سکته مغزی، بیماری پارکینسون، بیماری هانتینگتون، لوپس، و بیماری کوشینگ همگی بیماری‌هایی هستند که به افسردگی ربط داده شده‌اند. بعضی سمپتوم‌ها ممکن است اپیزودیک باشند و بعد از درمان شدن اختلال پزشکی ممکن است از میان بروند. همچنین، بین بعضی اختلالات پزشکی شدید و خودکشی یک رابطه واضح وجود دارد، مخصوصاً در چند هفته اول بعد از اعلام ابتلای فرد به آنها.

دیگر اختلال افسردگی مشخص

وقتی که معیارها برای یک اختلال افسردگی مشخص به طور کامل برآورده نشده‌اند، یکی از موارد زیر را می‌توان در نظر گرفت: افسردگی کوتاه مدت مکرر (که معیار مدت در آن برآورده نشده است)، اپیزود افسردگی کوتاه-مدت (در مواقعی که فرد سابقه اختلال خلقی نداشته است)، و اپیزود افسردگی به همراه سمپتوم‌های ناکافی (عاطفه افسرده و حداقل یک سمپتوم دیگر).^۱ برای مثال، درمانجویی که حداقل ۲ هفته است از لحاظ بالینی دیسترس شدیدی را تجربه می‌کند (دیسترس از لحاظ بالینی معنادار)، عاطفه افسرده (depressed affect) دارد، و حداقل یک سمپتوم از هشت سمپتوم اپیزود افسردگی عمده در او مشاهده می‌شود، چنین کدگذاری خواهد شد:

[F32.8] 311 دیگر اختلال افسردگی مشخص، اپیزود افسردگی به همراه سمپتوم‌های ناکافی^۲

اختلال افسردگی نامشخص

این دیاگنوز زمانی صادر می‌شود که افسردگی حضور دارد و باعث ایجاد مشکلات شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم در عملکرد می‌شود، اما همه معیارهای لازم برای هیچیک از اختلالات افسردگی که قبلاً توضیح دادیم ندارد، و درمانگر تصمیم ندارد علت برآورده شدن معیارها را اعلام (مشخص) کند یا اطلاعات موجود به اندازه کافی نیست که بتوان یک دیاگنوز مشخص‌تر ارائه داد.

اسپسیفایرهای اضافه برای اختلالات افسردگی

DSM-5 همه اسپسیفایرهای اختلال افسردگی را که در DSM-IV ارائه شده بودند نگه داشته است (مثلاً، "به همراه ویژگی‌های ملانکولیک"، "به همراه ویژگی‌های آتیپیکال"، "به همراه ویژگی‌های سایکوتیک"، "به همراه کاتاتونیا"، "به همراه شروع پارپارتوم"^۳ (در چند ماه آخر بارداری یا بعد از زایمان)، "به همراه الگوی فصلی"، "با بهبود جزئی"، "با بهبود کامل"، و چند اسپسیفایر شدت). همانطور که قبلاً، به هنگام بحث درباره اختلالات دوقطبی، اشاره کردیم، DSM-5 اسپسیفایر "دیسترس اضطرابی"، و همچنین، سنجش سطح شدت کنونی، را به همه اختلالات خلقی اضافه کرده است.

^۱ recurrent brief depression (does not meet the duration criterion), short-duration depressive episode (in situations without a prior history of mood disorder), and depressive episode with insufficient symptoms (depressed affect and at least one other symptom).

^۲ 311 [F32.8] Other Specified Depressive Disorder, depressive episode with insufficient symptoms

^۳ with paripartum onset

اختلالات اضطرابی در DSM-IV اکنون در سه گروه در DSM-5 توزیع شده‌اند. این سه گروه، که به ترتیب در سه فصل پشت سر هم آورده شده‌اند، عبارتند از: اختلالات اضطرابی، اختلال وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط با آن، و اختلالات مرتبط با تروما و استرس. فصل اختلالات اضطرابی شامل اختلالاتی است که در آنها سه وجه مشترک وجود دارد: ترس، اضطراب، و مشکلات رفتاری (رفتارهای تلاطم‌آمیز). معرفی کردن یک طبقه جدید به نام اختلال وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط با آن منعکس کننده افزایش شواهدی است که نشان می‌دهند بعضی اختلالات مثل اختلال وسواسی-اجباری (OCD)، اختلال احتکار، و اختلال بادی دیسمورفیک با یکدیگر مرتبط هستند. فصل سوم، اختلالات مرتبط با تروما و استرس (یا با ترجمه بهتر، اختلالات مرتبط با استرس و اختلالات مرتبط با تروما) شامل اختلالاتی است که در اثر قرار گرفتن در معرض یک رویداد استرس‌آمیز یا تروماتیک به وجود می‌آیند. درباره این موضوع در فصل ۸ بیشتر صحبت خواهیم کرد.

اکنون به فصل اختلالات اضطرابی در DSM-5 برمی‌گردیم، و اختلالات مندرج در آن را توضیح می‌دهیم. خوانندگان باید توجه داشته باشند که، در رویکرد مراحل رشدی زندگی^۱ که DSM-5 پیش گرفته است، چند اختلال که قبلاً در بخش کودکان DSM-IV قرار داشتند (مثلاً، اختلال اضطراب جدایی و سلکتیو میوتیسم) طبقه‌بندی خود را عوض کرده‌اند و اکنون به عنوان اختلالات اضطرابی طبقه‌بندی شده‌اند، هرچند معیارهای آنها تقریباً همان قبلی‌ها باقی‌مانده‌اند.

در معیارهای اختلالات افسردگی تغییرات چندانی روی نداده است، به استثنای معیارهای جدایی برای آگورافوبیا و اختلال وحشتزدگی (پانیک) و اضافه شدن اسپسیفایر “فقط پرفورمانس” برای اختلال اضطراب اجتماعی. معیارهای آگورافوبیا، فوبیای خاص، و اختلال اضطراب اجتماعی دیگر ملزم نمی‌کنند که فرد بداند (متوجه باشد، قبول کند) که اضطراب او غیرمنطقی یا افراطی است. در عوض (و بعد از در نظر گرفتن شرایط فرهنگی)، اضطراب فرد باید بدون تناسب با خطر یا

¹ developmental lifespan approach of DSM-5

تهدیدی باشد که در یک موقعیت استرس‌آمیز یا تروماتیک به او تحمیل می‌شود. معیار مدت ۶ ماه اکنون در مورد همه گروه‌های سنی در DSM-5 به کار می‌رود، و هدف این بوده است که از آوردی‌گنوز (دیاگنوز بیش از حد) ترس‌ها یا اضطراب‌های کوتاه مدت کاسته شود.

اختلال اضطراب جدایی

مشخصه اصلی اختلال اضطراب جدایی^۱ عبارت است از حضور ترس یا اضطراب افراطی در ارتباط با جدا شدن از افراد دلبسته^۲. اختلال اضطراب جدایی زمانی صرفاً در مورد کودکان دیاگنوز می‌شود، اما اکنون در مورد بزرگسالان نیز دیاگنوز می‌شود. چون معیارهای شروع در کودکی این اختلال همان معیارهای DSM-IV هستند، در این کتاب صرفاً روی سمپتوم‌های بزرگسالان تمرکز خواهیم کرد. سمپتوم‌های بزرگسالان معمولاً به طور فراوان با اختلال اضطراب تعمیم‌یافته (فراگیر) کاموربید هستند و ممکن است توانایی فرد برای مسافرت رفتن یا کار کردن در خارج از خانه را به شدت تحت تأثیر قرار دهند.

نرخ شیوع اختلال اضطراب جدایی با افزایش سن کاهش می‌یابد، و از ۴٪ در کودکان به ۱٪ تا ۲٪ در بزرگسالان می‌رسد. سمپتوم‌های آن نیز در مراحل رشدی مختلف دارای واریاسیون‌هایی هستند. افراد بزرگسالان مبتلا به این اختلال ممکن است به شدت به دیگران (افراد دلبسته) وابسته باشند یا آنها را بیش از حد تحت حمایت و مراقبت قرار دهند (به قول انگلیسی زبانان، overprotective باشند). بزرگسالان مبتلا، همچنین، ممکن است سمپتوم‌های کاردیو-واسکولار (قلبی-عروقی)، مثل تپش قلب، سرگیجه، احساس غش کردن، را تجربه کنند، در حالی که این سمپتوم‌ها به ندرت در کودکان مشاهده می‌شود. در حالی که کودکان ممکن است از رفتن به مدرسه امتناع ورزند یا درباره بیرون رفتن از خانه دغدغه داشته باشند، بزرگسالان مبتلا به این اختلال معمولاً ترس از تغییر^۳ نشان می‌دهند، یا شدیداً نگران جدا شدن از فرزندان یا از سایر افراد مهم زندگی خود هستند.

معیار مدت مشخص می‌کند که اضطراب باید حداقل ۴ هفته در کودکان و نوجوانان، و حداقل ۶ ماه در بزرگسالان ادامه یابد. همچنین، اختلال اضطراب جدایی را از ارزش زیادی که بعضی فرهنگ‌ها برای وابستگی متقابل بین اعضای خانواده قایل هستند باید تفکیک کرد.

^۱ separation anxiety disorder

^۲ attachment figures

^۳ fear of change

سلکتیو میوتیسم

سلکتیو میوتیسم^۱ (لالی انتخابی، گنگی گزینشی، لالمانی ارادی، یا هر اسم دیگری که انتخاب می‌کنید) در DSM-5 تغییر طبقه‌بندی داده و اکنون در اختلالات اضطرابی قرار گرفته است. معیارهای سلکتیو میوتیسم تغییر نکرده‌اند؛ تنها تفاوت همین است که این اختلال از طبقه اختلالاتی که اولین بار در کودکی و نوجوانی دیاگنوز می‌شوند در DSM-IV نقل مکان کرده است.

فوبیای خاص

معیارهای اصلی برای فوبیاهای خاص تا حد زیادی همان قبلی‌ها باقی مانده‌اند، اما دو معیار کلی، که به همه اختلالات اضطرابی اضافه شده‌اند، در مورد آنها نیز به کار می‌روند (معیار مدت حداقل ۶ ماه و این معیار که فرد باید بداند یا قبول داشته باشد که اضطراب او افراطی است). انواع خاص فوبیها اکنون اسپسیفایر محسوب می‌شوند. سمپتوم‌های اضطراب فوبیای خاص در کودکان می‌تواند شامل گریه کردن، قشقرق راه انداختن‌ها، از ترس در جای خود خشک شدن، یا چسبیدن به بزرگترها باشد.

اختلال اضطراب اجتماعی

این اختلال قبلاً “فوبیای اجتماعی” نام داشت. معیارهای DSM-5 برای اختلال اضطراب اجتماعی^۲ تا اندازه زیادی همان قبلی‌ها هستند و تغییرات اعمال شده عبارتند از:

۱. معیار حداقل مدت ۶ ماه اکنون در همه سنین به کار می‌رود.
۲. این معیار که فرد باید بداند یا قبول داشته باشد که ترس یا اضطراب او افراطی است حذف شده است.
۳. اسپسیفایر “تعمیم یافته”^۳ اکنون جای خود را به اسپسیفایر “فقط اجرا”^۴ (فقط پرفورمانس) داده است زیرا نویسندگان DSM-5 به این نتیجه رسیدند که یک زیرمجموعه خاص از اختلال اضطراب اجتماعی صرفاً در مورد افرادی صدق می‌کند که واکنش اضطرابی آنها به صحبت کردن جلوی جمع یا اجرا کردن (موسیقی، نمایش، کارهای دیگر) در حضور تعدادی مخاطب یا حضار محدود می‌شود. سن شروع و علل اختلال برای اسپسیفایر “فقط اجرا” متفاوت است، و این موضوع در سنجش و توصیه‌های درمانی تأثیر می‌گذارد.

¹ selective mutism

² social anxiety disorder

³ “generalized” specifier

⁴ “performance only”

اختلال وحشتزدگی (پانیک)

اختلال وحشتزدگی^۱ و آگورافوبیا^۲ در DSM-5 از هم جدا شده‌اند. گزینه‌های قبلی در DSM-IV عبارت بودند از: اختلال وحشتزدگی بدون آگورافوبیا، اختلال وحشتزدگی با آگورافوبیا، و آگورافوبیا بدون سابقه اختلال وحشتزدگی. DSM-5 این دیاگنوزها را با دو اختلال متمایز جایگزین کرده است: (۱) اختلال وحشتزدگی و (۲) آگورافوبیا.

افرادی که هم اختلال وحشتزدگی و هم آگورافوبیا دارند اکنون هر دو دیاگنوز را دریافت می‌کنند. این تغییر به این دلیل اعمال شده است که نویسندگان DSM-5 متوجه شدند که بسیاری از افراد مبتلا به آگورافوبیا سمپتوم‌های پانیک را تجربه نمی‌کنند. معیارهای تشخیصی برای آگورافوبیا اکنون الزام می‌کنند که فرد حداقل از دو مکان مختلف بترسد (دو تغییر دیگر را قبلاً ذکر کردیم: این که اضطراب باید حداقل ۶ ماه طول بکشد و درمانگر آن را افراطی بداند).

خصوصیات اصلی اختلال وحشتزدگی (پنیک، پانیک) تا اندازه زیادی بدون تغییر مانده‌اند، هرچند سه نوع معیار توصیفی در DSM-IV جای خود را به دو نوع توصیف داده‌اند. توصیف‌های محدود-به-موقعیت^۳ (وقتی فرد انتظار یک محرک جرقه‌زننده خاص و مشخص را دارد)، مستعد-موقعیت^۴ (که معمولاً به یک محرک جرقه‌زننده خاص و مشخص ربط داده می‌شود)، و غیرمنتظره/بدون محرک^۵ (که با هیچگونه محرک جرقه‌زننده واضح ربطی ندارند)، جای خود را به دو نوع توصیف "غیرمنتظره"^۶ و "منتظره"^۷ داده‌اند.

احساس وحشتزدگی به علت ترس و استرس به وجود می‌آید، و معمولاً در سایر اختلالات DSM-5 نیز مشاهده می‌شود. بنا بر این، حملات وحشتزدگی می‌توانند نشاندهنده شدت، مسیر (خط سیر)، و پراگنوز (پیش‌آگهی) در بسیاری از اختلالات روانی باشند، و آنها را می‌توان به صورت یک اسپسیفایر برای همه اختلالات روانی DSM-5 به کار برد.

نکته: در بعضی کتاب‌های فارسی، اختلال وحشتزدگی اختلال پَنیک (پانیک) ترجمه شده است.

¹ panic disorder

² agoraphobia

³ situationally bound

⁴ situationally predisposed

⁵ unexpected/uncued

⁶ "unexpected"

⁷ "expected"

آگورافوبیا

آگورافوبیا از اختلال وحشتزدگی تفکیک شده است و اکنون یک اختلال مستقل در DSM-5 محسوب می‌شود. معیارهای آگورافوبیا شامل ترس و اضطراب در مورد بودن در مکان‌های عمومی (از جمله مکان‌های بسته مثل اداره‌جات، سالن‌ها، فروشگاه‌ها، اتوبوس، مترو، حتی تاکسی)، فرد از این می‌ترسد که در صورت نیاز نتواند از این مکان‌ها فرار کند و در صورت اجبار به رفتن به چنین مکان‌هایی، ممکن است به اطرافیان خود اصرار کند همراه او بروند. این ترس باید مداوم باشد (حداقل ۶ ماه و بیشتر طول بکشد)، با خطر موجود تناسب نداشته باشد، یک اختلال روانی یا پزشکی دیگر توضیح بهتری برای آن نباشد. اگر هم اختلال وحشتزدگی (پانیک) و هم آگورافوبیا حضور داشته باشند، دیاگنوز کاموربید اعلام می‌شود (می‌توان فرد را مبتلا به هر دو دانست).

نکته: به رغم این که در معیارهای DSM-5 به طور صریح قید شده است که فرد از مکان‌های باز و مکان‌های بسته می‌ترسد، در بعضی کتاب‌ها مشاهده می‌کنیم که آگورافوبیا ترس از مکان‌های باز ترجمه شده است! از آن بدتر، آگورافوبیا را گدازهراسی نیز ترجمه کرده‌اند!



۷

اختلال وسواسی - اجباری و اختلالات مرتبط با آن

اختلال وسواسی - اجباری (OCD) به دهمین علت اصلی معلولیت در کشورهای توسعه یافته تبدیل شده است. به همین دلیل منطقی به نظر می رسد که این اختلال مزمن و از کار انداز کانون تمرکز یک فصل مختص به خود در DSM-5 باشد. در ادامه سیاست DSM-5 برای نگه داشتن اختلالات مرتبط به هم در یک فصل، اختلال بادی دیسمورفیک (اختلال بد ریخت انگاری بدن، اختلال زشت انگاری بدن خود، اختلال بدشکلی بدن، یا هر اسم دیگری)، که اکنون یک اختلال سوماتوفرم محسوب نمی شود، و اختلال مو - کندن، نیز به این فصل نقل مکان کرده اند. دو اختلال جدید اضافه شده است: اختلال احتکار و اختلال پوست - کندن، که بعدها درباره آنها به تفصیل توضیح خواهیم داد. اختلال وسواسی - اجباری ناشی از داروهای تجویزی و اختلال وسواسی - اجباری و اختلال مرتبط با آن ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر نیز در این فصل توضیح داده خواهند شد.

اختلال وسواسی - اجباری (OCD)

اختلال وسواسی - اجباری^۱ (OCD) از فصل اختلالات اضطرابی به این فصل جدید در DSM-5 منتقل شده است. به استثنای چند اسپسیفایر جدید برای OCD، کل مجموعه معیارها تغییر نکرده است. اسپسیفایر "به همراه بینش ضعیف" در DSM-5 توسعه یافته است تا یک بازه (range) از انواع بینش ها (insights) ارائه دهد: بینش خوب تا خیلی خوب، بینش ضعیف، یا بینش غایب (عدم بینش) // باورهای دیلوژنال^۲. اسپسیفایر بینش برای کمک به بهتر شدن تشخیص افتراقی ارائه شده است. برای مثال، اختلال وسواسی - اجباری به همراه عدم بینش/باورهای دیلوژنال را نباید با طیف اسکیزوفرنی یا دیگر اختلال سایکوتیک اشتباه گرفت. یک اسپسیفایر مرتبط با تیک^۳ نیز اضافه شده شده است زیرا نویسندگان DSM-5 به این نتیجه رسیدند که بین اختلال تیک و ایجاد و پیشرفت OCD یک رابطه محکم وجود دارد.

^۱ obsessive-compulsive disorder (OCD)

^۲ good to fair insight, poor insight, or absent insight/ delusional beliefs

^۳ a tic-related specifier

اختلال بادی دیسمورفیک

اختلال بادی دیسمورفیک^۱ قبلاً یکی از اختلالات سوماتوفرم محسوب می‌شد، اما اکنون به طور صحیح و بجا در خانواده اختلالات OCD قرار گرفته است. اکثر معیارهای این اختلال همان معیارهای قبلی هستند، اما یک معیار جدید برای توصیف افکار یا رفتارهای تکراری مرتبط با اشتغال فکری به نقص‌ها یا عیب‌های خیالی در ظاهر فیزیکی اضافه شده است. اسپسیفایرهای بینش (خیلی خوب، ضعیف، عدم بینش/ باورهای دیلوژنال) نیز اضافه شده‌اند. برای مثال، کسی که بینش ندارد (از اختلال خود آگاه نیست) و به طور کامل باور دارد که نقص یا عیب خیالی در ظاهر او آنرمال یا نفرت‌انگیز است، در DSM-IV اینگونه دیاگنوز می‌شد: اختلال دیلوژنال، نوع سوماتیک^۲، اما در DSM-5 اینگونه دیاگنوز خواهد شد: اختلال بادی دیسمورفیک، عدم بینش/ باورهای دیلوژنال^۳. استراتژی‌های درمانی همان قبلی‌ها هستند (مثلاً، آموزش واژگون‌سازی یا برعکس کردن عادت، آموزش در معرض قراردهی و ممانعت از پاسخ^۴، CBT برای اختلالات ملایم‌تر، و ترکیب درمانی^۵ با SSRIها برای افرادی که تعداد سمپتوم‌های شدید یا سمپتوم‌های دیلوژنال آنها بیشتر است).

