

باغچه خندان

طبابت همراه است،

همراه سستی قلب و اندیشه



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	یعقوبی‌نیا، علی، ۱۳۷۱ نوروسایکیاتری ۲: 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" & Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry 2022/ ترجمه و تلخیص: دکتر علی یعقوبی‌نیا (مباحث کامپرهنسینو ۲۰۲۴) - دکتر ساسان امیری‌گور (مباحث سیناپس ۲۰۲۲) - پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضائیا
مشخصات نشر مشخصات ظاهری	تهران: کاردیا، ۱۴۰۵. ۳۵۸ ص: مصور، جدول، ج ۱۴
شابک	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۸۴-۹ شابک دوره: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۸۳-۲
مدیر تولید و برنامه ریزی وضعیت فهرست نویسی یادداشت	الله شهدادی فیبا کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 11th. ed, 2024 Kaplan_and_Sadock's_Synopsis_of_Psychiatry 2022 به ویراستاری رابرت جوزف بولند، مارشا ال. وردوئن، پدرو روئیز است. چکیده روانپزشکی بالینی.
عنوان دیگر موضوع	روان‌پزشکی عصبی - Neuropsychiatry / روان‌پزشکی - Psychiatry روان‌پزشکی عصبی - آزمون‌ها و تمرین‌ها - Neuropsychiatry - Examinations, questions, etc روان‌پزشکی - آزمون‌ها و تمرین‌ها - Psychiatry - Examinations, questions, etc
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	بولند، رابرت جوزف - Boland, Robert Joseph
شناسه افزوده	وردوئن، مارشا ال. - Verduin, Marcia L.
شناسه افزوده	کاپلان، هرولد آی.، ۱۹۲۷-۱۹۹۸ م. Kaplan, Harold I., 1927-1998
رده بندی کنگره	RC۳۴۱
رده بندی دیویی	۸/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۹۱۸۰۶۶۸
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیبا

نوروسایکیاتری ۲ - 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 نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵ تیراژ: ۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۸۴-۹ شابک دوره: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۸۳-۲ بهاء: ریال
ترجمه و تلخیص: دکتر علی یعقوبی‌نیا، دکتر ساسان امیری‌گور پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضائیا ناشر: انتشارات کاردیا صفحه آرا: رزیدنت یار - صبا درخشان فرد طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

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

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

www.residenttyar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

نوروسایکیاتری ۲

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد تخصصی تا سال ۱۴۰۴ با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵

Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 2024
Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry 2022

ترجمه و تلخیص

مباحث کامپرهنسویو ۲۰۲۴

دکتر علی یعقوبی نیا

ده درصد بورد تخصصی ۱۴۰۳

مباحث سیناپس ۲۰۲۲

دکتر ساسان امیری گور

فلوشیپ دانشگاه علوم پزشکی تهران

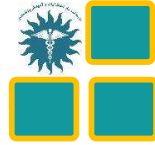
پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴

دکتر صبا رضانیا

رتبه ۱۰ درصد بورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان





سیاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش ناممذود و رمتش 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 فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاکران درگاهت و مقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزه و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی 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 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

