

ارزیابی روان‌پزشکی

ارتباط بین بیمار و پزشک

هسته اصلی کار پزشکی، ارتباط بیمار و پزشک است.

همه بیماران در ارتباط با پزشک، تقاضای کمک دارند و زمانی که حس احترام، امنیت و اعتماد دریافت می‌کنند اطلاعات و احساسات خود را بهتر در میان می‌گذارند.

رفتار پزشک باید بدون قضاوت باشد، نشان دهد نه تنها بیمار را درک می‌کند که به او اهمیت نیز می‌دهد.

انعطاف‌پذیری پزشک طی مصاحبه و پاسخ‌دهی به رفتار و کلام بیمار اهمیت دارد.

به سؤالات بیمار مستقیم پاسخ داده شود و اگر او درباره مسائل شخصی پزشک سؤال کرد باید به علت پرسیدن این سؤال پرداخت. سؤال درباره مدرک تحصیلی را می‌توان مستقیم جواب داد.

مراحل لازم برای شکل‌گیری ارتباط موفق

۱. بیمار را در شرایط آسوده قرار دهید:

در ابتدا از محاوره ساده استفاده کنید، خود را معرفی کرده و نام و اطلاعات اولیه‌اش را بگیرید. مایل است با نام کوچک صدايش کنید یا نام خانوادگی؟ درباره نحوه معرفی‌اش پرسید.

به رفتارهای کلامی و غیرکلامی به خوبی پاسخ دهید.

پزشک نیز باید احساس آرامش داشته باشد. امنیت خود را حفظ کنید. مثلاً در اورژانس در جایی بنشینید که امکان خروج بدون مانع وجود داشته باشد.

۲. رنج و ناراحتی بیمار را ارزیابی کنید و با همدلی واکنش نشان دهید:

همدلی یعنی درک آن‌چه بیمار تجربه می‌کند و زمانی ایجاد می‌شود که پزشک بتواند خود را جای بیمار قرار دهد و در عین حال واقع‌گرایی خود را حفظ کند.

۳. بینش بیمار را ارزیابی کنید.

۴. حمایت خود را نشان دهید:

نشان دهید که توانایی و مهارت لازم برای درمان مشکل وی را دارید.

۵. اقتدار خود را به‌عنوان درمانگر برقرار کنید:

بیمار را به تغییر وادار کنید که اگر پذیرفت یعنی نقش مقتدرانه شما را پذیرفته است. اگر پزشکی تصور کند که هر چه می‌گوید باید بیمار عمل کند و لازم نیست توضیح بیشتری دهد، رابطه صادقانه خراب خواهد شد.

۶. نقش‌ها را متعادل کنید:

پزشک با توجه به نیاز بیمار باید نقش‌های مختلف از جمله پزشک همدل، یک متخصص و فردی مقتدر را ایفا کند.

مدل‌های ارتباط بین پزشک و بیمار

مدل پدرمآبانه یا استبدادی: در این روش همه تصمیمات را پزشک می‌گیرد و توصیه‌هایی می‌کند که بیمار باید بپذیرد. در موقعیت‌های فوری که پزشک باید کنترل‌کننده باشد و تصمیمات حیاتی را سریع بگیرد مناسب است.

بعضی بیماران که تحت سلطه بیماری خود درآمده‌اند با این روش احساس رهایی می‌یابند. در این روش پزشک اطلاعات را بر حسب آن‌چه صلاح بیمار می‌داند، ارائه می‌دهد و بخشی را پنهان می‌کند.

مدل آموزنده: پزشک همه اطلاعات را به بیمار می‌دهد و انتخاب را به عهده او می‌گذارد. مناسب برای مشاوره‌های تک‌نوبتی است و گرنه در صورت ادامه این روند بیمار احساس سردی و عدم توجه خواهد کرد زیرا بیمار به شکل غیرواقعی گرایانه خودمختار تلقی شده است.

مدل تعبیری: پزشک با آگاهی از شرایط بیمار توصیه‌های مناسب را به او می‌کند و با مشورت بیمار تصمیم گرفته می‌شود.

مدل مشورتی: پزشک به‌عنوان یک دوست و مشاور عمل می‌کند هم اطلاعات ارائه داده و هم از یک سلسله اقدامات جانبداری می‌کند. برای تغییر رفتار مثل کاهش مصرف سیگار یا کاهش وزن مناسب است.



فرآیند خودآگاه و ناخودآگاه

در مصاحبه فرآیندهای ناخودآگاه به‌صورت انتقال و انتقال متقابل ظاهر می‌شوند.

- انتقال: بیمار به‌صورت ناخودآگاه و نامتناسب، الگوهای رفتاری و هیجانی در ارتباط با افراد مهم زندگی گذشته خود را به درمانگر نسبت می‌دهد. بنابراین رفتارهای همراه با عصبانیت، خصومت و... نسبت به پزشک می‌تواند به‌دلیل مشکلات در کودکی باشد.

- انتقال متقابل: واکنش درمانگر به بیمار است که مشابه آنچه درباره انتقال گفته شد، می‌باشد.

پزشک باید نسبت به این فرآیندها آگاه باشد، در غیر این صورت می‌تواند منجر به تخریب رابطه درمانی شود.

مصاحبه بیمار محور / مصاحبه بیماری محور

مصاحبه روان‌پزشکی هم‌زمان بیمار محور و بیماری محور است، یعنی در عین این‌که به نقاط قوت و توانمندی‌های بیمار توجه می‌شود براساس علائم تشخیص‌گذاری مناسب صورت می‌گیرد.

- Compliance: به همکاری بیمار در رعایت توصیه‌های درمانی گفته می‌شود.

1. transference

2. counter transference

و یافته‌های نورولوژی کانونی.

- انجام آزمون AIMS در ابتدا و هر ۶ ماه از بیماران تحت درمان با آنتی‌سایکوتیک‌ها برای رد عارضه اختلالات حرکتی.



معاینه وضعیت روانی

اجزای معاینه وضعیت روانی به شرح زیر است:

الف) توصیف کلی

۱. ظاهر کلی بیمار! توصیف کلی از ظاهر بیمار و تظاهرات جسمی عمده آورده می‌شود؛ مانند آراستگی، نحوه پوشش، تناسب سن ظاهری با سن تقویمی.

۲. فعالیت روانی - حرکتی و رفتار:

- سراسیمگی روانی - حرکتی: افزایش شدید فعالیت‌های حرکتی و شناختی معمولاً غیرسازنده در واکنش به برانگیختگی‌های درونی فرد است.
- کاهش فعالیت روانی - حرکتی: کاهش فعالیت‌های شناختی و حرکتی، مثل کندی روانی - حرکتی که کندی در تفکر، کلام و حرکات دیده می‌شود. به‌طورشایع با کندی در تفکر همراه است.
- گرایش دوگانه در حرکات^۵ (تناقض): بیمار به‌طور متناوب حرکات متناقض انجام می‌دهد. مثلاً هنگام دست‌دادن مکرراً دست‌هایش را پس و پیش می‌کند.

- تیک:

حرکات غیرارادی نامنظم، تکرارشونده و اسپاسمودیک

- رفتار کلیشه‌ای؟

الگوی ثابت و تکراری حرکات و کلام که منظم است، اهمیت خاصی ندارد.

- ادا و اطوار^۶:

حرکات غیرارادی تکراری و پایدار

- پژواک رفتار^۸ (آینه‌کرداری):

تقلید حرکات فرد مقابل.

- کاتاپلکسی^۹:

فقدان (از دست دادن ناگهانی) موقت تون عضلانی و ضعف عضلانی تحت تأثیر حالات هیجانی مختلف که در ناکولپسی مشاهده می‌شود.

- کاتاتونیا^{۱۰}:

- اتخاذ وضعیت^{۱۱}: وضعیت بدنی غیرطبیعی و ارادی (نامناسب و غیرعادی) که بیماران آن را به مدت طولانی حفظ می‌کنند (مثل ایستادن روی یک پا).
- منفی‌کاری^{۱۲}: مقاومت بدون انگیزه در مقابل حرکت یا دستور
- سفتی^{۱۳}: اتخاذ وضعیت سفت و بی‌حرکت علی‌رغم تلاش دیگران برای حرکت‌دادن شخص.
- تهییج^{۱۴}: فعالیت حرکتی بی‌هدف و سراسیمه که تحت تأثیر محرک‌های خارجی قرار نمی‌گیرد.
- استوپور^{۱۵}: کندی بارز فعالیت حرکتی حتی بی‌حرکتی است که به نظر می‌رسد شخص از محیط اطراف آگاه نیست.
- انعطاف مومی‌شکل^{۱۶}: حالتی که در آن می‌توان بیمار را در هر «قالب» دلخواه قرار داد و وضعیت ایجادشده دوام می‌یابد.

- رفتار وسواسی^{۱۷}:

رفتار کلیشه‌ای و تکراری

۳. نگرش بیمار^{۱۸}: نحوه برخورد با مصاحبه‌کننده؛ شامل انواع اغواگر، دوستانه، دفاعی، خصمانه، طفره‌رونده و... می‌شود.



کاتاتونیا

ب) تکلم

گفتار از نظر کمیت، کیفیت، میزان تولید و سرعت سنجیده می‌شود و لهجه هم در این جا ثبت می‌شود.

- 9. cataplexy
- 10. catatonia
- 11. posturing
- 12. negativism
- 13. rigidity
- 14. excitement
- 15. stupor
- 16. waxy flexibility
- 17. anancasm
- 18. attitude

- 1. appearance
- 2. psychomotor(P.M)
- 3. P.M agitation
- 4. P.M hypoactivity
- 5. ambitendence
- 6. stereotypy
- 7. mannerism
- 8. echopraxia

اختلال دوقطبی نوع دو^۱:

در این جا دوره‌های خلق بالا نه در حد شیدایی بلکه خفیف‌تر است و نیمه‌شیدایی^۱ و دوره‌های خلق افسرده در حد افسردگی عمده را تجربه می‌کند.