اختلال احتکار

احتکار کردن در DSM-IV یکی از سمپتوم‌های اختلال شخصیت وسواسی- اجباری بود، اما اکنون یک اختلال مستقل محسوب می‌شود زیرا تحقیقات انجام شده روایی یا اعتبار تشخیصی^۶ و کاربرد یا فایده بالینی^۷ آن را نشان داده‌اند. این اختلال ممکن است عوامل همبستگی نورویولوژیک^۸ متمایز و مستقل داشته باشد و به فراوانی به سمپتوم‌های مختلف ربط داده می‌شود، مثل جمع‌آوری اشیای مختلف و تلبار کردن اشیاء در یک مکان طوری که استفاده نرمال از آن مکان با مشکل مواجه می‌شود (مثلاً، استفاده از حمام برای انبار کردن جعبه‌های لباس). سمپتوم‌ها باید دیسترس (رنج شخصی) یا نقص شدید (معنادار) در حوزه‌های مختلف عملکرد ایجاد کنند، و ممکن است به همراه مال‌اندوزی افراطی باشند، یا ممکن است بدون مال‌اندوزی افراطی باشند. اسپسیفایرهای بینش (خوب/ خیلی خوب، ضعیف، یا عدم بینش/ باورهای دیلوژنال) برای اختلال احتکار در نظر

¹ body dysmorphic disorder

² delusional disorder, somatic type

³ body dysmorphic disorder, absent insight/ delusional beliefs

⁴ exposure and response-prevention training

⁵ combination therapy with SSRIs

⁶ diagnostic validity

⁷ clinical utility

⁸ neurobiological correlates

گرفته شده‌اند تا به بهتر شدن تشخیص افتراقی کمک کنند و افرادی که اشیاء را می‌کنند و بینش ندارند (از مشکل خود آگاه نیستند) از کسانی که به اختلال طیف اسکیزوفرنی یا دیگر اختلالات سایکوتیک مبتلا هستند و در نتیجه افکار دیلوژنال خود به جمع‌آوری اشیاء می‌پردازند، تفکیک شوند.

اختلال احتکار در DSM-5 یک تازه وارد است و معیارهای تشخیصی برای این اختلال جدید شامل موارد زیر هستند:

- مشکلات دیرینه در دور انداختن و از سر خود باز کردن لوازم اضافی، حتی لوازم و اشیایی که ارزش مادی خود را از دست داده‌اند (از جمله، فروختن، بازیافت کردن، دور ریختن، یا هدیه دادن).
- نگه داشتن اشیاء عمدی و ارادی است، و حتی فکر کردن درباره دور انداختن آنها باعث عصبی شدن و رنج هیجانی می‌شود (مثلاً، اضطراب، ترس از دست دادن اطلاعات مهم، از دست دادن دلبستگی هیجانی به اشیاء، ترس از این موضوع که شیء مورد نظر بعداً به درد خواهد خورد).
- حجم انبوه اشیای تلنبار شده باعث می‌شود استفاده از "مکان‌های زندگی فعال"^۱ برای کاربری منظور شده در ابتدای کار، مختل شود (مثلاً، روی میز ناهارخوری در اتاق غذاخوری آنقدر کاغذ و کتاب تلنبار شده است که ماه‌هاست کسی روی آن میز غذا نخورده است).
- رنج یا نقص شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، و سایر زمینه‌های مهم زندگی. برای مثال، روابط میان‌فردی ممکن است به هم بخورند زیرا فرد به دیگران اجازه نمی‌دهد وارد خانه شوند زیرا راه رفتن از یک اتاق به اتاق دیگر و از میان تپه‌هایی از خرت و پرت و وسایل اضافی و به دردنخور غیرقابل تحمل است.
- سمپتوم‌های احتکار نباید در اثر حضور یک عارضه پزشکی به وجود آمده باشند (مثلاً، آسیب مغزی).
- این اختلال در نتیجه یک اختلال روانی مستقل و مجزا به وجود نیامده است (مثلاً، MDD، OCD (اختلال افسردگی عمده)، اختلال طیف اوتیسم، یا دیگر اختلالات روانی).

اسپسیفایرهای مطرح شده برای اختلال احتکار شامل اینها هستند:

- اسپسیفایر به همراه مال اندوزی افراطی^۲. 80% تا 90% افرادی که معیارهای این اختلال

¹ "active living areas"

² with excessive acquisition

را برآورده می‌کنند، علاوه بر این که در دور انداختن اشیاء مشکل دارند، مال اندوزی افراطی نیز نشان می‌دهند. مال اندوزی افراطی^۱ در DSM-5 چنین تعریف می‌شود: خریدن افراطی، گرفتن آیتم‌های رایگان (یا دزدی کردن، که شیوع کمتری دارد)، اشیایی که برای آنها هیچ جای خالی وجود ندارد، یا آیتم‌هایی که به آنها نیازی نیست. اگر از خریدن یا گرفتن اشیاء ممانعت به عمل آید، فرد به شدت ناراحت می‌شود (دیسترس یا رنج شخصی).

- اسپسیفایر سطح بینش^۲. بینش خوب یا خیلی خوب، ضعیف، یا عدم بینش/ باورهای دیلوژنال باید ذکر شود. بینش خوب یا خیلی خوب نشان می‌دهد که فرد از این موضوع آگاه است که احتکار کردن او افراطی است و باعث بروز مشکلاتی می‌شود. بینش ضعیف زمانی مشخصاً قید (specify) می‌شود که فرد عمدتاً بر این باور است که احتکار کردن او مشکل محسوب نمی‌شود هرچند شواهد عکس این موضوع را نشان می‌دهند. عدم بینش/ باورهای دیلوژنال زمانی قید می‌شوند که فرد کاملاً معتقد است که باورها یا رفتارهای او اصلاً مشکل محسوب نمی‌شوند.

رفتارهای احتکاری به طور فزاینده‌ای شیوع پیدا کرده‌اند، و حدود 2% تا 6% مردم در ایالات متحده و اروپا را تحت تأثیر قرار داده‌اند. این اختلال در افراد ۵۵ ساله و بیشتر حدود ۳ برابر جوانان و بزرگسالان جوانتر است. احتکار (hoarding) را باید از جمع‌آوری (collecting) تفکیک کرد زیرا در جمع‌آوری، فرد طبق یک نظم و ترتیب و بر اساس اراده خود به جمع کردن اشیاء می‌پردازد و این موضوع به تلنبار شدن اشیاء، رنج شخصی، یا نقصی که در اختلال احتکار مشاهده می‌شود منجر نمی‌گردد. تلنبار (clutter)، یکی از اجزای معیار C، چنین تعریف می‌شود: “یک گروه بزرگ از اشیایی که معمولاً ارتباطی به هم ندارند یا ارتباطشان با یکدیگر بسیار اندک و بی‌اهمیت است و به شیوه‌ای نامنظم در مکان‌هایی که برای منظوره‌های دیگر در نظر گرفته شده‌اند روی هم گذاشته شده‌اند”. معیار C، همچنین، تأکید می‌کند که تلنبار اشیاء باید در مکان‌های زندگی فعال^۳ در خانه نیز حضور داشته باشند، نه این که صرفاً در گاراژها، انباری‌های کوچک ته حیاط، زیرزمین‌ها، یا سایر مکان‌های تعبیه شده به منظور انبار کردن اشیاء، صورت گیرد. اگر در خانه فرد اشیاء تلنبار نشده‌اند اما این موضوع صرفاً به دلیل مداخله اشخاص ثالث (افراد حرفه‌ایی که کارشان تمیز کردن خانه‌هاست، اعضای فامیل، یا مسئولان دولتی) است، فرد باز هم مبتلا به اختلال احتکار دیاگنوز خواهد شد.

^۱ excessive acquisition

^۲ level of insight

^۳ “active living areas”

حدود 50% افرادی که به اختلال احتکار مبتلا می‌شوند یک عضو درجه یک در خانواده خود دارند که به احتکار اشیاء می‌پردازد. عدم قاطعیت یا ناتوانی در تصمیم‌گیری یک صفت رایج در این افراد است و اکثر آنها می‌گویند که یک رویداد تروماتیک یا استرس‌آمیز (مثلاً، مرگ یکی از عزیزان) قبل از شروع این اختلال روی داده است. تا حدود 75% افراد مبتلا به اختلال احتکار یک اختلال خلقی یا اضطرابی کاموربید نیز دارند. فقط 20% مبتلایان به اختلال احتکار معیارهای لازم برای دیانگنوز OCD را نیز دارند. رفتار احتکار در سه حالت نباید به عنوان اختلال احتکار دیانگنوز شود: (۱) نتیجه آسیب مغزی باشد، (۲) در اثر یک اختلال عصبی-رشدی به وجود آمده باشد، یا (۳) بعد از دیانگنوز شدن فرد به یک اختلال عصبی-شناختی (مثلاً، آلزایمر) به طور تدریجی شروع شود.

روان‌درمانی ERT^۱ نوعی روان‌درمانی شناختی-رفتاری است که روی قرار دادن فرد در معرض محرک‌ها و ممانعت از پاسخ تمرکز می‌کند و به نظر می‌رسد بهترین درمان برای اختلال احتکار است. هر چند بسیاری از مبتلایان حاضر نیستند در آن شرکت کنند. همچنین، بعضی شناخت‌درمانی‌ها که در آنها به افراد کمک می‌شود تا باورهای اشتباه خود را به چالش بکشند نیز مفید واقع می‌شوند (مثلاً، این باور را که اشیای احتکار شده ارزشمند هستند، یا افراد به آن "نیاز" دارند). شرکت دادن سایر اعضای خانواده در فرایند درمان نیز مفید واقع می‌شود. سه روش مفید دیگر عبارتند از استفاده از تجسم خلاق برای دیدن موفقیت خود در آزاد شدن از این اختلال، مایندفولنس برای کاهش حالات پسیکولوژیک منفی، و عکس‌های فوتوگرافیک برای سنجش پیشرفت.

تریگوتیلومینیا (اختلال مو-کندن)

این اختلال از DSM-IV هیچ تغییری نکرده است بجز دو مورد: (۱) در جلوی اسم آن و در پراتنز، عبارت hair-pulling disorder (اختلال مو-کندن، کندن مو، مو-کشیدن، بیرون آوردن مو، و هر عبارت دیگری که دوست دارید) اضافه شده است؛ و (۲) نقل مکان آن از اختلالات رفتاری و کنترل تکانه به فصل اختلالات وسواسی-اجباری. معیارهای این اختلال همان معیارهای DSM-IV هستند.

¹ exposure and response prevention (ERT)

اکسکوری-ایشین (اختلال پوست-کندن)

کانون اصلی تمرکز این اختلال جدید در DSM-5 کندن مکرر پوست است (معمولاً پوست بازوها، صورت، و دست‌ها). نرخ شیوع اختلال پوست-کندن (اکسکوری-ایشین) در جمعیت معمولی جامعه 1.4% است و در افراد مبتلا به OCD و اعضای درجه یک خانواده آنها از همه شایع‌تر است. این اختلال بسیار مختص-جنسیت است و زنان حدود 75% مبتلایان را تشکیل می‌دهند. هرچند شروع این اختلال ممکن است در هر سنی روی دهد، اکثر مواقع به هنگام شروع بلوغ روی می‌دهد و ممکن است با یک عارضه پوستی مثل آکنه (جوش) شروع شود، و زمان صرف شده برای این کار و مراسم آیینی (rituals) آن نیز ممکن است افزایش یابند. معیارهای خاص برای اکس-کوری-ایشین (اختلال پوست-کندن) عبارتند از:

- فرد به طور مکرر پوست خود را می‌کند و این موضوع منجر به زخمی شدن پوست می‌شود.
- فرد بارها و به طور مکرر تلاش کرده است تا رفتار پوست کندن را متوقف کند.
- در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های عملکردی مهم زندگی دیسترس (رنج) و نقص وجود دارد. دیسترس ممکن است شامل خجالت، شرم، و سایر هیجان‌هایی که در نتیجه پوست کندن به وجود می‌آیند نیز باشد.
- سمپتوم‌های پوست کندن نباید به علت استفاده از یک دارو یا در نتیجه یک عارضه پزشکی به وجود آمده باشند.
- یک اختلال روانی مجزا نمی‌تواند علت بهتری برای پوست کندن باشد (مثلاً، دیلوزن‌ها هالوسینیشن‌هایی که به فرد دستور می‌دهند تا در طول یک اپیزود سایکوتیک پوست خود را بکنند).

این اختلال با OCD، تریکوتیلومینیا (اختلال مو-کندن)، و اختلال افسردگی عمده کم‌وریدی بالایی دارد. همچنین ممکن است با سایر اختلالات وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط با آن، مثل اختلالات رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن^۲ (جویدن ناخن، گاز گرفتن لب‌ها) ارتباط داشته باشد و این اختلالات نیز باید در نظر گرفته شوند. پوست کندن باید از خود-زنی (خود-آسیب‌رسانی) غیرانتحاری^۳ افتراق داده شود. اگر پوست کندن عمدتاً به قصد آسیب‌رسانی به خود انجام شود، نباید به عنوان اکس-کوری-ایشین تشخیص داده شود و شاید بهتر باشد آن را نتیجه خود-آسیب‌رسانی انتحاری دانست.

^۱ gender-specific

^۲ body-focused repetitive behavior disorders (e.g., nail-biting, lip-chewing)

^۳ non-suicidal self-injury

اختلال وسواسی- اجباری و اختلال مرتبط با آن ناشی از ماده/ دارو^۱ و اختلال وسواسی- اجباری و اختلال مرتبط با آن ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر^۲

هر دوی این اختلالات به فصل اختلالات وسواسی- اجباری و اختلالات مرتبط با آن اضافه شده‌اند زیرا بسیاری از اختلالات اضطرابی فهرست شده در DSM-IV شامل اسپسیفایر^۳ "به همراه سمپتوم‌های وسواسی- اجباری" بودند. به عبارت دیگر، "به همراه سمپتوم‌های وسواسی- اجباری" منعکس‌کننده این واقعیت است بعضی داروهای تجویزی، مواد، یا عارضه‌های پزشکی می‌توانند سمپتوم‌هایی شبیه به سمپتوم‌های اختلالات وسواسی- اجباری و اختلالات مرتبط با آن به وجود بیاورند. اگر اختلال وسواسی- اجباری و اختلال مرتبط با آن ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر دیانوز شود، موارد زیر باید مشخص (specify) شوند: به همراه سمپتوم‌های شبیه به سمپتوم‌های OCD؛ به همراه مشغله ذهنی درباره ظاهر خود؛ به همراه سمپتوم‌های احتکار؛ به همراه سمپتوم‌های مو- کندن؛ یا به همراه سمپتوم‌های پوست- کندن.

دیگر اختلال وسواسی- اجباری و اختلالات مرتبط با آن مشخص

طبقه‌بندی دیگر اختلال وسواسی- اجباری و اختلالات مرتبط با آن مشخص^۴ در مورد سمپتوم‌هایی به کار می‌رود که شبیه به OCD هستند اما معیارهای کامل آن را برآورده نمی‌سازند. DSM-5 در این باره چند نمونه ارائه می‌دهد، از جمله:

۱. اختلال شبه- بادی- دیسمورفیک^۴ (بادی دیسمورفیک- وار) به همراه عیب‌های واقعی (نه عیب‌های تخیلی) که فرد مبتلا به آن درباره عیب‌های واقعی در ظاهر و اندام خود مشغله فکری دارد. این مشغله فکری به صورت یک وسواس درمی‌آید و عملکرد عادی زندگی روزمره را مختل می‌سازد.
۲. اختلال شبه- بادی- دیسمورفیک بدون رفتارهای تکراری، که نام این اختلال آن را توضیح می‌دهد و نیازی به توضیح بیشتر نیست.
۳. رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن^۵ (مثلاً، ناخن- جویدن، گاز گرفتن لب‌ها، نیشگون گرفتن خود، و جویدن گونه^۶) (گاز گرفتن دیواره داخلی دهان درست پشت گونه). فرد

¹ Substance/ Medication-Induced Obsessive-Compulsive and Related Disorder

² Obsessive-Compulsive and Related Disorder Due to Another Medical Condition

³ Other Specified Obsessive-Compulsive and Related Disorders

⁴ Body-dysmorphic-like disorder

⁵ body-focused repetitive behaviors

⁶ cheek-chewing

- بارها تصمیم گرفته و تلاش کرده است این رفتارها را متوقف کند اما موفق نشده است.
۴. حسادت وسواسی غیردیلوژنال^۱، که عبارت است از مشغله ذهنی به افکاری درباره خیانت همسر یا نامزد. این باورها ممکن است باعث شوند فرد به اجرای بعضی رفتارهای تکراری بپردازد (چک کردن مداوم همسر، تلفن زدن دایم به موبایل یا محل کار او). این رفتارها ممکن است باعث رنج شخصی شدید و مختل شدن زندگی فرد شوند.
۵. کورو (Koro): اضطراب شدید در این باره که پنیس ممکن است عقب نشینی کند و وارد بدن شود (در مورد زنان، این باور در باره ولوا یا نیپلها^۲ است).
۶. شوبو-کیوفو (shubo-kyofu): ترس شدید درباره داشتن یک دفورمیتی (نقص، بدشکلی اندام)، (شبیه به اختلال بادی دیسمورفیک).
۷. جیکوشو-کیوفو (jikoshu-kyofu)، یا سندروم دغدغه بوی بدن^۳: ترس شدید از این که میاداد بدن فرد بوی بدی بدهد.

اختلال وسواسی - اجباری و اختلال مرتبط با آن نامشخص

از اختلال وسواسی - اجباری و اختلال مرتبط با آن نامشخص^۴ زمانی استفاده می شود که سمپتومها همه معیارهای لازم برای اختلال وسواسی - اجباری یا یک اختلال مرتبط با آن را برآورده نکنند، و درمانگر به اندازه کافی اطلاعات در اختیار نداشته باشد که یک دیاگنوز مشخص تر اعلام کند.

¹ Nondelusional obsessional jealousy

² vulva or nipples

³ olfactory reference syndrome

⁴ Unspecified Obsessive-Compulsive and Related Disorder



اختلالات مرتبط با تروما و استرس

این فصل جدید در DSM-5 اختلال دلبستگی واکنشی^۱ در کودکی را با اختلالات سازگاری، اختلال استرس حاد، PTSD، و سایر اختلالات ترکیب می‌کند و آنها را در یک فصل، که روی اختلالاتی تمرکز دارد که در آنها قبل از آغاز شدن سمپتوم‌ها یک رویداد استرس‌آمیز یا تروماتیک روی داده است، قرار می‌دهد. قرار گرفتن در معرض استرس یا تروما می‌تواند به انواع گسترده‌ای از سمپتوم‌ها منجر شود، و این موضوع به سن، تروماهای قبلی، خلق و خوی^۲، و عوامل محیطی وابسته است. سمپتوم‌های درونی‌سازی (مثلاً، اضطراب)، سمپتوم‌های برونی‌سازی (مثلاً، خشم، پرخاشگری)، یا مخلوطی از این دو نیز امکان پذیر است.

اکنون به بحث درباره تغییرات هر یک از اختلالات مرتبط با تروما و استرس از DSM-IV به DSM-5 می‌پردازیم. عمده‌ترین تغییر در DSM-5 تقسیم شدن دو نوع فرعی اختلال دلبستگی واکنشی (مقید در مقابل بی قید و بند) به دو اختلال مجزا و مستقل است که وجه مشترک آنها (۱) علل، و (۲) غفلت اجتماعی به عنوان یک پیش‌نیاز است (مثلاً، عدم مراقبت و رسیدگی کافی و صحیح). غفلت باید قبل از ۵ سالگی روی دهد و توانایی کودک برای تشکیل دادن دلبستگی‌های صحیح و مناسب را محدود سازد. وجه تمایز این دو اختلال رفتار درونی‌سازی و رفتار برونی‌سازی است که پیامدهای آن در سراسر طول عمر ادامه می‌یابند.

اختلال دلبستگی واکنشی (RAD)

معیارهای DSM-5 برای اختلال دلبستگی واکنشی^۳ (RAD) همان معیارهای DSM-IV هستند، البته با استثنا که نوع فرعی بی قید و بند دیگر به کار نمی‌رود زیرا به یک اختلال مجزا تبدیل شده است. کودک مبتلا به این اختلال سمپتوم‌های انزوای اجتماعی نشان می‌دهد یا در تعامل با مراقبان

^۱ reactive attachment disorder

^۲ temperament

^۳ Reactive Attachment Disorder (RAD)

مقیّد است، عاطفه مثبت محدود^۱ دارد، و هنگامی که ناراحت است به ندرت از دیگران دلگرمی می‌خواهد یا به تلاش دیگران برای آرام کردن او پاسخ مناسب نمی‌دهد.

اختلال تعامل اجتماعی بی‌قید و بند^۲

معیارهای این اختلال جدید در DSM-5 شبیه به اختلال دلبستگی واکنشی (RAD) است زیرا کودک باید حداقل ۹ ماهه باشد و غفلت اجتماعی^۳ را تجربه کرده باشد (دیگران، مخصوصاً مراقبان اصلی، از او غفلت کرده و نیازهایش را نادیده گرفته باشند)؛ یا مراقبان اصلی او دایم عوض شده باشند تا جایی که هرگز فرصتی برای ایجاد دلبستگی‌های صحیح و مناسب پیش نیامده باشد؛ و اگر اختلال بیش از ۱۲ ماه حضور داشته باشد، اسپسیفایر دایمی (persistent) به کار خواهد رفت. علاوه بر اینها، برای برآورده شدن معیارهای این اختلال جدید کودک باید بدون هرگونه تبعیض با بزرگسالان ناآشنا تعامل اجتماعی داشته باشد، و این موضوع را حداقل دو مورد از موارد زیر نشان می‌دهند:

- کودک در نزدیک شدن به بزرگسالان ناشناس و تعامل کردن با آنها زیاد معطل نمی‌کند یا تردید اندکی از خود نشان می‌دهد.
- با غریبه‌ها بیش از حد خودمانی برخورد می‌کند (که با رفتار یا فرهنگی که در آن بزرگ شده است تناسب ندارد).
- زیاد نگران این نیست که به مراقب بزرگسال خود نگاه کند و نگاه تأییدکننده او را برای تعامل با غریبه‌ها جستجو کند، یا به همراه غریبه‌ها می‌رود بدون آنکه تأیید مراقب بزرگسال خود را دریافت کند.
- کودک دوست دارد به همراه بزرگسالان ناآشنا برود و در این کار هیچ تعلل و تردیدی نشان نمی‌دهد یا مقدار آن بسیار اندک است.

