



سروشنامه

عنوان و نام پدیدآور

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست نویسی

یادداشت

عنوان دیگر

موضوع

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

رده بندی کنگره

رده بندی دیویی

شماره کتابشناسی ملی

اطلاعات رکورد کتابشناسی

طاهرزاده بروجنی، سینا، ۱۳۶۳-

سایکوسوماتیک: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورده تخصصی با پاسخ تشریحی روانپزشکی تا سال ۱۴۰۲ = Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 10th. ed, 2017 & Kaplan ترجمه و تلخیص سینا طاهرزاده بروجنی، مهسا معتمد.

تهران: کاردیا، ۱۴۰۱.

۲۰۸ ص: مصور(رنگی)، جدول(رنگی).

۳۸۴۰۰۰۰ ریال 978-622-5560-81-9

فیپا

کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب "Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 10th. ed, 2017" & Kaplan" ویرجینا ا. سادوک، پدرو روتیز است. چکیده روانپزشکی بالینی.

پزشکی روان‌تنی/ Medicine, Psychosomatic, روان‌پزشکی Psychiatry

پزشکی روان‌تنی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Medicine, Psychosomatic -- Examinations, questions, etc.

روان‌پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Psychiatry -- Examinations, questions, etc.

معتمد، مهسا، ۱۳۶۷-

کاپلان، هرولد، ۱۹۲۷- م. چکیده روانپزشکی بالینی

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

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

روتیز، پدرو، ۱۹۳۶- م. چکیده روانپزشکی بالینی

۴۹RC

۰۸/۶۱۶

۹۱۸۳۸۸۲

فیپا

سایکوسوماتیک، خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورده تخصصی روانپزشکی

تخصصی روانپزشکی

همراه پاسخ تشریحی "Comprehensive 2017 Kaplan & Sadock's"

ترجمه و تلخیص: دکتر سینا طاهرزاده بروجنی و دکتر مهسا معتمد

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه آرا: رزیدنت یار - منیرالسادات حسینی

طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

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

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

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

سایکوسوماتیک

خلاصه درس به همراه

مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی روانپزشکی تا سال ۱۴۰۲

Sadock's comprehensive & Kaplan
textbook of psychiatry, 10th. ed, 2017

ترجمه و تلخیص

دکتر سینا طاهرزاده بروجنی

دکتر مهسا معتمد

دارای بورد تخصصی روانپزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران



فهرست مطالب

فصل ۱-۲۷: مقدمه	۱۳
فصل ۲-۲۷: اختلالات قلبی و عروقی	۱۵
فصل ۳-۲۷: اختلالات گوارشی	۳۵
فصل ۴-۲۷: اختلال خوردن و چاقی	۴۳
فصل ۵-۲۷: اختلالات تنفسی	۶۳
فصل ۶-۲۷: دیابت	۷۱
فصل ۷-۲۷: اختلالات متابولیک و آندوکراین	۷۷
فصل ۸-۲۷: سایکوانکولوژی	۸۹
فصل ۹-۲۷: انتهای زندگی و مراقبت‌های تسکینی	۱۲۷
فصل ۱۰-۲۷: استرس و روانپزشکی	۱۴۳
فصل ۱۱-۲۷: عوارض روانپزشکی و جسمی به دنبال بیماری وخیم	۱۴۷
فصل ۱۲-۲۷: بیماری‌های مشترک بین روانپزشکی و پوست (سایکوکوتانئوس)	۱۴۹
فصل ۱۳-۲۷: پیوند عضو	۱۷۳
فصل ۱۴-۲۷: مراقبت‌های روانپزشکی در بیماران دچار سوختگی	۱۸۳
فصل ۱۵-۲۷: مدیریت درد مزمن	۱۸۹
سؤالات و پاسخنامه ارتقاء و بورده تخصصی	۲۰۳

سایکوسوماتیک چیست؟

- سندرم بریکت
- Astasia-abasia



- بابنسکی اولین بار توانست بین بیمار ارگانیک و هیستریا افتراق دهد.
- استکل در اوایل قرن ۱۹ اصطلاح سوماتیزیشن را ابداع کرد.
- فروید از اهمیت و ارتباط متقابل احساسات و ناراحتی‌های جسمی نام برد.

