

پایان خدا

طبابت هنر است،

هنر هماهنگی قلب و اندیشه



- سرشناسه : محبتی، الهام، ۱۳۶۲-، گردآورنده
- عنوان و نام پدیدآور : مرور سریع بر داروهای روان پزشکی: ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۲ متخصصان و دستیاران محترم
Kaplan_and_Sadock's_Synopsis_of_Psychiatry 2022 ,
Kaplan_and_Sadock's_Synopsis_of_Psychiatry 2017/
گردآوری و پاسخ‌دهی به سوالات الهام محبتی.
- مشخصات نشر : تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
- مشخصات ظاهری : ۱۳۸ص: جدول (رنگی).
- شابک : ۲۴۸۰۰۰۰ ریال: 978-622-5217-81-2
- وضعیت فهرست نویسی : فیبا
- یادداشت : کتاب حاضر برگرفته از کتاب
- " Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry, 12th ed, 2022 "
- 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.
- موضوع : داروهای روانپزشکی / Psychotropic drugs
- داروهای روانپزشکی -- اثربخشی / Psychotropic drugs -- Effectiveness
- داروهای روانپزشکی -- اثر فیزیولوژیکی / Psychotropic drugs -- Physiological effect
- داروهای روانپزشکی -- عوارض جانبی / Psychotropic drugs -- Side effects
- بیماری‌های روانی -- دارو درمانی / Mental illness -- Chemotherapy
- داروهای روانپزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها / Psychotropic drugs -- Examinations, questions, etc.
- 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.، ۱۹۲۷-۱۹۹۸م. / Kaplan, Harold I., 1927-1998 : شناسه افزوده
- ۳۱۵RM : رده بندی کنگره
- ۸۷۸/۶۱۵ : رده بندی دیویی
- ۹۱۷۸۷۴۲ : شماره کتابشناسی ملی
- رکورد : فیبا
- اطلاعات : کتابشناسی
- تاریخ درخواست : ۲۲/۰۱/۱۴۰۲
- تاریخ پاسخگویی :
- کد پیگیری : ۹۱۷۷۴۸۹

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱
تیراژ: ۵۰ نسخه
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۸۱-۲
بهاء: ۲۴۸,۰۰۰ تومان

مجموعه سؤالات مورد تخصصی روانپزشکی ۱۴۰۱ به همراه پاسخ های تشریحی
گردآوری و پاسخ دهی به سؤالات: دکتر الهام محبتی
ناشر: انتشارات کاردیا
صفحه آرا: سپیده دبیری - رزیدنت یار
طراح و گرافیکست: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

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 بورد تخصصی روانپزشکی ۱۴۰۱

ویژه آزمون ارتقاء و بورد 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 بورد 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

بورد تخصصی سال ۱۴۰۱
روانپزشکی

- ۱- خانمی ۵۴ ساله که با تشخیص افسردگی از حدود ۱۰ روز پیش تحت درمان فلووکسامین است، دچار تهوع همراه با گرفتگی عضلات شده است. در آزمایش انجام شده $\text{Na}=125 \text{ meq/L}$ گزارش شد. کدام اقدام درمانی زیر برای او مناسب تر است؟
- الف) قطع دارو و محدودیت مصرف مایعات
- ب) کم کردن دوز دارو و اصلاح سریع سدیم
- ج) ادامه درمان دارویی همراه با مصرف زیاد مایعات
- د) قطع دارو و اصلاح سدیم 0.5 meq/L هر یک ساعت

پاسخ: گزینه الف

در بیمارانی که SSRI دریافت می کنند، خطر هیپوناترمی افزایش می یابد. ریسک فاکتورهای این عارضه عبارتند از: سن بالا، جنسیت زن، volume depletion (کاهش حجم)، مصرف دیورتیک ها و سایر داروهایی که هیپوناترمی ایجاد می کنند و وجود همزمان بیماری هایی که با هیپوناترمی همراه هستند. هیپوناترمی ناشی از SSRI به طور تیپیک در هفته های اول درمان، ایجاد می شود.