چون تکانشگری اجتماعی^۴ (تعامل با غریبه‌ها بدون فکر کردن و بدون تردید به خود راه دادن) یکی از ویژگی‌های ADHD نیز است، در تشخیص افتراقی این دو اختلال باید دقت کرد. اختلال تعامل اجتماعی بی‌قید و بند می‌تواند با تأخیرات شناختی و تأخیر در زبان، حرکات کلیشه‌ای، و سایر عارضه‌های مرتبط با غفلت نیز کم‌ورید باشد. با این حال، سمپتوم‌های این اختلال ممکن است مدت‌ها بعد از از بین رفتن شرایط غفلت (مثلاً، قرار گرفتن در یک خانه جدید با والد-

^۱ limited positive affect

^۲ disinhibited social engagement disorder

^۳ social neglect

^۴ social impulsivity

خواننده‌های مهربان) ادامه پیدا کنند، و کودکان مبتلا به این اختلال ممکن است هیچ نشانه‌ای از دلبستگی مختل شده^۱ (دلبستگی نامنظم، از نظم و قانون خارج شده) نشان ندهند.

اختلال تعامل اجتماعی بی‌قید و بند باعث مختل شدن توانایی کودک برای تعامل، به شیوه‌ای که از لحاظ فرهنگی پذیرفته شده باشد و با مرزهای اجتماعی متناسب با سن مطابقت داشته باشند، می‌شود. این ناتوان‌سازی ممکن است در رابطه کودک با بزرگسالان و همدیگران (همکلاسی‌ها، همکاران)، در سراسر زندگی او در کودکی و بزرگسالی تأثیر منفی بگذارد.

سنجش رفتارهای مرتبط با دلبستگی باید قسمتی از یک سنجش بایو- سایکولوژیکال (زیستی- روانی) کامل و جامع باشد. مطرح شدن این اختلال جدید تبعاتی خواهد داشت مخصوصاً در تحقیق درباره تأثیر روابط میان‌فردی بر ایجاد اختلالات روانی، ادامه یافتن و از بین رفتن یا نرفتن آنها. قبل از DSM-5، اختلالات رابطه‌ای^۲ عموماً به عنوان V-codes (کدهای V) شناخته می‌شدند (مثلاً، مشکلات رابطه‌ای والد- فرزند، دور از والدین بزرگ شدن، مشکلات مرتبط با گروه‌های حمایتی اولیه^۳ (اصلی)) و برای دیاگنوز شدن به عنوان یک عارضه روانی واجد شرایط نبودند. وسعت دادن و تقسیم اختلالات مرتبط با دلبستگی^۴ به اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال تعامل اجتماعی بی‌قید و بند و به کار بردن معیارهای تشخیصی در سراسر طول عمر (به کار بردن رویکرد lifetime) به درمانگران اجازه می‌دهد تا اهمیت فرایندهای رابطه‌ای^۵ در ایجاد شدن اختلالات روانی را در نظر بگیرند.

قبل از آن که درمان بتواند شروع شود، ابتدا باید غفلت جدی را مورد سنجش قرار داد و تغییراتی در محیط به وجود آورد تا اطمینان حاصل شود که کودک به اندازه کافی محبت و مراقبت صحیح دریافت می‌کند. بعضی صفات و خصوصیات درمانگر و بعضی استراتژی‌های مداخله‌ای برای اختلال دلبستگی واکنشی^۶ برای درمان اختلال تعامل اجتماعی بی‌قید و بند، که ممکن است در سراسر نوجوانی ادامه داشته باشد، نیز مفید واقع می‌شوند. تحقیقات بیشتر در آینده مطمئناً خواهند توانست درباره سمپتوم‌های این اختلال در نوجوانان و بزرگسالان اطلاعات بیشتری به دست بیاورند، سمپتوم‌هایی که هنوز تعیین نشده‌اند.

اختلال استرسی پس از تروما (PTSD)

همانطور که قبلاً اشاره کردیم، در طبقه‌بندی و مفهوم پردازی PTSD، از جمله طبقه‌بندی مجدد

¹ disordered attachment

² relational disorders

³ primary support groups

⁴ attachment-related disorders

⁵ relational processes

⁶ intervention strategies for RAD

آن به عنوان یک اختلال مرتبط با تروما و استرس، تغییرات عمده‌ای روی داده است. بسیاری از معیارهای تشخیصی همان معیارهای DSM-IV هستند اما تعداد زیادی تغییرات نیز اعمال شده است. خود معیارها به تنهایی تقریباً چهار صفحه از کتاب DSM-5 را پر کرده‌اند و شامل یک گروه معیار جداگانه برای کودکان ۶ ساله و کمتر هستند. برای مشاهده فهرست کامل معیارهای PTSD باید به کتاب DSM-5 مراجعه نمایید. مهمترین تغییرات در PTSD از DSM-IV به DSM-5 را اکنون توضیح خواهیم داد.

معیار A درباره این که چه نوع عامل استرس‌زایی شرایط لازم برای محسوب شدن به عنوان یک رویداد تروماتیک را دارد (مثلاً، تهاجم جنسی، مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، جراحت جدی) توضیح بیشتری می‌دهد و الزام می‌کند که درباره این موضوع صحبت شود که آیا رویداد(های) تروماتیک به صورت مستقیم تجربه شده است، فرد شاهد آن (آنها) بوده است، به طور غیرمستقیم تجربه شده است، یا در نتیجه قرار گرفتن در معرض جزئیات رویدادهای تروماتیک به صورت مکرر تجربه شده است.

معیار A2 از DSM-IV کلاً حذف شده است. در نتیجه، دیگر الزامی ندارد که فرد در مقابل عامل استرس‌زا دچار ترس شدید، درماندگی، یا وحشت شود.

سه خوشه سمپتوم^۱ در DSM-IV به چهار خوشه سمپتوم در DSM-5 تقسیم شده‌اند، و یک معیار سمپتوم رفتاری اضافه شده است:

۱. سمپتوم‌های مزاحمت (مثلاً، خاطرات مزاحم، رویاهای رنج‌آور، واکنش‌ها یا فلش‌بک‌های گسستگی، رنج (دیسترس) شدید، و پاسخ فیزیولوژیک به محرک‌های جرقه‌زننده)^۲
۲. اجتناب دایمی از خاطرات، افکار، یا احساسات مرتبط با رویداد تروماتیک، یا اجتناب از به یاد آورنده‌های خارجی (مثلاً، بعضی مردم، بعضی مکان‌ها)^۳
۳. تغییرات و تحریفات منفی و دایمی در شناخت‌ها و خلق (مود) (مثلاً، بی‌حسی عاطفی، تحریف‌های شناختی، دلگسستگی)^۴
۴. گوش به زنگی شدید یا افزایش برانگیختگی (مثلاً، پرخاشگری، انفجارهای خشم، مشکلات خواب، مشکلاتی با تمرکز حواس، رفتار بی‌احتیاط یا رفتار خود-مخرب)^۵

¹ symptom clusters

² Intrusion symptoms (e.g., intrusive memories, distressing dreams, dissociative reactions or flashbacks, intense distress, and physiological response to triggers)

³ Intrusion symptoms (e.g., intrusive memories, distressing dreams, dissociative reactions or flashbacks, intense distress, and physiological response to triggers)

⁴ Persistent negative alterations in cognitions and mood (e.g., numbing, cognitive distortions, detachment)

⁵ Hypervigilance or heightened arousal (e.g., aggression, angry outbursts, sleep disturbances, problems with concentration, reckless or self-destructive behavior)

علاوه بر بازی‌های انجام شده برای واضح‌تر کردن سمپتوم‌ها، سه سمپتوم جدید به معیارهای بالا اضافه شده‌اند:

- شناخت‌های تحریف‌شده و دایمی که باعث می‌شوند فرد خود یا دیگران را مقصر بدانند
- حالت هیجانی منفی و دایمی (مثلاً، ترس، وحشت، خشم، عذاب وجدان، شرم)
- رفتار بی‌احتیاط یا رفتار خود-مخرب

معیارهای جدید PTSD اکنون نسبت به سن حساس هستند، یعنی آستانه‌های تشخیصی پایین آورده شده‌اند تا کودکان بالای ۶ سال را شامل شوند، و برای کودکان ۶ ساله و کمتر یک مجموعه معیارهای مجزا در نظر گرفته شده است. وجه تمایز اصلی در مورد کودکان خردسال این است که فقط یک سمپتوم اجتناب رفتاری^۱ یا تغییرات منفی در شناخت و خلق کافی است. مطالعات طولی نشان می‌دهند که PTSD ایجاد شده در کودکی می‌تواند در بزرگسالی ادامه یابد. تروما در اوایل کودکی می‌تواند یک آسیب‌پذیری بیولوژیک نسبت به سایر اختلالات عصبی-رشدی، اختلال یادگیری خاص، و اختلالات برونی‌سازی به وجود آورد. ترومای تجربه شده در اواسط کودکی یا نوجوانی می‌تواند به اختلالات خود-تنظیمی^۲ منجر شود، از جمله: اختلالات خوردن و خوراک، اختلالات مصرف مواد، خود-زنی (خود-آسیب‌رسانی) غیرانتحاری، و رفتار جنایتکارانه. سنجش زودهنگام و مداخله سریع، در صورتی که با سطح رشدی کودک مطابقت یافته باشند، می‌توانند از سمپتوم‌های PTSD در کودکان بکاهند.

DSM-5 برای PTSD اسپسیفایرهای زیر را مطرح کرده است:

- به همراه سمپتوم‌های گسستگی (مثلاً، دیپرسونالیزیشن، یا دیریا‌لیزیشن)
- به همراه بروز تأخیردار^۳ (با بیان همراه با تأخیر) (که در آن، تا شش ماه بعد از رویداد تروماتیک، تعدادی از معیارهای تشخیصی برآورده نشده‌اند)

تبعات این تغییرات بسیار فراوان و متنوع هستند. مقیاس‌های سنجشی برای PTSD مورد بازی‌های قرار گرفته‌اند تا منعکس‌کننده تغییراتی باشند که در سمپتوم‌ها و معیارهای PTSD روی داده‌اند. اکنون چند معیار متناسب با مرحله رشدی اضافه شده است که از آنها می‌توان برای دیاگنوز کردن "شروع در کودکی" استفاده کرد. این موضوع می‌تواند باعث آغاز زودتر درمان شود و از شدت و تعداد سمپتوم‌های فرد در سراسر زندگی او بکاهد. هم‌اکنون درباره عوامل پیش-

^۱ behavioral avoidance

^۲ disorders of self-regulation

^۳ with delayed expression

تروماتیک^۱ (مثلاً، خلق و خوی، محیط، ژنتیک، و فیزیولوژی) که به ایجاد PTSD منجر می‌شوند تحقیقاتی در حال انجام شدن هستند. امید می‌رود شناسایی و درمان هرچه زودتر این اختلال باعث شود احتمال ابتلا به اختلالات کاموربید با PTSD کاهش یابد، زیرا افراد مبتلا به PTSD 80% بیشتر احتمال دارد که به یک اختلال روانی دیگر مبتلا شوند (مثلاً، اختلالات مصرف مواد؛ اختلالات اضطرابی؛ اختلالات افسردگی؛ اختلالات دوقطبی؛ و اختلال نامنظمی خلقی اخلال‌گرانه (DMDD) و اختلال اضطراب جدایی در کودکان).

اختلال استرس حاد (ASD)

تغییرات اعمال شده در معیارهای اختلال استرس حاد^۲ (ASD) شبیه به تغییراتی هستند که در مورد PTSD توضیح دادیم (تجربه کردن مستقیم رویداد تروماتیک دیگر الزامی نیست، همچنین، ترس یا وحشت شدید به عنوان یک واکنش به رویداد تروماتیک دیگر اجباری نیست؛ بعضی سمپتوم‌ها واضح‌تر توضیح داده شده‌اند، و چند سمپتوم جدید اضافه شده است. سمپتوم‌ها ۱۴ عدد هستند و به پنج طبقه تقسیم شده‌اند: سمپتوم‌های مزاحمت، خلق منفی، گسستگی، اجتناب، و برانگیختگی. کسانی را که ۹ سمپتوم از ۱۴ سمپتوم را دارند می‌توان مبتلا به اختلال استرس حاد (ASD) دیاگنوز کرد. یک معیار دیگر برای دیاگنوز این است سمپتوم‌ها باید در عرض ۳ روز بعد از رویداد تروماتیک شروع شوند و تا یک ماه ادامه یابند (منظور از "تا" یک ماه این است که این مدت می‌تواند، برای مثال، ۴ روز، ۳ هفته، یا ۱ ماه باشد. "تا" یک ماه ترجمه up to a month است). سمپتوم‌هایی که بیش از ۱ ماه ادامه می‌یابند، و معیارهای PTSD را برآورده می‌کنند، باید به عنوان PTSD دیاگنوز شوند.

اختلالات سازگاری

اختلالات سازگاری^۳ اکنون جزو اختلالات مرتبط با تروما و استرس محسوب می‌شوند، و به همراه سایر اختلالاتی گروه‌بندی شده‌اند که بعد از قرار گرفتن در معرض یک رویداد استرس‌زای مهم در زندگی روی می‌دهند (مثلاً، از دست دادن شغل، طلاق). این طبقه‌بندی جدید باعث می‌شود فایده (کاربرد، سودمندی) بالینی برای درمانگران به هنگام تصمیم‌گیری در این باره که کدام نوع اختلالات را در نظر بگیرد افزایش یابد (درمانگر با خیال راحت‌تری می‌تواند همه اختلالات مندرج

¹ pretraumatic factors

² acute stress disorder (ASD)

³ adjustment disorders

در یک فصل از کتاب DSM-5 را در نظر بگیرید).

معیارهای اختلالات سازگاری همان معیارهای DSM-IV هستند. اختلالات سازگاری نسبتاً رایج هستند و در حدود ۵% تا ۲۰% بیماران سرپایی و حدود ۵۰% بیماران بستری مشاهده می‌شوند. طبق تعریف، سمپتوم‌ها باید در عرض ۳ ماه بعد از وقوع عامل استرس‌زا روی دهند و در عرض ۶ ماه بعد از به پایان رسیدن عامل استرس‌زا از بین بروند. انواع فرعی (مشکلات خلقی، اضطراب، یا سلوک) در DSM-5 دست نخورده باقی مانده‌اند. تعداد زیادی از عارضه‌های پزشکی با اختلالات سازگاری کاموربید هستند. اختلالات شخصیت، اختلال افسردگی عمده، و PTSD باید منتفی شوند. ملاحظات فرهنگی باید در نظر گرفته شوند، و هنگامی که واکنش به استرس شدیدتر از آن چیزی است که معمولاً انتظار می‌رود، درمانگران باید فقط اختلال سازگاری را دیانگنوز کنند (درمانجو را صرفاً مبتلا به اختلال سازگاری اعلام نمایند).

دیگر اختلال مرتبط با تروما و استرس مشخص

از طبقه دیگر اختلال مرتبط با تروما و استرس مشخص^۱ برای دیانگنوز کردن سایر اختلالات مرتبط با تروما و استرس که معیارهای هیچیک از اختلالات مندرج در این بخش را ندارند استفاده می‌شود. بعد از دیانگنوز، درمانگر معمولاً علت استرس را قید (specify) می‌کند (مثلاً، اختلالات شبه-سازگاری با مدت طولانی‌تر بیشتر از ۶ ماه بدون طولانی‌تر شدن مدت عامل استرس‌زا^۲).

اختلال مرتبط با تروما و استرس نامشخص

طبقه اختلال مرتبط با تروما و استرس نامشخص^۳ شامل دیانگنوز سابکلینیکال^۴ یک اختلال مرتبط با تروما و استرس است که در آن درمانگر تصمیم می‌گیرد علت برآورده نشدن معیارها را اعلام نکند و اطلاعات کافی در دست ندارد تا یک دیانگنوز مشخص (همراه با قید شدن دلیل یا اسپسیفایر) ارائه دهد.

¹ Other Specified Trauma- and Stressor-Related Disorder

² e.g., adjustment-like disorders with prolonged duration of more than 6 months without prolonged duration of stressor

³ Unspecified Trauma- and Stressor-Related Disorder

⁴ subclinical diagnosis

فصل مربوط به اختلالات گسستگی^۱ در DSM-5 بعد از فصل اختلالات مرتبط با تروما و استرس قرار دارد و این موضوع نشان‌دهنده نزدیکی این دو طبقه اختلالات هستند. هم PTSD و هم ASD (اختلال استرس حاد) می‌توانند شامل دیپرسونالیزیشن، دیرپالیزیشن، آمیزیا، و سایر سمپتوم‌های گسستگی باشند. یک مشخصه اصلی اختلالات گسستگی از دست دادن پیوستگی تجربه^۲ است، که می‌تواند به ناتوانی در دسترس یافتن به اطلاعات^۳ و تجزیه شدن هویت به قطعات مختلف^۴ منجر شود. در DSM-5 چند تغییر به وجود آمده است و این تغییرات در دیاگنوز اختلالات مرتبط با نقص در آگاهی از واقعیت^۵ تأثیر می‌گذارند. چهار اختلال گسستگی متمایز مندرج در DSM-IV با هم ترکیب شده‌اند و اکنون سه اختلال در DSM-5 را تشکیل می‌دهند (گریز گسسته^۶ دیگر یک عارضه محسوب نمی‌شود اما به عنوان یک اسپسیفایر برای آمیزای گسسته به کار می‌رود).

نرخ شیوع کلی برای اختلالات گسستگی ناشناخته است. DSM-5 یادآوری می‌کند که حالت خلسه (trance) یا پدیده‌های مرتبط با جن زدگی در واقع حالتی از گسستگی هستند که در بعضی فرهنگ‌ها و جوامع به صورت روشی برای ابراز رنج و دیسترس به کار می‌روند. به غیر از تغییراتی در معیارها که در ادامه توضیح خواهیم داد، سایر معیارها برای اختلالات گسستگی در DSM-5 تغییر چندانی نداشته‌اند.

¹ dissociative disorders

² the loss of continuity of experience

³ an inability to access information

⁴ fragmentation of identity

⁵ impairment in awareness of reality

⁶ dissociative fugue

اختلال هویت گسسته (DID)

معیار A برای اختلال هویت گسسته^۱ (DID) اکنون مشخصاً قید می‌کند (specify) یا تصریح می‌کند که جایگزین شدن هویت‌ها (گذر از یک هویت به هویت دیگر) ممکن است توسط دیگران قابل مشاهده باشد یا خود فرد آن را گزارش دهد. معیار A، همچنین، توسعه یافته است تا عبارت “بعضی پدیده‌های شبه-جن‌زدگی و بعضی سمپتوم‌های اختلال تبدیلی (اختلال نورولوژیک عملکردی) ممکن است علت سمپتوم‌های متنوع‌تر این اختلال باشند”^۲ را در خود جای دهد، هرچند DSM-5 اعلام می‌دارد که اکثر حالات جن‌زدگی^۳ بخشی عادی از اعمال و مناسک معنوی هستند و معیارهای لازم برای اختلال هویت گسسته (DID) را برآورده نمی‌سازند. معیار B می‌گوید که جاهای خالی در حافظه (به یاد نیاوردن بعضی رویدادها) منحصر به تجربه‌های تروماتیک نیستند و می‌توانند به یاد آوردن رویدادهای عادی زندگی روزمره را نیز شامل شوند.

آمنزیای گسسته

معیارهای آمنزیای گسسته^۴ عمدتاً همان معیارهای DSM-IV هستند، با این استثنا که گریز گسسته^۵ (عارضه‌ای که در آن آمنزیای هویت (identity amnesia) با سفر کردن و سرگردان شدن همراه است) اکنون به یک اسپسیفایر برای آمنزیای گسسته در DSM-5 تبدیل شده است.

نکته: در روان‌شناسی دو نوع اصطلاح داریم: یک اصطلاح برای حالت عادی یک پدیده، و یک اصطلاح برای حالت مرضی یا آنرمال آن. بنا بر این، اصطلاح فراموشی (forgetting) برای فراموشی نرمال و اصطلاح آمنزیا (amnesia) در مورد فراموشی آنرمال استفاده می‌شود (آمنزیا یک اختلال روانی، یا به قول فروید، یک نوروز است). همه ما گاهی پرخوری می‌کنیم و بعضی افراد ذاتاً پرخور هستند، اما وقتی پرخوری به همراه بعضی سمپتوم‌های دیگر به یک اختلال تبدیل می‌شود، بینج ایتینگ نامیده می‌شود. به همین دلیل است که در این کتاب بینج ایتینگ را پرخوری ترجمه نکرده‌ایم. یک مثال دیگر، بی‌خوابی است. بسیاری از انسان‌ها در زندگی خود بی‌خواب شدن را به مدت یک یا چند شب تجربه می‌کنند و به دیگران می‌گویند: چند وقت است بی‌خواب (بدخواب) شده‌ام، اما وقتی این بی‌خوابی به یک اختلال روانی رسمی تبدیل می‌شود، نام اینسومنیا را به خود اختصاص می‌دهد.



