

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مرور جادویی روانپزشکی

گردآوری و تالیف :

دکتر بهنوش شهسواری پور



موسسه آموزشی نوآوران دانش‌آماهان

www.noavaranedanesh.ir

فهرست مطالب

- فصل ۸: ارزیابی و طبقه بندی ۱
- فصل ۱۰: نشانه‌شناسی در روان‌پزشکی ۹
- فصل ۱۲: اختلالات عصبی- شناختی ۱۵
- فصل ۱۳: اختلالات اعتیادی و مصرف مواد ۲۷
- فصل ۱۴: طیف اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روان‌پریشی ۳۷
- فصل ۱۵: اختلالات خلقی ۴۷
- فصل ۱۶: اختلالات اضطرابی ۵۵
- فصل ۱۷: طب روان‌تنی، عوامل روان‌شناختی مؤثر بر بیماری‌های طبی و اختلالات ۷۱
- فصل ۱۸: اختلالات تجزیه‌ای ۸۳
- فصل ۱۹: اختلالات روانی جنسی ۸۷
- فصل ۲۰: اختلالات خواب- بیداری ۹۳
- فصل ۲۱: رفتارهای مخرب، اختلال کنترل تکانه و اختلال سلوک ۱۰۳
- فصل ۲۲: اختلالات انطباقی ۱۰۵
- فصل ۲۳: تمارض ۱۰۹
- فصل ۲۴: اختلالات شخصیتی ۱۱۱
- فصل ۲۵: اورژانس‌های روان‌پزشکی ۱۱۵
- فصل ۲۶: روان‌پزشکی کودک و نوجوان ۱۲۱
- فصل ۲۷: روان‌پزشکی سالمندان ۱۳۷
- فصل ۲۸: روان‌درمانی ۱۴۱
- فصل ۲۹: درمان‌های عضوی در روان‌پزشکی ۱۴۵
- فصل ۳۰: دارودرمانی سیناپسی ۱۶۱

فصل ۸: ارزیابی و طبقه بندی

Classification and Diagnosis in Psychiatry

Psychiatric History and Mental Status Examination

Psychiatric Report and Medical Record

Psychiatric Rating Scales

Laboratory Tests in Psychiatry

Brain Imaging in Psychiatry

Glossary of Signs and Symptoms

علاوه بر طبقه بندی معمول در روانپزشکی چند اصطلاح دیگر نیز برای توصیف بیماری ها به کار می رود:

A. روان پریشی (Psychotic): فقدان واقعیت سنجی (reality testing) همراه با هذیان و توهم مثل اسکیزوفرنی یا اختلالات خلقی با تظاهرات سایکوتیک

B. روان نژندی (Neurotic): در این حالت واقعیت سنجی از میان نرفته است؛ اساس آن عمدتاً تعارضات درون روانی یا وقایع زندگی است که موجب بروز اضطراب می شوند. مانند اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی بدون تظاهرات سایکوتیک.

خلاصه اجزای شرح حال روانپزشکی (توجه این قسمت در امتحان صلاحیت بالینی مهم است)

Psychiatric History:

Identification Data

Chief Complaint (CC)

Present Illness (HPI)

Past psychiatric history

medical history

Drug history

Substance history

Family history

Personal history (anamnesis)

Early childhood (through 3 years of age)

Middle childhood (3 10 11 years of age)

Later childhood (prepuberty through adolescence)

Adulthood

Occupational history

Educational history

Sex & marital history

Religious background

Military history

Legal history

Premorbid personality

Current living situation

معاینه وضعیت روانی (Mental Status Examination)

A. ظاهر

۱. مشخصات ظاهری (General appearance)

۲. Behavior and psychomotor activity

Mannerism حرکات غیر ارادی عادی و تثبیت شده.

stereotypy تکرار مکانیکی و مداوم گفتار و یا فعالیت‌های فیزیکی. در اسکیزوفرنی کاتاتونیک دیده می‌شود.

waxy flexibility حالتی که در آن هر حالتی به بدن فرد داده شود در همان حالت می‌ماند. نام دیگرش catalepsy است.