ملاک‌های تشخیصی نیمه‌شیدایی (هایپومانیا) همان ملاک‌های تشخیصی مانیا است به استثنای:

- مدت‌زمان: حداقل چهار روز متوالی کافی است.
- علائم: تغییرات واضحی در عملکرد فرد ایجاد کرده ولی به حدی شدید نیست که منجر به اختلال بارز در عملکرد شغلی و اجتماعی فرد شود. بیمار سایکوتیک نیست.



تغییرات خلق

اختلال خلق ادواری^۲:

در این اختلال هم دوره‌های افسردگی و هم سرخوشی (ملاک‌های هایپومانیا پر نمی‌شود) خفیف‌تر است ولی طول مدت آن حداقل دو سال پیاپی می‌باشد. شروع تدریجی و سیر طولانی دارد.

اختلال دوقطبی وابسته به مواد و داروها:

اختلال دوقطبی ناشی از بیماری‌های جسمی

اختلال دوقطبی ناکامل:

بیماران این گروه نیز پاره‌ای از علائم اختلالاتی دوقطبی را دارند ولی در حدی نیست که تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک و دو یا خلق ادواری تشخیص داده شود.

اختلال دوقطبی نامشخص

علائم بالینی دوره شیدایی

خلق بالا با احساس سرخوشی، وجد و نشاط غیرمعمولی همراه است که اطرافیان متوجه کیفیت غیرطبیعی آن می‌شوند. کیفیت مسری خلق دیگران و حتی پزشک و کادر درمانی را نیز می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد و احساس خوشایندی ایجاد کند و منجر شود که ارزیابی مناسبی از جنبه مرضی این حالت نداشته باشند. بیمار مبتلا به مانیا معمولاً پرحرف است و با فشار و با صدای بلند صحبت می‌کند، به حدی که قطع کلام او دشوار می‌باشد. گاهی بیمار احساس می‌کند افکار زیادی به ذهن او هجوم می‌آورند و تظاهر آن در کلام به صورت تغییرات ناگهانی موضوع صحبت یا پرش افکار مشهود می‌شود.

افزایش فعالیت حرکتی و بیش‌فعالی یا احساس ناآرامی و بی‌قراری از دیگر مشخصات است. افزایش انرژی این‌گونه تظاهر می‌کند که علی‌رغم کاهش قابل توجه نیاز بیمار به خواب و تمایل به بیدار ماندن، چندان نشانی از خستگی در بیمار ملاحظه نمی‌شود. افزایش فعالیت بی‌مهاری و بیش‌ازحد به‌خصوص در زمینه امور لذت‌بخش مانند افزایش

1. Hypomania
2. Cyclothymia

فعالیت جنسی، میل به مصرف الکل و مواد مخدر، ولخرجی و غیره بدون در نظر گرفتن عواقب آن‌ها، موجب بروز مشکلات فراوانی برای بیمار و اطرافیان وی می‌شود. به علت افزایش اعتمادبه‌نفس کاذب و احساس خودبزرگ‌بینی، بیمار خود را در انجام بسیاری از امور توانا می‌بیند، اما به علت حواس‌پرتی و ناتوانی در برنامه‌ریزی مناسب اغلب این امور نیمه‌تمام باقی می‌ماند و نهایتاً نتیجه مخرب و غیرسازنده‌ای را در پی خواهد داشت.

وجود توهم و هذیان مسئله قابل‌انتظاری در مانیا است که محتوی با خلق بیمار سازگار و عمدتاً حاکی از خودبزرگ‌بینی و احساس سرخوشی بیمار است.

جدول ۱-۳. افتراق انواع اختلالات خلقی

اختلال خلقی	افسردگی	مانیا	هایپومانیا
اختلال افسردگی اساسی	+	-	-
دوقطبی نوع I	-/+	+	-/+
دوقطبی نوع II	+	-	+
دیس‌تابمی	خفیف، بیش از ۲ سال	-	-
سیکلوتایمی	خفیف، بیش از ۲ سال	-	خفیف و مکرر

تشخیص افتراقی

- بیماری‌های طبی و علل عضوی:

تعدای از علائم و نشانه‌های اختلالات خلقی مانند احساس ضعف و خستگی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن و اختلال در عملکرد جنسی در بسیاری از اختلالات طبی دیده می‌شوند.

- بیماری‌های نورولوژیک: حوادث عروقی مغز، دمانس، صرع، میگرن، مولتیپل اسکلروزیس، ضایعات فراگیر، پارکینسون، ویلسون، آسیب‌های وارده به مغز
- بیماری‌های غددی: کم‌کاری یا پرکاری غده فوق‌کلیوی، تیروئید، پاراتیروئید
- بیماری‌های عفونی: ایدز، منونوکلئوز، پنومونی‌های ویروسی و باکتریایی، سل
- سایر بیماری‌ها: بدخیمی‌ها، بیماری‌های قلبی عروقی، اورمی، کمبود ویتامین‌ها، نارسایی کبد

- مواد مخدر و داروها:

- داروهای قلبی و ضد فشار خون: کلونیدین، متیل دوپا، پروپرانولول، رزربین، دیژیتال، پرازوسین
- داروهای خواب‌آور و آرام‌بخش: باربیتورات‌ها، بنزودیازپین‌ها، کلرال هیدرات
- هورمون‌ها: کورتیکو استروئیدها، داروهای ضد بارداری خوراکی
- ضد درد و ضد التهاب: ایبوپروفن، ایندومتاسین، اوپیوئیدها
- آنتی‌بیوتیک‌ها و ضدقارچ: آمپی‌سیلین، سولفامتوکسازول، کلوتریمازول، تتراسیکلین، ایزونیاژید
- داروهای ضد سرطان: وین کریستین، میترامایسین، ال اسپارژیناز
- داروهای نورولوژیک: فنی‌توئین، کاربامازپین، باکلوفن، برموکریپتین، لوودوپا، تتراپازین

- داغ‌دیدگی و واکنش سوگ طبیعی:

به دنبال مرگ عزیزان علائمی کاملاً شبیه با اختلال افسردگی عمده در بازماندگان متوفی ممکن است دیده شود که واکنشی طبیعی است.

این علائم در سوگ طبیعی ایجاد نمی‌شود و باید به افسردگی شک کرد:

احساس ناامیدی و بی‌ارزشی شدید، فکر و اقدام به خودکشی، احساس گناه از این‌که باعث مرگ متوفی شده است و نیز ایجاد اختلال عمده در زندگی فرد.

نکته

اسکیزوفرنی و عود بالای آن در خانواده با این ویژگی‌ها بیشتر دیده می‌شود:
مشکلات ارتباطی، عدم ثبات در عکس‌العمل به رفتار کودک، تعهد دوگانه (یک رفتار از طرفی تقویت و از طرف دیگر منع می‌شود)، انتقادگر، رفتار خصمانه، پرتوقع.

علائم اولیه باشند. آگاهی به زمان و مکان و شخص تغییر نمی‌کند. تغییرات خلقی نیز اگر وجود داشته باشد بارز نیست. مشکل اصلی، اختلال در تفکر، ادراک و عواطف است (عاطفه سطحی یا کند یا غیرمتناسب).

نکته

شایع‌ترین علامت عاطفی در اسکیزوفرنیا کاهش عکس‌العمل هیجانی است که اگر شدید باشد می‌تواند باعث فقدان احساس لذت شود.

جدول ۱-۴. ملاک‌های تشخیص اسکیزوفرنیا (DSM-5)

<p>حداقل دو تا از علائم زیر که هر یک به مدت چشمگیری در یک دوره یک ماهه (در صورت درمان موفقیت‌آمیز کمتر) ادامه داشته باشد. وجود حداقل یکی از علائم ۲، ۱ یا ۳ ضروری است:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. هذیان‌ها ۲. توهم‌ها ۳. تکلم آشفته (از خط خارج شدن‌های مکرر یا بی‌ربط مکرر) ۴. رفتار آشفتۀ بارز یا رفتار کاتاتونیک ۵. علائم منفی (عاطفه سطحی، کاهش محتوای تفکر، بی‌ارادگی) 	<p>الف. علائم مشخصه (کاراکتریستیک)</p>
<p>در بخش قابل ملاحظه‌ای از زمان، از شروع اختلال به بعد یک یا چند زمینه عمده عملکرد، نظیر کار، روابط بین‌فردی یا مراقبت از خود به‌طور قابل ملاحظه پایین‌تر از سطحی است که قبل از شروع اختلال به دست آمده بود (وقتی که شروع اختلال در کودکی یا نوجوانی است، ناتوانی در دستیابی به سطح مورد انتظار در روابط بین‌فردی، عملکرد تحصیلی یا شغلی)</p>	<p>ب. اختلال عملکرد اجتماعی / شغلی</p>
<p>نشانه‌های مداوم اختلال حداقل به مدت ۶ ماه ادامه می‌یابد. این دوره ۶ ماهه باید دربرگیرنده حداقل یک ماه (اگر به‌طور موفقیت‌آمیز درمان شده باشد کمتر) از علائم ملاک الف (علائم مرحله فعال) باشد و ممکن است شامل علائم دوره مقدماتی و باقی‌مانده نیز بشود. در ضمن این دوره‌های مقدماتی یا باقی‌مانده علائم اختلال ممکن است به‌صورت علائم منفی یا دو یا چند علامت ملاک الف به‌صورت ملایم (مثل اعتقادات غریب، تجارب ادراکی غیرعادی) باشد.</p>	<p>پ. طول درمان</p>
<p>اختلال اسکیزوافکتیو و اختلال خلقی با خصوصیات روان‌پریشی با توجه به یکی از دو وضعیت زیر کنار گذاشته شده است: ۱- دوره‌های افسردگی، مانیا یا شکل مختلط آن‌ها هم‌زمان با علائم مرحله فعال روی نداده است یا ۲- اگر دوره‌های خلقی در جریان مرحله فعال روی داده باشد کل طول مدت آن‌ها نسبت به طول دوره‌های فعال و باقی‌مانده کوتاه و گذرا بوده باشد.</p>	<p>ت. رد اختلال اسکیزوافکتیو و اختلال خلقی</p>
<p>اختلال ناشی از تأثیر فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (مثل یک داروی نسخه‌شده یا مورد سوءاستفاده) یا یک اختلال پزشکی عمومی نمی‌باشد.</p>	<p>ث. رد اختلال پزشکی عمومی و سوءمصرف مواد</p>
<p>اگر سابقه اختلال اوتیستیک یا یک اختلال نافذ رشد دیگر وجود داشته باشد، تشخیص اضافی اسکیزوفرنیا فقط زمانی گذاشته می‌شود که هذیان‌ها یا توهمات حداقل به مدت یک ماه (اگر درمان موفقیت‌آمیز صورت گرفته باشد کمتر) دوام داشته باشد.</p>	<p>ج. رابطه با اختلال نافذ رشد</p>

- بی‌احساسی ۲:

یعنی فقدان احساس که غالباً با بی‌انرژی بودن، فقدان اراده و برنامه‌ریزی برای آینده همراهی دارد. این افراد میل و سائق^۲ درونی برای کارکردن یا پیدا کردن شغل ندارند و حتی ممکن است لباس نپوشد یا به اندازه کافی غذا نخورد.



