



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	محمدی بینا، زهرا، ۱۳۷۱ - اختلالات خلقی و مدیریت آن‌ها: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۴ / ترجمه و تلخیص: دکتر زهرا محمدی بینا، نیلوفر قاسمی مبارک‌آبادی، فرانک زکی‌زاده مباحث سیناپس ۲۰۲۲ پاسخ دهی به سؤالات: دکتر سارا صادقی پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل تهران: کاردیا، ۱۴۰۳. ۴۲۶ ص. ۱۱،۲۱۰،۰۰۰ ریال 978-622-404-101-2
مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳. ۴۲۶ ص. ۱۱،۲۱۰،۰۰۰ ریال 978-622-404-101-2
وضعیت فهرست نویسی یادداشت	فیبا کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Sadock's synopsis of psychiatry, 12th ed, 2022 & Kaplan " به ویراستاری رابرت جوزف بولند، مارشال. وردوین، پدرو روئیز و کتاب " Kaplan & " Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 11 th.ed, 2024 " سادوک، پدرو روئیز است.
موضوع	اختلالات عاطفی Affective disorders - اختلالات عاطفی -- درمان Affective disorders - Treatment - افسردگی Depression, Mental - روان‌پریشی شدیدایی Manic-depressive illness اختلالات عاطفی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Affective disorders -- Examinations, questions, etca زکی‌زاده، فرانک، ۱۳۷۰ - بولند، رابرت جوزف - Boland, Robert Joseph وردوین، مارشال. - 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 فیبا
شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی اطلاعات رکورد کتابشناسی	شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی اطلاعات رکورد کتابشناسی

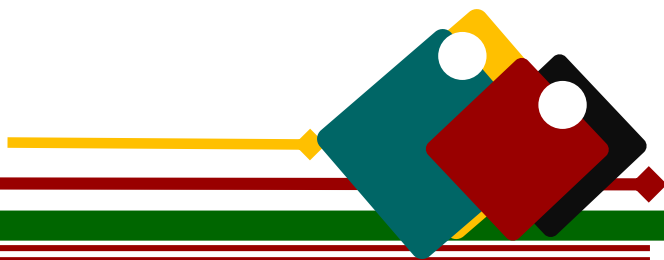
عنوان کتاب: اختلالات خلقی و مدیریت آن‌ها - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۴	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳ تیراژ: ۱۵۰ جلد شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۱۰۱-۲ بهاء: ۱،۲۱۰،۰۰۰ تومان
" Sadock's synopsis of psychiatry. 12th edition, 2022, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 11th, edition, 2024"	
ترجمه و تلخیص: دکتر زهرا محمدی بینا، نیلوفر قاسمی مبارک‌آبادی، فرانک زکی‌زاده مباحث سیناپس ۲۰۲۲ پاسخ دهی به سؤالات: دکتر سارا صادقی پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل ناشر: انتشارات کاردیا حروفچینی و صفحه‌آرایی: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم طراح و گرافیک: رزیدنت یار	

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

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



اختلالات خلقی و مدیریت آنها

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴

Kaplan_&_Sadock's_Comprehensive
TEXTBOOK of PSYCHIATRY 2024

Kaplan_and_Sadock's_Synopsis_of_Psychiatry 2022

ترجمه و تلخیص



مباحث کامپرهنسویو ۲۰۲۴

دکتر زهرا محمدی بینا

ده درصد برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲
هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مباحث سیناپسی ۲۰۲۲

دکتر نیلوفر قاسمی مبارک آبادی

رتبه برتر بورد تخصصی کشوری سال ۱۴۰۱

دکتر فرانک زکی زاده

رتبه برتر بورد تخصصی کشوری سال ۱۴۰۱

پاسخدهی به سوالات

دکتر سارا صادقی پور میبدی

بورد تخصصی ۱۳۹۹

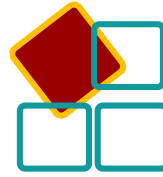
هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر پریسا حمیدی عدل

بورد تخصصی ۱۴۰۲

هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

فهرست مطالب



فصل ۶ تظاهرات بالینی (سیناپس).....	۹
فصل ۷ اختلالات افسردگی (سیناپس).....	۵۵
فصل ۱-۱۳-۱- مروری بر تاریخچه و مفاهیم.....	۱۱۷
فصل ۲-۱۳-۲- اپیدمیولوژی.....	۱۳۳
فصل ۳-۱۳-۳- تظاهرات بالینی.....	۱۴۵
فصل ۴-۱۳-۴- جنبه‌های روانی و بین فردی.....	۲۱۷
فصل ۵-۱۳-۵- رفتار خودکشی.....	۲۲۳
فصل ۶-۱۳-۶- دارودرمانی اختلالات افسردگی دوقطبی.....	۲۴۱
فصل ۷-۱۳-۷- روان‌درمانی.....	۳۱۹
فصل ۸-۱۳-۸- نوروبیولوژی.....	۳۳۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۳ (کامپرنسیو).....	۳۷۳

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 بی‌تجربه 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 clang، flight of ideas 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.

