

<p><b>نکته مهم ۱:</b></p> <p><b>DSM-IV</b> اختلال وسواسی-اجباری و اختلال استرس پس آسیبی را در طبقه دیاگنوستیک یا تشخیصی اختلالات اضطرابی قرار داده بود. <b>DSM-5</b> هر یک از این دو نوع اختلال را در طبقه تشخیصی جداگانه‌ای قرار داده است.</p>
<p><b>نکته مهم ۲:</b></p> <p>هایپرونتیلیشن یعنی نوعی تنفس زیاده از حد و عمیق‌تر و سریع‌تر از تنفس عادی و بیشتر از آنچه بدن نیاز دارد. هایپرونتیلیشن باعث میشود: غلظت دی اکسید کربن خون کمتر از میزان عادی شود و PH خون بالا رفته و به سلول‌های بدن اکسیژن کافی نرسد و در نهایت علایم حملات وحشتزدگی تولید شود. هم افزایش و هم کاهش دی اکسید کربن خون با وحشتزدگی ارتباط دارد.</p>
<p><b>نکته مهم ۳:</b></p> <p>اختلال آگورافوبیا در <b>DSM-IV</b> به عنوان یک طبقه تشخیصی مجزا وجود نداشت ولی در <b>DSM-5</b> یک طبقه تشخیصی جداگانه محسوب می‌شود.</p>
<p><b>نکته مهم ۴:</b></p> <p>بعضی افراد به آگورافوبیای بدون حملات وحشتزدگی دچار می‌شوند.</p>
<p><b>نکته مهم ۵:</b></p> <p>حملات وحشتزدگی در زنان بیشتر رخ می‌دهد.</p> <p>حملات وحشتزدگی در کودکان نیز می‌توانند روی دهند اما تا رسیدن به سن بلوغ نادر هستند.</p> <p>نرخ شیوع حملات وحشتزدگی در افراد مسن کاهش می‌یابد.</p>
<p><b>نکته مهم ۶:</b></p> <p><b>DSM-IV</b> اختلال سلکتیو میوتیسم (لالی انتخابی) را در طبقه اختلالاتی که معمولاً در نوزادی و کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند قرار داده بود اما <b>DSM-5</b> این اختلال را جزو اختلالات اضطرابی می‌داند زیرا اضطراب مانع از حرف زدن افراد (اکثراً کودکان) می‌شود.</p>
<p><b>نکته مهم ۷:</b></p> <p>طبق معیارهای <b>DSM-5</b> لازم نیست فرد هم وسواس و هم اجبار داشته باشد تا مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری اعلام شود و حضور یکی از این دو به تنهایی کافی است.</p>



<p><b>نکته مهم ۸:</b></p> <p>شک کردن یکی از ویژگی‌های اصلی OCD است و نقص در حافظه می‌تواند باعث ظهور تردیدها و شک کردن‌ها شود.</p>
<p><b>نکته مهم ۹:</b></p> <p>براساس اثر ریباند، تلاش عمدی فرد برای سرکوب برخی افکار یا اجتناب از آنها همان افکار را سمج‌تر می‌کند.</p>
<p><b>نکته مهم ۱۰:</b></p> <p>روش ERP، بهترین روش درمانی برای درمان اختلال بادی دیسمورفیک تا به امروز است.</p>
<p><b>نکته مهم ۱۱:</b></p> <p>اختلال احتکار در DSM-IV وجود نداشت و اگر احتکار کردن در افراد به سطوح افراطی می‌رسید روانشناسان آنها را مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری اعلام می‌کردند اما در DSM-5 یک طبقه تشخیصی مجزا به این اختلال اختصاص داده شده است.</p>
<p><b>نکته مهم ۱۲:</b></p> <p>هوش هیجانی یا EQ افراد مبتلا به اختلال احتکار معمولاً کمتر از سطح عادی است.</p>
<p><b>نکته مهم ۱۳:</b></p> <p>در DSM-IV اختلال مو-کندن یکی از اختلالات کنترل امیال بود. در DSM-5 یک اختلال مجزا محسوب می‌شود.</p>
<p><b>نکته مهم ۱۴:</b></p> <p>بهترین شیوه درمان برای اختلال مو-کندن، آموزش معکوس سازی عادت یا HRT است. در این روش به فرد آموزش می‌دهند تا میل شدید یا هوس خود به کشیدن مو را بشناسد و این میل و هوس را به جای دیگری معطوف کند.</p>
<p><b>نکته مهم ۱۵:</b></p> <p>اختلال پوست-کندن در DSM-IV وجود نداشت و برای اولین بار در DSM-5 به عنوان یک اختلال مستقل و مجزا مطرح شده است.</p>
<p><b>نکته مهم ۱۶:</b></p> <p>رفتار درمانی، بهترین روش درمانی برای اختلال پوست-کندن در حال حاضر است.</p>



