

## فهرست مطالب

پیشگفتاری بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، نسخه پنجم، متن بازبینی شده	۵
پیشگفتار DSM-5	۷
طبقه بندی DSM-5-TR	۱۳
بخش یک: اساس DSM-5	۷۷
مقدمه	۷۹
استفاده از کتابچه راهنما	۹۷
بیانیه احتیاطی برای استفاده از DSM-5 در پزشکی قانده	۱۰۷
بخش دو: معیارهای تشخیصی و کدها	۱۰۹
اختلالات عصبی تکاملی	۱۱۳
طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک	۱۸۱
اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط با آن	۲۱۹
اختلالات افسردگی	۲۵۳
اختلالات اضطرابی	۲۸۹
اختلالات وسواسی اجباری و مرتبط با آن	۳۳۹
اختلالات مرتبط با سانحه و اسرس	۳۷۳
اختلالات تجزیه‌ای	۴۰۷
اختلال علائم جسمانی و اختلالات مرتبط	۴۲۹
اختلالات تغذیه و خوردن	۴۵۱
اختلالات دفعی	۴۷۸
اختلالات خواب و بیداری	۴۸۵
اختلالات عملکرد جنسی	۵۵۵
ملال جنسیتی	۵۸۷

۵۹۸	اختلالات سلوک، کنترل تکانه و تخریبی
۶۱۹	اختلالات مرتبط با مواد و اعتیاد
۷۳۷	اختلالات عصبی-شناختی
۸۰۵	اختلالات شخصیت
۸۵۱	اختلالات انحراف جنسی
۸۷۵	سایر بیماری‌های روانی و کدهای اضافی
۸۷۷	اختلالات حرکتی ناشی از دارو و سایر عوارض جانبی دارو
۸۹۱	سایر شرایطی که ممکن است کانون توجه بالینی باشد
۹۰۵	بخش سوم: مقیاس‌ها و مدل‌های نوظهور
۹۰۹	مقیاس‌های ارزیابی
۹۲۹	فرهنگ و اختلالات روان‌شناختی
۹۵۳	مدل جایگزین DSM-5 برای اختلالات شخصیت
۹۷۱	شرایط برای مطالعه بیشتر
۹۹۵	ضمیمه
۹۹۷	فهرست الفبایی تشخیص‌های DSM-5-TR و کدهای ICD-10-CM
۱۰۱۵	فهرست عددی تشخیص‌های DSM-5-TR و کدهای ICD-10-CM
۱۰۳۳	نمایه

# اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط با آن

در مورد بزرگسالانی که دست کم دو سال (برای کودکان یک سال کامل) از دوره‌های هیپومانیا و افسردگی را تجربه می‌کنند، بر آنکه اختلالات آنها با معیار اپیزودهای مانیا، هیپومانیا یا افسردگی اساسی مطابقت داشته باشند، تشخیص اختلال سیکلوتایمی داده می‌شود.

تعداد زیادی از مواد دارای قابلیت سوء مصرف، برخی داروهای تریپتوزی و بسیاری از بیماری‌های طبی می‌توانند با بروز علائم شبیه مانیک همراهی داشته باشند. این موضوعی در تشخیص اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط ناشی از مصرف مواد/دارو و اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط ناشی از سایر بیماری‌های طبی اهمیت دارد.

این مسئله که برخی افراد علائم شبه دوقطبی را تجربه می‌کنند که با معیارهای اختلالات دوقطبی نوع یک، دوقطبی نوع دو یا اختلال سیکلوتایمی سازگار نیستند در دسته‌های تشخیصی اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط مشخص شده قرار می‌گیرد. معیارهای مشخص برای وجود اختلالی شامل هیپومانیا یا کوتاه مدت در بخش ۳ ارائه شده‌اند که هدف آن ترغیب محققان به مطالعه بیشتر این تظاهرات اختلال دوقطبی و روند آن است.

## اختلال دوقطبی I

### معیار تشخیصی

برای تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک لازم است که معیارهای ذیل برای اپیزودهای مانیا تامین شوند. ممکن است بیش یا پس از اپیزودهای مانیا اپیزودهای هیپومانیا یا افسردگی اساسی وجود داشته باشند.