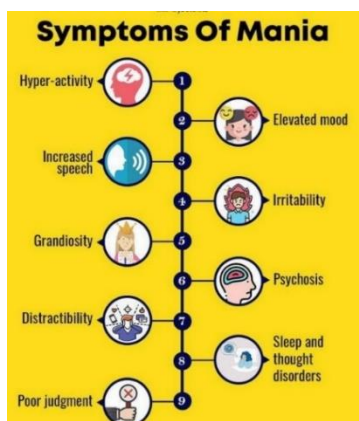
هذیان در ۷۵ درصد بیماران مانیک وجود دارد. محتوای هذیان‌های هماهنگ با خلق اغلب شامل ثروتمندی، توانایی یا قدرت زیاد است.

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. بیماران مانیک احتمالاً به منظور خوددرمانی اغلب بصورت افراطی الکل مصرف می‌کنند.



اپیزود افسردگی

دوره‌های افسردگی در اختلالات دو قطبی مشابه این دوره‌ها در اختلال افسردگی اساسی است. برخی بالینگران گزارش می‌کنند که بیماران افسرده‌ای که بعد تشخیص اختلال دو قطبی دریافت می‌کنند اغلب علایمی شامل: پر خوابی، کندی روانی حرکتی، علائم سایکوتیک، سابقه‌ی دوره‌های post-partum، سابقه‌ی خانوادگی اختلال دو قطبی I و سابقه‌ی دوره‌ی هایپومانیا بدنبال مصرف داروهای ضد افسردگی دارند.

جدول ۱-۶ تفاوت‌های میان دوره‌ی افسردگی در بیمار BID و MDD را نشان می‌دهد. (مهم)

Table 6-1
Differentiating Characteristics of Bipolar and Unipolar Depressions

	Bipolar	Unipolar
History of mania or hypomania (definitional)	Yes	No
Temperament and personality	Cyclothymic and extroverted	Dysthymic and introverted
Sex ratio	Equal	More women than men
Age of onset	Teens, 20s, and 30s	30s, 40s, and 50s
Postpartum episodes	More common	Less common
Onset of episode	Often abrupt	More insidious
Number of episodes	Numerous	Fewer
Duration of episode	3–6 mo	3–12 mo
Psychomotor activity	Retardation > agitation	Agitation > retardation

اختلالات افسردگی

- 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 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) بی‌ارزشی، 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؟)



تظاهر در جمعیت خاص

افسردگی در کودکان و نوجوانان

- هراس از مدرسه و چسبیدن بیش از حد به والدین ممکن است علائمی از افسردگی در کودکان باشد.
- ضعف عملکرد تحصیلی، سوء مصرف مواد، رفتار ضد اجتماعی، بی بندوباری جنسی، فرار از مدرسه و ترک خانه ممکن است از علائم افسردگی در نوجوانان باشد.

افسردگی در سالخوردگان

- افسردگی در افراد مسن شایع‌تر از کل جمعیت است.
- در مطالعات مختلف میزان شیوع افسردگی در سالخوردگان از ۲۵ تا ۵۰ درصد گزارش شده است؛ هرچند مشخص نیست چه میزانی از این موارد شامل اختلال افسردگی اساسی می‌باشد.
- افسردگی سالخوردگان ممکن است با پایین بودن وضعیت اجتماعی اقتصادی، از دست دادن همسر/ابتلای همزمان به بیماری جسمی و انزوای اجتماعی همبستگی داشته باشد.
- افسردگی در افراد مسن خوب تشخیص داده نمی‌شود و مسئول این اتفاق احتمالاً پزشکان عمومی به طور خاص هستند.

مروری بر تاریخچه و مفاهیم

* تعیین میزان بروز واقعی MDD پیچیده و وابسته به روش‌های مورد استفاده جمع‌آوری داده، تعریف اختلال و ابزارهای خاص استفاده شده است ← برای مثال مطالعاتی که از self-assessment استفاده کردند نسبت به مطالعاتی که ابزارهای نمره‌گذاری بالینگر را به کار برده‌اند، بروز بالاتری گزارش می‌کنند.

نقطه‌ای ← ۱۲/۹ درصد	* شیوع افسردگی
یک ساله ← ۷/۲ درصد	
مادام‌العمر ← ۱۰/۸ درصد	

مفاهیم اختلالات خلقی:

۱) لویس و همکاران او (مؤسسان مکتب ماورسلی) ← اختلالات عاطفی را در قالب یک طیف (یعنی اختلالات خلقی و اضطرابی) در نظر گرفتند که از اختلالات اضطرابی تا افسردگی‌های نورو تیک خفیف و افسردگی درون‌زاد شدید و سایکوز را شامل می‌شود.
۲) مکتب نیوکاسل به رهبری مارتین رات ← برای اختلالات فوق مرز قائل شد و همه را جزئی از یک طیف مشترک نمی‌دید.

در کشورهای آلمانی زبان، اختلالات خلقی بر مبنای قطبیت دوره طبقه‌بندی شدند:

۱. اختلالات تک قطبی ← فقط دوره‌های افسردگی در آنها دیده می‌شد.

۲. اختلالات دوقطبی ← افسردگی با مانیا / هیپومانیا / مختلط وجود داشت.

این مبنا بعداً پایه‌ی طبقه‌بندی در آمریکا و در نهایت طبقه‌بندی DSM5 و ICD10 شد.

هر چند همچنان بسیاری از محققین تداوم قابل توجهی بین اختلالات افسردگی عودکننده و اختلالات دوقطبی قائل هستند.

