

«جلد اول»

۵/۱ مصاحبه روان‌پزشکی، شرح حال روان‌پزشکی و معاینه وضعیت روانی..... ۳۴۹	فصل ۱: علوم اعصاب..... ۱۵
۵/۲ گزارش روان‌پزشکی و پرونده پزشکی..... ۳۸۴	۱/۱ مقدمه..... ۱۵
۵/۳ مقیاس‌های درجه‌بندی روان‌پزشکی..... ۳۹۵	۱/۲ کالبدشناسی عصبی رفتاری و کارکردی..... ۱۹
۵/۴ عصب‌روان‌شناسی بالینی و ارزیابی هوشی بزرگسالان..... ۴۲۹	۱/۳ رشد عصبی و عصب‌سازی..... ۴۷
۵/۵ ارزیابی شخصیت: بزرگسالان و کودکان..... ۴۴۶	۱/۴ نوروفیزیولوژی و نوروشیمی..... ۷۹
۵/۶ ارزیابی عصب‌روان‌شناسی و شناختی کودکان..... ۴۷۱	۱/۵ درون‌ریزشناسی عصبی..... ۱۲۷
۵/۷ ارزیابی طبیی و آزمون‌های آزمایشگاهی در روان‌پزشکی..... ۴۹۱	۱/۶ تعاملات دستگاه ایمنی و دستگاه عصبی مرکزی..... ۱۳۵
۵/۸ تصویربرداری از دستگاه عصبی..... ۵۰۸	۱/۷ ژنتیک عصبی (نوروژنتیک)..... ۱۴۲
۵/۹ معاینه جسمی در روان‌پزشکی..... ۵۲۲	۱/۸ الکتروفیزیولوژی کاربردی..... ۱۶۴
	۱/۹ کرونیوبولوژی (شناخت چرخه‌های زیستی)..... ۱۷۱
فصل ۶: طبقه‌بندی در روان‌پزشکی..... ۵۳۵	فصل ۲: سهم علوم روانی - اجتماعی در شناخت رفتار آدمی..... ۱۷۹
فصل ۷: طیف اسکیزوفرنی (روان‌گسیختگی) و سایر اختلالات روان‌پریشی..... ۵۵۱	۲/۱ ژان پیازه و رشد شناختی..... ۱۷۹
۷/۱ اسکیزوفرنی..... ۵۵۱	۲/۲ نظریه دلبستگی..... ۱۸۷
۷/۲ اختلال اسکیزوافکتیو..... ۵۹۲	۲/۳ نظریه یادگیری..... ۱۹۳
۷/۳ اختلال اسکیزوفرنی فرم..... ۵۹۸	۲/۴ زیست‌شناسی حافظه شناختی..... ۲۰۹
۷/۴ اختلال هذیانی و اختلال روان‌پریشی مشترک..... ۶۰۳	۲/۵ بهنجاری و سلامت روان..... ۲۳۱
۷/۵ اختلال روان‌پریشی گذرا، اختلال روان‌پریشی نامعین (NOS) سایر اختلالات روان‌پریشی و کاتاتونیا..... ۶۲۰	فصل ۳: سهم علوم اجتماعی فرهنگی در شناخت رفتار آدمی..... ۲۴۳
فصل ۸: اختلالات خلقی..... ۶۳۳	۳/۱ زیست‌شناسی اجتماعی و کردارشناسی..... ۲۴۳
۸/۱ افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی..... ۶۳۳	۳/۲ روان‌پزشکی بین فرهنگی..... ۲۵۶
۸/۲ اختلال دیس‌تایمی (افسرده‌خوی) و اختلال سیکلوتایمی (خلق ادواری)..... ۶۸۹	۳/۳ سندرم‌های وابسته به فرهنگ..... ۲۶۷
فصل ۹: اختلالات اضطرابی..... ۷۰۱	فصل ۴: نظریه‌های شخصیت و آسیب‌شناسی روانی..... ۲۷۶
۹/۱ مرور اجمالی..... ۷۰۱	۴/۱ زیگموند فروید: بنیانگذار روان‌کاوی کلاسیک..... ۲۷۶
۹/۲ اختلال وحشت‌زدگی..... ۷۱۰	۴/۲ اریک اریکسون..... ۳۰۴
۹/۳ مصاحبه روان‌پزشکی..... ۷۲۰	۴/۳ سایر مکاتب روان‌پوشی و روان‌شناسی..... ۳۱۸
	۴/۴ روان‌شناسی مثبت‌نگر..... ۳۴۱
	فصل ۵: معاینه بالینی در روان‌پزشکی..... ۳۴۹

۷۷۹ ۱۰/۵ اختلال خراش پوست (کندن پوست)

فصل ۱: اختلالات مربوط به سانحه و عوامل

۲۸۳..... استرس

۱۱/۱ اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد

۷۸۳

۷۹۸ ۱۱/۲ اختلالات سازگاری

فصل ۱۲: اختلالات تجزیه ای..... ۸۰۵

۸۲۷..... نمایه

۷۲۴ ۹/۴ هراس اختصاصی

۷۳۲ ۹/۵ اختلال اضطراب اجتماعی (جمعیت هراسی)

۷۳۶ ۹/۶ اختلال اضطراب فراگیر

۷۴۵ ۹/۷ سایر اختلالات اضطرابی

فصل ۱۰: اختلال وسواسی جبری و اختلالات

مرتبط..... ۲۵۳

۷۵۳ ۱۰/۱ اختلال وسواسی-جبری

۷۶۸ ۱۰/۲ اختلال بد ریخت انگاری بدن

۷۷۲ ۱۰/۳ اختلال انباشتگری (ذخیره سازی)

۷۷۵ ۱۰/۴ وسواس کندن مو

«جلد دوم»

فصل ۱۳: طب روان‌تنی

۱۳/۱ مقدمه و مرور کلی

۱۳/۲ اختلال نشانه جسمانی

۱۳/۳ اختلال اضطراب بیماری

۱۳/۴ اختلال نشانه عصبی کارکردی (اختلال تبدیلی)

۱۳/۵ عوامل روانشناختی مؤثر بر سایر وضعیت‌های طبی

۱۳/۶ اختلال ساختگی

۱۳/۷ اختلال درد

۱۳/۸ روانپزشکی مشاوره - ارتباط

۲۰/۶ اختلالات مربوط به مواد استنشاقی

۲۰/۷ اختلالات مربوط به مواد افیونی (اپیوئیدها)

۲۰/۸ اختلالات مربوط به مواد رخوت‌زا، خواب‌آور یا

ضد اضطراب

۲۰/۹ اختلالات مربوط به مواد محرک

۲۰/۱۰ اختلالات مربوط به مواد تنباکو

۲۰/۱۱ سوء مصرف استروئیدهای آنابولیک - آندروژنیک

۲۰/۱۲ سایر اختلالات سوء مصرف مواد و اعتیادی

۲۰/۱۳ اختلال قماربازی

فصل ۱۴: سندرم خستگی مزمن و فیبرومیالژی

فصل ۱۵: اختلالات تغذیه و خوردن

۱۵/۱ بی‌اشتهایی عصبی

۱۵/۲ پراشتهایی عصبی

۱۵/۳ اختلال شکمبارگی و سایر اختلالات خوردن

۱۵/۴ چاقی و سندرم متابولیک

فصل ۱۶: اختلالات عصبی - شناختی

۲۱/۱ مقدمه و مرور کلی

۲۱/۲ دلیریوم

۲۱/۳ دمانس (اختلال عصبی شناختی شدید)

۲۱/۴ اختلالات شدید یا خفیف عصبی شناختی ناشی از سایر

وضعیت‌های پزشکی (اختلالات نسیانی)

۲۱/۵ اختلالات عصبی شناختی و سایر اختلالات ناشی از

وضعیت‌های عمومی طبی

۲۱/۶ اختلال شناختی خفیف

فصل ۱۶: خواب طبیعی و اختلالات خواب - بیداری

۱۶/۱ خواب طبیعی

۱۶/۲ اختلالات خواب - بیداری

فصل ۲۲: اختلالات شخصیت

فصل ۲۳: طب فوریت‌های روانپزشکی

۲۳/۱ خودکشی

۲۳/۲ فوریت‌ها روانپزشکی بزرگسالان

۲۳/۳ فوریت‌های روانپزشکی کودکان

فصل ۱۷: تمایلات جنسی بهنجار و کژکاری‌های جنسی

۱۷/۱ جنسیت طبیعی

۱۷/۲ کژکاری‌های جنسی

۱۷/۳ انحراف‌های جنسی (پارافیلی‌ها)

فصل ۲۴: طب مکمل و جایگزین در روانپزشکی

فصل ۲۵: سایر حالاتی که ممکن است کانون توجه

بالینی باشند

فصل ۱۹: اختلال‌های گسستگی، کنترل تکانه و سلوک

فصل ۲۰: اختلالات اعتیادی و مصرف مواد

۲۰/۱ مقدمه و مرور کلی

۲۰/۲ اختلالات مربوط به الکل

۲۰/۳ اختلالات مربوط به کافئین

۲۰/۴ اختلالات مربوط به حشیش

۲۰/۵ اختلالات مربوط به مواد توهم‌زاد

فصل ۲۶: سوء رفتار جنسی و جسمی بزرگسالان

فصل ۲۷: روانپزشک و طب تولیدمثل

فصل ۲۸: روان‌درمانی‌ها

- ۲۸/۱ روان‌کاوی و روان‌درمانی تحلیل‌گرا
۲۸/۲ روان‌درمانی تحلیلی کوتاه مدت
۲۸/۳ گروه درمانی، روان‌درمانی ترکیبی گروهی و فردی و روان‌درمانی نمایشی (سایکودرام)
۲۸/۴ خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی
۲۸/۵ رفتاردرمانی دیالکتیک
۲۸/۶ پسخوراند زیستی (بایوفیدبک)
۲۸/۷ شناخت‌درمانی
- ۲۸/۸ رفتاردرمانی
۲۸/۹ هیپنوتیزم
۲۸/۱۰ روان‌درمانی بین فردی
۲۸/۱۱ روان‌درمانی روایتی
۲۸/۱۲ توان‌بخشی روانپزشکی
۲۸/۱۳ ترکیب روان‌درمانی و داروشناسی
۲۸/۱۴ مشاوره ژنتیک
۲۸/۱۵ ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر ذهن‌گرایی

۲۹/۲۸ مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب
 ۱۸۹ سروتونین
 ۲۹/۲۹ آنتاگونیست‌های توأم سروتونین - دوپامین و
 داروهای با اثر مشابه (روان‌پریشی‌های نسل دوم یا
 نامتعارف) ۲۰۴
 ۲۹/۳۰ داروهای محرک و اتوموکستین ۲۲۱
 ۲۹/۳۱ هورمون‌های تیروئید ۲۲۹
 ۲۹/۳۲ داروهای سه‌حلقه‌ای و چهارحلقه‌ای ۲۳۲
 ۲۹/۳۳ والپروات ۲۴۰
 ۲۹/۳۴ مکمل‌های تغذیه‌ای و غذاهای طبی ۲۴۶
 ۲۹/۳۵ داروهای کاهشنده وزن ۲۶۵

فصل ۳۰. روش‌های تحریک مغز ۲۷۳

۳۰/۱ تشنج‌درمانی الکتریکی (ECT) ۲۷۳
 ۳۰/۲ سایر روش‌های تحریک مغز ۲۸۵
 ۳۰/۳ درمان‌های عصبی جراحی و تحریک مغزی
 عمیق ۲۹۳

فصل ۳۱. روان‌پزشکی کودک ۳۰۳

۳۱/۱ مقدمه: رشد شیرخوار، کودک و نوجوان ... ۳۰۳
 ۳۱/۲ ارزیابی، معاینه و آزمون روان‌شناختی ۳۴۶
 ۳۱/۳ کم‌توانی ذهنی ۳۶۴
 ۳۱/۴ اختلالات ارتباط ۳۹۳
 ۳۱/۵ اختلال طیف درخودماندگی ۴۱۷
 ۳۱/۶ اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی ۴۴۳
 ۳۱/۷ اختلالات یادگیری اختصاصی ۴۶۲
 ۳۱/۸ اختلالات حرکتی ۴۷۸
 ۳۱/۹ اختلال‌های تغذیه و خوردن در دوره شیرخوارگی
 یا اوایل کودکی ۵۰۲
 ۳۱/۱۰ اختلالات دفعی ۵۱۰
 ۳۱/۱۱ اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس در
 کودکان ۵۱۸
 ۳۱/۱۲ اختلالات خلقی و خودکشی در کودکان و
 نوجوانان ۵۳۳

فصل ۲۹. درمان‌های زیست‌شناختی ۲۳

۲۹/۱ اصول عام روان‌داروشناسی ۲۳
 ۲۹/۲ اختلالات حرکتی ناشی از دارو ۴۵
 ۲۹/۳ آگونیست‌های گیرنده α_2 آنتاگونیست‌های گیرنده
 α_1 - آدرنژیک: کلونیدین، گوانفیسین، پرازوسین، و
 یوهیمین ۵۴
 ۲۹/۴ آنتاگونیست‌های گیرنده بتا - آدرنژیک ۶۱
 ۲۹/۵ داروهای آنتی‌کولینرژیک ۶۵
 ۲۹/۶ داروهای ضد تشنج ۶۸
 ۲۹/۷ ضد هیستامین‌ها (آنتی‌هیستامین‌ها) ۷۵
 ۲۹/۸ باریتورات‌ها و داروهای مشابه اثر ۷۹
 ۲۹/۹ بنزودیازپین‌ها و داروهای مؤثر برگیرنده
 بنزودیازپین‌ها ۸۵
 ۲۹/۱۰ بوپروپیون ۹۳
 ۲۹/۱۱ بوسپرون ۹۷
 ۲۹/۱۲ مسدودکننده‌های مجرای کلسیم ۹۹
 ۲۹/۱۳ کاربامازپین و آکس‌کاربازپین ۱۰۲
 ۲۹/۱۴ مهارکننده‌های کولین‌استراز و ممانتین ۱۰۹
 ۲۹/۱۵ دی‌سولفیرام و آکامپروسات ۱۱۳
 ۲۹/۱۶ آگونیست‌های گیرنده دوپامین و پیش‌سازها
 ۲۹/۱۷ آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین (داروهای
 ضدروان‌پریشی‌های نسل اول) ۱۲۲
 ۲۹/۱۸ لاموتریزین ۱۳۷
 ۲۹/۱۹ لیتیم ۱۴۰
 ۲۹/۲۰ آگونیست‌های ملاتونین: راملتون و
 ملاتونین ۱۵۳
 ۲۹/۲۱ میرتازاپین ۱۵۵
 ۲۹/۲۲ مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز ۱۵۷
 ۲۹/۲۳ نفازودون و ترازودون ۱۶۳
 ۲۹/۲۴ آگونیست‌های گیرنده افیونی (اپیوئیدی) .. ۱۶۸
 ۲۹/۲۵ آنتاگونیست‌های گیرنده مواد افیونی: نالتراکسون،
 نالمفن و نالوکسون ۱۷۴
 ۲۹/۲۶ مهارکننده‌های فسفودی‌استراز -۵ ۱۸۰
 ۲۹/۲۷ مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین -
 نوراپی‌نفرین ۱۸۳

