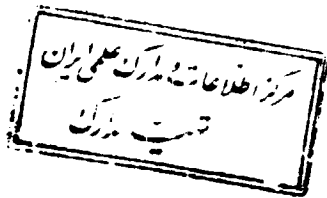
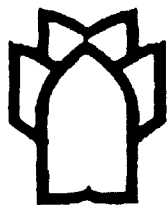


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



۱۳۸۰ / ۱۵ / ۲۰



دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه  
دانشکده پزشکی

## پایان نامه

جهت اخذ درجه دکترا در رشته پزشکی

موضوع:

بررسی توزیع فراوانی عود در بیماران روانی (افسردگی اساسی - مانیا)  
بستری شده در بیمارستان فارابی کرمانشاه (۷۷-۱۳۷۵)

استاد راهنما:

آقای دکتر اردشیر احتشامی - استادیار

استاد مشاور:

آقای امیرحسین هاشمیان

نگارش

۱۲۷۸۷

شهاب‌الدین زمانی

علی مقدس جعفری

آبان‌ماه ۱۳۷۸

۳۵۸۰۷

**با قدردانی بسیار از زحمات اساتید ارجمند:**

**آقای دکتر اردشیر احتشامی**

**آقای امیرحسین هاشمیان**

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
.....	خلاصه فارسی .....
.....	خلاصه انگلیسی .....
۱ .....	فصل اول: کلیات بیماریهای افسردگی اساسی و دوقطبی I (مانیا) .....
۱ .....	اپیدمیولوژی .....
۲ .....	اتیولوژی .....
۵ .....	تشخیص .....
۱۱ .....	ویژگی های بالینی .....
۱۳ .....	معاینه وضعیت روانی .....
۱۴ .....	تشخیص افتراقی .....
۱۶ .....	سیر و پیش آگهی .....
۱۹ .....	درمان .....
۲۴ .....	فصل دوم: اهداف و فرضیات .....
۲۶ .....	فصل سوم: روش ها و مواد .....
۲۷ .....	فصل چهارم: نتایج .....
۴۰ .....	فصل پنجم: بحث .....
۴۲ .....	منابع .....

## خلاصه

اختلالات افسردگی اساسی و دوقطبی I (مانیا)، اختلالات مزمن و عودکننده هستند که هزینه زیادی به خانواده بیماران و جامعه تحمیل می‌کنند. از میزان عود این بیماریها در کشورمان سابقه‌ای موجود نبود. برای بدست آوردن میزان عود این بیماریها و مقایسه با آمار موجود در کتابهای مرجع، تحقیقی در بیمارستان فارابی کرمانشاه انجام دادیم. هدف اصلی تعیین توزیع فراوانی عود در بیماران افسردگی اساسی و دوقطبی I (مانیا) بستری شده در بیمارستان فارابی کرمانشاه در سال‌های ۷۷-۱۳۷۵ (سه سال) بود و اهداف فرعی ما تعیین توزیع فراوانی عود در بیماران افسردگی اساسی و مانیا بستری شده در بیمارستان فارابی کرمانشاه، به صورت مجزا، بر حسب سن، جنس، تحصیلات و تأهل بود. نوع مطالعه، توصیفی و گذشته‌نگر بود. از ۲۰۰ پرونده که شامل ۱۰۰ پرونده مربوط به بیماران افسردگی اساسی و ۱۰۰ پرونده متعلق به بیماران مانیا که تشخیص بیماری آنها توسط روان‌پزشک قطعی بود، اطلاعات مربوط به تعداد دفعات عود، سن، جنس، تحصیلات و تأهل استخراج و پس از طبقه‌بندی، خلاصه‌کردن و تجزیه و تحلیل، به صورت جداول و نمودارها تنظیم گردید.

**بیماران افسردگی اساسی:** میانگین عود ۱/۵۶ داشتند. ۸۷ درصد سن کمتر از ۵۵ سال داشتند. ۷۹ درصد متأهل، ۲۰ درصد مجرد و ۱ درصد طلاق گرفته بودند. ۴۴ درصد مؤنث بودند. ۴۴ درصد بیسواد، ۴ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. حداکثر دفعات عود (طی سه سال) ۶ بار بود.

