



سروشنامه

عنوان و نام پدیدآور

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست نویسی

یادداشت

موضوع

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

رده بندی کنگره

رده بندی دیویی

شماره کتابشناسی ملی

اطلاعات رکورد کتابشناسی

قاسمی مبارک‌آبادی، نیلوفر، ۱۳۷۰-

اختلالات خلقی: خلاصه درس به همراه مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی روانپزشکی تا سال ۱۴۰۲ / ترجمه و تلخیص مباحث سیناپس ۲۰۲۲ نیلوفر قاسمی مبارک‌آبادی، فرانک زکی‌زاده؛ ترجمه و تلخیص مباحث کامبرهنسیو ۲۰۱۷ سینا طاهرزاده بروجنی، مهسا معتمد.

تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.

۴۳۰ ص.

۷۷۴۰۰۰۰ ریال: 978-622-5217-80-5

فیبیا

کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Sadock's synopsis of psychiatry, 12th ed, 2022 & Kaplan " به ویراستاری رابرت جوزف بولند، مارشا ال. وردوین، پدرو روئیز و کتاب " Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 10th, ed, 2017 " & Kaplan" ویرجینیا. ا. سادوک، پدرو روئیز است.

اختلالات عاطفی

Affective disorders - اختلالات عاطفی -- درمان

Affective disorders - Treatment - افسردگی

Depression, Mental - روان پریشی شدیدایی

Manic-depressive illness

اختلالات عاطفی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها: Affective disorders -- Examinations, questions, etc

زکی‌زاده، فرانک، ۱۳۷۰-

طاهرزاده بروجنی، سینا، ۱۳۶۳-

معتمد، مهسا، ۱۳۶۷-

بولند، رابرت جوزف - Boland, Robert Joseph

وردوین، مارشا ال. - Verduin, Marcia L.

روئیز، پدرو، ۱۹۳۶ - م. - Ruiz, Pedro

کاپلان، هرولد، ۱۹۲۷ - م. - چکیده روانپزشکی بالینی

سادوک، بنجامین جیمز، ۱۹۳۳ - م. - چکیده روانپزشکی بالینی

سادوک، ویرجینیا ا.، ۱۹۳۸ - م. - چکیده روانپزشکی بالینی

RC۵۳۷

۸۵۲۲۰۰۸۲/۶۱۶

۹۱۴۵۰۹۳

فیبیا

عنوان کتاب: اختلالات خلقی - خلاصه درس به همراه مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورد

روانپزشکی تا سال ۱۴۰۲ همراه پاسخ تشریحی

" Sadock's synopsis of psychiatry. 12th edition, 2022, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th, edition, 2017"

ترجمه و تلخیص: دکتر سینا طاهرزاده بروجنی، دکتر مهسا معتمد، نیلوفر قاسمی

مبارک‌آبادی، فرانک زکی‌زاده

ناشر: انتشارات کاردیا

حروفچینی و صفحه‌آرایی: رزیدنت‌یار - منیرالسادات حسینی

طراح و گرافیسیت: رزیدنت‌یار

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲

تیراژ: ۱۵۰ جلد

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۸۰-۵

بهاء: ۷۷۴,۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / www.residenttvar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

اختلالات خلقی

خلاصه درس به همراه

مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بوردا پاسخ تشریحی روانپزشکی تا سال ۱۴۰۲

