

پایان خدا

طبابت هنر است،

هنر هماهنگی قلب و اندیشه



سرشناسه	: محبتی، الهام، ۱۳۶۲-، گردآورنده
عنوان و نام پدیدآور	: مجموعه سؤالات ارتقاء تخصصی روانپزشکی ۱۴۰۱: ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۲ امتحان و دستیاران محترم
مشخصات نشر	: تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	: ۱۳۰ص: جدول (رنگی).
شابک	: ۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۸۲-۹
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: کتاب حاضر برگرفته از کتاب
موضوع	: روان پزشکی -- آزمون ها و تمرین ها / Psychiatry -- Examinations, questions, etc. / به ویراستاری رابرت جوزف بولند، مارشا ال. وردوئن، پدرو روئیز و کتاب "Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 10th ed, 2017" تالیف بنجامین جیمز سادوک، ویرجینیا. ا. سادوک، پدرو روئیز است.
شناسه افزوده	: بولند، رابرت جوزف / Boland, Robert Joseph
شناسه افزوده	: وردوئن، مارشا ال. / Verduin, Marcia L.
شناسه افزوده	: روئیز، پدرو، ۱۹۳۶ - م. / Ruiz, Pedro
شناسه افزوده	: سادوک، بنجامین جیمز، ۱۹۳۳ - م. / Sadock, Benjamin James
شناسه افزوده	: سادوک، ویرجینیا ا.، ۱۹۳۸ - م. / Sadock, Virginia A.
شناسه افزوده	: کاپلان، هرولد آی.، ۱۹۲۷-۱۹۹۸ م. / Kaplan, Harold L., 1927-1998
رده بندی کنگره	: ۴۵۴RC
رده بندی دیویی	: ۸۹۰۰۷۶/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۱۸۲۱۰۴
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیبا
تاریخ درخواست	: ۲۳/۰۱/۱۴۰۲
تاریخ پاسخگویی	:
کد پیگیری	: ۹۱۷۹۶۸۵

مجموعه سؤالات ارتقاء تخصصی روانپزشکی ۱۴۰۱ به همراه پاسخ های تشریحی	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
گردآوری و پاسخ دهی به سؤالات: دکتر الهام محبتی	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱
ناشر: انتشارات کاردیا	تیراژ: ۵۰ نسخه
صفحه آرا: سپیده دبیری - رزیدنت یار	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۸۲-۹
طراح و گرافیس: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	بهاء: ۲۴۸,۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مجموعه سؤالات ارتقاء تخصصی روانپزشکی ۱۴۰۱

ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۲

متخصصان و دستیاران محترم

Kaplan_and_Sadock's_Synopsis_of_Psychiatry 2022
Kaplan_and_Sadock's_Comprehensive_of_Psychiatry 2017

گردآوری و پاسخ دهی به سؤالات:

دکتر الهام محبتی

رتبه ششم مورد تخصصی سال ۱۳۹۸ روانپزشکی
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راحت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آن چه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۳ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مباحث روانپزشکی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت‌یار:

www.residenttyar.com

info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>



سؤالات و پاسخنامه

ارتقاء تخصصی سال ۱۴۰۱
روانپزشکی

۱- آقای ۵۷ ساله با تشخیص اسکیزوفرنیا که تحت درمان با روزانه ۳۰ میلی گرم آریپیپرازول و ۸۰ میلی گرم متادون است، اخیراً از سردرد صبحگاهی شکایت دارد. در Brain MRI وی توده‌ی کوچکی در ناحیه خلفی - جانبی فرونتال چپ با احتمال مننژیوم گزارش شده است. محتمل‌ترین علت سردرد بیمار کدام است؟

الف) افزایش فشار داخل جمجمه

ب) سردرد تنشی

ج) هیپرکاپنه زمان خواب

د) دوز بالای متادون

این سؤال حذف شده است.

