

باسمه تعالی

جزوه نهایی

# بیماری‌های روانی

سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵



دندانپزشکی ورودی مهر ۱۴۰۱ علوم پزشکی تبریز

با عرض احترام

جزوه‌ای که خدمت‌تون تقدیم می‌شه از چند قسمت تشکیل شده:

۱. سؤالات بخش اول، ۲۵ سؤال از ۶۰ سؤال کل آزمون را تشکیل خواهند داد.

۲. دو مبحث قرارگرفته‌شده (اسلایدهای استاد) ۱۵ سؤال باقی‌مانده را شامل می‌شوند.

۳. سؤالات آخر جزوه منبع طرح سؤال نیستند و صرفاً به عنوان نمونه سؤال می‌توانند مورد استفاده قرار بگیرند.



## کلیات روان‌پزشکی

۱. شروع روان‌پزشکی به عنوان یک «تخصص پزشکی» (Medical Specialty) مربوط به چه زمانی است؟

الف) اواخر قرن هجدهم

ب) اواسط قرن نوزدهم

ج) ابتدای قرن بیستم

د) اواخر قرن نوزدهم

← پاسخ صحیح: ب

۲. بقراط (Hippocrates) منشأ بیماری‌های روانی را ناشی از چه عاملی می‌دانست؟

الف) ارواح شیطانی و نیروهای ماورالطبیعه

ب) گناهان و مسائل اخلاقی فرد

ج) عدم تعادل و ناهماهنگی در بدن

د) فشارهای اجتماعی و محیطی

← پاسخ صحیح: ج

۳. در دوران قرون وسطی، بیماری روانی عمدتاً به عنوان چه موضوعی تلقی می‌شد؟

الف) یک موضوع بیولوژیک

ب) یک مسئله اخلاقی و پیامد گناه

ج) یک فرآیند تکاملی

د) یک ناهماهنگی فیزیکی در مغز

← پاسخ صحیح: ب

۴. کدام گزینه در مورد پیشرفت روان‌پزشکی در دنیای اسلام صحیح است؟

الف) تکیه صرف بر دیدگاه‌های ماورالطبیعه

ب) نبود بخش‌های تخصصی در بیمارستان‌ها

ج) تدریس دیدگاه‌های عقلانی توسط ابوعلی سینا و دیگران

د) مخالفت با تالیف متون روان‌پزشکی

← پاسخ صحیح: ج

۵. اقدام نمادین فیلیپ پینل (Philippe Pinel) در عصر روشنگری که به "Moral treatment" معروف شد، چه بود؟

الف) کشف اولین داروهای ضد روان‌پریشی

ب) جداسازی کامل بیماران روانی از جامعه

ج) باز کردن زنجیرها (Shackles) از دست و پای بیماران

د) استفاده از شوک‌درمانی بیولوژیک

← پاسخ صحیح: ج

۶. «انقلاب داروشناسی روانی» (Psychopharmacology Revolution) از چه زمانی آغاز شد؟

الف) اواخر قرن هجدهم

ب) ابتدای قرن نوزدهم

ج) از دهه ۱۹۵۰ میلادی تا کنون

د) اواخر قرن بیستم

← پاسخ صحیح: ج

۷. واژه Psyche در روان پزشکی به کدام جنبه اشاره دارد؟

الف) ابعاد مادی و فیزیکی انسان

ب) رفتارهای کاملاً عینی (Objective)

ج) خودآگاهی، هوشیاری و معنویت (Subjective)

د) صرفاً واکنش‌های شیمیایی مغز

← پاسخ صحیح: ج

۸. رابطه بین روان (Psyche) و جسم بر اساس یافته‌های نوین چگونه توصیف می‌شود؟

الف) روان کاملاً مستقل از جسم است

ب) روان ناشی از عملکرد بخش‌های مختلف مغز و اثر ناقلین عصبی است

ج) روان پدیده‌ای مادی و مستقیماً قابل رویت است

د) تظاهرات روانی تأثیری بر عملکرد جسمی ندارند

← پاسخ صحیح: ب

۹. کدام یک از موارد زیر جزو قوای «شناختی» (Intellect) در ساختار روانی محسوب نمی‌شود؟

الف) حافظه (Memory)

ب) قضاوت (Judgment)

ج) عواطف (Emotion)

د) استدلال (Reasoning)

← پاسخ صحیح: ج

۱۰. طبق متن، محل تعیین «نشانه‌گر بدنی» (Somatic marker) در کدام بخش مغز ردیابی شده است؟

الف) هیپوکامپ

ب) کورتکس اوربیتوفرونتال

ج) مخچه

د) ساقه مغز

← پاسخ صحیح: ب

۱۱. در طبقه‌بندی تظاهرات پاتولوژیک، به مجموعه‌ای از نشانه‌ها که با هم ظاهر می‌شوند چه می‌گویند؟

الف) بیماری (Disease)

ب) اختلال (Disorder)

ج) سندرم (Syndrome)

د) کژکاری (Dysfunction)

← پاسخ صحیح: ج

۱۲. رویکرد «نرمال بودن به عنوان یوتوپیا» (Utopia) در روان‌پزشکی به چه معناست؟

الف) نرمال بودن به معنای سلامت کامل است

ب) نرمال بودن بر اساس میانگین آماری جامعه است

ج) نرمال بودن یک هدف ایده‌آل و کمال‌گرایانه است

د) نرمال بودن یک فرآیند تغییرپذیر در طول زمان است

← پاسخ صحیح: ج

۱۳. سازمان جهانی بهداشت (WHO) سلامت روان را چگونه تعریف کرده است؟

الف) صرفاً نبود بیماری یا اختلال روانی

ب) توانایی انجام کار فیزیکی سنگین

ج) حالتی از رفاه که فرد توانایی‌های خود را شناخته و با استرس‌های معمول زندگی کنار بیاید

د) نبود هیچ‌گونه تنش یا تعارض در زندگی اجتماعی

← پاسخ صحیح: ج

۱۴. بر اساس DSM-5، کدامیک از موارد زیر «اختلال روانی» محسوب می‌شود؟

الف) واکنش مورد انتظار و متناسب با فرهنگ به یک فقدان (مثل سوگ)

ب) رفتارهای غیرمعارف سیاسی یا مذهبی

ج) سندرمی که بازتاب کژکاری فرآیندهای زیستی، روانی یا رشدی باشد

د) تعارض بین فرد و جامعه که ناشی از کژکاری فردی نباشد

← پاسخ صحیح: ج

۱۵. کدامیک از اختلالات زیر در میان ۵ مورد از ۱۰ علت اول ناتوانی در جهان (بر اساس لیست ارائه شده) قرار ندارد؟

الف) اختلال افسردگی تک‌قطبی

ب) اختلال دوقطبی

ج) اختلال وسواس

د) اختلالات شخصیت

← پاسخ صحیح: د

۱۶. طبق آمار، کدام بیماری روان‌پزشکی «برترین بار بیماری» (Disease burden) را در جهان دارد؟

الف) اسکیزوفرنی

ب) افسردگی

ج) اعتیاد به الکل

د) وسواس

← پاسخ صحیح: ب

۱۷. اختلالات روانی مجموعاً چند درصد از سال‌های از دست رفته ناشی از ناتوانی (YLD) را به خود اختصاص می‌دهند؟

الف) ۱۰ درصد

ب) ۱۵ درصد

ج) ۲۸ درصد

د) ۵۰ درصد

← پاسخ صحیح: ج

۱۸. دو سیستم اصلی طبقه‌بندی (Categorization) در روان‌پزشکی کدامند؟

الف) ICD و WHO

ب) DSM و APA

ج) DSM و ICD

د) DSM و MRI

← پاسخ صحیح: ج

۱۹. دو شیوه کلی درمان (Therapeutic Modalities) در روان‌پزشکی کدامند؟

الف) جراحی و دارو

ب) درمان بیولوژیک و روان‌درمانی (Psychotherapy)

ج) بستری در بیمارستان و کاردرمانی

د) درمان سنتی و هومیوپاتی

← پاسخ صحیح: ب

۲۰. واژه «استیگما» (Stigma) بر اساس لغت‌نامه آکسفورد به چه معناست؟

الف) یک برچسب علمی برای بیماری‌های نادر

ب) نشانه‌ای از ننگ که با یک شرایط، ویژگی یا فرد خاص مرتبط است

ج) فرآیند تشخیص بیماری‌های روانی شدید

د) احترام و توجه ویژه به بیماران خاص

← پاسخ صحیح: ب

## اختلالات اضطرابی

۱. بر اساس مفاهیم پایه، تفاوت اصلی «ترس» و «اضطراب» در چیست؟  
(الف) ترس یک مکانیسم دفاعی است، اما اضطراب ماهیت دفاعی ندارد.  
(ب) ترس واکنشی به خطر معلوم است، در حالی که اضطراب با ابهام و دوراهی‌های تصمیم‌گیری مرتبط است.  
(ج) ترس فقط علائم جسمی دارد، اما اضطراب فقط علائم روان‌شناختی دارد.  
(د) اضطراب مکانیسم دفاعی موجودات زنده برای در امان ماندن از خطر است.

← پاسخ صحیح: ب

۲. در «اختلال اضطراب افسردگی مختلط»، کدام گزاره در مورد تشخیص صحیح است؟  
(الف) فرد باید کرایتریاهای کامل هر دو اختلال را داشته باشد.  
(ب) وجود توأم علائم اضطرابی و افسردگی بدون تکمیل کرایتریاهای هیچ‌یک به تنهایی.  
(ج) شیوع این اختلال در جمعیت عمومی کمتر از یک درصد است.  
(د) درمان انتخابی آن منحصرراً روان‌درمانی است و دارو جایگاهی ندارد.

← پاسخ صحیح: ب

۳. در حمله پانیک، علائم باید در عرض چند دقیقه به اوج (Peak) برسند و حداقل شامل چند علامت باشند؟  
(الف) ۱۰ دقیقه - ۳ علامت  
(ب) چند دقیقه - ۶ علامت  
(ج) چند دقیقه - ۴ علامت  
(د) ۲۰ دقیقه - ۵ علامت

← پاسخ صحیح: ج

۴. کدام یک از موارد زیر جزو علائم جسمی/روانی حمله پانیک محسوب نمی‌شود؟  
(الف) مسخ شخصیت (دپرسونالیزاسیون) یا مسخ واقعیت (دریالیزاسیون)  
(ب) پارسستی (احساس سوزن سوزن شدن)  
(ج) افزایش اشتها و خواب‌آلودگی شدید  
(د) ترس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن

← پاسخ صحیح: ج

۵. برای تشخیص «اختلال پانیک»، بیمار باید حداقل یک ماه پس از حمله دچار کدام وضعیت باشد؟  
(الف) توهمات شنوایی مرتبط با حمله  
(ب) نگرانی از حمله مجدد یا عواقب آن و محدود کردن فعالیت‌ها  
(ج) بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه  
(د) بروز علائم افسردگی شدید

← پاسخ صحیح: ب

۶. آمار شیوع اختلال پانیک در ایران و اوج زمان بروز آن کدام است؟

الف) ۱.۷۲ درصد - دوره نوجوانی و جوانی

ب) ۳.۵ درصد - میانسالی

ج) ۵ درصد - دوران کودکی

د) ۰.۵ درصد - سالمندی

← پاسخ صحیح: الف

۷. کدام مناطق مغزی و نوروترنسمیترها در بروز اختلال پانیک نقش اصلی را دارند؟

الف) کورتکس پیش‌پیشانی و استیل‌کولین

ب) مناطق لیمبیک و ساقه مغز - سروتونین و نوراپی‌نفرین

ج) مخچه و گابا

د) هیپوتالاموس و دوپامین

← پاسخ صحیح: ب

۸. مصرف کدام‌یک از مواد زیر می‌تواند باعث تحریک و بروز حملات پانیک شود؟

الف) ویتامین‌های گروه B

ب) گاز کربنیک، کافیین و سدیم لاکتات

ج) آب مقطر و قند ساده

د) منیزیم و کلسیم

← پاسخ صحیح: ب

۹. درمان دارویی استاندارد برای اختلال پانیک (مانند SSRIs) معمولاً چه مدت باید ادامه یابد؟

الف) ۶ ماه

ب) یک و نیم تا دو سال

ج) سه تا پنج سال

د) تا پایان عمر

← پاسخ صحیح: ب

۱۰. تمرکز اصلی در تعریف «آگورافوبیا» (گذر هراسی) بر کدام جنبه است؟

الف) ترس از مکان‌های بسیار شلوغ

ب) ترس از مکان‌های سر بسته و کوچک

ج) اضطراب در موقعیت‌هایی که امکان کمک گرفتن یا فرار وجود ندارد و تنها ماندن فرد

د) ترس از برخورد با حیوانات در فضای باز

← پاسخ صحیح: ج



۱۱. برای تشخیص آگورافوبیا، فرد باید در حداقل چند مورد از موقعیت‌های پنج‌گانه (وسایل نقلیه، فضای باز، فضای بسته و...) دچار ترس شود؟

- الف) یک مورد - به مدت ۱ ماه
- ب) سه مورد - به مدت ۳ ماه
- ج) دو مورد - به مدت حداقل ۶ ماه
- د) هر پنج مورد - به مدت ۱ سال

