

امراض روانی

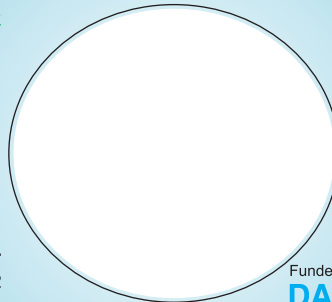
(بخش اول)

پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری

AFGHANIC



In Dari PDF
2012



Kabul Medical University

پوهنتون طبي کابل

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service

Psychiatry

Volume 1

Dr. Abdul Aziz Naderi

Download: www.ecampus-afghanistan.org



پوهنتون طبي کابل

امراض روانی

(بخش اول)



پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری

۱۳۹۱

امراض روانی (بخش اول) Psychiatry Volume 1

پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری



Kabul Medical University

AFGHANIC

Dr. Abdul Aziz Naderi

Psychiatry

Volume 1

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service



2012





پوهنتون طبي کابل

امراض روانی

(بخش اول)

پوهندوی دوکتور عبدالعزيز نادری

۱۳۹۱

نام کتاب	امراض روانی (بخش اول)
مؤلف	پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری
ناشر	پوهنتون طبي کابل
ويب سايت	www. kmu.edu.af
چاپ	مطبعه سهر، کابل، افغانستان
تیراژ	۱۰۰۰
سال	۱۳۹۱
داونلود	www.ecampus-afghanistan.org

کتاب هذا توسط انجمن همکاریهای اکادمیک آلمان (DAAD) از بودیجه وزارت خارجه فدرالی آلمان تمویل شده است. امور اداری و تخنیکي کتاب توسط موسسه افغانیک انجام یافته است. مسؤلیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده و پوهنخی مربوطه می باشد. ارگان های کمک کننده و تطبیق کننده مسؤل نمی باشند.

اگر میخواهید که کتابهای تدریسی طبي شما چاپ گردد، با ما به تماس شوید:
داکتر یحیی وردک ، وزارت تحصیلات عالی، کابل

دفترا: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: textbooks@afghanic.org

تمام حقوق نشر و چاپ همراهی نویسنده محفوظ است.

ای اس بی ان: 9789936200098



پیام وزارت تحصیلات عالی

در جریان تاریخ بشریت کتاب برای کسب علم و دانش نقش عمده را بازی کرده و جز اساسی پروسه درسی بوده که در ارتقای کیفیت تحصیلات دارای ارزش خاص می باشد. از اینرو باید با در نظر داشت ستندردها و معیارهای شناخته شده جهانی و ضروریات جوامع کتب و مواد درسی جدید برای محصلین آماده و چاپ گردد.

از اساتید محترم موسسات تحصیلات عالی کشور قلبا اظهار سپاس و قدردانی مینمایم که با تقبل زحمات در جریان سالهای متمادی با تالیف و ترجمه کتب درسی دین ملی خود را ادا نموده اند. از سایر اساتید و دانشمندان گرانقدر نیز صمیمانه تقاضا مینمایم که در رشته های مربوطه خود کتب و سایر مواد درسی را تهیه نمایند، تا بعد از چاپ در دسترس محصلین گرامی قرار داده شوند.

وزارت تحصیلات عالی وظیفه خود میداند تا جهت ارتقای سطح دانش محصلین عزیز کتب و مواد درسی جدید و معیاری را آماده نماید.

در اخیر از وزارت خارجه کشور آلمان، موسسه DAAD، سایر ادارات و اشخاصی که زمینه چاپ کتب طبی اساتید محترم پوهنچی های طب کشور را مهیا ساخته اند صمیمانه تشکر مینمایم.

امیدوارم که این کار سودمند ادامه یافته و به سایر بخش ها نیز گسترش یابد.

با احترام

پوهاند دوكتور عبیدالله عبید

وزیر تحصیلات عالی

کابل، ۱۳۹۱

چاپ کتب درسی پوهنځی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز!

کمیود و نبود کتب درسی در پوهنتون های افغانستان از مشکلات عمده به شمار می رود. محصلین و استادان با مشکلات زیاد روبرو میباشند. آنها اکثرا به معلومات جدید دسترسی نداشته و از کتاب ها و چپتر های استفاده مینمایند که کهنه بوده و در بازار به کیفیت پایین فوتوکاپی میگردد.

برای رفع این مشکلات در دو سال گذشته ما چاپ کتب درسی پوهنځی های طب پوهنتون های کشور را آغاز نمودیم و تا اکنون ۶۰ عنوان کتب درسی را چاپ نموده و به تمام پوهنځی های طب افغانستان ارسال نموده ایم.

این در حالی است که پلان ستراتیژیک وزارت تحصیلات عالی (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کشور بیان می دارد:

« برای ارتقای سطح تدریس، آموزش و آماده سازی معلومات جدید، دقیق و علمی برای محصلان، باید برای نوشتن و نشر کتب علمی به زبان های دری و پشتو زمینه مساعد گردد. برای ریفورم در نصاب تعلیمی ترجمه از کتب و مجلات انگلیسی به دری و پشتو حتمی و لازمی میباشند. بدون امکانات فوق ناممکن است تا محصلان و استادان در تمامی بخش ها به پیشرفت های مدرن و معلومات جدید زود تر دسترسی بیابند.»

استادان و محصلین پوهنځی های طب با مشکلات زیاد مواجه اند. تدریس به میتود کهنه، عدم دسترسی به معلومات و مواد جدید درسی و استفاده از کتب و چپتر های که به کیفیت بسیار پایین در بازار دریافت میگردد از جمله مشکلات عمده در این راستا میباشند. باید آن عده از کتاب هاییکه توسط استادان تحریر گردیده اند جمع آوری و چاپ گردند. با در نظر داشت حالت بحرانی کشور جنگ زده، ما به دوکتوران ماهر و ورزیده نیاز داریم تا بتوانند در بهبود و ارتقای تحصیلات طبی و صحت عامه در کشور سهم فعال بگیرند. از اینرو باید توجه زیاد تر برای پوهنځی های طب جلب گردد.

تا به حال ما به تعداد ۲۰ عنوان کتب مختلف طبی برای پوهنځی های طب ننگرهار، خوست، هرات، کندهار، بلخ هرات و کابل را چاپ نموده ایم و پروسه چاپ ۵۰ عنوان دیگر جریان دارد که یک نمونه آن همین کتابی است که فعلا در دسترس شما قرار دارد. قابل یاد آوری است که تمام کتب چاپ شده مذکور بصورت مجانی برای پوهنځی های طب کشور توزیع گردیده اند.

به اثر درخواست وزارت محترم تحصیلات عالی، پوهنتون ها، استادان محترم و محصلین عزیز در آینده می خواهیم این پروگرام را به بخش های غیر طبی (ساینس، انجینیری، زراعت و سایر بخش ها) و پوهنځی های دیگر هم توسعه دهیم و کتب مورد نیاز پوهنتون ها و پوهنځی های مختلف را چاپ نماییم.

از آنجاییکه چاپ نمودن کتب درسی یک پروژه پروگرام ما بوده، بخش های کاری دیگر ما بطور خلاصه قرار ذیل اند:

۱ چاپ کتب درسی طبی

کتابی که در اختیار شما است، نمونه از فعالیت های ما میباشد. ما میخواهیم که این روند را ادامه دهیم تا بتوانیم در زمینه تهیه کتب درسی با پوهنتون های کشور همکاری نماییم و دوران چپتر و لکچرنوت را خاتمه دهیم و نیاز است تا برای موسسات تحصیلات عالی کشور سالانه به تعداد ۱۰۰ عنوان کتاب درسی چاپ گردد.

۲. تدریس با میتود جدید و وسایل پیشرفته

در جریان سال ۲۰۱۰ توانستیم در تمام صنوف درسی پوهنځی های طب بلخ، هرات، ننگرهار، خوست و کندهار پروجکتورها را نصب نماییم. برای ایجاد محیط مناسب درسی باید تلاش گردد که تمام اطاق های درسی و کنفرانس و لابراتوارها مجهز به مولتی میدیا، پروجکتور و سایر وسایل سمعی و بصری گردند.

۳. ارزیابی ضروریات

وضعیت فعلی (مشکلات موجوده و چلنج های آینده) پوهنځی های طب باید بررسی گردد و به اساس آن به شکل منظم پروژه های اداری، اکادمیک و انکشافی به راه انداخته شوند.

۴. کتابخانه های مسلکی

باید در تمام مضامین مهم و مسلکی کتب به معیارهای بین المللی به زبان انگلیسی خریداری و به دسترس کتابخانه های پوهنخی های طب قرار داده شود.

۵. لابراتوارها

در پوهنخی های طب کشور باید در بخش های مختلف لابراتوارهای فعال وجود داشته باشد.

۶. شفاخانه های کدري

هر پوهنخی طب کشور باید دارای شفاخانه کدري باشد و یا در یک شفاخانه شرایط برای تریننگ عملی محصلین طب آماده گردد.

۷. پلان ستراتیژیک

بسیار مفید خواهد بود که هر پوهنخی طب در چوکات پلان ستراتیژیک پوهنتون مربوطه خود دارای یک پلان ستراتیژیک پوهنخی باشد.

از تمام استادان محترم خواهشمندیم که در بخش های مسلکی خویش کتب جدید تحریر، ترجمه و یا هم لکچرنوت ها و چپتر های خود را ایدیت و آماده چاپ نمایند. بعدا در اختیار ما قرار دهند، تا به کیفیت عالی چاپ و به شکل مجانی به دسترس پوهنخی های مربوطه، استادان و محصلین قرار داده شود.

همچنان در مورد نکات ذکر شده پیشنهادات و نظریات خود را به آدرس ما شریک ساخته تا بتوانیم مشترکاً در این راستا قدم های مؤثرتر را برداریم.

از محصلین عزیز نیز خواهشمندیم که در امور ذکر شده با ما و استادان محترم همکاری نمایند.

از وزارت محترم خارجه آلمان و مؤسسه DAAD (همکاری های آکادمیک آلمان) اظهار سپاس و امتنان مینماییم که تا اکنون چاپ ۹۰ عنوان کتب طبی درسی را به عهده گرفته که از آن جمله پروسه چاپ ۵۰ عنوان آن جریان دارد. از پوهنخی طب پوهنتون ماینز آلمان (Mainz/Germany) و استاد پوهنخی مذکور دوکتور زلمی توریال، Dieter Hampel و موسسه افغانیک نیز تشکر میکنیم که در امور اداری و تخنیکی چاپ کتب با ما همکاری نمودند.

بطور خاص از دفاتر جی آی زیت (GIZ) و CIM (Center for International Migration and Development) یا مرکز برای پناهنده گی بین المللی و انکشاف که برای من امکانات کاری را طی دو سال گذشته در افغانستان مهیا ساخته، است اظهار سپاس و امتنان مینمایم.

از دانشمند محترم پوهاند دوکتور عبیدالله عبید وزیر تحصیلات عالی، محترم پوهنوال محمد عثمان بابری معین علمی وزارت، محترم پوهندوی دوکتور گل حسن ولیزی معین اداری و مالی، روسای محترم پوهنتون ها، پوهنخئی های طب و استادان گرامی تشکر مینمایم که پروسه چاپ کتب درسی را تشویق و حمایت نمودند.

همچنان از همکاران محترم دفتر هر کدام دوکتور محمد یوسف مبارک، عبد المنیر رحمانزی، احمد فهیم حبیبی، سبحان الله و همت الله نیز تشکر مینمایم که در قسمت چاپ نمودن کتب همکاری نمودند.

داکتور یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی

کابل، نومبر سال ۲۰۱۲ م

نمبر تیلیفون دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل آدرس: wardak@afghanic.org

textbooks@afghanic.org

فهرست مندرجات

مقدمه مؤلف

مقدمه مترجم

بخش اول : عمومیات

۱. معرفی..... ۲
۲. تاریخچه طب روانی..... ۸
۳. اسباب تشوشات روانی..... ۲۷
۴. اعراض شناسی روانی، مصاحبه و معاینه روانی..... ۴۳
۵. کمک های تشخیصیه در طب روانی..... ۷۷
۶. تصنیف اختلالات روانی..... ۸۹

بخش دوم: اختلالات روانی

۷. اختلالات روانی عضوی..... ۱۰۶
۸. اختلالات ناشی از الکول و سایر مواد فعال کننده روان..... ۱۴۶
۹. پس منظر روانی صرع..... ۱۷۱
۱۰. اسکیزوفرنی و اختلالات پارانوئید..... ۱۸۷
۱۱. اختلالات مزاجی (عاطفی)..... ۲۱۷
۱۲. اختلالات سایکوتیک که به گونه دیگر مشخص نشده باشد..... ۲۳۸
۱۳. اختلالات ناشی از سترس و حالات عصبی..... ۲۴۵
۱۴. اختلالات شبه جسمی..... ۲۸۲
۱۵. اختلالات ساختگی و مربوطه آن..... ۲۸۸

مقدمه مؤلف

طب روانی در پهلوی اینکه یک شعبه متمم از داخله است، متحمل تغییرات سریع گردیده است. پیشرفت های جدید در شناخت عامل بیماری ها، اعراض شناسی، طبقه بندی تشخیص و تداوی اختلالات روانی صورت گرفته است. کتاب های که مطابق به طب روانی هندوستان باشد تا هنوز کمتر در دست است. که اکثریت این کتاب ها در ممالک غربی استفاده نمی گردد. و اکثریت شان نیازمندی های اساسی طب روانی را تکافو نمی کنند. (مثلا پس منظرهای تاریخی، و غیره) حتی این چنین کتاب ها بعضی عناوین عمده را که ارتباط به طب روانی هند دارند، از نظر دور ساخته اند. بطور مثال اپیدیمولوژی طب روانی عدلی، پروگرام صحت روانی هندوستان، و سهم گیری داکتران متخصص روانی هندوستان، هم چنان بعضی رشته های دیگر طب روانی چون طب روانی اطفال، طب روانی کاهلان، میتود های ارزیابی، طب روانی کهن سالان، طب روانی مربوط به زنان، طب روانی جامعه نیز از نظر دور مانده اند.

کتاب هذا (متن کوتاه طب روانی) یک سعی جهت پر نمودن خالیگاه فوق الذکر می باشد. در این متن کوتاه طب روانی سعی و کوشش به عمل آمده تا این نشریه ساده، سهل، فراگیر و عملاً مفید باشد. که بعضی ضمایم عمده دیگر چون تداوی و اهمامات تسممات و فرط مقدار ادویه جات روانی نیز به آن علاوه شده است.

جهت مطالعه آسان تر این کتاب می توانیم از مواد ضمیموی چون اساسات طب روانی، قاموس (طب روانی، روانشناسی و نیورولوژی)، مصاحبه و معاینات فزیک در طب روانی، تاریخچه طب روانی، روانشناسی و علوم متمم، تشخیص و تشخیص تفریقی در طب روانی، تداوی اختلالات روانی ذریعه ادویه، مرور اجمالی علوم سلوکی و طب روانی بطور یک ضمیمه مفید استفاده کنیم.

من احترامات قلبی خویش را برای استادان، دوستان و کسانی که این متن را مطالعه می کنند و نظریات و پیشنهادات مفید دارند، تقدیم می کنم. آرزو دارم این متن کوتاه طب روانی بتواند نیازمندی های ایشان را تکافو نماید. به انتظار پیشنهادات سالم در راستای هر چه بهتر سازی این کوشش اندک.

مقدمه مترجم

سپاس خداوند یکتا را که به بنده توفیق عنایت فرمود تا توسط ترجمه رساله هذا اندک ترین خدمت برای مردم عزیز خویش انجام دهم. رساله هذا ترجمه کتاب درسی معتبر در ساحه طب روانی بوده که کمبود این چنین آثار در کشور عزیز ما خیلی محسوس بود.

بنا بر اشد لزوم دید، مجلس دیپارتمنت روانی و اعصاب به من وظیفه سپرد که کتاب درسی خلاصه طب روانی (Short Textbook of Psychiatry) طبع پنجم که توسط مؤلف M.S. Bhatia به رشته تحریر در آورده شده بود برای ترفیع از رتبه پوهنملی به رتبه پوهندوی تحت نظر محترم پوهاند دوکتور نادر احمد «اکسیر» به زبان دری ترجمه نمایم. بنده سعی فراوان نموده ام تا اینکه در اصل متن کدام تغییر ایجاد نشود و نیز تا حد امکان کوشش شده است تا اصطلاحات به زبان دری برگردانیده شود، در صورت که معادل اصطلاح به زبان دری موجود نبوده اصل اصطلاح نیز به کار رفته است. در کشور ما تا هنوز منابع معتبر طب روانی به زبان های رسمی و ملی موجود نبوده و امید وارم تا این اثر بتواند اندکی در کمبودی این نقیصه کمک نماید.

این اثر دارای چهار بخش و سی چهار فصل بوده که در بخش اول عمومیات طب روانی، در بخش دوم اختلالات طب روانی، در بخش سوم موضوعات خاص و در بخش چهارم تداوی در طب روانی مورد بحث قرار گرفته است.

امید وارم ترجمه این اثر برای محصلین عزیز، دوکتوران طب، متخصصین طب روانی و استادان دیپارتمنت مفید و قابل استفاده باشد. قابل یاد آوری است که در ترجمه این اثر از محترم پوهاند دوکتور نادر احمد «اکسیر» که سمت استاد رهنمایم را داشتند سپاس فراوان نمایم که اگر رهنمایی های به موقع ایشان نبود کامل شدن این اثر ناممکن می شد.

پوهنمل دوکتور عبدالعزیز «نادری»

بخش اول عمومیات

معرفی

تعریف طب روانی (و انواع آن)، روان شناسی، سایکودینامیک، تحلیل روانی، روان، عقل، شخصیت و صحت روانی. اهمیت پرابلم های گوناگون روانی در هند

قبل از اینکه در مورد امراض روانی معلومات داشته باشیم لازم و ضروری است بعضی از اصطلاحات این علم را تعریف نمایم.

۱- **طب روانی (Psychiatry)**: یک بخش از امراض داخله میباشد، که در آن تشوشات و حالات غیر عادی روانی مطالعه، تشخیص، تداوی و وقایه میگردد.

این اصطلاح از دو کلمه لاتین (psyche) به معنای روان یا ذهن و (iatros) به معنای التیام دهنده بوجود آمده است.

در افسانه های یونان psyche یک خانم مرگ آور بوده است، که توسط رئیس خدایان یونان به یک خانم غیر مهلک تبدیل گردید. شعبات مختلف طب روانی قرار ذیل است:

a- طب روانی اطفال: در این شعبه از تداوی و تشخیص امراض روانی در اطفال پائتر از ۱۲ سال بحث صورت می گیرد.

b- طب روانی کاهلان: در این شعبه از تشوشات روانی کاهلان بحث صورت میگیرد. هدف این شعبه این است که اشخاص مسن را تا زمانی که ممکن است در اجتماع، خود مختار نگهداری نماید و در صورت ضرورت برای ایشان کمک های دراز مدت را تهیه و تدارک نماید.

c- طب روانی جامعه: این شعبه در تهیه و تدارک پروگرام های منظم صحت روانی در جامعه مسئول میباشد.

d-طب روانی عدلی(حقوقی): در این شعبه روان از نظر قانون و حقوق تحت مطالعه قرار می گیرد. مثلاً

صحت روانی یک حالت رفا ه
صحی ویا تطابق کافی که بتواند
معیارات سلوک جامعه را تأیید
نماید .

جرم شناسی (criminology)، علوم جزایی (penology)، تمثیل
نمودن امراض روانی، ایفا نمودن رول امراض روانی در وقایع
جرمی، ارائه نمودن معلومات به محکمه و پیشکش نمودن
شواهد مبنی بر موجودیت امراض روانی که سبب مشکلات
میگردد.

e- **طب روانی اجتماعی:** این شعبه از به میان آمدن فشارهای روحی حاصله از نفوذ تاثیرات محیط،
و تاثیرگذاری یک گروپ اجتماع بالای اشخاص بحث می کند. در این شعبه بالای اسباب امراض، هدف
تداوی و وقایه امراض تأکید می گردد.

f- **طب روانی کلتوری:** این شعبه روانی، تاثیرات و نفوذ کلتور و فرهنگ را بالای صحت روانی افراد
تابع همان کلتور و فرهنگ مورد مطالعه قرار میدهد، وزمانی که چندین کلتور هدف باشد اصطلاح چندین
فرهنگی استفاده می گردد.

روانکاوی یک نوع پروسیجر (جهت تحقیق برای
پروسه های روانی) یک نظریه ویک شکل از تداوی
است که توسط سگموند فروید تکامل داده شد.

۲- **روان شناسی (Psychology):** عبارت از علميست که از پروسه های روانی، ذهن ، شعور، حسیت،
تفکر و حافظه بحث می کند.

۳- **سایکو دینامیک:** استفاده فعلی از این اصطلاح زیاد تر، بالای پروسه های روانی داخلی
(intrapsychic) و رول یک انگیزش غیر شعوری در عادات انسان، تمرکز دارد.

۴- **تحلیل روانی یا سایکوانالایزس:** این پروسیجر توسط عالمی بنام (سگموند فروید) جهت تحقیق
نمودن درباره پروسه های روانی از طریق آمیزش آزادانه، تعبیر، شرح و تفسیر خواب توصیه گردید. به این

ترتیب یک تیوری روانشناسی خارج از تجارب کلینیکی وی تشریح شد، که در آن ارزیابی های ثابت و قابل انتقال تظاهرات کلینیکی مریضان روانی توصیه گردید، و این تیوری سایکولوژیک

اوسط شیوع اختلالات شدید روانی درهندوستان ۱۰۰۰ / ۱۸-۲۰ نفوس است.

که توسط فروید تشریح شد یک شکل تداوی را برای مریضان هیستریک هماهنگ ساخت، که اجرای آن اساس یا پایه طب روانی تحلیلی یا سایکو آنالیزس را گذاشت.

۵- psyche (به معنی کلمه سبز): یعنی روان میباشد.

۶- ذهن (Mind) : عبارت از ظرفیت وظیفوی مغز است (مغز خود یک ساختمان اناتومیک است) مثلاً ذکاوت، حافظه (که دارای سه قسمت میباشد؛ شناخت (cognition)، تمایل ارادی به اجرای یک عمل (conation)) و عاطفه یا affect.

۷- شخصیت یا Personality: یک کرکتر وصفی میباشد که شخص توسط آن رفتار، تفکر و احساس می کند.

یا به عبارت دیگر شخصیت عبارت از سلوک رنگارنگ می باشد که هر شخص آنرا آگاهانه و نا آگاهانه به قسم یک روش و به منظور توافق حاصل نمودن با محیط، از خود نشان می دهد.

۸- صحت روانی یا Mental health: عبارت از صحتمند بودن روانی ویا سازگار بودن کافی درمقابل معیارات رفتار وروش های قبول شده اجتماع پنداشته می شود.

مشخصات مهم صحت روانی عبارت اند از

- آزادی نسبی
- اعتماد به نفس
- خود راهدایت نمودن
- توانایی اجرای وظیفه
- قابلیت بدست گرفتن مسئولیت ودراین مورد تلاش نمودن
- توانایی واقعیت سنجی
- تاکید نمودن
- قابلیت اختراع نمودن مثلاً درسرگرمی ها
- رضایت درشناخت جنسی

- توانمندی اجراء وظیفه تحت آمریت، قوانین و مشکلات
- احساس رقابت، معتقد بودن به تشریک مساعی، رضایت و امنیت
- توانمندی اظهار نمودن هویت جنسی
- قابلیت اخذ و دادن چیزی
- تحمل نمودن دیگران، هیجانات و ناامیدی ها
- قابلیت شریک سازی
- احساس شوخی و مزاح
- قابلیت یکجا بودن با دیگران
- همکاری
- خوش بینی و قابلیت اجراء وظیفه تحت قوانین معین و غیر معین

روان شناس یا Psychiatrist: فارغ التحصیل طب را گویند که موفقانه دوره تریننگ را به مدت ۲-۳ سال در رشته طب روانی سپری نموده باشد.

روانشناس کلینیکی یا Clinical psychologist: فارغ التحصیل فاکولته روانشناسی را گویند که موفقانه دوره تریننگ را به مدت ۲ سال در رشته روانشناسی کلینیکی سپری نموده باشد.

در مانگر روانی یا Psychotherapist: شخصی را گویند که در رشته روان درمانی تریننگ اخذ نموده باشد خواه فارغ طب باشد یا خیر.

کارکن اجتماعی صحت روانی یا Psychiatric social worker: شخصی را گویند که از رشته جامعه شناسی فارغ باشد و به مدت ۲ سال موفقانه دوره تریننگ را در رشته فعالیت های اجتماعی سپری نموده باشد. همچنان دارای تعلیم و تجربه باشد که توسط وی چگونگی حالات کلتوری و اجتماعی مریضان تحت بررسی قرار می گیرد و در صورتیکه این حالات، مشخصه پتالوژیک داشته باشد، این میتود میتواند آنرا اصلاح نماید.

نرس روانی یا Psychiatric nurse: به یک نرس گفته می شود که در آمریت و محافظت مریضان روانی تریننگ مخصوص اخذ نموده باشد.

درمانگر شغلی یا Occupational therapist: به آن فارغ التحصیل اطلاق می گردد که توسط بعضی از فعالیت های جدید مریضان را تداوی و مشاهده می نمایند. یک شخص که از نظر روانی صحتمند باشد

و هیچ اعراض نزدش موجود نباشد و خود را صحت مند احساس نماید همیشه خوشحال نمی باشد. این افراد بعضاً اعراض خفیف روانی دارند.

شواهد کلینیکی را در مورد صحت روانی میتوانیم ذیلاً بدست بیاوریم.

- معاینه نمودن مریضان.

اوسط وقوع اختلالات جدی روانی

۳۵ فرد در هر یک لک نفوس است

- ارزیابی نمودن اشخاص که ظاهرآ از نظر روانی

مریض نبوده اما ضرورت به کمک مسلکی دارند.

انتخاب نمودن اهداف تداوی برای مریضان روانی.

- معاینات مسلکی مثلاً در قطعات مربوط قوای نظامی و غیره.

- فعالیت های صحت روانی در اجتماع.

پرابلم های که ارتباط به تشوش روانی نداشته باشد مثلاً در حالات ذیل تشخیص امراض روانی درست نیست:

- پرابلم های مدنی.

- مشکلات دیگر شخصی.

- مشکلات زندگی.

- حالات که در فامیل موجود باشد.

- مشکلات اکادمیک.

- قبول نکردن تداوی طبی.

تقریباً ۲-۱ فیصد اطفال از مشکلات

آموزش و سلوکی رنج می برند.

هم چنان در حالات ذیل مثلاً محرومیت ها، مشکلات والدین و اطفال، سلوک ضد اجتماعی، ضرب ذکاوت (بین ۷۰-۸۰)، تمارض و غیره.

تأخر عقلی تقریباً ۰.۵-۱.۰ فیصد تمام اطفال

موجود میباشد.

سوالات برای مرور

۱. روانشناسی را تعریف نموده و شعبات آنرا بر شمارید؟
۲. اصطلاحات سایکولوژی، سایکولوژی انفرادی، سایکولوژی عملی، روان تحلیلی یا سایکو آنالیزس، ذهن و شخصیت را تعریف نمایند؟
۳. صحت روانی را تعریف نموده، و مشخصات مهم صحت روانی را بر شمارید؟
۴. وسعت پرابلم های روانی در هندوستان را بیان دارید و نیز بگوئید که از نظر نیروی انسانی در مقابل این پرابلم چه امکانات قابل دسترس است؟
۵. مریضی های معمول روانی را در یک واحد شفاخانه عمومی بر شمرده و بگوئید که کدام پرابلم ها بطور روزمره دیده شده و کدام پرابلم ها به نقیصه های روانی ارتباط نمیگیرد.
۶. تفاوت ها ابتدایی بین اصطلاحات ذیل را بیان دارید؟
 - (a) سایکاتری و سایکولوژی
 - (b) سایکاترست و سایکولوژست
 - (c) سایکو تراپست و سایکاترست
 - (d) دماغ و ذهن یا فکر

سوالات امتحان مسلکی

۱. صحت روانی را تعریف نموده و اجزای متعدد آنرا بر شمارید؟
۲. وسعت پرابلم های روانی در هندوستان را بیان دارید؟
۳. اصطلاحات ذیل را تعریف نمایند:
 - سایکاتری
 - سایکولوژی
 - سایکو آنالیزس
 - سایکوپانامیت

تاریخچه روانی

اشخاص سهیم در طب روانی، اشخاص سهیم در تکامل تداوی با ادویه جات، نقاط بارز در طب روانی، نقاط هدف در طبابت روانی هندوستان

اشخاص سهیم در طب روانی

Abraham, Karl (1877-1925): روان شناس جرمنی است. نظریه مراحل قبل از تناسلی، نوع کرکتر و

سایکوزمانیا، افسرده گی و سمبولیزم.

Ackerman, Nathan WARD (1908-1971): روان شناس امریکائی است. تداوی فامیلی.

Adams, Joseph (1756-1818): از برطانیه بوده کتاب درمورد خصوصیات ارثی بیماری ها نوشته است

که در آن درمورد ارثی بودن بیماری ذکر شده است بناً وقایه و تداوی ممکن گردید.

Adler, Alfred (1875-1937): روان شناس اطریشی است و مؤسس مکتب انفرادی روانشناسی

Adlerian است.

Africanus, constantius (۱۰۸۷-۱۰۲۰): از افریقای شمالی است

کتاب او بنام (melancholia) در مورد افکار هذیانی بوده و هم چنان در مورد نظریات Galenic در تمام اروپا انتشار یافت.

Aichhorn, August (1978-1949): یک مدرس و روانکاو اطریشی بوده. دو کتاب به چاپ رسانیده بنام wayward youth سال ۱۹۲۵.

توپوگرافیک سگموند فروید (۱۹۳۹- ۱۸۵۶) که یک متخصص روانی اطریشی بود بنام پدر علم روانکاو ی یاد میشود این عالم نظریه مغزی (آگاه ، ناخود آگاه ونیم آگاه) وساختمان آنرا (آید، ایگو ، سوپرایگو) را شرح نمود. این ساختمان مراحل تکامل روحی جنسی (فمی، مقعدی، و اودیپال، پنهانی وتناسلی) را شرح نمود . معلق اودیپال) تعبیر خواب ها ، مفهوم لذت ونشاط جنسی ، پس زدائی ، هم چنان خصوصیات کوانین را شرح نمود.

Aiken, John (1822- 1747): از برطانیه بوده کتاب نخست شان در مورد شفاخانه ها است. بنام (افکار در مورد شفاخانه ها) که در آن شفاخانه های نیم هلالی مورد بحث قرار گرفته است.
Alexander, Franz Gabriel (1891- 1964): یک روان شناس هنگری امریکائی نژاد است یک فرویدین جدید گفته میشود. در مورد روان درمانی مختصر تجزیوی و درمورد

طب روحی جسمی نظر داده است. به نظراو تکنیک های فعال بهتر از تکنیک های تجزیوی غیر فعال است.
Alzheimer, Alois (1864-1915): یک نیوروجیست جرمنی بوده و نوع زوال عقلی قبل از پیری را معرفی نمود (Alzheimer disease).

الفرد ادلر (۱۹۳۷- ۱۸۷۵) یک متخصص روانی اطریشی بود مفهوم معلق سفلا بودن را توضیح نمود هم چنان مکتب انفرادی روانشناسی را بوجود آورد .

Anglicus, Bartholomaeus (۱۰۸۷- ۱۰۲۰): از فرانسه بوده، توانست امراض عقلی را به نواحی مختلف مغز موضعی بسازد.

Aristotle (384-322): یک فیلسوف یونانی بوده، عواطف خواهشات قهر، ترس، تقویه، تشویق را شرح نمود.

Avicenna (980-1037 AD): از پارس ایران بوده ابوعلی

سینا شرح نمود که اکثریت بیماری ها از باعث مشکلات هیجانی و تهیج بوجود می آید.

Battle, William (1776-1703): روان شناس انگلیسی بوده اولین داکتر بود که در عنوان کتاب خود از لفظ دیوانه گی استفاده نمود.

Beard, George Miller (1839-1883): خستگی عصبی (neurasthenia) را استفاده نمود. که برای بیماری های خستگی روانی و فزیک استعمال میشود.

Bell, Luther Voce (1806-1862): داکتر امریکائی است. مانیای Bell (بنام سندروم کاتاتونیک و Bell's palsy (فلج عصب وجهی) را شرح کرد.

Benedict, Ruth Fulton (1887-1948): یک انتروپولوژیست امریکائی بوده کلتور افراد را به سلوک شان ارتباط داد.

Carl Gustav Jung (۱۸۷۵-۱۹۶۱) مفاهیم

ناخود آگاه و انواع شخصیت ها و مکتب روانشناسی تجزیوی را بوجود آورد .

Bernhelm, Hippolyte Marie (1840-1919): داکتر فرانسوی است،

علاقه درهینوزس داشت نظر داد که تنها افراد هستریک باید هیینوزس اخذ بدارد.

Binet, Alfred (1857-1911): روان شناس فرانسوی بوده بالای طفولیت و کهولت مطالعه نمود.

Binswanger, Ludwig (1881-1966): یک روان شناس انگلیسی بود واضح نمود که مریضان شیروفرینی مصاب به داشتن peculiar odour میباشد.

Bleuler, Eugen (1857-1939): یک داکتر روانی سویسی بود اصطلاح شیروفرینی را معرفی نمود. آغاز بیماری همیشه مقدم نبوده و سیر مرض همیشه دچار به خرابی نمی گردد. چهار A را شرح داد.

۱. سکوت و کمبود (Autism)

۲. دودلی (Ambivalence)

۳. کند بودن عاطفه (Affective blinding)

۴. از بین رفتن ارتباط (Loosening of Association)

Breuer, Josef (1824-1925): داکتر اطرایشی است با فروید همکار بود. مفاهیم پروسه های اولیه و ثانوی را شرح نمود.

Brigham, Amariah (1789-1849): داکتر روانی

philip Pinel که بنام پدر روان شناسی جدید یاد می گردد. موصوف هدف انسان را برای تداوی افراد روانی توضیح داد.

امریکائی است، اتحادیه روانی امریکائی را تاسیس نمود و اولین بار ژورنال روانی امریکائی را بنیاد گذاشت که اهمیت در طب روانی اجتماع دارد.
Brill, Abraham Arden (1874-1948): یک روانکاو امریکائی است و اولین روانکاو در امریکا بود. در جامعه روانکاو نیویارک شخص فعال بود.

Burrow, Nicholas Trigant (1875-1951): شاگرد امریکائی فروید بود. مؤسس تجزیه نگاری روانی بود.

Burton, Robert (1577-1640): داکتر روانی انگلیسی است در قرن ۱۷ مشهورترین کتب را درباره طب روانی نوشت. "اناتومی میلانکولی" که در مورد افکار بالای میلانکولی نوشته شده است.
Cade, John (1912-1981): از استرالیا بوده اولین بار راپور داد که لیتیوم باعث محدود ساختن مانیا می گردد و قطع نمودن آن باعث تشدید مانیا می گردد.

Cerlitti, Ugo (1877-1963): داکتران ایتالوی بوده برای بار اول از شوک برقی مغز استفاده نمودند.
Bini lucho (1908-1964): که برای بیماران شیزوفرنی و سایکوز، مانیا، افسرده گی استفاده شد.

Cheyne, Geore (1671-1743): داکتر روانی انگلیسی بوده

واضح نمود که افکار افسرده گی از باعث پر خوری بوجود می آید.

Conolly, John (1794-1866): متخصص انگلیسی بوده.

Felix Platter اولین کتاب روانی را تحریر نمود (Praxis Medica).

Cullen, William (1710- 1790): متخصص

عصبی اسکاتلندی است که بار اول اصطلاح نیوروزس را معرفی نمود و بیماری های روانی را

شرح داد.

Darwin, Charles Robert (1809-1882): یک طبیعت شناس انگلیسی بود تکامل شخصیت را مطالعه نمود.

Esquirol, Jean- Etienne Dominique (1772-184): متخصص روانی فرانسوی است اصطلاح برسام و مانیای یک قطبی (monomania) را معرفی نمود. مطالعات کلینیکی خود را احصائیه گیری نمود و هیجان‌ات و اسباب عضوی بیماری‌ها را شرح نمود.

Flaret, JulesPierre (1794-1870): متخصص روانی فرانسوی است در عین بیمار ارتباط ملانکولی و مانیا را مطرح ساخت.

Fechner, Gustay Theodor (1801-1887): ساینس دان جرمنی است و روانشناس تجربوی را معرفی نمود و ارتباط میان شدت تنبه و عکس العمل‌های حسی را واضح نمود.

Ferenczi, Sandor (1873-1933): متخصص روانی

از هنگری است و پیرو فرید می باشد.

تکنیک‌های روانکاوی را مطرح ساخت.

J.B. Watson من‌حیث پدر علم سلوک شناخته میشود عالم بنام Ivan parlov نظریات شرطی شدن کلاسیک را تکامل داد در حالیکه B,F,skinner شرطی شدن وسایل را بطور واضح تکامل بخشید .

Foulkes, Siegmund Heinz (1923): متخصص

روانی انگلیسی است که تداوی گروهی را مطرح ساخت مفاهیم سایکوانالیتیک و روانکاوی را مطرح ساخت.

Freeman, Walter (1895- 1972): متخصص روانی

امریکائی است در قسمت برداشتن فص دماغی در ایالات متحده امریکاه شهرت داشت و بالای برداشتن فص دماغی تحقیق نمود.

Freud, Sigmund (1856-1939): متخصص روانی اطریشی است بنیان گذار روانکاوی است و مفاهیم چون لذت، شهوت، پس گرائی، انتقال، اید، ایگو، سوپرایگو، غیر هوشیاری، عقده اودیپ، سایکوپتالوژی خواب را شرح نمود.

Fromm, Erich (1900): روان‌کاو جرمنی است، پیرو فروید بوده در مورد کسالت افراد به طرف آزادی انواع شخصیت تحقیق نمود. (فرار از آزادی (۱۹۴۱) به چاپ رسید).

Galen (۱۳۰-۲۰۰ قبل از میلاد): در امپرا طوری روم مربوط به ترکیه بود بالای افکار هیپوکرات پلاتو و ارسطو متمرکز بود.

Gesell, Arnold (۱۸۸۰-۱۹۶۱): داکتر اطفال امریکائی بود نظر داد که نمو یک مفهوم کلیدی در تفاوت گرائی افراد است. هم چنان استعداد لیاقت اطفال را ارزیابی نمود.

Gooch, Robert (۱۷۸۴-۱۸۳۰): داکتر انگلیسی بود و بار اول سایکوز بعد از ولادت را مطرح ساخت.

Griesinger, Wilhelm (1817-1868): متخصص جرمنی بود. توانست دسپلین عقلی و عصبی را بنیاد گذارد.

Hall, Granville Stanley (1844-1924): روانشناس امریکائی بود بالای طفولیت و بلوغ تحقیق نمود.

Hartmann, Heinz (1894-1972): متخصص روانی امریکائی بوده بالای حیوانات مطالعات داشت.

Harvey, William (1578- 1675): داکتر انگلیسی بود که دوران خون را کشف نمود و عاطفه هیجان روانی را در حرکات قلبی مطالعه نمود.

جدول ۲-۱ آثار زگموند فروید

-
- روانکاوی (نظریه، پروسیجر و یک میتود تداوی)
 - سایکودینامیک
 - مفاهیم
 - لذت
 - پس گرای
 - انتقال
 - عقده اودیپ
 - اساسات حقیقت
 - ارتباط آزاد
 - توپوگرافی مغز
 - ساختمان مغز
 - تکامل روحی جنسی
 - نظریه جنسیت دراطفال
 - تعبیر خواب
 - خصوصیات کوکائین
-

Havens, Leston Laycock (1924): متخصص روانی امریکائی است و روانکاو را کار می کرد.
Healy, William (1869-1962): متخصص روانی امریکائی انگلیسی است. بالای تحریک هدایات گرائی اطفال تحقیق نموده است. در سال ۱۹۰۹ در شیکاگو انسیتوت تحقیق را افتتاح نمود.

Hecker, ewald (1889): فیلسوف جرمنی است
بنیان گذار موجود بودن در اینجا (existentialism) است.

Harl و Delay, Deniker از کلورپرومازین جهت تداوی اعراض روانی استفاده نمودند و نیز اصطلاح نیورولپتیک را شرح نمودند.

Hippocrates (355-450 قبل از میلاد): داکتر

یونانی است و بنام پدر طبابت نیز یاد میگردد نظریه داده بود که امراض از باعث چهار چیز بلغم، صفرا زرد، خون و صفرا سیاه بوجود می آید. میلانکولی از باعث صفرا سیاه بوجود می آید.

Horhey, Karen (۱۸۸۵-۱۹۵۲): متخصص امریکائی است، پیرو فروید میباشد. ساینس اجتماعی را به روانی مرتبط ساخت.

Hull, Clark (۱۸۸۴-۱۹۵۲): متخصص طب روانی امریکائی است. بالای مطالعات هیپنوزس دست بالا داشت و بالای هیپنوزس کتاب را نیز چاپ نمود.

Jackson, John Huglings (۱۸۳۵-۱۹۱۱): داکتر انگلیسی است واضح نمود که اعراض روانی در نتیجه پس گرائی از نواحی عالی مغز ایجاد می گردد.

Janet, Pierre (۱۸۵۹-۱۹۴۷): متخصص روانی فرانسوی است، حدقه charcot را شرح نمود. هم چنان هیستریا، اتوماتیزم، حالت تحت شعوری، تجزیه و اصطلاح روان شناسی را مطرح ساخت.

Jauregg, Julius Wagner Von (۱۸۵۷-۱۹۴۰): روان شناس اطراپشی است واضح نمود که بیماران فلج عمومی زمانی که با ملاریا مواجه شوند ممکن بهبود یابند اولین روان شناس بود که در سال ۱۹۲۷ جایزه نوبل را برای تداوی ملاریا دریافت نمود.

کمیسون مشترک امراض روانی وصحت روانی (۱۹۵۵-۱۹۶۱): در ایالات متحده امریکا یک لایحه را برای صحت روانی ایجاد نمود که مطابق بر آن مراقبت بیماران روانی از شفاخانه های بزرگ روانی به کلینیک های کوچک اجتماعی صحت روانی انتقال یافت.

Jones, Earnest (1879-1958): روانکاو و نیورولوجست بود و بیوگرافی فروید را در سه جلد شرح نموده است.

Joren, Edward (1569-1632): داکتر انگلیسی است که بار اول هستریا را کشف نمود.
Jung, Carl Gustav (1875-1961): یک متخصص روانی سوییسی است و مؤسس مکتب روانشناسی تجربی است.

اولین ادویه که در طب روانی معرفی شد :
خواب آورهای عمده یا ادویه جات ضد
سایکوز (کلورپرومازین) بیوتیروفینون مثلاً
هالوپیرادول ، ادویه جات ضد افسرده گی ،
(Iponiazid) و نهی کننده گان مونوآمینو
اکسیدازها (بنزودیازپین (کلوردیازپوکساید).

Kalinowsky, Lothar Bruno (1899): داکتر
عقلی
و عصبی جرمنی است در سال ۱۹۴۰ به امریکا
آمد و بالای شوک برقی مغز کار نمود.
Kanner, Leo (1894): متخصص روانی امریکائی
است و سایکوز شیزوافکتیو را مطرح ساخت هم چنان
در مورد ارثی بودن شیزوفرنی و مانیا افسرده گی کار
نمود.

Kirchhoff, Theodor (1853-1922): متخصص روانی جرمنی است تاریخچه روانی را ساخته است.
Kirkbride, Thomas Story (1809-1883): متخصص روانی امریکائی است یکی از سیزده افراد
مؤسس اتحادیه روانشناسان امریکا است.

Klein, Melanie (1882-1960): متخصص روانی انگلیسی است پیرو فروید است نظریه های مقدماتی
تکامل طفولیت را شرح داد.

Korsakoff, Syergy Syergyevich (1854-1900): داکتر عصبی روسی است و سندروم کورساکوف
را مطرح نمود که از باعث الکلیزم بوجود می آید. که بنام wernick- korsakoff syndrome یاد می
گردد.

Kraft-Ebing, Richard von (1840-1902): متخصص روانی جرمنی است در مورد فکتورهای چون
جنس، الکل، اتانات، صنعتی شدن و پیشرفت اجتماعی کار نموده است.

Kramer, Henry قرن پانزدهم: از جرمنی است یکجا با مؤلف James Sprenger در مورد اسباب تعقیب افراد کار نموده است.

Kuhn, Roland (1912): متخصص روانی سوییسی است که بار اول در مورد تاثیرات ضد افسرده گی ایمی پرامین کار نمود.

Lacan, Jacques (1901-1981): بار اول بالای لسان کار نمود و واضح ساخت که نیاز است با دوره های قبل از لسان ارتباط داده شود.

Cade لیتوم را در حالیکه **Kuhn** ایمی پرامین ، **Cohen** کلوردیازینوکساید **Charpentier** ، **Rauwolfia**، **Sen and Bose** کلورپرومازین **Hald** ادویه **Disulfiram** را تشریح نمود.

Langfeldt Gabriel (1895): متخصص روانی از کشور ناروی است مفهوم شیزوفرنی عکس العمل را واضح ساخت و نیز اصطلاح سایکوز شبه شیزوفرنی را راپور داد.

Leighton, Alexander Hamilton (1908): یک

روانشناس اجتماعی امریکائی بود که ارتباط فشارهای اجتماعی را با بیماری های روانی واضح ساخت. نشریه های او عبارت است از "اسم من legion است".

Lewis, Nolan Don **Carpentier** (1889): متخصص روانی امریکائی است بار اول مقدمه تحقیق را در شیزوفرنی واضح ساخت.

Linton, Ralph (1893-1953): انتروپولوژیست امریکائی است. کتاب بنام (پس منظر فرهنگی شخصیت) را به چاپ رسانید.

Lombroso, Cesare (1836-1909): یک مایکوپتالوجست و جرم شناس ایتالوی است در مورد جرایم و افراد بیمار روانی کار نموده است.

Malinowski, Bronislaw (1884-1942): انتروپولوژیست انگلیسی است که تألیف بنام "جنسیت و پس گرائی دارد" (۱۹۲۷).

Masters, William, H (1915): یک جنس شناس امریکائی است. دو کتاب را به چاپ رسانیده است. "عکس العمل جنس انسان" (۱۹۶۶) و "عدم تکافو جنسی انسان" (۱۹۷۰).

(1909): یک روانشناس امریکائی است، این عالم اضطراب را منحنیث تداوی در برابر عوامل موجود تلقی کرد. که در کتاب خود بنام (معنای اضطراب) به چاپ رسانید.

McDongall, William (1871-1938): یک روانشناس امریکائی انگلیسی نژاد است که روانشناسی پر هدف را معرفی نمود. کتاب تحت عنوان روانکاوی و روانشناسی اجتماعی دارد.

Meduna, Ladislav Joseph von (1896-1964): یک متخصص روانی هنگری نژاد است که در مورد آرام شدن اعراض بعد از اختلاج تحقیق نموده است واضح نمود که صرع و شیذوفرنی نادراً با هم یکجا تصادف می کند.

Mendel, Gregor Johann (1822-1884): یک نباتات شناس اطرائشی است. خصوصیات ارثی را در نخود و زنبور عسل مطالعه نمود.

Menninger, Karl Augustus (1893): متخصص روانی امریکائی است. مفاهیم روانکاوی را در اصطلاح سیستمیک شرح نمود. واضح نمود که میکانیزم های دفاعی تطابق دهنده پروسه های معلومات است. فید بک های منفی حالات را استوار نگه میدارد.

Meyer, Adolf (1866-1950): متخصص روانی امریکائی است. در رشته سایکوبیولوژیکی کارنموده است بالای تجارب زنده گی تاکید نمود است. روان حسی عمومی را واضح ساخت.

Moebius, Paul Julius (1853-1907): یک نیوروپتالوجست جرمنی است و اختلالات عقلی را به انواع داخلی و خارجی تقسیم بندی نمود.

Morel, Benediet Augustin (1809-1873): متخصص روانی بلجیم است. اصطلاح زوال عقلی praecox را معرفی نمود.

Parcelsus (1493-1541): داکتر اطرائشی بود گفت امراض روانی ذریعه زوال عقلی بوجود نمی آیند بلکه امراض طبیعی اند. در مورد طبقه بندی جدید امراض، تداوی امراض با مواد کیمیای تحقیق نمود.

Pavlov, Ivan Petrovich (1849-1936): یک نیوروفزیولوگست روسی است که در ساحه شرطی شدن کلاسیک و قانون دوباره تقویه سازی کار نموده است.

جدول ۲-۲ منشا اصطلاحات مهم

اصطلاح اختراع شده	اسم مخترع
روانشناسی	Gockel
طب روانی	Joham Reil
سایکوزس	Ernst von Feuchlerslenben
دلیریوم، زوال عقلی	Celsus
دلیریوم نهائی	Sutton
ریکولیزم	Magnus Huss
شیزوفرنی	Eugen bleuler
میلانکولیا	Hippocrates
سایکوز توام با مانیا و افسرده گی	Emil Kraepelin
سایکلو تاییمی	Karl Ludwig Kahlbaum
نیوروزس	William Cullen
نیوروزس اضطرابی	Sigmund Freud
اگورافوبیا	Westphal
وسواس اجباری	Morel
اختلال تبدیلی	Sigmund Freud
اختلالات تجزیوی	Pierre Janet
ضعیفی روانی	George Beard
Manchansen syndrome	Asher
سندروم گانسر	Ganser
جسمی روانی	Heinroth
بی اشتھائی	William Gull
اوتیزم نوزادی	Leo Kanner
نیورولیتیک	Delay & Deniker
روان درمانی	Walter-C. Dendy
شرطی سازی کلاسیک	Ivan Pavlov
شرطی سازی اشکار	B.F.Skinner

Piaget, Jean (1896): روانشناس سوییسی و پیرو فروید است و در ساحت تکامل شناختی در اطفال کار نموده است.

Pinel, Phillipe (1745-1826): داکتر فرانسوی است در ساحت منع قرار دادن تشدد و جبر در محار ساختن بیماران روانی کار نموده است.

Plato (347-427): فیلسوف یونانی است دو نوع دیوانگی را شرح نمود.
۱- یک روح غالب بودن خود را در برابر روح دیگر از دست میدهد.
۲- دیوانگی که توسط خدا به روح تبدیل شود.

Platter, Felix (1536-1614): یک متخصص روانی سوییسی است که امراض را به اساس اعراض عوامل و تداوی صنف بندی نمود شرح دقیق تمام امراض عضوی و روانی، اولین داکتر بود که طب را از فلسفه جدا نمود و آنرا یک بخش ساینس عصبی ساخت. اولین کتاب روانی را تحت عنوان "praxis medica" نوشت.

Richerd, James Cowels (1786-1848): متخصص روانی انگلیسی بود یک کتاب معیاری روانی را تحریر نمود که در برگیرنده تمام توضیحات بالای امراض روانی بود.
Rank, Otto (1884-1939): یک روانکاو اطریشی بود پیرو فروید است به گفته او منبع اصلی اضطراب ترضیض زمان ولادت است.

Reich, Willhelm (1897-1957): یک داکتر جرمنی است پیرو فروید است کتاب تحت عنوان تجزیه و تحلیل کرکتر در سال ۱۹۲۸ به چاپ رسانید.

Atreya اولین داکتر هندی بود . اولین کمپ پناه جوی هندوستان در شهر بمبی اعمار شده است.

Reil, Johann (1759-1813): عالم جرمنی است و بنیان گذار تداوی روان درمانی نسبتی میباشد هم چنان اهمیت شناخت محیط مسلکی، موسیقی، و تداوی شغلی را معرفی نمود برای بار اول لفظ روانی را استفاده نمود و اولین ژورنال روانی را کشف نمود.

Robertson, Argyll (1837-1909): داکتر سکاتلندی است. حدقه Argyll Robertson را کشف نمود. (حدقه است که کوچک بوده و در برابر تطابق عکس العمل نشان میدهد اما در مقابل نورعکس العمل نشان نمی دهد).

این نوع حدقه در سفلیس عصبی، ترضیضات مغزی، تومور، انتانات مغزی، امراض مغزی و تصلب قطعی دیده میشود.

Robinson, George (۱۸۲۱-۱۸۷۵): متخصص روانی انگلیسی است. کتاب اول او تحت عنوان (وقایه و تداوی اختلالات عقلی) به چاپ رسید.

Rogers, Carl (1902): متخصص روانی امریکائی است بالای مریضان شیذوفرنی کارنمود.

Rorschach, Hermann (1884-1992): متخصص روانی سویسی است در مورد شخصیت تست های روانی را ایجاد نمود که توسط آن انگیزه های غیر شعوری و میکانیزم های ایگو را نشان داد.

Rush, Benjamin (1745-1813): داکتر امریکائی است و پدر روانی امریکا گفته میشود، میتود های احصایوی را در مطالعات کلینکی خود علاوه نمود.

Sakel, Manfred (1900-1957): متخصص روانی پولندی است در سال ۱۹۳۳ در مورد تداوی حالت سایکوتیک توسط هاپیوگلاسیمیک کوما راپور داد.

Salmon, Thomas William (1876-1927): متخصص روانی امریکائی است و مسؤل خدمات روانی اردو و درجنگ جهانی دوم بود کمیته ملی را برای حفظ الصحه روانی ایجاد نمود که نظر به آن وقایه، تداوی مقدم و تحقیق صورت می گرفت.

Sauvages boissier de (1706-1767): داکتر فرانسوی است به اساس اعراض امراض را صنف بندی نمود.

قانون جزا هند (۱۹۱۲) توسط قانون صحت روانی (۱۹۸۷) عوض گردید قانون ادویه جات مخدر و مواد روان زا در سال ۱۹۸۵ (و پروگرام صحتی ملی روانی در سال ۱۹۸۲ بمیان آمد.

Schilder, Paul (1886-1940): داکتر عقلی و

عصبی امریکائی بود در شهر نیویارک تداوی گروهی را به راه انداخت که از اساسات اجتماعی و روانکاوی استفاده نمود.

Schneider, Kurt (1887): متخصص روانی جرمنی است اعراض اساسی شیزوفرنی مثلثا شنیدن افکار خود، برسامات شنوائی که بالای سلوک مریض بحث می کند، صداهای که در مورد بیمار گپ میزند، شرح نمود.

Sheldom, William Herbert (1899): داکتر امریکائی است انواع ساختار بدن را شرح داد. مثلاً اندومورفیک، میزومورفیک، ایکنو مورفیک.

Skinner, Burrhus Frederic (۱۹۹۰-۱۹۰۴): روانشناس امریکائی بوده، درمورد مطالعه درباره حیوانات، انسان ها از نظر شرطی شدن آشکار کار نموده است.

Slavson, Samuel Richard (۱۸۹۰): یک نظریه شناس امریکائی می باشد که پیرو فروید بود. تداوی گروهی روانکاوی را شرح نمود هم چنان تداوی فعالیت گروهی را نیز معرفی نمود. کتاب تحت عنوان معرفی تداوی گروهی دارد.

Southard, Elmer Ernest (۱۹۲۰-۱۸۷۶): متخصص طب روانی امریکائی است، مفهوم کار اجتماعی روانی را به نشر رسانید.

Stekel, Wilhelm (۱۹۴۰-۱۸۶۸): روانکاو اطریشی می باشد که پیرو فروید بود، یک مکتب روانکاوی را در واشنگتن ایجاد نمود. نظریات بین الفردی ایجاد نمود، بعضی اصطلاحات را شرح داد (داکتر روانی باید نه تنها از سلوک بلکه از عکس العمل های بیمار روانی نیز با خبر باشد).

Sutton, Thomas (۱۸۳۵-۱۷۶۷): داکتر انگلیسی است که بار اول دلیریوم نهائی الکولیزم را شرح نمود.

Szasz, Thomas (۱۹۲۰): یک داکتر روانی هنگری بود. واضح نمود که اعراض روانی که از اشخاص نورمال بعضاً رخ میدهد، ضرور نیست که مرضی پنداشته شود.

Thompson, Clara (۱۹۵۸-۱۸۹۳): روانکاو امریکائی می باشد که پیرو فروید بود، کتاب تحت عنوان روانکاوی تحریر نمود.

Tours J. Moreau de (۱۸۸۴-۱۸۰۴): عالم فرانسوی است. بار اول چرس را اخذ نمود، و به این ترتیب اولین داکتر روانی بود که نزدش سایکوز ناشی از مواد مخدره رخ داد.

Tredgold, Alfred Frank (۱۸۷۰-۱۹۵۲): داکتر انگلیسی است. کتاب تحت عنوان فقدان روحی به نشر رسانیده است.

Tuke, Daniel Hack (۱۸۲۷-۱۸۹۵): یک داکتر متخصص انگلیسی است. مؤلف قاموس طبابت روانی پنداشته میشود.

جدول ۲-۳ نقاط مهم بازگشت در روانی

پدر طبابت	هیپوکرات (۳۵۵-۴۵۰ قبل از میلاد)
پدر علم روانی	سگموند فروید (۱۳۳۹-۱۸۵۶)
اولین متخصص روانی	Jonathan Weyer (۱۵۱۵-۱۵۸۸)
پدر طب عدلی	Paolo Zacchia (1584-1659)
اولین کتاب روانی را تحریر نمود	Felix Platter (1614 - 1536)
پدر سلوک	John B. Watson (1958 - ۱۸۷۸)
اصطلاح روانشناسی را شرح نمود	Gockel (۱۵۴۷-۱۶۲۸)
پدر طبابت روحی جسمی	Smith Ely Jelliffe (۱۸۶۶ - ۱۹۴۵)
اولین روانشناس که در سال ۱۹۲۷ جایزه نوبل را	Julius Wagner von Jauregg (۱۸۵۷ - ۱۹۴۰)

در تداوی ملاریا اخذ نمود.

Woodward, Samuel (۱۸۵۰-۱۷۸۷): داکتر روانی امریکائی بوده و اولین عضو اتحادیه روانی امریکاست.

Zacchia, Paolo (۱۶۵۹-۱۵۸۴): عالم ایتالوی بوده به گفته او یک داکتر نظریه یک قانون دان میتواند مسؤلیت یک بیمار مصاب به سلوک آشفته را بهتر ارزیابی نماید. بنام پدر طب عدلی نیز یاد می گردد.

Zilboorg, Gregory (۱۹۵۹-۱۸۹۰): یک روانکاو روسی امریکائی است، که توانست شیزوفرنی سیار را شرح دهد. و نیز در ساحه جرم شناسی و تاریخچه روانی کار نموده است.

بعضی نقاط هدف در علم روانی هندوستان

Ayurveda (۵۰۰۰ قبل از میلاد): طب روانی را به شکل "Bhutvidya" شرح نمود، اثری بودن، ساختاری بودن، و شخصیت را به عنوان فکتور های سببی داخلی تعریف نموده، در حالیکه فکتورهای خارجی اش ترس، الاهه، فشار روحی و غیره دانسته شده است.

Bhagvad Gita (قرن چهارم قبل از میلاد): شواهد روان درمانی را ثبت نمود. هم چنان در مورد اهمیت ارتباط داکتر با مریض کار نموده است.

Atreya (۸۰۰ قبل از میلاد): داکتر هندی است.

Agastya (قرن هفتم قبل از میلاد): تداوی های اولیه برای هژده نوع اختلال روانی را شرح داد.

King Ashoka (۲۳۵-۲۷۴ قبل از میلاد): یک پادشاه بودائی بود. شفاخانه های زیادی برای بیماران فزیک و روانی ایجاد نمود.

Bombay Asylum (۱۷۸۷): اولین پرونده پناه دهنده گی در هندوستان بود.

Calcutta Asylum (۱۷۴۵): اولین پناه دهنده گی برای اروپائیان در هند بود.

NN. Wig (۱۹۶۰): سندروم دهات (Dhat) را ایجاد نمود.

J.S. Neki (۱۹۷۲): سندروم اسیتیک (Ascetic) را کشف نمود.

G.D. Shukla (۱۹۸۵): عدم توانائی برای عطسه زدن (Asneezia) را کشف نمود.

Parvati Devi (۱۹۷۶): غده پنیال را توسط لیتیوم تحریک نمودند.

Gurmeet Singh (۱۹۸۱): واقعات پر از فشارهای روحی را در زنده گی معرفی نمود.

Indian lunatic Asylum Act (۱۹۸۹): قانون شماره ۳۶، راهنما برای تأسیس صحت روانی تهیه نموده و پلان کاری، مراقبت و رخصت نمودن برای مریضان روانی فراهم نمود.

قانون صحت روانی (1987): توسط ۳ نفر روانشناسان معرفی شد. داکتر حسین، J.Roy و R.B. Davis

منبهات روانی و ادویه جات مخدر (۱۹۸۵): در فصل طب عدلی توضیح شده است.

قانون حقوقی اطفال (۱۹۸۸).

قانون کار اطفال (۱۹۸۸).

جامعه روانی هندوستان (۱۹۴۷) داکتر N.N. De ژورنال روانی هندوستان ۱۹۴۹ در بخش عقلی وعصبی است.

سوالات برای مرور

۱. اشخاص سهیم با هیپوکرات را نام بگیرید. پلاتو، ارسطو، جالینوس، پینل، پبیر جانت، زیکمون فروید، ایگن بلولر، کارل جی جنگ، کارن هارنی، میلانی کلین، اتو رانک، ایرک برن، کارل راجر و اریکسون و بکتعداد پیروان جدید نظریات فروید و بعداز فروید را مشخص ساخته و بگوئید کدام آنها بنام پدر یکی از شقوق ذیل نامیده میشود:
 - (a) طب
 - (b) سایکولوژی
 - (c) سایکاتری معاصر
 - (d) سایکاتری امریکایی
 - (e) طب قانونی(طب عدلی)
 - (f) سایکوسوماتیک(روانی جسمی)
 - (g) رفتاراری
 - (h) سایکاتری فرانسوی
۲. لغات سایکولوژی، سایکاتری، سایکاستینیا، سایکوسوماتیک، نیوراستینیا، ترانس اکشنال انالایزیس، نیورولیتیک، شیزوفرنی، دیمینشیا پریکوکس، امبوالینس، اوتیزم، ارکیتایس، کولیکتیف انکانشیاس، عقده جیبونی، مانیک-دپرسیف سایکوزس، بی تفاوتی زیبا، هیستیریا و اودیپوس کامپلکس را چه کسی ابداع کرد نام آن شخص را ذیلامشخص سازی:
 - (a) اولین سایکاترست یاد شد
 - (b) اولین کتاب سایکاتری را نوشت
 - (c) برنده اولین جایزه نوبل سایکاتری شد
 - (d) اولین کسی بود که ادویه مستعمل برای سایکوزس را تجربه کرد
۳. کاشف شماره های ذیل چه کسی بود نام ببرید؟
 - (a) تداوی ملاریا
 - (b) تطبیق انسولین در کوما
 - (c) سایکو سرجری
 - (d) تداوی با مخدرات و محروم ساختن از خواب
۴. تداوی های ذیل را کی انکشاف داد؟
 - سایکو انالایزس، سایکوتراپی راجعه و راهنما، تحلیل متقابل روانی، تداوی با علامه، تداوی شناختی، شایسته سازی کلاسیک، شایسته سازی مؤثر، رفتار گرایی، تداوی وابسته به عقل، جوامع مداوایی و مؤسسه سازی.
 ۵. اشخاصی را که در مورد شماره های ذیل کار و آنرا معرفی نمودند نام ببرید؟
 - (a) سنتیز کلورپرومازین
 - (b) محتویات کلورپرومازین
 - (c) ایمپیرامین
 - (d) دای سلفیرم
 - (e) بوتایروفینون ها
۶. قبل از بنیانگذاری نظریات فروید، تیوری فکر(اید، ایگو، سوپر ایگو)، کدام نظریات همجهت توسط پلاتو و جالینوس داده شده بود؟
۷. مهمترین همکاران فروید را بر شمارید و نیز بکتعداد پیروان فروید و نظریات بعد از فروید را با سهم شان در رابطه نام ببرید؟
۸. انکشاف تاریخی ادویه مستعمله در سایکاتری را بیان دارید؟

سوالات امتحان مسلکی

همکاران زیگموند فروید را مختصراً بنویسید؟
اصطلاحات ذیل را کی ابداع کرد:

- سایکاتری
- سایکولوژی
- شیروفرنی
- MDP
- عقدہ جبونی
- عقدہ اودیپ
- نیوروزس
- اختلال وسواس اجباری
- نیوروزس اضطرابی
- شایسته سازی کلاسیک
- سایکوتراپی

اسباب تشوشات روانی

تیوری های ارثی، بیوشیمیک (نور ایپینفرین، دوپامین، سیروتونین، استاتیل کولین) تیوری ها، تیوری های سایکولوژیک (تیوری های ساختمانی و توپوگرافیک مغزی، میکالیزم دفاعی ایگو، تکامل روانی جنسی، تیوری های خواب) تیوری های رفتاری، شناختی و اجتماعی، و پیشرفت های جدید (نیوروپپتید ها)

اسباب

در سابقه از نظریات یا تیوری های مانند خلطی، دیوانگی، طالع بینی و فزیکتی جهت تشریح نمودن حالت روانی یک شخص استفاده میگردید، اما در چند دهه اخیر تیوری های متعدد دیگری ساخته شد، که تشوشات روانی را بشکل علمی تشریح می نماید، که ذیلاً از آنها ذکر بعمل می آید.

I. تیوری یا نظریه ارثی

در این عرصه دست آورد های قابل ملاحظه موجود است زیرا اساس تحقیقات جینیتیکتی روانی را سهیم بودن تحقیقات جینیتیکتی در عرصه تشوشات روانی بوجود آورده است.

در امراض Huntington رول فکتورهای ارثی بسیار اهمیت دارد. هم چنان این فکتورها در امراض Alzheimer، شیزوفرنی، اختلالات مزاج، اختلال پانیک، اختلال وسواسی اجباری، والکولیزم نیز رول دارند.

استاتیل کولین اولین نیوزوترانسمیتر بود که کشف گردید.

جدول ۳-۱: تشوشات مختلف روانی که در آنها شواهد نظریه جنتیک موجود است.

نوع اختلال	مطالعه خطر فامیلی	مطالعه دوگانگی ها	مطالعه فرزندی ها	مطالعه مرتبط بودن	ملاحظات
I. سایکوز عضوی مرض هانتنگتون، زوال عقلی نوع الزهائمر	+	+	(+)	+	در آواخر حیات بوجود می آید
II. سایکوزس وظیفوی - شیزو فرینیا - مانیاک دپرسیف سایکوز - افسردگی اساسی	+	+	+	+	ارتباط به شکل هتروجن میباشد
III. نیوروزس و سایر حالات اختلال هول و بازار هراسی	+	+			زیادبودن تشوشات هول در اقارب دیده شده است
سندروم براکت، اختلال جسمی سازی و مریضی اجتماعی	+	(+)	+		افراد جنس مذکر فامیل دچار مریضی اجتماعی و افراد مونث فامیل دچار تشوشات تمثیل جسمی امراض روانی میباشد.
بی اشتهاهی عصبی	+	+	+		زیادترین اقارب تشوشات عاطفه را نسبت به تشوشات بلع حکایه می کنند
الکھولیزم	+	+	+		تاریخچه فامیلی در افراد مذکر نسبت به مونث در یک فامیل موجود است

II. تیوری بیوشمیک

سیستم های مختلف نیورون های عصبی شناخته شده اند که اساس آن افزاز نیوروترانسمیتر ها، میباشد که توسط همین نیورون ها یا واحد های عصبی استفاده می گردد.

i. استیتال کولین

- ii. مونو آمین ها (نور ادرینالین، دوپامین، سیروتونین و ادرینالین).
 iii. امینواسید ها مانند (گابا، گلیسین، گلو تامیت، اسپارات).
 iv. پپتید ها (مثلاً مستحضرات دارای فاسفیت، سوماتوستاتین، اینکیفالین و ایندورفین).
 مونو آمین های عمده یی که در سیستم نورونی موجود است عبارتند از:

الف- نور ادرینالین

ب- دوپامین

ج- (5- هایدروکسی تریپتامین)

III. نظریه سایکولوژیک

A- تیوری ساختمانی فروید یا تیوری تحلیل روانی:

در سال ۱۹۲۳ عالم بنام زیگموند فروید روان رابه ۳ ساختمان تقسیم نمود.

i آید: نماینده گئی از یک منبع غیر منظم تنبها

اولیه می نماید. مثلاً به طور خلاصه گفته می شود که؛
(میخواهد).

ii ایگو: بستروظایف شعوری روشنفکری،
و محافظت خودی می باشد، مثلاً؛ (من خواهم نمود)
و یا من (نخواهم نمود).

ایگو بحیث میانجی میان خواهشات حاصله از آید
و حقیقت یعنی جهان بیرونی عمل می کند و توسط
سوپر ایگو تحت نفوذ قرار می گیرد. برخی از قسمت
های ایگو (عمدتاً میکانیزم های دفاعی) غیر شعوری
میباشد.

iii سوپر ایگو: از تکامل ایگو بوجود می آید، و
وظایف خلاصه شده همچون (شما باید)، (شما
نباید) را انجام می دهد. این بخش عمدتاً
غیر شعوری می باشد

طرق اناتومیکی که غنی از نیوروترانسمیترها میباشد
قرار ذیل اند. نوراپی نفرین (locus ceruleus در حده و
وسط لوب وجهی) دوپامین (در طرق میزولمبیک
و nigrostriatal)
گاما امینوبیوتریک اسید (در هائپوکمپس، straito و طرق
pallidonigral
Glycin (نخاع شوکی، حده، و بصل النخاع)
آید در برگیرنده خواهشات اساسی، تنبها، غرایضی
چون بقای شهوت و خشونت می باشد. و آید خواستار
سر بلندی ولذت فوری می باشد و غیر منطقی پنداشته
میشود. آید غیر عالی بوده و به طرف حالت شعوری
نمیرود (عمدتاً غیر شعوری می باشد).

دوقسمت از سوپر ایگو شناخته شده است

وجدان- که از تکامل درونی و خود کار بودن منبهاات زمان طفولیت مقدم بوجود آمده و یک قسمت شعوری سوپر ایگو می باشد.

ایگو ایدیل- از تکامل شناخت خواص آنعهه کسانی بوجود می آید که آنها توصیف ویا توصیف نشده باشد.

وظایف ایگو

۱- ارتباط با واقعیت

a- نگهداری احساس واقعیت

b- توافق

c- امتحان نمودن واقعیت

۲- تنظیم و کنترل خواهشات (تیوری لذت)

۳- ارتباطات با سایر مردم

۴- شناختی

۵- دفاعی

۶- قابلیت یکجا ویا بهم ماندن مثل یک شخص

دماغ از نظر توپوگرافیک به سه ناحیه تقسیم شده است .
 آگاه ، نیم آگاه ، ناخودآگاه و از نظر ساختمان به اید (قسمت ناخودآگاه) ایگو (قسمت آگاه) و سوپرایگو (قسمت آگاه ونواحی ایگو ایدیل) .

