

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

 **درسنامه استارت**

# روانپزشکی

تیم تالیف گروه مدمشاور

## فهرست مطالب

فصل ۱: نشانه شناسی.....	۱
فصل ۲: روانپزشکی عمومی.....	۹
فصل ۳: داروهای روانپزشکی و ECT.....	۱۵
فصل ۴: روان درمانی.....	۳۵
فصل ۵: اختلالات شخصیت.....	۳۸
فصل ۶: اختلالات اضطرابی.....	۴۲
فصل ۷: اختلالات اعتیادی و سوء مصرف مواد.....	۴۸
فصل ۸: اختلالات عصبی - شناختی.....	۵۷
فصل ۹: اختلالات خلقی.....	۶۱
فصل ۱۰: طیف اسکیزوفرنی و اختلالات روان‌پریشی.....	۶۶
فصل ۱۱: اورژانس های روانپزشکی.....	۷۳
فصل ۱۲: طب روان تنی و اختلالات ساختگی و تمارض.....	۷۶
فصل ۱۳: اختلال خواب - بیداری.....	۸۳
فصل ۱۴: اختلالات کنترل تکانه.....	۸۸
فصل ۱۵: اختلالات انطباقی.....	۹۰
فصل ۱۶: اختلالات تجزیه‌ای.....	۹۲
فصل ۱۷: اختلالات روانی جنسی.....	۹۵
فصل ۱۸: روانپزشکی کودک و نوجوان.....	۹۹
فصل ۱۹: روانپزشکی سالمندان.....	۱۱۱

اگر حجم کلام کافی باشد ولی محتوی آن پوچ و مبهم باشد به آن Poverty of content of speech می گویند.  
Dysprosody (آهنگ پریشی): فقدان آهنگ طبیعی کلام.

Dysarthria (گفتار پریشی): اشکال در ادای سلیس کلمات.

Mutism (گنگی): فقدان کامل کلام. در اسکیزوفرنی، افسردگی، کاتاتونی و اختلال تبدیلی دیده می شود.

Echolalia (پژواک گویی): تکرار کلمات یا جملات دیگران که معمولا معنی آن را نمی فهمند.

Coprolalia (هرزه گویی): استفاده غیر ارادی از کلمات زننده که در اسکیزوفرنی و سندرم تورت دیده می شود.

Metonymy (به تقریب گویی): استفاده از کلمات مرتبط به جای کلمات اصلی. مثلا به جای گفتن "غذا را خوردم" می گویند "منوی غذا را خوردم".

### (C) اختلالات درک:

اختلالات درک به ۲ دسته تحریف حسی و فریب حسی تقسیم می گردد که هر کدام شامل علائم و نشانه هایی است.

الف) تحریف حسی (Sensory distortion): به سه دسته تقسیم می شود که در جدول زیر مشاهده می کنید.

نوع اختلال	مثال
اختلال در درک شدت محرک	هیپپرستزی و هیپوستزی
اختلال درک کیفیت محرک (کلروپسیا)	تمام شیء را سبز می بیند
اختلال درک فرم فضایی محرک	ریزیبینی و درشت بینی



نکته: دو اصطلاح Cataplexy و Catalepsy به دلیل شباهت املائی ممکن است با یکدیگر اشتباه شوند. به تفاوت این دو دقت گردد. همچنین ۴ نشانه ذکر شده اخیر در کاتاتونی دیده می شود.

Mannerism (ادا و اطوار): حرکات غیر ارادی و عادت. برای مثال دادن سلام نظامی

تست ۲: بیماری در خلال مصاحبه، حرکات مصاحبه گر را علی رغم تذکر او تکرار می کند. این علامت چه نامیده می شود؟ (پره انترنی میاندوره اردیبهشت ۹۷)  
الف) رفتار کلیشه ای  
ب) ادا و اطوار  
ج) پژواک رفتار  
د) کاتاپلکسی  
جواب: گزینه ج

### (B) اختلالات کلام:

Pressure of speech (فشار کلام): کلام سریع که حجم آن زیاد و قطع آن مشکل است و در مانیا دیده می شود.

Non spontaneous speech (کلام غیر خودانگیز): فقدان شروع خود به خودی صحبت. برای مثال فرد فقط و فقط در هنگام پرسش و خطاب مستقیم پاسخ کلامی دارد.

Poverty of speech (فقر کلام): محدودیت در حجم کلام است و اطلاعات کافی به شنونده منتقل نمی شود.

## فصل ۲: روانپزشکی عمومی

تست ۱: کاهش فعالیت کدامیک از هسته های قاعده ای مغز با ختلال وسواس و سندروم تورت مرتبط است؟ (ارتقا روانپزشکی ۹۸- دانشگاه تهران)

الف) گلوبوس پالیدوس (ب) کودیت  
ج) ساب تالامیک (د) substantia nigra

جواب: گزینه ب

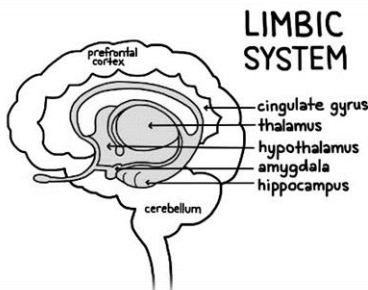
### بررسی قسمت های مختلف مغز در روانپزشکی

آمیگدال: نقش اساسی در شکل گیری ترس و خشونت و تشخیص آنها در چهره دیگران دارد. همچنین در رفتارهای اضطرابی نیز موثر است.

سیستم لیمبیک: شامل تالاموس، هیپوتالاموس، هسته قاعده ای، آمیگدال و هیپوکامپ است و در هیجان، خواب، خوردن، رفتار جنسی و بخصوص حافظه دخیل است. آسیب به هیپوکامپ در اسکیزوفرنی، اختلال خلقی و سندروم های فراموشی و آسیب به هسته قاعده ای در وسواس، تورت، اسکیزوفرنی و افسردگی دیده می شود.

نیمکره چپ: مسئول درک معنای کلام

نیمکره راست: مسئول درک وزن کلام (مثل شعر)



اهمیت: این فصل خلاصه ای از فصول ۱ تا ۹ و ۳۱ تا ۳۳ رفرنس می باشد که حجم زیادی از کتاب اصلی را در بر گرفته و از آنجایی که شامل مطالب کم اهمیت تر می باشد، در بسیاری موارد، مطالب مهم آن در بین حجم زیاد مطالب دیگر گم می گردد. ما تمام این ۱۲ فصل را به دقت مطالعه و نکات پر اهمیت آن را در قالب این فصل جمع آوری کرده ایم.

