

امراض روانی

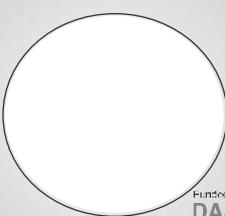
(بخش اول)

پورهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری

AFGHANIC



In Dari PDF
2012



Kabul Medical University

پوهنتون طبی کابل

Funded by
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service

Psychiatry

Volume 1

Dr. Abdul Aziz Naderi

Download: www.ecampus-afghanistan.org



پوهنتون طبی کابل

امراض روانی

(بخش اول)



پوهنتونی دوکتور عبدالعزیز نادری

۱۳۹۱



امراض روانی
(بخش اول)

Psychiatry
Volume 1

برگه دری دکتور عبدالعزیز نادری

Kabul Medical University

Dr. Abdul Aziz Naderi

AFGHANIC

Psychiatry

Volume 1

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



9 789936 200098 >

2012

اللهم
إذْ أَنْتَ
أَنْتَ
أَنْتَ
أَنْتَ



پوهنتون طبی کابل

امراض روانی

(بخش اول)

پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری

۱۳۹۱

نام کتاب	امراض روانی (بخش اول)
مؤلف	پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری
ناشر	پوهنتون طبی کابل
ویب سایت	www.kmu.edu.af
چاپ	مطبعه سهر، کابل، افغانستان
تیراز	۱۰۰۰
سال	۱۳۹۱
دانلود	www.ecampus-afghanistan.org

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

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

دفتر: ۰۷۵۶۰ ۱۴۶۴۰
ایمیل: textbooks@afghanic.org

تمام حقوق نشر و چاپ همراهی نویسنده محفوظ است.

ای اس بی ان: 9789936200098



پیام وزارت تحصیلات عالی

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

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

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

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

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

با احترام
پوهاند دوکتور عبید الله عبید
وزیر تحصیلات عالی
کابل، ۱۳۹۱

چاپ کتب درسی پوهنخی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز!

کمبود و نبود کتب درسی در پوهنتون های افغانستان از مشکلات عمدی به شمار میرود. محصلین و استادان با مشکلات زیاد روبرو میباشند. آنها اکثرا به معلومات جدید دسترسی نداشته و از کتاب ها و چپتر های استفاده مینمایند که کهن بوده و در بازار به کیفیت پایین فتوکاپی میگردد.

برای رفع این مشکلات در دو سال گذشته ما چاپ کتب درسی پوهنخی های طب پوهنتون های کشور را آغاز نمودیم و تا اکنون ۲۰ عنوان کتب درسی را چاپ نموده و به تمام پوهنخی های طب افغانستان ارسال نموده ایم.

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

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

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

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

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

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

۱. چاپ کتب درسی طبی

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

۲. تدریس با میتوود جدید و وسائل پیشرفته

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

۳. ارزیابی ضروریات

وضعیت فعلی (مشکلات موجوده و چلنجز های آینده) پوهنخی های طب باید بررسی گردد و به اساس آن به شکل منظم پروژه های اداری، اکادمیک و انکشافی به راه اند اخته شوند.

۴. کتابخانه های مسلکی

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

۵. لابراتوارها

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

۶. شفاخانه های کدری

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

۷. پلان ستراتیژیک

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

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

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

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

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

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

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

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

دکتر یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی

کابل، نومبر سال ۲۰۱۲ م

نمبر تیلیفون دفتر: ۰۷۵۲۰ ۱۴۲۴۰

ایمیل آدرس: wardak@afghanic.org

textbooks@afghanic.org

فهرست مندرجات

مقدمه مؤلف

مقدمه مترجم

بخش اول : عمومیات

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

بخش دوم: اختلالات روانی

۷.	اختلالات روانی عضوی	۱۰۶
۸.	اختلالات ناشی از الکول و سایر مواد فعال کننده روان	۱۴۶
۹.	پس منظر روانی صرع	۱۷۱
۱۰.	اسکیزوفرینی و اختلالات پارانوئید	۱۸۷
۱۱.	اختلالات مزاجی (عاطفی)	۲۱۷
۱۲.	اختلالات سایکوتیک که به گونه دیگر مشخص نشده باشد	۲۲۸
۱۳.	اختلالات ناشی از سترس و حالات عصبی	۲۴۵
۱۴.	اختلالات شبه جسمی	۲۸۲
۱۵.	اختلالات ساختگی و مربوطه آن	۲۸۸

مقدمه مؤلف

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

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

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

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

مقدمه مترجم

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

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

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

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

پوهنمل دوکتور عبدالعزیز «نادری»

بخش اول

عمومیات

معرفی

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

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

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

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

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

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

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

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

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

صحت روانی یک حالت رفاه
صحی و یا تطابق کافی که بتواند
معیارات سلوک جامعه را تائید
نماید.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۸- صحت روانی یا Mental health: عبارت از صحبتمند بودن روانی و یا سازگاربودن کافی در مقابل معیارات رفتار و روش های قبول شده اجتماع پنداشته می شود.

مشخصات مهم صحت روانی عبارت اند از

- آزادی نسبی
- اعتماد به نفس
- خود راهدایت نمودن
- توانایی اجرای وظیفه
- قابلیت بدست گرفتن مسئولیت و دراین مورد تلاش نمودن
- توانایی واقعیت سنجی
- تأکید نمودن
- قابلیت اختراع نمودن مثلاً در سرگرمی ها
- رضایت در شناخت جنسی

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

روان‌شناس یا Psychiatrist: فارغ التحصیل طب را گویند که موفقانه دوره تریننگ را به مدت ۳-۲

سال در رشته طب روانی سپری نموده باشد.

روانشاس کلینیکی یا Clinical psychologist : فارغ التحصیل فاکولته روانشناسی را گویند که موفقانه

دوره تریننگ را به مدت ۲ سال در رشته روانشناسی کلینیکی سپری نموده باشد.

درمانگر روانی یا Psychotherapist: شخصی را گویند که در رشته روان درمانی تریننگ اخذ نموده

باشد خواه فارغ طب باشد یا خیر.

کارکن اجتماعی صحت روانی یا Psychiatric social worker : شخصی را گویند که از رشته

جامعه شناسی فارغ باشد و به مدت ۲ سال موفقانه دوره تریننگ را در رشته فعالیت های اجتماعی سپری

نموده باشد. همچنان دارای تعلیم و تجربه باشد که توسط وی چگونگی حالات کلتوری و اجتماعی مریضان

تحت بررسی قرار می گیرد و در صورتیکه این حالات، مشخصه پتالوزیک داشته باشد، این میتواند میتواند آنرا

اصلاح نماید.

نرس روانی یا Psychiatric nurse : به یک نرس گفته می شود که در آمریت و محافظت مریضان

روانی تریننگ مخصوص اخذ نموده باشد.

درمانگر شغلی یا Occupational therapist: به آن فارغ التحصیل اطلاق می گردد که توسط بعضی

از فعالیت های جدید مریضان را تداوی و مشاهده می نمایند. یک شخص که از نظر روانی صحبتمند باشد

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

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

- معاینه نمودن مریضان.

- ارزیابی نمودن اشخاص که ظاهرآ از نظر روانی مریض نبوده اما ضرورت به کمک مسلکی دارند.

۳۵ فرد در هر یک لک نفوس است

انتخاب نمودن اهداف تداوی برای مریضان روانی.

- معاینات مسلکی مثلاً در قطعات مربوط قوای نظامی وغیره.

- فعالیت‌های صحت روانی در اجتماع.

پرابلم‌های که ارتباط به تشویش روانی نداشته باشد مثلاً در حالات ذیل تشخیص امراض روانی درست نیست:

- پرابلم‌های مدنی.

- مشکلات دیگر شخصی.

- مشکلات زندگی.

- حالات که در فامیل موجود باشد.

- مشکلات اکادمیک.

- قبول نکردن تداوی طبی.

تقریباً ۱-۲ فیصد اطفال از مشکلات آموزش و سلوکی رنج می برند.

هم چنان در حالات ذیل مثلاً محرومیت‌ها، مشکلات والدین و اطفال، سلوک ضد اجتماعی، ضریب

ذکاوت (بین ۷۰-۸۰)، تمارض وغیره.

تأخر عقلی تقریباً ۰.۵-۱.۰ فیصد تمام اطفال

موجود میباشد.

سوالات برای مرور

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

سوالات امتحان مسلکی

۱. صحت روانی را تعریف نموده و اجزای متعدد آنرا بر شمارید؟
۲. وسعت پرایلم های روانی در هندوستان را بیان دارید؟
۳. اصطلاحات ذیل را تعریف نمائید:
 - سایکاتری
 - سایکولوژی
 - سایکو اینامیت
 - سایکو انالایزس

تاریخچه روانی

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

اشخاص سهیم در طب روانی

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

سايكوزمانیا، افسرده گی و سمبولیزم.

(1908-1971): روان شناس امریکائی است. تداوی فامیلی.

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

که در آن درمورد ارثی بودن بیماری ذکر شده است بنابراین وقايه و تداوی ممکن گردید.

(1875- 1937): روان شناس اطراوی است و مؤسس مکتب انفرادی روانشناسی

است. Adlerian

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

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

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

توپوگرافیک سگموند فروید (۱۸۵۶-۱۹۳۹) که یک متخصص روانی اطراویشی بود بنام پدرعلم روانکاوی یاد میشود این عالم نظریه مغزی (اگاه، ناخود اگاه و نیم اگاه) و ساختمان آنرا (آید، ایگو، سوپرایگو) را شرح نمود. این ساختمان مراحل تکامل روحی جنسی (فمی، مقعدی، و اودیپال، پنهانی و تناسلی) را شرح نمود. مغلق اودیپال (تعییرخوابها، مفهوم لذت و نشاط جنسی، پس زدائی، هم چنان خصوصیات کوکائین را شرح نمود.

(1747- 1822) Aiken, John از برطانیه بوده کتاب نخست شان در مورد شفاخانه‌ها است. بنام (افکار در مورد شفاخانه‌ها) که در آن شفاخانه‌های نیم هلالی مورد بحث قرار گرفته است.

(1891- 1964) Alexander, Franz Gabriel: یک روان‌شناس هنگری امریکائی نژاد است یک فرودین جدید گفته میشود. در مورد روان درمانی مختصر تجزیوی و درمورد

طب روحی جسمی نظر داده است. به نظر او تکنیک‌های فعال بهتر از تکنیک‌های تجزیوی غیر فعال است.

(1864-1915) Alzheimer, Alois: یک نیوروجیست جرمی بوده و نوع زوال عقلی قبل از پیری را معرفی نمود (Alzheimer disease).

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

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

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

(980-1037 AD) Avicenna: از پارس ایران بوده ابوعلی سینا شرح نمود که اکثریت بیماری‌ها از باعث مشکلات هیجانی و تهیج بوجود می‌آید.

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

(1839-1883) **Beard, George Miller** خستگی عصبی (neurasthenia) را استفاده نمود. که برای بیماری‌های خستگی روانی و فریکی استعمال می‌شود.

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

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

Carl Gustav Jung (1875- 1961) مفاهیم

ناخود اگاه و انواع شخصیت‌ها و مکتب روانشناسی تجزیوی را بوجود آورد.

(1840-1919) **Bernheim, Hippolyte Marie**

داکتر فرانسوی است،

علاقه در هیپنووز داشت نظر داد که تنها افراد هستیریک باید هیپنووز اخذ بدارد.

(1857-1911) **Binet, Alfred** روان‌شناس فرانسوی بوده بالای طفویل و کهولت مطالعه نمود.

(1881-1966) **Binswanger, Ludwig** یک روان‌شناس انگلیسی بود واضح نمود که مریضان شیزوفرینی مصاب به داشتن peculiar odour می‌باشد.

(1857- 1939) **Bleuler, Eugen** یک داکتر روانی سویسی بود اصطلاح شیزوفرینی را معرفی نمود. آغاز بیماری همیشه مقدم نبوده و سیر مرض همیشه دچار به خوابی نمی‌گردد. چهار A را شرح داد.

۱. سکوت و کمبود (Autism)

۲. دودلی (Ambivalence)

۳. کند بودن عاطفه (Affective blunting)

۴. از بین رفتن ارتباط (Loosening of Association)

(1824-1925) **Breuer, Josef** داکتر اطراویشی است با فروید همکار بود. مفاهیم پروسه‌های اولیه و ثانوی را شرح نمود.

(1789-1849) Brigham, Amariah داکتر روانی

امریکائی است، اتحادیه روانی امریکائی را تاسیس نمود و اولین بار ژورنال روانی امریکائی را بنیاد گذاشت که اهمیت در طب روانی اجتماع دارد.

(1874-1948) Brill, Abraham Arden یک روانکار امریکائی است و اولین روانکار در امریکا بود. در جامعه روانکاوی نیویارک شخص فعال بود.

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

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

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

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

(1671-1743) Cheyne, Geore داکتر روانی انگلیسی بوده واضح نمود که افکار افسرده گی از باعث پر خوری بوجود می آید.

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

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

(1710- 1790) Cullen, William متخصص عصبی اسکاتلندي است که بار اول اصطلاح نیوروزس را معرفی نمود و بیماری های روانی را شرح داد.

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

جرمنی بود بعد از جنگ جهانی دوم به دوکتوران امر نمود تا مریضان که مصاب به بیماری های صعب العلاج اند باید کشته شوند.

(1907) **Decree, Fuhrer**: متخصص فرانسوی است بار اول کلورپرومازین را معرفی نمودند.
(1907- 1968) **Delay, Jean**: متخصص اطربیشی بود، تاریخچه روانی را مطرح نمود.
(1884) **Deutsch, Albert**: روانکاو اطربیشی بود نیوروزس و نوع کرکتر را معرفی نمود (۱۹۳۰) و در دو جلد روانشناسی زنان را در سال ۱۹۴۴-۱۹۴۵ به چاپ سپرد.

(1802-1887) **Dix, Dorothea Lynde**: یک معلم مکتب بود که در امریکا تولد شده. نظر داد که افراد مصاب به بیماری های روانی باید از زندان ها بیرون شوند.

(1900) **Dollard, John**: متخصص روانی امریکائی بود کوشش نمود تا نظریه یادگیری را با روانکاوی مرتبط بسازد.

(1906) **Dunham, Henry Warren**: یک دانشمند اجتماعی بود که در امریکا تولد یافته و بالای اختلالات روانی در مناطق روستائی مطالعات داشت.

(1958-1917) **Durkheim, Emile**: یک دانشمند اجتماعی فرانسوی است و اصطلاح anomie را معرفی نمود (۱۸۹۷).

(1809-1892) **Earle, Pliny**: متخصص روانی امریکائی است. فرد متبارز در ساختمان و پلان گذاری شفاهانه های روانی بود.

(1859- 1939) **Ellis, Henry Havelock**: متخصص جنس شناس بوده و اصطلاح شهوت خودی (autoeroticism) را معرفی نمود.

Johann Reil برای بارنخست اصطلاح روانی
Gockel اصطلاح روانشناسی را کشف نمود.

Julius Wagner von Jauregg اولین داکتر روانی بود که جایزه نوبل را برای تداوی ملاریا بدست آورد.

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

(1794-1870) Flaret, JulesPierre مانیا را مطرح ساخت.

(1801-1887) Fechner, Gustav Theodor ساینس دان جرمی است و روانشناس تجربی را معرفی نمود و ارتباط میان شدت تنبه و عکس العمل‌های حسی را واضح نمود.

(1873-1933) Ferenczi, Sandor از هنگری است و پیرو فرید می باشد. تکنیک‌های روانکاوی را مطرح ساخت.

J.B. Watson منحیث پدرعلم سلوک lvan parlov شناخته میشود عالم بنام بنام نظریات شرطی شدن کلاسیک راتکامل داد درحالیکه B,F,skinner شرطی شدن وسایل را بطور واضح تکامل بخشد.

(1923) Foulkes, Siegmund Heinz روانی انگلیسی است که تداوی گروپی را مطرح ساخت مفاهیم سایکوانالایتیک و روانکاوی را مطرح ساخت.

(1895- 1972) Freeman, Walter امریکائی است در قسمت برداشتن فص دماغی در ایالات متحده امریکا شهرت داشت و بالای برداشتن فص دماغی تحقیق نمود.

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

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

(۲۰۰-۱۳۰ قبل از میلاد) Galen در امپراطوری روم مربوط به ترکیه بود بالای افکار هیپوکرات پلاتو و ارسطو متصرکز بود.

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

(Gooch, Robert ۱۸۳۰-۱۷۸۴): داکتر انگلیسی بود و بار اول سایکوز بعد از ولادت را مطرح ساخت. (Griesinger, Wilhelm ۱۸۱۷-۱۸۶۸): متخصص جرم‌نی بود. توانست دسپلین عقلی و عصبی را بنیاد گذارد.

(Hall, Granville Stanley 1844-1924): روانشناس امریکائی بود بالای طفولیت و بلوغ تحقیق نمود. (Hartmann, Heinz 1894-1972): متخصص روانی امریکائی بوده بالای حیوانات مطالعات داشت. (Harvey, William 1578- 1675): داکتر انگلیسی بود که دوران خون را کشف نمود و عاطفه هیجان روانی را در حرکات قلبی مطالعه نمود.

جدول ۲ - آثار زگموند فروید

روانکاوی (نظریه، پروسیجر و یک میتوذ تداوی)	●
سایکودینامیک	●
مفاهیم	●
لذت	○
پس گرایی	○
انتقال	○
عقده اودیپ	○
اساسات حقیقت	○
ارتباط آزاد	○
توپوگرافی مغز	○
ساختمان مغز	○
تکامل روحی جنسی	○
نظریه جنسیت در اطفال	○
تعییر خواب	○
خصوصیات کوکائین	○

گرائی اطفال تحقیق نموده است. در سال ۱۹۰۹ در شیکاگو انسیتوت تحقیق را افتتاح نمود.

(1924) Havens, Leston Laycock متخصص روانی امریکائی است و روانکاوی را کار می کرد.

(1869-1962) Healy, William متخصص روانی امریکائی انگلیسی است. بالای تحریک هدایات

بنیان گذار موجود بودن در اینجا (existentialism) است.

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

(1889) Hecker, ewald فیلوسوف جرمنی است

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

(1952-1885) Horhey, Karen متخصص امریکائی است، پیرو فروید میباشد. ساینس اجتماعی را به روانی مرتبط ساخت.

(1884-1952) Hull, Clark متخصص طب روانی امریکائی است. بالای مطالعات هیپنوزس دست بالا داشت و بالای هیپنوزس کتاب را نیز چاپ نمود.

(1911-1835) Jackson, John Huglings داکتر انگلیسی است واضح نمود که اعراض روانی در نتیجه پس گرائی از نواحی عالی مغز ایجاد می گردد.

(1947-1859) Janet, Pierre متخصص روانی فرانسوی است، حدقه charcot را شرح نمود. هم چنان هیستریا، اتوماتیزم، حالت تحت شعوری، تجزیه و اصطلاح روان شناسی را مطرح ساخت.

(1857 - 1940) Jauregg, Julius Wagner Von عمومی زمانی که با ملاریا مواجه شوند ممکن بهبود یابند اولین روان شناس بود که در سال ۱۹۲۷ جایزه نوبیل را برای تداوی ملاریا دریافت نمود.

کمیسون مشترک امراض روانی و صحت روانی (1955-1961): در ایالات متحده امریکا یک لایحه را برای صحت روانی ایجاد نمود که مطابق بر آن مراقبت بیماران روانی از شفاخانه های بزرگ روانی به کلینیک های کوچک اجتماعی صحت روانی انتقال یافت.

(1879-1958) **Jones, Ernest** روانکاو و نیورولوژست بود و بیوگرافی فروید را در سه جلد شرح نموده است.

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

اوین ادویه که در طب روانی معرفی شد :
خواب اورهای عمدہ یا ادویه جات ضد سایکوز(کلورپرومازین) بیوتروفینون مثلاً هالوپیرادول ، ادویه جات ضد افسرده گی ، Iponiazid) و نهی کننده گان مونوامینو اکسیداز ها (بنزودیازپین (کلوردیازپیکساید).
Kalinowsky, Lothar Bruno داکتر عقلی و عصبی جرمنی است در سال ۱۹۴۰ به امریکا آمد و بالای شوک بر قی مغز کار نمود.
Kanner, Leo (1894) متخصص روانی امریکائی است و سایکوز شیزوافکتیو را مطرح ساخت هم چنان درمورد ارشی بودن شیزوفرینی و مانیا افسرده گی کار نمود.

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

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

(1854-1900) **Korsakoff, Syergey Syergeyvich** داکتر عصبی روسی است و سندروم کورساکوف را مطرح نمود که از باعث الکولیزم بوجود می آید. که بنام wernick- korsakoff syndrome یاد می گردد.

(1840-1902) **Kraft-Ebing, Richard von** جنس، الکول، انتانات، صنعتی شدن و پیشرفت اجتماعی کار نموده است.

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

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

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

Cade لیتیوم را در حالیکه Kuhn ایمی پرامین ، Cohen کلوردیازیپوكساید ، Charpentier کلورپرومازین Rauwolfia، Sen and Bose و Hald ادویه Disulfiram را تشریح نمود.

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

Leighton, Alexandar Hamilton (1908): یک روانشناس اجتماعی امریکائی بود که ارتباط فشارهای اجتماعی را با بیماری های روانی واضح ساخت. نشریه های او عبارت است از "اسم من legion" .

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

جدول ۲ - منشا اصطلاحات مهم

اصطلاح اختراع شده	اسم مختصر
روانشناسی	Gockel
طب روانی	Joham Reil
سايكوزس	Ernst von Feuchlerslenben
دلیریوم، زوال عقلی	Cclsus
دلیریوم نهائی	Sutton
ریکولیزم	Magnus Huss
شیزوفرینی	Eugen bleuler
میلانکولیا	Hippocrates
سايكوز توام با مانيا و افسرده گی	Emil Kraepelin
سايكلوتایمی	Karl Ludwig Kahlbaum
نیورووزس	William Cullen
نیورووزس اضطرابی	Sigmund Freud
اگورافوبیا	Westphal
وسواس اجباری	Morcl
اختلال تبدیلی	Sigmund Freud
اختلالات تجزیوی	Pierre Janet
ضعیفی روانی	George Beard
Manchansen syndrome	Asher
سندروم گانسر	Ganser
جسمی روانی	Heinroth
بی اشتہائی	William Gull
اوتیزم نوزادی	Leo Kanner
نیوروپیتیک	Delay & Deniker
روان درمانی	Walter-C. Dendy
شرطی سازی کلاسیک	Ivan Pavlov
شرطی سازی اشکار	B.F.Skinner

(1896) Piaget, Jean روانشناس سویسی و پیرو فروید است و در ساحه تکامل شناختی در اطفال کار نموده است.

(1745-1826) Pinel, Phillippe داکتر فرانسوی است در ساحه منع قرار دادن تشدید و جبر در محار ساختن بیماران روانی کار نموده است.

(427-347) Plato فیلسف یونانی است دو نوع دیوانگی را شرح نمود.
۱- یک روح غالب بودن خود را در برابر روح دیگر از دست میدهد.

۲- دیوانگی که توسط خدا به روح تبدیل شود.

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

(1786-1848) Richerd, James Cowels متخصص روانی انگلیسی بود یک کتاب معیاری روانی را تحریر نمود که در برگیرنده تمام توضیحات بالای امراض روانی بود.

(1884-1939) Rank, Otto یک روانکاو اطراویشی بود پیرو فروید است به گفته او منبع اصلی اضطراب ترضیض زمان ولادت است.

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

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

عالم جرمنی است و بنیان گذار تداوی روان درمانی نسبتی میباشد هم چنان اهمیت شناخت محیط مسلکی، موسیقی، و تداوی شغلی را معرفی نمود برای بار اول لفظ روانی را استفاده نمود و اولین ژورنال روانی را کشف نمود.

(دکتر سکاتلندي است. حدقه Argyll Robertson, Argyll (حدقه است که کوچک بوده و در برابر تطابق عکس العمل نشان میدهد اما در مقابل نور عکس العمل نشان نمی دهد).

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

(متخصص روانی انگلیسی است. کتاب اول او تحت عنوان (وقایه و تداوی اختلالات عقلی) به چاپ رسید.

(متخصص روانی امریکائی است بالای مریضان شیزوفرینی کارنمود. روانی را ایجاد نمود که توسط آن انگیزه های غیر شعوری و میکانیزم های ایگو را نشان داد.

(دکتر امریکائی است و پدر روانی امریکا گفته میشود، میتود های احصایوی را در مطالعات کلینیکی خود علاوه نمود.

(متخصص روانی پولندي است در سال ۱۹۳۳ در مورد تداوی حالت سایکوتیک توسط هاپیو گلاسیمیک کوما راپور داد.

(متخصص روانی امریکائی است و مسئول خدمات روانی اردو و درجنگ جهانی دوم بود کمیته ملی را برای حفظ الصحة روانی ایجاد نمود که نظر به آن وقاریه، تداوی مقدم و تحقیق صورت می گرفت.

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

(دکتر Sauvages boissier de فرانسوی است به اساس اعراض امراض را صنف بندی نمود.

(دکتر عقلی و

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

Schneider, Kurt (1887): متخصص روانی جرمنی است اعراض اساسی شیزوفرینی مثلاً شیندن افکارخود، برسامات شنواهی که بالای سلوک مریض بحث می کند، صدای که در مورد بیمار گپ میزنند، شرح نمود.

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

Skinner, Burrhus Frederic (1904-1990): روانشانس امریکائی بوده، درمورد مطالعه درباره حیوانات، انسان ها از نظر شرطی شدن آشکار کار نموده است.

Slavson, Samuel Richard (1890): یک نظریه شناس امریکائی می باشد که پیرو فروید بود. تداوی گروپی روانکاوی را شرح نمود هم چنان تداوی فعالیت گروپی را نیز معرفی نمود. کتاب تحت عنوان معرفی تداوی گروپی دارد.

Southard, Elmer Ernest (1876-1920): متخصص طب روانی امریکائی است، مفهوم کار اجتماعی روانی را به نشر رسانید.

Stekel, Wilhelm (1868-1940): روانکاو اطربیشی می باشد که پیرو فروید بود، یک مکتب روانکاوی را در واشنگتن ایجاد نمود. نظریات بین الفردی ایجاد نمود، بعضی اصطلاحات را شرح داد (داکتر روانی باید نه تنها از سلوک بلکه از عکس العمل های بیمار روانی نیز با خبر باشد).

Sutton, Thomas (1797-1835): داکتر انگلیسی است که بار اول دلیریوم نهائی الکولیزم را شرح نمود. Szasz, Thomas (1920): یک داکتر روانی هنگری بود. واضح نمود که اعراض روانی که از اشخاص نورمال بعضاً رخ میدهد، ضرور نیست که مرضی پنداشته شود.

Thompson, Clara (1893-1958): روانکاو امریکائی می باشد که پیرو فروید بود، کتاب تحت عنوان روانکاوی تحریر نمود.

Tours J. Moreau de Tours (1804-1884): عالم فرانسوی است. بار اول چرس را اخذ نمود، و به این ترتیب اولین داکتر روانی بود که نزدش سایکوز ناشی از مواد مخدره رخ داد.

(1952-1870) Tredgold, Alfred Frank: داکتر انگلیسی است. کتاب تحت عنوان فقدان روحی به نشر رسانیده است.

(1895-1827) Tuke, Daniel Hack: یک داکتر متخصص انگلیسی است. مؤلف قاموس طبابت روانی پنداشته میشود.

جدول ۲-۲ نقاط مهم بازگشت در روانی

پدر طبابت	هیپوکرات (۳۵۰-۳۲۵ قبل از میلاد)	-
پدر علم روانی	سگموند فروید (۱۸۵۶-۱۹۳۹)	-
اولین متخصص روانی	(۱۵۸۸-۱۵۱۵) Jonathan Weyer	-
پدر طب عدلی	(1659-1584) Paolo Zacchia	-
اولین کتاب روانی را تحریر نمود	(1536 - 1614) Felix Platter	-
پدر سلوک	(۱۸۷۸- 1958) John B. Watson	-
اصطلاح روانشناسی را شرح نمود	(۱۶۲۸ - ۱۵۴۷) Gockel	-
پدر طبابت روحی جسمی	(۱۹۴۵ - ۱۸۶۶) Smith Ely Jelliffe	-
اولین روانشناس که در سال ۱۹۲۷ جایزه نوبل را در تداوی مalaria آخذ نمود.	(۱۹۴۰ - ۱۸۵۷) Julius Wagner von Jauregg	-

(1787-1850) Woodward, Samuel: داکتر روانی امریکائی بوده و اولین عضو اتحادیه روانی امریکا است.

(1584-1659) Zacchia, Paolo: عالم ایتالیوی بوده به گفته او یک داکتر نظریه یک قانون دان میتواند مسئولیت یک بیمار مصاب به سلوک آشفته را بهتر ارزیابی نماید. بنام پدر طب عدلی نیز باد می گردد.

(1890-1959) Zilboorg, Gregory: یک روانکاو روسی امریکائی است، که توانست شیزوفرینی سیار را شرح دهد. و نیز در ساحه جرم شناسی و تاریخچه روانی کار نموده است.

بعضی نقاط هدف در علم روانی هندوستان

Ayurveda (۵۰۰۰ قبل از میلاد): طب روانی را به شکل "Bhutvidya" شرح نمود، ارثی بودن، ساختاری بودن، و شخصیت را به عنوان فکتورهای سبیی داخلی تعریف نموده، درحالیکه فکتورهای خارجی اش ترس، الاه، فشار روحی و غیره دانسته شده است.

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

Atreya (قبل از میلاد): داکتر هندی است.
Agastya (قرن هفتم قبل از میلاد): تداوی های اولیه برای هژده نوع اختلال روانی را شرح داد.
King Ashoka (۲۷۴ - ۲۳۵ قبل از میلاد): یک پادشاه بودائی بود. شفاخانه های زیادی برای بیماران فزیکی و روانی ایجاد نمود.

Bombay Asylum (۱۷۸۷): اولین پرونده پناه دهنده گی در هندوستان بود.
Calcutta Asylum (۱۷۴۵): اولین پناه دهنده گی برای اروپائیان در هند بود.

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

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

G.D.Shukla (۱۹۸۵): عدم توانایی برای عطسه زدن (Asneezia) را کشف نمود.
Parvati Devi (۱۹۷۶): غده پنیال را توسط لیتیوم تحریک نمودند.

Gurmeet Singh (۱۹۸۱): واقعات پر از فشارهای روحی را در زنده گی معرفی نمود.
Indian lunatic Asylum Act (۱۹۸۹): قانون شماره ۳۶، راهنمای برای تأسیس صحت روانی تهیه نموده و پلان کاری، مراقبت و رخصت نمودن برای مريضان روانی فراهم نمود.

R.B. Roy (1987): توسط ۳ نفر روانشناسان معروفی شد. داکتر حسیب، J.Roy و Davis

منبهات روانی و ادویه جات مخدر (۱۹۸۵): در فصل طب عدالی توضیح شده است.
قانون حقوقی اطفال (۱۹۸۸).

قانون کار اطفال (۱۹۸۸).

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

سوالات برای مرور

۱. اشخاص سهیم با هیپوکرات را نام بگیرید، پلتو، ارسسطو، جالینوس، پیتل، پیر جانت، زیکموند فروید، ایگن بلولر، کارل جی جنگ، کارن هارنی، میلانی کلین، اتو رانک، ایرک برن، کارل راجر و اریکسون و یکتعداد پیروان جدید نظریات فروید و بعداز فروید را مشخص ساخته و بگویند کدام آنها بنام پدر یکی از شقوق ذیل نامیده میشود:
- (a) طب
 - (b) سایکولوژی
 - (c) سایکاتری معاصر
 - (d) سایکاتری امریکایی
 - (e) طب قانونی(طب عدلي)
 - (f) سایکوسوماتیک(روانی جسمی)
 - (g) رفتاری
 - (h) سایکاتری فرانسوی
۲. لغات سایکولوژی، سایکاتری، سایکاستینیا، سایکوسوماتیک، نیوراستینیا، ترانس اکشن اکشنال انالایزیس، نیوروپلینیک، شیزوفرنی، دیمینشیا پریکوکس، امپیوالینس، اوتیزم، ارکیتایپ، کولیکتیف انکاشیاس، عقده جبونی، مانیک. دیریسیف سایکوزس، بی تفاوتی زیبا، هیستیریا و اوذیپوس کامپلکس را چه کسی ابداع کرد نام آن شخص را ذیل‌مشخص سازید:
- (a) اولین سایکاترست یاد شد
 - (b) اولین کتاب سایکاتری را نوشت
 - (c) برنده اولین جایزه نوبل سایکاتری شد
 - (d) اولین کسی بود که ادویه مستعمل برای سایکوزس را تجربه کرد
۳. کاشف شماره های ذیل چه کسی بود نام ببرید؟
- (a) تداوی ملاریا
 - (b) تطبیق انسولین در کوما
 - (c) سایکو سرجی
 - (d) تداوی با مخدرات و محروم ساختن از خواب
۴. تداوی های ذیل را کی اندکشاف داد؟
- سایکو انالایزیس، سایکوتراپی راجعه و راهنمای، تحلیل مقابله روانی، تداوی با علامه، تداوی شناختی، شایسته سازی کلاسیک، شایسته سازی مؤثر، رفتار گرایی، رفتاری وابسته به عقل، جوامع مدارایی و مؤسسه سازی.
۵. اشخاصی را که در مورد شماره های ذیل کار و آنرا معرفی نمودند نام ببرید؟
- (a) سنتیز کلورپرومازین
 - (b) محتویات کلورپرومازین
 - (c) ایمپیرامین
 - (d) دای سلفیرم
 - (e) بوتاپروفینون ها
۶. قبل از بنیانگذاری نظریات فروید، تیوری فکر(اید، ایگو، سوپر ایگو)، کدام نظریات همجهت توسط پلتو و جالینوس داده شده بود؟
۷. مهمترین همکاران فروید را بر شمارید و نیز یکتعداد پیروان فروید و نظریات بعد از فروید را با سهم شان در رابطه نام ببرید؟
۸. اندکشاف تاریخی ادویه مستعمله در سایکاتری را بیان دارید؟

سوالات امتحان مسلکی

همکاران زیگموند فروید را مختصرًا بنویسید؟
اصطلاحات ذهل را کی ابداع کرد:

- سایکلترا
- سایکولوژی
- شیزوفرنی
- MDP
- عقده جیونی
- عقده اودیپ
- نیوروزس
- اختلال وسوس اجباری
- نیوروزس اضطرابی
- شایسته سازی کلاسیک
- سایکوتراپی

اسباب تشوشات روانی

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

اسباب

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

I. تیوری یا نظریه ارثی

در این عرصه دست آوردهای قابل ملاحظه موجود است زیرا اساس تحقیقات جینیتیکی روانی را بهم بودن تحقیقات جینیتیک در عرصه تشوشات روانی بوجود آورده است.

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

استایل کولین اولین نیوزوترانسمیتر بود که کشف گردید .

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

ملاحظات	مطالعه مرتبط بودن	مطالعه فرزندی ها	مطالعه دوگانگی ها	مطالعه خطر فامیلی	نوع اختلال
درآواخر حیات بوجود دمی آید	+	(+)	+	+	I. سایکوز عضوی مرض هانتگتون، زوال عقلی نوع الزهایمر
ارتباط به شکل هیتروجن میباشد	+	+	+	+	II. سایکوزس وظیفوی - شیزو فرینیا - مانیاکی دپرسیف سایکوز - افسردگی اساسی
زیاد بودن تشوشات هول در اقارب دیده شده است			+	+	III. نیوروزس و سایر حالات اختلال هول و بازار هراسی
افراد جنس مذکور فامیل چار مریضی اجتماعی و افراد مونث فامیل چار تشوشات تمثیل جسمی امراض روانی میباشد.		+	(+)	+	سندروم برآکت، اختلال جسمی سازی و مریضی اجتماعی
زیادترین اقارب تشوشات عاطفه را نسبت به تشوشات بلع حکایه می کنند		+	+	+	بی اشتہابی عصبی
تاریخچه فامیلی در افراد مذکور نسبت به مونث دریک فامیل موجود است		+	+	+	الکھولیزم

II. تیوری بیوشمیک

سیستم های مختلف نیورون های عصبی شناخته شده اند که اساس آن افزار نیوروتранسミتر ها، میباشد که

توسط همین نیورون ها یا واحد های عصبی استفاده می گردد.

i. اسیتابیل کولین

ii. مونو امین ها(نور ادرینالین، دوپامین، سیروتونین و ادرینالین).

iii. امینواسید ها مانند(گابا، گلایسین، گلوتامیت، اسپارتات).

iv. پپتید ها(مثلاً مستحضرات دارای فاسفیت، سوماتوستاتین، اینکیفالین و ایندورفین).

مونو امین های عمدہ بی که در سیتم نیورونی موجود است عبارتند از:

الف- نور ادرینالین

ب- دوپامین

ج- (5-هایدروکسی ترپتامین)

III. نظریه سایکولوجیک

A- تیوری ساختمانی فروید یا تیوری تحلیل روانی:

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

i. آید: نماینده گی از یک منبع غیر منظم تنبهات اولیه می نماید. مثلاً به طور خلاصه گفته می شود که؛ (میخواهد).

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

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

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

طرق اناتومیکی که غنی از نیوروتранسمیترها میباشد
قرار ذیل اند. نوراپی نفرین (locus ceruleus) در حدبه و
وسط لوب وجهی (دوپامین (در طرق میزو لمیک
(nigrostriatal
گاما امینو بیوتیک اسید (در هائپو کمپس، straito و طرق
pallidonigral
Glycin (نخاع شوکی ، حدبه ، و يصل النخاع
آید در برگیرنده خواهشات اساسی، تنبهات، غرایضی
چون بقای شهوت و خشونت می باشد. و آید خواستار
سر بلندی ولذت فوری می باشد و غیر منطقی پنداشته
میشود. آید غیر عالی بوده و به طرف حالت شعوری
نمیرود (عمدتاً غیر شعوری می باشد).

دو قسمت از سوپر ایگو شناخته شده است

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

ایگو ایدیال- از تکامل شناخت خواص آنده کسانی بوجود دمی آید که آنها توصیف و یا توصیف نشده باشد.

وظایف ایگو

دماغ از نظر قوبو گرافیک به سه ناحیه تقسیم شده است.

اگاه، نیم اگاه، ناخوداگاه و از نظر ساختمان به اید (قسمت ناخوداگاه) ایگو (قسمت اگاه) و سوپر ایگو (قسمت اگاه و نواحی ایگو ایدیال).

۱- ارتباط با واقعیت

a- نگهداری احساس واقعیت

b- توافق

c- امتحان نمودن واقعیت

۲- تنظیم و کنترل خواهشات (تیوری لذت)

۳- ارتباطات با سایر مردم

۴- شناختی

۵- دفاعی

۶- قابلیت یکجا و یا بهم ماندن مثل یک شخص

جدول ۲-۳ میکانیزم های مختلف دفاعی ایگو

میکانیزم دفاعی	تعریف	مثال نورمال	در اشخاص	مثال روانی
A- ابتدائی ۱- سرکوبی	که حالت غیرشعوری را زhalt شعوری نظریات تحریک کننده اضطراب جدامی کند	۱- عفو نمودن ۲- خطای زبان		فراموشی روانی
B- روانی / خود شیفتگی ۱. واپس زنی	برگشت به طرف مزاج وظیفی روی که اینها مشخصه مراحل ابتدائی حیات بوده مخصوصاً سالهای طفولیت	۱- رویا ۲- عود به جانب ایگو مثلاً؛ توانمندی یک شخص کاهل که به شکل دوره ای شدید درسروگرمی های طفلاهه دخیل باشد	۱- نیوروزس(واپس زنی خفیف) ۲- سایکوزس(عود فرآگیر نده شدید) ۳- مریضی شدید و طولانی فزیکی	

۱- هذیانات و برسامات بدگمانی.	یک پدیده جهانی است اما واقعات زیاد تر آن در اطفال میباشد.	به قسم غیرشعوری نسبت دادن روش و رفتار خود به دیگران و عمل اش عدم تحمل و احساس دردناک است که از باعث همین روش و رفتار بوجود می آید.	۲- بیرون فکری
۱- برسام ۲- هذیان مخصوصاً بزرگ منشی		به قسم غیرشعوری جهت مطمئن نمودن، ضروریات داخلی واقعیت های خارجی راشکل میدهد	۳- تحریف
۱- سایکوزس ۲- امراض نهایی	۱- غم ۲- اطفال ۶-۳ سال	واقعیت دردناک و ناخوش آیند را به شکل غیر ارادی از حالت شعوری مجاز امیسازد	۴- عدم پذیرش یا تکذیب
۱- ترس یا فوبيا (مخصوصاً در اطفال) ۲- تشوشاو و سوابس اجباری	۱- منعکس نمودن قهر وغصه روز به روز در صورت مشاهده بوجود آمده وابن ترس از باعث هدف	حرکت غیر شعوری هیجانات که معمولاً از یک ترس قابل مشاهده بوجود آمده وابن ترس از باعث یک منبه غیرشعوری در مقابل یک شی خارجی که اندکی تهدید کننده باشد بوجود می آید که بعداً شخص فکر میکند همین منبه غیرشعوری منبع ترس میباشد.	۵- نوروتیک / ناپخته یا خام ۱- بیجا شدن
افکار و سوابی	۱- غم ۲- قابلیت سخن زدن در مورد واقعات ترضیض بدون اینکه هیجانات مداخله کننده موجود باشد	جاداشدن نظریه یک انگیزه غیرشعوری از یک عاطفه مناسب میباشد؛ لذان نظریه را اجازه میدهد به حالت بیداری داخل گردد، اما عاطفه همراهی کننده را اجازه دخول نمیدهد.	۶- تجرید عاطفه

<p>۱- حرکات اضطراری در تشویش وسوسات اجباری</p> <p>۲- تشویش اجباری</p>	<p>۱- مثلاً سرپوش گاز را چک نمودن ، قفلک دروازه را چک نمودن.</p> <p>۲- بعد از اینکه کسی را مورد دست اندازی قرار میدهد فوراً معذرت میخواهد.</p>	<p>حرکات تحریک آمیز شعوری است، که به شکل سمبولیک افکار غیرقابل قبول تنهایت و حرکات را خشی میسازد.</p>	<p>۳- بی اثر کردن</p>
<p>تشویشات شخصیت وسوسات اجباری</p>	<p>کرکتر نورمال بعد از عمر سالگی شروع به تأسیس می کند</p>	<p>تبديل شدن غیرشعوری منبهات ناخوش آیند به یک روش کاملاً مخالف، منبهات، احساسات و سلوک</p>	<p>۴- بوجود آمدن عکس العمل</p>
<p>۱- افسردگی</p>	<p>معرفی شدن با خشونت کتنده ها مثلاً بعضی اوقات در قربانیان که توسط آدم ربایان ریوده شده اند دیده میشود سندروم ستوکهم</p> <p>۲- عکس العمل غم و اندوه</p>	<p>داخلی بودن غیرشعوری کیفیت یک شی و یا یک شخص را گویند</p>	<p>۵- درون فکنی</p>
<p>معمولًاً جهت تشریح نمودن سلوک که درنتیجه سایر میکانیزم های دفاعی بوجود آمده باشد بکار میروند.</p>	<p>یک پدیده جهانی میباشد</p>	<p>تهیه نمودن تفصیلات منطقی برای سلوک غیر منطقی که توسط خواهشات غیر شعوری غیرقابل قبول تحریک می گردد</p>	<p>۶- دلیل تراشی</p>
<p>۱- تشویشات تبدیلی (هیستریا)</p>	<p>بعضًا در اشخاص نورمال نیز بعد از اینکه به یک سترس مواجه شود دیده از حالت شعوری خارج شده باشد و هم چنان به میشود در غیر آن در صورت که حالت تبدیلی به شکل وصفی موجود باشد یک حالت پتانژی روانی را نشان میدهد</p>	<p>یک ضرورت سرکوب شده، منع شده که همزمان از حالت شعوری خارج شده باشد و هم چنان به شکل سمبولیک و تشویشات جسمی (معمولًاً حرکی و حسی) بوجود می آید</p>	<p>۷- تبدیل نمودن</p>
<p>۱- تشویشات تجزیه ای</p> <p>- مثلاً؟ فراموشی سایکوچنیک</p>	<p>تجربه نزدیک به مرگ یا قرب الموت</p>	<p>جاداشدن غیرارادی یا سرکوب شدن وظیفه</p>	<p>۸- تجزیه</p>

<ul style="list-style-type: none"> - شخصیت دوگانه - سندروم ملکیت - راه رفتن در خواب 		<p>دماغی یا سرکوب شدن یک گروپ از وظایف دماغی می باشد که از شخصیت باقی مانده به طریقه بی جدای می شود، که تاثیرات منهای غیرشعوری منع شده را بدون در نظرداشت مسئولیت در مقابل حرکات اجازه میدهد.</p>	
	<p>زمانی که با حالات تحت فشارهای زیادمواجه می گردد، از منطق استفاده می کند تا توانسته باشد بالای واقعیت خارجی تمراز نماید، واژشان دادن احساسات داخلی (ترس) جلو گیری نماید</p>	<p>استفاده زیاد تر از پروسسهای روشنفکری تا اجتناب.</p>	9- روشنفکری
<p>در تشویشات کنترول انگیزش دیده می شود</p>	<p>تخرب ملکیت خود دریک حمله دیوانگی</p>	<p>نشان دادن یک انگیزش غیرشعوری توسط اجرای یک عمل رامی گویند که درنتیجه از همین انگیزش لذت میبرد.</p>	10- انگیزش
<p>۱- خودکشی ۲- افسردگی ۳- اشکال مختلف صدمه رساندن به خود</p>	<p>۱- ضرر رسانیدن به اطفال ۲- تخریب خود یا ملکیت در حمله دیوانگی</p>	<p>انعکاس غیر شعوری گروگان گیری به طرف یک شخص دیگر باعث کم شدن قدر خود، عیب جوی خود و بعضًا باعث صدمه رساندن به خود می گردد</p>	11- برگشت دوباره به خود
<p>در تشویشات شخصیت روان گسیخته شخصیت شیوه روان گسیخته</p>	<p>در درون بلوغ دیده می شود که بنام تشویشات بر اورده کننده رویا های روز نیز یاد می گردد</p>	<p>پس گرفتن خود یا صرف نظر کردن از خود تابتواند توسط خیالات از خواهشات ناامید کننده لذت میبرد.</p>	12- خیالات شیزوید

<p>۱- اختلالات وسواس اجباری</p> <p>۲- ترس</p>	<p>۱- توقف نوشته نمودن و یا توقف کار</p> <p>۲- شرم در اجتماع</p>	<p>کاهش یا زیین رفتن انگیزه است که برای دخیل شدن در بعضی از فعالیت های سازمان شده اجرامی گردد، وجهت جلوگری از اضطراب بیان آمده از باعث تشنجات که مترافق با انگیزش می باشد بوجود می آید.</p>	۱۳- نهی
<p>میل شدید زن به جماع یا <i>Nymphomania</i> (در برابر احساس ناکافی بودن قوه جنسی مقابله نمودن)</p> <p>۲- مریضان که دچار فراموشی زوال عقلی اند در کتابچه خطاطات خود بسیار تفصیلات را درج می نمایند.</p>	<p>۱. دخیل بودن در بعضی از فعالیت های که هم جرأت می خواهد و نیز یک عمل شیطانی می باشد، مثلاً پرتاپ نمودن خود در فضای از طیاره یا ترس از ارتفاع بلند را دیده باشد و با آن مقابله کند.</p> <p>۲. تمایل بیش از حد برای تمرينات بدن سازی تا با احساسات جسمی مقابله نماید.</p>	<p>تمایل غیر شعوری در مقابل ترس و یا یک تشنج است، که درست مقابل توسط یک کوشش غیر معمول بوجود می آید</p>	۱۴- معاوضه
<p>۱- اختلال شخصیت مرزی</p>	<p>۱- دیدن مردم به شکل زن در صورت که بروت نداشته باشد.</p> <p>۲- قبول نمودن شخصیت ها به قسم سیاه و سفید مثلاً در یک فلم هنری بچه فلم همه خوبی ها را دارد اما بد ماش فلم کاملاً بد است.</p>	<p>تماشا نمودن خود و یا دیگران به شکل خوب یا خراب است که بدون در نظر داشت تمامی کیفیت ها می باشد.</p>	۱۵- تضاعف
<p>۱- خود مریض انگاری</p>	<p>سلوک غیر نورمال حالت مریضی در افراد، که به طور فریبکی بی نظم و یا افراد نورمال باشند.</p>	<p>تبديل شدن غیر شعوری انگیزش های ناخوشایند به یک اندیشه جسمی غیر متاسب.</p>	۱۶- خود مریض انگاری
<p>۱. سرکوبی (اختیاری) D. پخته یا</p>	<p>تصمیم گرفتن ارادی در مورد اینکه بالای یک موضوع</p>	<p>به تعویق اندختن اختیاری توجه را گویند که بعد</p>	Mature

	باوالدین مشاجره کند حالیکه درهمین وقت به طرف یک مصاحبه روان است.	از تمرکز توجه بالای یک انگیزش صورت می‌گیرد، در حالیکه همین تمرکز توجه مطلق حالت شعوری را به خود گرفته است	
	پیوست دادن انگیزش‌های جنسی یا پرخاشگرانه به فعالیت‌های اختراعی مثلاً انگیزش‌های منع شده جنسی رابه یک نقاشی هنری پیوست میدهد.	بشكل غیرشعوري و تدریجی انگیزش‌های ناخوش آیند طفولیت رابه رفتار‌های با ارزش اجتماعی و یک شخصیت مطمئن پیوسته می‌سازد.	تعالی
	یک پدیده جهانی می‌باشد در تمام افراد لایق واقع می‌گردد	فکر نمودن و پلان سازی واقع بینانه راجع به واقعات ناخوش آیند که در آینده بوجود می‌آید	پیش‌بینی
	یک پدیده جهانی است	اصطلاح اشکار از تکانه‌های غیر قابل قبول با استفاده از خلط که باعث ناخشنودی دیگران و خودش نگردد	خلط

B. نظریه شهوت یا تکامل جنسی روانی: این نظریه مشتمل می‌گردد بر شرح نظریاتی نتایج بالاخصه شهوت جنسی یا مرحله جنسی روانی که در نتیجه تکامل از زمان ولادت الی مرحله بلوغ میباشد. این یکجا شدن غریضه در معرض تسلسل، ثبیت و عود قرار میگیرد تا اندازه یی که یک شخص، ممکن با حالت خشنودی نورمال، زیاد و یا غمگین روبرو گردد.

۱- مرحله فمی (صفر الی ۱.۵ سالگی) : مرحله ابتدائی تکامل میباشد و با سلوک متناسب به سال اول زندگی یکجا میباشد. موجودیت ثبیت یا عود درین مرحله تکامل، حالت بالاخصه شیزوفرینی، اختلالات شدید مزاج و اعتیاد الکھول و سایر ادویه پنداشته میشود. از دو مرحله بوجود آمده است یکی مرحله پذیرا شدن و دیگر مرحله دندان گزیدن (زمانی که دیگر آزادی یاسادیزم واقع می‌گردد).

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

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

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

اختلالات منتج از این مرحله عبارت اند از اختلال وسوس اجباری و شخصیت

۳ - مرحله پرستش الٰه تناسلي (۳-۵ سالگی): در این مرحله اطفال در مورد اعضاء جنسی (قضیب و بذر) یک نوع علاقه مندی قابل ملاحظه و حس کنجکاوی را ز خود نشان میدهد.

تفاوت میان آله تناسلي زنان و مردان باعث می گردد
تاطفل در عالم خیالی فکر کند که شاید آله تناسلي زنانه از باعث ازین رفتن قضیب باشد.

