

فهرست

فصل ۱: طبقه‌بندی در روانپزشکی.....	۱۷
فصل ۲: تاریخچه روان‌پزشکی و معاینه وضعیت روانی.....	۴۱
I. مقدمه	۴۱
II. سابقه روان‌پزشکی	۴۱
III. وضعیت روانی	۴۶
فصل ۳: ارزیابی طبی و آزمون‌های آزمایشگاهی در روان‌پزشکی.....	۵۹
I. آزمایش‌های غددی عصبی	۵۹
II. آزمایش‌های کلیوی و کبدی	۶۲
III. آزمایش‌های خونی برای بیماری‌های منتقله از راه جنسی (STDs).....	۶۳
IV. آزمایش‌های مربوط به داروهای روان‌پزشکی.....	۶۳
V. تحریک حملات وحشت‌زدگی با سدیم لاسیت.....	۶۸
VI. پونکسیون کمری (LP)	۶۸
VII. آزمایش‌های ادراری جهت سوء مصرف مواد.....	۶۸
VIII. آزمایش‌های غربالگری بیماری‌های طبی.....	۶۹
IX. الکتروفیزیولوژی	۷۰
X. مصاحبه به کمک دارو	۸۳
XI. نشانگرهای بیوشیمیایی در آزمایش‌های فارماکوژنومیک.....	۸۵
فصل ۴: تصویربرداری مغزی.....	۸۷
I. مقدمه	۸۷
II. کاربردهای تصویربرداری مغزی	۸۷
III. روش‌های تصویربرداری مغزی	۸۸
فصل ۵: اختلالات عصبی شناختی عمده.....	۹۳
I. دلیریوم	۹۳

۱۰۴	.....	II. زوال عقل
۱۱۳	.....	III. زوال عقل نوع آلزایمر
۱۱۶	.....	IV. زوال عقل عروقی
۱۱۹	.....	V. زوال عقل فروتنو تمپورال (بیماری پیک)
۱۱۹	.....	VI. بیماری هانتینگتون
۱۲۱	.....	VII. بیماری پارکینسون
۱۲۱	.....	VIII. بیماری جسم لویی
۱۲۳	.....	IX. زوال عقل مربوط به HIV
۱۲۴	.....	X. زوال عقل مربوط به ضربه به سر
۱۲۴	.....	XI. زوال عقل پایدار ناشی از مواد
۱۲۴	.....	XII. دیگر زوال عقل ها

فصل ۶: اختلال عصبی شناختی عمده یا جزئی و علت بیماری طبی دیگر (اختلال فراموشی).....

۱۲۵	.....	I. مقدمه
۱۲۵	.....	II. همه‌گیرشناسی
۱۲۵	.....	III. سببشناسی
۱۲۵	.....	IV. تشخیص، نشانه‌ها و علائم
۱۲۶	.....	V. ویژگی‌های بالینی و زیربنایی
۱۲۷	.....	VI. پاتوفیزیولوژی
۱۲۷	.....	VII. درمان
۱۲۷	.....	VIII. انواع اختلالات

فصل ۷: اختلالات روانی ناشی از حالات طبی عمومی.....

۱۳۳	.....	I. مقدمه
۱۳۳	.....	II. اختلال خلقی ناشی از حالت طبی عمومی
۱۳۵	.....	III. اختلال روان‌پریشی ناشی از حالت طبی عمومی
۱۳۷	.....	IV. اختلال اضطرابی ناشی از حالت طبی عمومی

۷. اختلال خواب ناشی از حالت طبی عمومی ۱۳۹
۶. کژکاری‌های جنسی ناشی از حالت طبی عمومی ۱۴۰
۷. اختلالات روانی ناشی از حالت طبی عمومی که در جای دیگری تقسیم‌بندی نشده‌اند ۱۴۱
۸. اختلالات روانی ناشی از حالت طبی عمومی ۱۴۳

فصل ۸: اختلالات اعتیادآور و مربوط به مواد ۱۵۵

- I. مقدمه ۱۵۵
- II. واژه‌شناسی ۱۵۶
- III. ارزیابی ۱۵۹
- IV. اختلالات اختصاصی مرتبط با مواد ۱۶۱

