



دانشگاه شاهرود
پیم نور

کاربرد دارو در روانشناسی

دکتر امین رفیعی پور

حدیث غفاری خلیق الهام طالب لو

امروز کتابخوانی و علم‌آموزی نه تنها یک وظیفه‌ی ملی، که یک واجب دینی است.^۱

مقام معظم رهبری

در عصر حاضر یکی از شاخصه‌های ارزیابی رشد، توسعه و پیشرفت فرهنگی هر کشوری میزان تولید کتاب، مطالعه و کتابخوانی مردم آن مرز و بوم است. ایران اسلامی نیز از دیرباز تاکنون با داشتن تمدنی چندهزارساله و مراکز متعدد علمی، فرهنگی، کتابخانه‌های معتبر، علما و دانشمندان بزرگ با آثار ارزشمند تاریخی، سرآمد دولت‌ها و ملت‌های دیگر بوده و در عرصه فرهنگ و تمدن جهانی به‌سان خورشیدی تابناک همچنان می‌درخشد و با فرزندان نیک‌نهاد خویش هنرنمایی می‌کند. چه کسی است که در دنیا با دانشمندان فرزانه و نام‌آور ایرانی همچون ابوعلی سینا، ابوریحان بیرونی، فارابی، خوارزمی و ... همچنین شاعران برجسته‌ای نظیر فردوسی، سعدی، مولوی، حافظ و ... آشنا نباشد و در مقابل عظمت آنها سر تعظیم فرود نیاورد. تمامی این افتخارات ارزشمند، برگرفته از میزان عشق و علاقه فراوان ملت ما به فراگیری علم و دانش از طریق خواندن و مطالعه منابع و کتاب‌های گوناگون است. به شکرانه الهی، تاریخ و گذشته ما، همیشه درخشان و پر بار است. ولی اکنون در این زمینه در چه جایگاهی قرار داریم؟ آمار و ارقام ارائه‌شده از سوی مجامع و سازمان‌های فرهنگی در مورد سرانه مطالعه هر ایرانی، برایمان چندان امیدوارکننده نمی‌باشد.

کتاب، دروازه‌ای به سوی گستره دانش و معرفت است و کتاب خوب، یکی از بهترین ابزارهای کمال بشری است. همه دستاوردهای بشر در سراسر عمر جهان، تا آنجا که قابل کتابت بوده است، در میان دست‌نوشته‌هایی است که انسان‌ها پدید آورده و می‌آورند. در این مجموعه بی‌نظیر، تعالیم الهی، درس‌های پیامبران به بشر، و همچنین علوم مختلفی است که سعادت بشر بدون آگاهی از آنها امکان‌پذیر نیست. کسی که با دنیای زیبا و زندگی‌بخش کتاب ارتباط ندارد بی‌شک از مهم‌ترین دستاورد انسانی و نیز از بیشترین معارف الهی و بشری محروم است. با این دیدگاه، به‌روشنی می‌توان ارزش و مفهوم رمزی عمیق در این حقیقت تاریخی را دریافت که اولین خطاب خداوند متعال به پیامبر گرامی اسلام (ص) این است که «بخوان!» و در اولین سوره‌ای که بر آن فرستاده عظیم‌الشان خداوند، فرود آمده، نام «قلم» به تجلیل یاد

1. <https://farsi.khamenei.ir/message-content?id=2696>

شده است: «إِقْرَأْ وَ رَبُّكَ الْأَكْرَمُ. الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ» در اهمیت عنصر کتاب برای تکامل جامعه انسانی، همین بس که تمامی ادیان آسمانی و رجال بزرگ تاریخ بشری، از طریق کتاب جاودانه مانده اند.

دانشگاه پیام نور با گستره جغرافیایی ایران شمول خود با هدف آموزش برای همه، همه جا و همه وقت، به عنوان دانشگاهی کتاب محور در نظام آموزش عالی کشورمان، افتخار دارد جایگاه اندیشه سازی و خردورزی بخش عظیمی از جوانان جویای علم این مرز و بوم باشد. تلاش فراوانی در ایام طولانی فعالیت این دانشگاه انجام پذیرفته تا با بهره گیری از تجربه های گرانقدر استادان و صاحب نظران برجسته کشورمان، کتاب ها و منابع آموزشی درسی شاخص و خودآموز تولید شود. در آینده هم، این مهم با هدف ارتقای سطح علمی، روزآمدی و توجه بیشتر به نیازهای مخاطبان دانشگاه پیام نور با جدیت ادامه خواهد داشت. به طور قطع استفاده از نظرات استادان، صاحب نظران و دانشجویان محترم، ما را در انجام این وظیفه مهم و خطیر یاری رسان خواهد بود. پیشاپیش از تمامی عزیزانی که با نقد، تصحیح و پیشنهادهای خود ما را در انجام این وظیفه خطیر یاری می رسانند، سپاسگزاری می نمایم. لازم است از تمامی اندیشمندانی که تاکنون دانشگاه پیام نور را منزلگاه اندیشه سازی خود دانسته و ما را در تولید کتاب و محتوای آموزشی درسی یاری نموده اند، صمیمانه قدردانی گردد. موفقیت و بهروزی تمامی دانشجویان و دانش پژوهان عزیز آرزوی همیشگی ما است.