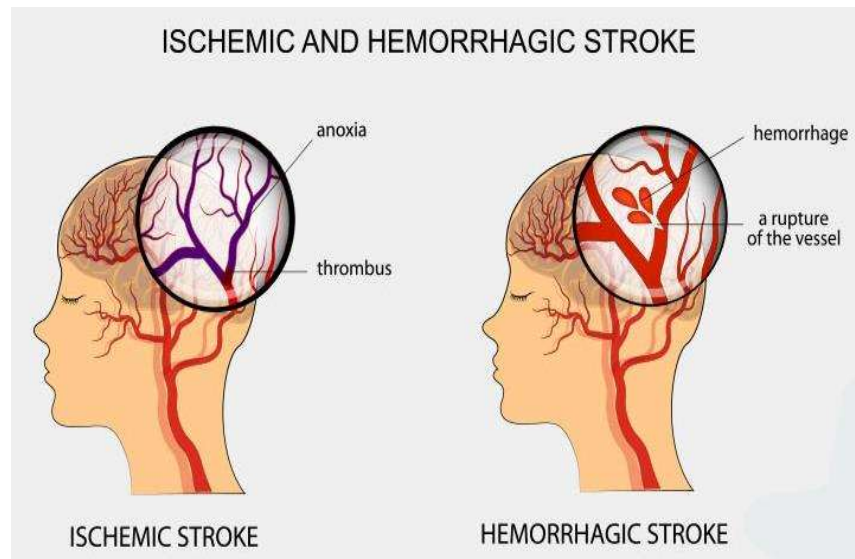
مرجان پور ندیم

فهرست مطالب



فصل ۲-۲: جنبه‌های نوروسایکیاتری به دنبال CVA	۹
فصل ۲-۳: جنبه‌های نوروسایکیاتری در ارتباط با تومورهای مغزی	۲۹
فصل ۲-۴: جنبه‌های نوروسایکیاتری صرع	۴۹
فصل ۲-۵: جنبه‌های نوروسایکیاتری Traumatic Brain Injury	۹۳
فصل ۲-۶: جنبه‌های نوروسایکیاتری اختلالات Movement disorder	۱۱۵
فصل ۲-۷: جنبه‌های نوروسایکیاتری بیماری Multiple Sclerosis و سایر بیماری‌های Demyelinating	۱۴۹
فصل ۲-۸: جنبه‌های نوروسایکیاتری بیماری HIV و AIDS	۱۶۱
فصل ۲-۹: جنبه‌های نوروسایکیاتری سایر بیماری‌های عفونی (غیر از HIV)	۱۸۵
سؤالات و پاسخنامه فصل نوروسایکیاتری (کامپره‌نسیو)	۲۰۷
فصل ۳- اختلالات عصب - شناختی (سیناپس)	۲۳۵
سؤالات و پاسخنامه فصل اختلالات عصب - شناختی (سیناپس)	۳۲۹

جنبه های نوروسایکيatri بدنال CVA



طبقه‌بندی بر اساس ساييز عروق خونی انجام می‌شود:

۱. بیماری عروق خونی بزرگ ← باعث ایجاد ضایعات وسیع در مغز می‌شود.
 ۲. بیماری عروق خونی کوچک (arteriolar) ← باعث ضایعات small lacunar و یا lesion در MRI می‌شوند.
- شیوع استروک در بزرگسالان با افزایش سن ارتباط مستقیم دارد. بروز اولین استروک، در سن بیشتر از ۸۵ سال رخ می‌دهد.
 - ✓ استروک چهارمین علت منجر به مرگ در آمریکا و دومین علت مرگ جهانی می‌باشد.
 - در DSM5 اختلالات post psychotic mood & anxiety disorder در زیرمجموعه‌ی stroke قرار گرفته‌اند.
 - ✓ در صورت وقوع افسردگی تمام عیار بعد از استروک نامگذاری آن:
Depressive dx due to stroke, with major depressive like episodes
 - ✓ در صورت وقوع افسردگی که تمام کرایتریاهای MDD را پر نکند (۲ تا ۴ کرایتریا در مدت ۲ هفته)
Depressive dx due to stroke, with depressive features
 - ✓ در صورت وقوع اضطراب بعد از استروک:
Anxiety dx due to stroke ⇐ فرقی هم نمی‌کند که فرد دچار پانیک بوده یا GAD یا ...



تنها تشخیص‌هایی که به صورت اختصاصی تعریف شده‌اند:

Major & minor vascular neurocognitive dxs هستند که در DSM5 به این صورت طبقه‌بندی می‌شوند:

Major/Minor neurocognitive dx due to vascular disease

✓ PLAC یا اختلال کاتاستروفیک در DSM5 کرایتریای تشخیصی مشخصی ندارند.

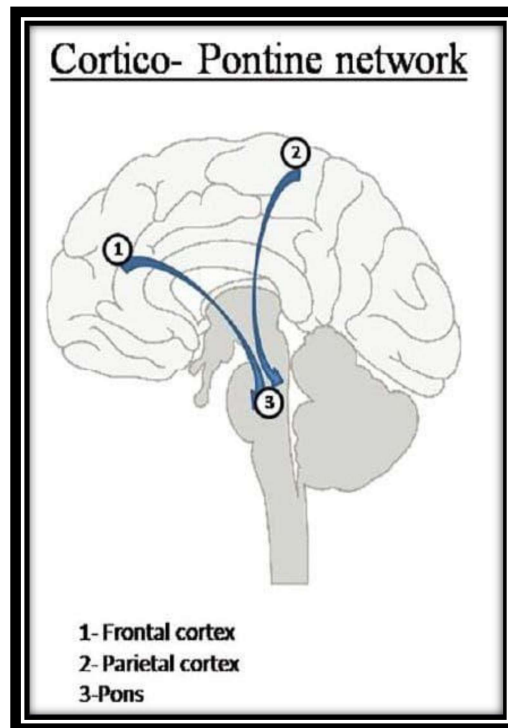
Pseudobulbar affect :