طب نوین و تعریف جدید از سایکوسوماتیک

- Franz Alexander عنوان کرد مشکلات و تعارضات طولانی باعث ایجاد اختلالات فیزیولوژیک در بدن و به دنبال آن پاتولوژی در ارگان‌ها می‌شود.
- Dunbar و همکاران عنوان کردند که بیماری عروق کرونر در تیپ خاصی از شخصیت که رقابت‌طلب، جاه‌طلب، پرتلاش هستند و بعدها توسط فردمن و روزمن به شخصیت A معروف شد بیشتر است.



- Hans Selye عنوان کرد که بیماری‌های ارگانیک همچون Ra و پیتیک اولسر با تغییرات هورمونی در محور هیپوفیز آدرنال در ارتباط است که این محور در تأثیر با استرس‌های روحی و روانی است.

Table 27. 1-2.

Summary of Clinical Problems in Psychosomatic Medicine

Type of Clinical Problem	Example
Psychiatric symptoms secondary to a medical condition	Delirium, dementia
Psychiatric symptoms as a reaction to medical condition or treatments	Anxiety related to chemotherapy, depression related to limb amputation
Psychiatric complications of medical conditions and treatments	Depression secondary to interferon treatment
Psychological factors contributing to medical symptoms	Somatic symptom disorders
Medical complications of psychiatric conditions or treatment	Neuroleptic malignant syndrome, acute withdrawal from alcohol or other substance
Co-occurring medical and psychiatric conditions	Recurrence of depressive disorder in setting of cancer treatment (conditions occur independently) ; schizophrenia in a patient with end-stage renal disease.
Psychiatric/psychosocial assessment	Capacity evaluation; evaluation prior to organ transplantation

۱. مرد ۵۲ ساله‌ای به سبب هپاتیت، تحت درمان با اینترفرون قرار گرفته و به دنبال آن احساس غمگینی، بی‌انگیزگی، بی‌حوصلگی، بی‌اشتهایی و نومیدی همراه با افکار خودکشی برای او عارض شده است. این بیمار جزو کدام دسته از مشکلات بالینی طب سایکوسوماتیک قرار می‌گیرد؟ (مشترک ۹۶)

الف) Psychiatric symptoms secondary to a medical condition

ب) Psychiatric symptoms as a reaction to medical condition

ج) Psychiatric complications of medical conditions and treatments

د) Co-occurring medical and Psychiatric conditions

پاسخ: ج

- BMI طبیعی بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۵
 - Overweight بین ۲۵ تا ۳۰
 - **Obese**
۱. بین ۳۰ تا ۳۵ نوع mild
 ۲. بین ۳۵ تا ۴۰ moderate
 ۳. بالای ۴۰ severe است.