این اختلالات در بین فصول مربوط به اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک و اختلالات افسردگی در DSM-5-TR، با علم به جایگاه آنها به مثابه پلی میان این دو دسته تشخیصی از نظر علامت‌شناسی، سابقه خانوادگی و ژنتیک، یافت می‌شوند. تشخیص‌هایی که در فصل حاضر ذکر شده‌اند عبارتند از: اختلال دوقطبی I، اختلال دوقطبی II، اختلال سیکلوتایمی، اختلال دوقطبی و سایر اختلالات مرتبط ناشی از مصرف مواد/دارو، سایر اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط مشخص شده و اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط نامشخص.

معیارهای اختلال دوقطبی نوع یک نشان‌دهنده درک جدید از اختلال افسردگی - مانیک یا اختلال سایکوز خفیف کلاسیک است، که در قرن نوزدهم توصیف شده بود. تفاوت آن با توصیف کلاسیک، تنها در این مسئله است که نه سایکوز و نه تجربه اپیزود افسردگی اساسی در طول عمر از ضروریات آن نیست. اما اکثریت قریب به اتفاق افرادی که علائم آنها مطابق معیارهای اپیزودهای مانیا یا کاملاً سندرومی باشد، اپیزودهای افسردگی اساسی را هم در طول زندگی خود تجربه می‌کنند.

در اختلال دوقطبی نوع دو که دست کم یک اپیزود افسردگی اساسی و یک اپیزود هیپومانیا (بدون شرح حالی از مانیا) اتفاق می‌افتد و دیگر به عنوان نوعی بیماری خفیف‌تر نسبت به اختلال دوقطبی نوع یک در نظر گرفته نمی‌شود که این امر عمدتاً به دلیل بار سنگین افسردگی در اختلال دوقطبی نوع دو و علاوه بر آن به این علت است که بی‌ثباتی خلقی که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو تجربه می‌کنند غالباً با لطامات جدی به کار و عملکرد اجتماعی همراه است.

**اپیزود مانیا**

A. اپیزود مشخص که خلق به صورت غیرطبیعی و پایدار بالا، مسری<sup>۱</sup> یا تحریک‌پذیر باشد و افزایش غیرطبیعی و پایدار فعالیت یا انرژی که دستکم به مدت یک هفته تداوم داشته باشد و در بخش اعظم روز و تقریباً همه روزه (یا برای هر مدتی در صورت لزوم بستری‌شدن) وجود داشته باشد.

B. در طول دوران آشفتگی خلقی و افزایش انرژی یا افزایش فعالیت سه مورد (یا بیشتر) از علائم ذیل (چهار مورد اگر خلق تنها تحریک‌پذیر باشد) به میزانی قابل ملاحظه موجود باشند و حاکی از تغییری قابل توجه نسبت به رفتار عادی قبلی باشند:

۱. عزت‌نفس کاذب یا خودبزرگ‌پنداری.
۲. کاهش نیاز به خواب (برای مثال احساس نشاط تنها پس از سه ساعت خواب).
۳. پر حرفی بیش از معمول یا احساس فشار برای صحبت مداوم.
۴. پرش افکار یا تجربه ذهنی هجوم افکار.

۵. حواس پرتی (یعنی توجه فرد به سادگی به محرک‌های خارجی بی‌اهمیت یا نامربوط معطوف می‌شود)، گزارش شده یا مشاهده‌شده.

۶. افزایش فعالیت‌های هدفمند (یا به صورت اجتماعی در منزل کار یا تحصیل یا فعالیت جنسی) یا بی‌قراری یا بی‌کوموتور (یعنی فعالیت بی‌هدف و غیرهدفمند).

۷. مشارکت بیش از حد در فعالیت‌هایی که عاقبت بالقوه دردناکی دارند (برای مثال مشارکت در خرید لجام گسیخته و نامحدود، بی‌ملاحظگی جنسی یا سرمایه‌گذاری‌های تجاری احمقانه).

C. آشفتگی خلقی آنقدر شدید است که باعث بروز اختلال قابل توجه در عملکرد اجتماعی یا حرفه‌ای شود یا لزوم بستری شدن برای جلوگیری از آسیب رساندن به خود یا دیگران را ایجاب کند، یا وجود ویژگی‌های سایکوتیک در فرد.

D. اپیزود مانیا قابل انتساب به آثار فیزیولوژیک مواد (برای مثال سوء‌مصرف دارو، درمان دارویی یا سایر درمان‌ها) یا سایر بیماری‌های طبی نیست.