۳) الیزابت ولر و همکاران^{در} دانشگاه اوهایو ← اختلال دوقطبی اطفال را تعریف کردند.



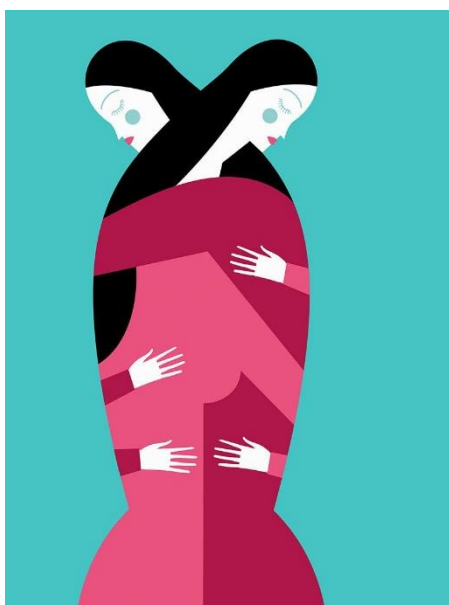
- در مفاهیم امروزی اختلالات خلقی را در بر گیرنده‌ی بسیاری از مفاهیمی می‌دانند که قبلاً اسکیزوفرنی، اختلالات شخصیت یا نوروز تشخیص داده می‌شدند. در پروژه‌ی تشخیصی آمریکایی - بریتانیایی ^{نشان داد} ← خیلی مواقع بیماران خلقی به غلط اسکیزوفرنی تشخیص داده می‌شدند.

مورثاتی و موربیدیتی:

- در مطالعات مارتین کلر و همکاران نشان داده شد که اختلالات خلقی بسیار کمتر از حد لازم تحت درمان قرار می‌گیرند.
 - حدود ۵۰٪ موارد افسردگی (مثل دیابت بزرگسالی) تا سال‌ها بدون تشخیص و درمان می‌مانند.
 - اختلالات خلقی ریسک فاکتور ۷۰-۵۰٪ موارد خودکشی هستند ← بیشترین خطر متوجه افراد سالمند و افسرده‌ای است که اغلب دچار بیماری‌های دیگر نیز هستند ← بیشترین ارزش پروفیلاکتیک برای این افراد مربوط به لیتیم است. پیشگیری از خودکشی در سطح ملی که به استفاده گسترده از SSRI ها و آموزش پزشکان عمومی نسبت داده شده است، در بسیاری از کشورهای اروپایی، ولی نه همه‌ی آنها حاصل شده است / آمار خودکشی در ایالات متحده طی چند سال اخیر افزایش یافته است.

تعاریف:

- اختلال افسردگی ماژور (MDD) شایع‌ترین اختلال خلقی به حساب می‌آید که ممکن است تک دوره‌ای یا به صورت دوره‌های عودکننده دیده شود (۳ موارد عودکننده هستند).
 - اختلال دوقطبی (با نام قبلی سایکوز مانیا - افسردگی) می‌بایست شامل یک دوره‌های پومانیا، مانیا یا مختلط باشد.
 - درصد کمی از افراد با اختلال دوقطبی صرفاً مانیا را تجربه می‌کنند اما عمدتاً افراد دوره‌هایی از هر دو قطب را دارند.
 - مانیا در مردان و دوره‌های افسردگی و مختلط در زنان غالب هستند.
 - طیفی از بیماران با افسردگی سرپایی در مقاطعی دچار دوره‌های کوتاه و خفیف‌تر از هیپومانیا می‌شوند که اختلال دوقطبی II نامگذاری می‌شوند.



اپیدمیولوژی

شیوع مادام‌العمر

← ۳/۳٪ برای B_ID

← ۱/۱٪ برای B_{II}D

← شیوع ۱۲ ماهه:

۲٪: B_ID

۰/۸٪: B_{II}D

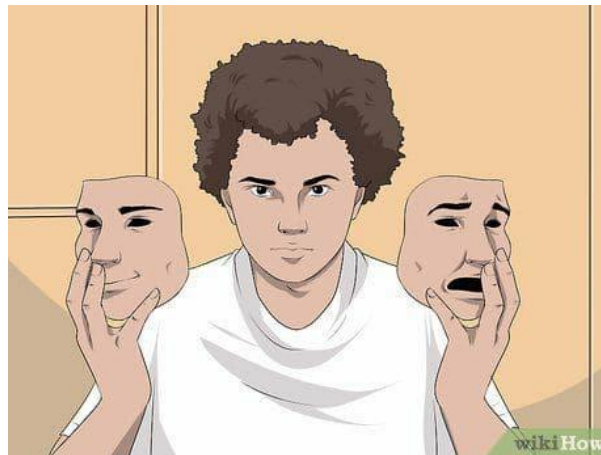
- در مطالعه‌ی اپیدمیولوژیک جدیدتر NESARC

✓ در اکثر مطالعات) شیوع $B_{II}D < B_{I}D$

چرا؟ ↓

چون اکثر افرادی که هیپومانیا دارند یا به سمت مانیا می‌روند یا افسردگی ماژور تشخیص‌گذاری می‌شوند. (شیوع مادام‌العمر هیپومانیا و بدنبال آن BIID کم است).

