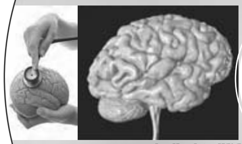
روانـــي رنځپوهنه

دوکتورجهان شاه تنی

AFGHANIC



In Pashto PDF
2012

Khost Medical Faculty
خوست طب پوهنځی.

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

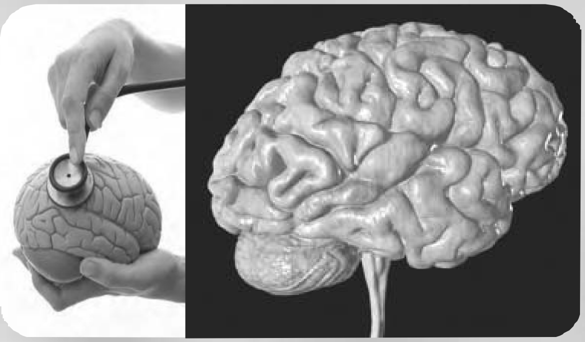
Psychiatry

Dr. Jahan Shah Tanai

Download: www.ecampus-afghanistan.org

خوست طب پوهنځی

روانـــي رنځپوهنه



دوکتورجهان شاه تڼی

۱۳۹۱

روانـــي رنځپوهنه

Psychiatry

دوکتورجهان شاه تڼی

AFGHANIC

Khost Medical Faculty

Dr. Jahan Shah Tanai

Psychiatry

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

2012

بسم الله الرحمن الرحيم

خوست طب پوهنځی

رواني رنځپوهنه

دوکتورجهان شاه تنی

۱۳۹۱

د کتاب نوم	رواني رنځپوهنه
لیکوال	دوکتور جهان شاه تنی
خپروندوی	د خوست طب پوهنځی
ویب پاڼه	www.szu.edu.af
چاپ ځای	سهرمطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۱
دکتاب ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org

دا کتاب د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) لخوا د آلمان فدرالـي خارجه وزارت لـه پـانګې څخه تمویل شوی دی.

اداري او تخنیکي چارې یې په آلمان کې د افغانیک موسسې لخوا ترسره شوې دي.

د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړوندی پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکې او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسؤلیت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړیکه ونیسئ:

ډاکتر یـحـیی وردک، د لوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان: 9789936200890

د لوړو زده کړو وزارت پیغام

د بشر د تاریخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راوړلو کې ډیر مهم رول لوبولی دی او د درسي نصاب اساسي برخه جوړوي چې د زده کړې د کیفیت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدې امله د نړیوالو پېژندل شویو ستندردونو، معیارونو او د ټولنې د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره باید نوي درسي مواد او کتابونه د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

د لوړو زده کړو د مؤسسو د ښاغلو استادانو څخه د زړه له کومې مننه کوم چې ډېر زیار یې ایستلی او د کلونو په اوږدو کې یې په خپلو اړوندو څانګو کې درسی کتابونه تألیف او ژباړلي دي. له نورو ښاغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم تر څو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او نور درسي مواد برابر کړی څو تر چاپ وروسته د ګرانو محصلینو په واک کې ورکړل شي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د ګرانو محصلینو د علمي سطحې د لوړولو لپاره معیاري او نوي درسی مواد برابر کړي.

په پای کې د آلمان هیواد د بهرنیو چارو وزارت، DAAD مؤسسې او ټولو هغو اړوندو ادارو او کسانو څخه مننه کوم چې د طبي کتابونو د چاپ په برخه کې یې هر اړخیزه همکاري کړې ده.

هیله مند یم چې نوموړې پروسه دوام وکړي او د نورو برخو اړوند کتابونه هم چاپ شي.

په درنښت

پوهاند ډاکتر عبیدالله عبید

د لوړو زده کړو وزیر

کابل، ۱۳۹۱

د درسي کتابونو چاپ او د طب پوهنځيو سره مرسته

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلينو !

د افغانستان په پوهنتونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لویو ستونزو څخه ګڼل کېږي. یو زیات شمیر استادان او محصلین نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري ، په زاړه میتود تدریس کوي او له هغو کتابونو او چپټرونو څخه کار اخلي چې زاړه دي او په بازار کې په ټیټ کیفیت فوتوکاپي کېږي.

د دې ستونزو د هوارولو لپاره په تېرو دوو کلونو کې مونږ د طب پوهنځیو د درسي کتابونو د چاپ لړۍ پیل او تر اوسه مو ۲۰ طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځیو ته مو استولي دي.

دا کړنې په داسې حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتیژیک پلان کې راغلي دي چې:

«د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او زده کوونکو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي د تعلیمي نصاب د ریفورم لپاره له انګریزي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسي موادو ژباړل اړین دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او استادان نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي».

د افغانستان د طب پوهنځیو محصلین او استادان له ډېرو ستونزو سره مخامخ دي. نویو درسي موادو او معلوماتو ته نه لاس رسی، او له هغو کتابونو او چپترو څخه کار اخیستل چې په بازار کې په ډېر ټیټ کیفیت پیدا کېږي د دې برخې له ځانګړو ستونزو څخه ګڼل کېږي. له همدې کبله هغه کتابونه چې د استادانو له خوا لیکل شوي دي باید راټول او چاپ کړل شي. د هیواد د بېړنی جنګ وهلي حالت په نظر کې نیولو سره مونږ لایقو ډاکترانو ته اړتیا لرو، ترڅو وکولای شي په هیواد کې د طبي زده کړو په ښه والي او پرمختګ کې فعاله ونډه واخلي. له همدې کبله باید طب پوهنځیو ته زیاته پاملرنه وشي.

تر اوسه پورې مونږ د ننګرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ طب پوهنځیو او کابل طبي پوهنتون لپاره ۲۰ مختلف طبي تدریسي کتابونه چاپ کړي دي. د۵۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې روانې دي چې یوه بېلګه یې ستاسي په لاس کې همدا کتاب دی. د یادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هیواد ټولو طب پوهنځیو ته په وړیا توګه ویشل شوي دي.

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونو، استادانو او محصلینو د غوښتنې په اساس راتلونکی غواړو چې دا پروګرام غیر طبي برخو(ساینس، انجنیري، کرهنې) او نورو پوهنځیو ته هم پراخوالی ورکړو او د مختلفو پوهنتونو او پوهنځیو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

څرنګه چې د درسي کتابونه چاپ زمونږ د پروګرام پروژه ده، د دې ترڅنګ زمونږ نوري کاري برخې په لنډ ډول په لاندې ډول دي:

۱. د درسي طبي کتابونو چاپ

کوم کتاب چې ستاسی په لاس کې دی زمونږ د فعالیتونو یوه بېلګه ده. مونږ غواړو چې دې پروسې ته دوام ورکړو تر څو وکولای شو د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونو سره مرسته وکړو او د چپټر او لکچر نوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال ۱۰۰ عنوانه درسی کتابونه چاپ کړل شي.

۲. په نوي میتود او پرمختللو وسایلو سره تدریس

د ۲۰۱۰ کال په اوږدو کې پدې وتوانیدو چې د بلخ، هرات، ننګرهار، خوست او کندهار د طب پوهنځیو په ټولو ټولګیو کې پروجیکتورونه نصب کړو. د مناسب درسي چاپېریال د رامنځ ته کولو لپاره باید هڅه وشي چې ټول درسي، د کنفرانس اطاقونه او لابراتوارونه په مولتي میډیا، پروجیکتور او د لیدلو او اورېدلو په نورو وسایلو سمبال شي.

۳. د اړتیاوو ارزونه

د طب پوهنځیو اوسنی حالت (شته ستونزې او راتلونکي ننګونې) باید و ارزول شي او د هغه په اساس په منظمه توګه اداري، اکاډمیکې او پرمختیایی پروژې په لاره واچول شي.

۴. مسلکي کتابتونونه

باید د ټولو مهمو او مسلکي مضامینو کتابونه په نړیوالو معیارونو سره په انګریزي ژبه واخیستل شي او د طب پوهنځیو د کتابتونونو په واک کې ورکړل شي.

۵. لابراتوارونه

د هیواد په طب پوهنځیو کې باید په بیلا بیلو برخو کې فعال لابراتوارونه موجود وي.

۶. کدري روغتونونه

د هیواد هره طب پوهنځی باید کدري روغتون ولري او یا هم په یوه بل روغتون کې د طب د محصلینو د عملي ترینینګ لپاره شرایط برابر شي.

۷. ستراتیژیک پلان

دا به ډېره ګټوره وي چې د طب هره پوهنځی د اړونده پوهنتون د ستراتیژیک پلان په چوکاټ کې خپل ستراتیژیک پلان ولري.

له ټولو محترمو استادانو څخه هیله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولیکي، وژباړي او یا هم خپل پخواني لیکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه ایډېټ او د چاپ لپاره تیار کړي. زمونږ په واک کې راکړي، چې په ښه کیفیت چاپ او وروسته یې د اړوندې پوهنځی، استادانو او محصلینو په واک کې ورکړو. همدارنګه د یادو شویو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظریات زمونږ په پته له مونږ سره شریک کړي، تر څو په ګډه پدې برخه کې اغېزمن ګامونه پورته کړو.

له ګرانو محصلینو څخه هم هیله کوو چې په یادو چارو کې له مونږ او ښاغلو استادانو سره مرسته وکړي.

د آلمان د بهرنیو چارو له وزارت او DAAD (د آلمان اکاډمیکو همکاریو ټولنې) څخه مننه کوم چې تراوسه پورې یې د ۹۰ عنوانه طبي کتابونو مالي لګښت په غاړه اخیستی چې د هغو له ډلې څخه د ۵۰ عنوانو کتابونو د چاپ چارې روانې دي. د آلمان د ماینز پوهنتون (Mainz/Germany) د طب پوهنځۍ، د نوموړې پوهنځۍ استاد ډاکتر زلمی توریال، د افغانیک له موسسې او Dieter Hampel څخه هم مننه کوم چې د کتابونو په اداري او تخنیکي چارو کې یې له مونږ سره مرسته کړې ده.

په ځانګړي توګه د د جی آی زیت (GIZ) له دفتر او CIM (Center for International Migration and Development) یا د نړیوالی پناه غوښتنی او پرمختیا مرکز چې زما لپاره یې په تېرو دوو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړی دي هم مننه کوم.

د لوړو زده کړو له محترم وزیرښاغلي پوهاند ډاکترعبیدالله عبید ، علمی معین ښاغلي پوهنوال محمد عثمان بابری، مالي او اداري معین ښاغلی پوهندوی ډاکتر ګل حسن ولیزي، د پوهنتونو او پوهنځیو له ښاغلو رییسانو او استادانو څخه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ یې هڅولی او مرسته یې ورسره کړی ده.

همدارنګه د دفتر له ښاغلو همکارانو ډاکترمحمد یوسف مبارک، عبدالمنیر رحمانزی، احمد فهیم حبیبي، سبحان الله او همت الله څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې یې نه ستړې کیدونکې هلې ځلې کړي دي.

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت
کابل، نومبر ۲۰۱۲ م
د دفتر ټیلیفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰
ایمیل: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

سریزه

د لوی رب العزت شکر ادا کوم چي د پوهې له بې پایه سمندر څخه یې د یوه څاڅکي اوبو د را اخیستلو زمینه را ته برابره کړه ! چي د اوبو څاڅکی دا ژباړل شوی کتاب دی چي د علمي رتبي د لوړوي په موخه زما په غوښتنه او د ښاغلي استاد پوهنوال دوکتور احمد فرید (دانش) په عالمانه ملاتړ د کابل د طبي علومو د پوهنتون د رواني او عصبي ناروغیو د دیپارتمنت له خوا په انګلیسي ژبه د لیکل شوي کتاب
Blueprints Psychiatry Fifth Edition Editors; Michael J. Murphy
| Ronald L. Cowan | Lloyd I. Sederer 2009 .

په ترتیب سره د لومړي کتاب څخه د رواني ناروغانو معاینه چي د انګلیسي متن کتاب له لومړي مخ څخه تر
NMS Psychiatry لسم مخ پورې ده په انګلیسي ژبه ټول ۱۵۰ مخه دي پښتو ژباړه یې را ته و ټاکل شوه ،

Fifth Edition Editor Joshua T. Thornhill, MD ۲۰۰۸ او دوهم کتاب

ما په خپله خوښه د اړتیا پر بنسټ چي رواني کتنه ده د لومړي مخ څخه تر لسم مخ پورې و ژباړه چي دا دي په

پښتو ژبه ژباړل شوي او وړاندې دي چي زه له ښاغلیو استادانو ډېرمننندوی یم دلته پرځان فرض ګڼم چي د ګران او ښاغلي لاربښود استاد پوهاند دوکتور عبدالواسع (سلطاني) ،او د زده کړې د وخت استاد مي ښاغلي پوهاند دوکتور محمد افضل (انور) ، ښاغلي استاد پوهاند دوکتور محمد معروف (ارام)اوښاغلي استاد پوهنوال دوکتور احمد فرید (دانش) څخه چي دوی ټولو زما په لاربښوونه کي مرسته کړي ده او کوي یې د زړه له تله مننه وکړم .دوی ټولو ته د خواره –اورده ژوند او روغي ستي په هیله یم !. د کتاب ځانګړني دا دي چي سوچه پرمتودولوژیکو اساساتو ولاړ دی یا په بله ژبه د هرې رواني ګډوډۍ اړوند : تعریف ، اپیدیمیولوژي ،ایټیولوژي ، کلینیکي څرګندوني ، اختلاطات ، درملنه او انذار بیان شوی دي . کتاب له ٪۹۵ څخه زیات د طب پوهنځي د پنځم ټولګي د درسي کریکولم سره سمون خوري . کتاب په نولسو څپرکیو کي په (۱۲) فونټ کي لیکل شوی دی او جدولونه له دې امله چي سره نیم نه شي په اتو او لسو فونټونو کي لیکل شویدي . دا چي که خدای کول کتاب به درسي کتاب وي نو د لاتین او انګلیسي ژبو طبي اصطلاحات مي هم کارولي دي . داسي لړلیک (فهرست) مي ورته ترتیب کړی چي لوستونکي وکولی شي خپله غوښتنه په بیړه پیدا او ولولي . فهرست ټول نه مخونه لري چي ابجد ټکو مخونه په نښه دي . د بادوني وړ بولم چي کوچني سرلیکونه (عنوانونه) بوازې بولډ شوي دي د دې لپاره چي که مي په (۱۳ یا ۱۴) فونټ کي کتاب لیکلی وای شوني وه چي ترشپږو سوو مخونو کتاب زیات شوی وای ځکه چي اوس (۳۴۳) مخونه لري . له رواني اړخه د کتاب د حجم زیاتوالی

د محصل پر روحيه ښايي ناوړه اغيزه و کړي او شوني ده چې د ماتې منلو احساس پکې را و پاروي .

د کتاب د هرڅپرکی په وروستنی برخه کې د اساسي ټکو په نوم لنډيز لري چې د خپل اړوند څپرکي منځپانګه را

ته را پوهوي باید يادونه وکړم چې دکتاب کمپوز ،ډيزاين او د کامپيوټر ټولې چارې ما خپله تر سره کړيدي . خدای دې و کړي چې هر کاره هېڅ کاره را نه جوړ نه شي ! د کتاب وروسنی برخه (۱۰۰) پوښتنې جوړوي چې له څلورو نه نيولي بيا تر اوو پورې ځوابونه لري چې يو ځواب ور پکې سم دی . د کتاب وروستنی برخه د دې پوښتنو ځوابونه دي . چې د هرې پوښتنې د ځواب د بيان د پاسه د بېلګې په ډول: [۶- ب (شپاړسم څپرکی) بنزتروپين دي .] ليکل شويدي . داسې معنا ورکوي چې د شپږمې پوښتنې په ځوابونو کې د (ب) جز سم دی چې په شپاړسم څپرکي کې تشريح شوی دی . تر خپله وسه مې هڅه کړيده چې هم د ښاغلو د دې کتابونو د ليکوالانو د ټينګار ټکي په پام کې وساتم او هم يې په پښتو ژبه موخه را و لېږدوم ،که چېرې کومه تېر وتنه د لوستونکو تر سترګو شوه هيله کوم چې د سمون په موخه يې را ته په ګوته کړي ! چې په مننې او کور ودانې ويلو سره به ور باندې عمل وشي . له خدای تعالی (ج) غواړم چې کتاب د پنځم ټولګي د محصلينو او ځوانو ډاکترانو دپام او ګټې وړ و ګرزي ! له مهربان ښتن څخه غواړم چې په راتلونکي کې که خدای کول د پنځم ټولګي لپاره د نيورولوژي يو کتاب د درسي کريکولم سره سم د خپلو درنو استادانو په لارښوونه تاليف کړم انشاالله ! و من الله التوفيق!

په خورا درانښت ستاسو د کاروان لاروی پوهنمل دوکتور جهان شاه (تنی) .

وړاندېنۍ خبرې (پېشګفتار)

په رواني علم کې ځلانده ليکنې د اوس مهال د طب پوهنځي د فارغانو ديوې ډلې له خوا را غونډې شوې دي ،هغه کسانو چې ليدلي يې دي چې دلته د يوې بشپړې لنډيزشوي رواني بيا کتنې لپاره اړتيا شته چې و کولی شي زده کوونکي په وړ ډول د امريکا د متحده ايالاتونو د طبي لايسنس د ازمويني لپاره تيار کړي . چې اوس مهال په وړو ټوکونو کې د کاروني وړ دي چې ډېر مشغول (بوخت) وطنوال کولی شي په نادرو وختونو کې يې د مشغول روغتون د کلينيکي دندو د ترسره کولو پرمهال يې په ارام (لږ وزګار) وخت کې ولولي . ډېرو زده کوونکو رپوټ ورکړی دی چې دا کتاب د اساسي او پرمختللي رواني ليکنې د بريالی بشپړونې لپاره کارول کيږي . موږ باورلرو چې دا کتاب په هغه برخه کې چې شاګردان بايد د ډېرې او ژورې مطالعې سره عادت شي يوه ښه تکراري کتنه په لاس راکوي . د بلوپرېنټس ترمخه موږ هڅه کوله چې هغه کتابونه بيا و لولو کوم چې د اړتيا لپاره موهم زيات مختصروو او يا د لږو وزګارو لوستونکو لپاره يې منځپانګه ډېره په جزياتو سره وه . موږ د محتوياتو جريان د تکراري نوښتونو او د کتاب دوهم ځلي کتنې پر مټ د تفصيل او اختصار ترمينځ په انډول کې ساتو. دا نوی چاپ د کاروونکو غبرګونونو ته په ځواب ويلو کې بدلونونو ته انعکاس (غبرګون) ورکوي . د کتاب جوړښت دعصري رواني پراکتيک لويو پوهويو او درملنو ته غبرګون ور کوي . موږ ور پکې هره لويه تشخيصي ډله ، د بدني او رواني درملنو هره لويه ډله ، قانوني او حقوقي اساسات او ځانګړي حالتونه چې په دې ساحه کې بې جوړې دي رانغښتي دي . په دې چاپ کې موږ د ٪۲۵څخه ډېرې د امريکا د متحده ايالتونو د طبي لايسنس د ازمويني نوي ډول پوښتنې او د عصبي بنسټ برخه د هرې لويې تشخيصي کتګورۍ لپاره پکې رانغښتي دي .   هغه چاته چې د امريکا د متحده ايالتونو د طبي لايسنس د ازمويني لپاره تياری نيسي موږ سپارښتنه کوو چې دا کتاب اخځليک ته په کتنې سره د څېرکيو په ترتيب سره و لولي چې هغه وخت به د تشخيص او درملنې د څېرکيو تر مينځ په اړيکو کې مرسته و کړي .موږ هيله کوو چې په رواني کې دا ځلانده ليکنه (بلوپرېنټس سايکياټري) به ستاسو د مطالعې په رژيم کې وړ ونډه و لوبوي چې د تاسو د شا په جيب او يا لاسي بکس کې ځاييږي. کله چې تاسې وزګار وخت ولرئ د بيا کتنې يا مطالعې لپاره به چېرې ورپسې نه ځئ

يا په بله ژبه وخت به مو بېځايه نه لګيږي مېشل ج مورفي

Michael j. Murphy

تقريظ(ستاينه)

د ښاغلي پوهنمل داكتر جهان شاه (تني) د بلو پرينټس سايكياټري په نوم په انګليسي ژبه د ليكل شوي كتاب پښتو ژباړه چي د علمي رتبي د لوړوي په موخه ورته تاكل شوي وه ما په ډېر خير سره و لوستله چي ځانګړني يي لاندي دي

۱-كتاب ټول نولس څپركي لري چي په (۳۴۳) مخونو كي ژباړل شوی چي د ژباړني ټول اساسات يي پلي كړي او د پښتو ژبي سوچه لغاتونه يي كارولي دي .

۲-د انګليسي ژبي د كتاب جدولونه يي ټول را لېږدولي او ژباړلي دي چي د لوستونكو په پوهوي كي خورا اغيزمن دي .

۳-كتاب د ډېري ښي ليكل شوي سريزي څخه برخمن او د اصل كتاب اخځليک هم په ور ځای كي ځای په ځای شوی دی.

۴-د كتاب د هر څپركي په پای كي د اساسي ټكو ترسرليک لاندي د همغه څپركي منځپانګه په لنډ ډول ژباړل شوي ده .

۵-ټول كتاب په پای كي په سلو پوښتنو او د هغوی په پوره ځرګندوونكو ځوابونو باندي ختم شوی دی چي لوستونكي ته وخت وركوي چي له كتاب څخه ځيله پوهېدنه و ارزوي .

۶-كتاب له نوي سلني څخه زيات د پنځم ټولګي د درسي كريكولم سره سمون لري .

د پورته دلايلو پر بنسټ زه د ښاغلي استاد جهان شاه (تني) دا ژباړل شوی كتاب د پوهندوی علمي رتبي ته د لوړوي لپاره كافي بولم ، د طب پوهنځي محصلانو، ډاكترانو او د رواني برخي ډاكترصاحبانو لپاره يي لوستل خورا ګټور ګڼم ،لاربنود استاد او ژباړن ته د لوی خدای پاک (ج) له دربار څخه د زياتو برياوو غوښتونكی يم ! په درانښت

پوهندوی دوكتور بادشازار (عبدالي)

د شيخ زايد پوهنتون د طب پوهنځي دعصبي جراحي استاد او د جراحي ديپارتمنټ مشر

تقریظ (ستاینه)

ښاغلی پوهنمل دوکتور شاهجهان تنهی چی د بلوپرینت سایکاتری ژباړنه له انگلیسی ژبی څخه په پښتو ورته دنده سپارل شوی وه په ډیر زیار سره سرته رسولی، ژباړنی په وخت کی یی دژباړونکی دژباړنی ټول ټکی په نظر کی نیولی او دنوی سلنی څخه ډیر دمعالجوی طب پوهنځی ددرسی کریکولم سره سمون لری چی دمحصلینو او روانی ډاکترانو لپاره ډیر په ز ړه پوری او گټور دی.

دغه کتاب چی اتلس څپرکی لری او دهر څپرکی په ورستی برخه کی داساسی ټکو لنډیز ،دپوښتنو په کولو او په پای کی دهغی په ځوابو نو سره د ژباړونکی ځیرکی او پوهاوی په گوته کوی چی دپورتنیو ټکو په نظر کی نیولو سره زه دښاغلی ژباړونکی دلاربښود استاد په توگه دلوی ښتن څخه دده د زیا تو بریالیتوبونو غوښتونکی یم هیله لرم چی دغه لیکنه د ځوانو داکترانو او محصیلینو لپاره دلاژوری مطالعی سبب وگرځی.

په درناوی

پوهاند دوکتور عبدالواسع سلطانی

تقریظ(ستاینه)

دبلوپرنتس دسلسلی سایکیاتری پنځم چاپ کتاب چی ښاغلی پوهنمل ډاکټر جهان شاه ټنی د خوست د شیخ زاید دپوهنتون استاد د خپلی علمی رتبی د لوړوالی لپاره ژباړلی دی ولوستل شو.

ښاغلی استاد دا ژباړه دټولو معیاراتو په پام کی نیولوسره سر ته رسولی او په ډیر غور سره یی د پښتو دسوچه کلماتو څخه استفاده کری ده چی دلوستونکو لپاره خوراپه زړه پوری او د فهم وړ ده دا ژباړه د معالجوی طب پوهنځی د درسی کوریکولم سره سمون لری.

ښاغلی استاد د اصلی کتاب جداول او شکلونه کټ مټ خپل کتاب ته انتقال کړی او د هغو تشریحات یی هم ژباړلی دی چی لوستونکو ته یوه آسانتیا ده.

د یادشوی کتاب د هرڅپرکی په پای کی کلیدی ټکی او د کتاب په پای کی پوښتنی او ځوابونه هم ژباړل شوی دی چی د ښاغلی ژباړونکی پاملرنه او پوهاوی په گوته کوی.

زه په داسی حال کی چی د ښاغلی استاد دغه کوښښ او زیار په ډیر قدر سره ستایم او دده دعلمی رتبی د لوړوالی لپاره یی کافی گڼم ددغه کتاب لوستل د طب پوهنځی محصلان ،ا ستاژیران او ځوان ډاکټرانوته کټور بولم.

په درناوی

پوهاند داکتر محمد معروف "آرام"

دکابل د طبی پوهنتون د داخلی دیپارتنمت استاد

لړلیک

ګڼه......سرلیک...مخ

۱-لومړی څپرکی د رواني ناروغ کتنې اولابراتواري ازمايښونه..........................۱
۲- دوهم څپرکی رواني ګډوډۍ ۲۶
۳ –عصبي بنسټ...۲۶
۴-شيزوفرېني...۲۷
۵- سکيزوافکتيف ګډوډي...۳۱
۶-شيزوفرينيفورم ګډوډي. ۳۴
۷-هذياني ګډوډي ۳۵
۸-چټکه تېرېدونکي رواني ګډوډي ۳۷
۹ –اساسي ټکي...۳۸
۱۰–دريم څپرکی...۴۰
۱۱ – مزاجي ګډوډۍ...۴۰
۱۲-عصبي بنسټ..................................... ....۴۰
۱۳ –يوقطبي ګډوډي ۴۱
۱۴-د ژور خپګان ګډوي..۴۱
۱۵- د خلق تنګي ګډوډي...۴۶
۱۶-د وه قطبي(۱) ګډوډۍ..۴۷
۱۷-دوه قطبی (۲)ګډوډي ۵۰
۱۸-د مزاج دوراني ګډوډۍ..۵۲
۱۹-ديوه عمومي طبي حالت په پايله کې را منځته کېدونکي مزاجي ګډوډۍ....................۵۳
۲۰-واړه او بدلون موندونکي ډولونه...۵۳
۲۱ -اساسي ټکي ۵۴
۲۲ –څلورم څپرکی..۵۵
۲۳ – اضطرابي ګډوډۍ ۵۵
۲۴ –عصبي بنسټ..۵۵
۲۵ –د بېځايه ډار او د ګڼې ګوڼې نه د ډار ګډوډۍ...۵۶

ګڼه...سرليک...مخ

۲۶ –ځانګړی بېځايه ډار.. ۶۰
۲۷ –له ټولنې بېځايه ډار...۶۲
۲۸ –د عمومي اضطراب ګډوډي...۶۴
۲۹–له ضربې وروسته رواني فشارراوړونکي ګډوډي...۶۶
۳۰–د حاد رواني فشار راوړونکي ګډوډي...۶۸
۳۱–د جبري وسواس ګډوډي.. ۶۹
۳۲-اساسي ټکي.. ۷۱
۳۳-پنځم څپرکی د شخصيت ګډوډی...۷۲
۳۴ -اساسي ټکي...۷۴
۳۵ – شپږم څپرکی د نشيي توکو اړوند ګډوډی ۸۵
۳۶ –عصبي بنسټ.. ۸۶
۳۷ – دالکهولو د کاروني ګډوډی.. ۸۸
۳۸ د مسکنو، خوب راوړونکواو اضطراب حلوونکو د کاروني ګډوډی.. ۹۶
۳۹-د اپياتو دکاروني ګډوډی...۹۹
۴۰-د مرکزي عصبي سيستم د هڅوونکو د کاروني ګډودی...۱۰۲
۴۱-دچرسو او نورو ډول ډول نشيي توکو د کاروني ګډوډی.. ۱۰۴
۴۲-اساسي ټکي.. ۱۰۶
۴۳-اووم څپرکی د خوراک ګډوډی.. ۱۰۸
۴۴-عصبي بنسټ...۱۰۸
۴۵-عصبي بې اشتهايي ۱۰۸
۴۶-عصبي غوايي ډوله خوراک...۱۱۲
۴۷-اساسي ټکي...۱۱۶
۴۸-اتم څپرکی ۱۱۷
۴۹-دماشومتوب او ځوانی مهال ګډوډی...۱۱۷
۵۰-عقلي پڅوالی.. ۱۱۸
۵۱-د زده کړې ګډوډی.. ۱۲۴
۵۲-پروده اغيزکوونکي ګډوډی...۱۲۶
۵۳-د ځان محوري ګډوډي ۱۲۶
۵۴-د ربټس ګډوډي ۱۲۸

ګڼه...سرلیک...مخ

۵۵-د ماشومتوب مهال تجزیوي ګډوډۍ ۱۳۰
۵۶-د اسپارګرګډوډي ۱۳۱
۵۷-د پاملرنې د نیمګړتیا او د لوړ فعالیت ګډوډي ۱۳۲
۵۸-د تماس نیولو او د لوړفعالیت ګډوډي.. ۱۳۵
۵۹-د ټوريټ ګډوډي.. ۱۳۶
۶۰-د ماشوم د خوړو ورکوونې او خوراک ګډوډۍ................................. ۱۳۷
۶۱-اطراحي ګډوډۍ ۱۳۸
۶۲- اساسي ټکي.. ۱۳۸

۶۳-نهم څپرکی د پېژندنې ګډوډۍ.. ۱۴۰
۶۴-ډېلېريوم.. ۱۴۱
۶۵-ډېمنشيا.. ۱۴۶
۶۶-د هېرېدنې ګډوډي... ۱۵۰
۶۷-اساسي ټکي.. ۱۵۱
۶۸-لسم څپرکی ډول ډول ګډوډۍ.. ۱۵۲
۶۹-د شخصيت د مسخ کېدوګډوډۍ ۱۵۵
۷۰-دځان ناروغ ګڼلو ګډوډي.. ۱۵۶
۷۱-دجوړ جاړي کولو ګډوډۍ... ۱۵۷
۷۲-دجنسي کړنې او جنسيت د پېژندنې ګډوډۍ.................................. ۱۵۷
۷۳-دخوب ګډوډۍ... ۱۶۰
۷۴-درواغجنې ګډوډۍ... ۱۶۴
۷۵-اساسي ټکي.. ۱۶۵

۷۶-یوولسم څپرکی دځانګړو کلینیکي پېښو څارنه،ځان وژنه ، عصبي بنسټ يې.......... ۱۶۶
۷۷-د زوجینو بېځایه کارونه.. ۱۶۹
۷۸-د زړو کسانو بېځایه کارونه.. ۱۷۱
۷۹-غمځپنه... ۱۷۱
۸۰-اساسي ټکي.. ۱۷۲
۸۱-دوولسم څپرکی - انتي سایکوتیک درمل..................................... ۱۷۳
۸۲-وصفي انتي سایکوتیک.. ۱۷۷

ګڼه...سرليک..مخ

۸۳-غيروصفي انتي سايکوتيک.. ۱۷۹
۸۴-د درملو غوروی ۱۸۰
۸۵-درمليزې څارنې.. ۱۸۱
۸۶-جانبي عوارض او د درملو سرچپه غبرګون.. ۱۸۲
۸۷-اساسي ټکي.. ۱۸۴

۸۸-ديارلسم څپرکی- د خپګان ضد درمل او بدني درملنه........................ ۱۸۶
۸۹-د درملو غوروی.. ۱۹۱
۹۰-درمليزې څارنې.. ۱۹۲
۹۱-جانبي عوارض او د درملوسرچپه غبرګون.. ۱۹۳
۹۲-د سيروټونين د دوهم ځلي جذب انتخابي نهيه کوونکي.......................... ۱۹۳
۹۳-درې حلقوي خپګان ضد درمل.. ۱۹۳
۹۴-د مونو امينواکسيدازډب کوونکي... ۱۹۴
۹۵-نور د خپګان ضد درمل.. ۱۹۵
۹۶-سوماتيک يا بدني درملنه ۱۹۶
۹۷-د واګوس د عصب هڅونه... ۱۹۶
۹۸-د دماغو ژوره هڅونه.. ۱۹۶
۹۹-دنور پر مټ درملنه.. ۱۹۷
۱۰۰-د برېښنايي جټکوپرمټ درملنه.. ۱۹۷
۱۰۱-اساسي ټکي.. ۱۹۷

۱۰۲-څوارلسم څپرکی- مزاج ثابت ساتونکي.. ۱۹۹

۱۰۳-د لېتيوم دعمل مېکانېزم او غوروی.. ۲۰۰

۱۰۴-د والپروات د عمل مېکانېزم غوروی او درمليزه څارنه......................... ۲۰۴

۱۰۵-د لاموتريجين د عمل مېکانېزم، غوروی،درمليزه څارنه او جانبي عوارض..... ۲۰۵

۱۰۶-دکاربامازيپين دعمل مېکانېزم،غوروی،درمليزه څارنه او جانبي عوارض....... ۲۰۶

۱۰۷-داکساکاربازيپين د عمل مېکانېزم،غوروی،درمليزه څارنه اوجانبي عوارض...... ۲۰۷

۱۰۸-اساسي ټکي.. ۲۰۸

۱۰۹-پنځلسم څپرکی اضطراب حلوونکي-بنزوډيازيپين او توصيه کوونه يي.......... ۲۰۹

۱۱۰-دعمل مېکانېزم،غوروی،قووت،د اغيز کچه،د متابولېزم تګ لوری اود اطراح نيمايي عمر ۲۱۰

۱۱۱-بسپارد عمل مکانېزم، درمليزه څارنه اوجانبي عوارض.............................. ۲۱۵

گڼه...سرليک...مخ

۱۱۲-اساسي ټکي... ۲۱۵

۱۱۳-شپاړلسم څپرکی -متفرقه درمل –انتي کولينرژيک..۲۱۷

۱۱۴-بيتابلاکر،د پاملرنې د نيمګړتيادرمل..۲۱۸

۱۱۵-کلونيډين او روان هڅوونکي..۲۱۹

۱۱۶-د نشيي توکو په تړلتوب کې کارېدونکي درمل..۲۲۰

۱۱۷-هغه درمل چې د بېخوبي په درملنه کې کارول کيږي...۲۲۲

۱۱۸-د پېژندنې لوړوونکي درمل...۲۲۳

۱۱۹-اساسي ټکي...۲۲۵

۱۲۰-اووه لسم څپرکی : د درملو لوی سرچپه غبرګونونه-ډيزتونيا...............................۲۲۶

۱۲۱-اکاتيزيا ۲۲۷

۱۲۲-خارج اهرامي اعراض...۲۲۸

۱۲۳-نېورولېپتيک خبيث سندروم...۲۲۹

۱۲۴-اوړدمهاله حرکي ستونځه...۲۳۲

۱۲۵-د سېروتونين سندروم..۲۳۳

۱۲۶-اساسي ټکي..۲۳۵

۱۲۷-اتلسم څپرکی-د روانپوهنې تيوری او روان درملنه ۲۳۶

۱۲۸-روان درملنې...۲۴۰

۱۲۹-د اريکسن له انده د ژوند د دوران مرحلې...۲۴۱

۱۳۰-د پېژندنې سلوکي درملنه ۲۴۳

۱۳۱-اساسي ټکي...۲۴۵

۱۳۲-نولسم څپرکی-حقوقي او قانوني بنسټونه،ناسمه کړنه...۲۴۶

۱۳۳-د رضايت تر لاسه کول...۲۴۶

۱۳۴-جبري کړنې ۲۴۷

۱۳۵-د تاراسوف پرېکړې ۲۴۸

۱۳۶– د امناغتين محاکمه او اساسي ټکي..۲۴۹

۱۳۷- پوښتنې (۱- ۲) ۲۵۰

۱۳۸- (۳- ۴) ۲۵۱

۱۳۹-(۵- ۶)..۲۵۲

۱۴۰-(۷- ۸) ۲۵۳

۱۴۱-(۹- ۱۰)..۲۵۴

۱۴۲-(۱۱- ۱۲)..۲۵۵

۱۴۳-(۱۳- ۱۴)..۲۵۶

۱۴۴-(۱۵- ۱۶)..۲۵۷

۱۴۵-(۱۷- ۱۸)..۲۵۸

۱۴۶-(۱۹)..۲۵۹

۱۴۷-(۲۰)..۲۶۰

۱۴۸-(۲۲-۲۱)..۲۶۱

۱۴۹-(۲۳)..۲۶۲

۱۵۰-(۲۴)..۲۶۳

۱۵۱-(۲۵- ۲۶)..۲۶۴

۱۵۲-(۲۷- ۲۸)..۲۶۵

۱۵۳-(۲۹- ۳۰)..۲۶۶

۱۵۴-(۳۱- ۳۲)..۲۶۷

۱۵۵-(۳۳- ۳۴)..۲۶۸

۱۵۶- (۳۵)..۲۶۹

۱۵۷-(۳۶- ۳۷)..۲۷۰

۱۵۸-(۳۸)..۲۷۱

۱۵۹-(۳۹- ۴۰)..۲۷۲

۱۶۰-(۴۱)..۲۷۳

۱۶۱-(۴۲)..۲۷۴

۱۶۲-(۴۳- ۴۴)..۲۷۵

۱۶۳-(۴۵- ۴۶)..۲۷۶

۱۶۴-(۴۷ – ۴۸)..۲۷۷

۱۶۵-(۴۹- ۵۰)..۲۷۸

۱۶۶-(۵۲-۵۱)..۲۷۹

۱۶۷-(۵۳ – ۵۴)..۲۸۰

۱۶۸-(۵۵- ۵۶)..۲۸۱

۱۶۹-(۵۷- ۵۸)..۲۸۲

گڼه...سرلیک...مخ

۱۷۰ - (۵۹- ۶۰ ـ ۶۱)..۲۸۳
۱۷۱-(۶۲- ۶۳)..۲۸۴
۱۷۲ -(۶۴- ۶۵- ۶۶)..۲۸۵
۱۷۳-(۶۷ ـ ۶۸ ـ ۶۹)..۲۸۶
۱۷۴-(۷۰ ـ ۷۱)..۲۸۷
۱۷۵-(۷۲- ۷۳)..۲۸۸
۱۷۶-(۷۴- ۷۵)..۲۸۹
۱۷۷-(۷۶- ۷۷)..۲۹۰
۱۷۸-(۷۸- ۷۹)..۲۹۱
۱۷۹-(۸۰)..۲۹۲
۱۸۰-(۸۱- ۸۲)..۲۹۳
۱۸۱-(۸۳- ۸۴)..۲۹۴
۱۸۲-(۸۵- ۸۶ ـ ۸۷)..۲۹۵
۱۸۳-(۸۸- ۸۹)..۲۹۶
۱۸۴-(۹۰- ۹۱)..۲۹۷
۱۸۵-(۹۲- ۹۳)..۲۹۸
۱۸۶-(۹۴- ۹۵)..۲۹۹
۱۸۷-(۹۶ ـ ۹۷)..۳۰۰
۱۸۸-(۹۸- ۹۹)..۳۰۱
۱۸۹-(۱۰۰)..۳۰۲
۱۹۰- (خوابونه) (۱- ۲)..۳۰۳
۱۹۱-(۳- ۴)..۳۰۴
۱۹۲-(۵- ۶- ۷)..۳۰۵
۱۹۳-(۸- ۹ ـ ۱۰)..۳۰۶
۱۹۴ -(۱۱- ۱۲)..۳۰۷
۱۹۵ - (۱۳ - ۱۴)..۳۰۸
۱۹۶-(۱۵- ۱۶ ـ ۱۷- ۱۸)..۳۰۹
۱۹۷- (۱۹- ۲۰)..۳۱۰
۱۹۸-(۲۱- ۲۲- ۲۳)..۳۱۱

گڼه...سرلیک...مخ

۱۹۹-(۲۴).. ۳۱۲

۲۰۰-(۲۵- ۲۶ ــ ۲۷)... ۳۱۳

۲۰۱-(۲۸- ۲۹)... ۳۱۴

۲۰۲-(۳۰- ۳۱)... ۳۱۵

۲۰۳-(۳۲- ۳۳- ۳۴).. ۳۱۶

۲۰۴-(۳۵- ۳۶)... ۳۱۷

۲۰۵-(۳۷- ۳۸- ۳۹)... ۳۱۸

۲۰۶-(۴۰- ۴۱- ۴۲).. ۳۱۹

۲۰۷-(۴۳- ۴۴)... ۳۲۰

۲۰۸-(۴۵- ۴۶)... ۳۲۱

۲۰۹-(۴۷- ۴۸)... ۳۲۲

۲۱۰-(۴۹- ۵۰- ۵۱).. ۳۲۳

۲۱۱-(۵۲- ۵۳)... ۳۲۴

۲۱۲-(۵۴- ۵۵ ــ ۵۶)... ۳۲۵

۲۱۳-(۵۷- ۵۸- ۵۹).. ۳۲۶

۲۱۴-(۶۰- ۶۱- ۶۲).. ۳۲۷

۲۱۵ -(۶۳- ۶۴- ۶۵ - ۶۶).. ۳۲۸

۲۱۶-(۶ ۶۷ ــ ۶۸ - ۶۹).. ۳۲۹

۲۱۷-(۷۰).. ۳۳۰

۲۱۸- (۷۱- ۷۲- ۷۳)... ۳۳۱

۲۱۹-(۷ ۴- ۷۵)... ۳۳۲

۲۲۰-(۷۶ ــ ۷۷)... ۳۳۳

۲۲۱-(۷۸- ۷۹ - ۸۰).. ۳۳۴

۲۲۲-(۸۱ - ۸۲)... ۳۳۵

۲۲۳ -(۸۳ ــ ۸۴)... ۳۳۶

۲۲۴-(۸۵- ۸۶ - ۸۷).. ۳۳۷

۲۲۵-(۸۸ - ۸۹)... ۳۳۸

۲۲۶-(۹۰ - ۹۱)... ۳۳۹

گڼه..سرليک... ....مخ

۲۲۷-(۲۷ ۹۲ ــ ۹۳ - ۹۴)..۳۴۰

۲۲۸-(۹۵ ــ ۹۶ ــ ۹۷ - ۹۸)..۳۴۱

۲۲۹-(۲۹ ۹۹ - ۱۰۰)..۳۴۲

۲۳۰-(۱۰۰)..۳۴۳

پای

لومړی څپرکی

کلینیکي کتنه (The Clinical Examination)

James H.scully.jushua T.thornhill.IV

I - څغلنده کتنه (Over view)

الف - ټولیزه رواني ارزونه (General Psychiatric Evaluation)

۱- رواني ارزونه د داخله ناروغیو له معاینې څخه توپیرکوي ، کوم چې د فزیکي معاینې په انډول د رواني حالت کتنه ډېره په ځان کې رانغاړي همدا ډول فزیکي معاینه پکې کېدون لري . معاینه کوونکی له ناروغ څخه د تاریخي پېښو اړوند د ده د احساساتو او اړیکو پوښتنې کوي(نه یوازې تاریخي پېښې).

په رواني ارزونه کې لاندې شیان نغښتي دي

لومړی - په تاریخچه کې په ځېرسره د ناروغ د ستونځو څخه د مالوماتو را ټولول.

دوهم - د بوې معاینې ترسره کول.

دریم - د رواني تشخیص اېښودل او د راتلونکو ځېړنو لپاره توپیري تشخیص ته پرمختیا ورکول.

څلورم - د درملنې لپاره پلان جوړول.

۲ - د رواني ارزونې لپاره لومړنی کړنلاره مخامخ مرکه ده.

لومړی - ډېرې هڅونې ته اړتیا ده ، ځکه ډېرناروغان د خپلو رواني ستونزو په ښکاره کولوشرمیږي او د رواني تاریخچې د اخیستلو پرمهال ډېره پاملرنه په کارده ، په عمومي ډول ډېر وګړي د خپلو فزیکي ستونزو په پرتله د خپلو رواني ستونزو ویلو ته لږ زړه ښه کوي .

ډېرناروغان سایکوتیک نه وي اوهغوی چې پرېشانه وي د ډاکترپه مرسته کولی شي چې د تاریخچې پوښتنې سمې ځواب کړي.

دوهم - د ډاکتر او ټولو ناروغانو تر مینځ یو پر بل باور ډېر ارزښت لري. په ځانګړي ډول کوم وخت چې ستونځه ځېړل کیږي ، د باورد پیداکولو لپاره باید ډاکترپه دهلېز او د لارې پرسر د ناروغ سره بحث ونه کړي.د یوه چا د ناروغی د تشریح اړوند باید رازونه پټ وساتي،دهرکنفرانس ګډوکوونکي باید دوه اړخیزباور وساتي.

دریم - په استثنایي ډول د راز ساتلو ونده هغه وخت پیدا کیږي چې مصونیت ته اړتیا ارزښتمنه وي لکه د ماشومانو بېځایه کارونه او یا کله چې د نورو د زیان رسولو لامل جوړېدی شي .

څلورم - د ناروغ سره د نږدې کسانوسره مرکه او د پخوانیواسنادو کتنه کولی شي چې مونږته ډېرمالومات راکړي.

ب- مرکه:(Interview)

۱- په خبروکولوسره پوهوی راپوهوی(Verbal Communication)

د مرکې په لومړیوځودقیقوکې باید ډاکترناروغ ته اجازه ورکړي چې دخپلواعراضو اړوند وغږیږي ناروغ به دېوره ارامتیا احساس وکړي ترڅوخپل شخصي معلومات راتول کړي.

۲- له غږېده پرته پوهوی راپوهوی:(Nonverbal Communication)

لکه د مخ ځرکندوني اوحالت چې ځانګړی اهمیت لري دا هم ارزښتمنه ده چې ولیکل شي چې څنګه ناروغ کیسه وویله(د اواز ځرنګوالی اوځنګه یې احساسات ځرګندکړل).

ج- داوسنی ناروغی تاریخچه (History of the Present illness)

د لاندېنیو شیانو اړوند مالومات باید را ټول شي

۱- د ناروغی پیل،د پایښت موده او یا د وخت په تېرېدو سره د اعراضو بدلونونه .

۲- رواني فشار راوړونکي پېښې په ځانګړي ډول بایلل : چې د یوه ورته ګران له لاسه ورکول ، د دندې له لاسه ورکول او یا مالي ستونزې په ځان کې رانغاړي .

۳- د ناروغ لخواپه ځان کې د کوم بدلون د دې ، یا د ده له خوا ، یا د نورو له خوا(لکه مېړه یا مېرمن ،ملګری یا د کار د ځارونکي) لخوا د بدلون احساس .

٤- مخکېنی رواني ناروغی او درملنه : چې درمل اخیستل،بسترکېدل یا نوره درملنې،د درملنې په وړاندې ځواب (دواړه ګټوراوبې ګټې)پکې نغښتي دي.

٥- د رواني ناروغی سره ورپېښې حقوقي لانجې(مرفعه غوښتنه،بندي کېدل اوتوقیف) اوکه چېرې ناروغ زده کوونکی وي په ښوونځي کې ستونزې لکه(له ښوونځي تېښته،تشه اوشړل کېدل).

٦- دوهم ځلي روغېدنه:هره یوه ښېګړه چې ناروغ یې د شته ستونزو څخه ترلاسه کوي(لکه پولي جبران،په کور،ښوونځي اوکارکې دمسؤلیت منل).

د - شخصي تاریخچه(Personal History)

۱ - د ودې ارزوني

ډاکتربايد:

لومړی - د ناروغ د لومړنی ودې څخه مالومات : چې د ناروغ د مورد امیندواری او زیږون څرنګوالی پکې نغښتې دي ، چې د ناروغ د کورنی د غړو او د روغتون له ریکارډ نه په لاس راځي راټول کړي.

دوهم - د ناروغ د ماشومتوب مهال مزاج(خُلق) و ارزوي اوهره کورنی مهمه پیښه جوته کړي(لکه مړینه،بېلوالی اوطلاق) چې د ناروغ مزاج شايي اغيزمن کړي.

دریم - د ناروغ د پخوانیوتجروبو او کړنو،او اړیکو اړوند معلومات راټول کړي چې د ښوونځي کړنې(ښوونیزبهیراوتنبلي کول) د ملګرواوکورنی سره اړیکې ساتل،لومړني جنسي ځانګړني،او د الکهولو د ناکاره ګټلواو یا روږدي کېدوتاریخچه ،د ناروغ د مورااوپلار،خویندو وروڼواوملګروسره د پخوانیواړیکوڅرنګوالی د ودې ارزښتمن ارزوونکي دي .

څلورم -هغه مهم کلتوري اومذهبي لاملونه چې پرناروغ اغيزمن وي وارزوی!

۲- ټولنیزه تاریخچه(Social History): ډاکتربايد :

لومړی - د ناروغ د ټولنیز ژوند څرنګوالی (لکه کله چې ناروغ یوازې پاتې شي د ملګرتوب په پیداکولوکي کومې ستونزې شته) مالومات راټول کړی! ډاکتربايد په مختلفوحالتونوکي د ناروغ تېرې اواوسنی کړنې و ارزوي(لکه متاهلوالی،پلارکېدلواوپه دنده کې) .

دوهم - دهغه څرګندونوڅخه چې خپله د ناروغ ،د ناروغ د کورنی‌اوملګرولخواشویدي دا جوته کړي چې د ناروغ په شخصیت(Personality) کې کوم وخت بدلون راغلی دی.

دریم - د ناروغ د واده درلودلو د څرنګوالي جوتول او یا په عشقي اړیکوکي ښکېلېدل لکه چې د جنسي دندوتر سره کول او لوری رابښيي .

څلورم - د ناروغ د بوختیاوو د تاریخچې اړوند معلومات راټول کړي چې په دنده کې د نمرو اخیستل،یا د دندې د پرېښودو لاملونه را نغاړي،د الکهولېزم سره اړوند هره پېښه اویا د کارپه جریان کې د ټولنیزضد شخصیت د مزاج شتون ،یاد دابنت کړی !

پنځم - د ناروغ دعسکري خدمت تاریخچه راټوله کړی(که چېرې يي ترسره وي)،وروستنی لوړه رتبه يي چې اخیستي ده اویاکومې انظباطي ستونزې اویاځګړه ایزمهارتونه يي دي جوت کړی !

۳ – کورنی تاریخچه (History): داکتربايد:

لومړی - ناروغ وپوښتي چې کله يي د کورنۍ کوم غړی په رواني روغتون کې بسترشوی دی ؟ يا يې کوم يو د رواني روغتيا درمل اخيستي دي ؟ ځان وژني ته يې هڅه کړيده ؟ د الکهولوسره د ستونزودرلودل يا د نورو رواني ستونزو درلودل،کورنۍ ډېرځله له غوره رواني ستونزو نه انکار کوي.

دوهم - ډاکترباید دعقلي ګډوډيولپاره ارثي زمينه جوړوونکي لاملونه په ګوته،او دعقلي ناروغيواو د هغه د درملني سره د کورنيوچلندونه جوت کړي.

دريم - د يوې ورته ناروغۍ لپاره د کورنۍ د يوه غړي لخوا په برياليتوب سره د رواني درملو کارونه بايد په ګوته شي ، که چېرې داسې وي دا يو ښه چانس دی چې دا درمل به د ناروغ په درملنه کې هم مرسته وکړي .

٤- مخکېنی رواني تاريخچه(Previous Psychiatric History)

لومړی - په اوسنۍ ناروغي کې د يوې وختي ستونزې تکراري حالت ياد داښت او د کومې يوې بلې رواني ناروغۍ حملې د هغه د وخت سره يوځای نوم لړکړی !

دوهم - د وخت په ترتيب سره پخواني درملني ياد داښت او ثبت کړئ چې د درمل کوونکي نوم او پته ،د درملني موده،د درملو ډول او اندازه او د درملني پايله جوته کړئ!

٥- د نشيي توکو کارونه او ناوړه کارونه(Substance Use and Abuse)

لومړی - د الکهولو او درملو د ستونزو اړوند چنوونکي پوښتني وکړئ :لکه ايا کورنۍ او يا ملګرو يې کوم وخت ناروغ د الکهولو پر څښلو او د درملو په کارونه ليدلی دی؟ ايا ناروغ کوم وخت فکرکړی دی چې دی او يا دي د الکهولو او يا قانوني اوغيرقانوني درملو سره ستونزه لري؟ همدارنګه د تنباکو کارونه جوته کړئ !

دوهم - د نشيي توکو د کاروني هره ناوړه پايله لکه زغم (Tolerance)،د عادت پرېښودل(Withdrawal)،اويا په اوسني ناروغی باندې يي اغيزي وليکی،مرکه کوونکی بايد قاضي نه وي بلکه بايد د الکهولو او درملو د کاروني د پايلو اړوند ځانګړي پوښتني وکړي لکه د اغيزمنکېدلو(دنشي په حال کې) موټرچلول.

II - رواني کتنه(Psychiatric Examination)

د رواني کېوډې لرونکي ناروغ ارزونه باید تل رواني مرکه اودعقلي حالت معاینه په ځان کې راونغاړي ، په همدې ترتیب بنايي فزیکي معاینات،لابراتواري کتنې اورواني تستونه پکې نغښتي وي :

الف - رواني مرکه (Psychiatric Interview)

۱ – د ډاکتراوناروغ ترمینځ اړیکي (Physician-petient relationship)

لومړی - ناروغ همېشه د رواني ارزونې څخه ډارېږي همدارنګه بنايي دوی خپله درته راشي .

ډېرناروغان د روغتيايي خارني د نوروڅانګو د متخصصینولخوا را لیږل کیږي ،اوبنايي د رواني معاينې اړوند دوه ګونی احساس ولري ،ډاکترباید مودب اودرناوي کوونکی وي،باید د مرکې په وخت کې دناروغ پراحساساتو وپوهیږي .

دوهم - چاپېريال د ارزونې ستونزې اغیزمنې کوي پرپايلواغيزه لري لکه ارام ځای،شخصي دفتر،له ګڼې ګونې ډک ځای لکه د یوه عمومي روغتون د بیړنی څانګې پورې تو پیرکوي.

دريم - د کورنی غړي بنايي ارزښتناک معلومات ورکړي،همدارنګه باید د کورنی د غړوڅخه د پوښتنو کولو لپاره له ناروغ نه اجازه واخلي.

څلورم - لاسوهنې باید لږ وي اود مرکې د بشپړولو لپاره باید پوره وخت ورکړل شي په دودیزه توګه مرکه د ۵۰ نه تر ۶۰دقیقوپورې پایښت مومي مګر ۲۰دقیقې هم بسنه کوي

پنځم – ډاکترباید د ناروغ سترګو ته مخامخ کښېني.

۲ - رواني حالت (Mental Status)

دعقلي حات یوه ځانګړي معاینه چې د ناروغ د لاندینیوځانګړنو ارزونه پکې کېږون لري په بیړه سره پیلیږي:

لومړی - ظاهري حالت یا باندېنی څرنګوالی (Appearance) .

دوهم - په اړیکوتینګولوپوهه.

دريم - د خبروکولوسویه.

څلورم - مزاج اوعاطفه (Mood and Affect) .

پنځم - د پوښتنوګروېږنو منځپانګه لکه (کورنی ستونزې،د کارکولوڅرنګوالی).

شپږم - احساسات یاانګیرني(Perception).

اووم - د توپیرولوجوګه کېدنه (Abstracting Ability)

اتم - قضاوت (Judgment).

نهم - نږی لید(Insight)

۳- دمرکي تخنیک (څرنګوالی): معاینه کوونکی باید:

الف - مرکه د څرګندو،لنډو اونېغوپوښتنوخواته بوزي

اول - څرګندي اولنډې پوښتني ناروغ ته اجازه ورکوي چي دوی خپل اصطلاحات وکاروي(لکه :دخپل کورني ژوند په اړه ماته ووایه،د ،،په روغتون کي دپاتي کېدواړوند راته ووایه،،) .

دوهم - نېغي پوښتني د ځانګړو معلوماتو د راټولولوپاره (لکه " ایا تاسي پخوا کله د رواني روغتیا د متخصص له خوا معاینه شوي یاست ؟ " ایا تا د ځان وژني فکر کړیدي ؟ ") .

ب - څرګندي خبرې وکړئ چي دی یا دي بې و اوري :

اول- له ځیره کې سره یوځای چوپتیا: په اشارې پوهوی راپوهوی لکه د سرښورول اومخې ته د تلو اشاره ترڅو خپله پاملرنه څرګنده کړی،ډاکتربايد په سترګو کي دا پیغام چي دی یا دي هغه څه چي ناروغ بي وابي ور ته په زړه پوري دي ورسوي.

دوهم- د اسانتیا وو رامینځته کول:هڅوونکی امروکړی (لکه ،،د دې اړوند نورې خبرې وکړی،،) د ناروغ سره مرسته کوي چي د تاریخچې اړوند فکرراټول کړي.

دریم- لنډون ورکونه: د ناروغ د خبرو په خلاصه کولو سره ډاکترناروغ ته ور پوهوي چي دی یا دي غوږ ده اوناروغ ته اجازه ورکوي ترڅوخپلي نیمګړتیاوې سمي کړي،مرکه کوونکی باید د ناروغ د کیسي برخي لنډیز کړي(لکه،،ځکه نوپه زیاتېدونکي ډول تر دربواونیوپوری خپه وې ،پدې موده کي دي کوم وخت اووه پونډه وزن بایللی دی؟ او د سهار له خوبه څلوربجي پاڅیږی؟) .

څلورم- څرګندول یا روښانول: د روښانه جملو اغیزه لنډو جملوته ورته ده ،او پر هغه څه تماس نیول دي چي ښایي ناروغ پرې پوه نه شي نو د اړتیا په صورت کي روښانه جمله مرکه کوونکي ته اجازه ورکوي چي د معلوماتو د سموالی هوکړه وکړي اوهم ناروغ ته اجازه ورکوي چي هغه سم کړي،د بېلګي په ډول ډاکترباید ووایي چي :

((ایا ستاسو د خوب ستونزې او یا ستاسو د زړا کولوموسم یا مهال د سپتمبر په نیمايي کې پیلیږي دغه ستاسو د تنکي ځوان ماشوم پوهنځي ته د بېلوالي لامله وه؟)).

ب- د رواني حالت کتنه(Mental Status Examination)

رواني تاریخچي ته په کتوسره کوم چي د ناروغ د ژوندانه یو رېکارډ دی ،په یوه وخت کې د ناروغ د رواني څرنګوالي د معاینې د یوې برخې ارزونه ده،د مرکې پرمهال باید ډاکترلاندې ځانګړنې وګوري:

۱- ظاهري حالت یا باندېنی څرنګوالی(Appearance): د ناروغ ټولیزظاهري حالت لکه کالي، قواره (څېره) جوړول اوهرنا اشنا حالت اواشارې بې ارزښته نه دي.

۲- رویه (Attitude); ناروغ د مرکه کوونکي سره څنګه اړیکي نیسي (لکه دښمن،مرستندوی،پلمه کوونکی)ښایي ارزښت ولري.

۳ – سلوک او رواني حرکي کړنې

لکه د تګ ،ځای نیونې څرنګوالی ، او د ټولو کړنوکچه ښایي ټول نا اشنا خویونه ، تهیج یا رواني حرکي پځوالی پکې راونغاړي .ښایي مانیاک ناروغان و نه شي کولی چي ارام کښېني اوشیزوفرېن ناروغان ښایي یوچټي وضعیت غوره کړي او یا سخت او نامناسب حرکتونه ترسره کړي.

٤ – خبرې کول

لومړی- د خبروکولو اندازه (لکه چټکې،ورو ورو او بند بند کېدل) .

دوهم - د خبروکولومنځپانګه : (لکه لږې خبرې کول،د خبروپخپله ورکېدل،ځان لوړکښل) .

دریم- د خبروکولوتون(قوت) لکه (یوډول اوازلرونکي،اهنګ لرونکي،ګډوډې شوي).

څلورم - د خبروکولو ویجاړې لکه د خبرو نه پیوستون،نیمګی خبرې،د بل چا د خبروتکرارول) په تکیه سره تلفظ کول ، لهجه یا کومه بله څرګنده د خبروکولوستونزه .

پنځم- د خبروکولو بېسکي یا ناتواني(Aphasia): د خبروکولو او ژبې هغه ګډوډي ده چي دعصبي ناروغیولامله رامینځته کیږي ناروغ په همدې ډول نه شي کولی چي نورمال وغږیږي اوهم نه شي کولی چي په سمه توګه خبره درک کړي.هغه افازې چي د خبروکولواو د ژبې د ګډوډیوله امله رامینځته شوي وي د هغه افازې سره چي د رواني ناروغیوله امله را مینځته شوي وي باید توپیرشي.

٥ – خُلق اوعاطفه (Mood and Affect) : هغه هيجاني حالت چي د ناروغ داخلي حالت ځرګندوي مزاج يا Mood نوميږي ،د داخلي هيجاني حالت باندينی ځرګندوني ته عا طفه (Affect) وايي.

الف – د مزاج اړيکي له عاطفي سره (Mood in relationship to affect)

مرکه کوونکی بايد ياد دابنت کړي که د ناروغ مزاج اوعاطفه سره يوشی وي د بېلګي په توګه يو ناروغ چي خپه مزاج لري غمجن او ارام به ښکاري ،خبري به يې نرمي او ورو وي ،سربېره پر دي ځيني په خپګان بوخت ناروغان يوه تهيجي او اضطرابي عاطفه لري،په بله خواکي يوشيزوفرينيک کس ښايي د يوې غمجني پېښي د څيرلو په وخت کي لکه د يوه ورته ګران د مړيني نه د يادوني پر مهال د ناپوهی عمل او يا نا مناسب عمل وکړي ،د فکر د منځپانګي اوعاطفي احساس دا نامناسب وېش موږ ته د شيزوفرېني د اصطلاح د کارولولارښوونه کوي چي د (فکر د څيري کېدو) معنا ورکوي ، نه د (شخصيت د څيري کېدو) .

ب- دهيجاني غبرګونونو ژوروالی او پراخوالی(Depth and Rang of Emotional Expression)

لومړی- بدلون منونکي عاطفه (Labile Affect) : په نا څاپي توګه په هيجاني حالت کي بدلون بيانوي ناروغ ښايي يوه دقيقه وخاندي او وروسته بېله کومي ښکاره تنبيه څخه وژاړي.

دوهم - بدلون نه منونکي يا هواره عاطفه (Flat Affect) : چي برسېرن اوبې حسه هيجاني حالت بيانوي د مخ نښي اوغږ بې ارادي ورک وي.

٦ - ادراک (Perception) : د ادراک ستونزي چي د عقلي حالت په معاينه او يا د ناروغ په تاريخچه کي ياد دابنت شويدي،د ادراک غيرنورمال حالتونه په حسي عصبي سيستم کي وي اوپه لاندي ډول دي:

الف – برسامات (Hallucination) : د حسي تنبه ناسم درک دی هر يوحسي کيفيت ښايي رامينځته شي:

لومړی- د اورېدو برسامات (AuditoryHallucinations): دا برسامات په سايکوز کي ليدل کيږي اوازونه نه يوازي غږونه ، نيوکه کوونکي ، نظريې ورکوونکي او امرانه وي .

دوهم - د لیدلو برسامات (Visual Hallucination) : ډېر ځله په عضوي سایکوز کې لیدل کیږي په ځانګړي توګه په زهري او یا د درملو اړوند حالت کې .

دریم - د خوند او بویولو برسامات(Gustatory,,Taste,,and Olfactory,,Smell,, Hallucinations): ډاکتر باید د صدغي فص(Temporal lobe): ګډوډیو ته ځیروي .

څلورم - تماسي برسامات (Tactile Hallucination) : دا په عضوي حالاتوکې لکه د الکهولو په پرېښودلو یا د کوکایینو او امفیتامینوپه روږدي کېدلوکې لیدل کیږي.میږي میږي کېدل یوتماسي برسام دی چې د پوستکي د پاسه د خزنده ګانو خوځېدوته ورته وي.

پنځم - حرکي ډوله برسامات (Kinesthetic Hallucination) : د داسي حرکتونو احساس دی چې شتون نه لري (د انسان د بدن څخه د باندې وي) تجروبې راښیي چې مرګ ته په نږدې حالت کې یوحرکي برسام لیدل کیږي،خلک دلته فکرکوي چې د دوی پربدن یوڅه را لوېږي او دوی لاندې ننباسي.

شپږم - د خوب لیدلو برسامات (Hypnagogic Hallucination) : (چټک برسامات هرډول چې وي خوچې خوب ته د تلو په وخت کې ولیدل شي) ، یا د خوبه پاڅوونکي برسامات (Hypnopompic Hallucination)[هرډول چټک برسامات چې د خوبه د راپاڅېدوپه وخت کې لیدل کیږي] په نورمالو اشخاصوکې لیدل کیږي زیانمن یا پتالوژیک نه شمېرل کیږي .

ب – د لیدلوشکمنتوب (Illusions) : د یوې رېښتوني حسي تنبیه ناسم تعبیر(انګېرل) دی د بېلګې په ډول په روغتون کې د بستر د روجایي حرکتونه ناسم احساسوي لکه د سړي په شان اوترې ډارېږي د لیدوشکمنتوب په شیزوفرېنیکواشخاصو کې لیدل کیږي،مګر ډېرپه سرسام ،هذیاني حالت(Delirium) کې لیدل کیږي .

ج- د شخصیت او واقعیت مسخ کېدل (Depersonalization and Derealization) : په اشخاصوکې د واقعیت د درک ناسم تعبیرونه (انګېرنې) دي چې د Depersonalization په حالت کې ناروغان ځانونه بېل احساسوي، پردي اونارښتوني بې ګڼي.په Derealization کې د ناروغ په احساساتوکې د باندېنۍ نړۍ اړوند بدلونونه راځي . د باندېنۍ نړۍ شیان د شکل اواندازي له مخې په بدلون کې ویني اوخلک مړه یا مېخانیکي ورته برېښي

۷ – د تفکر پروسه (Thought Process)

د ناروغ د خبروکولوڅرنګوالی معاینه کوونکي ته لاره پرانیزي چې د فکرکړنې څرنګوالی یاد داښت کړي :چې دهغه د تسلسل،علمیت،ګډون ورکول دي،د فکرکولو د پروسې په غیرنورمالو حالتونوکې لاندې شیان نغښتي دي

لومړی – افکارو ته د ګډون ورکولو نشتوالی (Loose of Associations)

داغیرنورمال حالت د یوه شي څخه بل ته د منطقي پیوستون پرته بدلون راښيي چې په نا خبرتیا سره بشپړیږي د ناروغ د فکر د هغې برخې اړوند چې خیالات سره اوبدل شوي نه وي څارنه یې د معاینه کوونکي لپاره ستونزمن کاردی.

دوهم – مماسي افکار(Thinking Tangential) : ناروغ د یوه نوي شي په اړوند لالهاند وي مګر د هغه اړوند خبرې کوي ، شوني ده چې د ناروغ افکار وڅارل شي مګرناروغ ډېرځله د مرکه کوونکي د پوښتنواساسي برخه هېروي .

دریم – پر شا و خوا فکر (Circumstantiality) : د مماسي افکارو غوندې وي ناروغ دا ځای هېروي چې ده او یا دي څه ویلي دي مګر دعمومي سرلیک په ساحه کې پاتې کیږي په بې اړیکو اجزاوو خبرې کول محاورې ته د کوږوالي د ورکولو لامل ګرزي که چېرې ناروغ یوازې مضطرب وي نو دا کوږوالی به په منځنۍ کچه وي او که چېرې ناروغ نامنسجم اوهذیاني وي دوی شوني ده چې زیانمن وي.

څلورم – بندښت (Blocking)

دا ستونزه هغه وخت لیدل کیږي چې د تفکر پروسه له یوه سره ودریږي اومغزخالي شي داپه هغه وګړو کې لیدل کیږي چې حاد اضطراب او یا شیزوفریني ولري.

پنځم- بېواکه تکرارول(Perserveration): دا د کلمواوجملوتکرار هغه وخت ښه لیدل کیږي چې که څه هم مرکه کوونکی ورته ووایي چې بس کړه خو دی غږیږي.

شپږم – د بل چا د خبرو تکرارول (Echolalia) : دا ستونزه د مرکه کوونکي د لغاتونواوکلمونبغ تکراردی.

اووم – د خیالونو الوتل (Flight of Ideas) : دا پروسه کومه چې په مانیاک ناروغانوکي لیدل کیږي چې چټکي خبري کول اود خیالونوچټک بدلون رانښیي چې د کلمو د اواز له مخي سره کډي او یا ګډون له لاسه ورکوي .

اتم – د تفکر محتویات (Content of Thought) : د فکر د محتویاتو ګډودي لاندې شیان په ځان کي رانغاړي:

الف – هذیانات (Delusions)

چې د ناروغ د کلتور څخه وتلي او ناسم عقاید دي د بېلګې په ډول یوسړی فکرکوي چې د ده افکار د بوه باندېني شخص له سر څخه نشرشویدي،یوهذیان دی.مګر د مېلاد په شپه د ماشومانو په عقیده چې یو ځوک راکوزشوی وو او د ماشومانوسترګې یې له عید څخه ډکې وي (Sonta claus) هذیان نه دی.

هذیانات ښایي د نورو ازارول(Paranoid) یا د نورو لخوا ازارېدلو(Persecutory) د ځان ورته غټ ښکارېدل (Grandiose) ناهېله کېدل(Nihilistic) بدني(Somatic) د هوس ډک عجیبه هذیان (Bizarre) وي بل چا ته د اړوند کولوهذیانات(Delusions of Reference) هغه عقاید را نغاړي چې وایي چې ځینوځانګړو وګړو اوشیانو ده ته ځانګړی عزت اوقوت ورکړیدی(د بېلګې په ډول د اورولو د وسایلو له لیاري ناروغانو ته ځانګړي امرونه کوي .

لومړی - ځکه چې هذیانات ټاکلي اوناسم باورونه دي چې ناشوني ده د ډاکتر پواسطه سم شي د ناروغ د هذیاني باورونو سره مخالفت ښایي د غصه کېدو او د مرګې د پای ته رسولولامل شي.

دوهم - ډاکتر باید داسي و نه ښیي چې د ناروغ د هذیاناتو سره همغاړی دی بلکي یو بې پلوه دریځ خپل کړي اومعاینې ته دوام ورکړي.

ب - وسواسونه (Obsessions) : مقاوم(غښتلي) اومداخله کوونکي فکرونه،خیالونه اوناڅاپي تحریکات (سکونډل) دي،خو ناروغ پدې واقعیت (رښتونوالي) پوهیږي چې دا سوچونه کومه ګټه نه لري او له باندېني چاپېریال څخه راباندې تپل شوي نه دي (لکه هذیان) ، یوه بېلګه که یوسړی کوم چې تل د یوې انګیزې سره په جګړه کې دی چې د دفتر د ودانۍ تالارد یوې ښیښيي کړکۍ له مینځه چې د دهلېز په اخر کي ده لاندې واچوي،دی پوهیږي چې داعمل ډېر ژوند تهدیدوونکی دی او دی نه غواړي چې ځان خوږکړي مګر دی نه شي کولی چې په دې اړوند فکرکول بس کړي او اضطراب احساسوي.

نورمعمولي وسواسونه عبارت دي له: چټلېدوځخه ډار،او د فزيکي روغتيا اړوند نا رېښتوني ډارېدنه چې په هاېپوکاندريازس (Hypochandriasis .) کې ليدل کيږي. (اتم څپرکي ته وګورئ) .

ج- د ځان وژني او د نورو د وژلو اړوند پوښتني(Suicidal and Homicidal Thoughts Questions about): بايد د هري رواني معايني برخه وي دا اړينه ده چې قضاوت يې و ازمويږ او په اړه يې ورسره بحث وکړو د ځان ساتني د اساساتو ارزونه د معايني يوه ډېره ارزښتمنه برخه جوړوي.

۹ – قضاوت (Judgment) : د دې په جوتولو سره چې ايا کله ناروغ د خپلو کړنو په پايلو پوهيږي؟ډاکټربايد د ناروغ تولنيزقضاوت و ارزوي ،ډاکټر ته ښيي چې د ناروغ څخه د ده د قضاوت اړوند پوښتني وکړي : (که چېرې ته د کېنيډي په هوايي ډګر کې پاتې شې،چې په جيب کې دې يوازې يوډالر وي ته به څه وکړې ؟) . معاينه کوونکی بايد د قضاوت د ارزونې پرمهال د کلتوري اړخونو توپيرونه په پام کې ونيسي.

۱۰ – ليد لوری يا احساس (Insight) : ډاکټربايد د ناروغ د خپلي ستونزې څخه خبرتيا،د ستونزې لامل اوچې څه ډول مرستي ته اړتيا لري و ارزوي.ډېرخلک چې په خطرناکو ناروغيواخته وي لکه دوه قطبي ګډوډی يا شيزوفريني خپل ليد لوری له لاسه ورکوي او اړينه درملنه ردوي.

۱۱ – پېژندنه (Cognition) : دعقلي حالت معاينه د دماغو وظيفوي فعاليت جاجوي،دعقلي حالت په يوه سمه معاينه کې بايد يوشمېر شوني،اړين شيان لکه په بشپړه توګه د ناروغ :لوري موندنه(Orientation)،فکري تمرکز (Concentration)، او حافظه(Memory) معاينه شي.دعقلي حالت د معاينې ټول ډولونه دعصبي-رواني پراخو ازموينو په پرتليزډګر کې را چاپېر شوي دي مګردعقلي حالت وړه معاينه د بستر پر سر د کلينيکي معايني سره يوځای ترسره کيږي.

ج- فزيکي کتنه (PhysicalExamination)

خيني وختونه د ناروغ دعمومي روغتيايي اوعصبي حالت ارزونه اړينه وي که چېرې دلته يوه نه پيژندل شوي داخله ناروغي د رواني ناروغی د اعراضو سره يوځای اويا يې سبب وي نو معاينه بايد وغزول شي . معاينه کوونکی بايدلاندې شيان ياد داښت کړي:

لومړی - عمومي ظاهري حالت يا باندېنی څرنګوالی (General Appearance)

دوهم - حياتي علايم يا د ژوندون نښې (Vital Signs)

دریم – عصبي حالت (Neurologic Status)

چې حرکي(Motor)،حسي (Sensory) وظایف،تګ(Gait)ګډون ورکونه(Coardination)،عضلي قووت(Muscle tone) اونورغیر ارادي حرکتونه(Involuntary movements)پکې ګډون لري.

څلورم - پوستکي ته د ځان خوړولو له اړخه اوهم د ستنو د سرونو د خال له اړخه باید وکتل شي.

پنځم - ځیني نورې ساحې چې د اوسني ناروغۍ په تاریخچه کې یاد داښت شوي وي،د سرمعاینه،دغاړې معاینه،د زړه،سږو،خېټې اونهایاتو(لاسونواوپښومعاینه) ښودل شویده.

د- کلینیکي لابراتواري کتنې(Clinical Laboratory Studies)

د طبي لابراتواري معایناتو اهمیت د رواني ناروغیوپه تشخیص او درملنه کې ورځ په ورځ زیاتیږي،د لابراتواري ټستونودرې ګوني دندې عبارت دي له:دهغه پټ طبي حالت د څرنګوالي چې ښايي د رواني اعراضوسبب شوی وي،په وینه کې د سایکوتروپیک درملود کچې د ټاکلو،او د بیولوژیک لارښود بنسټ جوړول، چې د تشخیص او درملنې د پروسې یوه برخه جوړوي: د بېلګې په ډول له درې حلقوي خپګان ضد درملو(TCAs) د ورکړې د مخه د الکتروکارد یوګرام(ECG) اخیستل ښايي مناسب وي

۱- د هغه رواني ناروغیو د څرنګوالي ټستونه چې د طبي حالاتو لامله را منځته شوي وي

الف- غیرانتخابي کتنې

(۱) د وینې د اجزاوو د شمېربشپړه معاینه(Complet Blood Count) یا(CBT)

(۲) د وینې کیمیاوي ارزونه(Blood Chemistry Evaluation)

(لومړی)- د وینې د سیروم د ګلوکوزکچه(Serum Glucose Level)

(دوهم)- د الکترولایتونوکچه لکه کلسیم اوفاسفورس.

(دریم)- د ینې(ځګر) وظیفوي ټستونه (Serum Glutamic-OxaloaceticTtransaminase) یا(SGOT) او Serum Glutamate-Pyruvate Transaminase یا(SGPT) اوبیلیروبین.

(څلورم)- د پښتورګو وظیفوي ټستونه:چې د وینې یوره،نایتروجن کچه او د کریاتین تصفیه (څرنګوالی) دي.

۳- د ادرار(بولو)تجزیه(Urinalysis) .

٤- د سفلیس لپاره پلټنه.

٥- الکتروکاردیوګرام(ECG)

۶- د درقي غدې وظيفوي ټستونه(Thyroid Function Tests)

۷- د ټټر راديوګرافي(Chest Radiography)

۸ – د وېټامين B12 او فوليک اسيد کچې .

ب – انتخابي کړنلارې (Selective Procedures) : کله چې په کلينيک کې يوناروغ په ګوته شوی وي . (لکه کله چې د ورځنيولابراتواري معايناتو نتيجه منفي وي مګر يو بيولوژيک عامل يې په شک کې وي):

(۱) د شرياني ويني دغازونوتجزيه(Arterial Blood Gas Analysis) .

(۲) د ويني د الکولوکچه(Blood Alcohol Level) .

(۳) په ادرارکې د درملوپلټنه (Urine Drug Screen) .

(٤) قطني بذل او د دماغي نخاعي مايع معاينه(Lumbar Puncture and Examination of the Cerebrospinal Fluid)يا(CSF).

(٥) د درقي غدې د دندوځانګړي ټستونه(Test for special Thyroid Functions) .

(٦) د درنو فلزاتو لټون(Heavy Metal Screen) .

(۷) دهستې ضد انتي بادي(Anti Nuclear Antibody) .

(۸) د سيروم او ادرارد مسو کچه(Serum and Urine Copper Level) .

(۹) Porphoblinogen and T-aminolevulinic Acid Level .

(۱۰) د حاملګی ټست(Pregnancy Test)

(۱۱) Human Immuno Deficiency Virus(HIV)

(۱۲) Monospot Test for Infectious Mono Nucleosis

ج- الکتروانسفالوګرافي(Electro Encephalography) يا(EEG)

(۱) الکتروانسفالوګرافي د اختلاجي ګډوډيو د اشکالود پېژندلو لپاره کارول کيږي،هغه سلوک چې د صدغي فص د حملوسره وي اود قسمي مغلقوحملوتوپير د رواني ګډوډيوسره ستونزمن دی.

(۲) په هغه لپونتوب(Delirium) کې چې د مېتابوليکو ستونزو لامله رامينځته شوی وي (EEG) همېشه د لوړ ولټاژ او ورو ورو امواجو (څپو) فعاليت رابنيي،دا موندنه په توپيري تشخيص کې ډېره مرسته کوي.

د- عصبي غدوي ټستونه(Neuroendocrine Tests)

(۱) د دکسامتازون د لاندې کولو ټسټ (Dexamethazone Suppression Test)

که څه هم د دې ټسټ کارونه دعقلي ناروغيو په تشخيص کې لږه ده مګرکولی شي چې په خپګان اخته ناروغانوکې درملنې ته د ځواب ورکولو دځارنې په موخه وکارول شي،ناروغ ته يوملي ګرام دکسامتازون د شپې په يوولسوبجو ورکول کيږي،د پلازما د کورتيزول کچه د سهار په اتوبجو او د مازديګرپه څلورو بجوکتل کيږي (په نادر ډول همدارنګه دشپې په يوولسوبجو) دکسامتازون په معمول ډول د کورتيزول غبرګون کمزورى کوي .د پلازما د کورتيزول کچه له(5mg/dl) څخه لوړه غيرنومال منل شوى ده، له بده مرغه ډېرحالتونه لکه ديهادرېشن ، د الکهولوبېځايه کارونه،د وينې لوړفشار،د شکرې ناروغي او د وزن بايلل (ډنګرېدل) يوه دروغجنه مثبته نتيجه ورکوي دا ټسټ د ناروغ سره مرسته کوي چې تشخيص او درملنه ومنې.

(۲) د تايروتروپين ازادوونکي هورمون تنبه کوونکی ټسټ(Thyrotropine Releasing Hormone يا (TRH)

ځينې په خپګان اخته ناروغان په کلينيکي ډول لږ هايپوتايروډېزم لري،چې د خپګان لامل ګرزي ځينې نورناروغان د ليتيم پربنسټ هايپوتايروډېزم لري، د (TRH) د تنبه ټسټ د وريد له لياری (۵۰۰مايکرو ګرامه)TRH زرق کيږي،TSH هورمون له (۱۵)،(۳۰)او(۹۰) دقيقو وروسته اندازه کيږي.په نورمال حالت کي د پلازما دTSH په چټکی سره (۱۰-۲۰مايکروګراموپورې په يوه ملي ليترکې د نورمالي کچې څخه پورته ځي، لږ لوړوالی (۷مايکروګرامه په يوه ملي ليتر کې) دهغه ترسب راښيي،دا موندنه موږ ته د هغه د خپګان سره اړيکې راښيي او يا د اعراضو اوعلايمو وړاندې هايپوتايروډېزم راښيي.

ه- خوب ته کتنه(Sleep Studies) په خوب کې د ډول ډول ګرافونو اخيستل،څوړوله طبي ستونزې چې د رواني اعراضوسره يوځای وي :لکه په خوب کې ساه بندي،دحملوګوډې،سرردردی،د جنسي فعاليت ستونزې اوبې خوبي کېدی شي چې د خوب په لابراتوارکې وپلټل شي. د ژورخپګان ناروغان هم غيرنورمال خوب لري. د خوب لابراتوار(EEG) او الکتروکارد يوګرام،الکترومايوګرام(EMG)کاروي ،برسېره پردې د قضيب د پړسوب او د زياتي وينې راټولېدنې د اندازه کولو،د اکسيجن ورکولو او د حرکتونو د اندازه کولو وسايل هم لري، په خپګان اخته ناروغانو کې لاندې شيان موندل کيږي:

(اول) د خوب لږوالی(Hyposomnia) .

(بوهم) د سترګو چټک حرکتونه(Rapid Eye Movement) یا(REM) غبرګون:کوم چې د خوب د پیل او د سترګو د حرکتونو ترمینځ لنډه موده ده(چې له ٦٥دقیقوڅخه لږه ده).

(بریم) د شپې په لومړیووختوکې د REM د خوب خاموالی زیات وي.

٢- د سایکوتروپ درملو د پلازماکچه(Plasma Level of Psychotropic Drugs):

د درملني پرمهال د درملني د اغیزمنتوب په جوتولو کې د ډاکترد قضاوت لپاره لارښودونکي اړخ دی .نوځکه په زیاتېدونکي توګه د ځینوځانګړو سایکوتروپو درملو د کچې د ټاکلو لپاره کارول کیږي:

الف – لیتیوم (Lithium)

ځکه چې د لیتیم شدید تسمم د ويني کچه د درملني د کچې سره نږدې ده،د لیتیم د کچې ټاکل اړین دي د وروستني دوزڅخه(١٠-١٢)ګړی وروسته باید د ويني نمونه واخیستل شي:

(١) د درملني د کچې اندازه (0.6-1.5mg/l) ده.

(٢) تسمم د (2.0mg/l) څخه په لوړه کچه کې څرګندیږي مګرکېدی شي چې په ټیټه کچه کې هم رامینځته شي .

ب – کاربامازیپین (Carbamazepine)

د ويني د حجرو بشپړه شمېره (Complete Blood Count)یا(CBC)

د ويني د سروکریواتوشمېر(Reticulocyte Count) او د سیروم د اوسپنې کچه باید وټاکل شي،دلته د Agranulocytosis اوAplastic Anemia لږخطرشته،د درملني په لومړیودریومیاشتوکې هره اونی د CBC د کچې د ټاکلوښودنه کیږي،له هغې وروسته د میاشتې یوځل ټاکل کیږي،د ینې وظیفوي ټستونه بایدهرشپږمیاشتې یو واراجراشي.

ج – والپروات (Valproate)

د درملنې د څارنې لپاره یې د سیروم د کچې ټاکل په کاردي :

(45-50mg/ml) ؛یې د درملني کچه منل شویده د ینې وظیفوي ټستونه باید هرې(6-12) میاشتې اجراشي.

د – حلقوي خپګان ضد درمل (Cyclic Antidepressants)

د درملو د دوز د عیاروللپاره باید د (TCAs) د پلازماکچه جوته شي،چې د درملود زغم د ارزونې او د زهري جانبي عوارضو د لږولو په موخه ترسره کیږي:

(لومړی) نورترايپتيلين او امي ترپيتلين (Nortriptyline and Amitriptyline) : په درملنه کې په پراخه کچه کارول کيږي (ځکه چې د درملني اغيزه يې په پلازما کې لوړې کچې ته په رسېدو سره څرګنديږي).

(دوهم) اميپرامين اوديزيپرامين (Imipramine and Desipramine) : د خواب ورکولو دوز يې په يوه ځانګړي کچه کې يوخطي منحني لري،چې د جانبي عوارضو دوز يې د درملني د اغيزمن دوزڅخه ډېرلوړ دی.

(ه)نيوروليپتيک (Neuroleptics)

د سايکوزضد درملو لپاره د درملني کچه هومره مناسبه نه ده ټاکل شوي لکه د خپګان ضد درملو لپاره،په وينه کې يې کچه هومره لوړېدی شي چې وزغمل شي اويا جذب نه شي.

(و) کلوزاپين (Clozapine)

د دي سايکوزضد درمل کارونه په اونی کې يوځل د ويني د سپينوکريواتو(WBC) د شمېرټاکل اړين کوي، او د لومړيوشپږومياشتولپاره يوه اونی ترمينځ تعقيبيږي لدې وروسته په مياشت کې يوځل ترڅوچې درمل د هغه د شديد مسموميت لامله قطع شي.

۳- د بيولوژيکوعلايمو د ښودلو لپاره د دماغو د تصويراخيستل: Brain Imaging Identifying Biologic markers

(لومړی) Computed Tomography يا CT

يوCT scanکولی شي يوافت چې له(0.5cm) څخه لوی وي په يوه مقطع کې د ليدلو وړ وګرزوي.په همدې ډول کولی شي چې د بطيناتو د حجم زياتوالی او د دماغي حجراتوتخريب راوښيي،د بطيناتو او دماغوترمينځ نسبت(ventricle/ brain) لوړوالی(VBRs) په مزمنه شيزوفريني او دوه قطبي ګډوډيوکي ليدل کيږي.

(دوهم) د مقناطيسي اهتزازاتو پرمټ تصويراخيستل(Magnetic Resonance Imaging) يا(MRI): په((MRI scan))کې د يوې قوي مقناطيسي ساحې د تطبيق وروسته دهغه وړانګو د اندازه کولو پواسطه چې د هستوڅخه را اووزي،اناتوميک جوړښتونه کولی شو ووينو.MRI د سپين جوهرافت راښيي چې د CTscan پواسطه نه ليدل کيږي،لکه هغه ناروغی چې د ميالين پوښ پکې له مينځه ځي (مولتيپل سکلروزس يا MS) د MRI پواسطه ليدل کيږي،د کلسيفيکشن پرته MRI په

پرتلیزه توګه دCTscanنه دجوړښتونو د وړو برخو خورا ښه معلومات راکوي.لکه په نتيجه کې چې

يو CTscaning په يوه تصويراخيستونکي تخنيک واړوي،دابايدپه يادوساتو چې دانړدي ټيوب په کوم

کې چې ناروغ ځای پرځای کيږي دMRIدمعاينې په وخت کې دغوښتنې سره سم پرلپسې ځواب

ويونکی دی.

(دريم) دمقناطيسي اهتزاواتوپرمټ دوظيفوي فلمونواخيستل(Functional Magnetic Resonance Imaging يا FMRI

د کامپيوتر پرمختيا پهFMRI سره زمينه برابروي چې د اکسيجن اخيستونکي وينې مختلفې کچې معلومې کړو،د دماغو ډېر فعاليت د دماغو د وينې اروا زياتوي،نولدې لارې د دماغوفعاليت په غيرمستقيم ډول اندازه کيږي اوراديوايزوتوپ نه کارول کيږي ،دFMRIپواسطه کولی شوچې په دماغو کې د ژبې جوړښت ستونځې وځيرو لکه بدې خاطرې او بدې خبرې اونور.

(څلورم) د منفرد فوټون د بمبارد پواسطه کامپيوټري توموګرافي(Single-Photon Emission Computed Tomography)يا(SPECT)

د منفرد فوټون د بمبارد پواسطه چې د يوه راديوايزوتوپ څخه (xenone 133يااېوډين123)کارول کيږي.

Xenone انشاق (سږ)کيږي ،چې دا ايزوتوپ د دماغي اروا پواسطه د دماغو ټولو برخو ته رسيږي ،او د سرد ننه د دماغوفعاليت په غيرمستقيم ډول د فوټون په ښکاريدو سره جوتيږي.

(پنځم) د پوزيټرون د بمبارد پواسطه توموګرافي(Positron Emission Tomograohy يا PET): يوه دPET پلټنه کولی شي چې د دماغي فعاليت ځانګړي ساحې راوښيي،عضوي مرکبات لکه ګلوکوزچې د لنډ ژوند لرونکي په نښه شويدي،پوزيټرون د اکسيجن،کاربن اوناتروجن عناصربمباردوي .يوسايکلوترون اړين دی چې په نښه شوی ګلوکوزتوليد کړي کوم چې په دې تخنيک کې په پراخو حدودوکې کارول کيږي دا تيارشوی مرکب کولی شي چې په دماغوکې يوځای ونيسي،د دماغو د ځانګړوبرخو بيوشيميک فعاليت راپه ګوته کوي.د بېلګې په ډول په شيزوفرن ناروغانوکې په جبهې قشرکې د فعاليت لږوالی ليدل کيږي.

(PET) نه شي کولی دهغو افاتو اناتوميکي اجزاوې چې له 0.5cmڅخه کوچني وي راوښيي.

(۵) رواني ټسټونه (Psychologic Tests)

دا ټسټونه د کتنې وړ ناروغانو د ځانګړنو لکه ذکاوت او شخصیت اړوند معیاري ، عیني ارزونې په لاس راکوي .

۱- د ذکاوت ټسټ(Intelligence Test)

(الف) ډېر د ذکاوت ټسټونه د ذکاوت درجه (Intelligence Quotient)یا IQ اندازه کوي چې د فرمول له مخې عقلي عمر پرزماني عمر وېشل کیږي اوپه سلوکي ضربیږي څرګندیږي په یوه شخص کې لاسته راغلي نتېجه د سټاندرډ سره پرتله کیږي چې یوې لویې ډلې خلکوته یې د یوشان دندو په ورکولوسره ارزونه ترسره کیږي دا ټسټونه د کلتورتراغیزې لاندې دي اونشي کولی دهغه چا رښتونی داخلي ذکاوت وټاکي چې ټسټ کیږي.د تعریف له مخې یوه منځنی IQ سل ده(۹۰-۱۱۰).

(ب) د وسلرد لویانو د ذکاوت اندازه کول(The Wechsler Adult Intelligence Scale یا WAIS

په پراخه پیمانه سره د لویانو د ذکاوت د جوتولو لپاره کارول کیږي:

(اول) د (WAIS) : دا ټسټ شپږشفاهي او پنځه د اجراکولو وړ برخې لري چې معلومات،د موندلو قوه دا ټسټ شپږشفاهي او پنځه د اجراکولو وړ برخې لري چې معلومات،د موندلو قوه ،حساب کول، ورته والی پیدا کول،د ګوتوشمېرل، د لغاتونوذخیره، د تصویرپوره کول،د یوې ودانۍ طرح،د تصویرونوترتیبول، پرموخوغونډه جوړول اود کوتونښې پکې ګډون لري.

(دوهم) د WAIS ټسټ

د شفاهي ذکاوتIQ،د اجراکولوذکاوت IQ،او د پوره مهارت او یا مرکبه IQ،د شفاهي او اجرایي ټسټونو د لسوڅخه زیات یې د دماغوپه عضوي سنډروم کې کارول کیږي.

(۲) د شخصیت (Personality) ټسټونه

(لومړی) د Minnesota Multiphasic Personality Inventory یاMMPI : داMMPI

د 550 د هو او نه له پوښتنو جوړ دی،نتېجه د لسومعیارونو اړوند په درجو سره ورکول کیږي:

Hypochandriasis,Paranoia, Mascnlinity

femininty,Psychopathy,Depression,Hysteria,Psychasthenia,Schizophrenia,

Hypomania,اوټولنیزه درونګرایي(Social introversion)

د نمرو تفسير يې د ناروغ د معلوماتو د نورمال حالت سره د پرتله کولو په اساس کيږي،دا ټسټ عيني دی او د باتجربه سايکولوژسټ پواسطه ترسره کيږي.

(دوهم) Rorschsch Test

د رنګ اميزي په دې مشهور ټسټ کې د پخوا څخه لس ناڅرګند معياري رنګ شوي انځورونه د پخوانی غوښتني له مخې په ترتيب سره ناروغ ته وړښودل کيږي،مرکه کوونکی د ناروغ غبرګونونه څاري،دا تصويري ټسټ د ناروغ د فکرکولواو همغږۍ څرنګوالی راښيي.

(دريم) د يوې موضوع د اړيکو د موندلو ټسټ(Thematic Apperception Test) ياTAT

دا ټسټ هم انځوريز دی اوله(۳۰)تصويرونوجوړشويدی هغوی ټول نه وړښودل کيږي د هغې رواني ساحې اړوندچې بايدمعاينه شي روان پيژندونکی يې تصويروړاندې کوي،د بېلګې په ډول يوه ځوانه ښځه چې په چوکۍ کې ناسته ده او يوه زاړه سړي ته پورته ګوري له ناروغ پوښتنه کيږي چې د تصويراړوند کيسه جوړه کړه دا پروسه په غيرمستقيم ډول د ناروغ خيالات،ډاراوغبرګون جوتوي دا ټسټ په تَوَصيفي تشخيص کې ډېرنه کارول کيږي.

(څلورم) د جملو د پوره کولو ټسټ (Sentence Completion Test)

دا ټسټ د دې لپاره کارول کيږي چې د ناروغ همغږي و ارزوي چې په دې کې يوشمېرنيمګړي جملې دي چې دناروغ څخه غوښتل کيږي چې هغه پوره کړي(,,زه ډارېږم ....,, ,, زه د ګناه احساس کوم ....,, ,, زمامور........,,)،روان پيژندونکی د ناروغ اصطلاحات او د هغه تون د هغې په غبرګون کې لټوي اوهمدارنګه هغه ساحه چې ناروغ پکې له څه ويلو ډډه کوي لټوي.

(پنځم) د يوه شخص د رسمولو ټسټ (Draw a PersonTest

دا ټسټ په ځانګړي توګه په ماشومانوکې کارول کيږي مګرشوني ده چې په لويانوکې هم وکارول شي له ناروغ غوښتنه کيږي چې د يوه شخص تصوير رسم کړه له دې وروسته له ناروغ غوښتنه کيږي چې د لومړي رسم شوي شخص د مخالف جنس څېره وباسه دا ټسټ فرض کوي چې د رسامي په وخت کې په ځينو درجو کې هغه د ځان ګني،همدارنګه شوني ده چې دا ټسټ د دماغي تخريباتو په څرګندولوکې و کارول شي.

(۳) رواني عصبي ټستونه (NeuropsychologicalTests)

د دماغوځانګړي وظيفوي څېره د نيوروسايکولوژيکوټستونو پواسطه ازمويل کيږي کوم چې په بيړه ناروغ ته ورکول کيږي د ترسره کولو لپاره متخصص ته اړتيا ده،رواني عصبي ټستونه چې د پيژندني پټي نيمګړتياوې چې دی پرې نه پوهيږي چې عقل يې کم دی را برسېره کړي اوکولی شي چې د ناروغ د بياجوړېدو لپاره د ناروغ د ارادي ټينګار او بې ميني والی و ارزوي.

الف- Test battery of the halstead-reitan Neuropsychological

مشتمل دي پر:

(لومړی) د يوه رول د جوړولو ټسټ (Trial Making Test) : له ناروغ غوښتل کيږي چې يونمبرپه مينځ کې تکرارکړه او يا پدې ترتيب ټکي ورته ويل کيږي،چې دا ټسټ د ناروغ د بصري اوحرکي درک ارزونه کوي.

(دوهم) د ريتم ټسټ (The Rhythm Test) : له ناروغ غوښتل کيږي چې موزون غږونه جوړه کړي،دا ټسټ سمعي درک،ادراک،پاملرنه او فکري تمرکز وارزوي .

(دريم)دوه نورهغه واړه ټستونه چې روانپوه ته اجازه ورکوي چې د دماغو د دندو مختلف برخو لونه و پلټي عبارت دي له: ادراک،حسيت،د مفهوم جوړول،د بصري حرکي اعمالو اجراکول،او د افکاروخلاصه کول.

ب- د Luria-Nebraska Neuropsychological test Battery and the Bender- Gestalt Battery هم د دماغي صدماتو د تشخيص لپاره کارول کيږي .

III - دعقلي ګډوډيو د لبندي (Classification of Mental Disorder)

الف – تعريف (Definition)

که څه هم د (Mental Disorder) کلمه يو پرځای تعريف نه لري خو د رواني ګډوډيو تشخيصي،احصايوي څلورم چاپ لاسوند يا (Diagnostic and Statistical Manual of MentalDisorder,4ᵗedition(DSM-1V)

څرګندوي چې دا يو(ښکاره کلينيکي سندروم دی چې سلوکي او رواني اعراض ورسره وي چې د پرېشانه کېدو او وظيفوي ګډوډيو لامل ګرزي).د تاريخ په اوږدوکې عقلي ګډوډ ی ی د جسمي ګډوډيوڅخه بېلې بيان شوي دي دا پرکتس دعقل اوبدن ترمينځ دوه ګون والی همېشنی کوي.

۱ – دعقلي ناروغيو لاملونه کېدی شي چې:

لومړی- بيولوژيک(Biologic)

دوهم - سايکولوژيکال(Psychological)

دريم - ټولنيز-کلتوري اوچاپېريالي(Sociocultural-Environmental)وي.

۲- رواني فشارراوړونکوپېښوته نورمال غبرګون(Normal Reaction to Stressful events) لکه د يوه ورته ګران مړيني ته غبرګون عقلي ګډوډي نه شمېرل کيږي.

۳- ټولني ته د منلو نه وړسلوک(Socially Unacceptable Behavior): لکه داسی جنايت چې دعقلي ګډوډيو شتون نه راپه ګوته کوي.

٤- څوتشخيصي سيستمونه لارښوونه کوي چې دعقلي ګډوډيو د پلټني لپاره بايد بيولوژيک اوسايکولولوژيک لاملونه دواړه و پلټل شي،مګر دا دوه ګونوالی دعقلي ګډوډيو د سمي او بشپړې پوهېدني پرمختيا ويجاړوي.

ب- دعقلي ګډوډيو د لبندي DSM-IV:(Classification of Mental Disorder) د لکچرونو،د معلوماتو او مشاهداتو په بيا کتنه او تحليل ، او ساحوي ازموينو ،د تجربوي موندنو پر بنسټ جوړشوی دی. دا په ګڼ محوريزه ارزونه کې کارول کيږي.

۱ - تشخيصي محورونه(Diagnostic Axes)

لومړی – I محور :کلينيکي سنډرومونه:دا سندرومونه عضوي عقلي ګډوډی،شيزوفريني،خپګان Depression ،د نشيي توکو روږدي کېدل او نور هغه حالتونه چې بايد کلينيکي پاملرنه ورته وشي په ځان کې رانغاړي.

دوهم – II محورد شخصيت ګډوډی (Personality Disorder) : دا ګډوډی د تطابق نه کولوشخصيت ښکاره ډولونه او دفاعي مېکانېزمونه په ځان کې رانغاړي.

دريم – III محور عمومي طبي ګډوډی : لازمه نه ده چې دا فزيکي ناروغی د رواني اعراضولامل وګڼل شي مګر دوی درملنې ته اړتيا لري.

۲- د ارزوني لپاره نوره ساحې (Other Domain for Assessment)

الف – IV محور : رواني،ټولنيزې اوچاپيريالي ستونزې(Psychosocial and Environmental Problems)

دا ستونزې عبارت دي له: رواني ستونزوچي ښايي پرهغه چاپېريال اغيزه وکړي په کوم کي چي ګډوډي پرمخ ځي.په عمومي ډول ټول رواني،ټولنيزاوچاپيريالي رواني فشارونه چي په تېر کال کي شته وو بايد نوملړشي.هغه رواني فشارونه چي د لومړني کال د مخه شته وو ياد داښت شي که چېرې دوی په څرګنده په اوسنی ګډوډی يا درملنه پورې اړوند وو(لکه په هغه ناروغ کي چي اوس د Post Traumatic Stress ګډوډی لامله تر درملني لاندې دی ،د تراوما يا ضربې تاريخچه(PTSD) بايد ياد داښت شي! په عمومي ډول د رواني فشارسرچيني عبارت دي له:

(لومړی) د مدني حالت بدلون(لکه جنګ،جګړه،واده کول اوبېلوالی).

(دوهم) د مور پلار کېدورواني فشار(لکه زيږون،د ماشوم ناروغي،د ماشوم سره کومه ستونزه).

(دريم) د اشخاصوسره ستونزې(لکه د ملګروسره نه جوړجاړی، د ګاونډيانوسره جنجالونه).

(څلورم) مسلکي ياشغلي ستونزې(لکه په ښوونځي يا کارکي ربړونه،بېکاري اوتقاعد).

(پنځم) د ژوندکولو په چاپېريال کي بدلون(لکه سفرکول).

(شپږم) په مالي حالت کي بدلون(لکه په ځانګړي ډول پيسي له لاسه ورکول).

(اووم) حقوقي ستونزې(لکه بندي کېدل،حق غوښتل اومحاکمه کېدل).

(اتم) د ودې کولو د مودې ستونزې(لکه بلوغ اود مياشتني عادت د له مينځه تلو وخت).

(نهم) جسمي ناروغی او زخمونه(کوم وخت چي د لومړي محور اړوند ناروغيو د ودې لامل شي چي دا په دريم محورکي نوملړشويدي).

(لسم) نور رواني فشارونه(لکه طبيعي افاتونه،زنا (Rape) ،ناغوښتي امينډواري،د نږدې ملګري مړينه).

ب- Vمحور د دندو ترېواله ارزونه (Global Assessment of Functioning) يا(GAF)

۱- ۱ لمبرجدول:جي ډاکتران د ناروغ د رواني،ټولنيزو اوحرفوي دندو کچه د پلټني په وخت کي ارزوي همدارنګه

GAF په تېر یوه کال کې د څو میاشتو لپاره د دندې د لوړې کچې اجرا د تاکلو لپاره شوني ده چې و کارول شي.

۱- ۱ لمبر جدول لاندې دی: د دندو د ترسره کولو د نړیوالې ارزونيGAF مهارتونه:

د سایکولوژیکو،ټولنیزو او مسلکي دندو د اجرا په یوه اوږد مهاله فرضي حالت کې چې رواني روغتیا او ناروغی راښیي .

د دندوهغه کډوډې چې د فزیکي اوچاپېریالي لاملونو لامله پیداکیږي پکې ګډون نه لري.

کوډ(یاد داښت کله چې لازمه وه منځنی کوډ۶۸،۷۲او۴۵هم وکاروی).

----

۱۰۰ --اعراض نه شته :د دندواجراعالي ده په پراخه پیمانه فعالیتونوکې،د ژوند داسې ستونزې نه شته چې سړی له کاره واچوي،ناروغ د نورو مرستې ته اړ نه دی ځکه دی خپله مثبت ظرفیتونه لري.
۹۱

۹۰ --د کوچنیو اعراضوشتوالی(لکه د ازموینې څخه د مخه لږاضطراب)،د وظیفې ښه اجرا په ټولوساحوکې،علاقمندي،او په پراخه پیمانه فعالیتونوکې پرمخ ځي،ټولنیزاغیزمنتوب لري، په عمومي ډول په ژوند باوري اوبریالی دی نورڅه نه شته.

۸۱ --دهرې ورځې وروسته ستونزې یا پښېماني(لکه د کورنی د غړوسره یوه وظیفوي مباحثه).

۸۰ - اعراض تېریدونکي دي او رواني فشار راوړونکو پېښو ته غبرګون د وړاندوینې وړ دی(لکه د کورنۍ مباحثې وروسته د فکري تمرکزستونزې)،د دې لړو ویجاړیو نه پرته په ټولنیزو،حرفوي اوښوونځي کې نورڅه نشته.

۷۱ – د ښوونځي د کار په ځنګ کې په موقت ډول وظیفوي نیمګړتیا.

۷۰ - ځینې خفیف اعراض(لکه خپه مزاج، لږه بې خوبي)،یا په ټولنیزو،حرفوي یا د ښوونځي په دندو کې ځینې ستونزې (لکه کله کله له ښوونځي تېښته،د کور له سوري غلاکول).

۶۱ - مګر د ناروغ د وظایفو اجرا په عمومي ډول ښه ده د معنې ډک بین الفردي اړیکي لري .

۶۰ -منځني اعراض(لکه هواره عاطفه،حاشیوي خبرې،کله کله د ډارحملې)په منځنۍ کچې کې.

۵۱ - ستونزې په ټولنیزو،حرفوي یا د ښوونځي په دندوکې (ملګرونه موندل اود دندې نه موندل).

۵۰- شدید یا جدي اعراض(لکه د ځان وژني فکرکول،سخت عقیدوي وسواسونه په بیړه له دوکان نه غلا کول).

۴۱- جدي ویجاړي،په ټولنیزو،حرفوي یا د ښوونځي په دندوکې(لکه د ملګرو نه درلودل او د دندې نه نیول).

۴۰ځینې ویجاړې د واقعیت په ازمویلوکې او یا د اړیکو په نیولو کې(لکه ځینې وختونه چې خبرې غیرضروري،ناڅرګندې اوغیرعلمي وي) یا لویې ویجاړی په څوساحوکې لکه په کار او ښوونځي کې،په کورنۍ اړیکوکې،قضاوت،فکرکولو،یا مزاج کې(لکه خپه سړی چې له ملګرو لیرې کیږي،په کـــــــورکې غفلـــــــــــت کـــــــــــوي اوهـــــــــــــم ,

۳۱ -د کار توان نه لري،لوی ماشوم ناڅاپه ازاروي،په کورکې بې پروا وي اوپه ښوونځي کې پاتې کیږي

۳۰ – او سلوک په ښکاره ډول دهذیاناتو پواسطه اغیزمن شوی وي،یا د برساماتو پواسطه اغیزمن شوی وي،یا ناروغ په قضاوت او اړیکونیولو کې جدي ویجاړې لري(لکه ځینې بې ارتباطه په کتلوي شکل نا مناسب سلوک،یا د ځان وژنې مخکښیني سوچونه). یا نه شي کولی چې تقریبا په ټولوساحوکې دنده اجراکړي ,

۲۱ --(لکه ټوله ورځ په بستره کې پاتې کېدل،دنده نه لري،نه کور او نه ملګري).

۲۰ -- دځان او یا د نورو د زخمي کولوځینې خطرونه(لکه دځان وژنې هڅه د مرګ د یوه روښانه انتظار پرته،ناڅاپي دغضب ډک سلوک،مانیاک قهرامېزسلوک یا طغیان ،ځینې وخت دخپل ځان په لږ پاک ساتلوکې ناکام وي.

۱۱ --لکه په غایطه موادوککړ کول،یاپه پراخه پیمانه په اړیکوکې ویجاړي(لکه په لوړه پیمانه دخبرو بې ربطي او پټه خوله کېدل).

۱۰ --مقاوم اوشدیدخطر د ځان یا د نورو د زخمي کولو(تکراري غضب اوقهر).

۱ --غبنتلي بېسکي د دې لپاره چې شخصي پاکوالی وساتي یا د ځان وژنې جدي هڅه د مرګ څخه د روښانه انتظار سره.

۰ --معلومات نه وي ښکاره.

دوهم څپرکی

رواني ناخوالې یا ګډوډۍ (Psychotic disorders)

رواني ګډوډۍ ای تشوشات د هغو ناخوالو یوه ټولګه ده په کومو کې، چې لیونتوب د واقعیت په ارزولو کې د یوې لویې ویجاړۍ په څېر پیژندل شوی دی، چې د اعراضو په ټولګه کښې برلاسی وي. ځانګړي سایکوټیک اعراض لکه هذیانات Delusions . برسامات (Hallucinations)، د ریفرنس (اخځلیک) ورکولو خیالونه (Ideas of Reference) او د فکر کولو (Thought) ګډوودی په ځان کې رانغاړي. (۱-۱لمبر جدول) د رواني ګډوډیو د تشخیص او احصایې څلورم چاپ لاسوند Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV) د رواني ګډوډیو د ډلبندۍ نوملړ وړاندې کوي. دا ارزښتمنه ده چې و پوهېږو چې رواني ګډوډۍ د مزاج یا خُلق (Mood) له هغوناخوالو سره چې رواني اعراض ور سره وي توپیر لري. ناروغان کېدی شي د خپګان د یوې سختې حملې سره چې هذیان ولري او یا د مانیا له حملې سره چې هذیانات او برسامات ورسره وي درته را شي. دا ناروغان لومړني رواني اعراض نه لري ځکه چې د دوی جنون (سایکوز) دوهم ځلې (عرضي) دی چې د مزاج د ګډوډیو له امله رامنځته شوی دی .هغه تشخیصونه چې وروسته بیان شوي دي د سختو بېسېکه کوونکو رواني ګډوډیو له ډلې څخه دي . د ټولنیزو او مسلکي دندو د ترسره کولو په خورا لوړه کچه ستونځې د بېسېکۍ د یوې برخې په توګه د دې ګډوډیو سره یو ځای وي .

عصبي بنسټ (Neural Basis)

د رواني تشوشاتو(ګډوډیو) د عصبي بنسټ اړوند زموږ د پوهې زیاته برخه د شیزوفرېنیا په برخه کې پر څېړنه ولاړه ده. په اوسني وخت کې شیزوفرېنیا د عصبي ودې اړوند ناروغي ګڼل شویده ، چې پکښې په ځینو برخو کې دماغي حجم لږېږي چې د دماغي بطنیاتو د لوی والي سره یو ځای وي چې یوه ښکاره موندل شوي نښه ده. د لمبیک په ناحیو کې چې عبارت له: Hippocampus, Amygdala اوParahippocampal Gyrus ګونځې،څخه دي د دماغو حجم ووړ وي.

د Prefrontal قشر مایکرو اناتومي بدلون موندلی وي. د تالاموس (Thalamic) او قاعدوي عقدي (غوټي)(Basal ganglia) ناحيي هم اغيزمني شوي وي . د ډوپامين د دندو بدلون په غبنتلي ډول د شيزوفرېني په مثبتو او منفي اعراضو کې ونډه اخلي. ګاما امينوبيوتاريک اسيد ، ګلوتامات او نور مونو امينو عصبي لېږدوونکي (Mono Amino Neurotransmitters) هم يو څه اغيزمن شوي وي.

شيزوفرېني

شيزوفرېني يوه داسي ګډوډي ده په کومه کې چې ناروغان سايکوتيک اعراض لري او د ټولنيزو او مسلکي دندو د تر سره کولو ستونځي لري چې لږ تر لږه شپږ مياشتې پايښت مومي .

اپيديميولوژي

شيزوفرېني ۱ % وګړي اغيزمنوي . د تيوری له مخې يې د پيل وخت په سړيو کې د شل کلنی د مخه او له شل کلنی وروسته په ښځو کې دی .ښځې ښايي ډېرې وروسته په ژوند کې مغلوبی (ماتي) شي ، په رښتيا سره څه نا څه دريمه برخه ښځې له ۳۰ کلنی وروروسته يوه حمله ښيي. شيزوفرېني په ډېره نا وړه پراخه پيمانه په ټولنيزو – اقتصادي ښکته ډلو کې ليدل کيږي. همدارنګه شته نظريات د دي موندنې لپاره ندي ثابت شوي.

د خطر لاملونه (Risk Factors)

د شيزوفرېني لپاره د خطرلاملونه عبارت له : جنتيک يا ارثي د خطر لاملونو (کورنی تاريخچه)، د ولادت د مخه او يا د ولادت پرمهال لاملونه لکه يو شمېر ستونزې او يا د مور د اميندواری پر مهال او يا د زيږون پر مهال انتانات د عصبي بنسټ لرونکی د پېژندني غير نورمال حالتونه لکه د ناروغی د پيل سره د ټيټي کچي د ذکاوت قوه (IQ) يا د ماشومتوب د وخت وختي د عصبي ودې ستونزي لکه ښاري کېدل، د بېلابېلو کلتور لرونکو خلکو خواته ليږدېدنه (په ځانګړي ډول په حساسو يا مساعدو کسانوکې) څخه دي.

۱- ۲ لمبر جدول رواني ګډوډی (Psychotic disorders) را ښيي

Schizophrenia	شيزوفرېني
Schizophreriform Disorder	شيزوفرېني ته ورته ګډوډی
Schizo Affective Disorder	د عاطفي د پريشانه کېدو ګډوډی
Brief Psychotic Disorder	چټکي تېرېدونکي رواني ګډوډی
Shared Psychotic Disorder	د رواني ګډوډيو يوه برخه
Delusional Disorder	هذياني ګډوډی

د لاملونو پوهه (Etiology)

د شيزوفرېني لاملونه نه دي پېژندل شوي ، دلته يو روښانه ارثي جوړښت شته ، مګر په کورنيو کې يې پېښېدل ځای ځای (Sporadic) دي او شيزوفرېني په داسي کورنيو کې هم ليدل کيږي چې د ناروغی (شيزوفرېني) تاريخچه نه لري.په ډېره پراخه کچه باور کيږي چې شيزوفرېني د عصبي ودې يوه ګډوډي ده.ډېره د يادولو وړتيوري د ډوپامين فرضيه (Hypothesis) ده ، چې تاييدوي چې شيزوفرني په د ماغو کي د دوپامينرژيک لېږدوونکو لیارو (Dopaminergic pathways) د لوړ فعاليت له امله رامنځته کيږي . چې دا نظريه د سايکوز ضد درملو د اغيزمنتوب (کومې چه د ډوپامين اخذې نهي کوي) او د درملو د وړتيا (لکه کوکائين او امفېتامين) سره چې د دوپامينرژيک فعاليت هڅوي تر څو سايکوز رامنځته کړي ،سمون خوري .له مرګ وروسته څېړني رابښيي چې په لوړه شمېره دوپاميزژيک اخذې په خانګړو تحت القشري هستو کې په هغو کسانو کې چې شيزوفرېن وو د هغو کسانو پرتله چې نورمال دماغ يې درلودل شتون درلود. ډېری نيږدې اوسنی څېړني په هغو کسانو کي چې په شيزوفرېني اخته وو او يا د نفوسو د ساختماني او وظيفوي غير نورمالو حالتونو د روغتيايي کنترول لپاره ، د دماغي تصويرونو پر اخيستلو متمرکزي دي . داسي کومه لاسته راوړنه او نظريه نه شته چې د دې ډلې ناروغيو د ايتيولوژي او پتوژنزس د څرګندولو لپاره بسنه و کړي .

کلينيکي څرګندوني (Clinical Manifestations)

تاريخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

شيزوفرېني داسي يوه ګډوډي ده چې په داسي اعراضو سره چې د مثبتو او منفي اعراضو په نوم ياديږي، د بېلګي په ډول د ټولنيزو او حرفوي دندو په ترسره کولو کي پرمختلونکی زوال او د ناروغی پايښت لږ تر لږه شپږ مياشتې پوري وي، وصفي (ځانګړي) ده .

مثبت اعراض د غیر معمولي فکرونو ،احساساتو او سلوکونو په شتون (لکه برساماتو، هذیاناتو، او هیجاني کیدلو) سره وصفي دي. منفي اعراض د نورمالو ټولنیزو اورواني دندو په نه شتون سره (لکه د حرکت نه کول، ګوښي کېدل، د انرژي له لاسه ورکول او ځان ته په لږه پاملرنه) باندي وصفي دي . د مثبتو او منفي علایمو(نښو) تر منځ توپیر او بېلول د دې علمي هڅي لامل شول چي د شیزوفرني واړه ټیپونه را وپېژني ، ځکه چي ځیني درمل داسي ښکاري چي د منفي اعراضو په درملنه کي ډېر اغیزمن دي.په کلینیکي ډول ډېر ځله ناروغان مثبت او منفي دواړه اعراض په یوه وخت کي ښیي.

(۲-۲) لمبر جدول مثبت او منفي دوډیز اعراض یو ځای نوم لړ کړیدي . د تشخیص ایښودلو لپاره باید د لاندینیو معیارونو څخه دوه یا ډېر: لکه برسامات، هذیانات، بي ترتیبه خبرې، په پراخه کچه په ډېرو برخو کي د سمون نشتوالی یا کتاتونیک Catatonic (پټه خوله کېدل، یا د یوه ځانګړي وضعیت نیول) سلوک ، یا منفي اعراض ولیدل شي . همدارنګه دلته هم باید ټولنیزي او مسلکي وظیفوي ستونزې شتون ولري. ناروغ باید لږ تر لږه شپږ میاشتي ناروغ وي. شیزوفرېن ناروغان په عمومي ډول د ناروغی د مخه ناروغی ته ورته د غیر نورمال وظیفوي حالت تاریخچه لري.د شیزوفرېني خبر ورکوونکي نښي عبارت له : کمزوریو ټولنیزو مهارتونو، ټولنیز پریکون او غیر معمول فکر کولو (که څه هم چټي هذیان نه وي)، څخه دي . د ناروغی د مخه تاریخچي پلټنه ښایي مرسته وکړي چي شیزوفرېني له یوې رواني ناروغۍ ، دوهم له مانیا او یا د درملو له اخستلو څخه بېله کړو.

۲-۲لمبر جدول د شیزوفرېني مثبت او منفي اعراض :

منفي اعراض Negative Symptomes:
د عاطفي پخوالی Affective Flattening د هیجاناتو د څرګندولو لږوالی لکه د توضیحي اشارو له لاسه ورکول.
Alogia د پوهیدو نشتوالی: تحت الفظي: (د لغاتونو ورک کول) :- چه د خبرو کولو لږوالي او نوروته د پوښتنو د ځوابولو د محتویاتو نشتوالی دي.
د ټولني څخه لیرېوالي :- د ګوتو په شمېر ملګري، فعالیتونولږوالی، په زړه پورې والي او د صمیمیت خرابوالی لږه جنسي (Asociality) : علاقه.
مثبت اعراض: Positive Symptons :
برسامات Hallucinations : سمعي، بصري، تماسي یا شمي برسامات داسې اوازونه چه ده ته امر کوي ، اوریدل.
هذیانات:Dellusions : ډېر ځله د محتویاتو له مخې بیانیږي لکه ازار ورکوونکي (Persecutory). ځان لوي ګڼل، پارانوئید، مذهبي (Religious) ، د ریفرنس ورکولو خیالات د افکارو انتشار، ده ته د نورو د افکارو دخول، د فکر کولو ډډه کول.
د شدید عکس العمل سلوک (Bizarre behavior) : حمله کوونکي یا هیجاني، عجیبه کالیو اغوستل یا ظاهري بڼه ، عجیبه ټولنیز سلوک، تکراري کلیشه اي سلوک.
Adopted from and reason NC. Black DW. Introductory Test book of psychiatry. 3rd washington.DC: Anmerican psychiatric publishing, 2001.

۳-۲لمبر جدول د شیزوفرېنيا ډولونه:

پارانویید (Paranoid): پارانویید هذیانات، ډېر ځله سمعي برسامات، عاطفه پڅه نه وي.
کتاتونیک (Catatonic) : حرکي بې حسي یا بې حرکتي یا زیاتېدونکي، بې هدفه حرکي فعالیتونه د بدن د شخوالي وضعیت اختیارول، د بل چا د خبرو تکرارول.
ویجاړ شکل (Disorganised) :- بې سمونه خبرې کول، ویجاړ سلوک، پڅه یا نا مناسبه عاطفه چې کتاتونیک نه وي.
ناتوپیر شوی شکل یا Undifferentiated (چه په اټکلي توګه ډېر معمول دی) پکې هذیانات، برسامات، بې ترتیبه خبرې کول کتاتونیک سوک، منفي اعراض: د پارانوید، کتاتونیک او یا ویجاړ شکلونو لپاره معیاري نه لیدل کیږي.
باقیمانده یا پاتې شوني: د شیزوفرېنيا لپاره هغه معیارونه چې اوس منحل شوي دي لیدل کیږي. Residual (لکه د برساماتو، د ځرګندو هذیاناتو او نورو نښتوالی) مګر نوره منفي پاتې شوني اعراض یا خفیف هذیانات او برسامات او یا د تفکر ګډوډی شتون لري.
Adopted from Andreason NC. Black DW. Introductory text book of psychiatry.3rd ed. Washington DC: American psychiatric publishing, 2001.

شیزوفرېن ناروغان د ځان وژنې د لوړ خطر سره مخ دي . څه نا څه دریمه برخه د ځان وژنې هڅې کوي او ۱۰٪ ځان وژنه تر سره کوي . د ځان وژنې د خطر لاملونه عبارت له : نارینه جنسیت ، له ۳۰ کلنی څخه لږ عمر ، د ناروغۍ مزمنوالي ، مخکېنی خپګان ، او اوس مهال له روغتون نه له راوتلو څخه دي . DSM-IV د شیزوفرېنيا پنځه واړه ډولونه : پارانویید ، نامنسجم ، کتاتونیک ، ناتوپیرشوی او پاتې شوني شکلونه ځانګړي کوي . د شیزوفرېنيا واړه ډولونه د څرګندوونکو په څېر کارول کیږي مګر داسې نه ښودل کیږي چې د ډاډ او اعتبار وړ وي . (۳ –۲) لمبر جدول دا واړه ډولونه بیانوي .

تشخیصي ارزونه (Diagnostic Evaluation)

د شیزوفرېنيا لپاره تشخیصي ارزونه ، هر اړخیزه تاریخچه ، فزیکي اولابراتواري معاینات په لومړیتوب سره د مقناطیسي اهتزازاتوپرمټ د د ماغوانځوراخیستنه (MRI) په ځان کې رانغاړي . طبي لاملونه لکه دعصبي اندوکرېني غیرنورمالو حالتونو ، او روان هڅوونکو بېځایه کاروني یا روږدي کېدلو په څېر ،او لکه دماغي بې وسې په تومورونو او انتاني حالتونو کې ، په څېر باید رد شي.

تفریقي یا توپیري تشخیص (Differential Diagnosis)

د یوې حادې رواني حملې توپیري تشخیص د پراخې ساحې لرونکی او ګوتځنډونکي(چلنج ورکوونکی) دی (۴-۲لمبر جدول) . لومړی باید یو طبي یا د نشیي توکو اړوند حالت رد شي. دننده موده چې شیزوفرېنيا د Schizo Affective ګډوډیو، د مزاج له ګډوډیو چې سایکوتیک شکل ولري ،له یوې هذیاني ګډوډی او یا د شخصیت له ګډوډی څخه توپیر کړو!

تدبیرونه (Management)

سایکوز ضد مواد(توکي) په لومړي ګام کې په درملنه کې کارول کیږي . دا درمل د حادې رواني حملې د درملنې او د ناروغ د دوهم خلې روغتیا پیدا کولو او یا د اوږدې مودې په ناروغۍ کې کارول

کیږي.د سایکوز ضد درمل په (۱۲) څپرکي کې بیان شوي دي. د څو ډلو درملو یو ځایي ورکړه په شدیدو او معندو (د درملني سره مقاومو)کېسونو کې ډېر ځله توصیه کیږي .رواني ټولنیزې درملنې عبارت له : د واقعیت د تثبیت (پېژندني) په لور رواني درملنه، د کورنۍ سره مرسته (ملاتړ)، رواني ښوونه، د ټولنیزو او وظیفوي مهارتونو روزنه، او د ژوند د چاپېریال شاوخوا (د کورنۍ غړیو د کوټې ملګرو، ورځنیو فعالیتونو) ته ، له پاملرني کولو څخه دي ,چې په اوږده موده ځارنه کې دې ناروغانو ته اساسي او اړین دي. د شیزوفرېني اختلاطات عبارت له : لومړي کوم چې د سایکوزضد درملو اړوند دي دوهم یې د لرې روغتیایي ځارني او د خپل خان د ځارني د جوګه کېدو د ویجاړتیا لـه املـه ، او د زیاتېدونکي کچې ځان وژنې څخه دي. یوه تشخیص شوي شیزوفرېني داسې یوه ګډودي ده چې د اوږدې مودې لپاره په وارو وارو او راګرځېدونکي ډول د دندو په ترسره کولو کې د حملو پرمهال ویجاړې راولي . د ناروغۍ په وختي پیل، د سر د ضربې د تاریخچې په شتون، او یا د نشیي توکو د بې ځایه کارونې په شتون کې د ناروغۍ خراب انذار لیدل کیږي.