**بیماران دوقطبی I (مانیا):** میانگین عود ۲/۵ داشتند. ۹۴ درصد سن کمتر از ۵۵ سال داشتند. ۶۰ درصد متأهل، ۳۷ درصد مجرد و ۳ درصد طلاق گرفته بودند. ۳۲ درصد مؤنث بودند. ۲۰ درصد بیسواد بوده و ۳۴ درصد تحصیلات دبستانی داشتند. حداکثر دفعات عود (طی سه سال) ۸ بار بود. در مقایسه با متون مرجع، میزان عود، در هر دو گروه بیماران در این بررسی بیشتر بوده است.

## Abstract

Major Depressive Disorder (MDD) and Bipolar Mood Disorder I (BMD-I) are chronic and relapsing disorders. These disorders involve very expense to family patient and society. We didn't have any past record from relapsing of these disorders in our contry. In order to obtain relapse rate ancl compare with existent statistics on refrences, we had a research in Farabi Hospital of Kermanshah. The main goal was to determine relapsing frequency distribution among bed-patients with MDD and BMD-I in Farabi Hospital of Kermanshah in 1375-1377 (for 3 years), and our minor goals were to determine relapsing frequency distribution among bed-patients with MDD and BMD-I in separate form according to the age, sex, educational rate and marriate statue. The kind of study was descriptive and case-control. From 200 cases that their disease were certainly diagnosed by psychotrapist including 100 cases related to MDD and 100 cases related to BMD-I, informations about relapsing rate, age, sex, educational rate and marriate statue were extracted and after classification, summarization and analysis were arranged in form of tables and graphic pictures.

**MDD patients:** They had relapsing mean 1.56 and 87% of them had the age <55 years old. 79% were married, 20% single and 1% divorced. 44% female and 44% were uneducated. 4% had university degrees. The maximal relapsing rate (for 3 years) was 6 times.

**BMD-I:** They had relapsing mean 2.5. 94% had the age <55 years old. 60% were married , 37% single and 3% divorced, 32% female, 20% uneducated and 34% had school degrees. The maximal relapsing rate (for 3 years) was 8 times. In these study comparing with refrence texts, the rate of relapsing, in both of patients were more.

## فصل اول - کلیات

دو اختلال خلقی عمده عبارتند از اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی I (مانیا). بیمارانی که فقط به دوره‌های افسردگی مبتلا هستند گفته می‌شود که مبتلا به اختلال افسردگی اساسی هستند. بیمارانی که هم دوره‌های افسردگی و هم مانی دارند و بیمارانی که فقط دوره‌های مانی دارند مبتلا به اختلال دوقطبی I شناخته می‌شوند.

### اپیدمیولوژی:

اختلال افسردگی اساسی اختلالی شایع است، با میزان شیوع حدود ۱۵٪ برای طول عمر می‌باشد که در زنها شاید تا ۲۵٪ هم می‌رسد. میزان بروز اختلال افسردگی اساسی بین بیماران پزشکان عمومی که به ۱۰٪ نزدیک می‌شود و بیمارانی داخلی که به ۱۵٪ می‌رسد، بالاتر از حد معمول است. شیوع اختلال دوقطبی I کمتر از اختلال افسردگی اساسی، با میزان شیوع حدود ۱٪ در طول عمر می‌باشد. سیر اختلال دوقطبی I، مثل سیر اختلال افسردگی اساسی مساعد نمی‌باشد، هزینه اختلال دوقطبی I، برای بیماران، خانواده‌های آنها و جامعه قابل ملاحظه است. یک تفاوت دیگر بین اختلال دوقطبی I (مانیا) و اختلال افسردگی اساسی این است که اکثر بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I (مانیا) بالاخره مورد توجه پزشک قرار گرفته و درمان می‌شوند، در حالیکه فقط نیمی از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی تحت درمان اختصاصی قرار می‌گیرند.