۲- آقای ۳۵ ساله‌ای به دنبال تروما به سر دچار حملات خنده‌ی ناگهانی غیر قابل کنترل و خودبه‌خودی شده است. علائم خلقی همراه وجود ندارد. مناسب‌ترین درمان دارویی کدام یک است؟

الف) الانزاپین

ب) والپروات

ج) سرتالین

د) نورتریپتیلین





پاسخ: گزینه ج

یک مطالعه شیوع Pseudo bulbar affect را به صورت pathological laughter and crying در یک گروه بیماران با TBI را حدود ۹۲٪ ارزیابی کرده است که ۱۱٪ آن‌ها در طی یک سال اول بعد از TBI بروز کرده است. Pseudo bulbar affect با اختلال اضطرابی و ضایعات لوب فرونتال که بیشتر مناطق لترال و وینترال پره فرونتال را درگیر کرده است، همراه بوده است علاوه بر این بیماران همراه با Pseudo bulbar affect با frequent aggressive و عملکرد ضعیف اجتماعی همراه بوده است. برای درمان، SSRI خط اول است. درمان ترکیبی دکسترومتورفان و کینیدین نیز مؤثر می‌باشد. (فصل ۵-۲ کامپیر ۲۰۱۷)

۳- سیر غالب افسردگی در بیماری پارکینسون کدام است؟

(الف) شروع با افسردگی اساسی و تبدیل به اختلال دوقطبی

(ب) شروع با افسردگی اساسی و مزمن شدن علائم

(ج) شروع با افسردگی غیراساسی و تبدیل به افسردگی اساسی

(د) شروع با افسردگی غیراساسی و تبدیل به اختلال دوقطبی

پاسخ: گزینه ج

دپرشن در پارکینسون: Normal psychological reaction to illness به صورت: Grief, Low mood, Frustration, Demoralization و Embarrassment می‌باشد. میزان شیوع افسردگی از ۲۰ تا ۹۰٪ متغیر بوده که میانگین فرکانس گزارش شده بین ۴۰ تا ۵۰٪ است. تا نیمی از موارد مبتلا به افسردگی، major depression را دارند و اکثریت بیماران پارکینسون با دپرشن، سندرم non major depressive را دارند که از minor depression تا persistent depressive disorder یا subsyndromal depression متغیر است که اغلب بدون درمان به سمت افسردگی مازور پیش می‌رود. (فصل ۶-۲ کامپیر ۲۰۱۷)

۴- آقای ۳۰ ساله مبتلا به ایدز می‌باشد. وی از حدود ۶ ماه قبل دچار کاهش خلق، خواب، اشتها، انرژی و بی‌قراری و ناامیدی شده است. درمانگر برای وی فلوکستین با دوز کم شروع و تدریجاً به ۲۰ میلی‌گرم می‌رساند. پس از ۶ هفته درمان، بهبودی نسبی حاصل شده اما کماکان علائم را داشته و از خستگی نیز شاکی می‌باشد. اضافه کردن کدام دارو مناسب‌تر است؟





Triiodothyronine (ب)

Lithium (الف)

Aripiprazole (د)

Nortriptyline (ج)

پاسخ: گزینه ب

درمان دارویی، درمان اصلی major depressive می‌باشد. اطلاعات در دسترس، ارجحیت هیچ داروی آنتی دپرسانت را نسبت به بقیه نشان نداده است. بیمارانی که دوز کافی از آنتی دپرسانت را دریافت کنند، بهترین شانس را برای بهبودی دارند. قانون کلی به صورت شروع با دوز کم از هر دارویی و به تدریج بالا بردن تا رسیدن به full dose یا سطح سرمی درمانی می‌باشد.

بسیاری از پژوهش‌ها SSRI را به عنوان خط اول درمان پیشنهاد کرده‌اند ولی از طرفی خیلی از داده‌ها ارجحیت هیچ دارویی از آنتی دپرسانت‌ها را نسبت به بقیه نشان نداده است و دارو با توجه به شرایط بیمار تجویز می‌شود.



Table 2.8–2.