در هسته ریا عمدۀ ترین میکانیزم دفاعی که استفاده میشود عبارت است از رد نمودن ، شناخت یا هویت ، تبدیلی ، و تجزیه . دروسوس اجباری ، تجرید ، دوباره به حالت دومی درآوردن ، و عکس العمل سازی .
در ترس بیجا شدن در حالت شک و گزند ، تبارز ، و مضاعف شدن .

مرحله پنهانی (۶ سالگی الی بلوغیت) : بنام مرحله پنهانی جنسی نیزیاد می گردد، در آغاز این مرحله عقدۀ اودیپ معمولاً خوب می گردد (لیکن ممکن در زمان بلوغیت موقتاً دوباره فعال گردد) و طفل یکجا با سیماي والدین دارای یک هویت قاطع میباشد، و یک سوپر ایگوی مؤثر رامی سازد. روابط بین فامیلی در دوران سال های مکتب باعث بوجود آمدن یک کتلۀ معلومات راجع به جامعه انسانی می گردد، که اکنون این همه در فعالیت های مکتب و بازی توسعه یافته، هم چنان باعث توسعه ارتباطات با کاهلان خارج فامیل و باعث توسعه تشریک مساعی با همسن ها می

گردد. طریقه های کهنه فرزندگیری تکرار می گردد و یا ازین میرود و با طریقه های جدید که پاداش زیادی دارد عوض می گردد.

ثبت شدن دراین مرحله باعث اختلالات عصبی می گردد.

تیوری خواب دیدن فروید

فرویدخواب ها را به حیث مرگ شاهان بسوی عالم غیرشعوری تعبیر نموده است . او درمورد تعبیرخواب سه اصل را ذکر نموده است .

i-وظیفه خواب ایست که خوابیدن را محافظه نماید .

ii-یک محتوی پنهان وهمچنان محتوی آشکار موجود است و محتوی پنهان حائز اهمیت زیادی است .

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

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

مراحل تکامل روحی جنسی عبارت اند از: فمی (-۰.۱-

۵ سال) ثبیت شدن دراین مرحله درشیزوفرینی ، اختلال شدید مزاج و بستگی الکول رخ میدهد)

مرحله مقعدی : (۱-۳ سال) ثبیت دراین مرحله در اختلال وسوس اجباری رخ میدهد .

مرحله phallic (۳-۵ سال) ثبیت دراین مرحله در هستريا و عدم کفایه جنسی رخ میدهد)

مرحله latency (۶ سال الی بلوغ)

مرحله تناسلی (در بلوغ)

iii-نمایش گرایی: دراینجا به نظریات غیر عملی با استفاده از سمبل هایی که نمایانگر فعالیت ها و تجارت سرکوب شده است، شکل مستحکم تر داده میشود.

ii-خلاصه: یک شکل از مخففات می باشد، که بعضی از محتویات پنهان را از بیننده خواب با استفاده یک قسمت محتوی و یا از میان برداشتن همان قسمت، پنهان می کند. و یا بعضًا یک قسمت کوچک را که نماینده‌گی از تمامی و بعضًا با یکجا نمودن

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

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

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

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

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

۱- آگاه: که عبارت از شخصیت می باشد (شخصیت به ماسک تعبیر شده است که در روم سابق هنرمندان به صورت خودمی بستند. بنابراین همان قسمت از حالت آگاه بود که توسط چشم دنیا دیده میشد).

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

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

b) پیروی از احساسات و لذت های نفسانی و در ک مستقیم.

c) پیرون گرائی و درون گرایی (که هردو ارتباط به سمت جریان انرژی روانی دارد).
نمونه اولی: سمبل های عمومی می باشد که در آگاه بهم پیوسته موجود است و مشتمل می گردد بر:
a. قسمت نا آگاه مردانه یک حالت شخصی زنانه Animus
b. قسمت نا آگاه زنانه یک حالت شخصی مرد Anima

عقده یا Complex: یک گروپ از نظریات بهم پیوسته است که باعث بوجود آمدن احساسات و سلوک عاطفی می‌گردد.

روانشناسی فردی (Alfred Alder 1870-1937): یکی از همکاران فروید بود او نظریه خود را چنین اظهار نمود. موصوف از فلسفه (Nietzschean) و اصطلاح مثلاً جبوني عضوي (Organ inferiority) خيلي متأثر بود. او شرح نمود که ناميدی یا بیچاره بودن یک طفل باعث یک جبوني (inferiority) می‌گردد

واقعات زنده گی رول عمدہ را دربوجود آوردن اختلالات روانی دارد.

یک فرد به سه طریقه احساس جبوني کمی یا جبوني مقابله می‌گردد.

- ۱- توسط معاوضه نمودن موقانه مثلاً یک فرد بخاطر کری خود و شخص دیگری بخاطری کلالت زبان خود احساس حقارت و جبوني میکند.
- ۲- غالب شدن بعد از مغلوب شدن که در بعضی از فرهنگ ها چیزی نورمال وعادی فکرمند گردد.
- ۳- مطالعه نمودن یا معاوضه نمودن از حد زیاد بخاطر فراموشی بعضی حالات ناخواشیدن.

IV. تیوری های سلوکی و شناختی

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

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

۷. شخصیت

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

هم چنان شخصیت های وسوسی، هیستیریک ، مزاج نوسانی میتواند به طرف اختلال وسوس اجباری، هیستیریا، جنون انحطاطی دماغی و مانیاک که توأم با مزاج بلند میباشد سیر کند .

VI. تیوری اجتماعی

فکتورهای مهم سببی در اجتماع عبارت اند از:

۱- واقعات زندگی (تغییرات دروظیفه ،ارتباطات شخصی وغیره)؛ دربود آمدن امراض روانی رول مهم دارد بعضی از این فکتورها بسیار آسیب پذیرمی باشد مثلاً عدم موجودیت یک ارتباط پرمعنا وعارضی ازاعتماد ،هم چنان ازدست دادن مادر قبل از عمر ۱۱ سالگی ویا ازدست دادن وظیفه ویا وظیفه نداشتن.

۲- اهمیت ارتباطات: از سابق چنین پنداشته شده است که ارتباطات خفیف میان اعضاً فامیل باعث بوجود آمدن شیزوفرینی می گردد. بعضی از این فکتورها عبارت اند از مصروفیت زیاد، نظریات بالحن شدید و توقیف شدن اعضای خانواده.

فکتورهای مساعد کننده با فکتورهای سببی یکجا عمل کرده و باعث مرض روانی گردیده و فکتورهای مساعد کننده باعث بروز تردید دربود آمدن امراض روانی میگردد. این فکتورها فرازدیل تقسیم شده است:

۱- فکتورهای بیولوژیکی: مثلاً درارثیت، وضع طبیعی، اینارملتی های اندوکراین، میتابولیک و کیمیاوی، همچنان نقايس فزیکی و امراض.

۲- روانی یا سایکولوژیک: تیپ شخصیت، خلق و فطرت، ارتباط غیرنورمال اطفال و والدین، ترضیضات روحی که در جریان طفولیت قبل از دوره بلوغ و در زمان بلوغ بوجود آمده باشد.

فکتورهای سببی: به قسم فشار روانی شرح گردیده است و میتواند مرض روانی را بوجود آورد این فکتورها ذیلاً تقسیم می گردد.

۱- فکتورهای فزیکی مثلاً مهاجرت، فاقه گی، حوادث ناگوار مثلاً جنگ زلزله، سیلاب، طوفان آتش سوزی ها وغیره.

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

هم چنان ارتباطات پیچیده داخلی، مشکلات درزنده گی شخصی و فامیلی، عدم توافق درمسایل جنسی، شغل، پرابلم های اقتصادی، نابسامانی های سیاسی و بحران های اجتماعی و یا فوت یک عضو ازخانواده وغیره.

VII- پیشرفت های جدید

با کشف نمودن انکیفالین و اندورفین یک تعداد از نیوروپیتاید ها شناخته شد، اما رول اساسی آنها هنوز درست معلوم نیست لیکن:

- نیوروپیتاید ها نمایندگی از پیغام دهنده های کیمیاوی می کند که در مغز موجود است
- وظیفه ورول اساسی آنها در ارتباطات ذریعه فعالیت پروسه های نوسانات عصبی و عصبی خلطی
- صورت می گیرد.
- به صورت منتشر در سیستم مرکزی و سیستم عصبی محیطی انتشار یافته است و یک وظیفه فزیولوژیکی را در سیستم لیمبیک و قشر مغزی به عهده دارد.

سوالات برای مرور

۱. محتوى مطالعات جنیتیک در سایکاتری چی ها اند؟ بعضی از بیماری های را که به انسان شواهد بطور ارثی انتقال میابند بر شمارید؟
۲. نیورو ترانسیپت ها و نیوروپیتاید های مختلف را بر شمرده و نقش آنها در امراض روانی بین دارید؟
۳. نم افرادی را که با زیگموند فروید در نظریاتش کمک نمودند بیان نموده و بگویند که نظریات مختلفی را که فروید بیان نموده کدام ها اند؟
۴. ایگو و سویر ایگو چی ها اند؟ وظیفه ایگو چیست؟
۵. میکانیزم های متفاوت دفاعی ایگو چیست و اهمیت میکانیزم دفاعی در هیبتیریا، اختلال وسایر اجباری، فوبیا، اختلال پارانویا و احتباط دماغی چی است؟
۶. الگوی معین، بیخبری از اجتماع، شخصیت ها، اندیما(یک بخش سایکاتری که مستقیماً با شخصیت ها در تماس است مثل پخش زنگی در یک فرد)، پیچیدگی ثانوی، عقد جبرونی اعضاء، پاداش بالا را تعریف کنید.
۷. فرق بین (a) ایگو و سویر ایگو
(b) سرکوبی و فرونشانی
(c) جانشینی و جاگایی
(d) عقده اودیپ و عقده الکترا
(e) تبدیل یا کانورژن و تجزیه
(f) پرسوهه ابتدایی و پرسوهه ثانوی تکرار
(g) Anima و Animus
(h) زمینه ساز و تسریع کننده

سوالات امتحان مسلکی

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

اعراض شناسی روانی، مصاحبه و معاینه روانی

مصاحبه روانی(مهارت، پروسیجر، اخذ تاریخچه، معاینات فزیکی و حالت روانی) معاینات مریضی

که همکاری نداشته باشد، پلان تداوی، شیوه بر خورد

اخذ تاریخچه

بامریض و پایوازاش باید همکاری شود تا آنها خودرا راحت احساس کنند و بتوانند درباره اختلال روانی معلومات مفصل ارائه نمایند.

جدول ۴ - ۱ خلاصه یک تاریخچه روانی قرار ذیل است

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

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

III. شکایت عمدہ و یا قابلیت ریفر شدن و دوام آنها

قرار حکایه مرضی و یا پایبازش که این شکایات آنها از چی مدت بدینظرف موجود است، طرز بوجود آمدن شکایت، سیر مرضی، و فکتورهای مساعد کننده.

IV. تاریخچه مرضی فعلی

پرابلم عمدہ (خود مرضی و یا پایباز بگوید)

* کدام پرابلم است آیا روانی است و یا جسمی

○ تاریخ شروع مرض

○ مدت دوام

○ شدت مرض

○ نقصیلات در باره مرض

* پرابلم های که یکجا با شکایت عمدہ موجود است.

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

همچنان تاریخچه استفاده از مواد مخدر و دخانیات

* تکامل یا پیشرفت مرضی به ترتیب

- چه قسم پیشرفت نموده

- چه وقت شدید گردیده است

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

* تاثیرات این پرابلم

* فکتورها و یا حوادث که مسؤول باشد

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

- حفظ الصحه شخصی

- وظیفه یا کار

- وظایف محلی

- فعالیت های اجتماعی

- ارتباطات فامیلی و یا دیگران

- فعالیت های جنسی

* تداوی را که تا هنوز اخذ نموده است

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

- مقدار و دوام تداوی روانی را که اخذ نموده است

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

* طرز و روش فهمیدن این پرایبلم

* منبع و توانائی

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

* مسایل حقوقی

مثلاً توقيف، بندی خانه، منعکش شدن از وظیفه و غیره.

۷. تاریخچه گذشته

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

- آیا دچار اختلاط گردیده است مثلاً کوشش خودکشی

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

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

* تاریخچه طبی

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

* تاریخچه حقوقی

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

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

- تاریخچه درباره والدین مثلاً عمر والدین، در کدام عمر فوت نموده است صحت فریکی و روانی والدین، شغل، موقف اجتماعی، شخصیت و درباره ارتباط آنها با مریض پرسیده می شود.

- حالات فامیلی مثلاً تاریخچه امراض روانی، ارتباطات میان اعضای فامیل و هم چنان حوادث فامیلی که باعث بوجود آمدن و یا تشدید نمودن مرض گردد.

VII. تاریخچه شخصی: درباره حالات ذیل استجواب می گردد

ولادت

تاریخچه کسب کار

نکامل مقدم

تاریخچه تعلیم

تاریخچه تحیض

تاریخچه جنسی

تاریخچه حالت مدنی

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

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

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

- دوسيه جنائی دارد یا خیر
- آیا تاریخچه صحبت و توانائی دارد
- آیا این تاریخچه مکمل است
- آیا ضرورت است که پایواز دیگری را طلب نمایم
- آیا ساحت موجود است که باید معاینه حالت روانی در آن صورت بگیرد.

معاینه حالت روانی

I. وضعیت ظاهری وسلوک مریض

a- برخورد

دیده شود که مریض چه قسم پیش آمد با داکتر دارد
همکاری دارد

معتقداست

توجه دارد

آرام است

دوستانه برخورد دارد

هدف دارد

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

علاقه مند است
آیا خود را توقیف شده احساس می کند
بازی گوش است
بالاخره در حالت دفاعی قرار دارد
هم چنان آیا ممکن است که خود را با مریض
چنان معرفت دهیم تا بتوانیم درباره حالات
روانی اش درست فهمیده باشیم ؟

b- قیافه ظاهروی

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

c- افاده وجهی

- آیا متناسب است یا خیر مثلاً مریضان شیزوفرینی دارای یک ظاهر غیر متناسب می باشد
- آیا این تظاهر وجهی با چیزی تغییر می کند یا خیر

طرز دیدن : آیا توجه دارد؟ و یا بی توجه است. مثلاً در شیزوفرینیای مزمن بشکل بی علاقگی و در
مریضان افسردگی بشکل بی تتناسب یا بی تفاوت است.

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

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

d- وضعیت

آرام، در حالت دفاع، در گوشه چوکی نشسته است و یا برای مدت زیادی در یک حالت باقی می ماند مثلاً
در مریضان شیزوفرینی .

e. قدم زدن مريض: آيا نورمال است، مختصر قدم ميزند، آهسته است، مثلاً در مريضان افسرده‌گي و يا قدم زدن بي ترتيب و غير منظم (در مريضان شيزوفريني) و يا هم قدم زدن بشكل كند و بطي (در مريضان مانيا) و يا قدم زدن غير متوازن در مريضان که دچار آفات مغزی باشند.

f- ساختار بدن

- استينيك (اشخاص قد بلند و لاغر): آن اشخاص اند که دارای قد باريک، صدر باريک و زاويه تحت الصلعی باريک می باشد. عقیده بر اين است که اشخاص نامبرده فوق زياد تر تمایل دارند که دچار شيزوفريني گردند.

- نوع پكينيك (اشخاص حجيم و کوتاه قد): اين اشخاص

تکرار نمودن دوباره حرف هاي
طرف مقابل ، تقليد حرکات
مقابل، انعطاف موسي شکل ،
شخصي ، وضعیت گيري اين تمام
خصوصيات اند که در شيزوفريني
نوع کتابونيك ديده ميشود .

داراي بدن بزرگ مي باشد نسبتاً نزد شان اطراف کوتاه
و زويای تحت الصلعی بزرگ می باشد رأس گردد
و گردن
شحمي دارند و زياد تر مساعداند که دچار يك پرابلم
سايکوزس انحطاطي شيدايي گردد.

- نوع اتليكتيك (اشخاص تیپ متوسط) : در اين اشخاص
شانه ها فراخ بوده قسمت حرقفي فخذی باريک بوده اما
استخوان ها و عضلات خوب تکامل يافته دارند اين افراد زياد تر مساعد به طرف استفاده از مواد مخدر
مي باشد.

g- فعالیت حرکی روانی

- متناسب بودن

- کمیت فعالیت: مثلاً نورمال است، بیشتر است و در مانيا، کم استو در افسرده‌گي شدید

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

- ادا و اطوار: حرکات متداوم و منفرد است که میتواند جهت برآورده شدن يك هدف باشد مثلاً در اشخاص نورمال و يا مصاب تشوش شيدايي.

- **حرکات کلیشه ای**: تکرار جملات و یا حرکات است که بی هدف صورت می گیرد مثلاً در شیزوفرینی.
- **پیروی کردن خود کار**: یک نوع از سلوک کتابتوئیک می باشد. در مریضان شیزوفرینی دیده میشود
- **میتماشین** (Mitmachen) که در این شکل مریض اطراف خود را بدون اتکا به یک وضعیت نگههدارد.
- **تقلید حرکات طرف مقابل (ایکوپراکسیا)**: تکرار حرکات شخصی مقابل است که در مریضان شیزوفرینی دیده میشود.
- **تقلید گفتار طرف مقابل (Echolalia)**: تکرار کلمات شخص مقابل است مثلاً در مریضان کتابتوئیک شیزوفرینی.
- **کتاپلکسی** (Cataplexy): یک وضعیت مخصوص برای مدت زیادی به حال خود باقی می ماند مثلاً در مریضان شیزوفرینی.
انعطاف پذیری موی شکل (Waxy flexibility): یک حالت مشابه به دور دادن یک پلاستیک یا مو است که بعداً به حالت خود باقی می ماند مثلاً کتابتونیا شیزوفرینیک.
- **صلبیت چرخ دندانه دار یا میله سربی** (Cagwheel or lead pipe rigidity): که در مریضان پارکینسون بمالحظه میرسد.

- **اجبار** (compulsion): زمانی که حرکات وسواسی عملی گردد مثلاً در اختلال وسواس اجباری - صوت و تکلم - h - شدت صدا
- **تون صدا**: دارای تون یک نواخت (در مریضان که تأخیر داشته باشند) تغییرات غیرنورمال (در مریضان شیدائی)

جدول ۴ – ۲ خلاصه معاینه حالت روانی

- I- برخورد، حالت ظاهری، وسلوک**
- برخورد: مثلاً دوستانه برخورد می کند، معتقد است، توجه دارد یا نه علاقه مند است، حالت دفاعی دارد یا خیر وغیره
 - آیا ممکن است توانایی این را پیدا نمایم که هویت خود را با مریض شریک سازیم
 - آیا مریض تا کدام اندازه میتواند مصاحبه را انجام بدهد.

- b- قیافه ظاهری : مثلاً در مورد لباس پوشیدن، حفظ الصحه و غيره
- c- افاده وجهی: آیا ظاهر مناسب دارد یا خیر.
- آیا با چیزی تغییر می کند یا خیر
 - چه نوع ظاهر وجهی دارد
 - تماس چشمی مریض
- d- وضعیت
- e- قدم زدن
- f- ساختار بدن
- g- فعالیت روحی حرکی (مثلاً مناسب بودن، مقدار و کیفیت)
- h- صدا و تکلم (شدت، مقدار، کیفیت، لغات)
- II- مزاج و عاطله :** مناسب بودن (کیفیت)، شدت (کیفیت)، نوع، ثبات و مرتبط بودن آن.
- III- درک :** خط، برسام، مسخ شخصیت، مسخ واقعیت و غیره.
- IV- تفکر :** جریان افکار، ملکیت افکار، محتوی (مثلاً اختلال هذیان) و شکل افکار.
- V- قضاوت :** قضاوت مریض باید معاینه گردد. مثلاً قضاوت اجتماعی.
- VI- بینش :** درجه بینش، بینش عالی و هیجانی.
- VII- حسیت و شناخت :** مثلاً شعوری (شناخت زمان، مکان و اشخاص). توجه و تمرکز، حافظه (حافظه آنی، جدید و بعيد) هم چنان تفکر انترانسی و ذکاآوت عمومی
-

- تکلم: آهسته، (مریضان افسردگی)، سریع (مریضان مانیا)
- سهل بودن تکلم
- بنفسه‌ی بودن تکلم
- پرمحتوا بودن تکلم
- ارتباط داشتن تکلم
- طریقه تکلم
- انحراف: نوآوری (استعمال نمودن الفاظ به یک طریقه غیر مناسب) یا تکرار جملات دیگران، جمع آوری کلمات هم آهنگ (clang association) که یک نوع اختلال تفکر است مثلاً در مانیا.

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

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

- مدت زمان پاسخ دهنده
- لغات حسن انتخاب لغت

II. مزاج و عاطفه

مزاج

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

عاطفه

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

سیمای یک عاطفه

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

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

در ک .III خبط -a

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

b- برسامات
برسامات میتواند به شکل وظیفوی اوتوسکوپیک اکستراکمپاین، کیناستیتیک، هیپناگوژیک و هیپنапمپیک باشد.

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

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

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

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

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

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

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

مسخ شخصیت و مسخ واقعیت

در اینجا تناوب در در ک واقعیت شخص بوجود آید.

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

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

d- ادراک های غیرنورمال دیگر

دیجاوو (Deja-vu): احساس آشنا بودن با چیزهای نا آشنا.
دیجاپینز (Deja-pense): احساس یک شخص مثلاً فکر می کند قبلًا درباره یک موضوع اندیشیده است.
دیگردرک مختلط شده باشد.

دجا ایتنندو (Deja- entendu): شخص فکر می کند چیزی را که حالا درک می کند یا میشنود قبلًا آن را شنیده است.

جامیز و (Jamais – vu) : شخصی فکر می کند که یک چیز قبلًا آشنا را کاملاً ندیده است یعنی احساس نا آشناei با آن.

IV. تفکر

a- جریان تفکر

که مشتمل می گردد بر

i- اختلال سرعت تفکر

- **فرار افکار** (تکلم سریع با تغییر سریع عقاید) در این حالات شخص به سرعت حرف میزند و به سرعت نظریات را تغییر می دهد، که ممکن فکتورهای

درشیزوفرینی عاطفه ممکن
غیرمتناسب، کند و هموار باشد

تغییر یکجا باشد مثلاً آوازهای لغات، اما فهمیده
میشود

مثلاً در مریضان مانیا چنین اظهار میدارد (بین پادشاه
ایستاده است) یا (پادشاه پادشاه پادشاه پادشاه)

- نهی کردن یا به تعویق انداختن

- حاشیه پردازی: افکاری است که آهسته آغاز شده، با تشریحات غیر ضروری یکجا بوده اما

بالاخره به هدف خود میرسد مثلاً در مریضان مانیا، امراض روانی عضوی و شیزوفرینی.

- تفکر مماسی (Tangentiality): از حاشیه پردازی فرق دارد زیرا هدف آخری بالاخره بدست نمی

آید و مریض بالاخره سلسله سوال را گم می کند.

- نا سازگاری افکار (Incoherence): در این حالات شخص مریض از یک نظر به طرف نظر

دیگری میرود در حالیکه کدام ارتباط منطقی با یکدیگر ندارد و در این حال شخص نمی فهمد که

سخنانش ارتباط ندارد. در مریضان شیزوفرینی دیده میشود.

-ii- اختلال تداوم

- در جا زدن (perseveration): تکرار لغات و عبارت است که بار بار تکرار میشود در حالیکه مصاحبه

کننده میخواهد که آن را توقف دهد.

- توقف تفکر (Blocking): زمانی بوجود می آید که پروسه تفکر توقف نماید و در امراض

شیزوفرینی و اضطراب بوجود می آید. مریض ممکن که با همان مقدمه قبلی دوباره شروع کند یا

خیر.

- تقلید گفتار طرف مقابل (Echolalia): تکرار الفاظ طرف مقابل با مصاحبه کننده را گویند مثل یک

طوطی

b- مالکیت و کنترول تفکر

- وسواس: واقع شدن مقاوم نظریات، افکار، سیما ها، تنبهات و ترس را گویند.

- ترس ها: یک ترس است که در مقابل یک شی حقیقی یا خیالی، مکان یا وضعیت بوجود می آید که

مقاوم و متداوم می باشد.

- افکار بیگانه (thought alienation): مریض فکر می کند که افکار اش تحت کنترول کدام اداره

خارجی بوده و یا در افکار اش شریک هستند. که میتواند به شکل ریودن افکار، تزریق افکار و پخش

افکار باشد.

- داشتن افکار خودکشی و دیگر کشی.

۱- محتوى افكار

۱- هذیانات ابتدائی

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

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

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

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

احتلال شکل تفکر(احتلال رسمی افکار) خصوصیت

ii- هذیانات ثانوی

شیزوفرینی است .

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

iii- محتوى هذیانات

هذیاناتی چون هذیان بد گمانی، ارتباط دادن موضوع به خود، بزرگ منشی و مریض بودن و ظایف

ارزیابی مغشوش واقعیت ها عدم موجودیت بینش در مریض خصوصیت حالت سایکوزاست .

جسمی، احساس گناه، هزیان نیست گرایی (یک هذیان است که مریض فکر می کند که دنیا موجود نیست یا از موجودیت دماغ و عضویت خود منکرمی باشد).

d- شکل افکار

i- نظریات مؤلف Cameron

- آسیندیزیس (Asyndesis): فقدان ارتباط کافی میان افکار.
- میتونیمیس (metonymy): در این حالت مریض به عوض اصطلاح یا عبارت درست یک اصطلاح جدیدی را استفاده می کند مثلاً برای قلم می گوید (چوب نوشتن).
- به عمق موضوعات رسیدن (interpenetration of themes): مثلاً مریضان شیزو فرنیا زمانیکه تکلم می نمایند به گمان دیگران میخواهند خواهشات خود را بیان نمایند در حالکیه خود مریضان مفهوم محتوى بیانات خود را نمیدانند.
- فرط گنجایش (overinclusion): در این حالت مریض قادر به این نیست که پرابلم خود را در یک حدود معین نگهداری کند و هم چنان قدرت این را ندارد که فعالیت هایش را در حدود درست حفظ نماید مریضی از یک موضوع به موضوع دیگری میرود.

ii- نظریات مؤلف Goldstein

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

iii- نظریات مؤلف Schneider

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

شش سویه بینش موجود است از (۱) الی (۶)

۷. قضاوت

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

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

۸. بینش

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

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

VII. حسیت و شناخت (Sensorium and cognition)

a- حالت شعوری

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

b- جهت یابی

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

c- توجه و تمرکز

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

توجه منفعل (غیرفعال): توجهی که ازباعث حالت محیط بوجودمی آید، و شخص نیروی اندکی را مصرف می نماید مثلاً مشاهده نمودن حادثه ترافیکی در سرک یا آتش سوزی در دوکان.

d- حافظه

قدرت، پرسه و یا عمل دوباره بخاطر آوردن را گویند و یا توانائی دوباره به خاطر آوردن آموخته ها و تجربه قبلی می باشد و به اشکال ذیل میباشد.

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

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

- **حافظه نزدیک:** که در چند روز گذشته تصادف شده باشد، مثلاً دیروز یا یک روز قبل از دیروز یا در غذای شب یا صبح و یا چاشت چه خورده شده است، وغیره.

ثبت کردن آنی و دوباره بخاطر آوردن: توانائی ثبت نمودن معلومات است، یا توانائی تکرار نمودن که معاینه کنند نام ۵-۶ اشیا را می گویند و معاینه شونده در ابتداً به طرف جلو و بعداً به طرف عقب آنرا بیاد می آورد و تکرار میکند.

حافظه ممکن در حالات اختلال عضوی روانی مثلاً زوال عقلی و یافراموشی عضوی یا روانی مغوشش گردد.

e- افکار انتزاعی

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

f- ذکاوت عمومی

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

g- سلوک و عقاید

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

- سلوک و عقاید مریض در مورد مریضی.

- درباره نتایج حاصله از این امراض.

- یا در مورد کمکی که به مریض پیشنهاد می گردد.

معاینه نمودن مریضانیکه که همکاری ندارند / در حالت ستوپور قرار دارند عکس العمل عمومی و وضعیت مریض

- برخورد: اختیاری است یا منفعل؟

- وضعیت اختیار شده: آرام است، حالت طبیعی دارد؟

- مریض چه خواهد نمود اگر دریک حالت غیر مستریح قرار داده شود؟

- رفتار مریض در مقابل داکتر و نرس ها مقاوم است، حملوی است، محرش است و یا بی علاقه است؟

- حرکات بنفسه: مثلاً بعضی حرکات بازیگرانه، یا حرکات مدافع گرانه خصوصاً در حالاتی که به یک تنبه مواجه شود.

- به کدام اندازه سلوک مریض تغییر خورده میتواند.

افاده وجهی

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

چشمان مریض

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

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

- اوامر : مثلاً زیان خود را نشان بدهد، اطراف را حرکت بدهد.
- حرکات بطی یا ناگهانی مثلاً در مقابل و خذه نمودن یا تقلید حرکات دیگران موجود است یا خیر ؟

عکس العمل های عضلاتی

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

جواب دهی هیجانی

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

تکلم

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

نوشتن

برای مریض پنسل و کاغذ داده شود.

معاینه فزیکی

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

a- معاینه فزیکی عمومی

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

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

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

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

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

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

نوت: ۱. بعضی از اختلالات به مانند ازدیاد تعداد ضربان اذینی اشتدادی قلب، و پرولپس دسام میترال ممکن به شکل حملات پانیک وضیاع موقعی شعور یا سنکوپ دریافت گردد.

۲- از بعضی تداوی های چون (شوک برقی مغز) باید درامراض قلبی وعائی خود داری صورت گیرد. همچنان نباید از بعضی ادویه مانند؛ ادویه ضد افسردگی سه حلقه یی مخصوصاً دربی نظمی های قلبی استفاده گردد.

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

iii. معاینه بطن: حساسیت بطن در مقابل معاینه، آوازهای معاینه، آوازهای اضافی، ضخامة اعضاء، فقط ها وغیره باید معاینه گردد.

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

iv. سیستم اعصاب مرکزی : مشتمل می گردد بر:

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

b- ازواج قحفی : باید معاینه شوند

c- جسم مخططف: شخصی عضلی، رعشه یا حرکات غیر ارادی، عدم تحرکیت، تعدیل افاده، هیجان.

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

e- نماینده گی قطعوی جسمی و نخاع شوکی

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

* سیستم حرکی: اندازه حرکات، تخلص عضلی، اترووفی، قدرت عضلات، رعشه وغیره.

* عکسات: عکسات سطحی مثلاً عکسه بطنی، عکسه کریماستریک، عکسه بابنگی، عکسه اوپینهایم و گاردون و عکسات عمیق مثلاً عضله دوسره، عضله سه سره، عکسه زانو، کعبه و بجلک پای وغیره.

۷- سیستم عضلاتی واسکلیتی: مثلاً درد ویاپندیده گی در مفاصل، درد گردن، درد کمر، درد عضلات.

نوت: بعضی از اختلالات عضلی اسکلیتی مثلاً سپاندیلووزس رقبی، ممکن اعراض نیم سری و هستربیا را تقلید نماید.

فورمول تشخیصیه

که مشتمل می گردد بر:

۱- خلاصه مشکلات مریض.

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

۳- دریافت های عمدہ مثبت و منفی در معاینات روانی.

۴- تشخیص ابتدائی و تشخیص تفریقی.

پلان تداوی

به حالات ذیل تأکید صورت گیرد:

۱- مشکلی که ضرورت به توجه جدی داشته باشد، مثلاً؛ تهیج، افکار خودکشی، ستوبور وغیره.

۲- دلیل برای بستر شدن مریض.

۳- تحقیقات و تست های که ضرورت است.

۴- تداوی مثلاً ادویه زرقی یا فمی تداوی فزیکی مانند شوک برقی مغز، تداوی روانی، تداوی رفتاری و مشوره دهی اقارب مریض همچنان دوام تداوی.

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

۶- سایر حالات، مثلاً؛ به اقارب فهمانده شود که مریض را به شکل دوام دار از نزدیک مواظبت نمایند، مؤثریت دوا، حفظ الصحوه و جلوگیری مریض که با آلات تیروآلات برقی تماس نگیرد.

تعریف اصطلاحات مهم

انتزاعی (Abstraction): پروسه است که در آن افکار و نظریات به شکل جمعی درآمده و از امثال شکل و اشیا مجزا میگردد. مثلاً تعییر نمودن ضرب المثل از کدام شکل بوجود می آید، این خود یک تشوش خلاصه گرائی است که در مریض شیزوفرینی دیده میشود.

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

عاطفه غیرنورمال (Abnormal Affect): یک اصطلاح عمومی است، که نشاندهنده یک مزاج غیرمعمول یا مصاب می باشد. مثلاً افسردگی، اضطراب، غرور (Elation)، تخریشت.

عاطفه کند (blunted affect): یک تشوش عاطفه است که با دریافت های مانند کاهش شدید درشدت احساسات خارجی شناخته میشود و در مریضان شیزوفرینی موجود میباشد که یکی از اعراض اساسی اختلال است و توسط ایگن بلولر (Eugen Bleuler) شناخته شده بود.

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

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

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

عاطفه محدود شده (Restricted affect): یک افاده عاطفی میباشد که با کاهش دراندازه و شدت آن مشخص می گردد.

عاطفه سطحی (Shallow affect): یک حالت عکس العمل هیجانی کاملاً متأثر کننده بوده که در مقابل واقعات و حالات خارجی به شکل بی ارزش بوجود میآید. خصوصاً در شیزوفرینی نوع

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

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

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

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

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

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

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

بی حرکتی (Akinesia): فقدان حرکات فزیکی است که در حالات چون شیزوفرینی کتابتی دیده میشود.

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

فراموشی (Amnesia): (ضیاع مرضی حافظه)؛ حادثه بی است که در آن شخص نمیتواند تجارب قبلی را دوباره به خاطر بیاورد ممکن منشأ عضوی، هیجان و یا هردو را داشته باشد و دریک

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

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

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

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

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

ناتوانی مهارت حرکی (Apraxia): ناتوانی حرکی است که شخص نمیتواند یک عمل حرکی و با هدف را به شکل ارادی انجام دهد. این ناتوانی به فلچ و یا تشوش حسی ارتباطی ندارد.

بی موازنگی (Ataxia): فقدان موازنی میباشد که ممکن است این فقدان موازنی فزیکی و یا هم روانی باشد. از نظر علم روانی اصطلاح بی موازنگی داخل روان (intra psychic ataxia) یک نوع فقدان موازنی می باشد که میان احساسات و افکار بوجود می آید این تشوش در مریضی شیزوفرینی دیده میشود.

توجه (Attention): یک حصه از حالت شعوری می باشد که با اندازه، گوششی که جهت تمکز دادن به قسمت های از تجارت، فعالیت ها و وظایف بکار میروند ارتباط دارد.

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

حرکات بنفسه‌ی (Automatism): یک رفتار بی هدف، بی جهت، خودبخودی و آشکار می‌باشد، که در حالت شعوری غیر قابل کنترول بوده و در صرعت نوع حرکتی، روانی دیده می‌شود.
آگاهی (Awareness): یک حالت قابل مشاهده بیداری و شعوری می‌باشد و یا شناخت معلومات اخذ شده از محیط را آگاهی می‌گویند.

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

شخی عضلی (Catalepsy): حالتی است که در آن یک شخص وضعیت داده شده را به همان شکل آن حفظ می‌کند. یکی از اعراض شیزوفرینی شکل کاتاتونیک می‌باشد هم چنان بنام‌های انعطاف مومن شکل (cereaflexibility و waxy flexibility) نیزیاد می‌شود.

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

کتاتایمیا (Catathymia): حالتی است که در آن عناصر موجوده در حالت ناخود آگاه می‌تواند در وظایف شعوری باعث تغییرات گردد.

انعطاف مومن شکل (Cereaflexibilitas): حالت انعطاف مومن شکل است که در شکل کاتاتونیک شیزوفرینی موجود است و اگر دست یا پای مریض در یک وضعیت قرارداده شود در همان وضعیت باقی می‌ماند.

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

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

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

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

اجبار (Compulsion): عبارت از یک خواهش غیرقابل کنترول، متکرر و ناخواسته می‌باشد که جهت اجرای یک عمل صورت می‌گیرد. و به شکل یک میکانیزم دفاعی در برابر نظریات و خواهشات غیرقابل قبول عمل می‌کند، و شخص نمیتواند عملی را انجام دهد که باعث از بین رفتن اضطراب گردد.

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

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

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

نزاع (Conflict): یک کشمکش روانی می‌باشد که توسط عمل متقابل و دروغین هنگام تنبهات، خواهشات داخلی و محیط بوجود می‌آید. نزاع داخل روان (Intrapsychic conflict) حالتی است که کشمکش میان قوه‌های داخلی یک شخصیت موجود باشد، نزاع خارج روان (Extra psychic conflict) حالتی است که کشمکش میان خود و محیط موجود باشد.

گیچی (Confusion): اصطلاحی است که به یک حالت تشوش شعوری اطلاق می‌گردد و مترافق با آفات حاد و مزمن عضوی مغزی میباشد. از نظر کلینیکی توسط حالت عدم جهت یا بی (disorientation)، بطي شدن پروسه‌های روانی، بی علاقه‌گی، فقدان ابتکار، کسالت و توجه ضعیف مشخص می‌گردد.

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

وจдан (Conscience): یک قسمت از حالت رفتار هنرمندی و قضایت یک شخص است و با من برتر (super ego) ارتباط دارد.

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

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

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

هرزه گویی (Caprolalia): عبارت از استفاده نمودن الفاظ رکیک و بی ادبانه است.
دیجا- اینتندو (Deja-entendu): یک نوع خبط می باشد و شخص فکرمی کند چیزی را که میشنود آنرا قبلاً نیز شنیده است.

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

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

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

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

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

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

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

افسردگی (Depression): یک حالت روانی می باشد که ذریعه احساس خفه بودن، تنها بودن، بی دوست بودن، کم شدن اعتماد به نفس، مشخص میگردد. علاجیم مترافق مشتمل میگردد بر؛ بطائت روانی حرکی بعضًا سراسیمگی (agitation)، کم شدن تماس های شخصی، بیخوابی و کم شدن اشتها.

مسخ واقعیت (Derealization): یک احساس است که شخص فکر میکند واقعیت ها تغییر نموده و یا اشیاء اطراف مختلف گردیده اند. معمولاً در شیزوفرینی دیده میشود.

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

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

دیستونی (Dystonia): تشوشات حرکی خارج اهرامی است که شامل تقلصات بطي، و ثابت ساختمان عضلی میباشد. یک حرکت به قسم متبارز بوجود می آید و باعث یک انحراف ثابت وضعیتی میگردد. عکس العمل های حاد دیستونیک بعضًا در آغاز تداوی های سایکوتیک بوجود می آید (قواره نمودن وجه و تورتیکولوس).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

خود چیزی را به شکل موضعی در ک می کند. بر سام تماسی (hallucination Tactile): بر سام است که حس تماس را در برابر می گیرد. بر سام بینائی را گویند.

مفکوره (Idea): حافظه ادراک گذشته را گویند. نظریه متکی بر یک تصویر میباشد قسمی که در ک متکی بر حسیت است.

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

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

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

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

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

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

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

از دست دادن معاشرت (Loosening of association): یک تشوش بالغاصه تکلم و افکارمیضی شیزوفرینی می باشد و علت آن اختلالی است که درپیشرفت منطقی افکار بوجود آمده وبا دریافت های عدم توانائی کافی در افهام و تفہیم ظاهر می گردد. هم چنان دراین حالت نظریات از یک موضوع به موضوع دیگر به شکل غیرمرتب پوش می یابد.

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

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

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

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

مزاج نا همگون با اعراض سایکوتیک (Mood incongruent psychotic feature): یک اصطلاح DSM-II می باشد و این اصطلاح نیز زیاد تر ارتباط به حوادث برسام و هذیان دارد که محتوی آن به شکل دوامدار و ثابت مزاج مريضان افسردگی و مانیا را انعکاس می دهد.

منفی گیرانی (Negativism): مقاومت کلامی یا غیرکلامی می باشد که در مقابل نصائح و درخواست های خارجی بوجود می آید. زیاد تر درشکل کاتاتونیک شیزوفرینی دیده میشود که در آن مريض در مقابل

هر آنچه که ازاو خواسته می شود مقاومت نشان داده و آنرا آنجام نمی دهد. وهم چنان در حالاتی چون سایکوز های عضوی و تأخیر عقلی نیز دیده می شود.

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

وسواس (Obsession): نظریات، افکار یا تنبهات مقاوم و متکرر را گویند که ذریعه منطق یا دلیل ازین برود. وسوس معمولاً غیرارادی می باشد.

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

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

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

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

فشار تکلم (Pressure of speech): تزايد در کمیت و مقدار تکلم را گویند که وصف بلند، تیزشونده و سریع دارد. در حالات مانیا، شیزوفرینی و اختلالات عضوی دیده می شود.

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

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

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

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

رویداد تداوی (Therapeutic alliance): یک ارتباط شعوری میان مریض و داکتر می باشد که هر دو کوشش می کند که در حل پر اblem صحی، مریض را کمک نماید. در این حالت ایگوی مریض نیز از دیدگاه طبیب مشاهده گردیده و با در نظر داشت تجربه تحت بررسی قرار می گیرد. یک رخ داد تداوی خوب زمانی بسیار ضروری پنداشته میشود که در مقابل مراحل تداوی حالات منفی موجود باشد.

سلاد کلمات (Word salad): یکجا نمودن یا مخلوط نمودن الفاظ و عبارات را گویند که به شکل غیر قابل تفہیم و بی ربط باشد و در حالات پیشرفته شیزوفرینی دیده میشود.

سوالات برای مرور

- viii. انعطاف مومی شکل
- ix. عاطفه
- x. واهمه
- xi. برسام
- xii. برسامات وظیفوی
- xiii. مسخ شخصیت
- xiv. مسخ حقیقت

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

۷. نظریات کامیرون، گولدستین وشنایدر را در مورد تفکر لست نمائید.

۸. جهت یابی، حافظه و چکیده تفکر را چگونه معینه خواهد نمود؟

۹. مریض غیر کمک کننده یا حالت ستپور را چگونه معینه مینماید؟

۱۰. نقش معینه فزیکی در مریض روانی چی است؟

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

- (a) مریض فریبکار
- (b) مریض غضبناک
- (c) مریض که دست به خودکشی زده است
- (d) مریض پر توقع
- (e) مریض روانی جسمی
- (f) مریض ضد اجتماع
- (g) مریض آسیب رسان
- (h) مریض مجنون
- (i) مریض گیج و کند ذهن
- (j) قربانی تجاوز جنسی
- (k) قضیه شکنجه
- (l) سؤ استفاده از اطفال
- (m) مریض غیر کمک کننده
- (n) معناد به موا مخد

سوالات امتحان مسلکی

● معینه وضعیت روانی را بصورت مختصر بیان دارید؟

● در باره اصطلاحات ذیل مختصرًا بنویسید:

- برسام
- هذیان
- اختلال تفکر

● فرق بین اصطلاحات ذیل را بنویسید:

- دیلوژن و آبسیژن
- ایلوژن و هلوسینیشن

کمک های تشخیصیه در طب روانی

تست های لبراتواری (گراف برقی مغز، گراف برقی مغز در جریان خواب ، سی.تی.سکن، ام آر آی، پوتانشیل تحریکی ،سویه ادویه موجود در سیروم خون)،
معاینات بیوشیمیک (تست نهی کننده دیکسامیتاژون، سی تی سکن ، ام آر آی، پت)،

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

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

A- تست های لبراتواری

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

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

III. ارزیابی ادویه سایکوتروپیک

V. تحقیقات در مورد مواد بیولوژیکی

الف. استفاده از تست های تشخیصیه جهت کشف نمودن امراض فزیکی درمیریضان روانی.
امراض فزیکی درمیریضان روانی بسیار عمومیت دارد. علاوه‌تاً بسیاری از این امراض فزیکی باعث تشدید اعراض روانی می‌گردد. هم چنان دیده شده است که اندازه وفیات درمیریضان روانی که در عین زمان دچار پرایلم فزیکی آند، بلند می‌باشد. تست های که در علم روانی استفاده می‌گرد عبارتند از:

a - تست های مفید معمول

- معاینات شمارش کریوات خون (به شمول سمیر محیطی خون و سرعت ترسپ کریوات حمرا)
- معاینات بیوشیمیک خون الکترولیت ها، به شمول کلسیم و فاسفیت، گلوکوز، یوریا خون، کریاتینین، تست های کبدی
 - معاینات ادرار
 - گراف برقی قلب
 - اکسری صدر و قحف
 - معاینات تثبیت سفلیس
 - تست های وظیفوی تایروئید

b - تست های ضمیموی

زمانی اجرامی شود که تست های عام منفی راپورداده شود و یک علت عضوی مشکوک موجود باشد.

- سی.تی.سکن
- معاینه مایع دماغی شوکی
- معاینه مواد غاییطه
- معاینه ادرار
- انتی نکلیر انتی بادی
- معاینات برای ادویه
- اندازه مس در ادرار و سیروم خون
- معاینه ادرار برای یوروپوروفیرین
- معاینه گراف برقی خواب

- امواج نواربرقی مغز عبارت انداز دلتا ، تیتا ، الفا ، و یا
 موج برگر ویتا . امواج الفا متبازن تر در نواحی خلف
 سرویتا متبازن تر در نواحی وسط جبهی است
- انتعاذ شبانه قضیب (Nocturnal penile tumescence)
 - تست های تشخیصی برای ایدس
 - ام آر آی
 - تست جلدی برای توبرکلوز
 - کلچر خون
 - تست حاملگی
 - سویه الکھول موجوده خون
 - تست های ثبت فلزات ثقلیه
 - تعیین سویه ادویه در خون
 - گازات خون شریانی
 - پوتانشیل تحریک
 - تست های یک نقطه (monospot tests)

۳- تحقیقات مخصوص در علم روانی

۱. گراف برقی مغز. عبارت از ثبت نمودن فعالیت برقی مغزی باشد برخلاف گراف برقی قلب که فعالیت برقی قلب را به شکل دوره ائی با خصوصیت تکرار یک سیکل نشان میدهد، نواربرقی مغز امواج مغزی را ثبت می کند که به شکل دوامدار فریکونسی و امپلیتود امواج تغییر می کند. گراف برقی منظم و غیر منظم مغز ظرفیت را ثبت می کند که ذریعه الکترودهای گذاشته شده بالای رأس بوجود می آید.
- اندازه امپلیتود از ۵ الی ۱۵۰ مایکرو ولت فرق می کند و فریکونسی زمانی که منظم باشد از یک دور فی ثانیه (Hertz) الی ۴۰ هرتز میرسد.
 - اندازه فریکونسی
 - ۱- موجه Delta: که کمتر از ۴ هرتز می باشد و به شکل موجه منظم و یا غیر منظم بوجود می آید و در اطفال و کاهلان که در حالت خواب باشد به شکل منتشر در راس انتشار می کند.
 - ۲- موجه Theta: از ۷-۴ هرتز می باشد و در مرحله اول خواب بوجود می آید.

۳- موجه Alpha: از ۸-۱۳ هرتز بوده بالای ناحیه قفوی متبارزمی باشد و باستن چشم عاید گردیده و با توجه پرآگنده می‌گردد.

۴- موجه Beta: که ۱۴ هرتز یا بالاتر از آن است اساساً جبهی مرکزی بوده و با موجودیت اضطراب، الکهول و بعضی از ادویه تقویت می‌گردد.

۵- موجه Sigma: ۱۴ هرتز بوده در ناحیه ورتکس متبارزمی و در مراحل ۲-۳ خواب بوجود می‌آید. که یک موجه بالخاکه همین دو مرحله نیز پنداشته می‌شود

۶- Lambda: یک موجه تیز و منفرد است که در ناحیه قفوی موجود بوده و در حالت بینایی دیده می‌شود.

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

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

• نوار نورمال برقی مغز

* شیرخواران دارای یک نظم امپلیتیود بلند و بطی می‌باشد.

* در کاهلان معمولاً موجه الفا در ناحیه خلفی و موجه بینا در ناحیه قدامی موجود بوده و امپلیتیود موجه بینا کم می‌باشد. زمانی که شخص حالت خواب آلود داشته باشد موجه الفا بین الینی شده و موجه بینا پایدار می‌گردد.

• نوار غیرنورمال برقی مغز

• اندازه یا مقدار و امپلیتیود فریکونسی های نورمال کم می‌گردد. (البته به قسم عمومی یا (موضعی)

• فریکونسی های بطی زیاد می‌گردد (عمومی یا موضعی)

• اشکال غیرنورمال امواج بوجود می‌آید مثلاً سپایک ها (دوران آن کمتر از ۰.۸۰ ملی ثانیه می‌گردد، امواج تیز (دوران آن ۰.۸۰-۰.۲۰ ملی ثانیه) و کمپلکس های سپایک و امواج بطی بوجود می‌آید.

- اشکال غیرنورمال ممکن به قسم بنفسه‌ی بوجود آید و یا ذریعه تنفس سریع خواب یا ادویه تحریک می‌گردد.

• استفاده کلینیکی

* میتواند در تشخیص سایکوزهای عضوی کمک نماید علل آن میتواند قرار ذیل باشد ترضیضات (خونریزی تحت ام‌الصلب)، آفات وعایی (احتشای مغزی)، انتانات (انسفالیت)، میتابولیک یا اندوکراپین، سرطانی یا نیوپلاستیک، زوال عقلی، الکھول یا سوءاستفاده از مخدرات و یا ادویه (بنزو دیازیپین) و باربیتورات‌ها، بی‌اشتهاایی، عدم کفایه تنفسی یا قلبی، کم خونی، تفریط فشارخون وغیره

• تغییرات

۱- نخست کاهش در فریکونسی و عکس العمل موجه

امواج spike مدت کمتر از 80msec دارند در حالیکه مدت امواج تیز 20-80msec را دارا می‌باشد	الفا دیده شده و به طرف از دیاد فعالیت هردو موجه‌های تیتا و دلتا در فریکونسی‌ها پیشرفت می‌کند این تغییرات معمولاً منتشر بوده اما آفات موضعی باعث ابتار ملتی های موضعی می‌گردد.
--	---

۲- در تشخیص صرع کمک می‌نماید. اهمیت زیادی در تشخیص اشکال غیروصفتی صرع دارد که مترافق با تشوشات آنی عاطفی و تغییرات رفتاری یا روانی می‌باشد. دریافت‌های ذیل حائز اهمیت می‌باشد.

• تغییرات فعالیت زمان حمله (ictal) در نوار برقی مغز که در جریان یک اختلال موضعی یا

منتشر بوجود می‌آید نشان دهنده صرع می‌باشد. هم چنان عدم موجودیت این تغییرات باعث می‌گردد که یک حمله اختلالی را رد گردد.

• گراف برقی مغز نورمال نمیتواند که تشخیص صرع را رد نماید.

• در صرع لوب صدغی تغییرات گراف برقی

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

مغز به شکل محراق سپایک در تقریباً ۶۹٪ مریضان بوجود می آید.

در اشخاص نورمال بعضًا انفجار (burst) و یا امپلیتوودهای دوامدار بوجود می آید.

۳- ستوپور غیر عضوی که از باعث افسردگی،

شیزوفرینی و هستریا بوجود می آید نشانده نهنده موجه الفا می باشد.

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

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

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

• شخصیت سایکوپتیک: تقریباً در ۴۰-۵۰٪ حالات فعالیت برقی مغز زیاد می گردد البته ۷/sec میرسد.