در صورت بروز این عارضه، درمان با SSRI باید قطع شود و محدودیت مایعات شروع شود. این عارضه باید در عرض دو هفته اصلاح شود. جایگزینی سدیم در صورت نیاز نباید به صورت وسیع و عمده باشد (سالین ۳٪ با یا بدون فوروزماید) مگر در مواقعی که علائم حاد است یا سدیم کمتر از ۱۱۰ می باشد اصلاح سدیم نباید سریع تر از ۰/۵ میلی اکی والان در ساعت باشد (جهت جلوگیری از دمیلینولیزیس





سنترال پونتین). وقتی سدیم به ۱۲۰ رسید درمان باید فقط شامل محدودیت آب باشد. این عارضه ممکن است ثانویه به SIADH باشد. (فصل ۲۷-۳۴ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۱-۲۱ سیناپس ۲۰۲۲)

۲- خانم ۳۴ ساله‌ای مبتلا به اختلال دوقطبی یک به دلیل دوره حاد افسردگی بدون علائم سایکوتیک تحت درمان با لیتیوم با دوز و مدت کافی قرار می‌گیرد، اما پاسخ کافی نمی‌دهد. کدام داروی زیر به عنوان درمان کمکی خط اول برای افزودن به لیتیوم در اولویت است؟

(الف) لوراسیدون

(ب) پرامی پکسول

(ج) زیپراسیدون

(د) لووتیراستام

پاسخ: گزینه الف

برای درمان دپرسن در اختلال دوقطبی، کوئتیپین بهترین بوده است (بهترین دوز ۳۰۰ میلی گرم روزانه). ترکیب الانزاپین + فلوکستین توسط FDA تأیید شده است. تک درمانی لوراسیدون و ادجوانت تراپی با لیتیوم یا والپروات مورد تأیید FDA می‌باشد. کارپرازین نیز مؤثر بوده است. (فصل ۷-۱۳ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۶ سیناپس ۲۰۲۲)

۳- بیمار خانم جوانی است که دو ماه پیش مورد تجاوز گروهی ناشناس قرار گرفته است و از آن زمان دچار بی‌خوابی، کابوس‌های شبانه، خاطرات و افکار مزاحم در مورد حادثه شده است و مرتب خود را سرزنش می‌کند که به اندازه کافی در برابر افراد متجاوز مقاومت نکرده است. قبل از این حادثه دانشجوی فعالی بود اما پس از آن به تحصیل بی‌علاقه شده و بیشتر وقتش را به تماشای فیلم می‌گذراند. با هر صدای بلندی از جا می‌پرد و زود از کوره در می‌رود. برای پردازش این خاطره دردناک کدام تکنیک زیر مفیدتر است؟

(الف) In Vivo Exposure

(ب) Interoceptive Exposure

(ج) Response Prevention and Exposure

(د) Imaginal Exposure

پاسخ: گزینه د





در این روش به طور معمول بیماران چشمان خود را بسته و محرک‌های ترس‌آور را تا حد وضوح ممکن، تجسم می‌کنند. یک شکل رایج مواجهه‌ی خیالی، غرقه‌سازی خیالی می‌باشد که در آن مریض بدترین سناریوی ممکن را مکرراً تجسم می‌کند تا به او کمک کند کل اتفاقاتی که لازم است تا پیامدهایی که از آن می‌ترسد اتفاق بیفتد را تجسم کند.

چنین مواجهه‌های خیالی به مریض کمک می‌کند که ترس را پردازش کند که معمولاً هم به طور رفتاری (با اجتناب از تماس با اشیائی که از آن‌ها می‌ترسد) و شناختی و احساسی (با اجتناب از فکر کردن کامل درباره‌ی پیامدهایی که از آن‌ها می‌ترسند یا اجتناب از فکر کردن در مورد اینکه در آن موقعیت ترسناک چه حسی داشته‌اند).

Imaginal exposure دو استفاده عمده دارد. کاربرد اولیه، کمک به بیمار جهت رویارویی با افکار، تصاویر و خاطرات ترس‌آور است. Imaginal exposure با فکرهای ترسناک و پیامدها برای بهبود کاهش عکس‌العمل احساسی به سناریوها، کاهش باور به اینکه آن اتفاق رخ خواهد داد برای یاد گرفتن اینکه پیامدها به قدری که فرد تصور می‌کند، سخت نیستند و برای اینکه به مریض کمک کند مرز بین خیال و واقعیت را تشخیص دهد، به کار می‌رود.

در مورد فوبیها که یک دلیل تروماتیک به خصوص (مانند ترس از رانندگی بعد از یک تصادف) وجود دارد مواجهه‌ی خیالی برای کمک به مریض برای مواجه شدن با خاطره‌اش از اتفاق تروماتیک استفاده می‌شود. در اینجا باز هم این پروسه‌ی خوگیری حافظه را ارتقا می‌دهد و به مریض کمک می‌کند بین اتفاق تروماتیک واقعی و خاطره آن که در عین حال باعث دیسترس می‌شود اما آسیب‌رسان نیست، تفاوت قائل شود.