۳۴/۱ مرگ، مردن و داغدیدگی ۷۳۷
۳۴/۳ قتل از روی ترحم و خودکشی به کمک
پزشک ۷۶۸

فصل ۳۵. روان پزشکی همگانی ۷۷۳

فصل ۳۶. روان پزشکی قانونی و اخلاق در

روان پزشکی ۷۸۵

۳۶/۱ روان پزشکی قانونی ۷۸۵
۳۶/۲ اخلاق در روان پزشکی ۸۰۳

فصل ۳۷. جنبه‌های جهانی روان پزشکی ۸۱۷

واژه‌نامهٔ علایم و نشانه‌های بالینی ۸۲۹

نمایه ۸۴۷

اختلالات اضطرابی شیرخواری، دوران کودکی
و نوجوانی ۵۷۶
۳۱/۱۴ اختلال وسواسی جبری در کودکی و
نوجوانی ۵۹۲
۳۱/۱۵ اسکیزوفرنی زودآغاز ۶۰۰
۳۱/۱۶ سوء مصرف مواد در نوجوانان ۶۰۸
۳۱/۱۷ سایر اختلالات روان پزشکی کودک ۶۱۷
۳۱/۱۸ درمان روان پزشکی کودکان و نوجوانان ... ۶۲۵
۳۱/۱۹ روان پزشکی کودک: سایر حوزه‌های
مورد توجه ۶۶۰

فصل ۳۲. بزرگسالی ۶۹۱

فصل ۳۳. روان پزشکی سالمندان ۷۰۷

فصل ۳۴. مسایل مربوط به مراحل پایان زندگی ۷۳۷

کتاب خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک سالهاست در بین روانپزشکان و روانشناسان بالینی به عنوان منبعی معتبر شناخته شده است و رویکرد چندجانبه مولفین سبب شده روانپزشکان، روانشناسان و سایر متخصصین علوم رفتاری بتوانند از این کتاب بهره گیرند. تفاوت مهم ویراست فعلی کتاب با ویراست قبلی لحاظ کردن نسخه جدید دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) و ملاکهای تشخیصی آن است. با آنکه به DSM انتقاداتی وارد است اما به عنوان زبان مشترک متخصصین علوم رفتاری و پیشبرد پژوهشهای این حوزه نقش ارزشمند و غیرقابل انکاری داشته است و آموختن آن مقدمه ضروری شناخت بیماریهای روانپزشکی محسوب می‌شود.

در مورد ترجمه حاضر و نیز تفاوت‌های مهم DSM-5 با DSM-IV موارد زیر شایان توجهند:

در ویراست پنجم DSM به جای واژه عقب ماندگی ذهنی (mental retardation) از اصطلاح کم توانی ذهنی (Intellectual disability) استفاده شده که به نظر می‌رسد بیشتر به علت استیگما (انگ) و بار معنایی منفی عقب ماندگی ذهنی بوده است. این دیدگاه در ترجمه قبلی کتاب خلاصه روانپزشکی از سوی اینجانب اعمال شده بود و در ترجمه قبلی به دلیل همین استیگما در برابر واژه mental retardation از اصطلاح کم توانی ذهنی استفاده شده بود. استیگمای اختلالات روانپزشکی موضوع مهمی است که باید جدی گرفته شود و نامگذاری اختلالات باید عاری از هرگونه بار ارزشی و قضاوتی باشد. در مورد ترجمه دمانس نیز همین سیاست در پیش گرفته شد و به جای واژه «زوال عقل» که متأسفانه به متون رسمی و اداری کشور نیز راه پیدا کرده است از واژه «زوال ذهن» استفاده شد. در زبان فارسی عقل بار ارزشی خاصی دارد و به عقیده اینجانب استیگمای نهفته در این اصطلاح می‌تواند در راه مراجعه زود هنگام بیماران و یا خانواده ایشان مانع ایجاد کند. به خاطر داشته باشیم استیگمای بیماری‌ها پدیده‌ای عمدتاً فرهنگی است و به کارگیری اصطلاحات نامناسب از سوی ما مترجمین می‌تواند بر شدت آن بیفزاید.

یکی از عناوین تشخیص جدید DSM-5 اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی (disruptive mood dysregulation) است که هدف از طراحی آن نگرانی مربوط به تشخیص‌گذاری بیش از حد و متورم اختلال دوقطبی در کودکان بوده است. متأسفانه به کرات مشاهده شده در کودکان و نوجوانان از عنوان تشخیصی اختلال دوقطبی NOS استفاده می‌شود که نتیجه این کار برجسبی تشخیصی است که کنار گذاشتن آن به سادگی امکانپذیر نیست. استدلال مولفین DSM-5 این است که مطالعات طولی نشان داده‌اند بسیاری از کودکانی که دچار کژتنظیمی خلقی و حملات خشم می‌شوند و ملاک‌های کامل اختلال دوقطبی را تکمیل نمی‌کنند در دوران بزرگسالی بیشتر به اختلالات افسردگی و اضطرابی مبتلا خواهند شد تا اختلالات دوقطبی.

در بخش اختلالات وسواسی جبری عنوان تشخیصی جدیدی به نام اختلال انباشت‌گری (hoarding disorder) افزوده شده است که در ترجمه چاپ نخست DSM-5 واژه احتکار یا ذخیره‌سازی را برابر آن قرار دادیم، اما پس از مشورت با برخی همکاران به این نتیجه رسیدیم واژه انباشت‌گری بار قضاوتی کمتری دارد. تفاوت مهم ملاک‌های تشخیصی اختلالات وسواسی جبری افزودن مشخصه بدون بینش/با باورهای هذیانی است که در واقع DSM-5 با اینکار مرز اختلالات روانپزشکی و اختلالات وسواسی را به هم نزدیک کرده است. در اختلالات طیف اسکیزوفرنیا تأکید بر هذیان‌های غریب و توهمات شنیداری شخص سوم حذف شده و در تشخیص اسکیزوفرنیا باید حتماً یکی از علائم ملاک A توهّم، هذیان یا گفتار آشفته باشد. با این تغییر صرفاً براساس وجود علائم منفی و رفتارهای آشفته نمی‌توان تشخیص اسکیزوفرنیا گذاشت.

اختلال نارضایتی جنسیتی (gender dysphoria) جایگزین اصطلاح اختلال هویت جنسی شده است تا بر موضوع ناهماهنگی ادراک شده فرد با جنسیت زیستی خود تأکید بیشتری صورت گرفته باشد. اختلال قماربازی در گروه اختلالات مرتبط با مواد گنجانده شده است و نکته مهم دیگر اینکه عناوین تشخیصی وابستگی به مواد و سوءمصرف حذف شده عنوان جدید اختلال مصرف مواد جایگزین شده است و در ملاک‌های تشخیصی آن مشکلات قانونی حذف شده و ملاک جدید میل شدید (craving) برای مصرف افزوده شده است.

در بخش اختلالات تجزیه‌ای به جای دو اصطلاح مسخ شخصیت (depersonalization) و مسخ واقعیت (derealization) به ترتیب از اصطلاحات گسست از خویشتن و گسست از واقعیت استفاده شده که به نظر می‌رسد بیشتر به مفهوم تجزیه‌ای این اصطلاحات نزدیک باشند. ضمناً در زبان فارسی واژه مسخ بار معنایی ارزشی خاصی دارد و استفاده از آن در روانپزشکی توصیفی مناسب به نظر نمی‌رسد. متأسفانه کتاب حاضر با وجود اینکه منبعی بی‌بدیل در روانپزشکی محسوب می‌شود اما به دلیل شتاب در نگارش ویراست جدید و تطبیق دادن با DSM-5 معدود اشتباهاتی در متن دیده می‌شود که بیشتر مربوط به عدم تطابق متن با ملاک‌های جدید DSM-5 است و تلاش کرده‌ام تا حد امکان این موارد در پانویس توضیح داده شود.

در پایان جا دارد از دوست و همکار قدیمی آقای دکتر محسن ارجمند تشکر کنم که همچون همیشه در ترجمه این کتاب نیز یاری ارزشمندشان ستودنی است. همچنین از همکار عزیزم جناب آقای دکتر سامان توکلی که در برابرگذاری برخی اصطلاحات از نظرات ایشان بهره برده‌ام صمیمانه سپاسگزارم.

دکتر فرزین رضاعی

دانشیار روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی کردستان

در مورد مؤلفین

متخصصان پزشکی حضور داشت و نماینده گروه اجرایی انجمن روانپزشکی آمریکا در هیئت رئیسه ممتحنین پزشکی و بورد روانپزشکی و نورولوژی آمریکا بود. در سال ۱۹۸۵ او جایزه دستاوردهای آکادمیک را از کالج پزشکی نیویورک دریافت کرد و در سال ۲۰۰۰ به عنوان استاد دانشکده پزشکی NYU منصوب شد. او مؤلف یا ویراستار بیش از صد اثر منتشر شده است، مسئول نقد کتب در مجلات روانپزشکی است و در دامنه وسیعی از موضوعات روانپزشکی عمومی سخنرانی کرده است. دکتر سادوک طبابت خصوصی را برای مشاوره‌های تشخیصی و درمان روانپزشکی حفظ کرده است. او پس از پایان دوره دستیاری با دکتر ویرجینیا آلکوت سادوک، استاد روانپزشکی دانشکده پزشکی NYU ازدواج کرد. دکتر سادوک از اپرا، گلف، اسکی و مسافرت لذت می‌برد و عاشق ماهیگیری با طعمه است.

دکتر ویرجینیا آلکوت سادوک: در ۱۹۸۰ به دانشکده پزشکی دانشگاه NYU ملحق شد و در حال حاضر استاد روانپزشکی و روانپزشک بیمارستان Tisch و بیمارستان Bellevue است. او مدیر برنامه تمایلات جنسی انسان در مرکز پزشکی NYU (یکی از بزرگترین برنامه‌های آموزش و درمانی در نوع خود در ایالات متحده) است. دکتر سادوک بیش از ۵۰ مقاله و فصول کتب مختلف در مورد رفتار جنسی را تألیف کرده است و ویراستار کتاب تجربه جنسی است؛ این کتاب یکی از نخستین درسنامه‌های عمده در مورد تمایلات و رفتار جنسی انسان است که شرکت ویلیامز و ویکینز آن را منتشر کرده است. او در چندین مجله پزشکی از جمله مجله روانپزشکی آمریکا و مجله انجمن پزشکی آمریکا داوری و نقد کتاب را به عهده دارد. او از مدت‌ها پیش به نقش زنان در پزشکی و روانپزشکی علاقمند بوده و پایه‌گذار کمیته زنان در روانپزشکی شاخه نیویورک انجمن روانپزشکی آمریکا است. او در مسائل آکادمیک فعال بوده و از ۱۵ سال پیش دستیار ممتحن بورد روانپزشکی و نورولوژی است. دکتر ویرجینیا سادوک قبلاً عضو کمیته آزمون روانپزشکی در بورد روانپزشکی آمریکا و نیز عضو

دکتر بنیامین جیمز سادوک: استاد روانپزشکی دانشگاه مناس سنت گریگوری و قائم‌مقام بخش روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه نیویورک (NYU)، واقع در شهر نیویورک است. او فارغ‌التحصیل کالج یونیون است و درجه دکترای طب خود را در کالج پزشکی نیویورک دریافت کرد و دوره کارورزی را در بیمارستان آلبانی گذراند. پس از اتمام دوره دستیاری در بیمارستان روانپزشکی Bellevue وارد خدمت نظامی شد و به عنوان مدیر موقت بخش عصب - روانپزشکی در پایگاه نیروی هوایی شپارد در تگزاس خدمت کرد. او در دانشکده پزشکی جنوب غرب و بیمارستان پارکلند در دالاس و کالج پزشکی نیویورک، بیمارستان سنت‌لوک و مؤسسه روانپزشکی ایالتی نیویورک و بیمارستان متروپولیتن در نیویورک پست‌های آموزش و علمی را احراز نمود. دکتر سادوک در ۱۹۸۰ به دانشکده پزشکی NKU پیوست و در مناصب مختلفی خدمت کرد: مدیر آموزش روانپزشکی دانشجویان، معاون آموزش دستیاران روانپزشکی، سرپرست آموزش پزشکی فارغ‌التحصیلان. در حال حاضر دکتر سادوک معاون خدمات بهداشت روان دانشجویان، مشاور روانپزشکی کمیته پذیرش و معاون آموزش مداوم روانپزشکی در دانشکده پزشکی NYK است. او در بیمارستان Bellevue و بیمارستان Tisch کار می‌کند و یکی از روانپزشکان مشاور در بیمارستان لنوکس هیل است. دکتر سادوک دارای مدرک بورد روانپزشکی و نورولوژی آمریکا است و برای بیش از یک دهه عضو هیئت بورد بوده است. او یکی از اعضای شاخص انجمن روانپزشکی محسوب می‌شود و در کالج پزشکان آمریکا، آکادمی طب نیویورک، و جامعه Alpha Omega Alpha Honor عضویت دارد. او در سازمان‌های روانپزشکی متعددی فعالیت دارد و پایه‌گذار و رئیس جامع روانپزشکی NYU-Bellevue است. وی عضو کمیته ملی آموزش مداوم روانپزشکی انجمن روانپزشکی آمریکا است؛ دکتر سادوک در کمیته غیررسمی درمانگاه‌های درمان جنسی انجمن پزشکی آمریکا کار می‌کرد و به عنوان نماینده انجمن در کنفرانس تأیید مجدد گواهی دانش‌نامه

برنامه خودسنجی و دانش روانپزشکی (PKSAP) انجمن روانپزشکی آمریکا بوده است. همچنین ریاست کمیته روابط عمومی شاخه نیویورک انجمن روانپزشکی آمریکا را بر عهده دارد و در مجموعه زنان در پزشکی و برنامه مستند زنان و افسردگی شبکه تلویزیون پزشکی ملی شرکت داشته است. دکتر ویرجینیا سادوک قائم مقام جامعه پژوهش و درمان جنسی و عضو شورای محلی انجمن مشاورین و درمانگران آموزش جنسی آمریکا بوده است. او در حال حاضر ریاست انجمن فارغ التحصیلان درمانگران جنسی را بر عهده دارد. او به نحو گسترده‌ای در ایالات متحده و خارج از آن در مورد کژکاری جنسی، مشکلات ارتباطی و اختلالات افسردگی و اضطرابی سخنرانی کرده است. دکتر ویرجینیا سادوک عضو ثابت انجمن روانپزشکی آمریکا بوده و در آکادمی پزشکی عضویت دارد و دارای مدرک بوردر روانپزشکی و نورولوژی آمریکا است. دکتر سادوک فارغ التحصیل کالج بنینگتون است، درجه دکترای پزشکی خود را از کالج پزشکی نیویورک دریافت کرده و در بیمارستان متروپولیتن دوره دستیاری روانپزشکی را گذرانده است. او در کار طبابت نیز فعال است و به روان‌درمانی انفرادی، زوج‌درمانی و درمان زناشویی، درمان جنسی، مشاوره روانپزشکی و دارودرمانی می‌پردازد. او و همسرش دو فرزند به نام‌های جیمز و ویکتوریا دارند (که هر دوی آنها پزشک فوریت‌ها هستند) و دارای دو نوه به نام‌های امیلی و سلیا هستند. دکتر سادوک در اوقات فراغت خود از تئاتر، دیدن فیلم، گلف، مطالعه رمان و مسافرت لذت می‌برد.