• سفلیس عصبی : واقعات مقدم که تداوی نشده است در فعالیت برقی سرعت و بیطایت دیده شده است. بهبودی کلینیکی که درنتیجه تداوی با پنسیلین (جهت تداوی فلنج ناتام) بوجود می آید مستقیماً ارتباط با بهبودی در گراف مغز دارد. در حالات کوری هانتینگتون دریافت های غیرنورمال گراف برقی مغز در این اطفال نشانده یک جن متبارز است که دچار جهش گردیده است .

ii - مطالعه گراف برقی مغز درهنگام خواب. عبارت از ثبت نمودن نوار برقی مغزی باشد که در حالت خواب و معمولاً از طرف شب صورت می‌گیرد. اختلالات متعددی که مترافق با اعراض روانی اند چون نارکولپسی، فلنج خواب و فرط خواب، اختلالات اختلاج، سردردی‌ها، عدم کفایه جنسی و بیخوابی میتواند درهنگام خواب ارزیابی گردد. در حالت افسردگی دریافت‌ها عبارتند از تفریط خواب و کم شدن حرکات سریع چشم (Rapid Eye Movement) یا REM (مدت زمانی که درین شروع خواب دوره ابتدایی REM موجود می‌باشد) و در شروع شب زیاد بودن REM خواب.

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

iii - سی.قی.سکن مغزی. توسط این تختنیک میتوانیم از نواحی رأس تصاویر اخذ نماییم که نشان دهنده اینارملتی‌های مانند تومور، هایدروسیفالوس، خونریزی سب دورال، سکته مغز و آبسه مغز می‌باشد. استطبابات سی.قی.سکن در مریضان روانی ذیلاً توضیح داده می‌شود

انتعاذه شبانه قضیب در ارزیابی کم شدن میل جنسی نقش دارد

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

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

IV این تحقیک را رادیوفریکونسی های تشکیل داده است که بعد از بروجود آوردن یک ساحه مقناطیسی از هسته خارج می گردد.

استطبابات عمدۀ MRI که در مقابل سی.تی.سکن موجود است عبارتند از:

- کشف نمودن آفات که در خالیگاه خلفی مغز، ساق مغز، نواحی صدغی و زروه مغز موجود باشد البته نظر به سی.تی.سکن در این حالات برتری خاص دارد.
 - تشییت امراض که باعث ازبین رفتن غلاف میالین می گردد (مثلًا تصلب قطعی) که توسط سی.تی.سکن دیده شده نتواند
 - زمانی که مریض نیاز به اخذ چندین کلیشه رادیوگرافی داشته باشد.
- حالاتی که در آن MRI مضاد استطباب است
- زمانی که مریض مضطرب و سراسیمه گی داشته باشد.
 - مریضانی که در آنها کلیپ های آهنی جراحی موجود باشد یا در قسمت رأس شان پلیت گذاشته شده باشد و یا پیس میکر قلبی داشته باشد.

v - تحریک پوتانشیل یا EP : عبارت از اندازه نمودن عکس العمل های مخصوص برقی مغز می باشد که در مقابل تنبهات حسی بوجود می آید. ممکن تحریک پوتانشیل بینایی، تحریک پوتانشیل شنوایی یا تحریک پوتانشیل جسمی حسی موجود باشد. در این تحقیک جسم معاینه شونده مکرراً درمعرض تنبهات بالخاصله قرار می گیرد مثلًا (گروپ دستی) و عکس العمل های تحریک شده برقی مغز باهم یکجا شده و توسط کمپیوتر اندازه شده تا باشد که فعالیت های اضافی و بدون تنبه واردہ را از ساحه دورسازد. نتیجه حاصله به شکل سپایک ها ثبت می باشد و به ملی ثانیه اندازه می گردد. که بعد از تنبه به 50 ملی ثانیه میرسد.

سپایک های مقدم. بعد از تنبه حد اعظمی به ۵۰ ملی ثانیه می رسد

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

استطبابات

- جهت تشخیص تغیریقی میان اختلالات وظیفوی و عضوی مثلًا کور Sheldon هسترنیکل توسط پوتانشیل تحریک بینایی.
- در حالات که تخریب غلاف میالین موجود باشد مثلًا تصلب قطعی.
- جهت ثبت نمودن شیوه های خاص در اختلالات روانی به کار می رود.

۷۶: **انتعاذ شبانه قضیب** : میتواند در ارزیابی نمودن ضعیفی جنسی مخصوصاً زمانی که تشخیص تغیریقی میان علت های عضوی و وظیفوی آن ضروری باشد. در این تحنیک دیده میشود که آله تناسلی مردانه از طرف شب در حالت خواب به کدام اندازه تغییرات در اندازه و حالت شخی پیدا می کند. انتعاذ شبانه قضیب میتواند یک قسمت از معاینه گراف بر قی مغز در هنگام خواب باشد در صورتیکه در هنگام خواب شبانه آله تناسلی به اندازه کافی حالت شخی را اختیار نکند فکر می گردد که کدام علت عضوی برای ضعیفی جنسی موجود است.

علاوه بر این تغییرات انتعاذ شبانه قضیب در مریضان افسردگی نیز را پورداده شده است.

II- معاینات لبراتوری که قبل از آغاز نمودن تداوی های حالات سایکوتیک عضوی صورت میگیرد: معاینات لبراتوری که قبل از تداوی ادویه برای مریضان روانی صورت می گیرد میتواند پایه اساسی معلومات پنداشته شود .

این معاینات زمانی حایز اهمیت بیشتر می‌گردد که نزد مریض تاریخچه قبلی مریضی تاریخچه قبلی عوارض جانبی ادویه عالیم فزیکی موجود باشد و یا مریضان دریک حصه حساس عمر قرار داشته باشد مثلاً در طفولیت، زمان پیری و یا دچار امراض مزمن باشند.

A. اندازه نمودن مقدار لیتیوم قبل از آغاز تداوی

* شمارش کریوات خون (زیرا با اخذ لیتیوم بلند می‌رود)

* سویه کریاتینین خون

* معاینه ادرار

* تست حاملگی نزد خانم ها

* تست سویه گلوکوز خون در حالت گرسنگی

* معاینه ادرار ۲۴ ساعته برای تعیین اسمولاتیتی

* سویه الکترولایت های سیروم خون

* سویه یوریای خون

* تست های وظیفوی غده نخامیه

* تست های وظیفوی غده درقیه

* تست ادرار ۲۴ ساعته برای پاک سازی کلیوی

* معاینه ادرار برای گلوکوز و کیتون

* تست ۱۲ ساعته دیهايدریشن برای اسمولاتیتی

ادrar

تست انحطاط دکسامیتاژون در حالت کاهش
فعالیت غده نخامیه کاذب منفی است هم چنان این
تست در مرض ادیسون ، بعضی ادویه جات مثل
بنزو دیازپین ، اندوماتاسین ، سپروهپتادین) منفی
کاذب را پورداده می‌شود اما در اختلالات عضوی
مغز، اختلال اندوکراین ، ادویه جات مخدّر، الکول
واستروجن ، اختلال خوراک ، وسوس اجباری ،
شیزوفرینی و حاملگی کاذب مثبت را پورداده
می‌شود .

انفیوژن سودیم لکنات، انشاق کاربندای اکساید ،
یوهمبین ، بیتا کاربیولین و ایزوپروترینول برای تشخیص
حملات پانیک استفاده می‌شود .

B- معاینات لابراتواری که قبل از شروع تداوی با شوک برقی مغز یا Electro Convulsive Therapy ECT) صورت می‌گیرد.

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

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

سوالات برای مرور

۱. وظایف معاینات مختلف لابراتواری کدامها اند؟ نقش EEG، پولی سومنوگرافی، سی. تی. سکن، ام. آر. آی و، ای. پی. اس، پی. ای. تی، آر سی اس اف در سایکاتری چیست؟
۲. بعضی از ارزیابی های قبل از تداوی که لازم است پیش از تجویز انتی دپرسانت های سه حلقوی، نیورولپتیک ها، لیتیوم، کاربامازپین، و تداوی به تشنجات برقی اجرا شود را نام ببرید؟
۳. استطبابات عده برای تعیین تخمینی ادویه در پلازما کدامها اند؟
۴. مارکر های مختلف بیولوژیکی نیورو اندوکراین در سایکاتری را نام ببرید؟
۵. تست انحطاط سویه دکسامیتاژون چیست؟ و اسباب غلط مثبت و غلط منفی این تست کدامها میباشد؟
۶. بعضی از مارکر های بیوشیمیک را در سایکاتری نام ببرید؟
۷. اهداف عده ارزیابی روانی و ساحت مهم این ارزیابی کدامها اند؟
۸. بعضی از تست های تعیین اعراض ذکارت را که نقش محیطی را نشان میدهد نام ببرید؟
۹. تخیل چیست، تست هایی را که توسط آن شخصیت های تخیلی و شخصیت های هدفمند و حقیقی را معاینه مینمایند نام ببرید؟
۱۰. مختصرآ بیان دارید:
 - (a) باندر گیستال تست(BGT)
 - (b) رورچاچ تست
 - (c) تیماتیک اپریسیشن تست(TA)
 - (d) تست تکمیل جمله
 - (e) تست پیوستن لغاث
 - (f) مینیسوتا مولتیفاریک انوینتوری(MMPI)
 - (g) Wechsler Adult Intelligence scale(WAIS)
 - (h) ۱۶ فکتور شخصیت(16-PF)
 - (i) تست احساس اطفال(CAT)
 - (j) تست بطری بهائیا
 - (k) تست برای اورگانیستی
 - (l) وسائل برای سترس زا های محیطی
 - (m) وسائل برای تشویشات مزاج
 - (n) تست برای اختلال وسوس اجباری

سوالات امتحان مسلکی

مختصرآ تعریف نمائید:

- | | |
|--------------------------|---|
| EEG | - |
| پولی سومنوگرافی | - |
| ایوک پوتانشیل | - |
| تست انحطاط دکسامیتاژون | - |
| اهداف تست های سایکولوژیک | - |
| رورچاچ تست | - |

تصنیف اختلالات روانی

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

حتمی بودن تصنیف

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

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

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

اهداف داشتن یک سیستم تشخیصیه قرار ذیل است:

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

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

هدف اساسی طبقه‌بندی اینست
که جهت برقراری ارتباط یک
زبان مهیا گردد

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

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

۶- تصنیف حالاتی که مردم دچار آن هستند. مثلاً نباید گفت شیزوفرینیک یا دیپریسیف بلکه گفته شود شخصی دچار شیزوفرینیا و یا افسردگی میباشد.

نتایج کوتاه مدت و اضداد تشخیص

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

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

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

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

مرض، سندروم ، مريضى سندروم (syndrome)

يک گروپی از اعراض بوده که يكجا باهم بوجود می آيد و يك حالتی قابل شناخت را ايجاد می کند مثلاً شيزوفرينيا و زوال عقلی. اکثریت اختلالات روانی درحقیقت سندروم ها اند.

اختلال (Disorder)

موجودديت يك سندروم قابل تشخيص بوده که منتج به مععيوبیت وپریشانی یا هردو می گردد وبعضاً باعدم کفايه روانی ویولوژیکی نیز همراه می باشد .

مرض (Illness)

دلالت به شکایات ابعاد حالات طبی مینماید (که رول مريض بودن به آن علاوه میشود).

مريضی (Disease)

حالت موجود که سبب اش تعریف شده باشد .

ميتوود تصنيف روانی

A- مودل های بیولوژیکی مثلاً برای امراض طبی

B- مودل های کتگوریک یا تپیک

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

استفاده معمول تصنیف بین المللی امراض

I- تصنیف بین المللی امراض (ICD)

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

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

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

اختلالات روانی عضوی به شمول اختلالات روانی عرضی	
F00	زواں عقلی که در مریضی الزهایر موجود است
F01	زواں عقلی و عایی
F02	زواں عقلی که در سایر امراض تصنیف شده است
F03	زواں عقلی غیر وصفی
F04	سندروم فراموشی عضوی که توسط الکھول یا سایر مواد سایکوتیک بوجود نیامده باشد
F05	دلیریوم که توسط الکھول یا سایر مواد فعال کننده روان بوجود نیامده باشد
F06	سایر اختلالات روانی که از باعث تخریب مغزی و یا عدم کفایه آن و یا از باعث امراض فزیکی باشد.
F07	اختلالات شخصیت سلوک که از باعث امراض مغزی و تخریب یا عدم کفایه آن باشد
F09	اختلالات روانی غیر وصفی یا عرضی
اختلالات روانی و رفتاری که از باعث مواد فعال کننده روان بوجود می آید	
F10	اختلالات روانی و رفتاری ناشی از الکھول
F11	اختلالات روانی و رفتاری ناشی از اوپیات
F12	اختلالات روانی و رفتاری ناشی از چرس
F13	اختلالات روانی و رفتاری ناشی از مسکنات و خواب آورها
F14	اختلالات روانی و رفتاری ناشی از کوکائین

	F15	اختلالات روانی و رفتاری ناشی از سایر منبهای مثلًاً کافین
	F16	اختلالات روانی و رفتاری ناشی از برسام آوران
عدم موجودیت بینش و مغشوش بودن تست واقعیت خصوصیت سایکوز است	F17	اختلالات روانی و رفتاری ناشی از تباکو
	F18	اختلالات روانی و رفتاری ناشی از محلول های منفر
	F19	اختلالات روانی و رفتاری که ارباع استفاده از ادویه دیگر
اختلالات هذیانی، شیزوتاپ و شیزوفرینیا		
	F20	شیزوفرینیا
	F21	اختلالات شیزوتاپیک
	F22	اختلالات معند هذیانی
	F23	اختلالات حاد و گذری سایکوتیک
	F24	اختلالات هذیانی تحریک شده
	F25	اختلالات شیزوفاکتیف
	F28	سایر اختلالات غیر عضوی سایکوتیک
	F29	حالت سایکوتیک غیر عضوی غیر وصفی
اختلالات مزاج		
	F30	هیجمه مانیا
	F31	اختلالات مزاجی دوقطبی
	F32	هیجمه افسردگی
	F33	اختلالات عود کننده افسردگی
	F34	اختلالات معند مزاجی
	F35	سایر اختلالات مزاجی
	F39	اختلالات غیر وصفی مزاجی

اختلالات نیوروتیک، فاشی از فشار روحی و اختلالات شبه جسمی

F40 اختلالات اضطراب همراه با ترس

F41 سایر اختلالات اضطراب

F42 اختلالات وسوس و اجبار

F43 عکس العمل در مقابل یک فشار روانی یا اختلالات تطبیقی

F44 اختلالات تجزیوی (تبديلی)

F45 اختلالات شبه جسمی

F48 سایر اختلالات نیوروتیک

سندروم های رفتاری همراه با تشوشات فزیولوژیک و فکتورهای فزیکی

F50 اختلالات خوردن

F51 اختلالات غیرعضوی خواب

F52 عدم کفایه جنسی که توسط اختلال عضوی امراض بوجود آید

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

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

سايكوزعبارت ازيك گروپ از اختلالاتي اند که
متصرف اند بر تشوشات در واقعيت بيني، شعور،
حافظه ، تفکر(هذيانات) ، درك (برسامات) ،
قضاياوت ، سلوک و شخصيت ميشوند.

F55 سوء استفاده مواد که وابستگی ايجاد نمي نمایند

F59 سندروم های رفتاری غير وصفی با تشوشات
فزیولوژیک و فکتورهای فزیکی
اختلالات شخصیت و رفتاری

F60 اختلالات وصفی شخصیت

F61 سایر اختلالات شخصیت و یاهردو

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

F63 اختلالات عادات و انگیزه

F64 اختلالات هویت جنسی

F65 اختلالات جنسی

F66 اختلالات سایکولوژیک و رفتاری همراه با تکامل جنسی وجهت یابی

F68 سایر اختلالات رفتاری و شخصیت

F69 اختلالات غیروصفي شخصیت و رفتاری

تأخر عقلی

F70 تأخیر عقلي خفيف

F71 تأخير عقلي متوسط

F72 تأخير عقلي شديد

F73 تأخير عقلي بسيار شديد

F78 تأخير عقلي ديگر

F79 تأخير عقلي غير وصفي

اختلالات تکامل سایکولوژیک

F80 اختلال معین تکاملی تکلم وزبان

F81 اختلال معین تکاملی مهارت های دوران مكتب

F82 اختلال وصفی تکاملی وظایف حرکی

F83 اختلالات مختلف تکاملی

F84 اختلالات تکاملی فراگیر

F88 سایر اختلالات تکاملی سایکولوژیک

F89 اختلالات غیرمعین تکاملی سایکولوژیک

اختلالات هیجان و رفتاری دوران طفولیت یا کهولت

F90 اختلالات هایپرکینیتیک

F91 اختلالات سلوک

F92 اختلالات مختلط سلوک وهیجان

F93 اختلالات هیجان دوران طفولیت

F94 اختلالات فعالیت اجتماعی طفولیت یا دوران بلوغ

F95 اختلالات تیک

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

اختلالات غیر معین روانی

F99 اختلال روانی که در جای دیگر تصنیف نشده باشد

-II- تصنیف انجمن داکتران روانی امریکا -

رهنمود تشخیصیه و احصائیوی اختلالات روانی

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

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

- محور I: سندروم های کلینیکی: که مشتمل بر اختلالات عضوی، شیزوفرینیا، اختلال مزاج و سؤاستفاده از مواد.
 - محور II: اختلالات شخصیت در افراد بالغ و اختلالات تکامل در اطفال
 - محور III: اختلالات فزیکی
 - محور IV: شدت فشارهای روانی اجتماعی. این فشارها ممکن حاد یا مزمن باشد یعنی در حالات حاد دوام آن کمتر از ۶ ماه و در حالات مزمن زیادتر از ۶ ماه است.
 - محور V: سویه بلند وظایف تطبیقی سال گذشته. وظایف تطبیقی طوری ارزیابی میگردد که ارتباطات اجتماعی، وظایف شغلی و استفاده از بعضی فعالیت های تفریحی را در بر دارد.
- ویرایش با تعجدید نظر DSM-3 در سال ۱۹۸۷ به چاپ رسید. اگرچه تغییرات وارده در این ویرایش اندک است. ویرایش چهارم DSM در سال ۱۹۹۴ توسط اداره روانی امریکا به چاپ رسید.

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

این تصنیف پنج محوری میباشد که قرار ذیل است

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

محور II تأخیر عقلی، اختلالات شخصیت

محور III حالات طبی عمومنی

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

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

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

- اختلالات آموختن

- اختلالات مهارت های حرکی

- اختلالات افهام و تفهم یا ارتباط گیری

- اختلالات تکامل فراگیر

*اختلال اوتیستیک

درسایکوزس عضوی تشوشت
در شعور (دلیریوم) یا حافظه (دیمانس).
درسایکوزس وظیفوی شعور و حافظه نورمال
میباشد.

*اختلال Rett's (یک نوع اختلال اوتیستیک)

*اختلال تجزیوی اطفال

*اختلال Asperger's (یک نوع اختلال اوتیستیک)

*اگر در کدام تصنیف دیگری معین نشده باشد

نقیصه توجه و اختلالات درهم گسیختگی رفتاری

- اختلالات تغذی و خوردن دوران نوزادی و طفولیت مقدم

- اختلالات تیک

- اختلالات جداسازی

- اختلالات مدفوعی

- اختلال ادرار شبانه

- سایر اختلالات دوران نوزادی، طفولیت و دوران بلوغ

دلیریوم، زوال عقلی و اختلالات امنستیک و اختلالات شناختی دیگر

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

اختلالات روانی ناشی از حالتی طبی عمومی

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

شیزوفرینی و سایر اختلالات روانی

- شیزوفرینی
- اختلالات شبیه شیزوفرینی
- اختلالات شیزوفرینیک
- اختلالات هذیانی

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

اختلالات مزاج

- اختلالات افسردگی
- اختلالات دوقطبی

اختلالات اضطراب

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

اختلالات شبه جسمی (Somatoform)

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

- اختلال درد

- هایپوکاندریازس

- اختلال بدشکلی بدن

- اختلال که در جای دیگر معین نشده باشد

اختلالات ساختگی

اختلالات تجزیوی

* فراموشی تجزیوی

* فرار تجزیوی

* اختلال هویت تجزیوی

* اختلال مسخ شخصیت

* اختلال که در جای دیگر معین نشده باشد

اختلالات جنسیت و هویت جنسی

* عدم کفایه جنسی

* اختلال میل جنسی

* اختلال برانگیختگی جنسی

* اختلال ارگاسم

*- اختلال درد جنسی

*- تشوش وظیفوی جنسی از باعث حالات عمومی طبی

انحرافات جنسی (Paraphillias)

• عورت نمایی

• یادگارخواهی (Fetishism)

• مالش

• بچه بازی

• آزارخواهی جنسی (sexual masochism)

• آزاده‌ی جنسی (sexual sadism)

- تماشاگری جنسی (voyeurism)
 - اختلالاتی که به گونه دیگری مشخص نشده باشد
- اختلالات هویت عمومی
- اختلالات خوردن**
- بی اشتہایی عصبی
 - پرخوری عصبی
 - که به گونه دیگر مشخص نشده باشد

- اختلالات خواب**
- اختلالات ابتدایی خواب
- انحرافات خواب
 - تشوش خواب
 - اختلالات خواب که ارتباط به کدام اختلال طبی دیگری داشته باشد
 - سایر اختلالات خواب
 - اختلال که به گونه دیگر مشخص نشده باشد
- اختلال کنترول تکانه که جایی دیگر مشخص نشده باشد
- اختلالات تطابقی**
- سایر حالات که ممکن باعث توجه کلینیکی قرار گیرد

محور II: اختلالات شخصیت، تأخیر عقلی

- اختلالات شخصیت**
- اختلال شخصیت پارانوئید
 - اختلال شخصیت شیزووئید
 - اختلال شخصیت شیزو و تیپیک
 - اختلال شخصیت ضد اجتماعی
 - اختلال شخصیت مرزی
 - اختلال شخصیت هستریوئیک

- اختلال شخصیت خود شیفته
- اختلال شخصیت اجتنابی
- اختلال شخصیت واپسیه
- اختلال شخصیت وسواسی جبری
- اختلال شخصیت که در جای دیگر معین نشده باشد

تأخر عقلی

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

محور III: حالات عمومی طبی

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

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

محور IV: مشکلات محیطی و روانی اجتماعی

- مشکلات ابتدایی گروپ محافظتوی
- مشکلات وابسته به محیط اجتماعی
- مشکلات تعليمي
- مشکلات شغلی
- مشکلات خانگی
- مشکلات اقتصادی
- مشکلات دسترسی به خدمات صحی
- مشکلات وابسته به عمل متقابل سیستم عدلي
- سایرمشکلات روانی اجتماعی و محیطی

محور V: ارزیابی عمومی و ظایف

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

جدول ۶-۳ مقایسه عمومی ICD-10 و DSM-IV

DSM-IV	DSM - IV ۱۹۹۴/۹۵-۲ - مراقبت ابتدایی	DSM - IV ۱ - بامتن بسیط های ریزی شده خلاصه معیارات صریح ، نیازمندی های اختلال ، عوامل و ریشه های تشخیص در جدول ضمایم سیستم چند محوری A
<p>پس منظر اداره مسؤول</p> <p>اسس تغییرات معیار تاریخ شعر</p>	<p>فصل پنجم (f) ICD-10 (f)</p> <p>۱- سازمان صحی جهان ۲- کمیته ماهرین</p> <p>۱- توضیحات کلینیکی و تشخیصیه ۱۹۹۳ ۲- عووماً درجهان / ۳- معیار تشخیصیه جهت تحقیقات (۱۹۹۳)</p> <p>۴- معیار تشخیصیه برای مراقبت ابتدایی (هنوز معطلاً است)</p> <p>۱. معیار کلینیکی - توضیحات مختصر فصه گزنه</p>	<p>۱-اداره روانی امریکا ۲- کمیته ماهرین - نکراولیتراتور</p> <p>DSM - IV-1994/95-۱</p> <p>DSM - IV</p> <p>DSM - IV PC-2</p>

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

سوالات برای مرور

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

سوالات امتحان مسلکی

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

بخش دوم

اختلالات روانی

اختلالات روانی عضوی

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

سندروم روانی دماغی (سندروم عضوی مغز) یک اینارملنی روانی یا رفتاری بوده که مترافق با عدم کفایه دائمی یا گذری و ظاییف مغزی میباشد. اگر سبب معین آن شناخته شده باشد یا احتمال آن برود این سندروم بنام اختلال روانی عضوی یاد می گردد.

سندروم مغزی عضوی ممکن به حالاتی حاد مانند (دلیریوم) و مزمن مانند (زوال عقلی) (تصنیف گردد).

جدول ۱.۷ تفاوت های میان دلیریوم و زوال عقلی

زوال عقلی	دلیریوم	
تخریب وسیع	ممکن یک سایکوزس منتشر یا عرضی باشد	۱- میکانیزم سببی
آهسته ، تذریجی	سریع	۲- شروع
مزمن (ماه ها سال ها)	گذری (چند روز و هفت)	۳- دوام
غیرقابل ارجاع (ممکن در بعضی واقعات توقف نماید)	قابل ارجاع	۴- سیر
معمولانه نورمال است		۵- لوحة کلینیکی مرض
معمولانه نورمال است		(a) حالت شعوری
نورمال است (به جز مراحل مؤخر)		(b) جهت بابی
خوب کافی میباشد به جز مراحل مؤخر		(c) توجه و تمرکز
ذخیره فوری دوباره بازگو میباشد		(d) وهم
	غبارآلود ، مغضوش	
	مختل می باشد	
	مختل است	
	بسیار کم است	

<p>ممکن بر سام داشته باشد هدیان نادر است معمولًا نورمال است به جزء احوال مؤخر عکس العل فاجعه وی در جاذدن ، مايو کلونوس</p>	<p>حافظه فوری ; حافظه قریب مختل است خچه؛ برسام عام و غیر سیستماتیک ، سرعی شدیداً منضرمیشود رعشه ، چند محراجی</p>	<p>(e) حافظه (f) درک (g) افکار (h) میکل خراب ویداری (i) سایر حالات</p>
<p>کاهش نورمال ، منتشر ، محراجی دارای خصوصیات نیست : حساسیت در مقابل کربن دای اکساید ، وزمانی که تنفس زیاد گردد نزد مریض یک توقف تنفس بوجود می آید که به تعقیب تهیه زیاد میباشد . در صورت که آفت هسته های فاغده وی باشد حرکات غیرنورمال موجود است افازیا ، اگزوژیا ، اپراکسیا ، تشویش حافظه ، علاجم بوجود آمده جبهی رفار؛ وضعیت تقبض : شنج پاراتونیک در اطراف</p>	<p>کاهش در طرفه و منتشر امواج عام میباشد (مثلًا تغوط فشارخون وضعیتی ، فوط فشارخون ، عدم کفايه نفسی ، دلبی)</p>	<p>۶- نیورووفیولوژی (a) گراف بر قی مغز (b) عدم کفايه سیستم خودکار</p>
	<p>معمولًا افزاییا ، اپراکسیا ، اگزوژیا موجود نیست</p>	<p>(C) خصوصیات</p>
	<p>علاجم حیاتی غیر ثابت ، کوما</p>	<p>(d) سایر حالات</p>
<p>امراض استحالوی ، ارتبروسکلروز</p>	<p>مریضی فریبکی مثلًا لتنات ، ترضیفات ، میتابولیک ، داخل قحفی کلیوی</p>	<p>۷- عامل شناخته شده</p>
<p>محافظتی</p>	<p>سبب ابتداجی تداوی شود</p>	<p>۸- تداوی</p>

پس منظر تاریخی

برای باراول عالمی بنام سلسوس (Celsus) درقرن اول بعد از میلاد اصطلاحات دلیریوم و زوال عقلی را استفاده نمود . دو عالم دیگر بنام های پینل و اسکیرو (Pinel و Esquirol) زوال عقلی از نوع پیری را شرح نمودند . عالم دیگری بنام انتواین لارانت جس بالی (Antoine laurant Jesse Bayle) درسال ۱۸۲۲ زوال عقلی فلنجی و ارتباط آنرا با سفیلیس عصبی شرح نمود .

ظهورات اساسی سندروم حاد عضوی مغزیا
دلیریوم همانا شعور غبار آلود یا عدم جهت
یابی است .

عالم بنام کورساکوف (Korsakoff) درسال ۱۸۹۰
حالت فراموشی در ارتباط با پولی نیوریت را
شرح نمود (سایکوزس کورساکوف)

عالمی بنام اوژین بلولر (Eugen bleuler) تصور کلی سندروم روانی مزمن عضوی رامعرفی نمود (که درواقع شباخت به زوال عقلی دارد) . عالمی بنام الویس الرهایمر (Alois Alzheimer) نخستین واقعه زوال عقلی پیشرفته را درسال ۱۹۰۶ راپورداد . عالم دیگری بنام سوتان (Sutton) درسال ۱۸۱۳ سندروم بالخاچه کلینیکی رابنام دلیریوم نهائی و ارتباط آن را بالکهول شرح نمود .

اپیدیمولوژی

وقوعات و شیوع مطلق اختلالات روانی عضوی هنوز فهمیده نشده است ، اما واقعات زیادی در مریضان سرویس داخله شفاخانه ها ، مریضان که دچار مریضی فزیکی اند و مریضان داخل بستر و خارج بستر روانی وجود دارد . عقیده برآن است که سندروم روانی عضوی حداقل ۱۰-۳۰٪ تمام مریضان داخل بستر سرویس داخله و جراحی را متأثر نموده میتواند .

اتیولوژی

اسباب مهم که باعث سندروم روانی میگردد در جدول ۲-۷ لست شده است

جدول ۲.۷ اسباب سندروم های عضوی دماغ

اسباب عمومی	مثال های خصوصی	جدول ۲.۷ اسباب سندروم های عضوی دماغ
آفات وعائی .	انسیفالوباتی ناشی از فرط فشارخون ، ارتیروسکلروزس شرائین معزز، خونریزی داخل قحفی یا ترمبوز که باعث احتشای مغزی می گردد و کولاپس دورانی مثلاً شاک .	آفات وعائی .
افتانات .	انسفالیت ، التهاب سحايا ، فلچ ناتام عمومی	افتانات .
تومورها .	آفاتی که باعث اشغال خلا شود مثل گلیوما ، مینتیجیوما و آبسه ها	تومورها .
آفات استحالوی.	زوال عقلی پیری یا قبل از پیری مانند الزهایمر ، کوری هائینگتون .	آفات استحالوی.
تسممات .	تسمم مزمن و یا تاثیرات ترک ادویه مسکن ، خواب آور، بروماید ، اوپیات ، خواب آور ها ، ادویه انتی کولیترجیک ، ادویه ضد اختلال	تسممات .
آفات ولادی .	صرع و حالت بعد از اختلال	آفات ولادی .
فرضیضات .	جمع شدن خون در تحت طبقه دورامتروپیا اپی متر، ترضیض کند، پاره گی ها ، ترضیضات بعد از عملیات ، آفتاب زده گی	فرضیضات .
آفات داخل بطینات مغزی .	مثلاً هایدروسیفالوس با فشار نورمال	آفات داخل بطینات مغزی .
ویتامین ها .	فقدان ویتامین های مانند تیامین (ورنیک کورس اکوف) نیاسین (پلگرا) ویتامین بی ۱۲ (کم خونی خیشه)	ویتامین ها .
اندوکراین - میتابولیک .	کوما دیابتیک وشاک ، یوریمیا ، میگرودم ، فرط فعالیت غده درقیه ، عدم کفایه غده پاراتایراید، کم شدن سویه قند خون ، عدم کفایه کبدی ، عدم موازنۀ الکتروولایت ها ، سندروم کوشنگ واختلالات اوتوایمیون .	اندوکراین - میتابولیک .
فلزات .	فلزات ثقلیل (سرب، سیماب) کاربن مونواکساید زهریات (حشره کش ها)	فلزات .
انوکسی .	کم شدن اکسیژن خون که از باعث عدم کفایه قلبی یا تنفسی بوجود می آید، انستیزی ، کم خونی وغیره .	انوکسی .
افسردگی ها و سایر حالات.	زوال عقلی کا ذب افسردگی ، حالات نمایشی و کاتاتونی	افسردگی ها و سایر حالات.

تصنیف

- الف- تشوش شناختی مشکل عام میباشد مثلاً دلیریوم و زوال عقلی .
- ب- ساحت انتخابی که در آن تشوش شناختی بوجود می آید مثلاً سندروم نسیانی .
- ج- اختلالات عاطفی و یا اختلالات که تقلید از شیزوفرینی می کند مثلاً سندروم عضوی (هدیانی یا مزاجی) .

د- اختلالات تقلیدکننده اضطراب مثلاً اختلالات عضوی اضطراب.

ه- شخصیت متأثر میگردد مثلاً سندروم عضوی شخصیت.

و- هضم و یا ترک مواد.

دلیریوم نوع معمول سندروم عضوی مغزاست

ز- کتگوری باقی مانده (تصنیف ناشده) مثلاً اختلالات غیروصفي.

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

تشخیص تفریقی

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

جدول ۳-۷ مقایسه سایکوزس عضوی و وظیفوی

سایکوزس وظیفوی	سایکوزس عضوی	
تغيرات ساحتاری تخریب دماغ و یا سبب شناخته شده سیستمیک دریافت نمیشود	از باعث امراض و یا سبب شناخته شده بوجود می آید	تعریف
تفکر، مزاج و رفتار	شعوری، جهت یابی، حافظه و ذکاوت	تشوشهای عمده
تشوش در رفتار، تفکر، مزاج، تاریخچه فکتورهای فیزیکی مثلاً (ادوه، تصادم، عملیات) و امراض فکتورهای فیزیکی معمولاً موجود نیست	تشوش وظایف شناختی، تاریخچه فکتورهای فیزیکی مثلاً (ادوه، تصادم، عملیات) و امراض	شکایت و تاریخچه
تشوشهای غیرمشخص شده که دلالت بر تشوه شناختی میکند. وضعیت گیری موجود است اما علایم عصبی نادر است	انهالی های غیرمشخص شده که دلالت بر تشوه شناختی میکند. هدف فعالیت محلود بوده، محافظه کاری و علایم عصبی موجود است	وضعیت معاینه روانی چهره ظاهری

<p>تون صدا پائین یا پر فشار بوده دارای زیل بم و یانور مال میباشد</p> <p>عاطفه غیر مناسب است و در شیزوفرینی عاطفه ناهمخوان میباشد.</p> <p>برسام از نوع شنواری معمول است</p> <p>محتوی افکار نادر است</p> <p>محتوی افکار کم بوده، هذیانات به مشکل شرح می‌گردد، ثبات ندارد و شدت هیجان ضعیف است.</p> <p>(در افسردگی) هذیانات خوب شرح میشود ثابت بوده و شدت هیجانی دارد.</p>	<p>محافظه کارانه، تسلی</p> <p>عدم تسلسل هیجان و عاطفه نامناسب در اختلالات مزاج عاطفه غمگین و یا بلند میباشد.</p> <p>خط معمول میباشد؛ برسامات واضح بوده از نوع بصری عام است</p> <p>محتوی افکار کم بوده، هذیانات به مشکل شرح می‌گردد، ثبات ندارد و شدت هیجان ضعیف است.</p>	<p>تکلم عاطفه ادراک افکار</p>
	<p>جهت یابی، حافظه فوری و قریب، تمرکرآموختن و ذکاوت عمومی خوب است</p>	<p>جهت یابی، حافظه فوری و قریب، تمرکرآموختن و ذکاوت عمومی مختل می‌گردد صحبت و درد دل معمول است</p>
<p>نورمال است</p> <p>ابن تست هاممولانگ نورمال است</p>	<p>سایر علایم سیستمیک و عصبی، تست ذکاوت، تست حافظه و تمرکز، و سایر تست ها مختل می‌گردد</p>	<p>۵- سایروظایف عالی شناختی</p>
<p>تداوی شکایت ابتدایی، ادویه ضد سایکوزس و ضد افسردگی، تداوی با شوک بر قی مفید است</p>	<p>تداوی عامل سبی</p> <p>مقدار کم ادویه بنزودیازپین و نیورولپتیک، تداوی با شوک بر قی نادر استفاده می‌گردد.</p>	<p>۶- معاینات فزیکی و معاینات خصوصی</p> <p>۷- تداوی</p>

شرح کلینیکی سندروم های مختلف روانی عضوی

I. دلیریوم

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

تظاهرات اساسی سندروم مزمن عضوی مغز یا دیمانس

عبارت از تشوش حافظه میباشد (حافظه فوری و جدید)

ایپدیمیولوژی

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

اسباب

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

لوحه کلینیکی (جدول ۴-۷)

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

عالیم بنام Celsus

اصطلاح دلیریوم و زوال عقلی را کشف نمود.

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

سیر مرض

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

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

جدول ۴- چطور یک مریض دلیریوم تظاهر مینماید

* موجودیت سبب فزیکی
* حالت غبارآلود شعور و عدم جهت یابی
* مشکلات در حرکت، تمرکزدادن و ثابت نگهداشت زوجه
* افکارپارچه شده، بیربط و غیرمنظم میگردد.
* تشوش خواب، دوره های بیداری به شکل گنگیست، خواب آلودگی و نیمه کوما
* تشوش نوشت بشکل دیستونی و علایم محراجی
* تشوشات هیجانی
* تشدید اعراض معمولاً در وقت شام (Sun downers)
* ممکن باعث متضررشدن خود و پرسونل شفاخانه گردد.
* بعضاً شروع مرض ناگهانی بوده، که به تعقیب یک سبب فزیکی بوجود می آید (تب، تشوشات متابولیک و غیره)

تشخیص تفریقی

a) زوال عقلی: مقایسه کلینیکی دلیریوم و زوال عقلی قبل ذکر گردید است.

b) سایر اختلالات عضوی: مثلاً برسام عضوی یا اختلال هذیانی عضوی.

c) سایکوز وظیفوی: مثلاً شیزوفرینی و سایر اختلالات روانی.

دلیریوم معمول ترین اختلال عضوی روانی است .

d) اختلال ساختگی مترافق با اعراض سایکولوژیک: غیرثابت بودن معاینات حالت روانی و نورمال بودن گراف برقی مغز این اختلال را از دلیریوم جدا میسازد.

تداوى

۱- هدف اساسی تداوى حفظ وظایف حیاتی (فسارخون، درجه حرارت، مایعات) درمان اختلال سیبی

- | | |
|---|--|
| <p>در دلیریوم موجودیت نوسانات، حرکات بال زدن پرنده، پرش های مایو کلونیک، برسامات بینائی هذیانات گذری و پدیده غروب آفتاب (خراب شدن حالت شعوری از طرف شام).</p> | <p>طبی و کاهش دادن تشوشات سایکولوژیک و اعراض رفتاری.</p> |
| <p>۲- از مصرف ادویه بی که باعث دلیریوم میگردد (مثلاً سیمیتیدین، امینو فیلین، دایجوکسین بیتابلاکرها، ادویه ضداختلال و غیره) باید اجتناب گردد. مقدار کمی بنزودیازپینها خصوصاً لورازیپم ۱ الی ۲ ملیگرام، کلوناریپم ۰.۵ الی ۲ ملیگرام و ادویه جدید، الپرازولم، بوسپیرون و هالوپریدول استفاده میگردد. در عدم کفایه کبدی لورازیپم ترجیح داده شود.</p> | |
| <p>۳- به فامیل مریض باید اطمینان داده شود و در مورد مریضی واختلالات آن آگاهی داده شود.</p> | |

II. زوال عقلی

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

- | |
|--|
| <p>اسباب رجعی زوال عقلی مشتمل می گردد برقدان ویتامین های (B1,B6,B12) مسمومیت ها، انتانات، هماتوم تحت دورامتر، اسباب میتابولیک و آندوکراین.</p> |
|--|

اپیدیمولوژی

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

اسباب

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

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

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

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

اپیدیمولوژی

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

اسباب

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

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

تاریخچه فامیلی ، سن ، تاریخچه ترضیض قحف و سندروم دون فکتورهای
عمده خطر برای بیماری الزهایمر است در الزهایمر تغیرات پلک مانند
دیده میشود آزاد شد ن استایل کولین ترانسفراز از مغز کم میشود بناءً سویه
استایل کولین کم میشود.

۲- ناقلین عصبی (neurotransmitters): نقصیه عمدہ عصبی بیوشیمکی کہ در مریضی الزهایمر وجود دارد همانا کاهش سویہ کولین اسیتایل ترانسفراز مغزی میباشد، زیرا این انزایم جهت ساختن اسیتایل کولین ضروری میباشد. این دریافت ها در تمام قشر مغز (مخصوصاً هائپوکمپس و امیگدالا) موجود است.

کاهش انزایم کولین اسیتایل ترانسفراز وابسته با ازدیاد شدت در تشوش شناختی میباشد.

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

پتالوژی

پیچیدگی های لیفی - عصبی یا Neuro fibrillary tangle (فلامنت های جوره ای مایکروپیک) پلک های پیری مانند خوشة های استحالوی نهایات اعصاب که دارای امیلوئید میباشد که به اندازه کمی متبارز و تغییرات وعائی حیبوی در آن به اندازه زیاد موجود است.

تظاهرات کلینیکی

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

b. زوال عقلی ناشی از احتشای های متعدد

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

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

مرحله شناختی	هیجان	ادراکی	فiziولوژیکی	رفتاری
I. مقدم (مرحله فراموش کاری)	کسالت، ضعیفی، بالاندکی تحریک تحرشیت و هیجان زیاد میگردد ترس مبهم توانایی عاطفه کم می شود	بعضًا گنگسیت	خواب راحت نمیباشد تغیرات در خواب و خوردن غذا	نادیده گرفتن عادت زندگی، علاقه مندی اجتماعی و فامیلی کم میشود علاقه مندی تفریحی و شغلی کم میشود، هدف و پلان آینده موجود نیست
II. متوسط (مرحله تشوش شعور)	پحران فاجعه انگیز در برابر محیط بدون اینکه در افتیدن در شب و مختلط شدن خواب برابر منبهات آماده کاهش در اخذ مواد غذایی علایم عصی چون اتاکسی، عدم هماهنگی، تشوش رفتار و کندي در نوار برقی مغز.	ادراک تحریف شده	بیقراری حرکتی و به تعقیب افتدن در شب و مختلط شدن خواب برابر منبهات آماده کنتده عکس العمل متناسب موجود باشد.	مشکلات در لباس پوشیدن، نظافت، درجا زدن حرکات اتوماتیک، خرابی آموختن مهارتها، رفتار های کلیشه ای یا استروتپیک، حساسیت بسیار کم در برابر حالات اجتماعی و تفریحی.
III. مؤخر (مرحله زوال عقلی)	مزاج مکملآ سطحی بوده عدم تسلسل هیجان یا خنده ها و گریه های عاری از عاصفه.	بی خبری یا بی تفاوتی در برابر محیط حسی.	نحوه خود غذا، موجودیت علایم فص جبهی، اطراف شخ داشته و اسپاستیک میگردد و عکسات عمیقه تشدید می گردد، فلج اطراف علوی یا سفلی بی اختیاری واضح در سیستم بولی و معانی.	شناخت اندکی اعضای فامیل و دوستان.

اپیدیمولوژی

شیوع زوال عقلی وعائی در مقایسه با مرض الزهایمر ۱۰، فیصد در برابر ۵، فیصد ثبت شده است. زوال عقلی که از باعث احتشای های متعدد باشد واضح‌تر نسبت به زوال عقلی ابتدائی استحالوی شروع میگردد. واضح‌اً در مردان معمول میباشد.

زوال عقلی تحت قشری درفلج فوق هستوی پیشرونده معمول است هم چنان در کوری، پارکسون و مرض ویلسون نیزدیده میشود. زوال عقلی با عالیم عصبی یکجا میباشد.

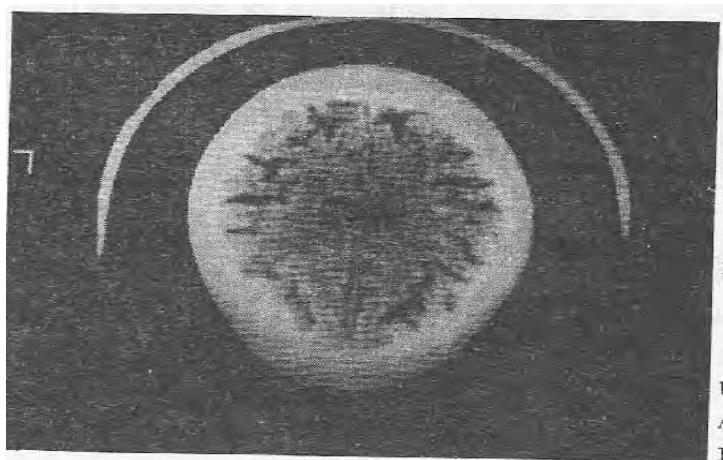
لوحه کلینیکی

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

- (i) زوال عقلی قشری (امراض فرط فشار یا تصلب شراین بزرگ) این زوال عقلی ذیلاً مشخص می‌گردد:
- هجمات متکرر گذری اسکمی مغز و احتشای های کوچک که تدریجاً به طرف خرابی میروند.
 - عالیم عصبی (قدم های کوچک، عدم تناظر عکسات، علامه بابنیکی مثبت گذری، نیم بینی، کلالت زبان و غیره) به شکل گذری متبارز میباشد.
 - هجمات کانفیوز کننده غیروصفي، افازی، اگنوزی، اپراکسی، مشکلات در توپوگرافی موجود است.
- (ii) زوال عقلی تحت قشری (امراض فرط فشار اویه کوچک): بنام سندروم لکیونر (Lacunar) نیزیاد میگردد، که از باعث احتشای های کوچک، متراکم و دو طرفه بوجود می آید. هجمات سکته های مغزی موجود میباشد و سیر پیشرونده دارد. نشانه اساسی عصبی این اختلال همانا فلنج کاذب بصلی میباشد که یکجا بالنگش قدم، عالیم دو طرفه طرق طویله، کلالت زبان، وجه خالی از افاده و سایر عالیم عصبی، ساق مغز و نیورون علوی، همراه میباشد.

خصوصیات عمده زوال عقلی که از باعث احتشای های کوچک مغز بوجود می آید عبارت از بدترشدن حالت بیمار بشکل پته زینه میباشد یعنی قدم به قدم خراب مشود و این حالت دومین علت زوال عقلی است. الکھولیزم سومین علت ان میباشد. فقدان ویتامین بی یک باعث آفت در تلاموس متوسط، داینسفالون و ساقه مغز میشود.

علاوه بر این احتشای های کوچک، متراکم و دو طرفه بوجود می آید. هجمات سکته های مغزی موجود میباشد و سیر پیشرونده دارد. نشانه اساسی عصبی این اختلال همانا فلنج کاذب بصلی میباشد که یکجا بالنگش قدم، عالیم دو طرفه طرق طویله، کلالت زبان، وجه خالی از افاده و سایر عالیم عصبی، ساق مغز و نیورون علوی، همراه میباشد.



شکل ۲-۱ ستی سکن مریضی الزاهاایمر که اترووفی قشری را نشان می دهد، میزابه ها و تلفیف های متبارز و توسع بطینات

تشخیص تغیریقی

(۱) زوال عقلی قشری ناشی از احتشاهای متعدد: به جدول ۸-۷ مراجعه شود:

تداوی: هدف اساسی وقايه نمودن ابتدائي فكتورهای خطر میباشد (مثلاً بلند بودن سویه شحمیات در خون، دود کردن سگرت، چاقی، دیابت شکری و فرط فشارخون) و هدف از وقايه نمودن ثانوی همانا شناسائی اختلالات التهابی وعائی میباشد که به شکل مقدم باید اجرأگردد.

اثرات یک سکته مغزی کاملاً برگشت پذیر نمی باشد اما حملات اسکیمی گذری میباشد، که باید با ادویه ضد تحری خون تداوی گردد. هم چنان از ادویه یی که باعث جلوگیری از یکجا شدن صفیحات دمویه در خون می گردد نیز میتوانیم سکته های مغزی را تداوی نمایم. افسردگی در ۶۰٪ فیصد حالات یک اختلال عمده است که میتواند توسط ادویه ضد افسردگی تداوی گردد. جهت تداوی فلنج بصلی کاذب میتوان که از اماتادین یا L-dopa استفاده شود.

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

مشخصات	زوال عقلی قشری	زوال عقلی تحت قشری	زوال عقلی تحت قشری
ا. ناحیه آفت		قشر (جهی، صدغی، جداری و فص قفوی) و هائپوکمیل	تحت قشر (تلموس، عقدات قاعده‌ی و ساق مغز)
ب. مثالها	مریضی الزهایمر	کوری هانتنگتون؛ مریض پارکسون، فلچ پیشرونده فوق هستوی؛ مریضی ویلسون	
iii. شدت	شدید	از خفیف الی متوجه	
iv. شخصیت	نورمال	افسرده	
v. سیستم حرکی			(a) وضعیت
	نورمال	مختل شده (به شکل متوقف)	(b) قدم
	نورمال	مختل شده (بی موافقی یا اتاکسی)	(c) حرکات
	نورمال	مختل شده (کوری، شخی، رعشه)	(d) فعالیت
	نورمال	مختل شده (آهسته)	(e) تکلم
vi. حالت روانی	نورمال	مختل شده (کلالت زبان، آواز پائین)	
	افزاری		(a) زبان
	فراموشی	نورمال است	(b) حافظه
	میگردد (متوجه)	فراموش کاری	(c) مهارت‌ها
		مختل میگردد (شدیداً)	(d) شناخت
		مختل میگردد (شدیداً، فراموشی، اپراکسی، اگنوژی، عدم محاسبه)	
vii. اسباب مهم		فوج فرق قاعده‌ی پیشرونده	(e) زوال عقلی شیخی
		کوری هانتنگتون	زوال عقلی قبل از شیخی
		مریضی پارکسون و ویلسون	مریض الزهایمر و غیره

جدول ۷-۶ نظاهرات که زوال عقلی کاذب را از زوال عقلی حقیقی تفرق می‌نمایند

مشخصات	زوال عقلی کاذب	زوال عقلی کاذب	زوال عقلی
I. تاریخچه و سیر			
* تاریخچه گذشته روانی			احتمال اش کم است
* شروع مریضی			تاریخ شروع با اندکی دقت (تحت الحاد، هفته‌ها)
* دوام اعراض			طویل المدت (ماه‌ها)
* ازدست دادن مهارت‌های اجتماعی			مؤخر
* تغییرات روزانه			به شکل مقدم متابز می‌گردد
* کوشش از عهده برآمدن			از طرف صحی بدتر می‌گردد
			خراب است

در بسیاری اوقات آگاهی ندارد پیشرفت آهسته	موجود است پیشرفت سریع	* آگاهی فامیل از شدت عدم کفایه مرض * سیر
سازگار با فشار و تصادفی فراخ نایابی دار بی تفاوت و سطحی کوشش غیر مناسب نگرانی ندارد بسیار کم و میهم است	نامتجاس باشد بطی یک سیلا به تنگ یکنواخت وابستگی فراگیر بی توجه تحت فشار بودن از بین رفتن شناخت و افز	II. تظاهرات کلینیکی * رفتار * پرسه افکار * محتوی افکار * عاطفه * مزاج * آرائی * در مرور مرضی نگران بودن * شکایت
کوشش می کند مقاومت کند دچار غلطی می گردد اشتباه گرفتن واقعات غیر معمول برای واقعات معمول باند کی غلطی فوری و قریب (خالیگاه ندارد) با کامیابی خوش می شود. ندارد	به اسانی منصرف می گردد در بسیاری اوقات محافظه می گردد خوبتر و بالاتر از تفاضل از نوع (نه می دانم) غلطی های واضح فوری، قریب و خالیگاه دارد ناکامی رانشانده می کند بسیار زیاد است	III. آزمایش‌های شناختی * انگیزه * توجه * جهت یابی * جواب * محاسبه ساده * از بین رفتن حافظه * عکس العمل در بر ارزیابی * تنوع در اجرأت
فراخ عکسات موجود است.	نورمال نورمال	IV. معاینه فیزیکی * قدم زدن * عکسات
بطنیات بزرگ میگردد اتروفی قشری (در واقعات رجعی نورمال است) فعالیت میتابولیکی کم می گردد ممکن کم شود (متاسب به شدت زوال عقلی میباشد)	نورمال است (به استثنای افراد مسن) نورمال در بسیاری اوقات نورمال نورمال	V. تحقیقات لابراتواری * سی.تی.سکن * اوست تعداد سی.تی.سکن * پت سکن * جریان خون مغزی
ممکن بدتر گردد	خوب می گردد	VI. تداوی ادویه ضد افسردگی یا ECT

جدول ۷.۷. ادویه‌یی که برای تداوی اعراض شناختی درمیریضی الزهایم استفاده می‌گردد

(A) نهی کننده‌های افزایش کولین ایستراز

Physostigine -

metrifonate -

Tacrine -

Galantamine -

Donepezil -

Eptastigmine -

Rivastigime -

(B) مستحضرات مسکارینیک

Xanomeline -

SB202026 -

Milaneline -

(C) سایر ادویه (تحت مناقشه)

Selegiline -

Indomethacin -

- مقادیر زیادی ضد اکسیدانت‌ها (ویتامین‌های سی و ای)

(c) زوال عقلی توأم با نوشیدن الکھول

لوحه اساسی زوال عقلی که از باعث نوشیدن الکھول بوجود می‌آید و کدام علت دیگری برای زوال عقلی موجود نمی‌باشد. اینکه به تشخیص رسیده باشیم تغییرات روانی زوال عقلی باید حد اقل سه هفته بعد از ترک نوشیدن الکھول موجود باشد.