سکیزوافکتیف ګډوډي (Schizo Affective Disorder)

په شیزوافکتېف ګډوډۍ اختـه نـاروغ داسـې رواني حملـه لـري چې د شیزوفرېني پېښـې کـوي مګـر د څرګندو مزاجي (خُلق) له بې نظمیو سره یو ځای وي . د دوی سایکوتیک اعراض باید همدارنګه ځینې وختونه د کومو مزاجي اعرضو د ټولګي (سنډروم) په نه شتون کې پایښت و مومي .

اپیدیمیولوژي

د ژونـد پـه مـوده کـې یـې پېښـې د ۰،۵ % نـه تـر۸, ۰ %پـورې اټکل شـوي دي د پیـل وخـت یـې د شیزوفرېني سره ورته دی (د تنکۍ ځوانۍ وروستۍ یا د شلو کالو مځکې).

٢-٤ جدول د حاد رواني سندروم لاملونه راښيي.

لويي رواني ګډوډي	
د شيزوفرېنيا حاد ي ځرګندوني:-	ژور خپګان د سايکلوتيک شکل سره
غير وصفي لېونتوب (لکه شيزو فرېنيفورم):	مانيا
د درملوبېځايه کارونه اوپرېښودل	
د الکهولوپرېښودل	فن سايکلېدين (PCP) اوبرسام راوړونکي
امفېتامين اوکوکاين	ارامورنکي او خوب راوړونکي
توصيه شوي درمل	
انتي کولينرژيک توکي	
د ديجيتال درملو مسموميت	
کورتيکوستېرويد او ادرينوکورتيکو تروپيک هارمون (ACTH)	
ايزونيازيد	
L-DOPA(3-4-dihydroxy-L-phenylalanine) اونور د ډوپامين اګونست (بني ډوله توکي) .	
غيرستېرويدي التهاب ضد درمل	
د مونوامينواکسيدازله نهي کوونکو نه محروميت .	
نور زهري توکي	
کاربن ډای سلفايد	درانه فلزات
عصبي لاملونه	
د ايډزله امله انسفالوپاتي	د ويروسي انتان انسفايت
د دماغو تومورونه	دماغي جذام
پېچلي قسمي اختلاجي حملې	عصبي سفلېس
وختي د الزايمر او د پيک ناجوړی	د دماغو نا څاپي حمله
هوچنسن ناروغي	د ويلسن نا جوړي
د اکسيجن د نه رسېدوله امله انسفالوپاتي	
متابوليک لاملونه	
حاده په وارو وارو پورفيريا	
کوشنګ سندروم	د کلسيم لږوالی او ډېر والی
وختي هپاتيک انسفالوپاتي	هايپو او هايپر تايرودېزم
خوراکي لاملونه	پارانيوپلاستيک سندروم (لمبيک انسفالوپاتي)
د نياسين نشتوالی (پلګرا)	
دتيامين نشتوالی (ورنيک کورساکوف سندروم	د بي ١٢ ويټامين نشتوالی

د خطر لاملونه(Risk Factors)

د شیزو افکتیف ګډوډی لپاره د خطر لاملونه ښه نه دي جوت شوي ولې د شیزوفرېني او مزاجي ګډوډیو د د خطر د لاملونو سره اړیکي لري.

د لاملونو پوهه (Etiology)

د شیزوافکتیف ګډوډۍ ایتولوژي نده پېژندل شوي ښایي د شیزوفرېني او د مزاج د ګډوډیو سره په توپیرکي وي یو بېل شوی سایکوتیک سنډروم یا په ساده توګه د مزاجي ګډوډیو او د رواني ګډوډیو په لوړه کچه ګډه څرګندونه ده .

کلینیکي څرګندوني (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

د شیزوافکتیف ناروغان د شیزوفرېنیا ټایپیک اعراض لري او په ناڅاپي ډول د مزاج لویه بې نظمي لکه د مانیا او خپګان حملې په څېر پیلیږي. دوی بایدهمدا ډول د مزاج د لویې بې نظمی پرته کوم وخت چې دوی رواني اعراض لري د ناروغی یوه دوره ولري . مزاجي بې نظمی اړیني دي چې د ناروغی په یوه اساسي برخه کې شتون ولري.دلته د شیزافکتیف ګډوډی دوه واړه ټیپونه شته چې په DSM - IV کې په ډیپرېسیف او دوه قطبي باندې ځانګړي شویدی چه د مزاج د بې نظمیو د طبعیت پر مټ په نښه کیږي.

تشخیصي ارزونه (Diagnostic evaluation)

د شیزوافکتیف ګډوډۍ لپاره تشخیصي ارزونه د نورو رواني حالتونو لپاره د ارزوني سره ورته والی لري او تفصیلي تاریخچه، فزیکي او لابراتواري کتنې چې د مقناطیسي اهتزازاتو پر مټ تصویر اخیستلو(MRI)ته لومړیتوب ورکول کیږي , را نغاړي. هغه طبي حالتونه چې په دوهم ځلي ډول سلوکي اعراض رامنځته کوي باید رد شي .

توپیري تشخیص (Differential Diagnosis)

د مزاج ګډوډۍ په سایکوتیک شکل کې د مانیا او سایکوتیک ژورخپګان په څېر ، له شیزوافکتیف ګډوډی سره په هغه ناروغ کې چې په شیزوافکتیف ګډوډی کې یې سایکوتیکو اعراضو (لږ تر لږه دوی اونی) وروسته له هغه چې مزاجي اعراضو سستوالی پیدا کړي وي پایښت موندلی وي توپیرکیږي.

شیزوفرېني د شیزوافکتیف ګډودی څخه په شیزوفرېني کې د ناروغی په موده کې د ښکاره مزاجي ګډوډۍ د اعراضو په نه شتون سره توپیر کیږي. دا ارزښتمنه ده چې په شیزوفرېني کې منفي اعراض

په شیزوفرېني اخته ناروغ کې لکه، د انرژي نشتوالی او یا ناهیلی څخه په هغه خپه ناروغانو کې چې په شیزوافکتیف ګډوډی اخته وي توپیر شي، د مزاجي ګډوډی پایښت لرونکي اعراض (لکه خپه مزاج او د خوب ګډوډی) په رښتیا سره د مزاج ګډوډي په یو ځایي شکل راښي.

تدبیرونه(Management)

ناروغان د هغه درملو پرمټ چې موخه یې سایکوز او مزاجي ګډوډي وي درمل کېږي په ځانګړې ډول دا ناروغان د یوه سایکوز ضد درمل او یا مزاج ثابت ساتونکي درمل یو ځای ورکړې ته اړتیا لري. د مزاج تثبیتونکي په (۱۳) څپرکي کې څېړل شوي دي. یو خپګان ضد درمل یا برېښنایي اختلاجي درملنه (ECT) ښایي د خپګان د حملې په حاده مرحله کې اړتیا وي. رواني ټولنیزه درملنه د شیزوافکتیف ګډوډی او د شیزوفرېني له درملنې سره ورته ده. د شیزوافکتیف ګډوډی اختلاطات عبارت له: لومړی د انتي سایکوتیک اومزاج ثابتوونکو درملو اړوند ،دوهم روغتیا ته د لړې پاملرنې او ځان ته د لږې پاملرنې د قابلیت د ویجاړتیا له امله ، او د ځان وژنې زیاتوالی، څخه دي. انذار یې د شیزوفرېني څخه ښه او د دوه قطبي ګډوډیو او ژور خپګان څخه خراب دي .هغه ناروغان چې شیزوافکتیف ګډوډي لري د شیزوفرېني په نسبت ژورخپګان او دوه قطبي ګډوډی ته ډېر ورته والی لري او لږ هغو کسانو ته ورته دي چې په مزاجي ګډوډیو له درملنې وروسته د ښېګړې موندلو په حال کې وي.

شیزوفرېني فورم ګډوډي (Schizophreniform Disorder)

په اساسي توګه شیزوفرېني فورم ګډوډي شیزوفرېني ده چې د شپږو میاشتو په تېرولو کې پاتې راشي او ټولنیز پریکون پکښې نه شته.

اپیدیمیولوژي

د دې تشخیص اعتبار تر پوښتنې لاندې دي ! د ناروغی د څېړنې پایلې را په ګوته کوي چې ډېر ناروغان ښایي د پوره روښانه شیزوفرېني خواته لاړ شي او خینې نور کسان داسې ښکاري چې د مزاج د ګډوډی خواته لاړشي د شیزوفرني فورم ګډوډی تشخیص مرسته کوي تر څو د شیزوفرېني د خام (بې وخته) تشخیص څخه مخکښې له ځینو نورو ګډوډیو لکه د دوه قطبي ګډوډیو په شان چې دوی یې لري لیرې و اوسو .

د خطر لاملونه (Risk Factors)

له دې امله چې ډېر شیزوفرېنیفورم ناروغان په اټکلي ډول په شیزوفرېني سره تشخیص کیږي د دې دواړو ډلو لپاره د خطر لاملونه یو بل ته سره ورته دي .

د لاملونوپوهه (Etiology)

تر اوسه يې اېټیولوژي نده پیژندل شوي ،لږ ترلږه په یوه څیړنه کې د هغه ناروغانوچې شیزوفرېني اوهغوی چې شیزوفرینیفورم ګډوډي لري د دماغو په جوړښت کې یې ترمینځ غیرنورمال ورته والی موندل شوی دی .

کلینیکي ځرګندوني (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

شیزوفرینوفورم ګډوډي په اصل کې تولنیزپرېکون ته له اړتیا پرته لنډ مهاله شیزوفرېني ده . د دې ګډوډی په لرونکو ناروغانو کې به داسې څه چې عبارت له : هذیاناتو ، برساماتو ، بې ترتیبه غږېدلو ، یا منفي اعراضو له شتون څخه دي ، و ښکاري چې ځرګنده شیزوفرېني به وي ، مګرد ناروغی موده چې له مخبره ، فعالي اوپاتې شوني ، مرحلو څخه عبارت دي , له یوی نه ترشپږومیاشتو پوري ده. که چېري یوعرض له شپږومیاشتو اوږد شي هغه وخت چې یوازې پاتې شوني اعراض له مینځه لاړ وي نوتشحیص په شیزوفرېني بدلیږي .

توپیري تشخیص (Differential Diagnosis)

باید ځیر و اوسو چې شیزوفرېنیفورم ګډوډي د مانیا اوخپګان له حملو څخه چې سایکوتیکه ځېره ولري بېله کړو . د حاد لېونتوب نور لاملونه (لکه د نشيي توکو له امله یا دعمومي طبي حالتونو له امله) باید رد شي .

تدبیرونه (Management)

د تعریف له مخې ګډوډي په ځان پوري تړلي ده ، کله چې اعراض د شدیدې ویجاړی لامل شي درملنه يې په شیزوفرېني کې د سایکوز بیرنی درملنې ته ورته ده .

هذ یاني تشوش یا ګډوډي (Delusional Disorder)

هذ یاني ګډوډي په ناوړه هذیاناتوچې سایکوتیک اعراض نه لري وصفي ده ، نادره ده مګرپاېښت يې زیات او درملنه يې حمایت (ملاتړ) دی .

اپیدیمیولوژي

دا ګډوډي نادره ده، چې (پېښې) يې له ۵ ۰ ۰، ۰ څخه لږې دي. په عمومي ډول يې پيل د ژوند په منځنۍ يا وروستۍ برخه کې دی. دا ناروغي ښځې د سړيو په پرتله ډېرې ځلې اغيزمنوي ناروغي د زياتې مودې لپاره پايښت مومي، چې ښېګړه يې غيرمعمول ده .

د لاملونو پوهه (Etiology)

ايتيولوژي يې نه ده پېژندل شوي. ډېرځله رواني- ټولنيزفشارراوړونکي ، داسې ښکاري چې لاملونه وي ،د ښېلګې په ډول د لېږد را لېږد وروسته ،د مهاجرت په لېونتوب کې اوسني کوچېدلي د نورو له خوا د ازارولوهذيان پيداکوي . دهذياني ګډوډيو ډېری ناروغان د ناروغۍ د مخه پارانوييد ځانګړنه لري . د پارانوييد شخصيت ګډوډي په هغه کورنيوکې موندل کيږي چې د هذياني ګډوډيوناروغان ولري .

کلينيکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاريخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

دا ګډوډي په ښو لوري ورکړل شويو او ډېر شدت نه لرونکو هذياناتو باندې د هغو پېښو په وړاندې، چې په ريښتوني ژوند کې پېښيږي (لکه څارل، مسمومېدل، منتن کېدل، له ليرې واټن مينه کول ، د بوې ناروغۍ درلودل، د خپلې جوړې څخه د بوه ، او يا د بوه بل څرګند شخص له خوا څخه پرغولولو) باندې وصفي (ځانګړې) ده . هذيانات بايد لږ تر لږه يوه مياشت شتون ولري. له هذياناتو پرته يې سازش (ټولنيزه همغاړې کېدنه) ښايي نورماله وي . ناروغ بايد د شيزوفرينې لپاره معيارونه ونه ښيي. کومه يوه مزاجي ګډوډي بايد د ناروغۍ په موده کې چټکې تېريدونکي اړيکي ولري DSM – IV د هذياني ګډوډيو اووه ډولونه راښيي، چې په (۵- ۲)لمبر جدول کې ښودل شويدي.

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

دا ارزښتمنه ده، چې نورې رواني او طبي ناروغۍ، چې کولی شي د هذياناتو لامل شي رد شي. له دې وروسته بايد هذياني ګډوډې د ژور خپګان له رواني شکل، مانيا، شيزوفرينې او پارانوييد شخصيت څخه بېلې شي.

تدبيرونه(Management)

د سايكوز ضد درملو كارونه مناسبه ده مګر ډېر ځله بې اغېزې دي. لومړنۍ درملنه رواني درملنه ده، پام كول دي چې : نه به د ناروغ هذيانات ملاتړ كوي او نه به هغه ردوي ددې لپاره چې د ناروغ سره ملګرتيا ونيول شي ، پداسې حالت كې، چې د دې ملګرتيا پرته ډېر ناروغان درملنه پرېږدي د زياتې مودې په ملګرتيا سره ناروغ ښايي هذيان ترک کړي .

۵-۲لمبر جدول د هذياني ګډوډيو ډولونه :

د بدګوماني Erotomania : يو شخص په درواغو سره د بل يوه سره كه سړى وي او يا ښځه په مينه تومتي كيږي.
د ځان غټ او قدرت لرونكى ګڼل Grondiose :- يو شخص په ناسمه باور پيدا كوي، چې دى او يا دي ځانګړي وړتيا لري او يا په نورو چارو كې تر نورو تر واقعيت ډېر زيات ارزښتمن دى.
د حسادت (كيني)هذيان Persecutory: شخص په نا سمه باور پيدا كوي، چې د باندې له خوا نور ده ته ازار وركوي او يا دي ته، چې دى يا دي په عمومي ډول د ده پر ضد د دسيسې په جوړولو كې دى.
جسماني Somatic: يو شخص په ناسمه توګه باور پيدا كوي، چې دى او يا دي د بدن وظيفوي ګډوډۍ لري د بېلګې په ډول د يوه غړي وظيفوي ستونزې، د بدن جوړښت يا پرازيتي انتان.
مخلوط يا ګډ Mixed: هغه شخص، چې داسې تشخيص شوى دى، چې يو ډول ساده هذياني علايم نه ښيي .
ناځانګړى شوي Unspecified: يو شخص داسې تشخيص شوى دى، چې يو ډول ساده هذياني علايم نه ښيې او يا داسې، چې ځرګند هذياني علايم يې د هذياني ډولونو له معيارونو سره برابري نه كوي.

چټكه تېرېدونكي رواني ګډودي(Brief Psychotic Disorder)

په زر تېريدونكي رواني ګډوډي كې ناروغ يوه پوره رواني حمله ځرګندوي خو لنډ دوام كوي دا كېدى شي، چې په لنډ مهاله توګه د رواني فشارونو اړوند او يا د زېږون وروسته ، مګر همدارنګه كېدى شي چې د كومې روښانه سابقې پرته هم و ليدل شي.

اپيديميولوژي

د لته بشپړ معلومات په لاس كې نه شته، چې د پېښېدلو او جنسي توپير پرتله كېدنه يې په ګوته كړي .

د لاملونو پوهه (Etiology)

تر اوسه يې اېټيولوژي نده پېژندل شوې ، دا ګډوډي داسې ښكاري، چې د سرحدي شخصيت ګډوډيو Borderline Personality Disorder او د شيزوټايپال شخصيت Schizotypal Personality Disorder سره يو ځاى وي.

كلينيكي ځرګندوني (Clinical Manifestations)

تاريخچه او د رواني حالت كتنه (History and Mental Status Examination)

په زر تېرېدونكي رواني ګډوډي كې ناروغ داسې رواني اعراض ځرګندوي، چې لږ تر لږه يوه ورځ پايښت مومي مګر د يوې مياشتې څخه ډېر نه، چې په ناڅاپي ډول د ناروغۍ د مخه وظيفوي حالت ته

په ورګرځېدوپایښت مومي. ناروغان شوني ده چې هذیانات، برسامات او د ویجاړو خبروکولو یو ځایوالی یا پراخه ویجاړشوی سلوک ښکاره کړي. دلته درې واړه ډولونه په ګوته شوي چې: د څرګندو رواني فشار راوړونکو سره (د چټک غبرګون په ډول سایکوز)، د څرګندو رواني فشار راوړونکو پرته او د ولادت وروسته چټک تېرېدونکي رواني ګډوډۍ دي. هغه ناروغان، چې د زېږون وروسته زرتېرېدونکي رواني ګډوډي لري د زېږولو وروسته د یوې نه تر دوو اونیو په موده کې اعراض څرګندوي، چې د ۲-۳ میاشتو په موده کې له منځه ځي.

توپیري تشخیص (Differential diagnosis)

دا ارزښتمنه ده، چې شیزوفرېني رد شي په ځانګړې توګه چې ګډوډي ډېره بده شي او یا له یوې میاشتې نه ډېر پایښت ومومي (د زېږون وروسته له سایکوز پرته کوم چې له ۲-۳میاشتوپورې پایښت مومي). د مزاج یوه ګډوډۍ لکه مانیا او یا ژور خپګان چې رواني ډول وي باید رد شي.

تدبیرونه (Management)

د ناروغ د ساتنې لپاره بستر کول اړین دي، په سایکوز ضد درملو درملنه دود ده.څرنګه چې د تعریف له مخې ناروغي په ځان پورې تړلې ده او ځانګړي درملنې ته اړتیا نه لري د روغتون د ننه چاپېریال او د روغتون تولنیز جوړښت ښایي د ناروغ په دوهم ځلې روغتیا کې مرسته وکړي.

اساسي یا کلیدي ټکي (Key points)

- شیزوفرېني د جنون (لیونتوب) ټولنیزو اومسلکي - وظیفوي ستونزو په درلودلو سره، چې لږ تر لږه شپږ میاشتې پایښت مومي وصفي ده.
- شیزوفرېني ۱۰% ځان وژنه لري ، څه نا څه دریمه برخه ناروغان د ځان وژنې هڅې کوي.
- شیزوفرېني په سایکوز ضد درملو او رواني ټولنیز ملاتړ سره درملنه کېږي.
- په شیزوافکتیف ګډوډیو کې د مزاج ګډوډۍ د رواني حملو سره، د جنون یوه دوره، چې د مزاج ګډوډي نه لري وصفي وي.
- شیزو افکتیف ګډوډۍ د جنون ضد درملو او د مزاج ثابت ساتونکو درملو پر مټ تداوي کېږي.
- د شیزو افکتیف ګډوډۍ انذار د شیزوفرېني څخه ښه او د مزاجي ګډوډیو څخه ناوړه دي.
- شیزوفرني فورم ګډوډۍ د شیزوفرېني پېښې کوي مګر د شپږ میاشتو نه په لږه موده کې انحلال پیدا کوي (شیزوفرېني او یا دوه قطبي مزاجي ګډوډۍ یې ډېره او برلاسي پایله ده).

- هذياني ګډوډی په نا شدیدو، نا متناوبو (دوره نه لرونکو) او د اوږدې مودې لپاره هذیاناتو باندې وصفي دي.
- چټکې تېرېدونکي رواني ګډوډی په ځانګړو رواني اعراضو سره، چې له یوې نه تر دېرشو ورځو پورې پایښت مومي وصفي دي.
- چټکې تېرېدونکي رواني ګډوډی کېدی شي، چې د رواني فشار رواړونکوپېښو وروسته او یا کېدی شي د زیږون وروسته وي.

دريم څپرکی

د مزاج (خُلق) ګډوډی یا ناخوالي (Mood Disorders)

د مزاج ګډوډۍ په رواني ناروغيو کې د ډېرو دوديزو تشخيصونو څخه دي . مزاج يو اوږد مهاله هيجاني حالت دی (چې د عاطفي يا Affect سره توپير لري، کوم چې د احساساتو باندېنی غبرګون دی)، د رواني ګډوډيو د تشخيصي،احصايوي څلورم چاپ لاسوند (DSM-IV) له مخې د مزاجي ګډوډيو دري لويې ډلې : يو قطبي مزاجي ګډوډۍ ،(د ژور خپګان ګډوډي ، د خُلق تنګی ګډوډي) , دوه قطبي مزاجي ګډوډي (دوه قطبي I ګډوډي ، دوه قطبي II ګډوډي او د خُلق يا مزاج د وراني ګډوډي) او د مزاج هغه ګډوډۍ چې د پېژندل شوي ايتيولوژۍ لرونکي وي (د نشيي توکو راټوکېدونکي مزاجي ګډوډيو، او هغه مزاجي ګډوډۍ چې د عمومي طبي حالتونو له امله رامنځته شوي وي) شته دي (۱-۳)لمبر جدول . خورا ښې په لاس کې شته موندني را په ګوته کوي چې مزاجي ګډوډۍ په يوه اوږده موده کې د نورمال مزاج سره يو ځای پيښيږي. همدارنګه مانيا او خپګان ډېر ځله د مزاج د طيف يو د بل ضد څوکو په څېر ښودل کيږي، دوی شوني ده چې په يوه شخص کې په يوه چټکه تېرېدونکي موده کې، چې د ګډ مزاجي حالت نظريه راټوکوي وليدل شي.

عصبي بنسټ (Neural Basis)

د مزاجي ګډوډيو عصبي بنسټ په ورو ورو راڅرګنديږي. دا اوس روښانه شوې ده، چې برسېره د هيپوتالاميک، نخاميه او ادرينال په محور Hypothalamic – Pituitary Adrenal Axis او په ګڼوعصبي لېږدوونکو سيستمونو Multiple Neurotransmitter Systems کې پر بدلونونو راتللو، د مزاج ګډوډۍ د دماغو د ساختماني او وظيفوي بدلونونو سره يوځای وي . ځانګړي اغېزمنې شوي برخې عبارت له : هيپوکامپال جوړښت (Hippocampal Formation) اميګدالا (Amygdala) د سنګولاته جيروس (ګونځې) Cingulate gyrus (قدامي برخه) د جبهي قشر د مخه برخه (Pre Frontal cortex) (په ځانګړي ډول د فرانتال د مخه قشر خلفي جنبي برخې) څخه دي . دلته ښکاره موندنې شته، چې په مزاجي ګډوډيو کې د دماغو حجم لږ وي،په سپين جوهر کې بدلون د لوی والی او ډېر

سختوالی په شکل په مقناطیسي، اهتزازي تصویر (MRI) کې هم لیدل کیږي چې په دوه قطبی I ګډوډی کې ډېردود دي. همدارنګه ارثي لاملونه په ځرګند ډول د مزاجي ګډوډیو لپاره په زمینه جوړولو کې د ارزښت وړ پر مخ تلونکي اغېزه لري. لکه په یوه بېلګه کې ارثي پولي مورفېزم یا ګڼ شکلیزه په لږه اندازه سره د سیروټونین د دوباره جذب لېږدوونکي تولیدوي، هغه وخت چې دوی د کومې رواني فشار راوړونکي پېښې سره مخ شول د دوی سره د لوی خپګان د ځرګندولو لپاره د خطر لاملونه یو ځای وي (۱-۳)شکل د دماغو هغه لویې برخې چې د مزاج په ګډوډیو کې ونډه اخلي رانښيي .

یو قطبي ګډوډی (Unipolar Disorders)

یو قطبي ګډوډی د لوی (ژور) خپګان د ګډوډي او د مزاج (خُلق) تنګی ګډوډی دي.

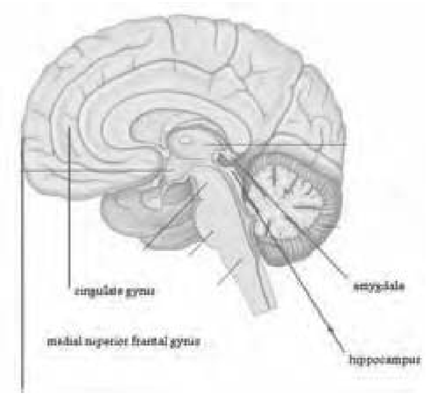
د لوی (ژور) خپګان ګډوډي (Major Depressive Disorder)

د ژور خپګان ګډوډي د لوی خپګان د یوې یوازینی حملې وروسته تشخیص کیږي (۲-۳) لمبرجدول . چې دا د هیجان پر بدلونونو، لومړنیو خپه مزاجونو او پداسې بدلونونو، چې نباتي بدلونونه ورته ویل شوي دي، په اوږد مهاله توګه د خوب ، اشتها او د انرژي د کچې پر بدلونونو باندې وصفي دي . د لوی خپګان یوه حمله شوني ده هر وخت د ماشومتوب له لومړیو وختونو بیا تر زاړه عمر پورې کسانو کې ولیدل شي.

اپیدیمیولوژي

د ژوند په اوږدو کې یې پېښې (د یوه شخص د ژوند په ځینوبرخو کې لیدل کیږي) د ژور خپګان د ګډوډی د پېښېدو کچه د ۵%نه تر ۲۰% پورې ده. د ښځینه او نارینه تر منځ د پېښیدو نسبت یې ۲: ۱ دی (ښځې دوه واري) د نارینه په پرتله زیاتې په ناروغی اخته کیږي. په ټولو نژادونو کې په یو ډول پېښیږي. ټولنیز او اقتصادي توپیرونه د یوه لامل په حیث نه ښکاریږي . د پېښېدو کچه یې (د نویو کېسونو اندازه) د ۲۰ کلنی او ٤۰ کلنی تر منځ ډېره زیاته ده او د ٦۵ کلنی وروسته را ټیټیږي څه نا څه ۲،۵% ماشومان او ۸% لویان له ژور خپګان څخه زوریږي . ژور خپګان ۱%نه تر ۳% پورې په عمر پاخه کسان اغیزمنوي .

۱-۳ لمبر جدول د مزاج د ګډوډیو ډلبندي :



۱ -۳شکل

یـــــو قطبـــــــی	دوه قطبـــي	ایتیولوژیک
Unipolar	Bipolar	
د لوی خپګان ګډوډی	دوه قطبي I ګډوډی	د موادولامله د مزاج ګډوډی
د خُلق تنکی ګډوډی	دوه قطبي II ګډوډی	د مزاج هغه ګډوډی، چې د عمومي طبی حالتونو لامله وي
د مزاج د ورانی ګډوډی		

د دماغوهغـــه برخــي، چــې پــه ژورخپګـــان کښــې ســاختماني او وظیفــوي بدلونونـــه پکښــی راځــي لکـــه هیپوکمپـــاس، بدلونونــــــه پکښــــــي راځــــــي لکـــــــه هیپوکمپـــــاس، امیګـــــــدالا، ســــــینګولات، خلفــــــي جنبــــــي فرنتالـــــــل مخکښې قشر جیروس ، د فرنتال فص نوره اغیزمنې برخې لکه متوسط علوي فرنتال جیروس ، اوخلفي جنبې دفرانتال دمخه قشر نه رابنیې . د اناتومیکو چارتونو د شرکت لخوا

د لاملونو پوهه (Etiology)

د ژور خپګان فزیولوژیکي نظریې په عمومي ډول د بین الفردي (د اشخاصوترمینځ) اړیکو لـه لاسه ورکول (رښتوني یا لیدل شوي) ،د لوی خپګان د ودې لپاره د یوه زمینه جوړوونکی لامل په څېر بنودل کیږي . په رښتیاسره ښته معلومات څرګندوي چې د ماشومتوب په وخت کې د والدینو (مور او پلار) مړینه یا د خپلې جوړې لـه لاسه ورکول د خپګان سره ملګري وي . د پخوانیو رواني تحلیلي نظریو مرکز د شي د لاسه ورکولو(شخص) ته په دوه ګوني احساس کې دی . لکه څنګه چې ډېری اوسنی نظریې د شیانو سره اړیکو درلودلو او ځان پاملرنې ته د رواني اعراضو په راټوکولو کې پر بنسټیز ارزښت باندې متمرکزې دي. د پېژندنې سلوکي موډل د پېژندنې ګډوډي د لومړنی پیښې په ډول ګڼي چې له نړۍ څخه یوه منفي ناسم درک ته وده ورکوي. د زده کړې د مرستې کولو ماډل (په حیواناتو کې پرڅېړنه ولاړ دی) څرګندوي چې خپګان په هغه کسانو کې ډېر پېښیږي، چې دوی باور لري چې پر رواني فشارونو او دردونو باندې چې دوی ربړوي کنټرول نه لري. بیولوژیک، کورنې او ارثي ښته معلومات د ژور خپګان په منځته راتلو کې د بیولوژیکي مفکورې فرضیه غښتلي کوي.

۲-۳لمبر جدول د ژور خپګان د حملې لپاره تشخیصي معیارونه را ښيي :

مزاج Mood : خپه مزاج د ورځې ډېر وخت نږدې هره ورځ
خوب Sleep: بې خوبي یا ډېر خوب Insomnia or hyper somnia
علاقه Interest: په علاقه کې په لږوالي او په ډېرو فعالیتونو کې د خوښۍ لږوالی.
ګناه Guilt: دبې ارزښتوالي احساس او یا د سخت نامناسب ګناه احساس
انرژي Energy: زیاته ستړیا او یا د انرژۍ لږوالی نږدې هره ورځ.
اشتها Appetite : د اشتها زیاتوالی یا لږوالی یا د وزن اخیستل یا بایلل.
فکري تمرکز Concentration: د فکري تمرکز لږوالی او یا د بې پرېکړوکېدوزیاتوالی
رواني حرکيPsychomotor : رواني حرکي هیجاني کېدل یا پڅوالی.
ځان وژنهSuicidality : د مرګ تکراري افکار، د ځان وژنې خیالات، د ځان وژنې پلان

عمومي معیارونه د ژور خپګان د حملې لپاره پنځه یا ډېر د پورتنیو اعراضو څخه دي ، چې باید لږ تر لږه دوې اونۍ پایښت ومومي: یو عرض یې باید خپه مزاج وي یا د علاقې او مینې نه شتون دا اعراض باید لومړنی دندې بدلې کړي او د طبی حالاتو لامله باید نه وي اونباید د نشیي توکو له امله وي او نه باید د غم ځپنې له امله وي دا اعراض باید همدارنګه پریشاني او ویجاړي راولي.

Reproduced with permission from the American psychotic Association diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th de. (Text revision) Washington DC American Psychiatric Associatio

جنیتیکي څېړنې را ښيي، چې خپګان د هغه جوړې په اولادونوکې، چې دواړه یې لري (مونوزایګوټ) وي د ډای زایګوټ د اولادونو په پرتله ډېرځله ور سره همغاړی موندل کیږي. په والدینو (مور-پلار) کې یو قطبي خپګان په زیاتېدونکي ډول د دواړو یو قطبي او دوه قطبي مزاجي ګډوډیو خوا ته د دوی په اولادونو کې درومي . د عصبي لېږدوني موندنې را په ګوته کوي چې د امینونو په عصبي لېږدوونکو کې غیر نورمالوالی د خپګان د حالت د یوه پیغام رسوونکي په څېر دی : د سېروټونین او نور اپینفرین د نشتوالي لپاره موندنې غښتلي دي . په هایپو تالامیک – ادرینال محور کې عصبي غدوي غیر نورمالوالی ډېر ځله په خپګان کې لیدل کیږي او عصبي غدوي اړیکي یې را په ګوته کوي . د خوب بې نظمی په خپګان اخته ناروغانو کې نږدې دودیز شکایت دی . د خوب د څېړنې عیني موندنې څرګندوي چې ژور خوب (دلتا خوب د خوب ۳ او٤ مرحلې) په خپګان کې لږ او د سترګو د چټکو حرکتونو د خوب بدلونونه : په REM کې زیات وخت تېرول او د خوب په دوران کې د REM وختي پیل (REM ته د تلو د وخت لږوالی) په ځان کې را نغاړي .

کلینیکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

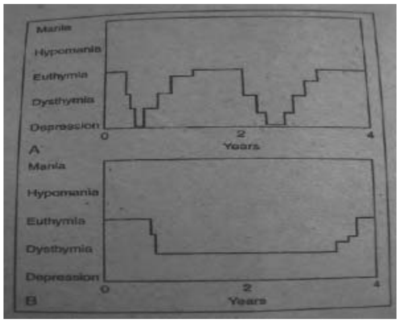
تاریخچه او د رواني حالت کتنه

د ژور خپګان یوه ګډوډي هغه وخت تشخیص کیږي چې که چیرې ناروغ لږ تر لږه د ژور خپګان یوه حمله څرګنده کړې او د دوه قطبي ګډوډیو او د سبب لرونکو مزاجي ګډوډیو معیارونه پکښې ونه لیدل شي. ژور خپګان په هیجاني او نباتي بدلونونو باندې وصفي دی. ډېر دودیز هیجاني بدلونونه عبارت له

: خپه مزاج ، د غمجنتوب ، يوازې کېدلو، د ګناه او پرېشانه کېدلو احساس ، او ويجاړې څخه دي. غوسه کېدل په ځينو کېسونو کې کېدی شي، چې د مزاج لومړنی عرض وي . نباتي اعراض عبارت له : د خوب ، اشتها ، انرژي او په جنسي ميلان کې له بدلونونو، څخه دي . سربېره پر دې اعراضو، چې په لويانوکې ليدل کيږي ، ماشومان د ښوونځي څخه په تېښته ، د شخصيت سره په ستونزو ، کله کله سردردي، د ګېډې دردونه او قهر يا غضب څرګندوي. په عمر پاخه کسان ډېرځله د غمونو سره لاس او ګريوان وي، له لاسه ورکول، يا طبی ناروغی د لويانو د اعراضو سره تل يوځای وي اوپه پراخه پيمانه سره د اضطراب سره يو ځای ليدل کيږي. ژورخپګان په دوراني شکل بيا راګرځېدونکی دی.د نه درمل شوي خپګان د حملې دوديزه موده (۲-۳الف شکل) د شپږو نه تر دوولس مياشتو پورې ده. ټول هغه ناروغان، چې په ژور خپګان تشخيص شويدي د خپل ژوند د مودې په کومه برخه کې د ځان وژنې له امله ۱۵% مړه شويدي. سپين پوستي نارينه ،چې د ٦٥ کالو يې عمر لوړ وي د ځان وژنې اندازه يې د عمومي نفوس په پرتله پنځه واره ډېره ده.

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

هغه مزاجي ګډوډی، چې ثانوي (دوهم ځلي) وي (د يوه شي له امله پيداشوي وي) طبی ناروغی، يا د نشيي توکو بې ځايه کارول لومړنی توپيري تشخيص دی ،سايکوټيک خپګان بايد له شيزوفرېني څخه توپير شي: د شيزوفرېني منفي اعراض کېدی شي ژورخپګان تمثيل (پېښې) وکړي، په ژور خپګان اخته کس ښايي په وروستيو کې د دوه قطبي ګډوډي لپاره معيارونه و ښيي .



۲ –۳شکل يوقطبي مزاجي ګډوډی راښيي

(الف) دژورخپګان ګډوډي

(ب) د مزاج خرابوالي يا واړه خپګان ګډوډي راښيي .

تدبيرونه(Management)

ژورخپګان د روان درملنې او درمل درملنې په وړاندې ځواب ورکوونکی دی .خفيف شکلونه يې بايد يوازې دچټکې (لنډ مهاله) روان درملنې په ترسره کولوسره تداوي شي . د ډېرو شديدو کېسونو لپاره Antidepressant (خپګان ضد درمل) د روان درملنې سره يو ځايي کارول ، د يوازې درمل درملنې

او یا روان درملني په پرتله غوره دي. د روان درملني په منځ کې: ملاتړنه، د پېژندني سلوکي، اوچتکه بين الفردي درملنه ډېرې ښې لاسته راوړني لري، چې د دوی اغېزه غښتلي کوي، دلته د خپګان په درملنه کې د رواني هڅوني روان درملني ډېر اوږد داستان شته،همدارنګه دا په ښه تجربوي ډول نه دی څېړل شوي. دلته د خپګان ضد درملو ډېرې ډلې د لاسرسي وړ دي، چې اغېزمني دي او همېشه د دوی د جانبي عوارضو د چوکاټ له مخې غوره کېږي. په اوس مهال کې د خپګان ضد درملو شته ډلې عبارت له : درې حلقوي خپګان ضد درمل (Tricyclic Antidepressants) ، د سيروتونين د دوباره جذب د اخذو انتخابي نهي کوونکي (Selective Serotonin Reuptake Inhebitors) ، مونوامينو اکسيداز نهي کوونکي Monoamino Oxydase Inhebitors او ناتوپير شوي د خپګان ضد درمل ، سربېره پردې لېتيوم، د تايروييد هورمون او روان هڅوونکي درمل (Psychostimulants) کېدی شي، چې د ډېرې اغيز لرونکي درملني په څېروکارول شي . ماشومان او لويان چې خپګان لري ځيني خپګان ضد درمل او رواني درملنه ښه ګټوره تماميږي. دوی ښايي د دوا درملني پر مهال د ځان وژني د لوی خطر سره مخ وي اوربېرګالونکي وي بايد په ډېرې پاملرني سره د رواني متخصص له خوا وڅارل شي. ښه به وي چې په عمر پاخه کسانو ته چې خپګان لري د خپګان ضد درمل په لږه کچه پيل او ورو ور يې زيات او د رواني درملني سره يې يو ځای کړی. د برېښنايي شوک درملنه Electro Convulsive Therapy (ECT) په رواني، شدت لرونکي ګډوډۍ او يا هغه چا کې، چې خپګان لري او د درملو پر مټ درملنه ردوي او يا هغه وخت، چې درمل د کاروني لپاره خنډونه ولري (لکه په عمر پاخه کسانو کې او يا په احمق او بې عقله شويو کسانو کې) کارول کيږي. د وا ګال عصب هڅول يوه حياتي برېښنايي داستان درملنه ده، چې د واګوس عصب بريښنايي هڅونه د جراحی عملياتو له لياره د يوې الې د ځای په ځای کولو سره د زوړ خپګان په درملنه کې د ډېرې اغيزمني او غښتلي درملني شونتيا ښيي. تراوسه پورې يې همدارنګه د هغه د ګرانی او ورته د نه لاس رسي له امله کارونه محدوده ده. انتي سايکوتيک درمل د اساسی برخي په توګه د خپګان ضد درملو سره يو ځای په سايکوتيک خپګان اخته کسانو کې ورکول کيږي ،او هم ځيني وختونه د غير سايکوتيک خپګان په درملنه کې هم مرسته کوي. د اضطراب ضد درمل (Anxiolytic) کېدی شي يا بايد په هغو ناروغانو کې چې د خپګان سره يو ځای زيات اضطراب هم ولري د خپګان ضد درملو سره يو ځای د اساسي برخي په توګه وکارول شي .همدارنګه ښايي ډېر ارامووونکي خپګان ضد درمل

اغيزمن وي. د لمر د وړانګو پر مټ درملنه يا Phototheray ښايي د موسمي ګډوډيو لپاره وکارول شي.

د خُلق تنګي ګډوډي (Dysthymic Disorder)

د خُلق تنګی ګډوډي د ژور خپګان خفيف او مزمن شکل دی.

اپيديميولوژي

د ژوند په اوږدو کې يې پېښې ٦% دي .

د لاملونو پوهه (Etiology)

له دې امله چې خُلق تنګي ډېره د ژورخپګان د خفيف اومزمن شکل په څېرمنل شوي ده ، ژورخپګان ته ورته او ايتيولوژۍ يې شريکې دي.

کلينيکي څرګندونې(Clinical Manifestations)

تاريخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

د خُلق تنګي ګډوډي د ژورخپګان مزمن او لږ شديد شکل دی. د خُلق تنګي د تشخيص اېښودلو په وخت کې لازمه ده چې يوشخص بايد لږ تر لږه دوه کاله په مزمن ډول د ډېر وخت لپاره خپه مزاج ولري ٢ -٣ شکل ګډ اعراض اوشکايتونه رابښيي:چې د اشتها،خوب،علاقې بدلونونه،د فکري تمرکز لړوالی او يوازېتوب دي.خلق تنګي ښايي مزمنه اودرملنه يې ستونزمنه شي.يونيم وخت کېدی شي د ژورخپګان حملې يوځای ورسره وليدل شي چې بيا ورته جوړه اي خپګان Double Depression اصطلاح کارول کيږي.

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

ژورخپګان اولامل لرونکي مزاجي ګډوډۍ د توپيري تشخيص وړلومړني شيان دي چې بايد ورته ورسېږو.

تدبيرونه (Management)

نوره درملنه يې ژور خپګان ته ورته ده د سايکوتراپي پرته چې په درملنه کې لوی رول لوبوي،د درملنې موده يې ډېره اوږده ده .

دوه قطبي ګډوډۍ (Bipolar disorders)

دوه قطبي ګډوډۍ عبارت له : دوه قطبي I ګډوډۍ او دوه قطبي II ګډوډۍ او د مزاج له دوراني حالت څخه دي .

دوه قطبي I ګډوډي (Bipolar I disorder)

دوه قطبي I ګډوډي د دوه قطبي ګډوډيوڅخه يوه ډېره د پام وړ ګډوډي ده او لږ ترلږه د مانيا د يوې حملې وروسته تشخيص کيږي(۲-۳لمبرجدول).په دوه قطبي I ګډوډۍ اخته کسان په ځانګړي ډول د خپل ژوند په موده کې د ژورخپګان څرګندونه کوي .

اپيډيميولوژي

د ژوند په اوږدو کې يې پېښې له ۰,٤%څخه تر ۱,٦% پورې دي د ښځينه اونارينه ترمينځ يې د پېښېدو تله برابره ده،په پېښېدوکې يې نژادي توپيرنه شته .

د لاملونو پوهه (Etiology)

ارثي اوکورنۍ څيړني څرګندوي چې دوه قطبي I ګډوډۍ ،د دوه قطبي I ګډوډۍ ،دوه قطبي II ګډوډۍ او د ژور خپګان ګډوډي لرونکو په لومړۍ درجه خپلوانو کې زياتې وي، د X د کروموزوم ځنځيري پيوستون په ځينو څيړنوکې ليدل شوی مګرتراوسه ترڅيړنې لاندې دی، مانيا کېدی شي چې د رواني او ټولنيزو فشارونو لاندې چټکه شي ، دا جوته شوې ده چې د خوب او د ويښېدو ګډوډۍ يو شخص د مانيا لپاره تياروي.

۳-۳لمبر جدول دحملولپاره تشخیصي معیارونه ځرګندوي :

د دریو نه ترڅلوروپورې دا لاندې معیارونه اړین دي چې د یوه لوړمزاج(خُلق) په دوران کې شتون ولري Three to four of the fallowing criteria are required eleuate mood period
په ځان تکیه : لوړالوتنه، اوځان لوی لیدل . self esteem :highly inflated,grandiosity.
خوب: ته لږه اړتیا، له څوګړیو وروسته لږ ارام کوي . sleep:decreased need for sleep rested ofter only a few hours
خبرې کول : ترفشار لاندې وي . speech; pressured.
افکار:دمسابقې افکاراو دافکارو الوتل. Thoughts; raing thought ,and flight of ideas .
توجه: په اساني سره ماتېدونکې ده .- attention ; easy distractibility .
فعالیتونه:د موخو خوا ته زیات لاربشودل شوي دي.---- activity ; increased goal directed activit
خوښې اوخوند موندنه :په لوړه پیمانه په خوند لرونکوشیانواوکارونوبوختېدل لکه جنسي،بې ځایه لګښتونه،اوسفرونه. Hedonism ;high excess involvement in pleasurable activity(sex,spending,travel) .
دمانیا حملې لپاره یوعمومي معیار:داوږدمهاله لوړاویا تخریشي مزاج یوې روښانه دورې ته اړتیا لري چې یوه اونۍ دوام کوي یاډېرشدید یې چې بایدبستر شي دا اعراض به د ناروغ د لومړنیودندود بدلون لامل شي اویابه نه شي،ځکه چې د طبي حالتونو اود مخدره توکو لامله باید نه وي . دا اعراض باید همدارنګه د پرېشانۍ او ویجاړۍ لامل شي .
Reproduced with permission from the American psychiatric association ,diagnostic and statistical manual of mental disorder ,4th ed(text revision) Washington.DC;American psychiatric association,2000

کلنیکي ځرګندونې (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

دوه قطبي I ګډوډي د مانیا (یا یوې ګډې حملې) په ځرګندېدوسره پېژندل شوي ده . د مانیا یوه یوازینۍ حمله بسنه کوي چې تشخیصي اړتیاوې بشپړې کړي . ډېرې ناروغان همدا ډول د مانیا تکراري حملې لري چې په ځانګړي ډول د خپګان د حملو ترمینځ سره ګډې وي .د مانیا د حملې لپاره معیارونه په (۳ - ۳) جدول کې ښودل شویدي. د مانیا لومړنۍ حمله د ژوند په لومړۍ شل کلنۍ کې وختي پیلیږي ، د مانیا حملې د خپګان د حملو په پر تله چټکې دي د خپګان اومانیا ترمینځ ادلون بدلون د لاسوهنې پرته د طبیعي مزاج په حالت کې د دریو نه په دوو ناروغانو کې منځته راځي (۳-۳) الف شکل . د ژوند په موده کې یې د ځان وژنې اندازه ۵ -۱۰سلنوپورې ده. ماشومان شونې ده چې د دوه قطبي اعراضو سره درته راشي چې د لویانو په شان د اعراضو پیښې کوي مګر دعمر او د ودې د کچې له مخې توپیرکوي.

ډېرځوان ماشومان ښايي له کابوکېدو وتلي چنې ډوله(چټي) خندا وکړي، لږ په عمر پاخه ماشومان ښايي چې د خپل ښوونځي د ګرامر ټولګي ته د دوی د ښوونکي په شتون کې د ورښوونې هڅه و کړي او لويان ښايي د سخت خپګان ، غوسې اوهيجاني کېدو سره حاضر شي ،ورسره يوځای ليدل کېدونکي رواني پرابلمونه او رواني- ټولنيزې ستونزې يې نورم دي. ډېرماشومان چې دوه قطبي ګډوډی لري د دې حالت سره د يوې نه ډېرې اړيکې لري . د دوه قطبي ګډوډيولومړنی حمله په پاخه عمرکسانوکې نادره ده . په يوه زاړه کس کې بايد د نوي دوه قطبي ګډوډی لپاره داخله اوعصبي لاملونه نبغ په نبغه وپلټل شي .

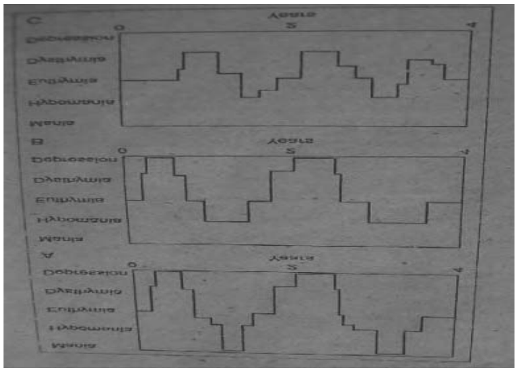
توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

ښايي مانيا د خپګان ضد درملنې چې عبارت له : خپګان ضد درملو،روان هڅوونکو، (ECT) يا د بريښنايي جټکو پر مټ درملنې اونوردرملنې څخه دي ، پر مټ رامنځته شي . کله چې دا حالت وليدل شوو نو ناروغ د موادو له امله په مزاجي ګډوډي تشخيص کيږي نه دوه قطبي ګډوډي . د مزاج هغه ګډوډی چې د نورو داخله ناروغيوله امله رامنځته شي بو بل ستر د توپيرولو حالت دی . د شيزوافکتيف ګډوډي،د سرحدي شخصيت ګډوډي او د هيجان سره يوځايي خپګان هم د پلټنې وړدي .

تدبيرونه (Management)

هغه شخص چې د مانيا حمله څرګندوي، له ناروغی يې درک لږ وي او د درملنې سره ډغرې وهي.د حادې مانيا لپاره فارمکولوژيکي لاسوهنې :انتي سايکوتيک د بنزوديازيپين سره په يوځای والې (د چټکي ارامانيا په موخه) او د مزاج (خُلق) د ثابت ساتونکو درملو زياتول په ځان کې رانغاړي . انتي سايکوتيک درمل ډېر خله په مانيا کې که سايکوتيک شکل ولري او يا نه کارول کيږي . لېتيم (Lithium) د مزاج تثبيتوونکي په توګه په ډېر دوديز ډول کارول کيږي . مګر والپروا يک اسيد (Valproic Acid) په مانيا باندې پوره اغيزمن دي او د مانيا پرچټکوډول ډول دورو باندې ډېره اغيزه لري .کاربامازيپين (Carbamazepine)، لاموترېجين (Lamotrigine)، ګابا پېنټين (Gabapentin) ،او که چيرې د لومړنی کرښې درملنه پاتې راغله په همغه وخت د اوږده اغيزلرونکي بنزوډيازيپين کارول کيږي. ځينې ناڅرګند انتي سايکوتيک درمل په ځانګړې ډول کلوزاپين (Clozapine) ،کوېتياپين (Quetiapine) اولانزاپين (Olanzapine) اواريپيپرازول (Aripiprazole) داسې ښکاري چې د مزاج ثابتوونکوپه توګه عمل کوي اوپرمخ زياتېدونکي ډول د

دوه قطبي ګډوډيو د مهارولو لپاره کارول کيږي .ECT د مانيا او په هغه ناروغانوکي چې ګډې حملې ولري،يا د خپګان د حملو لپاره او په هغه ناروغانوکي چې درمل نشي زغملی او يا هغه وخت چې طبي يا رواني ناروغي ډيرې بيړنۍ درملنې ته اړتيا ولري (د ځان وژونکو زياتو خطرناکو ناروغانو د درملنې لپاره) کارول کيږي . د طبي درملوسره يوځايي کارونه نظر د يوه ډول درمل کاروني ته ډيره دود ده. همدارنګه د درملو يوځايي کارولو پرخونديتوب(مصؤنيت) او اغيزمنتوب باندې نورو زياتوڅيړنو ته اړتياده .ماشومان اونوي ځوانان د لويانوپه شان ډيرځله په يوځايي شکل سره درمل کيږي ، مګربيا هم ځينې ځيرنې سره د دې د درملنې مختلفي ستراتيژۍ راپه ګوته کوي . د مزاج د ثابت ساتونکو د درملنې دوام د مانيا د دوهم ځلې راتلود مخنيوي لپاره او هم داسې ښکاري چې د خپګان دوهم ځلې راتلل لږوي . روان درملنه د دې لپاره کارول کيږي چې د درملنې پايښت وهڅوي تر څو د ناروغ سره مرسته و شي چې د دوی د ناروغي سره اړيکو ته پای ورکړي ،او مرسته کوي چې ځينې



خپلمنځي اړيکي (لکه وعده ماتونه ، دښمني ،د پيسو ډېر لګښت) چې د ناروغی پرمهال يې تاوان موندلی ترميم (سم) کړي .

۳-۳ شکل يوه قطبي مزاجي ګډوډي راښيي (الف)دوه قطبي اګډوډي

(ب)دوه قطبي II ګډوډي

(ج) دوراني مزاجي ګډوډي راښيي .

د خپګان او خُلق تنګي لپاره د خپګان ضد درملو په توصيه کولوکي د ډېرې شديدې يا ډېر ځله د مانيا د حملو په هڅولو کې د دوی د ونډې له امله بايد زياته پاملرنه وشي .

دوه قطبي II ګډوډي (Bipolar II Disorder)

له دې پرته چې په دوه قطبي II تشوش يا ګډوډي کې مانيا نه شته دوه قطبيIIګډوډۍ دوه قطبي I ګډوډۍ ته ورته دي ، اوهايپو مانيا(د مانياپه نسبت خفيف لوړمزاج) د تشخيص اساسي موندنه ده .

اپيديميولوژي

د ژوند په اوږدو کې څه ناڅه ۰،۵%پيښيږي کېدی شي چې په ښځوکې ډيردود وي.

د لاملونو پوهه (Etiology)

اوسنۍ موندنې راپه ګوته کوي چې دوه قطبيI ګډوډيوته ورته لاملونه لري.

کلینیکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

دوه قطبي II ګډوډي په هغه یوه شخص کې چې د مانیا او یا د یوه ګډ حالت لپاره هېڅ معیارونه پکې ونه لیدل شي ، دهایپومانیا او ژورخپګان د حملو په لیدوسره وصفي ده ،هایپومانیا د مانیا د اعراضو د ټولګي په څېر ښودل کیږي،مګرد اعراضو شدت لږ ، د لږې ویجاړۍ لامل کیږي، اوپه معمولي ډول بسترکېدوته اړتیا نه لري ،دوه طبيII ګډوډۍ دوراني دي د نا درمل شوي دوه قطبيII ګډوډۍ موده په(۳-۲ب شکل)کې لیدلی شئ . ځان وژنه د ۱۰%نه تر۱۵%پورې په ناروغانوکې لیدل کیږي .

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

د دوه قطبي II ګډوډیوتوپیري تشخیص د دوه قطبي I ګډوډیوسره یوشان دی .

تدبيرونه(Management)

درملنه يې د دوه قطبي I ګډوډیو(تشوشاتو)په شان ده همدارنګه هایپومانیک حملې دهجومي درملنې رژیم ته د مانیا په څېر اړتیا نه لري . دخپګان اوخُلق تنګي لپاره د خپګان ضد درملو د توصیې (ورکړې) په وخت کې باید دوی ته د سختي او یا د هایپومانیا د ناڅاپي حملو د هڅونې له امله زیاته پاملرنه وکړو .

د مزاج (خُلق) دوراني ګډوډي (Cyclothymic Disorder)

د مزاج دوراني ګډوډي د دوه قطبي ګډوډۍ یو دوراني،مزمن اوخفیف شکل دی کوم چې په هغه کې مزاج په ځانګړي ډول د هایپومانیا اوخُلق تنګی ترمنځ په ادلون بدلون (نوسان) کې وي که چېرې یوشخص د مانیاحملة یا د ژورخپګان د حملو له دواړو نه یوه څرګنده کړي د مزاج د دوراني ګډوډۍ تشخیص نه اېښودل کیږي .

اپیدیمیولوژي

د خُلق تنګي د ګډوډي د ژوند په موده کې پېښېدل د ۰،۴ ٪ نه تر ۱ ٪ پورې دي . په ښځو او نرو کې يي کچه سره برابره ده ، همدارنګه ښځې زیاته درملنه لټوي .

د لاملونو پوهه (Etiology)

کورنۍ او ارثي څېړنې یې د نورو مزاجي ګډوډیوسره ګډون څرګندوي.

کلينيکي ځرګندوني(Clinical Manifestations)

تاريخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

د مزاج دوراني ګډوډي د دوه قطبي ګډوډيو ډېر خفيف شکل دی چې د هايپومانيا اوځُلق تنګی ترمينځ تکراري مزاجي ګډوډی په ځان کي رانغاړي . دهايپومانيا يوه بوازينی حمله بسنه کوي چې د مزاجي دوراني ګډوډی تشخيص کښېږدو،همدارنګه ډېری کسان د ځُلق تنګی يو دوران لري . که چېرې د مانيا تاريخچه،او يا د ژورخپګان د حملي او يا د ګډې حملي تاريخچه شتون ولري نو د مزاجي دوراني ګډوډی تشخيص نشواېښودلی. د مزاج د نادرمل شوي دوراني ګډوډی موده(په ۳-۲ج شکل)کي ښودل شوي ده .

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

بنسټيز توپير يې بايد د نورو يوقطبي اودوه قطبي مزاجي ګډوډيو،د نشيي توکو د کاروني له امله مزاجي ګډوډيو او د هغه مزاجي ګډوډيو نه چې د عمومي طبي حالتونوله امله رامينځته کيږي وشي . د شخصيت ګډوډی (په ځانګړي ډول سرحدي شخصيت) چې د بدلون موندونکي مزاج سره يوځای وي د مزاج د دوراني ګډوډيو(تشوشاتو) سره سرې شکمن کوي.

تدبيرونه (Management)

روان درملنه، مزاج ثابت ساتونکي، اوخپګان ضد درمل کارول کيږي، د مزاج په دوراني ګډوډيو اخته کسان همدارنګه ښايي د خپلومزاجي اعراضو لپاره طبي پاملرنه و نه لټوي .

د نا پېژندل شوي ايتيولوژي مزاجي ګډوډي(Mood Disorder with Unknow Etiology)

د نشيي توکو له امله پيداشوي مزاجي ګډوډي(Substance-Induced Mood Disorder)

د نشيي توکو له امله مزاجي ګډوډی هغه وخت تشخيص کيږي چې درمل يا نوره روان هڅوونکي توکي ،ECT يا نورې د درملني اتکلي پېښې د مزاجي بې نظميو لاملونه و ښکاري. د مزاجي ګډوډيو ټول مخکي ويل شوي ډولونه(لکه يوقطبي اودوه قطبي)ښايي وليدل شي .

د يوه عمومي طبي حالت په پايله کې رامنځته کېدونکي مزاجي ګډوډي

Mood Disorder Resulting From A General Medical Condition

دغه ډله مزاجي بېنظمی چې په ښکاره توګه د داخله ناروغيو له امله رامنځته کيږي : اندوکرين ګډوډۍ لکه د تايرايد او ادرينال غدو د دندوخرابوالی ډېرې دوديزې ايتيولوژۍ دي . د زيږون وروسته مزاجي ګډوډۍ د دې معيارونوځخه وتلې دي ،او دوی د يوقطبي اودوه قطبي مزاجي ګډوډيو په بدلونونو کې راځي

واړه او بدلون موندونکي ډولونه (Subtypes and Modifiers)

د تشخيصي ځانګړنو بېل ډولونه کېدی شي د مزاجي ګډوډيو د وړو ډلو په ځانګړو کولو کې ونډه واخلي ، دوی په درملنه او د انذارو په ټاکنه کې ونډه لري اوهم ښايي د ايتيولوژي په ټاکنه کې اغيزمن وي .

____ميلانخوليک يا ماليخوليا: ميلانخوليک خپګان دخپګان يوشديد شکل دی چې د ګناه د احساس ،پښېماني،دعلاقې د نشتوالي او ډېرو سختونباتي اعراضوسره يوځای وي .

____ د زيږون وروسته : د زيږون وروسته ژورخپګان د ماشوم له پيدا کېدوځلوراونی وروسته پيداکيږي د زيږون وروسته د مزاجي ګډوډيو د يوې حملې شتون په غښتلي توګه د راتلونکوتکراري حملو وړاند وينه کوي .

موسمي (Seasonal)

موسمي مزاجي ګډوډۍ د موسم د توپيراغيزې را په ګوته کوي ،د موسمي خپګان ډېرخرابوونکي ډولونه د مني او ژمي په موسمونو کې وي ، چې په پسرلي کې د ښېګړې سره يو ځای وي ، ځينې وختونه يې دوهم ځلي راګرزېدل رښتوني دي ، کـه چېرې خپګان د دوه قطبي ګډوډيو يوه برخه وي مانيا اوهايپومانيا ښايي په موسمي شکل ورسره يوځای وي .

غير وصفي خپګان (Atypical Depression)

دغير وصفي خپګان په شکل کې د خوب ډېروالی، د اشتها لوړوالی ، او چاغوالی ، مزاجي غبرګون ، د اوږدي مودې په ولاړه د دربېدلو د نه منلو حساسيت، بې سکه کېدل او د فلج(مراويتوب) خواته تلل دي.

ژر ژر را ګرزېدل (Rapid Cycling)

هغه ناروغان چې دوه قطبي ګډوډۍ ولري،ښايي ډېر ځله چټکې دورې ولري چې د چټک راګرزېدو لپاره معيارونه پکې ليدل کيږي , په يوه کال کې د مزاج څلور واري بې نظمې بايد شتون ولري د ځان وژنې کچه د ورو راګرزېدونکو ډولونو څخه ورپکې ډېره ده .

کتاتونيک (Catatonic)

کتاتونيکې ځانګړنې داسې مزاجې ګډوډيو ته اړوند کيږي کله چې ښکاره حرکې غيرنورمالوالی چې عبارت له : حرکې سکون يا بې موخې شديد حرکې فعاليت ، د شخوالې د وضعيت اختيارول ، چوپتيا ، کليشيې حرکتونه، Echolalia (د هغو لغاتونو او عبارتونو تکرارچې يوازې د بل له خوا ويل شوي وي) او Echopraxia (د هغو حرکتونو تکرارول چې د يوه بل شخص له خوا ترسره شوي وي)څخه دي.

اساسي ټکي (key points)

____ ژورخپګان يوه تکراري يوقطبي مزاجي ګډوډي ده چې د ځان وژنې شميره يې۱۵ %سلنه ده .

____د ژورخپګان لپاره روان درملنه او درمل درملنه خواره ښه درملنه ده .

____خُلق تنګي يوه مزمنه يوقطبي ګډوډي ده (چې لږ ترلږه دوه کاله پايښت مومي) .

____خُلق تنګي ډېرځله د درملنې په وړاندې ډغرې وهي .

____دوه قطبي I ګډوډي د مزاج دوه پړاويزه دوراني ګډوډي ده چې د ۱۰ % نه تر۱۵% پورې ځان وژنه ورسره ده .

____دوه قطبي I ګډوډي دمزاج ثابت ساتونکو درملو پرمټ اوږد مهالي درملنې ته اړتيالري،ګډه درملنه دود يا رواج ده .

____دوه قطبي II ګډوډي دوه پړاويزه د مزاج تکراري تشوش يا ګډوډي ده چې هايپومانيا ورسره وي دځان وژنې شميره يې د۱۰%نه تر۱۵% پورې ده .

____د مزاج دوراني ګډوډۍ د مزاج دوه پړاويزي ،مزمني،تکراري ګډوډۍ دي چې ښکاره مانياا وخپګان ور سره نه وي .

څلورم څپرکی

اضطرابي ګډوډۍ (Anxiety Disorders)

د اضطراب اصطلاح ډېروحالتونو ته اړوند کيږي کوم چې په هغه اخته کسان ځانونه د يوه تهديد او هلاکت يا مرګ سره د مخامخ کېدو يو احساس چې نه ښه پيژندل شوی او نه ربښتونی بنسټ لري څرګندوي . اضطراب شونی دی چې د جوړجاړي وړ او يا پتالوژيک ،تېرېدونکي يا مزمن او ډول ډول رواني اوجسمي څرګندوني ولري ، اضطرابي ګډوډۍ د ګډوډيو يوه نا متجانسه(ګډوله) ډله ده په کوم کې چې د ډار احساس يې لويه برخه ده.د رواني ګډوډيو ډېره پېښېدونکي ډله ده، د اپيديميکي ساحې د څېړنـې لـه مخـې پـه۷.۳% تولـو امريکايـانوکي ليـدل کيـږي ،د روانـي ناروغيوپـه تشخيصي،احصـايوي دريم چاپ لاسوند (DSM-III) کې ليدل کيږي . (;DSM-III بل چاپ په دي وخت کي کارول شوی دی) هغه معيارونه چې په يوه وخت په يوه ځای کې ورکول شوي (ځکه ځايي پيښېدل ورته وايي) . اضطرابي ګډوډۍ درواني ګډوډيو په تشخيصي او احصايوي څلورم چاپ لاسوند (DSM-IV) کې نوملړشوي دي چې په (۱-۴) جدول کې ښودل شوي دي .

عصبي بنسټ (Neural basis)

اضطرابي ګـډوډۍ يوپرېکنده عصبي بيولوژيـک (Neurobiological) بنسـټ نـه څرګـندوي بلکـه د اضطراب او نورايپي نفرين (Norepinephrine) ، لوکوس سيرولوس (locus ceruleus)يا ابي رنګـه ځـای ځخـه ، سېروتونين د Raphe (دانـي ډولـه هستي څخـه)، ګاما امينوبيوتاريـک اسيد (GABA)،ګلوتامـات ،او د پيپتايـد عصـبي ليږدوونکـي ، يـا (Neuropeptide Y او Galanin) د اړيکو د ښکاره کېدوڅرګندونه کوي .اضطرابي ګډوډۍ له ډارسره ډېري تينګـي اړيکـي لري ، او فکر کيږي چـې اميګدالا پـه دې اړونـد غـوره ونـده اخلـي. د جبري وسواس ګـډوډۍ (OCD) د کـا وداتـا اوسينګولاته جيروسونو د وظيفوي بدلونونوسره اړيکي لري . دPre frontal قشراو Hippo campus ناحيي هم ارزښتمني دي، د Hippocampal وظيفوي ستونزي ښايي په داسي حالت کي رول ولوبوي چې لـه ډاروونکو يا تراوماتيکو پيښوڅخه دوهم ځلي يادولو سره يو ځای وي . لکه د تراوما وروسته رواني فشار راوړونکي ګډوډي (PTSD) .

د بېځایه ډار ګډوډي او د ګڼي ګوڼي څخه ډار(Panic Disorder and Agoraphobia)

د بېځایه ډار ګډوډي په تکراري توګه له انتظاره وتلي د ډار په حملوچي شوني ده د ګڼي ګوڼي څخه د ډارپرته او یا ورسره مل وي ولیدل شي ، وصفي ده . (۲-۴لمبرجدول) د بېځایه ډار د حملومعیارونه را په ګوته کړي دي . د ګڼي ګوڼي څخه ډار (Agoraphobia) داسي یو.بي سکه کوونکی حالت دی په کوم کې چې ناروغان له هغه ځایونوچې وتل تري ښایي ستونزمن وي ډارېږي .کله د بېلوالي او یا د یو ځایوالي د ګډوډي په څېر لیدل کیږي ، د بېځایه ډار او د ګڼي ګوڼي نه ډار په دود یز ډول ځیني وختونه بي سکه کوونکي حالتونه دي .

اپیدیمیولوژي

د بېځایه ډارګډوډي(تشوش) په ډېرو وارونو په ښځوکي د ژوند په موده کي د ۲ - ۳سلنوپوري پېښیږي ، ښکاره او ځانګړي حمله یي په شل کلنی کي او په ډېروکسانوکي له دېرش کلنی د مخه پیلیږي . د ګڼي ګوڼي نه ډارهمدارنګه د ژوند په موده کي په ښځوکي په ډېرو وارونو د ۲ - ٦سلنوپوري پېښیږي . یوازي دریمه برخه د ګڼي ګوڼي څخه ډارن ناروغا ن ورسره د بېځایه ډارګډوډي لري . د ګڼي ګوڼي څخه ډارن ډېری ناروغان په کلینیکي ډول ښکاریږي چي همدارنګه د بېځایه ډار ګډوډي و لري یا و نه لري . د دې ښکاره ضد ځانګړنو له امله ده چي دا د ګڼي ګوڼي نه ډارن ناروغانو په یوازي پرېښودلو کي د دې وړ نه دي چي درملنه و لټوي .

د لاملونو پوهه (Etiology)

د بېځایه ډارګډوډی اینیولوژي نه ده پېژندل شوي،دلته څومشهوری بیولوژیکي نظریي دي : چي د کاربن ډای اوکسایډ سره لوړحساسیت (چي په ډېر زور سره د بصلوي کولینرژیکو دندي اغیزمني کوي)، د لکتات په مېتابولېزم کي غیرنورمال حالتونه ، په لوکوس سېرولوس کي غیرنورمال حالت (په دماغوکي یوه ناحیه ده چي د تحریکوونکوکچه کنترولوي) او د مرکزي عصبي سیستم د کتاکولامینو د کچي لوړوالی ، د (GABA) اخذې هم د اینیولوژي په څېر ونده اخلي ،ځکه ناروغ بنزودیازیپین ته ښه ځواب ورکوي اوځکه په هغه ناروغانوکي چي اضطرابي ګډوډی لري او د (GABA) انتاګونست کاروي د بېځایه ډارګډوډی پیداکیږي . د نظرخاوندان ټینګارکوي چي د بېځایه ډارحملي د ډارنه د ډکو موقعیتونو په وړاندې شرطي غبرګون دی . د بېلګي په ډول یوشخص چي د موټرد ټکر پېښه لري او

شدید اضطراب څرګندوي چې: د زړه ټکان ،اوبیا وروسته د یوازې پاتې کېدو نه د زړه ټکان د تمرین

پرمهال ،یا د سمپاتیک سیستم کوم ځواب ،ښايي د ښځایه ډارد حملې شرطي غبرګون په څان کې را

نغاړي ، وښیي . ۱-۴لمبرجدول اضطربي ګډوډۍ (تشوشات)راښیي :

د ښځایه ډارتشوشات یا ګډوډۍ د ګڼې ګوڼې نه ډار.
د ښځایه ډارګډوډۍ د ګڼې ګوڼې نه د ډار پرته .
د ګڼې ګوڼې نه ډار .
له ټولنې نه ښځایه ډار .
د جبري وسواس ګډوډۍ .
عمومي اضطرابي ګډوډۍ .
د حاد رواني فشار راوړونکو له امله ګډوډۍ .
د تراوما وروسته د رواني فشارونو له امله ګډوډۍ .
د نشیي توکو له امله اضطرابي ګډوډۍ .
هغه اضطرابي ګډوډۍ چې د عمومي طبي حالتونو له امله پیداکیږي .
هغه اضطرابي ګډوډۍ چې په کومه ډله کې نه دي ځانګړي شوي .

Adapted from American psychiatric association.dignostic And statistical manual of mental disorders 4th Ed.

Washington DC;American psychiatric association.2000 - e d

۲-۴لمبرجدول د بېځايه ډارلپاره تشخيصي معيارونه راښيي :

د نا خوښي اوډ يوه ډېرډاريوه ببله دوره په کوم کي چي د لاندېنيواعرضوڅخه څلوريا ډېرپه چټکۍ سره وده وکړي اوډ لسودقيقوپه موده کي خپلي لوړي کچي ته ورسيږي د بېځايه ډار د حملي معنئِ ورکوي . *
د زړه ټکان،د زړه تنګوالی،يا د زړه د ټکان تېزوالی .
خولي کول .
لړزېدل اوښورېدل .
د ساه لنډېدو احساس يا د خپه کېدو احساس .
د تړل کېدو احساس .
د زغم نه وړ د ټټر درد .
زړه بدوالی او بطني فشارونه .
د ګنګسيت احساس اوبې ثباتي .
د رنيا نه ډار او ضعف .
د واقعيت مسح (د واقعيت د احساس نشتوالی) يا د شخصيت مسح (ځان بې ورک کړی وی) .
له دې نه ډار چې کنترول بې له لاسه ورکړی دی يا لېونی کيږي .
د مرګ نه ډار .
پاراستيزي يا په بدن کي دځه شي ښورېدل .
سوړوالی يا د ګرمي احساس يا سره (ګرم) کېدل .

Adapted from the American psychiatric association.diagnostic and statistical manual of mental disorder 4th ed .washington DC; American psychiatric association.2000.

(Clinical Manifestations) کلينيکي څرګندوني

(History and Mental s Status Examination) تاريخچه او د رواني حالت کتنه

د بېځايه ډارکېدوڼي په تکراري ډول د نه منلو وړ د بېځايه ډارکېدوڼې په حملو باندي چي شوني ده د ګنې ګوڼې نه د ډارپرته او يا ور سره يوځای وليدل شي (د څارني لپاره معلومات دي) وصفي ده . د بېځايه ډارګېدوڼي په ځانګړي ډول ناڅاپي راځي، په دقيقو کي لوړی کچي ته رسيږي اوډ (۵) نه تر (۳۰) دقيقوپوري پاينت مومي ،ناروغ بايد څلور له هغه ځانګړو ديارلسو د بېځايه ډار له اعراضو څخه چې په (۲- ۳ لمبر) جدول کې ښودل شوي دي له ځانه وښيي. د تشخيص د باوري کولو لپاره بايد يو له لاندېنيوڅخه لږ تر لږه يوه مياشت وليدل شي : د زياتو حملو د راتلو نه همېشنی وېره ، د حملي د

اغيزو په اړوند سوچ کول (چې کنترول له لاسه ورکوي ,,لېونی کيږي ,,) او يا يو د پام وړبدلون په سلوک کې (د فعاليتونومحدوديتونه)، د ګڼې ګوڼې نه ډار د بېځايه ډار د ګډوډۍ بې سکه کوونکی اختلاط دی . مګرشوني ده په هغه کسانوکي چې د بېځايه ډارتاريخچه هم نه لري وليدل شي.چې دا په شديد ډار له هغه ځايونو او يا موقعيتونو نه چې راوتل ترې ستونزمن (ويجاړوونکي) وي وصفي دي .

د ګڼې ګوڼې نه د ډار او د بېځايه ډار ګډوډۍ لرونکي ناروغان ، په ځانګړي ډول په عامه ځايونوکي چې ويجاړي راوړونکي او يا د وتلو نه وي ، د بېځايه ډار د يوې حملې نه وېره لري . هغوی چې يوازې د ګڼې ګوڼې نه ډارلري (د ګڼې ګوڼې نه ډارن د دريو نه دوې برخې) ناروغان په ساده توګه له عامه ځايونو ليرې ګرزي مګر د ډارحملې نه لري . همدارنګه ځينې د ګڼې ګوڼې نه ډارن ناروغان دومره بېسکه وي چې په کور کې ايسار وي ډېرېې د خپلوملګرويه شتون کې په ډاډ سره اجازه پيداکوي چې هغو ځايونوته ننوزي چې لړ اضطراب لري .

تشخيصي ارزونه (Diagnostic Evaluation)

د بېځايه ډار ګډوډي هغه وخت تشخيص ګيږي چې نيغ په نيغه تاريخچه واخيستل شي او اړين لابراتواري او فزيکي معاينات ترسره شي ، ترڅوطبي لاملونه رد شي . په ځانګړي ډول قلبي حالتونه لکه د ريتم بې نظمي ،د دساما تو غيرنورمالتياوې ، او د اکليلي شراينو ناروغی ، بايد په ډېرې ځيرکی سره را وايستل شي ، د روان هڅوونکو کارونه لکه کوکايين ، يا کرېستال امفېټامين بايد همدا رنګه رد شي .

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

د بېځايه ډارګډوډۍ بايد د نشيي توکو له نيغو فزيولوژيکو اغيزو او د عمومي طبي حالتونو (په ځانګړي توګه قلبي حالتونو ، يا قسمي مغلقي صرع) څخه بېل شي . د بېځايه ډار حملې په نورو رواني ګډوډيو لکه له ټولنې بېځايه ډار او OCD کې و نه شمېرل شي .

تدبيرونه (Management)

د بېځايه ډارګډوډيواساسي درملنه : درمل درملنه ، او د پېژندني سلوکي درملنه او يا دوی دواړه يو ځايی ده ، ځانګړي درې حلقوي د خپګان ضد درمل ، ځانګړي مونو امينو اکسيدازنهي کوونکي (MAOIs) د سېروتونين د دوهم ځلي جذب د اخدوانتخابي نهي کوونکي (SSRIs) اوغښتلي اغيزلرونکي بنزوديازيپين په کنترول شويو ځېړنوکي اغيزمن ښودل شويدي د پېژندني سلوکي درملنه

(Cognitive Behavioral Therapy یا CBT) د سیالمنتیا تمرینونه ، او د حساسیت له مینځه وړل ورسره یوځایي ، اولاربنودونکي ښوونه چې د ناروغ سره مرسته کوي ترڅو و پوهیږي چې د ده د بېځایه ډار د حملو لامل د ده د بدن د احساساتو د بېځایه انګېرنې پایله ده ناروغ شوني ده وروسته و پوهیږي چې د ده احساسات بې زیانه او په ځان کې محدود دي ، کوم چې بېځایه وحشت راوړونکی غبرګون پیداکوي . د مخامخ کولو درملنه په کوم کې چې ناروغ د ډېر ډار وونکو تحریکاتو سره مخامخ کیږي ، د ګټې ګوني نه د ډار په درملنه کې اغیزمن ښودل شویدي .

ځانګړی بېځایه ډار (Specific phobia)

ځانګړی بېځایه ډار یوه اضطرابي تشوش یا ګډوډي ده چې د ځانګړوشیانواوځایونو څخه په شدید ډار(لکه ماران،لوړځایونه) باندې وصفي ده . دا ډېره دودیزه رواني ګډوډي ده . DSM-IV د ځانګړي بېځایه ډارمعیارونه په ۴-۴ لمبرجدول کې راښودلي دي . DSM-IVڅلورډلي ځانګړي واړه ګروپونه د ځانګړي بېځایه ډارلپاره را پېژندلي دي ، او په یوه عمومي ډلبندي کې : (۱) دحېوانانو ټیپ ،(۲) دطبیعي چاپېریال ټیپ ،(۳) دویني د تزریق د زخم ټیپ ، (٤) د موقعیت ټیپ او(٥) نوره ټایپونه ، دي .

اپیدیمیولوژي

ځانګړی بېځایه ډار په ښځوکي د سړیو په پرتله ډېر پېښیږي او د ژوند په موده کې۲۵%لیدل کیږي ځانګړی پیل یې د ماشومتوب عمر دی په ډېرو کېسونو کې د دوولس کلنی د مخه لیدل کیږي .

د لاملونوپوهه (Etiology)

د بېځایه ډار ګډوډی چې د ځانګړي بېځایه ډارګډوډي یکې شامله ده ناروغ دې ته تیاروي چه له کورنی څخه وتېښتي . د سلوکي نظریوڅښتنان استدلال کوي چې بېځایه ډار دا ور زده کوي چې باید د ضربه راوړونکو پېښوسره جوړه شي .

کلینیکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

بېځایه ډار د ځانګړو شیانو، ځایونو، کړنو، یاموقعیتونوڅخه یو نه جبران کېدونکی ډار دی چې په ربښتوني توګه هېڅ یوه برخه زیانمنه نه ده .د DSM-IV معیارونو ته په کتوسره د ځانګړي بېځایه ډارګډوډی لپاره باید یو ناروغ اوږد مهاله،ښکاره ډار چې د ناروغ له خوا یې سختوالی اوبې دلیلوالی په ګوته کیږي چې د ډارد ځایونو د شتون او یا د ځانګړوشیانو او موقعیتونو د انتظاروروسته څرګند

کړي . سربېره پردې دهڅوونکوسره په مخامخ کېدوکې باید څه ناڅه په ثا بت ډول سره د اضطراب غبرګون وزیږوي ، د پرهېزماتولو یا د ترسناکوموقعیتونو د فشارله امله باید ورځنی کړنې یا اړیکې ویجاړې شي . هغوی چې له ۱۸کالونوځوان وي (ځوان خو له ۱۸ کالونو کم وي) باید اعراض یې لږترلږه شپږمیاشتې پاینت ومومي .

۴-۳جدول د ځانګړې بېځایه ډارلپاره معیارونه رانبیي :

Fear ډار: سخت ډار له معلوموشیانو یاموقعیتونوڅخه (لکه ماران، اولوړ ځایونه) .
Anxiety اضطراب : په بېړنی توګه ښکاره اضطراب کله چې د ډاروونکوتحریکاتوسره مخ شي .
Insight درک : ناروغ په دې پوهېدلی شي چې دا ډارافراطي اوبې دلیله دی .
Avoidance لیري کېدنه :د ډارلرونکو تحریکونو یې لیرې کول یا رااېستل دډېر اضطراب او پرېشانی سره یوځای وي .
Impairmentویجاړي :په دې کسانوکې داضطراب، رواني فشاراولیرې کېدولامله ویجاړي راځي .
Durationپاینت : پاینت یې لږ ترلږه شپږ میاشتې دی (په هغوکسانو کې چې له ۱۸کالونوځوان وي) .
Specificځانګړنې :دا اعراض په نورو حالتونوکې په ښه توګه نه څرګندیږي .

Adapted from the American psychiatric association . diagnostic and statistical manual of mental disorder .4th.ed. Washington .DC; American psychiatric association .2000.

توپیري تشخیص (Differential Diagnosis)

اساسي توپیري تشخیص یې د نوروروانې ګډوډیوسره (لکه د ښوونځي نه لیرې کېدل د بېلتانه په اضطرابي ګډوډیو کې) د اضطراب او ډېر ډار سره وي .

تدبیرونه (Management)

د ماشومتوب د مهال د بېځایه ډارګډوډی ښایي دعمر په لوړېدوسره په خپله ښه‌کړه و مومي کله چې ترپاخه عمره پورې پاینت و مومي مزمنې کیږي ، همدارنګه دوی په نادر ډول د بېسېکی لامل ګرزي .

د مخامخ کولو درملنه یې په سیستماتیک ډول د حساسیت ورک کول ، اویا ډوبول یې غوره درملنه ده ، په دې ځای کې د درملو ونده لږه ده .

له ټولني بېځایه ډار (Social Phobia)

له ټولني بېځایه ډار(همدارنګه د ټولنیز اضطراب د ګډوډي په څېر پېژندل شوی دی) یوه اضطرابي ګډوډي(تشوش) دی په کوم کې چې ناروغ په عامه ځایونو او موقعیتونوکې له پوښتلو څخه وېره کوي (لکه بیانیې ورکول او یا په ټولګي کې خبرې کول) . دا ګډوډي ښایي چې عمومي او یا په یوه ځانګړي موقعیت پورې تړلې وي . DSM-IVیې معیارونه په (۳ ۴ -) لمبر جدول کې ښودلي دي . د معیارونو منځپانګه یې داسې یوې شاوخوا ته چې په هغې کې باید یو طبي حالت شتون ولري اړوند کیږي (لکه پسوریازېس) . مګرټولنیز اضطراب د پسوریازېس اړوند نورو افکارو سره اړیکي نه لري بلکه د یوه د ماتېدلو د اواز څخه ډار دی (لکه د غږولو د الي تیارول اونور) . که چېرې اعراض په ډېرو ټولنیزو موقعیتونوکې ولیدل شول نو ټولنیز بېځایه ډارپه یوه عمومي بېځایه ډار ځانګړی کیږي .

اپیدیمیولوژي

ټولنیزه فوبیا په ښځواوسړوکې په برابرډول لیدل کیږي او د ۳-۵%پورې وګړي پرې اخته کیږي ځانګړی پیل یې په نوي ځوانۍ کې دی په ډېروکسانوکې له ۲۵کلنۍ د مخه لیدل کیږي.

د لاملونو پوهه (Etiology)

د بېځایه ډارګډوډی چې د ټولني نه د بېځایه ډار ګډوډي پکې شامله ده د کورنۍ نه تېښتې ته یې پام وي ، د سلوکي نظریاتو لرونکي څرګندوي چې په فوبیا اخته کسانو داسې زده کړې چې دوی د ټکوونکو پېښو سره جوړه شي ، ځینې د نظر څښتنان را ښیي چې په ردولوکې افراطي حساسیت ښایي د ټولنې نه د بېځایه ډار ګډوډۍ سایکولوژیکه سریزه وي .

کلینیکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاریخچه اود رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

د ټولني نه بېځایه ډار د داسې موقعیتونو نه ډار په کوم کې چې شخص د نا اشنا وګړو او یا د نورو د پوښتنو سره د مخامخ کېدو د شونتیا په ډارسره وصفي دي . د یوه ټولنیز ډار لرونکي موقعیت سره مخامخ کېدل باید څه ناڅه په ثابت ډول یو نه جبران کېدونکی اضطرابي غبرګون را وپاروي ، د لیرې والي پرېښودل او یا د ډار لرونکو موقعیتونو څخه پرېشاني باید ورځنۍ چارې او اړیکي ویجاړې کړي ، په دې کسانوکې چې عمرونه یې له اته لسوکالونو ځوان دي اعراض باید لږترلږه شپږ میاشتې پایښت

و مومي ، ټولنيزه فوبيا همدارنګه شوني ده چې عمومي شي (ناروغان نږدې له ټولو موقعيتونو ډارېږي) اويا په يوه ځانګړي موقعيت پورې تړلي وي .

٤-۴لمبر جدول د ټولنيزې فوبيا (ټولنيزي اضطرابي ګډوډۍ معيارونه راښيي) :

Fear وېره :د ټولني او يا د داسي حالت درامينځته کېدونه ډارچې سړی ترفشار لاندې راځي او يا د بل چا له خوا تر پوښتنو اوترځيرکتلو لاندې راځي سخت ډار ته ويل کيږي .
Anxietyاضطراب : د ترسناکوحالتونوسره د مخامخ کېدو پرمهال اضطراب دی .
Insight احساس : شخص دا درک کوي چې ډارشديد اوبې دليله دی .
Avoidanceلیرېوالی : د ترسناکو موقعیتونو لیرېوالی یا د ډېرو فشارونو د زغم سره یوځای وي .
Impairmentويجاړي : د اضطراب نه ليرېوالی د دندو ويجاړي راولي .
Duration پايښت: په هغوکسانوکي چي له اته لسوکالونوځخه ځوان وي لږتر لږه شپږ میاشتي پايښت مومي .
Specificځانګړتيا : په بل يوه حالت کي دا اعراض دومره ښه نه ښکاريږي .
Context زمينه : کله چې يو ربښتونی طبي حالت شتون لري ، مګر ډار او اضطراب د طبي ربښتوني حالت اړوند نه وي .
Adapted from the American psychiatric association .diagnostic and statistical manual of mental disorder .4th ed Washington,DC; American psychiatric association,2000.

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

اساسي توپيريي د نورو رواني تشوشاتو يا ګډوډيوسره(لکه د ښوونځي څخه محروميت د بېلوالي اضطرابي ګډوډۍ) چې د اضطراب او يا ډارنتوب سره څرګندیږي .

تدبيرونه (Management)

د ټولنيزې فوبيا خفيف شکلونه شوني ده چې (د پېژندني په سلوک درملنی)يا CBTسره تداوي شي مګرډېر ناروغان طبي درملولکه : مونوامينواکسيدازنهي کوونکو (MAOIs) د بيټا اخذونهي کوونکو، د سېروتونين د اخذو د دوهم ځلي جذب انتخابي نهي کوونکو (SSRIs) ،الپرازولام اوګابا پنتين (Gabapentine) د ټولنيزې فوبيا په درملنه کې په بریالیتوب سره پرمخ ځي ، SSRIs داسي ښکاري چي يوه ډېره اغيزمنه درمل درملنه ده . CBT د مخامخ کولو کړنلاره پرمخ وړي لکه غوټه کول (ډوبول) او سیستماتیک حساسیت ورک کول ترځوپه ډارلرونکوموقعیتونوکي اضطراب رالږ کړي

. ملاتړیزه فردي اوګروپي روان درملنه مرسته کوي ترڅوپرځان داډ بیا پر ځای اوپه ترسناکوځایونوکی

یي جرَت غښتلی شي .

دعمومي اضطراب ګډوډي (Generalized Anxiety Disorder)

دعمومي اضطراب ګډوډي (GAD) د دوی د ژوند په هر اړخ کې په رښتوني ډول په سختو

اغیزکوونکو ځورونو سره چي د اضطراب فزیکي اعراض ور سره یوځای وي وصفي ده . دعمومي

اضطراب لپاره معیارونه د DSM-IV له مخي په ۵-۴لمبرجدول کي ښودل شویدي . ګډ اعراض یي

فزیکي او رواني اجزاوي روښانه کوي . د معیارونو د منځپانګي اساس چي پر اضطراب متمرکز دی

داسي ښوونه کوي چي د امحور نوروحالتونو کوم عرض ته اړوند نه وي (د بېلګي په ډول د ډار په

ګډوډي کي د ډار د حملي نه سخته وېره دعمومي اضطراب عرض نه دی) .

اپيديميولوژي

د ژوند پرمهال د عمومي اضطراب پېښي څه ناڅه ۵ % دي . د ناروغی د پیل ځانګړی وخت د شل

کلني د مخه دی مګر ښايي چي ګډوډي په هرعمرکي پيل وکړي .

د لاملونو پوهه (Etiology)

ارثي څيړني راپه ګوته کوي چي دعمومي اضطراب ګډوډي دواړه ارثي اوچاپيريالي اېتيولوژی لري . د

سېروتونرژیک ،نورادرينرژیک اوGABA-ergicعصبي ناقلينو د سيستم اړيکي د عمومي اضطراب د

ګډوډی سره څيړل شوي دي ،مګر بيولوژیکه ايتيولوژي يي ناڅرګنده ده . د پېژندني د سلوکي نظریو

ښتنتان ټينګارکوي چي دعمومي اضطراب ګډوډي د پېژندني د ویجاړی له امله په کوم کي چي

ناروغان يو موقعيت په ناسمه توګه له خطره ډک انګېري کوم وخت چي نه دی ،رامینځته کيږي .

کلينيکي څرګندوني (Clinical Manifestations)

تاريخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

دعمومي اضطراب د ګډوډی ناروغان د ژوند په هره برخه (د دندي په ترسره کولو، روغتيا ، زوجي

اړيکو او تولنيز ژوند) کي په رښتوني ډول زيات پرېشانه وي . دوی د ډارحملي او د فو بيا نورډولونه

، وسواسونه اوجبري انګيزي نه لري . بياهم دوی ډېرنفوذ کوونکی اضطراب اوپرېشاني (ترسناکي

ليدني) د يوشمبر پېښو او يا کړنو په وړاندې چي ډېري ورځي ليدل کيږي لرترلره شپږمياشتي وي،

څرګندوي .دوي بايد همدارنګه د پرېشانی په کنترول کي ستونزي ولري او دا بايد لرترلره د

لاندېنيواعراضوڅخه د دريو سره : ناکراري ، په اسانی سره بې مينې توب ، په فکري تمرکزکې ستونزې ، يا فکري تشه ، تخرشيت ، عضلي شخي او د خوب ګډوډي ، يوځای وي .

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

په عمومي اضطرابي ګډوډی کې پراضطراب اوپرېشاني تمرکز بايد د I محورنورو تشوشاتو يا ګډوډيوته اړوند نه وي د بېلګې په ډول اضطراب اوپرېشاني بايد د ډار د حملو د لرلو له امله نه وي (لکه د ډاريه ګډوډيوکې)،او په عامه ځايونو کې خجالت کېدل (د ټولنيزې فوبيا په شان) .

۴-۵لمبرجدول دعمومي اضطراب د ګډوډی تشخيصي معيارونه راښيي :

اضطراب اوپرېشاني : زياتېدونکي پرېشاني او اضطراب ډېری ورځې د شپږومياشتوپه موده کې د ډول ډول پېښو او موقعيتونو اړوند .
پرځان کنترول نه لرل :پرېشاني چې کنترول يې ستونزمن وي .
ورسره ګډ اعراض: اضطراب اوپرېشاني چې لږترلږه دري له لاندېنيوشپږواعراضو ورسره يوځای وي : ۱ – نا ارام ، کوک شوی او يوازې شوی وي . ۲- ژرستړي کېدل . ۳ – په فکري تمرکزکې ستونځې . ۴ – په قهرکېدل . ۵ – عضلي شخوالی . ۶ – دخوب ګډوډي .
زمينه يا منځپانګه: د اضطراب او پرېشاني تمرکز د نورو رواني ناروغيو په زمينه کې نه ليدل کيږي .
ويجاړي : اضطراب او پرېشاني په پام وړ ډول دندي ويجاړوي .
ځانګړتيا :اضطراب اوپرېشاني : د درملو، دعمومي طبي حالتونواو يا د نورو رواني حالتونو لامله نه دي پيدا شوي .
Adapted from the American psychiatric association . diagnostic and statistical manual of mental disorder 4th Ed.Washington,DC;American psychiatric Association,2000.

تدبيرونه (Management)

دعمومي اضطراب فارمکولوژيکه درملنه په بنزوديازيپين سره ده ، او بوسپيرون (buspirone) (چې د بنزوديازيپين پرته يو اضطراب حلوونکی دی) ، د سيروتونين د دوهم ځلي جذب انتخابي نهي کوونکي (SSRIs)، ګاباپنتين (Gabapentin) او بيتا بلاکر هم کارول کيږي خو بنزوديازيپين ډېر

اغیزمن دي . د درملني موده د درملو د زغم (Tolerance) او روږدي کېدو په خطر پوري تړلي ده ، داسترخا ورکولوتخنیکونه هم په درملنه کي د ځینو برياوو سره کارول شوي دي .

له ضربي وروسته رواني فشار راوړونکی ګډوډي (Post Traumatic Stress Disorder)

له ضربي وروسته رواني فشار راوړونکي ګډودي یوه اضطرابي ګډودي ده چي په اوږدمهاله توګه ناروغ ته ضربه تکراري څرګندیږي او له هغي يي د بیا راتلو له امله لیري کېدوته هڅوي اوډېره تخریشوونکي وي ، وصفي ده . د DSM-IV له مخي په٦-٤لمبرجدول کي د PTSD لپاره معیارونه په ګوته شوي دي : دخپلي راتلونکي د لنډوالي احساس (اووم عرض د لیرېوالي اوبي حسي نه تیت) داسي یواحساس دی چي ژوند پای ته رسېدلی دی او راتلونکي پلانونه ورته په زړه پوري نه دي . یوه حاده PTSDهغه وخت تشخیص کیږي چي اعراض له دریومیاشتو نه لږ دوام وکړي ، له دریو میاشتو وروسته PTSD مزمنه ګڼل کیږي که چیري د رواني فشارونولاندي په شپږومیاشتوکي اعراض ونه لیدل شول نود PTSDځنډ من پیل تشخیص کیږي .

اپیدیمیولوژي

د PTSD پیښي په سړیوکي (٥ ، ٠ %) اوپه ښځوکي (١,٢%) اټکل شویدي ،PTSD ښایي په هر عمرکي له ماشومتوبه بیا تر پاخه عمر پوري ولیدل شي اوښایي له لومړنی ضربي وروسته په کړیو،ورځویا کله په کالونوکي ولیدل شي .

د لاملونو پوهه (Etiogogy)

د PTSDپه ایتیولوژي کي مرکزي لامل ضربه ده . دلته د PTSD لپاره ځیني زمینه جوړوونکي اړین لاملونه شته ځکه ټول خلک چي ورته ضربه ویني اعراض پکي نه پیداکیږي د مقناطیسي اهتزازاتو پرمټ تصویراخیستنه (MRI) پهPTSDکي په هیپوکامپال کي دحجم د بدلون د نظریي ملاتړکوي .

٦-۴لمبر جدول د ضربې وروسته د فشار راوروونکي ګډوډۍ تشخيصي معيارونه راښيي :

د ضربو يا چاپېرېال سره مخامخ کېدل	اويا دواړه وي	۱- يوشخص چې ځان په يوه پېښه کې په خپله په تېره اويا يې ليدلي اويا له دې ډاره چې دبدن سلامتي يې خپله يا نورو له لاسه ورکړيده ۲ - شخص دسخت ډار احساس کوي له يوازې پاتې کېدوکرکه او وحشت لري .
دضربې دوهم ځلي راګرځېدل	ضربه لرونکي پېښي په يوه اويا ډېرولارو دوهم ځلي راګرزي .	۱- فشار راوړونکي تکراري لاسوهونکي تصويرونه،افکار د پېښي درک کول دي . ۲-دپېښي ويجاړوونکي تکراري خيالونه . ۳ -ددې احساس چې ضربه په ټولوبرخوکي پېښه شوي (بيا را ژوندي کېدل ، دليدلوناسموالی ، بياتازه کېدل اوبرسامات) ۴ - له دې نه سخته ټولنيزه اوروانې پرېشاني چې دپېښي دپاتې شونوسره به مخ شي . ۵ – په دې ګومان چې دپېښې نه يوه پاتې ده سخت غبرګون .
ځان ليرې کېدل اوبې پرواکېدل	دتراوماتيکو پېښو دپاتې شونوڅخه اودعمومي هيجاني حالت دبې پروايی (درې اويا ډېرله دلاندېنيواعراضو نه)	۱ – دځان ساتنې فکرونه،احساسات دتراوما په برخه کې خبرې کول ۲–دځينوکړنو،ځايونواوخلکو نه چې دتراوما پاتې شوني دي ځان ساتل . ۳ –چې دتراوما ارزښتمنې برخې دوهم ځلي ووايي بې وسه دی . ۴– دچاروسره بې مينه او علاقه لږه ده ۵ –ددې احساس چې يوازې دی اونورو رڅخه کرکه لري ۶ – دهيجان اوعاطفې د دايرې تنګوالی . ۷ – دېرې لنډې راتلونکي فکرکول .
دتحريک کېدو زياتوالی	دفزيولوژيکو او رواني زياتېدونکو کېن خواووپا ډېرو اعراضوشتون ته اړتيا ده .	۱ – دخوب ستونځې . ۲ – قهراوغوسه کېدل . ۳ –دفکري تمرکز ويجاړي . ۴- ډېره بې خوبي . ۵ – په زياتېدونکي توګه له ځايه ټوپ اچوونکي غبرګون
موده :اعراض له يوې مياشتې ډېر پايښت مومي .		
و يجاړي : دپام وړويجاړي د دندو په تر سره کولوکي شتون لري .		

Adapted from the American psychiatric association. diagnostic and statistical manual of mental disorder ,4th ed.washington,DC;American psychiatric association,2000.

کلينيکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاريخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

هغه وګړي چې يوه تراوماتيکه پېښه يې زغملي لکه (جګړه ، پر بدن حمله، زنا اوانفجار) کوم چې دوی تجربه کړي ،يا يې ليدلي اويا په رښتيا سره د سختې او شديدې مړينې سره مخ کېدل ، سخت جسمي زيان يا د بدني سلامتيا په ختم تهديد شوی وي . تراوماتيکي پېښې په وروستيو کې د نېغو تکراري تصويرونو يا خيالونو يا نېغو تکراري خبطونو ، برساماتو يا د پېښې د بيا تازه کېدلو په څېر بيا را څرګنديږي . په يوه همغاړي کوونکي هڅه کې دا ناروغان داسې هڅه کوي چې د پېښې د بيا راتلوڅخه ځان وساتي . ډېرځله نېغ رواني مېکانېزمونه (لکه نه همغږي اوبې احساسه کېدل) او يا رښتوني

لېرېوالی له هغي شاوخوا نه چي د پېښي بيارا يادول تحريکوي ،دوی همدارنګه د نورو نه د بېلوالي احساس څرګندوي او د اوتونوميک لوړتخريش شواهد څرګندوي .

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

هغه اعراض چي PTSD تمثيلوي بنايي په خپګان ، دعمومي اضطراب په ګډوډي ، د بېځايه ډار په ګډوډي ، د جبري وسواس په ګډوډی يا Obsessive Compulsive Disorder يا OCDکي او د همغږۍ نه لرلو په ګډوډۍ کي هم وليدل شي ، کوم وخت چي اعراض د PTSD پېښې کوي دا توپير بايد په ګوته شي چي اعراض له ټولو دريو کټګوريوڅخه دي او که نه ؟ نو يو تشخيص چي وړاندي ويل شوي دي کېښېږدی .

تدبيرونه(Management)

درملنه د اعراضو د يو ځايوالي په تګ لوري ، سايکوفارمکولوژيک موادو(توکو) او روان درملنه (ګروپي اويا فردي) ترسره کيږي .اوSSRIs لږ تر لږه د شپږو مياشتو لپاره کارول کيږي ، چي د PTSDاعراضو د لړولو لپاره ډېره اغيزمنه درملنه ده . دري حلقوي خپګان ضد درمل (TCAs) او مونوامينواکسيداز نهي کوونکي (MAOIs) همداراز اغيزمن دي . پروپرانولول او نور بيتابلاکړ د اعراضو له ودي څخه مخنيوی کوي . که چېرې د ضربي وروسته پروخت ورکړل شي . روان درملنه اغيزمنه ده او بايد په ځانګړي ډول د تراوما د طبعيت سره پيوند ولري ،د مسؤليت نه د وتلو د درجي د لوړوالي مهارت او د ناروغ نه د ملاتړ کولوسيستم ناروغ ته مناسب دی .

د حاد رواني فشارراوړونکی ګډوډي (Acute Stress Disorder)

د حاد رواني فشارراوړونکي ګډوډی په سمه توګه په جزياتوسره نه شي تشريح کېدی مګرتشخيصي معيارونه يي دPTSDتشخيصي معيارونو ته ورته دي . حاد رواني فشارراوړونکي ګډوډي داسي نوم دی چي :په حاد ډول سره په ځان کي محدود يوحالت رابنيي چي لږترلږه دوې ورځي اوډېرترډېره څلوراونی پاينېت مومي . د دې حاد پيل بايد د يوې تراوماتيکي پېښي وروسته په څلورواونيوکي راشي ، دحادرواني فشارراوړونکي ګډوډی اوPTSDترمينځ لوی توپير دهغه مزمنوالی دی ، په يوه چا کي د حاد رواني فشارراوړونکي ګډوډۍ د لومړني تشخيص وروسته کولی شوچي د PTSD تشخيص کښېږدو که چېرې شديد اعراض د تراوما سره په مخامخ کېدوکي له څلورو اونيو زيات پاينېت وکړي د

درملني مداخله د حاد رواني فشار راوړونکي ګډوډۍ پرمهال د PTSD د اعراضو د رامنځته کېدو په

مخنيوي کې ښايي مرسته وکړي مګر پدې اړوند نورو زياتو څېړنو ته اړتيا ده .

د جبري وسواس ګډوډي (Obsessive Compulsive Disorder) يا OCD

يوه اضطرابي ګډوډي ده په کوم کې چې ناروغان تکراري وسواسونه اوجبرونه چې د پام وړ پرېشاني

لامل کيږي او د دوی د ژوند د پام وړ برخه نيسي ، څرګندوي .۷ -۴لمبرجدول د DSM-IV پربنسټ د

دې حالت لپاره تشخيصي معيارونه راپه ګوته کوي .

اپيديميولوژي

د ژوند په موده کې يې پېښېدل ۲-۳%پورې دي څانګړې پيل يې د شل کلنۍ د مخه او د نوي ځوانۍ

اخري وخت ترمينځ موده ده ، مګر د ناروغانو دريمه برخه د پنځلس کلنۍ د مخه د OCD اعراض

ښيي .

د لاملونو پوهه (Etiology)

د OCD سلوکي ماډلونه ادعا کوي چې وسواسونه اوجبرونه د کلاسيکو او عملي شرط جوړولو په

اوږدو کې پيدا او زغمل شوي دي . په زړه پورې ده چې OCD په پراخه پيمانه د دماغو له صدمي

او يا ناروغيو (لکه د سرضربه ،د حملوګډوډي ،د هوچن سن ګډوډي) وروسته ليدل کيږي ، اوارثي

څېړني ښيي چې مونوزايګوټ جوړه د ډای زايګوټ په پرتله د OCD لوړې يو ځايي پېښې ښيي ،دا

موندني د دې ګډوډۍ لپاره د بيولوژيک بنسټ ملاتړکوي . د سېروتونين عصبي لېږدوونکی د يوه پيغام

وړونکي په څېر په وسواسي افکارو اوجبري سلوک کې ونډه اخلي ،عصبي تصوير اخيستنه پردې

دلالت کوي چې وويل شي چې د دماغو ډېرې برخې اغيزمنې شويدي .

کلينيکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاريخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

په OCD اخته ناروغان وسواسونه اوجبري انګيزې څرګندوي ، وسواسونه تکراري ، مداخله کوونکي

، خيالونـه ، افکـار او تصـويرونه دي چـې د ليـدو وړاضـطراب او پرېشـانۍ سـبب ګـرزي او

Compulsions ياجبرونه د فزيکي او رواني کړنولپاره تکراري ارادې دي چې په عمومي توګه د

وسواسونو په وړاندې غبرګون دی د اجباري هڅو او کړنو موخه دا ده چې وسواسونه خنثی کړي ،

اضطراب را لږ کړي يا په کوم له سحره يک ډول د وحشتناکو پېښو او موقعيتونو مخنيوی وکړي .

۴-۷لمبر جدول دجبري وسواسونولپاره معيارونه راپه ګوته کوي :

وسواسونه شخص يوله وسواس ياجبرونو ياجبرونه : څخه يا دواړه لري	وسواس : مداخله کوونکي نامناسب اضطراب ، پرېشاني تحريکوونکي افکار ، انګيزې اويا تصويرونه دی . ويجاړوونکي افکار،انګيز ې يا تصويرونه درښتوني ژوندله ستونزوڅخه سخته ستونزه ده . شخص هڅه کوي چې ويجاړوونکي فکرونه انګيزې او تصويرونه کنترول ،بې ارزښته ګڼل اويا مات کړي . شخص دااحساسوي چې داويجاړوونکي فکرونه ،انګيزې اوتصويرونه د ده يا د دي دخپلومغزو څخه راوتلي دي . جبرونه درتل شوي تکراري سلوک يارواني کړني رول لوبوي اوياوسواسونوته غبرګون دی په همدې ترتيب سره سلوکونه او رواني کړنې داسې موخې لري چې پرېشاني لږه کړي يا د وېرووونکوپاپلو مخنيوی وکړي دوی په اساسي توګه دخپلې خوښې دپاپلوسره يوځای نه وي اوياډېرپه هغه محورونوکې وي چې لازم وي
درک يااحساس : شخص دخپلې ناروغی څېنې برخې مشخصې کوي داچې وسواسونه اوجبرونه سخت اوبې دليله دي .	
ويجاړي : وسواسونه اوجبرونه ددې لامل کيږي چې پرېشاني ،مداخله ، اوډېام وړ ويجاړي په نورماله دندې ترسره کولوکې په نښه کړي .	
ځانګړني : وسواسونه اوجبرونه په بل ۱ محور،طبي يا درملواړوندحالتونوکې ښه نه دي څرګندشوي .	
+ کـه چېـرې يوشـخص دخپـل وسـواس اويـا جبرونـو پـه بـې دليلـوالي ونـه پـوهيږي نولـه يـوه بېسـکه د رك سـره يوځای دOCD تشخيص ايښودل کيږي .	

adapted from the American psychiatric association ,diagnostic and statistical manual of mental disorder,4th ed.washington,DC; American psychiatric association, 2000.

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

دا ارزښتمنه ده چې په OCD کې وسواسي افکار په شيزوفرېني او نورو رواني ګډوډيوکې له هذياني افکاروڅخه بېل شي . وسواسونه همېشه ناغوښتل شوي ، مقاوم او د ناروغانو پواسطه درک کيږي چې د دوی د خپلو افکارو زېږنده دي په داسې حال کې چې هذيانات په عمومي ډول د ناروغانو له افکارو بېل ګڼل شوي او ناروغان ورسره مقاومت نه کوي .

تدبيرونه (Management)

د پيژندني سلوکي درملنه (CBT)،کلوميپرامين اوSSRIs ښودل شوي چې د OCD په درملنه کې پوره اغيزمن دي ، همدارنګه لرڅيرني شوېدي چې د سيستماتيک حساسيت له منځه وړلو ،غوټه کولو، او د غبرګون د مخنيوي سلوکي تخنيکونه په برياليتوب سره د جبري انګيزو په درملنه کې کارول شويدي . د بېلګې په ډول يوڅوک چې په يوه شي باندې د ککړتيا څخه ډارېږي ، نودا شی په درملنه کې په تکراري ډول وکاروی ترهغوچې د دې ترسناک شي په شتون کې د مخنيوي پايله په لاس راشي .

اساسي ټکي (Key Points)

- د بېځایه ډارګېدودي شوني ده چې د کني ګوني څخه د ډارسره یوځای یا دهغه پرته ولیدل شي او له انتظاره وتلي بيځايه ډار په حملوسره وصفي ده .

- د بيځايه ډارګدودي د خپګان په ضد درملو،بنزوديازيپين او د سلوکي پيژندني په تخنيکونوتداوي کيږي

- ځانګړی بيځايه ډار د ځانګړوشيانو، ځايونو، کړنو يا موقيتونو څخه يو سخت ډار دی ، اوپه ٢٥٪ وګړو کې په ځينو ځايونو کې ليدل کيږي .

- ټولنيز بېځايه ډار له دې څخه ډار دی چې د نورو د پوښتلوسره به مخ شي او د ژوند په موده کې د٣٪نه تر ٥ ٪پورې پېښيږي -درملنه يې په MAOIs،بيتابلاکړ،SSRIs،الپرازولام ، ګاباپنتين او CBT سره کيږي .

- عمومي اضطراب د ژوند په هر اړخ کې د پريشانۍ د کنترول يوه سخته ستونزه ده چې د اضطراب بدني څرګندوني ورسره يوځای وي .

- دعمومی اضطراب ګډودي په بنزوديازيپين، Buspirone ، SSRIs بيتابلاکړ، ګاباپنتين او د سيالمنتيا په تخنيکونوسره تداوي کيږي .

- PTSD تراوما ته دغبرګون په څېرليدل کيږي ، او د تراوما په بيا تجربه کولو او په هغوهڅو کولو سره چې د تراوما د بيا را ګرزېدلو او زيات تحريک کېدلو څخه ځان وساتي وصفي ده .

- د PTSD د ځانګړو اعراضو په ټګ لوري درملنه په درملو او روان درملنه سره کيږي .

- OCD يو پرېشانوونکی حالت دی چې په تکراري وسواسونو او جبرونوسره وصفي دی .

- OCD په CBT کلوميپرامين ، SSRIs سيستماتيک حساسيت ورک کولو، غوټه کولو او دغبرګون څخه په مخنيوي يې درملنه کيږي .

پنځم څپرکی

د شخصیت ګډوډی (Personality Disorders)

د شخصیت ګډوډی د رواني ګډوډیو د تشخیصي او احصایوي څلورم چاپ لاسوند (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th edition (DSM-IV) له مخې په II محورکې ډلبندي شویدي . د شخصیت د ګډوډیو لس ډولونه په ډله ایزبنسټ چې په ستره کې یې ځانګړني سره ورته دي ډلبندي شوي دي : دلته دری د شخصیت د ګډوډیو تولګې په ګوته شوي لکه : عجیب اود مرکزنه لرونکې ډله ایزګروپ ، ډراماتیک اوهیجاني ډله ایزګروپ اومضطرب اوډارن ډله ایزګروپ شخصیتونه دي(۱-۵لمبرجدول) . DSM-IV د شخصیت د ګډوډی لپاره عمومي تشخیصي معیارونه په ۲-۵ لمبرجدول کې راښیي : د شخصیت په ګډوډی اخته شخص لپاره معیارونه په لاندي ډول سره بیانیږي : د شخصیت ګډوډي ډیرځله یو د بل د پاسه د اعراضو رامنځته کېدنه ده(۳-۵) لمبرجدول د لومړنی ځاني دفاع مېکانېزمونه راښیي (دځاني دفاع مېکانېزمونو بحث په رواني نظریوکې په اووه لسم څپرکي کې وګوری) چې د شخصیت د ګډوډی په رامنځته کېدوکې موندل شوي دي . یوشخص همدارنګه ډول ډول دفاعي مېکانېزمونه کاروي .

عصبي بنسټ (Neural Basis)

د رواني تحلیل پخوانی نظریې دشخصیت په ګډوډیوکې د ماشومتوب مهال د ودې پرونده متمرکزې وې ، ډیرې اوسنی په علمي بنسټ ولاړې نظریې د شخصیت په ګډوډی کې دعصبي بیولوژۍ اوپرمختلونکي رواني‌پوهنې پر ونده ټینګار کوي . رواني موندنې د شخصیت په جوړولوکې د ارثیت اوچاپېریال د دواړو د اغیزو ملاترکوي ، په ځانګړي ډول نوي پیداشوي نظریې په زیان منونکو اشخاصو کې د سرحدي شخصیت د ګډوډی په جوړولوکې د فزیکي او روحي تراوما د ونډې ملاتړ کوي ، د دماغو د تصویرونو کتنه د شخصیت په ځینو ګډوډیو کې د دماغو د جوړښت او دندو د بدلونونو د شتون ملاترکوي . همدارنګه DSM-IV د شخصیت د ګډوډی معیارونو ته ډیری معاصرې(نږدې) څېړنې دوی تر دې کچې رسولي دي ، ځینې د نظرخاوندان (لارا او اکیسکا ل ۲۰۰۶م کال) څرګندوي چې د ډار اوغوسې ځانګړي نښې د شخصیت په ګډوډی کې د بې ترتیبه هیجان د محراق په څېر دی . نور(لکه ګوډمان اونور) د شخصیت د جوړښت نورې خواوې چې عبارت له :

عاطفي بې ثباتي ، انګيزي درلودنه ، برید کول ، اضطراب او د پېژندني لاملونو څخه د يادولو وړ بولي د ګټوري ياد داښت په ځبر دا مرسته کوي چې د ځانګړو اعراضو د اصليت څرنګوالی ، لکه د ډار، غوسې ، اضطراب او بريد کولو په شان چې دوی د عصبي جوړښتونو سره د دوی پخوانی ربښي چې د لمبيک سيستم اړوند (په ځانګړي توګه اميګداله ، هيپوکامپاس ، او د سينګولاته ګونځې) دي (۱ -۵شکل) او د مونوامينوعصبي لېږدوونکي(سېروتونين ، ډوپامين ، نوراپي نفرين) د د وی د اعراضو د بيانولو سره چې د د ماغي ناحيو لکه نيوکورتکس اوعصبي لېږدوونکو لکه ګاما امينوبيوتايريک اسيد اوګلوتامات د ډېرو اوسنيو څېړنو پر مټ تنظيم شوي دي ، په ګوته کړو .

د الف – ټولګه (عجيب اومرکزنه لرونکی) شخصيت

Cluster A (ODD and Eccentric)

د پارانوييد شخصيت ګډوډي (Paranoid Personality Disorder)

هغه کسان چې د پارانويد شخصيت ګډوډي لري پرېشانه ، بد ګومانه ، د زيان په انتظار کې وي اوپه جنجالونوکې ډوب وي .

اپيډيميولوژي

په ټولو وګړو کې د پارانوييد شخصيت ګډوډي د ژوند پرمهال د ۰,۵ نه تر ۲,۵پوري پېښې لري . د مزمني شيزوفرېني او يا د ازارموندلو دهذياني ګډوډيو لرونکو ناروغانو خپلوان د پارانوييد شخصيت ګډوډي ډېر پېښېدل راښيي .

۱-۵لمبرجدول دشخصيت د ګډوډيوډلبندي راښيي :

د الف- ټولګه (عجيب اوبې مرکزه)	د ب – ټولګه (ډراماتيک اوهيجاني)	د ج – ټولګه (اضطرابي اوډارن)
پارانويدParanoid	ټولنيز ضدAntisocial	لیري کيدونکيAvoidant
شيزويدSchizoid	سرحدي Borderline	په چا پوري تړليDependent
شيزوټاپيا لSchizotypal	هستريک ډوله Histrionic	دجبري وسواس لرونکي Obsessive Compulsive
	په خان مينNarcissistic	

د لاملونو پوهه (Etiology)

مخکښي چاپيريالي زمينه جوړوونکي يې نه دي روښانه ، کورنۍ څيړنې يې دهذياني ګډوډيو(د پارانوييد ډول) سره اړيکي په ګونه کوي . دلته داسې ښکاري چې د شيزوفرېنې کسانو د خپلوانو په مينځ کې يې پېښېدل لږڅه زيات دي .

کلينيکي ځرګندوني (Clinical Manifestations)

تاريخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

هغه وګړي چې د پارانوييد شخصيت ګډوډي لري پرېشانه ، بدګومانه ، اونړۍ د ځان لپاره بد بينه ويني ، دوی د ځان لپاره د زيان ، په جنجالونو کې د ډوبېدو اوغولېدلو په انتظار کې وي . دوی نه حيرانيږي ، دوی د خپلې نړدی راتلونکي په سوچ کې نه دي . دوی د هيجان نه ليرېوالي ته اړ دي .

۲ - ۵لمبرجدول د شخصيت د ګډوډۍ تشخيصي معيارونه راښيي :

هغه ناروغان چې د شخصيت ګډوډي لري د داخلي تجروبواوسلوکونو يوه پايښت لرونکي بېلګه ځرګندوي چې د پاخه عمر کسانو اويا نوي پاخه عمرته رسېدلوله خوا ځرګنديږي لکه :
۱ - له کلتوري غوښتنو څخه ځرګنده سرغړونه
۲- په شخصي اوټولنيزوچاروکې بدلون نه منونکي وي .
۳ - د پرېشانۍ لامل ګرزي يا په ټولنيزو چارو يا کارکي ويجاړي راولي .
٤ - دا د اوږدې مودې لپاره د تجروبو اوسلوکونو يوه ثابته بېلګه ده (چې په ثابت ډول ناثبته وي) .
٥ - په نورو رواني ناروغيوکې نه شي ځرګندېدی .
٦ - د نشيي توکو د کاروني او نورو طبي حالتونو لامله نه شي منځته راتلی .

يادونه :د شخصيت دګډوډۍ لرونکي اشخاص په معمولي توګه د ربښتونو ازموينو سره په تماس کې وي مګرډوي ښايي کله چې د ربښتوني رواني فشار لاندې راشي (يا يې تصور وکړي)څخه له لاسه ورکړي ،يا بې لاس او بې پښوشي ، تېرېدونکي رواني اعراض ولري . د شخصيت ګډوډۍ د شخصيت دهغو سره توپيرلري چې په ځانګړي ډول همغاړي کوونکي دي له کلتوري اړخه منل شوي او د پام وړ پرېشانۍ او ويجاړۍ لامل نه ګرزي .

Reoroduced with permission from the american psychiatric association ,diagnostic and statistical manual of mental disorder ,4th ed washington,DC;american psychiatric association,2000.

۳-۵لمبرجدول د شخصیت په ځینو ګډوډیوکي دلمړنی ځاني دفاع مېکانېزمونه راښيي :

ګډوډي	دفاع
د پارانويید شخصیت ګډوډي	د باندې غورځونه یا بل چاته منسوبول
د شيزوييد شخصيت ګډوډي	خيالي ګټل
د سرحدي شخصيت ګډوډي	زيات قهر اوغبرګون
د هستريونيک شخصيت ګډوډي	د همغاړي کېدلونه شتون
د جبري وسواسونو د شخصيت ګډوډي	ګوښه کېدل

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

بنستيز توپيري تشخيص دا دی چې د رواني اعراضوسره مله پارانويا له پارانوييد شخصيت ګډوډۍ بېله کړو په ځانګړي ډول ځکه چې د رواني ګډوډيو سره مله پارانويا په يوسايکوزضد درمل ځواب ورکوي.

د شيزوييد شخصيت ګډوډي (Schizoid PersonalityDisorder)

هغه کسان چې د سکيزوييد شخصيت ګډوډي لري په هيجاني توګه محدود او غواړي چې ګوښي پرېښول شي .

اپيديميولوژي

په ټولو وګړو کې يې د ژوند په موده کې د پېښېدو ساحه پراخه ده ، او۷,۵%اټکل شويده . مګر له دې امله چې د سکيزوييد شخصيت لرونکي کسان له نورو ليرې ګرزي دوی په دوديز ډول په کلينيکي پراکتيک کې نه ليدل کيږي .

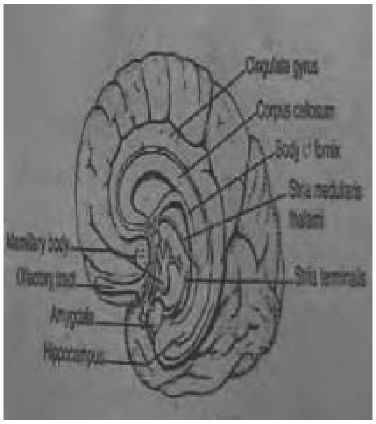
د لاملونو پوهه (Etiology)

دلته ځيني موندني شته چې د شيزوفرېن اوسکيزوټايپال شخصيت ګډوډۍ لرونکو کسانو په خپلوانو کې د سکيزوييد شخصيت د ګډوډۍ زيات پېښېدل را په ګوته کوي .

کلینیکي ځرګندوني (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

دا وګړي ګوښي وي ، دوی یوی ښندی ته او بېل شوي وي ، او دوی په تجروبه کولو او د هیجاناتو په ښکاره کولو کي ژوري ستونزې لري اوهمدارنګه دوی ښه ګڼي (ترجیح ورکوي) چي ګوښي پاتي شي او په عمومي ډول په اړیکو جوړولو پسې نه وي او دا ښایي د خپلي کورنۍ دغړوسره غړې خنډ جوړکړي .



۱-۵لمبرشکل دلیمبیک سیستم اناتومي . دلوی لیمبیک سیستم په ډېرو نورمالو دندو کي اندولوونکي ونډه اخلي ، اوپه رواني ګډوډیوکي غیرمنظم وي دامیګدال ، هیپوکامپال جوړښتونه ، سینګولاټا ژیروس ، اومنځي نښلوونکي جوړښتونه ښایي د شخصیت د ګډوډۍ په ډېرو برخو کي ارزښتمني وي په ځانګړي ډول هغوی چي په اضطراب ، ډار غصه اوبرېدکونه سره وصفي وي (د اناتومي د چارتونو له شرکت نه اخیستل شویدي) .

توپیري تشخیص (DifferentialDiagnosis)

د سکیزویید شخصیت ګډوډي کېدی شي چي د ځان لیرې کوونکي شخصیت له ګډوډۍ (وروسته وګورۍ) او د ټولنیزبېځایه ډارځخه ، د دې حقیقت له امله چي سکیزویید کسان اړیکي نیولوته زړه نه ښه کوي ، رابېله شي ، لیرې ګرزېدونکي او په ټولنیزه فوبیا اخته کسان ښایي زړه ښه کړي او اړیکي نیول ولټوي خو د دوی اضطراب د دوی د اړیکو نیولو د ظرفیت خنډ ګرزي چي اړیکونیولو ته ورسیږي . سکیزوفرېنی ، ځان محوري ګډوډي ، asperger's (د ځان محوري لړشدید بدلونونه) همدارنګه د توپیري تشخیص حالتونه دي .

د سکیزوټایپال شخصیت ګډوډي (Schizotypal Personality Disorder)

د سکیزوټایپال شخصیت لرونکي کسان عجیبه :افکار ، عاطفي ، احساسات او باورونه (عقاید) لري .

اپیدیمیولوژي

په ټولو وګړوکي یې د ژوند په موده کي پېښې٪۳دي

د لاملونو پوهه (Etiology)

څېړنې د دې ګډوډۍ د کورنيو ترمينځ ټولګه را ښيي په ځانګړي توګه د هغه چا په لومړۍ درجه خپلوانوکې چې سکيزوفرېنيې ولري .

کلينيکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاريخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

سکيزوټايپال ګډوډي ښه نظر دادی چې سکيزوفرېنيې ته ورته مګر لږ شديد ، او اوږد مهاله رواني اعراض نه لري .د دې ګډوډۍ لرونکې د ګوتوپه شمېردوستان اوعجيبه : افکار، عاطفه ، ادراک ، او باورونه (عقايد) لري . په لوړه کچه پرېشانه او ډېرخله پارانوييد وي ، کوم چې په يوه ډېره تنګه ټولنيزه نړۍ پای مومي . د ژوند په موده کې يې د ځان وژنې کچه ٪۱۰ده .

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

سکيزوفرېنيې ، هذياني ګډوډۍ ، او مزاجي (دخُلق)ګډوډۍ چې لپونتوب ورسره وي ، غټ توپيري تشخيصونه دي .

د ب ټولګه (ډراماتيک اوهيجاني) : [Cluster B (Dramatic and Emotional)]

د ټولنيز ضد شخصيت ګډوډي (Anti Social Personality Disorder)

هغه کسان چې ټولنيزضدشخصيت (ASP)ولري په تکراري ډول د ټولنې ونډې او د هغه قوانينو ته ځان اړوند نه ګڼي ، او په نادر ډول د خپلو کړنو څخه پښېماني څرګندوي .

