

اختلالات خلقی واضطرابی

دکتر فاطمه رمضانی

اختلالات خلقی و اضطرابی

فاطمه رضانی





اختلالات خلقی و اضطرابی

دکتر فاطمه رمضانی

سال: ۲۰۲۰

گرافیک: مهسا بزرگ‌امید

انتشارات: مدرسه روانشناسی لندن

مدرسه روانشناسی لندن، یک سازمان غیر انتفاعی است که هدفش تربیت معلم روانشناسی، جهت آموزش پایه روانشناسی، برای آرامش و شادی بیشتر همگان است. دوره‌های آموزشی شش ماهه این مدرسه، به زبان فارسی یا انگلیسی، به شکل حضوری یا آن لاین، به صورت رایگان، بعد از مرحله پذیرش دانشجو، برگزار می‌شود.

ناشر

مطالب این جزوه برگرفته از کتاب خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک (بنجامین جیمز سادوک، ویرجینیا ای. سادوک) و کتاب آسیب‌شناسی روانی (دکتر مهدی گنجی) است.

فاطمه رضانی

فهرست

۱	اختلالات خلقی و اضطرابی
۶	تاریخچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی
۱۶	انواع اختلالات
۱۶	اختلالات افسردگی
۲۲	اختلال دوقطبی
۲۵	افسردگی پس از زایمان
۲۸	سندروم ملال پیش از قاعدگی
۲۹	اختلال اضطراب منتشر
۳۱	فوبیا
۳۳	اضطراب اجتماعی
۳۴	آگورافوبیا یا برون‌هراسی
۳۵	اختلال پانیک
۳۸	وسواس فکری عملی
۴۱	اختلال سازگاری
۴۳	اختلال استرسی پس از سانحه

اختلالات خلقی و اضطرابی

اختلال روانی سندرومی است که ویژگی‌های اصلی آن عبارتند از: مختل شدن شناخت، کنترل هیجان یا رفتار به صورتی که از لحاظ بالینی معنادار باشد و نابسامانی فرایندهای روان شناختی، بیولوژیک یا رشدی را که در پشت پرده عملکرد ذهنی قرار دارند، منعکس کند.

چهار ویژگی اصلی در تعریف اختلال:

۱. نابسامانی

۲. رنج

۳. معلولیت

۴. نقص هنجارهای اجتماعی

انواع روش‌های طبقه‌بندی اختلالات روانی

۱. طبقه‌بندی مقوله‌ای

۲. طبقه‌بندی ابعادی

۳. طبقه‌بندی ریخت‌شناختی

۴. طبقه‌بندی غیر بیماری (شناختی)

۱. طبقه‌بندی مقوله‌ای

در مفهوم طبقه‌بندی مقوله‌ای یا سنتی، فرض بر این است که همه پدیده‌هایی که باید طبقه‌بندی شوند، می‌توانند در طبقه‌هایی کاملاً متمایز قرار گیرند. این مفهوم طبقه‌بندی دو اصل و هر اصل استلزاماتی دارد:

۱- یک مقوله (category) یا طبقه بر اساس تعدادی خصیصه توصیف می‌شود که وجود هر یک از خصیصه‌ها لازم و مجموع آنها کافی است و هر شیء که دارای این ویژگی‌ها باشد یک عضو مقوله محسوب می‌شود. باید توجه داشت که در این صورت:

الف - طبقات باید به خوبی توصیف و متمایز شوند (موارد مرزی، کم یا هیچ باشند).

ب - مقوله‌ها پایا و دقیق باشند.

ج - اعضای یک مقوله باید نسبتاً متجانس باشند.

۲- زیرمقوله‌ها باید دارای کلیه خصیصه‌های مراحل بالاتر باشند. در این صورت باید همه خصیصه‌های

مقوله اصلی در زیرمقوله‌ها وجود داشته باشند.

اشکال این نوع طبقه‌بندی مربوط به موارد مرزی است و نمی‌توان گفت که هر مقوله از اختلالات روانی، کاملاً مستقل و مرزهایی مطلق دارد.

۲ - طبقه‌بندی ابعادی

در حالی که در یک نظام مقوله‌ای، طبقه‌بندی بر اساس حضور یا عدم حضور نشانه‌ها انجام می‌گیرد، در نظام ابعادی، طبقه‌بندی بر مبنای کمیت یا فراوانی نشانه‌ها صورت می‌پذیرد. در نتیجه به نظر می‌رسد که طبقه‌بندی ابعادی برای قلمرو اختلال‌های روانی که در آن کمیت یا فراوانی نشانه‌ها بیش از حضور یا عدم حضور یک نشانه اهمیت دارد، مناسب‌تر است.

بر اساس این نوع طبقه‌بندی، در واقع آنچه یک فرد بهنجار را از یک فرد دارای اختلال متمایز می‌کند این نکته نیست که مثلاً فرد بهنجار هرگز دچار توهم نمی‌شود، بلکه این امر است که به ندرت و در طول مدت زمان کوتاهی دستخوش توهم شده است و این توهمات باعث از هم پاشیدگی زندگی شخصی وی نشده‌اند. به عبارت دیگر، در طبقه‌بندی

ابعادی، ضابطه‌های کمی (فراوانی و طول مدت) به ضابطه کیفی (توهم و افکار هذیانی) افزوده می‌شود. تلاش‌ها در زمینه اتخاذ رویکرد ابعادی، بیشتر متوجه اختلالات شخصیت بوده است. البته در مورد اختلالات خلقی، اضطرابی و اسکیزوفرنی هم این نوع طبقه‌بندی مطرح شده است.

۳- طبقه‌بندی ریخت شناختی

در طبقه‌بندی مقوله‌های مطرح شد که قرار گرفتن یک شخص در یک مقوله مستلزم حضور تمام خصیصه‌هایی که آن را توصیف می‌کند، اما در طبقه‌بندی ریخت شناختی، قرار گرفتن فرد در یک ریخت، مستلزم داشتن همه ویژگی‌های مشخص کننده آن نیست بلکه کافی است که فرد دارای چند ویژگی اصلی باشد. این ریخت‌ها به شیوه‌ای شهودی و بر اساس مشاهده و تجربه بالینی یا بر اساس روش‌های آماری، متمایز می‌شوند.

۴- طبقه‌بندی غیر بیماری شناختی

در این روش می‌توان به عنوان مثال، به طبقه‌بندی مجموعه اختلال‌های روانی بر مبنای ضوابطی که

بر اساس یک نظریه (مانند نظریه شخصیت آیزنک؛ نظریه یادگیری اسکینر؛ یا یک نظریه روان پویایی فروید) تعیین می‌گردند مبادرت کرد.