مشاهدات بین‌المللی، افسردگی را در زن‌ها دوبار شایع‌تر از مردها نشان داده است. در اختلال دوقطبی I شیوع بیماری در زن و مرد تقریباً برابر است. به طور کلی، شروع اختلال دوقطبی I زودتر از اختلال افسردگی اساسی است. حدود سن شروع اختلال دوقطبی I از کودکی (۵ سالگی) تا ۵۰ سالگی و ندرتاً بالاتر، با میانگین ۳۰ سالگی، گسترده است. سن متوسط شروع اختلال افسردگی اساسی حدود ۴۰ سالگی است. اختلال افسردگی هم ممکن است در کودکی یا سالمندی شروع شود، هر چند ندرتاً

چنین است.

شیوع اختلالات خلقی از نژادی به نژاد دیگر متفاوت نیست. به طور کلی، افسردگی در افرادی که فاقد رابطه بین فردی نزدیک هستند یا از همسر خود طلاق گرفته و یا جدا شده‌اند بیشتر دیده می‌شود. اختلال دو قطبی ممکن است در افراد طلاق گرفته یا مجرد بیشتر از افراد متأهل دیده شود، اما این اختلاف نشان دهنده شروع زودرس و ناهماهنگی زناشویی حاصل از آن است، که از خصوصیات این اختلال شمرده می‌شود. رابطه‌ای بین طبقه اجتماعی و افسردگی وجود ندارد، لیکن مهاجرت اخیر ممکن است رابطه مستقیم با افسردگی داشته باشد. اختلال دو قطبی در افرادی که تحصیلات دانشگاهی ندارند شایع‌تر از کسانی است که از دانشگاه فارغ‌التحصیل شده‌اند که احتمالاً نشان دهنده شروع نسبتاً زودتر اختلال است.

### اتیولوژی:

اساس سببی اختلالات خلقی ناشناخته است، ولی عوامل سببی را به طور ساختگی به سه دسته تقسیم کرده‌اند که عبارتند از: عوامل زیست‌شناختی، عوامل ژنتیک و عوامل روانی-اجتماعی.

۱- عوامل زیست‌شناختی: داده‌های گزارش شده با این فرضیه هماهنگ است که اختلالات خلقی با بی‌نظمی ناهمگون آمین‌های بیوژنیک همراه هستند. از گروه آمین‌های بیوژنیک نوراپی نفرین و سروتونین دو ناقل عصبی هستند که بیش از همه در فیزیوپاتولوژی اختلالات خلقی مطرح می‌باشند. وجود داروهای ضد افسردگی تقریباً به طور خالص نورآدرنرژیک و مؤثر از نظر بالینی مثل دزپیرامین (Norpramine)، نقش نوراپی نفرین را در فیزیوپاتولوژی-حداقل-علایم افسردگی تقویت می‌کند. با تأثیر شگرفی که مهارکننده‌های اختصاصی جذب مجدد سروتونین (SSRIs)- مثلاً، فلوکزتین (Prozac)- در درمان افسردگی گذشته است، سروتونین به صورت یک ناقل عصبی بیوژنیک آمین که بیشترین رابطه را با افسردگی دارد، در آمده است. داده‌ها حاکی است که ممکن است فعالیت