اپيديميولوژيASP٪۳په نارينه او٪۱په ښځينه کې وي ، څه ناڅه نيمايي يې مخنيوی کيږي اوڅه ناڅه نيمايي يې په بندي حالت کې ASP لري .

د لاملونو پوهه (Etiology)

ASP د هغه چا په لومړۍ درجه خپلوانو کې ډېره دود ده کوم چې په ASP تشخيص شوي وي . په هغه کورنيو کې چې يو تن يې ASP ولري سړي دASP اونشيي توکو د روږدي کېدو لوړه کچه ښيي ، چېرې چې ښځې د سوما تايزېشن ګډوډۍ لوړه کچه راښيي . يو زيږ ، دغضب بک ، او له جنايت نه ډک چاپيرپال همدارنګه خلک دې ناروغۍ ته تياروي .

کلینیکي څرګندونې (Clinical Manifestatons)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

هغه څوک چې ASP لري له دې دوو هریوه ښه ښکاره اویا ښه پټ د ټولنې او د هغې د قوانینوځان تړلی نه بولي ، دوی ګټه کوونکي ،دبرخله اورده پراته ، نوروته تاواني ، غوسه لرونکي او بریدکوونکي دي ، اوپه نادر ډول دوی نورو ته د زیان اړولو له امله پښیماني څرګندوي . په دې کسانو کي الکهولېزم دېرخله یوځایي موندنه ده . دېرهغه کسان چې ASP لري لاړښودل شوي دي اویا خپلي کړنې ورته یو ډول مذهبي بریښي . د دوی د ژوند د مهال د ځان وژنې کچه ٪۵ ده .

توپیري تشخیص (Differential Diagnosis)

دوه قطبي ګډوډی او د نشیي توکوروږدي کېدل کولی شي چې د ناروغی په حاده مرحله کي ټولنیزضد سلوک پیداکړي کله چې ناروغي کنترول شوه ښه کیږي . د هغو کسانو چې ASP لري ټولنیزضدسلوک یې برعکس په حالت پوري نه دی تړلی .

د سرحدي شخصیت ګډوډي (Borderline Personality Disorder)

د سرحدي شخصیت لرونکي کسان د اړیکوساتلو ، د خپل ځان نه د تصور، عاطفي او ارادې د کنترول له څیڅپانده کېدو(بې ثباتی) څخه خوریږي .

اپیدیمیولوژي

د ژوند په موده کې په ټولو وګړو کي له۱% نه تر ۲% پورې پېښیږي.

د لاملونو پوهه (Etiology)

د سرحدي شخصیت ګډوډي د هغو کسانوپه لومړی درجه خپلوانوکي چې د سرحدي شخصیت ناروغ وي څه نا څه پنځه واري دېره دود ده ، برسېره پردې دا ګډودي په الکهولیکو کورنیو اوهغه کورنیو کي چې په ASP اخته شخص ولري لوړه کچه ښیي ، په دومره کچه لکه په هغه کورنیوکي چې مزاجي ګډوډی لري ، هغه ښځینه چې د سرحدي شخصیت ګډوډی لري دېرځله له جنسي یا بدني بېځایه کارېدنې یا دواړو څخه ځوریږي .

کلینیکي څرګندوني (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

هغه کسان چې د سرحدي شخصیت تشوش یا ګډوډي لري د اعراضو له یوې غني ټولګې څخه ځوریږي ، د دوی اړیکې په غوسې ، له اړیکو نیولو نه په ډار ، او د خیالاتو بدلونونو او د ارزښت په له لاسه ورکولو څرګندې شوي دي . د دوی د ځانونو څخه تصورنیمګړی ،توټه شوی او د راتلونکو وړاندوینې نه وړ بدلونونو چې په اړیکو ، موخو ، اوچارو کې رامنځته کیږي څپڅپاند وي . دوی عاطفي بې کراره اوغبرګون کوونکي دي چې د غوسې ،خپګان او د ډار له ګډوډیو سره یو ځای وي . د دوی له قهره ډکې ارادي ښایي په ډیرونامناسبو(نا خوندي)سلوکونو لکه د درملوکارونه ، د ښځې اومېړه ترمنځ اړیکې خرابوالی ، قماربازي ، اونورخطرناکو سلوکونو پای وموموي . د دوی ځاني ویجاړې پایله پرځان وژنې او یا د نورو د وژنې پرسلوک (لکه برسېرنه غوڅونه ، یا سوزونه یا د درملونه و ژونکی لوړ دوز چې نیت یې وژل نه وي) دلالت کوي . دوی همدارنګه تېرېدونکي پارانویا او د همغږۍ نه لرلو اعراض څرګندوي . دځان وژنې هڅې ښایي د دېرش کلنۍ عمر د مخه وي ، او د ژوند په اوږدو کې دځان وژنې کچه ۱۰%ته رسیږي . اساسي رواني د فاعي مېکانېزمونه چې اشخاص یې کاروي لومړنی په لویه کچه انکار ، د څېرې بدلون ، د بل په غاړه وراچول او د اجزاوو نیمول دي . ناروغ ښايي په پراخه پیمانه ورسره یو ځايي ناروغۍ لکه د نشيي توکو کارونه ، د مزاج ګډوډۍ او د خوراک ګډوډۍ اونور څرګندي کړي .

توپیري تشخیص (Differential Diagnosis)

د مزاج ګډوډۍ او د سلوک هغه بدلونونه چې د نشيي توکو د فعالې کاروني په نتیجه کې پیداکیږي د ارزونې وړ اساسي توپیري تشخیصونه دي . تشخیصي ځانګړنه یې ناکراره اړیکې ، له ځان نه ناکرارتصور ، ناکراره عاطفه اوناکرار او انګیزه لرونکي سلوکونه دي .

د هستریونیک شخصیت ګډوډي (Histrionic Personality Disorder)

هغه کسان چې د هېستریونیک شخصیت ګډوډي لري شدید برسېرن هیجان لري چې پاملرنې ته په لوړه کچه اړتیا لري .

اپیدیمیولوژي

په ټولو وګړوکې یې پېښې د٪۲ نه تر٪۳ پورې دي . په کلینیک کې ډېرځله په ښځوکې لیدل کیږي مګرښايي سړي په عمومي نفوس کې په برابره اندازه اغیزمن کړي .

د لاملونو پوهه (Etiology)

دلته ښکاریږي چې د سوماټایزېشن ګډوډیو او د ASP سره یې کورنۍ اړیکي شتون لري .

کلینیکي ځرګندونې (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

په هستریونیک شخصیت ګډوډۍ اخته کسان د دوی په شدید اوبرسېرن هیجاني حالت او د دوی ټول وخت ژوري پاملرنې ته په اړتیا لرلو سره وصفي دي . نمایشي سلوک یې د په زړه پورې او ډراماتیکو کالیو اغوستلو څخه جوتیږي . په ظاهره د پام نه وړپېښو ته له اغراق نه ډک هیجاني ځواب او نا مناسبه عشوه ګري (ناز نخرې) اوغولوونکی سلوک یې د ډول ډول چاپېریالونو په پراخه ساحه کې دی . د دوی د ظاهري پرجوشه هیجان سره سره دا کسان ډېرځله د صمیمیت سره ستونزې لري ،ځینې وختونه خپلې اړیکي ډېرې له هغه څه نه چې رښتیا دي صمیمي ښیي .

توپیري تشخیص (Differential Diagnosis)

سوماټایزېشن ګډوډي یې بنسټیزه توپیري تشخیصي ارزونه ده .

د نارسېسیستیک شخصیت ګډوډي (Narcissistic Personality Disorder)

د ځان توصیف کولو د شخصیت ګډوډۍ لرونکي کسان کبرجن اولقب ګټونکي ښکاریږي مګرپرځان د بېخي لږ ډاډ څخه ځوریږي .

اپیدیمیولوژي

په ټولووګړوکې یې پېښې ٪۱او په بسترکسانوکې یې له ٪۲څخه تر٪۱۶پورې اټکل شوی دی د٪۵۰نه بیاتر٪۷۵پورې یې له دې تشخیص څخه یې سړي د ي .

د لاملونو پوهه (Etiology)

د دې تشوش یا ګډوډۍ ایتیولوژي نه ده پېژندل شوي .

کلینیکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

د په ځان مین شخصیت لرونکي کسان په څرګند ډول ځان ته د زیات تمرکز او بې ارزښتوالي یوه ضد ګډوله ښکاره کوي . د دوی د ځان د اهمیت احساس پـه عموم کـې ډېر افراطـي دی او دوی پاملرنـه اوتوصیف غواړي . نوروتـه پام یا همغږي پـه ځـانګړي ډول پکـې نـه شته . دوی ډېرځله کبرجن ، له نورو ګټه اخیستونکي اولقب ګټونکي ښکاري . د دوی د ځان نه د افراطي احساس سره سره همدارنګه د دوی د ماتېدونکي ظاهري حالت لاندې د دوی پرځان لږ باور او د دوی د کیني ارادې د هغه څه چې په اړوند یې ډېر میل لري چې مستحق یې شي یا یې وکړی شي پټې دي.

توپیري تشخیص (Differential Diagnosis)

په نارسېسزم کې ځان غټ لیدل باید په دوه قطبي ګډوډۍ کې د ځان غټ لیدلوڅخه په دوه قطبي ګډوډۍ کې د مزاجي اعراضو د ځانګړنو له مخې توپیر شي .

د ج ټولګه (مضطرب اوډارن)[Cluster C(Anxious and Fearful)]

د لیرې ګرزېدونکي شخصیت ګډوډي (Avoidant Personality Disorder)

هغه کسان چې د لیرې ګرزېدونکي شخصیت ګډوډي لري اړیکو نیولو ته میلان لري مګر له دوی نه ځان لیرې کوي ځکه د دوی د ناوړه احساس له امله اضطراب پیداکیږي .

اپیدیمیولوژي

په ټولو وګړو کې یې د ژوند په موده کې پېښې له ۰,۵ %نه تر ۱% پورې دي او داسې ښکاري چې په سړیو او ښځو کې په برابره کچه پېښیږي .

د لاملونو پوهه (Etiology)

دلته پایلیز معلومات نه شته ، د لیرې ګرزېدونکي شخصیت شکل ښایي په تي رودلو مهال کې پیل شي .

کلینیکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

هغه کسان چې د لیرې ګرزېدونکي شخصیت ګډوډي لري د نه همغاړیتوب شدید احساسات لري . دوی په دردناک ډول له نیوکې سره حساس دي ، دومره ډېرچې دوی د خلکو سره د وخت له تېرولو نه ډډه

کوي . دوی د رټلو اوحقير ګڼلو نه دومره زيات ډار لري چې خپلوانو ته د مخه سفارش ورکوي دوی د ځان منلو لپاره غټ باورغواړي . د دې ګډوډۍ اصليت ، د نيوکې سره ناوړه لوړحساسيت او په پايله کې ټولنيزه رټنه ده .

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

غټ تشخيصي ښېلوالی د ليرې ګرزېدونکي شخصيت د ګډوډۍ او د ټولنيزې فوبيا دعمومي ټايپ تر منځ دی .

په چا پورې د تړلي شخصيت ګډوډي (Dependent Personality Disorder)

هغه کسان چې د تړلي (وابسته) شخصيت ګډوډي لري له کچې وتلي اړمند ، د هيجاني ملاتړ او د پرېکړو کولو لپاره پر نورو ډډه لګوي .

اپيديميولوژي

د ژوند په موده کې يې پېښې له ۱۵%نه تر ۲۰%پورې اوله ۲% نه تر۳% پورې په بسترکې دي .

د لاملونو پوهه (Etiology) : ايتيولوژي يې نه ده پېژندل شوې .

کلينيکي ځرګندونې (Clinical Manifestations)

تاريخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

دا خلک غواړي چې څارنه يې وشي . ځکه دوی له اندازې زيا ت دهيجاني ملاتړاو په پرېکړوکولو کې په نورو پورې تړلي دي . دوی د هغه چا څخه چې ورپورې تړلي وي د ښېلوالي په لوی اوتلپاتې ډارکې ژوند کوي . له دې امله دوی د منونکو اونښلېدونکو سلوکونو لرونکي دي .

توپيري تشخيص (Differential d Diagnosis)

هغه خلک چې د تړلي شخصيت ګډوډي لري هغو کسانو ته چې د سرحدي شخصيت ګډوډۍ لري ، د دوی د اړيکو نيولو څخه د ډډې کولوپه غوښتنه کې سره ورته دي ، مګر د سرحدي شخصيت د ناروغانو انګيزه لرونکی سلوک ، ناکراره عاطفه ، او د ځان نه لږ تصور نه ښکاره کوي .

د جبري وسواسي شخصيت ګډوډي(Obsessive-Compulsive Personality Disorder)

دا کسان کمال غوښتونکي دي کوم چې په لوړه پيمانه لاربښودنې اوکنترول ته اړتيا لري .

اپیدیمیولوژي

په عمومي نفوس کې یې اټکلي پېښېدل ۱% دي .په سړیو کې دښځو په پرتله د جبري وسواس د شخصیت ګډوډي دوه واري زیاته ده .

د لاملونو پوهه (Etiology)

ایتیولوژي یې نده پېژندل شوي ، مګر دلته ښایي د مزاج او اضطراب له ګډوډیوسره یوګډون شتون ولري.

کلینیکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

هغه کسان چې د جبري وسواس د شخصیت ګډوډي ولري کمال غوښتونکي دي . دوی د ژوند په هر اړخ کې لاربښودني اوکنترول ته اړ دي . جزیاتوته په پاملرنې سره دهغه څه پای ته رسول چې پیل یې دي اویا پر موخو د فکر راغونډول یې ناڅاپه ویجاړیږي . دوی په اړیکو نیولو کې ساړه او سخت دي او ناڅاپي اخلاقي قضاوتونه کوي : د کارسره مینه ناڅاپه په کرکه اوړي . دوی جدي او ربړګالونکي وي کوم وخت چې څه شی له سره جوړوي د منځنی کچې له دندي را اوزي .

توپیري تشخیص (Differential Diagnosis)

د جبري وسواس د شخصیت ګډوډي شوني ده د جبري وسواس له هغه ګډوډیو نه چې د اعراضو پر شدت ولاړ وي توپیر شي .

تدبیرونه (Management)

له دې امله چې ښایي شخصیت مزاجي اجزا ولري او د ژوند په موده کې دچاپیریال سره په اړیکو نیولو کې وده مومي ، د شخصیت ګډوډی په عمومي ډول د درملنې په وړاندې مقاومې دي . په ټوله کې روان درملنه د شخصیت د ډیرو ګډوډیو لپاره توصیه کیږي .د رواني حرکي درملنې پربنسټ درملنې کارول دود دي ، همدارنګه دوی باید دهرشخص اوهري ګډوډۍ لپاره ځانګړي شي . د پېژندنې سلوکي ، او کورنۍ درملنې هم کارول کیږي چې دا ګډوډۍ درمل کړي . بنسټیزې څیړنې د ډول ډول درملنو د اغیزمنتوب د اعتباورکولو لپاره په ټوله کې د خنډ سره مخ بولي . ډیالکتیکي سلوکي درملنې د سرحدي شخصیت د ګډوډۍ د درملنې لپاره په ځانګړي ډول وده کړي چې د بنسټیزو څیړنو پر مټ د باور وړګڼل شوي ده . ګروپي درملنه ، د ډول ډول روان درملنو د مادلونو یوځایوالی هم کارول کیږي .

درمل درملنه د شخصیت په ګډوډیوکي په پراخه پیمانه کارول کیږي ، همدارنګه کوم ځانګړی درمل نه دی ښودل شوی چې یوه ځانګړي ګډوډي درمل کړي . په ځای یې درمل د شخصیت د ګډوډۍ سره د یوځایي مختلفو اعراضو د درملنې په موخه کارول کیږي ، د بېلګې په ډول د مزاج ثابت ساتونکي کولی شو د مزاجي ناکرارۍ اوانګیزې لرلو لپاره و کاروو . بنزوډیازیپین په دودیزه توګه د اضطراب لپاره کارول کیږي په همدې ترتیب یې باید د بې ځایه کارونې او روږدي کېدو د غښتلوالي له اړخه ورته زیاته پاملرنه وشي . بیټا بلاکرهمدارنګه ډېرځله د خپګان ، د جبري وسواس د اعراضو او د خوراک د ګډوډیو لپاره کارول کیږي ، د سېروتونین د دوهم ځلي جذب انتخابي نهي کوونکي اونوره د خپګان ضد درمل ، په بریالیتوب سره کارول کیږي . رواني او پارانویید اعراض په دودیز ډول په ټیټ مقدار د لېونتوب ضد درملو سره تداوي کیږي .

کلیدي یا اساسي ټکي (Key Points)

+ د شخصیت ګډوډۍ د اعراضو په دریو ټولګو کې ډلبندي شوي دي .

+ د شخصیت ګډوډۍ د څرګندونو یا تجروبو او سلوکونو جوړښت په ځان کې رانغاړي .

+ دا ګډوډي کولی شي د رواني فشار پر مهال تېرېدونکي رواني اعراض رامنځته کړي .

+ درملنه یې په روان درملنه او د اعراضو د ښېګړې په موخه د درملو کارول دي .

+ د شخصیت ګډوډۍ د درملنې په وړاندې مقاومې دي .

+ د شخصیت ګډوډۍ ښایي د لومړي محور د ګډوډیوسره جنیتیکي اړیکي ولري .

شپږم څپرکی

د نشيي توکو اړوند ګډوډۍ (Substance Related Disorders)

د نشيي توکو کارونه دومره دود ده لکه څومره يې چې ټولني ته اقتصادي لګښت زيات دی ، دا د ډېرو طبي ناروغيو لپاره لامل دی او ډېرځله د رواني ناروغيوسره يو ځای وي . د رواني ناروغيو تشخيصي او احصايوي څلورم چاپ لاسوند (DSM-IV) د نشيي توکو بېځايه کارونه او تړلتوب او د نشيي توکو څخه خلاصون را پېژني . له دې امله د الکهولو بېځايه کارونه او تړلتوب د هېروينو د بېځايه کاروني او تړلتوب ته په ورته معيارونو سره پېژندل کيږي . دا څپرکی بېځايه کارونه اوتړلتوب راپېژني ، او د هرې نشيي مادې اړوند ګډوډۍ کلينيکي څرګندوني په لاس راکوي . DSM-IV د ډول ډول درملو د روږدي کېدو مختلفې نښې او اعراض را په ګوته کوي . دلته په ترتيب سره د نشيي توکو اړوند دوديزې ګډوډۍ (تشوشات)څېړل کيږي .

د نشيي توکو بېځايه کارونه (Subtance Abuse)

DSM-IV د نشيي توکو بېځايه کارونه د نشيي توکو د يوه بد عادت په ډول چې کاروونکی يې د پام وړ کلينيکي ويجاړۍ يا پرېشانۍ خواته بيايي چې د يوه يا ډېرو لاندېنيو حالتونو په شکل سره څرګنديږي :

په کورنۍ ،ښوونځي او کار کې د خپلو زماواريو(مکلفيتونو) په بشپړولو کې پاتې راتلل .

په تکراري ډول په هغه ځايونو کې چې فزيکي زيان لري د نشيي توکو کارول .

د نشيي توکو اړوند تکراري قانوني او حقوقي ستونزې .

په تکراري ډول د نشيي توکو کارونه سره د دې چې په پرلپسې يا تکراري ډول د ټولنيزو يا خپلمنځي ستونځو لامل ګرزي او يا هغه د نشيي توکو د اغيزې لامله سختيږي .

په نشيي توکوپورې تړلتوب (Substance Dependence)

په نشيي توکو پورې تړلتوب داسې راپېژندل شوی چې : د نشيي توکو داسې بېځايه کارونه ده چې شخص د پام وړ کلينيکي ويجاړيو يا پرېشانيو خواته چې د لاندېنيو څرګندونو څخه د دريو يا ډېرو په څېر چې په دوولسو مياشتوکي هر وخت ليدل کيږي ، بيايي :

۱- زغم (Tolerance) .

۲- پرهېـــز یـــا پرېښـــودل (Withdrawal)

۳-غیر ارادي زیاتېدونکي تکراري کارونه (Repeated,Unintended,Excessive use).

٤- په اوږده موده کې یې د پرېښودلو په هڅوکې پاتې راتلل (Persistent Failed Efforts to Cut down) .

٥- په زیاتېدونکي ډول وخت لګول ترڅونشیي توکي په لاس راوړي (Excessive Time Spent Trying Obtain the Substance) .

٦- په ارزښتناکو ټولنیزو ، مسلکي یا جوړوونکو کړنو کې لږوالی (Reduction in Important Social , Occupational , or Recreational Activities) .

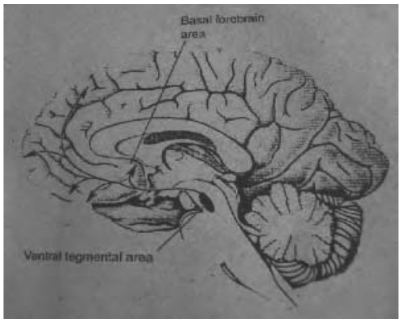
۷- سره د دې چې شخص پوهیږي چې نشیي توکي یې د رواني یا بدني ستونزولامل دي کاروني ته یې پاینت ورکوي (Continued Use Despite Awareness that Substance is the Cause of Psychological or Physical Difficulties) .

همدارنګه د هرنشیي توکي د ترلتوب تشوش (ګډوډي)ځانته ځېره لري ، دلته هغه دوديز ډولونه څېړل شوي دي چې د نشیي توکوترلتوب راپېژني . په غټه کچه د نشیي توکو کارونه د دوی دهر یوه ځانګړو ډولونو ته په پاملرنې سره څېړل شوي دي .

عصبي بنسټ (Neural Basis)

لکه د نورو ټولو رواني تشوشاتوپه شان د نشیي توکو د کاروني ګډوډۍ د دماغو جوړښتي (ساختماني) او د دندو د ترسره کولو (وظیفوي) ګډوډۍ دي ، چې ولي (رېښې) یې د نېورولوژي په چوکاټ کې دي . د نشیي توکو د کاروني ګډوډۍ د بیوسایکوسوسیال دوه اړخیزو اړیکو پرمټ وده کوي ، چېرې چې د جنیتیکي اغیزو اوچاپېریالي اړیکو په پایله کې د نشیي توکو د تکراري کاروني سلوک د را منځته کولو لامل ګرزي . په همدې ترتیب د دې درجه بندۍ چې کوم جنیتیک لامل د یوې ځانګړي نشیي مادي د بېځایه کاروني یا ترلتوب لپاره زمینه جوړوونکی لامل څرګندوي ، توپیرکوي ، یوه ګډوډي هغه وخت را منځته کیږي چې یو شخص له بیولوژیکي اړخه زیان منونکی، نشیي توکو ته رسېدونکی او په داسې حال کې چې نه یې غواړي به تکراري ډول ور سره مخ شي . برسېره پر بیولوژیکي نیمګړتیاوو چې د ځانګړو نشیي توکو د کاروني سریزه جوړوي ، د درملو سره د مغزو د مخ کېدلو دوهم ځلي

پایلي چېرې چې د درملو د نېغو کیمیاوي اغیزو له امله د دماغو په جوړښت او دندو کې د تکراري مخ کېدو په حالت کې بدلونونه را منځته کیږي ،ونډه لوبوي.



۱-۶شـــــکل دمېزولېمبیــــــک دوپـــــامین سیســــــتم . دمېزولېمبیــــــک دوپامین سیستم د دوپامینرژیک اکسونونو نه چې له بطیني دفرشي ساحې څخه منشا اخلي (VTA) چې دمنځني قدامي دماغودبندل له لیارې بطیني ستریاتم ، دفرانتېال قدامي قشراود لېمبیک نورو جوړښتونو خواته درومي .

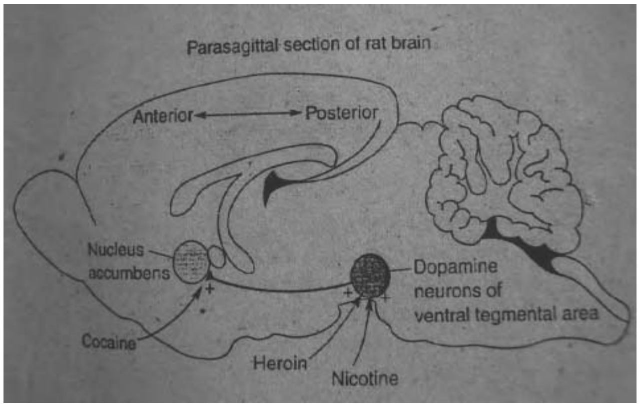
(۱-۶) شـکل د لمبیـک مجـاور دوپـامین سیسـتم راښـیي د لمبیـک مجـاور د دوپامین سیتم: دوپامیزژیک جوړښتونوڅخه جوړ دي تر څو د MF د حمل کوونکو څخه دوهم خلي وړاندیز واخلي، BW ته اشاره کوي، په مجاورت کې یې MA. uroscince – Exploring the brain, 2nd ed Philadelphia: اکسونونه چه د بطنونو د تګمنتال له ناحیې پورته کیږي (VTA) چه د leppincott Williams & will kins, 2201). متوسط قدامي دمـاغو د رشتو د بنډلو لـه لیـارې تـر څـو بطینـي سټر یـا تـم ، د جبهـي قدامي قشراو د لمبیک سیسـتم نـورو جوړښتونو ته ننوزي .

BW, parasido (Reproduced with permission from bear MF,Connors MA,Neuroscience-Exploring the brain,2nd ed Philadelphia;lippincott,williams&wilkins,2001.)

پـر دمـاغو د یـوې ورکـړل شـوي دوا ځـانګړي اغیـزې د دې درملـو د کیمیـاوي جوړښـت پرمـټ توپیرکوي ،او اوسنی موندنې را په ګوتـه کوي چـې روږدي کوونکي نشیي توکي یـا سلوکونه (چـې نېکوتین ، خـواږه ، کـافین ، او ښـایي جنسـي اړخ او قماربـازي پـه ځـان کـې را و نغـاړي) د هغـې وروستنیعمومي پاتوې (تـګ لوري) له لارې چې د بطینـي ستریاتم او د اکامبېنس د هستې عصبي حجرې اغیزمنوي عمل کوي . دا جوړښت د مېزولېمبیک د ډوپامین د پاتوې (تـګ لوري) یوه موخه ده چـې د جبرانـوونکي سیستم دندو تـه پېغام ورکـوي (۱-۶شـکل) . پـه طبیعـي ډول لیـدل کېـدونکي جبرانوني (لکه د تغذي ، جنسي او تمرینونو په څېر) د مېزولېمبیک د ډوپامین د پـاتوې (تـګ لوري) سره په متقابل (دوه اړخیز)اغیز کې د پام وړ ، لوړې پرمختلونکي ، تطابق کوونکي ګدې حـافظې چې د هغو غبرګونونو سره چې د جبرانولو د سلوک بیا غبنتلوالی شونی کوي اړیکي لري ، را منځته

کوي.د بېځايه کارېدني درمل د جبرانوونکي سيستم د همغاړي کېدو اجزاوو ته فرعي(د ځنګ) لار ورکوي او د ساينايټيک له لارې نبغ اغيز کوي ، سره ورته غښتلي ګډې حافظې چې په ډېرې غښتلتيا سره داسې سلوک بياغښتلی کوي چې د درملو د کاروني سره يو ځای وي را منځته کوي(۲-۶شکل) .

له دې امله روږدي کېدنه هغه وخت ليدل کيږي چې په تکراري ډول د درملو سره مخ کېدل چې د دماغو د جبرانولو په سيستم او نورو برخو کې چې غوښتني ، حرکت کول او پاملرنه را نغاړي او دلته د شعور او بې شعوری اجزاوې دي بدلونونه را منځته کړي ، چې د درملو د سرچپه پايلو سره سره د درملو اوږد مهاله کاروني ته لاره برابروي . د روږدي کېدو درملنه بايد له دې امله د نا هوښياری د لاملونو څخه خبرتيا (لکه رواني فشار ، د نشيي توکو د سرچينوسره مخ کېدل ، لوږه ،او نورو په شان) چې د دوهم ځلي کاروني لپاره لاره هواروي ، په ځان کې را ونغاړي .



(۲-۶)شکل د روږدي کوونکو درملو عمل راښيي: روږدي کوونکي درمل د Accumbens د هستې(د بطني ستر يا تم) نيورونونه اغيزمن کوي په لويه پيمانه د ډوپامين د عمل په جريان کې د ډوپامين په نيورونونو کې په بطني تګمنتال ساحه کې (VTA).
(Adapted from wise 1996.p, 248,fig.1.)

د الکهولو د کاروني ګډوډی(Alcohol Use Disorders)

په الکهولوپورې تړلتوب(Alcohole Dependence)

د الکهولو بې ځايه کارونه د الکهولو په روږدي کېدو اوړي . کله چې د يوه چا ژوند يې اغيزمن کړ نو ډېر دماغي او د زغم او محروميت اعراض ورپکښې پرمخ ځي . د الکهولو په تړلتوب (روږدي کېدو) کې ناروغ زياته پيمانه الکهول د اوږدې مودې لپاره له هغه څه چې دوی يې هوډ لري کاروي ، الکهولو ته د لاسرسي هڅې يې د وخت ډېره موده نيسي او په ارزښتناکو ټولنيزو، مسلکي او جوړوونکو کړنو کې يې د ګډون د لړوالي او يا پرېښودلو لامل ګرزي. په الکهولو پورې په تړلتوب کې دلته همدارنګه په اوږدمهاله توګه دا هيلې يا ناکامه هڅې چې الکهول څښل بس (ختم) کړي او يا د الکهولو څښل تر ځارنې لاندې راولي شته وي .

اپیدیمیولوژي

د هغه امریکا نو سلنه کوم چي الکهول بې خایه کاروي فکر کیږي چي لوړه ده . له دریو نه دوې برخي امریکایان کله کله الکهول کاروي، ۱۲% یي ډېر ښبونکي دي، ښبل یې څه نا څه هره ورځ او په میاشت کي څو واري مسموم کیږي. د اپیدیمیولوژیکي ساحي په څیړنه کي په الکهولو پوري تړلتوب (وابستګي) د ژوند په اوږدو کي یې ۱٤% پیښي موندل شوي دي. د نارینه او ښځینه تر منځ د الکهولو د تړلتوب نسبت څلور واري دی.

د لاملونو پوهه (Etiology)

د الکهولو د تړلتوب ایتیولوژي نه ده پېژندل شوي .منلي شوي څېړني او د مونوزیګوتیک د جوړو څېړني یوه اندازه جنیتیک بنسټ څرګندوي ،په ځانګړي توګه د سړیو لپاره چي الکهولیزم لري . یوه برخه جنیتیک اساس څرګندوي . نارینه الکهولیک کسان د ښځینه الکهولیکو په پرتله ډېر مناسب دي چي د الکولېزم کورنی تاریخچه ولري ،د کنترول له لارو پرتله شویده چي د الکهولیکو کسانو خپلوان ډېر مساعد دي چي په لوړه پیمانه سره د خپګان او ټولنیز ضد سلوک ګډوډی ولري . ترسره شوي څېړني همدارنګه څرګندوي چي الکولیزم ډېر ارخیز: لکه ارثي او چاپیریالي (کورنی سرچینه) دی چي دواړه یو څه اندازه ونډه لوبوي .

کلینیکي څرګندوني(Clinical Manifestations)

تاریخچه (History): په الکهولو پوري تړلي ناروغان ښايي انکار وکړي او یا د الکهولو د ښبلو اندازه لږه وښيي چي د الکهولو د ښبلو پر وخت تشخیص ستونزمن کوي. ناروغ ښايي د ترافیکي پېښي یا غورځېدو، او یا د لاري د ورکېدو (د هېرېدني سندروم) د حرکي وسیلې ټکر او یا د ډریوری پرمهال د بی کفایتی (ناوړه چلند)له امله د درولو وروسته درته راشي، له دې امله چي پدې ګډوډی کي انکار ډېر څرګند دی نو د کورنی د غړو څخه جانبي (اړخیز)معلومات په تشخیص کي بنسټیزدي. وختي فزیکي موندني چي په الکهولو پوري تړلتوب را په ګوته کوي عبارت له: سري اکني (د ځوانی جوش) د لاس د ورغوي سوروالی Palmar Erythematic او درد ناکه هیپاتو مېګالي یا د ځګرلویوالی (د شحمي ارتشاح له امله) څخه دي.

فزيکي کتني (Physical Examination)

د الکهولو د ډېر پر مخ تللي ترلتوب نښې عبارت له: سیروز، یرقان (زیړی)، حبن (Ascites) د خصیو ضمور (Testicular Atrophy)، د تیونو (ثدیو)غټېدل او سخت عضلي کشش ،څخه دي . شوني ده چې سیروز د اختلاطاتو لکه د وارسل خونریزي ، هیپاتو سلولارکارسینوما او هیپاتیک انسفالو پاتي خواته لاړشي. هغه داخله ناروغۍ چې په الکهولو روږدو کسانوکې په لوړه کچه پېښېږي عبارت له: Pneumonia (سینه بغل) ، توبرکلوز (نري رنځ)، Cardiomyopathy (د قلبي عضلي افت) ، د وینې د فشار لوړېدلو او د ګېډې او کولمو (لکه د خولې , د مري، رکتم (مقعد) او غټو کولمو، پانقراس او د ینې له کانسرونو) څخه دي.

د رواني حالت کتنه (Mental Status Examination)

همدارنګه دلته ډول ډول عصبي رواني اختلاطات په الکهولو پورې تړل شوو کسانو کې شته . ورنیک کورساکوف سندروم Wernicke- korsakoff's په الکهولو پورې تړل شوو ناروغانو کې ښايي د ویتامین B1 (تیامین) د نشتوالی له امله رامنځته شي. د دې سندروم د ورنیک مرحلې ته همدارنګه Wernicke's Encephalopathy هم ویل کیږي (یادونه : ورنیک انسفالو پاتي د نیورولوژیک سندروم یو ډول دی چې په DSM-IV کې د الکهولو اړوند تشخیصونو کې نه دی نوملړ شوی) . دا د الکهولو د ترلتوب سره یوځای وي ، اوهم فکرکیږي چې په اوږده موده کې وربانديي د کورساکوف سندروم – سایکوز راځي .

یادونه : همدارنګه DSM-IV د ورنېک کورساکوف سایکوز د یوه اساسي تشخیص په څېر نه مني ، بلکه داسي ښودل شوی دی چې د الکهولو له امله را پیدا شوي د هېریدنې اوږد مهاله تشوش (ګډوډي) ده. ورنېک انسفالو پاتي د سترګو د غیر نورمالو حرکتونو، Ataxia (حرکي غیر منظموالی) او د عقلي مغشوشتیا (Mental Confusion) له دری پښیزي څخه جوړه ده . همدارنګه ځینې ناروغان چې ورنیک انسفالو پاتي لري پوره دري پښیزه(سه پایه) ښيي او د هغه تشخیص ښايي په کلینیک کې ۹۰% له پامه و وزي . د کورساکوف د سندروم سایکوز هغه افکار دي چې د ورنیک انسفالو پاتي د حادې مرحلې وروسته لیدل کیږي.چې په اوږده موده کې د B_1 ویټامین د نشتوالي د غبرګون له امله د دماغو د صدمې په پایله کې څرګندیږي . د ورنیک انسفالوپاتي د څارنې اړوند معلوماتو بیان وروسته راځي . د الکهولیزم نوره عصبي رواني اختلاطات عبارت له : الکهولیکو برساماتو، د الکهولو له امله

ډيمانس ، محيطي نيورو پاتي، د ډوراماتر لاندي هماتوم او يا د کوپړی د ننه نورو خونريزيو له امله د رواني بدلونونو ، د نشيي توکو له امله خپګان او ځان وژنو څخه دي. د الکهوليزم په وروستی مرحله کې د پام وړ ټولنيزې او مسلکي ويجاړی لکه د دندی له لاسه ورکول او د کورنی نه بيزاري چې پکښې ځانګړي دي را منځته کيږي .

لابراتواري کتنی (Laboratory Examination)

ډول ډول لابراتواري ټيستونه د تشخيص په ابښودلو کې مرسته کوي . د ويني د الکهولو د کچې ټاکل په سيروم کې د الکهولو د کچې شتون تاييدوي . چې همدا رنګه کولی شي چې د پټ شوي زغم کچه څرګنده کړي . په عمومي ډول د ويني د الکهولو د کچې لوړوالی د تسمم د پام وړ اعراضو پرته د ناروغ ډېر زغم را ښيي چې د الکهولو د سمي (زهري)اغيزو له امله را منځته کيږي . پر الکهولو روږدو ناروغانو کې د سيروم د اساسي (بنستيزو)ذراتو (توکړو) د حجم لوړوالی ، د سيروم ګلوتاميک اوکزالواسيتيک ترانساميناز لوړوالی ، او سيروم ګلو تاميک-پايروايک ترانس اميناز لوړوالی را منځته کيږي . په الکهولو روږدو ۳۰% کسانو کې په تر سره شوي کنترول کې جوته شوي او د سيني په راديو ګرافي کې ۱% د پښتيو پخوانی ماتېدني څرګندوي .

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

په ځير سره د تاريخچې د اخيستلو، د فزيکي او رواني حالت له کتني او د کورنی يا ملګرو سره يې له مشورې وروسته د الکهولو د روږدي کېدو تشخيص ډېرځله روښانه کيږي.

تدبيرونه (Managemeht)

د کلينيکي سندروم لپاره ځارني ځانګړي دي ،د الکهولو تسمم په حمايوي (ملاتړکوونکو) تدابيرو چې عبارت له : د بانديني تحريکاتو(سکونډلو) لرولو، او د الکهولو د سرچينو څخه د ليرې کولو څخه دي ، درملنه کيږي . په هغه کېسونو کې چې په زياتيدونکي توګه الکهول څښني او د تنفسي سيستم د زيان په اختلاط پای مومي جدي ځارني ته اړتيا لري .ټول هغه کسان چې تر شک لاندې او يا د الکهولو روږدي پيژندل شويدي بايد د خولي له لياری د ويټامينونو له زېرمو،لکه فوليک اسيد 1mg/day په ورځ کې او وتيامين 100mg B1 په ورځ کې کار واخلي .که چېر ي د خولي له لياري اخيستل ناشوني وي .او که چيری داسي جوته شي چې تيامين په ناروغ کې نه شته يا اوس په سؤتغذي او يا د جذب په ګډوډي اخته دی او يا د ورنيک انسفالوپاتي وختي نښي ولري بايد تيامين د وريد له لياری ډير ورو ورو مخکې د

ګلوکوز د ورکړي (ځکه ګلوکوز د تیامینو ذخیره خالي کوي) څخه ورکړل شي . دا اعراض ښايي د ورځې د ۴۰۰نه تر ۵۰۰ ملي ګراموپورې تیامین د ورو ورو وریدي انفوژن پرمټ د ۴ نه تر۵ ورځو پورې ښه شي.د مګنیزیم ور کول هم بنسټیز دي د تیامین پرته په بشپړه لوړه پیمانه د ورید له لیارې ورکول کیږي ، ورنېک اسفالوپاتي ښايي د الکهولو له امله د هېرېدني د همیشنی ګډودی (تشوش) مزمن حالت خواته پرمخ لاړه شي (دا معلومات وروسته راځي).

د الکهولو له امله پیدا کیدونکي ګډوډۍ (Alcohol-Induced Disorders)

د الکهولو تسمم (Alcohol Intoxication)

د الکهولو تسمم په ګډو ودو (زنېده) غږېدلو، د لوري په ورک کېدلو، بې تېکاوه تللو، نېستاګموس د پاملرني او یا د ساتلو په ویجاړی په ګنګسیت او کوما، او د پام وړ کلینیکي همغاړي کېدو(تطابق کولو) نه وړسلوکي یا رواني بدلونونو (لکه نا وړه جنسي او یا برید کوونکي سلوک، د مزاج نا ثابتوالي یا بېټېکاوه کېدو ، بېځایه قضاوت، او د ټولنیزو او مسلکي دندو د ترسره کولو پر ویجاړیو) چې د الکهولو د څښلو پرمهال او یا لږ وروسته د الکهولو د څښلو پیدا کیږي ، پېژندل کیږي. د الکهولو د تسمم تشخیص باید له هغو نورو داخله او عصبي حالتونوڅخه چې دوي تسمم تمثیلوي د بېلګي په توګه لکه د ډیابېتیک هایپو ګلیسمیا، د رنګارنګ توکو له امله مسمومیت پکې رانغاړي خو ایتلین ګلایکول ، لیتیوم او فني توبین او د بنزوډیازیپین له امله تسمم او یا د باربیتوراتو پرمټ تسمم پورې تړلی نه دی ، باید توپیر شي.د الکهولو تسمم باید د سیروم توکسیکو لوژیک چانولو پرمټ ومنل شي چې د وینې د الکهولو د کچې تاکل پکښې رانغاړي.

د الکهولو پرېښودل (Alcohol withdrawal)

د الکهولو د پریښودلو او د وخت د مودې پېچلتوب یې ناشوني کوي چې په بشپړه توګه یې په جزیاتو څېړلو ته ورسېږو اوځارونکي باید په ځیرسره د الکهولو اړوند ربړونه وګالي . د الکهولو پرېښودل په دودیز ډول په یوه د وړاندوینې وړ موده کې کیږي او ښايي په ډېرو کسانو کې توپیر ولري.

د DSM-IV له مخې د الکهولو د پرېښودلو لپاره معیارونه په بنسټیز ډول عبارت له:

د اوږدې مودې زیاتو الکهولو څښلو وروسته د الکهولو د څښلو پرېښودلو او د محرمیت د نښو څخه دي. کله چې د الکهولو څخه محرومیت په دلیریوم (جنون) اختلاط ورکړي ، وروسته د الکهولو د محرومیت څخه جنون تشخیص کیږي. کله چې د الکهولو پرېښودل په برساماتو او یا د ادراک په

بدلونونو د واقعیت سره د تماس په ازمویلو او د الکهولي لېونتوب په نورونښوسره اختلاط ورکړي وروسته د الکهولوڅخه محرومیت د ادراک په ویجاړیو سره تشخیص کیږي .د الکهولو څخه د منع کولو کلینیکي اعراض عبارت له : رېږدېدلو (په خانګړي ډول د لاسونو) قلبي وعایي اعراض (د زړه د ټکانونو ډېروالي، د وینې د فشار لوړوالی، خولې کول). د ګېډې (معدې) او کولمو اعراض (زړه ډکوالی او کانګې) بې خوبي او حسي ګډوډۍ(د ادراک ګډوډۍ ، برسامات) ، رواني –حرکي هیجانیتوب او اضطراب ،څخه دي . د ګراندمال صرع حملې همدارنګه ښایي ولیدل شي . د الکهولي لېونتوب او ورنېک انسفالوپاتي په اوږدوکي د ګرانډمال صرع حملي د الکهولو د محرومیت د سنډروم د ډېرو بېرنیو اختلاطاتو په ډله کې دي. همدارنګه یادونه کیږي چې د الکهولو څخه منع کولو ته رسیدل ښایي ناڅرګنده موده ونیسي او لازمه نه ده چه په یوه ټاکلي ترتیب پر مخ لاړ شو. (۱-۶) لمبر جدول د الکهولو څخه د منع کولو د اعراضو د پایښت مودې لنډیزکوي.

د الکهولو څخه د محرومیت یا د منع کولو هذیان ویل: (Alcohol Withdrawl Delirium)

د الکهولو د پرېښودلو لېونتوب (هذیان ویل) یا (ترسناک هذیان ویل) یو ژوند تهدیدوونکی حالت دی چې په دلېریوم (د ادراک ویجاړی ، کانفوژن یا سمت نه موندنه او تهیج) اوتونومیک لوړ تحریک او خفیفې تبې سره څرګندیږي . چه دا تر ۵% پوري هغه بستر ناروغان چه په الکهولو روږدي دي او یا په خانګړي ډول هغه کسان چې په ۲-۳ ورځو کې په چټکۍ سره د الکهولوپه څښلو کې لږوالی راولي او یا الکهول څښل پرېږدي اغیزمنوي .دا د ورید له لاري د بنزود یازیپین په ورکړه او د ملاتړنې په څارنه درمل کیږي . درملنه ښایي د جدي څارنې برخې ته اړتیا ولري ،په ځانګړي ډول چې اوتونومیک بې ثباتي (څپڅپاندوالی) شتون ولري (لکه په چټکۍ سره د فشار لوېدل) دا سنډروم دري ورځې تېروي مګرشوني ده چې په اونیو پایښت ومومي .

د الکهولو له امله اوږد مهاله ډیمانس (Alcohol Induced Persisting Dementia)

د الکهولو له امله پیدا شوي اوږدمهالي ډیمانس لپاره معیارونه د ډیمانس د نورو ډولونو سره ورته دي ، د پېژندنې د نیمګړتیا اصطلاح ، د یاد ساتنې نیمګړتیا ، Aphasia (د خبروکولوبېسکي) ، د خوځېدو بېسېکي (Apraxia)یا د شي نه پیژندل او د ترسره کېدو وړ دندو ویجاړی دي . تشخیص هغه وخت اېښودل کیږي چې جوته شي چې الکهول د پیژندنې د تشوش (ګډوډی)لامل دي .

د الکهولـو لــه املــه د هېرېـدنې اوږد مهالــه ګــډوډي(Alcohol-induced persistent Amnestic Disorder)

د الکهولو له امله پيدا شوي د هېرېدنې اوږد مهاله تشوش (ګډوډي)همدارنګه د نشيي توکو له امله را پيدا شوېو د هېرېدنې اوږدمهاله ګډوډيو تر سرليک لاندې د هېرېدنې د يوې ګډوډۍ په څېرډلبندي شويده. د الکهولو له امله راپيدا شوي د هېرېدنې اوږدمهاله ګډوډۍ ته همدارنګه د کورساکوف سندروم هم وايي اودا د دريو نه په دوو برخو ناروغانو کې په شا نه تلونکې ده. د الکهولو له امله را پيدا شوي د هېرېدنې اوږد مهاله ګډوډي په يوه چا کې هغه وخت تشخيص کيږي چې د الکهولو د روږدوالي تاريخچه ولري څوک چې د نويوڅيزونو د زده کړې د ياد ساتلو او يا د زړو معلوماتو د دوهم ځلي يادولو ويجاړۍ ولري. داستان جوړول (د داسي معلوماتوجوړول چه حافظه ورته حيرانه کيږي)دود دي.

(۱-۶) لمبرجدول د الکهولو د پرېښودلو سنډروم

نښه يا عرض	د حملې يا پيل وخت يې
ريږديدنه (ښوررېدل)	۱۲-٤ ګړی
د ادراک ګډوډۍ	۱۲-۸ ګړی
اختلاجي (جټکي) حملې	۲٤-۱۲ ګړی
هذياني جنون	۷۲ ګړی

Onset refers to onset fallowing the cessation of alcohol intake after a prolonged period of heavy regular drinking. this is more accuratell lied to the point at which alcohol blood levels decline.

د الکولو له امله نورې ګډوډۍ (تشوشات)(Additional Disorders)

سربېره پردې د الکهولو له امله را پيدا شوي ګډوډۍ يا تشوشات چې تراوسه پرې رڼا اچول شوې ده څو نورې ګډوډۍ شوني ده د الکهولو سره د سروکار لرلو له امله پيداشي چې عبارت له: د الکهولو تسمم، ډلېريوم، د الکهولو له امله رواني ګډوډۍ چې هذيانات ورسره وي ، د الکهولوله امله رواني ګډوډۍ چې برسامات ورسره وي ،د الکهولو له امله را پيداشوي مزاجي ګډوډۍ ، د الکهولو له امله را پيداشوي اضطرابي ګډوډۍ ، د الکهولو له امله پيداشوي د جنسي دندو ستونزې او د الکهولو له امله پيداشوي د خوب ګډوډۍ دي .

د الکهولو څخه بیا جوړېدنه (Alcohol Rehabilitation)

د دوهم خلي جوړېدنې دوې موخې د ناروغ هوښیارول او د ورسره سایکوپتالوژی درملنه دي. د اوږد مهاله بیا جوړیدو د ساتنې لپاره، ناروغ باید له انکار څخه ډډه وکړي او په الکهولو د روږدوالي تشخیص ومني. د الکهولو بې نومه (AA) (Alcohol Anonymous) په نړیواله سویه د ځان سره مرسته کوونکې ډله ده چې پر الکهولو روږدي ناروغان د بیا جوړیدو لپاره تر پوښښ لاندې نیسي داسې ښودل شوی چې د الکهولو څخه د دایمن هوښیاروالي لپاره رسیدو او ساتلو ته یوډېر اغیزمن پروګرام دی. دا پروګرام له ورځو نه تر اوونیو پورې چې په دوولسو مرحلو متمرکز دی د بیا جوړیدو خواته غونډې جوړول دي. غړي مجبور دي چې د مرسته کوونکې یا تمویلوونکې په مرسته دا دوولس مرحلې تېرې کړي (په لومړیتوب سره یو نیم څو کاله د ښېګړې موندلو له دورې سره). داسې ښکاري چې الکهول د خپګان یو غښتلی لامل دی، مسموم شوي کسان ښایي ډېر خپه ښکاره او د ځان وژنې سلوک یا حالت څرګند کړي کله چې په خپله هوښیاری ته رسېدلي وي. د خپګان درملنه باید هغه وخت پیل شي چې ناروغ ۲نه تر ٤ اونیو پورې د الکهولو څخه د هوښیاری وروسته خپه پاتې شي . اضطراب هم د الکهولو په پرېښودو کې دود دی او یا په هغه چاکې چې نوي یې د هوښیاری مرحله پیل کړې وي باید لږترلږه یوه میاشت وروسته له هوښیاری څخه و ارزول شي .د بستر ناروغانو او په خپلو ځایونو کې دوهم ځلې روغونې پروګرامونه چې په ډلییزه توګه موخوته رسېدل دي ، کارول کیږي ، چې د ناروغ په بیا جوړونه متمرکز دي. ګروپ درملنه ناروغانو ته اجازه ورکوي چه د دوی خپلې ستونزې په هنداره کې وګوري او د نورو سره یې پرتله کړي ، او کورنی درملنه ناروغ ته وخت ورکوي چه د کورنۍ ونده په الکهولیزم کې وازمویي. ډای سولفیرام (Antabus) کولی شي په ځینو ناروغانو کې له الکهولوڅخه په بېزاری کې مرسته وکړي دا د الکهولو په متابولیزم کې د پاتوې (تګلاری) په دوهم انزایم باندې نهي کوونکې اغیزه کوي. الدیهاید د یها یدرو جناز د وینې په دوران کې د اسیت الدیهاید د راتولیدو سبب چه بیا د تودوخې د لوړېدو،زړه دکوالی، کانګې کولو، د زړه ټکان د زیاتوالي او د وینې د فشار د ټیټوالي لامل جوړیږي په نظرې ډول ډای سولفیرام د خپلې فزیولوژیکې ناوړه اغیزې پرمټ د څښلو مخنیوی کوي همدارنګه ښوني ده چې اغیزه یې په نادرو کېسونو کې د مړینې لامل شي . ناروغان باید د پرېښوولو سره همغاړې شي او د ډای سولفیرام د اخیستلو پر مهال د الکهولو په زیانونو په بشپړ ډول و پوهیږي . د ډای سولفیرام کاریدونکې دودیزه ورځنۍ اندازه ۲۵۰

ملي ګرامه ده. نالترېکسون (Naltrexone) یا (Revia) یو د اپیاتو انتاګونست درمل دی . نالترېرکسون د الکهولو د څښلو اندازه او د الکهولو د څښلو وارونه دواړه لږوي.نالترېکسون په دوديزه توګه د ورځې ۵۰ ملي ګرامه کارول کیږي مګر لوړ دوز یې خورا ډېر اغیزمن دی نه لکه ډای سولفیرام غوندې، ناروغان کولی شي چې نالترېکسون اخیستلوته دوام ورکړي که چېرې دوی د الکهولودوهم ځلي څښلوته مخه کوي . نالترېکسون د اپیاتو داسې یو انتاګونست دی چې د الکهولو دوهم ځلي لوړه کچه څښلو لپاره اړتیا لږوي.

اکامپروسات (Acamprossate یا Campral) د ګلوتامات د اخذو انډولوونکی (او هم ښایي ګاما امینوبیوتاریک اسید اغیزمن کړي) دا درمل د الکهولو د پرېښودلو د سندروم د اداره کولو، او د الکهولو د دوهم ځلي څښلو د وارونو د کچې او شدت د لږولو لپاره کارول کیږي لکه د نالترېکسون په شان اکامپروسات هم د ډای سولفیرام غوندې اغیزه نه کوي او کېدی شي په هغوکسانو کې چې د الکهولو دوهم ځلي کارولو ته مخه کوي اوږد مهاله و کارول شي . دا ارزښتمنه ده چې په یاد ولرو چې ډای سولفیرام، نالترېکسون او اکامپروسات د تعقیبي درملنې لپاره کارول کیږي او د الکهولو د پرېښودلو د سنډروم د ژوند خورا تهدیدونکو اعراضو مخنیوی نه کوي. ډېرې څېړنې د دوهم ځلي جوړېدنې د پروګرام ګټې څرګندوي .مګر نږدې نیمايي په الکهولو پورې تړلي کسان چې درمل شویدي ډېر معمول دي چې ښایي په لومړيو شپږ میاشتو کې بیا الکهول څښلو ته مخه و کړي.

د مسکنو، خوب راوړونکو او اضطراب حلوونکو توکو د کارونې ګډوډی

(Sedative, Hypnotic and Anxiolytic Substance Use Disorders)

مسکن، خوب راوړونکي او اضطراب حلوونکي توکي په پراخه پیمانه کارول کیږي . دوی یو د بل سره او هم د الکهولو سره په ګډه زغم پیدا کوونکي دي . په دې ډله کې باربیتورات او بنزودیازیپین شامل دي . له دوی څخه بنزوډیازیپین په پراخه پیمانه په نسخو کې لیکل کیږي او لاس رسی ورته کیږي.

یادونه: د مسکنو ، خوب راوړنکو او اضطراب حلوونکو درملو دغه برخه چې یوازې باربیتوراتو او بنزودیازیپین ته اړوند کیږي ځکه چې دوی په ګډه سره د ګاما امینو بیوتایریک اسید دندې لوړوي .دا ارزښتمنه ده چې دا درمل د نورو هغو درملو څخه چې د خوب د پیدا کولو، او نوروهغو درملو څخه چې په روانپوهنه کې د اضطراب د درملنې لپاره کارول کیږي ، په ځانګړې ډول د سیروتونین د دوهم

خلي اخذو د نهي كوونكو خپګان ضد درملو او بوسپيرون څخه چي د اضطراب د ځينو ډولونو د درملني لپاره د لومړی کرښي درمل دي ، مګر دلته ندي ډلبندي شوي ، توپير شي. باربيتورات او بنزوډيازيپين کولی شي چي د محروميت ژوند تهديدوونکی سندروم رامنځته کړي.

اپيديميولوژي

په کال کي څه نا څه د ټولو وګړو ۱۵% په توصيه (نسخه شوي) ډول بنزوډيازيپين اخلي ځيني ناروغان دا درمل بېځايه کاروي.

کلينيکي څرګندوني (Clinical Manifestations)

تاريخچه (History)

د مسکنو او خوب راوړونکو درملو بي خايه کارونه او روږدي کېدنه د (تسمم ، پرېښودلو ، د پرېښودلو ډليريوم، د سنډرومونو سره چي د الکهولو پېښي کوي ، يوځاى وي .

د فزيکي او رواني حالت کتنه(Physical and Mental Status Examination)

د مسکنو، خوب راوړونکو او اضطراب حلوونکو مسموميت د الکهولو له مسوموميت څخه چي په ساه ايستلو ، سيرومو ، او بولو کي دالکهولو پرشتون او يا نه شتون سره کيږي ، بېل شي . باربيتورات کله چي د خولي له لياري واخيستل شي د بنزوډيازپين په پر تله ډېر وړ دي چي د پام وړ تنفسي ستونزو لامل شي .

لابراتواري ازمايښتونه (Laboratory Tests)

مسموميت شونی دی چي د سيروم او يا بولو د توکسيکولوژيکي تجزيي پر مټ په نيغ ډول په مقداري او توصيفي ډول تاييد شي. د سيروم توکسيکو لوژيک چاڼ کولی شي چي د بنزوډيازيپينو، باربيتوراتو او د دوی د لويو ميتابوليتونو شتون را و پېژني . د محروميت سندرومونه په (۲-۶) لمبر جدول کي نوم لړ شويدي . د محروميت ډليريوم (کانفوژن ، د سمت موندني ګډوډی، او د ليدلو او بدني برساماتو) وختي پيل داسي چي ۳-۴ ورځي له پرېښودو وروسته وي ، د درملو په نيمايي عمر پوري اړوندوالی يي تر پوښتني لاندي دی . روږدي کېدنه د هغو اوو اعراضو څخه د دريو يا ډېرو اعراضو شتون چي په (۲-۶) لمبر جدول کي نوم لړ شويدي اړينوي .

(۲-۶) لمبر جدول د مسکنو، خوب راوړونکو د محرومیت د سندروم نښي او اعراض راښيي.

کوچنی محرومیت	ډېر سخت محرومیت
ناکراري، په ځنډ پوهېدنه یادرک ، اضطراب	، کانګي کول ، بي حرکتي، سخته رېږدېدنه خولي کول د وضعیت د بدلون په حالت کي د فشار ټیټوالی , حملې (اختلاجي حملې)

تدبیرونه (Management)

د مسکنو او خوب راوړنکو د پرېښودلو د سندروم درملنه ښايي یا په سراپا او یا بستر کې وشي. په عمومي ډول کوم وخت چې په ځنګ کې یې داخله او یا رواني ناروغی ملګري وي ، یا لومړنی درملنه پاتي راغلي وي ، یا د کورني او ملګرو له خوا د ملاتړ نشتوالی وي ، په داخل بستر کې د زهریاتو خنثی کول اړین کوي . د بستر په ځانګه کې بنزوډیازیپین او باربیتورات باید ورکړل شي اوپه لږه رنا کې تر کنترول لاندې ونیول شي . د هغه موادو څخه محرومیت چې لږه موده اغیزه لري په عمومي ډول له اوږدې مودې اغیز لرونکو موادو څخه کوم چې محرومیت یې ډېرپاییښت مومي ډېر خطرناک دي. د باربیتوراتو نه محرومیت د بنزوډیازیپین په پرتله ډېرخطرناک دی لکه څنګه چې دا په (په ډېرې اسانی سره) کولی شي د تبې، حملو او مرګ خواته لاړ شي. محرومیت (د مهال وېش له مخې د دوزونو په ورکړه سره ځارل کیږي (ډیازیپام او فنوباربیتال) .په هغه ناروغانو کې چې هغوی الکهول د بنزوډیازیپین یا باربیتوراتو سره یو ځای بې ځایه کاروي ، دلته ښايي چې د فنوباربیتال د چلېنج ازمایښت ترسره کړو دا ازمایښت اجازه ورکوي چې په ځیرکی سره د ځارنې لپاره د زغم کچه جوته کړو،چې له دې لارې د محرومیت ستونزې را لږې کړو. د مسکنو او خوب راوړونکو د روږدي کېدو درملنه کټ مټ د الکهولو د روږدي کېدو په شان ده . د زهریاتو له منځه وړلو وروسته ناروغ کولی شي چې د ځايي بیا جوړېدنې پروګرام ته د ورځې یا د ماښام پروګرام ته شامل شي . د بې نومه الکهولیکوسازمان ته یې ورپېژندل مناسب دي ځکه دهمغاړی او بیا جوړونې اساسات یې سره ورته دي .کورنۍ باید د بې نومه الکهولیکوسازمان ته ور وپېژندل شي ځکه چې د کورنیو ښوونه اوملاتړ یې ځارنه ده .

د اپیاتو د کاروني ګډوډۍ (Opoid Use Disorders)

اوپیات عبارت له : مورفین، هېروئین، کوډئین، مپیریدین او هایدرومورفین څخه دي . هېروئین یوازې په غیر قانوني ډول د امریکا په متحده ایالاتو کې موندل کیږي.اپیا ت په دوديز ډول د درد د کابو کولو لپاره کارول کیږي.

اپیدیمیولوژي

د اپیاتو کارونه او بې ځایه کارونه د امریکا په متحده ایالاتو کې په پرتلیز ډول غیر معمول ده . پر هیروئین د روږدي کېدو پېښېدنه څه نا څه ١% او د درد د لرلو په موخه یې د توصیه کولو له امله روږدي کېدنه ٠,٦% ده . ډېر هغه کسان چې د تفریح په موخه هېروئین کاروي ور باندې روږدي کیږي.

کلینیکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاریخچه (History)

ډېر د هېروئینو او مورفینو کاروونکي اپیات د ورید له لیاري اخلي ، کوم چې تودوخه اوسخته خوښي ، په منتشر ډول د بدن د حساسیت لوړوالی چې د اورګاسم پېښې کوي پیدا کوي . لومړی سرې تپاکي چې د ښېګړې په احساس تعقیبیږي، رواني حرکي پڅوالی، ګنګسیت، د فعالیت نه شتون، چې په پایله کې د فکري تمرکز ویجاړي رامنځته کوي ، پیدا کیږي.

د فزیکي او رواني حالت کتنه (Physical and Mental Status Examination)

د تسمم نښې په بیړه وروسته له هغه چې روږدي کېدل (پیل شي) لیدل کیږي او عبارت له: د کسي (حدقي) کوچنیوالي، تنفسي انحطاط، ګډي وډې خبرې (ځنیدونکي خبرې) د وینې د فشار ټیټوالی، د زړه د ټکانونو وروالی اود تودوخې لږوالی ، زړه بدوالی،کانګې او قبضیت د اپیاتو له کاروني وروسته معمول (دود) دي.

لابراتواري ازمايښتونه (Laboratory Tests)

د اپیاتو کارونه کېدی شي چې د بولو او سیروم په توکسیکولوژیکو اندازه کولو سره تائید شي. د اپیاتو بې ځایه کارونه په هغو معیارونو سره چې د نشیي توکو د بې ځایه کاروني لپاره مخکښې یاد شویدي پېژندل کیږي . د اپیاتو په روږدو کسانو کې، کاروونکي د اپیاتود اغیزو په وړاندې زغم پیدا کوي . د

روږدي کېدو پيل دوه يا درې ورځې وروسته پيلېږي . د محروميت د سندروم اعراض په دوديز ډول له وروستني دوز ۱۰ګړی وروسته پيلېږي . له اپيټو نه محروميت شونی دی چې په لوړه کچه نه خوښېدونکی وي مګر په نادر ډول طبي اختلاط ورکوونکی او يا ژوند تهديدوونکی دی . د محروميت اعراض په (۳-۶) لمبرجدول کې نوم لړ شوي دي .

۳-۶ لمبر جدول د اپيټو د محروميت د سندروم اعراض راښيي.

خفيف محروميت	شديد محروميت
ستونزمن مزاج او اضطراب بې کراري اوښکې بهېدل او پزې بهېدل د کسې پراخوالی دوينښتانو پورته کېدل خولې کول د زړه د ټکان ډېروالی تبه اسهال (نسناستی) بېخوبي ارګمې ايستل	زړه بدوالی کانګې کول عضلي دردونه حملې (د مپېريدين په محروميت کې) بطني کرامپونه د وينې د فشار لوړوالی سړې او تودې تبې شديد اضطراب

په اپيټو روږدي کسان ډېرځله د ځان سره په ملګرتيا کې د نشه يي توکو د کاروني تشوشات يا ګډوډی ، د ټولنې ضد، او سرحدي شخصيت ګډوډی او د مزاج (خلق) ګډوډی لري. په اپيټو روږدي کسان د اپيټو د لوړې بيې له امله ډېر مساعد دي چې جنايت وکړي . د اپيټو روږدي کسان په تېروتنه کې د لوړ دوز، ټکرونو او ځان وژنې له امله د لوړې کچې مړينې سره يو ځای دي. سربېره پردې پر اپيټو روږدي کسان د لږې تغذي او د چټلې ستنې د کاروني له امله په لوړه پيمانه د نورو طبي ناروغيو په خطر کې دي . دوديزې طبي ګډوډی عبارت له : سيروم هيپاټيت، د انسان د بدن د معافيت ورک کوونکې ويروسي انتان AIDS ، اندوکارديت ، نومونيا اوناحيوي التهاب (Cellulites) څخه دي .

توپيري يا تفريقي تشخيص (Differential Diagnosis)

د اوپيټو د روږدي کېدو تشخيص ډېرځله د يوې په څيرسره تاريخچې او همدارنګه د رواني حالت ، اوفزيکي ښې کتنې وروسته څرګندېږي .

تدبیرونه (Management)

هغه ناروغان چې په اپیاتو روږدي دي باید د مېتادون په کاروني سره په تدریجي ډول د پرېښودلو خواته بوتلل شي . متادون د اپیاتو د ډېرو ورو اخذو (Micro-Opiate receptor) يو کواکه (کمزوری) اګونست او د هېروئين او مورفين په پرتله اوږد نيمايي عمر(۱۵ ګړی) لري . نو له دې امله دا په پرتليز ډول د مسموميت او د محروميت د لږو اغيزو لامل کيږي . په عمومي ډول د متادون د پيل دوز(په ځانګړي ډول د ۵ نه تر ۲۰ملي ګرامو پوري) د محروميت د سندروم د اعراضو د چوکاټ پر بنسټ ټاکل شوی دی. د لنډ اغيز لرونکو اپياتو د محروميت سندروم له ۷ نه تر ۱۰ ورځو پورې ، او د اوږده اغيز لرونکي مېپريدين څخه محروميت د ۲ نه تر ۳ اونيو پورې وخت تېروي .

بيوپرينورفين Buprenorphine يا (Ruprenex) يوه د Opioid ډېره وړه اخذه ده يوه اندازه(قسمي) اګونست او د K اخذې يو انتاګونست دی. زرقي بيوپرينورفين داسې ونده ادا کوي چې په ازاد مېټ د اپياتو د زهرياتو په له منځه وړلو کې کارول کيږي. د Buprenorphine تابلتونه لکه Subutex (يوازې بيوپرينورفين)يا لکه Suboxone (Buprenorphine + Naltrexon)يا (بيوپرينورفين +نالترېکسون) د امريکا د متحده ايالاتو د غذايي موادو او درملو د اجنسي د ځانګړو روزل شويو ډاکترانو(متخصصينو)پواسطه تصويب دي چې د اپياتو په روږدو کسانو کې دې وکارول شي . د بيوپرينورفين د تابلتونو په شکل سره تيارولو د اپياتو د روږديو کسانو د درملنې لپاره د متادون د کلينيکي کاروني بر سيره ، د پراخوالي اجازه ورکړي ده . د نالترېکسان او بيوپرينورفين په Suboxane کې سره يو ځای کول د اپياتو د ځای نيوونکو درملنې د ورکړې لارهواروي چې په پايله کې او فوري او د تنفسي انحطاط لږې اغيزې ور سره وي . کلونيدين په الفا ۲ اخذو باندې يو مرکزي اګونست اغيز لري چې مرکزي ادرينرژيک محصولات لږوي ، کېدی شي چې د محروميت د حاد سندروم په وخت کې و کارول شي . دا په ځرګند ډول د محروميت د سندروم په اوتونوميکو اعراضو باندې اغيز لري مګر دا لقب يې نه دی ګټلی چې د نشيي توکو د غوښتنې لږوونکي دي . د تسکين (خوب زنګول) او د ويني د فشار د ټيټوالي د خطر شتون د بستر د باندې ناروغانو په ځارنه کې د کلونيدين کارونه محدودوي . کلونيدين داسې نه ښکاري چې د اپياتو د ځای نيوونکو په څېر د محروميت د ساتلو په مرسته کې اغيزمن وي . برسېره پردې نور درمل شوني دي چې د محروميت د سندروم د نا خوښو(خوا بدوونکو) اعراضو د لږولو لپاره لکه Dicyclomine (ډای سايکلومين) د

خېټې (بطن) د دردونو لپاره ، پرومتازين د زړه بدوالي لپاره اوکونين دعضلي دردونو لپاره وکارول شي . دوهم ځلي روغېدنه په عمومي توګه د ناروغ د درملني د ورځني شديد پروګرام او د ناركوتيكو بې نومه سازمان ته چې بو١٢پړاويز پروګرام دى چې AA ته ورته دي ، ليږل غواړي . د متادون تعقيبي دوز د ورځي له ٦٠ نه تر ١٠٠ ملي ګرامو پورې د حکومت په اجازه سره د متادون په کلينيکونو کې هغه ناروغانوته چې فزيولوژيک اعتياد ښکاره کړي په پراخه پيمانه کارول کيږي. د اوږدې مودې لپاره د متادون کارونه درملو ته لوړه کراروي او د دوا غوښتني سلوک لږوي .

د مرکزي عصبي سيستم د تنبيه کوونکو (هڅوونکو) د کاروني ګډوډی

(Central Nervous System Stimulant Disorders)

کوکائين او امفتامين په اسانی سره د امريکا په متحده ايالاتو کې د لاسرسي وړ دي. د کوکائينو او امفيتامينو کارولو يا يې بېځايه کارولو او يا په روږدي کېدو سريري شکلونه سره ورته دي ، ځکه دواړه د مرکزي عصبي سيستم تنبه کوونکي او د سره ورته روان فعالوني او سمپاتو ميمتيک اغيزو لرونکي دي. د امريکا په متحده ايالاتو کې کوکائين په دوو شکلونو پيدا کيږي لکه: د کوکائين هايدروکلورايد پوډر چې په ځانګړي ډول سڼ کيږي او د کوکائين الکلوييد کرستال ("Crack") چې په ځانګړي ډول څکول کيږي . کوکايين په ډېره بيړه سره (کله چې سڼ او يا وڅکول شي) چټکه اغيزه کوي او لنډ نيم عمر يې دی ته اړتيا پيدا کوي چې د کچې د لوړې ساتلو لپاره په وارو وارو واخيستل شي.

د امريکا په متحده ايالاتو کې يوه امفيتامين (Dextroamphetamine) او ميتايل فني دات ته ، د ګوليو په شکل د چاغی، ناركولېپسي، د پاملرني لږوالي-او افراطي فعاليت ګډوډۍ (ADHD) د درملني لپاره په نسخه شوي ډول لاسرسی کيږي . د امفيتامين مختلف ډولونه چې په ناروا ډول کارول کيږي يو ډېر سوچه شکل يې مېتا مفتامين دی ، چې ورته کريستال ميتامفتامين وايي ، چې هم سڼ کېدی او هم څکول کېدی شي . امفتامين د کوکايين په پرتله يو اوږد نيمه عمر لري نوځکه په لږو وارونو اخيستل کيږي . په عمومي ډول د نشي توکو په بېځايه کا روونکو او روږدوکسانو کې د خپګان کچه ډېره لوړه ده . د خپګان ضد درمل د کتاکولامين دندي اغيزمني کوي لکه ديزيپرامين او بيوپروپيون په عمومي ډول د سېروتونين د اخذو د دوهم ځلي جذب نهي کوونکو په پرتله د کوکائين اړوند خپګان په درملنه کې خورا ښه دي .

کلینیکي ځرګندونې (Clinical Manifestations)

د کوکائین یا امفېټامین تسمم په لاندې ځانګړنو وصفي دی

۱ – د نه جوړ جاري (سازش نه کولو)سلوکي بدلونونه (خورا زیاته خوشحالي او ډېره بېخوبي) .

۲ - تاکي کاردي یا برادي کاردي.

۳- د کسي (حدقې) پراخوالی.

٤ - د ویني د فشار لوړوالی یا ټیټوالی.

٥ - خولې کول او یا ساړه کېدل.

٦ - د زړه بدوالی (دلبدي) او یا کانګې (استفراق) کول.

۷ – رواني حرکي تهیج یا ځنډ (تأُخر) .

۸ - عضلي کم قوتي، د تنفس انحطاط، د ټټر دردونه، د زړه د حرکتونو بې نظمي .

۹ - کانفوژن، حملې، حرکي ستونزې او یا کوما .

د کوکایینوتسمم شونی دی چې د تماسي برساماتو لکه (د سپرغی په شان د سوزېدلو) لامل شي . د کوکائینو او امفېټامینو دواړو تسمم کولی شي چې د هیجاني کېدلو، د قضاوت ویجاړی او تېرېدونکي سایکوز (لکه پارانو یا، بصري برساماتو) خواته لاړ شي. په کوکائینو او امفېټامینو پوري تړلتوب په هغه معیارونو سره چې په پورته ډول د نشه یي توکو د تړلتوب لپاره نوم لړ شوی دي پېژندل کیږي . د کوکائینو او امفېټامینو محرومیت د زیاتې ستړیا، خپګان ، خپسي (Nightmares)، سردردی، ډېرې خولې کولو، عضلي کششونو، او لوږې خواته ځي . د محرومیت اعراض له ۲ نه تر ٤ ورځو موده کې خپلې لوړې کچې ته رسیږي .

تدبیرونه (Management)

د امفېټامین یا د مرکزي عصبي سیستم نورومنبهاتو څخه محرومیت په ځان کې محدود دی او همېشه په بستر کې د زهریاتو له منځه وړلو ته اړتیا نه لري . د امفېټامین د تسمم له امله سایکوز او یا محرومیت په عمومي ډول په ځان کې محدود دی ، یوازې په یوه خوندي چاپېریال کې ځارنې ته اړتیا لري . د

سایکوز ضد درمل شوني دي چې د تهیج د درملنې په موخه وکارول شي . وروستی موخه دوهم ځلي جوړېدنه ده . د نشه يي توکو بې نومه سازمان ، د ورسره يو ځای سايکوپتالوژي درملنه، د درملو ورکړه تر څو درمل غوښتنه يي لږ کړي او د کورنۍ درملنه يي د کوکائين څخه د بياجوړېدنې اساسات دي.

د چرسو او نورو ډول ډول نشيي توکو د کاروني ګډوډۍ

(Cannabis and Miscellaneous Substance Use Disorders)

چرس (Cannabis)

کانابيس په پراخه پيمانه سره په توله نړۍ کې د بنګو او چرسو په ډول کارول کيږي . دا درمل په دوديز ډول څکول کيږي او د او فوري د حالت لامل ګرځي . د کانابيس اختلاطات عبارت له: د قضاوت ويجاړي، کواکه (بې ثباته) فکري تمرکز، او کواکه ياد ساتنې (حافظې) څخه دي . شديد اختلاطات يي ډلېريم (هذياني جنون) او سايکوز دي. د کانابيس د محروميت سندروم په خان کې محدود دی او رواني او طبي درملنې ته اړتيا نه لري .

د کلب درمل(Club Drugs)

د کلب درمل هغه يوه ډله درمل دي چې د درملو د بېځايه کاروني د ملي انستيتيوت له خوا د ګډا په کلبونو او نورو ناوړه غونډوکې د دوی د مشهورتيا پرمټ ډلبندي شويدي . دا درمل په پراخ توپير کيمياوي ګروپونو کې مګر په توليزو ګروپونو کې د دوی د وار په وار کاروني او دې حقيقت له مخې چې ډلييز کارول کيږي اړيکي سره لري ، ځکه کاروونکي د شهرت ګټلو لپاره هېله کوي چې ځانونه په بيرنۍ کوټو کې و ښيي ، لانديني معلومات په ډېره پراخه پيمانه په کلپونو کې کارېدونکي درملوته بيا کتنه ده . دا ارزښتمنه ده چې د درملو د کاروني غوښتنه چې په چټکۍ سره بدليږي ياد داښت کړو. او د درملو زياته کارونه کېدی شي شخص له رسومو(دودونو) څخه و باسي . نوي درمل شوني ده چې هر وخت پيدا شي.

له خان نه پردي کوونکي (Ecstasy)

اکستازي ([MDMA] 3,4-methylenedioxy-N-methylamphetamine) په پراخه پيمانه سره مشهور درمل دي چې کډې (مخلوطې) تنبه کوونکي او برسام راوړونکي خانګړنې لري. ډېر کاروونکي يې د هڅوونکي او افوريک اغيز څخه راپور ورکوي ، او MDMA داسې ښکاري چې په

ځانګړي ډول د نورو سره د ناروا اړیکو د لرلو لپاره د کاروونکي میلان لوړوي . لکه داسي چې د دي کارونه به په وار وار د يوې لوړې کچې نا خوندي جنسي فعاليت سره يو ځای وي. د MDMA په حاد ډول کارونه د ډول ډول لاملونو له امله د مړيني سره يوځای وي . د MDMA د اوږدي مودي کارونه ښکاري چې د اوږدې مودې په تېرېدو سره په مغزو کې د سيروتونين د لېږد را لېږد د لږوالي خوا ته درومي .

مېتامفېتامين

همدارنګه د کرستال او کرانک په ډول پېژندل کيږي ، مېتافېتامين يو روان هڅوونکی دی چې د دوپامينو او سېروتونينو اکسونونو ته عصبي توکسيک دی . مېتامفېتامين ډېرځله په ځايي ډول په کوچنيو لابراتوارونو کي جوړيږي نو له دي امله د سوچه والي له اړخه په لوړه کچه توپير کوي . د امريکا په متحدو ايالاتونو کي پر درملو او روغتيا باندې له ملي سروې څخه د وروستنی سروې پايلي د ٥% نه تر ٦ % وګړو له خوا د مېتامفېتامين کارونه د دوی د ژوند په موده کې را په ګوته کوي چې د ١٨ نه تر٢٥ کلنی عمرکسانو په ډله کې يې کچه خورا ډېره ده .

ګاماهايدروکسي بيوتايرات

ګاما هايدروکسي بيوتايرات (GHB) په يوه پېچلي ډول د ځان د ښکلا سپورتمينانو (دبدن په ښکلا جوړوونکو) کې په ټيټ دوز او نوره يې دعضلي کتلي د لاسته راوړلو (چاغوالي) لپاره غواړي . (GHB د نشونما د هورمون ترشح هڅوي) . په لوړ دوز سره GHB د دې لپاره کارول کيږي چې په کلب او يا نورو د خوشاليو په را ټولېدنو کې لوړ دريځ تر لاسه کړي . GMB په اسانی سره لوړ دوزته درومي او کولی شي چې د ساه درولو له امله د مرګ خواته ولاړشي . د GMB روږدوالی ښايي وليدل شي او محروميت يې طبي ځانګړتيا ته اړينه کوي .

کېتامين

همدارنګه د ځانګړي K کېتامين په نوم پېژندل کيږي ، يو ګډوډوونکی انستيتيک دی چې ډېر ځله په وترنري طب کې کارول کيږي . دا د دې د برسام راوړونکي او ګډوډوونکي اغيز لپاره کارول کيږي.

روهيپنول

روهيپنول د امريکا د متحده ايالاتو د باندې په ځينو ممالکو کې لکه د يوه بنزوډيازيپين په شان په کلينيک کې کارول کيږي. روهيپنول د کلاسيکو بنزوډيازيپين په شان د تسکين اغيزې کوي ، دا د

هېروني غښتلي ځانګړنې لري او همدارنګه د ا ډېرځله ښايي نورو ته د غلا او يا د جنسي تېري کولو لپاره په ورکول کېدو تومتي شي .

لايزرجيک اسيد داى ايتايل امايد

لايزرجيک اسيد داى ايتايل امايد (LSD) د خپلې برسام راوړونکي ځانګړتيا له مخې مشهور دى ، حاده کارونه يې شوني ده چې لوړه افوري (ښه سفر) او يا يوه لوړه مزاج خرابي (ناخوش سفر) د برساماتو ځرګندوني را منځته کړي . د اوږدې مودې (LSD) کارونه شوني ده چې د سايکوز او يا د ادراک برسام راوړونکي اوږد مهالې ګډوډی خواته لاره شي.

اساسي ټکي (Key points)

- د الکهولو په روږدوالي کې انکار او لږ ښودنه دود ده.

- د محروميت په سندروم کې بنزوډيازيپين د حادو زهرياتو د بې اغيز کولو په موخه کارول کيږي تر څو د ناروغ د محروميت د سندروم د ژوند تهديدوونکو اختلاطاطو مخنيوى وکړي.

- په لوړه پيمانه د الکهوليکو اختلاجي حملو پېښېدل له ٢٤ نه تر ٤٨ ګړيو په موده کې دي.

- دوهم ځلي جوړونه په AA کې ننه کېدل او د درملني موخه د محروميت او د ورسره يو ځايي ګډوډيو درملنه ده.

- د ورنيک درې پېنيزه نستاګموس، اتاکسي او د عقلي کانفوژن څخه عبارت ده.

- د الکهولو له امله د هېرېدني اوږد مهاله ګډوډی يا د (کورساکوف) اعراض چې د تيامين د نشتوالي له امله د دماغي صدمې په نتيجه کې رامنځته کيږي او عبارت له هېريدني او د استان جوړوني څخه دي.

- مسکن او خوب راوړونکي درمل د الکهولو سره همغاړى زغم لري او د محروميت حالت يې هم الکهولو ته ورته دي.

- د اپياتو روږدي کېدنه د انسان په بدن کې د معافيت له منځه وړونکي ويروس ،نومونيا،

اندوکاردیت، هېپاتیت اوحجروي التهاب ، د مرګ د لوړې کچې، د نا څاپي لوړ دوز، ځان وژنې اوټکرونو له امله د مړینې د زیاتېدونکي خطر سره مخ دي .

- له ا پیاتو څخه محرومیت په زړه پورې نه دی مګر ډېرځله طبي اختلاطات نه ورکوي.

- کوکائین او امفېتامین د مرکزي عصبي سیستم هڅوونکي دي او کولی شي چې د تېرېدونکي سایکوز لامل شي لکه (د پوستکي چېچل کېدل، یا پارانویا).

- د هڅوونکو د محرومیت سندروم اعراض (ډېنګروالی، خېګان، خېسه او نور) په ځان کې محدود دي او له ۲ نه تر ٤ ورځو پورې موده کې لوړې کچې ته رسېږي .

اووم څپرکی

د خوراک ګډوډی (Eating Disorders)

د خوراک ګډوډی د خوراک د سلوک په بدلونونو او د خپل بدن د څېرې او کچې اړوند په زياتې پاملرنې، باندې وصفي دي . او همدارنګه د خوراک ګډوډی د رواني ناخوالو په تشخيصي، احصايوي څلورم چاپ لاسوند (DSM-IV) کې په دوو بېلو بېلو تشخيصي ډلوکې ډلبندي شوي دي ، ډېر اعراض يو پر بل پسې رانغاړي . اساسي تشخيصي بېلوالی يې د بدن په ارمان برابر(دلخواه) وزن پر بنسټ ولاړ دی . کله چې د خوراک غير نورمال سلوک د دې لامل شي : چې د بدن وزن په يوه ښکاره سلنه د بدن د منل شوي وزن څخه لږشي د عصبي بې اشتهايي تشخيص ايښودل کيږي. که چېرې د خوراک د غيرنورمال سلوک په شتون کې په ارمان برابر وزن ساتل شوی وي د عصبي غوايي ډوله خوراک تشخيص ايښودل کيږي . د خوراک ګډوډي داسې ښکاري چې اوږده موده د خوراک په سلوک کې د بې نظمي سره غزيږي (پاينت مومي) او ډېر ځله د مزاج له ګډوډيو (تشوشاتو) او نورو رواني ناروغيو سره يو ځای وي .

عصبي بنسټ (Neural Basis)

لکه څنګه چې د خوراک د ګډوډی (تشوشاتو) بېلابېل ډولونه واحد نيورولوژيک اصل نه ښيي، د سېروتونرژيک وظيفوي ستونزې په غښتلي توګه د دې حالتونو او ور سره يو ځايي اعراضو سره يو ځای وي . په ډوپامين، نوراپينفرين او نيوروپيپټايد او د اپياتو په سيستمونو کې بدلونونه هم منعکس کوي . د هيپوتالاميک او د لمبيک عصبي منطقو د يوه جبرانکوونکي سېستم په څېر ونده اخيستنه (رول) په ځان کې رانغاړي . د جبري وسواسونو ګډوډي(تشوش) او د بدن د انځور (شکل) د بېنظمی(د بدن د بدشکلي تشوش) په لوړه کچه يو ځای والی په دې حالتونو کې يو په بل پسې د دماغو اغيزمنې شوي برخې را په ګوته کوي . هغه ځايونه چې د خوړلو پيغامونه ليږي لکه Accumbens هسته ، عيني جبهي قشر (Orbitofrontal Cortex) او Insula همدارنګه نسبي اغيزمن ښکاري .

عصبي بې اشتهايي (Anorexia Nervosa)

عصبي بې اشتهايي د خوراک يوه سخته ګډوډي يا تشوش دی چې د بدن د وزن په کموالي سره وصفي دی. د عصبي بې اشتهايي تشخيص هغه وخت ايښودل کيږي چې د يوه شخص د بدن وزن د يوه چا

لپاره د ايډيال وزن د۸۵ % نه لاندې ولوېږي .د وزن له لاسه ورکول بايد د بدن د لږ وزن ساتلو، د بدن يوه ځانګړې انځور ته د رسېدلو لپاره د لوري ورکړل شوی سلوک پايله وي .

اپيډيميولوژي

د عصبي بې اشتهايي ځايي پېښېدنه د ۰،۵ % او ۱% تر مينځ په ښځو کې ده ، او د ۹۰%څخه زيات د عصبي بې اشتهايۍ ناروغان ښځې دي . په سړيو کې يې پېښې ندې روښانه شوې . د پيل منځنی عمر يې۱۷ کلني ده د ځوانۍ د مخه او د ٤۰ کلنۍ وروسته يې پېښېدل نادر دي . عصبي بې اشتهايي په صنعتي ټولنو کې ډېره دود ده او په لوړو ټولنيزو اقتصادي ډلو کې ډېره ده.

د لاملونو پوهه (Etiology)

د خوراک ګډوډۍ يا تشوش او د دوی واړه ډولونه داسې ښکاري چې په اصل کې ډېر ګډ بنسټونه څرګندوي . د عصبي بې اشتهايي رواني تيوری د ستنې سوري ته پاتې کيږي . هغه ناروغان چې عصبي بې اشتهايي لري په عمومي ډول د کنټرول له لاسه ورکولو (کواکه کېدو) نه ډېر ډاريږي ، په ځان د ډېې لګولو سره ستونزې لري او ډېر ځله (د ټول يا هيڅ) فکر کولو رول بازي کوي. همدارنګه دا د خوراک ګډوډيو ته ځانګړې نه دي. تېرې فزيکي او يا جنسي بې ځايه کارونې ورته يوه زمينه جوړونه ده . د دې سره يو ځای تيوری پدې متمرکزې دي چې دوی د خپل بدن کنټرول ته اړتيا لري. معاصرې تيوری د يوه چا د بدن د کنټرول پر اړتيا تمرکز کوي . ټولنيزې تيوری په ګوته کوي چې هغه ټولنيزې انګېرنې چې د بدن د لږ وزن په زړه پورېتوب څرګندوي ، ښځې د خوراک ګډوډيو ته راکاږي . همدارنګه دا حقيقت د ځينو کېسونو لپاره (لکه عصبي بې اشتهايي چې ډېره په ګډېدونکو او نمونوي چا کې دود ده) ښايي ځواب ويوونکی وی . د تاريخ له اړخه هغه وخت چې د ښکلا لپاره ټولنيز دودونه ډول ډول وو نو پدې وخت کې عصبي بې اشتهايي رامنځته شويده . بيولوژيک، کورني او جنتيک معلومات د بې اشتهايي لپاره د بيولوژيکو او ارثي بنسټونو ملاتړ کوي . کورنۍ څېړنې د عصبي بې اشتهايي د ناروغانو په لومړی درجه خپلوانو کې د مزاجي ګډوډۍ او د عصبي بې اشتهايي يوه لوړه کچه پېښېدنه را په ګوته کوي . د زوجينو څېړنه د دای زيګوټ جوړو پر خلاف په مونوزايګوټ کې يې په لوړه کچه يو ځايي پېښېدنه را ښيي . عصبي غدوي موندنې د بې اشتهايۍ د بيولوژيکي اړيکو (ګډون) چې عبارت له : د کورټيکو تروپين هورمون د افرازولو په فکتور کې له بدلون، د مرکزي عصبي سيستم د نوراپي نفرين په متابوليزم کې لړوالی، او د حيض ورک کېدل چې د

(لوتینایزنیک Luteinizing هورمون د لړوالي او د فولیکول هڅوونکي هورمون د ازادولو د لړوالي له امله رامنځته کیږي)، څخه دي ، ملاتړ کوي. چې ځیني وختونه د عصبي بې اشتهایی د پیل لپاره سریزه جوړوي .

کلینیکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

د DSM-IV له مخې د عصبي بې اشتهایي د تشخیص لپاره معیارونه عبارت له: د بدن دمنل شوي وزن له ۸۵% څخه د لوړولو له ربتني ، او د وزن له زیاتوالي څخه خورا سخت ډار، د بدن د شکل او سایز سره مخکښیني مشغولتیا، د ده په شخصي ارزښت باندې د بدن د وزن یوې خورا ناوړې اغیزې ، او د بدن د لږ وزن د طبي زیانونو له انکار ، څخه دي . د عصبي بې اشتهایي ناروغان په عمومي ډول بې اشتهایي نه لري دوی ډېر خوراک د وزن د زیاتوالي له ډاره رټي . امېنوره (Amenorrhea) په بالغو ښځو کې یو تشخیصي معیار دی ، د تحیض تر مخه نجونو کې ښایي د تحیض ځنډ ولیدل شي .په ځینو کېسونو کې Amenorrhea دعصبي بې اشتهایي پیدا کېدل را مخکې کوي.همدارنګه په ډېرو کېسونو کې داسي ښکاري چې عصبي بې اشتهایي د زیاتې لوړې ګاللو پایله وي.هغه کسان چې عصبي بې اشتهایي لري په دوديز ډول سخت تمرینونه کوي چې وزن و بایلي او د بدن شکل ته بدلون ورکړي . په خوراک کې ځیني محدودیتونه د وزن د کنترول لومړنی میتود دی،نوره بیا تغوط زیاتوي اویا ځان اسهالوي (د مسهلاتو، امالې، مدررو اوکانګې پیدا کوونکو څخه کار اخلي) تر څو خپل وزن کنترول کړي . سلوکي نمایشات د دې لپاره کارول کیږي چې د بدن وزن کنترول کړي اوهم ددې له پاره کارول کیږي چې عصبي بې اشتهایي په وروستیو کې په د وو ډلو وویشي: د غذایي محدودیتونو تیپ او د کانګې کولو او اسهالاتو تیپ . د غذایي محدودیتونو په شکل کې د وزن د کنترول لوی میتود غذایي محدودیت او تمرینونه دي.او د کانګې کولو او اسهالولو په تیپ کې غذایي محدویتونه او تمرینونه شته مګر د خوړلو ضایع کول او وروسته دهغه جبري خارجولو سلوک هم شتون لري. د بې اشتهایي طبیعي موده تر اوسه ښه نده څرګنده او یا پوهول شوي مګر ډېر کېسونه مزمن کیږ ي.په اوږده موده کې د عصبي بې اشتهایی څخه مړینه د ځان وژنې په په پرتله دوهمه درجه ده. او طبي اختلاطات د ۷-۱۰ سلنه اټکل شویدي .

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

هغه حالتونه ،چې کولی شي د بې اشتهايي پېښې وکړي باید ردشي .چې دوی له : ژور خپګان چې د اشتها ورکوالی او وزن بایلل ور سره وي ، ځينې رواني ناروغی کوم چې په هغو کې تغذي ښايي مناسبه نه وي ، د بدن د بدشکلی ګډوډی او بېل بېل عمومي طبي (په ځانګړي ډول عصبي غدوي) حالتونو څخه عبارت دي .عصبي بې اشتهايي په عصبي بوليميا (غوايي ډوله خوراک)اخته کسانو کې په لومړي سرکې د لږ وزن په شتوالي سره توپيرشوي ده .

تدبيرونه (Management)

د عصبي بې اشتهايي ځارنه د شته اعراضو په لوړ کيږي .کله چې طبي اختلاطات شتون ولري نو باید په پوره غورسره درملنه او و ځارل شي . اوکه چېري د Ipecac کارول د کانګو پيدا کولو لپاره ترشک لاندې وي وي نو د اپيکا مسموميت باید رد شي . د زياتي لوړې پر مهال له دې امله چې زياته لوړه د پيژندنې ويجاړی رامنځته کوي سايکوتراپي لږ جواز لري . کله چې دا ناروغان لږ طبي ناروغ وي ، د درملنې پروګرام عبارت له : په بشپړه توګه خوراک ورکولو، د وزن او الکترولايتونو ځارنه ،د ناروغی ، زياتي لوړې ، او د خوراک په برخه کې رواني ښوونې ، څخه دی . فردي او کورنی درملنه کېدی شي چې پيل شي . سايکو فارمکولوژيک تدابير په دوديز ډول عبارت له : خپګان ضد درمل په ځانګړي ډول د سيروتونينو د دوهم ځلي جذب نهي کوونکيو څخه دي . ترڅو ور سره ملګری خپګان تداوي کړي .سايکو فارمکولوژيکه درملنه په اساسي توګه هلته کارول کيږي چې کومه ور سره ملګري رواني ناروغي تداوي کړي او په شته بې اشتهايي لږ ، يا هيڅ اغيز و نه لري .

۱-۷ لمبر جدول د خوراک د تشوشاتو ډلبندي :

عصبي بې اشتهايي	عصبي غوايي ډوله خوراک
د محدوديتونو تيپ	د اسهال نه کيدلو تيپ
د خوړلو قی کولو، اسهالولو تيپ	داسهال کيدلو تيپ

عصبي غوايي ډوله خوراک (Bulimia):

عصبي بوليميا د خوراک يوه ګډوډي ده ،چې په عياشي خوراک او د بدن د وزن په اخيستلو سره ځانګړي شويد ه .

اپيديميولوژي

د غوايي ډوله خوراک ځايي پېښېدل له ١% نه تر٣% پورې په ښځو کې اتکل شوي دي . د نارينه او ښځينه ترمنځ نسبت ١/١٠دی . دا ناروغي ځای ځای د امريکا په متحده ايالاتو کې په سپين پوستو کې ليدل کيږي .

د لاملونو پوهه (Etiology)

د عصبي بې اشتهايي د رامنځته کولو ډېرلاملونه همدارنګه په عصبی غوايي ډوله خوراک کې اغيزه کوي . کورنۍ او ارثي څېړنې په دواړو ګډوډيو کې د ورته کورنيو اړيکو د لرلو ملاتړ کوي . دعصبي بوليميا لپاره سايکولوژيکي تيوری پر يوه روږدي کېدنه (عادت پيداکولو) يا د جبري وسواسونو پر سلوکي ماډل ټينګارکوي . بيولوژيکي ، عصبي او اندوکريني موندني د عصبي بوليميا د لامل کېدوپه تيوری کې لږې څرګندې دي . د سېروتونين غير نورمال متابوليزم فکر کيږي چې د عصبي بې اشتهايي په پرتله په عصبي بوليميا کې ډېره ونډه اخلي .

کلينيکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاريخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

عصبي بوليميا په هغو کسانوکې تشخيص کيږي کوم چه دوی په بېځايه خوارک اخته وي اوسلوکي طرح يې دا وي چې د وزن له اخيستلو ډده وکړي مګرخوک چې د خپلو ځانونو وزن زياتوي ، سربيره پردې دوی هغه خلک دي چې د دوي ځان ارزونه د دوی د بدن د وزن او شکل پر پاملرنې خورا زياته اغيزمنه شويده . د دوډۍ ډېر خوړل په عصبي بوليميا کې ښايي د رواني فشارونو او د مزاجي حالت په بدلون سره چټک شي .يو واري چې ډېر خوراک پيل شوو ، دا کس په ځانګړي ډول له کنترول نه اووزي او په اوږدمهاله توګه په زياته پيمانه غذا خوري ، ډېر تر هغه ځايه چې فزيکي نا ارامی راولي .ښايي په باندې اچولو تعقيب شي او ډېر ځله له کانګي کولو چې په مېخانيکي ډول د کانګي دعکسي په تنبيه کولو او يا د ipecac په کاروني سره بې ترسره کوي جوړ دی . نوره اطراحي ميتودونه چې د

وزن د اخيستلو څخه د ځان ساتني لپاره کارول کيږي عبارت له : مسهلاتو ، ډيوريتيکو بې ځايه کاروني ،او اماله ورکوني څخه دي . په بوليميا اخته کسان په دوديز ډول تمرينونه کوي او خوړل محدودوي . لکه د عصبي بې اشتهايي په څير ،د عصبي بوليميا ناروغان خورا ډير د خپل ځان د تصوير په فکر کې وي او په دې وېره له پخوا بوخت وي چې چاغ به شي. عصبي بوليميا په دوو ډلو ويشل شويده : اطراحي او غير اطراحي ډولونه ، کوم وخت چې اطراحي سلوک شتون لري (۱-۷) جدول د دې اړوند دی .

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

عصبي بوليميا بايد د افراطي خوراک او دعصبي بې اشتهايي د اطراحي ډول څخه بېله شي . که چيرې د بدن وزن د ايډيال وزن له %۸۵ څخه لږوي د عصبي بې اشتهاي تشخيص ايښودل کيږي .افراطي خوراک يا د شرابو زيات څښل کېدی شي په ژور خپګان او د سرحدي شخصيت په ګډوډي کې وليدل شي ،مګر د داسې جبر ي انګيزې په پايله کې چې وزن لږ کړي نه وي .

تدبيرونه (Management)

د عصبي بوليميا درملنه دعصبي بې اشتهايي لپاره درملني ته ورته ده . همدارنګه د زياتې لوړې طبي اختلاطات نه شته ، او نوره طبي اختلاطات په ځير سره طبي تدابيرو او وخت په وخت بستر کولو ته اړتيا لري , سايکو تراپي په لومړي سر کې د خوراک د سلوک کنترول ته پر رسېدو متمرکزه ده . د پېژندني درملنه د بدن د څېرې اړوند د ډېرې بوختيا په درملنه کې شايي ګټوره وي . په ځان باور اوخپلمنځي اړيکي نيول د سلوکي ستونځوسره په جګړه کې د درملني د تمرکز په څېر ګرزي . خپګان ضد درمل په ځانګړې ډول د سېروتونين د دوهم ځلي جذب انتخابي نهي کوونکي دعصبي بې اشتهايي په پرتله په عصبي بوليميا کې ډير اغيزمن دي (په هغو ناروغانو کې چې دوی ورسره يوځايي خپګان نه لري) .

طبي اختلاطات (Medical Complications)

د خوراک مزمني ګډوډی شايي د درملني سره او يا د درملني پرته جدي طبي پايلې ولري . د ژوند په موده کې دعصبي بې اشتهايي مړينه څه ناڅه %۱۰ ده . چې دعصبي بوليميا لپاره نده معلومه. په (۲_۷) لمبرجدول کې د خوراک د ګډوډی دوديزطبي اختلاطات نوم لړ شويدي ، د دوی نه ډير جدي يې

د معدي (ګېډې) او يا مري ځيري کيدل دي د ipecac له تسمم څخه Cardiomyopathy (د قلبي عضلي افاتونه) او د الکترولايتونو د اندول له ګډوډې څخه قلبي اريتميا په دوهم ځلي توګه ، (په ځانګړي ډول د پوتاشيم کموالي د تکراري اطراح د پايلي له امله) شوني دي چې هلاک کوونکي وي. د خوراک د ګډوډۍ نور اختلاطات د دغه مزمنو طبي نارغيو سره موازي چې د ناروغ په ټولو دندو باندې زور اچوي، کورنيو ته يي ډېر زيات ربړوونکی او ډېر به ورته ستونزمن وي. د زيات وزن بايلونکو درملنه (د ۷۵% ايډيال وزن لږ) ناروغ چې بې اشتهايي لري د دوهم ځلي تغذي سندروم ته ليږل کيږي . داسې يوحالت چې د ناڅاپي کاربوهايدريت په اخيستلو سره د بدن د فاسفورس ذخاير خالي کيږي (هايپو فوسفاتيميا) چې په نتيجه کې يې په ګومان سره عضلي انحلال رامنځته کيږي ، دلير يم ، حملي ، او ناڅاپي قلبي وعايي کولاپس، د اذيما د علايمو لپاره کتنه ، قلبي احتقاني عدم کفايه ، او د عضلي حالت بدلونونه د دوباره تغذي په وخت کي مهم دي . تدريجي دوباره تغذي د سيروم د پوتاشيم او فاسفورس په دوباره تنظيم سره کولي شي چې د اختلاطاتو مخنيوي وکړي . سربيره پردي د طبي اختلاطاتو، ثانوي (دوهمي) رواني اوعصبي بقاياوي (پاتي شوني) عبارت له :د پيژندني کمښدل ،متابوليک انسفالوپاتي،او سخته مزاجي بې نظمي،ټولو ناروغانو اود دوي کورنيو ته ژوري پايلي لري.

(۲-۷) لمبر جدول د خوراک د ګډوډیو طبي اختلاطات راښيي .

سلوک	طبي اختلاطات
د شرابو او نوروافراطي خوراک	د ګېډې لوی والی او د ګېډې خیري کیدل اوچاغوالي،
کانکي کول	د مری خیري کیدل،د پاروتید غدي التهاب د لیاړو زیاتوالی هایپوکالیمیک او هایپو کلوریمیک ، متابولیک الکلوزس (د قلبي اریتمیاسره یو ځاي) د ipecac مسمومیت (قلبي اواسکلیتي عضلی افاتونه)
د مسهلاتوکارونه	قبضیت (چه د مسهلاتو له اعتیاد څخه پیداکیږي) متابولیک اسیدوزس ، دیهایدریشن
د مدرراتوکارونه .	د الکترولایتونوغیر نورمال کیدنه (دقلبي اریتمیا سره) دیهایدریشن .
زیاته اوږه موده لوږه تیرونه	لوکوپینی ، انیمیا ، د بطینی او دماغي تناسب زیاتوالی هایپوتنشن اوبرادي کارډیا ، د حرارت لږوالی . د وینې د کولسترول لوړوالی ، اذیما ، د پوست وچوالی ماشوم ډوله ویښتان .

مخنیوی (Prevention)

د رواني ناروغیو پر وقایه باندې تمرکز د هغو لارو چارو د څیړلو خوا ته چې ښایي د خوراک د ګډوډیو پیښېدل او یا یې شدت لږ کړي دروميي . د خوراک د ګډوډیو شمیر د اصلاح وړ زمینه جوړوونکي لاملونه چې عبارت له : په وزن او ظاهري څېره کورنی تمرکز ،د اضطرابي او مزاجي ګډوډیو شتو ن ، د ژوند بدلونونه ،د قهرمانی کټل او تفریحي بوختیاوې ، او د بدني تیپ اړوند د رسانیو د خپرونو له اغیزو څخه دي ، پېژندل شوي دي . یوه څېړنه راښیي چې د پېژندنې د درملنې ترسره

کول چي د ښوونیز ماډل خواته لارښوول شوی وي تر تهدید لاندې ځوانو ښځو کې د پنځو کالونو په تعقیبي موده کې د خوراک د ګډوډیو پیښېدل لږوي .

اساسي ټکي (key points)

عصبي بې اشتهایي په : د بدن د نورمال وزن په ساتلوکې په پاتې راتلو ،د وزن اخیستلو څخه په ډار،د بدن د شکل څخه د تصورپه ګډوډی،انکار او د میاشتني عادت په ورکوالي باندې   وصفي ده .

- عصبي بې اشتهایي په دې وخت کې له ۹۰ % نه ډیره په ښځو کې تشخیص کیږي .
- عصبي بې اشتهایي شوني ده چې د ډېرو جدي طبي اختلاطاتو سبب شي چې د دوباره تغذي د سندروم لامل او په اوږده موده کې د ۱۰% نه زیاته مړینه رامنځته کړي .
- عصبي بولیمیا یوه شدیده د خوراک ګډوډي ده چې په افراطي خوړلو او اطراح باندې وصفي ده .
- عصبي بولیمیا همدارنګه د بدن د نورمال وزن په ساتلو باندې وصفي ده .
- عصبي بولیمیا په ښځوکې د سړیو په پرتله زیاته دود ده .
- عصبي بولیمیا شوني ده چې جدي طبي اختلاطات ولري .

اتم څپرکی

د ماشومتوب او ځوانی مهال ناخوالي يا ګډوډۍ (Disorders of Childhood and Adolescence)

ډېرې ګډوډۍ چې عبارت له : اضطرابي ، مزاجي، او سايکو تيکو(رواني) څخه دي چې په لويانو کې ليدل کيږي ، شوني ده چې په ماشومانو کې وليدل شي ، او همدارنګه دلته يوه ډله ګډوډۍ دي چې ډېرځله په لومړۍ ځل په ماشومانو کې تشخيص شوي دي . (۱-۸) لمبر جدول دا ګډوډۍ د رواني ګډوډيو د تشخيصي او احصايوي څلورم چاپ (DSM –IV)لاسوند له مخې نوم لړ کوي . دا څپرکي يوازې ډېرو دوديزو ګډوډيوته بيا کتنه کوي . د ماشومانو په رواني ارزونه کې ، د ماشوم د ودې د مرحلو ځانګړنو ، کورنۍ جوړښت ، کړنو ، او د عمر سره ورړ سلو ک ته ،پاملرنه اړينه کوي . (۲-۸) لمبر جدول : په ټولنيزو ، حرکې او د ژبې د کارولو په ډندو کې د ودې معيارونه څرګندوي . دا سلوکونه کېدی شي چې د غير نورمالي رواني حرکي ودي د چاڼ لپاره و کارول شي ، ترڅو په ماشومانو کي ممکنه عقلي ګډوډۍ په نښه کړي . د مور او پلار سره يې مشوره ، د ښوونځي ، ښوونکو او نورو اړوند ډلو (لکه د ټولنيزوخدمتونو څانګو ، د ځوانانو څانګو)څخه د معلوماتو را ټولول د ارزونې د تر سره کولو لپاره اړين دي . ماشومان په ځانګړي ډول ځوان ماشومان د لويانو په پرتله په ډېره کلکه (لړماتېدونکی) توګه هيجان څرګندوي ، چې په پايله کې د ماشومانو سره مرکه ډېرو سختو لټولو ته ("اياته داسی احساس کوي چه وژاړې؟" د دې پر ځای چې ووايې " اياته خپه يې ؟ ") اړتيالري. د لوبو کولو ، د اخيستلو او ورکولو ، د کيسو ويلو ، او خيالی رول لوبول ،ډېرځله د ماشوم د هيجان او بين الفردي (خپلمنځي) ژوند څخه د درک اخيستلو لپاره کارول کيږي . د لوبو پر مهال بايد د ماشومانو د فعاليت کچې ، حرکي مهارتونو ، او شفاهي څرګندونو اړوند همدارنګه کتنې و شي . ماشومان د لويانو په پرتله خورا ډېر د ورسره يو ځايي رواني ګډوډيو لرلو ته مساعد دي . چې تشخيص اېښودل او درملنه ډېره ستونزمنوي. د ماشومانو په روان پوهنه کې د تشخيص پېچلتوب ډېر ځله د رواني ازماينتونو کارونه اړينوي . د عمومي ذ کاوت ټستونه د Stonford – Binet د ذکاوت تله (يو د ذکاوت د لومړنيو پرمختلونکيو ټستونو څخه دی چې ډېرځله په ځوانو ماشومانو کې کارول کيږي) او د Wechsler د ذکاوت ټسټ تله(WISC-R) د ماشومانو د بيا کتو لپاره دي . دWISC-R

ازمايښت په ډېره پراخه پيمانه د ښوونځي عمر د شاګردانو د ذکاوت د ارزولو لپاره په ماشومانو کې کارول کيږي . دا ټسټ د شفاهي خبرو ارزونه ،د تياړولو ارزونه ، او د پوره ارزونې د ټاکلو ساحې چې(دواړه شفاهي اوتياروونکي) په ځان کې رانغاړي يا د ذکاوت اندازه Intelligence Quotient (IQ) په ځان کې رانغاړي . دلته نور ډېر ټسټونه او د عينې ارزونې معيارونه دي چې د سلوک د اندازه کولو لپاره (لکه غوسه کېدل اوفزيکي فعاليتونه) د ادراکي-حرکت مهارتونه (د سړي په رسمولو ، د پانو د يوې لولې په مناسب شکل سره برابرول) او د شخصيت ځانګړی ډول (د دي په څرګندونو سره چې په يوه ناڅرګنده پېښه کې څه پيښږي ؟) طرح شوي دي . څکه د جټکو فعاليتونه يا د الکترو انسفالو ګرافي ډېر لږ غير نورمال حالتونه د ماشومانو په ځانګړو رواني ګډوډو کې دود دي . چې يو الکتروانسفالو ګرام (EEG) يې ښايي خبر در کړي . دعقلي پڅوالی ارزونه په دوديز ډول د ممکنه لاملونو پلټنه په ځان کې رانغاړي .

عقلي پڅوالی (Mental Retardation)

هغه ناروغان چې عقلي پڅوالی لري د نورمال لاندي ذکاوت لري (چه په IQ سره اندازه کيږي) د همغاړي کيدو (تطابق کولو) په دندوکي نميګړتياوې ور سره يو ځای وي . IQ داسې تعريف شويده چې : عقلی عمر (چې د WISC-R په کارونې سره ارزول کيږي) پرکرونولوژيک يا زماني عمر ويشل کيږي او بيا په سلو کې ضرب کيږي . که چيرې عقلی عمر او زماني عمر سره برابروی نو نسبت يوشوو نو IQاسل شوه . په هغه IQ کې چې له ۷۰ کمه وی دعقلي پڅوالي تشخيص ايښودو ته اړتيا ده د شدت دايره يې د خفيف څخه تر ژور پورې او د IQ پربنسټ ده چې په (۳-۸)جدول کې ښودل شويدي ده .

(۱-۸) لمبر جدول هغه ګډوډۍ چې په شیدو رودونکو ،ماشومانو او نویو ځوانانو کې لومړۍ تشخیص کیږي راښیي :

عقلي پڅوالی:
د زده کولو ګډوډۍ
د ویلو ګډوډۍ
حسابي ګډوډۍ
د لیکل شوو د تشریح کولو ګډوډۍ
د حرکي مهارتونو ګډوډۍ
د ودې د سمت موندنې ګډوډۍ
د اړیکو نیولو ګډوډۍ د تشریح کونې ژبنی ګډوډۍ
د ژبې د منلو او اداکولو ګډې ګډوډۍ
د ژبی معیاری ویلو ګډوډۍ
د لکنت (ګونګي ګونګي کېدو) ګډوډۍ
پر ودې اغیزکوونکې ګډوډۍ
د ځان محوري ګډوډۍ
د Rett's ګډوډۍ
د ماشومتوب مهال تجزیوی ګډوډۍ
Asperger's ګډوډۍ
د پاملرنې (توجه) د نیمګړتیا او د سلو ک د پریشانه کېدو ګډوډۍ
د پاملرنې نیمګړتیا/ دلوړفعالیت ګډوډۍ
د تماس نیولو ګډوډۍ
د ضد یت ډول مقابلې کولو ګډوډۍ
د شیدو خوړونکو او یا د ماشومتوب د پیل مهال تغذي او خوړلو ګډوډۍ
Pica(د غیر خوراکي شیانو خوړل)
د ژوولو یا شخوند وهلو ګډوډۍ
د تغذی ګډوډۍ په شیدو خوړونکو او یا د ماشومتوب په وختنی عمر کې

د اداکولوګډوډی (د ټیک ګډوډی)
د Tourette's ګډوډی

د حرکي یاصوتی ټیک مزمني ګډوډی

د ټیک تېریدونکي ګډوډی

اطراحي ګډوډی

پخپل سر تغوط

پخپل سر تشي میتیازې (ادرار) تلل

د ني رودلو ، ماشومتوب او د نوي ځوانی نوري ګډوډی

د بېلتانه اضطرابي ګډوډی

غوره شوي (انتخابي) چوپتیا ،

په تی رودونکو او لږ عمر ماشومانو کې دغبرګون اړوند د تماس ګډوډی

د کلیشیي حرکاتو ګډوډی

اپیدیمولوژي

عقلی پڅوالی د ۱% نه تر ۲% پورې وګړي (نفوس) اغیزمن کوي او د نارینه او ښځینه ترمنځ نسبت ۲پر۱ دی . دعقلی پڅوالي ډېر خفیف شکلونه په هغه کورنیو کې چې ټیټ ټولنیز - اقتصادي حالت لري ډېر لیدل کیږي . د عقلي پڅوالی ډېر شدید شکل په ټولنیز اقتصادي حالت پورې اړه نه لري . دعقلي پڅوالي لرونکي ډېر ناروغان خفیف او یا منځني شکلونه لري.

د لاملونو پوهه (Etiology)

عقلي پڅوالی فکر کیږي چې د ماشومتوب او د زیږېدو د مهال د یوه شمېر ګډوډیو د وروستنی ګډې تګلارې په څېر ده . دعقلي پڅوالي دېرخور وور (پراخ) سبب (Down syndrome) یا (Trisomy21) دی . د ماتیدونکي X سندروم د ارثی عقلی پڅوالي ډېرخور وور سبب دی . د زیږون د وخت نیمګړتیاوي ، د زیږېدو د مخه او یا د ماشومتوب د لومړیو وختونو تر ضیضات د مور د شکرې ناروغي ، د نشیي توکو روږدوالی (اعتیاد) ، توکسیمیا او شری (سرخکان) ، ټول کولی شي چې د عقلی پڅوالي لاملونه شي . په دې ټولو برسیره دلته له ۵۰۰ څخه ډېر جنتیکي غیر نورمال

حالتونه شته چې د عقلي پځوالي سره يوځای وي . دعقلی پځوالي په لرونکو ناروغانو کې (د۳۰ %نه تر ٤۰ % پورې) روښانه اېتيولوژی نه شي په نښه کېدی .

کلينيکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاريخچه د فزيکي او رواني حالت کتنه او لابراتواري ازمايښتونه

(History Physical and Mental Status Examination)

ډېر په عقل پڅ ماشومان جسمي بد شکلونه لري چې دوی د زيږېدو پرمهال راپېژني چې دعقلي پځوالي لپاره د لوړو زمينه جوړوونکو لاملونو په څېر (لکه په Down syndrome سنډروم کې د ماشوم د ظاهري څرګندونو په څېر) دي. تی رودونکي کېدی شي د منځنی کچې نه د پام وړ ټيټ د دندو د تر سره کولو ذکاوت وښيي . مور-پلار (والدين) او د ماشومانو ډاکتران کولی شي ، ځوان ماشومان په عقلی پځوالی سره ، وروسته له هغه چې دوی په يو شمېر وظيفوي ساحو (په خبروکولو کې ځنډ، په ټوليزو مهارتونو ،يا ځان ته د ځارنې د مهارت ظرفيت) اويا د IQ د اندازې کولو کچه چې له ۷۰ ښخه لږه په ستانفورد بينت کې(ډېرځله يوازې د ډېرو ځوانو ماشومانو لپاره) يا WISC-R (دښوونځي عمر ماشومانو لپاره معياري دي) د ودې د معيارونو په پوره کولو کې په پاتې راتلو سره و پېژني . د اعراضو پيل ډېر ځله د ۱۸ کلنی د مخه دی. ناروغان بايد دواړه د IQ لړوالی د ۷۰ نه او يا ورسره برابر او ورسره يو ځاي ليدل کېدونکي نيمګړتيا وي او يا د څو ساحو اړوند په دندو کې د همغاړې کېدو (لکه اړيکي نيول، د ځان ځارنه، خپلمنځي مهارتونو) ويجاړی ولري . لابراتواري موندني بنايي متابوليک يا کروموزمي اېتيولوژي را په ګوته کړي .

۲-۸ لمبر جدول د ودي ارزوني راښيي :

عمر	لوی حرکتونه	نازک حرکتونه	ژبه	د پېژندني – ټولنيز او ځان برابروونکی
۳ مياشتنی	تېر پورته کوي سر د مځکي خواته په وضعيت کې ښکته اوپورته کوي.	د شيانو په نښه کولو حرکتونه	دوه سره اواز ادا کوي	والدين پېژني، د تغذي انتظار کوي
٦مياشتنی	د تکيې پرته کښېني	په يوه لاس يوه شي ته ځان رسوي او په ټولو ګوتو نيول کوي.	سر شور کوي بې معنی غږول کوي	د لومړی درجه خاورنکي سره اړيکي نيسي.
۹ مياشتنی	دريدلو ته هڅه کوي	لاسونو ته دور ورکوي د شيانو د نيولو پر مهال	په (نه) باندې پوهيږي د دا-دا ما-ما اوازونه اداکوي.	ډېر قوي اضطراب، د سترګو لاندي ساده کتل، (د اشارو لوبې کول)
۱۲ مياشتنی	قدم وهي	په خيله شيان خوښوي او پرېږدي او په بيره علايم جوړوي.	له يوه نه څلورو پورې ټکي کاروي په وضعيتي امر پوهيږي.	د اغوستلو په وخت کې ګډ عمل ښکاره کوي.
۱۸ مياشتنی	په زينه پورته ختلی شي، توپ اچولي او ځغاستلي شي.	د دريو خښتو مانۍ جوړولی شي.	دوه لغاتونه سره ګډولی شي، د بدن برخې په نښه کولی شي.	د تصويرونو نومونه اخيستلی شي د نورو ماشومانو سره نږدې لوبې کولی شي.
۲ کلني	دوه قته توپ وهلی شي، او توپ په پښه وهلی شي.	کاشوغه او پنجه کارولی شي، د اوو نه تر اتو خښتو پورې مانۍ جوړولی شي.	د ۳۰۰ – ۵۰ پورې د لغاتو ذخيره لري د دوو يا دريو لغاتونو يو پراګراف کاروي.	د ساده کاليو اغوستلو ته د لويانو په شان لوبه کوي.
درې کلني	په زينه پښې ته بدلون ورکوي يوه اړکي نه بل ته	دايره کاپي يا نقل کولی شي	د پنځو نه تر اتو لغاتو پورې جملې کارولی شي ۷۵% يې ژبه د نورو لپاره د پوهېدو وړ ده.	بوټونه پښو کولی شي لاسونه مينځلی او وچولی شي.
٤ کلني	په يوه پښه توازن ساتلی شي	توپ نيوي شي مربع کاپي کولی شي.	يوه کيسه ويلی شي، چې ۱۰۰% يې ژبه نورو ته څرګنديدونکي ده.	بوټونه پښو کولی شي لاسونه مينځلی او وچولی شي.
۵ کلني	د پښو په بدلون سره توپ اچولی	يو شخص د بدن د شپږو برخو سره رسموي، يو مثلث کاپي کولی شي.	د لغاتونو د معنی پوښتنه کوي.	د څلورو رنګونو نومونه پوهيږي د مشترکو لوبو رول اجرا کولی شي.

Adapted from Marino B, fine K, Bluepeints pediatrics, 5th ed> philadelphia: Lippincott< williams, 2009, T4-1 Mc Millan JA. De Angelis CD. Peigin RD. efal.

Oske pediatric: princeples a& practice, 4th ed . philadelphica: lippincott. Willianms & wilkin.7961, 7962.

(۸-۳) جدول موږ ته عقلي پڅوالی راپه ګوته کوي:

د عقلي پڅوالي درجه	د ذکاوت درجه IQ	په عقلي پڅوالي لرونکو کسانو کې یې سلنه.
خفیف	۵۰-۷۵	۸۵٪
منځنی درجه	۳۵-۵۰	۱۰٪
شدیده یا سخته	۲۰-۳۵	۳-۴٪
ډېر ژور	له ۲۰ نه لږ	۱٪-۲٪

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

د پاملرنې د نیمګړتیا ، د لوړ فعالیت ګډوډي یا(Attention Deficit/Hyper Activity Disorder یا ADHD) یا د زده کړې ګډوډۍ، خېګان، شیزوفرېني او د حملو(صرع) ګډوډۍ ټول کولی شي،چې عقلي پڅوالی وښیي. او دا ګډوډۍ هم شوني دي چې ورسره یو ځایي حالتونه وي . هغه ماشومان چې د عقلي پڅوالي د لرلو ترشک لاندې وي باید ښې په ښېغه یې طبي او عصبي ارزونې چې عبارت له: د IQ ټستونه، یوه EEG او دماغي تصویرونه (لکه کمپیوټرایز توموګرافي یا CT او د مقناطیسي اهتزازاتو پر مټ تصویر اخیستل یا MRI) ښخه دي ، تر سره شي .

تدبیرونه (Management)

تدابیر د عقلي پڅوالي په درجه، موده، د ماشوم او د هغه د مور-پلار په ځانګړو اړتیاوو پورې تړلي دي. ډېر ماشومان د عقلي پڅوالی سره د مهارتونود نارملي کچې (درېدل، قدم وهل ، خبرې کول، د ټکیو د پېژندلو او د شمېرې د پېژندلو زده کړې) په چوکاټ کې ، نور مالو ماشومانوته په ورته شکل سره مګر د هغه نه په ډېرې ورو کچې سره پر مخ ځي. . وده او پرمختیا په عقل پڅو ماشومانو کې لیدل کیږي . دوی شوني ده چې نورمالو ماشومانو غوندې د لنډ مهال وده ولري چې نه شي کېدی د عمر په لومړیو وختونو کې یې د عقلي پڅوالي وړاندوینه و شي.

په خفیف عقلي پڅوالي کي ماشوم په ځانګړي ډول ښووني ته جوګه (مساعد) وی. ماشوم کولی شي چي په دوديزه توګه: لوستل، لیکل، او ساده حساب کول، زده کړي . د کورنی په ملاتړ او ځانګړي ښووني سره له دې ماشومانو څخه به ډیری یې وکولی شي چي د مور-پلار سره ژوند وکړي . د درملني اوړد مهاله موخه دا ده، چي دې ماشومانو ته په ټولنه کي د دندې د ترسره کولو ښوونه وشي تر څو کوم ډول دنده ترلاسه کړي . په منځنی درجه عقلي پڅوالي کي ماشوم په ځانګړي ډول د روزني وړ ښکاري . په روزني سره ماشوم کولی شي چي خبرې زده کړي د ده یا د دې خپل نوم و پیژني او څو ساده لغاتونه او د ورځني ژوند فعالیتونه (ځان مینځل، اغوستل په وړو بدلونونو لاس پورې کول) د مرستي پرته تر سره کړي . د اوږد مهاله درملني ځانګړي موخه داده چي ماشوم وکولی شي د يوې ډلي تر څارني لاندې په کور کي ژوند او دنده ترسره کړي . هغه ماشومان چي شدید او ژور عقلي پڅوالی لري څه ناڅه بدلون نه منونکي دي په ټولو برخو کي څارني ته اړتیا لري. په دوديز ډول په ژوند کي ډېر وختي پیلیږي د عقلي پڅوالي دا شکلونه ډېر ځله د ځانګړو سنډرومونو سره (لکه Tay-sachs's ناروغي) کوم چي دلته پر مختلونکي جسمي ناوړه جوړښتونه (سو تشکلات) شته وي چي ناروغ د وختي مرګ خواته بيايي.

د زده کړې ګډوډۍ (Learning Disorders)

د زده کړې ګډوډۍ د زده کولو په ځانګړیو ساحو (لکه لوستلو، لیکلو او حساب کولو) کي په اساسي توګه د زماني عمر ، د ذ کاوت د کچي د اندازې، او د عمر اندولیزې ښووني په نظر کي نیولو سره پر ټيټو کړنو باندې وصفي دي. DSM – IV د زده کړې درې ګډودۍ : د لوستلو ګډوډي، د حساب اړوند ګډوډي، او د لیکلو تر سره کولو ګډوډي را پيژني.

د لاملونو پوهه (Etiology)

د زده کړې ځانګړي ګډوډۍ ډېر ځله په هغه کورنیو کي چي دوی د دماغو محراقي زخمونه او یا د عصبي ودې نیمګړتیا زغملي وي په پایله کي لیدل کیږي .

اپیدیمیولوژي

د زده کړې ګډوډۍ په پرتلیزه (نسبي) توګه دود دي . د لوستولو ګډوډي ٤% د ښوونځي عمر ماشومان اغیزمن کوي او د حسابي چارو د ګډوډیو اټکل تر ١% پورې شوي دی . تر اوسه پورې د

ليکلو د تر سره کولو د ګډوډۍ پېښې ندي، پېژندل شوي. د زده کړې ګډوډۍ د دوو نه تر څلورو وارو پورې د نجونو په پرتله په هلکانو کې ډېرې دود دي.

کلينيکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاريخچه ،د رواني حالت کتنه او لابراتواري ازمايښتونه

(History`Mental Status Examination and Laboratory Tests)

د زده کړې ځانګړي ګډوډۍ وروسته له هغه په ټاييپيک ډول تشخيص کيږي چې ماشوم په يوه ځانګړي اکاډميکه ساحه کې ستونزې ښکاره کړي . څکه لوستل او حساب کول په دوديز ډول د لومړي ټولګي د مخه نه وي ور ښودل شوي. د ښوونځي د مخه ماشومانو کې په نادر ډول تشخيص کيږي .ځينې ماشومان ښايي تر څلورم او پنځم ټولګي پورې تشخيص نه شي په ځانګړي ډول که چېرې دوي د لوړ ذکاوت درجه ولري چې کولی شي د دوی نيمګړتياوې و پوښي. د زده کړې د ګډوډيو تشخيص په نېغو ځانګړو د ذکاوت او د تر سره کولو په عملي ټستونو سره هوکړه کيږي (تاييديږي) .هغه ماشومان چې د زده کړې ګډوډۍ لري نه شي کولي چې د عملي تر سره کولو د ازمويښي درجې ته د دوی د ذکاوت د شان سره سم و رسيږي .

تو پيري تشخيص (Differential Diagnosis)

دا ارزښتمنه ده چې څر ګنده کړو چې د لاس رسي (کړنو) ټيټه درجه د ځينو نورو لاملونو لکه د زده کړې لپاره د ور مهال له لاسه ورکول، لږ ښوونه، يا کلتوري لاملونه (لکه انګليسي يې د وهمه ژبه ده) له امله نه وي . فزيکي لاملونه (لکه د اوريدلو او ليدلو ويجاړی) بايد رد شي. په وروستيو کې دا ارزښتمنه ده چې د ډېرو عمومي ګډوډيو لکه پر پرمختيا نفوذ کوونکيو ګډوډيو ،عقلي پڅوالی، او د اړيکو نيولو ګډوډۍ ښکاره او ټستونه يې سرته ورسوو. دا ښځايه نه ده چې د دې ګډوډيو څخه به څو په يوه ځای پيدا کړو. د زده کړې د ګډوډۍ يو ځانګړی تشخيص هغه وخت اېښودل کيږي، چې پوره کلينيکي څېره يې د نورو ورسره يو ځايي حالتونو پرمټ په ور(مناسب) ډول تشريح نه شي.

تدبيرونه (Managemanet)

په دې ګډوډۍ اخته ماشومان ډېر ځله جبران کوونکي ښووني ته په ځانګړې ډول که چېرې نا وخت تشخيص شوي وي اړتيا لري . دوی همدارنګه د زده کړې د ستراتيژی ښووني ته اړتيا لري، تر څو د خپلو نيمګړتياوو راووزي . د خوبنې وړ مهارتونو ته په ګډه وډه شوي ساحه کې د پر لپسې حمايوي

(ملاتړيزي) ښوونيزي مرستې پر مټ ډېر ځله رسېدلی شو . همدارنګه ناروغان ښايي په دې ګډوډۍ تر پاخه عمر پورې اغيز من شي.

پر وده نفوذ کوونکي ګډوډۍ (Pervasive Developmental Disorders)

DSM – IV ځان محوري ګډوډي (Autistic Disorder) د ريټس ګډوډي (Rett's Disorder)، د ماشـومتوب د عمرتجزيـوي ګـډوډي (Childhood Disintegrative Disorder) او اسـپارګر (Asparger Disorder) ګډوډي پر پرمختيا د نفوذ کوونکيو ګډوډيو تر سر ليک لاندې ډلبندي کوي: دا حالتونه همدارنګه د دوي يو د بل سره نږدې کلينيکي څرګندونو د ښېرو له مخې د اوټيزم د ساحې ګډوډيو ته اړوند کېږي .

د ځان محوري ګډوډي (Autistic Disorder)

د ځان محوري ګډوډي يوه دوديزه (معمول) په پرمختيا نفوذ کوونکي ګډوډي ده چې د ماشومتوب په عمر کې پيل کوي . دا د ټولنيزو کړنو پر ويجاړې، د اړيکو نيولو د وړتيا پر ويجاړې، د فعاليتونو او د مينې د ښکاره کولو د محدوديتونو پر درې پښيزې (سه پايې) باندې وصفي ده .

د لاملونو پوهه (Etiology)

د ځان محوري ګډوډي کورنۍ ده . جنيتيکي څېړنې راته ښيي چې دا د ارثي خواصو نيمګړي لېږد (۳۶ %په مونو زايګوټ جوړو کې ورسره ملګرې پېښېدنه) لري ، همدارنګه ځانګړي جنيټيکي نيمګړتياوې پکښې نه شو را پيدا کولی . د دوی يوه وړه سلنه د ځان محوري ګډوډۍ سره يوځای د X يو ماتيدونکي کروموزوم لري او د ځان محوري ګډوډۍ لوړه کچه په تيوبروز- سکلېروزس کې څرګنديږي .

اپيديميولوژي

د ځان محوري ګډوډي نادره ده دا په (۱۰۰۰۰) ژوندیو زيږېدليو ماشومانو کې له دوو نه تر پنځو پورې ليدل کيږي ، د نارينه او ښځينه تر منځ نسبت د ۳پر۱ څخه تر ٤پر۱ پورې دی.

کلینیکي څرګندوني (Clinical Manifestatiions)

تاریخچه، د رواني حالت کتنه او لابراتواري ازمایښتونه

(History and Mental Status Examination and Labaratory Tests)

د زیږېدلو وروسته باید غیر نورماله پرمختیا (وده) په ډېرې چټکۍ سره یاد داښت شي . په دودیز ډول لومړنی نښه په ټولنیزو غبرګونونو کې ویجاړي (د ټولنیزې موسکا په پرمختیا کې ، په وجهي افادې ښکاره کولو ، په ځیر سترګوپه سترګو کیدلو کې پاتي راتلل) دي . لوی ماشومان ډېر ځله په دې کې چې په غیر شفاهي شکل اړیکي و نیسي (بدن ته وضیعت ورکولو او شکل ورکولو) پاتي راځي او ښایي داسې وښکاري چې هېله او یا دا مهارت نه لري چې د ملګرتیا اړیکي جوړې کړي . دلته د خوند اخیستلو غوښتنه (لکه ښودل، ګډون کول، د دوی د په زړه پوري شیانو موندل) هم نه شته. د تعریف له مخې باید موندني (شواهد) د دري کلنۍ تر مخه شتون ولري. د ځان محوري ګډوډي همدارنګه د اړیکو په نیولو کې په ښکاره ویجاړی سره وصفي ده. دلته ښایي د ژبې د پرمختیا ځند او یا ټولیز ورکوالی شتون ولري. نو دا ماشومان کوم چې ژبې ته وده ورکوي د محاورې په جوړولو او راغونډولو کې او پایښت ورکولو، کې ویجاړی ښیي او تکراري او یا د خپله ځانه جوړه کړي ژبه کاروي (چې بل څوک نه پرې پوهیږي). ژبه یې همدارنګه ښایي د اواز، تلفظ ، د غږېده د کچې او هم د ریتم له اړخه غیرنورماله او یا تر فشار لاندې وي . په وروستی کې دلته د سلوک ،میني او کړنو، محدود، تکراري او کلیشیي شکلونه شتون لري . دلته ښایي یوه مخکښنی بوختیا د میني یا علاقې د یوه یا ډېرو کلیشیي او محدودو شویو ډولونو (لکه د باسکېټبال لوبې کولو وړتیا نه لرل) ، او د ځانګړو غیر وظیفوي ورځنیو یا مذهبي (لکه هره ورځ ، په یوه ځاي او په یوه وخت خوړل)، کلیشیي یا تکراري حرکي نمایشات (لکه د ټول بدن ښورول) او د یوې برخې شیانو سره اورد مهاله مخکښنی بوختیا (لکه د ټریو سره) بدلون نه منونکی پیوستون شتون لري . څه ناڅه ۲۵% په ځان محوري ګډودی بوخت ماشومان ورسره یوځای حملې لري. څه نا څه ۷۵% عقلي پڅوالی لري (منځنی ټیپ یې ډېردود دی). الکترو انسفالو ګرافی او د ذکاوت ټستونه د اساسي ارزونې ځانګړې برخې دي. په نادر ډول ځانګړی خاص مهارتونه (لکه د جنتري حسابول) شتون لري.

توپيري تشخيص(Differential diagnosis)

په دوديزه توګه په ځير سره له تاريخچي ، د عقلی حالت لـه معاينې او د پرمختيا د ارزونـې وروسته تشخيص روښانه کيږي . د ماشومتوب سا يکوز ، عقلی پڅوالي (په يوازينې ډول)، د ژبې ګډوډی او ولادي کوڼوالی او یاړوندوالی ، همد رانګه دا ټول بايد رد شي .

تدبيرونه (Management)

د ځـان محـوري ګډوډي يـوه مزمنـه د ژونـد سـره ملګري ګډوډي ده چـي پـه پرتليـزه توګـه د شـديدو معيوبيتونو سره ملګري وي . ډيرهغه کسان ،چي ځان محوري ګډوډی لري هيڅ يو بـه ازاد ژوند ونـه کړی شي . يو په دې تشخيص کيږي چي مور-پلار به درته ځرګنده کړي چي د دوی ماشوم دعصبی پرمختيا ګډوډي لري (نه يوه سلوکی ګډوډی ، شايي دوی يې د جوړوني لپاره غبرګون کول احساس کړي) . مـور-پـلار تـه پـه کـار ده ،چـي د سلوکي تـدابيرو تخنيکونـه چـي د ګډوډی د سـخت والـی او کليشيي سلوک د را لږولو او د ټولنيزو دندو د تر سره کولو د ښېګړي لپاره طرح شوي دي زده کـړي . پـه ځـان محـوری اختـه ډيـر ماشـومان د سلوکې څارنې لپاره ځـانګړي ښوونې او يـا ځـانګړو ورځينو پروګرامونو ته اړيتا لري. هغه ماشومان ،چي پـه او تيـزم او ورسـره ملګرو حملو اختـه وي د اختلاج ضد درملو پرمټ درمل کيږي . او په ټيټ مقدار سره نيورولپټيک لکه هالوپريدول او ځيني مزاج ثابت ساتونکي او خپګان ضد درمل داسې ښودل شوي دي چي د بريدکوونکو او ځان خوړوونکو سلوکونو په را لږولو کي مرستندوی دي .

د رېټس ګډوډي (Rett`s Disorder)

د رېټس ګډوډي پر پرمختيا يوه اغيزه کوونکي ګډوډي ده ،چې په نجونوکي دعقلي پڅوالي سترلامل دی.

د لاملونو پوهه (Etiology)

د رېټس د ګډوډی ښکاره ايټيولوژي په ټولو کېسونو کي نـه ده پيژنـدل شوي ، مګر دا حالت پـه ډير دوديز ډول د (Methyl – CPG – binding protein2) جن د نښې اېښودلو چي ديروټين ۲ سره نښـلي د mutations (ميوټيشين) سـره اړيکي لري . دعصبی پتالوژي لـه اړخـه د رېټس ګډوډي د مايکروسيفالی (د سر د کوچينوالي)، دعصبی کثافت د لوړوالي مګر د عصبي د ندرايتونو لږوالی او د مغزو په ځينو برخو کي د ساينايټيک کثافت لوړوالی ور سره وي .

اپیدیمیولوژي

د ریټس ګډودي ډېرځله په نجونو پورې اړوند لیدل کیږي دا حالت په هرو ۱۵۰۰۰ زیږیدلو کې څه ناڅه په یوه کې لیدل کیږي .

کلینیکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاریخچه ، د رواني حالت کتنه او لابراتوري ازمایښتونه

(History Mental Status Examination and Laboratory Tests)

په ریټس سندروم اخته ماشومان د زیږېدو وروسته ترڅو میاشتو پورې نورمال ښکاري او له هغه وروسته ځانګړي ستونځې په کې راڅرګندیږي . DSM-IV د زیږېدو پر مهال د کوپړۍ د نورمال حجم ، د زیږېدو د مخه او د زیږېدو مهال پر نورمالي پرمختیا او د نورمالي رواني – حرکي پرمختیا پرشتون باندې د زیږېدو وروسته په لومړیو پنځو میاشتوکې ټینګار کوي . د دې نورمالي مودې را وروسته د سر د پرمختیا په کچه کې د ۵ نه تر ۴۸ میاشتو پورې لږوالی راځي . د لاس د ترلاسه شوي مهارت د ۵ نه تر ۳۰ میاشتوپورې (د لاس پواسطه د کلیشيي لیکلو یا د لاس مینځلوپه څېرحرکتونو په پیل سره) له لاسه ورکوي . د ناروغۍ په لومړیو وختونوکې د ټولنیزو بوختیا وو له لاسه ورکول (چې ښایي وروسته وده وکړي) ، لږ هماهنګ شوی تګ یا د تنې حرکتونه او د ژبې په پرمختیا کې سخته ویجاړي د ور سره یو ځایي سخت عقلي یڅوالي او اختلاجي حملو سره دود (معمول) دي ، (مګرعقلي یڅوالی او اختلاجي حملې د DSM-IV د تشخیصي معیارونو برخه نه ده) . دلته لابراتواري ټستونه نه شته ،چې ریټس ګډودي پرې تشخیص شي . همدا رنګه د جن خیرنه ګډ میو ټشن څرګندوی او نوره جنتیکي حالتونه باید رد شي .

توپیري تشخیص (Differential Diagnosis)

د توپیري تشخیص حالتونه په لومړي سر کې : نوره پر پرمختیا نفوذ کوونکي ګډوډۍ لکه د ځان محوري ګډوډي ، د ماشومتوب مهال تجزیوي ګډوډۍ ، او Aperger's ګډوډي په ځان کې را نغاړي.

تدبیرونه (Management)

تدابیر په لویه ، پیمانه د سلوکي تخنیکونو له ډلي څخه او د اختلاطاتو درملنه ده .

د اختلاجي حملو ضد درمل ، د سایکوزضد درمل ، او نوره سایکو تر وپیک درمل ښایي د سلوکي ستونزو په هوارولو کي رول و لوبوي .

د ماشومتوب مهال تجزیوي ګډوډي (Child hood Disintegrative Disorder)

د ماشومتوب د مهال تجزیوي ګډوډۍ د ودې له یوې نورمالې مودې وروسته په ډېرو برخوکې د دندو په له لاسه ورکولوسره وصفي دي.دا پر پرمختیا باندې د اغیزکوونکو ګډوډیوڅخه ډېره نادره ګډوډي ده.

د لاملونو پوهه (Etiology)

د ماشومتوب د مهال د تجزیوي ګډوډیو ایتیولوژي نه ده پېژندل شوي ، دا حالت شونی دی ،چې د عمومي طبی حالتونو سره ،چې دماغ اغېزمن کوي یو ځای وي .

اپید یمیو لوژي

دا حالت پوره نادر دی او د او ټېزم په پرتله ډېر لږ دود دی دا ښایي په نارینه وو کې یو څه ډېروي .

کلینیکي څرګندوني (Clinical Manifestations)

تاریخچه ، د رواني حالت کتنه او لابراتواري ازمایښتونه

(History, Mental Status Examination, and Laboratory Tests)

د DSM – IV تشخیصي معیارونه د ماشومتوب د مهال تجزیوی ګډوډۍ د ژوند په لومړیو دوو کالو کي ښکاره نور ماله پرمختیا اړینوي چي د لومړنیو تر لاسه شویو مهارتونو په له لاسه ورکولو سره د ۱۰ کلنۍ د مخه تعقیبیږي . دا مخکېني لاسته راغلي مهارتونونه یې شوني دي چې د ژبې ، ټولنیزو مهارتونو او د همغاړي کېدو د سلوک ، د غایطه موادو او مثاني د کنترول ، همدرانګه د حرکي مهارتونو او لوبو په برخه کي یې له لاسه ورکړي وي . سربېره پردې دلته ښایي په ټولنیزو متقابلو اغیزو، او یا اړیکو نیولو کي د دندو په تر سره کولو کي ویجاړي ، یا د محدود شویو تکراري سلوکونو ، علایقو (غوښتنو) او کړنو را منځته کېدل شتون ولري . موده یې مزمنه ده او د مهارتونو څخه د یوه له لاسه ورکونه ثابته ده . دا حالت په دودیز ډول په یوځایي ډو ل دعقلي پڅوالي او په لوړه شمېره د حملو د ګډوډیو سره لیدل کېږي . د لابراتواري ټستونو لومړنۍ موخه باید هغه حالتونه چي خورا د درملني وړ، او د دماغو دندې اغېزمني کوي رد کړي .

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

د تو پيري تشخيص لومړني حالتونه يې عبارت له : د پر پرمختيا د نورو اغيزکوونکو ګډوډيو لکه د ځان محوري ګډوډي ، دريټس ګډوډي او د اسپا ر ګر ګډوډي ، ښځه دي ، د درملني وړ هغه حالتونه چې د دماغو دندي اغيزمني کوي بايد ردشي .

تدبيرونه (Management)

دلته جوړېدنه نه شته ، ځارنه يې لومړۍ د سلوکي ستونځو لپاره ، او د ور سره يو ځايي حالتونو (لکه د حملو د ګډوډۍ) درملنه په ځان کې رانغاړي .

د اسپارګر ګډوډي (Asperger's Disorder)

د اسپارګر ګډوډي ښايي پر ودې خورا ډېره دود اغيز کوونکي ګډوډي وي (مګر د پېښېدو شکلونه يې بحث توکوونکي دي) او په ويجاړو ټولنيزو متقابلو اړيکو او په محدودو ، تکراري او کلېشيي سلوکونو او علاقو باندي وصفي ده .

د لاملونو پوهه (Etiology)

د اسپرګر ګډوډۍ ايتيولوژي ناپېژندل شوي پاتي کيږي. دلته ځيني کورني ګډونونه شته او يو شمېر جنتيک، متابوليک او انتاني لاملونه په ګوته شوي دي .

اپيدميولوژي

په تشخيصي متودونو سره د اسپرګر ګډوډۍ پېښېدل توپير کوي مګر په ۱۰۰۰ ماشومانو کې څه نا څه ځلور اټکل شويدي او څه نا څه ځلور واري په نارينه وو کې ډېر دود دی. نيمايي په اسپرګر ګډوډۍ اخته ماشومان ناشوني ده چې په خپل حالت تشخيص شي .

کلينيکي ځرګندوني (Clinical Manifestations)

تاريخچه، د رواني حالت کتنه، او لابراتواري ازمايښتونه (History, Mental Status Examination and Laboratory Tests)

د DSM-IV له مخې د اسپرګر ګډوډۍ تشخيصي شکلونه عبارت له: په ټولنيزو کړنو کې ويجاړۍ (د غير شفاهي اړيکو نيولو په ډېرو سلوکونو لکه سترګو په سترګو په ځير کتلو، وجهي افادې، او په بدني حرکتونو سره غږېدلو کې تلپاتې سختې نيمګړتيا وې) او د سيالی په اړيکو نيولو، د نورو سره د خپلو شخصي تجربو په ګډولو کې لړوالی او دوه اړخيزه ټولنيزو او هيجاني متقابلو اړيکو له لړوالي څخه

دي. سر بېره پر دي دلته تکراري او کليشيي سلوکونه او علاقې ، لکه د کليشيي او محدود شوو علاقو د اشکالو پواسطه مخکښني بوختيا لکه : د ورځينو يا مذهبي چارو سره د لږ تر سره کولو سره کلک پيوستون ، حرکي نمايش ورکونه او کليشيي کړني د تمرکز د ټکو په شان او يا يې د اهدافو (موخو) د مخه نيولي شويو برخو په ځېر دي. په اسپرگر گډوډۍ کې دلته په ژبه ، پېژندنه ، د ځان سره په مرسته ،چاپيريالي کنجکاوۍ او يا د همغاږۍ (تطابق کولو)د سلوک په ساحو کې ځنډ نه شته . پايښت يې ډېر ځله مزمن دی .

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

د توپيري تشخيص لومړني حالتونه يې : نور پر ودې اغيز کوونکي گډوډۍ په ځان کې لکه : د ځان محوري گډوډي، د ريټس گډوډي او د ماشومتوب مهال تجزيوي گډوډي را نغاړي .

تدبيرونه (Management)

د اسپرگر گډوډي لپاره درملنه نده ځانگړي شوي او له ښوونيزې، سلوکي او رواني درملنې تر سره کولو څخه جوړه شوي ده چې د ټولنيزو متقابلو کړنو لوړول يې موخه ده .

فارمکولوژيکه درملنه ښايي د ځانگړو سلوکونو او د ورسره يو ځايي حالتونو لپاره توصيه شي .

د پاملرنې د نيمگړتيا او د لوړ فعاليت گډوډي(Attention – Deficit/ HyperActivity) Disorder: (ADHD)

د پاملرنې د نيمگړتيا اود لوړ فعاليت تشوش په اوږد مهاله توگه د لوړ فعاليت ،غوسه کېدلو ، نه پاملرنې او د پاملرنې د ماتېدنې په شتون سره د دندو د تر سره کولو په ټولو ډولونو کې وصفي ده .

د لاملونو پوهه (Etiology)

ناروغي کورنۍ خپروی لري.او د مزاجي گډوډيو، د نشيي توکو د کارونې د گډوډيو ، د زده کړې د گډوډيو سره او د ټولنيز ضد شخصيت د گډوډيو سره يوځايي خپرېږي.هغه کورنۍ چې يو ماشوم يې د پاملرنې په نيمگړتيا او د لوړ فعاليت په گډوډۍ سره تشخيص شوی وي د هغو په پرتله چې په اولادونو کې يې د پاملرنې نيمگړتيا او د لو ړ فعاليت (ADHD) گډوډي نه وي ډېرمساعد دي چې د کورنۍ غړي يې دا مخکې ويل شوي گډوډي ولري . د ناروغۍ اېتيولوژي نده پيژندل شوي مگر د زيږېدو د وخت ترضيضات، خوارځواکي،او د نشيي توکو سره مخ کيدل ټول پکې ونده لري. ډېری ماشومان چې

ADHD لري د خوب د جوړښت (د سترګو د چټکو حرکتونو دوري لړوالی او د دلتا د مرحلې زیاتوالی)، الکتروانسفالوګرام (EEG) او د کوچنیو عصبي نښو غیر نورمالوالی لري . په هغو ماشومانو کې چې ADHD لري په ټولوکي یې د مغزو د تصویرونو اخستنه راښیي چې کله چې د نورمالو سره پرتله شي د دماغوحجم یې لږ وی .

اپیډیمیولوژي

د ADHD خپرېدنه د ښوونځي د عمر په ماشومانو کې د ۳% نه تر ۵% پورې اټکل شویده . په عمومي نفوس کې د هلک او نجلۍ ترمنځ د نسبت دایره ۱ / ٤ ده او په بستر کې ۱/ ۹ ده.هلکان د نجونو په پر تله ډېر د دې وړ دي چې د طبي پاملرنې لپاره راوړل شي.

کلینیکي ځرګندونې (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه او لابراتواري ازمایښتونه

(History, Mental Status Examination and Laboratory Tests)

د ADHD د معیارونو د پوره کولو لپاره باید په یوه ماشوم کې د نه پاملرنې او یا د لوړ فعالیت د اعراضو پیل د اووه کلنۍ د مخه ځرګند شي ، اعراض باید همدارنګه په دوو یا ډیرو ځایونو(لکه په کور او ښوونځي کې) کې شتون ولري . اعراض یوازې په یوه ځای او حالت کې چاپیریالي او یا رواني حرکي لامل را په ګوته کوي . د ښوونځي د مخه عمر ماشومان ډېر ځله هغه وخت چې دوی په کور کې د ځارنې نه وي د ارزونې لپاره راوړل کیږي . په ځانګړي ډول دوی تر ناوخته پورې ویښ پاتې کیږي او د سهار د خوبه وختي پاڅیږي او دوی د بیدارۍ ډېرې ګړۍ په بېلا بېلو برخو کې فعال او د غوسې ډک فعالیتونه کوي . او ماشوم په ترتیب سره په ټول کور کې ځغلي را ځغلي د خطر لامل ګرزي او غوسه په ویجاړیو سړوي . کله چې دا ماشومان ښوونځي ته شامل شي د فکري تمرکز سره د دوی ستونزې ډیرې ځرګندیږي، دوی داسې نه ښکاري چې لارښوونې تعقیب کړي د ښوونځي ارزښتمنې لار ښودنې هېروي ، د کورنې کار په بشپړ ولو،او د ټولګي په کړنو کې پاتې راځي ،او مخکې له دې چې په ده غږ وشي هڅه کوي چې د ښوونکو پوښتنو ته بې له فکره ځواب ووایي . د دوی د نه پاملرنې او لوړ فعالیت له امله دا ماشومان ډیر ځله په ستونزو جوړوونکو پیژندل شویدي. دوی د خپلو همزولو څخه په اکاډمیکو او ټولنیزو چاروکي شاته پاتې کیږي.د ماشوم ارزونه په ځیر سره د والدینو او ښونکو څخه د تاریخچې تر لاسه کول (دا وروستنی همېشنی نیغ او لیکل شوي ریپوټونه) ،

د ماشوم سلوک چې والدینو د رواني ارزونې پر مهال ورته په ځیر کتلي او که نه ، په ځان کې را نغاړي . عامیانه ازمویل په د ې ترسره کیږي چې ماشوم ته وویل شي چې هڅه وکړي چې یوه ساده معما پوره کړي. د الفبا توري ولیکي ، ښي له کیڼ نه بیل کړي.او په ورغوي باندې یې لیکل شوي ټکي مشخص کړي (Graphesthesia) . فزیکي معاینات په ځانګړي توګه چې په عصبي دندو باندې تمرکز لري،جبري دي . ځانګړي لابرتواري یا د پیژندنې ټستونه د تشخیص په اېښودلو کې مرسته نه کوي .

توپیري تشخیص (Differential Diagnosis)

دا ارزښتمنه ده چې د (ADHD) اعراض د عمر اړوند سلوکونو سره چې په ډیر فعالو ماشومانو کې (لکه شا و خوا ځغاستل او شوخوالي او نور) بیل شي . همدا رنګه ماشومان کېدی شي که چېرې د وی د ذکاوت ټیټه یا لوړه قوه ولري ، او چاپیریال ډیر تحریک کوونکي او یا لږ تحریک کوونکي وي بې پاملرنې ښکاره شي . یا په بل عبارت د IQ ازموینې او په ځیرکی سره د ښوونځي د پروګرام ارزونه به تشخیص روښانه کړي . ADHD باید همدارنګه د دوه قطبي ګډوډیو څخه توپیري تشخیص شي. هغه ماشومان چې په دوه قطبي ګډوډي اخته وي سربیره پردې چې د پاملرنې ژر ورکېدل او لږ ه پاملرنه لري ښایي نامناسب شدید مثبت یا منفي مزاجونه ښکاره کړي . هغه ماشومان چې د ضدیت د جنګ جنجال کړنې ګډوډی لري د کار او ښوونځي د چاروسره ، په یوې ناهېلی سره د نورو لارښوونې نه تر سره کوي ، مقاومت کوي (دغرې وهي) ، او په پاملرنې سره له ستونزې نه شي راوتلی. هغه ماشومان چې نورې رواني ګډوډۍ (لکه د ژور خپګان ګډوډي او اِضطرابي ګډوډۍ) لري کولی شي چې نه پاملرنه وښيي مګر په ځانګړي ډول د ۷ کلنۍ څخه د مخه نه . د ماشوم د ښوونځي سره د همغاړي کېدو تاریخچه د ښوونکي او یا والدینو ریپوټونه ډېر ځله د نه پاملرنې او ماتېدونکی سلوک نه ځانګړی کوي. هغه اعراض چې د ADHD پېښې کوي شونې ده چې د اوه کلنۍڅخه په لږ عمر ماشومانو کې ولیدل شي. مګر اېتیولوژي یې په ځانګړي ډول د درملو (لکه د قصاباتو پراخوالی ورکوونکو) جانبي عوارض دي یا رواني او یا پر(وده) اغیزمنې ګډوډۍ دي , دا ماشومان باید د ADHD لرونکیو نه و نه شمېرل شي. البته ADHD به د پورتنیو ویل شویو ګډوډیو سره یوځای ګډوډې وي. یو دوه ګونی تشخیص هغه وخت اېښودل کیږي چې اړتیا وي تر څو په بشپړ ډول سره کلینیکي څیره بیان شي.

تدبیرونه (Management)

د ADHD تدابير سوماتيک او سلوکي يو ځايي درملني په ځان کي رانغاړي. خورا ډيری ماشومان چي ADHD لري رواني تحريک کوونکو ته په زړه پوري ځواب ورکوي. ميتايل فينيدات د لومړنی کرښي مواد دي چي د ډی امیفتامین پواسطه تقيبيږي. د کلينک کارکوونکي په دې هڅه کي دي چي خورا کوچنی اغيزمن دوز و کاروي تر څو د اوږدې مودي کارونه (د ښوونځي په ورځ) محدوده کړي . ځکه روان هڅوونکي نه خوښېدونکي فزيکي اغيزې (لکه د وزن بايلل او د ودې نهي کول) لري . ځيني ماشومان شوني ده د هغو موادو پواسطه چي په دماغو کي نوراپي نفرين لوړ وي (لکه Bupropion (Well Butrin) يا (Atomoxetine) ((Strattera) چي يو د نوراپي نفرين د دوباره جذب نهي کوونکی دی په اغيزمن ډول درمل شي. د سلوکي څارني تخنيکونه عبارت له : د مثبتو سلوکونو دوباره غښتلتيا او تينګښت او د تنبيه ګانو د لړولو تخنيکونو په کار اچولو (لکه يو ملګری په يوه وخت کي : لنډو او متمرکزو لوبو او دندو) څخه دي .

د تما س نيولو ګډوډي او د بي پروا ضديت ګډوډي

(Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder)

د تماس د نيولو ګډوډي د سلوک تکراري او اوږد مهاله شکل دی چي د نورو اساسي حقوقو او يا د عمر اړوند د ټولنيزو مناسباتو په نورمونو کي له غوسي ډکه ونډه اخلي. ګډوډ شوی سلوک عبارت له : پر خلکو ، يا حيواناتو بريدونه، د خپلو شتو له منځه وړل،غولول ، غلا، او يا جدي له حشونت ډک کارونه (لکه له ښوونځي تېښته يا ليرې ځای تللو) څخه دي. د اړيکو نيولو ګډوډۍ په ماشومتوب کي د لويانو د ټولنيز ضد شخصيت حملي دي. دا ډېره دوديزه ګډوډي ده چي د روغتون نه د باندې رواني ناروغانو کي ليدل کيږي او ډېر ځله د ADHD او د زده کړې د ګډوډيو سره په يو ځايي ډول ليدل کيږي . ترسره شوي ځيرني يوه جنيتکي سريزه را په ګوته کوي ، مګر رواني ټولنيز لاملونه لکه د مور اوپلار نه بېلوالی يا طلاق، د والدينو د نشيي توکو بي ځايه کارونه، ډېر غريب او بي پروا مور- پلار درلودل، او د مجرمينوملګرو د ډلوسره يو ځاي والی غوره ونډه لري ، داسي ښودل کيږي چي د تماس نيولو د ګډوډيو سره ځيني اړيکي لري . درملنه يي فردي او کورنی درملنه په ځان کي رانغاړي . ځيني ماشومان اړتيا لري چه له کوره څخه بېل اوپه بل ځای کي ترپوی وړ څارني لاندې ونيول شي. هغه مور- پلار ته چي دوی د تماس نيولو د ګډوډۍ لرونکی ماشوم لري په روزنځای کي محدودې

چاري لکه ټينګتيا او نورسلوکي تخنيکونه ور بنودل کيږي . طبي درمل يوازې هغه وخت کارول کيږي چه د ADHD او د مزاج ګډوډۍ په يوځايي شکل سره ورسره وي نه د تماس نيولو د ګډوډي لپاره . د اوږدې مودې پايلې د ګډوډۍ په سختوالي ، او د ور سره يو ځايي ناروغيو په درجه او ډول پورې اړوند دي. ټول هغه ماشومان چې د تماس نيولو ګډوډي لري په لويوالي کې له ۲۵% څخه تر ۴۰%پورې د ټولنيز ضد شخصيت خوا ته درومي. د بې پروا ضديت ګډوډي په هغو ماشومانو کې تشخيص کيږي چې ازاروونکې، ستونزمن او پرېشانه سلوک کله چې په ډېرو وارونو د نورو ماشومانو پرتله چې د ده يا د دی په عمر وي ډېر زياتوالی و کړي چې د ماشوم په ځانګړي کلتور کې د لږ زغم وړ وي ولري ، دا په نسبي توګه نوي تشخيص دی او دا را پوهوي چې په داسې ماشومانو کې چې د تماس نيولو د ګډوډيو لپاره څرګند معيارونه نه ليدل کيږي ، سلوکي ستونځې وسپړو . څارنه يې په فردي اوکورنۍ مشوره ټينګار کوي .

د توريټ ګډوډي (Tourette's Disorder)

د توريت ګډوډي يوه نادره ګډوډي ده چې ماشوم په هغه کې ډېر بېواکه حرکي او غږيز ټېکونه څرګندوي. يو ټيک ناڅاپي، چټک، تکراري او غير ريتميک، کليشيي او بدني حرکت يا اواز کړل دي.

د لاملونو پوهه (Etiology)

د توريت ګډوډي په لوړه پيمانه کورنۍ ده ډېر ځله د جبري وسواسونو د ګډوډيو سره يو ځای ليدل کيږي . په ځينو کورنيو کې د جنيتيکي شواهدو د لېږدولو سره سره تر اوسه کې کوم جن يا جنونه نه دي موندل شوي چې د دې ناروغۍ اېتيولوژي بيان کړي.

اپيديميولوژي

د توريت ګډوډي ۰.۴ % وګړي اغيزمن کوي دلته د سړو او ښځو تر منځ نسبت ۳پر ۱ دی.

کلينيکي څرګندونې (Clinincal Manifestations)

تاريخچـه،رواني حالـت او فزيکـي کتنـه (History, Mental Status and Physical Examination)

ناروغ او کورنۍ تل په ماشومتوب او يا د بلوغ د مخه په ۱۸ کلنۍ کې د يوې حملې د پيل څرګندونه کوي . غږيز ټېکونه تل لوړ خرخر يا غو غو کول مګر کېدی شي چې د لغاتونو شوټونه (وارونه) وي چې دا لغاتونه سپک کوونکي (کوپرولاليا) وي . ناروغ څرګندوي چې د لغاتونو له وارولو څخه خبر

وي ، ناروغ کولی شي چې ځيني کابوکوني پر دوی عملي کړي ، مګر هغه وخت چې د کابوکولو نه وړ برخو څخه ډېر په کړاو شي نو د غړيزو ټپکونو ويلو ته مخه کوي. حرکي ټپکونه شوني ده چې د مخ د څېرې جوړونه، د ژبې باندې را ايستنه، د سترګو زمبل، خرېدل يا د نهاياتو (لاسونو اوپښو) او ټول بدن لوی حرکتونه، په ځان کې را و نغاړي .حرکي ټپکونه په ځانګړې ډول له غړيزو ټيکونو د مخه وي ، فريادونه او يا غور غور کول د شفاهي فريادونو د مخه وي .حرکي ټپکونه دردناک نه وي.

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

يوه په څېر سره عصبي ارزونه بايد داسې تر سره شي چې د ټيک نور لاملونه رد کړي .د ويلسن ناروغی او د هوچن سن Huntington’s Diseaseناروغي د توپيري تشخيص وړ اساسي ګډوډۍ دي . يوه EEG بايد د اختلاجي ګډوډيو د ردولو لپاره واخيستل شي . د نورو ورسره ملګرو رواني (ناروغيو) لپاره بايد په ځير ارزونه تر سره شي . د روان هڅوونکو کارونه د نورو ګډوډيو د درملنې لپاره ښايي د نا ځرګندو ټپکونو لامل شي.

تدبيرونه (Management)

د ډېر شديد ټيک تداوی په ځانګړې ډول په ټيټ مقدار سره د غښتليو اغيزلرونکو نيوروليپتيک لکه هالوپريډول او پيموزايد کارونه غواړي ،مګر بېلا بېل نور مواد هم کارول کيږي . ماشوم يا د ده او يا د دي کورنۍ بايد ښوونه او ملا تړيزه روان درملنه په دې موخه چې ټولنيزې منفي پايلې (لکه ويجاړی ياغير منظموالی، شرم، بېلوالی) چې د دې ګډوډۍ سره ليدل کيږي را لږ کړي.

د ماشوم د تغذيې (خوړو ورکونې)او خوراک ګډوډۍ

(Childhood Feeding and Eating Disorders)

پيکا (PICA)

داسې يو حالت دی چې په پر مختلونکي ډول په ناوړه شکل سره د يوې مياشتې مودې لپاره د غير خوراکي شيانو په خوړلو سره کوم وخت چې دا د غير خوراکي شيانو خوړل له کلتوري اړخه منل شوی سلوک نه وي وصفي ده . د پيکا د ايتيولوژي او اپيديميولوژۍ اړوند زموږ پېژندنه لږ ده، په عقل پڅو کسانو کې د پيکا اندازه لوړه ده، چې د عقلي پڅوالي شدت ورسره يو ځای لوړيږي . طبي اختلاطات لکه د سربو تسمم، د ګېډې او کولمو اختلاطات او انتانات يې په پايله کې رامنځته کيږي.دا ګډوډي ښايي د زغم وړ او يا په ځان کې محدوده (ايساره) شي.

د شخوند وهلو ګډوډي (Rumination Disorder)

د شخوند وهلو ګډوډي د خوراک ګډوډي ده ،چې لږ تر لږه د يوې مياشتې مودې لپاره د نورمال خوراک وروسته د خوړل شويو غذايي موادو په دوهم ځلي راګرزيدو سره وصفي ده . دا راګرځوونکي سلوک بايد د ګېډې او کولمو له ستونزو يا د خوراک له نورو ګډوډيو لکه د غوايي ډوله خوراک له امله نه وي. دا حالت نادر ښکاريږي او په ډېر دوديز ډول په تي رودونکو ماشومانو کې تشخيص کيږي ، مګر ښايي په عقل پځو لوی عمر کسانو کې وليدل شي . را ګرځيدلي خواړه ښايي يا د باندې واچول شي او يا يوازې خولې ته را رسيدلي وي او يا تيرشي . کـه چيرې د خوړو را ګرځېدل شديد او ډېره اندازه اخيستل شوي کالوري پکښې له لاسه ووزي خوارځواکي شوني ده چې وليدل شي . د مړينې اندازه تر ۲۵ %پورې رسيږي پخپله ښکړه دود ده سبب يې نه دی پيژندل شوی .

د تي رودونکي او وختي ماشومتوب د خوراک ګډوډي(Feeding Disorder of Infancy or Early Childhood)

د خوراک ګډوډي په اوږده مهال کې د پوره خوړو په خوړولو کې په پاتې راتللو باندې چې د ډنګرېدو خوا ته ،او يا د وزن په اخيستلو کې په پاتې راتلو سره چې لږ تر لږه يوه مياشت پايښت مومي ، وصفي ده . دا حالت بايد د يوه عمومي طبي حالت پايله نه وي .ور سره يو ځايي حالتونه لکه د دوی له پايلې خوارځواکي ، د خوب ويجاړي ، تخرشيت او د پرمختيا ځنډ په شان ښايي و ليدل شي . اينيولوژي يې نا ځرګنده ده. مګر هغه ماشومان چې ځارنه يې سمه نه وي اغيزه يې ونډه لوبوي.

اطراحي ګډوډی (Elimination Disorders)

بېځايه تغوط (Incopreses)

د بې ځايه تغوط لپاره تشخيصي معيارونه لږ تر لږه په مياشت کې يو وار او لږ تر لږه د دريو مياشتو لپاره تکراري د بې ځايه تغوط کړلو حملې ، په نا مناسبو ځايونو کې په هغو ماشومانو کې چې لږ تر لږه ځلور کلن او د ودې د برابرې کچې لرونکی وي ، اړين ګڼي . دا نامناسب تغوط بايد د نوروطبي حالتونو او يا د درملو د قبضيت په استثنا سره ، له امله نه وي . څه نا څه ۱ % پنځه کلن ماشومان نا مناسب تغوط ښيي . کله چې بې ځايه تغوط شتون ولري دلته پدې ډلبندي کيږي چې دلته قبضيت شته او که نه شته ؟ او د بوی زياتې مودې د بولو د جريان سره يو ځای دی او کنه؟

د میتیازو بې واکي (Enuresis)

د تشومیتیازو د بې واکه تللو لپاره تشخیص په وارو وارو په هغو ماشومانو کې چې لږ تر لږه د پنځو کالو وي او د ودې نور ماله کچه و لري (په اونی کې دوه واره پرلپسې درې میاشتې او یا د پام وړ بې نظمی) چې تشې میتیازې یې په کالیو یا بستره کې ولاړې شي ، اړین ګڼي . دا د تشو میتیازو بې واکه تلل باید د طبي حالتونو او د نشیي توکو له امله نه وي . بې واکه میتازو تلل د وخت له مخې ډلبندي شویدي لکه: یوازې د شپې ، یوازې د ورځې یا د ورځې او شپې دواړه . څه نا څه ۷% پنځه کلن هلکان بې واکه تشې میتیازې شړي ، په پنځه کلنو نجونو کې یې پېښې ۳%دي.

اساسي ټکي (Key Points)

- عقلي پڅوالی د IQ په لږوالي او یا د ۷۰ ٪ سره په برابروالي پیژندل کیږي چې په ځانګړو ساحو کې د دندو تر سره کول ویجاړ وي.
- عقلي پڅوالی کوم چې په نارینه وو کې د ود دی (۲پر۱) ډېر معمول یې د ډاون سندروم Down's Syndrome (Trisomy21) له امله دی.
- دلته د زده کړې درې ډوله ګډوډی : حسابي، لوستولو او لیکلو کې څرګندیږي.
- د زده کړې ګډوډی لیدل کیږي چې کورنی ریښه لري او ښایي د دماغو له جروحاتو او یا خرابي ودې له امله رامنځته شي .
- د لوستلو ګډوډی چې د زده کړې په ګډوډیو کې ډېر دود (معمول) دي او ټولې درې واړه ګډوډی ډېر ځله په هلکانو کې د (۱:۲ څخه تر ۱:٤) پورې دي .
- دلته ځلور ډوله پر وده اغیز لرونکي ګډوډی (همدارنګه لکه د پراخ بنست او ټېزم ګډوډی ته اړوند کیږي) ځان محوري ګډوډي، د ریټس ګډوډي، د ماشومتوب مهال تجزیوي ګډوډي او اسپرګر ګډوډي دي.
- داسې ښکاري چې ا سپرګر ګډوډي پروده باندې ډېره اغیز لرونکي ګډوډي ده.
- ژبه په اسپرکر ګډوډی کې په خپل حال ده مګر په ځان محوري ګډوډي کې نه .
- د ریټس ګډوډي ډیره په هغه کورنی پورې اړوند ده چې :- د میتایل Cp G اړیکي د پروټین 2سره بدلون لرونکی وي.
- ADHD په هلکانو کې ډېر دود دی (۱:٤) او په نه پاملرنې او په ډېرو برخو کې په لوړ فعالیت کولو سره وصفي دی.

- ADHD د تشخيص لپاره د نه پا ملرنى او يا د لوړ فعاليت لاملونه بايد رد شي او اعراض بايد د(۷) کلنى د مخه پيل شوي وي.
- د اړيکو نيولو ګډوډي په ماشومتوب کې د لوی والي تولنيز ضد شخصيت حملي دي اود بستر د باندې د ماشومانو په رواني کلينيکونو کې ډېر دوديز تشخيص دی.
- د ضديت غبرګون ګډوډي د اړيکو نيولو د غبرګون د ګډوډۍ لړ خطرناک شکل دی.
- دلته د تغذي او خوراک درې ډوله ګډوډۍ په تي رودونکو يا وړو ماشومانو کې :

Pica (د غير غذايي شيانو په ناوړه ډول د خوړلو پرمختيا) ، Rumination ګډوډي (په تکراري ډول د اخيستل شويو خوړو بېرته را ګرځېدل) او د خوړو ورکوني ګډوډی (په دي کې پاتې راتلل چې پوره خواړه وخوري چې وزن وساتي او يا زيات کړي پداسې حالت کې چې نوره طبي لاملونه نه وي).

- دلته دوه ډوله اطرحي ګډوډی : Encopresis (په تکراري ډول د نامناسب تغوط کول) او بې واکه تشوميتيازو کول(په تکراري ډول نامناسب ادرار کول).

نهم ځپرکی

د پیژندنې ګډوډی (Cognitive Disorders)

د پیژندني ګډوډی د ډلیریوم (هذیان ویلو لیونتوب)، ډیمانس (بشپړ عقلي او حرکي زوال) او د هېرولو ګډوډی دي.۱– ۹لمبر جدول د رواني ګډوډیو د تشخیصي او احصایوي څلورم چاپ لاسوند له مخې د پیژندني د ګډوډی ډلبندي راته نوملړ کوي.

د هذیان ویلو ګډوډي (Delirium)

د هذیان ویلو لیونتوب د دماغي کرې د قشر د دندو د ناسمو تر سره کولو یو په شا راګرځېدونکی حالت دی ، چې په ځیرکتیا او پیژندلو کې پر بدلونونو وصفي دی ،او د پیژندلو ور ګرندي کوونکو پر مټ پیدا کیږي . د هذیان ویلو لیونتوب د هغه د ایتیولوژي پر بنسټ ګروپ بندي شویدی. (۱–۹) لمبر جدول. لکه داسې چې د عمومي طبي حالتونو له ا مله ، د نشیي توکو اړوند او یا ګڼ لاملیز وي.

د لاملونو پوهه (Etiology)

د هذیان ویلو لیونتوب داسې یو سندروم دی چې ډیر لاملونه لري چې په اصل کې د دماغي کرې د قشر د دندو ناوړه ترسره کول دي.هغه عصبي لیږدوونکي چې په ډیره دوډیزه توګه په د لیریوم کې ونده اخلي اسیتایل کولین دي. د مرکزي عصبي سیستم د اسیتایل کولین ټیټوالی فکر کیږي چې د هذیان ویلو د لیونتوب لامل ګرځي. همدارنګه په نورو عصبي لیږدوونکو کې بدلونونه لکه ګاما امینو بیوتاریک اسید او ډوپامین پکښې ونډه لري. ډیر ځله ډلیریوم د عمومي طبي حالتونو پایله وي: د موادو تسمم او د نشیي توکو څخه محرومیت همدرانګه دوډیز لاملونه دي. د مرکزي عصبي سیستم جوړښتي ویجاړی هم د ډلیریوم خواته درومي. د (۲-۹) لمبر جدول دوډیز عمومي طبي او د موادو اړوند د ډلیریوم لاملونه نوم لړ کوي او ډېر ځله ډلیریوم ګڼ لامليز دی او ښایي د کوچنیو ناروغیو او کوچنیو متابولیکو ګډوډیو په یو ځای والي کې (لکه خفیفه کم خوني، په لږه اندازه په وینه کې د سوډیم کموالي په لږه اندازه د اکیسجن کموالي او د بولي طروقو په انتاناتو په ځانګړي ډول په عمر پخو کسانو کې) پیدا شي .

د ډلیریوم دوډیز طبي لاملونه: میتابولیک غیر نورمال حالتونه لکه د هایپوناتریمیا، د اکسیجن کموالی ،د کاربن ډای اوکساید په وینه کې زیاتوالی ،په وینه کې د ګلوکوز لږوالی او په وینه کې د کلسیم زیاتوالی په ځان کې رانغاړي. انتاني ناروغۍ په ځانګړي ډول د بولي طروقوانتانات، نمونیا، او مننژیت ډېره

ونده اخلي. د نشيي توكو له امله دوديز لاملونه د ډلیریوم لپاره د الكهولو او يا بنزوډ يازيپين څخه محروميت او يا د بنزوډيازيپين او انتي كوليژيک درملو تسمم دی. او همدارنګه په زيات شمېر دوديز كارېدونكي توصيه شوي او يا د لاسرسي وړ درمل له اندازې زيات كارول كولی شي د هذيان ويلو ليونتوب پيدا كړي . نور هغه حالتونه چې ډليريوم ته سريزه جوړوي عبارت له : لوړ عمر، كسرونو او د ډیمانس له پيل ، څخه دي. د ماغي صدمه چې هر ډول وي كله چې د ډيماس د زياتوالي سره يو ځای وي، مخكېنی ضربه ، يا اسكميک بدلونونه د ډليريوم لپاره زمينه جوړوونكي لاملونه دي.

اپيديميولوژي

په ټولو وګړو كې يې په رښتوني توګه پېښيدنه نده پېژندل شوي. د عمومي طبي ناروغيو په ناروغانو كې چې له ۶۵كالو زاړه وي پېښې يې له ۱۰% نه تر ۱۵% پورې ليدل كيږي او ډېر وارونه د عملياتو وروسته د جدي ځارنې په سرويس كې ليدل كيږي . ډليريوم په سړيو او ښځو كې په برابره اندازه دود دی.

كلينيكي څرګندوني (Clinical Manifestations)

تاريخچه او د رواني حالت كتنه (History and Mental Status Examination)

كلينيكي تاريخچه د ډليريوم په تشخيص كې رښيې (بنستيزه) ده په ځانګړې ډول د وخت له نظره د ډليريوم د منځته راتلو وخت، او د پخواني ډيمانس شتون او يا د نورو رواني ناروغيو اړوند ده . د ډليريوم اساسي شكلونه په لاندې ډول دي :

۱ــ په هوښ كې په ځانګړي توګه په پاملرنه (توجه) او د تحريک كېدو په كچه كې بې نظمي.

۲-په پېژندنه كې په ځانګړي ډول حافظه (يادداښت)، سمت موندنه ، ژبه او احساس كې بدلونونه.

۳- وده يا پرمختګ: د ساعتونو څخه بيا د ورځو په موده كې .

۴-د طبي يا موادو اړوند هڅوونكو (ګرندي كوونكو) شتون .

سربېره پردې د بيده كېدو او پاڅېدو د دوران بېنظمي او رواني حركي هيجاني كېدل ښايي وليدل شي. ډېرځله ستونزمنه ده چې ډليريوم له ډيمانس څخه بيل كړو: په يوه ځای كې له دې امله چې ډيمانس د ډليريوم لپاره زمينه جوړوونكي لامل وي (نو ځكه دوی يو د بل سره ګډ ليدل كيږي). او همدارنګه په يوه بل ځای كې له دې امله چې د اعراضو ډېرې برخې يو د بل د پاسه وي لكه چې په (۳ ــ۹)لمبر جدول كې ځېرل شويدي . اساسي توپيروونكي لاملونه : دعقلي حالت د بدلونونو د را منځته كېدو موده

(په ځانګړي ډول که چېرې ناروغ مخکېنی ډیمېنشیا و نه لري) او د عقلي حالت د بدلونونو د وړ ګرندي کوونکو شتون دي . هغه کسان چې ډلیریوم لري ښايي د کانفوژن سره يو ځايي څرګندې بشپړې دورې لکه څنګه چې په ډیمانس کې وي وښيي ، دا نیمګړتیا وي په عمومي ډول ډېرې ثابتې دي. په دواړو حالتونو کې ښايي د شپې له خوا اعراض بدتر او ورسره يو ځای تهيج اوکانفوژن زيات شي (Sundowning)چې د لمر لوېدلو اعراض ور ته وايی لري . شته موندنې را په ګوته کوي چې دلته د ډلیریوم واړه ډولونه دي چې د رواني حرکي فعالیتونو په کلینیکي کتنې سره پیژندل کيږي. دوی شوني ده چې لکه په لږ فعال، ډېر فعال، او په مخلوط ډلیریوم سره وصفي شي. راتلونکي څېړنو ته اړتیا ده چې دې وړو ډولونو ته اعتبار ورکړي او د وړو ډولونو د ځانګړو درملنو ستراتیژی ته وده ورکړي. په يوه ارزونه کې د ممکنه ډلیریوم په يوه غلي او يا لږ فعال ناروغ کې همدارنګه ښايي چې ټولو درملنو ته چې دې ناروغ ته شويدي په انتقادي نظر وګورو. د ډلیریوم تشخیص پدې حقیقت سره ستونزمن دی چه د ډلیریوم لپاره پېژندونکي ټستونه نه شته. د ډلیریوم د تشخیص لپاره نبغه او سمه تاریخچه او د عقلي حالت معاینه، يوه فزيکي معاینه او لابراتواري ټستونه د عمومي طبي حالتونو او د موادو اړوند لاملونو په موخه کارول کيږي چې دا عبارت له : د ادار تجزیه ، بشپړ بیوشمیک معاینات، د وینې بشپړه شمېرنه، او د اکسیجن اشباع ، څخه دي .سربېره پردې باید د ټټر رادیوګرافي ، د شریاني وينې د غازونو ارزونه، عصبي انځور اخیستل، الکترو انسفالوګرام تر سره شي . يو انسفالوګرام ښايي غير وصفي منتشر او ورو ورو ځپې ولري. د ډلیریوم شته والی په يوه کال کې د مړينې د ۴۰% نه تر ۵۰% کچې سره يو ځای دی .

۹-۱ لمبر جدول د پيژند ني ګډوډی راښيي

ډلیریوم	ډیمانس	هېرونه
عمــــومي طبي ، د مـــــوادو اړونـــــد ، ګډ لاملېز	د الزايمر ټېپ د رګونو له بنسټ نه . د سر د ضربي اړوند . د Lewy body اړوند ، د هوچنسن د ناروغی اړوند د جبهي صدغي د پچنرېشین . دCreutzfeldt-jakobاړوند ، د عمومي طبي حالتونو له بنسټه ، د نشي توکو اړوند، ګډ لاملېز	عمومي طبي د نشيي توکو اړوند.

۹-۲ لمبرجدول د ډېلریوم دوديز لاملونه رابنيي :

<table dir="rtl">
<tr><th>عمومي طبي</th><th>دموادو اړوند</th></tr>
<tr><td>انتانات:
د بولي طروفو انتانات
منانژيت
نمونيا،سپيسس Sepsis د وينې زهري کېدل</td><td>مسموم کېدل
الكهول
برسام راوړنكي، او پوييد
بانګي يا چرس هڅوونكي يا منبهات
مسكنات</td></tr>
<tr><td rowspan="2">متابوليک
په وينه كې دسوډيم زياتوالى
هيپاتيک انسفالوپاتي
په وينه كې د اكسيجن كموالى
په وينه كې د كاربن زياتوالى
په وينه كې د ګلوكوز زياتوالى
د مايعاتو د انډول خرابوالى
يوريميا
په وينه كې د كلسيم زياتوالى</td><td>محروميت يا پرېښودل
الكهول
بنزوديازپين
باربيتورات</td></tr>
<tr><td rowspan="4">د درملنی لامله
انستيتيک
انتي كوليزژيک
مپيريدين
انتي بيوتيک

زهريات
كاربن مونواكسايد
دعضوي فاسفېت مركبات</td></tr>
<tr><td>د جراحی عملياتو وروسته
هايپر / هايپوتايروديزم</td></tr>
<tr><td>د زيږی پر مهال / يا وروسته له زيږي.</td></tr>
<tr><td>د سر ضربه
متفرقه
د شحميتاتو د امبولي سندروم
د ويتامين B1 فقدان
كمخوني</td></tr>
</table>

۹-۳ لمبر جدول د ډلیریوم توپیرله ډیمانس سره رابښيي :

	ډلیریوم	ډیمنشیا
پیل	د ساعتونو نه تر ورځو پوري	د اونیو نه تر کالونو پوري
تګ لوری او موده	د ورځې په اوږدو کې بدلون موندل ښایي ساعتونو نه تر اونیو پاینت ومومي	په ورځ کې ثابت ښايي په ثابت ډول راګرزیدوونکي وي یا د اونیو څخه تر کالونو پوري پر مخ لاړشي.
توجه یا پاملرنه	ویجاړه ده	ښايي ویجاړه وي
پیژندنه	یاددابښت ویجاړ، لوری موندنه او ژبه یاغږېدل ویجاړی.وي	یاداښت لوري موندنه، او خبرې کول او د دندې پر وخت سرته رسول ویجاړ وي
احساس	برسامات، هذیانت اوناسمي انګېرنې شتون لري.	برسامات او هذیانات
بېده کېدل/ پاڅیدل	بې ترتیبه ښايي پوره د ورځې شپې سرچپه شي	بې ترتیبه وي خو کومه ستونځه نلري.
مزاج/ هیجان	بدلون موندونکي عاطفه	بدلون موندونکي عاطفه او د مزاج بې ترتیبه کېدل.
د لمر غروب (د شپې بد تر کېدل)	ډېر ځله	ډېر ځله
پیژندل شوی هڅوونکي	دا سې لکه چې هڅوونکي شته وي	کوم د پیژندنې وړ هڅوونکي ته اړتیا نه شته
The DSM-IV does not specify a limit for the duration for delirium; clinical experience suggests resolution within days to weeks, in most cases.		

توپیري تشخیص (Differential Diagnosis)

ډلیریوم باید له ډیمانشیا نه توپیر شي (همدارنګه دواړه شوني ده چې په یوه وخت کې شتون ولري) رواني یا مانیاک بې ترتیبه کېدل او د مغلقې قسمي اپیلپسي له حالت سره باید توپیر شي.

تدبیرونه (Management)

د ډلیریوم درملنه د هغه هذیان څخه چې ناروغ یې پته ورکوي د ناروغ د زیان څخه ساتل دي . د دلیریوم په هغه شکل کې چې د عمومي طبي ناروغیو له امله پیدا شوي وي باید پټې ناروغۍ هم تداوي شي ، د نشیي توکو له امله لېونتوب ، د نا روا درملو له منځه وړلو (دواړه طبي درمل او یا بې ځایه کارونه او یا درملنه) په مناسبو ځای نیوونکیو،او یا د سره ګډ اغیز کوونکو درملو په ور کړې سره محرومیت را لږ کړی . په زړو کسانو کې ډلیریوم ډېر ځله ګڼ لاملیز دی او د ګڼ اړخیزو طبي حالتونو سمولو ته اړتیا لري . د ډلیریوم د درملنې اساسي عناصر د ټولو هغو طبي لاملونو په پته دي چې د ناروغۍ په منځته راتلو کې برخه اخلي. برسیره پردې د ډلیریوم د لامل پته د درملنې اساسي ځای

دی. د خولي، عضلي، او یا ورید له لاري هالو پریدول په پراخه پیمانه په هغه دلیریوم کې چې د تهیج سره یو ځای وي کارول کیږي. غیر وصفي سایکوز ضد درمل هم کارول کیږي په همدې ترتیب دلته د امریکا په متحده ایالاتو کې د غذا او درملو د ورکړې د سازمان په اجازه د ډلیریوم د ښېګړې لپاره درملنې نه شته، په همدې ترتیب د الکهولو او بنزوډیازیپینو د محرومیت ډلیریوم په یوه برخه کې د بنزوډیازیپین پر مټ تداوي کیږي، بنزوډیازیپین ښایي د نورو لاملو څخه راپورته شوي دلیریوم بدتر او یا په متروکه ووهي. ناروغ ته یوه ځلانده روښانه کوټه برابره کړی او د نوم، ساعت او نېټې په لوري پاملرنه یې همدارنګه ګټوره ده .

ډېمېنشیا (Dementia)

ډېمنشیا د یاد داښت د ویجاړۍ او د پېژندنې د نیمګړتیاوو پرشتون وصفي ده . ډېمنشیا د خپلې ایټیولوژۍ اړوند کټګوري شویده (۱-۹) لمبر جدول.ډېمنشیا کېدی شي چې د ځانګړو ناروغیو وروسته را وټوکي د بېلګې په ډول لکه د الزایمر ناروغي د ځینو موادو اړوند حالت، او یا د ا کېدی شي چې ډېر لاملونه ولري او ښایي پېژندل شوي لاملونه یې تر اوتو پسې پوري جوت نه شي.

د لاملونو پوهه (Etiology)

په ټولیزه توګه د ډېمنشیا ایټیولوژي دماغي عصبي له لاسه ورکونه (ضایعات) دي چې د عصبي دېجېرشین یا د تراوما وروړسته په دوهم ځلي توګه حجروي مرګ،د انتاناتو، په وینه کې د اکسیجن د لږوالي یا هایدروسفالوس پر مټ رامنځته کیږي . (۱-۹) لمبر جدول په بیل بېل ډول هغه ناروغی چې د ډېمنشیا په پیدا کولو کې پېژندل شویدي نوم لړ کړیدي. برسېره پردې دلته په ګڼ شمېر عمومي طبي، د موادو اړوند، اویوځایي ګڼ لاملونه د ډېمنشیا لپاره لاملونه دي .

اپیدیمیولوژي

د ډېمنشیا د ټولو بولونو پیښې د ۶۵ کلنۍ نه وروسته د ۲% نه تر ٤% پورې دي. د عمر په زیاتوالي سره یې پېښې زیاتیږي د ۸۵ کلنۍ وروسته څه نا څه ۲۰% کیږي. ځانګړي اپیدیمیولوژیک لاملونه یې د ډېمنشیا د ناروغي د ځانګړو لاملونو اړوند، په (٤-۹) لمبر جدول کې نوملړ شویدي.

کلینیکي ځرګندونې (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

ډېمنشیا د پېژندنې د ډېرو داسې نیمګړتیاوو په شتون سره تشخیص کیږي چه په کوم بل تشخیص کې ښه نه تشریح کیږي. د یاد داښت له مینځه تللو په شتون سربېره پر یوه یا زیاتو د پېژندنې د نیمګړتیا وو پر ډولونو د Agnosia, Apraxia, Aphasia په اشکالو کې ، او پر خپل وخت د دندو د اجرا د بېنظمیو شتون اړین بولي . (۳-۹) لمبر جدول د ډېمنشیا ځانګړنې دهذیاني لیونتوب سره پرتله کوي. ډېمنشیا ډېر ځله په پټه توګه د اونیو او کالونو تر منځ وده کوي (همدارنګه په چټکۍ سره د سر د تراوما او د رګونو د بې کفایتۍ امله ښایي رامنځته شي) . په ډېمنشیا اخته کسان تل د وخت په یوه چټکه موده کې ثابتې ځرګندونې لري همدارنګه دوی ښایي د شپې له خوا د اعراضو خرابوالی ولري (چې د لمر لویدل ورته وایي). د یاد داښت ګډوډي ډېر ځله د لنډې حافظې لپاره زیاته ده ، د نوم دوهم ځلي په یاد راوړل ویجاړ وي لکه د اشنا شیانو پېژندګلوي ، په خپل وخت د سازمان ورکولو دندې او پلان جوړول ښایي له منځه تللي وي . پارانویا، برسامات او هذیات هم ډېر وخت شتون لري . په وروسته په ډیمنشیا اخته کس ښایي چوپ (بې خبرو) ، بې واکه او د بستر شي.

توپیري تشخیص (Differential Diagnosis)

ډېمنشیا باید د ډلیریوم سره توپیري تشخیص شي، سربېره پردې باید ډیمنشیا د پرمختیا له ګډوډیو (لکه عقلي پځوالي) چې د پېژندنې له ویجاړی سره یو ځای وي توپیري تشخیص شي.هغه کسان چې ژور خپګان او لیونتوب لري شوني ده چې د ډېمنشیا څخه په کړاو کې ښکاره شي ،د دوی د ډیمنشیا د تشخیص لپاره یوازې هغه وخت حکم کیږي چې د دوی د پېژندنې نیمګړتیا باید په پراخه پیمانه سره د لومړنۍ رواني ناروغۍ سره شریکه (ګډه) نه وي. د ډېمنشیا د توپیري تشخیص اساسي برخه داده چې د ژور خپګان سره یوځای درواغجن ډیمانس سره بېله شي.همدارنګه دلته د دوو ګډوډیو پر بېلوونکو معیارونو باندې ډېر ټینګار کیږي . دعصبي رواني ټسټونو تر سره کولو ته اړتیا ده تر څو یوسم تشخیص کېښېښودل شي. په درواغجنه ډېمنشیا کې مزاجي اعراض ځرګند دي ،او ناروغ ښایي په پراخې کچې سره د یاداښت له ویجاړۍ شکایت وکړي. دوی د خپلو ځانګړنو له مخې د رواني حالت د معاینې پر مهال پوښتنو ته خواب ورکوي چې (زه نه پوهیږم) او ښایي کله چې تر فشار لاندې ونیول شي سم

ځواب ورکړي. حافظه د کیسي په کړلوکې په کاذب ډیمنشیا کې په تماس کې (سمه) ده مګر په ډیمنشیا کې نه ده .

تدبیرونه (Management)

د راګرځېدونکي یا درملني وړاسبابو له امله رامنځته شوي ډېمنشیا لومړی باید د ډېمنشیا د پټو لاملونو له اړخه درملنه شي، د پاتې شونو نیمګړتیا وو بیا جوړول شایی اړین وي که بېرته را ګرزېدونکي وي (یا قسمي راګرزېدونکي وي) چې د ډیمنشیا لاملونه ګرزي : د نورمال فشار هایدروسفالوس ، عصبي سفلیس د انسان د دفاعي سیستم ورک کوونکي ویروسي انتان (HIV) او د ویټامینونو، فولیک اسیدو ویټامین بي ۱۲ او د ویټامن بي ۱ نشتوالی په ځان کې رانغاړي . اوعیوي ډېمنشیا شايي را ګرځیدونکی نه وي مګر شوني ده چې په ځینو کسونو کې يي پرمختګ و درول شي. د نه راګرځیدونکي ډېمنشیا ناروغان ډېر ځله په یوه خوندي چاپېریال کې ځای په ځای کولو او د ورسره یو ځایي اعراضو په لور په درملو سره څارل کیږي . دلته څلور اسیتایل کولینیستیراز نهي کوونکي درمل (ټاکرین ، ربواستېګمین ، ډونیپزیل او ګالانتامین) دي ، چې اوس مهال د الزایمرډول ډېمنشیا د درملنې لپاره تجویز شوي دي . ټاکرین په لوړه کچه د ځګر مسمومیت لري . د اسیتایل کولینستراز نهیه کوونکي د پېژندنې دندو او دماغي دندو ته ښېګړه ورکوي .غښتلي سایکوز ضد درمل (په ټیټ مقدار) سره کوم وخت چې تهیج ، پارانویا او برسامات شتون ولري کارول کیږي. غیر وصفي سایکوز ضد درمل همدارنګه کارول کیږ ي مګر داسي ښکاري چې د دماغي سکتې او په زړو اشخاصوکې د مړینې د نورو ډولونو لپاره زمینه جوړوي. په همدې ترتیب په ټیټ مقدارسره بنزوډیازیپین او ترازودون ډېر ځله د اضطراب ، تهیج یا بې خوبي لپاره کارول کیږي دواړه بنزوډیازیپین او ترازودون شایي د ناروغی خرابوالی زیات کړي نو ځکه باید په لږ لږ مقدار سره وکارول شي .

(۴–۹) جدول چې د ډیمنشیا سره یو ځایې ځانګړي ناروغۍ راښيي:

الزیمر ناروغي	د ډیمنشیا ډیر دودیز لامل دي د ټولو لاملونو ۵۰% شمیرل شویددی. زمینه جوړونکي لاملونه: کورنی ډاون سندروم، مخکښې د سر ضربه، دعمرزیاتوالی دي. په کلنیکي ډول دا اختصاصي تشخیص دی. له مرګ وروسته پتالوژي قشري اتروفي د عصبي ریښو د یو بل سره اوښتل، امایلویید پلاکونه ،ګرانولوواکیولاتور دېجنرېشن ، او د قاعدوي دماغو قدامي کولنر ژیک هستو له لاسه ورکول ځرګندوي.دوام یې پر مختلونکی دی د ناروغۍ د پیل وروسته په منځنۍ کچې سره مړینه له ۸ څخه تر ۱۵ کا لو پورې لیدل کیږي .
اوعیوي	زمینه جوړونکي لاملونه قلبي وعایي او دماغي وعایي ناروغۍ دي عصبي تصویر اخیستنه: ډېر ځایونه یا ساحې عصبي تخریب ځرګندوي عصبي معاینات محراقي موندنې ښيې دناروغۍ پیل شونی دی چې ګړندی اویا ډېر په ورو پرمختګ وکړي. نیمګړتیاوې بیرته راګرځیدونکي ندي. مګر د وعایي ناروغیو په مناسبه درملنه سره شوني ده چې د ناروغۍ پر مختګ وځنډول شي.
د انســـــان د معـافیتي سیسـتم ورک کــوونکی ویروس	په هغه کېس پورې اړوند دی چې د انسان د معافیتي سیستم د ورک کوونکي ویروس پردماغو باندې د نیغ عمل لامله رامنځ ته شوي وي: دورسره یوځای ناروغۍ لکه : د مننانژیت ، لمفوما، د توکسوپلازموس چې ډېمېنشیا پیداکوي دهغه ډېمنشیا ترنامه لاندې ډلبندي کیږي چې د عمومي طبي حالتونو لامله رامځته شوي وي .په لومړی سر کې سپین جوهر او قشر اغیزمن کوي.
د سر ضربه	ډېره په ځوانو نارینه ووکې دود ده د ډیمانس ژوروالی د دماغو د صدمې په درجه پورې تړلی دی که چېرې ضربه تکرار شي نیمګړتیاوې به ثابتې وي .
Lewybody	دپارکنسون دناروغۍ ډیمانس دلیو باډي د ډیمانس یوډول دی چې دپارکنسون په ناروغانوکې د ۲۰ ٪ نه تر ۶۰ ٪ پورې لیدل کیږي په اوتوپسي ډېره زیاته پتالوژیکه موندنه دلیوباډي نارغي ده براډي فرېنیا (په وروفکرکول) دود دي . ځینې کسان په اوتوپسي کې د الزایمردپتالوژي ډیمانس لري .
Huntington's ناروغۍ	زمینه جوړوونکی لامل په څلورم کروموزوم باندې اوتوزماله بریا په کوني شکل ده پیل یې ډېرځله به منځنۍ ۳۰کلنۍ کې دی هیجاني بېثباتي ښکاره ده په اوتوپسي کې د کاودات اتروفي شتون لري .
د جبهي صدغي ناحیو دیجنریشن	دپیک ناجوړي دصدغي-فصي دېجنرېشن یوډول دی پیل یې د ۵۰او۶۰کالوترمینځ دی د دماغوپه رادیوګرافیک انځورکې دفرانتال اوصدغي برخواتروفي ځرګنده ده دا ډیمانس سایکوتروپ درملوته لږ غبرګون ښیي .
Creutz feldt jakob	په ۱۰ ٪ کېسونوکې کورنۍ ده پیل یې د۴۰ او ۶۰ کالونو ترمنځ دی پریون فکر کیږي چې د لیږدولولامل وي د ډیمانس کلینیکي درې پښېزه ، میوکلونیوس ، اوغیرنورمال الکتروانسفالوګرام چې په چټکۍ سره پرمخ ځي ،او په اوتوپسي کې اسفنج ډوله انسفالوپاتي شتون لري .

DSM-IV does not classifylewybody or frontotemporal dementia as primary type of dementia but slassifies them as general medical causs of dementia .but the DSM-IV does classify parkinson's related dementia and oick's related dementia asspecific types of lewbody and frontotemporal dementia respectively >

د هېرېدنې ګډوډۍ (Amnestic Disorders)

د هېرېدنې ګډوډۍ یوازې د یاد داښت ګډوډۍ دي پرته له دې چې د پېژندنې نورې دندې ګډې وډې شي.
دوی شوني ده چې د عمومي طبي حالتونو او یا ښایي د موادو په اړوند پایله کې رامنځته شي.

د لاملونو پوهه (Etiology)

د هېرېدنې ګډوډې د عمو مي طبي حالتونو له امله یا د نشيي توکو د کارونې له امله پیداکیږي.ډېر دود عمومي طبي حالتونه عبارت له: د سر تراوما ، د وینې د اکسیجن لږوالی ،هېرپېس سېمپلېکس ، انسفالیت او د دماغو د خلفي برخې د شراینو احتشاء (مړینې) څخه دي . د هېرېدنې ګډوډې ډېرځله د ماميلاري بادي ، فورنېکس او هاپيو کامپاس د تخريب سره يوځای وي . د دې جوړښتونو دوه اړخيزه تخریب ډېر ي جدي نیمګړتیاوی رامنځته کوي . د هېرېدنې د ګډوډۍ هغه حالت چې د نشيي توکو پر مټ رامنځته کیږي ښایي د نشيي توکو د بې ځایه کارونې ، د توصیه شوي درملو یا د حساب نه وتلیو درملو د کارونې ، یا په ناخاپي توګه د زهرياتوسره مخامخ کيدلو (مسموم کیدلو) پایله وي. د الکهولو بې ځایه کارونه په یوه پراخه پیمانه د نشيي موادو له امله دهېرېدنې د ګډوډۍ لامل ده. د الکهولو اوږد مهاله کارونه د ویټامین بي ۱ د نشتوالي خواته ځي او د کورساکوف ورنیک سنډروم رامنځ ته کوي. د(ورنېک کورساکوف سنډروم د څېرلو په موخه شېرم څپرکي ته وګورۍ) .که چېرې په مناسبه توګه بې درملنه وشي د Ataxia ، د سترګو د غیر نارملو حرکتونو او کانفیوژن حاد اعراض ښایي لږ شي ،د هېرېدنې پاتې شویو نورو اعراضو ته د الکهولو له امله اوږدمهاله د هیریدنې ګډوډې (د کورساکوف سایکوز) ویل شوی دی .

اپیدیمیولوژي

دا وګړي د عمومي طبي حالتونو په وسیله اغیزمن کیږي او یا الکهولېزم د هیریدنې ګډوډیو لپاره زمینه جوړوونکي وي .

کلینیکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاریخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

د هېرېدنې سندروم په یاد داښت کې نیمګړتیاوې او همدارنګه نه شي کولی چې دوهم ځلي لومړي زده کړي معلومات ووایې یا په دې کې بې وسي چې نوي شیان په یاد کړي . د پېژندنې نیمګړتیاوې یوازې

باید په یاد لرلو پوري تړلي وي ، که چیري د پېژندني نیمګړتیا شتون لري ، د ډیمنشیا او یا هذیاني لیونتوب تشخیص باید ورته کنبېښودل شي . سربیره پردې د حافظي د نیمګړتیا لپاره باید د پېژندلو وړ لامل د هېرېدني د ګډوډۍ لپاره (لکه د طبي عمومي حالتونو او یا د نشيي توکو کارونه) شتون ولري.

توپیري تشخیص (Differential Diagnosis)

هذیاني لیونوب او ډیمنشیا د توپیري تشخیص لوی حالتونه دي . د هېرېدني ګډوډي د تجزیه کوونکو ګډوډیو څخه د هغې د ایتیولوژي پر بنسټ بیلي شویدي، د تعریف له مخي د هېرېدني ګډوډي د عمومي طبي حالتونو او یا د نشيي توکو په پایله کي رامنځ ته کیږي.

تدبیرونه (Management)

عمومي طبي حالتونه هغه وخت تداوي کیږي چي شوني وي چي د راتلونکو عصبي تخریباتو مخنیوی وشي ، د نشيي توکو په اړوند کېس کي د هېرېدني په ګډوډي کي باید د نشيي توکو سره له بیا مخ کیدو څخه مخنیوی و شي چي د هېرېدني د ګډوډۍ د څارني لپاره بنسټیز غبرګون دی . د هېرېدني د ګډوډۍ لپاره فارمولوژیکه درملنه بنایي د ورسره یوځایي اضطراب او یا مزاجي ستونزو لپاره توصیه شي . ناروغ باید په یوه خوندي تیار شوي چاپیریال کي خای پر خای شي چي د حافظي د ساتلو حالت ولري.

اساسي ټکي (Key Points)

- ډلیریوم د توجه او پېژندني یوه ګډوډي ده چي په ډیرو عصبي لیردوونکو کي د بدلون له امله رامنځ ته کیږي.
- دلته د ډلیریوم لړ فعال او ډیر فعال او ګډ ډولونه شته.
- ډلیریوم یو پیژندل شوی په متروکه وهل شوی حالت دی چي چټک پیل او مختلف ډولونه لري.
- د یوه کال د مړیني کچه د ډلیریوم لپاره د ٤٠% څخه ډیره ده.
- ډیمنشیا بنایي د مختلفو ناروغیو له امله رامنځته شي او تدریجي پیل لري او دوام یې پرمختلونکی دی.
- ډیمنشیا د ډلیریوم لپاره سریزه کېدی شي.
- د هېرېدني ګډودي یوازې د حافظي ګډوډي ده .
- دا ګډوډي د ناپېژندل شوي متروکه وهونکي پرمټ رامنځه ته کیږي.
- د هېرېدني ګډوډي په ځینو کېسونو کي بیرته را ګرځېدونکي ده .

لسم څپرکی

متفرقه (ډول ډول) ګډوډۍ (Miscellaneous Disorders)

متفرقه ګډوډۍ د رواني ګډوډيو د تشخيص او احصايي څلورم چاپ لاسوند (DSM-IV) په هېڅ يوې ليکلي شوي ډلبندۍ پورې نه اړوند کيږي ، مګر په دې اساس يې په رواني تشخيصونو کې په دې کتاب کې کوم بل ځای نه دي نيولي . په عمومي ډول دا تشخيصونه لږ معمول او لږ پېژندل شوي او لږ وارونه په رواني پراکتيک کې دوي ته دهغو ګډوډيو په پرتله چې مخکې وڅېړل شوي پام شويدی . او همدارنګه له دې ګډوډيو څخه ډيرې يې غير معمول نه دي دوی په ناڅاپي توګه د ډول ډول دلايلو (لکه ښايي دوی د نورو داخله متخصصينو له خوا تداوي شوي وي ،يا ناروغانو ته دوی نه وي ښودلي ،يا په وړ ډول دوی ته نه وي څرګنده شوي) له امله د رواني پاملرنې لپاره راځي . (۱–۱۰) لمبر جدول د هغو ګډوډيو د ډلو نوملړ چې په دې څپرکي کې څېړل کيږ ي څرګندوي .

د پاشل کېدلوګډوډۍ (Dissociative Disorders)

د پاشل کېدلو ګډوډۍ دعقلي دندو په ترسره کولو کې په بېنظمي سره وصفي دي . دا بېنظمي په شخصي معلوماتو او پېژندنه کې د ياد داښت په له لاسه ورکولو ، د شعوراو شخصيت پر دوو بېلو بېلو برخو وېشلو،او د چاپېريال نه په ادراک او د واقعيت په احساس کې په بدلونونو کې څرګنديږي(۲-۱۰) لمبر جدول د پاشل کېدلو د ګډوډيو د ډولونو پېژندنه را ته نوم لړکوي .

پاشل شوي هېرېدنه (Dissociative Amnesia)

په پاشل شوي هېرېدنه کې شخص د لنډې مودې لپاره د ارزښتمنو شخصي معلوماتو په دوهم ځلي يادولو کې بې وسې ښيي . او دا هېرېدنه له دوديزې هېرېدنې نه ډېره سخته او د نورو طبي او رواني حالتونو له امله نده پيداشوي (لکه د سر تراوما) . د معلوماتو دوهم ځلي په ياد راوړلو کې بېوسي څو ډولونه وي . په ځايي هېرېدنه کې معلومات د يوه ځانګړي وخت په يوه دوره کې له لاسه وتلي (لکه په يوه وخت کې د تراوما سره يو ځای) وي . په يوه انتخابي هېرېدنه کې ځينې معلومات د وخت په يوه موده کې چې ورکول کيږ ي ساتل شوي وي ، مګر نوره معلومات له لاسه وتلي وي . او په عمومي هېرېدنه کې شخصي معلومات له خپل داخلي ژوند څخه په ارزونه کې له لاسه وتلي وي . په اوږد

مهاله هېرېدنه کې دلته په حاضر وخت کې د وخت د يوې مودې ساده معلوماتو دوهم ځلې يادونې اړوند بې وسې شتون لري . په يوه سيستماتيکه هېرېدنه کې د معلوماتو ځانګړې ډولونه د دوهم ځلې يادولو لپاره له لاسه وتلي وي. پاشل شوي هېرېدنه په هغو کسانو کې چې د تروامـا سره مخ شي ډېره دود ده. د بېلګې په ډول هغوی چې د جګړې يا طبيعي پېښو سره مخ وي.

پاشل شوي تېښته (Dissociative fuge)

پاشل شوي تېښته د هېرېدنې يوه ګډوډي ده په دې وصفي ده چې يو شخص په ناڅاپي ډول د کور نه ليرې په يوه ناڅرګند سفر درومي چې د ده يا د دې د ځان د پېژندنې د هېرېدنې سره جوړه وي.په دې حالت کې ناروغ عقلي ناروغ نه ښکاري يا په بله ژبه په نورو رواني دندو کې چې حافظه را نغاړي ويجاړ شوي وي . په رښتوني توګه ناروغان په بشپړه توګه د سفر د پېچلتوب د څېړلو يا ويلو او د نورو سره د اړيکو د نيولو جوګه وي . په نادرو کېسونو کې يو شخص ښايي په نوي کور کې نوې هويت په بنه ډول سره وپېژني . پاشل شوي تېښته په ځانګړې ډول د شديدې تراوما او يا فشار رواړونکو پر مټ په متروکه وهل کيږي (ګړندی کيږ ي) او په ناڅاپي توګه له درملنې پرته هم ښېګړه مومي.

د پاشل شوي هويت يا پېژندنې ګډوډي(Dissociative Indentity Disorder)

د پاشل شوي هويت ګډوډي (په پخوا کې يې ګڼ شخصيتيزه ګډوډي ورته ويله). په رواني علم کې يو بحث ټوکوونکی تشخيص دی .

۱ -۱۰لمبرجدول متفرقه (ډول ډول) ګډوډی راښيي :

د پاشل کېدو ګډوډی	Dissociative Disorders
بدني ډوله ګډوډی	Somatoform Disorders
د جوړجاړې کولو ګډوډی	Adjustment Disorders
د جنسي او دجنسي هويت ګډوډی	Sexual and Gender Identity Disorders
د خوب ګډوډی	Sleep Disorders
مصنوعي (جوړې شوي)/ او په درواغه د ځان ناروغ ګڼلو ګډوډی	Factitious and /Malingering

د پاشل شوي هويت ګډوډی دوه يا زياتو بېل بېل شخصيتونو شتون اړينوي(بدلون مومي) .چې په تکراري ډول د يوه شخص د سلوک کنترول اخلي . د دې ګډوډۍ لرونکي اشخاص ډېر ځله د خپلو ارزښتمنو شخصي معلوماتو هېرېدنه لري (د وخت د له لاسه ورکوونکو په څېر پېژندل شوېدي). ډول ډول شخصيتونه (د په لاس کې شته سروې له مخې منځنۍ شمېره اووه بېل بېل شخصيتونه دي) ښايي د يوه بل له څرګندېدو څخه خبر ونه لري او له دې امله پوره ګنګس وي لکه داسې چې څرنګه دوی دې ځای ته راورسېدل يا ولې دوی شخصي پېښې نه شي دوهم ځلې يادولی؟

په نورو وختونو کې یو یا ډېر شخصیتونه له نورو ښایي خبرتیا و لري ، دا حالت د یوه ګډ شعور په څېر پېژندل شوی دی . ځیني شخصیتونه ښایي سر چپه اعراض یا د ځان ګن اړخیز سلوک و ښيي . دا بدلونونه ښایي په مختلفو عمرونو او جنسونو کې د سلوک په وضیعتوتو نو کې توپیر کوي. د هویت پاشل شوي ګډوډي په بڼځو کې ډیره دود ده او مزمن شکل لري . هغه اشخاص چې د هویت د پاشل کېدو ګډوډی لري په لوړه پیمانه غوښتونکي او په اسانۍ سره ویده کیدونکي دي . د ماشومتوب مهال تاریخچې د فزیکي او جنسي شدیدې ناوړه کاروني څخه ډېر ریپوټونه راکوي.

۲–۱۰جدول تجزیوي ګډوډی راښیي

پاشل شوي هېرېدنه	د لنډې مودې د ځاني ارزښتناکومعلوماتوپه یاد راوړلوکې بې وسي ده چې له دودیزې هېرېدنې څخه ډېره سخته ده
د پاشل کېدوتېښته	دخپل ځان هېرونه چې له کوره یوه نا څرګند ځای ته د لیرې سفر سره یو ځای وي .
دهویت دپاشل کېدو ګډوډی	د دوو یا ډېرو بېلو بېلو شخصیتونو شتون چې په تکراري ډول د شخص د سلوک کنترول اخلي .
د شخصیت د دمسخ کېدوګډوډی	له داسې برلاسي احساس څخه چې له ځانه بېل یا د ده له بدن نه بېل دی عبارت دی

د شیطاني او یا پرستش بېځایه ریپوټونه همدارنګه معمول دي . په ځینو کېسونو کې د دې بېځایه کارونو پر ریپوټونو باور نه شي کېدی ، ډیرو ډاکترانو ته داسې ښوونه کیږي چې باور وکړي چې هغه کسان چې د تجزیه کېدونکي هویت ګډوډی لري د داسې پیښو له حافظو څخه چې نه یې دي لیدلي ځوریږي . که څه هم چې دا حافظې سمي او یا غلطي وي . د دوی د ربړ ګاللو لویه برخه جوړوي . د تجزیه کیدونکي هویت ګډوډیو پر مختلفو ډولونو نه توافق د مختلفو درملنو کړنو ته زمونږ لارښودنه کوي . ځیني ډاکټران باور لري چې د مختلفو شخصیتونو په وړاندې بې پروایي د دې لامل کیږي چې هغه په شا لاړ شي . د دې تصور پر بنسټ چې کله ورباندې بحث کیږي په اسانۍ سره به د دې ناروغانو پلټنه د بدلونونو د بیا غښتلتیا خوا ته لاړه شي . نور باورلري چې د اوږدې مودې لپاره روان درملنه د شخصیت مختلفو ډولونو ته کارول کیږي اودوی په بشپړشخص بدلوي ،داغوره درملنه ده .درمل درملنې ډېرځله د اعراضو د را لږولو او یا د ورسره یوځایي حالتونود درملنې په موخه دي . دهویت پېژندنې ګډوډی ښایي ښې درک شي لکه د تراوما د پراخ طیف د ګډوډی په څېرچې د سختې تراوما سره د مخ کېدو سره یو ځای وي . دهویت پېژندنې د ګډوډۍ لرونکي وګړي په لوړه کچه د تراوما وروسته رواني

فشار راوړونکي ګډوډۍ (څه ناڅه ۷۰%) اوڅه نا څه (۵۰%) دهویت پیژندني د ګډوډۍ ناروغان همدارنګه د ځان ناروغ ګڼلوګډوډۍ لري . د مزاج بې‌نظمۍ په ډېرې ناروغانوکي شته وي .

د شخصیت د مسخ کېدو ګډوډي(Depersonalization Disorder)

د DSM-IV له مخي د شخصیت مسخ کېدنه ((په اوږده موده کي د ځان د بېلوالي په احساس سره داسي لکه یوڅوک چي له باندي خوانه بل ته ګوري،دعقلي پروسي او بدن د یوه او بل نه د بېلوالي په ځرګندولوسره)) وصفي ده . د دې ګډوډۍ لرونکي کسان ښايي د بېلوالي له احساس ،مېخانیکیتوب اواتوماتیکوالي له احساس او د عاطفي اوحسیت له نشتوالي شکایت وکړي . هغه کسان چي د شخصیت د مسخ کېدو ګډوډي لري په اسانی سره ویده کېدی شي اود تجزیه کېدو لپاره تیاردي .

بدني ډوله ګډوډۍ (Somtoform Disorders)

بدني ډوله ګډوډۍ د طبي لاملونو پرته د بدني اعراضو او نښو په شتون سره وصفي دي . سربېره پردي دوی پخپله د شخص له خوا منځته نه دي راغلي .چي د دي سره په بېلوالي کي د Factitious (دروا‌غجنې) ګډوډۍ یا Malingering (له ځانه جوړې شوي) ګډوډۍ په نوم باندي یادیږي ، د بدني ډوله ګډوډۍ اعراض داسي فرض شوي دي چي په اصل کي د شعورلاندي وي.بدني ډوله ګډوډۍ په (۳-۱۰) لمبرجدول کي را پیژندل ښوي اونوم لړ شویدي :

(۳-۱۰) لمبرجدول جسمي ډوله ګډوډۍ راښیي :

د ځان ناروغ ګڼلو ګډوډۍ	ډېرمزمن طبي شکایتونه چي دردونه ، د ګېډې او کولمو بې‌نظمي بدني اعراض ، اودرواغجن عصبي اعراض چي د طبي ناروغیو له امله نه دي رامنځته شوي .
ناتوپیرشوي بدني ډوله ګډوډۍ	د بدني ډوله ناروغیو لږسخت شکل دی چي له تېې څخه شکایت پکښې نغښتی وي ، اوچټکي تېرېږي یا لنډ وخت وي .
د سرچپه کېدوګډوډۍ	شکایتونه حسي وي (لکه بې حسه کېدل) اوبېواکه وي (لکه فلج) وظیفوي چي دعصبي دندو د خرابوالي له امله نه وي .
د درد ګډوډۍ	درد اوشکایت دی:که چېرې طبي لاملونه شتون ولري.رواني لاملونه د درد په سختوالي اوڅرګندولوکي اوپه پېغام رسولوکي ډېره ونډه لري.
هایپوکاندریازېس	د سختو ناروغیو پواسطه مخکښېنی اخته کېدنه چي د بدن د جوړښت دندو اوحسیت د ناسمو انګېرنوله امله دي .
د بدن د بدشکلی ګډوډۍ	ډېربوختوالی د دې سره چي په څېره کې نیمګړتیا ویني .

Adopted from the American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical mahual of mental disorder 4th ed washington,DC; American Psychiatric Association 2000.

د ځان ناروغ ګڼلو ګډوډي (Somatization Disorder)

د ځان ناروغ ګڼلو ګډوډۍ تشخيص هغه وخت اېښودل کيږي چې يوشخص ډېرطبي شکايتونه لري خو د طبي ناروغيو د پايلو له امله نه وي . دDSM-IV له مخې ځانګړي معيارونه محدود اولاندې ځانګړنې اړينوي :

-- د بدن په څلورو مختلفوخواوو کې دردونه يا د بدن څلورډول ډول دندې رانغاړي .

- دوه د ګېډې اوکولمواعراض (له درد نه نور) .

- يوجنسي عرض (له درد نه نوره) او

- يو دروغجن عصبي عرض (له درد نه نوره) .

سربېره پردې ځيني اعراض بايد له ۳۰ کلنی د مخه پيل شوي وي او د ځوکالونو لپاره پاینت و مومي . هغه اشخاص چې د ځان ناروغ ګڼلو ګډوډي لري ،ډېرځله د طبي اوجراحي درملنې پېچلي تاريخچه لري ، چې ښايي په رښتيا سره شخص د درملنې د طبي اختلاطاتو خوا ته بوزي .هغه کسان چې د ځان ناروغ ګڼلوګډوډۍ لري ډېردرملکوونکي ډاکتران لري اوډېرځله په شخصي کتنځايونو او روغتونونو کې ځانونه معاينه کوي ، او دوی د خپلې بېسکۍ درملنه غواړي ځکه دوی کلک باورلري چې ډېرې سختې طبي مزمنې ناروغۍ لري . دغه ګډوډي په ښځوکې ډېره دود ده (څه نا څه ۸۰ % کېسونه) او د هغه چا په لومړۍ درجه خپلوانو کې چې د ځان ناروغ ګڼلو ګډوډۍ لري په لوړه کچه پېښيږي . کورنی او ارثي څېړنې همدارنګه راښيي چې د ځان ناروغ ګڼلوګډوډۍ لرونکو کسانو په نارينه خپلوانو کې د ټولنيزضدشخصيت ګډوډۍ او د نشيي توکو بېځايه کارونې په لوړه کچه پېښيږي . ترسره شوي څېړنې په دې ګډوډي کې جنيتيکي اغيزې راپه ګوته کوي.ډېرې نظريې وړاندې شوي چې دا ناروغي تشريح کړي . په پخواکې د رواني تحليل د کارتمرکز د شعورد بيدارۍ په مخنيوي کې لکه (سببي)غوندې وو ، ډېرعصري نظرخاوندان وړانديزوي چې د ځان ناروغ ګڼلو له اعراضو نه ښايي موخه غيرشفاهي بين الفردي اړيکو نيول وي . بيولوژيکي موندنې د دې ګډوډي په ځينو کسانوکې د قشري دندوغيرنورمال حالت رابرسېره کوي . پردې ټولوسربېره داسې ښکاري چې د پېژندنې د تفسيرولو او د زده کړې د تيوريو په ساحه کې دا ګډوډي د سمو حياتي – رواني – ټولنيزو چارو په تر سره کولو

سره خورا ښه تشريح کيږي . د پېژندني سلوکي درملنه د ځان ناروغ ګڼلو د ګډوډۍ لپاره خورا ډېره اغېزمنه ده. خپګان ضد درمل همدارنګه د ورسره او يا پرته د يو ځايي خپګان د اعراضو لپاره مرستندوی دي .سربېره پردې د ځان ناروغ ګڼلو لپاره د درملني ستراتيژۍ عبارت له : د يوه ډاکترله خوا پرلپسي جوړوونکي معاينه چي په تشخيص کي د زور او اغيزې کولو ،او د نورو ډاکترانو لخوا دي د ناروغ له معايني او يا په بيرنۍ خونه کي له معايني ډډه کولو څخه ده .

دهمغاږي کېدو يا جوړ جاړي يا تطابق کولو ګډوډۍ (Adjustment Disorders)

د DSM-IV له مخي د همغاږي کېدو د ګډوډي اعراض (په هيجاني حالت اوسلوکونو کي بدلونونه) دي چي د يوه غبرګون په بڼه د يوه پېژندل شوي رواني ټولنيزفشار راوړونکي په وړاندي له اندازې زيات وهغه څه ته چي د بشر په همېشنيو کړنو کي منل شوي دي ښکاره کيږي . که چېرې د يوې رواني-ټولنيزې فشار راوړونکي پېښي په غبرګون کي دومره سخت اعراض وليدل شي چي د نورو د- I محور د ګډوډيو معيارونه(لکه ژورخپګان) وښيي نو دهمغاږي کېدو د ګډوډۍ تشخيص نه ايښودل کيږي. د غمځپني په غبرګون کي اعراض دهمغاږي کېدو د ګډوډۍ د تشخيص لپاره معيارونه نه ښيي . دهمغاږي کېدو ګډوډي د يوه پېژندل شوي رواني فشار وروسته د درېو مياشتوپه موده کي ليدل کيږي اوډېرځله د شپږو مياشتوپه موده کي حل کيږي پرته له دې چي رواني فشارمزمن شي .

د جنسي کړني او جنسيت د پېژندني ګډوډۍ (Sexual and Gender Identity Disorders)

DSM-IV دا ګډوډۍ د جنسي دندو پرستونزو ، پارافيليا (جنسي بې لارېتوب) او د جنسي هويت پرګډوډيو ډلبندي کوي :

(٤-١٠)لمبرجدول د جنسي غبرګون دوران را ښيي :

علاقه (هيله) Desire	د جنسي غبرګون د پيل مرحله : دجنسي خيالونواو پر دي ټينګارچي جنسي عمل تر سره کړي جوړه ، ده .
هيجاني کېدل Excitement	د فزيولوژيک تحريک او د جنسي عمل د خوند حس کولو څخه جوړ دي .
ارګاسم Orgasm	د جنسي خوند اوج ته رسېدل : په نارينه ووکي ډېرځله له انزال سره يو ځای وي .
انحلال Resolution	په نارينه ووکي فزيولوژيکه استرخا د ښېګړې د احساس سره ده دلته دراتلونکي هيجان او ارګاسم لپاره يوه ماتېدونکي موده ده .

د جنسي دندوستونځي (Sexual Dysfunctions)

د جنسي دند ستونځې جنسي ګډوډۍ دي چې د جنسي غبرګون په دوران کې له بدلونونو (٤ –٩لمبر جـــدول) يـــا د جنســـي فعاليـــت پرمهـــال د درد ســـره يـــو ځـــای وي .

د جنسي دندو ځانګړي ستونځې په (٥ -١٠) لمبر جدول کې راپېژندل شوي دي :

(٥-١٠)لمبرجدول ځانګړي جنسي ستونځې را ښيی :

دجنسي غوښتنې ګډوډۍ	دټيت جنسي فعاليت دغوښتنې ګډوډۍ	د جنسي فعاليت لپاره جنسي خيالونه اوهيلې ډېرې لږې اوياهېڅ نه وي .
	د جنسي کرکې ګډوډۍ	د بل چاسره دجنسي غړود تماس څخه کرکه لري .
د جنسي تحريک ګډوډۍ	د ښځينه جنسي تحريک ګډوډۍ	د مهبل نامناسب غوړوالی يا د خارجي تناسلي الې پړسوب
	د سړي د انتغاذ ګډوډۍ	د انتغاذ په راوستلواوساتلوکې بې وسي
د ارګاسم ګډوډۍ	د ښځينه ارګاسم ګډوډۍ	ارګاسم ياځنډمن اويانشته، د جنسي هيجان مرحله نورماله ده .
	د نارينه ارګاسم ګډوډۍ	ارګاسم ځنډمن اويانشته، د جنسي جنسي هيجان مرحله نورماله ده .
.	د وخت د مخه انزال	ارګاسم او انزال په لږ تحريک سره وختي پيدا کيږي
د جنسي درد ګډوډۍ	Dyspareunia	د يوځای کېدوپه وخت کې د جنسي غړو د درد شتون .
	Vaginismus	د چټک د خول له امله د مهبل د باندېنيو عضلاتو سره تړلېدل .
د جنسي دند و بې وسي دعمومي طبي حالتونو له امله		
د نشيي توکو له امله د جنسي دندو بې وسي .		

د کلتوري اړخه جنسي ګډوډی (Paraphilias) یا جنسي بې لارېتوب

پارافیلیا هغه جنسي ګډوډۍ دي چې له کلتوري اړخه نادود جنسي فعالیتونه په ځان کې رانغاړي (۶-۱۰) لمبرجدول ته وګورئ . د پارافیلیا د تشخیص لپاره یوکلیدي معیار(لکه د ټولو رواني ګډوډیوپه څېر) چې دا ګډوډۍ باید په یوه شخص کې د ټولنیزو اومسلکي دندوپه ترسره کولوکې د پام وړپرېشانۍ او ویجاړۍ لامل شي .یا په بله ژبه یو شخص چې نا دودي جنسي کړنې لري کوم چې د پام وړپرېشانۍ او ویجاړۍ څخه نه ځوریږي نه شوکولی چې د رواني ناروغۍ تشخیص کښېږدو .

د جنسي پېژندني ګډوډي (Gender Identity Disorder)

د جنسي هویت ګډوډۍ په روانپوهنه کې بحث راټوکوونکی پاتې شوی دی.پدې ګډوډۍ اخته کسان د دوی د دې هېلې په پایله کې چې غواړي د مخالف جنس غړي شي پرېشاني او د خپلمنځي اړیکو ویجاړي څرګندوي . تشخیص یې اغیزمن کوونکي دوه ګوني جنسي هویت ، او د یوه په نښه شوي جنسي هویت سره د اوږد مهاله ناخوښۍ ، معیاروتو لرلو ته اړتیا لري . سر بېره پر دې تشخیص په دې کسانوکې هغه وخت اېښودل کیږي چې دوی د جنسي عمل د تر سره کولو یو حالت و نه لري (لکه ناڅرګند جنسي غړي). د دې ګډوډۍ لرونکي ماشومان د غیر وصفي جنس ونډه لوبوي : لویان ښايي د ټولنیزوالي رول لکه کالي ، اوسلوک یې د مخالف جنس سره ګډ وي . سربېره پردې د جنسي هویت د ګډوډۍ ناروغان ښايي د جنسي بیاجوړوني جراحي اوهارموني سرچینې ولټوي . هغه کسان چې د جنسي هویت ګډوډی لري داسې ښکاري چې د هغو کسانو سره چې دا ګډوډی نه لري ورته جنسي میلان(غوښتنې) لري .

۶- ۱۰ لمبر د فارافیلیا ډولونه را ښیي :

نمایش ورکول Exhibitionism	بل چا ته د جنسي غړو د ورښکاره کولو څخه ورته جنسي هیجان پیدا کیږي .
بت پرستي یا Fetishism	نا ژوندي شیان په خیالونو او یا سلوک کې د سخت جنسي تحریک لپاره د پاملرني محراق وي .
فروتیوریزم Frotteurism	په یوه چا پورې د جنسي غړو د سولولو اویادیوه سره دهغې دخوښې پرته دجنسي هیجان حاصلول دي
د ماشومانوسره جنسي اړیکي نیول	په خیالونو یا سلوک کې د بلوغ د مخه ماشومانو سره جنسي اړیکونیولو نه جنسي خوند اخلي .
جنسي جفاکاري Sexual Masochism	په خیالونو او سلوک کې د معشوقې د تحقیر ، تړلو او درد رسولو څخه جنسي هیجان په لاس ورځي
جنسي دښمني Sexual Sadism	په نورو باندې په خیالونو او سلوک کې د کړاو تېرولو څخه جنسي هیجان په لاس ورځي .
دمخالف جنس له له کالیوجنسي خونداخیستل	په نرښځو کې په خیالونو اویا سلوک کې د ښځینه کالو نه اغوستلو جنسي هیجان په لاس ورځي
ویویریزم Voyeurism	په خیالونو او سلوک کې دیوه نا ځرګند شخص له لوڅوالي او جنسي عمل څخه جنسي خوند په لاس ورځي .

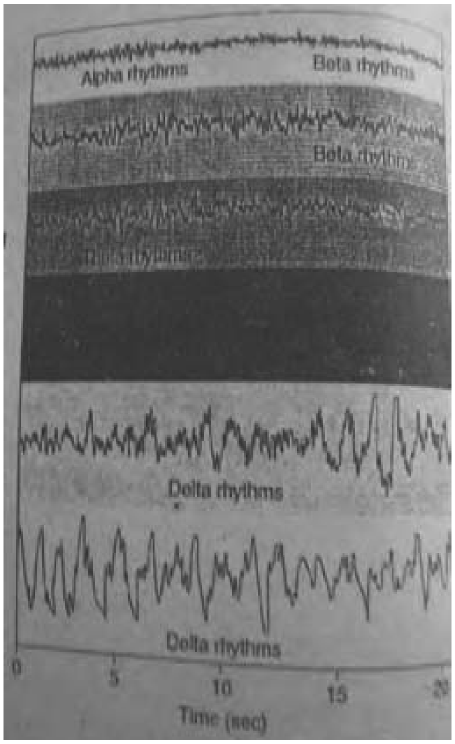
د خوب ګډوډۍ (Sleep Disorders)

د خوب ګډوډۍ هغه ناروغۍ دي چې د بیدېدو او ویښېدو د دوران په بدلونونو پورې اړوند دي (۷– ۱۰لمبرجدول) او ډېرځله پرمزاج ،ېیژندنې ، بدني اوعمومي کړنو باندې اغیزې لري . ۱– ۱۰ شکل د نورمال خوب مرحلې راښیي:

۷ – ۱۰المبرجدول د خوب مرحلې :

دسترگوناچټک حرکتونه (NREM) دخوب دټول وخت ۷۵ ٪ نیسي .	
د(۰)مرحله	له خوبه پاڅېدل
۱ مرحله (۵ ٪ دټول خوب دوخت)	دېرنرم خوب دبیداري څخه خوب ته تلل .کنګسوالی .
دوهمه مرحله (دخوب دټولې مودې ۴۵ ٪وخت)	دخوب منځنی ژوروالی په لویانو کې ترنیمي شپې وخت نیسي . دREM اودلتا خوب ترمینځ دلېردوني وخت نیسي . EEG دوک دوله اود K کامپلکس راښیي
د دلتا(دوروڅپو خوب) ۳ او٤ مرحلې سره یوځای	
دخوب دریمه (۱۲%دټول خوب دوخت نیسي)	دمنځنی کچې د دلتا دفعالیت له څپوجوړ دی د دوهمې مرحلې په پرتله ژورخوب دی .
دخوب څلورمه مرحله (۱۳ %دټول خوب وخت نیسي)	د دریمي مرحلې نه د دلتا دڅپوفعالیت زیاتیږي دخوب ډېره ژوره مرحله ده .
REM (دټول خوب ۲۵ % وخت نیسي	دخوب لیدلوخوب ، EEG فعاله اوداسې ښيي چې دپاڅېدلو مرحله ده . دخوبژوروالی له دوهمې مرحلې زیات مګرشوني ده چې له دلتا لږ وي .

Depth of sleep as used here is not a precise term but generally refers to ease of arousability (i.e how hard would it be to awaken on individual from a particular stage); however.the ease of arousability is caused in part by the type of stimulus used (e.g, noise vs touch).EEG .electroencephalography;NREM.nonrapid eye movement;REM.rapid eye movement.



له خوبه دپاڅېدومرحله--------

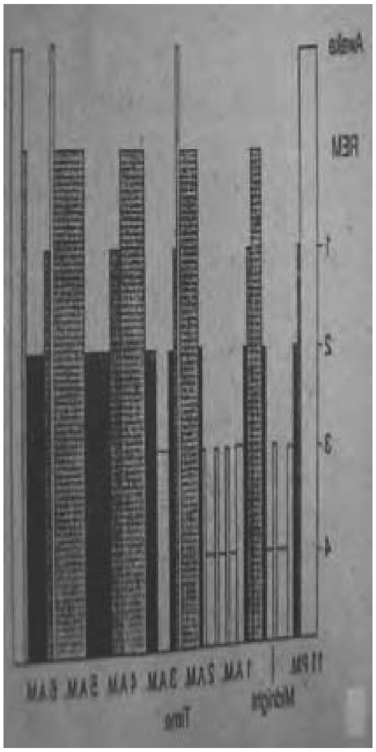
دREMخوب----------------

۱مرحله دnon-REMخوب

۲مرحله دnon-REMخوب

۳مرحله دnon-REMخوب

۴مرحله دnon-REMخوب



۱ - ۱۰شکل به یوه شپه کې دخوب مرحلې راښیي : د (A)ګراف په PM۱۱ باندې څملاستل اود خوب د دسترګو دچټکوحرکتونونهلرونکې لومړی مرحلې ته ننوزي دشپې خوب يې دسترګو دچټکو حرکتونوپرته ژورخوب ته پرمخ ځي (د ورو څپو خوب ياد ډلتا خوب چې د۳ او۴ مرحلې دسترګودچټکو حرکتونو نه درلودلو سره يو ځاى شويدي) چې دشپې په لومړى برخه په سختۍ ليدل کيږي .

دسترګودچټکوحرکتونوخوب موده اوږديږي اود وروڅپوخوب دشپې په بخښدو سره لږيږي دا دوران د سترګو دچټکوحرکتونو دخوب سره څو واري تکراريږي څه ناڅه په ۹۰ دقيقومينځ موده کې په جوړو لويوکساتو کې ليدل کيږي . د (B)شکل دخوب دمرحلو دالکتروانسفالوګرافي ريتم دخوب پرمهال راښيي . (له کورڅخه په ۱۹۹۸ کال کې ۱.۱.شکل اخيستل شويدى .) .

هستوګرام او الکتروانسفالوګرافيکي څيړنې دهرې يوې مرحلې ځانګړنې راښيي . (۸ – ۱۰) لمبرجدول د DSM-IV له مخې د خوب د ګډوډيو ډلبندي وړاندې کوي . د خوب ګډوډۍ په لومړنيو اودوهمي د خوب ګډوډيو باندې وېشل شوي دي . د خوب لومړنۍ ګډوډۍ هغه دي چې د بيدېدو او له خوبه د پاڅېدو په دوران کې د بې نظميو په پايله کې رامنځته کيږي : دوى په دوو برخو وېشل کيږي د خوب ستونځې او د خوب د شاوخوا ستونځې دي . د خوب دوهمي ګډوډۍ د نورو رواني ناروغيو پايلې دي (لکه خپګان) دعمومي طبي حالتونو په پايله کې (لکه بدني دردونه) يا د نشيي توکوکارول (لکه کافين) ،ستونزمني د خوب ګډوډۍ د خوب لومړنۍ پنځه ګډوډۍ دي چې د خوب پيلولو او ترسره کولو ، د خوب وروسته د سوکالۍ اوتازه کېدوپه احساس ياسخت ويده کېدلو کې له بې نظميو جوړې دي .

(۹- ۱۰) جدول د هرې ګډوډۍ لپاره د DSM-IV له خوا په نښه شوي اساسي ځانګړنې راپېژني .

۸- ۱۰ لمبر جدول د خوب ګډوډی :

د خوب لومړنی ګډوډی	د خوب دوهمي ګډوډی
ستونځمن خوبونه	
لومړنی بې خوبي	دخوب هغه ګډوډی چې دنورو رواني ګډوډیوااړوند دي .
لومړنی زیات خوب	دخوب هغه ګډوډی چې دطبي عمومي حالتونوله امله منځته راځي .
نارکولپسي	دنشيي توکو له امله دخوب ګډوډی .
دساه ایستلواړوند دخوب ګډوډی	
دزړه دریتم له امله دخوب ګډوډی	
د خوب سره یو ځایي ستونځې	
دشپې د خپسي ګډوډی	
په خوب دترهي ګډوډی	
په خوب کي د تللوګډوډی	

مزمنه بې خوبي (Chronic Insomnia)

د خوب په ټولو ګډوډیو کې د لومړني اصل او یا د نورو ګډوډیو سره لکه د اضطراب ، خپګان ، یا روان هڅوونکو غوندي یو ځایي دواړو بې خوبیو په پرتله ډیرې نه پیښیږي . مزمنه بې خوبي د DSM-IV یوه لیکل شوي وېشنه نه ده ، بلکه یوه کلینیکي وېشنه ده چې د خوب له لومړنیو او دوهمي بې خوبیواو یا د دواړو له یوځایوالي نه جوړه ده . که چېرې بې خوبي له شپږومیاشتو ډېره موده و نیسي په عمومي ډول مزمنه بېخوبي ګڼل کیږي . د یوه اټکل له مخې ۱۵ %وګړي مزمنه بېخوبي لري . هغه لاملونه چې د مزمني بېخوبۍ خطر لوړوي عبارت له : دعمرلوړوالی ، رواني ناروغی ، طبي ناروغی ، تولنیزفشارونه (د کار اړوند اونور) اوښځینه جنس ، ښځه دي. د مزمنی بېخوبۍ درملنه یوه لویه ګوتځند نه پاتې شوي ده . د پېژندني سلوکي درملنه اوسیالمنتیا ورکوونکي درملنه بنایي مرستندویه وي . د خوب راوړلو د هرې ډلي درمل معتادل اغیزکوي . د خپګان ضد درمل بنایي یوځه اغیز ولري

اوهمدارنګه ښايي د بېخوبۍ لامل شي .دلته په مزمن ډول د بنزو ډيازيپين له کاروني نه پربنزوډيازيپين د روږدي کېدوخطر دی . د خوب چاپېريال ته د بيده کېدو او د خوب نه د پاڅېدو د دوران د شکل په منظمولو سره ، د کافين نه په ليربوالي سره ښېګړه ورکړی اومنظمي سپورتي لوبې ښايي ګټورې پرېوزي .

۹ ـــ۱۰لمبرجدول دخوب لومړنۍ ګډوډۍ :

ستونځمن خوبونه	لومړنۍ بې خوبي	خوب ته په تللواوياپاتې کېدلوکې ستونځې ياداسې خوب چې بو احساس کوي چې په خوب کې يې ار ام نه دی کړی .
	لومړنۍ زيات خوب	ډېرشديدخوب په يوه واړډېراوږدخوب اويا دورځې پرمهال اوږدمهاله خوب چې په ښورولونه راويښيږي .
	نارکوليپسي	دورځې پرمهال دخوب حملې چې دسترګودچټکوحرکتونود دحملوسره جوړه چې په خوب کې لاسوهنه کوي ياکتاپلکسي (ناڅاپي دوه اړخيزپه راګرځېدونکي ډول عضلي اسکلېټي قووت له لاسه ورکول) دورځې له خواخوبجنتوب چې خوب ته تلل راولي .
دساه ايستلواړونددخوب ګډوډۍ		دخوب په وخت کې غيرنورمال ساه ايستل دخوب ګډوډۍ اودورځې مهال بيدېدوخواته دورمي .
دشپې ورځې دوران اړوندخوب ګډوډۍ		دخوب هغه ګډوډۍ چې دشخص دشپې ورځې داړنياتر او خوب نه دپاڅېدوترمينځ دناانډولوالي له امله رامنځته کيږي .
دخوب په شاوخواکې ګډوډۍ دشپې دخپسې ګډوډۍ		په حملوي ډول دداروونکوخوبونوليول چې شخص په تکراري ډول له خوبه راپاڅوي ډېرځله دسترګوچټکوحرکتونودخوب پر مهال ليدل کيږي .
په خوب کې دډېرډارګډوډۍ		په خوب کې دښکاره تکراري دډېرډارليدل داکسان ښايي په دډېرډارسره راپاڅي اويادسخت ډارله امله ژاړي دوی ډېر ځله دحملې په وخت کې راويښښېدی نه شي د دلتا دخوب پرمهال ليدل کيږي .
په خوب کې دتللوګډوډۍ		په تکراري ډول ډول په خوب کې ګرځېدل چې ډېرځله نور پېچلي حرکي فعاليتونه ورسره جوړه وي .

د خوب سره يوځايي ستونځې (Parasomnias)

د خوب د ګډوډيو يوه درې پېښيزه ده چې د سلوکي پېچليو پېښوسره يوځايي چې د خوب پرمهال او يا چې يوشخص له خوبه راپاڅي ليدل کيږي . دا ګډوډي په (۹-۱۰) لمبرجدول کې درپېژندل شوي دي .

درواغجني ګډوډۍ (Factitious Disorders)

يوه درواغجنه ګډوډي هغه يوه ده په کومه کې چې يوکس پخپله د يوې طبي او يا رواني ناروغۍ نښې او اعراض جوړکړي چې د ناروغ رول پرځای کړي چې د هغې د ګټې سره يوځای وي . دا بايد د جسمي

ډوله ګډوډیوسره (کوم چې له ځانه نه دي جوړي شوي) او په ناروغی د ځان اچولو نه کوم چې په ساده ډول د نښنو او اعراضو اړوند درواغ وايي چې دې ناروغ رول له لوبولو نه مختلفې ګټې (لکه د نظامي چوپړڅخه لیرې کېدو لپاره او یا د پیسود لاسته راوړلو لپاره وي) تر لاسه کړي، توپیر شي .

اساسي ټکي (Key Points)

- د ځان ناروغ جوړولوګډوډي د بدني ډوله ګډوډیو یو ډول دی .
- د ځان ناروغ جوړولوګډوډی اعراض په اصل کې د شعورلاندې دي .
- د ځان ناروغ جوړولو ګډوډی درملنه عبارت له : د پیژندنې سلوکي درملنې ،د خپګان ضد درملو او د یوه ډاکتر له خوا جوړوونکي (سمه) درملنه ده .
- پارافیلیا هغه جنسي سلوکونه اوعلاقې دي چې د کلتوري اړخه نا دودې دي .
- د خوب لوموړنۍ ګډوډۍ عبارت له :ستونزمنوخوبونو او د خوب شاوخوا ګډوډیوڅخه دي .
- د جنسي دندو ستونزې د جنسي غبرګون د دوران د مرحلو اړوند وېشل شوي دي چې دوی لیدل کیږي او یا درد شتون ولري .
- دروغجنې ګډوډۍ په خپله په داسې ترتیب د ناروغۍ د اعراضو جوړول دي چې د ناروغ رول ترسره کړي .

يوولسم څپرکی

د ځانګړو کلینیکي پېښو څارنه (Special Clinical Setting)

د ځان وژني هڅې (Suicide Attempts)

عصبي بنسټ (Neural Basis)

د بيرنيوپېښو پرمهال بايد د ځان وژني د سلوک سره عصبي ګډون و ارزوو. دلته د پام وړمونډني شته چې دعصبي سيستم د سېروتونين لړوالی د ځان وژني د خطر د زياتوالي سره يو ځای وي . د سېروتونين د بدلون نښې عبارت له:د دماغي نخاعي مايع د سېروتونين د متابولېټونو له لږوالي،د دماغو د سېروټونين دغلظت د لږوالي او د سېروتونين د اخذو له بدلون ، څخه دي . جنيتيکي اغيزې په نبغ ډول نه دي څرګندې شوي مګرپه مونوزايګوټ جوړو کې د ډای زايګوټ په پرتله نږدې لس واره ډېر يوځايي پېښيږي . په ترايپتوفان هايدروکسيلاز جن کې بدلونونه چې د سېروتونين په جوړولو کې بنسټيز دی د ځان وژني د خطرسره يوځای وي .

اپيديميولوژي

د امريکا په متحده ايالاتو کې ځان وژنه د مړيني اتم لامل ښودل شوی دی . په اټکلي توګه ۸۰ تنه د امريکا په متحده ايالاتو کې هره ورځ ځان وژنې کوي (۳۰۰۰۰ په کال کې) . ډېر زيات خلک ځان وژنې ته هڅې کوي . د امريکا په متحده ايالاتو کې د ټوليزې ځان وژني کچه په تېرو ۱۵ کالونو کې ثابته پاتې شوې ده . همدارنګه په ځوانانو کې چې له ۱۵ نه تر ۱۹ کالوپورې عمرونه لري د لويانو د عمومي وګړو سره لږ د پرتله کولو دي ، د ځوانانو د ځان وژني کچه په دې وروستيو پنځوسو کالونو کې په ډراماتيک ډول مخ په زياتېدو ده .

د خطرلاملونه (Risk factors)

کړېدلي کې شمېر وګړي څوک چې ځان وژني کوي رواني ناروغی (ډېردود يې يوه مزاجي ګډوډي ياالکهولېزم) لري . د هغه چا لومړی درجه خپلوان چې دوی ځان وژنې کړيدي ډېرپه خطرکې دي چې دوی ځانونه ووژني . ځوان نارينه همجنس بازان اوښځينه همجنس بازان د لويانو مخالف جنس لوبونکو په پرتله د دوو نه تر دريو وارو پورې د ځان وژني زياتې هڅې لري . د ځان وژني خطر په عمر سره زياتيږي . په نارينه وو کې له ۴۵ کلنی وروسته لوړې کچې ته رسيږي ،اوپه ښځوکي ډېرې ځان

وژني له ۵۵ کلنی وروسته لیدل کیږي . په عمرتېرکسان ۲۵ ٪ د ځانونو د وژنو لپاره حساب شویدي . همدارنګه دوی د ټولو وګړو ۱۰ ٪ جوړوي .په ټولو کې سړي په ځان وژنې ډېربریالي کیږي ، ښایي د دوی د ډېرو د مرګ د متودونو د لاسرسي له امله (لکه شړل ، غرغره کول اوټوپ اچول) وي . سړي څه ناڅه د ښځو په پرتله څلورواره زیاتې ځان وژني کوي .په داسې حال کې چې ښځې د سړیو په پرتله څلوروارې زیاتې د ځان وژنې هڅې کوي . ښځې ډېرځله په لوړه کچه درمل خوري یا د ځان اچولوهڅې کوي . متاهل کسان د مجردینو په پرتله لږ د ځان وژنې خطرلري . ځان وژنه د لوړو ټولنیزو ډلو په مینځ کې ،سپین پوستیو اوځانګړیو متخصصو ډلو (ډاکترانو ، د غاښونو ډاکترانو ، موزیک کارانو ، د قانون پلي کوونکو ادارو کارکوونکیو ، قانون پوهانو او د بیمو په کارکوونکیو) کې ډېره دود ده . د یادولو وړ بیولوژیک زمینه جوړوونکي لاملونه عبارت له : د سېروتونینو له بدلون موندونکو نښو څخه دي .د رواني زمینه جوړوونکو لاملونو په مینځ کې بې مرستې پاتې کېدل داسې ښودل شوي چې په اوږده موده کې د ځان وژنې د باور وړخطر دی. اوسنی موندني را په ګوته کوي چې د ځان وژنې خطرپه هغوماشومانو او لویانو کې ځوک چې د خپګان ضد درمل (د خپګان یا نورو رواني حالتونولپاره) یې پیل کړیدي . د ماشومانو او لویانو د ځان وژنې او د خپګان ضد درملو د درملنې ترمینځ د ګډون جزیات نه دي پېژندل شوي . د خپګان ضد درملو توصیه کولومعلومات د امریکاپه متحده ایالاتو کې اوس د خبر ورکولو اوپاملرنې توربکس لري چې راته ښیي چې په ماشومانو او لویانو کې د خپګان ضد درملو د درملنې خطراو ګټې په ډېرې پاملرنې سره و ارزوی . تطبیق کوونکي باید ناروغ او د هغه کورنی ته خبرورکړي چې د ځان وژنې فکرونه ښایي د خپګان ضد درملو د درملنې سره ،په ځانګړي ډول د درملنې په لومړنیوڅومیاشتوکې زیات شي . ځکه نو خپګان ضد درمل په لویانو کې په لېږدوونکي ډول د ماشومانوغوندې ځان وژنه زیاتوي ، لوی ناروغان باید دې شونتیاته خیر و اوسي . د یوه خپګان ضد درمل پیلول ،لږول او د کچې برابرول ښایي د خپګان د سختولو او یا د ځان وژنې خطر زیات کړي : لاندې د وو غوښتنو ته باید د ناروغ ، کورنی اومراقبت کوونکو له خوا له دې امله چې د ځان وژنې خطر را لږ شي سمه رسېدنه وشي لکه : لېتیم کله چې د دوه قطبي ګډوډیو د درملنې لپاره وکارول شي ، اوکلوزاپین کله چې د شیزوفرېني د درملنې لپاره وکارول شي . په چټکۍ سره د لېتیم قطع کول لږ تر لږه د یوه کال کاروني وروسته په همدې ترتیب د لوړې کچې د ځان وژنې د خطرسره یوځای دي . نوځکه باید ډاکتر د رواني درملو په ځانګړي ډول د

لېټيم او ورته نورو مزاج ثابت ساتونکولپاره د بدلولو په څند مرګوني ، غښتلي پايلي په ډېرې پاملرنې سره په ګوته کړي .

کلينيکي څرګندونې (Clinical Manifestations)

تاريخچه او د رواني حالت کتنه (History and Mental Status Examination)

ډېرځله د ځان وژنې هڅه په څرګندونو کې پخپله ښکاره کېدونکي ده ، او د دوارو يا لدې امله چې خپله ناروغ او کورنۍ څرګندوي چې داسې يوه پېښه دوی ليدلي ده او يا له دې امله چې دلته يوه بيړنۍ طبي ياجراحي پېښه (لکه په لوړه کچه د درملوخوړل او يا د مړوند يا موټي غوڅول) شته وي . دا ارزښتمنه ده چې راتلونکي جزيات همېشه له ناروغ يا يوه ليدونکي نه د مخکيني حالت او د ځان وژنې د بشپړې تاريخچې لپاره راټول کړو . کله کله ناروغ ډاکټرته په داسې غولوونکي ډول راشي چې ځانګړې شکايتونه نه لري . ناروغان په ډېرتېنګارسره د ځان وژنې له هوډ انکارکوي ، خو کله چې له دوستانو او څارونکو سره يې د لومړنی حالت پلټل د دوی د ځان وژنې فکرونه اوپلانونه په روښانه ډول رابنيي . په څېر پلټنه ښايي څرګنده کړي چې ناروغ په څنډ وژونکي درمل په لوړه کچه (لکه د اسيتامنوفېن په شان خوړلي) وي . هغه ناروغان چې دوی د ځانونو د وژنې هڅې کوي نېغې رواني ارزونې ته اړتيا لري . رواني تاريخچه او د رواني حالت کتنه به په روښانه توګه د خپګان د اعراضو لکه د ځان وژنې د فکرونو، هوډونواو پلانونوغوندې په لاس درکړي . د راتلونکي ځان وژنې په خطر باندې د پوهېدو لپاره د ځان وژنې دهڅې پرجزياتو پوهېدل بنسټيز دي . هغه ناروغان چې په څيرکي هڅه پلان کړي ،په ځانګړي ډول د خشونت وسايل کاروي ،اوخپل ځانونه داسې ارامول چې ته به د راتلونکي لپاره ورپکې د ځان وژلو لپاره کوم ښکاره خطر و نه مومي .