۳. General description

B. گفتار یا تکلم (Speech)

C. خلق و عاطفه

۱. خلق (Mood): احساس و هیجان نافذ و پایداری که فرد در درون خود حس می‌کند و می‌تواند تمام جنبه‌های رفتار فرد و ادراک او از دنیای بیرون را به میزان قابل توجهی تحت تأثیر قرار می‌دهد، با عاطفه متفاوت است. عاطفه تظاهر بیرونی این احساس درونی است.

۲. عاطفه (affect) (تظاهر بیرونی تجارب درونی بیمار، تجربه عینی و فوری احساسات که همراه با تفکر و بازیابی ذهنی موضوعات اتفاق می‌افتد). ارزیابی معاینه‌کننده از عاطفه بیمار شامل این موارد می‌باشد:
گستره عاطفه (affects-broad)، محدود (restricted)، کند (blunted) یا سطحی (flat)، تناسب (appropriate to the thought) (content)

D: تفکر

۱. شکل تفکر (Form of thinking)

a. باور بودن فکر (Productivity):

فراوانی یا اندک بودن افکار (paucity of ideas)،

پرش افکار (flight of ideas): توالی سریع افکار یا صحبت‌های پراکنده که محتوایشان ناگهان عوض می‌شود و گفتار نیز ممکن است بی‌ربط باشد، در مانیا دیده می‌شود.

تفکر سریع، تفکر کند (rapid thinking, slow thinking)

b. پیوستگی افکار (Continuity of thought):

شل شدن تداعی‌ها (loosening of association): فقدان روابط علت و معلولی در توضیحات بیمار. اختلال در سخن گفتن ناشی از اختلال در مسیر منطقی افکار است. تظاهرات آن به صورت اختلال در برقراری ارتباط کلامی مناسب و پریدن از یک موضوع به

موضوع دیگر به صورت نامرتبط است. نحوه تفکر مشخصه اسکیزوفرنی.

تفکر غیر منطقی (Illogical thinking)

تفکر مماسی (Tangentiality): نوعی سبک گفتار که در آن فرد در حاشیه موضوع اصلی سخن گفته و از آن منحرف می‌شود و حتی گاهی سخنانش بی‌ارتباط با موضوع هستند و در مورد موضوع اصلی صحبت نمی‌شود.

حاشیه پردازی (Circumstantiality)

در هم برهم (Rambling)

طفره جویی (Evasive)

در جا زدن (Perseveration): (۱) تکرار پاتولوژیک یک پاسخ به محرک‌های مختلف، مانند تکرار یک پاسخ کلامی در جواب سؤالات مختلف. (۲) تکرار ثابت کلمات یا مفهومی خاص در عین صحبت کردن. در اختلالات شناختی، اسکیزوفرنی و سایر بیماری‌های روانی دیده می‌شود.

Verbigeration تکرار بی‌معنی و استرئوتایپی کلمات یا عبارات، چنان که در اسکیزوفرنی دیده می‌شود. نام دیگر آن cataphasia است. Preservation را نیز ببینید.

انسداد فکر (Blocking)

حواس پرتی (Distractibility): ناتوانی در متمرکز کردن توجه. بیمار قادر نیست به کاری که در حال انجامش است توجه کند و به جای آن موضوعات نامربوطی که در محیط وجود دارند توجه کند.

c. اختلال‌های زبانی

تکلم بی‌ربط با غیر قابل درک (Word salad): incoherent or incomprehensible speech

تداعی صوتی (clang associations): تداعی‌ها و یا گفتاری که بیش از آنکه با معانی کلمات مرتبط باشد با آهنگ آنها مرتبط است. کلمات هیچ‌گونه ارتباط منطقی با هم ندارند. مشخصه اصلی گفتار و فرد، هم وزن و هم آهنگ بودن کلمات است. اغلب در مانیا و اسکیزوفرنی دیده می‌شود.