مشکل اصلی چنین طبقه‌بندی‌هایی در این است که ارزش علمی و فایده بالینی آنها یکسان نیستند، بر حسب مسائل مختلف تغییر می‌کنند و مورد پذیرش همه متخصصان بالینی نیز قرار نمی‌گیرند.

تاریخچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی

DSM مخفف Diagnostic and Statistical
Manual of Mental Disorders راهنمای

تشخیصی و آماری اختلالات روانی است که برای اولین بار توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا انتشار یافت و شامل توصیف علائم و دیگر معیارها برای تشخیص اختلالات روانی است. این معیارها زبان مشترکی را میان بالینگران برای تشخیص ارائه می‌دهند. **DSM** با تعریف روشن معیارها برای اختلالات روانی به اتخاذ تشخیص‌های دقیق و سازگار برای اختلالات روانی کمک کرده است؛ به طور مثال تشخیص اسکیزوفرنیا از یک بالینگر به بالینگر دیگر ثابت است، و برای هر دو متخصص چه در آمریکا اقامت داشته باشند و چه در دیگر مناطق بین‌المللی اسکیزوفرنیا معنی یکسانی می‌دهد.

DSM شامل یک علامت تجاری ثبت می‌باشد که متعلق به انجمن روان‌پزشکان آمریکا **APA** می‌باشد. در ایالات متحده آمریکا نیاز به جمع‌آوری اطلاعات انگیزه اولیه برای طبقه‌بندی اختلالات روانی به شمار

می‌رفت. اولین اقدام برای جمع‌آوری اطلاعات درباره بیماری‌های روانی در آمریکا، ثبت فراوانی یک طبقه از بیماری‌های روانی تحت عنوان (کانا/ دیوانگی) در سرشماری سال ۱۸۴۰ بود. در سال ۱۸۸۰ بین هفت طبقه بیماری روانی تمایز قایل شدند که شامل (شیدایی، مالیخولیا، مونومانی (مشغولیت فکری بیمارگون، فلج ناقص، زوال عقل، می‌بارگی و صرع) می‌باشد. در سال ۱۹۱۷ کمیته آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (انجمن پزشکی- روان‌شناسی آمریکا) همراه با کمیسیون حل بهداشت روانی طرحی تصویب کرد که جهت سرشماری برای بیمارستان‌های روانی مورد استفاده قرار گرفت. گرچه این سیستم در مقایسه با سیستم‌های قبلی بیشتر یک سیستم بالینی بود ولی در درجه نخست هنوز یک طبقه‌بندی آماری محسوب می‌شد که بعداً چندین بار اصلاح شد.

در جنگ جهانی دوم با توجه به حجم بالای مبتلایان به آسیب‌های روانی، روان‌پزشکان آمریکا با سیل مراجعان مواجه شدند و ضرورت ارزیابی، اقدام و معالجه سربازان آسیب‌دیده مشهود شد. در واقع مرکز این حرکت به دور از مؤسسات فکری و کلینیک‌های

سنتی بود. ارتش آمریکا با تشکیل یک کمیته به وسیله روان-پزشکان و سرتیپ ویلیام سی منیجر به طبقه‌بندی و ایجاد یک برنامه که **medical ۲۰۳** نامیده می‌شد، اقدام کرد که در سال ۱۹۴۳ مثل یک اطلاعیه فنی وزارت جنگ اعلام شد و توسط همه نیروهای مسلح پذیرفته شد. این طبقه‌بندی بسیار تحت تأثیر اختلالات رفتاری سربازان بود. مقارن با آن سازمان بهداشت جهانی ششمین چاپ **ICD** را منتشر کرد که برای اولین بار در آن اختلالات روانی گنجانده شده بود. **ICD-۶** بسیار تحت تأثیر شدید مجموعه اصطلاحات اداره سربازان قرار داشت و شامل ۱۰ طبقه برای روان‌پریشی-ها، ۹ طبقه برای روان‌رنجوری‌ها و ۷ طبقه برای اختلال‌های منش، رفتار و هوش بود. کمیته اطلاعات و آمار انجمن روان‌پزشکی آمریکا، نسخه متفاوتی از **ICD-۶** را به عنوان اولین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (**DSM-I**) در سال ۱۹۵۲ منتشر کرد.

DSM-I

این راهنما واژه‌نامه‌ای داشت که طبقات تشخیصی در آن توصیف شده و نخستین راهنمای رسمی

اختلالات روانی بود و بر کاربرد بالینی تأکید داشت. از خصوصیات اولیه **DSM** می‌توان به کاربرد اصطلاح واکنش (**Reaction**) در سراسر آن تحت تأثیر نفوذ دیدگاه روانی-زیستی آدلف مایر نام برد که اختلالات روانی را واکنش شخصیت به عوامل روانی اجتماعی و زیستی قلمداد می‌کرد. این طبقه‌بندی ۱۳۰ صفحه داشت و در آن ۱۰۶ ناهنجاری فکری و ذهنی فهرست شده بود.

DSM-II

اولین اصلاح **DSM** (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی) در سال ۱۹۶۸ صورت گرفت که در آن ۱۸۲ ناهنجاری در ۱۳۴ صفحه فهرست شده بود ولی هنوز کاملاً شبیه **DSM-I** بود. ویژگی دومین نسخه **DSM** این بود که اصطلاح واکنش (**Reaction**) حذف شده بود ولی اصطلاح روان‌رنجوری (**neurosis**) کماکان حفظ شد. در این ویرایش توصیف نشانه‌های بیماری کامل نبود و اکثر بیماری‌ها را واکنشی به تعارض‌های درونی یا استفاده از مکانیسم‌های ناسازگارانه انطباقی برای مشکلات زندگی تلقی می‌کردند. در این نسخه بیماری‌ها در دو گروه بزرگ نوروز و سایکوز قرار می‌گرفتند، به گونه‌ای

که برای مثال بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب کماکان در ارتباط با واقعیات بودند، ولی بیماران دچار توهم و هذیان ارتباطشان با واقعیت‌ها قطع شده بود. همچنین به دنبال بحث و جدل‌ها بین سال‌های ۱۹۷۰ تا سال ۱۹۷۳ و همچنین ظهور مفروضات جدید از طرف محققانی نظیر آلفردو کینزی و اولین هوکر، در تجدید چاپ هفتم **DSM-II** در سال ۱۹۷۴ همجنس‌گرایی دیگر یک بیماری در نظر گرفته نشد و به جای آن اصطلاح "اختلال جهت‌گیری جنسی" گنجانده شد.