مغز، ذهن و رفتار: دو تعریف زیر را بخاطر داشته باشید. پروتئومیکس: به دنبال شناسایی زیست-نشانه های اختلالات روانپزشکی است.

ترانسکریپتومیکس: به دنبال شناسایی مسیرهای بیماری زایی اختلالات روانپزشکی است.

### تصویر برداری در روانپزشکی:

کاهش حجم لوب تمپورال بخصوص سمت چپ	اسکیزوفرنی
کاهش کارکرد لوب فرونتال	کاهش حجم مغز
کاهش کارکرد لوب فرونتال	اختلال خلقی
کوچک شدن هسته کودیت	اختلال وسواس
نابهنجاری هسته قاعده ای و تالاموس	کاهش حجم لوب فرونتال و گلوبوس پالیدوس
کاهش حجم لوب فرونتال و گلوبوس پالیدوس	ADHD
برابر بودن سایز کودیت ها (در حالت نرمال، سمت راست بزرگ تر است)	

نکته: برای افسردگی اطفال، فقط فلوکستین و برای نوجوانان، فلوکستین و اسسیتالوپرام تاییدیه FDA دارند.

#### پاروکستین:

- خواب آور بوده و بهتر است شب ها مصرف شود.
- عوارض آنتی کولینرژیک دارد.
- به دلیل نیمه عمر کوتاه بیشترین شانس را برای بروز علائم ترک دارد.
- شایعترین SSRI ای است که افزایش وزن می دهد.
- اثر ضد انعقادی وارفارین را افزایش می دهد.
- در حاملگی ممنوع است.

#### سرترالین:

- به یک نسبت موجب خواب آلودگی یا بی خوابی می شود، هرچند در کاپلان ذکر شده که بیشتر اثر سدیشن را بین SSRI ها دارد و بهتر است بعدازظهر مصرف شود.
- به همراه سیتالوپرام کمترین تداخل دارویی را نسبت به بقیه دارد.
- تداخل با وارفارین و افزایش PT

#### فلوکسامین:



- بیشترین تداخل دارویی را دارد.
- برای OCD تایید شده است.
- باعث افزایش سطح وارفارین و تتوفیلین می شود.

حال نکات اختصاصی هر یک از SSRI ها را جداگانه بررسی می کنیم:

#### فلوکستین:



- بیشترین نیمه عمر را داشته و در نتیجه کمترین withdrawal را می دهد و حتی برای درمان سندروم ترک ناشی از سایر SSRI ها استفاده می شود.
- اضطراب و آژیتیشن بیشتری نسبت به بقیه می دهد.
- بی خوابی از عوارض آن است و در نتیجه بهتر است صبح ها مصرف گردد یا همراه آن ترازودون یا بنزودیازپین تجویز شود.
- فلوکستین سردرد می دهد در صورتی که سایر SSRI ها در اکثر موارد باعث بهبود میگرن و سردرد تنش می شوند. برای بهبود آن از استامینوفن یا آسپرین استفاده می شود.

نکته: در کتاب کاپلان ذکر شده است که پاروکستین نیز می تواند سردرد دهد.

- دوز شروع فلوکستین ۱۰ میلی گرم است و کارایی دوز ۲۰ میلی گرم روزانه، برابر با دوزهای بالاتر است.
- برای ایجاد سطح سرمی پایدار و تاثیر بالینی، برای افسردگی حداقل ۴ هفته و برای OCD حداقل ۸ هفته زمان نیاز است.
- عوارض اکستراپیرامیدال مثل ترمور بویژه در دوز بالای ۴۰ میلی گرم دارد.
- حداکثر دوز روزانه ۸۰ میلی گرم است و دوز بالاتر باعث تشنج می گردد.

دیسکینزی تاخیری (Tardive dyskinesia):

- حرکات کره نامنظم و غیر ارادی که بیش تر صورت را گرفتار می کند ولی اندام فوقانی و حتی تمام بدن نیز می تواند درگیر شود، با استرس تشدید و با خواب محو می شود.



- مهمترین ریسک فاکتور آن افزایش سن است.
- در خانم هایی که دوز بالای آنتی سایکوتیک به مدت طولانی مصرف کرده اند و آسیب مغزی یا اختلال روانپزشکی علاوه بر اسکیزوفرنی دارند (بخصوص اختلال خلقی) شایع تر است.
- بهترین روش پیشگیری، استفاده از حداقل دوز داروی آنتی سایکوتیک است.
- جهت درمان، ابتدا باید داروی مسئول را قطع کرد و یا با کلوزاپین جایگزین کرد. از ویتامین E، وراپامیل، بنزودیازپین ها، لیتیموم، والپروات و کاربامازپین نیز می توان استفاده کرد.

نکته: در کاپلان و رفرنس فارماکولوژی، داروهایی مثل Valbenazine و تترابنازین به عنوان درمان دیسکینزی تاردیو ذکر شده است.

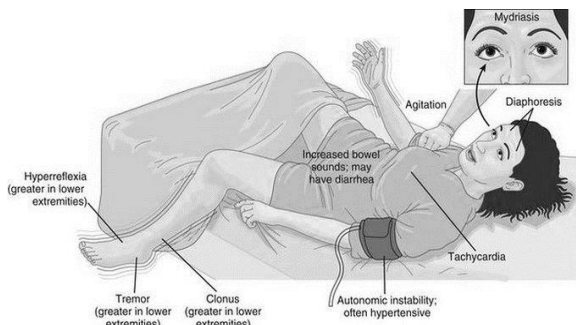
آکاتیژیا (Akathisia):

- احساس ناخوشایند بی قراری عضلانی به صورتی که نشستن برای بیمار دشوار بوده و باید مداوما قدم بزنند.
- بیشتر در خانم های میانسال بروز می کند.
- درمان انتخابی بتابلاکر مثل پروپرانولول است. از بنزودیازپین و آنتی کولینرژیک (تری هگزی فنیدیل) و کلونیدین نیز می توان استفاده کرد. همچنین در صورت امکان، دوز آنتی سایکوتیک نیز باید کاهش یابد.