در موارد PTSD، موارد تجسمی جهت رویارویی بیمار با خاطره حادثه‌ی آسیب‌رسان به کار می‌رود. در اینجا نیز این روش موجب خوگیری نسبت به خاطره شده و به بیمار در تمایز بین حادثه‌ی آسیب‌رسان واقعی که ممکن است خطرناک بوده و خاطره فعلی حادثه که هر چند دیسترس‌آور ولی مضر نمی‌باشد کمک می‌کند. در این مورد مواجهه‌ی تجسمی، اغلب حادثه‌ی مربوطه را ایجاد یا سازماندهی می‌کند که می‌تواند به بیمار کمک کند که با ترس‌هایش مواجه شود برای مثال بیماری که ریپ شده است و خودش را به دلیل عدم مبارزه در طول تجاوز سرزنش می‌کند، در طول مواجهه‌ی خیالی متوجه می‌شود که حداکثر مبارزه را انجام داده است. (فصل ۱۷ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۱۰ سیناپس ۲۰۲۲)





۴- برای بیمار ۶۰ ساله بستری در ICU، مشاوره درخواست شده است. بر بالین بیمار علائم آژیتاسیون، اختلال جهت‌یابی زمان و مکان و اشخاص، همراه با اختلال سطح هوشیاری مشاهده می‌شود. برای بیمار هالوپریدول وریدی تجویز می‌کنید. کدام ارزیابی بعدی زیر ضروری‌تر است؟

الف) LFT

ب) ESR

ج) LP

د) ECG

پاسخ: گزینه د

مطالعات نشان داده که آنتی‌سایکوتیک‌ها می‌توانند قدرت انقباض قلب را کاهش دهند و فعالیت آنزیمی سلول‌های قلبی را مختل کنند. سطوح بافتی کاتکولامین‌ها را کاهش دهند و سطوح خونی آن‌ها را افزایش دهند و زمان هدایت و دوره تحریک‌ناپذیری دهلیزی - بطنی را طولانی سازند. عوامل کم قدرت به ویژه کلرپرومازین و تیوریدازین می‌توانند تغییرات غیرطبیعی در الکتروکاردیوگرام ایجاد کنند از جمله طولانی کردن فواصل QT و PR، تخت شدن موج T و نزول قطعه ST. طولانی شدن QT یک موضوع نگران کننده ویژه‌ای است که می‌تواند منجر به نوعی آریتمی بطنی به نام تورداد دو پوینت شود که می‌تواند به فیبریلاسیون بطنی و مرگ ناگهانی منجر شود.

پیموزاید نیز در دوزهای ۲۰ mg یا بالاتر با مشکلات QT و تشنج همراه است. تیوریدازین بیشترین خطر طولانی شدن QT را دارد. در تجویز هالوپریدول، هالوپریدول دکانات و هالوپریدول لاکتات به خصوص در تجویز IV باید نگران این مسئله باشیم. (فصل ۱۷-۳۴ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۱-۲۱ سیناپس ۲۰۲۲)

۵- کدام یک از گزینه‌های زیر دلیل بالا بودن استعداد ابتلا به افسردگی در زنان است؟

الف) Decreased stress sensitivity

ب) Adaptive coping strategies

ج) Limited social role

د) Preceding anxiety disorders

پاسخ: گزینه د





شیوع و بروز Unipolar depression در زنان بیشتر است که این تفاوت بیشتر در سن ۳۰ تا ۴۵ سالگی بارز می‌باشد اما تا پیری هم ادامه می‌یابد. علل می‌تواند به صورت بیولوژیک (هورمون‌ها) و سایکولوژیک باشد. علل سایکولوژیک شامل حساسیت بیشتر به استرس‌ها، نقش‌های متعدد اجتماعی، سازوکارهای مقابله ناکارآمدتر و وجود اختلال اضطرابی قبلی در زنان و شاید مصرف مواد در مردان که می‌تواند علائم دپرشن را ماسکه کند، باشد. (فصل ۱۲ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۷ سیناپس ۲۰۲۲)

۶- در مطالعات تصویربرداری عصبی عملکردی Functional Neuroimaging Studies در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر پاسخ‌دهی شدت یافته در واکنش به محرک‌های اجتماعی در کدام ناحیه مغز دیده می‌شود؟

الف) Medial temporal lobe

ب) Dorsal frontal lobe

ج) Medial parietal lobe

د) Inferior part of cerebellum

پاسخ: گزینه الف

(فصل ۱۴ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۸ سیناپس ۲۰۲۲)

۷- آقای ۳۹ ساله با حملات چندین بار در روز سردرد شدید دوره‌ای که هر دوره ۱ تا ۲ ماه طول می‌کشد، مراجعه کرده است. سردرد وی با اشکریزش و آبریزش بینی همراه است و فواصل بدون سردرد ۱ تا ۲ ساله دارد. برای کنترل حاد سردرد وی کدام درمان مناسب است؟