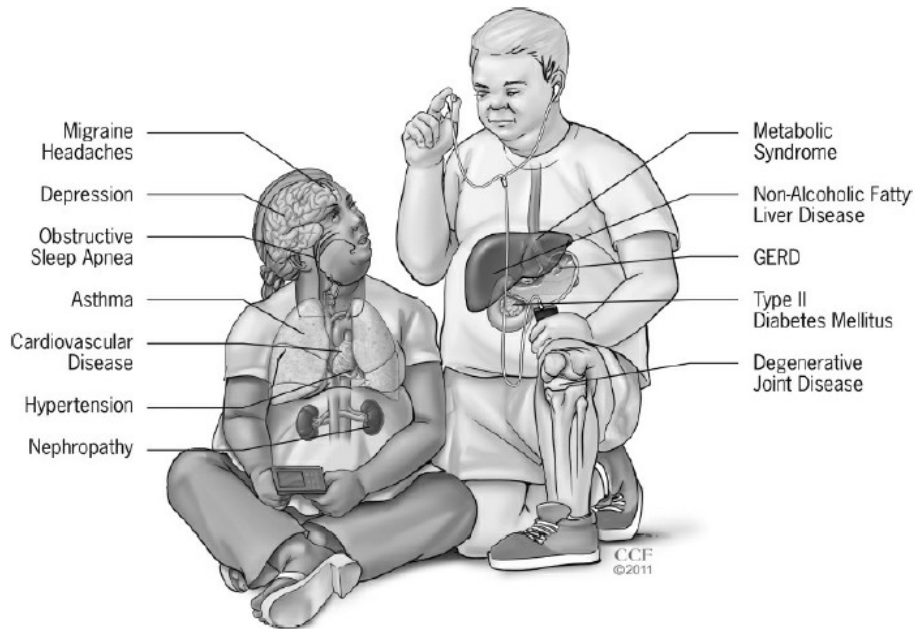


FIGURE 27. 4-1. Medical comorbidities of obesity in adolescents. (Reprinted with permission, Cleveland Clinic Center for Medical Art & Photography © 2006–2015. All Rights Reserved.)



• کوموریدیتی های چاقی:

Binge Eating Disorder -

Bulimia -

Night eating Syndrome -

Graze eating Syndrome -

- و از دست دادن کنترل در مصرف مایعات پرکالری

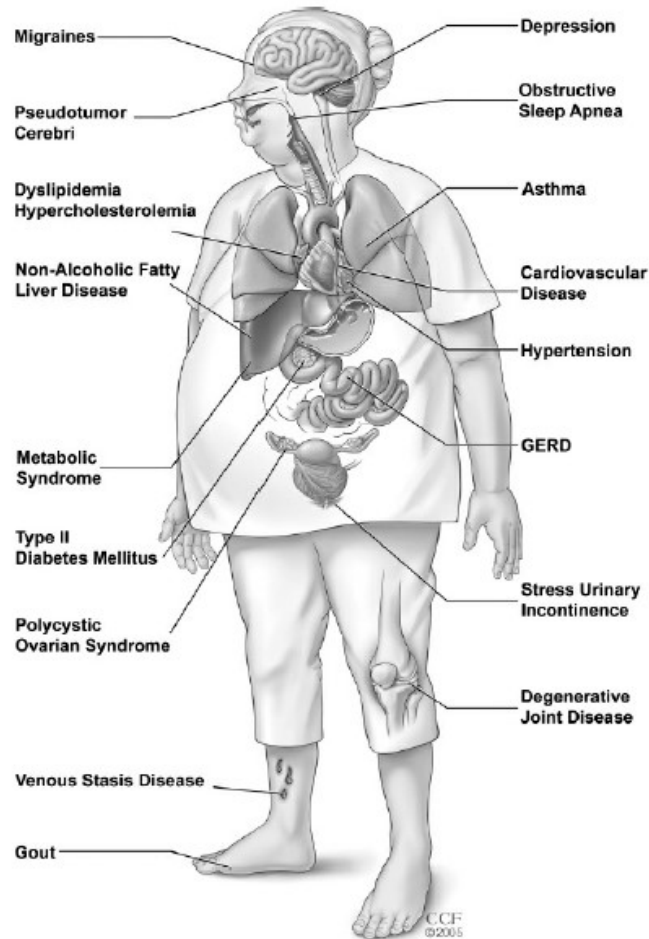


FIGURE 27. 4-2. Medical comorbidities of obesity in adults. (Reprinted with permission, Cleveland Clinic Center for Medical Art & Photography © 2006–2015. All Rights Reserved.)