<p><b>نکته مهم ۱۷:</b></p> <p>معیار تشخیصی اصلی طبقه اختلالات مرتبط با استرس و تروما عبارت است از قرار گرفتن در معرض یک رویداد تروماتیک یا استرس‌زا.</p>
<p><b>نکته مهم ۱۸:</b></p> <p>دیپرسونالیزیشن بیانگر وضعیتی است که در آن فرد احساس می‌کند از خودش جدا شده است و انگار فرد دیگری است که از بیرون به بدن خود یا به فرایندهای ذهنی خود نگاه می‌کند.</p>
<p><b>نکته مهم ۱۹:</b></p> <p>در دیرپالیزیشن فرد احساس می‌کند که محیط اطراف و اشیا دور و بر او غیر واقعی هستند.</p>
<p><b>نکته مهم ۲۰:</b></p> <p>مواجهه درمانی، موثرترین نوع درمان برای PTSD است.</p>
<p><b>نکته مهم ۲۱:</b></p> <p>باور بر این است که کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی توانایی ایجاد دلبستگی را دارند اما به علت اندک بودن فرصت‌ها در اوایل کودکی دلبستگی خود را نمی‌توانند با رفتارهای مناسب نشان دهند.</p>
<p><b>نکته مهم ۲۲:</b></p> <p>اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال تعامل اجتماعی بی‌قید و بند می‌توانند همزمان در یک کودک وجود داشته باشند.</p>
<p><b>نکته مهم ۲۳:</b></p> <p>خلق افسرده به این معناست: غم + نومیدی یا غم + نومیدی + احساس خلاء</p>
<p><b>نکته مهم ۲۴:</b></p> <p>نرخ شیوع اختلال افسردگی عمده در افراد ۱۸ تا ۲۹ ساله سه برابر نرخ شیوع این اختلال در افراد ۶۰ ساله یا مسن‌تر است.</p>
<p><b>نکته مهم ۲۵:</b></p> <p>در ایجاد افسردگی دو رویداد اهمیت زیادی دارند: فقدان (از دست دادن) و شکست.</p>



<p><b>نکته مهم ۲۶:</b></p> <p>اختلال نامنظمی خلقی اختلال گرانه یک اختلال جدید در DSM-5 است. هدف اصلی افزودن این اختلال به DSM-5 این بود که کودکان مبتلا به تحریک پذیری مداوم و مزمن از کودکان مبتلا به اختلال دو قطبی کلاسیک تفکیک شوند.</p>
<p><b>نکته مهم ۲۷:</b></p> <p>سه تفاوت مهم اپیزود مانیک با اپیزود هیپومانیک:</p> <p>(۱) هیپومانی عملکرد روزمره فرد در زندگی را مختل نمی‌کند اما مانیک مختل می‌کند.</p> <p>(۲) مدت هیپومانی می‌تواند کوتاه‌تر باشد و ۴ روز پشت سر هم کافی است تا فرد مبتلا به هیپومانی تشخیص داده شود. در مورد مانیک حداقل مدت زمان ۷ روز است اما نه الزماً پشت سر هم.</p> <p>(۳) به بستری کردن افراد هیپومانی نیاز نیست.</p>
<p><b>نکته مهم ۲۸:</b></p> <p>در DSM-IV وجه مشترک اختلال دو قطبی I و اختلال دو قطبی II سمپتوم‌های مانیک بود (نه اپیزود مانیک) و این دو اختلال از لحاظ شدت سمپتوم‌های مانیک تفاوت داشتند. اما در DSM-5 مهم‌ترین وجه تمایز این دو اختلال این است که در اختلال دو قطبی I یک یا چند اپیزود مانیک وجود دارد ولی در اختلال دو قطبی II هرگز اپیزود مانیک وجود نداشته است.</p>
<p><b>نکته مهم ۲۹:</b></p> <p>اختلال سیکلوتیمیک در واقع ورژنی طولانی‌تر (دایمی‌تر) ولی ملایم‌تر اختلال دو قطبی II است.</p>
<p><b>نکته مهم ۳۰:</b></p> <p>اختلال سیکلوتیمیک در زنان و مردان به یک اندازه وجود دارد.</p>
<p><b>نکته مهم ۳۱:</b></p> <p>میزان سروتونین در افسردگی عمده نقش اساسی دارد.</p>
<p><b>نکته مهم ۳۲:</b></p> <p>در اختلال دو قطبی میزان نوراپی نفرین نقش مهمی دارد.</p>