دانشگاه پیام نور

فهرست مطالب

پیشگفتار پانزده

فصل اول. جایگاه دارو در درمان.....	۱
هدف کلی.....	۱
هدف‌های یادگیری.....	۱
مقدمه.....	۱
۱-۱ طبقه‌بندی داروها.....	۲
۲-۱ روان دارو شناسی.....	۳
۱-۲-۱ فارماکوکتیک.....	۴
۱-۲-۱-۱ تداخلات دارویی.....	۵
۲-۱-۲ نیمه عمر دارو.....	۶
۲-۲-۱ فارماکودینامیک.....	۶
۱-۲-۲-۱ مکانیسم‌های گیرنده.....	۶
۲-۲-۲-۱ سایر ملاحظات عمده فارماکودینامیک.....	۹
۳-۱ عوارض جانبی.....	۱۰
۴-۱ تصمیم‌گیری برای انتخاب داروی مؤثر.....	۱۳
۱-۴-۱ وجوه افتراق داروها.....	۱۳
۲-۴-۱ ملاحظات خاص در تجویز دارو.....	۱۳
۳-۴-۱ عوامل اثرگذار در اثربخشی درمان.....	۱۴
خلاصه فصل اول.....	۱۵
خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل اول.....	۱۷
خودآزمایی تشریحی فصل اول.....	۱۸

فصل دوم. اختلالات اضطرابی در DSM5.....	۱۹
هدف کلی.....	۱۹
هدف‌های یادگیری.....	۱۹
مقدمه.....	۱۹
۱-۲ اضطراب.....	۲۱
۱-۲-۱ تفاوت‌های برجسته اختلالات اضطرابی در DSM 4 و DSM 5.....	۲۱
۲-۲ سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی.....	۲۱
۱-۲-۲ عوامل محیطی و وراثتی.....	۲۱
۲-۲-۲ نوروترنسمیترها (انتقال‌دهنده‌های عصبی).....	۲۲
۳-۲ درمان دارویی کلی اختلالات اضطرابی.....	۲۳
۴-۲ انواع اختلالات اضطرابی.....	۲۹
۱-۴-۲ اختلال پانیک (وحشت‌زدگی).....	۲۹
۱-۴-۲-۱ ملاک‌های تشخیصی اختلال پانیک در DSM5.....	۳۱
۲-۴-۲-۱ دارو درمانی.....	۳۲
۳-۴-۲-۱ شکست درمان.....	۳۵
۴-۴-۲-۱ تشخیص افتراقی.....	۳۶
۲-۴-۲ اختلال بازار هراسی.....	۳۶
۱-۴-۲-۱ ملاک‌های تشخیصی بازار هراسی در DSM5.....	۳۷
۲-۴-۲-۲ دارو درمانی.....	۳۹
۳-۴-۲-۲ تشخیص افتراقی.....	۴۰
۳-۴-۲ اختلال هراس خاص.....	۴۱
۱-۴-۲-۱ ملاک‌های تشخیصی هراس خاص در DSM5.....	۴۲
۲-۴-۲-۲ دارو درمانی.....	۴۳
۴-۴-۲ اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب تعمیم یافته.....	۴۳
۱-۴-۲-۱ ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی در DSM5.....	۴۴
۲-۴-۲-۲ دارو درمانی.....	۴۵
۳-۴-۲-۲ تشخیص افتراقی.....	۴۶
خلاصه فصل دوم.....	۵۳
خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل دوم.....	۵۴
خودآزمایی تشریحی فصل دوم.....	۵۵
فصل سوم. اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا در DSM 5.....	۵۷
هدف کلی.....	۵۷
هدف‌های یادگیری.....	۵۷
مقدمه.....	۵۷
۱-۳ تفاوت‌های برجسته اختلالات مرتبط با آسیب و عوامل استرس‌زا در DSM5 و DSM4.....	۵۸

۵۸	۲-۳ سبب شناسی اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا.....
۶۰	۳-۳ انواع اختلالات مرتبط با آسیب و عوامل استرس‌زا در Dsm5.....
۶۰	۱-۳-۳ اختلال دلبستگی واکنشی.....
۶۰	۱-۳-۳-۱ ملاک‌های تشخیصی اختلال دلبستگی واکنشی.....
۶۱	۲-۳-۳-۲ تشخیص افتراقی.....
۶۱	۲-۳-۳ اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده.....
۶۱	۲-۳-۳-۱ ملاک‌های تشخیصی اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده.....
۶۲	۲-۳-۳-۲ تشخیص افتراقی.....
۶۲	۳-۳-۳ اختلال استرس پس از آسیب (PTSD).....
۶۲	۱-۳-۳-۳ ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از آسیب.....
۶۳	۲-۳-۳-۳ تشخیص افتراقی.....
۶۳	۴-۳-۳ اختلال استرس حاد و اختلالات سازگاری.....
۶۳	۱-۴-۳-۳ ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس حاد.....
۶۴	۲-۴-۳-۳ تشخیص افتراقی.....
۶۴	۳-۴-۳-۳ ملاک‌های تشخیصی اختلالات سازگاری.....
۶۵	۴-۴-۳-۳ تشخیص افتراقی.....
۶۵	۴-۳ درمان.....
۶۵	۱-۴-۳ درمان دارویی اختلال استرس حاد و اختلال پس از آسیب.....
۶۶	۲-۴-۳ درمان دارویی اختلالات سازگاری.....
۶۸	خلاصه فصل سوم.....
۶۹	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل سوم.....
۷۰	خودآزمایی تشریحی فصل سوم.....
۷۱	فصل چهارم. وسواس عملی جبری و اختلالات مرتبط در DSM5.....
۷۱	هدف کلی.....
۷۱	هدف‌های یادگیری.....
۷۱	مقدمه.....
۷۲	۱-۴ تفاوت‌های برجسته وسواس فکری عملی در DSM5 و DSM4.....
۷۲	۲-۴ سبب شناسی اختلالات وسواس فکری عملی.....
۷۲	۱-۲-۴ عوامل زیستی-شیمیایی.....
۷۴	۲-۲-۴ عوامل رفتاری.....
۷۴	۳-۲-۴ عوامل روانی-اجتماعی.....
۷۵	۳-۴ انواع اختلالات وسواس فکری عملی در DSM 5.....
۷۶	۱-۳-۴ وسواس فکری عملی و اختلالات مرتبط.....
۷۶	۱-۳-۴-۱ ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواس فکری عملی.....
۷۶	۲-۳-۴-۲ تشخیص افتراقی.....