جدول ۲-۳ میکانیزم های مختلف دفاعی ایگو

میکانیزم دفاعی	تعریف	مثال در اشخاص نورمال	مثال روانی
A- ابتدائی ۱- سرکوبی	که حالت غیر شعوری را از حالت شعوری نظریات تحریک کننده اضطراب جدایی کند	۱- عفو نمودن ۲- خطای زبان	فراموشی روانی
B- روانی / خود شیفتگی ۱. واپس زنی	برگشت به طرف مزاج وظیفوی روحی که اینها مشخصه مراحل ابتدائی حیات بوده مخصوصاً سالهای طفولیت	۱- رویا ۲- عود به جانب ایگو مثلاً؛ توانمندی یک شخص کاهل که به شکل دوره ئی در سرگرمی های طفلانه دخیل باشد	۱- نیوروزس (واپس زنی خفیف) ۲- سایکوزس (عود فراگیرنده شدید) ۳- مریضی شدید و طولانی فزیک

<p>۲- بیرون فکری</p>	<p>به قسم غیر شعوری نسبت دادن روش و رفتار خود به دیگران و علت اش عدم تحمل واحساس دردناک است که از باعث همین روش و رفتار بوجود می آید.</p>	<p>یک پدیده جهانی است اما واقعات زیاد تر آن در اطفال میباشد.</p>	<p>۱- هذیانات و برسامات بدگمانی.</p>
<p>۳- تحریف</p>	<p>به قسم غیر شعوری جهت مطمئن نمودن، ضروریات داخلی واقیعت های خارجی را شکل میدهد</p>		<p>۱- برسام ۲- هذیان مخصوصاً بزرگ منشی</p>
<p>۴- عدم پذیرش یا تکذیب</p>	<p>واقیعت دردناک و ناخوش آید را به شکل غیر ارادی از حالت شعوری مجزایمیسازد</p>	<p>۱- غم ۲- اطفال ۳-۶ سال</p>	<p>۱- سایکوزس ۲- امراض نهایی</p>
<p>c. نیورو تیک / ناپخته یا خام ۱. بیجا شدن</p>	<p>حرکت غیر شعوری هیجانانگیز که معمولاً از یک ترس قابل مشاهده بوجود آمده و این ترس از باعث یک منبه غیر شعوری در مقابل یک شی خارجی که اندکی تهدید کننده باشد بوجود می آید که بعداً شخص فکر میکند همین منبه غیر شعوری منبع ترس میباشد.</p>	<p>۱- منعکس نمودن قهر و غصه روز به روز در صورت تبدیل شدن هدف</p>	<p>۱- ترس یا فوبیا (مخصوصاً در اطفال) ۲- تشوشات و سواس اجباری</p>
<p>۲- تجرید عاطفه</p>	<p>جداشدن نظریه یک انگیزه غیر شعوری از یک عاطفه مناسب میباشد، لذل نظریه را اجازه میدهد به حالت بیداری داخل گردد، اما عاطفه همراهی کننده را اجازه دخول نمیدهد.</p>	<p>۱- غم ۲- قابلیت سخن زدن در مورد واقعات ترضیض بدون اینکه هیجانانگیز مداخله کننده موجود باشد</p>	<p>افکار و سواسی</p>

۳- بی اثر کردن	حرکات تحریک آمیز شعوری است، که به شکل سمبولیک افکار غیر قابل قبول تنبهاات و حرکات را خنثی میسازد.	۱- مثلاً سرپوش گاز را چک نمودن ، قفلک دروازه را چک نمودن. ۲- بعد از اینکه کسی را مورد دست اندازی قرار میدهد فوراً معذرت میخواهد.	۱- حرکات اضطرابی در تشوش و سواس اجباری ۲- تشوشات اجباری
۴- بوجود آمدن عکس العمل	تبدیل شدن غیر شعوری منبهاات ناخوش آیند به یک روش کاملاً مخالف ،منبهاات، احساسات و سلوک	کرکتر نورمال بعد از عمر ۳ سالگی شروع به تأسس می کند	تشوشات شخصیت و سواس اجباری
۵- درون فگنی	داخلی بودن غیر شعوری کیفیت یک شی و یا یک شخص را گویند	معرفی شدن باخوشونت کننده ها مثلاً بعضی اوقات در قربانیان که توسط آدم ربایان ربوده شده اند دیده میشود سندروم ستوکھلم ۲- عکس العمل غم و اندوه	۱- افسردگی
۶- دلیل تراشی	تهیه نمودن تفصیلات منطقی برای سلوک غیر منطقی که توسط خواهشات غیر شعوری غیر قابل قبول تحریک می گردد	یک پدیده جهانی میباشد	معمولاً جهت تشریح نمودن سلوک که در نتیجه سایر میکانیزم های دفاعی بوجود آمده باشد بکار میرود .
۷- تبدیل نمودن	یک ضرورت سرکوب شده ، منع شده که همزمان از حالت شعوری خارج شده باشد وهم چنان به شکل سمبولیک و تشوشات جسمی (معمولاً حرکی وحسی) بوجود می آید	بعضاً در اشخاص نورمال نیز بعد از اینکه به یک سترس مواجه شود دیده میشود در غیر آن در صورت که حالت تبدیلی به شکل وصفی موجود باشد یک حالت پتالوژی روانی رانشان میدهد	۱- تشوشات تبدیلی (هیستریا)
۸- تجزیه	جدا شدن غیر ارادی یا سرکوب شدن وظیفه	تجزیه نزدیک به مرگ یا قرب الموت	۱- تشوشات تجزیه ئی - مثلاً؛ فراموشی سایکوجنیک

<p>- شخصیت دوگانه - سندروم ملکیت - راه رفتن در خواب</p>		<p>دماغی یا سرکوب شدن یک گروپ ازوظایف دماغی می باشد که ازشخصیت باقی مانده به طریقه یی جدا می شود، که تاثیرات منبهات غیرشعوری منع شده را بدون در نظر داشت مسئولیت درمقابل حرکات اجازه میدهد</p>	
	<p>زمانی که با حالات تحت فشارهای زیادهواجه می گردد، ازمنطق استفاده می کند تا توانسته باشد بالای واقعیت خارجی تمرکز نماید، وازنشان دادن احساسات داخلی(نرس)جلو گیری نماید</p>	<p>استفاده زیاد تر ازپروسه های روشنفکری تا اجتناب.</p>	<p>۹- روشنفکری</p>
<p>درتشوشت کنترل انگیزش دیده میشود</p>	<p>تخریب ملکیت خود دریک حمله دیوانگی</p>	<p>نشان دادن یک انگیزش غیرشعوری توسط اجراییک عمل رامی گویند که درنتیجه ازهمین انگیزش لذت میبرد.</p>	<p>۱۰- انگیزش</p>
<p>۱- خودکشی ۲- افسردگی ۳- اشکال مختلف صدمه رساندن به خود</p>	<p>۱- ضرر رسانیدن به اطفال ۲- تخریب خود یا ملکیت درحمله دیوانگی</p>	<p>انعکاس غیر شعوری گروگان گیری به طرف یک شخص دیگرباعث کم شدن قدرخود،عیب جوی خود وبعضاً باعث صدمه رساندن به خود می گردد</p>	<p>۱۱- برگشت دوباره به خود</p>
<p>درتشوشت شخصیت روان گسیخته شخصیت شبیه روان گسیخته</p>	<p>دردوران بلوغ دیده میشود که بنام تشوشت بر آورده کننده رویا های روز نیز یاد می گردد</p>	<p>پس گرفتن خود یا صرف نظر کردن ازخود تابنواند توسط خیالات ازخواهشات ناامید کننده لذت ببرد.</p>	<p>۱۲- خیالات شیزوید</p>

<p>۱- اختلالات وسواس اجباری ۲- ترس</p>	<p>۱- توقف نوشته نمودن ویا توقف کار ۲- شرم در اجتماع</p>	<p>کاهش یا از بین رفتن انگیزه است که برای دخیل شدن در بعضی از فعالیت های سازمان شده اجرامی گردد، و جهت جلوگیری از اضطراب بمیان آمده از باعث تشنجات که مترافق با انگیزش می باشد بوجود می آید.</p>	<p>13- نهی</p>
<p>میل شدید زن به جماع یا Nymphomania (در برابر احساس ناکافی بودن قوه جنسی مقابله نمودن) ۲- مریضان که دچار فراموشی زوال عقلی اند در کتابچه خاطرات خود بسیار تفصیلات را درج می نمایند.</p>	<p>۱. دخیل بودن در بعضی از فعالیت های که هم جرات می خواهد و تیزیک عمل شیطانی می باشد، مثلاً؛ پرتاب نمودن خود در فضا از طیاره یا ترس از ارتفاع بلند رادیده باشد و با آن مقابله کند. ۲. تمایل بیش از حد برای تمرینات بدن سازی تا با احساسات جیونی مقابله نماید.</p>	<p>تمایل غیر شعوری در مقابل ترس ویا یک تشنج است، که درست مقابل توسط یک کوشش غیر معمول بوجود می آید</p>	<p>14- معاوضه</p>
<p>۱- اختلال شخصیت مرزی</p>	<p>۱- دیدن مردم به شکل زن در صورت که بروت نداشته باشد. ۲- قبول نمودن شخصیت ها به قسم سیاه و سفید مثلاً در یک فلم هندی بچه فلم همه خوبی ها را دارد اما بد ماش فلم کاملاً بد است.</p>	<p>تماشا نمودن خود ویا دیگران به شکل خوب یا خراب است که بدون در نظر داشت تمامی کیفیت ها می باشد.</p>	<p>15- تضاعف</p>
<p>۱- خود مریض انگاری</p>	<p>سلوک غیر نورمال حالت مریضی در افراد، که به طور فزیک بی نظم ویا افراد نورمال باشند.</p>	<p>تبدیل شدن غیر شعوری انگیزش های نا خوشایند به یک اندیشه جسمی غیر متناسب.</p>	<p>۱۶- خود مریض انگاری</p>
	<p>تصمیم گرفتن ارادی در مورد اینکه بالای یک موضوع</p>	<p>به تعویق انداختن اختیاری توجه را گویند که بعد</p>	<p>D . پخته یا Mature (سرکوبی) اختیاری</p>

	باوالدین مشاجره کند در حالیکه درهمین وقت به طرف یک مصاحبه روان است .	از تمرکز توجه بالای یک انگیزش صورت می گیرد، در حالیکه همین تمرکز توجه مطلق حالت شعوری را به خود گرفته است	
تعالی	پیوست دادن انگیزش های جنسی یا پرخاشگرانه به فعالیت های اختراعی مثلاً انگیزش های منع شده جنسی راه یک نقاشی هنری پیوست میدهد.	بشکل غیر شعوری و تدریجی انگیزش های ناخوش آیند طفولیت راه رفتار های با ارزش اجتماعی و یک شخصیت مطمئن پیوسته می سازد.	
پیش بینی	یک پدیده جهانی می باشد در تمام افراد لاین واقع می گردد	فکر نمودن و پلان سازی واقع بینانه راجع به واقعات ناخوش آیند که در آینده بوجود می آید	
خلط	یک پدیده جهانی است	اصطلاح اشکار از تکانه های غیر قابل قبول با استفاده از خلط که باعث ناخشنودی دیگران و خودش نگردد	

B. نظریه شهوت یا تکامل جنسی روانی: این نظریه مشتمل می گردد بر شرح نظریاتی نتایج بالخاصه

شهوت جنسی یا مرحله جنسی روانی که در نتیجه تکامل از زمان ولادت الی مرحله بلوغ میباشد.

این یکجا شدن غریزه در معرض تسلسل، تثبیت و عود قرار میگردد تا اندازه ای که یک شخص، ممکن با حالت خشنودی نورمال، زیاد و یا غمگین روبرو گردد.

۱- **مرحله فمی** (صفر الی 1.5 سالگی) : مرحله ابتدائی تکامل میباشد و با سلوک متناسب به سال اول زندگی یکجا میباشد. موجودیت تثبیت یا عود درین مرحله تکامل، حالت بالخاصه شیروفرینی، اختلالات شدید مزاج و اعتیاد الکحول و سایر ادویه پنداشته میشود. از دو مرحله بوجود آمده است یکی مرحله پذیرا شدن و دیگر مرحله دندان گزیدن (زمانی که دیگر آزادی یاسادیزم واقع می گردد).

اختلالات روانی که از عقب روی، درین مرحله بوجود می آید عبارت اند از: شیزوفرنی، اختلالات شدید مزاجی، اعتیاد مخدرات و اختلالات شخصیت.

۲- **مرحله مقعدی (۱ الی ۳ سال):** مرحله مقعدی دلالت می کند بر قابلیت دادن ویا دریغ نمودن چیزی توسط طفل در این مرحله از طفل میخواهد که میان تقاضا های ابتدائی وپاداش حاصله بنا بر خواسته های کاهلان، سازگاری را بیاموزند.

تهدید های مقعدی که به شکل مقاوم در کاهلان موجود است عبارت اند از بی نظمی بد بختی و سرسختی. اگر این حالات در یک درجه قابل ملاحظه موجود باشد میتواند باعث بوجود آمدن اختلال و سواس اجباری گردد. این مرحله هم دو صفحه دارد یکی صفحه تخریب بیرون شونده یعنی در این صفحه طفل خوش دارد مواد فضله را دفع نماید و دوم صفحه که در آن طفل خوش دارد معصره را کنترل نماید.

اختلالات منتج از این مرحله عبارت اند از اختلال و سواس اجباری و شخصیت ۳- مرحله پرستش الت تناسلی (۳-۵ سالگی): در این مرحله اطفال در مورد اعضا جنسی (قضیب و بذر) یک نوع علاقه مندی قابل ملاحظه و حس کنجکاوی را از خود نشان میدهد.

تفاوت میان آله تناسلی زنان و مردان باعث می گردد تا طفل در عالم خیالی فکر کند که شاید آله تناسلی زنانه از باعث از بین رفتن قضیب باشد.

مرحله پنهانی (۶ سالگی الی بلوغیت): بنام مرحله پنهانی جنسی نیز یاد می گردد، در آغاز این مرحله عقده اودیپ معمولاً خوب می گردد (لیکن ممکن در زمان بلوغیت موقتاً دوباره فعال گردد) و طفل یکجا با سیمای والدین دارای یک هویت قاطع میباشد، و یک سوپر ایگوی مؤثر رامی سازد. روابط بین فامیلی در دوران سال های مکتب باعث بوجود آمدن

درهستریا عمده ترین میکانیسم دفاعی که استفاده میشود عبارت است از رد نمودن، شناخت یا هویت، تبدیلی، و تجزیه. در سواس اجباری، تجرید، دوباره به حالت دومی در آوردن، و عکس العمل سازی. در ترس بیجا شدن در حالت شک و گزند، تبارز، و مضاعف شدن.

یک کتله معلومات راجع به جامعه انسانی می گردد، که اکنون این همه در فعالیت های مکتب و بازی توسعه یافته، هم چنان باعث توسعه ارتباطات با کاهلان خارج فامیل و باعث توسعه تشریک مساعی با همسن ها می

گردد. طریقه های کهنه فرزندگیری تکرار می گردد و با ازبین میروود و با طریقه های جدید که پاداش زیادی دارد عوض می گردد.

تثبیت شدن دراین مرحله باعث اختلالات عصبی می گردد.

تیوری خواب دیدن فروید

فروید خواب ها را به حیث مرگ شاهان بسوی عالم غیر شعوری تعبیر نموده است. او در مورد تعبیر خواب سه اصل را ذکر نموده است.

i- وظیفه خواب اینست که خوابیدن را محافظه نماید.

ii- یک محتوی پنهان و همچنان محتوی آشکار موجود است و محتوی پنهان حایز اهمیت زیادی است.

iii- نماینده گی از خشنودی یک آرزوی ناکام را می کند، که معمولاً طفلانه است.

کوشش که بتواند خواب را تغییر قیافه بدهد بنام (کار خواب) یاد می گردد و راجع به فعالیت آن فروید میکانیزم را بیان می کند.

مراحل تکامل روحی جنسی عبارت اند از: فمی (۰.۱-۵ سال) تثبیت شدن دراین مرحله درشیزوفرنی، اختلال شدید مزاج و بستگی الکول رخ میدهد (مرحله مقعدی: (۳-۱ سال) تثبیت دراین مرحله دراختلال وسواس اجباری رخ میدهد. مرحله phallic (۵-۳ سال) تثبیت دراین مرحله درهستریا و عدم کفایه جنسی رخ میدهد (مرحله latency (۶ سال الی بلوغ) مرحله تناسلی (در بلوغ)

i. نمایش گرایی: دراین جا به نظریات غیر عملی با استفاده از سمبول هایی که نمایانگر فعالیت ها و تجارب سرکوب شده است، شکل مستحکم تر داده میشود.

ii- خلاصه: یک شکل از مخففیات می باشد، که بعضی از محتویات پنهان را از بیننده خواب با استفاده یک قسمت محتوی ویا ازمیان برداشتن همان قسمت، پنهان می کند. ویا بعضاً یک قسمت کوچک راکه نمایندگی از تمامی وبعضاً با یکجا نمودن

عناصر پنهان (که یک سیمای مشترک را یک قسم جلوه میدهد) ستر می کند.

iii- تعویض دوباره: تعویض محتوی پنهان شده بی است که توسط عنصر متحرک صورت می گیرد که در واقعیت غیر از یک اشاره چیزی دیگری نیست به همین علت محتوی پنهان شده به آسانی قابل شناخت میباشد.

iv- دوباره درست ساختن: زمانی بوجود می آید که حالت مکمل شعوری بوجود آید و تازمان بیداری دوام نماید، به همین علت باعث معقول شدن خواب می گردد. ازاینکه درست سازی ثانوی از ایگو متأثر گردیده است، لذا توصیه می گردد، که مریض باید فوراً قبل ازاینکه تحریف اش کند باید خواب رانوشته نماید.

مکتب روانشناسی تحلیلی: (Carl G. Jung 1875-1861)

جنگ که یکی از همکاران فروید بود که بعد از چند سال به حرکات روان تحلیلی دستیاب گردید و توضیح داد که سه درجه روان موجود است:

۱- آگاه: که عبارت از شخصیت می باشد (شخصیت به ماسک تعبیر شده است که درروم سابق هنرمندان به صورت خودمی بستند. بناً همان قسمت از حالت آگاه بود که توسط چشم دنیا دیده میشود.

۲- شخصیت نا آگاه: آن قسمت از سیمای زنده گی روانی است که در آگاه از آن منع شده باشد و در نا آگاه تکامل کرده باشد و باعث بوجود آمدن حالت نا آگاه شخصیت گردیده باشد، که در رویا ها رول عمده را بازی می کند.

۳- نا آگاه بهم پیوسته: جنگ توضیح داد که حالت شخصی که معکوس حالت نا آگاه شخصی بوده و دارای ابعاد ذیل می باشد؛

(a) احساس و تفکر.

(b) پیروی از احساسات و لذت های نفسانی و درک مستقیم.

(c) بیرون گرایی و درون گرایی (که هر دو ارتباط به سمت جریان انرژی روانی دارد).

نمونه اولی: سمبول های عمومی می باشد که در آگاه بهم پیوسته موجود است و مشتمل می گردد بر:

a. قسمت نا آگاه مردانه یک حالت شخصی زنانه Animus

b. قسمت نا آگاه زنانه یک حالت شخصی مرد Anima

عقدۀ یا Complex: یک گروپ از نظریات بهم پیوسته است که باعث بوجود آمدن احساسات و سلوک عاطفی می گردد.

روانشناسی فردی (Alfred Alder 1870-1937): یکی از همکاران فروید بود او نظریه خود را چنین اظهار نمود. موصوف از فلسفه (Nietzschean) و اصطلاح مثلاً جبونی عضوی (Organ inferiority) خیلی متأثر بود. او شرح نمود که ناامیدی یا بیچاره بودن یک طفل باعث یک جبونی (inferiority) می گردد.

واقعات زنده گی رول عمدۀ را در بوجود آوردن اختلالات روانی دارد.

یک فرد به سه طریقه احساس جبونی کمی یا جبونی مقابل می گردد.

- 1- توسط معاوضه نمودن موفقانه مثلاً یک فرد بخاطر کری خود و شخص دیگری بخاطری کلالت زبان خود احساس حقارت و جبونی میکند.
- 2- غالب شدن بعد از مغلوب شدن که در بعضی از فرهنگ ها چیزی نورمال و عادی فکری می گردد.
- 3- مطالعه نمودن یا معاوضه نمودن از حد زیاد بخاطر فراموشی بعضی حالات نا خوشایند.

IV. تیوری های سلوکی و شناختی

آموختن خود یک استنباط میباشد، که اساس آنرا تغییرات سلوکی یک ارگانیزم تشکیل میدهد. آموختن ممکن در نتیجه تغییرات سلوکی که تحت شرایط مخصوص بوجود می آید، استنباط گردد. اگر سلوک به طرف حالتی برود که ارگانیزم سلوک را به سببی تکرار نماید، و یا اگر سلوک به طرف حالتی برود که ارگانیزم سلوک را بخاطر اینکه منع است قطع نماید پس گفته میشود که آموختن واقع شده است. در حالات کلاسیک یک تنبه که داخلی و عادی نباشد و با یک عکس العمل مترافق باشد، میتواند باعث بوجود آمدن همان عکس العمل شود. ارگانیزم تنبه خنثی سازی را آموخته و مطابق همان حالت عکس العمل نشان میدهد.

حالات و سیلوی ارگانیزم سلوک هایی رامی آموزاند، که با واقعات مثبت و منفی یکجا باشد. سلوک در حالات عملیاتی یا وسیلوی توسط ارگانیزم آغاز می گردد و واقعات مترافق، نظریه حالات کلاسیک کمتر با عکسات فزیولوژیک ارتباط دارد.

۷. شخصیت

یک ارتباط میان شخصیت و امراض روانی موجود است، مثلاً یک شخصیت مخصوص میتواند یک مرض روانی مخصوص داشته باشد. بطور مثال؛ شخصیت شیزوئید زیاد تر تمایل دارد که به طرف شیزوفرنی سیر کند.

هم چنان شخصیت های وسواسی، هیستریک ، مزاج نوسانی میتواند به طرف اختلال وسواس اجباری، هیستریا، جنون انحطاطی دماغی و مانیاک که توأم با مزاج بلند میباشد سیر کند .

VI. تیوری اجتماعی

فکتورهای مهم سببی در اجتماع عبارت اند از:

i- واقعات زندگی (تغییرات دروظیفه، ارتباطات شخصی و غیره): دروجود آمدن امراض روانی رول مهم دارد بعضی ازاین فکتورها بسیار آسیب پذیرمی باشد مثلاً عدم موجودیت یک ارتباط پرمعنا و عاری ازاعتماد، هم چنان ازدست دادن مادرقبل ازعمر ۱۱سالگی ویا ازدست دادن وظیفه ویا وظیفه نداشتن.

ii- اهمیت ارتباطات: ازسابق چنین پنداشته شده است که ارتباطات خفیف میان اعضا فامیل باعث بوجود آمدن شیزوفرنی می گردد. بعضی ازاین فکتورها عبارت اند از مصروفیت زیاد، نظریات بالحن شدید و توقیف شدن اعضای خانواده.

فکتورهای مساعد کننده بافکتورهای سببی یکجا عمل کرده و باعث مرض روانی گردیده و فکتورهای مساعد کننده باعث بروزتردید دروجود آمدن امراض روانی میگردد. این فکتورها قرارذیل تقسیم شده است:

۱- فکتورهای بیولوژیکی: مثلاً درارثیت، وضع طبیعی، انارملتی های اندوکرین، میتابولیک و کیمیاوی، همچنان نقایص فزیکلی و امراض.

۲- روانی یا سایکولوژیک: تپ شخصیت، خلق و فطرت، ارتباط غیرنورمال اطفال و والدین، ترضیضات روحی که درجریان طفولیت قبل از دوره بلوغ و در زمان بلوغ بوجود آمده باشد. فکتورهای سببی: به قسم فشارروانی شرح گردیده است و میتواند مرض روانی را بوجود آورد این فکتورها ذیلاً تقسیم می گردد.

۱- فکتورهای فزیکلی مثلاً مهاجرت، فاقه گمی، حوادث نا گوارمثلاً جنگ زلزله، سیلاب، طوفان آتش سوزی ها و غیره.

۲- فکتورهای سایکولوژیک :- مثلاً حاملگی، ولادت، دوره های انقطاع طمس، بلوغیت، عدم تبیض، تب، ادویه وغیره .

هم چنان ارتباطات پیچیده داخلی، مشکلات درزننده گی شخصی وفامیلی، عدم توافق درمسایل جنسی، شغل، پرابلم های اقتصادی، نابسامانی های سیاسی وبحران های اجتماعی ویا فوت یک عضو ازخانواده وغیره .

VII- پیشرفت های جدید

باکشف نمودن انکیفالیین و اندورفین یک تعداد ازنیوروپتاید ها شناخته شد، اما رول اساسی آنها هنوزدرست معلوم نیست لیکن:

- نیوروپتاید ها نمایندگی ازپیغام دهنده های کیمیاوی می کند که درمغز موجود است
- وظیفه ورول اساسی آنها درارتباطات ذریعه فعالیت پروسه های نوسانات عصبی وعصبی خلطی صورت می گیرد.
- به صورت منتشر درسیستم مرکزی و سیستم عصبی محیطی انتشاریافته است ویک وظیفه فزیولوژیکی را درسیستم لیمبیک وقشرمغزی به عهده دارد.

سوالات برای مرور

۱. محتوی مطالعات جنیٹیک در سایکاتری چی ها اند؟ بعضی از بیماری های را که به اساس شواهد بطور ارثی انتقال میابند بر شمارید؟
۲. نیورو ترانسمیتر ها و نیوروپپتید های مختلف را بر شمرده و نقش آنها را در امراض روانی بیان دارید؟
۳. نام افرادی را که با زیگموند فروید در نشر کردن نظریاتش کمک نمودند بیان نموده و بگوئید که نظریات مختلفی را که فروید بیان نموده کدام ها اند؟
۴. ایگو و سوپر ایگو چی ها اند؟ وظیفه ایگو چیست؟
۵. میکانیزم های متفاوت دفاعی ایگو چیست و اهمیت میکانیزم دفاعی در هیستریا، اختلال وسواس اجباری، فوبیا، اختلال پارانوئید و انحطاط نماغی چی است؟
۶. الگوی معین، بیخبری از اجتماع، شخصیت ها، انیمایک بخش سایکاتری که مستقیماً یا شخصیت ها در تماس است مثل بخش زنانگی در یک فرد، پیچیدگی ثانوی، عقد جوبنی اعضا، پاداش بالا را تعریف کنید.
۷. فرق بین
 - (a) ایگو و سوپر ایگو
 - (b) سرکوبی وفرو نشانی
 - (c) جا نشینی و جابجایی
 - (d) عقده اودیپ وعقده الکترا
 - (e) تبدیل یا کانورژن وتجزیه
 - (f) پروسه ابتدایی و پروسه ثانوی تفکر
 - (g) Anima و Animus
 - (h) زمینه سازو تسریع کننده

سوالات امتحان مسلکی

- در باره اصطلاحات ذیل مختصراً بنویسید:
- میکانیزم های دفاعی ایگو
- وظایف ایگو
- تیوری انکشاف روانی جنسی
- تفاوت بین سرکوبی و فرو نشانی
- نقش نیوروترانسمیتر ها را در تقیصه های روانی مختصراً بیان دارید؟

اعراض شناسی روانی، مصاحبه و معاینه روانی

مصاحبه روانی (مهارت، پروسیجر، اخذ تاریخچه، معاینات فیزیکی و حالت روانی) معاینات مریضی که همکاری نداشته باشد، پلان تداوی، شیوه بر خورد

اخذ تاریخچه

بامریض و بایوازش باید همکاری شود تا آنها خود را راحت احساس کنند و بتوانند درباره اختلال روانی معلومات مفصل ارائه نمایند .

جدول ۴-۱ خلاصه یک تاریخچه روانی قرار ذیل است

I. **هویت مریض:** که در بر گیرنده اسم ، اسم پدر ، عمر، جنس، سواد ، حالت مدنی، مذهب، شغل ، آدرس، شاخص های هویت، تصویر، در کجا دیده شده (اتاقی عاجل / سرویس) ریفر شده و یا مستقیم به شفاخانه آمده است، میباشد.

II. **هویت و قابلیت شخص معلومات دهنده**

آیا مریض را میشناسد ، آیا قادر به این است که راپور بدهد، ارتباط با مریض داشته باشد، آشنائی داشته باشد، چه مدت زمانی میتواند با مریض بماند، طرز روش با مریض ، تاریخچه مریضی جسمی و یا روانی را میداند و همچنان توجه به تداوی مریض دارد.

III. شکایت عمده و یا قابلیت ریفرف شدن و دوام آنها

قرار حکایه مریض و یا پایوازش که این شکایات آنها از چی مدت بدینطرف موجود است، طرز بوجود آمدن شکایت، سیر مریضی، و فکتورهای مساعدکننده.

IV. تاریخچه مریضی فعلی

پرابلم عمده (خود مریض و یا پایواز بگوید)

* کدام پرابلم است آیا روانی است و یا جسمی

○ تاریخ شروع مرض

○ مدت دوام

○ شدت مرض

○ تفصیلات در باره مرض

* پرابلم های که یکجا با شکایت عمده موجود است.

- تشوشات دیگری چون تشوش خواب، اشتها و وزن که توسط مریض حکایه نمی گردد.

همچنان تاریخچه استفاده از مواد مخدر و دخانیات

* تکامل یا پیشرفت مریضی به ترتیب

- چه قسم پیشرفت نموده

- چه وقت شدید گردیده است

- از زمان بوجود آمدن کدام تغییرات رونما گردیده یا خیر؟

* تاثیرات این پرابلم

* فکتورها و یا حوادث که مسؤل باشد

* فکتورهای که شدت مریضی را تشدید و یا کم بسازد مثلاً فعالیت های مانند

- حفظ الصحه شخصی

- وظیفه یا کار

- وظایف محلی

- فعالیت های اجتماعی

- ارتباطات فامیلی و یا دیگران

- فعالیت های جنسی

* تداوی را که تا هنوز اخذ نموده است

- طبیعت و تاثیرات تداوی روانی و یا فیزیکی که اخذ نموده است

- مقدار و دوام تداوی روانی را که اخذ نمود است

- مدت زمانی که از آغاز شروع مرض الی آغاز تداوی ضایع شده باشد و چرا

* طرز و روش فهمیدن این پرابلم

* منع و توانائی

- مثلاً فامیل و یا دیگران مریض را حمایت می نمایند و یا توانائی اش را دارند

* مسایل حقوقی

مثلاً توقیف، بندی خانه، منفک شدن از وظیفه و غیره.

۷. تاریخچه گذشته

* **تاریخچه روانی:** در این جا درباره تاریخ مریضی، شکایت عمده و یا تشخیص سابقه، و تداوی استجواب می گردد.

- آیا دچار اختلاط گردیده است مثلاً کوشش خودکشی

- آیا مریض دقیقاً صحت گردیده، سلوک اجتماعی و توجه فردی اش استجواب می گردد.

- تاریخچه استفاده از مواد مخدر و دخانیات (درباره نوع، دوام، تسمم و یا اعراض قطع دوائی و تداوی پرسیده

میشود)

* **تاریخچه طبی**

- امراض مزمن طبی (مثلاً شکر و غیره و تفصیل درباره ادویه)

* **تاریخچه حقوقی**

در مورد توقیف، زندانی شدن، طلاق و غیره پرسیده می شود.

VI. **تاریخچه فامیلی:** نوع زندگی فامیلی مثلاً تنها و یا یکجا می باشد

- تاریخچه درباره والدین مثلاً عمر والدین، در کدام عمر فوت نموده است صحت فزیک و روانی والدین، شغل،

موقف اجتماعی، شخصیت و درباره ارتباط آنها با مریض پرسیده می شود.

- حالات فامیلی مثلاً تاریخچه امراض روانی، ارتباطات میان اعضای فامیل و هم چنان حوادث فامیلی که باعث

بوجود آمدن و یا تشدید نمودن مرض گردد.

VII. **تاریخچه شخصی:** درباره حالات ذیل استجواب می گردد

ولادت

تاریخچه کسب کار

تکامل مقدم

تاریخچه تعلیم

تاریخچه حیض

تاریخچه جنسی

تاریخچه حالت مدنی

VIII. آسیب پذیری شخصیت: درباره حالات ذیل سوال می گردد

- تاریخچه مذهبی
- طرز روش و عقیده
- دوسیه حقوقی
- تهدیدات شخصیت
- ارتباطات اجتماعی
- عادات، مصروفیت و علاقه مندی
- استفاده از الکل و یا مخدرات

IX. یک لیست معلومات ارائه شده که دوباره بازنگری می گردد

- دوسیه جنائی دارد یا خیر
 - آیا تاریخچه صحت و توانائی دارد
 - آیا این تاریخچه مکمل است
 - آیا ضرورت است که پایواز دیگری راطلب نمایم
 - آیا ساحات موجود است که باید معاینه حالت روانی در آن صورت بگیرد.
-

معاینه حالات روانی

I. وضعیت ظاهری و سلوک مریض

a- برخورد

دیده شود که مریض چه قسم پیش آمد با داکتر دارد

همکاری دارد

معتقد است

توجه دارد

آرام است

دوستانه برخورد دارد

هدف دارد

معیارات که درحقیقی بودن معلومات موجود اند عبارت از ارتباط با بیمار یا قابلیت راپوردهی، شناخت، مدت زمانی که با بیمارسپری نموده است، تاریخچه بیماری های روانی و فزیک، سو استفاده ازادویه جات، هدف مند بودن تداوی بیمار

علاقه مند است
آیاخود راتوقیف شده احساس می کند
بازی گوش است
بالاخره درحالت دفاعی قراردارد
هم چنان آیا ممکن است که خود را با مریض
چنان معرفت دهیم تا بتوانیم درباره حالات
روانی اش درست فهمیده باشیم؟

b- قیافه ظاهری

- لباس پاک پوشیده است
- آیا لباس مریض مطابق به فصل سال است
- موها و ناخن ها
- آیا مریض درباره ظاهر خود فکر می کند یا خیر

c- افاده وجهی

- آیا متناسب است یا خیر مثلاً مریضان شیزوفرنی دارای یک ظاهر غیر متناسب می باشد
 - آیا این تظاهر وجهی با چیزی تغییر می کند یا خیر
- طرز دیدن:** آیا توجه دارد؟ ویا بی توجه است. مثلاً در شیزوفرنیای مزمن بشکل بی علاقگی و در مریضان افسردگی بشکل بی تناسب یا بی تفاوت است.

همدلی (Empathy) عبارت از قابلیت شناخت بامریضی است که توسط آن میتوانیم حالت روانی او را بشناسیم

افاده وجهی: ترس، قهر، خفه ویا خالی از همه
تماس چشمی: آیا است یا خیر یا به هر طرف نگاه می کند

d - وضعیت

آرام، درحالت دفاع، درگوشه چوکی نشسته است و یا برای مدت زیادی دریک حال باقی می ماند مثلاً درمریضان شیزوفرنی .

e. **قدم زدن مریض:** آیا نورمال است، مختصر قدم میزند، آهسته است، مثلاً؛ در مریضان افسردگی و یا قدم زدن بی ترتیب و غیر منظم (در مریضان شیروفربینی) و یا هم قدم زدن بشکل کند و بطی (در مریضان مانیا) و یا قدم زدن غیر متوازن در مریضان که دچار آفات مغزی باشند.

f- ساختار بدن

- استنیک (اشخاص قد بلند و لاغر): آن اشخاص اند که دارای قد باریک، صدر باریک و زاویه تحت الضلعی باریک می باشد. عقیده بر این است که اشخاص نامبرده فوق زیاد تر تمایل دارند که دچار شیروفربینی گردند.

- نوع پکنیک (اشخاص حجیم و کوتاه قد): این اشخاص

دارای بدن بزرگ میباشد نسبتاً نزد شان اطراف کوتاه و زوایای تحت الضلعی بزرگ می باشد رأس گرد و گردن شخمی دارند و زیاد تر مساعداند که دچار یک پرابلم سایکوزس انحطاطی شیدایی گردند.

تکرار نمودن دوباره حرف های طرف مقابل، تقلید حرکات مقابل، انعطاف مومی شکل، شخی، وضعیت گیری این تمام خصوصیات اند که در شیروفربینی نوع کتاتونیک دیده میشود.

- نوع اتلیکتیک (اشخاص تیپ متوسط): در این اشخاص

شانه ها فراخ بوده قسمت حرقفی فخذی باریک بوده اما استخوان ها و عضلات خوب تکامل یافته دارند این افراد زیاد تر مساعد به طرف استفاده از مواد مخدر می باشد.

g- فعالیت حرکی روانی

- متناسب بودن

- **کمیت فعالیت:** مثلاً نورمال است، بیشتر است و در مانیا، کم است و در افسردگی شدید

- **کیفیت فعالیت:** حرکات وجه مثلاً دیسکنیزی فمی، رعشه که در دست ها و جسم موجود است.

- **ادا و اطوار:** حرکات متداوم و منفرد است که میتواند جهت برآورده شدن یک هدف باشد مثلاً در اشخاص نورمال و یا مصاب تشوش شیدایی.

- **حرکات کلیشه ای:** تکرار جملات و یا حرکات است که بی هدف صورت می گیرد مثلاً در شیذوفرنی.

- **پیروی کردن خود کار:** یک نوع از سلوک کتاتونیک می باشد. در مریضان شیذوفرنی دیده میشود

- **میتماشین (Mitmachen)** که در این شکل مریض اطراف خود را بدون اتکا به یک وضعیت نگه میدارد.

- **تقلید حرکات طرف مقابل (ایکوپراکسیا):** تکرار حرکات شخصی مقابل است که در مریضان شیذوفرنی دیده میشود.

- **تقلید گفتار طرف مقابل (Echolalia):** تکرار کلمات شخص مقابل است مثلاً در مریضان کتاتونیک شیذوفرنی.

- **کتاپلکسی (Cataplexy):** یک وضعیت مخصوص برای مدت زیادی به حال خود باقی می ماند مثلاً در مریضان شیذوفرنی.

انعطاف پذیری مومی شکل (Waxy flexibility): یک حالت مشابه به دور دادن یک پلاستیک یا موم است که بعداً به حالت خودباقی می ماند مثلاً کتاتونیا شیذوفرنیک.

صلبیت چرخ دندان دار یا میله سربی (Cagwheel or lead pipe rigidity): که در مریضان پارکینسون بملاحظه میرسد.

- **اجبار (compulsion):** زمانی که حرکات وسواسی عملی گردد مثلاً در اختلال وسواس اجباری

h- صوت و تکلم

- شدت صدا

- تون صدا: دارای تون یک نواخت (در مریضان که تأخر داشته باشند) تغییرات غیرنورمال (در مریضان شیدائی)

جدول ۴ - ۲ خلاصه معاینه حالت روانی

I- برخورد، حالت ظاهری، وسلوک

a- برخورد: مثلاً دوستانه برخورد می کند، معتقد است، توجه دارد یا نه علاقه مند است، حالت دفاعی دارد یاخیر و غیره

- آیا ممکن است توانائی این را پیدا نمایم که هویت خود را با مریض شریک سازیم

- آیا مریض تا کدام اندازه میتواند مصاحبه را انجام بدهد.

- b- قیافه ظاهری : مثلاً در مورد لباس پوشیدن، حفظ الصحه و غیره
- c- افاده وجهی: آیا ظاهر متناسب دارد یا خیر.
- آیا با چیزی تغییر می کند یا خیر
- چه نوع تظاهر وجهی دارد
- تماس چشمی مریض

d- وضعیت

f- قدم زدن

f- ساختار بدن

g- فعالیت روحی حرکتی (مثلاً متناسب بودن، مقدار و کیفیت)

h- صدا و تکلم (شدت، مقدار، کیفیت، لغات)

II- مزاج و عاطفه: متناسب بودن (کیفیت)، شدت (کیفیت)، نوع، ثبات و مرتبط بودن آن.

III- درکنا: خبط، برسام، مسخ شخصیت، مسخ واقعیت و غیره.

IV. تفکر: جریان افکار، ملکیت افکار، محتوی (مثلاً اختلال هذیان) و شکل افکار.

V- قضاوت: قضاوت مریض باید معاینه گردد. مثلاً قضاوت اجتماعی.

VI- بینش: درجه بینش، بینش عالی و هیجانی.

VII- حسیت و شناخت: مثلاً شعوری (شناخت زمان، مکان و اشخاص). توجه و تمرکز، حافظه (حافظه آتی، جدید و بعد) هم چنان تفکراتنزاعی و ذکاوت عمومی

- تکلم: آهسته، (مریضان افسردگی)، سریع (مریضان مانیا)

- سهل بودن تکلم

- بنفسهی بودن تکلم

- پرمحتوا بودن تکلم

- ارتباط داشتن تکلم

- طریقه تکلم

- انحراف: نوآوری (استعمال نمودن الفاظ به یک طریقه غیر مناسب) یا تکرار جملات دیگران، جمع

آوری کلمات هم آهنگ (clang association) که یک نوع اختلال تفکر است مثلاً در مانیا.

طفل asthenic بیشتر تمایل دارد مصاب به شیزوفرنی شود، و بنیه پکنیک بیشتر به اختلال مزاج و بنیه پهلوانی زیاد تر تمایل وابستگی به ادویه دارد.

با خود حرف زدن (Verbigeration) یکی از دریافت های ستریوتایپ است و به معنا تکرار نمودن لغات عبارات و جملات است که بنام کتافازیا نیز یاد می گردد و در مریضان شیزو فرینی دیده میشود.

- مدت زمان پاسخ دهی

- لغات حسن انتخاب لغت

II. مزاج و عاطفه

مزاج

یک حالت احساس درونی می باشد که با کیفیت های چون خوشحالی، غم، اندوه، اضطراب، تخرشیت، قهر و بی ارزشی نشان داده میشود.

عاطفه

یک هیجان قابل مشاهده است یا تبارز بیرونی هیجان گفته می شود که میتواند محتوی مزاج را شرح نماید. مثلاً احساسات خوش آیند و نا خوشایند در مورد یک نظریه، تصویر و حالت.

سیمای یک عاطفه

- متناسب بودن (کیفیت): به ابراز عاطفی اطلاق می شود که محتوی تکلم را در بر گیرد.
- عاطفه غیرمتناسب یک مشخصه شیزوفرنی می باشد که بنام عاطفه ناهم خوان نیز یاد می گردد. عاطفه میتواند در فلج بصلی کاذب نیز غیرمتناسب و کند باشد.
- شدت (کمیت): مثلاً در مریضان مانیا شدت عاطفی زیاد تر میباشد.
- نوع: بلند مثلاً در مانیا، ناخوشی مثلاً در افسردگی، ترس مثلاً در فوبیا، قهر مثلاً در شیزوفرنی، مضطرب مثلاً نیوروزس اضطرابی، مخرش مثلاً در هایپومانیا، کند مثلاً در شیزوفرنی.
- دامنه: عاطفه محدود شده مثلاً در افسردگی، عاطفه وسیع مثلاً در مانیا
- ثبات: ثبات، بی ثبات مثلاً در امراض روانی عضوی.

در اطراف موضوع سخن گفتن (Circumstantiality) ممکن در مانیا، اختلال عضوی مغز یا شیزوفرنی دیده شود

III درک

a- خبط

یک سو تعبیر ادراک است، مثلاً سایه ها به مانند مناظر ترسناک در می آیند یا درک غلط یک شی در موجودیت آن. خبط ممکن در اشخاص نورمال نیز بوجود آید و یا میتواند علت آن اختلال عضوی روانی باشد.

b- برسامات

برسامات میتواند به شکل وظیفوی اوتوسکوپیک اکستراکمپاین، کیناستیتیک، هیناگوژیک و هیپناپمییک باشد.

درک های که بدون تنبه خارجی بوجود می آید. این که کدام نوع اند ارتباط به

این دارد که کدام سیستم حسی را متأثر ساخته است. مثلاً برسام شنوایی، بصری، سمعی و تماسی.

- **برسامات وظیفوی** : مثلاً به گوش آمدن آواها زمانی که شیر دهن آب باز باشد و آب جریان داشته باشد.

- **برسامات خود نگری**: مثلاً برسامات بینائی که در آن مریضان خودشان را می بینند.

- برسامات خارج از محدوده (Extracampine hallucination) : وقتی بوجود می آید که خارج از ساحه شناخته شده حسی بوجود آید مثلاً دیدن اشیا از عقب دیوار.

- برسامات هنوز تجربه نشده (Kinaesthetic hallucination): مثلاً احساس نمودن حرکات زمانی که هنوز واقع نگردیده است. مثلاً خارج از تجربه بدن.

- برسامات قبل از خواب: زمانی واقع می گردد که به خواب رویم.

- برسامات بعد از خواب: زمانی واقع می گردد که شخص از خواب بیدار می گردد.

C- مسخ شخصیت و مسخ واقعیت

در این جا تناوب در درک واقعیت شخص بوجود آید.

مسخ شخصیت: یک حالتی است که شخص فکر می کند بسیار نا آشنا است و یا اصلاً کدام واقعیت ندارد و شخص به شکل مکمل آن قانع نمی باشد.

مسخ واقعیت: درباره دنیا خارجی فکر می کند که تغییر خورده است. مثلاً جا های آشنا برایش از نظر اندازه و شکل تغییر یافته به نظرمی خورد.

d- ادراک های غیر نورمال دیگر

دیجاوو (Deja-vu): احساس آشنا بودن با چیزهای نا آشنا.

دیجاوو، دجاپینز، دیجا اینتیندو، جا میزو، مسخ شخصیت و مسخ واقعیت و ممکن اشکال دیگر درک مختل شده باشد.

دجاپینز (Deja-pense): احساس یک شخص مثلاً فکر می کند

قبلاً درباره یک موضوع اندیشیده است.

دجا اینتیندو (Deja-entendu): شخص فکر می کند

چیزی را که حالا درک می کند یا میشوند قبلاً آن را شنیده است.

جامیز وُ (Jamais - vu): شخصی فکر می کند که یک چیز قبلاً آشنا را کاملاً ندیده است یعنی احساس نا آشنائی با آن.

IV. تفکر

a- جریان تفکر

که مشتمل می گردد بر

i- اختلال سرعت تفکر

- **فراز افکار** (تکلم سریع با تغییر سریع عقاید) در این حالات شخص به سرعت حرف میزند و به

سرعت نظریات را تغییر می دهد، که ممکن فکتورهای

درشیزوفرنی عاطفه ممکن

غیر متناسب، کند و هموار باشد

تغییر یکجا باشد مثلاً آوازهای لغات، اما فهمیده میشود

مثلاً در مریضان مانیا چنین اظهار میدارد (بین پادشاه

ایستاده است) یا (پادشاه پادشاه پادشاه)

- **نهی کردن یا به تعویق انداختن**
- **حاشیه پردازی:** افکاری است که آهسته آغاز شده، با تشریحات غیر ضروری یکجا بوده اما بالاخره به هدف خود میرسد مثلاً در مریضان مانیا، امراض روانی عضوی و شیزوفرنی.
- **تفکر مماسی (Tangentiality):** از حاشیه پردازی فرق دارد زیرا هدف آخری بالاخره بدست نمی آید و مریض بالاخره سلسله سوال را گم می کند.
- **نا سازگاری افکار (Incoherence):** در این حالات شخص مریض از یک نظر به طرف نظر دیگری میرود در حالیکه کدام ارتباط منطقی با یکدیگر ندارد و در این حال شخص نمی فهمد که سخنانش ارتباط ندارد. در مریضان شیزوفرنی دیده میشود.

ii- اختلال تداوم

- **در جا زدن (perseveration):** تکرار لغات و عبارات است که بار بار تکرار میشود در حالیکه مصاحبه کننده میخواهد که آن را توقف دهد.
- **توقف تفکر (Blocking):** زمانی بوجود می آید که پروسه تفکر توقف نماید و در امراض شیزوفرنی و اضطراب بوجود می آید. مریض ممکن که با همان مقدمه قبلی دوباره شروع کند یا خیر.
- **تقلید گفتار طرف مقابل (Echolalia):** تکرار الفاظ طرف مقابل با مصاحبه کننده را گویند مثل یک طوطی

b- مالکیت و کنترل تفکر

- **وسواس:** واقع شدن مقاوم نظریات، افکار، سیماها، تنبهات و ترس را گویند.
- **ترسها:** یک ترس است که در مقابل یک شی حقیقی یا خیالی، مکان یا وضعیت بوجود می آید که مقاوم و متداوم می باشد.
- **افکار بیگانه (thought alienation):** مریض فکر می کند که افکار اش تحت کنترل کدام اداره خارجی بوده و یا در افکار اش شریک هستند. که میتواند به شکل ربودن افکار، تزریق افکار و پخش افکار باشد.
- داشتن افکار خودکشی و دیگر کشی.

c- محتوی افکار

1- هذیانات ابتدائی

عقاید غلطی است که برخلاف سوابق اجتماعی کلتوری و تعلیمی شخص بوده و به هیچ منطق قابل اصلاح یا قابل شرح گردیده نمیتواند. مریض در مقابل این هذیانات بینش ندارد. هذیانات ابتدائی میتواند به شکل ذیل باشد.

- مزاج هذیانی (Delusional mood): شخص فکر می کند چیزی در اطراف اش موجود است اما نمیداند که چی است.

- درک هذیانی (Delusional perception): نسبت دادن کلمات و افکار به معانی جدید.

- افکار آنی هذیانی (sudden delusional ideas): به قسم آنی در جریان فکر نمودن نظریات تشکیل شده تبارز می کند مثلاً شخص می گوید که من از نسل شاهان هستم زیرا زمانی من کوچک بودم در جریان رسم گذشت شاه به من سلام داد.

ii- هذیانات ثانوی

اختلال شکل تفکر (اختلال رسمی افکار) خصوصیت شیزوفرنی است.

از بعضی تجارب دیگری بوجود می آید طوریکه مریض به قسم نا آگاه فکر می کند که من او را دوست دارم یا من او را دوست ندارم یا من از او نفرت دارم یا او از من نفرت دارد.

iii- محتوی هذیانات

هذیاناتی چون هذیان بد گمانی، ارتباط دادن موضوع به خود، بزرگ منشی و مریض بودن وظایف جسمی، احساس گناه، هزیان نیست گرای (یک هذیان است که مریض فکر می کند که دنیا موجود نیست یا از موجودیت دماغ و عضویت خود منکر می باشد).

ارزیابی مغشوش واقعیت ها وعدم موجودیت بیش در مریض خصوصیت حالت سایکوزاست

d- شکل افکار

i- نظریات مؤلف Cameron

- **اسیندیزس** (Asyndesis): فقدان ارتباط کافی میان افکار.

- **میتونیمس** (metonyms): در این حالت مریض به عوض اصطلاح یا عبارت درست یک اصطلاح جدیدی را استفاده می کند مثلاً برای قلم می گوید (چوب نوشتن).

- **به عمق موضوعات رسیدن** (interpenetration of themes): مثلاً مریضان شیزو فرنیا زمانیکه تکلم می نمایند به گمان دیگران میخوانند خواهشات خود را بیان نمایند در حالیکه خود مریضان مفهوم محتوی بیانات خود را نمیدانند.

- **فرط گنجایش** (overinclusion): در این حالت مریض قادر به این نیست که پرابلم خود را در یک حدود معین نگهداری کند و هم چنان قدرت این را ندارد که فعالیت هایش را در حدود درست حفظ نماید مریضی از یک موضوع به موضوع دیگری میرود.

ii- نظریات مؤلف Goldstein

درحالات مانند شیزوفرنیا و اختلال مزاج، افکار شکل کانکریت را بخود می گیرد یعنی مریض نمیتواند خود را از چنگال افکار کانکریتی رهائی دهد.

iii- نظریات مؤلف Schneider

- **جابه جای کردن** (substitution): یک فکر عالی توسط یک فکر دیگری عوض میشود.
- **از بین بردن** (Omission): از بین بردن نا محسوس یک فکر یا یک بخش از فکر.
- **چسپاندن** (Fusion): مخلوط نمودن غیر متجانس افکار
- **کودکانه حرف زدن** (Drivelling): در این حالت یک قسمتی از افکار یک شخص به شکل غیر منظم با یکدیگر مخلوط می گردد.
- **تفکر بی ربط** (Desultory thinking): تکلم از نظر نحو و گرامر درست است مگر نظریات آنی این حالت را وقتاً فوقتاً تغییر می دهد.

شش سویه بینش موجود است از (۱ الی ۶)

7. قضاوت

عبارت از توانایی ارزیابی نمودن، تشخیص و انتخاب بین امکانات مختلف است و در حالات سایکوتیک برهم میخورد.

- **معاینه قضاوت:** در این حالت پیش بینی یک شخص تست میشود، که شخص درحالات فرضی چه خواهد نمود.
- **قضاوت اجتماعی:** دریافت های سلوکی که برای شخص مضر است و رفتار قبول شده شخص از نظر کلتوری چه خواهد بود.

VI. بینش

عبارت از نیروی است که شخص توسط آن از حالت روانی خود آگاهی پیدا میکند. نبودن بینش علامه اختصاصی سایکوزس می باشد.

اندازه گیری بینش کلینیکی

این اندازه گیری از عدد ۱ الی ۶ صورت می گیرد.

- ۱- به طور مکمل نمی داند که مرضی اش چه است.
- ۲- اندکی می فهمد که مرض است و به کمک ضرورت دارد اما در عین وقت از آن انکار می نماید.
- ۳- درباره مرض بودن خود آگاه بوده اما وابستگی به فکتورهای خارجی و فزیک دارد.
- ۴- درباره مرضی خود آگاهی دارد زیرا چیزهای غیر شناخته شده را درخود می بیند.
- ۵- **بینش ذکایی:** می فهمد که مرض است و فکرمی کند که این اعراض از باعث احساسات تخریش پذیر خود اش می باشد که با آن خود را عیار نموده نمیتواند اما در عین حال با تجارب حال و آینده متناسب نمی باشد.
- ۶- **بینش حقیقی هیجانی:** از بینش عالی که در درجه ۵ ذکر شد فرق دارد زیرا در این حالت همین آگاهی شخص باعث تغییرات اساسی و عمده در شخصیت و سلوک آینده او می گردد.

VII. حسیت و شناخت (Sensorium and cognition)

a- حالت شعوری

آگاه بودن از حقایق و محتوی حادثات روانی و درجه پاسخ دهی به محیط می باشد. حالت شعوری در اختلالات عضوی روانی غبار آلود (cloudy) می باشد.

b- جهت یابی

عبارت از آگاهی شخص از زمان، مکان و اشخاص می باشد و زمانی که مغشوش گردد به ترتیب در ابتدا زمان بعداً مکان و بعداً شخص مغشوش می شود و هر زمانی که دوباره اعاده گردد به ترتیب برعکس اعاده می گردد.

c- توجه و تمرکز

توجه فعال (تمرکز): مقداریا اندازه کوشش است که شخص جهت حل نمودن یک پرابلم بکارمیرد، وقسمی معاينه می گردد که از شخص سؤال میشود، که بعضی ازسؤالات راحل نماید مثلاً؛ عدد ۷ را از عدد ۱۰۰ منفی کرده برود، ویا ماه های سال را از آخر به طرف اول بگوید .

توجه منفعل (غیر فعال): توجهی که از باعث حالات محیط بوجودمی آید، وشخص نیروی اندکی را مصرف می نماید مثلاً مشاهده نمودن حادثه ترافیکی درسرك یا آتش سوزی دردوكان.

d- حافظه

قدرت، پروسه ویا عمل دوباره بخاطر آوردن را گویند ویا توانائی دوباره به خاطر آوردن آموخته ها وتجارب قبلی می باشد وبه اشکال ذیل میباشد.

- **حافظه بعید:** توانائی به خاطر آوردن معلومات است که درماضی بعید گذشته واقع شده باشد.

- **حافظه گذشته نزدیک:** به خاطر آوردن معلومات است که درمدت چند ماه گذشته واقع شده است.

- **حافظه نزدیک:** که درچند روزگذشته تصادف شده باشد، مثلاً دیروز یا یک روزقبل ازدیروز یا درغذای شب یا صبح ویا چاشت چه خورده شده است، وغیره.

ثبت کردن آنی و دوباره بخاطر آوردن: توانائی ثبت نمودن معلومات است، یا توانائی تکرار نمودن که معاينه کنند نام ۵-۶ اشیا را می گوید و معاينه شونده درابتداً به طرف جلو وبعداً به طرف عقب آنرا بیاد می آورد و تکرار میکند.

حافظه ممکن درحالات اختلال عضوی روانی مثلاً زوال عقلی ویافراموشی عضوی یا روانی مغشوش گردد.

e- افکار انتزاعی

در این حالت از مریض مفهوم بعضی ضرب المثل ها، بعضی اصطلاحات پرسیده میشود و یا درباره مشابهت ها و تفاوت های اشیاء عین جنس از مریض پرسیده میشود، مثلاً؛ مشابهت و یا تفاوت میان یک توپ و نارنج، تفاوت میان مگس و طیاره و غیره.

f- ذکاوت عمومی

در این حالت دیده میشود که مریض در جریان صحبت نمودن کدام لغات، و یا مغلق بودن نظریات را استفاده می کند یا خیر، و هم چنان درباره حادثه فعلی سؤالات مشکلی مطرح میگردد؟

g- سلوک و عقاید

درباره سلوک و عقاید مریض باید پرسیده شود خصوصاً در مورد ذیل:

- سلوک و عقاید مریض در مورد مریضی.
- درباره نتایج حاصله از این امراض.
- یا در مورد کمکی که به مریض پیشنهاد می گردد.

معاینه نمودن مریضانیکه که همکاری ندارند/ در حالت ستوپور قرار دارند

عکس العمل عمومی و وضعیت مریض

- برخورد: اختیاری است یا منفعل؟
- وضعیت اختیار شده: آرام است، حالت طبیعی دارد؟
- مریض چه خواهد نمود اگر در یک حالت غیر مستریح قرار داده شود؟
- رفتار مریض در مقابل داکتر و نرس ها مقاوم است، حملوی است، مخرش است و یا بی علاقه است؟
- حرکات بنفسهی: مثلاً بعضی حرکات بازیگرانه، یا حرکات مدافع گرانه خصوصاً در حالاتیکه به یک تنه مواجه شود.
- به کدام اندازه سلوک مریض تغییر خورده میتواند.

افاده وجهی

آماده است، متوجه است و یا تحت فشار قرار دارد؟

چشمان مریض

بسته است یا بازاست، اگر بسته است آیا در وقت بلند نمودن جفن مقاومت می کند یا خیر، یا هنگام حرکات چشم به طرف بالا، پلک زدن و یا رعشه موجود است یا خیر؟

عکس العمل در مقابل چیزی که گفته شده و یا انجام یافته است

- اوامر: مثلاً زبان خود را نشان بدهد، اطراف را حرکت بدهد.

- حرکات بطنی یا ناگهانی مثلاً در مقابل وخذه نمودن یا تقلید حرکات دیگران موجود است یا خیر؟

عکس العمل های عضلانی

از نظر شخی معاینه شود مثلاً آنعطاف مومی شکل و جمود عضلی (سخت شدن عضلی).

جواب دهی هیجانی

زمانی که با فامیل یا اطفال سخن زده میشود آیا احساسات نشان داده میشود یا خیر؟

تکلم

کوشش آشکار برای تکلم، حرکات لبان، پُس پُس، حرکات رأس.

نوشتن

برای مریض پنسل و کاغذ داده شود.

معاینه فیزیکی

معاینه فیزیکی یک مریض روانی به همان اندازه حائز اهمیت است، که در نزد سائر مریضان صورت می گیرد.

a- معاینه فیزیکی عمومی

* معاینه عمومی (جلد، دندان ها، حواس بالخاصه).

* معیارات اساسی (تعداد نبض، فشارخون، تعداد تنفس، حرارت و معاینه چشم از نظر قعر عین.

* مریض باید از نظر خسافت جلدی، زردی، تورم و امراض عقدات لمفاوی معاینه شود.

نوت: بعضی از امراض عام مانند کم خونی، کم شدن مایعات بدن، تب و غیره ممکن بعضی از اعراض امراض روانی را تمثیل نماید. مثلاً حملات اضطراب، ترس و غیره.

b. **معاینه سیستم ها:** که مشتمل می گردد بر معاینه سیستم های مختلف عضویت مثلاً؛

i. سیستم قلبی وعائی: (شوک ذروه قلب، نظم سیستم قلبی وعائی، آوازهای نارمل و غیرنورمال قلبی مثلاً مرمرها).

نوت: ۱. بعضی از اختلالات به مانند ازدیاد تعداد ضربان اذینی اشتدادی قلب، و پرولپس دسام میترال ممکن به شکل حملات پانیک و ضیاع موقتی شعور یا سنکوپ دریافت گردد.
۲- از بعضی تداوی های چون (شوک برقی مغز) باید در امراض قلبی وعائی خود داری صورت گیرد. همچنان نباید از بعضی ادویه مانند؛ ادویه ضد افسردگی سه حلقه یی مخصوصاً دربی نظمی های قلبی استفاده گردد.

ii. سیستم تنفسی: نزد مریضان باید انبساط صدر در هر دو طرف، قرع و آوازهای اضافی غیرنورمال معاینه گردد. چون بعضی از امراض تنفسی مانند استما قصبی، التهاب برانشیول ها ممکن اعراض اضطراب و سایر اختلالات روانی را تقلید نماید.

iii. معاینه بطن: حساسیت بطن در مقابل معاینه، آوازهای معائی، ضخامه اعضا، فتق ها و غیره باید معاینه گردد.

نوت: بعضی از ادویه یی که جهت تداوی امراض روانی به کار میرود، ممکن باعث بوجود آمدن اعراض سیستم هضمی گردد. مثلاً ممکن باعث التهاب معده، اعراض توکسیک کبدی و قبضیت شود، که بعداً همین قبضیت ممکن باعث بوجود آمدن بواسیر و فتق گردد.

iv. سیستم اعصاب مرکزی: مشتمل می گردد بر:

a- دریافت های عمومی مثلاً وضعیت بدن، رأس، اطراف هم چنان شکل، حساسیت و قرع رأس حساسیت و شخی گردن.

b- ازواج قحفی: باید معاینه شوند

c- جسم مخطط: شخی عضلی، رعشه یا حرکات غیرارادی، عدم تحرکیت، تعدیل افاده، هیجان.

d- مخیخ: ایستاده شدن، علامه رومبرگ (در حالت ایستاده با قدم های جفت اتاکسی عاید شود)، قدم زدن، کم شدن مقویت عضلی، نیستاگموس، اختلال مفصل بندی تکلم، اتاکسی (بی موازنگی)، معاینه انگشت با بینی، ویا معاینه انگشت به انگشت، چسپانیدن نقطوی و عدم اجرای حرکات الترتیف.

e- نماینده گی قطعوی جسمی و نخاع شوکی

* ساقه حسی: درد، حرارت، تماس سطحی، تماس عمیق، اهتزاز و تمایز تماسی.

* سیستم حرکی: اندازه حرکات، تقلص عضلی، اترونی، قدرت عضلات، رعشه و غیره.

* عکسات: عکسات سطحی مثلاً عکسه بطنی، عکسه کریماستریک، عکسه بابنسکی، عکسه اوپینهایم و گاردون و عکسات عمیق مثلاً عضله دوسره، عضله سه سره، عکسه زانو، کعبری و بجلک پای و غیره.

۷- سیستم عضلاتی و اسکلتی: مثلاً درد ویاپندیده گی درمفاصل، درد گردن، درد کمر، درد عضلات.

نوت: بعضی از اختلالات عضلی اسکلتی مثلاً سپانديلوزس رقی، ممکن اعراض نیم سری و هستریا را تقلید نماید.

فورمول تشخیصیه

که مشتمل می گردد بر:

۱- خلاصه مشکلات مریض.

۲- تظاهرات جنیتک، بنیوی، فامیلی و تاثیرات محیطی.

۳- دریافت های عمده مثبت و منفی درمعاینات روانی.

۴- تشخیص ابتدائی و تشخیص تفریقی.

پلان تداوی

به حالات ذیل تأکید صورت گیرد:

۱- مشکلی که ضرورت به توجه جدی داشته باشد، مثلاً؛ تهیج، افکارخودکشی، ستوپور و غیره.

۲- دلیل برای بسترشدن مریض.

۳- تحقیقات و تست های که ضرورت است.

۴- تداوی مثلاً ادویه زرقی یا فمی تداوی فزیکمی مانند شوک برقی مغز، تداوی روانی، تداوی رفتاری

و مشوره دهی اقارب مریض همچنان دوام تداوی.

۵- عواقب مثلاً فکتورهای که عواقب خراب و خوب رانشان میدهد.

۶- سایر حالات، مثلاً؛ به اقارب فهمانده شود که مریض را به شکل دوام دار از نزدیک مواظبت نمایند،

مؤثریت دوا، حفظ الصحه و جلوگیری مریض که با آلات تیزوآلات برقی تماس نگیرد.

تعریف اصطلاحات مهم

انتزاعی (Abstraction): پروسه است که در آن افکار و نظریات به شکل جمعی درآمده و از امثال شکل و اشیا مجزاً می‌گردد. مثلاً؛ تعبیر نمودن ضرب المثل از کدام شکل بوجود می‌آید، این خود یک تشوش خلاصه‌گرانی است که در مریض شیذوفرنی دیده می‌شود.

عاطفه (Affect): یک هیجان قابل مشاهده است، که با وجود آمدن نظریات روانی اشیا مترافق می‌باشد. عاطفه دریافت‌های بیرونی دارد که می‌توانیم از عاطفه کند (blunt) هموار (flat) متناسب و غیر متناسب نام ببریم.

عاطفه غیر نورمال (Abnormal Affect): یک اصطلاح عمومی است، که نشان‌دهنده یک مزاج غیر معمول یا مصاب می‌باشد. مثلاً؛ افسردگی، اضطراب، غرور (Elation)، تخریشت.

عاطفه کند (blunted affect): یک تشوش عاطفه است که با دریافت‌های مانند کاهش شدیدی در شدت احساسات خارجی شناخته می‌شود و در مریضان شیذوفرنی موجود می‌باشد که یکی از اعراض اساسی اختلال است و توسط ایگن بلولر (Eugen bleuler) شناخته شده بود.

عاطفه هموار (flat affect): نبودن یا تقریباً عدم موجودیت علایم افاده عاطفی می‌باشد و ممکن در امراض چون شیذوفرنی، زوال عقلی و شخصیت مرضی روان (personality psychopathic) وجود داشته باشد.

عاطفه نامتناسب (Inappropriate affect): یک هیجان می‌باشد که خارج از لذت و خوشی است و با نظریات، افکار، و یا تکلم مترافق می‌باشد.

عاطفه غیر ثابت (Labile affect): یک افاده عاطفی می‌باشد که با تعدیل ناگهانی و متکرر، مشخص می‌شود و زیاد تر در سندروم‌های عضوی مغزی، مراحل ابتدائی شیذوفرنی و بعضی از اشکال اختلالات شخصیت دیده می‌شود.

عاطفه محدود شده (Restricted affect): یک افاده عاطفی می‌باشد که با کاهش در اندازه و شدت آن مشخص می‌گردد.

عاطفه سطحی (Shallow affect): یک حالت عکس‌العمل هیجانی کاملاً متأثرکننده بوده که در مقابل واقعات و حالات خارجی به شکل بی‌ارزش بوجود می‌آید. خصوصاً در شیذوفرنی نوع

بی سازمان (hebephrenic) موجود می باشد اما در اختلالات عضوی مغزی، تأخر عقلی و اختلالات شخصیت نیز وجود می آید.

پرخاشگری (Aggression): یک عمل قویاً فیزیکی، کلامی یا نمونه ئی بوده و ممکن متناسب و محافظه کننده خود باشد.

سراسیمگی (Agitation): ازدیاد فعالیت حرکی معمولاً بی هدف بوده و مترافق با فشارهای داخلی می باشد. مثلاً نمیتواند آرام بنشیند یا لباس های خود را کش کند.

عدم شناخت (Agnosia): در این حالت مریض نمیتواند اهمیت تنبهاات حسی را بفهمد اما به یاد داشته باشیم که در طرق حسی و شعور مریض کدام نقیصه موجود نمی باشد.

بازار هراسی (Agoraphobia): یک ترس است که در برابر محلات سر بسته بوجود می آید و یک اختلال ترس می باشد که با ترس ترک خانه مشخص می گردد. که با حملات شدید اضطراب ممکن مترافق باشد یا نباشد یک شکل معمول ترس (phobia) بوده که زیاد تر در کلینک مشاهده می گردد. در تداوی روانی کوشش می گردد که اعراض این ترس کاهش داده شود و یا اضطراب موجوده از بین برده شود.

ناتوانی نوشتن (Agraphia): عبارت از ناتوانی در نوشتن میباشد که در آفات فص جداری دیده میشود.

بیقراری حرکی (Akathisia): یک حالت بیقراری حرکی و یا به اندازه اندکی بی نظمی کلامی میباشد و شخص نیاز دارد که در حالت ثابت حرکی باقی بماند. این حالت به شکل یک عرض خارج اهرامی بعضی ادویه مثلاً Butyrophenone و phenothiazine دریافت می گردد.

بی حرکتی (Akinesia): فقدان حرکات فیزیکی است که در حالات چون شیروفرفرنی کتاتونیک دیده میشود.

دودلی (Ambitendence): یک تشوش روانی حرکی میباشد. در این حالت شخص تقاضا دارد یک عمل ارادی را انجام دهد، که بعداً باعث رفتار متضاد شده و حالت فوق زیاد تر در مریضان شیروفرفرنی نوع کتاتونیک دیده میشود.

فرااموشی (Amnesia): (ضیاع مرضی حافظه)؛ حادثه یی است که در آن شخص نمیتواند تجارب قبلی را دوباره به خاطر بیاورد ممکن منشأ عضوی، هیجان ویا هردو را داشته باشد ودریک

مدت زمانی محدود بوجود می آید. دونوع آن موجود است: فراموشی قبل از حادثه (retrograde): در این حالت حافظه شخص نمیتواند واقعات قبل از حادثه را به خاطر بی آورد؛ فراموشی بعد از حادثه (anterograde): در این حالت شخص نمیتواند چیزی یا معلومات جدیدی را به خاطر بسپارد.

اضطراب (Anxiety): یک حالت ناخوش آیند هیجانی است و مترافق با تغییرات روانی فزیولوژیکی میباشد که درعکس العمل با یک کشمکش روانی داخلی بوجود می آید که در تفاوت با ترس خطر موجود در اضطراب حقیقی نمی باشد.

بی علاقه گی (Apathy): از بین رفتن احساسات، عاطفه، علاقه و یا هیجان یک شخص با اطراف خود می باشد و در اشکال مختلف شیذوفرنی و افسردگی دیده میشود.

آفازی یا Aphasia (تشوشات تکلم با منشأ مرکزی): تشوش وظایف لسانی می باشد که در آفات عضوی مغز بوجود می آید.

عدم آگاهی (Apperception): عبارت از عدم آگاهی در مورد معنأ و اهمیت تنبهاات مخصوصه حسی میباشد که توسط تجارب، علمیت، افکار و هیجانان خود شخص معین می گردد. (به ادراک یا perception نیز رجوع گردد).

ناتوانی مهارت حرکی (Apraxia): ناتوانی حرکی است که شخص نمیتواند یک عمل حرکی و با هدف را به شکل ارادی انجام دهد. این ناتوانی به فلج و یا تشوش حسی ارتباطی ندارد. **بی موازنگی (Ataxia):** فقدان موازنه میباشد که ممکن است این فقدان موازنه فزیکتی و یا هم روانی باشد. از نظر علم روانی اصطلاح بی موازنگی داخل روان (intra psychic ataxia) یک نوع فقدان موازنه می باشد که میان احساسات و افکار بوجود می آید این تشوش درمریضی شیذوفرنی دیده میشود.

توجه (Attention): یک حصه از حالت شعوری می باشد که با اندازه، کوششی که جهت تمرکز دادن به قسمت های از تجارب، فعالیت ها و وظایف بکار میرود ارتباط دارد.

برخورد (Attitude): یک مجموعه روانی می باشد که توسط یک شخص اخذ گردیده و راه هایی رامتاثر می سازد که توسط آن یک شخص در برابر واقعات عکس العمل نشان میدهد و حالت شناختی خود را منظم میسازد.

حرکات بنفهی (Automatism): یک رفتار بی هدف، بی جهت، خودبخودی و آشکار می‌باشد، که در حالت شعوری غیر قابل کنترل بوده و در صرع نوع حرکتی، روانی دیده می‌شود.

آگاهی (Awareness): یک حالت قابل مشاهده بیداری و شعوری می‌باشد و یا شناخت معلومات اخذ شده از محیط را آگاهی می‌گویند.

ایپنی (Aypnia): بیخوابی یا عدم توانایی به خواب رفتن.

شخی عضلی (Catalepsy): حالتی است که در آن یک شخص وضعیت داده شده را به همان شکل آن حفظ می‌کند. یکی از اعراض شیزوفرنی شکل کاتاتونیک می‌باشد هم چنان بنام های انعطاف مومی شکل (waxy flexibility و cereaflexibility) نیز یاد می‌شود.

ضیاع مقویت عضلی (Cataplexy): در این حالت به شکل آنی و مؤقتی مقویت عضلی از بین می‌رود و باعث ضعفی و عدم تحرکیت می‌گردد و میتواند توسط حالات هیجانی بوجود آید و معمولاً بعد از به خواب رفتن واقع می‌گردد.

کاتاتامپیا (Catathymia): حالتی است که در آن عناصر موجوده در حالت نا خود آگاه میتواند در وظایف شعوری باعث تغییرات گردند.

انعطاف مومی شکل (Cereaflexibilitas): حالت انعطاف مومی شکل است که در شکل کاتاتونیک شیزوفرنی موجود است و اگر دست یا پای مریض در یک وضعیت قرار داده شود در همان وضعیت باقی می‌ماند.

حاشیه پردازی (Circumstantiality): تشوش پروسه افکار و تکلم می‌باشد که در آن مریض دچار ارائه نمودن توضیحات غیر ضروری و افکار نامتناسب می‌گردد. و در مرضی شیزوفرنی، تشوشات و سواسی و بعضی واقعات فراموشی زوال عقلی دیده می‌شود.

جمع آوری کلمات هماهنگ (Clang association): عبارت از تکلمی می‌باشد که توسط صدای یک لغت رهبری می‌گردد نه توسط معنای آن، در اینجا آواز و قافیه رفتار کلامی شخصی راتحت نفوذ قرار می‌دهد. زیاد تر در شیزوفرنی و مانیا دیده می‌شود و به نام (clanging) نیز یاد می‌گردد.

شناخت (Cognition): پروسه روانی فهمیدن و آگاه شدن را گویند و یکی از وظایف من (Ego) می‌باشد و یک ارتباط نزدیک با قضاوت دارد.

اوامر خودبخودی (Command automatism): حالتی است که ارتباط نزدیک با شخصی عضلی (catalepsy) دارد، که در آن پیشنهادات به قسم اتوماتیک بوجود می آید.

اجبار (Compulsion): عبارت از یک خواهش غیرقابل کنترل، مکرر و ناخواسته می باشد که جهت اجرای یک عمل صورت می گیرد. و به شکل یک میکانیزم دفاعی در برابر نظریات و خواهشات غیرقابل قبول عمل می کند، و شخص نمیتواند عملی را انجام دهد که باعث از بین رفتن اضطراب گردد.

کونیشن (Conation): آن قسمتی از زندگی روانی یک شخص می باشد که ارتباط با کوشیدن، انگیزش و خواهشات دارد، که توسط رفتار شخص معین می گردد.

افکار واقعی (Concrete thinking): افکار است که توسط اشیا و واقعات حقیقی و تجارب مشخص میگردد نه توسط خلاصه گرایی یا انتزاعی (Abstraction). این نوع افکار در نوجوانان و اطفالیکه در آنها توانائی منسجم شدن، از بین رفته و یا هنوز تکامل نکرده است به ملاحظه میرسد، قسمیکه در اختلالات عضوی مغز و شیزوفرنی نیز دیده میشود.

افسانه سازی (Confabulation): حالتی است که در آن خلأ های موجود در حافظه توسط تجارب و وقایعی که عاری از حقیقت است به شکل ناخودآگاه مملو میگردد و عموماً در سندروم فراموشی عضوی دیده میشود. افسانه سازی باید از دروغ گفتن تشخیص تفریقی گردد.

نزاع (Conflict): یک کشمکش روانی می باشد که توسط عمل متقابل و دروغین هنگام تنبهاات، خواهشات داخلی و محیط بوجود می آید. نزاع داخل روان (Intrapsychic conflict) حالتی است که کشمکش میان قوه های داخلی یک شخصیت موجود باشد، نزاع خارج روان (Extra psychic conflict) حالتی است که کشمکش میان خود و محیط موجود باشد.

گیچی (Confusion): اصطلاحی است که به یک حالت تشوش شعوری اطلاق می گردد و مترافق با آفات حاد و مزمن عضوی مغزی میباشد. از نظر کلینیکی توسط حالت عدم جهت یابی (disorientation)، بطی شدن پروسه های روانی، بی علاقه گی، فقدان ابتکار، کسالت و توجه ضعیف مشخص می گردد.