تست ۱۳: مرد جوانی پس از ۱۰ روز مصرف هالوپریدول، علی رغم بهبودی در پرخاشگری و سایکوز، قادر به بی حرکت ماندن نیست و حتی هنگام ایستادن، این پا و آن پا می کند. کدام گزینه درمان مناسب تری برای وی است؟  
(پره انترنی شهریور ۹۸- سوال مشترک)  
الف) پروپرانولول      ب) تیوریدازین  
ج) افزایش دوز هالوپریدول      د) بوسپیرون  
جواب: گزینه الف

سندروم نورولپتیک بدخیم (NMS):

- تب، رژیذیتی عضلانی و تغییر سطح هوشیاری مهمترین تظاهرات بالینی این سندروم هستند.



رفع ابهام: دقت کنید که کلوزاپین را نمی توان درمان دیسکینزی تاردیو به شمار آورد چرا که کلوزاپین نیز آنتی سایکوتیک است و مثل بقیه آنتی سایکوتیک ها می تواند در دراز مدت دیسکینزی تاردیو ایجاد کند، اما احتمال ایجاد تاردیو در مصرف با کلوزاپین حداقلی است و از طرفی بیمار نیازمند داروی آنتی سایکوتیک نیز می باشد. پس بهترین انتخاب کلوزاپین است.

کلاستر " ب " (نمایشی و متلون)

ژنتیک تاثیر زیادی در اختلالات شخصیتی کلاستر "ب" دارد.

۱. شخصیت نارسیستیک (خودشیفته):



- خودبزرگ بینی
- حق به جانبی و استتار و وسیله ساختن بقیه
- نیاز به توجه، تحسین و احترام
- سنگدلی و فقدان هم حسی
- حسادت به دیگران

تست ۳: احساس بزرگ منشی، حق به جانبی، فقدان هم حسی با دیگران، حسادت و وسیله ساختن دیگران از ویژگی‌های کدام اختلال شخصیت می‌باشد؟

(پره انترنی شهریور ۹۸-دانشگاه کرمان)  
 الف) خودشیفته  
 ب) مرزی  
 ج) نمایشی  
 د) ضداجتماعی  
 جواب: گزینه الف

۲. شخصیت نمایشی (هیستریونیک):

- به دنبال جلب توجه
- بی ثباتی عاطفی
- تلقین پذیری و فریبندگی
- علاقه به فرمانروایی

نکته: اختلال شخصیت نمایشی، رابطه قوی ای با اختلال جسمی سازی دارد.



تست ۱: مرد جوان دانشجویی که وضعیت تحصیلی مناسبی دارد اما دوستی ندارد، بیشتر به مطالعه در اتاقش و کار با کامپیوتر می‌پردازد و خیالبافی می‌کند.

احتمالا دچار کدام اختلال شخصیتی است؟

(پره انترنی شهریور ۹۴-دانشگاه کرمان)

الف) پارانوئید      ب) اسکیزوتایپال

ج) اسکیزوئید      د) اجتنابی

جواب: گزینه ج

۳. شخصیت اسکیزوتایپال:

- ✓ ویژگی های اسکیزوئید را دارند.
- ✓ باورهای عجیب و غیر عادی
- ✓ تفکر اوتیسمی
- ✓ ارتباط زیاد با اسکیزوفرنی
- ✓ حرکت جهشی ناگهانی چشم
- ✓ موثر بودن ریسپریدون در این اختلال



تست ۲: بیماری را ویزیت می‌کنید که لباسهای نامتعارف و عجیب بر تن دارد، منزوی است و روابط اجتماعی اش محدود می‌باشد. به تله پاتی معتقد است. کدام اختلال شخصیتی بیش تر مطرح است؟

(پره انترنی میان دوره خرداد ۹۸)

الف) پارانوئید      ب) اسکیزوتایپال

ج) اسکیزوئید      د) اجتنابی

جواب: گزینه ب

نکته: در کلاستر الف، بیماری های کرونری شایع تر است.

- TCA مثل ایمی پرامین و آمی تریپتیلین
- در موارد مقاوم: والپروات و کاربامازپین
- بنزودیازپین کوتاه مدت

### اختلال استرس حاد (ASD)

تعریف: این اختلال مشابه PTSD بوده ولی طول مدت علائم کمتر از ۱ ماه است.

درمان ASD:

۱. روان درمانی: شامل رفتار درمانی، حمایتی و تشویق به صحبت کردن است.

۲. دارویی: جایگاه چندانی ندارد.

### اختلال وسواس اجباری (OCD)

تعریف: این اختلال شامل دو جز هست؛ فکر وسواسی که یک فکر، احساس یا عقیده مزاحم و اضطراب آور (حتی به صورت حمله پانیک) است و یک عمل وسواسی (اجبار) که شامل کاری است که به صورت خودآگاه برای رفع اضطراب انجام می‌شود.



نکته: دو مشخصه اصلی فکر وسواسی:

- ✓ برخلاف تمایل فرد است (ego-dystonic)
- ✓ فرد می‌داند که این افکار توسط دیگران به او القا نمی‌شود.

نکته: سه مشخصه اصلی عمل وسواسی:

- ✓ فرد از بیهوده بودن آنها آگاه است

تست ۶: کدامیک جزء علائم پایدار مبنی بر افزایش برانگیختگی در PTSD نمی‌باشد؟  
(پره انترنی اسفند ۹۶- دانشگاه اهواز)  
الف) اشکال در تمرکز  
ب) گوش به زنگی  
ج) اشکال در به خواب رفتن  
د) کاهش علاقه  
جواب: گزینه د

نکته: کودکان و نوجوانان نسبت به بزرگسالان بیش‌تر در معرض PTSD است و با علائم کابوس‌های شبانه، سردرد، بی‌اختیاری ادراری، انزوا و ... بروز می‌کند.

عوامل زمینه ساز PTSD:

- مصرف الکل
- خانم بودن
- اعتقاد به کنترل بیرونی
- تغییرات پر استرس اخیر
- سابقه ترومای کودکی
- شخصی مرزی، پارانوئید، ضد اجتماعی و وابسته
- ناکافی بودن حمایت خانواده و جامعه

تست ۷: کدامیک از موارد زیر از عوامل مستعدکننده برای آسیب پذیری به PTSD نمی‌باشد؟  
(پره انترنی شهریور ۹۸- دانشگاه زنجان)  
الف) اعتقاد به کنترل بیرونی  
ب) جنس مرد  
ج) صفات شخصیتی مرزی و ضد اجتماعی  
د) ترومای کودکی  
جواب: گزینه ب

درمان PTSD:

۱. روان درمانی: (کوتاه مدت و با هدف برون ریزی احساسات) شامل: رفتار درمانی، حمایتی، شناخت درمانی، هیپنوتیزم می‌باشد.