توپيري تشخيص (Differential Diagnosis)

هغه ناروغان چې د ځان وژنې هڅې کوي په ډېر دوديز ډول له خپګان ، شيزوفرېنيا، الکهولېزم ، يا د شخصيت ګډوډۍ (يا د دې ګډوډيو له يوځايوالی) نه خوريږي . هغه ناروغان چې دوی د دې ناروغيو څخه د يوې معيارونه و نه ښيي ,همدارنګه په ځانګړي ډول که چېرې دوی د خطر کوم يو د لاملونو (لکه بې مرستي پاتي کېدل) ولري ، شوني ده چې د ځان وژنې هڅې وکړي اويا يې ترسره کړي .

تدبیرونه (Management)

د ځان وژنې سوچونه باید تل جدي وګڼل شي . ځان وژونکي ډېر د مرګ اوژوند ترمنځ پر دوه ګوني احساس مشغول دي ،یوه سمه لاسوهنه (مداخله) او اغیزمنه درملنه کولی شي چې ژوند وژغورې. ډېرفعال ځان وژونکي په تړلي (خوندي) سروېس کې د دوی د ځاني امنیت لپاره بسترکولو ته اړتیا لري . د مړیني غښتلي لامل کېدونکي شیان باید د نرسنګ د کارکوونکو له خوا پېژ وسائل شي ، او ناروغ باید د تېښتي د خطرنه په ځیرکی سره وڅارل شي . د پټو کډوډیو او یا پرېشانی درملنه له سم تشختیص نه سرچینه اخلي : چې د خپګان ضد درملو یا د برېښنايي اختلاجاتو پرمټ درملنه د خپګان لپاره :انتي سایکوتیک او یا د مزاج ثابتوونکي د دوه قطبي ګډوډیو ، رواني خپګان ، یا د شیزوفرېني لپاره دي . هغه ناروغان چې د ځان وژني لږخطرلري شوني ده چې د بسترد باندې که چېري یې له نږدې څارنه شوني وي : د کورنی غړي ملاتړکوونکي وي او د درملني پایښت شتون ولري ،درمل شي. د درملني د تیاروونکو سره په وارو وارو غونډې د ځان وژني لاري بندوي (ګرمه وسله ، سخت مسموموونکي توصیه شوي ګولی) ، اوسرباز همسر ،یو ځای لوېېدونکي یا نوره د کورنی غړي د بسترد باندې درملني بنستیزغړي دي . په حیرانتیا سره چې دلته لږې د باور وړ موندنې شته چې د ځان وژنې نه د مخنیوي په موخه کلینیکي لاسوهنو ته لاره وښیي . په همدې ترتیب دا روښانه ښکاري چې د یوه پېژ رواني حالت درملنه ښایي د ځان وژنې خطر د دې حالت سره یوځای لږ کړي ، درملنې او اړوند دلې یې (پرته له لېتیم د دوه قطبي ګډوډیو لپاره اوکلوزاپین د شیزوفرېني لپاره) چې ناروغانوته ورکول کیږي د ځانګړي اغیزې اړوند یې تراوسه معلومات په لاس کې نه شته . د رواني-ټولنیزې درملنې د ځان وژنې د مخنیوي په موخه غښتلی ځیرنیزملاتړ نه لري . تراوسه د لیدلو پربنسټ موندنې ښکاره کوي چې د ځان وژونکو د څارنې لپاره بسترکول ، یا نوره امنیت لرونکي پرځای کړنې چې ور سره یوځایي رواني حالتونه درمل کړي ،اړین دي .

د زوجینویا (مېره ماندینې) بېځایه کارونه (Spousal Abuse)

د زوجینواو د په غیرکې سره لوېېدونکو ترمنځ بېځایه کارونه څو ډولونه لري : فزیکي ،جنسي ،اوهیجاني . فزیکي بېځایه کارونه یا بد شکله کول ډېرواره نارینه همغیري پر ښځو باندې ترسره کوي مګرښځې هم کولی شي چې سري بد شکله کړي او بېځایه کارونه همدارنګه دهمجنسبازی په اړیکو کې لیدل کیږي .

اپيديميولوژي

د زوجينو ښځايه کارونه د امريکا د متحده ايالاتود (۲ - ۱۲) مېليونه کورنيو اړوند کسانو کې اټکل شوی ده . ځيني څيړني اټکل کوي چې د ټولوښځو دريمه برخه چې واده شوي دي لږترلږه يو واری په دي موده کې د خپل مېړه له خوا ټکول شوي دي . ډېری وهل شوي ښځې په ناڅاپي توګه د خپلو مېړونو او يا نارينه ملګرو لخوا وژل شويدي . د امريکا د متحده ايالاتو د قضايي څانګې لخوا ويل شوي چې ۳۷ ٪ ښځې په بيړني سروېس کې د غوسې له امله چې دوی د اوسنيو يا پخوانيو همغږيو له خوا وهل شوي د زخمونو له امله درمل شويدي . ټولې هغه ښځې چې د خپلو دښمنو همغږيو له خوا مړي شويدي ۴۴ ٪ يې د خپلې مړينې ۲ کاله د مخه په بيړني سروېس کې معاينه شويدي .

د خطر لاملونه (Risk factors)

دلته د الکهولو د ښځايه کاروني او کورنۍ شخړو ترمنځ يوکلک پيوستون دی د ۵۰ ٪ نه ډېر ښځايه کاروونکي اوکارول شوي د الکهولو او نورو درملو د ښځايه کاروني تاريخچه لري . د ماشومانوغوندې ډېرښځايه کاروونکی د شخړو په ډکو کورونو کې ژوند کړی چېرې چې دوی ليدلي او يا خپله د ټکولو قرباني شويدي . د ښځايه کاروني قربانيان ډېر له هغه نه دي چې همدارنګه د شخړو نه په ډکو کورونوکي پيداکيري ،اميندواري ښځې د ښځايه کاروني د مخ په زياتېدونکی خطرسره مخ دي چې ډېرځله يې د دوی خېټې ته سمت ورکول کيږي .

کلينيکی څرګندوني (Clinical Manifestations)

تاريخچه اوفزيکي اود رواني حالت کتنه(History and Physical and Mental Status Examination)

د ښځايه کاروني ډېر قربانيان نه غواړي چې د دوی د ښځايه کارېدني د وارونو خبر ورکړي . څکه دوی ډاريږي چې غچ به تري واخستل شي ، دوی باورلری چې د ښځايه کاروني ورډي ، او دوی باور نه لري چې مرسته به اغيزمنه وي د ښځايه کارېدني ډېرقربانيان ډېر وخت په ناسمه توګه داسې ډارول شويدي چې د ښځايه کارېدني د اړيکو څخه يې د تېښتي مخنيوی وشي . دوی د خپلو کاروونکو له خوا صميمي شوي ، زيان ورته رسول شوي ، او ډارول شوي اوحکم منونکي شويدي . دا هڅه چې د ښځايه کاروني اړيکي ترک کړي د مالي چارو لکه د ماشومانوسوکالي ، د يوازې پاتې کېدو نه وېره او د

راتلونکو تکولو له داره خنثی کیږي . د ا ناروغان د خپلو کاروونکو په شرکتونو کې د دوی د تکرکېدو ، زخمي کېدو ، چت شویو زخمونو ، کسرونو (ماتېدنو) او یا د ډېرو سختو کوټلو د درملنې لپاره ښایي ورشي . ترڅو چې د بېځایه کاروونکی په نه شتون کې د ناروغ نه له نږدې و نه پوښتي دی اویا دي نه غواړي چې د زخمونو رښتونی لامل وښیي . فزیکي کتنه باید د چتېدو (کانتوژیون) لپاره (په ځانګړي ډول مخ ، تیونو) د پوستکي معاینه او د جنسي غړو کتنه په ځان کې را ونغاړي . دعقلي حالت معاینه باید د ؛ پېښې؛ اړوند د ناروغ او د هغه د همغېږي د غبرګون پر څرنګوالی حساب وکړي .

تدبیرونه (Management)

د درملنې موخه دا ده چې زور زیاتي (لکه دواړه همغېږي باید د درملنې سره هوکړه وکړي) ته پای ور کړل شي . یا قرباني د دې جوګه شي چې اړیکي و شلوي . بله لاره ستونځمنه ده چې ورته ورسېږو . ټولنیزې موسسې باید د ماشومانو د ساتلو او روزلو په موخه که چېرې یې دا اخري لاره غوره کړه دوی شامل کړي . هغه ناروغان چې دوی مرسته ردوي باید ور ته وویل شي چې کوم بیرنی سروېس شته او دوی څنګه هغې ته رسېدلی شي . له بده مرغه چې ښځې ډېری د جدي زخمونو یا انسان وژنې په خطر کې دي کله چې دوی هڅې وکړي چې د بېځایه کارېدنې اړیکي و شلوي .

د زړو کسانو بېځایه کارونه (Elder Abuse)

څه نا څه ۱۰ ٪ هغه زاړه کسان چې عمر یې له ۶۵ کالو ډېر وي بېځایه کارېدونکي دي . قربانیان ډېرځله پردوی باندې د تیري کوونکو سره یوځای اوسي ، څوک چې ډېر د دوی ماشومان دي . تېري کول عبارت له : بېځایه کاروني او بې پروایی ، او د فزیکي ، رواني ، مالي اومادي ډولونو څخه دي . بېځایه کاروونکی ښایي خوراک ،کالي او یا نور د اړتیا وړشیان ورځینې ونیسي یا یې و وهي یا جنسي تېری پرې وکړي اویا قرباني په هیجاني توګه وکاروي . د زوجینو د بېځایه کاروني په شان زوړشخص ډېرځله نه غواړي چې خپله بېځایه کارېدنه ښکاره کړي .ډاکتران باید د بېځایه کاروني نښو ته ځیر و اوسي .درملنه وړطبي او رواني خدمتونه او ټولنیز او حقوقي خدمتونه په ځان کې را نغاړي . ځینې حالتونه حکم کوي چې د زړو د بېځایه کاروني راپورخپورشي .

غمځپنه (Bereavement)

غمځپنه د یوه ورته ګران د مړینې وروسته لیدل کیږي . د رواني ګډوډیو د تشیص او احصایي څلورم چاپ لاسوند (DSM-IV) د نورمالي غمځپنې معیارونه د دوومیاشتو په موده کې چې د یوه ورته

ګران لـه لاسـه ورکولـو وروسـته پیداکیږي راڅرګندیږي . دغمځپنی اعراض لکه غمجن مزاج ، ستونځمن خوب ، د اشتها ورک کېدل ، او د لاسه وتلي ګران یوه اړوند اندېښني کول ، دي . دوی په ځینو برخوکې ژورخپګان څرګندوي . کله چې د ژورخپګان اعراض څرګند شي یا برعکس کله چې دا لاندې اعراض ولیدل شي د ژورخپګان تشخیص باید کتبېښودل شي . هغه اعراض چې د ژورخپګان تشخیص په ګوته کوي عبارت له :

۱ – د ګناه د احساس لوړوالی (په سلوک اوعمل کې د یوه ورته ګران د مړیني اړوند نه وي) .

۲ – د ځان وژني فکرونه یا د مړیني فکرونه (له دې احساس چې یو دا هېله لري چې په مړینه کې د خپل ورته ګران سره یوځای شي نور زیات څه) .

۳ –ځان ورته ډېر بې ارزښته ښکارېدل .

۴ – رواني حرکي پڅوالی .

۵ – د دندو د ترسره کولو په وړتیا کې سخته ویجاړي .

۶ – د اورېدلو یا لیدلو برسامات (د مړه شوي د اواز اورېدل یا څېرې یا تصویر لیدل چې دغمځپنی نورماله برخه ګڼل شویده نوره زیات څه) .

د اختلاط نه درلودونکي غمځپني درملنه ډول ډول ده دلته بشپړې موندني په لاس کې نه شته چې د درملني یوه کړنه پربلې باندې د باور وړ ښه والی لري . په غمځپلي کس کې چې خپګان لري د خپګان ضد درمل توصیه کیږي .

کلیدي ټکي (Key Points)

- ځان وژنه د ډېرو رواني ګډوډیو یو مرکوني اختلاط دی .
- بې مرستي پاتې کېدل د ځان وژني هڅې ته یو زمینه جوړوونکی لامل دی .
- د خپګان ضد درمل ښایي په لېږدوونکي ډول د ځان وژني خطر لوړ کړي .
- څه ناڅه دریمه برخه ښځې د زوجي بېځایه کاروني نه ځوریږي .
- څه ناڅه ۱۰ ٪ کسان چې عمریې له ۶۵ کالو لوړ وي د زوړوالي له بېځایه کاروني نه ځوریږي .
- نورماله غمځپنه تر دوو میاشتو پورې پایښت مومي .
- د خپګان ضد درمل د غمځپلو کسانو د خپګان د درملني لپاره توصیه کیږي .

دوولسم څپرکی

انتي سايکوتيک درمل

انتي سايکوتيک درمل په دوديز ډول په طبي او رواني عملي ډگر (پراتيک) کې کارول کيږي . د يوې ډلې په څېر انتي سايکوتيک د دوپامين د اخذو په ډب کولو او د دوی د جدي جانبي عوارضو د غښتلوالي له مخې که چېرې په ناوړه ډول يا په بې پامه ډول سره وکارول شي سره شريک دي . په ځانگړي ډول ډېر دوديز توصيه کېدونکي (لومړی جنرېشن) انتي سايکوتيک اوغير وصفي (دوهم جنرېشن) انتي سايکوتيک په (۱-۱۲) لمبر او په (۲ - ۱۲) جدولونو کې نوم لړ شوي او د دوی اړوند غښتلوالی ، د جانبي عوارضو چوکاټ او لوی سرچپه غبرگونونه هم بيان شويدي . وصفي انتي سايکوتيکو ته د دوی د حرکي گډوډيو د لامل کېدو د ميلان له مخې کولی شو چې نيورولېپټيک ورته ووايو. دوی په عمومي ډول يو برابر اغيزمن دي ، همدارنگه دوی د جانبي عوارضو په چوکاټ اوغښتلوالي کې توپير سره کوي . غير وصفي انتي سايکوتيک د وصفي انتي سايکوتيکو په پرتله د درملنې په کچه کې ډېرلږ د خارج اهرامي سيستم جانبي عوارض لري . کلوزاپين (اوښايي نوره غير وصفي) د وصفي انتي سايکوتيکو په پرتله د درملنې په وړاندې ډغرې وهونکو(معندو) رواني گډوډيو په درملنه کې ډېراغيزمن دي .

توصيه کووني (Indications)

انتي سايکوتيک په عمومي ډول د شيزوفرېني د مثبتو اعراضو په درملنه کې (لکه برساماتو ، چټي سلوک اوهذياناتو) د رښتوني تشخيص شويو ډلو چې په (۳ –۱۲) لمبرجدول، اړوند بيان شوي اغيزمن دي . د بېلگې په ډول په شيزوفرېني ، الزايمر ناروغي ، يا په دوهم خلې ډول دماغي مسموميت او تراوما کې برسامات ټولو سايکوز ضد درملو ته ځواب وايي . وصفي انتي سايکوتيک فکر کيږي چې د غير وصفي انتي سايکوتيکو په پرتله د شيزوفرېني د منفي رواني اعراضو په درملنه کې (لکه د حرکت نشتوالی ،حرکي بېسکي ،عاطفي پڅوالی ، ټولنيز پرېکون) لږ اغيزمن دي . د رواني اعراضو په درملنه کې د دوی پر وړاندې سربېره ، انتي سايکوتيک درمل د دوه قطبي گډوډيو ، د غيرسايکوتيکو سلوکي ستونځو د ځينو ډولونو د کابو کولو لپاره (لکه دماغي عضوي سنډرومونه ، الزايمرناروغي ، عقلي پڅوالي)، هذياني لبونتوب ، د ټوريټ د سنډروم ، د تراوما وروسته د رواني

فشار راوړونکي ګډوډيو د اعراضو او د تيرېدونکو رواني اعراضو لکه څنګه چې دوی د شخصيت د ګډوډيو په لرونکو ناروغانو کې ښکاره کيږي ، د درملنې لپاره يې کارول کيږي .

دعمل مېکانېزم يا څرنګوالی يې (Mechanism of Action)

د انټي سايکوټيکو د عمل په مېکانېزم کې ډېره غوره تيوري د شيزوفرېني د ډوپامين فرضيه ده . دا فرضيه داسې راښوهوي چې ډوپامينرژيک لوړفعاليت(۱- ۱۲ شکل) د سايکوز يا لېونتوب خوا ته درومي . موندنې (شواهد) د لوړ ډوپامينرژيک حالت لپاره په شيزوفرېني (او په نورو احتمالي رواني حالتونو کې) د ونډې درلودلو ملاتړکوي چې په لاندې ډول بيانيږي : د دوديزو سايکوز ضد درملو د سايکوز ضد قووت د دوی د ډوپامين د اخذو د ډب کولو د قوت سره په لوړه کچه پيوند لري ، هغه کسان چې شيزوفرېني لري په لوړه کچه د دماغو د ډوپامين اخذې لري ، او د ډوپامين اګونسټ درمل (لکه امفېټامين) کولی شي چې سايکوز پيدا او يا شته سايکوز بدتر کړي . دا داسې ښکاري چې روښانه ده چې د ډوپامين فزيولوژي د يوې خورا ډېرې پېچلې پټې پتالوژی يوازې يوه برخه ده . په ګاما امينوبيوتايريک اسيد او اېن ميتايل – ډي اسپارټات اخذو او قشري عصبي شبکو کې غيرنورمال حالت په هغو ناروغانو کې چې شيزوفرېني لري د روغو کسانو پر خلاف د کنټرول پر بنسټ شتون لري . د دې ګډوډيو بشپړعصبي فزيولوژيک ماډل به په پراخه کچه د بېلو بېلو نړيوالو ساينس پوهانو د مخ پرودې ساينسي پوهې پربنسټ وده وکړي . د انټی سايکوټيک يو دريم جنرېشن داسې ښکاري چې د ګاما امينوبيوتايريک اسيد او اېن ميايل اسپارټات پر ميزان کولو باندې د درملنې د اغيز د څرګندولو پربنسټ پر مخ ځي .

(۱ - ۱۲) جدول وصفي سایکوز ضد درمل راښیي :

وصفي انتي سایکوتیک (د ډوپامین انتاګونست)

درمل	*الف د درملني د کچي پراخوالی	* ب داغیزدپیل کچه	دخوب اغیزه	دفشارتیتوالي اغیزه	انتیکولینریک اغیز	دخارج اهرامي سیستم اغیز
thioridazine تیوریدازین (ملاریل)	۱۵۰- ۸۰۰ ملیګرام	۱۰۰	لوړ	لوړ	لوړ	ټیټ
کلورپرو مازین chlopromazine (تورازین)	۲۰۰-۸۰۰ ملیګرام	۱۰۰	لوړ	لوړ	منځنی	ټیټ
Mesoridazine میزوریدازین (سېرنتیل)	۱۰۰-۴۰۰ ملیګرام	۵۰	منځنی	منځنی	منځنی	منځنی
مالیندون (موبان) Molindone	۱۵ -۲۲۵ ملیګرام	۱۰	منځنی	ټیټ	منځنی	لوړ
پرفناوین (تریلافون) Perphenazine	۸ – ۳۲ ملیګرام	۱۰	ټیټ	ټیټ	ټیټ	منځنی
لوکزاپین (لاکزیتان دکسالین) Loxapine	۶۰ -۱۰۰ ملیګرام	۱۰	منځنی	ټیټ	منځنی	لوړ
ترایفلوپیرازین (سټیلازین) Trifluoperazine	۵ - ۲۰ ملیګرام	۵	منځنی	ټیټ	ټیټ	لوړ
Thiothixene تیوتېکسین (ناوان)	۵ – ۳۰ ملیګرا م	۵	ټیټ	ټیټ	ټیټ	لوړ
Haloperidol هالوپریدول (هالدول)	۵ – ۳۰ ملیګرام	۲	ټیټ	ټیټ	ټیټ	لوړ
فلوفنازین Fluphenazine (پرولکزین)	۲-۶۰ ملیګرام	۲	منځنی	ټیټ	ټیټ	لوړ
Pimozide پیموزاید (اراپ)	۱۵ -۲۲۵ ملیګرام	۱	ټیټ	ټیټ	ټیټ	لوړ

---

*الف- د درملو د پیل کچه د درملني له کچي ټیټه ده په عمومي ډول د ښېسکه کسانو او یا هغوکسانولپاره چي نوره درمل چي لاسوهونکي (لېږخه ورته) اغیزې اویا نوره طبي ستونزې لري د درملو دورکړې کچه ټیټه ده .

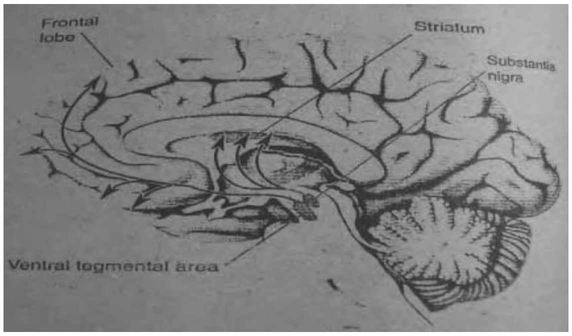
*ب – د درملوکچه په ملیګرام او اغیزې یې یوډول دي چې پوټانشي ورته وایي لکه ۲ ملیګرامه هالوپریدول د ۱۰۰ملیګرامو سره برابرانتي سایکوتیک اعیز لري پدې کې بایدشک ونه کړوځنګه چې دا درمل وژونکي پېښې رامنځته کوي اوس یوازې دهغه شیزوفرېني په درملنه کې چې د نورو درملوسره دښمني کوي کارول کیږي .

Based on Rosenbaum jf ,Arana GW. Hyman SE , et al .Hand book of Psychiatric Drug Therapy. 5ed.Philadelphia;Lppincott ,Williams and Wilkins ,2005 .

سربېره پر دې زمونږ د اوس مهال سايکوز ضد درملو د اغيز شيندلومېکانېزم د ډوپامين د ساده ډب کولو په پرتله ډېرخله پراخ دی ، د کڼ شمېرجانبي عوارضو له حسابه او دا موندني چې د دماغو په هغو برخو کي چي فکر کيږي له دوی نه رواني اعراض را ټوکيږي د اغيزي اړيکي يې ښي نه دي ځرګندې شوي . غير وصفي انتي سايکوتيک درمل د سيروتونين (۵ –هايدروکسي ترايپتامين ۲) د اخذو ځرګند فعاليت لري . دا نه ده روښانه چي څنګه د سيروتونين فعاليت په انتي سايکوتيک اغيزه کي ونده اخلي . مګردا فعاليت ښايي په سايکوتيکو ګډوديو لرونکو ناروغانو کي د مزاج او اضطراب اعراض اغيزمن او د خارج اهرامي سيستم د جانبي عوارضو په مخنيوي کي مرسته وکړي .ځيني غير وصفي سايکوز ضد درمل همدارنګه داسي ښکاري چي په دوه قطبي ګډوډيوکي د((مزاج ثابت ساتلو)) ځانګړني لري . دا نه ده روښانه چي د دې اغيزو مکانېزم د سيروتونين ،ډوپامين او يا کوم بل کيمياوي مېکانېزم سره څه ډول اړيکي لري .

۲ -۱۲لمبرجول غيروصفي انتي سايکوتيک راښيي :

درمل	د درملني دورځنی ورکړي دايره
اريپيپرازول Aripiprazole (اريبليفی)	۱۰ – ۳۰ ملي ګرام
کلوزاپين Clozapine(کلوزارين)	۱۰۰ – ۶۰۰ مليګرام
رېسپيريډون Risperidone (رېسپرډال)	۴– ۶ مليګرام
اولانزاپين Olanzapine(زايپرکسا)	۱۰ – ۲۰ مليګرام
پالپريډان Paliperidone (انويګا)	۳ – ۹ مليګرام
کويټياپين Quetiapine (سروکوېل)	۴۰۰ – ۶۰۰ مليګرام
زيپرازيډان(ګيوډان) Ziprasidone	۸۰ – ۱۶۰ مليګرام



۱ – ۱۲شکل دمېزوکورتيکولمبيک د ډوپامين سيستم له بطيني تېګمنټال ساحې نه را تېوکيږي او د شيزوفرېني په را مينځته کولو کي رول لوبوي. بل دوهم ډوپامينرژيک سيستم له خاوريني مادی (Substantia nigra) يا خاوريني مادې راټوکي اود مخطط جسم د ارادي حرکتونو کابوکول يي په غاړه دي. (Reproduced With permission from Bear MF ,Connors BW ,Parasido MA Neuroscience; Exploring the Brain,2Ed. Philadelphia ;Lippincott,Williams and Wilkins,2001.)

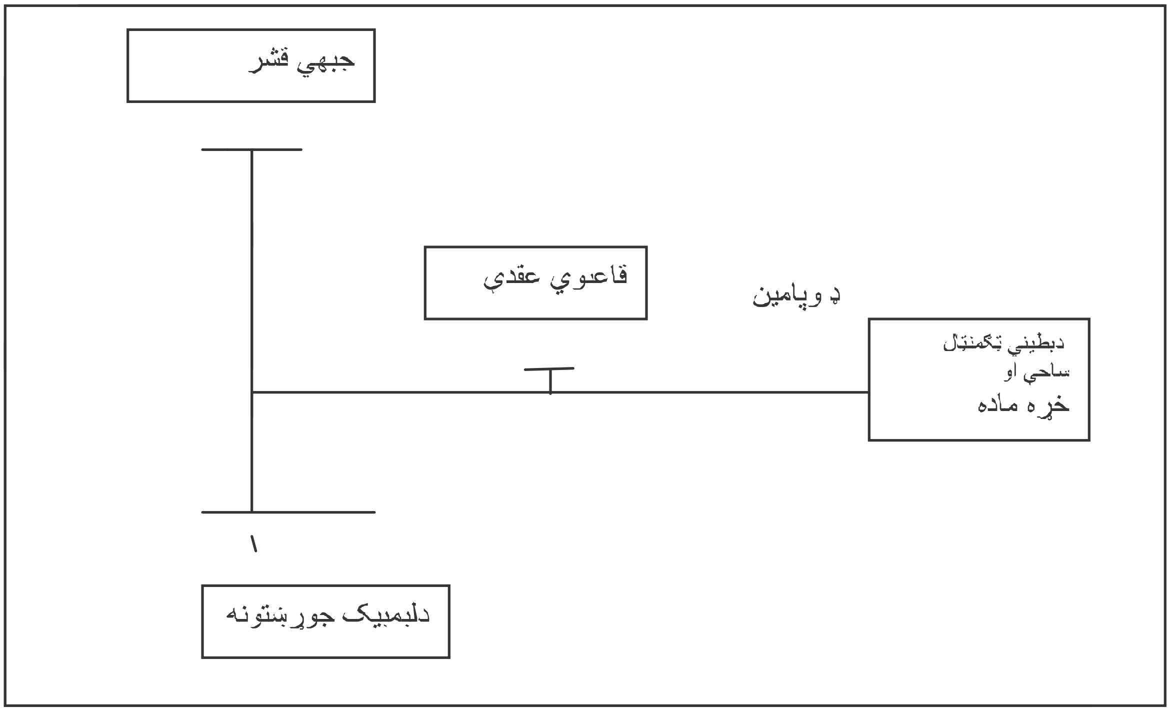
وصفي انتي سايکوتيک Typical Antipsychotics (Dopamine Antagonists)

د وصفي انتي سايکوتيکو(او رېسپيريدون) انتي سايکوتيک قوت د D2 اخذو سره د دوی د علاقې درلودلو سره اړيکي لري . (۲ – ۱۲ شکل) يو شيماتيک ډياګرام دی چې په دماغو کې هغه پاتوې(تګلارې) چې د وصفي انتي سايکوتيکو پرمټ اغيزمنې کيږي وړندې شوي دي . ډوپامين لرونکي اکسونونه د دماغي ساقې له هستو(لکه بطيني تېګمنټال ساحې او خړې مادې) څخه قاعدوي عقدو (ګنډو) ، جبهي قشر او لېمبيک ساحو ته انعکاس مومي . وصفي انتي سايکوتيک درمل او رېسپيريدون په غښتلي توګه د D2 اخذې ډب کوي . په قشري او لېمبيک ساحو کي د ډوپامين ډب کول په سايکوتيکواعراضوکې په لړوالي پای مومي ، لکه څنګه چې په قاعدوي ګنډو کې د ډوپامين ډب کول د خارج اهرامي سيستم اعراض رامنځته کوي . که څه هم انتي سايکوتيک په ځانګړي ډول د ټيټ قوت لرونکي درمل بنايي په پيل کي ارامونکی اغيز ولري ، د دوی انتي سايکوتيک عمل سملاسي نه دی او له څو ورځو بيا ترڅو اونيو پورې نيسي چې لوړې کچې ته ورسيږي .

(۳ – ۱۲) لمبرجدول د سایکوز ضد درملود کاروني لارښوونه راته کوي :

	اغیزمنوب	اغیزې شونتیا لري
دلندي مودي کارېدونکي (له دریومیا شتونه لرِ)	د شیزوفرېني سختوالی حاده مانیا رواني خپګان ژرتېرېدونکي رواني ګډوډۍ حاد هذیان ویلو لېونتوب د درملوله امله سایکوز چې د- - برسام راوړونکواو روان - - هڅوونکو په پایله کې - - رامنځته کیږي (پرته له فن سایکلیدین).	د کابوکولوسختي ستونځې د شخصیت د ګډوډیو په ځینو ډولونو کې ښکاره لېونتوب
داوږدي مودي لپاره (له دریومیاشتوزیات) -	شیزوفرېني د ټوریټ سایډروم دوه قطبي (دوه اړخیزې) - ګډوډۍ . دهوچنسن ناروغي دعصبي ګډوډیواړوندمزمن سایکوز	هذیاني ګډوډۍ د ماشومتوب مهال لېونتوب د رواني فشارراوړونکوپېښو وروسته ګډوډیو دشپې خپسه او د ناروغۍ ببرته تاره کېدل .

Modiffied and reprodced Rosenbaum jf,Arana GW,Hyman SE,et al Handbook of Psychiatric Drug Therapy,5th ed Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins,2005 .

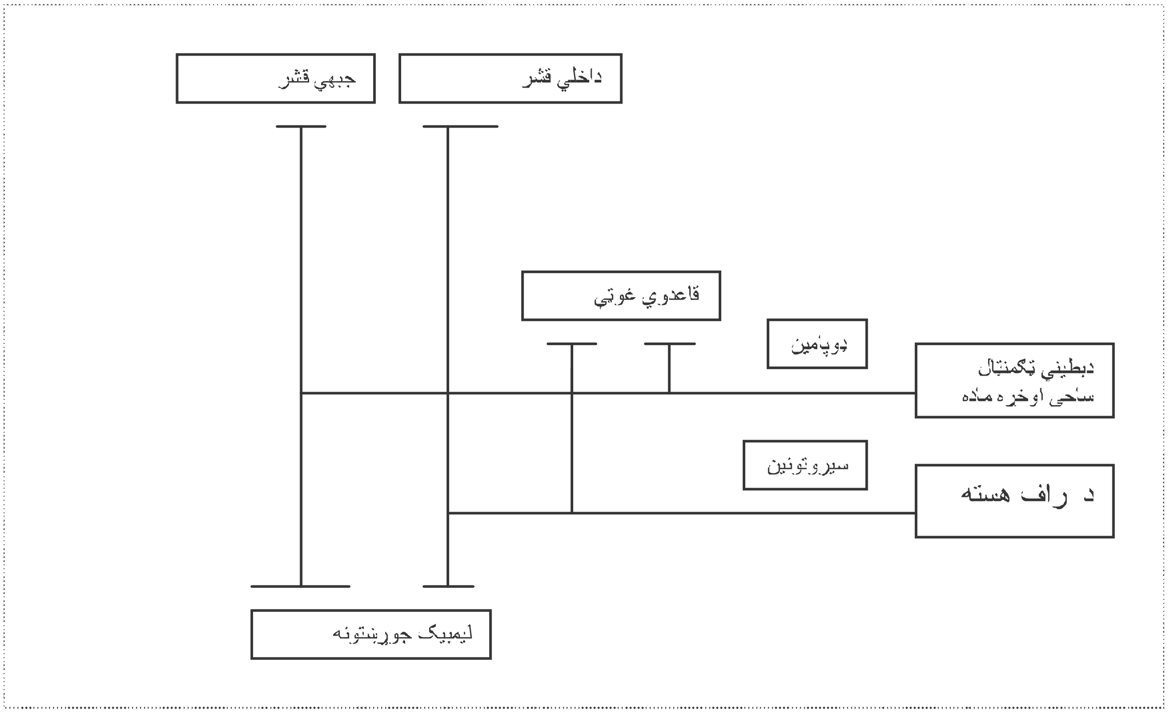


(۲ - ۱۲) شکل هغه پاتوی (تګلاري) چې د ډوپامين له خوا اغیزمني کیږي راښيي .

غیروصفي انتي سایکوتیک (سېروتونین – ډوپامین انتا ګونست)

(Serotonin / Dopamine Antagonists)

په اوس مهال کې د امریکا په متحده ایالاتو کې اووه ډوله غیر وصفي انتي سایکوتیک شته . انتي سایکوتیک پر غیر وصفي کله چي د وی د وصفي انتي سایکو تیکو په پرتله لږ حرکي جانبي عوارض رامنځته کوي ډلبندي شوي دي . سر بېره د ډوپامین د اخذو پرډب کولو غیر وصفی انتي سایکوتیک د ۵ –هایدروکسي تراپپتامین- ۲ د سېروتونین کوچنیډول اخذې ډب کوي . (۳ – ۱۲) شکل د سېروتونین او ډوپامین د سیستمونو ترمینځ ورته والی او توپیرونه را په ګوته کوي . د سېروتونین د اخذو ډب کول د خارج اهرامي سیستم د جانبي عوارضو په وړاندې ځیني ساتني لېږدوي ،او ښايي په انتي سایکوتیک اغیزه کې ونډه واخلي . رېسپیرېدون وصفي انتي سایکوتیکو ته ورته دی داسې چې د D2 اخذو ډېرغښتلی ډب کوونکی ،او د نوروغیر وصفي انتي سایکوتیکو په پرتله د لږ سېروتونین فعالیت لرونکی دی .



(۳ – ۱۲) شکل هغه پاتوي (تګلارې چې دغیروصفي انتي سایکوتیکوله خوا اغیزمنې کیږي رابښیي .

د درملو غوروی (Choice of Medication)

د سایکوز ضد درمل په خورا ډېردوديز ډول په مزاجي او رواني دواړو ګډوډيو کې د لیونتوب د درملنې لپاره غوره کيږي . د درملو غوروی باید د تشخیص ، د ناروغۍ د مرحلې ، د ناروغ او یا د هغه د کورنۍ د غړو د پخواني غبر ګون ، د جانبي عوارضو د چوکاټ ، (د ناروغ د زغم) ، درملنې ته د پاېښت ورکولو او د درملوشته شکل (لکه شربت یا په غوښه کې ،یا په غوښه کې ذخیروي ډول ته د لاسرسي) پربنسټ و شي . دغیر وصفي انتي سایکوتیکو خوراکي مستحضرات د حاد لیونتوب لپاره په دوديز ډول د لومړۍ کرښې درمل ګڼل شوي دي . په اوس مهال کې دا روښانه شوي ده چې په هغه ناروغانو کې کوم چې نورسایکوزضد درمل پاتې راغلي دي کلوزاپین خورا اغیزمن دي . کلوزاپین د سختو جانبي عوارضو د لرلو له امله ترڅو چې لږ تر لږه دوه نورانتي سایکوتیک پاتې نه وي راغلي نه کارول کیږي . اریپیپرازول ، اولانزاپین او زیپرازیدون په عضلي زرقي شکل موندل کیږي اوپه شیزوفرېنې کې د حاد هیجان لپاره تجویزکیږي . فلوفنازین ، هالوپریدول او رېسپیریدون په ذخیروي شکل (یا نور د اوږده اغیز لرونکي) مستحضرات چې په غوښه کې په هرو دوو یا څلورو اونیو کې د مزمن سایکوز د تعقیبي درملنې (لکه مزمنه شیزوفرېنې) لپاره کارېدونکي دي . د درملو غوروی که څه هم مهم دی ، مګراړتیا نه شته چې د امریکا د متحده ایالاتو د خوراک او درملو د رواېښت د فدرالی سازمان(FDA) د سپارښتنو ترلارښووني لاندې لاړشو . د درملو ډېرې ورکول شوي نسخې د ترسره شویو څېړنو او کلینیکي تجروبو پربنسټ په ازاد مټ اجرا کیږي . د (FDA) جواز ورکونه د سایکوفارمکولوژي له صنعت نه شا ته پاتې کیږي . د درملو د توصیه کولو تجویز په زیاتېدونکي توګه ځانګړی کیږي ،د بېلګې په توګه ځانګړتیا نه یوازې په تشخیص بلکه همدا رنګه د ناروغۍ په مرحله (لکه په دوه قطبي ګډوډيوکي د مانیا مرحله) پورې اړوند د هر یوه درمل لپاره تجویزوي . په اوس مهال کې د ځینو سایکوز ضد درملو د توصیه کولو ساحه پراخه ده چې د دوه قطبي ګډوډيو بېلابېلې مرحلې په ځان کې را نغاړي په داسې حال کې چې سایکوز(لېونتوب) شتون نه لري . اریپیپرازول ، کلورپرومازین ، اولانزاپین ، کوېتیاپین ، رېسپیریدون او زیپرازیدون ټول د دوه قطبي ګډوډيو د مانیا په مرحله کې د کاروني جواز لري . اولانزاپین او فلوکسیتین په یو ځایي ډول او کوېتیاپین د دوه قطبي خپګان د درملنې لپاره جواز لري . په پراخه پیمانه په ګڼ شمېر مرکزونو کې کلینیکي هڅې پر لارې دي چې د انتي سایکوتیکو درملو اغیزمنتیا په پرتلیز ډول داسې و ارزوي تر څو داسې شواهد پیدا

کړي چې د درملنې د غوروي په موخه لارښود شي . دا څېړنه را پوهوي چې د انتي سايکوتيکو د کلينيکي اغيزمنوالي جوتول او څېړول د کالونو په اوږدو کې په بېلا بېلو مرحلو کې تر سره شوي دي.

د څېړنې لومړنۍ مرحله د اوسنۍ پوهې هوکړه ده چې انتي سايکوتيک يوازې په قسمي ډول پر يو شمېرناروغانو اغيزمن دي ، په ځانګړي ډول له دې امله چې د واړه وصفي او غير وصفي انتي سايکوتيک د نه زغملو جانبي عوارض لري . څېړنه همدارنګه راپه ګوته کوي چې وصفي (په څېړنه کې د منځنۍ قووت لرونکی درمل پرفنازين ازمويل شوی دی) اوپه غير وصفي کې (د کلوزاپين پرته) د پرتله کولو وړ لوړه کچه اغيزمنتيا لري ، چې د ټولو لاملونو له امله د درملو د پرېښودلو د کچې په ارزولو سره اندازه شوي دي . (له دريو برخو څخه له يوې برخې نه لږ ناروغان د ۱۸ مياشتنۍ څېړنې په پای کې يوازې د يوه پخواني درمل په کارولو کې له دې امله چې يا پخواني درمل د زغم وړ نه وو او يا يې کار نه دی کړی) پاتې کېږي . د دې توکوجانبي عوارض همدارنګه راښيي چې بېلا بېلې نښې لري : د حرکي ګډوډيو جانبي عوارض په وصفي کې ډېردود دي ، اوتسکين اومتابوليک اغيزې په غير وصفي کې ډېر دود دي . دانتي سايکوتيکو د کلينيکي اغيز کولو د ازمويلو دوهمه مرحله پر نورو ټولو غير وصفي انتي سايکوتيکو باندې د کلوزاپين برتري (لوړوالی) څرګندوي . چې د ټولو لاملونو له امله د درملنې د پرېښودلو په پای کې ٪۴۴ ناروغان ۱۸ مياشتې د کلوزاپين په کارونه کې پاتې کيږي . راتلونکي مرحله به غير وصفي اريپيپرازول په ځان کې را ونغاړي او د هغې اغيزمنتوب او د ناروغانو نه د ملاتړ پروګرام ته ، چې جانبي عوارض او اغيزمنتوب دي وکنټل شي .

درمليزې څارنې (Therapeutic Monitoring)

هغه ناروغان چې انتي سايکوتيک کاروي بايد د درملو د سر چپه غبرګونونو له امله له نيږدې وڅارل شي . متابوليک اوعصبي غبرګونونه په ځانګړي توګه ارزښت لري . دا اوس لار ښودنه کيږي چې د بدن د کتلې(وزن) جوتول او په لوړه کې د وينې د ګلوکوز د کچې ټاکل له دې امله چې د وزن د زياتولو او د شکرې د ناروغۍ خطر لري د غير وصفي ا نتي سايکوتيکو درملو د پيل نه مخکې د لومړۍ کرښې بنسټيزه کړنه ده . عصبي ګډوډۍ لکه Akathisia (نا کراري)، عصبي خبيث سنډروم او د خارج اهرامي سيستم اعراض شوني دي چې د ډېرو انتي سايکوتيکو سره پېښ شي ، مګر ډېر په وصفي انتي سايکوتيکو کې دود دي . هغه ناروغان چې کوم يو انتي سايکوتيک اخلي بايد د اختلا جي

حملو (جټکو) له امله په ځير سره وڅارل شي . لکه څنګه چې ټول انتي سايکوتيک داسې ښکاري چې په لږه کچه د جټکو قدامه را لنډوي . هغه کسان چې کلوزاپين اخلي د اګرانولو سايتوزس د پيدا کېدو د جوتولو لپاره بايد يوازې په دوراني شکل سره د وينې د سپينو کريواتو شمېر معلوم شي . په هغه ناروغانو کې چې دا غښتلی مرګونی غبرګون وليدل شوو نو کلوزاپين بايد په بيړه سره قطع (بس) شي . په وينه کې د انتي سايکوتيکو درملو د کچې ټاکل د هغوی د اغيزمنتوب د څارنې لپاره لږ کارول کيږي بلکه ښايي د درملنې د پايښت د ارزولو لپاره ګټور وي . د هالوپريدول د کچې ټاکل په هغو ناروغانو کې چې په ټيټه کچه درملو کې جانبي عوارض لري او يا هغه چا کې چې په لوړه کچه درملو کې ځواب نه ورکوي ځينې ګټې لري . د کلوزاپين د کچې ټاکنه همدا رنګه په دوراني شکل د دې لپاره کارول کيږي چې د درملنې پايښت او اغيزمنتوب ترمينځ اړيکي يې په وينه کې د کچې سره په ګوته کړي . همدارنګه څه نا څه ٤٠ % ناروغان ښايي ځانګړو انتي سايکوتيکو ته ځواب ورنه کړي ، د درملنې نه پايښت (ټول يا يوه برخه) ډېر ځله د درملنې د ښکاره پاتې راتلو لامل دی . د درملنې موده د ناروغ د ناروغی په طبعيت او سختوالي پورې تړلې ده . ډېرې ګډوډۍ لکه شيزوفرېني ، په انتي سايکوتيکوسره تعقيبي درملنې ته اړتيا لري له دې امله چې د اوږده مهال لپاره د انتي سايکوتيکو کارونه جدي پايلې له ځانه سره لري ، تعقيبي درملنه بايد يوازې په ځير سره د درملو د زيان- ګټې له ارزونې وروسته چې ناروغ او د هغه کورنۍ په ځان کې را نغاړي و کارول شي .

جانبي عوارض او د درملو سرچپه غبرګون (Side Eeffect and Adverse Drug Reaction)

د انتي سايکوتيکو جانبي عوارض د ډاکترانو په نسخو کې يوه لويه ستونزه ده . هغه ناروغان چې دوی و نه شي کولی چې د درملو جانبي عوارض و زغمي نو درملنې ته پايښت نه ورکوي ، او د ناروغی له دوهم ځلي راتلو او تکرارېدو څخه په لوړه کچه خوريږي . ځرګند جانبي عوارض لکه تسکين (خوب زنګول) ، شوني ده چې په هغه ناروغانو کې چې بې خوبي لري ، او يا سخت هيجاني وي ګټورتمام شي مګرهمدارنګه شوني ده چې د دندو تر سره کول محدود (کمزوري) کړي . د دوديزو کارېدونکيو وصفي انتي سايکوتيکو د جانبي عوارضو چو کاټ په پرتليز ډول په (١ – ١٢) لمبر جدول کې ښودل شوی دی . د وصفي او غير وصفي انتي سايکوتيکو جانبي عوارض په هغو معلوماتو

کې چې وروسته راځي بیان شوي دي . په راتلونکي بحث کې به عصبي جانبي عوارض چې په شپاړسم څپرکي کې دي و مومی .

انتي کولینرژیک جانبي عوارض (Anticholinergic Side Effects)

په ټیټ دوز اغیز کوونکي وصفي انتي سایکوتیک (لکه کلورپرومازین) په لوړه پیمانه انتي کولینرژیک جانبي عوارض لکه د خولې وچوالی ، قبضیت ، د بولو(ادرار) بندېدل او په لیدلو کې د تیاره کېدلو په څېر لري . په ځینو کېسونو کې د انتي کولینرژیکو (د هذیان ویلو لېونتوب) ښایي ولیدل شي ، په ځانګړي ډول په عمر پخو کسانو کې کوم چې عضوي دماغي سنډرومونه لري یا هغه ناروغان چې نور انتي کولینرژیک مواد اخلي . د خارج اهرامي سیستم جانبي عوارض (عضلي شخي) د ډوپامین او اسیتایل کولین د ډېب کوونکو تر مینځ د نا انډوالی له امله دي، هغه وصفي انتي سایکوتیک چې لوړ انتي کولینرژیک فعالیت او لوړ ډوپامین ضد فعالیت لري د خارج اهرامي اعراضو لږې پېښې لري .

د جټکو (اختلاجاتو) د قدامي ټیټوالی (Reduced Seizure Threshold)

د ټیټ قووت لرونکي وصفي انتي سایکوتیک او کلوزاپین د جټکو د قدامې د را ټیټولو سره یوځای دي . د انتي سایکوتیکو پر مټ له درملنې وروسته را پیدا شوي جټکې د درملو په بدلون ، د دوز په را ټیټولو ، او یا د یوه جټکو ضد درملو په ور زیاتولو سره درملنه کیږي .

د فشارټیټوالی (Hypotension)

په ټیټ قوت د اغیزکوونکو او ربسپیربدون سره د وضعیت په بدلون کې د فشار ټیټوالی یو ځای وي . د انتي سایکوتیکو درملو د فشار د ټیټوالي اغیز په ستره کې د الفا د اخذو د ډېب کولو له امله را منځته کیږي .

اګرانولو سایتوزس (Agranulocytosis)

اګرانولو سایتوزس د کلوزاپین سره یو ځایي ډېر دود دی . د دې خورا مرګوني سرچپه اغیز له امله د کلوزاپین وېشنه په ترتیب شوی اوپه منظم ډول د وینې د کریواتو بشپړې شمېرنې او د نیوتروفیل شمېرنه د نیوتروپېني لپاره اړینوي .

قلبي جانبي عوارض (Cadiac Side Effects)

زیپرازیدون ، د تیټ قووت اغیزلرونکي وصفي انتي سایکوتیک (په ځانګړي ډول تیوریډازین او میزوریډازین) او ریسپیریډون ښايي د QT د اوږدوالي (اویا شوني ده چې د تېرې ځوکو لرونکو څپو د لړلو د خطر) لامل شي .غیر وصفي الکترو کاردیو ګرافیک بد لونونه ښایي همدارنګه د ځینو ځانګړو انتي سایکوتیکو(په ځانګړي ډول له کلوزاپین او اولانزاپین) سره و لیدل شي .کلوزاپین کولی شي چې د زړه د التهاب لامل شي خو نادر دی،مګر په ډېر دوديزډول په درملنه کې د وخته لیدل کیږي.

متابولیکي اغیزې (Metabolic Effects)

که څه هم هغه ناروغان چې رواني ګډوډۍ لري داسي پیژندل شوي دي چې له درملنې پرته هم د چاغوالي او د شکرې د ناروغی لوړه کچه لري ، څیړنې را په ګوته کوي چې غیر وصفي انتي سایکوتیک درمل (په ځانګړي ډول اولانزاپین او کلوزاپین) په لوړه کچه د چاغوالي او د شحمیاتو د انحلال او ښايي د کهولت (پوخوالي) د عمر د شکرې نا روغی د پیل سره یو ځای وي .

حرکي ګډوډۍ (Movement Disorders)

حرکي ګډوډۍ لکه د عضلي قووت ستونځې ، خارج اهرامي اعراض ، ناکراري ، د نیورولیپټیکو خبیث سنډروم او پرلپسي حرکي ستونزې په ډېر دوديز ډول د لوړ قووت اغیز لرونکیو وصفي انتي سایکوتیکو (لکه هالوپریډول) چې په راتلونکي اووه لسم څپرکي بیان شوي دي لیدل کیږي .

نور جانبي عوارض (Other Side Effects)

د پوستکي او سترګو صباغات (خال خال کېدل) د نیورولیپټیک د نور په وړاندې د حساسیت د لوړوالي په څېر دوديز جانبي عوارض دی .تیوریډازین کولی شي چې په لوړ دوز سره د سترګو د شبکیې د صباغی التهاب لامل شي . د پرولاکتین د کچې لوړوالي (او پاتي شوني) ښایي همدا راز ولیدل شي . کوېټیاپین ښايي د کټرکټ د منځته راتلو خطر زیات کړي .

اساسي ټکی (Key Points)

- وصفي (لومړی جنرېشن) اوغیر وصفي (دوهم جنرېشن) انتی سایکوتیک د پراخي پیمانې ګډوډیو د رواني اعراضو د درملنې لپاره کارول کیږي .

- وصفي او غیروصفی انتي سایکوتیک درمل داسي ښکاري چې یوشان اغیزمن دي (له کلوزاپېن پرته کوم چې ښایي د ډغرې وهونکي یا مقاومې شیزوفرېني لپاره ډېر اغیزمن وي) مګر د ډي دوه (D2) پر اخذو په قووت او جانبي عوارضو کې سره توبیر لري .
- انتي سایکوتیک کولی شي چې جدي عصبي او متابولیک اعراض و لري او باید په ځیر سره توصیه او وڅارل شي .

دیارلسم څپرکی

د خپګان ضد درمل ا و بدني درملنه

خپګان ضد درمل په دوديز ډول په طبي او رواني عملی ډګر (پراتيک) کې کارول کيږي . د يوې ډلي په څېر د خپګان ضد درمل د ژور خپګان د ناروغی د درملني په وړتيا کې سره شريک دي . خورا ډېر د خپګان ضد درمل همدارنګه د بيځايه ډار او نورو اضطرابی ګډوډيو په درملنه کې اغيزمن دي . ځينې خپګان ضد درمل په اغيزمنه توګه جبري وسواسونه (OCD) او نور ډول ډول حالتونه (د دوی توصيې چې وروسته راځي وګورئ) درمل کوي . خورا ډېر دوديز نسخه کېدونکي خپګان ضد درمل په (۱ – ۱۳) لمبر جدول کې نوملړ شويدي . خپګان ضد درمل د دوی د جوړښتونو او يا څرګندو وظيفوي فعاليتونو پر بنسټ په وړو ډلو باندې : د سيروتونين د اخذو د دوهم ځلي جذب انتخابي نهيه کوونکيو (SSRIs) ، دري حلقوي خپګان ضد درملو (TCAs) ، مونو امينو اکسيداز نهيه کوونکيو (MAOIs) ، او نورو خپګان ضد مرکبونو چې د عمل بېل بېل ميکانيزمونه لري ، وېشل شوي دي . خپګان ضد درمل په ځانګړي ډول فکر کيږي چې پر هر يوه سيروتونين يا نور اپينفرين يا دواړو سيستمونو(۱ – ۱۳ شکل) باندې عمل کوي. د درملو غوروی په ځانګړي ډول په تشخيص ، د ځواب ورکولو په تاريخچه (په ناروغ او يا خپلوانو کې) ، او د درملو د جانبي عوارضو په چوکاټ پورې تړاو لري . د خپګان ضد درملو اغيزې په ځانګړي ډول په درملنه کې له دوو نه تر څلورو اونيو پورې نه ليدل کيږي . جانبي عوارض بايد په ځير سره په ځانګړي ډول د (TCAs) او (MAOIs) لپاره و څارل شي .

توصيه کوني (Indications)

(۲ – ۱۳) جدول د خپګان ضد درملولپاره توصيې نوملړ کوي . د خپګان ضد درملو اساسي توصيه د ژور خپګان د ګډوډی لپاره لکه څنګه چې د رواني ګډوډيو د تشخيصي ،او احصيوی څلورم چاپ لاسوند (DSM-IV) له مخې را پيژندل شويده ده . د خپګان ضد درمل د خپګان د ټولو وړو ډولونو لپاره چې عبارت له : د دوه قطبي ګډوډی د خپګان مرحله ، رواني خپګان (د يوه انتي سايکوتيک درمل سره په يو ځايي شکل) ، غير وصفي خپګان ، او موسمي خپګان (دريم څپرکي ته و ګورئ) څخه دي ، کارول کيږي . د خپګان ضد درمل همدا رنګه د خپګان د تکراري حملو د مخنيوي لپاره

کارول کیږی . د خپګان ضد درمل ښايي د هغو ناروغانو په درملنه کي چي د ستونځمن مزاج ګډوډی ور سره وي ، په ځانګړي توګه کله چي دلته ښکاره نباتي عصبي (Neurovegetative) نښي او يا د خپګان ضد درملو په وړاندي د ځواب ويلو تاريخچه شتون و لري اغيزمن وي . د ښځايه ډار ګډوډي د ګنبي ګوښي نه د ډار سره او يا پرته ، داسي ښودل شوي چي د سيروټونين د دوهم ځلي جذب انتخابي نهيه کوونکو (SSRIs) ، مونو امينو اکسيداز نهيه کوونکو (MAOIs) ، دري حلقوي خپګان ضد (TCAs) درملو او غښتليو بنزوديازيپين (الپرازولام او کلونازيپام) ته ځواب ورکوونکي دي . جبري وسواسونه داسي ښودل شوي دي چي د سيروټونين انتخابي دري حلقوي کلوميپرامين (انا فرانيل) او په لوړ دوز سره د سيروټونين د دوهم ځلي جذب انتخابي ډب کوونکو (لکه فلوکسيټين د ورځي د ۶۰ نه تر ۸۰ ملي ګرامو پوري) ته ځواب ويونکي دي . وسواسونه د جبرونو په پر تله د درملو پر مټ درملني ته ډېر ځواب ويونکي دي . د جبري وسواسونو اعراض د ژور خپګان د اعراضو په پرتله په ورو ځواب وايي . ۱۲ اونيو يا زياتي ازمويني ته اړتيا ده مخکي له دي چي په جبري وسواس لرونکو ناروغانو کي درملنه پاتي و ګڼو . د غوايي ډوله خوراک (Bulimia) د کانګو کولو او اسهالولو سلوک داسي ښودل شوی دی چي د سيروټونين د دوهم ځلي جذب نهيه کوونکو ، دري حلقوي خپګان ضد درملو او مونو امينو اکسيداز نهيه کوونکوته په خو ازادو او تر ځارني لاندي ازمويلو کي ځواب ور کونکي ښودل شوي دي، ځکه په دي درملو کي SSRIs د ډېرو خبيثو جانبي عوارضو چوکاټ لري ، دوی ډېر ځله د لومړی کرښي سايکوفارمکو لوژيکه (روان - درمل) درملنه ده .

(۱ – ۱۳) جدول دوديز نسخه کېدونکي خپګان ضد درمل راښيي :

درمل (اوتجارتي نوم)	دوديزه ورځنی کچه	ورځنی لوړه کچه
د سېروتونين د دوهم ځلي جذب انتخابي دب کوونکي :		
فلوکسيټين (پروز اک)	۲۰ ملي ګرامه	۸۰ ملي ګرامه
سېرترالين (زولوفټ)	۵۰ – ۱۵۰ مليګرامه	۳۰۰ ملي ګرامه
پاروکسيټين (پاکسيل)	۲۰ ملي ګرامه	۵۰ ملي ګرامه
فلواوکسامين (ليواوکس)	۵۰ – ۱۵۰ ملي ګرامه	۳۰۰ ملي ګرامه
سيټالوپرام (سيلکسا)	۲۰ – ۴۰ ملي ګرامه	۶۰ ملي ګرامه
اسسيټالورپرام (لکزاپرو)	۱۰ ملي ګرامه	۳۰ ملي ګرامه
د سېروتونين- نوراپينفرين د دوهم ځلي جذب دب کوونکی :		
ونلافکسين (افيکسور)	۷۵ – ۱۵۰ مليګرامه	۴۵۰ ملي ګرامه
دولکسيټين (سيمبالټا)	۴۰ – ۶۰ مليګرامه	۱۲۰ ملي ګرامه
د سېروتونين د اخذو اګونست (سره بنې) او انتا ګونست :		
ترازودون (ډيزايريل)	۲۰۰ – ۴۰۰ مليګرامه	۶۰۰ ملي ګرامه
نفازودون	۲۰۰ – ۴۵۰ مليګرامه	۶۰۰ ملي ګرامه
د نور اپينفرين- دوپامين د دوهم ځلي جذب دب کوونکي :		
بيوپروپيون (ويلبيوترين)	۲۰۰ – ۳۰۰ مليګرامه	۴۵۰ ملي ګرامه
دري حلقوي دخپګان ضد درمل :		
نورتريپټيلين (پاميلور)	۷۵ -۱۰۰ مليګرامه	۱۵۰ ملي ګرامه
اميپرامين (توفرانيل)	۱۵۰ -۲۰۰ مليګرامه	۳۰۰ ملي ګرامه
کلوميپرامين (انافرانيل)	۱۵۰ – ۲۰۰ ملیګرامه	۳۰۰ ملي ګرامه
ډيزيپرامين (نورپرامين)	۱۵۰ -۲۰۰ مليګرامه	۲۵۰ ملي ګرامه
د مونو امينو اکسيداز دب کوونکي :		
سلجيلين (EMSAM patch)	٦ – ۱۲ ملي ګرامه	۱۲ ملي ګرامه
ترانايل سايپرومين (پارناټ)	۳۰ – ۵۰ مليګرامه	۹۰ ملي ګرامه
فينلزين (ناردیل)	۴۵ -۶۰ مليګرامه	۹۰ ملي ګرامه
ايزوکاربوکسازيد (مارپلان)	۳۰ – ۵۰ مليګرامه	۹۰ ملي ګرامه
نوره خپګان ضد درمل :		
ميرتازاپين (ريمبرون)	۱۵ – ۴۵ مليګرامه	٦۰ ملي ګرامه

+ بېسکه ناروغان په عمومي ډول ټيټ مقدار ته اړتيا لري . Modified and reproduced with permission from Resenbaum jf ,Arana GW. Hyman SE,at al. Handbook of Psychiatric Drug Therapy,5thed.Philadelphia:Lippincott Wiliams and Wilkins,2005.

د عمل مېکا نېزمونه (Mechanisms of Action)

د خپګان ضد درمل فکر کيږي چې په دماغوکي د عصبي ساينپسونو پرځانګړو جوړښتونو باندي د عمل کولو له امله خپلي اغيزي ځرګندوي . د دوی د مونوامينونو د ليږدوونکو سېستمونو (لکه دوپامين ،نوراپينفرين اوسېروتونين) سره ډېره علاقه ده . دوپامين،نوراپينفرين اوسېروتونين دهغو نيورونونو پر مټ چې په اصل کې د دماغي بطيني ساقي د نيلي رنګه هستي او د راف له هستي څخه راتوکي دماغوته ،چې په ترتيب سره په (۱- ۱۲ ، ۱ – ۱۳ ، ۲ – ۱۳) شکلونو کې ليدل کيږي، په نېغه توګه

ور ترشح کیږي . دا عصبي لیږدوونکي په دماغو کې د بېلا بېلو اخذو د وړو ډولونو سره دوه اړخیزې

اړیکې چې د دماغي دندو حالت چې عبارت له اشتها ، د مزاجي حالت ، تحریک کېدلو ، هوښیارې ،

پاملرنې ،او حسي چارو تنظیمول دي ، لري . د سېروټونین د دوهم ځلې جذب انتخابي نهیه کوونکي د

ساینپس د مخه د سېروټونین د دوهم ځلی جذب پروټینونوسره نښلي له دې لارې د سېروټونین دوهم ځلی

جذب نهیه کوي او په ساینپټیکو دکمو کې د سېروټونین کچه لوړوي . درې حلقوي خپګان ضد درمل د

ساینپس د مخه د سېروټونین او نور اپینفرین دواړو د دوهم ځلی جذب اخذو په نهیه کولو سره عمل

کوي . د مونو امینو اکسیداز نهیه کوونکي د نور اپینفرین د ساینپس د مخه انزایم (مونو امین اکسیداز)

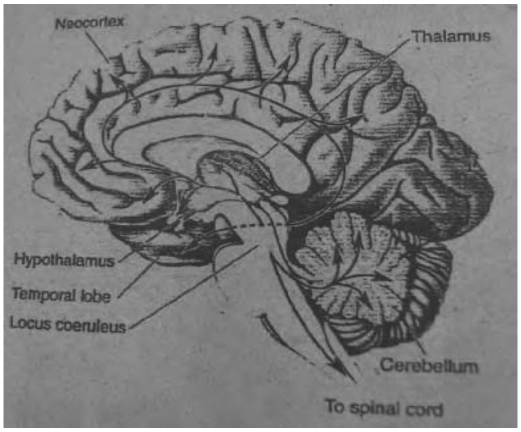
چې نور اپینفرین ، ډوپامین اوسېروټونین کتابولایز کوی ، په نهیه کولو سره عمل کوي . له دې لارې د

دې عصبي لیږدوونکو کچه په پري ساینایټیک ساحه کې لوړیږي(۲ – ۱۳) شکل . دا سملاسي

مېکانېزمونه د دې لپاره چې د خپګان ضد درملو د اغیزې ځنډ بیان کړي بسنه نه کوي . (په ځانګړي

ډول له دوو نه تر څلورو اونیو پورې) . نوره نا پېژندل شوي مکانېزمونه باید د خپګان په بریالی

رواني – درمل درملنه کې یو رول و لوبوي .



دنـــــــــــــور اپینفـــــــــــرین سیســـــــــــتم

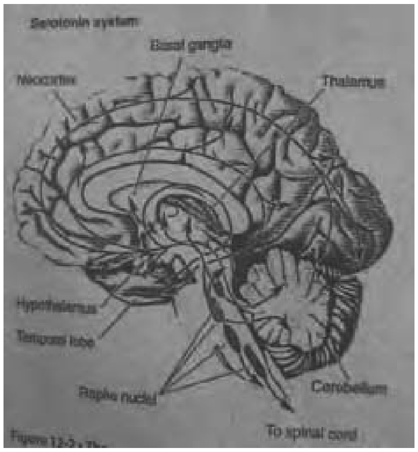
(۱- ۱۳) شکل دنورادرینرژیک دخیرېدو اندول سیستم چې لـه نیلي رنګه ځای څخه راتوکیږي دنیلـي رنګـه

نیورونونو دا وړې ټولګي د مرکزي عصبي دماغي سیستم یوې پراخې ساحې اکسونو پر مټ د ننه کیږي چې عبارت له

: شـــــــوکي نخـــــــاع ، مخـــــــیخ ، تلامـــــــوس او دمـــــــاغي قشـــــــر څخـــــــه دي

Reproduced With permission from Bear Mf,Connors BW ,Parasido MA. Neuroscience:) . Exploring theBrain,2nd ed Philadelphia:Lippincott Williams and wilkins,2001.

په منځنی کربنه کې یې په خورا غښتلتیا سره یوه ټولګه جوړه کړیده .



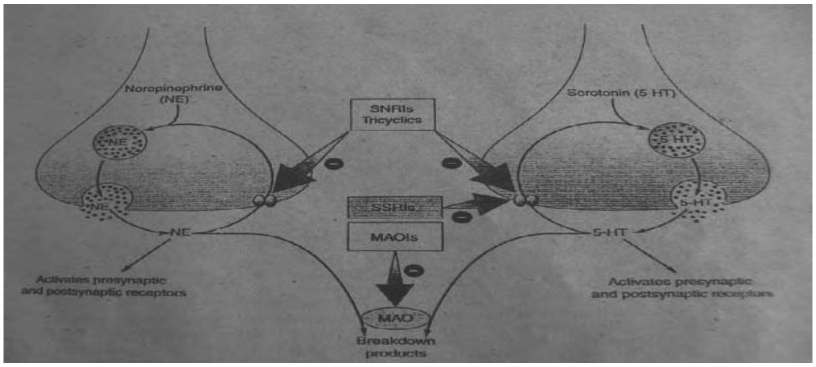
دسـيروتونرژيک سيسـتم
(۲ – ۱۳) لمبرشـکل د سـيروتونرژيک خپـروي د انـډول سيستم را ښي چي د راف له هستي نه چي د دماغي ساقي نه چي په منځنۍ کرښه کي پراته ده را توکيږي او په خورا غښتلتيا سره يې ټول مرکزي عصبي سيستم ته غبر ګوي .
Reproduced with permission from Bear MF ,Connors BW,Parasido MA. Neuroscience; Exploring the Brain,2nd ed.Philadelphia;Lippincott Williams and Wilkins,2001.

(۲- ۱۳) لمبر جدول د خپګان ضد درملوتوصيه راښيي :

په لاندي حالتونو کي اغيزمن دي :
د ژورخپګان ګډوډی Major depressive disorder
دوه قطبي خپګان (حاده درملنه) Bipolar depression (acute treatment)
د بېځايه ډار ګډوډی Panic disorder
له ټولني بېځايه ډار Social phobia
عمومي اضطرابي ګډوډی Generalized anxiety disorder
د رواني فشار راوړونکو پېښو وروسته ګډوډی Post traumatic stress disorder
د جبري وسواسونو ګډوډی (لکه کلو ميرامين او د سيروټونين د دوهم ځلي جذب نهيه کوونکي
د خپګان د رواني ډولونو سره د يوه انتي سايکوتيک سره يو ځای ورکول کيږي
عصبي عوايي ډوله خوراک Bulimia nervosa
عصبي دردونه (دري حلقوي درمل او د نور ادرينرژيک د اخذو د دوهم ځلي جذب ډب کوونکي)
بېخوبي (لکه ترازوډون او اميتراپټيلين)
د ادرار بېواکه تلل (اميپرامين ښه ځيرل شوی دی) Enuresis
غير وصفي خپګان (دسيروټونين د دوهم ځلي جذب انتخابي ډب کوونکي يا مونو امينو اکسيداز ډب کوونکي
ښايي اغيز وکړي :
نارکولېپسي يا د خوب مهال بېهوشي Narcolepsy
عضوي مزاجي ګډوډی
دروغجن بصلي اغيز (ناروغ ډوله غبرېدل اويا ژاړل) شوني ده چي اغيزي وکړي
د شخصيت ګډوډی Personality disorders
فبيروميالجيا Fibromyalgia

Psychiatric Drug Therapy,5th ed;Philadelphia;Lippincott Williams and Wilkins,2005
.

Adopted with permission from Rosenbaum jf,Arana GW,Hyman SE,et al.Handbook of



(۳ –۱۳) شـــکل : خپگـــان ضـــد

درمل او د نور اپينفرين او سېروتونين د بيوشيميک ژوند دوران راښيي

Reproduced with permission from bear MF, Connors BW,Parasido) MA.Neuroscience;Exploring the Brain,2nd Ed,Philadelphia;Lippincott Williams and Wilkins,2001.

د درملو غوروی (Choice of Medication)

د دې سره سره چې ځيني څېرني را په ګوته کوي چې ځيني د خپګان ضد درمل د ښېګړې د پيدا کولو ډېر جوګه دي . ډېرې موندنې راښيي چې ټول خپګان ضد درمل څه ناڅه د ژور خپګان د حملو په درملنه کې يو شان اغيزې لري . تاريخي څېرنو د خپګان ضد درملو په وړاندې غبرګون د ژورخپګان د کمولو د کچې په ټاکلو سره اندازه کړی دي ، په ډېرو اوسنيو څېرنو کې سمه ښېګړه ليدل کېږي . په لوړه کچه ښېګړې ته د خپګان ضد درملو د يو ځايي کاروني په پايله کې رسېدلی شو ،مګر دا مفکوره تراوسه نا ثابته ده . دلته څوډوله درملنې د خپګان د درمل درملنې لپاره دي چې په اسانۍ لاسرسي ورته کېږي .په دې برخه کې بايد ډېرې څېرنې وشي تر څو د خپګان اړوند د ښېګړې کچه په ګوته شي .په ځانګړي ډول د هغه ناروغانو لپاره چې د خپګان بېل ډولونه لري . د سېروتونين د دوهم ځلي جذب انتخابي نهيه کوونکي ، بيوپروپيون ، ډولوکسيټين، ونلا فاکسين او ميرتازاپين ډېرښه زغمل کېدونکي خپګان ضد درمل دي او فکر کيږي چې د ژور خپګان د درملنې لپاره د لومړۍ کرښې درمل دي . د درې حلقوي خپګان ضد درملو ، د مونو نو امينو اکسيداز د نهيه کوونکو په پرتله دا درمل ډېر ټيټ مسکن ، انتي کولينرژيک او د وضعيتي فشار د ټيټوالي اغيزې لري . دا مواد بايد په ځانګړي توګه د هغو ناروغانو لپاره چې د قلبي ليږدوونکي سيستم ناروغۍ ، قبضيت ، ګلوکوما او پروستاتيک

هایپرتروفي و لري وکاروو . خپګان ضد درمل په نسبي توګه په مانیا او د دوه قطبي ګډوډیو په ګډ شکل کې د کارولو وړ نه دي . د دري حلقوي خپګان ضد درملو په منځ کې نورترایپټلین او ډېزیپرامین ډېر لږ مسکن ، انتي کولینرژیک او د وضعیتي فشارد ټیټوالي اغېزې لري . دوی کېدی شي چې په ځوانانو ، لږ جوړو کسانو ، په ځانګړې توګه که قیمت یې موخه وي (دري حلقوي اونوره خپګان ضد درمل په جنریک شکل د لاسرسي وړ دي د نویو درملو نه یا له غیر جنریک درملو نه ډېر ارزانه دي) ، د درملو د اړین رژیم د سم اخیستلو او د وضعیتی فشار د ټیټوالي له امله د لومړی کرښې درملو په څېر و کارول شي ، تجارتي مونو امینو اکسیداز نهیه کوونکي (فنلزین اوترانیل سایپرومین) باید ډېر انتخابي وکارول شي . دوی کولی شي چې بشپړ اغېز وکړي ، همدارنګه د هغو ناروغانو لپاره کارول کیږي چې په چا کې د سېروټونین د دوهم ځلي جذب نهیه کوونکي او دري حلقوي پاتې راشي ، په هغه ناروغانو کې چې د نا ځاپي حملو ګډوډی لري (مونو امینو اکسیداز نهیه کوونکي او د سېروټونین د دوهم ځلي جذب نهیه کوونکي د جټکو قدامه نه ټیټوي) یا په هغو ناروغانو کې چې غیر وصفي خپګان او یا ټولنیز ډېځایه ډار لري (مونو امینو اکسیدازنهیه کوونکي یا د سېروټونین د دوهم ځلي جذب انتخابي نهیه کوونکي ډېر اغیزمن دي) . په لوړ دوز د سېروټونین د دوهم ځلي جذب انتخابي نهیه کوونکي اوکلومیپرامین (سره د دې چې په لوړه کچه خوب را وړونکي ،انتي کولینرژیک او وضعیتي فشارټیټوونکي اغیزې لري) د جبري وسواسونو د درملنې لپاره غوروی دی . یو د نوي پوښ پېک مستحضر یو لومړنی لاسته راغلی د مونو امینواکسیدازنهیه کوونکی سلجلین دی د لاسرسی وړ او د خپګان په درملنه کې ډېر اغیزمن دی په زړه پورې ورځنی د ودیز دوز یې ۶ ملي ګرامه دی د درملو د رژیم د محدودولو رپوټ ورکړه اړینه نه ده .

درملیزې څارنې (Therapeutic Monitoring)

څه نا څه ۵۰ ٪ هغه ناروغان چې د DSM-IV پربنسټ د ژور خپګان معیارونه لري ، د یوه مناسب یوازېنې دوز د ازمویلو (لږ تر لږه شپږ اونۍ په درملیز دوز سره) د یوه خپګان ضد درمل پر مټ ښېګړه مومي .د درملنې د هڅو د پاتې راتلو ډېر دودیز دلیلونه ناوړه دوز او د درملنې ناوړه اوږدوالی لکه داسې چې (د درملو کچه او پایښت ډېر خله د جانبي عوارضو او د شکایتونو د نه کولو) له امله محدودیږي . هغه ناروغان چې خپګان ضد درمل کاروي باید په ځیر سره د درملو د جانبي عوارضو او سرچپه غبرګون لپاره (چې د جانبي عوارضو او د درملو د سر چپه غبرګون تر سرلیک لاندې

نوملړ شوي دي) وځارل شي . په عمومي ډول باید د خپګان ضد درملو پر مټ درملنه د یو قطبي خپګان د لومړنی حملې نه تر شپږو میاشتو پورې و غزول شي . هغه ناروغان چې په تکراري یا مزمن خپګان اخته وي اوږد مهاله او یا ښایي د ژوند په پایښت کې تعقیبي درملنې ته اړتیا ولري . د دوز لوړوالی او یا په لېتیم سره یې د اغیزې لوړوالی یا ترای ایودو تایرونین (لیوتایرونین سودیم یا سایتومل) یا یو روان هڅوونکی (لکه میتایل فنیدات) ، خپګان ضد درمل سویچ یا اغیزمن کوي ، یا د خپګان ضد دوهم درمل زیاتول د درملنې سره په دښمني کوونکي خپګان درملنه کې مرسته کوي . هغه ناروغان چې په خورا لوړه کچه درې حلقوي خپګان ضد درمل اخلي په سیروم کې یې د کچې اندازه کولو ته اړتیا ده تر څو وړ دوز په نښه شي . ټول ناروغان په ځانګړي ډول ماشومان او ځوانان باید په ځیر سره د خپګان ضد درملو پر مټ د درملنې سره د ورسره یو ځایي د ځان وژنې د فکرونو د زیاتېدو لپاره و ځارل شي . په همدې ډول خپګان ضد درمل ښایي په ټولیزه توګه د خان وژنې کچه د پټ خپګان د درملنې پر مټ را لږ کړي ، دوی ښایي همدارنګه په تېرېدونکي ډول د خان وژنې کچه د درملنې د پیلولو او یا پرېښودلو پرمهال د درملنې د دوز د برابرولو د مهال په ځېر لوړه کړي .

جانبي عوارض او د درملو سرچپه غبرګون (Side Effects and Advers Drug Reactions)

د سېروټونین د دوهم خلي جذب انتخابي نهیه کوونکي (SSRIs)

لکه څنګه چې ځانګړي د سېروټونین د دوهم ځلي جذب انتخابي نهیه کوونکي د یوې ډلې په ځېر یوه اندازه د بېلا بېلو جانبي عوارضو چوکاټ لري، د دوی بنسټیز جانبي عوارض : زړه ډکوالی ، سر دردي ، عصبي- عضلي نا کراري (د اکاتیزیا پېښې کول) ، بېخوبي یا خوبجنوالی او د انزالېدو ځنډ یا د ارګاسم له منځه تلل دي . د سېروټونین د دوهم ځلي جذب انتخابي نهیه کوونکي د مونو امینو اکسیداز د نهیه کوونکو سره یوځایي خطرناک دي : ښایي په وژونکي سېروټونین سنډروم پای و مومي .

درې حلقوي خپګان ضد درمل (Tricyclic Antidepressants)

درې حلقوي خپګان ضد درمل په ډېرو ناروغانو کې پوره ښه زغمل کېږي ،مګر د دوی د جانبي عوارضو له امله درې حلقوي خپګان ضد درمل د ټولو سېروټونین د دوهم ځلي جذب په نهیه کوونکو کې د بوپروپیون ، یا ونلافاکسین په پرتله لږ ښه زغمل کېږي . د درې حلقوی خپګان ضد درملو سره ګډ لوی جانبي عوارض : وضعیتي فشار ټیټوالی ، انتي کولینرژیکي اغیزې ، قلبي مسمومیت او د

جنسي دندو خرابوالى دي . ځانګړي درې حلقوي خپګان ضد درمل په پرتليز ډول د دې اعراضو څخه هر يو لري . وضعيتي فشار ټيټوالى د درې حلقوي خپګان ضد درملو ډېر دوديز جدي عرض دى . دا په ځانګړي ډول په عمر تېرو ناروغانو کې رېږوونکى دى کوم چې ښايي د مرګ سره يې مخ کړي . انټي کولينرژيک مسموميت ښايي خفيف وي او عبارت له : وچه خوله (د خولې وچوالى) ، قبضيت ، د نيړدې ليدلو تياره والى ، بولي ستونزې يا ډېر خطرناک چې تهيج ورسره وي ، حرکې نا کراري ، برسامات ، دهذيان ويلو لېونتوب ، اوجتکو ، څخه دي . قلبي مسموميت ښايي په ځينو ناروغانو کې د درې حلقوي خپګان ضد درملو کارونه تنګه (محدوده) کړي . درې حلقوي خپګان ضد درمل په ځينو ناروغانو کې پر قلب باندې د کينيدين په شان اغيزې لري ، په غښتلي توګه د ساينس تاکي کارديا (Sinus Tachycardia) ، د فوق البطيني ريتم لوړوالى (Supra ventricular Tachy Arrhythmias:) ، بطيني تاکي کارديا ، بطيني فبريلشن ، د PR او QRS اوږدېدل اود QT د وخت اوږدېدل د کودې ډوله څانګې (Bundle branch) ډب کول : لومړى ، دوهمه او دريمه درجې د زړه بلاک کېدل : يا د ST او T څپو بدلونونه دي . په هغو ناروغانو کې چې نورمال زړونه لري د درې حلقوي خپګان ضد درملو لوى اختلاطات نادر دي .د درې حلقوي خپګان ضد درملو نه بايد هغه ناروغان چې د دوراني سيستم ناروغى لري ليرې وساتو او په هغه ناروغانو کې يې په ډېرې پاملرنې وکاروو څوک چې په لوړ دوز درمل کارونه کې دي ، او يا په هغو کې چې په تکراري ډول ځان وژونکي وي . د جنسي دندو خرابوالى جنسي بېسکي په سړيو او په ښځو کې د جنسي تحريک ټيټوالى په ځان کې را نغاړي .

د مونو امينو اکسيداز ډب کوونکي (Mono Amine Oxidase Inhibitors)

هغه ناروغان چې تجارتي مونو امينو اکسيداز د خولې له لارې اخلي ، د سمپاتو مېمتيک امينونو (لکه د تايرامين غوندې) د اخيستلو له امله د لوړو ادرينرژيک حملو له خطر سره مخ دي چې مسموميت ته لاړشي څکه د ګېډې اوکولمو د مونو امينو اکسيداز سيستم نهيه شوى دى . ناوړه رژيم يې د سخت لوړ فشار د حملو خوا ته درومي (د تايرامين حمله) چې غښتلي قلبي احتشا يا سکته ور سره ملګري وي . هغه خواړه چې بايد ترې ليرې و اوسي عبارت له : سرې کړي غوښې ، يا ماهي ، بير (يو ډول الکهول دي) ، سره واين (دا هم يو ډول شراب دي) ، ټول پنيرونه پرته له کوټاژ (يو ډول کورنى پنير دى) ، او د شيدو پنير دي ، او ټولو اومو مېوو ، څخه دي . ډېر هغه کسان چې له کچې ډېر يې

ساړه او یا درد کیږي باید همدا رنګه لیري و اوسي . د لوړ فشار د حملې درملنه که چېرې شدیده وي بنايي بېړنۍ طبي څارنې ته اړتیا ولري چې عبارت له : وریدي فنتولامین (یو الفا بلاکر دی) او یا پر لېسې وریدي نایتروپروزید په څاڅکو ورکول کیږي . نوي سلیجلین پیک کله چې د ورځې ۹ ملي ګرامه یا لوړ و کارول شي د تجارتي مونو امینو اکسیداز نهیه کوونکو په څېر خطرونه لېږدوي، د ورځې په ۶ ملي ګرامو کې د رژیم سمي څارنې ته اړتیا نه شته . د مونو امینو اکسیداز نهیه کوونکي د دوز اړوند د فشار ټیټوالی لري : ترانیل سایپرومین کولی شي چې د بېخوبۍ ، او تهیج لامل شي ، فینلزین د ورځې مهال د ګنګسوالي لامل کېدی شي .

د خپګان ضد نور درمل (Other Antidepressants)

ونلافاکسین (افیکسور ، افیکسور XR) او ډالوکسېټین (سیمبالټا) د سېروټونین او د نورادرینرژیک د دوهم ځلي جذب نهیه کوونکي دي چې د درې حلقوي خپګان ضد او د مونو امینو اکسیداز د نهیه کوونکو په پر تله د جانبي عوارضو شه تره چوکاټ لري . نفازوډان او ټرازوډان (ډیزایرل) د سېروټونین تله برابروونکي خپګان ضد درمل دي . ټرازوډان په نا در ډول د بوازیني خپګان ضد درمل په توګه کارول کیږي ، مګر ډېر د سېروټونین د دوهم ځلي جذب د نهیه کوونکو سره په ور ګډولو د خوب لپاره ځکه چې غښتلي خوب راوړونکي ځانګړنه لري (په لوړ دوز کې داسې یوه ونده اخلي لکه خپګان ضد درمل) کارول کیږي . سر بېره پر خوب ترازودون کولی شي چې په نادرو پېښو کې د شهوت د زیاتوالي لامل شي (قضیب اوږد مهاله پورته او درد ناک وي) چې شوني ده لوی زیان ورته و رسیږي . ناروغ باید کله چې دا انتغاظ ولیدل شي وهڅول شي چې بېړنۍ درملنه ولټوي . نفازوډان ترازوډان ته ورته دي مګر د درملنې په دوز کې لږ خوب راوړونکی اغیز لري ، داسې ښکاري چې لږ د جنسي دندو د ستونزو کچه لري ، مګر د جدي کبدي غیر نورمالو حالتونو سره یو ځای وي . بوپروپیون (وېلبوترین ، وېلبوترین SR ،زایبان) داسې ښکاري چې د ډوپامین اونوراپینفرین د جذب په نهیه کولو کې کار کوي . بوپروپیون د جنسي عوارضو لږې پېښې لري . سربېره یې د ژورخپګان په درملنه کې پر اغیزې ، داسې ښودل کیږي چې د څکولو په پرېښودلو کې اغیزمن دي (د زایبان له خوا مارکېټ شوي دي) او د پاملرنې د نیمګړتیا په ګډوډیو کې کارول کیږي . بوپروپیون د نورو خپګان ضد درملو پر تله د منځنۍ کچې نه لوړ د جټکویا اختلاجي حملو خطر لري ، د جټکو خطر که چېرې ورځنی دوز له ۴۵۰ ملي ګرامو لوړ شي او یا یوازینی دوز له ۱۵۰ ملي ګرامو

لوړ شي چې په بیره له جذب کېدونکي بوپروپیون څخه وي . میرتازاپین (ریمیرون) د نور اپینفرین او سېروټونین د انډولوونکي په څېر ډلبندي شوی دی . دا په ځینو کسانو کې پوره خوب راوړونکي او د جنسي دندو د ستونزو لږې پېښې لري .

سوماتیک یا جسمي درملنه (Somatic Therapy)

که څه هم ټول سایکو ترو پیک درمل " سوماتیک " دي چې د وی د بدن یوه برخه (مغز) اغیزمن کوي ، دلته یو شمېر پر مختلونکي د لاسرسی وړ درملنې دي چې د خپګان د درملنې لپاره د مرکزي عصبي سیستم ، برېښنایي ، مقناطیسي او نوري هڅوني کارول کیږي . دا متودونه په ځانګړي ډول د درملنې سره د مقاوم خپګان لپاره (لکه هغه حملې چې و څو درملو ته په پرلپسې توګه یا د څو درملو یو ځایوالي ته ځواب نه وایي) څېړل شویدي . د دې درملنو څخه خورا ښه څېړل شوي او ښه پېژندل شوي د برېښنایي جټکو راوړونکي درملنه (E CT ده چې ورسره برابره د شاک درملنې په نوم هم پېژندل کیږي) . او د نویو ډېرو تجربوي درملنو وروسته به په اخرکې پر دې بحث وشي .

د واګوس دعصب هڅونه (Vagus Nerve Stimulation)

د واګوس د عصب د هڅونې (VNS) درملنه د درملنې سره د مقاوم ژور خپګان د درملنې لپاره تجویز شوی ده . که څه هم پر خپګان باندې د واګوس عصب د هڅونې , د اغیز کولو سم مکانېزم نه دی پېژندل شوی ، دا داسې فرض شوي ده چې د عصب د محیطي هڅونې پر مټ امپولس (ناځاپي محرکه قوه) د غبرګون په ډول د شا له خوا د مرکزي عصبي سیستم دندې اغیزمنې کوي . لومړنی موندنې را په ګوته کوي چې د واګوس عصب هڅونه ښایي د هایپو کامپاس دندې داسې لکه چې هلته په پراخه پیمانه بېنظمه عصبي لېږدوونکي نوراپینفرین او ګاما ا مینو بیو تایریک اسید دې اغیزمن کړي .

د دماغو ژوره هڅونه (Deep Brain Stimulation)

د دماغو ژور ببرته راګرزېدونکي ، اوخاطره ورکوونکي برېښنایي هڅوونکي داسې ښودل شوي چې په هغو ناروغانو کې چې د درملنې سره معند خپګان لري په وړو نا کابو (نه کنترول) شویو ازمویلوکي وختې د ډاډ وړ اغیزې لري . د فرانټال قشر او د جنوال د ګونځې لاندې برخو هڅونه ګټوري پایلې ورکوي . اوږده ، اتفاقي ، کابوشوي ازمایښتونه به دې ته اړتیا ولري چې د تخنیک رښتونې اغیزې په ګوته کړو. د اوس مهال لپاره تر تجروبي لاندې ده .

د نور پرمټ درملنه (Photo Therapy)

د نور پرمټ درملنه : د ځانګړو رواني ناروغيو د درملنې لپاره تر کنترول لاندې د ځلانده نور ور کونې څخه جوړه ده . د نور پر مټ د درملنې کارونه په ځانګړيو ډيزاين شويو د روښانه نور په بکسونو کې او د ژور خپګان اړوند د موسمي واړه ډول خپګان (چې همدا رنګه د موسمي عاطفي ګډوډۍ په څېر هم پېژندل کيږي) ،اوهمدارنګه د غير موسمي خپګان په درملنه کې اغيزمن ښودل کيږي . د نور پر مټ درملنه همدارنګه د خوب د مرحلې د ځنډ د سنډروم او د زياتې سټريا د ګنګسيت په درملنه کې کارول کيږي . د موسمي عاطفي ګډوډيو په درملنه کې د سهار ځلانده لمر درملنه په ډېرو کسانو کې د ماښام د رڼايي نه خورا ښه ده ، د نور شدت د ۲۵۰۰ نه تر ۱۰۰۰۰ لکس پورې خورا ډېر اغيزمن دی . نور درملنه ښايي په حساسو کسانو کې مانيا رامنځته کړي .

د برېښنايي جټکو پر مټ درملنه (Electro Convulsive Therapy)

د برېښنايي جټکو پر مټ درملنه (ECT) په پخوا کې د برېښنايي شوک درملنې په نوم پېژندل کېده ، يوه ډېره پخوانۍ او د ژور خپګان لپاره خورا ډېره اغيزمنه درملنه ده . د برېښنايي جټکو پرمټ درملنه همدارنګه د درملنې سره په دښمنه مانيا او په هغه سايکوزونو کې چې ځرګندې مزاجي برخې ولري او يا کتا تونيا (مړاويتوب) کې ځينې اغيزې لري . د برېښنايي شوک درملنه داسې ښکاري چې په مغزو کې د جټکو د عمومي حملو د رامنځته کېدو له لارې کار کوي . د جټکو د محيطي فعاليت ځرګندونې د پاراليتيک د کارونې پرمټ ډب کيږي او د دې پېښې نه حافظه د انستيتيکو او د حملو د فعاليت پر مټ نهيه کيږي . د برېښنايي جټکو پر مټ عصري درملنه د لنډې مودې لپاره د ياد داښت له لاسه ورکول او کانفوژن را منځته کوي . د دوه اړخيزه برېښنايي جټکو پر مټ درملنه د يوه اړخيزه برېښنايي جټکوپرمټ د درملنې په پرتله ډېره اغيزمنه ده مګر د پېژندنې ډېر جانبي عوارض پيدا کوي .

اساسي ټکي (Key Points)

+ د خپګان ضد درمل ډېرې کارونې لري چې عبارت له : د نورو له مينځه د خپګان بېلا بېل ډولونه ، اضطرابي ګډوډۍ ، غوايي ډوله خوراک ، او جبري وسواسونو، څخه دي .

+ د خپګان ضد درمل په اساسي توګه د سيرېټونرژيک او نورادرينرژيک د اخذو پر سيستمونو اغيزه کوي .

+ ځيني خپګان ضد درمل داسي ښودل شوي چي په ځانګړو ګډوديو کي اغيزمن دي : د ژور خپګان لپاره ، ټول مجوز خپګان ضد درمل په سره ورته درجه کي اعراض را ټيټوي . د خپګان لپاره د خپګان ضد درمل ډېر ځله دهغوی د جانبي عوارضو د چوکاټ او د اعراضو د لوړوالي پر بنسټ غوره کيږي.

+ ځيني خپګان ضد درمل په ځانګړي ډول دري حلقوي خپګان ضد درمل په سيروم کي ډېر د کچي څارني ته اړتيا لري .

+ د خپګان ضد درملو اغيزي کولی شو د لېتيم ، د تايرايد هورمون يا روان هڅوونکو د ور سره يوځای کولو پرمټ زياتي کړو .

+ خپګان ضد درمل جانبي عوارض لري چي د ښېلا ښېلو ډلو اړوند توپير کوي .

+ د واګوس عصب هڅونه د درملنې سره د دېښمن خپګان د درملنې لپاره کارول کيږي .

څوارلسم څپرکی

مزاج ثابت ساتونکي (Mood Stabilizers)

مزاج ثابت ساتونکي سایکوتروپیک درمل دي چي مزاجي تیتوالی په دوه قطبي ګډوډیو کې (یوه نورمال ، نا خپه ، په دلیلونو ولاړ ګټور مزاج ته) لوړوي . دوی په عمومي توګه د تکراري مزاجي لوړوالي (مانیا) او خپه مزاجونو درملنه او مخنیونه کوي . د مزاج ثابت ساتونکو اصطلاح په روایتي توګه لیتیم ، والپروات ، کاربامازیپین او لاموتریجین ته اړوند کیږي . ډیر اوسني چي په ثبوت رسیدلي ځیني غیر وصفي انتي سایکوتیک د مزاج د ثابت ساتلو ځانګړني لري ،دا معنا ورکوي چي دوی کولی شي چي په دوه قطبي ګډوډیو کې د مانیا یا خپګان د مرحلو د تکرار درملنه او مخنیوی وکړي . دا ځانګړنه (ظرفیت) په ۱۲ څپرکي بیان شوي ده . او (۱ – ۱۴) لمبر جدول دودیز مزاج ثابت ساتونکي ،د دوی د ورکړې د اندازې او د درملني د کچي سره نوملړکړي دي .

توصیه کوونې (Indications)

مزاج ثابت ساتونکي په بیړنی توګه (د انتي سایکوتیکو سره ګډ) د مانیا د درملني لپاره توصیه کیږي . په هغو کسانو کې چي دوه قطبي خپګان او مانیا لري دوی یې د اوږدې مودې تعقیبي ،مخنیوونکي درملنې په څېر په وړاندې کارول کیږي . د جټکو ضد درمل (والپرو ات ، لاموتریجین ، او کاربامازیپین) ښایي په هغو کسانو کې چي د جټکو اړوند مزاجي بې ثباتي ولري ګټور وي . مزاج ثابت ساتونکي همدارنګه د ناڅاپي له غوسي ډک سلوک لپاره په هغو کسانو کې چي دوه قطبي ګډوډۍ نه لري کارول کیږي . د مزاج ثابت ساتونکو غوروی د ناروغ د ځانګړو رواني ناروغیو (لکه د دوه قطبي ګډوډیو واړه ډولونه) او نورو کلینیکي لاملونو لکه د جانبي عوارضو غوندې ، متابولیکي ربښي ، د ناروغ زغم . او په ناروغ یا د هغه لومړۍ درجه خپلوانو کي د درملو په وړاندې د ځواب ورکولو د تاریخچي پربنسټ کیږي . (۲ – ۱۴) جدول لوی مزاج ثابت ساتونکي او د دوی دودیزې توصیې نوملړ کړي دي . د مزاج ثابت ساتونکو ځیني دود او ډیرشدید جانبي عوارض په (۳ - ۱۴) لمبر جدول کې نوم لړ شوي دي . په دوه قطبي ناروغیو کې د مزاج ثابت ساتونکو د اغیز میکا نیزم نه دی روښانه . د دې درملو له خوا یوه حلقه عصبي نا قلین اغیزمن کیږي او د دوی د اغیزو بیلا بیل څرنګوالی را په ګوته کوي چي مانیا ښایي د څو توپیر لرونکو عصبي لیږدوونکو سیستمونو د دندو په

بدلون سره کابو شي . له بلې خوا ښايي دوی د اغيزي يو ګډ مکانيزم چې تر اوسه نه دی روښانه شوی وښيي .

ليتيوم (Lithium)

د عمل مکانيزم (Mechanism of Action)

د مانيا په درملنه کې د ليتيوم د عمل مکانيزم ښه نه دی جوت شوی . ليتيوم لږ تر لږه د حجرې د ننه د دوهمي پيغام دوه سيستمونه : د اډينايل سايکلاز ، سايکليک اډينوزين مونو فاسفيټ سيستم او د G پروټين سره جوړه فاسفو اينوزيټايډ سيستمونه لکه د يوه ايون په څېر چې په نېغه توګه کولی شي چې د ايون د چاينل دندو ته بدلون ورکړي ، بدلوي . څکه چې په مرکزي عصبي سيستم کې نوراپينفرين او سېروټونين د G پروټين جوړه اخذې کاروي دا يې د عمل د يوه مکانيزم په څېر دی ، د دوی دندې د ليتيوم پر مټ بدلون مومي او همدا رنګه ليتيوم د ګاما امينو بيو تاريک اسيد متابوليزم ته بدلون ورکوي.

د درملو غوروی (Choice of Medication)

ليتيوم د لومړنی کرښې درملنې په څېر د منظمو دورو دوه قطبي ګډوډيو لپاره په هغو ناروغانو کې چې پښتورګي يې نورمالې دندې لري کارول کيږي . ليتيوم همدا رنګه د نورو خپګان ضد درملو د اغيزې د زياتولو لپاره په يو قطبي خپګان کې کارول کيږي . ليتيوم د پښتورګو له لارې تصفيه کيږي اوشوني ده په هغو کسانو کې چې د پښتورګو دندو يې بدلون موندلی وي د تسمم کچې ته ورسيږي (لکه په عمر تېر کسان) يا ډيهايډريشن . دا ښايي د چټکو دورو د دوه قطبي ګډوډيو په درملنه کې لږ اغيزمن وي ، کله چې د دوه قطبي ګډوډيو په درملنه کې وکارول شي ، ليتيوم داسې ښکاري چې د ځان وژلو پېښېدل لږوي .

(۱ – ۱۴) جدول دوديز مزاج ثابت ساتونکي :

درمل	د پيل کچه	د درملني کچه	په سيروم کې يې د درملو کچه
لېتيوم کاربونات	۳۰۰ ملي ګرامه دوه يا درې واره	۵۰۰ نه تر ۱۵۰۰ملي ګرامه په ورځ کې	د ۰/۶ نه تر ۱/۲ ملي کويلانت په ليتر کې
والپروايک اسيد	۲۵۰ملیګرامه دوه يا درې واره	۱۰۰۰نه تر ۲۵۰۰ مليګرامه په ورځ کې	۵۰ نه تر ۱۲۵ مليګرامه په ليتر کې
لاموتريجين	۲۵ مليګرامه د ورځې څلور واره	۱۵۰ نه تر ۲۵۰مليګرامه د ورځې	-----------
کاربامازيپين	۱۰۰ مليګرامه دورځې دوه يادرې واره	د ۶۰۰ نه تر ۱۲۰۰ مليګرامه په ورځ کې	۴ نه تر ۱۲ مليګرامه په ليترکې
اکس کاربازيپين	۱۵۰ مليګرامه دورځې دوه واره	۶۰۰ نه تر ۱۲۰۰ مليګرامه په ورځ کې	-----------

د ځينو ناروغانو لپاره په عمومي ډول دوز ټيټ دی يا هغه ناروغان چې داسې درمل اخلي چې د دې درملو متابولېزم ډب کوي يا هغه ناروغان چې نوره طبي ستونځې لري .

(۲ – ۱۴) لمبرجدول د مزاج ثابت ساتونکو رواني توصيه راښيي :

درمل	کارېدل يې
ليتيوم	حاده مانيا دوه قطبي خپګان په دوه قطبي ګډوډيو کې د اوږدې مودې تعقيبي درملنې لپاره د خپګان ضد درملو د اغيز د زياتوالي لپاره . په غوسه ډکې انګيزې باندې کنترول نه درلودلو کې .
والپروات	حاده مانيا په دوه قطبي ګډوډيو کې د اوږدې مودې تعقيبي درملنې لپاره ښايي په هغه دوه قطبي ګډوډيو کې چې چټک دوران کوي ډېر اغيزمن وي . د غوسې په نه کابو کېدو کې
کاربامازيپين	حاده مانيا په دوه قطبي ګډوډيو کې د اوږدې مودې تعقيبي درملنې لپاره
لاموتريجين	دوه قطبي خپګان په دوه قطبي ګډوډيو کې د اوږدې مودې تعقيبي درملنې لپاره

خيني توصيې د څېړو او درملو د اداري په جوازاو نوره يې د کلينيکي تجروبو او موندنو پر بنسټ دي .

درمليزه څارنه (Therapeutic Monitoring)

د لېتيوم پرمټ بريالی درملنه دې ته اړتيا لري چې ناروغ ورځني دوزونه په پر لپسې ډول واخلي . په عمومي ډول درمليزه اغيزه د دوو نه تر څلورو اونيو پرلپسې کاروني وروسته ليدل کيږي . د سيروم کچه بايد منظمه و څارل شي تر هغه چې د درملنې ثابت رژيم په لاس راشي . سربېره پر دې څارنه په

هغو ناروغانو کې چې ډول ډول شکایتونه یا د پښتورګو دندو یې بدلون موندلی وي اړینه ده . سربېره پردې ناروغ ته باید د مسمومیت نه خبر ورکړل شي او د جانبي عوارضو له اړخه منظم و ارزول شي .
څه نا څه ۵ % هغه ناروغان چې د اوږدې مودې لپاره په لېتیوم درملنه شوي وي د هایپوتایرودېزم خواته وده مومي ځکه لېتیوم د تایراید هارمون په تولید کې لاسوهنه کوي . د سیروم د تایراید-هڅوونکي هورمون او د کریاټنین کچې باید په منظمو فاصلو کې چک شي . چې لېتیوم د درملنې ډېره تنګه کړکۍ(ساحه) لري ، او ناروغان کېدی شي چې د درملنې په نسخه شویو دوزونو کې په ځانګړي توګه چې دوی په پټه په چټکۍ سره د پښتورګو د دندو د بدلون خواته لاړشي، دمسمومیت خوا ته وده مومي .

جانبي عوارض (Side Effects)

د لېتیوم د درملنې دودیز جانبي عوارض عبارت له : ربړدېدلو، د تشومینیازو زیاتوالي ، خورا زیاتې سترړیا ،د ګېډې او کولمو بې نظمی ، د یاد داښت له لړو ستونځو ، د اکنه څرګندېدلو ، او د وزن د زیاتوالي ، او په زهري کچه کې حرکي نا انډوالي ، ډېره ناوړه ربړدېدنه ، نسناستی ، کانفوژن ، کوما ، د ساینس دربېدل ، او مرګ څخه دي چې کېدی شي ولیدل شي .

(۳ -۱۴) جدول هغه درمل چې د مزاج دثابت ساتونکو په څېر کارول کيږي :

درمل	د جانبي اغيزو چوکاټ
لېتيوم	د درملنې په کچوکې : مرکزي عصبي سيستم : خوب وړل، د پېژندنې خرېرکېدل ، نازکه رېږدېدنه اندوکرين : غيرنورمال TSH ، کلينيکي هايپوتايرودېزم قلبي : د T څپې بدلونونه ، ساينس اريتميا پېنتورګي : دميتيازو زياتوالی پوستکی : اکنه ، پسوريازس ګېډه اوکولمې : زړه بدوالی ، کانګې ، نسناستی د وينې اړوند : خبيث لوکوسايتوزس نور : د وزن زياتوالی ، د مايعاتوحبس کېدل په زهري کچه کې : مرکزي عصبي سيستم : حرکي نا انډوالي ، ناوړه رېږدېدنه ،کانفوژن،جټکي ، کوما،مرګ قلبي : د ساينس دربېدل
والپروات	د درملنې په کچه کې : مرکزي عصبي سيستم : په خوب کې ګرزېدل ، حرکي نا انډولي ، رېږدېدل اندوکرين : د مياشتني عادت بې نظمي ، د تايرايد غيرنورمالوالی پوستکی : الوپسي (د ويښتانوتلل) ، راش (جوش داني) کبدي : خفيف د تراسامينازونو لوړوالی ګېډه او کولمې : زړه بدوالی ، کانګې اوبد هضمي د وينې اړوند: ترومبوسايتوپيني ، د دموي صفيحاتود دندوخرابوالی نوره : اذيما په زهري کچه کې : مرکزي عصبي سيستم : حرکي نا انډولوالی ، کانفوژن ، کوما ، مرګ قلبي : قلبي سکته ايدوساينکراتيک : کبدي : د ينې مرګوني مسموميت ګېډه اوکولمې : پانکراتيت د وينې اړوند : اګرانولوسايتوزس
کاربامازيپين	د درملنې دوزپه کچه کې : مرکزي عصبي سيستم : حرکي نا انډولوالی،خوب وړل ، ګنګسيت ، پوشی دوه ليدل پوستکی :راش (جوش دانه) قلبي : اذيني بطيني لېږد لړيږي دوينې اړوند : خبيثه لوکوپيني ګېډه اوکولمې : زړه بدوالی په زهري کچه کې : مرکزي عصبي سيستم : په خوب کې تلل ، اوتونوميکه بې ثباتي ، کوما ، مرګ قلبي : اذيني بطيني بلاک ، تنفسي : د تنفس خپه کېدل ايدوساينکراتيک : د وينې اړوند : اګرانولوسايتوزس ،پان سايتوپنيا ، اپلاستيک انيميا
لاموتريجين	د درملنې د دوز په کچه : مرکزي عصبي سيستم : ګنګسيت ، اضطراب ، بېخوبي ، په خوب کې ګرزېدل ، د سمت موندنې غيرنورمالوالی ، سردردي اندوکرين : د مياشتني عادت ستونځې قلبي : د تېز دړدونه پوستکی : جوش داني ، ډېرې جدي ژوند تهديدوونکي جوش داني ګېډه او کولمې : زړه بدوالی ، کانګې ، بد هضمي نور: وزن بايلل ، انتانات ، د پزې التهاب (Rhinitis) په زهري کچه کې : مرکزي عصبي سيستم : حرکي نا انډولوالی ، نېستاګموس ، جټکي ، کوما ، مرګ قلبي : دبطينونو ترمينځ د پيوستون ځنډ

والپروات (Valproat)

د عمل څرنګوالی (Mechanism of action)

د والپرواتو د عمل مکانیزم فکر کیږي چې په مرکزي عصبي سیستم کې د ګاما امینو بیوتایریک اسید د دندو په لوړوي کې د ونډې اخیستنو له امله وي . والپروات د ګاما امینو بیوتایریک اسید جوړول زیاتوي ، او د ګاما امینو بیوتایریک اسید ماتېدل لږوی او د هغه د ساینپس وروسته اغیزمنتیا لوړوي . د دې دا ظرفیت چې د جټکو قدامه لوړوي دې ته اجازه ورکوي چې په ښه توګه د جټکو د ګډوډیو د درملنې لپاره و کارول شي .

د درملو غوروی (Choice of Medication)

والپروات د حادې مانیا د درملنې لپاره توصیه کیږي او په پراخه کچه د یوه قطبي ګډوډیو په تعقیبي مرحله کې کارول کیږي (۲ – ۱۴) لمبر جدول . دا د دوه قطبي ګډوډیو د چټک دوران کوونکو او مخلوطو(سره ګډو) شکلونو لپاره اغیزمن د ي . دا بنایي په دوه قطبي ګډوډیو کې د خپګان پر ضد نه مخنیوی پیدا کړي او نه د خپګان ضد درملو اغیزه لوړه کړي . دا په ازاد مټ د غوسو د کنترول د ستونځومن په ټولو ډولونو کې کارول کیږي .

درملیزه څارنه (Therapeutic Monitoring)

له بلې خوا جسمي جوړو لویانو ته کېدی شي چې والپروات د دودیزې کچې په پرتله د (له ۲۰ نه تر ۲۵ ملیګرام د بدن پر یوه کیلوګرام وزن باندې) لوړ د مانیا د حملې د حادې درملنې لپاره چې د دیپوکوټ لوډینګ (ذخیروي بارولو) په څېر پېژندل شوي دي، پیل شي . د روغتون په بیرنی څارنه کې دا اجازه ورکوي چې د وینې درملیزې کچې ته په بیړه ورسیږو . تیټ منځنی ورځنی دوز له اضافه بار (Loading) نه یوه ورځ وروسته ورته پیلیږي . په چټکی سره (له اوو ورځو لږ) د مانیا د اعراضو ټیټوالي ته په دې کړنلاره سره رسېدلی شو . په درملیزه کچه په پرلپسې ورځني دوز سره د دوو نه تر څلورو اونیو پورې د درملو پوره اغیزه په عمومي ډول نه لیدل کیږي . د سیروم کچه یې باید تر هغه پورې په منظمه توګه وڅارل شي چې د وینې ثابته کچه او د ورکړې رژیم یې وټاکل شي ، د ځګر د دندو ازموینې باید په لومړي سر کې او په دوراني شکل په لومړیو شپږو میاشتو کې په ځانګړي توګه څکه چې د ځګر د مرګوني مسمومیت ایدیو ساینکراتیک غبرګون د دې وخت په چوکاټ کې ډېر ځله پېښیږي چک شي .

جانبي عوارض (Side Effects)

په درملیزه کچه کې والوپروات ډول ډول جانبي عوارض رامنځته کوي ، چې عبارت له : خوب وړلو ، خفیفه ریږدیدنه ، خفیفه حرکي نا اندولي ، او د ګیډې او کولمو بېنظمی څخه دي . ترومبوسایتوپیني او د د موي صفیحاتو د دندو ویجاړي ښایي و لیدل شي . په زهري کچه کې کانفوژن ، کوما ، د زړه دریدل ، او مړینه کیدی شي چې ولیدل شي . د والپروات کارونه د ایدیوساینکراتیک خطر ور سره را لېږدوي مګر جدي جانبي عوارض یې عبارت له : مرګوني ځګري تسمم ، ناڅاپي پانکراتیت ، او اګرانولوسایتوزس ، څخه دي .

لاموتریجین (Lamotrigin)

د عمل مکانېزم (Mechanism of Action)

په دوه قطبي ګډوډیو کې د لاموتریجین د اغیزې څرنګوالی نه دی پیژندل شوی . لاموتریجین د خوړو او درملو د اداري له خوا په دوه قطبي I ګډوډیو کې د تعقیبي درملنې او د خپګان د مرحلې د درملنې لپاره تجویز شوی دي (لاموتریجین د مانیا د حادې درملنې لپاره مجاز نه دی خکه چې داسې ښکاري چې په دې مرحله کې لږ اغیزمن دی) . لاموتریجین په لابراتوار کې (د بدن د باندې) داسې ښودل شوی چې د سوډیم د چاینل د ولتاژ حساسیت ډب کوي . دا اغیزه دا باور راکوي چې د نیورونونو غشا ثابتوي او د پریساینپتیک اطراحي عصبي لېږدوونکو ازادول تنظیموي .

د درملو غوروی (Choice of Medication)

لکه څنګه چې په دوه قطبي ګډوډیو کې د لاموتریجین د کارونې اړوند څیړنې پر مخ ځي ، دا داسې ښکاري چې په دوه قطبي I ګډوډۍ کې د خپګان په مرحله کې په درملنه او مخنیوي کې د مانیا په پرتله ډېر اغیزمن وي . دا همدارنګه ښایي په زړ دوران کولو کې ډېر اغیزمن وي . ورکړه یې له ټیټ دوز نه (۲۵ ملي ګرامه په ورځ کې) پیلیږي او ورو ورو لوړیږي (۲۵ ملي ګرامه په اونۍ کې) د درملیز منځني دوز ۲۰۰ ملي ګرامو پوري په ورځ کې . په عمومي ډول زړو کسانو ته د ور کړې دوز د هغو لپاره چې د پښتورګو یا نورو غړو ویجاړی لري یا کله چې د نورو ور سره یو ځول اغیز لرونکو موادو سره ګډ کارول کیږي (لکه والپروایک اسید) ټیټ دی .

درملیزه څارنه (Therapeutic Monitoring)

د لاموتریجین درملیزې اغیزې د دې ا ړتیا پرمټ څنډول کیږي چې په تدریجي توګه دوزاژ درملیزې کچې ته لوړ کړي . ګټورتوب یې په عمومي ډول هغه وخت چې دوز له ۱۵۰ ملي ګرامو لوړ او له دوو نه تر څلورو اونیو پورې تېرې شي لیدل کیږي. د سختو الرژیکو غبرګونونو د منځته راتلو(جوش دانې چې د ستیفن جانسن Steven-Johnson سنډروم خوا ته ځي) داسې ښکاري چې د لاموتریجین په ګړندي توګه د دوز د لوړوي یا د نورو درملو سره د متقابل اغیز اړوند وي . په سیروم کې د لاموتریجین د کچې د ټاکلو لپاره یو کلینیکي ګټور معیار په لاس کې نه شته . په عمومي ډول دا درمل باید یوازې د یوه ماهرروانپوه ، نېورولوژست ، او یا بل تیارووونکي چا له خوا چې د درملو د متقابلو پېچلو اغیزو څخه چې په ځانګړي ډول د والپروایک اسید او لاموتریجین ترمنځ څرګندیږي،خبر وي نسخه شي.

جانبي عوارض (Side Effects)

لاموتریجین کولی شي چې په دوډیز ډول د حرکي نا انډوالی ، د لیدلو تیاره والي ، یو شی دوه لیدلو ، سرڅرخي ، زړه بدوالي ، کانګي کولو ، لامل شي .د لاموتریجین د کارولو سره د شدیدو غښتلیو ژوند تهدیدوونکیو الرژیکو جوش دانو رپوټ ور کړل شوی دی . دا الرژیک غبرګون کېدی شي چې د یوه ساده جوش دانو سره پیل او د ستیفن جانسن سنډروم خوا ته لاړ شي . د ماشومتوب د عمر په ډله کې جدي یا ژوند تهدیدوونکي جوش دانې ډېرې دي .

کاربامازیپین (Carbamazepine)

د عمل مکانېزم (Mechanism of Action)

په دوه قطبي ناروغیو کې د کاربامازیپین د عمل مکانېزم نه دی پېژندل شوی . کاربامازیپین په هغه نیورونونو کې چې یوازې یو دعمل کولو قووت پیدا کوي د سوډیم چاینل ډب کوي ، د نیورونونو د تکراري کرنو مخه نیسي . برسېره پر دې کاربامازیپین هغه شمېر لیږدوونکي چې په پریسایناپتیک نهایاتو کې ازادیږي را لږوي . کاربامازیپین همدا رنګه ښکاري چې په غیر مستقیمه توګه مرکزي ګاما امینو بیوتایریک اسید(GABA) اخذې (نیوونکیې) اغیزمني کوي.

د درملو غوروی (Choice of Medication)

کاربامازیپین په عمومي ډول داسي انګېرل کیږي چي په ازاد مټ (د خوړو او درملو اداري جواز نه دی ورکړی) د دوهمي کرښي درمل (د لیتیوم او والوپروات وروسته) د مانیا د درملني لپاره دي .
(۲ – ۱۴) جدول . دا په حاده مانیا ، په دوه قطبي ګډوډي کي د مانیا پر ضد د مخنیوي لپاره کارول کیږي ، اوښايي د لیتیوم په پر تله په چټک دوران کوونکي او مخلوطه مانیا کي ډېر اغیزمن وي . د خپګان په مخنیوي او درملنه کي د کاربامازیپین ونډه نه ده روښانه . دا د ارادي د نه کابوکېدو په درملنه کي همدا رنګه کارول کیږي .

درملیزه څارنه (Therapeutic Monitoring)

د کاربامازیپین درملیزي اغیزي د پیل نه وروسته له دوو نه تر څلورو اونیو پوري له پایښت وروسته لیدل کیږي ،د کاربامازیپین د ورځنی ورکړي کچه باید تر هغه وخته په منظمه توګه چي یو ثابت د ورکړي رژیم وټاکل شي ، وڅارل شي . باید په ځیر سره د جوش دانو ، د مسمومیت د نښو ، یا د هډوکو د مخ (مغز) د سخت انحطاط لپاره و څارل شي .

جانبي عوارض (Side Effects)

کاربامازیپین په درملیزو کچو کې پر مرکزي عصبي سیستم ، لیتیوم او والوپروات ته ورته جانبي عوارض لري . زړه ډکوالی ، جوش داني ، او خفیفه لوکوپیني همدا رنګه دود ده . په زهري کچه کي اوتونومیکه بي ثباتي ، اذیني بطیني بلاک،تنفسي انحطاط ،اوکوما کېدی شي چي ولیدل شي.
کاربامازیپین د اګرانولوسایتوزس،پان سایتوپینیا ،او اپلاستیک انیمیا دابډیوسایکراتیک جانبي عوارض لري .

اوکساکاربازیپین (Oxcarbazepine)

اکسکاربازیپین یو د جټکو ضد درمل دی چي د جوړښت له مخي کاربامازیپین ته ورته دی مګر لږ جانبي عوارض او لږ متقابلي اغیزي لري . په دوه قطبي ګډوډیو کي د بېلا بېلو مرحلو په درملنه کي د اکسکاربازیپین اغیز ښه نه دی څرګند ، مګر څو وړي کنترول شوي څېړني را په ګوته کوي چي اکسکاربازیپین په حاده مانیا کې اغیزمن دي . نوره څېړني را ته ښیي چي دا درمل همدا رنګه د دوه قطبي ګډوډیو په تعقیبي درملنه کې اغیزمن دي .

انتي سايکوتيک درمل او دوه قطبي تشوش يا ګډوډي (Anti Psychotic Medications and Bipolar Disorder)

ځوغیر وصفي انتي سایکوتیک درمل (دوولسم ځپرکی) همدارنګه د دوه قطبي ګډوډیو لپاره جواز لري . هغه انتي سایکوتیک چې د مزاجي ګډوډیو د مزاج د اجزاوو لپاره جواز لري عبارت له : اولانزاپین ، کوېټیاپین ، رېسپریډون ، زیپرازیډون ، او اریپیپرازول څخه دي . دوی کېدی شي چې د واحدې درملنې او د نورو دوديزو مزاج ثابت ساتونکو سره یو ځای د مزاج د ښه ثابت ساتلو لپاره وکارول شي .

کليدي ټکي (Key Points)

+ مزاج ثابت ساتونکي د دوه قطبي ګډوډیو د ټولو حملو د درملنې لپاره توصیه کیږي .

+ د مزاج ثابت ساتونکي په نا پېژندل شوو مګر ډول ډول مکانېزمونو اغیز کوي .

+ د ويني د درمليزې کچې پر بنسټ د ورځني دوز ورکړه په نېغه توګه اغيزمني درملنې ته رسيږي .

+ د مزاج ثابت ساتونکي جدي مسمومیتونه لري نو ځکه ناروغان منظمې څارنې ته اړتیا لري .

+ ځینې غیروصفي انتي سایکوتیک همدا رنګه د مزاج ثابت ساتلو ځانګړنې لري او کېدی شي چې د واحدې درملنې په څېر او یا د نورو دوديزو مزاج ثابت ساتونکو سره په یوځای کولو سره وکارول شي.

پنځلسم څپرکی

اضطراب حلوونکي (Anxiolytics)

هغه درمل چې په دې څپرکی کې بیانیږي ټول د اضطراب حلولو خانګړنې لري . لکه چې بنزو ډیازیپین په پراخه کچه کلینیکی ډول ډول (لکه د انستیزي د مخه ، د ستا توس اپیلیتیکوس په درملنه کې ، د عضلي استرخا ورکوونکي په څېر ، او د بېخوبۍ په درملنه کې)کاروني لري . او نوره درمل (لکه خپګان ضد) د اضطراب په ځینو ډولونو کې ګټور دي ، بنزوډیازیپین د پراخ طیف (ساحې) د اضطراب د اعراضو په چټکه بیا ښه کېدنه کې بېجوړې اغیزمن دي . بوسپیرون یو افسانوي درمل دی چې په اوس مهال کې د عمومي اضطراب ګډوډي په درملنه کې لومړی کارول کیږي ، داسې نه ښکاري چې د اضطراب په نورو ډولونو (لکه بېځایه ډار)کې اغیزمن وي .

بنزوډیازیپین (Benzodiazepines)

توصیه کووني (Indications)

بنزوډیازیپین په ټولو درملو کې له ډېرو کارېدونکو درملو له ډلې څخه دي . په رواني کې دوی د یوې ګډوډي په درملنه کې لومړي یا د نورو فارمکولوژیکو توکو سره د ضمیموي درملنې په څېر کارول کیږي . بنزوډیازیپین د اضطرابي ډول ډول ګډوډیو د درملنې لپاره : د بېځایه ډار ګډوډي ، د عمومي اضطراب ګډوډي ، د ژوند فشار راوړونکو پېښو سره یو ځایي اضطراب (لکه د یوې د جوړجاړي د ګډوډي سره اضطراب) او هغه اضطراب چې د خپګان اختلاط ورکوي (څلورم څپرکي ته وګورۍ) کارول کیږي . سربېره پردې بنزوډیازیپین د بېخوبۍ د لنډې مودې درملنې لپاره کارول کیږي ، د الکهولو د پرېښودو د سنډروم د درملنې ، د مانیا د تهیج ، د ډیمنشیا ، او رواني ګډوډیو ، او د کتاتونیا د درملنې لپاره (۱ – ۱۵ لمبرجدول) کارول کیږي .

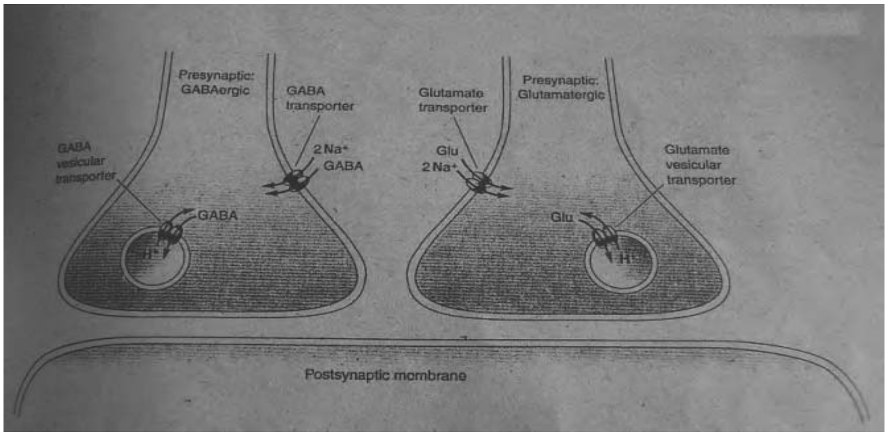
(۱ - ۱۵) لمبر جدول د بنزوډیازیپین رواني کارونه راښيي :

اضطرابي ګډوډی :
د عمومي اضطراب ګډوډی
د بېځایه ډار ګډوډی
مزاجي ګډوډی
د اضطراب اړوند خپګان
د بېخوبی اړوند خپګان
د مانیا په حملو کې تهیج
د جوړجاړي ګډوډی
د جوړ جاړي د ګډوډیو درملنه له اضطراب سره
د خوب ګډوډی
د لنډې مودې لپاره د بې خوبی درملنه
متفرقه (ډول ډول)
د نیورو لیپتیک له امله د اکاتیزیا درملنه
د لېونتوب یا نورو لاملونو له امله تهیج
کتاتونیا (په ځانګړې توګه لورازیپام)
د الکهولو پرېښودل

دعمل مکانېزم (Mechanism of Action)

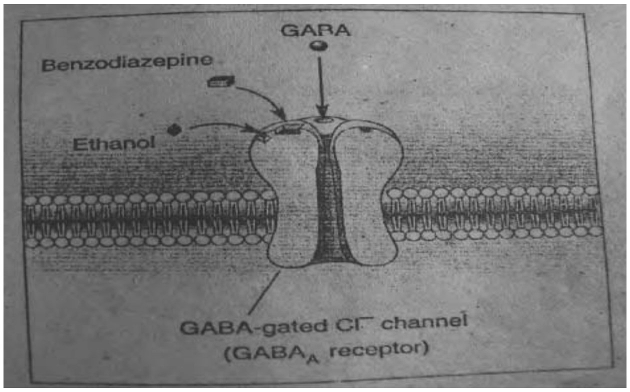
داسې ښکاري چې بنزو ډیازیپین د دوی د اګونست لـه لاري پـه مرکزي عصبي سیستم کـې د ګاما امینوبیوتایریـک اسید (GABA) د اخـذو (د GABA-A د کلوراید د ایـون چاینـل تنظیـوي او د GABA-B داسي ښکاري چې د دوهمي پیغام رسوونکو سیتمونو پر مټ کار کوي) د اضطراب حلوونکي په څېر دنده ترسره کوي . ګاما امینوبیوتایریک اسید یو پراخ خپور ډب کوونکی عصبي لېږدوونکی دی چې پېچلي اخذوي جوړښتونه ورسره دي ،د ګاما امینوبیوتایریک اسید ، بنزوډیازیپین ، او باربیتوراتو سره د اړیکو د ټینګولو لپاره ډول ډول اړخونه لري ، د بنزوډیازیپین د عمل کولو ډېرښکاره ډول په رواني ناروغیوکي د دوی له خوا د لمبیک به سیستم کې د ګاما امینو بیوتایریک اسید د دندو ښه والی دی . څکه بنزودیازیپین په نېغه توګه د ایون دچاینل په چټکی سره غبرګون ورکوونکی اګونست دی ، د دوی د عمل مکانېزم مرکزی عصبي سیستم ته په رسېدو سره په رښتونی ډول ناڅاپي دی (د بوسپیرون سره په توپیر کې د تعقیب لپاره معلومات دي) . په اضطراب کې لاسته راغلي شواهد را په ګوته کوي چې د GABA د دندو بدلون د اضطراب سره یو ځای وي . د بېلګې په ډول په هغه ناروغانو کې چې اضطرابي ګډوډی لري په مرکزي عصبي سیستم کې بې په لږه شمېره د GABA اخذې موندل کیږي . په اضطراب کې د دې GABA د اخذو د کثافت د کموالي سربېره د

GABA پاتې شوي اخذې ښايي د بنزوډيازيپين پر وړاندي تيت يا بدلون لرونکی غبرګون وښيي . دلته همدا رنګه ښايي د دې ډلي په قشر کي د GABA د غلظت لړوالی وي :په همدې ترتيب GABA په روښانه توګه يوازېنی عصبي لېږدوونکی نه دی چي اضطرابي ګډوډيو ته په برابرولو کي ونډه اخلي . هغه درمل چي د مونوامينو دندو ته بدلون ور کوي لکه : د سيروټونين او نوراپينفرين د اخذو د دوهم خلی نهيه کوونکو غوندي او همدا رنګه د بوسپيرون په څېر (وروسته و ګوری) همدا رنګه په لوړه کچه د ځينو اضطرابي ګډوډيو په درملنه کي اغيزمن دي .