فصل ۹: طیف اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات روان‌پریشی ۲۰۹

- I. مقدمه ۲۰۹
- II. همه‌گیرشناسی ۲۰۹
- III. سبب‌شناسی ۲۱۱
- IV. تشخیص، نشانه‌ها و علایم ۲۱۴
- V. انواع ۲۱۶
- VI. آزمون‌های روان‌شناختی و آزمون‌های ۲۱۹
- VII. پاتوفیزیولوژی ۲۲۰
- VIII. عوامل روان‌پریشی ۲۲۱
- IX. تشخیص افتراقی ۲۲۱
- X. سیر و پیش‌آگهی ۲۲۵
- IX. درمان ۲۲۶
- XII. فنون مصاحبه ۲۳۱

فصل ۱۰: اختلالات اسکیزوفرنی‌فرم، اسکیزوافکتیو، هذیانی و دیگر اختلالات روان‌پریشی ۲۳۳

- I. اختلال اسکیزوفرنی‌فرم ۲۳۳
- II. اختلال اسکیزوافکتیو ۲۳۵

.....	III. اختلال هذیانی
۲۳۷.....	IV. اختلال روان‌پریشی گذرا
۲۴۴.....	V. اختلال روان‌پریشی مشترک
۲۴۶.....	VI. اختلالات روان‌پریشی که در جای دیگری مشخص نشده است
۲۴۸.....	VII. اختلال کاناتونیک
۲۴۹.....	VIII. سندرم‌های وابسته به فرهنگ
۲۵۰.....	

فصل ۱۱: اختلالات خلقی..... ۲۵۷

.....	I. مقدمه
۲۵۷.....	II. همه‌گیرشناسی
۲۵۷.....	III. سبب‌شناسی
۲۵۸.....	IV. آزمون‌های آزمایشگاهی، تصویربرداری مغز و آزمون‌های روان‌شناختی
۲۶۰.....	V. اختلال دوقطبی
۲۶۱.....	VI. تشخیص افتراقی
۲۶۹.....	VII. سیر و پیش‌آگهی
۲۷۴.....	VIII. درمان
۲۷۵.....	

فصل ۱۲: اختلالات اضطرابی..... ۲۹۱

.....	I. مقدمه
۲۹۱.....	II. طبقه‌بندی
۲۹۱.....	III. همه‌گیرشناسی
۳۰۵.....	IV. سبب‌شناسی
۳۰۵.....	V. آزمون‌های روان‌شناختی
۳۰۷.....	VI. آزمون‌های آزمایشگاهی
۳۰۸.....	VII. پاتوفیزیولوژی و مطالعات تصویربرداری مغز
۳۰۸.....	VIII. تشخیص افتراقی
۳۰۸.....	H. اختلال شناختی
۳۰۹.....	IX. سیر و پیش‌آگهی
۳۰۹.....	