الف) Subcutaneous Sumatriptan

ب) Low Flow O₂ Via Mask at 3 to 5 L/min

ج) Calcium Channel Blockers

د) Valproic Acid

پاسخ: گزینه الف





برای درمان سردرد کلاستر subcutaneous sumatriptan خط اول درمان می‌باشد. home oxygen نیز مؤثر است که به صورت غلظت ۱۰۰٪ برای ۲۰ دقیقه تجویز می‌شود. oral steroids نیز در فاز حاد برای کسانی که درمان پیشگیرانه را داشته‌اند نیز مؤثر می‌باشد. (فصل ۱۱-۲ کامپر ۲۰۱۷)

۸- آقای ۶۸ ساله‌ای با شکایت از فراموشی مراجعه کرده است. همسرش ضمن تأیید این مشکل ابراز می‌کند که نقص حافظه شوهرش تداخلی با انجام فعالیت‌های روزمره‌اش ندارد. آزمون نوروسایکولوژیک حافظه نشان‌دهنده‌ی کاهشی به میزانی بیش از یک پنجم انحراف معیار از میانگین این آزمون برای افراد با سن و تحصیلات مشابه بود. کدام یک از زیست‌نشانه‌های زیر در CSF بهترین مورد برای تأیید تشخیص وجود بیماری در این مراجع خواهد بود؟

الف) Ratio of A β to phospho tau

ب) β -2 microglobulin

ج) BEGF polypeptides

د) High levels of A β 42

پاسخ: گزینه الف

وضعیت ناقل APOE4 در MCA یک عامل خطر ساز برای پیشرفت سریع به سمت آلزایمر است. در CSF غلظت پایین پاتولوژیکی A β 42 و غلظت بالای پاتولوژیک تائوی توتال (t-tau) و تائوی فسفو (p-tau) به عنوان عوامل پیش‌بینی احتمالی پیشرفت بیماری شناسایی شده‌اند و ممکن است در مراحل اولیه آلزایمر با سالمندی طبیعی افتراق ایجاد کنند. (فصل ۲-۳ سیناپس ۲۰۲۲)

۹- وجود کدام باندها در الکتروآنسفالوگرافی کمی (QEEG) در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری پیش‌بینی کننده پاسخ بهتری به SSRIs است؟

الف) افزایش فعالیت باند آلفا و تتا

ب) کاهش فعالیت باند آلفا و تتا

ج) افزایش فعالیت باند آلفا و کاهش فعالیت باند تتا

د) کاهش فعالیت باند آلفا و افزایش فعالیت باند تتا

پاسخ: گزینه ج





اثر SSRI ها بر روی EEG طبیعی، کاهش آلفا و افزایش فعالیت تتا است اما گروهی از مبتلایان به OCD که در QEEG افزایش آلفا و کاهش فعالیت تتا را دارند بهتر به SSRI پاسخ می دهند.
(فصل ۷ کامپر ۲۰۱۷)

۱۰- آقای مهندس ۴۵ ساله‌ای دارای نوسانات خلقی است و در اپیزودهای خلقی دچار هذیان و توهم می شود. همسر بیمار جهت محجوریت او اقدام نموده است. کدام یک از نظرات کارشناسی روانپزشکی زیر، در مورد او و جاهت بیشتری خواهد داشت؟
الف) جنون دارد و شامل محجوریت مستقر قلمداد می شود.
ب) در دوره‌های با سیمای روان پریشی، محجور تلقی می شود.
ج) نیاز به مشاور امین مالی همیشگی و دائمی دارد.
د) به سبب نامشخص بودن نوسانات، محجور دائمی تلقی می شود.

پاسخ: گزینه ب

(پزشکی قانونی دکتر صابری)

۱۱- بیمار مرد جوانی است که با علائم تحریک پذیری، پرخاشگری شدید، بی خوابی، پرحرفی و بدبینی در بخش اورژانس بیمارستان بستری شده و تحت درمان با لیتیوم و هالوپریدول قرار گرفته است. بعد از ۲ روز از شروع درمان دچار تب، تاکیکاردی، سفتی عضلانی و گیجی شده است، کدام یک از اقدامات زیر در این بیمار درست است؟
الف) قطع هالوپریدول و تبدیل به یک داروی آنتی سایکوتیک نسل دوم
ب) اصلاح آب و الکترولیت های بیمار
ج) تجویز آمانتادین با مقدار ۱۰۰۰ تا ۱۲۰۰ میلی گرم
د) عدم شروع مجدد آنتی سایکوتیک بعد از بهبودی