واژه‌سازی (neologisms): کلمه یا عبارت جدیدی که نمی‌توان ریشه آن را پیدا کرد. اغلب در اسکیزوفرنی دیده می‌شود. همچنین به کلماتی اطلاق می‌شود که اجزای تشکیل‌دهنده‌اش قابل فهم هستند اما ترکیبشان غلط است از اصطلاح word approximation استفاده شود.

Word approximation استفاده از کلمات معمولی به صورت غیر معمول یا نامتناسب (ساختن کلمات جدیدی که با توجه به قوانین معمول کلمه‌سازی صورت می‌گیرد) (به عنوان مثال کلمه hand shoes به جای gloves و time measure به جای clock)؛ باید از نئولوژیسم افتراق داده شود. نئولوژیسم به ساخته شدن کلمه ای گفته می‌شود که ریشه‌های آن را نمی‌توان پیدا کرد.

paraphasia گفتار غیرطبیعی که در آن یک کلمه با کلمه دیگری جایگزین می‌شود. کلمه نامربوط عموماً از لحاظ ظاهری صدانشناسی و دستوری کلمه اصلی مورد نظر است. کلمه نامربوط ممکن است کلمه صحیحی باشد که به اشتباه به کار رفته است (clover به جای hand) و یا کلمه عجیب و بی‌معنایی باشد (treen به جای train).

Metonymy نوعی از اختلال گفتار که در اسکیزوفرنی شایع است. در این حالت فرد از کلمه یا عبارتی استفاده می‌کند که با کلمه مناسب مرتبط بوده ولی همانی نیست که اصولاً در آن موقعیت استفاده می‌شود به عنوان مثال بیمار به جای آنکه بگوید «غذا

فصل ۲۶: روان‌پزشکی کودک و نوجوان

اختلال کم توجهی بیش فعالی

اختلال کم توجهی / بیش فعالی با علائم کاهش توجه، پرتحرکی و میزان بالای رفتارهای تکانه‌ای مشخص می‌شود، به میزانی فراتر از آنچه که در این گروه سنی و تکاملی انتظار می‌رود.

همه گیر شناسی

اختلال کم توجهی بیش فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی با شروع در دوران کودکی می‌باشد. نسبت ابتلای پسران به دختران در نمونه‌های همه گیر شناسی تا بالینی از ۲ تا ۹ برابر متغیر است.

سبب شناسی

خویشاوندان درجه یک (مثل خواهر و برادر) در خطر بالایی برای ابتلا به این اختلال و همچنین اختلالات رفتاری ایذایی، اضطرابی و افسردگی می‌باشند. میزان اختلال کم توجهی بیش فعالی در والدین و همشیره‌های این کودکان ۲ تا ۸ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. سیستم نورآدرنرژیک و دوپامینرژیک ممکن است در اختلال کم توجهی بیش فعالی اهمیت بیشتری داشته باشد.

تشخیص

علائم اصلی کم توجهی، تکانشگری و پرتحرکی بر اساس شرح حال تکاملی کودک و مشاهده مستقیم بخصوص در مکان‌هایی که نیاز به توجه مداوم هست تشخیص داده می‌شود. بر اساس DSM-5 بعضی علائم باید قبل از ۱۲ سالگی شروع شده و باعث اختلال در عملکرد شده باشد. همچنین مشکلات حداقل در دو محیط (مثل خانه و مدرسه) باید مشاهده شوند. گزارش معلمین در ارزیابی مشکلات کودک در یادگیری و رفتار وی در مدرسه بسیار اهمیت دارند.

