

فهرست

فصل اول	ارزیابی روان‌پزشکی..... ۷
فصل دوم	درمان‌های روان‌پزشکی..... ۲۳
فصل سوم	اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک..... ۵۳
فصل چهارم	اختلالات خلقی..... ۶۳
فصل پنجم	اختلالات اضطرابی..... ۷۳
فصل ششم	اختلالات وسواسی-جبری..... ۷۹
فصل هفتم	اختلالات مرتبط با استرس، اختلالات تجزیه‌ای..... ۸۳
فصل هشتم	اختلالات شکایات جسمی، اختلال ساختگی، تمارض، طب سایکوسوماتیک..... ۹۱
فصل نهم	اختلالات جنسی، اختلالات خواب، اختلالات کنترل تکانه..... ۱۰۱
فصل دهم	اختلالات شناختی..... ۱۱۱
فصل یازدهم	اختلالات اعتیادی و مصرف مواد..... ۱۱۹
فصل دوازدهم	اختلالات شخصیت..... ۱۳۳
فصل سیزدهم	اورژانس‌های روان‌پزشکی..... ۱۳۹
فصل چهاردهم	روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان..... ۱۴۳
فصل پانزدهم	تکمله..... ۱۵۳



فصل اول

ارزیابی روانپزشکی

طبقه‌بندی در روان‌پزشکی

اختلال روانی طبق تعریف سندرمی است که در آن اختلال شناخت، مهار هیجان یا رفتار، منعکس‌کننده نقص کارکردی در فرآیندهای روان‌شناختی، زیستی یا رشدی کارکردهای ذهنی باشد و با رنج قابل ملاحظه (نشانه‌های دردناک) و اختلال کارکردهای شغلی، اجتماعی، ارتباطی، تحصیلی یا ... همراه است و صرفاً پاسخی فرهنگی و قابل انتظار در مواجهه با روی‌داد خاصی مانند مرگ فردی محبوب نمی‌باشد

رفتارهای انحرافی (مانند رفتارهای متفاوت سیاسی، مذهبی یا جنسی) و تعارض‌هایی که بین فرد و جامعه رخ می‌دهند، اختلالات روانی محسوب نمی‌شوند، به‌جز در مواردی که نشانه‌ای و جزئی از اختلالات روانی باشند

قدیمی‌ترین مدل‌های طبقه‌بندی بیماری‌های طبی و روانی را می‌توان در نوشته‌های ارسطو و بقراط جست‌وجو کرد.

علاوه بر طبقه‌بندی DSM-5، اصطلاحات دیگری نیز برای توصیف بیماری‌های روانی به‌کار می‌روند:

- **روان‌پریشی^۱:** فقدان قدرت سنجش واقعیت همراه با هذیان و توهم مانند اسکیزوفرنیا
- **هم‌ابتلائی^۲:** وقوع اختلالات روان‌پزشکی هم‌زمان یا با فاصله زمانی از هم، که به‌دلیل مختلف قابل توجیه است:
 - وجود چند اختلال به‌صورت مستقل و بدون ارتباط با یک‌دیگر، مثل ابتلا هم‌زمان به بیش‌فعالی و ناتوانی ذهنی
 - وجود ملاک‌های تشخیصی مشترک در چند اختلال، مثل وجود تحریک‌پذیری در مانیا و افسردگی
 - وجود رابطه علی بین اختلالات، مثل ابتلا به افسردگی به‌دنبال اختلال سلوک
 - وجود علل مشترک برای اختلالات، مثل بروز رفتار ضداجتماعی و افسردگی به‌دنبال محرومیت از والدین در دوران کودکی
 - خطای تشخیصی درمانگر
- **ناتوانی ذهنی^۳:** بهره هوشی کمتر از ۷۰، شروع قبل از ۱۰ سالگی همراه با اختلال در یادگیری و ناسازگاری اجتماعی
- در ویرایش‌های پیشین نظام طبقه‌بندی DSM، تشخیص‌گذاری در روان‌پزشکی در ۵ محور انجام می‌شد، در حالی که در DSM-5 نظام تشخیصی غیرمحوری است
 - محور I: سندرم‌های بالینی و اختلالات روان‌پزشکی
 - محور II: عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات شخصیت، مکانیسم‌های دفاعی
 - محور III: بیماری‌های طبی عمومی
 - محور IV: استرسورهای روانی اجتماعی مرتبط با بیماری
 - محور V: ارزیابی کلی کارکرد بیمار

مصاحبه روان‌پزشکی

ارتباط بیمار و پزشک

در ایجاد یک رابطه موفق بین بیمار و پزشک ۶ مرحله وجود دارد:

- ۱ بیمار خود را در شرایط آسوده‌ای قرار دهید. خود را معرفی کنید و از او نام و اطلاعات اولیه‌اش را بپرسید. از وی بپرسید که مایل است با نام خانوادگی یا نام کوچک خوانده‌شود. در مورد معرف وی از او بپرسید
- ۲ رنج و ناراحتی بیمار را ارزیابی کنید و با هم‌دلی واکنش نشان دهید.

Psychosis -۱
Co-Morbidity -۲
Intellectual Disability -۳
Intelligence Quotient - IQ -۴

۳ بینش بیمار را ارزیابی کنید.

۴ حمایت خود را نشان دهید.

۵ اقتدار خود را به عنوان درمانگر نشان دهید.

نقش‌ها را مشخص کنید و متعادل کنید.

مدل‌های ارتباط پزشک و بیمار

۱ مدل پدرمآبانه یا استبدادی: پزشک توصیه‌هایی را ارائه می‌کند و بیمار بدون چون و چرا آن‌ها را می‌پذیرد. این رویکرد

در موقعیت‌های فوریتی که لازم است پزشک کنترل‌کننده باشد، مطلوب است

۲ مدل آموزنده: پزشک اطلاعاتی را ارائه می‌دهد و بیمار انتخاب می‌کند. مدل مطلوب در مشاوره‌های تکنوبتی است، و

اگر در جلسات بعدی هم ادامه یابد، ممکن است رفتار پزشک سرد و بدون توجه تلقی شود

۳ مدل تعبیری: پزشک با آگاهی از شرایط بیمار و با مشورت بیمار بهترین تصمیم را برای هر بیمار خاص پیدا می‌کند.

۴ مدل مشورتی: پزشک ضمن ارائه اطلاعات، از یک سلسله اقدامات به صورت فعالانه جانب‌داری می‌کند. این الگو در

تعدیل رفتارهای پر خطر مانند مصرف سیگار یا چاقی کمک‌کننده است

انتقال و ضدانتقال

• انتقال^۱ عبارت است از انتظارات، باورها و پاسخ‌های هیجانی بیمار در رابطه‌ی درمانی که به گذشته وی و تجارب مستمر

او با افراد مهم زندگی‌اش در گذشته مربوط می‌شود

• انتقال متقابل^۲ واکنش درمانگر نسبت بیمار مشابه آن چه که در روابط مهم گذشته درمانگر رخ داده بوده است.

ارزیابی روانپزشکی

شرح حال روانپزشکی

شرح حال روانپزشکی شامل اطلاعات زیر است:

الف- داده‌های شناساننده^۳: شامل نام، سن، جنس، وضعیت تأهل، آدرس و ...