اپیدیمولوژی

نوشیدن الکھول سومین سبب عمدی زوال عقلی می‌باشد. در هندوستان به اندازه زیادی در مردان تشخیص می‌گردد. زوال عقلی ۱۵-۲۰ سال بعد از نوشیدن زیادی الکھول بوجود می‌آید.

سبب شناسی و پتانلوژی

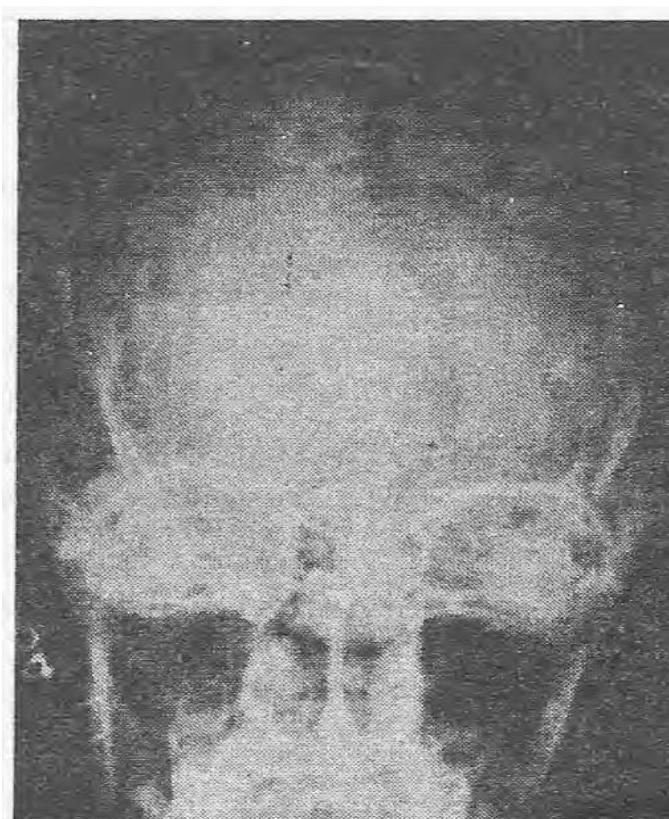
کمبود تیامین باعث آفات تلموس وسطی، دای اینسفالون، آفات اطراف بطنیات، و نواحی علوی ساق مغز می‌گردد و این آفات یکجا با ازبین رفتن محراقی حجرات و خونریزی‌های کوچک همراه می‌باشد فصل‌های

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

لوجه کلینیکی

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

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



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

تشخیص تفریقی

۱- اختلالات نسیانی الکهول

۲- سایر اسباب زوال عقلی

تداوی

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

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

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

(d) مریضی پیک

در ۱/۵٪ واقعات به قسم مریضی الزهایمر عام بوده و از نظر کلینیکی سیر مرض تداوی و انذار هر دو مریضی غیر قابل تمیز میباشد. دریافت های اوتوپسی نشان دهنده گلیوزس (gliosis)، تورم سایتوپلازیک نیورونی (حرجات پیک) و اجسام مدور ارجنتوفیلیک نیورونی (اجسام پیک) میباشد. ازین رفتن حافظه نظریه مریضی الزهایمر کمتر تصادف میگردد، و نتیجه شناختی به شکل سندروم افازی کپرکتیک (aphasicapractic) یا تشوش در تفاوت گیری جزئی مشخص می گردد.

مشکلات حسی در بسیاری اوقات با دلیریوم یکجا میباشد.

(e) مریضی ها ننگتون

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

f) پارکینسون

این مریضی توسط کم شدن حرکات، شخی عضلی، رعشه و تشوش در عکسات وضعیتی مشخص می‌گردد. در ۱۳ مریضان زوال عقلی بوجود می‌آید شیوع مرض ای ۲ در هر فی ۱۰۰۰ است.

g) مریضی ژاکوب-کوروتسفلد (Creutzfeldt-Jacob)

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

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

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

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

زوال عقلی ناشی از ایدس ممکن از باعث انتان ویروس نقص معافیتی انسانی (HIV)، تومورهای داخل قحفی، انتانات (تشوش در سیستم معافیتی) و تأثیرات غیرمستقیم

مریضی های سیستمیک بوجود آید. تظاهرات ابتدائی مریضی به شکل بی علاقگی، تأخیر عقلی حرکی (اشباهه افسردگی تلقی می‌گردد) از بین رفتن حافظه و تشوش در توجه (بدون موجودیت افازی، اپرکسی) (تصادف می‌گردد).

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

اختلالات روانی و عصبی ایدس قرار ذیل است:

اختلالات حاد

۱. دلیریوم

۲. اختلالات تطبیقی

اختلالات مزمن

۱. زوال عقلی ایدس

۲. اختلالات هذیانی عضوی

۳. برسام عضوی

۴. اختلالات عاطفی عضوی

۵. اختلالات شخصیتی عضوی

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

این اختلال نادر توسط فلج فوق هستوی، نمای شبه پارکتسون و زوال عقلی متصف می‌گردد. شروع مرض عموماً در سنین ۵۰-۶۰ سالگی می‌باشد و ممکن در ۱۲-۲۰ سال باعث مرگ گردد. دریافت‌های ابتدائی مرض عموماً به شکل غیر ثابت بودن وضعیتی با افتیدن‌های بسیار آسان و از بین رفتن حافظه یا افسردگی تصادف می‌گردد. هم چنان شخصی محوری دریافت‌های فلح بصلی کاذب، متأثر شدن دید طرف پائین و عدم کفایه حرکات آزاد چشم‌ها موجود است.

جدول ۹.۷ چگونه یک مريض دچار زوال عقلی مراجعه می‌کند

- * ازدست دادن قابلیت‌های عالی (محضوصاً حافظه) غیرمتاسب با عمر
- * تشوش در حالت شعوری موجود نیست.
- * فراموشی بسیار زیاد (محضوصاً اسم‌ها)
- * کم شدن تمرکز فکری برای وظایف
- * مشکلات در تصمیم‌گیری
- * مشکلات در پیدا نمودن لغات
- * تشوش قابلیت و استعداد در آموختن معلومات جدید
- * تخرشیت، انزواج‌های هیجانی، مراج ناپایدار
- * نادیده گرفتن عادات زندگی
- * کاهش در علاقه‌گیری اجتماعی و فامیلی
- * کاهش در علاقه‌گیری های شغلی و تفریحی
- * بلدرشدن روز به روز عادات مثلاً لباس پوشیدن و مخصوصاً مهارت‌های آموخته شده.
- * تشوش در خواب، اخذ مواد غذائی و تشوش در حفظ الصحفه شخصی

* کاهش احساس نمودن مسئولیت در برابر دوستان و فامیل

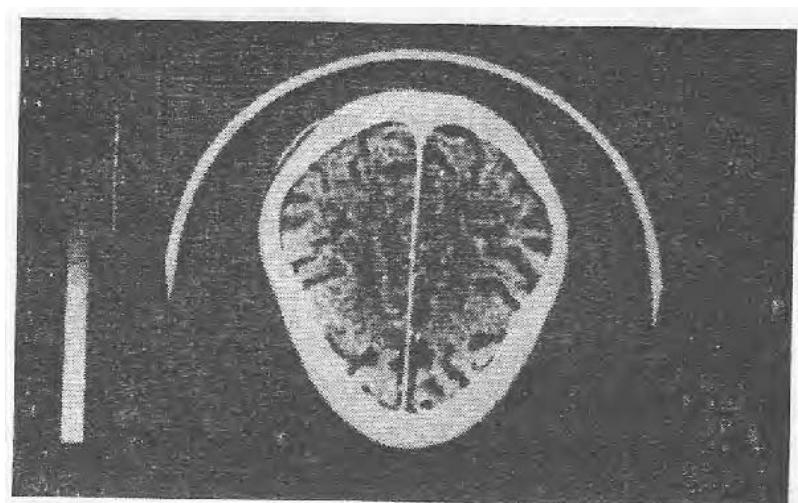
* شروع تدریجی و سیر بدتر شونده و پیشرونده

این پروسه زوال عقلی متشکل از تشویش توجه، ناپایدار بودن هیجان و فراموشی میباشد افازی، اپراکسی، اگنوژی وجود ندارد. ادویه چون برومومکرپتین یا Methysergide در بعضی مریضان مفید پنداشته شده است.

(J) مریضی ویلسون

یک اختلال ارجاعی اتوژومی میتابولیزم مس میباشد و متصف به عدم کفایه کبدی، دیستونیا، بی موازنگی مخیخی، رعشه قصدی و اعراض روانی چون بدتر شدن کارمکتب و رفتار اجتماعی، زوال عقلی، نیوروز شدید شیزوفرینی یا سایکوز مانیک افسردگی می باشد. شیوع مرد در هر میلیون افراد ۲۰ الی ۲۶ نفر است. تشخیص مرد دریافت های چون کم شدن سویه سیرولوپلازمین سیروم خون، اطراف ۲۴ ساعت مس در ادرار که اضافه تر از 100mg باشد، سویه بلند مس در بیوپسی کبدی (دریافت های سیروز کبدی و هیپاتیت مزمن فعال است) و حلقه های طلائی نصواری که در سطح خلفی قرنیه موجود است، صورت می گیرد.

سی. تی. سکن و ام. آر. آی آفات متناظر پوتامین را نشان میدهد.



شکل ۷-۳ ستی سکن (راس) نشان دهنده میزابه ها و تلفیق های متبارز، اترووفی قشری و بطینات متواضع (یشنهد کننده دمانس)

(K) هایدروسفلوس با فشار نورمال

معمول ترین علت اختلال عضوی شخصیت ترضیض راس است.

لوحة کلینیکی مقدم و پایدار مرض عبارت از قدم زدن اپراکسیک میباشد. یعنی یک قدم زدن به شکل برهم و درهم میباشد و تمایل دارد که پا به زمین چسبیده باشد (Magnetic Gait) یا قدم زدن آهن ریائی) این مریضان زمانی که در بستر باشند پای خود را خوب حرکت میدهد که بعضاً با حالت استازیا، ابازیا مغالطه می گردد که حالت اخیر در مریضان اختلال تبدیلی موجود است.

لوحة کلینیکی مشابه پارکنسون است اما مریضان دچار هایدروسفلوس، نیاز شدید در رفع ادرار و بی اختیاری ادرار دارند و تغییرات اندک تشویش توجه و فعالیت کلامی نیز دارند. دریافت های سی.تی.سکن و ام. آر. آی نشان دهنده بزرگ شدن بطنیات، مدور شدن زاویه (بین هسته ذنب دار و جسم کلوزوم و انحراف میزابه قشری، میباشد. از شنت های بطینی اذینی یا بطینی پریتوانی استفاده می گردد تا فشار داخل بطینی کاهش داده شود.

(L) سفلیس عصبی

(i) ستون ظهری (Tabes dorsalis) : این حالت با از بین رفتن پوش میالین ستون خلفی نخاع شوکی و جذور عصبی ظهری متصف می گردد. تظاهرات عمدی کلینیکی عبارت است از بی موازنگی، مریضی عاری از درد در مفاصل (مفاصل چارکوت)، دردها به شکل برق گرفتگی مخصوصاً در اطراف، درد یا کرختی در حوصله، اتروفی عصب بینائی، فلنج عصب سوم، کرختی پاها و حدقه ارجل رابرتسون (حدقه کوچک که در مقابل نور عکس العمل ندارد) بحرانات دردهای شدید، حتی ممکن به احتشام سرایت نماید.

(ii) فلنج ناتام عمومی اینسن: تظاهرات آن تقریباً ۵ الی ۲۵ سال بعد از انتان ابتدائی بوجود می آید. سپایروکت ها ممکن در مغز دریافت گردد. شروع مریضی تدریجی بوده اما ممکن در ۳۰ الی ۵۰ فیصد حالات ناگهانی باشد.

لوحة مشخص آن عبارت است از:

* تغییرات شخصیت

* تغییرات شناختی

- * تصویر کلاسیک. زوال عقلی ساده ۲۰ الی ۴۰ فیصد، افسردگی ۲۵ فیصد، بزرگ منشی ۱۰ فیصد و سایر اعراض(شیزوفرینیا پارانوئید، نیورواستینی) ۱۰ فیصد.
 - * تکلم سلورد (slurred)، رعشه خفیف، و حدقه ارجل را برتسون.
- (iii) سحایائی وعائی: معمولاً ۵ سال بعد از انتان ابتدائی بوجود می آید تغییرات پتالوزیکی همانا التهاب و مایع اگزو داتیف در لیپو منج و مفاصل التهابی موجود است. ظاهرات عمدہ کلینیکی مشتمل می گردد بر سردردی، کسالت، تنبی، تخرشیت، دلیریوم، زوال عقلی و تشوشات اعصاب قحفی مخصوصاً عصب بصری و عصب هشتم. معاینات لا بر اتواری جهت دریافت آنتی بادی های تریپانیمل مشتمل می گردد بر تست های جذب دوباره آنتی بادی های فلوریسنت تریپانیمل و یا اندازه گیری تحثر دموی ذروی میتواند نتایج منفی غلط را جدا بسازد. تداوی انتخابی سفلیس عصبی همانا تزریقات پنسیلین ۶ الی ۹ میلیون واحد به دوزهای کسری در یک دوره ۲ الی ۳ هفته میباشد.

(m) آنسفالیت ناشی از ویروس هرپس سمپلکس

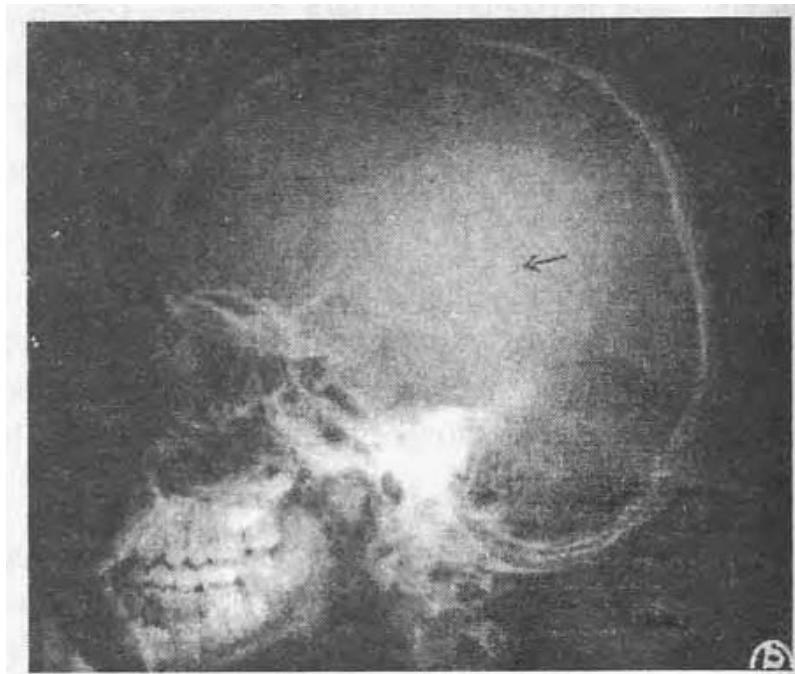
بعد از مریضی ایدس، این مریضی یک آنسفالیت شدید دوره ئی را در ایالات متحده تشکیل میدهد. این آنسفالیت با تب و علایم محراقی مخصوصاً علایم لوپ صدغی شروع می شود. عدم جهت یابی (دلیریوم) لوحه بد گمانی، تنبی، زوال عقلی، ضعیفی نیم بدن و حملات اختلاجی به شکل معمول بوجود می آید و تقلید از اعراض و علایم یک تومور فص صدغی را تمثیل می نماید.

در نوار برقی مغز امواج تیز ناحیه صدغی را نشان می دهد.

مریضی در ۷۰ فیصد حالات کشنده است ولی ۳۰ فیصد مریضان دچار زوال عقلی و نقایص محراقی شدید می گردد.

tedاوی ابتدائی با acyclovir ضروری میباشد.

اختلالات عمدہ روانی که یکجا با فلج عمومی (GPI) ، کوری ، و ویلسون دریماری زوال عقلی پیشرونده دیده میشود .
--



شکل ۴-۷ رادیوگرافی قحفی (منظوره جنبی) نشان دهنده افات متعدد تکلسی بوده (نیوروسیستی سرکوزس)

III. سندروم نسیانی عضوی

مشخصه عمده این سندروم تشوش حافظه نزدیک و دورمی باشد که در حالت هوشیاری نورمال بوجود می آید.

سبب شناسی

اسباب این سندروم عبارت است از ترمیض رأس، مداخله جراحی، کم شدن اکسیژن خون، احتشامغزی در ناحیه شراین خلفی مغزی و انسفالیت ناشی از ویروس هپیس سمپلکس می باشد.

شکل عمده سندروم نسیانی همانا کمبود تیامین است که ازباعث استفاده دوامدار الکھول بوجود می آید.

افسرده گی معمول ترین علت زوال عقلی کاذب است، در این حالت بیمار در مورد بیماری دچار افسردگی شده و از ضایعات شناختی شاکی میباشد اما در زوال عقلی بیمار به چیزی فکر نمی کند و نادرآ شاکی میباشد.

لوحه کلینیکی

شخص مصاب به سندروم نسیانی از یک طرف قابلیت آموختن جدید را ندارد و از جانب دیگر نمی‌تواند آموخته‌های قبلی را به خاطری‌باورد.

هم چنان نزد مریض بی علاقه‌گی، اظهارنmodن درد دل، فقدان درابتکار و فقدان هیجان دیده می‌شود. نظر به معیارات تشخیص ICD-10 مشتمل می‌گردد بر از بین رفتن حافظه فوری، عدم موجودیت تشوش در ذخیره و بازگوئی قریب، توجه، حالت شعوری و فعالیت‌های عمومی عالی و بالاخره عدم موجودیت تشوش شواهد در تاریخچه یا شواهد قابل دید آفات یا جرحة مغزی (مخصوصاً زمانی که دای اینسفالون یا نواحی انسی لوب صدغی مصاب شده باشد).

تشخیص تفریقی

- ۱- دلیریوم
- ۲- زوال عقلی
- ۳- فراموشی گذری عمومی
- ۴- اختلالات ساختگی همراه با اعراض روانی

در معاینه سی تی سکن مغز میزابه‌های متبارز،
اتروفی قشری و توسع بطینات به زوال عقلی دلالت
می‌کند.

تداوی

قدم عمده و مهم در تداوی همانا تداوی نمودن سبب اصلی می‌باشد (فقدان تیامین) تدابیر محافظه‌کار مشتمل می‌گردد بر استفاده از تدابیر کمکی برای حافظه، و تبدیل محیط، مریضی سببی روانی (اضطراب یا افسردگی) باید توسط ادویه تداوی گردد.

آفات اجسام Mamillary و هایپوکمپل درسایکوزس
کورساکوف دیده می‌شود.

IV- اختلالات هذیانی عضوی

لوحه اساسی این اختلال موجودیت هذیانات می‌باشد که در حالت شعوری نورمال بوجود دمی آید و علت آن یک فکتور سببی وصفی پنداشته می‌شود.

سبب شناسی

- امفيتامين، حشيش، برسام آوران، الکھول (برسام آوران مثل لیزرجیک اسید دای ايتايل آمايد ممکن باعث اختلال هذيانی عضوی گردد، برسامات فلش بک)
- صرع نوع فص صدغی که در آن ممکن سندروم هذيانی عضوی بین حملوی بوجود آيد.
- کوری هانتنگتون (لوحه بدگمانی متبارز تراست).
- آفات مغزی (درنیم کره غیرمتبارز).
- مولتیل سکلروز، سیستمیک لوپوس اریتماتوزس، مریضی ویلسون.

لوحه کلینیکی

هذيانات از نوع آزار و اذیت عام میباشد. مسخ شخصیت و برسامات ممکن موجود باشد اما متبارز تر نخواهد بود. هم چنان تشوش خفیف شناختی، سردرگمی، لباس پوشیدن ژولیده، اینارملتی های فعالیت روانی حرکی نیز موجود است.

تشخیص تغیریقی

- ۱- دلیریوم
- ۲- برسام عضوی
- ۳- سندروم عضوی مزاجی
- ۴- اختلالات روانی غیرعضوی.

تداوی

سبب اصلی نیاز به شناسائی داشته و بعداً باید تداوی گردد. حالاتی که از باعث مشکلات در فص صدغی یا دای اینسفالون بوجود می آید ممکن توسط ادویه ضد اختلال مخصوصاً کاربامازپین تداوی گردد. ادویه نیوروپتیک ممکن برای کنترول اختلال هذيانی استفاده گردد.

V. برسام آوران عضوی

لوحه اساسی موجودیت برسامات معند و متکرر می باشد که در حالت شعوری کامل بوجود آمده و ارتباط به یک فکتور وصفی عضوی دارد.

سبب شناسی

سبب عمدہ برسامات تجربید شده عبارت از تسمم میباشد مواد برسام آور، فن سیکلیدین و حشیش از مواد عمدہ مضره میباشد اما ادویه یی که جهت تداوی استعمال می گردد مثل دیجیتال، مستحضرات ضد اریتمی، سیمیتیدین، مقدار بلند پنسیلین وریدی و انواع مستحضرات آنتی کولینرجیک و سایر دواها مانند؛ ادویه ضد اختلاج، آنتی سایکوتیک ها و مسکنات در مقادیر بلند میتواند باعث بوجود آمدن برسامات گردد. سایر اسباب احتمالاً میتواند محرومیت های حسی مانند؛ کوری و کری، حملات محراقی که در فص صدغی و قفوی باشد، تومورهای فص قفوی، سکته های معزی (احتشاء) و نیم سری کلاسیک را در برگیرد.

لوحه کلینیکی

مواد برسام آور و یا کوری در بسیاری اوقات باعث برسامات بصری می گردد اما الکھول یا کری میتواند باعث برسامات شنوائی گردد. هذیانات بسیار متبارز نمی باشد و تنها مرتبط به محتوی یا عقیده حقیقت برسام تلقی می گردد. ممکن حوادث جدی بوجود آید که علت آن فرار از برسامات ترسناک فکر شده است.

تشخیص تغیریقی

۱- سایر اختلالات عضوی: در مریضان دچار دلیریوم برسامات زمانی بوجود می آید که حالت شعوری مریض دچارتشوش باشد و در مریضان دچار زوال عقلی برسام موجوده مترافق با ازبین رفتن عمومی قابلیت های عالی میباشد. درستروم هذیانی عضوی برسامات تحت شعاع هذیانات باز قرار می گیرد اما درستروم مزاجی عضوی تشوش عمدہ در مزاج میباشد.

۲- شیزوفرینی و اختلالات عاطفی.

۳- برسامات فزیولوژیک قبل و بعد از خواب.

۴- سندروم چارلزبونت (Charles Bonnet Syndrome): به برسامات کاذب بصری گفته میشود و در افراد مسن که دچار کم شدن فعالیت بصری باشند اتفاق می افتد.

تداوی

بهتر است قبل از اینکه تداوی دوائی صورت گیرد با مریض گفتگو صورت گیرد. در صورت برسامات معنده تداوی با هالوپریدول ۵ میلی گرام روزانه یا کاربامازپین الی ۲۰۰ میلی گرام روزانه ممکن صورت بگیرد.

جدول ۷ - ۱۰ اسباب سندروم مزاجی عضوی

نوع هانيا	نوع افسردگی
۱-ادویه	<p style="text-align: center;">۱-ادویه</p> <p>کورتیکوستیروئید ها، کورتیکوتروپین، تایبروتروپین، ال - دوپا، نهی کنتنه های مونوامینو اکسیداز، بروموکرپتین، کوکائین، افیتامین، بکلوفین</p> <p>* ادویه ضد فشارخون مثلاً ریزربین، کلونیدین، میتابل دوپا، بیتا بلاکرها مانند پروپرانولول، بلاک کنتنه های چیل کلیسم مثل ویراپامیل، ادویه ضد سایکوز و انتی هستامینیک ها.</p> <p>* سایر ادویه دایسلفیرم، متوكالوراماید، ادویه که جهت جلوگیری از حمل استفاده می گردد، پروپایل تیو یوراسیل، الکھول، ادویه خواب آور.</p>
۲-اختلالات اندوکراین	<p style="text-align: center;">۲-اختلالات اندوکراین</p> <p>هایپرتایروئیدیزم، سندروم کوشنگ، مریضی ادیسون، هایپر و هایپوپاراتایروئیدیزم، بلند شدن سویه پرولکتین خون هایپوگلاسیمی، بعد از ولادت و یا قبل از تحیض</p>
۳-اسباب میتابولیک	<p style="text-align: center;">۳-مویضی های میتابولیک</p> <p>بلند شدن سویه کلسیم خون زیاد شدن کلیسم خون، فقدان نیامین پلاگر، فقدان سیانو کربال امین</p>
۴-انتانات	<p style="text-align: center;">۴-انتانات</p> <p>سفلیس عصبی انفلویتزا؛ سفلیس عصبی، ایدس سندروم فقدان سیستم معافیتی کسیبی که از باعث ویروس ایستین بار وجود می آید.</p>
۵-وعائی مغزی	<p style="text-align: center;">۵-وعائی مغزی</p> <p>احتشآهای مغزی سکته های وعائی مغزی</p>
۶-سایر مریضی ها	<p style="text-align: center;">۶-سایر مریضی ها</p> <p>مولیل سکلروز، اختلالات اختلاجی، سیستمیک لوبوس اریتماتوزس و غیره پارکتسون، کوری هانتگتون، اختلالات اختلاجی، مریضی سجوگرین (Sjogreus)، التهاب شرائین صدغی</p>

VI . سندروم مزاجی عضوی

لوحه مشخص این سندروم عبارت از تشوش در مزاج است که شباهت به یک هجمه مانیا و یا هم هجمه افسردگی اساسی دارد و علت اساسی آن یک فکتور وصفی عضوی میباشد.

سبب شناسی

جدول ۷ - ۱۰ دیده شودا

لوحة كلينيكي

علايم كلينيكي اين سندروم مشابه به يك هجمه مانيا و يا يك هجمه افسردگي اساسی مي باشد. شدت اين تشوش ميتواند از اندازه خفيف الى شديد فرق نماید.

تشخيص تفريقي

- ۱- ساير اختلالات عضوي (دليريوم، زوال عقلی، برسام عضوي سندروم هذيانی عضوي)
- ۲- اختلالات وظيفوي مزاج
- ۳- سندروم عضوي شخصيت

تداوي

تداوي موافقانه سندروم عضوي مزاجي عبارت از بر طرف ساختن سبب اصلی آن است در صورت که سندروم مزاجي با بر طرف ساختن سبب اصلی تداوي نگردد از ادویه ضد افسردگي (نوع مزاجي) و از تداوي مشترك ليتیوم و ادویه ضد سایکوزس (نوع مانيك) استفاده ميشود.

VII- سندروم عضوي شخصيت

لوحة مشخص اين سندروم عبارت از تغيرات قابل ملاحظه شخصيت مي باشد که از باعث يك فكتور وصفي عضوي بوجود مي آيد، اما کدام علت ديگري چون سندروم روانی عضوي بوجود نمي باشد.

سبب شناسی

عوامل عمده مانند تومورها مثلاً گلیوما، منجیوما های فص جبهی، جروحات رأس بشمول سندروم بعد از ترمیض، مریضی های وعائی، صرع فص صدغی، سفلیس عصبی و مولتیپل سکلروزس در بوجود آمدن مریضی دخیل بوده ميتواند.

جدول ۱۱-۷ اسباب سندروم عضوي اضطراب

I. استفاده از مواد

- * تباکو و يا قطع الكهول
- * تسمم كافيين

* استفاده زياد از مستحضراتي که سيستم سمپاتيک را تبه مي کند و يا منبهات عصبی.

* قطع ادویه مسكن و يا بعضی از ادویه ضد فشارخون.

II- اختلالات اندوگراين

* فيوکروموسايتوما

* زيادشدن فعالیت غده تاپرايد

* کاهش سويه قند خون که به شکل عکس العمل بوجود مي آيد.

- * مرضی ادیسون
- * فقدان هورمون های غده تخامیه
- * سندروم کوشنگ
- * زیاد شدن فعالیت غلدوات پارا تایرايد.

III- اختلالات سیستم عصب مرکزی

حملات قسمی مغلق

- * حملات اسکیمی گذری دماغی
- * تومورهای مغزی
- * موتیل سکلروزس
- * هماتوم تحت آمُ الصلبة
- * مرضی هانتنگتون
- * مرضی ویلسون

IV - سایر حالات

برولپس دسام مایترال، کوری هانتنگتون، اختلالات میتابولیک یوریسمی، هایپوکسیمی، اختلالات سیستم اندوکرین (مثلاً مرضی های تایرايد و قشر محفظه فرق الکلیه) و خوردن بعضی از مواد معین.

لوحه گلینیکی

مشخصه عمده این سندروم ناپایدار بودن هیجانات و تشوش در کترول انگیزش و یا قضاوت اجتماعی، انزجار مزاجی، گریه های که ازباعث تحریک شدن و یا عدم تحریک باشد و بی احتیاطی جنسی پنداشته میشود. در صرع نوع فص صدغی پرگویی و دراز نویسی قابل ملاحظه هم در نوشتن و تکلم، مذهبی بودن و بعضاً از دیاد پرخاشگری دیده میشود.

تشخیص تفریقی

- ۱- زوال عقلی
- ۲- اختلالات مزاجی عضوی
- ۳- اختلالات نقیصوی توجه
- ۴- اختلالات غیر عضوی
- ۵- تغییرات شخصیت در صرع

جدول ۱۲.۷ انواع مختلف تسممات ناشی از ادویه

مسمومیت	ادویه
۱- سلوکی الف: گنگیت	<p>بنزودیازپین، ضد اختلال، فینوتیازین، ادویه سه حلقه ئی ضدافسردگی، انتی هستامین، ادویه که باعث کاهش فشار می گردد</p> <p>قطع باریتورات ها یا بنزودیا زپین، بیتابلاکرهای میتاپل دوپا، کلونیدین، ریزرپین، بکلوفین، فین فلورامین.</p> <p>بنزودیازپین، ادویه ضداختلال، لیوادویا کاربی دوپا، لیتیوم، نیورولپتیک ها</p>
ج: سلوکی	
۲- دلیریوم	<p>ادویه آرام کننده و خواب آور(باریتورات ها، بنزودیازپین ها، بروماید ها و فینوتیازین)، ادویه قلبی (دیجیتال ها، دیورتیک ها، بیتابلاکرهای، انتی کولیزجیک ها مثل اتروپین، هایوسین ادویه سه حلقه ئی ضدافسردگی و ادویه ضد پارکنسون)</p> <p>ادویه که باعث تعویت تاثیرات دوپامین میگردد (لیوادوپا، برومومکربتین، آماتادین) ادویه ضد توبرکلوز(ایزوپنیازید، ریفامپین، سایکلوسیرین)</p> <p>ادویه ضد اختلال (فینیتوئین، والپورات)</p> <p>انتی بیوتیک ها (سترپتو مایسین، سولغا)</p> <p>قطع ادویه (الکهول، باریتورات ها، بنزودیازپین ها و کلور میتاژول) سایر ادویه (دایسلفوریم، سیمیتیدین، کلوروکین، ادویه فمی ضد شکر و پیرازین).</p>
۳- پارانوید یا شبه شیزوفرینی	<p>ادویه که باعث بوجود آمدن برسام می گردد (لایزر جید، پسیلو سایین، مسکالین، فینسیکلیدین، و حشش)</p> <p>منبهات (امفیتامین ها، کوکائین، ادویه تنبه کننده اشتها ادویه که باعث کاهش احتقان بینی می گردد)</p> <p>ادویه که باعث افسردگی می گردد (الکهول، باریتورات ها، انتی هستامین ها، بروماید ها، کلورال، ادویه ضد اختلال) ادویه ضد پارکنسون (لیوادوپا، برومومکربتین، انتی کولیزجیک) ادویه قلبی و عانی (دیجیتال ها، هایدرالازین، میتاپل دوپا، دیسوپیرامید، سترامومیوم)</p> <p>ادویه ضد انتانات (ضد توبرکلوز، ضد مalaria، انتی بیوتیک ها، آهن ها (سرپ، ارسینیک، تالیوم)</p> <p>سوم، سبزیجات (ارگوت، لاتیرس و سمارق ها) سایر ادویه</p>

<p>(ستیروئید ها؛ ادرینو کورتیکو تروپیک هورمون؛ اندومنتا سین و دایسلفیرم.</p> <p>ادویه سه حلقه نی ضد افسردگی و با نهی کننده های مونو امینو اوکسیداز؛ ستیروئید ها ادرینو کورتیکو تروپیک هورمون، لیودوبا؛ او بیات ها، سیکلیزین؛ امتدابن، امینوفیلین، اسپرین؛ برومو کربین؛ امئیتامین</p> <p>ادویه که باعث کاهش فشارخون گردد (ریزپین، میاتیل دویا، کلورنیدین)</p> <p>آزم کننده های اساسی (کلوربرومازین، نیوریدانزین، هلوبریدول، فلوفینانزین، فلوبوتیکزول) قطع منبهات (امئیتامین، فین فلورامین) سایر ادویه (لیوادوبا؛ ستیروئیدها و ادویه فی ضد حاملگی.</p>	۴-هایپومانیا و مانیا ۵-افسردگی
--	---

تداوی

رفتار تند و خشن میتواند با ادویه ضد سایکوزس، کاربامازپین، لیتیوم یا پروپرانولول جواب دهد. درصورتیکه عامل سببی صرع باشد میتوان از کاربامازپین استفاده نمود. درصورتیکه مریض دچار جروحات رأس گردیده باشد (سندرروم فص جبهی) نیاز به نظارت، محیط منظم و مراقبت ترقیفی دارند.

VII. سندروم عضوی اضطراب

این سندروم ذریعه حملات پانیک متکرر و متبارز مشخص می گردد، که ارتباط سببی آن فکتورهای عضوی پنداشته میشود. اما در جریان سیر دلیریوم به شکل اشکارا بوجود نمی آید.

سبب شناسی

عوامل اساسی که باعث این سندروم می گردد در جدول ۷-۱۱ درج گردیده است.

تشخیص تفریقی

- ۱- سایر اختلالات عضوی مثل دلیریوم، سندروم هذپانی عضوی.
- ۲- نیوروزس اضطرابی.
- ۳- سایر سایکوزهای غیر عضوی.

تداوی

بر طرف نمودن سبب ابتدائی و تداوی عرضی با ادویه چون بنزو دیازپین، بیتابلاکرها ممکن در تداوی این مریضان کمک نماید.

IX. اختلال کاتاتونیک عضوی

مطابق به نشریه ICD-10 لوحه کلینیکی ذیل برای تشخیص اختلال کاتاتونیک عضوی ضروری میباشد علاوه‌تاً رهنمای عمومی که قبل‌اً جهت تشخیص سایر اختلالات روانی عضوی ذکر گردیده است نیز موجود میباشد.

۱. خواب آلدگی شدید(کاهش یا عدم موجودیت قام حرکات بنفسه‌ی همراه با متیزم قسمی یا تام، منفی بافی و شخی مومی شکل بدن تواً میباشد).

۲. تهیج (تحرکیت بسیار زیاد همراه یا بدون تمایل به حمله میباشد).

۳. هردوحالت سریعاً و به شکل غیرمنتوقع ازحالت کم حرکتی به یک حالت فرط تحرکیت مبدل می‌گردد.
موجودیت سایرحوادث کاتاتونیک باعث ازدیاد اعتماد درتشخیص می‌گردد، اعراض و عالیم کاتاتونیک درفصل پنجم مفصل‌اً شرح گردیده است.

سبب شناسی

اسباب و تداوی اختلال کاتاتونیک عضوی مفصل‌اً درفصل ۲۷ شرح گردیده است.

تمداوی

۱. تداوی سبب اصلی، در صورتیکه دریافت گردد.

۲. تداوی عرضی باادویه ضد سایکوزس و درصورت ضرورت شوک بر قی

X. سندروم‌های مسمومیت و ترک

مشخصات عده این اختلالات در جدول ۷-۱۲ شرح گردیده است.

XI. سندروم‌های روانی عضوی که به شکل ثانوی، پتانوی مغزی را شرح می‌کند

وظایفی که مرتبط به هرینیم کره مغزی می‌گردد قرار ذیل اند:

نیم کره غالب (متبارز)	نیم کره مغلوب (غیرمتبارز)
غیر کلامی و موذنیکی	کلامی
تصویری	نظریاتی
هندسی	علمی
حشره‌ای و غیر خصی	وظایف متوالی
مشتقی	تجزیبی
مقابسی	رفه‌ی

نواحی نیروواناتومیکی و مباحث مریبوط در جدول ۷-۱۳ شرح گردیده است.

ضمیمه I: عوارض جانبی روانی ادویه طبی

گروپ	مثالها	عارض جانبی روانی
I. ادویه ضد فشار Rauvolfia a.	Reserpine Desperidine	خواب ترسناک، افسردگی (تمایل خودکشی) (عصبانیت اضطراب، کاهش لذت جنسی، سندروم شب، پارکنسون)
b. مستحضرات بلاک کننده عقدوی	Tirmetophan Mecamylamine	رعش و کافئینوزن
c. انحطاط کننده های سیستم عصبی سمپاتیک	Guanethidine Methyldopa	افسردگی، پارکنسون، کاهش شناخت، حرکات کوری مانند، خواب ترسناک، افسردگی، سایکوزس، پارکنسون کاهش شناخت، حرکات کوری آپتوز
d. تاثیر بالای عضلات ملسا و عائی e. بلاک کننده های چینل کلسیم	Hydralazine Verapamil	افسردگی، عدم جهت یابی و اضطراب افسردگی
II. ضد اریتمی	Lidocaine Propranolol	تهیج گذری، افسردگی، بیقراری حرکی، سرخوشی برسامات، بیخوابی، عدم هماهنگی
III. گلایکوزیدهای قلبی	Digoxin	عدم جهت یابی، کافئینوزن، افسردگی، افزایی دلیریوم، برسامات (مخصوصاً در اشخاص مسن)
IV. توسع دهنده های اوعیه محیطی	Nylidrin	عصبانیت
V. ضد مکروبی	Sulfadiazine Mafenide Sulfamethizole Sulfacetamide Sulfisoxazole Dapsone sufoxone Cycloserine Ethionamide INH Rifampicin	افسردگی سایکوزس بیقراری حرکی تخریش اگر به خانم های حامله درسه ماه اخیر و اطفال تحت سن ۲ ماهگی داده شود ممکن باشد تأثیر عقلی گردد. عصبانیت، بیخوابی و سایکوزس کافئینوزن، کمالت، سایکوزس، افسردگی، سایکوزس توکسیک، سوزنک زدن، تهیج، و سرخوشی، کافئینوزن
-b -c. ادویه ضد توبرکلوز	Sulfones	
VI. ضد مalaria	Chloroquine Amodiaquin	ضعیفی، انتبلی، عصبانیت، تخریش، سایکوزس و حملات اختلاجی اسپاستیستی
VII. ادویه ضد کرم	Tetrachlorethylene Quinacrine	دلیریوم، سایکوزس.
VIII. ادویه ضد آمیب و ضد ترای کوموناس	Mitronidazole	کافئینوزن، تخریش، افسردگی و بیخوابی
IX. مستحضرات کاهش دهنده کولسترول و ضد شحوم	Nicotinic Acid Dextrothyroxine sodium	عصبانیت و عکس العمل های پانیک بیخوابی، عصبانیت، شکایات عجیب و غریب

عصبانیت، سرخوشی، تهیج، بیقراری حرکی؛ دلیریوم و بیخوابی دیسفوری، خواب ترسناک، برسامات، اعتیاد سایکولوژیک، ناقاری، سرخوشی دیسفوری، برسام، عدم جهت یابی، دلیریوم و اعراض خارج اهرامی	Codeine Morphin, fentanyl, Pentazocin Methadone Meperidine and Cogeners	X - ادویه ضد درد از نوع مخدور
سرخوشی، خواب های عجیب و غریب، برسامات بینائی، عدم جهت یابی، مسخ واقعیت	Levallorphan	XI . انتاگونست های نارگوتیک دار
تشوشات هیجانی؛ فرط تهیه بی قراری کانفیوژن ، تهیج، دلیریوم ، اعتیاد سایکولوژیک کانفیوژن ، عصبانیت و بیخوابی کانفیوژن ، افسردگی و سایکوزس افسردگی ، کاهش تمرکز سرخوشی، دیسفوری؛ و اعتیاد سایکولوژیک تشویش و عصبانیت	Salicylates مشتقات پارامینوفنول اسیتامینوفن و فیناسین Fenoprofen Indomethacin Naproxen Propoxyphene Tolmetin	XII . ادویه ضد درد از نوع غیرمخدور
تبه زیاد، بیخوابی، بیقراری حرکی عصبانیت و رعشه قسمی که در فوق ذکر شد .	Dopamin- Ephedrin Epinephrin Isoproterenol Phenylephrine Metaraminol Phenylpropanolamine Pseudoephedrin تیوفیلین Deriphyllin و امینوفیلین	XIII . ادرینرجیک (ادویه سمپاتومیتیک)
مسخ شخصیت ، افسردگی ، کانفیوژن	Methysergide	XIV . نهی کننده های ادرینرجیک
بیقراری حرکی ، دلیریوم و برسامات سایکوز پارانوئید عدم جهت یابی و دلیریوم سایکوزس	Atropin- homatropine Belladonna benztrpin Biperidin- ethopropazin Glycopyrrrolate Hyosamine Orphenadrin Procyclidin Scopolamine Trihexyphenidyl	XV . نهی کننده های کوایزرجیک
دلیریوم و برسامات عصبانیت ، کانفیوژن ، کاهش موازنہ ، سایکوزس	Tropicamide Scopolamine Insulin	XVI . ادویه میدریاتیک و سایکلوپیازیک

کانفیوژن و پاراستیزی سرخوشی، حالت مانیک و افسردگی، سایکوزس، تحریک شدن حالت هیجانی غیر ثابت و یا تمایلات به سایکوزس	کاهش دهنده های فمی قند خون Corticotropin, cortisol Dexamethason, hydrocortison Prednisolin, triamcinolon	XVII. اسولین و کاهش دهنده های فمی شکر
عصبانیت، بیقراری، تحرشیت زیاد، بیخوابی رعشه تحرشیت، افسردگی، احساس سوزنک زدن، تنبلی، اضطراب و بیخوابی. تفیرات واضح در مزاج	مرکبات تایراید استروجن ها استروجن و بروجسترون مشترک	XVIII. هورمونها
تحرشیت، علم جهت یابی عصبانیت، بیخوابی، بیقراری حرکتی، تحرشیت دلیریوم کانفیوژن	Acetazolamide Ethoxzolamide Xantine Ethacrynicacid Spironolactone	XXI. مدرر
کاهش درمزازنه، تهییج مخصوصاً در اطفال، بیقراری عصبانیت، دلیریوم، حملات تفیرات شخصیت و برسامات	Chlorpheniramin Cyclizine Diphenhydramin Meclizine Promethazine Triprolidine Leucovorin Bromodiphendylamine Carbimexamin maleat	XX. انتی هستامینیک ها
کاهش تمرکز، مختل ساختن خواب، تحرشیت، تهییج توأم با ازدیاد حرکات، افسردگی، کانفیوژن و تشوش در قضاوت		XXI. ویتامین های بی کامپلکس
تهییج، تحرشیت زیاد، خواب های ترسناک و برسامات کانفیوژن، تهییج، فرط نهودیه	ادویه ضد سرفه غیر مخدوش (chlophediananol) (ammonium chloride)	XXII. ادویه ضد سرفه
سرخوشی، افسردگی برسامات، عدم جهت یابی	Diphenoxylate Diphenidol	XXIII. ادویه ضد اسهالات
سندروم خارج اهرامی	Metochlopramide	XXIV. ادویه ضد استفراغات
زبان پیچیده گردیده، شکلک (تظاهر)، موجی شدن دستها، عشق و پاهای حرکات غیر ارادی، دیسکینیزی، ناقفراری، اضطراب، کانفیوژن، افسردگی، رنفارض اجتماعی، تمایلات به خودکشی، زیاد شدن شهوت جنسی، تفیرات مزاجی	Carbidopa Levo dopa	XXV. ادویه ضد پارکسون
بیخوابی، افسردگی زیاد، آش芬گی در مریضان افسرده افسردگی، عدم جهت یابی، برسام، تمایل به حالت سایکوتیک،	Amphetamines Phenteramine di-ethylpropion	XXVI. منبهات سیستم عصبی مرکزی و تنفسی

<p>ساکوز شبیه شیزوفرینی، ضیاع وزن، سرخوشی، تبلی؛ اضطراب، در حالت نرس بودن، احساس راه رفتن مورچه در جلد بدن (formication) عوارض جانبی نادرآ خطرناک، سندروم توربیت، تیک ها، افسردگی؛ تأخیرنمود، سایکوزس، برسام، حرکات سیبروتایپ، عصبانیت، بیخوابی، اعتیاد سایکولوژیک، حرکات کوری مانند، خواب های وحشناک شبانه، جویدن یا چک زدن لبها</p>	<p>Methylphenidate (نتها) Pemoline</p>	
<p>تهیج، سرخوشی، یقیناری حرکی، دلیریوم اعتباد سایکولوژیک؛ عصبانیت ساکوز بروماید، افسردگی عکس العمل پارانویید، دلیریوم کلور، راه رفتن در خواب تهیج را در اطفال سبب می گردد ساکوزس، کانفیوژن، دلیریوم و برسامات تهیج، کانفیوژن برسامات، هذیانات و عکس العمل های خارج اهرامی، کانفیوژن، سایکوزس، تحرشیت و افسردگی، عصبانیت، بی علاقه گی، سرخوشی و افسردگی، تغییرات شخصیت، کانفیوژن، افسردگی شدید؛ سایکوز یکجا با تمایلات به خودکشی، افسردگی، پرخاشگری؛ تحرشیت، تهیج زیاد مخصوصاً در اطفال</p>	<p>باربیتورات ها Bromides Chloral hydrate Ethinamate Glutethimide Methyprylon Diphenhydantoin Mephentoin Succimides Methsuximide Phanacetin Primidone</p>	<p>XXVII. ادویه ضد صرع و خواب آور</p>
<p>سندروم پارکسون، اکاتیزیا، سندروم خرگوش، دیسکیزیا مؤخر، اختلالات، مسکن، افسردگی؛ تشوش شعور، ضعیفی جنسی، ازدیاد وزن</p>	<p>Phenothiazines Butyrophenones Thioxanthenes</p>	<p>XXVIII. ادویه ضد سایکوزس</p>
<p>تسکین، رعشه، تحریک شدن، سایکوزس، مانیا؛ ضعف جنسی؛ زیاد شدن وزن، حملات و اختلال شعور</p>	<p>سه حلقه ای های ضد افسردگی نهی کننده های مونو امینو اکسیداز</p>	<p>XXIX. ادویه ضد افسردگی</p>
<p>تسکین؛ بی موازنگی در رفتار، ناهمانگی عضلات، تشوش حافظه، ضعف جنسی، رفتار غیر نهی شونده، بدتر شدن افسردگی موجوده، سایکوزس، اعتیاد، سندروم قطع دوایی</p>		<p>XXX. بترو دیازینهای</p>
<p>رعشه، حملات شعخي نوع چرخ دنده اه دار، میوپاتی، مسمومیت عصبی؛ ازدیاد وزن</p>		<p>XXXI. لیتیوم</p>

افسردگی و خودکشی افسردگی قابل ارجاع افسردگی و برسامات افسردگی قابل ارجاع با سه حلقه ای های ضد افسردگی، الکھول، باریتورات، (فینوتیازین ها و نهی کننده های مونو آمینو اکسید) از مضاد استطباب است)، مانیا، افسردگی، عصبانیت، بیخوابی و دلیریوم، برسامات، اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی، بی ثباتی هیجانی، مانیا، افسردگی شدید با خودکشی، سایکوزس، سرخوشی، بیخوابی	Dicarbazine Vinblastin Vincristine L-asparaginase Procarbazine Hydroxurea Interferon Steroid ۵-FU	XXXII . مساحضرات ضد سرطانها
ضعیفی، تب سردردی ضعیفی و ضمیع وزن	Suramin sodium Azidothymidine α -interferon	XXXIII . ادویه که برای تداوی ایمس استفاده می گردند

سوالات برای تکرار

۱. سدروم روانی اورگانیک و اختلال روانی ارگانیک را تعریف نماید؟
۲. اصطلاحات ذیل را کی ابداع کرد:
 - دلیریوم
 - دیمینشیا
 - دیمینشیا پار الایتیکا
 - سدروم ارگانیک روانی مزمن
 - زوال عقلی الزهایمر
۳. اسباب مهم سدروم روانی ارگانیک را بر شمرده و بگوئید که چگونه این اختلالات را صنف بندی مینماید؟
۴. بعضی اسباب زوال عقلی قبل از شیخی را نام گرفته، منظره پتالویک و کلینیکی مرض الزهایمر را بنویسید؟
۵. اسباب قابل برگشت زوال عقلی را بر شمرده نیز بگوید که زوال عقلی ناشی از موجودیت چندین محراق احتشایی در دماغ از سایر انواع زوال عقلی چگونه تغیریق میگردد؟
۶. در باره موضوعات ذیل مختصرآ بنویسید:
 - (a) زوال عقلی ناشی از سوأاستفاده از الكول
 - (b) مریضی پیک (Pick's)
 - (c) کروتزریلد جاکوب سدروم
 - (d) زوال عقلی مریبوط به ایدس
 - (e) فلج فوق العقدی پیشرونده
 - (f) مریضی ویلسون
 - (g) هانتینگتون کوری
۷. انواع مختلف نیوروسینیلیس را بیان داشته و نیز بگویند که آنرا چگونه تشخیص و تداوی مینماید؟
۸. چند دوایی را که مصرف آن منتج به اختلال روانی عضوی میگردد نام ببرید؟
۹. فرق کنید بین:
 - (a) سایکوز و ظیفوی و ارگانیک
 - (b) دلیریوم و دیمینشیا
 - (c) دیمینشیا و دیمینشیای کاذب
 - (d) زوال عقلی قبل از شیخی و شیخی
 - (e) دیمینشیای قشری و تحت قشری

سوالات امتحان مسلکی

- در باره زوال عقلی و مولتی انفرکت دیمینشیا مختصرآ بنویسید؟
- فرق کنید بین:
 - سایکوز ارگانیک و سایکوزس و ظیفوی
 - سدروم حاد و مزمن دماغی
 - زوال عقلی و زوال عقلی کاذب
 - امنیزیا یا فراموشی و ظیفوی و ارگانیک

اختلالات ناشی از الکول و سایر موادفعال کننده روان

سوء استفاده از مواد، وابستگی، عادت، اعتیاد، سه پایه سببی، هلال طلائی، مثلث طلائی، اختلالات مرتبط به الکهول و قطع آن، سندروم جنینی الکهول، وابستگی به ادویه تسکین دهنده، منبهات، حشیش، اوپیات، مواد برسام آور، مواد انسانگردان، نیکوتین و کافین، استفاده از ادویه جدید.