← پاسخ صحیح: ج

۱۲. ویژگی اصلی «اختلال اضطراب منتشر» (GAD) چیست؟

- الف) حملات ناگهانی و زودگذر اضطراب
- ب) اضطراب و نگرانی مفرط در مورد فعالیت‌های مختلف که حداقل ۶ ماه ادامه داشته باشد
- ج) ترس منحصرأ از موقعیت‌های اجتماعی
- د) نگرانی که فرد به راحتی می‌تواند آن را کنترل کند

← پاسخ صحیح: ب

۱۳. کدامیک از علایم زیر جزو معیارهای شش‌گانه تشخیص GAD (که فرد باید حداقل ۳ مورد را داشته باشد) نیست؟

- الف) تحریک‌پذیری و تنیدگی عضلانی
- ب) خستگی زودرس و اختلال خواب
- ج) بیقراری و اشکال در تمرکز
- د) کاهش وزن شدید و تشنج

← پاسخ صحیح: د

۱۴. وضعیت شیوع GAD در زنان نسبت به مردان چگونه است؟

- الف) مردان دو برابر زنان
- ب) زنان دو برابر مردان
- ج) در هر دو جنس برابر است
- د) در مردان شیوع ندارد

← پاسخ صحیح: ب

۱۵. ایده‌آل‌ترین رویکرد درمانی برای اختلال اضطراب منتشر (GAD) کدام است؟

- الف) فقط دارو درمانی با بنزودیازپین‌ها
- ب) فقط روان‌درمانی بینش‌گرا
- ج) ترکیب دارو درمانی و روان‌درمانی و رویکرد حمایتی
- د) استفاده طولانی‌مدت از بتابلوکرها به تنهایی

← پاسخ صحیح: ج

۱۶. ترس در کودکان مبتلا به «فوبی خاص» ممکن است به چه شکلی تظاهر یابد؟

الف) سکوت طولانی و انزوا

ب) قشقرق، گریه یا چسبیدن به بزرگترها

ج) پرخاشگری فیزیکی به همسالان

د) انجام رفتارهای وسواسی

← پاسخ صحیح: ب

۱۷. درمان اصلی و انتخابی برای «فوبی خاص» چیست؟

الف) دارو درمانی مداوم با ضد افسردگی‌ها

ب) رفتار درمانی (حساسیت‌زدایی سیستماتیک، غرقه سازی و مواجهه درمانی)

ج) جراحی مغز و اعصاب

د) بستری طولانی‌مدت در بیمارستان

← پاسخ صحیح: ب

۱۸. در «اختلال اضطراب اجتماعی»، بیمار از چه چیزی واهمه دارد؟

الف) از دست دادن جان در اثر بیماری قلبی

ب) تنها ماندن در خانه

ج) موقعیت‌هایی که منجر به شرمندگی شود

د) تماس فیزیکی با اشیاء آلوده

← پاسخ صحیح: ج

۱۹. بیشترین اختلال اضطرابی ناشی از «مشکلات طبی» (مانند پارکینسون یا بیماری ریوی) شبیه به کدام اختلال است؟

الف) اختلال وسواس

ب) حمله هراس (پانیک)

ج) فوبی خاص از خون

د) اختلال اضطراب جدایی

← پاسخ صحیح: ب

۲۰. در «اختلال اضطرابی ناشی از مصرف مواد»، علائم باید در چه زمانی بروز کنند؟

الف) حداقل ۶ ماه بعد از ترک ماده

ب) فقط قبل از شروع مصرف ماده

ج) در زمان مصرف یا حداکثر یک ماه بعد از قطع ماده

د) بلافاصله پس از اولین بار مصرف به صورت دائمی

← پاسخ صحیح: ج

## اختلالات خلقی

۱. انواع اختلالات خلقی شامل کدام دسته‌ها است؟  
الف) اختلال افسردگی عمده (MDD) و دوقطبی (BMD)  
ب) سیکلوتایمیا و دیس‌تایمیا  
ج) اختلال PMDD  
د) همه موارد

← پاسخ صحیح: د

۲. در تشخیص MDD، «خلق افسرده» باید چه بازه زمانی را در بر بگیرد؟  
الف) حداقل ۱ ساعت در روز  
ب) یک الی دو روز در هفته  
ج) اکثر ساعات روز و تقریباً هر روز هفته  
د) فقط در مواجهه با مشکلات خاص

← پاسخ صحیح: ج

۳. بروز اختلال افسردگی (MDD) در نوجوانان معمولاً به چه شکلی است؟  
الف) گریه‌های مداوم  
ب) احساس خشم و زود از کوره در رفتن  
ج) انزوای مطلق  
د) پرحرفی زیاد

← پاسخ صحیح: ب

۴. مفهوم «آنهدونیا» (Anhedonia) به عنوان یکی از شروط اصلی MDD چیست؟  
الف) بیخوابی شدید  
ب) احساس گناه مداوم  
ج) عدم توانایی تجربه لذت از فعالیت‌های قبلاً لذت‌بخش  
د) افکار خودکشی

← پاسخ صحیح: ج

۵. طبق DSM-5، برای تشخیص قطعی MDD وجود چند علامت از ۹ علامت اصلی الزامی است؟  
الف) ۳ مورد  
ب) ۵ مورد  
ج) ۷ مورد  
د) ۹ مورد

← پاسخ صحیح: ب

۶. در «افسردگی آتیپیک»، وضعیت خواب و اشتها چگونه تغییر می کند؟

الف) کاهش اشتها و بیخوابی (سحرخیزی)

ب) افزایش اشتها و پر خوابی

ج) کاهش اشتها و افزایش خواب

د) تغییری نمی کند

← پاسخ صحیح: ب

۷. اختلال خواب در «افسردگی» معمولاً با کدام ویژگی شناخته می شود؟

الف) اختلال در شروع خواب (دیر خوابیدن)

ب) سحرخیزی (بیدار شدن در ساعت ۴ صبح و نتوانستن به خواب مجدد)

ج) کابوس های شبانه مداوم

د) راه رفتن در خواب

← پاسخ صحیح: ب

۸. کاهش اشتها در افسردگی می تواند منجر به چه میزان کاهش وزن در یک ماه شود؟

الف) ۱ الی ۲ کیلوگرم

ب) بیش از ۵ درصد وزن بدن یا ۶ الی ۱۰ کیلوگرم

ج) کاهش وزن در افسردگی رخ نمی دهد

د) فقط در افراد سیگاری رخ می دهد

← پاسخ صحیح: ب

۹. «آرزوی مرگ» (کاش صبح بیدار نشوم) نشان دهنده کدام سطح از افکار خودکشی است؟

الف) فکر خودکشی (Idea)

ب) قصد خودکشی (Intend)

ج) طرح ریزی برای خودکشی

د) اقدام به خودکشی

← پاسخ صحیح: الف

۱۰. علت بیولوژیک خودکشی در بیماران MDD یا BMD مربوط به کاهش کدام ماده است؟

الف) دوپامین

ب) نوراپی نفرین

ج) سروتونین (نزدیک به ۳ برابر کمتر از افراد عادی)

د) استیل کولین

← پاسخ صحیح: ج

۱۱. در اورژانس‌های روان‌پزشکی (افکار خودکشی شدید)، کدام درمان «سریع‌تر» اثر می‌کند؟

الف) داروهای SSRI

ب) روان‌درمانی حمایتی

ج) الکتروشوک (ECT)

د) مصرف ویتامین‌ها

← پاسخ صحیح: ج

۱۲. کدام دسته از داروها «مهارگر بازجذب نوراپی‌نفرین و سروتونین» در فضای سیناپسی هستند؟

الف) SSRI

ب) SNRI (مانند ونلافاکسین و دولوفاکسین)

ج) TCAs

د) بتابلوکرها

← پاسخ صحیح: ب

۱۳. چرا داروی «بوپروپیون» (ولبان) عوارض جنسی (کاهش لیبیدو) ندارد؟

الف) چون روی سروتونین تأثیری ندارد و بر دوپامین و نوراپی‌نفرین اثر می‌گذارد.

ب) چون یک داروی گیاهی است.

ج) چون دوز مصرفی آن بسیار پایین است.

د) چون فقط برای افراد مسن تجویز می‌شود.

← پاسخ صحیح: الف

۱۴. داروی «میرتازاپین» به چه دلیلی برای بیماران تحت شیمی‌درمانی یا سالمندان مفید است؟

الف) باعث کاهش وزن سریع می‌شود.

ب) به دلیل اثر بر گیرنده‌های هیستامینی، خواب و اشتها را افزایش می‌دهد.

ج) تمرکز را به شدت بالا می‌برد.

د) عوارض گوارشی ندارد.

← پاسخ صحیح: ب

۱۵. مصرف داروهای ضد افسردگی معمولاً چه مدت پس از شروع دوز مناسب تأثیر می‌گذارند؟

الف) ۲۴ ساعت

ب) حداقل ۲ هفته

ج) یک ماه

د) شش ماه

← پاسخ صحیح: ب

۱۶. ویژگی بارز اپیزود «مانیا» (شیدایی) در اختلال دوقطبی چیست؟

الف) گوشه‌گیری و سکوت

ب) شادی نامعمول (Elevated mood) یا پرخاشگری بسیار شدید

ج) نیاز به خواب زیاد (بیش از ۱۰ ساعت)

د) کاهش اعتماد به نفس

← پاسخ صحیح: ب

۱۷. وضعیت «نیاز به خواب» در فاز مانیا چگونه است؟

الف) فرد دچار پرخواهی می‌شود.

ب) فرد بیخواب است ولی احساس خستگی شدید دارد.

ج) کاهش نیاز به خواب (با ۱-۲ ساعت خواب بسیار پرانرژی است).

د) الگوی خواب تغییری نمی‌کند.

← پاسخ صحیح: ج

۱۸. کدام علامت در فاز مانیا می‌تواند منجر به بی‌بند و باری جنسی یا ضرر مالی شود؟

الف) ولخرجی افراطی و افزایش میل جنسی

ب) وسواس فکری

ج) آنهدونیا

د) سحرخیزی

← پاسخ صحیح: الف

۱۹. حداقل مدت زمان تداوم علائم برای تشخیص اپیزود «مانیا» چند روز است؟

الف) ۴ روز

ب) ۷ روز پشت سر هم

ج) یک ماه

د) دو هفته

← پاسخ صحیح: ب

۲۰. یک‌بار ابتلا به اپیزود مانیا در طول عمر معادل با کدام تشخیص است؟

الف) MDD

ب) BMD نوع ۲

ج) BMD نوع ۱

د) دیس‌تایمیا

← پاسخ صحیح: ج

۲۱. وضعیت «خودکشی» در بیماران دوقطبی (BMD) نسبت به افسردگی عمده چگونه توصیف شده است؟

الف) بسیار کمتر است.

ب) بسیار بیشتر و جسورانه‌تر است (به دلیل خستگی از نوسانات).

ج) فرقی ندارد.

د) در BMD خودکشی رخ نمی‌دهد.

← پاسخ صحیح: ب

۲۲. مفهوم «Grandiosity» در فاز مانیا به چه معناست؟

الف) ناامیدی مطلق

ب) خود بزرگ‌بینی و اعتماد به نفس کاذب (مانند ادعای دانستن ۷ زبان).

ج) ترس از مکان‌های شلوغ

د) فراموشی مقطعی

← پاسخ صحیح: ب

۲۳. داروهای تثبیت‌کننده خلق (Mood Stabilizer) شامل کدام موارد هستند؟

الف) فلوکستین و سرتالین

ب) والپروات سدیم و لیتیوم کربنات

ج) دیازپام و لورازپام

د) پروپرانولول

← پاسخ صحیح: ب

۲۴. داروی لیتیوم با کدام ماده مورد استفاده در دندان‌پزشکی تداخل دارد؟

الف) آمالگام

ب) لیدوکائین (بی‌حسی)

ج) کامپوزیت

د) فلوراید

← پاسخ صحیح: ب

۲۵. تجویز «تنه‌ای» داروهای SSRI در فاز افسردگی بیماران دوقطبی چه خطری دارد؟

الف) باعث تهوع شدید می‌شود.

ب) باعث سوئیچ (شیفت) فرد به فاز مانیک می‌شود.

ج) هیچ اثری نخواهد داشت.

د) باعث بیخوابی دائمی می‌شود.

← پاسخ صحیح: ب

۲۶. ویژگی تکلم در فردی که در فاز مانیا قرار دارد چیست؟

الف) تکلم بسیار کند و با مکث

ب) فشار تکلم (حجم زیاد و سرعت بالای حرف زدن که نمی‌توان آن را قطع کرد).

ج) لکنت زبان ناگهانی

د) عدم توانایی در تکلم

← پاسخ صحیح: ب

۲۷. اختلال «سیکلوتایمیا» با چه مشخصه‌ای شناخته می‌شود؟

الف) نوسان خلق (۳-۴ روز خوب و ۳-۴ روز بد) که در حد مانیا یا MDD نیست.

ب) افسردگی شدید دائمی

ج) توهمات شنوایی

د) ترس از اجتماع

← پاسخ صحیح: الف

۲۸. اختلال «دیس‌تایمیا» چه نوع بیماری است؟

الف) یک دوره کوتاه افسردگی

ب) بیماری مزمن که همیشه مود فرد پایین است، اما به زندگی خود می‌رسد.

ج) بیماری که فقط در نوجوانان دیده می‌شود.

د) همان مانیا خفیف است.