پاسخ: گزینه ب

سندرم نورولپتیک بدخیم یا NMS ممکن است منجر به مرگ شده یا عوارض پایدار جدی مثل نقایص شناختی یا دیگر عوارض نورولوژیک را ایجاد نماید بنابراین مدیریت و پایش فوری و دقیق درمانی مورد نیاز می باشد. عواملی که احتمال پیدایش NMS را افزایش می دهد شامل:





(۱) موارد طبی و نوروسایکیاتریک همراه مانند دهیدراتاسیون، آژیتاسیون سایکوموتور و Exhaustion، اختلالات عصبی همراه مثل انسفالیت و آسیب مغزی تروماتیک، سطوح پایین آهن سرم

(۲) شرح حال اختلال و علائم روانپزشکی مانند اختلالات خلقی، کاتاتونیا، شرح حال قبلی NMS

(۳) عوامل وابسته به دارو و درمان مانند تجویز وریدی، استفاده از داروهای نسل اول با قدرت بالا، دوز بالای آنتی‌سایکوتیک، افزایش نامناسب درمانی به صورت متناوب یا افزایش دوز، اضافه نمودن لیتیم به درمان

(۴) عوامل دموگرافیک مانند جنس مرد و سن پایین.

ریسک فاکتوری که به سادگی قابل درمان است، دهیدراتاسیون می‌باشد بنابراین بیمارانی که بیماری شدیدی داشته یا در حالت کاتاتونیا می‌باشند و روی یک آنتی‌سایکوتیک هستند، بایستی مایعات خوراکی یا وریدی جهت دهیدراتاسیون را دریافت نمایند به علاوه بایستی از افزایش دمای بدن جلوگیری نمود. برای درمان اقدامات حمایتی اولیه شامل: دهیدراتاسیون وریدی، کنترل درجه حرارت بدن و در موارد شدیدتر، حمایت راه‌های هوایی و دیالیز می‌باشد. در موارد پیشرفته، بستری در ICU الزامی بوده و بالای ۲۰٪ احتمال مرگ و میر وجود دارد. سایر درمان‌ها شامل استفاده از آگونیست‌های دوپامین مانند آمانتادین و بروموکریپتین، شل‌کننده‌های عضلانی مانند بنزودیازپین و دانترولن و برخی بیماران، ECT می‌باشد.

شروع مجدد یک داروی آنتی‌سایکوتیک بایستی پس از بهبودی کامل یک اپیزود صورت گیرد گرچه توصیه می‌شود برای بار بعد یک داروی آنتی‌سایکوتیک نسل جدید مثل کلوزاپین شروع شود ولی NMS همچنین ممکن است با این داروها نیز ایجاد گردد.

در بیمارانی که سایکوز آن‌ها پس از NMS ادامه پیدا می‌کند و نیازمند آنتی‌سایکوتیک می‌باشد چند راهکار جهت کاهش رخداد مجدد وجود دارد:

(۱) حداقل دو هفته انتظار جهت کاهش علائم و بهبود عوامل خطر مثل دهیدراتاسیون و عدم استفاده از لیتیم به صورت همزمان

(۲) به‌کارگیری درمان‌های فرعی متناوب مثل تعدیل‌کننده‌های خلقی و ECT

(۳) در صورت نیاز به استفاده از آنتی‌سایکوتیک، شروع با دوز پایین و تیتراسیون تدریجی.

(فصل ۳-۳۴ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۱۰-۲۱ سیناپس ۲۰۲۲)





۱۲- مرد ۳۵ ساله‌ی مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک که در طول یک سال گذشته ۴ حمله خلقی داشته در حال حاضر به دلیل افسردگی حاد به شما مراجعه کرده، در حالی که روزی سه عدد قرص لیتیم ۳۰۰ میلی‌گرمی استفاده می‌کند. برای کنترل این حالت و جلوگیری بیشتر از عود مکرر افسردگی در این بیمار کدام یک از داروهای زیر ارجح است؟

الف) آریپیرازول ب) ریسپریدون

ج) پاروکستین د) لاموتریزین

پاسخ: گزینه د



Table 13.7-6.

Recommendations for Pharmacological Treatment of Acute Bipolar I Depression

First line	<u>Monotherapy</u> : Lithium, lamotrigine, quetiapine, quetiapine XR, Lurasidone <u>Combination therapy</u> : lithium or divalproex + lurasidone, lithium or divalproex + SSRI, lithium or divalproex + bupropion, olanzapine + SSRI, lithium + lamotrigine
Second line	<u>Monotherapy</u> : Divalproex, Cariprazine, Carbamazepine, Olanzapine, ECT ^a <u>Combination therapy</u> : adjunctive SSRI to an atypical antipsychotic, adjunctive modafinil, adjunctive pramipexole, adjunctive EPA
Third line	<u>Combination therapy</u> : lithium + carbamazepine, adjunctive NAC, adjunctive rTMS
Not recommended	<u>Monotherapy</u> : Gabapentin, aripiprazole, ziprasidone <u>Combination therapy</u> : Adjunctive ziprasidone, adjunctive levetiracetam

^aCan be a first-line treatment of severe depression with suicidal ideation or in the first trimester of pregnancy.