هزیان‌گزند و آسیب

- کندی عاطفه:

کندی عاطفه یعنی عدم حساسیت هیجانی مثل بی‌تفاوتی در مرگ یک عزیز ولی در سطحی شدن عاطفه، فرد حالات عاطفی محدودی را که متناسب هم هست از خود نشان می‌دهد. پس این دو یکی نیستند ولی به خودی خود برای تشخیص اسکیزوفرنیا اهمیت دارند.

هیجان بیش‌ازحد هم می‌تواند تجربه شود مثل خشم، شعف، اضطراب، احساس توانایی برای انجام هر چیز، خلسه مذهبی، احساس اضطراب جدی از انهدام جهان و ...

- اختلال درک:

نکته

در این بیماران شایع‌ترین نوع توهم، شنوایی است و سپس بینایی. توهم لمسی، بویایی و چشایی نامعمول است و باید علل طبی بررسی شود.

تشخیص

- وجود توهم و هذیان ملاک‌های ضروری برای تشخیص بیماری نمی‌باشد بلکه با سایر ملاک‌ها نیز می‌توان به تشخیص رسید (جدول ۱-۴). علائم بیماری در طول زمان تغییر می‌کند. شکایت‌های مبهم جسمی، گوشه‌گیری، کاهش انگیزه و علائق، کاهش روابط و رفتارهای اجتماعی، غفلت از مراقبت از خود و رسیدگی به بهداشت فردی و اجتماعی، گاهی افکار و عقاید فلسفی به‌طوری که اطرافیان متوجه تغییراتی در وی می‌شوند، کاهش توانایی شغلی و حرفه‌ای ممکن است

1. Anhedonia
2. Avolition
3. Drive

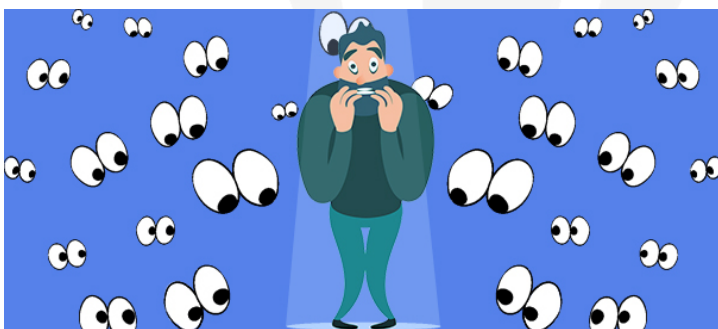
نکته

دو نوع اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد:

۱. منتشر: در اغلب جمع‌ها دچار علائم اضطرابی می‌شوند.
۲. عملکردی (موقعیتی): وقتی قرار است مورد توجه دیگران قرار گیرد دچار علائم اضطرابی می‌شود نه به دلیل حضور در جمع؛ مثلاً دانشجویی که در کلاس درس راحت است و مشکلی ندارد ولی وقتی مورد پرسش قرار می‌گیرد یا وجود تسلط علمی دچار علائم اضطرابی می‌شود. این نوع به فوبی صحنه، فوبی موزیسین‌ها و فوبی موقعیتی نیز مشهور بوده است. در زن‌ها بیشتر از مردان دیده می‌شود.

تشخیص‌های افتراقی

- اختلال شخصیت دوری‌گزین که به افراد خجالتی نیز مشهور هستند. بیمار الگوی ثابتی از خجالتی بودن، شرمساری و اجتناب از جمع علی‌رغم علاقه به حضور در جمع را دارد. این علائم از دوران کودکی یا نوجوانی شروع شده و ادامه می‌یابند. درحالی که در اختلال اضطراب اجتماعی علائم از زمان مشخصی شروع شده‌اند و قبل از آن مشکلی وجود نداشته است.
- اختلال شخصیت اسکیزوئید: الگوی ثابتی وجود دارد که قبل از هجده سالگی شروع شده و از حضور در جمع امتناع می‌کند زیرا انگیزه‌ای از حضور در جمع ندارد و علت ترس یا اضطراب نیست، ولی در تنهایی خود فردی نرمال است.
- اختلالات روان‌پریشی مانند اسکیزوفرنیا نیز ممکن است از جمع‌گریزان باشند. مثلاً هذیان آسیب و گزند مربوط به نفوذ افکار دیگران باعث امتناع بیمار از حضور در جمع می‌شود که ممکن است به‌طور اولیه با اختلال اضطراب اجتماعی اشتباه شود. در اختلال اضطراب اجتماعی فرد به غیرمنطقی بودن ترس خود آگاه است.
- در افسردگی عدم حضور در جمع به علت عدم احساس لذت و یا افت کارایی و خلق پایین بیمار است.



اضطراب اجتماعی

درمان:

- اختلال اضطراب اجتماعی با دو روش روان‌درمانی و نیز درمان دارویی درمان می‌شود. هرچند درمان توأم نتایج مؤثرتری دارد.
- درمان دارویی:
- نوع منتشر: خط اول SSRI است. ونلافاکسین، بوسپیرون، اضافه‌کردن دوره کوتاهی از بنزودیازپین تجویز شود.
- نوع عملکردی: بتابلاکر ۴۰-۲۰ میلی‌گرم، قبل از حضور در موقعیت فوبیک استفاده شود.
- روان‌درمانی:
- به‌صورت درمان شناختی-رفتاری است.

- غیرمنطقی و بسیار شدیدتر از احتمال خطری است که واقعاً ممکن است روی دهد. علائم حداقل ۶ ماه طول کشیده و باعث اختلال در کارکرد فرد می‌شود.
- بیمار فعالانه از روبه‌رو شدن با موقعیت یا شیء ترسناک خودداری می‌کند و یا با ترس و اضطراب زیاد آن را تحمل می‌کند.
- مواجهه با عامل فوبیک ممکن است منجر به حمله هراس شود.
- هراس از خون، تزریق و جراحی انتقال خانوادگی دارند.
- شایع‌ترین بیماری اضطرابی کودکان است. شایع‌ترین شکل در کودکان ترس از حیوانات است. در کودکان ترس یا اضطراب می‌تواند به‌صورت گریه، قشقرق، میخکوب شدن یا چسبیدن به دیگران بروز کند.



فوبی خاص

تشخیص افتراقی

- سوءمصرف توهم‌زها، شبه آمفتامین‌ها، تومورهای CNS و بیماری‌های عروق مغزی
- درمان:
- درمان دارویی:
 - اندیکاسیون ندارد مگر در درمان حمله هراس ناشی از فوبی خاص.

درمان‌های روان‌شناختی:

۱. رفتاردرمانی: حساسیت‌زدایی سیستماتیک، مواجهه‌درمانی، غرقه‌سازی
۲. روان‌درمانی بینش‌گرا
۳. هیپنوتیزم
۴. خانواده‌درمانی: تمرکز بر اصلاح عملکرد خانواده در ایجاد و دوام علائم.

اختلال اضطراب اجتماعی

اساس اختلال اضطراب اجتماعی ترس از موقعیتی است که ممکن است به شرمندگی فرد منتهی شود. ترس از تحقیر شدن در جمع و شرمساری در موقعیت‌های اجتماعی مثل صحبت کردن، ملاقات کردن و سایر موقعیت‌های اجتماعی باعث تخریب آهسته ولی تدریجی و مداوم عملکرد فرد می‌شود. این بیماران اغلب هنگام حضور در جمع طوری فکر و عمل می‌کنند که انگار همه دست از کار کشیده و او را زیر ذره‌بین گذاشته‌اند، لذا دچار اضطراب شدید می‌شوند یا از آن موقعیت اجتناب می‌کنند.

یادداشت:

.....

.....

.....

.....

.....

تشنجات بزرگ ناشی از ترک الکل یا غش الکلی^۱:

در ۳۰٪ موارد این تشنجات شبه‌صرع بزرگ منجر به دلیریوم ترمنس می‌شوند. EEG فقط در طول تشنج مختل است.

سرسام یا روان‌پریشی ناشی از ترک الکل^۲

- کاهش مرحله حرکات سریع چشم و مرحله ۴ خواب
- خواب منقطع و بیدارشدن مکرر
- کابوس شبانه در انتهای شب به دنبال کاهش سطح خونی الکل

آسیب‌شناسی سوء مصرف الکل

عوامل محیطی، روان‌شناختی و زیست‌شناسی مؤثرند. شرطی‌شدن کلاسیک، مقابله با ابرمن (Superego) خشن و تنبیه‌کننده و همین‌طور عوامل ژنی.