← پاسخ صحیح: ب

۲۹. اختلال PMDD (افسردگی قبل از قاعدگی) معمولاً چه زمانی شروع می‌شود؟

الف) بلافاصله بعد از قاعدگی

ب) یک هفته قبل از شروع قاعدگی

ج) فقط در دوران بارداری

د) در اواسط دوره خونریزی

← پاسخ صحیح: ب

۳۰. یکی از درمان‌های پیشنهادی برای کنترل تحریک‌پذیری در PMDD شدید چیست؟

الف) مصرف دائمی داروهای قوی

ب) استفاده از SSRIها به صورت PRN (صرفاً در همان یک هفته قبل از شروع سیکل).

ج) بستری در بخش اعصاب و روان

د) قطع کامل فعالیت‌های فیزیکی

← پاسخ صحیح: ب



# سایکوفارماکولوژی

دکتر سعیده مجیدی

استادیار روانپزشکی / فلوشیپ سایکوسوماتیک

## انواع داروها

- ❑ داروهای آرام بخش، خواب آور، ضد اضطراب
- ❑ داروهای ضد افسردگی
- ❑ داروهای تثبیت کننده خلق
- ❑ داروهای ضد روان پریشی

## اختلالات مهم روانپزشکی و درمانهای دارویی خط اول

| نوع اختلال                           | داروهای خط اول      |
|--------------------------------------|---------------------|
| اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک | آنتی سایکوتیکها     |
| اختلال وسواسی جبری                   | آنتی دپرسانتها      |
| اختلالات اضطرابی                     | آنتی دپرسانتها      |
| اختلال استرس پس از سانحه             | آنتی دپرسانتها      |
| اختلال افسردگی اساسی                 | آنتی دپرسانتها      |
| اختلال بایپولار                      | تثبیت کننده های خلق |

3

## باورهای نادرست

- داروهای اعصاب اعتیادآورند
- داروهای گیاهی و عطاری بهتر از داروهای شیمیایی هستند
- اگر درمان با داروهای اعصاب شروع شود، دیگر نمی توان آن را قطع کرد
- انسان نباید از دوره جوانی شروع به مصرف داروهای اعصاب کند
- داروهای اعصاب برای بیماری های شدید روانی هستند

4

## بیمار 1

خانم م زنی 50 ساله و خانه دار، از حدود 20 سال قبل بدون دلیل خاصی دچار اضطراب شدید در مورد سلامتی دیگران و آینده خود و خانواده اش است، به گونه ای که زندگی را با دشواری سپری می کند و تقریباً هیچ گاه روی آرامش به خود ندیده است. او اغلب دچار تعریق مفرط و احساس طپش قلب است، ولی در بررسی پزشکی، از نظر جسمانی مشکلی نداشته است. به دلیل آنکه همسرش که خود وابسته به تریاک است همواره با مصرف داروی اعصاب مخالف بوده و آن را عامل اعتیاد می دانسته، از مراجعه به روانپزشک جلوگیری می کرده است. خانم م اکنون پس از بیست سال بالاخره تصمیم گرفته که دور از چشم همسر، دل به دریا بزند و به روانپزشک مراجعه کند

5

## وابستگی دارویی

- مصرف بیشتر داروهای روانپزشکی خطر وابستگی دارویی را افزایش نمی دهد.
- بنزودیازپینها در صورت مصرف طولانی مدت و بی رویه می توانند وابستگی بدهند.

6

## بیمار 1 (ادامه)

خانم م مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. او بالاخره به یک روانپزشک مراجعه کرد و تحت درمان با فلوکستین و کلونازپام قرار گرفت.

اکنون پس از 6 ماه دوباره به همان پزشک مراجعه کرده است. می گوید " داروها اصلا اثر نکردند. هر دو دارو را قطع کردم و به توصیه دوستم ایمی پیرامین خوردم که فقط باعث شد بهتر بخوابم و البته همیشه یبوست داشته باشم. تا حالا آن را ادامه دادم ولی هنوز دلشوره شدیدی دارم". پزشک قانع نمی شود و با پرسشهای بیشتری متوجه می شود که دستور دارویی نخست، تنها به مدت یک هفته اجرا شده و دوز مصرفی ایمی پیرامین نیز تنها روزانه 25 میلی گرم بوده است

7

## مدت و دوز کافی

- در بسیاری از موارد، پاسخ درمانی پس از چند هفته به دست می آید.
- اثر ضد اضطراب بنزودیازپینها خیلی زود دیده می شود.
- دوز کافی عامل تعیین کننده در اثربخشی دارو است.

8

## بیمار 1 (ادامه)

- خانم م در ویزیت پیش، دوباره تحت درمان با فلوکستین همراه با پروپرانولول و کلونازپام قرار گرفت. در ویزیت یک ماه پس از آن، پاسخ نسبی درمانی دیده شد و این بار فلوکستین با دوز روزانه 40 میلی گرم همراه با داروهای قبل تجویز گردید.
- پس از سه ماه بیمار با سردرد شدید، تعریق، تهوع، کم خوابی شدید و اضطراب و افسردگی نسبتاً خفیف مراجعه کرد. یک هفته قبل داروهایش تمام شده و نتوانسته نسخه را تمدید کند. این علائم به دنبال قطع داروها ایجاد شده است.
- چه توجیهی برای این علائم وجود دارد؟

9

## شروع و قطع مصرف

- رعایت تدریجی بودن افزایش دوز باعث تحمل بهتر و افزایش پذیرش درمان می شود.
- عوارض قطع ناگهانی دارو باید به بیمار هشدار داده شود.

10

## سطح سرمی داروها

- مهم ترین کاربرد آن در اندازه گیری سطح لیتیوم است.
- وضعیت بالینی بیمار و معاینه مهم تر از اتکا به اندازه گیری سطح سرم است.
- بررسی پیروی از درمان

11

تداخلات دارویی

12

## تداخل با داروهای بی‌حسی موضعی

- وجود اپی‌نفرین در بی‌حس‌کننده‌ها (مانند لیدوکائین) که سیستم عصبی سمپاتیک را تحریک می‌کند.
- داروهای مرتبط:
- مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز (MAOIs): خطر افزایش فشار خون
- لیتیوم: تشدید تحریک‌پذیری عصبی.
- داروهای ضداضطراب (مثل کلونازپام): کاهش تعادل میان آرام‌بخشی و تحریک سمپاتیک
- مدیریت: استفاده از بی‌حس‌کننده‌های بدون اپی‌نفرین (مثل میپواکائین).

13

## تداخل با داروهای ضدالتهاب و مسکن‌ها

- مهارکننده‌های بازجذب سروتونین: افزایش خطر خونریزی گوارشی با NSAIDs
- لیتیوم: افزایش سطح لیتیوم و خطر مسمومیت با مصرف NSAIDs
- مدیریت: استفاده از استامینوفن به‌عنوان جایگزین NSAIDs

14

## تداخل با آنتی‌بیوتیک‌ها

- کاربامازپین و لاموتریژین: کاهش اثربخشی آنتی‌بیوتیک‌ها
- لیتيوم: خطر سمیت با مصرف مترونیدازول.
- مدیریت: انتخاب آنتی‌بیوتیک‌های سازگار (مثل آموکسی‌سیلین با احتیاط).

15

## تداخل با داروهای آرام‌بخش دندانپزشکی

- بنزودیازپین‌ها: اثر تجمعی با آرام‌بخش‌های دندانپزشکی
- کوئتیاپین: تشدید خواب‌آلودگی.
- مدیریت: کاهش دوز آرام‌بخش‌های دندانپزشکی و پایش بیمار

16



## تداخلات مرتبط با خشکی دهان

- داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای و آنتی سایکوتیک ها: خشکی دهان، افزایش خطر پوسیدگی و عفونت.
- مدیریت: بهبود بهداشت دهان و دندان.

17

## تداخلات مرتبط با سیستم قلبی-عروقی

- مهارکننده‌های MAOI و اپی نفرین: افزایش خطر آریتمی و فشار خون بالا.
- مدیریت: اجتناب از داروهای محرک قلبی در درمان دندانپزشکی.

18

| دارو               | تداخل دارویی                                                                                                                                             |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| داروهای سه حلقه ای | افزایش عوارض آنتی کولینرژیک با مصرف هم زمان سایر داروهای آنتی کولی نرژیک مانند آنتی سایکوتیک های کم قدرت نسل اول                                         |
| لیتیوم             | افزایش احتمال مسمومیت با مصرف همزمان داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، برخی دیورتیکها، مترونیدازول، برخی داروهای ضد فشارخون و داروهای مهارکننده کانال کلسیم |
| لاموتریزین         | سندرم استیونس جانسون به ویژه در همراهی با سدیم والپروات                                                                                                  |
| کاربامازپین        | کاهش سطح سرمی بسیاری از داروهایی که دارای متابولیسم کبدی هستند                                                                                           |
| کلوزاپین           | افزایش خطر بروز آگرانولوسیتوز با مصرف هم زمان داروهای مانند کاربامازپین، فنی توئین، کاپتوپریل و پروپرانولول                                              |
| مهارکننده های MAO  | افزایش خطر بروز بحران فشارخون در همراهی با مصرف داروهای مانند آمفتامینها و سمپاتومیمتیکها                                                                |

19

## عوارض جانبی داروها

| عارضه                                         | داروهای عامل عمده                        | مدیریت                                                                                  |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| عوارض آنتی کولی نرژیک مانند خشکی دهان و یبوست | TCAs, Low potency FGAs                   | کاهش دوز دارو، اجتناب از تجویز هم زمان داروهای دارای اثر آنتی کولینرژیک                 |
| عوارض گوارشی مانند تهوع و ناراحتی اپی گاستر   | SNRIs, SSRIs                             | مصرف دارو همراه با غذا و آب، کاهش دوز دارو و سپس افزایش تدریجی آن                       |
| خواب آلودگی                                   | TCAs, Low potency FGAs                   | تجویز حداقل دوز دارو و همه آن قبل خواب                                                  |
| افزایش وزن                                    | SGAs, والپروات، لیتیوم                   | کاهش دوز دارو، رژیم غذایی کم کالری، ورزش                                                |
| لرزش اندامها                                  | لیتیوم، والپروات، SSRIs، آنتی پسیکوتیکها | کاهش دوز دارو، تجویز پروپرانولول                                                        |
| پارکینسونیسم                                  | FGAs                                     | کاهش دوز دارو، تجویز داروی آنتی کولینرژیک مثل بیپریدن                                   |
| دیستونی حاد                                   | FGAs                                     | تزریق بیپریدن، کاهش دوز داروی عامل و تجویز بیپریدن خوراکی                               |
| آکاتزیا                                       | SSRIs, FGAs                              | کاهش دوز دارو، تجویز پروپرانولول یا بنزودیازپین                                         |
| عوارض جنسی                                    | TCAs, SGAs, FGAs, SSRIs                  | کاهش دوز دارو، تجویز بوپروپیون و سیلدنافیل به ترتیب درمورد کاهش میل جنسی و ناتوانی جنسی |

20

## بنزودیازپین ها

- تأثیر بر کمپلکس گیرنده گابا - بنزود دیازپین
- نیمه عمر کوتاه: لورازپام، اگزازپام، آلپرازولام، تریازولام
- نیمه عمر طولانی: کلردیازپوکساید، دیازپام، کلونازپام
- وابستگی فیزیکی در دوزهای بالاتر از معمول و در مصرف طولانی مدت دارو ایجاد می شود
- قطع داروی بنزودیازپین باید تدریجی باشد

21

## کاربردهای بالینی

- اختلالات اضطرابی و بی خوابی
- اختلالات خلقی
- اکاتژیا
- سندرم ترک الک
- اسپاسم عضلانی
- کنترل بیمار تحریکاتی
- اختلالات صرعی

22

## عوارض جانبی

- خواب آلودگی و اختلالات شناختی مانند اشکال در تمرکز و فراموشی
- اختلال در فعالیتهای روانی - حرکتی و خطر تصادف رانندگی و سوانح شغلی
- سرگیجه، آتاکسی، سقوط و به دنبال آن آسیب دیدگی و خطر شکستگی لگن در سالمندان
- پرخاشگری
- تشدید مشکلات تنفسی در بیماریهای مزمن ریوی و آپنه انسدادی خواب
- خطر سوء مصرف و وابستگی

23

## علائم و نشانه های ترک بنزودیازپین ها

- اضطراب و تحریک پذیری
- افزایش حساسیت به سروصدا و تهوع
- اختلال در تمرکز
- لرزش
- مسخ شخصیت و مسخ واقعیت
- دلیریوم
- تشنج

24

| نام دارو       | کاربرد اصلی        | نام دارو   | کاربرد اصلی   |
|----------------|--------------------|------------|---------------|
| Mirtazapine    | افسردگی            | Lorazepam  | اضطراب        |
| Doxepine       | افسردگی            | Flurazepam | بی خوابی      |
| Olanzapine     | اسکیزوفرنیا        | Alprazolam | اضطراب        |
| Quetiapine     | اسکیزوفرنیا        | Clonazepam | اضطراب - تشنج |
| Diphenhydramin | آلرژی پارکینسونیسم | Temazepam  | بی خوابی      |
| Hydroxyzine    | اضطراب، خارش       | Zolpidem   | بی خوابی      |
| Melatonin      | بی خوابی           | Zaleplon   | بی خوابی      |
| Amitriptyline  | افسردگی            | Trazodone  | افسردگی       |

25

## داروهای ضد افسردگی

- مهار کننده های اختصاصی باز جذب سروتونین ( SSRI )
- مهار کننده های باز جذب سروتونین و نوراپی نفرین ( SNRI )
- سه حلقه ای ها ( TCA )
- مهار کننده های مونو آمینواکسیداز ( MAOI )
- مهار کننده های باز جذب نوراپی نفرین و دوپامین (بوپروپیون)
- ترازودون و میرتازاپین

26

## SSRI

- فلوکستین، سرتالین، فلووکسامین، سیتالوپرام، اس سیتالوپرام، پاروکستین
- خط اول درمان افسردگی و اضطراب
- قابل تحمل تر و عوارض و تداخلات کمتر

27

## عوارض جانبی

- اختلالات جنسی
- عوارض گوارشی
- سردرد
- تشدید اضطراب در شروع درمان
- کاهش تجمع پلاکتی و افزایش میزان خونریزی در همراهی با مصرف NSAID

28

## SNRI

- ونلافاکسین و دولوگزتین
- شروع اثر سریعتر و اثرات ضد اضطرابی بیشتر
- در دردهای ناشی از نوروپاتیهای دیابتی و بی اختیاری ادرار ناشی از استرس

29

## TCA

- آمی تریپتیلین، ایمی پرامین، دوگزپین، نورتریپتیلین و کلومی پرامین
- افسردگی اساسی، اضطراب، وسواس، شب ادراری کودکان، میگرن
- عوارض آنتی کولینرژیک: خشکی دهان، تاری دید، احتباس ادراری، یبوست، افزایش فشار داخل چشم، تاکیکاردی و بلوک قلبی و افت وضعیتی فشار خون

30

## بوپروپیون

- نداشتن عوارض جنسی
- موثر در ترک سیگار
- کمترین احتمال عود مانیا در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی
- اثرات ضد اضطرابی کم

31

## آنتی سایکوتیک ها

- **تیپیک:** عوارض اکسترا پیرامیدال (دیستونی، پارکینسونیسم و آکاتزیا) و افزایش سطح پرولاکتین

هالوپریدول، پرفنازین، تری فلوپرازین، تیوتکسین، تیوریدازین

- **آتیپیک:** عوارض متابولیک و افزایش پرولاکتین!