DSM-III

طرح اولیه **DSM-III** در یک سال آماده شد و طبقه‌بندی جدیدی از اختلالات معرفی گردید. **DSM-III** تعدادی از ابداعات مهم روش‌شناسی را، شامل معیارهای تشخیصی صریح، سیستم چندمحوری و رویکرد توصیفی را که تلاش می‌کرد با احترام به نظریه‌های سبب‌شناسی جهت‌گیری نداشته باشد، معرفی کرد. این تلاش با کار گسترده تجربی بر روی ساختار و اعتبار معیارهای تشخیصی صریح و توسعه مصاحبه نیمه ساختاریافته تسهیل شده بود. از جمله مباحثی که در این طبقه‌بندی مطرح شد

بحث درباره حذف مفهوم روان رنجوری در روان‌درمانی و تئوری روان‌کاوی بود. اما از آن‌جا که این بحث مبهم و غیرعلمی بود توسط گروه مسئول اصلاح با تضادهایی روبه‌رو شد. این نسخه از DSM شامل ۴۹۴ صفحه و ۲۶۵ مقوله تشخیص بیماری بود که سرانجام در سال ۱۹۸۰ منتشر شد.

DSMII-R

نسخه DSMII-R در سال ۱۹۸۷ منتشر شد. با تجدید نظر DSM-III زیر نظر Robert Spitzer، اسامی طبقه‌بندی‌ها تغییر یافت و تغییرات مهمی در معیارها ایجاد شد، بعضی از مقوله‌ها حذف گردید در حالی که بعضی دیگر اضافه شدند. بعضی از تشخیص‌های بحث برانگیز نظیر ناهنجاری ملال پیش از قاعدگی و اختلال شخصیت آزارطلب مورد بررسی مجدد قرار گرفته و رد شدند. این راهنما شامل ۲۹۲ اختلال بود و ۵۶۷ صفحه داشت.

DSM-IV

چند سال بعد، در سال ۱۹۹۴، با تجدیدنظری عظیم در DSM-IV، DSMII-R، انتشار یافت. انتشار این

نسخه نقطه اوج ۶ سال تلاش بیش از ۱۰۰۰ نفر و تعداد زیادی از سازمان‌های حرفه‌ای بود. کارگروه‌های درگیر در این کار هر کدام از یک فرایند سه مرحله‌ای پیروی کردند. اول، هر گروه مطالعه‌ای گسترده در حیطه تشخیصی خود انجام می‌داد. سپس از محققین درخواست اطلاعات می‌کردند. در مرحله دوم، تجزیه و تحلیل صورت می‌گرفت و معیارهایی که نیاز به تغییر داشتند مشخص می‌شد و در نهایت در مرحله سوم با اجرای چند مطالعه میدانی بزرگ به بررسی ارتباط فعالیت‌های بالینی و تشخیص بیماری‌های روانی می‌پرداختند. از جمله تغییرات مهم این ویرایش نسبت به ویرایش‌های قبلی گنجاندن معیار این که "علایم موجب پریشانی یا اختلال بالینی قابل توجهی در مسایل اجتماعی، شغلی، یا سایر حوزه‌های عملکردی فرد شود" می‌باشد. در این نسخه ۲۹۷ ناهنجاری در ۸۸۶ صفحه لیست شده بود.

DSM- IV-TR

تجدید نظر در DSM-IV در سال ۲۰۰۰ انجام شد که در این تجدیدنظر اکثریت معیارهای خاص تشخیص بیماری‌ها تغییر نکردند.

نیاز به تجدید نظر در DSM-IV-TR

از زمانی که DSM-I انتشار یافته این راهنما به طور دوره‌ای تجدید نظر می‌شود. با توجه به پیشرفت‌های وسیع علمی در طی دو دهه گذشته محققان به اطلاعات ارزش‌مندی درباره شیوع اختلالات روانی، چگونگی فعالیت مغز، فیزیولوژی مغز و تأثیرات ژن و محیط بر رفتار و سلامت افراد رسیده‌اند که نحوه مواجهه ما را با اختلالات روانی، شدیداً دگرگون کرده است. از طرفی دیگر DSM-IV محدودیت‌هایی هم دارد که بر لزوم انتشار نسخه جدیدی از DSM تأکید می‌کند. از این جهت بود که نیاز به تجدید نظری عظیم در DSM IV احساس شد.

در سال ۱۹۹۹ کنفرانس طرح‌ریزی تحقیق در با DSM-V توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا و موسسه ملی سلامت روان آمریکا تشکیل گردید تا اولویت‌های پژوهشی برای ویرایش پنجم DSM را مورد بررسی قرار دهد. سپس شش کارگروه برای تمرکز بر مباحث متفاوت DSM-V تشکیل شد که حیطه‌های کاری آنها شامل اصطلاحات تشخیصی، ژنتیک و علوم اعصاب، موضوعات تحولی و تشخیص،

شخصیت و اختلالات ارتباطی، اختلالات روانی و ناتوانی و موضوعات بین فرهنگی بود. همچنین در سال ۲۰۰۴، سه کارگروه در ارتباط با موضوعات مربوط به جنسیت، تشخیص در سنین سالمندی و اختلالات روانی در نوزادان و کودکان خردسال به این کارگروه‌ها افزوده شدند. در سال ۲۰۰۷، انجمن روان‌پزشکی آمریکا کمیته‌ای را برای نظارت بر شکل‌گیری **DSM-V** تشکیل داد که شامل ۲۷ عضو بود. دانشمندانی که بر روی **DSM-V** تحقیق می‌کنند شامل متخصصین و صاحب‌نظران حوزه‌های متعددی چون تحقیقات روان‌پزشکی، کاربالینی، زیست‌شناسی، ژنتیک، آمار، شیوع‌شناسی، بهداشت عمومی می‌باشند.

در **DSM-IV** از نظام تشخیصی مقوله‌ای استفاده شده است. در عین حالی که معیارها در راهنمای تشخیصی قبلی که برای تشخیص بیماران با بیماری روانی در دسترس قرار گرفت بهبود گسترده یافته بود ولی دنیای واقعی با این سیستم تشخیصی مشکل داشت؛ به طوری که "سندرم‌های طبقه‌ای" همواره با "واقعیت طیفی و گسترده‌علایم" که افراد تجربه می‌کنند سازگار نبود. به دلیل این که معیارها برای تشخیص "بله/خیر" بودند (به

طور مثال: آیا افراد اختلال دارند یا نه؟)، در بیشتر موارد، روشی در DSM-IV برای محاسبه نمودن شدت اختلال، بدین معنی که راه مشخص و معینی برای شناسایی اینکه آیا بیمار با درمان بهبود می‌یابد، وجود نداشت. ارزیابی ابعادی علایم به متخصصین اجازه می‌دهد که به طور سیستماتیک بیماران را در طیف کاملی از علایم که ممکن است تجربه شوند ارزیابی کنند. به طور مثال، اطلاعات درباره خلق افسرده، سطح اضطراب، کیفیت خواب و مصرف مواد ممکن است صرف نظر از تشخیصی که بیمار دریافت کرده برای متخصصین مهم باشد. ارزیابی ابعادی به متخصصین اجازه سنجش هر دو مورد وجود و شدت علایم را به صورت "خیلی شدید"، "شدید"، "متوسط" یا "خفیف" می‌دهد.

