

بازماندها

طبابت همراه است،

همراه با سنجی قلب و اندیشه



سروشنامه	پیشگاهی، شیما، ۱۳۶۹-
عنوان و نام پدیدآور	سایکوسوماتیک: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی تا سال ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۵ kaplan & sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 11th. ed, 2024 ترجمه و تلخیص: دکتر شیما پیشگاهی پاسخدهی به سوالات
مشخصات نشر	۱۴۰۴: دکتر صبا رضانیا
مشخصات ظاهری	تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
شابک	۲۰۰ ص: مصور(رنگی)، جدول(رنگی).
وضعیت فهرست نویسی	ریال شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۷۹-۵ ج ۱۰
یادداشت	فیبا کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب " kaplan & sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 11th. ed, 2024 تالیف بنجامین جیمز سادوک، ویرجینیا ا. سادوک، پدرو روئیز است.
عنوان دیگر	چکیده روانپزشکی بالینی.
موضوع	پزشکی روان‌تنی/ Medicine, Psychosomatic/روان‌پزشکی Psychiatry پزشکی روان‌تنی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Medicine, Psychosomatic -- Examinations, questions, etc. روان‌پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Psychiatry -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	کاپلان، هرولد، ۱۹۲۷- م. چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	سادوک، بنجامین جیمز، ۱۹۳۳- م. چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	سادوک، ویرجینیا ا.، ۱۹۳۸- م. چکیده روانپزشکی بالینی
شناسه افزوده	روئیز، پدرو، ۱۹۳۶- م. چکیده روانپزشکی بالینی
رده بندی کنگره	RC۴۹
رده بندی دیویی	۰۸/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۹۱۸۳۸۸۲
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیبا

عنوان کتاب: سایکوسوماتیک، خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی تا سال ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۵	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
" Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 11th. ed, 2024 "	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
ترجمه و تلخیص: دکتر شیما پیشگاهی، پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضانیا	تیراژ: ۱۰۰ نسخه
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۷۹-۵
صفحه‌آرا: رزیدنت یار - صبا درخشان فرد	بهاء: ریال
طراح و گرافیک: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

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

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

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

سایکوسوماتیک

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و مورد تخصصی تا سال ۱۴۰۴ با

پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵

Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 11th. ed, 2024

ترجمه و تلخیص

دکتر شیما پیشگاهی

دارای مورد تخصصی روانپزشکی

پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴

دکتر صبا رضانیا

رتبه ۱۰ درصد مورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان





سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رهمت‌ش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوح گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، مامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آفرین پیشرفت‌های آموزشی در میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین 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