دوپامین در افسردگی کاهش و در مانیا افزایش یابد. داروهایی که غلظت دوپامین را کم می‌کنند - مثلاً، رزورین - و بیماریهایی که غلظت دوپامین را پایین می‌آورند (مثلاً بیماری پارکینسون) با علائم افسردگی همراهند. همچنین، داروهایی که غلظت دوپامین را بالا می‌برند - مثلاً، تیروزین و آمفتامین - علائم افسردگی را کاهش می‌دهند. محورهای عصبی - غددی عمده مورد توجه در اختلالات خلقی عبارتند از: آدرنال، تیروئید و محورهای هورمون رشد. وجود رابطه‌ای بین ترشح بیش از معمول کورتیزول و افسردگی یکی از قدیمی‌ترین مشاهدات در روان‌پزشکی زیست‌شناسی است. چندین مطالعه یک تفاوت آماری بین افراد افسرده و افراد بهنجار در نظم آزاد شدن هورمون نمو مشاهده کرده‌اند. بی‌خوابی اول و آخر شب، بیدار شدن مکرر، پر خوابی - از علائم شایع و کلاسیک افسردگی، و کاهش نیاز به خواب از علائم کلاسیک مانیا است. هم اختلالات خلقی و هم یافته‌های پژوهش‌های بیولوژیک تقویت‌کننده این فرضیه هستند که اختلالات خلقی به آسیب سیستم لیمبیک، هسته‌های قاعده‌ای و هیپوتالاموس مربوط است. سیستم لیمبیک و هسته‌های قاعده‌ای رابطه نزدیکی با هم دارند و نقش عمده‌ای در ایجاد هیجانات برای سیستم لیمبیک فرض می‌شود. اختلال عمل هیپوتالاموس تغییرات خواب، اشتها و رفتار جنسی را سبب می‌شود. قامت خمیده، کندی حرکت و اختلالات شناختی جزئی که در افسردگی دیده می‌شود، شباهت زیادی به اختلالات هسته‌های قاعده‌ای، نظیر بیماری پارکینسون و سایر دمانس‌های تحت قشری مغز دارند.

۲- عوامل ژنتیک: یکی از عوامل قابل ملاحظه در پیدایش اختلال خلقی عامل ژنتیک است. بستگان درجه اول بیماران دوقطبی I، ۸ تا ۱۸ بار بیشتر از بستگان درجه اول گروه شاهد با احتمال ابتلا به اختلال دوقطبی I (بیماری مانیا) روبه‌رو می‌باشند. به همین صورت بستگان درجه اول بیماران افسردگی اساسی ۲ تا ۱۰ بار با احتمال ابتلا به اختلال افسردگی اساسی روبه‌رو می‌باشند. مطالعات نشان داده است که با کم شدن میزان قرابت خانوادگی احتمال ابتلا به اختلال خلقی نیز کاهش می‌یابد.

۵۰٪ مبتلایان به اختلال دوقطبی I (مانیا) یکی از والدینشان به اختلال خلقی، غالباً افسردگی اساسی مبتلا است. اگر یکی از والدین مبتلا به بیماری مانیا باشد ۲۵٪ شانس ابتلا به اختلال خلقی در فرزندان وجود دارد، اگر هر دو والدین به اختلال مانیا مبتلا باشند، شانس بچه‌ها برای ابتلا به اختلال خلقی به ۵۰ تا ۷۵ درصد می‌رسد. مطالعات فرزندخواندگی نیز داده‌هایی در تأیید اساس ژنتیک برای توارث اختلالات خلقی به دست داده‌اند. مطالعات دوقلوئی نشان داده‌اند که بسته به مطالعه خاص، میزان ابتلاء توام برای اختلال دوقطبی I (مانیا) در دوقلوهای یک تخمکی ۳۳ تا ۹۰ درصد است، میزان ابتلاء توام برای اختلال افسردگی اساسی در دوقلوهای یک تخمکی حدود ۵۰ درصد است. برعکس، میزان ابتلاء توام در دوقلوهای دو تخمکی برای اختلال دوقطبی I، حدود ۵ تا ۲۵ درصد و برای اختلال افسردگی اساسی ۱۰ تا ۲۵ درصد است. رابطه بین اختلالات خلقی، بخصوص اختلال دوقطبی I (مانیا) و شاخص‌های ژنتیک برای کروموزوم ۵، ۱۱، x گزارش شده است زن گیرنده D1 روی کروموزوم ۵ و زن تیروزین هیدروکسیلاز، آنزیم محدود کننده سرعت تولید کاتکولامین، روی کروموزوم ۱۱ واقع است.

۳- عوامل روانی- اجتماعی: رویدادهای استرس‌آمیز زندگی قبل از نخستین دور اختلالات خلقی بیشتر از دوره‌های بعدی رخ می‌دهد. یک نظریه در توجیه این مشاهده این است که استرس همراه با نخستین دور، به تغییرات دیرپاتری در زیست‌شناسی مغز منجر می‌شود.