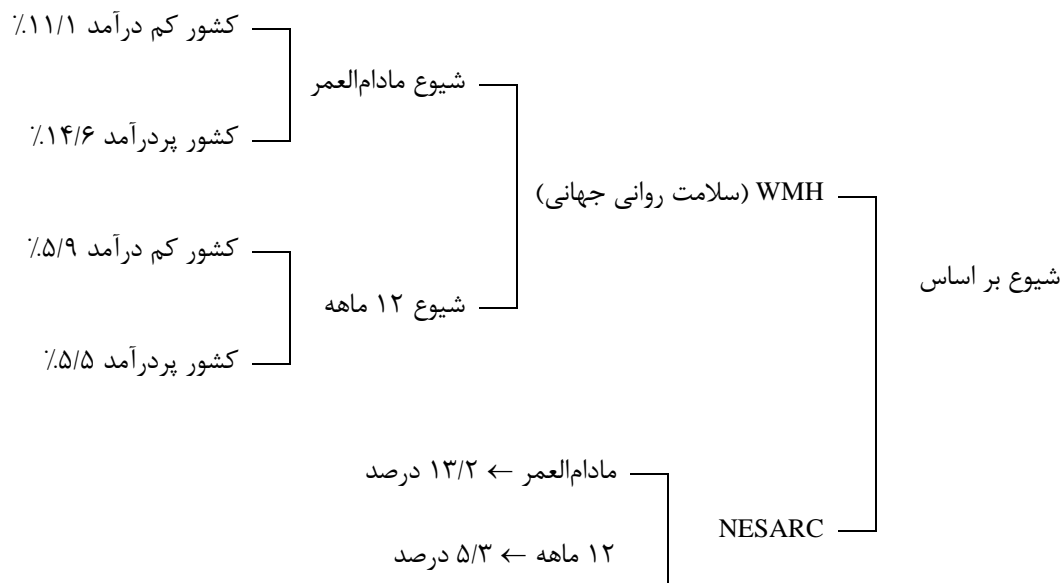
✓ میانگین شیوع اختلال دوقطبی در اطفال و نوجوانان ← ۱/۸٪ است.



افسردگی ماژور:

- شیوع در کشورهای کم درآمد (۱۱٪/۱) > پردرآمدها (۱۴٪/۶)

- شیوع افسردگی در نوجوانان بالاتر از اطفال و در جنس مؤنث < مذکر است.



* در صورت به‌کارگیری مفهوم طیفی اختلال دوقطبی آمار آن تا ۵٪ و افسردگی را تا ۲۰٪ افزایش داده است.

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 y/o)



- علت این تفاوت بین دو جنس؟
- تفاوت‌های بیولوژیک - هورمونی
 - افزایش حساسیت به استرس
 - راهبردهای ناکارآمد کنار آمدن با استرس‌ها
 - وظایف متعدد اجتماعی
 - اختلال اضطراب قبلی



تظاهرات بالینی

گروه‌های اصلی شامل

اختلالات دوقطبی (با اپیزودهای مانیا یا هیپومانیا، افسردگی یا مختلط)

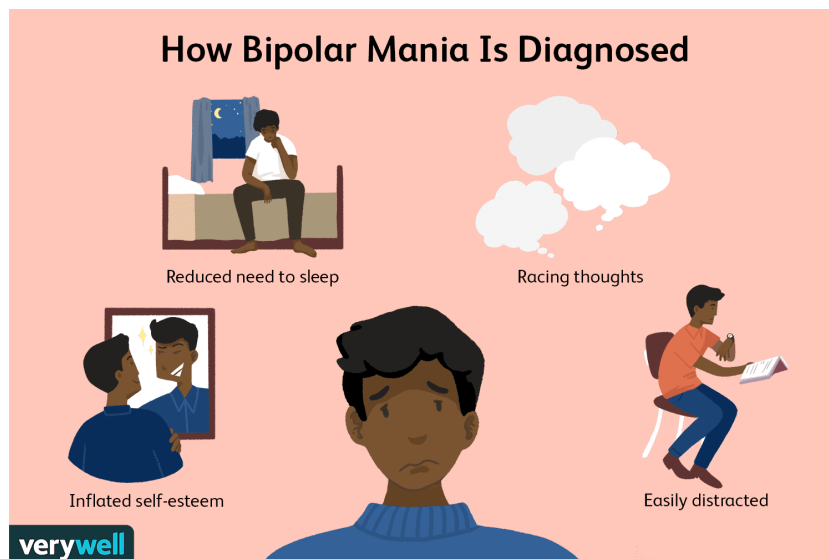
افسردگی ماژور MDD

گروه‌های اصلی شامل

سیکلوتایمی

واریانت تضعیف شده آن‌ها شامل

دیس تایمی یا PDD





تعریف

اختلالات خلقی، اختلالی فراگیر در حوزه‌ی خلق، فعالیت سایکوموتور، اختلال ریتم‌های بیولوژیکی و شناختی - اختلال عاطفی در منابع اروپایی شامل اختلالات اضطرابی هم هستند.

✓ در DSMV اختلال تک‌قطبی حذف شده است (Unipolar). چراکه به ویژه اگر شروع اختلال از سن پایین باشد، فرد به شدت مستعد اختلال دوقطبی بوده و در گذر زمان این تشخیص ممکن است تغییر کند.