دکتر پدرو روئیز

دکتر پدرو روئیز استاد و رئیس بخش روانپزشکی و علوم رفتاری در دانشکده پزشکی تگزاس در هوستون است. او از دانشکده پزشکی پاریس در فرانسه فارغ التحصیل شده است. دکتر روئیز دوره دستیاری روانپزشکی را در دانشکده پزشکی میامی در فلوریدا گذرانده است. او در کالج پزشکی آلبرت انیشتین در نیویورک و کالج پزشکی بایلور در

دانشکده پزشکی دانشگاه تگزاس در فلوریدا با درجه استادی تدریس کرده است. دکتر روئیز در سمت‌های مختلفی خدمت کرده است: مدیر مرکز بهداشت روان جامعه‌نگر بیمارستان لینکولن، مدیر مرکز روانپزشکی برونکس، قائم مقام دپارتمان روانپزشکی در کالج پزشکی بایلور در هوستون تگزاس، مدیر پزشکی مؤسسه علوم روانی دانشگاه تگزاس و قائم مقام دپارتمان روانپزشکی در دانشکده پزشکی دانشگاه تگزاس هوستون. او یکی از اعضای برجسته انجمن روانپزشکان آمریکا بوده و عضو کالج آمریکایی روانپزشکان، انجمن روانپزشکی اجتماعی آمریکا، جامعه بنیامین راش و انجمن روان‌درمانی گروهی آمریکا و عضو افتخاری انجمن جهانی روانپزشکی است. او همچنین عضو آکادمی روانپزشک است. او قبلاً رئیس کالج روانپزشکان آمریکا (۲۰۰۱-۲۰۰۰)، انجمن روانپزشکی اجتماعی آمریکا (۲۰۰۲-۲۰۰۰)، بوردر روانپزشکی و نورولوژی آمریکا (۲۰۰۳-۲۰۰۲)، انجمن روانپزشکان آمریکا (۲۰۰۷-۲۰۰۶) بوده است و در حال حاضر رئیس برگزیده انجمن جهانی روانپزشکان است. او در بیش از ۴۰ هئیت تحریریه شرکت داشته است از جمله آنها می‌توان از موارد زیر نام برد: مجله روانپزشکی آمریکا، خدمات روانپزشکی؛ مجله اعتیاد آمریکا و روانپزشکی جهانی. او بیش از ۶۰ جایزه و تشویق نامه دریافت کرده است از جمله: جایزه روانپزشکی اجرایی، جایزه سیمون بولیوار، جایزه تارجان، تقدیرنامه نانسی روستوک، و جایزه ایرما بلاند از سوی انجمن روانپزشکان آمریکا و نیز جایزه بوئیس از سوی کالج روانپزشکان آمریکا. او تألیف یا ویراستاری بیش از ۶۰۰ اثر منتشر شده را بر عهده داشته است؛ بیش از ۲۰۰ گراندراند و سخنرانی در سراسر جهان ارائه کرده است و بیش از ۴۰۰ ارائه علمی در جهان داشته است. او و همسرش آنجلا دو فرزند به نام‌های پدرو پابلو و آنجلا ماریا دارند و دارای چهار نوه هستند: فرانسسکو آنتونیو، پدرو پابلو، عمرژوزف و پابلو آنتونیو. دکتر روئیز از مطالعه رمانهای ادبی، دیدن تئاتر و فیلم و مسافرت و ماهیگیری لذت می‌برد.

بررسی فراگیر، مفصل و دایرةالمعارفی از کل رشته روانپزشکی نیاز دارند. تلاش شده است که درسنامه مزبور تا حد امکان جامع باشد و برای آن که مطالب مختلف را به نحو مناسبی دربرگیرد در دو مجلد منتشر شده است، اما این امر سبب شده است که درسنامه جامع روانپزشکی برای برخی گروههای خاص و به خصوص دانشجویان پزشکی که به مطالبی مختصر و فشرده‌تر در مورد رشته روانپزشکی نیاز دارند بیش از حد مفصل باشد. برای این منظور بخشهایی از آن کتاب حذف یا فشرده شده‌اند، موضوعات جدیدی مطرح شده است و تمامی بخشها به خصوص برخی مطالب کلیدی نظیر روان‌داروشناسی به روز شده‌اند. در این جا لازم است از لطف بیش از ۲۰۰۰ نفری که در ویرایش فعلی و ویرایش‌های قبلی درسنامه جامع روانپزشکی نقش داشتند و به ما اجازه خلاصه کردن کارشان را دادند تشکر کنیم. در عین حال در این کار جدید، مسؤولیت جرح و تعدیل‌ها و تغییرات به عمل آمده را بر عهده می‌گیریم.

نظام آموزشی جامع

این درسنامه یکی از اجزای نظام جامعی است که مؤلفان برای تسهیل آموزش روانپزشکی و علوم رفتاری تدوین کرده‌اند. در رأس این نظام، درسنامه جامع روانپزشکی (CIP) قرار گرفته که از عمق و گستره‌ای تام و تمام برخوردار است و به گونه‌ای طراحی شده است که به کار روانپزشکان، رفتار پژوهان، و همه کارگزاران حوزه بهداشت روان بیاید. خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک در واقع روایتی نسبتاً مختصر، با جرح و تعدیل بسیار، اما اصیل و روزآمد از آن درسنامه است

این یازدهمین ویرایش خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک است. نخستین ویرایش خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک^۱ حدود ۴۰ سال پیش منتشر شد در طول این مدت این کتاب به عنوان چکیده‌ای مستقل، منسجم، دقیق، عینی و قابل اتکا از رویدادهای جدید رشته روانپزشکی شهرت یافته است. از همان ابتدا هدف این کتاب پرورش قابلیت حرفه‌ای و تضمین عالی‌ترین کیفیت مراقبت برای افراد دچار بیماری‌های روانی بوده است. علامت مشخصه این کتاب رویکرد چند رشته‌ای و التقاطی آن است؛ بنابراین تأثیر عوامل زیستی، روانی و اجتماعی بر سلامت و بیماری انسان را به یک میزان مطرح کرده است.

خلاصه روانپزشکی نیازهای گروه‌های تخصصی مختلف را برآورده می‌کند: روانپزشکان و اطباء غیرروانپزشک، دانشجویان پزشکی، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران روانپزشکی و سایر متخصصان بهداشت روانی نظیر کاردرمانگران و هنردرمانگران. این کتاب به عنوان راهنمای مرجع مورد استفاده افراد غیرمتخصص نیز قرار می‌گیرد و به آنها کمک می‌کند در مراقبت از اعضای خانواده یا دوست بیمار خود مشارکت کنند. برای ما به عنوان مؤلفین و ویراستاران کتاب، مقبولیت گسترده و کاربرد آن در ایالات متحده و سرتاسر دنیا مایه مسرت است.

پیشینه

این درسنامه براساس تجربه ما در ویرایش درسنامه جامع روانپزشکی^۲ شکل گرفت. کتاب مزبور حاوی ۴۰۰۰ صفحه دو ستونی است و بیش از ۴۵۰ روانپزشک و دانشمند برجسته علوم رفتاری در تدوین آن شرکت داشته‌اند. درسنامه جامع روانپزشکی مختص افرادی است که به یک

1. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry

2. Comprehensive Textbook of Psychiatry

که برای دانشجویان پزشکی، دستیاران روانپزشکی، روانپزشکان شاغل، و متخصصان بهداشت روان مفید است. دو کتاب ویژه مشتق از این کتاب یعنی چکیده درسنامه روانپزشکی بالینی و چکیده روانپزشکی کودک و نوجوانان حاوی توصیفات از همه اختلالات روانپزشکی از جمله تشخیص و درمان این اختلالات در بزرگسالان و کودکان هستند. این کتابها برای کارکنان بالینی و دستیاران روانپزشکی که به مرور سریع درمان مشکلات بالینی نیاز دارند مفید است. جزء دیگری از این نظام را راهنمای مطالعه و خودآزمایی خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک تشکیل می‌دهد که حاوی سؤلهایی چندگزینه‌ای همراه با پاسخهای آنهاست و برای آن دسته از دانشجویان روانپزشکی و روانپزشکان بالینی طراحی شده است که می‌خواهند برای شرکت در امتحانات مختلف آماده شوند و لذا به مروری بر علوم رفتاری و روانپزشکی عمومی نیاز دارند. سؤاها به گونه‌ای تنظیم شده است که با الگوی «هیئت (بورده) ملی طراحان سؤاها» امتحانات پزشکی و «امتحان گواهینامه پزشکی ایالات متحده» (USMLE) و بورده ملی پزشکی (NBME) همخوانی داشته باشد. اجزای دیگر این نظام را کتابهای راهنمای جیبی یا دستنامه تشکیل می‌دهند: راهنمای جیبی روانپزشکی بالینی^۱، راهنمای جیبی درمانهای دارویی روانپزشکی^۲، راهنمای جیبی روانپزشکی فوری (اورژانس)^۳، و راهنمای جیبی روانپزشکی در مراقبتهای اولیه^۴. مجموعه این کتابها به ترتیب، تشخیص و درمان اختلالات روانپزشکی، روان‌داروشناسی، فوریتهای روانپزشکی، و روانپزشکی در مراقبتهای اولیه را پوشش می‌دهند و چنان مختصر و فشرده طراحی و تألیف شده‌اند که بالینگران و پزشکان با هر تخصصی می‌توانند آنها را به راحتی با خود حمل کنند و در صورت لزوم به سرعت به آنها مراجعه کنند. آخرین جزء نظام آموزشی ما را واژه‌نامه جامع روانپزشکی و روان‌شناسی تشکیل می‌دهد که تعاریف کتبی ساده‌ای از این واژه‌ها را در اختیار روانپزشکان و سایر پزشکان، روان‌شناسان، دانشجویان، سایر متخصصان بهداشت روان، و نیز عموم مردم قرار می‌دهد. این کتابها در مجموع برای آموزش، مطالعه، و یادگیری روانپزشکی، رویکردی

چندوجهی ایجاد کرده‌اند.

طبقه‌بندی اختلالات DSM-5

ویرایش پنجم کتابچه تشخیصی و درمانی اختلالات روانی (DSM) متعلق به انجمن روانپزشکی آمریکا که DSM-5 نامیده می‌شود در سال ۲۰۱۳ منتشر شد. DSM-5 حاوی نظام نام‌گذاری رسمی مورد استفاده روانپزشکان و سایر متخصصان بهداشت روانی در ایالات متحده است؛ اختلالات روانی که در این درسنامه تشریح شده‌اند با سیستم نام‌گذاری فوق مطابقت دارد. تمامی بخش‌های مربوط به اختلالات بالینی کاملاً مورد بازنگری قرار گرفته‌اند و تجدیدنظرهای DSM-5 در آنها لحاظ شده است. خواننده در خواهد یافت که همچون تمامی ویراست‌های پیشین، در این ویراست نیز جداول DSM-5 برای اکثر اختلالات روانی عمده عیناً آورده شده است.

DSM "قانون زمین" است و همچنانکه قبلاً اشاره شد نظام نام‌گذاری مورد استفاده در سراسر این درسنامه محسوب می‌شود؛ اما برخی بالینگران و پژوهشگران در مورد جنبه‌های مختلف DSM ملاحظاتی دارند که در این کتاب به آنها اشاره شده است. با ظهور ویراست‌های آتی DSM، این درسنامه همچون همیشه، فضایی برای مخالفت‌های قبل و بخصوص بعد از هر ویراست جدید را فراهم می‌کند. کتاب سیناپس (خلاصه روانپزشکی) در عین حال که نظام نام‌گذاری رسمی را پذیرفته است، فضایی برای تبادل نظر، ارزیابی، نقد و مخالفت فراهم می‌سازد.

ICD-10

خوانندگان همچنین باید از نظام طبقه‌بندی موازی سازمان بهداشت جهانی (WHO) که طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماریها و مشکلات بهداشتی مرتبط (ICD-10) نامیده

1- Pocket Handbook of Clinical Psychiatry

2- Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment

3- Pocket Handbook of Emergency Psychiatry Medicine

4- Pocket Handbook of Primary Care Psychiatry

کتاب هم تصاویر رنگی اشکال تجاری داروهای رایج روانپزشکی و انواع دوزهای مختلف آنها ارائه شده است. تمامی داروهای جدیدی که از زمان ویراست قبلی تولید شده‌اند لحاظ شده‌اند. به علاوه تصاویر رنگی جدیدی در بسیاری از بخش‌ها افزوده شده‌اند.