X. درمان ۳۱۲

فصل ۱۳: اختلال وسواسی - جبری و اختلالات مرتبط ۳۱۹

I. اختلال وسواسی - جبری ۳۱۹

II. اختلال وسواسی - جبری یا اختلالات مرتبط ناشی از حالت طبی دیگر ۳۲۶

III. اختلال وسواسی - جبری یا اختلالات مرتبط ناشی از مواد ۳۲۷

IV. دیگر اختلالات وسواسی - جبری یا اختلالات مرتبط مشخص ۳۲۷

V. اختلال احتکار ۳۲۹

VI. اختلال کندن مو (تری کوتیلومانیا) ۳۳۱

VII. اختلال کندن پوست ۳۳۳

VII. درماتیت ساختگی ۳۳۵

فصل ۱۴: اختلالات مرتبط با آسیب و عوامل استرس زنا ۳۳۷

I. اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد ۳۳۷

II. اختلال نامشخص مرتبط با آسیب یا عوامل استرس زنا ۳۴۴

فصل ۱۵: اختلالات تجزیه‌ای ۳۴۹

I. مقدمه ۳۴۹

II. فراموشی تجزیه‌ای ۳۴۹

III. فرار تجزیه‌ای ۳۵۳

IV. اختلال هویت تجزیه‌ای ۳۵۵

V. اختلال مسخ شخصیت / مسخ واقعیت ۳۶۰

VI. دیگر اختلالات تجزیه‌ای مشخص یا نامشخص ۳۶۳

فصل ۱۶: اختلالات علامت جسمانی و اختلالات مرتبط ۳۶۷

I. اختلال علامت جسمانی ۳۶۷

II. اختلال اضطراب بیماری ۳۷۰

III. اختلال علامت نورولوژیکی عملکردی (اختلال تبدیلی) ۳۷۲

۳۷۷.....	IV. اختلال ساختگی
۳۸۳.....	V. اختلال درد
۳۸۶.....	VI. دیگر اختلالات علامت جسمانی مشخص یا نامشخص

فصل ۱۷: اختلالات شخصیتی..... ۳۸۷

۳۸۷.....	I. مقدمه کلی
۳۸۸.....	II. دسته غیرعادی و عجیب و غریب
۳۹۴.....	III. دسته نمایشی، تکانشگری و دمدمی
۴۰۵.....	IV. دسته مضطرب یا هراسان
۴۱۰.....	V. دیگر اختلالات شخصیتی مشخص شده
۴۱۵.....	VI. مدل زیست روان شناختی درمان

فصل ۱۸: اختلال عملکرد جنسی و ملال جنسیتی..... ۴۱۹

۴۱۹.....	I. اختلالات میل، علاقه و برانگیختگی
۴۲۱.....	II. اختلالات ارگاسم
۴۲۳.....	III. اختلالات درد جنسی
۴۲۵.....	IV. اختلال عملکرد جنسی به علت حالت طبی عمومی
۴۳۲.....	V. درمان
۴۳۶.....	VI. دیگر اختلالات عملکرد جنسی مشخص
۴۴۰.....	VII. ملال جنسیتی
۴۴۴.....	VIII. انحرافات جنس، (پارافیلیا)

فصل ۱۹: اختلالات خوردن و تغذیه‌ای..... ۴۴۷

۴۴۷.....	I. بی‌اشتهایی عصبی
۴۵۴.....	II. پرخوری عصبی
۴۵۸.....	III. اختلال پرخوری و دیگر اختلالات خوردن

فصل ۲۰: چاقی و سندرم متابولیک..... ۴۵۹

۴۵۹	I. مقدمه
۴۵۹	II. تعریف
۴۵۹	III. همه‌گیرشناسی
۴۶۰	IV. سبب‌شناسی
۴۶۰	V. عوامل ژنتیکی
۴۶۱	VI. عوامل تکاملی
۴۶۲	VII. عوامل فعالیت جسمانی
۴۶۲	VIII. عوامل آسیب مغزی
۴۶۲	IX. عوامل سلامتی
۴۶۳	X. دیگر عوامل بالینی
۴۶۳	XI. داروهای روان‌پزشکی
۴۶۳	XII. عوامل روان‌شناختی
۴۶۴	XIII. تشخیص و ویژگی‌های بالینی
۴۶۵	XIV. تشخیص افتراقی
۴۶۶	XV. سندرم متابولیک
۴۶۷	XVI. سیر و پیش‌آگهی
۴۶۹	XVII. پیش‌آگهی
۴۶۹	XVIII. تبعیض نسبت به افراد مبتلایان
۴۷۰	XIX. درمان

فصل ۲۱: خواب طبیعی و اختلالات خواب - بیداری ۴۷۷

۴۷۷	I. مقدمه کلی
۴۷۷	II. محرومیت از خواب
۴۷۷	III. نیازهای خواب
۴۷۷	IV. چرخه خواب - بیداری
۴۷۹	V. طبقه‌بندی اختلالات خواب
۴۹۵	VI. اختلالات خواب با اهمیت بالینی

- VII. اهمیت اختلالات خواب در کار بالینی ۴۹۶
- VIII. اختلال خواب ناشی از حالت طبی عمومی ۴۹۶
- IX. خواب و سال خوردگی ۴۹۷