درمان می‌بارگی

- روان‌درمانی با تمرکز بر علل مصرف الکل
- گروه‌های خودیاری:
- گروه می‌باره‌های بی‌نام برای افراد الکلی
- گروه‌های خودیاری برای فرزندان و همسران ایشان
- درمان محرومیت از الکل یا ترک:
- اقدامات حمایتی، پیشگیری از عفونت، دهیدریشن و اقدام به خودکشی

نکته

علائم سرسام ترک الکل:

- کاهش هوشیاری
- اختلال در جهت‌یابی زمان و مکان
- اختلال حافظه اخیر
- آشفتگی ادراکی: توهم بینایی شایع تر است. (lilliputian یا توهمات کوچک دید)
- آتاکسی
- اختلال در سیستم عصبی اتونوم: تعریق، افزایش ضربان قلب، پرفشاری خون، مدهمک گشاد
- تب و دهیدریشن، افزایش WBC، کارکرد کبد مختل
- EEG: امواج سریع

نکته

برای پیشگیری از تشنج و دلیریوم ترمنس درمان علائم ترک الکل سریعاً شروع شود. تجویز بنزودیازپین‌های طولانی اثر (کلردیازپوکساید) بر کوتاه اثر (اگزازپام) ارجح است ولی در سالمندان و در اختلال کبد می‌تواند خواب‌آلودگی و ضعف ایجاد کند. بنزودیازپین طی ۵ تا ۱۰ روز به تدریج قطع شود.

در صورت مستعدبودن به تشنج، اضافه کردن ضد تشنج‌ها لازم است.

تجویز هم‌زمان مولتی‌ویتامین (به ویژه ویتامین ب)، دوز بیش از ۵۰ میلی‌گرم در روز برای تیامین جذب نمی‌شود.

شدیدترین حالت ترک الکل است. در کمتر از ۵٪ موارد ترک الکل و در یک‌سوم بیمارانی که به دنبال ترک الکل دچار تشنج می‌شوند به وجود می‌آید. ۱۰ - ۵٪ مرگومیر دارد.

شروع آن ۳ - ۴ روز پس از ترک است و گاهی حین مصرف الکل بروز می‌کند یعنی زمانی که سطح خونی الکل کاهش یافته است.

عوامل خطر: کم‌شدن آب بدن، مشکلات متابولیسم، عفونت‌های همراه

در صورت بروز فراموشی به دنبال آن باید سایر علل را بررسی کرد.

سایر اختلالات روان‌پزشکی مرتبط با مصرف الکل

اختلال خلقی ناشی از ترک الکل:

در وابستگی به الکل تا ۸۰٪ افراد افسردگی را تجربه می‌کنند که احتمال آن در زن‌ها بیشتر از مردها و احتمال اقدام به خودکشی در زن‌ها ۲۰ برابر و در مردها ۴ برابر می‌شود (یک‌چهارم افراد). اکثراً با قطع مصرف علائم از بین می‌رود و کمتر نیاز به درمان وجود دارد. احتمال مانیا و علائم مخلوط وجود دارد.

dysphoria و اختلال خواب و اشتها ایجاد شده پس از قطع الکل طی چند هفته بهبود می‌یابد.

اختلال اضطرابی ناشی از الکل:

در طی مسمومیت، ترک یا طی ۴ هفته پس از ترک می‌تواند ایجاد شود. علائم اضطرابی، فوبیا و حملات هراس دیده می‌شود.

اختلال کارکرد روانی - جنسی:

اشکال در نعوض و تأخیر در انزال

اختلال خواب:

- تسریع در به خواب رفتن، بعد از چند ساعت از خواب می‌پرد و به سختی به خواب خواهد رفت.

- داروهای ضدروان‌پریشی آستانه تشنج را کاهش می‌دهند، جز برای دلیریوم ترمنس تثبیت‌شده (توهم و هذیان) کاربرد ندارد.
- سایر داروها برای کاهش تظاهرات محیطی مانند لرزش و تاکی کاردی: بتابلاکرها، آلفا-۲ آدرنرژیک (کلونیدین و لوفکسیدین)، کلسیم بلاکر
- پس از سم‌زدایی برای پیشگیری از عود مصرف:
- دی‌سولیفیرام: مهارکننده آلدئید دهیدروژناز است. در صورت مصرف هم‌زمان الکل باعث تجمع استالدهید و بروز عوارض انزجار آور می‌شود (گرگرفتگی، تپش قلب، تنگی نفس و سردرد).
- آکامپروسیت: کاهش ولع الکل با تحریک عمل مهاری گابا و کاهش اعمال تحریکی گلوتامات
- نالترکسون: مانع سرخوشی مصرف الکل و کاهش اشتیاق

مواد تریاکی

مواد تریاکی یا اپیوئیدها مشتق از گیاه خشخاش هستند. انواع طبیعی شامل تریاک، مورفین و کدئین و انواع صنایع شامل هروئین، متادون، میریدین، پنتازوسین، پروپوکسی‌فن، اکسی کدون، هیدرو مورفین، لورفانول می‌شود. کراک نوعی هروئین است.

مواد اپیوئید درون‌زا^۳ به‌طور طبیعی در بدن وجود دارد و ضد درد است.

3. endorphins

1. Rum fits
2. Delirium tremense

نام اختلال	تابلوی بالینی
اختلال علائم جسمی (هیپوکندریای سابق)	اشتغال ذهنی یا ترس یا باور به داشتن یک بیماری جدی جسمی، زمینه‌ی این اشتغال ذهنی تعبیر نادرست نشانه‌های فیزیولوژیک است و منجر به استرس شدید و افت عملکرد می‌شود.
اختلال اضطراب بیماری	اشتغال ذهنی با ابتلا به بیماری در حال و آینده، بدون وجود شکایت جسمی بارز
اختلال شکایات عملکردی نورولوژیک (اختلال تبدیلی)	یک یا چند اختلال در سیستم حسی، حرکتی ارادی که این علائم تداعی‌کننده بیماری نورولوژیک هستند و معمولاً به دنبال یک استرس مشخص و به‌صورت حاد ایجاد می‌شوند.
اختلالات طبی تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی	بیماری‌هایی با علائم و نشانه‌های جسمی که تحت تأثیر استرس تشدید می‌شوند و در بررسی‌های طبی یافته‌هایی وجود دارد.
اختلال ساختگی	ایجاد آگاهانه علائم و تقلید یک بیماری جسمی با انگیزه ناخودآگاه
سایر علائم جسمی و اختلالات وابسته	یک یا چند شکایت جسمی که یافته‌ی طبی متناسب با شدت شکایت وجود ندارد و این شکایت سبب افت عملکرد می‌شود. این اختلال کمتر از شش ماه طول کشیده باشد. حاملگی کاذب هم در این طبقه قرار می‌گیرد.
علائم جسمی و اختلالات وابسته طبقه‌بندی نشده	یک یا چند شکایت جسمی که معیارهای هیچ یک از اختلالات گروه را ندارد و منجر به افت عملکرد در حیطه‌های مختلف زندگی فرد شده و استرس برای فرد ایجاد می‌کند. این تشخیص در مواقعی گذاشته می‌شود که امکان دسترسی به اطلاعات کامل وجود ندارد.



طب روان‌تنی، اختلال علائم جسمی، اختلال ساختگی

طب روان‌تنی یا اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط

- مشخصه این گروه اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط، واکنش‌های اضطرابی، رفتاری و فکر نامتناسب با علائم جسمی است. در DSM-5، اختلال علائم جسمی، اختلال تبدیلی، اختلال اضطراب بیماری، عوامل روان‌شناختی مؤثر بر سایر اختلالات طبی و اختلالات ساختگی زیر عنوان واحد اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط قرار گرفته است.



این بیماران علائم جسمی را تجربه کرده و تظاهر به تجربه این علائم ندارد. به عبارتی منشأ شکل‌گیری علائم در سطح ناخودآگاه است و فرد خود را بیمار می‌داند.

اختلال علائم جسمی^۱

همه‌گیرشناسی: شیوع بین زنان و مردان برابر بوده و بیشترین سن شروع بین ۲۰ تا ۳۰ سالگی است. در دو سال اول تحصیل پزشکی در بین ۲٪ تا ۳٪ دانشجویان این اختلال گزارش شده است و اغلب گذرا است.

الگوی بالینی

- اشتغال ذهنی غیرهذیانی یا باور به نشانه‌های جسمی و مشکل سلامتی به مدت حداقل ۶ ماه
- افکار راجعه و نامتناسب نسبت به اهمیت شکایات جسمی
- اضطراب شدید و مزمن نسبت به شکایت و یا سلامتی خود
- اتلاف وقت و انرژی زیاد برای بررسی شکایت و یا حفظ سلامتی
- اگر شکایت عمده و غالب درد باشد "با غلبه درد" نام گذاشته می‌شود. نام قبلی این فرم اختلال درد بود.

تشخیص افتراقی

- بیماری‌های جسمی با سیر کند مثل سرطان، ایدز، میاستنی و...
- اختلال اضطراب بیماری
- افسردگی و اضطراب
- اختلال ساختگی
- اختلال هذیان جسمی

- در DSM-IV: طب روان‌تنی به رابطه و تأثیر متقابل ذهن و جسم بر یکدیگر و با تأکید تأثیر ذهن بر جسم به کار برده می‌شود. بین اختلالات شبه‌جسمی (سوماتوفرم) و روان‌تنی (سایکوسوماتیک) تفاوت جدی وجود داشت.
- در اختلال روان‌تنی اختلال مشخص فیزیکی وجود دارد اما استرس و شرایط بیرونی و درونی فرد در ایجاد، شدت و تداوم این اختلال نقش مهمی دارد (مانند بیماری آسم و آلرژی، کولیت اولسراتیو).
- در اختلال علائم جسمی معمولاً اختلال مشخص جسمی وجود نداشته و فقط شکایت بیمار وجود دارد.
- ویژگی اختلالات ساختگی وجود نشانه‌های جسمی یا روانی است که برای ایفای نقش بیمار به‌عمد ایجاد یا وانمود می‌شوند. افراد دچار اختلال ساختگی، بیماری را جعل می‌کنند. اما برخلاف افراد متمارض که در پی اهداف مادی، نظیر نفع مالی یا معافیت از وظایف هستند، هدف بیماران دچار اختلال ساختگی از تحمل این رنج‌ها عمدتاً دریافت مراقبت هیجانی و توجهی است که در اثر برعهده‌گرفتن نقش بیمار از سوی سیستم پزشکی، نسیب‌شان می‌شود.