شرح حال بیماران

شرح حال بیماران بخشی تفکیک‌ناپذیر از این کتاب محسوب می‌شود. این موارد به‌طور گسترده در متن به‌کار گرفته شده است تا اختلالات بالینی توصیف شده در متن ملموس‌تر جلوه کنند. این موارد از منابع مختلفی اخذ شده‌اند از جمله از نویسندگانی که در ویراست‌های فعلی و پیشین درسنامه جامع روان‌پزشکی نقش داشته‌اند و همکاران بیمارستانی ما که از همه آنها به دلیل این نقش‌شان تشکر می‌کنیم. برخی از این گزارش‌ها برگرفته از تجربه بالینی مؤلفین در بیمارستان بلووو در نیویورک هستند. شرح حال موارد با حروف مجزایی چاپ شده‌اند تا خواننده آنها را به راحتی پیدا کند.

بخش‌های تازه و روزآمد

ارائه DSM-5 در ۲۰۱۳ چارچوب طبقه‌بندی روان‌پزشکی را تغییر داد و همه بخش‌های کتاب خلاصه روان‌پزشکی برای بازتاب این تغییرات مورد بازنگری قرار گرفت. فصل طبقه‌بندی در روان‌پزشکی شامل تعریف کلیه اختلالات روان‌پزشکی فهرست شده در DSM-5 و مرور موجز آنهاست. در مابقی کتاب هر یک از این اختلالات در فصول و بخش‌های مجزا به تفصیل تشریح شده‌اند. به‌علاوه تقریباً برای هر اختلال روانی عمده، جدول مربوط به آن از جداول تشخیصی DSM-5 افزوده شده است.

فهرست فصول تغییر داده شده است و کتاب با فصل علوم اعصاب شروع می‌شود که در آن بخش‌های جدیدی افزوده شده است: رشد عصبی و عصب‌زایی بازتاب نقش مهم رشد دستگاه عصبی در ایجاد بیماری روانی است؛ الکتروفیزیولوژی کاربردی اثرات تکانه‌های الکتریکی در مغز و ارتباط آن با روان‌پزشکی بالینی را توصیف می‌کند؛

می‌شود آگاه باشند. متون DSM و ICD تفاوت‌هایی با همدیگر دارند، اما طبق توافق‌های ایالات متحده و سازمان بهداشت جهانی قرار است شماره‌کدهای تشخیصی DSM با ICD یکسان شود تا بتوان در گزارش آماری و بین‌المللی روانپزشکی روال یکسانی را در پیش گرفت. در حال حاضر در ایالات متحده کدهای عددی و تشخیصی ICD و DSM از نظر خدمات درمانی سالمندان (Medicare)، خدمات درمانی نیازمندان (Medicaid) و شرکت‌های بیمه خصوصی برای بازپرداخت معتبر است.

تصاویر و نقاشی روی جلد

«خلاصه روانپزشکی» جزو اولین درسنامه‌هایی بود که در آن از تصاویر موضوعات روانپزشکی استفاده شد تا آموزش‌های آن غنی‌تر گردد و ما در هر ویراستی این سنت را ادامه داده‌ایم.

نقاشی روی جلد متعلق به هنرمند زاده بلژیک بنام جیمز انسور (۱۹۴۹-۱۸۶۰) است که این اثر هنرمند احاطه شده توسط نقاب‌ها نام دارد و از دید نقاش معرف دورویی انسان است. نقاب‌ها در تمام تاریخ بشر نقش داشته‌اند. نقاب هم پنهان‌کننده و هم آشکار ساز است؛ آنچه را دوست نداریم به دیگران یا خودمان نشان دهیم و آنچه را که می‌خواهیم مخفی بماند پنهان می‌سازد و آنچه را دوست داریم دیگران ببینند عیان می‌کند. هنر درمانگران در توانبخشی بیماران روانپزشکی از نقاب و ماسک استفاده کرده‌اند تا به بیماران کمک کنند احساسات خود را واری کرده خلاقیت خود را تجربه کنند. روانپزشکی بنام هروری کلکلی (Hervey Cleckley) اصطلاح "نقاب سلامت" را برای اشاره به افراد جامعه ستیز (سایکوپات) به کار گرفت که دیگران را بازی می‌دهند اما در زیر نقاب بهنجاری آشفتگی عمیقی دارند. کارل یونگ پرسونا (مشتق از واژه لاتین به معنای نقاب) را تصویری توصیف کرد که ما دوست داریم به جهان نشان دهیم و در زیر آن تصاویر دیگری از خود نهفته است. امیدواریم این نقاشی روی جلد تجربه یادگیری را برای خوانندگانمان غنی سازد.

همچون تمامی کتاب‌های کاپلان و سادوک، در این

کشتار نیوتون روی داده است. اثرات روان‌شناختی این رویدادها و نیز اثرات جنگ‌های عراق و افغانستان بر سلامت روان سربازان این جنگ‌ها به‌کتاب افزوده شده است. در همین راستا دو موضوع جدید اثرات تروسم و شکجه مورد توجه قرار گرفته است، دو حوزه‌ای که به‌ندرت در درسامه‌های روان‌پزشکی به آنها اشاره می‌شود اما برای روان‌پزشکانی که قربانیان این وقایع را درمان می‌کنند اهمیت بسیار زیادی دارد.

در این ویراست دو فصل جدید تحت عنوان روان‌پزشکی عمومی و جنبه‌های جهانی روان‌پزشکی افزوده شده که هر دو بازتاب چشم‌انداز جهانی و ملی روان‌پزشکی و نیاز بالینگران برای درک اختلالاتی است که در سراسر جهان ظهور می‌کنند. در بخش جدیدی تحت عنوان روش‌های تحریک مغز پیشرفت‌های جدیدی نظیر تحریک عمقی مغز و تحریک از طریق مغناطیس برای بازافت سلامتی، بیماری‌هایی که به درمان‌های مرسوم پاسخ نمی‌دهند و بیماری آنها جزو شدیدترین بیماری‌های روانی هستند مطرح شده است.

فصل روان‌درمانی گسترش یافته و درمان‌های جدیدی نظیر ذهنیت‌سازی (Mentalization) و ذهن‌آگاهی (Mindfulness) اضافه شده که هر دوی آنها در بخشی جدید پوشش داده شده‌اند. همچنین همچون سایر ویراست‌های پیشین در فصل درمان‌های دارویی هر داری مورد استفاده روان‌پزشکان برای درمان بیماری‌های روانی توضیح داده شده‌اند. این فصل به‌طور کامل به‌روز شده تا تمامی داروهای جدیدی که از زمان انتشار ویراست قبلی این کتاب وارد بازار شده‌اند پوشش داده شود.

یکتاآخرا اینکه تمامی فصول در بخش علوم رفتاری بازویسی و به‌روز شده تا منعکس‌کننده آخرین پیشرفت‌ها در این حوزه باشد.

روان‌داورشناسی

داروهایی که برای درمان اختلالات روانی به‌کار می‌روند بر طبق خصوصیات داروشناختی و مکانیسم اثر طبقه‌بندی شده‌اند و این طبقه‌بندی جایگزین طبقاتی نظیر داروهای

روابط مقابل دستگاه ایمنی و دستگاه عصبی مرکزی اثرات پیچیده دستگاه ایمنی بر روی مغز در زمینه سلامت و بیماری را توضیح می‌دهد.

بخش جدیدی تحت عنوان بهنجاری و سلامت روان افزوده شده که به خواننده چارچوبی می‌دهد که در قالب آن مرزهای بیماری روانی را درک کند. به همین ترتیب بخش جدید دیگری تحت عنوان روان‌شناسی مثبت‌نگر رویکردهای درمانی و نظریات نوپهوری را توضیح می‌دهد که در سلامت روان نقش دارند.

فصل سهم علوم اجتماعی فرهنگی حاوی سه بخش جدید تحت عنوان زیر است:

جسامه‌شناسی و کردارشناسی، روان‌پزشکی بین‌فرهنگی و سندرم‌های وابسته به فرهنگ که روی هم رفته متسکس‌کننده تأثیر عظیمی است که فرهنگ بر تظاهرات و شیوع اختلالات روانی در سراسر جهان دارد.

فصل مسائل مربوط به اراخر عمر حاوی بخش‌های مرگ، مردن و داغ‌دیدگی و مراقبت تسکینی بوده و نشان‌دهنده نقش مهمی است که روان‌پزشکان در تخصص بالینی طب تسکینی دارند. این فصل همچنین حاوی کنترل درد است که حوزه نسبتاً جدید و در عین حال مهمی است که روان‌پزشکان می‌توانند در آن نقش مهمی ایفا کنند. در فصل ناراضی‌جستی (طبقه تشخیصی جدیدی که در DSM-5 لحاظ شده) به مسائلی که بر افراد همجنس‌گرای مرد و زن، افراد دوجنس‌گرا و افراد طالب تغییر جنسیتی تأثیر می‌گذارد توجه خاصی شده است. فصل روان‌پزشکی و طب تولید مثل به میزان گسترده‌ای بازنگری شده تا با پیشرفت‌های حاصل شده در مسائل بهداشت و سلامت زنان هماهنگ باشد. فصل اخلاق در روان‌پزشکی به‌روز شده و بحث‌گسترده خودکشی به کمک پزشک را شامل شده است.

به این موضوع در بخشی تحت عنوان پروتازای و خودکشی به کمک پزشک توجه ویژه‌ای مبذول شده است. در ویراست قبلی، بخش اختلال استرس پس از سانحه، رویدادهای غم‌انگیز ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱ شامل مرکز تجارت جهانی در نیویورک و پنتاگون در واشنگتن را در بر می‌گرفت. مسأله‌ها از آن زمان فجایع دیگری نظیر طوفان هوریکان و

میزان گسترده‌ای به‌روز شده تا بازتاب تغییرات زیادی باشد که در دارو درمانی اختلالات کودکی از زمان آخرین انتشار این کتاب روی داده است.

واژه‌نامه

ویژگی منحصربه‌فرد این ویراست، افزودن واژه‌نامه‌ای جامع، به‌روز شده و جدید از علایم و نشانه‌های روان‌پزشکی است. روان‌پزشکی علمی توصیفی است و آگاهی و کاربرد صحیح بسیاری اصطلاحات موجود برای بالینگران در تشخیص و درمان موفق اهمیت زیادی دارد. امیدواریم این بخش افزوده شده برای خوانندگان مفید باشد.

منابع

در پایان هر بخش کتاب خلاصه روان‌پزشکی، تعدادی از ارجاعات و منابع ذکر شده که شامل مرور متون و منابع به‌روز شده و نیز فصول مرتبط در درسنامه بزرگ‌ترمان یعنی درس‌نامه جامع روان‌پزشکی است. تعداد منابع محدود شد که بخشی از این محدودیت برای کاستن از حجم کتاب بود اما دلیل مهم‌تر آن این بود که ما می‌دانیم خوانندگان روزگار مدرن برای دستیابی به جدیدترین متون موجود به پایگاه‌های داده‌های اینترنتی نظیر پاب مد و گوگل اسکولار مراجعه می‌کنند و ما این روند را تشویق می‌کنیم.

سپاسگزاری

از ویراستاران کتاب که با سخاوتمندی وقت و مهارت خود را به کار گرفتند صمیمانه سپاسگزاریم. ویراستاران این کتاب شامل افراد زیر بودند: دکتر کارولی پاتاکی، مسئول به‌روز کردن و بازنگری بخش اختلالات کودکی و نوجوانی؛ او در بسیاری از ویراست‌های بخش روان‌پزشکی درسنامه جامع روان‌پزشکی نقش داشته است؛ ما از کمک بیدریغ وی در این زمینه سپاسگزاریم. دکتر نورمان ساسمن بحث روان‌داروشناسی را به‌روز کرد و ما را قادر ساخت در این حوزه متغیر که به سرعت رو به گسترش است، مطالب به‌روز را به خواننده ارائه کنیم. او همچنین به عنوان ویراستار در بخش روان‌داروشناسی درسنامه جامع روان‌پزشکی نقش

ضدافسردگی، داروهای ضد روان‌پریشی، داروهای ضد اضطراب و تثبیت‌کننده‌های خلق شده است. طبقه‌بندی اخیر بسیار گسترده بوده و کاربرد بالینی داروهای روانگردان را نشان نمی‌دهد. برای مثال بسیاری از داروهای ضدافسردگی برای درمان اضطراب به کار می‌روند. برخی داروهای ضد اضطراب در درمان افسردگی و اختلالات دوقطبی تجویز می‌شوند و داروهای تمام طبقات فوق برای درمان سایر اختلالات بالینی نظیر اختلالات خوردن، اختلال وحشتزدگی و اختلال کنترل تکانه به کار می‌روند. همچنین بسیاری از داروها در درمان انواعی از اختلالات درمانی به کار می‌روند که در قالب یک طبقه‌بندی وسیع نمی‌گنجند. اطلاعات مربوط به تمام داروهای مورد استفاده در روان‌پزشکی از جمله فارماکودینامیک، فارماکوکینتیک، دوز داروها، عوارض جانبی و تداخلات دارویی به‌طور کامل روزآمد شده تا پژوهش‌های اخیر را منعکس کنند.

اختلالات دوران کودکی

فصول مربوط به اختلالات دوران کودکی به‌طور گسترده‌ای بازنگری شده‌اند تا مطالب مهم جدید را پوشش دهند. DSM-5 طبقات تشخیصی جدیدی در اختلالات دوران کودکی اضافه کرده و برخی طبقات را حذف کرده است. برای مثال تشخیص‌هایی نظیر اختلال نافذ رشد، اختلال رت و اختلال آسپرگر همینک تحت عنوان اختلال طیف در خودماندگی تجمیع شده‌اند و عناوین تشخیصی جدید اختلال کژتظیمی خلقی ایذایی و سندرم روان‌پریشی تخفیف یافته اضافه شده‌اند. این تغییرات و تغییرات دیگر در پوشش وسیع اختلالاتی که معمولاً در دوران کودکی و نوجوانی شروع می‌شوند بازتاب یافته است. فصل مربوط به تأثیر تروریسم به‌روز شده تا منعکس‌کننده اطلاعات جدید در مورد اختلال استرس پس از سانحه در کودکان از جمله آخرین یافته‌ها در مورد اثرات روان‌شناختی بر کودکان قربانی فجایع ساخته دست انسان و فجایع طبیعی باشد. بخش اختلالات اضطرابی به‌طور کامل بازنگری و به‌روز شده و اختلال وسواسی جبری اینک در فصل مجزایی قرار داده شده است. بخش مربوط به کاربرد داروها در کودکان به

داشت. دوریس ویرا معاون کتابخانه پزشکی فریدریک ل. اهرمن دانشکده پزشکی نیویورک در آماده‌سازی این ویرایش و ویرایش‌های قبلی کمک فراوانی به ما نمود.