فصل ۲۲: اختلالات ایدایی، کنترل تکانه و سلوک ۴۹۹

I. اختلالات کنترل تکانه ۴۹۹

فصل ۲۳: طب روان‌تنی ۵۰۳

I. اختلالات روان‌تنی ۵۰۳

II. مشاوره روان‌پزشکی ۵۱۳

III. محیط‌های طبی ویژه ۵۱۶

IV. طب جایگزینی (یا تکمیلی) ۵۲۰

فصل ۲۴: خودکشی، خشونت و طب فوریت‌های روان‌پزشکی ۵۲۱

I. خودکشی ۵۲۱

II. خشونت ۵۳۱

III. دیگر فوریت‌های روان‌پزشکی ۵۴۴

فصل ۲۵: روان‌پزشکی کودک ۵۴۵

II. معاینه روان‌پزشکی کودک ۵۶۰

III. طبقه‌بندی اختلالات روانی کودکان ۵۶۰

فصل ۲۶: روان‌پزشکی سالمندی ۵۹۷

I. مقدمه ۵۹۷

II. جمعیت‌شناسی ۵۹۷

II. زیست‌شناسی پیری ۵۹۸

IV. بیماری طبی ۵۹۸

V. بیماری روان‌پزشکی ۶۰۲

VI. روان‌درمانی در افراد پیر ۶۱۱

۶۱۳ VII. درمان روان‌داری در افراد مسن

۶۱۵ فصل ۲۷: مسایل مربوط به مراقبت‌های پایان زندگی

۶۱۵ I. پایان زندگی

۶۱۷ II. سوگ، داغ‌دیدگی و عزاداری

۶۲۱ III. مرگ و مردن

۶۲۲ IV. درد

۶۲۳ V. مدیریت درد

۶۲۴ VI. بی‌حسی

۶۲۴ A. ضددردهای غیرمخدر

۶۲۷ فصل ۲۸: روان‌درمانی‌ها

۶۲۷ I. تعریف

۶۲۷ II. روان‌کاوی و روان‌درمانی تحلیلی

۶۳۲ III. رفتاردرمانی

۶۳۵ IV. درمان شناختی رفتاری

۶۳۶ V. خانواده‌درمانی

۶۳۹ VI. درمان بین‌فردی

۶۳۹ VII, گروه‌درمانی

۶۴۲ VIII. زوج‌درمانی

۶۴۳ IX. رفتاردرمانی دیالکتیک

۶۴۳ X. هیپنوتیزم

۶۴۳ XI. تجسم‌سازی هدایت‌شده

۶۴۴ XII. بازخورد زیستی

۶۴۴ XIII. درمان متناقض

۶۴۵ XIV. درمان جنسی

۶۴۶ XV. روان‌درمانی روایتی

۶۴۶ XVI. توان‌بخشی شفلی

XVII. درمان ترکیبی ۶۴۶

فصل ۲۹: درمان روان‌دارویی (مکمل‌های غذایی) ۶۴۷

- I. مقدمه ۶۴۷
- II. اصول پایه روان‌دارویی ۶۴۷
- III. راهنمای بالینی ۶۵۱
- IV. ضداضطرابی‌ها و خواب‌آورها ۶۵۴
- V. داروهای ضدروانپریشی ۶۶۲
- VI. ضدافسردگی‌ها ۶۸۶
- VII. داروهای ضد مانیا ۷۱۲
- VIII. محرک‌ها ۷۲۸
- IX. مهارکننده‌های کولین‌استراز ۷۳۴
- X. دیگر داروها ۷۳۶
- XI. مکمل‌های غذایی و غذاهای طبی ۷۳۸

فصل ۳۰: درمان‌های تحریک مغز ۷۵۹

- I. مقدمه ۷۵۹
- II. تحریک مغناطیسی فراجبه‌ای (TMS) ۷۶۲
- III. تحریک جریان مستقیم فراجبه‌ای (tDCS) ۷۶۲
- IV. تحریک الکتریکی فراجبه‌ای (CES) ۷۶۳
- V. درمان تشنج معیسی (MST) ۷۶۳
- VI. تحریک عصب واگ (VNS) ۷۶۴
- VII. تحریک عمقی مغز (DBS) ۷۶۵