<p><b>نکته مهم ۳۳:</b></p> <p>لیتیوم می‌تواند هم از سمپتوم‌های افسردگی و هم از سمپتوم‌های دوره مانی بکاهد.</p>
<p><b>نکته مهم ۳۴:</b></p> <p>حالت نومیدی یکی از بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های خودکشی است.</p>
<p><b>نکته مهم ۳۵:</b></p> <p>امیل کریپلن، اولین کسی بود که اسکیزوفرنی را از دیگر انواع سمپتوم‌های پسیکولوژیک دیگر جدا کرد و نام آن را جنون زودرس گذاشت.</p>
<p><b>نکته مهم ۳۶:</b></p> <p>دیلوژن‌ها، عبارتند از باورهای راسخ اما غلط که معمولاً به صورت سوءتفسیر ادراک‌های ذهنی یا تجربه‌ها جلوه می‌کنند. به دیلوژن اختلال محتوای فکر نیز گفته می‌شود.</p>
<p><b>نکته مهم ۳۷:</b></p> <p>در سندروم کاپگراس، فرد فکر می‌کند یکی از آشنایانش با یک نفر دیگر و مشابه او تعویض شده است و این فرد خود او نیست.</p>
<p><b>نکته مهم ۳۸:</b></p> <p>هالوسینیشن‌ها ممکن است در همه حواس روی بدهند اما رایج‌ترین هالوسینیشن‌ها سمعی یا شنیداری هستند.</p>
<p><b>نکته مهم ۳۹:</b></p> <p>افراد مبتلا به اختلالات پسیکوتیک نقص نظارت بر خود نیز دارند: یعنی نمی‌توانند بین افکار خود و عقاید خودشان با افکار و عقاید دیگران تمایز قایل شوند.</p>
<p><b>نکته مهم ۴۰:</b></p> <p>آنهدونیا، یعنی ناتوانی در لذت بردن از رویدادهای معمولاً لذت بخش زندگی مثل خوردن، ورزش و معاشرت با دیگران.</p>