۲. دارویی:

- SSRI انتخابی است. مثل سرتالین و پاروکستین



✓ هذیان گزند و آسیب اکثرا گذرا هستند ولی ممکن است تا ۶ هفته طول بکشند که به آن Hemp insanity می گویند.

✓ اختلال خلقی و بخصوص افسردگی  
 ✓ بی احساسی و سردی (Amotivational syndrome)  
 در مصرف طولانی مدت دیده شده است

مصارف طبی: درمان تهوع ناشی از شیمی درمانی، گلوکوم، صرع مقاوم به درمان و افزایش اشتها در ایدز.

نکته: وابستگی جسمی به آنها کم است ولی وابستگی روانی شدیدی ایجاد می کنند و احتمال سوء مصرف هروئین و کوکائین را افزایش می دهد.

درمان اعتیاد به کانابیس:

- خود درمانی هدایت شده و روان درمانی
- ضد اضطراب
- ضد افسردگی
- آنتی سایکوتیک

نکته: مسمومیت با کانابیس نیاز به درمان خاصی ندارد.

ترک: علائم ترک شامل موارد زیر می باشد:

تحریک پذیری	خلق افسرده	سردرد و درد معده
اضطراب	تعریق و لرزش	کاهش اشتها و وزن

تست ۶: زن ۲۰ ساله ای، نیمه شب و پس از یک مهمانی به علت رفتارهای عجیب توسط دوستانش به اورژانس مراجعه کرده. در معاینه فشار خون ۱۳۰/۸۰ و PR=۱۲۰ دارد. ملتحمه محتقن و مردمک ها میدسایز است. از خشکی دهان و تمایل زیاد به مصرف غذا شاکی است. مصرف کدام ماده محتمل تر است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف) مت آمفتامین (ب) ماری جوآنا  
 ج) اکستازی LSD  
 د) LSD  
 جواب: گزینه ب

نکته: برای افتراق سندروم ترک اپیوئیدها با تمارض معتادان، توجه به سه مورد زیر حیاتی است:

- ✓ سیخ شدن موها
- ✓ گشادی مردمک
- ✓ افزایش فشارخون و ضربان قلب

تست ۵: کدامیک از موارد زیر جزء علائم ترک اپیوئیدها می باشد؟ (پره انترنی شهریور ۹۵-دانشگاه اهواز)  
 الف) کاهش دمای بدن (ب) بیبوست  
 ج) خمیازه (د) خلق بالا  
 جواب: گزینه ج

### کانابیس

پر مصرف ترین ماده غیرقانونی در جهان است و شامل حشیش، ماری جوآنا، گراس و علف، بنگ و همپ می شود.

نکته: آزمایش ادرار برای این مواد تا ۴ هفته مثبت است.

علائم وابستگی و مسمومیت:

- ✓ احساس قدرت و سرخوشی
- ✓ پر اشتها
- ✓ اعوجاج و دگرگونی درک زمان و مکان
- ✓ اختلال در تصویر بدنی و هماهنگی عصب عضله
- ✓ احساس کند شدن زمان
- ✓ اختلال در قضاوت شامل Depersonalization و Derealization
- ✓ افزایش حساسیت شنوایی
- ✓ سرخی چشم و خشکی دهان
- ✓ افزایش اندک ضربان قلب

نکته: از آنجایی که در ساقه مغز گیرنده ندارد، اثرات قلبی و تنفسی آن اندک است.

✓ اختلال اضطرابی بخصوص حملات پانیک شایع ترین اختلال روانپزشکی ناشی از آن است.

## فصل ۹: اختلالات خلقی

۳. علائم فوق ناشی از سوء مصرف مواد یا بیماری دیگر نباشد.

۴. هیچگاه دوره مانیا یا هیپومانیا تجربه نشده باشد.

نکته: در MDD علائم فوق، بدون عامل استرس خاصی بروز می کند و این نکته MDD را از اختلالات انطباقی افتراق می دهد.

نکته: در کودکان و نوجوانان، خلق "تحریک پذیر" علامت بارزتری نسبت به خلق افسرده می باشد.

نکته: کندی سایکوموتور (روانی-حرکتی) حتما باید مبتنی بر مشاهده دیگران باشد و نه احساس خود بیمار.

نکته: شایع ترین اختلال خواب در افسردگی، بی خوابی و کاهش خواب و سحرخیزی است.

نکته: در بیماران افسرده، ممکن است توهومات متناسب با خلق خود دیده شود.

تست ۱: مرد جوانی با علائم خلق افسرده، تحریک پذیری، پر خوابی، اشتهای زیاد، افکار منفی و افکار پیرامون مرگ مراجعه کرده است. علائم بیمار از یک هفته قبل شروع شده است و افت عملکرد شغلی ایجاد شده. کدام مشخصه ذکر شده مانع تشخیص گذاری MDD می گردد؟

(پره انترنی شهرپور ۹۷-دانشگاه اصفهان)

الف) تحریک پذیری (ب) اشتهای زیاد  
ج) پر خوابی (د) مدت زمان علائم  
جواب: گزینه د

اهمیت: این فصل اختلالات افسردگی و اختلال دو قطبی را بررسی می کند. یکی از منابع همیشگی طرح سوال بوده و ترکیب مطالب آن با نکات ذکر شده در فصل دارو درمانی بسیار مهم است.

### اختلال افسردگی ماژور (Major depressive disorder)

شدیدترین نوع افسردگی است و به آن افسردگی Unipolar نیز می گویند.