این رتبه بندی همچنین می‌تواند برای پی‌گیری کردن پیشرفت بیمار در درمان صورت بگیرد، که برای مثال بهبود را حتی اگر علایم به طور کامل محو نشده باشند نشان می‌دهد. این نوع ارزیابی می‌تواند شاغلین سلامت روان را برای مستند کردن تمام علایم بیماران و نه تنها آن علایمی را که به تشخیص اولیه گره خورده‌اند تشویق کند.

انواع اختلالات

اختلالات افسردگی

خلق به معنی حالت هیجانی مستمر و نافذی است که ادراک شخص را از دنیا تحت شعاع قرار می‌دهد. خلق آن حسی است که توسط خود شخص گزارش می‌شود. برعکس عاطفه که قابل دیدن است، خلق بدون گزارش خود فرد به سادگی قابل تشخیص نیست. به همین دلیل بسیاری از افراد تشخیص افسردگی می‌گیرند در حالی که اطرافیان تعجب می‌کنند و می‌گویند او افسرده نیست چون می‌خندد و حرف می‌زند و به فعالیت‌هایش می‌رسد. وقتی فرد بیان می‌کند از زندگی لذت نمی‌برد و چیزی خوشحالش نمی‌کند، تشخیص خلق پایین یا افسرده می‌گیرد. همین فرد ممکن است فردی به ظاهر شاد و خندان باشد. پس آنچه ما مشاهده می‌کنیم عاطفه است و آنچه خود فرد از درونش گزارش می‌دهد خلق است و ممکن است این دو در فردی همخوان نباشد (خلق افسرده باشد ولی عاطفه خیلی پایین نباشد). در ضمن، خلق حالت بسیار پایدارتری نسبت به عاطفه دارد. شما فرد را چند ساعتی که کنار شماست

ممکن است سرحال ببینید ولی این حالت موقت است همین که فرد تنها می‌شود و یا موقعیت تغییر می‌کند عاطفه‌اش تغییر می‌کند.

◀ در مورد تشخیص افسردگی به نکته‌ای دیگری که باید توجه کرد، تفاوت افسردگی با غمگینی است.

غمگین بودن یک امر نرمال و طبیعی می‌باشد ولی افسردگی این چنین نیست. غم یکی از حس‌های اساسی است و در طول زندگی مدام تجربه می‌کنیم. ازدست دادن‌ها و ناکامی‌ها ما را دچار غمگینی می‌کند ولی به اشتباه به صورت عامیانه هر غمگین شدن و ناراحتی را افسردگی می‌نامند. اینکه فرد پس از طلاق غمگین است یا پس از مرگ عزیزش ناراحت است کاملاً طبیعی است و لزوماً دچار اختلال افسردگی نیست.

افسردگی اساسی

افسردگی یک حالت خلقی است که ویژگی‌های مهم آن خلق افسرده و از دست دادن علاقه و لذت است. علائم افسردگی در چهار طبقه کلی قرار می‌گیرند که شامل علائم هیجانی (غمگینی، احساس گناه) شناختی (ناامیدی، کاهش اعتمادبه‌نفس) انگیزشی

(کندی روانی حرکتی) و جسمی (مشکلات خواب و اشتها) می‌باشد. علاوه بر این بسیاری از افراد افسرده، اضطراب و یک سری مشکلات جسمی بدون دلیل پزشکی را هم گزارش می‌کنند. افسردگی در تمام طبقات اجتماعی اقتصادی دیده می‌شود ولی شیوع آن در زنان دو برابر مردان است. متوسط سن شروع آن حدود چهل سالگی است اگرچه آمارها حاکی از آن افزایش میزان بروز آن در سنین پایین‌تر است. شاه کلید افسردگی احساس بی‌لذتی است که فرد گزارش می‌کند.

اگر در طول دو هفته هر روز شما اندوهگین، گرفته و ناتوان باشید، می‌تواند به دلیل اختلال افسردگی اساسی باشد. اختلال افسردگی اساسی یک حالت بیماری است که شیوه تفکر و احساس شما را تغییر می‌دهد.

نشانه‌های افسردگی اساسی

۱. وجود خلق افسرده در بخش بیشتر روز و تقریباً همه روزه.

۲. کم شدن زیاد علاقه یا لذت نسبت به همه یا تقریباً همه کارها در بخش بیشتر روز، تقریباً همه روزه.

۳. کاهش بیش از حد وزن بدون پرهیز یا رژیم غذایی خاص یا افزایش بیش از حد وزن، یا پایین یا بالا رفتن اشتها تقریباً همه روزه.

۴. بی‌خوابی یا خواب‌آلودگی تقریباً همه روزه.

۵. بی‌قراری یا کندی روانی-حرکتی تقریباً همه روزه.

۶. خستگی یا از دست دادن نیرو تقریباً همه روزه.

۷. احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه افراطی یا بی‌مورد.

۸. پایین آمدن توانایی تفکر یا تمرکز، یا بی‌تصمیمی، تقریباً همه روزه.

۹. افکار عودکننده راجع به مرگ، اندیشه‌پردازی خودکشی مکرر بدون نقشه خاص، یا اقدام به خودکشی یا طرح نقشه خاصی برای خودکشی

دیگر علائم: تحریک‌پذیری و پرخاشگری، فراموشکاری و حواس‌پرتی، کاهش کارایی و عملکرد نسبت به سابق، گوشه‌گیری، گریه‌های بی‌دلیل-کاهش میل جنسی، دردهای جسمی به خصوص در کودکان و سالمندان و....

افسرده‌خویی

اختلالی است که نشانه‌های افسردگی اساسی به صورت خفیف‌تر در اکثر ساعات شبانه‌روز، حداقل به مدت دو سال وجود داشته باشد. با این حال شدت و تعداد علائم در افسرده‌خویی کمتر از افسردگی اساسی است. اگر به این اختلال مبتلا باشید، معمولاً این حالات و خلق پایین خود را عادی تلقی میکنید یا ممکن است نسبت به مشکل خود بینش نداشته باشید. حتی اطرافیان نیز به احتمال زیاد متوجه بیماری شما نمی‌شوند چرا که علائم بیماری به صورت تدریجی و بی‌سر و صدا بروز پیدا می‌کنند. شاید افسرده‌خویی زندگی‌تان را به کلی مختل نکند ولی مسلماً تجربه شادی و لذت زندگی را از شما خواهد گرفت.

نشانه زیر در بیشتر اوقات روز و در اکثر روزها:

۱- کم‌اشتهایی یا پُرخوری.