- دیابت تیپ ۲ با شیوع افت کاگنیتو بیشتر و بیماری آلزایمر همراه است.
- حملات هایپوگلیسمی نیز با افت بیشتر اختلال شناختی و خطر دمانس همراه است.
- در نتیجه بررسی بیماران دیابتی با MMSE و MoCA برای تشخیص زودهنگام افت کاگنیشن مهم است.
- شیوع بولیمیا نروزا در دیابت نوع ۱ بالاتر از گروه کنترل بود در حالی که برای آنورکسیا نروزا این گونه نبود.
- بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اسکیزوفرنی بیشتر از جمعیت عادی دیابت می گیرند.
- ابتلا به افسردگی و دیابت با موارد زیر ارتباط دارد:
 ۱. سن پایین تر ابتلا
 ۲. خانمها
 ۳. افراد کمتر تحصیل کرده
 ۴. افراد با همبودی های طبی بیشتر
 ۵. عوارض دیابت بیشتر و طول مدت ابتلا به دیابت بیشتر
 ۶. سیگار کشیدن
 ۷. BMI بالاتر
 ۸. سیگاری بودن
 ۹. هموگلوبین A_{1c} بالاتر
- حدود ۵۰٪ مرگ و میر بیماران دیابتی مربوط به سکته قلبی یا مغزی است.



- افسردگی این ریسک را افزایش می‌دهد به دو دلیل: ۱. با ریسک فاکتورهای متعدد قلبی مرتبط است. ۲. همچنین افسردگی با فاکتورهای بیولوژیک مثل افزایش فعالیت سمپاتوآدرنال، افزایش کورتیزول، افزایش چسبندگی پلاکت، افزایش مارکرهای التهابی و دیسفانکشن اندوتلیال ارتباط دارد.
- افراد دیابتی مبتلا به افسردگی نسبت به افراد دیابتی بدون افسردگی دو برابر بیشتر احتمال دارد که سه یا بیشتر ریسک فاکتور قلبی فرامینگهام را داشته باشند.

Mean Number of Days Reduced Household Work

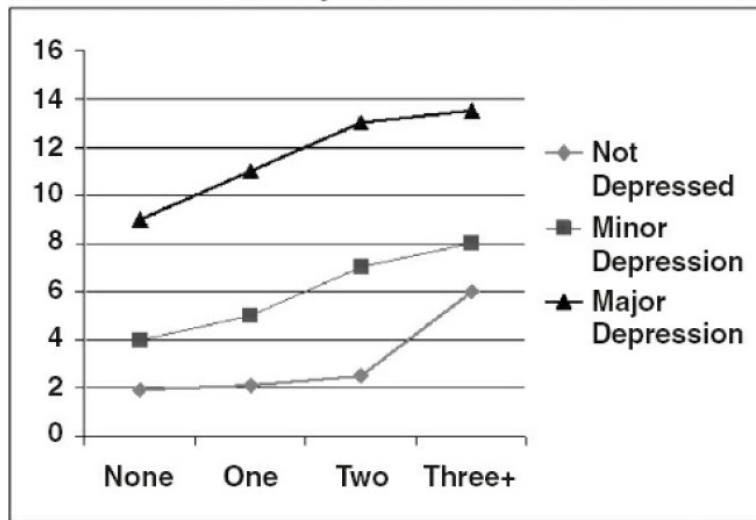


FIGURE 27. 6-2. Relationship of comorbid depression to disability in patients with diabetes. (Data from Von Korff M, Katon W, Lin EH, et al. Potentially modifiable factors associated with disability among people with diabetes. *Psychosom Med.* 2005;67 (2):233–240.)

- عمر بیماران مزمن روانپزشکی مثل دوقطبی و اسکیزوفرنی ۱۵-۱۰٪ کمتر از جمعیت عموم است. ریسک مرگ و میر قلبی هم در این بیماران بالاتر هست که این افزایش حتی بعد از کنترل مصرف آنتی‌سایکوتیک‌ها رخ می‌دهد هر چند خطر مورتالیتی در آن‌هایی که دوز بالاتر دارو می‌گیرند، بیشتر است.
- همراهی واضح بین افسردگی و هر کدام از شش عارضه دیابت شامل: حمله قلبی، سکته مغزی، نوروپاتی، نوروپاتی، رتینوپاتی و بیماری عروق محیطی وجود دارد.