ریسپریدون، الانزاپین، کوئتیاپین، کلوزاپین، **آری پیرازول**

32



## کاربرد بالینی

- اختلالات روان پریشی مانند اسکیزوفرنیا و اختلالات هذیانی و سندرم های مشابه و دلیریوم
- اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی اساسی با علائم روان پریشی
- اختلالات شخصیت با علائم روان پریشی (اختلالات شخصیت مرزی اختلال شخصیت اسکیزوتایپال)
- رفتار پرخاشگرانه و کنترل بیمار تحریکاتی در اورژانسهای پزشکی
- اختلال تیک و توره

33

## داروهای تثبیت کننده خلق

- لیتیوم کربنات، والپروات سدیم، کاربامازپین، لاموتریزین و آنتی سایکوتیک های نسل دوم
- درمان اختلالات دوقطبی

34

## لیتیوم

- متابولیسم کبدی ندارد جذب گوارشی آن سریع و کامل و دفع آن از طریق کلیه هاست
- مؤثر در مراحل مختلف اختلال دو قطبی نوع یک و دو
- کاهش بروز خودکشی در بیماران دچار اختلال دو قطبی
- در موارد اختلال افسردگی اساسی مقاوم به درمان

35

## عوارض جانبی

- عوارض گوارشی و افزایش وزن
- ترمور
- عوارض عصبی شناختی
- عوارض کلیوی
- عوارض غدد درون ریز
- عوارض پوستی
- عوارض قلبی

36

## نشانه های مسمومیت

- ترمور خشن، دیزارتری، آتاکسی، علائم گوارشی
- عوامل خطر: کم آبی، تب، رژیم کم نمک، همراهی با برخی داروها
- اندازه گیری سطح سرمی

37

## عوامل مؤثر در درمان دارویی در روان پزشکی

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| انتخاب دارو متناسب با تشخیص بیماری .                                             |
| انتخاب دارو با در نظر گرفتن وضعیت جسمانی بیماریهای جسمانی همراه و سن و جنس بیمار |
| شروع دارو با مقدار کم و افزایش یا کاهش دارو به صورت تدریجی                       |
| انتخاب حداقل دور مؤثر و قابل تحمل برای بیمار                                     |
| ارزیابی مستمر عوارض جانبی دارو و کنترل آن                                        |
| ارزیابی ارزیابی مستمر عوارض جانبی دارو و کنترل آن                                |
| اجتناب از درمان چند دارویی .                                                     |
| در صورت امکان استفاده از دوز واحد شبانه                                          |
| آموزش به بیمار درباره دارو و عوارض آن .                                          |
| در نظر داشتن وضعیت اقتصادی بیمار در انتخاب دارو .                                |
| اندازه گیری سطح سرمی دارو                                                        |
| در نظر گرفتن پاسخ قبلی به درمان دارویی .                                         |

38

# روان پزشکی کودک و نوجوان

دکتر سعیده مجیدی  
استادیار روانپزشکی / فلوشیپ سایکوسوماتیک

## معاینه روان پزشکی

- ارزیابی روان پزشکی کودک به ندرت از خود کودک شرع می شود  
مصاحبه با والدین ( دریافت اطلاعات از خانه و مدرسه )  
ارزیابی سطح تکاملی  
ارزیابی سطح هوشی و موفقیت تحصیلی
- مشکلات کودکان در ارایه ی علایم  
محتاط در گزارش رفتارهای آزاردهنده  
ناتوان در ارائه ی تجارب به صورت کلامی  
مشکل در زمان بندی علایم

## اختلالات روانی کودکان (عصبی\_تکاملی)

اختلال یادگیری اختصاصی  
اختلال کم توانی ذهنی ( ID )  
اختلال مهارت های حرکتی  
اختلالات ارتباطی  
اختلال طیف در خودماندگی ( ASD )  
اختلال نقص توجه/بیش فعالی  
اختلالات رفتاری در هم گسیخته  
اختلالات تغذیه  
اختلالات دفعی

3

اختلال کم توجهی  
و  
بیش فعالی

- مشخصه اصلی: کاهش توجه، پرتحرکی و میزان بالای رفتارهای تکانه ای به میزانی فراتر از آنچه در این گروه سنی و تکاملی انتظار میرود
- یکی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی با شروع در دوران کودکی با شیوع 5-8 درصد در کودکان و نوجوانان و 2/5-4 درصد در بزرگسالان
- پسران > دختران
- سبب شناسی: تعامل پیچیده عوامل ژنتیک، تکاملی، نوروآناتومیک، نوروشیمیایی، آسیب مغزی و روانی\_اجتماعی در ایجاد آن دخالت دارند.
- شیوع بالاتر در خویشاوندان درجه یک
- والدین کودکان مبتلا، وقوع بالای پرتحرکی، رفتارهای ضد اجتماعی، اختلالات مصرف الکل و اختلال تبدیلی را نشان میدهند.
- رنگهای صناعی، افزودنی به غذاها و شکر؟!

5

## تظاهرات بالینی

شروع از هنگام شیرخوارگی می تواند باشد هر چند که تا زمانی که کودک به سن نوپایی برسد بندرت تشخیص داده میشود .

شیرخواران مبتلا معمولاً به محرکها خیلی حساسند و به سادگی با سروصدا و نور و دما و دیگر تغییرات محیطی دچار ناراحتی میشوند.

اغلب در گهواره خیلی فعالیت دارند کم میخوابند و زیاد گریه می کنند.

از ۳ سالگی علایم بارزتر میشود و معمولاً از سن پیش دبستانی به بعد تشخیص داده می شود.

در آزمونهای سریع سراغ سؤالات میروند ولی فقط چند سوال اول را پاسخ می دهند.

اغلب تحریک پذیر و پرخاشگرند و با کوچکترین محرکی از کوره در میروند.

از نظر هیجانی خیلی متغیرند و قابل پیش بینی نیستند.

خیلی در معرض حوادث قرار دارند و آسیبهای مختلفی پیدا می کنند.

6

## تظاهرات بالینی (ادامه)

مشکلات یادگیری و رفتاری دارند.

اغلب به جزئیات دقت نمیکنند تکالیف خود را به سختی تمام میکنند و معمولاً در فعالیتهای روزانه فراموش کار هستند. واکنشهای نادرست معلم ها و والدین به رفتارهای این کودکان باعث اعتماد به نفس ضعیف و رفتارهای ضد اجتماعی می گردد.

اغلب بسیار پر حرف و در بازی پر سرو صدا هستند.

اغلب صبر و تحمل کمی دارند و حوصله ایستادن در صف و رعایت نوبت را ندارند.

معمولاً قبل از اتمام کلام طرف مقابل جواب داده و یا وسط حرف دیگران می پرند.

7

## تشخیص های افتراقی

خصوصیات سرشتی به شکل پرتحرکی و کاهش توجه در حد انتظار برای یک سن

اختلال یادگیری

اضطراب

افسردگی

مانیا

مشکلات شنوایی

برخی از انواع صرع

بیماری های تیروئید

8

## سیر و پیش آگهی

علائم در ۶۰ درصد تا نوجوانی یا بزرگسالی ادامه می یابد  
پرتی تحرکی اولین علامت و حواس پرتی آخرین علامتی است که بهبود می یابد  
احتمال بهبودی قبل از ۱۲ سالگی کم است  
تظاهرات اختلال در طول زندگی تغییر کرده و علائم در بزرگسالی با کودکی تفاوت دارد  
در بزرگسالی علائم باقیمانده به صورت رفتارهای تکانه ای و عدم تمرکز و اشکال در سازمان دهی و اتمام کارها و تصمیم گیریهای ناگهانی بدون فکر کردن در مورد پیامدها  
اختلال افسردگی ثانویه یا کاهش اعتماد به نفس به دلیل اختلال عملکرد اجتماعی و شغلی  
رفتارهای ضد اجتماعی اختلالات مصرف مواد

9

## درمان

❖ درمان دارویی و مداخلات روانی - اجتماعی

❖ داروهای محرک سیستم اعصاب مرکزی

- متیل فنیدیت (ریتالین)
- دکستروآمفتامین
- اتوموکستین

❖ عوارض محرک ها

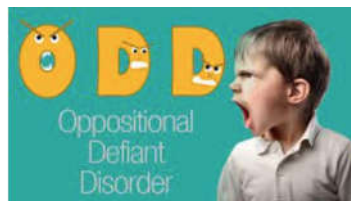
- سردرد
- کاهش اشتها و عوارض گوارشی
- بی خوابی
- تشدید تیک
- کاهش رشد

❖ داروهای ضدافسردگی ( ونلافاکسین و بوپروپیون )

10



## اختلال نافرمانی مقابله جویانه



11

## عوامل خطر ساز

- کودک آزاری جسمی یا جنسی
- غفلت
- سوء رفتار هیجانی
- فرزندپروری خشن و تنبیه گرایانه

12

## DSM-5

- الگوی پایدار خشم/تحریک پذیری، جروبحث، کینه توزی/بدجنسی حداقل یک بار در هفته 6 ماه و < 4 :
- 1. عدم حفظ خونسردی هنگام عصبانیت
- 2. زودرنج
- 3. اوقات تلخی در اغلب اوقات
- 4. جروبحث با مسئولان و بالادستان
- 5. مخالفت با قوانین
- 6. ناراحت کردن عمدی دیگران
- 7. مقصر دانستن دیگران در مورد اشتباهات خود
- 8. کینه توزی و بدجنسی حداقل دوبار در 6 ماه گذشته
- اختلال در عملکرد اجتماعی و تحصیلی و شغلی

13

اختلال سلوک

14

## DSM-5

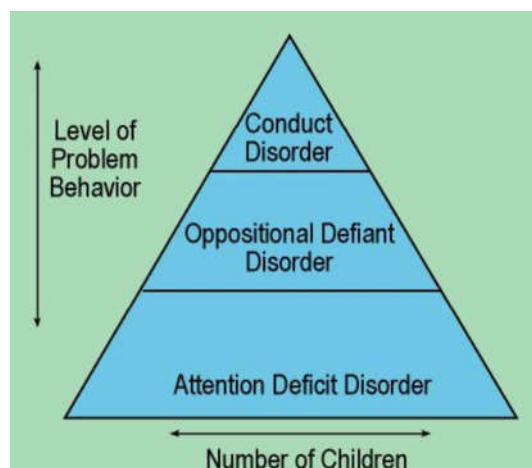
✓ پر خاشگری نسبت به افراد و حیوانات

✓ تخریب اموال

✓ تقلب یا دزدی

✓ نقض جدی مقررات

15



16

## اختلالات طیف اوتیسم

- بر اساس DSM\_5 نقائص در سه حوزه ارتباط اجتماعی، رفتارهای محدود و تکراری، استفاده غیر معمول از زبان
- این اختلال، طیفی از بیماریها را در بر می گیرد که میتواند موجب ناتوانی خفیف تا شدید برای فرد شود.
- قابل تشخیص از سنین پایین (عدم ارتباط چشمی، عدم لبخند زدن و عدم واکنش به شنیدن اسم خود)
- اختلال زبانی معیار اصلی تشخیصی محسوب نمی شود (اما در مواردی که کودک در ۱۲ تا ۱۸ ماهگی هیچ کلامی ندارد و رفتارهای اجتماعی کاهش یافته اند، باید کودک را از نظر وجود اختلالات طیف اوتیسم ارزیابی نمود)
- شیوع یک درصد در امریکا ( بر اساس DSM\_IV شیوع ۸ در ۱۰۰۰۰)
- پسر > دختر
- عوامل ژنتیکی