**Kaplan_ &_ Sadock's_ Comprehensive
TEXTBOOK of PSYCHIATRY 2017**

Kaplan_ and_ Sadock's_ Synopsis_ of_ Psychiatry 2022

ترجمه و تلخیص مباحث سیناپس ۲۰۲۲

دکتر نیلوفر قاسمی مبارک آبادی

رتبه برتر بوردا تخصصی کشوری سال ۱۴۰۱

دکتر فرانک زکی زاده

رتبه برتر بوردا تخصصی کشوری سال ۱۴۰۱

ترجمه و تلخیص مباحث کامپرنهسیو ۲۰۱۷

دکتر سینا طاهرزاده بروجنی

دکتر مهسا معتمد

دارای بوردا تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تهران



فصل ۶ تظاهرات بالینی (سیناپس).....	۹
فصل ۷ اختلالات افسردگی (سیناپس).....	۵۱
فصل ۱- ۱۳ مروری بر تاریخچه و مفاهیم.....	۱۱۷
فصل ۲- ۱۳ - اپیدمیولوژی.....	۱۳۷
فصل ۳- ۱۳ ژنتیک در اختلالات خلقی.....	۱۵۱
فصل ۴- ۱۳ تظاهرات بالینی.....	۱۶۵
فصل ۵- ۱۳ جنبه‌های روانی و بین فردی.....	۲۴۳
فصل ۶- ۱۳ رفتار خودکشی.....	۲۵۱
فصل ۷- ۱۳ دارودرمانی اختلالات افسردگی دوقطبی.....	۲۶۹
فصل ۸- ۱۳ روان‌درمانی.....	۳۵۹
فصل ۹- ۱۳ نوروبیولوژی.....	۳۷۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۳.....	۳۸۹

فصل ۶

Section 6

تظاهرات بالینی

اپیزود مانیا

نحوهی گفتار بیمار مانیک معمولاً سریع و بلند بوده و قطع کردن صحبت آنها دشوار می‌باشد. به این وضعیت Pressured Speech گفته می‌شود که یکی از Hallmarkهای مانیا است. خلق بالا (Elevated Mood)، گشاده (expansive) و یا خلق تحریک پذیر (irritable)، Hallmark دوره‌ی مانیا است.

ویژگی خلق بالا در مانیا: خلق یوفوریک، اغلب مسری که گاهی در بالینگر بی تجربه باعث countertransference شده و باعث انکار آن می‌شود، نزدیکان بیمار آن را غیرعادی دانسته ولی افرادی که بیمار را نمی‌شناسند ممکن است خلق غیرمعمول بیمار را تشخیص ندهند. خلق irritable را در این بیماران بویژه زمانی که جلوی برنامه‌های غیرواقعی بیمار گرفته شود، داریم. اغلب خلق غالب بیمار در اوایل سیر بیماری یوفوریک بوده و هرچه جلوتر می‌رویم به سمت تحریک پذیری می‌رود.

همچنین بیماران مانیک تحمل ناکامی کمی دارند که می‌تواند منجر به احساس خشم و خصومت (anger and hostility) شود.

بیمار مانیک به راحتی Distract شده و کارکرد شناختی آنها یک جریان تسریع شده و مهارنشده ایده‌هاست که با تشدید بیشتر سطح فعالیت بیمار دچار سستی تداعی‌ها شده، توانایی تمرکز از بین رفته و flight of ideas، clang و نئولوژیسم ظاهر می‌شود. در Acute manic excitement گفتار بیمار ممکن است کاملاً بی‌ربط شود به طوری که قابل افتراق از بیمار اسکیزوفرنی نباشد.

محتوی فکر این بیماران شامل اطمینان به خود self-confidence و خودبزرگ بینی (self-aggrandizement) می‌باشد.



گاهی بیماران مانیک به طور واضح سایکوتیک و Disorganized شده که باید برایشان محدودیت فیزیکی ایجاد کرد و داروی سداتیو برایشان تزریق کرد.

هذیان در ۷۵ درصد بیماران مانیک وجود دارد. محتوای هذیان‌های هماهنگ با خلق اغلب شامل ثروتمندی، توانایی یا قدرت زیاد است. **هذیان و توهم‌های Bizarre و ناهماهنگ با خلق نیز در مانیا دیده می‌شود.**

به طور واضح اورینتیشن و حافظه در بیماران مانیک سالم است، البته در حالت یوفوریک شدید که امیل کریپلین آن را Delirious Mania نامید، ممکن است بیمار پرسش‌های مربوط به اورینتیشن را بدرستی پاسخ ندهد.