مرجان پور ندیم

فهرست مطالب

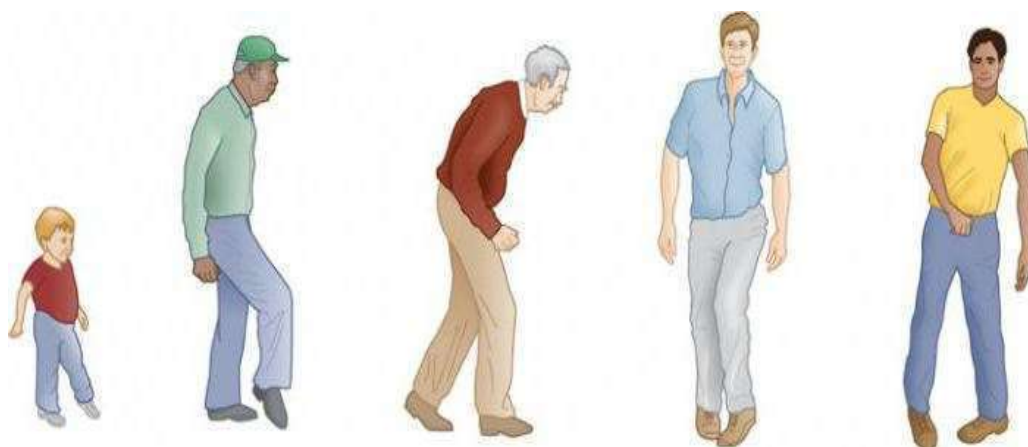


فصل ۱-۲۷: مقدمه	۹
فصل ۲-۲۷: اختلالات قلبی و عروقی	۱۷
فصل ۳-۲۷: اختلالات گوارشی	۳۳
فصل ۴-۲۷: اختلال خوردن و چاقی	۳۹
فصل ۵-۲۷: اختلالات تنفسی	۵۳
فصل ۶-۲۷: دیابت	۵۹
فصل ۷-۲۷: اختلالات متابولیک و آندوکراین	۶۵
فصل ۸-۲۷: سایکوانکولوژی	۷۳
فصل ۹-۲۷: انتهای زندگی و مراقبت‌های تسکینی	۱۰۳
فصل ۱۰-۲۷: استرس و روانپزشکی	۱۲۱
فصل ۱۱-۲۷: عوارض روانپزشکی و جسمی به دنبال بیماری وخیم	۱۲۵
فصل ۱۲-۲۷: بیماری‌های مشترک بین روانپزشکی و پوست (سایکوکوتائوس)	۱۲۷
فصل ۱۳-۲۷: پیوند عضو	۱۴۷
فصل ۱۴-۲۷: مراقبت‌های روانپزشکی در بیماران دچار سوختگی	۱۶۱
فصل ۱۵-۲۷: مدیریت درد مزمن	۱۶۵
سؤالات و پاسخنامه ارتقاء و مورد تخصصی	۱۷۵

مقدمه

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 پپتیک اولسر با تغییرات هورمونی در محور هیپوفیز آدرنال در ارتباط است که این محور در تأثیر با استرس‌های روحی و روانی است.



Table 27.1–1.
Typical Reasons for a Psychiatric Consultation (After Z. Lipowski)

1. Suicidal attempt or threat
2. Grossly disturbed behavior, e.g., delirium and psychosis
3. Excessive emotional reactions, e.g., depression and anger
4. Refusal to cooperate
5. Delayed convalescence
6. Conflict between patient and personnel
7. Patient with a psychiatric history
8. Psychiatric side effects of drugs
9. Selection and/or preparation of patients, e.g., for surgery
10. Disposition



Table 27.1–2.
Major Conceptual Trends in the History of Psychosomatic Medicine

I. Psychoanalytic

Sigmund Freud (1900): Somatic involvement occurs in conversion hysteria, which is psychogenic in origin—e.g., paralysis of an extremity. Conversion hysteria always has a primary psychic cause and meaning; i.e., it represents the symbolic substitutive expression of an unconscious conflict. It involves organs innervated only by the voluntary neuromuscular or the sensorimotor nervous system. Psychic energy that is dammed up is discharged through physiologic outlets.

Sandor Ferenczi (1910): The concept of conversion hysteria is applied to organs innervated by the autonomic nervous system; e.g., the bleeding of ulcerative colitis may be described as representing a specific psychic fantasy.

George Groddeck (1910): Clearly organic diseases, such as fever and hemorrhage, are held to have primary psychic meanings; i.e., they are interpreted as conversion symptoms that represent the expression of unconscious fantasies.

Franz Alexander (1934, 1968): Psychosomatic symptoms occur only in organs innervated by the autonomic nervous system and have no specific psychic meaning (in contrast to conversion hysteria) but are end results of physiologic accompaniments of certain specific unconscious repressed conflicts. Presented first conceptualization of the biopsychosocial model.

Helen Flanders Dunbar (1936): Specific personality types are associated with specific psychosomatic diseases, an idea similar to Meyer Friedman's 1959 theory of the type A coronary type.

Peter Sifneos, John C. Nemiah (1970): Elaborated the concept of alexithymia. Developmental arrests in the capacity to identify and express conflict-related affect result in psychosomatic symptom formation.

II. Psychophysiologic

Walter Cannon (1927): Demonstrated the physiologic concomitants of some emotions and the important role of the autonomic nervous system in producing those reactions. The concept is based on Pavlovian behavioral experimental designs.