اگر بیمار به درمان‌های خط اول پاسخ ندهد تعویض به یک داروی ردیف اول دیگر برای مثال لیتیم به کوئتیاپین و یا combination: لیتیم + لاموتریزین یا combination: لوراسیدون + لیتیم توصیه می‌شود.
(فصل ۷-۳۷ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۶ سیناپس ۲۰۲۲)

۱۳- خانمی ۳۵ ساله ساکن یکی از روستاهای دور از مرکز، طی ۶ سال با وجود درمان‌های دارویی متعدد ۸ اپیزود خلقی با علائم تحریک‌پذیری، ولخرجی شدید، پرحرفی، کم‌خوابی و رفتارهای مکرر پرخطر جنسی را تجربه کرده است؛ اما با لیتیوم به خوبی طی سال گذشته کنترل شده است. طی چند روز اخیر متوجه شده که ۱۲ هفته حامله است و بدون اطلاع لیتیوم را ادامه داده است. خانواده و مراجع از ترس عود مجدد اصرار دارند دارو عوض نشود. کدام توصیه زیر مناسب‌تر است؟





- الف) لیتیوم تا زایمان با کمترین مقدار پیشگیرانه ادامه یابد ولی سطح سرمی آن منظم بازبینی شود.
- ب) جهت اکوی جنینی برای ناهنجاری قلبی عروقی باید ماهانه تا زمان زایمان ارجاع شود.
- ج) باید به علت خطر آنومالی قلبی جنینی لیتیوم به هالوپریدول تغییر یابد.
- د) در حوالی زایمان به دلیل خطر بالاتر عود، دوز لیتیوم به حداکثر ممکن رسانده شود.

پاسخ: گزینه الف

گرچه ریسک تراتوژنیک لیتیوم نسبت به جمعیت عمومی بالاتر است ولی این ریسک از کاربامازپین و والپروات کمتر است. اکوکاردیوگرافی جنینی جهت غربالگری مالفورمسیون قلبی عروقی در خانم‌هایی که در تریمستر اول در معرض لیتیوم بوده‌اند، توصیه می‌شود. عوارض مربوط به حاملگی مثل فشار خون بالا، ادم و درمان‌های آن‌ها ممکن است درمان با لیتیوم را با عارضه‌ی بیشتری همراه کند. GFR در زنان حامله ۵۰-۳۰٪ افزایش می‌یابد و حجم پلاسما تا ۵۰٪ افزایش را نشان می‌دهد. پلی هیدروآمنیوس در زنان باردار تحت درمان با لیتیوم می‌تواند در اثر پلی اوری القایی توسط لیتیوم در جنین ایجاد شود. بعد از زایمان، فیزیولوژی کیسه سریعاً به حالت قبل از حاملگی برمی‌گردد. غلظت خونی جنین و مادر مشابه هم هستند پس خانم‌ها باید کمترین دوز مؤثر را دریافت کنند برای کاهش خطر توکسیسیتی در نوزاد پزشکان باید واضحاً دوز را کاهش دهند یا در صورت امکان دارو را کمی قبل از زایمان قطع کنند. از نظر شواهد موجود، قطع ناگهانی یا سریع لیتیوم با خطر بالای عود همراه است. پس گزینه‌ی کاهش دوز لیتیوم قبل از زایمان ترجیح داده می‌شود. (فصل ۱۹-۳۴ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۳-۲۱ سیناپس ۲۰۲۲)

۱۴- آقای ۲۵ ساله به دنبال مصرف گل دچار هذیان گزند و آسیب، ترس شدید از مرگ قریب‌الوقوع، تپش قلب و احساس فشار در قفسه سینه شده است. کدام یک از موارد زیر در بروز این حالت مؤثر است؟

الف) تجربه مصرف قبلی

ب) سن فعلی

ج) مصرف مکرر

د) دوز متوسط تدخین

پاسخ: گزینه د





اختلال اضطرابی ناشی از کانابیس:

تشخیص شایعی برای مسمومیت حاد کانابیس است و گاهی این اضطراب ناشی از افکار پارانوئید است. بر اساس ترس‌های مبهم و آشفته، حملات پانیک ایجاد می‌شود. بروز علائم اضطرابی با دوز مصرفی ارتباط داشته و شایع‌ترین عارضه مصرف متوسط کانابیس از راه تدخین است. اضطراب در مصرف کنندگان بی‌تجربه بیشتر دیده می‌شود. (فصل ۳-۴ سیناپس ۲۰۲۲)