Hallmark نقایص شناختی در بیمار مانیا مختل شدن Judgment است. آنها ممکن است قوانین کارت‌های اعتباری، فعالیت جنسی و امور مالی را زیر پا بگذارند و حتی خانواده خود را درگیر گرفتاری‌های مالی خود کنند. بینش بیماران مانیک به اختلالشان اندک است. حدود ۷۵ درصد از کل بیماران مانیک تهاجمی و تهدید کننده هستند. بیماران مانیک در معرض خطر بیشتر خودکشی هستند. با این حال به نظر می‌رسد مهم‌ترین خطر زمانی است که بیماران دوقطبی افسرده هستند.

- خلق افسرده و بی‌علاقگی یا بی‌لذتی علائم کلیدی افسردگی هستند.
- طیف قابل توجهی از رفتارها در افسردگی دیده می‌شود، در میان نشانه‌های قابل مشاهده کندی عمومی سایکوموتور شایع‌ترین علامتی است که گزارش شده است.
- وجود علائم قابل مشاهده برای تشخیص مفید است؛ هرچند فقدان چنین علائمی به این معنا نیست که بیمار اختلالی ندارد.
- شایع‌ترین علائم جسمی افسردگی علائم عصبی نباتی افسردگی نامیده می‌شود که معمولاً شامل تعدادی علائم جسمی می‌باشد.

Neurovegetative Symptoms of Depression

Common:

Fatigue, low energy

Inattention

Insomnia, early morning awakening

Poor appetite, associated weight loss

Sometimes included:

Decreased libido and sexual performance

Menstrual irregularities

Worse depression in the AM

- تقریباً همه بیماران افسرده (حدود ۹۷ درصد) از کم شدن انرژی خود شکایت می‌کنند و (حدود ۸۰ درصد) از بیماران از اختلال در خواب به ویژه سحرخیزی یعنی بی‌خوابی انتهایی و بیدار شدن‌های مکرر در طول شب که طی آن درمورد مشکلات خود فکر می‌کنند شاکی هستند.
- نکته مهم این است که اگرچه غمگینی و حتی افسردگی ممکن است به خودی خود واکنش‌های طبیعی باشند هنگام وقوع در بافت اختلال افسردگی بیماران آنها را تجربه ای طبیعی در نظر نمی‌گیرند.



- بیمار افسرده دیدگاهی منفی راجع به جهان و خودش دارد.
- محتوای فکری این بیماران اغلب شامل نشخوارهای ذهنی غیر هذیانی در مورد از دست دادن، گناه، خودکشی و مرگ است.
- ۱۰ درصد از کل بیماران افسرده علائم بارزی از اختلال فکر دارند که معمولاً انسداد فکر (thought blocking) و فقر عمیق محتوای فکر است.
- به هذیان‌ها و توهم‌هایی که با خلق افسرده بیمار همخوانی داشته باشد هذیان و توهم‌های هماهنگ با خلق گفته می‌شود. (mood-congruent)
- هذیان‌های هماهنگ با خلق در فرد افسرده معمولاً عبارت است از هذیان گناه و معصیت (sinfulness) بی ارزشی، فقر، شکست، گزند و بیماری‌های جسمی بسیار وخیم مثل سرطان...
- هذیان‌ها و توهم‌های ناهماهنگ با خلق آنهایی هستند که محتوایشان با خلق افسرده بیمار همخوانی ندارد.
- حدود دو سوم از کل بیماران افسرده افکار خودکشی دارند و حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد از آنها نیز اقدام به خودکشی می‌کنند.
- بیماران مبتلا به افسردگی با شروع بهبودی و بازیابی انرژی موردنیاز برای برنامه ریزی و اقدام به خودکشی در معرض خطر بیشتری برای خودکشی می‌باشند. (paradoxical suicide)
- حدود ۵۰ تا ۷۵ درصد از کل بیماران افسرده دچار نوعی اختلال شناختی هستند؛ علائم شناختی عبارتند از گزارش‌های فرد مبنی بر ناتوانی در تمرکز و اختلال در تفکر...
- قضاوت بیمار با مرور اعمالش در گذشته نزدیک و بررسی رفتار وی در طول مصاحبه قابل ارزیابی می‌باشد.
- سایر بیماران به ویژه کسانی که بینش ضعیفی دارند ممکن است نتوانند علایم یا دوره‌های پیشین را گزارش کنند.
- شاید به جای پرسش درباره وضعیت هیجانی طرح سوال در مورد تغییرات عملکردی مناسب‌تر باشد مثلاً (آیا زمانهایی بوده که احساس کنید نمی‌توانید کار کنید یا از فرزندانتان مراقبت کنید؟)