¹ dissociative identity disorder

² “certain possession-form phenomena and functional neurological symptoms to account for more diverse presentations of the disorder”

³ possession states

⁴ dissociative amnesia

⁵ dissociative fugue

اختلال دیپرسونالیزیشن / دیریالیزیشن

اختلال دیپرسونالیزیشن / دیریالیزیشن^۱ به تازگی به DSM-5 اضافه شده است. نام اختلال مشابه در DSM-IV اختلال دیپرسونالیزیشن بود اما نویسندگان DSM-5 آن را توسعه داده‌اند تا دیریالیزیشن را نیز دربرگیرد (دیریالیزیشن قبلاً یکی از سمپتوم‌های اختلال دیپرسونالیزیشن در DSM-IV محسوب می‌شد). معیار A برای اختلال دیپرسونالیزیشن/دیریالیزیشن اکنون شامل اینهاست: دیپرسونالیزیشن (تجربه کردن عدم-واقعیت، یا احساس گسسته شدن پیوند بین خود و افکار یا اعمال خود)، دیریالیزیشن (تجربه کردن عدم-واقعیت یا گسسته شدن از دنیای اطراف خود)، یا هر دو. سایر معیارها همان معیارهای DSM-IV هستند.

چون ۹۵٪ افرادی که سمپتوم‌های این اختلال را تجربه می‌کنند اولین سمپتوم‌ها را قبل از ۲۵ سالگی تجربه کرده‌اند، DSM-5 توصیه می‌کند که افراد بالای ۴۰ سال به منظور کشف عارضه‌های جسمی و فیزیولوژیک معاینه پزشکی شوند. استرس، مکتیسم‌های دفاعی کامل نشده^۲ (خام، رشد نیافته) از جمله انکار واقعیت، فرافکنی، و ایده‌آلیزاسیون (آیدیالیزیشن) می‌توانند در ایجاد این اختلال سهم داشته باشند. همچنین، افسردگی، اضطراب، و مصرف مواد مخدر، که آنها نیز می‌توانند این اختلال را ایجاد کنند، در تشخیص افتراقی باید در نظر گرفته و منتفی شوند.

دیگر اختلال گسستگی مشخص و اختلال گسستگی نامشخص

دیگر اختلالات گسستگی مشخص^۳ شامل اینها هستند: سندروم‌های مزمن تشکیل شده از سمپتوم‌های گسستگی میکس (مخلوط)^۴؛ مختل شدن هویت در اثر شستشوی مغزی، شکنجه، یا کنترل ذهن (اصلاح تفکر)^۵؛ واکنش گسسته حاد^۶ به رویدادهای استرس‌زا (که کمتر از ۱ ماه طول می‌کشد)؛ و خلعه گسسته^۷ (که با آداب و مناسک مذهبی خاصی در ارتباط نیست).

مثل سایر اختلالات نامشخص در DSM-5، اختلال گسستگی نامشخص^۸ زمانی دیاگنوز می‌شود که معیارهای لازم برای دیگر اختلالات گسسته مشخص برآورده نشده باشند، یا درمانگر اطلاعات کافی در اختیار ندارد تا یک دیاگنوز مشخص‌تر^۹ اعلام کند.

¹ Depersonalization/ Derealization Disorder

² immature defenses

³ Other specified dissociative disorders

⁴ chronic syndromes of mixed dissociative symptoms

⁵ mind control (thought reform)

⁶ acute dissociative reaction to stressful events

dissociative trance

⁸ unspecified dissociative disorder

⁹ more specific diagnosis

این فصل جدید در DSM-5 به معرفی اختلالاتی می‌پردازد که مشخصه اصلی آنها افکار، احساسات، و رفتارهای مرتبط با سمپتوم‌های سوماتیک است (نام قبلی این اختلالات در DSM-IV اختلالات سوماتوفرم^۱ بود). افرادی که سمپتوم‌های سوماتیک را تجربه می‌کنند، به طور فراوان با سمپتوم‌هایی به پزشک یا سایر مراکز خدمات طبی مراجعه می‌کنند که یکی از سه حالت زیر را دارند: سمپتوم‌ها در نتیجه اختلالات پزشکی به وجود آمده‌اند، (۲) در نتیجه نگرانی یا دغدغه خاطر درباره یک اختلال پزشکی به وجود آمده‌اند، یا (۳) ساختگی هستند و با هیچیک از اختلالات روانی پزشکی و روانی شناخته شده مطابقت ندارند. درمانگران باید دقت و احتیاط کنند، زیرا نه عدم حضور یک عارضه پزشکی می‌تواند به طور اتوماتیک حضور یک عارضه روانی را منتفی کند، و نه حضور یک عارضه روانی می‌تواند به طور خودکار عدم حضور یک عارضه پزشکی را منتفی سازد. یکی از بزرگترین تغییرات در این بخش، از میان برداشته شدن سمپتوم‌های بدون توضیح^۲ (توضیح داده نشده) به عنوان خصوصیت اصلی اختلالات سوماتیک سمپتوم است. برای مثال، افرادی که طبق معیارهای جدید DSM-5 مبتلا به اختلال سوماتیک سمپتوم دیاگنوز می‌شوند ممکن است یک عارضه پزشکی دیاگنوز شده داشته باشند و ممکن است هیچ عارضه پزشکی نداشته باشند (یا داشته باشند اما کشف نشده باشد). ویژگی اصلی هر یک از اختلالات سوماتوفرم یک واکنش افراطی در ارتباط با سمپتوم‌های سوماتیک (بدنی) است (منظور از واکنش افراطی، افکار، احساسات، و رفتارهایی با شدت زیاد و فراتر و افراطی‌تر از آنچه انتظار می‌رود، است). این فصل جدید درباره اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلالات مرتبط با آن^۳ برای شفاف شدن مرزهای بین اختلالات، کاهش همپوشی بین اختلالات سوماتیک، و کاهش تعداد اختلالات و زیرمجموعه‌های آنها ارایه شده است.

برای مثال، بسیاری از اختلالات سوماتوفرم در DSM-IV در DSM-5 مفهوم‌پردازی دوباره

^۱ Somatoform Disorders

^۲ unexplained symptoms

^۳ Somatic Symptom and Related Disorders

شده‌اند. اختلال درد اکنون به عنوان یک اسپسیفایر برای اختلال سوماتیک سمپتوم در نظر گرفته می‌شود (مثلاً، "به همراه درد غالب"^۱). اختلال تبدیلی نام جدیدی یافته است: اختلال تبدیلی (اختلال سمپتوم نورولوژیک عملکردی). هیپوکندری (هیپوکندریا) نیز تغییر یافته است، طوری که 75% افرادی که معیارهای هیپوکندری در DSM-IV را داشتند اکنون در DSM-5 مبتلا به اختلال سوماتیک سمپتوم دیاگنوز خواهند شد. 25% کسانی که اضطراب شدیدی درباره سلامت خود دارند اما سمپتوم‌های سوماتیک (جسمی، بدنی) ندارند مبتلا به اختلال اضطراب بیماری دیاگنوز خواهند شد. در باره این تغییرات اندکی بعد بیشتر توضیح خواهیم داد.

همه اختلالات مندرج در این فصل جدید یک وجه اشتراک دارند که عبارت است از مشغله ذهنی به سمپتوم‌های سوماتیک. بعضی از این اختلالات ممکن است شامل یک باور غیرموجه درباره بیماری خود یا بیماری یک فرد دیگر باشند (مثلاً، در اختلال ساختگی^۲). بعضی دیگر ممکن است در نتیجه سمپتوم‌های پزشکی بدون توضیح به وجود آمده باشند (مثلاً، در اختلال تبدیلی)، و بعضی نیز ممکن است روی یک عارضه پزشکی شناخته شده تأثیر منفی بگذارند (مثلاً، اضطرابی که آسم را وخیم‌تر می‌کند یا باعث می‌شود فرد نتواند به طور صحیح به درمان ادامه دهد (پایبندی ضعیف یا غلط به درمان^۳). poor هم به معنای ضعیف و هم به معنای غلط، بدون مهارت، کم‌توان است). اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلالات مرتبط با آن را اکنون با جزئیات بیشتر شرح می‌دهیم.

اختلال سوماتیک سمپتوم

برخلاف اختلال سوماتیزیشن^۴ در DSM-IV، اختلال سوماتیک سمپتوم در DSM-5 الزام نمی‌کند که سمپتوم‌های فیزیکی یا سکشوال خاصی وجود داشته باشند، سمپتوم‌ها قبل از ۳۰ سالگی روی دهند، یا درد حضور داشته باشد. در عوض، معیار A در اختلال سوماتیک سمپتوم می‌گوید که حداقل یک سمپتوم سوماتیک که به مختل شدن شدید زندگی روزمره منجر می‌شود باید حضور داشته باشد. معیار B می‌گوید که فرد باید وقت و زمان بسیار زیادی را به اعمال، افکار، یا احساسات مرتبط با سمپتوم‌ها اختصاص دهد، این اعمال، افکار، یا احساسات باید با درجه جدی بودن سمپتوم‌ها تناسب نداشته باشند، یا فرد اضطراب شدیدی را تجربه کند. معیار C می‌گوید که فرد به

¹ "with predominant pain"

² factitious disorder

³ poor adherence to treatment

⁴ somatization disorder

مدت حداقل ۶ ماه باید نگران سمپتوم‌های سوماتیک خود باشد.

”به همراه درد غالب“^۱ که در DSM-IV اختلال درد نامیده می‌شد، اکنون یک اسپسیفایر برای اختلال سوماتیک سمپتوم است. یک اسپسیفایر دیگر عبارت است از ”دایم“^۲ و این در صورتی است که سمپتوم‌ها مدت طولانی ادامه یافته‌اند، به طرز خاصی شدید هستند، یا باعث ایجاد نقص شدید می‌شوند. سطوح شدت (خفیف، متوسط، و شدید) باید مشخصاً قید (specify) شوند.

اختلال اضطراب بیماری

همانطور که قبلاً گفتیم، هیپوکندری مورد مفهوم‌پردازی مجدد قرار گرفته است. اضطراب و مشغله فکری درباره مبتلا بودن یا مبتلا شدن به یک بیماری جدی باید به مدت حداقل ۶ ماه حضور داشته باشند و هیچگونه سمپتوم سوماتیک وجود ندارد یا تعداد و شدت سمپتوم‌های سوماتیک بسیار اندک است. اگر سمپتوم‌های سوماتیک شدید و چشمگیر هستند، اختلال سوماتیک سمپتوم دیاگنوز مناسب‌تری خواهد بود. DSM-5 می‌گوید که حدود 75٪ افراد دیاگنوز شده به هیپوکندری در DSM-IV اکنون مبتلا به اختلال سوماتیک سمپتوم دیاگنوز خواهند شد. 25٪ بقیه مبتلا به اختلال اضطراب بیماری^۳، که دیاگنوز مناسب‌تری است، اعلام خواهند گشت.

اختلال تبدیلی (اختلال سمپتوم نورولوژیک عملکردی)

افراد مبتلا به اختلال تبدیلی (اختلال سمپتوم نورولوژیک عملکردی)^۴ ممکن است انواع مختلفی از سمپتوم‌های نورولوژیک بدون توجیه را نشان دهند، از جمله: ضعف، فلج، لرزش، یا مختل شدن گفتار، شنوایی، یا بینایی. طبق معیار B، که جدیداً به این اختلال اضافه شده است، شواهد بالینی باید نشان دهند که سمپتوم‌ها با هیچیک از عارضه‌های پزشکی یا نورولوژیک شناخته شده مطابقت ندارند. وقتی معاینات پزشکی مختلف نتایج مختلف ارائه می‌دهند، یا وقتی یک معاینه پزشکی به شیوه دیگری انجام می‌شود و نتیجه‌ای مغایر با نتیجه قبلی به دست می‌آید، با اطمینان می‌توان گفت که درمان‌جو به اختلال تبدیلی مبتلاست. به هنگام تصمیم‌گیری برای این دیاگنوز (تصمیم نهایی برای اعلام ابتلای فرد به اختلال تبدیلی)، در نظر گرفتن تصویر بالینی کلی^۵ بسیار اهمیت دارد.

به منظور واضح‌تر کردن اختلال تبدیلی، چند اسپسیفایر برای مشخص کردن انواع سمپتوم‌ها

¹ “with predominant pain”

² “persistent”

³ illness anxiety disorder

⁴ Conversion Disorder (Functional Neurological Symptom Disorder)

⁵ the overall clinical picture

ارایه شده است. این اسپسیفایرهای نوع سمپتوم^۱ عبارتند از:

- سمپتوم‌ها (مثلاً، به همراه ضعف یا فلج، به همراه تشنجهای مختلف، به همراه سمپتوم‌های مخلوط (میکس))^۲
- شدت اپیزود (حاد یا دایم)^۳
- به همراه یا بدون عوامل استرس‌زای روانی (در صورت مناسبت داشتن یا بجا بودن، عامل استرس‌زا را قید (specify) کنید)^۴

عوامل پسیکولوژیک تأثیرگذار بر سایر عارضه‌های پزشکی (PFAMC)

عوامل روانی (پسیکولوژیک)، از جمله استرس، انکار سمپتوم‌ها، ای اضطراب، می‌توانند روی تعداد زیادی از عارضه‌های پزشکی، از جمله آسم، میگرن، فیبرومیالگیا^۵، دیابت، و بیماری قلبی تأثیر منفی بگذارند. عوامل پسیکولوژیک تأثیرگذار بر سایر عارضه‌های پزشکی^۶، که به اختصار اختلال PFAMC نامیده می‌شود، در فصل اختلالات سوماتیک سمپتوم در DSM-5 قرار داده شده است ولی قبلاً به عنوان یک دیگر عارضه‌ای که ممکن است کانون توجه بالینی باشد^۷ در DSM-IV فهرست شده بود. نرخ شیوع این اختلال نامعلوم است، اما ممکن است در هر مرحله‌ای از زندگی روی دهد.

معیارهای تشخیصی الزام می‌کنند که یک عارضه پزشکی (به غیر از یک اختلال روانی) حضور داشته باشد و به یکی از شیوه‌های زیر بر فرد تأثیر بگذارد:

۱. عوامل پسیکولوژیک به شیوه‌ای منفی بر عارضه پزشکی تأثیر گذاشته‌اند (مثلاً، بهبود را به تأخیر انداخته‌اند).
۲. عوامل پسیکولوژیک در روند درمان یک عارضه پزشکی اختلال ایجاد می‌کنند (مثلاً، باعث می‌شوند پایبندی درمان‌جو به درمان ضعیف باشد).
۳. عوامل پسیکولوژیک باعث به وجود آمدن ریسک‌های سلامت اضافه می‌شوند (خطرات دیگری برای سلامت ایجاد می‌کنند).
۴. عوامل پسیکولوژیک مشکل پزشکی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند یا آن را وخیم‌تر می‌کنند و باعث می‌شوند درمان‌جو به توجه پزشکی نیاز پیدا کند.

¹ Symptom type specifiers

² Symptoms (e.g., with weakness or paralysis, with seizures, with mixed symptoms)

³ Episode severity (acute or persistent)

⁴ With or without psychological stressor (specify stressor, if appropriate)

⁵ fibromyalgia

⁶ Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions (PFAMC)

⁷ Other Condition That May Be a Focus of Clinical Attention

سمپتوم‌ها نباید توسط یک اختلال روانی دیگر (مثلاً، PTSD، یا اختلال پانیک) بهتر توضیح داده شوند. شدت اختلال توسط یکی از موارد زیر مشخص (specify) می‌شود: خفیف (باعث افزایش ریسک پزشکی^۱ می‌شود)، متوسط (عارضه پشت پرده را وخیم‌تر یا شدیدتر می‌کند)، شدید (به نیاز برای بستری شدن در بیمارستان منجر می‌شود)، یا افراطی (شدید و به خطر اندازنده زندگی).^۲ تشخیص افتراقی ملزم می‌سازد که این اختلال از اختلالات پسیکولوژیکی که بعد از دیانگنوز شدن یک عارضه پزشکی روی می‌دهند تفکیک شود زیرا اختلالات گروه دوم به عنوان یکی از اختلالات سازگاری (که به صورت یک واکنش به یک عامل استرس‌زای قابل شناسایی روی می‌دهند) دیانگنوز می‌شوند. در تشخیص افتراقی، اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلال اضطراب بیماری نیز باید منتفی شوند.

اختلال ساختگی

اختلال ساختگی^۳ به این فصل منتقل شده است زیرا سمپتوم‌های سوماتیک در آن غالب هستند. چند معیار در DSM-IV که مشخص می‌کردند که آیا سمپتوم‌هایی که به دروغ ظاهر شده‌اند منشأ پزشکی دارند یا پسیکولوژیک، از اختلال ساختگی حذف شده‌اند. اختلال ساختگی توسط جانشین یا پروکسی^۴ تغییر نام داده است و اکنون اختلال ساختگی تحمیل شده به دیگری^۵ نامیده می‌شود. به رغم نادر بودن، احتمال مشاهده شدن این اختلالات در محیط‌های پزشکی بیشتر از هر جای دیگری است. تخمین زده می‌شود که حدود ۱٪ بیماران بستری در محیط‌های پزشکی به این اختلال مبتلا هستند.

دیگر اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلال مرتبط با آن مشخص^۶

این طبقه شامل سمپتوم‌هایی است که باعث ایجاد دیسترس از لحاظ بالینی معنادار^۷ می‌شوند ولی معیارهای لازم برای هیچکدام از دیگر اختلالات سوماتیک را برآورده نمی‌سازند. در چنین وضعیتی، موارد زیر باید مشخص (specify) شوند: اختلال سوماتیک سمپتوم کوتاه مدت (کمتر از ۶ ماه مدت

^۱ medical risk

^۲ Severity is specified by one of the following: mild (increases medical risk), moderate (aggravates underlying condition), severe (results in need for hospitalization), or extreme (severe, life-threatening risk).

^۳ factitious disorder

^۴ Factitious Disorder by Proxy

^۵ Factitious Disorder Imposed on Another

^۶ Other Specified Somatic Symptom and Related Disorder

^۷ clinically significant distress

ادامه؛) اختلال اضطراب بیماری کوتاه مدت (مدت کمتر از ۶ ماه)؛ اختلال اضطراب بیماری بدون رفتارهای مرتبط با سلامت افراطی^۱ (رفتارهای افراطی در ارتباط با سلامت)؛ یا بارداری تخیلی^۲ (باور غلط به حامله بودن).

اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلال مرتبط با آن نامشخص^۳

این طبقه برای سمپتوم‌هایی در نظر گرفته شده است که معیارهای هیچیک از اختلالات سوماتیک سمپتوم و اختلالات مرتبط با آن را ندارند، و اطلاعات کافی برای ارائه یک دیاگنوز مشخص‌تر^۴ وجود ندارد.

^۱ illness anxiety disorder without excessive health-related behaviors

^۲ False pregnancy or phantom pregnancy or hysterical pregnancy or jestation, most commonly termed pseudocyesis

^۳ Unspecified Somatic Symptom and Related Disorder

^۴ a more specified diagnosis

این فصل جدید در DSM-5 چند اختلال را که برای اولین بار در نوزادی، کودکی، یا نوجوانی دیاگنوز می‌شدند (از جمله، پایکا و خوردن محدود^۱، خویشن‌داری در خوردن) را در خود جای داده است. اختلالات خوردن (آنورکسیا نروزا و بولیمیا نروزا) به این فصل نقل مکان کرده‌اند، و اختلال بینج-ایتینگ (که قبلاً در قسمت Appendix (ضمیمه) DSM-IV قرار داشت) اکنون به صورت یک اختلال مستقل در این فصل قرار گرفته است. معیارهای تشخیصی مقدماتی^۲ برای دیگر اختلال خورد و خوراک مشخص^۳ و اختلال خورد و خوراک نامشخص^۴ نیز درج شده‌اند. در این فصل اطلاعات بیشتری درباره هر یک از این اختلالات ارائه خواهیم داد. همه اختلالات خورد و خوراک جمع‌ناپذیر (exclusive) هستند به استثنای پایکا که می‌تواند در حضور یک اختلال خورد و خوراک دیگر دیاگنوز شود. (جمع‌ناپذیری یعنی این که نمی‌توان، برای مثال، فرد را هم مبتلا به آنورکسیا و هم مبتلا به بولیمیا دیاگنوز کرد، و با ضدبشر بودن، انرواطلبی، و مردم‌گریزی شما ارتباطی ندارد).

eating disorders در DSM-IV به feeding and eating disorders در DSM-5 تغییر نام یافته است زیرا اختلالات غذایی کودکان نیز به آن اضافه شده است. ترجمه صحیح اصطلاح جدید اصولاً باید "اختلالات خوردن و خوراندن" باشد (به کودکان باید غذا را خوراند، باید به آنها غذا داد، زیرا خودشان نمی‌توانند فعالانه به جستجوی غذا بروند، یا خود را سیر کنند)، اما اختلالات خورد و خوراک اصطلاحی زیباتر است.