ب- شکایت اصلی: شرح وضعیت و علت مراجعه بیمار با بیان عین کلمات و جملات خود بیمار

پ- شرح حال بیماری فعلی: جزئیات مربوط ماهیت علائم فعلی، شروع علائم و سیر علائم، سایر علائم و مشکلات مرتبط و

همراه، نشانه‌های نباتی، کارکرد بیمار

ت- سابقه قبلی پزشکی و روانپزشکی

ث- سابقه خانوادگی: شامل اطلاعاتی در مورد وضعیت سلامت روانی اعضای خانواده، موقعیت اجتماعی خانواده و ارتباطات

بیمار و خانواده

ج- سابقه شخصی: اطلاعاتی از پیش از تولد بیمار تا زمان حال، وضعیت مادر در دوره بارداری و مشکلات زایمانی، مراحل

تکاملی و مشکلات دوران کودکی، سابقه تحصیلی، سابقه شغلی، سابقه روابط جنسی، شرایط اجتماعی بیمار، سابقه

قانونی بیمار، نظام ارزشی، رؤیاهای و خیال‌پردازی

چ- تاریخچه مصرف مواد و داروها

۱- Transference

۲- Countertransference

۳- Identifying Data

«معاینه وضعیت روانی»

اجزای معاینه وضعیت روانی و نشانه‌های مهم روان‌پزشکی به شرح زیر می‌باشند:

الف- ظاهر، رفتار و نگرش بیمار

- نگرش بیمار: همکار، اغواگر^۲، دفاعی، بی‌تفاوتی زیبا (اختلال تبدیلی)، بازی با واژگان (سندرم لوب فرونتال)
- فعالیت سایکوموتور:
- کندی یا آژیتاسیون سایکوموتور
- برانگیختگی^۳
- کاتاتونیا: سندرم روانی‌حرکتی که با ترکیبی از نشانه‌های زیر مشخص می‌شود:
 - گنگی^۴
 - پژواک رفتار^۵
 - کاتالپسی (بی‌حرکتی و حفظ وضعیت‌های پاسیو برای طولانی‌مدت)، انعطاف‌پذیری مومی^۶، اتخاذ وضعیت‌های عجیب و غریب برای مدت طولانی^۷
 - شکلک درآوردن^۸
 - فرمان‌بری مطلق^۹: شرایطی که با کاتالپسی همراه است و در آن بیمار از توصیه‌های دیگران پیروی می‌کند.
 - استوپور و آژیتاسیون کاتاتونیک
 - منفی‌کاری^{۱۰}: مقاومت یا مخالفت بدون انگیزه کلامی و غیرکلامی
 - رفتارهای کلیشه‌ای^{۱۱}: حرکات تکراری بی‌هدف شایع در اسکیزوفرنیا
 - ادا و اطوار^{۱۲}: حرکات تکراری عادت‌ی و پایدار
- کاتاپلکسی: از دست دادن ناگهانی قوام عضلانی، به دنبال هیجانان شدید (خشم، تعجب، خنده) یا خستگی
- گرایش دوگانه در حرکات^{۱۳}: انجام متناوب حرکات متضاد
- تیک: حرکات، صداها یا ژست‌های ناگهانی، سریع، غیرارادی نامنظم و تکرار شونده که در هر نقطه از بدن ممکن است رخ دهد و به ندرت بیش از ۱ ثانیه طول می‌کشد. تیک‌ها حرکتی یا صوتی و ساده یا پیچیده هستند
 - تیک‌های حرکتی ساده: حرکت پره‌های بینی، پرش اندام‌ها، پلک زدن (شایع‌ترین شکل آن)
 - تیک‌های حرکتی پیچیده: ژست‌هایی در صورت و دست (بالا بردن دست و صاف کردن مو)، چرخیدن، پریدن، تکرار حرکات دیگران
 - تیک‌های صوتی ساده: صاف کردن گلو، سرفه
 - تیک‌های صوتی پیچیده: بیان برخی کلمات یا عبارات، تکرار کلمات خود^{۱۴}، تکرار کلمات دیگران، بیان کلمات زننده

Mental Status Examination - Mse -۱

Seductive -۲

Excitement -۳

Mutism -۴

Echopraxia -۵

Waxy Flexibility -۶

Posturing -۷

Grimacing -۸

Command Automatism -۹

Negativism -۱۰

Stereotypy -۱۱

Mannerism -۱۲

Ambitendence -۱۳

Palilalia -۱۴

« نشانه‌های بیماری:

- شکایات جسمی مبهم، گوشه‌گیری، کاهش انگیزه و علائق، کاهش روابط و رفتارهای اجتماعی، غفلت از مراقبت از خود و رسیدگی به بهداشت فردی و اجتماعی، افکار و عقاید فلسفی افراطی، کاهش توانایی‌های شغلی، تغییر رفتارهای اجتماعی و محیطی مثل فرار از مدرسه و مصرف مواد، می‌توانند در دوره پیش از تشخیص بیماری گاه برای یک سال یا بیشتر دیده‌شوند که البته معمولاً به‌صورت گذشته‌نگر تشخیص داده می‌شوند. برای تشخیص‌گذاری اسکیزوفرنیا توهم و هذیان ضروری نیست
- خلق و عاطفه: کاهش واکنش هیجانی، آنهدونیا، تشدید هیجان‌ات (خشم، اضطراب، شعف، خلسه مذهبی)، آپاتی (بی‌انرژی بودن و فقدان اراده)، کندی عاطفی، سطحی شدن عاطفه
- ادراک: توهمات شنوایی از سایر انواع توهم شایع‌تر است. توهمات بویایی، چشایی و لامسه غیرمعمول هستند. توهمات درون‌آگاهی
- محتوای تفکر: هذیان‌ها، عقاید انتساب، فقر محتوای تفکر، از دست دادن مرزهای خود، تردید در جهت‌یابی جنسی، اشتغال ذهنی با عقاید عجیب و غریب فلسفی، مذهبی، روان‌شناسی و تمایل بیش از حد به موضوعات اسرارآمیز و انتزاعی
- شکل و جریان تفکر: شل شدن تداعی‌ها، حاشیه‌پردازی، تفکر مماسی، واژه‌سازی، انسداد تفکر، پژواک کلام، گنگی انتخابی، پرش افکار
- آگاهی به زمان و مکان تغییر نمی‌کند.
- خودکشی، تنها عامل مرگ زودرس در این بیماران است. ۲۰ تا ۵۰ درصد اقدام به خودکشی می‌کنند و ۱۰ تا ۱۳ درصد خودکشی موفق دارند (۲۰ برابر جمعیت عمومی). خطر دیگرکشی در این بیماران بیش از جمعیت عمومی نیست
- اختلال در آزمون‌ها و کارکردهای شناختی: بیشتر از همه گوش‌به‌زنگی، حافظه و مفهوم‌سازی و نیز توجه، توانایی حل مسأله و توانایی حرکتی
- نمرات بهره‌هوشی این بیماران پایین‌تر از نرمال است و این ویژگی اغلب از ابتدا وجود دارد و با پیشرفت بیماری بدتر می‌شود.

انواع اسکیزوفرنیا

« پارانوئید:

- اختلال عمده در حوزه تفکر و ادراک است.
- شایع‌ترین نوع اسکیزوفرنیا است.
- وجود هذیان‌های پارانوئید (گزند و آسیب، بزرگ‌منشی، انتساب) و توهم شنوایی
- پرتنش، شکاک، محتاط، درخود فرورفته، رفتار خصمانه و تهاجمی
- شروع در پایان دهه دوم تا دهه سوم عمر

« آشفته (هبه‌فرنیا):

- اختلال عمده در حوزه هیجان و اراده است.
- پسرقت به رفتارهای مهارگسیخته و مراحل ابتدایی رشد روانی
- خنده‌های بی‌دلیل، واکنش هیجانی نامتناسب، شکاک درآوردن بی‌جا، ادا و اطوار، رفتارهای سبک‌سرانه (آرایش‌های عجیب و غریب و پوشش نامناسب)
- شروع پیش از ۲۵ سالگی و در دوره نوجوانی

« کاتاتونیک:

- اختلال عمده در حوزه اراده و فعالیت حرکتی است.
- شیوع گذشته را ندارد و به ندرت دیده می‌شود.
- اختلالات حرکتی و کلامی واضح به صورت انعطاف‌پذیری مومی، پژواک رفتار، وضعیت‌گیری بدن، آژی‌تاسیون، پژواک کلام، گنگی
- گاهی نوسانات سریع بین بهت و آژی‌تاسیون

« غیرقابل تفکیک یا نامتمایز:

- فاقد معیارهای سایر انواع

« باقی‌مانده:

- فقدان علائم واضح فعال، در گذشته یک دوره مشخص اسکیزوفرنیا تجربه شده است ولی در حال حاضر بیشتر علائم منفی ادامه دارد
- شواهدی از تداوم اختلال مانند کناره‌گیری اجتماعی و کندی هیجانی، سستی تداعی‌ها

« اسکیزوفرنیای ساده:

- اختلال عمده در حوزه اراده و شخصیت است.
- انزوای اجتماعی، هیجانات سطحی، بی‌هدفی، فقر ایده، کاهش شوق و انگیزه، ارتباط غیرکلامی ضعیف
- شروع تدریجی مشکلات رفتاری قابل توجه است.