نظر به تعریف سازمان صحي جهان ادویه عبارت از موادی است که اگر به یک ارگانیزم زنده داده شود یک و یا چندین وظایف خود را مشخص می سازد.

ادویه فعال کننده روان عبارت از ادویه یی میباشد که میتواند باعث مختل ساختن وظایف روانی گردد.

۲. سوءاستفاده از مواد : معیاراتی که استفاده غیرپتانولزیک مواد را از استفاده سوء مواد متمایز

میسازد قرار ذیل است :

بنیه شخصیت و بنیه مساعد اجتماعی فرهنگی
وخصوصیات دوا سه پایه مهم وابستگی به دوا است .

- **روش استفاده پتانولزیک.** این حالت ذریعه مسمومیت در تمام جریان روز مشخص می شود، ناتوانی کم کردن و یا توقف دادن به استفاده مواد، کوشش های متکرر جهت کنترول استفاده از مواد ذریعه قطع موقتی و یا محدودیت استفاده در اوقات روز، تداوم استفاده از مواد با وجود اینکه اختلال جدی فریکی موجود است و شخص میداند که با استفاده مواد این اختلال تشذیب می گردد، و هجمه های اختلالات ناشی از مسمومیت مواد میباشد.

- تشوش در وظایف اجتماعی و شغلی از باعث روش استفاده پتالوژیک.

- تداوم تشوش حد اقل برای یک ماه باشد.

b. وابستگی به مواد: نیاز به وابستگی فزیولوژیک دارد که مشهود به تحمل و یا قطع میباشد.

- تحمل. عبارت است از مقدار قابل ملاحظه ضرورت مواد جهت برآورده شدن تاثیرات مطلوبه و یا کاهش قابل ملاحظه در تاثیرات استفاده منظم از مواد مشابه می باشد.

- قطع. در قطع مواد، سندروم معین مواد زمانی بوجود می آید که در اخذ موادیکه قبلًا توسط شخص به شکل منظم اخذ می گردید، کاهش و یا قطع بوجود آید و این خود باعث حالت مسمومیت فزیولوژیک گردد.

موادیکه باعث وابستگی فزیکی و روانی می گردد عبارت اند از اوپیات ها، باریتورات ها، الکهول، منبهات، حشیش و برسام آوران. اوپیات ها باعث بوجود آمدن وابستگی شدیدی می گردد. کوکائین باعث وابستگی فزیکی نگردیده در حالی که حشیش به اندازه کم باعث وابستگی فزیکی می گردد.

c. عادت . در جدول ۱.۸ نگاه شود

d. اعتیاد. یک حالت دوره ائی و یا مزمن مسمومیت و زیان آور به شخص و اجتماع بوده که از باعث استفاده متکرر مواد طبیعی و یا مشتق شده بوجود می آید اصطلاح اعتیاد در برگیرنده هر دو وابستگی (Habituation) و عادت (Dependence) میباشد.

جدول ۱.۸ مقایسه میان وابستگی و عادت

عادت	وابستگی
* تنها خواهش اخذ مواد موجود است	* اخذ مواد به شکل اجباری میباشد
* نیاز به افزایش مقدار و دفعات موجود است زیرا تحمل موجود است	* نیاز به افزایش مقدار و دفعات نیست
* معمولاً توسط اعراض فزیکی ترک تعقیب نمی گردد	* توسط اعراض فزیکی ترک تعقیب میگردد به استثنای کوکائین
* تنها زیان آور به خود میباشد	* زیان آور بر هر دو فرد و جامعه میباشد
* امثال آن تباکو، بعضی ادویه ضد درد و ادویه ضد قبضیت	* امثال آن مورفین، باریتورات ها

فکتورهای مساعد کننده (سه پایه) برای وابستگی ادویه. به جدول ۲۸ مراجعه شود.

تشخیص

تشخیص درست متکی بر تاریخچه دقیق، علایم (اختلالات) مواد فعال کننده روان، معاینات لابراتواری (سویه سیروم وادرار) و استفاده از انتی دوت ها (مثلًاً استفاده nalorphine در یک معتمد اوپیات باعث بوجود آمدن اعراض وصفی قطع می گردد).

کوکائین باعث وابستگی فزیکی نمی گردد
در حالیکه چرس میتواند این نوع وابستگی را بوجود آورد.

تشخیص تفریقی
(۱) استفاده غیر پتالوژیکی مواد جهت مقصد تفریحی و طبی. و یا تشوش در وظایف اجتماعی و شغلی و با خصیصه های استفاده پتالوژیکی همراه نیست.

جدول ۲۸ فکتورهای مساعد کننده (سه پایه) برای اعتیاد ادویه

مشخصات شخصیت

- * عدم همنوائی اجتماعی
- * کاهش اعتماد بر نفس
- * احساسات افسرده
- * احساس جستجو
- * حس کنجکاوی
- * تحمل کم در محرومیت
- * انگیزه آنی عملی نمودن یک کار بدون تفکر قبلی
- * نیاز به خشنودی فوری
- * کاهش تمایل به مسایل مذهبی
- * عداوت
- * تأثیر در خود مختاری شخصی
- * فقدان علاقه گیری در اهداف دوایر مسلکی
- * ویژه گی در شخصیت ضد اجتماعی

* موجودیت اختلالات مختلف روانی (افسردگی، نیوروزس اضطرابی و غیره)

II. محیط فوری کلتوری اجتماعی

* مشکلات

* فشار همکار

* عدم استخدام و عواید کم

* زیاد بودن معلومات درمورد مؤثّریت و یا منبع ادویه

* سؤاستفاده از ادویه که قبول شده اجتماع میباشد

* سیستم ضعیف عدلی

III. خصوصیات ادویه

* خصوصیات فارمکو دینامیک ادویه (ادویه تنبه کننده ترجیح داده میشود)

* مقدار و دفعات (ادویه که به مقدار کم ضرورت است ترجیح داده میشود)

* طرق استفاده ادویه (ادویه که انساقی یا هضمی باشد ترجیح داده میشود)

* در دسترس بودن و قیمت ادویه

* مورد قبول بودن عامه ادویه

(ii) هجمه های متکرر مسمومیت ناشی از مواد: یک هجمه جداگانه بوده و در برگیرنده سؤاستفاده یا وابستگی نمی

باشد.

تداوی

a- تداوی نمودن یک معتاد به ادویه: در برگیرنده بستر نمودن در شفاخانه، قطع دوائی، سم زدائی،

تطبیق نمودن ویتامین ها و ادویه ضد درد، روان درمانی محافظه کننده، درمان فامیلی و احیای مجلد که توسط

مراکز مراقبت یا گروپ از مخدرات بی نام صورت می گیرد. مؤثّریت تداوی متکی بر شخصیت خوب قبل

از مرض، نداشتن فشارها، عدم موجودیت مشکلات روانی، معتاد جدید و تشویق شده، اخذ ادویه انفرادی

به مقدار کم و حمایت خوب فامیلی میباشد.

افسرده گی از جمله اختلال عمد ه است که پکجا با وابستگی ادویه دیده

میشود.

استطباب عمدۀ تداوی داخل بستر مشتمل است بر:

- * مشکلات جدی طبی و روانی
- * تشوش شدید و ظایف روحی اجتماعی
- * انگیزش ناکافی برای تداوی خارج بستر
- * فقدان حمایت فامیلی
- * ناکام شدن تداوی خارج بستر
- * دست یابی آزادانه به ادویه

(b) **نقش والدین:** زمانی که والدین بر اعتیاد طفل شان پی میبرند، آن را باید قبول نموده و فورا در زمینه اقدام نمایند.

تشویق فنکتور عمدۀ در تداوی وا بستگی به ادویه
است.

(c) **عود:** تقریباً ۸۰٪ فیصد معتادین در مدت شش ماه دوباره به عادت خود رو می آورند. عوامل عمدۀ عود عبارتند از:

- موجودیت مشکلات آشکار یا خفیه روانی
- بی‌گیری ضعیف
- خدمات ضعیف احیای مجلد
- دسترسی آزادانه به ادویه
- فشارهای متکرر همکار و تداوی های متکرر خارج بستر

(d) **وقایه**

(i) **والدین**

- باید برای طفل یک محیط مصون و آرام خانه را مهیا سازید.
- طفل را باید مشغول نگهدارید و برای ورزش و تفریح شان زمینه را مهیا سازید.
- طفل را باید از اصرار اعتیاد به ادویه با خبر سازید و نیز برایش توصیه نمایید تا از مردم و امکاناتی که میتواند طفل را تحت نفوذ خود آورند، دوری ورزد.

(ii) اجتماع

محافلی که در کالج ها برگزار میگردد مسؤولین باید مطمئن گردند تا از آزادی محافل سوءاستفاده نگردد و از نوشیدن نوشابه های اعتیادآور در جریان فیستیوال ها باید جلوگیری شود.

یک انتی دوت بالخاصه بنزودیازپین ها است Flumazenil
جهت کاهش دادن نیاز به منبهات سیستم اعصاب مرکزی Mazindol
استفاده میگردد
در کنترول نمودن قطع دواهی Carbamazepin
قطع بنزودیازپین ها به کار میروند.
در قطع اوپیوئد ها استفاده میشود Naltrexon

استادان باید هر هفته یک ساعت مخصوص را جهت لکچر در مورد اضرار اعتیاد اختصاص دهند. پوسترها و پیامهای اجتماعی، تخته های اعلانات بالای منازل رهایشی میتوانند مؤثر عمل نمایند.

(iii) کنترول عدلی

مقامات عدلی اعم از پولیس، قضا وغیره باید متعهد بوده و زیادتر حساس و هوشیارانه عمل نمایند.

I- اختلالات مربوط به الکھول

تاریخچه

کلمه الکھولیزم بار نخست توسط عالمی بنام مگنوس (Magnus) استفاده گردید مؤلف هس (Huss)، لغت الکھول از کلمه عربی الکھول مشتق گردیده است که به معنای هستی میباشد.

نوشابه ها نظر به منبع شکر از همدیگر نفاوت

دارند:

خطرات ابتدائی وابستگی به الکھول عبارت اند از، نوشیدن زیاد، تمایل زیاد، سلوک بیش از حد، نوشیدن از طرف صبح (سیار مهم است).

شراب از انگور بدست می آید، بیو از دانه جو بدست می آید، ویسکی از جو و غله جات بدست می آید، دم از نیشکر بدست می آید و ود کا از کچالو و جو به وجود می آید.

جدول ۳-۸ انواع موادفعال کننده روان و اختلالات ناشی از استفاده آن

ادویه	طرق استفاده معمول	وابستگی فریکی	وابستگی روانی	تحمل
۱- الکھول	فمی	+	++	+
۲- اوپیات	فمی؛ زرقی، دودکردن	+++	++ +	+++
۳- حشیش	فمی و دودکردن	++	+	+
۴- کوکائین	انشاقی، فمی، دودکردن، زرقی	++	+	-
۵- امفتامین ها	فمی، زرقی	++	+ +	+++
۶- لیزرجیک اسید	فمی	+	—	+
۷- باریتیورات ها	فمی، زرقی	++	+ +	+++
۸- بترودیازپین	فمی، زرقی	++	+ +	+++
۹- محلل های مفر	انشاقی	+	+	+
۱۰- فین سکلیدین	دودکردن، انشاقی، فمی، زرقی	++	+	+
—	یاندک ++ متوسط	شدید++	شدید	
—	یاندک ++ متوسط	شدید++	شدید	

شیوع

در هندوستان سروی سؤ استفاده از ادویه مختلف نشان میدهد که شیوع الکھولیزم ۵-۲۰ فیصد است، تعداد مصرف کننده گان الکھول در ایالات متحده امریکا به صد میلیون نفر میرسد. از این جمله ۱۲-۱۵ میلیون افرادی هستند که هجمه های شدیدی نوشیدن الکھول را تجربه می کنند و این افراد بنام افراد الکھولیک یاد می گردند.

Disposmania and mania a potu (تهیج زیاد) در

وابستگی به الکھول دیده میشود.

پتوجینزس

سه مرحله جداگانه در وابستگی به الکھول وجوددارد:

a. **مرحله عرضی قبل از الکھولیک شدن**: کاندید الکھولیزم در آغاز در محلات اجتماعی مسلکی شروع به نوشیدن می نماید اما زود از چنگ تشوش، رهایی را تجربه می کند تدریجاً تحمل بوجود آمده، تشوش کاهش یافته تا حدی که شخص تقریباً همه روزه می نوشد.

b. **مرحله مخبروی**: این مرحله متصف است به شروع آنی اعراض و علایم الکھول، علایم مسمومیت و به یاد نداشتن واقعات.

c. **مرحله وحامت**: در این صفحه کنترول بالای نوشیدن از بین رفه فرد زیادتر تجربه می گردد سلوک و روش شان زیادتر به اطراف الکھول متوجه میباشد و ضمناً فعالیت جنسی شان کاهش می یابد.

d. **مرحله مزمن**: در جریان روزهای هفته هر زمانی میتواند دچار مسمومیت باشد و تشوش جدی در پروسه تفکر نزدشان بوجود می آید.

الکھولیزم با سرخی کف دست ، جوانی دانه ،
سیروزس کبد، فرط فشار ورید باب ، قرحت
پیتیک ، التهاب پانکراس ، کاردیومایوپاتی ،
پولی نیوریت ، سایکوزس کورساکف، زوال
عقلی ، ورنیک انسفالوپتی وغیره یکجا میباشد.

در سایکوزس الکھولیک مانند دلیریوم بی قراری بوجود آمده میتواند.

دلیل تراشی و خواهشات مبهم مذهبی بوجود آمده و قابلیت جوابدهی را با تداوی پیدا می کند.

جدول ۴-۸: **تصنیف الکھولیزم**

فکتور	نوع I	نوع II
۱- مترادف	محیط محدود	محدودیت طبقه ذکور
۲- جنس	در هر دو جنس دیده میشود	زیادتر در مردان دیده شده
۳- سن شروع	کمتر از ۲۵ سال	زیادتر از ۲۵ سال
۴- فکتور سببی	فکتورهای جنتیک	والدین معتاد به الکھول اند و رفتار ضد اجتماعی

<p>دارند کنترول نیست بعد از نوشیدن رفتار پرخاشگرانه و خواهش الکھول می کنند.</p>	<p>ممکن موجود باشد کنترول موجود است وابستگی روانی و شرم موجود است از اضطرار می پرهیزد به وابستگی عوض می گردد</p>	<p>۵- تاریخچه فامیلی ۶- از دست دادن کنترول ۷- سایر تظاهرات ۸- مصايبت قبلی ۹- ویژه گی شخصیت</p>
---	--	--

انواع کلینیکی

A- نوع I و II (بر اساس فکتورهای جنتیکی و محیطی) : به جدول ۴-۸ مراجعه شود.

B- **تصنیف جلینک (Jellineck)** : بر اساس طرز استفاده دارای پنج نوع میباشد.

۱- **الکھولیزم الفا** : نوشیدن وافر و غیر مناسب، از بین رفتن کنترول موجود نیست، توانایی عقلی موجود است.

۲- **الکھولیزم بیتا** : نوشیدن وافر و غیر مناسب وابستگی روانی و فزیکی واضح موجود نیست.

۳- **الکھولیزم گاما** : (الکھولیزم خیث) وابستگی فزیکی، تحمل، از بین رفتن کنترول و سیر پیشرونده موجود است.

زمانیکه غلظت الکول درخون به ۰.۱٪ برسد
شخص مسموم می گردد.

۴- **الکھولیزم دلتا**: توانایی کنترول روان خود را ندارد اما کیفیت میتواند کنترول شود تحمل، اعراض قطع، درممالک که شراب نوشی در آن موجود است عام میباشد.

۵- **الکھولیزم اپسیلون** : نوشیدن نوبتی، نوشیدن اجباری.

هشدارهای مقدم

زیاد شدن مصرف، خواهش متکرر، رفتار بی نهایت (اعمال را تحت نفوذ تاثیر الکھول اجرا می کند که بعداً شرمنده میشود) صبح وقت می نوشد.

شناخت الکھولیک

تظاهرات که نشاندهنده نوشیدن الکهول میباشد عبارتند از سرخ شدن کف دست ها، سوختگی سگرت میان انگشت شهادت و متوسط اکنی روزیسی (acne rosacea)، ضعیفی در پاهای درد ناحیه علوی بطن (گستربیت، پانکریاتیت و سیروز الکهولی) و تست های غیرنورمال وظیفوی کبد (بلند بودن سویه گاما گلوقامایل ترانزپتاپیدس در نیم افراد الکهولیک).

اسباب الکهولیزم

a- **فکتورهای بیولوژیکی**: الکهولیزم در میان فامیل ها سیر می کند. اطفال افراد الکهولیک چهار

مراتبه زیادتر نسبت به اطفال افرادی که الکهول نمی نوشند، دچار الکهولیزم می گردند در حالیکه

۴۰٪ فیصد آنها اولاد پدر الکهولیک خود هستند معمولاً آن پدر است که الکهول می نوشد. مطالعات

زیادی تحقیقاتی نشان دهنده الکهولیزم فامیلی میباشد که از الکهولیزم غیرفامیلی تفاوت دارد زیرا

در حالت اولی همیشه تاریخچه فامیلی الکهولیزم موجود است در سن مقدم شروع شده و شدید

میباشد و بعضاً ایجاد تداوی را می نماید.

b- **فکتورهای بیوشمیکی**: از نظر جنتیکی فقدان نیوروترانسیمترهای مغزی اندورفین میتواند

شخص را به الکهولیزم مساعد سازد.

c- **فکتورهای روحی و شخصی**: قبلًا در آغاز فصل مطالعه شد.

اختلاطات

الکهول باعث نیم وفیات و جروحات شدیدی که در اثنای تصادم موثر بوجود می آید، می گردد هم چنان

۵۰٪ فیصد تمام قتل ها، ۴۰٪ فیصد تجاوزات، ۳۵٪ فیصد یا زیادتر از آن در تمام زناهای جبری و ۳۰٪ فیصد تمام

خودکشی ها از باعث الکهولیزم بوجود می آید.

اختلاطات طبی

۱- **تأثيرات کوتاه مدت**: انحطاط سیستم عصبی مرکزی، کاهش در تکافو قلبی، التهاب پانکراس،

التهاب معده، سیروز و ضعف سیستم معافتی

۲- **تأثيرات طویل المدت**: سایکوزس کورساکوف، سندروم ورنیک، زوال عقلی، متلاشی شدن

شخصیت، پولی نیوریت، استفراغ خوندار، سندروم مارچیافاوا (از بین رفتن میالین کارپوس

کاللوسوم و طرق بینائی)، میالینوزس مرکزی حدبه، پانکریاتیت، سیروز، التهاب کبد، عدم کفایه

کبدی، کاردیومایوپاتی، مایوپاتی، سندروم سیلوسترینی کوردا Silvestrini corda (سیروز،

اتروفی خصیه ها و بزرگ شدن ثدیه ها) امراض جلدی (اکزیما، التهاب جلد، سبوسک، اکنی جلدی، فورانکولوزوس و یا انتانات موها).

الکهولیزم فامیلی متصف برآغاز این حالت درنوجوانی ، نوع شدید و تاریخچه فامیلی مثبت است .

جدول ۵-۸ اختلالات روانی عضوی ناشی از الکهول

اختلال	زمان آغاز	تظاهرات	اختلاطات	تشخیص تفریقی	تداوی
مسومیت الکهول	۲۴-۱ ساعت:	رفتار نا سازگار، ارتباط به مقدار، نوع نوشابه	تصادمات، حرکات روانی جینائی، اجتماعی (تکلم خودکشی، آشفته)، عدم موافذه، بی ثباتی	نوشیدن ها اجتماعی، مسمومیت های خواب آورها مریضی های عصبی (مولپل سکلیروزس) عکس العمل های الکهولی	با گذشت زمان بهبودی رخ میدهد محافظت محیطی هیمودیالیز زمانی که مقادیر کشنده اخذ گردد.
فاسله زمانی	تحمل شخص دارد	فاصله زمانی	سرخ رنگ علایم روانی مثلاً (تعییرات مزاجی تحرشی پر حرفی و تشوش در توجه) کوما مرگ که سویه فیصلی ۲۰۰-۱۰۰ فیصلد باشد	فیزیکی مثلاً قدم زدن، کسور و تنقیص معافیت	
مسومیت ویژه الکهول (مسومیت پتالرژیک)	از چند دقیقه الی چند سال در اکثر مقادیر کم الکهول نمیتواند	رفتارهای پرخاشگرانه یاد فراموشی	قتل، خودکشی، باریتورات و سایر ادویه ضد صرع	مسومیت باریتورات و سایر ادویه ضد صرع	با گذشت زمان رونما می گردد محافظت محیطی

				باعث مسمومیت شود		
تداوی تیامین در طویل المدت	دمانس مرتبط به الكهول و سایر عوامل سندروم یاد فراموشی	در و شغلی	تشوش و ظایف اجتماعی	سندروم یادفراموشی (نیوروپاتی محیطی اتاكسی مخیخی مایوپاتی) انسفالوپاتی ورنیک	چند ماه الی چند سال	اختلالات فراموشی ناشی از الكهول
کلوردیازیپوكساید، سم زدائی، هالوپیرادول ۲-۵ ملی گرام روزانه ۲ بار برای اعراض سایکوتیک	سایکوزس وظیفوی، سایکوزس وظیفوی، دلیریوم ناشی از سایر اسباب، زوال عقلی، اختلالات ساختگی	جروحات، نا فراری، حملات سندروم یاد بخودی هذیان، فراموشی، زوال عقلی	فعالیت حرکی زیاد خود، رعشه، حملات خشن، حملات اختلاجی	دلیریوم، فعالیت دلیریوم، حملات بخودی هذیان، فراموشی، زوال عقلی	آغاز تدریجی ۴۸-۷۲ ساعت اکثرًا ۴-۵ روز)	قطع الكهول
دیازپیام، فنی توئین کلودیازیپورکساید و سم زدائی	حملات اختلاجی	جروحات، حملات اضطراب، حمله اسباب و قطع ادویه مسکن و خواب آور	فت، علائم اتوماتیک، کوما مرگ که از باعث سایکوزس	حملات حد دلیریوم علائم اتوماتیک، کوما کاهش مگنیزیم، کاهش قند خون و الکالوز تنفسی میباشد	حملات ناشی از دلیریوم ۶-۴۸ ساعت حد اکثر ۲۴ ساعت	قطع الكهول
تیامین، هالوپیریدول ۲-۵ ملی گرام روزانه ۲ بار	شیزوفرینی، برسامات ناشی از سایر ادویه	قتل، و خودکشی	برسامات عضوی (برسامات واضح شناوی) اختلال شعور نمی باشد، رعشه، حملات و بعداً دلیریوم	در ۴۸ ساعت و ممکن چند هفته دوام نماید	برسامات ناشی از الكهول	

تیامین (۱۰۰ ملی گرام وریدی)، مگنیزیم سلفات (۱-۲ ملی لیتر در ۵٪) قبل از تطبیق گلوکوز	اختلالات عصبی	زوال عقلی و جروحات	انسفالوپاتی، بی موازنگی در تنفس، فلج چشمی، کانفیوژن	آغاز ناگهانی، بی موازنگی، ممکن قبل از کانفیوژن بوجود آید	انسفالوپاتی ورنیک
پرهیز - تیامین	زوال عقلی	جروحات، زوال عقلی	یاد فراموشی بعد از حادثه، افسانه سازی	چندین ماه به زوال عقلی رجوع شود.	سایکوز کورساکوف زوال عقلی ناشی از الکھول

اختلالات روانی

اضطراب، افسردگی، بدگمانی، حسادت (در مقابل اقارب همکاران دفتر و دوستان) و اختلالات عقلی عضوی (سمومیت، اختلالات فراموشی، سندروم ورنیک-کورساکوف، سمومیت ویژه، ترک، حملات اختلاجی ترک (حملات رم)، دلیریوم ناشی از قطع، برسام مزمن ناشی از الکھول و زوال عقلی

(جدول ۵-۸)

سندروم جینی کھول باعث تأخیرنما ، راس کوچک ، تأخیر عقلی و اینارملتی های سلوکی می گردد.

اختلالات اجتماعی

از دیاد در تعداد تصادمات، مشکلات وظیفه، تحرید خانواده گی و طلاق، از دیاد در تعداد جرایم و مشکلات اقتصادی وغیره

تأثیرات بر حاملگی

استفاده غلط الکھول توسط مادران حامله میتواند باعث سندروم جینی کھول گردد که مشتمل می گردد بر تأخیر عقلی قبل و بعد از ولادت، تظاهر غیر نورمال وجه و رأس (رأس کوچک و یا هموار بودن چهره ظاهری) و واقعات غیر نورمال عصب مرکزی مثلاً تأخیر عقلی و رفتار غیر نورمال.

ارزیابی الکهولیزم

بعضی از رهنمودهای لبراتواری برای وابستگی الکهول پیشنهاد گردیده است که مستلزم می‌گردد بر:

- گاما - گلوتاپل ترانسفیراز در ۸۰ فیصد افراد وابسته به الکهول تقریباً ۴۰ واحد بین المللی از دیاد می‌یابد. در صورت خود داری از الکهول گاما - گلوتاپل ترانسفیراز به سرعت نورمال می‌گردد (در ۴۸ ساعت). بلند بودن سویه گاما - گلوتاپل ترانسفیراز اضافه تر از ۵۰٪ با وجود خود داری از الکهول نشان دهنده مصرف زیادی الکهول توسط شخص می‌باشد.

الکهول در هر گرام ۷.۱ کیلو کالوری انرژی تولید می‌کند و میزان جذب الکهول ۸-۶ گرام در هر ساعت یا ۱۵-۱۸ ملی گرام در هر ۱۰۰ ملی لیتر خون در یک ساعت است.

- حجم اصلی کریوات (mean corpuscular volume) اضافه تر از ۹۲ فیمتو لیتر (نورمال ۸۰-۹۰) در اضافه تر از ۶۰٪ افراد وابسته به الکهول می‌باشد. حجم اصلی کریوات چندین هفته بعد از خود داری از الکهول به سویه نورمال در می‌آید.

- سایر رهنمودهای لبراتواری مشتمل می‌گردد بر سویه الکالین فاسفتاز، سویه انزایم‌های کبدی، یوریک اسید، تراوی گلیسراید خون و کریاتین فاسفوکیناز.

افسانه سازی در سایکوزس
کورساکوف معمول می‌باشد.

گاما - گلوتاپل ترانسفیراز و حجم اصلی کریوات میتوانند از هر چهار نفر سه نفر را که میتوشنند، شناسایی نماید. غلظت الکهول خون یا تجزیه کننده تنفس میتواند جهت تثیت الکهول استفاده شود. جهت تثیت افراد الکهولیک در جامعه وسائل برای معاینات خون موجود است. تست خون الکهولیزم مشیگان (Michigan Alcholoism Screening Test) جهت برآورده شدن این هدف بکار میرود در حالیکه سوال نامه کیچ (CAGE) آسانترین روش است که باید استفاده شود (۱-۲ دقیقه زمان را مصرف می‌کند).

تداوى

a. تداوى قطع در صورت که کدام اختلاط طبی موجود نباشد سندروم قطع الکهول معمولاً گذری بوده و شغا بنفسه‌ی دارد. بی خوابی و تخرشیت ممکن زیادتر دوام نماید و نیاز به ادویه آرام کننده خفیف میباشد مثلًا دیازپام وغیره

b. **تماری الکهولیزم** هدف اساسی پروگرام تداوى همانا احیا مجدد فزیکی شخص، و خود داری شخص از الکهول میباشد.

تماری انتخابی انسفالوپاتی حاد ورنیک ، سایکوزس کورساکف ومراحل ابتدائی زوال عقلی ناشی ازالکهول تیامین یا ویتامین بی یک میباشد.

- تدابیر بیولوژیکی ادویه مختلف جهت کنترول اعراض قطع استفاده می گردد مثلًا Buspirone وغیره. گروپ دیگری از ادویه که درتماری استفاده می گردد همانا Alprazolam، ادویه است که باعث بوجود آمدن بیزاری از الکهول می گردد ادویه که عموماً استفاده می گردد عبارت اند از Disulfiram، Apomorphine، Emetin، Disulfiram وغیره.

درتماری الکهولیزم استفاده می گردد.

میکانیزم تاثیر

این ادویه باعث تأخیر اکسیدشن اسیت الدهیايد می گردد چیزیکه از اکسیدشن الکهول بدست می آید و علت آن نهی نمودن انزایم بنام الدهیايد دیهاروجیناز میباشد، بنابراین اسیت الدهیايد خون بلند رفته و باعث عکس العمل ناخوشی می گردد.

مقدار

۰/۵ ملی گرام فمی (ازطرف صبح) روزاول بعداً ۰/۲۵mg روزانه بعد از چند روز، یک مقدار نوشابه الکهولی به شخص داده میشود و بعد از ۲۰ دقیقه عکس العمل ناخوشی واقع می گردد و ۳۰-۱۲۰ دقیقه دوام می کند.

عكس العمل

عكس العمل خفيف: توسيع وعائي، سرخ شدن چهره، گرمی، سرد دردی، تقریط فشار خون، تعرق، دلبدی و استفراغات.

عكس العمل شدید: اختلاج، کولالاپس دورانی.

عوارض جانبی

۱- دلبدی، قبضیت و ضعیفی

۲- بوی بد تنفس، ذایقه فلزی

۳- حالت کانفیوژن و سایکوتیک

۴- کاهش لذت جنسی

الکول باعث نهی کنترول مراکز عالی دماغ می گردد.

۵- در میتابولیزم سایر ادویه مداخله می کند مخصوصاً باربیتورات ها، فنی توئین، وارفارین، پارالدیهاید

۶- هایپوتایروئیدیزم

۷- روش های جلدی

۸- درد ها و ضعیفی عضلی

مضاد استطباب

۱- عدم کفایه قلبی یا امراض اسکیمی قلبی

۲- حاملگی

۳- سایکوزس (ممکن باعث تشدید سایکوز سکیزوفرینک گردد)

۴- صرع

۵- مریض که پارالدیهاید می گیرد

تداوی عکس العمل شدید الکھول

۱- اکسیجن

۲- توصیه سیروم دکستروز

۳- آنتی هستامین و ریدی

۴- وضعیت افقی (پاها باید بلند باشد)

آمفتامین (کوکائین و همچنان لیزر جیک اسید دای ایتاپل اماید) برای بوجود آوردن سایکوزس مودل که مشابه شیزوفرینی پارانوئید است استفاده میشود.

سایر ادویه مشابه Disulfiram

- کلسمیم کارباماید و ذغال حیوانی، میترونیدازول، کلورل هایدریت و ادویه کاہش دهنده فمی قند.
- تدابیر روحی اجتماعی: تداوی های گروپی، فامیلی (از بین بردن تنازعات فامیلی و ازدواجی)
 - تداوی رفتاری منفردانه (تا زمانیکه رفتار غیرطبیقی مخصوصاً در حالات سترس زا مشخص گردد)
- تماری اجتماعی (تا زمانیکه حالات سترس زا مثلاً بیکاری، نداشتن و یا ویران بودن خانه و بیکاری برطرف شود)

- الکهولیک های مستعار

این اداره در ایالات Akaron-Ohio در سال ۱۹۳۵ توسط داکتر Bob و Bill آغاز گردید اینکه مستعار بودن الکهولیک محفوظ بماند تنها از اسم اول آن ها استفاده می گردد.

این اداره هر دو نوجوانان و بالغان را که دچار مشکلات نوشیدن الکهول اند، نمی توانند فیس پردازند، در جریانات سیاسی اشتراک نمی کنند و با کدام مذهب سر و کار نداشته باشند، می پذیرند.

- تداوی اختلالات مانند اضطراب، افسردگی، کمبود ویتامین (توصیه تیامین به مقدار 100mg زرقی برای ۳-۵ روز) حملات (توصیه ادویه ضد اختلال مثلاً دیازپام، کلورمتازول)، کمبود مایعات (توصیه الکترولایت ها وریدی)، سیروز (عرضی تداوی گردد) و کمبود قند خون (اخذ گلوکوز) وغیره .

اخذ دوامدار آمفیتامین و کوکائین یا قطع آنی آن ممکن باعث افسردگی شود .

نتایج

نتایج زمانی فناوت بخش می باشد که مشکل نوشیدن الکهول به شکل مقدم کشف گردد، تاریخچه نوشیدن الکهول موجود نباشد، شخص بسیار پرانگیزه باشد، کمک از طرف فامیل و شخص این واقعیت را بداند که نیاز به کمک دارد تا بتواند تداوی کافی گردد.

نتایج زمانی خراب می باشد که تهدیدات ضد اجتماعی، عدم اعتماد بر نفس، افسردگی و تشویش شناختی موجود باشد .

-II- وابستگی به ادویه مسکن، خواب آوار و ضد اضطراب : جدول ۶-۸ ملاحظه شود .

-III- اختلال ناشی از استفاده منبهات

-IV- اختلال ناشی از استفاده کوکائین : جدول ۶-۸ ملاحظه شود.

V- اختلال ناشی از استفاده حشیش

استحاله حجاب انف معمولاً
در سؤاستفاده از کوکائین موجود میباشد.

حشیش (cannabis) اسم جنریک مستحضرات مختلف نبات هیمپ است
(C.Americana- C.Indica-Cannabis Sativa)

نازلترین و حداقل درجه قوی آن بنگ یاد می گردد که از قسمت قطع شده بالائی نبات مشتق گردیده و دارای محتوی صمغی اندکی میباشد. مقدار زیادی ماراجونا که در ایالات متحده امریکا دود می گردد (در پایپ یا سگرت) از همین درجه شدت بر خوردار میباشد.

سندروم مگنان یا فارمیکشن در وابستگی به کوکائین دیده میشود و همچنان بنام کوکائین بگ یاد میشود.
گنجایش درجه دوم. از قسمت بالایی گل دارو و برگ های نبات کشت شده بدست می آید، کیفیت صمغی نظر به بنگ دارد.

درجه اعلی و سوم آن در هندوستان عبارت از چرس میباشد. و عمدها از شیره نبات ساخته میشود که از قسمت های بالایی نبات پخته بدست می آید و همین قسمت بنام حشیش یاد می گردد. قسمت عمده این مواد فعال بنام دلتا ۹ تتراهایدرو کانابینول یاد شده ۱۵-۴۰٪ فیصد در حشیش، ۸-۱۴٪ فیصد حشیش (چرس) ۱-۲٪ فیصد در گنجاو ۱٪ در بنگ وجود دارد.

شیوع

در سال ۱۹۷۵ تعداد استفاده کننده گان در برطانیه به ۶,۴۰,۰۰۰ نفر میرسید. تقریباً ۱۲-۲۰ میلیون افراد در ایالات متحده امریکا ماراجونا را دود می کنند. ۳۰-۵۰٪ فیصد شاگردان لیسه ها ماراجونا را قسمتی از زندگی خویش قبول کرده اند. ساحات زیادی ارهمیاچل پر دیش، کشمیر، راجستان، پنجاب و غیره تحت تاثیر حشیش قرار دارند.

تأثيرات

اعراض مسمومیت و قطع در جدول ۸-۶ تحریر شده است

میشود.

پدیده فلاش بک در لیزر جیک اسید دای اپتایل
اماید و وابستگی با مواد برسام آوران دیده

یک لوحه کلینیکی عمدہ و مقدم تجربه حشیش در سال ۱۹۳۴ توسط یک روان‌شناس بنام Bromberg در حالی

تحریر گردید که اساس این نوشته را تجربه شخصی خود و سخنرانی میدانست که مردم تحت نفوذ ادویه آنرا ارائه می‌نمودند. برای تاثیرات سو و تداوی به جدول ۸-۶ مراجعه شود.

جدول ۸-۶ تظاهرات کلینیکی اختلالات ناشی از استفاده مواد فعال کننده روان

مواد	اعراض مسمومیت	اختلالات	اعراض قطع	تماری
I-مسکنات، خواب آور و ضد اضطراب پاریسواتها، بنزو دیازپین کلور هایدریت	عدم نهی انگیزه جنسی؛ غیرثابت بودن مزاج؛ قضاوت مختل شده؛ اختلال در وظایف اجتماعی و شغلی، تکلم اشاره یی، عدم توازن؛ قدم غیر ثابت، اختلال در توجه و یا حافظه؛ کاهش درجه حرارت بدن	نقیصه حافظه، تم رکر، بیحرکتی موازن، تنفسی؛ احتباط	استفراغ، دلبدی؛ اضطراب، ضعف تحریشی، تغیر طرفه، فشار	مسومیت، استفراغ، محافظه طرفه هوازی، تداوی از دیاد حجم خون، از دیاد ادرار یا هیمو دیازپین. فلومازینیل (0,3-1mg) روزانه وریدی (100-200mg) روزانه فمی برای مسمومیت بنزو دیازپین. (دلبدی، گنگستی، سردردی، قطع، اختلال بی نظمی های قلبی) قطع فینوباریتال ۱۲۰۰-۲۰۰ ملی گرام نظر به درجه تحمل (اگر کم باشد داده نشود) و یا دیازپیام ۱۵-25mg چهار بار روزانه ۱۰ فیصل کاهش داده میشود.

II-امفتابین یا ادویه مرتبط به سمپاتومیمتیک ها (پیمولین، میتاپل فینیدت)	رفتار غیر تطبیقی (جنگ، بزرگ منشی، نآرامی، تشوش در قضاوت و ظایف)، تکی کاردی، توسع حدقه، فرط فشارخون، لرزه، دلبدي یا استفراغ بیخوابی، بلندرفتن درجه حرارت بدنه، هزیانات، برسامات، مانیا، حملات خستگی، اریتمی، کوما.	اختلاج، اریتمی ها، دلبریوم، شیزووفرنی یا رفتار مانیک مانند خستگی و کوما.	مسمومیت Phentolamine (برای فرط فشارخون و بلند بودن درجه حرارت) (برای Haloperidol اعراض روانی) قطع ادویه: ضد افسردگی و بسترشدن.
III-کوکائین	رفتار غیر تطبیقی (سرخوشی، جنگ، بزرگ منشی، نآرامی، توسع حدقه، فرط فشارخون، لرزه، دلبدي، استفراغ، برسامات، بیانی یا حسی (اعتداد کوکائین یا اعراض مگناز)	نکروز حجاب انفی، کرختی دهن، سوتفندی، استفاده وریدی باعث اندوکاردیت می گردد، فزیکی دیده نمی شود.	در مسمومیت، انتی دوت آن امایان نایتریت یا دیازپام یا پروپرانولول (نآرامی) یا هالوپیریدول (سايكوزس) است، سایکوتراپی، رفتار درمانی. قطع: ایمی پرامین یا امی ترپتین (برای تداوی اعتیاد کوکائین) روان درمانی .
IV-حشیش (بنگ چرس/حشیش)	رفتار غیر تطبیقی (سرخوشی، اضطراب مشکوک بودن یا افکار بدگمانی، تشوش در قضاوت، انگیزش) (برگ های خشک و از سرخ شدن صلبیه چشم، زیاد شدن اشتها، حشکی دهن، تکی کاردی، برسامات و واضح، مشکلات بارداری .)	سایکوزس مشابه به حالت بدگمانی، مسمومیت پتلوزیک (که شباهت به دلبریوم دارد)، سندروم غیرانگیزش، افسردگی، اتروفی مغزی، کاهش لذت جنسی، کاهش دهن، تکی کاردی، معافیت در زمان وزن، تعرق، لرزه، بارداری .	در مسمومیت اطمینان دهی و محافظه ادویه ضد اضطراب و ضد سایکوزس، تداوی فامیلی، قطع اطمینان دهی، دیازپام (بعضی اوقات) فرتن درجه حرارت، بلند شدن فشار داخل چشم و درجه حرارت، فرط فعالیت، بیخوابی کم شدن اشتها ضیاع وزن، تعرق، لرزه، بیقراری حرکتی،

	دلبدی، سپز عضلی		هضمی و حافظه مختل شده	
در مسمومیت اطمینان دهی Naloxone + ادویه قلعه میتادون ۱d (0/1-0/3mg) کلونیدین (0/6-3mg) buprenorphine Guanabenz-lofexidine وغیره	حد اعضمی ۲۴-۴۸ ساعت، دلبدی، استفراغات، سپز عضلی، اشکریزی، ریزش یینی، توسع حدقه، تعرق، ایستاده شدن موها، اسهال، تب، بیخوابی، اذیما ریوی.	اختلالات سیستم عصبی مرکزی، تغیرات استحالوی، زوال عقلی، نیوروباتی، تغیرات شخصیت در صورت استفاده وریدی باعث اندوکاردیت می گردد، امویزم ریوی، سپتیسیمیا، هیپاتیت، ایدس، ازین رفتن معافیت، تقرح، کوما و مرگ	رفتار غیر تطابقی (ابتدا سرخوشی، بی تفاوتی دیسفوریا، تأخیر روحی حرکی، تشوش قضاوت و وظایف) کوچک شدن حلقه گنگیت، تکلم آشته، تشوش حافظه و توجه، خارش، اختلالات و اذیمات ریوی.	V. اوپیات ها (طیعی: مورفین، کودین، Noscapine، Thebaine papaverin مشتق شده: هیروئین، نلورفین، پتیدین، دکستروپروپوکسی فین، میتادون، هیدرامورفین، سکلوزوین، devallorghan دای، فینوکیسلات)
مسومیت اطمینان دهی، مسکن، دیازپام یا هالوپیریدول قلعه اطمینان دهی و بنزودیازپین	حالت Flashback حالتی است که به شکل مختصر شخص دچار حالت برسامی می گردد	سایکوز (احتلال هدیانی) اضطراب مانیا یا افسردگی؛ عدم انگیزش، پارکتسون	رفتار غیر تطابقی (اضطراب شدید و یا افسردگی، افکار به خودگیر، ترس از دست دادن دماغ، افکار بدگمانی مختل شدن قضاوت و وظایف (تغیرات ادراکی) خبط، برسامات، مسخ واقعیت، مسخ شخصیت، توسع حلقه، خراب شدن دید، رعشه و بی موازنگی	VI - مواد برسام آور Mescaline-psilocybin Phencyclidine
مسومیت اطمینان دهی دیازپام قلعه اطمینان دهی.	اضطراب، افسردگی	تخرب مغزی، معیوبیت آموژش تغیرات رفتاری، بی نظمی های قلبی؛ انحطاط تنفسی و تصادمات	رفتار غیر تطابقی (بی تفاوتی مختل شدن قضاوت و وظایف) گگیت، نیستگوموس، بی موازنگی، تکلم	VII - مواد انشافی (اسیتون، تیل محروم قاتی، شرش

			آشته، قدم زدن غیر ثابت، تبلی، کاهش عکسات، عکسات نهی شده، ضعیفی عضلات، دوبینی، کوما و سرخوشی.		
VIII-نکوتین	مسومومیت معلومات دقیق اطمینان دهی، مشروبات که کافین داشته باشد (تا که اطراح را زیاد کند) قطع تداوی رفتاری (تخنیک های آرام سازی، هپنوزس، بیزاری، بعضاً ساجع های نیکوتین.	بیقراری تحرشیت، تشوشات حرکتی، سرطان ریوی، فرجات سردردی، هضمی، تمرکز، اضطراب، زیادشدن اشتها، کم شدن تعداد ضربان نبض و فشارخون، کم شدن فعالیت، درد عضلات و ازدیاد وزن.	فریکی (امفیزیما، سرطان کبد، امراض قلبی، سرطان ناحیه فمی حنجره ای)، سایکولوژیک (اضطراب، افسردگی، زوال عقلی، ازدیاد ازدیاد ادویه و بیخوابی).	اضطراب خفیف، شرم مخفی، درد بطنی، اعراض تنفسی، دلبدی استفراغات، اسهالات، زیادشدن لعاب دهن، سردردی، کانفیوزن دماغی، ضربان قلب و تشوشات حسی.	
IX-کافین	مسومومیت اطمینان دهی، تداوی فامیلی، بنزودیازپین یا پروپرانولول قطع مشروبات که کافین ندارد معیارهای رفتاری و ادویه ضد اضطراب.	در جریان معده، قرحة ضعیفی عمومی، تبلی، سردردی، گنگست، اسهال، تب، تحریب ریزش بینی، بی علاقه کلیوی و قلبی، سندروم چک، اریتمی، فبروسایتیک ثدیه و دلبدی	التهاب معده، قرحة، استفراغ خوندار، ازدیاد ادرار، اریتمی، نا آرامی.	بیقراری حرکتی، عصبانیت، هیجان، بیخوابی، ازدیاد ادرار، تشوشات هضمی، ضربان قلبی، اریتمی، فبروسایتیک ثدیه و تشوش در تکامل جنینی.	کافی، چای، مشروب کولا، چاکلیت، کاکو

جدول ۷-۸ نقش آخذه های اوپیات های داخلی

آخذه ها	واسطه ها	پیوستگی انتخابی برای
I- ایم یو (آخذه کلاسیک مورفین)	انلجزیا، سرخوشی، تسکین، کوچک شدن حدقه، کاهش حرارت بدن، کاهش ضربان قلبی، انحطاط تنفسی، ازدیاد در افزای هورمون های پرولکتین و هورمون نشونما	Dilauidid Meperidine هیروئین، میتابادوز

انکیفالون داخلی	میانجی عصبی	- II
Butorphanol، پیتازوسین،	انلجزیریا، کاهش انحطاط تنفسی، سرخوشی موجود نیست	- III
Phencyclidine	معلوم نیست	- IV- سیگما
Beta endorphin، پیتايد داخلی،	میانجی عصبی	- V- اپسیلون

VI اختلالات ناشی از استفاده مخدرات

اپیدیمولوژی

در هندوستان نه تنها تعداد معتادین از دیاد می یابد بلکه بیشتر افراد جوان از هر طبقه اجتماعی اقتصادی دچار گردیده اند. شیوع دقیق معلوم نیست.

۸.۱۴٪ اخذ هیروئین باعث حدقه های به اندازه نوک سوزن می گردد.

هفت کشور وجود دارد که مهم ترین تولید

کننده گان مخدرات میباشد اینها عبارتند از ایران، افغانستان و پاکستان که در جنوب آسیا بوده و بربما، لاوس و تایلند که در جنوب شرق آسیا بوده و هم چنان کشور مکسیکو.

اتیولوژی

۱- پتوفزیولوژی. تحقیقات اساسی آخذه های مختلف داخلی مخدرات را شناسایی نموده است که عبارت اند از آخذه های ایم یو، کپا، سیگما و اپسیلون (به جدول ۷-۸ مراجعه شود)

فرضیه های مختلف برای تشریح نمودن وابستگی به مخدرات ارائه گردیده است که بعضی از آنها قرار ذیل میباشد:

- فقدان اوپیود پیتايد داخلی
- عدم توازن میان اوپیودهای داخلی و هورمون قشر محفظه فوق الکلیه
- آخذ اوپیودهای خارجی باعث کاهش فعالیت آخذه های اوپیود های داخلی در ناحیه لوکوس سیریلیوس می گردد (منبع اساسی نوراپینفرین ادرینرجیک که در عمل متقابل سیستم لمبیک، مخیخی و قشر مغز بوجود می آید) به همین علت زمانی که اوپیود خارجی توقف داده میشود اعراض سنдрوم قطع بوجود می آید.

۲- فشارهای روحی اجتماعی و سایر فکتورها که در بخش عمومی اختلالات استفاده از مواد شرح شده است.

تداوی

۱- **تدایر معاوضی یا محافظی** میتادون در روز نخست به مقدار ۴۰-۲۰ میلی گرام آغاز شده

وتدریجاً الی ۱۲۰ میلی گرام روزانه بلند برده میشود.

مقدار ادویه تدریجاً در هر هفته ۱۰ فیصد کاهش داده میشود تا که به ۲۰-۱۰ میلی گرام برسد و بعداً هر هفته

۳ فیصد کاهش داده میشود.

دو ادویه جدید آگونست (اوپیود) با تأثیر طویل المدت ذیلاً ذکرمی گردد. الفا استایل میتادول (نصف

عمر طویل داشته هر هفته سه بار توصیه می گردد و میتواند در مقایسه با میتادون ۹۵٪ باعث کاهش در

اعراض قطع گردد در حالیکه ۷۰٪ با میتادون این اعراض کاهش می یابد. ادویه دیگری Buprenorphine

(ادویه مختلط از آنژده های ایم یو آگونست و انتاگونست بوده که دارنده تأثیرات سو استفاده کم بوده و نیز

در صورت ازدیاد ادویه پوتنسیل کم دارد.

۲- **سم زدائی و خود داری از مخدرات:** بعد از اینکه یک مریض توسط میتادون ثبات حاصل می

کند (۲۰ میلی گرام روزانه) میتواند عاجلاً از clonidin ۰/۱-۰/۳ ملی گرام روزانه برای ۲ روز و بعداً در

روز سوم ۰/۷-۰/۲ ملی گرام روزانه برای ۱۴-۸ روز و بعداً آهسته آهسته قطع گردد) و با Naltrexone

۰/۵ ملی گرام روزانه برای ۱۰-۵ روز و بعداً ۱۵۰-۱۰۰ ملی گرام هر هفته سه بار و بعداً تدریجاً کاهش داده

شود) استفاده کند.

همچنان از Nalorphine, Naloxone استفاده شده میتواند.

VII. برسام آوران

VIII. مواد انشاقی، نیکوتین

IX. اختلالات ناشی از استفاده کافین (به جدول ۸-۶ مراجعه شود)

سوالات برای مرور

۱. تعریف کنید:

- سو استفاده از دوا
- وابستگی به دوا
- تحمل دوایی
- اعتیاد و قطع دوایی

۲. فکتورهای زمینه ساز و اختلالات سو استفاده از دوا را توضیح نموده و مبنود های مختلف لابرانواری را که برای سو استفاده از ادویه استفاده میشود شرح دهید؟

۳. کلمه الکولیزم را کی ابداع نمود؟ پتوجنیز و اخطارها و علایم او لیه وابستگی به الکول را بیان دارید؟

۴. بعضی از درک های غلط در باره وابستگی به الکول را نام گرفته و بعضی اختلالات مهم آنرا بنویسید؟

۵. وابستگی و سندروم قطع الکول چیست و تاثیرات الکول را در حاملگی بیان دارید؟

۶. در موارد زیر مختصرآ بنویسید:

- (a) سندروم قطع بنزو دیازپین
- (b) سایکوز ناشی از مصرف امفيتامين
- (c) اختلالات وابستگی به چرس
- (d) سندروم بی علاقگی
- (e) کافئینزم
- (f) آخذه های اوپیوم
- (g) متلک طلایی و هلال طلایی

۷. بعضی مشقات تریاک را که مورد سو استفاده قرار میگیرند نام ببرید، همچنان ستروم قطع دوایی تریاک و تداوی آنرا بیان دارید؟

۸. موارد استعمال چرس در طب کدامها اند، همچنان اختلالات مقدم و مؤخر آنرا توضیح نمائید؟

۹. اختلالات ناشی از اضرار نیکوتین(استفاده از تنباکو) کدامها اند؟

۱۰. اعتیاد با ادویه را چگونه تداوی خواهد نمود، گامهای مهم در وقایه برای سو استفاده از ادویه چیست؟

سوالات برای امتحان مسلکی

• در باره :

- سو استفاده از ادویه(اعتیاد دوایی)

- اعتیاد

Brown suger -

LSD -

مختصرآ بنویسید؟

پس منظر روانی صرع

تعريف، سبب شناسی، مراحل، تصنیف، لوحه کلینیکی، تشخیص، مساعد کننده‌ها، اختلالات روانی، تداوی دوائی، احیا مجدد (مکتب، رانده‌گی، عروسی و طلاق، استخدام) ادویه جدید.