Table 27. 8-1.
Symptoms in Patients with Cancer

Symptom	% Positive
Fatigue	74
Worry	71
Sadness	66
Pain	63
Drowsiness	61
Dry mouth	56
Insomnia	54
Poor appetite	45
Nausea	44
Bloating	39
Difficulty in concentration	38
Change in taste	36
Constipation	33
Cough	30
Sexual dysfunction	24
Incontinence	12
Nightmares	11

اصول کلی ارزیابی و درمان

- اختلال Adjustment شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در همراهی با کنسرهاست. در رتبه بعد MDD و دلیریوم قرار دارد.
- حال مارک درمان در این بیماران activism therapeutic است که مبتنی بر کاربرد همزمان چندین مودالیتی و درمان سریع علائم است.
- با نگاه به کنسر به عنوان یک event traumatic کار روی بهبود adjustment بیمار ضرورت دارد.



- بیماران افسرده مبتلا به کانسر ممکن است از دوز کم ضدافسردگی‌های سداتیو مثل میرتازاپین یا ترازودون سود ببرند.
- بیماران مختصر مضطرب و confused از دوز پایین آنتی‌سایکوتیک سود می‌برند مثل الانزاپین، ریسپریدون یا کوئتیاپین در زمان خواب.
- بنزودیازپین‌های acting medium to short خواب‌آورهای خوبی در غیاب دلیریوم‌اند.
- روان‌درمانیهای مؤثر در بیماران مبتلا به سرطان عبارتند از
 - ۱) CBT
 - ۲) Crisis intervention
 - ۴) روش حل مسئله
 - ۳) روان‌درمانی گروهی
 - ۵) روان‌درمانی supportive
 - ۴) سایکوداینامیک
- روان‌درمانی در بیماران مبتلا به سرطان سبب بهبود موارد زیر می‌شود:
 - ۱) کاهش نگرانی
 - ۲) افزایش اعتماد بنفس
 - ۳) کاهش اضطراب
 - ۴) حس کنترل بیشتر
- روان‌درمانی سایکوداینامیک در بیماران مبتلا به سرطان که پاتولوژی شخصی بیمار درمان سرطان‌شان را تحت شعاع قرار داده توصیه می‌شود.
- معمولاً در جلسات اولیه درمان، تمرکز روان‌درمان بر Crisis intervention است و در ادامه به سایر روان‌درمانیها تبدیل می‌شود.
- MCP یک روش مداخله‌ای در بیماران مبتلا به سرطان است. در این روش سعی می‌شود در بیمار معنی دار بودن زندگی و آرامش دادن و هدف دار کردن زندگی حتی با وجود سرطان و نزدیک بودن به مرگ تقویت شود.

انتهای زندگی و مراقبت‌های تسکینی

فصل ۹-۲۷

COMPREHENSIVE Section 27-9

ارتباط بین پزشک و بیمار:

- بیمارانی که کاملاً آگاه از شرایط خود هستند و حاضرند از شرایط خود اطلاع کسب کنند باید اطلاعات کامل به بیمار داد (Full disclosure) اما بیمارانی که بسیار ترسیده یا شخصیت وابسته هستند یا ظرفیت لازم را ندارند (incapacitated) نباید در مورد بیماری افشاگری کرد و اطلاعات را باید به وکیلش داد.
- برای بیمارانی که می‌خواهند فقط قدری از شرایط خود را بدانند (Individualized disclosure) به آنها باید حق ندانستن آگاهانه داده شود و یک نفر به عنوان وکیل از طرف وی باید جهت دریافت اطلاعات جزئی معرفی شود.

در اختیار گذاشتن اطلاعات:

- در مورد به اشتراک گذاشتن اطلاعات با بیمار لحن صحبت پزشک باید باز واقع‌گرایانه (openness and realism) و همراه با امید باشد باید دائماً از بیمار بازخورد گرفت و از او خواست احساس و میزان فهم خود را بگوید.



Table 27.9-2.

Seven Promises a Physician Should Make to a Dying Patient

You will have the best medical treatment, aiming to prevent exacerbation, to improve function and survival, and to ensure comfort.