نکته: اپیزود مانیای کاملی که در جریان درمان ضدافسردگی (برای مثال درمان دارویی، الکتروشوک) بروز می‌کند ولی در

سطح سندرومی کامل و فراتر از آثار فیزیولوژیک درمان تدابیر پیدا می‌کند، شواهد کافی از وجود اپیزود مانیا و به تبع آن تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک به دست می‌دهد.  
نکته: معیارهای A تا D برای تشخیص اپیزود مانیا ضروری است. برای تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک وجود حداقل یک اپیزود مانیا در طول زندگی ضروری است.

**اپیزود هیپومانیا**

A. اپیزود مشخص که خلق به صورت غیرعادی و پایدار بالا، مسری یا تحریک‌پذیر باشد و افزایش غیرعادی و پایدار فعالیت یا انرژی که دستکم به مدت چهار روز بی‌دری تداوم داشته باشد و در بخش اعظم روز و تقریباً همه روزه وجود داشته باشد.  
B. در طول دوران آشفتگی خلقی و افزایش انرژی یا فعالیت سه مورد (یا بیشتر) از علائم ذیل (چهار مورد اگر خلق تنها تحریک‌پذیر باشد) تداوم داشته باشند، حاکی از تغییری قابل توجه نسبت به رفتار عادی قبلی باشند و به میزانی قابل ملاحظه موجود باشند:

۱. عزت‌نفس کاذب یا خودبزرگ‌پنداری.
۲. کاهش نیاز به خواب (برای مثال احساس نشاط تنها پس از سه ساعت خواب).
۳. پر حرفی بیش از معمول یا احساس فشار برای صحبت مداوم.
۴. پرش افکار یا تجربه ذهنی هجوم افکار.

۵. حواس پرتی (یعنی توجه فرد به سادگی به محرک‌های خارجی بی‌اهمیت یا نامربوط معطوف می‌شود)، گزارش‌شده یا مشاهده‌شده.

۶. افزایش فعالیت‌های هدفمند (یا به صورت اجتماعی در محل کار یا تحصیل یا فعالیت جنسی) یا بی‌قراری سایکوموتور.

۷. مشارکت بیش از حد در فعالیت‌هایی که عواقب بالقوه دردناکی دارند (برای مثال مشارکت در خرید لجام گسیخته و نامحدود، بی‌ملاحظگی جنسی یا سرمایه‌گذاری‌های تجاری احمقانه).

C. اپیزود هیپومانیا با تغییر مشخص در عملکرد همراه باشد به نوعی که با عملکرد شخص در هنگامی که علائم بیماری را ندارد تفاوت داشته باشد.

D. آشفتگی خلقی و تغییر عملکرد برای سایرین قابل مشاهده باشد.  
E. این دوره آنقدر شدید نباشد که موجب ناتوانی شدید در عملکرد اجتماعی یا حرفه‌ای شود یا لازمه آن بستری شدن

1. Elevated  
2. Expansive

شخص باشد. اگر ویژگی‌های سایکوتیک موجود باشد، این دوره طبق تعریف ایزود مانیا خواهد بود.  
F. ایزود هیومانیا قابل انتساب به آثار فیزیولوژیک مواد (برای مثال سوء مصرف دارو، درمان دارویی یا سایر درمان‌ها) یا سایر بیماری‌های طبی نباشد.

**نکته:** ایزود هیومانیای کاملی که در جریان درمان ضد افسردگی (برای مثال درمان دارویی، الکتروشوک) بروز می‌کند ولی در سطح سندرومی کامل و فراتر از آثار فیزیولوژیک درمان تداوم پیدا می‌کند، شواهد کافی برای تشخیص ایزود هیومانیا به دست می‌دهد. اما احتیاط حکم می‌کند که یک یا دو علامت (به ویژه افزایش تحریک‌پذیری، بدخلقی یا بی‌قراری پس از مصرف داروهای ضد افسردگی) به عنوان شواهد کافی برای تشخیص ایزود هیومانیا یا زمینه ابتلا به اختلال دوقطبی در نظر گرفته نشوند.

**نکته:** معیارهای A تا F شامل ایزود هیومانیا هستند. ایزود هیومانیا در اختلال دوقطبی نوع یک بسیار شایع است، ولی برای تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک ضروری نیستند.