Harold Wolff (1943): Attempted to correlate life stress to physiologic response, using objective laboratory tests. Physiologic change, if



prolonged, may lead to structural change. He established the basic research paradigm for the fields of psychoimmunology, psychocardiology, and psychoneuroendocrinology.

Hans Selye (1945): Under stress a general adaptation syndrome develops. Adrenal cortical hormones are responsible for the physiologic reaction.

Meyer Friedman (1959): Theory of type A personality as a risk factor for cardiovascular disease.

Robert Ader (2007): Beginning in the 1970s, established the basic concepts and the research methods for the field of psychoneuroimmunology.

III. Sociocultural

Karen Horney (1939), James Halliday (1948): Emphasized the influence of culture in the development of psychosomatic illness. They thought that culture influences the mother, who, in turn, affects the child through her relationship with the child—e.g., nursing, child-rearing, and anxiety transmission.

Thomas Holmes, Richard Rahe (1975): Correlated the severity and the number of recent stressful life events with the likelihood of disease.

IV. Systems theory

Adolph Meyer (1958): Formulated the psychobiologic approach to patient assessment that emphasizes the integrated assessment of developmental, psychological, social, environmental, and biologic aspects of the patient's condition. Basic concept of the biopsychosocial model is implicit in his approach.

Zbigniew Lipowski (1970): A total approach to psychosomatic disease is necessary. External (ecologic, infectious, cultural, environmental), internal (emotional), genetic, somatic, and constitutional factors, as well as past and present history, are important and should be studied by investigators working in the various fields in which they are trained.

George Engel (1977): Coined the term "biopsychosocial" derived from general systems theory and based on conceptual ideas introduced much earlier by Alexander and Meyer.

Leon Eisenberg (1995): Contemporary psychiatric research demonstrates that the mind–brain responds to biologic and social vectors while being jointly constructed of both. Major brain pathways are specified in the genome; detailed connections are fashioned by, and consequently reflect, socially mediated experience in the world.



Table 27.1–3.
Summary of Clinical Problems in C-L Psychiatry

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	Mania secondary to corticosteroid 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 the setting of cancer treatment (conditions occur independently); schizophrenia in a patient with end-stage renal disease.
Psychiatric/psychosocial assessment	Decision-making capacity evaluation; evaluation prior to organ transplantation



Table 27.1–4.
Current Research in Psychosomatic Medicine

Types of Studies	Examples of Current Research
<i>Epidemiologic Studies</i>	
Occurrence, nosology, and impact of different types of psychiatric morbidity over the course of general medical conditions	PTSD and other psychiatric comorbidities in individuals with traumatic brain injury
<i>Mechanistic Studies</i>	
Understanding the role of psychosocial, biologic, and genetic factors in the causation of psychiatric and medical morbidity	Affective circuitry in chronic pain Social support and biologic changes such as inflammation Social determinants of health
Examining the social, psychological, biologic, and genetic factors involved in somatic symptom disorders, chronic pain, and fatigue	Depression and chronic pain Functional brain imaging abnormalities in chronic fatigue and conversion
The effects of medical illnesses and their treatments on the brain and on the development of secondary psychiatric disorders	Medications that may cause delirium Paraneoplastic limbic encephalitis
Understanding how psychiatric morbidity affects medical outcomes	Depression and adherence to medical treatments
<i>Treatment Studies</i>	
Efficacy and safety of psychiatric treatments as applied to the complex medically ill	Cognitive behavioral therapy in somatic symptom disorders The efficacy and safety of α -2 adrenoreceptor agonists in treating delirium
How treating psychiatric conditions may affect physical	The effect of treating depression on hemoglobin A _{1c} levels in diabetic



health outcomes

patients.

The impact of brief psychotherapy interventions on immune response across different disease states.

The effect of mindfulness therapies on a patient with degenerative neurologic diseases.

Service Delivery Studies

The delivery of efficacious psychiatric treatments for the complex medically ill across different service settings, such as primary care, home-based care, and long-term care settings

Use of collaborative care strategies in primary and specialty care settings

Development of population health models that incorporate risk for psychiatric disease into the overall management of health and economic outcomes

Use of risk modeling to identify patients who can benefit from psychiatric consultation in inpatient settings.