Use of Antidepressants in HIV Disease, Their Dosages, and Common Side Effects

Drug	Start Dose	Usual Therapeutic Dose	Serum Level	Advantages	Interactions with HIV medicine
Nortriptyline (Pamelor)	10–25 mg q hs	50–150 mg q hs	100–150 ng/dL	Promotes sleep, weight gain, decreases diarrhea	Increases nortriptyline levels, flu lopinavir/ritonavir, ritonavir
Desipramine (Norpramin)	10–25 mg q hs	50–200 mg q hs	>125 ng/dL	Promotes sleep, weight gain, decreases diarrhea	Increases desipramine levels, lopinavir/ritonavir, ritonavir
Imipramine (Tofranil)	10–25 mg q hs	100–300 mg q hs	>225 ng/dL	Promotes sleep, weight gain, decreases diarrhea	Increases imipramine levels, lopinavir/ritonavir, ritonavir
Amitriptyline (Elavil)	10–25 mg q hs	100–300 mg q hs	200–250 ng/dL	Promotes sleep, weight gain, decreases diarrhea	Increases amitriptyline levels, lopinavir/ritonavir, ritonavir
Clomipramine (Anafranil)	25 mg q hs	100–200 mg q hs	150–400 ng/dL	Promotes sleep, weight gain, decreases diarrhea	Increases clomipramine levels, lopinavir/ritonavir, ritonavir





Doxepin (Sinequan)	10–25 mg q hs	150–250 mg q hs	100– 250 ng/dL	Promotes sleep, weight gain, decreases diarrhea	Increases doxepin levels Lopinavir/ritonavir, ritonavir
Fluoxetine (Prozac)	10 mg q am	20 mg q am	Unclear	Activating	Increases HIV med levels Amprenavir, delarvidine, efavire lopinavir/ritonavir, nelfinavir, saquinavir Decreases fluoxetine levels Nevirapine Increases sertraline levels Lopinavir/ritonavir, ritonavir
Sertraline (Zoloft)	25–50 mg q am	50–200 mg q am	Unclear		
Citalopram (Celexa)	20 mg q am	20–60 mg q am	Unclear		Increases citalopram levels Lopinavir/ritonavir, ritonavir
Paroxetine (Paxil)	10 mg q hs	20–40 mg q hs	Unclear	Somewhat sedating	Increases paroxetine levels Lopinavir/ritonavir, ritonavir
Fluvoxamine (Luvox)	50 mg q hs	150–250 mg q hs	Unclear	Somewhat sedating	Increases HIV med levels Amprenavir, delarvidine, efavire lopinavir/ritonavir, Nelfinavir, ritonavir, saquinavir Decreases fluvoxamine levels Nevirapine
Escitalopram (Lexapro)	10 mg q am	10–30 mg q am	Unclear	Nausea, akathisia	Unknown
Venlafaxine XR (Effexor)	37.5 mg q am	75–300 mg q am	Unclear	Activating, risk of hypertension	Lopinavir/ritonavir, ritonavir inc venlafaxine levels Venlafaxine may decrease indin
Desvenlafaxine (Prestiq)	50 mg 20 mg	50–100 mg q am	Unclear	Nausea, dizziness, vomiting	Not yet clear Unknown
Duloxetine (Cymbalta)		60–120 mg q am		Nausea, akathisia, sedation	





Mirtazapine (Remeron)	7.5–15 mg q hs	15–45 mg q hs	Unclear	Promotes sleep, weight gain	Unknown
Nefazodone (Serzone)	50 mg BID	300–400 mg/day in	Unclear	Somewhat sedating, risk	Increases HIV med levels
Vortioxetine (Brintellix)	5 mg q day	divided doses	Unclear	of hepatic complications	Efavirenz, Indinavir
Vilazodone (Viibryd)	10 mg	20–40 mg a day 40 mg		Nausea, constipation, vomiting Diarrhea, nausea, vomiting, insomnia	When used with maraviroc the dosage should be reduced to daily. Unknown Unknown
Trazodone (Desyrel)	50– 100	50–150 mg q hs for	Unclear	Promotes sleep	Increases trazodone levels Lopinavir/ritonavir, ritonavir
	mg q hs	sleep; 200–600 mg q hs for depression			
Bupropion SR or XL (Wellbutrin)	100 mg q am	150–400 mg/day in divided doses	Unclear	Activating, no sexual side effects	Efavirenz reduces bupropion lev Lopinavir/ritonavir has been dei reduce bupropion levels 57% Tipranavir/ritonavir reduces l 46% Elvitegravir/cobicistat/tenofovir may increase bupropion level