### ایزود افسردگی اساسی

A. پنج (یا بیشتر) از علائم زیر در طول یک دوره ۲ هفته‌ای وجود داشته است و نشان‌دهنده تغییر نسبت به عملکرد قبل است. حداقل یکی از علائم آن عبارت باشد از: (۱) حالت افسردگی یا (۲) فقدان علاقه یا لذت.

**نکته:** علائمی را که به وضوح قابل انتساب به بیماری‌های طبی دیگرند، در نظر نگیرید.

۱. حالت افسردگی در بخش اعظم روز، تقریباً همه روزها که در گزارش‌های شخصی ذکر شده باشد (برای مثال شخص گزارش کند که احساس غم، تهی بودن یا خستگی می‌کند) یا سایرین مشاهده کنند (برای مثال گریان به نظر می‌رسد).  
(**نکته:** در کودکان و نوجوانان ممکن است حالت تحریک‌پذیری وجود داشته باشد.)

۲. کاهش شدید علاقه یا لذت در همه، یا تقریباً در همه، فعالیت‌ها در بخش اعظم روز، تقریباً همه روزه (که در گزارشات شخصی یا مشاهده ذکر شده باشد).

۳. کاهش شدید وزن بدون رژیم گرفتن یا افزایش وزن (برای مثال تغییر بیش از ۵٪ وزن بدن طی مدت یک ماه)، یا کاهش و افزایش اشتها تقریباً همه روزه. (**نکته:** ممکن است در کودکان افزایش وزن مورد انتظار رخ ندهد.)

۴. بی‌خوابی یا پر خوابی تقریباً همه روزه.

۵. بی‌قراری یا کندی سایکوموتور (قابل مشاهده توسط سایرین، نه صرفاً احساسات شخصی بی‌قراری یا کند شدن).

۶. خستگی یا از دست رفتن انرژی تقریباً همه روزه.

۷. احساس بی‌ارزش بودن یا احساس گناه بیش از حد یا نامناسب (که ممکن است هذیان گونه باشد) تقریباً همه روزه (که صرفاً به سرزنش خود یا احساس گناه از بیمار بودن ارتباط نداشته باشد).

۸. کاهش توانایی تفکر یا تمرکز یا دو دلی تقریباً همه روزه (یا بر اساس گزارش شخصی یا مشاهده شده توسط سایرین).

۹. تفکر مکرر در مورد مرگ (نه فقط ترس از مرگ)، تفکر مکرر در مورد خودکشی بدون نقشه‌ای مشخص یا تلاش برای خودکشی یا نقشه. مشخص برای دست زدن به خودکشی.

B. علائم موجود به دیسترس یا ناتوانی بالینی معنادار در حوزه‌های عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های عملکردی مهم منجر شوند.

C. ایزود بیماری قابل انتساب به آثار فیزیولوژیک مصرف مواد یا سایر بیماری‌های طبی نباشد.

**نکته:** معیارهای A تا C شامل ایزودهای افسردگی اساسی‌اند. این علائم برای تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک بسیار شایع هستند، ولی برای تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک ضروری نیستند.

**نکته:** پاسخ‌هایی که به فقدان‌های بزرگ (مثلاً مرگ نزدیکان، ورشکستگی مالی، مصائب ناشی از بلایای طبیعی، بیماری جسمانی یا ناتوانی جدی) داده می‌شوند ممکن است شامل احساس غم شدید، نشخوار فکری در مورد مصیبت، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن باشد که در معیار E ذکر شده است و ممکن است به ایزود افسردگی شباهت داشته باشد. اگرچه این علائم ممکن است قابل درک یا مناسب فقدان باشند، وجود ایزود افسردگی اساسی علاوه بر پاسخ عادی به فقدان قابل توجه هم باید به دقت مدنظر قرار گیرد. لازمه این تصمیم‌گیری اعمال قضاوت بالینی بر مبنای شرح حال فرد و هنجارهای فرهنگی برای نشان دادن اندوه در هنگام فقدان است.

### اختلال دوقطبی ۱

A. معیارهای مربوط به دستکم یک ایزود مانیا (معیارهای A تا D که در «ایزود مانیا» در بالا ذکر شده‌اند) تأمین شوند.

B. حداقل برای یک ایزود مانیا توضیح بهتری، مانند اختلال