- اختلالی که فقط در همراهی با ضایعات مغزی به خصوص انفارکتوس رخ می‌دهد.
- یکی از تشخیص‌های افتراقی افسردگی در بیماران استروک می‌باشد.
- گریه و یا خنده به صورت خودبه‌خودی و یا بعد از اتفاقات کوچک رخ می‌دهد.

سایر اسامی:

emotional incontinence, emotional lability, pseudobulbar affect, pathological emotionalism, involuntary emotional expression dx

- علت PLAC می‌تواند به علت ایجاد ضایعه در مسیر Fronto-ponto-cerebellar باشد.



• داروهای که برای درمان PLAC استفاده می‌شود، شامل موارد زیر است:

۱. TCA مثل نورتریپتیلین
۲. SSRI
۳. SNRI
۴. ترکیب دکسترومتوفان و کینیدین



۱. آقای ۶۳ ساله دیابتیک با سابقه دو نوبت CVA ایسکمیک که آخرین نوبت سه ماه قبل بوده توسط خانواده به درمانگاه آورده شده است. دختر بیمار ذکر می‌کند که وی زیاد گریه می‌کند. خود بیمار ذکر می‌کند که روحیه‌اش اغلب اوقات بد نیست و افکار مرگ و خودکشی را انکار می‌کند. به نظر می‌رسد گریه‌ها تحت کنترل وی نیست. کدام ترکیب دارویی برای وی تأیید شده و قابل تجویز است؟ (تهران ۹۷)

- الف) بوپروپیون – بوسپیرون
- ب) مودافینیل – ورتیوکستین
- ج) دیفن هیدرامین – سرتالین
- د) دکسترومتورفان – کینیدین

پاسخ: د

۲. خانواده مردی ۶۷ ساله که اخیراً یک حادثه عروقی (accident cerebrovascular) را تجربه کرده است در مراجعه‌ای که به شما دارند، از این امر شکایت دارند که بیمارشان به بدنال این حادثه در شرایط نامتناسب و نامرتب می‌خندد یا گریه می‌کند. در بررسی وضعیت روانی او معلوم می‌شود که نامبرده هذیان، توهم، گفتار یا رفتار آشفته دیگری ندارد. شما برای درمان عالمت مزبور در نامبرده کدامیک از داروهای زیر را ترجیح می‌دهید؟ (تبریز ۸۹)

- الف) ریسپریدون
- ب) نورتریپتیلین
- ج) کلونازپام
- د) ونلافاکسین

پاسخ: ب و د

۳. آقای ۶۶ ساله‌ای که اخیراً دچار CVA شده، توسط خانواده به درمانگاه ارجاع شده است. آنها از این موضوع شکایت دارند که به بدنال این حادثه در شرایط نامتناسب و نامرتب گریه می‌کند. در معاینه، افسرده نیست و هذیان، توهم، و گفتار یا رفتار آشفته دیگری ندارد. برای او کدام دارو را توصیه می‌کنید؟ (ارتقاء تهران ۹۱)