(۱ – ۱۵) شکل : د عصبي لېږدوونکو ترانسپورټ

Reproduced with permission from Bear MF,Connors BW, Parasido MA.Neuroscience; Exploring the Brain,2ndEd,Philadelphia;Lippincott Williams and Wilkins,2001.



(۲ – ۱۵) شکل د بنزوډيازيپين عمل : بنزوډيازيپين د GABA-A د اخذوسره په يوه اړخ کي اړيکه ټينګوي چي هغه د GABA پر وړاندي ډېره غبرګون کوونکي کوي چي د دماغو په قدامي برخه کي لوی ډب کوونکی عصبي لېږدوونکی دی

Reproduced with permission from Bear MF, Connors BW, Parasido) MA.Neuroscience;Explorig the Brain.2nd Ed.Philadelphia;Lippincott Williams and Wilkins,2001.

د درملو غوروی (Choice of Medication)

بنزوډیازیپین باید د درملو پر قوت ، د اغیز کولو د کچې ، د متابولېزم پر څرنګوالي ، پر اغیزمن نیمايي عمر ، او د کلینیکي ښېګړې په اغیزمنتیا باندې د پوهېدو پر بنسټ غوره شي . او همدا رنګه ټول بنزو ډیازیپین ښکاریږي چې په ګډ مکانېزم دنده تر سره کوي ، د مخکې ویل شویو لاملونو ځانګړو یوځای کېدل (او لکه چې ښايي تر اوسه پورې د ورو ډولونو اخذو لپاره د میلان توپیرونه نه دي پېژندل شوي) مختلفو بنزوډیازیپینو ته بېلې بېلې توصیې را منځته کوي . (۲ – ۱۵) جدول د ځینو دوديزو کارېدونکو بنزوډیازیپینو ځانګړنې او د وی دوديزې کلینیکي کارېدنې بیانوي .

قووت (Potency)

د لوړ قووت بنزوډیازیپین الپرازولام او کلونازیپام د بېځایه ډار د ګډوډیو په درملنه کې کارول کیږي .

د اغیز کولو کچه (Rate of Onset)

ژر اغیز کوونکي بنزوډیازیپین لکه د ډیازیپام غوندې ښايي (لوړ) احساس پیدا کړي او په غښتلي ډول ډېر روږدي کوونکي دي . ژر اغیز کوونکي بنزوډیازیپین فلورازیپام او تریازولام د ډیازیپام غوندې د بېخوبی د درملنې لپاره کارول کیږي .

د متابولېزم تګ لوری (Route of Metabolism)

ټول بنزوډیازیپین پرته له لورازیپام ، اکسازیپام او تیمازیپام څخه داسې نوملړ شوي چې د دوی په متابولېزم کې د یوې مرحلې په څېر اکسیډېشن ته اړتیا لري . د ینې د ناروغیو (لکه سیروز)او یا د ینې په دندو کې د عمومي کموالي (لکه بوډاتوب) له امله د ینې د اکسیډېشن دندې ویجاړیږي ، بنزوډیازیپین چې اکسیډېشن ته اړتیا لري د دې ډېره ورتیا لري چې په هغو کسانو کې چې د ځګر دندې بې ویجاړې وي په زهري کچه را ټول شي .

د اطراح کېدلو نیمايي عمر (Elimination Half-Life)

د اطراح کېدلو نیمايي عمر موږ ته د متابولایزشویو درملو د اغیزې د کړلو وخت را په ګوته کوي . د هغه درملو لپاره چې د ا طراح نیمايي عمر ته په اوږده موده کې رسیږي ، مسمومیت کېدی شي په تکراري ورکړې سره په اسانی سره ولیدل شي . سربېره پردې د اوږدې مودې اغیز کوونکو بنزوډیازیپین د اخري دوز له ورکړې وروسته تر څو ورځو پورې د توکسیکولوژي لوحه مثبته پاتې کیږي . د ډېر اوږده د اطراح نیمايي عمرلرونکي درمل داسې کنګل کیږي چې په لږه کچه د د وزونو

په مینځ کې د اعراضو د بیا را ښکاره کېدو جوګه وي ، د بېلګې په ډول کلونازیپام اوس د الپرازولام په پرتله د پانیک ګډوډیو د درملنې لپاره ډېر خوښوي ځکه د دې په اوږده موده کې د اطراح نیمایي عمر ته رسېدل د دوزونو په مینځ کې د پانیک د اعراضو خورا ښه کابو کونه را منځته کوي . هغه درمل چې په لنډه موده کې د اطراح نیمایي عمر ته رسیږي داسې حالتونو ته لکه : بېخوبي ګټور دي ځکه دوی لږشان د ورځې مهال خوب زنګول او د سستوالي پاتې شوني را منځته کوي .

فعال متابولېټونه (Active Metabolites)

هغه درمل چې فعال متابولېټونه لري په عمومي ډول د اطراح نیمایي اوږد عمر لري . د بنزوډیازیپېن له مینځه ټول مګر درې درمله د کانجوګېشن پر مټ (لورازیپام ، اکسازیپام او تیما زیپام) متابولایز کیږي او کلونازیپام فعال متابولېټونه لري .

درملیزه ځارنه (Therapeutic Monitoring)

د بنزوډیازیپېن ورکړه د جانبي عوارضو او د روږدي کېدو غښتلتیا ته په پام سره تر هغه پورې عیاریږي چې د اعراضو ښېګړه لوړه کړي . ورځنی ځارنې ته اړتیا نه شته : همدا رنګه د درملو د سیروم کچه تر هغه ځایه رسیږي چې په کلینیک کې تر هغه زیات نه کارول کیږي . نسخه شویو بنزو ډیازیپېن ته باید د دوی د دې وړتیا له امله چې د فزیولوژیک روږدي کېدو لامل ګرزي پاملرنه وکړو . دوی نه شو کولی چې بیرنی یې ورکړه بس کړو ځکه چې د محرومیت د سنډروم خطر لري اوښایي چې جټکې وریکښې شاملې وي . زغم او تړلتوب حتی د څو اونیو له کارونې وروسته شوني دي چې ښکاره شي . په زړو کسانو کې یې باید کارونه په ډېرې پاملرنې سره تر سره شی .لکه چې بنزوډیازیپېن د اسې ښودل شوي چې د لوېدو خطر زیاتوي چې د غټو هډوکو بر ماتېدو پای مومي . د اوږده اغیز لرونکي بنزوډیازیپېن همدا رنګه په بوډاګانو کې د نقلیه (لېږدوونکو) وسایلو د ټکر د کچې د لوړوالي سره یو ځای وي .

جانبي عوارض او د درملو سر چپه غبرګون (Side Effects and Adverse Drug Reactions)

د بنزودیازیپېن غټ جانبی عوارض په مرکزي عصبي سیستم پورې اړوند دي . د بنزوډیازیپېنو لومړنی جانبي عرض خوبجنتوب او د عمومي سستی احساس دی . همدا رنګه بنزوډیازیپېن ډېر ځله د تهیج د درملنې لپاره کارول کیږي ، دوی ښایي نه ډب کونه را منځته کړي (او له دې امله تهیج بدتر کیږي)

په ځینو ناروغانو کې (لکه زاړه کسان) . بنزودیازیپېن په لړه پیمانه په روغو کسانو کې د تنفسي سیستم انحطاط ورکوونکي دي مګر شوني ده په هغه کسانو کې چې مزمنې د ساه بندی ناروغی ولري د کاربن ډای اکسایډ د مرکوني احتباس خوا ته لاړ شي . د اوږدې مودې لپاره د بنزودیازیپېن کارونه د پېژندني د وېجاړی خوا ته ځي چې نه بنایي د بس کولو وروسته له مینځه لاړه شي (دا اوس تر فعالې څېړني لاندې ده) . مرګ په روغو کسانو کې د بنزودیازیپېن د دوز په لوړوالي کې په یوازېوالي کې نادر دی ، مګر هغه وخت لېدل کېږي چې بنزودیازیپېن له الکهولو او د مرکزی عصبي سیستم له نورو انحطاط ورکوونکو سره په یو ځایي ډول واخیستل شي .

(۲ ــ ۱۵) لمبر جدول د بنزودیازیپېن ډېر ځایونه کاروني راښیي :

درمل	دخولي له لارې ورکړه په ملیګرام	واحد دوز په ملیګرام	دوبیزه درملیزه ورکړه ملیګرام په ورځ کې	پیل	متابولېزم	داطراح نیمايي عمر	فعال متابولېت	په روان کې يې دوډزه کارونه
الپرازولام (زېنکس)	۲	۱ - ۰,۲۵	۱ ــ ۴	منځنی	اکسیدېشن	۶ ــ ۲۰	هو	بېځایه ډار او اضطراب
کلوردیازیپوکساید (لبریم)	۴۰ - ۱۰۰	۵ ــ ۲۵	۱۵ ــ ۱۰۰	منځنی	=	۳۰ - ۱۰۰	=	د الکهولو د زهرياتوله منځه وړل
ډیازیپام(والیم)	۲۰	۲ ــ ۱۰	۴ - ۴۰	چټک	=	۳۰ - ۱۰۰	هو	اضطراب اوبې خوبي
کلونازیپام (کلونوپین)	۱	۰/۵ - ۲	۱ ــ ۴	=	=	۱۸ ــ ۵۰	نه	بېځایه ډار او اضطراب
فلورازیپام (ډالمان)	۱۲۰	۳۰ ــ ۱۵	۱۵ ــ ۳۰	=	=	۵۰ ــ ۱۶۰	=	بېخوبي
لورازیپام (اټیوان)	۴	۰ / ۵ ۲	۱ ــ ۶	منځنی	کانجوګشن	۱۰ ــ ۲۰	نه	اضطراب او کتاتونیا
اکسازیپام (سیراکس)	۶۰	۱۰ــ ۳۰	۳۰ ــ ۱۲	ورو	=	۸ - ۱۲	=	دالکهولودزهرياتو له منځه وړل
تیمازیپام (رېستوریل)	۶۰ ــ ۱۲۰	۷,۵ ۱۵	۳۰ ۵/۷	منځنی	=	۸ ــ ۲۰	=	بېخوبي
تریازولام (هالسیون)	۱	۰,۲۵ ۰,۱۲۵	۰,۱۲۵ ــ ۰,۵	چټک	اکسیدېشن	۱,۵ ــ ۵	هو	بېخوبي

بسپيرون يا بسپار (Buspirone or Buspar)

بوسپيرون په عمومي اضطرابي ګډوډي کې لومړني کارېدونکي دي . څکه دوی په ورو او اوږده مهال کې درمليزې اغيزې ته رسيږي ، هغه ناروغان چې د شديد اضطراب اعراض لري ښايي ببوسه وي چې کلينيکي هڅې وزغمي . بوسپيرون په هغو کسانو کې کې چې د نشيي توکو او بنزوډيازيپېن د بېځايه کاروني تاريخچه ولري د يوې غوره درملنې په څېر دي . په عمومي ډول بوسپيرون د اضطراب په ښه کولو کې د بنزوډيازيپېن د ښېګړې ورکولو وړتيا ننګوي ، مګرشوني ده چې په ځينو وګړو کې اغيزمن وي .

د عمل مکانېزم (Mechanism of Action)

بوسپيرون يو افسانوي درمل دی داسې ښکاري چې د يوه اضطراب حلوونکي غوندې د يوه اګونست په څېر په سېروتونرژيک 5HT1A اخذو باندې د اعيز له لارې عمل کوي . سربېره پر دې دا د D2 اخذو ځيني انتا ګونست اغيزې لري ، په همدې ترتيب د نا روښانه کلينيکي څرګندونو سره يوځای دي چې بنزوډيازيپېن ته ورته نه دي ، دا په بيړه کار نه ورکوي ، څو اونيو مودې ته د درملو ورکړې لپاره اړتيا ده چې درمل ور کړل شي ترڅو د اعراضو ښېګړه را منځته شي . بوسپيرون د GABA اخذو ته ميلان نه لري او له دې امله د بنزوډيازيپېن او الکهولو د محروميت په درملنه کې د کارېدو نه دی . دا نه خوب راوړونکی دی او نه د بېخوبی په درملنه کې ګټور دی .

درمليزه څارنه (Therapeutic Monitoring)

د بوسپيرون د کاروني پر مهال دوديزې (ورځنۍ) او د درملو د کچې څارني ته اړتيا نه شته .

جانبي عوارض او د درملو سرچپه غبرګونونه (Side Effects and Adverse Drug Reactions)

بوسپيرون د خوب راوړلو لامل نه ګرزي او همدا شان د پام وړ د محروميت سنډروم ، او روږدي کېدنه نه رامنځته کوي . غټ جانبي عوارض سرګرخي ، خوب زنګول ، عصبانيت ، او زړه ډکوالی دي .

کليدي ټکي (Key Points)

+ اضطراب حلوونکي عبارت له بنزوډيازيپېن او بوسپيرون څخه دي .

+ بنزوډيازيپين د GABA-A د اخذو سره اړيکي ټينګوي او په پرتليز ډول يې د اغيزې پيل چټک دی ، بوسپيرون د سيروټونين د اخذو سره اړيکي ټينګوي او له اونيو وروسته په ورځنی کاروني سره اغيزه کوي .

+ بنزوډيازيپين ډول ډول کارېدني لري چې عبارت له : اضطراب حلولو ، د الکهولو د زهرياتو له منځه وړلو ، تهيج او بېخوبي څخه دي .

+ بنزوډيازيپين په ټولو کاروونکو کې د پېژندني د ويجاړی لامل ګرزي او همدا رنګه په زړو کاروونکو کې د لېږدوونکو وسايلو د ټکر له امله د مړيني خطر زياتوي .

+ بنزوډيازيپين فزيولوژيک روږدي کېدل رامنځته کوي او ښايي د پام وړ د محروميت سنډروم ښکاره کړي .

+ بوسپيرون يوازې عمومي اضطرا ب درمل کوي او د فزيولوژيک روږدي کېدو لامل نه ګرځي .

متفرقه (ډول ډول) درمل (Miscellaneous Medications)

دا څپرکی هغه درمل په ځان کې را نغاړي چې د نشيي توکو د روږدي کېدو ، د پاملرنې د نيمګړتيا او لوړ فعاليت ګډوډۍ (ADHD) ، او الزايمر ناروغۍ د درملنې لپاره کارول کيږي ، لکه څنګه چې دا درمل په دوديز ډول په رواني پراکتيک کې کارول کيږي چې تر اوسه پورې په رسمي ډول د رواني درملنې د درملو په ډله کې نه دي کټل شوي . ډېر درمل په عمومي طبي پراکتيک کې کارول کيږي چې جانبي عوارض لکه خوب راوړل ، هڅول ، يا اضطراب حلول لري . دا جانبي عوارض په رواني کې په کار وړل کيږي چې ځانګړي اعراض (لکه بېخوبي او بېسکي) موخه ګرزوي . نوره درمل لکه د روان هڅوونکو غوندې د رواني کاروني لپاره په ټينګار سره استطباب لري . (۱-۱۶) لمبر جدول د روان هڅوونکو ، انتي کولينرژيک ، بيټا بلاکر ، د تايرايډ هارمونونو ، اونورو درملو دوديزې کارېدنې را ښيي . ډېر نور درمل چې له دې وروسته ور باندې دلته بحث کيږي د رواني ناروغيو پر وړاندې له جنګې ببرۍ څخه عبارت دي .

انتي کولينرژيک (Anticholinergics)

هغه درمل چې انتي کولينرژيک فعاليت لري په رواني ناروغيو کې د نيورولپټيک له امله را منځته شويو حرکي ګډوډيو د ځينو ډولونو په درملنه اومخنيوي کې په دوديزه توګه کارول کيږي . انتي کولينرژيک په عمومي ډول د نيورو لپټيکو له امله را منځته شوي پارکېنسونېزم او حادې دېزتونيا په درملنه کې د لومړی کرښې د توکو په څېر کارول کيږي ، دوی همدارنګه ښايي د اکاتيزيا په درملنه کې ځينې ګټې ولري مګر له بيټا بلاکر او لورازيپام وروسته په ازمويلو کې خورا ښه را وتلي دي . ډېر دوديز کارېدونکي انتي کولينرژيک بنزتروپين او ترای هګزي فنيډايل دي . سربېره پر دې ډيفن هايدرامين يو انتي هستامين چې همدارنګه انتي کولينرژيکي ځانګړنې لري ، ډېر ځله د نيورولپټيکو له امله د را منځته شويو حرکي ګډوډيو د درملنې لپاره کارول کيږي اوغير وصفي تسکين را منځته کوي . دا درمل د مرکزي عصبي سيستم موسکارينيک انتاګونست دي . د انتي کولينرژيک جانبي عوارض د انتي کولينرژيک د محيطي اغيز له امله را منځته کيږي چې عبارت : د ليدلو تياره کېدل (د سايکلو پلېژيا د پايلې په څېر) ، قبضيت او د ادرار له بندېدلو څخه دي ، د دوی اساسي مرکزي جانبي

عوارض خوب وړل او ډلېریوم دي . د انتي کولینرژیک تسمم په ځانګړي ډول په هغو کسانو کې چې ډېمنشیا یا د انساني معافیت له منځه وړونکي ویروس انسفالوپاتي لري ، د ډلېریوم غټ لاملونه دي .

بیټا بلاکر

بیټا بلاکر په عمومي طبابت کې ډېر کارول کېږي . په رواني کې دوی ځانګړي څو کاروني لري . بیټابلاکر داسې ښکاري چې سلوکي او مزاجي حالتونو ته د کټاکولامین د مرکزي او محیطي دواړو دندو په بدلولو سره بدلون ورکوي. د بېلګې په ډول په اضطراب کې دوی ښایي مرکزي تحریک کم او په محیطي ډول دوی ښایي تاکي کارډیا ، ریږدېدنه ، خولې کول او د تنفس سرعت را لږ کړي . د بیټا بلا کر دوديز جانبي عوارض عبارت له : براډي کارډیا ، د فشارد ټیټوالي ، د استما د بدترکېدلو ، او د شکرې په ناروغانو کې هایپوګلایسیمیا له پوښلو څخه دي . بیټا بلاکرښایي همدا رنګه خپګان ته ورته سنډرومونه چې په بې میلي او خپه مزاج سره وصفي دي را منځته کړي .

هغه درمل چې د توجه د نیمګړتیا او د لوړفعالیتد ګډوډي(ADHD) په درملنه کې کارول کیږي

اتوموکسیتین (Atomoxetine)

اتوموکسیتین (ستراترا) د نور اپینفرین د دوهم ځلي جذب یو انتخابي نهیه کوونکي درمل دي چې د توجه د نیمګړتیا او د لوړفعالیت ګډوډی د درملنې لپاره تجویز شوي دي . ورته درملو ته په نورو مملکتونوکي د خپګان د درملنې لپاره جواز ور کړ شوی اوپه همدي ترتیب اتوموکسیتین په ازاد مټ د امریکا په متحده ایالاتو کې د خپګان د درملنې لپاره کارول کیږي ، د دې اغیزه نه ده پیژندل شوي لکه د نورو درملو ، د مونوامینو د دوهم ځلي جذب کوونکو په څېرد اغیز لومړي مکانېزم (لکه د سېروټونین د دوهم ځلي جذب د انتخابي نهیه کوونکي) چې لري ، اتوموکسیتین په ماشومانو اولویانو کې د ځان وژنې د خطر د زیاتوالي سره یو ځای وي او په ځانګړي ډول د درملو د پیل او پایښت پر مهال په خیر سره څارنې ته اړتیا لري .

(۱-۱۶)جدول د متفرقه درملو رواني کاروني راښيي :

د درملو ډله	غټه رواني کارونه
روان هڅوونکي	د توجه د نيمګړتيا ګډوډۍ په درملنه په زړو کې د خپګان او يا د داخله ناروغيو په درملنه کې د نارکولپسي په درملنه کې د درملو سره په کينه کښ خپګان کي د خپګان ضد درملو د اغيز د زياتوالي لپاره
انتي کولينرژيک	د نيورولېپتيک له امله را پيداشوي پارکينسونيزم په درملنه کې د نيورولېپتيک له امله رامنځته شوي ډېزتونيا په درملنه کې
بيتابلاکر	د غوسه کېدلو په درملنه کې د تيارولو د اضطراب په درملنه کې د اکاتيزيا په درملنه کې د لېتيوم له امله د رامنځته شوي رېږدېدني په درملنه کې
ډای سولفيرام	د الکهولود څښلو په مخنيوي کي
د اپوييد انتاګونست	د الکهولېزم په درملنه کې
د ګلوتامات انهولوونکي	د الکهولېزم په درملنه کې
د اپوييدوقسمي اګونست	د اپياتو د روږدي شويو په درملنه کې
کلونيډين	د غوسه کېدو په درملنه کي د توريټ د سنډروم په درملنه کي د اپياتو نه د محروميت د سنډروم په درملنه کې د توجه د نيمګړتيا د ګډوډۍ په درملنه کې
د اسيتايل کولينسترازېب کوونکي	د الزايمرناروغی په خفيفي نه تر منځنی د ياد داښت له لاسه ورکولوپه درملنه کې
داين مېتايل ډي اسپارتات اګونست	په الزايمرناروغي کې دمنځنی نه ترشديدي حافظې له لاسه ورکولوپه درملنه کی
د تايرايد هارمونونه	د درملني سره په کينه کښ خپګان کي دخپګان ضد درملود اغيز دزياتوالي لپاره

کلونيډين (Clonidine)

کلونيډين د مرکزي عصبي سيستم د الفا۲ اډرينواخذو يو اګونست دی د الفا۲ اډرينو رېسپټور يو پريسانپتيک اوتو رېسپټور دی چې د مرکزي عصبي سيستم د نور اپينفرين ازادول نهيه کوي . په طبابت کې د کلونيډين لومړنی کارونه د وينې د فشارد را ټيټوونکي په څېر ده (۱ – ۱۵)جدول . په رواني کې کلونيډين ډول ډول کارول کيږي . دا د اپياتو د محروميت سره يو ځايي اوتونوميکو اعراضو په را لږولو کې ، د ADHD او توريټ سنډروم په درملنه کې اغيزمن دي ، او ښايي په غوسه ناکو او د سلوک د کابو کولو په نورو ستونځو کې ګټور وي . جانبي عوارض له خوب وړلو، سرګرخي او د فشار له ټيټوالي څخه عبارت دي .

روان هڅوونکي (Psycho Stimulants)

په رواني کې روان هڅوونکي د پاملرني د نيمګړتيا د ګډوډۍ ، نارکولپسي ، او د خپګان د ځينو ډولونو د درملني لپاره کارول کيږي . دوديز کارېدونکي روان هڅوونکي : دکستروامفېتامين (دکسيډرين) ، مېتايل فنيدات (ريټالين) ، اډيرال (د امفېټانينو يو مخلوط دی) او پيمولين (سيلرټ) دي . د دې درملو د عمل مکانېزم داسې ښکاري چې په نبغ ډول په مرکزي عصبي سيستم کې د مونو امينو د دندو

په بدلون ورکولو کې لیدل کیږي . د دوی لومړنی د عمل مکانیزم په نبعه توګه داخلي عصبي لېږدوونکو د ازادېدو لپاره د اسانتیاوو برابرول دي (نو له دې امله تر یوې کچې د نبغ اګونست په څېر عمل کوي) . روان هڅوونکي د لېږدېدونکي زغم او رواني روږدي کېدلو وړتیا لري ، کوم چې ښایي بېځایه کاروني ته لاړشي . د دې درملو جانبي عوارض د دوی د سېمپاتو ممېتیک اغیز له امله دېر اوعبارت له : تاکي کاردیا ، بېخوبي ، اضطراب ، د وینې د فشارلوړوالی ، زیاتي خولي کول ، او د وزن بایلل ښايي په ځوانو ماشومانو کې یونا غوښتی جاني عرض وي مګر په یوه چاغ کاهل کې په زړه پورې وي .

هغه درمل چې د نشيي توکو د تړلتوب په درملنه کې کارول کیږي (Medications Used to Treat Substance Dependence)

نالترېکسون (Naltrexone)

نالترېکسون (ReVia) یو مایکرو اپویید انتا ګونست دی چې د الکهولو د بیا کاروني د مخنیوي او د الکهولو په روږدو کسانو کې د الکهولو د بیا را ګرزېدو د سختوالي د لږولو لپاره کارول کیږي. د نالترېکسون درملنه هغه مهال په یوه ناروغ کې پیلیږي چې یو وار له الکهولو څخه بې زهرو شوی وي. دهغو کسانو لپاره چې دوی ور سره یو ځای په اپیاتو روږدی وي او یا هغه څوک چې د طبي دلایلو پر مټ اپیات کاروي ترڅو چې له وروستی اپیات کاروني بې لږ تر لږه یوه اونۍ تېره شوي نه وي د نالترېکسون پر مټ درملنه باید ورته پیل نه شي (که چیرې په اپیاتو پورې تړلي یوه کس ته داپیاتو یو انتاګونست ورکړل شي کولی شي چې د اپیاتو شدید محرومیت وهڅوي) . نالترېکسون د الکهولو غوښتنه لږوي ، د الکهولو د بیا کاروني احتمال لږوي ، او د الکهولود بیا کارولو چې یو وار ولیدل شي سختوالی لږوي . نالترېکسون د نورو ټولو درملنو غوندې د الکهولو د تړلتوب لپاره کله چې رواني او ټولنیزې لاسوهنې(کړنې) ور سره یو ځای شي خورا ښه کار ورکوي .

اکامپروسات (Acamprossate)

اکامپروسات (کامپرال) دېراوسني مجوز درمل دي چې د الکهولو په تړلتوب کې کارول کیږي . اکامپروسات په هغو کسانوکې چې د درملنې په پیل کې روږدي شوي وي د روږدي کېدلو د تاکلو لپاره توصیه کیږي چې د الکهولوسره د نوروشیانو روږدي کېدل په ګوته کړي . اکامپروسات د زیات شمېر مکانېزمونو له لارې ښایي کارو کړي چې عبارت له : د ګلوتامات د دندو د اندولوونکي په څېر څخه

دي . دا درمل داسې ښکاري چې د الکهولو څښلو ته په هغه کسانوکې چې اوس له الکهولو محروم شوي دي غوښتنه او میلان ټیټوي او د روږدي کېدو په تاکنه کې مرسته کوي اولړه شدیده دوهم ځلي کارونه را منځته کوي . اکامپروسات باید د الکهولېزم په درملنه کې د رواني- ټولنیزو لاسوهنو سره یو ځای شي .

ډای سولفیرام (Disulfiram)

ډاي سولفیرام (انتابوس) د الکهولو د څښلو نه د مخنیوي لپاره د هغه د پایلو نه د ډار پر مټ چې الکهول د ډای سولفیرام سره یو ځای واخلي کارول کیږي (۱ – ۱۵) لمبر جدول . ډایسولفیرام د اسیت الدیهاید اکسیدېشن د الکهولو د مېتابولېزم په یوه مرحله کې نهي کوي . د اسیت الدیهاید را تولیدل په ناروغ کې کله چې ډای سولفیرام واخلي زهري غبرګون دی چې کولی شی د پنځو نه تر لسو دقیقو پورې سخته ناروغي را منځته کوي . اعراض عبارت له : د ګرمي احساسول ، سردردي ، خولې کول ، د خولې وچوالی ، د زړه ډکوالی ، کانګي ، اوسرخړخي څخه دي . په ډېرو شدیدو غبرګونونو کې د ټټر دردونه ، ساه لندي ، د فشار ټیټوالی او کانفوژن لیدل کیږي . او مرګونی غبرګون په نادر ډول شونی دی چې ولیدل شي . د ډای سولفیرام د کارولو لپاره باید په محدود ډول هغه ناروغان کوم چې په لوړه کچه متحرک دي او د هغه د پایلو نه چې د الکهولو نه د ډای سولفیرام سره په اخیستلوکې ښه پوهېدلي دي په ځیرکتیا سره غوره شي . د الکهولو د اخیستلو په نه شتون کې جانبي عوارض عبارت له : هپاتیت ، اپتیک نیوریت او د جنسي اقتدار نشتوالی څخه دي .

بوپرینورفین (Buprenorphine)

بوپرینورفین د اپیاتو د روږدوالي د درملنې لپاره کارول کیږي . د اپیاتو د قسمي اګونست غوندې د اپیاتو د زهریاتو په بې اغیز کولو کې ونده اخلي . نه د متادون د تعقیبي درملنې په شان چې د اپیاتو په ترلتوب کې (کوم چې یوازې کولی شو چې د متادون د درملنې په ځانګړو مرکزونو کې یې وکاروو) ، د خولې له لارې بوپرینورفین (سوبوتکس) ، یا یو جوړښت (سوبکسون) چې بوپرینورفین او نالوکسون په ځان کې را نغاړي ، د بستر د باندې ناروغانو لپاره د دفتري پراکتیک د کارونې پر بنسټ د لاسرسي وړ دي . اصلي شکل یې (بوپرینیکس) په ځینو حالتونو کې د اپیاتو د محرومیت د سنډروم د درملنې لپاره د عضلې له لارې کارول کیږي . څکه بوپرینورفین د اپیاتو قسمي اګونست دی ، دا د جانبي عوارضو له اړخه لکه د تنفسي انحطاط غوندې خوندي دي . د بوپرینورفین او نالوکسون سره

ګډول د دي لپاره طرح شوي دي چي بوپرينورفين د تابلتونو په شکل که چېري د ژبې لاندې مستحظراتو په شکل سره توصيه شي ، په دوهم ځلي ډول په زرقي شکل د اړولو مخنيوی وکړي .
نالوکسون (د اپياتو يو انتاګونست دی) دا درمل لږ جذب لري او له دې امله د بوپرينورفين د درمليز اغيز په ميلان کي کي لاسوهنه نه کوي . که چېري د خولې له لارې ګولی وچيچل شي يا په بل عبارت په زرقي شکل و اړول شي ، په همدې ترتيب د نالوکسان مرکب (د يوه مايکرو اپوييد انتاګونست په څېر) د نالوکسينو د اغيزو په نهي کولو کې د يوه قسمي اګونست په څېر په مايکرو اپوييد اخذو باندې اغيز کوی .

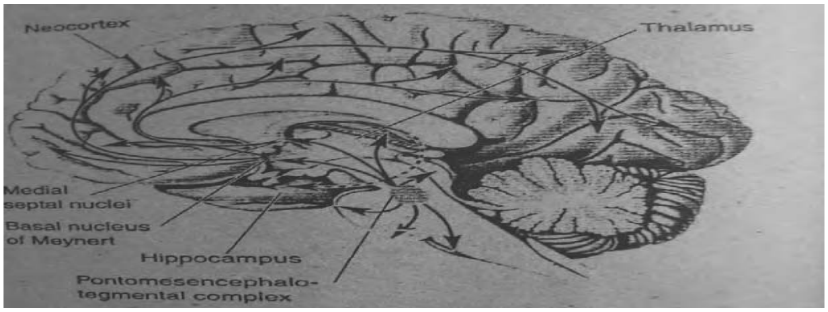
هغه درمل چې د بې خوبی په درملنه کې کارول کيږي (Medications used to Treat Insomnia)

ډېر بنزوډيازوپين (پنځلسم څپرکی وګوری) هايپنوتيک (د خوب رامنځته کولو) اړوند ځانګړني چې عبارت له : د خوب د پيل د ورکوالي لږوالی (هغه وخت چې څوک پکې ويده کيږي) ، د شپې له خوا د بيدارېدو د وارونو او مودې لږول ، او په ټوليزه توګه د ټول خوب د وخت زياتولو څخه دي . د دغو درملو سره زغم په چټکۍ وده مومي او د دوی په کارولو کې د خوب جوړښت غير نورمال وي . دلته د بنزو ډيازيپين پرته نور خوب راوړونکي هم شته : زولپيډم (Zolpidem) يا (امبين ،امبرن CR) ، زاليپلون (Zaleplon) يا (سوناتا) ، او (Eszopiclon) يا اسزوپيکلون (لونيستا) دي . دا درمل د ګاما امينو بيو تايريک اسيد اخذو انډولوونکي دي . په طبيعي ډول ليدل کېدونکی ملاتونين د ګوليو په ډول د خوب راوړلو لپاره کارول کيږي . يو نوی درمل (Ramelteon) يا راملتيون (روزريم) باور کيږي چې په سوپرا کياسماتيک هسته کې د ملاتونين د اخذو سره په نښلېدو سره کار کوي . د ګاما امينو بيو تاريک اسيد انډولوونکو خوب را وړنه د زغم او ترلتوب د جوړولو سره يو ځای وي . راملتيون ښايي دا ستونځې و نه لري ، مګر راتلونکو تجروبو او څيړنو ته اړتيا ده چې څرګند شي . ځيني خوب راوړونکي دري حلقوي خپګان ضد درمل (لکه اميترابيټلين) او ټرازودون د بېخوبی د درملنې لپاره کارول کيږي . دوی داسې نه ښکاري چې زغم او ترلتوب وهڅوي مګر ښايي فزيولوژيک نورمال خوب و نه هڅوي .

هغه درمل چې د ډيمنشيا د درملنې لپاره کارول کيږي (د پېژندنې لوړوونکي)

(Medications Used to Treat Dementia(Cognitive Enhancers)

يوشمېر درمل د امريکا په متحده اياالتو کې د پېژندنې د دندو د هغه ستونځو د درملنې لپاره چې د الزايمر د ګډوډۍ سره يو ځای وي د لاسرسي وړ دي . (Donepezil) ډونيپزيل يا (اريسپټ) ، ريواستيګمين (اکسيلان) ، (Galantamine) ګالانټامين (ريمينايل) او(Tacrine) ټاکرين (کونېکس) د اسيتايل کولينستراز د انزايم ارجاعي نهيه کوونکي دي او د الزايمر ټيپ د خفيفې نه ترمنځنۍ ډيمنشيا لرونکو ناروغانو کې د پېژندنې د لوړوالي لپاره کارول کيږي . ريواستيګمين همدارنګه بيوتايريل کولينستراز نهيه کوي يوه ځانګړنه ده چې ښايي د ريواستګمين په اغيز کې د الزايمر ناروغۍ په وروستيو مرحلو کې لويه ونډه واخلي . ګالانتامين همدا رنګه په نيکوتينيک کولينرژيک اخذو باندي فعاليت لري چې ښايي په کلينيکي ډول د پام وړ وي . په الزايمر ناروغي کې د پېژندنې ځينې نيمګړتياوې د دماغو په قاعدوي قدامي برخه کې چې دماغي قشر او هيپو کامپاس ته غبرګون کوي کوم چې د کولينرژيک عصبي ليږدوونکو په نشتوالي پای مومي چې د کولينرژيک نيورونونو د لاسه ورکولو په پايله کې را منځته کيږي (۱ ـــ ۱۶) شکل . د هغه انزايم او يا انزايمونو نهيه کول چې سا ينپتيک اسيتايل کولين هايدرولايز کوي دا درمل داسي فکر کيږي چې په پاتې شويو کولينرژيک نيورونونو کې د ساينپتيک اسيتايل کولين غلظت لوړوي . په اصل کې دا درمل د پېژندنې ويجاړۍ لږوي په همدې ترتيب دا اغيز په پرمختلونکي توګه د کولينرژيک نيورونونو د له لاسه ورکولو سره بې اغيزې کيږي . دوديز جانبي عوارض عبارت له : د ګېډې (معدي) او کولمو د دندو سرچپه کېدلو څخه او نوره کولينومميتيک اعراض عبارت له : برادي کارديا او د ګېډې د تېزابو د افرازد زياتوالي څخه دي .ټاکرين شوني ده چې په سيروم کې د ترانساميناززونو د لوړېدو او د ځګر د شديد مسموميت لامل شي نو له دې امله دوهمې کرښې درملنې ته ساتل شوی دی



(۱ – ۱۶)   دکولینرژیک خېروي انېولوونکی سیستم چې د قاعدوي قدامي دماغو او دماغي ساقي څخه را ټوکي را ښيي :

Reproduced with permission from Bear MF,Connors BW,Parasido MA.Neuroscience;Exploring the Brain .2nd Ed,Philadelphia;Lippincott Williams and Wilkins,2001.)

مېمانټين (نامينډا) (Memantine or Namenda)

په الزايمرناروغی کې د پېژندني لوړوونکي يوه نوي ډله درمل دي چې لاسرسی ورته کېږي .
مېمانتين په بريدکوونکي ګلوتاماترژيک اين متايل ډي اسپارتات اخذو کې يو انتاګونست دی . مېمانتين د الزايمر تيپ په ډيمنشيا کې د منځني نه ترشديد ډول پورې د درملنې لپاره تجويز شوی دی . د اين متايل ډي اسپارتات د اخذو انتاګونېزم ښايي د ګلوتامات د بريد کووني د پېغام د رسوني په مخنيوي کې مرسته وکړي ، او د هغه نيورونونو دندې چې د ياد ساتلو په ځينو ډولونو (لکه هيپوکامپاس) کې ونډه اخلي ښې کړي .

د تايرايډ هورمونونه (Thyroid Hormones)

تايرايډ هورمون په لومړي ګام کې په رواني کې د خپګان ضد درملو د اغيزې د زياتولو لپاره کارول کېږي . دوی همدا رنګه د چټک دوران په دوه قطبي ګډوډيو کې د ضميموي درملو په څېر کارول کېږي . همدارنګه کلينيکي هايپوتايروډېزم کولی شي چې د خپګان اعراض تمثيل کړي ، ځيني کسان د کلينيکي هايپو تايروډېزم پرته ښايي د تايرايډ زياتوني ته ځواب ورکړي . د تايرايډ هورمونونو د کاروني تيوريکي بنسټ په خپګان اخته کسانو کې د هايپوتالاميک- نخاميه – او ادرينال د محورونو په دندو کې د بدلونونو پر موندنو ډېر لګوي . په همدې ترتيب د دوی اړوند اغيزې تر بحث لاندې دي ، دواړه ترای ايودو تايرونين اوتترا ايودوتايرونين د دماغو له مانعې نه تېرېږي . تترا ايودوتايرونين داسې

جوتيږي چې په چټک دوران کوونکي دوه قطبي ګډوډيو کې د لېتيوم سره يوځاى د کلينيکى اعراضو د کابو کولو لپاره کارول کيږي . په ټيټ دوز کې يې جانبي عوارض لږ دي : کله چې د دوز ور کړه په لوړوالي بدله شي د هايپر تايروديزم اعراض ښکاره کيږي .

کليدي ټکي (Key Points)

+ يو شمېر درمل شته دي چې د الزايمر ناروغي ، ADHD ، بېخوبي ، او په نشيي توکو پورې تړلتوب درمل کوي . دا درمل د دماغو هغه کيمياوي برخه چې باور کيږي چې د هغو ګډوډيو اړوند ده چې پته پتوفزيولوژي لري موخه ګرزوي .

+ هغه درمل چې ډول ډول عصبي لېږدوونکي اغيزمنوي شوني ده چې د نورو سايکوتروپيک درملو د جانبي عوارضو د له منځه وړلو لپاره وکارول شي .

اووه لسم څپرکی

د درملو لوی سر چپه غبرګونونه (Major Adverse Drug Rections)

دا څپرکی یوه ډله لوی سرچپه غبرګونونه چې د رواني درملو د کاروني سره یو ځای وي بیانوي . واړه سرچپه غبرګونونه او جانبي عوارض د درملو په اړوند څپرکیو کې په ګوته شوي دي . په همدې ترتیب د درملو سرچپه غبرګونونه (د سېروټونین له سنډروم پرته) په لاندې ډول څېړل شوي دي ،چې په پراخه کچه د رواني درملو پر مټ رامنځته کېږي ،دوی ښایي د نورو درملوپه غبرګون کې ولیدل شي . د رواني درملو پر وړاندې د درملو لوی سرچپه غبرګون ، د دوی د خطر لاملونه ، پېل ، او درملنه یې په (۱ – ۱۷) لمبر جدول کې په ګوته شوي دي . همدارنګه د رواني ګډوډیو تشخیصي او احصایوي څلورم چاپ لاسوند : ډېزټونیا ، اکاتیزیا ، خارج اهرامي اعراض (EPS) ، نیورولپټیک خبیث سنډروم (NMS)، او پرلپسې حرکي ستونځې د نیورولپټیک له امله رامنځته شوي حرکي ګډوډیو په څېړدي ، دا روښانه ده چې اکاتیزیا د غیر نیورولپټیک رواني درملو سره شوني ده چې ولیدل شي .

ډېزټونیا (Dystonia)

ډېزټونیا د نیورولپټیک له امله را پیدا کېدونکې حرکي ګډوډي ده چې په عضلي سپازم سره وصفي ده. ډېزټونیا په دودیز ډول د سر اوغاړې عضلات نیسي مګرښایي همدارنګه نهایات او تنه په ځان کې را و نغاړي . اعراض ښایي له خفیفو ذهني د عضلي کشش د زیاتوالي له احساسه بیا د ژوند تهدیدوونکي شدیدې عضلي تیتاني او د حنجرې د ډېزټونیا (لارنګوسپازم) دهوایي لارې له تنګوالي سره د یو ځای شوي سنډروم پورې پراخوالی مومي . عضلي سپازم ښایي د سر او غاړې دغیر نورمال وضعیت او د ژامي دعضلاتو د سپازم خوا ته لاړشي . د ژبې سپازم د وړو خبرو کولو خوا ته او د خبروکولو د نه پیوستون خوا ته ځي ، د بلعوم ډېزټونیا ښایي بېځایه لاړې بهېدل او مسخره ډوله حالت رامنځته کړي ، د سترګو د عضلاتو ډېزټونیا ښایي د سترګو د زمبلو حمله را منځته کړي . زمینه جوړوونکي لاملونه عبارت له : د لوړ قووت لرونکو انتي سایکوتیکو کارولو ، په ځوانو نارینه وو کې له لوړ خطر سره وي ، چې دا حالت ډېر ځله د درملو په درملنه کې وختي (د څو ورځو په مینځ کې پر مختګ کوي) ، څخه دي . د ډېزټونیا درملنه د اعراضو په شدت پورې تړلې ده . په ډېر دودیز ډول عضلي سپازم خفیف وي او د خولې له لارې د انتي کولینرژیک درملو په ورکړې سره ځواب وایي . په ډېرو شدیدو

کېسونو کې عضلي انتي کولينرژيک درمل (بنزتروپين يا ډيفن هايدرامين) کولی شو چې و کاروو . که لارنګوسپازم شتون ولري وريدي انتي کولينرژيک درمل کارول کيږي . ځيني کېسونه که تنفسي احتناق شديد وي ښايي انتيوبيشن ته اړتيا ولري .د ستونځو جوړوونکي انتي سايکوتيک بس (قطع) کول ځيني وخت اړين وي ، په نورو کېسونو کې د انتي کولينرژيک درملو د سراپا دوز پر بنسټ د ډېزتونيا د بيا را ګرزېدو مخنيوی کوي .

اکاتيزيا (Akathisia)

اکاتيزيا يو دوديز جانبي عرض دی چې د انتي سايکوتيک درمل پر مټ را منځته کيږي ، دا همدارنګه د سېروټونين د دوهم ځلي جذب د نهيه کوونکو له امله را منځته کيږي . اکاتيزيا د ذهني داخلي نا کراريو يا ډېر غښتلی ميلان و دې ته چې ټول بدن په يوه وار و ښوروي جوړه شويده . هغه کسان چې اکاتيزيا لري ډارن او هيجاني وي . په ډېره دوديزه توګه دا د انتي سايکوتيک درملو له پيل لنډه موده وروسته ليدل کيږي ، په ځانګړي ډول په ځوانو نارينه وو کې . دوی ښايي چې څه نا څه قدم و وهي يا حرکت وکړي ، نه شي کولی چې کرار کېني . اکاتيزيا کولی شي چې شديده نا خوښي او اضطراب په ناروغانو کې را منځته کړي ، او ښايي که چېري نه وي پېژندل شوي دوی ډېر ربړوونکي حالت ته بوزي او يا د ځان وژني هڅې ته بوزي .دا ارزښتمنه ده چې اکاتيزيا سمه تشخيص شي ، ځکه په تېروتنه کې تهيج او لېونتوب بدتر کيږي ،د انتي سايکوتيکو ورکړه ښايي پيل شوي اکاتيزيا بدتره کړي . د اکاتيزيا لپاره زمينه جوړوونکي لاملونه عبارت له : د درملو په ورکړه کې اوسنی لوړوالی ، يا د درملنې د پيل اوسنی کاروني څخه دي . ډېر کېسونه په درملوسره د درملنې په لومړئ مياشت کې ليدل کيږي مګر شوني ده چې هر وخت په درملنه کې وليدل شي . درملنه په دوديز ډول (که چېري شوني وي) د درملو د لږوالي يا د نورو بيتا بلاکړ له کارولو(په دوديز ډول پروپانولول) يا بنزوډيازيپين (په ځانګړي ډول لورازيپام) له کارولو جوړه ده . په همدې ترتيب دلته د دوی د اغيزمنتيا اړوند بحثونه شتون لري ، انتي کولينرژيک (ډيفن هايدرامين يا بنزتروپين) همدارنګه ډېرځله کارول کيږي .

(۱ – ۱۷) لمبرجدول د نیورولپتیک له امله پیداشوي حرکي ګډوډۍ راښیي :

ګډوډي	زمینه جوړوونکي لاملونه	پیل	درملنه
ډیزټونیا	د لوړقووت لرونکي انتي سایکوتیک ځوان نارینه	د درملني لومړۍ څو ورځې	عضلي یا وریدي بنزټروپین یا ډیفن - هایدرامین ، شدید لارنګوسپازم ښایي انتیوبېشن ته اړتیا ولري .
اکاتیزیا	اوسنی زیاتوالی د درملو د ورکړې پیل	د درملني لومړۍ میاشت	پروپانولول ، لورازیپام (ښایي انتي کولینرژیک)
د خارج اهرامي سیستم اعراض	د لوړقووت لرونکي انتي سایکوتیک د خارج اهرامي اعراضولومړنی وختي پیل	د درملني لومړنی څو اونۍ	انتي کولینرژیک ، د انتي سایکوتیکو د دوز لږول ، او یا د لږ قووت لرونکو انتي سایکوتیکو سره بدلول .
نیورولپتیک خبیث سندروم	په لوړ دوز انتي سایکوتیک په چټکۍ د دوزلوړول ، د انتي سایکوتیکوعضلي ورکړه تهیج ، ډیهایدرېشن ،د نیورو- لپتیک سندروم لومړنی پیل	ډېرځله په لومړیوڅو اونیو کې ، شوني ده چې د انتي سایکوتیک درملني په هر وخت کې و لیدل شي	د انتي سایکوتیک درملو قطع کول ، د اعراضو ملاتړیزه څارنه ، ډانترولین ، او بروموکرېپتین ښایي جدي څارني ته اړتیا و لري .
پرلپسي حرکي ستونځې	بوډاتوب ، د اوږدې مودې انتي سایکوتیک درملنه ، ښځینه جنسیت ،د اصله افریقایي امریکایان ، د مزاج ګډوډي	په دوديزه توګه له درملني کالونه وروسته	د انتي سایکوتیک د ورکړې لږول ، د انتي سایکوتیکو بدلول ، په کلوزاپیلو یې بدلول .

د DSM-IV ډلبندي دا ګډوډۍ دوی د نیورولپتیک له امله په را پیدا شویو حرکي ګډوډیو سره را پېژني . د نیورلپتیک اصطلاح په عمومي ډول وصفي انتي سایکوتیکو ته اړوند کیږي (دوولسم څپرکي ته وګورۍ) . پرته له رېسپیریډون کوم چې د غیر وصفي انتي سایکوتیک په څېر ډلبندي شوی دی مګر کولی شي چې د ټولو پورتنیو ګډوډیو لامل شي ، د سېروټونین د دوهم ځلي جذب انتخابي نهیه کوونکي کوم چې نیورولپتیک درمل نه دي مګر کولی شي چې په روښانه ډول اکاتیزیا رامنځته کړي ، اوکلوزاریل کوم چې نه ښکاري چې ډیزټونیا ،اکاتیزیا ، خارج اهرامي اعراض ، یا پرلپسي ډیزکاینېزیا را منځته کړي مګر د نیورولپتیک خبیث سندروم لامل ګرزي .

EPS : خارج اهرامي اعراض . NMS : نیورولپتیک خبیث سندروم . TD : پرلپسي ډیزکاینېزیا . IM : د عضلي د ننه . IV : د ورید د ننه .

خارج اهرامي اعراض (EPS) (Extra Pyramidal Symptoms)

خارج اهرامي اعراض همدارنګه د نیورولپتیکو له امله د رامنځته کېدونکي پارکېنسونېزم په نوم هم یادیږي ، د نیورولپتیکو د کاروني په غبرګون کې د پارکېنسونېزم د ناروغۍ د کلاسیکو اعراضو له پرمختګ څخه جوړشوی دی . ډېر دودیز اعراض شخي او اکاینېزیا دي ، چې د ټولو ناروغانو د نیمایي نه په ډېرو کې لیدل کیږي کوم چې د اوږدې مودې لپاره د نیورولپتیک درملنه اخلي . یوه د ۳ نه تر ۶

وارو پورې زېږدېدنه د مخ او غاړې په عضلاتو او اطرافو کې ښايي شتون ولري . اکاينيزيا يا براډي کاينيزيا د لږو ښېواکه حرکتونو پر مټ څرګندېږي اوښايي د مسخرو نه په ډکو حرکتونو سره بشپړ شي . شخي د پارکينسونيزم د کلاسيکو " سربي پيپ " شخي (هغه شخي چې د يوه نهايت د منفعلو حرکتونو پر مهال پر لېسې شتون لري) او يا د دندانه لرونکي څرخ شخوالى (هغه شخوالى چې د نيولو-پرېښولو وصف لري) دي . د خارج اهرامي اعراضو د پرمختګ لپاره زمينه جوړوونکي لاملونه عبارت له : د لوړ قووت لرونکو نيورولپتيکو کارونه ، د عمر لوړوالي ، او د خارج اهرامي اعراضو وختي راتللو څخه دي . خارج اهرامي اعراض ډېر ځله د درملني په لومړيو څو اونيو کې پرمختګ کوي . درملنه له : د انتي سايکوتيک د ورکړې لږولو (که چېرې شوني وي) ، او د رژيم سره يې د يوه انتي کولينرژيک يو ځاى کولو څخه جوړه ده .

نيورولپتيک خبيث سنډروم (Neuroleptic Malignant Syndrome)

د نيورولپتيک خبيث سنډروم يو په ځان پورې اړوند او يو ژوند ګواښونکى اختلاط دى چې په ډېر دوديز ډول د انتي سايتيکو درملو د کارونې سره يو ځاى وي . د نيورو لپتيک خبيث سنډروم ښايي خود بخود (خپل په خپله) وليدل شي ،په همدې ترتيب د هر درمل په څواب کې چې ډوپامين اخذې نهي کوي او د ډوپامين اګونست د لږولو او بدلولو په غبرګون کې رامنځته کيږي . د نيورولپتيک خبيث سنډروم اعراض له ګړيو نه تر ورځو پورې موده کې پراو په پراو پرمختګ کوي او ډېرځله کېدى شي چې د داخله ناروغيو د اعراضو سره يو د بل د پاسه وليدل شي . په نيورولپتيک خبيث سنډروم لرونکي ناروغ کې لويي کلينيکي موندني په (۲- ۱۷) لمبر جدول کې ښودل شويدي .د نيورولپتيک سنډروم ډېر اعراض غير وصفي دي او د نورو رواني يا داخله حالتونو په اعراضو سره پټ او ور سره ګډ وي . د نيورولپتيک خبيث سنډروم تشخيص د کلينيکي لوحې د په ورو ورو پرمختګ او ورو ورو زوال په خصلت سره په همدې ډول ستونځمن کيږي . د اوتونوميکو بې ثباتيو(بې ټيکاوه کېدو) جوړه کېدل د حرکي غير نورمالتياوو سره د نيورو لپتيک سنډروم په تشخيص کې بنسټيز دى . اوتونوميک بدلونونه شوني دي چې : قلبي وعايي بدلونونه ، د قلبي اريتميا سره او د وينې د فشار کواکي (بې ثباتي) په ځان کې را و نغاړي . په ټيټه درجه کې تبه چې شديدې تودوخي لوړوالي ته وده مومي ښايي شتون ولري . حرکي موندني ښايي د نورو رواني ناروغيو د حرکي غير نورمالتيا وو سره يو ځاى پوښلي وي د بېلګې په ډول شخوالى او ډېزتونيا شوني دي چې د خارج اهرامي اعراضو د ساده ډېزتونيا سره

تبروتنه را منځته کړي . موټيزم شونې دی چې د شديد سايکوز او يا کتاتونيا يوازينی عرض وي همدا رنګه د نيورو لپتيک خبيث سندروم سره ليدل کيږي . سلوکي اشکال لکه د تهيج په څېر شوني ده چې د نورو رواني سندرومونو سره يوځايي يو د بل د پاسه و ليدل شي . په همدې ترتيب د دلېريم او د جټکوشتون د ډېرو شديدو عمومي طبي ناروغيو نه خبر ورکوي . (لکه د درملو څخه محروميت) يا د نيورولپتيک خبيث سندروم . لابراتواري موندني ښايي په لوړه کچه کرياتين په دوهم ځلي توګه د ور پېښې عضلي شخې له امله چې د عضلي د مړينې څخه لاسته راغلي دي وښيي . د ينې انزايمونه هم ښايي لوړ وي ، مګر د دوی اړيکې د نيورولپتيک خبيث سندروم سره نه دي روښانه شوي. لوکوسايتوزېس همدارنګه شتون لري . د نيورولپتيک خبيث سندروم د پرمختګ لپاره زمينه جوړوونکي لاملونه په (١ -١٧) لمبرجدول کې چې عبارت له : په لوړ دوز د انتي سايکوتيکو کارونه ، په بيړه د انتي سايکوتيکو لوړونه ، د انتي سايکوتيکو عضلي زرق ، ډيهايدريشن ، تهيج او د نيورو لپتيک سندروم د تاريخچې شتون دي ، بيان شوي دي . ځينې لاملونه ښايي د ناروغی په سختوالي پورې (لکه د شديدې ناروغی لرونکي ناروغان ډېر د خولې له لارې لږ خوري او ډيهادريشن کيږي ، ډېر داسې ښکاري چې په محبسونو کې ځای په ځای شوي دي . او د دوی د سببي لامل په پر تله (يوه انتي سايکوتيک عضلي زرق نه اړتيا لري) . په همدې ترتيب نيورولپتيک خبيث سندروم د انتي سايکوتيک درملو د درملنې په لومړيو څو اونيو کې ډېر دود دی دا کولی شي چې د درملنې په هر وخت کې وليدل شي . د دې غښتلي مرګوني ګډوډۍ درملنه په لويه پيمانه ملاتړيزه (حمايتي) ده . ځانګړي لاسوهنې (مداخلې) عبارت له : د انتي سايکوتيکو قطع کول (يو داسې غوروی چې ښايي په هغو کسانو کې چې ذخيروي انتي سايکوتيک يې اخيستي وي ډېر وخت و نيسي)، د اوسنې ډوپامين اګونست پرېښودنې بيا پرحال کول ، ډانترولېن (يو عضلي استرخا ورکوونکی دی) کارول کيږي ،چې شخې او عضلي احتشا لږه کړي ، او بروموکرېپتين (چې يو ډوپامين اګونست) دی ځينې وختونه د يوه انتي سايکوتيک د ډوپامين د ډب کولو د اغيزې د په شا را ګرزولو لپاره کارول کيږي . د اعراضو څارنه عبارت له : د قلبي څارنې جدي مراقبت ، او انټيوبېشن ښايي اړين وي ، د نيورولپتيک سندروم اعراض د سېروټونين د سندروم سره يو د بل د پاسه وي ، په همدې ډول د نيورولپتيک عضلي شخې او د کرياتين کيناز لوړوالی څرګند دي . سربېره پر دې د سېروټونين سندروم د هغو درملو د کارونې په غبرګون کې چې د سېروټونينو دندې اغيزمنې کوي وده مومي (په ځانګړي ډول مونو امينو اکسيداز

نهیه کوونکي یا(MAOIs) ،کله چي نیورو لیپتیک سندروم د انتي سایکوتیک درملو په غبرګون کی وده ومومي. په هغو ناروغانو کي چي مونو امینو اکسیداز نهیه کوونکي او انتي سایکوتیک دواړه (لکه د درملو سره دښمن سایکوتیک خپګان)کاروو تشخیص به پوره ستونزمن وي

(۲-۱۷) جدول نیورولیپتیک خبیث سندروم راښیي :

اوتونومیک
تاکي کاردیا نوره قلبي اریتمیا
د فشار لوړوالی
د فشار ټیټوالی
تبه چي د تودوخي د ډېر لوړوالي خوا ته درومي
حرکي
شخوالی او ډیزتونیا
اکاتیزیا
موټېزم یا چوپ پاتې کېدل
د بلع یا څه تېرولو ستونځې
سلوکي
تهیج
د بولو بندېدل
ډلېریم
جټکي (اختلاجات)
کوما
لابراتوار
د کریاتین کیناز لوړوالی
د ځګر د وظیفوي ټستونو غیر نورمالوالی
د سپینو کریواتو د شمېر لوړوالی

(۳- ۱۷) لمبر جدول سېروټونين سنډروم را ښيي :

ټاکي کارډي
د فشار لوړوالی
ډېرې خولې کول
تبه چې د تودوخې د ډېر لوړوالي خوا ته پرمختګ کوي
حرکي
لړزېدل
عضلي تشنجات (ټکانونه)
د عکساتو لوړوالی
د سترګوحرکي غیر نورمال حالتونه
سلوکي
نا کراري
تهيج
ډلېريوم
کوما

پرلپسې (اوږدمهاله) حرکي ستونځه (Tradive Dyskinesia)

پرلپسې حرکي ستونځه (TD) يوه حرکي ستونزه ده چې د اوږدې مودې نیورولپټیک کارونې سره را منځته کيږي ، او په نادر ډول په زړو کسانو کې کوم چې دوی انتي سايکوټيک درمل نه وي اخیستي پخپله لیدل کيږي . پرلپسې حرکي ستونځه له : ثابتو ، بې اختیاره ، کلیشیي ، کوريواتيتوييد (Darce like) حرکتونه دي چې ډېر څله د سر او غاړې په عضلاتو کې را منځته کيږي . په وارو وارو سره د اطرافو ، تنفسي او د خولې او ستوني عضلات نیسي . زمینه جوړوونکي لاملونه عبارت له : د اوږدې مودې لپاره په نیورولپټیک سره درملنه ، د عمر لوړوالي ، ښځینه جنسیت ، او د مزاجي ګډوډیو شتون ، څخه دي . همدارنګه پرلپسې حرکي ستونځه په ځینو کېسونو کې بېرته راګرزېدونکي ده ، دا داسې څرګند وي چې درملنه : د انتي سايکوټیکو له بدلولو ، د دوز د ورکړې له لړولو ، يا د

کلوزاپین پیلول ، کوم چې ښکاري د نورو انتي سایکوتیکو نه په بېل مکانېزم کار کوي ښایي د پرلپسې حرکي ستونځې غیر نورمال حرکتونه لږ او یا بدل کړي .

د سېروټونین سنډروم (Serotonine Syndrome)

په ساینپټیک ساحه کې د سېروټونین دغلظت لوړوالی په سېروټونین سنډروم پای مومي . دا سنډروم شونی دی چې د درملو د یوازېنی کارونې او یا د هغه غیرقانوني درملو چې سېروټونرژیکي فعال دي، مګر په ډېر دوډیز ډول کله چې څو ډوله درمل چې د سېروټونین مېټابولېزم بدلوي وکارول شي پخپله لیدل کیږي (٤ - ١٧) شکل . په کلاسیک ډول دا سنډروم هغه وخت رامنځته کیږي چې د مونو امینو اکسیداز نهیه کوونکو سره د سېروټونین نور بدلوونکي درمل و کارول شي . دا سنډروم چې ښایي ژوند تهدیدوونکی وي هغه اعراض په ځان کې را نغاړي چې په (٣ - ١٧) لمبرجدول کې بیان شوي دي . دوی عبارت له : شدیدې اوتونومیکي بې ثباتی ، حرکي غیرنورمالو حالتونو ، او سلوکي بدلونونو ، څخه دي . د ګډوډیو دا ټولګه شوني ده چې په پرلپسې ډول له ډېرو خفیفو اعراضو نه تر ډېرو خبیثو اعراضو پورې چې په کوما او مرګ پای مومي ولیدل شي . یو دې ته ورته سنډروم هغه وخت لیدل کیږي چې مونو امینو اکسیداز نهیه کوونکي د مېپریدین یا ډکستروموتروفان او یا ښایي د نورو اپیاتو د کارونې سره ولیدل شي . د سېروټونین سنډروم د نیورولپټیک خبیث سنډروم سره ډېر ورته والي لري مګر په توپیري تشخیص سره چې ښایي د هغه درملو د تاریخچې نه چې پر ده تطبیق شوي او د کلنیکي اعراضو نه را څرګندیږي بېل شي . نیورولپټیک خبیث سنډروم د انتي سایکوتیک درملو د کارولو پر مهال او یا یې ښایي وروسته و لیدل شي . لکه څنګه چې د سېروټونین سنډروم د مونو امینو اکسیداز نهیه کوونکو په نېغه کارونه یا د نوروسېرېټونرژیک توکو په کارونه کې لیدل کیږي . نیورولپټیک خبیث سنډروم کولی شي چې پراو په پراو پیل شي . په داسې حال کې چې سېروټونین سنډروم چټک وي . سېروټونین سنډروم ښایي د لړزانده عکسوي لوړوالي اوعضلي تشنج سره یو ځای رامنځته شي . د ګېډې او کولمو څرګند اعراض (زړه ډکوالی او نسناستی) ښایي سېروټونین سنډروم را په ګوته کړي . عضلي شخوالی ښایي د سېروټونین سنډروم په سختو کېسونو کې ولیدل شي، نو له دې امله نیورولپټیک خبیث سنډروم تمثیلوي . د سېروټونین سنډروم لپاره زمینه جوړوونکي لاملونه د مونو امینو اکسیداز نهیه کوونکو د نورو سېروټونین بدلوونکو درملو سره د یو ځایوالي برسېره نور څه

نه دي پېژندل شوي . د سېروټونين سندروم لپاره درملنه په غټه پيمانه ملاتړيزه او ښايي د قلبي ځارنې او مخانيکي تنفس لپاره جدي مراقبت ته اړتيا و لري . د سېروټونين 2A اخذو انتاګونست سيپروهېپتادين د دې حالت په درملنه کې اغيزمنتيا ښيي او د قانون خلاف درملو کاروني ته بايد پای ورکړو .

٤ – ١٧ لمبر جدول سېروټونرژيک فعال مواد راښيي :

بسپيرون
سيټالوپرام
کلومېپرامين
اسسيټالوپرام
فلوکسيټين
فلووکسامين
پاروکسيټين
سرټرالين
ټرازاډون
ونلافاکسين
٣، ٤ متايلين ډای اکسي متافېټامين (اکستازي)

متابوليکي اغيزې (Metabolic Effects)

ډېر سايکوټروپيک مواد داسې ښکاري چې په بدن کې د انرژي انډول اغيزمن کوي ، د وزن اخيستلو او غښتلي متابوليک سنډروم (چاغوالي ، د انسولين سره مقاوم يا ډغري وهونکی او د وينې د شحمياتو د لوړوالي) خوا ته درومي . په دې اړوند ډېر ستونځو جوړوونکي مواد اولانزاپين او کلوزاپين ، په همدې ډول ټول غير وصفي انتي سايکوتيک اوځيني مزاج ثابت ساتونکي (ليتيم او والپروايک اسيد) د بدن د کتلې (وزن) د زياتوالي سره يو ځای او ښايي د شکرې ناروغي وهڅوي ، دي . د وزن اخيستلو او د ګلوکوز د غيرمنظموالي پټ ميکانيزمونه نه دي روښانه . انتي سايکوتيک په ځانګړي ډول په هغو ناروغانو کې چې لپونتوب لري او په هغه چا کې چې د ناروغيو له امله لږ فزيکي فعال وي کارول کيږي. ځيني انتي سايکوتيک همدارنګه ښکاري چې ، ځيني وختونه په اساسي توګه اشتها لوړوي . انتي سايکوتيک همدارنګه ښايي متابوليزم (همدارنګه دا ثابت شوی نه دی) ټيټ کړي . په عمومي ډول د انتي سايکوتيکو د درملنې ګټې د رواني ګډوډيو لپاره د متابوليکو اغيزو څخه ډېرې درنې دي . ناروغانو او د هغوي کورنيو ته بايد د درملنې د پيل نه مخکې د تاوانونو اړوند معلومات ور کړل شي. د اساسي کرښې په توګه د بدن وزن ، په لوړه کې د وينې ګلوکوز اود وينې شحم بايد د درملنې په پيل

اویا په دوراني شکل د درملني په اوږدو کې چک شي .د درملو غوروی باید په ډېرفکرسره د درملو د

کتې او تاوانونو د شمېرني پر بنسټ په پوښتلو (ارزولو) سره تر سره شي .

کلیدي ټکي (Key Points)

+ په رواني کې د درملو غټ سرچپه غبرگونونه د انتي سایکوتیک درملو او د سېروټونین د بدلوونکو

درملو د کاروني سره ډېر دود (معمول) دي .

+ انتی سایکوتیک کولی شي چې د ډېزتونیا ، اکاتیزیا ، خارج اهرامي اعراض ، نیورولپتیک خبیث

سنډروم ، پرلپسې اکاینیزیا ، د وزن اخیستلو او د شکرې د ناروغۍ لامل شي .

+ د سېروټونین بدلون ورکوونکي درمل کولی شي چې د اکاتیزیا او سېروټونین سنډروم لامل شي .

+ ټول پورتني د درملو سر چپه غبرگونونه د درملنې په اخیستلو سره بېرته گرزېدونکي دي پرته له

پرلپسې حرکي ستونزې چې ثابته پاتې کیږي .

د روان پوهنې تیوري او روان درملنه(Psychological Theory and Psychotherapy)

دلته کې شمېرارزښتمنې تیورۍ چې ورسره یوځای د روان درملنې افکار اغیزمن کوي شتون لري .

روان درملنې له : رواني تحلیلوني، د پېژندني او سلوکي تیوریو نه چې په ډېرې پراخې کچې کارول کیږي سرچینه اخیستي ده . د لنډ مهاله رواني خوځښت ور کولو درملنه ، د پېژندني سلوکي لاسوهني (مداخلې)، او بین الفردي درملنې ډېرې غښتلې تجربوي هوکړې لري ، لږ ی تجربوي موندنې د تحلیلي – خوځښت ور کونې د درملنو ملاتړ کوي .

د روان پوهنې تیورۍ (Psychological Theories)

د رواني تحلیلوني / رواني خوځښت تیوري (Psychoanalytic/Psychodynamic Theory)

د نظریو بنسټ اېښودونکي د رواني تحلیلوني هڅونې ته د یوه تخنیک په څېر او د رواني خوځښت ورکونې تیوري چې په عمومي ډول د زېګموند فروید تیوري ده ځواب وایي . د فروید تیوري را په ګوته کوي چې غیر شعوري خوځښتونه او پر ودې باندې وختي اغیزمنتیاوې پر سلوک د پوهېدلو لپاره بنسټیز وو . د فروېد اصلي تیورۍ بشپړې بحث توکونکي ثابتې شوي ، او د ډول ډول متابدلو یا ځینې را توکېدلیو تیوریو خوا ته چې د دریو لویو رواني خوځښتونو د افکارو د ښوونځیو له خوا تعقیبیږي دروميي .

د شلمې پېړۍ د رواني خوځښت روانپوهنې ښوونځي (Twentieth-Century Schools of Psychodynamic Psychology)

دلته د شلمې پېړۍ د رواني خوځښت درې لوی ښوونځي شته . خوځښت ورکوونکي روانپوهنه ، د وجدان (پر ځان ډېره لګولو) روانپوهنه ، او د شیانو اړوند تیوري دي .

د خوځښت ورکونې روانپوهنه (Drive Psychology)

د خوځښت ورکونې روانپوهنه په ګوته کوي چې تې رودونکي جنسي (او نور) خوځښتونه لري.دا تیوري وړاندیز کوي چې جنسي او د برید کونې غریزې دي چې په هر یوه شخص کې شتون لري چې هر شخص په ترتیب سره د (د خولې ، مقعد ، پېوالي او جنسي)د رواني جنسي ودې مرحلې په نبغ ډول

پر وړاندې په غبرګون کې د شعور او واقعیت سره اغیزمنه شوي ده .

پر نفس یا پرځان د تکیې رواڼپوهنه (Ego Psychology)

فروید په ناڅاپي ډول د فکر درې برخیزې تیورۍ ته وده ورکړه په کومو کې چې د نیت ، پرځان ډاډ او پر ځان د لوړې ډډې لګولو رواني جوړښتونه پکې را ټول وو. د دې تیورۍ لاندې چې نیت د دماغو د منځپانګې یوه برخه ده چې له خوځښتونو او غریزو څخه جوړه دی . پرنفس د لوړې اتکا منځپانګه د سمو او ناسمو احساس په ځان کې را نغاړي ، چې په غټه پیمانه د مور-پلار او ټولنې له کړنو سرچینه اخلي . پرځان تکیه د چاپېریال سره د همغاړي کېدو او د انګېرنو د حلولو لپاره ځواب ویونکي ده . پرنفس د تکیې یوه لویه دنده اضطراب لرې ول دي . د پر ځان د تکیې دفاعیې (۱ – ۱۸) لمبر جدول کې د رواني مکانېزم په څېر چې پر ځان اتکا (ډډه لګول) له اضطراب نه ساتي وړاندې شوي دي . ځینې ځاني دفاعي مکانېزمونه (لکه عوض کول) د اشخاصو لپاره د نورو پرتله (لکه انکار) ډېر وظیفوي (په کار راتلونکي) دي .

د شیانو سره د اړیکو درلودلو تیوري (Object Relations Theory)

د شیانوسره د اړیکو لرلو تیوري (شیان د یوه چا په ژوند کې ارزښتمن چا ته اړوند کیږي) د خوځښت له تیوري څخه را بېلیږي داسې چې د یوه شي سره اړیکي د بل شي سره د اړیکو د لومړیتوب په نسبت داسې معنا ور کوي چې د ډاډ وړ یو خوځښت دی . د ماشومانو کتل د شیانو د اړیکو تیوري ته کتنه مخ په وړاندې وړي په ټینګار کولو سره د وصال او یا بېلتون په مفهوم پوهیږي .

۱ – ۱۸ لمبــــــر جــــــدول پخپلـــــه دوديــــــز دفـــــاعي مكانيزمونـــــه رابنــــــبي :

انکار Danial	هغه احساسات او خيالات چې پر ځان دتکيې لپاره ويجاړوونکي وي د ردولو پر مټ ډب کيږي چې د بيا را ښکاره کېدو مخه يې و نيسي .
Projection بل چا ته اړوندول	هغه ا احساسات او خيالونه چې پر ځان داډ ويجاړوي نورونه اړوند کيږي .
شا ته اچول Regression	هغه احساسات اوخيالونه چې پر ځان بدي لګول ويجاړوي د ودې يوې وختي مرحلې ته ته په سلوکي بېرته را ګرزېدلو سره کميږي .
غيرشعوري حالت ته اچول Repression	هغه احساسات او خيالونه چې پر ځان بدي لګول ويجاړوي غيرشعوري حالت ته لېږل کيږي
د غبرګون ورکول Reaction formation	هغه احساسات او خيالونه چې پر ځان تکيې ته ويجاړوونکي وي د دوی ضد ته وراړول کيږي .
عوض کول Displacement	هغه احساسات او خيالونه چې پرځان تکيې ته ويجاړوونکي وي داسې خوا ته سمت ور کول کيږي چې په داسې څه بدل شي چې لږ هيجاني غبرګون را و پاروي .
دليل جوړونه Rationalization	هغه احساسات او خيالونه چې پر ځان تکيې ته ويجاړوونکي وي د هغې پر ځای دمنلو وړبديل د څرګندولو چلند ور سره کيږي .
لاندې کول Suppression	هغه احساسات او خيالونه چې پر ځان تکيې ته ويجاړوونکي وي دوی ځان ته نه پرېښودل کيږي بلکه دوی د شعور د خبرتيا په توګه پاتې کيږي .
په عالي بدلول Sublimation	هغه احساسات او خيالونه چې پر ځان تکيې ته ويجاړوونکي وي داسې څه ته غبرګون ورکول چې ډېر د منلو وړ وي .

د پرمختګ يا ودې تيوري (Developmental Theory)

اريک اريکسن د پرځان تکيې د مفهوم د ودې اړوند ګڼ شمېر مقالې ليکلې دي ، اريکسن نظر ورکوي چې د پرځان تکيې پرمختګ د يوه شخص په ژوند کې په نيغه توګه پايښت مومي او را پوهوي چې رواني تولنيزې پېښې هغه بدلونونه هڅوي چې د ودې د بحران خوا ته درومي. د اريکسن د ماډل اړوند اشخاص په نيغ ډول د ژوند د يوې سلسلې مرحلو نه چې په (۲ – ۱۸ جدول) کې ښودل شوي دي تېرېږي . هره مرحله هغه محراقي غبرګونونه چې د پرمختيايي شونتياوو او بهرنی نړۍ پر مټ رامنځته کيږي بيانوي . د اشخاصو د پرمختګ سره د ځاني تکيې پرمختګ يو ځای وي په بريالیتوب

سره د ودې بحرانونه چې په ذاتي ډول په هره مرحله کې شتون لري حلوي . دا ماډل راښيي چې په پرلپسې ډول تر مرګه پورې د پرځان د تکيې وده پايښت مومي .

د پېژندنې تيوري (Cognitive Theory)

د پېژندنې تيوري د خپل ځان ، نورو او نړۍ اړوند د ذهني تجروبو ارزښت په ګوته کوي . دا فرض کوي چې بې منطقه باورونه او فکرونه د ځان ، نړۍ او د ځان د راتلونکي اړوند شوني دي چې رواني پتالوژۍ ته لاړشي . د پېژندنې په تيوري کې فکرونه يا د پېژندنې اړوند يوه تجربه هغه هيجان راښيي چې د تجروبې پر مټ هڅول شوي وي . د بېلګې په ډول په يوه ځای کې د خطر احساس په طبيعي توګه اضطراب ته درومي . کله چې خطر په نېغ ډول شتون لري اضطراب شونی دی چې همغاړی کېدونکی او د ډېرې بيداری او ځان ساتنې خوا ته لاړشي . کله حالت يوازې د خطر د احساس په څېر وي (لکه په عامه ځايونو کې خبرې کول) پاليليز اضطراب شونی دی چې په رواني ډول فلج کوونکی وي . يو شخص په عامه ځايونو کې د خبرو کولو څخه ډارېږي ځکه يو غيرمنطقي ډار لري چې ځينې ويجاړونې به په عامه ځايونو کې و ليدل شي.دغير منطقي باور يوبنسټيزډول د پېژندنې يوه ويجاړې ده(۳ ــ ۱۸)جدول.

سلوکي تيوري (Behavioral Theory)

سلوکي تيوري فرض کوي چې سلوکونه په نېغ ډول د زده کړې په يول ډول شکلونو کې جوړ شوي دي. چې دا ماډلونه :کلاسيکه شرط جوړونه ، اوعملي شرط جوړونه په ځان کې را نغاړي چې په (۴ ــ ۱۸) لمبر جدول کې ښودل شوي دي . يو سلوک يوه ښايي وړاندېز وکړي چې په نېغه عملي شر ط جوړونه کې خپګان د مثبتو دوهم ځلي غښتلتيا په نه شتون کې (لکه د خپلې جوړې له مړينې وروسته) رامنځته کيږي چې په عمومي ډول دعلاقې په ورکوالي سره په هغه سلوکونو کې چې يو وار په زړه پورې (ياغښتلي کوونکي) وو پای مومي . سلوک د ليدلو وړ کړنو څخه عبارت دي (رواني حالتونه نه دي) نو له دې امله شوني ده چې په نېغه توګه اندازه او و ليدل شي . سلوکي درملنه ښايي د ګڼې ګونې نه په ډار ، په الکهولو پورې د تړلتوب ، د خوراک په ګډوډيو ، بېځايه ډار ، جنسي بېسېکيو (کمزوريو) ، رواني حالتونو ، او د جنسي دندو د ستونځو په درملنه کې ګټوره وي. (۵ ــ ۱۸) لمبر جدول د سلوکي درملنې دوديز تخنيکونه راښيي .

روان درملني (Psychotherapies)

د لنډې مودې رواني-حرکي روان درملنه (Short-Term Psychodynamic Psychotherapy)

د لنډې مودې رواني–حرکي روان درملنه يوه عصري په لاس کې شته سيستماتيکه درملنه ده چې رواني حرکي اساسات کاروي ، تر څو رواني حالتونه درمل کړي . درملنه په دوديز ډول له ۴۰ غونډو لږه او په شته حالت (لکه وختي ماشومتوب او تېرو پېښو ته پاملرنه نه وي) متمرکزه ده. کشمکشونه او دهغې رېښې د درملنې موخې دي اوښايي د ناروغانو د سلوک اواحساساتو څرنګوالی ، تکراري پېښې د يوه چا په ژوند کې ، او خپلو غوښتنو ، خيالونو او خيال پلوونو ، ته پاملرنه پکې را چاپېرې کړي . د لنډې مودې رواني-حرکي روان درملنه کله چې د يوه ښه روزل شوي درمل کوونکي له خوا په ور ډول عملي شي په پراخه کچه د تولنيزو دندو د ظرفيت په لوړولو ، د موخيزو اعراضو په پېژندلو ، او عمومي رواني اعراضو په ښېګړه کې اغيزمنه ده . اغيزې يې د درملنې په مهال کې پايښت مومي . د لنډې مودې رواني-حرکي درملنه داسې ښکاري چې په عمومي ډول په اغيز کې د پېژندني د سلوکي درملنې (CBT) سره ، د بين الفردي (IPT) (د معلوماتو لپاره وروسته وګورئ) د پرتله کولو وړ ده ، مګر ناروغ کسان ښايي د درملنې د نورو ډولونو نه د يوه ډول درملنې په وړاندې د درملنې ښه غبرګون و ښيي .

۲ – ۱۸لمبــــــر جــــــدول د اریکســــــن د ژونــــــد د دوران مرحلــــــي راښــــــيي :

هېلي – ناهېلي Trust vs mistrust	له زیږېدو تر ۱۸ میاشتني	ماشومان ډېرې اړتیاوې لري مګر دا غښتلتیا نه لري چې دې اړتیاوو ته ورسیږي ، ماشوم په ځارونکو پورې تړلی دی . که چېرې ځارنه وړ وي ، د هېلي او تړ لاسه کولو احساس جوړیږي .که چېرې ناوړه اونا برابره وي نو ناهېلي وده مومي .
ازادي - شرم کول Autonomy vs shame	له ۱۸ میاشتو نه تر۳کلنی	ماشوم د ژبې د کارونې ، د غایطه موادو اومثانې د کابو کولو او قدم وهلو اړوند زده کړه کوي چې په پایله کې دی یا دې په نړۍ کې ، د اغیزکولو او پلټلو په غوروي پیل کوي . که چېرې ځارنه وړ وي ماشوم به په روغتیایي ډول د ده او یا دې د بشپړې ازادی په پایله کې د شرم کولو داحساس او ازادی ترمینځ انډول را منځته کړي .
ابتکار- ګناه Initiative vs guilt	له ۳ کلنی نه تر۵ کلنی	لکه څنګه چې ماشوم پر ژبه او تللو کنټرول زیاتوي ، دی او یا دې د نړۍ د پلټلو پر زیاتوالي پیل کوي د غښتلیو کړنو له امله یې د ګناه زمینه جوړیږي که ناروا غوښتنو ته ازاد پرېښودل شي .
مشغولتیا- تړلاس لاندې کېدل Industry vs inferiority	د ۵ – ۱۳ کلنی	ماشوم د هغو چارو په تر سره کولوکې چې دی او یا دې یې ترسره کوي پر ځان د ډېې لګولو د احساس په پیدا کولو پیل کوي . د ماشوم په تولو جوړوونکو چارو کې د احساس او وړتیا په لوړولوکې جوړونې ارزښتمنه اغیزه کوي .
توپیرکول - مغشوشوالی Identity vs confusion	۱۳- ۳۱ کلنی	د ځوانی پر مهال په څه ډول یوه ته ښکاره کیږي چې نور په دې مرحله کې ارزښتمن دي . دلته د یوه شخص د هویت د ښکاره کولو او دې اړتیا ترمنځ جنجال دی چې څنګه خپلو غوښتنو ته ورسیږي .
صمیمیت - بېلتون Intimacy vs isolation	۲۱ نه تر ۴۰ کلنی	داراو زیانمن کېدل به د صمیمیت پرمټ د یوازېتوب پر ضد چې د بېلوالي پر مټ پیدا شوی تعادل راولي .
پیداکول اودرېدنه ، Generativity vs stagnation	۴۰ نه تر۶۰ کلنی	که چېرې په ژوند کې بریالیتوب وي شخص په ښه ډول د ده یا د دې ونده په تولنه کې ادا کوي او تولنې ته په لوړه کچه د پیوستون احساس کوي او که چېرې بریالیتوب نه وي نو دا شخص د راتلونکیو لویو نېکمرغیو له اتکل پرته په ژوند کې ډوبیږي .
پرځان دتکیې سمون او ویجاړي Ego integrity vs despair	له ۶۰ نه ترمرګ پورې	یو کس چې د ژوند وړ اړتیاوې ورته رسېدلي وي که چېرې دا اړین شیان ورته لړېږي شخص افسوس کوي او هېله لري چې د ژوند ځینې برخې بېرته ور ته را و ګرزي او که نه د ویجاړی خوا ته ځي .

Moified from Sadock Bj,Sadock VA.Comprehensive Textbook of Psychiatry,7th Ed,Philadelphia;Lippincott Williams and Wilkins 1999.

۳ - ۱۸ لمبر جدول د پېژندنې د ګډوډې دولونه راښيي :

قاطع نتيجې اخيستنې Arbitrary inference	د بشپړو شواهدو پرته د يوې خانګړې پېښې ترسيم .
پر دوو برخو وېشل شوي فکر کول Dichotomous thinking	د تجروبو داسې وېشلو ته ميلان دی چې ((ټول يا هېڅ))په څېر وي
د ټولو عمومي کول Overgeneralization	د عمومي نتاجو جوړول او عملي کول د يوې بېلې پېښې پر بنسټ
لويول او واړه کول Magnification/minimization	د ټولو يا د ارزونې لاندې د ځانګړو پېښو د پام وړ برخو .

Modified from Sadock Bj, Sadock VA . Comprehensive Textbook of Psychiatry.7Ed.Philadelphia;Lippincott Williams and Wilkins,1999.

۴ – ۱۸ لمبرجدول په سلوکي تيوري کې ارزښتمن مفاهيم راښيي :

ماډل جوړونه Modeling	د زده کړې پربنسټ يو ډول دی چې نورو ته په کتنه او د دوی د کړنو او غبرګونونو په پېښو (تقليد)کولو ولاړ دی .
کلاسيکه شرط جوړونه Classical conditioning	د زده کړې يو شکل دی په کوم کې چې يو طبيعي محرک په تکراري ډول د يوه طبيعي محرک سره جوړه شي په پايله کې يې مخکېنی طبيعي محرک يوازې يوه خنثی غبرګون ته ورته غبرګون پيدا کوي .
عملي شرط جوړونه Operant conditioning	د زده کړې يو داسې ډول په کوم کې چې چاپېريالي پېښې (احتمالي پېښېدونکې) چې د شخص د نوي سلوک زده کړه او يا د شته سلوک سمول اغېزمنوي دی .

بين الفردي درملنه (Interpersonal Therapy or IPT)

بين الفردي ښوونځی د شيانو اړوند تيوری څخه د يوه پرمختلونکي په څېر د باندې را ټوکېدلی دی . بين الفردي تيورستان ټينګارکوي چې رواني کشمکشونه د يوه چا د ځان د احساس سره د اړيکو نيول د بل چا سره د اړيکو د نيولو په پرتله لړ ارزښت لري . يا په بله ژبه د اړيکو څرنګوالی د يوه چا په ژوند کې د خوشحالی او يا خپګان کې لومړني ارزښتمن پيدا کوونکي دي . بين الفردي درملنه د خپګان او د هغه اړوند حالتونو ښه ازمويل شوی اعتبار لري ، او ښايي د درمل درملنې په څېر او ښايي د پېژندنې د سلوکي درملنې په پرتله غوره وي هغه وخت چې د بين الفردي مطالبو منځپانګه څرګنده وي.

د پېژندني سلوکي درملنه (Cognitive Behavioral Therapy)

د پېژندني او سلوکي تيوريو شکل د پېژندني د سلوکي درملنې يوه برخه ده . د پېژندنې سلوکي درملنه د پېژندني د ويجاړيو معاينه او سلوکي تخنيکونه چې د دوديزو ګډوډيو د درملنې لپاره لکه ژورخپګان کارول کيږي په ځان کې را نغاړي . د پېژندنې سلوکي درملنه ډېرغښتلی تجروبوي اعتبارلري او د خپګان ، ټولنيزبېځايه ډار، د جبري وسواسونو ګډوډۍ ، د تراوما وروسته ګډوډۍ اوبېځايه ډار، په درملنه کې اغيزمنه ده . د پېژندني سلوکي درملنه او د درملو درملنه لکه د خپګان ضد درملو په ځېر په عمومي ډول فکر کيږي ، چې په ځانګړي ډول د خپګان د درملنې اړوند يو د بل غښتلي کوونکي دي. د پېژندني سلوکي درملنه د يوې درملنې په ځېر ده همدا رنګه ښکاري چې د اوږدې مودې اغيز لري په اصطلاح له دوهم ځلي راګرزېدو مخنيوی کوي چې په ډېروحالتونو کې د درملو د درملنې سره دومره ښه نه ځرګنديږي .

۵ - ۱۸ لمبر جدول د سلوکي درملني دوديز تخنيکونه رابښيي :

سيستماتيک حساسيت Systematic desensitization له مينځه وړل	ناروغ د اضطراب زيږوونکي تنبيه سره د يوه استرخا ورکوونکي حالت وروسته ډېر ځله په پراويز ډول مخ کيږي .
په درمليزه کچه Therapeutic graded exposure مخامخ کول	ناروغ د اضطراب هڅوونکي تنبيه سره پړاو په پړاو(د تنبيه د مخه استرخا نه ورکول کيږي) مخامخ کيږي .
ډوبول Flooding	ناروغ د اضطراب هڅوونکي سره د تدريج پرته مخامخ کيږي
د ګډون کولو Participant modeling ماډل جوړونه	ناروغ نوروته ورښودل کيږي او د نورو نه سلوک نقلوي (لکه نورو اشخاصو ته کتل چې اضطراب هڅوونکو پېښو ته ځنګه رسيږي)
د ځرګندولو روزنه Assertiveness training ورکول	ناروغ داسې روزل کيږي چې خپلو شا وخوا اړتياوو ته غبرګونونه تيار اوښکاره کړي د ناروغ کړنې په مينې سره وي
مثبته تقويه کونه Positive reinforcement	ناروغان د تنبيه د جبران کولو لپاره په يوه ځانګړي سلوک سمباليږي .
د ټولنيزو مهارتونو Social skills training ور زده کول	ناروغان په ځانګړو برخو کې ټولنيز مهارتونه نه لري په سيستماتيک ډول سلوکي ټولنيزمهارتونه ورښودل او بيا ځای پرځای کيږي .
د کرکي پرمټ Aversion therapy درملنه	ناروغ ته د ځانګړي سلوک د ورکړي وروسته اضطرابي تنبيه (لکه بريښنايي شوک) ورکول کيږي

Based on Sadock Bj,Sadock VA. Synopsis of Psychiatry.10th Ed.Baltimore; Lippincott Williams and Wilkins.

ډيالکتيکي سلوکي درملنه (Dialectical-Behavioral Therapy)

ډيالکتيکي سلوکي درملنه (DBT) يوه رواني درملنه ده چې په ځانګړي ډول په ښځينه کې د سرحدي شخصيت د ګډوډيو د درملني لپاره منځته راغلي ده . د ډيالکتيکي سلوکي درملني سازمان د پېژندني د سلوکي درملني پراساساتو دريدلی دی مګر د درملني تجروبوي موندني د سايکولوژي ، سوسيولوژي ، د زين له فلسفي ، او د ډيالکتيکي فلسفي له ډېرو ساحو څخه را ټولي شوي دي . پر دې ټولو برسېره ډيالکتيکي سلوکي درملنه پر درمل کوونکي او د ناروغ پر اړتياوو چې ناروغ د سلوکي او هيجاني بدلونونو د مهارتونو د ودې ور کولو د بنسټ په څېردی متمرکزه ده . ډيالکتيکي سلوکي درملنه د سرحدي شخصيت د ګډوډۍ په د رملنه کې غښتلی تجروبوي ملاتړ لري او د دې حالت د درملني لپاره د لومړۍ کرښي روان درملنه ده .

کليدي ټکي (Key Points)

+ رواني تيورۍ ډول ډول دي مګر دوی له رواني تحليلوني د پېژندني او سلوک له تيوريو چې په پراخه کچه کارول کيږي سرچينه اخيستې ده .

+ د رواني تحليل ښوونځی پر غيرشعوري هڅونه او وختي اغيزمنتياوو باندې ټينګار کوي .

+ د شيانو د اړيکو ښوونځی د نورو وګړو سره د اړيکو د څرنګوالي پرارزښت ټينګار کوي .

+ د پېژندني ښوونځی په ذهني تجربو ، باورونو او افګارو ټينګار کوي .

+ سلوکي ښوونځی د زده کړې پر اغيزمنتيا ټينګار کوي .

+ د پېژندني سلوکي درملنه او بين الفردي درملنه د خپګان او اضطراب د درملنې لپاره ډېر لوی تجروبوي ملاتړ لري .

+ چټکه رواني-حرکي روان درملنه د رواني حالتونو په يوه پراخه حلقه کې د عمومي غيزمنتوب تجروبوي ملاتړ لري .

نولسم څپرکی

حقوقي یا قانوني بنسټونه (Legal Issues)

حقوقي اساسات د طبابت ټوله ساحه چې سایکیاټري هم پکې نغښتي ده اغیزمنوي. هغه قوانین چې طبي کړني اداره کوي لکه د ډاکترد دندې ، بې پروایي ، او ناسمي کړنې همدا رنګه د ناروغ وړتیا اوظرفیت ، رضایت او د دې حق په څېر چې درملنه ردکړي ، اداره کوي . مخکېنی یا پخوانی او را تلونکي قضایي پرېکړې د یوه معیار په څېر داسې کارول کیږي چې څه عمل دې تر سره کړی او یا دې څه شی نه دي کړي چې قضاوت پرې و شي .پرېکټشنران باید د دولتي اړوند قوانینو نه چې څه شی دوی په بشپړ ډول د پراکټس له معیارونو سره برابر لکه څنګه چې د دوی حقوق او دنده یې ایجابوي تر سره کړي خبر وي . د روغتیایي څارنې په سیستم کې د سر چپه پېښو او حقوقي دعوو لرونه د خطر په وړاندې د تدابیرو د نیولو په نوم یادیږي .

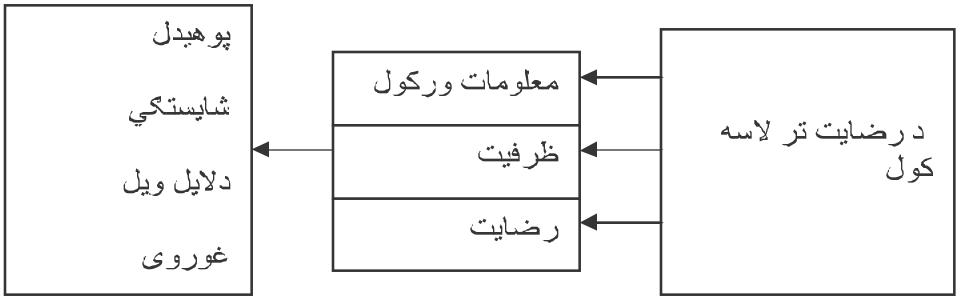
ناسمه کړنه (درملنه) (Malpractice)

د ناسمي درملنې حقوقي پیژندنه د څلورو برخو شتون : بې پروایي ، مشغولتوب ، په نیغ ډول لامل کېدل ، اوتاوان رسول اړینوي . بې پروایي (ټنبلي) شوني ده چې په ځینو دندو کې چې باید ناروغ ته تر سره شي د پاتې راتلو په شان ،د څارنې (د څارنې معیارنه) لږ تر سره کول چې باید د منځنی کچې درملوونکي له خوا تر سره شي فکر وشي. دنده د قانون د لاربښوونې پر بنسټ د ډاکتر وظیفوي مکلفیت چې باید د ده او یا د دې خپلو ناروغانو ته وړڅارنه تر سره کړي را پیژني . دا د څارنې د دندی تعریف د ډاکتراو ناروغ تر مینځ د اړیکو نیولو شتون اړین کوي . نیغ لامل کېدل اړینوي چې بې پروایي په نېغه توګه د ادعا شوي زیانونو لامل شي . په پای کې تاوانونه باید (لکه جسمي او رواني زخمي کول) په ریښتیا سره هغه وخت ور و ښودل شي چې و لیدل شي . په لنډ ډول ناوړه درملنه په دنده کې هغه ټنبلي ده چې په نیغ ډول د تاوانونو لامل شي . په سایکیاټري کې د ښځایه درملنې دعواوې په اساسي ډول په درملنه کې د ناروغانو ځان وژنې ، په تېروتنې سره تشخیص ، د درملو اختلاطات ، په درواغو بندي کول (ښواکه یا جبري بستر کول یا ښېلول) او له ناروغانو سره جنسي اړیکې نیول دي .

د رضایت تر لاسه کول (Informed Consent)

د خوښې تر لاسه کول د معلوماتو ، ظرفیت او رضایت درې برخې لري . لومړی د وړاند یز شوي درملنې اړوند په وړ کچه د معلوماتو ورکول چې جانبي عوارض ، عوضي درملنې ، له درملنې پرته

يي پايلي ، (د معلوماتو وركولو يا سپړلو عمليه ده) دي بايد ورته برابر شي . دوهم ,ناروغ بايد دا ظرفيت ولري چې په قدرداني ، دليل او د درملنې د زيان او ګټې د غوروي په ځرګندولو (پرېکړو كولو)کې د پوهېدو وړتيا تر لاسه كړي . د ظرفيت درلودل په ساده ډول د معلوماتو له تكرارولو او اړتياوو څخه چې يو شخص يي په بشپړ ډول ځرګندوي او د ځانګړو پرېکړو د منځپانګو معلوماتو ته د بدلون وركولو، په پرتله ډېر څه اړينوي . دريم ,ناروغ بايد په خپل اختيار رضايت وركړي (د ارادې د مفهوم لپاره دغولولو او يا ډېر تيينګار كولو نفي كول ارزښتمن دي) . د رضايت او ظرفيت د تر لاسه كولو اجزاوې په (۱ – ۱۹) شكل كې په نښه شويدي . رښتوني بيړني حالتونه د دې قانون څخه مستثنى دي ، د درملنې اړتيا ده چې ناروغ په بيړني سروېس كې ځاى پر ځاى او د رضايت د ترلاسه كولو پرته تر سره شي . (په دوديز ډول د ظرفيت اصطلاح د دې لپاره چې د ناروغ يا معاينه كېدونكى په درملنه يا پلټنه كې د ګډون د پرېکړې كولو اختياري وړتيا بيان كړي كارول كيږي . شايستګي په عمومي ډول د ناروغ د رضايت د تر لاسه كولو اړوند د قضايي يا نورو حقوقي پرمختياوو د موندلو وړتيا ته اړوند كيږي. دا دوې اصطلاح ګانې ډېر ځله همدارنګه يو د بل پر ځاى كارول كيږي) . دا ارزښتمنه ده چې دا رښتوني كړو كوم ناروغ چې رواني ګډودى لكه د ژور خپګان ، خفيفه ډېمنشيا يا شيزوفرېنيا ، په شان لري ، ښايي درملنې يا څېړنيزې لاسوهنې ته د هوكړې لپاره محدود ظرفيت و لري . په ټولو كې اړينه دا ده چې يوشخص بايد د ظرفيت لپاره پوره تني معيارونه ولري .



(۱ – ۱۹) شكل د رضايت او ظرفيت تر لاسه كول راښيي .

غير اختياري (جبري) كړنې (Involuntary Commitment)

جبري كړنې په عمومي ډول د قضاوت پر ملاتړ كړنې دي چې داسې شخاصو ته چې بايد د دوى د ارادې پرخلاف بستر او درملنه شي اړتيا لري .لكه څنګه چې قوانين د يوه حالت نه بل حالت ته توپير

کوي ، د جبري کړنو معیارونه دپرخله داسې موندنو ته چې ناروغ ځان ته خطرناک ، یا نورو ته خطرناک ، یا نه شي کولی چې د ی یا دي د ځان ځارنه و کړي اړتیا لري . روان پوهان په ډېرو ځایونو کې دا حق لري چې په لنډ مهاله او غیر ارادي ډول که چېرې یو له دغو معیارونو څخه و لیدل شي او د رواني ناروغیو یو تشخیص کېښودل شي (یا په بله ژبه دواړه یوه رواني ګډوډي او خطرناکوالی باید څرګند شي) ناروغ جبری درمل کړي . د ناروغ سره د لنډ مهاله کړنو موده او د ناروغ حقوق د قضاوت له مخې توپیر کوي .هغه ناروغان چې څوک جبري ترعملیې لاندې نیول کیږي حق لري چې درمل شي . او ترڅو چې د دوی د صلاحیت نه درلودل ورته نه وي ښودل شوي ، دوی حق لري چې درملنه رد کړي .

د تراسوف پرېکړې (د پوهولو دنده (یا ساتنه) یا (The Tarasoff Decisions: Duty to Warn (OR Protect)

Tarasoff v, د کالیفورینیا د پوهنتون د لاربنودونکو مقاماتو غړی (یا په ساده ډول تاراسوف) یو نامتو کس وو چې دوه واري د کالیفورینیا سترې محکمې ته بلل شوی وو . تاراسوف I (۱۹۷۶ کال پرېکړه) وکړه چې درمل کوونکي دنده لري چې د دوی ناروغان له غښتلیو قربانیو نه خبر کړي . د تاراسوف II (په۱۹۸۲ کال کې پرېکړه) ونیول شوه چې درمل کوونکی دنده لري چې په دلایلو سره ګامونه واخلي چې له غښتلیو قربانیو نه د دوی ناروغان وساتي . په ډېرو ځایونو کې د دې معنی دا ده چې درمل کوونکی باید په دلایلو سره عمل وکړي تر څو دریمه ډله و ژغوري ، که چېرې یو ناروغ په ځانګړي ډول په دریمه ډله کې و پیژندل شوو او په نږدې وخت کې د سخت خطر د پیښېدو شونتیا ښکارېده دا یوه دریمه ډله و ساتي. ساتنه ښایي د ځانګړو دولتي قوانینو یا نافذو حقوقي تفسیرونو پر مټ وشي، مګر دا ښایي د ناروغ بستر کول ، درملنې ته بدلون ورکونه ، له ارادي قربانی نه یې خبرول ، یا قربانیانو نه پولیسو ته یاد دابښت ور لیږل په ځان کې را و نغاړي. دلته ډول ډول حقوقي تفسیرونه او په ترتیب سره د پوهې ورکولو دندې شته دي. لکه د نورو د راز ساتلو او د نورو د کړنو تر منځ د انډول ساتلو اړوند ډاکترانو د ځواب ورکونې تفسیرول د سایکیاتري په پراتیک کې ډول ډول او ډېر ستونځمن دي . څکه ځانګړي حقوقي اړتیاوی د دولتي قوانینو پرمټ توپیر کوي ، دا ارزښتمنه ده چې د هری پرېکړې پر اړتیا و پوهیږو .

د ام ناغټن محاکمه: د لېونتوب دفاعیه (M'naghten Rule: The Insanity Defense)

وروسته د عقلي ناروغ سړي په نوم نومول شوی دی (ډانیېل ام ناغټن) څوک چې د انګلنډ د لومړي وزیر د وژلو هڅه یې په ۱۸۴۳ میلادي کال کې کړي وه ، د لېونتوب د دفاعیې پر بنسټ یې د محاکمې رول جوړېږي . د ام ناغټن د محاکمې اړوند یې کوم شخص دې جنايي عمل ته له دې امله چې که چېرې د اکټ د کړلو پرمهال دی او یا دي له رواني ناروغۍ او یا عقلي څنډ څخه زورېدلی او د اکټ پر څرنګوالي نه پوهېدلی او یا په دې واقعیت پوهېدلي وای چې دا نا سمه وه ځواب ورکوونکی (وکیل) نه دی نیولی . په ډېره اوسنۍ زمانه کې د لېونتوب د دفاعیې مناسبه کارونه تر پوښتنې لاندې بلل شوي ده . ځینې حقوقي نظر خاوندان د (ګناهکار مګر لېونی) د اصطلاح لپاره دلایل راوړي چې مجرم یې وښیي مګر په عین وخت کې یې د رواني ناروغیو شتون په ګوته کوي (او درملنې ته یې اړتیا ښکاره کوي).

کلیدي ټکي (Key Points)

+ د بېځایه درملنې منځپانګه : ټنبلي ، مشغولتیا ، نیغ لامل کېدل او زیانونه دي .

+ د رضایت د تر لاسه کولو اساسي برخې معلومات ورکول ، ظرفیت او رضایت دي .

+ د تاراسوف پرېکړه دې نظر خوا ته درومي چې درملوونکي او ډاکتران په دلایلو سره عمل کوي چې اشخاص و ساتي کوم چې د دوی ناروغان په ځانګړي ډول ترهېدلي دي .

+ د ام ناغټن محاکمه د لېونتوب د دفاعیې پر بنسټ ده .

پوښتنې

۱ – یو اتلس کلن نارینه چې اوس په شیزوفریني تشخیص شوی دی . دی په رواني کې بسترشوی وو او غیروصفي انتي سایکوتیک او لانزاپین ورته پیل شوي وو . یوه میاشت وروسته تاسو پخپل رواني سراپا کلینیک کې د دوديز تعقیب لپاره دی ولیدو دی رپوټ درکوي چې رواني اعراض یې تر ښې څارنې لاندې دي ، مګر شکایت کوي چې له هغې نه چې له روغتون نه خارج شوی لس پاونډه وزن یې اخیستی دی تاسو ناروغ وزن کړو او لابراتواري ازمایښتونه مو تري وغوښتل . تاسو وموندل چې ټولیز کولسترول تر۲٦۲ پورې لوړ دي ، LDL کولسترول تر ۱۸۰ پورې لوړ دي ، ترایګلیسراید تر۲۵۰ پورې لوړ دي اوHDL کولسترول د ناروغ د رواني بسترکېدو د لومړني حالت نه ۲۰ ټیټ دي تاسو یا داښت کړي وو چې د ده د شحمیاتو چوکاټ په نورمالو حدودو کې وو . کوم بل طبي حالت دی چې ناروغ دهغه د رامنځته کېدو په خطر کې دی ؟

الف – د بې مزې دیابت .

ب – کتارکتس .

ج – د شکرې ناروغي .

د – هایپوتایرودېزم .

ه – لوکوپیني .

۲ – د روغتون نه د باندې د طبي تثبیت نه وروسته یو ۵۸ کلن سړی ستاسو رواني اسانتیاوو ته راليږدول شوی دی . لابراتواري څېړنې چې د روغتون د باندې نه راليږل شوی دی کوم لوی غیر نورمالوالی نه څرګندوي . ناروغ تا ته وړاندیز کوي چې د ده د ځوانې لور سره و غږېږه دي کولی شي چې د هغه پیښې اړوند چې تر بستر کېدو یې ورسولم تاسو ته معلومات درکړي . نجلی رپوټ درکوي چې د دي پلار دیابت ، قلبي ستونځې او"عصب خرابي" لري ، دي را پور ور کوي چې دی ډېر درمل اخلي څه نا څه یوه اونی د مخه یې د عصبو درمل پرېښودل ځکه د ده بیمې و نه شول کولی چې د اوږدې مودې لپاره لګښت ورکړي ، دي نه شي کولی چې د درملو نوم واخلي . دي راپور درکوي چې ۳ نه تر ۴ ورځو د مخه ده د زړه له ډکوالي ، کانګې کولو ، خولې کولو ، او له بېسېکی شکایت پیل کړ . تیره ورځ دي دی د ده په کوټه کې وموند چې بې غبرګونه وو او د ده متیانو او پښوټوپ اچوونکې حرکتونونه درلودل. د دې سړي د عمومي اختلاجاتو ډېر وړ لامل څه شی وو ؟

الف – حاد ستروک .

ب – غیر کیتونتیکه هایپر ګلایسیمیا .

ج - د مسکنو او خوب راوړونکو نه محرومیت .

د – هایپو ناتریمیا .

ه – د الکهولو نه محرومیت .

۳ – یو ۳۹ کلن ناروغ تاسو ته وایي چې دی باور لري چې د ده مور د ډېرو کالو عقلي ناروغي لري ، مګر دي هیڅکله هم درملنه نه ده غوښتي . دی تاسو ته د یوې پیښې اړوند وایي چې کله د ده مور داسي عقیده پیدا کړه چې دا نوی ګاونډی ځوک چې د کوڅې په اوږدو کې وو د دي سره په مینه کې دی . دي سري ته هیڅ نه دي ویلي ، مګر دي پیل کړی چې دی شاوخوا و ځاري او په ده پسې ځارنه کوي . د دوو میاشتو وروسته ده پولیسو ته تیلفون وکړ دي د غلا په ګناه د قانون په محکمه کې و موندل شوه . د دي په باور چې دا سړی د دي سره په مینه کې وو د څه ډول هذیان په ځیر یې ډلبندي کولی شو ؟

الف – ځان لوی ګڼل .

ب – د کیني هذیان .

ج – جسمي .

د – د بد ګوماني .

ه – د ازارولو

٤ – یو ۱۷ کلن نارینه د ده د مور له خوا ستاسو دفتر ته د یوې ارزونې لپاره راوړل شوی دی . د ده د تاریخچې اخیستلو پر مهال تا ته ځرګندیږي چې دی تر ۱۵ کلنۍ پورې تر هغه وخته چې په پاتې کېدو یې پیل وکړ تل یو ښه زده کوونکی وو . د ده مور راپور ورکوي چې دي همدارنګه یاد داښت کړیدي چې د ه د ملګرو سره ټولنیزتوب پرېښودلی او ده د ده په کوټه کې د ډېر وخت په یوازې تېرولو پیل کړی دی . ده په ښوونځي کې په ډېرو لږو کړنو پیل کړی چې دی وختي په دې کال کې خارج شوو . د ده مور راپور ور کوي چې دي هڅه کوي چې دی د کورښوونځي ته وهڅوي، مګر دی زده کړې ته لېواله نه ښکاري .دي وایي چې دی د یوڅه سره بوخت ښکاري او ده په ورځو ورځو پرته له ځان مینځلو په ګرځېدو پیل کړی دی .دی داسي نه ښکاري چې د خپل ظاهري حالت اړوند ځارنه دي وکړي.د ده مور پرېکړه کړي وه چې دی د روانپوه د کتنې لپاره بوزي ځکه دا تېرې دوې میاشتي دي

له ده نه ډېر اورېدلي وو چې د څه اواز په څېر لکه د يوه چا سره د خبرو کول په ډول سره د دي چې
يوازې وي د ده له کوټې اورېدل کيږي . ډېر وړ تشخيص څه شی دی ؟

الف – د ژور خپګان ګډوډي .

ب – د نشېي توکو بېځايه کارونه .

ج – شيزوفرېني .

د – چټکه رواني ګډوډي .

ه – شيزوفرينوفورم .

٥ - يو ډاکتر چې خپلو ناروغانو ته ډېر ځير او ور باندې مهربان دی . د ده يو ناروغ يو اوږد مهاله
درد زغمي چې نه شي ليدل کېدی ای کاش چې ډاکتر سم تشخيص کړی وای . ډاکتر ٢٠ کاله د مخه
خپله اوسېدنه دلته پای ته رسولي ده ، او تشخيص تېر ٥ کاله پخوا شه ورته څرګند وو . د پوښتنې پر
مهال ډاکتر له تشخيص څخه نا خبره وو . تاسوترې وغوښتل چې کېس په ياد راوله . کوم يو دلاندېنيو
شيانو څخه د ډاکتر د تشخيص سره په نا بلد تيا دلالت کوي ؟

الف – مشغولتيا .

ب – نبغ لامل کېدل .

ج – زيانونه .

د – د ځارنې په ترسره کولو کې پاتې را تلل .

ه – د خطراتو لړه ځارنه .

٦ – يو ٢٠ کلن شيزوفرېن سړی په دې نږدې وختونو کې يې انتي سايکوتيک درملو ته بدلون ورکړی
دی . د ده هذيان او برسام اوس ښه کابو شوي دي ، مګر دی له يوې اندازې عضلي شخوالي څخه
شاکي دی . کوم يو د لاندېنيو شيانو څخه به پر ځای غوروی وي چې دې نوي ستونځې ته يې په ګوته
کړو ؟

الف – متايل فينيدات .

ب – بنزتروپين .

ج – پيمولين .

د – اتنولول .

ه – کلونیدین .

۷ - تاسي د یوه ډېر مشغول ښوونیز روغتون د رواني ګډوډیو د داخل بستر ناروغانو په څانګه کې یاستی تر هغه چې ته و بلل شوي اودر نه هیله وشوه چې یو ۳۲ کلن افریقایي لاصله امریکایي څوک چې دوې ورځې د مخه په هیجاني حالت کې د ده د مور سره د خولې شخړې وروسته بستر شوی دی په بیره وارزوي . په کتني سره ناروغ په حاد ډول خپه ښکاري ، دی پورته خوا ته ګوري ، او کله چې تاسي هڅه و کړئ چې د ده د سترګو حرکتونه و ازمایی نه شي کولی چې ستاسو ګوتي و څاري . حیاتي نښې ثابتې دي مګر د ساینپس لپاره تاکي کاردیا ۱۰۰ ټکانه په یوه دقیقه کې دي. په چټکی سره دي د ده چارت له نظره تېر کړ تاسو و لیکل چې ناروغ باید په رواني ګډوډي تشخیص شي او نه باید په بل څه ځانګړی شي ، په سایکوتروپیکو درملو د درملني مخکېنی تاریخچه نه لري، او اوس یې د مهال وېش له مخې هالوپریدول ۵ ملي ګرامه د خولې له لارې د ورځې دوه واري پیل کړیدي سربېره پر دې ناروغ د حاد هیجان پرمهال ۵ ملي ګرامه هالوپریدول تر دریو دوزونو پورې په ورځ کې تر بستر کېدلو پورې اخیستي دي.د هالوپریدول سره یو ځایي ورکړه د کومو لاندېنیو ډلو درملو سره ښایي د دې غبرګون مخنیوی به و کړي ؟

الف – الفا ۲ ادرینرژیک انتا ګونست .

ب – انتي کولینرژیک مواد .

ج – بیتا ادرینرژیک انتاګونست .

د – کولینستراز ډب کوونکي .

ه – د سېروټونین د دوهم ځلي جذب انتخابي ډب کوونکي .

۸ – یوه ۲۶ کلنه ښځه تاسو ته له ډېرو شکایتونو سره حاضریږي . دي اوس مهال د جټکو له ناروغی څخه رخصت بشپړ کړیدی . په عصبي ارزونه کې کومه غیر نورمالتیا په نښه نه شوه. دي د درد په کلینیک کې د دي په غاړه , نرئ ملا ، زنګانو اوسرکي د درد د درملني لپاره څارل شویده . دي د یوه اورتوپیډست جراح له خوا کتل شویده مګرداسې ېته ایتیولوژي نه وه چې و پیژندل شي . دي راپور ورکوي چې دي نه شي کولی د څو کالو را په دې خوا ارګاسم پیدا کړي دي مخ په وړاندې راپور ورکوي د څه د تیرولو د ستونځې او د ډول ډول خوراکي محدودیتونو یوه اوږده کیسه بیانوي . دا بیان ډېر د لاندېنیو کوم یوه سره برابر دی ؟

الف – د ځان ناروغ جوړولو ګډوډي .

ب – د سر چپه کېدو ګډوډي

ج – د درد ګډوډي .

د – هایپوکاندریازس .

ه – د بدن د بدشکلی ګډوډي .

۹ – یو ۵ کلن هلک یې د خوب د ستونځې له امله ستاسو دفترته راوړی دی . مور-پلار یې راپور ور کوي چې دوی ماشوم ګوري چې په بستر کې د ترسناکو ځرګندونو سره پورته کیږي او په لوړ اواز چیغې وهي . دی بیدار او ډېر دارېدلی ښکاري او له دې وروسته بیرته ویده کیږي او د پیښې نه هیڅ په یاد نه لري . دا بې نظمي ډېرې د خوب د کومې مرحلې پرمهال لیدل کیږي ؟

الف- د ۰ مرحله .

ب – دوهمه مرحله .

ج – دلتا .

د – د سترګو د چټکو حرکتونو مرحله .

ه – لومړی مرحله .

۱۰- یوه ۵۰ کلنه مجرده د شیزو افکتیف ګډوډۍ لرونکی ناروغه ښځه په ازاد ډول په یوه ودانۍ کې د ناروغانو د تنظیم د سروېس د مرستندوی سره اوسیږي . دې په دې نږې وختونو کې د دې د خارج بستر روانپوه له خوا په چټکی سره د انتي سایکوتیک درملو د دوز د عیارولو په پیل کې ده . څو ورځې وروسته د اوړي په موسم کې د دې ایرکانډېشن سم کار کاوه کله چې د شاوخوا لوړه تودوخه څه نا څه د فارنهایټ ۱۰۱ درجې وه . د ناروغانو څارونکي غوښتل چې د دې کورنی وېزېټ تر سره کړي وروسته له دې چې ناروغ ټیلفون ته په ځواب ور کولو کې پاتې راغی . د ناروغانو څارونکی د ناروغ اپارتمان ته لاړ کله چې ناروغ دروازې ته په ځواب ور کولو کې پاتې راغی او کله یې چې ناروغ د کوټې پر فرش پرمخې غزېدلی و موندو شوک و وهلو . همدارنګه کله چې د ناروغانوڅارونکي په زور سره دې وښوروله ، دې سترګې و غړولې دې هیڅ یوې پوښتنې ته غبرګون ونه ښود . ناروغ تبجن ، خولې شوی اوشخ ښکاربده ، او د ناروغانو څارونکي په بیړه د امبولانس لپاره ټیلفون و کړ . د جدي

ځارنې په کوټه کې به په وروستی بستر کیدنه کې د لاندینیو لابراتواري موندنو څخه کوم یو ډېر وړ وي چې کتلوي لوړ وي ؟

الف – کریاتین کیناز .

ب – ګلوکوز .

ج - INR .

د- LDL کولسترول .

ه – د دموي صفیحاتو شمیر .

۱۱ - یو ٤٥ کلن نارینه ناروغ د شیزوفرېني له اوږدې تاریخچې سره د رواني ناروغیو په دولتي روغتون کې د ده له خوښې پرته ځکه چې دی د اورېدو امرانه برسامات څرګندوي چې دی مجبوروي چې خپله مور مړه کړي ، څوک چې دی باورکوي چې د شیطان یو نوکر دی . کله چې تاسو د یوه بلل شوي روانپوه په حیث دی و ارزاوه د خپل استعداد له مخې مو د درملنې پلان توصیه کړ نو کله چې تاسو وغوښتل چې یو انتي سایکوتیک درمل د پیلولو لپاره ورته ولیکی . او په غوسه ناک حالت ناروغ درمل ردوي چې رواني ناروغي نه لري . د لاندېنیو کومې یوې د ظرفیت له ساحو څخه ناروغ نه شي کولی چې څرګند یې کړي ؟

الف – د خپلې ناروغۍ د څرنګوالي په ارزښت پوهېدل .

ب – د غوروي شریکول .

ج – په یوه غوروي پرېکړه کول .

د – د درملنې په اشکالو کې له دلیله کار اخیستل .

ه – پرهغو معلوماتو پوهېدل چې تاسو ورسره شریک کړېدي .

۱۲ – تاسې دیوه لوی دریم لمبر ور لیږونکي مرکز د بیړنۍ مرستې د کوټې د مشرغوندې یاست . روغتیایي بیړنی پرسونل تاسو ته یوه ځوانه ښځینه ناروغه د زړه د سکتې په حال کې بیړنۍ کوټې ته راوړي ، د زړه مانیتور ورښیي چې دي په بې نبضه برېښنایي فعالیت کې ده . څنګه چې ته غواړې دي بېرته ژوندۍ کړې ته وینې چې دي لړ څه چاغه ده ، وچ پوستکی (جلد) ، د پاروتیدغده یې پرسېدلې ده او د رسل مثبته نښه (دي د لاس پر شا د هډوکي د ماتېدو نښه) لري . د کوم یوه د لاندېنیو الکترولایتونو څخه د پلازمه یوه ټیټه کچه ډېر ښایي ناروغ د زړه د سکتې خوا ته بوزي ؟

الف – کلسیم .

پ – مګنېشیم .

ج – فاسفېټ .

د – پوټاشیم .

ه – سوډیم .

۱۳- تاسي د یوه واړه پوهنځي په د ننه کې د محصلانو د روغتیایي څارنې په مرکز کې د بستر خارج ناروغانو روانپوه کار کوونکی یاست . یوه ۲٤ کلنه ښځینه محصله ستاسو دفتر ته راځي اود اوسني مهال د خپه مزاج له پیل او د فکري تمرکز له کمزورۍ شکایت کوي چې د پوهنځي د درسي پروګرام د تعقیب د زیاتېدونکو ستونځو له امله په متروکه وهل شویدي . د تاریخچې ، فزیکي کتنې ، او د وړ لا براتواري چارو لـه بشپړولو وروسته ، تاسو دي د ژور خپګان د ګډوډۍ ، پـه ساده او خفیفه حملـه تشخیص کړه . ناروغ څرګندوي چې دي په ټولو شونتیاوو تیاره ده چې په درملو د درملنې سره په ټولو شونتیاوو تیاره ده چې لیرې و اوسي . دي ته د درملنې د پلان پـه جوړولو کې کومه یوه د لاندېنیو رواني درملنو له ماډلونو نه په لوړه کچه د منطق پر بنسټ ده ؟

الف – د پېژندنې سلوکي درملنه .

ب – ډیالکټیکي سلوکي درملنه .

ج – د مخامخ کولو درملنه .

د – کورنۍ درملنه .

ه – د اوږدې مودې روان هڅوونکي رواني درملنه .

١٤ – یوه ٤٥ کلنه ښځه د لاندېنیو اعراضو : خولې کول ، لړزېدل ، د زندۍ کولو احساس ، د ټټرناراحتي ، سرسام کېدو ، د واقعیت مسح کېدو ، د کابو کولو له لاسه ورکولو نه ډار او له مرګ نه ډار ، د یوې کلنې تاریخچې سره حاضرېږي . اعراض د څه نا څه ۱۰ دقیقو په موده کې پرمختګ کوي په هغه ځای کې چېرې چې دي د ایساربدو احساس وکړي . ناروغ دې اعراضو په پراخه کچه بېسپکه کړی دی . دي نه شي کولی چې : ماشومان ښوونځي ته ورسوي ، سودا اخیستلو ته لاړه شي ، د دې نورمالو ټولنیزو دندو ته ورسیږي ، دې داسې ښکاري چې د هر ډول درملو له کارولو ډډه کوي . تاسې د استرخا د تمرینونو او د حساسیت د له منځه وړلو ښوونه د دې ښووني سره یوځایي چې موخه

یي د ناروغ سره د مرستي په موخه چي یوه شي چي د دي د ښځایه ډار حملي د دي د خپلو احساساتو د ناسمي انګېرني پایله ده ، پیلوی د دي تخنیک نوم څه دی ؟

الف – د مخامخ کولو درملنه .

ب – روان ته حرکت ورکوونکي درملنه .

ج – ژوند ته له سره کتني درملنه .

د – د پېژندني سلوکي درملنه .

ه – کلاسیکه شرط جوړونه .

۱۵ – کوم ناروغ چي په (۱۴) پوښتنه کي بیان شوی دی د دي د رواني درملني د وړاندي تګ سره بي صبره کیږي . دي اوس د رواني او درملو د درملني غوښتنه کوي . دي د ګېډې اړوند لوستلي دي اوس دي د درملیزې ځارني سره یو څه اشنایي لري . د ټولو وړ درملو څخه ، تاسي هغه درمل غوره کړی چي د ګاما امینو بیوتایریک اسید پر اخذو باندي د یوه اګونست په څیر عمل کوي . کوم یو د لاندېنیو درملو څخه دا معیار پوره کوي ؟

الف – الپرازولام .

ب – میرتازاپین .

ج – امیپرامین .

د – پاروکسیتین .

ه – فینلزین .

۱۶ – یوه ۲۲ کلنه ښځه د عصبي غوایي ډوله خوراک په یوه مخکیني تشخیص سره د دي د پوهنځي د ازموینو د دوران پر مهال تاسو ته د زړه د بي ترتیبه ټکانونو سره حاضریږي . ناروغ تلل شوی او موندل شوي چي د دي په زړه وزن دی . دي په سرترالینو درمل شوي او بیانوي چي دي لکه څنګه چي توصیه شوي اخیستي یي دي . په معاینه کي ناروغ جوتیږي چي د ښی اشارې ګوتي په دوهم بند کي یو کالوس لري . د زړه بریښنایي ګراف د T د څپو هوراوالی د U د څپو د رامنځته کېدو سره ښیي . ډېره وړ موندنه څه شی ده؟

الف – هایپوکالیمیا .

ب – هایپرکالیمیا .

ج – هایپرکلسیمیا .

د – هایپوکلسیمیا .

ه – د مري ځيري کيدل .

۱۷ – ځینې د پیژندني نیمګړتیاوې د الزایمر په ناروغي کې په قاعدوي مخکینیو دماغو کې د کولینرژیک نیورونونو د له لاسه ورکولوپرمټ چې دماغي قشر ، او هیپو کامپاس ته انعکاس کوي را منځته کیږي . یوه اوسنی د درملني کړنلاره دا ده چې د اسیتایل کولین د لیږد را لیږد اغیزمنتوب په پاتي شویو نیورونونو کې لوړ کړو . دا مکانیزم څه شی دی چې په هغه ډونیپزیل او ټاکرین دي ته ورسیږي ؟

الف – د اسیتایل کولین د پست ساینپتیک اخذو سره نښلیدل .

ب – په بیرته را ګرزیدونکي ډول د اسیتایل کولینستراز سره نښلیدل .

ج – د اسیتایل کولین د دوهم ځلي جذب پریساینپټیک بندول .

د – په بیرته راګرزیدونکي ډول د اسیتایل کولینستراز ډب کول .

ه – د پست ساینپتیک اګونست په ځیر عمل کول .

۱۸ – یوه ۴۸ کلنه ښځه څوک چې د دولت د ملا تړ لاندې کورونو کې اوسیږي د ماښامانی لږ وروسته د یوې لیدل شوي د لویو جټکو له حملو تیرولو وروسته بیرنی څانګې ته حاضریږي . دي د را رسیدو پر مهال بې حاله او بې سمت پیژندني ده او ورو ورو ستاسو د ارزوني پر مهال ډېره بیداریږي . دي تاسو ته وایي چې دي ته نه یادیږي چې څه پیښ شوي وو . د دې کورنیو د ډلې یو لاربښود غړی تاسو ته وایي چې ناروغ په دې وروستیو کې تر رواني فشارلاندې وو او په لوړه پیمانه یې خوراکي مشروبات څښلی دي . د دې درمل عبارت له : کلوزاپین ۵۰۰ ملي ګرامه هر ځلور ګړی وروسته ، لیتیم ۵۰۰ ملي ګرامه دری وخته ، ګلایکو پایرولات (روبینول) ۲ ملي ګرامه هر ځلور ګړی وروسته او اسسیټالو پرام ۲۰ ملي ګرامه ځلور واري څخه دي . د دې د وینې فشار تر۱۹۵/۹۵ملي مترو سیما بو پورې لوړ شوی دی . د دې د زړه د ټکان کچه ۹۰ ټکانه په دقیقه کې دي او د دې د ساه ایستلو کچه ۱۵ واري ساه څکول په دقیقه کې دي . دي سګرټ نه څکوي . د بنسټیزو الکترولایتونو لابراتواري ثبت د سیروم سوډیم ،لیتر /۱۱۹ملي مول څرګندوي . د دې د ټټر رادیوګرافي نورماله ده . ډېر وړ تشخیص څه شی دی ؟

الف – په ناوړه ډول د انتي ډيوريتيک هورمون د افرازولو سنډروم .