یادداشت:

1. Somatic symptom disorder

اختلال مسخ شخصیت / مسخ واقعیت

تمارض

- تظاهر دروغین یا شدید ارادی و آگاهانه یک اختلال جسمی یا روانی برای کسب منافع یا اهداف خاص
- اهدافی مانند: منفعت مالی، فرار از مجازات، فرار از مسئولیت، نرفتن به سربازی و...
- به خودی خود یک اختلال روانپزشکی نیست ولی ممکن است همراه با یک بیماری روانپزشکی باشد.
- در DSM-5 در طبقه "شرایط دیگری که ممکن است کانون توجه بالینی باشند" قرار گرفته است.

در موارد زیر به تمارض شک کنید:

- ارجاع در یک بستر قانونی (فرد زندانی یا ارجاع از طرف یک مرجع قانونی برای معاینه)
- بین آنچه بیمار اعلام می کند و آنچه در معاینه به دست می آید تفاوت وجود دارد.
- عدم همکاری در اقدامات تشخیصی و درمانی
- از پذیرش گواهی سلامت و پیش آگهی خوب امتناع می کند.
- اختلال شخصیت ضداجتماعی
- در شرح حال ممکن است سابقه دوره‌هایی از بیماری و آسیب‌های بدون تشخیص داشته باشد.
- در کودکان و نوجوانان با اختلال سلوک و اختلالات اضطرابی، در بزرگسالان با اختلال شخصیت ضداجتماعی، خودشیفته و مرزی همراهی دارد.

- ویژگی‌هایی که به نفع تمارض علائم سایکوتیک است:
- ✓ توهم شنوایی: ارتباط با هذیان‌هایی که ادعا می کند ندارد، ادعا می کند در مقابل توهمات شنوایی مقاومت ندارد. تلاش برای سازگاری با آن‌ها ندارد، جنسیت صداها کاملاً مشخص است. به‌طور ناگهانی به درمان پاسخ می‌دهند.
- ✓ توهم بینایی: بستن چشم باعث از بین رفتن توهم می‌شود. هذیان‌های هم‌زمان وجود ندارد. با جزئیات و با هیجان توصیف می‌شود.
- ✓ هذیان: واکنش‌های متفاوتی به هذیان می‌دهد، هذیان‌ها نمایشی است ولی رفتار آشفته ندارد. آغاز و قطع هذیان ناگهانی است.
- در تمارض نسبی: یک بیماری واقعی وجود دارد که فرد علائم آن را اغراق می‌کند.

درمان:

پزشک باید رویکرد خنثی داشته باشد و به بررسی تشخیص‌های افتراقی و همبودی‌های روانپزشکی بپردازد و بعد از رد آن‌ها، با آرامش و قاطعیت فرد را متوجه عواقب کارش نماید.

تشخیص افتراقی تمارض:

مکانیسم ایجاد علائم	وجود نفع ثانویه	تمارض
آگاهانه	دارد	تمارض
آگاهانه	ندارد	اختلال ساختگی
ناخودآگاه	ندارد	اختلالات علائم جسمی

یادداشت:

- تجربه‌ای به‌صورت احساس تغییرات بدنی، احساس این‌که از بیرون شاهد ماجراست، مجزا بودن از دیگران، انفکاک از احساسات خود، حس در رویابودن.
- برای توصیف این تجربه از این اصطلاحات استفاده می‌کنند: «انگار مرده‌ام»، «انگار هیچ چیز واقعی نیست» و «انگار بیرون خودم ایستاده‌ام».
- ارزیابی از واقعیت مختل نیست و فرد می‌داند که این حالات غیرطبیعی است.
- این حالت می‌تواند به دنبال مسائل جسمی، مصرف مواد و ثانویه به اختلالات دیگر روانپزشکی تجربه شود.



اختلال مسخ شخصیت

سایر اختلالات تجزیه‌ای مشخص / نامشخص

- اختلال خلسه تجزیه‌ای
- تغییر در سطح آگاهی همراه با عدم پاسخ به محرک‌های محیطی و جایگزینی هویت فرد با هویت جدید که معمولاً به روح، شیطان یا فرد دیگری منصوب می‌شود. فرد حرکات کلیشه‌ای متناسب با فرهنگ دارد و معتقد است که توسط موجودی تسخیر شده است و هم‌چنین فراموشی کامل یا نسبی درباره دوره خلسه دارد.
- نمونه آن در ایران، خامیانه (شمال آفریقا) "زار" است که در طی آن سطح هوشیاری تغییر یافته، حرکات غیرارادی، گنگی و صحبت کردن نامفهوم است.

● مغزشویی

تغییر هویت به‌دلیل متقاعدسازی تحت فشار شدید و طولانی

● سندرم گانسر

بیشتر در زندانی‌ها دیده می‌شود. به پرسش‌ها پاسخ نزدیک ولی غلط می‌دهند. در سندرم گانسر علائم همراه شامل تیرگی شعور، توهم و علائم تجزیه‌ای، تبدیلی و شبه‌جسمی است.

درمان اختلالات تجزیه‌ای

- درمان دارویی کاربرد چندانی ندارد ولی از SSRIها، مهارکننده‌های MAOI، داروی ضدصرع، کلونیدین، پرازوسین، بتابلاکر و نالوکسان استفاده شده است.
- درمان غیردارویی: هدف از این درمان افزایش توانایی فرد در مواجهه با ترومای روان‌شناختی و انسجام در هوشیاری است.
- روانکاوی، درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی درمان‌های اصلی هستند.



تمارض

1. dissociative trance

2. partial

تشخیص افتراقی

افتراق حملات صرع از صرع کاذب:

صرع کاذب	صرع	
ناشایع	شایع	حمله شبانه
-	معمول	اورای کلیشه‌ای
-	شایع	تغییرات سیانوزی پوست حین حمله
نادر	شایع	بی‌اختیاری ادرار
نادر	شایع	آسیب‌زدن به خود
-	+	اغتشاش شعور بعد از حمله
غیرهم‌زمان، ناهمگون	تونیک / کلونیک تونیک کلونیک	حرکات بدن
-	+	تغییرات EEG
+	-	تلقین پذیری

تومور مغزی

- ۵۰ درصد مبتلایان به تومور مغزی علامت روان‌پریشی دارند که در مورد لوب فرونتال و لیمبیک به ۸۰ درصد می‌رسد.
- مننژیوم علائم موضعی و گلیوم علائم منتشر می‌دهند.
- دلیریوم با تومورهای متاستاتیک بزرگ با رشد سریع ایجاد می‌شود.
- بی‌اختیاری ادرار، مدفوع به نفع تومور لوب فرونتال است.
- اختلال حافظه و تکلم در لوب تمپورال
- اختلال کارکرد هوشی، حافظه نزدیک و نقایص درکی
- تومور با منشأ فوقانی ساقه مغز: بی‌حرکتی ناگهیا^۱ با کما بیدارمانی^۲.
- افزایش فشار داخل مغز باعث اختلال آگاهی می‌شود.

ضربه به سر

- متعاقب ضربه به سر ممکن است مجموعه ای از علائم روانی به نام Postconcussional disorder و زوال عقل ایجاد شود.
- تغییرات رفتاری مانند تغییر شخصیت، افسردگی، پرخاشگری
- مشکلات شناختی مانند کاهش سرعت پردازش، کاهش توجه، حواس‌پرتی، اختلال در حل مسئله، مشکلات حافظه و یادگیری
- پس از یک دوره فراموشی پس از ضربه، یک دوره بهبود ۶ تا ۱۲ ماهه وجود دارد و پس از آن علائم باقی‌مانده احتمالاً ادامه می‌یابند.

اسکلروز مالتیپل

- اغلب افراد اختلال شناختی نسبی و کمتر اختلال شناختی جدی دارند و در بین اختلالات شناختی، حافظه بیشتر مختل می‌شود که با شدت علائم عصبی یا طول مدت بیماری ارتباط ندارد.

1. Akinetic mutism
2. Coma vigil

- افت قوای هوشی، سرخوشی، مانیا، افسردگی، تغییر شخصیت و سایکوز جزء علائم MS است.

- در مردان، شروع بیماری بیش از ۳۰ سالگی و در صورت همراهی افسردگی خطر خودکشی بیشتر است.

لوپوس ار تیماتوز سیستمیک

نکته

۵۰ درصد تظاهرات روانی دارند. درمان با استروئیدها با ریسک ایجاد مانیا و سایکوز همراه است.

هایپر تیروئیدی

گیجی، اضطراب، افسردگی، بی‌قراری، اختلال شناختی، سایکوز، خستگی‌پذیری، ضعف عمومی، اختلال حافظه و مانیا

هایپوتیروئیدی

پارانویا، افسردگی، هایپومانیا، سایکوز، کندی فکر و دلیریوم

پاراتیروئید

- پرکاری پاراتیروئید منجر به افزایش سطح Ca می‌شود. دلیریوم، تغییرات شخصیتی و آپاتی، اختلال شناختی از عوارض آن است.
- کاهش سطح Ca در اثر هایپوپاراتیروئیدی: دلیریوم، اختلال شخصیت، علائم اکستراپیرامیدال، تشنج، افزایش فشار داخلی جمجمه

آدیسون

آپاتی، خستگی‌پذیری، تحریک‌پذیری، افسردگی، بهت

کوشینگ

افسردگی همراه با سراسیمگی که اکثراً منجر به خودکشی می‌شود و اختلال حافظه

پورفیری

اضطراب، بی‌خوابی، بی‌ثباتی، خلق افسرده، سایکوز
باربیتورات‌ها حملات پورفیری را تشدید می‌کنند.