ما صمیمانه از دو ویراستار پروژه در نیویورک تشکر می‌کنیم: نیتزا جونز - سپولودا برای بیش از یک دهه با ما همراه بوده و پیش از آنکه به بخش خصوصی برود بر روی این کتاب و بسیاری کتب دیگر کاپلان و سادوک کار کرده است. دانش وسیع او در مورد هر جنبه از نشر کتاب برای ما حیاتی بود. جای خالی او بسیار احساس می‌شود. همچنین از هالوی وینبرگ سپاسگزاریم که نقش عمده‌ای در خلق این کتاب ایفا نمود. او با شور و اشتیاق، فراست و نشاط کار کرد. ما همچنین از گلوریا رابلز در میامی قدردانی می‌کنیم که به تمامی مؤلفین و بخصوص دکتر روئیز کمک‌های ارزشمندی می‌نمود. همچنین لازم است از دکتر سیبا آنام، دکتر رنه رایبسون، دکتر نورا اوبرفیلد، دکتر ماریسا کامینسکی، دکتر کارولین پرس، دکتر میشل استانگر، دکتر راجان باهل و دکتر جی کانتور تشکر کنیم و همه این افراد در ویراست‌های مختلف کتاب خلاصه روان‌پزشکی نقش داشته‌اند. جا دارد به طور ویژه از دکتر لورا اریکسون - اشروث به خاطر کمک وی در زمینه نارضایتی جنسیتی سپاسگزاری کنیم. از دکتر سامون احمد تشکر می‌کنیم که به عنوان ویراستار مشاور در حوزه روان‌دانشناسی کمک عظیمی به ما نمود.

از دکتر جیمز سادوک و دکتر ویکتوریا گرگ به خاطر کمک‌هایشان در حوزه‌های تخصصی خود (به ترتیب، فوریت بزرگسالان و طب فوریت کودکان) ممنونیم.

از آلن و مریلن زوبلات به خاطر کمک سخاوتمندانه‌شان در این درسنامه و سایر درسنامه‌های کاپلان و سادوک سپاسگزاریم. در طول سال‌ها این افراد حامیان فداکار در بسیاری از پروژه‌های پژوهش، بالینی و آموزشی در مرکز پزشکی NYU بوده‌اند. ما عمیقاً از یاری ارزشمندشان سپاسگزاریم. در اینجا از فرصت استفاده کرده و از کسانی که این کتاب و سایر کتب کاپلان و سادوک را به زبان‌های

خارجی از جمله چینی، کرووات، فرانسوی، آلمانی، یونانی، اندونزیایی، ایتالیایی، ژاپنی، لهستانی، پرتغالی، رومانیایی، روسی، اسپانیولی و ترکی برگرداندند و نیز کسانی که ویرایش ویژه دانشجویان آسیایی و بین‌المللی را ارائه کرده‌اند، قدردانی می‌کنیم.

شرکت لیبینکات ویلیامز و ویلکینز برای حدود نیم قرن ناشر آثار ما بوده است و همچون همیشه کارکنان آن کارآمد عمل کرده‌اند. جمی الفرانک ویراستار LWW در بسیاری جنبه‌های کار ما بسیار مفید بود و کمک‌های او و نیز رفتار دوستانه‌اش را ارج می‌نهمیم. همچنین از آندره و سبورگ ویراستار تولید در LWW متشکریم که در بسیاری از جزئیات فراهم کردن این کتاب کمک‌های بسیاری به ما نمود. او بسیار بیش از نقش خود به عنوان ویراستار تولید ظاهر شد و در واقع به‌عنوان یک ویراستار کپی پاره وقت، ویراستار تصاویر، ویراستار جواز و بسیاری نقش‌های دیگر عمل کرد که مجال اشاره به همگی آنها نیست. خوش بینی و پرکاری او در زمینه این پروژه بی‌نهایت مفید بود. جا دارد از کریس میلر در آنتارا نیز بخاطر کار روی این عنوان و سایر عناوین کاپلان و سادوک تشکر کنیم. ما از چارلی میچل، ویراستار اجرایی سابق در LWW سپاسگزاریم که به مدت بیش از ۲۰ سال پیش از آنکه وارد کار دانشگاهی شود مشوق و راهنمای ما بود. ما اینک همچون تمام سالهایی که در LWW حضور داشت دوستی او را ارج می‌نهمیم.

سرانجام جا دارد صمیمانه‌ترین سپاس‌های خود را نثار دکتر چارلز مارمار، استاد و رئیس روان‌پزشکی در دانشکده پزشکی دانشگاه نیویورک کنیم که در تمام طول این پروژه حمایت کاملی از ما به عمل آورد. او با مهارت، اشتیاق و از خود گذشتگی گروه روان‌پزشکی را در قرن بیست و یکم هدایت کرده است. تحت رهبری او NYU به یکی از مراکز پیشگام روان‌پزشکی و علوم اعصاب در ایالات متحده و در سطح جهان تبدیل شده است.

این روش‌ها در واقع به عنوان یک روش تشخیصی برای تشخیص اختلالات روانی در نظر گرفته می‌شود. این روش‌ها شامل مصاحبه بالینی، آزمون‌های روانی و سایر روش‌های تشخیصی است. این روش‌ها به کمک متخصصان روانشناسی و روانپزشکی انجام می‌گیرد. این روش‌ها به کمک متخصصان روانشناسی و روانپزشکی انجام می‌گیرد.

روش‌های تشخیصی

این روش‌ها در واقع به عنوان یک روش تشخیصی برای تشخیص اختلالات روانی در نظر گرفته می‌شود. این روش‌ها شامل مصاحبه بالینی، آزمون‌های روانی و سایر روش‌های تشخیصی است. این روش‌ها به کمک متخصصان روانشناسی و روانپزشکی انجام می‌گیرد. این روش‌ها به کمک متخصصان روانشناسی و روانپزشکی انجام می‌گیرد.

اصول مشاوره و روانشناسی ۲۹/۱

این روش‌ها در واقع به عنوان یک روش تشخیصی برای تشخیص اختلالات روانی در نظر گرفته می‌شود. این روش‌ها شامل مصاحبه بالینی، آزمون‌های روانی و سایر روش‌های تشخیصی است. این روش‌ها به کمک متخصصان روانشناسی و روانپزشکی انجام می‌گیرد. این روش‌ها به کمک متخصصان روانشناسی و روانپزشکی انجام می‌گیرد.

این روش‌ها در واقع به عنوان یک روش تشخیصی برای تشخیص اختلالات روانی در نظر گرفته می‌شود. این روش‌ها شامل مصاحبه بالینی، آزمون‌های روانی و سایر روش‌های تشخیصی است. این روش‌ها به کمک متخصصان روانشناسی و روانپزشکی انجام می‌گیرد. این روش‌ها به کمک متخصصان روانشناسی و روانپزشکی انجام می‌گیرد.

حیجان‌های پست‌تراستی



انتخاب دارو

هر چند تمامی داروهای مورد تأیید FDA (اداره دارو و غذای ایالات متحده) در زمینه اختلال مورد کاربرد مجموعاً اثربخشی یکسانی دارند، اما خصائص داروشناختی و اثربخشی و عوارض آنها در تک تک بیماران تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد. بنابراین مؤثر بودن یک دارو فقط تا حدودی قابل پیش‌بینی بوده و به متغیرهایی در بیمار بستگی دارد که به خوبی شناسایی نشده‌اند. با این همه ممکن است برخی داروها به طور منحصربفردی در گروه‌های خاصی از بیماران مفید باشند، اما به صورت کلی برتری خاصی از آنها مشاهده نشود. هیچ دارویی در همه موارد مؤثر نیست و در هیچیک از اختلالات روان‌پزشکی عمده، شواهد موجود برتری قاطع هیچ داروی واحدی را نشان نداده‌اند. تنها استثنای این قضیه کلوزاپین است که از سوی FDA برای درمان موارد مقاوم اسکیزوفرنیا تأیید شده است.

تصمیم‌گیری برای انتخاب دارو و استفاده از آن برحسب هر مورد و بسته به قضاوت فردی پزشک صورت می‌گیرد. سایر عوامل مؤثر در انتخاب دارو عبارتند از خصوصیات دارو و ماهیت بیماری. هر یک از این مؤلفه‌ها بر احتمال فرجام موفقیت‌آمیز تأثیر می‌گذارند.

عوامل مربوط به دارو

فارماکودینامیک (پوش داروشناسی)

سیر زمانی و شدت اثرات دارو فارماکودینامیک دارو نامیده می‌شود. ملاحظات عمده فارماکودینامیک عبارتند از مکانیسم‌های گیرنده، منحنی دوز - پاسخ، شاخص درمانی و پیدایش تحمل، وابستگی و پدیده‌های محرومیت. مکانیسم اثر دارو در ذیل مباحث فارماکودینامیک تشریح می‌شود. پاسخ بالینی به یک دارو، از جمله بروز عوارض جانبی، حاصل تعامل بین دارو و استعداد بیمار برای بروز این اثرات است. مطالعات فارماکوژنتیک برای شناسایی پلی‌مرفیسم ژنتیکی مرتبط با تفاوت‌های فردی در پاسخ درمانی و حساسیت ابتلا به عوارض جانبی آغاز شده است.

مکانیسم‌ها

مکانیسم‌هایی که از طریق آنها اکثر داروهای روانگردان اثرات درمانی خود را اعمال می‌کنند هنوز به درستی شناخته

می‌شوند. در این فصل برای حذف این سردرگمی، ایجاد یکدستی، سهولت مراجعه و جامعیت، داروها براساس مکانیسم اثر مشترک و یا شباهت ساختمانی طبقه‌بندی و ارائه شده‌اند.

اثرات داروشناختی

هم عوامل ژنتیک و هم عوامل محیطی بر پاسخ فرد و تحمل‌پذیری نسبت به داروهای روانگردان مؤثرند. بنابراین دارویی که در بسیاری از بیماران دچار یک اختلال بخصوص مؤثر نیست، ممکن است در برخی از بیماران به طور چشمگیری سبب بهبود علائم شود. در این موارد شناسایی خصوصیتاتی که پیش‌بینی‌کننده کاندیداهای بالقوه آن دارو هستند اهمیت می‌یابد، اما در اغلب موارد این مطلب مبهم باقی می‌ماند.

وجوه افتراق داروها، حتی داروهای متعلق به یک خانواده دارویی عبارتند از: تفاوت‌های ظریف در ساختمان مولکولی، نوع تعامل با سامانه‌های عصب - رسانه‌ای (نوروترانسمیتری)، تفاوت‌های فارماکوکینتیک، وجود یا فقدان متابولیت‌های فعال و اتصال به پروتئین. این تفاوت‌ها در کنار خصوصیات بیوشیمیایی هر بیمار، مسئول نیمرخ اثربخشی، تحمل‌پذیری و ایمنی و نسبت خطر به فایده برای آن بیمار هستند. این متغیرهای متعدد که برخی از آنها به درستی شناسایی نشده‌اند، پیش‌بینی قطعی اثرات دارو را دشوار می‌سازند. با این همه، آگاهی از ماهیت هر ویژگی احتمال موفقیت درمان را افزایش می‌دهد. اثرات بالینی داروها را در قالب مفاهیم فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک بهتر می‌توان درک نمود. فارماکوکینتیک به این می‌پردازد که بدن با دارو چه می‌کند و فارماکودینامیک به اثرات دارو در بدن می‌پردازد.

بررسی فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک را بایستی با توجه به تنوع موجود در بیماران از لحاظ نحوه بروز اثرات بالینی دارو انجام شود. بیماران از لحاظ پاسخ درمانی به دارو و تجربه عوارض جانبی با همدیگر تفاوت دارند. روز به روز این نکته بیشتر روشن می‌شود که این تفاوت‌ها تا حدود زیادی پایه ژنتیکی دارند. در پژوهش‌های فارماکوژنتیک تلاش می‌شود نقش ژنتیک در پاسخ‌های دارویی شناسایی شود.

روانگردان که بر عناصر سیناپسی متمرکزند، نوعی ساده‌انگاری یک رشته رویدادهای پیچیده هستند. اگر صرف افزایش یا کاهش سطح فعالیت عصب - رسانه‌ها مسئول اثرات بالینی داروها بود، در آن صورت تمام داروهایی که چنین تغییراتی ایجاد می‌کردند فواید مشابهی به بار می‌آوردند؛ اما در عمل اینگونه نیست. کنش‌های مبهم متعددی که چندین مرحله از مکان گیرنده‌های نورونی فاصله دارند، احتمالاً مسئول اثرات درمانی داروهای روانگردان هستند. فرض بر این است که این عناصر پایین‌دستی (downstream elements) باز نمود دلایل واقعی ایجاد بهبود بالینی بر اثر مصرف داروها هستند. در جدول ۱-۲۹/۱ واره‌نامه اصطلاحات مرتبط با تعاملات دارو - گیرنده ارائه شده است.

عوارض جانبی

عوارض جانبی، خطرات غیرقابل اجتناب درمان دارویی محسوب می‌شوند. هرچند داشتن دانش دایرةالمعارفی در مورد همه عوارض احتمالی داروها غیرممکن است، اما بالینگران تجویزکننده باید با عوارض شایع تر و نیز پیامدهای طبی وخیم داروها آشنا باشند. هیچ کتاب یا سندی (از جمله بروشور داروها) حاوی فهرست کاملی از رویدادهای احتمالی ناشی از درمان دارویی نیست.