ب – د کلوزاپين مسموميت .

ج - هايپرتنسيف انسفالو پاتي .

د – لومړنۍ ډېره څښنه .

ه – سيروټونين سنډروم .

۱۹ – يوه ۲۴ کلنه ښځه د عادي فزيکي کتنې لپاره حاضريږي . ته ناوخته را رسيږې او دي ۴۰ دقيقې د کتنې په کوټه کې کوښې په انتظار کې يوازې وي . کله چې ته راورسيدې دي د فرش خوا ته و لويده. په ښښې غوښتلو سره تاسو په طبي تاريخچه پيل وکړ . دي پيل کوي چې و ژاړي او وروسته ناڅاپه غوسه کيږي کله چې ته پوښته کوې چې ايا نرس ستا حياتي نښې کتلي دي . دي وايي ،، ما د دي سره ډېره ښايسته غوندې مرکه وکړه ، له هغې وروسته دي فقط لاړه او هيڅ بيرته را و نه گرزېده ،، . تاسي ورته څرګندوی چې دلته نور ډېر ناروغان نن ورځ د تاسو د لومړنی څارنې په څانګه کې دي او دي هلته تللي او نور ناروغان ګوري . احساسوې چې دي لا تر اوسه ستونزې لري ، تاسي له دي پوښتنه کوی چې د دي په ژوند کې څه تېريږي . دي تاسو ته وايي چې د دي د دوومياشتو ملګري تېره مياشت په چټکی سره يوازې پرېښوده او دي نه شي کولی چې ژړا بس کړي . تاسو دي د عصبي نباتي اعراضو (لکه خپه مزاج ، د ميني او په زړه پورې والي لړوالي ، د اشتها بد لونونه يا د وزن له لاسه ورکول او اخيستل ، د خو ب بېنظمی ، رواني – حرکي هيجان يا ځند ، زياته ستړيا يا د انرژي ټيټوالي ، بي ارزښتوالي ، يا ګناه ، د فکري تمرکز يا پرېکړو کولو ويجاړتيا ، د مړيني يا ځان وژني افکارو) اړوند و پلټله او دي ځيني اعراض درلودل نه بشپړ چې ژور خپګان تشخيص شي . دي په روښانه ډول د دي احساساتو ته ستاسو د پاملرنې په غبرګون کې ځيرکتيا څرګندوي ، او ته د دي په معاينه کولو پيل کوې . دي د ورانونو په پورتنی برخو کې ګڼ شمېر د شوګارو (نوکارو) نښې لري ، ځيني له دوی نه کومې چې زړې او ځيني ډېرې اوسنۍ ښکاري . تاسي پوښتنه کوی څنګه دي دوی (د شوګارو نښې) تا واخيستې ، د دي سترګې بېرته د تلي (فرش) خوا ته کيږي " دا ما کړيدي " دي بيانوي " دا د درد زغم پيدا کوي " . تاسي کتنه پا ته رسوی او دي خپلو هم مسلکانو ته د رواني مشورې لپاره ليږی . تاسي له خپلي حافظې نه ستاسو د طب پوهنځي د خپلو رواني روزنې له مخې څه ګومان کوی چې دي دې په څه شي سره تشخيص شي ؟

الف – د په ځان مین شخصیت ګډوډي .

ب – ژور خپګان .

ج – د سرحدي شخصیت ګډوډي .

د – د عمومي اضطراب ګډوډي .

ه – جنسي مازوخېزم (لېونی مینه) .

۲۰ – یو ٤٥ کلن لړش شوی سړی تاسو ته د ده دندو د مرسته کوونکي شرکت له خوا را لیږل شوی دی ځکه دی د ده په دنده کې په ازمایښت کې دی تا وغوښتل چې دی د رواني ناروغی د شتون لپاره و ارزوې چې کولی شي د ده د دندې په تر سره کولو کې اغیز کوونکي وي . دی د مشورې لپاره ١٥ دقیقې ناوخت را رسیږي او تا ته مخامخ ازار لیدلی ښکاري . تاسې ده ته چې ستاسو ارزونه د ډاد وړ ده مګر دا چې دلته که چېرې معلومات وي چې دی غواړي چې د ده د دندې ورکوونکي سره شریک کړي تر څو مرسته وکړي د اوسېدو ځای درته تیار کړي ، ته کولی شي دا سې معلومات را کړې . دی له څرګندونو لیرې ځي چې ده له دندو تېښته کړې او په تېر وخت کې یې هم څو دندې پرېښودلې دي ، ځکه د ده د کار ملګري د ده د بېسیاله مهارتونو په پېژندنه کې پاتې راغلي دي . په هر موقعیت کې دی څرګندوي چې که چېرې دی وکولی شي یوه ښه تره سازمان ته ورسیږي او چې په رښتوني دی باید بادار وي . دی حیران دی کله چې تاسې ترې پوښتنه وکړی چې څه ظرفیتونه دی لري چې دی فکر کوي چې بېل دې کښېنوو . دی یوه شبېه سورکېږي توهین شوی ښکاري او وروسته ناڅاپه تا ته شا کوي " ته د تجارت په لاربښودنه څه پوهېږې ؟ ته یو ډاکتر یې " ته ور ته څرګندوی چې ته د ده د مهارتونو اړوند ځیر وې . دی ډېام وړ ارامیږي او مني چې دی رښتونی هیڅ ډول مهارت نه لري او په ژړا پیل کوي . ته غوږ نیسې او ځیني نور څه وایې او له دې وروسته د تاسو ارزونه بشپړوې . دی د خپګان د عصبي نباتي اعراضو څخه انکار کوي او نه د مانیا نښې اویا اعراض څرګندوي . ډېر وړ تشخیص څه شی دی ؟

الف – د شیزویید شخصیت ګډوډي .

ب – هذیاني ګډوډی د ځان لوی ګڼلو وړه ډله .

ج – د سرحدی شخصیت ګډوډي .

د – د په ځان مین شخصیت ګډوډي .

ه – د په چا پوري تړلي شخصيت ګډوډي .

۲۱ – له تاسو ستاسو د کلینیک نرس غوښتنه و کړه چي د يوې ۴۷ کلني ګوښې کښينا ستونکي ښځي کورني وېزېټ و کړی ځوک چي دا تير دري کاله نه شي کولی چي دلته د کتني لپاره راشي.د دي لور موافقه کوي چي تاسي يې راتلونکي سهار ته په کور کي و ګوري . دي تاسو ته د کور د ننه هغه ځاي در ښيي چيري چي ته به ناروغه چي د دي د اوسيدو په کوټه کي په کورني لباس کي په قات کيدونکي چوکی کي ناسته ده ومومي . دي تاسو ته وايي چي دي په دا تيرو دريوکالونو کي کور نه نه ده وتلي " خکه د دې ځای نه وتل ډېر ربړوونکي دي " د کوڅې په لوري اشاره کوي.ته يې اړوند نوره ډېرې پوښتني کوې دري کاله پخوا څه پيښ شوي وو ؟ دی يې ور يادوي چي دي د سوداګری په مرکز کي د باندې وه کله چي پر دي ناڅاپه په چټکی سره د اضطراب سختي څپې پيل و کړ . دې څه نا څه ۱۵ دقيقي پايښت وموندمګرد دې لامل شوه چي د باندې ګرزېدو نه را وګرزي او د دي د موټر د ساتني لپاره بيرته را وګرزي.له هغي وروسته دي داسي خورا ډېرې حملي تيري کړي دي. دي دا تير ۲ ۱/۲ کاله د کور نه وتل رټلي دي.دي وايي چي دي خوښوي چي خلک دي و ويني مګردي يوازي نه شي کولی چي خپل خان يوسي چي بيا د باندې و وزي . دي خيني وختونه په کور کي دا حملي لري او د دوی لپاره يي درملنه نه ده کړي . دي وويل چي همدا شی د دي مور ته هم پيښيده ، او دي د ژوند پاتي برخه په کور کي تيره کړه . دي له تاسو پوښتنه کوي که چيرې ته پوهيږې په دي به څه راشي سره د دې ته کولی شي چي دا اصلاح کړې ؟ تاسې دي ته وايی چي تاسې مې له دې مخکې ليدلي واست او کولی شی چي د درملني سم ډولونه ورته توصيه کړې . دا لومړنی حالت (   ) دی .

الف – ژور خپګان .

ب – د بې ځَایه ډار ګډوډي .

ج – د عمومي اضطراب ګډوډي .

د – له حشراتو نه بې ځایه ډار .

ه – د جبري وسواسونو ګډوډي .

۲۲- يو ۹ کلن هلک وروسته له هغي چي ده هڅه کړي وه چي پر خپله مور د پخلنځي د چاړې پر مټ بريد و کړي د ده د پريشانه شويو مور-پلار له خوا ستاسو بيړنی ځانګي ته راوړل شوی دی . د ده مور زخمي نه وه مګر مور-پلار پوليسو ته تيلفون کړی وو ځوک چي د هلک د دې رويي له ليدو وروسته

یې بېړنی ارزونه غوښته . دی په خبرو کې برید کوونکی او ډېر سوله غوښتونکی وو ، او په لوړ اواز یې خبرې کولې او قسمونه (لو ورې) یې کول . پولیسو دوی تر بیړنی څانګې پورې بدرګه کړي چېرته چې هلک په سملاسي توګه د بیړنیو ارام ورکوونکو په ورکړې سره خپل لومړني حالت ته را ګرزېدلی او درمل شوی وو . مور-پلار یې تا ته څرګندوي چې د دوی زوی داسې ښکاره شو چې د څو میاشتو د مخه د پاملرني د نیمګړتیا ګډوډي پکښې را منځته شویده او د ده د ماشومانو د ډاکټر له خوا ورته د دکسترو امفېتامین لرونکي درمل تجویز شوي وو . دا درمل داسې ښکارېدل چې په لومړي سر کې یې مرسته و کړه ، مګر وروسته د ده شخصیت په بدلون پیل و کړ . څنګه چې دی مخکې مهربان ، خوښ او تازه ، او سپورتي هلک وو ، دی په ناڅاپي ډول په زیاتېدونکي ډول جنګړه ، هیجاني شوی او خوب یې ورک شوی دی . په دې وروستیو وختو کې یې حالت ناوړه شوی دی کله چې ده پرخپله مور باندې ده ته په خوړو کې د زهرو د اچولو تومت ویل پیل کړل ، ده په خپله مور باندې وروسته له هغې چې نوې خواړه یې چې ورسره بلده نه وه تیار کړل برید وکړ . د ناروغ پلار دوه قطبي ګډوډي لري د ده ماما شیزوفرېني لري او د ده مور د پاملرني د نیمګړتیا او د لوړ فعالیت ګډوډي د دې هلک په څېر درلوده . ډېره ښه راتلونکی ګام به دا وي چې ناروغ بسترشي او ؟

الف - په سیټالوپرام درملنه پیل شي .

ب – په لېتیم درملنه پیل شي .

ج – په اریپیپرازول درملنه پیل شي .

د – ګروپ درملنه پیل شي .

ه – په ډکسترو امفېتامین درملنه پای ته و رسوی .

۲۳ – یوه ۸ کلنه نجلی د ماشومانو څانګې ته د کتنې لپاره حاضرېږي ځکه د دې ښوونکي د دې اړوند چې په ښوونځي کې یې کیسې نه شته معلومات را ټول کړیدي . د دې مور تاسو ته وایي چې د دې لور په کور کې ټول وخت خبرې کوي او ډېر په زړه پورېټوبونه او فعالیتونه لري . دې همدارنګه څرګندوي چې د دې لور د ودې ټولو معیارونو ته د عمر سره سمه رسېدلې ده . کله چې دې په ښوونځي کې وي ، تر څو چې په نېغه توګه د ښوونکي له خوا غږول شوي نه وي دې هېڅکله دې په خپله نه غږېږي . دې د ټولنیزوستونځو لرونکي ده لکه داسې چې دې دوه اړخیېزه ټولنیزې اړیکې د خپلو همزولو سره نه شي

ټینګولی . کله چې دي په کور کې وي دي په فعاله توګه د خپلو دوو خویندو سره لوبې کوي او نورمالې خبرې کوي . مور ته یې څه وایی چې د دې لور له څه ځوریږي ؟

الف- ژور خپګان .

ب – له تراوما وروسته رواني فشار راوړونکې ګډوډۍ .

ج – ځان محوري .

د – انتخابي موټیزم (چپ پاتې کېدل) .

ه – ابولیا (Abollia) .

۲۴ – یوه ۲۷ کلنه نرسه د ډاکتر په شخصي معاینه خانه کې را ښکاره کیږي د ملا له تکراري دردونو شکایت کوي . په کنتې سره ناروغ جوتیږي چې بهانده پزه ، پراخ کسې ، نیغ ولاړ ویښتان،خفیفه تبه اوخفیفه تاکي کاردیا لري . ناروغ رپوټ در کوي چې دې لومړي اوکسي کوډون د دې د ملا د درد لپاره د لنډ و مودولپاره کارولي دي مګر دې هیڅ یو درد اراموونکی درمل د ځو میاشتو لپاره نه دی کارولی . دې بیانوي چې دي " څه نا څه په کال کې دوه واری " د ملا درد ستونځې لري. تاسو سربیره پردې دې ناروغې ته لابراتواري ازمایښتونه تر سره، تشخیص مو کړه او درملنه مو ورته توصیه کړه .یوه اونی وروسته ته د بیرني سرویس نوکریوال ډاکتر یې کله یې چې ناروغه په امبولانس کې راوړل شویده : دې د ډېرې ورو ساه کاږلو، او د خولې د شاوخوا لږ سیانوز سره ،بې شعوره ده . ډېره ښه بیرنۍ درملنه د دې ناروغې لپاره عبارت له ( ) څخه ده ؟

الف – فلومازینیل .

ب – فیزوستګمین .

ج – کلونیډین .

د – اکامپروزات .

ه – نالوکسان .

و – الپرازولام .

ز – تیامین .

ح – ګلوکوز .

۲۵ – یو ۴ کلن هلک د چا کورنی چي اوس مهال له بل مملکت نه را کډه شویده د ده د مور-پلار له خوا د ماشومانو ډاکتر ته د لومړنیو کتنو لپاره راوړل شویدی . ماشوم د ده په مملکت کې ښونځی نه بیل کړی ، د ده مور-پلار د ده د پرمختیا معیارونو ته په رسیدو کي له پاتي راتلو څخه خبرتیا لرله . ده جسمي پرمختګ کړی وومګرد ژبې د پرمختیا په مهارتونوکي ورو او د لارښوونوپه تعقیبولو کې یې بې کچې ستونزې درلودې .تاسو دی په ښه فزیکي حالت کي و موند او ودې لیدو چې دی د تاسو سره ډېر ښه سترګو په سترګو کیږي مګرمغشوش ښکاري د هغه څه پر مټ چې ته یې ازموېې چې تر سره یې کړي . هغه وخت چې ته هڅه کوې چې د ده معاینه و کړې دی همدارنګه ژاړي او مور ته څو واری درسېډو هڅهې کوي . تاسې دی عصبي رواني ازمايښتونو ته لیږی او په نتیجه کې IQ ۶۲ څرګندیږي . د تاسو تر راتلونکي وېزېټ پورې تاسې یې مور-پلار ته د ده د تشخیص او انذار وایی . چې دوی عبارت دي له ؟

الف – سخت عقلي پځوالی د هر اړخيزې څارنې سره .

ب – خفیف عقلي پځوالی زده کړې کوونکی دی مګر زیات ملاتړ ته اړتیا لري .

ج – د ځان محوري ګډوډي ځانګړو ښوونو ته به اړتیا و لري .

د – د اسپرګر سنډروم ، په ملاتړ سره به د دندو د ترسره کولو وړتیا و لري .

ه – منځنی عقلي پځوالی .

۲۶ – یوه ۸۸ کلنه ښځه د دي د روانی حالت د بدلون له امله د دي د لور له خوا پیرنی کوټې ته راوړل شویده . دي ترهغه وخته چې د زوم سره د کورنه د یوې اونی لپاره په کورکې پاتې و تر هغو چې لور یې د کور نه لیري په سوداګري کې وه مخکې ښه کار کولو ، تاسو دي و کتله او د سر د کامپیوټري توموګرافي (CT) لارښوونه مو ورته وکړه . کامپیوټري توموګرافي د یوې اونۍ نه د لږ عمر د ډوراماټر لاندې هماتوم راته را ښیي . دلته همدارنګه د قحف د پاسه او د ژامې په شاوخوا کې د نرمو انساجو پړسوب لیدل کیږي . تاسې د زاره بېځایه کاروونکي ګومان کوی او د نورو کسرونو د موندلو لپاره یوه سلسله راديو ګرافی ورته توصیه کوی . د راډیو ګرافی سلسله د دي د بدن د پښتیو او د اوږدو هډوکو څو ځایه اوسنی ماتیدني څرګندوي . د عصبي جراح سره د ډوراماټر لاندې دريناژ اړوند مشورې وروسته راتلونکی غوره ګام چې واخیستل شي عبارت له ؟

الف – د روغتون د خطرخارونکي ته تیلفون کول .

ب – د یوې مشورې لپاره د ټولنیزو خدمتونو را بلل .

ج - زوم ته یې چې په کور کې دی را غوښتل او د دې سره یې مخامخ کول .

د – ځایي پولیسو ته تیلفون کول چې لور یې بندي کړي .

ه – د لومړنی څارنې ډاکټر ته یې بیرته لیږل چې دې کور ته و لیږي .

۲۷ – یوه ۳۹ کلنه ښځه چې پږه یې ماته ده د بیړنې سروېس په لور راځي . دې تاسو ته وایي چې دې له کټه را ولوېده او د دې مخ د مځکې سره و لګېدو . دې او د دې مېړه دواړه د شرابو بوی ور کوي مګر مسموم نه ښکاري . تاسو د جراحي مشوره تر سره کړه ، د ناروغ د ارزونې وروسته تاسو د دې په دوهم ځلي چک کولو سره , مځکې له دې چې تاسې کوټې ته ننوزی تاسې په تهدیدوونکي ډول ښځې ته د مېړه غږېدل اوری . دی وایي " ته همدا وخت د دې وړ یې ، ته بد کاره یې " کله چې ته کوټې ته ورننوزې دی برید کوونکی او دې ډاره شوې ښکاري . ته د زوجینو دبېځایه کارونې ګومان کوې . ډېر ښه راتلونکی ګام به څه وي چې وا خیستل شي ؟

الف – پولیسو ته تېلفون کول چې مېړه یې بندي کړي .

ب - د کوټې نه یې د مېړه د باندې را ایستل او د ده سره مخامخ کېدل .

ج – د زوجینو سره بېلول او د ښځې سره یې یوازې غږېدل .

د – د ناروغ کور ته تېلفون کول چې که چیرې کوم بل څوک دلته پوهیږي چې څه پېښ شوي وو .

ه – د ښځې نه نوره ډېره په دې اړوند پوښتنه کول چې څنګه د کټ نه ولوېده .

۲۸ - یو ۲۸ کلن سړی یې له ځایي دولتي روغتون څخه بیړنی څانګې ته په چوپتیا او د شخوالي حالت کې راوړل شوی دی . دی د بدني تودوخي ۱۰۱ درجې فارنهایت ، د وینې ۱۱۰ / ۲۰۰ ملي متره سیماب فشار ، په یوه دقیقه د زړه د ټکان کچه ۱۲۸ ټکانونه ، لري ، کولی شي چې څلور واړه نهایاتو ته په قریبه (نږدې) او بعیده (لیرې) برخو کې حرکت ور کړي ، او عضلي ژورو دردونو ته غبرګون، مګرد نورولږ ښیي. تاسو د جراحي د بستر کولو له ثبت نه د دوو کالو مخکې د ناروغ پخوانی د اپاندېسیت لپاره د بسترکېدو لنډیز را پیدا کړو . په دې کې تاسو داسي یاد داښت و موند چې ناروغ اولانزاپېن ،هالو پریدول، فلوکسیتین ، ټرازودون ، او والوپروایک اسید کارول.تاسو لارښوونه وکړه چې د سیروم مېتا بولیکه ارزونه بشپړه کړي.د ده کریاتین فوسفتازبېرته شدید تر ۱۱۰ واحده په لیتر

کې لوړوو . د ده فشار ټکانی کيږي ، او تاسي دی د جدي څارني څانګې ته لیږدوی . ډیر وړ تشخيص

عبارت له (   ) دی ؟

الف – سېروټونين سنډروم .

ب – نیورو لپټیک خبیث سنډروم .

ج – ډیزتونيا .

د – پرلپسي حرکي ستونزه .

ه – نومونيا .

۲۹ - تاسي د رواني روغتيا د بيرنيو پېښو په خپله خونه ۲٤ ساعته ټيلفوني څارونکي ياست.يو ماښام ناوخته تاسو ته يوه نا پېژندي سړي د ښار د شاوخوا ګڼ مېشتي سيمې نه ټيلفون وکړ څوک چې تاسو ته وايي چې دي " يوازې اړتيا لري چې خبرې ور سره و شي ". تاسو ته څرګنده شوه چې د ده اواز خپه او ټيټ ښکاري . وروستی تاريخچه څرګندوي چې د ده ښځه د نن ورځې يو کال د مخه مړه شويده . تاسې وړاندې ځی چې د ځان وژنې د خطر ارزونه بشپړه کړی . د لاندېنيو څخه کوم يو زمينه جوړوونکی لامل دی ؟

الف – د افريقايي امريکايانو نژاد .

ب – په کور پورې تړلي ماشومان .

ج – زياته مشغولتيا .

د – نارينه جنسيت .

ه – غښتلي مذهبي عقيده .

۳۰ – يوه ۲۷ کلنه ښځينه ناروغه بيرنی څانګې ته حاضريږي په اوس مهال کې له رېږدېدنې او نسناستې نه شکايت کوي په معاينه کې دي ځای اوشخص پيژني مګر وخت نه ، او د لنډ ی مودې د حافظې ويجاړي څرګندوي . د دي تلل بې انډوله دي ، او دي يوه دوره دوه طرفه رېږدېدنه ښکاره کوي . دي رپوټ ورکوي چې د دي د سراپا ناروغانو روانيوه دوی اونی د مخه د دوه قطې ګډوډي لپاره دي ته په يوه نوي درمل پيل کړی دی ، مګر دي اوس دوز دوه واره کړی دی ځکه دا داسې ښکاره نه شول چې کار دې و کړي . دا درمل ډېر داسې ښکاري چې (   ) به وي ؟

الف – هالوپریدول .

ب – لاموتریجین .

ج – لیتیم .

د – کاربامازیپین .

ه – والپروایک اسید .

۳۱ – یو بې کوره سړی د پولیسو له خوا د یوه راپور په غبرګون کې چې دی په کانفیوژ حالت کې په کوڅو کې سرګردانه ګرزي بیړنی څانګې ته راوړل شوی دی . په معاینه کې دی مړاوی او د الکهولو د مستی بوی ور کوي . دی نستاګموس او اتاکسیا (حرکي نا اندولي) نه څرګندوي . دا د لړ عقلي حالت په معاینه کې د وخت ، ځای او شخص اړوند نه پوهیږي . دی د تیرې په نبنه شوی حافظې سره ډېر په غړېده کې دی او ډول ډول ځان ځلیدونکی ، او ډول ډول دعوا وې په دې اړوند چې څنګه دی نن بیړنی څانګې ته راغی جوړوی ، چې عبارت له : د یوه پخواني بودایي څښونکي سره د ده د اوسیدو په محل کې لیدلو څخه دي . دا څرګندونې د کوم یوه د لاندېنیو ویټا مینو د نشتوالي له امله وي ؟

الف – بي ۱۲ .

ب – فولات .

ج – نیاسین .

د – تیامین .

ه – ویټامین اي .

۳۲ – یوه ۵۳ کلنه متاهله ښځه د دې د خوابدې میړه په ملګرتیا ستاسو د لومړنیو څارنو کلینیک ته حاضرېږي. دی رپوټ درکوي چې د دې شخصیت د پام وړ بدلونونه د تیرو ۱۲ میاشتو په اوږدو کې زغملي دي . په لومړیو کې ځیرکه ملکه ښځه وه څوک چې په فعاله توګه یې د کلیسا اوخیر ښیګړې چارې سر ته رسولې ، دې اوس کمزوری پاکوالی ښکاره کوي اوداسې سلوک نه څرګندوي لکه د دې د میړه د غوښتنو د ترسره کولو غوندې کله چې دې یې تر سره کوي " دې په خپله لاره نه ځي " او د پام وړ بې نظمي لري ، د دې میره څرګندوي چې بله ورځ دې هڅه وکړه چې په عام ځای کې ځان انزال کړي ، دې حالت موږ و هڅولو چې ستاسو کلینیک ته د کتنې لپاره نن راغلو . په ساده عقلي

معاینه کې ناروغ له ۳۰ نه ۲۴ درجې اخلي . ستاسو لابراتواري موندنې کومه څرګنده نښه نه ښيي ، مګر د دماغو MRI په جبهي او په قدامي صدغي فصونو کې د پام وړ اتروفي را په ګوته کوي . ډېر مناسب تشخیص څه شی دی ؟

الف – د الزایمر ناروغي .

ب – د ایډز اړوند ډېمنشیا .

ج – د هوچینګسن ناروغي .

د – د پیک ناجوړي .

ه – وعایي ډېمنشیا .

۳۳- یو ۲۲ کلن سړی په ګرندیتوب سره ستاسو کلینیک ته راځي او ژر ژر غږیږي . ستاسو نرس هڅه کوي چې دی غلی کړي او تا ته یې ستړکې په لار کړي مګر نه شي کولی . دي له تا غواړي چې سملاسي دی و ګوري . کله چې ته کوټې ته ننوزې دی پورته ټوپ اچوي د طب پوهنځي ته د شامليدو اړوند او د ځانګړو اخیستلیوبخششیو اړوند ګډوډې خبرې کوي . دی وایي ډېر خوب کولو ته اړتیا نه شته په ډېرې چټکۍ د درس ویلو اړتیا ده . او د نوي څارونکي لپاره په ګرانبها کالیو د پیسو لګول اړین دي . دی له تاسو پوښتنه کوي کله چې زه په طب کې د نوبل جایزه وګټم څه شی واغوندم . د ده د کورنۍ نه د نورو ډېرو معلوماتو د لاسته راوړلو وروسته تاسو برېکړه وکړه چې دی حاد مانیاک دی . هغه درمل چې ډېر مناسب دي چې د ده حالت ته ګټه ورسوي عبارت دي له ؟

الف – فلومازینیل .

ب – فلوکسیټین .

ج – اکامپروسات .

د – ګاباپینتین .

ه – والپرو ایک اسید .

۳۴ - یو۳۶ کلن نارینه ناروغ د مسکنو او خوب راوړونکو ترلتوب د تاریخچې سره وروسته له هغه چې د ده د مورله خوا په کور کې د ده په خنګ کې د الپرازولام خالي بوتل و موندل شو د تاسو د بیړنۍ څارنې په سروېس کې بستر شوی دی. دی د داخلي د ټیم له خوا د تهیج او تنفسي انحطاط له امله تسکین او انټیبوشن شویدی. په راتلونکې ورځ په پوره روښانه حالت کې دی ، اوتاسې د هیجاني حالت ا

لپاره په بیړه ارزوی . په معاینې سره تاسو و موندل چې ناروغ د ده په کوټه کې چارچاپېر ګرزي او د نرسنګ پرسونل ته لو وړي او تهدیدوي یې چې روغتون ترک کړي . دی ستاسو سره په مخامخ مرسته کې پاتې راځي چې مرکه ور سره وکړې ، مګر تاسو ته جوتیږي چې ده ډېرې خولې کړي وي او د ده د څنګلو د رېږدېدنې یوه لنډ ه دوره وینې . د ده حیاتي علایم له نظره تیروې ، اویاد داښت کوې چې تر دوو ګړیو مخکې پورې په نورمالو کچو کې وو کله چې د ناروغ نبض په دقیقه کې تر ۱۲۰ ټکانونو پورې لوړ او د وینې فشار تر ۱۰۰ / ۱۵۰ لوړشي . د لاندېنیو درملو څخه کومه یوه د دې ناروغ ډېر ښه غوروی دی ؟

الف – بوفرینورپین .

ب – کلونیډین .

ج – متادون .

د – فنوباربیتال .

ه – پروپرانولول .

۳۵ – یو ۳۷ کلنه مجرده ښځه د یوې لومړنۍ کتنې لپاره ستاسو د کورنیو د کتلو دفتر ته راځي په داسې حال کې د غرمې د مخه ۱۰ بجې دي دې تورخرمین جمپر او په ورنو لنډ ه ګلابي لمن یې اغوستي دي او ډېرجلا داربې خان جوړ کړی دی . دې په ډېرې بېباکۍ سره کښېني ، مخته کیږي ،مخامخ کښېني او تا ته د خپل نوساني ټولنیز ژوند اړوند ټول په ډېره ډراماتیکه توګه په ډېرې اشنا رویې سره وایي . ته پوهېدلې یې چې د دې د غولووني له امله د دې پر څرګندونو په بشپړه توګه د بې باورۍ احساس کوې . همدارنګه دې رپوټ در کوي چې دې ډېر ملګري لري . تاسو ته جوتیږي چې د دې څرګندوني عبارت له : بیړنیواشنایانو ، لکه د راز د ګډونوالو په مینځ کې د خراب سړي په څېر دي . تاسو د لاندېنیو شخصیت ګډوډیو څخه د کومې یوې ګومان کوی ؟

الف – ټولنیز .

ب – لیرې ګرزېدونکي .

ج – تړلي .

د – هستریونیک .

ه – شیزوییډ .

۳٦ - یو ۳ کلن هلک ستاسو د ماشومانو د عمومي ځارني په کلینیک کې له دې امله چې د ده مور فکرکوي چې دی " له کچې زیات ارام دی " دې درته یادوي چې د دې امیند واری او زیږون کوم اختلاط نه درلود . د زیږون نه څو میاشتې وروسته د دې په یاد دې چې د دې ماشوم د دې هڅوته چې اړیکې ور سره و نیسي دغبرګون ښودلو جوګه نه ښکارېدو . دی د خندا په وړاندې غبر ګون کې پاتې وو ، ډېر خله یې وجهي افاده نه درلوده او په سترګويي تماس نه شوو ټینګولی . ده غورغور نه دی کړی، ده د نوروماشومانو غوندې د عمرپه پړتله خبرې نه دي کړي مګر یوازې ځینې وختونه د عجیبه اوازونو یومتن په تکراري ډول جوړوي. سر بېره پر دې دي له دې نه په وسواس کې ده چې دي په ګرېوکښېني او شا ته غورځې او څلورم دا چې دی د نورو ماشومانو سره لوبې نه کوي او همېشه د خپلې باندېنی نړۍ سره لږ مینه ښیي . ډېر وړ تشخیص عبارت له ( ) څخه دی ؟

الف – د ځان محوري ګډودي .

ب – د ماشومتوب د مهال د شیزوفرېني پیل .

ج – د تماس نیولو ګډوډي .

د – د پاملرنې د نیمګړتیا ګډوډي .

ه – د بېلتانه د اضطراب ګډوډي .

۳۷ - یوه ٦۹ کلنه کونډه ښځینه ناروغه چې ستاسو د زړه د جراحي په سروېس کې بستر ده د فرعي لارې د اکلیلي شراینو د پیوند له امله د سټرنم په ناحیه کې د انتان د مداخلې له امله تر بستر کېدو دوې ورځې وروسته د نرسنګ پرسونل له دې امله چې دي وخت ناوخت، په ځانګړي ډول د شپې کانفیوژکیږي ، اندېښنه څرګندوي . لومړنی ډله ستاسو نه د روغتون د روانپوه په حیث سملاسي مشوره غواړي کله چې ناروغ ګورې په حاد ډول هیجاني او هڅه کوي چې پولیسو ته زنګ ووهي ځکه دي باورکوي چې دلته په کوټه کې غلوونکي دي . په ارزونه کې تاسو یوه مضطربه زړه ښځینه څوک چې ستاسو پوښتنو ته پام نه لري او په وخت او ځای نه پوهیږي او په ٥ دقیقوکې د دریو شیانو نوملړ بیا نه شي اخیسی ، و مونده . د لاندېنیو څخه کوم یو مناسب تشخیص دی ؟ .

الف – ډلېریم .

ب – ډېمنشیا .

ج – پاشل شوي هېرېدنه .

د – د ژور خپګان ګډوډي .

ه – شيزوفرېني .

۳۸ – د يوې ٤٨ کلنې ښځې سره په بيرنی ځانګه کې وروسته له هغه چې دي د دي خور له دې املـه چې دي دارېدله چې ناروغه " د لېونتوب چمونه کوي " ستاسو بيرنـی ځانګي ته راوړل شوي وه مرکه وشوه. خور يې رپوټ درکوي چې ناروغ له ډېرې مودې خپه دی او ډېر سخت رواني فشارونه ګالي . دي څرګندوي چې ناروغ وايي مرګ ښه تره دی او چې ژوند د ژوند کولو ارزښت نه لري . ناروغ رپوټ ورکوي چې د دي خپګان په پرمختلونکي ډول تېره مياشت زيات شوی . دي رواني فشارونه ور يادوي چې يوه مياشت مخکې يې د دندې له لاسه ورکول د ملامـاتونې لامل شول . مګر دي باورلري چې اجازه به ور کړي چې دي له دندې ته لاړه شي ځکه دي ښه اجرات نه کول .سربيره پر دي دري اونی د مخه دي د پنځو کالونو اوږدي مودې وروسته په لوړې کچې د غوسې او ډار نه په يک حالت کې د مينتوب اړيکې پـای تـه ورسولي . د بسترکيدو يوه اونـی مخکې دي په دې وپوهيده چې د دي لومړنی کرايي اپارتمان چيرې چې دي ډېر کالونه يکې ژوند کړی ډېره سخته ده مګردی مجبوره ده چې پرې يې ږدي . د دي خپل ګاونډيان خوښيږي مګر نه شي کولی له دې دلته زيانه پاتې شي . دي راپور ورکوي چې دي د تېرې يوې مياشتې راهيسې ډېره سخته خپه شويده او د خپګان ښکاره عصبي نباتي اعراض لري . سربېره پر دې دي د ناهيلی د ژور احساس او د خوراک او ځان مينځلو پرته په بستره کې د ورځو ورځو د تېرولو رپوټ ورکوي . دي يادوي چې دي د راتلونکي څخه ناهيلي او دي باور نه کوي چې دي به کله هم ښه شي . دي د ځان وژنې اړوند په نېغو پوښتنو کې نا څرګنده ده . تاسي د ژور خپګان تشخيص ږدی مګر تاسي يې د ځان وژنې د خطر اړوند په اندېښنه کې ياست . په دې ناروغ کې د ځان وژنې د خطرډېر ارزښتمن لامل عبارت له (   ) څخه دی ؟

الف – ژور خپګان .

ب – عصبي نباتي اعراض .

ج – د عشقي اړيکو له لاسه ورکړه .

د – د دي د دندې له لاسه ورکړه .

ه – ناهيلي .

۳۹ – یو ۲٤ کلن سړی د شیزو افکتیف ګډوډی د تاریخچې سره د خپلې مور سره ستاسو د لومړنیو څارنو څانګې ته د عادي فزیکي کتنې لپاره حاضریږي . دی تاسوته وایي چې دی په دې نږدې وختونو کې د پارانویا له امله په تېر کال کې د څلورم ځل لپاره بستر شوی دی . د ده روانپوه ده ته نوي درمل پیل کړیدي مګر لـه هغـه وروسـته نـاروغ د لـومړی درملنـي لاړښـودنې هېرې کړیـدي . د ده فزیکـي معاینات نورمال دي . تاسو ده ته د سیګرټ څکولو د پرېښودو مشوره ورکوی او لاړښوونه کوی چې د وینې عادي شمېره دې بشپړه کړي . لـه هغې دوې ورځې وروسته تـه ګورې چې د ده سپین کریوات ۱,۹ تـه را ټیټ شویدي تـه ځینې غواړې چې نـاروغ دې د بیا ارزونـې پـه موخـه ستاسو څـانګې تـه د روانپوه د کتنې لپاره راوړي . هغه مناسب سایکوز ضد درمل چې ناروغ یې اخلي له (   ) څخه عبارت دي ؟

الف – رېسپریډون .

ب – اریپیپرازول .

ج – کلوزاپین .

د – کوتیاپین .

ه – تیوریدازین .

٤۰ – یو ۳۹ کلن سړی یو نوی د لومړنیو څارنو ډاکتر د ده د مور په ټینګار د لومړي ځل لپاره ګوري . دی پرته له نادر ډول ټیټ مزاج د خپګان له اعراضو نـه انکار کوي . د ده پلار هغه وخت مړ دی چې دی ۱٤ کلن وو ، او دی تر دې وخته پورې د خپلې مور سره اوسیږي . دی د کامپیوټر د پروګرام جوړوونکي په حیث کار کوي وایي چې ډېر اشنایان لري او د ګوتو پـه شمېر ملګري لري او د مینـې اړیکي نه لري . د ده مور ده ته قناعت ورکوي چې معاینې تـه لاړشـي ځکـه دی د ډاکتـر د معاینـه کولـو لپـاره پـه پرېکړې کولـو کـې ډېرې ستونځې لـري . د ده مـور دی تـر معـاینې پـورې بدرګـه کـوي او څرګندوي چې دي ډېر وخت د شیانو اړوند د ده لپاره پرېکړې کوي ځکه چې " دی هېڅ نـه شي کولی چې ځان ته پام وساتي " دی وایي چې : " خلک فکر کوي چې زه لـه کچې وتلی نښلېدونکی یم " . ربښتیا خبره دا ده ، چې زه یوازې خلک د دې لپاره غواړم چې د ما اړوند څارنـه و کړي . " کلـه چې تاسي د ده سره یوازې خبرې کـوئ ، دی ښکاري چې نورمـال ذکـاوت ، نـه د سخره ډک اونـه عجیبـه افکار ، او د ځان اړوند ثابت احساسات لري مګر نه د ببلوالي نـه ډار څرګندوي چې مور بـه د ده سره

اړیکي و شلوي . دی د ځان اړوند د کومو ویجاړوونکو یا د غوسې ډکو سلوکونو څخه انکار کوي .

ډېر وړ تشخیص عبارت له (   ) څخه دی ؟

الف – د سرحدي شخصیت ګډوډي .

ب – په چا پورې د تړلي شخصیت ګډوډي .

ج – د شیزوتایپال شخصیت ګډوډي .

د – د په ځان مین شخصیت ګډوډي .

ه – د شخصیت ګډوډي .

۴۱ – یوه ۲۷ کلنه ښځه د ځایي پولیسو له خوا له دې امله چې دې د خپلو ګاونډ یانو له خوا کړاول شوي ستاسو بیړنی څانګې ته راوړل شوېده . د دې کورنی له لږ ځنډ وروسته ور پسې را رسیږي او ډېر پرېشانه (نیولي) ښکاري . د پولیسو رپوټ بیانوي چې د ځواني ښځې د اپارتمان څارونکي له دې امله ټېلفون و کړ چې دې د خپلو ټولو ګاونډیانو دروازې ګړبولې او په زینه کې په چیغو وه . د ناروغ د اپارتمان له کتنې وروسته ، پولیسو یو چټل او بد بویه ځای پیدا کړ ، چې له پاتې شونو او ډوډۍ څخه یې پخلنځی ډک وو . کړکی یې مهر لاک او په چټلو پردو پوښلي وې ،او دلته د اوسېدو په کوټه کې څوتلوېژیونونه او کامپیوټرونه وو ، او په یوه وخت کې ټول روښانه وو . د ناروغ کورنی رپوټ ورکوي چې تېر کال یا لږ زیات دې په زیاتېدونکې ډول د کورنیو کړنو له اړخه عجیبه پاشل شوي ښکارېده او د ښې اجورې د کامپیوټر د اداره کولو دنده یې پرېښودله.او سربېره پر دې په چټکې سره د کوم ځانګړي دلیل پرته د مینتوب اړیکي پای ته ورسولې . د رواني حالت په معاینه کې دا ځوانه ښځه مړاوې، او څو بره چټل کالي یې اغوستي دي ، دې په وسواس او دفاعي حالت کې ښکاري . د دې خبرې د ګړندوالي ، د اواز د لوړوالي او د جوړښت له اړخه نورمالې دي . دې ګړېږې او څرګندوي چې دې د نورو هغه چا په وړاندې چې غوښتل یې دې د نمونې په ډول وکاروي د خان نه په دفاع کې وه. دې باور کوي چې د دې د کار په وخت کې په ایمل کې په پټه د لېږد را لېږد پیل د نورو دښمنانو لخوا دي . ښایي د سي ای ای لاس پکې وي.دې وایي چې دې خپله دنده پرېښودله د دې لپاره چې دا پټې لاس وهنې هر وخت و څارې او دې غواړي چې خپل اپارتمان هم پټ کړي ، ځکه دې پوهېږي چې دې موخه ده . دې اوسنۍ اړیکي پای ته ورسولې ځکه دې احساس کوي چې پردي خلکو ته تاوان رسوي او دې یې یې اړوند څارنه کوي .دې د نشیي توکو له بېځایه کارونې او یا د کوم طبي عرض له درلودلو

ځخه انکار کوي . دي رپوټ ورکوي چې د دي خوړل او خوب کول ښه دي او مزاج يې ښه دی . دي د اوازونو د اورېدلو ځخه انکارکوي . تشخيصي ټسټونه چې عبارت له : د درملو د چڼ ، د وينې د شمېر بشپړول ، کيمياوي منظره يې ، د دماغو د مقناطيسي اهتزازاتو پر مټ تصوير اخيستل ، ټول نورمال دي . ډېر وړتشخيص عبارت له (   ) ځخه دی ؟

الف – شيزوفرېني .

ب- دوه قطبي ګډوډي .

ج – ژورخپګان .

د – د الکهولو بېځايه کارونه .

ه – د پارانوييد شخصيت ګډوډي .

۴۲ – يو ۳۵ کلن سړی د بنديخانې په کلينيک کې د عادي فزيکي معايناتو لپاره ليدل کيږي . دی تاسو ته وايي چې دی په جېل کې دی د دې لپاره چې غلا ته د رسېدو په هڅه کې د دوو تنو په قتل متهم دی . کله چې تاسې له ده نه د نورې جنايي تاريخچې پوښتنه کوی ، دی در ته بېل بېل توقيفونه ، او په غلا خيني محکوميتونه ، د مستې په حالت کې ډريوري ، او زنا ، يادوي . د ده ثبت شوی رېکارډ په اوږد مهاله ډول د درواغو او غلا تر بندي کېدو پورې يوه نمونه راښيي . او دا چې دی د باصلاحيته کسانو له خوا نيول کيږي پښېماني نه ښکاره کوي . دی هېڅکله په رواني کې بستر شوی نه دی ، او د مزاج د لوړوالي ، پراخوالي او متزلزل کېدلو له حملو ځخه انکار کوي . دی ځان لوی ګڼل ، تر فشار لاندي غږېدل يا رواني اعراض نه ځرګندوي . کورنی تاريخچه يې د الکهولو د ترلتوب لپاره د ده په پلار او مورکې د پام وړ ده او د دوه قطبي ګډوډی تاريخچه نه لري. دی په ارامتيا سره رپوټ درکوي چې د ده پلار او د هغه مور-پلار (انا او نيکه) به ډېرځله په متروکه يا تخته کله چې زه ماشوم وم وهلم . دی ځو ځله بېهوشه شوی مګر د جټکو تاريخچه نه لري اود شپې د خپسې نه او د بېځايه کاروني له امله له په کړاو کېدو نه انکار کوي . دی د ځان وژنې خيالونه لري مګر د ځان وژنې هڅې او د ځان خوږولو هڅې يې نه دي کړي. ډېر وړ تشخيص عبارت له (   ) ځخه دی ؟

الف – د تماس نيولو ګډوډي .

ب – د تراوما وروسته د رواني فشارګډوډی .

ج – د مزاج دوراني ګډوډی .

د – دوه قطبي ګډوډي .

ه – د ټولنيز ضد شخصيت ګډوډي .

٤٣ – يو ١٩ کلن سړی د رواني په څانګه کې له بستر کېدو دوې شپې وروسته په وار سره کتل کيږي . دی په رواني ګډوډي سره تشخيص شوی دی او نوره څانګړی شوی نه دی او د ورځې ١ ملي ګرام رېسپيريډون دوه واري ورته پيل شويدي . نرس له تا و غوښتل چې لومړی دی و ګوری ځکه چې دی " ټول سهار هيجاني وو" . کله چې تاسي د ده کوټې ته ننوتی تاسې دی وينئ چې پر فرش ګرزي . دی تاسو ته وايي چې دی د نـا کراری احساس کوي او دی د ښه والي د احساس لپاره ګرزي . د ګام وهلو نه پرته نور دی کومه رېږدېدنه ، يا د نهاياتو نورحرکتونه نه ښکاره کوي . همدارنګه دی هيجاني ښکاري ، د ده سايکوتيک اعراض کوم چې برسامات او هذيانات پکې نغښتي دي داسي نه ښکاري چې د بستر کېدو را په دې خوا دې بدتر شوي وي . حياتي علايم په نورمالو حدودو کې دي او تبه نه لري . د سيروم کرياټين فاسفوکينازټيټ او نورمال دي . ډېر وړ تشخيص عبارت له ( )

څه دی ؟

الف – ډېزتونيا .

ب – پارکېنسونېزم .

ج – اکاتيزيا .

د – نېورولپټيک خبيث سنډروم .

ه – لېږدېدونکي حرکي ستونزه .

٤٤ – يو ١٥ کلن هلک يې د ده د ماشومانو کلينيک ته راوړی دی ځکه د ده مور پلار د ده د سلوک نه په اندېښـنه کې دي.دوی رپوټ ورکوي چې دی د خبرو کولو په مينځ کې په وارو وارو غاپي اوغومبرکوي دا سلوک په عامه ځايونو او ښوونځي کې څرګنديږي. سربېره پردې دی په دوراني ډول د بدن د ناوړه وضعيت نيولواودعلوي اطرافو د ټوپ وهونکو حرکتونو او د اس غوندې خرخری لري . د ده مور پلار باور کوي چې دی موږ ته د لږ وخت لپاره ټلوويژيون کښېناستلو او يا د ده د ملګرو سره په يو ځای والي کې جزا راکوي . دا ځوان سړی د مور-پلار پر ضد د هر ډول اړيکو څخه انکار کوي . دی وايي چې دی په غښتلي توګه اړ ايستل کيږي چې و غاپي اوغومبر وکړي او په نورو وختونو کې

دی ځان د کابوکېدو نه وتلي خوځېدو نکي ویني . دی د ځان اړوند مضطرب دی او ځان عجیب احساسوي . د ځوان د دې سلوک لپاره وړ دلیل عبارت له (   ) څخه دی ؟

الف – د ځوانی مهال سرتمبګي .

ب – شیزوفرېني .

ج – د نشیي توکو بېځایه کارونه .

د – د تورېټ ګډوډي .

ه – د تماس نیولو ګډوډي .

٤٥ - یو ٤١ کلن سړی د٢١ کالونو د دوه قطبي ګډوډیو تاریخچې سره بیړنی ځانګي ته د اتاکسیا ، د علوي اطرافو د زیاتو رېږدېدلو ، کانفوژن ، او نسناسني سره راځي . دی رپوټ ورکوي چې ده په پراخه کچه خولې کړیدي څکه چې " دا ډېر تودوخي ایستونکي دي " او دا چې ده په کور کې " ښېګړه نه ده " تر لاسه کړي څکه د ده د لارې پر سر کورایرکانډېشن نه لري . د ده درمل : فلوکسېټین د ورځې ٤٠ ملي ګرامه ، لېتیم کاربونات ٣٠٠ ملي ګرامه هر سهار او ٦٠٠ ملي ګرامه هر ماښام ، اکساکاربازیپین ٣٠٠ ملي ګرامه هر سهار او٩٠٠ ملي ګرامه هر ماښام ، اولانزاپین ٧,٥ ملي ګرامه هر ماښام او لورا زیپام ١ ملي ګرام د ورځې دي . دی د غیر مجاز درملو له کاروني انکار کوي . په معاینه کې د ده ټکان په دقیقه ١٠٠ او منظم دی ، د ویني فشار٩٨/٦٠ ملي متره سیماب دی ، د ساه ایستلو کچه ١٤ واره په دقیقه کې ده او تودوخه یې ٩٨,٧ درجې د فارنهایت ده . ډېر وړ تشخیص عبارت له (   ) څخه دی ؟

الف – د لېتیم مسمومیت .

ب – د لورازیپام مسمومیت .

ج – د فلوکسېټین مسمومیت .

د – د اکسکاربازیپین مسمومیت .

ه – د سېروټونین سندروم .

٤٦ - د پوهنځي یو ١٨ کلن محصل له دې امله چې د پوهنځي په وداني کې یې ناوړه کړني تر سره کړیدي د دې ټولګي د پولیسو له خوا بیړنی کوټې ته راوړل شویدی . په معاینه کې دی د اوربدلو برسامات ، تهیج ،تېز او بې اړیکو غږېدل لري . د دې مودې پاېښت چې دا اعراض دی لري نه دی

ځرګند . د نشيي توکو د بېځايه کاروني تاريخچه نه ده جوته . ډېر ورړ تشخيص عبارت (
) څخه دی ؟
الف- شيزوفرينوفورم ګډوډي .
ب – ژمنی خپګان .
ج – د عمومي اضطراب ګډوډي .
د – غير وصفي خپګان .
ه – د جبري وسواسونو ګډوډي .
۴۷ – يو ۲۳ کلن سړی وروسته له هغه چې دی د خپل نس د ټوپک په ډز سره د زخم کولو ترشک لاندې دی ، د جراحي د جدي ځارنې په ځانګه کې د رواني ارځه ارزول کيږي . ناروغ په شعوري حالت کې دی مګر د جراحي لاسوهنې وروسته خوبجن شوی دی . په معاينه کې ناروغ ناځرګند اودفاع کوونکی دی . دی داسې کيسه کوي چې دی ځان وژونکی نه وو او ده هغه وخت چې ټوپک يې پاکولو په ناڅاپي ډول ځان وويشتو . دی منې چې د پېښې د مخه يې يو څه بير څښلي وو . په دې حالت کې په دې ناروغ کې د ورړ ارزونې راتلونکی ګام د ( ) څخه عبارت دی ؟
الف – د ناروغ د ځرګندونو منل چې پېښه ناڅاپي وه .
ب – د سر کامپيوټري تصوير اخيستل .
ج – د تايرايډ د غدې د تنبيه کوونکي هورمون د کچې ټاکل .
د – د ناروغ د الکهوليکو بې نومه سازمان ته ليږل .
ه - د ناروغ او کورنۍ ، ملګرو يا د پېښې ليدونکو نه د نورې تاريخچې را ټولول .
۴۸ – په مخکېنۍ پوښتنه کې د ناروغ د نږدې ملګروڅخه د زياتې معلوماتو د را غونډولو وروسته دی د مينې د اړيکو له شليدو وروسته ناهيلی شوی وو او په پوهنځي کې يې هم کړنې خرابې شوي وې . ناروغ په عادي ډول الکهول نه څښې ، مګر ده لږ تر لږه دوه وارې په تيره اونۍ کې د مسموميت تر بريده څښلي وو . د ناروغ کورنۍ رپوټ ورکوي چې دی د تيرو څو ورځو په اوږدو کې له موږ ليرې ګرځي . د زياتې تاريخچې پر بنسټ داسې ښکاري چې ( ) ته په دليل برابر دی ؟
الف – د ناروغ د ځرګندولو منل چې په ټوپک ويشتل ناڅاپي وو .

ب – د ناروغ سره د تاسو د موندنو ځیرل او ده ته دا ځرګندول چې ته د ځان وژنې د شونتیا اړوند تر شک لاندې یې .

ج – د ناروغ د الکهولو بیځایه کارونه د ناروغ سره ځیرل .

د – خپلې موندنې پټې وساتی تر څو د ناروغ غوسه د خپلو ملګرو او کورنۍ پر ضد و نه هڅول شي .

ه – د یوه خپګان ضد درمل پرمټ درملنه پیل کړی .

۴۹ - تاسو یوه ناروغ ته چې په رواني سروېس کې بستر وو او د ژور خپګان نه زورېدو یو د سېروټونینو د دوهم ځلي جذب انتخابي ډب کوونکي خپګان ضد درمل د اړتیا لپاره توصیه کړل او دوه ورځې وروسته دې ښکاره په ډار کې ښکاري . د نرسنګ پرسونل ډېرپه وسواس کې دی ، او وړاندیز کوي چې ناروغ ښایي نورې ارامتیا ته اړتیا ولري . د تاسو په معاینه کې ناروغ متهیج او متحرک دی د تاسو سره د مرکې پر مهال پښې پورته او ښکته کوي او نه شي کولی چې مرکې ته ځیر شي دی یادوي چې دی نه پوهیږي چې څه پېښیږي ، مګر دا چې دی کراره نه شي کېښېناستی . داسې احساسوي چې دی مجبور دی چې پښې تاو را تاو کړي . ډېر وړ تشخیص عبارت له (   ) څخه دی ؟

الف – نېورولېپتیک خبیث سنډروم .

ب – د درملو له امله پیداشوي اکاتیزیا .

ج – د عمومي اضطراب ګډوډي .

د – سېروټونین سنډروم .

ه – د کافیینو تسمم .

۵۰ – یو ۵۳کلن سړی د رواني په داخل بستر ځانګه کې د دوه قطبي ګډوډی د درملنې لپاره چې د لاړې پرسر پروت موندل شوی وو بستر دی . په معاینه کې دی بیدار دی مګر کانفیوژ دی او د خبرو د پیوستون ستونزې لري . پرسونل رپوټ درکوي چې دی په تېرو ۲۴ ګړیو کې په پرمختلونکي ډول خوبجن او کانفیوژ کیږي دی وایي " زه فکر کوم چې ډاکتران هڅې کوي چې ما مړ کړي " . د ده د چارټ د دوهم ځلي کتنې وروسته تاسو ته ښکاري چې دی یوه اونۍ د مخه بستر وو ځکه چې د ده دوديز دوز کاربامازیپین بیا ور ته په ټیټه کچه پیل شوي وو ، وروسته له هغې درې ورځې د مخه دی د علوي تنفسي طروقو د انتان خوا ته لاړاو په یوه انتي بیوتیک سره درمل کېدو. د ده د تېر کاربامازیپین کچه درې ورځې د مخه اندازه شوي وه . تاسو په نېغه فزیکي معاینه او سیستمیکه کتنه لاس پورې کړه

چې ځان داده کړی چې ناروغ د ساینکوپ له حملې نه ځوریږي او کله چې دی غورزیدلی زخمي شوی نه وي. ډېر وړ تشخیص عبارت له ( ) څخه دی ؟

الف – د ځان ناروغ شمېرل .

ب – ډیمنشیا .

ج – د درملو مسمومیت .

د – د علوي تنفسي طروقو انتان .

ه – په نورمال فشارکې د دماغو د اوبو زیاتېدل .

۵۱ – یو ۲۲ کلن سړی چې په دې نږدې وختونو کې د اوتومېخانیک له دندې لیرې شوی دی بیړنی کوټې ته حاضریږي او په مخکېنې کار کې د ځان پر ضد له دسیسې څخه شکایت کوي . کله چې دی لومړی پیل کوي چې حالت څرګند کړي داسې ښکاري چې د کار په ځای کې ازار ورکول شوی وي . کله چې ده تاسو ته معلومات ور کړل چې د ده بادار لکه پردی د یوناني شاهانو له کورنۍ او د ده د کار شریکان د ده وفادارتابع دي ، تاسو په دې باره کې چې هغه قانونیوه ته ولیږۍ فکرکوۍ . کله چې تاسې له ده نه غوښتنه کوی چې حالت نور ډېر بیان کړی دی بشپړ استادانه او په ټولو اجزاوو سره د کارپه ځای کې د ده د کارونو اړوند او چې څنګه دوی دسیسه جوړه کړه چې دی یې خارج کړو. د دې غیر معمول باورونو پرته نور دی په اصطلاح د اغوستلو او د بدن د وضعیت له اړخه نورمال دی . د شیزوفرېنې ډېروړډول په دې ناروغ کې عبارت له (   ) څخه دی ؟

الف – پارانوییډ .

ب – کتاتونیک .

ج – نامنسجم .

د – ناتوپیرشوی .

ه – باقي پاته شوی .

۵۲ – له تا وغوښتل شول چې یو ۲۷ کلن سړی چې نوی ورځې مخکې له رواني روغتون څخه رخصت شوی وو و ګوری . نرس تا ته رپوټ درکوي چې په ناروغ کې دلاس داسې رېږدېدنه رامنځته شوي چې ګولی جوړولو ته ورته ده . دی همدارنګه تاسو ته وایي چې ناروغ ډېر نیولی ګام اخلي او

داسي ښکاري چي ډېر په سختۍ حرکت پیلوي . د لاندېنيو درملو څخه کومه ډېره د دې ور ده چي د دې حالت لامل شي ؟

الف – لورازيپام .

ب –بنزتروپين .

ج – کويتياپين .

د – کلوزاپين .

ه –هالوپريډول .

۵۳ – يو ۴۳ کلن نارينه چي د الکهولو د مسموميت پرمهال له زيني څخه ترلوېدو وروسته يې ښنه ماته شوی وه په روغتون کي بستر دی.دی د ۹ کلنی را په دې خوا په بنديخاني او يا روغتون کي د الکهولو د پرېښودلو اولړولو نه پرته د ورځني الکهولو د کاروني د تاريخچي رپوټ درکوي.د ی په پرلپسي ډول د ښي د درد د لږولو لپاره اپيات درد ورک کوونکي اخلي او د الکهولو نه د محروميت لپاره د تيامين ، فولات او بنزوډيازيپين په کارولو کې دی. په دې ځای کې به وړځارنه عبارت وي(   ) څخه وي ؟

الف – د اپياتو اوبنزوډيازيپين د درملني روان رژيم دې د درد او د الکهولو د اعراضو د کښيناستو سره په همغږۍ کي را لږ شي .

ب – د رواني درملني د ورکړي سره نالترېکسان يو ځای کړئ چي په الکهولو پوري تړلتوب درمل شي .

ج – اپيات درد ورکوونکي بند کړئ ځکه دا شوني ده چي پردوی روږدی شي .

د – بنزوډيازيپين بند کړی ځکه دا شوني ده چي پر دوی روږدی شي .

ه – د رواني درملني د رژيم سره يو خپګان ضد درمل يو ځای کړئ .

۵۴ – په مخکيني پوښتنه کي ناروغ په ښه شان سره د ده د کسر نه ښه کيږي او د الکهولو د زهرياتو له منځه وړل يې بريالي وو.ده په تيره اونۍ کي د اپياتو درد اراموونکو او بنزوډيازيپين ته اړتيا نه ده پيداکړي. ناروغ د الکهولو د تړلتوب د درملني راتلونکو کړنو ته علاقه څرګندوي . غوره درملنه به لاندې وي ؟

الف –الکهوليک بې نومه سازمان ، د پيژندني سلوکي درملنه ، او نالتربکسان .

ب – د نالترېکسان پر مټ واحده درملنه .

ج – د پیژندني سلوکي درملنه .

د – الکهولیک بې نومه سازمان ته ور پیژندل .

ه – د ډالوکسوټین پر مټ ګوښي درملنه .

و- د اکسازیپام پر مټ ګوښي درملنه .

ز- د اکامپروساټ پر مټ ګوښي درملنه .

۵۵- یوه ۲۰ کلنه ښځه چي یوه میاشت د مخه د زیږون وروسته د ژور خپګان له امله تاسو ته راغلي وه د تعقیبي څارنې لپاره بیا راځي . دي وایي چې د دي مزاج د فلوکسیټین د پیلولو وروسته ژر ښیګړه و مونده . د دي انرژي په پراخه پیمانه ښیګړه موندلي ده . دي وایي چې دي خپل کور څو واره پاکوي او بوازې هره شپه له ۲ نه تر ۳ ګړیو پورې بیدیږي . دي ژر ژر خبرې کوي او ماتیدونکي ښکاري . ډېره وړ درملنه به کومه وي ؟

الف – د دي د فلوکسیټین زیاتوالی .

ب – مهالنی د برېښنايي جټکو پر مټ درملنه .

ج – د فلوکسیټین بندول او دمزاج ثابت ساتونکوپیلول .

د – د ډیالکټیکي سلوکي درملني پیلول .

ه – د پیژندنی د سلوکي درملني پیلول .

۵۶ – یو ۵۰ کلن په عقل پڅ سړ ی د شیزوفرېني سره د تنفسي لارو د بندوالي لـه املـه بیړنـۍ کوټې تـه حاضریږي . په لیدلو سره نـاروغ هایپوکسیک دی . بیړنـی پرسونل څیرنـه کوي چې نـاروغ د علوي هوايي لارې بندښت لري او بیړنی تراخیوتومي ته بـه اړتیـا ولـري . د دې نـاروغ د رضـایت د تـر لاسـه کولو بنسټیزې لارې کومې دي ؟

الف – د عقلي پڅوالي او شیزوفرېنی لرونکي ناروغ لپاره د وړ کچې معلوماتو ورکړه .

ب – په یوه هایپوکسیک عقلي پڅ شیزوفرن ناروغ کې د وړتیا په ښودلو سره .

ج – ډاډ ورکول چې رضایت اختیاري دی .

د – ناروغ باید په امر سره درمل شي .

ه – ور ته څرګنده کړی چې رضایت اړین نه دی .

۵۷ - یو ۴۵ کلن سړی د کار په ځای کې چیرې چې دی د دفتر د مشر په حیث کار کوي د قلبي عضلي په احتشا له اخته کیدو درې میاشتې وروسته حاضریږي . په تیره میاشت کې ده د خپلو نسخو اړوند په ځیرتیا او یاد راوړلوکي ستونځې درلودې . دی د خپلو کارونو او عادتونو سره دعلاقې او مینې د لږوالي څخه شکایت کوي . دی همدارنګه د شپې خوب ته په تللو کې ستونځې لري .دی د قلبي بیا جوړېدنې سره سره ډېره لږه انرژي لري.ده په دې موده کې ۲۰ پاونډه وزن له لاسه ورکړیدی.دا اعراض د ده دندې او د ده د ښځې سره د اړیکو لپاره تهدیدوونکي دي. ډېر وړشی د دې حالت د پیلیزې درملنې لپاره عبارت له ( ) څخه دی ؟

الف – د برېښنایي جټکو پرمټ درملنه .

ب – درې حلقوي خپګان ضد درمل .

ج – لیتیم .

د – د مونو امینو اکسیداز ډب کوونکي .

ه – د سیروټونین د دوهم ځلي جذب انتخابي نهي کوونکي .

۵۸ - یوه ۳۰ کلنه ښځه له دې اصلي شکایت سره چې هرڅوک همېشه ما پرېږدي حاضریږي . دې واده کړی او درې واري طلاق شویده . دې بیانوي چې هر مېړه په لومړي سر کې ور ښکاري او وروسته دې ته ټول ربښتوني غولوونکي وو . دې رپوټ ور کوي چې د دې مور-پلارهغه وخت چې دې ٤ کلنه وه طلاق شوي وو . او له هغې وروسته د دې سره په وارو وارو د خپل پلاراندر له خوا د ٦ کلنۍ نه تر ۱۰ کلنۍ پورې زنا شویده . دې له ٦٠ نه ډېر جنسي همغاړې کېدونکي لري . دې په اوږدمهاله ډول د خپلو مالي اړیکو رپوټ ورکوي . دې د مزمنې جنسي بېسېکۍ رپوټ احساس کوي .د مرکې پر مهال ناروغه د تخریشي او غولوونکي تر منځ په بدلون کې ده . دې د ډول ډول نشیي توکو د کارونې تاریخچه لري مګر اوس مهال د کوم یوه نشیي توکي له تاریخچې نه انکار کوي . د دې ناروغ لپاره وړ درملنه عبارت له ( ) څخه ده ؟

الف – د انتي سایکوتیکو درملو پیل .

ب – د برېښنایي جټکو پر مټ درملنه .

ج – ډیالکتیکي سلوک درملنه .

د – د هر اړخیز تشخیص لپاره په رواني سروېس کې بسترکول .

ه – د اوږدي مودي روان هڅوونکي روان درملنې پیل .

۵۹ – یو ۸ کلن هلک په کور او ښوونځي کې د ده دستونځو د ارزوني په موخه ستاسودفتر ته راوړل شوی دی . د ده مور بیانوي چې د ده اداره په کور کې ډېره ستونزمنه ده . په ښوونځي کې دی داسې ښکاري چې د لارښوونو په تعقیب کې ستونځې لري ، په وارو وارو خپل کورنی کار هېروي ، او ډېر ځله پرته له دې چې پر ده غږ شوی وي پخپل سر په لوړ اواز خبرې کوي . د ده رواني ټستونه تر سره شویدي چې د منځنی کچې نه لوړ IQ را ښیي او د زده کړې د ستونځو شواهد نه ښیي . د لاندېنیو څخه کوم یو وړ کړنه ده چې دا ماشوم اداره کړي ؟

الف – ونلافاکسین .

ب – روان حرکي روان درملنه .

ج – سیټالوپرام او د پېژندني درملنه .

د – حمایوي روان درملنه .

ه – هالوپریدول .

۶۰ – یو څلورکلن هلک پلار ته ګوري چې پنجه کاروي . ماشوم وروسته پنجه پورته کوي او په ورته ډول یې داسې کاروي چې ځان موږ کړي ، دا د (   ) یوه بېلګه ده ؟

الف – د باندې اچول .

ب – برګشت .

ج – ماډل جوړونه .

د – کلاسیکه شرط جوړونه .

ه – عملي شرط جوړونه .

۶۱ – له تا سو غوښتل کیږي چې یو ناروغ په بیړنی څانګه کې و ګورئ . ناروغ په لوړه کچه جګړه کوونکی دی. دی د شیزو افکتیف ګډوډۍ اوږده تاریخچه لري . ناروغ درې وارې په بیړني حالت کې حاضرېږي . په پیل کې دی په څوعضلي دوزونو هالوپریدول سره اداره شویدی. دی داسې ښکاره شو چې خواب ورکونکي دی مګرد خولې له لارې د اولانزاپین پر مټ درملني وروسته یې د تهیج په ښودلو پیل کړ. له دې وروسته ناروغ په زیاتېدونکي ډول هیجاني شوی او په لوړ دوز عضلي زیپرازیدون یې

اخيستي دي . دی هذياني شوی د وينې د فشار د ټکاني کېدو ، خولې کولو ، تبې ، شخوالي او وروسته جټکو لرونکی کيږي . په دې وخت کې ور تشخيص څه شی دی ؟

الف – سېروټونين سنډروم .

ب – نيورولېپټيک خبيث سنډروم .

ج – ډيزټونيا .

د – اکاتيزيا .

ه – د ډايسولفيرام اړوند مسموميت .

۶۲ –د پوهنځي يوه محصله د خپګان د اعراضوسره حاضرېږي.دې څرګندوي چې دې تر يوې اونۍ د مخه پورې ډېرې ښې چارې کولې. په حقيقت کې دې وايي چې دې هېڅ خوب ته اړتيا نه درلوده ، د دې جوړوونکي کړنې په ټولو وختونوکي لوړې وې او دې په خپل کار کې د باور نه کولوټوليدوونکي (پايلې لرونکي) وه. دې رپوټ ور کوي چې دې د ځانګړنې پرته د ټولو سره جوړه وه او بيانوي چې دا سلوک په يوې دورې تخرشيت،په فکري تمرکز کې ستونځو ، او د اوږد مهاله د بيده کيدو په بې وسې پای و موند . دا اعراض د اوسني خپګان په حمله تعقيب شول . د لاندنيو موادو څخه به کوم يو د تعقيبي درملنې لپاره ډېر ور وي ؟

الف – وينلافاکسين .

ب – ميرتازاپين .

ج – ليتيم .

د – د برېښنايي جټکو پر مټ درملنه .

ه – واليم (ډيازيپام) .

۶۳ – هغه ناروغ چې د درملنې سره معند خپګان لري د برېښنايي جټکو پر مټ درملنه (ECT) اخلي . دې ناروغ ته د لاندېنيو څخه کومه يوه سمه ده ؟

الف – دوه طرفه ECT د يوه طرفه په پرتله لږ جانبي عوارض لري .

ب – دوه طرفه ECT د يوه طرفه په پر تله ډېره اغيزمنه ده .

ج – ECT يوازې د معند خپګان لپاره توصيه کيږي .

د – ډېر دوديز جانبي عرض حملې دي .

ه – ECT په سایکوز کې استطباب نه لري .

۶۴ – یوه ۸۵ کلنه ښځه چې د رواني اعراضو د پخوانی تاریخچې په نه لرلو سره به بیرني ځانګه کې د عجیبه سلوک لپاره ارزول کیږي . د ناروغ د کورنی اړوند ، دې ۲ یا ۳ ورځې د ثابتوخبرو کولو او فعالیتونوسره یو ځای بیداره وي . په معاینه کې ، ناروغ هیجاني شوی ، په کوټه کې چکر وهونکی ، نه تم کیدونکي خبرې کول ، او تاته اجازه نه درکوي چې د دې په چارو کې لاسوهنه وکړې . او لږ لږ پارانویید ښکاري . ډیره وړ کړنه عبارت ده له ؟

الف – د ناروغ درملنه د دوه قطبي ګډوډیولپاره د مزاج ثابت ساتونکو پر مټ .

ب – د تایراید هورمون د مصنوعي بدیل پر مټ د ناروغ درملنه .

ج – د یوه خپګان ضد درمل پر مټ د ناروغ درملنه .

د – د داخله او عصبي بشپړو معایناتو د تر سره کولو لاربښوونه کول .

ه – د شیزوفرېني لپاره په یوه انتي سایکوتیک درمل سره درملنه .

۶۵ – یو ۷۲ کلن سپین پوستی سړی وروسته له هغه چې د ده لور دی په کټ کې ویني چې په لاس کې یې سوری جوړ کړی بیړني سروېس ته حاضریږي . ناروغ د خپګان او د ځان وژني د فکر کولو څخه انکار کوي او بیانوي چې دی په دې پلان کې ووچې توپک پاک کړي او د ښکارکولو لپاره یې وساتي . د ناروغ لور رپوټ ور کوي چې دی د ځو میاشتو را پدې خوا چې ښځه یې مړه ده نا هیلی دی . ده په لوړه کچه وزن بایللی دی او نه شي کولی چې خوب وکړي یا ښه ځان تیارکړي . د دې ناروغ لپاره ډیره ارزښتمنه پیلیزه څارنه عبارت له (   ) څخه ده ؟

الف – یوه خوراکي مشوره .

ب – رواني بستر کونه .

ج – د بستر د باندې روان درملنې ته لیږل .

د – د بستر د باندې روان –درمل درملنې ته لیږل .

ه – عصبي مشوره اخیستل .

۶۶ – د مخکیني ناروغ د تاریخچې دوې برخې راښیې چې دی د ځان وژنې په زیاتیدونکي خطر کې دی . لومړی یې ژور خپګان دی دوهم یې عبارت له (   ) څخه دی ؟

الف – د وزن بایلل .

ب – د خوب ورک کېدل .

ج – بې لاسنيوي پاتې کېدل .

د – عمر ، نژاد او جنس .

ه – ځان ته لړ پاملرنه .

۶۷ – همدا چې په يوه ډاډمنه څارنه کې بستر شوو. دې ناروغ ته ور درملنه عبارت له (   ) څخه ده ؟

الف – بوسپيرون .

ب – ډيالکتيکي سلوکي درملنه .

ج – پروپانولول .

د – ميرتازاپين .

ه – والپروات .

۶۸ – په ٦٧ پوښتنه کې ناروغ په روغتون کې بستر شوی دی ، او په ميرتازاپين سره درملنه ور ته پيل شويده ، تر هغه وخته پورې دوام ورکوي چې وضعيت يې خرابيږي او خوراک او څښاک نه شي کولی . دی په پرلپسې توګه د ده د بې مرستي پاتې کېدو باندې شخوند وهي او هېله لري چې مړشي . دی سخت رواني حرکي ښخوالی لري او ښخېله خوښه لږ ګرېږي . د دې ناروغ په درملنه کې په دليل برابر راتلونکی ګام عبارت له (   ) څخه دی ؟

الف – د ميرتازاپين لړول .

ب – د برېښنايي جټکو پر مټ درملنې لپاره د ناروغ ارزونه .

ج – د پېژندنې سلوکي درملنه .

د – مولټي وېټامين .

ه – د ګابا پنټين ور زياتول .

٦٩ – يو ٢٢ کلن سړی وروسته له هغې چې د پوليسو له خوا د خوراکي توکوپه پلورنځي کې د ناوړه کړنو له امله نيول شوېدی ستاسو ځايي بيړنی څانګې ته را ورل شوېدی . د بې نظمی څرنګوالی نه دی ښکاره مګرپوليس وايي چې دې سړي په تکراري ډول دوی ملي امنيتي اداری ته په کار کولو تومتي کړيدي او داسې پلان لری چې " ما ليرې ځای يوسی " . له معاينې وروسته دا څوان سړی هيجاني ، مړاوی او بېرېدلی ښکاري . دی د روغتون د امنيتي کسانوله خوا په چيرکټ پورې تړل شوی او د ده

بندي کوونکو خوا ته زور وهي . د ده خبري کول تر بشپړ فشار لاندې دي ، دی ډېر لږ دي نه چې د ده حياتي علايم په کوټه کې د شته الاتو پرمټ اندازه کوی مضطرب دی . دی وايي چې " تاسی عواړئ چې ما ليرې يوسئ " . ډېر وړ تشخيص په دې ناروغ کې عبارت له (   ) څخه دی ؟

الف – د بېځايه ډار ګډوډي .

ب – د هېروينو تسمم .

ج – د پاملرنې د نيمګړتيا او د لوړ فعاليت ګډوډي .

د – شيزوفرېنې د پارانوييد ډول يې .

ه – هايپوتايروډېزم .

۷۰ – يو ۲۷ کلن سړی د ورځې پرمهال د سخت خوب ورتلو څخه شکايت کوي او ډېر خيال پلوونه هغه وخت وهي چې دی فکر کوي چې پاڅيږي . دی يادوي چې دې ډېر وختونه په نه ماتېدونکې ډول په ټينګار غواړي چې بيده شي مګر خوب يې نه وړي پرته د ډريورې په حال کې . د ورځې وخت له خوب وروسته ځان تازه احساسوي .د پوښتنو په ترځ کې دی رپوټ ورکوي چې ځينې وختونه دی د " لوېدو " حملې لري چې په ټول بدن کې پر ناڅاپي بې سېکې وصفي دي . دی د غورځېدو د حملې لپاره خبرداری لري مګر پر فرش (مځکه) لوېږي . د درملنې وړ لاسوهنه عبارت ده له (   ) څخه ؟

الف – د شپې د تنفسي لارې لپاره پرلپسې مثبت فشار ورته تيار کړی چې د خوب پر مهال غير نورماله ساه ايستنه ښه کړي .

ب – د زولپيدم (امبيين) ورکړه د بيدېدو پرمهال چې د شپې مهال خوب ښه کړي .

ج - د اختلاجی حملو د درملنې په موخه والپروايک اسيد ورکول .

د – د موډافينيل ورکړه چې د ورځې بيداري ښه کړي .

ه – د اولانزاپين ورکړه چې د ورځې بيداري ښه کړي .

۷۱ – يو ۵۷ کلن سړی د تيرمهال د " ځګر د ستونځو " د طبي تاريخچې سره د تهيج او کانفوژيون د درلودلو له امله د روغتون د جدي څارنې په څانګه کې په رواني مشوره کې کتل کيږي . شته تاريخچه په ګوته کوي چې ناروغ ۷۲ ګړی د مخه د ليږدوونکې وسيلې ټکر ليدلی په کوم کې چې ده د قصبې د هډوکي کسرپيداکړی او د ترميم لپاره د جراحي عمليې لپاره اړتيا ده . ناروغ د سرزخم نه دی خوړلی او د ټکر پر مهال بې هوښه شوی نه دی . د ده درمل روغتون ته له رسيدو وروسته عبارت له يوازې

انتي بيوتيک او د اپیاتو درد ورک کوونکي دي . په دې ناروغ کې تهيج او کانفوژن ته ډېر برابر تشخيص څه شی دی ؟

الف – ډېمنشيا .

ب – رواني ګډوډي .

ج – ډلیریم .

د- د تولنيز ضد شخصيت ګډوډي .

ه – اکاتيزيا .

۷۲ – په ۷۱ پوښتنه کې ناروغ لپاره لابراتواري پايلې عبارت له : د ځګر د ګڼ شمير انزايمونو لوړوالی ، دمنځنی کچې کمخونی ، لوکوپیني ، او ترومبوسايتو پيني څخه دي . يوه غښتلې بنستيزه درملنه يا تشخيصي لاسوهنه به په دې مرحله کې عبارت وي له ؟

الف – د ويني د سرو کريواتو يو پاکت ترانسفيوژن .

ب – د ريوي امبولي لپاره ارزونه .

ج – د يوه خپګان ضد درمل ور کړه .

د – د وريد له لارې د تیامين ورکړه .

ه – د اپیاتو درد ورک کوونکو لوړونه .

۷۳ – د پورتني ناروغ زياتي تاريخچه چې د ده له کورنی څخه را ټوله شويده را په ګوته کوي چې دی د ورځې پربنسټ (هره ورځ) الکهول څښي . د ده د ورځنيو الکهولو لړ لګښت لږه ۱۲ پيکه منظم بيردي ، مګر دی يې ډېر ځله دوه واري له دی کچې زيا ت مصرفوي . د ناروغ حياتي علايم څرګندوي چې د زړه ټکان ۱۳۰ ټکانونه په دقيقه کې او د ويني فشار ۱۱۰ / ۱۸۰ ملي متره سيماب دي . په دې مرحله کې به زياتي بنستيزه درملنه عبارت وي له ؟

الف – د محروميت د اعراضو د درملنې لپاره د بوسپيرون ورکړه .

ب - د ويني د لوړ فشار او تاکي کارديا د درملنې لپاره د پروپانولول ورکړه .

ج – د تاکي کارديا د درملنې په موخه د مايعاتو وريدي ورکړه .

د – د محروميت د اعراضو د درملنې په موخه د يوه بنزوډيازيپين ورکړه .

ه – د ويني د لوړ فشار د درملنې په موخه د کلونيدين ورکړه .

۷۴ – په ۷۳ پوښتنه کې ناروغ درملنې ته ځواب ورکوي او د ده کانفوژن او اوتونومیکه بې ثباتي ښیګړه مومي . دی په بریالیتوب سره په بنزودیازیپین سره درمل شوی او ده دا تیرې ۷ ورځې د اپیاتو درد ورک کوونکو ته اړتیا نه ده پیدا کړې . دی هیله ښکاره کوي چې الکهول څښل بس کړي او د الکهولو د تړلتوب لپاره درملنه غواړي.یوه وړفارمکولوژیکه لاسوهنه به عبارت له(   ) څخه وي ؟

الف – د سیروتونین د دوهم ځلي جذب د انتخابي دب کوونکو څخه د یوه ورکړه .

ب – د یوه بنزو دیازیپین درمل ورکړه .

ج – د یوه د وینې د لوړ فشارضد درمل ورکړه .

د – د یوه د اپیاتو درد ضد درمل ورکړه .

ه - د نالترېکسان ورکړه .

۷۵ - یوه ۱۲ کلنه نجلۍ د خپلې رضایي مور سره د ماشوماتوب د عادی معاینې لپاره حاضرېږي . کله چې ته کوټې ته را ننوزې نجلۍ پوره غلې ښکاري ، او په سترګو تماس نه نیسي . د دې رضایي مور وایي چې نجلۍ په ښوونځي کې ټولنیزې ستونځې لري . دې په ډېر ربړګاللوملګري پیداکوي او ډېر ځله دې د ټولګیوالو سره ستونځې لري . دې په ستونځمن ډول سره د ستونځو " لویه څېره " چې دې ور سره مخ ده وینې اودې ډېر وخت د هغو پروژو د جزیاتوپه مینځ کې چې دې طرح کړېدي ورک کیږي . دې د دې په اړیکو کې بې سکه ده . د دې رضایي مور وایي چې دې کولی شي چې په شفاهي ډول پوره اړیکي ونیسي او له اندازې ښه لیکل کوي.تاسې له دې څخه د خپګان یا سایکوتیکو اعراضو لپاره پوښتنې او دې له دې هربوه انکار کوي . لومړي کله چې تاسو له دې نه د دې د یوې پروژې اړوند و پوښتل ، دې تاسو ته د راډیو د جوړولو د پیچلتوب نه ټکي په ټکي وایي. دې ستاسو سره په بیړه ژمنه کوي مګربې باوره ښکاري.دې له پام وړاضطراب څخه انکارکوي.ډېروړتشخیص عبارت دی له ؟

الف – د اسپارګر سنډروم .

ب – ځان محوري .

ج – دلیرې ګرزېدونکي شخصیت ګډوډي .

د – اضطراب چې ښه نه دی ځانګړي شوي .

ه – د تراوما وروسته رواني فشار راوړونکي ګډوډي .

۷۶ ـيوه۴۰ کلنه ښځه د لومړي ځل لپاره ستاسو دفتر ته راځي . دي وايي چې دي تر اوسه هيڅ روانيوه نه ده ليدلي مګر د دي ملګرو دي هڅولي چې معاينه وکړي ، ځکه دوی د دي اړوند په اندېښنه کي دي.دي تاسو ته وايي چې د دي د طلاق نه چې څلور مياشتي مخکي ترسره شوی دي را په دي خواهمېشه ژاړي.دي وايي دي دومره ماته شويده چې دي په نادره توګه خپل کور په يوه نيمه ورځ کي پريږدي (له کوره د باندې ځي) ، دي هيڅ وخت له خپلي برستني پښي د باندې نه دي ايستلي.دي رپوټ ورکوي چې دي ۱۵ پاونده وزن بايللی دی ځکه چې دي اشتها نه لري . دي د دي په ګډ ژوند کي په پاتي راتلو کي خان نيمګړی بولي اود دي پرماشومانو باندې د دي په ګډ ژوند کې د پاتي راتلو د اغيزو اړوند د ډاروونکي ګناه احساس کوي.د دي ملګري په وسواس کي دي ځکه دي په اونی کي د باندې وتو په شپه کي د دوی سره نه يو ځای کيږي.دي وايي چې دي علاقه نه لري چې داسي يو څه وکړي چې د خوند لپاره کارول کيږي.دي همداراز د ويدېدو له ستونزو شکايت کوي او وايي چې دي په مياشتو نه ده ويده شوي.تاسو ناروغ تشخيص کړو چې د ژور خپګان د حملي په مينځ برخه کي دی.د خوب څېړنه را په ګوته کوي چې لاندېنی د خوب کومه بې نظمي په ژور خپګان کي ليدل کيږي

الف – REM ته د تللو وخت زياتوالی .

ب –د د لتا د خوب زياتوالی .

ج – د خوب د ۲ مرحلي لږوالی .

د – د خوب د ٤ مرحلي لږوالی .

ه – پر REM د وخت د لګښت لږوالی .

۷۷ - تاسو يوه ٦٥ کلنه ښځه د تېرو ۱۵ کالونو لپاره د دوه قطبي ګډوډي لپاره درملنه کړيده . د تېرکال په اوږدو کي د دي د بستر د مودي اړوند تاسي خپل ياد داښتونه ګوری تاسي وينئ چې تاسو دي د ژورخپګان په حمله يو کال د مخه په اګست کي بستر کړيده . په نوو امبر کي دي د حادې مانيا يوه حمله درلوده چې بل وار بستر اړينوي . دي ترجنوري پورې ښې چارې کولي مګر له دې وروسته د ژور خپګان بلې حملي ته د فبروري په مياشت کي وروښوييده چې تاسو کولی شول چې د درملو پرمټ يې د بستر د باندې ناروغ په ښېر درملنه وکړئ . بوازې تېره مياشت په اپرېل کي د دي مېړه له دې امله چې دي د مانيا اعراض دوهم ځلي څرګندول ستاسو دفترته تېلفون وکړ . تاسوته ثابته شوه چې دي ښځي په تېرو ۱۲ مياشتوکي څلور حملي درلودې چې دهريوه د ژور خپګان د حملي معيارونه او د مانيا د حملي

معیارونه یې درلودل . سمه ځانګړنه به څه شی وي چې د دوه قطبي I ګډوډي تشخیص ور سره سر وخوري ؟

الف – د کتاتونیک شکل سره .

ب – د غیر وصفي شکل سره .

ج – د زېږون نه وروسته له پیل سره .

د – د موسمي شکل سره .

ه – د چټک دوران کولو سره .

۷۸ - په ۷۷ پوښتنه کې ناروغ ته د ځان وروسته چې تاسو د دوه قطبي I ګډوډي چټک دوران کولوتشخیص پیداکړ. تاسو د ناروغ د درملنې د بدلولو لاربښوونه وکړه ، تاسو د داسې یوه مزاج ثابت ساتونکي چې د دوه قطبي ګډوډیو په چټک دوراني اړخ کې ډېر اغیزمن دی توصیه کړل . تاسو ناروغ ته څرګندوی چې د دې درملو کچه باید په منظمه توګه و ارزوی . همدارنګه تاسې څرګندوی چې تاسې اړتیا لری چې د درملنې د پیل د مخه او په دوراني ډول په لومړیو شپږو میاشتو کې د ځګر دندې چک کړی . ډېر ور دا درمل به کوم وي ؟

الف – لېتیم .

ب – والپروات .

ج – لاموتریجین .

د – کاربامازیپین .

ه – ګاباپینتین .

۷۹ – یوه ۵۱ کلنه ښځه د اوږدې مودې ثابت جبری وسواس ګډوډي اعراض تاسو ته بیانوي . دی ریپوټ درکوی چې تکراري نفوذ کوونکي فکرونه په دې اړوند چې د دې اپارتمان به د اور یا د اوبو د صدمې له امله وران شي لري . د دې افکارو په نتیجه کې دې رووړدې شوې ده چې څه نا څه ۶ ګړی د داد د تر لاسه کولو لپاره د منقل ، اوتو ، لمبلځي ، بادپکو ، په خاموشولو د ورځنې چک لپاره تیر کړي . همدارنګه دی د دواړو حمام او پخلنځي لاندې د اوبو توییدل ګوري چې ځان ډاډه کړی چې د اوبو بهیدل دلته نه وي . دې ریپوټ ورکوي چې له کوم وخته یې چې د فلووکسامین پر مټ څه نا څه ۵ کاله د مخه درملنه پیل کړیده ، دې اوس د دوو ګړیو نه لږ وخت په ورځ کې د چک کولو په تکراري سلوک

بوخته وي . کوم يو دلانديڼيو عصبي ليږدوونکو نه به د وسواسي فکرونو اوجبري سلوکونو د پيغام
ورکوونکي ونډه لوبوي ؟
الف – ډوپامين .
ب – نوراپينفرين .
ج – ګلوتاما ت .
د – سيروټونين .
ه – ګاما امينو بيوتايريک اسيد .
۸۰ – يوه ۷۱ کلنه ښځه د دي د ځواني لور په ملګرتيا سره ستاسو دفتر ته راځي . دا ستاسو لومړی ليدنه ده او تاسي د نجلی نه غواړی چي د دي د مور شخصيت تشريح کړي . نجلی رپوټ درکوي چي د دي مور تل په ډېرې زيار ايستني سره خط کش ، لستونو او جدولونو ته پاملرنه کوي . د نمونې په توګه د ی هميشه د چارو " د سرته رسولو په موخه " نوملړ جوړوي. د دي لور بيانوي چي که چيری يې مور د لست ځای هېر کړي ، دي د نه منلو اندازه وخت د لست د لټولو لپاره د دې په پر تله چي بوازې هغه بيا وليکي لګوي.نجلی وايي چي د دي مور همېشه اړتيا لري چي د دي د پروژې اجزاوې بايد تياری وي.دي د کورنی د تفريح لپاره د شيانو پرتيارولو باندې په اونيو وخت لګوي . دي همدارنګه تکراري اوبې اندازې زيات خپل کورنی کور داسي پاکوي چي " ته به وايي چي چا په دې غولي ډوډی نه ده خوړلي " . نجلی وايي چي د دي مور ډېره پرېشانه کيږي که چېرې نور د دي کړنې او اخلاقي ارزښتونه و نه ويني . اوس مهال د دي مور ډېره په غوسه وه له دې امله چي د ګاونډ يوه نوي ځوان بېکاره شيان په انګړه کې د دي د لورشا ته واچول او له هغې وروسته په برنده کې ولاړ . د دي لور وايي چي " دي بوازې نه شي کولی چي ورپسې لاړه شي " دي وايي چي د دي مور " بې اندازې سرتمبه ده " او هر وخت يې نيت وي چي شيان بايد د دي " په سليقه " وي. د بېلګې په ډول دلته يوه او بوازې يوه طريقه ده چي ډېګ مينځونکی چالان کړو . موريې سر ښوروي په خارلو کې وايي " زه زما په ټول ژوند کې تنظيموونکي يم " . دلاسته راغليو معلوماتو پربنسټ دا ناروغ به ډېر وړ په څه شي تشخيص شي ؟
الف – د ټولنيز ضد شخصيت ګډوډي .
ب – د په ځان مين شخصيت ګډوډي .

ج – د جبري وسواس ګډوډي .

د – د شیزوییډ شخصیت ګډوډي .

ه – د جبري وسواسي شخصیت ګډوډي .

۸۱ – یوه ۸۷ کلنه ښځه د خفیفي مخلوطي ډیمنشیا د تاریخچې سره د کانفوژن او د بولي طروقو د انتاناتو له امله بستر ده . کله چې نرس هڅه کوي چې د ادرار د جریان د ښه کولو لپاره فولي کاتیتر ځای په ځای کړي ، ناروغه هیجاني کیږي او کاتیتر ردوي . د داخله تیم وړاندیزوي چې رواني مشاور دې د طبي عملیې لپاره د ناروغ د رضایت وړتیا و ارزوي . په معاینه کې ناروغ بیدار ، په شخص ، ځای ، نېټه او وخت باندې پوهیږي . مشاور په جزیاتو د کاتیتر د اېښودو د توصیې او وړ درملنې ته د اجازې نه ورکوني طبي پایلې بیانوي . ناروغ وایي چې " زه کاتیتر نه غواړم " د رضایت د ترلاسه کولو کومه برخه په دې ناروغ کې په قسمي ډول د ډاډ وړ ده؟

الف – رضایت .

ب – معلومات .

ج – ثابته (بدلون نه منونکي) پوهه .

د – مشغولیت .

ه – ظرفیت .

۸۲ - تاسې په یوه سراپا روان درملني کلینیک کې کار کوئ کله چې ستاسو ناروغ تاسو ته وایي چې دې پلان لري چې بادارمړکړي.ناروغ د بادار نوم اخلي او اشاره کوي چې د دې نه یوازې یوه کوڅه لاندې اوسیږي. تاسې ناروغ ته وایې چې تاسې په بشپړډول د انسان وژلو پر احساساتو بوخته یاستی او په رواني برخه کې د بسترکولو لارښوونه کوئ.مخکې له دې چې و کولی شی تاسی غبرګون وښیی،ناروغ خلاصیږي او له دفتر نه تښتي .تاسې په دې واقعیت پوهیږئ چې تاسې باید هڅه وکړئ چې د ناروغ بادار د ناروغ له ځرګندونو نه خبرکړئ. بادار. ستاسوکړني د لاندېنیو قانوني مخنیوونکي کړنو اړوند دي ؟

الف – د تاراسوف پرېکړه .

ب – د مغناټن قاعده .

ج – د ګرېسولډ V تماس شلونه .

د – د سوپس عمومي قانون .

ه – بې پروايي .

۸۳ – يو ۲۹ کلن سړی د خپلو ملګرو له خوا په بيړنۍ څانګه کې اچول ته شوی دی.ناروغ د ټټر د درد څخه شکايت کوي.په معاينه کې دی عصباني ، خولې شوی او نا ارامه دی . د ده حياتي علايم د زړه د ټکان کچه په دقيقه کې ۱۳۲ ټکانه د ۱۰۰ / ۱۷۵ ملي مترو سيمابو د وينې د فشار سره را ښيي . ناروغ تبه نه لري. يو الکترو کارديو ګرام د ST د برخې ټيټوالی د ساينس تاکي کارديا سره په قدامي محورکې راښيي .ناروغ ۱،۵ پاکټه سګرټ د ورځې څکوي.دی مخکېنی د وينې د لوړ فشار ، د وينې د کولسترول د لوړوالي يا ډيابت څخه يادونه نه کوي.دی د" قلبي ستونځو " په مخکېنۍ تاريخچه نه پو هيږي او د الکهولو او درملو له کاروني انکار کوي . په دې ځای کې بنستيز تشخيصي ټست عبارت له(   ) څخه دی ؟

الف – بطني (د نس) الټراسونډ .

ب – د د ماغو برېښنايي ګراف .

ج – په ادرار کې د درملو لټونه .

د – هماتوکرېټ .

ه – د ينې وظيفوي ټستونه .

۸۴ - په ۸۳ پوښتنه کې د ناروغ د ادرار تر سره شوی ټسټ د ادرار په نمونه کې کوکايين او د کوکايين متابولټونو شتون څرګندوي. ناروغ په منځنۍ کچه د ميو کارد احتشا پرته د پام وړ اريتميا اونورو اختلاطاتو لري . په مخامخ ليدنه کې دی د کوکايينو په نادر ډول د کارولو در نه وايي ، او دا يې په ډېرو مياشتو کې لومړی وار وو . په مخکېنيو ملاقاتونو کې د ناروغ د ياد داښت پاڼو له ليدلو وروسته ښکاره شوه چې ناروغ په وارو وارو د ټټر د درد له امله په ادرار کې د کوکايين د شتون سره د تېر کال په اوږدو کې په بيړنۍ څانګه کې کتل شوی دی . په دې ځای کې تاسې کولی شئ چې لاندې تشخيص (   )په ډاډ سره کښېږدئ ؟

الف – د ډېرو درملو بېځايه کارونه .

ب – د ټولنيز ضد شخصيت ګډوډي .

ج- په کوکاينو پورې تړلتوب .

د ـــ د قلبي عضلي ارتشاح .

ه ـــ ځان په درواغو ناروغ ګڼل .

۸۵ ـــ یو ۵۷ کلن سړی د مزمن الکهولېزم د تاریخچې سره د نرسنګ په خونه کې د الکهولو اړوند د هېروني د ګډوډي له امله ځای په ځای شوی دی . دا حالت په دماغو کې د لاندېنی دماغي برخې د زیان موندلو سره یو ځای وي ؟

الف ـــ د دماغو تنه او فرانټال فصونه .

ب ـــ د هایپوکامپاس ، فورنېکس ، او ماميلاري جوړښتونه .

ج ـــ تالاموس او سینګولات ګونځه .

د - کاوداتا او پیوټامن هستې .

ه ـــ مخیخ .

۸۶ ـــ یوه ۲۵ کلنه ښځینه ، تکراري د نه منلو وړ د زړه د ټکان ، خولي کولو ، د ټټر درد او د د ځان د کابو کولو د له لاسه ورکولو سره ، اضطرابي حملې لري . دي ډاریږي چې حملې بیا ور باندې را نه شي څکه د ټولنې سره د یو ځایوالي او سودا اخیستلو نه ډډه کوي . لاندېني کوم عصبي لیږدوونکي سیستم په غبتلي توګه د دې ګډوډي سره اړیکي لري ؟

الف ـــ ګلایسین .

ب ـــ ملاتونین .

ج ـــ د p توکی .

د ـــ انکیفالین .

ه ـــ ګاما امینو بیوتایریک اسید .

۸۷ ـــ یو ۱۱ کلن هلک د ده د پلار سره ستاسو سراپا کلینیک ته د عادي معایني لپاره حاضریږي . پلار وایي د ماشوم وده ښه ده . ده د فوټبال په لوبه باندې دوه کاله د مخه پیل کړی دی . پلار یې وایي چې دا هلک ځیني وختونه " عصبانیت کوونکی " وي او په نورو وختونو کې دی هغه نمرو ته چې رسېدلی خوشحاله وي . دی ځیني وختونه فکرکوی چې دی " بېکاره " دی کله چې په یوه لوبه کې نمرې وانخلي . پلار وویل چې دی هلک ستایي چې که چېرې دي لوبه و ګټله او یا نه او هڅه کوم چې ده ته نوي تخنیکونه د لوبې د ښه کولو لپاره کله چې دوی د اونی په پای کې ګډه لوبه کوي ور وښیم .

زوی یي تاسو ته وایي چې دی احساسوي چې دی یو ښه لوبغاړی دی او یوازې ځیني وختونه فکر کوي چې دی د خپل ټیم بدترین غړی دی . د اریکسن د ژوند د مرحلو د دوران اړوند ، ماشوم د ودې کولو د کوم کش وکیر سره سرخوري ؟

الف – د صمیمیت سرچپه بېلوالی .

ب – د توپیرولو سرچپه رول مغشوشیت .

ج – د پیلولو پر خلاف گناه .

د – د پیداکولو پر خلاف بې ثمره کېدل .

ه – د پرځان تکیې پر خلاف ویجاړي .

۸۸ – یوه ۲۴ کلنه ښځه بیړنۍ څانګې ته حاضریږي او شکایت کوي چې د دې پزه کږه ده . تاسې دې معاینه کوئ او داسې شواهد نه پیدا کوئ چې دا غیر نورماله ده . دې اینه را وباسي او خپل ځان ته گوري " و گوری " دې وايي او خپله پزه رنگوي ، " تا نه و لیدله دا څومره بد شکله ده ؟ " دې تاسو ته وایي چې دې نه شي کولی چې همېشه د دې پزې سره په عامه ځایونو کې چکر ووهي . دې احساس کوي چې هر یوه دا لیدلې ده او یو شمېر پلاستیکي جراحانو ته تللې ده تر څو هڅه وکړي چې خپله پزه سمه کړي . هېڅ یوه دا نه دي غوښتي چې د دې پزه عملیات کړي چې برابره شي . تاسو د پوهنځي محصلي ته وویل چې ناروغ معاینه کړی ، او دې د تاسو سره یو شان نتیجه ترسیم کړه . ناروغ لاندې ( ) لري ؟

الف – د بدن د بد شکلی گډوډي .

ب – دېره ځان ور ښودنه .

ج – د سرحدي شخصیت گډوډي .

د – د ټولنې نه بېځایه ډار .

ه – د تراوما وروسته د رواني فشار راوړونکي گډوډي .

۸۹ – یو ۵۰ کلن سړی ستاسو دفتر ته د ده د کورنۍ له خوا راوړل شوی دی . دی وایي چې دی ښه کارونه کوي او دی د حافظې ستونځې نه لري . که څه هم کورنۍ بیانوي چې ناروغ بې علاقې ، بې پاملرنې او خپلې ځانې پاملرنې ته بې پروا ، کیږي . دی مستندې د حافظې خفیفې ستونځې لري . دی د اکلیلي شراینو ناروغي او یا د وینې لوړ فشار نه لري . یو کار چې تر سره شوی عبارت د تیامین ،

وېټامين B12 , فولاتو او نياسين (وېټامين B1) په وينه کې د کچو له ټاکلو څخه دي ، له دوی نه ټول نورمال دي . د اېډز يو ټسټ منفي دی . د سر يوه کمپيوټري توموګرافي د کثافت سره او يا د کثافت پرته د فرانټيال (جبهي) او ټامپورال (صدغي) اتروفي (ضمور) را ښيي . ستاسو تشخيص څه شی دی ؟

الف – د الزايمر ناروغي .

ب – د پيک ناجوړي .

ج - د هوچنسن کوره .

د – وعايي ډېمنشيا .

ه – کروټزفلت – جاکوب ناروغي .

۹۰ – يوه ٤٦ کلنه ښځه تاسوته د اساسي رواني ارزوني لپاره حاضرېږي . دي د اوږدې مودې ثابتې مزاجي ستونځې او د بين الفردي اړيکو ستونځې لري . دي تاسو ته وايي چې دي د يوه بل ښار د ډاکتر سره د ٥ کالونو لپاره تر روان درملنې لاندې وه . دې په اونی کې څو وارې د ده سره ملاقت کولو او د ده سره د وختي ماشومتوب مهال ، د مور او پلار سره د اړيکو ټينګولو او په ترتيب سره يې په ژوند کې د ارزښتمنو کسانو سرخ د اړيکو د ټينګولو اړوند د خبرو کولو څرګندونې کوي . په وروستو کې دي احساس ده چې دي په ځان پوهه ده چې ډېره ښه شوي او کولی شي چې ښې اړيکې ونيسي ، مګر د دي مزاج د يوې ستونځې په شان پاتې دی . ناروغ د کوم ډول وړ درملنې لاندې وو ؟

الف – د پېژندنې سلوکي درملنه .

ب – رواني تحليلي روان درملنه .

ج – بين الفردي درملنه .

د – سلوکي درملنه .

ه – ډيالکټيکي سلوکي درملنه .

۹۱ - يو ٥٧ کلن سړی ليږي له کوځې تا ته ګوري او د کلينيک په خوا راځي چې د توصيه شويو درملو عوض واخلي ځکه اصلي توصيه شوي نسخه يې ورکه کړيده . دی تاسو ته څرګندوي چې دی د الکوليک خپګان او اضطراب له امله درملنه کېدو . او سر بېره پر پاروکسيټين ، ده ورته هغه درمل توصيه کړيدي چې ډاکتر ورته ويلي چې په کور کې به دې د الکهولو غوښتنه لږه کړي . دی نه شي

کولی چې د دې درملو نوم ور په یاد کړې ، مګر ده په لویه پیمانه الکهول نه دې څښلې له کوم وخته یې چې په دا درملنه کې دی او ځان یې ناروغ نه دی حس کړی . دی فکر کوي چې درملو ښایي داسې کار کړی وي ځکه ده په راتلونکي ورځ د الکهول د څښلو لپاره همېشنی مینه ورکه کړې وه او تر اوسه نه ده ورته را ګرزېدلې . دا ډېر ور درمل به څه وي؟

الف – ډای سولفیرام .

ب – ذولپیدم .

ج – بوسپیرون .

د – نالترېکسان .

ه – متوکلوپرامايد .

۹۲ – یو ٤٥ کلن الکهولیک سړی د ځګر د سیروز سره د الکهولو د زهریاتو د له منځه وړلو په لپاره بستر شوی دی . څارونکي ډاکتر تاسو ته په تېلفون هدایت درکړ چې ناروغ په دودیزه درملنه چې عبارت له تیامین ، فولات ، او بنزوډیازیپین څخه دې درمل کړی . دې تاسو ته وايي چې له دې امله چې ناروغ یوه اندازه ویجاړ کبدي متابولېزم لري . تاسې باید هغه بنزوډیا زیپین غوره کړی چې د کانجوګېشن له لارې متابولایز کیږي او د اوږده مهال اغیزلرونکي متابولېټونه و نه لري یو منطقي غوروی عبارت له ؟

الف – اوکسازیپام .

پ – ډیازیپام .

ج – کلورډیازیپوکسید .

د – بوسپیرون .

ه – کلونازیپام .

۹۳ – یو ۷۳ کلن سړی د لوبر نومونیا له امله په روغتون کې بستر دی او هذیاني لېونتوب پکښې را منځته کیږي . د ډلېریم اړوند په فکر کولو کې تاسو ته در یادیږي چې ډېمنشیا په راتلونکي کې د ډلېریم د رامنځته کېدو لپاره زمینه جوړوونکی لامل دی . د دې ناروغ تاریخچې ته په کتنې سره دې ته پوهیږي چې دی د سیګرټو د څکولو یوه بشپړه څلوېښت کلنه د وینې د کولسترول د زیاتوالی ، د وینې

د فشار لوړوالی ، د شکري ناروغی دوم ټایپ، اود اکلیلي شراینو ناروغي ، تاریخچه لري . د دې ناروغ مخکېنی زمینه جوړوونکی پېژندل شوی لامل کوم ډول ډېمنشیا ده ؟

الف – د هوچنسن اړوند ډېمنشیا .

ب – وعایي اړوند ډېمنشیا .

ج – د کروتزفلټ –جاکوب اړوند ډېمنشیا .

د – د پارکېنسون اړوند ډېمنشیا .

ه – د ایډز اړوند ډېمنشیا .

۹۴ – یو ۲۳ کلن سړی د رواني مشورې په لټون کې دی ځکه دی په تشویش کې دی چې دی " نورمال " نه دی . د ناروغ اړوند له لږې زده کړې وروسته ، تاسې له ده نه غواړئ چې تاسو ته ووایي چې څه شي ته اړتیا لري چې ور سره مرسته وشي . ناروغ وایي چې دی فکر کوي چې د ده جنسي تحریک د خپلو همزولو څخه ډېر ټیټ دی . دی رپوټ ورکوي چې دی په نادر ډول جنسي خیالات لري او څه نا څه هېڅ یوه علاقه دجنسي کړنې سره نه لري . ناروغ د جنسي غبرګون د دوران په کومه مرحله کې بې نظمي لري ؟

الف – هیجاني کېدل .

ب – میل یا غوښتنه .

ج – سړېدل .

د – ارګاسم .

ه – د هواروالي مرحله .

۹۵ - یو ۵٦ کلن سړی د ویني د خفیف لوړ فشار او چاغوالي د تاریخچې سره د ورځې مهال د خوب زنګولو او زیاتي کمزوری د درملني لپاره د ده د لومړنی څارني ډاکتر ته حاضرېږي. ناروغ رپوټ در کوي چې دی په زیاتېدونکي توګه د تېرو ۲ – ۳ کالو په اوږدو کې ډېر بې سبکه شوی دی او د ۲۵ پاونډو په شاوخوا کې وزن یې اخیستی دی ځکه دی انرژي نه لري چې شاوخوا و ګرزي.ده تر دې بریده د کافیینو خوړل زیات کړی دي چې دی د ډار او عصبانیت احساس کوي،مګر دی تر اوسه ستړی دی.او کړی ورځ ډېر ځله سوچونه وهي او ډېر ځله سوځوونکي سردردي لري . د داخله او رواني تاریخچې د جزیاتو د را ټولولو وروسته تاسو د ناروغ نه په بستر کې د ده د شپې مهال د ملاستي د

وخت اړوند پوښتنه کوي . دی وايي چې وروسته له هغې چې د ده وروستنی د بستر شريکي شکايت

وکړ چې دی په لوړ اواز خريړي او داسي ښکاري لکه ټوله شپه چې څه تېروي دی بوازې بيديږي .

دمرکي له بشپړولو وروسته ، تاسي د ناروغ د شکايتونولپاره لاندېنی احتمالي ( ) تشخيص ړدی ؟

الف – هايپوتايرودېزم .

ب – هايپرتايرودېزم .

ج – هايپو کاندريازېس .

د – ژور خپګان .

ه – د خوب اړوند تنفسي ستونځي .

و – نارکولېپسي .

۹۶ – د بيړنی څانګي د روزل کېدونکي غړي په حيث له تاسو غوښتنه کيږي چې د بستر کولو لپاره پروتوکول جوړ کړی ، په داسي حال کي چې پوهېدلي يو چې هر سړی ښايي بسترکولو ته اړتيا ولري ، ځيني حالتونه په ټوله کې په ځان کې محدود وي . د لاندېنيو درملو څخه د کومي يوي پرېښودل د بستر کولو د اړتيا لرلو وړ دي ؟

الف – پوډر کوکايين .

ب – کرېسټال امفېټامين .

ج – ماري جووانه (بنګي) .

د – باربيتورات .

ه – نېکوتين .

۹۷ – د اوږده نيمايي عمر د درلودلو له امله لاندېني درمل په دوديز ډول په اپياتو پوري تړلو کسانو د تعقيبي درملني لپاره کارول کيږي. دا د مايکرو اپوييد اخذو يوکمزوری اګونست دی او ۱۵ ګړی نيمايي عمر لري . دا درمل د دولت له خوا په جواز ورکړل شويو کلينيکونو کي وېشل کيږي . موخه داده چې د درملو لوږه لږه او د درملو غوښتونکی سلوک کم کړي.هغه درمل چې بيان شول عبارت دي له

( ) څخه ؟

الف – هېرويين .

ب – مورفين .

ج – متادون .

د -هایدرو کوډون .

ه – هایدرو مورفان .

۹۸ –یو ۳۵ کلن انستیزي پوه تاسو ته د یوه تجربه کار روان پوه په حیث د اپیاتو د ترلتوب د درملنې لپاره در پېژندل شوی دی. ناروغ رپوټ درکوي چې ده په تېر کال کې په تدریج سره زیاتېدونکې دوزونه فنتانیل ځان ته زرق کړي دي. ده ځو وارې هڅه کړې چې په خپل حال ارام و اوسي مګر د محرومیت اعراض پیدا کوي چې د زغملو وړ نه وي همقطاران یې په روغتون کې چېرې چې دی کار کوي د ده سلوکي او مسلکي کړنو د بد لونونو په بیانولو پیل کوي.دوی یوه لاره جوړه کړې وه چې په اسانی سره دلته د ده په رالیږلوسرته ورسېده ، دی د خپلې درملنې د عملیې اړوند د زده کړې سره علاقمند دی.تاسې ده ته و وایئ چې د اپیاتو د ترلیو خارج بستر ناروغانو د درملنې لپاره یوه کړنه د خوړو او درملو د اجنسي له خوا مجوز سابوکسون دی. تاسې ورته ځرګنده کړئ چې سابوکسون ګولۍ دي چې د ژبې لاندې حلیږي. تاسې ناروغ څیرکئ چې که چېرې ده سابوکسون میده او د ورید له لارې یې پیچکاري کړل دی به ځان د پام وړد اپیاتوپه محرومیت کې و ویني . په سابوکسون کې کوم درمل پیدا کیږي چې د دې پېښې لامل جوړیږي ؟

الف – بیوپرینورفین .

ب – متادون .

ج – نالوکسون .

د – فلومازینیل .

ه – اکامپروسات .

۹۹- یوه ۲۸ کلنه ښځینه ستاسو دفتر ته د دې د اونۍ د روان درملنې غونډې ته پخپل وخت را رسیږي.دې د معمول نه ډېره پرېشانه ښکاري،او تاسې له دې پوښتنه کوی چې ایا ټول شیان سم دي.په لومړي سرکې دې شرمنده ښکارېده،وروسته دې محرمانه هغه ویجاړوونکې پېښه چې دې په جاده کې د تاسو دفترته مخ په لاره لیدلې ده.دې رپوټ درکوي چې په فرعي جاده د موټرو ګڼه ګوڼه وه،دې اړه شوه چې ځوځانیې ودرېږي مخکې د دروازې له خلاصولو ، دې ناڅاپه یو سړی احساس کړ چې خپل تناسلي شی د دې په شا پوري موښي.مخکې له دې چې دې هرشی و ویني ، دروازه خلاصیږي او سړی

تللی دی . دي و نه شول کولی شوي چې دی و ويني . دا سړي په وړ ډول چې له جنسي انحراف زوريږي څه يې بللی شو ؟

الف - نمايش ور کول .

ب – بت پرستي (د غير ژونديو شيانو نه جنسي خوند اخيستل) .

ج – پرو چيوريزم (د جنسي غړو په بل چا پورې سولولو نه خوند اخيستنه) .

د – د ماشومانو جنسي کارونه .

ه – د بل چا د لوڅوالي نه جنسي خوند اخيستنه .

۱۰۰ - يو بوډا سړی د ده د داخله ډاکتر له خوا د خېګان د اعراضو له امله تاسو ته را ليږل شوی دی . څنګه چې تاسي په تاريخچه اخيستنه کې ياست ، تاسي له ناروغ پوښتنه کوئ چې ايا تاسو کوم وخت روانپوه د مخه ليدلي ياست . ناروغ رپوټ درکوي چې ده په رښتيا سره د غونډو لپاره روانپوه څه نا څه دېرش کاله د مخه د " بلع کولو د ستونځو" له امله ليدلی دی . تا سو د زياتو جزياتو پوښتنه کوی ، او ناروغ څرګندوي چې ده ستوني ته نږدې د يوې غوټې احساس کاوه او لاړو چې د غوږ ، پزې او ستوني جراح يې و ګوري . جراح ناروغ ته ويلي وو چې دی ښايي راديوتراپي جراحي ته اړتيا ولري . له نېکه مرغه ټول ټستونه بېرته منفي راغلل ، او عمليات يې تجويز نه کړل . له دې وروسته په ترتيب سره ناروغ رپوټ ورکوي د ده د بلع کولو ستونځو پيل وکړ، او دا دومره ډېر خراب وو چې نه شوی کوی چې جامد خواړه تېر کړي . د ده د لومړنی څارنې ډاکتر و نه شول کولی چې د ده بلع کولو د ستونځې طبي دليل پيدا کړي او ناروغ يې روانپوه ته د دې ستونځې له امله و ليږه . ډېر مناسب تشخيص به ( ) وي ؟

الف – جسماني ګډوډي .

ب – د سرچپه کېدو ګډوډي .

ج – هايپوکاندريازېس .

د – د بدن د بدشکلی ګډوډي .

ه – د ځان نه جوړې کړي ګډوډی .

ځوابونه

۱ –ج (دوولسم څپرکی) : د شکرې ناروغي .

غیر وصفي انتي سایکوتیک په ځانګړي ډول اولانزاپین او کلوزاپین کولی شي چې په زیاتېدونکي توګه د دیابت د دوهم ټیپ د زمینه جوړوونکي لامل کېدو سره یو ځای وي . همدارنګه د وزن زیاتوالی او د وینې د شحمیاتو ستونځې ور سره دي . دا ارزښتمنه ده چې په ټولو ناروغانو کې چې غیر وصفي انتي سایکوتیک اخلي په منظمه توګه وزن ، د وینې د شحمیاتو لوحه ، او په لوړه کې د وینې ګلوکوز د دې شدیدو جانبي عوارضو لپاره و څارل شي . په پوښتنه کې (الف) بې مزې دیابت او (د) هایپوتایرودېزم د لېتیم پر مټ د مزمنې درملنې غښتلي جانبي عوارض دي . او (ه) لوکوپیني په کلوزاپین سره د درملنې نادر مګر ژوند تهدیدوونکی سرچپه اغیز دی .

۲ - ج (۶څپرکی) د مسکنو او منومو څخه محرومیت دی .

په دې ځای کې لومړنی تشخیص اېښودنه د مسکنو اومنومو (خوب راوړونکو) څخه محرومیت دی . دا درمل په پراخه پیمانه د اضطرابي ګډوډیو د درملنې لپاره کارول کیږي . بنزوډیازیپین او باربیتوراتو څخه محرومیت کولی شي چې ژوند تهدیدوونکی حالت راولي. څکه د دې درملو څخه ډېر یې اوږده اغیز لرونکي متابولېتونه لري ، ځکه ناروغ د دې ټولو درملو له پرېښود لو وروسته له ۷ نه تر ۱۰ ورځو پورې د محرومیت نښې نه ښکاره کوي . د مسکنو او منومو د محرومیت اعراض عبارت له : ناکراري ، اضطراب ، رېږدېدلو، کمزوري، کانګې کولو ، خولې کولو ، د عکساتو لوړوالي،او جټکو څخه دي . ډېر ناروغان چې دوی د بنزوډیازیپین سره خفیف ترلتوب لري شوني ده چې د بستر د باندې ناروغ په شان د درملو په ورو لږولو سره و څارل شي . هغه ناروعان چې ډېر شدید ترلتوب او یا ډېرې داخله ناروغۍ ورسره ملګري وي په ترتیب سره په بستر کې د داخلولو سره د محرومیت په پروتوکول سره څارنې ته اړتیا لري . خورا حادې جټکې د ۴۸ ګړیو په موده کې د اسکمیک سټروک په پیل کې لیدل کیږي داسې ښکاري چې د سټروک د علایمو پرمټ چې عبارت له : د جملو جوړونې ستونځې ، فلج یا د شعوري حالت بدلون څخه دي رامنځته کیږي . حادې متابولیکي بې نظمۍ کولی شي په هرعمر کسانو کې حملې را ګرندۍ کړي . دواړه هایپوګلایسیمیا او غیر کېتوتیکه هایپرګلایسیمیا په لږ څارل شوي دیابت کې لیدل کیږي ، همدارنګه د هایپوناتریمیا ، هایپوکلسیمیا او یوریمیکه او کبدي انسفالوپاتي ټول د حادو عرضي جټکو لاملونه دي . نورمالي لابراتواري څېړنې دا لاملونه لږ شان

ښکاره کوي، په همدي ترتيب د الکهولو محروميت د مسکنو اومنومو محروميت ته ورته علايم او اعراض ښکاره کوي . مګر دلته د تاريخچي نه داسي ښکاره نه شوه چي وويل شي چي ناروغ په الکهولو پوري تړلی دی .

۳ – د (دوهم څپرکی) يا د بدګومانی هذيان دی .

دا بايد ه دي چي د يوه بدګومانی هذيان په څېر ډلبندي شي ځکه د ناروغ مور په درواغو شکمنه شوي وه چي سړی د دي سره په مينه کي وو . دا ډول نا ويجاړ هذيانونه د هذياني ګډوډيو ځانګړني دي که چېري دلته نور سايکوټيک اعراض نه وي . هذيان بايد لږ تر لږه د يوې مياشتي لپاره شتون ولري . انتي سايکوټيک درمل مناسب دي مګر ډېر ځله بې اغيزي درملنه ده . لومړنی درملنه حمايوي روان درملنه ده ، پاملرنه وکړی دواړه نه به د هذيان ملاتړکوی او نه به يې ردوی مګر د ناروغ سره به يووالی جوړوی . د ځان غټ ليدلو هذيان درواغجن باورونه دي چي دا کس ځانګړي ورتياوي لري يا په بل ډول د واقعيت په پرتله ځان ډېر ارزښتمن ښيي . د بدګومانی هذيان داسي دي کله چي يو شخص په درواغو تومتي کيږي چي د ده يا د دي معشوق بي وفا دی . جسماني هذيانات هغه درواغجن باورونه چي يو شخص د بدني دندو د تر سره کولو ګډوډي لري په ځان کي را نغاړي . د بل چا د ازارولو او تعقيب هذيان هغه دي چي يوشخص په درواغو شکمن شي چي د باندي نور څوک دي چي غواړي ده او يا دي ته تاوان ورسوي يا دا چي دی او يا دي د ده پرضد په دسيسه جوړولو کي دي .

۴ – ج (۲څپرکی) شيزوفرېني .

له بده مرغه د دي ځوان سړي تشخيص د ورکړشوي تاريخچي پر بنسټ شيزوفرېني ته ورته دی .د داخله او نشيي توکو اړوند يو حالت بايد رد شي . د شيزوفرېني د تشخيص اپښودلو لپاره دوه (يا ډېر) له لاندېنيو معيارونو څخه : برسامات،هذيانات ، غير منظمي خبري کول، په کتلوي شکل بېنظمي يا کتاتونيک سلوک، يا منفي اعراض بايد و ليدل شي . د ځوان سړي غړېده د هغه چا سره چي دلته نه شته برساماتو ته ورته څرګندونه ده . د دوو يا ډېرو کالونو لپاره د ده د فعاليتونو له منځه تلل ، ځانته کېدل ، او ځان ته لږه پاملرنه د منفي اعراضو نموني دي . دلته بايد د ټولنيزو او مسلکي دندو ستونځي شته وي لکه په ښوونځي کي د ده د لږو کړنو شتون په څېر . ناروغ بايد لږ تر لږه ۶ مياشتي ناروغ وي چي د شيزوفرېني لپاره معيارونه وښيي . دا د شيزو فرېنيفورم ګډوډي سره په توپير کي دي چي له۶ مياشتو پاينښت وروسته پای مومي او ټولنيز پرېکون په ځان کي نه رانغاړي . ځکه د ناروغ اعراض د دوو

کالو په اوږدو کې رامنځته کیږي چې د شیزوفرېني تشخیص غښتلی کوي . چټکې رواني ګډوډۍ له یوې میاشتې زیات پایښت نه مومي . چې په ناڅاپي ډول د لومړنیو دندو تر سره کولو ته ورګرځي . د ژور خپګان ګډوډۍ شوني دي چې د رواني اعراضو سره یو ځای د ژور خپګان د اعراضو د حملو په چوکاټ کې و لیدل شي . د ناروغ تاریخچه ژور خپګان نه په ګوته کوي مګر د دوو کالو په دوران کې زیاتېدونکي منفي اعراض په مثبتو رواني اعراضو سره تعقیب شوي دي .

۵ – د – (نولسم څپرکی) : د معیاري څارنې په تر سره کولو کې پاتې راتلل دي .

ناوړه طبي کړنې د څلورو اجزاوو شتون ته اړتیا لري : تنبلي ، بوختیا ، په نبغ ډول د تاوان لامل کېدل او تاوانونو رسول دي . تنبلي یا بې پروايي د معیاري څارنې په تر سره کولو کې پاتې راتلل دي .

٦ – ب- (۱٦څپرکی) : بنزتروپین دي .

د ناروغ څرګندوني د خارج اهرامي سیستم اعراض راښیي . د دې اعراضو لپاره د لومړی کرښې درملنه یو انتي کولینرژیک ماده ده . په ټولو نوملړشویو انتي کولینرژیک درملو کې بنزتروپین لومړنی دی . مېتایل فنیدات او پمولین دواړه روان هڅوونکي دي . اتېنولول یو بیتا بلاکړ دی او ښایي د وینې فشار د څارلو، د اکاتیزیا د درملنې لپاره (د سایکوتروپیک درملو یو بل جانبي عرض دی) او نورو حالتونو لپاره و کارول شي . کلونیدین په لومړي ګام کې د دفشار ضد په ډول کارول کیږي اوهمدارنګه د اپیاتو د محرومیت ، د پاملرنې د نیمګړتیا د ګډوډۍ او د ټوریټ د سنډروم په درملنه کې اغیزمن دی .

۷ – ب – (۱۷څپرکی) : انتي کولینرژیک درمل .

په دې ناروغ کې د لیدلو بحران او د سترګو د عضلاتو حاده ډیستونیا د انتي سایکوتیک درملو په ځانګړي ډول د لوړ قووت لرونکو انتي سایکوتیکو لکه هالوپریډول له امله رامنځته شوي دي . د ده زمینه جوړوونکي لاملونه عبارت له : ځوان عمر ، نارینه جنسیت او د انتي ساسکوتیک درملو وروستي اړوند معلوماتو څخه دي . په ځانګړي ډول د انتي سایکوتیک درملو له امله وحشت راوړونکي ډیستونیا د حنجرې سپازم دی چې په پایله د تنفسي لارې د تنګوالي لامل ګرزي . د انتي سایکوتیک له امله را منځته شوي ډیستونیا شوني ده چې د انتي کولینرژیک درملو پرمټ لکه د بنزتروپین او ډیفېن هایدرامین وقایه او تداوي شي . (الف) الفا ۲ ادرینرژیک اګونست د اپیاتو د محرومیت د سنډروم د اتونومیکو اعراضو د درملنې لپاره کارول کیږي . بیتا ادرینرژیک انتاګونست ځینې وختونه د اتونومیکو اضطرابي اعرضو د درملنې لپاره په ټولنیزه فوبیا کې کارول کیږي . (د) د کولینستراز

ډېب کوونکي د پېژندني لوړوونکوپه شان د الزايمر په ناروغي او نورو ډېمانش کوونکوناروغيو په درملنه کې کارول کېږي . (ه) د سېروټونين د دوهم ځلي جذب انتخابي نهي کوونکي د ژورخپګان او اضطراب د بېلابېلو ډولونو په درملنه کې کارول کېږي .

۸ – الف – (۱۰څپرکی) : د ځان ناروغ ګڼلو ګډوډی .