معیارهای تشخیصی MDD بر اساس DSM 5:

۱. وجود حداقل ۵ مورد از علائم زیر به مدت حداقل ۲ هفته که یکی از آن ها از دو مورد اول باشد:

- ✓ خلق افسرده اغلب اوقات روز و هر روز
- ✓ کاهش یا فقدان علائق و لذت ها
- ✓ کاهش یا افزایش وزن و اشتها
- ✓ بی خوابی یا پر خوابی
- ✓ کندی یا بی قراری روانی حرکتی
- ✓ خستگی و کاهش انرژی
- ✓ احساس بی ارزشی یا گناه شدید
- ✓ کاهش توانایی تمرکز
- ✓ افکار تکراری در مورد مرگ و خودکشی

۲. علائم فوق باید سبب ناراحتی چشمگیر یا افت بارز عملکرد فرد شده باشند. (مهمترین شاخص)

نکته: به طور کلی علائم اسکیزوفرنی به دو دسته تقسیم می شوند:

علائم مثبت: هذیان، توهم، تکلم آشفته، سستی تداعی ها، رفتار آشفته یا کاتاتونیک

علائم منفی: سبب قطع ارتباط بیمار با دنیای بیرون می شوند و شامل جامعه گریزی، عدم توجه به بهداشت فردی، کندی عاطفه، عاطفه سطحی، فقر کلام، انسداد فکر، بی ارادگی، ناتوانی از لذت بردن و عدم پشتکار می شود.

تست ۲: تمام موارد زیر از علائم منفی در اسکیزوفرنی هستند به جز: (پره انترنی اسفند ۹۵- دانشگاه گیلان)
الف) فقر کلام
ب) سستی تداعی ها
ج) عدم لذت
د) آراستگی و بهداشت نا کافی
جواب: گزینه ب

معیار های تشخیصی اسکیزوفرنی:

۱. بیمار باید هر یک از علائم زیر را حداقل یک ماه داشته باشد و در مجموع حداقل ۶ ماه علامت دار باشد:

- هذیان
- توهم
- تکلم آشفته (از خط خارج شدن یا بی ربطی مکرر)
- رفتار آشفته یا کاتاتونیک
- علائم منفی (عاطفه سطحی، کاهش محتوی فکر، بی ارادگی)

۲. اختلال عملکرد

۳. رد اختلال خلقی و اسکیزوافکتیو و سوء مصرف مواد

نکته: برای تشخیص اسکیزوفرنی، وجود هذیان یا توهم الزامی نیست و ممکن است در یک فرد با علائم دیگری نیز بروز کند ولی اگر بیمار سابقه اختلال اوتیسم یا اختلال نافذ رشد دیگر دارد، تشخیص اضافی اسکیزوفرنی فقط زمانی گذاشته می شود که هذیانها و یا توهمات حداقل یک ماه دوام داشته باشد.



علائم بالینی اسکیزوفرنی:

۱. علائم عاطفی:

- کاهش عکس العمل هیجانی (شایع ترین)
- فقدان احساس لذت (Anhedonia)
- کندی عاطفه و عاطفه سطحی
- خشم و اضطراب و هیجان افزایش یافته

۲. اختلالات درکی:

- ✓ توهم بینایی
- ✓ توهم شنوایی: شایع ترین نوع توهم در این بیماران است و معمولا تهدید کننده، اتهام زننده و توهین کننده است.

نکته: توهمات لمسی، بویایی و چشایی در اسکیزوفرنی غیر شایع است و در این موارد باید به علل طبی یا نورولوژیک مشکوک گردید.

۳. اختلالات تفکر:



- علائم محوری و هسته اصلی اسکیزوفرنی است.
- اختلال محتوای فکر: هذیان از نوع عجیب و غریب، انتساب، گرندبوزیتی، جسمی و ...
- اختلال فرم فکر: سستی تداعی ها، از خط خارج شدن، حاشیه پردازی، نئولوژی و موازی گویی
- اختلال جریان تفکر: پرش افکار، توقف فکر، فقر محتوای تفکر و ...

## فصل ۱۱: اورژانس های روانپزشکی

نکته: لورازپام به میزان ۲ تا ۴ میلی گرم وریدی انتخابی است و در صورت عدم دسترسی می توان از دیازپام استفاده کرد. در صورت عدم پاسخ می توان ۳۰ دقیقه بعد دوز بعدی و در کل ۳ تا ۴ بار در یک روز تکرار کرد.

نکته: ۲ مورد را در مورد تزریق بنزودیازپین در نظر داشته باشید:

- ✓ بیمار از نظر ایست تنفسی مرتبا تحت نظر باشد.
- ✓ از تزریق در انتهاها (مچ به پایین) به جهت خطر گانگرن باید اجتناب کرد.

✓ آنتی سایکوتیک ها: در صورت وجود پارکینسون یا احتمال NMS ممنوع است.

نکته: آنتی سایکوتیک های پر قدرت مثل هالوپریدول ۵ میلی گرم عضلانی به همراه ۲ میلی گرم بی پریدین انتخابی هستند و در صورت عدم پاسخ پس از ۳۰ دقیقه می توان همین دوز را تکرار کرد.

تست ۱: آقای ۲۵ ساله به دنبال مشاجره و ضربه به سر که منجر به کاهش سطح هوشیاری نشده، به دلیل پرخاشگری فیزیکی شدید به اورژانس روانپزشکی آورده شده است. تجویز کدام یک از داروهای زیر در این بیمار ممنوع است؟  
(پره انترنی شهریور ۹۸- دانشگاه اصفهان)  
الف) هالوپریدول (ب) لورازپام  
ج) الانزاپین (د) کلرپرومازین  
جواب: گزینه ب

اهمیت: این فصل پرخاشگری، خودکشی، کاتاتونی و سایکوزهای حاد را بررسی می کند. و جزو فصول مهم و سوال خیز محسوب می شود.

### پرخاشگری و تهاجم (Aggression, Violence)

تعریف: رفتار هدف دار و ناگهانی در جهت تحقیر یا صدمه زدن به دیگران که می تواند کلامی یا فیزیکی باشد که نشانه های تهاجم قریب الوقوع آن عبارتند از:

- رفتار تهاجمی اخیر
  - تهدیدات کلامی و فیزیکی
  - حمل سلاح گرم یا سرد
  - بی قراری پیش رونده
  - تمایلات پارانوئید
  - توهमत شنوایی آمرانه
  - خیره شدن به مصاحبه گر
  - تهییج کاتاتونیک
  - مصرف شیشه و الکل و سایر مواد
- نحوه برخورد:

### پرخاشگری کلامی:

- صحبت و دعوت به آرامش
- در صورت موافقت بیمار استفاده از دارو

### پرخاشگری فیزیکی و تهاجم:

- به سرعت محدودیت فیزیکی برای بیمار قرار می دهیم.
- استفاده از دارو

داروهای مورد استفاده:

✓ بنزودیازپین ها: در بیماران با ضایعات فضاگیر جمجمه و یا سابقه ترومای سر ممنوع است.