« افسردگی پس از اسکیزوفرنیا:

- علائم افسردگی عمده پس از اپیزود اسکیزوفرنیا
- علائم مثبت و منفی ممکن است وجود داشته باشند، ولی با شدت کمتر.

◀ نشانه‌های مثبت و منفی:

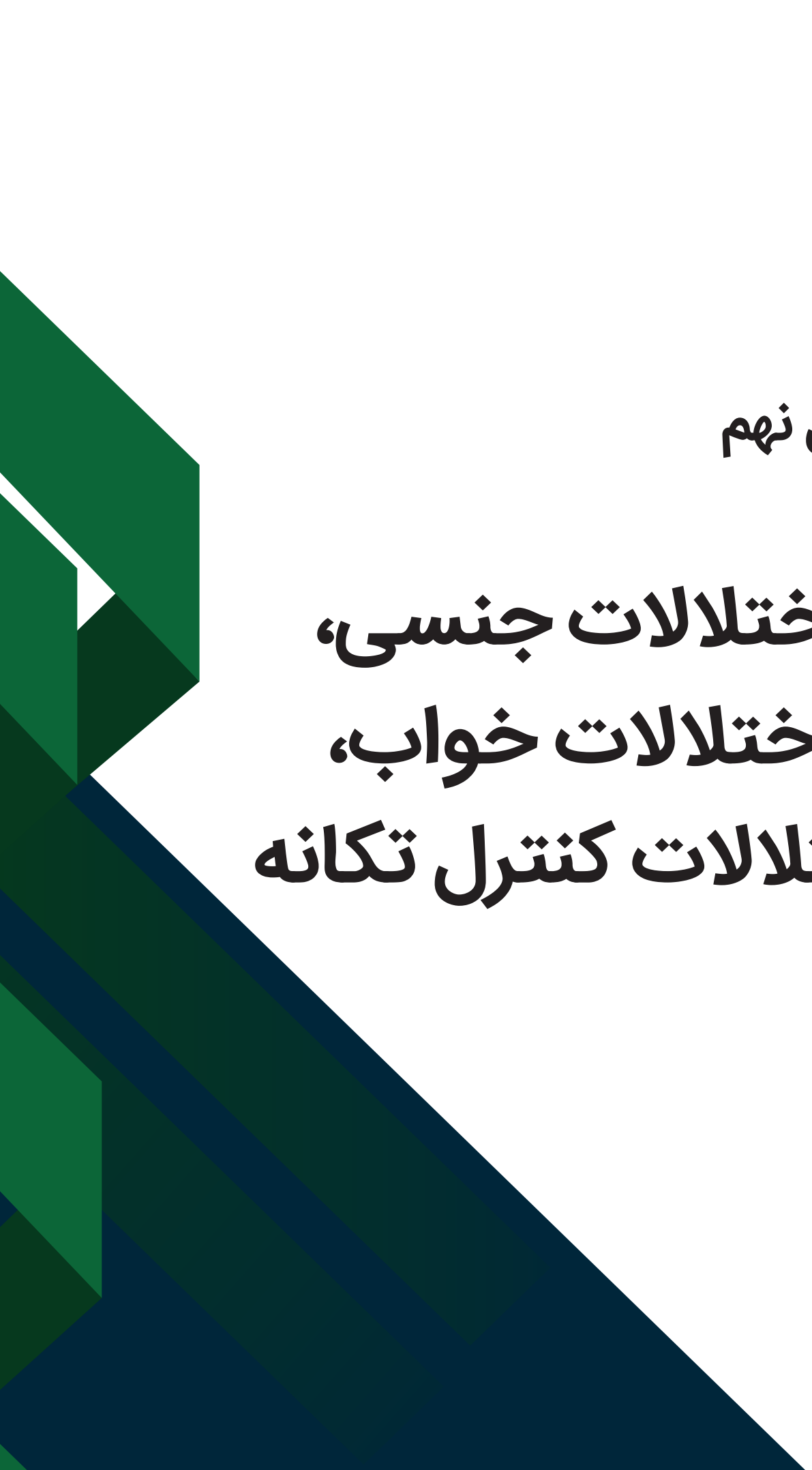
- نشانه‌های مثبت: هذیان و توهم
- نشانه‌های منفی: کم‌تحریکی، عاطفه محدود، فقر کلام، کاهش محتوای تفکر، بی‌انگیزگی و بی‌ارادگی، انزوای اجتماعی

هم‌ابتلائی‌های جسمی

- علائم نورولوژیک، چاقی، دیابت نوع ۲، بیماری‌های قلبی عروقی، ایدز، بیماری‌های انسدادی مزمن ریه (به دلیل مصرف سیگار)، مصرف مواد و الکل
- این بیماران در توصیف شکایات جسمی و پیگیری آن‌ها انگیزه کافی ندارند.

« سیر و پیش‌آگهی

- با هر عود بیماری برگشت به سطح اولیه کمتر محتمل است و علائم منفی ممکن است تشدید شوند.
- ۵۰ درصد بیماران پیش‌آگهی بدی دارند و زندگی آن‌ها به شدت تحت تأثیر بیماری قرار می‌گیرد.
- پیش‌آگهی در کشورهای در حال توسعه به دلیل حمایت خانواده و پذیرش اجتماع و مشارکت در نقش‌های کاری انعطاف‌پذیر بهتر از کشورهای توسعه‌یافته است



فصل نهم

اختلالات جنسی،
اختلالات خواب،
اختلالات کنترل تکانه

اختلالات جنسی

اختلالات کارکرد جنسی

اختلالات کارکرد جنسی، اختلالاتی در فرآیند طبیعی پاسخ جنسی و یا درد در هنگام مقاربت می‌باشند. این اختلالات می‌توانند مادام‌العمر یا اکتسابی، همیشگی یا موقعیتی باشند

❖ **اختلالات کارکرد جنسی در هر یک از ۴ مرحله معمول کارکرد جنسی ممکن است رخ دهند:**

- ۱ مرحله تمایل^۱
- ۲ مرحله برانگیختگی^۲
- ۳ مرحله ارگاسم
- ۴ مرحله فرونشینی^۳

« اختلالات میل جنسی:

- ❖ اختلال کمبود میل جنسی^۴: شایع‌ترین اختلال کارکرد جنسی زنان
- ❖ اختلال بی‌بزاری جنسی^۵: همراه با علائمی چون تهوع، احساس چندش و حتی حمله پانیک

❖ « اختلالات برانگیختگی جنسی:

- ❖ اختلال برانگیختگی جنسی زنان: علل عضوی مانند اختلال در سطح تستوسترون، استروژن، پرولاکتین و تیروکسین و مصرف بعضی از داروها مثل آنتی‌هیستامین‌ها را باید در نظر داشت
- ❖ اختلال نعوظی مردان^۶ شایع‌ترین علت مراجعه مردان به کلینیک‌های اختلالات جنسی است. بر اساس شرح حال و بررسی تورم شبانه آلت و ارزیابی پاراکلینیک (اندازه‌گیری قند، چربی، پرولاکتین، تستوسترون و سونوگرافی داپلر عروق آلت) تشخیص داده می‌شود

❖ « اختلالات ارگاسمی:

- ❖ اختلال ارگاسم زنان: به دنبال مصرف SSRIs
- ❖ ارگاسم مهارشده یا انزال تأخیری در مردان: شایع‌ترین دلیل بیولوژیک این اختلال مصرف SSRIs و MAOIs است.
- ❖ انزال زودرس: ناتوانی در به تعویق انداختن انزال تا حدی که دو طرف رابطه مایل هستند؛ انزال زیر یک دقیقه

« اختلالات درد جسمی:

- ❖ واژینسموس: اسپاسم عضلات یک‌سوم خارجی واژن؛ در نیمی از موارد شکایت‌های ادراری و دفعی نیز وجود دارد که مطرح‌کننده فرضیه پرفعالیتی عضلات کف لگن است
- ❖ دیس‌پارونیا: با علل طبی مانند عفونت‌ها در ارتباط است.