✓ در DSMV اختلالی که در ورژن قبلی تحت عنوان افسردگی درون‌زاد مالیکولیایی پیچیده و واکنش افسردگی سایکوتیک بوده، جزئی از اختلالات افسردگی ماژور طبقه‌بندی می‌شود

✱ مالیکولیا اکنون برای توصیف دسته‌ای از اختلالات افسردگی ماژور به کار می‌روند که در آنها تغییرات بیولوژیک مثل تغییر در خواب و اشتها غالب هستند.

طیف اختلالات خلقی:

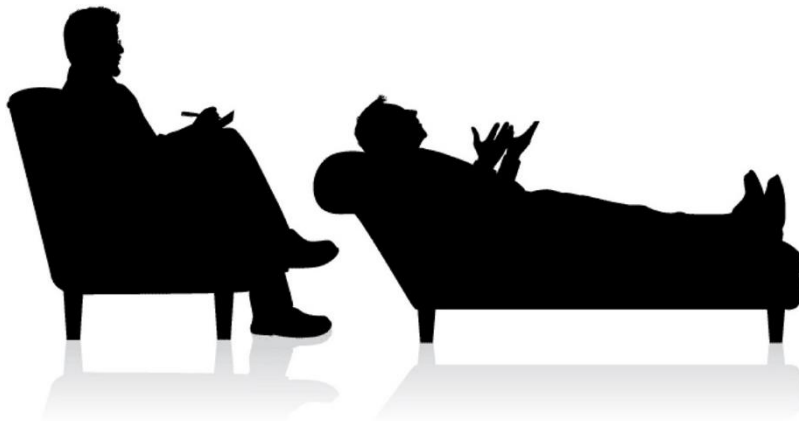
- استعداد ژنتیکی برای اختلالات عاطفی، در یک نفر از هر ۳ نفر در جامعه دیده می‌شود.

- اختلالات خلقی طیف هستند: (از یک سطح زیر سندرومی تا یک سطح سندرومی)

- علت مراجعه به روانپزشکان؟ رنج و اختلال عملکرد ← در MDD تمامی فعالیت‌ها مثل قدرت خلاقیت متوقف شده و زندگی دچار بی‌نظمی کامل می‌شود.

جنبه‌های روانی و بین فردی

- 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 سایکوداینامیک:

- 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 ابژه درونی سازی 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 ابژه هدایت می‌شود.
- نظریه دیگر این است که بیماران افسرده بخاطر حفظ پیوند با ابژه ونه بخاطر از دست دادن ابژه دچار افسردگی می‌شوند، در این نظریه معتقد است، پیوند بین Igo و ابژه 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 ابژه به هر قیمتی می‌شود که این خود موجب فرمانبرداری بیشتر Igo از ابژه خواهد شد. و خشم ناشی از ایفای این نقش به سمت Igoی بیمار هدایت می‌شود، زیرا که بیمار احساس می‌کند بخاطر فرمانبرداری از ابژه دچار تحقیر شده است.

- روان‌درمانگرانی همچون جوزف ساندرلر به نقش از دست دادن ابژه در ایجاد افسردگی خصوصاً در افسردگی اطفال اشاره دارند. آنها فهمیدند که که افسردگی یک پاسخ عاطفی پایه به از دست دادن است. آنها اعتقاد دارند که در صورتیکه کودک ابژه را از دست بدهد فقط ابژه بلکه خود را نیز در رابطه با ابژه از دست داده است. بنابراین ساندرلر معتقد به یک نوع پیوند سیمبیوتیک بین ابژه و Igo است و که در صورت از دست رفتن ابژه Igo نیز از دست خواهد رفت، که این ایجاد پیوند بین ابژه و ایگو و بدنبال آن از دست رفتن Igo بدنبال از دست رفتن ابژه نوعی خودشیفتگی شکل گرفته در فرد خواهد بود.
- ملانی کلاین معتقد بود، بیماران مبتلا به افسردگی مدام نگرانند که نتوانند ابژه 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.



- از طرف دیگر بیماران افسرده مدام در تلاش برای نوعی پیروزی بر ابژه محبوب هستند و موفقیت در این رابطه بصورت تحقیر نسبت به ابژه محبوب خواهد بود. از مطالب این دو پراگراف به این نتیجه می‌توان رسید که کلاین معتقد است که ایده آل‌سازی و بی‌ارزش‌سازی در اصل مکانیسم‌های manic defence در قبال احساس گناه و از دست رفتن ابژه هستند که به افسردگی کشیده می‌شود.
- ادوارد بیرینگ علت افسردگی را ماحصل احساس یاس، کاهش اعتماد به نفس و خشم نسبت به خود می‌دانست که در اثر شکست‌های متعدد در زندگی می‌دانست که بر اساس تمایلات خودشیفتگی به وجود می‌آیند.