۲- بی‌خوابی یا پُرخوابی.

۳- انرژی کم یا خستگی.

۴- عزت‌نفس پایین.

- ۴- تمرکز ضعیف یا مشکل در تصمیم‌گیری.
- ۵- احساس گناه و ناامیدی نسبت به گذشته.
- ۶- بی‌تصمیمی یا مشکل در تمرکز.
- ۷- بدبینی، زودرنجی یا خشم فزاینده.
- ۸- بی‌علاقگی به انجام فعالیت‌هایی که قبلاً خوشایند بودند.

اختلال عاطفی فصلی

علائم این اختلال معمولاً در اواخر فصل پاییز و اوایل فصل زمستان در فرد ظاهر می‌گردد. در واقع در این ایام شخص به صورت بالینی دچار افسردگی و کج خلقی بارزی، خواب آلودگی شدید، تحریک‌پذیری و خستگی مفرط می‌شود. نوعی اختلال خلقی است که مشابه افسردگی اساسی می‌باشد. با این تفاوت که این نوع افسردگی در طول ماه‌های زمستان و پاییز زمانی که نور خورشید کمتر است ظاهر می‌شود و معمولاً سالی یک بار برای فرد رخ می‌دهد.

علائم افسردگی فصلی در زمستان به شرح زیر است:

- ۱- پایین بودن سطح انرژی.
- ۲- مشکل در تمرکز و هوشیاری.
- ۳- احساس کسالت، خستگی و کاهش کارایی در روز.
- ۴- افزایش اشتها، وزن و میل به مصرف کربوهیدرات.
- ۵- تمایل بیشتر به تنهایی.
- ۶- افزایش خواب‌آلودگی و بهم‌خوردن ریتم خواب.
- ۷- کاهش علاقه و عدم لذت بردن از انجام کارهای روزانه.

اختلال دوقطبی

اختلال دو قطبی نوعی از اختلال خلقی است که در آن حالت شخص میان شیدایی و افسردگی در نوسان است. در فاصله میان این دوره‌ها شخص دوره‌های سالم را دارد. این حالت‌ها، فاز شادی و شرف، فاز شیفتگی و شیدایی و فاز افسردگی خوانده می‌شوند. آمیزه‌های گوناگونی از این حالت‌ها وجود دارند که به گروه‌های مختلف بیماری اختلال دوقطبی تقسیم

می‌شوند. در حالی که علت دقیق اختلال دو قطبی هنوز ناشناخته است، اعتقاد بر این است که ژنتیک نقش عمده‌ای دارد.

علائم دوره تشدیدایی

- تجربه خلق بالا و شادی بیش از حد.
- احساس خوشحالی و هیجان شدیدی دارند حتی زمانی که اوضاع به خوبی پیش نمی‌رود.
- انرژی زیاد و فعالیت بیش از حد معمول.
- اعتماد به نفس بیش از حد یا خودبزرگ‌بینی.
- کاهش نیاز به خواب.
- پرحرفی بیش از معمول یا احساس فشار در صورت صحبت نکردن.
- سرشار از ایده‌های هیجان‌انگیز و جدید هستند.
- سریع از ایده‌ای به ایده دیگر تغییر موضع می‌دهند.
- سریع‌تر از حالت معمول نسبت به موضوعات تحریک می‌شوند و واکنش نشان می‌دهند.
- سریع صحبت می‌کنند و مدام از موضوعی به

موضوع دیگر می‌پزند.

● سریع فکر می‌کنند.

● فکر می‌کنند که قادر به انجام هر کاری هستند.

● احساس عجیب بودن می‌کنند.

● به راحتی پریشان می‌شوند و تمرکز کردن برای آنها سخت است.

● واقعاً قادر نیستند و یا احساس می‌کنند که نمی‌توانند بخوابند.

● تصویری فراتر از واقعیت در مورد خود و عملکرد خود دارند.

● تصمیم‌های ناگهانی می‌گیرند که می‌تواند عواقب سنگینی داشته باشد. (برای مثال: تغییر شغل یا محل زندگی بدون فکر، تجارت‌های غیر معقول و)..

● پرداختن بیش از حد به امور لذتبخشی که به احتمال خیلی زیاد عواقب ناراحت کننده‌ای (مثل افتادن به دام ولخرجی‌های بی‌حد، بی‌ملاحظه‌گی‌های جنسی، قمار، مصرف الکل و مواد).

علائم دو قطبی نیمه‌شیدایی نیز مانند دوقطبی

شیدایی است، با این تفاوت که شدت آن به صورت خفیف‌تری بروز می‌کند. شخص ممکن است چند ماه در فاز شیدایی باشد و سپس علائم افسردگی را داشته باشد و این چرخه مدام تکرار می‌شود.

نکته: هر کسی که خلق بالا و فعالیت بالایی دارد لزوماً دچار مانیا (شیدایی) نیست. میزان انرژی افراد برای فعال بودن با هم متفاوت است برخی افراد انرژی روانی و جسمی بالاتری دارند ولی در مانیا شخص اعتماد به نفس کاذب دارد و دست به کارهای می‌زند که خبری از عقل و منطق در آنها نیست.

افسردگی پس از زایمان

نوعی افسردگی است که از ماه‌های سوم و چهارم بارداری و یا به فاصله کوتاهی پس از زایمان ممکن است ظاهر شود. این افسردگی در ۳۰ تا ۴۰ درصد از زنان دیده می‌شود. بی‌خوابی شدید، بی‌ثباتی خلق و احساس خستگی از علائم شایع آن است. این نوع افسردگی ممکن است از خفیف تا شدید باشد تا حدی که باورهای هذیانی و فکرهای خودکشی و دیگرکشی (نسبت به نوزاد) پدید آید. (خرافات مربوط به آل همین بوده که مادر به حدی از افسردگی می‌رسیده که دچار

هذیان می‌شده و به کودکش صدمه می‌زده).

این علائم و نشانه‌ها با غم پس از زایمان که می‌تواند همراه با احساس تنهایی، اضطراب، گیجی و فراموشکاری باشد و معمولاً بعد از چند روز تا چند هفته از بین می‌روند فرق دارد. اما چنین علائمی با افسردگی پس از زایمان شدیدتر و با دوام‌تر هستند ممکن است با توانایی عملکرد فرد تداخل کند و می‌تواند علاوه بر این شامل موارد زیر باشد:

- احساس غم و اندوه شدید، پوچی یا ناامیدی.
- احساس برانگیختگی و خشم.
- گریه کردن مداوم یا بیشتر وقت‌ها قرار داشتن در آستانه گریه.
- بی‌علاقگی یا لذت نبردن از فعالیت‌ها و سرگرمی‌های معمول خود.
- دشواری در به خواب رفتن در آغاز شب یا مشکل در بیدار ماندن طی روز.
- از دست دادن اشتها یا خوردن بیش از حد.
- احساس گناه شدید.