17

## علائم بالینی

- مشکل در برقراری ارتباط و عدم علاقه به نزدیک شدن با دیگران و عدم برقراری ارتباط چشمی
- بودن با والدین را به دیگران ترجیح می دهند
- تاخیری در یادگیری کلامی و سایر مشکلات کلامی (اکولالی، درجамاندگی، استفاده نادرست از ضمائر)
- عدم استفاده از زبان بدنی برای برقراری ارتباط
- عدم درک هیجانات دیگران
- اختلال در توجه پیوسته (joint attention)
- اختلالات خواب و الگوی خاص تغذیه ای

18

## علائم بالینی ( ادامه )

- رفتارهای تکراری و محدود و حرکات کلیشه ای (حرکت به جلو و عقب، حرکت دادن دستها و بازوها)
- بسیار حساس نسبت به تغییرات محیطی
- بالا بودن آستانه درد
- حرکات چرخشی در خود فرد یا چرخاندن اشیاء یا علاقمندی به وسایلی که می چرخند
- عدم توانایی بازی تخیلی
- بهره هوشی پایین تر از حد طبیعی در ۷۰٪ موارد
- ۲۵٪ کودکان مبتلا به اوتیسم نوعی مهارت شناختی دارند که بالاتر از متوسط جمعیت عمومی است (5٪ در عین ناتوانی جزایری از نبوغ دارند)

19

## سیر و پیش آگهی

- پیش آگهی خوب : بهره هوشی بالاتر از ۷۰ و مهارتهای کلامی و محیط خانه حمایت گر
- در نوجوانی پرتحرکی، رفتار خود تخریب گر و وسواس افزایش مییابد
- افزایش رفتارهای حرکتی کلیشه ای، اضطراب و رفتارهای اجتماعی غیر قابل قبول منجر به تنهایی و مشکلات شغلی و اجتماعی می شود
- اهمیت شناخت زودرس (آموزش، مهم ترین روش کمک به این کودکان )
- استفاده از داروهای ضد روان پریشی برای کاهش پرخاشگری، رفتارهای کلیشه ای و رفتارهای خود تخریب گر

20

## کم توانی ذهنی (ID)

21

### تعریف

- انجمن ناتوانی ذهنی و تکاملی آمریکا :  
محدودیت های شدید در عملکرد ذهنی (استدلال، یادگیری، حل مسئله) و رفتار انطباقی (مهارت های مفهومی و اجتماعی و عملی) که زیر ۱۸ سالگی ظاهر میشود.
- بر اساس DSM\_5 شدت کم توانی ذهنی بر پایه عملکرد انطباقی سنجیده میشود نه نمره ضریب هوشی  
برای تعیین شدت ID عملکرد فرد در یک حوزه مفهومی (مهارت های تحصیلی)، حوزه اجتماعی (روابط) و حوزه عملی (بهداشت فردی) ارزیابی می شود.  
عملکرد انطباقی میزان حمایت مورد نیاز را تعیین می کند.

22

## طبقه بندی طیف هوشی

| طیف هوشی     | طبقه بندی     |
|--------------|---------------|
| ۸۰-۹۰        | Dull normal   |
| ۹۰-۱۱۰       | Normal        |
| ۱۱۰-۱۲۰      | Bright Normal |
| ۱۲۰-۱۳۰      | Superior      |
| ۱۳۰ و بالاتر | Very superior |

23

## انواع کم توانی ذهنی

### • کم توانی ذهنی خفیف ( 55-70 ):

بیشترین بیماران با کم توانی ذهنی در این گروه قرار میگیرند

بدون وجود علت مشخص

تأخیر کم در مهارتهای اجتماعی و ارتباطی در سنین قبل از دبستان

تا کلاس ششم در مدرسه با امکانات ویژه درس می خوانند

در سنین بزرگسالی معمولاً مهارتهای شغلی و اجتماعی مناسب داشته ولی به نظارت و کمک نیاز دارند

24

## انواع کم توانی ذهنی (ادامه)

### • کم توانی ذهنی متوسط (40-55):

10 درصد موارد ID

تأخیر در شاخصهای رشدی قبل از سن دبستان

بسیاری از کودکان مبتلا به سندروم داون در این گروه قرار میگیرند

مهارت های شغلی ساده، غیر حرفه ای و اجتماعی را تا حدودی می توانند بیاموزند و تا کلاس دوم قادر به ادامه تحصیل هستند

نیاز به دریافت نظارت و حمایت متوسط در سراسر زندگی خود دارند.

25

## انواع کم توانی ذهنی (ادامه)

### • کم توانی ذهنی شدید ( 25-40 ):

۳-۴ % موارد ID

علل ارگانیک مانند نقائص ژنتیکی

در سنین پایین قبل از دبستان با تأخیر در شاخصهای رشدی و ناهنجاریهای مختلف مشخص میشوند

اغلب همراهی با سایر مشکلات جسمی مانند مشکلات تنفسی و قلبی

در سن ۱۲ سالگی قادر به بیان جملات ۲ تا ۳ کلمه ای هستند.

در بزرگسالی تنها می توانند کارهای ساده را با نظارت زیاد انجام دهند.

26



## انواع کم توانی ذهنی (ادامه)

- کم توانی ذهنی عمیق ( کمتر از 25 ):

1-2 درصد موارد ID

به علت بیماری های همراه یا عدم تقارن در چهره در دوران نوزادی مشخص میشوند.  
در ۴ سالگی مشابه کودکان یک ساله هستند.

مهارت های ارتباطی پایه ای و رفتارهای تمیز کردن خود، غذا خوردن و لباس پوشیدن را می توان به آن ها آموزش داد.  
نیازمند دریافت کمک دراز مدت هستند.

- (Fragile-X syndrome) شایع ترین علت ارثی کم توانی ذهنی است.
- سندروم داون، شایع ترین اختلال کروموزومی است که در کودکان ID دیده می شود.

27

## علائم بالینی کودکان ID

- ضعیف تر بودن بیان کلام از درک کلام
- اختلالات هیجانی و رفتاری
- حملات قشقرق، پر تحرکی و تغییرات خلقی و کاهش توجه
- رفتارهای خود تخریب گر(کوبیدن سر به زمین، خراش های پوستی و گذاشتن برخی اجسام در زیر پوست)
- رفتارهای کلیشه ای
- 40 درصد همراهی با سایر اختلالات روان پزشکی

28

## اختلالات تیک

- تیک: حرکات، صداها یا ژستهای ناگهانی تکراری، سریع، نامنظم و غیر ارادی
- تواتر تیک در طول زمان کم و زیاد میشود
- سن شروع: 4-7 سالگی
- اواخر دهه اول زندگی بیشترین فراوانی و در اوایل بزرگسالی کمترین فراوانی را دارد
- پسر > دختر

29

## انواع تیک

- ساده:
  - حرکتی ← حرکت پره های بینی، پرشهای بازو و دست، پرش شانه و پلک زدن
  - صوتی ← صاف کردن گلو، سرفه، بیرون انداختن آب دهان
- پیچیده:
  - حرکتی ← ژستهایی در دست و صورت، لمس کردن اشیا، پریدن و چرخیدن، اکوپراکسی
  - صوتی ← تکرار برخی کلمات یا عبارات، اکولالی، پالی لالی، کوپرولالی

30

## تقسیم بندی بالینی

1. اختلال تورِت (Tourette):
    - تیکهای حرکتی متعدد و حداقل یک تیک صوتی حداقل به مدت یک سال (لازم نیست فرد تیکهای حرکتی و صوتی را همزمان داشته باشد بلکه میتواند آنها را در دوره های جداگانه ای تجربه کرده باشد)
    - شروع آن پیش از ۱۸ سالگی
  2. اختلال تیک حرکتی یا صوتی پایدار (مزمن)
    - مانند افراد دارای اختلال تورِت با این تفاوت که تیک های آنها تنها حرکتی یا تنها صوتی است.
  3. اختلال تیک پیش نگر (provisional)
    - شروع قبل از 18 سالگی
    - از هر نوعی ولی کمتر از یک سال
- ❖ بر اساس DSM\_5 برای تشخیص گذاری "اختلال تیک" نیازی به وجود اختلال عملکرد یا فشار روانی حاصل از تیک نیست.

31

## علائم بالینی

احساس اجبار، تنش، خشکی، ناراحتی یا خارش در محل تیک  
حس ناخوشایند یا اضطراب (که تنها با انجام تیک قابل رفع است)  
سیکل مداوم آزار دهنده و بی پایان با وقوع پی در پی  
خستگی جسمی و روانی در اثر جلوگیری ارادی از تیک  
وقوع تیک طی خواب هم امکان پذیر است

32

## سیر و پیش آگهی

- هر چند فراوانی تیک در کودکان و نوجوانان بالا است ولی تنها در تعداد کمی مشکلات شدید ایجاد می نماید.
- کودکانی که تنها در **صورت** تیک دارند نسبت به آنهایی که تیک در تنه و اندامهایشان دیده میشود **بهبودی بیشتری** نشان می دهند.
- هرچه شروع تیک در سنین پایین تر، پیش آگهی بهتر
- تیک حالت دوره ای دارد و شدت آن نیز با افت و خیز همراه است
- استرس، خستگی، هوای بسیار سرد یا گرم و تحریکات محیطی می تواند تیک را افزایش دهد
- شدت تیک تا اوایل بزرگسالی در ۸۵ درصد مبتلایان کاهش مییابد
- هر چه تیک شدیدتر باشد احتمال علائم پرخاشگری و افسردگی در کودکان بیشتر است
- همبودی با علائم ADHD، OCD، اختلال اضطرابی تا 65 درصد

33

## درمان

- تیک تا زمانی که درد، ناراحتی یا اختلال در زندگی روزمره، تحصیل، شغل و تعاملات اجتماعی ایجاد نکرده باشد، نیاز به درمان خاصی ندارد
- هدف اصلی درمان محو تیک نیست بلکه رفع علائم آزار دهنده و مختل کننده است
- درمان اختلالات همراه به درمان تیک ارجح است
- مداخلات آموزشی و حمایتی
- مداخلات دارویی (**آنتاگونیست های دوپامین و آگونیست های آلفا ۲ آدرنرژیک**)

34

## اختلال روان گویی کودک - آغاز (لکنت)

❖ لکنت (stuttering) جزء آسیب شناسیهای گفتار و زبان است ← پیامدهای روانپزشکی

در سنین 2-4 سالگی شیوع بیشتر

لکنت در کودکی دختر = پسر

در نوجوانی: پسر < دختر

❖ استرس و اضطراب میتواند لکنت را افزایش دهد ولی هرگز نمیتواند ایجاد کننده لکنت باشد

❖ عوامل ژنتیک و خانوادگی

35

## علایم بالینی

• Stuttering :

• شروع تدریجی یا ناگهانی

• واکنشهای هیجانی و رفتاری قبل و حین لکنت

• اجتناب از صحبت کردن در جمع

• عدم وجود لکنت در آواز خواندن، نجوا کردن، روخوانی، صحبت با حیوان خانگی یا عروسک

• افتراق از حالت طبیعی طی دوران تکامل (برخلاف لکنت فرد در آرامش است)

• Cluttering :

کلام سریع و کمتر قابل فهم و اغلب دارای اشتباهات در دستور زبان

عدم آگاهی فرد از مشکل خود

پیش آگهی درمانی ضعیف تر

36

## سیر و درمان

- اغلب خودبخود بهبود یابنده
- احتمال بیشتر بهبودی در یکسال اول بعد از شروع لکنت
- بهبودی کامل پس از بلوغ نادر است
- مداخله زودهنگام امکان بهبودی را تا ۷ برابر افزایش می دهد
- گفتار درمانی
- روان درمان و تمرینهای آرام بخشی

37

اختلالات دفعی

38

■ ترتیب طبیعی بدست آوردن کنترل عملکرد روده و مثانه:

کنترل شبانه مدفوع

کنترل روزانه مدفوع

کنترل روزانه ادرار

کنترل شبانه ادرار

39

## بی اختیاری مدفوع

- تخلیه مدفوع به شکل ارادی یا غیرارادی در جای نامناسب حداقل یک بار در ماه به مدت سه ماه متوالی
- سن کودک حداقل 4 سال باشد
- تعامل بین عوامل فیزیولوژیک و روان شناختی
- ۹۰٪ موارد غیر عضوی (عملکردی) هستند
- سابقه سوء رفتار با کودک
- پیامدهای روانپزشکی

40

## بی اختیاری ادرار

- ادرار کردن مکرر در لباس یا رختخواب به شکل ارادی یا غیر ارادی
- سن کودک حداقل 5 سال باشد
- حداقل ۲ بار در هفته برای یک دوره حداقل سه ماهه
- موجب ناراحتی یا تخریب در عملکرد کودک شود
- شیوع بی اختیاری ادرار با افزایش سن کاهش مییابد
- افزایش خطر شکل گیری مشکلات رفتاری و تکاملی
- پسران > دختران

41

## بی اختیاری ادرار

- عوامل اجتماعی، هیجانی، آموزش توالیت رفتن و عوامل ژنتیک
- استرسهای روانی – اجتماعی (تولد فرزند جدید، شروع مدرسه، طلاق یا مرگ والدین) در بی اختیاری ثانویه
- اغلب خود بخود بهبود یابنده
- مداخلات دارویی و رفتاری:
- شرطی سازی کلاسیک توسط زنگ و تشکچه
- جدول پاداش
- دسموپرسین، ایمی پرامین