د سوماټايزېشن ګډوډي په طبي ډول ډول شکايتونو باندې چې عبارت له دردونو،ډګېډي اوکولمو بې نظميو ،جنسي اعراض،او نارېښتوني عصبي اعراض چې د طبي ناروغيو له امله نه دي رامنځته شوي،وصفي ده . د سوماټايزېشن ګډوډی تشخيص چلنج ورکوونکی (ګوتې څنډونکی) دی ځکه دا د لاندې شيانو شتون : (۱) څلور د درد اعراض په مختلفو اړخونو کې يا د بدن په بلا بېلو دندوکي(۲) دوه د ګېډې او کولمواعراض(۳) لږ تر لږه يو جنسي عرض (جنسي درد نه) او(٤) يونارېښتونی عصبي عرض اړينوي د جسمي شکايتونو تاريخچه بايده دي له دېرش کلنی د مخه پيل شي.د سر چپه کولو ګډوډي د حسي اوحرکي دندو ستونځي چې د عصبي وظيفوي ستونځو په پايله کې نه وي په ځان کې را نغاړي.د درد ګډوډی هغه وخت تر ګومان لاندې راځي چې رواني لاملونه د پيغام په څرګندولو کې ستره ونډه ولوبوي اودرد ور سره هم مهاله وي.هايپو کاندريازېس پرجدي ناروغيو چې د بدن د دندو او حسيت ناسمي انګېرنې پربنسټ په مخکېنی بوختيا لرلو سره ځانګړي شوي دي . د بدن د بد شکلی ګډوډی د بدن د ظاهري حالت د نيمګړتيا د ليدلو نه په شديده وېره وصفي دی .

۹ – ج – (۸او ۱۰څپرکي) : دلتا ده .

ماشوم د خوب د وحشت ګډوډي ښکاره کوي چې د دلتا د خوب پرمهال ليدل کيږي .د صفرمرحله بيداري ده. د سترګو د چټکو حرکتونو د نه شتون (NREM) خوب د خوب ۱ ، ۲ ، ۳ او ٤ مرحلي د(NREM)خوب د وړو برخو څخه عبارت دي چې د خوب ۳ او ٤ مرحلي يوه په بله کې ننوزي . د شپې خپسه په عمومي ډول د REM د خوب پر مهال ليدل کيږي .

۱۰ – الف- (۱۷څپرکی) : کرياټين کيناز دي .

په دې ناروغ کې د انتي سايکوتيک درملو پرمټ د يوه غښتلی ژوند تهديدوونکي اختلاط په توګه نېوروليپټيک خبيث سنډروم رامنځته شوی دی.دا سنډروم په ځان کې اوتونوميکي بې ثباتی(د تودوخي لوړوالی اوډېرخولې کول) ، حرکي غيرنورمالتياوې (شخي اوچوپ کېدل)،اوسلوکي بدلونونه(هذياني لېونتوب) په ځان کې رانغاړي.د دې زمينه جوړوونکي لاملونه عبارت له : په چټکی سره د انتي

سایکوتیکو درملو دوز ته تغیرورکول او په ثانوي توګه د ایرکاندېشیونر د کار پرېښودلو په پایله کې د ډیهایدرېشن څخه دي . په لابراتواري موندنو کې په کتلوي شکل د کریاتین کیناز انزایم د کچې لوړوالی د نیورو لیپتیک خبیث سندروم یوه خوراغوره نښه ده . سر بېره پر دې د وینې د سپینو کریواتو شمېر ډېر ځله لوړ وي ، او د بنې دندې په وصفي توګه غیر نارمل دي . درملنه یې په سملاسي توګه د انتي سایکوتیکو درملو بس کول ، د عضلي شخۍ د درملنې لپاره ډانترولین ، حمایوي کړنې اوځینې وختونه د ډوپامین اګونست لکه بروموکرېپتین کارول په ځان کې را نغاړي .

۱۱ – الف – (نولسم څپرکی) : د ده د ناروغۍ تفسیرول .

دې ناروغ په عقلي ناروغي کې ادراک له لاسه ورکړی دی چې په پایله کې یې د ده د ناروغۍ پر څرنګوالي باندې په پوهېدو کې بېسېکه شوی دی . (الف) ظرفیت : د درملنې اړوند د ناروغ د پرېکړو کولو (مثبت یا منفي) د وړتیا په څېرپېژندل شوی دی . دا د څلورو برخو نمایش ورکونه اړینه کوي : (۱) د خپلې ناروغۍ پر څرنګوالي پوهېدل . (۲) د زمینه جوړوونکو لاملونو ، ګټو او د کارېدونکي درملنې د بدیل تفسیرونه ده . (۳) اړوند عملي کېدونکي معلوماتو (دلیل) ویلو وړتیا نه لرل : او (٤) د غوروي په ګډون ورکولو کې بېسېکي .

۱۲ – د (۷څپرکی) : پوتا شیم .

د - د دې ناروغ د زړه درېدل د هایپو کالیمیا له امله دي . دې د عصبي ډېر خوراک نښې چې عبارت له د بدن د وزن زیاتوالي ، ډیهایدرېشن (د پوستکی وچوالی) ، د پاروتید د غدې التهاب (د پاروتید غدې زخمي کېدل) او د رسل نښه په دوهم ځلي ډول د پخپله کانګې کولو د اطراح کوونکي سلوک په څېر د وزن اخیستلو نه ډډه کوي چې ډېر و نه خوري.کانګې کول هایپو کالیمیک هایپوکلوریمیک مېتابولیک الکالوزس لامل ګرزي چې کولی شي د قلبي اریتمیاوو په ترسناک ا ختلاط منتج شي.د ECG بدلونونه د هایپوکالیمیا پرمټ چې عبارت له د T د موج (څپې) هواروالی او یوه د U څپه (د Tد څپې وروسته مثبت جوړه کېدنه)څخه دي . د هایپوکالیمیا یوه وروستی څرګندونه بې ټکانه برېښنایي فعالیتونه دي .

۱۳ ــ الف (۱۸ځېرکی) : د پېژندني سلوکي درملنه ده .

د پېژندني سلوکي درملنه په ماهيت کې د رواني درملنې د څرنګوالي په څېرد خفيف اومنځني خپګان لپاره را منځته شويده او دلته د ناروغۍ د دوهم ځلي را ګرځېدو په مخنيوي او درملنه دواړوکې د پام وړ مونډني د دې د اغيزمنتوب لپاره په دې اړوند شتون لري.چې دې درملنې همدارنګه په ترتيب سره د ټولنيزې فوبيا ، د بېځايه ډار ګډوډۍ،د جبري وسواسونو ګډوډي،او د تراوما وروسته رواني فشار راوړونکي ګډوډۍ به درملنه کې غښتلي بنسټيزاعتبارګټلی دی. د پېژندني سلوکي درملنه ، پېژندل،د محراقي انحرافي باورونو په ملايمه توګه چلنج کول،او دسلوکي تخنيکونو کارونه چې په مزاج اوسلوک کې بدلون راولي په ځان کې را نغاړي. بين الفردي روان درملنه کومه چې د نورو سره د اړيکو د نيولو پر ښېګړه متمرکزه ده،همدارنګه د ژور خپګان په درملنه کې د پام وړ پرېکنده ملا تړ لري.(ب) يو ځايي د پېژندني د سلوکي درملنې، او د Eastern Zen philosophy له يو ځای کولو جوړه او د سرحدي شخصيت د ګډوډۍ د درملنې لپاره د روان درملنې غوره ماډل ښودنه ده . (ج) د مخامخ کولو درملنه د فوبيا د ځانګړو ډولونو د درملنې لپاره کارول کيږي . (د) د کورنۍ پرځپلمنځي اړيکوتمرکز د دې لپاره چې د کورنۍ د هر غړي او د ټولې کورنۍ دندې ښې کړي او په ځانګړي ډول د ماشوم په روان درملنه کې ګټور دی . (ه) د اوږدې مودې سايکوډيناميک درملنه دا غواړي چې د ځان په رواني حالت و پوهيږي چې عبارت له غير شعوري انګېرنو او دفاعي مېکانېزمونو څخه دي چې د ځان اړوند ښتوني کولو او بدلون کې ښېګړې راوړي . ډېرو روان هڅوونکو تيوريو د زېګموييد فرويډ د کار کړني سر له اصله دي .

۱٤ ــ د (۴ځېرکی) : کلاسيکه شرط جوړونه .

بيان شوي اعراض د بېځايه ډار له حملې سره سمون خوري . دا تخنيک د پېژندني سلوکي درملنه بيانوي . په ترتيب سره ناروغ زده کوي چې دا احساسات بې زيانه او په خان کې محدود دي ، چې په عمومي ډول ډارن غبرګونونه کموي . د مخامخ کولو درملنه په زياتېدونکي توګه د وحشت راوړونکي محرکاتو سره مخامخ کول په ځان کې را نغاړي . کلاسيکه شرط جوړونه د زده کړې يو ډول دی په کوم کې چې طبيعي محرک په تکراري ډول د طبيعي محرک سره جوړه کيږي په نتيجه کې مخکېنی طبيعي محرک يوازې وروسته له دې د طبيعي محرک په شان غبرګون څرګندولو سره يو ځای وي .

۱۵ – الف (۱۳او ۱۵څېرکي) : الپرازولام دي .

الپرازولام يو بنزو ډيازيپين دی چې پر ګاما امينو بيوتايک اسيد اخذو باندي عمل کوي . ميرتازاپين د الفا ۲ اخذې بلاک کوي او همدارنګه پسټ ساينپټيک (د ساينپس وروسته) فعاليت لري . اميپرامين يو دري حلقوي خپګان ضد درمل دی چې د سېروټونين او نور اپينفرين دوهم ځلي جذب په پري ساينپټيک ساحه کې په ډب کولو سره عمل کوي . پاروکسيټين د سېروټونين د دوهم ځلي جذب انتخابي نهي کوونکی دی . فنلزين يو مونو امينو اکسيداز نهي کوونکی دی چې د پري ساينپټيک هغه انزايمونه چې نور اپينفرين ، ډوپامين او سېروټونين کټابولايز کوي ، بلاک کوي .

۱۶ – الف (۷څېرکی) : هايپو کليميا ده .

ناروغ داسي ښکاري چې د ښی اشارې ګوتې پواسطه په مخانيکي ډول کانګي کوي . چې د دی په نتيجه کې هايپو کاليميا چې ځانګړي الکتروکارديو ګرافيکي موندني اواريتميا را منځته کوي . د مري څيري کېدل همدارنګه د پيداشوي کانګي شونی اختلاط دی . د عصبي بوليميا لرونکي ناروغان ښايي د بدن نورمال ته نږدې وزن و ساتي .

۱۷ – د(۱۶څېرکی) :يا په بېرته را ګرزېدونکي توګه د اسيټايل کولينېستراز د نهيه کولو پر مټ ډونيزيل او ټاکرين دواړه په بېرته را ګرځېدونکي توګه د اسيټايل کولينستراز د انزايم سره نښلي ، چې دا د انزايم فعاليت کموي کوم چې په ساينپس کې اسيټايل کولين هايدرولېز کوي . د اسيټايل کولينستراز د فعاليت لرېدل فکر کيږي چې د پاتې شويوکولينرژيک نېورونونو د اکسونونو څخه د افراز شويو اسيټايل کولينو غلظت په پري ساينپټيک ساحه کې لوړوي . په اساسي ډول دا درمل د پېژندني ويجاړی لږوي په همدې ترتيب دا اغيز د پرمختلونکي کولينرژيک نېورونونو په له لاسه ورکوني سره کمېږي چې په دي ناروغۍ کې ليدل کيږي .

۱۸ – د (۲څېرکی) : لومړنی ډېره څښنه ده .

ناروغ د جټکوسره چې ډېر د حادې هايپو ناتريميا د پايلي له امله جټکو ته ورته دي حاضرېږي . هايپو ناتريميا کېدی شي چې ډېر لاملونه ولري . د انتي ډيورېټيک هورمون د نا مناسب اطراح سندروم چې ډېر ځله د سږو د دوه کونجو حجرو د کارسينوما سره يوځای وی ، په سګرټ نه څکوونکوکې چې د سږو راديو ګرافي يې نورماله وي د هايپو ناتريميا يو پر ځای لامل نه دی . کلوزاپين کولی شي چې د

جتيکو لامل شي او کېدی شي په جتيکوکي ونده اخيستونکی لامل شي مګر د هايپو ناتريميا لامل نه شي کېدی . د ويني لوړ فشار کېدی شي د دماغی دندو دستونځو خوا ته لاړشي مګر په دوديز ډول د جتيکو خوا ته نه ځي . د ويني د فشار دا منځنی کچه عصبي اغيزې نه شي لرلی . سېروتونين سنډروم کولی شي چې د کانفوژن لامل شي مګر نه شي کولی چې د جتيکو اويا هايپوناتريميا لامل شي . هغه څه چې له تشخيص مخنيوی کوی لکه ډېره ځښنه چې د ستاپ د رپوټ له مخې د ده د کولا د زياتي ځښنلو له امله ده .

۱۹ – ج (۵څپرکی) : د سرحدي شخصيت ګډوډي ده .

دا ناروغه د سرحدي شخصيت د ګډوډی ډېردوديز شکلونه څرګندوي . دي په لوړو شکلونو سره ناوړه همغاړي کېدنه د عادي رواني فشارپه وړاندې څرګندوي ، هيجاني بې ثباتي ، د ی احساسوي چې له نرس نه پټ دي او ځان خوړوونکی سلوک کوي . په همدې ډول د دې ګډوډی ناروغ په لوړه کچه خپګان لري ، دي ديوی حملي لپاره اوس مهال کوم معيار نه لري.او همدارنګه دی د کلينيک د پرسونل د اړيکو نه د دې احساس په مرکزکي د خپل ځان ونډه بنيي،غټه مساله داده چې دي منلي ده چې د نرس په وسيله تړلي ده.دي په بې شکه توګه دخپل ناوړه سازش په لوړه کچه څرنګوالي اړوند اضطراب څرګندوي،مګردي د اوږد مهاله په ګړاوکېدوچي دعمومي اضطراب ګډوډی وصفي کړي،شواهد نه څرګندوي.په پای کې ځان زيانوونکی سلوک د دي د ورنو پرې کول او شوګارې کول نه شي کولی چې مازوخېزم جوړ کړي ، لکه څنګه چې ناروغ د دې سلوک نه جنسي رضايت نه شي تر لاسه کولی مګر تريوه بريده هيجاني فشارونه را لږوي .

۲۰ – د (۵څپرکی) : د په ځان مين شخصيت ګډوډي .

دا سړی د په ځان مين شخصيت د ګډوډی ځيني دوديزې نښې ښکاره کوي. د مشورې په وخت کې د ده بې پروايي،په دندو کې د څو وارې پاتې راتلو سره سره د ده د وړتياووغټه ښودنه،اوده ته لږ د هغه ستونځو او يا سلوکونه چې په دې ګډوډی کې په دوديز ډول ليدل کيږي په ګوته کول چې دی ښايي ستونځې او يا سلوکونو چې په دې ګډوډی کې په دوديز ډول ليدل کيږي ولري حساسيت ورسره ښيي . رټل چې په غوسه سره تعقيبيږي همدا رنګه د په ځان مين شخصيت دوديزه (معمولي)څرګندونه ده. دا حالت په بشپړډول د داسې ستونځو په پايله کې چې اشخاص يې نږدی دهرې دندې په تر سره کولو کې تېروي او زغمي يې ببسپکه کوونکی دی . په شاو خوا کې کېدل او ځان غټ ښودل په ازاد مټ کېدل

دي او د يوه پټ درد لپاره د نوروسره يوې اړيکې نيول را لړوي.دوه اړخيزو اړيکو او د کار د تعقيبولو ته د ده علاقه د شيزوييد شخصيت سره ورته والى نه جوړوي .همدا رنګه دى ځان لوى ليدونکى دى،د ده په ناوړتيا کې داخلول د اوږده مهال لپاره دهذياني ځان غټ ګڼلو سره سمون نه خوري . دى ځان غولوونکى ،غوسه ناک ، له نظره لوېدو نه په ډار کې نه دى ، د سرحدي شخصيت د جوړولو ته ورته والى نه جوړوي . د په چا پورې تړلي شخصيت شکلونه (د پرېکړو کولو لپاره نورو ته سخته اړتيا او په نورو د هيجاني ملاتړلپاره ډېره لګول) نه څرګندوي .

۲۱ – ب (څلورم څپرکی) : پانيک ګډوډي .

دا ناروغ نا درمل شوي پانيک ګډوډي لري په نسبي توګه د ګډوډی وروستی حمله ده . دي د ګڼي ګوني نه د ډار کورنی تاريخچه لري چې د پانيک ګډوډۍ د اختلاط په شکل په دې ناروغ کې را منځته شوی ده. د دي کلينيکي تارخچه د ژورخپګان سره سمون نه خوري . د دي اضطراب د پانيک په کلاسيکو څپو کې را منځته کيږي، د عمومي اضطراب په شان چې يو شخص په کراو کوي برابر نه دی.دي همدارنګه ځانګړی ډار له خزنده ګانو نه نه لري چې اړتيا وي چې په اراکنوفوبيا يې تشخيص کړو او نه هم د جبري وسواسونو د ګډوډۍ وسواسونه او جبرونه لري .

۲۲ – ه (۸او۱۶ څپرکي) : د ډکسترو امفيټامين د درملنې بس کول .

په دي ماشوم کې د پاملرنې د نيمګړتيا د ګډوډۍ د احتمالي کېس د درملنې لپاره د ډکسترو امفيټامين د کارونې په لومړيو څو مياشتو کې مانيا او لېونتوب را منځته شوي دي . خشونت په ښکاره د بستر کولو حکم کوي . څه شی نا څرګند دي ، په ځانګړي ډول د پراخې کورنی تاريخچې لاسته راوړل ، چې څنګه اعراض د درملو پر مټ ورو ورو رامينځته شول ، او يا ناروغ په پيل کې د دوه قطبي ګډوډي حمله او يا شيزوفرېني درلوده . تشخيص نا څرګند دی ، مګر لومړی شی چې بايد تر سره شي د ډکسترو امفيټامين بس کول دي . وروسته درملنه ښايي عبارت له هريوه انتي سايکوتيک يا يوه مزاج ثابت ساتونکي څخه وي . يو خپګان ضد درمل په هغه ناروغ کي چې خپګان نه لري د توصيې وړ نه دی يا په اضطراب کې چې کومه د مانيا يا سايکوتيکه حمله ولري . ګروپ درملنه د حاد تثبيت کولو (ارامتيا)وروسته مرسته کوي مګر د څارنې په لومړۍ مرحله کې نه .

۲۳ – د (۸څپرکی) : انتخابي موټېزم .

دا نجلی انتخابي چوپتیا ځرګندوي ، په دوديز ډول ماشومان د دي حالت سره په کورکي نورمال غږيږي مګر په ښوونځي کې چوپ کيږي . داسې باور کيږي چې دا د ماشومتوب د مهال د ټولنيز اضطراب يوشکل وي . همدارنګه دا انتخابي چوپ ماشوم ښايي خپه وي د دي د ښوونځي نه د باندي کړني بل ډول په ګوته کيږي . دي او د دي کورنی او ښوونکي بايد دښوونځي اړوند بېځايه کارېدونکي وضعيت شونتيا ته ځيرو اوسي چې د تراوما وروسته د رواني فشار راوړونکو ګډوډيو خوا ته دزومي مګر موږ دا موندنه په جاري حالت کې نه لرو . هغه ماشوم چې اوټيزم لري د اړيکو په نيولو کې په ټولو ساحو کې پاتې راځي نه يوازې په ښوونځي کې . ابوليا (نه خوراک) يو نېورولوژيک حالت دی چې د عاطفي ځرګندونو د نه شتون له امله را منځته کيږي . هغه ماشومان چې انتخابي چوپتيا لري کېدی شي چې په ټولنيزو ګروپونواو د خپګان ضد درملوچې د ټولنيز اضطراب يې موخه وي تداوي شي . ځينې ماشومان ښايي د ټولنيز اضطراب ګډوډی خوا ته او يا د خپګان خوا ته د ژوند په وروستيو کې ولاړشي

٢٤ ــ ه (۶او ١۶ځپرکي) : نالوکسان دی .

ناروغ د اپياتو تړلتړب لري او ډېر داسې ښکاري چې د اپياتو د لوړ دوز له کارولو ځوريږي . لومړني اعراض د اوښکو بهېدل ، د کسو (حدقو) پراخوالی ، د ويښتانو پورته کېدل ، خفيفه تبه ، او خفيفه تاکي کارديا د اپياتو د محروميت سره سمون خوري . لابراتواري ازمايښت چې تاسو يې لارښودنه کړي وه په ادرار کې د درملوچاڼ وو چې د اپياتو د مېټابولېټونو لپاره مثبت وو . د لومړي ويزېټ پر مهال له مخامخ کېدو وروسته ناروغ اقرار کوي چې دي د بېلا بېلو ډاکترانو نه د اپياتو نسخې اخيستي دي او هم يې په دي بهانه چې بل ناروغ ته يې ورکوي بيا يې په پاکټ کې اچولي دي ، له روغتون نه يې نارکوتيک په غلا اخيستي دي . تاسو ورته د اپياتو د زهرياتو د له منځه وړلو لپاره بستر کېدل چې د بستر د باندي په ګروپي ډول دځان سره د مرستي په تر سره کولو ډلو کې په غړيتوب تعقيبيږي توصيه کوی. ناروغ په داسې ډول لومړی له زهرياتو پاک شوي وو چې بې غبرګونه وو . د درملنې په نوملړ کې فلومازينيل د بنزوډيازيپين انتاګونست دی . فزيوسټېګمين د انټي کولينرژيک د مسموميت په درملنه کې مرسته کوي . کلونيدين ښايی د اپياتو په محروميت کې مرسته وکړي مګر د اپياتو په مسموميت کې نه . اکامپروسات د الکهولېزم په درملنه کې ګټور دی . نالوکسان د اپياتو يو انتاګونست دی چې کولی شي د اپياتو په لوړ دوز کې ژوند و ژغوري . اليرازولام يو بنزوډيازيپين دی چې د الکهولو په محروميت کې ګټور دی . تيامين اوګلوکوز په هغو ناروغانو کې چې دوی غبرګون نه ښيي ارزښتمن

دي او همدارنګه د دي ناروغ په څارنه کي ارزښتمن دي په دي کېس کي نوره لاملونه په تشخيص کي سره ګډوو .

۲۵ – ب (۸څېرکی) : خفيف عقلي تاخر چي د زده کړي جوګه خو زيات ملاتړ ته اړتيا لري .

ماشوم عقلي پڅوالی لري دا خفيفي درجي ته پاتي کيږي ، او ماشوم ته بايد زده کړه ورکړل شي مګر د زده کړي خانګړي کريکولم ته اړتيا لري. که چېرې د ده IQ له ۵۰ لړه او له ۳۰ نه ډېره وای ده به منځنی عقلي پڅوالی لرلی،او که چېرې يې IQ له ۲۰ نه تر ۳۰ پورې وای دا به شديد عقلي پڅوالی وای.دی داسي نه ښکاري چي اوټېزم لري ځکه دی کولی شي چي اړيکي ونيسي او په سترګو اړيکي ونيسي په پايله کي هغه ماشوم چي اسپارګر ګډوډي لري دواړه نورمال يا غير نورمال IQ په لرلو سره زيږه ټولنيز مهارتونه او د سترګو کمزوري اړيکو نيول لري.د تشخيص د پای ته رسولو وړاندي دا ارزښتمنه ده چي د ذکاوت د کمزوريو دندو ټول طبي لاملونه رد شي .

۲۶ – ب (يوولسم څپرکی) : د مشورې لپاره دټولنيزو خدمتونو را بلل دي .

د زړو د بېځايه کاروني تر شک لاندي کېسو نه اړتيا لري چي ټولنيزو څانګو ته و لېږل شي . د ناروغ کور ته لېږل او د څارني لپاره د ناروغ د بستر د باندي تنظيمول ناروغ ته د پام وړ خطر او په ډېرو دولتونو کي د نافذه قوانينو د اوامرو نه رپوټ ور کړل شوی سرغړوني ته پرېښودل دي . که څه هم دوی غولول کوي چي د شک لاندي سر غړوني سره مخ نه شي ، دا په عمومي ډول غوره ده چي د ازمويل شويو ټولنيزو کار کوونکو په لاسونو کي يې پرېږدو کوم چي کولی شي ټولنيز موقعيت تنظيم او د وړاشخاصورپوټ صلاحيت لرونکو ته ورکړي . د ډاکټر په رپوټ ور کولو کي بايد تومتي شوي بېځايه کاروونکي و کارول شي ، مګر د خطر څارنه يې بايد وروسته له هغه چي د کېس اړوند د ټولنيزو څانګو سره مشوره وشي و نيول شي .

۲۷ – ج (يوولسم څپرکی) : هڅه و کړی چي زوجين سره بېل او دښځي سره ګوښی و غږيږی .

ناروغ له بېځايه کاروني کړيږي ځيني وختونه د خپل کاروونکي سره يو ځای د درملني لپاره را ښکاره کيږي . دا جوړه ښايي الکهولېزم ولري،د دوی د ساه ايستلو نه د الکهولو بوی ځي د مسموميت د نښو پرته چي دا د لوړې کچي زغم غبشتلي نښه ده.د تاسو لومړۍ دنده د ناروغ سره امانت کاري ده . بېځايه کاربدونکي خلک د خپلو بېځايه کاروونکو سره له مخامخ کېدو نه د غچ اخيستلو له امله ډاريږي . له دې کبله به دا مناسبه نه وي چي پوليس را وغواړو يا د ډېرو معلوماتو پرته يې د بېځايه کاروونکي سره

مخامخ کړو. او که چیرې د تومتي ببځایه کاروونکی په شتون کې تاسې د زیاتو معلوماتو د لاسته راوړلو هڅه وکړی . تاسو بنایي په ببځایه کاروونکي کې بد ګوماني را و پاروئ کوم چې له دې وروسته بنایي ببځایه کارول شوی د ځان سره واخلي اوتاسې پرېږدي . په پای کې په څېړنيز شکل د ناروغ د ناروغ د شا و خوا را بلل د ناروغ د ډاډيني نه سرغړونه ده او د ډاکټر پواسطه د ناروغ د درملني له اصولو د باندې دي . خورا بنه چلند د اغيزمني لارې د موندلو لپاره دادی چې د ناروغ سره ګوښي و غږېږو او د غښتلي ببځایه کاروني اړوند ترې و پوښتو. دې موخې ته د رسېدو لپاره د تاسو د ناروغ حق ته لومړيتوب ورکړی ، داسې مه کوئ چې ستاسو لاس وهنه ناروغ ته په پايله کې د نور زيان اړولو زمينه برابره کړي . او ناروغ ته ډاډ من چاپېريال برابر کړی چې له ډاکټر مرسته و غواړي.

۲۸ – ب (دوولسم څپرکی) : نېورولېپتيک خبيث سنډروم دی .

ناروغ د کرياتين فوسفوکيناز د لوړې کچې په لرلو سره شخ ، بېحرکته ، تبې لرونکی ، او بې غبرګونه دی . د ا نېورولېپتيکو خبيث سنډروم دی تر څو چې بلې خوا ته سير و نه کړي . د سېروټونين سنډروم هم بايد فکر و شي مګر د ځانګړو اعراضو يوه يوه بنودل لکه د عکساتو لوړوالی ، کلونيوس ، او د ګېډې او کولمو اعراض نه شته . عضلي شخي په دوديز ډول نېورولېپتيک خبيث سنډروم را په ګوته کوي مګر کولی شي چې د سېروټونين سنډروم د شديدو کېسونو خوا ته ولاړشي . پرلپسې حرکي ستونزه د تبې او بېحرکتئ سره يو ځای نه وي . ډېستونيا بنايي د عضلاتو په يوه يا دوو ګروپونو کې موضعي وي او د سيستميکو نښو لامل نه کيږي . نومونيا کولی شي چې سيستميکې نښې را منځته کړي مګر محراقي عصبي نښې نه .

۲۹ – د (يوولسم څپرکی) : نارينه جنسيت .

سړي د ښځو په پر تله ډېر په ځان وژنه بريالي کيږي ، بنايي له دې امله چې دوی ډېره وړتيالري چې د وژلو لوړه پيمانه متودونه و کاروي لکه ځان د څه شي سره وهلو ، او ټوپ اچولو د زيات درمل خوړلو او يا ځان ښکته غورځولو په پر تله . (الف) ځان وژنه د افريقايي امريکايانو په پر تله په قفقازيانو کې ډېره دود ده . (ب) د په چا پورې د تړل شويو ماشومانو سره ژوند کول . (ج) نوکر کېدل .(د) او مذهبي کلکه عقيده . (ه) د ځان وژنې پر ضد ساتونکي لاملونه دي .

۳۰ – ج (۱۴ځېرکی) : لېتيم دی .

په نورمال دوز کې د لېتيم جانبي عوارض عبارت له رېږدېدني ، د ګېډې او کولمو ستونځي لکه نسناستي ، او د بېژندني لږ ويجاړی دي . په زهري دوز کې لېتيم د شديدې رېږدېدني ، کانفوژن او اتاکسيا لامل ګرزي . ځکه لېتيم د درملني تنګه کړکۍ (ساحه) لري دې ناروغي د دوز د دوه چنده کولو په پايله کې په سيروم کې توکسيکي کچې ته رسولي دي . د لېتيم مسموميت کولی شي چې د جټکو ، کوما ، او اريتميا د خطر له امله ژوند تهديد کړي . د لېتيم د شديد تسمم د درملني بنسټيزه لاره هيموډيالېز دی . (الف) هالوپريډول ښايي د حادو خارج اهرامي جانبي عوارضو او په ECG کې د QT د اوږدېدو سره يو ځای وي . (ب) لاموترېجين کولی شي د ژوند تهديدوونکو راشونو چې عبارت له ستيفن- جانسن سنډروم څخه دی لامل شي .(د) کاربامازيپين ښايي د ګېډې او کولمو ويجاړی ، کوما، اګرانولوسايتوزېس او د اپلاستيک انيميا لامل شي. (ه) والپروايک اسيد د ګېډې او کولمو ويجاړی ، کوما ، ترانساميزيک بدلونونو او په نادر ډول د مرګوني کبدي تسمم سره يو ځای وي .

۳۱ – د (۶ځېرکی) : تيامين (د B1 ويټامين) دي .

دا ناروغ د نږدې تېرشوي وخت هېرېدنه او افساني ويل ښکاره کوي ، کوم چې د کورسکوف د سايکوز وصفي نښې دي . دا د تيامين د نشتوالي پايلې دي ، کومې چې د الکهولو د ترلتوب له امله پيداشوي دي . د تيامين په نشتوالي بوخت ناروغ کې په پيل کې د ورنيک انسفالوپاتي را منځته کيږي ، کوم چې د نيستاګموس ، اتاکسيا ، او عقلي کانفوژن يوه درې پښيزه ده . که چېرې دا په سملاسي ډول د وريد له لارې د تيامين په پوره کولوبېر ته و نه ګرزېدل ، ښايي ناروغ په پرمختلونکي ډول د کورساکوف سايکوز خوا ته لاړشي کوم چې د دريو نه په دوو برخو کېسونو کې په شا نه ګرزېدونکی دی . (الف) د B12 ويټامين نشتوالی د مېګالوبلاستيک انيميا او د محيطي اعصابو نيوروپاتي چې د خلفي ستون او د قشري- نخاعي رشتو د ميالين د له مينځه تلو له امله پيدا کيږي . (ب) د فوليک اسيد نشتوالی د ماکروسايتيک انيميا لامل کيږي . (ج) د نياسين نشتوالی د پوستکي په التهاب ، پلګرا ،نسناستي او ډېمنشيا پای مومي . (ه) د ويټامين E نشتوالی کولی شي د عيني علايمو لامل شي چې د عضلي بېسېکی په ډول د اوږدو رشتو په نښو سره تعقيبيږي.

۳۲ – د (۹ځپرکی) : د پيک ناجوړي ده .

په دې ناروغ کې د پېژندنې نيمګړتيا په پټه حمله کړي چې څرګند او په ښکاره د شخصيت بدلونونه يې را چاپېر کړي دي . دې د ځانګړو ټولنيزو د رعايت په بېسېکی رټونکي نه ده .د ډيمنشياجوړوونکي ناروغۍ په وختي عمرکې پيل ، د وختي عمرد پيل ډېمنشيا کورنۍ تاريخچه او په عصبي تصوير اخيستنه کې د فرانټال او ټامپورال فصونو ښکاره اتروفي ، ټول د پيک د ډېمنشيا سره سمون خوري .

(الف) د الزايمر ناروغي په ځانګړي ډول د ٦٥ کلنۍ وروسته د کراره پيل ، د لنډې مودې د ياد داښت د ويجاړۍ سره يوځای را منځته کيږي . (ب) د HIV اړوند ډيمنشيا د دماغي پېژندنې ويجاړې د ايډز د ناروغۍ په وروستيو مرحلو کې ليدل کيږي . (ج) د هوچنسن ډېمنشيا د هوچنسن د ناروغۍ د نورو وصفي شکلونو سره چې عبارت له وختي پيل (په وصفي ډول په منځنيو ديرشوکالونو کې) او کوره ډوله حرکتونو په عصبي تصوير اخيستنه کې د کاوداتا ښکاره اتروفي ، سره يو ځای ليدل کيږي . (ه) وعايي ډېمنشيا په وصفي ډول د قلبي وعايي او دماغي وعايي ناروغيو د رامنځته کېدو پر مهال په مرحله ايز ډول د پېژندنې د زوال سره چې زمينه جوړوونکي لاملونه دي ليدل کيږي . دلته ښايي په عصبي معاينه کې محراقي موندنې شتون ولري او د دماغو تصوير اخيستنه ډېری پتالوژيکي برخې را ښيي .

۳۳ – ه (۳او ۱۴ځپرکي) : والپروايک اسيد دي .

ناروغ د مانيا کلاسيک اعراض : ژر ژر خبرې کول ، د ځان غټ ګڼل ، خوب ته لږه اړتيا لرل ، او په خوشحالوونکوشيانو زيات لګښت ښيي . په هغه درملو کې چې نومړ شويدي والپروايک اسيد يو جټکو ضد مزاج ثابت ساتونکی دی ښايي ډېره مرسته وکړي . فلومازينيل د بنزوډيازيپين يو انتاګونست دی کومه اغيزه نه کوي . فلوکسيټين مانيا نه شي درملنه کولی ، اوښايي په حقيقت کې هغه بدتره کړي . اکامپروساټ د الکهولو په تړلتوب کې ونده اخلي او مانيا نه شي ښه کولی . ګاباپينټين په لومړي سر کې فکر کېده چې د مزاج ثابت ساتونکي ځانګړنې لري مانيا نه شي درملنه کولی او د معياري درملنې لکه د والپروايک اسيد نه لږ اغيزمن دي .

۳٤ – د (۶ځپرکی) : فنوباربيټال دي .

ناروغ د مسکنو او منومو څخه د الپرازولام اړوند د تړلتوب تاريخچه لري او د حاد مسموميت له نښونسره چې عبارت له : د رواني حالت له بدلونونو (تهيج) او د تنفسي سيستم انحطاط څخه دي بستر

شوی دی . د یوې ورځې انتیوبېشن وروسته ناروغ حاد تهیج ، تاکی کاردیا ، د وینې د فشار لوړوالی ، خولې کول او رپږدېدنه څرګندوي . دا نښې او اعراض د حاد محرومیت له سنډروم سره سمون لري ، کوم چې د فنوباربیتال (د اوږد مهال اغیز لرونکو باربیتوراتو پر مټ) او یا د اوږده نیمایی عمر بنزودیازیپین پر مټ د زهرباتو په له منځه وړلو سره مراقبت شوی دی . (الف) بیوپرینورفین یو د مایکرواپویید اخذو قسمي اګونست دی . او (ج) مېتا دون یو کمزوری مایکرواپویید اخذو اګونست ، د اپوییدو په تړلتوب کې کارول کیږي . (ب) کلونیدین د الفا ۲ اخذو یو اګونست دی چې د اپویید د محرومیت اتونومیک اعراض تداوي کوي . (ه) پروپرانولول یو غیر انتخابي بیتا ادرینرژیک انتاګونست دی چې ځینې وختونه د ټولنیزې فوبیا په درملنه کې کارول کیږي .

۳۵ – د (۵ځپرکی) : هېسټرویونیک دی .

دا ناروغ د هېسټریونیک شخصیت ځانګړنې چې عبارت د نورو نه د پاملرنې غوښتنې او نمایشي سلوکونو لکه د ډراماتیکو او زړه راښکونکو کالیو اغوستلو او مېکپ (ځان سینګارولو) ، نامناسب ناز کولو ، لږ ارزښت لرونکو پېښو ته د کچې زیات هیجاني غبرګون ښودلو څخه دي ، څرګندوي . د دې تشخیص لرونکي ناروغان ډېرخله باورکوي چې د دوی اړیکې ډېرې غوره دي د هغه څه پر تله چې ریښتوني دي . (الف) ناروغ د ټولنیز ضد شخصیت د ګډوډۍ ناروغ د ټولنیزو قوانینو ځان اړوند نه ګڼي او د پښېمانۍ احساس یې له لاسه ورکړی وي . (ب) د لیرې کرزېدونکي شخصیت ګډوډي د دې احساس په پایله کې چې بې کفایته به شي له اړیکو نیولو لیرې ګرزي . (ج) د تړلي شخصیت ګډوډي په نورو پورې زیات تړلتوب دی او د بېلتانه څخه ډار دی . (ه) د شیزوییډ شخصیت د ګډوډۍ ناروغ په هیجاني ډول بېل دی .

۳۶ – الف (۸ځپرکی) : ځان محوري ګډوډي ده .

ماشوم د اوټېزم (ځان محوری) لپاره کلاسیک تشخیصي معیارونه چې نومونه یې اخلو : (۱) ویجاړې ټولنیزې کړنې . (۲) ویجاړې مرکې کول او (۳) کلیشیي تکراري سلوک او علاقې ورښیي . ماشوم د افکارو د ښکاره ګډوډۍ شواهد نه څرګندوي او جاري سایکوز نه ښیي ، ځکه نو دی د شیزوفرېنې لپاره معیارونه نه لري . د تماس ګډوډي د سلوک یوه بې نظمي ده په کومه کې چې ماشوم د نورو پر اساسي حقوقو تېری کوي او د قانون او ټولنیزو نورمونو سره جوړ نه راځي . دا د ماشومتوب مهال د لویانو د ټولنیز ضد شخصیت ګډوډي ده . د پاملرنې د نیمګړتیا ګډوډي د اوږدمهاله د پاملرنې په

بې نظمیو لږ تر لږه په دوو بېلا بېلو ساحو(لکه ښوونځي او کور کې) وصفي د ي . دا باید د لوړ فعالیت په ملګرتیا کې وي په کوم کې چې شاوخوا ته د پاملرنې د نیمګړتیا اود لوړ فعالیت ګډوډي تشخیص کیږي . د بېلتانه د اضطراب د ګډوډي اضطراب چې د سلوکي بې نظمیو په واسطه را منځته شوی دی (لکه د ژړلو په څېر) کله چې د لومړني ځارونکي څخه بېل شي ، وصفي دی .

۳۷ – الف (۹څېرکی) : ډلېریوم دی .

ناروغ د ډلېریم نښې د دماغو د حادو وظیفوي ستونځو سره چې د انتان پر مټ ګرندي شوي دي ښکاره کوي. لارښود یې عبارت له د ورځو په اوږدو کې پیل ، د پاملرنې ویجاړي ، د ورځې په اوږدو کې د کانفوژن د ورو ورو زیاتوالي او لړوالي سره د شپې مهال د ځانګړي کانفوژن او تهیج سره (" د لمر لوېدل ") ، ویجاړې حافظې او سمت موندلو ، څخه دی . (ب) ډېمنشیا په وصفي ډول ډېر کرارسیر لري د شعور د کچې د بدلون پرته د حافظې ښکاره ویجاړ شکلونه لري . (ج) پاشل شوي هېرونه په موقتي ډول د شخصي معلوماتو په را غونډولو کې بېسېکي په ځان کې را نغاړي . (د) ژورخپګان ګډوډي شوني ده چې د ښکاره د حافظې له ویجاړۍ سره چې د کاذب ډیمانس په نوم یادیږي شتون ولري ، مګر ناروغ په وصفي ډول د پېژندني نورمالې دندې لري په تشویق اوپاملرنې سره مرکه کوي . همدارنګه وخت نا وخت سایکوتیک اعراض (په ځانګړي ډول برسامات) ښایي په ډلېریوم کې و لیدل شي . (ه) شیزوفرېني اوږدمهاله سایکوتیک اعراض او ټولنیزې او مسلکي و ظیفوي ستونځې چې لږ تر لږه ۶ میاشې پاینت مومي په ځان کې را نغاړي .

۳۸ – ه (یوولسم څېرکی) : بې لاسنیوي پاتې کېدل دي .

د نوملړشویو ټولو لاملونو په مینځ کې ، بې لاس نیوي پاتې کېدل چې د اوږدې مودې د ځان وژنې ډېر زمینه جوړوونکی خطرلرونکی شاخص دی . ژور خپګان او د مزاج نوري ګډوډۍ او د نشيي توکو د بېځایه کاروني ګډوډۍ همدارنګه د ځان وژنې زمینه جوړوونکی لاملونه دي .

۳۹ – ج (دوولسم څېرکی) : کلوزاپېن دي .

ناروغ منځنۍ کچه ګرانولوسیتوپیني لري لکه څرنګه چې ډېر درمل د ګرانولوسیتوپیني او اګرانولوسایتوزس لامل کیږي ، په ټولو انتي سایکوتیکو درملو کې کلوزاپېن د درملو دې سرچپه غبرګون لپاره په لوړه کچه زمینه جوړوونکي دي . دا همدارنګه یوازېنی انتي سایکوتیک ماده ده چې په دوراني ډول د وینې د سپینو کریواتو ځارلو ته اړتیا لري .

۴۰ – ب (۶ځپرکی) : په چا پورې د تړل شوي شخصيت ژړودي ده .

دا ناروغ ښکاري چې وصال ته ژوره هيله او د خپلي زړې مور سره د تړلتوب اړيکي لري . دی د ده په مور پورې تر دې کچې تړلی دی چې د ده ژوند اداره کوي ، چې عبارت له وړو پريکړو کولو څخه دي . دی له دې نه داريږي چې مور بې اړيکي ورسره و نه شلوي کوم چې دی ور پورې تړلی دی ، مګر دی په دې سره د سرحدي شخصيت د ګډوډۍ نه توپير کيږي چې دی د ځان نه ډېر ثابت احساس لري غوسه کوونکی او ځان ورانوونکی نه دی . د ده پر ځان ډډه کول نه دي ويجاړاو دی هغه ځان لوی ليدل چې د په ځان مين شخصيت ګډوډۍ لرونکي شخص کې ليدل کيږي نه لري. همدارنګه ناروغ ډېرځله په يوه ګوښي ډول کار کوي ، دی يوه څنګ ته نه دی چې دا يې د شيزوييد شخصيت له ګډوډۍ نه ليرې کوي ، همدارنګه دلته د سحر ډکو فکرونو شواهد نه شته چې شيزوټايپال شخصيت ګډوډي وصفي کړي .

۴۱ – الف (۲ځپرکی) : شيزوفرېني ده .

د شيزوفرېني تشخيص د ٦ مياشتو نه ډېرې مودې د سايکوز د مثبتو او منفي اعراضو شتون چې ټولنيزه اومسلکي ويجاړي ور سره ملګري وي اړينوي . دوه قطبي ګډوډي لږ تر لږه د مانيا يوې حملې شتون چې په دوديز ډول د مانيا او خپګان له دوران څخه جوړه وي اړينوي . سايکوز د مانيا په مرحله کې په دوه قطبي ناجوړي کې دود دی ، مګر دا ناروغ د مانيا اعراض (لکه په فشارسره خبرې کول ، د خوب لږوالی ، د انرژي زياتوالی او نور) نه ښيي . ژور خپګان ښايي د سايکوز سره يو ځای وي ، مګر دا ناروغ داسې شواهد نه ور کوي چې ژور خپګان لري . د الکهولو بېځايه کارونه شوني ده چې د سايکوز خوا ته لاړه شي په ځانګړي ډول د اوږدو برساماتو ته .مګر د الکهولو د بېځايه کاروني نور اعراض شتون لري . د پارانوييد شخصيت ګډوډي د ټولنيزو او مسلکي دندو دې کچې خرابوالي ته نه رسيږي لکه د دې ناروغ له خوا چې څرګنديږي .

۴۲ – الف (۵ځپرکی) : د ټولنيز ضد شخصيت ګډوډي ده .

دا ناروغ د ټولنې د وندې او قوانينو اړوند د ښکاره نا اړوندتوب يوه نفوذ کوونکي بېلګه څرګندوي . د ماشومتوب د مهال د شديدې بې پروايي او بېځايه کاروني تاريخچه غير معمول نه ده . د ماشومتوب د مهال د تراوما د ربوټ سره سره ، د تراوما وروسته د رواني فشار راوړونکو ګډوډۍ تشخيص نه شو اېښودلی مګرهغه وخت چې دلته لوړ تخريش ، په زوره د تراوما بيا را تلل ،او مخامخ کول چې له

تراوما ليري كېدل شتون ولري . د ده انكار د مزاج له بې نظمۍ اوهر يوه د ده د پخوا بستر كېدو او د كورنۍ تاريخچې نه داسې ښكاري چې دوه قطبي ګډوډۍ او د مزاج دوران كوونكي ګډوډۍ دواړو ته نه پاتې كيږي . دا ناروغ ښايي په ماشومتوب كې د تماس په ګډوډي سره تشخيص شي . كله چې د تماس ګډوډي سلوک د ځوانۍ ترمهاله پاينت و مومي ، تشخيص په ټولنيز ضد شخصيت اوړي .

٤٣ – ج (١٧څپرکی) : اكاتيزيا ده .

دا ناروغ د اكاتيزيا كلاسيک اعراض چې د انټي سايكوتيک درملو دوديز جانبي عرض دی څرګندوي . د دې جانبي عرض لرونكی ناروغ تهيج ، ناكراري ، او ګام وهل څرګندوي . دوی ډېر خله د ناكرارۍ له داخلي احساس څخه(په معمولي ډول په پښو كې وي)يادونه كوي . دا ارزښتمنه ده چې اكاتيزيا له هغه نا كرارۍ او تهيج نه چې د سايكوز او اضطراب د بدتر كېدو له امله رامنځته كيږي بېله شي . نوره حركي ګډوډۍ لكه ډيستونيا (د عضلاتو سپازم) ، پرلپسې حركي ستونزه (ورو غير ارادي عضلي حركتونه) يا پاركېنسونېزم (د ګوليو د جوړولو په شان رېږدېدل ، كړوپ تلل ، په ماسک پوښلی مخ) ، بايد په هغه ناروغانو كې چې نيورولېپتيک كاروي همېشه رد شي . هغه ناروغ چې نيورولېپتيک خبيث سنډروم لري شوني ده چې تهيج او حركي تهيج را منځته كړي ، مګر د تبې نشتوالی اوپه سيروم كې د كرياتين فوسفوكيناز نورمالوالی دا تشخيص مناسب نه ګڼي .

٤٤ – د (٨څپرکی) : د ټوريټ ګډوډي ده .

د ټوريټ ګډوډي په غير ارادي صوتي او حركي ټيكونو باندې وصفي ده . ځينې وختونه صوتي ټيكونه غورغوری يا چيغې وهل دی ، مګر دوی كولی شي چې د الفاظو د ټيک خوا ته لاړ شي . د ټوريټ ګډوډي په ځوانو نارينه وو كې ډېره دود ده (د نارينه او ښځينه تر منځ نسبت ١ /٣ دی) اوپيل يې د ځوانۍ په وروستيو كې دی .د ځوانۍ بحران د ځوانۍ د ځانګړو ډولونوسلوكونولپاره يوه عاميانه اصطلاح ده مګر صوتي او حركي ټيكونه نه څرګندوي . شيزوفرېني ته نه ده ورته څكه دا ځوان سري سايكوتيک اعراض نه لري . د نشيي توكو بېځايه كارونه ښايي په افرادو كې سلوكي بدلونونه رامنځته كړي ، مګر صوتي او حركي ټيكونه كلاسيک نه دي . د تماس ګډوډي هغه وخت تشخيص كيږي چې ماشوم په اوږدمهاله توګه د نورو پر اساسي حقوقو تېری كوي او ټولنيزو قوانينو او نورمونو ته بې پروا وي . د ټوريټ د ګډوډۍ تر شک لاندې يو ماشوم بايد په ځيركتيا سره د داخله او نيورولوژي له اړخه و ارزول شي . د ويلسن ناجوړي او هوچنسن ناروغي دواړه د حركي بې نظميو سره يو ځای وي چې

شوني ده د حركي تېكونو سره غلط شي نو په دې سبب بايد رد شي او يو الكترو انسفالو گرام بايد اجرا شي چې د جټكو ګډوډۍ و ارزوي .

۴۵ – الف (۱۴او ۱۷څېركي) : د لېتيم تسمم دی .

په دې سبب چې لېتيم د پښتورګو له لياري تصفيه كيږي ، نو د دې د سيروم كچه د ډيهايدرېشن او د پښتورګو د دندو د بې كفايتی څخه اغيزمنه كيږي . د لېتيم د تسمم نښې عبارت له شديدې رېږدېدني ، كانفوژن ، اتاكسيا او نسناستی څخه په دې ناروغ كې موندني دي . همدارنګه د اكسكاربازيپين تسمم كولی شي د اتاكسيا او كانفوژن ورته پايله ولري ، دا د شديدې رېږدېدني او يا نسناستي سره يو ځای نه وي .د اكسكاربازيپين كچه د لېتيم د كچې په شان د ډيهايدرېشن سره حساسه نه ده . فلوكسيتين كولی شي د زړه ډكوالي ، سردردي ، ناكراري ، بېخوبی ، او د ارګاسم د نشتوالي لامل شي . دا په عموم كې د لوړ دوز په وخت كې غيرزهري دي . سېروتونين سنډروم كولی شي چې د رېږدېدني او كانفوژن لامل شي نه د اتاكسيا .

۴۶ – الف (۲او ۳څېركي) : شيزوفرېنيفورم ګډوډي ده .

دا ناروغ د رواني اعراضو او تهيج سره حاضرېږي . ترهغه پورې چې تاريخچه پر مخ يووړل شي يا راتلونكي حملې و ليدل شي تشخيص نا څرګند دی . دې ته كولی شو چې د شيزوفرينوفورم ګډوډۍ " لومړۍ تم كېدنه " و وايو چې ۶ مياشتې پايښت ارينوي چې د شيزوفرېنې معيارونه وښيي . دا ښايي په هغه ناروغ كې چې پټه دوه قطبي ګډوډي لري په سايكوتيكو شكلونو كې يې د مانيا يوه حمله او يا شيزو افكتيف ګډوډي وي . سايكوز همدارنګه ښايي د نشيي توكو له امله وي (لكه د امفېټامين پر مټ پيدا كېدونكي رواني ګډوډي) . همدارنګه هغه ناروغان چې د عمومي اضطراب ګډوډي لري شوني ده چې د ناكراري يا تخرشيت سره بر ته راشي ، دوی هېښه هيجاني نه وي او د اوربېدلو برسامات او د افكارو ګډوډي نه لري . د ژمي د مهال د خپګان ناروغ او غير وصفي خپګان همېشه د انرژي د كموالي ، د اشتها د زياتوالي ، او د خوب د زياتوالي د اعراضو سره حاضرېږي . دوی همدارنګه د رواني – حركي ورو والي څخه شكايت كوي . هغه كسان چې د جبري وسواسونو ګډوډۍ لري بې دليله (بېځايه) وسواسونه او جبرونه لري .

٤٧ ــ ه (٦،٣او ١١ څپرکي) : د ناروغ ، کورنی او ملګرو یا د پېښې د لیدونکو نه د زیاتي تاریخچې را ټولول دي .

بیان شوي خبري په دوديز ډول په هغو ناروغانو کې لیدل کیږي کوم چې ځان وژنې ته هڅه وکړي . دې ناروغ د دې څرګندوني منل چې پېښه نا څاپي وه ، د ژوند تهدیدوونکي پېښې په وړاندې به نا مناسبه وي . ناروغان ډېر خله د ځان وژنې هڅه کوي او وروسته ځان ته د کوم زیان رسولو له ارادې انکار کوي . د الکهولو او یا نورو درملو پر مټ تسمم غیر معمول نه دی . د سر د یوې کمپیوټري توموګرافي ته کلینیکي توصیه تر هغو نه ښيي چې تر شک لاندې د سرضربو یا د قحف د ننه نورو پېښو ځان ته زیان رسوونکی سلوک را منځته کړی نه وي . د ټایراید د هڅوونکي هورمون د کچې ټاکل به مناسب وي که چېرې ناروغ و مومو چې خپګان لري . ناروغ ښایي د الکهولو ترلتوب یا یا بېځایه کارونه ولري چې د بې نومه الکهولیکو سازمان ته یې د ورپېژندلو حکم دی ، مګر په لاس کې شته تاریخچه په دې ځای کې د داسي تشخیص ملاتړ نه کوي . ټوله شوي بشپړه تاریخچه د دې ناروغ د وړ ارزوني لپاره بنسټیزه ده . په داسې کېسونو کې د مخکېنی ځان وژنو له هڅو نه د ناروغ له کورنی او ملګرو نه ډېر خله جانبي تاریخچه نه را ټولیږي ، یا سلوکي بدلونونه د خپګان سره یو ځای ښایي و موندل شي . د ځان وژنې د هڅو څخه انکار یا یې په اړوند دوه ګونی احساس ډېر ځله شتون لري .

٤٨ ــ ب (٦،٣او ١١ څپرکي) : د ناروغ سره ستاسو موندني و څیړی او ورته څرګنده کړئ چې تاسې د ځان وژنې د هڅې کولو د شونتیا تر شک لاندې یاست .

د درملني سره د ناروغ د یوالي را منځته کول د ناروغ نه د زیاتو معلوماتو ترلاسه کولو لپاره غوره لاره او د ده سره مرسته کول دي چې دخپلې شاوخوا څخه درک تر لاسه کړي . په کلینیکي څارنه کې ډا ډېر ځله روښانه نه وي چې کله ناروغ هڅه وکړي او بیا د ځان د خوړولو نه د رواني فشار راوړونکي زمینې په شتون کې انکار وکړي د دوی وظیفوي او بین الفردي اړیکي د دوی د ځان وژنې د ارادو لپاره شعوري دی . د ځان وژنې له هڅې نه انکار بشپړ دود دی ، او همدارنګه د داسي هڅو نه وړاندې د زهریاتو کارونه همدارنګه یوه دودیزه کلینیکي سناریو ده . د الکهولو او نورو بد کاریو څېرنه همدارنګه ارزښتمنه ده ، مګر ډېر ارزښتمن طبي حالت په دې ځای کې ځان وژنه ده . که چېرې زیاتي تاریخچې د ژورخپګان د تشخیص ملاتړ وکړ یو خپګان ضد درمل به توصیه شي .

۴۹ ــ ب (۱۳او ۱۷ څپرکي) : هغه درمل دي چې اکاتیزیا پیدا کوي .

اکاتیزیا په دوديز ډول ډیره د انتي سایکوتیک درملو له امله منځته راځي ، په ځانګړي ډول وصفي انتي سایکوتیک (نیورولیپتیک) . اکاتیزیا د سیروټونین د دوهم ځلي جذب د انتخابي نهي کوونکیو پر مټ په لږه اندازه پیدا کیږي ، مګر دا درمل په ډیره پراخه اندازه کارول کیږي او په زیاته اندازه د غیر رواني ډاکترانو له خوا نسخه کیږي ، چې ارزښتمن جانبي عرض دی ښایي تشخیص یې غلط شي .

اکاتیزیا د ځینو ناروغانو په ژوره توګه په ځینو کېسونو کې ، دا د ځان وژنې د هڅې او یا بریالی ځان وژنې په لور ځي . دا په اساني په ډیرو کېسونوکي د اغیزکوونکو د اصلاح کولوپرمټ د درملنې وړده . د بیتابلاکر او بنزودیازیپین زیاتول هم مرستندوی دي .

۵۰ ــ ج (۱۴او ۱۷ څپرکي) : د درملو تسمم دی .

خورا ښه څرګندونه په دې وخت کې د ناروغ د حالت لپاره د کاربامازیپین د کچې د لوړوالي له امله د درملو تسمم دی . ناروغ د پوهېدو وړ اعراض څرګندوي ، چې د کاربامازیپین د مسمومیت سره سمون خوري . هغه لاربښود چې موږ ور باندې تشخیص اېښودی شو د یو لړ پېښو سره برابروالی کوي . ناروغ د یوه خارج بستر ناروغ په څېر د درملو سره شکایت کوونکی نه بریښېدو ، د مانیا په ماتېدوکې د مزاج ثابت ساتونکو د کچې د ټیټولو خوا ته درومي . له بستر کولوسره ده بیا د بستر د باندې همېشنی دوز پیل کړی وو کوم چې د معلوماتو له مخې درملیزه کچه جوړوي کله چې د مهال وېش په څېر واخیستل شي . له دې وروسته یې یو انتي بیوتیک ور باندې ور زیات کړی . موږ د درملو نوم نه دی ورته ویلی ، مګر دا ارزښتمنه ده چې د ځینو انتي بیوتیکو نومونه ورته تکرارشي ، لکه د ماکرولیډ انتي بیوتیک غوندې ، ښایي د هغو درملو متابولېزم چې د ځګر د سایتوکروم P450 انزایم د سیستم پر مټ مېټابولایز کیږي نهیه کړي .

۵۱ ــ الف (دوهم څپرکی) : پارانویید .

مزمنه شیزوفرېني د کټاټونیکو اعراضو شتون ته (حرکي او غریزي بدلونونه) اړتیا لري. نا منسجمه شیزوفرېني د نامنسجمو خبرو او سلوک ، او نا مناسبي عاطفي شتون ته اړتیا لري . نا توپیرشوي شیزوفرېني هغه وخت تشخیص کیږي چې د نورو ورو ډولونو سره معیارونه ښکاره نه کړي . پاتې شوني شیزوفرېني هغه وخت تشخیص کیږي کله چې یو ناروغ مخکې څرګند د شیزو فرېني مثبت اعراض لرلي وي ، اوس یوازې پاتې شوي منفي اعراض یا کوچني مثبت اعراض ولري .

۵۲ ـــ ه (۲او ۱۷ څپرکي) : هالوپریډول دي .

ناروغ د نېورولېپتیک له امله امله را منځته شوی پارکېنسونېزم (همدارنګه د کاذب پارکېنسونېزم په څېر پېژندل کیږي) لري ، د درملو له امله را منځته شوی یو حالت د پارکېنسونېزم د ناروغی پېښې کوي . د " د ګولی جوړولو په شان رپږدېد نه " ، په وړو ګامونو تلل ، او په ستونځو سره د حرکتونو پیلول ټول د پارکېنسونېزم د ناروغی اعراض دي . له دې امله چې د دماغی ډوپامینو د کچې ټیټوالی د ناروغی لامل کیږي ، هغه درمل چې د ډوپامین اخذې بلاک کوي خورا ور دي چې ناروغي تمثیل کړي . هر یو نه لورازیپام او نه بنزتروپین ډوپامین اخذې بلاک کوي . کوېټیاپین او کلوزاپین دواړه ډوپامین اخذې بلاک کوي او دوی یوازې د یوې اونی لپاره د ډوپامین اخذې بلاک کوي او لږ وړتیا لري چې د کاذب پارکېنسونېزم لامل شي . هالوپریډول یو غښتلی ډوپامین بلاک کوونکی دی ، ډېره وړتیا لري چې د دې سنډروم لامل شي .

۵۳ ـــ الف (۶او ۹ څپرکي) : د ده جاري درملنې رژیم ته د اپیاتو او بنزوډیازیپین دوز ته د درد او الکهولو د محرومیت د اعراضو د لږېدو سره په برابربنت کې مخ پر لږېدو دوام ورکړی .

د ناروغ د درملنې جاري رژیم ته د اپیاتو او بنزو ډیازیپین ورکړې ته د درد او الکهولو د محرومیت د اعراضو د ښکته کېدو سره په برابروالي کې پایښت ورکړی . په تدریج سره د کلینیکي ښېګړې له مخې د درد ضد اپیات را لږ کړی ، او په دې ځای کې د الکهولو د محرومیت د اعراضو د ښېګړې سره په تدریجي ډول د بنزو ډیا زیپین را کمول یوه وړ درملنه ده . نالترېکسان په الکهولو پورې د تړل شوو کسانو د درملنې لپاره توصیه کیږي ، مګر هغه شخص ته چې اپیات اخلي باید ور نه کړل شي ځکه دا ښایي شدید محرومیت را و پاروي . د اپیاتو پر ځای کارونه په ډېرو په درملو او الکهولو پورې تړلو کسانو کې اړینه وي د اپیاتو پر مټ درملنه په دې حالت کې نورماله اړتیا ده . بنزو ډیازیپین په همدې ترتیب غښتلي روږدي کوونکي دي ، د الکهولو د محرومیت په سنډروم کې د درملنې لپاره د لنډې مودې لپاره کارول کیږي او باید ورو ورو را لږ شي چې د جټکو او یا نورو د محرومیت شدیدو اعراضو د را پارولو مخنیوی و شي . د خپګان ضد درمل ښایي په الکهولو پورې تړل شویو او خپګان کې ګټور وي مګر موږ په دې ناروغ کې د خپګان د شواهدو سره مخ نه شوو .

۵۴ – الف (۶او ۱۶ څېرکي) : د الکهولیکو بې نومه سازمان ، د پېژندني سلوکي درملنه او نالترېکسان دي .

په بریالیتوب سره د الکهولو د زهریاتو له منځه وړلو وروسته ، د الکهولیکو د بې نومه سازمان سره ګډه درملنه ، د پېژندني سلوکي درملنه او په نالترېکسان یا اکامپروسات سره فارمکولوژیکه څارنه توصیه کیږي . نالترېکسان ، د پېژندني سلوکي درملنه ، د الکهولیکو د بې نومه سازمان د څارني غونډو کې ګډون ، یا یوازې اکامپروسات ګټوري درملنې دي مګر په انفرادي ډول داسې نه دي اغیزمنې لکه د ګډ شکل درملنې په څېر چې دي . د نالترېکسان رښتونی مېکانېزم د الکهولو د بیا کاروني په مخنیوی او یا د شدت په لږوالی کې نه دی پېژندل شوی مګر شوني ده چې د نالترېکسان د مایکرو انتاګونست په څېرپه عمل کولو پوري اړوند وي . اکامپروسات د ډول ډول مکانېزمونو له لارو چې عبارت له لکه د ګلوتامات د دندو د انیولوونکي په څېر ښایي کار و کړي . ډالوکسیتین یو خپګان ضد درمل دی چې ښايي د هغه ناروغ په درملنه کې وکارول شي چې ژور خپګان ولري . اکسازیپام د الکهولو د حاد تړلتوب د زهریاتو د له مینځه وړلو لپاره کارول کیږي مګر د زهریاتو د له مینځه وړلو وروسته استطباب نه لري ، داسې چې یا د الکهولو بیا کارونه ، یا د اکسازیپام بېځایه کارونه، یا په الکهولیزم پوري تړلتوب راپاروي .

۵۵ – ج (۳او۱۳ څېرکي) : فلوکسېتین بس او یو مزاج ثابت ساتونکی پیل کړی .

ناروغ داسې ښکاري چې د درملو یا فلوکسیتین پر مټ د زیږون وروسته خپګان د درملنې له بابته مانیا پکې رامنځته شوي ده . دا په ځانګړي توګه په هغه ناروغانو کې چې د زیږون وروسته په خپګان ضد درملو سره تداوي کیږي دود ده . خورا وړ درملنه دا ده چې فلوکسیتین بس او یو مزاج ثابت ساتونکی درمل پیل کړو . د برېښنایي جټکو پر مټ درملنه په دواړو مانیا او خپګان کې کولی شو چې و کاروو مګر یوازې په ډېرو شدیدو کېسونو کې چې د نورو درملنو په وړاندې سرکش وي . ډیالکتیکي سلوکي درملنه د سرحدي شخصیت د ګډوډۍ د درملنې لپاره توصیه کیږي . د پېژندني سلوکي درملنه د پېژندني ویجاړۍ معاینه کوي او په لومړي ګام کې د خپګان او اضطرابي ګډوډیو لپاره ګټور دي .

۵۶ – ه (۲او ۱۹ څېرکي) : د رضایت تر لاسه کول اړین نه دي .

دا کلینیکي سناریو باید په رښتیا سره بیړنی وګڼو ، او تراخیوتومي ور ته ترسره کړو تر څو د ناروغ هوایي لیارې تثبیت شي د ناروغ د رضایت تر لاسه کولو ته اړتیا نه شته . په دې حالت کې هوکړې

اخيستل لازم او مناسب نه دي : په همدې ترتيب هغه ناروغان چې وعده يې کړي ده د درملني لپاره د رضايت تر لاسه کولوته اړتيا نه لري . که چېرې دی په بېړني حالت کې نه وی هره يوه بله کړنه به د نورو ځارنو څخه د اعتبار ور کړنه وای .

۵۷ — ه (۳او ۱۳ څپرکي) : د سېروټونين د دوهم ځلي جذب انتخابي نهي کوونکي دي .

د ناروغ اعراض د ژور خپګان سره سمون خوري . د سېروټونين د دوهم ځلي جذب انتخابي نهيه کوونکي د خپګان د درملنې لپاره د لومړۍ کرښې غوروی دي ، مګر جنسي جانبي عوارض دود دي او کولی شي چې په وروستيو کې د ده اړيکي د ده د ښځې سره ستونځمنې کړي . درې حلقوي خپګان ضد درمل ډېر اغيزمن دي مګر په عمومي ډول د دوی د مسموميت او جانبي عوارضو د چوکاټ له مخې د دوهمې کرښې خپګان ضد درمل ګڼل شويدي . لېتيم لومړنی د خپګان درملنې زياتوونکی دی . لکه څرنګه چې ډېر اغيزمن مونو امينو اکسيداز نهيه کوونکي د دوی غذايي محدوديتونو ته د اړتيا له امله د لومړۍ کرښې خپګان ضد درملو په څېر نه کارول کيږي . د مونو امينو اکسيداز د نهيه کوونکو غذايي محدوديتونه سربېره پر دي د دوی کارونه په هغه ناروغ کې چې د يوه اداره کوونکي په څېر کار کوي محدودوي . د قلبي احتشا درې مياشتې وروسته د برېښنايي جټکو پر مټ درملنه مضاد استطباب نه لري ، مګر دا يوازې د شديد او يا ياغي خپګان لپاره توصيه کيږي .

۵۸ — ج (۵او ۱۸ څپرکي) : ډيالکټيکي سلوکي درملنه ده .

ناروغ څرګنده کړې ده چې د سرحدي شخصيت ګډوډي لري . ډيالکټيکي سلوکي درملنه په ځانګړي ډول د سرحدي شخصيت د ګډوډۍ د درملې لپاره را منځته شوي ده . د سرحدي شخصيت ګډوډۍ لرونکي ناروغان ډېر د دوی د نشيي توکو د بېځايه کاروني ، د مزاج ګډوډيو ، او نورو ور سره يو ځای ناروغيو ضميموي درملني ته د دوی د لومړنی ساتني په سبب اړتيا لري . دوی په عموم کې د اوږدې مودې لپاره د رواني — خوځښت د روان درملني لپاره ور کانديدان نه دي .

۵۹ — ج (۸او ۱۶ څپرکي) : اتوموکسېټين او سلوکي درملنه دي .

دا ماشوم چې په ۵۹ پوښتنه کې بيان شوی دی د پاملرنې د نيمګړتيا او د لوړ فعاليت ګډوډي معيارونه ښکاره کوي ، کوم چې په عمومي ډول د روان هڅوونکو درملو پر مټ څارل شوی دی . مېتايل فينيدات د لومړۍ کرښې درمل دي چې د ډي امفيتامين پواسطه تعقيبيږي . له دوی نه ځيني وختونه د دوی د ناوړه سلوک او اوږدې مودې جسمي اغيزو لکه د وزن د بايللو ، او د بدن د نمو د نهيه کولو په

غوندي له امله بايد ځان ليرې ساتل شتون لري . د دې په بدل کې کولی شو ماشومان د اتوموکسيتين پر مټ درمل کړو . سلوکي څارنه همدارنګه د درملنې يوه اساسي برخه ده .

۶۰ – ج (۱۸څپرکی) : ماډل جوړونه ده .

ماډل جوړونه زده کړه ده چې نوروته د کتلو او د دوی د کړنو د تمثيلولو پربنسټ ده . کلاسيکه شرط جوړونه داسې زده کړه ده په کومه کې چې طبيعي محرک د طبيعي تحريک کېدنې سره جوړه وي چې د لومړني طبيعي محرک سره يوازې جوړه کيږي داسې ورته غبرګون ښکاره کوي لکه د طبيعي محرک سره . عملي شرط جوړونه د زده کړې يو ډول دی په کوم کې چې د چاپېريالي پېښو اغيزې د نوي سلوک په زده کړه کې او يا د شته سلوک په پراختيا کې څيړي . بل چا ته اړوند کول او بېرته تګ دواړه دفاعي مکانېزمونه دي .

۶۱ – ب (۱۲،۲او ۱۷ څپرکي) : نېورولېپتيک خبيث سنډروم دی .

نېورولېپتيک خبيث سنډروم د انتي سايکوتيک درملو د کاروني پرمهال کېدی شي هروخت وليدل شي . دا ډېر ځله د ډيهايډريشن يا د درملو د دوز د چټک لوړولو په دوران کې ليدل کيږي . د سېروټونين سنډروم کېدی شي نېورولېپتيک خبيث سنډروم ته ورته شتون ولري مګر په دوديز ډول لږه عضلي شخي لري . ډېستونيا د نېورولېپتيک له امله راپيداکېدونکي حرکي ګډوډي ده چې په عضلي سپازم (تشنج) وصفي ده . اکاتيزيا د داخلي ناکراری ذهني احساس او يا ډېره غښتلي هيله و دې ته چې خپل بدن ته حرکت ور کړي، په ځان کې را نغاړي . ډای سو لفيرام کولی شي د هغه نيغ اغيزپرمټ چې د الکهولو د متابولېزم پر پايله يې لري له ډاره د الکهولو له څښلو مخنيوی و کړي . ډای سولفيرام د اسيتالديهايد اکسيډېشن نهيه کوي ، کوم چې د ګرموالي ، سردردي ، خولې کولو ، د خولې وچوالي ، زړه ډکوالي ، کانګې کولو او سرخرخي خوا ته ځي .

۶۲ – ج (۱۳،۳او۱۴ څپرکي) : لېتيم دی .

د ناروغ څرګندونې د دوه قطبي ګډوډي احتمالي معيارونه څرګندوي . مزاج ثابت ساتونکي او انتي سايکوتيک يې د تعقيبي درملنې اساسي عناصر دي . بنزوډيازيپين همدارنګه د حادې مانيا د څارنې لپاره کارول کيږي . خپګان ضد درمل بايد په احتياط سره و کارول شي ځکه د مانيا د پيداکولو شونتيا يا د ډېرې شديدې مانيا شونتيا شته .

٦٣ ــ ب (١٣څپرکی) : دوه اړخیزه د برېښنايي شوک پر مټ درملنه له یوي اړخیزي پر تله ډېره اغیزمنه ده .

د برېښنايي جټکو پر مټ (ECT) د درملنې ډېر دوديز اختلاط د لنډې مودې د حافظې له لاسه ورکول او کانفوژن دې . دوه طرفه ECT د یوه طرفه ECT په پرتله ډېره اغیزمنه ده مګر د پېژندنې جانبي عوارض لري . ECT په یاغي مانیا اوپر هغه سایکوز باندې چې ښکاره د مزاج اجزاوې یا کتاتونیا ولري ځینې اغیزې لري .

٦٤ــ د (٣،٢او ١٧څپرکي) :نېغو داخله او نېرولوژیکو معاینات‌و تر سره کولو ته یې لاړښوونه وکړی .

دا ناروغ د مانیا د حادې حملې د تشخیص لپاره اړین کلیدي اعراض څرګندوي . د دوه قطبي ګډوډیو پیل په یو نیم دا عمر ډله کسانو کې د مخکېنی تاریخچې په نشتوالي کې نا شوني بریښي ، په همدې ترتیب له دې امله د ناروغ د سلوکي بدلونونو داخله او نېورولوژیک لاملونه باید په خیر سره و ارزول شي . یو د مزاج ثابت ساتونکی یا انتي سایکوتیک درمل ښايي اوس اړتیا وي یا په راتلونکي مرحله کې د اعراضو د کابو کولو لپاره ، مګر د تشخیص د ځانګړي کولو پر مهال باید و نه کارول شي ترڅو د تشخیص د پېژندلو کار نه وي بشپړ شوی . یو خپګان ضد درمل نه شي کولی د دې اعراضو د ټولګې په درملنه مرسته وکړي اوښايي حالت بدتر کړي . ناروغ هغه اعراض چې د هایپر تایرودېزم سره سمون خوري لري ، مګر په درملنه کې باید نور تایراید هارمون زیات نه شي .

۶۵ ــ ب (١١،٣،او١٣ څپرکي) : په رواني سروېس کې بستر کېدل دي .

ناروغ داسې ښکاري چې ژور خپګان لري چې د ده د ښځې د مړینې وروسته را ښکاره شوی دی . چې د ده لور ناروغ لیدلی چې غمګین دی ، د خوب ورک کېدل ، او ځان ته کېدل او ښکاره وزن بایلل ژور خپګان را په ګوته کوي . یو شخص کولی شي د یوه ورته ګران له لاسه ورکولو وروسته غمځپنه ولري مګر دا اعراض د ژور خپګان سره ډېر سمون خوري . خکه ناروغ د ټوپک سره لیدل شوی دی ، شدید اعراض لري او له ناروغی نه انکار کوي دا ډېره مناسبه ده چې ناروغ په رواني روغتون کې بسترشي د دې په پرتله چې د بستر د باندې په درملنه کې تنظیم شي . نېورولوژیکي مشورې اوغذايي درملنه د دې ناروغانو د څارنې ارزښتمنې برخې دي یوه څارنه یې دا ده چې په خوندي ځای کې و څارل شي .

۶۶ ــ د (٣او ١١ څپرکي) : عمر ، نژاد او جنسیت دي .

د ځان وژني کچه د ۶۵ کلنی نه په لوړ عمر قفقازي نارینا وو کي پنځه واري د عمومي نفوس په پرتله زیاته ده . رواني ګډوډی ، په ځانګړي ډول ژور خپګان ، همدارنګه د ځان وژني خطر لوړوي . راتلونکي اړوند ناهیلي د ځان وژني خطر لوړوي . د وزن له لاسه ورکول ، د خوب لړوالی او لږ اړیکي نیول ، د خوب لړوالی ، د ژور خپګان سره یو ځای وي مګر داسې باید و نه ښودل شي چي د زیاتېدونکي ځان وژني د خطر لپاره یو غښتلی شاخص دی .

۶۷ – د (۱۳او۱۸ څېرکي) : میرتازاپین دی .

د دې ناروغ لپاره وړ د پیل (لومړنی) درملنه یو خپګان ضد درمل دی . میرتازاپین ډېرځله په زړو کسانو کي کارول کیږي او خوب او اشتها ښه کوي . بوسپیرون ځیني وختونه د خپګان ضد درملني سره په ضمیموي شکل کارول کیږي مګر د عمومي اضطرابي ګډوډی د درملني لپاره تجویز دی . ډیالکتیکي سلوکي درملنه داسې ښودل کیږي چي په اساسي توګه د سرحدي شخصیت د ګډوډی په درملنه کي اغیزمنه ده . پروپانولول د ژور خپګان په درملنه کي په ګوښي ډول اغیز نه لري او ښایي بدتر بې کړي او یا د خپګان د اعراضولامل شي . والپروات یو مزاج ثابت ساتونکی درمل دی په دوه قطبي ګډوډیو کي د مانیا د درملني لپاره خورا مناسب دی . دا ناروغ د مانیا شواهد نه څرګندوي .

۶۸ – ب (۳او ۱۳ څېرکي) : د برېښنایي جټکو پر مټ درملني ته ناروغ و ارزوئ .

د برېښنایي جټکو پر مټ درملنه په هغو زړو کسانو کي چي ژوند تهدیدوونکی خپګان لري یوه مناسبه درملنه ده . د میرتازاپین لړول ګټه نه کوي مګر د دې حالت ښایي خراب کړي . د پېژندني سلوکي درملنه د خفیف او منځني خپګان لپاره ګټوره درملنه ده مګر د دې ناروغ شدیدو اعراضو ته یې ورکړه مناسبه نه ده (مګر هغه وخت به ارزښتمنه درملنه وي چي د ناروغ ځیني څه شیان ښېګړه و مومي) . مولټي وېټامین ښایي د عمومي ښې روغتیا لپاره ګټور وي مګر نه شي کولی چي خپګان تداوي کړي . ګاباپېنټین د جټکو د ګډوډیو اوعصبي دردونو د ځینو ډولونو لپاره کارول کیږي مګر داسې باید و نه ښودل شي چي په شدید خپګان کي اغیزمن دي .

۶۹ – د (۲څېرکی) : د پارانویید واره ډول شیزوفرېني .

د پانیک (بېځایه ډار) ګډوډي د پانیک د هجوم سره ښایي په عامه ځایونو کي د بې نظمۍ لامل شي ، مګر د ډول ډول تومتونو سره ، په فشارسره خبري کول ، او د پارانویا نور اعراض به شتون نه لري . د هېروییناو تسمم بشپړ ویده حالت ، د زړه د ټیټي کچي ضربان او د تنفس د انحطاط سره وي .

پارانوویا همدارنګه همېشه د هېروییینو د مسمومیت برخه نه وي . د پاملرنې د نیمګړتیا او د لوړ فعالیت ګډوډي ښایي د شدیدو حرکي فعالیتونو سره یو ځای وي مګر دوهم ځلي ، پارانوویا ، په فشار سره خبرې کول ، او تهیج د دې حالت سره سمون نه خوري . د پارانوییډ ډول شیزوفرېنې د تهیج ، پارانوویا ، او د مړاوي ظاهري حالت (ځېرې) سره یو ځای وي . نو له دې امله په لاسته راغلیو غورویو په مینځ کې دا خورا ښه تشخیصي غوروی دی . هایپو تایرودېزم په عمومي ډول د علاقې نشتوالي ، خپګان ، او رواني حرکي پڅوالي سره که چېرې شدید وي ،لیدل کیږي . هایپر تایرودېزم ښایي د دې ناروغ ځینې اعراض لکه د په فشار سره خبرو کولو ، یا تهیج په شان تمثیل کړي . دلته ټولې څرګندونې په دې لوحه کې بشپړ شواهد نه راکوي چې د شیزوفرېنې منل شوی تشخیص کښېږدو . د ناروغ د ناروغۍ د وخت موده ، بېرته را ګرزېدونکي طبي لاملونه ، د درملو له امله راپیدا شوي پارانوویا ، او نور رواني حالتونه (لکه د شیزوافکتیف ګډوډي ، مانیا د سایکوز سره ، یا خپګان د سایکوز سره) ټول باید په پاملرنې سره و ارزول شي .

۷۰ – د (۱۰او ۱۶ څپرکي) : موډافینیل چې د ورځې مهال بیداري ښه کړي .

دا کلینیکي تاریخچه د کتالیپسي د تشخیص سره ډېره سمون خوري ، یو حالت دی چې د ورځې پرمهال د خوب پر هجومونو وصفي دی ، کتا پلکسي (په نا څاپي ډول د دوه اړخیزو اسکلیتي عضلاتو په بېرته را ګرزېدونکي ډول د قووت له لاسه ورکول دي)، د خوب فلج (د خوب نه د پاڅېدو پرمهال موقتي فلج دی) او د REM خوب ګړندیتوب (د ناڅاپي روښانه خوبونو لیدل څرګندوي چې ښایي د بیدارۍ مرحلې ته ننوزي) . که چېرې د خوب د پیل پر مهال څرګند شي د REM دې بدلون ته هیپناګوګیک برسامات وایي . که چېرې د خوب پرمهال څرګند شي د REM بدلون ته هایپنوپومپیک برسامات وایي . موډافینیل د نارکولپسي لپاره یو مجوزه درملنه ده او د ورځې له خوا بیداري لوړوي . پر هوایي لارو اوږد مهال مثبت فشار دشپې له مخې چې غیرنورمال تنفس ښه کړي د خوب اړوند تنفسي ګډوډیولپاره یوه مناسبه درملنه ده . بستر ته د تلو پر مهال دیوه مناسب چاپېریال جوړول د بېخوبۍ لپاره د لنډې مودې یوه مناسبه درملنه ده . والپروایک اسید د دوه قطبي ګډوډي ، او د جټکو د ګډوډۍ په درملنه کې کارول کیږي مګر د نارکولپسي لپاره نه . د ناروغ غورځېدل د یوه شته شعوري حالت سره د جټکو د ګډوډۍ تشخیص نه په ګوته کوي . بې خوبي د مزاج د اعراضو په نشتوالي کې د دوه قطبي ګډوډۍ تشخیص نه

په ګوته کوي . اولانزاپین یو غیر وصفي انتي سایکوتیک درمل دی ، پوره خوب راوړونکی دی او د ورځي مهال خوب زنګول بدتر کوي .

۷۱ – ج (۶او ۹ څپرکي) : ډلېریوم دی .

د جدي ځارني په خونه کي اړوند په حاد ډول پیل شوی تهیج او کانفوژن په دودیز ډول د هذیاني لېونتوب (ډلېریوم) پرمټ را منځته شوي دي . یوه رواني ګډوډي کېدی شي چي د تهیج سره یو ځای وي ، مګر د رواني اعراضو تاریخچه نه ورکوي . ډېمنشیا د ډلېریوم لپاره یو زمینه جوړوونکی لامل دی ، مګر د ډېمنشیا پیل همېشه غلی او تدریجي دی د ناروغ د مخکېني تاریخچي برخه نه ده او په دې عمر کسانو کي نا دود دی . د تولنیز ضد شخصیت ګډوډي د داسي نښو سره چي ښایي عبارت له تهیج ، یا تهدیدوونکی سلوک، مګر د ټولنیز ضد شخصیت ګډوډي په نېغ ډول د کانفوژن سره یو ځای نه وي . د درملو د اخیستلو په پایله کي اکاتیزیا ، په ځانګړي ډول د غیر وصفي انتي سایکوتیک درملو کارونه (نېورولېپتیک) ، د تهیج یو دودیز لامل دی مګر د جدي ځارني په خونه کي کانفوژن نه . اپیات او انتي بیوتیک د دې وړتیا نه لري چي اکاتیزیا رامنځته کړي .

۷۲ – د (۶او ۹ څپرکي) : د ورید له لیاري د تیامین (د B1 ویټامین) ورکړه ده .

د جدي ځارني په خونه کي د ډلېریوم د ډېرو دودیزو لاملونو څخه په ځانګړي ډول د تراوماتیکي جرحي وروسته ، د الکهولو د محرومیت ډلېریوم چي په غښتلي توګه په ورنېک انسفالوپاتي باندي اختلاط ورکوي . د ځګر د انزایمونو لوړوالی د نسبي پان سایتوپینیا سره جوړه او د ځګر د ستونځو یوه تاریخچه د الکهولو د ترلتوب د تشخیص سره سمون خوري ، همدارنګه د دې موندنو نورطبي لاملونه باید رد شي . د ورید له لارې د تیامین ورکړه د دماغو د په شا نه را ګرځېدونکو زیانونو د را منځته کېدو د مخنیوي لپاره لکه چي په ورنېک انسفالو پاتي کي لیدل کیږي بنسټیزه درملنه ده .

۷۳ – د (۶څپرکی) : یو بنزوډیازیپین چي د محرومیت اعراض درمل کړي .

په دې ځای کي لومړنی تشخیص اېښودنه د الکهولو د پرېښودلو ډلېریوم دی . د الکهولو د پرېښودلو ډلېریوم د الکهولو د نا درمل شوي محرومیت ژوند تهدیدوونکی اختلاط دی چي په الکهولو پوري تړل شویو کسانوکي په چټکی سره د الکهولو د څښلو د پرېښودلو وروسته د ۴۸ نه تر ۷۲ ګړیو پوري پیل کیږي . ناروغ د زړه د ټکان او د ویني د فشار او د بدن د تودوخی لوړوالی لری، دا اعراض د اوتونومیک لوړ تحریک سره سمون خوري . د درملني غوروی یې یو بنزوډیازیپین درمل دی چي له

راتلونکو بې نظمیو او جټکو مخه و نیسي . بوسپیرون یو درمل دی چې د عمومي اضطراب لپاره تجویز دی مګر اتونومیک لوړ تحریک نه شي درمل کولی . یوازې پروپانولول او یوازې کلونیدین بنايي د سیمپاتیک فعالیت منظره را لږه کړي مګر په ربښتوني سره د محرومیت سختوالی پوښی او نه شي کولی چې د جټکو په مخنیوي کې مرسته وکړي . د ورید له لارې د مایعاتو ورکړه د مګنیزیوم ، فولات ، او تیامین د ورکړې سره ، ډېرځله د الکهولو په محرومیت کې یوه ارزښتمنه ملاتړیزه درملنه ده مګر د جټکو او اتونومیک لوړ تحریک ژوند تهدیدوونکي اعراض نه شي درملنه کولی .

۷۴ – ه (۶ځپرکی) : نالترېکسان دي .

نالترېکسان یو د اپیاتو انتاګونست درمل دی چې د الکهولو په تړلتوب کې د کاروني لپاره تجویز شوی دی . نالترېکسان د الکهولو محرومیت نه شي درملنه کولی مګر د الکهولو ځښلو په را لږولو کې مرسته کوي. نالترېکسان د فارمکولوژیکي درملنې په څېر باید د رواني ټولنیزې درملنې سره لکه د بې نومه الکهولیکو په سازمان کې غړیتوب ، او په روان درملنه کې ګډون ، سره یو ځای شي . نالترېکسان نباید په هغه ناروغانو کې کوم چې اپیات درد ورک کوونکي په جاري توګه کاروي وکارول شي ځکه چې دا درمل به حاد محرومیت را و پاروي . د بنزوډیازیپین درمل د الکهولو د محرومیت لپاره توصیه کیږي مګر د بېځایه کاروني زیات خطرلري او په عموم کې د زهریاتو له منځه وړلو وروسته په درملنه کې نه توصیه کیږي . د خپګان ضد درمل په هغه کسانو کې کوم چې خپګان لري او د الکهولو د زهریاتو له منځه وړلو وروسته پایښت مومي ښايي ضمیموي درملنه وي ، مګر په عمومي ډول د الکهولو د بېځایه کاروني د درملنې او تړلتوب لپاره نه توصیه کیږي . یو د وینې د لوړ فشار ضد درمل ښايي مناسب وي که چېرې یو ناروغ د الکهولو د زهریاتو د له مینځه وړلو وروسته اوږدمهاله د وینې لوړ فشار ولري ، مګر ډېرکسان د الکهولو د حاد محرومیت پرمهال ښکاره د وینې لوړ فشار لري چې د زهریاتو د له منځه وړلو وروسته نورمالیږي . یو اپیات لرونکی انالجزیک نه توصیه کیږي ځکه ناروغ سملاسي د اپیاتو د انالجزیک له کاروني ژغورل شوی دی را په ګوته کوي چې دی په بیره د درد د لږولو لپاره د اوږدې مودې اپیاتو کاروني ته اړتیا نه لري .

۷۵ – الف (۸ځپرکی) : اسپرګر سنډروم دی .

ناروغ د هغه شخص چې د ودې بېسېکي لري دودیزې نښې وړاندې کوي . ټولنیزې ستونځې او هغه وخت چې لوی تصویر ترې ورک شي ، دی په وړو جزیاتو کې ورک وي د هر یوه اوتېزم او اسپارګر

ګډوډۍ دوديزې ځرګندوني دي . بنستيزه بېلوونکي نښه يې د ژبې د ستونځو شتون او يا نه شتون دی .
په اسپارګر ګډوډي کې د ژبې دندې خوندي دي،په داسې حال کې چې په اوټېزم کې ژبه ډېرې وخت شديده ويجاړه وي. اسپارګر ګډوډي داسې ښکاري چې د اوټېزم وروسته بايد تشخيص شي ، او IQ په پراخه پيمانه په اسپارګر ګډوډي کې خوندي ده مګر ډېر ځله په اوټېزم کې ويجاړه ده . په همدې ترتيب د اسپارګر ګډوډی ناروغ ښايي داسې و برېښي چې له ټولنيزتماس ليرې و اوسي ، دا د ټولنيزې رټنې تکراري دوهم ځلي ځرګندونه ده چې په اسپارګر ګډوډۍ لرونکو ماشومانو کې دود ده . اضطراب بايد همېشه د تراوما وروسته د رواني فشار راوړونکو ګډوډيو په ځېر رد شي . ماشومان کېدی شي دهر يوه بشپړ محروميت اود ټولني څخه پردي حالت ، سره وي .

۷۶ – د (۳ځپرکی) : د خوب د څلورمې مرحلې لړوالی دي .

د خوب د ځېرنې عيني شواهد د په خپګان اخته کس سره سر خوري چې د ژور خوب ځرګندوني لري (د دلتا خوب دريمه او څلرمه مرحلې) په خپګان کې را لږې شوي دي . دلته همدارنګه د سترګو د چټکو حرکتونو (REM) خوب بدلونونه چې عبارت له ډېر وخت پر REM لګول او د خوب په دوران کې د REM وختي پيل (REM ته د تللو د مودې کمېدل) .

۷۷ – ه (۳ځپرکی) : د چټک دوران کولو سره .

د چټک دوران کولو ځانګړنه کېدی شي دوه قطبي I يا دوه قطبي II ګډوډي ته اړوند شي . دا لږ تر لږه په مخکېنيو ۱۲ مياشتو کې د مزاجي بې نظميو څلور حملې چې د ژورخپګان ، مانيا ، ګډ حالت ، يا هايپومانيا حملې لپاره معيارونه ځرګندوي . د کتاتونيکو اشکالو يوه ځانګړنه کېدی شي چې روان ژور خپګان ، مانيا ، ګډ حالت ، يا هايپومانيک حملو ته که چېرې ناروغ لږ تر لږه دوې د لاندېنيو نښو ، حرکي بې ثباتي ، شديد حرکي فعاليتونه ، چوپتيا ، تکراري د بل چا خبرې کول ، په ارادي ډول د نا مناسب يا ډېر ويجاړوونکي وضعيتونو اختيارول ولري ، ځرګندې کړي . غير وصفي شکلونه هغو ناروغانو ته اړوند کيږي چې مزاجي غبرګونونه او د پاملرنې وړ چاغوالی ولري ، د خوب زياتوالی ، يا د دوی د مزاجي حملې پر مهال د فلج خوا ته تلل . د زېږون وروسته د يوې حملې پيل د زېږون وروسته څلورو اونيو ته اړوند کيږي . په ترتيب سره د هغه ناروغ تشخيص چې موسمي ډوله ځانګړنه لري دلته بايد په موقتي ډول د ژور خپګان د حملې د پيل او د کال د ځانګړي وخت ترمينځ منظمې اړيکې شتون و لري . دا ناروغ په دواړو ژمي او منې کې د خپګان حملې لري .

۷۸ ــ ب (۱۴ځیرکی) : والپروات دي .

دا د رمل والپروات دي د ا اختلاج ضد مزاج ثابت ساتونکی د دوه قطبي ګډوډیو د چټک دوران کوونکي او مخلوط شکل لپاره د لیتیوم په پرتله ډېر اغیزمن دي . تاسي باید د ناروغ د ځګر د دندو ټستونه په نادر ډول د ېنې مرګونی مسمومیت جانبي عرض له امله چک کړئ . د لیتیوم د کاروني پر مهال دا ارزښتمنه ده چې د ټایرایډ او پښتورګو دندې و څارئ . هغه ناروغان چې کاربامازیپین کاروي د وینې د بشپړ شمېرڅارنې ته اړتیا لري ځکه نادر جانبي عوارض یې عبارت له اګرانولوسایتوزس ، پان سایتوپینیا ، اپلاستیک انیمیا څخه دي . روانپوهان په ځانګړي ډول په منظم ډول د لاموتریجین او ګاباپینتین په وینه کې کچې نه شي څارلی .

۷۹ ــ د (۴ځیرکی) : سېروټونین دي .

د جبري وسواسونو ګډوډي (OCD) یوه له ډېرو بې سکه کوونکو او له غښتلیو مزمنو اضطرابي ګډوډیو څخه ده . دا په اضطراب تحریکوونکو مداخله کوونکو افکارو او تکراري سلوکونوباندي وصفي ده . وسواسونه ښایي له هجومي افکارو یا کشمکشونو نه جوړ وي ، په مایکروب یا چټلی د ککړېدونه ډار ، او یا د یوه چا له خوا د تاوان رسېدو نه ډار . جبرونه لکه د مینځلو ، چک کولو ، او حسابول د ډار د ورانډوینې کولو ، خنثی کولو یا بېر ته ګرزولو لپاره د اجراتو سره یو ځای وي . د وظیفوي انځور اخیستلو ځیرنه د تېرو څو کالونو په اوږدوکې د پري فرانتال قشر ، سینګولات کونځې ، او قاعدوي عقده (په ځانګړي ډول د کاودا هسته) وظیفوي ستونځې د دې ګډوډۍ په پاتوجنېزس کې ښستیز ونډه لرونکې دي . سېروټونین همدارنګه باور کیږي چې په OCD کې لومړی ونډه ادا کوي . د سېروټونین د دوهم ځلي جذب انتخابي نهي کوونکي لکه د فلووکسامین غوندې د OCD لپاره د لومړی کرښې درملنه ده . ډوپامین ښایی په خپګان او ځینې خپګان ضد مواد لکه د بیوپروپیون په شان ښایي ډوپامینرژیک سیستم اصلاح کړي . ډوپامین همدارنګه د شیزوفرېنې په پاتوجنېزس او درملنه کې غښتلی رول لوبوي . نارایپینفرین د ژورخپګان په پاتوجنېزس او نورو رواني حالتونوکي رول لوبوي . د ګلوټاماټو غیر منظموالی په ډېرو حالتونو کې چې عبارت له شیزوفرېنې دي رول لوبوي . د ګاما امینو بیوتایریک اسید وظیفوي ستونځې په اضطرابي ګډوډیوکي رول لوبوي ، او د ګاما امینو بیوتایریك اسید اګونست په پراخه کچه د ځینو اضطرابي ګډوډیو د درملنې لپاره کارول کیږي

۸۰ ــ ه (۵ځیرکی) : د جبري وسواسي شخصیت ګډوډي ده .

د جبري وسواسي شخصيت د ګډوډۍ (OCPD) اصلي شکل د ترتيب درلودلو ، کمال ته رسېدلو ، د پراخو بدلونونو، پر سپړلو او د اغيزمنتوب په اړوند دعقلي او بين الفردي اړيکو پر کنټرول پخوانۍ بوختېدنه ده . دا شکل په وختي نوي ځواني کې را منځته کيږي او په بېلو بېلو ساحو کې شتون لري . په نوم کې د ورته والي سره سره د جبري وسواسونو ګډوډي (OCD) همېشه د جبري وسواسي شخصيت له ګډوډۍ نه په اسانۍ سره د وسواسونو او جبرونو په شتون اوهمدا رنګه د اعراضو د سختوالي پر اساس بېليږي . وسواسونه ښايي له هجومي افکارو او انګېرنو نه ، په مايکروب او چټلی له ککړ کېدو نه ډار ،يا د بل چا نه ورته د زيان رسېدو نه ډار څخه جوړ وي . جبرونه لکه د مينځلو ، چک کول ، حسابولو چې د خنثیٰ کولو يا د ډار ببرته وهلو د هڅو د وړاندې کولو سره يو ځای وي . هغه خلک چې OCPD لري همېشه ځان انتقاد کوونکي وي لکه څنګه چې دوی په ځان مين شخصيت ګډوډۍ ته ډېر ورته دي چې باور لري دوی کمال ته رسېدلي دي . د شيزوييد شخصيت د ګډوډۍ لرونکي کسان د صميميت لپاره د ظرفيت د بنسټونو ورکوالی لري . هغه کسان چې د ټولنيز ضد شخصيت ګډوډي لري په تکراري ډول د ټولنې او قوانينو ته ځان اړوند نه ګڼي . دوی ګټه اخيستونکي او په نادر ډول پښېماني څرګندوي .

۸۱ – ه (۱۹ څپرکی) : ظرفيت دی .

دري عناصر په دوديز ډول چې عبارت له معلوماتو ، ظرفيت او رضايت څخه دي د رضايت په تر لاسه کولو کې پېژندل شوي دي . معلومات د وړاندېز شوي درملنې محتويات او د درملنې لپاره بديل چې عبارت د درملنې د پرېښودلو له غښتليو اغيزو څخه دي . ظرفيت اړينوي چې يو شخص د ، تفسيرولو ، او استدلال کولو او د غوروي د پوهېدلو وړتيا وښيي . دا ناروغ غوروی کوی شي مګر د ظرفيت ټولي برخي چې عبارت له پوهېدلو ، تفسيرولو ، او دليل ويلو څخه دي په بشپړ ډول نه شي وړ ښودلی .. رضايت بايد په خوښه ورکړل شي خکه نوم يې خوښه ده نبايد په مکر او زيا ت اسرار او جبر سره واخيستل شي .

۸۲ – الف (۱۹ څپرکی) : د تاراسوف پرېکړه ده .

د تاراسوف پرېکړې شوي دي چې د درمل کوونکي سمه دنده دا ده چې د درملنو له غښتليو قربانيو نه چې د درملنې پر مهال ناروغانو ته متوجه کيږي اعلان کړي . لکه څنګه چې دلته د دې پرېکړې اړوند ډېر مختلف تفسيرونه شته (همدارنګه د خبرولو او ساتلو دنده هم ورته وايي) دا د پراکټس کوونکو

داکترانو لپاره ډېره ارزښتمنه ده چې د دوی په قضاوت کولو کې د قوانینو پر ونده و پوهیږي . د ام نګئین قانون د لېونتوب دفاعيي ته اړوند کيږي . د ګرېسولډ وي د تماس شلونه مناسبه نه ده . د خبر ورکولو دنده د کالیفورنیا د ستري محکمې د اساسي قوانینو پر بنسټ ده او دا د سوېس د ګډ قانون پر بنسټ نه ده . ټنبلي د خراب طبي پرکټس یو عنصر دی .

۸۳ – ج (۶ځېرکی) : په ادرار کې د درملو چاڼ دی .

د ناروغ د اعراضو ټولګه د یوه مسمومیت سره لکه د روان هڅوونکو درملو لکه د کوکایین په شان سمون خوري . ناروغ ښکاري چې د کوکایینوله امله د اکلیلي شراینو د وعایي سپازم په سبب د قلبي عضلي اسکیمي لري . ناروغ د قلبي عضلي د احتشا ، قلبي اریتمیا ، یا ستروک په خطرکې دی ، په هغه ناروغ کې چې د دې اعراضو د ټولګې سره حاضریږي . دا ډېره ارزښتمنه ده چې ناروغ د یوه بل ناروغ په څېر چې د الکترو کاردیوګرام له مخې حاده د قلبي عضلي احتشا یا د قلبي عضلي حاده اسکیمیا یا نوري موندنې ولري درملنه کړو . د درملو د بېځایه کارونې ردول په دې پېښه کې د یوه لامل په څېر په دې پېښه کې د راتلونکي درملنې او د دې ناروغ د څارنې لپاره په ترتیب سره بنسټیزدي . د بطن الترا سونډ ترڅو چې ناروغ د نس له درد شکایت و نه کړي ، یا نوره نښې چې د طحال احتشا یا د بطني انیوریزم څیري کېدل په ګوته کړي مناسب نه دی . یو الکترو انسفالوګرام په هغه ناروغ کې چې بیدار دی او څوک چې د رواني حالت بدلون یا سر دردي نه لري مناسب نه دی . هماتوکرېت د ناروغ دحالت په تشخیص کې په سملاسي توګه مرسته نه کوي . د ځګر وظیفوي ټستونه ښايي په هغه ناروغ کې چې یا د الکهولیک هیپاتیت او یا ویروسي هیپاتیت خطر شتون ولري ، مګر دوی د جاري تشخیص لپاره بنسټیز نه دي .

۸٤ – د (۶ځېرکی) : د قلبي عضلي احتشا ده .

په اوس مهال کې یوازېنی تشخیص چې په ډاډ سره یې اېښودلی شو د قلبي عضلي احتشا ده . ناروغ په ډاډ سره ښکاري چې د کوکایینو بېځایه کارونه یا ترلتوب لري . د کوکایینو د ترلتوب د تشخیص اېښودلو لپاره یوه اړتیا دا ده چې ناروغ دري اعراض چې د زغم ، محرومیت ، نا غوښتلي شدیده کارونه ، د پرېښودلو لپاره اوږدمهاله ناکامو هڅو ، د نشيي توکو د تر لاسه کولو لپاره د زیات وخت لګولو ، د کوکایینو اړوند په ټولنیزو او مسلکي دندوکې کموالی ، یا په جوړوونکو فعالیتونوکې کموالی ،همېشنی د کوکایینو کارونه د دې سره سره چې پوهیږي چې کوکایین د رواني او جسمي ستونځو لامل

ګرزي ، سمون لري . له دې امله چې دا ناروغ په مختلفو وختونو کې د کوکايينو د کاروني وروسته د ټټر د درد له امله راغلی دی ، دی په ممکنه ډول د درملو د کاروني او د ټټر د درد د ګډون څخه خبر دی او ده له دې امله دا وروستني معيارونه ليدلي دي (د جسمي ستونځو نه خبرتيا) . په اوس مهال کې موږ دنورو معيارونو لپاره شواهد نه لرو . د ډېرو درملو بېځايه کارونه او يا لږ تر لږه د ډېرو درملو سره مخ کېدل ښايي په دې ناروغ کې و موندل شي مګر جاري شواهد اوس د دې تشخيص ملاتړنه کوي . د ټولنيز ضد شخصيت ګډوډي د يوه برابر يا تر شک لاندې د ټولنې د اغيزو نا ړرونتوب ته اړتيا لري . دا ناروغ ښايي په غير قانوني کړنو ککړوي ، مګر دا د کوکايينو د کاروونکو په مينځ کې د ټولنيز ضد شخصيت د شتون پرته دود دي . ځان په ناروغ شمېرل هغه وخت تشخيص کيږي چې ناروغ هڅه وکړي چې دوهم ځلي ګټه و کړي . د درملو د کاروني نه انکار په ښکاره ډول د درملو په روږدواوبېځايه کاروونکو کسانوکې دود دی مګر دا د ځان د ناروغ ګڼلو يو اړين عرض نه دی.

۸۵ ــ ب (۶او ۹ څپرکي) : هيپوکمپاس ، فورنېکس ،او ماميلاري جوړښتونه دي .

د الکهولو له امله اوږدمهاله د هېرېدني ګډوډي (د کورساکوف سايکوزس) د هايپوکامپاس ، فورنېکس ، اوماميلاري باډي د زيانونوسره يو ځای وي . دې جوړښتونو ته زيان په نېغ ډول د تيامين د نشتوالي له امله دی . د دماغو تنه ، د فرانتال فصونه ، تالاموس او د سينګولاتا ګونځه ، کاوداتا اوپيوچامن او مخيخ د دماغو هغه برخې نه دي چې په الکهولېزم کې د هېرېدني په ګډوډي کې ګډون لري .

۸٦ ــ ه (۴او ۱۵ څپرکي) : ګاما امينو بيوتايريک اسيد (GABA) دي .

ناروغ د پانيک ګډوډۍ کلاسيک اعراض لري . اضطرابي ګډوډۍ په غښتلي توګه د ګاماامينوبيوتايريک اسيد د نهيه کوونکي عصبي لېږدوونکي له بدلونونوسره يو ځای وي . سېروټونين او نوراپينفرين همدارنګه د دې حالتونو په پاتو فزيولوژي کې رول لوبوي . ګلايسين په نخاعي قنات کې د نهيه کوونکي لېږد راليږد سره يو ځای وي ،مېلاتونين د خوب د بې نظميو سره يو ځای وي . د P توکی او انکيفالين د پاملرني وړ درد سره يو ځای وي .

۸۷ ــ د (۱۸څپرکی) : د بې ګټې والي پر خلاف ګټورتوب دی .

هلک د اريکسن د ژوند د دوران سره په جنجال کې داسې ښکاری چې د ټيټو کارونو سرچپه په سمو کارونو لګيا شوی دی . د ۵ او ۱۳ کلنی ترمينځ ماشوم په خپل ځان کې د دې احساس د ودې سره چې هغه شيان چې دوی يې بايد تر سره کړي په جنجال کې دی . څارونکو ده ته په ښوونه سره د لوړ

احساس یا د احساس د پراخوالي زمینه برابره کړي ده او د ده د کړنو پایله یې ور په ګوته کړي ده . په دې کېس کې ، ماشوم د دې سره کشمکش کې دی چې د فوټبال په ساحه کې د ده په عمومي وړتیا کې څه شی د بې ارزښته کولو ونډه اخلي . پلار خپل زوی ته په سپورټ کې ښوونه کوي او لار ورته ښیي ، چې بې له شکه د زوی رواني ودې بې ښېګړه موندلي ده . صمیمیت ته به د بېلتانه پرخلاف ، په راتلونکي وده کې د ځوانی پر مهال یو ځواب و لیدل شي . د هویت موندل د ناڅرګندوالي پر خلاف ونډه یوازې د حقارت پر خلاف د هویت موندلو وروسته په ځواني کې په ګډه ځواب ویل لیدل کیږي . ابتکار د ګناه پر خلاف هویت پیژندنه د حقارت پر خلاف د ۳ نه تر ۵ کلنی پورې را منځته کوي چې د ګناهګارکېدلو احساسات د دې په پایله کې چې ماشوم لومړی بشپړه ازادي ولري چې د نړی اړوند شیان وڅېړي چې هغه ښایي والدین پرېشانه کړي .با الاخره پرځان د تکیې سموالی د بې نظمی پر خلاف د راتلونکي ژوند غوښتني د ژوند په دوران کې د افسوس پر خلاف د پخواني ژوند د یوې نیمګړې ساحې ځای نیسي .

۸۸ – الف (۱۰څېرکی) : د بدن د بد شکلی ګډوډي ده .

ناروغي داسې احساس اخیستی چې د دې پزه کږه ده او له دې امله بده ښکاري ، داسې نه ښکاري چې رښتیا دې وي . دا د بدن د بد شکلی ګډوډي ده . دې بې کچې د خپل ظاهري حالت د دې منلي ستونځې سره مخکېنی مشغوله ده تر دې ځایه چې دې جراحي اصلاح کونه غوښتي ده . ناروغ نورو ته د خپل ځان په ننداره کې په ور ښوولو ډاډ نه کوي . همدارنګه ډېر ډاکتران به خپل ځانونه د دې مخکېنی مشغولتیا د ازاروونکي احساس سره ویني ، دې نورستونځمن اعراض چې د سرحدي شخصیت ګډوډی لرونکی یې لري نه لري . دې په عامه ځایونو کې د دې نه د پوښتلو احساس لري ، چې ټولنیزه فوبیا په ګوته کوي . مګر د دې احساس یوازې د دې په درک پورې اړوند دی چې د دې پزه کږه ده . په وروستیو کې هغه خلک چې د ضربې وروسته رواني فشار راوړونکي ګډوډي لري اضطراب لري په بیړنی خونه کې د ناڅرګندو پرېشانیو سره حاضرېږي مګر د خپلو ځانونو د یوې ځانګړې برخې اړوند کومه مخکېنی بوختیا نه لري .

۸۹ – ب (۹څېرکی) : د پیک نا جوړي ده .

لکه څنګه چې کبدی شي دلته د الزایمر ناروغی ، پیک ناجوړی ، او وعایي ډېمنشیا ترمینځ کې شمېر یو د بل د پاسه اعراض شته دي . د پیک ناجوړي په عمومي ډول د شخصیت د بدلونونو په پیل ، او په

کار او کور کې د دندې د ترسره کولو په کموالي وصفي ده . د تصویر څیرنه او د ناروغ څرګندونې د تشخیص په اېښودلو کې مرسته کوي . په اتوپسي کې توپیرونه په اسانۍ سره پتالوژیک ښکاري . د پیک ناجوړي د " پیک بادي " سره په نښه شوي . او نیورونونه د بالون څېره لري . دا د الزایمر په ناروغي کې نه لیدل کیږي ، کوم چې په سره تاو شویو پلاکونو باندې وصفي ده . وعایي ډیمنشیا ډېره دودیزه په هریوه د ډېرو خایونو قشري احتشا ، د تحت القشري وړو رګونو ناروغی ، یا د ستراتیژیکو ځایونو په احتشا باندې وصفي ده ، د پیک ناجوړي همدارنګه په ځانګړي ډول د فرانتال او قدامي تامپورال په فصونو کې محدوده ده . د هوچنسن کوره په عمومي ډول د حرکي ګډوډیو سره چې دهیجاني بې ثباتی او خپګان باندې اوروسته په ډیمنشیا تعقیبیږي یو ځای لیدل کیږي . کروتزفلډ جاکوب ناروغي د میوکلونیوس ،ډیمنشیا ، او دالکترو انسفالوګرام د غیر نورمالي نتېجې د کلینیکي درې پېښیزې سره یو ځای لیدل کیږي . اسفنج ډوله انسفالوپاتي په اتوپسي کې شتون لري .

۹۰ ــ ب (۱۸څپرکی) : روان تحلیلي روان درملنه ده .

دا ناروغ داسې ښکاري چې د یوه ډول رواني تحلیل تر رواني درملنې لاندې نیول شوی دی . د ماشومتوب پر وختي عمر تمرکز او په اونۍ کې څو وارې درملنه د دې ډول درملنې دودیز شکلونه دي. د اړیکو پر څرنګوالي تمرکز راښيي چې درملوونکي د شیانو اړوند تیوري کارولي ده ، د درملنې د لارښودنې لپاره د رواني تحلیلونې یو دودیز ډول دی . که چېرې دا د پېژندنې سلوکي درملنه وای ، د ډېرو ورځو پر شته افکارو او د دوی پر احساساتو باندې به تمرکز وای . بین الفردي درملنه یوه د لنډې مودې درملنه ده چې د ورځنیو اړیکو په ځانګړو شکلونو باندې تمرکز مومي ، سلوکي درملنه د بیا تقویې سلوکي اساسات کاروي چې ځانګړي سلوکي بدلونونه (لکه د وزن بایللو ، د سیګرټ څکولو پرېښودلو) اغیزمنولو ته بیا کتنه ده . په وروستی کې ډیالکتیکي سلوکي درملنه یوه بله درملنه ده چې د ناروغ پر ورځنیو افکارو او احساساتومتمرکزه ده او د سرحدي شخصیت د ګډوډی لرونکي ناروغ سره مرسته کوي چې د زغم نه وړ احساسات مهاراو خپل ځان ته زیان رسوونکی سلوکونه کم کړي .

۹۱ ــ د (۱۶څپرکی) : نالترېکسان دي .

دا درمل په احتمالي ډول نالترېکسان دي . نالترېکسان داسې ښودل شوي چې د الکهولو د څښلو وارونه او مقدار،او دوهم ځلي را ګرزېدل لږوي . دا د ډای سولفیرام (انتابوس) په شان د ناروغی لامل نه کیږي که چېرې د الکهولو سره یوځای مصرف شي . زولپیډم یو غیر ډیازیپین خوب راوړونکی درمل

دی ، بوسپیرون یوغیرډیازیپین اضطراب حلوونکی درمل دی ، او متو کلوپرامايد یو داسې درمل دی

چې د ګېډې او کولمو د راګرزوونکو ګډوډیولپاره تجویز کیږي او همدارنګه په ازاد مټ د مېګرن لپاره

کارول کیږي .

۹۲ ــ الف (۱۵څپرکی) : اکزازیپام دي .

لورازیپام ، اکسازیپام ، اوتیمازیپام بنزوډیازیپین دي چې لومړي په کانجوګېشن سره متابولایز کیږي او

فعال مېتابولېټونه نه لري . کلونازیپام یو د اوږده اغیز لرونکی بنزوډیازیپین دی ، مګر دا د اوږده اغیز

مېتابولېټونه نه لري . ډیازیپام او کلورډیازیپوکسیډ په اساسي ډول د ګلوکویورینیډېشن د عملیې پر مټ

مېتابولایز کیږي او د اوږده اغیز مېتابولېټونه لري . ځکه دا دوه درمل د دې وړ دي چې په یوه کس کې

د ناوړه کبدي متابولېزم سره را ټول شي او د بنزوډیازیپین د مسمومیت لامل ګرزي . بوسپیرون له

بنزوډیازیپین څخه نه دی او دالکهولو د زهریاتو د له منځه وړلو لپاره نه کارول کیږي .

۹۳ ــ ب (۹څپرکی) : وعایي ډېمنشیا ده .

ناروغ د وعایي ډېمنشیا لپاره څو زمینه جوړوونکي چې عبارت له سیګرټ څکولو ، د وینې د

کولسترول لوړوالی ، د وینې لوړ فشار ، دوهم ټیپ شکري ناروغی ، او د اکلیلي شراینو ناروغی،

لاملونه لري . هغه ناروغان چې د دې خطري لاملونوسره وي ډېر ځله د دماغو د سپین جوهر غیر

وصفي ناروغی په MRI کې او بنایي د ډېمنشیا ورو پرمختګ وښیي باید چې د خطر پټ لاملونه

درمل شي . د هوچنسن ناروغي یوه اوتوزماله څرګنده ارثي ناروغي ده . د کروتیزفلډ جاکوب ناروغي د

پریون (Prion) اړوند پارکېنسون ناروغي ده چې په مونو امینو کې او د دماغو په نورو نېورونونو

کې د ډېجنرېشن له امله را منځته شوي ده ایډز د HIV د ویروس سره د مخکېدوسره یو ځای وي .

۹۴ ــب (۱۰څپرکی) : علاقه یا میلان دی .

د جنسي غبرګون دوران په څلورومرحلو وېشل شوی دی (۱)علاقه د جنسي غبرګون د پیل مرحله ده

چې له جنسي خیالونو اود جنسي عمل کړلړته زیات شوق لرلو څخه جوړ دی . (۲) هیجاني کېدل چې

له فزیولوژیک تحریک ، اود جنسي خوند له احساس څخه جوړ دی . (ارګاسم) د جنسي خوند اوج ته

رسېدلو ډېر ځله په نارینه وو کې د انزال سره یو ځای وي . (۴) استرخا یوه فزیولوژیکه استرخا ده

چې د ښېګړې د احساس سره یو ځای وي ، په نارینه وو کې یوه منع کوونکی دوره ده د وروستي

هیجاني کېدلو او ارګاسم لپاره دا هوارولي د جنسي غبرګون د دوران یو مرحله نه ده .

۹۵ – ه (۱۰ ښېرکی) : د خوب اړوند تنفسي ګډوډي ده .

د تنفس اړوند د خوب ګډوډی داسي یو حالت دی چي د خوب پر مهال په ګډوډ شوي تنفس چي پرناڅاپي پوړنه کېدلو او د شپي مهال د خوب پر توټه کېدلو چي په نتیجه کي یې د ورځي مهال پر خوب وړلو پای مومي وصفي دي . د ناروغ د اعراضو ټولګه د خوب د تنفس درېدلو د سنډروم سره سمون خوري د تنفس اړوند د خوب یو ډول وظیفوي ستونځي چي د ساه درېدلو د تکراري حملو د خوب پر مهال وي . په لوړ اواز د خرخري شنون د څه شي تېرول او یا بند بند ساه ایستل د خوب پر مهال د دې حالت بوه اصلي نښه ده .

۹۶ – د (۶ ښېرکی) : باربیتورات دي .

د باربیتوراتو محرومیت کېدی شي چي ښکاره خطرناک وي او کېدی شي چي تبه ،جټکي ، او په غښتلي توګه مرګ پکي را و نغاړي . د کرېک کوکایین ، کرېستال مېتامفېتامین او ماری جوانا (بنګ) نه محرومیت په ځان کي محدود دی . ځیني وختونه د دې توکو د تسمم پر مهال ناروغ سایکوتیک ښکاري . د کرېک کوکایین او کرېستال مېتامفېتامین څخه محرومیت په عمومي ډول په زیاته ستړیا ، خپګان ، خپسه ، سردردي ، خولي کولو ،عضلي کرامپونو او لوږه باندي وصفي دي . د نېکوتین محرومیت په تخرشیت ، زیاته ستړیا ، بېخوبي ، او د فکري تمرکز په ستونځو وصفي دی .

۹۷ – ج (۶ ښېرکی) : متادون دي .

د متادون تعقیبي درملنه د اوږدي مودې درملني د غیرمجاز اپویید د بېځایه کاروني د پرېښودلو(لومړني هېرویین مګر همدارنګه دغیر قانوني لاسته راغلیونسخه شویو هېرویینو) یو متود دی . دا د اوږده اغیز لرونکو اوپیاتو چي کنترول او مشوره د ټولنیزو خدمتونو له خوا ور سره وي ، د ورځني ساده دوز ورکړه ده . ملاتړیز خدمتونه د متادون د تعقیبي درملني د پروګرام لپاره ژوند ښونکي دي . د متادون تعقیبي درملنه لږوي او ډېر خله د نا نسخه شویو اپیاتو کارونه له مینځه وړي ، د غیر قانوني درملو سره یو ځایي جنایي کړني را لږوي . او د اېډز خپروی لږوي . هېرویین ،مورپین ، هایدروکودون ، او هایدرومورفون اپیات دي مګر د تعقیبي درملني په څېر د اپیاتو د ترلتوب د درملني لپاره نه کارول کیږي . مورفین ، هایدروکودون ، او هایدرو مورفون نسخه کېدونکي انالجزیک دي چي ډېر ځله بېځایه کارول کیږي .

۹۸ – ج (۶ ښېرکی) : نالوکسان دی .

سوباکسان د بیوپرینورفین د نالوکسان سره د ترکیب تجارتي نوم دی . بیوپرینورفین د اپیاتو یو قسمي اګونست دی چې په اوږده موده درملني سره د غیر مجازو اپیاتو کارونه لږوي . نالوکسان د اپیاتو یو انتاګونست دی چې د خولې له لارې لږ جذب لري . کله چې یوازې وکارول شي ، بیوپرینورفین داسې غښتلی اغیز نه لري چې عادت پیداکړي لکه د زرقي توکي په څېر . کله چې بیوپرینورفین د نالوکسان سره یو ځای شي همدارنګه به داسې محرومیت ورکړي لکه د غیرفمي لارې . فلومازینیل د بنزودیازیپین د اخذو یو اګونست دی . اکامپروسات د ګلوتامات د اخذو یو انډولوونکی دی چې د الکهولو د محرومیت د تعقیب لپاره کارول کیږي . میتادون داپیاتو د اوږده اغیزلرونکی یو اګونست دی چې د میتادون د تعقیبي درملنې د پاره د اپیاتو په تړلتوب کې کارول کیږي .

۹۹ – ج (۱۰څېرکی) : فرو چیوریزم دی .

د یوه جنسي بېلاربېتوب اساسي څرګندوني تکراري ، شدید را توکېدلي جنسي خیالونه ، جنسي زیات میلان یا سلوکونه دي چې په عمومي ډول (۱) د انسان پرته نورشیان . (۲) د یوه چا په کړاو کول او یا تحقیرول او یا د خپل همغږي . یا (۳) ماشومان یا نوره بې رضایته اشخاص چې لږ تر لږه د ۶ میاشتو په موده کې لیدل کیږي . فروچیوریزم یو جنسي هیجان دی چې یو څوک خپله جنسي ناحیه په بل چا پورې موښي ،او یا د یوه ناپېژندي سره د جنسي تماس له لارې یې جنسي هیجان سر چینه اخلي . ور ښکاره کونه داسې یو جنسي بې لارې کېدنه ده چې په کوم کې چې یو شخص بل چا نا پېژندي ته دخپلې جنسي ساحې د ورښودلو نه جنسي هیجان تر لاسه کوي . په فیتیشېزم کې جنسي تحریک د غیر ژوندیو شیانو څخه په لاس راځي . په فېدوفېلیا کې جنسي هیجان له خیالونو یا سلوکونوچې د بلوغ د مخه ماشومانو سره جنسي اړیکې را نغاړي ، په لاس راځي . په ویوریزم کې جنسي هیجان د خیالونو او سلوکونو نه چې د نا اشنا خلکو لوڅو لیدلو ، لوڅولو یا جنسي عمل کړلو نه تر لاسه کیږي . د جنسي بې لاربېتوب لپاره تشخیص هغه وخت اېښودل کیږي چې که چېرې شخص په دې لارو چلند و کړي او یا که چېرې د ا جنسي خیالونه د څرګندو پرېشانیو یا بین الفردي اړیکود ستونځو لامل شي .

۱۰۰ – ب (۱۰څېرکی) : د سر چپه والي ګډوډي ده .

د سرچپه کېدو د ګډوډۍ اساسي څرګندوني د هغو اعراضو او نیمګړتیاوو شتون دی چې ارادي حرکي اوحسي دندې چې عصبي او نورې داخله حالتونه را په ګوته کوي اغیزمنوي . د سرچپه کېدو اعراض په ارادي حرکي او حسي دندوترسره کولو پورې اړوند دي ، نو له دې امله ورته د " د

دروا‌غجنوعصبي " نوم ور کړل شوی دی . حرکي اعراض یا نیمګړتیاوي ویجاړه همغږي ، یا نا انډولي ، فلج ، یا موضعي کمزوري ، د اواز ورک کېدل ، د څه د تېرولو ستونځې ، او یا په ستوني کې د یوې غوټې احساس ، او د ادرار بندېدل ، په ځان کې را نغاړي . حسي اعراض یا نیمګړتیاوي عبارت له د تماس یا درد د حسیت له لاسه ورکول ، دوه لیدل ، ړوندوالی ، کوڼوالي او برساماتو څخه دي . د سرچپوالي د ګډوډی تشخیص باید یوازې وروسته له هغه کېښودل شي چې په نېغ ډول طبي پلټنې تر سره اوعصبي او عمومي داخله حالتونه رد شي . دلته وصفي رواني لاملونه یا رواني فشار راوړونکي د اعراضو او نیمګړتیاوو سره یوځایي شتون لري . اعراض د درواغو ځان ناروغ ګڼلو د ګډوډی په شان په ارادي ډول نه را منځته کیږي . د ځان جوړوني ګډوډي د جوړشوي شکل ګډوډی یو ډول دی په کومو کې چې ناروغان څو مزمن طبي شکایتونه چې عبارت له درد ، د ګېډې او کولمو بېنظمی ، جنسي اعراض ، او کاذب عصبي اعراض چې د طبي ناروغیو له امله نه دي رامنځته شوي . هایپوکاندریازېس یوه سوماتو فورم ګډوډي ده چې د جدي ناروغیو درلودلو اعراض چې داسې ښکاري چې د بدن د دندو د تر سره کولو او ادراک نه د ناسم تفسیرولو پر بنسټ سره مخکېنی بوختیا لري په ځان کې را نغاړي . د بدن د بد شکلی ګډوډي یوه جوړښت ډوله ګډوډي ده چې په شدید ډول په ځېره بد والي اود ځان په ظاهري ځېره کې پر نیمګړتیا ټینګار کوي وصفي ده .

پای

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 Turial 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

About blueprints psychiatry

This book contain is introduction, question and answer parts.

This book contains eighteen chapters that include all of the psychiatric diseases which they are common in our Afghan society.

This book is written by academic methode for example:

The Definition, epidemiology, etiology, clinical manifestation, diagnosis, differential diagnosis, treatment, complication, prognosis and prophylaxis etc. this book contains are same to fifth grade psychiatry curriculum. Also the study of this book is beneficial for psychiatric specialist and doctors.

جهان شاه د میرزا شاه زوی چه په **۱۳۳۷** لېږدیز لمریز کال کې د خوست ولایت د تڼیو ولسوالي په حصارک کلې کی زیږدلی او په **۱۳۴۴** لېږدیز لمریز کال کې د تڼیو د حصارک په کلیوالي ښوونځی کی او بیا په **۱۳۵۰** لمریز کال کې حربی ښوونځی او بیا په همدی کال د میرنادرشاه کوټ منځنی ښوونځی د **۱۳۵۳** څخه تر **۱۳۵۵** کال پوری د ابن سینا لیسه او بیا د **۱۳۵۲** کال نه تر **۱۳۲۲** کال پوری د کابل د وخت د طب پوهنځی څخه د ماسټری په درجه فارغ شویدی د **۱۳۲۳** کال څخه تر **۱۳۲۹** کال پوری د کورنیو چارو د وزارت په دوسوه بستریز روغتون کې د ډاکتر په حیث دنده ترسره کړیده بیا د **۱۳۸۳** کال را پدیخوا د شیخ زاید پوهنتون استاد او علمی رتبه یې پوهنمل ده.

Book Name	Psychiatry
Author	Dr. Jahan Shah Tanai
Publisher	Khost Medical Faculty
Website	www.szu.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: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936200890