بروز اثرات درمانی شاید تا ۶ هفته طول بکشد. برای بی‌خوابی ناشی از SSRI، ترازودون (۷۵–۱۵۰ mg)،
 یبوست ناشی از TCA، افزایش مصرف آب و فیبر و برای عوارض جنسی ناشی از SSRI مانند اختلال
 ارکشن از داروهای مهارکننده نیتریک اکساید مانند سیلدنافیل، تادالافیل و واردنافیل استفاده می‌شود و
 برای کاهش لیبیدو و یا ارگاسم تأخیری، تعطیلات دارویی و یا بوپروپیون مؤثر می‌باشد. در صورت پاسخ
 نسبی، درمان آگمنتاسیون در نظر گرفته می‌شود که لیتیم به دلیل پروفایل عوارض جانبی استفاده از آن
 در HIV ممانعت می‌شود. ترکیبات تیروئیدی و به خصوص تری یدو تیرونین مفید است به خصوص برای
 بیماران که از خستگی شکایت می‌کنند. آنتی‌سایکوتیک‌های آتیپیک و پیندولول هم ترکیبات مؤثر برای
 آگمنتاسیون می‌باشد. (فصل ۸–۲ کامپر ۲۰۱۷)





۵- خانم ۳۵ ساله‌ای با حملات مکرر سردرد، همراه با حالت تهوع و فوتوفوبیا که درد وی با حرکت سر

تشدید می‌شود؛ در نوع شدید و حاد این اختلال از کدام اقدام زیر استفاده می‌نمایید؟

الف) سوماتریپتان

ب) کورتیکواستروئید

ج) لیتیوم

د) اکسیژن استنشاقی

پاسخ: گزینه الف



Table 2.11–6.

Acute Treatment of Migraine

Drug
5-HT _{1B/1D} AGONISTS
Sumatriptan (subcutaneous) 6 mg
Sumatriptan (50 mg)
Rizatriptan (10 mg)
Eletriptan (80 mg)
Almotriptan (12.5 mg)
OTHER
Dihydroergotamine (intranasal)
NSAIDs
Aspirin (325 mg)
Combinations of NSAIDs and anti-emetics (Prochlorperazine Maleate; thioridazine; metoclopramide)

برای درمان حاد میگرن طبق این جدول سوماتریپتان انتخابی می‌باشد. (فصل ۱۱-۲ کامپر ۲۰۱۷)

۶- در زایمان زودرس، ریسک بروز Autism Spectrum Disorders در کدام مورد زیر بسیار بالاتر

است؟

الف) Late preterm

ب) Extremely preterm

ج) Very low birth weight

د) Moderate preterm

پاسخ: گزینه ب و ج





شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد که در نوزادان زودرس و نوزادانی که وزن آن‌ها هنگام تولد کم است، خطر ابتلا به اختلالات عصبی و هوشی بالا است و این اختلالات در طی دوران تحصیل بروز می‌کنند. شیرخوارانی که دچار خونریزی داخل جمجمه می‌شوند یا شواهدی از ایسکمی مغزی نشان می‌دهند، آسیب‌پذیری ویژه‌ای نسبت به ناهنجاری‌های شناختی دارند. میزان اختلال در رشد عصبی عموماً با شدت خونریزی داخل جمجمه‌ای متناسب است.

مطالعات اخیر نشان داده است که ۲۰٪ کودکانی که با وزن کم به دنیا آمده‌اند (کمتر از ۱۰۰۰ گرم) دچار ناتوانی‌های چشمگیری نظیر فلج مغزی، کم‌توانی ذهنی، اوتیسم و هوش پایین همراه با مشکلات یادگیری شدید هستند. در کودکان بسیار زودرس و آن‌هایی که در دوران جنینی دچار تأخیر رشد بوده‌اند، خطر بروز مشکلات اجتماعی و تحصیلی بالا می‌باشد. محرومیت اجتماعی و اقتصادی نیز ممکن است بر کارکرد انطباقی این کودکان آسیب‌پذیر تأثیر بگذارد. مداخله به موقع ممکن است توانایی‌های شناختی، زبانی و ادراکی آن‌ها را بهبود ببخشد. (فصل ۱-۲ سیناپس ۲۰۲۲)