۷۷	 ۳-۱-۳-۴ دارو درمانی
۷۹	 ۲-۳-۴ ملاک‌های تشخیصی اختلال بدشکلی بدن و اختلال احتکار
۷۹	 ۱-۲-۳-۴ ملاک‌های تشخیصی اختلال بدشکلی بدن
۷۹	 ۲-۲-۳-۴ تشخیص افتراقی
۷۹	 ۳-۲-۳-۴ دارو درمانی
۸۰	 ۴-۲-۳-۴ ملاک‌های تشخیصی اختلال احتکار
۸۱	 ۵-۲-۳-۴ تشخیص افتراقی
۸۱	 ۶-۲-۳-۴ دارو درمانی
۸۱	 ۳-۳-۳-۴ ملاک‌های تشخیصی اختلال موکنی و اختلال پوست‌کنی
۸۱	 ۱-۳-۳-۴ ملاک‌های تشخیصی اختلال موکنی
۸۲	 ۲-۳-۳-۴ تشخیص افتراقی
۸۲	 ۳-۳-۳-۴ دارو درمانی
۸۲	 ۴-۳-۳-۴ ملاک‌های تشخیصی اختلال پوست‌کنی
۸۳	 ۵-۳-۳-۴ تشخیص افتراقی
۸۳	 ۶-۳-۳-۴ دارو درمانی
۸۴	 ۴-۳-۴ سایر اختلالات طیف وسواس عملی جبری و اختلالات مرتبط
۸۴	 ۱-۴-۳-۴ ملاک‌های تشخیصی وسواس فکری عملی ناشی از مواد/دارو و اختلال‌های مرتبط
۸۵	 ۲-۴-۳-۴ وسواس فکری عملی و اختلالات مربوط ناشی از بیماری جسمانی دیگر
۸۵	 ۳-۴-۳-۴ وسواس فکری عملی و اختلال مربوط مشخص دیگر
۸۷	 ۴-۴-۳-۴ وسواس فکری-عملی و اختلال مرتبط نامشخص
۸۷	 ۴-۴ دارو درمانی کلی
۸۸	 خلاصه فصل چهارم
۸۹	 خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل چهارم
۸۹	 خودآزمایی تشریحی فصل چهارم
۹۱	 فصل پنجم. اختلالات افسردگی در DSM 5
۹۱	 هدف کلی
۹۱	 هدف‌های یادگیری
۹۱	 مقدمه
۹۲	 ۱-۵ تفاوت‌های برجسته طیف اختلال افسردگی در DSM 4 و DSM 5
۹۲	 ۲-۵ سبب شناسی اختلال طیف افسردگی
۹۲	 ۱-۲-۵ عوامل زیستی شیمیایی
۹۴	 ۲-۲-۵ عوامل ژنتیکی
۹۵	 ۳-۲-۵ عوامل روانی اجتماعی
۹۵	 ۳-۵ انواع اختلالات طیف افسردگی در DSM 5
۹۶	 ۱-۳-۵ ملاک‌های تشخیصی اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر

۹۷	تشخیص افتراقی.....	۵-۳-۱-۱
۹۷	ملاک تشخیصی اختلال افسردگی اساسی.....	۵-۳-۲
۹۸	دارو درمانی اختلال افسردگی اساسی.....	۵-۳-۱-۲
۹۸	تشخیص افتراقی.....	۵-۳-۲-۲
۹۹	(افسرده خویی) و اختلال ملال پیش از قاعدگی.....	۵-۳-۳-۱
۹۹	ملاک تشخیصی اختلال افسردگی مداوم (افسرده خویی).....	۵-۳-۳-۱
۱۰۰	دارو درمانی اختلال افسردگی مداوم (افسرده خویی).....	۵-۳-۳-۲
۱۰۰	تشخیص افتراقی.....	۵-۳-۳-۳
۱۰۰	ملاک تشخیصی اختلال ملال پیش از قاعدگی.....	۵-۳-۳-۴
۱۰۱	تشخیص افتراقی.....	۵-۳-۵
۱۰۲	سایر اختلالات طیف افسردگی.....	۵-۳-۴
۱۰۲	ملاک تشخیصی اختلال افسردگی ناشی از مواد/دارو.....	۵-۳-۴-۱
۱۰۲	ملاک تشخیصی اختلال افسردگی ناشی از بیماری جسمانی دیگر.....	۵-۳-۴-۲
۱۰۳	ملاک تشخیصی اختلال افسردگی مشخص دیگر.....	۵-۳-۴-۳
۱۰۴	ملاک تشخیصی اختلال افسردگی نامشخص.....	۵-۳-۴-۴
۱۰۴	درمان دارویی.....	۵-۴
۱۰۷	انتخاب گزینه دوم درمان.....	۵-۴-۱
۱۰۸	عوارض جانبی.....	۵-۴-۲
۱۰۹	خلاصه فصل پنجم.....	۵-۴-۲
۱۱۰	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل پنجم.....	۵-۴-۲
۱۱۱	خودآزمایی تشریحی فصل پنجم.....	۵-۴-۲
۱۱۳	فصل ششم. اختلالات طیف دوقطبی در DSM5.....	۱۱۳
۱۱۳	هدف کلی.....	۱۱۳
۱۱۳	هدف‌های یادگیری.....	۱۱۳
۱۱۳	مقدمه.....	۱۱۳
۱۱۴	۱-۶ تفاوت‌های برجسته اختلال دو قطبی در DSM5 و DSM4.....	۱۱۴
۱۱۴	۲-۶ سبب شناسی اختلالات دوقطبی.....	۱۱۴
۱۱۴	۳-۶ انواع اختلالات طیف دوقطبی در DSM5.....	۱۱۴
۱۱۵	۱-۳-۶ ملاک تشخیصی اختلال دوقطبی نوع یک.....	۱۱۵
۱۱۹	۱-۱-۳-۶ تشخیص افتراقی.....	۱۱۹
۱۱۹	۲-۳-۶ ملاک تشخیصی اختلال دوقطبی نوع دو.....	۱۱۹
۱۲۰	۱-۲-۳-۶ تشخیص افتراقی.....	۱۲۰
۱۲۰	۳-۳-۶ ملاک‌های تشخیصی اختلال ادواری خو.....	۱۲۰
۱۲۱	۱-۳-۳-۶ تشخیص افتراقی.....	۱۲۱
۱۲۱	۴-۳-۶ اختلال دوقطبی ناشی از مواد/دارو و اختلال دوقطبی ناشی از بیماری جسمانی دیگر ...	۱۲۱