- الف) نورتریپتیلین
- ب) کوئتیاپین
- ج) ترازودون
- د) اولانزاپین

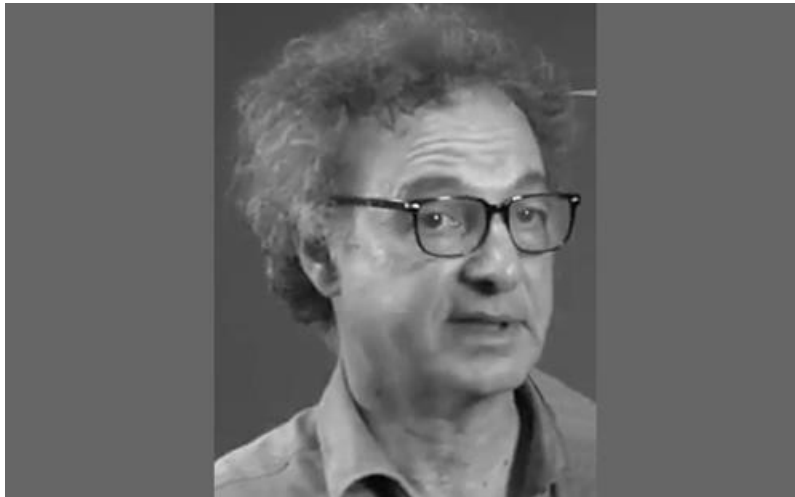
پاسخ: الف

Indifference reaction(catastrophic reaction)

- از دیگر اختلالات عاطفی که گفته می‌شود کاراکتریستیک اختلالات مغزی است.
- علت: ضایعات نیمکره‌ی سمت راست



- **علائم:** بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی نسبت به کمبودها - نبود انگیزه نسبت به خانواده و دوستان - لذت بردن از شوخی‌های احمقانه - کوچک شمردن بیماری‌های جسمانی
- ✓ Leonore Welt ⇐ شرح یوفوریا و پرحرفی مرتبط با ضایعات اوربیتال فرونتال
بیان اصطلاح "Witzelsucht" ⇐ شوخی‌های نامتناسب در این بیماران
- ✓ Catastrophic reaction ⇐ Kurt Goldstein ⇐ یک اختلال نوروسایکیتری مرتبط با اختلالات مغزی مثل استروک، که بصورت یک طغیان خشم و عاطفه که با میزان مختلفی از عصبانیت، خستگی، افسردگی، گریه، فریاد کشیدن، تعریق و گاهی رفتارهای پرخاشگرانه خود را نشان می‌دهد.



- Goldstein بیان نمود که این اتفاقات به دنبال عدم توانایی رویارویی با اختلالات کارکردی جسمی و ذهنی می‌باشد.
- در افراد دچار این واکنش ۷۵٪ کرایتریای افسردگی ماژور و با میزان کمتری افسردگی مینور داشتند یعنی بیشترین ارتباط را با افسردگی بخود اختصاص می‌دادند. همچنین در این بیماران سابقه خانوادگی اختلال روانپزشکی خصوصاً افسردگی وجود داشت.

۴. reaction Catastrophic در بیمارانی که دچار CVA شده‌اند، با کدام یک از اختلالات زیر ارتباط دارد؟ (بهشتی ۹۰)

- | | |
|--------------|--------------------|
| (الف) سایکوز | (ب) افسردگی |
| (ج) آفازیا | (د) پارزی اندام‌ها |

پاسخ: ب

- همچنین شیوع اضطراب به وسیله‌ی تست همیلتون در آن‌ها بالاتر گزارش شد.
 - ✓ در این افراد حملات خشم غیر قابل کنترل در طی ۱۲-۳ ماه بعد از استروک دیده شد.
 - Catastrophic reaction با آسیب به قسمت‌های مغزی زیر بیشترین ارتباط را دارد:
۱. بازال گانگلیا
 ۲. ضایعات قدامی ساب کورتیکال مغز



۵. آقای ۷۰ ساله (accident Cerebrovascular) دچار خلق افسرده، اختلال خواب، کاهش اشتها، بی‌علاقگی به فعالیت‌های خوشایند سابق شده است، به بدنبال عدم توانایی در پیدا کردن برخی وسایل شخصی خود به شدت دچار اضطراب، عصبانیت و بی‌قراری می‌شود. با احتمال بیشتر محل ضایعه مغزی کجا است؟ (بهشتی ۸۹)

الف) anterior Subcortical regions

ب) Posterior subcortical regions

ج) Anterior cortical regions

د) Posterior Cortical regions

پاسخ: الف

Anosognosia

- عدم آگاهی بیمار از وجود همی پلژی در خود به عبارتی بیمار وجود فلج را در خود انکار می‌نماید و یا وانمود می‌کند فلج نشده است ← پس از این عبارت، سایر موارد مثل انکار اختلالات بعد از استروک مثل کوری کورتیکال، همی آنوپیی و آمنزی نیز شرح داده شد.