۷- تحلیل تمام متغیرهای زیر در مطالعات پژوهشی، نوعی آنالیز بقا (Survival Analysis) محسوب می‌شوند، به جز:

- الف) مدت زمان شروع اثر یک مدل درمان در بیماری خاص
- ب) مدت زمان تکمیل نمونه‌گیری تعداد معینی از آزمودنی‌ها
- ج) تعداد روزهایی که بهبودی علائم افسردگی رخ می‌دهد.
- د) طول مدت بستری شدن در بیمارستان در یک نوع بیماری

پاسخ: گزینه ب

(فصل ۵ کامپر ۲۰۱۷)

۸- طی ارزیابی عوامل خطر مرتبط با اعتیاد، میزان خطر نسبی (RR) در مورد عامل الف، عدد یک به دست آمد. کدام یک در مورد خطر نسبی عامل الف درست است؟

الف) مواجهه با عامل الف عامل خطر محسوب می‌شود.

ب) مواجهه با عامل الف عامل حفاظت‌کننده محسوب می‌شود.

ج) عامل الف یک عامل خنثی محسوب می‌شود.





(د) در مورد اثر عامل الف نمی توان قضاوتی داشت.

پاسخ: گزینه ج

$RR > 1$ نشان می دهد که بین مواجهه و ابتلا به بیماری ارتباط وجود دارد و اگر $RR < 1$ باشد یعنی بین مواجهه و عدم بیماری ارتباط وجود دارد و اگر $RR = 1$ باشد یعنی ارتباطی وجود ندارد.
(فصل ۵ کامپر ۲۰۱۷)

۹- به خانمی جوان که با علائم افسردگی فصلی و سابقه عود مکرر مراجعه کرده است، پیشنهاد درمان با دارو می شود. او با اضطراب، درمان دارویی را مطلقاً رد می کند و لزوم انجام آن را کاملاً زیر سؤال می برد. بصیرت بیمار در چه حدی است؟

الف) ناچیز

ب) نسبی

ج) کامل

د) گذرا

سؤال حذف شده است.

۱۰- برای نوشتن یک گزارش روانپزشکی (psychiatric report) انجام کدام یک از موارد زیر صحیح نیست؟

الف) باید شامل تاریخچه روانپزشکی و معاینه وضعیت روانی باشد.

ب) شامل خلاصه ای از یافته های مثبت و منفی و تفسیر اطلاعات به دست آمده باشد.

ج) حوادث زندگی از کودکی تا بزرگسالی بدون توجه به واکنش هیجانی نسبت به آنها باشد.

د) معاینه وضعیت روانی شامل تفکر و احساسات بیمار در زمان پاسخ به سؤالات باشد.

پاسخ: گزینه ج

گزارش روانپزشکی شامل تاریخچه روانپزشکی و نیز معاینه وضعیت روانی است. تاریخچه توصیف کننده رویدادهای زندگی در چهارچوبی از چرخه ی حیات است از شیرخواری تا سالمندی و بالینگر باید بکوشد واکنش هیجانی بیمار و هر رویدادی که به خاطر می آورد را استخراج کند. معاینه وضعیت روانی، افکار و احساسات بیمار در لحظه ی مصاحبه و نیز نحوه پاسخ دهی بیمار به سؤالات اختصاصی معاینه کننده را





پوشش می‌دهد. گاهی لازم است به تفصیل، سؤالات پرسیده شده و پاسخ‌های دریافتی گزارش شوند اما باید این امر در حداقل باشد تا گزارش به شکل یک رونویس کلمه به کلمه درنیاید با این همه بالینگران باید تلاش کنند تا حد امکان از کلمات خود بیمار استفاده کنند به خصوص وقتی علائم خاصی مثل توهم یا هذیان‌ها را توصیف می‌کنند.