۱۲۱	۱-۴-۳-۶ ملاک‌های تشخیصی اختلال دوقطبی ناشی از مواد/دارو.....
۱۲۲	۲-۴-۳-۶ ملاک تشخیصی اختلال دوقطبی ناشی از بیماری جسمانی دیگر.....
۱۲۲	۴-۶ درمان دارویی اختلالات دوقطبی.....
۱۲۳	۱-۴-۶ درمان مانیای حاد.....
۱۲۵	۲-۴-۶ درمان افسردگی دوقطبی حاد.....
۱۲۶	۳-۴-۶ درمان نگهدارنده اختلال دوقطبی.....
۱۲۸	خلاصه فصل ششم.....
۱۲۹	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل ششم.....
۱۳۰	خودآزمایی تشریحی فصل ششم.....
۱۳۱	فصل هفتم. اختلالات عصبی شناختی در DSM5.....
۱۳۱	هدف کلی.....
۱۳۱	هدف‌های یادگیری.....
۱۳۱	مقدمه.....
۱۳۲	۱-۷ تفاوت اختلالات عصبی شناختی در DSM4 و DSM5.....
۱۳۲	۲-۷ انواع اختلالات عصبی شناختی در DSM5.....
۱۳۳	۱-۲-۷ اختلال دلیریوم (روان‌آشفته‌گی).....
۱۳۳	۱-۱-۲-۷ سبب شناسی اختلال دلیریوم.....
۱۳۳	۲-۱-۲-۷ ملاک‌های تشخیصی دلیریوم.....
۱۳۴	۳-۱-۲-۷ درمان دارویی اختلال دلیریوم.....
۱۳۵	۴-۱-۲-۷ تشخیص افتراقی.....
۱۳۵	۲-۲-۷ اختلالات عصبی شناختی عمده و خفیف.....
۱۳۵	۱-۲-۲-۷ سبب شناسی اختلالات عصبی شناختی عمده و خفیف.....
۱۳۶	۲-۲-۲-۷ ملاک‌های تشخیصی اختلال عمده عصبی شناختی.....
۱۳۶	۳-۲-۲-۷ ملاک‌های تشخیصی اختلال خفیف عصبی شناختی.....
۱۳۷	۴-۲-۲-۷ تشخیص افتراقی.....
۱۳۷	۳-۲-۷ اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری آلزایمر.....
۱۳۷	۱-۳-۲-۷ سبب شناسی اختلال آلزایمر.....
۱۳۸	۲-۳-۲-۷ ملاک‌های تشخیصی اختلال عصبی شناختی خفیف یا عمده بیماری آلزایمر.....
۱۳۹	۳-۳-۲-۷ تشخیص افتراقی.....
۱۳۹	۴-۳-۲-۷ درمان دارویی آلزایمر.....
۱۴۴	۴-۲-۷ اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری پارکینسون.....
۱۴۴	۱-۴-۲-۷ ملاک‌های تشخیصی اختلال پارکینسون.....
۱۴۵	۲-۴-۲-۷ تشخیص افتراقی.....
۱۴۵	۳-۴-۲-۷ درمان دارویی پارکینسون.....
۱۴۹	خلاصه فصل هفتم.....

خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل هفتم.....	۱۴۹
خودآزمایی تشریحی فصل هفتم.....	۱۵۰
فصل هشتم. اختلالات طیف اسکیزوفرنیا (روان گسیختگی) در DSM5.....	۱۵۱
هدف کلی.....	۱۵۱
هدف‌های یادگیری.....	۱۵۱
مقدمه.....	۱۵۱
۱-۸ تفاوت‌های برجسته اختلال طیف اسکیزوفرنیا در DSM5 و DSM-IV-TR.....	۱۵۲
۲-۸ سبب شناسی اختلال طیف اسکیزوفرنیا.....	۱۵۲
۱-۲-۸ عوامل بیوشیمیایی (نوروترنسیتورها).....	۱۵۲
۲-۲-۸ آسیب عصبی (نابهنجاری‌های مغز).....	۱۵۳
۳-۸ انواع اختلالات طیف اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روان‌پریشی در DSM5.....	۱۵۴
۱-۳-۸ نشانه‌ها، علائم و ملاک‌های تشخیص اختلالات طیف اسکیزوفرنیا در DSM5.....	۱۵۴
۲-۳-۸ ملاک‌های تشخیص اختلال اسکیزوفرنیا.....	۱۵۶
۳-۳-۸ ملاک‌های تشخیص اختلال شخصیت اسکیزوتایپی.....	۱۵۷
۴-۳-۸ ملاک‌های تشخیصی اختلال هذیانی.....	۱۵۸
۵-۳-۸ ملاک‌های تشخیصی اختلال روان‌پریش گذرا- کوتاه‌مدت.....	۱۵۸
۶-۳-۸ اختلال اسکیزوفرنیا فرم.....	۱۵۹
۷-۳-۸ اختلال اسکیزوافکتیو.....	۱۶۰
۸-۳-۸ تشخیص‌های افتراقی.....	۱۶۳
۴-۸ درمان.....	۱۶۳
۱-۴-۸ درمان روان‌پریشی حاد.....	۱۶۴
۲-۴-۸ درمان در حین مرحله تثبیت و نگه‌دارنده.....	۱۶۵
۳-۴-۸ عوامل مؤثر در درمان بهینه.....	۱۶۶
۴-۴-۸ داروهای ضد سایکوز.....	۱۶۶
۱-۴-۴-۸ تأثیر داروهای آنتی سایکوتیک بر عملکرد نوروترنسمیترها.....	۱۶۷
۲-۴-۴-۸ دامنه تنظیم دوز داروهای آنتی سایکوتیک.....	۱۷۰
۳-۴-۴-۸ عوارض جانبی داروهای آنتی سایکوتیک.....	۱۷۰
۴-۴-۴-۸ میزان نسبی بروز عوارض جانبی داروهای آنتی سایکوتیک.....	۱۷۳
خلاصه فصل هشتم.....	۱۷۵
خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل هشتم.....	۱۷۶
خودآزمایی تشریحی فصل هشتم.....	۱۷۷
فصل نهم. اختلالات اعتیادی و مصرف مواد در DSM5.....	۱۷۹
هدف کلی.....	۱۷۹
هدف‌های یادگیری.....	۱۷۹

مقدمه.....	۱۷۹
۹-۱ اختلالات سوء مصرف مواد.....	۱۸۱
۹-۱-۱ توصیف کلی اختلال مصرف مواد.....	۱۸۳
۹-۱-۲ توصیف کلی مسمومیت مواد.....	۱۸۴
۹-۱-۳ توصیف کلی محرومیت مواد.....	۱۸۵
۹-۱-۴ معرفی کلی انتخاب درمان.....	۱۸۵
۹-۲ سبب شناسی اختلالات اعتیادی.....	۱۸۷
۹-۲-۱ عوامل عصبی - شیمیایی.....	۱۸۷
۹-۲-۲ عوامل روانی - اجتماعی.....	۱۸۸
۹-۳ تفاوت اختلالات اعتیادی در DSM4 و DSM5.....	۱۸۸
۹-۴ طبقه بندی اختلال مواد در DSM5.....	۱۸۸
۹-۴-۱ اختلالات مرتبط با الکل و کافئین.....	۱۸۹
۹-۴-۱-۱ اختلالات مرتبط با الکل.....	۱۸۹
۹-۴-۱-۲ اختلالات مرتبط با کافئین.....	۲۰۰
۹-۴-۲ اختلالات مرتبط با مواد محرک و کانابیس.....	۲۰۳
۹-۴-۲-۱ اختلالات مرتبط با مواد محرک.....	۲۰۳
۹-۴-۲-۲ اختلالات مرتبط با کانابیس.....	۲۱۰
۹-۴-۳ اختلالات مرتبط با مواد توهم زا.....	۲۱۵
۹-۴-۳-۱ ملاک های تشخیصی اختلالات مرتبط با مواد توهم زا.....	۲۱۶
۹-۴-۳-۲ درمان دارویی اختلالات مرتبط با مواد توهم زا.....	۲۲۰
۹-۴-۴ اختلالات مرتبط با مواد افیونی (اپیوئید) و نیکوتین.....	۲۲۳
۹-۴-۴-۱ اختلالات مرتبط با مواد افیونی.....	۲۲۳
۹-۴-۴-۲ اختلالات مربوط به نیکوتین.....	۲۳۲
خلاصه فصل نهم.....	۲۳۹
خودآزمایی چهارگزینه ای فصل نهم.....	۲۴۰
خودآزمایی تشریحی فصل نهم.....	۲۴۱
فصل دهم. اختلال خواب - بیداری در DSM5.....	۲۴۳
هدف کلی.....	۲۴۳
هدف های یادگیری.....	۲۴۳
مقدمه.....	۲۴۳
۱۰-۱ تفاوت های برجسته اختلال خواب - بیداری در DSM4 و DSM5.....	۲۴۴
۱۰-۲ سبب شناسی اختلال خواب - بیداری.....	۲۴۴
۱۰-۳ انواع اختلالات خواب - بیداری در DSM5.....	۲۴۴
۱۰-۳-۱ ملاک های تشخیصی انواع اختلالات خواب - بیداری در DSM5.....	۲۴۵
۱۰-۳-۲ اختلالات خواب مرتبط با تنفس.....	۲۵۳

۲۵۳.....	۱۰-۳-۲-۱ ملاک تشخیصی تنفس سطحی / وقفه تنفسی انسدادی در خواب
۲۵۴.....	۱۰-۳-۲-۲ ملاک‌های تشخیصی وقفه تنفسی مرکزی در خواب
۲۵۵.....	۱۰-۳-۳-۳ ملاک‌های تشخیصی هیپوونتیلاسیون مرتبط با خواب (کاهش هوای موجود در ریه‌ها)
۲۵۵.....	۱۰-۴-۱ درمان‌های دارویی
۲۵۷.....	۱۰-۴-۱ اثرات داروها بر سیستم‌های عصبی - شیمیایی دخیل در فرایندهای خواب و بیداری
۲۵۸.....	خلاصه فصل دهم
۲۵۹.....	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل دهم
۲۶۰.....	خودآزمایی تشریحی فصل دهم
۲۶۱.....	پاسخنامه
۲۶۳.....	منابع

پیشگفتار

دارو درمانی که با نام فارماکو تراپی نیز شناخته می شود یک اصطلاح عمومی برای استفاده از دارو برای درمان بیماری هاست. داروها می توانند عملکرد سلامتی را ارتقا داده و بیماری ها را درمان کنند. گام های بزرگی برای تولید داروهای مؤثر در درمان مشکلات روانی برداشته شده است.