- وجود آنوزوگنوزی ۳ ماه بعد از استروک ناشایع است.
- ✓ در بیماران با اختلالات عملکرد حرکتی سمت مقابل (complete contralat. motor impairment) شیوع آن ۳/۳۲٪ بوده است.



افسردگی بدنبال سکته (post stroke depression)



- * در یک مطالعه‌ی ۲ ساله علائم افسردگی به ۲ دسته تقسیم شدند:
 ۱. Vegetative ← شامل autonomic anxiety یا کاهش انرژی ساجکتیو
 ۲. Psychologic ← شامل نگرانی - ناامیدی (Hopelessness)
- * تنها علامت وژتاتیو که در افراد افسرده در مقایسه با افراد غیرافسرده در فواصل مختلف پیگیری غالب نبود شامل موارد زیر است:
 - * در ارزیابی اولیه ← early morning awakening و کاهش وزن
 - * ۶ ماه بعد ← early morning awakening و کاهش وزن
 - * ۱ سال بعد ← early morning awakening و کاهش وزن و اضطراب نگرانی anxious و کاهش لیبیدو
 - * ۲ سال بعد ← کاهش وزن - کاهش لیبیدو
- * تنها علامت غالب سایکولوژیکال که در گروه بیماران افسرده خیلی شایع تر از افراد غیرافسرده نبود شامل موارد زیر است:
 - * در ۳ ماه اول ← برنامه خودکشی (suicidal plan)، simple idea of reference و احساس گناه پاتولوژیک
 - * در ۶ ماه ← احساس گناه پاتولوژیک
 - * در یک سال ← احساس گناه پاتولوژیک + irritability + guilty ideas of reference
 - * در ۲ سال ← self-depreciation (خود مقصر بینی) + pathological guilt
- در مقایسه‌ی دو گروه میزان افسردگی در گروه بیماران دچار استروک ۱۷٪ و در جامعه‌ی عمومی ۸٪ بود. در این مقایسه (inability to feel) در گروه کنترل بیشتر از گروه بیماران استروک گزارش کردند.
- هیچ تفاوت واضحی از لحاظ پروفایل علائم در دو گروه مشخص نشد (همچنین پروفایل علائم سوماتیک و سایکولوژیک افسردگی).
- ← در ۲ مطالعه مشخص شد که فنومنولوژی افسردگی بعد از سکته (PSD) مشابه با جمعیت عمومی بوده است (به همین علت DSM5 علائم مشترکی برای PSD و MDD در نظر گرفته است).
- مطالعات نشان داد MDD بدنبال CVA در نیمکره چپ با اختلال شناختی بیشتری همراه است. همچنین وجود PSD با خطر مرگ و میر بیشتری در این بیماران همراه بود.



Table 2.2-1.
Recent Studies of the Prevalence of Poststroke Apathy

Study	N	Apathy Frequency	Associated Variables based on Multivariate Models
Brody et al. (2013)	Index: 135 Year 5: 70	Index: 32% Year 1: 33% Year 3: 37% Year 5: 37%	Dementia New stroke ADLs impairment
Caeiro et al. (2012)	94	38%	Cerebral hemorrhage Low education
Caeiro et al. (2013)	Meta-analysis: 2,221	36%	Depression Cognitive impairment
Mayo et al. (2009)	408	50% low score 3% high score 7% improve	High score related to poor recovery
Tang et al. (2013)	75	33%	Depression
Tang et al. (2014)	391	9%	Poor mental quality of life
van Dalen et al. (2013)	Meta-analysis: 2,706	35%	Female gender Older age Cognitive impairment Greater disability Depression

ADLs, activities of daily living.

Brody H, Liu Z, Withall A, Sachdev PS. The longitudinal course of post-stroke apathy over five years. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2013;25(4):283.

حضور سکتته‌ی قدامی در سمت چپ (left-ant lesion) باعث افزایش شانس PSD (افسردگی بعد از استروک) ۲ تا ۳ برابر نسبت به سایر استروک‌ها می‌شود. هرچند متا آنالیزها نتایج متناقضی در مورد ارتباط بین PSD و مکان ضایعه نشان دادند.