42



## ترس و اضطراب در کودکان

- افتراق از ترس های طبیعی
- پسران بیش از دختران در هر سنی ترس را تجربه میکنند
- ترسهای طبیعی دوران کودکی در سنین مختلف تغییر میکند:
  - سه سالگی: ترس از ماسکها، تاریکی و جدایی از والدین
  - چهار سالگی: ترس از حیوانات، ترس از تاریکی و سروصدا
  - پنج سالگی: ترس از حیوانات: ترس از آدمهای بد، ترس از آسیب دیدن
  - شش سالگی: ترس از رعد و برق، ترس از آسیب دیدن و ترس از تنها ماندن

43

## اختلال اضطراب جدایی

- دومین بیماری اضطرابی شایع در دوران کودکی
- نگرانی های مداوم و غیر واقعی در زمینه به خطر افتادن زندگی والدین یا مراقبین اصلی
- علائم جسمی بویژه دردهای شکمی و سردرد
- کابوسهای شبانه با موضوع جدا شدن از والدین به صورت مکرر
- چسبندگی به والد در طی روز
- سابقه اختلال اضطرابی در مادر
- نیازمند آموزش خانواده و خانواده درمانی
- درمان دارویی با SSRI

44

## سوء رفتار با کودک

- ✓ در تمام گروه های قومی و تمام سطوح اقتصادی اجتماعی
- ✓ بخش قابل توجهی از تمام پذیرشهای روان پزشکی کودک
- ✓ میزان بروز سوء رفتار جسمی و جنسی در طول عمر: 30-55 درصد
- ✓ بد رفتاری با کودک کمتر از آنچه که هست گزارش میشود
- ✓ والدین هنوز مرتکبین اصلی هستند

45

## انواع سوء رفتار

- غفلت (4%) : مراقبین کودک نمی توانند به طور مناسبی از کودک نگهداری کنند
- سوء رفتار جسمی (9%) : آسیب عمدی به کودک توسط سرپرست و مراقب
- سوء رفتار جنسی (1%) : رفتار جنسی بین کودک و یک بزرگسال و یا بین دو کودک (تهدید و اجبار)
- سوء رفتار روانی (12%) : انتقال مکرر پیام بزرگسال به کودک مبنی بر بی ارزش و معیوب و دوست نداشتنی بودن کودک

46

## اپیدمیولوژی

- انواع سوء رفتار برای پسران و دختران مشابه بوده ولی سوء رفتار جنسی در دختران < پسران
- شایع ترین سن شروع آزار جنسی سن ۸-۱۱ سالگی
- آزار جنسی معمولاً توسط **مردان** انجام میشود
- مرتکبین آزار جنسی معمولاً **آشنای کودک** هستند
- افزایش خطر کودک آزاری در خانواده هایی که تعداد فرزندان بیشتری دارند
- میزان مرگ و میر ناشی از بدرفتاری در کودکان کوچک تر و پسران بیشتر است (پدران و مادران به طور مساوی ممکن است آسیبهای منجر به مرگ در فرزندشان ایجاد کنند)
- میزان قربانی شدن با افزایش سن کاهش می یابد

47

## اتیولوژی

- والدین و خانواده
  - اغلب خود قربانی سوء رفتار جنسی و جسمی بودند
  - اختلالات روانی والدین
  - سوء مصرف مواد
- کودک
  - کودکان نارس، عقب مانده ذهنی، معلولین جسمی، کودکان دشوار و متوقع
  - کودکان بیش فعال
- شرایط اقتصادی - اجتماعی
  - سوء رفتار جنسی در همه گروههای اقتصادی - اجتماعی دیده میشود ولی سوء رفتار جسمی و غفلت و مسامحه در گروه اقتصادی اجتماعی پایین تر شایع تر است

48

## سیر و پیش آگهی

- پیامدها به شدت، مدت، ماهیت سوء رفتار و آسیب پذیری کودک بستگی دارد.
- پیامد در کودکان ID، ADHD، اوتیسم و معلول جسمی بدتر از کودکان بدون اختلال روانی یا جسمی است.
- حمایت افراد بزرگسال از کودک پس از فاش شدن موضوع در پیش آگهی موثر است.
- بهترین پیش آگهی مربوط به مواردی است که کودک از نظر شناختی سالم است و سوء رفتار در مراحل اولیه تشخیص داده شده و متوقف میشود

49

## سوگ و سوگواری در کودکان

- سوگ (grief): احساس ذهنی شخص، پس از مرگ عزیز از دست رفته
- سوگواری (mourning): تظاهر اجتماعی اعمال و رفتار پس از داغدیدگی
- تظاهر سوگ بسته به عوامل فرهنگی و نوع مرگ (در اثر حوادث طبیعی، تصادف، خودکشی...)
- واکنش سوگ در کودکان به سطح رشدی و تکاملی آنها و درک آنها از مفهوم مرگ بستگی دارد

50

## واکنشهای سوگ در کودکان

- بی تفاوتی، خشم یا بدرفتاری بیشتر از غمگینی در آنها دیده می شود
- ناپایدار متغیر و غیر قابل پیش بینی
- ترس از ترک شدن یا مردن
- طول مدت بیش از بزرگسالان
- خشم نسبت به والد بازمانده یا مرده
- احساس مسئولیت و گناه نسبت به بدرفتاریهای قبلی خود
- بازیهای مرگ و مردن (death games)
- مشکلاتی در خواب، خوراک، کنترل ادرار و مدفوع و تکلم و شکایات جسمی
- انزوا و گوشه گیری و تاثیر در عملکرد تحصیلی و ارتباط با همسالان

51

## درک کودکان و نوجوانان از مرگ

- 2-7 سالگی : تفکر جاندارپندارانه (پدیده گذرا، موقتی و قابل برگشت)
- 7-12 سالگی:
- شکل گیری مفاهیم اصلی مرگ (غیر قابل برگشت بودن، قطعیت و پایان پذیری، اجتناب ناپذیر)  
مستعد سوء تعبیر و اشتباه در درک مفهوم مرگ
- نوجوانی:
- مرگ را به عنوان یک فرآیند طبیعی می پذیرند ولی آن را خیلی دور می بینند

52

## سوگ پیچیده

- فقدان و از دست دادن برای کودک زیر ۵ سال یا در طی اوایل نوجوانی
- از دست دادن مادر برای دختر زیر ۱۱ سال و از دست دادن پدر برای پسران نوجوان
- مشکلات روانشناختی قبلی در کودک یا فقدان دانش قبلی راجع به مرگ
- اگر ارتباط با شخص از دست رفته تعارض دار بوده یا در صورت ازدواج دوباره والد و ارتباط ضعیف بین کودک و والد غیر بیولوژیک
- فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی کافی
- مرگ به دلیل خودکشی یا دیگر کشی غیر منتظره

53

## سوگ درمانی

- اجازه دهیم کودکان احساسات و عواطف خود را ابراز کنند
- نوشتن نامه، کشیدن نقاشی، تهیه جعبه نگرانی و جعبه رازها، خواندن داستانهایی که قهرمان داستان تجربه مشابهی را داشته است
- سوالات کودکان را به سادگی وضوح و روشنی و همراه با صداقت پاسخ بدهیم
- از توسل به دروغ، داستان پردازی و دادن اطلاعات مبهم و پیچیده به کودکان خودداری کنیم
- مشارکت آنها در مراسم به نحوی که دوست دارند سودمند است
- از نشان دادن و آشکار کردن احساسات و اندوه خود نترسیم

54

## روان‌پزشکی کودک و نوجوان

۱. ارزیابی و معاینه روان‌پزشکی کودک معمولاً از چه طریقی شروع می‌شود؟

الف) مصاحبه مستقیم با خود کودک

ب) مشاهده بازی‌های کودک در اتاق معاینه

ج) مصاحبه با والدین و دریافت اطلاعات از خانه و مدرسه

د) انجام تست‌های هوش و پیشرفت تحصیلی

← پاسخ صحیح: ج

۲. کدامیک از موارد زیر جزو «اختلالات عصبی تکاملی» (Neurodevelopmental) طبقه‌بندی می‌شود؟ الف) اختلال یادگیری اختصاصی

و نقص توجه/بیش‌فعالی

ب) اختلالات خلقی و اضطراب منتشر

ج) اختلالات شخصیت و استرس پس از سانحه

د) اسکیزوفرنی و روان‌پریشی

← پاسخ صحیح: الف

۳. شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD) در کودکان و نوجوانان چند درصد گزارش شده است؟

الف) ۱ تا ۲ درصد

ب) ۲.۵ تا ۴ درصد

ج) ۵ تا ۸ درصد

د) ۱۰ تا ۱۵ درصد

← پاسخ صحیح: ج

۴. شیرخواران مبتلا به ADHD معمولاً چه تظاهرات بالینی اولیه‌ای نشان می‌دهند؟

الف) خواب بسیار زیاد و آرامش غیرطبیعی

ب) حساسیت زیاد به محرک‌ها (نور و صدا)، کم‌خوابی و گریه زیاد

ج) تمایل زیاد به برقراری ارتباط چشمی با غریبه‌ها

د) تأخیر شدید در یادگیری مهارت‌های حرکتی درشت

← پاسخ صحیح: ب

۵. در سیر بالینی ADHD، کدام علامت «آخرین» موردی است که معمولاً بهبود می‌یابد؟

الف) پرتحرکی

ب) رفتارهای تکانه‌ای

ج) حواس‌پرتی

د) پرخاشگری

← پاسخ صحیح: ج

۶. کدام یک از گزینه‌های زیر جزو عوارض جانبی داروهای محرک (مانند ریتالین) است؟

- الف) افزایش شدید اشتها و وزن
- ب) خواب‌آلودگی مفرط در طی روز
- ج) سردرد، کاهش اشتها، بی‌خوابی و کاهش رشد
- د) افت فشار خون و تاری دید

← پاسخ صحیح: ج

۷. طبق DSM-5، برای تشخیص اختلال «نافرمانی مقابله‌جویانه» (ODD)، الگوی خشم و کینه‌توزی باید حداقل چه مدتی تداوم داشته باشد؟

- الف) ۳ ماه
- ب) ۶ ماه
- ج) ۱ سال
- د) ۲ سال

← پاسخ صحیح: ب

۸. مشخصه اصلی «اختلال سلوک» (Conduct Disorder) بر اساس DSM-5 چیست؟

- الف) نقص در تمرکز و توجه پایدار
- ب) پرخاشگری نسبت به افراد و حیوانات، تخریب اموال، تقلب یا دزدی
- ج) ترس شدید از جدایی از مراقبین اصلی
- د) رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای

← پاسخ صحیح: ب

۹. بر اساس DSM-5، نقائص اصلی در اختلال طیف اتیسم (ASD) در کدام حوزه‌ها است؟

- الف) یادگیری ریاضیات و مهارت‌های نوشتاری
- ب) ارتباط اجتماعی، رفتارهای محدود و تکراری
- ج) هماهنگی حرکتی و مهارت‌های کلامی پیچیده
- د) کنترل تکانه و تنظیم هیجانی

← پاسخ صحیح: ب

۱۰. کدام رفتار در سنین پایین (۱۲ تا ۱۸ ماهگی) می‌تواند نشانه‌ای برای ارزیابی اتیسم باشد؟ الف) عدم ارتباط چشمی، عدم لبخند و عدم واکنش به اسم خود

- ب) گریه مداوم در حضور غریبه‌ها
- ج) تمایل به بازی‌های گروهی با همسالان
- د) ترس از تاریکی و صداهای بلند



← پاسخ صحیح: الف

۱۱. چند درصد از کودکان مبتلا به اتیسم دارای بهره هوشی پایین‌تر از حد طبیعی هستند؟
- الف) ۲۵ درصد  
ب) ۴۰ درصد  
ج) ۵۰ درصد  
د) ۷۰ درصد

← پاسخ صحیح: د

۱۲. بر اساس DSM-5، شدت «کم‌توانی ذهنی» (ID) بر چه پایه‌ای سنجیده می‌شود؟
- الف) صرفاً نمره ضریب هوشی (IQ)  
ب) عملکرد انطباقی (در حوزه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی)  
ج) توانایی فیزیکی و قد و وزن کودک  
د) مهارت‌های کلامی و زبانی

← پاسخ صحیح: ب

۱۳. در طبقه‌بندی طیف هوشی، نمره ۹۰ تا ۱۱۰ در کدام طبقه قرار می‌گیرد؟
- الف) Dull normal  
ب) Normal  
ج) Bright Normal  
د) Superior

← پاسخ صحیح: ب

۱۴. کدام گروه از کودکان با کم‌توانی ذهنی، بیشترین حجم بیماران این رده را تشکیل می‌دهند؟
- الف) کم‌توانی ذهنی خفیف (IQ 50-70)  
ب) کم‌توانی ذهنی متوسط (IQ 35-49)  
ج) کم‌توانی ذهنی شدید (IQ 20-34)  
د) کم‌توانی ذهنی عمیق (IQ زیر ۲۰)

← پاسخ صحیح: الف

۱۵. شایع‌ترین «علت ارثی» کم‌توانی ذهنی چیست؟
- الف) سندروم داون  
ب) سندروم ایکس‌کسی شکننده (Fragile-X syndrome)  
ج) سندروم ترنر  
د) بیماری فنیل‌کتونوری