کمبود ویتامین (پلاگر)

درماتیت، اسهال، دلیریوم، دمانس، آپاتی، تحریک‌پذیری، بی‌خوابی، افسردگی، مرگ و اختلال حافظه

کمبود ویتامین B_{۱۲} (کوبالامین)

آپاتی، افسردگی، تحریک‌پذیری، دلیریوم

مسمومیت با جیوه

افسردگی، تحریک‌پذیری، سایکوز، نوروپاتی حسی، آتاکسی مخچه‌ای، دیس‌آرتری و نقص میدان بینایی.



سؤالات آزمون

۱. پسر بچه ۶ ساله‌ای با ناتوانی در تکلم ارجاع شده است. براساس شرح حال والدین تا حدود ۱/۵ سالگی مشکل خاصی نداشته و در حال حاضر جز چند کلمه نمی‌تواند صحبت کند. توجه به اطرافیان کم است، به اسم خود واکنش نشان نمی‌دهد، بسیار پرتحرک است و مرتب دست‌ها را جلوی چشمانش حرکت می‌دهد، کدام یک از تشخیص‌های زیر برای وی محتمل‌تر است؟ (دستیاری ۹۳)

الف) اختلال زبان بیانی

ب) اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه

ج) اختلال رت

د) اختلال اوتیسم

۲. درباره پیش‌آگهی اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی ADHD تمام گزینه‌های زیر صحیح است به جز: (دستیاری ۹۴)

الف) مبتلایان مستعد رفتارهای ضداجتماعی (Antisocial) هستند.

ب) بیشتر مبتلایان بهبودی نسبی خواهند یافت.

ج) تکانشگری (Impulsivity) اولین علامتی است که بهبود می‌یابد.

د) مبتلایان مستعد سوءمصرف مواد هستند.

۳. کودک چهار ساله‌ای قادر به صحبت کردن نمی‌باشد و نمی‌تواند ارتباط اجتماعی مناسب با هم‌سن‌وسالان خود برقرار کند و رفتارهای تکراری چون بال‌بال زدن را دارد. کدام گزینه در مورد نحوه بازی وی بیشتر مورد انتظار است؟ (دستیاری ۹۵)

الف) یکنواخت

ب) رقابتی

ج) اجتماعی

د) تخیلی

- پیامد سوءرفتار در کودکانی که مشکل زمینه‌ای دارند یا مدت طولانی در معرض بوده‌اند، بدتر است.
- در مواردی که کودک از نظر شناختی سالم است، اگر در مراحل اولیه کشف و متوقف شود و خانواده در درمان شرکت کنند، پیش‌آگهی خوب است.
- مشکلات رفتاری، اجتماعی، تحصیلی، کنترل ضعیف تکانه، رفتارهای خودتخریبی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات تجزیه‌ای، اختلال شخصیت مرزی و سوءمصرف مواد از پیامدهای سوءرفتار با کودکان است.
- در مواجهه با سوءرفتار، ارزیابی جامع روان‌پزشکی از کودک انجام شود.
- **قدم اول در مداخله، تضمین ایمنی و رفاه کودک است.** اگر لازم است کودک را از فرد و محیط آسیب‌رسان جدا کنید.
- در مورد والدین مداخلات مددکاری و روان‌درمانی برای فراهم کردن حمایت و کاستن استرس و فشار انجام شود.



آموزش برای جلوگیری از سوءرفتار جنسی

یادداشت:

جدول ۴-۳۰. اثرات داروشناسی بنزودیازپین‌ها

Effects	Clinical Application/Consequences
Therapeutic effects	
Sedative	Insomnia, conscious sedation, alcohol withdrawal
Anxiolytic	Panic attacks, generalized anxiety
Anticonvulsant	Seizures
Muscle relaxant	Muscle tension, muscle spasm
Amnestic	Adjunct to chemotherapy or anesthesia
Antistress	Mild hypertension, irritable bowel syndrome, angina
Adverse effects	
Sedative	Daytime sleepiness, impaired concentration
Amnestic	Mild forgetfulness, anterograde memory impairment
Psychomotor	Accidents, falls
Behavioral	Depression, agitation
Decreased CO ₂ response	Worsening of sleep apnea and other obstructive pulmonary disorders
Withdrawal syndrome	Dependence— <i>anxiety, insomnia, excess sensitivity to light, excess sensitivity to sound, tachycardia, mild systolic hypertension, tremor, headache, sweating, abdominal distress, craving, seizures</i>

جدول ۶-۳۰ فاکتورهای مهم در ایجاد علائم ترک بنزودیازپین‌ها.

نوع دارو	داروهای با قدرت بالا و نیمه‌عمر کوتاه (مثل آلپرازولام، تریازولام، لورازپام) بیشتر مستعدند.
مدت مصرف	با زمان، ریسک افزایش می‌یابد.
دوز	دوزهای بالا ریسک بیشتری دارند.
تشخیص	بیماران مبتلا به پانیک بیشتر مستعد هستند.
شخصیت	بیماران با ویژگی شخصیتی هیستریونیک، منفعل وابسته، جسمانی‌سازی و آستیک، بیشتر مستعد هستند.

آنتاگونیست بنزودیازپین‌ها

فلومازنیل، یک آنتاگونیست بنزودیازپین است که برای معکوس کردن اثر آگونیست‌های گیرنده بنزودیازپین در مصرف بیش‌ازحد و در شرایط بالینی مانند سدیشن یا بیهوشی استفاده می‌شود. همچنین از این دارو برای معکوس کردن اثرات بنزودیازپین‌ها بلافاصله قبل از استفاده از الکتروشوک (ECT) نیز استفاده شده است. عوارض جانبی شامل تهوع، استفراغ و اُزیتاسیون است. فلومازنیل می‌تواند تشنج را به‌ویژه در افرادی که اختلال تشنجی دارند که وابسته به بنزودیازپین‌ها هستند، یا کسانی که مصرف بیش‌ازحد زیاد داشته‌اند، شعله‌ور کند. رژیم معمول دادن ۰/۲ میلی‌گرم داخل وریدی با سرعت بیش از ۳۰ ثانیه است. اگر هوشیاری برگشت، ۰/۳ میلی‌گرم اضافی می‌تواند به‌صورت داخل وریدی تزریق شود. اکثر افراد به دوز کل ۱ تا ۳ میلی‌گرم پاسخ می‌دهند. دوزهای بیشتر از ۳ میلی‌گرم بعید است که فایده‌ای داشته باشند.

داروهای ضدروان‌پریشی (آنتی‌سایکوتیک‌ها)

این داروها به آنتی‌سایکوتیک‌های نسل اول یا متعارف و آنتی‌سایکوتیک‌های نسل دوم (SDAS) یا آتیپیک طبقه‌بندی می‌شوند. از نظر تاریخچه‌ای، آنتی‌سایکوتیک‌های سنتی برای درمان علائم مثبت اسکیزوفرنی مؤثرند و با بدتر شدن علائم منفی، شناختی و خلقی همراه بوده‌اند. آنتی‌سایکوتیک‌های جدید در بهبودی علائم مثبت مانند توهم، هذیان، افکار آشفته، تحریک‌پذیری و نیز علائم منفی مانند انزوا، عاطفه سطحی، فقر کلام، اختلال شناختی و کاتاتونیا، مؤثر بوده‌اند. در مورد سودمندی و ترجیح آنتی‌سایکوتیک‌های آتیپیک نسبت به نسل اول، اختلاف نظر وجود دارد. مطالعات NIMH به عوارض متابولیکی طولانی‌مدت آنتی‌سایکوتیک‌های آتیپیک توجه کرده و هیچ مزایای قابل توجهی نسبت به آنتی‌سایکوتیک‌های

قدرت:

بنزودیازپین‌های با قدرت بالا مانند آلپرازولام و کلونازپام در سرکوب حملات هراس (پانیک) مؤثر هستند. به‌طور کلی، در دوزهای مورد نیاز برای کنترل حملات هراس، بنزودیازپین‌های کم‌قدرت مانند دیازپام ممکن است باعث خواب‌آلودگی ناخواسته شوند.

مدت‌زمان اثر:

دیازپام و تریازولام به سرعت جذب می‌شوند و شروع اثر سریع دارند. کلردیازپوکساید و اگرازپام کندتر عمل می‌کنند. ترکیبات دارای نیمه‌عمر طولانی، با تجویز مکرر تجمع می‌یابند به‌طوری که خطر ابتلا به خواب‌آلودگی بیش‌ازحد، اختلال در توجه و حافظه و زمین‌خوردن، افزایش می‌یابد. میزان شکستگی لگن ناشی از زمین‌خوردن در افراد مسنی که داروهای طولانی‌اثر مصرف می‌کنند، نسبت به افرادی که ترکیبات با دفع سریع‌تر را مصرف می‌کنند، بیشتر است. بنزودیازپین‌ها با نیمه‌عمر کوتاه هم‌چنین، اختلال کمتری با استفاده منظم ایجاد می‌کنند؛ اما آن‌ها سندرم ترک شدیدتری ایجاد می‌کنند.

وابستگی و علائم ترک:

نگرانی عمده در مصرف طولانی مدت بنزودیازپین‌ها، ایجاد وابستگی به ویژه با داروهای پر قدرت است. نه تنها قطع بنزودیازپین‌ها منجر به عود و بازگشت مجدد علائم می‌شود، بلکه می‌تواند علائم ترک را نیز شعله‌ور کند. عوامل متعددی در ایجاد علائم ترک بنزودیازپین نقش دارند (جدول ۶-۳۰). نوع دارو و مدت زمان مصرف، مهم‌ترین فاکتورها هستند، اما سایر ملاحظات مانند شخصیت نیز مهم هستند.