- در افرادی که PSD وجود دارد شدت اختلال در ADLS (فعالیت روزمره زندگی) افزایش می‌یابد.
- در یک مطالعه دیده شد که ناتوانی (disability) به دنبال سکتته ارتباط مثبت و چشمگیری با PSD دارد.
- ✓ سابقه‌ی شخصی یا خانوادگی از اختلالات روانپزشکی یک فاکتور خطر مهم برای ایجاد PSD می‌باشد.
- ✓ بیومارکرهای التهابی متعددی می‌توانند خطر ابتلا به PSD را پیش بینی کنند: از جمله کاهش غلظت BDNF سرم، افزایش نشانگرهای اولیه التهاب مانند پروتئین واکنش گر C و فریتین سایتوکاین های پیش التهابی سرم (TNF- α ، IFN- γ)، و همچنین



نسبت های پیش التهابی/ضد التهابی، کاهش بیان کمپلمان، کاهش سطح ویتامین D سرم، هایپرکورتیزولمی و کاهش پاسخ بیداری کورتیزول (blunted cortisol-awakening response)

✓ نشانگرهای تصویربرداری عصبی نیز شناسایی شده اند. به نظر می رسد ضایعاتی که بر مدارهای فرونتال-ساب کورتیکال تنظیم کننده ی خلق و خوی (قشر پره فرونتال، هسته های بازال و تالاموس) که عمدتاً در نیمکره چپ تأثیر می گذارند، PSD را ۱ سال پس از سکته مغزی پیش بینی می کنند. علاوه بر این خونریزی های میکروسکوپی (microbleeds) پل مغزی (pontine) و لوب های مغزی در سکته مغزی حاد و همچنین ضایعات میکروواسکولار شدید مغز، احتمال PSD را افزایش می دهند.

• در PSD تست Dexamethasone suppression test مختل است. هرچند مثبت کاذب در این تست بالاست و ارتباط زیادی با بزرگی منطقه دچار stroke دارد.

• از طرفی پاسخ هورمون رشد به دزی پرامین نیز در بیماران با PSD بالاتر می شود. این تست از حساسیت بالایی برخوردار است.
• در حال حاضر، هیچ مطالعه آزمایشگاهی یا تصویربرداری عصبی به طور معمول برای اطلاع از تشخیص بالینی PSD مورد استفاده قرار نمی گیرد (به جز B۱۲، فولات، هموگلوبین و عملکرد تیروئید که به طور معمول برای رد سایر علل علائم افسردگی انجام می شود).

• درمان با SSRIها خصوصاً اس سیتالوپرام (در صورتیکه فرد زیر ۶۵ سال بود با دوز ۱۰ میلی گرم و در صورتیکه بالای ۶۵ سال بود با دوز ۵ میلی گرم) در درمان و جلوگیری از افسردگی بدنال CVA موثر بوده است .

• داروهای ضد روان پریشی باید با احتیاط استفاده شوند، با توجه به اینکه تمایل به کاهش آستانه تشنج دارند و بیماران مبتلا به سکته مغزی با خطر بیشتری برای تشنج مواجه هستند. یکی دیگر از پیشرفت های امیدوارکننده اخیر شامل استفاده از تحریک غیرتهاجمی مغز مانند تحریک مغناطیسی ترانس کرانیال مکرر (rTMS) و تحریک جریان مستقیم ترانس کرانیال (tDCS) برای درمان PSD است.

داده های حاصل از آزمایش های rTMS به ویژه امیدوارکننده هستند.

با این حال قبل از اینکه بتوان آنها را گزینه های درمانی مناسب در نظر گرفت، باید مطالعات کنترل شده تصادفی بزرگ تری، پس از استانداردهای پروتکل ها انجام شود.