← پاسخ صحیح: ب

۱۶. سن شروع اختلالات تیک معمولاً در چه بازه‌ای است؟

الف) نوزادی

ب) ۴ تا ۷ سالگی

ج) ۱۲ تا ۱۵ سالگی

د) اوایل بزرگسالی

← پاسخ صحیح: ب

۱۷. مشخصه اصلی اختلال «تورت» (Tourette) چیست؟

الف) وجود تنها تیک‌های حرکتی به مدت ۱ سال

ب) تیک‌های حرکتی متعدد و حداقل یک تیک صوتی به مدت حداقل ۱ سال

ج) وجود تیک صوتی که فقط در خواب رخ دهد

د) تیک‌هایی که بعد از سن ۱۸ سالگی شروع شوند

← پاسخ صحیح: ب

۱۸. کدام دارو در مداخلات دارویی تیک‌ها کاربرد اصلی دارد؟

الف) بنزودیازپین‌ها

ب) آنتاگونیست‌های دوپامین

ج) داروهای محرک مثل ریتالین

د) آنتی‌بیوتیک‌ها

← پاسخ صحیح: ب

۱۹. لکنت (Stuttering) در سنین کودکی در کدام جنس شایع‌تر است؟

الف) پسران < دختران

ب) دختران < پسران

ج) در هر دو جنس کاملاً برابر است

د) فقط در دختران دیده می‌شود

← پاسخ صحیح: الف

۲۰. ترتیب طبیعی به‌دست آوردن کنترل عملکرد دفعی در کودکان کدام است؟

الف) ادرار شبانه -> ادرار روزانه -> مدفوع شبانه -> مدفوع روزانه

ب) مدفوع شبانه -> مدفوع روزانه -> ادرار روزانه -> ادرار شبانه

ج) ادرار روزانه -> ادرار شبانه -> مدفوع روزانه -> مدفوع شبانه

د) مدفوع روزانه -> ادرار روزانه -> مدفوع شبانه -> ادرار شبانه

← پاسخ صحیح: ب

۲۱. برای تشخیص «بی‌اختیاری مدفوع» (Encopresis)، سن کودک باید حداقل چند سال باشد؟

الف) ۳ سال

ب) ۴ سال

ج) ۵ سال

د) ۶ سال

← پاسخ صحیح: ب

۲۲. در درمان بی‌اختیاری ادرار، «شرطی‌سازی کلاسیک» توسط کدام روش انجام می‌شود؟

الف) جدول پاداش

ب) استفاده از زنگ و تشکچه

ج) مصرف داروی دسموپرسین

د) محدود کردن شدید مایعات

← پاسخ صحیح: ب

۲۳. بر اساس متن، ترس از «حیوانات، تاریکی و سر و صدا» معمولاً در چه سنی جزو ترس‌های طبیعی است؟

الف) ۳ سالگی

ب) ۴ سالگی

ج) ۶ سالگی

د) نوجوانی

← پاسخ صحیح: ب

۲۴. مشخصه اصلی اختلال اضطراب جدایی در کودکان چیست؟

الف) ترس از شلوغی و مکان‌های بسته

ب) نگرانی مداوم و غیرواقعی در مورد به خطر افتادن زندگی والدین یا مراقبین

ج) عدم تمایل به صحبت کردن در مدرسه

د) پرخاشگری فیزیکی به همسالان

← پاسخ صحیح: ب

۲۵. شایع‌ترین علامت جسمی در اختلال اضطراب جدایی چیست؟

الف) تشنج

ب) دردهای شکمی و سردرد

ج) لرزش دست‌ها

د) تنگی نفس شدید

← پاسخ صحیح: ب

۲۶. در انواع سوءرفتار با کودک، «غفلت» (Neglect) به چه معناست؟

- الف) آسیب عمدی فیزیکی به کودک  
 ب) عدم نگهداری مناسب و تأمین نیازهای پایه کودک توسط مراقبین  
 ج) انتقال پیام بی‌ارزش بودن به کودک  
 د) سوءاستفاده جنسی توسط افراد آشنا

← پاسخ صحیح: ب

۲۷. مرتکبین اصلی سوءرفتار با کودک (به غیر از آزار جنسی) معمولاً چه کسانی هستند؟

- الف) والدین  
 ب) معلمان مدرسه  
 ج) غریبه‌ها در خیابان  
 د) همسالان

← پاسخ صحیح: الف

۲۸. در درک مفهوم مرگ، کودکان سنین ۲ تا ۷ سال معمولاً مرگ را چگونه می‌بینند؟

- الف) یک فرآیند طبیعی و اجتناب‌ناپذیر  
 ب) پدیده‌ای گذرا، موقتی و قابل برگشت  
 ج) قطعی، پایان‌پذیر و غیرقابل برگشت  
 د) یک موضوع فلسفی و پیچیده

← پاسخ صحیح: ب

۲۹. کدام مورد می‌تواند منجر به شکل‌گیری «سوک پیچیده» در کودک شود؟

- الف) حمایت خانوادگی و اجتماعی کافی  
 ب) از دست دادن مادر برای دختر زیر ۱۱ سال  
 ج) مرگ طبیعی در سنین پیری عزیز ار دست رفته  
 د) صداقت والدین در توضیح مفهوم مرگ

← پاسخ صحیح: ب

۳۰. در سوگ‌درمانی کودکان، کدام روش برای ابراز عواطف توصیه شده است؟

- الف) پنهان کردن احساسات و اندوه بزرگسالان از کودک  
 ب) نوشتن نامه، کشیدن نقاشی و تهیه جعبه رازها  
 ج) دادن اطلاعات مبهم و داستان‌پردازی برای کاهش درد کودک  
 د) منع کودک از شرکت در مراسم سوگواری تحت هر شرایطی

← پاسخ صحیح: ب

۳۱. ارزیابی روان‌پزشکی کودک معمولاً از کدام منبع آغاز می‌شود؟

الف) خود کودک

ب) معلم

ج) والدین و محیط خانه و مدرسه

د) آزمون‌های روان‌سنجی

← پاسخ صحیح: ج

۳۲. کدام مورد جزء اختلالات تکاملی-عصبی کودکان محسوب می‌شود؟

الف) افسردگی اساسی

ب) اختلال طیف اوتیسم

ج) اختلال استرس پس از سانحه

د) اختلال وسواس فکری-عملی

← پاسخ صحیح: ب

۳۳. مشخصه اصلی اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی (ADHD) کدام است؟

الف) اضطراب شدید

ب) توهم و هذیان

ج) کاهش توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری

د) کناره‌گیری اجتماعی

← پاسخ صحیح: ج

۳۴. شیوع ADHD در کودکان و نوجوانان تقریباً چقدر است؟

الف) ۱-۲٪

ب) ۳-۴٪

ج) ۵-۸٪

د) بیش از ۱۵٪

← پاسخ صحیح: ج

۳۵. کدام عامل در سبب‌شناسی ADHD نقش دارد؟

الف) فقط عوامل محیطی

ب) فقط عوامل روانی

ج) تعامل عوامل ژنتیکی، عصبی و اجتماعی

د) تربیت نادرست به‌تنهایی

← پاسخ صحیح: ج

۳۶. کدام علامت معمولاً اولین علامت ADHD است که بهبود می‌یابد؟

- الف) حواس پرتی
- ب) تکانشگری
- ج) بیش‌فعالی
- د) اختلال یادگیری

← پاسخ صحیح: ج

۳۷. کدام دارو جزء داروهای محرک در درمان ADHD است؟

- الف) فلوکستین
- ب) ریتالین (متیل فنیدیت)
- ج) ایمی پرامین
- د) هالوپریدول

← پاسخ صحیح: ب

۳۸. کدام مورد جزء عوارض داروهای محرک نیست؟

- الف) کاهش اشتها
- ب) بی‌خوابی
- ج) تشدید تیک
- د) افزایش وزن

← پاسخ صحیح: د

۳۹. کدام مورد جزء معیارهای DSM-5 برای اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه است؟

- الف) توهم شنوایی
- ب) کینه‌توزی و بدجنسی
- ج) افت حافظه
- د) افسردگی شدید

← پاسخ صحیح: ب

۴۰. اختلال سلوک با کدام ویژگی مشخص می‌شود؟

- الف) اضطراب جدایی
- ب) رفتارهای کلیشه‌ای
- ج) نقض جدی مقررات و پرخاشگری
- د) لکنت زبان

← پاسخ صحیح: ج

۴۱. در اختلال طیف اوتیسم، کدام حوزه‌ها در DSM-5 مطرح هستند؟

- الف) خلق، حافظه، هوش

ب) ارتباط اجتماعی و رفتارهای محدود و تکراری

ج) توجه و تکانشگری

د) زبان بیانی به تنهایی

← پاسخ صحیح: ب

۴۲. کدام علامت از نشانه‌های اولیه اوتیسم است؟

الف) توهم دیداری

ب) عدم تماس چشمی

ج) لکنت زبان

د) اضطراب امتحان

← پاسخ صحیح: ب

۴۳. بهره هوشی پایین‌تر از حد طبیعی در چه درصدی از کودکان اوتیسم دیده می‌شود؟

الف) ۳۰٪

ب) ۵۰٪

ج) ۷۰٪

د) ۹۰٪

← پاسخ صحیح: ج

۴۴. شایع‌ترین علت ارثی کم‌توانی ذهنی کدام است؟

الف) سندرم داون

ب) سندرم X شکننده

ج) فنیل کتونوری

د) اوتیسم

← پاسخ صحیح: ب

۴۵. شایع‌ترین نوع کم‌توانی ذهنی کدام است؟

الف) عمیق

ب) شدید

ج) متوسط

د) خفیف

← پاسخ صحیح: د

۴۶. سن شروع شایع اختلالات تیک معمولاً چه زمانی است؟

الف) زیر یک سال

ب) ۴-۷ سالگی

ج) نوجوانی

د) بزرگسالی

← پاسخ صحیح: ب

۴۷. برای تشخیص اختلال تورت، کدام شرط لازم است؟

الف) فقط تیک صوتی

ب) فقط تیک حرکتی

ج) تیک حرکتی متعدد و حداقل یک تیک صوتی

د) وجود اختلال عملکرد شدید

← پاسخ صحیح: ج

۴۸. لکنت زبان کودک در کدام وضعیت معمولاً دیده نمی‌شود؟

الف) صحبت در جمع

ب) آواز خواندن

ج) پاسخ دادن به سؤال

د) مکالمه رسمی

← پاسخ صحیح: ب

۴۹. حداقل سن تشخیص بی‌اختیاری مدفوع چقدر است؟

الف) ۳ سال

ب) ۴ سال

ج) ۵ سال

د) ۶ سال

← پاسخ صحیح: ب

۵۰. شایع‌ترین مرتکبین سوءرفتار با کودک چه کسانی هستند؟

الف) افراد غریبه

ب) معلمان

ج) والدین

د) همسالان

← پاسخ صحیح: ج



## سایکوفارماکولوژی

۱. بر اساس متن جزوه، درمان دارویی خط اول برای «اختلال دوقطبی (Bipolar)» کدام است؟

(الف) آنتی سایکوتیک‌ها

(ب) آنتی‌دپرسانت‌ها

(ج) تثبیت‌کننده‌های خلق

(د) بنزودیازپین‌ها

← پاسخ صحیح: ج

۲. کدامیک از موارد زیر جزو «باورهای نادرست» در مورد داروهای اعصاب ذکر شده است؟

(الف) داروهای اعصاب فقط برای بیماری‌های شدید روانی هستند.

(ب) داروهای گیاهی لزوماً بهتر از داروهای شیمیایی نیستند.

(ج) دوز کافی عامل تعیین‌کننده در اثربخشی است.

(د) قطع دارو باید تحت نظر پزشک باشد.

← پاسخ صحیح: الف

۳. خطر «وابستگی دارویی» در کدام دسته از داروهای زیر در صورت مصرف طولانی‌مدت و بی‌رویه وجود دارد؟

(الف) آنتی سایکوتیک‌ها

(ب) بنزودیازپین‌ها

(ج) مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRI)

(د) تثبیت‌کننده‌های خلق

← پاسخ صحیح: ب

۴. پاسخ درمانی در بسیاری از داروهای روان‌پزشکی معمولاً پس از چه مدتی به دست می‌آید؟

(الف) بلافاصله پس از اولین دوز

(ب) چند روز

(ج) چند هفته

(د) حداقل ۶ ماه

← پاسخ صحیح: ج

۵. مهم‌ترین کاربرد اندازه‌گیری «سطح سرمی» در کدام دارو است؟

(الف) فلوکستین

(ب) لیتیوم

(ج) کلونازپام

(د) ایمی‌پرامین

← پاسخ صحیح: ب

۶. وجود اپی نفرین در بی حس کننده های موضعی (مانند لیدوکائین) در همراهی با کدام دسته دارویی خطر «بحران فشار خون» ایجاد می کند؟

الف) SSRIs

ب) بنزودیازپین ها

ج) مهارکننده های مونوآمین اکسیداز (MAOIs)

د) آنتی سایکوتیک های آتیپیک

← پاسخ صحیح: ج

۷. استفاده از کدام داروی بی حسی در بیمارانی که با اپی نفرین تداخل دارند، پیشنهاد شده است؟

الف) لیدوکائین با اپی نفرین

ب) میپواکائین

ج) آرتیکائین

د) پریلوکائین

← پاسخ صحیح: ب

۸. مصرف همزمان داروهای NSAID (مسکن ها) با کدام دسته دارویی خطر «خونریزی گوارشی» را افزایش می دهد؟

الف) آنتی سایکوتیک ها

ب) مهارکننده های بازجذب سروتونین (SSRI)