- حس بی‌ارزش بودن زندگی.
 - احساس ناتوانی در کنار آمدن با مسائل.
 - داشتن افکار منفی در مورد خودتان.
 - ترس از تنها ماندن با کودکان.
 - حس ترس بی‌دلیل و غیرقابل کنترل.
 - وسواس بیش از حد.
 - حواس‌پرتی.
 - داشتن رویاهایی در مورد آسیب دیدن کودکان.
 - مشکل در تمرکز یا تصمیم‌گیری.
 - کناره‌گیری از دوستان و خانواده.
 - بی‌علاقگی به کودک.
 - ناتوانی در مراقبت از کودک.
 - احساس خستگی شدید و رخوت.
- سردرد، درد قفسه سینه، تپش قلب، کرختی یا افزایش تنفس نیز ممکن است اتفاق بیفتد، گرچه اینها علائم اصلی افسردگی نیستند.

علائم و نشانه‌های همراه با جنون پس از زایمان نیز که نادر است، شدیدتر هستند و معمولاً زود شروع می‌شوند که به شرح زیر است:

- خشم و آشفتگی.
- گیجی.
- فکر آسیب‌زدن به خود یا به نوزاد.
- هذیان و توهم، بدبینی، تفکرات یا سخنان بی‌ربط.

سندروم ملال پیش از قاعدگی (PMDD)

علائم PMDD، در طول روزهای قبل از پریود، معمولاً ۵ تا ۱۱ روز باقیمانده به قاعدگی، شروع می‌شوند. در بیشتر زنان نشانه‌ها با شروع قاعدگی در همان روزهای اول کاهش می‌یابند و یا از بین می‌روند. نشانه‌های شایع PMDD شامل موارد زیر می‌شوند:

۱. خستگی شدید، بی‌حالی و کمبود انرژی.

۲. تغییرات بارز خلقی و عاطفی مثل؛ تحریک پذیری، خشم، نگرانی، افسردگی و اضطراب.

۳. پرخوابی یا بی‌خوابی.

۴. گریه و احساس ناامیدی و کاهش علاقه به فعالیت‌های معمول.

۵. دشواری در تمرکز، سرگیجه و بی‌توجهی، غفلت و فراموشی.

۶. تپش قلب.

۷. سوءظن و تصویر بد از خود.

۸. ناراحتی دستگاه گوارش، نفخ و افزایش اشتها.

۹. سردرد و کمر درد.

۱۰. اسپاسم عضلانی، بی‌حسی یا سوزن‌سوزن شدن در اندام‌ها.

۱۱. تغییرات در دید و بینایی.

۱۲. کاهش میل جنسی.

۱۳. حساس‌شدن پستان‌ها، کاهش ادرار، تورم دست‌ها، مچ پاها و افزایش وزن.

اختلال اضطراب منتشر (Generalization anxiety disorder)

اختلال اضطراب منتشر اصطلاحاً به نام GAD نامیده

می‌شود. وجود نگرانی غیر عادی در مورد موضوعات مختلف علامت اصلی برای تشخیص این اختلال می‌باشد. برای مثال شخصی که مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می‌باشد امکان دارد نگرانی شدید در مورد موضوعات مختلف مانند احتمال بیمار شدن خود و خانواده‌اش، عدم موفقیت شغلی، عدم موفقیت تحصیلی فرزندان و آینده فرزندان را داشته باشد.

برای تشخیص اختلال اضطراب منتشر باید علائم زیر وجود داشته باشد:

- وجود نگرانی و اضطراب زیاد در حوزه‌های مختلف زندگی (مانند حوزه سلامت، حوزه اقتصادی و حوزه خانوادگی) که علائم این نگرانی و اضطراب در بیشتر روزها و برای حداقل ۶ ماه مشاهده شود).

- وجود مشکل در کنترل نگرانی‌ها.

- تجربه‌ی حداقل سه نشانه اضطراب و نگرانی از بین نشانه‌های زیر:

۱. احساس بی‌قراری

۲. احساس خستگی فوری

۳. وجود مشکل در تمرکز

۴. حالت تحریک پذیری

۵. تنش عضلانی

۶. اختلالات خواب

- شدت اضطراب و نگرانی به اندازه‌ای شدید است که در کارکردهای مختلف زندگی اختلال ایجاد می‌کند.

- علایم مربوط به این اختلال ناشی از ابتلای شخص به برخی از اختلالات جسمانی نمی‌باشد.

میزان شیوع اختلال اضطراب منتشر در زنان بیشتر از مردان می‌باشد چنانکه بر اساس برخی از گزارشات تحقیقی میزان شیوع این اختلال در بین زنان حدود ۷ درصد و در بین مردان حدود ۴ درصد است. (همان افرادی که مدام نگران هستند و در دلشان رخت می‌شویند.)

فوبیا (Phobia)

اختلال فوبیا به سه زیر مجموعه‌ی اختلال فوبیای خاص، اختلال فوبیای اجتماعی یا اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال فوبیا از نوع برون‌هراسی (Agoraphobia) تقسیم‌بندی می‌شود.

علامت مهم اختلال فوبیای خاص ترس شدید و غیر منطقی از اشیا و یا موقعیت‌های خاص است و این ترس را شخص مبتلا به صورت مداوم تجربه می‌نماید. برای تشخیص اختلال فوبیای خاص لازم است ملاک‌های تشخیصی زیر حضور داشته باشند.

- وجود ترس مداوم و شدید و غیر منطقی که این ترس در پی حضور یا پیش بینی حضور در یک موقعیت و یا روبرو شدن با شیء خاص ظاهر می‌شود.

- علایم جسمانی و روانشناختی اضطراب در پی روبرو شدن یا پیش بینی روبرو شدن با محرک ترس‌آور ظاهر می‌شود.

- در اکثر مواقع شخص موقع روبرو شدن با موقعیت یا شیء ترس‌آور حالت اجتناب را از خود نشان می‌دهد.

- برای تشخیص اختلال فوبیای خاص لازم است که علایم مربوط به ترس شدید از موقعیت‌ها و یا اشیا حداقل به مدت ۶ ماه دوام یابد.

انواع فوبیای خاص عبارتند از:

● فوبیای حیوانات (برای نمونه فوبیای عنکبوت و

فوبیای گربه)

● فوبیای از نوع محیط طبیعی (برای نمونه فوبیای رعد و برق و فوبیای زلزله)

● فوبیا از خون

● فوبیا از نوع موقعیتی (مانند فوبیای پرواز و فوبیای رانندگی)

◀ فوبیای خاص یکی از شایع‌ترین اختلالات روانشناختی بخصوص در بین زنان می‌باشد. از بین انواع فوبیای خاص فوبیای حیوانات بیشترین شیوع را دارد.