همخوان (Congruence): یک اصطلاح عمومی است که به رفتار، سلوک و نظریاتی اطلاق می گردد که در تفاهم با سایر رفتارها سلوک ها و نظریات باشد نه در کشمکش با آنها.

وجدان (Conscience): یک قسمت از حالت رفتار هنرنمایی و قضاوت یک شخص است و با من برتر (super ego) ارتباط دارد.

شعور (Consciousness): آگاهی از پروسه های روانی خود و یا حالت آگاهی از این پروسه ها را گویند.

ساختمان و وضعیت مزاج (Constitution): شخصی که حالت روانی داخلی و فیزیکی وی موازی یا مساوی باشد.

تبدیلی (Conversion): یک مکانیزم دفاعی است که به قسم نا خود آگاه عمل نموده و در نتیجه کشمکش های روانی داخلی که ممکن منجر به یک اضطراب گردد، به قسم سمبولیک به افاده خارجی کشانده میشود.

هرزه گویی (Caprolalia): عبارت از استفاده نمودن الفاظ رکیک و بی ادبانه است.

دیجا- ایتندو (Deja-entendu): یک نوع خبط می باشد و شخص فکرمی کند چیزی را که میشنود آنرا قبلاً نیز شنیده است.

دیجا- پنز (Deja-pense): حالتی است که در آن افکار موجوده تصور میشود که قبلاً تکرار شده است اما در حقیقت این چنین نیست.

از قبل دیده (Deja-vu): یک خبط بصری می باشد و شخص فکر می کند محلی را که میبیند قبلاً نیز آنرا دیده است.

دلیریوم (Delirium): یک اختلال حاد و رجعی عضوی مغزی میباشد که ذریعه یک حالت گیجی و تشوش شعوری مشخص می گردد.

هذیان (Delusion): یک عقیده غلط است که در هیچ کلتور و فرهنگ موجود نیست و در عین حال معتقدین این عقاید بعضاً آنرا درست فکر میکنند، که با دلایل منطقی قابل اصلاح نمیشد. انواع مختلف هذیانات موجود است، که قرارذیل می باشد؛ هذیانات عجیب و غریب (Bizarre Delusion): عقیده غلطی می باشد که به طور مرضی کاملاً عجیب و غریب می باشد. مثلاً شخص فکرمی کند مغز او از شیشه ساخته شده است. هزیان کنترل (delusion of control): یک عقیده غلط است که شخص فکر می کند افکار احساسات و اعمال او از خودش نمیشد بلکه توسط کدام قوه خارجی بالایش تحمیل می گردد. هذیانات بزرگ منشی یا (Delusion of grandeur) grandiose delusion یا

هذیان بزرگ منشی): شخص در مورد اهمیت، قدرت، علم و هویت خویش دچار بزرگ منشی می باشد. مثلاً در ایالات متحده امریکا خانمی فکرمی نمود که هنرمند مشهور هالیود مایکل جکسن عاشق زیبایی اش شده است. هذیان حسادت (delusion of jealousy): هذیانی است که شخص فکر می کند عاشق او بی وفا شده است. هذیان آسیب و گزند (Delusion of persecution): در این هذیان شخص فکر میکند که کسی بالایش بد گمان شده است یا خود بد گمانی دارد. هذیان رجعی (Delusian of reference): هذیان است که شخص فکر میکند واقعات، اشیاء و یا رفتارهای دیگران به او ارتباط داده میشود و برایش معنای بخصوصی دارد. هذیان پوشیده (Encapsulated delusion): هذیانی است که کدام تاثیر خاصی بالای رفتار شخص ندارد. هذیان پارچه پارچه شده (Fragmentary delusion): هذیان ضعیف میباشد که واضحاً کدام ارتباط بین البینی با چیزی ندارد. هذیان نیست گرائی (Nihilistic delusion): یک نوع از هذیانات افسردگی میباشد و شخص فکر میکند که کائنات و چیزهای مرتبط به آن دیگر اصلاً وجود ندارند و از بین رفته است. هذیان بدگمانی (Paranoid delusion): این هم یکی از انواع هذیانات سؤظن میباشد. هذیان مذهبی (Religious delusion): هذیانات است که مرتبط به مذهب و نظریات آن میباشد. هذیان جنسی (Sexual delusion): هذیان است که زیادتیر متمرکز بالای هویت جنسی، قیافه ظاهری، عمل جنسی می باشد. هذیان جسمی (Somatic delusion): هذیان است که ارتباط به فعالیت بدن یک شخص دارد. هذیان منسجم (Systematized delusion): یک گروه از هذیانات واحد و منسجم بوده که مربوط به یک واقعه منفرد می باشد.

زوال عقلی (Dementia): یک اختلال عضوی مغزی می باشد و ذریعه تشوش در وظایف عالیه مشخص می گردد، از نظر کلینیکی اشخاص دچار ضعیف شدن حافظه، مشکلات در مسایل حسابی، هواس پرتی، تغییرات در عاطفه و مزاج، تشوش در قضاوت و خلاصه گرائی، مشکلات در فعالیت زبان و تشوش شعوری میگردد.

مسخ شخصیت (Depersonalization): احساس غیر واقعی که خود شخص را یا یک قسمت از شخصیت را و یا محیط شخص را متأثر میسازد و ذریعه تحت فشار بودن یا ضعیفی زیاد بوجود می آید. در امراضی چون شیفرینی، اختلالات شخصیت و شخصیت شیفرینی فورم بوجود می آید.

افسردگی (Depression): یک حالت روانی می باشد که ذریعه احساس خفه بودن، تنها بودن، بی دوست بودن، کم شدن اعتماد به نفس، مشخص میگردد. علایم مترافق مشتمل میگردد بر؛ بطاقت روانی حرکتی بعضاً سراسیمگی (agitation)، کم شدن تماس های شخصی، بیخوابی و کم شدن اشتها. **مسخ واقعیت (Derealization):** یک احساس است که شخص فکر میکند واقعتاها تغییر نموده و یا اشیاء اطراف مختل گردیده اند. معمولاً در شیزوفرنی دیده میشود.

تجزی (Dissociation): مجزاً شدن محتویات روانی ازحالت بیداری شعور میباشد که به شکل خوشه ئی مجزا میگردد و یا به عباره دیگر یک میکانیزم مرکزی در حالات اختلال تبدیلی (conversion) و یا اختلال تجزیه ئی میباشد همچنان جدا شدن یک نظریه از اهمیت هیجانی و عاطفه آن مثلاً در مریضان شیزوفرنی که نزد شان عاطفه به شکل غیرمتناسب ظهور میکند.

روابط داکتر و مریض (Doctor-patient relationship): یک تبادلہ بین البینی انسانی میباشد و میان کسی که مریض است و کسی که دارای تعلیم و تجارب می باشد بمیان می آید، البته همین تجربه است که شخص مریض تداوی می گردد.

دستونی (Dystonia): تشوشت حرکتی خارج اهرامی است که شامل تقلصات بطی، و ثابت ساختمان عضلی میباشد. یک حرکت به قسم متبازر بوجود می آید و باعث یک انحراف ثابت وضعیتی میگردد. عکس العمل های حاد دستونیک بعضاً در آغاز تداوی های سایکوتیک بوجود می آید (قواره نمودن وجه و توریتیکولوس).

تقلید کلمات (Echolalia): عبارت از تکرار عبارات و کلمات شخصی دیگر میباشد و در شکل کتاتونیک شیزوفرنی دیده میشود. نظر به تألیفات بعضی از مؤلفین این رفتار جهت ادامه افکار توسط مریض اجرامی گردد.

تقلید حرکات (Echopraxia): عبارت از تکرار حرکات شخصی دیگر میباشد و در بعضی از واقعات شیزوفرنی دیده میشود.

هیجان (Emotion): عبارت از احساسات قابل مشاهده میباشد که دارای ارزش مثبت و یا منفی در نزد شخص میباشد.

ایمپتی (Empathy): عبارت از آگاهی داشتن و فهمیدن هیجانی و عالی در مورد حالت روانی شخص دیگر میباشد. و یک توانائی بسیار مهم یک روان درمان کامیاب پنداشته میشود.

بیرون گرایی (Extroverion): یک حالت است که انرژی یک شخص خارج از وجودش به طرف بیرون هدایت داده میشود و بنام extraversion نیز یاد میگردد.

پرش افکار (Flight of ideas): عبارت از یک تکلم تقریباً دوامدار و با وصف سرعت گیرنده میباشد که شخص از یک موضوع به موضوع دیگر تغییر میکند و این تکلم قابل فهم بوده شخص هوش پرکی داشته و یا با لغات و عبارات بازی میکند. در حالات که شدید باشد تکلم غیرمنظم میگردد. پرش نظریات زیاد تر در هجمه های مانیا دیده میشود اما ممکن در بعضی واقعات اختلالات عضوی مغز، شیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک و بعضاً در حالاتی که در مقابل یک فشار، عکس العمل حاد بوجود آید دیده می شود.

فلو سبیلیشن (Floccillation): حرکات بی هدف میباشد که معمولاً به قسم کش نمودن لباس خود یا روجائی های بستر خود موجود می باشد و در حالات سایکوز پیری و دلیریوم دیده میشود.

اختلال افکار تشریفاتی (Formal thought disorder): تشوش در شکل افکار میباشد و از محتوی افکار فرق دارد. سرحدات هدف آن واضح نبوده و کدام ثبوت موجود نیست که آیا کدام تشوشات در تکلم و یا افکار شامل این هدف می باشد، بناً به قسم بک اصطلاح تشریحی در DSM IV استعمال نگردیده است.

فارمیکیشن (Formication): یک برسام تماسی میباشد و قسمی فکرمی شود که خزنده های بسیارنازک و کوچک بالای جلد بدن راه میرود. وزیاد تر در حالات تسمم با کوکائین و دلیریوم در مرحله نهائی دیده میشود.

برسام (Hallucination): عبارت از یک درک غلط می باشد که در عدم موجودیت یک شی خارجی بوجود می آید، و معمولاً سیستم حسی را در بر میگردد. مثال های آن قرار ذیل اند: Auditory hallucination: برسام شنوایی را گویند. Gastatory hallucination: برسام ذایقی را گویند. برسام قبل از به خواب رفتن (Hypnagogic hallucination): پتالورژیک نمی باشد و زمانی بوجود می آید که شخص به خواب میرود. Kinesthetic hallucination: برسام حرکات بدن می باشد. برسام کوچک بینی (Lilliputain hallucination): برسام است که شخص فکر می کند که اشخاص و یا اجسام از اندازه خود کوچک تر شده اند و معمولاً یک نوع خبط فکر می باشد. Olfactory hallucination: برسام حس بویائی را گویند. برسام جسمی (Somatic hallucination): برسام است که شخص در بدن

خود چیزی را به شکل موضعی درک می کند. برسام تماسی (hallucination Tactile): برسام است که حس تماس را در بر می گیرد. hallucination Visual: برسام بینائی را گویند. **مفکوره (Idea):** حافظه ادراک گذشته را گویند. نظریه متکی بر یک تصویر میباشد قسمیکه درک متکی بر حسیت است.

خطب (Illusion): تعبیر غلط در درک نمودن یک جسم خارجی میباشد مثلاً سایه را به شکل غلط یک شخص فکر می کند.

بی ربطی کلام (Incoherence): یک شکل تکلم است که قسمت زیادتر آن قابل فهم نمیشد و ممکن یکی از علل ذیل را داشته باشد: نبودن ارتباط منطقی یا معنای درست میان الفاظ، عبارات و یا جملات، استعمال نمودن جملات نامکمل، استفاده از الفاظ مبهم و بی نظم، استفاده از شیوه نا درست گرامری. فقدان تعلیم و کمی ذکاوت نباید بی ربطی تکلم فکر شود. در صورتیکه نزد شخص افزای موجود باشد نباید به طرف بی ربطی تکلم فکر گردد. بی ربطی تکلم در بعضی اختلالات عضوی مغز، شیذوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک دیده میشود.

بینش (Insight): آگاهی شعوری شخص از حالت روانی اش میباشد. از نظر روانی بنیش یک حالت اختصاصی است که شخص با آن میتواند به شکل آگاهانه وضعیت روانی حرکی یا سایکودینامیک خود را بفهمد و نیز اعراضی را که با آن نمیتواند خود را عیار سازد درک نماید. بینش در قسمت گذاشتن تاثیرات در شخصیت و رفتار شخص اهمیت زیادی دارد. بینش عالی: عبارت از داشتن فهم و دانش می باشد که شخص با آن میتواند حقیقت موضوع را درک نماید اما نمیتواند توسط این دانش دست داشته در رفتار خود تغییر وارد نماید. بینش هیجانی (Emotional insight): حالتی است که شخص فهم و آگاهی عمیق دارد و میتواند توسط همین فهم و آگاهی عمیق خود باعث تغییرات مثبت در شخصیت و رفتار خود گردد.

ذکاوت (Intelligence): عبارت از ظرفیت آموختن و دوباره بخاطر آوردن می باشد و یا عبارت از ظرفیت فهمیدن و فکر نمودن نسبی می باشد.

انتراورت (Introvert): عبارت است از تمایل یک شخص به طرف زندگی انفرادی یا نحوه زندگی انعکاسی.

نا آشنا پنداری (Jamais vu): حالتی است که شخص نمیتواند یک موقعیت را که درباره آن آگاهی و شناخت کامل دارد درست شناسائی نماید. و به یک حادثه یاد فراموشی فکرمی شود.

بی تفاوتی زیبا (La belle indifference): یک سلوک غیرمتناسب آرام و یا فقدان حالت ملاحظوی می باشد که شخص درمورد عدم توانائی خویش نمی داند. درمریضان که دچار اختلال تبدیلی اند دیده میشود وینام بی علاقگی زیبا (beautiful indifference) نیز یاد می گردد.

از دست دادن معاشرت (Loosening of association): یک تشوش بالخاصه تکلم وافکارمریضی شیوزفرینی می باشد وعلت آن اختلالی است که درپیشرفت منطقی افکار بوجود آمده ویا دریافت های عدم توانائی کافی در افهام و تفهیم ظاهر می گردد. هم چنان دراین حالت نظریات از یک موضوع به موضوع دیگر به شکل غیرمرتبط پرش می یابد.

اختلال روانی (Mental Disorder): عبارت از مریضی روانی می باشد که با دریافت های رفتاری وروحی روانی مشخص می گردد.

تأخر عقلی (Mental Retardation): حالتی است که مغز دچاریک انکشاف غیر مکمل می گردد ومخصوصاً با غیر نورمال بودن ذکاوت (کم بودن ذکاوت) مشخص می گردد.

مزاج (Mood): هیجانان پایدار و وسیعی است که قویاً ادراکات شخص را در دنیای خودش رنگ می بخشد. مزاج و عاطفه مثل اقلیم و آب و هوا می باشد. مثال های معمول مزاج شامل افسردگی، غرور، قهر و اضطراب می باشد.

مزاج همگون با اعراض سایکوتیک (Mood congruent psychotic feature): یک اصطلاح تشریح شده در DSM-III می باشد و زیاد تر ارتباط به حوادث برسامی وهذیانی دارد که محتوی آن به شکل متداوم مزاج مریضان افسردگی و مانیا را انعکاس می دهد.

مزاج نا همگون با اعراض سایکوتیک (Mood incongruent psychotic feature): یک اصطلاح DSM-II می باشد واین اصطلاح نیززیاد ترارتباط به حوادث برسام وهذیان دارد که محتوی آن به شکل دوامدار وثابت مزاج مریضان افسردگی و مانیا را انعکاس می دهد.

منفی گیری (Negativism): مقاومت کلامی یا غیر کلامی می باشد که درمقابل نصایح ودرخواست های خارجی بوجود می آید. زیاد تر درشکل کاتاتونیک شیوزفرینی دیده میشود که در آن مریض درمقابل

هرآنچه که از او خواسته می شود مقاومت نشان داده و آنرا انجام نمی دهد. وهم چنان درحالاتی چون سایکوز های عضوی و تأخر عقلی نیز دیده میشود.

نوآوری (Neologism): الفاظ و عبارات جدید که معمولاً در شیزوفرنی دیده میشود. الفاظ و عبارات جدید قسمی می باشد که در مورد منبع اصلی آن معلومات موجود نباشد. علاوهً اگر معنا یک لغت به شکل نادرست ساخته شده باشد اما منبع اصلی آن قابل فهم باشد میتوانیم آنرا نو آوری بگویم مثلاً یک شخص به عوض اینکه لفظ کلام را استعمال نماید چیزی جدید و خود ساخته را استعمال می کند مثلاً (بوت های سر) و زیاد تر این الفاظ به قسمی تقریبی استعمال می گردد.

وسواس (Obsession): نظریات، افکار یا تنبهات مقاوم و متکرر را گویند که ذریعه منطق یا دلیل از بین برود. وسواس معمولاً غیر ارادی می باشد.

پارافازیا (Paraphasia): یک شکل از تکلم غیر نورمال بوده که در اینجا یک لغت جانشین لغت دیگری می گردد. لغت عوضی عموماً از نظر ساختمان، معنا و حالت صوتی خود مشابه لغت اولی می باشد.

ادراک (Perception): عبارت از آگاهی شعوری شخص از عناصر محیط می باشد که ذریعه تنبهات حسی پروسه های مغزی صورت می گیرد. بعضاً این اصطلاح به شکل وسیع تر آن مورد استفاده قرار می گیرد که در آن تمامی معلومات عالی و هیجانی اعم از حالت حسی به شکل با معنای آن توسط پروسه های مغزی تنظیم می گردد.

سردرگمی (Perplexity): یک حالت سردرگمی یا گیجی است که در آن پاسخ کلامی بی قاعده و بی ربط می باشد که کانفیوژن را بخاطر می آورد. تظاهرات کلینیکی آن در شیزوفرنی حاد، اضطراب شدید، مرضی مانیا، افسردگی و سایکوز های عضوی با کانفیوژن دیده می شود.

پدیده گرایی (Phenomenology): مطالعه حوادث و واقعات از عقل و منطق خود بدون در نظر گرفتن عوامل سببی آن.

فشار تکلم (Pressure of speech): تزیاید در کمیت و مقدار تکلم را گویند که وصف بلند، تیزشونده و سریع دارد. در حالات مانیا، شیزوفرنی و اختلالات عضوی دیده میشود.

ارتباط صمیمی (Rapport): احساس شعوری خصوصیت های تندی، دلسوزی و عکس العمل های دوستی بین دو نفر یا بیشتر. راپورت به شکل مؤثر در روند های تداوی گروهی و انفرادی مداخله می نماید.

مقاومت (Resistance): مخالفت شعوری و یا غیرشعوری بوده که هدف آن برملا ساختن اشیا غیر شعوری می باشد. مقاومت ارتباط به میکانیزم دفاعی روحی دارد که در مقابل تنبهاات آید (id) بوجود می آید.

ستوپور (Stupor): حالت است که درمقابل تنبهاات عکس العمل خفیف موجود می باشد و شخص درمورد محیط خود آگاهی کامل ندارد.

تفکر مماسی (Tangentiality): اختلالی راگویند که در آن شخص درمقابل یک سوال به طریقه های منحرف شده و یا غیر مرتبط جواب میدهد و درمورد موضوع مرکزی یا اصلی ارتباط نمی گیرد. این اصطلاح قبلاً به شکل مترادف با از دست دادن معاشرت و خارج شدن از خط (Speech derailment) استفاده می گردید، لیکن مطابق به DSM-III تنها حالتی است که یک سوال به طریقه غیرمرتبط جواب داده می شود نه تکلم بنفسهی، چیزی که تفکر مماسی را ازحاشیه پردازی مجزای سازد همانا عدم توانائی است که شخص نمیتواند بالای موضوع مرکزی ارتباط گیرد اما در حاشیه پردازی هدف به قسم مؤخر و یا ازطریق غیرمستقیم برآورده می گردد.

رویداد تداوی (Therapeutic alliance): یک ارتباط شعوری میان مریض و داکتر می باشد که هر دو کوشش می کند که در حل پرابلم صحی، مریض را کمک نماید. دراین حالت ابگوی مریض نیز ازدیدگاه طبیب مشاهده گردیده و بادر نظر داشت تجربه تحت برسی قرارمی گیرد. یک رخ داد تداوی خوب زمانی بسیار ضروری پنداشته میشود که درمقابل مراحل تداوی حالات منفی موجود باشد.

سلاد کلمات (Word salad): یکجا نمودن یا مخلوط نمودن الفاظ و عبارات راگویند که به شکل غیر قابل تفهیم و بی ربط باشد و درحالات پیشرفته شیزوفرنی دیده میشود.

سوالات برای مرور

viii. انعطاف مومی شکل

ix. عاطفه

x. واهمه

xi. برسام

xii. برسامات وظيفوی

xiii. مسخ شخصیت

xiv. مسخ حقیقت

۶. تفکر نورمال را تعریف نموده، بالای اجزای مختلف پروسه تفکر بحث نمائید، همچنان تفاوت ها بین اختلالات آنرا بر شمارید؟

۷. نظریات کامبرون، گولستین و شنايدر را در مورد تفکر لست نمائید.

۸. جهت یابی، حافظه و چکیده تفکر را چگونه معاینه خواهید نمود؟

۹. مریض غیر کمک کننده یا حالت ستوپور را چگونه معاینه مینمائید؟

۱۰. نقش معاینه فزیکي در مریض روانی چی است؟

۱۱. برخورد شما در مصاحبه با مریضان ذیل چگونه خواهد بود؟:

(a) مریض فریبکار

(b) مریض غضبناک

(c) مریض که دست به خودکشی زده است

(d) مریض پر توقع

(e) مریض روانی جسمی

(f) مریض ضد اجتماع

(g) مریض آسیب رسان

(h) مریض مجنون

(i) مریض گیج و کند ذهن

(j) قربانی تجاوز جنسی

(k) قضیه شکنجه

(l) سو استفاده از اطفال

(m) مریض غیر کمک کننده

(n) معتاد به مواد مخدر

سوالات امتحان مسلکی

• معاینه وضعیت روانی را بصورت مختصر بیان دارید؟

• در باره اصطلاحات ذیل مختصراً بنویسید:

- برسام

- هذیان

- اختلال تفکر

• فرق بین اصطلاحات ذیل را بنویسید:

- دیلوژن و آبیژن

- ایلوژن و هلو سینیشن

کمک های تشخیصیه درطب روانی

تست های لابراتواری (گراف برقی مغز، گراف برقی مغز در جریان خواب ، سی.تی.سکن، ام آر آی، پوتانشیل تحریکی ،سویه ادویه موجود درسیروم خون)، معاینات بیوشیمییک (تست نهی کننده دیکسامیتازون، سی تی سکن ، ام آر آی، پت)،

با پیشرفت طبابت روانی بیولوژیکی معاینات لابراتواری یکی از ظرفیت های قابل ملاحظه در ارزیابی مریضان روانی به شمار می رود. علاقه مندی به این ظرفیت ها وابسته به فکتورهای ذیل می باشد.

- * حساسیت زیاد دوکتوران روانی به حالات فزیکلی که باعث اعراض روانی میگردد.
- * پیشرفت لابراتوارها که بعضی از تداوی های بیولوژیکی مروج روانی را ارزیابی مینماید.
- * علم امراض عصبی شواهد را جمع آوری کرده است که نشان دهنده عدم کفایه فزیولوژی عصبی در اکثر اختلالات روانی می باشد و کوشش می گردد که بعضی از این ابنارملتی ها را نشان دهد.

A- تست های لابراتواری

استفاده از تست های لابراتواری در علم روانی قرار ذیل گروپ بندی گردیده است

- I. جهت تشخیص نمودن امراض فزیکلی در مریضان روانی از تست های تشخیصیه استفاده می گردد.
- II. قبل از اینکه تداوی آغاز گردد برای بعضی تداوی های عضوی روانی ارزیابی لابراتواری صورت می گیرد.

III. ارزیابی ادویه سایکوتروپیک

IV. تحقیقات در مورد مواد بیولوژیکی

الف. استفاده از تست های تشخیصیه جهت کشف نمودن امراض فزیکى درمريضان روانى.
 امراض فزیکى درمريضان روانى بسيارعموميت دارد. علاوه تاً بسيارى از اين امراض فزیکى باعث تشديد اعراض روانى مى گردد. هم چنان دیده شده است که اندازه وفيات درمريضان روانى که درعين زمان دچار برابلم فزیکى اند، بلند مى باشد. تست های که درعلم روانى استفاده مى گردد عبارتند از:

a- تست های مفید معمول

- معاینات شمارش کريوات خون (به شمول سمير محيطى خون و سرعت ترسب کريوات حمرا)
- معاینات بیوشیمیك خون الكتروليت ها، به شمول کلسيم و فاسفیت، گلوکوز، يوريا خون، کرياتينين، تست های کبدى
- معاینات ادرار
- گراف برقى قلب
- اکسرى صدر و قحف
- معاینات تشييت سفليس
- تست های وظیفوى تايرويد

b - تست های ضميموى

زمانى اجرامى شود که تست های عام منفى راپور داده شود ويك علت عضوى مشکوک موجود با شد.

- سى.تى.سکن
- معاینه مايع دماغى شوکى
- معاینه مواد غایطه
- معاینه ادرار
- انتى نکلیر انتى بادی
- معاینات برای ادويه
- اندازه مس در ادرار وسيروم خون
- معاینه ادرار برای يوروپورفيرين
- معاینه گراف برقى خواب

• انتعاذ شبانه قضيب (Nocturnal penile tumescence)

• تست های تشخيصيه برای ايدس

• ام آر آی

• تست جلدی برای توبرکلوز

• کلچر خون

• تست حاملگی

• سويه الکھول موجوده خون

• تست های تثبيت فلزات ثقيله

• تعین سويه ادويه در خون

• گازات خون شريانی

• پوتانشيل تحريك

• تست های یک نقطوی (monospot)

(tests)

امواج نواربرقی مغز عبارت انداز دلتا ، تیتا ، الفا ، ویا موج برگرویتا . امواج الفا متبازتر در نواحی خلف سرویتا متبازتر در نواحی وسط جبھی است

c - تحقیقات مخصوص در علم روانی

1. گراف برقی مغز. عبارت از ثبت نمودن فعالیت برقی مغزی باشد برخلاف گراف برقی قلب که

فعالیت برقی قلب را به شکل دوره ئی با خصوصیت تکرار یک سیکل نشان میدهد، نوار برقی

مغز امواج مغزی را ثبت می کند که به شکل دوامدار فریکونسی و امپلیتود امواج تغییر می کند.

گراف برقی منظم و غیر منظم مغز ظرفیت را ثبت می کند که ذریعه الکتروود های گذاشته شده

بالای رأس بوجود می آید.

▪ **اندازه امپلیتود** از ۵ الی ۱۵۰ میکرو ولت فرق می کند و فریکونسی زمانی که منظم باشد از یک

دور فی ثایه (Hertz) الی ۴۰ هرترز میرسد.

▪ **اندازه فریکونسی**

۱- موج Delta: که کمتر از ۴ هرترز می باشد و به شکل موج منظم و یا غیر منظم بوجود می آید و در اطفال

و کاهلان که در حالت خواب باشد به شکل منتشر درراس انتشار می کند.

۲- موج Theta: از ۴-۷ هرترز می باشد و در مرحله اول خواب بوجود می آید.

۳- موجة Alpha: از ۸-۱۳ هرتز بوده بالای ناحیه قفوی متبازومی باشد و با بستن چشم عاید گردیده و با توجه پراکنده می گردد.

۴- موجة Beta : که ۱۴ هرتز یا بالاتر از آن است اساساً جبهی مرکزی بوده و با موجودیت اضطراب، الکهول و بعضی ازادویه تقویت می گردد.

۵- موجة Sigma : ۱۴ هرتز بوده در ناحیه ورتکس متبازز بوده و در مراحل ۲-۳ خواب بوجود می آید . که یک موجة بالخاصه همین دو مرحله نیز پنداشته میشود

۶- Lambda: یک موجة تیز و منفرد است که در ناحیه قفوی موجود بوده و در حالت بینایی دیده می شود.

۷- مغلق کا (K. Complex) : یکجا بودن امواج تیز و بطی می باشد که در ناحیه ورتکس و مرحله دوم خواب متبازومی باشد.

امواج تیتا در مرحله اول خواب واقع میشود ،
مغلق k در صفحه دوم و سیگما در صفحه
دوم و سوم خواب واقع میشود.

• نوار نورمال برقی مغز

- * شیرخواران دارای یک نظم امپلیتود بلند و بطی می باشد .
- * در کاهلان معمولاً موجة الفا در ناحیه خلفی و موجة بیتا در ناحیه قدامی موجود بوده و امپلیتود موجة بیتا کم می باشد. زمانی که شخص حالت خواب آلود داشته باشد موجة الفا بین البینی شده و موجة تیتا پایدار می گردد.

• نوار غیر نورمال برقی مغز

- اندازه یا مقدار و امپلیتود فریکونسی های نورمال کم می گردد . (البته به قسم عمومی یا موضعی)
- فریکونسی های بطی زیاد می گردد (عمومی یا موضعی)
- اشکال غیر نورمال امواج بوجود می آید مثلاً سپایک ها (دوران آن کمتر از ۸۰ میلی ثانیه می گردد، امواج تیز (دوران آن ۲۰۰-۸۰ میلی ثانیه) و کمپلکس های سپایک و امواج بطی بوجود می آید.

- اشکال غیر نورمال ممکن به قسم بنفسهی بوجود آید ویا ذریعه تنفس سریع خواب یا ادویه تحریک می گردد.

• استفاده کلینیکی

* میتواند در تشخیص سایکوزهای عضوی کمک نماید علل آن میتواند قرار ذیل باشد
 ترضیضات (خونریزی تحت ام الصلبه)، آفات وعایی (احتشای مغزی)، انتانات (انسفالیت)، میتابولیک یا اندوکرین، سرطانی یا نیوپلاستیک، زوال عقلی، الکحول یا سؤاستفاده از مخدرات ویا ادویه (بزودیازپین) وباربیتورات ها، بی اشتهایی، عدم کفایه تنفسی یا قلبی، کم خونی، تفریط فشارخون
 و غیره

• تغییرات

- ۱- نخست کاهش در فریکونسی و عکس العمل موجه
 الفا دیده شده و به طرف ازدیاد فعالیت هردو
 موج های تیتا و دلتا در فریکونسی ها
 پیشرفت می کند این تغییرات معمولاً
 منتشر بوده اما آفات موضعی باعث ابنارملتی
 های موضعی می گردد.

امواج spike مدت کمتر
 از 80msec دارند در حالیکه
 مدت امواج تیز 20-80msec را
 دارا میباشد

- ۲- در تشخیص صرع کمک می نماید. اهمیت زیادی در تشخیص اشکال غیروصفی صرع دارد که مترافق با تشوشات آنی عاطفی و تغییرات رفتاری یا روانی می باشد. دریافت های ذیل حایز اهمیت می باشد.

- تغییرات فعالیت زمان حمله (ictal) درنوار برقی مغز که در جریان یک اختلاج موضعی یا منتشر بوجود می آید نشان دهنده صرع می باشد. هم چنان عدم موجودیت این تغییرات باعث می گردد که یک حمله اختلاجی رد گردد.
- گراف برقی مغز نورمال نمیتواند که تشخیص صرع را رد نماید.

- در صرع لوب صدغی تغییرات گراف برقی

برتری MRI برسی تی سکن اینست که MRI نقش خوبی در کشف امراض استحالوی و آفات حفره خلفی مغز دارد در حالیکه سی تی سکن برای امراض عظام و یا تکلس عظام ترجیح داده میشود.

مغز به شکل محراق سپایک در تقریباً ۹۰٪ مریضان بوجود می آید.

در اشخاص نورمال بعضاً انفجار (burst) و یا امپلیتودهای دوامدار بوجود می آید.

- ۳- ستوپور غیر عضوی که از باعث افسردگی،

شیزوفرنی و هستریا بوجود می آید نشاندهنده موجه الفا می باشد.

- ۴- نوار برقی مغز در اختلالات روانی اهمیت تشخیصیه ندارد اما تغییرات ذیل عموماً راپورداده شده است.

- شیزوفرنی: در صفحه کتاتونیک فعالیت منظم مغز کم شده از سرعت فعالیت آن نیز کاسته می شود. گراف برقی مغز زمانی استطباب دارد که مریض در مرحله متوسط عمر خود دچار هجمه گردد.

- نیوروزس: یک سوم مریضان اختلال معین رانشان میدهد و تقریباً همین اندازه در فریکونسی های سریع فعالیت بین البینی را نشان میدهد. در حالات چون اختلال وسواس اجباری تغییرات خفیف موجود است اما در حالات نیوروزس اضطرابی تغییرات ضعیف موجه الفا و فعالیت سریع راپورداده شده است.

- شخصیت سایکوپتیک: تقریباً در ۴۰-۵۰٪ حالات فعالیت برقی مغز زیاد می گردد البته 5-7/sec میرسد.

- سفلیس عصبی: واقعات مقدم که تداوی نشده است در فعالیت برقی سرعت و بطاقت دیده شده است. بهبودی کلینیکی که در نتیجه تداوی با پنسیلین (جهت تداوی فلج نا تام) بوجود می آید مستقیماً ارتباط با بهبودی در گراف مغز دارد. در حالات کوری هانتینگتون دریافت های غیر نورمال گراف برقی مغز در این اطفال نشاندهنده یک جن متباز است که دچار جهش گردیده است.

ii - مطالعه گراف برقی مغز در هنگام خواب. عبارت از ثبت نمودن نوار برقی مغزی باشد که در حالت خواب و معمولاً از طرف شب صورت می گیرد. اختلالات متعددی که مترافق با اعراض روانی اند چون ناركولپسی، فلج خواب و فرط خواب، اختلالات اختلاج، سردردی ها، عدم كفايه جنسی و بيخوابی ميتواند در هنگام خواب ارزیابی گردد. در حالت افسردگی دریافت ها عبارتند از تفریط خواب و كم شدن حرکات سریع چشم (Rapid Eye Movement) یا REM (مدت زمانی که در بین شروع خواب و دوره ابتدایی REM موجود می باشد) و در شروع شب زیاد بودن REM خواب.

مطالعه گراف برقی مغز هنگام خواب برای تشخیص اختلال خواب اهمیت دارد.

iii - سی.تی.سکن مغزی. توسط این تخنیک ميتوانیم از نواحی رأس تصاویر اخذ نماییم که نشان

دهنده انبارملتی های مانند تومور، هایدروسیفالوس، خونریزی سب دورال، سکنه مغز و آبه مغز میباشد. استطببات سی.تی.سکن در مریضان

انتعاض شبانه قضیب در ارزیابی کم شدن میل جنسی نقش دارد

روانی ذیلاً توضیح داده میشود

- زمانی که راپور نوار برقی مغز یا Electroencephalography (EEG) غیرنورمال باشد.
- هجمه نخست سایکوزس که علت آن معلوم نباشد.
- جهت تشخیص بی اشتهایی عصبی
- هجمه نخست اختلال اساسی مزاجی یا تغییرات شخصیت که بعد از عمر ۵۰ سالگی بوجود آید.
- مریضانی که از الکل استفاده می کنند.
- مریضانی که تاریخچه اختلاج دارند.
- حالت کانفیوژن و زوال عقلی که علت آن معلوم نباشد.
- اختلال حرکی که علت آن معلوم نباشد.

- زمانی که حالت کاتاتونی دوامدار شود .
- ترضیض قحفی مغزی
- اگر در هنگام معاینه فیزیکی حالت روانی تشوشات شناختی دیده شود .

iv – MRI (Magnetic Resonance Imaging) ممکن در آینده ها جانشین سی.تی.سکن گردد. اساس این تکنیک را رادیوفریکونسی های تشکیل داده است که بعد از وجود آوردن یک ساحه مقناطیسی از هسته خارج می گردد.

استطاباب عمده MRI که در مقابل سی.تی.سکن موجود است عبارتند از:

- کشف نمودن آفات که در خالیگاه خلفی مغز، ساق مغز، نواحی صدغی و زروه مغز موجود باشد البته نظر به سی.تی.سکن در این حالات برتری خاص دارد.
- تثبیت امراض که باعث از بین رفتن غلاف میالین می گردد (مثلاً تصلب قطعی) که توسط سی.تی.سکن دیده شده نتواند
- زمانی که مریض نیازه اخذ چندین کلیشه رادیوگرافی داشته باشد.

حالاتی که در آن MRI مضاد استطاباب است

- زمانی که مریض مضطرب و سراسیمه گی داشته باشد .
- مریضانی که در آنها کلیپ های آهنی جراحی موجود باشد یا در قسمت رأس شان پلیت گذاشته شده باشد و یا پیس میکرفلی داشته باشد.

v – تحریک پوتانشیل یا Evoked potential (EP) : عبارت از اندازه نمودن عکس العمل های مخصوص برقی مغز می باشد که در مقابل تنبهات حسی بوجود می آید. ممکن تحریک پوتانشیل بینایی، تحریک پوتانشیل شنوایی یا تحریک پوتانشیل جسمی حسی موجود باشد. در این تکنیک جسم معاینه شونده مکرراً در معرض تنبهات بالخاصه قرار می گیرد مثلاً (گروپ دستی) و عکس العمل های تحریک شده برقی مغز با هم یکجا شده و توسط کمپیوتر اندازه شده تا باشد که فعالیت های اضافی و بدون تنبه وارده را از ساحه دور سازد. نتیجه حاصله به شکل سپایک ها ثبت می باشد و به ملی ثانیه اندازه می گردد. که بعد از تنبه به 50 ملی ثانیه میرسد.

سپایک های مقدم. بعد از تنبه حد اعظمی به 50 ملی ثانیه می رسد

سپایک های متوسط. که بعد از تنبه 250-50 ملی ثانیه میرسد .
سپایک های مؤخر. بعد از تنبه به 250 ملی ثانیه حد اعظمی آن است.

استطبانات

- جهت تشخیص تفریقی میان اختلالات وظیفوی و عضوی مثلاً کورشدن هستریکل توسط پوتانشیل تحریک بینایی.
- درحالات که تخریب غلاف میالین موجود باشد مثلاً تصلب قطعی .
- جهت تثبیت نمودن شیوه های خاص دراختلالات روانی به کار میرود.

vi: انتعاذ شبانه قضیب: میتواند درارزیابی نمودن ضعیفی جنسی مخصوصاً زمانی که تشخیص تفریقی میان علت های عضوی ووظیفوی آن ضروری باشد. دراین تخنیک دیده میشود که آله تناسلی مردانه ازطرف شب درحالت خواب به کدام اندازه تغییرات دراندازه وحالت شخی پیدا می کند. انتعاذ شبانه قضیب میتواند یک قسمت ازمعاینه گراف برقی مغز در هنگام خواب باشد درصورتیکه درهنگام خواب شبانه آله تناسلی به اندازه کافی حالت شخی را اختیارنکند فکر می گردد که کدام علت عضوی برای ضعیفی جنسی موجود است.
علاوه براین تغییرات انتعاذ شبانه قضیب درمریضان افسردگی نیز راپور داده شده است.

II- معاینات لابراتوری که قبل ازآغاز نمودن دداوی های حالات سایکوتیک عضوی صورت میگیرد: معاینات لابراتوری که قبل ازتداوی ادویه برای مریضان روانی صورت می گیرد میتواند پایه اساسی معلومات پنداشته شود .

این معاینات زمانی حایز اهمیت بیشتری گردد که نزد مریض تاریخچه قبلی مریضی تاریخچه قبلی عوارض جانبی ادویه علایم فزیکمی موجود باشد و یا مریضان دریک حصه حساس عمر قرار داشته باشد مثلاً درطفولیت، زمان پیری و یا دچار امراض مزمن باشند.

تست انحطاط دکسامیتازون درحالت کاهش فعالیت غده نخامیه کاذب منفی است هم چنان این تست درمرض ادیسون ، و بعضی ادویه جات مثلاً بنزودیازپین ، اندومتاسین ، سپروهپتادین (منفی کاذب راپورداده میشود اما دراختلالات عضوی مغز، اختلال اندوکراین ، ادویه جات مخدر، الکول و استروجن ، اختلال خوراک ، وسواس اجباری ، شیزوفرنی و حاملگی کاذب مثبت راپورداده میشود .

A. اندازه نمودن مقدار لیتیوم قبل از

آغاز تداوی

* شمارش کریوات خون (زیرا با اخذ لیتیوم

بلند می رود)

* سویه کریاتینین خون

* معاینه ادرار

* تست حاملگی نزد خانم ها

* تست سویه گلوکوز خون درحالت گرسنگی

* معاینه ادرار ۲۴ ساعته برای تعین اسمولالیتی

* سویه الکتروولایت های سیروم خون

* سویه یوریکای خون

* تست های وظیفوی غده نخامیه

* تست های وظیفوی غده درقیه

* تست ادرار ۲۴ ساعته برای پاک سازی کلیوی

* معاینه ادرار برای گلوکوز و کیتون

* تست ۱۲ ساعته دیهایدریشن برای اسمولالیتی

ادرار

انفیورژن سدیم لکنات، انشاق کاربندای اکساید ، یوهمین ، بیتاکاربولین و ایزوپروتربنول برای تشخیص حملات پانیک استفاده میشود .

B – معاینات لابراتواری که قبل از شروع تداوی با شوک برقی مغز یا Electro Convulsive Therapy (ECT) صورت می گیرد.

- معاینه مکمل کریوات خون
- رادیوگرافی رأس و صدر
- معاینه ادرار
- معاینه قعر عین
- معاینه سی تی سکن و نوار برقی مغز، اگر تاریخچه قبلی نشان دهنده آفات عضوی باشد
- معاینه نمودن کولین استراز کاذب
- معاینه بیوشمیک خون
- لیتیوم
- گراف برقی قلب

III – ارزیابی نمودن اندازه ادویه سایکوتروپیک عموماً قضاوت داکتر در این مورد حایز اهمیت می باشد زیرا داکتر میتواند قضاوت نماید که ادویه به کدام دوز کافی است یا خیر تا که ارزیابی گردد. اما در عصر کنونی اندازه نمودن سویه بعضی از ادویه سایکوتروپیک بسیار ضروری و مفید پنداشته میشود.

سوالات برای مرور

۱. وظایف معاینات مختلف لابراتواری کدامها اند؟ نقش EEG، پولی سومنوگرافی، سی. تی. سکن، ام. آر. آی و، ای. پی. اس، پی. ای. تی، آر سی اس اف در سایکتری چیست؟
۲. بعضی از ارزیابی های قبل از تداوی که لازم است پیش از تجویز انتی دپرسانت های سه حلقوی، نیورولپتیک ها، لیتیموم، کاربامازپین، و تداوی به تشنجات برقی اجرا شود را نام ببرید؟
۳. استطبایات عمده برای تعیین تخمینی ادویه در پلازما کدامها اند؟
۴. مارکر های مختلف بیولوژیکی نیورواندوکر این در سایکتری را نام ببرید؟
۵. تست انحطاط سویه دکسامیتازون چیست؟ و اسباب غلط مثبت و غلط منفی این تست کدامها میباشد؟
۶. بعضی از مارکر های بیوشیمیک را در سایکتری نام ببرید؟
۷. اهداف عمده ارزیابی روانی و ساحات مهم این ارزیابی کدامها اند؟
۸. بعضی از تست های تعیین اعراض نکاوت را که نقش محیطی را نشان میدهد نام ببرید؟
۹. تخیل چیست، تست هایی را که توسط آن شخصیت های تخیلی و شخصیت های هدفمند و حقیقی را معاینه مینمایند نام ببرید؟
۱۰. مختصراً بیان دارید:
 - (a) باندر گیستالد تست (BGT)
 - (b) رورچاچ تست
 - (c) تیماتیک اپیریسیپیشن تست (TA)
 - (d) تست تکمیل جمله
 - (e) تست پیوستن لغات
 - (f) مینیسوتا مولتیفازیک انوینتوری (MMPI)
 - (g) Wechsler Adult Intelligence scale (WAIS)
 - (h) ۱۶ فکتور شخصیت (16-PF)
 - (i) تست احساس اطفال (CAT)
 - (j) تست بطری بهاتیا
 - (k) تست برای اورگانسیستی
 - (l) وسایل برای سترس زا های محیطی
 - (m) وسایل برای تشوشات مزاج
 - (n) تست برای اختلال وسواس اجباری

سوالات امتحان مسلکی

- مختصراً تعریف نمایند:
- EEG در سایکتری
 - پولی سومنوگرافی
 - ایوکد پوتانشیل
 - تست انحطاط دکسامیتازون
 - اهداف تست های سایکولوژیک
 - رورچاچ تست

تصنيف اختلالات روانی

ضروریات و نتایج حاصله از تصنيف، میتود های تصنيف، تصنيف های بین المللی، تصنيف بین المللی امراض یا ICD) International Classification of Diseases)، رهنمود تشخیصیه و احصائیوی اختلالات روانی یا Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

حتمی بودن تصنيف

ریشه لاتینی لغت تشخیصیه (diagnostic) به معنای فهمیدن علت اختلال میباشد. اصطلاح مرض شناسی (Nosology) که در لاتین بنام مرض (Nosos) یاد می گردد به معنای فهمیدن معرفی و تصنيف امراض به شکل سیستماتیک آن میباشد.

اصطلاح مرض شناسی در دسپلین داخله همان مفهوم را ارائه می کند که اصطلاح علم طبقه بندی (taxonomy) در بیولوژی ارائه می کند.

طبقه بندی بین المللی عبارت است از ICD-10 (توسط سازمان صحتی جهان) و DSM- IV (توسط اداره روانی امریکا)

اهداف داشتن یک سیستم تشخیصیه قرارذیل است:

- ۱- داشتن یک رهنما برای علت امراض و بعداً برای تداوی اختلالات روانی.
- ۲- مهیا ساختن یک لسان که همه افراد مسلکی بخش روانی بتوانند به آن افهام و تفهیم کنند.

۳- گذاشتن نام‌ها برای سندروم‌های مختلف روانی که بعداً میتواند جهت تشریح نمودن جزئیاتی که افراد مسلکی به آنها سروکار دارند کمک فوری نماید بناً این خود باعث افهام و تفهیم کافی می‌گردد.

۴- جهت مطالعه تاریخچه طبیعی یک اختلال مخصوص و فراهم آوری تداوی مؤثر توسط مشخص ساختن خصوصیات اختلال روانی و همچنان تفریق یک اختلال از اختلال مشابه آن.

هدف اساسی طبقه بندی اینست
که جهت برقراری ارتباط یک
زبان مهیا گردد

۵- فهمیدن علت اساسی اختلالات مختلف روانی و بوجود آوردن تداوی اساسی آن.

۶- تصنیف حالاتی که مردم دچار آن هستند. مثلاً نباید گفت شیزوفرنیک یا دپرسیف بلکه گفته شود شخصی دچار شیزوفرنیا و یا افسردگی میباشد.

نتایج کوتاه مدت و اضرار تشخیص

۱- تشخیص‌های که در بخش روانی صورت می‌گیرد بعضاً جهت آن چیزیکه توسط دکتوران برای مریضان پیش بینی میشود کفایت نمی‌کند. مثلاً اگر گفته شود که یک شخص دچار یک حالت افسردگی میباشد هیچگاه نمی‌تواند اینکه چرا شخص دچار افسردگی شده است و یا چطور به کمک داکتر ضرورت پیدا نموده است، جواب ارائه نماید.

۲- اکثر مریضان با تفصیلات منظم این تصنیف هموائی ندارد.

۳- اکثر تشخیص‌های که در بخش روانی صورت می‌گیرد مفاهیم تحقیرآمیز دارند اصطلاحات همچو نیوروتیک، هستریک، شیزوفرنیک و سایکوپت بعضاً به شکل اصطلاحات تحقیرآمیز استفاده می‌گردد.

۴- اصطلاحات تشخیصیه یک روش بسیار راحت و آرام برای دکتوران میباشد که توسط آن میتوانند بی خبری خود را از مریضان خود پنهان نمایند.

مرض، سندروم، مریضی

سندروم (syndrome)

یک گروهی از اعراض بوده که یکجا باهم بوجود می آید و یک حالتی قابل شناخت را ایجاد می کند مثلاً شیذوفرنیا و زوال عقلی. اکثریت اختلالات روانی درحقیقت سندروم ها اند.

اختلال (Disorder)

موجودیت یک سندروم قابل تشخیص بوده که منتج به معیوبیت و پریشانی یا هردو می گردد و بعضاً باعدم کفایه روانی و بیولوژیکی نیز همراه می باشد.

مرض (Illness)

دالالت به شکایات ابعاد حالات طبی مینماید (که رول مریض بودن به آن علاوه میشود).

مریضی (Disease)

حالت موجود که سبب اش تعریف شده باشد.

میتود تصنیف روانی

A- مدل های بیولوژیکی مثلاً برای امراض طبی

B- مدل های کتگوریک یا تیپیک

اختلالات روانی رابه کتگوری ها تصنیف می نمایند که این تصنیف به اساس خصوصیات اعراض، سیر و نتایج حاصله از اختلالات مختلف صورت می گیرد. مثال خوبی این نوع مدل تصنیف بین المللی امراض سازمان صحتی جهان می باشد.

استفاده معمول تصنیف بین المللی امراض

I- تصنیف بین المللی امراض (ICD)

اختلالات روانی درتصنیف بین المللی توسط سازمان صحتی جهان الی چاپ ششم آن گنجانیده نشده بود (ICD-1948) چاپ هشتم آن که درسال ۱۹۶۵ صورت گرفت باعث گردید تا درقسمت پرابلم هایی که درگذشته موجودبود پیشرفت صورت گیرد، اما بازهم به قسم رضایت بخش ثابت نگردید. این چاپ مشتمل برکتگوری های زیادی بود و اجازه داد تا برای بعضی سندروم ها شناخت های عوضی بوجود آید.

فهرست لغات معانی برای ICD-8 الی سال ۱۹۷۲ به چاپ نرسیده بود. زمانی که آمادگی ها برای چاپ نهم ICD گرفته میشد، پیشرفت های در زمینه طرح تصنیف بوجود آمد مخصوصاً دربخش های چون اختلالات عضوی، اختلالات دوره طفولیت و اختلالات روانی که مترافق با مریضی فزیکمی باشد و یک فرهنگ تشریحی لغات ساخته شد. مسوده یا پیش نویس ICD-10 توسط سازمان صحتی جهان درماه می سال ۱۹۹۰ به قسم یک فصل پنجم که دربرگیرنده اختلالات روانی وسلوکی بود به نشر رسید که مشتمل بر اختلال تکامل روانی بوده که جهت استفاده کلینیک عمومی، تعلیمی وخدمتی بوجود آورده شد.

جدول ۶-۱ خلاصه از تصنیف روانی : ICD - 10

اختلالات روانی عضوی به شمول اختلالات روانی عرضی	
F00 زوال عقلی که درمریضی الزهایمرموجوداست	
F01 زوال عقلی وعایی	
F02 زوال عقلی که درسایر امراض تصنیف شده است	
F03 زوال عقلی غیروصفی	
F04 سندروم فراموشی عضوی که توسط الکهول یا سایر مواد سایکوتیک بوجود نیامده باشد	
F05 دلیریوم که توسط الکهول یا سایر مواد فعال کننده روان بوجود نیامده باشد	
F06 سایر اختلالات روانی که از باعث تخریب مغزی و یا عدم کفایه آن و یا از باعث امراض فزیکمی باشد.	

F07 اختلالات شخصیت وسلوک که از باعث امراض مغزی و تخریب یا عدم کفایه آن باشد

F09 اختلالات روانی غیروصفی یا عرضی

اختلالات روانی و رفتاری که از باعث مواد فعال کننده روان بوجود می آید

F10 اختلالات روانی و رفتاری ناشی از الکهول

F11 اختلالات روانی و رفتاری ناشی از اوپیات

F12 اختلالات روانی و رفتاری ناشی از چرس

F13 اختلالات روانی و رفتاری ناشی از مسکنات و خواب آورها

F14 اختلالات روانی و رفتاری ناشی از کوکائین

F15 اختلالات روانی و رفتاری ناشی از سایر منبهات مثلاً کافئین

F16 اختلالات روانی و رفتاری ناشی از برسام آوران

عدم موجودیت بینش و مغشوش بودن تست

F17 اختلالات روانی و رفتاری ناشی از تنباکو

واقیعت خصوصیت سایکوزاست

F18 اختلالات روانی و رفتاری ناشی از محلول های

مفر

F19 اختلالات روانی و رفتاری که ارباعث استفاده

از ادویه دیگر

اختلالات هذیانی، شیزوتایپ و شیزوفرنیا

F20 شیزوفرنیا

F21 اختلالات شیزوتایپیک

F22 اختلالات معند هذیانی

F23 اختلالات حاد و گذری سایکوتیک

F24 اختلالات هذیانی تحریک شده

F25 اختلالات شیزوافکتیف

F28 سایر اختلالات غیر عضوی سایکوتیک

F29 حالت سایکوتیک غیر عضوی غیر وصفی

اختلالات مزاج

F30 هجمه مانیا

F31 اختلالات مزاجی دو قطبی

F32 هجمه افسردگی

F33 اختلالات عودکننده افسردگی

F34 اختلالات معند مزاجی

F35 سایر اختلالات مزاجی

F39 اختلالات غیر وصفی مزاجی

اختلالات نیوروتیک، ناشی از فشار روحی و اختلالات شبه جسمی

F40 اختلالات اضطراب همراه باترس

F41 سایر اختلالات اضطراب

F42 اختلالات وسواس و اجبار

F43 عکس العمل در مقابل یک فشار روانی یا اختلالات تطابقی

F44 اختلالات تجزیوی (تبدیلی)

F45 اختلالات شبه جسمی

F48 سایر اختلالات نیوروتیک

سندروم های رفتاری همراه با تشوشات فزیولوژیک و فکتورهای فزیک

F50 اختلالات خوردن

F51 اختلالات غیرعضوی خواب

F52 عدم کفایه جنسی که توسط اختلال عضوی امراض بوجود آید

F53 اختلالات روانی و رفتاری که از باعث دوره نفاس بوجود آید و درجای دیگری تصنیف نشده باشد

F54 فکتورهای سایکولوژیک و رفتاری با اختلالات یا امراض همراه باشد که در سایر بخش ها تصنیف

شده باشد

F55 سؤ استفاده مواد که وابستگی ایجاد نمی نمایند

سایکوز عبارت از یک گروپ از اختلالاتی اند که متصف اند بر تشوشات در واقعیت بینی، شعور، حافظه، تفکر (هذیانات)، درک (برسامات)، قضاوت، سلوک و شخصیت میباشد.

F59 سندروم های رفتاری غیر وصفی با تشوشات

فزیولوژیک و فکتورهای فزیک

اختلالات شخصیت و رفتاری

F60 اختلالات وصفی شخصیت

F61 سایر اختلالات شخصیت و یاهر دو

F62 تغییرات شخصیت و امراض از باعث تخریب دماغ و امراض دیگر

F63 اختلالات عادات و انگیزه

F64 اختلالات هویت جنسی

F65 اختلالات جنسی

F66 اختلالات سایکولوژیک و رفتاری همراه با تکامل جنسی وجهت یابی

F68 سایر اختلالات رفتاری و شخصیت

F69 اختلالات غیروصفی شخصیت رفتاری

تأخر عقلی

F70 تأخر عقلی خفیف

F71 تأخر عقلی متوسط

F72 تأخر عقلی شدید

F73 تأخر عقلی بسیار شدید

F78 تأخر عقلی دیگر

F79 تأخر عقلی غیر وصفی

اختلالات تکامل سایکولوژیک

F80 اختلال معین تکاملی تکلم و زبان

F81 اختلال معین تکاملی مهارت های دوران مکتب

F82 اختلال وصفی تکاملی وظایف حرکی

F83 اختلالات مختلف تکاملی

F84 اختلالات تکاملی فراگیر

F88 سایر اختلالات تکاملی سایکولوژیک

F89 اختلالات غیر معین تکاملی سایکولوژیک

اختلالات هیجان و رفتاری دوران طفولیت یا کهولت

F90 اختلالات هایپر کینیتیک

F91 اختلالات سلوک

F92 اختلالات مختلط سلوک و هیجان

F93 اختلالات هیجان دوران طفولیت

F94 اختلالات فعالیت اجتماعی طفولیت یا دوران بلوغ

F95 اختلالات تیک

F98 سایر اختلالات رفتاری و هیجانی معمول دوران طفولیت و یا هم در بلوغ

اختلالات غیر معین روانی

F99 اختلال روانی که در جای دیگر تصنیف نشده باشد

II- تصنیف انجمن داکتران روانی امریکا -

رهنمود تشخیصیه و احصائیه اختلالات روانی

نخستین ویرایش این کتاب (DSM-1) در سال ۱۹۵۲ به عوض ICD-6 به چاپ رسید. فهرست لغات معنای این ویرایش باعث گردید تا نظریات سایکوانالیتیک را در ایالات متحده امریکا منعکس سازد در ویرایش دوم این کتاب (DSM-2) که در سال ۱۹۶۸ به چاپ رسید منعکس کننده نظریات سایکوانالیتیک و Kraepelin بود.

سومین ویرایش این کتاب (DSM-3) در سال ۱۹۸۰ به چاپ رسید و مشتمل بر پنج محور میباشد.

▪ محور I: سندروم های کلینیکی: که مشتمل بر اختلالات عضوی، شیزوفرنیا، اختلال مزاج و سوءاستفاده از مواد.

▪ محور II: اختلالات شخصیت در افراد بالغ و اختلالات تکامل دراطفال

▪ محور III: اختلالات فیزیکی

▪ محور IV: شدت فشارهای روانی اجتماعی. این فشارها ممکن حاد یا مزمن باشد یعنی درحالات حاد دوام آن کمتر از ۶ ماه و در حالات مزمن زیادتر از ۶ ماه است.

▪ محور V: سویه بلند و ظایف تطابقی سال گذشته. وظایف تطابقی طوری ارزیابی میگردد که ارتباطات اجتماعی، وظایف شغلی و استفاده از بعضی فعالیت های تفریحی را در بر دارد.

ویرایش با تجدید نظر DSM-3 در سال ۱۹۸۷ به چاپ رسید. اگرچه تغییرات وارده در این ویرایش اندک است. ویرایش چهارم DSM در سال ۱۹۹۴ توسط اداره روانی امریکا به چاپ رسید.

جدول ۶-۲ خلاصه تصنیف دوکتوران روانی امریکایی DSM-IV

این تصنیف پنج محوری میباشد که قرارذیل است

محور I اختلالات کلینیکی سایر حالات که ممکن محراق توجه از نظر کلینیکی باشد.

محور II تأخر عقلی، اختلالات شخصیت

محور III حالات طبی عمومی

محور V پرابلم های محیطی و روانی اجتماعی ارزیابی نمودن عمومی وظایف

در خلاصه مطلب ذیل NOS به معنای در کدام جا یا طریقه دیگری معین نشده باشد (Not otherwise specified).

محور I: اختلالات کلینیکی؛ سایر حالاتی که ممکن محراق توجه کلینیکی اختلالات باشد و معمولاً بار اول در زمان نوزادی، طفولیت و یا بلوغ تشخیص می گردد. اما تأخر عقلی در این خلاصه استثنا قرار داده شده است زیرا در محور II تشخیص می گردد.

- اختلالات آموختن

- اختلالات مهارت های حرکتی

- اختلالات افهام و تفهیم یا ارتباط گیری

- اختلالات تکامل فراگیر

* اختلال اوتیستیک

* اختلال Rett's (یک نوع اختلال اوتیستیک)

* اختلال تجزیوی اطفال

* اختلال Asperger's (یک نوع اختلال اوتیستیک)

* اگر در کدام تصنیف دیگری معین نشده باشد

نقیصه توجه و اختلالات درهم گسیختگی رفتاری

- اختلالات تغذی و خوردن دوران نوزادی و طفولیت مقدم

- اختلالات تیک

- اختلالات جداسازی

- اختلالات مدفوعی

- اختلال ادرار شبانه

- سایر اختلالات دوران نوزادی، طفولیت و دوران بلوغ

در سایکوزس عضوی تشوشات

در شعور (دلیریوم) یا حافظه (دیمانس).

در سایکوزس وظیفوی شعور و حافظه نورمال

میباشد.

دلیریوم، زوال عقلی و اختلالات امنستیک و اختلالات شناختی دیگر

- دلیریوم
- زوال عقلی
- اختلالات فراموشی
- سایر اختلالات شناختی

اختلالات روانی ناشی از حالاتی طبی عمومی

- اختلالات وابسته به الکل
- اختلالات وابسته به آمفیتامین
- اختلالات وابسته به کافئین
- اختلالات وابسته به چرس
- اختلالات وابسته به کوکائین
- اختلالات وابسته به برسام آوران
- اختلالات وابسته به مواد انشاقی
- اختلالات وابسته به نیکوتین
- اختلالات وابسته به اویپات ها
- اختلالات وابسته به فین سیکلیدین
- اختلالات وابسته به ادویه خواب آور یا ضد اضطراب
- اختلالات وابسته به چندین مواد
- اختلالات وابسته به موادی که معلوم نباشد

شیزوفرنی و سایر اختلالات روانی

- شیزوفرنی
- اختلالات شبه شیزوفرنی
- اختلالات شیزوافکتیف
- اختلالات هذیانی

- اختلالات روانی گذری
- اختلالات روانی اشتراکی
- اختلالات روانی از باعث حالاتی عمومی طبی
- اختلالات روانی ناشی از مواد
- اختلالات روانی که در جای دیگری معین نشده باشد

اختلالات مزاج

- اختلالات افسردگی
- اختلالات دوقطبی

اختلالات اضطراب

- اختلالات پنیك که با آگورافوبیا همرا نباشد
- اختلالات پنیك که با آگورافوبیا همراه باشد
- آگورافوبیا که تاریخچه اختلال پنیك ندارد
- ترس از چیزهای معین (specific phobia)
- ترس از اجتماع (Social phobia)
- اختلالات وسواس و اجبار (obsessive compulsive)
- اختلال فشار روحی که بعد از ترضیض بوجود می آید
- اختلال سترس حاد
- اختلال اضطراب عمومی
- اختلال اضطراب از باعث حالات عمومی طبی
- اختلال اضطراب ناشی از مواد
- اختلالات که در جای دیگر معین نشده باشد.

اختلالات شبه جسمی (Somatoform)

- اختلال جسمی سازی (somatization)
- اختلال تفریق نا شده شبه جسمی
- اختلال تبدیلی

- اختلال درد
- هایپوکاندریازس
- اختلال بدشکلی بدن
- اختلال که در جای دیگر معین نشده باشد

اختلالات ساختگی

اختلالات تجزیوی

- * فراموشی تجزیوی
- * فرار تجزیوی
- * اختلال هویت تجزیوی
- * اختلال مسخ شخصیت
- * اختلال که در جای دیگر معین نشده باشد

اختلالات جنسیت و هویت جنسی

- * عدم کفایه جنسی
- * اختلال میل جنسی
- * اختلال برانگیختگی جنسی
- * اختلال ارگاسم
- * - اختلال درد جنسی
- * - تشوش و وظیفوی جنسی از باعث حالات عمومی طبی

انحرافات جنسی (Paraphillias)

- عورت نمایی
- یادگار خواهی (fetishism)
- مالش
- بچه بازی
- آزار خواهی جنسی (sexual masochism)
- آزار دهی جنسی (sexual sadism)

- تماشاگری جنسی (voyeurism)
- اختلالاتی که به گونه دیگری مشخص نشده باشد

اختلالات هویت عمومی

اختلالات خوردن

- بی اشتهاپی عصبی
- پر خوری عصبی
- که به گونه دیگری مشخص نشده باشد

اختلالات خواب

اختلالات ابتدایی خواب

- انحرافات خواب
- تشوش خواب
- اختلالات خواب که ارتباط به کدام اختلال طبی دیگری داشته باشد
- سایر اختلالات خواب
- اختلال که به گونه دیگری مشخص نشده باشد

اختلال کنترل تکانه که جایی دیگر مشخص نشده باشد

اختلالات تطابقی

سایر حالات که ممکن باعث توجه کلینیکی قرارگیرد

محور II: اختلالات شخصیت ، تأخر عقلی

اختلالات شخصیت

- اختلال شخصیت پارانوئید
- اختلال شخصیت شیزوئید
- اختلال شخصیت شیزو تپیک
- اختلال شخصیت ضد اجتماعی
- اختلال شخصیت مرزی
- اختلال شخصیت هستریونیک

- اختلال شخصیت خود شیفته
- اختلال شخصیت اجتنابی
- اختلال شخصیت وابسته
- اختلال شخصیت و سواسی جبری
- اختلال شخصیت که در جای دیگر معین نشده باشد

تأخر عقلی

- تأخر عقلی خفیف
- تأخر عقلی متوسط
- تأخر عقلی شدید
- تأخر عقلی بسیار شدید
- تأخر عقلی که شدت آن معین نباشد

محور III: حالات عمومی طبی

- امراض انتانی و پرازیتی
- سرطان ها
- اختلالات معافیتی، امراض اندوکراین، غذائی و میتابولیک
- امراض خون و اعضای خونساز
- امراض سیستم عصبی و اعضای حسی
- امراض سیستم دورانی
- امراض سیستم تنفسی
- امراض سیستم هضمی
- امراض سیستم بولی تناسلی
- اختلالات حاملگی، ولادت و دوره نفاس
- امراض جلدی و انساج تحت الجلدی
- امراض سیستم عضلی اسکلتی و انساج منضم
- انومالی های ولادی

- حالاتی که از دوره قبل جنینی منشأ می گیرند .
- اعراض، علائم و حالاتی مرض شناخته شده .
- تسمات و جروحات

محور IV: مشکلات محیطی و روانی اجتماعی

- مشکلات ابتدایی گروپ محافظوی
- مشکلات وابسته به محیط اجتماعی
- مشکلات تعلیمی
- مشکلات شغلی
- مشکلات خانگی
- مشکلات اقتصادی
- مشکلات دسترسی به خدمات صحتی
- مشکلات وابسته به عمل متقابل سیستم عدلی
- سایر مشکلات روانی اجتماعی و محیطی

محور V: ارزیابی عمومی وظایف

مقایسه ICD-10 و DSM-IV در جارت ذیل موجود است

جدول ۳-۶ مقایسه عمومی ICD-10 و DSM-IV		
پس منظر اداره مسؤل	فصل پنجم ICD-10 (f) 1- سازمان صحتی جهان 2- کمیته ماهرین	DSM-IV 1- اداره روانی امریکا 2- کمیته ماهرین - تکرار لیتراتور DSM - IV-1994/95-1 2- مراقبت ابتدایی DSM - IV DSM - IV -1
اساس تغییرات معیار تاریخ نشر	1- توضیحات کلینیکی و تشخیصیه ۱۹۹۳ / ۱۹۹۲ عموماً در جهان 2- معیار تشخیصیه جهت تحقیقات (۱۹۹۳) 3- معیار تشخیصیه برای مراقبت ابتدایی (هنوز معطل است) 1. معیار کلینیکی - توضیحات مختصر قصه گونه	با من بسیط، بی ریزی شده خلاصه معیارات صریح نیازمندی های اختلال، عوامل و ریشه های تشخیص در جدول ضمایم سیستم چند محوری A DSM-IV PC-2

<p>فارمت</p> <p>تقسیمات اساسی کودک</p>	<p>۲. معیار تحقیقی</p> <p>۳. شیمای چند محوری</p> <p>پازده بلاک تشخیصیه</p> <p>الفبای نمره بی</p> <p>یعنی سه حرف کوچک و بعداً دونمره چهار حرف و یک نمبر اعشاری</p> <p>تقسیمات فرعی برای تفصیل بیشتر</p> <p>پنج حرف و یک نمبر معین کننده (F00.xx- F99. Xx)</p>	<p>متن مختصر، معیارات تشکیل شده خلاص و سازگار</p> <p>با DSM – IV ریشه های تصامیم تشخیصیه و</p> <p>تائید شده ۱۶ صنف بزرگ تشخیصیه به شکل نمره</p> <p>بی ICD-9-CM (فغلا) ۳ حرف ۳ نمبر ۴ حرف</p> <p>یک نمبر اعشاریه جهت تقسیمات فرعی بیشتر</p> <p>حرف پنجم ؛ یک نمبر معین کننده</p> <p>299/xx-319/322/x-333/xx)</p> <p>مبادی شماری مثلاً در ICD-10</p> <p>زمانیکه در ایالات متحده اساس گذاری شد.</p>
--	--	--

سوالات برای مرور

۱. چرا صنف بندی اختلالات روانی ضرری است؟
۲. نقایص و بیفایدهگی تشخیص های سایکاتریک؟
۳. اصطلاحات (اعراض، علایم، سندروم، اختلال، بیماری، مرض و اختلال روانی) را تعریف نمایند؟
۴. میتود های تصنیف اختلالات روانی کدامها اند؟
۵. تصنیف چند محوری چیست؟ یکنوع صنف بندی های بین المللی را که زیاد تر مورد استفاده قرار میگیرند نام ببرید؟
۶. کتگوری های DSM-IV سکیزوفرنیا و اختلالات مزاجی را مورد بحث قرار بدهید؟
۷. محور های مختلف تصنیف در DSM-IV را تعریف نمایند؟
۸. گروپ های مختلف تشخیصی در ICD-10 را بیان دارید؟

سوالات امتحان مسلکی

- در مورد تصنیف بندی چند محوری بین المللی مختصراً بنویسید؟
- اصطلاحات؛ اعراض، علایم، سندروم، اختلال و بیماری را تعریف نمایند؟

بخش دوم

اختلالات روانی

اختلالات روانی عضوی

تعریف ، پس منظر تاریخی ، تصنیف ، حالات حاد در مقابل مزمن ، دلیریوم ، زوال عقلی در مقابل زوال عقلی کاذب ، سایر اختلالات عضوی (اختلالات فراموشی ، مزاج هدیانی ، برسام ، شخصیت ، اضطراب و اختلال که از باعث ادویه بوجود می آید) سایکوزس عضوی در مقابل سایکوزس وظیفوی

سندروم روانی دماغی (سندروم عضوی مغز) یک ابنارملتی روانی یا رفتاری بوده که مترافق باعدم کفایه دایمی یا گذری وظایف مغزی میباشد . اگر سبب معین آن شناخته شده باشد یا احتمال آن برود این سندروم بنام اختلال روانی عضوی یاد می گردد.
سندروم مغزی عضوی ممکن به حالاتی حاد مانند (دلیریوم) و مزمن مانند (زوال عقلی) تصنیف گردد.

جدول ۱.۷ تفاوت های میان دلیریوم و زوال عقلی

دلیریوم	زوال عقلی
۱- میکانیزم سببی	ممکن یک سایکوزس منتشر با عرضی باشد
۲- شروع	تخریب وسیع آهسته ، تدریجی
۳- دوام	سریع
۴- سپر	گذری (چند روزه فته)
۵- لوحه کلینیکی مرض	قابل ارجاع
(a) حالت شعوری	غیر قابل ارجاع (ممکن در بعضی واقعات توقف نماید)
(b) جهت یابی	معمولاً نورمال است
(c) توجه و تمرکز	معمولاً نورمال است
(d) وهم	نورمال است (به جز مراحل مؤخر خوب کافی میباشد به جز مراحل مؤخر ذخیره فوری دوباره باز گو میباشد
	غبار آلود، مغشوش
	مختل می باشد
	مختل است
	بسیار کم است

<p>ممکن برسام داشته باشد هدیان نادرست معمولاً نورمال است به جز مراحل مؤخر عکس العمل فاجعه وی ، درجازدن ، مایوکلونوس</p> <p>کاهش نورمال ، منتشر ، محراقی دارای خصوصیات نیست ، حساسیت درمقابل کارین دای اکساید ، وزمانی که تنفس زیاد گردد نزد مریض بک توقف تنفس بوجود می آید که به تعقیب تهبویه زیاد میباشد . درصورت که آفت هسته های قاعده وی باشد حرکات غیرنورمال موجود است افازیا ، آگنوزیا ، اپراکسیا ، تشوش حافظه ، علایم بوجود آمده چپیی رفتار، وضعیت تقبض ، شخی پاراتونیک دراطراف</p>	<p>حافظه فوری ، حافظه قریب مختل است خطی، برسام عام وغیر سیستماتیک ، سریع شدیداً متضرر میشود رغشه ، چند محراقی</p> <p>کاهش دوطرفه ومنتشر امواج عام میباشد (مثلاً تقریظ فشارخون وضعیتی ، فرط فشارخون ، عدم کفایه تنفسی ، دلبدی)</p> <p>معمولاً افازیا ، اپراکسیا ، آگنوزیا موجود نیست</p> <p>علایم حیاتی غیرثابت ، کوما</p>	<p>(e) حافظه (f) درک (g) افکار (h) سیکل خواب و بیداری (i) سایر حالات</p> <p>۶- نیوروفزیولوژی (a) گراف برقی مغز (b) عدم کفایه سیستم خود کار</p> <p>(C) خصوصیات</p> <p>(d) سایر حالات</p>
<p>امراض استحالوی ، ارتیروسکلیروزس</p>	<p>مریضی فزیکیی مثلاً انتانات ، ترضیضات ، میتابولیک ، داخل قحضی ، کلیوی</p>	<p>۷- عامل شناخته شده</p>
<p>محافظوی</p>	<p>سبب ابتدایی تداوی شود</p>	<p>۸- تداوی</p>

پس منظر تاریخی

برای بار اول عالمی بنام **سلسویس** (Celsus) در قرن اول بعد از میلاد اصطلاحات دلیریوم و زوال عقلی را استفاده نمود. دو عالم دیگر بنام های **پینل** و **اسکیروول** (Pinel و Esquirol) زوال عقلی از نوع پیری را شرح نمودند. عالم دیگری بنام **انتواین لارانت جس بالی** (Antoine laurant jesse Bayle) در سال ۱۸۲۲ میلادی فلجی و ارتباط آنرا

جدول ۲.۷ اسباب سندروم های عضوی دماغ

اسباب عمومی	مثال های خصوصی
آفات وعائی .	انسفالوپاتی ناشی از فرط فشارخون ، ارتیروسکلروزس شراین مغز، خونریزی داخل قحفلی یا ترمبوز که باعث احتشای مغزی می گردد و کولاپس دورانی مثلاً شاک .
انتانات .	انسفالیت ، التهاب سحایا ، فلج ناتام عمومی
تومورها .	آفاتی که باعث اشغال خلا شود مثل گلیوما ، میننژیوما و آبسه ها
آفات استحالوی .	زوال عقلی پیری یا قبل از پیری مانند الزهایمر ، کوری هانتینگتون .
تسممات .	تسمم مزمن ویا تاثیرات ترک ادویه مسکن ، خواب آور ، بروماید ، اویپات ، خواب آور ها ، ادویه انتی کولینرژیک ، ادویه ضد اختلاج
آفات ولادی .	صرع وحالت بعد از اختلاج
تر ضیضات .	جمع شدن خون در تحت طبقه دورامترو یا اپی متر، تر ضیض کند، پاره گی ها ، تر ضیضات بعد از عملیات ، آفتاب زده گی
آفات داخل بطینات مغزی .	مثلاً هایدروسیفالوس با فشار نورمال
ویتامین ها .	فقدان ویتامین های مانند تیامین (ورنیک کورساکوف) نیاسین (پلگرا) ویتامین بی ۱۲ (کم خونی خبیثه)
اندو کرین - میتابولیک .	کوما دیابتیک وشاک ، یوریمیا ، میگزوم ، فرط فعالیت غده در قبه ، عدم کفایه غده پاراتایراید، کم شدن سوبه قند خون ، عدم کفایه کبدی ، عدم موازنه الکترولایت ها ، سندروم کوشنگ واختلالات اوتوایمیون .
فلزات .	فلزات ثقیل (سرب، سیماب) کاربن مونواکساید زهریات (حشره کش ها)
انوکسی .	کم شدن اکسیجن خون که از باعث عدم کفایه قلبی یا تنفسی بوجود می آید، انستیزی ، کم خونی وغیره.
افسردگی ها وسایر حالات .	زوال عقلی کاذب افسردگی ، حالات نمایشی وکاتاتونی

تصنیف

- الف- تشوش شناختی مشکل عام میباشد مثلاً دلیریوم وزوال عقلی .
- ب- ساحات انتخابی که در آن تشوش شناختی بوجود می آید مثلاً سندروم نسیانی .
- ج- اختلالات عاطفی ویا اختلالات که تقلید از شیوزوفرینی می کند مثلاً سندروم عضوی (هذیانی یا مزاجی).