-
- Desire -۱
 - Excitement -۲
 - Resolution -۳
 - Hypoactive Sexual Desire Disorder -۴
 - Sexual Aversion Disorder -۵
 - Sexual Arousal Disorders -۶
 - Male Erectile Disorder -۷

درمان اختلالات کارکرد جنسی:

تکنیک‌های رفتاری و آموزشی

- تمرکز حسی: در اختلال کارکرد جنسی به دلیل اضطراب کارکردی
- واژینیسموس: استفاده از استوانه‌های واژنی^۱ و ویراتور، تمرینات کیگل برای تقویت عضلات کف لگن
- انزال زودرس: تکنیک فشار دادن^۲ و تکنیک شروع-توقف^۳ و استفاده از پوزیشن زن در بالا^۴
- اختلال نعوظ مردان: تمرکز حسی^۵ به‌ویژه در صورت وجود اضطراب کارکردی
- آنورگاسمی زنان: تحریک کلیتورپس با استفاده از دست یا ویراتور
- درمان‌های دارویی:
- تستوسترون در درمان کمبود میل جنسی تنها زمانی به‌کار می‌رود که سطح این هورمون به‌طور غیرطبیعی پایین باشد و در غیر این صورت تجویز آن هیچ اثر مثبتی ندارد
- ممکن است استفاده از داروهای ضد اضطراب در درمان بی‌زاری جنسی کمک‌کننده باشند.
- اختلال نعوظ: سیلدنافیل، تادالافیل، وردنافیل، تزریق پروستاگلندین داخل کوریوس کاورنوزا
- انزال زودرس: SSRIs (داپوکستین) و کلومی‌پرامین ۴ تا ۶ ساعت قبل از مقاربت، پمادها و اسپری‌های بی‌حس‌کننده آلت
- وکیوم برای اختلال نعوظی
- جراحی:
- استفاده از پروتزها برای درمان اختلال نعوظ
- برداشتن پرده بکارت^۶ در ازدواج به‌وصال‌نرسیده^۷ کمکی به حل مشکل نمی‌کند و حتی مشکل را پیچیده‌تر می‌کند.

« ملال هویت جنسی^۸ (اختلال هویت جنسی)^۹ »

ویژگی‌ها:

- ترجیح همیشگی ایفای نقش جنس مخالف و داشتن این احساس که با جنسیت اشتباهی به دنیا آمده‌است.
- در بیشتر موارد شروع علائم به‌صورت نارضایتی جنسی از دوران کودکی و قبل از سنین مدرسه و در مواردی نیز در سنین بالاتر و حوالی بلوغ دیده می‌شود
- بر خلاف مبدل‌پوشی^{۱۰} هدف از پوشیدن لباس جنس مخالف رسیدن به ارگاسم نیست.
- بر خلاف هم‌جنس‌گرایی^{۱۱} گرایش به جنس مخالف در بستر نارضایتی از جنسیت بیولوژیک خود اتفاق می‌افتد.
- نارضایتی جنسی^{۱۲} و دگرجنس‌پنداری^{۱۳} از دیگر اصطلاحات مرتبط است.
- نسبت ابتلا در جنس مذکر ۳ تا ۵ برابر جنس مؤنث است.

Vaginal Rods -۱

Squeeze -۲

Stop-Start -۳

Female Superior Position -۴

Sensate Focus -۵

Hymecetomy -۶

Unconsummated Marriage -۷

Gender Dysphoria -۸

Gender Identity Disorder -۹

Transvestism -۱۰

Homosexuality -۱۱

Gender Dysphoria -۱۲

Trans Sexualism -۱۳

اختلالات خواب

مراحل خواب

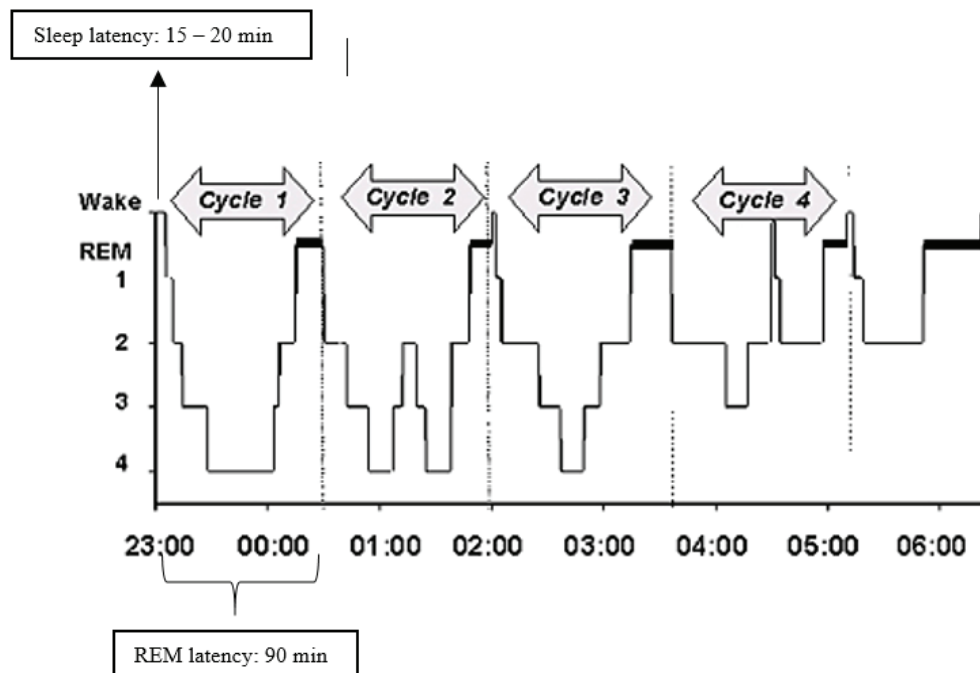
برای درک مراحل خواب به شکل ۱-۹ دقت کنید.

خواب از دو مرحله با حرکات سریع چشم و بدون حرکات سریع چشم تشکیل می‌شود. به‌طور میانگین حدود ۱۵ تا ۲۰ دقیقه طول می‌کشد تا فردی که وارد رخت‌خواب می‌شود، به خواب برود که به این دوره زمان نهفتگی خواب^۲ گفته می‌شود. بعد از آن به‌ترتیب مراحل ۱ تا ۴ خواب NREM اتفاق می‌افتند که به‌تدریج و توالی به سمت عمیق‌تر شدن خواب و کندتر شدن فعالیت مغزی سیر می‌کنند و به‌دنبال آن نخستین مرحله REM شروع می‌شود. فاصله شروع خواب تا شروع اولین مرحله REM را به‌عنوان زمان نهفتگی REM^۳ می‌نامند که حدود ۹۰ دقیقه به‌طول می‌انجامد. این مراحل به‌صورت چرخه‌ای در تمام طول شب تکرار می‌شوند و هر سیکل حدود ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه طول می‌کشد و هرچه به سمت صبح نزدیک‌تر می‌شویم از مراحل عمیق خواب (مراحل III و IV) کاسته‌شده و بر حجم مرحله REM افزوده می‌شود. در حالت معمول مرحله REM ۲۵ درصد و NREM ۷۵ درصد حجم کلی خواب را تشکیل می‌دهد.

در سالمندی دفعات خواب REM بیشتر، طول آن کوتاه‌تر و حجم کلی آن کمتر می‌شود.

در تنظیم خواب ساقه مغز، تالاموس و هیپوتالاموس نقش مهمی دارند. نوراپی‌نفرین، سروتونین و گابا در ایجاد خواب NREM و استیل‌کولین در ایجاد خواب REM اهمیت دارند.

ساعت سیرکادین بدن انسان حدوداً ۲۴/۵ تا ۲۵/۵ ساعت است که در تعامل با عوامل محیطی این ریتم به ریتم ۲۴ ساعته تبدیل می‌شود. ۹۷ درصد بزرگسالان بین ۶ تا ۹ ساعت در شبانه‌روز می‌خوابند. سال‌خوردگی به‌تنهایی مهم‌ترین عامل افزایش شیوع اختلالات خواب محسوب می‌شود.