دانشمندان بر این باورند که مغز پیچیده ترین عضو در بدن انسان است و علم مدرن تاکنون توانسته بخشی از سیستم عصبی و شیمیایی که مغز به واسطه آن کار می کند، بشناسد. هر فعالیتی که در مغز اتفاق می افتد در نتیجه تأثیر مولکول های شیمیایی است که به عنوان انتقال دهنده های عصبی بر روی سلول های عصبی تأثیر می گذارند، آن ها را تحریک و یا مهار می کنند.

بسیاری از مشکلات روانی به دلیل عدم تعادل الکتروشیمیایی در سیستم عصبی مرکزی یعنی مغز به وجود می آید.

دارو درمانی در کنار روان درمانی از جمله درمان هایی است که برای اختلالات روانی به کار می رود و روی تعادل مواد شیمیایی مغز اثر می گذارد، داروها به عنوان مولکول های شیمیایی یا مانند انتقال دهنده های عصبی طبیعی عمل می کنند و عملکرد آن ها را افزایش می دهند و یا مانع از فعالیت آن ها می شوند. به همین دلیل دارو درمانی موجب کاهش یا از بین رفتن نشانه های اختلال روانی می شود.

کتاب حاضر به بررسی داروهای موثر در درمان اختلالات اعصاب و روان شایع می‌پردازد و به صورت مختصر مکانیسم اثر، عوارض جانبی، اثربخشی، تداخلات و سایر اطلاعات لازم برای شناخت داروها را بیان می‌کند.

امید است دانش موجود در کتاب برای افزایش دانش و توانمندی دانشجویان و سایر علاقه‌مندان این حوزه مفید واقع شود.

نظرات و پیشنهادات شما خوانندگان عزیز می‌تواند در ارتقا و رفع مشکلات احتمالی کتاب راه‌گشا باشد.

مؤلفان

فصل اول

جایگاه دارو در درمان

هدف کلی

آشنایی با کاربرد دارو در درمان اختلالات روانی.

هدف‌های یادگیری

دانشجویان باید بتوانند بعد از مطالعه این فصل:

۱. مختصری درباره طبقه‌بندی داروها اطلاعات به دست آورده باشند.
۲. درباره روان داروشناسی توضیح دهند.
۳. با واژه‌های تخصصی در داروشناسی آشنا شده و بتوانند آن‌ها را توضیح دهند.
۴. عوارض جانبی کلی داروها را بشناسند.
۵. بتوانند وجوه افتراق کلی داروها را توضیح دهند.
۶. ملاحظات تجویز دارو و عوامل اثربخش در درمان را بیان کنند.

مقدمه

مشکلات اعصاب و روان مانند اضطراب، بی‌قراری، ترس، استرس، بی‌خوابی، افسردگی و سردرد از جمله اختلالات شایع فردی در جامعه می‌باشند؛ از طرفی بیماری‌هایی همانند اسکیزوفرنی، اختلالات دوقطبی، صرع، پارکینسون، آلزایمر و دمانس اختلالات مزمن روانی - عصبی بوده که در کنار تحت تأثیر قرار دادن کیفیت زندگی بیماران، نیازمند تشخیص صحیح و سریع بیماری و شروع مداخلات درمانی می‌باشد. متأسفانه بسیاری از افراد به مشکلات روان‌پزشکی توجه کافی نداشته و به دلیل ترس از

برچسب این اختلالات در مراحل اولیه مراجعه نداشته و بیماری تشخیص داده نمی‌شوند. درحالی‌که در مراحل پیشرفته‌تر بیماری معمولاً عوارض بیماری ظاهر شده و موفقیت درمانی کمتر است.

مداخلات درمانی در بیماری‌های اعصاب و روان شامل روان درمانی، دارو درمانی و درمان‌های دیگر از جمله درمان با شوک الکتریکی می‌باشند. همانند دیگر مداخلات درمانی، دارو درمانی اختلالات اعصاب و روان امری تخصصی بوده که توسط متخصصین مربوطه انجام می‌شود.

دارو معمولاً به مواد شیمیایی اطلاق می‌شود که به‌منظور بیشترین اثربخشی مفید و کمترین آثار جانبی تهیه و طراحی می‌شود. داروهایی که در درمان اختلالات روان‌پزشکی به کار می‌روند داروهای روانگردان^۱ نامیده می‌شوند. داروهای روانگردان آن دسته از داروهایی هستند که باعث تغییر در شناخت، رفتار و احساسات از طریق تغییر در عملکرد مغز می‌شوند.

۱-۱ طبقه‌بندی داروها

در گذشته با وجود اینکه داروهای روانگردان گستره بسیار وسیعی داشت اما به‌طور کلی در چهار دسته قرار می‌گرفت:

الف) ضد روان‌پریشی

ب) ضد افسردگی

ج) تثبیت‌کننده‌های خلق

د) ضد اضطراب

اما امروزه داروهایی که برای درمان اختلالات روانی به کار می‌روند بر طبق خصوصیات داروشناختی و مکانیسم اثر طبقه‌بندی شده‌اند و این طبقه‌بندی جایگزین طبقات پیشین شد. علت این امر این بود که طبقه‌بندی‌های اخیر بسیار گسترده بوده و کاربرد بالینی داروهای روانگردان را نشان نمی‌داد. مشکل این روش طبقه‌بندی آن است که در بسیاری موارد داروها کاربردهای متعددی دارند. 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 ذکر شده می‌تواند برای درمان سایر اختلالات بالینی نظیر اختلالات خوردن، اختلال وحشت‌زدگی و اختلال کنترل تکانه به کار می‌روند.