^۱ restricted eating

^۲ preliminary diagnostic criteria

^۳ other specified feeding and eating disorder

^۴ unspecified feeding and eating disorder

پایکا و اختلال نشخوار

پایکا^۱ و اختلال نشخوار^۲ در DSM-IV در فصل اختلالاتی که معمولاً اولین بار در کودکی دیاگنوز می‌شدند قرار داشتند اما اکنون دو اختلال مستقل و متمایز هستند. (pica در فارسی مترادف‌های مختلفی به خود دیده است، از جمله: همه چیز خواری، هرزه خواری، و یار و چند اصطلاح دیگر). با این که آنها به فصل اختلالات خورد و خوراک در DSM-5 منتقل شده‌اند، معیارهای تشخیصی برای این اختلالات عمدتاً همان معیارهای DSM-IV هستند.

اختلال اجتناب/محدودیت غذا (ARFID)

معیارهای اختلال اجتناب/محدودیت غذا^۳ (ARFID) (که قبلاً اختلال تغذیه کودکی و اوایل نوجوانی^۴ نامیده می‌شد)، توسعه قابل توجهی یافته‌اند. اجتناب از غذا، خوردن محدود مواد غذایی، یا عدم علاقه به خوردن در نوزادی و خردسالی یا اوایل کودکی بسیار رواج دارد و ممکن است در سراسر دوران بزرگسالی ادامه پیدا کند. کسانی که معیار A را دارند ممکن است در هر سنی مبتلا به این اختلال دیاگنوز شوند. همچنین، کسانی که عارضه آنها توضیح بهتری ندارد (مثلاً، حضور یک اختلال خورد و خوراک، یک عارضه پزشکی دیگر، یک اختلال ذهنی کاموربید، یک رسم یا آیین فرهنگی (مثلاً، روزه‌داری مذهبی)، یا در دسترس نبودن غذا) نیز در هر سنی می‌توانند مبتلا به اختلال ARFID دیاگنوز شوند.

برای این که معیار A برآورده شود، بیماران باید یک مشکل خوردن داشته باشند که باعث شود برای نیازهای انرژی خود مواد مغذی به اندازه کافی مصرف نکنند، و همچنین، باید یک یا چند مورد از موارد زیر را نشان دهند:

- در مورد کودکان، فرد مقدار زیادی از وزن خود را از دست داده است یا نمی‌تواند وزن مناسب سن خود را به دست آورد.
- کمبود مواد مغذی به طرز قابل توجهی آشکار است.
- برای رسیدن مواد مغذی به بدن فرد، مکمل‌های خوراکی یا تغذیه درون رگی الزامی شده است (مثلاً، کودکانی که رشد کافی ندارند، بزرگسالانی که به تغذیه لوله‌ای نیاز دارند در حالی که به هیچ عارضه پزشکی مبتلا نیستند).
- عارضه فرد باعث مختل شدن شدید عملکرد اجتماعی-روانی او می‌شود.

¹ pica

² rumination disorder

³ Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)

⁴ Feeding Disorder of Infancy or Early Childhood

در بعضی مواقع، اجتناب از غذا یا محدودیت آن ممکن است در نتیجه افزایش حساسیت به بوهای مختلف، بافت و حس فیزیکی- لامسه‌ای ماده خوراکی (مثلاً، زبری، نرم)، یا مزه باشد. اجتناب از غذا ممکن است بعد از تجربه‌های ناگوار (مثلاً، استفراغ یا گیر کردن غذا در گلو و تا پای خفگی پیش رفتن) نیز به وجود آید. محدودیت عادی غذا، در صورتی که با مرحله رشدی فرد مطابقت داشته باشد (مثلاً در کودکان نوپایی که به طور طبیعی در خوردن مشکل پسند هستند یا سالمندانی که مقدار غذایشان کاهش یافته است) معیارهای لازم برای این اختلال را نخواهد داشت، مگر این که از لحاظ بالینی معنادار باشد (که قبلاً در معیار A توضیح داده شد). اختلالاتی که بیش از سایر اختلالات همزمان با اختلال ARFID روی می‌دهند عبارتند از اختلالات عصبی- رشدی (مثل اختلال طیف اوتیسم، ADHD، و معلولیت ذهنی)، اختلالات اضطرابی، و OCD.

آنورکسیا نروزا

معیارهای تشخیصی اصلی برای آنورکسیا نروزا^۱ همان معیارهای DSM-IV هستند، به استثنای سه تغییر زیر:

۱. معیار آموریا^۲ (توقف غیرعادی پریرود ملهانه در زنان جوان) حذف شده است.
۲. آستانه تشخیصی^۳ پایین آمده است، که باعث می‌شود از تعداد زیاد افرادی که مبتلا به اختلال خوردن NOS (مشخص نشده به شیوه‌ای دیگر) دیاگنوز شده بودند کاسته شود.
۳. اسپسیفایرهای جدیدی برای شدت اضافه شده‌اند که بر اساس شاخص توده بدنی (BMI) قرار دارند.

- خفیف: BMI بیشتر یا مساوی 17 kg/m^2
- متوسط: BMI $16 - 16.99 \text{ kg/m}^2$
- شدید: BMI $15 - 15.99 \text{ kg/m}^2$
- افراطی (بسیار شدید): BMI کمتر از 15 kg/m^2

توجه: در مورد کودکان و نوجوانان، از ماشین حساب یا محاسبه‌گر صدکی CDC MBI^۴ استفاده می‌شود. برای مثال، در بعضی سایت‌های اینترنتی مثل

http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/metric_bmi_calculator/bmi_calculator.html

^۱ anorexia nervosa

^۲ amenorrhea

^۳ diagnostic threshold

^۴ CDC BMI percentile calculator

می‌توانید قد و وزن کودک را وارد کنید و با کلیک کردن روی دکمه calculate، عددی ظاهر خواهد شد که BMI کودک بعد از محاسبه است.

بولیمیا نروزا

بولیمیا نروزا^۱، که در آن اپیزودهای مکرر بینج ایتینگ با رفتارهای جبرانی نامناسب همراه هستند (مثلاً، تصفیه، استفاده نابجا از ملین‌ها یا ادرار آورها، ورزش افراطی) نیز در DSM-5 مورد تجدید نظر قرار گرفته‌اند. معیارهای اصلی در DSM-5 آستانه تشخیصی برای بولیمیا نروزا را کاهش می‌دهند و اکنون ملزم می‌سازند که بینج ایتینگ یا رفتارهای تصفیه‌ای جبرانی حداقل یک بار در هفته و در طول یک دوره ۳ ماهه ادامه یابند. اسپسیفایر نوع فرعی تصفیه/غیرتصفیه در DSM-5 حذف شده است. اکنون می‌توان از اسپسیفایر بهبود جزئی یا بهبود کامل استفاده کرد. اسپسیفایرهای شدت برای بولیمیا نروزا بر اساس تعداد متوسط رفتارهای جبرانی نامناسب در هفته قرار دارند، و ممکن است افزایش یابند تا درجه مشکلات یا ناتوانی عملکردی یا سایر سمپتوم‌های این اختلال را منعکس کنند.

- خفیف: ۱ تا ۳ اپیزود از رفتارهای جبرانی نامناسب در هفته
- متوسط: ۴ تا ۷ اپیزود
- شدید: ۸ تا ۱۳ اپیزود
- افراطی: ۱۴ اپیزود یا بیشتر

همه اختلالات خوردن از لحاظ فیزیکی آسیب رساننده هستند و به طور بالقوه زندگی را به خطر می‌اندازند، به همین دلیل، برای انجام دادن یک سنجش کامل، باید فرد را برای معاینه فیزیکی به پزشک ارجاع داد، و همچنین، سابقه فرد در رژیم گرفتن و کاهش وزن‌های او در سراسر زندگی وی را در نظر گرفت. هر گونه فعالیت جبرانی (مثلاً، سوءمصرف ملین، تصفیه) نیز باید تحت نظارت قرار گیرد.

اختلال بینج - ایتینگ (BED)

اختلال بینج ایتینگ^۲ اکنون یک اختلال تمام عیار در DSM-5 است، و معیارهای تشخیصی آن تا اندازه زیادی، همان معیارهای مندرج در Appendix (ضمیمه) DSM-IV هستند، با این استثناء که

¹ bulimia nervosa

² binge eating disorder (BED)

معیارها اکنون طوری تغییر یافته‌اند تا به طور متوسط، هر هفته یک اپیزود در طول ۳ ماه روی دهد. به عبارت دیگر، اختلال بینج ایتینگ به این صورت تعریف می‌شود: خوردن یک مقدار غذا (خوراکی) که بسیار بیشتر از مقدار غذایی است که اکثر مردم در همان موقعیت می‌خورند، در یک مدت زمان خاص، و به طور مکرر؛ به همراه احساس از دست دادن کنترل، یا طوری که انگار فرد قادر به متوقف کردن خوردن نیست. اپیزودهای بینج ایتینگ شامل حداقل سه مورد از موارد زیر هستند:

- فرد وقتی گرسنه نیست مقادیر زیادی غذا می‌خورد
- از این که مقدار زیادی غذا خورده است خجالت می‌کشد و به همین دلیل در تنهایی غذا می‌خورد
- سریع‌تر از حالت معمولی غذا می‌خورد
- آنقدر می‌خورد تا از لحاظ فیزیکی احساس ناراحتی می‌کند
- بعد از پایان یافتن اپیزود پرخوری، احساس عذاب وجدان می‌کند یا از خود منزجر می‌شود.

برای این که فرد برای دیاگنوز اختلال بینج ایتینگ واجد شرایط باشد، اپیزودهای پرخوری باید حداقل یک بار در هفته و به مدت سه ماه روی دهند و با عاطفه منفی^۱، احساس گناه (عذاب وجدان)، شرم و خجالت، انزجار، و سایر احساسات مرتبط با رنج و دیسترس همراه باشند. بینج ایتینگ با رفتارهای جبرانی مثل ورزش افراطی، تصفیه، یا روزه گرفتن همراه نیست، و آنورکسیا و بولیمیا علت بهتری برای آن نیستند.

خوانندگان باید توجه داشته باشند که با این که اختلال بینج ایتینگ معمولاً با چاقی همراه است، اکثر افراد چاق بینج ایتینگ نمی‌کنند و بنا بر این معیارهای این اختلال را برآورده نمی‌سازند. برعکس، افرادی با وزن عادی، یا افرادی که اضافه وزن دارند اما چاق نیستند، ممکن است معیارهای کامل برای اختلال بینج ایتینگ را داشته باشند.

برخلاف آنورکسیا و بولیمیا، که در بین زنان سفیدپوست آمریکایی از طبقات اجتماعی-اقتصادی متوسط یا بالا رایج‌تر هستند، اختلال بینج ایتینگ در همه نژادها، ملیت‌ها، سطوح اجتماعی-اقتصادی روی می‌دهد و تعداد مردان مبتلا به آن از مردان مبتلا به آنورکسیا و بولیمیا بیشتر است. هرچه شاخص توده بدنی (BMI) بالاتر می‌رود مشکلات پزشکی و موارد مراجعه به مراکز بهداشت روانی بیشتر می‌شود (توجه داشته باشید که بین این دو یک رابطه علت و معلولی برقرار نیست، و این صرفاً یک رابطه همبستگی است). مردان، که تا 40% مبتلایان دیاگنوز شده به

¹ negative affect

اختلال بینج ایتینگ را تشکیل می‌دهند، می‌توانند به طرز خاصی نسبت به خطرات سلامتی مرتبط با این اختلال آسیب‌پذیر باشند و احتمال ابتلا به سندروم متابولیک در آنها سه برابر است. خود چاقی یک اختلال روانپریشکی نیست، اما می‌تواند با بسیاری از اختلالات DSM-5، از جمله اختلال بینج ایتینگ، افسردگی، و افزایش ریسک خودکشی، کاموربید باشد.

به هنگام دیانگنوز کردن اختلال بینج ایتینگ، اسپسیفایرهای زیر برای خط سیر (مسیر) باید قید شوند:

- در بهبود کامل یا بهبود جزئی
- سطح شدت، خفیف (۱ تا ۳ اپیزود بینج ایتینگ)، متوسط (۴ تا ۷ اپیزود)، شدید (۸ تا ۱۳ اپیزود)، و افراطی (۱۴ اپیزود یا بیشتر) در هفته

درمان اختلال بینج ایتینگ شبیه به درمان بولیمیا نروزا است، مخصوصاً روان‌درمانی شناختی-رفتاری (CBT)، رفتار درمانی دیالکتیک (DBT)، روان‌درمانی میان‌فردی (IPT)، و شناخت درمانی مبتنی بر مایندفولنس. تا این تاریخ، شواهد تجربی نشان داده‌اند که CBT و IPT بیشتر از سایر انواع روان‌درمانی برای بینج ایتینگ مفید واقع می‌شوند. CBT، به عنوان بخشی از یک مداخله حساس به فرهنگ، به افراد کمک می‌کند تا افکار خود درباره ظاهر فیزیکی و بادی ایمیج^۱ را تغییر دهند و نرخ موفقیت آن تا ۵۰٪ برای اختلال بینج ایتینگ است و در عین حال، از سایر اختلالات روانی کاموربید با آن، مخصوصاً افسردگی، نیز می‌کاهند. اما DBT، برنامه‌های خود-یاری^۲، و آموزش اصول مایندفولنس نیز نشان داده‌اند که امیدوارکننده هستند. چون بسیاری از افراد مبتلا به اختلال بینج ایتینگ در کودکی تروما یا بدرفتاری فیزیکی را تجربه کرده‌اند، حساسیت زدایی با استفاده از حرکت چشم و پردازش مجدد^۳ نیز می‌تواند مناسب باشد.

دیگر اختلال خورد و خوراک مشخص

اختلال خورد و خوراک مشخص^۴ که قبلاً اختلال خوردن مشخص نشده به شیوه‌ای دیگر نامیده می‌شد، برای استفاده در پنج موقعیت زیر مناسب است:

۱. درمانجو معیارهای کامل برای بولیمیا نروزا را ندارد.
۲. درمانجو معیارهای کامل برای اختلال بینج ایتینگ را ندارد.

^۱ body image

^۲ self-help programs

^۳ eye movement desensitization and reprocessing

^۴ Other Specified Feeding or Eating Disorder (Formerly Eating Disorder NOS)

۳. رفتار مشکل‌زا صرفاً یک اختلال تصفیه^۱ در غیاب پرخوری است.
۴. معیارهای آنورکسیا برآورده شده‌اند، اما وزن درمانجو در بازهٔ نرمال باقی می‌ماند (آنورکسیای آتیپیکال).
۵. به صورت سندروم پرخوری شبانه^۲ روی می‌دهد که در آن، فرد اپیزودهای مکرری از پرخوری در شب دارد، بعد از بیدار شدن از خواب غذا می‌خورد، یا بعد از گذشتن از وقت معمولی شام خوردن، مقادیر زیادی غذا مصرف می‌کند.

اختلال خورد و خوراک نامشخص

این طبقه‌بندی زمانی می‌تواند به کار رود که سمپتوم‌های اختلال خورد و خوراک حضور دارند و به اندازهٔ کافی شدید هستند تا در یک یا دو زمینهٔ عملکردی رنج یا نقص ایجاد کند، اما معیارهای یک اختلال خورد و خوراک مشخص برآورده نشده‌اند، یا اطلاعات به اندازهٔ کافی وجود ندارد تا یک دیاگنوز قطعی‌تر ارائه شود.

¹ a purging disorder in the absence of overeating

² night-eating syndrome

انکوپرسیس^۱ (ناتوانی در کنترل مدفوع) و انورسیس (ناتوانی در کنترل ادرار)^۲ به یک فصل جدید به نام اختلالات دفعی^۳ انتقال یافته‌اند. در معیارهای این دو اختلال در DSM-5 هیچ تغییر قابل توجهی ایجاد نشده است.

^۱ encopresis

^۲ enuresis

^۳ elimination disorders

در DSM-5 یک فصل جدید مخصوصاً برای اختلالات خواب- بیداری ایجاد شده است، که همان زیرگروه‌های اصلی اختلالات خواب در DSM-IV را در بر گرفته است.

پاراسومنیاهای

حوزه اختلالات خواب از زمان چاپ DSM-IV تا کنون رشد تصاعدی را تجربه کرده است، و اکنون در DSM-5 از مارکرهای بیولوژیک برای اعتباریابی دیانگنوز استفاده می‌شود. مطالعات علمی، از جمله پلی‌سومنوگرافی^۱، معمولاً در تعیین دیانگنوز برای بسیاری از اختلالات خواب- بیداری، از جمله ناکولپسی، سندروم پاهای بی‌قرار، و اختلالات خواب مرتبط با تنفس، مفید واقع می‌شوند. هرچند اختلالات خواب مرتبط با یک اختلال روانی دیگر^۲ و اختلالات خواب ناشی از یک عارضه پزشکی عمومی^۳ از DSM-5 حذف شده‌اند، بسیاری از قسمت‌ها توسعه یافته‌اند تا سطح کنونی دانش موجود درباره این موضوع را منعکس کنند. برای مثال، اختلالات خواب مرتبط با تنفس^۴ به سه اختلال متمایز تقسیم شده‌اند: آپنه‌ای خواب انسدادی^۵، آپنه‌ای خواب مرکزی^۶، و هیپوونتیلیشن (یا هایپوونتیلیشن) مرتبط با خواب^۷. اختلال رفتار خواب REM^۸ و سندروم پاهای بی‌قرار^۹ (که قبلاً اختلالات خواب مشخص نشده به شیوه‌ای دیگر نامیده می‌شد) به دو اختلال مستقل تبدیل شده‌اند. همچنین، معیارهای روان‌پزشکی و رشدی اکنون در متن کتاب DSM-5، هر جا که مناسب داشته باشد، ادغام شده‌اند.

¹ polysomnography

² sleep disorders related to another mental disorder

³ sleep disorders due to a general medical condition

⁴ breathing-related sleep disorders

⁵ obstructive sleep apnea

⁶ central sleep apnea

⁷ sleep-related hypoventilation

⁸ Rapid eye movement sleep behavior disorder

⁹ restless legs syndrome (formerly Sleep Disorders NOS)

فصل جدید DSM-5 درباره اختلالات جنسی شامل مشکلات زیر است:

- انزال دیر هنگام
- اختلال نعوظ
- اختلال ارگزم زنانه
- اختلال میل / برانگیختگی جنسی در زنان
- اختلال درد/دخول تناسلی - خاصه‌ای
- اختلال میل جنسی هایپواکتیو در مردان
- انزال زودهنگام
- اختلال جنسی ناشی از ماده/ دارو، الکل
- اختلال جنسی ناشی از ماده/ دارو
- دیگر اختلال جنسی مشخص
- اختلال جنسی نامشخص

اکثر تغییرات اعمال شده در این فصل راجع به اختلالات جنسی در DSM-5 شامل موارد زیر هستند:

- اختلال میل جنسی زنانه و اختلال برانگیختگی جنسی زنانه با هم ترکیب شده‌اند و یک اختلال واحد به وجود آورده‌اند (اختلال میل/ برانگیختگی جنسی در زنان (زنانه)).
- اختلال انحراف جنسی حذف شده است (به علت کمبود تحقیقات ساپورتیو حمایت‌کننده)).
- همه اختلالات جنسی اکنون باید حداقل ۶ ماه یا بیشتر طول بکشند، به استثنای اختلال جنسی ناشی از ماده/ دارو.

¹ female sexual interest/ arousal disorder

- برای درجه شدت اختلالات از معیارهای دقیق‌تری استفاده شده است.
- همه اختلالات جنسی می‌توانند به دو نوع فرعی (ساب‌تایپ) تقسیم شوند: (۱) تمام عمری در مقابل اکتسابی، و (۲) تعمیم‌یافته در مقابل موقعیتی. تمام عمری^۱ اشاره دارد به مشکلاتی که از اولین تجربه جنسی حضور داشته‌اند، و اکتسابی^۲ به اختلالاتی گفته می‌شود که بعد از یک دوره نسبتاً سالم از تجربه جنسی به وجود می‌آیند. نوع فرعی تعمیم‌یافته^۳ به مشکلات جنسی که به تجربه‌ها، موقعیت‌ها، یا پارتنرهای خاص منحصر نمی‌شوند اشاره دارد؛ نوع فرعی موقعیتی^۴ به مشکلاتی اشاره دارد که فقط در بعضی موقعیت‌ها و شرایط خاص روی می‌دهند.
- اختلال درد/ دخول تناسلی - خاصه‌ای^۵ که به عنوان یک اختلال جدید اضافه شده است دو اختلال قدیمی واژینیسم و دیسپارونیا را با هم ترکیب کرده است. این دو اختلال قبلاً دو اختلال کاموربید بودند که با معیارهای DSM-IV، تفکیک آنها از هم دشوار بود.