شکل ۱-۹: مراحل خواب

۱- Rapid Eye Movement - REM

۲- Sleep Latency

۳- Rem Latency

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی^۱

اپیدمیولوژی و سبب‌شناسی

- نسبت ابتلای پسران به دختران ۲ تا ۹ برابر است.
- ADHD، اختلالات رفتاری ایزایی، اضطراب و افسردگی در خویشاوندان درجه اول (خواهر و برادر) و پرتحرکی، رفتارهای ضداجتماعی، مصرف الکل و اختلال تبدیلی در والدین این بیماران بیشتر دیده می‌شود
- کاهش حجم و فعالیت نواحی پره‌فرونتال، سینگولای قدامی، گلوبوس پالیدوس، هسته دمدار و تلاموس
- رنگ‌های صناعی و افزودنی‌های خوراکی و شکر نقشی ندارند.
- وضعیت اجتماعی اقتصادی به‌عنوان عامل زمینه‌ساز مطرح نیست.

ویژگی‌های بالینی

- علائم اصلی کم‌توجهی، تکانشگری و پرتحرکی هستند.
- برخی از علائم باید قبل از ۷ سالگی شروع شده باشند و در دو محیط (خانه و مدرسه) مشاهده شوند.
- رد پای اختلال ممکن است در شیرخوارگی خود را نشان دهد:
- حساسیت به محرک‌ها (صدا، نور، دما)، فعالیت زیاد، خواب کم، گریه زیاد
- گاهی برعکس این کودکان شل هستند، زیاد می‌خوابند و رشد آهسته‌ای دارند.
- در مدرسه:
- سریع سراغ سؤالات می‌روند ولی فقط چند سؤال اول را پاسخ می‌دهند.
- تحریک‌پذیری و پرخاشگری
- بی‌ثباتی هیجانی
- خیلی در معرض حوادث هستند.
- مشکلات یادگیری و رفتاری، مشکلات تحصیلی
- حواس‌پرتی، اختلال در توجه
- به جزئیات دقت نمی‌کنند و تکالیف خود را به‌سختی به‌پایان می‌رسانند.
- فراموش‌کار هستند.
- اعتماد به نفس پایین و رفتارهای ضداجتماعی
- پرتحرکی و پرحرفی و بی‌قراری در صندلی در کلاس

سیر و پیش‌آگهی

- ۴۰ درصد بهبودی در دوران بلوغ یا اوایل بزرگسالی و ۶۰ درصد ادامه تا نوجوانی و بزرگسالی
- پرتحرکی اولین علامت و حواس‌پرتی آخرین علامتی است که بهبود می‌یابد و مشکلات کنترل تکانه نیز ممکن است ادامه یابند
- احتمال بهبودی قبل از ۱۲ سالگی کم است و بهبودی معمولاً بین ۱۲ تا ۲۰ سالگی اتفاق می‌افتد.
- تظاهرات در طول عمر تغییر می‌کنند و علائم در بزرگسالی با کودکی متفاوت است.

درمان:

- دارودرمانی خط اول درمان است.
- خط اول درمان:
- داروهای محرک:
 - متیل فنیدیت (ریتالین) و دکستروآمفتامین (دکسدرین)
 - متیل فنیدیت تا ۶۰ میلی گرم هم تجویز می شود.
- خط دوم درمان:
- اتموکستین:
 - در ADHD همراه با اضطراب، تیک، سوءمصرف مواد
 - در کنترل بی توجهی و تکانشگری (و نیز کاهش اضطراب و افسردگی)
- بوپروپیون، ونلافاکسین، کلونیدین و گوانفاسین داروهای خط دوم هستند.
- بی خوابی: دیفن هیدرامین، ترازودون
- مداخلات روان درمانی
- eTNS، بازی کامپیوتری EndeavorRX

اختلالات طیف اوتیسم

ویژگی های بالینی

- در پسرها ۳ تا ۴ برابر دخترها دیده می شود. در مواردی که با کم توانی ذهنی شدید همراه هستند، شیوع در دو جنس یکسان است
- در کودکانی که بین ۱۲ تا ۱۸ ماهگی هیچ کلامی ندارند و رفتارهای اجتماعی آن ها کاهش یافته است، باید به اوتیسم فکر کرد
- اشکال در برقراری ارتباط با دیگران، عدم درک و تشخیص هیجانات و رفتارهای دیگران، عدم توانایی استفاده از زبان بدن
- اختلال در توجه پیوسته^۱ (هماهنگی تمرکز بر فرد و شیء) که به طور طبیعی در ۹ تا ۱۴ ماهگی به دست می آید، به نحوی که کودک مبتلا به اوتیسم قادر نیست با معطوف ساختن توجه دیگران به یک شیء وارد رابطه شود. این مشکل می تواند در تشخیص زودرس اوتیسم کمک کننده باشد
- این کودکان به والدین خود بیشتر از دیگران پاسخ می دهند ولی این به معنای دل بستگی طبیعی نیست.
- تأخیر و پسرفت در یادگیری کلام، اختلال در آهنگ کلام، اکولالیا (فوری یا تأخیری)، درجا زدن، استفاده اشتباه از ضماير، استفاده از نام خود (برای مثال «مریم گرسنه است.»)
- در مواردی که تا ۵ سالگی قدرت تکلم را به دست نیاورند، احتمال ایجاد تکلم کاهش می یابد.
- حرکات کلیشه ای: حرکت دست جلوی چشم^۲، خیره شدن به چراغ ها، بو کردن اجسام، حرکت به عقب و جلو، حرکت دادن دست ها و بازوها، به ویژه هنگامی که کودک کاری برای انجام دادن نداشته باشد
- حساسیت به تغییرات محیطی و تشدید حرکات کلیشه ای در مواجهه با تغییرات
- حرکات چرخشی و علاقه مندی به وسایلی مانند ماشین لباس شویی که می چرخند.
- فقدان بازی های تخیلی (که به طور طبیعی در ۱۸ تا ۲۴ ماهگی شکل می گیرند).

- عدم برقراری تماس چشمی^۱
- تشنج
- IQ پایین: در ۷۰ درصد موارد IQ زیر ۷۰ است که البته در خرده‌مقیاس‌های متفاوت همگن نیست. (در کم‌توانی ذهنی معمولاً افت IQ همگن است.)
- مهارت‌های شناختی خاص در زمینه ریاضیات، موسیقی، نقاشی یا خواندن بالاتر یا بسیار بالاتر از متوسط جمعیت عمومی
- در درصدی از بیماران و وجود جزایری از نبوغ
- ناهنجاری‌های حسی و حساسیت بیشتر به برخی محرک‌ها، برای مثال به تیک‌تاک ساعت بیش از صدای زنگ درب منزل توجه می‌کنند
- بالا بودن آستانه درد
- قادر به توجه هم‌زمان به دو حس نیستند، برای مثال نمی‌توانند در حین شنیدن صدای دست زدن، حرکت دست را ببینند
- اختلال خواب
- مشکلات تغذیه‌ای
- رفتارهای خودتخریب‌گر
- پیوسته‌کردن حواس^۲ از مداخلات درمانی در این کودکان است.

اختلالات تیک

▶ طبقه‌بندی بالینی

« اختلال توره:

- تیک‌های حرکتی متعدد و یک یا چند تیک صوتی که بیش از یک سال طول کشیده باشند.
- ▶ **تیک‌های صوتی یا حرکتی پایدار (مزمن):**
- در آن حداقل به مدت ۱۲ ماه تیک‌های صوتی و یا حرکتی (و نه هر دو با هم) دیده می‌شوند.
- نمای بالینی ضعیف‌تری از اختلال توره است.

« اختلال تیک پیش‌نگر^۳:

- تیک‌های حرکتی و یا صوتی با مدت کمتر از ۱۲ ماه، که در اکثر موارد به‌طور دائم ناپدید می‌شوند.

اپیدمیولوژی، سبب‌شناسی و سیر

- برای تشخیص‌گذاری نیازی به وجود اختلال کارکرد یا فشار روانی نیست.
- شروع بین ۴ تا ۷ سالگی با تیک‌های حرکتی و اضافه شدن تیک‌های صوتی بین ۸ تا ۱۵ سالگی
- بیشترین شدت در اواخر کودکی و اوایل نوجوانی
- در پسرها ۲ تا ۱۰ برابر دخترها شیوع دارد.
- وراثت اتوزوم غالب
- نمره آپگار پایین در هنگام تولد خطر تیک و ADHD را افزایش می‌دهد.