۱-۲ روان دارو شناسی

روان دارو شناسی مبحثی است که به مطالعه استفاده از دارو، مکانیسم‌های اثربخشی و آثار آن بر روی مغز و درنهایت ایجاد تغییر در رفتار می‌پردازد (سعید پور نقاش تهرانی، ص ۳). برای فهم عملکردها، کاربردهای رفتاری و درمانی و سوء مصرف بالقوه داروهای مؤثر بر روان، باید از چگونگی پاسخ‌های بدن به مصرف یک دارو آگاه باشیم. چنین آگاهی دربرگیرنده علم فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک است. فارماکودینامیک شرح آن چیزی است که دارو بر روی بدن انجام می‌دهد و فارماکوکینتیک شرح آن چیزی است که بدن بر روی دارو انجام می‌دهد. تنها با توجه به هر دو اثر فارماکودینامیک و فارماکوکینتیک پیش‌بینی اثر خالص یک دارو امکان‌پذیر است. به عبارت ساده‌تر و به‌طور مثال از بنزودیازپین‌ها مانند آلپرازولام و کلونازپام معمولاً برای درمان اختلالات اضطرابی استفاده می‌شود، اثرات فارماکودینامیک آن شامل هدف درمانی کاهش اضطراب و همچنین عوارض جانبی آن مانند رخوت‌زایی است. اثر فارماکوکینتیک آن متابولیسم دارو توسط بدن به‌خصوص کبد است.

به هنگام استفاده بیش از یک دارو، بین آن‌ها تداخلات فارماکودینامیک و فارماکوکینتیک دیده می‌شود. مثلاً اگر بیماری در حال مصرف یک بنزودیازپین برای درمان اختلال هراس و یک داروی ضد احتقان مانند پزودوافدرین برای آلرژی خود است، ممکن است اثرات فارماکودینامیک این دو دارو موجب از بین رفتن اثر دیگری شود. به‌ویژه اضطرابی که توسط بنزودیازپین‌ها کاهش می‌یابد، می‌تواند با پزودوافدرین افزایش یابد. با آگاهی از این مبانی فارماکولوژیک که برای بیان تأثیرات متقابل دارو و بدن است، نه تنها می‌توان علائم و بیماری‌های قابل درمان با یک دارو را پیش‌بینی کرد بلکه می‌توان عوارض جانبی و تداخلات دارویی را نیز مورد شناسایی قرار داد (اصول روان داروشناسی برای متخصصان سلامت روان، ص ۲۶).

۱-۲-۱ فارماکوکتیک

اطلاعات فارماکوکتیک چگونگی جذب، توزیع، متابولیسم و دفع دارو در بدن را بررسی می‌کند و برای توصیف و پیش‌بینی سیر زمانی غلظت‌های دارویی در بخش‌های مختلف بدن نظیر پلاسما، بافت چربی و دستگاه عصبی مرکزی استفاده می‌شود. فارماکوکتیک در ساده‌ترین شکل خود به‌عنوان دوره زمانی که طول می‌کشد تا دارو اثر خود را بر جای بگذارد تعریف می‌شود. منظور زمانی است که اثرگذاری شروع شده و تا اتمام اثربخشی آن طول می‌کشد (جولیان و همکاران، ص ۱۴). به‌عنوان مثال تفاوت عمده بین دو بنزودیازپین لورازپام و تریازولام در فارماکوکتیک آن‌هاست. هر دوی این داروها عملکرد مغز را کاهش می‌دهند و اثرات تسکینی و ضد اضطرابی دارند. با این حال لورازپام حداقل ۲۴ ساعت در بدن می‌ماند درحالی‌که این مدت برای تریازولام فقط در حدود ۶ الی ۸ ساعت است. اگر لورازپام برای درمان بی‌خوابی در طول شب تجویز شود، اثر تسکینی آن در روز بعد می‌تواند برای فرد مشکل‌ساز شود. به این دلیل که لورازپام در تمام طول روز بعد در بدن باقی خواهد بود اما در طولانی‌مدت برای اثربخشی طولانی‌تر (در درمان اضطراب) لورازپام می‌تواند داروی تجویزی مناسب‌تر و مفیدتری باشد (جولیان و همکاران، ص ۱۵).

فارماکوکتیک شامل چهار مرحله است:

جذب دارو: اصطلاح جذب دارو به مراحل و مکانیسمی اشاره دارد که در طی آن دارو از خارج وارد جریان خون می‌شود. (همان) داروها از راه‌های متفاوتی وارد جریان خون می‌شوند. داروهای خوراکی در مایعات دستگاه گوارش حل شده و سپس از طریق جریان خون به مغز می‌رسند. برخی از داروها به‌صورت اشکال انبوه‌ای در دسترس می‌باشند؛ این داروها به‌صورت تزریقی عضلانی و هر یک تا چهار هفته مصرف می‌شوند. تجویز وریدی دارو، سریع‌ترین روش دستیابی به غلظت‌های درمانی دارو در خون است ولی در این روش خطر بروز ناگهانی عوارض جانبی خطرناک نیز افزایش می‌یابد، با این حال داروهای معدودی به‌صورت وریدی تجویز می‌شوند.