نکته آخر اینکه گزارش روانپزشکی چیزی فراتر از تاریخچه روانپزشکی و وضعیت روانی است. این گزارش همچنین شامل جمع‌بندی یافته‌های مثبت و منفی و تفسیر داده‌هاست. گزارش مزبور، ارزشی فراتر از یک ارزش توصیفی دارد و واجد معنایی است که باعث درک مورد بیمار می‌شود. معاینه کننده به سؤالات اساسی در گزارش می‌پردازد:

۱. آیا به بررسی‌های تشخیصی بیشتری نیاز هست و اگر پاسخ مثبت است کدام بررسی‌ها؟
 ۲. آیا نیاز به مشاوره هست؟
 ۳. آیا بررسی نورولوژیک جامع از جمله EEG یا CT ضرورت دارد؟
 ۴. آیا انجام آزمون‌های روان‌شناختی لازم است؟
 ۵. آیا عوامل روان‌پویشی دخیل هستند؟
 ۶. آیا بافتار فرهنگی بیماری فرد لحاظ شده است؟
- گزارش شامل تشخیصی بر اساس ویراش پنجم (DSM-5) می‌باشد. در گزارش همچنین در مورد پیش‌آگهی بحث می‌شود و عوامل پیش‌آگهی خوب یا بد فهرست می‌شوند. گزارش با بحثی در مورد طرح درمانی و توصیه‌های قاطع در مورد تدابیر درمانی بیمار خاتمه می‌یابد.
- (فصل ۷ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۱ سیناپس ۲۰۲۲)

۱۱- برای کودکی با مشکلات توجه و تمرکز QEEG انجام شده است. گزارش QEEG به افتراق کدام مورد زیر کمکی نمی‌کند؟

- الف) افراد طبیعی
- ب) اختلالات طیف اوتیسم
- ج) اختلال یادگیری
- د) پاسخ مثبت به درمان دارویی

پاسخ: گزینه ب





QEEG عمدتاً یک روش پژوهشی محسوب می‌شود اما در روانپزشکی قابلیت‌های زیادی دارد به خصوص در اثبات انواع نوروفیزیولوژیک اختلالات خاص و شناسایی عوامل الکتروفیزیولوژیکی که به پیش‌بینی پاسخ درمانی کمک می‌کنند. برخی نتایج امیدوارکننده‌تر مطالعات QEEG عبارتند از:

۱. شناسایی انواع فرعی وابستگی به کوکائین و نوعی که بیش از همه با پرهیز پایدار همراه است.
۲. شناسایی انواع فرعی اختلالات وسواسی - جبری که پاسخ‌دهی یا عدم پاسخ‌دهی بالینی به SSRI را پیش‌بینی می‌کند.
۳. تفکیک افراد بهنجار، افراد مبتلا به اختلال نقص توجه و اختلال کم توجهی - بیش‌فعالی (ADHD) و افراد دچار ناتوانی‌های یادگیری.

یافته‌های QEEG در ADHD نشان می‌دهد افزایش نابهنجاری تتا در لوب پیشانی می‌تواند قویاً پاسخ به متیل فنیدیت و سایر محرک‌های روانی را پیش‌بینی کند و علاوه بر این پاسخ بالینی مطلوب به داروها ممکن است با رفع نابهنجاری EEG همراه باشد. (فصل ۳۳ سیناپس ۲۰۲۲)

۱۲- مردی راست دست به دنبال سکته مغزی دچار آسیب وسیع نیمکره چپ شده است. احتمال کدام

مورد در وی بیشتر است؟

الف) با مسواک غذا خوردن

ب) گم کردن مسیرهای آشنا

ج) اشتباه گرفتن علامت ضرب و جمع

د) اختلال در پروسودی کلام

پاسخ: گزینه الف





Table 1-19

Selected Neuropsychological Deficits Associated with Left or Right Hemisphere Damage

Left Hemisphere	Right Hemisphere
Aphasia	Visuospatial deficits
Right-left disorientation	Impaired visual perception
Finger agnosia	Neglect
Dysgraphia (aphasic)	Dysgraphia (spatial, neglect)
Dyscalculia (number alexia)	Dyscalculia (spatial)
Constructional apraxia (details)	Constructional apraxia (Gestalt)
Limb apraxia	Dressing apraxia
	Anosognosia

From Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009, with permission.