## فصل ۱۲: طب روان تنی و اختلالات ساختگی و تمارض

علائم بالینی:

- اعتقاد به بیماری به شدت هذیان نیست.
- این اختلال نوعی تظاهر بالینی افسردگی یا اضطراب است. (بیشتر اضطراب)
- مراجعه به پزشکان مختلف و انجام رادیولوژی و آزمایشات متفاوت
- منشا ایجاد علائم ناخودآگاه فرد است پس نباید به بیمار گفت تو مشکل جسمی نداری، چون او واقعا در ناراحتی و درد است و علائم را تجربه می کند.
- شیوع آن در زن و مرد یکسان است.
- اتلاف وقت و انرژی برای بررسی شکایات
- سیر اپیزودیک بیماری

نکته: قبلا اگر شکایت اصلی و غالب بیمار درد می بود، به آن اختلال درد گفته می شد.

درمان:

- درمان توسط پزشک داخلی یا پزشک خانواده انجام گیرد ولی به یک مرکز بهداشت روان نیز ارجاع گردد.
- زمان هر ویزیت کوتاه باشد.
- در هر ویزیت معاینه عضو مورد شکایت انجام شود.
- اجتناب از انجام جراحی یا آزمایشات غیر ضروری
- اطمینان بخشی به بیمار پس از بررسی های لازم
- انتقال توجه بیمار به رابطه بین استرس و شکایاتش
- روان درمانی حمایتی
- شناخت درمانی

نکته: درمان دارویی در موارد زیر اندیکاسیون دارد:

- ✓ اختلال اضطرابی و OCD
- ✓ افسردگی

اهمیت: این فصل شامل فصل ۱۷ و ۲۳ رفرنس بوده و اختلال علائم جسمی، اختلال بد شکلی بدن، اختلال ساختگی، اختلال تبدیلی و اختلال اضطراب بیماری را بررسی می کند. از آنجایی که افتراق هر کدام از موارد بالا بسیار پر اهمیت می باشد و تغییرات گسترده DSM 5 در مقایسه با ورژن قبلی اتفاق افتاده، جذابیت خاصی برای روانپزشکان داشته و توصیه به مطالعه دقیق این فصل می شود.

### اختلال علائم جسمی



نکته: دقت کنید که در ورژن قبلی به آن هیپوکندریازیس گفته می شد در صورتی که در DSM 5 اختلال هیپوکندریازیس، اختلال درد و اختلال جسمانی سازی همگی در هم ادغام شده و به عنوان اختلال علائم جسمی نام گذاری شده است.

تشخیص: اشتغال ذهنی یا ترس و باور به داشتن یک بیماری جدی جسمی به همراه شکایات خاص مربوط به آن بیماری به مدت حداقل ۶ ماه که علت آن تعبیر نادرست نشانه های فیزیولوژیک است و منجر به افت عملکرد شده است.

## اختلالات خواب

## ۱. بی خوابی:

- ناتوانی در داشتن یک خواب کافی چه از لحاظ کیفیت چه کمیت همراه با تبعات آن در زندگی روزمره.
- در نوع ایدیوپاتیک آن شایع‌ترین شکایت مربوط به خواب است و بیماران به درمان‌های معمول مقاوم اند.
- شکایت اصلی در شروع خواب یا تداوم آن است.
- نوع حاد کمتر از یک ماه
- نوع کوتاه مدت ۱ تا ۶ ماه
- نوع مزمن بیشتر از ۶ ماه

نکته: در DSM 5 ، اختلال بی خوابی با مشکل در شروع خواب، تداوم خواب یا صبح زود بیدار شدن حداقل ۳ بار در هفته و حداقل ۳ ماه تعریف می شود و انواع آن عبارتند از:

- ✓ اپیزودیک : حداقل یک ماه ولی کمتر از ۳ ماه
- ✓ مداوم (Persistant): بیشتر از ۳ ماه
- ✓ مکرر (Recurrent): حداقل ۲ اپیزود در یک سال

## ۲. پر خوابی:

- فرد در زمان و موقعیت نامناسب به خواب می رود.
- در بزرگسالان شایع است.
- علل آن می تواند محرومیت از خواب، آپنه انسدادی خواب، نارکولپسی، بیماری قلب یا کلیه، افسردگی آتیبیک و داروها باشد.

## اختلالات چرخه خواب - بیداری

- تنظیم چرخه خواب و بیداری بر عهده ریتم سیرکادین است که ۲۴/۵ تا ۲۵/۵ ساعت می باشد.
- ساعت درونی بدن در هسته فوق کیاسمایی قرار دارد.

- مهمترین عامل در تنظیم ساعت سیرکادین، نور محیط (تاریک و روشن شدن) است.
- نکته: افراد در صبح زود و آخر شب، کمترین سطح بیداری را دارد.

## انواع اختلال:

۱. Jet lag: بهم خوردن چرخه خواب و بیداری بعد از مسافرت‌های طولانی بویژه از غرب به شرق
۲. تغییرات شیفت کاری: اختلال در چرخه خواب و بیداری در کسانی که شب کار هستند یا تغییرات مکرر شیفت کاری دارند.
۳. سندروم فاز خواب تاخیری:

- دیر به خواب رفتن
- دیر از خواب بیدار شدن و گیجی صبح گاهی
- ۴. سندروم فاز خواب زودرس:

- زود به خواب رفتن
- زود از خواب بیدار شدن
- خواب آلودگی در غروب

## درمان:

## ۱. رعایت بهداشت خواب:

- ✓ جلوگیری از خواب بیش از حد بخصوص در طول روز
- ✓ فقط در موقع خواب در رختخواب باشد.
- ✓ خوابیدن و بیدار شدن در ساعت مشخص حتی در روزهای تعطیل
- ✓ مواجهه کافی با نور آفتاب در طول روز
- ✓ فعالیت فیزیکی ۶ ساعت قبل از خواب
- ✓ عدم مصرف الکل، سیگار و کافئین
- ✓ اجتناب از خوردن مایعات و غذای سنگین قبل از خواب
- ✓ تاریکی و درجه حرارت مناسب محل خواب
- ✓ در صورتی که فرد در رختخواب خوابش نمی برد، از تلاش بیشتر ممانعت کند و اتاق را ترک و به کار دیگری بپردازد.