DSM-5 همچنین شامل اطلاعاتی درباره عواملی است که ممکن است با اختلالات جنسی، از جمله با عوامل پزشکی، عوامل مرتبط با پارتنر، عوامل رابطه‌ای^۶، عوامل آسیب‌پذیری فردی، و عوامل فرهنگی یا مذهبی، ممکن است رابطه همبستگی داشته باشند. اگر رنج شدید در رابطه میان فردی یا یک عامل استرس‌زای دیگر بتواند توضیح بهتری برای سمپتوم‌های مشکلات جنسی باشد، به جای اختلال جنسی، باید از کد V یا کد Z مناسب برای آن مشکل رابطه‌ای یا آن عامل استرس‌زا استفاده کرد.

¹ lifelong

² acquired

³ generalized subtype

⁴ situational subtype

⁵ genito-pelvic pain/ penetration disorder

⁶ relationship problem

اختلال هویت جنسی^۱ (GID)، آنطور که در DSM-IV-TR تعریف شده بود، یک اختلال جنجال‌برانگیز به حساب می‌آمد، و این اصطلاح از سوی کسانی که جنسیت آنها به هنگام تولد با جنسیتی که بعداً آن را مناسب خود می‌دانستند در تضاد بود به نوعی توهین آمیز محسوب می‌شد. DSM-5 بعضی معیارهای مهم را تغییر داده است و این اختلال اکنون دیسفوریای جنسیتی^۲ نامیده می‌شود. اختلالات مندرج در این فصل جدید DSM-5 عبارتند از:

- دیسفوریای جنسیتی در کودکان
- دیسفوریای جنسیتی در نوجوانان و بزرگسالان
- دیگر دیسفوریای جنسیتی مشخص
- دیسفوریای جنسیتی نامشخص

مثل سایر اختلالات فهرست شده در DSM-5، یک عنصر مهم در تعیین حضور یک اختلال روانی، حضور دیسترس (رنج) از لحاظ بالینی معنادار و مرتبط با آن اختلال است. به عبارت دیگر، تردید درباره جنسیت خود یا ناهمخوانی جنسیتی^۳ اختلال روانی محسوب نمی‌شود. برعکس، رنج یا دیسترس از لحاظ بالینی معنادار یا نقص در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم زندگی باید حضور داشته باشد. DSM-5 حاوی چند مجموعه معیارهای مجزا برای کودکان، نوجوانان، و بزرگسالان است و این پدیده را به عنوان یک ناهمخوانی جنسیتی^۴ می‌شناسد نه همانندسازی^۵ با یک نقش جنسیتی متفاوت از جنسیتی که فرد با آن به دنیا آمده است.

¹ Gender Identity Disorder (GID)

² Gender Dysphoria

³ gender nonconformity

⁴ gender incongruence

⁵ identification

معیارهای دیسفوریای جنسیتی شامل موارد زیر هستند:

- بین جنسیت ابراز شده فرد و جنسیتی که دیگر به او اختصاص می‌دهند تفاوت زیادی وجود دارد.
- این احساسات باید حداقل ۶ ماه حضور داشته باشند.
- در کودکان، آرزوی داشتن یک جنسیت دیگر باید حضور داشته باشد و به زبان بیاید.
- رنج یا دیسترس از لحاظ بالینی معنادار در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم زندگی باید تجربه شود.

برای شناسایی مراجعانی که به منظور حمایت از تخصیص یک جنسیت جدید تحت درمان پزشکی قرار گرفته‌اند یک اسپسیفایر جدید اضافه شده است.

خوانندگان باید به یاد داشته باشند که هویت جنسیتی^۱ یا به اختصار، جنسیت، یک مفهوم متغیر است که احساساتی درباره بدن، نقش‌های جنسیتی، همانندسازی جنسیتی، و سکسوالیتی (سکسوالیته) را دربرمی‌گیرد. سطح راحتی^۲ و نگرش‌های درمانگر می‌تواند روی میزان راحت بودن درمانجو برای حرف زدن درباره موضوعات سکسوال تأثیر بگذارد. درمان این اختلال ممکن است پیچیده باشد، مخصوصاً اگر درمانجو در صدد تغییر جنسیت از طریق جراحی باشد. درمانگرانی که راحت نیستند یا در کار کردن با این جمعیت از درمانجویان تجربه ندارند باید مراجعان را به یک درمانگر واجد شرایط که در کار کردن با دیسفوریای جنسیتی تجربه دارد ارجاع دهند.

¹ gender identity

² comfort level

در این فصل جدید در DSM-5، اختلالاتی قرار دارند که مشخصه اصلی آنها عدم خود-کنترلی هیجانی و رفتاری است. دو اختلال رفتاری اخلاق گرانه در کودکی (اختلال نافرمانی-چالشگری ODD) و اختلال سلوک (CD) در این فصل جدید قرار گرفته‌اند. اختلالات مندرج در فصل اختلالات اخلاق گرانه، کنترل تکانه، و سلوک^۱ اینها هستند:

- اختلال نافرمانی-چالشگری (با اسپسیفایر شدت: خفیف، متوسط، شدید)
- اختلال انفجار خشم متناوب
- اختلال سلوک
- اختلال شخصیت ضداجتماعی
- پایرومینیا
- کلپتومانیا
- دیگر اختلال اخلاق گرانه، کنترل-تکانه، و سلوک مشخص
- اختلال اخلاق گرانه، کنترل-تکانه، و سلوک نامشخص

نویسندگان DSM-5، طبق این باور که اختلال شخصیت ضداجتماعی به همراه اختلال نافرمانی-چالشگری (ODD) و اختلال سلوک (CD) روی یک پیوستار قرار دارد، آن را هم در فصل اختلالات شخصیت و هم در این فصل درج کرده‌اند. معیارهای این اختلالات عمدتاً همان معیارهای قبلی هستند با بعضی استثنایا که هم اکنون توضیح می‌دهیم.

¹ disruptive, impulse-control, and conduct disorders

اختلال نافرمانی - چالش گری (ODD)

مشخصه اصلی این اختلال عبارت است از سطوح بالای واكنش پذیری هیجانی^۱ و عدم تحمل ناکامی^۲، که معمولاً به مناقشات فراوان با والدین، معلمان، سوپروایزرها، و سایر افراد منجر می شود. اختلال نافرمانی - چالش گری^۳ (ODD) توسط سه نوع سمپتوم توصیف می شود:

- خلق خشمگین / تحریک پذیر (اعصاب خردی و زودخشمی)
- رفتار جر و بحث جویانه / سرکشانه
- کینه ورزی (بدجنسی و مردم آزاری حداقل دو بار در ۶ ماه گذشته)

معیارها همان معیارهای DSM-IV هستند و رفتار باید شامل حداقل چهار سمپتوم باشد و حداقل به مدت ۶ ماه مشاهده شود. شدت سمپتومها بر اساس مداومت و فراوانی این رفتارها و حضور آنها در سه مکان سنجیده می شود (یک مکان = خفیف، دو مکان = متوسط، و سه مکان = شدید). از اسپسیفایر شدت باید استفاده شود تا این اختلال از رفتاری که مناسب با سن محسوب می شود تفکیک گردد. در مورد کودکان کمتر از ۵ سال، رفتار باید در اکثر روزها به مدت حداقل ۶ ماه روی دهد. خلق و خوی فردی^۴ (مثلاً، ضعیف بودن قدرت تحمل ناکامی، واكنش پذیری هیجانی بالا؛ فرزندپروری ضد و نقیض (رفتارهای دوگانه و ناهمخوان والدین)، سختگیری شدید یا غفلت از سوی والدین؛ و تعدادی از عوامل ژنتیک به ایجاد اختلال نافرمانی - چالش گری (ODD) ربط داده شده اند.

اختلال انفجار خشم متناوب (IED)

ویژگی اصلی اختلال انفجار خشم متناوب^۵ (IED) عبارت است از انفجارهای خشم تکانشی و پرخاشگرانه که با محرک جرقه زننده یا عامل استرس زای پسیکولوژیک تناسب ندارند. پرخاشگری فیزیکی به عنوان یک معیار برای انفجار خشم متناوب (IED) حذف شده است. اکنون، پرخاشگری فیزیکی غیرمخرب (که به تخریب چیزی منجر نمی شود) و غیرجراحی (که به وارد شدن جراحت منجر نمی شود) برای دیاگنوز شدن فرد به این اختلال کافی هستند. یک معیار دیگر عبارت است از حداقل سن ۶ سال (یا سطح رشدی معادل). (توجه: وقتی می گوییم سطح رشدی معادل منظورمان

¹ emotional reactivity

² frustration intolerance

³ oppositional defiant disorder (ODD)

⁴ individual temperament

⁵ Intermittent Explosive Disorder (IED)

این است که فرد ممکن است از لحاظ سن تقویمی، مثلاً، ۹ ساله باشد ولی از لحاظ رشدی در مراحل رشدی یک کودک ۸ ساله باقی مانده باشد). معیارهای جدید و تقویت شده باعث می شوند فراوانی و ماهیت انفجارها مشخص شود. معیارها عبارتند از پرخاشگری کلامی یا پرخاشگری فیزیکی نسبت با اموال، حیوانات، یا سایر انسانها، که به طور متوسط دو بار در هفته و در یک دوره سه ماهه روی می دهند. معیار دیگر، سه بار انفجار خشم در ۱۲ ماه گذشته است که در آنها، به اموال مردم آسیب وارد شده است و/ یا تهاجم فیزیکی به حیوانات یا سایر مردم انجام شده است که به جراحت فیزیکی منجر گشته اند. مثل سایر اختلالات، سمپتومها باید باعث رنج شخصی (دیسترس) شوند، مشکلاتی در روابط میان فردی یا در شغل به وجود آورند، یا به مشکلات قضایی یا مالی منجر گردند. وجه تفاوت انفجار خشم متناوب (IED) با اختلال سلوک (CD) این است که در انفجار خشم متناوب (IED) رفتارهای پرخاشگرانه از قبل برنامه ریزی نشده اند.

اختلال سلوک (CD)

معیارهای مستثنی کننده (مستثنی ساز) برای اختلال سلوک^۱ (CD) از DSM-5 حذف شده اند، و یک اسپسیفایر جدید به نام “with limited prosocial emotions” (به همراه هیجانهای جامعه دوستانه محدود) اضافه شده است. در بعضی کتابها، این اسپسیفایر به عنوان “callous and unemotional” (بی عاطفه و غیرهیجانی) معروف است، و فقط زمانی قید می شود که، در حداقل ۱۲ ماه گذشته، فرد دو یا چند ویژگی زیر را در رابطه میان فردی خود با افراد مختلف و در مکانها و شرایط مختلف داشته باشد:

- عدم پشیمانی یا احساس عذاب وجدان. فرد از این که به یک انسان دیگر آسیب وارد کرده است یا او را رنجانده است پشیمان نیست و در این باره دغدغه خاطر ندارد.
- بی رحم و بی عاطفه است، همدلی ندارد. فرد به احساسات دیگران اهمیت نمی دهد؛ فقط به احساسات خود اهمیت می دهد؛ سرد است و دیگران برایش اهمیت ندارند.
- درباره پرفورمانس (کیفیت عملکرد) نگران نیست. درباره کیفیت عملکرد خود در مدرسه یا شغل بی خیال است، از خود تلاش نشان نمی دهد، دیگران را به خاطر عملکرد ضعیف خود مقصر می داند.
- عاطفه سطحی یا ناقص. نسبت به دیگران احساسات یا هیجانات نشان نمی دهد و اگر نشان می دهد، به صورت سطحی و فقط در راستای منافع خود است (مثلاً، هیجانهای دروغین نشان می دهد، و هیجانهایش با رفتارهایش مطابقت ندارند).

¹ conduct disorder (CD)

سن شروع براي اختلال سلوك (CD) را مي توان به صورت شروع در كودكي (قبل از ۱۰ سالگي)، شروع در نوجواني (بعد از ۱۰ سالگي)، يا سن شروع نامشخص (سن شروع ناشناخته) تصريح (specify) كرد. اين اسپيسيفاير سن از لحاظ تشخيصي مهم است زيرا به حدس مسير (خط سير) اين اختلال كمك مي كند (افرادي كه با اسپيسيفاير سن شروع در كودكي مشخص شده اند پراگنوز (پيش آگهي) احتياط آميز تري دارند و به رويكردهاي درماني مولتي سيستميك تري^۱ نياز دارند.

اسپيسيفاير سطح شدت عبارتند از:

- خفيف. چند مشكل سلوك كه افراطي از مشكلات سلوك ضروري براي دياگنوز شده به اين اختلال هستند
- متوسط. نه خفيف و نه شديد
- شديد. تعداد زيادي سمپتوم و بيشتر از تعدادي كه براي دياگنوز لازم است، يا آسيب جدي كه به ديگران وارد شده است (مثلاً، تجاوز جنسي، استفاده از اسلحه، بي رحمي فيزيكي)

طبق دستورالعمل DSM-5، محيط و شرايطي كه اختلالات سلوك در آنها روي مي دهند بايد در نظر گرفته شود (مثلاً، مناطق جنگي، محله هاي با نرخ جرم و جنايت بالا). جنسيت نيز نقش دارد زيرا مردان هم پرخاشگري فيزيكي و هم پرخاشگري رابطه اي نشان مي دهند اما پرخاشگري زنان بيشتر به صورت رابطه اي و دروغ گفتن است (پرخاشگري رابطه اي^۲ زماني است كه فرد به منظور آسيب رساندن به فرد متضوب با او قهر مي كند (قطع رابطه خود با او) يا سعي مي كند بين او و دوستانش دعوا راه بيندازد و باعث قهر آنها با هم شود (مختل كردن رابطه او با ديگران). به طور كلي، رفتار تكانشي (بي فكر- بي پروا) و سر كشانه معمولاً در سال هاي قبل از مدرسه و در نوجواني افزايش مي يابد. بايد دقت كرد و اطمينان به دست آورد كه فراواني و شدت سمپتوم ها فراتر از آن چيزي هستند كه براي سن و مرحله رشدي كودكي عادي محسوب مي شوند.

ADHD معمولاً با همه اختلالات اخلاص گرانه، كنترل تكانه، و سلوك كاموربيد است، و روي دادن آن به طور همزمان با آنها باعث تشديد پيامدهاي اين اختلالات مي شود. شايد به نظر برسد كه ADHD به اين فصل تعلق دارد، زيرا طبق مفهوم پرازي DSM-5، روي همان پيوستار اختلال نافرمانی - چالش گري (ODD)، اختلال سلوك (CD)، و اختلال شخصيت ضد اجتماعي قرار گرفته است. با اين حال، چون تعداد زيادي از تحقيقات نشان داده اند كه ADHD علل نورويولوژيك پشت پرده دارد، در فصل اختلالات عصبي - رشدي در DSM-5 قرار گرفته است.

¹ more multisystemic treatment approaches

² relational aggression

پیرومانیا (پایرومینیا)^۱

معیارهای تشخیصی برای این اختلال نادر، که تخمین زده می‌شود کمتر از ۱٪ کل جمعیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد، همان معیارهای DSM-IV هستند.

کلپتومانیا^۲

این اختلال نیز نادر است، و بر ۰.۳٪ تا ۰.۶٪ جمعیت تأثیر می‌گذارد. زنان ۷۵٪ افرادی را که معیارهای کلپتومانیا را برآورده می‌کنند تشکیل می‌دهند. در معیارهای DSM-IV برای کلپتومانیا هیچ تغییری اعمال نشده است.

دیگر اختلال اخلاص گرانه، کنترل - تکانه، و سلوکِ مشخص

دیگر اختلال اخلاص گرانه، کنترل - تکانه، و سلوکِ مشخص^۳ زمانی دیاگنوز می‌شود که درمانگر می‌تواند مشخص (specify) کند که چرا معیارهای لازم برای یک اختلال مشخص برآورده نشده‌اند. برای مثال، در چارت بیمار چنین می‌نویسد: انفجارهای خشم معیار سطح فراوانی را برآورده نمی‌کنند.

اختلال اخلاص گرانه، کنترل تکانه، و سلوکِ نامشخص

اختلال اخلاص گرانه، کنترل تکانه، و سلوکِ نامشخص^۴ زمانی دیاگنوز می‌شود که درمانگر نمی‌خواهد دلیل برآورده نشدن معیارها را مشخص (specify) کند، یا این که در مورد سمپتوم‌هایی که فرد به هنگام مراجعه به بخش اورژانس یک بیمارستان نشان می‌دهد اطلاعات کافی برای ارایه یک دیاگنوز مشخص در دسترس نیست.

^۱ pyromania

^۲ kleptomania

^۳ other specified disruptive, impulse-control, and conduct disorder

^۴ Unspecified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder

در فصل مربوط به اختلالات مرتبط با الکل و سایر مواد^۱ در DSM-5 تغییرات عمده‌ای اعمال شده است. مهمترین تغییرات عبارتند از:

- (۱) ترکیب کردن دو اختلال مستقل سوءمصرف مواد و وابستگی به مواد و تشکیل یک اختلال جدید به نام اختلال مصرف ماده؛
- (۲) معرفی دو معیار الزامی برای این اختلال (DSM-IV برای دیاگنوز سوءمصرف فقط یک معیار معرفی کرده بود)؛
- (۳) اضافه کردن سندروم پرهیز از کانابیس و سندروم پرهیز از کافئین به عنوان دو اختلال جدید؛ و
- (۴) تغییر دادن طبقه اختلال قمار به عنوان اولین اختلال رفتاری که در این فصل جدید در DSM-5 قرار داده شده است.

DSM-5 دو طبقه سوءمصرف مواد و وابستگی به مواد را ترکیب می‌کند و یک اختلال کلی به نام اختلال مصرف ماده^۲ را معرفی می‌کند. علت این تغییر این بوده است که تحقیقات نشان می‌دهند که سوءمصرف و وابستگی دو اختلال متمایز نیستند بلکه قسمتی از یک پیوستار هستند. در یک تغییر بیشتر، هم اکنون دو معیار برای دیاگنوز اختلال سوءمصرف الزامی هستند، و این موضوع باعث از میان برداشته شدن مشکل “یتیم‌های بی‌تشخیص” در DSM-IV شده است. (“diagnostic orphans” اصطلاحی خاص است. اگر شدت وابستگی به مواد (در DSM-IV) را یک پیوستار در نظر بگیریم، بعضی درمانجویان در انتهای آن سوی دیگر این پیوستار قرار دارند که اصطلاحاً یتیم‌های بدون دیاگنوز نامیده می‌شوند. اینها کسانی هستند که فقط یک یا دو معیار برای اختلال وابستگی به ماده را داشتند و بنابراین، معیارهای کامل برای وابستگی، سوءمصرف یا مصرف مضر ماده را نداشتند. این موردهای زیرآستانه‌ای مشکلات مرتبط با مصرف ماده را تجربه می‌کردند

^۱ Substance-Related and Addictive Disorders

^۲ substance use disorder

ولی معیارهای هیچیک از اختلالات DSM-IV را برآورده نمی‌کردند، و بنابراین، مبتلا به هیچ اختلالی دیاگنوز نمی‌شدند و در نتیجه، نمی‌توانستند از خدمات درمانی (مثلاً، بیمه) استفاده کنند). منتقدان رویکرد جدید DSM-5 می‌گویند که حذف کردن دیاگنوز یک-معیاری^۱، که در DSM-IV رایج بود، منجر به این خواهد شد که تعداد زیادی از افرادی که مشکل نوشیدن الکل دارند مبتلا به هیچ اختلالی دیاگنوز نشوند. تغییرات جدید در DSM-5 با معیارهای سازمان بهداشت جهانی، ICD-10 نیز مطابقت دارند.

اعضای کارگروه اختلال مصرف ماده برای DSM-5 گزارش می‌دهند که مرور و بررسی مجدد داده‌ها با استفاده از دو مجموعه متفاوت از معیارها (مجموعه معیارهای DSM-IV و مجموعه معیارهای DSM-5) در بیش از ۱۰۰ هزار درمانجوی دیاگنوز شده، در تعداد این افراد تغییر چندانی به وجود نیاورد. منطق پشت پرده این تغییر، آسان‌تر ساختن دیاگنوز برای درمانگران بوده است، زیرا دیگر لازم نیست که فرد دو مجموعه مجزا از معیارها (معیارهای سوءمصرف و معیارهای وابستگی) را داشته باشد. این کار اصولاً باید باعث شود تا معیارهای تشخیصی و کلاً، خود تشخیص نهایی، برای درمانجو نیز قابل فهم‌تر شود. (عبارت "شما به کافئین معتاد هستید" قابل فهم‌تر از "شما اختلال وابستگی به کافئین دارید" قابل فهم‌تر است).