د- اختلالات تقلیدکننده اضطراب مثلاً اختلالات عضوی اضطراب.

ه- شخصیت متأثر میگردد مثلاً سندروم عضوی شخصیت.

و- هضم و یا ترک مواد.

دلیریوم نوع معمول سندروم عضوی مغز است

ز- کتگوری باقی مانده (تصنیف نشده) مثلاً اختلالات غیروصفی.

زمانی که عامل سببی شناخته شده باشد آنرا با همان اختلال یا تشوش معاوضه می کنیم مثلاً اگر برسام از باعث نوشیدن الکهول باشد بنام برسام ناشی ازالکهول یاد می گردد.

تشخیص تفریقی

تفاوت های که میان سایکوزس عضوی و وظیفوی وجود دارد در جدول ۳.۷ ذکر شده است .

جدول ۳-۷ مقایسه سایکوزس عضوی و وظیفوی

سایکوزس عضوی	سایکوزس وظیفوی
تعریف	از باعث امراض و یا سبب شناخته شده بوجود می آید
تشوشات عمده	شعوری، جهت یابی، حافظه و ذکاوت
شکایت و تاریخچه	تشوش وظایف شناختی، تاریخچه فکوره های فزیک میثلاً (ادویه، تضادم، عملیات) و امراض
معیانه روانی وضعیت چهره ظاهری	انومالی های غیرمشخص شده که دلالت بر تشوش شناختی میکند. هدف فعالیت محدود بوده، محافظه کاری و علایم عصبی موجود است
	تشوش شناختی موجود نیست، ادواطوار، وضعیت گیری موجود است اما علایم عصبی نادر است

<p>تکلم</p> <p>عاطفه</p> <p>ادراک</p> <p>افکار</p>	<p>محافظه کارانه، تنله</p> <p>عدم تسلسل هیجان و عاطفه نامتناسب دراختلالات مزاج عاطفه غمگین و یا بلند میباشد .</p> <p>خط معمول میباشد، برسامات واضح بوده از نوع بصری عام است</p> <p>محتوی افکار کم بوده ،هدایانات به مشکل شرح می گردد ، ثبات ندارد و شدت هیجان ضعیف است .</p>	<p>تون صدا پائین یا پر فشار بوده دارای زیل بم و یا نورمال میباشد</p> <p>عاطفه غیر متناسب است و در شیروفرینی عاطفه ناهمخوان میباشد .</p> <p>برسام از نوع شنوایی معمول است</p> <p>محتوی افکار نادر است (در افسردگی) هدایانات خوب شرح میشود ثابت بوده و شدت هیجانی دارد.</p>
<p>5- سایر وظایف عالی شناختی</p>	<p>جهت یابی ،حافظه فوری و قریب ،تمرکز آموختن و ذکاوت عمومی مختل می گردد صحبت و درد دل معمول است</p>	<p>جهت یابی ،حافظه و ذکاوت عمومی خوب است</p>
<p>6- معاینات فیزیکی و معاینات خصوصی</p>	<p>سایر علائم سیستمیک و عصبی، تست ذکاوت ،تست حافظه و تمرکز ،وسایر تست ها مختل می گردد</p>	<p>نورمال است این تست ها معمولاً نورمال است</p>
<p>7- تداوی</p>	<p>تداوی عامل سببی مقدار کم ادویه بنزودیا زینین و نیورولپتیک، تداوی با شوک برقی نادراً استفاده می گردد.</p>	<p>تداوی شکایت ابتدایی ، ادویه ضد سایکوزس و ضد افسردگی، تداوی با شوک برقی مفید است</p>

شرح کلینیکی سندروم های مختلف روانی عضوی

۱. دلیریوم

دلیریوم از جمله شایعترین سندروم های روانی عضوی میباشد. مشخصه ابتدائی دلیریوم یک حالت شعوری غبارآلود بوده به این معنا که درحالت شعوری کاهش بوجود می آید یابه عبارۀ دیگر کاهش شفافیت در آگاهی از محیط میباشد و در موجودیت مشکلات در ثابت نگهدارشتن توجه به اطراف تنبهاات خارجی، درک غلط حسی، تشوش در سوبه حالت بیداری و فعالیت روانی حرکی، و بالاخره جریان افکار غیرمنظم، مشخص میگردد.

تظاهرات اساسی سندروم مزمن عضوی مغز یا دیماناس عبارت از تشوش حافظه میباشد (حافظه فوری و جدید)

ایدیمبولوژی

دلیریوم یک اختلال روانی بوده که بلند ترین واقعات را تشکیل میدهد. تقریباً ۱۰-۲۵٪ مریضان داخل بستر سرویس داخله و جراحی و ۴۰-۲۰ فیصد مریضان مسن به لوحه دلیریوم در شفاخانه ها داخل بستر می گردند. شیوع دلیریوم در اجتماع کم میباشد و در هر عمر میتواند بوجود آید.

اسباب

اسباب بسیار معمول که باعث دلیریوم میگردد در جدول ۷-۲ ذکر گردیده است.

لوحه کلینیکی (جدول ۷-۴)

- فعالیت روانی حرکی مختل می گردد و به شکل بیقراری حرکی، فرط فعالیت، انجام حرکات بی هدف مانند؛ گرفتن و بازی نمودن با لباس و بستر (flocillation)، رعشه خشن و عدم ثبات دستان asterixis (حرکات غیر منظم در حالت که دستان در بسط کامل باشد و قبض بودن بند دست در عدم کفایه کبدی و تنفسی)، پرش میوکلونیک.

عالمی بنام Celsus اصطلاح دلیریوم و زوال عقلی را کشف نمود.

- علایم اوتونوم مثلاً زیاد شدن ضربان قلبی، تعرق و چهره سرخ رنگ.

سیر مرض

دلیریوم معمولاً در زمان کوتاه و به صورت ناگهانی بوجود می آید، دوام یک هفته معمولاً مختصر بوده و تقریباً یک هفته میباشد.

اختلالات دلیریوم ممکن از باعث جروح‌ات بوجود آید، (چنانچه ممکن از باعث برسام هراس، شخص مصاب از تخت خواب به پائین بی افتد)، ممکن مریض دچار تهیج باشد (ممکن درتداوی مداخله نماید و یا باعث جروح‌ات به مریضان اطراف اش و پرسونل شفاخانه گردد و یا هم میتواند باعث زوال عقلی، خودکشی و نادراً باعث سندروم فراموشی و یا سندروم عضوی شخصیت گردد).

جدول ۷-۴؛ چطور یک مریض دلیریوم تظاهر مینماید

- * موجودیت سبب فزیک
- * حالت غبارآلود شعور و عدم جهت یابی
- * مشکلات در حرکت، تمرکز دادن و ثابت نگهداشتن توجه
- * افکار پارچه شده، بیربط و غیرمنظم میگردد.
- * تشوش خواب، دوره های بیداری به شکل گنگسیت، خواب آلودگی و نیمه کوما
- * تشوش نوشن بشکل دستونی و علائم محراقی
- * تشوشات هیجانی
- * تشدید اعراض معمولاً در وقت شام (Sun downers)
- * ممکن باعث متضرر شدن خود و پرسونل شفاخانه گردد.
- * بعضاً شروع مرض ناگهانی بوده، که به تعقیب یک سبب فزیک بوجود می آید (تب، تشوشات متابولیک و غیره)

تشخیص تفریقی

- (a) زوال عقلی: مقایسه کلینیکی دلیریوم و زوال عقلی قبلاً ذکر گردید است.
- (b) سایر اختلالات عضوی: مثلاً برسام عضوی یا اختلال هذیانی عضوی.
- (c) سایکوز وظیفوی: مثلاً شیزوفرنی و سایر اختلالات روانی.

دلیریوم معمول ترین اختلال عضوی روانی است .

- (d) اختلال ساختگی مترافق با اعراض سایکولوژیک: غیر ثابت بودن معاینات حالت روانی ونورمال بودن گراف برقی مغز این اختلال را از دلیریوم جدا میسازد.

تداوی

۱- هدف اساسی تداوی حفظ وظایف حیاتی (فشارخون، درجه حرارت، مایعات) درمان اختلال سببی

دردلیزیوم موجودیت نوسانات، حرکات بال زدن
پرنده، پرش های مایوکلونیک، برسامات بینائی
هدیانات گذری و پدیده غروب آفتاب (خراب
شدن حالت شعوری از طرف شام).

طبی و کاهش دادن تشوشات سایکولوژیک
و اعراض رفتاری.

۲- از مصرف ادویه بی که باعث دلیریوم
میگردد (مثلاً سیمتیدین، امینو فیلین،

دایجوسکین بیتابلاکرها، ادویه ضداختلاج و غیره) باید اجتناب گردد. مقدار کمی بنزودیازپینها
خصوصاً لورازپیم ۱ الی ۲ ملیگرام، کلونارپیم ۰.۵ الی ۲ ملیگرام و ادویه جدید، الپرازولم، بوسپیرون
و هالوپریدول استفاده میگردد. در عدم کفایه کبدی لورازپیم ترجیح داده شود.

۳- به فامیل مریض باید اطمینان داده شود و درمورد مریضی و اختلالات آن آگاهی داده شود.

II. زوال عقلی

زوال عقلی از بین رفتن شدید قابلیت های ذهنی بوده، که باعث مختل شدن وظایف اجتماعی و محیطی
میگردد. علاوه‌تاً شواهد آشکارا، در تشوش طویل المدت
حافظ نیز باید موجود باشد. زوال عقلی در یک حالت حسی
کامل واقع میشود و اگر حالت شعوری مغشوش باشد دلیریوم
در نظر گرفته شود.

اسباب رجعی زوال عقلی مشتمل می
گردد بر فقدان ویتامین های
(B1, B6, B12) مسمومیت ها، انتانات،
هماتوم تحت دورامتر، اسباب میتابولیک
و اندوکراین.

اپیدیمولوژی

تقریباً ۱۰ الی ۲۰ فیصد تمام افراد بالاتر از عمر ۶۵ سالگی دچار زوال عقلی به درجه خفیف تا متوسط میباشند و
مریضی الزهایمر اختلال عمده زوال عقلی پنداشته میشود.

اسباب

اسباب عمده زوال عقلی در جدول ۷-۲ ذکر شده است.

مریضی الزهایمر ۵۰ الی ۶۰ فیصد تمام واقعات دوران پیری را احتوا میکند.

الزهایمر معمول ترین سبب پتالوژیک زوال عقلی نوع پیری و قبل از پیری است که ۵۰ الی ۶۰ فیصد تمام واقعات را میسازد.

a) مریضی الزهایمر (زوال عقلی نوع الزهایمر "Dementia of Alzheimer's type" با DAT که بنام مریضی قرن یاد شده و یک علت عمده استحالوی زوال عقلی بعد از سن ۶۵ سالگی یا شیخی (senile) و قبل از سن ۶۵ سالگی یا قبل از شیخی (presenile) پنداشته میشود.

اپیدیمولوژی

شیوع واقعی این مریضی در هندوستان معلوم نیست و در ایالات متحده تقریباً یک ونیم الی دو میلیون افراد دچار آن است که حد اقل یک صد هزار آنها همه ساله فوت میکنند.

اسباب

فکتورهای که باعث زیاد شدن خطر برای مریضی الزهایمر می گردند عبارتند از تاریخچه فامیلی، سن، تاریخچه ترضیض رأس و سندروم دون (Down).

۱- فکتورهای جنیتک: مریضان که دچار زوال عقلی شیخی یا قبل شیخی هستند اقارب آنها در معرض خطر مصاب شدن به این مریضی قرار دارند.

تاریخچه فامیلی، سن، تاریخچه ترضیض قحف و سندروم دون فکتورهای عمده خطر برای بیماری الزهایمر است درالزهایمر تغییرات پلک مانند دیده میشود آزاد شدن استیایل کولین ترانسفراز از مغز کم میشود بناً سویه استیایل کولین کم میشود.

۲- ناقلین عصبی (neurotransmitters): نقضیه عمده عصبی بیوشیمی که در مریضی الزهایمر وجود دارد همانا کاهش سویه کولین استیایل ترانسفراز مغزی میباشد، زیرا این انزیم جهت ساختن استیایل کولین ضروری میباشد. این دریافت ها در تمام قشر مغز (مخصوصاً هائپوکمپس و امیگدالا) موجود است.

کاهش انزیم کولین استیایل ترانسفراز وابسته با ازدیاد شدت در تشوش شناختی میباشد.

۳- المونیم: المونیم نیز در مریضی الزهایمر رول دارد. چنانچه در مریضی الزهایمر سویه المونیم آن نواحی مغز که دارای تغییرات بارز لیفی- عصبی (neurofibrillary) میباشد، زیادمی گردد اما در ساحات که دچار پلک های پیری شده اند این ازدیاد موجود نیست. همچنان المونیم رول مهمی را در زوال عقلی دیالیز (dialysis) نیز بازی می کند.

پتالوژی

پیچیدگی های لیفی - عصبی یا Neuro fibrillary tangle (فلامنت های جوهره ای مایکروسکوپیک) پلک های پیری مانند خوشه های استحالوی نهایات اعصاب که دارای امیلوئید میباشد که به اندازه کمی متباز و تغییرات وعائی حبیبوی در آن به اندازه زیاد موجود است.

تظاهرات کلینیکی

تظاهرات کلینیکی زوال عقلی شیخی و قبل از شیخی نوع الزهایمر در جدول ۷-۵ شرح گردیده است.

b. زوال عقلی ناشی از احتشا های متعدد

بعد از الزهایمر دومین نوع عمده زوال عقلی میباشد. لوحه کلینیکی اساسی این زوال عقلی به شکلی است که وظایف عالی به شکل قدم به قدم خرابتر میگردد، اما در اوایل سیر مرض، بعضی از وظایف عالی دچار تشوش نمیگردد، که این را بنام خراب شدن نقطه ای (patchy deterioration) یاد می نمایند. اعراض و علایم محراقی عصبی و شواهد مهم مریضی وعائی مغزی بعضاً موجود میباشد.

جدول ۷-۵ عرض شناسی کلینیکی زوال عقلی شیخی و قبل از شیخی نوع الزهایمر

مرحله شناختی	هیجان	ادراکی	فزیولوژیکی	رفتاری
I. مقدم (مرحله فراموش کاری) فراموشکاری زیاد شده تمرکز در وظایف کاهش میابد مشکلات در تصمیم گیری مشکلات در یافتن لغات	کسالت، ضعفی، بالندگی تحریک تخرشیت و هیجان زیاد میگردد ترس مبهم توانائی عاطفه کم می شود	بعضاً گنگست ادراک تحریف شده محیط بدون اینکه در برابر منبهات آماده کننده عکس العمل متناسب موجود باشد.	خواب راحت نمیشاد تغییرات در خواب و خوردن غذا	نادیده گرفتن عادت زندگی، علاقه مندی اجتماعی و فامیلی کم میشود علاقه مندی تفریحی و شغلی کم میشود، هدف و پلان آینده موجود نیست
II. متوسط (مرحله تشوش شعور) نقایص توجه و تمرکز تشوش حافظه فوری و قریب تشوش در قابلیت آموختن معلومات جدید عدم جهت یابی زمان و مکان	بحران فاجعه انگیز در برابر وظایف دشوار غیرمیزان شده مسولیت هیجانی افاده بی مفهوم	ادراک تحریف شده محیط بدون اینکه در برابر منبهات آماده کننده عکس العمل متناسب موجود باشد.	بقراری حرکتی و به تعقیب افتیدن در شب و مختل شدن خواب کاهش در اخذ مواد غذایی علامه عصبی چون اتاکسی، عدم هماهنگی، تشوش رفتار و کندی در نوار برقی مغز.	مشکلات در لباس پوشیدن، نظافت، درجا زدن حرکات اتوماتیک، خرابی آموختن مهارتها، رفتار های کلیشه ای یا استیروتنیک، حساسیت بسیار کم در برابر حالات اجتماعی و تفریحی.
III. مؤخر (مرحله زوال عقلی) تماماً وظایف عالی قشری به طور واضح خراب میشود بشمول تمرکز حافظه، آموختن و حل نمودن مسایل.	مزاج مکمل سطحی بوده عدم تسلسل هیجان یا خنده ها و گریه های عاری از عاطفه.	بی خبری یا بی تفاوتی در برابر محیط حسی. شخ داشته واسپاستیک میگردد و عکسات عمیق تشدید می گردند، فلج اطراف علوی یا سفلی بی اختیاری واضح در سیستم بولی و معانی.	نخوردن غذا، موجودیت علامه فص جبهی، اطراف شخ داشته واسپاستیک میگردد و عکسات عمیق تشدید می گردند، فلج اطراف علوی یا سفلی بی اختیاری واضح در سیستم بولی و معانی.	شناخت اندکی اعضای فامیل و دوستان.

اپیدیمولوژی

شیوع زوال عقلی وعائی در مقایسه با مرض الزهايمر ۱۰ فیصد در برابر ۵۰ فیصد ثبت شده است. زوال عقلی که از باعث احتشا های متعدد باشد واضحاً زودتر نسبت به زوال عقلی ابتدائی استحالوی شروع میگردد. و واضحاً در مردان معمول میبا شد.

زوال عقلی تحت قشری درفلج فوق هستوی پیشرونده معمول است هم چنان درکوری، پارکسون ومرض ویلسون نیز دیده میشود. زوال عقلی با علايم عصبی یکجا میباشد.

لوحه کلینیکی

دو نوع عمده زوال عقلی ناشی از احتشاً متعدد وجود دارد.

(i) زوال عقلی قشری (امراض فرط فشار یا تصلب شراین بزرگ) این زوال عقلی ذیلاً مشخص می گردد:

- هجمات مکررگذری اسکمی مغز و احتشا های کوچک که تدریجا به طرف خرابی میروند.

- علايم عصبی (قدم های کوچک، عدم تناظر عکسات، علامهٔ بانبسکی مثبت گذری، نیم بینی، کلالت زبان و غیره) به شکل گذری متبازر میباشد.

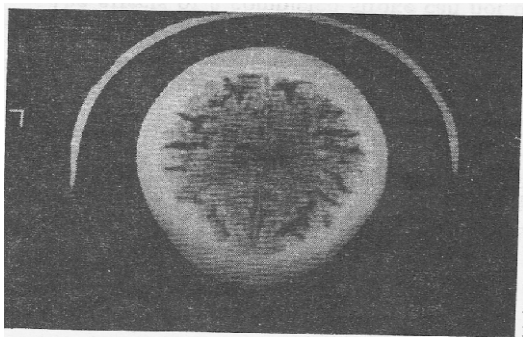
- هجمات کانفیوزکنندهٔ غیروصفي، افازی، اگنوزی، اپراکسی، مشکلات در توپوگرافی موجود است.

(ii) زوال عقلی تحت قشری (امراض فرط فشار اوعیه کوچک): بنام سندروم لکیونر (Lacunar) نیز یاد

میگردد، که از باعث احتشاً های کوچک، متراکم و دوطرفه بوجود می آید. هجمات سکنه های مغزی موجود میباشد و سیرپیشرونده دارد. نشانه اساسی عصبی این اختلال همانا فلج کاذب بصلی میباشد که یکجا با لنگش قدم، علايم دو طرفه طرق طویله، کلالت زبان، وجه خالی از افاده و سایر

خصوصیات عمده زوال عقلی که از باعث احتشاهای کوچک مغز بوجود می آید عبارت از بدترشدن حالت بیمار بشکل پته زینه میباشد یعنی قدم به قدم خراب میشود و این حالت دومین علت زوال عقلی است. الکهولیزم سومین علت ان میباشد. فقدان ویتامین بی یک باعث آفت درتلاموس متوسط، داینسفالون وساقه مغز میشود.

علايم عصبی، ساق مغز و نیورون علوی، همراه میباشد.



شکل ۷-۱ سکن مریضی الزهايمر که اتروفی قشري را نشان می دهد، ميزابه ها و تلفيف های متباز و توسع بطينات

تشخيص تفریقي

(i) زوال عقلي قشري ناشی از احتشاهای متعدد: به جدول ۷-۸ مراجعه شود:

تداوی: هدف اساسی وقایه نمودن ابتدائی فکتورهای خطر میباشد (مثلاً بلند بودن سويه شحمیات درخون، دود کردن سگرت، چاقی، دیابت شکری و فرط فشارخون) و هدف از وقایه نمودن ثانوی همانا شناسائی اختلالات التهابی وعائی میباشد که به شکل مقدم باید اجرا گردد .

اثرات یک سکنه مغزی کاملاً برگشت پذیر نمی باشد اما حملات اسکیمی گذری میباشد، که باید با ادویه ضد تحثری خون تداوی گردد. هم چنان از ادویه یی که باعث جلوگیری از یکجا شدن صفيحات دمويه درخون می گردد نیز میتوانیم سکنه های مغزی را تداوی نمایم. افسردگی در ۶۰ فیصد حالات یک اختلاط عمده است که میتواند توسط ادویه ضد افسردگی تداوی گردد. جهت تداوی فلج بصلی کاذب میتوان که ازامانتادین یا L-dopa استفاده شود.

جدول ۷-۸ تفاوت میان زوال عقلی قشری و تحت قشری

مشخصات	زوال عقلی قشری	زوال عقلی تحت قشری
i. ناحیه آفت	قشر (جبهی، صدغی، جداری و فص قنوی) و هائپوکمپل	تحت قشر (تلموس، عقدهات قاعدوی و ساق مغز)
ii. مثالها	مریضی الزهايمر	کوری هانتنگتون، مرض پارکسون، فلج پیشرونده فوق هستوی، مریضی ویلسون
iii. شدت	شدید	از خفیف الی متوسط
iv. شخصیت	نورمال	افسرده
v. سیستم حرکی		
(a) وضعیت	نورمال	مختل شده (به شکل متوقف)
(b) قدم	نورمال	مختل شده (بی موازنگی یا اتاکسی)
(c) حرکات	نورمال	مختل شده (کوری، شخی، رعشه)
(d) فعالیت	نورمال	مختل شده (آهسته)
(e) تکلم	نورمال	مختل شده (کلالت زبان، آواز پائین)
vi. حالت روانی		
(a) زبان	افازی	نورمال است
(b) حافظه	فراموشی	فراموش کاری
(c) مهارتها	مختل میگردد (شدیداً)	مختل میگردد (متوسط)
(d) شناخت	مختل میگردد (شدیداً)، فراموشی، ایراکسی،	مختل می گردد (آهسته، فراموش کاری و استراتیژی مختل شده در مورد حل وفضل نمودن مسایل)
vii. اسباب مهم	آگنوزی، عدم محاسبه)	فلج فوق قاعدوی پیشرونده
	زوال عقلی شیخی	کوری هانتنگتون
	زوال عقلی قبل از شیخی	مریضی پارکسون و ویلسون
	مرض الزهايمر و غيره	

جدول ۶-۷ تظاهرات که زوال عقلی کاذب را از زوال عقلی حقیقی تفریق می نمایند

مشخصات	زوال عقلی کاذب	زوال عقلی
I. تاریخچه و سیر		
* تاریخچه گذشته روانی	احتمال دارد	احتمال اش کم است
* شروع مریضی	تاریخ شروع با اندکی دقت (تحت الحاد، هفته ها)	تاریخ شروع محدود ناگهانی (ماه ها)
* دوام اعراض	کوتاه (ماه ها)	طویل المدت (سال ها)
* ازدست دادن مهارت های اجتماعی	به شکل مقدم متباز می گردد	مؤخر
* تغییرات روزانه	از طرف صبح بدتر می گردد	از طرف شب بدتر می گردد.
* کوشش از عهده برآمدن	خراب است	خوب است

<p>* آگاهی فامیل از شدت عدم کفایه مرض * سیر</p>	<p>موجود است پیشرفت سریع</p>	<p>در بسیاری اوقات آگاهی ندارد پیشرفت آهسته</p>
<p>II. تظاهرات کلینیکی</p> <p>* رفتار * پروسه افکار * محتوی افکار * عاطفه * مزاج * آراستن * درمورد مرضی نگران بودن * شکایت</p>	<p>نامتنجاس با شدت بطی یک سیلابه تنگ بکنواخت وابستگی فراگیر بی توجه تحت فشار بودن از بین رفتن شناخت وافر</p>	<p>سازگار با فشار و تضادفی فراخ ناپایدار بی تفاوت وسطحی کوشش غیرمتناسب نگرانی ندارد بسیار کم ومبهم است</p>
<p>III. آزمایشهای شناختی</p> <p>* انگیزه * توجه * جهت یا بی * جواب * محاسبه ساده * از بین رفتن حافظه * عکس العمل در برابر آزایی * تنوع در اجرات</p>	<p>به آسانی منصرف می گردد در بسیاری اوقات محافظه می گردد خوبتر و بالاتر از تقاضا از نوع (نه می دانم) غلطی های واضح فوری، قریب وخالیگاه دارد ناکامی رانشاندهی می کند بسیار زیاد است</p>	<p>کوشش می کند مقاومت کند دچار غلطی می گردد اشتباه گرفتن واقعات غیر معمول برای واقعات معمول بانندکی غلطی فوری و قریب (خالیگاه ندارد) با کامیابی خوش میشود. ندارد</p>
<p>IV. معاینه فیزیکی</p> <p>* قدم زدن * عکسات</p>	<p>نورمال نورمال</p>	<p>فراخ عکسات موجود است .</p>
<p>V. تحقیقات لابراتواری</p> <p>* سی. تی. سکن * اوسط تعداد سی. تی. سکن * پت سکن * جریان خون مغزی</p>	<p>نورمال است (به استثنای افراد مسن) نورمال در بسیاری اوقات نورمال نورمال</p>	<p>بطینات بزرگ میگردد اتروفی قشری (درواقعات رجعی نورمال است) فعالیت میتابولیکی کم می گردد ممکن کم شود (متناسب به شدت زوال عقلی میباشد)</p>
<p>VI. تداوی ادویه ضد افسردگی با ECT</p>	<p>خوب می گردد</p>	<p>ممکن بدتر گردد</p>

جدول ۲.۷. ادویه بی که برای تداوی اعراض شناختی درمريضی الزهايمراستفاده می گردد

(A) نهی کننده های انزایم کولین استراز

Physostigine –

metrifonate –

Tacrine –

Galantamine –

Donepezil –

Eptastigmine –

Rivastigime –

(B) مستحضرات مسکارینیک

Xanomeline –

SB202026 –

Milaneline –

(C) سایر ادویه (تحت مناقشه)

Selegiline –

Indomethacin –

– مقادیر زیادی ضد اکسیدانت ها (ویتامین های سی و ای)

(C) زوال عقلی توأم با نوشیدن الکهول

لوحة اساسی زوال عقلی که از باعث نوشدن الکهول بوجود می آید و کدام علت دیگری برای زوال عقلی موجود نمی باشد. اینکه به تشخیص رسیده باشیم تغییرات روانی زوال عقلی باید حد اقل سه هفته بعد از ترک نوشیدن الکهول موجود باشد.

اپیدیمولوژی

نوشیدن الکهول سومین سبب عمده زوال عقلی میباشد. در هندوستان به اندازه زیادی در مردان تشخیص می گردد. زوال عقلی ۱۵-۲۰ سال بعد از نوشیدن زیادی الکهول بوجود می آید.

سبب شناسی و پتالوژی

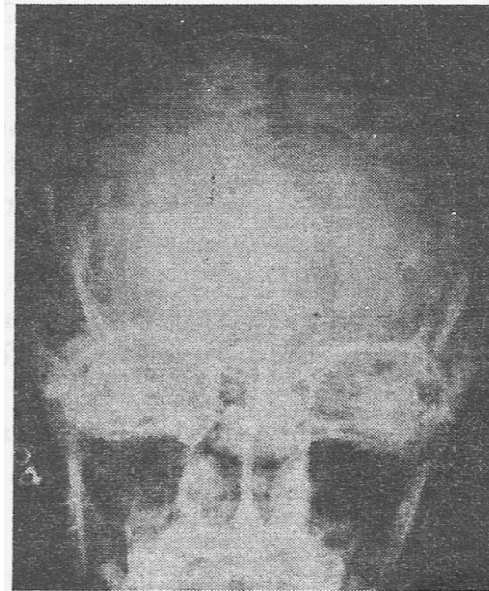
کمبرود تیمین باعث آفات تلموس وسطی، دای اینسفالون، آفات اطراف بطینات، ونواحی علوی ساق مغز می گردد و این آفات یکجا با از بین رفتن محراقی حجرات و خونریزی های کوچک همراه میباشد فص های

جبهی عموماً زیادتر مصاب می گردد و به تعقیب آن، اندازه مصابیت در فصوص های جداری و صدغی زیاد است.

لوحه کلینیکی

در ابتدا ممکن به شکل تغییرات شخصیت واقع گردد در افراد که الکهول می نوشند لوحه کلینیکی به شکل دوری از اجتماع، فقدان در تصمیم گیری ها، فقدان انگیزش، ناپایداری، عاطفه سطحی، فراموش کاری، کندی درپروسه های شناختی و نبود قابلیت درحافظه سپردن واقعات مهم شروع زوال عقلی را خبر میدهد.

بدتر شدن بیشتر ممکن از باعث انسفالوپاتی مزمن کبدی، عدم کفایه تنفسی به علت سگرت کشیدن، تاثیرات هورمونی و میتاستاتیک تومورها و کم خونی ها (فولات، آهن و ویتامین B12) بوجود آید.



شکل ۲-۲ رادیوگرافی قحفلی (منظره قدامی خلفی) نمای زده شده نقره ای را در فرط فشار داخل قحفلی نشان می دهد

تشخیص تفریقی

۱- اختلالات نسیانی الکهول

۲- سایر اسباب زوال عقلی

تداوی

تداوی انرژی دار طبی، سم زدائی و تغذیه خوب
میتواند باعث بهتر شدن حالت روانی افراد که به
قسم مزمن الکهول مصرف می نمایند، در جریان

قدم زدن magnetic : در این حالت بیمار قدم
میزند گویا که پای خود را به زمین می چسباند
که این حالت در هایدروسفالوس با فشار نورمال
دیده میشود و معمول ترین علت اختلال عضوی
یاد فراموشی فقدان تیامین است (از سبب
الکوهولیزم).

چند هفته گردد (معمولاً ۳-۴ هفته). بعد از آن در جریان ۶ ماه آینده وضعیت صحی شان تدریجاً خوب می
شود.

(d) مریضی پیک

در ۱/۵۰ واقعات به قسم مریضی الزهایمر عام بوده و از نظر کلینیکی سیر مرض تداوی و انذار هر دو مریضی
غیر قابل تمیز میباشد. دریافت های اوتوپسی نشان دهنده گلیوسس (gliosis)، تورم سایتوپلازیک نیورونی
(حجرات پیک) و اجسام مدور ارجنتوفیلیک نیورونی (اجسام پیک) میباشد. از بین رفتن حافظه نظربه
مریضی الزهایمر کمتر تصادف میگردد، و نقیصه شناختی به شکل سندروم افزای کپرکتیک
(aphasicapractic) یا تشوش در تفاوت گیری جزئی مشخص می گردد.

مشکلات حسی در بسیاری اوقات با دلیریوم یکجا
میباشد.

(e) مریضی ها ننگتون

یک اختلال متباز اتوزومی است که در سنین متوسط تصادف شده و توسط کوری و زوال عقلی مشخص
می گردد. در این مریضی سگمنت جی هشتم کروموزوم چهارم دچار آفت می گردد.

f) پارکینسون

این مرضی توسط کم شدن حرکات، شخی عضلی، رعشه و تشوش در عکس‌ات وضعیتی مشخص می‌گردد. در ۱۳/۳ مردان زوال عقلی بوجود می‌آید شیوع مرض الی ۲ در هر فی ۱۰۰۰ است.

g) (creutzfeldt-Jacob) مریضی ژاکوب - کوروتسفلد

انسفالوپاتی تحت الحاد اسفنجی شکل بوده، و یک اختلال بسیار نادر میباشد و عقیده بر آنست که توسط یک ویروس ضعیف بوجود می‌آید. نوار برقی مغز فعالیت منتشر و دوره ئی را نشان میدهد این مریضی زود پیشرفت می‌کند و مرگ در ۳ الی ۱۲ ماه اتفاق می‌افتد.

h) زوال عقلی از باعث سندروم نقص معافیت کسبی یا ایدس

زود ۵۰-۶۰ فیصد مردان مصاب به ایدس سه پایه نقایص شناختی، رفتاری و حرکی زوال عقلی تحت القشری موجود است که بنام کمپلکس زوال عقلی ایدس یاد می‌گردد. این سه پایه نزد ۲۵-۳۰ فیصد مردان زوال عقلی از دریافت های ابتدائی بشمار میرود.

زوال عقلی ناشی از ایدس ممکن از باعث اتان ویروس نقص معافیتی انسانی (اچ.آی.وی)، تومورهای داخل قحفی، اتانات (تشوش در سیستم معافیتی) و تأثیرات غیرمستقیم

ادویه جات معمول ترین علت اختلال عضوی هذیبانی، اختلال عضوی مزاج، برسامات عضوی و اختلال عضوی اضطراب است.

مریضی های سستی میک بوجود آید. تظاهرات ابتدائی مریضی به شکل بی علافگی، تأخر عقلی حرکی (اشتباهاً افسردگی تلقی می‌گردد) از بین رفتن حافظه و تشوش در توجه (بدون موجودیت افزای، اپرکسی) تصادف می‌گردد.

از نظر پتالوژی یک اتروپی منتشر قشری در مغز بوجود می‌آید که مترافق با تغییرات اسفنجی شکل در مرکز سیمی اووال (semiovale) و از دست دادن پوش میالین، هم چنان از بین رفتن نیورون ها و نودول های گلیل میباشد. تشخیص مریضی توسط تست الیزا (ELISA)، western Blot test، سی تی اسکن مغز (اتروپی قشری الی ۶ ماه قبل از شروع زوال عقلی قشری) و MRI (جهت دریافت آفت ماده سفید) صورت می‌گیرد.

اختلالات روانی و عصبی ایدس قرارذیل است:

اختلالات حاد

۱. دلیریوم

۲. اختلالات تطابقی

اختلالات مزمن

۱. زوال عقلی ایدس

۲. اختلالات هذیانی عضوی

۳. برسام عضوی

۴. اختلالات عاطفی عضوی

۵. اختلالات شخصیتی عضوی

(i) فلج فوق هستوی پیشرونده (Progressive supranuclear palsy)

این اختلال نادر توسط فلج فوق هستوی، نمای شبه پارکنسون و زوال عقلی متصف می گردد. شروع مرض عموماً در سنین ۵۰-۶۰ سالگی میباشد و ممکن در ۲-۱۲ سال باعث مرگ گردد. دریافت های ابتدائی مرض عموماً به شکل غیر ثابت بودن وضعیتی با افتیدن های بسیار آسان و از بین رفتن حافظه یا افسردگی تصادف می گردد. هم چنان شخی محوری دریافت های فلج بصلی کاذب، متأثر شدن دید طرف پائین و عدم کفایه حرکات آزاد چشم ها موجود است.

جدول ۹.۲ چگونه یک مریض دچار زوال عقلی مراجعه می کند

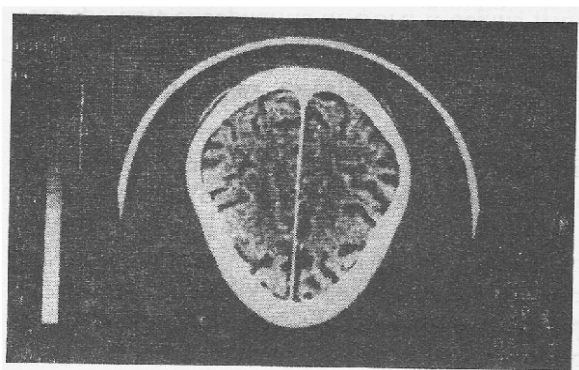
-
- * ازدست دادن قابلیت های عالی (مخصوصاً حافظه) غیر متناسب با عمر
 - * تشوش درحالت شعوری موجود نیست .
 - * فراموشی بسیار زیاد (مخصوصاً اسم ها)
 - * کم شدن تمرکز فکری برای وظایف
 - * مشکلات در تصمیم گیری
 - * مشکلات در پیدا نمودن لغات
 - * تشوش قابلیت و استعداد در آموختن معلومات جدید
 - * تخرشیت، انزجار هیجانی، مزاج نا پایدار
 - * نادیده گرفتن عادات زندگی
 - * کاهش در علاقه گیری اجتماعی و فامیلی
 - * کاهش در علاقه گیری های شغلی و تفریحی
 - * بدتر شدن روز به روز عادات مثلاً لباس پوشیدن و مخصوصاً مهارت های آموخته شده.
 - * تشوش در خواب، اخذ مواد غذایی و تشوش در حفظ الصحه شخصی

این پروسه زوال عقلی متشکل از تشوش توجه، ناپایدار بودن هیجان و فراموشی میباشد افزای، اپراکسی، انگوزی وجود ندارد. ادویه چون بروموکرتین یا Methysergide در بعضی مریضان مفید پنداشته شده است.

ل) مریضی ویلسون

یک اختلال ارتجاعی اتوزومی میتابولیزم مس میباشد و متصف به عدم کفایه کبدی، دیستونیا، بی موازنگی مخیخی، رعشه قصدی و اعراض روانی چون بدتر شدن کارمکتب و رفتار اجتماعی، زوال عقلی، نیوروز شدید شیزوفرنی یا سایکوز مانیک افسردگی می باشد. شیوع مرض در هر میلیون افراد ۲۰ الی ۲۶ نفر است. تشخیص مرض ذریعه دریافت های چون کم شدن سویه سیرولوپلازمین سیروم خون، اطراح ۲۴ ساعت مس در ادرار که اضافه تر از 100mg باشد، سویه بلند مس در بیوپسی کبدی (دریافت های سیروز کبدی و هیپاتیت مزمن فعال است) و حلقه های طلائی نضواری که در سطح خلفی قرینه موجود است، صورت می گیرد.

سی. تی. سکن و ام. آر. آی آفات متناظر پوتامین را نشان میدهد.



شکل ۷-۳ سنی سکن (راس) نشان دهنده میزابه ها و تلفیف های متباز ، اتروفی قشری و بطینات متوسع (پیشنهاد کننده دامنس)

K) هایدروسفلوس با فشارنورمال

لوحه کلینیکی مقدم و پایدار مرض عبارت از قدم زدن اپراکسیک میباشد. معمول ترین علت اختلال عضوی شخصیت ترضیض راس است.

یعنی یک قدم زدن به شکل برهم و درهم میباشد و تمایل دارد که پا به زمین چسبیده باشد (Magnetic Gait یا قدم زدن آهن ربائی) این مریضان زمانی که در بستر باشند پای خود را خوب حرکت میدهد که بعضاً با حالت استازیا، ابازیا مغالطه می گردد که حالت اخیر در مریضان اختلال تبدیلی موجود است.

لوحه کلینیکی مشابه پارکنسون است اما مریضان دچار هایدروسفلوس، نیاز شدید در رفع ادرار و بی اختیاری ادرار دارند و تغییرات اندک تشوش توجه و فعالیت کلامی نیز دارند.

دریافت های سی.تی.سکن و ام.آر.آی نشان دهنده بزرگ شدن بطنیات، مدور شدن زاویه (بین هسته دنب دار و جسم کلوزوم و انحراف میزابه قشری، میباشد. ازشت های بطنی اذینی یا بطنی پریوانی استفاده می گردد تا فشار داخل بطنی کاهش داده شود.

L) سفلیس عصبی

(i) **ستون ظهری (Tabes dorsalis)**: این حالت با از بین رفتن پوش میالین ستون خلفی نخاع شوکی و جذور عصبی ظهری متصف می گردد. تظاهرات عمده کلینیکی عبارت است از بی موازنگی، مریضی عاری از درد در مفاصل (مفاصل چارکوت)، دردها به شکل برق گرفتگی مخصوصاً در اطراف، درد یا کرختی در حوصله، اتروفی عصب بینائی، فلج عصب سوم، کرختی پاها و حدقه ارجل رابرتسون (حدقه کوچک که در مقابل نورعکس العمل ندارد) بحرانات دردهای شدید، حتی ممکن به احتشاً سرایت نماید.

(ii) **فلج ناتام عمومی** اینسن: تظاهرات آن تقریباً ۵ الی ۲۵ سال بعد از انتان ابتدائی بوجود می آید. سپایروکتها ممکن در مغز دریافت گردد. شروع مریضی تدریجی بوده اما ممکن در ۳۰ الی ۵۰ فیصد حالات ناگهانی باشد.

لوحه مشخص آن عبارت است از:

* تغییرات شخصیت

* تغییرات شناختی

* تصویر کلاسیک. زوال عقلی ساده ۲۰ الی ۴۰ فیصد، افسردگی ۲۵ فیصد، بزرگ منشی ۱۰ فیصد و سایر اعراض (شیزوفرنیا پارانوئید، نیورواستی) ۱۰ فیصد.

* تکلم سلورد (slurred)، رعشه خفیف، و حلقه ارجل رابرتسون.

(iii) سحایائی وعائی: معمولاً الی ۵ سال بعد از انان ابتدائی بوجود می آید تغییرات پتالوژیکی همانا التهاب و مایع آگزوداتیف در لیپتومنچ و مفاصل التهای موجود است. تظاهرات عمدۀ کلینیکی مشتمل می گردد بر سردردی، کسالت، تبلی، تخرشیت، دلیریوم، زوال عقلی و تشوشات اعصاب قحفی مخصوصاً عصب بصری و عصب هشتم. معاینات لابراتواری جهت دریافت آنتی بادی های تریپانیمل مشتمل می گردد بر تست های جذب دوباره انتی بادی های فلوریسنت تریپانیمل ویا اندازه گیری تحتر دموی ذروی میتواند نتایج منفی غلط را جدا بسازد. تداوی انتخابی سفلیس عصبی همانا تزریقات پنسیلین ۶ الی ۹ میلیون واحد به دوزهای کسری در یک دوره ۲ الی ۳ هفته میباشد.

m آنسفالیت ناشی از ویروس هرپس سمپلکس

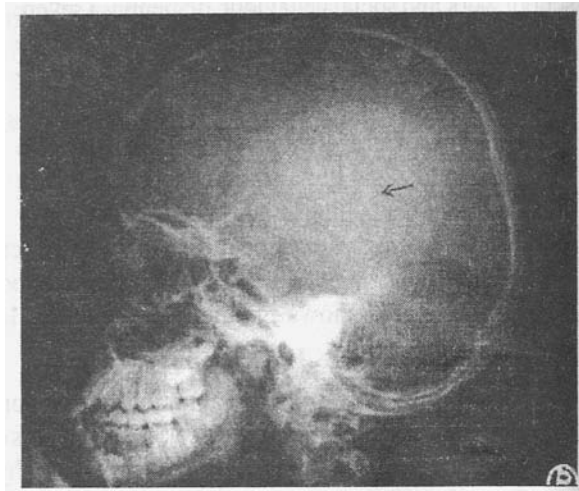
بعد از مریضی ایدس، این مریضی یک آنسفالیت شدید دوره ئی را در ایالات متحده تشکیل میدهد. این آنسفالیت با تب و علایم محراقی مخصوصاً علایم لوب صدغی شروع می شود. عدم جهت یابی (دلیریوم) لوحه بد گمانی، تبلی، زوال عقلی، ضعیفی نیم بدن و حملات اختلاجی به شکل معمول بوجود می آید و تقلید از اعراض و علایم یک تومور فص صدغی را تمثیل می نماید.

در نوار برقی مغز امواج تیز ناحیه صدغی را نشان می دهد.

مریضی در ۷۰ فیصد حالات کشنده است ولی ۳۰ فیصد مریضان دچار زوال عقلی و نقایص محراقی شدید می گردد.

تداوی ابتدائی با acyclovir ضروری میباشد.

اختلالات عمدۀ روانی که یکجا با فلج عمومی (GPI) ، کوری ، و ویلسون در بیماری زوال عقلی پیشرونده دیده میشود .



شکل ۷-۴ رادیوگرافی قحفی (منظره جنبی) نشان دهنده افات متعدد تکلسی بوده (نیوروسیستی سرکوزس)

III. سندروم نسیانی عضوی

در بیماری الزهایمرفص های جداری، صدغی بیشتر متاثر می گردد اما در حالات الکهلوزم و امراض پیک فص جهی بیشتر مصاب می گردد.

مشخصه عمده این سندروم تشوش حافظه نزدیک و دور می باشد که در حالت هوشیاری نورمال بوجود می آید.

سبب شناسی

اسباب این سندروم عبارت است از ترضیض رأس، مداخله جراحی، کم شدن اکسیجن خون، احتشاً مغزی در ناحیه شراین خلفی مغزی و انسفالیت ناشی از ویروس هرپس سمپلکس می باشد.

افسرده گی معمول ترین علت زوال عقلی کاذب است، در این حالت بیمار در مورد بیماری دچار افسرده گی شده و از ضایعات شناختی شاکی میباشد اما در زوال عقلی بیمار به چیزی فکرنمی کند و نادراً شاکی میباشد.

شکل عمده سندروم نسیانی همانا کمبود تیامین است که از باعث استفاده دوامدار الکهل بوجود می آید.

لوحه کلینیکی

شخص مصاب به سندروم نسیانی از یک طرف قابلیت آموختن جدید را ندارد و از جانب دیگر نمی تواند آموخته های قبلی را به خاطر بیاورد.

هم چنان نزد مریض بی علاقه گی، اظهار نمودن درد دل، فقدان درایتکار و فقدان هیجان دیده میشود. نظریه معیارات تشخیص ICD-10 مشتمل می گردد بر از بین رفتن حافظه فوری، عدم موجودیت تشوش در ذخیره و بازگویی قریب، توجه، حالت شعوری و فعالیت های عمومی عالی و بالاخره عدم موجودیت تشوش شواهد در تاریخچه یا شواهد قابل دید آفات یا جرحه مغزی (مخصوصاً زمانی که دای اینسفالون یا نواحی انسی لوب صدغی مصاب شده باشد).

تشخیص تفویقی

در معاینه سی تی سکن مغز میزابه های متبازر، اتروفی قشری و توسع بطینات به زوال عقلی دلالت می کند.

۱- دلیریوم

۲- زوال عقلی

۳- فراموشی گذری عمومی

۴- اختلالات ساختگی همراه با اعراض

روانی

تداوی

قدم عمده و مهم در تداوی همانا تداوی نمودن سبب اصلی میباشد (فقدان تیامین) تدابیر محافظوی مشتمل می گردد بر استفاده از تدابیر کمکی برای حافظه، و تبدیل محیط، مریضی سببی روانی (اضطراب یا افسردگی) باید توسط ادویه تداوی گردد.

آفات اجسام Mamillary و هایپو کمپل در سایکوزس کورساکوف دیده میشود.

IV- اختلالات هذیانی عضوی

لوحه اساسی این اختلال موجودیت هذیانات میباشد که در حالت شعوری نورمال بوجود می آید و علت آن یک فکتور سببی وصفی پنداشته میشود.

سبب شناسی

- امفیتامین، حشیش، برسام آوران، الکهول (برسام آوران مثل لیزرجیک اسید دای ایتایل آماید ممکن باعث اختلال هذیانی عضوی گردد، برسامات فلش بک)
- صرع نوع فص صدغی که در آن ممکن سندروم هذیانی عضوی بین حملوی بوجود آید.
- کوری هانتنگتون (لوحه بدگمانی متباز تراست).
- آفات مغزی (درنیم کره غیر متباز).
- مولتیپل سکروز، سیستمیک لوپوس اریتماتوزس، مریضی ویلسون.

لوحه کلینیکی

هذیانات از نوع آزار و اذیت عام میباشند. مسخ شخصیت و برسامات ممکن موجود باشد اما متباز تر نخواهد بود. هم چنان تشوش خفیف شناختی، سردرگمی، لباس پوشیدن ژولیده، انارملتی های فعالیت روانی حرکی نیز موجود است.

تشخیص تفریقی

- ۱- دلیریوم
- ۲- برسام عضوی
- ۳- سندروم عضوی مزاجی
- ۴- اختلالات روانی غیر عضوی.

تداوی

سبب اصلی نیاز به شناسائی داشته و بعداً باید تداوی گردد. حالاتی که از باعث مشکلات درفص صدغی یا دای اینسفالون بوجود می آید ممکن توسط ادویه ضد اختلاج مخصوصاً کاربامازپین تداوی گردد. ادویه نیورولپتیک ممکن برای کنترل اختلال هذیانی استفاده گردد.

۷. برسام آوران عضوی

لوحه اساسی موجودیت برسامات معند و متکرر می باشد که درحالت شعوری کامل بوجود آمده و ارتباط به یک فکتور وصفی عضوی دارد.

سبب شناسی

سبب عمده برسامات تجرید شده عبارت از تسمم میباشد مواد برسام آور، فن سیکلیدین و حشیش از مواد عمده مضره میباشد اما ادویه پی که جهت تداوی استعمال می گردد مثل دیجیتال، مستحضرات ضد اریتمی، سیمیتیدین، مقدار بلند پنسیلین وریدی و انواع مستحضرات آنتی کولینرجیک و سایر دوا ها مانند؛ ادویه ضد اختلاج، آنتی سایکوتیک ها و مسکنات در مقادیر بلند میتواند باعث بوجود آمدن برسامات گردد. سایر اسباب احتمالاً میتواند محرومیت های حسی مانند؛ کوری و کری، حملات محراقی که در فص صدغی و قفوی باشد، تومورهای فص قفوی، سکنه های مغزی (احتشاً) و نیم سری کلاسیک را در برگیرد.

لوحه کلینیکی

مواد برسام آور و یا کوری در بسیاری اوقات باعث برسامات بصری می گردد اما الکهول یا کری میتواند باعث برسامات شنوائی گردد. هذیانات بسیار متبازز نمی باشد و تنها مرتبط به محتوی یا عقیده حقیقت برسام تلقی می گردد. ممکن حوادث جدی بوجود آید که علت آن فرار از برسامات ترسناک فکرها شده است.

تشخیص تفریقی

۱- سایر اختلالات عضوی: در مریضان دچار دلیریوم برسامات زمانی بوجود می آید که حالت شعوری مریض دچار تشوش باشد و در مریضان دچار زوال عقلی برسام موجوده مترافق با ازین رفتن عمومی قابلیت های عالی میباشد. در سندروم هذیانی عضوی برسامات تحت شعاع هذیانات بارز قرار می گیرد اما در سندروم مزاجی عضوی تشوش عمده در مزاج میباشد.

۲- شیزوفرنی و اختلالات عاطفی.

۳- برسامات فزیولوژیک قبل و بعد از خواب.

۴- سندروم چارلزبونت (Charles Bonnet Syndrome): به برسامات کاذب بصری گفته میشود و در افراد مسن که دچار کم شدن فعالیت بصری باشند اتفاق می افتد.

تداوی

بهتر است قبل از اینکه تداوی دوائی صورت گیرد با مریض گفتگو صورت گیرد. در صورت برسامات معند تداوی با هالوپریدول ۵ میلی گرام روزانه یا کاربامازپین الی ۲۰۰ میلی گرام روزانه ممکن صورت بگیرد.

جدول ۷- ۱۰ اسباب سندروم مزاجی عضوی

نوع افسردگی	نوع مانیا
<p>۱- ادویه</p> <p>* ادویه ضد فشارخون مثلاً ریزرپین، کلونیدین، میتایل دوپا، بیتا بلاکرها مانند؛ پروپرانولول، بلاک کننده های چیتل کلسیم مثل ویراپامیل، ادویه ضد سایکوز و اتی هستامینک ها.</p> <p>* سایر ادویه</p> <p>دایسلفیرم، متوکلوپراماید، ادویه که جهت جلوگیری از حمل استفاده می گردد، پروپایل تیو بوراسیل، الکحول، ادویه خواب آور.</p>	<p>۱- ادویه</p> <p>کورتیکو استروئید ها، کورتیکوتروپین، تاپروتروپین، ال - دوپا، نهی کننده های مونو امینو اکسیداز، بروموکرتین، کوکائین، امفیتامین، بکلوفین</p>
<p>۲- اختلالات اندوکراین</p> <p>هائپوتایروئیدیزم، سندروم کوشنگ، مریضی ادیسون، هایپر و هایپوپاراتایروئیدیزم، بلند شدن سویه پرولکتین خون هایپوگلاسمی، بعد از ولادت و یا قبل از تحيض</p>	<p>۲- اختلالات اندوکراین</p> <p>هائپرتایروئیدیزم، سندروم کونس (conn's)</p>
<p>۳- مریضی های میتابولیک</p> <p>زیاد شدن کلسیم خون، فقدان تیامین پلاگرا، فقدان سیانو کوبال امین</p>	<p>۳- اسباب میتابولیک</p> <p>بلند شدن سویه کلسیم خون</p>
<p>۴- اثنانات</p> <p>انفلوینزا، سفلیس عصبی، ایدس</p> <p>سندروم فقدان سیستم معافیتی کسی که از باعث ویروس ایستین بار بوجود می آید</p>	<p>۴- اثنانات</p> <p>سفلیس عصبی</p>
<p>۵- وعائی مغزی</p> <p>سکته های وعائی مغزی</p>	<p>۵- وعائی مغزی</p> <p>احتشاً های مغزی</p>
<p>۶- سایر مریضی ها</p> <p>پارکسون، کوری هانتگتون، اختلالات اختلاجی، مریضی سجوگرین (Sjogrens)، التهاب شرایین صدغی</p>	<p>۶- سایر مریضی ها</p> <p>مولنل سکروز، اختلالات اختلاجی، سیستمیک لوپوس اریتماتوزس و غیره</p>

VI. سندروم مزاجی عضوی

لوحه مشخص این سندروم عبارت از تشوش در مزاج است که شباهت به یک هجمه مانیا و یا هم هجمه افسردگی اساسی دارد و علت اساسی آن یک فکتور وصفی عضوی میباشد.

سبب شناسی

جدول ۷-۱۰ دیده شود!

لوحه کلینیکی

علامه کلینیکی این سندروم مشابه به یک هجمه مانیا و یا یک هجمه افسردگی اساسی میباشد. شدت این تشوش میتواند از اندازه خفیف الی شدید فرق نماید.

تشخیص تفریقی

- ۱- سایر اختلالات عضوی (دلیریوم، زوال عقلی، برسام عضوی سندروم هدایانی عضوی)
- ۲- اختلالات وظیفوی مزاج
- ۳- سندروم عضوی شخصیت

تداوی

تداوی موفقانه سندروم عضوی مزاجی عبارت از بر طرف ساختن سبب اصلی آن است در صورت که سندروم مزاجی با بر طرف ساختن سبب اصلی تداوی نگردد از ادویه ضد افسردگی (نوع مزاجی) و از تداوی مشترک لیتیوم و ادویه ضد سایکوزس (نوع مانیک) استفاده میشود.

VII- سندروم عضوی شخصیت

لوحه مشخص این سندروم عبارت از تغییرات قابل ملاحظه شخصیت میباشد که از باعث یک فکتور وصفی عضوی بوجود می آید، اما کدام علت دیگری چون سندروم روانی عضوی موجود نمی باشد.

سبب شناسی

عوامل عمده مانند تومورها مثلاً گلیوما، مننژیوما های فص جبهی، جروحات رأس بشمول سندروم بعد از تریض، مریضی های وعائی، صرع فص صدغی، سفلیس عصبی و مولتیپل سکروزس در بوجود آمدن مریضی دخیل بوده میتواند.

جدول ۲-۱۱ اسباب سندروم عضوی اضطراب

I. استفاده ازمواد

- * تنباکو و یا قطع الکحول
- * تسنم کافین
- * استفاده زیاد از مستحضراتی که سیستم سمپاتیک را تنبه می کند و یا منبهات عصبی.
- * قطع ادویه مسکن و یا بعضی از ادویه ضد فشارخون .

II- اختلالات اندوکراین

- * فیو کروموسایتوما
- * زیادشدن فعالیت غده تایراید
- * کاهش سویه قند خون که به شکل عکس العمل بوجود می آید.

- * مریضی ادیسون
- * فقدان هورمون های غده نخامیه
- * سندروم کوشنگ
- * زیاد شدن فعالیت غدوات پارا تایراید.

III- اختلالات سیستم عصب مرکزی

حملات قسمی مغلق

* حملات اسکیمی گذری دماغی

* تومورهای مغزی

* موتیبل سکروزس

* هماتوم تحت أم الصلبة

* مریضی هانتنگتون

* مریضی ولسون

IV - سایر حالات

پروپس دسام مایرال، کوری هانتنگتون، اختلالات میتابولیک یوریمی، هایپوکسمی، اختلالات سیستم اندوکرین (مثلاً مریضی های تایراید و قشر محافظه فوق الکلیه) و خوردن بعضی از مواد معین.

لوحه کلینیکی

مشخصه عمده این سندروم ناپایدار بودن هیجانها و تشوش در کنترل انگیزش و یا قضاوت اجتماعی، انزجار مزاجی، گریه های که از باعث تحریک شدن و یا عدم تحریک باشد و بی احتیاطی جنسی پنداشته میشود. در صرع نوع فص صدغی پرگویی و دراز نویسی قابل ملاحظه هم در نوشتن و تکلم، مذهبی بودن و بعضاً ازدیاد پرخاشگری دیده میشود.

تشخیص تفریقی

- ۱- زوال عقلی
- ۲- اختلالات مزاجی عضوی
- ۳- اختلالات تقیصوی توجه
- ۴- اختلالات غیرعضوی
- ۵- تغییرات شخصیت در صرع

جدول ۱۲.۷ انواع مختلف تسمات ناشی از ادویه

ادویه	مسمومیت
<p>بنزودیازپین، ضد اختلاج، فینوتیازین، ادویه سه حلقه ئی ضدافسردگی، انتی هستامین، ادویه که باعث کاهش فشار می گردد</p> <p>قطع باربیتورات ها یا بنزودیا زین، بیتابلاکرها، میتایل دوبا، کلونیدین، ریزرپین، بکلوفین، فین فلورامین.</p> <p>بنزودیازپین، ادویه ضداختلاج، لیوادوبا کاربری دوبا، لیتوم، نیورولپتیک ها</p> <p>ادویه آرام کننده و خواب آور(باربیتورات ها، بنزودیازپین ها، بروماید ها و فینوتیازین)، ادویه قلبی (دیجیتال ها، دیورتیک ها، بیتابلاکرها، انتی کولیزجیک ها مثل اتروپین، هایوسین ادویه سه حلقه ئی ضدافسردگی و ادویه ضد پارکسون)</p> <p>ادویه که باعث تقویت تاثیرات دوپامین میگردد (لیوادوبا، بروموکرپتین، آمانتادین) ادویه ضد توپرکلوز(پزوتیازید، ریفامپین، سایکلو سیرین)</p> <p>ادویه ضد اختلاج (فینتوتین، والپورات)</p> <p>انتی بیوتیک ها (سترپتوماسین ، سولفا)</p> <p>قطع ادویه (الکھول، باربیتورات ها، بنزودیازپین ها و کلور میتیازول)</p> <p>سایر ادویه (دایسلفوریم، سیمیتیدین، کلوروکین، ادویه فمی ضد شکر و پپیرازین).</p>	<p>۱- سلوکی الف: گنگسیت</p> <p>ب: خواب های زنده و ترسناک</p> <p>ج: سلوکی</p> <p>۲- دلیریوم</p>
<p>ادویه که باعث بوجود آمدن برسام می گردد (لایزرجید، پسیلوسایبین، مسکالین، فینسیکلیدین، و حشش)</p> <p>منهات (امفیتامین ها، کوکاین، ادویه تبه کننده اشتها ادویه که باعث کاهش احتقان بینی می گردد)</p> <p>ادویه که باعث افسردگی می گردد (الکھول، باربیتورات ها، انتی هستامین ها، بروماید ها، کلورال، ادویه ضد اختلاج) ادویه ضدپارکسون (لیوادوبا، بروموکرپتین، انتی کولیزجیک) ادویه قلبی وعائی (دیجیتال ها، هایدرالازین، میتایل دوبا، دیسوپیرامید ، سترامومیوم)</p> <p>ادویه ضد انتانات (ضدتوبرکلوز، ضدملاریا، انتی بیوتیک ها، آهن ها (سرب، ارسینیک، تالیوم)</p> <p>سموم، سزیرجات (ارگوت، لاتیروس وسمارق ها) سایر ادویه</p>	<p>۳- پارانوید یا شبه شیزوفرنی</p>

<p>(ستروئید ها، ادرینو کورتیکو تروپیک هورمون، اندومیتا سین و دایسلفیرم .</p> <p>ادویه سه حلقه ئی ضد افسردگی و یا نهی کننده های مونو امینو اوکسیداز، ستروئید ها ادرینو کورتیکو تروپیک هورمون ، لیودوپا، اویپات ها، سیکلوزین، امتنادین، امینوفیلین، اسپرین، بروموکریپتین، امفتامین</p> <p>ادویه که باعث کاهش فشارخون گردد (ریزربین ، مینایل دوبا، کلونیدین)</p> <p>آرام کننده های اساسی (کلورپرومازین، تیوریدازین، هلوپریدول، فلوفینازین، فلوتیکتکول) قطع منبهات (امفتامین، فین فلورامین) سایر ادویه (لیوادوپا، ستروئیدها و ادویه فمی ضد حاملگی.</p>	<p>۴-هایپومانیا و مانیا</p> <p>۵-افسردگی</p>
--	--

تداوی

رفتار تند و خشن میتواند با ادویه ضد سایکوزس، کاربامازین، لیتیوم یا پروپرانولول جواب دهد. در صورتیکه عامل سببی صرع باشد میتوان از کاربامازین استفاده نمود. در صورتیکه مریض دچار جروحات رأس گردیده باشد (سندروم فص جبهی) نیاز به نظارت، محیط منظم و مراقبت توفیقی دارند.

VII. سندروم عضوی اضطراب

این سندروم ذریعه حملات پانیک متکرر و متبازر مشخص می گردد، که ارتباط سببی آن فکتورهای عضوی پنداشته میشود. اما در جریان سیر دلیریوم به شکل اشکارا بوجود نمی آید.

سبب شناسی

عوامل اساسی که باعث این سندروم می گردد در جدول ۷-۱۱ درج گردیده است.

تشخیص تفریقی

- ۱- سایر اختلالات عضوی مثلاً دلیریوم ، سندروم هذیانی عضوی.
- ۲- نیوروز اضطرابی.
- ۳- سایر سایکوزهای غیر عضوی.

تداوی

برطرف نمودن سبب ابتدائی و تداوی عرضی با ادویه چون بنزودیازپین، بیتابلاکرها ممکن در تداوی این مریضان کمک نماید.

IX. اختلال کاتاتونیک عضوی

مطابق به نشریه ICD-10 لوحه کلینیکی ذیل برای تشخیص اختلال کاتاتونیک عضوی ضروری میباشد علاوه‌تاً رهنمای عمومی که قبلاً جهت تشخیص سایر اختلالات روانی عضوی ذکر گردیده است نیز موجود میباشد.

۱. خواب آلودگی شدید (کاهش یا عدم موجودیت تام حرکات بنفسهی همراه با موتیزم قسمی یا تام، منفی بافی و شخی مومی شکل بدن توأم میباشد).

۲. تهیج (تحریکیت بسیار زیاد همراه یا بدون تمایل به حمله میباشد).

۳. هر دو حالت سریباً و به شکل غیرموقع از حالت کم حرکتی به یک حالت فرط حرکتی مبدل می گردد.

موجودیت سایر حوادث کاتاتونیک باعث ازدیاد اعتماد در تشخیص می گردد، اعراض و علایم کاتاتونیک در فصل پنجم مفصلاً شرح گردیده است .

سبب شناسی

اسباب و تداوی اختلال کاتاتونیک عضوی مفصلاً در فصل ۲۷ شرح گردیده است .

تداوی

۱. تداوی سبب اصلی، در صورتیکه دریافت گردد.

۲. تداوی عرضی با دویه ضد سایکوزس و در صورت ضرورت شوک برقی

X. سندروم های مسمومیت و توک

مشخصات عمده این اختلالات در جدول ۷-۱۲ شرح گردیده است .

XI. سندروم های روانی عضوی که به شکل ثانوی، پتالوژی مغزی را شرح می کنند

وظایفی که مرتبط به هر نیم کره مغزی می گردد قرار ذیل اند:

نیم کره غالب (متبارز)	نیم کره مغلوب (غیر متبارز)
کلامی	غیر کلامی و موزیکی
نظریاتی	تصویری
علمی	هندسی
وظایف متوالی	حفره ای و غیر خطی
تجزیوی	مشتقی
رقعی	مقیاسی

نواحی نیورواناتومیکی و مباحث مربوط در جدول ۷-۱۳ شرح گردیده است.

ضمیمه I: عوارض جانبی روانی ادویه طبی

گروپ	مثالها	عوارض جانبی روانی
I. ادویه ضد فشار a. الکلونیدهای Rauvolfia	Reserpine Desperidine	خواب ترسناک، افسردگی (تمایل خودکشی) عصبانیت اضطراب، کاهش لذت جنسی، سندروم شبه پارکینسون
b. مستحضرات بلاک کننده عقدوی	Tirmetophan Mecamylamine	رعشه و کانفیوژن
c. احتیاط کننده های سیستم عصبی سمپاتیک	Guanethidine Methylodopa	افسردگی، پارکینسون، کاهش شناخت، حرکات کوری مانند، خواب ترسناک، افسردگی، سایکوزس، پارکینسون کاهش شناخت، حرکات کوری ایتوزس
d. تاثیر بالای عضلات مسأ و عائی	Hydralazine	افسردگی، عدم جهت یابی واضطراب
e. بلاک کننده های چینل کلسیم	Verapamil	افسردگی
II. ضد اریتمی	Lidocaine Propranolol	تهیج گذری، افسردگی، بیقراری حرکتی، سرخوشی برسامات، بیخوابی، عدم هماهنگی
III. گلابیکوزیدهای قلبی	Digoxin	عدم جهت یابی، کانفیوژن، افسردگی، افزای دلیریوم، برسامات (مخصوصاً در اشخاص مسن)
IV. توسع دهنده های او عیه محیطی	Nylidrin	عصبانیت
V. ضد مکروبی -a Sulfonamide -b Sulfones -c ادویه ضد تو برکلوز	Sulfadiazine Mafenide Sulfamethizole Sulfacetamide Sulfisoxazole Dapsone sufoxone Cycloserine Ethionamide INH Rifampicin	افسردگی سایکوزس بیقراری حرکتی تخرشیت اگر به خانم های حامله در سه ماه اخیر و اطفال تحت سن ۲ ماهگی داده شود ممکن باعث تأخر عقلی گردد. عصبانیت، بیخوابی و سایکوزس کانفیوژن، کسالت، سایکوزس، افسردگی، سایکوزس تو کسبیک، سوزنک زدن، تهیج، و سرخوشی، کانفیوژن
VI. ضد مالاریا	Chloroquine Amodiaquin	ضعیفی، تنبلی، عصبانیت، تخرشیت، سایکوزس و حملات اختلاجی اسپاستیستی
VII. ادویه ضد کرم	Tetrachlorethylene Quinaerine	دلیریوم، سایکوزس.
VIII. ادویه ضد آمیب و ضد تری ای کوموناس	میترونیدازول	کانفیوژن، تخرشیت، افسردگی و بیخوابی
IX. مستحضرات کاهش دهنده کولسترول و ضد شحم	Nicotinic Acid Dextrothyroxine sodium	عصبانیت و عکس العمل های پانیک بیخوابی، عصبانیت، شکایات عجیب و غریب

<p>عصبانیت، سرخوشی، تهیج، بیقراری حرکی، دلیریوم و بیخوابی دیسفوری، خواب ترسناک، برسامات، اعتیاد سایکولوژیک، ناقراری، سرخوشی دیسفوری، برسام، عدم جهت یابی، دلیریوم و اعراض خارج اهرامی</p>	<p>Codeine Morphin, fentanyl, Pentazocin Methadone Meperidine and Cogeners</p>	<p>X- ادویه ضد درد از نوع مخدر</p>
<p>سرخوشی، خواب های عجیب و غریب، برسامات بینائی، عدم جهت یابی، مسخ واقعیت</p>	<p>Levallorphan</p>	<p>XI. اتناگورنست های نارکوتیک دار</p>
<p>تشوشتات هیجانی، فرط تهویه بی قراری کانفیوژن، تهیج، دلیریوم، اعتیاد سایکولوژیک کانفیوژن، عصبانیت و بیخوابی کانفیوژن، افسردگی و سایکوز افسردگی، کاهش تمرکز سرخوشی، دیسفوری، و اعتیاد سایکولوژیک تشویش و عصبانیت</p>	<p>Salicylates مشقات پارامینوفینول اسیتامینوفن و فیناستین Fenoprofen Indomethacin Naproxen Propoxyphene Tolmetin</p>	<p>XII. ادویه ضد درد از نوع غیرمخدر</p>
<p>تنه زیاده، بیخوابی، بیقراری حرکی عصبانیت ورعشه قسمی که در فوق ذکر شد.</p>	<p>Dopamin- Ephedrin Epinephrin Isoproterenol Phenylephrine Metarminol Phenylpropanolamine Pseudoepherin تیوفیلین Deriphyllin و امینوفیلین</p>	<p>XIII. ادیرینجیک (ادویه سمپاتوممیتیک)</p>
<p>مسخ شخصیت، افسردگی، کانفیوژن</p>	<p>Methysergide</p>	<p>XIV. نهی کننده های ادیرینجیک</p>
<p>بیقراری حرکی، دلیریوم و برسامات سایکوز پارانوئید عدم جهت یابی و دلیریوم سایکوز</p>	<p>Atropin- homatropine Belladonna bantropin Biperidin- ethopropazin Glycopyrrolate Hyosamine Orphenadrin Procyclidin Scopolamine Trihexyphenidyl</p>	<p>XV. نهی کننده های کولیزجیک</p>
<p>دلیریوم و برسامات عصبانیت، کانفیوژن، کاهش موازنه، سایکوز</p>	<p>Tropicamide Scopolamine Insulin</p>	<p>XVI. ادویه میدریاتیک و سایکلوپلزیک</p>

<p>کانفیوژن و پاراستیزی سرخوشی، حالت ماینک و افسرده، سایکوزس، تحریک شدن حالت هیجانی غیر ثابت ویا تمایلات به سایکوزس</p>	<p>کاهش دهنده های قند خون Corticotropin, cortison Dexamethason, hydrocortison Prednisolin, triamcinolon</p>	<p>XVII. انسولین و کاهش دهنده های قند خون</p>
<p>عصبانیت، بیقراری، تخرشیت زیاد، بیخوابی رعشه تخرشیت، افسردگی، احساس سوزنک زدن، تنبلی، اضطراب و بیخوابی. تغییرات واضح در مزاج</p>	<p>مرکبات تارائید استروجن ها استروجن وپروجسترون مشترک</p>	<p>XVIII. هورمونها</p>
<p>تخرشیت، عدم جهت یابی عصبانیت، بیخوابی، بیقراری حرکتی، تخرشیت دلیریوم کانفیوژن</p>	<p>Acetazolamide Ethoxzolamide Xantine Ethacrynicacid Spironolactone</p>	<p>XXI. مدرر</p>
<p>کاهش دروازه، نهیج مخصوصاً دراطفال، بیقراری عصبانیت، دلیریوم، حملات تغییرات شخصیت و برسامات</p>	<p>Chlorpheniramin Cyclizin Diphenhydramin Meclizine Promethazine Triprolidine Leucovorin Bromodiphenhydramin Carbinexamin maleat</p>	<p>XX. انتی هستامینیک ها</p>
<p>کاهش تمرکز، مختل ساختن خواب، تخرشیت، نهیج توأم با ازدیاد حرکات، افسردگی، کانفیوژن و تشوش درقضاوت</p>		<p>XXI. ویتامین های بی کاهلکس</p>
<p>نهیج، تخرشیت زیاد، خواب های ترسناک و برسامات کانفیوژن، نهیج، فرط تهویه</p>	<p>ادویه ضد سرفه غیرمخدر (chlophadianol)، مشتعات (ammonium chloride)</p>	<p>XXII. ادویه ضد سرفه</p>
<p>سرخوشی، افسردگی برسامات، عدم جهت یابی</p>	<p>Diphenoxylate Diphenidol</p>	<p>XXIII. ادویه ضد اسهالات</p>
<p>سندروم خارج اهرامی</p>	<p>Metochlopramide</p>	<p>XXIV. ادویه ضد استفراغات</p>
<p>زیان پیچیده گردیده، شکلک (نظاھر)، موجی شدن دستها، عنق و پاها حرکات غیر ارادی، دیسکیزی، ناقراری، اضطراب، کانفیوژن، افسردگی، رفتار ضد اجتماعی، تمایلات به خودکشی، زیاد شدن شهوت جنسی، تغییرات مزاجی</p>	<p>Carbidopa Levo dopa</p>	<p>XXV. ادویه ضد پارکینسون</p>
<p>بیخوابی، افسردگی زیاد، آشفتگی درمریضان افسرده افسردگی، عدم جهت یابی، برسام، تمایل به حالت سایکوتیک،</p>	<p>Amphetamines Phenteramine di-ethylpropion</p>	<p>XXVI. منبهات سیستم عصبی مرکزی و تنفسی</p>

<p>سایکوز شبه شیذوفرنی، ضیاع وزن، سرخوشی، تبلی، اضطراب، در حالت ترس بودن، احساس راه رفتن مورچه در جلد بدن (formication) عوارض جانبی نادراً خطرناک، سندروم توریت، تیک ها، افسردگی، تأخرنومو، سایکوزس، برسام، حرکات ستیروتایپ، عصبانیت، بیخوابی، اعتیاد سایکولوژیک، حرکات کوری مانند، خواب های وحشتناک شبانه، جویدن یا چک زدن لبها</p>	<p>Methylphenidate (تها) Pemoline</p>	
<p>تهیج، سرخوشی، بیقراری حرکتی، دلیریوم اعتیاد سایکولوژیک، عصبانیت سایکوز بروماید، افسردگی عکس العمل پارانوئید، دلیریوم کلور، راه رفتن در خواب تهیج را در اطفال سبب می گردد سایکوزس، کانفیوژن، دلیریوم و برسامات تهیج، کانفیوژن برسامات، هذیانات و عکس العمل های خارج اهرامی، کانفیوژن، سایکوزس، تخریث و افسردگی، عصبانیت، بی علاقه گی، سرخوشی و افسردگی، تغییرات شخصیت، کانفیوژن، افسردگی شدید، سایکوز یکجا با تمایلات به خودکشی، افسردگی، پرخاشگری، تخریث، تهیج زیاد مخصوصاً در اطفال</p>	<p>باربیتورات ها Bromides Chloral hydrate Ethinamate Glutethimide Methyprylon Diphenhydantoin Mephentoin Succinimides Methsuximide Phanacemide Primidone</p>	<p>XXVII. ادویه ضد صرع و خواب آور</p>
<p>سندروم پارکسون، اکانتیزیا، سندروم خرگوش، دیسکینزیامؤخر، اختلاجات، مسکن، افسردگی، تشوش شعور، ضعیفی جنسی، ازدیادوزن</p>	<p>Phenothiazines Butyrophenones Thioxanthenes</p>	<p>XXVIII. ادویه ضد سایکوزس</p>
<p>تسکین، رعشه، تحریک شدن، سایکوزس، مائیا، ضعف جنسی، زیادشدن وزن، حملات و اختلال شعور</p>	<p>سه حلقه ئی های ضد افسردگی نهی کننده های مونو امینو اکسیداز</p>	<p>XXIX. ادویه ضد افسردگی</p>
<p>تسکین، بی موآزگی در رفتار، ناهماهنگی عضلات، تشوش حافظه، ضعف جنسی، رفتار غیر نهی شونده، بدتر شدن افسردگی موجوده، سایکوزس، اعتیاد، سندروم قطع دواپی</p>		<p>XXX. بنزودیازپینها</p>
<p>رعشه، حملات شخی نوع چرخ دندان دار، میوآتی، مسمومیت عصبی، ازدیاد وزن</p>		<p>XXXI. لیتیوم</p>

<p>افسردگی و خودکشی افسردگی قابل ارجاع افسردگی و برسامات افسردگی قابل ارجاع با سه حلقه ای های ضد افسردگی، الکهول، باریتورات، (فینوتیازین ها و نهی کننده های مونو امینواکسیداز مضاد استطباب است)، مانیا، افسردگی، عصبانیت، بیخوابی و دلیریوم، برسامات، اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی، بی ثباتی هیجانی، مانیا، افسردگی شدید با خودکشی، سایکوزس، سرخوشی، بیخوابی</p>	<p>Dicarbazine Vinblastin Vincristine L- asparaginase Procarbazine Hydroxurea Interferon Steroid 5-fu</p>	<p>XXXII . مستحضرات ضد سرطانها</p>
<p>ضعیفی، تب سردردی ضعیفی و ضیاع وزن</p>	<p>Suraminsodium Azidothymisine α-interferon</p>	<p>XXXIII . ادویه که برای تداوی ایدس استفاده می گردند</p>

سوالات برای تکرار

۱. سندروم روانی اورگانیک و اختلال روانی ارگانیک را تعریف نمایید؟
۲. اصطلاحات ذیل را کی ابداع کرد:
 - دلیریوم
 - دیمینشیا
 - دیمینشیا پارالایتیکا
 - سندروم ارگانیک روانی مزمن
 - زوال عقلی الزهایمر
۳. اسباب مهم سندروم روانی ارگانیک را بر شمرده و بگویند که چگونه این اختلالات را صنف بندی مینمایند؟
۴. بعضی اسباب زوال عقلی قبل از شیخی را نام گرفته، منظره پتالویک و کلینیکی مرض الزهایمر را بنویسید؟
۵. اسباب قابل برگشت زوال عقلی را بر شمرده نیز بگویند که زوال عقلی ناشی از موجودیت چندین محراق احتشایی در دماغ از سایر انواع زوال عقلی چگونه تفریق میگردد؟
۶. در باره موضوعات ذیل مختصراً بنویسید:
 - (a) زوال عقلی ناشی از سواستفاده از الکل
 - (b) مریضی پیک (Pick's)
 - (c) کروئزفیلد جاکوب سندروم
 - (d) زوال عقلی مربوط به ایس
 - (e) فلج فوق العتوی پیشرونده
 - (f) مریضی ویلسون
 - (g) هانتینگتون کوری
۷. انواع مختلف نیوروسیفلیس را بیان داشته و نیز بگویند که آنرا چگونه تشخیص و تداوی مینمایند؟
۸. چند دوابی را که مصرف آن منتج به اختلال روانی عضوی میگردد نام ببرید؟
۹. فرق کنید بین:
 - (a) سایکوز وظیفوی و ارگانیک
 - (b) دلیریوم و دیمینشیا
 - (c) دیمینشیا و دیمینشیای کاذب
 - (d) زوال عقلی قبل از شیخی و شیخی
 - (e) دیمینشیای قشری و تحت قشری

سوالات امتحان مسلکی

- در باره زوال عقلی و مولتی انفراکت دیمینشیا مختصراً بنویسید؟
- فرق کنید بین:
 - سایکوزس ارگانیک و سایکوزس وظیفوی
 - سندروم حاد و مزمن دماغی
 - زوال عقلی و زوال عقلی کاذب
 - امنیزیا یا فراموشی وظیفوی و ارگانیک

اختلالات ناشی از الکل و سایر موادفعال کننده روان

سؤ استفاده از مواد، وابستگی، عادت، اعتیاد، سه پایه سببی، هلال طلائی، مثلث طلائی، اختلالات مرتبط به الکل و قطع آن، سندروم جنینی الکل، وابستگی به ادویه تسکین دهنده، منبهات، حشیش، اویات، مواد برسام آور، موادانشافی، نیکوتین و کافین، استفاده از ادویه جدید.