<p><b>نکته مهم ۴۱:</b></p> <p>نظریه آمادگی ژنتیک-استرس محیطی :</p> <p>طبق این نظریه سمپتوم‌های پسикوز در اثر آسیب پذیری بیولوژیک و ارثی به وجود می‌آیند. اما این آسیب پذیری ژنتیکی نسبت به پسیکوز فقط زمانی به صورت سمپتوم‌های خاص نشان داده می‌شود که فرد برخی رویدادهای مهم و استرس‌زای زندگی را تجربه کند.</p>
<p><b>نکته مهم ۴۲:</b></p> <p>مهم‌ترین رویکرد برای درک پسیکوز مدل آمادگی ژنتیک-استرس محیطی است.</p>
<p><b>نکته مهم ۴۳:</b></p> <p>سمپتوم‌های اختلال اسکیزوفرنی فرم بسیار شبیه به سمپتوم‌های اسکیزوفرنی هستند. اما تفاوت اختلال اسکیزوفرنی فرم مدت آن است. فازهای مقدماتی و فعال و باقی مانده این اختلال جمعا حداقل ۱ ماه اما کمتر از ۶ ماه طول می‌کشند.</p>
<p><b>نکته مهم ۴۴:</b></p> <p>یکی از معیارهای DSM-5 برای اختلال اسکیزوافکتیو این است که علاوه بر افسردگی عمده یا اختلال دوقطبی دیلوژن‌ها یا هالوسینیشن‌ها نیز در غیاب سمپتوم‌های خلقی بارز به مدت حداقل ۲ هفته حضور داشته باشند.</p>
<p><b>نکته مهم ۴۵:</b></p> <p>اختلالات پسیکوتیک از نظر مدت زمان :</p> <p>اختلال اسکیزوفرنی ( حداقل ۶ ماه )</p> <p>اختلال اسکیزوفرنی فرم ( حداقل ۱ ماه و کمتر از ۶ ماه )</p> <p>اختلال پسیکوتیک کوتاه ( بیشتر از ۱ روز کمتر از ۱ ماه )</p>
<p><b>نکته مهم ۴۶:</b></p> <p>فراوانترین نوع فرعی اختلال دیلوژنال، تعقیب و گزند است.</p>
<p><b>نکته مهم ۴۷:</b></p> <p>برخی افراد ناگهان به بعضی سمپتوم‌های پسیکوز دچار می‌شوند و نوسانات هیجانی و شدید آنها فقط چند روز طول می‌کشد. این افراد معیار DSM-5 برای اختلال پسیکوتیک کوتاه مدت را دارند.</p>



<p><b>نکته مهم ۴۸:</b></p> <p>فعالیت بیش از حد دوپامین می‌تواند مسئول سمپتوم های مثبت اسکیزوفرنی باشد.</p>
<p><b>نکته مهم ۴۹:</b></p> <p>مغز افراد اسکیزوفرن کوچکتر از مغز افراد سالم است و بطن های مغزی نیز بزرگ شده‌اند.</p>
<p><b>نکته مهم ۵۰:</b></p> <p>اختلال بولیمیا در زنان بسیار شایع است و تعداد زنان نسبت به مردان ۱۰ به ۱ است.</p>
<p><b>نکته مهم ۵۱:</b></p> <p>ویژگی های اصلی شخصیت ضد اجتماعی:</p> <p>(۱) بی تفاوتی و بی احساسی و خودخواهی و عدم همدلی کردن با دیگران</p> <p>(۲) تکانشگری و پرخاشگری</p>
<p><b>نکته مهم ۵۲:</b></p> <p>وجه تسمیه اختلال شخصیت مرزی این است که قبلا تصور می‌شد در مرز بین نوروز و سایکوز قرار دارد.</p>
<p><b>نکته مهم ۵۳:</b></p> <p>برخی روانشناسان اعتقاد دارند که اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی در واقع یک اختلال هستند اما به دو شیوه متفاوت تجلی می‌یابند یعنی اختلالی واحد که در زنان به صورت اختلال شخصیت مرزی و در مردان به صورت اختلال شخصیت ضد اجتماعی ظاهر می‌شود</p>
<p><b>نکته مهم ۵۴:</b></p> <p>افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی هیجان های خود را به شیوه ای مبالغه آمیز نشان می‌دهند.</p>
<p><b>نکته مهم ۵۵:</b></p> <p>اختلال شخصیت اجتنابی با فوبیای اجتماعی ارتباط نزدیکی دارد و هر دو می‌توانند بخشی از یک طیف وسیع تر به نام طیف اضطراب اجتماعی باشند.</p>