فصل ۳۱: روان‌پزشکی قانونی و اخلاق در روان‌پزشکی ۷۶۷

- I. مقدمه ۷۶۷
- II. سوء درمان طبی ۷۶۷
- III. درمان دوگانه ۷۶۸

۷۶۸	.....	IV. حق ویژه و رازداری
۷۷۰	.....	V. موقعیت‌های بالینی پر خطر
۷۷۱	.....	VI. بستری کردن
۷۷۲	.....	VII. حق درمان
۷۷۲	.....	VII. حق رد درمان
۷۷۳	.....	IX. جداسازی و مهار
۷۷۳	.....	X. رضایت آگاهانه
۷۷۴	.....	XII. توانایی و صلاحیت وصیت و قرارداد بستن
۷۷۵	.....	XIII. قانون جنایی
۷۷۷	.....	XIV. موضوعات اخلاقی در روان‌پزشکی
۷۸۳	.....	فصل ۳۲: اختلالات حرکتی ناشی از دارو
۷۸۳	.....	I. مقدمه کلی
۷۸۳	.....	II. پارکینسونیسم ناشی از نورولپتیک
۷۸۵	.....	III. دیستونی حاد ناشی از نورولپتیک
۷۸۸	.....	IV. آکاتیزی حاد ناشی از نورولپتیک
۷۸۹	.....	IV. دیسکنزی دیررس ناشی از نورولپتیک
۷۹۱	.....	VI. سندرم نورولپتیک بدخیم
۷۹۵	.....	VII. لرزش وضعیتی ناشی از دارو
۷۹۵	.....	VIII. دیگر اختلالات
۷۹۶	.....	IX. سندرم‌های هایپرترمی
۷۹۷	.....	واژه‌نامه

فصل ۳: ارزیابی طبی و آزمون‌های آزمایشگاهی در روان‌پزشکی

پیشرفت‌های اخیر در درک پیچیدگی‌ها و تأثیر متقابل بیماری‌های روان‌پزشکی و طبی، منجر به ایجاد معیارهایی جدید از ارزیابی طبی و آزمون‌های آزمایشگاهی در بیماران روان‌پزشکی شده است. عواملی باعث شده است تا برای بیشتر بالینگران، ارزیابی طبی و آزمون‌های آزمایشگاهی در بیماران روان‌پزشکی در اولویت توجه قرار بگیرند. از این عوامل می‌توان به شناخت گسترده مشکل فراگیر سندرم متابولیک در روان‌پزشکی بالینی و امید به زندگی کوتاه‌تر بیماران روان‌پزشکی در مقایسه با جمعیت عمومی اشاره کرد. عواملی در هم‌ابتلایی طبی نقش دارند. سوء مصرف تنباکو، الکل و مواد، عادت‌های نادرست تغذیه‌ای و چاقی. گذشته از این، بسیاری از داروهای روان‌پزشکی با خطرات بهداشتی مانند چاقی، سندرم متابولیک و پرولاکتین بالا، خون همراه هستند. در نتیجه پایش سلامت جسمانی بیماران روان‌پزشکی مورد توجه بیشتری قرار گرفته است. در ادامه آزمون‌ها و کاربرد بالینی‌شان به طور دقیق توصیف می‌شود.

۱. آزمایش‌های غددی عصبی

A. آزمایش‌های عملکرد تیروئید

شامل موارد زیر است: آزمایش‌های تیروئید (T₄) توسط باندها شدن پروتئین رقابتی (T₄D)؛ روش ارزیابی رادیوایمونو (T₄RIA) که مربوط به واکنش اختصاصی آنتی‌ژن-آنتی‌بادی است؛ شاخص T₄ آزاد (FT₄)؛ جذب تری‌یدوتیرونین (T₃) و T₃ کلی سرم که با روش ارزیابی رادیوایمونو (T₃RIA) سنجیده می‌شود.