تظاهرات بالینی

شروع اختلال کم توجهی / بیش فعالی می‌تواند از هنگام شیرخوارگی باشد. در مدرسه، این کودکان در آزمون‌ها، سریع سراغ سوالات می‌روند ولی فقط چند سوال اول را پاسخ می‌دهند. از نظر هیجانی خیلی متغیرند و قبل پیش بینی نیستند. خیلی در معرض حوادث قرار دارند و آسیب‌های مختلفی پیدا می‌کنند. مشکلات مدرسه شامل مشکلات یادگیری و رفتاری می‌باشد که هر دو به طور شایع با این اختلال دیده می‌شوند. اغلب به جزئیات دقت نمی‌کنند. تکالیف خود را به سختی تمام می‌کنند و معمولاً در فعالیت‌های روزانه فراموش کار هستند. واکنش‌های نادرست کاکنان مدرسه و یا والدین به رفتارهای این کودکان بتدریج باعث شکل‌گیری یک اعتماد به نفس ضعیف و رفتارهای ضد اجتماعی می‌گردد. معمولاً قبل از اتمام کلام طرف مقابل جواب داده و یا وسط حرف دیگران می‌پرند.

تست‌های آزمایشگاهی

تغییرات غیر اختصاصی غیر طبیعی در EEG، PET، پاتوگنومونیک این اختلال نمی‌باشند.

سیر و پیش آگهی

سیر این اختلال متغیر است. علائم در ۶۰ درصد تا نوجوانی یا بزرگسالی موارد ادامه می‌یابد. ۴۰٪ باقی مانده یا در دوران بلوغ و یا اوایل بزرگسالی بهبودی می‌یابند.

پرتحرکی اولین علامت و حواس پرتی آخرین علامتی است که بهبود می‌یابد. احتمال بهبودی قبل از ۱۲ سالگی کم است. معمولاً در سنین بین ۱۲ و ۲۰ سالگی بهبودی اتفاق می‌افتد.

در بسیاری از بیماران آسیب‌پذیری به رفتارهای ضد اجتماعی، اختلالات مصرف مواد و اختلالات خلقی دیده می‌شود. به طور کلی، پیش آگهی ADHD در کودکی، با میزان سایکوپاتولوژی همراه، بخصوص اختلال سلوک و هرج و مرج خانوادگی ارتباط دارد.

درمان

درمان دارویی خط اول درمان در اختلال کم توجهی بیش فعالی محسوب می‌شود. داروهای محرک سیستم اعصاب مرکزی انتخاب اول می‌باشند.

که شامل متیل فنیدیت (ریتالین) دکستروآمفتامین (دکسدیرین) و ترکیبات نمک آمفتامین می‌باشند. در حال حاضر فرآورده‌های پیوسته رهش، که یک بار در روز تجویز می‌شوند به دلیل سهولت استفاده و کاهش اثر بازگشت، انتخاب ارجح می‌باشند. فرآورده‌های متیل فنیدیت و آمفتامین آگونیست‌های دوپامین هستند.

متیل فنیدیت یک داروی کوتاه اثر است که حدود ۳-۴ ساعت اثرش به طول می‌انجامد.

دوز پیشنهادی در کودکان ۳-۱۰ mg/kg و حداکثر تا ۶۰ mg در روز می‌باشد. شایع‌ترین عوارض جانبی دارو شامل سردرد، درد معده، تهوع و بی‌خوابی و بی‌اشتهایی می‌باشد. بعضی کودکان بعد از اتمام اثر دارو دچار پدیده بازگشت می‌شوند که در آن کودک کمی تحریک پذیر شده و برای دوره‌ی کوتاهی خیلی پرتحرک می‌شود. در بعضی موارد که تاریخچه اختلال تیک نیز وجود دارد، متیل فنیدیت میتواند باعث بدتر شدن تیک شود. کاهش یا مهار رشد می‌تواند در ۲ سال اول مصرف دیده شود که با تعطیلات دارویی در آخر هفته یا تابستان جبران می‌شود. برای کنترل بی‌خوابی ناشی از این داروها استفاده از دیفن هیدرامین (۲۵-۷۵ میلی گرم)، ترازودون (۵۰-۲۵ میلی گرم) یا افزودن یک داروی آلفا آدرنرژیک مثل Guanfacine می‌تواند موثر باشد. داروهای دیگر در درمان اختلال کم توجهی/ بیش فعالی در درجه اول اتوموکستین (Strattera) است که یک مهارکننده بازجذب نوراپی نفرین می‌باشد و در سنین بالای ۶ سال مورد تایید FDA قرار گرفته است. بعد از آن کلونیدین و گوانفاسین و داروهای ضد افسردگی مثل بوپروپیون، و ونلافاکسین قرار دارند. اتوموکستین می‌تواند باعث کاهش اضطراب و افسردگی نیز گردد.