ملاحظات عوارض عبارتند از احتمال بروز عارضه، اثر آن بر کیفیت زندگی بیمار، سیر زمانی و علت ایجاد آن. همانطور که هیچ دارویی سبب بهبود بالینی قطعی در همه بیماران نمی‌شود، هیچ عارضه‌ای، صرفنظر از میزان شیوع آن، در همه بیماران بروز نمی‌کند. در مواردی که اختلالات طبی همزمان یا سابقه واکنش جانبی مشابه در گذشته خطر بروز عارضه‌ای را در بیمار افزایش می‌دهد، معقول آن است که تجویز دارویی را مدنظر قرار دهیم که معمولاً با بروز آن عارضه همراه نیست. عوارض جانبی ممکن است حاصل همان اثر داروشناختی باشند که مسئول اثرات درمانی است و یا ممکن است ناشی از خصلت دیگری از دارو (بدون ارتباط با اثرات درمانی آن) باشد. نمونه مورد اخیر این است که برخی از شایع‌ترین عوارض داروهای TCA ناشی از مهار گیرنده‌های موسکارتینی استیل‌کولین یا گیرنده‌های هیستامین ۲ هستند. اگر بیمار نسبت به این اثرات حساس باشد، باید داروهای دیگری که فاقد این خواص هستند تجویز شوند. در مواردی

نشده است. توضیحات استاندارد معطوف به اثرات داروها در تغییر تراکم‌های سیناپسی دوپامین، سروتونین، نوراپی‌نفرین، هیستامین، گاما- آمینوبوتیریک اسید (GABA) یا استیل‌کولین هستند. این تغییرات را ناشی از اثر آگونیستی یا آنتاگونیستی بر گیرنده، تداخل در بازجذب عصب - رسانه، تقویت آزادسازی عصب - رسانه‌ها (نوروترانسمیترها) یا مهار آنزیمی می‌دانند. هر دارویی ترکیبی از این اثرات یا شکل تغییر یافته‌ای از آنها را داراست. برای مثال دارویی ممکن است آگونیست گیرنده خاصی باشد و در نتیجه فعالیت زیستی اختصاصی آن گیرنده را تحریک کند و یا ممکن است اثرات آنتاگونیستی داشته باشد و فعالیت زیستی گیرنده را مهار کند. برخی داروها آگونیست نسبی هستند، زیرا قادر نیستند گیرنده مربوطه را به طور کامل فعال کنند. برخی داروهای روانگردان توسط مکانیسم‌هایی غیر از تداخل با گیرنده اثرات بالینی خود را اعمال می‌کنند. برای مثال لیتوم (اسکالیت) می‌تواند از طریق مهار مستقیم آنزیم اینوزیتول - ۱- فسفاتاز اثر خود را اعمال کند. برخی اثرات ارتباط نزدیکی با اثرات سیناپسی اختصاصی دارند. مثلاً وجه مشترک برخی داروهای درمان روان‌پریشی انسداد گیرنده دوپامین نوع ۲ (D₂) است. به همین ترتیب آگونیست‌های بنزودیازپینی به مجموعه گیرنده‌ای متصل می‌شوند که حاوی گیرنده‌های بنزودیازپین و گابا است.

شاهد دیگر بر این مدعا که مکانیسم‌های اثر داروهای روانگردان هنوز کامل شناخته نشده است، این یافته است که داروهای فاقد اثر مستقیم بر عصب - رسانه‌های تک آمینی می‌توانند تأثیر قابل ملاحظه‌ای در درمان بیماری‌های روان‌پزشکی داشته باشند. برای مثال کتامین (کتالار) یک داروی بی‌هوشی مؤثر بر گلو تامات است، چنانچه این دارو به صورت انفوزیون آهسته به بیمار داده شود می‌تواند تأثیر سریع و چشمگیری در رفع علائم افسردگی داشته باشد. مثال دیگر، آنتی‌بیوتیکی به نام مینوسیکلین (Solodyn) است که اثرات ضد افسردگی آن به اثبات رسیده است. این مثال در کنار یافته‌های دیگر، نشان می‌دهد که سیستم ایمنی و پاسخ‌های التهابی ممکن است اساس برخی موارد بیماری‌های خلقی باشند.

با این همه گزارش‌های مربوط به مکانیسم اثر داروها را بایستی در جایگاه واقعی خود دید. توضیحات تأثیر داروهای



تعامل گیرنده	تعریف	مثال‌ها و ملاحظات
آگونیسست (آگونیسست کامل)	دارویی که به گیرنده خاصی متصل شده و اثر مشابه اثرات معمول عصب - رسانه تولید می‌کند. اغلب برای درمان انواعی از اختلالات و بیماریها که در آنها عصب - رسانه اصلی حذف شده یا کاهش یافته، داروها به صورت آگونیسست گیرنده‌ها طراحی می‌شوند.	آگونیسست‌های کامل عبارتند از مواد افیونی نظیر مورفین، متادون، اکسی‌کدون، هیدروکدون، هروئین، کدئین، مپریدین، پروپوکسی فن و فنتانیل. بنزودیازپین‌ها به صورت آگونیسست مجموعه گیرنده گابا عمل می‌کنند.
آنتاگونیسست	ترکیبی که به گیرنده متصل شده و سبب مهار یا انسداد اثر ماده دیگری (آگونیسست) در مکان گیرنده می‌شود. آنتاگونیسست‌هایی که بر سر اتصال به یک گیرنده با آگونیسست رقابت می‌کنند آنتاگونیسست‌های رقابتی نامیده می‌شوند. آنهایی که از سایر روش‌ها اثرات آنتاگونیسستی خود را اعمال می‌کنند. آنتاگونیسست‌های غیررقابتی خوانده می‌شوند.	فلومازنیل آنتاگونیسست رقابتی گیرنده بنزودیازپین است. فعالیت در مکان بازشناسی بنزودیازپین واقع در مجموعه گیرنده گابا/ بنزودیازپین را مهار می‌کند. این ماده خالص‌ترین آنتاگونیسستی است که تولید شده است. داروهای مورد استفاده در درمان اسکیزوفرنی گیرنده‌های دوپامینی D2 را مهار می‌کنند. مثال‌های آنتاگونیسست‌های مواد افیونی عبارتند از نالتراکسون و نالوکسون.
آگونیسست نسبی (آگونیسست مختلط)	ماده‌ای که به یک گیرنده تمایل ترکیبی دارد (حتی زمانی که گیرنده را کامل اشغال کرده است) اما در گیرنده مزبور پاسخ داروشناختی نسبی ایجاد می‌کند. آگونیسست‌های نسبی اغلب از نظر ساختمان مولکولی شبیه آگونیسست‌های هستند. وقتی غلظت عصب - رسانه در حد پایینی است، آگونیسست‌های نسبی همچون آگونیسست عمل می‌کنند. به همین دلیل است که این داروها گاهی آگونیسست‌های مختلط نامیده می‌شوند.	بوپرنورفین یک آگونیسست نسبی است که اثرات و عوارض مواد افیونی تبیین نظیر نشنگی و تضعیف تنفسی را ایجاد می‌کند، اما اثرات حداکثر آن کمتر از آگونیسست‌های کامل نظیر هروئین و متادون است. بوپرنورفین در دوزهای پایین اثرات آگونیسستی ایجاد می‌کند که افراد معتاد به مواد افیونی را قادر به قطع ماده مخدر کرده و در این حالت فرد معتاد علائم محرومیت کمتری تجربه می‌کند.
آگونیسست معکوس	آگونیسست معکوس عاملی است که به همان گیرنده آگونیسست متصل می‌شود اما اثرات داروشناختی متضادی ایجاد می‌کند.	در حال حاضر چندین آگونیسست معکوس در تحقیقات بالینی در دست تولید هستند. یک نمونه ویژه آن RD15-4513 است که آگونیسست معکوس خانواده بنزودیازپین‌ها است. این دارو و بنزودیازپین‌ها هر دو به مکان اتصالی گابا بر روی نورونها متصل می‌شوند، هر چند RD15-4513 اثرات متضادی دارد و بجای اثرات ضداضطراب و رختزایی بنزودیازپین‌ها سبب بروز اضطراب شدید می‌شود. آگونیسست‌های معکوس کانابینوئید سبب کاهش اشتها می‌شوند که این نقطه مقابل اثرات اشتها آور کانابیس (حشیش) است.

نمونه‌های عوارض جانبی وخیم عبارتند از: آگرانولوسیتوز (کلوزاپین [Clozaril])، سندرم استیونس جانسون (لاموتریزین [لامیکتال])، نارسایی کبد (نفازودون [Serzone])، سکتة مغزی (فنلزین [Nardil]) و بلوک قلبی (تیوریدازین [Mellaril]). به طور کلی خطر عوارض تهدیدکننده حیات در داروهای روانگردان پایین است. داروهایی که با چنین خطراتی همراهند بایستی به طور دقیق‌تر مورد پایش قرار گیرند و پزشک معالج بایستی به این مسئله توجه کند که آیا منافع بالینی بالقوه، بروز خطر عوارض اضافی را توجیه می‌کنند یا خیر. هر دارویی که با خطر جدی همراه است (که این خطر در هشدار جعبه سیاه درج می‌شود) عموماً کمتر از آنچه که در صورت فقدان این خطر ممکن بود مصرف شود مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در مورد هالوپریدول (Haldol) و سایر آنتاگونیست‌های گیرنده دوپامین، بروز عوارض طولانی‌مدت نظیر دیس‌کینزی دیررس به خوبی به اثبات رسیده است. شواهد نوظهور همچنین حاکی از آن است که مصرف آنتاگونیست‌های دوپامین با افزایش اندک خطر سرطان پستان همراهند که این خطر با دوزهای تجمعی بالاتر ارتباط دارد. در مواردی که دارویی با خطری جدی همراه است، پایش طبی دقیق‌تر درمان دارویی ضرورت دارد. از آنجا که مصرف داروهای روانگردان رایج نظیر داروهای SSRI و آنتاگونیست‌های سروتونین - دوپامین تنها از دهه ۱۹۸۰ یا ۱۹۹۰ شروع شده است، در مورد اثرات بلندمدت آنها قطعیت کمتری وجود دارد، اما شواهد نشان نداده که عوارض جانبی صرفاً محدود به تداوم عوارض مشهود در دوره اولیه درمان باشند. همچنین باید به خاطر داشت که اکثر داروهایی نیز که در درمان اختلالات طبی مزمن مصرف می‌شوند، از شروع مصرف آنها زمانی طولانی نمی‌گذرد تا در مورد عوارض طولانی‌مدت شناسایی نشده آنها مطمئن باشیم.

افکار خودکشی و درمان ضدافسردگی

مسئله خودکشی مرتبط با داروهای ضدافسردگی به اخبار خط اول تبدیل شده‌اند؛ نتیجه یک تحلیل کارآزمایی‌های کوتاه‌مدت (۴ تا ۱۶ هفته) با کنترل دارونما در مورد ۹ داروی ضدافسردگی جدید حاکی است بین مصرف دارو و بروز افکار خودکشی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان کمتر از ۲۴ سال

که عوارض جانبی تظاهر مکانیسم اثر دارو هستند، بروز عوارض ممکن است گریزناپذیر باشد. بنابراین مهار بازجذب سروتونین توسط داروهای SSRI می‌تواند سبب تهوع و کژکاری جنسی شود. داروهای مهارکننده D2 که در درمان روان‌پریشی به کار می‌روند می‌توانند عوارض خارج هرمی (اکستراپیرامیدال) ایجاد کنند. اثرات آگونیستی درگیرنده‌های بنزودیازپینی سبب آتاکسی و خواب‌آلودگی روزانه می‌شود. در این موارد اغلب برای افزایش تحمل داروی اصلی داروهای دیگری به رژیم دارویی اضافه می‌شوند.

سیر زمانی

عوارض جانبی مختلف از نظر زمان شروع و طول مدت با همدیگر تفاوت دارند. برخی عوارض از همان ابتدای درمان ظاهر شده و سپس به سرعت برطرف می‌شوند. تهوع ناشی از داروهای SSRI یا ونلافاکسین (Effexor) و رخوت ناشی از میرتازاپین (Remeron) مثال‌هایی خوبی از عوارض زودرسی هستند که با گذشت زمان تخفیف می‌یابند. عوارض زودرس و در عین حال پایدار عبارتند از خشکی دهان که همراه با مهار بازجذب نورآدرنژیک یا اثرات ضد‌موسکارتینی دیده می‌شود. برخی عوارض در مراحل دیررس‌تری بروز می‌کنند (عوارض دیررس) و گاهی درست نقطه مقابل عوارض زودرس هستند. برای مثال بیماران معمولاً در اوایل درمان با داروهای SSRI وزن از دست می‌دهند، اما با گذشت زمان وضعیت برعکس شده و دچار افزایش وزن می‌شوند. به همین ترتیب فعال‌سازی یا سرآسیمگی اولیه ممکن است جای خود را به خستگی یا بی‌احساسی مداوم بدهد. از آنجا که اکثر داده‌ها در مورد داروهای جدید حاصل مطالعات کوتاه‌مدت هستند (عموماً با طول مدت ۸ هفته). در بروشورهای دارویی و توصیفات مربوط به داروها بر عوارض زودرس بیش از حد تأکید شده است. بالینگر بایستی قسمتهای "نامه به سردبیر" در مجلات علمی و سایر منابع اطلاعات را دنبال کند تا آگاهی خود از نیمرخ عوارض دارو را به روز نماید.

عوارض جانبی از نظر تأثیر بر رعایت درمان (compliance) و احتمال بروز صدمه به بیمار با هم متفاوتند. عوارض جانبی بسته به آستانه تحمل بیمار و تأثیر آن بر کیفیت زندگی وی، می‌توانند به قطع دارو منجر شوند.

میزان خودکشی در ایالات متحده کاهش یافته و مناطقی در ایالات متحده که میزان تجویز SSRI در آنها بالاتر است با بیشترین میزان کاهش خودکشی روبرو بوده‌اند. به ازای هر ۱۰ درصد افزایش میزان تجویز این داروها، میزان خودکشی ایالات متحده ۳ درصد کاهش یافته است.

مطالعه دیگری که در آن ۵۸۸ پرونده بیماران ۱۰ تا ۱۹ ساله بررسی شده بود (اکتبر ۲۰۰۳، مجله آرشيو روان‌پزشکی عمومی) نشان داد ۱ درصد افزایش مصرف داروهای ضدافسردگی با کاهش میزان خودکشی در حد ۰/۲۳ مورد در هر صدهزار نفر نوجوان در سال همراه بوده است. مطالعات همه‌گیر شناختی در چندین کشور، از جمله آمریکا، نشان داده‌اند که کاهش تجویز داروهای ضد افسردگی به کودکان افسرده باعث افزایش نرخ خودکشی در این گروه‌های جمعیتی شده است.

با توجه به میزان مختصر این خطر (اگر واقعاً موجود باشد) سوال مهمتر این است که آیا ممکن است در نتیجه اقدامات نامناسب FDA برخی بیماران افسرده درمان بالقوه حیاتبخش خود را دریافت نکرده باشند؟

عوارض جانبی مرتبط با داروهای جدیدتر

تمامی داروها با عوارض جانبی همراهند. بالینگر باید از وجود این عوارض آگاه بوده بتواند آنها را شناسایی کند و اقدامات مناسب برای درمان آنها را انجام دهد.