نظر به تعریف سازمان صحتی جهان ادویه عبارت از موادی است که اگر به یک ارگانیزم زنده داده شود یک و یا چندین وظایف خود را مشخص می سازد.

ادویه فعال کننده روان عبارت از ادویه یی میباشد که میتواند باعث مختل ساختن وظایف روانی گردد.

a. سؤ استفاده از مواد: معیاراتی که استفاده غیرپتالوژیک مواد را از استفاده سؤ مواد متمایز

میسازد قرارذیل است:

بنیه شخصیت و بنیه مساعد اجتماعی فرهنگی
و خصوصیات دوا سه پایه مهم وابستگی به دوا است.

- **روش استفاده پتالوژیک.** این حالت ذریعه مسمومیت در تمام جریان روز مشخص می شود، ناتوانی کم کردن و یا توقف دادن به استفاده مواد، کوشش های متکرر جهت کنترل استفاده از مواد ذریعه قطع موقتی و یا محدودیت استفاده در اوقات روز، تداوم استفاده از مواد با وجود اینکه اختلال جدی فزینگی موجود است و شخص میداند که با استفاده مواد این اختلال تشدید می گردد، و هجمه های اختلالات ناشی از مسمومیت مواد میباشد.

- تشوش در وظایف اجتماعی و شغلی از باعث روش استفاده پتالوژیک.

- تداوم تشوش حد اقل برای یک ماه باشد.

b. وابستگی به مواد: نیاز به وابستگی فزیولوژیک دارد که مشهود به تحمل و یا قطع می باشد.

- **تحمل.** عبارت است از مقدار قابل ملاحظه ضرورت مواد جهت برآورده شدن تاثیرات مطلوبه و یا کاهش قابل ملاحظه در تاثیرات استفاده منظم از مواد مشابه می باشد.

- **قطع.** در قطع مواد، سندروم معین مواد زمانی بوجود می آید که در اخذ موادی که قبلاً توسط شخص به شکل منظم اخذ می گردید، کاهش و یا قطع بوجود آید و این خود باعث حالت مسمومیت فزیولوژیک گردد.

موادیکه باعث وابستگی فزیکی و روانی می گردد عبارت اند از اویپات ها، باریتورات ها، الکلها، منبهات، حشیش و برسام آوران. اویپات ها باعث بوجود آمدن وابستگی شدیدی می گردد. کوکائین باعث وابستگی فزیکی نگرندیده درحالی که حشیش به اندازه کم باعث وابستگی فزیکی می گردد.

c. عادت . درجدول ۱۸ نگاه شود

d. اعتیاد. یک حالت دوره ئی و یا مزمن مسمومیت و زیان آور به شخص واجتماع بوده که از باعث استفاده متکرر مواد طبیعی و یا مشتق شده بوجود می آید اصطلاح اعتیاد دربرگیرنده هر دو وابستگی (Dependence) و عادت (Habituation) می باشد.

جدول ۱۸. مقایسه میان وابستگی و عادت

عادت	وابستگی
* تنها خواهش اخذ مواد موجود است	* اخذ مواد به شکل اجباری می باشد
* نیاز به ازدیاد مقدار و یا دفعات نیست	* نیاز به ازدیاد مقدار و دفعات موجود است زیرا تحمل موجود است
* معمولاً توسط اعراض فزیکی ترک تعقیب نمی گردد	* توسط اعراض فزیکی ترک تعقیب میگردد به استثنای کوکائین
* تنها زیان آور به خود می باشد	* زیان آور بر هر دو فرد و جامعه می باشد
* امثال آن تنباکو، بعضی ادویه ضد درد و ادویه ضد قبضیت	* امثال آن مورفین، باریتورات ها

فکتورهای مساعد کننده (سه پایه) برای وابستگی ادویه. به جدول ۲۸ مراجعه شود.

تشخیص

تشخیص درست متکی بر تاریخچه دقیق، علایم (اختلالات) مواد فعال کننده روان، معاینات لابراتواری (سویه سیروم وادرار) و استفاده از انتی دوت ها (مثلاً استفاده nalorphine در یک معناد اوپیات باعث بوجود آمدن اعراض وصفی قطع می گردد).

تشخیص تفریقی

کوکائین باعث وابستگی فزیکمی نمی گردد
درحالیکه چرس میتواند این نوع وابستگی
رابوجود آورد.

(i) استفاده غیر پتالوژیکمی مواد جهت مقصد تفریحی و طبی. و یا تشوش در وظایف اجتماعی و شغلی و با خصیصه های استفاده پتالوژیکمی همراه نیست.

جدول ۲۸ فکتورهای مساعد کننده (سه پایه) برای اعتیاد ادویه

مشخصات شخصیت

- * عدم هموائی اجتماعی
- * کاهش اعتماد بر نفس
- * احساسات افسرده
- * احساس جستجو
- * حس کنجکاوی
- * تحمل کم در محرومیت
- * انگیزه آتی عملی نمودن یک کار بدون تفکر قبلی
- * نیاز به خشنودی فوری
- * کاهش تمایل به مسایل مذهبی
- * عداوت
- * تأثر در خود مختاری شخصی
- * فقدان علاقه گیری در اهداف دوایر مسلکی
- * ویژه گی در شخصیت ضد اجتماعی

* موجودیت اختلالات مختلف روانی (افسردگی، نیوروزس اضطرابی و غیره)

II. محیط فوری کلتوری اجتماعی

* مشکلات

* فشار همکار

* عدم استخدام و عواید کم

* زیاد بودن معلومات درمورد مؤثریت و یا منع ادویه

* سؤاستفاده از ادویه که قبول شده اجتماع مییابد

* سیستم ضعیف عدلی

III. خصوصیات ادویه

* خصوصیات فارمکودینامیک ادویه (ادویه تنبه کننده ترجیح داده میشود)

* مقدار و دفعات (ادویه که به مقدار کم ضرورت است ترجیح داده میشود)

* طرق استفاده ادویه (ادویه که انشاقی یا هضمی باشد ترجیح داده میشود)

* در دسترس بودن و قیمت ادویه

* مورد قبول بودن عامه ادویه

(ii) **هجمه های متکرر مسمومیت ناشی از مواد:** یک هجمه جداگانه بوده و در برگیرنده سؤاستفاده یا وابستگی نمی باشد.

تداوی

a- **تداوی نمودن یک معتاد به ادویه:** در برگیرنده بستر نمودن درشفاخانه، قطع دوائی، سم زدائی، تطبیق نمودن ویتامین ها و ادویه ضد درد، روان درمانی محافظوی، درمان فامیلی و احیای مجدد که توسط مراکز مراقبت یا گروپ از مخدرات بی نام صورت می گیرد. مؤثریت تداوی متکی بر شخصیت خوب قبل از مرض، نداشتن فشارها، عدم موجودیت مشکلات روانی، معتاد جدید و تشویق شده، اخذ ادویه انفرادی به مقدار کم و حمایت خوب فامیلی مییابد.

افسرده گی از جمله اختلال عمد ه است که یکجا با وابستگی ادویه دیده میشود.

استطباب عمده تداوی داخل بستر مشتمل است بر:

- * مشکلات جدی طبی و روانی
- * تشوش شدید وظایف روحی اجتماعی
- * انگیزش ناکافی برای تداوی خارج بستر
- * فقدان حمایت فامیلی
- * ناکام شدن تداوی خارج بستر
- * دست یابی آزادانه به ادویه

(b) نقش والدین: زمانی که والدین بر اعتیاد طفل شان پی میبرند، آن را باید قبول نموده و فوراً در زمینه اقدام نمایند.

تشویق فکتور عمده در تداوی و بستگی به ادویه است .

(c) عود: تقریباً ۸۰ فیصد معتادین در مدت شش ماه دوباره به عادت خود رو می آورند. عوامل عمده عود عبارتند از:

- موجودیت مشکلات آشکار یا خفیه روانی
- پی گیری ضعیف
- خدمات ضعیف احیای مجدد
- دسترسی آزادانه به ادویه
- فشارهای متکرر همکار و تداوی های متکرر خارج بستر

(d) وقایع

(i) والدین

- باید برای طفل یک محیط مصون و آرام خانه را مهیا سازید.
- طفل را باید مشغول نگهدارید و برای ورزش و تفریح شان زمینه را مهیا سازید.
- طفل را باید از اضرار اعتیاد به ادویه با خبر سازید و نیز برایش توصیه نمایید تا از مردم وامکاناتی که میتواند طفل را تحت نفوذ خود آورند، دوری ورزد.

(ii) اجتماع

محافظی که در کالج‌ها برگزار می‌گردد مسئولین باید مطمئن گردند تا از آزادی محافل سوء استفاده نگردد و از نوشیدن نوشابه‌های اعتیاد آور در جریان فستیوال‌ها باید جلوگیری شود.

Flumazenil یک آنتی دوت بالخاصه بنزودیازپین‌ها است
Mazindol جهت کاهش دادن نیاز به منبهات سیستم اعصاب مرکزی
استفاده می‌گردد
Carbamazepin در کنترل نمودن قطع دوابی قطع بنزودیازپین‌ها
به کار میرود.
Naltrexon در قطع اوپیویدها استفاده میشود.

استادان باید هر هفته یک ساعت مخصوص را جهت لکچر در مورد اضرار اعتیاد اختصاص دهند. پوسترها و پیامهای اجتماعی، تخته‌های اعلانات بالای منازل رهاشی میتواند مؤثر عمل نماید.

(iii) کنترل عدلی

مقامات عدلی اعم از پولیس، قضا و غیره باید متعهد بوده و زیادتر حساس و هوشیارانه عمل نمایند.

I- اختلالات مربوط به الکل

تاریخچه

کلمه الکلولیزم بار نخست توسط عالمی بنام مگنوس (Magnus) استفاده گردید
مؤلف هس (Huss). لغت الکلول از کلمه عربی الکلول مشتق گردیده است که به معنای هستی میباشد.

نوشابه‌ها نظر به منبع شکر از همدیگر تفاوت دارند:

خطرات ابتدائی وابستگی به الکلول عبارت اند از، نوشیدن زیاد، تمایل زیاد، سلوک بیش ازحد، نوشیدن ازطرف صبح (بسیار مهم است).

شراب از انگور بدست می آید، بیره از دانه جو بدست می آید، ویسکی از جو و غله جات بدست می آید، رم از نیشکر بدست می آید و ودکا از کچالو و جو به وجود می آید.

جدول ۸-۳ انواع موادفعال کننده روان و اختلالات ناشی ازاستفاده آن

ادویه	طرق استفاده معمول	وابستگی فیزیکی	وابستگی روانی	تحمل
۱- الکهول	فمی	+	+	+
۲- اوپیات	فمی، زرقی، و دودکردن	++	+++	+++
۳- حشیش	فمی و دودکردن	+	++	+
۴- کوکائین	انشاقی، فمی، دودکردن، زرقی	+	++	-
۵- امفتامین ها	فمی، زرقی	+	++	+++
۶- لیزرجیک اسید	فمی	—	+	+
۷- باریتورات ها	فمی، زرقی			
۸- بتزودیازپین	فمی، زرقی	+	++	+++
۹- محلل های مفر	انشاقی	+	+	+
۱۰- فین سکلیدین	دودکردن، انشاقی، فمی، زرقی	+	++	+
		+	+	+
- نیست = احتمالی	یازندک ++ متوسط	شدید +++		

شیوع

در هندوستان سروی سؤ استفاده از ادویه مختلف نشان میدهد که شیوع الکهولیزم ۲۰-۵ فیصد است، تعداد مصرف کننده گان الکهول در ایالات متحده امریکا به صد میلیون نفر میرسد. از این جمله ۱۵-۱۲ میلیون افرادی هستند که حمله های شدید ی نوشیدن الکهول را تجربه می کنند و این افراد بنام افراد الکهولیک یاد می گردند.

Disposmania and mania a potu (تهیج زیاد) در

وابستگی به الکهول دیده میشود.

پتوجینزس

سه مرحله جداگانه در وابستگی به الکل وجود دارد:

a. مرحله عرضی قبل از الکلولیک شدن: کاندید الکلولیزم در آغاز در محلات اجتماعی مسلکی شروع به نوشیدن می نماید اما زود از چنگ تشوش، رهایی را تجربه می کند تدریجاً تحمل بوجود آمده، تشوش کاهش یافته تا حدی که شخص تقریباً همه روزه می نوشد.

b. مرحله مخبروی: این مرحله متصف است به شروع آنی اعراض و علائم الکلول، علائم مسمومیت و به یاد نداشتن واقعات.

c. مرحله وخامت: در این صفحه کنترل بالای نوشیدن از بین رفته فرد زیادتاً تجربه می گردد سلوک و روش شان زیادتاً به اطراف الکلول متوجه می باشد و ضمناً فعالیت جنسی شان کاهش می یابد.

d. مرحله مزمن: در جریان روزهای هفته هر زمانی میتواند دچار مسمومیت باشد و تشوش جدی در پروسه تفکر نزدشان بوجود می آید.

الکلولیزم با سرخی کف دست، جوانی دانه، سیروزس کبد، فرط فشار ورید باب، قرحات پیتیک، التهاب پانکراس، کاردیومیوپاتی، بولی نیوریت، سایکوزس کورساکف، زوال عقلی، ورنیک انسفالوپتی و غیره یکجا می باشد.

در سایکوزس الکلولیک مانند دلیریوم بی قراری بوجود آمده میتواند.

دلیل تراشی و خواهشات مبهم مذهبی بوجود آمده و قابلیت جوابدهی را با تداوی پیدا می کند.

جدول ۸-۴ تصنیف الکلولیزم

فکتور	نوع I	نوع II
۱- مترادف	محیط محدود	محدودیت طبقه ذکور
۲- جنس	در هر دو جنس دیده میشود	زیادتاً در مردان دیده شده
۳- سن شروع	کمتر از ۲۵ سال	زیادتاً از ۲۵ سال
۴- فکتور سببی	فکتورهای جنتیک	والدین معتاد به الکلول اند و رفتار ضد اجتماعی

دارند	ممکن موجود باشد	۵- تاریخچه فامیلی
کنترول نیست	کنترول موجود است	۶- از دست دادن کنترول
بعد از نوشیدن رفتار پرخاشگرانه و خواهش	وابستگی روانی و شرم موجود است	۷- سایر تظاهرات
الکھول می کند.	از اضرار می پرهیزد	۸- مصابیت قبلی
	به وابستگی عوض می گردد	۹- ویژه گی شخصیت

انواع کلینیکی

A- نوع I و II (بر اساس فکتورهای جنیتیکی و محیطی): به جدول ۸-۴ مراجعه شود.

B- **تصنیف جلینک (Jellinek)**: بر اساس طرز استفاده دارای پنج نوع میباشد.

۱- **الکھولیزم الفا**: نوشیدن وافر و غیرمتناسب، از بین رفتن کنترول موجود نیست، توانایی عقلی موجود است.

۲- **الکھولیزم بیتا**: نوشیدن وافر و غیرمتناسب وابستگی روانی و فزیکتی واضح موجود نیست.

۳- **الکھولیزم گاما**: (الکھولیزم خبیث) وابستگی فزیکتی، تحمل، از بین رفتن کنترول و سیر پیشرونده موجود است.

زمانیکه غلظت الکول درخون به ۰.۱٪ برسد
شخص مسموم می گردد.

۴- **الکھولیزم دلتا**: توانایی کنترول روان خود را ندارد اما کیفیت میتواند کنترول شود تحمل، اعراض قطع، درممالک که شراب نوشی در آن موجود است عام میباشد.

۵- **الکھولیزم اپسیلون**: نوشیدن نوبتی، نوشیدن اجباری.

هشدارهای مقدم

زیاد شدن مصرف، خواهش متکرر، رفتار بی نهایت (اعمال را تحت نفوذ تاثیر الکھول اجرا می کند که بعداً شرمنده میشود) صبح وقت می نوشد.

شناخت الکھولیک

تظاهرات که نشاندهنده نوشیدن الکل می باشد عبارتند از سرخ شدن کف دست ها، سوختگی سگرت میان انگشت شهادت و متوسط اکتی روزیسی (acne rosacea)، ضعفی در پاها، درد ناحیه علوی بطن (گستریت، پانکریاتیت و سیروز الکلوی) و تست های غیرنورمال وظیفوی کبد (بلند بودن سوبه گاما گلو تامایل ترانزپیتایدس در نیم افراد الکلویک).

اسباب الکلویزم

a- **فکتورهای بیولوژیکی:** الکلویزم در میان فامیل ها سیر می کند. اطفال افراد الکلویک چهار مرتبه زیاده تر نسبت به اطفال افرادی که الکل نمی نوشند، دچار الکلویزم می گردند در حالیکه ۴۰ فیصد آنها اولاد پدر الکلویک خود هستند معمولاً آن پدر است که الکل می نوشد. مطالعات زیادی تحقیقاتی نشان دهنده الکلویزم فامیلی می باشد که از الکلویزم غیرفامیلی تفاوت دارد زیرا در حالت اولی همیشه تاریخچه فامیلی الکلویزم موجود است در سن مقدم شروع شده و شدید می باشد و بعضاً ایجاب تداوی را می نماید.

b- **فکتورهای بیوشیمیکی:** از نظر جنتیکی فقدان نیوروترانسیمترهای مغزی اندورفین میتواند شخص را به الکلویزم مساعد سازد.

c- فکتورهای روحی و شخصی: قبلاً در آغاز فصل مطالعه شد.

اختلالات

الکل باعث نیم وفیات و جروحات شدیدی که در اثنای تصادم موثر بوجود می آید، می گردد هم چنان ۵۰ فیصد تمام قتل ها، ۴۰ فیصد تجاوزات، ۳۵ فیصد یا زیاده تر از آن در تمام زناهای جبری و ۳۰ فیصد تمام خودکشی ها از باعث الکلویزم بوجود می آید.

اختلالات طبی

۱- **تاثیرات کوتاه مدت:** انحطاط سیستم عصبی مرکزی، کاهش در تکافو قلبی، التهاب پانکراس، التهاب معده، سیروز و ضعف سیستم معافیتی

۲- **تاثیرات طویل المدت:** سایکوزس کورساکوف، سندروم ورنیک، زوال عقلی، متلاشی شدن شخصیت، بولی نیوریت، استفراغ خوندار، سندروم مارچیاواوا (از بین رفتن میالین کارپوس کالوسوم و طرق بینائی)، میالینوزس مرکزی حده، پانکریاتیت، سیروز، التهاب کبد، عدم کفایه کبدی، کاردیومیوپاتی، مایوپاتی، سندروم سیلوسترینی کوردا Silvestrini corda (سیروز،

اتروپی خصیه ها و برزگ شدن ثدیه ها (امراض جلدی (اکزیم، التهاب جلد، سبوسک، اکنی جلدی، فورانکولوزوس و یا انتانات موها) .

الکھولیزم فامیلی متصف بر آغاز این حالت درنوجوانی ، نوع شدید و تاریخچه فامیلی مثبت است .

جدول ۸-۵ اختلالات روانی عضوی ناشی از الکھول

اختلال	زمان آغاز	تظاهرات	اختلالات	تشخیص تفریقی	تداوی
مسمومیت الکھول	24-1 ساعت:	رفتار نا سازگار، علایم روانی (تکلم اجتماعی (تکلم	تصادمات، حرکات جینائی، خودکشی، اختلالات فزیکي مثلاً کسور و تنقیص معافیت	نوشیدن ها اجتماعی، مسمومیت ها یا خواب آورها مریضی های عصبی (مولتیل سکلیروزس) عکس العمل های الکھولی	با گذشت زمان بهبودی رخ میدهد محافظت محیطی هیمودیالیز زمانی که مقادیر کشنده اخذ گردد.
مسمومیت ویژه الکھول (مسمومیت پتالوژیک)	از چند دقیقه الی چند سال در اکثر واقعات مقادیر کم الکھول نمیتواند	رفتارهای پرخاشگرانه یاد فراموشی	قتل، خودکشی، و یا رفتار پرخاشگرانه	مسمومیت باریتورات و سایر ادویه ضد صرع، لوب صدغی، تمارض	با گذشت زمان بهبودی رونما می گردد محافظت محیطی

	باعث مسمومیت شود				
اختلالات فراموشی ناشی از الکحول	چند ماه الی چند سال	سندروم یادفراموشی (نیوروپاتی محیطی اتاکسی مخیزی مایوپاتی) انسفالوپاتی ورنیک	تشوش وظایف اجتماعی و شغلی	در الکحول و سایر عوامل سندروم یاد فراموشی	دمانس مرتبط به تداوی تیامین در طول المدت
دلیریوم ناشی از قطع الکحول	آغاز تدریجی (۴۸-۷۲ ساعت اکثراً ۴-۵ روز) ممکن چند هفته را در برگیرد	دلیریوم، فعالیت حرکی زیاد خود بخودی هذیان، برسامات، رعشه خشن، حملات اختلاجی	جروحات، نا قراری، حملات سندروم یاد فراموشی، زوال عقلی	سایکوزس وظیفوی، دلیریوم ناشی از سایر اسباب، زوال عقلی، اختلالات ساختگی	کلوردیازپوکساید، سم زدائی، هالوپیرادول ۵-۲ ملی گرام روزانه ۲ بار برای اعراض سایکوتیک
حملات ناشی از قطع الکحول	۴۸-۶ ساعت حد اکثر ۲۴ ساعت	حملات فت، دلیریوم علایم اتوماتیک، کوما مرگ که از باعث کاهش مگنیزیم، کاهش قند خون و الکلوز تنفسی میباشد	جروحات، اضطراب، حمله دلیریوم و سایکوزس	حملات اختلاجی حرکی ناشی از سایر اسباب و قطع ادویه مسکن و خواب آور	دیازپام، فنی توئین کلوردیازپوکساید و سم زدائی
برسامات ناشی از الکحول	در ۴۸ ساعت و ممکن چند هفته دوام نماید	برسامات عضوی (برسامات واضح شنوائی) اختلال شعور نمی باشد، رعشه، حملات و بعداً دلیریوم	قتل، و یا خودکشی	شیزوفرنی، برسامات ناشی از سایر ادویه	تیامین، هالوپیریدول ۵-۲ ملی گرام روزانه ۲ بار

انسفالوپاتی ورنیک	آغاز ناگهانی، بی موازنگی، ممکن قبل از کانفیوژن بوجود آید	انسفالوپاتی، بی موازنگی در تنه، فلج چشمی، کانفیوژن	زوال عقلی و جروحات	اختلالات عصبی	تیامین (۱۰۰ ملی گرام ویریدی)، مگنیزیم سلفات (۱-۲ ملی لیتر در ۵۰٪) قبل از تطبیق گلوکوز
سایکوز کورساکوف	چندین ماه به زوال عقلی رجوع شود.	یاد فراموشی بعد از حادثه، افسانه سازی	جروحات، زوال عقلی	زوال عقلی	پرهیز + تیامین

اختلالات روانی

اضطراب، افسردگی، بدگمانی، حسادت (در مقابل اقارب همکاران دفتر و دوستان) و اختلالات عقلی عضوی (مسمومیت، اختلالات فراموشی، سندروم ورنیک- کورساکوف، مسمومیت ویژه، ترک، حملات اختلاجی ترک (حملات رم)، دلیریوم ناشی از قطع، برسام مزمن ناشی از الکل و زوال عقلی (جدول ۸-۵))

سندروم جنینی الکل باعث تأخر نمو، راس کوچک، تأخر عقلی و ابناارملتی های سلوکی می گردد.

اختلالات اجتماعی

ازدیاد در تعداد تصادمات، مشکلات وظیفه، تجرید خانواده گی و طلاق، ازدیاد در تعداد جرایم و مشکلات اقتصادی و غیره

تأثیرات بر حاملگی

استفاده غلط الکل توسط مادران حامله میتواند باعث سندروم جنینی الکل گردد که مشتمل می گردد بر تأخر عقلی قبل و بعد از ولادت، تظاهر غیر نورمال وجه و رأس (رأس کوچک و یا هموار بودن چهره ظاهری) و واقعات غیر نورمال عصب مرکزی مثلاً تأخر عقلی و رفتار غیر نورمال.

ارزیابی الکهولیزم

بعضی از رهنمودهای لابراتواری برای وابستگی الکهول پیشنهاد گردیده است که مشتمل می گردد بر:

۱- گاما - گلو تایل ترانسفیراز در ۸۰ فیصد افراد وابسته به الکهول تقریباً 40 واحد بین المللی ازدیاد می یابد. در صورت خود داری از الکهول گاما - گلو تایل ترانسفیراز به سرعت نورمال می گردد (در ۴۸ ساعت). بلند بودن سویه گاما - گلو تایل ترانسفیراز اضافه تر از ۵۰٪ با وجود خود داری از آن دهنده مص

تداوی

a. تداوی قطع در صورت که کدام اختلاط طبی موجود نباشد سندروم قطع الکهول معمولاً گذری بوده و شفا بنفسهی دارد. بی خوابی و تخرشیت ممکن زیادتیر دوام نماید و نیاز به ادویه آرام کننده خفیف میباشد مثلاً دیازپام و غیره

b. تداوی الکهولیزم هدف اساسی پروگرام تداوی همانا احیاً مجدد فزیکتی شخص، و خود داری شخص از الکهول میباشد.

تداوی انتختابی انسفالوپاتی حاد ورنیک ،
سایکوزس کورساکف و مراحل ابتدائی
زوال عقلی ناشی از الکهول تیمین یا
ویتامین بی یک میباشد.

- تدابیر بیولوژیکی ادویه مختلف جهت کنترل اعراض قطع استفاده می گردد مثلاً Buspirone، Chlormethiazole، Alprazolam، و غیره. گروه دیگری از ادویه که در تداوی استفاده می گردد همانا ادویه است که باعث بوجود آمدن بیزاری از الکهول می گردد ادویه که عموماً استفاده می گردد عبارت اند از Disulfiram، Apomorphine، Emetin، و غیره.

در تداوی الکهولیزم استفاده می گردد.

میکانیزم تاثیر

این ادویه باعث تأخر اکسیدشن اسیت الدیهاید می گردد چیزیکه از اکسیدشن الکهول بدست می آید و علت آن نهی نمودن انزایم بنام الدیهاید دیهاروجیناز میباشد، بناً سوویه اسیت الدیهاید خون بلند رفته و باعث عکس العمل ناخوشی می گردد.

مقدار

۰/۵ ملی گرام فمی (از طرف صبح) روزاول بعداً 0/25mg روزانه بعد از چند روز، بک مقدار نوشابه الکهولی به شخص داده میشود و بعد از ۲۰ دقیقه عکس العمل ناخوشی واقع می گردد و ۱۲۰-۳۰ دقیقه دوام می کند.

عکس العمل

عکس العمل خفیف: توسع وعائی، سرخ شدن چهره، گرمی، سردردی، تفریط فشارخون، تعرق، دلبدی و استفراغات.

عکس العمل شدید: اختلاج، کولاپس دورانی.

عوارض جانبی

۱- دلبدی، قبضیت و ضعیفی

۲- بوی بد تنفس، ذایقه فلزی

۳- حالت کانفیوژن و سایکوتیک

۴- کاهش لذت جنسی

الکول باعث نهی کنترل مراکز عالی دماغ می گردد.

۵- در میتابولیزم سایر ادویه مداخله می کند مخصوصاً باربیتورات ها، فنی توئین، وارفارین، پارالدهاید

۶- هایپوتائروئیدیزم

۷- رش های جلدی

۸- درد ها و ضعیفی عضلی

مضاد استطباب

۱- عدم کفایه قلبی یا امراض اسکیمی قلبی

۲- حاملگی

۳- سایکوزس (ممکن باعث تشدید سایکوزسکیزوفرنیک گردد)

۴- صرع

۵- مریض که پارالدهاید می گیرد

تداوی عکس العمل شدید الکحول

۱- اکسیجن

۲- توصیه سیروم دکستروز

۳- آنتی هستامین وریدی

۴- وضعیت افقی (پا ها باید بلند باشد)

آمفیتامین (کوکائین و همچنان لیزرجیک اسید دای ایتایل امید) برای بوجود آوردن سایکوزس مودل که مشابه شیروفرنی پارانوئید است استفاده میشود .

سایر ادویه مشابه Disulfiram

کلسیم کارباماید و ذغال حیوانی، میترونیدازول، کلورل هایدریت و ادویه کاهش دهنده فمی قند.

- تدابیر روحی اجتماعی: تداوی های گروهی، فامیلی (از بین بردن تنازعات فامیلی و ازدواجی)

- تداوی رفتاری منفردانه (تا زمانیکه رفتار غیرتطابقی مخصوصاً در حالات سترس را مشخص گردد)

تداوی اجتماعی (تا زمانیکه حالات سترس را مثلاً بیکاری، نداشتن و یا ویران بودن خانه و بیکاری برطرف شود)

- الکهولیک های مستعار

این اداره در ایالات Akaron-Ohio در سال ۱۹۳۵ توسط داکتر Bill و Bob آغاز گردید اینک مستعار بودن الکهولیک محفوظ بماند تنها از اسم اول آن ها استفاده می گردید.

این اداره هر دو نوجوانان و بالغان را که دچار مشکلات نوشیدن الکهول اند، نمی توانند فیس پردازند، درجریانات سیاسی اشتراک نمی کنند و با کدام مذهب سر و کار نداشته باشند، می پذیرند.

- تداوی اختلالات مانند اضطراب، افسردگی، کمبود ویتامین (توصیه تیامین به مقدار 100mg زرقی برای ۳-۵ روز) حملات (توصیه ادویه ضد اختلاج مثلاً دیازپام، کلورمیتازول)، کمبود مایعات (توصیه الکترولیت ها وریدی)، سیروز (عرضی تداوی گردد) و کمبود قند خون (اخذ گلوکوز) و غیره.

اخذ دوامدار آمفیتامین و کوکائین یا قطع
آنی آن ممکن باعث افسرده گی شود.

نتایج

نتایج زمانی قناعت بخش می باشد که مشکل نوشیدن الکهول به شکل مقدم کشف گردد، تاریخچه نوشیدن الکهول موجود نباشد، شخص بسیار پرانگیزه باشد، کمک از طرف فامیل و شخص این واقعیت را بداند که نیاز به کمک دارد تا بتواند تداوی کافی گردد.

نتایج زمانی خراب می باشد که تهدیدات ضد اجتماعی، عدم اعتماد بر نفس، افسردگی و تشوش شناختی موجود باشد.

II- وابستگی به ادویه مسکن، خواب آوار و ضد اضطراب: جدول ۸-۶ ملاحظه شود.

III- اختلال ناشی از استفاده منبها

IV- اختلال ناشی از استفاده کوکائین: جدول ۸-۶ ملاحظه شود.

V- اختلال ناشی از استفاده حشیش

استحاله حجاب انف معمولاً
در سؤ استفاده از کوکائین موجود میباشد.

حشیش (cannabis) اسم جزیک مستحضرات مختلف نبات هیمپ است

(C.Americana-C.Indica-Cannabis Sativa)

نازترین و حداقل درجه قوی آن بنام بنگ یاد می گردد که از قسمت قطع شده بالائی نبات مشتق گردیده و دارای محتوی صمغی اندکی میباشد. مقدار زیادی ماراجونا که در ایالات متحده امریکا دود می گردد (در پایپ یا سگرت) از همین درجه شدت بر خوردار میباشد.

سندروم مگنان یا فارمیکشن در وابستگی به
کوکائین دیده میشود و همچنان بنام کوکائین
بگ یاد میشود.

گنجا درجه دوم. از قسمت بالایی گل دارو و برگ های نبات
کشت شده بدست می آید، کیفیت صمغی نظر به بنگ دارد.

درجه اعلی و سوم آن در هندوستان عبارت از چرس میباشد. و عمدتاً از شیر نبات ساخته میشود که از قسمت
های بالایی نبات پخته بدست می آید و همین قسمت بنام حشیش یاد می گردد. قسمت عمدتاً این مواد فعال بنام
دلنا ۹۰ تراهایدروکانابینول یاد شده ۴۰-۱۵ فیصد در حشیش، ۱۴-۸ فیصد حشیش (چرس)، ۲-۱ فیصد در گنجاو
۱٪ در بنگ وجود دارد.

شیوع

در سال ۱۹۷۵ تعداد استفاده کننده گان در برطانیه به ۶,۴۰,۰۰۰ نفر میرسید. تقریباً ۲۰-۱۲ میلیون افراد در ایالات
متحده امریکا ماراجونا را دود می کند. ۵۰-۳۰ فیصد شاگردان لیسسه ها ماراجونا را قسمتی از زنده گی خویش
قبول کرده اند. ساحات زیادی ارهیماجل پردیش، کشمیر، راجستان، پنجاب و غیره تحت تاثیر حشیش قرار
دارند.

پدیده فلش بک درلیزر جیک اسید دای ایتایل
 امید و وابستگی با مواد برسام آوران دیده
 میشود.

تأثیرات

اعراض مسمومیت و قطع در جدول ۸-۶ تحریر شده است
 یک لوحه کلینیکی عمده و مقدم تجربه حشیش در سال ۱۹۳۴ توسط یک روان شناس بنام Bromberg در حالی
 تحریر گردید که اساس این نوشته را تجربه شخصی خود و سخنانی میدانست که مردم تحت نفوذ ادویه آنرا
 ارائه می نمودند. برای تأثیرات سؤ و تداوی به جدول ۸-۶ مراجعه شود.

جدول ۸-۶ تظاهرات کلینیکی اختلالات ناشی از استفاده مواد فعال کننده روان

مواد	اعراض مسمومیت	اختلالات	اعراض قطع	تداوی
I-مسکنات، خواب آور و ضد اضطراب باربیتوراتها، بنزودیازپین کلورل هایدریت	عدم نهی انگیزه جنسی، غیر ثابت بودن مزاج، قضاوت مختل شده، اختلال در وظایف اجتماعی و شغلی، تکلم اشاره بی، عدم توازن، قدم غیر ثابت، اختلال در توجه و یا حافظه، کاهش درجه حرارت بدن	نقیصه حافظه، تمرکز، بیحرکتی موزانه، انحطاط تنفسی، تصادمات، خودکشی کوما و مرگ	دلبدی، استفراغ، اضطراب، ضعف تخرشیت، تفریط فشار وضعیتی، رعشه خشن در دستها، زبان و ابرو ها. بیخوابی زیاد، حملات عمومی، تشدید عکسات و دلیریوم	مسمومیت، استفراغ، محافظه طرق هوایی، تداوی ازدیاد حجم خون، ازدیاد ادرار یا هیموذیالیز. فلومازینیل (1mg-0.3) روزانه وریدی (100- 200mg روزانه فمی برای مسمومیت بنزودیازپین. (دلبدی، گنگسیت، سردردی، قطع، اختلاج بی نظمی های قلبی) قطع فینوباریتال ۲۰۰-۱۲۰۰ ملی گرام نظر به درجه تحمل (اگر کم باشد داده نشود) و یا دیازپام 15- 25mg چهار بار روزانه ۱۰ فیصد کاهش داده میشود.

<p>مسمومیت Phentolamine (برای فرط فشارخون و بلند بودن درجه حرارت) Haloperidol (برای اعراض روانی) قطع ادویه: ضد افسردگی و بسترشدن.</p>	<p>خواب آلودگی، خواب های ترسناک ضعیفی، کسالت، زیاد شدن اشتها، بیقراری، افسردگی، تخرشیت، اضطراب و خودکشی.</p>	<p>اختلاج، اریتمی ها، دلیریوم، شیزوفرنی یا رفتار مانیک مانند خستگی و کوما.</p>	<p>رفتار غیر تطابقی (جنگ، بزرگ منشی، ناآرامی، تشوش در قضاوت وظایف)، تکی کاردی، توسع حذقه، فرط فشارخون، لرزه، دلبدی یا استفراغ بیخوابی، بلندرفتن درجه حرارت بدن، هزیانات، برسامات، مانیا، حملات خستگی، اریتمی، کوما.</p>	<p>II-مفتامین یا ادویه مرتبط به سمپاتومیمیتیک ها (پیمولین، میتایل فینیدت)</p>
<p>در مسمومیت، اتی دوت آن امایل نایتريت یا ديازپام یا پروپرانولول (نا آرامی) یا هالوپریدول (سایکوزس) است، سایکوتراپی، رفتار درمانی. قطع: ایمی پرامین یا امی ترپتیلین (برای تداوی اعتیاد کوکائین) روان درمانی.</p>	<p>ضعیفی، بیخوابی یا پر خوابی، نا آرامی، اضطراب، تخرشیت، افسردگی، وابستگی فزیکی دیده نمی شود.</p>	<p>نکروز حجاب انفی، کرختی دهن، سو تغذی، استفاده وریدی باعث اندوکاردیت می گردد، سپتسیمیا، هباتیت، ایدس، التهاب اوغیه، اختلاج، اریتمی ها.</p>	<p>رفتار غیر تطابقی (سرخوشی، جنگ، بزرگ منشی، ناآرامی، تشوش در قضاوت و وظایف)، تکی کاردی، توسع حذقه، فرط فشارخون، لرزه، دلبدی، استفراغ، برسامات بینائی یا حسی (اعتیاد کوکائین یا اعراض مگنان)</p>	<p>III- کوکائین</p>
<p>در مسمومیت اطمینان دهی و محافظه ادویه ضد اضطراب و ضد سایکوزس، تداوی فامیلی، قطع اطمینان دهی، ديازپام (بعضی اوقات)</p>	<p>حد اعظمی در ۹۶-۷۲ ساعت اول ازدیاد لعاب دهن، رعشه دستان بلند رفتن درجه حرارت، بلند شدن فشار داخل چشم و درجه حرارت، فرط فعالیت، بیخوابی کم شدن اشتها ضیاع وزن، تعرق، لرزه، بیقراری حرکتی،</p>	<p>سایکوزس مشابه به حالت بدگمانی، مسمومیت پتالوزیک (که شباهت به دلیریوم دارد)، سندروم غیرانگیزش، افسردگی، اتروفی مغزی، کاهش لذت جنسی، کاهش معافیت در زمان بارداری.</p>	<p>رفتار غیر تطابقی (سرخوشی، اضطراب مشکوک بودن یا افکار بدگمانی، تشوش در قضاوت، انگیزش) سرخ شدن صلیبه چشم، زیاد شدن اشتها، خشکی دهن، تکی کاردی، برسامات واضح، سردردی، مشکلات</p>	<p>IV- حشیش (بنگ) چرس/حشیش) از قسمت بالائی گنجا بدست می آید (برگ های کوچک) بنگ (برگ های خشک و از قسمت های بالائی نبات غیر زرع شده روغن هس (شیره نبات حاصل شده در مایع)</p>

	دلبدی، سبزم عضلی		هضمی و حافظه مختل شده	
در مسمومیت اطمینان دهی + ادویه Naloxone قطع میتادون 20-40mg Id کلونیدین (0/1-0/3mg) Naltrexone(50-150mgld) (0/6-3mgld)buprenorphine Guanabenz- lofexidine و غیره	حد اعظمی ۴۸-۲۴ ساعت، دلبدی، استفرافات، سبزم عضلی، اشکریزی، ریزش بینی، توسع حدقه، تعرق، ایستاده شدن موها، اسهال، تب، بیخوابی، اذیما روی.	اختلالات سیستم عصبی مرکزی، تغییرات استحالوی، زوال عقلی، نیوروپاتی، تغییرات شخصیت در صورت استفاده وریدی باعث اندوکاردیت می گردد، امبولیزم روی، سپتیمیما، هیپاتیت، ایدس، ازبین رفتن معافیت، تفرح، کوما و مرگ	رفتار غیر تطابقی (ابتدا سرخوشی، بی تفاوتی دیسفوریا، تأخر روحی حرکی، تشوش قضاوت و وظایف)کوچک شدن حدقه گنگسیت، تکلم آشفته، تشوش حافظه و توجه، خارش، اختلاجات و اذیمای روی.	V. اویپات ها (طبیعی: مورفین، کودین Noscapine Thebaine papaverin مشتق شده: هیروئین، نلورفین، پتیدین، دکستر و پروبوکسی فین، میتادون، هیدرامورفین، سکلوژوین، devallorghan دای فینوکیسلات)
مسمومیت اطمینان دهی، مسکن، دیازیپام یا هالوپریدول قطع اطمینان دهی و بنزودیازپین	Flashback حالتی است که به شکل مختصر شخص دچار حالت برسامی می گردد	سایکوزس (اختلال هذیانی) اضطراب مانیا یا افسردگی، عدم انگیزش، پارکسون	رفتار غیر تطابقی (اضطراب شدید و یا افسردگی، افکار به خودگیر، ترس از دست دادن دماغ، افکار بدگمانی مختل شدن قضاوت و وظایف (تغییرات ادراکی) مسخ، واقعیت، مسخ شخصیت، توسع حدقه، خراب شدن دید، رعشه و بی موازنگی	VI - مواد برسام آور Mescaline- psilocybin Phencyclidine
مسمومیت اطمینان دهی دیازیپام قطع اطمینان دهی.	اضطراب، افسردگی	تخریب مغزی، معیوبیت آموزش تغییرات رفتاری، بی نظمی های قلبی، انحطاط تنفسی و تصادفات	رفتار غیر تطابقی (بی تفاوتی مختل شدن قضاوت و وظایف) گنگسیت، نیستگموس، بی موازنگی، تکلم	VII - مواد انشاقی (اسیتون، تیل محروقاتی، شرش

			آشفته، قدم زدن غیر ثابت، تنبلی، کاهش عکسات، عکسات نهی شده، ضعیفی عضلات، دویینی، کوما و سرخوشی.	
VIII - نکوتین	اضطراب خفیف، شرم مخفی، درد بطنی، اعراض تنفسی، دلبدی استفریغات، اسهالات، زیادشدن لعاب دهن، سردردی، کانفیوژن دماغی، ضربان قلب و تشوشات حسی	فزیکی (امفیزما)، سرطان رویی، فرحات معده، سرطان معده، سرطان کبد، امراض قلبی، سرطان ناحیه فمی (حنجروی) سایکولوژیک (اضطراب، افسردگی، زوال عقلی، ازدیاد میتابولیزم ادویه و بیخوابی).	تخرشیت، حرکتی، تشوشات، سردردی، تمرکز، زیادشدن قطع تناوی رفتاری (تخنیک های آرام سازی، هپنوزس، بیزاری، بعضاً ساجق های نیکوتین.	مسمومیت معلومات دقیق اطمینان دهی، مشروبات که کافئین داشته باشد (تا که اطراح را زیاد کند)
IX - کافین	ببقراری حرکتی، عصبانیت، بیخوابی، ازدیاد ادرار، تشوشات هضمی، ضربان قلبی، اریتمی قلبی، نا آرامی.	التهاب معده، فرحه معده، استفراغ خوندار، اسهال، تب، تخریب کلیوی و قلبی، سندروم پاهای نا آرام، امراض فیروسایتیک ندیه و تشوش در تکامل جنینی	درجریان ۴۸-۲۴ ساعت ضعیفی عمومی، تنبلی، سردردی، گنگسیت، ریزش بینی، بی علاقه گی به وظیفه، تخرشیت، عصبانیت، افسردگی، دلبدی	مسمومیت اطمینان دهی، تناوی فامیلی، بنزودیازپین یا پروپرانولول قطع مشروبات که کافئین ندارد معیارهای رفتاری و ادویه ضد اضطراب.

جدول ۸-۷ نقش آخذة های اویات های داخلی

آخذة ها	واسطه ها	پیوستگی انتخابی برای
I - ایم یو (آخذة کلاسیک مورفین)	انلجیزیا، سرخوشی، تسکین، کوچک شدن حذقه، کاهش حرارت بدن، کاهش ضربان قلبی، انحطاط تنفسی، ازدیاد در افراز هورمون های پرولکتین و هورمون نشونما	هیروئین، میتادون

انکیفالون داخلی	میانجی عصبی	II- دلنا
پنتاروسین، Butorphanol	انلجیزیا، کاهش انحصاط تنفسی، سرخوشی موجود نیست	III- کپا
Phencyclidine	معلوم نیست	IV- سیگما
Beta endorphin پپتاید داخلی،	میانجی عصبی	V- اپسیلون

VI اختلالات ناشی از استفاده مخدرات

اپیدیمولوژی

در هندوستان نه تنها تعداد معتادین ازدیاد می یابد بلکه بیشتر افراد جوان از هر طبقه اجتماعی اقتصادی دچار گردیده اند. شیوع دقیق معلوم نیست.

۸.۱۴٪ اخذ هیروئین باعث حذقه های به اندازه نوک سوزن می گردد.

هفت کشور وجود دارد که مهم ترین تولید

کننده گان مخدرات میباشد اینها عبارتند از ایران، افغانستان و پاکستان که در جنوب آسیا بوده و برما، لاوس و تایلند که در جنوب شرق آسیا بوده و هم چنان کشور مکزیکو.

اتیولوژی

۱- پتوفزیولوژی. تحقیقات اساسی آخذه های مختلف داخلی مخدرات را شناسایی نموده است که عبارت اند از آخذه های ایم یو، کپا، سیگما و اپسیلون (به جدول ۸-۷ مراجعه شود)
فرضیه های مختلف برای تشریح نمودن وابستگی به مخدرات ارائه گردیده است که بعضی از آنها قرارذیل میباشد:

- فقدان اوپیود پپتاید داخلی
- عدم توازن میان اوپیوهای داخلی و هورمون قشر محافظه فوق الکلیه
- اخذ اوپیوهای خارجی باعث کاهش فعالیت آخذه های اوپیود های داخلی در ناحیه لوکوس سیریلیوس می گردد (منبع اساسی نوراینفرین ادرینرجیک که در عمل متقابل سیستم لمبیک، مخیخی و قشر مغز بوجود می آید) به همین علت زمانی که اوپیود خارجی توقف داده میشود اعراض سندروم قطع بوجود می آید.

۲- فشارهای روحی اجتماعی و سایر فکتورها که در بخش عمومی اختلالات استفاده از مواد شرح شده است.

تداوی

۱- **تدابیر معاوضی یا محافظوی** میتادون در روز نخست به مقدار ۴۰-۲۰ میلی گرام آغاز شده و تدریجاً الی ۱۲۰ میلی گرام روزانه بلند برده میشود.

مقدار ادویه تدریجاً در هر هفته ۱۰ فیصد کاهش داده میشود تا که به ۲۰-۱۰ میلی گرام برسد و بعداً هر هفته ۳ فیصد کاهش داده میشود.

دو ادویه جدید اگونست (اوپیود) با تأثیر طولیل المدت ذیلاً ذکر می گردد. الفاسیتایل میتادول (نصف عمر طولیل داشته هر هفته سه بار توصیه می گردد و میتواند در مقایسه با میتادون ۹۵٪ باعث کاهش در اعراض قطع گردد در حالیکه ۷۰٪ با میتادون این اعراض کاهش می یابد. ادویه دیگری Buprenorphine (ادویه مختلط از آخذة های ایم یو اگونست و انتاگونست بوده که دارنده تأثیرات سؤ استفاده کم بوده و نیز در صورت ازدیاد ادویه پوتنسلیل کم دارد.

۲- **سم زدائی و خود داری از مخدرات:** بعد از اینکه یک مریض توسط میتادون ثبات حاصل می کند (۲۰ میلی گرام روزانه) میتواند عاجلاً از clonidin (۰/۳-۰/۱ ملی گرام روزانه برای ۲ روز و بعداً در روز سوم ۰/۷-۰/۲ ملی گرام روزانه برای ۱۴-۸ روز و بعداً آهسته آهسته قطع گردد) و یا Naltrexone (۵۰-۲۵ ملی گرام روزانه برای ۱۰-۵ روز و بعداً ۱۵۰-۱۰۰ ملی گرام هر هفته سه بار و بعداً تدریجاً کاهش داده شود) استفاده کند.

همچنان از Nalorphine، Naloxone استفاده شده میتواند.

VII. برسام آوران

VIII. مواد انشافی، نیکوتین

IX. اختلالات ناشی از استفاده کافین (به جدول ۸-۶ مراجعه شود)

سوالات برای مرور

۱. تعریف کنید:
 - سؤ استفاده از دوا
 - وابستگی به دوا
 - تحمل دوائی
 - اعتیاد و قطع دوائی
۲. فکتورهای زمینه ساز و اختلالات سؤ استفاده از دوا را توضیح نموده و میتود های مختلف لابر اتواری را که برای سؤ استفاده از ادویه استفاده میشود شرح دهید؟
۳. کلمه الکولیزم را کی ابداع نمود؟ پتوجنیزس و اخطارها و علایم اولیه وابستگی به الکول را بیان دارید؟
۴. بعضی از درک های غلط در باره وابستگی به الکول را نام گرفته و بعضی اختلالات مهم آنرا بنویسید؟
۵. وابستگی و سندروم قطع الکول چیست و تاثیرات الکول را در حاملگی بیان دارید؟
۶. در موارد زیر مختصراً بنویسید:
 - (a) سندروم قطع بنزو دیازپین
 - (b) سایکوز ناشی از مصرف امفیتامین
 - (c) اختلالات وابستگی به چرس
 - (d) سندروم بی علاقی
 - (e) کافینیزم
 - (f) آخذه های اوپیوم
 - (g) مثلث طلایی و هلال طلایی
۷. بعضی مشتقات تریاک را که مورد سؤ استفاده قرار میگیرند نام ببرید، همچنان سنروم قطع دوائی تریاک و تداوی آنرا بیان دارید؟
۸. موارد استعمال چرس در طب کدامها اند، همچنان اختلالات مقدم و مؤخر آنرا توضیح نمایند؟
۹. اختلالات ناشی از اضرار نیکوتین(استفاده از تنباکو) کدامها اند؟
۱۰. اعتیاد با ادویه را چگونه تداوی خواهید نمود، گامهای مهم در وقایه برای سؤ استفاده از ادویه چیست؟

سوالات برای امتحان مسلکی

- در باره :
 - سؤ استفاد از ادویه(اعتیاد دوائی)
 - اعتیاد
 - Brown suger
 - LSD
- مختصراً بنویسید؟

پس منظر روانی صرع

تعریف، سبب شناسی، مراحل، تصنیف، لوحه کلینیکی، تشخیص، مساعد کننده ها، اختلالات روانی، تداوی دوائی، احیاء مجدد (مکتب، راننده گی، عروسی و طلاق، استخدام) ادویه جدید.

صرع ممکن به شکل یک اختلال مغزی تعریف گردد که به شکل بی نظمی تشنجی مغزی تبارز می کند. این بی نظمی مترافق با اعراض بوده و با حملات یکجا میاشد (حمله "Seizure" عبارت از خروج زیاد، آنی، بی نظم دیسچارج های قشری بوده که به انساج مجاور انتشار یافته و ممکن باعث اینارملتی های حرکی، حسی و روانی گردد). لوحه کلینیکی این حملات نظر به ساحه متأثره مغز، سرعت، طرز انتشار امواج غیرنورمال برقی فرق می کند.

لوحه کلینیکی حملات مربوط به ساحه متأثر شده مغز
 فرق می کند و سرعت، نمونه و انتشار چارچ های برقی
 غیر نورمال بطور آنی غیر نورمال میباشد.

اپیدیمولوژی

۰.۲ الی ۰.۳ فیصد تمامی نفوس متأثر گردیده
 است. ارقام شیوع صرع بنفھسی در نفوس عامه از ۲-۲۰ فی هزار نفوس تفاوت را نشان میدهد.

سبب شناسی

حملات بدون در نظر داشت انواع آن میتواند طبیعتاً به شکل ابتدائی و ثانوی مجزا گردد.
حملات ابتدائی اختلال حملات ابتدائی نماینده گی از یک سندروم مشخص را می نماید که در عدم موجودیت پتالوژی مغزی بوجود می آید و از باعث علل نامعلوم واقع می گردد. اختلالات **حملات ثانوی** متکی بر پتالوژی مغزی بوده و از باعث علل واضح و مستند بوجود می آید.

مراحل حملات

(a) **مرحله قبل از بوجود آمدن حمله (preictal phase):** این مرحله دربرگیرنده اعراض و علائم وصفی مخبروی (aura) میباشد که معمولاً قبل از حمله بوده و زمانی بوقوع میرسد که هنوز شخص در حالت شعوری قرار دارد. اعراض عام مخبروی عبارت اند از سردردی، سنگینی بطنی یا درد بطن، ضربان قلبی برسامات و غیره میباشد.

(b) **مرحله خاص حمله (Ictal phase):** متناسب باحمله عمومی بوده و اگر حمله عمومی باشد باعث ضیاع شعور گردیده و هم چنان بعداً فراموشی را باعث میگردد حملات محراقی حرکی و یا حسی باعث ضیاع شعور نمی گردد. سایر تظاهرات علاوه از ضیاع شعور و فراموشی میتواند افزایش و یا ضیاع مقویت عضلی و یا حرکات، مختل شدن حسیت، تشوشات در سیستم عصبی خودکار (ضربان قلب و عدم اقتدار بولی و مواد غایبی) جویدن لب ها، تشوشات در افکار و هیجانات. حمله ممکن چند ثانیه و یا چند دقیقه محدود ادامه پیدا کند.

از جمله تمام اشکال اختلال حملات معمول ترین آن ها نوع منتشر یا grand mal است.

(c) **مرحله بعد از حمله (post ictal phase):** اعراض میتواند در این مرحله از یک حالت بیداری الی اختلال شعور، دلیریوم، فلج گذری (Todd's paralysis) یا افزای، فراموشی حوادث ما قبل حمله، سردردی، درد بدن، دلبدی، استفراغات، سایکوزس، و یا حمله بعدی موجود باشد.

تصنیف

تصنیف کلینیکی اختلالات حمله عموماً متکی بر اعراض ارائه شده است که در مراحل قبل از حمله، در زمان حمله و بعد از حمله ذکر گردیده. در جدول ۹-۱ ارائه شده است.

لوحه کلینیکی

در تمامی اشکال اختلال صرعه بزرگ تقریباً ۵۰ فیصد را تشکیل میدهد واقعات سایر انواع وصفی و غیر وصفی از ۳ الی ۱۵ فیصد میباشد. گر چه احصائیه واقعات تفاوت می کند اما ۵۰ فیصد تمامی بیماران نوع صرعه کوچک، حملات ساده قسمی و ساده مغلق نیز دچار حملات صرعه بزرگ می گردد و یا این

حملات را به شکل حملات انفرادی و یا حملات که به شکل ثانوی حالت عمومی را به خود می گیرد داشته اند.

جدول ۹-۱ صنف بندی اختلالات حمله

I. عمومی یا تحت قشری

(شروع محراقی ندارد، امواج خروجی دو طرفه همزمان و متناظر و ضیاع شعور)

a. صرعه بزرگ (Grand Mal)

b. صرعه کوچک (Petit Mal)

۱. خفیه (absence)

۲. مایوکلونوس

۳. بدون حرکت (akinetetic)

II. قسمی یا نیوکورتیکال (آغاز محراقی دارد)

A: ساده (معمولاً ضیاع شعور وجود ندارد)

۱. حرکی - چرخشی، مارشی، محراقی

۲. حسی - حسی جسمی، بصری، سمعی، ذائقی، دهلیزی

۳. عاطفی - خودکار، حشوی

B. مغلق یا صرع لوب تمبورال (معمولاً شعور مختل می گردد)

تشخیص

پایه اصلی تشخیص اختلالات حمله همانا تاریخچه دقیق میباشد (از یک شخص که معلومات دقیق دارد) نوار برقی مغز تنها میتواند در تثبیت نمودن نوع اختلال حمله کمک نماید. به جدول ۹-۲ نگاه شود.

I) **حملات صرعه کوچک** با تغییرات همزمان دوطرفه، سه دور در هر ثانیه امواج تیز و گنبدی (dome و spike).

II) **حملات صرعه بزرگ عمومی** این حملات روش متفاوت را نشان میدهد مثلاً امواج تیز با ولتاژ بلند چند محراقی و یا منتشر و یا هم سپایک.

II) **حملات قسمی مغلق** این حملات به شکل وصفی مترافق با امواج تیز محراقی یک طرفه، فعالیت امواج تیز و یا امواج تیز با امواج ریتمیک بطی بوده و معمولاً میان ساحه انبارملتی برقی و طبیعت اعراض در وقت حمله یک هماهنگی موجود است.

در صرع فص صدغی جویدن لب ها، jamais vu، déjà vu
برسامات بویائی و موسیقی معمول است .

(IV) حملات قسمی مغلق (نوع روحی حرکی)

این حملات مترافق با ۶-۴ دور امواج بطی دارای دامنه بلند به مانند (دندان‌های ااره) در هر ثانیه بوده اما سایر اشکال انبارملتی های محراقی نیز میتواند دیده شود.

جدول ۹-۲ اهمیت تشخیصه نوار برقی مغز

نوع حملات	دریافت های نوار برقی	کاربردهای تشخیصی
۱. صرع عمومی تونیک کلونیک	ولتاژ پایین، فعالیت تیز زیاتر از 10 هرتز در مرحله تونیک تدریجاً توسط امواج بطی و بزرگتر در جریان اختلاج عوض میگردد فعالیت میان دو حمله ذریعه امواج تیز و خصیصه موجی مشخص می گردد.	نوار برقی مغز بین دو حمله ممکن کاملاً نورمال باشد و در صورت که غیر نورمال باشد تغییرات غیر وصفی موجود است.
۲. حملات نوع خفیه	سپایک های خفیف 3 هرتز و امواج تیز و بطی هر دو در مرحله حمله و همچنان از دوره میان دو حمله میباشد.	مشخص کننده پتالوژیک حملات نوع خفیه
۳. حملات نوع مایو کلونیک	پولی سپایک و امواج غیر وصفی تیز و بطی هر دو در مرحله حمله و نیز در دوره میان دو حمله میباشد.	تغییرات غیر وصفی
۴. سپزم نوزادی	پس منظر غیر منظم دارد امواج با ولتاژ بلند و بطی، سپایک سرکوب می شوند (hypsarrhythmia)	در واقعات مشکوک تشخیص کننده می باشد
۵. حملات نوع ساده و مغلق قسمی	در مرحله حمله امواج سپایک منظم در بالای ناحیه ماوفه رأس اما بعضاً سپایک های غیر منظم در دوره میان دو حمله.	در جریان حمله ممکن نورمال باشد

مساعد کننده ها

فکتورهای شناخته شده که صرع را مساعدت می نماید در جدول ۹-۳ داده شده است

جدول ۹-۳ مساعد کننده های عام صرع

- تب
 - خواب
 - فشارهای هیجانی
 - درد
 - روشنی برق آسا
 - سر و صدا
 - موزیک
 - آب و آتش
 - دوره تحيض
 - الكول
 - ترضیضات قحف
 - تنفس زیاد
 - گرسنگی
 - كسالت زیاد
 - ارگاسم جنسی
 - ادويه جات (ستروئید ها، فینوتازین، قطع آنی الكول یا بنزودیازپین ها) امفیتامین ها و reserpine-INH و غیره
-

سندروم Lennox gastaut مشتمل می گردد بر سه پایه: حملات absence, petitmal و مایو کلونیک.

اختلالات روانی صرع

در جدول ۹-۴ نشان داده شده است

جدول ۹-۴ اختلالات روانی صرع

۱. اختلالات که از باعث بیماری های مغز است و باعث بوجود آمدن حمله می گردد	
۲. اختلالات که از باعث شدن حملات در مراحل زمانی معین بوجود می آید	
قبل از حمله	--- مخبروی
زمان حمله	---- حملات قسمی مغلق، حملات خفیه، حالت قسمی مغلق ستانوس
بعد از حمله	---- اتوماتیزم، کانفوژن/ حالت تیرگی شعور
۳. اختلالات که ارتباط به زمانی وقوع حمله ندارد: (زمان بین دو حمله)	
A. اختلالات دوران طفولیت و بلوغ	
a	عصبی، ضد اجتماعی و مختلط
b	سایکوز دوران طفولیت
B. اختلالات دوران کهنولت	
a.	اختلالات شخصیت
b.	تغییرات شخصیت (با سابقه شخصیت نورمال)
c.	نیوروز
d.	اختلالات رفتار
e.	عدم کفایه جنسی
f.	سایکوزس
-	عاطفی / اسکیزوافکتیف
-	شبه اسکیزوفرنی مزمن
g.	زوال عقلی

تداوی

a) **ادویه جات:** استطبابات، مقدار روزانه و عوارض جانبی معمول در جدول ۹-۵ و ضمیمه I ارائه شده و هم چنان عمل متقابل ادویه در ضمیمه II ارائه شده است. اساسات ذیل نیز باید بخاطر باشد.

- تداوی کافی، که هدف آن باید قطع شدن حملات باشد
- مقدار ادویه برای بیمار مخصوص عیار گردد
- یعنی مقدار کم در ابتدا
- از استعمال چند ادویه همزمان خود داری گردد
- دوام تداوی (قطع آنی یا اخذ غیر منظم ادویه دلیل عمده حملات در بیماران بشمار میرود)
- ادویه باید حداقل ۳-۲ سال بعد از وقوع حمله اخیر ادامه داده شود
- ضروری میباشد تا از مقدار کم ادویه آغاز شود و تدریجاً اضافه گردد تا که به مقدار اعظمی برسد
- قبل از اینکه ادویه جدید را علاوه نمایم، هر ادویه دست داشته باید امتحان گردد
- سویه ادویه جات در سیروم ارزیابی گردد و در صورت امکان میتوانیم مقدار ادویه را عیار سازیم

در اطفال تب (اختلاج فیبریل) در سن پنج ماهگی الی شش سالگی و در کاهلان نوع ایدیوپاتیک، ترضیص دوره کهولت مقدم در سن متوسط، استعمال الکھول در سن متوسط و سن پیری و امراض وعایی معمول ترین اسباب صرع میباشد.

معیار برای قطع نمودن ادویه ضد صرع

- ضرورت مطلق
- در مدت زمانی ۳-۲ سال هیچ نوع حمله واقع نشود
- توافق نامه رسمی بیمار

- فکتورهای قناعت بخش

صرع اطفال، صرع منتشر ابتدائی، ارزیابی اختلال عمومی دوام کاهش صرع، نواربرقی نورمال مغز کسی که در بوری نمی کند

- فکتورهای که قناعت بخش نمی باشد

اگر صرع به شکل مؤخر شروع شده باشد
اگر صرع به شکل قسمی آغاز شده باشد
اختلال مغزی باشد

دوام زیاد داشته باشد
نوار برقی مغز غیر نورمال باشد
شخص دربوری کند



شکل ۹-۱ اندفاعات جلدی ناشی از کاربامازین

حمله اختلاجی که در خواب رخ میدهد، عدم کنترل ادرار و مواد غایبه و پدید آمدن بعد از حمله از جمله علائم معتبر است که حملات هستریک را از حمله حقیقی تفریق می کند.

(b) تداوی عمومی: عادات منظم خوردن و خوابیدن، رژیم کافی پرهیز از الکل و فعالیت فیزیکی در تداوی این بیماران حایز اهمیت زیادی است.

(c) از بین بردن فکتورهای سببی: پرهیز و خودداری از فکتورهای مساعد کننده صرع، شق نمودن جراحی، آفت مخرب معین و تداوی بالخاصه امراض فیزیکی نیز میتواند در تداوی مؤثر نقش خوبی داشته باشد تداوی جراحی درحالاتی ذیل مدنظر باشد:

- اگر بیمار شدیداً از باعث حملات معیوب شده باشد

- در صورت که به مدت ۳-۵ سال ادویه جات مختلف امتحان شده باشد و کدام مؤثریت نداشته باشد

- شواهد کلینکی، نواری برقی مغز و اسکن PET در رابطه به اینکه حملات به شکل متداوم از یک ناحیه موضعی قشر مغز منشأ گرفته موجود باشد و بعد این ناحیه توسط عمل جراحی برداشته شود معیوبیت به بیمار ایجاد نمی گردد.

لوبوتومی صدغی مثلاً برداشتن جراحی ۶ سانتی متر ساحه قدامی لوب صدغی یکی از تداوی های معمول جراحی میباشد دو سوم این بیماران بعد از تداوی جراحی بهبودی زیادی حاصل می کنند، وهم چنان ۵۰ فیصد این بیماران دیگر دچار حمله نمی گردد.

برای تداوی صرع گراندمال فینی توئین، فینوباریتال، کاربامازپین، در صرع پیتی مال ایتو سوکساماید، سودیم وال پروات و در صرع فص صدغی، کاربامازپین، فینی توئین

d) تداوی سایکولوجیک و اجتماعی: توجه متناسب برای شکوک و ترس بیمار باید مبذول گردد. مریض و اقارب اش باید در مورد طبیعت بیماری، فکتورهای مساعد کننده و عواقب آن تعلیم داده شود. و از تحریر های غیر ضروری بالای مریض خود داری گردد.

جدول ۹- ۵ استطبایات معمول، مقدار روزانه ادویه و عوارض جانبی ادویه جات سنتی ضد صرع

ادویه جات	استطبایات	مقدار که با آن شروع میشود ملی گرام با معیاد ملی گرام روزانه	مقدار مجموعی روزانه ملی گرام فی کیلوگرام وزن بدن	اندازه پلازمائی تداوی ادویه مایکرو گرام فی لیتر (ملی مول فی لیتر)	ایام که حالت بهبودی حاصل میگردد	عوارض جانبی معمول
Phenobarbital	صرعه حرکتی بزرگ، ساده قسمی و مغلق	۳۰ از طرف شب (۲۴۰-۳۰)	۱-۵	۲۰-۴۰ ۶۵-۱۷۰ مایکرومول فی لیتر	تا به ۳۰	گنگسیت، رش جلدی، اتاکسی، اختلال شعور، رعشه، ضعیفی جنسی، اتوما تیزم دوائی، وابستگی و فرط فعالیت سلوکی در اطفال
Primidone	صرعه حرکتی بزرگ، ساده قسمی	۱۲۵ از طرف شب (۱۵۰-۲۵۰)	۵-۲۰	۶-۱۲	تا به ۳۰	گنگسیت، اتاکسی، رش جلدی، احساس درونی عجیب و

غریب بودن					و مغلق	
رشد جلدی، بزرگ شدن بیره ها، اتاکسی، سرچرخشی، کم خونی میگالوبلاستیک، برآمدن موها، تخرشیت، سندروم شبه لمفوما، نرم شدن استخوان ها و نادراً آگرانولوسایتوزس	۷-۲۱	۱۰-۲۰ (۴۰-۱۰۰)	۴-۷	۱۰۰ روزانه دوبار (۱۵۰-۵۰۰)	صرعه حرکتی بزرگ، ساده قسمی و مغلق	Phenytoin
دلبدی، گنگسیت، دوبیتی، خواب آلوده گی، سردردی، عکس العمل الرژیک جلدی، کاهش حجرات سفید خون	الی ۱۰	۴-۱۰ (۱۷-۴۲)	۷-۱۰	۱۰۰ روزانه دوبار (۴۰۰-۱۸۰۰)	صرعه حرکتی بزرگ، و حملات ساده مغلق	Carbamazepine
دلبدی، نارامی معده، خواب الوده گی، گنگسیت و سردردی	الی ۱۴	۴۰-۱۵۰ (۲۸۵-۸۵۰)	۱۵-۳۵	۲۵۰ روزانه دوبار (۵۰۰-۱۵۰۰)	صرعه کوچک	Ethosuximide
ترس از روشنی، رش، خواب الودگی، کاهش حجرات خون، هیپاتیت و نفروزس	الی ۱۴	۵-۴۰	۱۰-۲۵	۳۰۰ ملی گرام روزانه (۶۰۰-۱۲۰۰)	صرعه کوچک	Trimethadione
خواب الوده گی، ناراحتی معدی معانی و ریختن موها	۴	(۳۵۰-۷۰۰)	۱۰-۵۰	۲۰۰ روزانه دوبار (۶۰۰-۳۰۰۰)	صرعه کوچک، مایو کلونیک، بی حرکت و صرعه بزرگ	سودیم ولپرات
خواب الوده گی، اتاکسی، بیحرکی، فرط تهیج، تفریط فشارخون، مسمومیت، تحمل (به دوز اعظمی)	الی ۱۴	۰/۰۱۳ الی ۰/۰۷۲	در ۰/۱-۰/۲ ابتدا (۱/۵-۲)	۰/۵ ملیگرام روزانه دوبار (۱-۱۰)	صرعه کوچک، مایو کلونیک، بدون حرکت	کلونازپام

اختلالات روانی

doxepin و Protriptyline، Triimipramin انتخاب مضمون ادویه جات ضد افسردگی میباشند. در شمار ادویه نیورولپتیک ها هالوپریدول، ترای فلوپیرادول، imipramine، amitriptyline، nortriptyline، trifluoperazine، thioridazine، pimozide، chlorpromazine از جمله ادویه جات اند که در ردیف ترجیح دهی برای سایکوز صرع قرار دارند.