رفتار خودکشی

- سالانه ۸۰۰ هزار نفر در اثر خودکشی می‌میرند.
- آمار اقدام به خودکشی حداقل ۱۰ برابر تعداد خودکشی‌هاست.
- اختلالات خلقی با رفتار خودکشی همراهی دارد و بیماران خلقی به طور میانگین در اثر سایر علل، ۱۰ سال زودتر می‌میرند.
- با این حال اختلالات خلقی یک عامل شرکت کننده اما نه انحصاری برای رفتار خودکشی است.
- فرمول‌بندی خطر خودکشی (SRF) برای ارزیابی سطح خطر خودکشی طراحی شده که به تصمیم‌گیری در مورد تریاژ، درمان، مدیریت مداخلات پیشگیرانه کمک می‌کند و داده‌ها را به ۴ قضاوت مختلف خلاصه می‌کند:
 - (۱) وضعیت خطر (خطر بیمار در مقایسه با زیرجمعیت خاص)
 - (۲) خطر وضعیت (خط بیمار در خط پایه یا سایر نقاط زمانی مشخص)
 - (۳) منابع در دسترس که بیمار می‌تواند در بحران از آن‌ها استفاده کند.
 - (۴) تغییرات قابل پیش‌بینی که ممکن است خطر را تشدید کند.
- به نظر می‌رسد یک تغییر پارادایم در حال ظهور است و تحلیل‌های شخصیت و فرآیند ذهنی جایگزین مدل پزشکی کلاسیک برای توضیح خطر خودکشی شده‌اند.
- بر اساس این مدل، فردی که در معرض خطر خودکشی قرار دارد، درد یا رنجش روانی غیر قابل تحملی تجربه می‌کند و ممکن است خودکشی تلاشی برای فرار از این رنج باشد (پس حرکت به سوی مرگ نیست).
- DSM5 بیان می‌کند: «تشخیص یک اختلال روانی باید فایده بالینی داشته باشد» اما «تشخیص یک اختلال روانی برابر با نیاز به درمان نیست. نیاز به درمان یک تصمیم بالینی پیچیده بر اساس شدت علائم، پیچیدگی علائم (مثلاً حضور افکار خودکشی)، ناراحتی بیمار (درد روانی) و غیره را در نظر می‌گیرد. از طرفی نیز ممکن است فردی معیارهای اختلال روانی را برآورده نمی‌کند اما به وضوح نیاز به درمان و یا مراقبت دارد».
- مهم‌ترین عامل خطر ساز در اقدام به خودکشی در زمینه اختلالات خلقی، وجود اختلال خلقی مازور درمان نشده در کنار سابقه اقدام به خودکشی قبلی است.





- ۹۰٪ قربانیان خودکشی، یک یا بیش از یک اختلال روانپزشکی مازور که اکثراً درمان نشده بوده‌اند داشته‌اند و در بین اختلالات اصلی روانپزشکی اختلالات خلقی بیشترین خطر در ارتباط با خودکشی را بخود اختصاص می‌دهد. سایر اختلالات مرتبط با خودکشی اختلال اضطرابی - اختلال شخصیتی هستند.

سوال: کدام یک از دسته اختلالات روان پزشکی بیشترین ارتباط را با خودکشی دارد؟ (تهران ۹۶)

- (الف) مصرف مواد
(ب) خلقی
(ج) سایکوتیک
(د) اضطرابی

پاسخ: ب

$$\frac{۴۰-۱۵}{۱} = \frac{\text{خودکشی به اقدام}}{\text{موفق خودکشی}}$$

- خودکشی موفق ← در اختلالات خلقی: $\frac{۱۰-۵}{۱}$ نشانگر استفاده از روش‌های خشن‌تر (کشنده‌تر) در بیماران خلقی ✓
 بیشترین خطر خودکشی چه زمانی است؟ ← بلافاصله پس از ترخیص از بیمارستان ✓
 حدود ۲۰٪ انواع شدید اختلالات خلقی بر اثر خودکشی می‌میرند. ✓
 خطر مطلق مادام‌العمر برای خودکشی موفق در مردان < زنان (در مجموع $BMD_{I,II} < MDD$) ✓
 اقدام به خودکشی در $BMD_{I,II}$ در قیاس با افسردگی مازور تک قطبی بسیار بیشتر رخ می‌دهد. ✓
 (۵۰٪ موارد) (۱/۳ موارد)

- ✓ بالاترین میزان اقدام به خودکشی در بین تمامی اختلالات خلقی مازور مربوط به اختلال $B_{II}D$ است (۱۰۰ امتحانی)
 علت این امر آن است که این بیماران اغلب مزاج سیکلوتایمیک دارند که خطر خودکشی را افزایش می‌دهد و تغییرات خلقی در فرد به سرعت رخ می‌دهد.



- ✓ خطر اقدام به خودکشی و خودکشی موفق در BMD در دوران جوانی (به ویژه در چند سال نخست پس از شروع اختلال) بیشتر است. (۱۰۰ امتحانی)

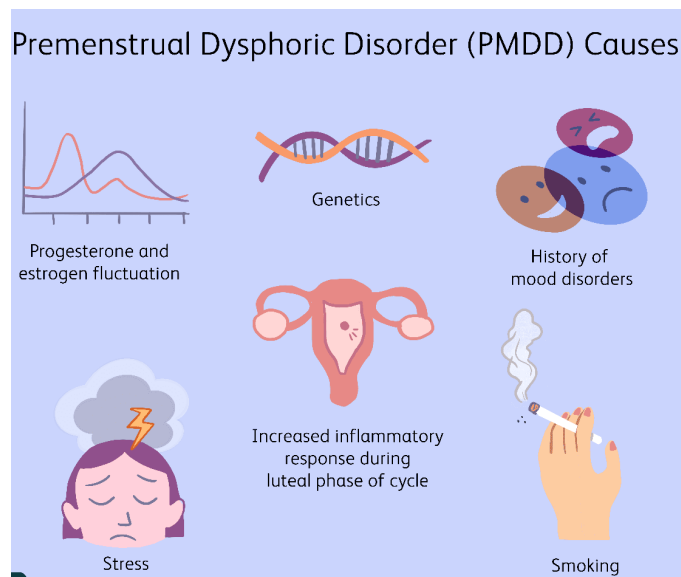
- ✓ چرا در مبتلایان به BMD خودکشی بیشتر است؟ چون سن ابتلا پایین‌تر است و حدود ۸-۱۰ سال طول می‌کشد تا تشخیص قطعی گذاشته شود و داروی تثبیت‌کننده‌ی خلق شروع شود. در تمام این سال‌های بدون درمان، خطر خودکشی بالا بوده که به علت عدم تثبیت خلق در این افراد است.