۶. فرد ۶۵ ساله ای به دنبال ایسکمی فرونتال چپ در یک ماه پیش، دچار حالت افسردگی، بی حوصلگی، اختلال در خواب و اشتها و مشکلات شدید در توجه و تمرکز شده است. یافته های آزمایشگاهی طبیعی است. اقدام درمانی مناسب با تکیه بر بالاترین سطوح

شواهد بالینی، تجویز کدام داروی زیر است؟ (مشهد ۹۱)

(ب) بوپروپیون

(الف) سیتالوپرام

(د) لیتیم

(ج) سلزیلین

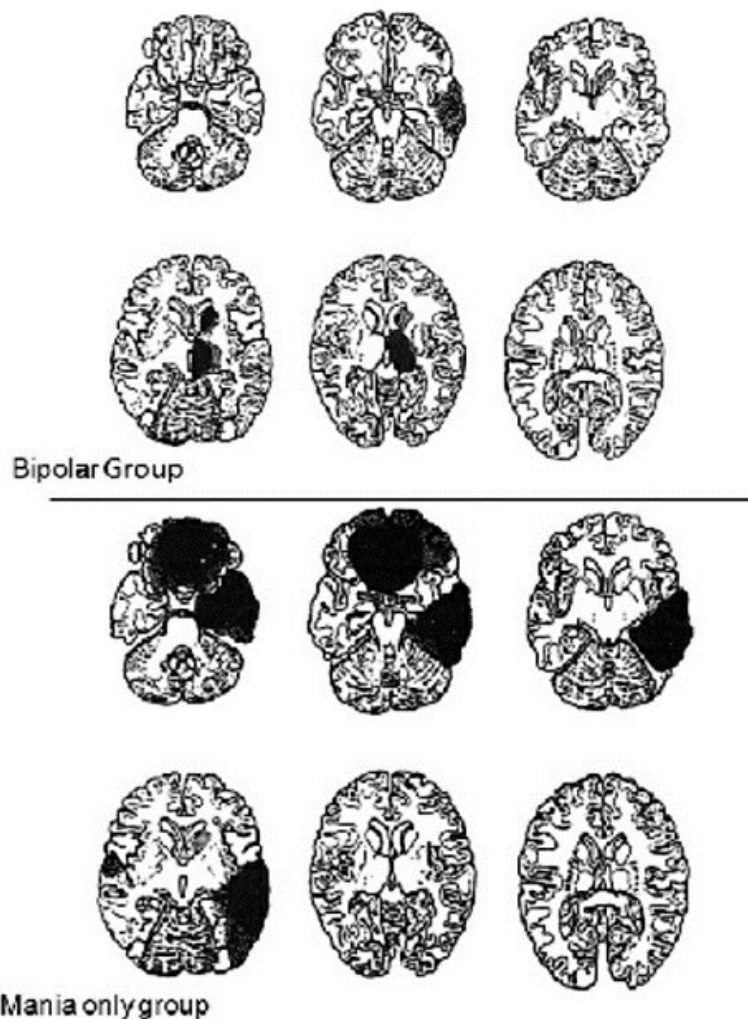


FIGURE 2.2-5. Brain imaging of stroke lesions for patients with bipolar disorder or mania only. Bipolar Group: schematic templates of computed tomographic scan slices showing largest cross-sectional area of lesion for manic-depressive patients. Lesions mainly involved the right head of the caudate and right thalamus. Mania only group: schematic templates of computed tomography scan slices showing largest cross-sectional area of lesion for mania only patients. Lesions mainly involved the orbitofrontal cortex and the right basitemporal cortex. (Reprinted with permission from Robinson RG. *The Clinical Neuropsychiatry of Stroke: Cognitive, Behavioral and Emotional Disorders following Vascular Brain Injury*. 2nd ed. Cambridge University Press; 2006:302.)

- درمان با لیتیم می‌تواند در درمان اپیزود و جلوگیری از عود مانیا در این بیماران موثر باشد.

Anxiety بدنبال CVA

- ✓ شیوع اضطراب ۲۵٪ گزارش شده است.
- ✓ بالاترین شیوع مربوط به اختلالات فوبیا و GAD بوده است.
- ✓ شیوع اضطراب در طی زمان افزایش می‌یابد.
- ✓ اکثر اضطراب به دنبال استروک عمدتاً در همراهی با اختلالات افسردگی است.