Use of implementation science to maximize the use of population-based strategies



Table 27.1-5.

Patient Care Competencies Required of All Consultation-Liaison Psychiatry Fellows

1. Establishing rapport with all medical patients.
2. Diagnosing and treating psychiatric disturbances that occur among the physically ill.
3. Conducting psychiatric evaluations of individuals who have psychiatric complications of medical illnesses; psychiatric complications of medical treatments, including medications, traditional and new surgical or medical procedures, transplantation, and experimental therapies; and typical and atypical presentations of psychiatric disorders due to medical, neurologic, and surgical illnesses.
4. Evaluating and managing individuals with acute and chronic pain; delirium, dementia, and psychiatric disorders due to medical illness; somatic symptom disorders; palliative care and end-of-life issues; and issues in adjusting to the emotional stresses of medical illness.
5. Assessing the capacity of individuals to give informed consent for medical and surgical procedures in the presence of cognitive impairment.
6. Providing psychosocial interventions, including psychotherapeutic interventions appropriate for the medically ill.
7. The appropriate use of psychoactive medication in medical, neurologic, obstetrical, and surgical conditions.
8. Assessing and managing suicidality and other high-risk behavior in the medical setting.

Adapted from ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Consultation-Liaison Psychiatry.

سوال: مرد ۵۲ ساله‌ای به سبب هیپاتیت، 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

اختلالات قلبی و عروقی

Coronary artery disease

- ریسک فاکتورهای بیماری عروق کرونری شامل موارد زیر است:
 - (۱) سابقه فAMILI
 - (۲) جنس مذکر
 - (۳) فشار خون بالا
 - (۴) هایپرلیپیدمی
 - (۵) دیابت
 - (۶) فعالیت پایین
 - (۷) چاقی
 - (۸) سیگار
- عوامل روانپزشکی به طور خاص افسردگی می تواند خطر بیماری قلبی عروقی را تا دو برابر افزایش دهد.

سوال: قویترین شواهد روانی اجتماعی در مورد ریسک فاکتور بیماریهای قلبی کدامیک از موارد زیر است؟ (مشترک ۹۶)

- (الف) رفتار شخصیت تیپ A
(ب) استرس حاد روانی
(ج) ویژگی خصومت
(د) اختلال افسردگی

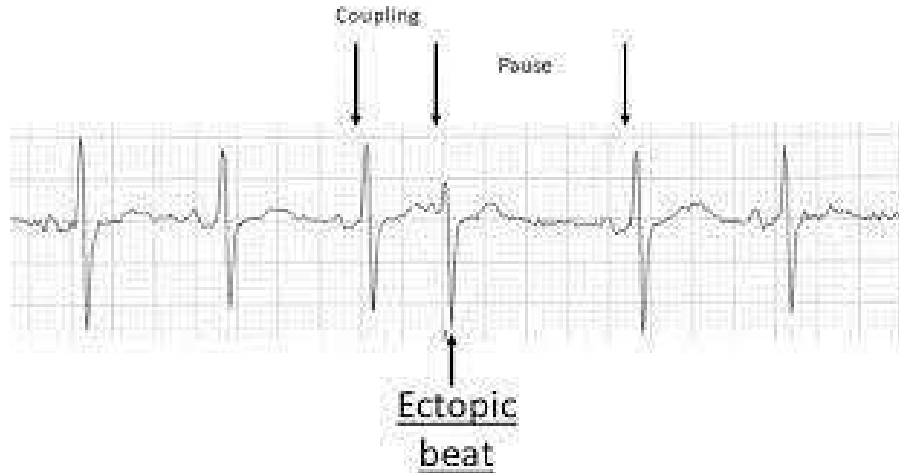
پاسخ: د

قویترین شواهد

- موارد زیر می تواند در تشخیص افتراقیهای بیماریهای قلبی با بیماریهای روانپزشکی باشد:
 - (۱) وجود shortness of breath می تواند علاوه بر بیماریهای قلبی عروقی در بیماریهای روانپزشکی مثل اضطراب و Somatic symptom disorders دیده شود.
 - (۲) درد قفسه سینه می تواند علاوه بر اختلالات قلبی عروقی در پیتید اولسر، ازوفازیت، آمبولی ریه و اختلالات روانپزشکی نیز دیده شود.
 - (۳) تپش قلب (palpitation) علاوه بر بیماریهای قلبی عروقی مثل پرولاپس دریچه میترال، آریتمی، هایپرتیروئیدی در اختلالات روانپزشکی زیر نیز دیده می شود:
 - اختلال پانیک
 - درگیری ذهنی بااختلال Somatic symptom
 - اختلالات اضطرابی