You will never have to endure overwhelming pain, shortness of breath, or other symptoms.

Your care will be continuous, comprehensive, and coordinated.

You and your family will be prepared for everything that is likely to happen in the course of your illness.

Your wishes will be sought, respected, and followed whenever possible.

We will help you consider your personal and financial resources, and we will respect your choices about their use.

We will do all that we can to see that you and your family will have the opportunity to make the best of every day.

Adapted from Mitka M. Suggestions for help when the end is near. *JAMA*. 2000;284:2441.

علائم جسمی و سایکولوژیکال در بیماران با بیماری در مراحل پیشرفته بیماری:

انواع درد

- Somatic pain:
معمولاً کیفیت دردهای ثابت، تیر کشنده که بیمار به خوبی محل آن را لوکالایز می‌کند
مثل متاستاز به استخوان
- Visceral pain:
معمولاً کیفیت درد عمیق، فشارنده و قابل لوکالایز شدن توسط بیمار نمی‌باشد مثل پلورال افیوژن، chest pain, diaphragmatic irritation.
- Neuropathic pain:
بر اثر آسیب مستقیم به رسپتورهای محیطی و سیستم عصبی مرکزی ایجاد می‌شود مثل phantom limb pain
- Psychogenic pain:
وجود درد در غیاب وجود منشأ عضوی برای درد
- دردهای سوماتیک و احشایی به اپیوئیدها پاسخ بهتری می‌دهند.
- دردهای نوروپاتیک معمولاً به اپیوئیدها پاسخ نمی‌دهند بلکه کورتون ضدصرع‌ها و ضدافسردگی‌ها مثل پره گابالین یا گاباپنتین مؤثر است.

بیماری‌های مشترک بین روانپزشکی و پوست (سایکوکوتانوس)

فصل ۱۲-۲۷

COMPREHENSIVE Section 27-12



Table 27.12-1.
Classification of Psychocutaneous Disorders

Koo's Classification	DSM-5 Classification
Psychophysiological disorders	(1) Psychological factors affecting other medical condition (316) Atopic dermatitis, psoriasis, alopecia areata, urticaria and angioedema, acne vulgaris
Primary psychiatric disorders	(2) Delusional disorder, somatic type (297.1) Delusional parasitosis, delusions of a defect in appearance, delusions of a foul body odor (3) Obsessive-compulsive and related disorders (OCRD) Psychogenic excoriation (698.4), trichotillomania (312.39), body dysmorphic disorder (300.7) (4) Unspecified OCRD (Body-focused repetitive behavior disorder) (300.3) Onychophagia (5) Factitious disorder (300.19): Dermatitis artefacta, psychogenic purpura
Secondary psychiatric	(6) Anxiety disorder due to another medical condition (293.84) (7) Generalized anxiety disorder (300.02) (8) Major depressive disorder (296.3)
Cutaneous sensory disorders	(9) Unspecified somatic symptom and related disorder (300.82) Chronic idiopathic pruritus, idiopathic pruritus ani, vulvae, scroti (10) Somatic Symptom Disorder, with predominant pain (300.82) Idiopathic glossodynia, dysesthetic (essential) vulvodinia
Psychotropic medication for nonpsychiatric indications	

ریتم سیرکادین و پوست:

- خواب عمیق که خواب موج آهسته نامیده می‌شود تحریک آزادسازی هورمون رشد و به دنبال آن ترمیم بافت پوست صورت می‌گیرد.



- ریتم خواب و بیداری ارتباط نزدیکی با دمای مرکزی بدن دارد. ریتم سیرکادین بدن با خاصیت محافظتی پوست در مقابل از دست دادن آب، pH سطح پوستی و دمای پوست ارتباط دارد.
- خارش شبانه حین خواب معمولاً در مرحله ۱ و ۲ NREM و خواب REM بیشتر است و در مرحله ۳ NREM از همه کمتر است.
- محرومیت از خواب باعث تشدید خارش می شود.
- اختلالات روانپزشکی مثل PTSD برانگیختگی اتونوم و بی خوابی منجر به افزایش تعریق و خارش می شود.