Limb apraxia در آسیب نیمکره چپ بیشتر از نیمکره راست می‌باشد.

(فصل ۷ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۱ سیناپس ۲۰۲۲)

۱۳- مرد ۴۲ ساله‌ای با تشخیص قبلی خصوصیات شخصیتی کلاستر B، با حال عمومی نسبتاً بد، تعریق، تحریک‌پذیری، افزایش ضربان قلب و فشار خون و ترمور مراجعه کرده است. مصرف مواد مخدر را انکار می‌کند. اذعان می‌کند گهگاه الکل مصرف می‌کند و روزی ۲۰ عدد سیگار می‌کشد. در بررسی آزمایشگاهی یافته‌های زیر وجود دارد:

آنمی، افزایش گاماگلوبولین ترانسفراز سرم، MCV بالا، پتاسیم و منیزیم پایین، AST=71 و ALT=50. کدام اقدام زیر در اولویت است؟

الف) تجویز سریع بنزودیازپین با دوز کافی

ب) کنترل سریع تحریک‌پذیری با هالوپریدول

ج) کنترل افزایش فشار خون با داروهای در دسترس

د) تجویز سریع داروی ضد تشنج ترجیحاً کاربامازپین





پاسخ: گزینه الف

سوء مصرف الکل ممکن است با رینوفیم، تلانژکتازی، بزرگی کبد و شواهد آسیب در معاینه جسمانی همراه باشد. بیماران در حالت محرومیت ممکن است افزایش فشار خون، لرزش و افزایش ضربان قلب یا تاکی کاردی را بروز دهند. مطالعات آزمایشگاهی در بیمارانی که سوء مصرف الکل دارند ممکن است ماکروسیتوز را نشان دهد این حالت در اکثر بیمارانی که روزانه ۴ یا ۵ پیک می نوشند دیده می شود. مشخصه بیماری کبد الکلی، افزایش AST و ALT (معمولاً با نسبت AST به ALT معادل ۲ به ۱ یا بیشتر) است. سطح GGT یا گاما گلوتامیل ترانس پپتیداز ممکن است افزایش یابد. CDT ممکن است در شناسایی مصرف مزمن میزان زیاد الکل مفید باشد. حساسیت این آزمون ۷۰-۶۰٪ و میزان ویژگی آن ۹۰-۸۰٪ گزارش شده است. علائم محرومیت الکل را می توان با تجویز بنزودیازپین ها کنترل کرد. (فصل ۷ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۲-۴ سیناپس ۲۰۲۲)

۱۴- خانم ۳۵ ساله ای که در بخش روانپزشکی بستری شده معتقد است که گوینده مشهور برنامه ورزشی عاشق اوست و هر بار با استفاده از کلماتی در گزارشات ورزشی خود به او پیام عاشقانه می دهد و خانم های شهر به طور پنهانی به او حسادت می کنند و برخی قصد از بین بردن او را دارند. هر چند این عشق به ظاهر پنهانی است ولی به زودی در پربیننده ترین برنامه ورزشی جهان علنی خواهد شد. این وضعیت بالینی توصیف کدام سندرم زیر است؟

الف) Clerambault

ب) Othello

ج) Doppelganger

د) Fregoli

پاسخ: گزینه الف

یکی از انواع اختلالات هذیانی سندرم Erotomania می باشد که نام های دیگر آن psychosis passionell و De clerambault syndrome می باشد. معمولاً مبتلایان افرادی تنها، منزوی، وابسته و از نظر جنسی مهار شده هستند و فاندکشن شغلی و اجتماعی ضعیفی دارند که به طور ناگهانی عاشق فردی از طبقه اجتماعی - اقتصادی بالاتر می شوند، بیان می کنند که فرد مذکور ابتدا عاشق او شده و در پاسخ به علت بی اعتنایی او استدلال می آورند. علائم شروع حاد داشته است و در ادامه مزمن می گردد. اغلب این بیماران