تغییرات بالا و سایر تغییرات در این فصل از DSM-5 آثار مثبتی بر جای خواهند نهاد، از جمله:

- درمانگران دیگر مجبور نیستند با دو اختلال سر و کار داشته باشند، و اکنون فقط باید یک اختلال را مورد درمان قرار دهند. این موضوع باعث کاهش سردرگمی و حذف نیاز به دانستن تفاوت‌های دو مجموعه معیار مختلف است (یک مجموعه معیار برای سوءمصرف و دیگری برای وابستگی).
- الزام جدید، این که دو سمپتوم به جای یک سمپتوم باید وجود داشته باشند، این واقعیت را منعکس می‌کنند که اختلالات مصرف ماده یک مجموعه رفتاری هستند نه فقط یک زمینه مشکل.^۲
- معیارهای تشخیصی با هم ترکیب شده‌اند و فهرستی از ۱۱ سمپتوم تشکیل داده‌اند.
- یک معیار craving (هوس یا میل قوی یا نیاز شدید به استفاده از یک ماده خاص) به DSM-5 اضافه شده است، و در نتیجه، آن را با ICD-9، چاپ سازمان بهداشت جهانی، هماهنگ‌تر کرده است.
- دیاگنوز وابستگی به چند ماده^۳ حذف شده است. وقتی که درمانجو مبتلا به مصرف بیش از یک ماده دیاگنوز می‌شود، هر کدام از این مواد باید به طور انفرادی ثبت شود.

^۱ one-criterion diagnosis

^۲ problem area

^۳ polysubstance dependence

- شدت اختلال مصرف ماده اکنون بر اساس تعداد سمپتوم‌های برآورده شده قرار دارد. برای مثال، اگر درمانجو دو یا سه سمپتوم دارد، دیانوز عبارت خواهد بود از "اختلال مصرف ماده خفیف" (یا، اختلال خفیف مصرف ماده)؛ چهار یا پنج سمپتوم "متوسط"؛ و شش سمپتوم یا بیشتر "شدید" خواهد بود.
- سمپتوم قبلی مشکلات قضایی مرتبط با ماده^۱ از DSM-5 حذف شده است. هرچند دستگیر شدن به دلیل رانندگی تحت تأثیر مواد یکی از دلایل عمده‌ای است که مردم به دنبال درمان اختلالات مصرف ماده می‌روند، تحقیقات نشان داده‌اند که این رویداد نمی‌تواند اختلال مصرف ماده را پیش‌بینی کند یا سطح شدت آن را نشان دهد. همچنین، اسپسیفایر "با یا بدون وابستگی فیزیولوژیک" نیز حذف شده است.
- دو اسپسیفایر جدید اضافه شده‌اند: "در یک محیط کنترل‌شده" و "تحت حفظ درمانی"^۲. حفظ درمانی^۳ نوعی درمان است که برای کمک به موفق واقع شدن درمان اصلی طراحی شده است. برای مثال، به فردی که سابقاً معتاد بود و اکنون آن را کاملاً ترک کرده است، مواد یا داروهای خاصی داده می‌شود تا از شروع مجدد مصرف مواد پیشگیری شود.
- "بهبود زود هنگام"^۴ از یک اختلال مصرف ماده در DSM-5 اینگونه تعریف می‌شود: ۳ تا ۱۲ ماه عاری بودن از هر گونه معیار برای اختلال مصرف ماده مورد نظر (به استثنای craving یا هوس شدید به مصرف آن ماده). "بهبود دایم"^۵ (بهبود ادامه‌دار، بهبود محفوظ) عبارت است از سپری شدن ۱۲ ماه یا بیشتر بدون برآورده شدن هر گونه معیار به استثنای craving یا هوس شدید یا نیاز مفرط به مصرف ماده مورد نظر.

۱۰ طبقه‌بندی مستقل مواد در DSM-5، همان طبقاتی هستند که در DSM-IV-TR مطرح شده بودند. اینها عبارتند از:

۱. الکل
۲. کافئین
۳. کانابیس
۴. هالوسینوزن

^۱ substance-related legal problems

^۲ "on maintenance therapy"

^۳ maintenance therapy

^۴ "Early remission"

^۵ "sustained remission"

۵. مواد استنشاقی
۶. اوپیویدها (مواد خانواده تریاک)
۷. آرام‌بخش‌ها، خواب‌آورها، و ضد اضطراب‌ها
۸. استیمولاترها (مواد محرک)
۹. تنباکو
۱۰. سایر مواد (مواد ناشناخته)

اختلالات مصرف ماده و اختلالات ناشی از ماده از هم تفکیک شده‌اند. اختلالات ناشی از ماده^۱ عبارتند از:

- مسمومیت
- پرهیز
- دیگر اختلالات ناشی از ماده/ دارو (مثلاً، سایکوز ناشی از ماده، اختلال افسردگی ناشی از ماده)

DSM-5 هر یک از این مواد را یک مرور کلی می‌کند و مراحل رکورد و کدگذاری آنها را توضیح می‌دهد. خوانندگانی که با مراجعان مبتلا به اختلالات مصرف ماده کار می‌کنند باید فصل مرتبط با اختلالات مرتبط با مصرف مواد در DSM-5 را به دقت بخوانند. برای مثال، معیار A در اختلال مصرف الکل یک روند مصرف الکل را که به نقص یا دیسترس شدید منجر می‌شود قید می‌کند و یک الزام جدید را اضافه می‌کند که می‌گوید حداقل ۲ سمپتوم از ۱۱ سمپتوم زیر باید در یک دوره ۱۲ ماهه برآورده شده باشد:

۱. فرد بیش از مقداری که از ابتدا در نظر داشت الکل مصرف می‌کند، یا مقدار مصرف آن بیشتر از آن مقداری است که در ابتدا در نظر داشت.
۲. تلاش‌های فرد برای کنترل کردن یا کاستن از نوشیدن الکل ناموفق واقع شده‌اند.
۳. برای به دست آوردن، مصرف کردن، یا بهبود از مصرف الکل، مقادیر زیادی زمان صرف می‌شود.
۴. فرد هوس یا میل شدید به مصرف (craving) الکل دارد.
۵. مصرف مکرر به مشکلاتی در کار، خانه، یا مدرسه منجر می‌شود.
۶. به رغم مشکلات اجتماعی یا میان‌فردی مکرر و ناشی از مصرف الکل، فرد به مصرف آن ادامه می‌دهد.

¹ substance-induced disorders

۷. فرد از فعالیت‌های مهم خود به منظور مصرف الکل صرف نظر می‌کند یا آنها را نیمه کاره و سرسری رها می‌کند.
۸. به رغم پیامدهای خطرناک مصرف الکل (برای مثال، مستی و رانندگی)، فرد به مصرف الکل ادامه می‌دهد.
۹. فرد با این که می‌داند مصرف الکل باعث ایجاد یک مشکل فیزیکی یا پسیکولوژیک دایمی شده است یا آن را وخیم‌تر کرده است، به مصرف آن ادامه می‌دهد.
۱۰. فرد نسبت به الکل تحمل پیدا کرده است یا به مصرف مقادیر فزاینده الکل نیاز دارد.
۱۱. در فرد سمپتوم‌های پرهیز از الکل مشاهده می‌شود.

اگر در فرد دو یا چند سمپتوم مشاهده شود، می‌توان او را مبتلا به اختلال مصرف الکل اعلام کرد. کدگذاری بر اساس سطح کنونی شدت خواهد بود:

- خفیف: حضور دو یا سه سمپتوم
- متوسط: حضور چهار تا پنج سمپتوم
- شدید: حضور شش سمپتوم یا بیشتر

اگر در ۳ ماه گذشته، یا بیشتر، هیچ سمپتومی وجود نداشته است، دو اسپسیفایر بهبودی را می‌توان در نظر گرفت: “در بهبود زودهنگام”^۱ یا “در بهبود مداوم”^۲. اسپسیفایر در بهبود زودهنگام زمانی به کار می‌رود که فرد به مدت ۳ تا ۱۲ ماه معیارهای اختلال مصرف الکل را نداشته است. اسپسیفایر در بهبود مداوم نیز برای وقتی است که فرد ۱۲ ماه یا بیشتر هیچ‌یک از معیارها را برآورده نکرده است. یک استثنا عبارت است از حضور “craving” (میل یا هوس شدید به مصرف ماده، که حتی وقتی فرد در بهبود زودهنگام یا مداوم است، باز هم ممکن است آن را تجربه کند. درمانگر باید مشخص (specify) کند که آیا بهبود “در یک محیط کنترل شده”^۳ است یا نه، و قید کند که آیا دسترسی فرد به الکل محدود شده است (مثلاً، در یکی از بخش‌های بیمارستان، در زندان، یا مراکز درمانی، حبس شده است). برای مثال، فردی که سال‌هاست مصرف مکرر الکل داشته است و بیش از شش معیار در مورد او صدق می‌کنند، و یک سال است در زندان به سر می‌برد، این‌گونه دیاگنوز خواهد شد:

303.90 اختلال مصرف الکل، شدید، در بهبود مداوم، در یک محیط کنترل شده (تحت کنترل)^۱

¹ “in early remission”

² “in sustained remission”

³ “in a controlled environment”

¹ 303.90 Alcohol Use Disorder, Severe, In sustained remission, in a controlled environment

سندروم پرهیز از کافئین

سندروم پرهیز از کافئین (یا به اختصار، پرهیز از کافئین)^۱، که جدیداً به DSM-5 اضافه شده است، چهار مجموعه معیار دارد، از جمله: مصرف روزانه طولانی مدت، متوقف کردن ناگهانی مصرف کافئین که در عرض ۲۴ ساعت بعد از این توقف، حداقل ۳ سمپتوم از سمپتوم‌های زیر مشاهده می‌شود: سردرد، احساس خستگی مفرط، بد خلقی یا اعصاب خردی، ناتوانی در تمرکز حواس، و سمپتوم‌های شبه- آنفولانزا. این سمپتوم‌ها باعث رنج شدید می‌شوند و یک عارضه پزشکی یا یک اختلال روانی دیگر علت بهتری برای آنها نیست.

سندروم پرهیز از کانابیس

بر خلاف اختلال مصرف کانابیس و سندروم مسمومیت با کانابیس، که در DSM-IV فهرست شده بودند، سندروم پرهیز از کانابیس (یا به اختصار، پرهیز از کانابیس)^۲ در DSM-5 جدید است. سندروم پرهیز از کانابیس بعد از یک دوره مصرف سنگین یا طولانی مدت روی می‌دهد که در آن، کانابیس اکثر روزها و به مدت چند ماه مورد مصرف قرار گرفته است. سمپتوم‌ها در عرض ۷ روز روی می‌دهند و باید شامل سه سمپتوم یا بیشتر از سمپتوم‌های زیر باشند: اعصاب خردی (تحریک‌پذیری)، اضطراب، دشواری در خوابیدن، کاهش اشتها، خلق افسرده، بی‌قراری، و حداقل یک سمپتوم فیزیکی (مثلاً، سردرد، تعریق). DSM-5 قید می‌کند که سندروم پرهیز از کانابیس فقط در ترکیب با یک اختلال مصرف کانابیس متوسط یا شدید^۳ می‌تواند روی دهد.

نکته: در ترجمه کتاب آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5، برخی افراد غیرمطلع از ما ایراد گرفته‌اند که در فصل "اختلالات مصرف مواد" به جای استفاده از معادل‌های پذیرفته شده‌ای مثل حشیش یا محرک‌ها، همان لغات انگلیسی را به فارسی نوشته‌ایم (کانابیس و استیمولانت‌ها).

در پاسخ به این نوع ایرادگیری‌های ناآگاهانه، باید بگوییم که در هیچ‌یک از کتاب‌های آمریکایی و انگلیسی از حشیش صحبت نمی‌شود و اگر هم شود، صرفاً در حد یک یا دو جمله است. این منتقدان نمی‌دانند که کانابیس به دو معناست: خود گیاه شاهدانه و ماری‌جوآنا، نه حشیش. ما کانابیس را شاهدانه و ماری‌جوآنا را ماری‌جوآنا ترجمه کرده‌ایم و در کتاب صراحتاً نوشته‌ایم. برای آگاه شدن این منتقد- نمایان، باید بگوییم ماری‌جوآنا مخلوطی است از گل‌ها، برگ‌ها، و ساقه‌های



¹ caffeine withdrawal

² cannabis withdrawal

³ a moderate or severe cannabis use disorder

کوچک گیاه شاهدانه حشیش خمیری است که از ترشحات رزینی انباشته شده در گل‌های ماده گیاه شاهدانه به دست می‌آید.

در مورد محرک نیز باید بگوییم: در روان‌شناسی از یک طرف از stimulus صحبت می‌شود که در بحث یادگیری و شرطی‌سازی محرک ترجمه شده است، و از طرف دیگر، یک stimulant داریم که، طبق تعریف، نوعی ماده شیمیایی است که در مغز تأثیر می‌گذارد و آن نیز محرک ترجمه شده است. ترجمه کردن هر دوی این اصطلاحات به محرک یکی از میراث‌های پیشکسوتان روان‌شناسی ایران است که باعث مبهم شدن متون ترجمه می‌شود. برای نمونه، در جمله: به آزمودنی یک محرک داده شد، معلوم نیست منظور گوینده این است که یک stimulus به آزمودنی ارائه شد (مثلاً، عکس یک خرس یا صحنه یک جنایت به او نشان داده شد)، یا یک ماده شیمیایی و تحریک‌کننده مغز به او تزریق یا خورانده شد.

اختلال قمار

اختلال قمار^۱ (یا اختلال قماربازی، اختلال اعتیاد به قمار) تنها اختلال غیرمرتبط با مصرف مواد است که در فصل اختلالات اعتیادی و اختلالات مرتبط با مصرف مواد در DSM-5 گنجانده شده است، هرچند معیارهای آن همان معیارهای DSM-IV باقی مانده‌اند. منطق پشت سر انتقال دادن یک اختلال رفتاری به این فصل از DSM-5 این بوده است که شواهد علمی نشان می‌دهند رفتار قماربازی باعث فعال شدن مناطقی در مغز می‌شوند که شبیه به بعضی مراکز مغز هستند که توسط مواد مختلف فعال می‌شوند. سایر رفتارهای تکراری که می‌توانند باعث شوند مردم، در صورت کنترل نشدن، دچار مشکلاتی شوند (مثلاً، خرید کردن، مسابقه دادن، و سکس) در حال حاضر به اندازه کافی از سوی تحقیقات علمی تأیید نشده‌اند تا بتوان آنها را جزو اختلالات روانی به حساب آورد. از بین این سه (خرید، بازی، سکس) فقط اختلال بازی کردن در اینترنت^۲ است که در بخش III کتاب DSM-5 جزو عارضه‌هایی قرار گرفته است که به مطالعه بیشتر نیاز دارند. با منتقل کردن اختلال قمار به فصل اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد در DSM-5، می‌توان انتظار داشت که بعضی دیگر سندروم‌های رفتاری نیز در آینده به عنوان اختلالات رفتاری محسوب شوند.

بعضی روان‌شناسان معتقدند که تغییرات DSM-5 در اختلال مصرف مواد یک “شروع خوب”^۱ است، و بعضی دیگر می‌گویند که بهتر بود انجمن روان‌پزشکی آمریکا بعضی داده‌های کمی بر اساس رابطه همبستگی بین فراوانی و مقدار مصرف ماده و افزایش ریسک بیماری و مرگ ارائه

^۱ gambling disorder

^۲ Internet Gaming Disorder

^۱ “a good start”

می‌داد. این گونه اطلاعات در حال حاضر در دسترس هستند، هرچند در DSM-5 قید نشده‌اند. علت قید نشدن این اطلاعات در DSM-5 شاید، تا اندازه‌ای، به علت دشواری کمی سازی موادی مثل ماری‌جوآنا، هروئین، یا داروهای تجویزی به واحدهای استاندارد باشد. در حالی که کمی سازی واحدهای الکل بسیار آسان‌تر است^۱.

با این که اطلاعاتی از نوع اطلاعات بالا برای تعیین دیاگنوزهای مندرج در DSM-5 ضروری نیستند، درمانگران باید به سنجش مقدار مصرف و انگیزه درمانجویان برای تغییر کردن ادامه دهند تا بتوانند برای برنامه ریزی درمان‌های مناسب آماده شوند و بدانند که درمانجویان مبتلا به اختلالات مصرف مواد ممکن است سمپتوم‌های خود را انکار کنند، پنهان سازند، یا شدت و فراوانی آنها را کمتر از آنچه هست گزارش دهند. تمایل به کوچک یا عادی نشان دادن مشکلات مرتبط با مواد یکی از خصوصیات ذاتی اختلالات مصرف مواد است. درمانگران، برای موفق واقع شدن تلاش‌های خود در مورد افراد معتاد، باید به هر گونه احساسات ضد و نقیض یا بی‌انگیزگی برای تغییر را در همان قدم‌های اول فرایند روان‌درمانی مورد رسیدگی قرار دهند.

... to the difficulty of quantifying substances such as marijuana, heroin, or prescription drugs into standard units. It is much easier to quantify standard units of alcohol.

فصل اختلالات عصبی - شناختی شامل یک گروه از اختلالات است که در آنها یک نقص در عملکرد شناختی^۱ که اکتسابی است نه رشدی، سمپتوم اصلی است. (اختلال رشدی^۲ اختلالی است که معمولاً به طور مادرزاد در فرد وجود دارد، اختلال اکتسابی^۳ اختلالی است که یک فرد سالم، در مرحله‌ای از زندگی خود، به آن دچار می‌شود). دلیریوم، دمانس، آمستیک، و سایر اختلالات شناختی به فصل اختلالات عصبی - شناختی^۴ (نوروکوگنیتیو) در DSM-5 منتقل شده‌اند. اختلال نوروکوگنیتیو عمده (شدید) شامل افت چشمگیر در یک یا چند زمینه شناختی (مثلاً، عملکرد اجرایی یا همان فراشناخت)، از سطح قبلی عملکرد شناختی فرد است. دمانس حذف شده است و اکنون جزو اختلال نوروکوگنیتیو عمده شده است، هرچند هنوز می‌توان آن را به عنوان یک سمپتوم در بعضی انواع فرعی اختلالات نوروکوگنیتیو ذکر کرد زیرا در آنها به طور فراوان روی می‌دهد.

اختلال نوروکوگنیتیو خفیف یک اختلال جدید در DSM-5 است که به شناسایی سمپتوم‌هایی با شدت کمتر در نقص شناختی^۵ کمک می‌کند. هدف از ارایه این اختلال جدید این است که نقص شناختی خفیف و شدید از هم تفکیک شوند و در نتیجه، برای پیشرفت آهسته‌تر این اختلال نوروکوگنیتیو زودتر اقدام به درمان شود. برای مثال، اگر یک افت خفیف در عملکرد شناختی آشکارا قابل مشاهده باشد، اما این افت خفیف در زندگی مستقل فرد اختلال ایجاد نکند، می‌توان او را مبتلا به اختلال نوروکوگنیتیو خفیف دیاگنوز کرد.

معیارهای اختلالات نوروکوگنیتیو بر اساس زمینه‌های شناختی دقیقاً و به‌وضوح تعریف شده^۶ قرار دارند (مثلاً، عملکرد اجرایی (فراشناخت)، یادگیری و حافظه، توجه پیچیده، زبان، مهارت‌های

¹ cognitive function

² developmental disorder

³ acquired disorder

⁴ Neurocognitive Disorders

⁵ cognitive impairment

⁶ defined cognitive domains (to define: to show clearly)

ادراکی و حرکتی). Table 1 (جدول ۱) DSM-5 دربارهٔ سمپتوم‌های شناختی و ابزارهای سنجشی برای اختلال نوروکوگنیتیو عمده و خفیف دقیقاً توضیح داده است. با این که نقص‌های شناختی ممکن است در سایر اختلالات روانی از جمله اسکیزوفرنی نیز حضور داشته باشند، در فصل اختلالات نوروکوگنیتیو فقط فقط اختلالاتی مطرح شده‌اند که ویژگی‌های اصلی آنها شناختی هستند. این اختلالات به هنگام تولد حضور ندارند، و وقتی روی می‌دهند، نشاندهندهٔ افت شناختی در مقایسه با سطوح شناختی قبلی فرد هستند. برخلاف سایر اختلالات مندرج در DSM-5، کشف علت اختلالات نوروکوگنیتیو معمولاً میسر است.

از جمله سایر تغییرات عمده در فصل اختلالات نوروکوگنیتیو، می‌توان موارد زیر را نام برد:

- ناشی از بیمار آلزایمر
- دیجنریشن فرانتومپورال^۱
- با اجسام لویی
- اختلال نوروکوگنیتیو واسکولار
- ناشی از آسیب مغزی تروماتیک
- ناشی از ماده/ دارو
- ناشی از عفونت HIV
- ناشی از بیماری پریون
- ناشی از بیماری پارکینسون
- ناشی از بیماری هانتینگتون
- ناشی از یک عارضهٔ پزشکی دیگر
- ناشی از علل متعدد

درمانجویانی که سمپتوم‌های دمانس یا سایر نقص‌های شناختی نشان می‌دهند ابتدا باید به یک پزشک عمومی برای یک معاینه و سنجش کامل پزشکی و نورولوژیک ارجاع داده شوند. درمانگرانی که با این جمعیت کار می‌کنند معمولاً با پزشکان و سایر پرسنل خدمات روانی از نزدیک همکاری می‌کنند تا برای سنجش و درمان برنامه ریزی نمایند. برای نگاهی کامل به سنجش‌ها، سمپتوم‌ها، عوامل شدت، و کدگذاری اختلالات نوروکوگنیتیو، به صفحات ۵۹۱ تا ۶۴۳ در کتاب DSM-5 مراجعه کنید.