صرع ممکن به شکل یک اختلال مغزی تعريف گردد که به شکل بی نظمی تشنجی مغزی تبارز می‌کند. این بی نظمی مترافق با اعراض بوده و با حملات یکجا می‌باشد (حمله "Seizure" عبارت از خروج زیاد، آنی، بی نظم دیسچارچ‌ها ای قشری بوده که به انساج مجاور انتشار یافته و ممکن باعث ابتارمتنی‌های حرکی، حسی و روانی گردد). لوحه کلینیکی این حملات نظر به ساحه متأثره مغز، سرعت، طرز انتشار امواج غیرنورمال بر قی فرق می‌کند.

لوحه کلینیکی حملات مربوط به ساحه متأثر شده مغز
فرق می‌کند و سرعت، نمونه و انتشار چارچ‌های بر قی
غیر نورمال بطور آنی غیر نورمال می‌باشد.

اپیدیمولوژی

۰.۲.۳. ۰.۲.۳. فیصد تمامی نفوس متأثر گردیده

است. ارقام شیوع صرع بندهسی در نفوس عامه از ۲۰-۲۰۰ هزار نفوس تفاوت را نشان میدهد.

سبب شناسی

حملات بدون در نظر داشت انواع آن میتواند طبیعتاً به شکل ابتدائی و ثانوی مجزا گردد.

حملات ابتدائی اختلال حملات ابتدائی نماینده‌گی از یک سندروم مشخص را می‌نماید که در عدم موجودیت پتانلوژی مغزی بوجود می‌آید و از باعث علل نامعلوم واقع می‌گردد. اختلالات حملات ثانوی ممکنی بر پتانلوژی مغزی بوده و از باعث علل واضح و مستند بوجود می‌آید.

مراحل حملات

(a) **مرحله قبل از بوجود آمدن حمله** (preictal phase): این مرحله دربرگیرنده اعراض و علایم وصفی مخبروی (aura) میباشد که معمولاً قبل از حمله بوده و زمانی بوقوع میرسد که هنوز شخص در حالت شعوری فراردارد. اعراض عام مخبروی عبارت اند از سردردی، سنگینی بطنی یا درد بطن، ضربان قلبی برسامات و غیره میباشد.

(b) **مرحله خاص حمله** (ictal phase): متناسب با حمله عمومی بوده و اگر حمله عمومی باشد باعث ضیاع شعور گردیده و هم چنان بعداً فراموشی را باعث میگردد حملات محرّاقی حرکی و یا حسی باعث ضیاع شعور نمی‌گردد. سایر تظاهرات علاوه از ضیاع شعور و فراموشی میتواند افزایش و یا ضیاع مقویت عضلی و یا حرکات، مختل شدن حسیت، تشوشات در سیستم عصبی خودکار (ضریبان قلب و عدم اقتدار بولی و مواد غایطی) جویدن لب‌ها، تشوشات در افکار و هیجانات، حمله ممکن چند ثانیه و یا چند دقیقه محدود ادامه پیداکند.

از حمله تمام اشکال اختلال حملات معمول ترین آن‌ها نوع منتشریا grand mal است.

(c) **مرحله بعد از حمله** (post ictal phase): اعراض میتواند در این مرحله از یک حالت بیداری الى اختلال شعور، دلیریوم، فلج گذری (Todd's paralysis) یا افازی، فراموشی حوادث ما قبل حمله، سردردی، درد بدن، دلبلدی، استفراغات، سایکوزس، و یا حمله بعدی موجود باشد.

تصنیف

تصنیف کلینیکی اختلالات حمله عموماً متکی بر اعراض ارائه شده است که در مراحل قبل از حمله، در زمان حمله و بعد از حمله ذکر گردیده. در جدول ۹-۱ ارائه شده است.

لوحه کلینیکی

در تمامی اشکال اختلال صرעה بزرگ تقریباً ۵۰٪ فیصد را تشکیل میدهد واقعات سایر انواع وصفی و غیر وصفی از ۳ الی ۱۵٪ فیصد میباشد. گرچه احصائیه واقعات تفاوت می‌کند اما ۵۰٪ فیصد تمامی بیماران نوع صرעה کوچک، حملات ساده قسمی و ساده مغلق نیز دچار حملات صرעה بزرگ می‌گردد و یا این

حملات را به شکل حملات انفرادی و یا حملات که به شکل ثانوی حالت عمومی را به خود می‌گیرد داشته‌اند.

جدول ۹-۱ صنف‌بندی اختلالات حمله

I. عمومی یا تحت فشری	
(شروع محرaci ندارد، امواج خروجی دو طرفه همزمان و متناظر و ضیاع شعور)	
a. صرعه بزرگ (Grand Mal)	
b. صرعه کوچک (Petit Mal)	
۱. خفیه (absence)	
۲. مایوکلونوس	
۳. بدون حرکت (akinetic)	
II. قسمی یا نیوبکورتیکال (آغاز محرaci دارد)	
A: ساده (معمولًاً ضیاع شعور وجود ندارد)	
۱. حرکی - چرخشی، مارشی، محرaci	
۲. حسی - حسی جسمی، بصری، سمعی، ذائقی، دهلیزی	
۳. عاطفی - خودکار، حشوى	
B. مغلق یا صرع لوب تمبورال (معمولًاً شعور مختلف می‌گردد)	

تشخیص

پایه اصلی تشخیص اختلالات حمله همانا تاریخچه دقین میباشد (از یک شخص که معلومات دقیق دارد) نوار برقی مغز تنها میتواند در تثیت نمودن نوع اختلال حمله کمک نماید. به جدول ۹-۲ نگاه شود.

I) حملات صرعه کوچک با تغیرات همزمان دو طرفه، سه دور در هر ثانیه امواج تیز و گنبدی (dome و spike).

II) حملات صرعه بزرگ عمومی این حملات روش متفاوت را نشان میدهد مثلاً امواج تیز با ولتاژ بلند چند محرaci و یا منتشر و یا هم سپایک.

II) حملات قسمی مغلق این حملات به شکل و صفتی مترافق با امواج تیز محرaci یک طرفه، فعالیت امواج تیز و یا امواج تیز با امواج ریتمیک بطی بوده و معمولًاً میان ساحه اینارملتی برقی و طبیعت اعراض در وقت حمله یک هماهنگی موجود است.

در صرع فص صدغی جویدن لب ها، *jamais vu*، *déjà vu* برسامات بویائی و موسیقی معمول است.

IV) حملات قسمی مغلق (نوع روحی حرکی)

این حملات مترافق با ۴-۶ دور امواج بطی دارای دامنه بلند به مانند (دندانه های اره) در هر ثانیه بوده اما سایر اشکال اینارملتی های محراقی نیز میتواند دیده شود.

جدول ۱۲-۹ اهمیت تشخیصه نوار برقی مغز

نوع حملات	دریافت های نوار برقی	کاربردهای تشخیصی
۱. صرع عمومی تونیک کلونیک	نوار برقی مغز بین دو حمله ممکن ولتاژ پایین، فعالیت تیز زیاتر از ۱۰ هرتز در مرحله تونیک تدریجاً توسط امواج بطی و بزرگتر در جریان اختلاج عوض نمیگردد فعالیت میان دو حمله ذریعه امواج تیز و خصیصه موجی مشخص میگردد.	نوار برقی مغز بین دو حمله ممکن کاملاً نورمال باشد و در صورت که غیر نورمال باشد تغیرات غیر وصفی موجود است.
۲. حملات نوع خفیه	سپایک های خفیف ۳ هرتز و امواج تیز و بطی هر دو در مرحله حمله و همچنان از دوره میان دو حمله میباشد.	مشخص کننده پتالوزیک حملات نوع خفیه
۳. حملات نوع مایو کلونیک	پولی سپایک و امواج غیر وصفی تیز و بطی هر دو در مرحله حمله و نیز در دوره میان دو حمله میباشد.	تغیرات غیر وصفی
۴. پیزم نوزادی	پس منظر غیر منظم دارد امواج با ولتاژ بلند و بطی، سپایک سرکوب می شوند (<i>hyparrhythmia</i>)	در واقعات مشکوک تشخیص کننده میباشد
۵. حملات نوع ساده و مغلق قسمی	در مرحله حمله امواج سپایک منظم در بالای ناحیه ماوفه رأس اما بعضًا سپایک های غیر منظم در دوره میان دو حمله.	در جریان حمله ممکن نورمال باشد

مساعد کننده ها

فکتورهای شناخته شده که صرع را مساعدت می نماید در جدول ۳-۹ داده شده است

جدول ۳-۹ مساعد کننده های عام صرع

- تب
- خواب
- فشارهای هیجانی
- درد
- روشنی برق آسا
- سرو صدا
- موزیک
- آب و آتش
- دوره تحیض
- الکول
- ترضیصات قحف
- تنفس زیاد
- گرسنگی
- کسالت زیاد
- ارگاسم جنسی
- ادویه جات (ستروئید ها، فینوتیازین، قطع آنی الکول یا بنزودیازپین ها) امفيتامين ها و INH و reserpine و غيره

سندروم Lennnox gastaut مشتمل می گردد بر سه پایه: حملات petitmal و مايو کلونیک.

اختلالات روانی صرع

در جدول ۹-۴ نشان داده شده است

جدول ۹-۴ اختلالات روانی صرع

۱. اختلالات که از باعث بیماری های مغز است و باعث بوجود آمدن حمله می گردد

۲. اختلالات که از باعث واقع شدن حملات در مراحل زمانی معین بوجود می آید

--- مخبروی قبل از حمله

---- حملات قسمی مغلق، حملات خفیه، حالت قسمی مغلق ستاتوس زمان حمله

---- اتوماتیزم، کانفوژن/حالت تیرگی شعور بعد از حمله

۳. اختلالات که ارتباط به زمانی وقوع حمله ندارد: (زمان بین دو حمله)

A. اختلالات دوران طفویل و بلوغ

a عصبی، ضد اجتماعی و مختلط

b سایکوز دوران طفویل

B. اختلالات دوران کهولت

a. اختلالات شخصیت

b. تغیرات شخصیت (با سابقه شخصیت نورمال)

c. نیوروز

d. اختلالات رفتار

e. عدم کفایه جنسی

f. سایکوزس

- عاطفی / اسکیزوافکتیف

- شبی اسکیزوفرینی مزمن

g. زوال عقلی

تداوی

(a) ادویه جات: استطبابات، مقدار روزانه و عوارض جانبی معمول در جدول ۹-۵ و ضمیمه I ارائه شده

و هم چنان عمل متقابل ادویه در ضمیمه II ارائه شده است. اساسات ذیل نیز باید بخاطر باشد.

- تداوی کافی، که هدف آن باید قطع شدن حملات باشد
- مقدار ادویه برای بیمار مخصوص عیار گردد

در اطفال تب (اختلال فیریل) در سن پنج ماهگی الى شش سالگی و در کاهلان نوع ایدیوپاتیک ، ترضیض دوره کهولت مقدم در سن متوسط ، استعمال الکھول در سن متوسط و سن پیری و امراض وعایی معمول ترین اسباب صرع میباشد.

- یعنی مقدار کم در ابتدا
- از استعمال چند ادویه همزمان خود داری گردد
- دوام تداوی (قطع آنی یا اخذ غیرمنظم ادویه دلیل عملده حملات در بیماران بشمار میرود)
- ادویه باید حداقل ۲-۳ سال بعد از وقوع حمله

اخیر ادامه داده شود

- ضروری میباشد تا از مقدار کم ادویه آغاز شود و تدریجیاً اضافه گردد تا که به مقدار اعظمی برسد
- قبل از اینکه ادویه جدید را علاوه نماییم، هر ادویه دست داشته باید امتحان گردد
- سویه ادویه جات درسیروم ارزیابی گردد و در صورت امکان میتوانیم مقدار ادویه را عبارت سازیم

عيار برای قطع نمودن ادویه ضد صرع

- ضرورت مطلق

- در مدت زمانی ۲-۳ سال هیچ نوع حمله واقع نشود
- توافق نامه رسمی بیمار

- فکتورهای قناعت بخش

صرع اطفال، صرع منتشر ابتدائی، ارزیابی اختلال عمومی
دوام کاهش صرع، نواربرقی نورمال مغز
کسی که دریوری نمی کند

- فکتورهای که قناعت بخش نمی باشد

اگر صرع به شکل مؤخر شروع شده باشد
اگر صرع به شکل قسمی آغاز شده باشد
اختلال مغزی باشد

دوام زیاد داشته باشد

نوار برقی مغز غیر نورمال باشد

شخص دریوری کند



شکل ۹ - اندفاعات جلدی ناشی از کاریمازپین

حمله اختلاجی که درخواب رخ میدهد ، عدم کنترول ادرار و مواد غایایه و پدیده بعد از حمله از جمله علایم معتبر است که حملات هستریک را از حمله حقیقی تفرقی می کند.

- (b) **تماوی عمومی** : عادات منظم خوردن و خوابیدن، رژیم کافی پرهیز از الکول و فعالیت فزیکی در تداوی این بیماران حائز اهمیت زیادی است.
- (c) **از بین بودن فکتورهای سببی** : پرهیز و خودداری از فکتورهای مساعد کننده صرع، شق نمودن جراحی، آفت مخرش معین و تداوی بالخصوص امراض فزیکی نیز میتواند در تداوی مؤثر نقش خوبی داشته باشد تداوی جراحی در حالاتی ذیل مدنظر باشد:
- اگر بیمار شدیداً از باعث حملات معیوب شده باشد

- در صورت که به مدت ۳-۵ سال ادویه جات مختلف امتحان شده باشد و کدام مؤثر است

نداشته باشد

- شواهد کلینیکی، نواربرقی مغز و اسکن PET در رابطه به اینکه حملات به شکل متداوم

از یک ناحیه موضعی قشرمغزمنشأ گرفته موجود باشد و بعد این ناحیه توسط عمل

جراحی برداشته شود معیوبیت به بیمار ایجاد نمی‌گردد.

لوبوتومی صدغی مثلاً برداشتن جراحی ۶ سانتی متر ساقه قدامی لوب صدغی یکی از تداوی‌های معمول

جراحی می‌باشد دو سوم این بیماران بعد از تداوی جراحی بهبودی زیادی حاصل می‌کنند، و هم‌چنان ۵۰

فیصد این بیماران دیگر دچار حمله نمی‌گردد.

برای تداوی صرع گراندمال فنی توئین، فینوباریتال، کاربامازپین، در
صرع پیشی مال ایتو سوکساماید، سودیم وال پروات و در صرع فص
صدغی، کاربامازپین، فنی توئین

(d) تداوی سایکولوجیک و اجتماعی: توجه مناسب برای شکوک و ترس بیمار باید مبذول گردد.

مریض و اقارب اش باید در مورد طبیعت بیماری، فکتورهای مساعد کننده و عواقب آن تعلیم داده شود. و

از تحریرهای غیرضروری بالای مریض خود داری گردد.

جدول ۹-۵ استطبابات معمول، مقدار روزانه ادویه و عوارض جانبی ادویه جات سنتی ضد صرع

ادویه جات	استطبابات	مقدار که با آن شروع می‌شود ملی گرام با معیاد ملی گرام روزانه	مقدار مجموعی روزانه ملی گرام فی کیلوگرام وزن بدن	اندازه پلازمانی تداوی ادویه	ایام که حالت بهبودی حاصل می‌گردد	عارض معمول	جانبی جهانی
Phenobarbital	صرعه حرکی بزرگ، ساده قسمی و مغلق	۳۰ از طرف شب (۴۰-۲۴۰)	۱-۵	۲۰-۴۰ ۶۵-۷۰ مايكرومول فی لیتر	تابه ۳۰	گنگست، رش جلدی، اتاکسی، اختلال شعور، رعشه، ضعیفی جنسی، اتوماتیزم دوائی، وابستگی و فرط فعالیت سلوکی در اطفال	
Primidone	صرعه حرکی بزرگ، ساده قسمی	۱۲۵ از طرف شب (۴۰۰-۱۰۰۰)	۵-۲۰	۶-۱۲	تابه ۳۰	گنگست، اتاکسی، رش جلدی، احساس درونی عجیب و	

غريب بودن						و مغلق	
رش جلدی، بزرگ شدن بیره ها، اتاکسی، سرچرخی، کم خونی میگالوبلاستک، برآمدن موها، تخرشیت، سندروم شبی لحفومها، نرم شدن استخوان ها و نادرأ اگرانولوسایتوزس	۷-۲۱	۱۰-۲۰ (۴۰-۱۰۰)	۴-۷	۱۰۰ روزانه دوبار (۱۵۰-۵۰۰)	حرکی صرعه بزرگ، ساده قسمی و مغلق	Phenytoin	
دلبدی، گنگست، دوینی، خواب آکلوده گی، سردردی، عكس العمل الرژیک جلدی، کاهش حجرات سعید خون	الى ۱۰	۴-۱۰ (۱۷-۴۲)	۷-۱۰	۱۰۰ روزانه دوبار (۴۰۰-۱۸۰۰)	حرکی صرعه بزرگ، وحملات ساده مغلق	Carbamazepine	
دلبدی، نارامی معده، خواب الوده گی، گنگست وسردردی	الى ۱۴	۴۰-۱۵۰ (۲۸۵-۸۵۰)	۱۵-۳۵	۲۵۰ روزانه دوبار (۵۰۰-۱۵۰۰)	صرعه کوچک	Ethosuximide	
ترس از روشی، رش، خواب الودگی، کاهش حجرات خون، هیپاتیت و نفروزس	الى ۱۴	۵-۴۰	۱۰-۲۵	۳۰۰ ملی گرام روزانه (۶۰۰-۱۲۰۰)	صرعه کوچک	Trimekhadione	
خواب الوده گی، ناراحتی معده معائی و ریختن موها	۴	(۳۵۰-۷۰۰)	۱۰-۵۰	۲۰۰ روزانه دوبار (۶۰۰-۳۰۰۰)	کوچک، صرعه مايوکلونیک، بی حرکت و صرعه بزرگ	سودیم ولبرات	
خواب الوده گی، اتاکسی، بیحرکی، فرط تهیج، تفتریط فشارخون، مسموهیت، تحمل (به دوز اعظمی)	الى ۱۴	۰.۵ ملیگرام روزانه دوبار (۱۵-۲) در ۰/۱-۰/۲ الى ۰/۰۱۳ ۰/۰۷۲	۰/۱-۰/۲	۰/۱-۰/۲ در ابتدا (۱-۱۰)	کوچک، صرعه مايوکلونیک، بدون حرکت	کلونازپام	

اختلالات روانی

دوخپنین doxepin و Protriptyline، Triimipramine انتخاب مصون ادویه جات ضد افسردگی میباشند. در شماره نیورولپتک ها هالوپریدول، تراپلیپریدول، فلورپریدول، thioridazine، pimozide، trifluoperazine از جمله ادویه جات اند که در ردیف ترجیح دهی برای سایکوز صرع قرار دارند.

درمیریضان صرع butyrophenon (در بین نیورولپتک ها)، کاربامازپین (با خاصیت ثابت کننده مزاج)، الپرازولام و تریپتوپان (در بین ادویه جات ضد افسردگی) انتخابی میباشد.

احیای مجدد

پس منظرهای عمدۀ قرار ذیل اند:

(a) مكتب رفقن: یکی از پس منظرهای عمدۀ

احیا مجدد در بیماران صرع میباشد مراتب آنی

مدنظر باشد:

- هرگز صرع را منحیث سد راه در برآورده شدن تقاضاها قبول نه نماید
- هرگز از صرع منحیث معذرت استفاده نه گردد
- هر فعالیت شخص باید قابل تقدیر و تقویت قرار گیرد تا بتواند تصویری بهتری از زندگی خود داشته باشد
- هرگز در مورد شخص بیمار به شکل خفیه و یا پشت در های بسته سخن زده نشود
- صرع را زمانی که ضرورت باشد با خودش درمیان بگذارید
- بیمار را در انتخاب نمودن شغل یا وظیفه همکاری نماید چنانچه برایش حقیقی بوده و باعث تحت فشار آوردن محدودیت هایش نگردد.

ادویه جات بوسپاپرون و

کلوردیازپیپ کساید دارای خصوصیات

کم در تغیر دادن قدمه حمله میباشد.

(b) عروسی و طلاق: عروسی میتواند اولین حمله صرع را جاویدانی بسازد و یا از باعث فشارهای هیجانی بوجود آمدن از عروسی میتواند حملات را شدت بخشد. علاوه بر این اختلالات صرع چون سایکوزس، زوال عقلی و تشوشات شخصیت میتواند باعث فسخ این عروسی نیز گردد.

c) راننده گی : در هندوستان قوانین ترافیکی اجازه راننده گی را به بیماران مصاب به صرع نمیدهد مریضان که حملات شان با ادویه مکمل کنترول شده باشد باعث خطرات زیادی در ترافیکی نمی گردد شخص بیمار باید در راننده گی موترهای ترانسپورت عامه جداً خود داری ورزد.

d) استخدام : وظیفه باعث مصنونیت مالی گردیده وهم چنان باعث بوجود آمدن علاقه گیری و احساس آزادی و مسئولیت در نزد شخص گردیده واین همه در عیارسازی مناسب اجتماعی کمک می نماید. بعضی شغل ها مشخص میتواند باعث ضرر به بیمار مصاب به صرع گردد. مثلاً وظایف که بستگی به آتش، آب، زینه ها طور مثال رنگمالی و پاک کاری کلکین ها، ماشین الات، راننده گی موتر و غیره دارد. معمولاً برای شخص بیمار قابل منفعت است اگر به قسم اشخاص معیوب ثبت گردد.

ضمیمه-I: ادویه جات جدید ضد صرع

عمل متقابل با سایر ادویه	تأثیرات سوئی			مقدار ادویه	مؤثریت در تداوی	ادویه
	سیستمیک	سیتم عصبی مرکزی				
CBZ، فینوباریتال نیم عمر این ادویه را کاهش میدهد و VPA ، آنرا زیاد می کند	درش جلدی، دلبده، استفراغات	سردردی، گنتگیست، آناکسی، دوینی	سردردی، گنتگیست، آناکسی	-۵۰۰-۳۰۰ گرام روزانه	صرع قسمی و صرع نوع عمومی	Lamotrigine
ندارد	تخریش معده معانی کسالت ازدیاد وزن	خواب، الوده گی	گنتگیست	۴۰۰-۱۲۰۰ ملی گرام در روز	صرع قسمی	Gabapentin
باعث ازدیاد سویه VPA شده و باعث کاهش سویه CBZ و باعث کاهش سویه felbamate می گردد.	تخریش معده معانی، دلبده، استفراغات، کم خونی، اپلاستیک	بی خوابی، سودردی، گنتگیست	بی خوابی، سودردی، گنتگیست	۲۴۰۰-۳۶۰۰ ملی گرام روزانه ۱۵- ۳۰mg/kg روزانه (اطفال)	صرعه قسمی که به شکل ثانوی عمومی شده باشد، لینوکس گستو سندروم	Felbamate
باعث کاهش سویه PTN می گردد.	ازدیاد وزن و کسالت	گنتگیست، سودردی، عصبانیت، افسردگی دوینی	گنتگیست، سودردی، عصبانیت، افسردگی دوینی	2-4mg/kg 50-200 ملیگرام روزانه (اطفال)	صرع قسمی	Vigabatrin

تشوشت حافظه					
باعث کاهش در مؤثریت ادویه ضد حمل می گردد و باعث ازدیاد سویه VPA و PTN است.	کسالت، دلبدی، استفراغات و اسهالات	گنگستیت، خواب الودگی، سردردی، دوینی، آناکسی، نیستگاموس	۶۰۰-۱۲۰۰ ملیگرام روزانه	حملات قسمی توئیک کلونیک	Oxcarbazepine
_____	بستگی، تحمل خشکی دهن	خواب الودگی، دلیریوم، افسردگی، مانیا، سردردی	۲۰-۳۰ ملی گرام روزانه	صرع قسمی، حالت شدید، صرع کاتامینیال، لینوکس گستو سندروم	Clobazam

ضمیمه - II: عمل مقابل دوائی در ادویه معمول ضد صرع

ادویه ضد صرع	ادویه جات همراه	میکانیزم عمل مقابل ادویه	ملاحظات
فینی توئین	Antacid	ممکن باعث کاهش در جذب فینی توئین گردد.	۳-۴ ساعت وقته میان اخذ هردو ادویه می گردد. بسیار باید احتیاط گردد.
Cimitidin	Aminophyllin	باعث نهی میتابولیزم فینی توئین می گردد.	هردو باید در یک بیچاری ویا یک سیروم مخلوط نگردد.
Theophylline	Insulin	باعث کاهش نیم عمر تیوفیلین شده و باعث ازدیاد اطراف تیوفیلین می گردد.	ازدیاد در مقدار تیوفیلین با تناسب ۱/۵ در مقابل ۲ ممکن ضرورت باشد. ازدیاد قند خون.
Tolbutamide	Disopyramide	نهی نمودن افزایش انسولین فینیتوئین میتابولیزم را نهی مینماید.	کاهش در قند خون مقدار ادویه ضد اریتمی باید ازدیاد داده شود. سویه فینیتوئین باید در سیروم ارزیابی گردد.
Dexamethason	ادویه جات فمی ضد حاملگی	باعث ازدیاد میتابولیزم diso pyramide میگردد.	ممکن باعث ناکامی ادویه ضد حاملگی گردد. برای فعالیت مؤثرانه
Doxycyclin tetracycline		میتواند الی ۴۰ فیصد باعث ازدیاد غلظت فینیتوئین گردد.	
		باعث ازدیاد واپس زدائی ستروئید ها می گردد.	

بیوپتیک باید تحت ارزیابی باشد . میتواند برای مسمومیت با فینیتوئین زمینه سازی کند . میتواند برای مسمومیت با فینیتوئین زمینه سازی کند . نایابد هردو یکجا گردد . مسمومیت فینیتوئین میگردد .	باعث ازدیاد درواپس زدائی این ادویه می گردد . باعث نهی میتابولیزم phentytoin می گردد .. باعث نهی میتابولیزم phentytoin می گردد فینیتوئین میتواند برای مسمومیت بالیتوم زمینه سازی کند .	INH Dicumarol Lithium Phenylbutazone Carbamazepin Phenobarbitone Valproate		
غلظت فینیتوئین را کاهش میدهد ، عیارسازی مقدار ادویه ممکن ضرورت شود . تأثیرات مجموعی قابل پیش بینی نمی باشد مقدار valproate باید عیارساخته شود .	باعث کاهش میتابولیزم وقدرت وصل با پروتین پلازما ادویه می گردد . باعث تقویت تجزیه شدن فینی توئین توسط انزایم می گردد . میتابولیزم فینیتوئین را زیاد می کند . باعث کاهش میتابولیزم فینیتوئین شده و نیز قدرت توصل با پروتین پلازما فینیتوئین را کم میسازد			
میتواند باعث عوارض جانبی شدید گردد لذا خود داری گردد سویه کاربامازپین باید ارزیابی شود . اعراض سمی عصبی ذیل را باز می آورد : ختلال شعور، تحریف، خواب	باعث نهی میتابولیزم کاربامازپین می گردد . غلظت کاربامازپین آزاد را در سیروم بلند میبرد . عمل مقابله را در مقابل یکی یا زیاتر از اخذ های مغزی به طور مستقیم یا غیرمستقیم ایجاد می کند . میتابولیزم کاربامازپین را تحریک نموده و برعکس	Erythromycin INH Lithium Phenobarbiton	(CBZ)Carbamazepin	

الوده گی و اناکسی	ویرعکس آنرانیزاجرا می کند کاریاماژپین باعث کاهش سویه والپرات درخون می گردد.	Valproicacid	
باعث انحطاط شدید سیتم عصبي مرکزي و تشوش حرکي می گردد. باعث ناکامی تداوى می گردد.	سینرجیزم با الکول دارد. میتابولیزم این ادویه توسط فینوباریتال تقویه می گردد. فینوباریتال میتابولیزم ازانتقویت می کند باعث tolbutamide میتابولیزم و تحریک میتابولیزم وارفارین می گردد.	الکھول، اتی هستامین ها و اویات ها Chloramphenicol ادویه جات فمی ضد tolbutamide حاملگی warfarin	phenobarbitone
باعث ازدیاد مقدار والپرات به ندازه ۱/۵ دربرابر ۲ می گردد.	سویه والپرات رادرسیروم کاهش میدهد.	Valproate	
عمل مقابل فینوباریتال مشکوک می گردد. والپرات باید به تناسب ۱/۲:۰ اضافه گردد تا تداوى حاصل گردد.	باعث دوباره بازگشت به طرف فینوباریتال می گردد. باعث کاهش درسویه والپرات می گردد.	Phenytoin Valproate	Primidone
	والپرات از توصل پروتین جدا شده لذا سویه آزاد آن زیاد می گردد و باعث بوجود آمدن ماده بنام ۴- ene valproate می گردد، که یک ماده زهری میباشد.	Aspirin	Sodium valproate

سوالات برای مرور

۱. صرع را تعرف نموده و منظره کلینیکی آن چگونه است؟
۲. فاز های مختلف اختلاج کدامها اند و بعضی اسباب مهم صرع را بیان دارید؟
۳. اختلالات شنجی را تصنیف بندی نموده و اسباب مهم صرع را در گروپ های مختلف سنی (کودکی، نوجوانی، مرحله مقدم کهولت)، سنین متوسط و کهنسالی) بیان دارید.
۴. اختلالات مهم صرع کدامها اند؟ بعضی اختلالات روانی غیر مرتبط به زمان را که در بوجود آوردن تشنج نقش دارند بیان نمائید؟
۵. در باره اصطلاحات ذیل مخترا بنویسید:
 - (a) شخصیت صرعی
 - (b) نارمل سازی جبری
 - (c) صرع انزالی
 - (d) صرع هیستیریایی
 - (e) زوال صرعی
 - (f) سایکوز انتر اکتال
 - (g) فراموشی گذرای سرتاسری
 - (h) صرع معند
 - (i) ادویه ضد تشنج جدید
 - (j) لینوکس گاستو سندروم
 - (k) صرع عکسی
 - (l) صرع مقاوم
 - (m) سپزم نوزادی
 - (n) صرع و جنسیت
۶. پیامدهای روانی اجتماعی صرع کدامها اند؟ و چگونه تداوی میشوند؟
۷. مشوره های شما برای یک مریض مصاب صرع و فامیل مریض در موارد؛ مكتب رفتن، ازدواج، استخدام و مریضی ها چه خواهد بود؟
۸. قدمه های ناشی از تنقیص سویه دوایی در تشنج را بر شمرده و در مورد تداوی صرع در حالات بار داری و شیر دهی توضیحات ارایه دارید؟
۹. تدوای صرع را در مریضان ذیل توضیح نمائید:
 - (a) آفات کبدی
 - (b) عدم کفایه کلیه
 - (c) سن بلند
 - (d) اختلالات مزاج
 - (e) احتشای عضله قلبی

سوالات امتحان مسلکی

- در موارد ادویه ضد صرع، صرع معند، اختلالات روانی صرع و جنون صرعی مختصراً بنویسید؟

اسکیزوفرینی و اختلالات پارانوئید

اسکیزوفرینی (تعریف، تاریخچه، ایپیدیمیولوژی، انواع عمدی و فرعی، سبب شناسی، معیار تشخیصی، تشخیص تفریقی، تداوی حمله حاد، مراقبت بعدی و انواع مقاوم)، سیر (فکتورها ی مرتبه به عواقب)، اختلالات هذیانی (سندروم‌های نام‌گذاری شده چون دی کلارام بولت (de Fregoli)، اوتیلو (Othello)، کپگراس (capgras)، اکبوم (Ekbom)، فریگولی (clerambault وغیره).

اسکیزوفرینی تعریف

این گروپ از اختلالات توسط تشوش در افکار مشخص می‌گردد، تشوش در فعالیت حرکی روحی، عاطفه، ادراک و رفتاریکجا می‌باشد.

اصطلاح شیزوفرینی توسط Eugen bleuler
شرح شد که به معنی پارچه شدن مغز (نه شخصیت) قبل از این اصطلاح demeutia شرح E mil kraepelin که توسط praecox شده بود استفاده می‌گردید.

تاریخچه مؤلف مورل (Morel) اصطلاح دیمینس پریکوس را برای تشریح حالت یک مریض کاهل به کاربرد، که زمانی روشن و فعال بود، اما بعداً آهسته در حالت خاموش قطعی قرار می‌گیرد. در سال ۱۸۶۸ عالمی بنام

K.L.Kahlbaum (کاتاتونیا امروزی را) را شرح نمود در سال ۱۸۷۱، E. Hecker، Emil kraepelin ۱۸۵۶-۱۹۲۶ را شرح نمود. چرمنی روانی که در سال‌های dementia praecox را از سایکوزس (اسکیزوفرینی) حیات داشت برای بار نخست مانیاک دیپریسیف

مزمن امروزی) مجزا فرارداد. Eugen bleuler (1857-1939) یک روان‌شناس سویسی اصطلاح اسکیزوفرینی را شرح داد که معنای آن نیم شدن یا چاک شدن مغز می‌باشد.

در سال ۱۹۵۹ روانشناس جرمنی بنام Kurt Schneider (1887-1967) اعراض ردیف نخست را شرح داد (عدم موجودیت بیماری عضوی).

اپیدیمولوژی

وقوعات دقیق و شیوع آن نامعلوم است

- وقوعات: سالانه ۲۰-۱۰ نفر در هر یکصد هزار
- شیوع: ۰-۲۰٪ فیصد (در بعضی نواحی جهان مثلاً سویدن شمالی) الی ۲۸٪ فیصد
- سن آغاز بیماری: سن بلوغ یا بلوغت مقدم.
- تناسب جنس: در مردان و زنان مساوی است.
- سایر تغییرپذیری‌ها: وقوعات زیادی در ولادت‌های زمستانی، در اشخاص چپ دست، و در افراد طبقه پائین جامعه.

ظاهرات سریروی

به جدول ۱۰-۱ توجه شود

منظره تاریخی اسکیزوفرینی

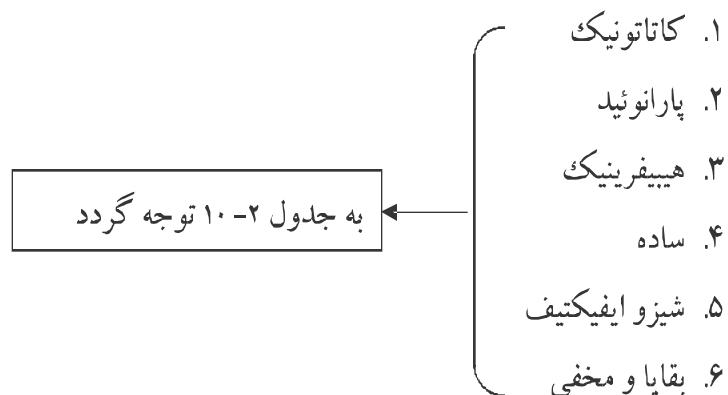
علامه‌های چهار A بلوولر (Bleuler's)	معیارهای شنايدر (Schneider's)
<ul style="list-style-type: none"> - اوتیزم (Autism) غرق افکار درونی - نقیصه عاطفی (Affective defect) کند و یا هموار (Ambivalence) - دودلی (Doodling) - نقیصه همکاری (Association defect) از دست دادن 	<p>اعرض ردیف اول</p> <p>الف: حادثه منفعل بودن.</p> <ul style="list-style-type: none"> - پخش، ربودن و غرس افکار در مغز. - انفعال جسمی. - حرکات ساخته شده، آنگیره‌ها، عاطفه. <p>ب: اختلالات ادراک</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. برسامات شنوایی - شنیدن صدای افکار خود. <ul style="list-style-type: none"> - صداهای که در مورد شخص با هم بحث و مشاجره می‌کند. - شنیدن صداهای که اظهار نظرمی کند.

۲. درک هذیانی اعراض ردیف دوم باقی مانده اختلالات عاطفه، درک، و افکار.	
---	--

جدول ۱۰-۱ چگونه بیمار مصاب به اسکیزوفرینی معمولاً مراجعه می نماید

- رفتار غیر نورمال (توهین آمیز، تجاوز گرانه، مخوش، منفی گرایانه، عدم همکاری).
- سخنان غیر مناسب و غیر منطقی (جواب های که معنی مناسب ندارد).
- سکوت (با خود سخن میزند) با سر و دست اشاره می کند.
- صدا های تحریک آمیز، دیدن چهره ها (بدون کدام منبه).
- نشستن و برخاستن در یک وضعیت غیر نورمال به مدت طولانی، قواره نمودن، حرکات با مفهوم آینه پردازی.
- مشکوک بودن، شاکی بودن، پر ترس و نبود خواب.
- تمایلات حالات ترس (از خانه و دفتر) برای ساعت و روزها، مساعد بودن به حوادث، کوشش های خود کشی.
- خنده های غیر مناسب (بدون علت).
- عدم توجه به خود (غفلت در حفظ الصحه شخصی و تغذی، به چهره ظاهری و لباس خود توجه ندارد).
- هر گز قبول نمی کند که بیمار است (فقدان بینش)
- آغاز تدریجی، بیماری متداوم (حداقل برای ۶ ماه) معمولاً بدون کدام صحت یابی (بدون تداوی) و بالاخره سیر بد تر شونده در عدم موجودیت تشویشات شعوری.

انواع و اعراض شناسی



شیزوفرینیا نوع باقی مانده شباهت به شیزوفرینیا خفیه دارد و اعراض آن شباهت به اعراض مخبروی شیزوفرینیا دارد. یگانه تفاوتی که شیزوفرینی نوع باقی مانده را تشخیص می نماید همانا سپری شدن حد اقل یک هجمه میباشد.

شیزوفرینی در بالغان در عمر ۲۵-۳۰ سالگی رخ
 میدهد در هردو جنس مساویانه واقع گردیده
 و در هر نژاد دیده میشود و در طبقه که وضعیت
 اجتماعی اقتصادی خراب دارد زیاد واقع می
 گردد.

مطابق به ICD-10 سکیزوفرینی نوع باقی مانده قرار ذیل مشخص شده است.

- اعراض بارز منفی سکیزوفرینی مثلاً تأخیر روحی حرکی، فعالیت اندک، کندی عاطفه، انفعال و فقدان در اخذ تصامیم، کمبود مقدار یا محتوى تکلم، تماس اندکی ارتباط کلامی ذریعه افاده وجهی، تماس چشمی، صدا، وضعیت، هم چنان عدم توجه به خود و فعالیت های اجتماعی.
- شواهد سابقه که حد اقل یک هجمه واضح سایکوزس را سپری نموده باشد و معیارات تشخیصی را برای سکیزوفرینی داشته باشد.

جدول 2-10 تظاهرات کلینیکی انواع عمدہ فرعی سکیزوفرینی

وظیفه	کاتاتونیک	پارانوئید	هیبی فرینک	ساده	غیرتفریقی شده	سکیزوفرینیک
فکر کردن (شناختی)	غیرحسی، الفاظ	افکار بسیار نابسامان	افکار نابسامان است مثلاً	هدیانات معمولاً موجود	پرسه افکار نابسامان است، سlad لغات، هدیانات قطعه قطعه شده و از دست دادن هم آهنگی هدیانات	ظهورات پرش افکار،
مختصر، بسیار یاد فراموشی	کلامی هدیان	منفی گرائی و هدیانات غیر بدگمانی، هدیانات	منفی گرائی و باشد کوتاه مدت بوده و هدیانات منظم با پس	منظر عجیب و غریب	پسره افکار نابسامان است، سlad لغات، هدیانات قطعه قطعه شده و از دست دادن هم آهنگی هدیانات	ظهورات
واقعات موجود	منعکس شونده، حسادت،	بدگمانی، هدیانات منظم با پس	منظر عجیب و غریب	منظر عجیب و غریب	کمی منظم است	افسرده که با شرم جسمی و یا

با پس منظر معدومیت همراه باشد و یا هم هذیانات شیدائی بزرگ منشی یا گزند موجود است.				بیگناهی، بزرگ منشی به شکل منظم موجود است.	هذیانات که به مشکل ارزیابی شده میتواند.	
برسامات بالخاصة موجود نیست	برسامات قطعه قطعه شده و غیرشکل گرفته معمولاً شوابی است.	برسامات معمولًا موجود نیست.	برسامات قطعه قطعه شده و غیر شکل گرفته معمولاً شوابی است.	برسام محافظه کارانه و یا بزرگ منشی برسام شوابی بوده و پس منظر غیر منظم ندارد	مشکل است که ارزیابی گردد.	در ک
حالت مزاجی بی تفاوتی است، تخریشیت، بلندپروازی، قهر، چشمان پر از اشک، غیر متناسب بودن	عاطفه هموار و یا غیر متناسب است.	عکس العمل خفیف هیجانی	احمقانه، عکس العمل غيرمتناسب بی تفاوتی	قهر، ترس، شک، متهم بودن ممکن افسردگی	هیجانات و ناقراری های غیر منتظره باشد.	عاطفه
رفتار با افسردگی	تظاهرات مختلط سایر انواع	آغاز مقدم و تلریجی با	قواره نمودن، حرکات	غم آلود، مشکوک یا	خواب آلود وساکت،	رفتار

یکجا بوده		سیر پیشرونده دارد.	تکراری با هدف، رفتار عجیب و غریب، رفتار غایق باشد.	غیر همکار بوده ممکن برسام نداشته باشد.	حرکات اتوماتیک آمرانه تکرار جملات متکلم، تکرار حرکات متکلم، کاتاپلکسی وضیعت گیری، شخی وضعیتی، منفی گرانی و هیجانی در سمت مخالف و فسمی میباشد که به بالش روائی تشبیه شده است.
مثلاآ خودکشی		موجودیت			
نظریات		تظاهرات			
گریه دار، تحریشت، حرکات خشن.		خاص بشکل باقی مانده تظاهرات هایپوکاندریل، کمی در اجتماع، زندگی آماده باش، غم آلود و بی هدف بوده انذار خراب دارد.	غیر قابل فهم رفتار خراب در مقابل جامعه، مثلًا در موجودیت سایر افراد فعل تبول و استمنا را اجرا می کند.		
برانگیختگی جنسی درسکیزومانیا معمول است	-----	-----	-----	برانگیختگی جنسی که خود عالیم فرط فعالیت سیستم خود کار را نشان میدهد	برانگیختگی جنسی که خود عالیم فرط فعالیت سیستم خود کار را نشان میدهد
					فریولوزیک

۳. یک دوره حد اقل یک سال که در آن شدت و دفعات اعراض بارز مثلاً هذیان و برسام کم بوده و یا بعداً کم شده باشد و سندروم منفی سکیزوفرینی موجود بوده باشد.

۴. عدم موجودیت زوال عقلی و یا سایر اختلالات یا بیماریهای عضوی مغز، افسردگی مزمن و یا حالتی که بتواند تشوشات منفی را بار آرد.

۵. سکیزوفرینی غیرتفریق شده: یک شکل بسیار معمول سکیزوفرینی بوده و زمانی تشخیص می گردد که هیچ نوع تظاهرات فرعی موجود نباشد و یا تظاهرات چند نوع فرعی با هم یکجا موجود باشد.

۶. افسردگی بعد از سکیزوفرینی: بعضی از مریضان سکیزوفرینی در جریان ۱۲ ماه دچار یک هجمه حاد افسردگی می گردند. تظاهرات افسردگی در موجودیت تظاهرات باقی مانده و یا فعال سکیزوفرینی وجود می آید و با خطر جدی خودکشی یکجا بوده میتواند. بسیار مهم است که تظاهرات افسردگی را از اعراض منفی اسکیزوفرینی و اعراض خارج اهرامی ناشی از مصرف ادویه ضد سایکوزس تفریق مینمائیم.

۷. سکیزوفرینی کاذب نیوروتیک: هوچ و پولاتین (*Hoch and polatin*). در مراحل ابتدائی اعراض بارز نیوروتیک موجود است، که سال ها دوام نموده و در مقابل تداوی جواب خوب نمی دهد. تظاهرات کلاسیک و عمدۀ آن عبارت اند از:

a. اضطراب مکمل (اضطراب آزاد و منتشر که به مشکل میتواند بر طرف گردد).

b. نیروزس مکمل (تقریباً تمام اعراض نیوروتیک موجود است).

c. جنسیت تام (در گیری ثابت همواه با پرایلم های جنسی).

این نوع فرعی تحت عنوان اختلال شخصیت نیز مطالعه می گردد.

۸. اختلالات شبه سکیزوفرینی: یک کتگوری تشخیصی در DSM-IV بوده و معیار تشخیصیه آن تظاهرات سکیزوفرینی میباشد. یگانه تفاوتی که موجود است همانا زمانی است که باید از ۶ ماه کم باشد و انذار آن معمولاً نسبت به سکیزوفرینی خوبتر است. حالتی مشابه را در کتاب ۱۰ - ICD بنام سکیزوفرینی حاد همانند اختلال روانی می نامند.

۹. سکیزوفرینی اوئنیروتیک (Mayer-Gross): یک نوع فرعی سکیزوفرینی بوده که آغاز حاد دارد، شعور غبار آلود، عدم جهت یابی، حالت به مانند خواب، (oneiroid به معنی خواب) و تشوشات ادراکی با تغییرات سریع بر عکس.

در شیزوفرینی سویه دوپامین زیاد میباشد.

سندروم وان گوف (Van Gogh): بوجود آمدن تحریف خودی در سکیزوفرینی بنام سندروم وان گوف یاد می‌گردد. وان گوف شخصی بود که در مرحله فعال سکیزوفرینی گوش خود را قطع نموده بود.

۱۰. پارافرینیای مؤخر (Roth): این اختلال در اواخر حیات معمولاً در دهه شش بوجود می‌آید. معمولاً در خانم‌ها مخصوصاً در خانم‌های غیر عروسی شده و بیوه بوجود می‌آید.

هذیانات گزند معمول بوده و محتوی آن حالات عجیب و غریب میباشد، مثلاً فکر می‌کند همراهیش فعل جنسی جبری صورت گرفته باشد و یا فکر می‌کند افراد بیگانه و نا آشنا به اطاق اش داخل شده و مداخله می‌کند.

تمام انواع برسامات (بصری، سمعی، حسی، تماسی و بویایی) معمولاً موجود است، ذکاوت و قضاوت خارج از ساحه هذیانات نورمال میباشد ۲۵ الی ۴۰ فیصد مریضان از نقیصه دید و شنوایی شاکی میباشند.

در عصر حاضر این سندروم تحت عنوان پارانوئید سکیزوفرینی قرار گرفته که البته آن نوع میباشد که، به شکل مؤخر آغاز میگردد.

۱۲. سکیزوفرینی منفی: اعراض عمدۀ منفی مشتمل می‌گردد بر (عاطفه هموار یا کند، اختلال توجه، کاهش لذت، بی علاقه‌گی، کم حرفي).

در شیزوفرینی کاتانوئیک حالات چون ستوپور، موتیزم، وضعیت گیری، منفی گرائی، شخصی، انعطاف مومی شکل، تهییج، تکرار عمل طرف مقابل، تکرار حرکات طرف مقابل و اتوماتیزم دیده میشود.

۱۳. سکیزوفرینی (Pfropf): یک سندروم سکیزوفرینی بوده که در موجودیت تأخیر عقلی بوجود می‌آید (درجه ذکاوت آن کمتر از ۷۰ میباشد) تفاوت که با سکیزوفرینی دارد آنست که در اینجا فقدان نظریات موجود است، و هذیانات به شکل سیستمیک آن موجود نمی‌باشد. تشوهات رفتاری نظریه اختلال افکار بسیار متبارز میباشد.

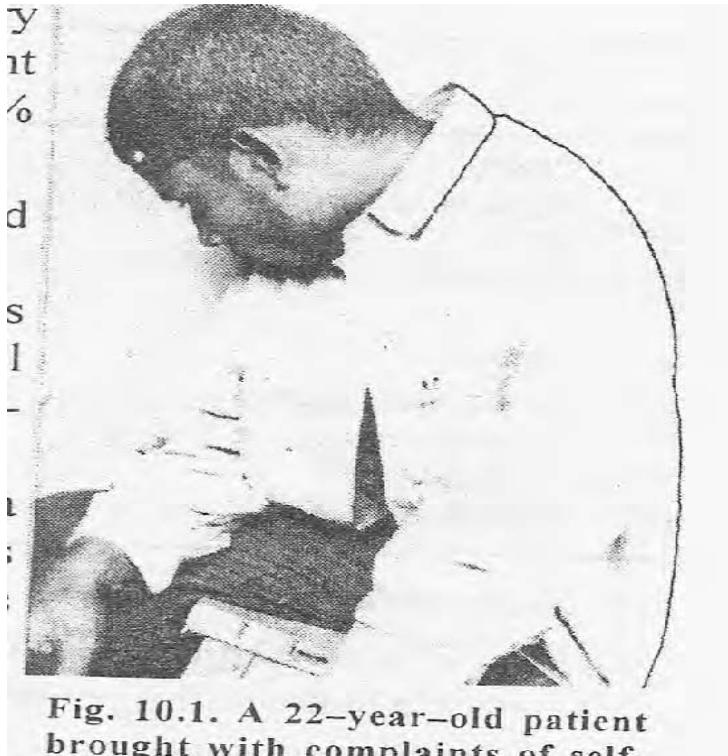


Fig. 10.1. A 22-year-old patient brought with complaints of self

شکل ۱۰.۱. یک مریض ۲۲ ساله با شکایات مثل غفلت از خود، وضعیت گیری (در وضعیت ماتم برای ساعت‌ها می‌نشیند)، تجزی از اجتماع و بی‌خوابی اورده شده است. مریض در کنار یک چوکی نشسته و شیزوفرینی کتابونی تشخیص شده است.

معیارهای تشخیصی

به جدول ۲-۱۰ مراجعه شود

اتیولوژی

أ. تیوری بیوشیمیک

شواهد در مورد رول دوپامین از تاثیرات ادویه نیوروپیتیک می‌باشد. مثلاً از دیدار دوپامین مغز مخصوصاً در سیستم لمیک (این یک فرضیه بسیار قابل قبول می‌باشد).

در شیزوفرینی نوع پارانویید تغییرات شخصیت کم می‌باشد در حالیکه در سایر انواع

آن زیاد است.

- نظریه نوراپی نفرین: نظریات انفرادی در مورد ازدیاد در نوع پارانوئید و کاهش در حالات مزمن و یا سویه متناقض نوراپی نفرین گذارش شده است.

VIII. نظریه سیروتونین: ازدیاد 5-HT در بیماران مزمن و کاهش در بیماران حاد و پارانوئید با حالات سراسیمگی باید ارزیابی شود و یا با حالاتیکه ذریعه ادویه نیوروپتیک متأثر شده باشد (محضًا انواع غیر وصفی ادویه جات).

ii. نظریه جنیتکی

شیوع مطالعه جنیتکی اسکیزوفرینی

شیوع در مطالعات مختلف

A. خانواده

والدین _____٪.۵

اقارب _____٪.۱۰

طفل بیمار اسکیزوفرینی _____٪.۱۴

طفل هر دو والدین مصاب _____٪.۴۶

B. دوگانگی ها

مونوزایگوت _____٪.۴۲ (٪.۳۰-٪.۶۰)

دای زایگوت _____٪.۹ (٪.۲۰-٪.۶)

iii. اسباب ویروسی

- انسفالیت که بعد از آفات ویروسی بوجود می آید، حالاتی است که مشابه سکیزوفرینی میباشد مثلاً با انفلوینزا، استاین بار وایرس، مونونوکلیوزس انتانی و در عصر حاضر ویروس ایدس.

iv. نظریه معافیتی

یک بیماری معافیتی ممکن در پتوجنیزس سکیزوفرینی رول داشته باشد.

- سکیزوفرینی باعث متأثر شدن سیستم معافیتی می گردد لذا باعث پرایلم های معافیتی شده میتواند.