برخی از متخصصین قویاً معتقدند که رویدادهای زندگی نقش اولیه یا اساسی در افسردگی دارد، برخی دیگر برخلاف گروه اول معتقدند که رویدادهای زندگی فقط نقش محدودی در شروع افسردگی دارند. متقاعدکننده‌ترین داده‌ها حاکی است که رویداد حائز بالاترین میزان ارتباط با افسردگی بعدی، از دست دادن پدر و مادر قبل از ۱۱ سالگی است. عامل استرس‌زای محیطی که بیش از همه، با افسردگی رابطه دارد مرگ همسر است. میزان پسیکوپاتولوژی در خانواده ممکن است بر میزان بهبود،

عود علایم و انطباق پس از بهبود بیمار تأثیر بگذارد. داده‌های بالینی و روایتی اهمیت ارزیابی زندگی خانواده بیمار و توجه به عوامل استرس‌زای مشخص وابسته به خانواده را تأیید کرده‌اند. هیچ نوع صفت شخصیتی یا نوع شخصیت به عنوان زمینه‌ساز منحصر برای افسردگی شناخته نشده است. قرائنی از رابطه یک اختلال شخصیتی خاص؛ با پیدایش بعدی اختلال دو قطبی در دست نیست.

از نظر عوامل روانکاوی، زیگموند فروید، در تلاش برای فهم افسردگی رابطه‌ای بین فقدان شی و افسردگی را مسلم فرض کرد. او متذکر شد که خشم فرد افسرده به دلیل همانندسازی با شیء از دست رفته متوجه درون می‌گردد.

E. Bibring افسردگی را عاطفه ناشی از تنش در ایگو بین امیال شخصی و واقعیت‌ها تصور می‌کرد. اساساً افسردگی را می‌توان فروریزی نسبی یا کامل احترام به نفس در درون ایگو دانست. طبق فرضیه درماندگی آموخته شده، اگر پزشک احساس کنترل و تسلط بر محیط را در بیمار به وجود آورد، افسردگی بهبود می‌یابد.

طبق فرضیه‌های شناختی، سوء تعبیرهای شناختی معمول به دگرگون‌سازی منفی تجارب زندگی، ارزیابی منفی شخصی، بدبینی و نومیدی مربوط است. این دیدگاه منفی آموخته شده به احساس افسردگی منجر می‌گردد. روش شناخت درمانی سعی می‌کند این شناخت‌های منفی را با طرق رفتاری، مثل ضبط و تعدیل هشیارانه افکار شناسایی و تعدیل نماید.

## تشخیص

### افسردگی اساسی:

علاوه بر ملاکهای تشخیصی برای اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی I، DSM-IV ملاکهای تشخیصی خاص برای ویژگی‌های علائم مقطعی، معرف‌های سیر، و معرف‌های سیر طولی منظور کرده است.

ملاکهای تشخیص برای دوره افسردگی اساسی (بر اساس جدول DSM-IV):

A- ۵ تا (یا بیشتر) از علائم زیر در یک دوره یک هفته‌ای وجود داشته‌اند و نشان دهنده تغییر از سطح عملکرد قبلی هستند، حداقل یکی از علائم به صورت (۱) خلق افسرده یا (۲) از دست دادن علاقه و احساس لذت است.

توجه: علائمی را که به وضوح ناشی از یک اختلال طبی عمومی هستند، یا هذیان‌ها و توهمات ناهماهنگ با خلق را به حساب نیاورید.

(۱) خلق افسرده اکثر مواقع روز، یا با گزارش ذهنی (مثل احساس غمگینی و پوچی) یا مشاهدات دیگران (مثلاً، غمگین و اشکبار بودن) توجه: در کودکان و نوجوانان ممکن است به صورت خلق تحریک پذیر باشد.