درماتیت آتوپیک:



- معمولاً این بیماری در شیر خواران و خردسالان دیده می شود.
- علائم این بیماری بصورت ضایعات ماکولوپاپولرکه معمولاً همراه با خارش، پوسته ریزی و آریتمی است بروز می کند. معمولاً ضایعات در قسمت فلکسور و دستها مشاهده می شود.

- درد انواع مختلفی دارد که می تواند در کل به نوع حاد و مزمن طبقه بندی شود.
- اگر درد روزانه و بیشتر از یک ماه بطول انجامد، صرف نظر از علت ایجادکننده مزمن عنوان می شود.



Table 27.15-1.
Types of Painful Experiences

Allodynia	A painful response to a normally non-noxious stimulus
Deafferentation pain	Pain resulting from loss of sensory input into the central nervous system
Dysesthesia	An abnormal pain that can be spontaneous or evoked
Hyperalgesia	An exaggerated painful response to a normally noxious stimulus
Hyperesthesia	Increased sensitivity to stimulation that excludes the special senses
Hyperpathia	An exaggerated painful response evoked by a noxious or non-noxious stimulus
Hypoesthesia	Diminished sensitivity to stimulation that excludes the special senses
Nociception	Detection of tissue damage by transducers in skin and deeper structures and the central propagation of this information via A delta and C fibers in the peripheral nerves
Paresthesia	An abnormal nonpainful sensation that is either spontaneous or evoked
Sensitization	Lowered threshold and prolonged/enhanced response to stimulation

- درد به انواع زیر طبقه بندی می شود:

Nociceptive (۱)

Neuropathic (۲)

- درد Nociceptive در نتیجه تروما یا بیماری ایجاد می شود و به انواع Somatic و visceral تقسیم می شود.
- درد Somatic معمولاً مکان مشخصی دارد و محدود به یک ناحیه است.
- درد سوماتیک بعلت آسیب عضله، استخوان است.



- درد Visceral در اثر اختلال در عملکرد ارگانهای درونی بر اثر التهاب، ایسکمی و organ distention می باشد.
- دردهای Visceral معمولاً مبهم است و محل خاصی ندارد.
- دردهای neurotic به انواع محیطی و مرکزی تقسیم می شود.
- دردهای محیطی به شکل گزگز کردن و تیر کشیدن خود در نشان می دهد.
- انواع نوروپاتیها و نورالژی ها از نوع محیطی هستند.
- نوع مرکزی معمولاً بدنبال آسیب نخاعی یا سکته یا MS بوجود می آید.



Table 27.15-2.
Neuropathic and Nociceptive Pain Conditions

NEUROPATHIC

Peripheral

Peripheral neuropathy
Postherpetic neuralgia
Trigeminal neuralgia
Chronic postsurgical pain
Phantom limb pain
Complex regional pain syndrome
Radiculopathy
Nerve entrapment

NOCICEPTIVE

Somatic

Arthritis

Myofascial pain
Fibromyalgia
Connective tissue disorders
Surgical/trauma related pain
Burn pain

Central

Spinal cord injury
Central poststroke pain
Parkinson disease
Multiple sclerosis
Seizure disorder

Visceral

Irritable bowel syndrome

Endometriosis
Interstitial cystitis
Ulcers
Appendicitis
Cholecystitis



سوالات و پاسخنامه ارتقا و مورد تخصصی

۱. برای بیمار با علائم متوسط و اختلال عملکرد خفیف تا متوسط و بدون خطر قطعی برای خود و دیگران، کدام سطح مراقبتی مناسب می‌باشد؟ (Synopsis 2022) (ارتقا ۱۴۰۲)
- الف) مراقبت سرپایی ب) درمان سرپایی فشرده
ج) درمان بیمارستانی پاره‌وقت د) بستری در بیمارستان