درمان:

- ✓ روان درمانی گروهی
- ✓ خانواده درمانی
- ✓ والپروات، فنی توئین، پروپرانولول و لیتیوم
- ✓ SSRI

نکته: بنزودیازپین ها ممکن است باعث تشدید عدم کنترل شوند.

اختلالاتی که در جای دیگر مشخص نشده اند

۱. اجبار به استفاده از اینترنت (اعتیاد به اینترنت):

- فرد اغلب ساعت بیداری اش را پای کامپیوتر می گذراند.
- عدم توانایی مقابله با تکانه استفاده از اینترنت
- مشاوره رودررو می تواند مفید باشد.

۲. اجبار به استفاده از تلفن همراه:

- استفاده اجباری از تلفن برای تماس با دیگران
- دلیل این اجبار، ترس از تنهایی یا تلاش برای ارضای وابستگی ناخودآگاهشان

۳. رفتارهای جنسی اجباری (اعتیاد به سکس):

- نیاز مکرر به ارضای جنسی
- بعد از انجام آن هم احساس گناه نمی کنند.

۴. خود زنی تکراری:

- صدمه زدن به بدن به صورت اجباری
- گاهی هدف آنها جلب توجه دیگران یا فریاد برای کمک است.

- این رفتار در افراد "شخصیت مرزی" دیده می شود.

توجه: در رفرنس اصلی در این فصل توضیح اضافه تری در مورد اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله ای داده نشده است و فقط عناوین این اختلالات ذکر شده است.

- خانواده بیمار معمولا فقیر و پر از خشونت بوده.
- تدارک حریق هم می تواند خیلی دقیق و هم در مواردی سرسری باشد.
- بیماری عودهای مکرر دارد.

نکته: هیپوگلیسمی واکنشی در تست تحمل قند، به عنوان علتی برای آتش افروزی در نظر گرفته شده است.

درمان: روان درمانی رفتاری

اختلال خشم انفجاری متناوب



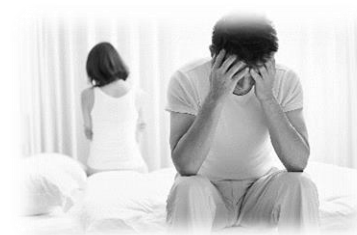
تعریف: ناتوانی از مقاومت در برابر تکانه های خشونت که در چندین دوره بروز کرده است.

نکته: شخصیت اپیلتوئید حالتی تشنج مانند برای حملات خشم است که فرد اورا، تغییر حسی مشابه تشنج، یافته های غیرطبیعی EEG، علائم عصبی و ازدیاد حساسیت شنیداری و بویایی داشته و در مردان شایع تر است.

سیر و پیش آگهی:

- عمدتا در بزرگسالی و اواخر نوجوانی بروز می کند.
- خانواده بیمار معمولا آشفته و پر از خشونت بوده.
- همانند سازی با پرخاشگری خانواده نوعی مکانیسم دفاعی است که فرد از این طریق خشونت خانواده را درونی می کند.
- هر حالتی که خاطرات کودکی را زنده کند، باعث بروز خشم می شود.
- سایکوآنالیز معتقد است خشونت باعث حفظ خودشیفتگی فرد و فاصله فردی او می شود.
- سطح بالای تستسترون در CSF از علل خشونت در مردان است.

## ۲. اختلال نعوظ در مردان:



تست ۱: کدام داروی زیر اختلال نعوظ ایجاد می کند؟  
(پره انترنی شهریور ۹۵-دانشگاه کرمانشاه و همدان)  
الف) ایندومتاسین  
ب) سیتالوپرام  
ج) کلردیازپوکساید  
د) فنتولامین  
جواب: گزینه الف

## ۳. اختلال تحریک جنسی زنان:

- مشکل در حفظ و نگهداری واکنشهای لوبریکاسیون-تورمی ژنیتالیا خانم ها برای تکمیل رابطه جنسی.
- آنتی هیستامین، MDD، احساس گناه از علل آن است.

## ۴. اختلال انزال زودرس مردان:



- انزال قبل از زمانی که خود فرد و شریک جنسی مایل هستند، اتفاق می افتد.
- شایع ترین اختلال کارکردی جنسی مردان است.
- جهت درمان می توان از SSRI ها به خصوص داپوکستین که کوتاه اثر است و یا از TCA مثل کلومیپرامین استفاده کرد.
- از تکنیک های Start-stop و Squeeze نیز می توان برای درمان استفاده نمود.
- بهترین پوزیشن مقاربت در این افراد Female superior است.

## ۵. اختلال انزال تاخیری (ارگاسم مهار شده) مردان:

- ✓ علی رغم فعالیت کافی جنسی، توانایی انزال و ارگاسم را ندارد.
- ✓ از علل آن SSRI و MAOI ها و آنتی سایکوتیک هاست.
- ✓ جهت درمان از خودارضایی در حضور شریک جنسی و دخول تدریجی استفاده می شود.

- قبلا به آن Impotence گفته می شد.
- عدم توانایی بدست آوردن نعوظ و یا از دست دادن آن حین رابطه برای حداقل ۶ ماه
- شایع ترین علت مراجعه مردان به کلینیک اختلال جنسی است.
- در افراد جوان و میانسال بیشتر علل روانشناختی و در مسن ها بیش تر علل عضوی دارد.
- در صورت شروع ناگهانی، بیشتر علل روانشناختی مطرح است.
- در صورت وجود نعوظ صبحگاهی یا نعوظ در خواب نیز علل ارگانیک رد می شوند.
- درمان با مهار کننده ی PDE-5 مثل سیلدنافیل و تادالافیل (طولانی اثر) است. البته باید دقت داشت وجود تحریک جنسی جهت نعوظ لازم است و این داروها نعوظ خود به خودی ایجاد نمی کنند.
- علل ثانویه اختلال نعوظ شامل موارد زیر است.