۱- Gaze Avoidance

۲- Sensory Integration

۳- Provisional

- عوامل اتوایمیون می‌توانند بر بروز تیک، وسواس و ADHD نقش داشته باشند. این موارد جزو سندرم عصب‌روان‌پزشکی با شروع حاد در کودکان^۱ می‌باشند.
- استرس، خستگی، آب و هوای سرد یا گرم و تحریکات محیطی تیک‌ها را افزایش می‌دهند.

درمان:

- هدف درمان محو تیک‌ها نیست، بلکه تطابق با آن‌ها است.
- آموزش و حمایت:
- تیک‌ها قابل کنترل نیستند و نباید برای کنترل آن‌ها به کودک فشار آورده‌شود. بیشتر افراد می‌توانند برای مدت کوتاهی در حد چند دقیقه یا حتی چند ساعت جلوی تیک را بگیرند، ولی این مسئله فشار زیادی وارد می‌کند و باعث تشدید تیک‌ها پس از آن دوره زمانی می‌شود.
- تیک‌ها ماهیت دوره‌ای و افت و خیز دارند.
- تیک‌ها معمولاً در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی کاهش می‌یابند.
- اختصاص دادن اتاق آرامش
- آموزش دادن و آگاه ساختن معلم‌ها و مربیان برای پیش‌گیری از گوشه‌گیری و اجتناب از رفتن به مدرسه
- امکان امتحان گرفتن در تنهایی یا گرفتن امتحانات شفاهی در زمان‌هایی که تیک‌ها کمتر است.
- دارودرمانی:
- دوره درمان برای ۶ تا ۹ ماه پس از قطع تیک‌ها ادامه می‌یابد.
- آنتاگونیست‌های دوپامین (ریسپیریدون، پیموزاید، آربیپرازول، زیپراسیدون، هالوپریدول، متوکلوپرامید و ...) که اثر آن‌ها در ۱ تا ۲ ماه اول درمان ظاهر می‌شود
- آگونیست‌های آلفا-۲ آدرنرژیک (کلونیدین، گوانفاسین) که اثر آن‌ها در ۲ تا ۳ ماه اول درمان ظاهر می‌شود.

اختلالات دفعی

ترتیب طبیعی به‌دست آوردن کنترل کارکرد روده و مثانه:

- ۱ کنترل شبانه مدفوع
- ۲ کنترل روزانه مدفوع
- ۳ کنترل روزانه ادرار
- ۴ کنترل شبانه ادرار

«بی‌اختیاری مدفوع»^۲

- دفع غیرارادی یا تعمدی مدفوع به مدت حداقل ۳ ماه در کودکان ۴ سال به بالا، حداقل ماهی یک بار
- به دو شکل همراه با یبوست و سرریز شدن^۳ و بدون آن دیده می‌شود.

«بی‌اختیاری ادرار»^۴

- خیس کردن مکرر بستر یا لباس به صورت غیرارادی یا تعمدی به مدت حداقل ۳ ماه در کودکان ۵ سال به بالا، حداقل هفته‌ای دو بار

۱- Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome - PANS

۲- Encopresis

۳- Over Flow

۴- Enuresis

- به سه شکل شبانه، روزانه و شبانه و روزانه دیده می‌شود.
- ۸۰ درصد موارد شبانه است که در پسرها شایع‌تر است.
- بی‌اختیاری ادرار با مراحل خواب ارتباطی ندارد.

درمان:

- رفتار درمانی: شرطی‌سازی با تشکچه زنگ‌دار (مؤثرترین درمان)، پاداش برای کنترل و به‌تعویق‌انداختن ادرار و ...
- داروها: خط اول نیستند و اثر پایدار هم ندارند. ایمی‌پرامین، DDAVP و ربوکستین داروهای مورد استفاده هستند.

اختلال روان‌گویی کودک-آغاز، لکنت^۴

اپیدمیولوژی و سبب‌شناسی

- بروز لکنت در ۲ تا ۴ سالگی بیش از سنین دیگر است.
- در کودکی در دو جنس شیوع یکسانی دارد ولی بهبود خودبه‌خود در دخترها بیشتر است و بنابراین در نوجوانی در پسرها ۳ برابر شایع‌تر است
- استرس و اضطراب می‌توانند لکنت را افزایش دهند ولی عامل ایجاد آن نیستند.
- لکنت در اثر یادگیری و تقلید ایجاد نمی‌شود.
- ریشه بیولوژیک و ژنتیک دارد.
- کارکرد حنجره این افراد متفاوت است.

ویژگی‌های بالینی

- کلمات به‌صورت بریده بریده یا با تکرار یا کشیدن یک حرف یا هجا ادا می‌شوند.
- واکنش‌های هیجانی و رفتاری
- کودک ممکن است در جریان آواز خواندن، نجوا کردن، روخوانی، صحبت کردن با عروسک‌ها، هم‌خوانی و صحبت کردن با حیوانات لکنت نداشته‌باشد
- ممکن است طی یک روز زمان‌هایی را با لکنت و زمان‌هایی را روان صحبت کند.
- ممکن است در سایر کارکردهای حرکتی نیز تأخیر داشته باشد.
- برای تشخیص‌گذاری علائم باید حداقل ۳ ماه طول کشیده باشند.
- تشخیص افتراقی:
- ناروانی طبیعی^۱: در این حالت تنها حدود ۱۰ درصد کلام دچار ناروانی می‌شود.
- بریده‌گویی^۲: در این حالت کلام سریع و کمتر قابل فهم و همراه با اشتباهات دستوری است و فرد نسبت به مشکل خود آگاهی ندارد
- لکنت نورولوژیک اکتسابی
- سیر:
- بهبودی در دخترها بیشتر است.
- بیشترین میزان بهبودی در ۱ تا ۲ سال اول پس از شروع است.

۱- Childhood-Onset Fluency Disorder, Stuttering

۲- Normal Disfluency

۳- Cluttering

- ❖ رفتارهای خودتخریب‌گر مانند کوبیدن سر به زمین و خراش‌های پوستی
- ❖ رفتارهای کلیشه‌ای
- ❖ دیرتر فرستادن کودک به مدرسه هیچ کمکی به بهبود وضعیت او نمی‌کند.

مسامحه و سوءرفتار با کودک

« انواع سوءرفتار

- ❖ مسامحه (غفلت و بی‌توجهی به کودک)
- ❖ سوءرفتار جسمی
- ❖ سوءرفتار جنسی
- ❖ سوءرفتار روانی

ویژگی‌ها:

- ❖ هم‌ابتلائی در کودک‌آزاری یک قانون است، نه یک استثنا.
- ❖ میزان انواع سوءرفتار در دختران و پسران یک‌سان است ولی دختران بیشتر مورد سوءرفتار جنسی قرار می‌گیرند.
- ❖ شایع‌ترین سن آزار جنسی بین ۸ تا ۱۱ سالگی است.
- ❖ بیشترین میزان مرگ‌ومیر ناشی از سوءرفتار در سنین زیر ۳ سالگی رخ می‌دهند.
- ❖ آزار جنسی معمولاً توسط مردان انجام می‌شود ولی در مجموع بیشتر مرتکبین زن‌ها هستند.
- ❖ مرتکبین آزار جنسی معمولاً آشنای نزدیک و قابل اعتماد خانواده کودک هستند و در بسیاری از موارد خود قربانی سوءرفتار بوده‌اند
- ❖ تقریباً یک سوم قربانیان کودک‌آزاری این چرخه را در نسل‌های بعد حفظ می‌کنند، ولی در اکثر موارد متجاوز جنسی نمی‌شوند و متجاوزین جنسی بیشتر قربانیان بدرفتاری در دوران کودکی بوده‌اند
- ❖ سبب‌شناسی:
 - ❖ عوامل مربوط به والدین: سابقه سوءرفتار، اختلالات روانی، افسردگی، سایکوز، اختلال شخصیت
 - ❖ عوامل مربوط به کودک: کودکان نارس، عقب‌مانده ذهنی، معلولین جسمی، کودکان دشوار و کودکان بیش‌فعال بیشتر در معرض سوءرفتار هستند
 - ❖ عوامل مربوط به شرایط اجتماعی اقتصادی: فقر، سوءمصرف مواد، خشونت‌های خانگی، انزوای اجتماعی، فقدان حمایت‌های اجتماعی، بحران‌های محیطی مانند بی‌کاری
 - ❖ گزارش‌های کودکانی که رشد زبانی متناسب با سن دارند و صحبت آن‌ها تمرین‌شده و با عبارات مخصوص بزرگ‌سالان نیست، قابل اعتماد به‌نظر می‌رسند
 - ❖ بروز رفتار جنسی زود هنگام و داشتن اطلاعات یا اشتغال ذهنی با مطالب جنسی، به نفع احتمال سوءرفتار جنسی است
 - ❖ مشکلات رفتاری، اجتماعی، تحصیلی، کنترل ضعیف تکان‌ها و رفتارهای خودتخریب‌گر، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات تجزیه‌ای، اختلال شخصیت مرزی و سوءمصرف مواد از پیامدهای سوءرفتار است
 - ❖ یکی از مداخلات مهم جداسازی کودک از محیط و اطرافیان آسیب‌رسان است.