درمیرضان صرع butyrophenon (در بین نیورولپتیک ها) ، کاربامازپین (با خاصیت ثابت کننده مزاج) ، الپرازولام و ترتوپان (در بین ادویه جات ضد افسرده گی) انتخابی میباشد .

احیای مجدد

پس منظرهای عمده قرار ذیل اند :

(a) مکتب رفتن : یکی از پس منظرهای عمده

احیا مجدد در بیماران صرع میباشد مراتب آتی

مدنظر باشد :

- هرگز صرع را منحنی سد راه در بر آورده شدن تقاضا ها قبول نه نماید
- هرگز از صرع منحنی معذرت استفاده نه گردد
- هر فعالیت شخص باید قابل تقدیر و تقویت قرار گیرد تا بتواند تصویری بهتری از زندگی خود داشته باشد
- هرگز در مورد شخص بیمار به شکل خفیه و یا پشت در های بسته سخن زده نشود
- صرع را زمانی که ضرورت باشد با خودش در میان بگذارد
- بیمار را در انتخاب نمودن شغل یا وظیفه همکاری نماید چنانچه برایش حقیقی بوده و باعث تحت فشار آوردن محدودیت هایش نگردد.

ادویه جات بوسپایرون و کلوردیازپوکساید دارای خصوصیات کم در تغیر دادن قدمه حمله میباشد.

(b) **عروسی و طلاق** : عروسی میتواند اولین حمله صرع را جاویدانی بسازد و یا از باعث فشارهای هیجانی

بوجود آمدن از عروسی میتواند حملات را شدت بخشد. علاوه بر این اختلالات صرع چون سایکوزس،

زوال عقلی و تشوشات شخصیت میتواند باعث فسخ این عروسی نیز گردد.

(c) راننده گی: در هندوستان قوانین ترافیکی اجازه راننده گی را به بیماران مصاب به صرع نمی‌دهد. مریضان که حملات شان با ادویه مکمل کنترل شده باشد باعث خطرات زیادی در ترافیکی نمی‌گردند. شخص بیمار باید در راننده گی موترهای ترانسپورت عامه جداً خود داری ورزد.

(d) استخدام: وظیفه باعث مصونیت مالی گردیده و هم چنان باعث بوجود آمدن علاقه گیری واحساس آزادی و مسؤولیت در نزد شخص گردیده و این همه در عیارسازی مناسب اجتماعی کمک می‌نماید. بعضی شغل‌ها مشخص می‌تواند باعث ضرر به بیمار مصاب به صرع گردد. مثلاً وظایف که بستگی به آتش، آب، زینه‌ها، طور مثال رنگمالی و پاک کاری کلکین‌ها، ماشین‌الات، راننده گی موتر و غیره دارد. معمولاً برای شخص بیمار قابل منفعت است اگر به قسم اشخاص معیوب ثبت گردد.

ضمیمه-I: ادویه جات جدید ضد صرع

ادویه	مؤثریت در تداوی	مقدار ادویه	تأثیرات سؤ		عمل متقابل با سایر ادویه
			سیستم عصبی مرکزی	سیستمیک	
Lamotrigine	صرع قسمی و صرع نوع عمومی	۵۰۰-۳۰۰ میلی گرم روزانه	سردردی، گنگسیت، اتاکسی، دوینی	رش جلدی، دلبدی، استفراغات	CBZ، فینوباریتال نیم عمر این ادویه را کاهش میدهد و VPA، آنرا زیاد می‌کند
Gabapentin	صرع قسمی	۱۲۰۰-۴۰۰ میلی گرم درروز	گنگسیت، خواب، الوده گی، اتاکسی	تخریش معدی، معانی کسالت، ازدیاد وزن	ندارد
Felbamate	صرعه قسمی که به شکل ثانوی عمومی شده باشد، لپنوکس گستوسندروم	۳۶۰۰-۲۴۰۰ میلی گرم روزانه 15-30mg/kg روزانه (اطفال)	بی خوابی، سردردی، گنگسیت	تخریش معدی، معانی، دلبدی، استفراغات، کم خونی، اپلاستیک	باعث ازدیاد سوبه VPA شده و باعث کاهش سوبه CBZ و باعث کاهش سوبه felbamate می‌گردد.
Vigabatrin	صرع قسمی	2-4mg/kg 50-200 میلیگرم روزانه (اطفال)	گنگسیت، سردردی، عصبانیت، افسردگی، دوینی	ازدیاد وزن و کسالت	باعث کاهش سوبه PTN می‌گردد.

		تشنه‌ها حافظه			
Oxcarbazepine	حملات قسمی تونیک کلونیک	۶۰۰-۱۲۰۰ ملی‌گرم روزانه	گنگسیت، خواب الودگی، سردردی، دوبینی، اتاکسی، نیستکسوس	کسالت، دل‌بندی، استراغات و اسهالات	باعث کاهش در مؤثریت ادویه ضد حمل می‌گردد و باعث ازدیاد سوبه VPA و PTN می‌گردد.
Clobazam	صرع قسمی، حالت شدید، صرع کاتامینال، لبنوکس گستو سندروم	۲۰-۳۰ ملی گرم روزانه	خواب‌الود غمی، دل‌بریوم، افرد غمی، مانیا، سردردی	تحمیل ، خشکی دهن	

ضمیمه - II: عمل متقابل دوائی در ادویه معمول ضد صرع

ملاحظات	میکانیزم عمل متقابل ادویه	ادویه جات همراه	ادویه ضد صرع
۳-۴ ساعت وقفه میان اخذ هر دوا دویه می‌گردد. بسیار باید احتیاط گردد.	ممکن باعث کاهش در جذب فینی توئین گردد. باعث نپی میتابولیزم فینی توئین می‌گردد.	Antacid Cimitidin Aminophyllin	فینی توئین
هر دو باید در یک بیچکاری ویا یک سیروم مخلوط نگردد.	عدم موجودیت هم آهنکی کیمیای هر دو میتواند فینی توئین را غیرفعال سازد.	Theophylline Insulin Tolbutamide Disopyramide Dexamethason	
ازدیاد در مقدار تیوفیلین با تناسب ۱/۵ در مقابل ۲ ممکن ضرورت باشد. ازدیاد قند خون. کاهش در قند خون	باعث کاهش نیم عمر تیوفیلین شده و باعث ازدیاد اطراح تیوفیلین می گردد نپی نمودن افزانسونلین فینیتوئین میتابولیزم را نپی مینماید	ادویه جات فمی ضد حاملگی	
مقدار ادویه ضد اریتمی باید ازدیاد داده شود. سوبه فینیتوئین باید در سیروم ارزیابی گردد.	باعث ازدیاد میتابولیزم pyramide میگردد. میتواند الی ۴۰ فیصد باعث ازدیاد غلطت فینیتوئین گردد.	Doxycyclin tetracycline	
ممکن باعث ناکامی ادویه ضد حاملگی گردد. برای فعالیت مؤثراتی	باعث ازدیاد واپس زدائی ستروئیدها می‌گردد.		

<p>بیوتیک باید تحت ارزیابی باشد.</p> <p>میتواند برای مسمومیت با فینیتوین زمینه سازی کند.</p> <p>میتواند برای مسمومیت با فینیتوین زمینه سازی کند.</p> <p>نباید هر دو یکجا گردد.</p> <p>مسمومیت فینیتوین میگردد.</p> <p>غلظت فینیتوین را کاهش میدهد، عیارسازی مقدارادویه ممکن ضرورت شود.</p> <p>تأثیرات مجموعی قابل پیش بینی نمی باشد</p> <p>مقدار valproate باید عیارساخته شود.</p>	<p>باعث ازدیاد درواپس زدانی این ادویه می گردد.</p> <p>باعث نهی میتابولیزم phenytoin می گردد.</p> <p>باعث نهی میتابولیزم phenytoin می گردد</p> <p>فینیتوین میتواند برای مسمومیت بالیتوم زمینه سازی کند.</p> <p>باعث کاهش میتابولیزم و قدرت وصل با پروتین پلازما ادویه phenytoin می گردد.</p> <p>باعث تقویت تجزیه شدن فینی توین توسط آنزایم می گردد.</p> <p>میتابولیزم فینیتوین رازیاد می کند.</p> <p>باعث کاهش میتابولیزم فینیتوین شده و نیز قدرت توصل با پروتین پلازما فینیتوین را کم میسازد</p>	<p>INH</p> <p>Dicumarol</p> <p>Lithium</p> <p>Phenylbutazone</p> <p>Carbamazepin</p> <p>Phenobarbitone</p> <p>Valproate</p>	
<p>میتواند باعث عوارض جانبی شدید گردد لذا خود داری گردد</p> <p>سویه کاربامازپین باید ارزیابی شود.</p> <p>اعراض سمی عصبی ذیل را بار می آورد:</p> <p>ختلال شعور، تحریف، خواب</p>	<p>باعث نهی میتابولیزم کارباماز پین می گردد.</p> <p>غلظت کاربامازپین آزاد را در سیروم بلند میبرد.</p> <p>عمل متقابل را درمقابل یکی یا زیاتر از اخذده های مغزی به طور مستقیم یا غیرمستقیم ایجاد می کند.</p> <p>میتابولیزم کاربامازپین را تحریک نموده و برعکس</p>	<p>Erythromycin</p> <p>INH</p> <p>Lithium</p> <p>Phenobarbiton</p>	<p>(CBZ)/Carbamazepin</p>

الوده گی و اتا کسی	و برعکس آنرا نیز اجرا می کند کار با ماز بین باعث کاهش سویه والپروات در خون می گردد.	Valproic acid	
باعث انحطاط شدید سیستم عصبی مرکزی و تشوش حرکی می گردد. باعث ناکامی تداوی می گردد.	سینرجیزم با الکل دارد. مینابولیزم این ادویه توسط فینوباریتال تقویه می گردد. فینوباریتال مینابولیزم انرا تقویت می کند باعث مینابولیزم tolbutamide و تحریک مینابولیزم وارفارین می گردد.	الکھول، اتی هسٹامین ها و اوپیات ها Chloramphenicol ادویه جات فمی ضد تولبوتامید warfarin	phenobarbitone
باعث ازدیاد مقدار والپروات به اندازه 1/5 در برابر ۲ می گردد.	سویه والپروات رادرسیروم کاهش میدهد.	Valproate	
عمل متقابل فینوباریتال مشکوک می گردد. والپروات باید به تناسب ۱/۲:۵ اضافه گردد تا تداوی حاصل گردد.	باعث دوباره بازگشت به طرف فینوباریتال می گردد. باعث کاهش درسویه والپروات می گردد.	Phenytoin Valproate	Primidone
	والپروات از توصل پروتین جدا شده لذا سویه آزاد آن زیاد می گردد و باعث بوجود آمدن ماده بنام 4- ene valproate می گردد، که یک ماده زھری میباشد.	Aspirin	Sodium valproate

سوالات برای مرور

۱. صرع را تعرف نموده و منظره کلینیکی آن چگونه است؟
۲. فاز های مختلف اختلاج کدامها اند و بعضی اسباب مهم صرع را بیان دارید؟
۳. اختلالات تشنجی را تصنیف بندی نموده و اسباب مهم صرع را در گروپ های مختلف سنی (کودکی، نوجوانی، مرحله مقدم کهولت، سنین متوسط و کهنسالی) بیان دارید.
۴. اختلالات مهم صرع کدامها اند؟ بعضی اختلالات روانی غیر مرتبط به زمان را که در وجود آوردن تشنج نقش دارند بیان نمائید؟
۵. در باره اصطلاحات ذیل مخترا بنویسید:
 - (a) شخصیت صرعی
 - (b) نارمل سازی جبری
 - (c) صرع انزالی
 - (d) صرع هیستریایی
 - (e) زوال صرعی
 - (f) سایکوز انتر اکتال
 - (g) فراموشی گذرای سرتاسری
 - (h) صرع معند
 - (i) ادویه ضد تشنج جدید
 - (j) لیتوکس گاستو سندروم
 - (k) صرع عکسوی
 - (l) صرع مقاوم
 - (m) سپرم نوزادی
 - (n) صرع و جنسیت
۶. پیامد های روانی اجتماعی صرع کدامها اند؟ و چگونه تداوی میشوند؟
۷. مشوره های شما برای یک مریض مصاب صرع و فامیل مریض در موارد؛ مکتب رفتن، ازدواج، استخدام و مریضی ها چه خواهد بود؟
۸. قدمه های ناشی از تنقیص سوبیه دوایی در تشنج را بر شمرده و در مورد تداوی صرع در حالات بار داری و شیر دهی توضیحات ارایه دارید؟
۹. تداوی صرع را در مریضان ذیل توضیح نمائید:
 - (a) آفات کبیدی
 - (b) عدم کفایه کلیه
 - (c) سن بلند
 - (d) اختلالات مزاج
 - (e) احتشای عضله قلب

سوالات امتحان مسلکی

- در موارد ادویه ضد صرع، صرع معند، اختلالات روانی صرع و جنون صرعی مختصراً بنویسید؟

اسکیزوفرنی و اختلالات پارانوئید

اسکیزوفرنی (تعریف، تاریخچه، اپیدمیولوژی، انواع عمده و فرعی، سبب شناسی، معیار تشخیصیه، تشخیص تفریقی، تداوی (تداوی حمله حاد، مراقبت بعدی و انواع مقاوم)، سیر (فکتورها ی مرتبط به عواقب)، اختلالات هذیانی (سندروم های نام گذاری شده چون دی کلارام بولت (de clerambault)، اوتیلو (Othello)، کپگراس (capgras)، اکبوم (Ekbom)، فریگولی (Fregoli) وغیره).

اسکیزوفرنی

تعریف

این گروه از اختلالات توسط تشوش در افکار مشخص می گردد، تشوش در فعالیت حرکی روحی، عاطفه، ادراک و رفتاریکجا میباشد.

اصطلاح شیزوفرنی توسط Eugen bleuler شرح شد که به معنی پارچه شدن مغز (نه شخصیت) قبل از این اصطلاح dementia praecox که توسط Emil kraepelin شرح شده بود استفاده می گردید.

تاریخچه

مؤلف مورل (Morel) اصطلاح دیمینس پریکوس

را برای تشریح حالت یک مریض کاهل به کاربرد، که زمانی روشن و فعال بود، اما بعداً آهسته آهسته درحالت خاموش قطعی قرار می گیرد. درسال ۱۸۶۸ عالمی بنام

K.L. Kahlbaum سندروم Katatonia (کتابتونی امروزی را) را شرح نمود درسال ۱۸۷۱، E. Hecker، Hebeephrenie، را شرح نمود. Emil kraepelin پروفیسور جرمنی روانی که در سال های ۱۹۲۶-۱۸۵۶ حیات داشت برای بار نخست مانیاک دپرسیف سایکوزس را از dementia praecox (اسکیزوفرنی

مزمّن امروزی (مجزا قرارداد. Eugen bleuler (۱۹۳۹-۱۸۵۷) یک روان شناس سوییسی اصطلاح اسکیزوفرنی را شرح داد که معنای آن نیم شدن یا چاک شدن مغز میباشد. درسال ۱۹۵۹ روانشناس جرمنی بنام Kurt Schneider (۱۹۶۷-۱۸۸۷) اعراض ردیف نخست را شرح داد (عدم موجودیت بیماری عضوی).

آپیدیمولوژی

وقوعات دقیق و شیوع آن نامعلوم است

- وقوعات: سالانه ۲۰-۱۰ نفر در هر یکصد هزار
- شیوع: ۱-۰/۲ فیصد (در بعضی نواحی جهان مثلاً سوئیدن شمالی) الی ۲/۸ فیصد
- سن آغاز بیماری: سن بلوغ یا بلوغت مقدم.
- تناسب جنس: در مردان و زنان مساوی است.
- سایر تغییرپذیری ها: وقوعات زیادی در ولادت های زمستانی، در اشخاص چپ دست، و در افراد طبقه پائین جامعه.

تظاهرات سریری

به جدول ۱۰- اتوجه شود

منظره تاریخی اسکیزوفرنی

معیارهای شنایدر (Schneider's)	علامه های چهار A بلولر (Bleuler's)
<p>اعراض ردیف اول</p> <p>الف: حادثه منفعل بودن.</p> <ul style="list-style-type: none"> - پخش، ربودن و غرس افکار در مغز. - انفعال جسمی. - حرکات ساخته شده، آنگیزه ها، عاطفه. <p>ب: اختلالات ادراک</p> <ul style="list-style-type: none"> ۱. برسامات شنوائی - شنیدن صدای افکار خود. - صداهای که در مورد شخص با هم بحث و مشاجره می کند. - شنیدن صداهای که اظهار نظرمی کند. 	<ul style="list-style-type: none"> - اوتیزم (Autism) غرق افکار درونی - نقیصه عاطفی (Affective defect) کند و یا هموار - دودلی (Ambivalence) - نقیصه همکاری (Association defect) از دست دادن

<p>۲. درک هذیانی اعراض ردیف دوم باقی مانده اختلالات عاطفه، درک، و افکار.</p>	
--	--

جدول ۱۰-۱ چگونه بیمار مصاب به اسکیزوفرنی معمولاً مراجعه می نماید

- رفتار غیر نورمال (توهین آمیز، تجاوز گرانه، مخرش، منفی گرایانه، عدم همکاری).
- سخنان غیر متناسب و غیر منطقی (جواب های که معنی متناسب ندارد).
- سکوت (باخود سخن میزند) با سر و دست اشاره می کند.
- صدا های تحریک آمیز، دیدن چهره ها (بدون کدام منبه).
- نشستن و برخاستن در یک وضعیت غیر نورمال به مدت طولانی، قواره نمودن، حرکات با مفهوم آینه پردازی.
- مشکوک بودن، شاکی بودن، پر ترس و نبود خواب.
- تمایلات حالات ترس (از خانه و دفتر) برای ساعات و روزها، مساعد بودن به حوادث، کوشش های خودکشی.
- خنده های غیر متناسب (بدون علت).
- عدم توجه به خود (غفلت در حفظ الصحه شخصی و تغذی، به چهره ظاهری و لباس خود توجه ندارد.
- هرگز قبول نمی کند که بیمار است (فقدان بینش)
- آغاز تدریجی، بیماری متداوم (حد اقل برای ۶ ماه) معمولاً بدون کدام صحت یابی (بدون تداوی) و بالاخره سیر بد تر شونده در عدم موجودیت تشوشات شعوری.

انواع و اعراض شناسی

۱. کاناتونیک
۲. پارانوئید
۳. هیسفرینیک
۴. ساده
۵. شیزو ایفیکتیف
۶. بقایا و مخفی

به جدول ۲-۱۰ توجه گردد

شیزوفرنیا نوع باقی مانده شباهت به شیزوفرنیا خفیه دارد و اعراض آن شباهت به اعراض مخبروی شیزوفرنیا دارد. یگانه تفاوتی که شیزوفرنی نوع باقی مانده را تشخیص می نماید همانا سپری شدن حد اقل یک هجمه میباشد.

شیزوفرنی دربالغان درعمر ۳۰-۲۵ سالگی رخ میدهد درهر دو جنس مساویانه واقع گردیده و درهرتازاد دیده میشود و درطبقه که وضعیت اجتماعی اقتصاد ی خراب دارد زیاد واقع می گردد.

مطابق به ۱۰-ICD سکیزوفرنی نوع باقی مانده قرار ذیل مشخص شده است.

۱. اعراض بارز منفی سکیزوفرنی مثلاً تأخر روحی حرکی، فعالیت اندک، کندی عاطفه، انفعال و فقدان در اخذ تصمیم، کمبود مقدار یا محتوی تکلم، تماس اندکی ارتباط کلامی ذریعه افاده و جهی، تماس چشمی، صدا، وضعیت، هم چنان عدم توجه به خود و فعالیت ها ی اجتماعی.

۲. شواهد سابقه که حد اقل یک هجمه واضح سایکوزس را سپری نموده باشد و معیارات تشخیصه را برای سکیزوفرنی داشته باشد.

جدول 10-2 تظاهرات کلینیکی انواع عمده فرعی سکیزوفرنی

سکیزوافکیف	غیرتفریقی شده	ساده	هپی فرینک	پارانوئید	کاتاتونیک	وظیفه
تظاهرات پرش افکار، از دست دادن هم آهنگی هذیانات افسرده که با شرم جسمی و یا	پروسه افکار نابسامان است، سلاذ لغات، هذیانات قطعه قطعه شده و غیر منظم و پس منظر بارز ندارد.	هذیانات معمولاً موجود نیست اگر باشد کوتاه مدت بوده و کمی منظم است	افکار نابسامان است مثلاً سلاذ لغات، منفی گرائی و هذیانات غیر منظم با پس منظر عجیب و غریب	افکار بسیار نابسامان نیست، هذیان بدگمانی، هذیانات منعکس شونده، حسادت،	غیرحسی، الفاظ کلامی مختصر، بسیار یاد فراموشی واقعات موجود است،	فکرکردن (شناختی) کلامی بسیار یاد فراموشی واقعات موجود است،

با پس منظر معدومیت همراه باشد و یا هم هذیانات شیدائی بزرگ منشی یا گزند موجود است.				بیگناهی، بزرگ منشی به شکل منظم موجود است.	هذیانات که به مشکل ارزیابی شده میتواند.	
برسامات بالخاصه موجود نیست	برسامات قطعه قطعه شده و غیرشکل گرفته معمولاً شنوائی است.	برسامات معمولاً موجود نیست.	برسامات قطعه قطعه شده و غیر شکل گرفته معمولاً شنوائی است.	برسام محافظه کارانه و یا بزرگ منشی برسام شنوائی بوده ویس منظر غیر منظم ندارد	مشکل است که ارزیابی گردد.	درک
حالت مزاجی بی تفاوتی است، تخرشیت، بلندپروازی، قهر، چشمان پر از اشک، غیر متناسب بودن	عاطفه هموار و یا غیر متناسب است.	عکس العمل خفیف هیجانی	احمقانه، عکس العمل غیر متناسب بی تفاوتی	قهر، ترس، شک، متهم بودن ممکن افسردگی باشد.	هیجانان و ناقراری های غیر منتظره	عاطفه
رفتار با افسردگی	تظاهرات مختلط سایر انواع	آغاز مقدم و تدریجی با	قواره نمودن، حرکات	غم آلود، مشکوک یا	خواب آلود و ساکت،	رفتار

۳. یک دوره حد اقل یک سال که در آن شدت و دفعات اعراض بارز مثلاً هذیان و برسام کم بوده و یا بعداً کم شده باشد و سندروم منفی سکیزوفرنی موجود بوده باشد.
۴. عدم موجودیت زوال عقلی و یا سایر اختلالات یا بیماریهای عضوی مغز، افسردگی مزمن و یا حالاتی که بتواند تشوشات منفی را بارآرد.
۵. سکیزوفرنی غیرتفریق شده: یک شکل بسیار معمول سکیزوفرنی بوده و زمانی تشخیص می گردد که هیچ نوع تظاهرات فرعی موجود نباشد و یا تظاهرات چند نوع فرعی با هم یکجا موجود باشد.
۶. افسردگی بعد از سکیزوفرنی: بعضی از مریضان سکیزوفرنی در جریان ۱۲ ماه دچار یک هجمه حاد افسردگی می گردند. تظاهرات افسردگی در موجودیت تظاهرات باقی مانده و یا فعال سکیزوفرنی بوجود می آید و با خطر جدی خودکشی یکجا بوده میتواند. بسیار مهم است که تظاهرات افسردگی را از اعراض منفی اسکیزوفرنی و اعراض خارج اهرامی ناشی از مصرف ادویه ضد سایکوزس تفریق مینمائیم.
۷. سکیزوفرنی کاذب نیوروتیک: هوچ و پولاتین (Hoch and polatin) در مراحل ابتدائی اعراض بارز نیوروتیک موجود است، که سال ها دوام نموده و در مقابل تداوی جواب خوب نمی دهد. تظاهرات کلاسیک و عمده آن عبارت اند از:
- اضطراب مکمل (اضطراب آزاد و منتشر که به مشکل میتواند برطرف گردد).
 - نیوروزس مکمل (تقریباً تمام اعراض نیوروتیک موجود است).
 - جنسیت تام (درگیری ثابت همراه با پرابلم های جنسی).
- این نوع فرعی تحت عنوان اختلال شخصیت نیز مطالعه می گردد.
۸. اختلالات شبه سکیزوفرنی: یک کتگوری تشخیصیه در DSM-IV بوده و معیار تشخیصیه آن تظاهرات سکیزوفرنی میباشد. یگانه تفاوتی که موجود است همانا زمانی است که باید از ۶ ماه کم باشد و انداز آن معمولاً نسبت به سکیزوفرنی خویتر است. حالتی مشابه را در کتاب ICD - 10 بنام سکیزوفرنی حاد همانند اختلال روانی می نامند.
۹. سکیزوفرنی اونیروئید (Mayer-Gross): یک نوع فرعی سکیزوفرنی بوده که آغاز حاد دارد، شعور غبار آلود، عدم جهت یابی، حالت به مانند خواب، (oneiroid به معنی خواب) و تشوشات ادراکی با تغییرات سریع برعکس.

درشیزوفرنی سویه دوپامین زیاد میباشد.

سندروم وان گوف (Van Gogh): بوجود آمدن تحریف خودی در سکیزوفرنی بنام سندروم وان گوف یاد می گردد. وان گوف شخصی بود که در مرحله فعال سکیزوفرنی گوش خود را قطع نموده بود.

۱۰. پارافرنیای مؤخر (Roth): این اختلال در اواخر حیات معمولاً در دهه شش بوجود می آید. معمولاً در خانم ها مخصوصاً در خانم های غیر عروسی شده و بیوه بوجود می آید.

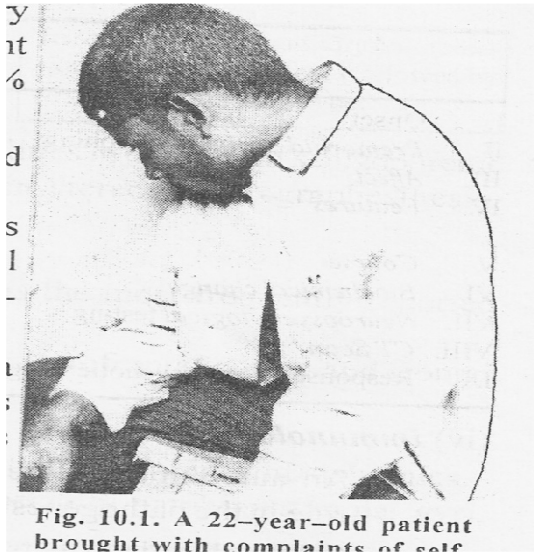
هدیانات گزند معمول بوده و محتوی آن حالات عجیب و غریب میباشد، مثلاً فکر می کند همایش فعل جنسی جبری صورت گرفته باشد و یا فکر می کند افراد بیگانه و نا آشنا به اطاق اش داخل شده و مداخله می کند.

تمام انواع برسامات (بصری، سمعی، حسی، تماسی و بویایی) معمولاً موجود است، ذکاوت و قضاوت خارج از ساحه هدیانات نورمال میباشد ۲۵ الی ۴۰ فیصد مریضان از نقیصه دید و شنوایی شاکی میشوند. در عصر حاضر این سندروم تحت عنوان پارانوئید سکیزوفرنی قرار گرفته که البته آن نوع میباشد که، به شکل مؤخر آغاز میگردد.

۱۲. سکیزوفرنی منفی: اعراض عمده منفی مشتمل می گردد بر (عاطفه هموار یا کند، اختلال توجه، کاهش لذت، بی علاقه گی، کم حرفی).

در شیزوفرنی کاتانونیک حالات چون ستوپور، موتیزم، وضعیت گیری، منفی گرانی، شخی، انعطاف مومی شکل، تهیج، تکرار عمل طرف مقابل، تکرار حرکات طرف مقابل و اتوماتیزم دیده میشود.

۱۳. سکیزوفرنی (Pfpopf): یک سندروم سکیزوفرنی بوده که در موجودیت تأخر عقلی بوجود می آید (درجه ذکاوت آن کمتر از ۷۰ میباشد) تفاوت که با سکیزوفرنی دارد آنست که در اینجا فقدان نظریات موجود است، و هدیانات به شکل سیستمیک آن موجود نمی باشد. تشوشات رفتاری نظریه اختلال افکار بسیار متبازر میباشد.



شکل ۱۰-۱. یک بیمار ۲۲ ساله با شکایات مثل غفلت از خود، وضعیت گیری (در وضعیت ماتم برای ساعت ها می نشیند)، تجزی از اجتماع و بی خوابی آورده شده است. بیمار در کنار یک چوکی نشسته و شیذوفرنی کتاتونی تشخیص شده است.

معیارهای تشخیصه

به جدول ۱۰-۲ مراجعه شود

اتیولوژی

۱. تیوری بیوشیمیک

شواهد در مورد رول دوپامین از تاثیرات ادویه نیورولپتیک میباشد. مثلاً از دیاد دوپامین مغز مخصوصاً در سیستم لمبیک (این یک فرضیه بسیار قابل قبول میباشد).

در شیذوفرنی نوع پارانوید تغییرات شخصیت کم میباشد در حالیکه در سایر انواع آن زیاد است.

- نظریه نورایی نفرین: نظریات انفرادی در مورد ازدیاد در نوع پارانوئید و کاهش در حالات مزمن و یا سویه متناقض نورایی نفرین گذارش شده است.

VIII. نظریه سیروتونین: ازدیاد 5-HT در بیماران مزمن و کاهش در بیماران حاد و پارانوئید با حالات سراسیمگی باید ارزیابی شود و یا با حالاتی که ذریعه ادویه نیورولپتیک متأثر شده باشد (مخصوصاً انواع غیر وصفی ادویه جات).

ii. نظریه جنینکی

شیوع در مطالعات مختلف شیوع مطالعه جنینکی اسکیزوفرنی

A. خانواده

والدین _____ %۵

اقارب _____ %۱۰

طفل بیمار اسکیزوفرنی _____ %۱۴

طفل هر دو والدین مصاب _____ %۴۶

B. دوگانگی ها

مونوزایگوت _____ (%۶۰-۳۰) %۴۲

دای زایگوت _____ (%۲۰-۶) %۹

iii. اسباب ویروسی

- انسفالیت که بعد از آفات ویروسی بوجود می آید، حالاتی است که مشابه سکیزوفرنی میباشد مثلاً با انفلوینزا، ابستاین بار وایرس، مونونوکلئوزس انتانی و در عصر حاضر ویروس ایدس.

iv. نظریه معافیتی

- یک بیماری معافیتی ممکن در پتوجنیزس سکیزوفرنی رول داشته باشد.
- سکیزوفرنی باعث متأثر شدن سیستم معافیتی می گردد لذا باعث پرابلم های معافیتی شده میتواند.
-

جدول ۱۰-۳ تفاوت ها میان اسکیزوفرنی منفی و مثبت

منفی (نوع II با انذار خراب)	مثبت (نوع I با انذار خوب)	
تدریجی	حاد	۱. آغاز بیماری
خراب	نورمال	۲. وظایف متأثر شده اجتماعی
هموار یا کند	مخرش	۳. عاطفه
فقر کلام یا افکار بی علاقه گوی کاهش	هذیان، برسام، رفتار عجیب	۴. تظاهرات
لذت	شدت و شفا	۵. سیر
به شکل مزمن به طرف بدتر شدن	ازدیاد دوپامین	۶. تغییرات کیمیاوی
کاهش دوپامین	نورمال	۷. تست روحی عصبی
غیر نورمال (تشوشات شناختی)	نورمال	۸. سی تی سکن
اتروپی مغزی	خوب است	۹. جواب در مقابل ادویه ضد سایکوزس
خراب است		

۷. نظریه نیوروفزیولوژیک

a. فعالیت برقی جلدی

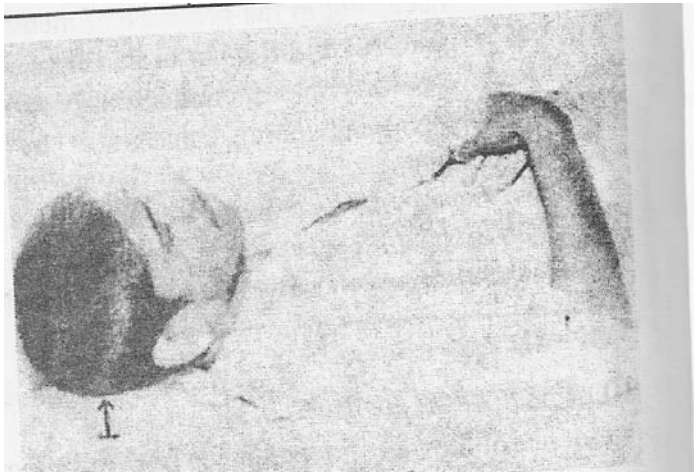
- ازدیاد قدرت انتقال جلد در مقابل منبهات ممکن یک خطر محسوب گردد.

b. فعالیت قلبی و عانی

- تعداد ضربان قلبی که در بیماران سکیزوفرنی زیاد شده (در کنترل نیست) و توسط ادویه جات نیورولپتیک متأثر نمی گردد.

c. حرکات ملایم چشم ها

زمانیکه یک شخص یک پاندول را در حالت آویزان آن نگاه می کند پس حرکات چشم آهسته بوده و به شکل نظارت کننده میباشد. درحالات نورمال حرکات چشم منظم به عقب و جلو بوده اما در بعضی مریضان سایکوتیک و سکیزوفرنی این حرکات ذریعه چندین توقف چشمی متأثر شده و باعث می گردد که چشم ها به شکل غیر منظم حرکت نمایند.



شکل ۱۰-۲ یک مریض ۱۸ ساله از شیذوفرنی کتاتونی رنج برده و تصویر نشان دهنده علامه اختصاصی بالشت روانی (یک نوع وضعیت گیری روانی که راس بلند قرار گرفته مثل اینکه بالای یک بالشت حقیقی قرار دارد). (برای جزئیات بیشتر متن دیده شود)

d. نوار برقی مغز

- در بیماران مزمن سکیزوفرنی در امواج الفا قدرت برقی کم می باشد (11-13 Hz) اما در امواج سریع بیتا قدرت برقی زیاد می باشد (20-40Hz) و قدرت زیادی در رابطه های بطی تیتا و دلتا (0.5-8Hz) نظر به حالات نورمال موجود است.

e. پوتنشیل برگرداننده

- مرحله پنهانی کوتاه بوده

- امپلیتود کم می باشد.

- ازدیاد عکس العمل با زیاد شدن در شدت تنبهاات که در مریضان سکیزوفرنی وصفی می باشد.

f. جریان خون مغزی (با استفاده از زینون ۱۳۳) و میتابولیزم مغزی (با استفاده از تکنیک PET)

- در نواحی جبهی جریان خون کاهش می یابد.

درشیزوفرنی برسامات شنوائی نظر به برسامات بینائی و بویائی بسیار معمول است .

- در نیم کره چپ جریان خون زیاد می گردد (ادویه نیورولپتیک باعث ازدیاد جریان خون در نیم کره راست می گردد).

vi. مطالعات نیورولوژیک بعد از مرگ

a. مطالعات نیورولوژیک : انبارملتی های محراقی کوچکی تقریباً در ۶۰ الی ۷۰ فیصد بیماران مصاب به سکیزوفرنی موجود است.س

علائم عصبی عبارت اند از نقایص در درک فضایی (stereognosis)، گراف ایستیزیا (graphesthesia) رعشه، قدم زدن، تعادل و موازنه.

b. مطالعات نیورو رادیولوژیک

۱. ازدیاد اندازه بطنین (مخصوصاً بطنین جنبی) از جمله دریافت های عمده میباشد که در سی تی سکن راپور داده میشود.

۲. انبارملتی های سطح قشر: ازدیاد میزابه های سیلویان نواحی قرب الجبھی و جبھی که دلالت بر پتالوژی نواحی صدغی و جبھی را می کند.

۳. انبارملتی های مخیخی: مخصوصاً اتروفی قسمت ورمس.

۴. MRI یک مطالعه انفرادی اتروفی جبھی را در مریضان شیزوفرنی نشان میدهد.

C. دریافت های بعد از مرگ: حجم مغز کم شده مخصوصاً نواحی پارا هایپوکامپل، ماده سنجابی. امیگدالا، هایپو کمپس و پالیدوم انسی (که نشان دهنده ضیاع حجرات میباشد).

جهت یابی وحافظه درشیزوفرنی نورمال است

- ازدیاد در اندازه بطنین.

- از بین رفتن حجرات در نواحی مشایعتی ماقبل الجبھی.

vii. نظریه سایکولوژیک

a. ارزیابی روتین سایکولوژیک.

b. ارزیابی پیش بینی ها.

c. تست رورشیچ (Rorschach)

- عکس العمل های غیر نورمال در مقابل اشکال بشکل لکه های رنگ (inkblot) که افراد نورمال آن را در چندین طرق مشاهده می کنند.
- عکس العمل های که به شکل ضعیف باشد.
- فقدان خلاقیت و اختراع.
- جوابات افسانه دار که محتوی آن انسان باشد.
- فقدان حرکات.
- مختلط نمودن عکس العمل های ادراکی (درحالات ملوث شده).
- عدم قابلیت شرح نمودن رنگ ها از نظر ادراکی.
- عکس العمل های مشهور موجود نمی باشد.

ii. تست که در آن مناظر را درک کرده نمی تواند

- تعبیر رسامی ها توسط افراد مصاب به شیزوفرنی مختل میباشد و هم چنان فقدان اختراع نزدشان موجود است.

b. توجه

- عدم توانایی در بررسی نمودن حوادث مهمی حسی.
- عدم کارکرد حوادث حسی که منجر به ازدیاد در تنبهاات گردیده و نیز حالات پرکاری زیادی را باعث می گردد.

c. پروسه شناخت و معلومات

- دچار مشکلات در ثبت، شرح و دوباره بازگویی معلومات میباشد.

d. پروسه افکار کاملاً مختصر میباشد. در افرادی که مصاب شیزوفرنی میباشد سرحدات نورمال اهداف به یک حالت باقی نمی ماند.

- e. نظریه ساختاری (kelly). ساختارهای شخصی افراد مبتلا به شیذوفرنی دچار عدم اعتبار بوده که، منجر به ضیاع و ساختار سیستم های غیر ثابت می گردد.
- f. ازدیاد بر انگیزختگی: ازدیاد بر انگیزختگی سایکولوژیک در حالات استراحت به قسم عکس العمل در مقابل فشارها.

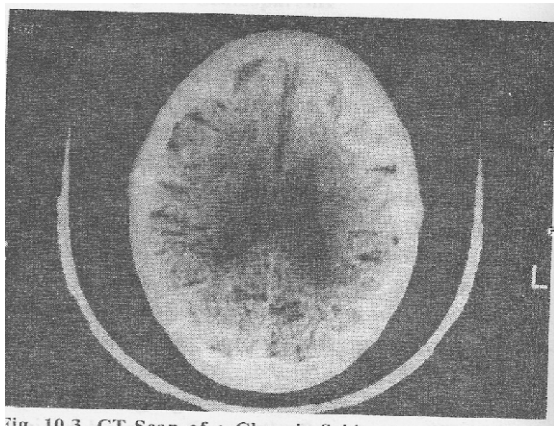


Fig. 10.3. CT Scan of a Chronic Schizophrenic

شکل ۱۰-۳-۱۰ سکن بک شیذوفرن مزمن بطینات متوسع را نشان می دهد.

viii. نظریه های خانواده گی

a. نظریه ارتباط مضاعف (Bateson et al, 1956)

- والدین در عین زمان دو یا زیاد تر از دو پیام مشاجره آمیز و غیرسازگار را ارائه می کنند.

- طفل نمی تواند در برابر عدم ثبات تبصره نماید، اما اگر طفل در برابر عدم ثبات عکس العمل نشان بدهد، با عدم رضایت مواجه می گردد.

b. ازدواج نامتوازن (Skew) و ساخیزم (sachism)

Skew: یعنی مادر که خصوصیات فوق مراقبتی، غالب بودن و فشار آورنده و فضول را داشته باشد و پدر که بسیار شکایت کننده باشد گفته می شود که پسر شیذوفرنیک را به دنیا خواهند آورد.

Sachism: خصومت درمیان والدین سبب می گردد که دختر شیذوفرنیک را به دنیا آورند.
d. محیط خانوادگی بشکل متوازن (familial homeostasis): بیماری شناخته شده مریض برای حفظ توازن خانواده ضروری میباشد.

شیذوفرنی در افرادی که بنیه استینیک دارند بیشتر معمول است.

e. ارتباطات غیر نورمال خانواده گی: (Wynne and Singer 1963): ارتباطات مختل شده والدین دچار شیذوفرنی گردیده میتواند.

اعراض معمول در شیذوفرنی ، عدم موجودیت بیش ، برسامات شنوائی بوده که بیشتر تشخیصیه میباشد .

f. هیجانات ارائه شده : درجه عود زیاد می گردد
- اگر خانواده بیمار هیجانات زیاد ارائه شده را نشان بدهند مثلاً تبصره های بحرانی، توقیف بودن یا فرط اشتغال.
- اگر در یک هفته ۳۵ ساعت وقف بحث پیرامون محیط گردد.

ix. نظریه های اجتماعی

۱. فرضیه Breeder: افراد طبقه پائین اجتماعی دچار شیذوفرنی می گردد که از باعث حالات اجتماعی میباشد.
۲. تجرید اجتماعی: عالم بنام (Hare ۱۹۵۹) می گوید که شیذوفرنی در مقایسه با پائین بودن طبقات اجتماعی، زیادتر مترافق با تجرید اجتماعی میباشد.
۳. فرضیه رانده شدن از اجتماع: (Goldberg and Morrison 1963). افراد شیذوفرنیک در سطح اجتماعی پائین میباشد (طبقه پائین اجتماع).

X. نظریه های سایکودینامیک

a. نظریه های طبقه بندی شده

۱. فروید: پس زدائی قوه های شهوانی به محراق خود شیفتگی، فکر می گردد باعث تقویت پروسه های ابتدائی افکار گردد (ابتدائی، افکار شهوت پرستی) که بعداً باعث اعراض ابتدائی چون برسامات و هذیانات و معاوضه نمودن برای ارتباطات شخصی میگردد.

۲. مؤلف Paul Federn: بدین عقیده است که اسکیزوفرنی در نتیجه از بین رفتن سرحدات ایگو بوجود می آید.

۳. مؤلف Heinz Hartman: اعراض سکیزوفرنی در نتیجه مناقشات ثانوی در برابر واقعیت های غیر قابل تحمل بوجود آمده میتواند.

b. نظریه های شخصی: اگر یک شخص دچار فقدان با ارتباطات مثبت شخصی گردد، ممکن است باعث نقیصه های شخصیت یا اسکیزوفرنی گردد.

c. نظریه های مربوط به مقاصد

- Melanie Klein: این خانم می گوید بیمار سکیزوفرنی دارای انگیزه های دیگر آزاری بوده و باعث می گردد که طفل بیمار دچار اضطراب پارانوئید گردد.

اجتماعی بودن کاذب در اختلال پارانوئید موجود است.

d. نظریه های تکاملی

۱. مؤلف Margaret Mahler: سکیزوفرنی را مطابق به مرحله افکار غرق درونی تلقی می کند. بیمار نمی تواند تکامل کافی را بدست آورد.

۲. مؤلفین Peter Giovacchini و Sylvan Arieti: مطابق به گفتار

مؤلف Arieti بیماران سکیزوفرنی قابلیت مهربانی با دیگران را از دست میدهد به همین لحاظ هیجانی عکس العمل نشان میدهند.

در پارانوئیا تنها هذیانات سؤظن موجود است.

اختلالات

افعال تهاجمی، ارقام خودکشی و مرگ ازدیاد می یابد در کارهای روزمره تشوش بوجود می آید مثلاً در وظیفه، ارتباطات اجتماعی، عدم توجه به خود مشکلات جنسی و از بین بردن دیگران.

تشخیص

شرح تاریخچه (از افراد که معلومات دارند مثلاً از خانم یا از شوهر، والدین سایر اقارب، دوستان و همکاران دفتر). معاینه حالت روانی اساس تشخیص را تشکیل میدهد.

شینزوفرنی حاد، کاتاتونیک و بعد از ولادت در برابر شوک برقی مغز خوب جواب میدهد.

تشخیص تفریقی

به جدول ۱۰-۴ نگاه شود.

تداوی

میتودهای زیادی برای تداوی سکیزوفرنی وجود دارد.

۱. ادویه نیورولپتیک (ادویه ضد سایکوز): این ادویه در تداوی سکیزوفرنی یک انقلاب را بر پا نمود است.

موارد استفاده:

أ. حملات حاد: ادویه کلاسیک ضد سایکوز در تداوی اعراض مثبت بسیار مؤثر میباشد (هذیانات، برسامات و ناقراری وغیره) ادویه جدید ضد سایکوز در تداوی اعراض منفی مرض بسیار مؤثر است (بی علاقگی، کاهش لذت، بی حرفی، غیر اجتماعی بودن، عاطفه کند).

آ. مراقبت بعدی: ادویه ضد سایکوز رول اساسی را در جلوگیری از عود سکیزوفرنی دارد.

(مستحضرات فمی و زرقی ذخیروی مؤثراند).

دودلی بودن به طور وصفی در شینزوفرنی و سواس اجباری موجود است.

مراقبت بعدی در مریضان ذیل ممکن ضرورت نباشد:

- در هجمه های حاد سایکوتیک.
- حملات سکیزوفرنی که به تعقیب ولادت بوجود آید.
- در مریضان مزمن که با تداوی دوباره عود می کنند.

جدول ۱۰-۴ تشخیص تفریقی سکیزوفرنی

اختلال	تاریخچه	معاینات	سایر تظاهرات
I. اختلال عضوی مغزی	عدم جهت یابی، فراموشی، صرع، اخذ ادویه، تاریخچه بیماری فزیک	گیجی، عدم ثبات در مزاج، عدم جهت یابی، تشوش حافظه، برسام بینائی و خبط موجود است	اگر سبب اصلی تداوی شود بهبود کامل بدست می آید
II. حالت پارانوئید (پارانویا)	در دهه چهار یا بعد تر آغاز می گردد	ارتباطات منطقی، برسامات متباز، بی انسجامی کلام یا هذیان عجیب و غریب معمول است	در مقابل ادویه جات ضد سایکوتیک جواب درست نمی دهد
III. اختلال دوقطبی (مرحله مانیا)	هجمه های قبلی مانیا یا افسرده گی، آغاز در دهه سوم و تاریخچه مثبت امراض عاطفی در خانواده	ممکن از نوع فرعی چون شیزوافیکتیف به مشکل متمایز گردد مخصوصاً در افراد جوان، پرش افکار در مانیا متبازر میباشد	بهبودی کامل بین هجمه ها، به لیتیم جواب می دهد
IV. اختلال دو قطبی (مرحله افسردگی)	آغاز در عمر بعد تر	هذیانات افسردگی مثلاً جسمی، احساس گناه و غریب بودن	در میان هجمه ها بهبودی کامل موجود است در مقابل شوک برقی و ادویه جات ضد افسردگی جواب میدهد و با ادویه جات ضد سایکوز بدتر می گردد.
V. حالت سایکوتیک که بعد از ولادت بوجود می آید (سایکوز غیر وصفی)	در جریان ۲-۴ هفته بعد از ولادت هجمه های مشابه به ولادت های قبلی	در بسیاری اوقات تظاهرات مشترک سکیزوفرنی و مزاجی را دارد، عدم جهت یابی ممکن موجود باشد	در جریان ۲-۴ هفته ممکن بهبودی حاصل گردد اما میتواند زیادتز دوام کند
VI. سایکوز گذری (عکس)	هجمه ها از ساعت ها الی چند	تظاهرات اسکیزوفرنیک و	با بر طرف نمودن فشار روحی

العملی) و سندروم مرزی	روز دوام می کند	مزاجی بعضاً کانفیوژن	سریعاً اصلاح می گردد.
VII. سایکوز هستریکال و سندروم گنسر	فکوره‌های واضح مساعد کننده، شاخص های کلتوری متبازر میباشد.	توقعات شخصی و عنعنوی، اعراض و علائم "عجیب و غریب" رفتار خود ساخته	معمولاً عکس العمل های کوتاه مدت با اصلاح کامل
VIII. سایکوز بین الهمجومی	تاریخچه حملات بعضاً به نوع صرع صدغی	اعراض متبازر مسخ شخصیت، نا آشنا پنداری و غیره	با مقدار بلند ادویه ضد سایکوز بد تر می گردد (قدمه حمله را کم می کند)
IX. تومور های فص جبیه و صدغی	آغاز در سن بلند، تاریخچه فامیلی سکیزوفرنی موجود نیست	موجودیت علائم فص جبیه مثلاً عکسکات قپیدن، زنجی تیناری، غنچه کردن و مکیدن، نبود برسامات و هدایانات غضب ناک، علائم فرط فشار داخل قحف برسامات بینانی یا بویائی معمول است	توسط سی.تی.سکن و انجیوگرافی کشف شده و در مقابل ادویه نیورولپتیک ها خفیفاً جواب می دهد
X. زوال عقلی	در اواخر عمرآغاز می شود و سابقه بیماری قبلی را ندارد	نقایص شناختی (حافظه، جهت یابی)	اعراض با ادویه جات سایکوتیک جواب میدهد
XI. فلج ناتام عمومی اینسن	آغاز در اواخر حیات، تاریخچه سفلیس تناسلی یا رش منتشر	حده های ارجیل رابرتسن، تغییرات عکسکات، نقایص شناختی	سیرولوژی مثبت
XII. برسامات ناشی از الکلوهل	مصرف زیادی قبلی الکل و یا ترک آن، با مصرف دوباره الکل خوب میگردد	-	جواب درست با ادویه جات ضد سایکوز نمی دهد با ادویه جات هیپنوسیدآتیف جواب میدهد.
XII. دلیریوم توکسیک (برومیزم) یا دلیریوم نهائی	هضم یا تماس با سمیات و یا قطع ادویه جات مسکن و خواب آور.	نوسانات سطح شعوری، عدم جهت یابی و نقیصه حافظه، عکسکات شدید شده، حرارت بدن زیاد شده اما اختلالات افکار موجود نیست	در مقابل ادویه جات نیورولپتیک جواب نمی دهد
XIV. فرط فعالیت غده تایراید	تاریخچه عدم تحمل در مقابل حرارت و وضعیفی	بیرون زدگی چشم ها، بزرگ شدن غده تایراید، تب خفیف، تشدید عکسکات، رعشه نرم نهائیات	درمقابل ادویه جات نیورولپتیک جواب نمی دهد.

XV. سایکوز ناشی از ستیروئید	تاریخچه اخذ ستروئید ها	منظره کوشینگ مانند	در جریان ۲-۳ هفته بعد از قطع ستروئید اصلاح می گردد.
XVI. مسمومیت با منبهات و برسام آوران	تاریخچه استفاده از ادویه	موجودیت برسامات بارز تماسی یا برسامات کانستیتیو، احساس مورچه را رفتن بالای جلد (کوکائین، امفیتامین)	۲-۳ هفته بعد از قطع اصلاح می گردد.
XVII. انتی کولینرژیک ها	تاریخچه استفاده از ادویه	سندروم انتی کولینرژیک (چهره سرخ خشک و خشن)	با نیورولپتیک بد تر شده و با فیزوستگمین بهبود می یابد
XVIII. سایر اختلالات a. وسواس اجباری	افکار وسواسی، فعالیت های احمقانه	اختلال افکار موجود نیست	در مقابل ادویه جات سایکوتیک جواب قناعت بخش نمی دهد
b. اختلال تطابقی با مزاج افسرده	تاریخچه تطابق ضعیف	اعراض سایکوتیک ندارد، اختلال افکار رسمی موجود نیست.	در مقابل سایکوتراپی (روان درمانی) و ضد افسردگی جواب میدهد.
c. اختلالات ترس	مریض بیش در مورد مرض دارد	اعراض سایکوتیک ندارد. اختلالات تفکر ندارد.	در مقابل تداوی روانی و ادویه جات ضد سایکوز جواب میدهد.
d. هاپتوکاندوریا زس	مریض بیش در مورد مرض دارد	اعراض سایکوتیک ندارد. اختلال تفکر ندارد.	در مقابل ادویه جات ضد سایکوز جواب نمیدهد.
e. اختلالات شخصیت (شیزوئید، حالت سرحدی شیزوئید، پارانوئید)	تحدیدات شخصیتی	تظاهرات گذری سایکوتیک، نادراً علایم کلاسیک	در جریان ساعات و روزها نورمال گردیده، ادویه جات نیورولپتیک اهمیت ناچیز دارد.
f. اختلالات ساختگی با اعراض سایکولوژیکی.	آغاز ناگهانی دارد، میتواند اعراض به شکل ارادی کنترل شود	اعراض زمان موجود است که شخص فکر کند تحت مراقبت قرار دارد.	نیورولپتیک ها حایز اهمیت ناچیز میباشد.
g. تأخر عقلی	از زمان تولد اعراض رفتاری، اهمیت تاریخچه دقیق	وظایف اجتماعی پائین، خرابی رفتار، عاطفه عجیب و شناخت از زمان تولد. معمولاً با منبهات تغییر نمیکند	جواب ناچیز با نیورولپتیک ها.
h. سیستم وابسته به فرهنگ، مذهب و عقیده	تاریخچه مفصل و دقیق حایز اهمیت میباشد.	-	-

جدول ۱۰-۵ ادویه جات مروج ضد سایکوتیک که در شیزوفرنیا استفاده میگردند

مقدار زرقی (mg)	مقدار قمی mg/d	ادویه جات
		A. کلاسیک
25-100 (I/M) روزانه	300-1800	chlorpromazine ۱
1-2 (I/M) روزانه	5-40	Trifluoperazine 2
—	300-800	Thioridazine 3
5-20 روزانه	5-10	Haloperidol decanoat 4
۱۰۰-۵۰ (I/M) در هر چهار هفته	—	Fluphenazine decanoat 5
25-50 (I/M) در هر ۲-۳ هفته	3-10	Flupenthixol 6
20-40 (I/M) در هر ۲-۴ هفته	—	Clopenthixol 7
50-100 (I/M) در هر ۲-۴ هفته	25-50	Loxapine 8
—	25-450	B. غیروصفی جدید Clozapine 9
—	5-30	Olanzapine 10
—	2-12	Risperidone 11
—	80-240	Ziprasidone 12
—	100-800	Quitipine 13
—	10-30	Aripiprazole 14

- سایکوز در بین حمله و یا قبل از حمله (نوع شیزوفرنی)

iii. واقعات معند

- عیار نمودن مقدار نظر به سویه پلازما.
- تبدیل نمودن یک صنف از ادویه به صنف دیگر.
- سایر تداوی ها مثلاً شوک برقی.
- علاوه نمودن لیتیوم یا کاربامازپین ممکن مفید باشد مخصوصاً اگر حالاتی چون شیزوافکتیف موجود باشد.

تشوشات خواب در شیزوفرنی حاد معمولاً در مرحله NREM iv دیده میشود.

- توصیه چندین ادویه ضد سایکوتیک توجیه کمتر دارد.

- مستحضرات جدید مثلاً Risperidone, Olanzipine, Clozapine و Rimoxipride ممکن مفید باشد.

b. ادویه جات بنزودیازپین: در کم نمودن اضطراب و تهیج که همراه با هجمه های سایکوتیک باشد مفید است.

c. لیتیم: زمانی مفید است که مریض دچار بیماری شیزوافکتیو باشد و یا در مورد تشخیص اطمینان موجود نباشد.

d. پروپرانولول و سایر ادویه جات بیتا بلاکر: سویه سیروم ادویه جات نیورولپتیک ها را بلند میبرد و بعضاً در حالاتی چون اکتیزی یا نیز استفاده می گردد.

e. ادویه جات ضد اختلاج: مخصوصاً carbamazepine در بیماری شیزوفرینا مفید واقع شده است.

f. ادویه جات ضد افسردگی: اگر افسردگی به شکل ثانوی بوجود آمده باشد مقدار کمی ادویه جات ضد افسردگی ممکن برای یک دوره کوتاه مفید باشد.

سن شروع حمله از جمله فکتورهای مهم است که میتواند عواقب بوجود آمدن شیزوفرینی را توسط آن تخمین نمایم.

2. تداوی با شوک برقی

شوگ برقی رول به خصوصی در تداوی حالات ذیل

دارد:

- دوره های حاد سایکوتیک.
- اعراض شیزوفرینیک با اعراض کاتاتونیک و مزاجی.
- در بیماران شیزوفرینیک که تمایل به خودکشی و دیگرکشی داشته باشند.
- اگر بیماری در مقابل ادویه جات عود نماید و یا عدم تحمل در مقابل ادویه موجود باشد.
- آنعده مریضانی که دوز بلند ادویه ضد سایکوزس را ضرورت دارند.

بستر نمودن مریضان در شفاخانه و تداوی Milieu

در حالات ذیل ضرورت است

- خطر خودکشی یا دیگرکشی اگر موجود باشد.
- اگر اختلال شعور زیاد بوده و یا ترس زیاد باشد.
- عدم توانایی مریض در پلان نمودن توجه فردی خودشان (مثلاً منابع مساعد نباشد).
- اگر در تعقیب تداوی مشکل موجود باشد.
- بیماران که نزد شان امراض فیزیکی موجود باشد.

۳. تداوی گروهی

اساس تداوی مریضان داخل بستر و خارج بستر را تشکیل میدهد.

۴. روان درمانی انفرادی

عمدتاً محافظوی بوده و هدف آن اینست که مریض را در تطابق دادن به تفصیلات زنده گی روزمره کمک نموده باشیم.

۵. احیای روانی اجتماعی

هدف اساسی اینست که اعراض کاهش داده شود، معیوبیت ها اصلاح شود و با معیوبیت مبارزه شده و دوباره باز گرداندن مریض به یک زنده گی پربار. تمرکز اساسی بالای حالات ذیل صورت میگیرد.

- تریننگ مهارت های اجتماعی. تماس گرفتن با بیگانه ها و افراد مشهور و هم چنان کاهش دادن با سلوک غیر متناسب اجتماعی از اساسات این تداوی شمرده میشود.

۶. تداوی های فامیلی

- کاهش دادن به تماس ها
- مداخله های تعلیمی روانی
- مسکن سازی های نیمه راه
- مداخله های حالات بحرانی

سپیر

فکتورهای که ممکن بالای نتایج شیزوفرنی تاثیر گذار باشد در جدول ۱۰-۶ ذکر شده است.

اختلالات پارانوئید (هذیانی)

تاریخچه

کلمه پارانوئید نخست در سال ۱۸۶۵ توسط مؤلف کوهلباوم (Kahlbaum) استفاده شد و معنای آن حالت مزمن هذیانی می‌باشد.

اختلالات مشترک پارانوئید (اختلالات به میان آمده سایکوتیک) نخست توسط مؤلف Laesegue و مؤلف J. Falret Winokur در سال ۱۹۷۷ پیشنهاد نمود که اختلال پارانوئید را دوباره تحت نام اختلال هذیانی نام گذاری می‌کند.

اپیدمیولوژی

وقوع آن نادر است. بیماری معمولاً در نیمه عمر یا در کهنسالی آغاز می‌یابد.

اتیولوژی

سبب مرض معلوم نیست اما بعضی از تیوری‌ها موجود است که قرار ذیل می‌باشد.
 ۱. میکانیزم سایکودینامیک: به عقیده فروئید یک میکانیزم عمومی دخیل می‌باشد که باعث منع و تبارز منبهاست هم جنس گرائی واپس زده شده می‌گردد و از ناخود آگاه بیرون می‌آید.

جدول ۶-۱۰ تظاهراتی که عواقب شیذوفرنی را نشان می‌دهد

عواقب	خوب	خراب
A. تاریخچه		
۱. تاریخچه خراب روانی	خوب نیست	انذار خراب است
۲. تاریخچه فامیلی	انذار منفی است	انذار مثبت دارد
۳. تاریخچه فامیلی مثبت	اختلالات مزاجی	شیذوفرنی
۴. مصابیت در تطابق	خوب است	خراب است
۵. تاریخچه کار	ثابت	غیر ثابت یا عدم استخدام
۶. حالت مدنی	متاهل	مجرد
۷. پشتیبانی اجتماعی	خوب (در طبقه اجتماعی بالا)	خراب (طبقه پائین اجتماعی)
۸. فنک‌تورهای مساعد کننده	گذری، آشکار	نامعلوم و مزمن
B. لوحه کلینیکی		
۹. آغاز	حاد	ناگهانی
۱۰. عمر آغاز مرض	اخیر عمر	مراحل مقدم
۱۱. جنس	مونث	مذکر
۱۲. دوام اعراض	کوتاه کمتر از شش ماه	طولانی زیاده از دو سال
۱۳. اعراض	مثبت (برسام، هذیان)	منفی (بی علاقه‌گی، غیر اجتماعی بودن)

توهین آمیز لاغر عاطفه کند است وسواسی اجباری یا نابسامان	اختلال شعور چاق افسردگی تظاهرات پارانوئید یا کاتاتونیک	C. حالت روانی ۱۴. قیافه ظاهری ۱۵. فزیک ۱۶. عاطفه ۱۷. تفکر
مخزل شده انبارملتی های ساختمانی مغز	نورمال نورمال	d. تست ها ۱۸. وظیفوی و عصبی ۱۹. سی. تی. سکن
تداوی مؤخر نتیجه خراب داخل بستر مزمن شده در سه سال اصلاح نگردیده عود های متکرر.	تداوی مقدم نتیجه خوب خارج بستر اصلاح موجود است	E. تداوی ۲۰. زمان تداوی ۲۱. محل تداوی
		F. سیر ۲۲. نوع

ii. **فکتورهای شخصیت:** شخصیت که درست تکامل نکرده باشد و یا تهدیدات تشدید کننده داشته باشد مثلاً حساس بودن بیش از حد که زیاده تر تمایل به مرض دارد.

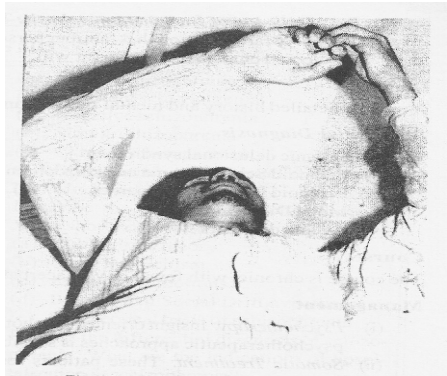
iii. **میکانیسم روانی بیولوژیکی:** دکتر G.de Clerambault واضح نمود که هذیانات مزمن از باعث واقعات غیر نورمال عصبی بوجود می آید مثلاً اتنانات، تخریبات و مسمومیت ها.

iv. **سایر فکتورها:** مثلاً تجرید حسی و یا اجتماعی، مشکلات روانی اقتصادی، عمر پیشرفته نیز حایز اهمیت میباشد.

مریضی که دچار یک اختلال هذیانی باشد ممکن ساده یا مغلق بوده در حسادت هذیانی شخص ممکن بدون علت اساسی قانع شود قهر و غصه بزرگ منشی، هذیانات مرتبط، تجرید اجتماعی، مرکزی بودن سلوک نامه نویسی، شاکی بودن در مورد قضایا، یا فشاری به فعالیت قانونی معمول میباشد.

اعراض کلینیکی

هزیانات شکنجه و آزار میتواند ساده و یا مغلق باشد. در هزیانات حسادت میتواند یک شخص بدون کدام علت قانع شود. هزیانات قهر، بزرگ منشی، ریفرفنس، تجرید اجتماعی، سلوک غیر متمرکز در نوشتن نامه، شکایت در مورد قضاوت غیر عادلانه و تحریک عمل غیر قانونی زیاده تر معمول میباشد.



شکل ۱۰-۴ یک مریض شیزوفرنیک ۲۰ ساله با صلیبت ناشی از نیورلیپتیک

انواع فرعی

a پارانویا: لوحه اساسی تکامل ناگهانی اختلال پارانوئید که همراه با یک سیستم دایمی هذیانی می‌باشد و در عین زمان محافظ کاری افکار واضح و منظم موجود می‌باشد. بیماری حد اقل شش ماه دوام می‌کند.

b. اختلال مشترک پارانوئید (اختلال سایکوتیک کسی): معیار عمده عبارت از یک سیستم هذیانی بوده که در نتیجه تماس نزدیک با شخص دیگری که قبلاً دچار اختلال هذیانی از نوع گزند باشد، بوجود می‌آید اگر دو شخص مصاب باشد بنام فولی ایدیکس (Folie a deux) یاد می‌گردد.

c. اختلال حاد پارانوئید: معیار اساسی یک اختلال پارانوئید می‌باشد که حد اقل شش ماه دوام داشته باشد عمدتاً در افراد که دچار حالات زنده گی مثلاً مهاجرت ها، بندی خانه ها، جنگ، استخدام در اردو و یا افراد که برای بار نخست از خانه به مسافرت دور می‌روند.

d. سایر انواع

۱. سایکوزس مهاجرتی.

۲. سایکوزس زندان.

۳. پارانویای عدم رضایت: یک شکل خاص پارانویا بوده و با موجودیت مرافعه خواهی مشخص می‌گردد.

۴. هزیانات عشقی خالص: عقیده هذیانی می‌باشد که در آن مریض عقیده دارد که یک شخص از صنف بلند اجتماع او را دوست دارد.

۵. **سندروم اوتیلولو (Othello):** با موجودیت یک هذیان انکاری از جانب شریک جنسی خود مشخص می گردد.

۶. **سندروم کپگراس:** (هذیان جفت). این سندروم توسط مؤلف Jean Marie capgras تشریح گردید.

مريض فکر می کند شخصی را که او میشناسد فعلاً به عین چهره کسی دیگری نیز موجود است معمولاً این شخص اقارب مخصوصاً خانم اش میباشد.

۷. **سندروم اکبوم:** (هذیان مصابیت، هذیان پرازیت): فکر می کند که بدنش به پرازیت ملوث شده است. به قسم ثبوت این شخص جهت بر طرف نمودن این مشکل از اسپری ها و کریم ها استفاده نموده و از افراد صحت عامه طالب کمک می گردد.

۸. **سندروم فریگولی:** در این هذیان شخص ممکن موجودیت اشخاص بیگانه را حس کند و این یک هشدار برای سندروم کپگراس میباشد.

۹. **هذیان انتریمیتامورفوزس:** یک هذیان بسیار نادر بوده که افراد شناخته شده میتواند خود را تغییردهد.

تشخیص

تاریخچه مفصل و معاینه حالت روانی اساس تشخیص را تشکیل میدهد.

تشخیص تفریقی

۱- سندروم های عضوی هذیانی

۲- شیزوفرنی پارانوئید یا حالت شبه شیزوفرنی به جدول ۱۰-۷ مراجعه شود.

۳- اختلال پارانوئید شخصیت

۴- اختلالات مزاج

۵- اختلال عمر

پارافرنیای موخر در دهه پنجم و یا ششم واقع می گردد و در زنان زیادتر معمول است (که عروسی نکرده و یا بیوه باشند) هذیانات شکنجه و آزار ، تمام انواع برسامات در آن دیده میشود و همچنان بنام پارانوئید شیزوفرنیا (نوع مؤخر حمله) یاد میشود.

تشخیص تفریقی اختلالات هذیانی جدول ۱۰-۷

ابعاد	شیزوفرنی پارانوئید	اختلال هذیانی	اختلال پارانوئید شخصیت
۱. سلوک عمومی	مرکزی بودن، مانیریزم، ستریوتایپ، کاهش توجه فردی، قطع اجتماع	مرکزی بودن، مشکوک بودن، کاهش عمل متقابل در اجتماع	عمل متقابل، جلوگیری اجتماعی
۲. شخصیت	ناسامان، اگرچه حالت مریض در سایر انواع خراب تر می گردد.	در نواحی هذیانی مختل بوده نزدیک به نورمال در سایر نواحی	خراب تر نمی گردد
۳. اختلال افکار	هذیانات از دست دادن تداعی، اختلال افکار، هذیان ممکن از نوع عجیب و غریب باشد.	هذیان عجیب و غریب نیست، البته به شکل منظم کدام اختلال افکار موجود نیست	اختلال افکار موجود نیست
۴. برسامات	برسامات شنوائی عام است	عام نبوده اگر موجود باشد ثابت نمی ماند	موجود نیست
۵. تماس با واقعیت	مختل شده است	در نواحی هذیانی مختل است	موجود نیست
۶. بینش	ندارد	ندارد	موجود است
۷. عاطفه و مزاج درمقایسه با افکار	غیر متناسب	متناسب	متناسب

سوالات برای مرور

۱. اصطلاحات؛ دیمینس پریکوکس، سکیزوفرنیا، هینیفرنیا، کاتاتونی، زوال عقلی پارانونید، امیبوالینس، اوتیزم، پروسه سکیزوفرنیا و سکیزوفرینفورم را کی ابداع نمود؟
۲. ۴ عرض هسمان را که از نظر بولر و شنايدر بيان گردیده بر شماريد؟
۳. ايبیديمیولوژی سکیزوفرنیا را توضیح نماييد؟
۴. تأثيرات و اختلال درک را در سکيزوفرنیا بيان داريد؟
۵. انواع مختلف سکيزوفرنیا کدامها اند و تظاهرات متفاوت سکيزوفرنیای کاتاتونیک را بر شماريد؟
۶. در يافتهای مختلف نيورولوژیک را در سکيزوفرنیا بيان داريد؟
۷. در موارد ذیل مختصراً بنويسيد؟
 - (a) روان گسيختگی نيوروتیک کاذب
 - (b) پارافرنیا
 - (c) بقايای روان گسيختگی
 - (d) سکيزوفرنیای مخفی
 - (e) روان گسيختگی نوع سکيزوفرنیی فورم
 - (f) روان گسيختگی نوع Pfpopf
 - (g) روان گسيختگی مقاوم
 - (h) روان گسيختگی منفی گرا
 - (i) روان گسيختگی ساده
 - (j) روان گسيختگی مزمن
 - (k) روان گسيختگی ناشی از وابستگی به ادويه - شبيه سايکوز
 - (l) مدل سايکوز
۸. اينیولوژی روان گسيختگی را تشریح کنيد
۹. در باره موارد ذیل مختصراً بنويسيد:
 - (a) نيوری پیوند مضاعف (دبل بایند)
 - (b) schism و Skew
 - (c) احساسات منتشر شده
 - (d) نظریه فرآورد اجتماعی
 - (e) اساس بیوشیمیک روان گسيختگی
۱۰. میتود های مختلف تداوی روان گسيختگی کدامها اند؟
۱۱. فکتور هاییکه بالای انذار روان گسيختگی اثر گذار اند کدامها بوده و نیز فرق بين روان گسيختگی تیپ ۱ و ۲ را بنويسيد؟
۱۲. اختلالات هنيانی را تعريف نموده تیپ های مختلف و تشخیصی تفریقي آنرا بيان داريد؟

سوالات امتحان مسلکی

- مختصراً در باره؛ روان گسيختگی پارانونید، روان گسيختگی، روان گسيختگی کاتاتونیک و فکتور های اثر گذار بالای انذار روان گسيختگی بنويسيد؟
- بين روان گسيختگی پارانونید و شخصیت پارانونید تشخیص تفریقي نماييد؟

اختلالات مزاجی (عاطفی)

تعریف، تاریخچه، تصنیف، (یک قطبی، دوقطبی، روانی، عصبی، دارای منشأ داخلی درمقابل منشأ خارجی) اپیدیمولوژی، اختلال اساسی افسردگی، مانیا، اختلال دیستیمیک، دوره های آنی مانیا، تداوی (حمله حاد، وقایه، تحت حالات مخصوص مثلاً نوع مقاوم دوره های آنی، درمریضان صرع، قلبی و مسن).

تعریف

این گروه از اختلالات توسط تشوشات مزاج که همراه با سندروم مکمل یا قسمی افسردگی و یا مانیا باشد مشخص می گردد و این اختلال باید از باعث کدام اختلال فزیک و روانی دیگر نباشد.

عالمی بنام Emil Kraepelin اصطلاح (سایکوزس مانیاک افسردگی) را کشف نمود (PMD).