قبل از شروع داروهای محرک اقداماتی را توصیه می‌کند که شامل معاینه فیزیکی، اندازه‌گیری BP، PR، وزن و قد می‌باشد. همچنین قد، وزن، BP، PR هر سه ماه یکبار و معاینه فیزیکی سالی یک بار باید انجام گیرد.

مداخلات روانی-اجتماعی

اختلالات دفعی

ترتیب طبیعی بدست آوردن کنترل عملکرد روده و مثانه به این شکل است. ۱. کنترل شبانه مدفوع ۲. کنترل روزانه مدفوع ۳. کنترل روزانه ادرار ۴. کنترل شبانه ادرار

فصل ۳۰: دارودرمانی سیناپسی

دارودرمانی

Psychopharmacology Medication-Induced Movement Disorders

تحمل، وابستگی

• در صورتی که با گذشت زمان اثرات ناشی از یک داروی خاص کاهش پیدا کند، اصطلاحاً گفته می‌شود که نسبت به اثرات آن دارو تحمل ایجاد شده است. تحمل ممکن است با ایجاد وابستگی فیزیکی همراه باشد، که عبارتست از نیاز مداوم به مصرف دارو برای جلوگیری از ظهور علائم ترک.

داروهای ضد اضطراب و خواب آور

- درمان اضطراب حاد: بنزودیازپین‌های خوراکی یا تزریقی
- درمان اضطراب مزمن
 - داروهای ضد افسردگی. SSRIs و ونلافاکسین در درمان اضطراب‌های مزمن مانند OCD کاربرد دارند. این داروها ممکن است در شروع درمان سبب افزایش اضطراب شوند.
 - بنزودیازپین‌ها: درمان طولانی مدت GAD و اختلال پانیک
 - پایش منظم بیمار از نظر وابستگی و تولرانس به دارو ضروری است.
 - بوسپیرون: FDA approved برای GAD
 - میرتازاپین: به علت اثرات سداتیو و افزایش وزن کاربرد آن محدود شده است.
- درمان بی‌خوابی
 - داروهای غیر بنزودیازپینی: زولپیدم، اسزوپیکلون و زالپلون شروع اثر سریعی دارند، اختصاصاً به رفع بی‌خوابی کمک می‌کنند، فاقد خواص شل‌کنندگی عضلانی و ضد تشنجی هستند، ظرف مدت ۴ یا ۵ ساعت کاملاً متابولیزه می‌شوند. و به ندرت موجب بروز علائم ترک یا بی‌خوابی ریباند می‌شوند. دوز معمول این داروها ۱۰mg درهنگام خواب است. گفته می‌شود که اثر زولپیدم تا ۵ ساعت و اثر زالپلون تا ۴ ساعت دوام دارد، دوز معمول اسزوپیکلون ۲ میلی گرم است که تا ۳ میلی گرم نیز قابل افزایش است، عوارض سوء این داروها شامل گیجی، تهوع و خواب‌آلودگی هستند.
 - بنزودیازپین‌ها: بنزودیازپین‌ها طول دوره نهفتگی خواب را کوتاه کرده و تداوم خواب را افزایش می‌دهند و بنابراین برای درمان بی‌خوابی مفید هستند، پنج داروی بنزودیازپینی که عمدتاً به عنوان خواب آور مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از: فلورازپام، تمازپام، کوازپام، استازولام و تریازولام