<p><b>نکته مهم ۵۶:</b></p> <p>افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته شبیه به افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی هستند زیرا آنها نیز احساس عدم کفایت می‌کنند و به دلگرمی گرفتن نیاز دارند.</p>
<p><b>نکته مهم ۵۷:</b></p> <p>طبق DSM-5 اختلال شخصیت وسواسی-اجباری شایع‌ترین اختلال شخصیت در جامعه است.</p>
<p><b>نکته مهم ۵۸:</b></p> <p>وقتی که یک عارضه پزشکی بر شخصیت فرد تاثیر می‌گذارد نمی‌توان آن را اختلال شخصیت نامید زیرا ممکن است به اندازه اختلالات شخصیت دهگانه فراگیر نباشد و از سنین پایین حضور نداشته باشد.</p>
<p><b>نکته مهم ۵۹:</b></p> <p>اختلال تبدیلی قبلا هیستری نامیده می‌شد.</p>
<p><b>نکته مهم ۶۰:</b></p> <p>اختلال ساختگی تحمیل شده به خود سندروم مانکهاوزن نیز نامیده می‌شود.</p> <p>اختلال ساختگی تحمیل شده به دیگران نیز قبلا اختلال ساختگی از طریق جانشین یا سندروم مانکهاوزن از طریق جانشین نامیده می‌شد</p>
<p><b>نکته مهم ۶۱:</b></p> <p>افرادی که ناراحتی‌های جسمی بسیار اندک و خفیفی دارند و در عوض فکر بیمار بودن است که به شدت آنها را عذاب می‌دهد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری دیاگنوز می‌شوند. اگر سمپتوم‌ها شدید باشند اما اضطراب نسبتاً کمتر باشد ممکن است نشانه مبتلا بودن به اختلال سوماتیک سمپتوم باشد.</p>
<p><b>نکته مهم ۶۲:</b></p> <p>اختلال هویت گسسته قبلا اختلال تعدد شخصیت یا چند شخصیتی نامیده می‌شد.</p>
<p><b>نکته مهم ۶۳:</b></p> <p>رایج‌ترین نوع درمان برای اختلالات گسستگی تا امروز بر پایه اصول سایکودینامیک به ویژه روان کاوی بوده است.</p>





<p><b>نکته مهم ۶۴:</b></p> <p>نقص حافظه یکی از سمپتوم‌های اولیه و بارز اختلال نوروکوگنیو عمده است که به دو شکل زیر نشان داده میشود:</p> <p>(۱) فراموشی موضوعات قبلا آموخته شده</p> <p>(۲) ناتوانی در یادگیری و یادآوری موضوعات جدید</p>
<p><b>نکته مهم ۶۵:</b></p> <p>دلیریوم حالتی حاد از سردرگمی و گیجی است که در آن هوشیاری فرد به شدت افت می‌کند و حتی ممکن است حس زمان و مکان و شخص را نیز از دست بدهد و مهارت‌های شناختی او دچار نقص می‌شود.</p>
<p><b>نکته مهم ۶۶:</b></p> <p>وجه تمایز دلیریوم از اختلال نوروکوگنیو خفیف و شدید خصوصیات اصلی آن هستند: اختلال در آگاهی و ناتوانی در تمرکز و همین طور شروع ناگهانی و وخامت سریع و نوسانات شدید.</p>
<p><b>نکته مهم ۶۷:</b></p> <p>رایج‌ترین نوع اختلال نوروکوگنیو عمده آلزایمر است.</p>
<p><b>نکته مهم ۶۸:</b></p> <p>اختلالات برونی‌سازی شامل رفتارهایی هستند که در جهت بیرون از وجود کودک هدایت می‌شوند. مانند پرخاشگری و بیش‌فعالی و نافرمان‌برداری و تکانشگری.</p>
<p><b>نکته مهم ۶۹:</b></p> <p>اختلالات درونی‌سازی شامل رفتارهایی که بیشتر به درون کودک هدایت می‌شوند. مانند افسردگی و اضطراب و گوشه‌گیری و اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی</p>
<p><b>نکته مهم ۷۰:</b></p> <p>شایع‌ترین اختلال در پسران: اختلال سلوک</p> <p>شایع‌ترین اختلال در دختران: افسردگی و اختلالات اضطرابی</p>
<p><b>نکته مهم ۷۱:</b></p> <p>اضطراب کودکان معمولاً به صورت انزوا طلبی (درونی‌سازی) نشان داده می‌شود.</p>