داروها	عوامل طبی
TCA	انفسعالیت و اوریون
MAOI	آترواسکلروز و CHF
لیتیوم	CKD و سیروز
آنتی سایکوتیک ها	دیابت و هیپرتیروئیدی
آمفتامین	MS و پارکینسون
داروی ضد فشار خون و دیگوکسین	پروستاتکتومی و سیستکتومی
پروپرانولول و ایندومتاسین	مسمومیت با سرب
الکل، تریاک، کوکائین	آدیسون و سوءتغذیه



## فصل ۱۸: روانپزشکی کودک و نوجوان

علائم بالینی:



- ✓ در شیرخوارگی، حساسیت زیاد به محرک ها، کم خوابی، گریه زیاد یا بالعکس خواب زیاد و شل بودن
- ✓ علائم از ۳ سالگی بارزتر می شوند ولی معمولا تا سن پیش دبستانی تشخیص داده نمی شود.
- ✓ این کودکان در آزمون ها، سریع سراغ سوالات می روند ولی فقط چند سوال اول را پاسخ می دهند.
- ✓ اغلب تحریک پذیر و پرخاشگرنند.
- ✓ مشکلات یادگیری و رفتاری
- ✓ مشکلات تحصیلی ناشی از اختلال یادگیری و حواس پرتی
- ✓ عدم دقت به جزئیات و فراموش کاری
- ✓ با شنیدن اسمشان سریع پاسخ نمی دهند.
- ✓ رفتارهای ضد اجتماعی و اعتماد به نفس ضعیف ناشی از واکنش نادرست معلمین و والدین است.
- ✓ مستعد سوءمصرف مواد هستند.
- ✓ اغلب پرحرف و پر تحرک اند و صبر و حوصله اندکی دارند و وسط حرف دیگران می پرند.
- ✓ هیچ معیار آزمایشگاهی برای تشخیص وجود ندارد.
- ✓ اختلال سلوک همراه با ADHD دیده می شود.

نکته: صرع پتی مال، مشکلات بینایی و شنوایی، بیماری‌های تیروئید و هیپوگلیسمی تشخیص افتراقی طبی ADHD می باشد.

اهمیت: این فصل از منابع اصلی طرح سوال می باشد. این فصل علاوه بر درس روانپزشکی مطالب مشترک با روانپزشکی نلسون نیز دارد که مورد سوال واقع می گردد.

### اختلال کم توجهی بیش فعالی (ADHD)

- بیماری در پسرها از دختران شایع تر است.



- نقش مهم ژنتیک در بروز آن
- والدین کودک مبتلا معمولا دچار پرتحرکی، رفتار ضد اجتماعی، اختلال مصرف الکل و اختلال تبدیلی هستند.
- وضعیت اجتماعی اقتصادی به عنوان عامل زمینه ساز مطرح نیست.
- شواهدی به نفع زمینه ساز بودن رنگ‌های مصنوعی افزودنی به غذاها یا شکر در ADHD پیدا نشده است.

تشخیص و تظاهرات بالینی:

معیارهای تشخیصی عبارتند از:

۱. کم توجهی، تکانشگری و پرتحرکی بر اساس شرح حال تکاملی و مشاهده مستقیم
۲. شروع بعضی علائم قبل از ۱۲ سالگی
۳. وجود علائم حداقل در دو محیط (خانه و مدرسه)
۴. ایجاد اختلال عملکرد

- طول کشیدن برای حداقل یک سال
  - شروع قبل از یک سالگی
  - همراهی با ADHD، OCD، اختلال اضطرابی، مشکلات یادگیری، افسردگی و رفتارهای مهارگسیخته
۲. اختلال تیک حرکتی یا صوتی پایدار یا مزمز: شبیه تورت به جز این که این ها یا تیک حرکتی دارند یا صوتی (نه هردو)
۳. اختلال تیک پیش نگر (Provisional):

- تیک به هر صورتی (حرکتی یا صوتی یا هر دو) در صورتی که کمتر از یک سال از شروع گذشته باشد.
- ۴. اختلال تیک نامعین:

- در هیچ یک از دسته بندی های بالا نمی گنجند.

نکته: برای تشخیص گذاری اختلال تیک نیازی به وجود اختلال عملکرد یا فشار روانی نیست.

نکته: بر خلاف دیگر اختلالات حرکتی، تیک می تواند در طی خواب رخ دهد.

تست ۳: پسر ۴ ساله ای با علائم پرتحرکی، بی توجهی به محیط و اجتناب از تماس چشمی ارجاع می شود. نمی تواند صحبت کند و قادر به اشاره به چیزی نیست، به برخی اشیاء خاص علاقه زیادی نشان می دهد. کدامیک از تشخیص های زیر محتملتر است؟  
(پره انترنی شهریور ۹۵-دانشگاه اصفهان)  
الف) ADHD (ب) اسکیزوفرنی  
ج) اوتیسم (د) عقب ماندگی ذهنی  
جواب: گزینه ج

### اختلالات تیک

تعریف: حرکت، صدا یا ژست ناگهانی، تکراری، سریع، نامنظم و غیر ارادی است که به ندرت بیش از یک ثانیه طول می کشد و محل آن به تدریج از سمت سر به پاها تغییر مکان می دهد.

نکته: پلک زدن شایع ترین نوع تیک و شایع ترین شکل شروع تیک است.

انواع بالینی:

#### ۱. اختلال تورت (Tourettes):

- تیک های حرکتی متعدد به همراه حداقل یک تیک صوتی که می تواند همزمان باشد یا نباشد.

تشخیص افتراقی: به جدول زیر که شامل تشخیص های افتراقی تیک و ویژگی های هر کدام هست دقت کنید.

اختلال	نوع حرکت	تغییر محل	قابل مهار بودن	افت و خیز	پاسخ به محرک	توضیحات
تیک	ناگهانی و سریع	دارد	بله	دارد	-/+	افزایش با توجه
دیس تونی	ناگهانی و مداوم	ندارد	خیر	ندارد	-	افزایش با فعالیت
دیس کینزی	آرام	دارد	خیر	ندارد	-	افزایش با حواسپرتی
پای بی قرار	آرام	ندارد	خیر	ندارد	-	
کره	آرام و نامنظم	ندارد	خیر	-/+	-	کاهش با حرکت
آکاتیژیا	بیقراری	ندارد	کوتاه	دارد	-	
استرئوتایپی	تکراری	دارد	بله	دارد	-/+	لذت بخش
هایپرپلکسی	ناگهانی	ندارد	خیر	ندارد	+	