۴) وجود ectopic beats می‌تواند یک اتفاق نرمال باشد و هیچ شواهدی مبنی بر اختلال روانپزشکی و اختلال قلبی برای آن وجود ندارد.



• وقایع قلبی اصلی همراه با افسردگی در بیماران CAD:

۱. Recurrent infarction

۲. Sudden cardiac death

درمان:

- درمان‌های پیشگیرانه مثل تجویز آسپیرین، ورزش، پایین آوردن چربی خون، تجویز ترکیبات اتورواستاتین، ترک سیگار، کنترل فشار خون و حفظ قند خون می‌تواند مفید باشد.

فاکتورهای سایکولوژیکال موثر بر disease Coronary artery

- ریسک فاکتورهای سایکولوژیک بیماری‌های کرونری قلب:

۱. افسردگی

۲. تیپ A رفتاری

۳. خصومت (hostility)

۴. خشم (anger)

۵. Vital exhaustion

۶. اضطراب

۷. استرس ذهنی حاد و مزمن

- افسردگی می‌تواند خطر مرگ بدنبال حوادث قلبی عروقی را تا دو برابر افزایش دهد.
- افسردگی بیشترین پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی افراد بعد از سکته قلبی بوده است.
- داروها خصوصاً SSRIها در کاهش خطر عود وقایع و مورتالیتی قلبی دخیل‌اند.
- بین شدت افسردگی بعد از MI و آنژین ص دری و خطر مرگ بدنبال MI یک ارتباط مشخص وجود دارد.



Table 27.2-1.
Heart Failure Classification

New York Heart Association	American Heart Association
Functional classification	Prognostic classification
Class I: Asymptomatic stage	Stage A: Presence of risk factors
Class II: Mild symptoms with moderate exertion	Stage B: Structural heart disease without symptoms
Class III: Mild exertion limited by symptoms	Stage C: Structural heart disease with current symptoms or previous symptoms that have responded to therapy
Class IV: Symptoms at rest	Stage D: Symptoms are refractory to conventional treatment and require assist device, transplant, or palliative care

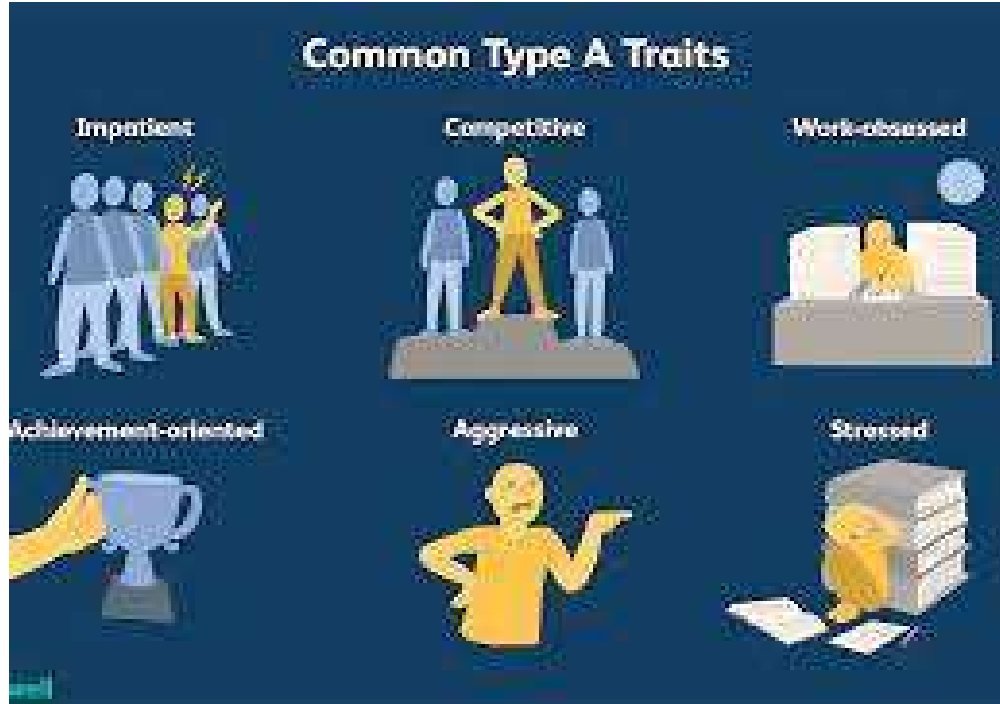
- پاسخ ضعیف به آنتی‌دپرسانت‌ها بعد MI همراهی با خطر بالاتر وقایع قلبی و مرگ دارد.
- وجود همزمان افسردگی و PVC بدنبال MI خطر Ventricular tachyarrhythmia را افزایش می‌دهد.