تاریخچه

اصطلاح میلانکولیا توسط هیپوکرات وضع شده مؤلف جولیز فالریت (Jules falret) ابراز داشت، مریضی که به شکل دوره ئی دچار افسردگی و بلند پروازی می گردد بنام لفولی سیرکولیر (la folie circulaire) یاد می گردد. مؤلف کورل لدویگ کاهلباوم (Kurl Ludwig kahlbaum) ابراز داشت که این هجمه ها مراحل مختلف پروسه عینی مریضی میباشد که بنام سایکلوتایمیما یاد میگردد. مؤلف ایمیل کراپلین (Emil kraepelin) خلاصه نمود که تمام این اختلالات مزاج در طرق مختلف واضح بوده و این مریضی را بنام مانیاک دیپرسیو سایکوزس یاد می کند.

ایپیدیمولوژی

به جدول ۱۱-۱ مراجعه شود.

I - اختلال افسردگی اساسی (یک قطبی)

یک اختلال معمول روانی میباشد.

تصنيف

a. اختلالات یک قطبی و دو قطبی.

یک قطبی - مریضان که در تاریخچه آنها حد اقل سه هجمه جداگانه افسردگی تأخری یا سایکوتیک موجود باشد، در میان هجمه ها به طور کامل صحت یاب شده باشد و هجمه مانیا را نداشته باشد یک قطبی گفته میشوند.

سایکوزس مانیک افسردگی در افرادی که بنیه پکنیک دارند بیشتر معمول است

دوقطبی - مریضانی که حد اقل یک هجمه افسردگی و یک هجمه مانیا را سپری نموده باشد و هجمه های مانیا تکرار شونده باشد، تحت عنوان دو قطبی صنف بندی می گردند.

b. سایکوتیک در مقابل عصبی: یک اندازه معشوش کننده است اما افسردگی سایکوتیک ضرور نیست که همراه با هذیان و برسام باشد.

جدول ۱۱-۱ اپیدیمولوژی اختلالات مزاجی یک قطبی و دو قطبی

افسردگی اساسی	اختلال دو قطبی	
2-25% (5-9%) در خانم ها و (2-4%) در مردها	۰.۶-۲٪ مساوی	۱. شیوع در تمام عمر
1:2 عمر وسط و اواخر ۲۰ سالگی	نوجوانی و دهه دوم مقدم	۲. تناسب درجنس مونث و مذکر
ارتباط ندارد	یک اندازه در طبقه بلند اجتماع اندکی افزایش	۳. سن آغاز مرض
مثبت	مثبت و ارتباط جنتیکی دارد	۴. صنف اجتماع
		۵. تاریخچه فامیلی
		۶. در اقارب
۱۷٪	۱۵٪	a. فیصدی افسردگی اساسی
۲-۳٪	۸٪	b. (فیصدی) اختلال دو قطبی
قبل از آغاز مرض واقعات منفی زنده گی	معلوم نیست	۷. واقعات زنده گی

C. افسردگی داخل المنشا درمقایسه با افسردگی خارج المنشا (عکس العملی).

تظاهرات عمده مانیا و افسردگی به ترتیب مزاج بلند و مزاج افسرده است.

جدول ۱۱-۲ تفاوت های میان افسردگی دارای داخل المنشا و خارج المنشا را نشان میدهد.

لوحة کلینکی

اعراض معمول عبارتند از:

۱. مزاج دیسفوریک.
۲. از بین رفتن علاقه و لذت.
۳. تغییرات در فعالیت روانی حرکتی ممکن به شکل تأخر حرکتی یا تهیج باشد.
۴. تغییرات در اشتها و وزن معمولاً اشتها و وزن کم شده بعضاً هر دو زیاد میشود.
۵. خواب کم شده و بعضاً پر خوابی موجود است.
۶. فعالیت جنسی، علاقه مندی به فعالیت جنسی کم میشود.
۷. احساس شرم و نا امید، بیچاره گی.
۸. تشوش شناخت.
۹. افکار مرگ و خودکشی.
۱۰. سایر تظاهرات، تشوشات جنسی و تحیزی، احساس ترس.

جدول ۱۱-۲ تفاوت های میان افسردگی داخل المنشا و خارج المنشا

خارج المنشا	داخل المنشا	
عصبی بعضاً عکس العملی	سایکوتیک، خود بخودی	۱. سایر نام ها
فکتورهای محیطی مهم است	فکتورهای بیولوژیکی مهم است	۲. فکتورها
موجود است	موجود نیست	۳. فشار روحی قبلی
مضطرب، وسواسی	سایکولوتایمیک یا دیستایمیک	۴. شخصیت ماقبل از مریضی
مقدم (در خواب رفتن مشکل است)	معمولاً مؤخر و نهائی (صبح وقت از خواب بیدار میشود.)	۵. بیخوابی
در وقت شام مزاج افسرده دارد	در وقت صبح مزاج افسرده	۶. تغییرات مزاجی زمانی
باهمراهان احساس خوب می کند	درحالت تنهایی احساس خوب می کند	۷. تأثیرات همراهی کسی دیگر
ناقراری حرکتی موجود است سایر تظاهرات	تأخر روانی حرکتی، خودکشی، هذیان وغیره	۸. تظاهرات سایکوتیک
سایکوتیک موجود نیست	معمول است	۹. عود
غیرمعمول است	معمول است	۱۰. تداوی
تداوی روانی (ضد افسردگی)	شوک برقی، آدویه جات ضد افسردگی	

تمرکز فکری زیاد در مورد صحت فزیک، هذیان‌ها یا برسامات با مزاج همخوان یا غیر همخوان باشد، گذری بوده اما آوازهای موجود نیست که شخص را برای گناه‌های روح تهدید کند.

۱۱. **افسردگی غیر وصفی**: سندروم‌های است که دارای تظاهرات افسردگی کلاسیک و وصفی نمیباشد. ممکن افسردگی همراه با اضطراب متباز، اضطراب ترسی، سندروم مسخ شخصیت، افسردگی داخل المنشاء (از باعث فشار روحی) و یا سندروم هستیروئید دیسفوریک باشد.

۱۲. **افسردگی دو گانه**: هجمه افسردگی اساسی.

۱۳. **اختلال مزاجی موسمی**: ذیلا شرح شده است.

۱۴. **سندروم کوتارد (هذیان‌ها نیست گرای)**: توسط هذیان‌ها منفی به درجه‌های مختلف

مشخص می‌گردد مریض ممکن فکر کند که وجودش و یا خودش از بین رفته و دیگر موجود

نیست و یا حتی تمامی جهان دیگر موجود نمی‌باشد.

اوسط مدت دوام مانیا که تداوی نشده
باشد شش ماه بوده درحالیکه درافسرد
گی مدت نه ماه است

تشخیص تفریقی هجمه افسردگی اساسی

a. سندروم عضوی مزاج همراه با افسردگی

b. دمانس استحالوی ابتدائی یا از باعث احتشای مغزی

c. شیزوفرنی

d. شیزو افیکتیو

e. اختلال دیستایمیک و سایکلو تایمیک

f. اختلالات روانی مزمن

g. اختلالات اضطراب

h. سایر. مثل هائپوکاندریا زس ابتدائی،

نیوروزس ترضیضی یا اختلال

تطابق با تظاهرات افسردگی.

ابنارملتی‌های خواب که درافسردگی دیده میشود
عبارت اند از کاهش وقفه حرکات سریع چشم و افزایش
درحرکات سریع چشم درنیمه اول خواب است

۱۱. اختلال دو قطبی

هجمه مانیا

تصنیف

۱. **دو قطبی یک:** که با موجودیت افسردگی شدید و حالت مانیای شدید مشخص می گردد.
۲. **دو قطبی دو:** هجمه های هایپومانیا (بسترشدن مریض ضرور نیست) و افسردگی شدید دارد.
 - a. **هایپومانیا:** حالت خفیف که با سرخوشی متبازر، فرط فعالیت مشخص می گردد.
 - b. **مانیای حاد:** حالت شدید که نشان دهنده هذیانات بزرگ منشی گذری، مزاج غیر ثابت و بعضاً گفتار غیرنورمال میباشد.
 - c. **مانیای هذیانی:** با موجودیت هیجان کمتر، هذیانات متبازر بزرگ منشی و بعضاً برسامات مشخص می گردد.
 - d. **مانیای بیلز یا مانیای دلیریوس:** فرط فعالیت (افسرده و از حالت پانیک یا هول به هیجان) هذیانات مختلف برسامات واضح، عدم جهت یابی برای زمان و مکان همراه با کمبود مایعات بدن و نخوردن غذا و نه نوشیدن آب.
 - e. **مانیای ثانوی:** مانیا میتواند از باعث ادویه جات بوجود آید (مثلاً ادویه جات ضد افسردگی سه هستوی مونو امینو اکسیدازها، ستروئیدها، امفتامین ها، لیو دوپا و ایزونیاژیدها) ممکن از باعث تایروتوکسیکوزس، سندروم های حاد مزمن روماتیسم، تومورهای قحفی و از باعث صرع فص صدغی بوجود آید.
 - f. **مانیای مزمن:** مریض حالت سرخوشی خود را از دست داده، نا قرار گردیده و یک روش شبه پارانویید را بخود می گیرد.

منظره کلینیکی

۱. مزاج: مزاج بلند (elevation) و سرخوش بوده (خفیفاً بلند بوده یا مرحله اول)، غرور (elation) (متوسط یا مرحله دوم)، تجلیل (exaltation) (شدید یا مرحله سوم)، جذب (ecstasy) (بلند بودن مزاج شدید است مرحله چهارم)، مخرش و مزاج غیرثابت دارد.
۲. فعالیت روحی حرکی و اجتماعی زیاد شده، خریداری های زیاد، موثر رانی غیرمحتاطانه، سرمایه گذاری های تجارتي احمقانه و فعالیت جنسی زیاد.
۳. تکلم به شکل وصفی به تون بلند، سریع و مشکل است که قطع شود (فشار تکلم).
۴. تفکر: پرش افکار موجود است، مثلاً تکلم به سرعت ادامه دارد اما از یک عنوان به عنوان دیگر تبدیل میشود که اساس همه را همکاری های قابل فهم، منبها و یا بازی کردن با الفاظ تشکیل میدهد.
۵. توجه: هواس پرتی معمولاً موجود است.
۶. خواب: ضرورت به خواب کاهش می یابد.
۷. اعتماد به نفس: اعتماد بسیار زیاد به نفس خود دارد.
۸. غیرثابت بودن مزاج.
۹. لذت جنسی زیاد می گردد.

تشوشت بیوشیمیکی در سایکوزس مانیک افسردگی عبارت است از زیاد شدن نوراپینفرین در مانیا و کاهش آن در افسردگی میباشد.



شکل ۱۱-۱ یک بیمار مانیا (شیدا) با افراط در آرایش غیر متناسب (خواب آلود ناشی از ادویه)

تشخیص تفریقی هجمه های مانیا

از نظر ارثی اختلال مزاج از باعث بازوی کوتاه کروموزوم دوم بوجود می آید.

- a. با سندروم های عضوی مزاج
- b. با شیزوفرنی نوع پارانوئید
- c. اختلال شیزوافکتیف
- d. اختلال سایکلو تایمیک

تشخیص

تاریخچه مفصل، معاینه حالت روانی و جواب کلینیکی معمولاً یکجا با صحت یابی مکمل کمک می کند تا یک اختلال مزاجی را تشخیص نماید.

جدول ۱۱-۳ چطور یک بیمار مانیا معمولاً مراجعه می کند

- مزاج غیر ثابت، مخرش، سرخوش متناسب اما مزاج بلند (مثلاً آهنگ خواندن، خنده دادن).
- زیاد حرف میزند، بسیار پلان های غیر متناسب دارد (از باعث بزرگ منشی، پول، مقبول بودن، علم یا قدرت).
- فعالیت روحی حرکتی زیاد شده (بیقرار است) فعالیت اجتماعی زیاد می گردد.
- بسیار پول خرج می کند (خریداری های زیاد یا پول را تقسیم می کند، یا در تجارت سرمایه گذاری های احمقانه می کند و مایل به ضیاع اقتصادی می گردد).

- هوش پرک بوده و توجه ندارد.
- افکار زیادی را میسازد از یک تفکر به تفکر دیگری خیز میزند و به مشکل قابل تعبیر میباشد (فشار تکلم زیاد است).
- کاهش ضرورت به خواب و کم شدن اشتها.
- اعتماد به نفس زیاد شده، شهوت جنسی زیاد دارد (تمایل به انحراف جنسی دارد).
- حفظ الصحه فردی را مراعات نموده اما به قسم غیر متناسب ممکن آرایش نماید.
- ممکن مشکوک باشد (که دیگران سرمایه شان را می گیرند).
- قبول نمی کند که او بیمار است (بینش ندارد).
- شروع مرض ناگهانی بوده ممکن خوب شود یا به افسردگی تبدیل گردد.

معاینات لابراتواری که ممکن در تشخیص و تداوی افسردگی استفاده شود قرار ذیل اند:

- ۱- **تست نهی نمودن دیکسامیتازون:** تقریباً نصف از مریضان دچار افسردگی به قسم نورمال جواب داده اما نصف دیگری مریضان نمی توانند تولید کورتیزول را کم کنند.
- ۲- **هورمون آزاد کننده غده در قبه) یا تست تنبه کننده:** در حدود ۳۰ الی ۴۰ فیصد مریضان دچار افسردگی نمی توانند سویه هورمون تنبه کننده غده در قبه را بلند ببرند.
- ۳- **مختل شدن خواب:** وقفه صفحه حرکات سریع چشم کاهش یافته و صفحه حرکات سریع چشم ازدیاد می یابد و فیصدی خواب عمیق کم می گردد.

III. اختلال دیستایمیک (نیوروز افسردگی)

تظاهرات اساسی این اختلال یک تشوش مزمن مزاج بوده که حد اقل دو سال دوام داشته باشد اما شدت و دوام آن آنقدر نیست که معیار سندروم افسردگی را صدق نماید.

ایدیمولوژی

۱۰.۵٪ - ۴/۵٪ (تناسب جنس مونث و مذکر

۳-۲:۱ میباشد).

اختلال مزاج دوقطبی در شخصیت نوسانی زیاد است. در حالیکه افسردگی یک قطبی در شخصیت های مزاجی، وسواسی یا هستریک معمول است.

لوحه کلینیکی

اعراض کمتر شدید بوده (قسمیکه در افسردگی اساسی دیده میشود) و زیادتر از دو سال دوام می کند. همچنان دوره های نورمال نیز موجود است. ممکن چند روز الی چند هفته دوام کند. اگر شفایابی زیاتر از چند ماه دوام کند پس تشخیص فوق وضع نمی گردد. هذیانات و برسامات موجود نیست.

تست نهی دکسامیتازون برای تعقیب تداوی انحطاط روانی مفید بوده و این تست در شیزوفرنی، دیمانس، اختلالات شخصیت و الکلولیزم بصورت کاذب مثبت میباشد.

تشخیص تفریقی

- a. دوره افسردگی اساسی
- b. سایر اختلالات شخصیت مثلاً شخصیت مرزی، اختلال هستر یونیک و وابسته.
- c. اختلالات روحی مزمن: مثلاً وابستگی به الکل همراه با اعراض افسردگی.
- d. نوسانات نورمال مزاجی.

IV. اختلال سایکلو تایمیک

مشخصه اساسی این اختلال یک تشوش مزمن مزاج بوده که حد اقل دو سال دوام نموده که در آن دوره های افسردگی و هایپومانیا موجود بوده اما شدت و دوام آن به اندازه نیست که معیار افسردگی اساسی یا دوره مانیا را صدق بکند.

جدول ۱۱-۴؛ چطور یک بیمار دچار افسردگی مراجعه می کند.

- مزاج افسرده، فقدان لذت
- احساس ناامیدی، بیچاره گی و یا احساس شرم
- بیخوابی
- از بین رفتن اشتها و ضیاع وزن
- فعالیت روانی حرکی کاهش می یابد
- افکار مرگ، خودکشی و دیگرکشی

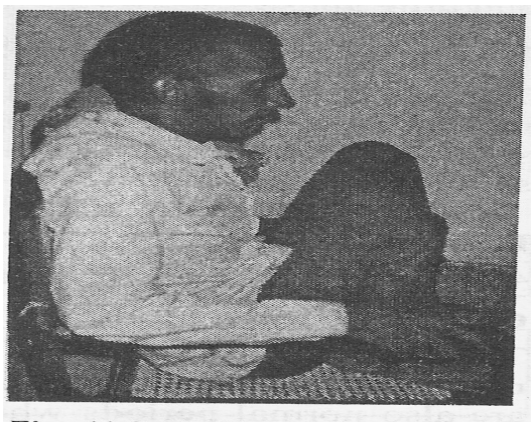
- کاهش در ساختار افکار
- سنگینی در سر
- تشوش زیاد در مورد صحت فیزیکی
- کم شدن علاقه در فعالیت جنسی یا کاهش لذت
- بی علاقه گی در مراقبت فردی شخصی
- ممکن شفای بنفسهی موجود باشد و یا به مرحله مانیا تبدیل شود

ایپیدیمولوژی

کمتر از یک فیصد نفوس مصاب بوده و در جنس مونث زیادتر معمول میباشد.

تظاهرات کلینیکی

تظاهرات کلینیکی پس منظر افسردگی اختلال سایکلو تایمیک مشابه تظاهرات ذکر شده اختلال دیستایمیک میباشد. همچنان دوره های هایپومانیا موجود است که مشابه دوره های مانیا بوده اما در صورتیکه نزد شخص تشوش عمده و وظیفه موجود نباشد.



شکل ۱۱-۲ یک مریض ۲۲ ساله که از افسردگی داخل المنشأ رنج می برد (بعد از یک خساره اقتصادی بوجود آمده است).

تشخیص تفریقی

اختلالات مزاجی اساسی، اختلالات شخصیت و اختلال سؤ استفاده از مواد.

۷. اختلالات غیر وصفی

یک کنگوری باقیمانده میباشد و مریضان را در بر می گیرد که تحت تشخیص و اختلال دو قطبی و یا سایکلو تایمیک راجستر نگردند.

۱۷. دوره های سریع مانیا

در سال ۱۹۷۴ مؤلفین دونیر (Dunner) و فیهو (Fieve) اصطلاح سایکل سریع را شرح نمودند و اظهار داشتند که اینها یک گروپ فرعی بیمارانی اند که هجمه های متکرر مزاجی دارند (زیادتر از چهار هجمه در یک سال) و در مقابل تداوی و قیوی با لیتوم جواب قناعت بخش نمی دهد.

اتیولوژی اختلالات مزاج

a. نظریه های بیوشیمی

نیورو ترانس میترها

۱. فقدان نوراپینفرین و سروتونین در بیماران افسردگی دیده شده است.
۲. سویه نوراپینفرین ۵ هایدروکسی ترپتوپان و مواد حاصله از میتابولیزم آنها در مریضان مانیا بلند می رود.

نرسیدن کمک آموخته شده و سندروم کوتارد
درافسردگی دیده میشود

b. تیوری های جینتک

۱. در اقارب درجه اول شیوع اختلال دو قطبی تقریباً ۲۰٪ میباشد. ۱۵-۱۰٪ اختلال یک قطبی همراه با ۳-۱٪ در تمام نفوس.
۲. دوگانگی ها: مونوزایگوت در برابر دای زایگوت ۲۰:۶۸٪ میباشد.
۳. شاخص ارثی ارتباط به بازوی کوتاه کروموزوم دوم میباشد.

c. نظریه های سایکولوژیک

۱. تجارب طفولیت مقدم

- عوامل مادری
- غایب بودن طولانی یکی از والدین یا هر دو.
- ۲. عوامل اجتماعی
- وقاعات زنده گی
- فشارهای روحی محیطی
- حالات مزمن
- ۳. سلوکی: از باعث نقصانات گذشته افسردگی بوجود می آید.
- ۴. نظریه های تجزیوی روانی
- افسردگی در نتیجه از دست دادن چیزی دوست داشتنی بوجود می آید.
- ۵. شخصیت ماقبل از مریضی
- شخصیت سایکلو تایمیک

افسردگی یک علت معمول خود کشی ویک اختلال معمول است که با وابستگی ادویه ارتباط دارد.

d. اسباب عضوی

۱. اختلالات اندوکراین
۲. کم خونی ها
۳. انتانی
۴. عصبی. میرگی، انسفالیت، ترضیض رأس، سکنه مغزی.
۵. ادویه جات مثلاً Reserpin، الفا میتایل دوپا، کلونیدین، ستروئید ها، باربیتورات ها، امفتامین ها، الکل، ادویه جات ضد سایکوز س (باعث افسردگی میگردد)، ادویه جات ضد افسردگی (مانیا) وغیره.
۶. سایر عوامل: مثلاً دیالیز، عدم کفایه مزمن کلیوی، اسکیمی مغزی، پورفیری، التهاب شریان صدغی، مرض ویلسون وغیره.

تداوی با شدت بلند نور (High intensity light)

e. نظریه های بیولوژیکی

(therapy) تداوی انتخابی برای اختلال مزاجی

۱. ریتم سیرکادین: اختلال در نظم سیرکادین. موسمی است.

۲. **اختلال موسمی مزاج:** یک گروپ فرعی افراد افسرده که تنها در جریان چند ماه و در اوقات محدودی که شعاع آفتاب موجود باشد تحت تشخیص اختلال موسمی مزاج شناخته شده اند. این افراد با مواجه ساختن با نور تداوی می گردند.

۳. مطالعات اناطومیکی: ساحاتی که دچار آفت شده اند در فص های جبهی و صدغی ممکن موجود باشد که باعث اختلال مزاج می گردد (مثلاً آفات طرف چپ باعث افسردگی و آفات طرف راست باعث مانیا می گردد).

۴. سی.تی.سکن: اندازه بطینات مغزی در ۲۵-۱۵٪ افراد بزرگتر از اندازه نورمال نشان داده شده است.

سیر مرض

هر دو دوره های افسردگی اساسی و مانیا به قسم بنفسهی در اکثریت واقعات شفا یاب گردیده اما تمایل به عود دارد. اگر هجمه مانیا تداوی نگردد الی شش ماه دوام نموده در حالیکه اگر هجمه افسردگی تداوی نگردد الی نه ماه دوام می کند.

تداوی

۱. بستر نمودن مریض در شفاخانه

a. مریضان افسردگی

- اگر خطر خودکشی یا دیگرکشی موجود باشد.
- اگر خواب آلودگی و افسردگی موجود باشد.
- اگر افسردگی با بیقراری یا حملات پانیک موجود باشد.
- موجودیت مشکلات فزیک و یا روانی دیگر (سو استفاده ادویه).

- اگر در مقابل ادویه جات جواب ندهد.
- اگر سیستم پشتیبانی از مریض درست نباشد.

Rapid cyclers یک گروپ فرعی
اختلال مزاج است که دریک سال
چهارهجمه یا اضافه تر از آن تکرار شود.

b. مریضان مانیا

- سلوک غیرنورمال مثلاً نقصانات مادی، از دست دادن وظیفه یا عدم توجه فامیلی به مریض.
- اگر مریض مانیا دچار دلیریوم باشد.

II. ادویه جات

۱. افسردگی: شرح آن در فصل ۳۰ در فارماکولوژی درج شده است.

جدول ۱۱-۵ ادویه جات معمول ضد افسردگی و ضد مانیا

ادویه	دوز فمی (ملی گرام فی روز)	مقدار زرقی (ملی گرام)
A. ادویه جات ضد افسردگی		
۱. کلاسیک		
Imipramin -	75-300	-
Amitriptylin -	75-300	-
Doxepin -	75-300	-
Dothipin -	75-300	-
Mianserin -	30-120	-
Trazodone -	100-600	-
۲. ادویه جات جدید		
Fluoxetine -	20-80	-
Sertraline -	50-200	-
Venlafaxine -	37.5-225	-
Bupropion -	150-450	-
Mirtazapine -	15-45	-
Citalopram -	10-40	-
Moclobemide -	150-450	-
Escitalopram -	5-20	-
B. ادویه جات ضد مانیا		
Chlorpromazine -	300-1800	۱۰۰-۵۰
Haloperidol -	10-100	۲۰-۵
Risperidone -	2-12	-
Olanzapine -	5-30	-
C. تثبیت کننده مزاج		
	600-1200	-
	400-1200	-
	400-1800	-
	1-8	-

-		Lithium	-
-		Carbamazepin	-
-		valproic acid	-
۴-۱		clonazepam	-

محرومیت از خواب (sleep deprivation) یک میتود بهتر برای تداوی افسرده گی است .

a. ادویه جات ضد افسردگی ترای سکلیک.

b. نهی کننده های مونو امینو اکسیداز.

اعراض مانیا برعکس افسردگی است.

- انرژي دهنده های روانی یا تنبه کننده های روانی مؤخر.

c. ادویه جات ضد افسردگی ترکیبی.

d. ادویه جات ضد افسردگی جدید و چهارحلقوی: ادویه جات چهارحلقوی (Maprotiline Mainserin) و سایر ادویه جات ضد افسردگی جدی (Venlafaxine, Mirtazapin, Fluvoxamine, Trazodone, Fluoxetine, Sertraline, Bupropion) و غیره فایده های ذیل را دارد

اختلال دوقطبی معمولاً با هایپومانیا و یا مانیا شروع می کند .

- عوارض جانبی کمترانتهی کولینرژیک.

- در زیادتیر حالات با مقادیر زیاد ادویه مصئون مییاشد.

- سریع تاثیر می کند Fluoxetine و Mainserin.

e. سایر ادویه جات: مثلاً لیتیم، کاربامازپین، فینوتیازین (در افسردگی معند)، تایروکسین، تنبه کننده ها (میتایل فیندت، دکسترا امتامین)، الپرازولام، Bromocriptine, Tryptophan و غیره.

a. نیورولپتیک: (فینوتیازین و Butyrophenone) چنانچه در فصل فارمکولوژی شرح شده است.

استطباب حقیقی شوک برقی مغز در افسردگی عبارت از تمایلات خودکشی است. سایر استطبابات مشتمل می گردد بر تظاهرات جسمی و روانی، ستوپور یا هنگامیکه ادویه مفید نباشد و یا مضاد استطباب باشد.

b. لیتیوم: در اکثریت مطالعات مؤثریت این ادویه ۸۰ فیصد بوده (هر دو صفحه حاد و جهت وقایه).

- مقدار ادویه از ۹۰۰-۱۸۰۰ میلی گرام روزانه بوده و ارتباط می گیرد به سویه سیروم خون

(0,6- 1,2meq) و عوارض جانبی (هضمی،

رعشه، کشش عضلی و غیره)

شوک برقی مغز و ادویه جات ضد افسردگی در افسردگی داخلی بهترین دوا است در حالیکه روان درمانی و ادویه جات برای افسردگی نیوروتیک بهترین تداوی پنداشته میشود.

- وقایه برای هردو اختلال یک قطبی و دو قطبی.

c. Carbamazepine

- در مانیای حاد و برای وقایه اختلال یک قطبی و دو قطبی مؤثر میباشد.

d. Clonazepam به مقدار ۸-۱۰ میلی گرام در روز.

e. سایر ادویه جات: Valproic acid نهی کننده های چینل کلسیم Nifedipin، Verapamil و غیره)

phenytoine، Amoxapine و Flupenthixol.

III. تداوی شوک برقی

استطبابات عمده آن عبارتند از

- افسردگی شدید همراه با تمایل خودکشی و یا حالت خواب آلودگی شدید.

- مرضیانی که دچار تظاهرات سایکوتیک باشند (هذیان و غیره).

- مرضیانی که در مقابل ادویه جات معمول جواب نمی دهند.

- می‌تواند که از حملات متکرر و سریع مانیا و یا افسردگی رنج می‌برند.
- می‌تواند که ادویه را تحمل کرده نمی‌تواند و یا مضاد استتباب باشد (مثلاً در سه ماه اول حاملگی).

ادویه جات مصون ضد افسردگی در بیماران قلبی عبارت اند از
 fluoxetine , sertraline ، trazodone , mianserin
 و tryptophan

IV. خراب شدن خواب

در بحث افسردگی مطالعه گردیده است.

تداوی افسرده گی معند مشتمل می‌گردد بر تغییر در نوع
 و یا صنف ادویه ضد افسردگی، شوک برقی،
 نیورولپتیک (مقدار کم thyroxin، لیتیموم،
 کاربامازپین و valproic acid میباشد.

V. نور با شدت بلند

اختلالات مزاجی موسمی در مقابل ادویه
 جات جواب درست نمی‌دهد و نیاز است تا

در مقابل نور مصنوعی برای چندین ساعت قرار گرفت مخصوصاً در روزهای کوتاه زمستان.

VI. روان درمانی و سلوک درمانی

برای توضیحات به فصل ۳۲ تداوی روانی مراجعه شود.

۱- تداوی های شخصی که توسط کلیرمان (Klerman)، میرنا (Myrna) و ویسمن

(Weissman) در سال ۱۹۸۴ معرفی شد.

۲- تداوی سلوکی شناختی توسط ایرون بیک (Aaeron beck) در سال ۱۹۷۹ معرفی شد.

۳- تداوی سلوکی: هدف اساسی بالای عرضه نمودن اساسات کلاسیک و جدید کلینیکی است که به

ترتیب توسط پاولو (Pavlov) و سکنر (Skinner) معرفی شده است.

۴- تداوی های کوتاه مدت سایکودینامیک: برای شرح بیشتر به فصل ۳۲ در مورد روان درمانی

مراجعه شود.

جدول ۱۱-۶ فکتورهای تعیین کننده عواقب دراختلال مزاج

خواب	خوب
۱. اگر بیماری تکامل مقدم داشته باشد	۱. اگر آغاز مریضی واضح و حاد باشد
۲. تظاهرات هاپیوکاندریازس یا مزاج غیر مناسب با تظاهرات سایکونیک	۲. شخصیت مصاب شده تطابقی بهتر
۳. افسردگی مضاعف (مثلاً هجمه حاد افسردگی بالای دیستایمیا)	۳. تظاهرات وصفی کلینیکی
۴. بیماری فزیک، اختلالات شخصیت، وابستگی به الکول	۴. افسردگی شدید
۵. فشارهای روحی مزمن	۵. رعایت خوب دارد
۶. رعایت ضعیف ادویه	۶. در مقابل تداوی جواب خوبی میدهد
۷. در مقابل ادویه جواب درست نمی دهد	

VII. مشکلات خاص

A. افسردگی معند

i – تشخیص معاینات فزیک و فکتورهای اجتماعی یا فامیلی دوباره تجدید نظر گردد.

ii – تاثیرات تداوی های که در جریان است باید تقویت یابد مثلاً

- مقدار ادویه جات ترای سایکلکلیک بلند برده شود و یا اگر قبلاً مقدار اعظمی اخذ می گردد، مقدار آن پائین آورده شود.
- معاینات خون جهت کنترل نمودن سویه ادویه.
- یکی از ادویه جات ذیل را علاوه نمایید.
- کلورپرومازین به مقدار کم.

نهی کننده های مونوآمینوآکسیداز، لیتوم و ال ترای آیودو تائرونین، کاربامازپین.

iii. ابعاد تداوی تغیر داده شود.

- تداوی از ادویه جات امین ثانوی به امین ثالثی یا بر عکس تبدیل شود.
 - از ادویه جات ضد افسردگی تراسکلکلیک و یا Flupenthixol استفاده شود.
- iv. اگر تداوی با شوک برقی بار اول مفید نباشد یک کورس دیگر شوک برقی توصیه شود.

B. سایکل سریع

- i. سیریماری، اجرات خط وسطی مریض و فکتورهای روحی اجتماعی دوباره ارزیابی گردد.
- ii. ادویه جات چون ترای سکلیک، مونو آمینو اکسیداز، لیتوم و غیره (را قطع نمایید.
- iii. ادویه جات ذیل را تجربه کنید

- کاربامازپین.
- لیتوم (اگر قبلاً استفاده نمی گردید).
- نیورولپتیک ها به شکل ضمیمی.
- Clorgyline (نهی کننده انتخابی مونوآمینو اکسیداز A).
- استفاده مشترک ادویه جات فوق.
- ممکن از تداوی با شوک برقی استفاده شود.

Viii مشکلات خاص در تداوی

i - صرع: ادویه جات که زیاده تر باعث حملات صرع می گردد عبارتند از ادویه جات برای سکلیک ونهی کننده های مونوآمینو اکسیداز. تداوی مروجہ بیماران که افسرده اند و با اخذ ادویه جات برای سایکلک و نهی کننده مونوآمینو اکسیداز دچار حملات می گردند تداوی مؤثر با کاربامازپین اجرا می گردد و میتوانیم از ادویه جات جدید ضد افسردگی مخصوصاً Tryptophan ، Mianserin, Sertraline, Bupropion یا Trazodone و تداوی با شوک برقی

ادویه جات چون phenytoin و بلاک کننده های چاینل کلسیوم تاثیرات ضد مانیا دارد .

(اگر مصاد استطباب نباشد) استفاده کنیم.

ii. پتالوژی قلبی: در این حالات ادویه مصئون عبارتند از Trazodone ، Mianserin ، Sertraline ، Flupenthixol ، Tryptophan ، Fluoxetine و Mirtazapine و غیره.

iii. فرط فشارخون: در این حالت ادویه جات مصئون عبارتند از Trazodone ، Mianserin ، Fluoxetine ، Nomifensine ، Tryptophan .

iv . در مریضان مسن

- ادویه جات چون Sertraline ، Trazodone ، Mianserin ، Flupenthixol و غیره باعث کاهش فشارخون گردیده که باید اجتناب گردد.

- ادویه جات نهی کننده مونوآمینو اکسیداز با احتیاط توصیه شود مثلاً Isocarboxazid و Phenelzine.

- برای تداوی و قایوی از کاربامازپین، مقدار کم نهی کننده های مونوآمینو اکسیدازها و لیتیم استفاده گردد.

سوالات برای مرور

۱. اصطلاحات ذیل را کی ابداع نمود:
 - Melancholia (مالخولیا)
 - La folie circulaire (تغییر حالت مزاج از شادابی به فعالیت غمگینی یا سایکلو تیمیا)
 - مانیک-دپر سیف سایکوزس
۲. انگیزه و مزاج را تعریف نموده و انواع مختلف اختلالات مزاج را بنویسید؟
۳. تشخیص تفریقی نمائید:
 - (a) اختلالات دوقطبی و یک قطبی
 - (b) دپریشن خارج المنشه و داخل المنشه
 - (c) دپریشن وصفی و غیر وصفی
 - (d) دپریشن ابتدایی و ثانوی
۴. تیپ های مختلف فرعی دپریشن را ذکر نمائید. منظره وصفی دپریشن وابسته به سن را توضیح نمائید؟
۵. بعضی از حالات غیر روانی و طبی که همراه با دپریشن میباشد را نام برده و اختلالات معمول دپریشن را لست نمائید؟
۶. در باره موضوعات ذیل مختصراً بنویسید:
 - (a) کوتارد سندروم
 - (b) دپریشن غیر وصفی
 - (c) دپریشن مقاوم
 - (d) محرومیت غیر اختلاطی
 - (e) شیدایی ثانوی
 - (f) تست انحطاط دکسامیتازون
 - (g) Rapid cyclers
 - (h) اختلالات انگیزشی موسمی
 - (i) خواب
۷. امراض ذیل را چگونه میتوانی تداوی نمائید:
 - دپریشن همراه با تمایل به خود کشی - دپریشن مقاوم، Rapid cyclers
۸. نقش لیتیم در اختلال دو قطبی و کاربامازپین در Rapid cyclers چیست؟
۹. یک مریض دپریشن را که همراه با دپریشن امراض ذیل داشته باشد چگونه تداوی مینمائید:
 - صرع- پتالوژی قلبی- فرط فشار خون- سن بلند- منظره سایکوتیک
۱۰. تیوری های بیوشیمیک و سایکلوژیک دپریشن را شرح دهید؟

سوالات امتحان مسلکی

- در مورد مانیک دپریسیف سایکوزس، دپریشن داخل المنشه دپریشن عکس العملی ، Rapid cyclers و اختلال مزاج موسمی مختصراً بنویسید؟
- فرق بین دپریشن سایکوتیک و دپریشن نیوروتیک را بنویسید؟
- دپریشن مقاوم را مختصراً بیان دارید؟

اختلالات سایکوتیک که به گونه دیگر مشخص نه شده اند

اختلال شبه شیذوفرنی، سایکوز مختصر عکس العملی، اختلال شیذوافکتیو نوع غیرمعمول (سایکوز دوره ئی، شیذوفرنی غیر وصفی، اوتوسکوپی، سندروم کلیرمبالت (Clerambault)، هائپوکاندریازس یک عرضی و ترس از بدشکلی بدن (dysmorphophobia).

۱. اختلال شبه شیذوفرنی

تظاهرات اساسی این اختلال مشابه شیذوفرنی بوده اما دوام بیماری، مراحل مخبروی، فعال و باقی مانده آن کمتر از شش ماه و اضافه تر از دو هفته

میشود.

اصطلاح شبه شیذوفرنی توسط G.Langfeldt در سال ۱۹۷۳ کشف شد.

تاریخچه

این اصطلاح را **جی لانگ فیلد** (G. Longfeldt) در سال ۱۹۳۷ شرح نموده.

ایپیدیمولوژی

شیوع اساسی مرض معلوم نیست.

لوحة کلینیکی

حالت مانند اضطراب هیجانی و کانفیوژن موجود است، تمایل به طرف حمله حاد و رشف، برگشت یا رشف این حالت بیشتر مانند سوبه وظیفوی قبل از مرضی می باشد.

چهار تظاهرات که انداز خوب تر را نشان می

دهد: شروع حاد، کانفیوژن، حالت وظیفوی خوبی قبل از مرضی وعدم موجودیت عاطفه کند یا هموار.

سبب شناسی

سبب اصلی معلوم نیست

اختلال شبه شیذوفرنی لوحة کلینیکی مشابه به شیذوفرنی داشته اما مدت دوام آن کمتر از شش ماه است اما از دو هفته زیادتیر میباشد و اگر از دو هفته کمتر باشد بنام سایکوزس مختصر عکس العملی یاد میشود.

۱. فکتورهای ارثی

در یک مطالعه مشاهده شده است که سیر بیماری و تاریخچه فAMILIAL مشابه اختلال مزاج میباشد.

۱.۱. نظریه های بیولوژیکی - تحت مناقشه میباشد.

تشخیص تفریقی

a- شیزوفرنی: دوام شبه شیزوفرنی کمتر از شش ماه بوده و بعضی علائم اندازی خوب دارد.

b- سایکوز مختصر عکس العملی: از اختلال شبه شیزوفرنی تفاوت دارد زیرا در سایکوز مختصر

عکس العملی دوام بیماری کمتر از دو هفته میباشد (اگر چه تاثیرات ثانوی دوام دار باقی خواهد

ماند).

عالمی بنام Kasanin اصطلاح اختلال

شیزوافکتیف را در سال ۱۹۳۳ کشف نمود.

c- سایکوز غیر وصفی

d- اختلال مزاجی

e- اختلال روانی عضوی

f- سایر حالات مثلاً بیماری های عصبی بطور مثال صرع لوب صدغی، هانتنگتون کوری، پارکینسون،

آفات فضاگیرنده خلا، حالات طبی مثلاً فیو کروموسایتوما، تشوشات میتابولیک و ادویه جات مانند

ستروئید های انابولیک خارج المشأ.

تداوی

تداوی انتخابی ادویه جات ضد سایکوز میباشد ممکن در صفحه حاد به مقدارهای زیاد ضرورت گردد اما

به یک مدت کوتاه.

|| : سایکوز مختصر عکس العملی

مشخصه این اختلال آغاز ناگهانی یک اختلال سایکوتیک بوده که حد اقل چند ساعت اما کمتر از دو هفته

دوام نماید و بیمار بتواند دوباره به وظیفه خود برگردد.

امراض شیزوافکتیف عبارت از بیماری که متصف است بر افسردگی اساسی یا سندروم مانیاک که با تظاهرات شیزوفرنی همراه می‌باشد که حد اقل برای دو هفته بدون اعراض مزاجی موجود باشد و مشخصه شیزوفرنی را نداشته باشد.

تاریخچه

مفهوم سایکوز عکس‌العملی یا سایکوز سایکوجینیک از نوشته‌های آگوست ویمر (August Wimmer) (۱۹۳۷-۱۹۲۱) مشتق شده است.

ایدیدمولوژی

معلوم نیست

لوحه کلینیکی

لوحه سایکوتیک بطور ناگهانی و به شکل عکس‌العملی در برابر فشارهای شدید روانی و با عوامل متعدد که باعث این فشار میشوند، آغاز می‌گردد.

a- قیافه ظاهری و سلوک: بیمار دچار هیجان‌ناگه‌گی، احساس کانفوژن، سلوک همراه با وضعیت عجیب و غریب.

b- تکلم: تکلم مریض دچار سکنه‌گی و یا تکرار عبارات بی‌مفهوم می‌گردد.

c- عاطفه: عاطفه غیر متناسب دارد.

d- درک و افکار: برسامات و هذیان‌ها (پارانوئید) گذری معمول است.

e- جهت‌یابی و حافظه: عدم جهت‌یابی و تشوش در حافظه قریب در بسیاری اوقات موجود است.

تشخیص تفریقی

۱. سایکوز وظیفوی: اختلال شبه شیزوفرنی، اختلالات پارانوئید، اختلالات مزاجی یا سایکوز غیروصفی.

۲. اختلالات روحی عضوی مخصوصاً دلیریوم، سندروم عضوی هذیانی یا مسمومیت از سایکوزهای مختصر عکس‌العملی طوری تفریق می‌گردند که بعد از مشاهده معلومات لابراتواری و اخذ تاریخچه فکتورهای عضوی دریافت گردد.

۳. اختلال مزاج

۴. اختلال شخصیت

۵. اختلال ساختگی با اعراض روانی

۶. تمارض

تداوی

تداوی عرضی بوده و این اختلال با گذشت زمان محدود بر طرف می گردد.

III - اختلال شیزوفاکتیف

مؤلف کاسانین (Kasanin) این اصطلاح را در سال ۱۹۳۳ شرح نمود.

اییدیمولوژی

در دست رس نیست واقعات سالانه مرض تقریباً ۰.۳ تا ۵.۷ در هر یکصد هزار میاشد.

لوحه کلاسیک

DSM-IV یک معیار بخصوص تشخیصه را وضع نموده است.

- یک بیماری است که در آن سندروم مانیا و افسردگی اساسی بصورت تام موجود است که همراه با تظاهرات وصفی شیزوفرنی بوجود می آید.

انذار اختلال شیزوفاکتیو در میان شیزوفرنی و اختلال مزاج قرار دارد.

- در جریان هجمه بیماری هذیانات و برسامات برای مدت دو هفته موجود بوده اما اعراض مزاجی موجود نمی باشد.

- به هر حال در این حالت تمامی معیارات شیزوفرنی موجود نیست.

شرایط این بیماری فرق می کند مثلاً صحت یابی نامکمل با خراب شدن حالت وظیفوی شخص ممکن است.

اتیولوژی

اینکه اختلال شیزوفاکتیف یک خبر دهنده برای اختلال مزاجی یا شیزوفرنی باشد هنوز معلوم نیست مطالعات که تا هنوز صورت گرفته است یک ارتباط میان اختلال شیزوفاکتیف و اختلال مزاجی نظریه ارتباط آن با شیزوفرنی زیادتیر ممکن است.

تشخیص تفریقی

۱. شیزوفرنی
۲. اختلال دوقطبی مزاجی
۳. افسردگی اساسی همراه با اختلال غیرمتناسب مزاج
۴. اختلال روانی عضوی

تداوی

لیتوم برای بیماران شیزومانیک مؤثر بوده اما بیماران شیزودیپرسیف معمولاً در مقابل ادویه جات ضد افسردگی ترای سیکلیک، فینوتیازین ها یا هر دو جواب می‌دهد. شوک برقی مغز نیز مؤثر بوده مخصوصاً در کاهش دادن خطر خودکشی.

IV: سایر سایکوزهای غیرمعمول

- ۱- سایکوز دوره ئی
بیماری های اند که آغاز ناگهانی دارند که در آن نوسانات مزاج دیده شده (از افسردگی به بلند پروازی و یا از هر دو به طرف نورمال).

۲- شیزوفرنی غیروصفی

لیونارد (Leonard) سه نوع شیزوفرنی غیر وصفی را متمایز نموده است.

- افکت لادن پارافرنیا (Affect-laden paraphrenia)
- شیزو فازییا
- کاتاتونیا دوره ئی

۳. اتوسکوپی (Autoscopy)

یک تشوش نادر در درک می‌باشد که در آن خبط ها یا برسامات خودی (معمولاً بینائی) موجود است ممکن به شکل دیدن، سخن زدن، لباس پوشیدن و یا هنر نمائی خودی ظاهر شود و نیز فعالیت های تمام حواس دیدن، شنیدن ممکن دخیل باشد ممکن شکل یک خبط و یا خیال پردازی اشکار را بخود بگیرد.

۴. سندروم کلام بالت

- هزیان عشقی (سایکوز پاسیونیل Passionelle): بیمار یک حالت قانع شده هذیانی دارد مثلاً شخصی که هیچ بیمار آترا نمی شناسد و او نیز مریض را نمی شناسد فکر میکند که با او عشق می ورزد. این حالت قانع شده در بسیاری اوقات یک عرض شیذوفرنی شده میتواند.

۵. هیپوکاندریکال یک عرضی

سایکوز هیپوکاندریکال یک عرضی بیماری است که توسط یک هذیان هائپوکاندریکل واحد مشخص شده و برای مدت قابل ملاحظه دوام می کند. این هذیان ثانوی نبوده و با وجودیکه طریقه زنده گی شخص متأثر گردیده است به هر حال شخصیت او هنوز محفوظ میباشند.

لیتیوم و کاربامازپین انتخاب خوب برای شیذومانیا بوده در حالیکه فلوپنتیکرول، اموکزاپین و شوک برقی مغز انتخاب خوب برای شیذودپریشن میباشند.

این اصطلاح در سال ۱۹۸۰ توسط **مونرو (Munro)** شهرت کسب نمود.

۶. ترس بد شکلی بدن

این اصطلاح در سال ۱۸۸۶ توسط **مورسیلی (Morselli)**

شرح شد که در آن بیمار از احساس بد قواره گی یا نقیصه فزیکمی رنج میبرد که حتی دیگران در مورد احساس بیمار آگاه شده در حالیکه چهره ظاهری او نورمال است. در ترس بد شکلی بدن شخص هذیان دارد نه ترس (ترس یا سلوک پرهیزی موجود نیست) پس میتوانیم بگوییم سندروم بد شکلی بدن اصطلاح برتری است. بعضی بیماران که سندروم بد شکلی بدن دارند ممکن در برابر ادویه جات (pimozide)، جراحی پلاستیک (اصلاح زیبایی بینی) یا در برابر تداوی های سلوکی و شناختی جواب بدهد.

سوالات برای مرور

۱. منظره کلینیکی و تشخیص تفریقی سکیزوفرنیفورم را بنویسید؟
۲. بریف ری اکتیف سایکوزس چیست؟ تشخیص تفریقی آنرا نیز بنویسید؟
۳. اختلال سکیزوافکتیف را تعریف نموده و بگویند که سکیزو دپریشن را چگونه تداوی مینمایند؟
۴. در موارد ذیل مختصراً بنویسید:

- (a) سایکوز کلتوری
 - (b) سایکوز هیستیریک (با منشأ روانی)
 - (c) Latah
 - (d) امافوفانیان
 - (e) کورو
 - (f) اموک
 - (g) پبیلکتو
 - (h) تجربه سبکتیف پارانارمل
۵. ذیلاً تعریف نمایند:

- (a) سایکوزس همراه با تشوش و وظیفوی صدغی و لمبیک
- (b) کاتاتونیای متناوب
- (c) اوتوسکوپی
- (d) سکیزوفازیا
- (e) کر بلامبولت سندروم
- (f) سندروم کاپ گراس
- (g) سایکوز هایپوکاندریک یک عرضی
- (h) بوفی دیلیریانت
- (i) لوکورا
- (j) سپل

سوالات امتحان مسلکی

- مختصراً تعریف نمایند
- Schizophreniform psychosis
- Dysmorphophobia
- Brief reactive psychosis

اختلالات ناشی از استرس و حالات عصبی

تعریف، نیوروز درمقایسه با سایکوزس، اضطراب عصبی (عمومی و یا پانیک)، اختلال ترس، اختلال وسواس اجباری، هستیریا، نیوروز افسرده گی، ضعفی عصبی (سندروم کسالت)، هایپوکاندریازس، سندروم فرط تهویه، اختلال فشارهای بعد از ترخیص، غم

نیوروزها معمول ترین همه بیماریهای روانی میباشد دارای معیارات ذیل اند:

۱. باعث ناراحتی شده و غیر قابل قبول تلقی می گردد (ایگو دیستونیک).
۲. ارتباط مریض با واقعیت های خارجی قطع نشده و سلوک مریض باعث تهدیدات ضد اجتماعی نمی گردد.

اکثریت اختلالات روانی نیوروز اساسی در پراکتیک
کلینیکی دیده میشود.

۳. اگر تداوی مؤثر نزد مریض اجرا نگردد اعراض تمایل دارد دوباره عود کند.
۴. اعراض بیماری ارتباط به عکس العمل های گذری در برابر فشارهای روحی ندارد.
۵. کدام سبب عضوی مشخص دریافت نمی گردد.

در هندوستان نیوروز افسرده گی معمول ترین نوع نیوروز پنداشته میشود در حالیکه نیوروز اضطرابی معمول ترین نوع در تمام دنیا است.

جدول ۱۳-۱ تفاوت های میان سایکوزس و نیوروزس

نیوروزس	سایکوزس	
		I. اتیولوژی ۱. فکتورهای ارثی
زیاد اهمیت ندارد (تنها در مریضان مساعد به اختلال شخصیت اهمیت دارد)	مهم میباشد (در اختلالات شیذوفرنی و مزاج)	
اهمیت زیاد دارد	زیادتر اهمیت ندارد	۲. واقعات و مملو از فشارهای زنده گي
		II. سایکو پتالوژی تخریب شخصیت
قسمی یا موجود نیست	کامل	
		III. تظاهرات کلینیکی
از بین نمی رود	از بین می رود	۱. تماس با واقعیت
موجود است (مریض خود حاضر میگردد)	از بین می رود (توسط اقارب آورده میشود)	۲. بینش در برابر مرض
قضایوت مختل نمی گردد	مختل است	۳. قضایوت
معمولاً متأثر نمی گردد	بسیار متأثر می گردد	۴. ارتباط اجتماعی و سلوک
موجود نیست	موجود است	۵. غفلت در حفظ الصحه فردی
در نیوروزها نادر است	در سایکوز عضوی معمول است	۶. تشوش حالت شعوری و ذکاوت
نادر است	عام بوده	۷. تشوش افکار (هذیانات) و درک (برسام، خطب)
		IV. تداوی
مفید نمی باشد	زیادتر مفید بوده (در سایکوزس های وظیفوی)	۱. تداوی با شوک برقی
خواب آورهای کوچک و ادویه جات ضد افسردگی معمولاً استفاده می گردد	نیورولیتیک ها (خواب آورهای عمده) و ادویه ضد افسردگی معمولاً استفاده می گردد	۲. ادویه جات
تداوی محافظوی بسیار مفید است	محافظوی زمانی که مریض در حالت شفایابی باشد	
به آسانی تداوی شده صحت یابی ممکن و مکمل است عود مرض غیر معمول است	در تداوی آن مشکل موجود است. عود مرض معمول است	V. انداز

I: حالت اضطراب (نیوروزس اضطرابی)

حالت اضطرابی از جمله سندروم های معمول عصبی بوده و مشتمل می گردد بر تظاهرات روحی و فیزیکی اضطراب که برخلاف حملات (پانیک) و یا حالت معند (اختلال عمومی اضطراب) کدام خطر حقیقی ندارد.

نام های زیادی برای اضطراب عصبی وجود دارد مثلاً نیوروز قلبی، سندروم داکوستا، خستگی اعصاب، ضعفی عصبی دورانی، قلب عسکر، تکی کاردی عصبی، نیوروزس وازوموتور، ضعفی تنظیم کننده وعائی، اختلال عمل قلبی، عکس العمل قلبی وعائی سایکوجینیک، عکس العمل ضعفی سایکوجینیک.

پس منظر تاریخی

اصطلاح نیوروزس اضطرابی برای بار نخست توسط سیگموند فروید در سال ۱۸۹۵ شرح شد.

اییدیمولوژی

در نفوس نورمال ۲-۴ فیصد شیوع دارد که ۳۰-۲۵ فیصد مشوره روانی و تقریباً ۱۰-۸ فیصد مریضان روانی سراپا را تشکیل میدهد.

توضیح کلینکی

به جدول ۱۳-۲ مراجعه شود.

جدول ۱۳-۲ چطور یک بیمار اضطراب عصبی مراجعه می نماید

-
- ضربان قلبی
 - کمرختی و سوزنک زدن
 - احساس نفس تنگی و موجودیت چیزی در گلو
 - درد یا ناراحتی صدري
 - گنگسیت یا احساس بی موازنگی
 - تعرق (دستان مریض سرد میباشد)
 - رعشه، احساس خستگی
 - کم شدن خواب، سبک سری
 - ناراحتی بطنی یا درد در قسمت معده، اسهال
 - تشنگی زیاد، خشکی دهن، دفعات تبول
 - مشکلات در تمرکز و به حافظه سپردن
 - ترس زیاد در بسیاری اوقات با احساس مرگ یا از دست دادن کنترل

- حمله دقیقه ها دوام می کند نادراً ساعات ها (حملات پانیک) یا ممکن دوام دار باشد (حمله اضطراب عمومی)
- مریض بینش دارد (اعراض را غیر نورمال میخواند)

اختلال پانیک

توسط حملات متکرر اضطراب (پانیک) مشخص می گردد که در حالات حتمی غیر قابل پیش بینی واقع می گردد مثلاً در جریان راننده گی موثر.

حملات پانیک توسط آغاز ناگهانی ترس و وحشت، در بسیاری اوقات احساس مردن و ترس شدید ظاهر می گردد.

اعراض معمول که در جریان یک حمله بوجود می آید عبارتند از نفس تنگی، ضربان قلبی، درد یا ناراحتی صدری، احساس یک شی در گلو، گنگسیت، سرچرخی یا سرخ شدن وجه، تعرق، ضعیفی، ترس از مردن، دیوانه شدن یا از دست دادن کنترل. حملات معمولاً چند دقیقه و نادراً چند ساعت دوام می کند.

اختلال اضطراب منتشر

لوحه اساسی عبارت از یک اضطراب معند و منتشر است که حد اقل یک ماه دوام نموده و اعراض بالخاصه اختلال ترس یا اختلال پانیک و یا اختلال وسواس اجباری مشخص نمی باشد.

پانیک یک حمله حاد اضطراب است که با احساس مرگ مشخص میشود.

علامه ذیل دیده میشود:

- تنش حرکی: لرزه، احساس سوزنک زدن، تنش، دردهای عضلی، خستگی و عدم توانایی برای استراحت.
- فرط فعالیت اوتونومیک: تعرق، سرعت در حرکت قلبی، سرد بودن دستها، خشکی دهن، گنگسیت، سبک سری، احساس سوزنک زدن در دستها و پاها، ناراحتی معده، حملات سردی و گرمی.

- توقعات افهامی: فرد دچار حالت اضطراب، نگرانی، پریشانی متداوم بوده و فکر میکند که کدام چیزی خرابی برایش رخ خواهد داد.
- بیداری و دقت: توقعات افهامی ممکن باعث فرط توجه، تخرشیت، هوش پرکی، مشکلات در تمرکز، بیخوابی، مشکلات در خواب رفتن، خواب منقطع و خستگی زمان بیدار شدن از خواب.

انواع مخصوص

- سندروم فرط تهویه: اعراض آن مشتمل می گردد بر حملات دوره یی، انحرطاط تنفسی، احساس بی حسی، گنگسیت زیاد، ضعیفی، کرختی و احساس سوزنک زدن مخصوصاً در اطراف لبها و نوک انگشتان، ضربان قلبی، درد صدری، از بین رفتن لحظوی شعور و حتی تیتانی.

اینها ارتباط به کاهش فشار قسمی کاربن دای اکساید دارد که بعداً باعث الکلوزس تنفسی (از باعث فرط تهویه) کاهش کلسیم آزاد آیونایزد شده و باعث کاهش جریان مغزی می گردد.

گرفتن تنفس و یا تداوی با خریطه که در آن مریض در برابر تجمع کاربن دای اکساید در یک خریطه که در مقابل دهن و بینی شان قرار دارد تنفس می کند و میتواند برای تداوی عرضی استفاده شود.

- **نیوروزس بعد از توضیح:** این اختلال در عساکر که در خط مقدم جبهه میروند، در آفات طبیعی، تصادم موتر، آتش سوزی، زناى بالجبر، لت کوب و یا توقیف در نظارت خانه ها دیده میشود.

استفاده وافر الکل و ادویه جات عام بوده و نیز در این اختلال افکار خودکشی و یا کوشش به خودکشی نیز معمول میباشد. این ها توسط تداوی های روانی و ادویه جات معالجه می گردد.

اتیولوژی

۱- نظریه های بیولوژیکی

۱. نظریه کتیکولامین

سویه پلازما اپینفرین و مونوآمینو اکسیداز بلند بوده و باعث پارچه شدن کتیکول امین ها می گردد.

۲ - نظریه لوکوس سیریلیوس: این هسته در حذبه موقیعت داشته و اضافه تر از پنجاه فیصد تمام نیورون های نورادرینرژیک را در تمام سیستم عصبی احتوا می کند.

تنه برقی لوکوس سیریلیوس حیوانات باعث بوجود آمدن عکس العمل ترس و اضطراب می گردد.

iii - فرط حساسیت کاربن دای اکساید: اگر به این بیماران یک مخلوط پنج فیصد کاربن دای اکساید در هوای اطاق داده شود که آنرا تنفس نماید در نتیجه باعث بوجود آمدن حملات پانیک می گردد.

iv - نظریه استقلاب لکتات: اگر انفیوژن ۰.۵ مولر سودیم لکتات 10mg فی کیلو گرام وزن بدن در بیست دقیقه تطبیق شود باعث تحریک حمله پانیک در اکثریت بیماران دچار به اختلال پانیک می گردد اما در اشخاص نورمال سبب حمله پانیک نه میشود.

جدول ۱۲-۳ تشخیص تفریقی اختلالات اضطراب

اختلالات	تاریخچه کلینیکی	معاینات کلینیکی	تظاهرات بالخاصه
a. روانی وظیفوی ترس	ترس بالخاصه از یک شی		سخن زدن در مورد همین ترس بالخاصه میتواند ترس را بار آورد.
b. سندروم فرط تهویه		ذریعه فرط تهویه تحریک شده و توسط فشار قسمی بلند کاربن دای اکساید آرام می گردد.	ممکن نماینده گی از اختلالات ثانوی اضطراب نماید.
c. نورووزس بعد از ترضیض	خواب های تکراری، خواب های خراب و دوباره جمع آوری فعالیت های روز، واقعات تحریک کننده خاص بسیار تاکید کننده بوده، الکهولیزیم ثانوی و ادویه جات	تظاهرات مشترک افسردگی، تمایل به بازگویی واقعه ترضیض و بازگویی از مؤثریت ادویه جات ضد افسردگی.	استعمال سودیم امینال و ادویه جات خواب آور، تداوی که در مقابل عکس العمل اجرا می گردد.
d. حالت مزمن اضطراب	مزمن، واقعات مساعد کننده موجود نیست و در بسیاری اوقات اصلاح نشده، معمولاً حملات اضطراب منفرد موجود نیست.	تظاهرات مشترک افسردگی و وسواس موجود است.	نورووزس اضطرابی ممکن به یک حالت مزمن اضطراب تبدیل شود.
e. شیزوفرنی مقدم	سن آغاز وصفی بوده، تاریخچه فامیلی موجود است.	اختلال افکار دارد هذیانات و برسامات موجود است	در مقابل ادویه جات نوروپتیک جواب قناعت بخش میدهد.
f. مانیا	هجمه های قبلی بیماری عاطفی و تاریخچه مثبت فامیلی	سرخوشی و یا تخرشیت، پرش افکار و بزرگ منشی	اشکال غیر وصفی مانیا ممکن حملات اضطراب را تقلید نماید و در مقابل لیتیوم جواب خوب میدهد.
g. افسردگی بقراری	اعراض افسردگی موجود است و علت افسردگی بیولوژیک پنداشته میشود.	نظریات کم است، نظریات منفی، فقر افکار و شکایات عجیب و غریب جسمی.	در مقابل ادویه جات افسردگی و یا شوک برقی مغز جواب خوب میدهد.
ii. روانی عصبی a. زوال عقلی قبل از پیری	آغاز مرض در کهنوت بوده و سایر تشوشات شناختی و سلوکی	نقیضه در حافظه موجود است، بیش اندک موجود است و بی	سایر تظاهرات زوال عقلی

	ثباتی هیجان.	موجود است	
b. تومورهای مغزی	سردردی دوام دار و خوب نا شدنی و شکایات عصبی که نا معلوم است.	فشار داخل قحفی بلند است و حلقه اذیمی است و یا علایم عصبی بالخاصه دیگر موجود میباشد.	
c. اورای میگرن، آفات فص صدغی و یا صرع نوع بزرگ	به تعقیب آن سردردی، دوره های فراموشی موجود است، حالت روانی مختل شده یا حمله بوجود می آید در میان حملات اضطراب موجود نیست، تاریخچه وصفی برای میگرن و صرع	ممکن است حمله را توسط فرط تهویه و یا توسط بعضی از ادویه تحریک کننده بوجود آوریم، تغییرات نوار برقی مغز برای صرع گزندمل و یا لوب صدغی موجود است.	
III. طبی روانی	عدم تحمل در برابر گرمی، وضعیتی بسیار زیاد	غده در قبه جس شده و چشم های برآمده.	ممکن در مقابل پروپرانولول جواب بدهد
a. فرط فعالیت غده تایراید	در بسیاری اوقات توسط کافئین و یا نیکوتین بوجود می آید.	تعداد ضربان نبض نشان دهنده اریتمی شده میتواند.	گراف برقی قلب، با اخذ ادویه جات ضد اریتمی خوب میشود.
b. اریتمی قلبی	طرز انتشار و دوام درد وصفی است	گراف قلب، با اخذ نیتروگلیسرین خوب میشود.	
c. خناق صدری	اعراض آن در سیم قلبی وعایی موجود بوده اما میتواند حملات اضطراب را تقلید نماید	اکستراسیستول قلب، تعداد ضربان قلبی زیاد است	پروپیس دسام در زمان سیستول معاینات ایکوکاردیوگرافی قلبی نشان دهنده حرکات غیر نورمال دسام میترا است.
d. پروپیس دسام میترا	قبلاً عملیات غده در قبه صورت گرفته است	سویه کلسیم سیروم کم می گردد و در مقابل ادویه جات ضد اضطراب جواب قناعت بخش نمیدهد.	
e. کاهش فعالیت غده پارائاتراید	ممکن ثابت یا هجمه نی باشد	فرط فشارخون، سرخ شدن وجه و سردردی شدید	
f. فیوکروموسایتوما	ضعیفی، دلبدی، اختلاج	تحمل گلوکوز غیرنورمال است	
g. انسولینوما (کاهش قند خون)	خارش، سرخ رنگ شدن جلد	لکه های جلدی	در ادرار سویه 5-HIAA زیاد می گردد
h. سندروم کارسینوئید	حمله بین بینی حاد درد کولیک بطنی، تاریخچه مثبت فامیلی و	نیورپاتی گذری محیطی در جریان حمله، تکی کاردیای	افزایش پورفوبیلینوژن در ادرار
آ. پورفوربای بین بینی حاد			

	تغیرات شخصیت	سینوزال، کاهش عکسکات وتری، ماؤفیت ازواج قحفی، ادرار سرخرنگ
ل. ادویه جات تنبه کننده	التهاب کبد که از باعث استفاده ادویه باشد	افکار پارانوئید و یا هذیانات بد گمانی
K. کافینیزم	هضم شدن مقادیر زیاد کافین، چای وغیره	
ل. قطع ادویه جات خواب آور و مسکن	هضم شدن باریتورات ها، الکهول و یا مستحضرات مرتبط به آن	تفریط فشارخون وضعیتی، غبار آلود شدن شعور و برسامات گذری

II. نظریه ارثی (جنیتیک)

حالات اضطراب در دو فیصد تمامی نفوس واقع شده و تقریباً در ۲۵-۱۵٪ اقارب مریضان این حالات رخ میدهد. در مطالعات که بالای دوگانگی ها صورت گرفته است ۴۱٪ مونوزایگوت ها و ۴٪ دای زایگوت ها دچار نیوروزس اضطرابی شده اند.

انشاق کاربن دای اکساید ویا زرق لکتیت باعث حمله پانیک
می گردد.

III. نظریات سایکوانالاتیک

مطابق به این نظریات حالات اضطرابی از باعث اضطراب کستریشن بوجود می آید. (نظریه سیگموند فروید)

VI. نظریات آموختن

اضطراب یک عکس العمل ترسناک است که در برابر یک تنبه که به شکل نورمال باعث تحریک اضطراب نگردد، بوجود می آید.

بوسپیرون ادویه ضد اضطراب غیر بنزودیازپین است
که باعث آرام سازی، وابستگی ویا سندروم قطع نمی
گردد اما درحملات پانیک مفید نیست.

تشخیص تفریقی

به جدول ۱۳-۳ مراجعه شود.

تداوی

۱. تداوی دوائی

برای تشریحات بیشتر به فصل فارماکولوژی روانی مراجعه شود جدول ۱۳-۴ مراجعه شود.

- ادویه جات ضد افسردگی: از ادویه جات ترای سیکلیک و مونوآمینواکسیداز استفاده می گردد.
- بینزودیازپین: مصئون بوده و تاثیرات خوب ضد اضطراب را دارند اما چون خطر اعتیاد دارند بعد از چند هفته باید قطع شود.

Alprazolam تاثیرات ضد اضطراب، ضد

پانیک، ضد ترس و ضد افسرده گی دارد.

- سایر ادویه جات: مستحضرات بلاک کننده

اخذه های بیتا چون پروپرانولول در اشکال مختلف اختلالات اضطراب مفید است.

جدول ۱۳-۴ ادویه جات که معمولاً برای اضطراب استفاده میشوند

ادویه	دوز فمی به ملیگرام روزانه	دوز زرقي به ملی گرام روزانه
A. ادویه ضد افسردگی		
۱. Imipramin	25-50	---
۲. Amitriptyllin	25-75	---
۳. Dothiepin	25-75	---
۴. Mianserin	5-20	---
۵. Fluoxetine	10-30	---
۶. Sertraline	25-75	---
B. مسکنات و خواب آور		
۷. Lorazepam	2-10	1-4 از طریق عضلی
۸. Diazepam	5-80	---
۹. Chlordiazepoxide	10-100	5-15 از طریق وریدی
۱۰. Alprazolam	0/5-6	---
۱۱. Clonazepam	0/5-2	---
۱۲. Buspirone	5-30	---
C. ادویه ضد سایکوزس		
۱۳. Chlorpromazine	50-200	1-2 از طریق عضلی
۱۴. Thioridazine	25-200	-
D. بیتا بلاکو		
۱۵. پروپرانولول	20-80	25-100

تداوی روانی

- ۱- روان درمانی تقویتی: تشریح مرض و اطمینان دهی در بسیاری اوقات کافی است.
- ۲- روان درمانی سایکودینامیک: ممکن است در شناسائی بحران ناخود آگاه حایز اهمیت باشد.
- ۳- تداوی شناختی سلوکی: تداوی های سلوکی حملات پانیک مشتمل می گردد بر نگهداشتن تنفس تا زمانیکه فرط تهویه حاد و مزمن از بین برود، آرام سازی و باز سازی شناخت مریض تا زمانی که اعراض فزیکتی خوب شرح شده باشد.

بنزودیازپین اگر اضافه تر از ۸-۶ هفته استفاده شود
خطراعتیاد آن زیاد می گردد.

انذار

اکثریت حالات اضطراب مختصر بوده و بنفسهی شفا میشوند و در صورتیکه اضافه تر از چند ماه دوام نماید انذار آن خراب میباشد.

||. اختلالات ترس

متصف میگردد بر ترس بیش از حد، دوامدار و متکرر از یک شی مخصوص مانند مکان یا موقعیت خاص که منجر به ترک آن مکان شود یا ترس از کدام فعالیت موجود باشد.
یعنی شخص از شی بدون در نظر داشت اینکه بسیار خطرناک است از آن به حد کافی ترس دارد.

ترس ساده معمول ترین نوع ترس ها است اما از نظر کلینکی آگورافوبیا معمول ترین و شدید ترین نوع ترس میباشد که معمولاً با حمله پانیک یکجا میباشد.

تاریخچه

فوبوس (phobos) کلمه لاتین است (کلمه فوبیا برای بار اول ۲۰۰۰ سال قبل در روم در ترمینالوژی طبی بوجود آمد).

سندروم کلینیکی

به جدول ۱۳-۵ مراجعه شود.

جدول ۱۳-۵ چطور یک مریض مصاب به اختلال ترس مراجعه مینماید

-
- از یک شیء بخصوص ترس بیش از حد، متکرر و دوامدار دارد. مثلاً موتر، حیوانات، موقعیت ها یا درعروسی رفتن.
 - این اشیا موقعیت ها یا مکان ممکن خیالی و یا حقیقی باشد.
 - شخص بدون در نظر داشت اینکه شیء خطرناک نیست از آن به اندازه زیاد میترسد.
 - سلوک اجتنابی دارد زیرا میترسد.
 - حملات پانیک (حملات شدید اضطراب).
 - ممکن بعد از مواجه شدن با یک شیء ترسناک بوجود آید (چک زدن سگ)، موقعیت ها (دیدن حادثات و یا مکان)، دیدن تجاوز در بازار.
 - مریض این ترس را غیرنورمال می پندارد.
-

ارتباط به تنبه خارجی داشته باشد

a. **اگورافوبیا:** یک شکل شدید بوده و در اشخاصی که در جستجوی تداوی می باشند زیادتر واقع میشود.

لوحه کلینیکی مشتمل است بر

- ترس از تنهایی
 - ترس ترک خانه
 - ترس دور بودن از خانه
- ترس وصفی استفاده از موترهای حمل و نقل مسافری (مثلاً ملی بس، ریل، زیر زمینی و طیاره) و یا ازدحام، سینما، لفت، رستوران ها، بازار و مغازه های بزرگ باشد یا انتظار کشیدن در قطارها یا سفردورتر از خانه. علاوه بر حملات پانیک ترس های متعدد اضطراب مزمن، مسخ شخصیت، افسردگی ثانوی، شکایات جسمی متعدد و سؤاستفاده از الکل، باریتوراتها و ادویه ضد اضطراب ممکن بوجود آید.

b. ترس اجتماعی: شخص از جاهائیکه با اجتماع مقابل می گردد ترس دارد که همین را ترس اجتماعی گویند مثلاً هنگام سخنرانی، خوردن و یا نوشتن در محلات عام و یا مقابل شدن با مصاحبه و در محافل رفتن نیز از جمله همین ترس اند.

محلات بنفسهی پانیک ممکن است بوقوع برسد. شخص ممکن به شکل هجومی سؤاستفاده از الکل، باریتورات و یا ادویه ضد افسردگی داشته باشد.

ترس اجتماعی تقریباً ۱۰-۵٪ مریضان روانی را تشکیل میدهد در اواخر طفولیت و یا نادراً در زمان بلوغ آغاز می کند.

c. ترس ساده: نوع بسیار عام اختلالات ترس است، لوحه اساسی مرض ترس دوامدار یک شی و اجتناب از آن است و یا ترس از یک موقعیت است که در آگورافوبیا و یا ترس اجتماع موجود نیست مثال عام ترس ساده از حیوانات است و یا از مکان ها، ترس از ارتفاعات در اطفال عام بوده و ممکن الی مرحله بلوغ دوام نماید.

ارتباط به تنبه داخلی

ترس از مریضی (نوزوفوبیا) تقریباً ۲۰٪-۱۰٪ مریضان روانی مصاب به ترس را میسازد و در هر دو جنس مساویانه بوجود می آید.

ترس از مرگ به طوروصفی درعمرهشت سالگی دیده میشود.

ترس از مرگ: به شکل وصفی درعمر ۸ساله گی بوجود می آید.

اتیولوژی:

۱- نظریه سایکوانالایتنک

فریود شرح نمود که اعراض ترس به عنوان حل و فصل یک بحران که در میان انگیزه قربانی دادن پرخاشگرانه و شناخت بالقوه خطر ایگو که در اثر همین قربانی باشد، بوجود می آید زیرا ایگو از بیجا شدن برای اجتناب از اضطراب استفاده می نماید. این اضطراب از باعث بحران داخل روانی و یا خطر بالقوه خارجی بوجود می آید.

۲- نظریات عکسه شرطی

ترس اضطرابی یک عکس العمل است که یکجا با ترس از یک شی باشد یعنی تنبه شده توسط یک حالت و در برابر یک تنبه غیر مشروط بوجود می آید.

۳- نظریات بیولوژیکی

اعراض ترس اجتماع در پنجاه فیصد واقعات همراه با کاهش سویه اپینفرین در پلازما است که همین حالت آنرا از حملات پانیک مجزا میسازد. مواد دیگر که رول دارد عبارتند از فینایل میتایل امین در عکس العمل در برابر قبولی یا عدم قبولی فعالیت اجتماعی رول دارد. تقریباً ۳۲ فیصد اقارب اشخاص مصاب با آگورافوبیا دچار اختلال اضطراب است و ۹ فیصد از اقارب نزدیک آگورافوبیا دارند.

تشخیص تفریقی

شیزوفرنی، افسردگی اساسی، اختلال وسواس اجباری، اختلال شخصیت پارانوئید.

تداوی

تداوی دوائی

ادویه ضد افسردگی سه حلقوی، امپیرامین، نهی کننده های مونوآمینواکسیداز، فینیلزین و بنزودیازپین با قدرت زیاد مثلاً الپرازولم در توقف دادن حملات پانیک بنفسهی بسیار مؤثراند. پروپرانولول در ترس اجتماعی مخصوصاً زمانی که قبل از انجام یک فعالیت اخذ شود بسیار مؤثر است به جدول ۱۳-۴ مراجعه شود.