نمونه پرسش‌های آزمون دستیاری فصل چهاردهم

۱- کودک ۴ ساله‌ای قادر به صحبت کردن نمی‌باشد و نمی‌تواند ارتباط اجتماعی مناسب با هم‌سن و سالان خود برقرار کند و رفتارهای تکراری چون بال‌بال زدن را دارد. کدام گزینه در مورد نحوه بازی وی بیشتر مورد انتظار است؟
(دستیاری ۹۵)

- (الف) یک‌نواخت
(ب) رقابتی
(ج) اجتماعی
(د) تخیلی

الف ب ج د

۲- کودک هشت ساله‌ای به دلیل جنب‌وجوش و حرف زدن زیاد در کلاس ارجاع داده شده است. مادر می‌گوید فرزندش کلاً پرجنب‌وجوش است و در خانه هم پای تکالیف نمی‌نشیند و او را به درس بی‌علاقه می‌داند. در شرح حال مشخص می‌شود که همیشه وسط صحبت می‌پرد و وسایلش را جا می‌گذارد. بیماری جسمی خاصی به جز سابقه سنکوپ ندارد. قبل از تجویز داروی مورد نظر کدام اقدام مناسب‌تر است؟
(دستیاری ۹۹)

- (الف) بررسی عمل‌کرد کبد
(ب) انجام الکتروانسفالوگرافی
(ج) انجام مشاوره قلب و عروق
(د) عدم نیاز به اقدام خاص

الف ب ج د

۳- والدین کودک سه ساله از پرخاشگری، صحبت نکردن و حرکات تکراری فرزندشان شکایت دارند. او با سایر بچه‌ها بازی نمی‌کند و تمایلی برای درآغوش‌گرفته شدن ندارد. کدام تشخیص مناسب‌تر است؟
(دستیاری ۱۴۰۰)

- (الف) اختلال سلوک
(ب) اختلال اوتیسم
(ج) اختلال عقب‌ماندگی ذهنی
(د) اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی

الف ب ج د

۴- پسر ۷ ساله‌ای به دلیل شبادراری حداقل دو بار در هفته، ارجاع شده‌است. این مشکل کمابیش از قبل نیز وجود داشته و هرگز برای زمان طولانی (بیش از یک ماه) برطرف نشده است. در بررسی‌های پزشکی هیچ علت ارگانیکی برای این مشکل پیدا نشد و هیچ مدرکی دال بر وجود اختلال روان‌پزشکی دیگر یافت نشد. کدامیک از درمان‌های زیر برای وی مؤثرتر است؟
(دستیاری ۱۴۰۱)

- (الف) آموزش مثانه و تشویق تأخیر تخلیه ادرار
(ب) استفاده از جدول پاداش
(ج) شرطی‌سازی کلاسیک توسط زنگ و تشکچه
(د) دارودرمانی با قطره دسموپرسین

الف ب ج د



فصل پانزدهم

تکمله

تاریخ روان‌پزشکی

- ♦ در سال ۱۷۹۵ پینل در پاریس با آزادتر گذاشتن بیماران روانی و فراهم کردن وسایل کار و فعالیت برای بیمارانی که پیش از آن به زنجیر بسته می‌شدند، پایه‌های روان‌پزشکی اجتماعی را بنیان نهاد
- ♦ در نیمه دهه ۱۹۵۰ با معرفی کلروپرومازین درمان‌های دارویی جای خود را در روان‌پزشکی باز کردند.

روان‌پزشکی جامعه‌نگر

سرمایه‌ی روان‌شناختی^۱

- ♦ ذیل روان‌شناسی مثبت تعریف می‌شود و چهار بعد دارد: کارآمدی، امید، خوشبختی، تاب‌آوری^۲

«سطوح پیش‌گیری»

- ♦ پیش‌گیری رشد‌مدار یا زودرس: مداخله در دوران جنینی تا رشد اولیه کودک تا سن ۸ سالگی؛ برنامه‌های مداخله در رشد ابتدایی کودک و مداخلات مبتنی بر جامعه شامل بهداشت، تغذیه، آب آشامیدنی، آموزش و پرورش و ..
- ♦ پیش‌گیری سطح اول: ارتقای سلامت عمومی جامعه و حذف عوامل مسبب برای کاهش میزان بروز بیماری‌ها؛ برنامه‌های آموزش بهداشت روانی و ارتقای کارایی و توان فرد و حمایت از گروه‌های محلی و اجتماعی
- ♦ پیش‌گیری سطح دوم: شناسایی زودرس و درمان سریع بیماری‌ها برای کاهش میزان شیوع اختلالات
- ♦ پیش‌گیری سطح سوم: بازتوانی و پیش‌گیری از بازگشت مجدد اختلال برای کاهش میزان کاستی‌ها و ناتوانی‌های باقی‌مانده
- ♦ پیش‌گیری محیطی یا کیفی: استفاده از ابزارهای قانونی به‌منظور ایجاد محدودیت برای تهیه، توزیع و مصرف مواد

ارتقای سلامت

- ♦ فرآیندی است که مردم را قادر می‌سازد تا کنترل بیشتری بر سلامتشان داشته‌باشند و آن را از وضعیت کنونی بهتر کنند و با اصلاح سبک زندگی به‌سوی اوج سلامت^۴ (تعادل بین سلامت فیزیکی، روان، اجتماعی و معنوی) سیر کنند

بازتوانی اجتماعی^۳

- ♦ فرآیندی است که در آن فرصت برای افرادی که به‌واسطه اختلال روانی دچار معلولیت و نقصان شده‌اند فراهم می‌آید تا به سطح مناسبی از عمل‌کرد مستقل در اجتماع برسند. این فرآیند توسط متخصصان سلامت روان و با همکاری بیماران، خانواده‌هایشان و جامعه شروع شده و به‌وسیله سیاست‌گزاران حمایت می‌شود و بر فلسفه امکانات موجود در جامعه تأکید دارد. این خدمات در سه مجموعه خلاصه می‌شوند
- دارودرمانی متناسب با نوع و شدت آسیب روانی و پرهیز از عوارض و خواب‌آلودگی
- توسعه مهارت‌ها برای تطابق بدون وابستگی با چالش‌ها
- خدمات اجتماعی حمایتی شامل اسکان، اشتغال و ...
- ♦ عناصر ضروری در توصیف رویکرد بازتوانی روانی اجتماعی عبارتند از:
- تناسب داشتن خدمات با شرایط فرد

۱- Positive Psychological Capital

۲- Efficacy, Hope, Optimism, Resilience

۳- Health Promotion

۴- Optimal Health

۶ اختلالات دوقطبی

۷ ناهنجاری‌های مادرزادی

۸ استئوآرتریت

۹ اسکیزوفرنیا

۱۰ اختلالات وسواسی

در ایران افسردگی اساسی در زنان دومین و در مردان هفتمین و اختلال دوقطبی در زنان و مردان نهمین عامل از نظر بار بیماری گزارش شده‌اند