۱۵- آقای ۳۰ ساله‌ای با شکایت چندین ساله از اضطراب و نگرانی شدید در موقعیت‌های اجتماعی مختلف همراه با علائمی مثل تپش قلب، گرگرفتگی، قرمز شدن، احساس شرم و در نتیجه دوری از موقعیت‌های اجتماعی مراجعه نموده است. سابقه دیابت و هیپرلیپیدمی دارد. بیمار همکاری لازم برای روان‌درمانی ندارد. دارو درمانی با SSRI و SNRI به علت عدم تحمل، موفق نبوده است. کدام یک از گزینه‌های زیر انتخاب درمانی مناسب‌تری است؟

الف) Quetiapine

ب) Pregabalin

ج) Buspirone

د) Amitriptyline

پاسخ: گزینه ب

شواهدی به نفع اثربخشی پرگابالین در اختلالات اضطرابی وجود دارد. پرگابالین آنالوگ ساختاری GABA است که کارآزمایی‌های بالینی کنترل شده حاکی از مؤثر بودن مونوتراپی با آن و اندازه‌ی درمان کمکی هم در فاز حاد و هم در پیشگیری اختلالات اضطرابی می‌باشد. علاوه بر بهبود خواب در کاهش علائم افسردگی نیز نقش دارد. گیجی و خواب‌آلودگی عوارض شایع آن می‌باشد و در ۲۰٪ مصرف کنندگان افزایش وزن رخ می‌دهد. در اختلال عملکرد کبدی، بی‌خطر است ولی در مشکلات کلیوی نباید مصرف شود. (فصل ۱۴ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۸ سیناپس ۲۰۲۲)

۱۶- آقای ۳۸ ساله‌ای که از ۱۵ سال پیش به علت علائم هالوسیناسیون، هذیان گزند و آسیب و افت عملکرد تحت درمان با ریسپریدون ۸ میلی گرم در روز قرار دارد، به دلیل وسواس شستشو روزانه ۱۵۰ میلی گرم سرتالین هم دریافت می‌کند. در سابقه بیمار دوره‌هایی از تشنج کاذب نیز وجود دارد. پدرش





می‌گوید این‌ها همه برای جلب توجه است چون در حین خواب بسیار روان و مفهوم صحبت می‌کند. درمانگر دوز سرتالین را به ۲۰۰ میلی‌گرم می‌رساند و سپس بی‌پریدین برای بیمار شروع می‌کند، اما هیچ‌کدام از این اقدامات مؤثر نیست. با کاهش ریسپریدون به ۴ میلی‌گرم در روز علامت بیمار تشدید می‌شود. در معاینه هنگام بستن چشم‌ها حرکات پیچشی در زبان دیده می‌شد. کدام اقدام زیر مناسب‌تر است؟

الف) قطع تدریجی ریسپریدون و جایگزین نمودن کلوزاپین

ب) افزودن ممانتین به رژیم دارویی بیمار

ج) قطع تدریجی ریسپریدون و جایگزین نمودن تری فلوپرازین

د) افزودن بوسپیرون به رژیم دارویی بیمار

پاسخ: گزینه الف

(فصل ۲۸-۳۴ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۱-۲۱ سیناپس ۲۰۲۲)

۱۷- خانم ۲۳ ساله‌ای که به دنبال یک دوره افسردگی تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفته است در طول جلسات بارها افکاری شبیه به این مطرح شده است: «والدینم مرا دوست ندارند. من کاری نکرده‌ام که به من افتخار کنند». درمانگر طی روان‌درمانی به کار روی این افکار پرداخت و به تدریج بیمار توانست افکار منفی‌اش را تعدیل کند. در یکی از جلسات پس از شکست عاطفی، بیمار مطرح کرد که «من کلاً دوست‌داشتنی نیستم». درمانگر پرسید: «این جمله را خودِ جدیدتان گفت یا خودِ قدیمی که با هم در موردش صحبت کرده‌ایم؟». بیمار پاسخ داد: «همان فکر قدیمی است. ولی می‌دانم افراد زیادی در زندگی‌ام مرا دوست دارند و این مربوط به دوران کودکی دشوار من است که بیش‌فعال بودم و مرتب از اطرافیان سرزنش دریافت می‌کردم».