تداوی سلوکی

۱. حساسیت زدایی سیستمیک: در این حالت مریض با منبع ترس تدریجاً مواجه می گردد و آهسته آهسته این مواجه سازی افزایش داده میشود تا که مریض با منبع ترس عادت کند و از آن اجتناب نکند. اما قبلاً به مریض می آموزانیم که چطور در یک حالت استرخا و راحت قرار گیرد.
۲. فلودینگ (flooding): در این حالت مریض زیاد با منبع ترس مواجه ساخته میشود تا که اضطراب مریض کم شود.

۳. نمونه گذاری: در این حالت روان درمان سلوک مریض را تحت مراقبت قرار میدهد که چطور مریض از منبع ترسناک دیگر اجتناب نکرده و دچار اضطراب نه گردد.

۴. قصد معکوس (Paradoxical intention):

یک نوع دیگری از تداوی میباشد که توسط مولف فرانکل (Frankl) وضع شد و این تداوی مریضان را کمک می نماید که چطور بتوانند ترس خود را کاهش دهند.

روان درمانی

۱- محافظوی: مشتمل می گردد بر آموختن اهداف و عیار سازی زنده گی دوباره.

۲- سایکودینامیک: هدف از این تداوی نمایان سازی بحران های موجود است.

III. اختلال وسواس اجباری

یک نوع نوروزس غیر معمول بوده که اعراض عمده آن افکار وسواسی و سلوک اجباری میباشد.

- وسواس عبارت از افکار، انگیزه ها و نظریات متکرر و معند اند که ایگودیستونیک بوده و به شکل ارادی بوجود نمی آید و سعی می گردد تا که این حالات نادیده گرفته شود و یا هم از بین برود.
- سلوک اجباری بی هدف و متکرر است که به شکل ستریوتایپ اجرا می گردد. اصطلاحات مختلف برای وسواس اجباری به کار می رود که عبارتند از:

معمولترین نوع وسواس شک است و معمولترین نوع اجبار شستن است.

حالت وسواسی، نشخوار وسواسی، سندروم اساسی یا نیوروزس، نیوروزس وسواسی، حالت نشخوار ترس، ضعف روانی.

اصطلاح **انانکاستیک** یا **انانکازم** مشتمل می گردد بر: وسواس اجباری، نیوروزس وسواس اجباری و شخصیت وسواسی

پس منظر تاریخی

مولف Jean Pierre Falret آن را مریضی شک یا (Illness of doubt) نامیده است. (در سال ۱۸۶۶) در آغاز اصطلاح نیوروزس وسواس اجباری بکار رفته است.

ایدیمیولوژی

در یک مقطع زمانی مخصوص تقریباً ۰.۵٪ نفوس از این مرض رنج میبرد. کمتر از ۵٪ مریضان داخل بستر و خارج بستر روانی را مریضان اختلال وسواس اجباری تشکیل میدهد. این اختلال در مرحله بلوغ و یا مرحله مقدم بلوغ آغاز می گردد و در هر دو جنس مساویانه بوجود می آید.

لوحه کلینیکی

به جدول ۱۳-۶ مراجعه شود.

فولی دودوت دراختلال وسواس اجباری دیده میشود.

A- وسواس

- I. **شک وسواسی:** یک شکل معمول و عام است.
- II. افکار وسواسی: معمولاً ناخوش آیند بوده و به شکل متکرر در حالت شعوری مداخله می نماید (الفاظ، عبارات) و در سیر نورمال افکار مداخله می کند.
- III. وسواس رویاها: صحنه سازی برهنه معمولاً تجاوز جنسی یا تجاوزات مانند کشته شدن طفل، تصادم موترها، اجرا نمودن مقاربت جنسی والدین صحنه سازی می گردد. این همه به شکل متکرر در مغز مریض می آیند.

جدول ۱۳-۶ چطوریک مریض مصاب به اختلال وسواس اجباری مراجعه می نماید.

-
- شک و شبهات متکرر، افکارکیف بودن، خیالات چون تصادم، تصاویر شخص و یا کدام انگیزه دیگر
 - این وسواس توسط مریض طوری مطرح می گردند که آنرا حس کرده نمی تواند و به شکل غیرارادی در افکارش جا می گیرد.
 - مریض سعی می کند که آنرا نادیده گیرد.

- این وسواس ممکن توسط سلوک متکرر و بی هدف پی گیری شود (اجباری) یعنی مریض فکر می کند که دست های او کثیف است که به تعقیب آن به طور متکرر آن را شستشو می نماید و یا فکر می کند که خانه را قفل نکرده که بعداً بار بار آنرا نگاه می کند.
- مریض این وسواس و اجبار را غیر نورمال می پندارد و سعی می کند که آنرا کنترل کرده و در جستجوی تداوی می گردد.

IV. تفکر وسواسی: منبع وسواس مذهب است اینکه مریض فکر می کند که چرا و کجا مثلاً کی دنیا را خلق کرده یا هدف زنده گی چیست، یعنی سوالاتی که قابل جوابدهی نمی باشد در ذهن شان خطوط میکند.

V. انگیزه های وسواسی: به طور وصفی ارتباط به جرحه زدن به خود دارد مثلاً از کلکین اطاق خیز میزند

VI. ترس وسواسی

B. اجبار دونوع است.

۱- اجبار حصولی

۲- اجبار کنترولی

اختلالات

اختلالات عام در برگیرنده افسردگی و سؤاستفاده از الکهول و ادویه ضد اضطراب میباشد.

اتیولوژی

نظریه سایکوانالایتیک

مطابق به این نظریه اختلال وسواس اجباری زمانی بوجود می آید که میکانیسم دفاعی به عدم کفایه دچار گردد زیرا همین میکانیسم زمانی که دچار عدم کفایه گردد نمیتواند که اضطراب وسواسی را در برگرد

میکانیسم های دفاعی ذیل استفاده می گردد.

۱- **تجرید:** افکار خیالی دارد اما احساس اضطراب و حالت ناخوش را بیان نمی کند .

۲- **باطل کردن (Undo)**: یک عمل را در مقابل یک عمل دیگر انجام میدهد مثلاً روشن نمودن و بعداً خاموش ساختن گروپ برق.

۳- **عکس العمل نمودن**: مریض فکرمی کند که اشخاص دیگر در مقابل انگیزه های او عمل می کنند.

4- **واپس روی**: در اختلال وسواس اجباری واپس روی حالتی را گویند که در یک مرحله تناسلی **اودیپال** به یک مرحله ضد **سادیستیک** تبدیل می گردد.

۵- **دودلی**: در نیوروزس وسواس اجباری انگیزه های بسیارقوی پرخاشگرانه در عشق مدغم می گردند.

نظریه آموختن

تفاوت اساسی دروسواس و هذیان موجودیت یا عدم موجودیت نبینش است.

دو مرحله نظریه آموختن در اختلال وسواس اجباری حایز اهمیت است. در مرحله اول اضطراب از باعث یک واقعه محیطی است (حالت سازی کلاسیک) که بعداً شخص دچار حالت اجباری می گردد (مثلاً

فرار، اجتناب از عکس العمل) تا که اضطراب را کاهش داده باشد. اگر در کاهش دادن اضطراب موفق می گردد پس سلوک اجباری بسیار ممکن است در آینده واقع گردد که همین را مرحله دوم یا حالت سازی عملی گویند.

فکتورهای عضوی

اعراض وسواسی زیادتر در مریضانی که مصاب به ترضیضات رأس اند و یا مصاب به انسفالیت لیترجیکا باشد، بوجود می آید.

نظریات بیوشیمیکی

سیروتونین به عنوان یک میانجی رول مهمی در انگیزش، خودکشی، پرخاشگری، اضطراب، غالب بودن اجتماعی و آموزش دارد. بی نظمی این نیوروترانسمیترها باعث وسواس متکرر در مریضان اختلال وسواس اجباری می گردد.

ارثیت

در وسواس اجباری پس گرائی به مرحله مقعدی برمی گردد اما درهستریا بر مرحله اودیپال برمی گردد.

در حدود ۸۰-۹۰٪ دوگانگی های مونوزایگوتیک تمایل مصاب شدن به اختلال وسواس اجباری دارند درحالیکه این فیصدی در دای زایگوتیک ها از پنجاه فیصد بلند نیست.

تجارب مقدم

آموختن خراب، واقعات عمدۀ زنده گئی مثلاً حاملگی ها، ولادت، امراض، فوت نمودن اقارب بسیار نزدیک، غمگین شدن، زیاد کار نمودن و غیره ممکن از عوامل مساعد کننده باشند.

تشخیص تفریقی

۱- **شیزوفرنی:** یک وسواس ایگودیستونیک معند و دارای منبع داخلی شناخته شده است اما یک هذیان معند و مقاوم نیست و فکرمیشود هذیان منشأ خارجی دارد.

۲- **افسرده گی:** ممکن به قسم وسواس ظاهر گردد.

۳- **اختلال توس:** برخلاف مریضی که ترس دارد، مریضانی که مصاب به اختلال وسواس اجباری اند هیچگاه نمی توانند وسواس خود را اجتناب کنند.

۴- **اختلالات وسواس شخصیت:** در این حالت زمان آغاز مریضی مشخص نبوده و در مریضان اختلال وسواس اجباری یک تاریخچه طولانی سلوک وسواسی موجود است که در اختلال وسواس شخصیت موجود نیست.

۵- **مریضی های فزیک:** اختلال وسواس اجباری در حالات عضوی ذیل دیده میشود:

انسفالیت، مخصوصاً در زمان بحران اکولوژیبریک، مراحل مقدم زوال عقلی ارتیروسکلیروتیک، انسفالیت بعد از ترضیض یا مراحل بعد از انسفالیت، از دست دادن شنیدن توام با برنگس گوشها، کاهش فعالیت غده درقیه و بعضی از ادویه مثلاً ایزونیاژید، الکهول و غیره به جدول ۱۳-۷ مراجعه شود.

تداوی

تداوی سلوکی

۱- پروسیجرهای مواجهه ساختن: این تداوی برای اضطراب که همراه با وسواس باشد استفاده می گردد.

۲- تخنیک های وقایوی برای رد عکس العمل برای کاهش دادن افکار وسواس استفاده می گردد.

تداوی دوایی

تداوی اساسی توسط Clomipramine که خصوصیات ضد وسواس دارد صورت می گیرد ادویه دیگری چون Fluvoxamine، Sertraline، Fluoxetine، Zimelidine نیز جهت کاهش افکار وسواسی استفاده میشوند.

تداوی روانی

تداوی های روانی چون تداوی بینش گرانه، تشریحی و اکتشافی مضاد استنباب است. تداوی روانی محافظوی برای حالات حاد و برای حالات وسواس چون کامل سازی، شک، تعلل و تردید استفاده می گردد.

جدول ۱۳-۷ اختلالات همراه با سلوک وسواس اجباری

۱- اختلال وسواس اجباری

تشوشت عصبی

پارکینسونیزم بعد از انسفالیت

پارکینسونیزم که توسط مگنیزیم بوجود آمده باشد

پارکینسون ایدئوپاتیک

امراض دماغی و عایی همراه با پارکینسونیزم

سندروم میچ

سندروم جلیس دیلا توریت

تداوی با لیوادوپا در پارکینسونیزم

تسمم با آمتامین

ترضیض قحفی

نیوپلام دماغی

تشوشت روانی

- اختلال وسواسی اجباری

- افسردگی

- شیزوفرنی

|| تشخیص تفریقی سلوک وسواس یا اجبار

- حالات عصبی

- تغییرات شخصیت همراه با حملات قسمی مغلق

- وسواس بعد از حمله اختلاج (افکار جبری)

- غرق افکار درونی

- در جا زدن

- تقلید نمودن سخنان دیگران

- هایپرمیتامورفوزیس در سندروم کلووربوسی

اختلالات روانی

شخصیت اجباری

جدول ۱۳-۸ ادویه ضد وسواس

ادویه	دوز فمی به ملی گرام در روز
Clomipramine-۱	50-300
Fluoxetine - 2	20- 100
Sertraline -3	100 – 200
Fluvoxamine - 4	50 – 150
Paroxetine - 5	10 – 40
Citalopram - 6	10 – 40
Escitalopram – 7	5 – 20

جراحی روانی

باعث کاهش فشار روحی و ناراحتی می گردد.

در این تداوی کشیدن یک بخش از دماغ نظر به کشیدن یک فص حایز اهمیت میباشد.

تداوی با شوک برقی مغز

اهمیت شوک برقی در اختلال وسواس اجباری که با افسردگی همراه نباشد، هنوز فهمیده نشده است و

نسبی مضاد استیپتاب است.

به جدول ۹-۱۳ مراجعه شود.

جدول ۹-۱۳ فکتورهای که انداز اختلال وسواس اجباری را نشان میدهد

۱. فکتورهای قناعت بخش

- ۱- اگر شخصیت قبل از مرضی نورمال باشد.
- ۲- اعراض خفیف یا غیر وصفی به شمول اعراض متبازز ترس و عدم موجودیت اجبار
- ۳- اعراض کم دوام باشد.
- ۴- سیر اختلال کوتاه باشد.
- ۵- اصلاح قناعت بخش تشوشات مساعد کننده.
- ۶- تظاهرات عمده اضطراب و افسردگی موجود باشد.

II. فکتورهای که انداز خراب را نشان دهد.

- ۱- اگر شخصیت قبل از مرضی دچار وسواس باشد.
- ۲- اگر در سن مقدم آغاز نموده باشد.
- ۳- لوحه کلیکیکی اعراض شدید را نشان بدهد.

III. فکتورهای غیر مرتبط

- تاریخچه مثبت فامیلی
- اعراض دوران طفولیت
- جنسیت
- ذکاوت
- حالت مدنی مجرد
- آغازحاد نظر به آغاز ناگهانی
- حملات قبلی

IV. نیوروزس هستریک

هستریا یک اختلال روانی است که در آن مریض غیر آگاه بوده و در نزدش محدود شدن ساحه شعوری، از دست دادن حافظه یا تغییرات دراماتیک شخصیت که بنام حالت تجزیوی یاد

معمول ترین لوحه هستریا (نوع تبدیلی) حمله میباشد اما دراطفال درد معمول است معمول ترین نوع هستریای تجزیوی عبارت از یاد فراموشی میباشد.

گردیده، و تشوشات حرکتی یا حسی که بنام اعراض تبدیلی یاد می‌گردد، دیده میشود. تظاهرات عمده هستریا در کاهلان (نوع تبدیلی) عبارت از حمله است اما در اطفال درد معمول است.

شکل عام هستریا تجزیوی عبارت از یاد فراموشی است. شخصیت دوگانه و حالت فاگ (fugue) کمتر معمول است. معمول ترین نوع هستریای تجزیوی در زندانیان عبارت از یاد فراموشی است (سندروم گنسر).

پس منظر تاریخی

از کلمه لاتینی هستیرا (Hystera) مشتق شده است که بنام رحم میباشد فروید کلمه تبدیلی (conversion) را استفاده کرد و مولف بنام جنت (janet) اصطلاحات تجزیه و خون سردی بی ثبات (از نظر ادبی خون سردی مقبول) را شرح نمود.

اییدیمیولوژی

هستریا تقریباً ۵-۱۵ فیصد مریضان روانی را تشکیل میدهد. مرض در خانم ها نظر به مردها زیادتر دیده میشود و ممکن در تمام سنین دیده شود.

لوحه کلینیکی

اعراض معمول **هستیریا** فزیکتی تبدیلی و روانی (تجزیوی) در جدول ۱۳-۱۰ توضیح داده شده است.

اختلالات

اختلالات مهم و معمول هستریا عملیات های مکرر جراحی، اعتیاد به ادویه، تجرید یا طلاق، اسفردگی و کوشش های خودکشی میباشد. هستریا با منافع اولیه و ثانوی (دراطفال معمول نیست) وعدم ایستاده شدن و راه رفتن (astasia-abasia) دیده میشود.

اتیولوژی

نظریات سایکوانالاتیک

اعراض هستیری یا ممکن از باعث

- اجازه اظهار داده شود: گرچه شکل مخفی یا مانعی را داشته باشد.
- تا بالای خود سزا را تحمیل نماید.
- تا خود را از یک حالت تهدید کننده زنده گی دور داشته باشد.

جدول ۱۰-۱۳ تظاهرات هستیری یا

A. اعراض فزیک (تبدیلی)

- a. حرکی: مثلاً فلج، کرختی، رعشه، شخی، قدم زدن غیرنورمال، بی موازنگی و حملات اختلاج.
- b. حسیت عمومی: انستیزی، احساس سوزنک زدن و درد
- c. حسیت بالخاصه: مشکلات در دید، کوری، کری، ضیاع حس ذایقه، ضیاع حس شامه
- c. حشوی: مانند هکک، استفراغ، احتباس ادرار و قبضیت

B. اعراض روانی (تجزیوی)

- a. یادفراموشی: دفعتاً شروع شده، واقعات بزرگ زنده گی را فراموش می کند بعضاً هویت خود را نیز فراموش می کند.
- b. حملات هستریک: بعضی تظاهرات حملات حقیقی صرع را ندارد مثلاً عدم موجودیت حالت غیرشعوری، عدم موجودیت بعضی از حالات که در حملات حقیقی صرع موجود است مانند عدم موجودیت زخمی شدن زبان و یا عدم کنترل ادرار. هیچ گاه در زمان خواب بوقوع نمی رسد، عدم موجودیت حالاتی که بعد از حمله بوجود می آید مثلاً اختلال شعور، سردردی، درد بدن، استفراغات و فلج و همچنان عدم موجودیت غیرنورمال بودن گراف برقی مغز.
- c. شخصیت چندگانه: تغییر آئی در میان دو طرز سلوک چنانچه در موجودیت یکی، دوم آن فراموش می گردد. شخصیت جدید قویاً با شخصیت نورمال تفاوت دارد.
- b. زوال عقلی کاذب هستریکل: معاینه بسیار ساده که برای ارزیابی حافظه اجرا می گردد توسط مریض درست جواب داده نمی شود اما طریقه جواب ارائه می کند که معاینه کننده فکرمی کند که جواب درست آن را میداند.
- e. سایکوز هستریکل: نشان دهنده افکار دیوانگی مریض میباشد.
- f. حالات ضیاع شعور طولانی مدت (Trans states) یک حالت به مانند خواب میباشد.

نظریه یادگیری

عرض آن یک تطابق است که با تجارب زجردهنده زنده گی بمیان می آید. یا از نزدیکان خود می آموزد.

هستریا از تمارض تفاوت دارد چنانچه در هستریا بحران نا آگاه می باشد.

ارثیت

شواهد قناعت بخش برای علت ارثیت موجود نیست.

تشخیص

تشخیص هستریا ممکن در سه حالت مغالطه گردد.

- ۱- اعراض که از باعث یک مریضی فزیک باشد که تاهنوز تشخیص نشده است، مثلاً؛ **پورفوریا**.
- ۲- بعضی از امراض عصبی که تاهنوز کشف نشده باشد، مثلاً؛ تصلب منتشر مغز، تومورهای مغزی
- ۳- یک مریضی فزیک ممکن اعراض هستریایی را در اشخاص مساعد به بار آورده باشد.

تشخیص تفریقی

- ۱- بعضی اختلالات فزیک مثلاً تصلب منتشر، سیستمیک لوپوس اریتماتوز، پورفورای حاد بین البینی، پولی رادیکالویتی، سپاندیلوزس رقیبی، آفات لوب جداری مغز و تلاموس.
- ۲- اختلال فزیک که تاهنوز تشخیص نشده است.
- ۳- اختلال جسمی سازی.



شکل ۱۳-۱ یک خانم معتاد به الکهول، متأهل، ۳۲ ساله که نزدش حمله هستریکال زمانیکه توسط شوهرش سرزنش می شود، انکشاف نموده است (تنها صفحه تونیک دیده می شود).

۴-تشوش وظیفوی روانی جنسی.

۵-دردهای روانی.

۶-هایپوکاندریازس: دراین حالت اعراض فزیکمی وجود دارد، اما ضعیف حاد وظایف بدن موجود نیست.

۷-اختلال کاذب با اعراض فزیکمی.

۸-تمارض به جدول ۱۳-۱۱ مراجعه شود.

۹-اختلال هستریونیک شخصیت: مریضی که دارای شخصیت هستریک باشد با موجودیت تظاهراتی مانند؛ (اوجیزی می خواهد، هیجانان وی به پختگی نه رسیده، در جستجوی توجه است، متکی و آرام طلبی) مشخص می گردد.

برای تفریق حملات هستریک و صرع به جدول ۱۳-۱۲ مراجعه شود.

بحرانات نا آگاه دروجود آمدن هستریا مهم پنداشته
میشود.

تداوی

تداوی عاجل عبارت از اطمینان دهی حالاتی که باعث فشارروحي می گردد و عکس العمل را تحریک می

کند ، میباشد. هدف اینست که فکتورهای که

دراختلال اضطراب و اختلال ترس بنزود یازیبین در حالیکه در وسواس اجباری ادویه جات چون paroxetine ، fluoxetine ، clomipramine ، citalopram ، fluvoxamine ، ادویه جات انتخابی ضد وسواس است.

این نوع سلوک را به بارمی آورد کاهش داده شود و سلوک نورمال تشویق گردد. با استفاده از حالات فوق و تاثیرات ادویه زرقي باریتورات به مریض تلقین می گردد که این واقعه پراز فشارروحي را که باعث هستیریا می گردد و هیجان را بارمی آورد ، آرام بسازد.

پیامد

انذاراختلال تبدیلی زمانی قناعت بخش است که آغازجدید داشته باشد، واقعه مساعد کننده مشخص باشد،

حالت روانی خوب قبل از مریضی نزد مریض وجود داشته باشد، کدام پتالوژی روحی شدید نزد مریض موجود نباشد، اعراض به شکل بنفسهی آرام گردد.

جدول ۱۱-۱۳ تشخیص تفریقی هستری تبدیلی

تمارض	هستری تبدیلی	
تشوش وظيفوی اناتوميک و يا غير اناتوميک يا درد. بسیار متأثر.	تشوش وظيفوی غير اناتوميکی و فزيولوژیکی بیشتر نسبت به درد. بی تفاوت نسبی.	<ul style="list-style-type: none"> • طبیعت اعراض • عکس العمل هیجانی در مقابل اعراض • آغاز • اهتمامات انگیزش • موجودیت پتالوژی جسمی • توانایی پیشنهادات • حالت شناختی • پاسخ به تداوی
تدریجی است اما قبلاً تصمیم گرفته شده است. معاوضوی یا تعقیبی. نیست. کم است. کاملاً خوب است. پاسخ در برابر تداوی ندارد.	دفعتاً در برابر یک بحران. اصلاح نمودن بحران سایکولوژیکی. ممکن باشد یا نباشد. بسیار زیاد است. حافظه تجزیوی و تشوش توجه. آتی و دراماتیک است برای مدت کوتاه.	

جدول ۱۲-۱۳ تفاوت درمیان حملات هستریک و حمله صرع بزرگ

تظاهرات	حمله هستریک	حمله صرع بزرگ (grandmal)
۱- طرزحمله	کدام طرز مشخص ندارد.	طرز کلیتیکی کلیشه ای (stereotypic).
۲- محل وقوع	معمولاً درخانه ویا جاهای مصئون که درحضور دیگران میباشد.	هر زمان در هر جا.
۳- اورا (Aura)	Aura غیر معمول است به استثنای اعراض فرط تهویه.	معمولاً Aura موجود است.
۴- نالیدن	ممکن بنالد.	فرباد صرعوی.
۵- طرز	طرز عصبی فزیولوژیک پیشرفت ندارد.	پیشرفت جکسونیان.
۶- شعور	شعور مختل است اما دربرابر درد عکس العمل دارد.	ضیاع شعور موجود است دربرابر درد عکس العمل ندارد.
۷- جروحات	قبل از افتیدن خود را محافظه می کند نادراً خود را زخمی کرده میتواند.	بشکل مکرر زخمی شدن خود، جویدن زبان، ترضیض رأس و ماؤف شدن اطراف.
۸- عدم اقتداربولی	عدم اقتداربولی است.	عدم اقتداربولی شایع است.
۹- نوع	شلی، شخی و پرش عضلات، اما طرز تونیک کلونیک را ندارد.	تونیک کلونیک.
۱۰- زمان	زمان فرق می کند ممکن ۱۰-۱۵ دقیقه دوام کند اختلال بسیار کم است.	۲-۱ دقیقه
۱۱- اختلال شعور بعد از حمله	قسمی است که ممکن از موجودیت مردم در اطراف خود آگاه باشد.	اختلال شعور و فلج گذری موجود است.
۱۲- یاد فراموشی	در جریان حمله ممکن موجود باشد.	بطور کامل یاد فراموشی ندارد.
۱۳- تکلم	از یک طرف به طرف دیگر دور میخورد.	تکلم ندارد.
۱۴- تدور رأس	از دید اجتناب می کند	به یک طرف دور میخورد.
۱۵- دید چشمها	نورمال است.	آگرباز باشد خیره میشود ویا به بالامی ببیند.
۱۶- سویه پرولکتین	نورمال است.	۲۰-۱۵ دقیقه بعد از حمله بلند و دریک ساعت نورمال می گردد
۱۷- انزایم کرباتینین کیناز	نورمال.	آگرمثبت باشد تشخیص کننده است.
۱۸- pH		متغیر.
۱۹- عکسات	عکسات پتالوژیک موجود نیست.	عکسه پابنسکی و تقبض حدقه موجود است.

<p>معمولاً در زمان حمله غیرنورمال می باشد.</p> <p>ممکن توسط هیجانات روحی بعمل نیاید.</p>	<p>نورمال است.</p> <p>توسط هیجانات روحی و همیشه در حضور دیگران</p>	<p>۲۰- گراف برفی مغز</p> <p>۲۱- فکتورهای مساعد کننده</p>
--	--	--

۷- افسردگی نیوروتیک

تظاهرات کلینیکی، تفریق پذیری از سایکوزس افسردگی یا افسردگی اساسی و تداوی آن در فصل یازدهم در اختلالات مزاج تشریح شده است.

نیوروزس اضطرابی، ترس، هستریا و افسردگی نیوروتیک در زنان بیشتر معمول است در حالیکه وسواس اجباری در هر دو جنس مساویانه تصادف می گردد.

۷.۱. ضعف عصبی یا سندروم کسالت

تاریخچه

این اصطلاح توسط مولف بنام ببرد فریود (Beard. Freud) در سال ۱۸۶۴ وضع شد که نیوروزس اضطراب را از ضعف عصبی مجزا نمود.

لوحه کلینیکی

در یک مریضی لوحه اساسی مرض را کسالت بیش از حد میسازد، که بعد از فعالیت دماغی بوجود می آید و معمولاً همراه با کاهش در تکافوی وظایف روزمره و فعالیت شغلی است.

در نوع دیگر مریضی، احساس ضعیفی فیزیکی یا جسمی بعد از یک فعالیت بسیار کم دماغی بوجود می آید که همراه با درد عضلات و عدم قابلیت در استراحت نمودن است. در هر دو نوع، سایر احساسات ناخوش آیند نیز معمول است. مثلاً؛ گنگسیت، سردردی های تنشی، روحی، احساس عدم ثبات، غمگین شدن در مورد صحت روانی، تخرشیت، کاهش لذت و نشاط،

تداوی انتخابی نیوروزس اضطرابی و هستریا عبارت از روان درمانی است در حالیکه در اختلال ترس و اختلال وسواس اجباری تداوی سلوکی بیشتر مفید است.

بی خوابی یا پر خوابی و درجه خفیفی از افسردگی و اضطراب معمول است.

تشخیص تفریقی

- ۱- اختلالات روانی.
- ۲- اختلالات شبه جسمی.
- ۳- امراض فزیک: مثلاً؛ بعد از مریضی فزیک (مخصوصاً آنفلونزا، هیپاتیت ویروسی یا مونونوکلئوز انانای.
- ۴- ادویه: مثلاً؛ بیتابلاکرها، انتی سایکوتیک ها، ادویه ضد افسردگی و ضد اختلاج، ادویه که باعث امراض عضلات میشود مثلاً لیتیوم، الکهول، cimetidine، سؤ استفاده از ادویه دیگر و غیره.

تداوی

استراحت بستر، رخصت از دفتر، یک دوره کوتاه ادویه ضد اضطراب و تداوی روانی در تداوی این اختلال موفقانه صورت می گیرد.

۷۱۱: هایپوکاندریازس (اختلال هایپوکاندریکال)

عبارت از مصاب شدن به یک ترس یا عقیده است که مریض در آن فکرمی کند که دچار کدام مریضی یا امراض جدی شده است. اساس مریضی را تعبیر خود شخص از وظایف نورمال بدن یا کدام اینارملتی اساسی فزیک تشکیل میدهد. سایر تظاهرات آن عبارتند از:

- ۱- معاینات مکمل فزیک و تحقیقات نشان میدهد که کدام اینارملتی عمده موجود نیست.
 - ۲- این ترس و عقیده برخلاف اطمینان دهی در مورد راپور نورمال معاینات هنوز هم مقاوم میباشد.
 - ۳- این ترس و عقیده هذیان نیست، مریض ممکن در مورد اینکه مریضی اش تشدید می گردد موافق باشد.
 - ۴- مریض اصطلاح طبی و اسمای سندروم ها را خوب میداند و تبدیلی از یک داکتر به داکتر دیگر نیز معمول است.
- سن معمول آغاز مریضی، دهه سوم حیات بوده و سیر مزمن دارد، که بعضاً خوب و بعضاً دوباره عود می کند و شخصیت و سواسی متکرر علاوه بر اضطراب و افسردگی موجود است.

اسباب مرض

علت هایپوکاندریازس معلوم نیست، اما نظریات عمده ذیل موجود است:

- 1- نظریه روان پویایی یا سایکودینامیک: اساس مریضی در این نظریه عبارت از شخصیت خودشیفته میباشد که بواسطه لذت جنسی خود شیفته بوجود می آید.
- 2- به عنوان یک عرض افسردگی: اعراض هایپوکاندریازس معمولاً در افسردگی اساسی موجود میباشد، درحقیقت به اساس نظریه بعضی دانشمندان هایپوکاندریازس تقریباً همیشه یک جزئی سندروم دیگر روانی میباشد، که میتوانیم از اختلال مزاج نام ببریم. بناً هایپوکاندریازس به شکل یک افسردگی پوشیده یا معادل افسردگی به نظر میرسد. به هر صورت این نظریه تاحال به ثبوت نرسیده است.

تداوی

تداوی در بسیاری اوقات مشکل است و مشتمل می گردد بر:

- 1- روان درمانی محافظوی.
- 2- تداوی افسردگی یا اضطراب اگر موجود باشد.

VIII. سندروم فرط تهویه

یک سندروم عام کلینیکی بوده که در بسیاری اوقات از نظر پوشیده می ماند، مخصوصاً زمانی که بسیار شدید نباشد.

این سندروم ذریعه عادت فرط تهویه مشخص می گردد که درحالات چون فشارهای روحی اجتماعی و هیجانات افزایش می یابد.

شکل خفیف آن ذریعه اعراضی چون کسالت فزاینده، درد صدی، سردردی، ضربان قلبی، تعرق، کرختی و مورمورشدن مشخص می گردد و ممکن ضیاع شعور نیز واقع شود.

این اعراض از باعث کاهش فشار قسیمی کاربن دای اکساید بوجود می آید. تعداد واقعات ناشی از سندروم فرط تهویه در جدول ۱۳-۱۳ شرح شده است.

IX. عکس العمل در برابر فشار روحی و اختلالات تطابقی

این کتگوری که در ICD-10 آمده است و مشتمل می گردد بر اختلالاتی که به شکل گذری مربوط به واقعات فوق العاده مملو از فشارها (عکس العمل حاد فشار و اختلال فشار بعد از ترضیض) و تغییرات عمده

زنده گی (اختلالات تطابقی) می گردد که درست قبل از آغاز مریضی موجوداند. جهت تفیصل بیشتره فصل نزد هم مراجعه شود.

۱- عکس العمل حاد در برابر فشارها

نظریه ICD-10، دراین اختلال یک ارتباط واضح وفوری درمیان واقعه فشارروحي (مثلاً مرگ کسی را که دوست دارند، فاجعه طبیعی و تصادمات) در آغاز اعراض موجود است. اعراض، یک تصویر مختلط و متغیر رانشان میدهد. این اختلال زیادت در موجودیت یک خستگی فیزیکی و عمر زیاد واقع می گردد و زیادت در خانم ها دیده میشود. اعراض درحالاتی چون اضطراب، افسردگی، عصبانیت، تنه بودن، فرط فعالیت یا قطع ادویه و مغشوش شدن حالت شعوری شروع میشود.

اعراض معمولاً در چند ساعت اصلاح شده و اگر فشارروحي ادامه پیدا کند و یا دوباره به حالت نورمال برنگردد اصلاح اعراض بعد از ۲-۱ روز آغاز شده و معمولاً بعد از روز سوم خفیف ترمی گردد.

تداوی

تداوی مشتمل می گردد بر دور ساختن مریض از محیط ترس افزا و کمک نمودن مریض تا چطور بتواند از یک تجربه فشار روحي بگذرد و اگر مریض بسیار بیقرار باشد ممکن نیازه ادویه بی چون دیازپام و کلونازپام وریدی باشد.

جدول ۱۳-۱۳ تسلسل فزیولوژیک سندروم فرط تهویه

تأثیرات فرط تهویه	تغییرات ثانوی	تأثیرات کلینیکی
۱- کاهش کاربن دای اکساید	- کاهش کلسیم ایونایزد شده. - الکلوز تنفسی - کاهش دوران مغزی - تأثیر Bohr (تأثیر کاهش دست یابی اکسیجن از اوکسی هیموگلوبین)	کرختی و مورمورشدن، تیتانی تغییرات داخل حجروی، حالت غیر شعوری کاهش وظایف مغزی که در نتیجه آن سبک سری خراب شدن تمرکز و حافظه و کسالت بوجود می آید.
۲- افزایش فعالیت سمپاتیك	افزایش در وظایف سیستم عصبی خودکار.	اضطراب، هول، ضربان قلبی، درد صدري، تعرق و احساس ناراحتی.

۲- اختلال سترس بعد از ترضیض

نظریه ICD-10 این اختلال به عنوان یک عکس العمل مؤخر در برابر یک حادثه فوق العاده ناراحت کننده، که فشار روحی را افزایش میدهد بوجود می آید، و احتمالاً باعث یک ناراحتی شدید تقریباً در هر فرد می گردد مثلاً (حوادث طبیعی، جنگ، زنا بالجبر، حادثه شدید ترافیکی و غیره). اعراض این اختلال ممکن بعد از یک دوره خفأ در جریان شش ماه بعد از حالت سترس زأ، و یا ممکن مؤخر تر واقع شود. این اختلال ذریعه دوباره جمع آوری نمودن متکرر واقعه سترس افزأ در بیداری (تصور، افکار و یا ادراک) و یا در حالت خواب مشخص می گردد. معمولاً همراه با احساس واقعه قبلی میباشد.

این مریض از واقعات و یا محیط سترس افزای قبلی فوق العاده اجتناب می کند و معمولاً اعراض اضطراب شدید نزدش موجود است.

سایر تظاهرات عمده کلینیکی مشتمل می گردد بر یاد فراموشی قسمی از واقعات قبلی، احساس کرختی ولذت نشاط.

تداوی

در تداوی معیارات ذیل شامل می گردد.

۱- وقایه: پیش بینی نمودن حوادث طبیعی در نواحی پرخطر چنانچه به پرسونل در رابطه به احتمالات ضد حوادث آموزش داده میشود.

۲- تداوی حوادث: مهیا ساختن مساعی حائز اهمیت بوده و این خود یک معیار وقایوی میباشد.

۳- روان درمانی محافظوی.

۴- تداوی دواوی: در تداوی اضطراب موجوده، از بنزودیازپین ها و ادویه ضد افسردگی استفاده میشود.

۳- اختلالات تطابقی

اختلالات تطابقی از جمله اختلالات شایع روانی اند که روزمره در کلینیک مشاهده می گردد زیادتر در زنان کاهل دیده میشود. اگرچه اختلال تطابقی در بسیاری اوقات توسط چند فکتور سترس افزأ تحریک میشود، اما نشان دهنده عکس العمل غیر تطابقی در برابر حوادث سترس زأ زنده گی می گردد. در ICD-10 این اختلال ذریعه تشوشاتی مشخص می گردد که در جریان یک ماه تغییرات عمده زنده گی بوجود آمده باشد و در افرادی بوجود می آید که فکتورهای مساعد شخصیتی داشته باشند و فکر میشود که این اختلال در عدم

موجودیت فکتورهای سترس افزا نمی آید. دوام اختلال کمتر از شش ماه بوده اما اگر عکس العمل افسردگی دوام دار باشد پس میتواند سیر طولانی داشته باشد. سیر فرعی مختلف مشتمل می گردد بر عکس العمل مختصر افسردگی، عکس العمل طولانی افسردگی عکس العمل مختلط اضطراب و افسردگی همراه با تشویشات سایر هیجانات. اکثریت مریشان در جریان سه ماه شفایاب می گردند.

تداوی

- ۱- روان درمانی محافظوی تداوی انتخابی میباشد.
- ۲- مداخله در بحران موجود: در بعضی مریشان مُعیند بوده چنانچه محیط سترس افزا که باعث اختلال تطابقی می گردد هر چه زودتر باید برطرف شود.
- ۳- آموزش جهت مهیا ساختن اهتمامات برای رفع سترس.
- ۴- آموزش در مورد آموختن مهارت ها برای جلوگیری از ایجاد سترس.
- ۵- ممکن در بعضی مریشانی که اضطراب دارند و یا دچار افسردگی نیز اند ضرورت گردد که توسط بنزودیازپین وادویه ضد افسردگی تداوی شوند.

IX. عکس العمل در برابر سوگ یا غم

سوگ یک عکس العمل نورمال شخص است که در برابر ازدست دادن یک شیء دوست داشتنی بوجود می آید مثلاً؛ اقارب بسیار نزدیک و یا رفیق صمیمی، ارزش های مادی و یا ارزش های معنوی مثلاً شهرت و اعتماد به نفس.

سوگ یک پدیده جهانی بوده، که معمولاً گذری میباشد و به شکل بنفسهی اصلاح می گردد. یک غم یا سوگ که مغلق نباشد اختلال روانی گفته نمیشود و معمولاً به تداوی روانی ضرورت ندارد. به هر صورت صرف واقعات اختلاطی که برای رفع آن نیاز به داکتر می میباشد در این مبحث گنجانیده شده است.

به تعقیب ضیاع زیاد تراوقات یک حالت شوک بوجود می آید. شخص غمدیده، احساس بی حسی نموده و یا ممکن است از این ضیاع مطلقاً انکار نماید. اگر چه تقریباً این حالت چند ساعت دوام می کند بعضی اوقات ممکن تا چند هفته دوام کند. زمانی که گسترش مکمل ضیاع فهمیده شود، اعراض مختلف فزیک و روانی ظاهر می گردد که مشتمل می گردد بر گریه نمودن متکرر، خواب های رویائی و حتی منصرف شدن

از کیفیت های منفی شخص یا شیء ضایع شده ، (که یک لوحه مشخص است که در ذهن آن شخص در مورد آن شیء ضایع شده نزد شخص غم‌دیده بوجود می‌آید) و بعضی اعراض دیگری چون مشکلات در تنفس، احساس یک شیء در گلو ، ضعیفی، تمرکز خراب و اشتها ی خراب که این اعراض معمولاً ۶-۴ هفته دوام نموده اما بعضاً ممکن الی شش ماه دوام نماید به یاد سپردن شیء یا شخص ضایع شده معمولاً طبیعت آرام را دارد. بسیاری اوقات شخص فکرمی کند که شیء یا شخص ضایع شده در اطراف او هنوز موجود است و آواز و حتی چهره های دیگران را غلط تعبیر می‌کند و نادراً برسامات موجود میباشد.

شخص سوگ وار در بسیاری اوقات دچار افسردگی می‌گردد (به جدول ۱۳-۱۴ مراجعه شود) و اندکی از اجتماع دور میشود، احساس شرم، حملات پانیک یا هول، خستگی، عدم توجه به وظیفه و خود، بیخوابی و افکار خودکشی ممکن بوجود آید.

شخص ممکن هویت شیء یا شخص ضایع شده را کسب نماید، کیفیت های او را به خود بگیرد که شکل حرکات پرهدف و مشخص باشد.

سوگ پتالوژیک

زمانی که یک یا چند اعراض سوگ نورمال تشدید گردد و یا اضافه تر از شش ماه دوام نماید، به آن سوگ پتالوژیک گفته میشود. انواع فرعی آن سوگ مزمن (دوام آن اضافه تر از شش ماه است) سوگ مؤخر (که دو هفته بعد از حادثه بوجود آید) سوگ نهی کننده (انکار از ضایع)، اضطراب بیشتر، شرم، عصبانیت و یا سوگ عقیدوی.

هویت سازی با شخص ضایع شده، فکرنمودن زیاد در مورد شخص ضایع شده و عکس العمل سالگره (عکس العمل سوگ در سالگره مرگ کسی).

سوگ اختلاطی

عکس العمل سوگ علاوه بر اعراض توسط مریضی های بالخاصه عصبی و روانی مغالطه می‌گردد، که انواع فرعی آن هستریایی ، فوییک ، و سواس اجباری ، هجمه مانیا یا هجمه سایکوزس حاد میباشد. مراحل سوگ: به جدول ۱۳-۱۵ مراجعه شود .

جدول ۱۳-۱۴ تفاوت های سوگ و افسردگی

تظاهرات کلینیکی	عکس العمل سوگ	افسردگی داخلی
۱- نوعیت واقع شدن	توسط اشخاص زیاد شریک میشود.	نادراً شریک می گردد.
۲- خود ملامتی	ارتباط به ضایعه دارد.	عمومی است.
۳- عکس العمل دیگران	ترحم ورحم .	تخرشیت ، اجتناب.
۴- احساس دودلی	عام نیست.	زیادتر معمول است.
۵- هویت سازی ضایع شده	نورمال است.	غیرنورمال است.
۶- افکارخودکشی	نادراست.	معمول است.
۷- عکس العمل دربرابراطمینان دهی	خوب است.	خراب است.
۸- تمایل به سایر امراض فزیک	متوسط الی شدید.	بسیار زیاد.
۹- سیر	اصلاح بنفسهی.	ممکن اصلاح بنفسهی نداشته باشد.
۱۰- جواب درمقابل ادویه ضد افسردگی	خراب است.	خوب است.

جدول ۱۳-۱۵ مراحل سوگ

John Bowlby	مراحل	C.M . Parkes	مراحل
۱- بی حسی : که توسط ناراحتی ، ترس و یا قهرمشخص می گردد این شوک ممکن چند لحظه، روزها، هفته ها یا ماه ها دوام کند .	۱- هدشار: یک حالت سترس است که ذریعه تغییرات فزیولوژیک مشخص میشود مثلاً اضافه شدن فشارخون و ضربان قلبی، همانند مرحله اول Bowlby میباشد .	۲- بی حسی: شخص ظاهراً متأثر معلوم شده اما خود را از یک ناراحتی حاد محافظه می کند .	۲- بی حسی: شخص ظاهراً متأثر معلوم شده اما خود را از یک ناراحتی حاد محافظه می کند .
۲- جستجو: دنیا خالی و بی هدف بوده اما اعتماد به نفس هنوز خوب است. با درگیر شدن خاطرات شخص ضایع شده و بیقراری فزیک و قهرمشخص می گردد، ممکن ماه ها یا سال ها دوام کند .	۳- جستجو : شخص برای شخص ضایع شده جستجو می کند و یا اوبه فکرش آورده میشود که همانند مرحله دوم Bowlby است .	۳- جستجو : شخص برای شخص ضایع شده جستجو می کند و یا اوبه فکرش آورده میشود که همانند مرحله دوم Bowlby است .	۳- جستجو : شخص برای شخص ضایع شده جستجو می کند و یا اوبه فکرش آورده میشود که همانند مرحله دوم Bowlby است .
۳- نا پدیدشدن: بیقراری و بی هدف بودن ، قطع ادویه، تخرشیت و خاطرات را متکرراً به یاد می آورد.	۴- افسردگی: نا امید بوده (درمورد آینده) از خانواده ودوستان دور میشود.	۴- افسردگی: نا امید بوده (درمورد آینده) از خانواده ودوستان دور میشود.	۴- افسردگی: نا امید بوده (درمورد آینده) از خانواده ودوستان دور میشود.
۴- اصلاح دوباره: با تهداب گذاری طرق جدید اشیا واهداف جدید این سوگ توسط خاطرات تازه وخوش عوض شده ویک هویت سازی صحت مند با شخص ضایع شده بوجود می آید .	۵- اصلاح دوباره: شخص فکرمی کند که زنده گی او با تطابقات جدید واهداف مختلف پی گیری میشود .	۵- اصلاح دوباره: شخص فکرمی کند که زنده گی او با تطابقات جدید واهداف مختلف پی گیری میشود .	۵- اصلاح دوباره: شخص فکرمی کند که زنده گی او با تطابقات جدید واهداف مختلف پی گیری میشود .

در سوگ پتالوژیک ادویه ممکن نظریه لوحه کلینیکی موجوده ضرورت گردد .

بالای حالات ذیل تأکید گردد :

تداوی

۱- سوگ نورمال نیاز به تداوی روانی نداشته و بصورت بنفسمی از بین میرود. بعضی اوقات بصورت کوتاه مدت از ادویه ضد اضطراب خفیف یا هپنوتیک ها استفاده میگردد.

۲- سوگ پتالوژیک در صورت موجودیت اعراض کلینیکی به تداوی ضرورت میباشد.

۳- تاکید بالای حالات ذیل باید صورت گیرد:

الف: شخص را باید وادار ساخت تا بر علیه این ضایعه عمل کند.

ب: تهویه احساسات.

ج: اطمینان دهی در مورد موجودیت اهمیت دیگران.

د: سایر افراد غمخیز را گرد هم آورده تا ارتباط بین البینی شان تقویه شده، تجارب ضایع را شریک سازند و یکدیگر را از نظر اجتماعی و احساسات و هیجانان همکاری نمایند. که سبب برقرار ساختن وظایف با هدف و سودمند خواهد گردید.

سوالات برای مرور

۱. نیوروزس را تعریف نموده انواع مختلف اختلالات اضطرابی را نام ببرید؟
۲. نیوروزس اضطرابی را تعریف نموده، در باره سندروم های همنام که به آن ارتباط نزدیک دارد بحث نمایند؟
۳. اسباب اختلالات ترس را شرح داده نقش تداوی رفتاری را در منجمت آن بیان دارید؟
۴. وسواس، اجبار و اختلال وسواس اجباری را تعریف نموده، تظاهرات کلینیکی و تداوی OCD را شرح دهید؟
۵. نیوروزس هیستریک را تعریف نموده و وریانت های فرهنگی معمول آنرا که در تشخیص و تشخیص تفریقی مهم است شرح دهید؟
۶. فرق کنید بین:
 - (a) سایکوزس و نیوروزس
 - (b) تبدیل و تجزیه
 - (c) هیستریا و تمارض
 - (d) تشنج و بیهوشی هیستریایی و صرع گراندمل
 - (e) فراموشی روانی وارگانیک
 - (f) عکس العمل در مقابل اندوه و دپریشن
 - (g) وسواس و اجبار
۷. در موارد ذیل کوتاه بنویسید:
 - (a) تداوی دوایی حمله Panic
 - (b) سندروم فرط تهویه
 - (c) اختلال سترس زای بعد از صدمه
 - (d) اختلال تطابق
 - (e) عکس العمل در مقابل غم و اندوه
 - (f) تداوی فارماکولوژیک نیوروزس وسواس اجباری

سوالات امتحان مسلکی

- در موارد ذیل مختصراً بنویسید:
 - نیوروزس و سواس اجباری
 - نیوروزس هیستیریک
 - نیوروزس اضطرابی
- فرق کنید بین:
 - سایکوز و نیوروز
 - بیهوشی هیستیریک و صرع GM
 - دپریشن و عکس العمل در برابر غم و اندوه
- مختصراً شرح دهید:
 - بازار هراسی
 - حمله احساس وحشت
 - ضعف عصبی
 - عکس العمل در برابر غم و اندوه
 - اختلال سترس بعد از صدمه (PTSD)

اختلالات شبه جسمی

اختلال جسمی سازی (سندروم براکت)، هایپوکاندریازس، اختلال درد روانی (درد روانی درمقابل درد عضوی)

تظاهرات اساسی این گروه اختلالات عبارت از اعراض فزیک میباشند که در آن دریافت های مشخص عضوی دریافت نگردیده و یا این اعراض به شکل میکانیزم های فزیولوژیک توجیه می گردند زیرا شواهد مثبت و یا فرضیه های قوی موجود است که این اعراض ارتباط به فکتورهای روحی یا بحرانات روحی دارند.

معمول ترین اختلالات شبه جسمی قرار ذیل اند:

1. اختلال جسمانی سازی (Somatization)

مشخصه ابتدائی آن عبارت از موجودیت شکایات جسمی است که چندین سال دوام داشته و برای آن تداوی طبی صورت گرفته اما از باعث کدام اختلال فزیک نبوده است. اعراض معمولاً در ایام جوانی آغاز شده و نادراً در دهه دوم واقع میشود. این اختلال تقریباً ۲-۰/۲ فیصد خانم ها را مصاب ساخته و نادراً در مردان دیده میشود. لوحه کلینیکی اختلال جسمانی سازی عبارت است از:

سندروم براکت (اختلال ساختگی) متصف است برشکایات متعدد و عود کننده جسمی که برای چندین سال ادامه یافته، برای تداوی آن اقدام شده اما بطور واضح از باعث اختلال فزیک بوجود نیامده است.

اعراض معدی معانی

استفراغات (مربوط به حاملگی نباشد) درد
بطنی (زمان تحیض نباشد) دلبدی

اعراض درد

درد اطراف و درد کمر

اعراض قلبی ریوی

نفس کوتاهی، ضربان قلبی، درد صدری و گنگسیت

اعراض تبدیلی یا اعراض کاذب عصبی

فراموشی، مشکلات دریلع، از دست دادن آواز، ضعیفی یا ضیاع شعور و تشنج

اعراض جنسی

احساس سوزش در اعضا جنسی و یا ریکتوم، بی تفاوتی جنسی، عقامت

اعراض تناسلی زنانه، شخص فکرمی کند که نظر به خانم های دیگر اعراض چون درد در زمان تحیض،

دوره های غیر منظم تحیض و یا زیاد بودن خون در زمان تحیض مشاهده می گردد.

اختلال ساختگی بیشتر در خانم ها تصادف می گردد.

تشخص تفریقی

از حالات ذیل باید تشخیص تفریقی گردد

۱- اختلالات فزیکلی.

۲- شیزوفرنی که همراه با هذیانات متعدد جسمی است.

۳- اختلال دیستایمیک (نیوروزس افسردگی) و اختلال اضطراب منتشر

۴- اختلال پانیک

۵- اختلال تبدیلی

۶- اختلال ساختگی همراه با اعراض فزیکلی

تداوی

مهم ترین جنبه تداوی این مریضان شناخت مریضی و اجتناب از اقدامات تشخیصی و درمانی غیر ضروری

حتی عملیات ها ی غیر ضروری و ادویه طبی

تداوی تقویتی یک تداوی انتخابی برای اختلال ساختگی است.

در تداوی این اختلال مشاوره و ارجاع به روان درمان ضرورت است زیرا در تداوی روانی به مریض کمک می‌گردد تا خود را با مشکلاتش تطابق دهد، مریض می‌آموزد که راه‌های دیگری برای ابراز عواطفش پیدا کند.

II. اختلال تبدیلی (conversin)

در فصل ۱۳ در اختلال اضطراب (نیوروزس) شرح شده است.

III. هایپوکاندریازس

ترس یا عقیده غیر واقع‌بینانه در رابطه به اینکه شخص دچار یک مریضی شدید و جدی است که با وجود اطمینان دهی طبی باعث بوجود آمدن تشوشات در وظایف شغلی و اجتماعی شخص می‌گردد. این اختلال به شکل عام در مریضان طب عمومی دیده می‌شود که فیصدی آنها از ۳ الی ۱۰ فیصد می‌رسد.

به طور عام در کهولت آغاز می‌کند با آن هم در مردان در دهه سوم و در خانم‌ها در دهه چهارم آغاز می‌شود. این اختلال در هر دو جنس مساویانه شیوع دارد.

هایپوکاندریازس عبارت از تعبیر غلط و غیر واقع‌بینانه علائم فیزیکی یا حسیت غیرنورمال است که در آن بیمار مصاب به ترس از داشتن یک بیماری جدی است.

احصایه‌ها نشان می‌دهد که ۸۵ فیصد تمام واقعات

هایپوکاندریازس طبیعت ثانوی دارند بدین معنا که در ۸۵٪ موارد اختلالات افسردگی و اضطرابی به طور همراه موجود است و متباقی ۱۵ فیصد طبیعت ابتدائی دارند.

هایپوکاندریازس ثانوی در نوع اول معمول است (۸۵٪) و افسردگی علت معمول هایپوکاندریازس ثانوی است.

در شکل ثانوی هایپوکاندریازس لوحه افسردگی، نیوروز اضطرابی، شیزوفرنی و مرحله مقدم زوال عقلی را ارائه می‌کند. هم‌چنان این اختلال می‌تواند به طور یک عکس‌العمل بعد از مریضی‌های تهدیدکننده حیات بوجود آید مثلاً (نیوروزس اکلیلی).

سردردی، شکایت صدری، معده‌ی معائی و اعراض عضلی اسکلتی زیادتر واقع می‌گردد.

تشخیص تفریقی

هایپوکاندریازس باید از حالات ذیل تفریق گردد:

۱- امراض حقیقی عضوی

۲- اختلال سایکوتیک

۳- سایر امراض مثلاً اختلال دیستایمیک، اختلال منتشر اضطراب، اختلال پانیک، اختلال وسواس

اجباری و اختلال جسمانی سازی

تداوی

مهم است که امراض عضوی را رد نمایم. اگر به شکل ثانوی از باعث امراض چون افسردگی بوجود آمده باشد باید که افسردگی تداوی شود در آن صورت اعراض هایپوکاندریکل از بین می‌رود. در درجه اول باید اختلال را تشخیص دهیم تا از اقدامات غیرضروری مانند جراحی، بستن، معاینات و ادویه نزد مریض جلوگیری کرده باشیم.

بستری شدن، تحقیقات، معاینات و ادویه جات در هایپوکاندریازس باید جلوگیری شود.

IV. اختلال درد روانی

لوحه اساسی اختلال درد روانی یک تابلوی کلینیکی است که نشانه برجسته آن شکایت از درد در یک یا چند ناحیه است. اما هیچ نوع دریافت های فزیکلی نزد مریض موجود نیست و از جانب دیگر شواهد موجود میباشد که سبب مریضی را فکتورهای روانی جلوه میدهند. به یاد داشته باشیم که این تشوشات از باعث کدام اختلال روانی دیگر نباشد.

دردهای روانی متصف است برشکایات درد درعدم موجودیت اختلال فزیکلی یا روانی

آپیدیمولوژی

درد شایع ترین شکایت طبی بوده و زیادتر در خانم ها تشخیص می گردد. این اختلال میتواند در هر مرحله حیات بوقوع برسد اما در کهولت یا مرحله مقدم بلوغ بیشتر بوجود می آید.

اسباب مریضی

سترس شدید روحی اجتماعی از جمله فکتورهای مساعد کننده مطرح شده است.

لوحه کلینیکی

استفاده از ادویه مسکن درد، درخواست برای جراحی

و مشوره های طبی معمول میباشد، شخص

موجودیت فکتورهای روانی را به عنوان فکتور

سببی اصلاً قبول نمی کند آنرا رد می کند.

استفاده از ادویه جات ضد درد مخدر یا بنزودیازپین باید در حالات چون دردهای روانی جلوگیری شود.

جدول ۱۴-۱ مقایسه درد بطنی روانی و فیزیکی (عضوی)

درد بطنی		فیزیکی	روانی
تکرر	۱- تکرر		
درد	۲- درد	موضعی	منتشر
درد شب بیدار میسازد	۳- درد شب بیدار میسازد	اغلباً	نادراً
درد در سایر قسمت ها	۴- درد در سایر قسمت ها	غیرمعمول	معمول
استفراغات	۵- استفراغات	+/-	+/-
حالت هیجانی	۶- حالت هیجانی	معمولاً نورمال	معمولاً مضطرب و غمگین
ابنارملتی ها در معاینات فیزیکی و لابراتواری	۷- ابنارملتی ها در معاینات فیزیکی و لابراتواری	مثبت	منفی
علامه منکوف (Mannkopf)	۸- علامه منکوف (Mannkopf)	مثبت	منفی

(فشار دادن ناحیه دردناک یا حرکت دادن ناحیه دردناک بصورت موقتی باعث ازدیاد نبض در حدود ۱۰ الی ۳۰ فی دقیقه می گردد.)

تشخیص تفریقی

درد عضوی، اختلال جسمانی سازی، اختلالات افسردگی، شیزوفرنی، تمارض و یا درد های که با سردردی های تنش همراه است.

تداوی

اگر درد ذریعه اطمینان دهی، هیپنوزس از بین برود پس میتوانیم اختلال را اختلال درد بگوییم. استفاده از دواهای مخدر ضد درد و ادویه ضد اضطراب باید اجتناب گردد.

سوالات برای مرور

۱. اختلالات شبه جسمی را تعریف نموده بگوید که چگونه از اختلالات ساختگی تفریق میگردد؟
۲. منظره کلینیکی سندروم Briquet's را تشریح نموده و انرا چگونه تداوی میکنید؟
۳. انداز اختلالات زیر را مختصراً تشریح نمایند:
 - (a) اختلال سوماتایزیشن یا جسمانی کردن
 - (b) اضطراب و اندیشه بیهوده در باره سلامتی یا هایپوکاندریازس
 - (c) اختلال درد با منشأ روانی
۴. فرق کنید بین:
 - (a) درد عضوی در مقابل درد با منشأ روانی
 - (b) اضطراب و اندیشه بیهوده در باره سلامتی یا هایپوکاندریازس ابتدایی در مقابل تمارض
 - (c) سندروم Briquet's در مقابل هیستیریای تبدیلی
 - (d) هیستیریای تبدیلی در مقابل تمارض
 - (e) هایپوکاندریازس در مقابل هیستیریا

سوالات امتحان مسلکی

- در باره هایپوکاندریازس مختصراً بنویسید؟
- فرق بین درد ارگانیک و درد با منشأ روانی را واضح سازید؟

اختلالات ساختگی و مربوطه آن

سندروم مانچهاوسن (Munchausen)، سندروم گانسر (Ganser)، تمارض (در مقایسه با اختلال تبدیلی) و نیوروزس معاوضی

معنای "Factitious" غیرحقیقی، غیرطبیعی بوده بناً با موجودیت اعراض فزیکي و روانی مشخص می گردد که توسط خود شخص ساخته شده و تحت کنترل اش میباشد.

اختلالات معمول این کنگوری عبارت است از:

۱. اختلال ساختگی همراه با اعراض فزیکي (سندروم مانچهاوسن)

اختلالات ساختگی توسط اعراض فزیکي و یا روانی که آگاهانه، عمدی و جعل سازی باشد و مرض را تقلید نماید، مشخص میشود یگانه هدف مریض حصول رول مریضی است. این انگیزه از تمارض چنین مجزا شده که در تمارض رول اساسی پول، معیوبیت و یا رخصت از وظیفه میباشد.

اختلال ساختگی متصف بر تقلید ارادی فزیکي یا روانی اعراض میباشد.

تاریخچه

اصطلاح سندروم مانچهاوسن در سال ۱۹۵۱ توسط مؤلف Asher گذاشته شد. اصطلاحات دیگری که به این مریضان اطلاق می گردد عبارت اند از مریضان مشکل ساز جهان گرد "Peregrinating problem patient"، معتادین شفاخانه، سندروم کوپینی کادوس "kopenickadus syndrome"، کارگر دوره گرد شفاخانه "Hospital hobos"، سندروم اهاسوروس "Ahasuerus syndrome".

اییدیمولوژی

شیوع دقیق این اختلال معلوم نیست آغاز مرضی در اوایل دوره بلوغیت است که با بستردن درشفاخانه همراه می باشد.

اعراض شناسی

تمام سیستم های اعضا، میتوانند مصاب شوند، اعراض تنها منحصر به فهم طبی شخص و خیال پردازى او میباشد. ممکن حالت پتالوزیک غیرقابل کنترل بوجود آید که به هیچ یک ازجوانب اعراض و تاریخچه مرضی صدق نمی کند که بنام خیالات کاذب یاد میشود (pseudologia fantastica). شکایت از درد و درخواست برای ادویه مسکن درد معمول میباشد. بعضاً مریضان بی صبرانه درخواست عملیات و پروسیجرهایی را می نمایند که خطرناک است، و اگر بطن این مریضان مشاهده شود ندبات متعدد بالای بطن شان موجود است که بنام بطن آهنی سوراخ سوراخ یا Grid iron abdomen یاد می گردد. زمانی که با شواهد اعراض ساختگی شان مقابل شوند آنها یا خود انکار از ادعا می کنند و یا بلافاصله بدون اطلاع خلاف مشوره طبی بستر را ترک می کنند.

منظره اساسی سندروم مانچهاسن عبارت است از بازی نمودن رول مرضی وانگیزه آن واضح نیست.

فکتورهای مساعد کننده که بسیار عام اند مشتمل می گردد بر یک اختلال فزیکى حقیقی که در زمان طفولیت و یا بلوغیت موجود بوده و باعث شده تا تداوی طبی و بستری شدن درشفاخانه را سبب شده باشد. بی میلی در برابر مسلک طبی، این وتیره بعضی اوقات از باعث اشتباهات طبی، استخدام شدن بحیث نرس، تکشن اتکا بر تهدیدات موجود از باعث یک شخصیت استثماری و یا ارتباط نزدیک باکدام داکتر در سابقه ایجاد میشود.

خیالات کاذب (pseudologia Fantastica) عبارت از دروغ گویی پتالوزیک است که درمورد اعراض بیمار گفته میشود. مخصوصاً درمانچهاسن سندروم.

تداوی

یک ارزیابی کلی در مورد فامیل، محیط و وظیفه شخص بسیار مهم است. اگر مقابل سازی ابتدائی بدون

سندروم مانچهاوسن یک اختلال ساختگی است که اعراض فیزیکی دارد درحالیکه سندروم گنسر نیز اختلاط ساختگی است اما اعراض آن روحی میباشد.

کدام نتیجه باشد پس تداوی روانی آغاز شده و بهتر خواهد بود که دریک مرکز امراض روانی صورت گیرد.

II. اختلال ساختگی با اعراض روانی (سندروم Ganser)

بیماران مصاب به مانچهاوسن سندروم حتی بعضاً کاندید عملیات ها یا معاینات نیز می گردند.

با موجودیت اعراض شدید روانی که به شکل ارادی ساخته میشود مشخص می گردد، و این اعراض نشان دهنده یک اختلال روانی میباشد، که

بنام سندروم **گانسر** (یک روانشناس آلمانی در سال ۱۸۹۷ نام گذاری کرد) مسمی گردیده است، که سایکوز کاذب و یا زوال عقلی کاذب نیز نامیده میشود.

اعراض زمانی شدید تر می گردد که شخص بداند که او تحت مشاهده گرفته شده است. چنین یک مریض ممکن شاک از ضیاع حافظه، برسامات (شنوائی یا

سندروم گنسر که بنام سایکوزس کاذب یا زوال عقلی کاذب نیز می گردد متصف است برساختن قصدی اعراض شدید روانی (بیشتر سایکوتیک).

بینائی) و اعراض تجزیوی و تبدیلی همراه با افکار خودکشی باشد.

وربیریدن (Vorbeireden) یک عرض است که در آن شخص جوابات تقریبی را ارائه نموده و

یا خارج از موضوع جواب میدهد، و زمانی که برایش گفته شود که هشت را ضرب هشت کن این شخص ممکن جواب او را شصت و پنج بگوید. این حالت همیشه بالای یک اختلال شدید شخصیتی تحمیل می گردد، شخص برای بوجود آوردن اعراض که اختلال روانی را نشان بدهد از بعضی مواد مثلاً منبهات، مواد برسام آور و مسکنات درد استفاده می کنند.

این اختلال در مردان واضحاً زیاد معمول بوده و اختلاط آن بستری شدن های متکرر در شفاخانه است.

زوال عقلی کاذب از زوال عقلی حقیقی چنین تفریق می گردد که در زوال عقلی کاذب اشتباه بسیار تقریبی بوده اما در زوال عقلی حقیقی شخص قابلیت جواب دادن به پاسخ درست را ندارد.

vorbeireden اعراض تقریبی جوابدهی میباشد که
در سندروم Ganser دیده میشود.

در یک سایکوز حقیقی مثلاً شیزوفرنی اعراض بصورت دوام دار باقی می ماند، اما در اختلال ساختگی اعراض زمانی شدید می گردد که شخص فکر کند که او تحت مشاهده قرار گرفته است.

تداوی

تداوی همانند اختلالات ساختگی، همراه با اعراض فزیکمی است که قبلاً از آن ذکر شده است.

۱۱۱. تمارض (Malingering)

a. لوحه اساسی آن ایجاد ارادی اعراض فزیکمی یا روانی اند که انگیزه آن یک محرک یا مشوق خارجی باشد. این انگیزه ها متعدد بوده و عبارت اند از اجتناب از خدمت نظام، وظیفه، کسب غرامت مالی و طفره رفتن از پیگرد قانونی و بدست آوردن ادویه میباشد.

روان درمانی تداوی انتخابی سندروم گنسر
ومانچهاوسن است.

در مقایسه با اختلال ساختگی در تمارض یک هدف مشخص موجود است.

موجودیت حالات ذیل موجودیت تمارض را در شخص مشکوک میسازد.

۱- لوحه که محتوی طب عدلی داشته باشد، مثلاً شخص ذریعه محکمه برای معاینات طبی فرستاده شده باشد.

تمارض معمول در اطفال تصادف می کند
و در برابر درخواست، هیپنوزس یا نارکوانالیزس مقاوم
است.

۲- موجودیت اختلاف واضح در میان ناراحتی و یا معیوبیت شخص و دریافت های که دیده میشود.

۳- فقدان همکاری با ارزیابی تشخیص و ادویه توصیه شده.

۴- موجودیت یک اختلال شخصیت ضد اجتماعی.

کشف نمودن تمارض مشکل بوده و هر ساحتی می‌تواند رهنماً خود را جهت کشف آن داشته باشد. اصلاح شدن اعراض در تمارض با استفاده از اطمینان دهی ها، هیپنوزس و استفاده ادویه وریدی باریتورانت بدست نمی آید حالآنکه در اختلال تبدیلی چنان نبوده اصلاح پذیری با معیارهای فوق بدست می آید.

IV. نیوروز غرامت طلبی

به اعراض فزیکتی یا روانی گفته میشود که به شکل روحی در برابر بعضی حالات ایجاد می گردد، که شخص برای غرامت طلبی ادعا می کند این اعراض الی طویل شدن ادعا دوام می کند. مریضی های فزیکتی یا روانی می‌توانند از باعث نیوروز غرامت طلبی اختلاطی شده و در مقابل تداوی های موجه جواب ندهند. ادعا قضائی برای کسب منفعت و یک شیفتگی دوام دار با معیوبیت از تظاهرات عمده این سندروم بشمار میرود.

سوالات برای مرور

- اختلالات ساختگی را تعریف نموده و بگوئید که چگونه از تمارض تشخیص تفریقی میگردد؟
- مانچهاوسن سندروم را تعریف نموده سندروم های مختلف آنرا همراه فاکتور های مساعد کننده آن شرح دهید؟
- مناظر کلینیکی گانسر سندروم را همراه با تداوی آن شرح دهید؟
- تمارض را تعریف نموده و بگوئید که چگونه آنرا از هیستری یا تشخیص تفریقی میکند؟
- نیوروز خنثی سازی چیست و چگونه تداوی میشود؟
- اصطلاحات ذیل را تعریف نمایند:
(a) کذاب گویی خیالی
(b) زوال عقلی کاذب

سوالات امتحان مسلکی

- در باره اصطلاحات ذیل مختصراً بنویسید:
 - Munchausen's syndrome
 - Ganser syndrome
 - تمارض
 - کامپنسیشن نیوروزس
- فرق کنید بین:
 - اختلال تبدیلی و تمارض

Book Name Psychiatry (Volume 1)
Author Dr. Abdul Aziz Naderi
Publisher Kabul Medical University
Website www.kmu.edu.af
Number 1000
Published 2012
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Foreign Office.

Administrative and Technical support by **Afghanic** organization.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it.

Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936200098

Message from the Ministry of Higher Education



In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to the German Federal Foreign Office, the German Academic Exchange Service (DAAD) and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,
Prof. Dr. Obaidullah Obaid
Minister of Higher Education
Kabul, 2012

Publishing of textbooks & support of medical colleges in Afghanistan

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality text books in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 60 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

“Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge”

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the critical situation of this war torn country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and public health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 60 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh & Kabul medical colleges. Currently we are working on to publish 60 more different medical textbooks, a sample of which is in your hand. It is to mention that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to non-medical subjects like (Science, Engineering, Agriculture, Economics & Literature) and it is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

As stated that publishing medical textbooks is part of our program, we would like to focus on some other activities as following:

1. Publishing Medical Textbooks

This book in your hand is a sample of printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is need to publish about 100 different textbooks each year.

2. Interactive and Multimedia Teaching

In the beginning of 2010, we were able to allocate multimedia projectors in the medical colleges of Balkh, Herat, Nangarhar, Khost & Kandahar. To improve learning environment the classrooms, conference rooms & laboratories should also be equipped with multimedia projectors.

3. Situational Analysis and Needs Assessment

A comprehensive need assessment and situation analysis is needed of the colleges to find out and evaluate the problems and future challenges. This would facilitate making a better academic environment and it would be a useful guide for administration and other developing projects.

4.College Libraries

New updated and standard textbooks in English language, journals and related materials for all important subjects based on international standards should be made available in the libraries of the colleges.

5.Laboratories

Each medical college should have well-equipped, well managed and fully functional laboratories for different fields.

6.Teaching Hospitals (University Hospitals)

Each medical college should have its own teaching hospital (University Hospital) or opportunities should be provided for medical students in other hospitals for practical sessions.

7.Strategic Plan

It would be very nice if each medical college has its own strategic plan according to the strategic plan of their related universities.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

We are very thankful to the German Federal Foreign Office & German Academic Exchange Service (DAAD) for providing funds for 90 different medical textbooks and the printing process for 50 of them are ongoing. I am also thankful to Dr. Salmaj Tural from J. Gutenberg University Mainz/Germany, Dieter Hampel member of Afghanic/Germany and Afghanic organization for their support in administrative & technical affairs.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past two years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Associate Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, the universities' chancellors and deans of the medical colleges for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published.

At the end I appreciate the efforts of my colleagues Dr. M. Yousuf Mubarak, Abdul Munir Rahmanzai, Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hematullah in publishing books.

Dr Yahya Wardak

CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, November, 2012

Karte 4, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

Abstract

Psychiatry is a basic subject in medical curriculum. It has been taught in the Medical, Dentistry, Nursing, and Public Health faculties of Kabul Medical University.

The book I have compiled has four sections and thirty four chapters. It contains essential information about psychiatric disorders. This book has two volumes (Volume 1 and Volume 2).

Since Mental Health problems are very common in Afghanistan, I strongly recommend the studying of this book for medical students and young doctors.

All efforts have gone into equipping each section of this book with required information. I dedicate this book to my parents who encouraged me and provided me the opportunity to study in medical field.

In the end, I appreciate the efforts of my supervisor Prof. Dr. Nader Ahmad Exeer head of Internal Medicine department of Kabul Medical University in preparing this book. I am also thankful to Dr. Yahya Wardak and DAAD for publishing this book.

Sincerely

Prof. Dr. Abdul Aziz Naderi

Faculty Member and Lecturer in

Psychiatry department

Kabul Medical University

Mobile: +93799307271



بیوگرافی مختصر پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری

محترم پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادریفرزند عبدالجلیل در سال ۱۳۳۹ در قریه نادرخیل ولسوالی پغمان تولد گردیده است. دوره ابتدایی را در مکتب غازی محمد ایوب خان واقع کارته پروان و دوره ثانوی خود را الی صنف هشتم در لیسه نادریه و متباقی آنرا در لیسه پغمان به پایان رسانیده است و در سال ۱۳۸۵ از صنف دوازدهم لیسه مذکور فارغ التحصیل گردیده است و در همین سال بعد از سپری کردن امتحان کاندید پوهنتون کابل کاندید بورس تحصیلی شوروی وقت گردیده است. البته در همان وقت بورس که به موصوف داده شده بود از طرف دولت وقت کنسل گردید و موصوف در سال ۱۳۵۹ شامل فاکولته طب کابل گردید و بعد از سال ۱۳۶۵ از فاکولته مذکور به درجه ماستری فارغ التحصیل گردیده است. در سال ۱۳۶۶ به مدت یک سال خدمت عسکری در قوای هوایی و مدافع هوایی سپری کرده است و بعد از اخذ ترخیص در سال ۱۳۶۷ از طریق وزارت صحت عامه به حیث داکتر معالج در سرویس داخله شفاخانه علی آباد و در سال ۱۳۶۸ شامل پروگرام تخصص در سرویس داخله گردید، که تا سال ۱۳۷۷ به وظیفه مذکور دوام دارد است و در سال ۱۳۷۷ از طریق وزارت صحت عامه در بخش داخله تخصص اخذ نموده است به نسبت بعضی مشکلات در سال ۱۳۷۷ از سرویس داخله علی آباد به سرویس عقلی و عصبی تبدیل گردید و در سال ۱۳۷۸ به صفت نامزد پوهیالی و بعد از سپری کردن مدت یک سال در سال ۱۳۷۹ به صفت پوهیالی ایفای وظیفه نموده است در سال ۱۳۸۱ به صفت پوهنیار، در سال ۱۳۸۵ به صفت پوهنمل و در سال ۱۳۹۱ به صفت پوهندوی رتبه اخذ نموده است.

والسلام

الحاج پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری

شف سرویس عقلی و عصبی

شفاخانه تدریسی علی آباد

نمبر موبایل: ۰۷۹۹۳۰۷۲۷۱