جدول ۳-۱۰ تفاوت ها میان اسکیزوفرینی منفی و مثبت

منفی (نوع II با انذار خوب)	مثبت (نوع I با انذار خوب)	
تدریجی	حاد	۱. آغاز بیماری
خراب	نورمال	۲. وظایف متأثر شده اجتماعی
هموار یا کند	محرض	۳. عاطفه
فقر کلام یا افکار بی علاقه گی کاهش لذت	هدیان، برسام ، رفتار عجیب شدت و شفا	۴. تظاهرات
به شکل مزمن به طرف بدتر شدن کاهش دوپامین	ازدیاد دوپامین	۵. سیر
غیرنورمال (تشوشهای شناختی)	نورمال	۶. تغییرات کیمیاگی
اتروفی مغزی	نورمال	۷. تست روحی عصبی
خراب است	خوب است	۸. سی تی سکن
		۹. جواب در مقابل ادویه ضد سایکوزس

۷. نظریه نیورو فزیولوژیک

a. فعالیت برقی جلدی

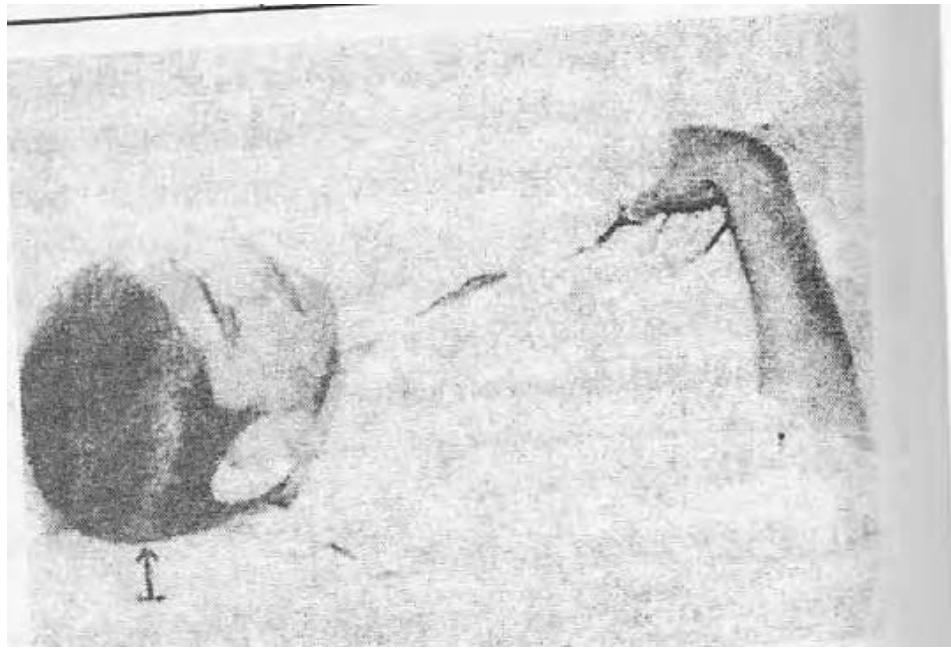
- ازدیاد قدرت انتقال جلد در مقابل منبهای ممکن یک خطر محسوب گردد.

b. فعالیت قلبی و عائی

- تعداد ضربان قلبی که در بیماران سکیزوفرینی زیاد شده (درکنترول نیست) و توسط ادویه جات نیوروپیشیک متأثر نمی گردد.

c. حرکات ملایم چشم ها

زمانیکه یک شخص یک پاندول را در حالت آویزان آن نگاه می کند پس حرکات چشم آهسته بوده و به شکل نظارت کننده میباشد. در حالات نورمال حرکات چشم منظم به عقب و جلو بوده اما در بعضی مریضان سایکوتیک و سکیزوفرینی این حرکات ذریعه چندین توقف چشمی متأثر شده و باعث می گردد که چشم ها به شکل غیر منظم حرکت نمائید.



شکل ۱۰-۲ یک مریض ۱۸ ساله از شیزوفرینی کاتatonی رنج برده و تصویر نشان دهنده علامه اختصاصی بالشت روانی (یک نوع وضعیت گیری روانی که راس بلند قرار گرفته مثل اینکه بالای یک بالشت حقیقی قرار دارد). (برای جزئیات بیشتر متن دیده شود)

d. نوار برقی مغز

- در بیماران مزمن سکیزوفرینی در امواج α قدرت برقی کم میباشد ($11-13\text{ Hz}$) اما در امواج سریع بیتا قدرت برقی زیاد میباشد ($20-40\text{Hz}$) و قدرت زیادی در رابطه های بطي تیتا و دلتا ($0.5-8\text{Hz}$) نظر به حالات نورمال موجود است.

e. پوتنتیل برگرداننده

- مرحله پنهانی کوتاه بوده
- امپلیتیود کم میباشد.

- از دیاد عکس العمل با زیاد شدن در شدت تنبهات که در مریضان سکیزوفرینی وصفی میباشد.

f. جریان خون مغزی (با استفاده از زینون ۱۳۳) و میتابولیزم مغزی (با استفاده از تکنیک PET)

- در نواحی جبهی جریان خون کاهش می یابد.

درشیزوفرینی برسامات شناوائی نظر به برسامات بینائی و بویائی بسیار معمول است.

- در نیم کره چپ جریان خون زیاد می گردد (ادویه نیورولپتیک باعث ازدیاد جریان خون در نیم کره راست می گردد).

v. مطالعات نیورولوژیک بعد از مرگ

a. مطالعات نیورولوژیک : اینارملتی های محراقی کوچکی تقریباً در ۶۰ الی ۷۰ فیصد بیماران مصاب به سکیزوفرینی موجود است. س عالیم عصبی عبارت اند از نقایص در درک فضایی (stereognosis)، گراف ایستیزیا (graphesthesia) (رعشه، قدم زدن، تعادل و موازنہ).

b. مطالعات نیورو رادیولوژیک

۱. ازدیاد اندازه بطین (مخصوصاً بطین جنبی) از جمله دریافت های عمدۀ میباشد که در سی تی سکن را پور داده میشود.

۲. اینارملتی های سطح قشر: ازدیاد میزابه های سیلویان نواحی قرب الجبهی و جبهی که دلالت بر پتانلوزی نواحی صدغی و جبهی را می کند.

۳. اینارملتی های مخیخی: مخصوصاً اتروفی قسمت ورمی.

۴. MRI یک مطالعه انفرادی اتروفی جبهی را در مریضان شیزوفرینی نشان میدهد.

c. دریافت های بعد از مرگ: حجم مغز کم شده مخصوصاً نواحی پارا هایپو کامپل، ماده سنجبابی، امیگدالا، هایپو کمپس و پالیدوم انسی (که نشان دهنده ضیاع حجرات میباشد).

جهت یابی و حافظه درشیزوفرینی نورمال است

- ازدیاد در اندازه بطین.

- از بین رفتن حجرات در نواحی مشایعتی ماقبل الجبهی.

vii. نظریه سایکولوژیک

a. ارزیابی روتین سایکولوژیک.

b. ارزیابی پیش بینی ها.

C. تست رورشیچ (Rorschach)

- عکس العمل های غیر نورمال در مقابل تمام اشکال بشکل لکه های رنگ (inkblot) که افراد نورمال آن را در چندین طرق مشاهده می کنند.
- عکس العمل های که به شکل ضعیف باشد.
- فقدان خلاقیت و اختراع.
- جوابات افسانه دار که محتوی آن انسان باشد.
- فقدان حرکات.
- مختلط نمودن عکس العمل های ادراکی (در حالات ملوث شده).
- عدم قابلیت شرح نمودن رنگ ها از نظر ادراکی.
- عکس العمل های مشهور موجود نمی باشد.

ii. تست که در آن مناظر را در ک کرده نمی تواند

- تعبیر رسامی ها توسط افراد مصاب به شیزوفرینی مختلط میباشد و هم چنان فقدان اختراع نزدشان موجود است.

b. توجه

- عدم توانائی در بررسی نمودن حوادث مهمی حسی.
- عدم کار کرد حوادث حسی که منجر به افزایش در تنبهات گردیده و نیز حالات پر کاری زیادی را باعث می گردد.

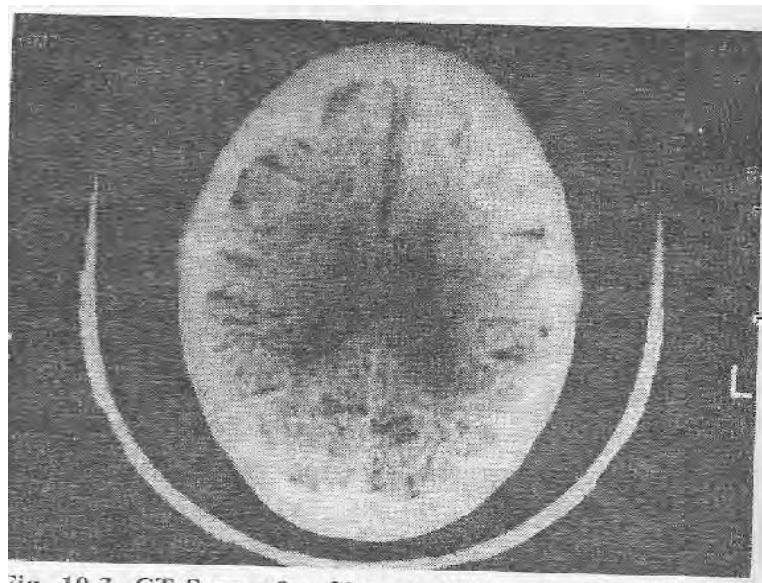
c. پروسه شناخت و معلومات

- دچار مشکلات در ثبت، شرح و دوباره بازگوئی معلومات میباشد.

d. پروسه افکار کاملاً مختصر میباشد. در افرادی که مصاب شیزوفرینی میباشد سرحدات نورمال اهداف به یک حالت باقی نمی ماند.

e. نظریه ساختاری (kelly). ساختارهای شخصی افراد مبتلا به شیزوفرینی دچار عدم اعتبار بوده که، منجر به ضیاع و ساختار سیستم های غیر ثابت می گردد.

f. ازدیاد بر انگیختگی: ازدیاد بر انگیختگی سایکولوژیک در حالات استراحت به قسم عکس العمل در مقابل فشارها.



شکل ۱۰-۳-ستی سکن یک شیزوفرن مزمون بضمات متوجه را نشان می دهد.

VIII. نظریه های خانواده گی

a. نظریه ارتباط مضاعف (Bateson et al, 1956)

- والدین در عین زمان دو یا زیاد تر از دو پیام مشاجره آمیز و غیرسازگار را ارائه می کنند.

- طفل نمی تواند در برابر عدم ثبات تبصره نماید، اما اگر طفل در برابر عدم ثبات عکس العمل نشان بددهد، با عدم رضایت مواجه می گردد.

b. ازدواج نا متوازن (Skew) و ساخیزم (sachism)

Skew: یعنی مادر که خصوصیات فوق مراقبتی، غالب بودن و فشار آورنده و فضول را داشته باشد و پدر که بسیار شکایت کننده باشد گفته می شود که پسر شیزوفرینیک را به دنیا خواهند آورد.

c. خصوصت در میان والدین سبب می گردد که دختر شیزوفرینیک را به دنیا آورند.

d. محیط خانوادگی بشکل متوازن (familial homeostasis): بیماری شناخته شده مریض برای حفظ توازن خانواده ضروری میباشد.

شیزوفرینی در افرادی که بنیه استینیک دارند بیشتر معمول است.

e. ارتباطات غیرنورمال خانواده گی: (Wynne and Singer 1963) : ارتباطات مختلف شده والدین دچار شیزوفرینی گردیده میتواند.

اعراض معمول در شیزوفرینی ، عدم موجودیت بینش ،
برسامات شناوری بوده که بیشتر تشخیصیه میباشد .

- f. هیجانات ارائه شده : درجه عود زیاد می گردد
- اگر خانواده بیمار هیجانات زیاد ارائه شده را نشان بدنهند مثلاً تبصره های بحرانی، توقيف بودن یا فرط اشتغال.
 - اگر در یک هفته ۳۵ ساعت وقف بحث پیرامون محیط گردد.

ix. نظریه های اجتماعی

۱. فرضیه Breeder: افراد طبقه پائین اجتماعی دچار شیزوفرینی می گردد که از باعث حالات اجتماعی میباشد.

۲. تجزید اجتماعی: عالم بنام (Hare ۱۹۵۹) می گوید که شیزوفرینی در مقایسه با پائین بودن طبقات اجتماعی، زیادتر مترافق با تجزید اجتماعی میباشد.

۳. فرضیه رانده شدن از اجتماع: (Goldberg and Morrison 1963). افراد شیزوفرینیک در سطح اجتماعی پائین میباشد (طبقه پائین اجتماع).

X. نظریه های سایکوپرینامیک

a. نظریه های طبقه بندی شده

I. فروید: پس زدائی قوه های شهوانی به محراق خود شیفتگی، فکر می گردد باعث تقویت پرسوه های ابتدائی افکار گردد (ابتدائی، افکار شهوت پرستی) که بعداً باعث اعراض ابتدائی چون برسامت و هذیانات و معاوضه نمودن برای ارتباطات شخصی میگردد.

II. مؤلف Paul Federn: بدین عقیده است که اسکیزوفرینی در نتیجه از بین رفتن سرحدات ایگو بوجود می آید.

III. مؤلف Heinz Hartman: اعراض سکیزوفرینی در نتیجه مناقشات ثانوی در برابر واقعیت های غیر قابل تحمل بوجود آمده میتواند.

b. نظریه های شخصی: اگر یک شخص دچار فقدان با ارتباطات مثبت شخصی گردد، ممکن است باعث نقیصه های شخصیت یا اسکیزوفرینی گردد.

C. نظریه های مربوط به مقاصد

Melanie Klein: این خانم می گوید بیمار سکیزوفرینی دارای انگیزه های دیگر آزاری بوده و باعث می گردد که طفل بیمار دچار اضطراب پارانوئید گردد.

اجتماعی بودن کاذب در اختلال پارانوئید موجود است.

d. نظریه های تکاملی

1. مؤلف Margaret Mahler: سکیزوفرینی را مطابق به مرحله افکار غرق درونی تلقی می کند. بیمار نمی تواند تکامل کافی را بدست آورد.

2. مؤلفین Peter Giovacchini و Sylvan Arieti : مطابق به گفتار

Arieti بیماران سکیزوفرینی قابلیت مهربانی با دیگران را از دست میدهد به همین لحاظ هیجانی عکس العمل نشان میدهد.

در پارانویا تنها هذیانات سوژن موجود است.

اختلاطات

افعال تهاجمی، ارقام خودکشی و مرگ از دیاد می‌یابد در کارهای روزمره تشوش بوجود می‌آید مثلاً در وظیفه، ارتباطات اجتماعی، عدم توجه به خود مشکلات جنسی و از بین بردن دیگران.

تشخیص

شرح تاریخچه (از افراد که معلومات دارند مثلاً از خانم یا از شوهر، والدین سایر اقارب، دوستان و همکاران دفتر). معاینه حالت روانی اساس تشخیص را تشکیل میدهد.

شیزوفرینی حاد، کاتاتونیک و بعد از ولادت در برابر شوک برقی مغز خوب جواب میدهد.

تشخیص تفرقی

به جدول ۴-۱۰ نگاه شود.

تداوی

میتودهای زیادی برای تداوی سکیزوفرینی وجود دارد.

۱. ادویه نیورولپتیک (ادویه ضد سایکوز): این ادویه در تداوی سکیزوفرینی یک انقلاب را بر پا نمود است.

موارد استفاده:

أ. حملات حاد: ادویه کلاسیک ضد سایکوز در تداوی اعراض مثبت بسیار مؤثر میباشد (هذیانات، برسامات و ناقراری وغیره) ادویه جدید ضد سایکوز در تداوی اعراض منفی مرض بسیار مؤثر است (بی علاقگی، کاهش لذت، بی حرفی، غیر اجتماعی بودن، عاطفه کند).

اا. مراقبت بعدی: ادویه ضد سایکوز رول اساسی را در جلوگیری از عود سکیزوفرینی دارد.
(مستحضرات فمی و زرقی ذخیره مؤثر آند)،

دودلی بودن به طور وصفی در شیزوفرینی و وسواس اجباری موجود است.

مراقبت بعدی در مریضان ذیل ممکن ضرورت نباشد:

- در هجمه های حاد سایکوتیک.
- حملات سکیزوفرینی که به تعقیب ولادت بوجود آید.
- در مریضان مزمن که با تداوی دوباره عود می کنند.

جدول ۱۰-۴ تشخیص تغیریقی سکیزوفرینی

اختلال	تاریخچه	معاینات	سایر ظاهرات
I. اختلال عضوی مغزی	عدم جهت یابی، فراموشی، صرع، اخذ ادویه، تاریخچه بیماری فزیکی	گیجی، عدم ثبات در مزاج، عدم جهت یابی، تشوش حافظه، برسام بینائی و خبط موجود است	اگر سبب اصلی تداوی شود بهبود کامل بدست می آید
II. حالت پارانوئید (پارانویا)	در دهه چهار یا بعد تر آغاز می گردد	ارتباطات منطقی، برسامات متبازز، بی انسجامی کلام یا هذیان عجیب و غریب معمول است	در مقابل ادویه جات ضد سایکوتیک جواب درست نمی دهد
III. اختلال دوقطبی (مرحله مانیا)	هجمه های قبلی مانیا یا افسرده گی، آغاز در دهه سوم و تاریخچه مثبت امراض عاطفی درخانواده	ممکن از نوع فرعی چون شیزوافیکتیف به مشکل متمایز گردد مخصوصاً در افراد جوان، پوش افکار در مانیا متبازز میباشد	بهبودی کامل بین هجمه ها، به لیتیم جواب می دهد
IV. اختلال دو قطبی (مرحله افسرده گی)	آغاز در عمر بعد تر	هذینات افسرده گی مثل جسمی، احساس گناه و غریب بودن	در میان هجمه ها بهبودی کامل موجود است در مقابل شوک برقی و ادویه جات ضد افسرده گی جواب میدهد و با ادویه جات ضد سایکوز بدتر می گردد.
V. حالت سایکوتیک که بعد از ولادت بوجود می آید (سایکوز غیر وصفی)	در جریان ۲ - ۴ هفته بعد از ولادت های قبلی	در بسیاری اوقات ظاهرات مشترک سکیزوفرینی و مزاجی را دارد، عدم جهت یابی ممکن موجود باشد	در جریان ۲ - ۴ هفته ممکن بهبودی حاصل گردد اما میتواند زیادتر دوام کند
VI. سایکوز گذری (عکس هجمه ها از ساعت ها الی چند	هجمه ها از طرف نمودن فشار روحی	ظاهرات اسکیزوفرینیک و	با بر طرف نمودن فشار روحی

العملی) و سندروم مزدی	روز دوام می کند	مزاجی بعضًا کانفیوژن	سریعاً اصلاح می گردد.
VII. سایکوز هستیریکال و سندروم گنسر	فکتورهای واضح مساعد کننده، شاخص های کلتوری متبارز میشد.	توقعات شخصی و عنعنی، اعراض و علایم "عجیب و غریب" رفتار خود ساخته	معمولًا عکس العمل های کوتاه مدت با اصلاح کامل
VIII. سایکوز بین الهجموی	تاریخچه حملات بعضًا به نوع صرع صدغی	اعراض متبارز مسخ شخصیت، نا آشنا پنداری و غیره	با مقدار بلند ادویه ضد سایکوز بدتر می گردد (قدمه حمله را کم می کند)
IX. تومور های فص جبهی و صدغی	آغاز در سن بلند، تاریخچه فامیلی سکیزوفرینی موجود نیست	موجودیت علایم فص جبهی مثلًا عکسات قپلن، زنخی تئاری، غمچه کردن و مکیدن، نبود برسامات و هذیانات غضب ناک، علائم فرط فشار داخل قحف برسامات بینائی یا بویائی معمول است	توسط سی-تی-سکن و انجیوگرافی کشف شده و در مقابل ادویه نیوروپیتیک ها خفیفاً جواب می دهد
X. زوال عقلی	در اواخر عمر آغاز می شود و سابقه بیماری قبلی راندارد	نقایص شناختی (حافظه، جهت یابی)	اعراض با ادویه جات سایکوتیک جواب میدهد
XI. فلج ناتام عمومی اینسن	آغاز در اواخر حیات، تاریخچه سفلیس تناسلی یا رش منشر	حدقه های ارجیل رابرتسن، تغیرات عکسات، نقایص شناختی	سیرولوژی مشبت
XII. برسامات ناشی از الکهول	صرف زیادی قبلی الکول و یا ترک آن، با صرف دوباره الکول خوب میگردد	-	جواب درست با ادویه جات ضد سایکوز نمی دهد با ادویه جات هیپوسیداتیف جواب میدهد.
XII. دلیریوم توکسیک (برومیزم) یا دلیریوم نهائی	هضم یا تماس با سمیات و یا قطع ادویه جات مسکن و خواب آور.	نوسانات سطح شعوری؛ عدم جهت یابی و نیقصه حافظه، عکسات شدید شده، حرارت بدن زیاد شده اما اختلالات افکار موجود نیست	در مقابل ادویه جات نیوروپیتیک جواب نمی دهد
XIV. فرط فعالیت غده تایراید	تاریخچه عدم تحمل در مقابل حرارت وضعیقی	بیرون زدگی چشم ها، بزرگ شدن غده تایراید، تب خفیف، تشدید عکسات، رعشه نرم نهایات	در مقابل ادویه جات نیوروپیتیک جواب نمی دهد.

در جریان ۲-۳ هفته بعد از قطع ستروئید اصلاح می گردد.	منظمه کوشینگ مانند	تاریخچه اخذ ستروئید ها	XV. سایکوز ناشی از ستروئید
۳- هفته بعد از قطع اصلاح می گردد.	موجودیت برسامات بارز تماسی یا برسامات کاستیتیک، احساس مورچه را رفتن بالای جلد (کوکائین، افتیامین)	تاریخچه استفاده از ادویه	XVI. مسمومیت با منبهات و برسام آوران
با نیورولپتیک بد تر شده و با فیزوستگمین بهبود می یابد	سندروم انتی کولینرجیک (چهره سرخ خشک و خشن)	تاریخچه استفاده از ادویه	XVII. انتی کولینرجیک ها
در مقابل ادویه جات سایکوتیک جواب قناعت بخش نمی دهد	احتلال افکار موجود نیست	افکار وسوسی، فعالیت های احتمانه	XVIII. سایر اختلالات a. وسوس اجرایی
در مقابل سایکوتراپی (روان درمانی) و ضد افسردگی جواب میدهد.	اعراض سایکوتیک ندارد، اختلال افکار رسمی موجود نیست.	تاریخچه تطبیق ضعیف	b. اختلال تطبیقی با مزاج افسرده
در مقابل تداوی روانی و ادویه جات ضد سایکوز جواب میدهد.	اعراض سایکوتیک ندارد. اختلالات تفکر ندارد.	مریض بینش در مورد مرض دارد	c. اختلالات ترس
در مقابل ادویه جات ضد سایکوز جواب نمیدهد.	اعراض سایکوتیک ندارد. اختلال تفکر ندارد.	مریض بینش در مورد مرض دارد	d. هائپوکاندریا زرس
در جریان ساعت و روزها نورمال گردیده، ادویه جات نیورولپتیک اهمیت ناچیز دارد.	تظاهرات گذری سایکوتیک، نادرأ عالیم کلاسیک	تحدیدات شخصیتی	e. اختلالات شخصیت (شیزوفرینی، حالت سرحدی شیزوفرینی، پارانوئید)
نیورولپتیک ها حایز اهمیت ناچیز میباشد.	اعراض زمان موجود است که شخص فکر کند تحت مراقبت قرار دارد.	آغاز ناگهانی دارد، میتواند اعراض به شکل ارادی کتروول شود	f. اختلالات ساختگی با اعراض سایکولوژیکی.
جواب ناچیز با نیورولپتیک ها.	وظایف اجتماعی پائین، خرابی رفتار، عاطفه عجیب و شناخت از زمان تولد. معمولاً با منبهات تغیر نمیکند	از زمان تولد اعراض رفتاری، اهمیت تاریخچه دقیق	g. تأخیر عقلی
-	-	تاریخچه مفصل و دقیق	h. سیستم وابسته به فرهنگ، حایز اهمیت میباشد. مذهب و عقیده

جدول ۱۰-۵ ادویه جات مروج ضد سایکوتیک که در شیزوفرینی استفاده میگردند

مقدار زدی (mg)	مقدار فرمی mg/d	ادویه جات
روزانه 25-100(I/M)	300-1800	کلاسیک A
	5-40	chlorpromazine ۱
	300-800	Triflouperazine ۲
	5-10	Thioridazine ۳
	—	Haloperidol decanoat ۴
	—	Fluphenazine decanoat ۵
	3-10	Flupenthixol ۶
	—	Clopenthixol ۷
	25-50	Loxapine ۸
	—	غیروصفتی جدید
—	25-450	Clozapine ۹
	5-30	Olanzipine ۱۰
	2-12	Risperidone ۱۱
	80-240	Ziprasidone ۱۲
	100-800	Quetiapine ۱۳
	10-30	Aripiprazole ۱۴

- سایکوز در بین حمله و یا قبل از حمله (نوع شیزوفرینی)

iii. واقعات معنده

- عیار نمودن مقدار نظر به سویه پلازمای.
- تبدیل نمودن یک صنف از ادویه به صنف دیگر.
- سایر تداوی ها مثلًا شوک برقی.
- علاوه نمودن لیتیوم یا کاربامازپین ممکن مفید باشد مخصوصاً اگر حالاتی چون شیزوفرکتیف موجود باشد.

تشوشت خواب در شیزوفرینی حاد معمولاً در مرحله
NREM iv دیده میشود.

- توصیه چندین ادویه ضد سایکوتیک توجیه کمتر دارد.

- مستحضرات جدید مثلاً Risperidone, Olanzapine, Clozapine ممکن مفید باشد.

b. ادویه جات بنزودیازپین: در کم نمودن اضطراب و تهیج که همراه با هجمه های سایکوتیک باشد مفید است.

c. لیتیوم: زمانی مفید است که مریض دچار بیماری شیزوافکتیو باشد و یا در مورد تشخیص اطمینان موجود نباشد.

d. پروپرانولول و سایر ادویه جات بیتا بلاکر: سویه سیروم ادویه جات نیورولپتیک ها را بلند میرد و بعضی در حالاتی چون اکتیزیا نیز استفاده می گردد.

e. ادویه جات ضد اختلال: مخصوصاً carbamazipine در بیماری شیزوفرینا مفید واقع شده است.

f. ادویه جات ضد افسردگی: اگر افسردگی به شکل ثانوی بوجود آمده باشد مقدار کمی ادویه جات ضد افسردگی ممکن برای یک دوره کوتاه مفید باشد.

سن شروع حمله از جمله فکتورهای مهم است
که میتواند عواقب بوجود آمدن شیزوفرینی را
توسط آن تخمین نمایم.

2. تداوی با شوک برقی
شوک برقی رول به خصوصی در تداوی حالات ذیل دارد:

- دوره های حاد سایکوتیک.
- اعراض شیزوفرینیک با اعراض کاتاتونیک و مزاجی.
- در بیماران شیزوفرینیک که تمایل به خودکشی و دیگر کشی داشته باشند.
- اگر بیماری در مقابل ادویه جات عود نماید و یا عدم تحمل در مقابل ادویه موجود باشد.
- آنده مریضانی که دوز بلند ادویه ضد سایکوزس را ضرورت دارند.

بسترنمودن مریضان در شفایخانه و تداوی Milieu

در حالات ذیل ضرورت است

- خطر خودکشی یا دیگر کشی اگر موجود باشد.
- اگر اختلال شعور زیاد بوده و یا ترس زیاد باشد.
- عدم توانایی مریض در پلان نمودن توجه فردی خودشان (مثلاً منابع مساعد نباشد).
- اگر در تعقیب تداوی مشکل موجود باشد.
- بیماران که نزد شان امراض فزیکی موجود باشد.

۳. تداوی گروپی

اساس تداوی مریضان داخل بستر و خارج بستر را تشکیل میدهد.

۴. روان درمانی انفرادی

عمدتاً محافظتی بوده و هدف آن اینست که مریض را در تطابق دادن به تفصیلات زنده گی روزمره کمک نموده باشیم.

۵. احیای روانی اجتماعی

هدف اساسی اینست که اعراض کاهش داده شود، معیوبیت ها اصلاح شود و با معیوبیت مبارزه شده و دوباره باز گرداندن مریض به یک زنده گی پربار. تمرکز اساسی بالای حالات ذیل صورت میگیرد.

- ترینیتگ مهارت های اجتماعی، تماس گرفتن با بیگانه ها و افراد مشهور و هم چنان کاهش دادن با سلوک غیرمتناسب اجتماعی از اساسات این تداوی شمرده میشود.

۶. تداوی های فامیلی

- کاهش دادن به تماس ها
- مداخله های تعلیمی روانی
- مسکن سازی های نیمه راه
- مداخله های حالات بحرانی

سیر

فکتورهای که ممکن بالای نتایج شیزوفرینی تأثیرگذار باشد در جدول ۱۰-۶ ذکر شده است.

اختلالات پارانوئید (هذیانی)

تاریخچه

کلمه پارانوئید نخست در سال ۱۸۶۵ توسط مؤلف کوهلبام (Kahlbaum) استفاده شد و معنای آن حالت مزمن هذیانی میباشد.

اختلالات مشترک پارانوئید (اختلالات به میان آمده سایکوتیک) نخست توسط مؤلف Laesegue و مؤلف J. Falret Winokur در سال ۱۹۷۷ پشنهد نمود که اختلال پارانوئید را دوباره تحت نام اختلال هذیانی نام گذاری می کند.

اپیدیمولوژی

وقوع آن نادر است. بیماری معمولاً در نیمه عمر یا در کهولت آغاز می یابد.

اتیولوژی

سبب مرض معلوم نیست اما بعضی از تیوری ها موجود است که قرار ذیل میباشد.
ا. میکانیزم سایکودینامیک: به عقیده فروئید یک میکانیزم عمومی دخیل میباشد که باعث منع و تبارز منبهات هم جنس گرائی و اپس زده شده می گردد و از ناخود آگاه بیرون می آید.

جدول ۶-۱۰ تظاهراتی که عواقب شیزوفرینی را نشان میدهد

خراب	خوب	عواقب
انذار خراب است	خوب نیست	A. تاریخچه
انذار مثبت دارد	انذار منفی است	۱. تاریخچه خراب روانی
شیزوفرینی	اختلالات مزاجی	۲. تاریخچه فامیلی
خراب است	خوب است	۳. تاریخچه فامیلی مثبت
غیرثابت یا عدم استخدام مجرد	ثابت متاهل	۴. مصایب در تطابق ۵. تاریخچه کار ۶. حالت مدنی
خراب (طبقه پائین اجتماع) نامعلوم و مزمن	خوب (در طبقه اجتماعی بالا) گذری، آشکار	۷. پژوهشی اجتماعی ۸. فکتورهای مساعد کننده
ناگهانی	حاد	B. لوحه کلینیکی
مراحل مقدم	اخبر عمر	۹. آغاز
مذکر	مونت	۱۰. عمر آغاز مرض
طولانی زیادتر از دوسال منفی (بی علاقه‌گی، غیر اجتماعی بودن)	کوتاه کمتر از شش ماه مثبت (برسام، هذیان)	۱۱. جنس ۱۲. دوام اعراض ۱۳. اعراض

			C. حالت روانی
توهین آمیز لاغر عاطفه، کند است وسواسی اجباری یا ناسامان	اختلال شعور چاق افسردگی تضاهرات پارابوئید یا کاتاتونیک		۱۴. قیافه ظاهری ۱۵. فزیک ۱۶. عاطفه ۱۷. نفکر
محتخل شده انبارملتی های ساختمانی مغز		نورمال نورمال	۱۸. وظیفوی و عصبی ۱۹. سی. تی. سکن
تداوی مؤخر نتیجه خراب داخل بستر مزمن شده در سه سال اصلاح نگردیده عود های متکرر.	تداوی مقدم نتیجه خوب خارج بستر اصلاح موجود است		۲۰. زمان تداوی ۲۱. محل تداوی
			F. سیر ۲۲. نوع

۱۱. **فکتورهای شخصیت:** شخصیت که درست تکامل نکرده باشد و یا تهدیدات تشیدید کننده داشته باشد مثلاً حساس بودن بیش از حد که زیادتر تمايل به مرض دارد.

۱۱۱. **میکانیزم روانی بیولوژیکی:** داکتر G.de Clerambault واضح نمود که هذیانات مزمن از باعث واقعات غیر نورمال عصبی بوجود می آید مثلاً انتنانات، تخربیات و مسمومیت ها.

۱۷. **سایر فکتورها :** مثلاً تحریید حسی و یا اجتماعی، مشکلات روانی اقتصادی، عمر پیشرفته نیز حائز اهمیت میباشد.

مریضی که دچار یک اختلال هذیانی باشد ممکن ساده یا مغلق بوده در حسادت هذیانی شخص ممکن بدون علت اساسی قانع شود قهر و غصه بزرگ منشی، هذیانات مرتبط، تحریید اجتماعی، مرکزی بودن سلوک نامه نویسی، شاکی بودن در مورد قضایا، پاششاری به فعالیت قانونی معمول میباشد.

اعراض کلینیکی

هزیانات شکنجه و آزار میتواند ساده و یا مغلق باشد. در هزیانات حسادت میتواند یک شخص بدون کدام علت قانع شود. هزیانات قهر، بزرگ منشی، ریفرینس، تحریید اجتماعی، سلوک غیر متصرک در نوشتن نامه، شکایت در مورد قضایت غیر عادلانه و تحریک عمل غیر قانونی زیادتر معمول میباشد.



شکل ۱۰-۴ یک مریض شیزوفرینیک ۲۰ ساله با صلبیت ناشی از نیورولیپتیک

انواع فرعی

a. پارانویا: لوحه اساسی تکامل ناگهانی اختلال پارانوئید که همراه با یک سیستم دایمی هذیانی میباشد و در عین زمان محافظت کاری افکار واضح و منظم موجود میباشد. بیماری حد اقل شش ماه دوام میکند.

b. اختلال مشترک پارانوئید (اختلال سایکوتیک کسیبی): معیار عمده عبارت از یک سیستم هذیانی بوده که در نتیجه تماس نزدیک با شخص دیگری که قبلاً دچار اختلال هذیانی از نوع گزند باشد، بوجود می آید اگر دو شخص مصاب باشد بنام فولی ایدیکس (Folie adeux) یاد می گردد.

c. اختلال حاد پارانوئید: معیار اساسی یک اختلال پارانوئید میباشد که حد اقل شش ماه دوام داشته باشد عمدتاً در افراد که دچار حالات زنده گی مثلًاً مهاجرت ها، بندي خانه ها، جنگ، استخدام در اردو و یا افراد که برای بار نخست از خانه به مسافرت دور میروند.

d. سایر انواع

۱. سایکوزس مهاجرتی.

۲. سایکوزس زندان.

۳. پارانویای عدم رضایت: یک شکل خاص پارانویا بوده و با موجودیت مرافعه خواهی مشخص می گردد.

۴. هزیانات عشقی خالص: عقیده هذیانی میباشد که در آن مریض عقیده دارد که یک شخص از صنف بلند اجتماع او را دوست دارد.

۵. سندروم اوتیولو (Othello) : با موجودیت یک هذیان انکاری از جانب شریک جنسی خود مشخص می‌گردد.

۶. سندروم کپگراس : (هذیان جفت). این سندروم توسط مؤلف Jean Marie capgras تشریح گردید.

مریض فکر می‌کند شخصی را که او میشناسد فعلایه عین چهره کسی دیگری نیز موجود است معمولاً این شخص اقارب مخصوصاً خانم اش میباشد.

۷. سندروم اکبوم: (هذیان مصایبت، هذیان پرازیت): فکر می‌کند که بدنش به پرازیت ملوث شده است. به قسم ثبوت این شخص جهت بر طرف نمودن این مشکل از اسپری ها و کریم ها استفاده نموده و از افراد صحبت عامه طالب کمک می‌گردد.

۸. سندروم فریگولی: در این هذیان شخص ممکن موجودیت اشخاص بیگانه را حس کند و این یک هشدار برای سندروم کپگراس میباشد.

۹. هذیان انترومیتاورفوزس : یک هذیان بسیار نادر بوده که افراد شناخته شده میتواند خود را تغیر دهد.

تشخیص

تاریخچه مفصل و معاینه حالت روانی اساس تشخیص را تشکیل میدهد.

تشخیص تفریقی

- ۱- سندروم های عضوی هذیانی
- ۲- شیزوفرینی پارانوئید یا حالت شبیه شیزوفرینی به جدول ۷-۱۰ مراجعه شود.
- ۳- اختلال پارانوئید شخصیت
- ۴- اختلالات مزاج
- ۵- اختلال عمر

پارافرینیای موخر درده پنجم و یا ششم واقع می‌گردد و در زنان زیادتر معمول است (که عروسی نکرده و یا بیوه باشند) هذیانات شکنجه و آزار ، تمام انواع برسامات در آن دیده میشود و همچنان بنام پارانوئید شیزوفرینیا (نوع مؤخر حمله) یاد میشود.

تشخیص تفیریقی اختلالات هذیانی جدول ۷-۱۰

بعاد	شیزوفرینی پارانوئید	اختلال هذیانی	اختلال پارانوئید شخصیت
۱. اسلوک عمومی	مرکری بودن، مانیریزم، ستریوتایپ، کاهش توجه فردی، قطع اجتماع	مرکری بودن، مشکوک بودن، کاهش عمل مقابل در اجتماع	عمل مقابل، جلوگیری اجتماعی
۲. شخصیت	نابسامان، اگرچه حالت مریض در سایر انواع خراب تر می گردد.	در نواحی هذیانی مختل بوده نزدیک به نورمال در سایر نواحی	خراب تر نمی گردد
۳. اختلال افکار	هذیانات از دست دادن تداعی، اختلال افکار، هذیان ممکن از نوع عجیب و غریب باشد.	هذیان عجیب و غریب نیست، البته به شکل منظم کدام اختلال افکار موجود نیست	اختلال افکار موجود نیست
۴. بررسامات	بررسامات شناختی عام است	عام نبوده اگر موجود باشد ثابت نمی ماند	موجود نیست
۵. تماس با واقعیت	مختل شده است	در نواحی هذیانی مختل است	موجود است
۶. بینش	ندارد	ندارد	نمودار است
۷. عاطفه و مزاج در مقایسه با افکار	غیر مناسب	مناسب	مناسب

سوالات برای مرور

۱. اصطلاحات؛ دیمینس پریکوکس، سکیزوفرنیا، کاتاتونی، زوال عقلی پارانوئید، امیتوالینس، اوتیزم، پروسه سکیزوفرنیا و سکیزوفرینیفورم را کی ابداع نمود؟
۲. عرض همسان را که از نظر بولر و شنايدر بیان گردیده بر شمارید؟
۳. اپیدیمولوزی سکیزوفرنیا را توضیح نمائید؟
۴. تأثیرات و اختلال درک را در سکیزوفرنیا بیان دارید؟
۵. انواع مختلف سکیزوفرنیا کدامها اند و تظاهرات متفاوت سکیزوفرنیای کاتاتونیک را بر شمارید؟
۶. در یافتهای مختلف نیورولوژیک را در سکیزوفرنیا بیان دارید؟
۷. در موارد ذیل مختصراً بنویسید؟
 - (a) روان گسیختگی نیوروتیک کاذب
 - (b) پارافرنیا
 - (c) بقایای روان گسیختگی
 - (d) سکیزوفرنیای مخفی
 - (e) روان گسیختگی نوع سکیزوفرینی فورم
 - (f) روان گسیختگی نوع Pfropf
 - (g) روان گسیختگی مقاوم
 - (h) روان گسیختگی منفی گرا
 - (i) روان گسیختگی ساده
 - (j) روان گسیختگی مزمن
 - (k) روان گسیختگی ناشی از وابستگی به ادویه - شبیه سایکوز
 - (l) مدل سایکوز
۸. ابتیولوزی روان گسیختگی را تشریح کنید
۹. در باره موارد ذیل مختصراً بنویسید:
 - (a) تیوری پیوند مضاعف (دبل بایند)
 - (b) schism و Skew
 - (c) احساسات منتشر شده
 - (d) نظریه فرأورد اجتماعی
 - (e) اساس بیوشیمیک روان گسیختگی
۱۰. میتد های مختلف تداوی روان گسیختگی کدامها اند؟
۱۱. فکتور هاییکه بالای انذار روان گسیختگی اثر گذار اند کدامها بوده و نیز فرق بین روان گسیختگی تیپ ۱ و ۲ را بنویسید؟
۱۲. اختلالات هذیانی را تعریف نموده تیپ های مختلف و تشخیص تغییق، آنرا بیان دارید؟

سوالات امتحان مسلکی

- مختصراً در باره؛ روان گسیختگی پارانوئید، روان گسیختگی، روان گسیختگی کاتاتونیک و فکتور های اثر گذار بالای انذار روان گسیختگی بنویسید؟
- بین روان گسیختگی پارانوئید و شخصیت پارانوئید تشخیص تغییقی نمائید؟

اختلالات مزاجی (عاطفی)

تعریف، تاریخچه، تصنیف، (یک قطبی، دوقطبی، روانی، عصبی، دارای منشأ داخلی در مقابل منشأ خارجی) اپیدیمولوژی، اختلال اساسی افسردگی، مانیا، اختلال دیستیمیک، دوره های آنی مانیا، تداوی (حمله حاد، وقایه، تحت حالات مخصوص مثلًا نوع مقاوم دوره های آنی، درمیریضان صرع، قلبی و مسن).

تعریف

این گروپ از اختلالات توسط تشوشات مزاج که همراه با سندروم مکمل یا قسمی افسردگی و یا مانیا باشد مشخص می گردد و این اختلال باید از باعث کدام اختلال فزیکی و روانی دیگر نباشد.

عالمی بنام Emil Kraepelin اصطلاح (سایکوزس مانیاک افسردگی) را کشف نمود (PMD).
--

تاریخچه

اصطلاح میلانکولیا توسط هیپوکرات وضع شده مؤلف جولیز فالریت (Jules falret) ابراز داشت، مریضی که به شکل دوره ئی دچار افسردگی و بلند پروازی می گردد بنام لفولی سیرکولیر (la folie circulaire) یاد می گردد. مؤلف کورل لدویگ کاهلbaum (Karl Ludwig kahlbaum) ابراز داشت که این هجمه ها مراحل مختلف پروسه عینی مریضی میباشد که بنام سایکلوتاپیمیا یاد میگردد. مؤلف ایمیل کریپلین (Emil kraepelin) خلاصه نمود که تمام این اختلالات مزاج در طرق مختلف واضح بوده و این مریضی را بنام مانیاک دپریسیو سایکوزس یاد می کند.

اپدیمولوژی

به جدول ۱-۱۱ مراجعه شود.

۱- اختلال افسردگی اساسی (یک قطبی)

یک اختلال معمول روانی میباشد.

تصنیف

a. اختلالات یک قطبی و دو قطبی.

یک قطبی - مریضان که در تاریخچه آنها حد اقل سه هجممه جداگانه افسردگی تأخری یا سایکوتیک موجود باشد، در میان هجممه ها به طور کامل صحت یاب شده باشد و هجممه مانیا را نداشته باشد یک قطبی گفته میشوند.

سایکوزس مانیک افسردگی در افرادی که بنیه پکنیک دارند بیشتر معمول است

دو قطبی - مریضانی که حد اقل یک هجممه افسردگی و یک هجممه مانیا را سپری نموده باشد و هجممه های مانیا تکرار شونده باشد، تحت عنوان دو قطبی صنف بندی می گردد.

b. سایکوتیک در مقابل عصبی: یک اندازه مغشوش کننده است اما افسردگی سایکوتیک ضرور نیست که همراه با هذیان و برسام باشد.

جدول ۱-۱۱ اپدیمولوژی اختلالات مزاجی یک قطبی و دو قطبی

افسردگی اساسی	اختلال دو قطبی	
2-25% (5-9%) در خانم ها و (2-4%) در مرد ها 1:2 عمر وسط و او اخر ۲۰ سالگی ارتباط ندارد مشیت	۰.۶-۲٪ مساوی نوجوانی و دهه دوم مقدم یک اندازه در طبقه بلند اجتماع اندکی افزایش ثبت و ارتباط جنتیکی دارد	۱. شیوخ در تمام عمر ۲. تناسب در جنس مؤنث و مذکور ۳. سن آغاز مررض ۴. صنف اجتماع ۵. تاریخچه فامیلی ۶. در اقارب a. فیصدی افسردگی اساسی b. (فیصدی) اختلال دو قطبی ۷. واقعات زنده گی
۱٪. ۲-۳٪. قبل از آغاز مررض واقعات منفی زنده گی	۱۵٪. ۸٪. معلوم نیست	

۵. افسردگی داخل المنشا در مقایسه با افسردگی خارج المنشا (عکس العملی).

<p>تظاهرات عمدۀ مانیا و افسردگی به ترتیب مزاج بلند و مزاج افسرده است.</p>	<p>جدول ۲-۱۱ تفاوت های میان افسردگی دارای داخل المنشا و خارج المنشا را نشان میدهد.</p>
---	--

لوحة کلینکی

اعراض معمول عبارتند از:

۱. مزاج دیسفوریک.
۲. از بین رفتن علاقه و لذت.
۳. تغیرات در فعالیت روانی حرکی ممکن به شکل تأخیر حرکی یا تهییج باشد.
۴. تغیرات در اشتها و وزن معمولاً اشتها و وزن کم شده بعضاً هر دو زیاد میشود.
۵. خواب کم شده و بعضاً پرخوابی موجود است.
۶. فعالیت جنسی، علاقه مندی به فعالیت جنسی کم میشود.
۷. احساس شرم و ناامیدی، بیچاره گی.
۸. تشوش شناخت.
۹. افکار مرگ و خودکشی.
۱۰. سایر تظاهرات، تشوشات جنسی و تحیضی، احساس ترس.

جدول ۲-۱۱ تفاوت های میان افسردگی داخل المنشاء و خارج المنشاء

خارج المنشاء	داخل المنشاء	
عصبی بعض‌آ عکس العملی	ساپکوتیک، خود بخودی	۱. سایر نام‌ها
فکتورهای محیطی مهم است	فکتورهای بیولوژیکی مهم است	۲. فکتورها
موجود است	موجود نیست	۳. فشار روحی قبلی
مضطرب، وسواسی	ساپکلوتاپیمیک یا دیستایپیمیک	۴. شخصیت ماقبل از مریضی
مقدم (درخواب رفتن مشکل است)	معمولًا مؤخر و نهائی (صبح وقت از خواب بیدار میشود).	۵. بیخوابی
در وقت شام مزاج افسرده دارد	در وقت صبح مزاج افسرده	۶. تغیرات مزاجی زمانی
با همراهان احساس خوب می‌کند	در حالت تنهایی احساس خوب می‌کند	۷. تأثیرات همراهی کسی دیگر
ناقاری حرکی موجود است سایر تظاهرات	تأخر روانی حرکی، خودکشی، هذیان وغیره	۸. تظاهرات ساپکوتیک
ساپکوتیک موجود نیست	معمول است	۹. عود
غیرمعمول است	معمول است	۱۰. تداوی
تداوی روانی (ضد افسردگی)	شوك برقی، ادویه جات ضد افسردگی	

تمرکز فکری زیاد در مورد صحت فزیکی، هزینات یا برسامات با مزاج همخوان یا غیر همخوان باشد، گذری بوده اما آوازهای موجود نیست که شخص را برای گناه های روح تهدید کند.

۱۱. افسردگی غیر وصفی: سندروم های است که دارای تظاهرات افسردگی کلاسیک و وصفی

نمیباشد. ممکن افسردگی همراه با اضطراب متبارز، اضطراب ترسی، سندروم مسخ شخصیت، افسردگی داخل المنشاء (از باعث فشار روحی) و یا سندروم هستیروئید دیسفوریک باشد.

۱۲. افسردگی دو گانه: هجمه افسردگی اساسی.

۱۳. اختلال مزاجی موسمی: ذیلا شرح شده است.

۱۴. سندروم کوتارد (هذیانات نیست گروایی): توسط هذیانات منفی به درجه های مختلف مشخص می گردد مریض ممکن فکر کند که وجودش و یا خودش از بین رفته و دیگر موجود

اوست مدت دوام مانیا که تداوی نشده باشد شش ماه بوده در حالیکه در افسردگی مدت نه ماه است

تشخیص تفریقی هجمه افسردگی اساسی

a. سندروم عضوی مزاج همراه با افسردگی

b. دمانس استحالوی ابتدائی یا از باعث احتشای مغزی

c. شیزوفرینی

d. شیزو افیکتیو

e. اختلال دیستایمیک و سایکلوتاپیمیک

f. اختلالات روانی مزمن

g. اختلالات اضطراب

h. سایر. مثل هائپوکاندرا یا زس ابتدائی،

نیوروزس ترضیضی یا اختلال تطبیقی با تظاهرات افسردگی.

ابنارملتی های خواب که در افسردگی دیده میشود عبارت اند از کاهش وقفه حرکات سریع چشم و افزایش در حرکات سریع چشم در نیمه اول خواب است

۱۱. اختلال دو قطبی

هجمه مانیا

تصنیف

۱. دو قطبی یک: که با موجودیت افسردگی شدید و حالت مانیای شدید مشخص می‌گردد.
۲. دوقطبی دو: هجمه‌های هایپومانیا (بسترشدن مریض ضروریست) و افسردگی شدید دارد.
 - a. هایپومانیا: حالت خفیف که با سرخوشی متبارز، فرط فعالیت مشخص می‌گردد.
 - b. مانیای حاد: حالت شدید که نشان دهنده هذیانات بزرگ منشی گذری، مزاج غیرثابت و بعضاً گفتار غیرنورمال میباشد.
 - c. مانیای هذیانی: با موجودیت هیجان کمتر، هذیانات متبارز بزرگ منشی و بعضاً برسامات مشخص می‌گردد.
- d. مانیای بیلز یا مانیا دلیریوس: فرط فعالیت (افسرده و از حالت پانیک یا هول به هیجان هذیانات مختلف برسامات واضح، عدم جهت یابی برای زمان و مکان همراه با کمبود مایعات بدن و نخوردن غذا و نه نوشیدن آب.
- e. مانیای ثانوی: مانیا میتواند از باعث ادویه جات بوجود آید (مثلًاً ادویه جات ضد افسردگی سه هستوی مونو امینو اکسیدازها، ستروئید‌ها، امفتامین‌ها، لیوو دوپا و ایزوپنیازید ها) ممکن از باعث تایرو توکسیکوزس، سندروم های حاد مزمن روماتیزم، تومورهای قحفی و از باعث صرع فص صلدغی بوجود آید.
- f. مانیای مزمن: مریض حالت سرخوشی خود را از دست داده، ناقارگردیده و یک روش شبه پارانویید را بخود می‌گیرد.

منظره کلینیکی

۱. مزاج: مزاج بلند (elevation) و سرخوش بوده (خفیفاً بلند بوده یا مرحله اول)، غرور (elation) (متوسط یا مرحله دوم)، تجلیل (exaltation) (شدید یا مرحله سوم)، جذبه (ecstasy) (بلند بودن مزاج شدید است مرحله چهارم)، مخرش و مزاج غیرثابت دارد.
۲. فعالیت روحی حرکی و اجتماعی زیاد شده، خریداری های زیاد، موثر رانی غیرمحاطانه، سرمایه گذاری های تجاری احمقانه و فعالیت جنسی زیاد.
۳. تکلم به شکل وصفی به تون بلند، سریع و مشکل است که قطع شود (فشار تکلم).
۴. تفکر: پرس افکار موجود است، مثلاً تکلم به سرعت ادامه دارد اما از یک عنوان به عنوان دیگر تبدیل میشود که اساس همه را همکاری های قابل فهم، منبهات و یا بازی کردن با الفاظ تشکیل میدهد.
۵. توجه: هواس پرتی معمولاً موجود است.
۶. خواب: ضرورت به خواب کاهش می یابد.
۷. اعتماد به نفس: اعتماد بسیار زیاد به نفس خود دارد.
۸. غیرثابت بودن مزاج.
۹. لذت جنسی زیاد می گردد.