فصل ۲-۱۳

Section 13-2

اپیدمیولوژی

شروع مادام‌العمر

← برای $B_{I\bar{D}}$ ۳/۳٪
← برای $B_{II\bar{D}}$ ۱/۱٪
← شروع ۱۲ ماهه:
| $B_{I\bar{D}}$: ۲٪
| $B_{II\bar{D}}$: ۰/۸٪

✓ در اکثر مطالعات) شروع $B_{II\bar{D}} < B_{I\bar{D}}$

↓ چرا؟

چون اکثر افرادی که هیپومانیا دارند یا به سمت مانیا می‌روند یا افسردگی ماژور تشخیص‌گذاری می‌شوند. (شروع مادام‌العمر هیپومانیا و بدنبال آن BIID کم است.)
✓ میانگین شروع اختلال دوقطبی در اطفال و نوجوانان ← ۱/۸٪ است.





افسردگی ماژور:

- شیوع در کشورهای کم درآمد (۱۱٪/۱) > پردرآمدها (۱۴٪/۶)
- شیوع افسردگی در نوجوانان بالاتر از اطفال و در جنس مؤنث < مذکراست.

جنسیت:

در افسردگی ماژور خانم‌ها ۲ برابر آقایان خطر ابتلا دارند ← شروع این تفاوت در بین آقایان و خانم‌ها از اوایل بزرگسالی است.

↓
← بیشترین شیوع (۳۰-۴۵٪/۵)

- علت این تفاوت بین دو جنس؟
- (۱) تفاوت‌های بیولوژیک - هورمونی
 - (۲) افزایش حساسیت به استرس
 - (۳) راهبردهای ناکارآمد کنار آمدن با استرس‌ها
 - (۴) وظایف متعدد اجتماعی
 - (۵) اختلال اضطراب قبلی



- ✓ از طرفی اختلال سوء مصرف مواد در مردان می‌توانند علائم افسردگی را بپوشانند و همچنین مردان کمتر مراجعه نزد پزشکان برای درمان اختلالات خود دارند.
- ✓ اختلال افسردگی مینور و افسردگی‌های عودکننده‌ی کوتاه‌مدت در خانم‌ها شایع‌تر هستند (البته تفاوت به اندازه‌ی افسردگی ماژور نیست).

- معمولاً بیماران مبتلا به اختلالات خلقی بیشتر از افراد عادی از مشکلات روحی، شناختی، و حتی جسمی شکایت دارند.
- سه وجه مهم در بررسی اختلالات خلقی وجود دارد:
 - (۱) بررسی سایکوداینامیک
 - (۲) بررسی شناختی
 - (۳) بررسی روابط بین فردی



- نظریه‌های سایکوداینامیک و شناختی بر علل درونی ایجادکننده اختلالات خلقی اشاره دارند، در حالیکه نظریه بین فردی بیشتر بر اتفاقات واقعی خارجی که در زندگی روزمره انسانها جریان دارد می‌پردازد..



بررسی اختلالات خلقی از جنبه سایکو داینامیک:

- در این نظریه تکیه بر روی شناخت علل درونی و ناخودآگاه به عنوان عامل اصلی در پدید آوردن اختلالات خلقی می‌باشد.
- افرادی همچون فروید، کارل آبراهام، ساندرورادو در تدوین این نظریه زحمات زیادی کشیدند.
- فروید معتقد بود که در افسردگی ملانکولیا و سوگ، جنبه‌های از ایژه درونی‌سازی شده و به نوعی با خود بیمار پیوند یافته است، در شرایط افسردگی ملانکولیا و سوگ بیمار به Igo خودحمله می‌کند ولی خشونت بجای اینکه به سمت Igo فرد باشد به سمت ایژه هدایت می‌شود.
- نظریه دیگر این است که بیماران افسرده بخاطر حفظ پیوند با ایژه ونه بخاطر از دست دادن ایژه دچار افسردگی می‌شوند، در این نظریه معتقد است، پیوند بین Igo و ایژه از آن رو حفظ می‌شود که بیمار احساس می‌کند جدایی می‌تواند یک عملکرد پرخاشگرانه همراه با پیامدهای مخرب باشد، از این رو سعی در حفظ ایژه به هر قیمتی می‌شود که این خود موجب فرمانبرداری بیشتر Igo از ایژه خواهد شد. و خشم ناشی از ایفای این نقش به سمت Igo بیمار هدایت می‌شود، زیرا که بیمار احساس می‌کند بخاطر فرمانبرداری از ایژه دچار تحقیر شده است.
- روان‌مانگرانی همچون جوزف ساندرلر به نقش از دست دادن ایژه در ایجاد افسردگی خصوصا در افسردگی اطفال اشاره دارند. آنها فهمیدند که افسردگی یک پاسخ عاطفی پایه به از دست دادن است. آنها اعتقاد دارند که در صورتیکه کودک ایژه را از دست بدهد فقط ایژه بلکه خود را نیز در رابطه با ایژه از دست داده است. بنابراین ساندرلر معتقد به یک نوع پیوند سیمبیوتیک بین ایژه و Igo است و که در صورت از دست رفتن ایژه Igo نیز از دست خواهد رفت، که این ایجاد پیوند بین ایژه و ایگو و بدنبال آن از دست رفتن Igo بدنبال از دست رفتن ایژه نوعی خودشیفتگی شکل گرفته در فرد خواهد بود.
- ملانی کلاین معتقد بود، بیماران مبتلا به افسردگی مدام نگرانند که نتوانند ایژه درونی‌سازی شده خود را از تکانشگری و خشم خود در امان نگه دارند، در نتیجه بدنبال این اتفاق دچار احساس سرزنش و احساس گناه می‌شوند.

فصل ۷-۱۳

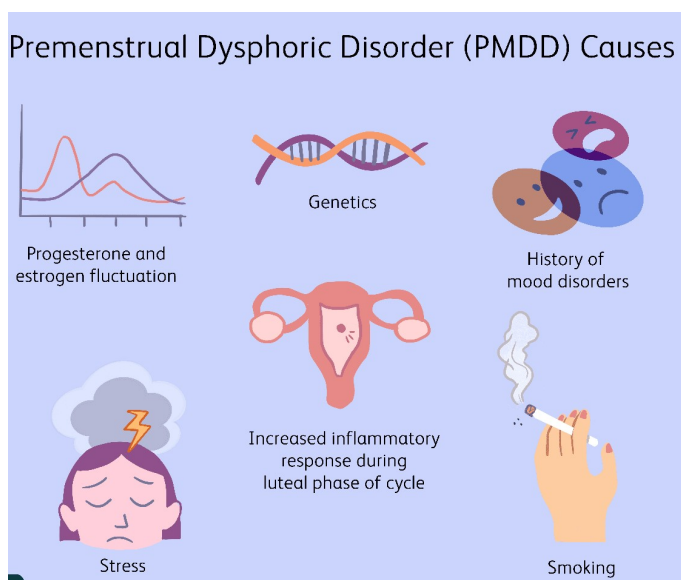
Section 13-7

دارودرمانی اختلالات افسردگی دوقطبی

مقدمه:

تغییراتی که در DSM-5 در اختلالات خلقی ایجاد شده است:

- حذف دوره مختلط به عنوان یک تشخیص جداگانه
- اضافه شدن تشخیص اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی (Premenstrual dysphoric disorder) به عنوان یک تشخیص جدید هستند.