- بنزودیازپین‌ها همچنین مراحل ۳ و ۴ خواب (خواب عمیق یا امواج آهسته) را کوتاه کرده و بنابراین برای درمان خوابگردی و وحشت شبانه که در مراحل عمیق خواب رخ می‌دهند، داروهای خوبی به شمار می‌روند.
- بنزودیازپینها اختلالات مرتبط با خواب حرکات سریع چشم (REM) را سرکوب می‌کنند؛ بارزترین نمونه این اختلالات، رفتارهای خشن در حین خواب REM است (اختلال رفتار REM).
- اکسازپام انتخابی در بی‌خوابی سالمندان است.
- ترازدون. دوزهای کم ترازدون (۲۵-۱۰۰ mg) در هنگام خواب) به طور گسترده‌ای برای درمان بی‌خوابی به کار می‌رود.
- کوئتیاپین: ۱۰۰-۲۵ میلی گرم برای بی‌خوابی استفاده می‌شود.
- راملتیون: برای بی‌خوابی در شروع خواب اندیکاسیون دارد.

○ این داروی آگونیست گیرنده ملاتونین است و تمایل اتصال زیادی گیرنده‌های MT1 و MT2 دارد. این دارو فعالیت ملاتونین درونزاد را تقلید و تقویت کرده و به این ترتیب باعث حفظ چرخه شبانه روزی خواب می‌شود. دوز معمولی برای شروع دارو و دوز نگهدارنده آن ۸ میلی گرم است

آگونیستها و آنتاگونیستهای بنزودیازپینی

- بنزودیازپین‌ها غالباً برای تقویت اثرات داروهای ضدافسردگی در اولین ماه مصرف این داروها و قبل از این که اثرات ضد اضطرابی داروهای ضدافسردگی آشکار شوند، تجویز می‌گردند؛ سپس با ظهور اثرات داروهای ضد افسردگی، دوز بنزودیازپین‌ها به تدریج کم می‌شود.
- بنزودیازپینهای پرتوان (قوی)، نظیر آلپرازولام و کلونازپام برای سرکوب حملات پانیک مؤثر باشند.
- اکسازپام در بی‌خوابی سالمندان مؤثر و انتخابی است.
- مدت اثر.

○ دیازپام و تریازولام به سادگی جذب می‌شوند و شروع اثر سریعی دارند؛

- کلردیازپوکساید و اکسازپام سرعت عمل آهسته تری دارند.
- داروهایی که نیمه عمر طولانی دارند در صورت تکرار مصرف تجمع پیدا می‌کنند و به همین دلیل خطر خواب آلودگی شدید در طی روز؛ اشکال در تمرکز حافظه، و زمین خوردن را افزایش می‌دهند. میزان بروز شکستگی‌های مفصل ران به علت زمین خوردن در افراد مسنی که از داروهای طولانی اثر استفاده می‌کنند بیشتر از سالمندانی است که از داروهای به سرعت قابل حذف استفاده می‌نمایند.
- قطع مصرف بنزودیازپینهای با نیمه عمر کوتاه سندرم ترک شدید تری را به دنبال خواهد داشت.
- بنزودازپین‌های پرتوان (قوی) سبب بروز وابستگی و علائم ترک بیشتری میشوند.

جدول ۳-۳۰. نیمه عمر و مقدار مصرف و شکل دارویی آگونیستهای و آگونیستهای گیرنده بنزودیازپین‌ها

آگونیستها			
دارو	دوزهای معادل	نیمه عمر (ساعت)	سرعت جذب
کلونازپام	۰/۵	طولانی < ۲۰	سریع
دیازپام	۵	طولانی < ۲۰	سریع