اضطراب اجتماعی

نوعی ترس از مواجهه با موقعیت‌هایی است که فرد از قضاوت شدن توسط دیگران هراس دارد بنحوی که دچار اضطراب شده و در عملکرد دچار اختلال می‌شود. این فرد به دلیل ترس از بروز علایم، در جمع حضور پیدا نمی‌کند و از دیگران دوری می‌کند. این فرد معمولاً در کارهایی که مورد توجه و قضاوت دیگران است شرکت نمی‌کند. از شرایطی که احساس می‌کند نگاه‌های انتقادآمیزی او را دنبال می‌کند، اجتناب

می‌کند و علائم جسمی مانند بالا رفتن فشار خون، قرمز شدن رنگ صورت، لرزش در دست‌ها، تعریق، افزایش ضربان قلب و حملات پانیک یا حمله ترس (در موارد حاد) را تجربه می‌کنند.

در فوبیای اجتماعی موقعیت‌هایی که می‌توانند به عنوان موقعیت‌های ترس‌زا مطرح باشند شامل صحبت نمودن در موقعیت‌های اجتماعی، انجام برخی از فعالیت‌ها در هنگامی که دیگران آن فعالیت‌ها را مشاهده می‌نمایند و مطرح نمودن درخواست‌ها از دیگران می‌باشد. شخص مبتلا به اختلال فوبیای اجتماعی از بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌نماید و در کارکردهای اجتماعی و شغلی وی آسیب قابل توجهی ایجاد شده است. اشخاصی که مبتلا به اختلال فوبیای اجتماعی می‌باشند، احتمال دارد به هنگام حضور موقعیت‌های مختلف مانند سخنرانی در کلاس‌ها و محافل اجتماعی، حضور در مکان‌هایی که مورد توجه دیگران قرار دارند و به هنگام ملاقات با اشخاص ناآشنا با حالت ترس شدید واکنش نشان دهند.

اگورافوبیا یا برون‌هراسی

اگورافوبیا یا برون‌هراسی که به آن بازارهراسی یا گذرهراسی نیز می‌گویند، زیرمجموعه اختلال

اضطراب است که به هراس و ترس مرضی از حضور در مکان‌هایی باز و شلوغ مثل سینما، مراکز خرید، پایانه‌های حمل و نقل عمومی و فرودگاه‌ها و پل‌ها و... که امکان خروج فوری و آسان از آنها وجود ندارد، گفته می‌شود و اغلب به علت بازبودن یا ازدحام زیاد محیط است. این نوع ترس معمولاً با افکار اضطرابی درباره غش کردن یا از دست دادن کنترل در حضور جمع همراه است و عمدتاً منجر به اجتناب از این محل‌ها می‌شود.

اختلال پانیک (Panic disorder)

حملات پانیک به معنای هجوم ناگهانی نگرانی و ترس بسیار شدید است که در این حالت، قلب فرد به شدت می‌زند و توانایی نفس کشیدن ندارد. در این حالت ممکن است فرد احساس کند که در حال مردن یا دیوانه شدن است. اگر حملات پانیک درمان نشوند ممکن است منجر به اختلال پانیک یا مشکلات دیگر شود، این حملات می‌توانند فرد را از فعالیت‌های روزمره بازدارند.

حملات پانیک به صورت ناگهانی آغاز می‌شود و در مدت ۱۰ دقیقه شدت علایم به اوج خود می‌رسد و

سپس شدت علایم روی به کاهش می‌گذارد. برای تشخیص حمله‌ی پانیک لازم است شخص حداقل چهار علامت از طبقات چهارگانه علایم که شامل طبقه‌ی علایم تنفسی (مانند حالت نفس نفس زدن)، طبقه‌ی علایم گوارشی (مانند حالت تهوع)، طبقه‌ی علایم قلبی و عروقی (مانند افزایش میزان ضربان قلب) و طبقه‌ی علایم روانشناختی (مانند احساس از دست دادن کنترل) را تجربه نماید.

حملات عصبی معمولاً شامل برخی از این علائم یا نشانه‌ها هستند:

- احساس خطر قریب‌الوقوع
- ترس از دست دادن کنترل یا مرگ
- افزایش ضربان قلب
- عرق کردن
- رعشه و لرز
- احساس تنگی نفس و خفگی در گلو
- تب و لرز
- گرگرفتگی

- حالت تهوع
 - احساس درد یا گرفتگی در شکم
 - درد در قفسه سینه
 - سردرد
 - سرگیجه، دَوَران یا ضعف
 - بی‌حسی یا گزگز در عضلات
 - احساس خلاء یا بی‌وزنی در نتیجه ترس
- برای تشخیص اختلال پانیک وجود حداقل یک مورد تجربه‌ی حمله‌ی پانیک در عرض یک ماه ضروری است. در اکثر بیماران مبتلا به اختلال پانیک حمله‌ی پانیک به صورت مکرر و غیر قابل انتظار رخ می‌دهد. سایر علایم اختلال پانیک شامل وجود نگرانی در مورد تجربه‌ی مجدد حمله‌ی پانیک، اجتناب از موقعیت‌ها و یا انجام فعالیت‌هایی (مانند ورزش کردن) که سبب به خاطر آوردن تجربه‌ی حمله پانیک می‌شود است. از دیگر ملاک‌های تشخیصی اختلال پانیک، عدم ارتباط حمله‌ی پانیک به بیماری‌های جسمانی است.

وسواس فکری عملی

وجود وسواس‌های فکری یا عملی یا هر دوی آن‌ها.

وسواس‌های فکری

وسواس‌های فکری یعنی افکار، تصاویر آزاردهنده، امیال، نگرانی‌ها یا تردیدهایی که به صورت تکراری و مداوم در ذهن شما ظاهر می‌شوند. این افکار و تصاویر سبب ایجاد احساس اضطراب زیادی در فرد می‌شوند (اگرچه برخی افراد این حس را به عنوان “اشتغال ذهنی” توصیف می‌کنند و نه اضطراب).

نشانه‌ها:

۱. افکار، تمایلات یا تصاویر بازگشتی و پایداری که در دوره‌های از اختلال، به شکل مزاحم و ناخواسته تجربه شده و در اکثر افراد موجب اضطراب یا ناراحتی عمده شوند.
۲. فرد تلاش می‌کند این افکار، تمایلات یا تصاویر ذهنی را نادیده گرفته یا آن را سرکوب نماید و یا اینکه با پرداختن به افکار یا فعالیت‌های دیگر (مثل انجام یک وسواس عملی)، خنثی کند.