ج) بنزودیازپین ها

د) داروهای محرک

← پاسخ صحیح: ب

۹. خطر «مسمومیت با لیتیم» در صورت مصرف همزمان با کدام دسته از داروها افزایش می یابد؟

الف) داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی (NSAIDs)

ب) برخی دیورتیک ها

ج) مترونیدازول

د) همه موارد

← پاسخ صحیح: د

۱۰. کدام دارو می تواند باعث «کاهش اثربخشی» آنتی بیوتیک ها شود؟

الف) فلوکستین

ب) کاربامازپین و لاموتریژین

ج) آلپرازولام

د) کوئتیاپین

← پاسخ صحیح: ب

۱۱. در مدیریت دندان پزشکی بیماری که بنزودیازپین مصرف می کند، چه اقدامی لازم است؟  
الف) افزایش دوز آرام بخش دندان پزشکی  
ب) کاهش دوز آرام بخش دندان پزشکی به دلیل اثر تجمعی  
ج) قطع مصرف بنزودیازپین ۲۴ ساعت قبل از جراحی  
د) تجویز آنتی بیوتیک پیشگیرانه

← پاسخ صحیح: ب

۱۲. کدام دسته از داروها با ایجاد «خشکی دهان»، خطر پوسیدگی و عفونت را افزایش می دهند؟  
الف) داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای (TCAs)  
ب) آنتی سایکوتیک ها  
ج) هر دو مورد  
د) هیچ کدام

← پاسخ صحیح: ج

۱۳. عارضه جانبی «سندرم استیونس جانسون» به ویژه در همراهی با سدیم والپروات، مربوط به کدام دارو است؟  
الف) لیتیوم  
ب) لاموتریژین  
ج) کلوزاپین  
د) کوئتیاپین

← پاسخ صحیح: ب

۱۴. خطر بروز «آگرانولوسیتوز» از عوارض جدی کدام داروی آنتی سایکوتیک است؟  
الف) ریسپریدون  
ب) کلوزاپین  
ج) الانزاپین  
د) هالوپریدول

← پاسخ صحیح: ب

۱۵. عوارض «گوارشی» (مانند تهوع) بیشتر در کدام دسته دارویی دیده می شود و مدیریت آن چگونه است؟  
الف) TCAs - مصرف قبل از خواب  
ب) SSRIs/SNRIs - مصرف همراه با غذا و آب  
ج) لیتیوم - قطع فوری دارو  
د) FGAs - تجویز بی پریدن

← پاسخ صحیح: ب

۱۶. برای مدیریت «لرزش اندام‌ها» ناشی از لیتیوم یا SSRIs، کدام دارو تجویز می‌شود؟

الف) بی‌پریدن

ب) پروپرانولول

ج) بوپروپیون

د) سیلدنافیل

← پاسخ صحیح: ب

۱۷. عوارض «پارکینسنیسم و دیستونی حاد» عمدتاً مربوط به کدام دسته است؟

الف) آنتی‌سایکوتیک‌های نسل اول (FGAs)

ب) آنتی‌سایکوتیک‌های آتیپیک (SGAs)

ج) داروهای سه حلقه‌ای

د) بنزودیازپین‌ها

← پاسخ صحیح: الف

۱۸. مکانیسم اثر بنزودیازپین‌ها چیست؟

الف) مهار بازجذب سروتونین

ب) تأثیر بر کمپلکس گیرنده گابا (GABA)

ج) بلوک گیرنده‌های دوپامینی

د) مهار آنزیم مونوآمین اکسیداز

← پاسخ صحیح: ب

۱۹. کدام یک از بنزودیازپین‌های زیر دارای «نیمه عمر طولانی» است؟

الف) لورازپام

ب) آلپرازولام

ج) دیازپام و کلونازپام

د) اگزازپام

← پاسخ صحیح: ج

۲۰. کدام گزینه جزو عوارض جانبی بنزودیازپین‌ها محسوب «نمی‌شود»؟

الف) اختلالات شناختی و فراموشی

ب) خطر سقوط در سالمندان

ج) فشار خون بالا

د) پرخاشگری (در برخی موارد)

← پاسخ صحیح: ج

۲۱. «تشنج و دلیریوم» از علائم قطع ناگهانی کدام دسته دارویی است؟

الف) SSRIs

ب) بنزودیازپین‌ها

ج) آنتی‌سایکوتیک‌ها

د) ویتامین‌ها

← پاسخ صحیح: ب

۲۲. کاربرد اصلی داروی «زولپیدم (Zolpidem)» چیست؟

الف) رفع اضطراب

ب) درمان بیخوابی

ج) کنترل تشنج

د) درمان افسردگی

← پاسخ صحیح: ب

۲۳. کدام داروی ضدافسردگی به عنوان «خط اول درمان» افسردگی و اضطراب شناخته می‌شود؟

الف) مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (SSRI)

ب) داروهای سه‌حلقه‌ای (TCA)

ج) مهارکننده‌های MAO

د) آنتی‌سایکوتیک‌ها

← پاسخ صحیح: الف

۲۴. ویژگی متمایز داروهای SNRI (مانند ونلافاکسین) نسبت به SSRI چیست؟

الف) عوارض جانبی بیشتر

ب) شروع اثر سریع‌تر و اثرات ضداضطرابی بیشتر

ج) ایجاد خشکی دهان شدیدتر

د) عدم تأثیر بر دردهای نوروپاتی

← پاسخ صحیح: ب

۲۵. کدام داروی ضدافسردگی «کمترین عوارض جنسی» را دارد و در «ترک سیگار» مؤثر است؟

الف) فلوکستین

ب) آمی‌تریپتیلین

ج) بوپروپیون

د) پاروکستین

← پاسخ صحیح: ج

۲۶. عوارض «اکستراپیرامیدال» (مانند آکاتزیا) در کدام دسته از آنتی‌سایکوتیک‌ها شایع‌تر است؟

الف) تیپیک (نسل اول مانند هالوپریدول)

ب) آتیپیک (نسل دوم مانند کوئتیاپین)

ج) هر دو به یک میزان

د) هیچ کدام

← پاسخ صحیح: الف

۲۷. کدام دارو در کاهش بروز «خودکشی» در بیماران دوقطبی بسیار مؤثر است؟

الف) دیازپام

ب) لیتیوم

ج) سرتالین

د) ریسپریدون

← پاسخ صحیح: ب

۲۸. دفع داروی لیتیوم عمدتاً از چه طریقی صورت می گیرد؟

الف) متابولیسم کبدی

ب) کلیه ها

ج) تعریق

د) سیستم گوارشی

← پاسخ صحیح: ب

۲۹. «ترمور خشن، دیزارتری و آتاکسی» نشان دهنده چه وضعیتی در بیمار مصرف کننده لیتیوم است؟

الف) پاسخ درمانی مناسب

ب) علائم مسمومیت (Toxicity)

ج) عوارض آنتی کولینرژیک

د) شروع فاز مانیا

← پاسخ صحیح: ب

۳۰. طبق اصول کلی درمان، در صورت امکان بهتر است داروها به چه صورت تجویز شوند؟

الف) چندین بار در روز

ب) دوز واحد شبانه

ج) فقط در زمان بروز علائم

د) با حداکثر دوز از ابتدای درمان

← پاسخ صحیح: ب

۳۱. ترتیب طبیعی کسب کنترل دفعی در کودکان کدام است؟

- الف) کنترل روزانه ادرار → شبانه ادرار → روزانه مدفوع → شبانه مدفوع  
ب) کنترل شبانه ادرار → روزانه ادرار → روزانه مدفوع → شبانه مدفوع  
ج) کنترل شبانه مدفوع → روزانه مدفوع → روزانه ادرار → شبانه ادرار  
د) کنترل روزانه مدفوع → شبانه مدفوع → روزانه ادرار → شبانه ادرار

← پاسخ صحیح: ج

۳۲. حداقل سن لازم برای تشخیص بی‌اختیاری مدفوع (Encopresis) کدام است؟

- الف) ۳ سال  
ب) ۴ سال  
ج) ۵ سال  
د) ۶ سال

← پاسخ صحیح: ب

۳۳. کدام ویژگی در مورد بی‌اختیاری مدفوع صحیح‌تر است؟

- الف) اغلب منشاء ارگانیک دارد  
ب) معمولاً با اختلالات عصبی شدید همراه است  
ج) در حدود ۹۰٪ موارد عملکردی است  
د) فقط به‌صورت ارادی رخ می‌دهد

← پاسخ صحیح: ج

۳۴. حداقل معیار تشخیصی بی‌اختیاری ادرار از نظر دفعات کدام است؟

- الف) یک بار در ماه  
ب) یک بار در هفته  
ج) دو بار در هفته به مدت حداقل ۳ ماه  
د) روزانه به مدت یک ماه

← پاسخ صحیح: ج

۳۵. کدام عامل در بی‌اختیاری ادرار ثانویه نقش مهم‌تری دارد؟

- الف) ناهنجاری مادرزادی کلیه  
ب) استرس‌های روانی-اجتماعی  
ج) عفونت‌های مادرزادی

← پاسخ صحیح: ب

۳۶. کدام مداخله جزء درمان خط اول بی‌اختیاری ادرار محسوب می‌شود؟

الف) ایمنی پرامین به‌تنهایی

ب) دسموپرسین تزریقی

ج) شرطی‌سازی با زنگ و تشکچه

د) بستری طولانی‌مدت

← پاسخ صحیح: ج

۳۷. کدام ترس برای کودک سه‌ساله طبیعی محسوب می‌شود؟

الف) ترس از رعد و برق

ب) ترس از آسیب دیدن

ج) ترس از تاریکی و جدایی

د) ترس از آدم‌های بد

← پاسخ صحیح: ج

۳۸. اختلال اضطراب جدایی با کدام علامت بیشتر مشخص می‌شود؟

الف) حملات پانیک شبانه

ب) نگرانی غیرواقعی درباره آسیب دیدن والدین

ج) توهم شنیداری

د) رفتارهای وسواسی

← پاسخ صحیح: ب

۳۹. شایع‌ترین بیماری اضطرابی دوران کودکی کدام است؟

الف) اضطراب اجتماعی

ب) فوبی اختصاصی

ج) اختلال اضطراب جدایی

د) اختلال پانیک

← پاسخ صحیح: ج



۴۰. درمان دارویی انتخابی در اختلال اضطراب جدایی کدام است؟

الف) بنزودیازپین‌ها

ب) داروهای ضدروان‌پریشی

ج) SSRI

د) تثبیت‌کننده‌های خلق

← پاسخ صحیح: ج

۴۱. کدام گزاره در مورد سوءرفتار با کودک صحیح است؟

الف) فقط در طبقات اقتصادی پایین رخ می‌دهد

ب) اغلب توسط افراد غریبه انجام می‌شود

ج) کمتر از میزان واقعی گزارش می‌شود

د) شیوع آن بسیار نادر است

← پاسخ صحیح: ج

۴۲. شایع‌ترین نوع سوءرفتار با کودک کدام است؟

الف) سوءرفتار جنسی

ب) سوءرفتار جسمی

ج) سوءرفتار روانی

د) غفلت

← پاسخ صحیح: د

۴۳. شایع‌ترین سن شروع آزار جنسی کودکان کدام بازه است؟

الف) زیر ۵ سال

ب) ۶-۷ سال

ج) ۸-۱۱ سال

د) نوجوانی

← پاسخ صحیح: ج

۴۴. کدام عامل بیشترین خطر کودک‌آزاری را افزایش می‌دهد؟

الف) تک‌فرزند

ب) بهره‌هوشی بالا

ج) سابقه سوءمصرف مواد در والدین

← پاسخ صحیح: ج

۴۵. کدام عامل پیش آگهی سوءرفتار با کودک را بهبود می بخشد؟

(الف) سکوت کودک

(ب) تشخیص دیر هنگام

(ج) حمایت بزرگسالان پس از افشا

(د) انتقال کودک به مراکز نگهداری بدون حمایت

← پاسخ صحیح: ج

۴۶. در کودکان، واکنش سوگ بیشتر به چه شکلی دیده می شود؟

(الف) غمگینی پایدار

(ب) بی تفاوتی و خشم

(ج) افسردگی اساسی

(د) سکوت کامل هیجانی

← پاسخ صحیح: ب

۴۷. تفکر جاندارپندارانه درباره مرگ در چه سنی شایع است؟

(الف) ۲-۷ سال

(ب) ۷-۱۲ سال

(ج) نوجوانی

(د) بزرگسالی

← پاسخ صحیح: الف

۴۸. کدام کودک در معرض بیشترین خطر سوگ پیچیده است؟

(الف) کودک ۱۰ ساله با فوت پدر بزرگ

(ب) کودک زیر ۵ سال با فقدان والد

(ج) نوجوان ۱۵ ساله با فوت دوست

(د) کودک با حمایت خانوادگی مناسب

← پاسخ صحیح: ب

۴۹. کدام مورد جزء عوامل مستعدکننده سوگ پیچیده نیست؟

الف) مرگ ناگهانی یا خودکشی

ب) فقدان حمایت اجتماعی

ج) توضیح صادقانه و متناسب با سن

د) مشکلات روان‌شناختی قبلی کودک

← پاسخ صحیح: ج

۵۰. کدام اقدام در سوگ‌درمانی کودکان توصیه می‌شود؟

الف) پنهان کردن احساسات بزرگسالان

ب) دادن توضیحات پیچیده و انتزاعی

ج) اجازه بیان احساسات از طریق نقاشی و بازی

د) جلوگیری از شرکت کودک در مراسم

← پاسخ صحیح: ج