- جایگزینی اختلال افسردگی پایا (Persistence Depressive disorder) بجای اختلال دیس تایمی.
- تعریف اختلال افسردگی پایا (persist Dep. Dx): [خلق افسرده + حداقل ۲ علامت افسردگی + زمان $2 \leq Y$] (در کودکان و نوجوانان مدت زمان حداقل یک سال است).
- اضافه شدن یک معیار به معیارهای اصلی مانیا و هیپومانیا:



- افزایش غیرطبیعی فعالیت‌های هدفمند یا سطح انرژی
- اصطلاح NOS به جای: /Other specified Dep Dx

/Other specified Dipolar & Related Dx

Unspecified Dipolar & Related Dx قرار گرفته است.



درمان اختلال افسردگی ماژور:

✓ هدف اصلی در مرحله‌ی حاد درمان ← رسیدن به فاز فروکشی (عاری از علائم بالینی)

HAM.D ←	≤ ۷ تست همیلتون افسردگی
MADRS ←	≤ ۱۰ تست مونتگومری آبرگ

← (قبلاً می‌گفتند کاهش ۵۰٪ یا بیشتر در هر کدام از تست‌ها ولی شانس عود داشت)

درمان اختلال افسردگی ماژور:

○ ابزارهای بالینی ارزیابی:

(I) HAMD-7 (نوع خلاصه شده)

(II) PHQ-9 ← ۹ آیتم در (5) DSM

(III) QIDS پرسشنامه‌ی سریع برای علائم بالینی افسردگی ← مطالعه STARD با همین پرسشنامه انجام گرفت.

← ۲ نوع فرم برای پرسشنامه ی QID وجود دارد:

Sheehan Disability Scale :SDS (IV)	ارزیابی
LAM employment absence and productivity scale :LEAPS (V)	عملکرد:

فصل ۸-۱۳

Section 13-8

نورویولوژی



ضعیف شدن تمرکز و تفکر
انتزاعی

(۱) نگرش‌های منفی در
افسردگی بصورت:

اختلال در شناخت و حل مسئله

در موارد شدیدتر ← اختلال در ادراک، توهمات و هذیان‌ات



علت همگی) اختلال عملکرد هیپوکامپ + PFC + آمیگدال (سیستم
لیمبیک) است.

↓ فعالیت‌های هدفمند

(۲) کاهش علاقه و عدم واکنش‌پذیری
خلق بصورت:

↓ عوامل تقویت‌کننده

کاهش میل جنسی

↓ فعالیت‌های پایه مثل

کاهش میل به غذا



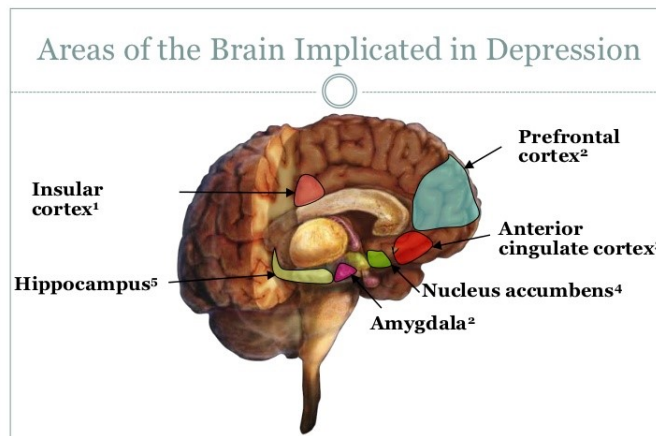
اختلال در تالاموس، هیپوتالاموس، هسته‌ی آکومبنس، سینگولیت قدامی و PFC



کندی سایکوموتور
تغییر در سایکوموتور بصورت: (۳)
گاهاً با بی‌قراری (در انواع شدید افسردگی) همراه است.

✓ انهدونیا و اختلالات سایکوموتور ← بیشتر در سالمندان افسرده و با افسردگی‌های عودکننده دیده می‌شود.

← علت: اختلال در مدار زیر قشری ارتباط دهنده‌ی تالاموس، عقده‌های قاعده‌ای و جسم مخطط است.



تالاموس
هیپوتالاموس
اختلال در هسته‌های
اختلال در ساقه مغز
✓ اختلال در ریتم شبانه‌روزی طبیعی

عوامل خطر ساز:

(۱) ژنتیک:

- قابلیت توارث اختلال دوقطبی بیشتر از سایر اختلالات خلقی است.
- شروع اختلال در سنین پایین‌تر با قابلیت به ارث رسیدن بیشتری همراه است.