(۲) کاهش قابل ملاحظه علاقه یا احساس لذت نسبت به تمام، یا تقریباً تمام فعالیت‌ها در قسمت عمده روز، تقریباً هر روز (به طوری که شرح ذهنی بیمار یا مشاهدات دیگران نشان می‌دهند).

(۳) کاهش قابل ملاحظه وزن، بدون پرهیز یا رژیم غذایی یا افزایش وزن (مثلاً، بیش از ۵ درصد وزن بدن در یک ماه)، یا کاهش و یا افزایش اشتها تقریباً هر روز.

توجه: در کودکان عدم بالا رفتن مورد انتظار وزن را در نظر بگیرید.

(۴) بی‌خوابی یا پرخوابی تقریباً هر روز.

(۵) تحریک یا کندی روانی - حرکتی تقریباً هر روز (قابل مشاهده برای دیگران، فقط مربوط به

احساس‌های ذهنی بی‌قراری یا کندی نمی‌گردد)

(۶) خستگی یا فقدان انرژی تقریباً هر روز.

(۷) احساس بی‌ارزشی یا گناه بی‌جا (که ممکن است هذیانی باشد) تقریباً هر روز (فقط شامل خود

ملامتگری و احساس گناه در مورد بیمار بودن نمی‌گردد).

(۸) کاهش توانایی تفکر یا تمرکز، یا بلا تصمیمی، تقریباً هر روز (یا خلق به شرح ذهنی بیمار یا مشاهدات دیگران)

(۹) افکار تکرار شونده مرگ (نه به صورت ترس از مرگ) افکار خودکشی تکراری بدون نقشه خاص، یا اقدام به خودکشی یا طرح خاص برای خودکشی.

B- علایم شامل ملاکهای یک دوره مختلط نمی گردند.

C- علایم ناراحتی قابل ملاحظه بالینی، یا تخریب در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم بوجود می‌آورد.

D- علایم ناشی از تأثیر فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (داروی نسخه شده یا مورد سوء مصرف) یا یک اختلال طبی عمومی (مثل کم کاری تیروئید) نمی‌باشد.

E- داغدیدگی توضیح بهتری برای علایم ارائه نمی‌کند، یعنی پس از فقدان فردی محبوب، علایم بیش از دو ماه دوام نمی‌یابند و با تخریب عملکردی بارز، اشتغال ذهنی بیمارگونه با بی‌ارزشی، تفکر انتحاری، علایم سایکوتیک، یا کندی روانی- حرکتی همراه نمی‌باشد.

«جدول از DMS-IV»

DMS-IV در جدول دیگری ملاکهای معرف‌های شدت، سایکوتیک، بهبود دوره جاری (یا تازه‌ترین دوره) افسردگی اساسی را توضیح داده است که بر اساس آن افسردگی اساسی به انواع خفیف، ملایم، شدید بدون علایم سایکوتیک، شدید با علایم سایکوتیک هماهنگ با خلق و یا غیرهماهنگ با خلق، در بهبود موقت نسبی، و در بهبود موقت کامل طبقه‌بندی شده است.

وجود ویژگی‌های سایکوتیک در اختلال افسردگی اساسی منعکس کننده شدت بیماری و حاکی از پیش‌آگهی نامساعد است. اختلال دو قطبی I (مانیا) در خانواده‌های بیماران مبتلا به افسردگی سایکوتیک شایع‌تر از خانواده‌های بیماران مبتلا به افسردگی غیر سایکوتیک است. طبقه‌بندی بیماران

افسردگی اساسی با علائم سایکوتیک ناهماهنگ با خلق بحث‌انگیز باقی مانده است.