<p><b>نکته مهم ۷۲:</b></p> <p>افسردگی نوجوانی معمولاً به صورت بدخلقی و شرکت نکردن در فعالیت‌های خانوادگی و کم‌وزنی یا چاقی و احساس بی‌ارزشی و احساس گناهکار بودن و فکر کردن به خودکشی نشان داده می‌شود.</p>
<p><b>نکته مهم ۷۳:</b></p> <p>انورسیس اولیه، زمانی است که کودک هرگز یاد نمی‌گیرد ادرار خود را کنترل کند و اگر هم یاد بگیرد نمی‌تواند آن را ادامه بدهد.</p>
<p><b>نکته مهم ۷۴:</b></p> <p>انورسیس ثانویه، زمانی است که کودک مثل همه کودکان یاد می‌گیرد ادرار خود را کنترل کند و حداقل یک سال این کار را ادامه می‌دهد اما بعد از آن به انورسیس مبتلا می‌شود.</p>
<p><b>نکته مهم ۷۵:</b></p> <p>انورسیس شبانه اولیه بیشتر با تاخیر رشدی و کمبود وزن نوزاد به هنگام تولد ارتباط دارد. انورسیس شبانه ثانویه معمولاً با عوامل روانی مثل جدایی والدین یا دعوای آنها مرتبط است.</p>
<p><b>نکته مهم ۷۶:</b></p> <p>اختلال خواندن و اختلال نوشتن و اختلال ریاضی از <b>DSM-5</b> حذف شده‌اند و تبدیل به اسپسیفایر اختلال یادگیری شده‌اند.</p>
<p><b>نکته مهم ۷۷:</b></p> <p>دیسلکسیا یا مشکل خواندن بیانگر وضعیتی است که در آن فرد در درست خواندن یا سریع خواندن و درک مطلب مشکل دارد و این ناتوانی با سن تقویمی و هوشبهر و شرایط درسی و تحصیلی مطابقت ندارد.</p>
<p><b>نکته مهم ۷۸:</b></p> <p>دیسگرافیا یا مشکل نوشتن بیانگر وضعیتی است که در آن مهارت‌های نوشتن بسیار ضعیف‌تر از آن هستند که از سن تقویمی و ضریب هوشی و سوابق تحصیلی کودک انتظار می‌رود.</p>
<p><b>نکته مهم ۷۹:</b></p> <p>دیسکلکولیا یا مشکل ریاضی بیانگر وضعیتی است که در آن توانایی انجام محاسبات ریاضی بسیار ضعیف‌تر از آن است که از سن تقویمی و ضریب هوشی و سوابق تحصیلی کودک انتظار می‌رود.</p>



<p><b>نکته مهم ۸۰:</b></p> <p>ADHD از نوع بیش فعالی-تکانشگری غالب: ویژگی اصلی این نوع ADHD فعالیت‌های حرکتی زیاد است. کودکان مبتلا به این نوع ADHD مشکلات رفتاری دارند.</p>
<p><b>نکته مهم ۸۱:</b></p> <p>ADHD از نوع بی توجهی غالب: ویژگی اصلی این نوع ADHD پرت شدن حواس به آسانی است و کودک نمی‌تواند توجه خود را به مدت زیاد به چیزی معطوف کند. کودکان مبتلا به این نوع ADHD در مقایسه با کودکان مبتلا به نوع بیش فعالی مشکلات رفتاری و تکانشگری کمتری دارند.</p>
<p><b>نکته مهم ۸۲:</b></p> <p>ADHD از نوع سمپتوم‌های مرکب: رایج‌ترین نوع است. فرد هم معیارهای بیش فعالی و هم معیارهای بی‌توجهی را با هم دارد.</p>
<p><b>نکته مهم ۸۳:</b></p> <p>اختلال آواهای گفتاری قبلاً اختلال فونولوژیک یا اختلال هجی کردن نامیده می‌شد. اختلال آواهای گفتاری یعنی ناتوانی در استفاده از اصوات گفتاری متناسب با سن و زبان کودک.</p>
<p><b>نکته مهم ۸۴:</b></p> <p>اختلال ارتباط اجتماعی تازه به DSM-5 اضافه شده است.</p>
<p><b>نکته مهم ۸۵:</b></p> <p>در DSM-IV از اصطلاح عقب ماندگی ذهنی استفاده می‌شد اما DSM-5 اصطلاح معلولیت ذهنی (اختلال رشد ذهنی) را به کار می‌برد.</p>
<p><b>نکته مهم ۸۶:</b></p> <p>بسیاری از افرادی که قبلاً مبتلا به اختلال اسپرگر دیاگنوز می‌شدند اکنون این دیاگنوز را دریافت خواهند کرد: اختلال طیف اوتیسم بدون نقص کلامی یا معلولیت ذهنی.</p>
<p><b>نکته مهم ۸۷:</b></p> <p>نقص در ارتباط و تعامل اجتماعی یکی از بارزترین و متداول‌ترین ویژگی اختلال طیف اوتیسم است.</p>
<p><b>نکته مهم ۸۸:</b></p> <p>اختلال طیف اوتیسم بسیار ارثی است.</p>