✓ ریسک فاکتورهای PTSD بعد از استروک:

۱. درآمد پایین

۲. Recurrent Stroke / TIA

۳. ناتوانی بیشتر

۴. کوموربیدیتی مدیکال بیشتر

✓ فاکتورهای محافظت کننده در برابر PTSD:

سن بالاتر

حضور یک پارتنر

داشتن یک ساپورت عاطفی

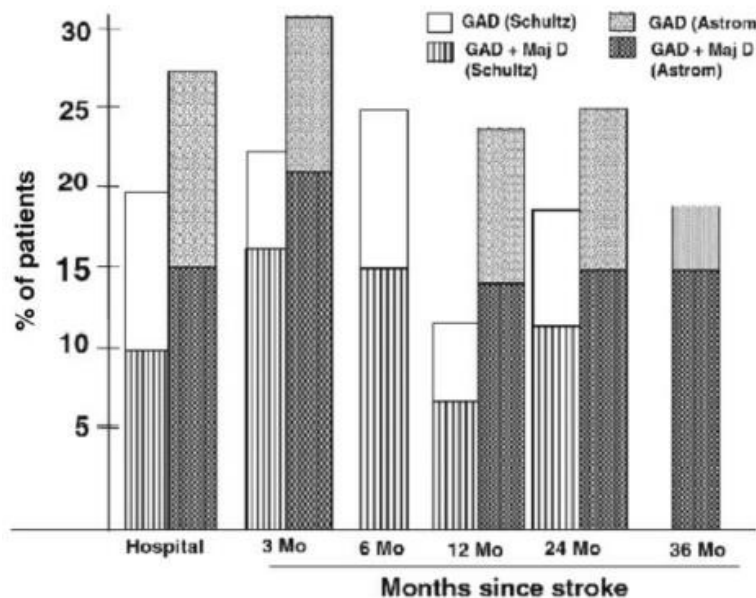


FIGURE 2.2-6. Longitudinal association of major depression with anxiety disorder after stroke. The frequency of generalized anxiety disorder (GAD) with and without major depression over the 3 years following acute stroke. Results obtained from Schultz et al. (1997) using the fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) criteria were compared to the results of Astrom (1996) using the third revised edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R) criteria. Results indicate a slightly lower frequency of GAD using the DSM-IV criteria and emphasize the prominence of major depression in this population of patients with poststroke anxiety disorder. (Reprinted with permission from Robinson RG. The Clinical Neuropsychiatry of Stroke: Cognitive, Behavioral and Emotional Disorders following Vascular Brain Injury. 2nd ed. Cambridge University Press; 2006:336.)

- در بیماران CVA که بطور همزمان GAD و MDD را تجربه کردند، طول مدت طولانی تری از افسردگی را تجربه کردند.
- تجویز داروهای زیر در بهبود GAD بدنبال CVA موثر بوده است:
 ۱. نورتریپتیلین
 ۲. SSRI مثل پاروکستین، اس سیتالوپرام
 ۳. بوسپیرون



سایکوز در بیماران مبتلا به CVA

- هر چند خیلی نادر، کیس ریپورت‌هایی وجود دارند که بیمارانی را شناسایی کرده‌اند که اولین بار هذیان و توهم را بعد از استروک گزارش کرده‌اند.

۷. در بیمار مبتلا به Stroke احتمال بروز کدامیک از اختلالات زیر بندرت ملاحظه می‌شود؟ (بورد ۹۰)

- | | |
|---------------------|-------------------|
| (الف) افسردگی اساسی | (ب) سایکوز |
| (ج) افسردگی مینور | (د) اضطراب فراگیر |

پاسخ: ب

- وجود سایکوز در بیماران با علائم CVA که دچار تشنج شده‌اند یافته شایع تری بوده است. به نظر سایکوز بدنمال CVA با موارد زیر ارتباط بیشتری دارد:

۱. ضایعه نیمکره راست
 ۲. تشنج
 ۳. آتروفی در ساب کورتکس
- در صورت وجود تشنج در کنار سایکوز، تجویز داروهای ضد تشنج در کنار داروهای ضد سایکوز موثر است.
 - داروهای ضد روان پریشی با توجه به اینکه تمایل به کاهش آستانه تشنج دارند و بیماران مبتلا به سکته مغزی با خطر بیشتری برای تشنج مواجه هستند باید با احتیاط استفاده شوند.

Apathy در بیماران مبتلا به CVA

- هر چند در DSM5 کرایتریای مشخصی برای آن ذکر نشده، اما آپاتی خود را با فقدان احساسات، هیجان‌ها، علاقه، نگرانی و انگیزه نشان داده و در بیماران مبتلا به استروک به طور شایعی گزارش شده است (۴۱٪).



- آپاتی به‌طور متمایزی از افسردگی رخ می‌دهد.