دارودرمانی اختلالات افسردگی دوقطبی

مقدمه:

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

- حذف دوره مختلط به عنوان یک تشخیص جداگانه.
- حذف دوره مختلط به عنوان تشخیص جداگانه و افزودن یک سیر اختصاصی همراه با تظاهرات مختلط «هم به اپی زود افسردگی ماژور هم اپی زود مانیا / هیپومانیا»
- ↓
- MDD \pm ۳ یا بیشتر از علائم مانیا (هایپومانیا)
- اضافه شدن تشخیص اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی (Premenstrual dysphoric disorder) به عنوان یک تشخیص جدید هستند.
- اضافه شدن اختلال DMDD ← اختلال تنظیم خلقی ناتوان کننده



- 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 yr] (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 آسبرگ

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

درمان اختلال افسردگی ماژور:

«پایبندی را ارزیابی کنید»:

- گام اول در بررسی عدم پاسخ یا پاسخ کم به درمان ← ارزیابی پایبندی است.
- ۵۰ درصد بیماران پس از ۳ ماه پایبندی لازم را ندارند.
- پایبندی در هفته‌های منتهی به و بلافاصله پس از قرار ویزیت برای پیگیری ارتقا می‌یابد.

چک سطح پلاسمایی داروهای ضدافسردگی

تماس‌های تلفنی کوتاه (برای پایش علائم بالینی و عوارض داروها در اوایل سیر درمان)

ایجاد اتحاد درمانی قوی‌تر

سایکواجوکیشن به بیمار

آموزش خود - مدیریتی

به‌کارگیری ابزارهای دیجیتال

- راه‌های بهبود پایبندی بیمار به درمان

روان‌درمانی

نظریه‌های اولیه روان‌درمانی در مورد افسردگی آنرا یک پدیده درونی و ناشی از خشم درونی شده ناشی از کشمکش‌های ناخودآگاه می‌دانست لذا روان‌درمانگران توصیه به درمان طولانی‌مدت جهت یافتن آگاهی نسبت به این کشمکش‌ها می‌کردند.



بعدها نظریه‌های شناختی رفتاری بوجود آمد که معتقد بود علایم عاطفی منفی افسردگی را می‌توان به عنوان پیامدی از عدم تقویت درک کرد و رفتارهایی در جهت کاهش باورهای منفی نسبت به جهان اطراف یا تقویت مهارت‌های اجتماعی یا راهبردهای حل مسئله می‌تواند روی علایم عاطفی منفی افسردگی موثر باشند.

- تقریباً همه‌ی انواع **CBT** تمرکزشان بر تمرین در منزل برای بالا بردن مهارت و تعمیم آن به جهان واقعی است.

- کارآمدترین نوع درمان رفتاری شناختی در حال حاضر **درمان شناختی (Cognitive Treatment)** با همکاری یک و همکاران بود. شناسایی افکار منفی همراه با خلق‌های افسرده و پیدا کردن راهکارهایی برای آزمودن دقت افکار منفی و یافتن جایگزین‌های منطقی‌تر (که کمتر افسردگی‌زا هستند).

در کنار آن شناخت سطحی (افکار منفی اولیه‌ی ذهن) و شناخت عمقی (اختلال در نگرش‌ها و رویارویی با آن‌ها و ایجاد طرح‌واره‌ها) از اصول این نوع درمان هستند.



طرح‌واره‌ها ← ساختارهایی که در مغز برای ساماندهی اطلاعات مربوط به حافظه کمک کرده، آگاهی راهدایت کرده و عملکردها را زمینه‌سازی می‌کنند برای مثال انجام کارهای با توالی و پیچیده مثل بستن یک کراوات (غیرعاطفی اما ساده) طرح‌واره‌ها در افراد افسرده بصورت افکار و باورهای اتوماتیک منفی درباره کفایت داشتن یا نداشتن انجام کار یا صمیمی شدن با دیگران (مثلاً هیچ فردی در هیچ زمانی مرا واقعاً دوست ندارد) می‌باشد.

✓ طرح‌واره‌ها عمدتاً «خاموش» هستند یعنی باید از درون مایه‌ها یا باورهای غالب استنباط کرد که گاهاً در افکار منفی فرد به صورت خودکار نمایش داده می‌شوند.

✓ راهبرد بک (CT) دراصل راهبردهای رفتاری متداول‌تر را در راهبردهای شناختی ادغام کرد ← ^{مثل} برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و تکالیف درجه‌بندی شده

✓ کلرمان، ویسمان و همکارانش روان درمانی بین فردی (IPT) را در دهه‌ی ۱۹۸۰ جایگزین CBT کردند.