^۱ Frontotemporal degeneration

به رغم سال‌ها تحقیق و بحث دربارهٔ بازنگری ریشه‌ای در دیاگنوز اختلالات شخصیت، هیأت امنای انجمن روان‌پزشکی آمریکا نهایتاً تصمیم گرفت که فعلاً هیچگونه تغییر ساختاری در اختلالات شخصیت اعمال نکند. با این حال، یک مدل آلترناتیو برای اختلالات شخصیت در بخش III کتاب DSM-5 منظور شده است (بخش روش‌ها و مدل‌های در حال ظهوری که به مطالعه و تحقیق بیشتر نیاز دارند). در حال حاضر، معیارهای اختلالات شخصیت در DSM-5 همان معیارهای DSM-IV هستند.

اختلالات شخصیت در DSM-5 عبارتند از:

- اختلال شخصیت پارانوئید
- اختلال شخصیت اسکیزوئید
- اختلال شخصیت اسکیزوتایپال
- اختلال شخصیت ضداجتماعی
- اختلال شخصیت مرزی
- اختلال شخصیت نمایشی
- اختلال شخصیت خودشیفته
- اختلال شخصیت اجتنابی
- اختلال شخصیت وابسته
- اختلال شخصیت وسواسی-اجباری
- اختلال شخصیت ناشی از یک عارضهٔ پزشکی دیگر
- دیگر اختلال شخصیت مشخص
- اختلال شخصیت نامشخص

پارافیلیا^۱ (انحراف جنسی) عبارت است از یک علاقه شدید و دایم به برانگیختگی و ارضای جنسی بر اساس رویاپردازی و مبادرت به رفتار سکشوال با اشیا (مثلاً، فتی‌شیسم، اسکاتولوجیا، یا تماس‌های تلفنی رکیک)، رنج کشیدن یا تحقیر شدن یا اعمال رنج یا تحقیر به دیگران (مثلاً، مازوخیسم، سادیسم)، یا کودکان یا پارتنرهای ناراضی (مثلاً، پدوفیلیا، اگزوبیشنیسم) می‌کنند. در DSM-IV، هر یک از پارافیلیاها یک اختلال محسوب می‌شدند. در DSM-5، کلمات و اصطلاحات به‌دقت انتخاب شده‌اند تا یک پارافیلیا که در حال حاضر باعث دیسترس یا رنج فرد شده است، یا یک پارافیلیا که ارضای آن باعث وارد آمدن آسیب به دیگران (یا قرار دادن آنها در معرض آسیب) شده است، تا سطح یک اختلال روانی صعود کند. بنا بر این، هر یک از پارافیلیاها یک پیش‌نیاز برای مبتلا بودن به یکی از اختلالات پارافیلیک^۲ (اختلالات انحراف جنسی) است اما خود پارافیلیا در ذات خود یک اختلال نیست.

به عبارت دیگر، فقط شدیدترین اختلال پارافیلیک معیارهای لازم برای یک اختلال روانی را دارد.^۳

اختلالات پارافیلیک در DSM-5 همان معیارها، مقیاس‌ها، و مداخلات درمانی مندرج در DSM-IV را در بر دارد. فقط نام این اختلالات از پارافیلیا به اختلال پارافیلیک تغییر یافته است تا تأکیدی باشد بر این موضوع: با این که داشتن یک پارافیلیا برای دیاگنوز یک اختلال پارافیلیک لازم است، برای تضمین ابتلا به یک اختلال روانی کافی نیست. پارافیلیای مورد نظر باید باعث رنج شخصی یا نقص عملکرد در فرد نیز بشود، یا ارضای پارافیلیا باید به آسیب رسیدن به خود شخص یا دیگران (یا خطر آسیب) منجر شود، تا معیارهای لازم برای یک اختلال پارافیلیک را داشته باشد.

^۱ paraphilia

^۲ paraphilic disorders

^۳ In other words, only the more severe paraphilic disorder meets the criteria for a mental disorder.

اختلال پارافیلیک در DSM-5 شامل موارد زیر هستند:

- اختلال وُورِستیک
- اختلال اگزِیبِشنستیک
- اختلال فروتورِستیک
- اختلال مازوخیسم جنسی
- اختلال سادیسم جنسی
- اختلال پدوفیلیک
- اختلال فتیشیستیک
- اختلال ترانسوستیک
- دیگر اختلال پارافیلیک مشخص
- اختلال پارافیلیک نامشخص

برای این که یک اختلال پارافیلیک دیاگنوز شود، فرد باید هم معیار A و هم معیار B را داشته باشد. معیار A مقیاس‌های کیفی برای هر یک از اختلالات پارافیلیک مشخص را ارائه می‌دهد. معیار B حضور دیسترس (رنج) و نقص (مثلاً، افسردگی، مشکلات شغلی، دشواری در روابط اجتماعی) را الزامی می‌داند یا اعلام می‌دارد که فرد باید بر اساس امیال جنسی خود عمل کرده و یک فرد ناراضی را قربانی خود کرده باشد. در مورد کسانی که معیار A را برآورده می‌کنند اما معیار B در مورد آنها صدق نمی‌کند، طبق دستور العمل DSM-5، گفته می‌شود که یک پارافیلیا دارند اما اختلال پارافیلیک ندارند.

برای همه اختلالات پارافیلیک، چند اسپسیفایر مسیر (خط سیر) به معیارهای تشخیصی اضافه شده‌اند که عبارتند از:

- در بهبود کامل، که اینطور تعریف می‌شود: “در پنج سال گذشته، و در یک محیط کنترل‌نشده، فرد بر اساس امیال خود هیچ فرد ناراضی‌ای را قربانی خود نکرده است، و هیچ دیسترس (رنج شخصی) یا نقصی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های عملکردی نداشته است.”
- اسپسیفایر “در یک محیط کنترل شده” (زندگی کردن در یک سازمان یا یک مکان دیگر که در آن از رفتار مشکل‌ساز فرد ممانعت به عمل آمده است).

مقیاس‌های درجه‌بندی شده توسط درمانگر و توسط خود درمانجو، و مقیاس‌های شدت می‌توانند به تعیین دیاگنوز کمک کنند. "دیگر اختلال پارافیلیک مشخص"^۱ می‌تواند در مواردی دیاگنوز شود که در آنها سمپتوم‌ها معیارهای کامل برای یک اختلال پارافیلیک را برآورده نمی‌کنند، یا زمانی که برانگیختگی جنسی شدید و مکرر در رابطه با بعضی رفتارهای درج‌نشده در DSM-5 روی می‌دهند. با این که فقط هشت پارافیلیا در DSM-5 درج شده است، ده‌ها پارافیلیا تا کنون شناسایی شده‌اند (مثلاً، زوفیلیا، اسکاتولوجیا، نکروفیلیا)، و تقریباً همه پارافیلیاها، در نتیجه پیامدهای منفی خود برای فرد یا دیگران، می‌توانند به سطح یک اختلال پارافیلیک صعود کنند.

"اختلال پارافیلیک نامشخص"^۲ در مواقعی به کار می‌رود که در آنها درمانگر تصمیم می‌گیرد دلیل این موضوع را که چرا معیارهای یک اختلال پارافیلیک مشخص برآورده نشده‌اند اعلام نکند، یا این که اطلاعات به اندازه کافی در دسترس او قرار ندارد.

یک مثال می‌تواند چنین باشد: درمانجو به اختلال پارافیلیک در مورد حیوانات مبتلاست و در حال حاضر در زندان به سر می‌برد. در این مورد، کدگذاری او چنین خواهد بود:

302.89 [F65.89] Other specified paraphilic disorder, zoophilia, in a controlled environment^۳

^۱ other specified paraphilic disorder

^۲ "unspecified paraphilic disorder"

^۳ 302.89 [F65.89] Other specified paraphilic disorder, zoophilia, in a controlled environment

در این قسمت از DSM-5، چهار اختلال قرار گرفته‌اند که باعث بروز سمپتوم‌هایی می‌شوند که ویژگی‌های مشخصه اختلالات روانی هستند و باعث رنج از لحاظ بالینی شدید می‌شوند اما معیارهای کامل هیچیک از اختلالات روانی مندرج در DSM-5 را ندارند. این چهار اختلال عبارتند از:

- دیگر اختلال روانی مشخص ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر
- اختلال روانی نامشخص ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر
- دیگر اختلال روانی مشخص
- اختلال روانی نامشخص

درمانگران، قبل از آن که دیانوز "دیگر اختلال روانی مشخص ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر"^۱ را بدهند، باید ابتدا به این نتیجه برسند که سمپتوم‌ها به علت آثار فیزیولوژیک یک عارضه پزشکی دیگر به وجود آمده‌اند. اگر چنین باشد، آن عارضه پزشکی باید ابتدا کدگذاری و رکورد شود. برای مثال، سمپتوم‌های گسستگی ناشی از تشنجهای جزئی پیچیده^۲ اینگونه کدگذاری و رکورد (ثبت) می‌شوند:

345.40 [G40.209] تشنجهای جزئی کمپلکس^۳

294.8 [F06.8] دیگر اختلال روانی مشخص ناشی از تشنجهای جزئی پیچیده، سمپتوم‌های گسستگی^۴

¹ other specified mental disorder due to another medical condition

² complex partial seizures

³ 345.40 [G40.209] complex partial seizures 294.8 [F06.8] other specified mental disorder due to complex partial seizures, dissociative symptoms

⁴ 294.8 [F06.8] other specified mental disorder due to complex partial seizures, dissociative symptoms

بعضی داروهای تجویزی برای درمان اختلالات روانی عوارض جانبی ناخواسته دارند که باعث ایجاد اختلالات حرکتی می‌شوند (مثلاً، خشکی ماهیچه‌ها، لرزش). بعضی دیگر داروها، مثل آنتی‌دپرسانتها (ضدافسردگی‌ها) بعد از توقف مصرف باعث بروز سمپتوم‌هایی می‌شوند. با این که این اختلالات اختلالات روانی نیستند، در DSM-5 درج گشته‌اند زیرا در درمان اختلالات روانی و سایر عارضه‌ها، از دارو استفاده شده است. اکثر موارد اختلالات حرکتی ناشی از دارو در اولین ماه درمان روی می‌دهند و بعد از قطع مصرف دارو از بین می‌روند. به رغم نادر بودن، در همهٔ افرادی که با داروهای آنتی‌سایکوتیک (ضدسایکوز) درمان می‌شوند، احتمال ایجاد سندروم بدخیم نورولپتیک وجود دارد. بعضی از اختلالات حرکتی ناشی از دارو عبارتند از:

- پارکینسونیسم ناشی از نورولپتیک‌ها^۱
- سندروم بدخیم نورولپتیک^۲
- دیستونیای حاد ناشی از دارو^۳
- آکاتیزیای حاد ناشی از دارو^۴
- تاردیو دیس‌کینه‌زیا^۵
- تاردیو دیستونیا^۶
- تاردیو آکاتیزیای^۷

¹ Neuroleptic-Induced Parkinsonism

² neuroleptic malignant syndrome

³ Medication-Induced Acute Dystonia

⁴ Medication-Induced Acute Akathisia

⁵ tardive dyskinesia

⁶ tardive dystonia

⁷ tardive akathisia

سایر عارضه‌هایی که ممکن است در تشخیص و درمان اختلالات روانی تأثیر بگذارند نیز در DSM5 درج شده‌اند. با این که این عارضه‌ها اختلال روانی نیستند، می‌توانند در مراجعه درمانجو به درمانگر نقش داشته باشند یا ممکن است نیاز درمانجو به معاینه یا درمان بیشتر را توضیح دهند. این دیگر عارضه‌ها (که در DSM-IV با اصطلاح “V-codes” (کدهای V) به آنها اشاره می‌شد)، و می‌توانند بر روند و کیفیت رسیدگی به درمانجو تأثیر بگذارند، بسیار متنوع هستند و ممکن است شامل مشکلات منطقی، سوءاستفاده جنسی یا بدرفتاری پسیکولوژیک، خشونت، مشکلات تأمین خانه و سرپناه، مشکلات تحصیلی، یا مشکلات مالی، مشکلات مذهبی یا معنوی، مشکلات مرتبط با جرم و جنایت یا سایر مشکلات قضایی، و مشکلات مرتبط با بیمه و خدمات تأمین اجتماعی، مثل در دسترس نبودن درمان، عدم پایبندی به درمان، تمارض، و سایر عارضه‌ها باشند. (توجه داشته باشید که این کدها در ICD-10، کدهای Z یا Z-codes نامیده می‌شوند).

با این که این عارضه‌ها اختلال روانی نیستند، درباره گذشته، اعضای خانواده، تحصیلات، تجربه، و سایر موارد اطلاعات مفیدی در اختیار درمانگران قرار می‌دهند و به آنها کمک می‌کنند بعضی از شرایط پشت پرده زندگی درمانجو را که ممکن است بر درمان او، هم اکنون و در آینده، تأثیر بگذارند، درک کنند. این کدها باید در کنار نام اختلال روانی درج شوند، حتی اگر علت اصلی مراجعه درمانجو به درمانگر نباشند.

کودک‌آزاری و غفلت از کودک (بدرفتاری فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، غفلت، بدرفتاری پسیکولوژیک)، چه در صورت ایجاد شدن شک و سؤظن در درمانگر و چه در صورت تأیید و اثبات وقوع آنها، می‌توانند عوامل مهمی در سنجش و درمان اختلالات روانی باشند. سابقه قبلی از هر یک از این شرایط زندگی یا عوامل استرس‌زای محیطی باید در کنار اختلال روانی مورد نظر کدگذاری شود زیرا اینها اطلاعاتی مفید هستند که در فرایند رسیدگی به درمانجو نقش مهمی ایفا می‌کنند، حتی اگر علت مراجعه او به مطب یا بیمارستان نباشند.

نکته: غفلت، negligence، یعنی، کوتاهی، اهمال، بی‌عملی، بدعملی، در همان شرایطی که سایر

افراد محتاط و “فهمیده”، به شیوه‌ای معقول عمل می‌کنند. ■

مهدی گنجی DSM-۵ راهنمای کامل تغییرات

REFERENCES

This book is mainly the translation of *DSM-5 Essentials: The Savvy Clinician's Guide to the Changes in Criteria*, by Lourie W. Reichenberg, copyright 2014. The following are the above mentioned book's sources:

Alexander, J., Goldschmidt, A. B., & LeGrange, D. (2013). *A clinician's guide to binge eating disorder*. New York, NY: Routledge.

American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

American Psychiatric Association. (2013b). *Making a case for new disorders*. Retrieved from <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5>

American Psychological Association. (2012). *Transition to the ICD-10-CM: What does it mean for psychologists?* Practice Central. Retrieved from <http://www.apapracticecentral.org/update/2012/02-09/transition.aspx>

Barbarese, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M., & Katusic, S. K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: A prospective study. *Pediatrics*, 131, 637–644.

Busch, K. A., Fawcett, J., & Jacobs, D. G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(1), 14–19.

Cunningham J., Yonkers, K. A., O'Brien, S., & Eriksson, E. (2009). Update on research and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 120–137.

DSM-5 Childhood and Adolescent Disorders Work Group. (2010). *Asperger's disorder proposed revisions: Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence, DSM-5 development*. Arlington, VA: American Psychiatric Association. Retrieved from <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=97#>

Epperson, C. N., Steiner, M., Hartlage, S. A., Eriksson, E., Schmidt, P. J., Jones, I., & Yonkers, K. A. (2012). Premenstrual dysphoric disorder: Evidence for a new category for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 1–11. Retrieved from <http://psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/0/appi.ajp.2012.11081302.pdf>

Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Speer, L., Embacher, R., Law, P., Constantino, J., . . . Eng, C. (2012). Validation of proposed DSM-5 criteria for Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 28–40.

Friedman, R. A., & Leon, A. C. (2007). Expanding the black box—Depression, antidepressants, and the risk of suicide. *New England Journal of Medicine*, 356, 2343–2346.

Jones, K. D. (2012). Dimensional and cross-cutting assessments in the DSM-5. *Journal of Counseling and Development*, 90, 481–487.

Leibenluft, E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youth. *American Journal of Psychiatry*, 168, 129–142.

Lembke, A. (2013, May 9). When it comes to addiction, the DSM-5 gets it

right, but . . . Pacific Standard. Retrieved from [http:// www.psmag.com/ health/ when-it-comes-to-addiction-the-DSM-5-gets-it-right-but-57203](http://www.psmag.com/health/when-it-comes-to-addiction-the-DSM-5-gets-it-right-but-57203)

Lembke, A., Bradley, K. A., Henderson, P., Moos, R., & Harris, A. H. (2011). What the future holds. *Journal of General Internal Medicine*, 26, 777– 782.

Mao, A. R., & Yen, J. (2010). Review of proposed changes in child and adolescent psychiatry diagnostic criteria for DSM-Version 5. *Child & Adolescent Psychopharmacology News*, 15(3), 1– 8.

Montano, B. (2004). Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Suppl 3), 18– 21.

Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 868– 876.

O'Brien, C. P. (2012, July). Rationale for changes in DSM-5. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(4), 705. Available at [www.jsad.com/ jsad/ link/ 73/705](http://www.jsad.com/jsad/link/73/705)

Pearlstein, T., & Steiner, M. (2008). Premenstrual dysphoric disorder: Burden of illness and treatment update. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 33, 299– 301.

Plener, P. L., & Fegert, J. J. (2012). Non-suicidal self-injury: State of the art perspective of a proposed new syndrome for DSM V [sic]. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 9.

Seligman, L., & Reichenberg, L.W. (2012). *Selecting effective treatments: A comprehensive, systematic guide to treating mental disorders* (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Seligman, L., & Reichenberg, L.W. (2013). *Theories of counseling and psychotherapy: Systems, strategies and skills* (4th ed.). New York, NY: Pearson.

Schuckit, M. A. (2012, July). Editor's corner: Editorial in reply to the comments of Griffith Edwards. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(4), 521– 522. Available at [www.jsad.com/ jsad/ link/ 73/ 521](http://www.jsad.com/jsad/link/73/521)

Tingley, K. (2013, June 30). I'm not okay: Uncovering the self-destructive impulse that many people hide even from themselves. *New York Times Magazine*, pp. 23– 27, 46– 47.

Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A., & Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6.

Washburn, J. J., West, A. E., & Heil, J. A. (2011). Treatment of pediatric bipolar disorder: A review. *Minerva Psichiatrica*, 52, 21– 33.

World Health Organization. (2010). *International classification of diseases* (10th ed.). Retrieved from [http:// www.who.int/ classifications/ icd/ en/](http://www.who.int/classifications/icd/en/)

بعضی از سایر آثار مهدی گنجی

ترجمه و تألیف:

- آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5 (دوره دو جلدی)
- روان‌شناسی کودکان استثنایی بر اساس DSM-5
- روان‌شناسی خلاقیت، با همکاری دکتر حمزه گنجی
- نظریه‌های شخصیت، با همکاری دکتر حمزه گنجی

ترجمه مقایسه‌ای:

- انسان در جستجوی معنا، ویکتور فرانکل (ترجمه از انگلیسی و اسپانیایی)
- به گل‌ها آب بدهید نه به علف‌های هرز، فلچر پیکاک (ترجمه از انگلیسی و فرانسوی)
- چرا عشق یک لذت است؟ جارد دیاموند (ترجمه از انگلیسی و فرانسوی)
- زمینه روان‌شناسی اتکینسون و هیلگارد، ویراست جدید، ۲۰۰۹، سوزان نولن - هوکسما (ترجمه از انگلیسی و فرانسوی)

ترجمه متعارف:

- هندبوک تشخیص افتراقی اختلالات روانی DSM-5، مایکل فراست، انجمن روانپزشکی آمریکا
- اصول و مبانی مشاوره، ساموئل گلادینگ؛ ویراست هفتم، ۲۰۱۳
- اوتیسم و سندروم آسپرگر، سایمون بارون کوهن
- آزمون هوش هیجانی، تراویس برادبری
- آسیب‌شناسی روانی، گراهام دی‌وی
- آمار کاربردی، ژیل گرینون (ترجمه از فرانسوی)؛ با همکاری دکتر حمزه گنجی
- آیا تو آن گمشده‌ام هستی؟ باربارا دی آنجلیس
- چگونه به اینجا رسیدم، باربارا دی آنجلیس
- راهنمای عملی درمان افسردگی، انجمن پزشکی آمریکا
- راهنمای کامل ایمنی بیولوژیک در آزمایشگاه، WHO؛ با همکاری دکتر مجید خانمحمدی
- راهنمای متون روان‌شناسی لیندا لیل
- روان‌شناسی رنگ، جان‌تاتان دی
- روان‌شناسی زنان، مارگارت ماتلین
- روان‌شناسی ساتانیسم (شیطان‌پرستی)، آنتونی موریارتی
- زنان، عشق، و ازدواج، الن فین
- عزت نفس برای زنان، لیندا فیلد
- عزت نفس، ایلین شیپان (ترجمه از فرانسوی)
- هوش هیجانی (مهارت‌ها و آزمون‌ها)، تراویس برادبری

در دست ترجمه: خلاصه روانپزشکی کاپلان بر اساس DSM-5، ۲۰۱۴