سوالات و پاسخنامه فصل ۱۳

۱. بر اساس راهنمای بالینی مدیریت اختلال دوقطبی بزرگسالان ایران (۱۳۹۹) کدام یک از درمان‌های ابزاری (instrument) در بیماران دوقطبی مورد اجماع قرار گرفته است؟ (ارتقا ۱۴۰۲)
- الف) rTMS
ب) ECT
ج) tDCS
د) Biofeedback

پاسخ: ب

راهنمای بالینی اختلال دوقطبی در درمان اختلال دوقطبی، ابزارهای درمانی می‌توانند در مواردی به کار روند ولی هیچ‌کدام درمان اصلی تلقی نمی‌شوند، در میان آن‌ها تنها ECT مورد اجماع قرار گرفت و می‌تواند در مواردی مثل نیاز به بهبودی سریع یا در دوره‌ی بارداری به کار رود.

۲. مرد ۴۲ ساله‌ای از بیست سال پیش با اولین اپیزود مانیا تحت درمان دارویی قرار گرفته است. در این مدت چند بار داروهای تجویز شده را قطع کرده و در کل مدت بیماری سه دوره مانیا و یک دوره افسردگی مازور را تجربه کرده است. مجدداً از سه ماه پیش داروها را قطع کرده و در بهبودی کامل با عملکرد رضایت‌بخش است. اطلاعی از داروهای مصرفی گذشته او نداریم. سابقه بیماری دیگری به جز آرتریت روماتوئید ندارد. بر اساس تجویز کدام رژیم دارویی ارجح است؟ (راهنمای "راهنمای بالینی مدیریت اختلال دوقطبی بزرگسالان ایران" بالینی مدیریت اختلالات دوقطبی بزرگسالان ایران (۱۳۹۹) (بورد ۱۴۰۲)

- الف) فعلاً نیازی به تجویز دارو نیست.
ب) آریپیپرازول
ج) کوئتیاپین
د) والپروات + لیتیوم

پاسخ: ج



طبق راهنمای بالینی مدیریت اختلال دوقطبی بزرگسالان ایران ۱۳۹۹ درمان نگهدارنده اختلال دوقطبی در جدول زیر آمده است. در این راهنما گفته شده است که تنها لیتیوم و کوئتیاپین برای کنترل هم دوره افسردگی و هم مانیا کاربرد دارد.

جدول ۴- درمان نگهدارنده، اختلال دوقطبی نوع یک (BID)

لیتیوم	خط اول
کوئتیاپین + لیتیوم / دیوالپرونکس / والپروات	
دیوالپرونکس / والپروات	
کوئتیاپین	
اریپیپرازول + لیتیوم / دیوالپرونکس / والپروات	
لاموتریژین	خط دوم
لیتیوم + کاربامازپین	
دیوالپرونکس / والپروات + لیتیوم	
اریپیپرازول	خط سوم
آلانزاپین	
اریپیپرازول + لاموتریژین	

۳. براساس مطالعه مروری در مورد اختلال دوقطبی و خودکشی که توسط Miller و همکاران انجام شده است و در مجله current psychiatry reports سال ۲۰۲۰ به چاپ رسیده است، کدام گزینه زیر

ریسک فاکتور خودکشی در بیماران با اختلال دوقطبی است؟ (بورد ۱۴۰۲)

(الف) سن زیر ۳۵ سال

(ب) داشتن فرزند

(ج) تاهل

(د) علایم پسیکوک هماهنگ با خلق

پاسخ: ب

براساس مطالعه Bipolar disorder and suicide: a review که توسط Miller و همکاران انجام شده است

۴. کدام مورد زیر از ویژگی‌های "Automatic thoughts" در بیماران دچار افسردگی نیست؟ (بورد ۱۴۰۱)

(الف) Irrational

(ب) Self-deprecatory

(ج) Mood congruent

(د) Psychotic

پاسخ: گزینه ج