خواب‌آلودگی. رختزایی اغلب عارضه ناخواسته بسیاری از داروهای روانگردان است، بخصوص در مواردی که این داروها برای درمان بیخوابی، اضطراب یا سرآسیمگی به کار می‌روند. البته خواب‌آلودگی روزانه نیز عارضه ناخواسته‌ای است. بالینگر باید به بیماران در مورد احتمال رختزایی هشدار دهد و در پرونده آنها ثبت کند که توصیه‌های لازم در مورد رعایت جانب احتیاط در هنگام کار با هر نوع ماشین‌آلات یا تجهیزات مکانیکی به عمل آمد. در برخی موارد، خواب‌آلودگی ناشی از مصرف شبانه داروهای خواب‌آور است. حتی در مورد داروهایی نظیر داروهای SSRI که در بسیاری بیماران خاصیت فعال‌کنندگی دارند، خواب‌آلودگی ممکن است مشکل‌ساز شود. در برخی موارد خواب‌آلودگی ناشی از به‌هم خوردن کیفیت خواب است. مصرف درازمدت داروهای SSRI

ارتباطی وجود دارد. داده‌های این کارآزمایی‌ها که بیش از ۴۴۰۰ بیمار را دربرمی‌گرفتند، نشان داد میانگین خطر افکار یا رفتار خودکشی (انتحاری) در خلال چند ماه نخست درمان با داروهای ضدافسردگی ۴ درصد بوده که این میزان ۲ برابر خطر دارونما بوده است. در این کارآزمایی‌ها هیچ‌گونه خودکشی به‌وقوع نپیوست. این تحلیل همچنین در گروه سنی ۲۵ تا ۶۵ سال افزایش در خطر خودکشی را نشان نداد. در این مطالعه ضدافسردگی‌ها سبب کاهش افکار و رفتار خودکشی در افراد بالای ۶۵ سال شدند.

پس از نشر عمومی این اخبار، در اکتبر ۲۰۰۴ FDA درخواست نمود در مورد تمام داروهای ضدافسردگی قدیمی و جدید، هشدارهای جعبه سیاه اضافه شود (منظور از جعبه سیاه جدیدترین هشدارهایی است که در برچسب داروی تجویزی درج می‌شود). این اقدام زنگ خطر را نزد والدین و پزشکان به صدا درآورد و سبب تبلیغات فراوانی از سوی وکلای قصور حرفه‌ای گردید. مهمتر از همه، تجویز داروهای ضدافسردگی برای نوجوانان کاهش یافت، اما میزان آن در مورد بزرگسالان و پس از سالهای رشد و نمو ثابت باقی ماند. مطالعه بزرگی که در مورد بیماران دنیای واقعی انجام شد و در ژانویه ۲۰۰۶ در مجله روان‌پزشکی آمریکا منتشر گردید، تردیدهایی در مورد رابطه داروهای ضدافسردگی و افکار خودکشی و درست بودن تصمیم FDA برای تغییر برچسب این داروها بوجود آورد. در این مطالعه موارد خودکشی و بستری شدن به دلیل اقدام به خودکشی در پرونده پزشکی ۶۵۱۰۳ عضو یک شرکت بیمه غیرانتفاعی در Pacific Northwest بررسی شد و حدود ۵۰۰,۰۰۰ نفر از افرادی که در فاصله ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۳ داروی ضدافسردگی دریافت کرده بودند را دربرمی‌گرفت. این مطالعه نشان داد: (۱) داروهای ضدافسردگی جدید نسبت به داروهای قدیمی‌تر با سرعت و میزان بیشتری سبب کاهش خطر خودکشی می‌شوند و (۲) احتمال اقدام به خودکشی یا خودکشی موفق در ماه قبل از شروع درمان دارویی بیش از ۶ ماهه پس از شروع آن است. این نخستین بار نیست که یک مدرک معتبر، ارتباط معنادار بین مصرف داروهای ضدافسردگی و افزایش خطر خودکشی را نقض کرده است. جان‌مان از دانشگاه کلمبیا داده‌های جمعیتی ارائه نمود که نشان می‌دهد از سال ۱۹۸۷ (سال پیش از عرضه فلوکستین به عنوان نخستین SSRI)

درصد قید شده بود. اما در مطالعات بعدی که در آنها اطلاعات مربوط به عوارض جنسی توسط سوالات اختصاصی گردآوری شد، میزان کژکاری جنسی مربوط به داروهای SSRI بین ۳۵ تا ۷۵ درصد گزارش شد. در کار بالینی، بیماران ممکن است مایل نباشند به طور خودجوش کژکاری جنسی را به پزشک گزارش دهند، بنابراین پرسش در مورد این عوارض مهم است. همچنین برخی کژکاری‌های جنسی ممکن است مربوط به اختلال روان‌پزشکی اولیه باشد. با این همه اگر کژکاری جنسی پس از شروع دارودرمانی آغاز شود، و پاسخ اولیه به درمان مثبت باشد، ممکن است اقدام به درمان این عوارض ارزشمند باشد. فهرست بلند بالایی از پادزهرهای احتمالی این عوارض تهیه شده است، اما معدودی از آنها به طور پیوسته مؤثر هستند و در مورد معدودی از آنها شواهدی فراتر از گزارش‌های موردی وجود دارد. بالینگر و بیمار باید هنگام انتخاب دارو احتمال عوارض جنسی را در نظر بگیرند و در مواردی که این عوارض برای بیمار قابل قبول نیستند، بایستی داروی تجویزی به دارویی با عوارض جنسی کمتر تغییر یابد.

افزایش وزن. افزایش وزن که با مصرف بسیاری از داروهای روانگردان دیده می‌شود به دلیل احتباس مایع، افزایش دریافت کالری، کاهش ورزش و تغییر متابولیسم است. افزایش وزن ممکن است علامتی از یک اختلال نظیر پراشتهایی عصبی یا افسردگی آتیپیک و یا نشانه‌ای از بهبودی دوره بیماری باشد. افزایش وزن در طی درمان دلیل شایع عدم رعایت رژیم دارویی است. هیچ مکانیسم اختصاصی برای افزایش وزن شناسایی نشده است و به نظر می‌رسد سیستم‌های هیستامین و سروتونین واسطه تغییرات وزن در بسیاری از داروهای مورد استفاده در درمان افسردگی و روان‌پریشی باشند. گزارش شده است که در بیمارانی که افزایش وزنشان مربوط به مهارکننده‌های بازجذب دوپامین - سروتونین و اسید والپروئیک است، متفورمین (Glucophage) کاهش وزن را تسهیل می‌کند. والپروات و نیز الانزاپین با مقاومت به انسولین ارتباط دارند که این امر می‌تواند سبب افزایش اشتها و در نتیجه افزایش وزن شود. افزایش وزن عارضه قابل توجه کلوزاپین (Clozaril) و الانزاپین است. به نظر می‌رسد عوامل ژنتیکی تنظیم‌کننده

می‌تواند در برخی بیماران حتی با وجود خواب کافی حس ذهنی خستگی، فرسودگی یا خمیازه ایجاد کند. درمان خواب‌آلودگی ناخواسته عبارت است از تعدیل دوز یا تغییر زمان مصرف دارو، تغییر دارو به دارویی جایگزین، افزودن دوزهای اندک محرک‌ها یا افزودن مودافینیل (Provigil).

اختلالات گوارشی. دو عارضه گوارشی عمده داروهای ضدروان‌پریشی و ضدافسردگی قدیمی یبوست و خشکی دهان است که نتیجه اثرات ضد‌موسکارینی این داروها است. اکثر داروهای جدید اثرات ضد‌موسکارینی چندانی ندارند، اما بر سیستم سروتونین تاثیر می‌گذارند. بخش اعظم سروتونین بدن در دستگاه گوارش قرار دارد و داروهای سروتونرژیک اغلب درجات متفاوتی از درد معده، تهوع، نفخ و اسهال ایجاد می‌کنند. در اکثر موارد این عوارض گذرا هستند، اما برخی بیماران هیچگاه نسبت به این عوارض انطباق حاصل نمی‌کنند و در این موارد لازم می‌شود دارو تغییر یابد و خانواده دیگری از داروها تجویز شود. مؤثرترین راهبرد برای تقلیل عوارض گوارشی این است که در ابتدا دوزهای کمی از دارو تجویز شود و یا از فرآورده‌های آهسته رهش استفاده شود.

اختلالات حرکتی. عرضه آنتاگونیست‌های سروتونین - دوپامین به میزان زیادی بروز اختلالات حرکتی ناشی از دارو را کاهش داده است، اما هنوز هم با مصرف این داروها درجاتی از دیستونی، پارکینسونیسم و ناآرامی (akathisia) دیده می‌شود. ریسپریدون (Risperdal) از لحاظ عوارض جانبی شباهت بیشتری به داروهای قدیمی دارد. الانزاپین (Zyprexa) نیز بیش از آنچه کارآزمایی‌های بالینی نشان داده‌اند اثرات اکستراپیرامیدال (خارج هرمی) ایجاد می‌کند. موارد نادری از اختلالات حرکتی ناشی از SSRI، از ناآرامی گرفته تا دیس‌کینزی دیررس، گزارش شده است.

کژکاری جنسی. مصرف داروهای روان‌پزشکی ممکن است با کژکاری جنسی (کاهش میل جنسی، اختلال انزال و نعوظ و مهار ارگاسم در زنان) همراه باشد. در کارآزمایی‌های بالینی SSRIها، میزان عوارض جانبی کمتر از حد واقعی گزارش گردید، زیرا داده‌ها مبتنی بر گزارش‌های خودسنجی بیماران بود. در بروشور اولیه فلوکستین میزان کژکاری جنسی کمتر از ۵

لیتیوم (Eskalith)، داروهای TCA و بوپروپیون نیز با درجات متغیری از تخریب حافظه و اشکال در واژه‌یابی همراهند. برخلاف فراموشی پیش‌گستر ناشی از بنزودیازپین‌ها، این داروها نوع خفیف‌تری از اشکال شناختی ایجاد می‌کنند. داروهای دارای خواص آنتی‌کولینرژیک ممکن است سبب تضعیف عملکرد حافظه شوند.

تعریق. تعریق شدید بدون ارتباط با دمای محیط همراه با داروهای TCA، SSRI و ونلافاکسین دیده می‌شود. می‌توان برای درمان این عارضه از داروهای مؤثر بر گیرنده آلفا نظیر ترازوسین (Hytrin) و اکسی‌بوتینین (Ditropan) استفاده کرد.

اختلالات قلب و عروق. داروهای جدید کمتر اثرات سمی مستقیم روی قلب دارند. بسیاری از داروهای قدیمی، نظیر داروهای TCA و فنوتیازین‌ها، بر فشارخون و هدایت قلبی تأثیر می‌گذارند. داروی تیوریدازین (Mellaril) که از چند دهه پیش تجویز می‌شده است، سبب طولانی شدن فاصله QTc به شکلی وابسته به دوز می‌شود و ممکن است توسط تأخیر رپلاریزاسیون بطنی و ایجاد آریتمی "چرخش بُردار قلب" (torsades de pointes) خطر مرگ ناگهانی را افزایش دهد. امروزه داروهای جدید به طور مرتب از نظر شواهد مربوط به اثرات قلبی تحت‌نظر و پایش قرار دارند. سرتیندول (Serlect) که دارویی نویدبخش در درمان روان‌پریشی بود، به بازار عرضه نشد، زیرا FDA دستور داد هشدار جعبه سیاه در مورد آن اعمال شود. اثرات مختصر زیراسیدون (Geodon) بر روی QTc (فاصله تصحیح‌شده QT) سبب تأخیر عرضه آن گردید. کلوزاپین (Clozari) در موارد نادر می‌تواند سبب بروز میوکاردیت شود و بالینگر باید از این مسئله آگاه باشد.

بثورات. هر دارویی به طور بالقوه می‌تواند بثورات دارویی ایجاد کند. برخی داروهای روانگردان نظیر کاربامازپین (Tegretol, Equetro) و لاموتریزین (لامیکتال) با افزایش خطر درماتیت اگس فولیاتیو جدی همراهاند. این حالت که اغلب سندرم استیونس - جانسون نامیده می‌شود واکنشی سیستمیک است که با دخالت عوامل ایمنی ایجاد شده و

وزن و نیز مشکلات مربوط به دیابت ملیتوس، بر روی گیرنده 5-HT_{2C} تأثیر دارند. در ناحیه آغازگر (promoter) ژن این گیرنده، نوعی پلی‌مرفیسم ژنتیکی وجود دارد و در بیماران که بجای این آلل آلل واریانتی دارند، میزان افزایش وزن به مراتب کمتر است. انتظار می‌رود داروهایی که تمایل ترکیبی قدرتمندی به گیرنده 5-HT_{2C} دارند، بر روی وزن بیماران دارای پلی‌مرفیسم ناحیه پیش‌برنده گیرنده 5-HT_{2C} اثر بیشتری دارند.

کاهش وزن. در اوایل تجویز داروهای SSRI کاهش وزن دیده می‌شود، اما این پدیده، معمولاً گذراست و در اکثر موارد وزن بیمار ظرف چند ماه اول درمان به حد قبلی خود برمی‌گردد. نشان داده شده است که بوپروپیون (Wellbutrin) کاهش وزن مختصری ایجاد می‌کند که پایدار است. وقتی بوپروپیون با رژیم غذایی و تغییرات سبک زندگی همراه شود، می‌تواند سبب کاهش بیشتری در وزن بدن شود. توپیرامات (Topamax) و زونیزامید (Zonegran) که به عنوان درمان صرع عرضه می‌شوند، گاهی کاهش قابل‌ملاحظه و پایداری در وزن ایجاد می‌کنند.

تغییرات گلوکز. در جریان درمان با داروهای روانگردان، همراه با افزایش وزن، خطر ناهنجاری‌های گلوکز از جمله دیابت ملیتوس بالا می‌رود. کلوزاپین و الانزاپین بیش از سایر آنتاگونیست‌های سروتونین - دوپامین سبب ناهنجاری سطوح گلوکز ناشتا و نیز بروز دیابت هیپراسمولار و کتواسیدوز می‌شوند.