سوال: در افسردگی کدام یک از تکنیک‌های رفتاری زیر بیشتر کاربرد دارد؟ (کرمانشاه ۹۶)

الف) behavioral activation

ب) Exposure and response prevention

ج) Counterconditioning

د) systematic Desensitization

پاسخ: الف

IPT مبتنی بر مدل‌های بین فردی سایکودینامیک (مایر و سولیوان) در کنار نظریه وابستگی (جان بالبی) در روان درمانی بیماران افسرده می‌تواند بکار رود.

IPT ← برای کسانی مناسب‌تر بود که در به‌کارگیری ساختار و فعالیت و شیوه‌ی هدایت اکثر مدل‌های CBT مشکل داشتند.

✓ **IPT** ← اولین روان درمانی خارج از CBT که کارایی آن با داروهای ضدافسردگی مقایسه شد.

✓ **فرانک** بر اهمیت ثبات ریتم‌های که در زندگی روزمره وجود داشت نظیر غذا خوردن و خوابیدن در جلوگیری از عود بیماری‌های عاطفی (مثل اختلالات دوقطبی) تاکید می‌کرد. وی این روش را **Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT)** نامید

سوال: در درمان اختلال دوقطبی، کدام یک از روش‌های روان درمانی زیر به‌عنوان یک درمان کمکی در کنار درمان استاندارد دارویی، برای به تأخیر انداختن عود اختلال شناخته شده است؟ (بورد ۹۵)

الف) Interpersonal social rhythm therapy

ب) Existential psychotherapy

ج) Psychodynamic psychotherapy

د) Client-centered psychotherapy



سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۳ Comprehensive

۱. در تاریخچه روانپزشکی بیان این که ناراحتی‌های هیجانی می‌توانند بیماری‌های جسمی معینی را ایجاد کنند، توسط کدام دانشمند مطرح شده است؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) Hippocrates

ب) Aristotle

ج) Avicenna

د) Augustine St.

گزینه ج

ابن سینا بر این باور بود که یک شکل خاص از مالیخولیا «اگر صفرا سیاه با خلط مخلوط شود»، زمانی که بیماری «با اینرسی، عدم حرکت و بی‌صدا» همراه بود، روی می‌دهد.

۲. آقای جوانی توسط خانواده به اورژانس آورده شده است. در مصاحبه می‌گوید که افسرده، بلاتصمیم، بی‌اشتها و کم‌انرژی است. او در پاسخ به سؤال "آیا حالتان آن‌قدر بد بوده است که بخواهید به خودتان آسیب برسانید؟" می‌گوید: "خیر" ولی خانواده اظهار می‌کنند که او اخیراً تهدید به کشتن خود می‌کرده است و از دیروز بیشتر در فکر فرو می‌رود و ساکت‌تر شده است. کدام علامت می‌تواند علامت نگران‌کننده‌تری باشد؟

الف) بی‌اشتهایی

ب) بلاتصمیمی

ج) کاهش انرژی

د) ساکت‌تر شدن

گزینه د

در صورت وجود این علائم شانس خودکشی بالاتر است:

- بیخوابی

- ناامیدی



- اضطراب

- بیقراری

- کاهش وزن / اشتها

- احساس پوچی

- احساس گناه

- افکار خودکشی

۳. در بررسی شرح حال خانمی ۲۵ ساله که با تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک در بخش روانپزشکی بستری شده است، متوجه می‌شوید در شرح حال خانوادگی، خواهر دوقلوی همسان وی دچار اختلال افسردگی اساسی بوده است. کدام پدیده ژنتیک توجیه کننده این مطلب است که چرا هر دو به یک اختلال خلقی یکسان مبتلا نشده‌اند؟

الف) Heterogeneity Genetic

ب) Expressivity Variable

ج) Phenomenon Phenocopy

د) Carrier Penetrant Non

گزینه ب

این سوال حذف شده است

پدیده بروز متغیر (expressivity Variable)

نقش یک ژن یا گروهی از ژنها در ایجاد بیماری

علت ایجاد پدیده‌ی بروز متغیر چیست؟

۱) اشتراک ژنتیکی بین این دو بیماری

۲) یک سری ژن تعدیل کننده که بر بروز ژن مستعدکننده اثر میگذارند.

۴. دختر ۱۸ ساله‌ای از حدود یک سال پیش با علائم خلق افسرده، عدم لذت از زندگی، کاهش انرژی، افزایش اشتها و افکار مربوط به مرگ و میر به درمانگاه مراجعه کرده است. بیمار در طی این مدت احساس خستگی زودرس، تمرکز پایین و احساس تنش عضلانی داشته است. بهترین راه برای تمایز اینکه علائم اضطرابی در این بیمار یکی از ویژگی‌های دوره افسردگی اساسی است یا یک اختلال همبود اضطرابی، چیست؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) وجود یا عدم وجود اضطراب طی دوره‌های بهبود خلق

ب) بررسی بهبود علائم به وسیله درمان با بوسپیرون

ج) ارزیابی سابقه خانوادگی اختلالات اضطرابی در بیمار

د) بررسی تقدم و تأخر علائم اضطرابی در مقایسه با علائم خلقی