در این روایت درمانگر به کدام جزء شناختی بیمار اشاره می‌کند؟

Core beliefs (ب)

الف) Intermediate beliefs

Assumptions (د)

ج) Automatic thoughts

پاسخ: گزینه ب

(فصل ۲۳ سیناپس ۲۰۲۲)





۱۸- در متون حقوقی، واژه جنون با کدام یک از عبارات زیر تطابق دارد؟

- الف) داشتن هذیان و توهم
- ب) نداشتن سن متناسب عقلی
- ج) فقدان قوه اراده و تمیز
- د) پرخاشگری و خشونت شدید

پاسخ: گزینه ج

(پزشکی قانونی دکتر صابری)

۱۹- پسر ۲۰ ساله‌ای بدون سابقه‌ی قبلی مصرف مواد و علل طبی، از ۷ هفته قبل معتقد است که خانواده‌اش قصد کشتن او را دارند به طوری که صداهایی در گوشش می‌شنود که او را تهدید می‌کند. در شرح حال اخذ شده از خانواده، سابقه‌ی قبلی از چنین علائمی نداشته است. بر اساس ICD-11 چه تشخیصی برای وی مطرح است؟

الف) Schizophrenia

ب) Other primary psychotic disorders

ج) Acute and transient psychotic disorder

د) Unspecified primary psychotic disorder

پاسخ: گزینه الف

تفاوت معیارهای تشخیصی ICD و DSM:

۱) Duration (طول مدت علائم): در DSM باید ۶ ماه علائم پابرجا باشد که حداقل ۱ ماه علائم شامل فاز فعال باشد (که در صورت درمان موفق می‌تواند کمتر شود) ولی در ICD کلاً ۱ ماه برای تشخیص کافی است (با درمان موفق هم نباید کمتر شود). طبق DSM-5 اگر علائم طبق معیارها وجود داشته باشد اما ۶ ماه پر نشده باشد، اختلال اسکیزوفرنی فرم است طبق ICD اگر علائم طبق معیار وجود داشته باشد اما ۱ ماه پر نشده باشد اختلال حاد شبه اسکیزوفرنیا یا acute schizophrenia like disorder می‌باشد.





۲) Function: طبق DSM-5 علائم اسکیزوفرنی باید منجر به اختلال جدی در یکی از حوزه‌های فانکشن بیمار شده باشد در حالی که در ICD چنین معیاری وجود ندارد. ICD ملاک‌های تشخیصی با تأکید بیشتری بر علائم اشنایداری دارد.

۳) معیارهای خارج کننده: طبق DSM برای تشخیص اسکیزوفرنی باید اختلال خلقی یا اسکیزوافکتیو رد شود اما در ICD چنین چیزی وجود ندارد. در ICD اگر در بیماران افسرده یا مانیک کرایتریای اسکیزوفرنیا قبل از شروع اپیزود خلقی شروع شده باشد تشخیص، اسکیزوفرنیا می‌باشد.

۴) Subtype: در DSM همه ساب تایپ‌های اسکیزوفرنی حذف شده ولی در ICD ادامه دارد.

۵) از طرفی در DSM شروع آستانه تشخیص از یک علامت در DSM-4 به حداقل دو علامت افزایش یافت و تشخیص اختصاصی برای علائم درجه اول اشنایداری حذف شد و دیلوژن صرف نظر از محتوای آن به طور یکسان در اسکیزوفرنی درمان می‌شود ولی در ICD هنوز تأکید بر علائم اشنایداری هست. در ICD نوع simple وجود دارد که نیازی به وجود علائم سایکوتیک ندارد.

(فصل ۱۲ کامپر ۲۰۱۷ و فصل ۵ سیناپس ۲۰۲۲)

۲۰- در مطالعه انجام شده توسط علوی و همکاران که به بررسی اثر اضافه کردن پیراستام به متیل فنیدیت و مقایسه آن با دارونما در کودکان مبتلا به بیش‌فعالی پرداخته، کدام نتیجه نهایی به دست آمده است؟ (Iranian Journal of psychiatry and Behavioral Sciences 2021)

الف) هر دو گروه پاسخ‌های بالینی تقریباً یکسانی نشان دادند.

ب) اضافه کردن پیراستام تأثیر بلندمدت واضحی داشت.

ج) اضافه کردن پیراستام در شش هفته تأثیر واضحی داشت.

د) عارضه تهوع به طور قابل توجهی در گروه پیراستام بیشتر بود.

پاسخ: گزینه ج

(مقاله، Iranian Journal of psychiatry and Behavioral Sciences 2021)

۲۱- خانم ۷۰ ساله‌ای توسط خانواده با شکایت فراموشی به درمانگاه آورده شده است. طبق گفته خانواده، بیمار به تدریج توانایی به یاد آوردن رویدادهای تازه و آدرس منزل را از دست داده است اما هوشیار و آگاه به زمان و مکان است. انتظار داریم کدام عملکرد زیر در مراحل اولیه بیماری وی سالم باقی بماند؟