وسواس‌های عملی

فعالیت‌های تکراری هستند که افراد برای کاهش اضطراب ناشی از وسواس فکری آنها را انجام می‌دهند. مانند کنترل مرتب اینکه آیا درب قفل است، شستشوی مکرر، تکرار عباراتی خاص در ذهن، شمارش کردن، رعایت نظم و ترتیب خاص و قرینگی یا کنترل مداوم شرایط بدن از لحاظ سلامتی، اجرای آداب خاصی قبل از خروج از خانه یا قبل از شروع فعالیت‌ها.

نشانه‌ها:

۱. رفتارهای تکراری (نظیر شستن دست، رعایت نظم و ترتیب، وارسی کردن) یا فعالیت‌های ذهنی (نظیر دعا کردن، شمردن، تکرار آهسته کلمات در سکوت) که فرد احساس می‌کند مجبور به اجرای آنها در پاسخ به یک وسواس فکری و یا بر طبق قوانینی که باید دقیقاً انجام شوند.

۲. این اعمال یا فعالیت‌های ذهنی با هدف پیشگیری یا کاهش اضطراب یا ناراحتی و یا جلوگیری از بعضی از رویدادها و وضعیت‌های هراس‌آور صورت می‌پذیرند؛ با این وجود اعمال و فعالیت‌های ذهنی مذکور

رابطه واقع‌گرایانه‌ای با آنچه که قرار بوده خنثی یا جلوگیری شوند ندارد یا به وضوح افراطی‌اند.

وسواس‌های فکری یا عملی، وقت‌گیرند (بیش از یک ساعت در روز) یا موجب ناراحتی قابل توجه یا اختلال در کارکردهای اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم کارکردی می‌شوند.

وسواس‌ها ممکن است در موقعیت‌های پر استرس تشدید شوند. موقعیت‌هایی مانند تغییرات در سبک زندگی، تهدید سلامتی، مشکلات مالی، تغییر شغل یا شکست عاطفی.

ممکن است احساس کنید که اکثر اوقات وسواس‌های فکری و عملی قابل کنترل هستند ولی بعضاً بسته میزان و شدت، وسواس‌ها زندگی روزمره را دشوار و مختل می‌سازند.

۱. وسواس آلودگی: شستشوی مداوم دست‌ها، بدن و یا لباس‌ها.

۲. وسواس شک و تردید: چک کردن مداوم قفل بودن درب‌ها و یا خاموش بودن اجاق گاز.

۳. وسواس تقارن: لزوم رعایت تقارن در چینش لوازم و

یا اصلاح ریش.

۴. افکار مزاحم: افکار تکراری یا تصور راجع به یک رفتار یا اتفاق خاص.

اختلال سازگاری

فردی که به این اختلال روانشناختی دچار می‌شود نمی‌تواند با یک رویداد استرسزا یا تروماتیک مانند شکست عشقی، اخراج از کار، پذیرفته نشدن در کنکور و سازگار شود. چنین افرادی ممکن است اندوهگین و افسرده باشند زودرنج می‌شوند. مضطرب، ناامید، عصبی و نگران هستند و پیاپی گریه می‌کنند. آستانه‌ی تحمل کسانی که دچار اختلالات سازگاری هستند بسیار کم است و به سادگی خشمگین می‌شوند.

ملاک‌های تشخیص

A: در واکنش به یک یا چند عامل استرسزا و قابل شناسایی و در مدت ۳ ماه پس از آغاز این عوامل، نشانه‌های رفتاری و هیجانی در فرد پدید می‌آیند.

B: این رفتارها و نشانه‌ها از نظر بالینی و کلینیکی معنادار هستند و این موضوع را در یک یا هر دو

گزینه‌ی زیر نشان می‌دهند.

۱- فرد رنج شخصی شدیدی را تجربه می‌کند که با شدت عامل استرس تناسبی ندارد.

۲- عوامل استرس‌زا زندگی فرد را با مشکل جدی روبه‌رو کند به گونه‌ای که در عملکرد فردی، خانوادگی، اجتماعی، شغلی و دیگر زمینه‌های زندگی‌اش نابسامانی پدید می‌آید.

C: این ناراحتی‌های مرتبط با استرس به دلیل وخیم شدن یک اختلال روانی نیست که از پیش در فرد وجود داشته و با اختلال روانی دیگری قابل توجیه نباشد. پس اگر بتوانیم نشانه‌ها را به اختلال روانی دیگری نسبت دهیم و معیارهایمان برای آن اختلال روانی قوی‌تر باشد نمی‌توانیم فرد را دچار اختلالات سازگاری بدانیم.

D: نشانه‌ها و سمپتوم‌ها نشان‌دهنده‌ی اندوه و عزای عادی نیستند.

E: پس از پایان یافتن عوامل استرس‌زا و پیامدهای آن، نشانه‌ها حداکثر تا ۶ ماه پس از آن هم دنباله دارند.

اختلال استرسی پس از سانحه (PTSD)

اختلال استرسی پس از سانحه یا (Post Traumatic Stress Disorder (PTSD سندرم یا مجموعه‌ای از علائم بیماری است که در بعضی از افرادی که تحت تاثیر سانحه‌ای ناگوار مانند: بلایای طبیعی (سیل، زلزله، رانش زمین، آتش سوزی، طوفان و سونامی و...)، جنگ، خشونت (دزدی، قتل، سو استفاده جنسی، زورگویی و...)، بیماری و از دست دادن نزدیکان و... قرار می‌گیرند، دیده می‌شود. نشانه‌های این اختلال متعدد بوده و می‌توانند از حدوداً ۳ ماه تا چند سال پس از حادثه نمایان شوند.

در اغلب موارد طول دوره‌ی بیماری از حدود ۶ ماه است اما در بعضی افراد تا سال‌ها پس از حادثه نیز نشانه‌های بیماری به صورت مزمن وجود خواهند داشت.

نشانه‌ها و علائم استرس پس از سانحه

- یادآوری مکرر حادثه.

- تغییر در وضعیت خواب (ناتوانی در خوابیدن یا گرایش مداوم به خواب).

- رویاهای مکرر درباره حادثه.
- احساس اینکه قرار است آن رویداد دوباره تکرار شود.
- تغییر در رفتار (بدخلقی).
- واکنش‌های شوک و بهت‌زدگی.
- تغییر در کارکرد مؤثر (کاهش تمرکز).
- کاهش علاقه و گرایش نسبت به دنیای خارج (احساس جدایی از دنیای اطراف و بیگانگی).
- احساس نیاز به هوشیاری فوق العاده و همیشگی.
- حس آسیب پذیر بودن و در پی آن ترس نسبت به از دست دادن کنترل.
- دوری از فعالیت‌ها و مکان‌هایی که حادثه را به یاد می‌آورند.
- فراموش کردن بخش مهمی از حادثه.
- احساس گناه به دلیل نجات یافتن از حادثه یا انجام ندادن برخی کارها.