پاسخ: ج

سیناپس ۲۰۲۲ - فصل ۲۶

**Table 26-1
Main Levels of Care**

	Inpatient Hospitalization	Partial Hospital	Intensive Outpatient Treatment	Outpatient	Residential Care
Risk	High; risk of imminent danger to self/others	Moderate but not imminent risk	No imminent risk	Low risk of harm	Moderate risk
Disease severity	Severe symptoms	Moderate	Moderate	Mild to moderate	Moderately severe
Functioning, activities of daily living (ADLs)	Poor, cannot attend to basic ADLs without assistance	Moderate dysfunction	Mild to moderate dysfunction	Adequate to attend to ADLs independently or with some assistance	Severe
Treatments	Require around-the-clock administration, regular observation for side effects or adjustment, or are given at a frequency making other settings impractical	Fully staffed unit offering a range of services similar to inpatient, however, limited to the working day and given daily, usually 5 days a week	May vary from several times a week to weekly or monthly, depending on the level of severity and treatment. Includes both psychotherapies and medications	May vary from several times a week to weekly or monthly, depending on the level of severity and treatment. Includes both psychotherapies and medications	Psychosocial treatments and medication management, although not necessarily at the level of an inpatient unit
Patient cooperation	Voluntary or involuntary	Voluntary	Voluntary	Voluntary	Voluntary or court-ordered
Need for restraints	May need restraining for safety purposes to prevent violence or injury	None	None	None	None
Goals of treatment	Reduce safety concern, reduce symptoms, restore functioning	Improvements in symptoms and functioning to transition the patient to a less restrictive treatment	Achieve and maintain the usual pre-morbid level of functioning	Achieve and maintain the usual pre-morbid level of functioning	Improvement in symptoms and functioning to a level where the patient can live in a less restrictive setting



۲. بیماری با پسوریازیس مقاوم به درمان مراجعه نموده است. وی دارای علائم خستگی و افسردگی است و بیماری طبی دیگری ندارد. تجویز کدام داروی زیر مناسب‌تر است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) Adalimumab

ب) Bupropion

ج) Lithium

د) Fluoxetine

پاسخ: الف

گزارش شده بیماران با پسوریازیس از شیوع بالایی از اختلال اضطرابی، اختلال افسردگی و اختلال پرسونالیتی رنج می‌برند. آنتاگونیست TNF α هم safe و هم مؤثر در بهبود شدت بیماری و هم کیفیت زندگی این بیماران می‌باشد در بیماران با افسردگی سطح TNF α افزایش یافته که مرتبط با خواب‌آلودگی و خستگی می‌باشد و آنتاگونیست‌های TNF α مانند Adalimumab علائم دپرشن و خستگی را در بیماران پسوریازیس برطرف می‌کند. (فصل ۱۲ سیناپس ۲۰۲۲ و فصل ۲۷ کامپر ۲۰۱۷)

۳. بیماری با تشخیص هیپوتیروئیدی تحت درمان با لووتیروکسین قرار می‌گیرد. یک هفته بعد از درمان با علائم پرحرفی، تحریک‌پذیری، کم‌خوابی و ولخرجی مراجعه می‌کند. محتمل‌ترین دلیل بروز علائم فوق چیست؟ (تهران ۹۸)

الف) اصلاح سریع کم‌کاری غده تیروئید

ب) همپوشانی افسردگی و هیپوتیروئیدی و تغییر فاز

ج) دلیریوم به دلیل افزایش هورمون تیروئید

د) بروز همزمان اختلال خلقی با هیپوتیروئیدی

پاسخ: الف

۴. مرد ۶۰ ساله‌ای که از سال‌های قبل مبتلا به سندرم شوگرن و آرتریت روماتوئید می‌باشد، به دلیل شکایت از بی‌خوابی از بخش روماتولوژی مورد مشورت شما قرار می‌گیرد. در معاینه روانپزشکی نشانه‌های افسردگی در وی مشاهده می‌شود. شروع کدام یک از داروهای زیر برای این بیمار ارجح است؟ (بورد ۹۷)

الف) پاروکستین

ب) فلورازپام

ج) آمی‌تریپتیلین

د) ترازودون

پاسخ: د