توزیع: میزان توزیع یک دارو در مغز با افزایش جریان خون مغز، حلالیت دارو در چربی و تمایل آن برای اتصال به گیرنده‌ها افزایش پیدا می‌کند. دارو پس از جذب به جریان خون از طریق گردش خون و با عبور از عروق خونی خود را به محل اثر مورد نظر که همان گیرنده‌ها هستند می‌رساند. در هر زمان فقط میزان کمی از دارو در بدن می‌تواند خود را به گیرنده مورد نظر برساند. بخش عمده دارویی که مصرف شده

در نقطه‌ای غیر از محل مورد نظر قرار می‌گیرد. به‌عنوان مثال در مورد داروهای روانگردان، بخش عمده حرکت دارو در خارج از مغز صورت گرفته و بنابراین تأثیر دارویی مستقیمی ندارند (همان، ص ۲۵). داروهایی که در جریان خون به پروتئین‌های پلاسما متصل می‌شوند اصطلاحاً متصل به پروتئین خوانده می‌شوند و داروهایی که بدون اتصال به این پروتئین‌ها در جریان خون حرکت می‌کنند، آزاد نامیده می‌شوند. فقط قسمت آزاد داروها هست که می‌تواند از سد خونی مغزی عبور کند.

فراهمی زیستی: شامل مقداری از داروی تجویز شده است که می‌توان در نهایت از جریان خون به دست آورد.

سوخت‌وساز: چهار روش متابولیسم داروها عبارت‌اند از: ۱. اکسیداسیون، ۲. احیا، ۳. هیدرولیز و ۴. کونژوگاسیون، که منجر به تولید متابولیت‌هایی می‌شوند که به آسانی دفع می‌شوند. داروهای مؤثر بر روان معمولاً به‌قدری محلول در چربی هستند که امکان دفع این مقدار از طریق ادرار وجود ندارد و باید به متابولیت‌هایی تبدیل شوند که امکان حل شدن آن‌ها در آب بیشتر باشد. این متابولیت‌ها حجیم بوده و کمتر در لیبیدها حل می‌شوند و به لحاظ زیستی معمولاً فعالیت کمتری دارند و حتی گاهی فعالیتی ندارند؛ بنابراین برای اینکه یک داروی محلول در چربی بتواند از بدن خارج شود حتماً باید مورد سوخت‌وساز قرار گیرد. این فرایند توسط آنزیمی که در کبد قرار دارد انجام می‌گیرد و خیلی سریع و با اطمینان بالا از بدن خارج می‌شود.

دفع: مسیرهایی که داروها از طریق آن می‌توانند از بدن خارج شوند عبارت‌اند از: کلیه‌ها، ریه‌ها، کیسه صفرا و پوست. (همان، ص ۳۳) صفرا، مدفوع و ادرار عمده‌ترین روش‌های دفع داروها از بدن می‌باشند. داروهای روان‌پزشکی همچنین از طریق مایعات بدن مثل عرق و بزاق نیز دفع می‌شوند.

***نکته بالینی:** دفع این داروها از طریق شیر مسئله مهمی است که باید هنگام تجویز آن‌ها به مادران شیرده در نظر گرفته شود.

۱-۲-۱-۱ تداخلات دارویی

از دیدگاه بالینی روش‌های فارماکوکنتیک به توضیح یا پیش‌بینی شروع و مدت فعالیت دارویی و تداخلات دارویی تغییر دهنده متابولیسم یا دفع داروها کمک می‌کنند.

نمونه تداخلات دارویی فارماکوکیتیک عبارت است از اثرات داروها بر غلظت پلاسمایی یکدیگر و 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 فعال تداخلی ایجاد شود. بیماران در زمینه شاخص‌های فارماکوکیتیک مانند جذب و متابولیسم دارو تفاوت‌های چشمگیری با هم دارند. نوع دیگر تداخل دارویی شامل تداخلاتی است که کلیه را درگیر می‌کنند. به‌طور کلی تداخلات دارویی ممکن است به‌صورت فارماکوکیتیک یا فارماکودینامیک باشد.

۱-۲-۲ نیمه عمر دارو

نیمه عمر یک دارو عبارت از مدت‌زمانی است که طول می‌کشد تا از طریق متابولیسم و دفع، غلظت پلاسمایی آن به نصف کاهش پیدا کند. تعداد دفعات مصرف روزانه داروهایی که نیمه عمر کوتاه‌تری دارند باید بیشتر از داروهای با نیمه عمر طولانی باشد.

۱-۲-۲ فارماکودینامیک

درحالی‌که بدن سعی در رها کردن خود از یک داروی مؤثر بر روان را دارد، دارو در حال اعمال اثرات خود از طریق اتصال به گیرنده‌های سلولی مغز و بدن است. در نتیجه این تقابلات، بدن اثراتی را تجربه می‌کند که مختص دارو است. (همان، ص ۵۲) فارماکودینامیک یعنی آثار دارو بر بدن. سیر زمانی و شدت اثرات دارو فارماکودینامیک دارو نامیده می‌شود. درواقع در این قسمت به اینکه چگونه دارو اثرات خود را اعمال می‌کند، پرداخته می‌شود. ملاحظات عمده فارماکودینامیک عبارت‌اند از مکانیسم‌های گیرنده، منحنی وابسته به دوز، شاخص درمانی و پیدایش تحمل، وابستگی و پدیده‌های محرومیت.

۱-۲-۲-۱ مکانیسم‌های گیرنده

برای ایجاد یک اثر، دارو باید به گیرنده‌های به‌خصوص متصل شده و تأثیر خود را اعمال کند. در خصوص داروهای مؤثر بر روان، این گیرنده‌ها معمولاً در سطح نورون‌های مغز هستند. اشغال یک گیرنده توسط دارو منجر به تغییر ویژگی‌های کارکردی نورون و پاسخ دارو شناختی ویژه دارو می‌شود.