نکته

داروهای با قدرت بالا و نیمه‌عمر کوتاه علائم ترک بیشتری ایجاد می‌کنند.

یادداشت:



احتیاطات و عوارض جانبی

آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین با قدرت کم باعث ایجاد عوارض جانبی غیر نورولوژیک می‌شوند و آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین با قدرت بالا باعث ایجاد عوارض جانبی نورولوژیکال (مثل اکستراپیرامیدال) می‌شوند. داروهای نسل دوم باعث ایجاد اختلالات متابولیکی می‌شوند. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که داروهای آنتی‌سایکوتیک آتیپیک، دارای خطر وابسته به دوز ابتلا به مرگ ناگهانی قلبی، مشابه داروهای آنتی‌سایکوتیک تیپیک هستند. پزشکان باید به‌طور مناسب بیمارانی را که به مدت طولانی تحت درمان آنتی‌سایکوتیک‌های آتیپیک قرار دارند، غربالگری و نظارت کنند.

تداخلات دارویی

از آن‌جا که آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین اثرات گیرنده‌ای بی‌شماری را ایجاد می‌کنند و بیشتر در کبد متابولیزه می‌شوند، ممکن است با بسیاری از داروها تداخل داشته باشند (جدول ۱۲-۳۰).

جدول ۱۲-۳۰. تداخلات دارویی آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین

Drug	Consequences
Tricyclic antidepressants	Increased concentration of both
Anticholinergics	Anticholinergic toxicity, decreased absorption of antipsychotics
Antacids	Decreased absorption of antipsychotics
Cimetidine	Decreased absorption of antipsychotics
Food	Decreased absorption of antipsychotics
Buspiron	Elevation of haloperidol levels
Barbiturates	Increased metabolism of antipsychotics, excessive sedation
Phenytoin	Decreased phenytoin metabolism
Guanethidine	Reduced hypotensive effect
Clonidine	Reduced hypotensive effect
α-Methyldopa	Reduced hypotensive effect
Levodopa	Decreased effects of both
Succinylcholine	Prolonged muscle paralysis
Monoamine oxidase inhibitors	Hypotension
Halothane	Hypotension
Alcohol	Potentiation of central nervous system depression
Cigarettes	Decreased plasma levels of antipsychotics
Epinephrine	Hypotension
Propranolol	Increased plasma concentration of both
Warfarin	Decreased plasma concentration of warfarin

الف) درمان کوتاه مدت: معادل ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم هالوپریدول، یک مقدار مناسب برای یک فرد بالغ در وضعیت سایکوتیک حاد است. یک فرد مسن ممکن است از مقداری کم به اندازه ۱ میلی‌گرم هالوپریدول سود ببرد. تجویز عضلانی آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین منجر به اوج غلظت پلاسما در طی ۳۰ دقیقه، در مقابل ۹۰ دقیقه از طریق خوراکی می‌شود. دوز آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین برای تجویز عضلانی تقریباً نصف دوز معمول خوراکی است.

بیمار باید به مدت ۱ ساعت پس از اولین دوز تحت نظر باشد. بعد از این مدت، اکثر پزشکان برای دستیابی به کنترل رفتاری کافی، یا دوز دوم تزریق و یا یک داروی آرام‌بخش دیگر مثل بنزودیازپین را تجویز می‌کنند. داروهای آرام‌بخش مفید در این زمینه شامل ۲ میلی‌گرم لورازپام عضلانی و ۵۰ تا ۲۵۰ میلی‌گرم آموباریتال عضلانی است. گزارشاتی از مرگ ناگهانی، طولانی شدن QT و torsades de pointes در بیماران دریافت‌کننده هالدول (Haldol) وجود دارد. به نظر می‌رسد که دوزهای وریدی و بالاتر با افزایش خطر طولانی شدن QT و torsades de pointes همراه است.

نکته

مصرف بیش از ۵۰ میلی‌گرم کلرپرومازین در یک تزریق ممکن است منجر به افت فشار خون جدی شود. بهتر است با دوز ۲۵ میلی‌گرم شروع شود.

ب) درمان انبارهای طولانی مدت (Depot): از آن‌جا که برخی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی رژیم‌های آنتاگونیست گیرنده دوپامین خوراکی را به‌طور کامل اجرا نمی‌کنند، ممکن است داروهای انبارهای طولانی مدت مورد نیاز باشد. پزشک معمولاً فرم‌های عضلانی را هر ۱ تا ۴ هفته یک‌بار تجویز می‌کند. فرم انبارهای آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین ممکن است با افزایش عوارض جانبی، از جمله دیس‌کینزی دیررس همراه باشد.

تداخلات دارویی: تداخلات دارویی لیتیوم در جدول ۲۱-۳۰ خلاصه شده است.

جدول ۲۱-۳۰. تداخلات دارویی لیتیوم

دارو	واکنش
داروهای ضروان‌پریشی	احتمال انسفالوپاتی، تشدید عوارض اکستراپیرامیدال، سندرم NMS
ضدافسردگی‌ها	گزارشات پراکنده مبنی بر بروز سندرم سروتونین
ضدتشنج‌ها	تداخل مهمی با کاربامازپین و والپروات ندارد.
ضدالت‌های غیراستروئیدی (NSAID)	کاهش تصفیه کلیوی Li و افزایش غلظت پلاسمایی آن و ایجاد مسمومیت (به جز اسپرین).
داروهای دیورتیک تیازیدی	کاهش تصفیه کلیوی Li و افزایش غلظت پلاسمایی‌اش و بروز مسمومیت
مدرهای نگهدارنده پتاسیم	ممکن است موجب افزایش غلظت Li شوند.
مدرهای لوپ‌هنله	عدم تغییر در تصفیه کلیوی Li
مدرهای اسموتیک (اوره، مانیتول)	افزایش تصفیه کلیوی Li و کاهش غلظت آن
مهارکننده کربنیک انهیدراز (استازولامید)	افزایش تصفیه کلیوی Li و کاهش غلظت آن
گزانتین‌ها (آمینوفیلین، تئوفیلین، کافئین)	افزایش تصفیه کلیوی Li و کاهش غلظت آن
مهارکننده آنزیم آنژیوتانسین (ACEI)	کاهش تصفیه کلیوی Li و افزایش غلظت و مسمومیت لیتیوم
مهارکننده مجرای کلسیم	سمیت عصبی ممکن است ایجاد کند.
سوکسینیل کولین، پانکرونیوم	طولانی شدن مهار عصبی عضلانی
مترونیدازول	افزایش غلظت لیتیوم و مسمومیت آن
متیل دوپا	سمیت عصبی
بی‌کربنات سدیم	افزایش تصفیه کلیوی لیتیوم و کاهش غلظت آن
دیدها	تشدید اثرات ضدتیروئیدی
پرورپرانولول	در لرزش ناشی از لیتیوم مفید است. ممکن است افزایش مختصر در غلظت لیتیوم دهد.

۲) والپروات سدیم

والپروات یک داروی خط اول به مؤثری و ایمنی لیتیوم، در درمان اپیزودهای حاد شیدایی در اختلال دوقطبی نوع ۱ است.

اثربخشی درمانی

حملات شیدایی: والپروات علائم دوسوم از افراد مبتلا به شیدایی حاد را کنترل می‌کند. هم‌چنین علائم کلی روان‌پزشکی و نیاز به دوزهای اضافی بنزودیازپین‌ها یا آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین را کاهش می‌دهد. افراد مبتلا به شیدایی معمولاً ظرف ۱ تا ۴ روز پاسخ می‌دهند. به دلیل داشتن عوارض جانبی شناختی، پوستی، تیروئید و کلیوی کمتر، برای درمان شیدایی حاد در کودکان و افراد مسن، نسبت به لیتیوم ارجح است.

حملات افسردگی: والپروات به تنهایی در درمان کوتاه‌مدت اپیزودهای افسردگی در اختلال دوقطبی ۱ نسبت به درمان اپیزودهای شیدایی، کمتر مؤثر است. در بین علائم افسردگی، والپروات روی سرآسیمگی مؤثرتر است تا دیسفوری و احساس ملال.

درمان نگهدارنده: والپروات FDA برای درمان نگهدارنده در اختلال دوقطبی نوع ۱ ندارد، ولی استفاده طولانی‌مدت از آن با اپیزودهای شیدایی خفیف‌تر و کوتاه‌تر همراه است. در مقایسه با لیتیوم، والپروات به اندازه لیتیوم مؤثر است و نسبت به لیتیوم بهتر تحمل می‌شود. والپروات به ویژه در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تند چرخشی و شیدایی ملالت‌بار یا مختلط، شیدایی ثانویه به یک بیماری طبعی‌اند برای مصرف‌کنندگان مواد یا مبتلایان به حملات هراس یا افرادی که پاسخ مطلوبی به درمان با لیتیوم ندادند، مؤثر است. ترکیب والپروات و لیتیوم ممکن است مؤثرتر از لیتیوم به تنهایی باشد. در مبتلایان به اختلال دوقطبی، درمان نگهدارنده با والپروات به‌طور قابل توجهی باعث کاهش فراوانی و شدت اپیزودهای شیدایی می‌شود، اما در پیشگیری از اپیزودهای افسردگی به‌طورخفیف تا متوسط مؤثر است. اثربخشی پیشگیرانه والپروات را می‌توان با اضافه‌کردن لیتیوم، کاربامازپین، آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین، داروهای نسل دوم، داروهای ضدافسردگی، گاباپنتین یا لاموتریزین تقویت کرد.