هیپوناترمی. هیپوناترمی بخصوص در بیماران سالمند با مصرف اکسکاربازپین (Trileptal) و داروهای SSRI دیده می‌شود. علائم شایع آن عبارتند از: سردرگمی (کونفوزیون)، سرآسیمگی (agitation) و بیحالی.

تخریب شناختی. تخریب شناختی به معنای اختلال قابلیت و توانایی تفکر است. برخی داروها نظیر آگونیست‌های بنزودیازپین به عنوان عامل تخریب شناختی شهرت دارند. اما سایر روانگردان‌های رایج، نظیر داروهای SSRI، لاموتریزین (لامیکتال)، گاباپنتین (Neurontin)،

داروهای رخوتزا - خواب‌آور ذکر شده از سوی FDA

کارخانه تولیدکننده	دارو
Sanofi Aventis	زولپیدم (Ambien/Ambien CR)
MedPointe Pharmaceuticals	بوتاباریتال (Butisol Sodium)
Parke-Davis	پنتوباریتال و کاربرومال (Carbrital)
Valeant pharmaceuticals	فلورازپام (Dalmane)
Questcor Pharmaceuticals	کوازپام (Doral)
Pfizer	تریازولام (Halcion)
Sepracor	اس‌زولیکون (Lunesta)
Abbott	اتکلروپنول (Placidyl)
Abbott	استازولام (prosom)
Tyco Healthcare	تمازپام (Restoril)
Takeda	راملتنون (Rozerem)
Lilly	سکوباریتال (Seconal)
King Pharmaceuticals	زالپون (Sonata)

فهرست داروهایی که بایستی این اثرات روی برچسبشان درج شود ارائه شده است.

شاخص درمانی (therapeutic Index)

شاخص درمانی مقیاسی نسبی برای سمیت یا ایمنی دارو است و طبق تعریف عبارتست از نسبت دوز میانه سمی به دوز میانه مؤثر. دوز میانه سمی دوزی است که در آن ۵۰ درصد بیماران دچار اثر سمی خاصی می‌شوند و دوز میانه مؤثر دوزی است که در آن ۵۰ درصد بیماران به یک اثر درمانی مشخص دست می‌یابند. در مواردی که شاخص درمانی بالا است (مانند هالوپریدول)، دارو را می‌توان در طیف دوزاژ وسیعی تجویز نمود. برعکس شاخص درمانی لیتيوم بسیار پایین است و به همین دلیل پایش دقیق سطح سرمی لیتيوم در بیماران تحت درمان با این دارو ضروری است.

بیش مصرف

بی‌خطر بودن دارو در حالات بیش‌مصرف همواره یکی از ملاحظات انتخاب دارو محسوب می‌شود. البته تقریباً تمامی داروهای جدید در موارد بیش‌مصرف حاشیه ایمنی وسیعی

می‌تواند کشنده باشد و یا سبب اسکارهای دایمی یا ناینایی شود. همه بیماران باید از وخامت بالقوه ضایعات منتشر، ضایعات روی گردن، ضایعات غشاهای مخاطی و ضایعاتی که با تب و لنفادنوپاتی همراهند آگاه شوند. هنگام تجویز دارو باید به بیمار آموزش داد که در صورت بروز این علائم فوراً به بخش فوریت‌ها مراجعه کند.

واکنش‌های دارویی متناقض گونه و

ایدیوسنکراتیک

واکنش‌های ایدیوسنکراتیک (فردویژه) در درصد بسیار کمی از بیماران مصرف‌کننده دارو بروز می‌کنند. این واکنش‌ها با خواص دارویی شناخته شده ارتباط ندارند و احتمالاً نمود حساسیت غیرعادی ژنتیکی نسبت به داروهای مصرفی هستند. واکنش متناقض‌گونه نشانگر تظاهر اثرات بالینی متضاد اثرات مورد انتظار است. در مارس ۲۰۰۷ FDA مواردی از حالات شبه تجزیه‌ای را همراه با مصرف برخی داروهای رخوتزا خواب‌آور گزارش کرد که عبارت بودند از: رفتارهایی نظیر خواب‌گردی، پرخوری، انفجارهای پرخاشگری و رانندگی ناخودآگاه شبانه. در جدول ۲-۲۹/۱

فارماکودینامیک به اثرات داروها بر فعالیت زیستی یکدیگر اطلاق می‌شود. از مفاهیم فارماکوکینتیک برای توصیف و پیش‌بینی سیر زمانی غلظت‌های دارویی در بخش‌های مختلف بدن، نظیر پلاسما، بافت چربی و دستگاه عصبی مرکزی (CNS) استفاده می‌شود. از دیدگاه بالینی، روش‌های فارماکوکینتیک به توضیح یا پیش‌بینی شروع و مدت فعالیت دارویی و تداخلات دارویی تغییردهنده متابولیسم یا دفع داروها کمک می‌کنند.

پژوهش‌های فارماکوکینتیک بر یافتن آل‌های واریانتی متمرکز است که فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک دارو را تغییر می‌دهند. پژوهشگران در پی شناسایی تفاوت‌های ژنتیکی در زمینه متابولیسم آنزیمی داروهای روان‌گردان و نیز نقش مستقیم پروتئین‌های CNS در اثرات داروها هستند. به همین ترتیب شناسایی ژنوتیپ بیماران نیز پیش‌بینی پاسخ بالینی به انواع مختلف داروها را تسهیل خواهد کرد.

اکثر بالینگران برای تعیین اینکه چه هنگام تداخلات بالقوه ممکن است بروز کند و در صورت بروز از نظر بالینی چه اهمیتی دارند نیازمند رجوع به نمودارها یا برنامه‌های کامپیوتری هستند. در صورت امکان بهتر است از دارویی استفاده شود که کمترین تداخل دارویی را دارد. همچنین توصیه می‌شود تجویزکنندگان دارو، نیمرخ تداخلات داروهای را که بیشتر تجویز می‌کنند بشناسند.

نمونه تداخلات فارماکوکینتیک عبارتست از افزایش یا کاهش غلظت یک دارو بر اثر دارویی دیگر. این نوع تداخلات همچنین می‌توانند به تغییر غلظت متابولیت‌ها هم منجر شوند. در برخی موارد ممکن است در تبدیل دارو به متابولیت فعالش تداخلی ایجاد شود. بیماران در زمینه شاخص‌های فارماکوکینتیک مانند جذب و متابولیسم دارو تفاوت‌های چشمگیری با هم دارند. نوع دیگر تداخل دارویی شامل تداخلاتی است که کلیه را درگیر می‌کنند. داروهای رایجی نظیر مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACE)، داروهای غیراستروئیدی ضدالتهابی (NSAIDs) و تiazیدها سبب کاهش پالایش کلیوی لیتیوم شده و با احتمال افزایش شدید سطح لیتیوم همراهند. تداخلات دارویی ممکن است به صورت فارماکوکینتیک یا فارماکودینامیک باشد. از فارماکوکینتیک برای بررسی علت تفاوت متابولیسم

دارند. برعکس، در مورد داروهای TCA، مقدار داروی تجویز شده برای یک ماه، می‌تواند کشنده باشد. بیماران افسرده‌ای که تحت درمان با این داروها قرار می‌گرفتند، بیشترین خطر اقدام به خودکشی را داشتند. از آنجا که حتی بی‌خطرترین داروها در برخی موارد، بخصوص همراه با داروهای دیگر، می‌توانند عوارض طبی شدیدی ایجاد کنند، بالینگران باید متوجه باشند که داروی تجویزی ممکن است برای اقدام به خودکشی مصرف شود. هرچند روش عاقلانه آن است که نسخه‌ها غیرقابل تکرار و حاوی مقادیر اندک داروها باشند، اما این روش با افزایش هزینه‌های بیمار همراه است. در واقع بسیاری از برنامه‌های مدیریت مزایای دارویی تجویز ۳ ماهه داروها را تشویق می‌کنند.

در مواردی که احتمال خودکشی به صورت جدی مطرح است، بایستی اقداماتی به عمل آید تا دارو برای اقدامات بعدی خودکشی انبار نشود. شمارش تصادفی قرص‌ها می‌تواند مفید باشد؛ همچنین می‌توان از خانواده خواست که هر روز فقط میزان داروی همان روز را در اختیار بیمار قرار دهند. برخی بیماران درست زمانی که علائم بهبودی در آنها شروع می‌شود دست به خودکشی می‌زنند. مقادیر بالای داروهای با شاخص درمانی پایین بایستی به صورت حساب‌شده تجویز شود. دلیل دیگر محدود کردن میزان داروهای تجویزی مصرف تصادفی آنها توسط کودکان منزل است. داروهای روان‌پزشکی بایستی در جای مطمئنی نگهداری شوند.

پزشکان بخش فوریت‌ها بایستی بدانند که کدام داروها قابل همودیالیز هستند. مسائل مطرح در این زمینه پیچیده بوده و صرفاً مبتنی بر خصوصیت واحدی از داروی مصرفی نیستند. برای مثال عموماً تصور می‌شود داروهایی که پیوند پروتئینی پایینی دارند کاندید مناسبی برای دیالیز هستند. اما مولکول ونلافاکسین که میزان اتصال به پروتئین آن فقط ۲۷ درصد است به حدی بزرگ است که قابل دیالیز نیست. همودیالیز در درمان بیش مصرف اسیدوالپروئیک (Depakene) مؤثر است.

فارماکوکینتیک

تداخلات دارویی فارماکوکینتیک عبارتست از اثرات داروها بر غلظت پلاسمایی یکدیگر و تداخلات

یک اقدام مفید آن است که بیمار جزئیات درمان با داروهای روانگردان را در گذشته یاد بیاید (جزئیاتی از قبیل داری تجویز شده، مقادیر دارو، مدت درمان دارویی، و ترکیب‌های دارویی). اما بسیاری از بیماران به دلیل اختلال روانی خود مورخین خوبی نیستند. در صورت امکان بایستی پرونده پزشکی بیمار برای تأیید گزارش‌های وی اخذ شود. اعضای خانواده منبع خوبی در زمینه اطلاعات جانی محسوب می‌شود.

پاسخ دارویی در اعضای خانواده

عموماً اعتقاد بر این است که پاسخ‌های دارویی در خانواده تکرار می‌شود. بنابراین پاسخ به یک داروی بخصوص در یکی از بستگان، نشانگر آن است که آیا بیمار از این دارو سود خواهد برد یا خیر. هر چند هیچ‌گونه شواهد قاطعی به نفع این مسئله وجود ندارد، اما مطالعات موجود نشان می‌دهند سابقه پاسخ مثبت به درمان با یک دارو بایستی در تصمیم‌گیری‌های درمانی لحاظ شود.

اختلالات روان‌پریشی یا طبی همزمان

در ارزیابی اولیه باید اطلاعاتی در مورد اختلالات طبی همزمان به دست آورد. در برخی موارد یک اختلال طبی عامل بروز علایم است. بیماران دچار بیماری تیروئید که تحت درمان کافی قرار نداشته باشند، ممکن است افسرده به نظر برسند. البته خواب (وقفه تنفسی حین خواب) سبب بروز افسردگی و تخریب شناختی می‌شود. اختلالات نادری مانند سندرم کلین - لوین می‌تواند نمای اختلال دوقطبی را تقلید کنند. دارویی باید انتخاب شود که کمتر سبب تشدید مشکلات طبی موجود بیمار شود.

مصرف مواد اعتیادآور، مصرف مفراط الکل و مصرف مکرر نوشابه‌های حاوی کافئین می‌توانند سبب عارضه‌دار شدن و حتی تضعیف درمان با داروهای روانگردان شود. این ترکیبات حاوی خواص روانگردان چشمگیری هستند و در برخی موارد ممکن است منبع علایم بیمار باشند. بهتر است از بیمار بخواهیم دست‌کم تا زمان تثبیت قاطع اثرات مفید درمان با داروهای روانگردان از مصرف این مواد پرهیز کند. پس از آن بیمار می‌تواند به تدریج مصرف مقادیر متوسطی از الکل، جای و قهوه را از سر بگیرد و دقت کند که آیا مصرف این مواد

داروها در بیماران مختلف استفاده می‌شود. در بیماری‌هایی که متابولیسم بسیار سریع یا وسیع دارند، ممکن است غلظت یک دارو پایین‌تر از حد انتظار باشد.

عوامل مربوط به بیمار

پاسخ به دارو و حساسیت به عوارض جانبی تحت‌تأثیر عوامل مربوط به بیمار قرار دارد. به همین دلیل است که رویکرد دارویی یکسانی که مناسب همه بیماران باشد وجود ندارد. متغیرهای مرتبط با بیمار عبارتند از: تشخیص، عوامل ژنتیکی، سبک زندگی، وضعیت طبی کلی، اختلالات همزمان و سابقه پاسخ دارویی، نگرش کلی بیمار نسبت به دارو، بی‌بزاری از برخی عوارض جانبی و ترجیح یک داروی بخصوص نیز بایستی مدنظر قرار گیرد.

تشخیص

عدم تشخیص صحیح، احتمال انتخاب داروی مناسب را کاهش می‌دهد. تشخیص نادرست نه تنها می‌تواند به از دست دادن فرصت بی‌بجامه، بلکه گاهی سبب تشدید علایم می‌شود. وقتی بیماری که در مرحله افسردگی اختلال دوقطبی قرار دارد، اشتباهاً مبتلا به افسردگی یک قطبی تشخیص داده شود، این خطا ممکن است سبب القای مایا (شیدایی) یا بروز تندچرخ‌چی شود. وقتی درمان شکست می‌خورد یا علایم تشدید می‌یابند بایستی تشخیص مقدماتی مورد ارزیابی مجدداً قرار گیرد.

پاسخ قبلی به درمان

داروی تجویزی باید مطابق با سابقه پاسخ دارویی بیمار (بپذیرندگی [Compliance])، پاسخ درمانی، اثرات جانبی، سابقه خانوادگی پاسخ دارویی و نیمخ عوارض دارویی موردنظر در مورد هر بیمار و شیوه معمول بالینگر تجویزکننده انتخاب شود. اگر دارویی قبلاً در درمان بیمار یا اعضای خانواده‌اش مؤثر بوده، بایستی همان دارو تجویز شود. اما به دلایلی که روشن نیست، برخی بیماران به دارویی که قبلاً مؤثر بوده پاسخ نمی‌دهند. سابقه اثرات جانبی شدید ناشی از یک داروی بخصوص نشانگر قدرتمندی است مبنی بر اینکه بیمار احتمالاً پذیرش مناسبی نسبت به آن دارو نشان نخواهد داد.