◀ **بار بیماری‌ها بر اساس مجموع سال‌های به‌هدر رفته عمر DALYs در ایران (۱۳۸۲) به‌ترتیب عبارت است از:**

۱ حوادث عمدی و غیرعمدی

۲ بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری

۳ بیماری‌های قلبی عروقی

۴ بیماری‌ها و اختلالات مربوط به دوره حمل و تولد

۵ بیماری‌های دستگاه استخوانی و عضلانی

۶ بیماری‌های دستگاه ادراری و تناسلی

۷ بیماری‌های دستگاه گوارش

۸ بیماری‌های دستگاه تنفسی

۹ بیماری‌های تغذیه‌ای و متابولیک

۱۰ سرطان‌ها

همه‌گیرشناسی توصیفی

اختلال رفتاری و روانی در همه قشرها و در تمام نواحی کشورها و جوامع دیده‌می‌شوند. مطالعات جهانی نشان می‌دهند که شیوع لحظه‌ای تجمعی بیماری‌های روانی در افراد بالغ حدود ۱۰ درصد است و ۲۵ درصد افراد در طول زندگی خود دچار یک یا چند اختلال روانی یا رفتاری می‌شوند. شیوع علائم و نشانه‌های روانی و اختلالات روان‌پزشکی در ایران تا حدی هماهنگ با میانگین شیوع در سایر کشورها است. شیوع قابل توجه اختلالات در مناطق روستایی و شیوع بیشتر در در افراد متأهل و زنان خانه‌دار در کشور ما متفاوت از الگوی دیگر کشورها است

اخلاق و قانون در روان‌پزشکی

نقش‌های هم‌پوشانی‌کننده و عامل دوجانبه

روان‌پزشکان گاهی برای کارهای اجتماعی (سیستم‌های قضایی، نظامی و کارفرمایان) دعوت به همکاری می‌شوند که در این موقعیت‌ها ضمن این که باید اصول اخلاقی مربوط به افراد را در اولویت قرار دهند، خود را ملزم به رعایت صداقت بدانند

رازداری

روان‌پزشک نباید بدون رضایت بیمار اقدام به جمع‌آوری اطلاعات از سایر منابع نماید. نقض رازداری در مواردی که تهدیدی جدی برای آسیب رساندن به فردی وجود دارد ایرادی ندارد. این مسئله زمانی اهمیت پیدا می‌کند که آسیب موردنظر زود هنگام، جدی و غیرقابل برگشت باشد و بدون افشای راز پیش‌گیری از آن ممکن نباشد

در حفظ اسرار پزشکی باید این موارد را به یاد داشت:

- عنوان کردن محدوده حفظ اسرار در آغاز رابطه با بیمار
- امکان فاش‌سازی اسرار بیمار با رضایت خود او و یا در شرایطی که خطری متوجه او یا افراد دیگر است.
- فاش‌سازی اسرار تنها در حد لازم
- اکتفا به نوشتن اطلاعات ضروری در یادداشت‌های پی‌گیری
- تفکیک یادداشت‌های روان‌درمانی از پرونده‌های پزشکی
- محافظت مناسب از پرونده‌های الکترونیکی

رضایت آگاهانه

رضایت آگاهانه سه جزء دارد:

- ارائه اطلاعات شفاف و قابل فهم به بیمار
- داشتن ظرفیت تصمیم‌گیری توسط بیمار:
- توانایی فهم اطلاعات
- توانایی درک وضعیت خود و پیامدهای آن
- توانایی استدلال کردن
- تصمیم‌گیری داوطلبانه و بدون اجبار و فشار

موارد استثناء مهم برای رضایت آگاهانه عبارتند از:

- شرایط اورژانس
- مراقبت از کودکان و افرادی که صلاحیت عقلی کافی ندارند، این موارد مستلزم کسب رضایت از والدین یا افراد مسئول بیمار است
- بیمار ممکن است از حق خود برای رضایت دادن صرف‌نظر کند.
- اگر اطلاعات واقعاً به بیمار صدمه می‌زند، پزشک اجازه دارد آن‌ها را حفظ کند.

حفظ حد و مرز درمانی

کاربردهای خاص حد و مرز در روان‌درمانی شامل موارد زیر است:

- زمان و مکان مشخص برای ویزیت
- دریافت هزینه
- پرهیز از دریافت هدایای غیرکوچک
- پرهیز از خودافشاگری
- پرهیز از تماس فیزیکی غیرمعمول
- انتخاب زبان و کلام متناسب
- رعایت پوشش حرفه‌ای
- پرهیز از استفاده از نفوذ و تأثیرگذاری ناشی از نقش قدرتمند حرفه‌ای
- پرهیز از رابطه شخصی با خانواده بیمار

اصول اخلاقی روان‌پزشکان

روان‌پزشکان باید در کار خود ۴ اصل اخلاقی را رعایت کنند:

- احترام به خودمختاری

- ❖ خیرخواهی
- ❖ عدم زیان بخشی
- ❖ عدالت

بستری و درمان اجباری

- ❖ در اکثر قوانین برای بستری اجباری ملاک‌هایی همچون وجود بیماری روانی شدید، خطر جدی آسیب به خود یا دیگران و پیش‌گیری از وخامت وضعیت بیمار منظور شده‌است. علاوه بر این، زمان بستری اجباری محدود است و تصمیم‌گیری در این مورد به توافق نظر حداقل دو پزشک مشروط شده‌است
- ❖ در این موارد چون خود بیمار قادر به تشخیص نیاز خود برای بستری نمی‌باشد، درخواست بستری باید از جانب یکی از وابستگان و یا مراجع قانونی مطرح شود و البته در هر حال حق اعتراض و پیگیری قانونی برای بیمار محفوظ خواهد ماند

مسئولیت بیماران روانی

- ❖ چنانچه محرز شود که مجرم در حال ارتکاب جرم مبتلا به اختلال روانی بوده‌است در حدی که فاقد قوه تمیز و اراده بوده باشد، از مسئولیت کیفری مبرا شناخته می‌شود
- ❖ هنوز تعریف روشن و یک‌دستی از جنون که مورد قبول همگان باشد، ارائه نشده‌است.
- ❖ بسیاری از اختلالات روانی مانند اختلالات اضطرابی، روان‌تنی، خلقی بدون نشانه‌های روان‌پریشی، اختلالات شخصیت و مواردی نظیر آن‌ها حداکثر می‌توانند باعث کاهش مسئولیت شوند
- ❖ مستی و بی‌ارادگی حاصل از مصرف اختیاری مسکرات، مواد مخدر و روان‌گردان و نظایر آن‌ها، مانع مجازات نیست، مگر این که ثابت شود مرتکب حین ارتکاب جرم به طور کلی مسلوب‌الاختیار بوده‌است.

قصور پزشکی

❖ دادخواست سوءطبابت و قصور پزشکی به‌عنوان یک شبه‌جرم^۱، مبتنی بر اثبات ۴ عنصر اصلی FDS است:

- ۱ وظیفه^۲: وجود رابطه پزشک-بیمار تا زمانی که درمان بر اساس یک اندیکاسیون طبی پایان نیافته‌باشد، یا بیمار از بیمارستان ترخیص نشده‌باشد و یا به پزشک دیگری ارجاع نشده‌باشد
- ۲ کوتاهی‌کردن^۳: باید ثابت شود که درمان ارائه‌شده از استاندارد قابل قبول برخوردار نبوده‌است.
- ۳ آسیب وارده^۴: شاکی باید ادعای خود را با دلایل کافی ثابت کند:
 - ❖ عمل انجام‌شده را ثابت کند.
 - ❖ رابطه علت و معلول بین رفتار و آسیب را مشخص نماید.
 - ❖ کیفیت سهل‌انگاری را مشخص نماید.
- ۴ علت^۵: تعیین علت مستقیم پیچیده‌ترین جزء تشخیص سوءطبابت است. حتی یک عمل‌کرد سهل‌انگارانه توسط پزشک که منجر به آسیب دائمی در بیمار شده‌است، زمانی نیاز به جبران دارد که آن عمل‌کرد، علت مستقیم آسیب ایجاد شده‌باشد