تشخیصی غیر از اختلال هذیانی دارند، می‌توانند stalker شوند هر چند stalker ها دارای این اختلال نیستند. Stalking behavior یعنی تعقیب کردن دائم سوژه و مزاحمت از طریق پیام و ایمیل و تلفن رایج است. بر روی سوژه احساس ناامنی ایجاد می‌کند و حتی خطر خشونت و یا قتل نسبت به سوژه وجود دارد. (فصل ۱۲ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۵ سیناپس ۲۰۲۲)

۱۵- پایایی (Reliability) کدام تشخیص زیر در DSM-5 از سایر تشخیص‌ها بالاتر است؟

الف) اختلال افسردگی اساسی

ب) اسکیزوفرنیا

ج) اختلال دوقطبی

د) اختلال استرس پس از سانحه

پاسخ: گزینه د

نتایج پایایی آزمون‌های زمینه‌ای DSM-5: اختلال نوروکاگنیتیو ماژور، PTSD، اختلال سوماتیک، اختلال طیف اوتیسم عالی گزارش شده است. اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی را خوب گزارش داده است و دپرشن ماژور را قابلیت اعتماد پایینی نشان داده و زیرنوع‌هایی مانند دپرشن اضطرابی را کاملاً غیر قابل اعتماد گزارش کرده است. (فصل ۹ کامپر ۲۰۱۷)

۱۶- خانم ۵۵ ساله‌ای را به دنبال مصرف بیش از حد قرص آمی تریپتیلین ۱۰۰ میلی گرم به اورژانس آوردند. گیج و حواس پرت به نظر می‌رسد و بی‌قرار است. در معاینه مردمک‌ها دیلاته است و به نور به کندی پاسخ می‌دهد. پوست بدن گرم و خشک است. دمای بدن ۳۹ درجه و تعداد ضربان قلب ۱۱۰ در دقیقه است. کدام یک از داروهای زیر جهت کنترل وضعیت بیمار فوق ارجح است؟

الف) فیزوستیگمین

ب) دونیزیل

ج) لورازپام

د) هالوپریدول

پاسخ: گزینه الف





مسمومیت با آنتی کولینرژیک با کانفیوژن، عصبانیت، آتاکسی، خشکی دهان، تاری دید، سایکوز، تاکی کاردی، افزایش فشار خون، آنهیدروز، هیپرترمی و کولاپس تنفسی همراه است. در Anticholinergic toxicity فیزوستیگمین ۱-۲ میلی گرم به صورت وریدی یا عضلانی کمک کننده است و ممکن است دوز آن را هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه تکرار کنیم. (فصل ۲-۲۱ سیناپس ۲۰۲۲)

۱۷- آقای ۷۲ ساله با فشار خون بالا حین گفتگو کلمات را به سختی پیدا می کند به نحوی که منجر به کندی صحبت می شود. او هر چند در بیان کلمات اشتباهات واجی دارد ولی خطاهای دستوری در جملاتش وجود ندارد. کدام یک از داروهای زیر در درمان این اختلال احتمال تأثیر بیشتری دارد؟

الف) ممانتین

ب) دونپزیل

ج) سرتالین

د) آریپیپرازول

پاسخ: گزینه ب

دونپزیل برای دمانس عروقی مفید است. ممانتین برای درمان آلزایمر با شدت متوسط تا شدید کاربرد دارد. (فصل ۸-۲۱ سیناپس ۲۰۲۲)

۱۸- پزشکی ۳۵ ساله با شکایت اختلال حافظه و عدم یادگیری مطالب جدید و توانایی برای درس خواندن برای امتحان دستیاری مراجعه نموده است. ایشان تهوع و استفراغ بسیار شدید را در طول دوره بارداری اول خود در یک سال قبل که چندین بار باعث بستری او شده است را ذکر می کند. بیمار در معاینه علائم پلی نوروپاتی دارد و همچنین افسانه پردازی در جواب سؤالات مربوط به حافظه را نشان می دهد. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

الف) Korsakoff syndrome

ب) Paraneoplastic syndrome

ج) Pseudotumor cerebri

د) Pseudobulbar palsy

پاسخ: گزینه الف