- افسردگی پس از عمل جراحی باز پیش‌بینی کننده و افزایش خطر مرگ طی ۱۰ سال آینده است.
- مکانیزم احتمالی اثر افسردگی روی افزایش خطر بیماری قلبی:
 ۱. بدتنظیمی محور هیپوفیز هیپوتالاموس آدرنال در افسردگی و به دنبال آن افزایش سطح کورتیزول در گردش خون سبب اثرات سمی بر آندوتلیوم کرونر و تشکیل پلاک می‌شود.
 ۲. میزان فعالیت پلاکت و ریسک وقایع ترومبوتیک در افسرده‌ها بالاتر است، که خطر تشکیل ترومبوز را بیشتر می‌کند. SSRIها این وقایع را کاهش می‌دهند و خطر MI را هم کمتر می‌کنند.
 ۳. در افسردگی به دلیل بدتنظیمی اتونوم، کاهش یافتن modulation واگال و افزایش فعالیت سمپاتیک، خطر آریتمی و مرگ ناگهانی افزایش می‌یابد.
 ۴. تغییرپذیری ضربان قلب که یکی از شاخص‌های اتونوم قلب هست در افسردگی کاهش می‌یابد که این پیش‌بینی کننده مرگ ناگهانی در بیماران قلبی است.



- تیپ A رفتاری که بصورت عصبانیت، پرخاشگری، عجل بودن، زود عصبانی شدن دیده می‌شود خطر MI و مرگ ناشی از آن را تا دو برابر افزایش می‌دهد.



- هرچقدر در Hostility سبب افزایش پیامدهای ناشی از CAD می‌شود، رضایت‌مندی (submissiveness) که در خانمها بیشتر دیده می‌شود، نقش حفاظت‌کنندگی در بیماری قلبی عروقی دارد.
- استرس حاد
- وقایع حاد قلبی از جمله MI و مرگ ناگهانی به دنبال استرس حاد در مطالعات اثبات شده است.
- استرس، عصبانیت و هیجان زدگی خصوصا اگر بصورت حاد اتفاق بیفتد، سبب موارد زیر می‌شود:
 - ۱) کاهش جریان خون، خصوصا در مناطقی که عروق کرونر دچار آترواسکلروز شده است.
 - ۲) تحریک اسپاسم در عروق کرونری
 - ۳) تشدید غیر طبیعی فعالیت در دیواره بطن چپ
 - ۴) علائم MI در ECG
- آموزش تمرینات Relaxation در خصوص زمانهایی که فرد دچار استرس ذهنی است، می‌تواند خطر ایسکمی ناشی از استرس (stress induced ischemia) را کاهش دهد. همچنین تجویز سرتالین نیز می‌تواند در این زمینه موثر باشد.

اختلال استرس پس از سانحه:

- اختلال استرس پس از سانحه، خطر اختلال قلبی عروقی به دنبال اختلال استرس پس از سانحه راحتی پس از اصلاح سیگار و افسردگی همچنان بالا نگه می‌دارد.