عوامل زیر با پیش‌آگهی ربط داده شده‌اند، طولانی بودن دوره‌ها، گسستگی زمانی بین اختلال خلقی و علائم سایکوتیک، سابقه تطابق اجتماعی ضعیف قبل از بیماری، وجود علائم سایکوتیک همچنین از نظر درمانی نیز مفهوم قابل ملاحظه دارد. بیماران واجد علائم سایکوتیک برای کسب بهبود بالینی بدون استثناء نیازمند داروهای ضد جنون (علاوه بر داروهای ضد افسردگی) یا درمان با تشنج برقی (ECT) می‌باشند. DSM-IV همچنین ملاک‌های تشخیصی برای نخستین دوره افسردگی اساسی معین کرده است. تفکیک بین بیمارانی که فقط یک دوره اختلال افسردگی اساسی داشته‌اند به دلیل سیر مهم بیماری در کسانی که فقط یک دوره از بیماری را پشت سر گذاشته‌اند بجا است. بیمارانی که حداقل دومین دوره افسردگی خود را تجربه می‌کنند در DSM-IV مبتلا به اختلال افسردگی اساسی عودکننده طبقه‌بندی می‌شوند و وجود حداقل یک فاصله دو ماهه بین دوره‌ها را، که ضمن آن بیمار فاقد علائم افسردگی است، ضروری می‌شمارد.

### اختلال دو قطبی I (مانیا):

DSM-IV فهرست جداگانه‌ای برای ملاک‌های یک دوره مانیا و معرف‌های شدت دوره مانیا دارد. ملاک‌های دوره مانیا در تقسیم‌بندی DSM-IV به شرح زیر است:

- A- یک دوره مشخص خلق غیرطبیعی و مستمراً بالا، توأم با احساس خودبزرگ‌بینی، یا تحریک‌پذیری، که حداقل یک هفته طول می‌کشد (یا هر مدتی اگر بستری شدن ضرورت یابد).
- B- ضمن دوره اختلال خلق، سه (یا چند) تا از علائم زیر دوام داشته (چهار تا اگر خلق فقط به صورت تحریک‌پذیر بوده باشد) و در ابعاد قابل ملاحظه بوده باشند:

(۱) افزایش احترام به نفس یا خودبزرگ‌بینی.

(۲) کاهش نیاز به خواب (مثلاً پس از سه ساعت خواب احساس سرحال بودن می‌کند)

(۳) حراف تر از معمول یا احساس فشار برای صحبت مستمر.

(۴) پرش افکار یا تجربه ذهنی سبقت جویی افکار.

(۵) پریشانی حواس (یعنی توجه به آسانی به محرک‌های خارجی نامربوط و بی‌اهمیت معطوف

می‌شود).

(۶) افزایش رفتار هدف‌دار (از نظر اجتماعی، شغلی، تحصیلی یا فعالیت جنسی) یا تحریک

روانی- حرکتی.

(۷) درگیری مفرط با فعالیتهای لذت‌بخشی که احتمال نتایج دردناک آنها زیاد است مثل ولخرجی

بی‌مهابا، بی‌احتیاطی‌های جنسی، یا سرمایه‌گذاری‌های حرفه‌ای جاهلانه.

C- ملاک‌ها دربرگیرنده اختلال مختلط نمی‌باشند.

D- شدت اختلال خلقی به حدی است که موجب تخریب قابل ملاحظه در عملکرد شغلی یا

فعالیت‌های اجتماعی معمول یا روابط با دیگران شده، یا برای پیشگیری از صدمه زدن به خود و دیگران

بستری شدن را ایجاب می‌کند یا خصوصیات سایکوتیک دارد.

E- علایم نتیجه فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (مثل داروهای مورد سوء مصرف یا نسخه شده) یا

یک اختلال طبی عمومی (مثل کم‌کاری تیروئید) نمی‌باشد.

توجه: به دوره‌های شبه مانسی که آشکارا از درمان سوماتیک ضد افسردگی (مثل داروها،

الکتروشوک، نوردرمانی) ناشی می‌گردد نباید به عنوان اختلال دو قطبی I تشخیص داده شوند.

جدول از DSM-IV

DSM-IV همچنین ملاک‌های معرف‌های شدت، سایکوتیک، بهبود دوره جاری (یا تازه‌ترین

دوره) مانسی را به صورت مجزا به صورت طبقه‌بندی ارائه نموده است که بر اساس آن انواع خفیف،

ملایم، شدید بدون علایم سایکوتیک، شدید با خصوصیات سایکوتیک هماهنگ با خلق یا