آزمایش‌های به کار رفته برای رد کم‌کاری تیروئید که ممکن است با علائم افسردگی تظاهر یابد. تا ۱۰ درصد بیماران که از افسردگی و خستگی حاصل از آن شکایت دارند، بیماری اولیه کم‌کاری تیروئید دارند. کم‌کاری تیروئید نوزادی منجر به عقب‌ماندگی ذهنی می‌شود و چنانچه در بدو تولد تشخیص داده شود قابل پیش‌گیری است.

آزمایش تحریکی هورمون آزادکننده تیروتروپین (TRH) در بیماران انجام می‌شود که نتایج آزمون تیرویدشان به شکل مرزی غیرطبیعی است. این امر حاکی از کم‌کاری تحت‌بالینی تیروئید است که ممکن است مسئول افسردگی بالینی باشد.

۱. رویه

(a) بیمار باید ناشتا باشد. در ساعت ۸ صبح از او بخواهید دراز بکشد. او را از احتمال نیاز به دفع ادرار فوری آگاه سازید.

سطح پایه هورمون تحریک‌کننده تیروئید، T_3 و T_4 و جذب رزین T_3 را بسنجید.

$500 \mu\text{g}$ هورمون آزادکننده تیروئید را به صورت داخل وریدی تزریق کنید.

سطوح هورمون تحریک‌کننده تیروئید (TSH) را در دقایق ۱۵، ۳۰، ۶۰ و ۹۰ بعد از تزریق بسنجید.

B. آزمایش فرونشانی دگزامتازون (DST)

۱. رویه

(a) یک میلی‌گرم دگزامتازون به صورت خوراکی در ۱۱ شب بدهید.

(b) کورتیزول پلاسما را در ساعت ۴ بعد از بیدار شدن در ۱۱ شب روز بعد بسنجید (همچنین می‌توان در ساعت ۸ شب نمونه را گرفت).

(c) اگر سطح کورتیزول پلاسما بالای $5 \mu\text{g/dl}$ باشد، غیرطبیعی است (هر چند دامنه طبیعی باید مطابق با معیار منطقه‌ای تطبیق یابد. به نوری که ۹۵ درصد افراد طبیعی در داخل دامنه طبیعی قرار گیرند)

سطح پایه کورتیزول پلاسما معیار واقع می‌شود.

۲. موارد استفاده

(a) برای کمک به تأیید احتمال تشخیص اختلال افسردگی اساسی. به طور معمول استفاده نمی‌شود چرا که قابلیت اطمینان آن پایین است. نتایج غیرطبیعی ممکن است نیاز به درمان جسمی را تأیید کند.

برای پیگیری افسردگی فرونشانی نشده [در آزمایش] از طریق درمان افسردگی

(b) برای افتراق افسردگی اساسی از ملالت خفیف

شواهد نشان می‌دهد که در افسردگی فرونشانی نشده احتمال پاسخ مثبت به ECT یا ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای بیشتر است.

(c) استفاده از آن در پیش‌بینی نتایج درمان پیشنهاد شده است اما ممکن است نتایج DST قبل از رفع افسردگی طبیعی شوند.

(d) استفاده از آن در پیش‌بینی عود در بیمارانی توصیه شده است که عدم فرونشانی در آنها پایدار است یا کسانی که نتایج آزمون DST آن‌ها به حالت غیرطبیعی برگشت می‌کند.

(e) احتمالاً در افتراق افسردگی هذیانی از غیرهذیانی سودمند است.

(f) سطوح بسیار غیرطبیعی کورتیزول پلاسما ($>10 \mu\text{g/dL}$) در مقایسه با سطوح نسبتاً بالا قابل توجه‌تر هستند.

قابلیت اطمینان. از مشکلاتی که در مورد DST وجود دارد می‌توان به گزارش‌های متفاوت از میزان حساسیت یا اختصاصیت اشاره کرد. نتایج مثبت کاذب و منفی کاذب شایع است. حساسیت DST در اختلالات افسردگی اساسی ۴۵ درصد و در دوره‌های افسردگی اساسی با ویژگی روان‌پریشی ۷۰ درصد است. اختصاصیت آزمایش در مقایسه با افراد کنترل ۹۰ درصد و در مقایسه با دیگر تشخیص‌های روان‌پزشکی ۷۷ درصد است. برخی شواهد نشان می‌دهد بیماران با نتیجه مثبت DST (به ویژه $10 \mu\text{g/dL}$) پاسخ خوبی به درمان‌های جسمانی همچون الکتروشوک یا ضدافسردگی‌های حلقه‌ای خواهند داشت.