<p><b>نکته مهم ۸۹:</b></p> <p>DSM-IV مستلزم می ساخت که در مانجو فقط زمانی مبتلا به اختلال ODD دیاگنوز شود که معیارهای لازم برای اختلال سلوک برآورده نشده باشند. اما DSM-5 این الزام را برداشته است و اکنون ODD و CD می توانند کاموربید باشند یعنی فرد مبتلا به هر دو اختلال دیاگنوز شود.</p>
<p><b>نکته مهم ۹۰:</b></p> <p>ODD در بزرگسالان نیز می تواند دیاگنوز شود.</p>
<p><b>نکته مهم ۹۱:</b></p> <p>افرادی که مبتلا به اختلال سلوک تشخیص داده می شوند معمولاً زیر ۱۸ سال دارند. کسانی که بعد از ۱۸ سالگی مبتلا به این اختلال تشخیص داده می شوند بزرگسالانی هستند که شرایط ابتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی را ندارند.</p>
<p><b>نکته مهم ۹۲:</b></p> <p>اختلال انفجار خشم متناوب تنها اختلال در DSM-5 است که در آن دو نوع مشخصه ماهیتاً متفاوت وجود دارد:</p> <p>یک مشخصه مبتنی بر شدت: یک پرخاشگری نسبتاً ملایم داریم که به طور متوسط دو بار در هفته و به مدت ۳ ماه روی داده است.</p> <p>یک مشخصه مبتنی بر فراوانی: یک تهاجم خشونت بار و زیان آور داریم که سه بار در سال روی داده است.</p>
<p><b>نکته مهم ۹۳:</b></p> <p>مشخصه اصلی اختلال پایرومینیا آتش زدن مکرر و اجباری در پاسخ به امیال و تکانه‌های غیر قابل مقاومت است.</p>
<p><b>نکته مهم ۹۴:</b></p> <p>حضور یک الگوی غیر قابل مقاومت و مکرر در کلیتومانیا نشان می دهد که این اختلال ممکن است با اختلال وسواسی-اجباری وجوه مشترک داشته باشد.</p>



<p><b>نکته مهم ۹۵:</b></p> <p>بی‌خوابی رایج‌ترین اختلال خواب-بیداری است.</p>
<p><b>نکته مهم ۹۶:</b></p> <p>نارکولپسی با کاهش مقدار پروتئینی به نام هیپوکرتین در مغز مرتبط است.</p>
<p><b>نکته مهم ۹۷:</b></p> <p>راه رفتن در خواب معمولاً در طول ثلث اول خواب شبانه روی می‌دهد. یعنی زمانی که خواب <b>NREM</b> از همه غالب‌تر است.</p>
<p><b>نکته مهم ۹۸:</b></p> <p>وحشت‌زدگی در خواب معمولاً در خواب کودکان روی می‌دهد. سن شروع آن ۴ تا ۱۲ سالگی است. اوج فراوانی حملات وحشت‌زدگی در خواب در ۶ سالگی است.</p>
<p><b>نکته مهم ۹۹:</b></p> <p>زنان بیشتر از مردان به اختلال سندروم پاهای بی‌قرار مبتلا می‌شوند.</p>
<p><b>نکته مهم ۱۰۰:</b></p> <p>کابوس‌های شبانه معمولاً در خواب <b>REM</b> به وجود می‌آیند و بیشتر آنها نزدیکی‌های صبح روی می‌دهند.</p>