ارزیابی پیش از درمان

به‌طور روتین شامل شمارش گلبول‌های سفید و پلاکت‌ها، اندازه‌گیری غلظت ترانس آمیناز کبدی و تست بارداری در صورت لزوم است. سنجش آمیلاز و تست‌های انعقادی باید در صورت شک به اختلالات انعقادی یا بیماری پانکراس انجام شود.

مقدار و نحوه مصرف

دوز در روز اول باید ۲۵۰ میلی‌گرم به همراه وعده غذایی تجویز شود. مقدار مصرف می‌تواند به میزان ۲۵۰ میلی‌گرم خوراکی سه بار در روز در عرض ۳ تا ۶ روز افزایش یابد.



بایش آزمایشگاهی

شمارش گلبول‌های سفید و پلاکت‌ها و ترانس آمیناز کبدی باید ۱ ماه پس از شروع درمان و هر ۶ تا ۲۴ ماه پس از آن انجام شود. افزایش بدون علامت غلظت ترانس آمینازها تا سه‌برابر حد طبیعی شایع است و نیازی به تغییر دوز نیست.

احتیاطات و عوارض جانبی

درمان با والپروات معمولاً بی‌خطر است. شایع‌ترین عوارض جانبی تهوع، استفراغ، سوء هاضمه و اسهال است. عوارض گوارشی معمولاً در طول ماه اول درمان به ویژه در صورت افزایش سریع دوز شایع‌تر است. اسید والپروئیک بدون خطدار بیشتر از انواع دارای پوشش روده‌ای یا فرم دیوالپروئکس آهسته‌رهش موجب بروز علائم گوارشی می‌شود. علائم گوارشی ممکن است به آنتاگونیست‌های گیرنده هیستامین پاسخ دهند. سایر



۱۶. آنتاگونیست BZD ها جهت خنثی کردن اثرات آنها در مصرف بیش از حد، کدام است؟
 الف) فلورازپام (ب) فلومازنیل
 ج) فلوکونازول (د) فلوفنازین

۱۷. بیماری تحت درمان با ۱۵ میلی‌اگزازپام است و قرار است به کلونازپام تبدیل شود. دوز معادل آن براساس کلونازپام چقدر است؟

الف) ۱ میلی (ب) ۲ میلی (ج) ۰/۲۵ میلی (د) ۰/۵ میلی

۱۸. تجویز همزمان الانزاپین با کدام دارو ممنوعیت دارد؟

الف) دیازپام (ب) لتیم

ج) لورازپام (د) هالوپریدول

۱۹. در آزمایشات و **workup** اولیه قبل از تجویز لتیم، کدام آزمایش لازم نیست؟

الف) ECE (ب) Cr و W ، B

ج) TSH (د) LFT

۲۰. نسبت **Therapeutic index** (شاخص درمانی) در کدام دارو کمتر از سایر داروهاست؟

الف) هالوپریدول (ب) لورازپام

ج) الانزاپین (د) لتیم

۲۱. در درمان سندرم سروتونین، کدام مؤثر نیست؟

الف) متی سرژید (ب) کلرپرومازین

ج) نیتروگلیسیرین (د) بوپروپیون

۲۲. فردی تحت درمان با لتیم از مدت‌ها پیش، اخیراً دچار افسردگی شده است. کدام تشخیص کمتر مطرح است؟

الف) عدم مصرف صحیح دارو

ب) TSH بالا

ج) مصرف تریاک

د) بی‌اثر شدن دارو (بروز مقاومت نسبت به دارو)

۲۳. کدام صحیح است؟

الف) عارضه جنسی SSRI زودگذر است و با ادامه درمان بهتر می‌شود.

ب) تقریباً همه افرادی که SSRI مصرف می‌کنند، ممکن است دچار اضافه وزن شوند.

ج) کاهش وزن و بی‌اشتهایی ناشی از SSRI ها در هفته ۲۰ مصرف، به اوج می‌رسد و سپس به وزن پایه برمی‌گردد.

د) SSRI ها در درمان اختلالات حرکتی در بیمار مبتلا به پارکینسون، مفیدند.

۲۴. کدام یک فاکتور مهمتری در ایجاد علائم ترک BZD ها است؟

الف) Dose level (ب) personality

ج) rate of discontinuation (د) Drug type

ب) آریپیرازول-خطر میوکاردیت

ج) کاربامازپین-خطر آگرانولوسیتوز

د) سرتالین-خطر تشنج

۷. کدام SDA عوارض اکستراپیرامیدال نمی‌دهد؟

الف) آریپیرازول (ب) ریسپریدون

ج) الانزاپین (د) کلوزاپین

۸. تنها SDA ای که با افزایش وزن همراه نیست کدام است؟

الف) الانزاپین (ب) ریسپریدون

ج) پالی پریدون (د) زیپراسیدون

۹. کدام SDA بیشتری از سایرین، موجب دیابت و DKA می‌شود؟

الف) ریسپریدون (ب) آسناپین

ج) الانزاپین (د) کوئتیپین

۱۰. چک دوره‌ای CBC در مصرف کلوزاپین، چگونه است؟

الف) هر ۲ هفته در ۶ ماه اول، سپس هر ماه

ب) هر ۲ هفته در ۳ ماه اول، سپس هر ماه

ج) هر هفته در ۶ ماه اول، سپس هر ۲ هفته

د) هر هفته در ۳ ماه اول، سپس هر ۲ هفته

۱۱. کدام یک در بین SSRI ها (مه‌ارکننده‌های بازجذب سروتونین)، نیمه عمر طولانی‌تر و کوتاه‌تری دارد؟ (به ترتیب)

الف) فلوکستین-اس سیتالوپرام (ب) فلوکستین-فلووکسامین

ج) فلووکسامین-فلوکستین (د) پاروکستین-سرتالین

۱۲. بیماری به جهت افسردگی، تحت درمان با ۴۰ میلی‌فلوکستین است که بعد از گذشت ۳ ماه همچنان هیچ‌گونه پاسخ مناسبی دریافت نکرده است. کدام برنامه درمانی مناسب‌تر است؟

الف) افزایش دوز فلوکستین

ب) اضافه کردن یک ضدافسردگی سه حلقه‌ای (TCA)

ج) قطع فلوکستین و تجویز TCA

د) قطع فلوکستین و تجویز سرتالین

۱۳. بیشترین سندرم قطع، مخصوص کدام SSRI است؟

الف) پاروکستین (ب) فلوکستین

ج) سیتالوپرام (د) فلووکسامین

۱۴. کدام دسته دارویی جهت درمان اختلال رفتاری در طول خواب REM مفید است؟

الف) BZD (ب) TCA

ج) SSRI (د) Zdrug ها مثل زولپیدم

۱۵. کدام یک از BZD ها، جهت درمان حملات پانیک، مؤثرتر است؟

الف) لورازپام (ب) دیازپام (ج) تریازولام (د) کلونازپام

فواید ترکیب روان‌درمانی و دارودرمانی

- افزایش تأثیر درمان نسبت به استفاده از هر یک به تنهایی
- بهبود رعایت دستورات دارویی
- پایش بهتر وضعیت بالینی
- کاهش دفعات و مدت بستری
- بهبود عملکرد شغلی و اجتماعی

سؤالات آزمون

۱. فردی مورد حمله گربه قرار گرفته است و بعد از آن می‌گوید همه گربه‌ها وحشی هستند. وی دچار کدام تحریف شناختی است؟

- (الف) توجه انتخابی
- (ب) تعمیم مفرط
- (ج) شخصی‌سازی موضوع
- (د) بزرگ‌نمایی کردن

۲. در کدام یک از موارد زیر نباید زوج درمانی انجام شود؟

- (الف) عدم تمایل یکی از زوجین به شرکت در جلسات
- (ب) زوجینی که زیر یک سقف زندگی نمی‌کنند
- (ج) وجود خشونت فیزیکی در رابطه
- (د) سوءمصرف مواد در یکی از زوجین

یادداشت:

بیوفیدبک یا بازخورد زیستی

فعالیت‌های سیستم خودکار را می‌توان از طریق شرطی‌سازی عامل تحت کنترل ارادی درآورد، لذا بیوفیدبک از طریق ارائه آگاهی به بیمار درباره کارکردهای فیزیولوژیک بدن این امر را ممکن می‌سازد.

کاربرد:

درمان آسم، آریتمی قلبی، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، بیش‌فعالی کودکان، صرع گراندمال، پرفشاری خون، سردرد تنشی، میگرن، درد عضلات فک (دندان قروچه)، سندرم رینود، بازتوانی عصبی-عضلانی (CP) و دیس‌کینزی دیررس



بیوفیدبک

بازتوانی روانی^۱

به مجموعه مداخلات با هدف بهبود عملکرد و کیفیت زندگی در افراد با بیماری روانی، به‌خصوص اسکیزوفرنیا گفته می‌شود.

انواع آن عبارتند از: بازتوانی شغلی، توانبخشی مهارت‌های اجتماعی، محیط‌درمانی، اقتصاد ژتونی و توانبخشی شناختی.

روان‌درمانی روایتی

روان‌پزشکان روایتی دو جنبه طب روایتی و روان‌درمانی روایتی را با هم ترکیب می‌کنند. داستان بیمار به شکل بهتری گوش داده می‌شود و تماس بالینی انسانی‌تر می‌شود.

درمان مبتنی بر ذهنیت‌سازی و ذهن آگاهی

فرد روی بودن در این‌جا و اکنون متمرکز است.

ذهنیت‌سازی^۲ شامل تفکر و احساس درباره خود و دیگران و نوعی تبادل بین فردی است. درمان مبتنی بر ذهنیت‌سازی^۳ تلفیقی از روانکاوی، نظریه دلبستگی، شناخت‌درمانی، درمان مراجع‌محور و درمان بین‌فردی است.

در ذهن‌آگاهی^۴ تمرکز فقط بر روی ذهن خود است.

1. psychiatric rehabilitation
2. mentalization
3. metallization
4. mindfulness