C. کانه‌کولامین‌ها

سطح متابولیت سروتونین ۵-هیدروکسی‌اسید (5-HIAA) در ادرار مبتلایان به تومورهای کارسینوئید بالا می‌رود.

گاهی سطوح 5-HIAA در بیمارانی که داروهای فنوتیازینی مصرف می‌کنند و نیز در کسانی که غذاهای غنی از سروتونین (گردو، موز، آووکادو) می‌خورند بالا می‌رود.

مقدار 5-HIAA در مایع مغزی نخاعی (CSF) در مبتلایان به افسردگی همراه با افکار خودکشی پایین است. همچنین مطالعات کالبدشناختی افرادی که مرتکب خودکشی به ویژه با روش‌های خشن شده‌اند، نشان می‌دهد که سطح این ترکیب در CSF آنها پایین است.

۱. به‌طور کلی سطوح پایین متابولیت سروتونین (5-HIAA) در CSF با خشونت ارتباط دارد. می‌توان نوراپی‌نفرین و فرآورده‌های متابولیک آن - متانفرین، نور متانفرین و وانیلیل مندلیک‌اسید - را در ادرار، خون و پلاسما سنجید.

۲. سطوح پلاسمایی کاته کولامین به طور مشخص در فنوکروماسیتوما بالا می‌رود. این حالت با اضطراب، سرآسیمگی و فشار خون بالا همراه است.

در بعضی از مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) سطوح بالای اداری نوراپی نفرین یافت شده است.

سطح متابولیت نوراپی نفرین ۳-متوکسی-۴-هیدروکسی فنیل گلیکول در مبتلایان به اختلال افسردگی شدید کاهش می‌یابد، به ویژه در مواردی که همراه با اقدام به خودکشی است.

D. دیگر آزمایش‌های غددی

این هورمون‌ها علاوه بر هورمون‌های تیروئید، شامل هورمون هیپوفیز فدای پرولاکتین، هورمون رشد، سوماتواستاتین، هورمون آزادکننده گنادوتروپین و استروئیدهای جنسی - LH و FSH، تستوسترون و استروژن است. ملاتونین از غده صنوبری ترشح می‌شود و در اختلال عاطفی فصلی نقش دارد (در پنجمین ویرایش کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی، الگوی فصلی در اختلال افسردگی اساسی راجعه^۱ نامیده می‌شود).

II. آزمایش‌های کلیوی و کبدی

A. آزمایش‌های عملکرد کلیوی

نیترژن اوره خون (BUN) و کراتینین سرم در بیماران تحت درمان با لیتیوم پایش می‌شود. اگر BUN با کراتینین سرم غیرطبیعی باشد کلیرانس ۲ ساعته کراتینین و نهایتاً کلیرانس ۲۴ ساعته کراتینین مورد آزمایش قرار می‌گیرد. جدول ۱-۱ دیگر آزمون‌های آزمایشگاهی برای بیماران تحت درمان با لیتیوم را به طور خلاصه نشان می‌دهد.

B. آزمایش‌های عملکرد کبدی (LFTs)

مقادیر بیلی‌روبین کلی و بیلی‌روبین مستقیم در صدمات سلولی کبدی و انسداد صفراوی داخل کبدی بالا می‌رود. این حالات ممکن است با مصرف داروهای فنوتیازینی یا سه‌حلقه‌ای و سوء مصرف الکل و سوء مصرف دیگر مواد اتفاق بیافتند.

اسبیب یا بیماری کبدی با نتایج غیرطبیعی در LFTs مشخص می‌شود. این حالات ممکن است با نشانه‌ها و علائم اختلال شناختی شامل اختلال جهت‌یابی و دلیریوم ظاهر شود.

1. Seasonal pattern for recurrent major depressive disorder