تشوشتات بیوشیمیکی درسایکوزس مانیک افسرد گی عبارت است از زیاد شدن نوراپینفرین درمانیا و کاهش آن در افسرد گی میباشد.



شکل ۱۱-۱ یک مریض مانیا (شیدا) با افراط در آرایش غیر متناسب (خواب آلود ناشی از ادویه)

تشخیص تفریقی هجمه های مانیا

از نظرارثی اختلال مزاج از باعث بازوی کوتاه کروموزوم دوم بوجود می آید.

- a. با سندروم های عضوی مزاج
- b. با شیزوفرینی نوع پارانوئید
- c. اختلال شیزوافکتیف
- d. اختلال سایکلو تایمیک

تشخیص

تاریخچه مفصل، معاینه حالت روانی و جواب کلینیکی معمولاً یکجا با صحت یابی مکمل کمک می کند تا یک اختلال مزاجی را تشخیص نماید.

جدول ۳-۱۱ چطور یک مریض مانیا معمولاً مواجه می کند

- مزاج غیر ثابت، محشر، سرخوش متناسب اما مزاج بلند (مثلاً آهنگ خواندن، خنده دادن).
- زیاد حرف میزند، بسیار پلان های غیر متناسب دارد (از باعث بزرگ منشی، پول، مقبول بودن، علم یا قدرت).
- فعالیت روحی حرکی زیاد شده (بیقرار است) فعالیت اجتماعی زیاد می گردد.
- بسیار پول خرج می کند (خریداری های زیاد یا پول را تقسیم می کند، یا در تجارت سرمایه گذاری های احتمانه می کند و مایل به ضیاع اقتصادی می گردد).

- هوش پرک بوده و توجه ندارد.
- افکار زیادی را میسازد از یک تفکر به تفکر دیگری خیز میزند و به مشکل قابل تعییر میباشد (فسار تکلم زیاد است).

- کاهش ضرورت به خواب و کم شدن اشتها.
 - اعتماد به نفس زیاد شده، شهوت جنسی زیاد دارد (نمایل به انحراف جنسی دارد).
 - حفظ الصحه فردی را مراعات نموده اما به قسم غیر مناسب ممکن آرایش نماید.
 - ممکن مشکوک باشد (که دیگران سرمایه شان را می گیرند).
 - قبول نمی کند که او بیمار است (بینش ندارد).
 - شروع مرض ناگهانی بوده ممکن خوب شود یا به افسردگی تبدیل گردد.
-

معاینات لابراتواری که ممکن در تشخیص و تداوی افسردگی استفاده شود قرار ذیل اند:

- **تست نهی نمودن دیکسامیتاژون:** تقریباً نصف از مریضان دچار افسردگی به قسم نورمال جواب داده اما نصف دیگری مریضان نمی توانند تولید کورتیزول را کم کنند.
- **(هورمون آزاد کننده غده درقیه) یا تست تنبه کننده:** در حدود ۳۰ الی ۴۰ فیصد مریضان دچار افسردگی نمی توانند سویه هورمون تنبه کننده غده درقیه را بلند ببرند.
- **۳- مختل شدن خواب:** وقفه صفحه حرکات سریع چشم کاهش یافته و صفحه حرکات سریع چشم از دیاد می یابد و فیصدی خواب عمیق کم می گردد.

III. اختلال دیستایمیک (نیوروزس افسردگی)

تظاهرات اساسی این اختلال یک تشویش مزمن مزاج بوده که حداقل دوسال دوام داشته باشد اما شدت و دوام آن آنقدر نیست که معیار سندروم افسردگی را صدق نماید.

ایپدیمولوژی

۱۰.۵% - ۴/۵% (تناسب جنس مونث و مذکر)

اختلال مزاج دوقطبی در شخصیت نوسانی زیاد است. در حالیکه افسردگی یک قطبی در شخصیت های مزاجی ، وسواسی یا هستریک معمول است.	۲-۳ : امیباشد .
---	-----------------

لوحة كلينيكي

اعراض کمتر شدید بوده (قسمیکه در افسردگی اساسی دیده میشود) و زیادتر از دو سال دوام می کند. همچنان دوره های نورمال نیز موجود است. ممکن چند روز الی چند هفته دوام کند. اگر شفایابی زیاتر از چند ماه دوام کند پس تشخیص فوق وضع نمی گردد. هذیانات و برسامات موجود نیست.

تست نهی دکسامیتازون برای تعقیب تداوی
انحطاط روانی مفید بوده و این تست در
شیزوفرینی، دیمانس، اختلالات شخصیت و
الکهولیزم بصورت کاذب مثبت میباشد.

تشخیص تفریقی

- a. دوره افسردگی اساسی
- b. سایر اختلالات شخصیت مثلاً شخصیت مرزی، اختلال هستر یونیک و وابسته.
- c. اختلالات روحی مزمن: مثلاً وابستگی به الکول همراه با اعراض افسردگی.
- d. نوسانات نورمال مزاجی.

IV. اختلال سایکلو تایمیک

مشخصه اساسی این اختلال یک تشوش مزمن مزاج بوده که حداقل دو سال دوام نموده که در آن دوره های افسردگی و هایپومانیا موجود بوده اما شدت و دوام آن به اندازه نیست که معیار افسردگی اساسی یا دوره مانیا را صدق بکند.

جدول ۱۱-۴ چطور یک بیمار دچار افسردگی مراجعه می کند.

- مزاج افسرده؛ فقدان لذت
- احساس ناامیدی، بیچاره گی و یا احساس شرم
- بیخوابی
- از بین رفتن اشتها و ضیاع وزن
- فعالیت روانی حرکی کاهش می یابد
- افکار مرگ، خودکشی و دیگر کشی

- کاهش در ساختار افکار
 - سنگینی در سر
 - تشویش زیاد در مورد صحت فیزیکی
 - کم شدن علاقه در فعالیت جنسی یا کاهش لذت
 - بی علاقه‌گی در مراقبت فردی شخصی
 - ممکن شفای بنسپهی موجود باشد و یا به مرحله مانیا تبدیل شود
-

ایدیمولوژی

کمتر از یک فیصد نفوس مصاب بوده و در جنس موئیت زیادتر معمول میباشد.

تظاهرات کلینکی

تظاهرات کلینکی پس منظر افسردگی اختلال سایکلو تایمیک مشابه تظاهرات ذکر شده اختلال دیستایمیک میباشد. همچنان دوره های هایپومانیا موجود است که مشابه دوره های مانیا بوده اما در صورتیکه نزد شخص تشویش عمده وظیفه موجود نباشد.



شکل ۱۱-۲ یک مریض ۲۲ ساله که از افسردگی داخل المنشأ رنج می برد (بعد از یک خساره اقتصادی بوجود آمده است).

تشخیص تفریقی

اختلالات مزاجی اساسی، اختلالات شخصیت و اختلال سؤ استفاده از مواد.

۷. اختلالات غیر وصفی

یک کتگوری باقیمانده میباشد و مریضان را در بر می گیرد که تحت تشخیص و اختلال دو قطبی و یا سایکلوتاپیمیک راجستر نگرددند.

۸. دوره های سریع مانیا

در سال ۱۹۷۴ مؤلفین دونیر (Dunner) و فیو (Fieve) اصطلاح سایکل سریع را شرح نمودند و اظهار داشتند که اینها یک گروپ فرعی بیمارانی اند که هجمه های متکرر مزاجی دارند (زیادتر از چهار هجمه در یک سال) و در مقابل تداوی و قایوی بالیتیوم جواب فناعت بخش نمی دهد.

ایبولوژی اختلالات مزاج

a. نظریه های بیوشیمیکی

نیوروترانسمیترها

۱. فقدان نوراپینفرین و سیروتونین در بیماران افسرد گی دیده شده است.
۲. سویه نوراپینفرین ۵ هایپرولیزیم آنها در مریضان مانیا بلند میرود.

نرسیدن کمک آموخته شده و سندروم کوتارد

در افسرد گی دیده میشود

b. نیوری های جنیتک

۱. در اقارب درجه اول شیوع اختلال دو قطبی تقریباً ۲۰-۱۵٪ میباشد ۱۰-۱۱٪ اختلال یک قطبی همراه با ۳-۱٪ در تمام نفوس.

۲. دو گانگی ها: مونوزایگوت در برابر دای زایگوت ۶۸٪: ۲۰٪ میباشد.

۳. شاخص ارثی ارتباط به بازوی کوتاه کروموزوم دوم میباشد.

c. نظریه های سایکولوژیک

۱. تجارت طفولیت مقدم

- عوامل مادری

- غایب بودن طولانی یکی از والدین یا هردو.

۲. عوامل اجتماعی

- واقعات زنده گی

- فشارهای روحی محیطی

- حالات مزمن

۳. سلوکی: از باعث نقصانات گذشته افسردگی بوجود می آید.

۴. نظریه های تجزیه روانی

- افسردگی در نتیجه از دست دادن چیزی دوست داشتنی بوجود می آید.

۵. شخصیت ماقبل از مریضی

- شخصیت سایکلو تایمیک

افسردگی یک علت معمول خود کشی و یک اختلال معمول است که با وابستگی ادویه ارتباط دارد.

d. اسباب عضوی

۱. اختلالات اندوکراین

۲. کم خونی ها

۳. انتانی

۴. عصبی. میرگی، انسفالیت، ترمیض رأس، سکته مغزی.

۵. ادویه جات مثلاً Reserpine، الفا میتاپل دوپا، کلونیدین، ستروئید ها، باربیتورات ها، امفتامین ها، الکول، ادویه جات ضد سایکوز س (باعث افسردگی میگردد)، ادویه جات ضد افسردگی (مانیا) وغیره.

۶. سایر عوامل: مثلاً دیالیز، عدم کفایه مزمن کلیوی، اسکیمی مغزی، پورفیری، التهاب شریان صدغی، مرض ویلسون وغیره.

تداوی با شدت بلند نور (High intensity light)

e. نظریه های بیولوژیکی

(therapy) تداوی انتخابی برای اختلال مزاجی موسمی است.

۱. ریتم سیر کادین: اختلال در نظم

سیر کادین.

۲. اختلال موسمی مزاج: یک گروپ فرعی افراد افسرده که تنها در جریان چند ماه و در اوقات محدودی که شعاع آفتاب موجود باشد تحت تشخیص اختلال موسمی مزاج شناخته شده اند. این افراد با مواجه ساختن با نور تداوی می گردد.

۳. مطالعات انتقومیکی: ساحتی که دچار آفت شده اند در فصل های جبهی و صدغی ممکن موجود باشد که باعث اختلال مزاج می گردد (مثلاً آفات طرف چپ باعث افسردگی و آفات طرف راست باعث مانیا می گردد).

۴. سی.تی.سکن: اندازه بطینات مغزی در ۱۵-۲۵٪ افراد بزرگتر از اندازه نورمال نشان داده شده است.

سیر مرض

هر دو دوره های افسردگی اساسی و مانیا به قسم بنفسه‌ی در اکثریت واقعات شفاییاب گردیده اما تمایل به عود دارد. اگر هجمه مانیا تداوی نگردد الی شش ماه دوام نموده در حالیکه اگر هجمه افسردگی تداوی نگردد الی نه ماه دوام می کند.

تداوی

۱. بستر نمودن مریض در شفاخانه

۲. مریضان افسردگی

- اگر خطر خودکشی یا دیگر کشی موجود باشد.

- اگر خواب آلودگی و افسردگی موجود باشد.

- اگر افسردگی با بیقراری یا حملات پانیک موجود باشد.

- موجودیت مشکلات فزیکی و یا روانی دیگر (سو استفاده ادویه).

- اگر در مقابل ادویه جات جواب ندهد.
- اگر سیستم پشتیبانی از مریض درست نباشد.

Rapid cyclers یک گروپ فرعی اختلال مزاج است که در یک سال چهار هجمه یا اضافه تر از آن تکرار شود.

b. مریضان مانيا

- سلوک غیرنورمال مثلاً نقصانات مادی، از دست دادن وظیفه یا عدم توجه فامیلی به مریض.
- اگر مریض مانيا دچار دلیریوم باشد.

II. ادویه جات

۱. افسردگی: شرح آن در فصل ۳۰ در فارمکولوژی درج شده است.

جدول ۱۱-۵ ادویه جات معمول ضد افسردگی و ضد مانيا

مقدار زرقی (ملی گرام)	دوز فمی (ملی گرام فی روز)	ادویه	
A. ادویه جات ضد افسردگی			
		۱. کلاسیک	
-	75-300	Imipramin -	
-	75-300	Amitriptyllin -	
-	75-300	Doxepin -	
-	75-300	Dothipin -	
-	30-120	Mianserin -	
-	100-600	Trazodone -	
-	20-80	Fluoxetine -	
-	50-200	Sertraline -	
-	37.5-225	Venlafaxine -	
-	150-450	Bupropion -	
-	15-45	Mirtazapine -	
-	10-40	Citalopram -	
-	150-450	Moclobemide -	
-	5-20	Escitalopram -	
-	300-1800	Chlorpromazine -	
-	10-100	Haloperidol -	
-	2-12	Risperidone -	
-	5-30	Olanzapine -	
۱۰۰-۵۰		B. ادویه جات ضد مانيا	
۲۰-۵	600-1200	C. ثبیت کننده مزاج	
-	400-1200		
-	400-1800		
-	1-8		

-		Lithium -
-		Carbamazepin -
-		valproic acid -
۴-۱		clonazepam -

محرومیت از خواب (sleep deprivation) یک میتوود بهتر برای تداوی افسردگی است.

a. ادویه جات ضد افسردگی ترای سکلیک.

b. نهی کننده های مونو امینو اکسیداز.

- انرژی دهنده های روانی یا تنبه کننده های

روانی مؤخر.

c. ادویه جات ضد افسردگی ترکیبی.

d. ادویه جات ضد افسردگی جدید و چهارحلقوی: ادویه جات چهارحلقوی (Maprotiline

، Venlafaxine، Mirtazapin، Fluvoxamine و سایر ادویه جات ضد افسردگی جدی Mainserin)

و غیره فایده های ذیل را دارد Trazodone، Fluoxetine، Sertraline، Bupropion

اختلال دوقطبی معمولاً با هایپomania و یا مانیا شروع می کند.

- عوارض جانبی کمترانتی کولپنژیک.

- در زیادتر حالات با مقدار زیاد ادویه مصبوون میباشد.

- سریع تاثیر می کند Mainserin و Fluoxetine.

e. سایر ادویه جات: مثلاً لیتیوم، کاربامازپین، فینوتیازین (در افسردگی معنده)، تایروکسین، تنبه کننده ها

(میتاپل فینیدت، دکسترا امفتامین)، الپرازولام، Bromocriptine، Tryptophan و غیره.

II. مانیا

a. نیوروپتیک: (فینوتیازین و Butyrophenone) چنانچه در فصل فارمکولوژی شرح شده است.

استطباب حقيقی شوک برقی مغزدرافسرد گی عبارت از تمايلات خودکشی است . سایر استطبابات مشتمل می گردد بر ظاهرات جسمی و روانی ، ستپور یا هنگامیکه ادویه مفید نباشد و یا مضاد استطباب باشد.

b. لیتیوم : در اکثریت مطالعات مؤثربود این ادویه ۸۰ فیصد بوده (هر دو صفحه حاد و جهت وقايه).

- مقدار ادویه از ۱۸۰۰-۹۰۰ ملی گرام روزانه بوده و ارتباط می گیرد به سویه سیروم خون
۱,۲meq (۰,۶-) و عوارض جانبی (هضمی ،

شوک برقی مغز و ادویه جات ضد افسردگی رعشه، کشش عضلی و غیره)
دrafسردگی داخلی بهترین دوا است در حالیکه - وقايه برای هردو اختلال یک قطبی
روان درمانی و ادویه جات برای افسردگی نیوروتیک بهترین تداوی پنداشته میشود .
ودوقطبی .

Carbamazepine .c

- در مانیای حاد و برای اختلال یک قطبی و دوقطبی مؤثر میباشد.

d. Clonazepam به مقدار ۱-۸ ملی گرام در روز .

e. سایر ادویه جات: Valproic acid Nifidipin Verapamil Carbamazepine Flupenthixol phenytoine Amoxapine .

III. تداوی شوک برقی

استطبابات عمده آن عبارتند از

- افسردگی شدید همراه با تمايل خودکشی و یا حالت خواب آلود گی شدید.
- مریضانی که دچار ظاهرات سایکوتیک باشند (هذیان وغیره).
- مریضانی که در مقابل ادویه جات معمول جواب نمی دهند.

- مريضاني که از حملات متکرر و سريع مانيا و يا افسردگي رنج مييرند.
- مريضاني که ادویه را تحمل کرده نمي توانند و يا مضاد استطباب باشد (مثلاً در سه ماه اول حاملگي).

ادويه جات مصؤن ضد افسردگي دريماران قلبي عبارت اند از fluoxetine , sertraline , trazodone , mianserin tryptophan

IV. خراب شدن خواب

در بحث افسردگي مطالعه گردیده است.

تمدوی افسرده گي معنده مشتمل می گردد بر تغيير در نوع ويا صنف ادویه ضد افسردگي، شوك برقی، نیورولپتیک (مقدار کم) thyroxin (لیتیوم، کاربامازپین و valproic acid میباشد.

V. نور با شدت بلند اختلالات مزاجی موسمی در مقابل ادویه جات جواب درست نمی دهد و نیاز است تا در مقابل نور مصنوعی برای چندین ساعت قرار گرفت مخصوصاً در روزهای کوتاه زمستان.

VI. روان درمانی و سلوک درمانی

برای توضیحات به فصل ۳۲ تمدوی روانی مراجعه شود.

۱- تمدوی های شخصی که توسط کلیرمان (Klerman)، میرنا (Myrna) و ویسمن (Weissman) در سال ۱۹۸۴ معرفی شد.

۲- تمدوی سلوکی شناختی توسط ایرون بیک (Aaron Beck) در سال ۱۹۷۹ معرفی شد.

۳- تمدوی سلوکی: هدف اساسی بالای عرضه نمودن اساسات کلاسیک و جدید کلینیکی است که به ترتیب توسط پاولو (Pavlov) و سکینر (Skinner) معرفی شده است.

۴- تمدوی های کوتاه مدت سایکودینامیک: برای شرح بیشتر به فصل ۳۲ در مورد روان درمانی مراجعه شود.

جدول ۱۱-۶ فکتورهای تعیین کننده عواقب در اختلال مزاج

خوب	خوب
۱. اگر بیماری تکامل مقدم داشته باشد ۲. تظاهرات هایپروکاندلریازس یا مزاج غیر مناسب با تظاهرات سایکوتیک ۳. افسردگی مضاعف (مثلاً هجمه حاد افسردگی بالای دیستایمیا) ۴. بیماری فزیکی، اختلالات شخصیت، و استنگی به الکول ۵. فشارهای روحی مزمن ۶. رعایت ضعیف ادویه ۷. در مقابل ادویه جواب درست نمی دهد	۱. اگر آغاز مریضی واضح و حاد باشد ۲. شخصیت مصاب شده تطبیقی بهتر ۳. تظاهرات وصفی کلینیکی ۴. افسردگی شدید ۵. رعایت خوب دارد ۶. در مقابل تداوی جواب خوبی میدهد

VII. مشکلات خاص

A. افسردگی معند

- أ- تشخیص معاینات فزیکی و فکتورهای اجتماعی یا فامیلی دوباره تجدید نظر گردد.
- أأ- تاثیرات تداوی های که در جریان است باید تقویت یابد مثلاً
- مقدار ادویه جات ترای سایکلیک بلند برده شود و یا اگر قبلاً مقدار اعظمی اخذ می گردد، مقدار آن پائین آورده شود.
- معاینات خون جهت کنترول نمودن سویه ادویه.
- یکی از ادویه جات ذیل را علاوه نمایید.

کلورپرومazine به مقدار کم.

نهی کننده های مونوامینواکسیداز، لیتیوم و ال ترای آیودو تایرونین، کاربامازین.

III. ابعاد تداوی تغییر داده شود.

- تداوی از ادویه جات امین ثانوی به امین ثالثی یا بر عکس تبدیل شود.
- از ادویه جات ضد افسردگی تتراسکلیک و یا Flupenthixol استفاده شود.

V. اگر تداوی با شوک برقی بار اول مفید نباشد یک کورس دیگر شوک برقی توصیه شود.

B. سایکل سریع

- أ. سیربیماری، اجرات خط وسطی مریض و فکتورهای روحی اجتماعی دوباره ارزیابی گردد.
- أأ. ادویه جات چون ترای سکلیک، مونو امینواکسیداز، لیتیوم وغیره) را قطع نمایید.
- أأأ. ادویه جات ذیل را تجربه کنید

- کاربامازیپین.

- لیتیوم (اگر قبل از استفاده نمی گردید).

- نیورولپتیک ها به شکل ضمیموی.

- Clorgyline (نهی کننده انتخابی مونوامینو اکسیداز A).

- استفاده مشترک ادویه جات فوق.

- ممکن از تداوی با شوک بر قی استفاده شود.

Viii مشکلات خاص در تداوی

i - صرع: ادویه جات که زیادتر باعث حملات صرع می گردد عبارتند از ادویه جات ترای سکلیک و نهی کننده های مونوامینو اکسیداز. تداوی مروجه بیماران که افسرده اند و با اخذ ادویه جات ترای سایکلیک و نهی کننده مونوامینو اکسیداز دچار حملات می گردند تداوی مؤثر با کاربامازیپین اجرا می گردد و میتوانیم از ادویه جات جدید ضد افسردگی مخصوصاً Tryptophan، Mianserin، Sertraline، Bupropion

یا Trazodone و تداوی با شوک بر قی (اگر مضاد استطباب نباشد) استفاده کنیم.

ادویه جات چون phenytoin و بلک کننده های چاینل کلسیوم تاثیرات ضد مانیا دارد.

ii. پتالوژی قلبی: در این حالات ادویه مسئون عبارتند از Sertraline، Mianserin، Trazodone، Mirtazapine، Flupenthixol، Tryptophan، Fluoxetine و غیره.

iii. فرط فشارخون: در این حالت ادویه جات مسئون عبارتند از Trazodone، Tryptophan، Fluoxetine، Nomifensine، Mianserin

iv. در مریضان مسن

- ادویه جات چون Flupenthixol، Mianserin، Trazodone، Sertraline و غیره باعث کاهش فشارخون گردیده که باید اجتناب گردد.

- ادویه جات نهی کننده مونوامینو اکسیداز با احتیاط توصیه شود مثلً Isocarboxazid و Phenelzine
- برای تداوی وقایوی از کاربامازپین، مقدار کم نهی کننده های مونوامینو اکسیدازها و لیتیوم استفاده گردد.

سوالات برای مرور

- ا. اصطلاحات ذیل را کی ابداع نمود:
Melancholia - (مالیخولیا)
La folie circulaire - (تغییر حالت مزاج از شادابی به فعالیت غمگینی یا سایکلوتیمیا)
مائیک- دپریشن سایکوزس
- ب. انگیزه و مزاج را تعریف نموده و انواع مختلف اختلالات مزاج را بنویسید؟
- ج. تشخیص تفریقی نمائید:
 - (a) اختلالات دوقطبی و یک قطبی
 - (b) دپریشن خارج منشه و داخل منشه
 - (c) دپریشن وصفی و غیر وصفی
 - (d) دپریشن ابتدایی و ثانوی
- د. تبیّه های مختلف فرعی دپریشن را ذکر نمائید. منظره وصفی دپریشن وابسته به سن را توضیح نمائید؟
- ه. بعضی از حالات غیر روانی و طبی که همراه با دپریشن میباشد را نام برد و اختلالات معمول دپریشن را لست نمائید؟
- و. در باره موضوعات ذیل مختصرآ بنویسید:
 - (a) کوتارد سندروم
 - (b) دپریشن غیر وصفی
 - (c) دپریشن مقاوم
 - (d) محرومیت غیر اختلاطی
 - (e) شیدایی ثانوی
 - (f) تست انحطاط دکسامیتازون
 - (g) Rapid cyclers
 - (h) اختلالات انگیزشی موسمی
 - (i) خواب
- ز. امراض ذیل را چگونه میتوانند تداوی نمائید:
 - دپریشن همراه با تمايل به خود کشی - دپریشن مقاوم، Rapid cyclers
 - نقش لیتیوم در اختلال دو قطبی و کاربامازپین در Rapid cyclers چیست؟
 - یک مریض دپریشن را که همراه با دپریشن امراض ذیل را داشته باشد چگونه تداوی مینماید:
 - صرع- پتالوژی قلبی- فرط فشار خون- سن بلند- منظره سایکوتیک
 - نیوری های بیوشیمیک و سایکلوژیک دپریشن را شرح دهد؟

سوالات امتحان مسلکی

- در مورد مانیک دپریسیف سایکوزس، دپریشن داخل المنشه دپریشن عکس العملی ، Rapid cyclers و اختلال مزاج موسمی مختصرآ بنویسید؟
- فرق بین دپریشن سایکوتیک و دپریشن نیوروتیک را بنویسید؟
- دپریشن مقاوم را مختصرآ بیان دارید؟

اختلالات سایکوتیک که به گونه دیگر مشخص نه شده اند

اختلال شبه شیزوفرینی، سایکوز مختصر عکس العملی، اختلال شیزوفرکتیو نوع غیرمعمول (سایکوز دوره ئی)، شیزوفرینی غیر وصفی، اوتوسکوبی، سندروم کلیرمالت (Clerambault)، هائپوکاندریازس یک عرضی و ترس از بدشکلی بدن (dysmorphophobia).

۱. اختلال شبه شیزوفرینی

تظاهرات اساسی این اختلال مشابه شیزوفرینی بوده اما دوام بیماری، مراحل مخبروی، فعال و باقی مانده آن کمتر از شش ماه و اضافه تر از دو هفته

اصطلاح شبه شیزوفرینی توسط G.Langfeldt در سال ۱۹۳۷ کشف شد.

تاریخچه

این اصطلاح را جی لانگ فیلت (G. Longfeldt) در سال ۱۹۳۷ شرح نموده.

ایپیدیمولوژی

شیوع اساسی مرض معلوم نیست.

لوحه کلینیکی

حالت مانند اضطراب هیجانی و کانفیوژن موجود است، تمایل به طرف حمله حاد و رشف، برگشت یا رشف این حالت بیشتر مانند سویه وظیفوی قبل از مریضی می باشد.

چهار تظاهرات که انذار خوب تر را نشان می

اختلال شبه شیزوفرینی لوحه کلینیکی مشابه به دهد: شروع حاد، کانفیوژن، حالت وظیفوی خوبی قبل از مریضی و عدم موجودیت عاطفه کند یا هموار.

سبب شناسی

سبب اصلی معلوم نیست

باشد بنام سایکوزس مختصر عکس العملی یا دمیشود.

۱. فکتورهای ارثی

در یک مطالعه مشاهده شده است که سیر بیماری و تاریخچه فامیلی مشابه اختلال مزاج میباشد.

۱.۱. نظریه های بیولوژیکی - تحت مناقشه میباشد.

تشخیص تغیریقی

- شیزوفرینی: دوام شبه شیزوفرینی کمتر از شش ماه بوده و بعضی علایم انذاری خوب دارد.

b- سایکوز مختصر عکس العملی: از اختلال شبه شیزوفرینی تفاوت دارد زیرا در سایکوز مختصر

عکس العملی دوام بیماری کمتر از دو هفته میباشد (اگر چه تاثیرات ثانوی دوام دار باقی خواهد
ماند).

عالی بنام Kasanin اصطلاح اختلال

شیزوافکتیف را در سال ۱۹۳۳ کشف نمود.

c- سایکوز غیر وصفی

d- اختلال مزاجی

e- اختلال روانی عضوی

f- سایر حالات مثلاً بیماری های عصبی بطور مثال صرع لوب صدغی، هانتنگتون کوری، پارکینسون،

آفات فضایگیرنده خلا، حالات طبی مثلاً فیوکروموسایتوما، تشوشات میتابولیک و ادویه جات مانند

ستروئید های اناندیش خارج المنشأ.

تداوی

تداوی انتخابی ادویه جات ضد سایکوز میباشد ممکن در صفحه حاد به مقدارهای زیاد ضرورت گردد اما
به یک مدت کوتاه.

۱۱: سایکوز مختصر عکس العملی

مشخصه این اختلال آغاز ناگهانی یک اختلال سایکوتیک بوده که حد اقل چند ساعت اما کمتر از دو هفته
دوام نماید و بیمار بتواند دوباره به وظیفه خود برگردد.

تاریخچه

مفهوم سایکوز عکس العملی یا سایکوز سایکوژینیک از نوشته های آگیست ومر (August Wimmer) (۱۹۳۷ - ۱۹۲۱) مشتق شده است.

امراض شیزوافکتیف عبارت از بیماری که متصف است بر افسردگی اساسی یا سندروم مانیاک که با تظاهرات شیزوفرینی همراه میباشد که حد اقل برای دوهفته بدون اعراض مزاجی موجود باشد و مشخصه شیزوفرینی را نداشته باشد.

ایپدیمولوژی

معلوم نیست

لوحه کلینیکی

لوحه سایکوتیک بطور ناگهانی و به شکل عکس العملی در برابر فشارهای شدید روانی و یا عوامل متعدد که باعث این فشار میشوند، آغاز می گردد.

a- قیافه ظاهری و سلوک: بیمار دچار هیجانات گیجی، احساس کانفوژن، سلوک همراه با وضیعت عجیب و غریب.

b- تکلم: تکلم مریض دچار سکته گی و یا تکرار عبارات بی مفهوم می گردد.

c- عاطفه: عاطفه غیر مناسب دارد.

d- درک و افکار: برسامات و هذیانات (پارانوئید) گذری معمول است.

e- جهت یابی و حافظه: عدم جهت یابی و تشوش در حافظه قریب در بسیاری اوقات موجود است.

تشخیص تقریبی

۱. سایکوز وظیفوی: اختلال شبه شیزوفرینی، اختلالات پارانوئید، اختلالات مزاجی یا سایکوز غیروصفي.

۲. اختلالات روحی عضوی مخصوصاً دلیریوم، سندروم عضوی هذیانی یا مسمومیت از سایکوزهای مختصر عکس العملی طوری تفرقی می گردد که بعد از مشاهده معلومات لابراتواری و اخذ تاریخچه فکتورهای عضوی دریافت گردد.

۳. اختلال مزاج

۴. اختلال شخصیت

۵. اختلال ساختگی با اعراض روانی

۶. تمارض

تداوی

تداوی عرضی بوده و این اختلال با گذشت زمان محدود بر طرف می‌گردد.

III - اختلال شیزوفکتیف

مؤلف کاسانین (Kasanin) این اصطلاح را در سال ۱۹۳۳ شرح نمود.

ایپدیمولوژی

در دست رس نیست واقعات سالانه مرض تقریباً ۰.۳ تا ۰.۷ در هر یکصد هزار میباشد.

لوحه کلاسیک

DSM-IV یک معیار بخصوص تشخیصه را وضع نموده است.

- یک بیماری است که در آن سندروم مانیا و افسردگی اساسی بصورت تام موجود است که همراه با تظاهرات وصفی شیزوفرینی بوجود می‌آید.

انذار اختلال شیزوفکتیو در میان شیزوفرینی و اختلال مزاج قرار دارد.

- در جریان هجمه بیماری هذیانات و برسامت برای مدت دو هفته موجود بوده اما اعراض مزاجی موجود نمی‌باشد.

- به هر حال در این حالت تمامی معیارات شیزوفرینی موجود نیست.

شرایط این بیماری فرق می‌کند مثلاً صحت یابی نامکمل با خراب شدن حالت وظیفوی شخص ممکن است.

اتیولوژی

اینکه اختلال شیزوفکتیف یک خبر دهنده برای اختلال مزاجی یا شیزوفرینی باشد هنوز معلوم نیست مطالعات که تا هنوز صورت گرفته است یک ارتباط میان اختلال شیزوفکتیف و اختلال مزاجی نظریه ارتباط آن با شیزوفرینی زیادتر ممکن است.

تشخیص تغیریقی

۱. شیزوفرینی
۲. اختلال دوقطبی مزاجی
۳. افسردگی اساسی همراه با اختلال غیرمتنااسب مزاج
۴. اختلال روانی عضوی

تداوی

لیتیوم برای بیماران شیزو蔓یک مؤثر بوده اما بیماران شیزوپریسیف معمولاً در مقابل ادویه جات خد افسردگی ترای سیکلیک، فینوتیازین ها یا هر دو جواب میدهد. شوک برقی مغز نیز مؤثر بوده مخصوصاً در کاهش دادن خطر خودکشی.

IV: سایر ساکوزهای غیرمعمول

۱- سایکوز دوره ئی

بیماری های اند که آغاز ناگهانی دارند که در آن نوسانات مزاج دیده شده (از افسردگی به بلند پروازی و یا از هر دو به طرف نورمال).

۲- شیزوفرینی غیروصفي

لیونارد (Leonard) سه نوع شیزوفرینی غیروصفي را متمایز نموده است.

- افکت لادن پارافرینیا (Affect -laden paraphrenia)

- شیزو فازیا

- کاتاتونیا دوره ئی

۳. اتوسکوپی (Autoscopy)

یک تشوش نادر در درک میباشد که در آن خبط ها یا برسامات خودی (معمولأً بینائی) موجود است ممکن به شکل دیدن، سخن زدن، لباس پوشیدن و یا هنر نمائی خودی ظاهر شود و نیز فعالیت های تمام حواس دیدن، شنیدن ممکن دخیل باشد ممکن شکل یک خبط و یا خیال پردازی اشکار را بخود بگیرد.

۴. سندروم کلرم بالت

- هزیان عشقی (سایکوز پاسیونیل Passionelle): بیمار یک حالت قانع شده هذیانی دارد مثلاً شخصی که هیچ بیمار آنرا نمی شناسد و او نیز مریض را نمی شناسد فکر میکند که با او عشق می ورزد. این حالت قانع شده در بسیاری اوقات یک عرض شیزوفرینی شده میتواند.

۵. هیپو کاندریکال یک عرضی

سایکوز هیپو کاندریکال یک عرضی

بیماری است که توسط یک هذیان هایپو کاندریکل واحد مشخص شده و برای مدت قابل ملاحظه دوام می کند. این هذیان ثانوی نبوده و با وجودیکه طریقه زنده گی شخص متأثر گردیده است به هر حال شخصیت او هنوز محفوظ میباشد.

لیتیوم و کاربامازیپین انتخاب خوب برای
شیزومانیا بوده در حالیکه فلوپتیکزول،
اموکزایپین و شوک برقی مغز انتخاب خوب
برای شیزودیپریشن میباشد.

این اصطلاح در سال ۱۹۸۰ توسط **مونرو** (Munro) شهرت کسب نمود.

۶. توسر بد شکلی بدن

این اصطلاح در سال ۱۸۸۶ توسط **مورسیلی** (Morselli)

شرح شد که در آن بیمار از احساس بد قواره گی یا نقصه فزیکی رنج میبرد که حتی دیگران در مورد احساس بیمار آگاه شده در حالیکه چهره ظاهری او نورمال است.

در ترس بد شکلی بدن شخص هذیان دارد نه ترس (ترس یا سلوک پرهیزی موجود نیست) پس میتوانیم بگوییم سندروم بد شکلی بدن اصطلاح برتری است.

بعضی بیماران که سندروم بد شکلی بدن دارند ممکن در برابر ادویه جات (pimozide)، جراحی پلاستیک (اصلاح زیبائی بینی) یا در برابر تداوی های سلوکی و شناختی جواب بدهد.

سوالات برای مرور

۱. منظره کلینیکی و تشخیص تقریقی سکیزوفرینیفورم را بنویسید؟
۲. بrif ری اکتیف سایکوزس چیست؟ تشخیص تقریقی آنرا نیز بنویسید؟
۳. اختلال سکیزوافکتیف را تعریف نموده و بگوئید که سکیزو دپریشن را چگونه تداوی مینماید؟
۴. در موارد ذیل مختصرآ نویسید:
 - (a) سایکوز کلتوری
 - (b) سایکوز هیستیریک(با منشا روانی)
 - (c) Latah
 - (d) امافوفانیان
 - (e) کورو
 - (f) اموک
 - (g) پیبلکتو
 - (h) تجربه سبجکتیف پارانارمل
۵. نیلا تعریف نمائید:
 - (a) سایکوزس همراه با تشوش وظیفوی صدغی و لمبیک
 - (b) کاتانوتیای متناوب
 - (c) اوتوسکوپی
 - (d) سکیزوفارزیا
 - (e) کریلامبولت سندروم
 - (f) سندروم کاپ گراس
 - (g) سایکوز هایپوکاندریک یک عرضی
 - (h) بویی دیلیریانت
 - (i) لوکورا
 - (j) سپل

سوالات امتحان مسلکی

- مختصرآ تعریف نمائید
- Schizophreniform psychosis -
- Dysmorphophobia -
- Brief reactive psychosis -

اختلالات ناشی از سرس و حالات عصبی

تعریف، نیوروزس در مقایسه با سایکوزس، اضطراب عصبی (عمومی و یا پانیک)، اختلال ترس، اختلال وسوس اجباری، هستیریا، نیوروزس افسرده گی، ضعیفی عصبی (سندروم کسالت)، هایپوکاندريازس، سندروم فرط تهوهی، اختلال فشارهای بعد از ترضیض، غم

نیوروز ها معمول ترین همه بیماریهای روانی میباشد دارای معیارات ذیل اند:

۱. باعث ناراحتی شده و غیر قابل قبول تلقی می گردد (ایگو دیستونیک).
۲. ارتباط مریض با واقعیت های خارجی قطع نشده و سلوک مریضی باعث تهدیدات ضد اجتماعی نمی گردد.

اکثریت اختلالات روانی نیوروزس اساسی در پرکتیک کلینیکی دیده میشود.

۳. اگر تداوی مؤثر نزد مریض اجرا نگردد اعراض تمایل دارد دوباره عود کند.
۴. اعراض بیماری ارتباط به عکس العمل های گذری در برابر فشارهای روحی ندارد.
۵. کدام سبب عضوی مشخص دریافت نمی گردد.

در هندوستان نیوروزس افسرده گی معمول ترین نوع نیوروزس پنداشته میشود در حالیکه نیوروزس اضطرابی معمول ترین نوع در تمام دنیا است.

جدول ۱-۱۲ اتفاقات های میان سایکوزس و نیوروزس

نیوروزس	سایکوزس	
زیاد اهمیت ندارد (تنها در مریضان مساعد به اختلال شخصیت اهمیت دارد)	مهم میباشد (در اختلالات شیزوفرینی و مزاج)	I. اتوپلوزی ۱. فکتورهای ارئی
اهمیت زیاد دارد	زیادتر اهمیت ندارد	۲. واقعات مملو از فشارهای زنده گی
قسمی یا موجود نیست	کامل	II. سایکو پتالوزی تخریب شخصیت
از بین نمی رود موجود است (مریض خود حاضر میگردد)	از بین میروند از بین میروند (توسط اقارب آورده میشود)	III. تظاهرات کلینیکی ۱. تماس با واقعیت ۲. بیشن در برابر مرض
قضاؤت مختلط نمی گردد معمولًاً متأثر نمی گردد	مختلط است بسیار متأثر می گردد	۳. قضاؤت ۴. ارتباط اجتماعی و سلوک
موجود نیست در نیوروزها نادر است	موجود است در سایکوز عضوی معمول است	۵. غفلت در حفظ الصحیه فردی ۶. تنشیش حالت شعوری و ذکارت
نادر است	عام بوده	۷. تشوش افکار (هذیانات) و درک (برسام، خبط)
مفید نمی باشد خواب آورهای کوچک و ادویه جات ضد افسردگی معمولًاً استفاده می گردد	زیادتر مفید بوده (در سایکوز های وظیفوی) نیورولپتیک ها (خواب آورهای عمده) و ادویه ضد افسردگی معمولًاً استفاده می گردد	IV. تداوی ۱. تداوی با شوک بر قی ۲. ادویه جات
تداوی محافظه ای بسیار مفید است	محافظه ای زمانی که مریض در حالت شفایابی باشد	
به آسانی تداوی آن مشکل موجود است. عود مریض معمول است	در تداوی آن مشکل موجود است. عود مریض معمول است	V. انذار

۱: حالت اضطراب (نیوروزس اضطرابی)

حالات اضطرابی از جمله سندروم های معمول عصبی بوده و مشتمل می گردد بر تظاهرات روحی و فزیکی اضطراب که برخلاف حملات (پانیک) و یا حالت معنده (اختلال عمومی اضطراب) کدام خطر حقیقی ندارد.

نام های زیادی برای اضطراب عصبی وجود دارد مثلاً نیوروزس قلبی، سندروم داکوستا، خستگی اعصاب، ضعیفی عصبی دورانی، قلب عسکر، تکی کاردی عصبی، نیوروزس واژوموتور، ضعیفی تنظیم کننده وعائی، اختلال عمل قلبی، عکس العمل قلبی وعائی سایکوجینیک، عکس العمل ضعیفی سایکوجینیک.

پس منظر تاریخی

اصطلاح نیوروزس اضطرابی برای بار نخست توسط سیگموند فروید در سال ۱۸۹۵ شرح شد.

ایپدیمولوژی

در نقوص نورمال ۲-۴ فیصد شیوع دارد که ۲۵-۳۰ فیصد مشوره روانی و تقریباً ۸-۱۰ فیصد مریضان روانی سراپا را تشکیل میدهد.

توضیح کلینیکی

به جدول ۲-۱۳ مراجعه شود.

جدول ۲-۱۳ چطور یک بیمار اضطراب عصبی مراجعه می نماید

-
- ضربان قلبی
 - کرختی و سوزنگی زدن
 - احساس نفس تنگی و موجودیت چیزی در گلو
 - درد یا ناراحتی صدری
 - گنگسیت یا احساس بی موازنگی
 - تعرق (دستان مریض سرد میباشد)
 - رعشه، احساس خستگی
 - کم شدن خواب، سبک سری
 - ناراحتی بطنی یا درد در قسمت معده، اسهال
 - تشنگی زیاد، خشکی دهن، دفعات تبول
 - مشکلات در تمثیل و به حافظه سپردن
 - ترس زیاد در بسیاری اوقات با احساس مرگ یا از دست دادن کنترول

- حمله دقیقه ها دوام می کند نادرأ ساعات ها (حملات پانیک) یا ممکن دوام دار باشد (حمله اضطراب عمومی)
 - مریض بینش دارد (اعراض را غیر نورمال میخواند)
-

اختلال پانیک

توسط حملات متکرر اضطراب (پانیک) مشخص می گردد که در حالات حتمی غیر قابل پیش بینی واقع می گردد مثلاً در جریان راننده گی موتر. حملات پانیک توسط آغاز ناگهانی ترس و وحشت، در بسیاری اوقات احساس مردن و ترس شدید ظاهر می گردد.

اعراض معمول که در جریان یک حمله بوجود می آید عبارتند از نفس تنگی، ضربان قلبی، درد یا ناراحتی صدری، احساس یک شی در گلو، گنگسیت، سرچرخی یا سرخ شدن وجه، تعرق، ضعیفی، ترس از مردن، دیوانه شدن یا از دست دادن کنترول. حملات معمولاً چند دقیقه و نادرأ چند ساعت دوام می کند.

اختلال اضطراب منتشر

لوجه اساسی عبارت ازیک اضطراب معنده و منتشر است که حد اقل یک ماه دوام نموده و اعراض بالغاصه اختلال ترس یا اختلال پانیک و یا اختلال وسواس اجباری مشخص نمی باشد.

پانیک یک حمله حاد اضطراب است که با احساس مرگ مشخص میشود.

علایم ذیل دیده میشود:

- تنش حرکی: لرزه، احساس سوزنک زدن، تنش، دردهای عضلی، خستگی و عدم توانایی برای استراحت.
- فرط فعالیت اوتونومیک: تعرق، سرعت در حرکت قلبی، سرد بودن دستها، خشکی دهن، گنگسیت، سبک سری، احساس سوزنک زدن در دستها و پاهای، ناراحتی معده، حملات سردی و گرمی.

- توقعات افهامی: فرد دچار حالت اضطراب، نگرانی، پریشانی متداوم بوده و فکر میکند که کدام چیزی خرابی برایش رخ خواهد داد.

- بیداری و دقت: توقعات افهامی ممکن باعث فرط توجه، تحرشیت، هوش پرکی، مشکلات در تمرکز، بیخوابی، مشکلات در خواب رفتن، خواب متقطع و خستگی زمان بیدار شدن از خواب.

أنواع مخصوص

- سندروم فرط تهويه: اعراض آن مشتمل می گردد بر حملات دوره یی، انحطاط تنفسی، احساس بی حسی، گنگسیت زیاد، ضعیفی، کرختی و احساس سوزنک زدن مخصوصاً در اطراف لبها و نوک انگشتان، ضربان قلبی، درد صدری، از بین رفتن لحظه‌ی شعور و حتی تیتانی.

اینها ارتباط به کاهش فشار قسمی کاربن دای اکساید دارد که بعداً باعث الکالوژس تنفسی (از باعث فرط تهويه) کاهش کلسیم آزاد آیونایزد شده و باعث کاهش جریان مغزی می گردد.

گرفتن تنفس و یا تداوی با خریطه که در آن مریض در برابر تجمع کاربن دای اکساید در یک خریطه که در مقابل دهن و بینی شان قرار دارد تنفس می کند و میتواند برای تداوی عرضی استفاده شود.

- **نیوروژس بعد از ترضیض:** این اختلال در عساکر که در خط مقدم جبهه میروند، در آفات طبیعی، تصادم موتر، آتش سوزی، زنای بالاجبر، لت کوب و یا توقیف در نظارت خانه ها دیده میشود.

استفاده وافر الکول و ادویه جات عام بوده و نیز در این اختلال افکار خودکشی و یا کوشش به خودکشی نیز معمول میباشد. اینها توسط تداوی های روانی و ادویه جات معالجه می گردد.

ایمولوژی

I - نظریه های بیولوژیکی

أ. نظریه کتیکولامین

سویه پلازما اپینفرین و مونوامین اوکسیداز بلند بوده و باعث پارچه شدن کتیکول امین ها می گردد.

II - نظریه لوکوس سیریلیوس: این هسته در حدبه موقعیت داشته و اضافه تر از پنجاه فیصد تمام نیورون های نورادرینرجیک را در تمام سیستم عصبی احتوا می کند.

تنبه برقی لوکوس سیریلیوس حیوانات باعث بوجود آمدن عکس العمل ترس و اضطراب می گردد.

III - فرط حساسیت کارین دای اکساید: اگر به این بیماران یک مخلوط پنج فیصد کارین دای اکساید در هوای اطاق داده شود که آنرا تنفس نماید در نتیجه باعث بوجود آمدن حملات پانیک می‌گردد.

V - نظریه استقلاب لکتان: اگر انفیوژن ۵ مولر سودیم لکتان 10mg فی کیلو گرام وزن بدن در بیست دقیقه تطبیق شود باعث تحریک حمله پانیک در اکثریت بیماران دچار به اختلال پانیک می‌گردد اما در اشخاص نورمال سبب حمله پانیک نه می‌شود.

جدول ۳-۱۳ تشخیص تغیریقی اختلالات اضطراب

اختلالات	تاریخچه کلینیکی	معاینات کلینیکی	ظاهرات بالخصوص
I. روانی وظیفوی a. ترس	ترس بالخصوص از یک شی		سخن زدن در مورد همین ترس بالخصوص میتواند ترس را بار آورد.
b. سندروم فرط تهییه		ذریعه فرط تهییه تحریک شده و توسط فشار قسمی بلند کارین دای اکساید آرام می‌گردد.	ممکن نماینده گی از اختلالات ثانوی اضطراب نماید.
c. نیروزس بعد از ترضیض	خواب های تکراری، خواب های خراب و دوباره جم جم آوری فعالیت های روز، واقعات تحریک کننده خاص بسیار تاکید کننده بوده، الکھولیزم ثانوی و ادویه جات	ظاهرات مشترک افسردگی، تمایل به بازگویی واقعه ترضیض و بازگویی از مؤثثیت ادویه جات ضد افسردگی.	استعمال سودیم امیتال و ادویه جات خواب آور، تداوی که در مقابل عکس العمل اجرامی گردد.
d. حالات مزمن اضطراب	مژن، واقعات مساعد کننده موجود نیست و در بسیاری اوقات اصلاح نشده، معمولاً حملات اضطراب منفرد موجود نیست.	ظاهرات مشترک افسردگی و وسوسات موجود است.	نیروزس اضطرابی ممکن به یک حالت مزمن اضطراب تبدیل شود.
e. شیزوفرینی مقدم	سن آغاز وصفی بوده، تاریخچه فامیلی موجود است.	اختلال افکار دارد هذلیات و برسامات موجود است.	در مقابل ادویه جات نیروولپتیک جواب قناعت بخش میدهد.
f. مانیا	همجه های قبلی بیماری عاطفی و تاریخچه مثبت فامیلی	سرخوشی و یا تخریشت، پرش افکار و بزرگ منشی	اشکال غیر وصفی مانیا ممکن حملات اضطراب را تقلید نماید و در مقابل لیتیوم جواب خوب میدهد.
g. افسردگی بیقراری	اعراض افسردگی موجود است و علت افسردگی بیولوژیک پنداشته می‌شود.	نظریات کم است، نظریات منفی، فقر افکار و شکایات عجیب و غریب جسمی.	در مقابل ادویه جات افسردگی و یا شوک برقی مغز جواب خوب میدهد.
II. روانی محضی a. زوال عقلی قبل از پیری	آغاز مرض در کهولت بوده و سایر تشویشات شاختی و سلوکی	نقیصه در حافظه موجود است، بینش اندک موجود است و بی	سایر ظاهرات زوال عقلی

	ثباتی هیجان.	موجود است	
b. تومورهای مغزی	فسار داخل قحفی بلند است و حدقه اذیمایی است و یا عالیم عصبی بالخاکه دیگر موجود نباشد.	سردردی دوام دار و خوب ناشدنی و شکایات عصبی که نامعلوم است.	
c. اورای میگرن، آفات فصی صداغی و یا صرع نوع بزرگ	ممکن است حمله را توسط فرط تهوعی و یا توسط بعضی از ادویه تحريك کننده بروجود آوریم، تغیرات نوار برقی مغز برای صرع گرندمال و یا لوب صداغی موجود است.	به تعقیب آن سردردی، دوره های فراموشی موجود است، حالت روانی مختلف شده یا حمله بروجود می آید در میان حملات اضطراب موجود نیست، تاریخچه وصفی برای میگرن و صرع	
III. طبی روانی a. فرط فعالیت غده تایراید	ممکن در مقابل پروفیرانولول جواب بدهد.	عدم تحمل در برابر گرمی، ضعیفی بسیار زیاد	
d. اریتمی قلبی	گراف برقی قلب، با اخذ ادویه تعداد ضربان بعض نشان دهنده اریتمی شده میتواند.	در بیسیاری اوقات توسط کافین و یا نیکوتین بروجود می آید.	
e. خناق صدری	گراف قلب، با اخذ نیتروگلایسیرین خوب میشود.	طرز انتشار و دوام درد وصفی است	
f. پرولپس دسام میترال	پرولپس دسام در زمان سیستول معابینات ایکوکاردیوگرافی قلبی نشان دهنده حرکات غیر نورمال دسام میترال است.	اعراض آن در سیستم قلبی و عایی موجود بوده اما میتواند حملات اضطراب را تقلید نماید	
g. کاهش فعالیت غده پاراتایراید	سویه کالسیم سیروم کم می گردد و در مقابل ادویه جات ضد اضطراب جواب قناعت بخش نمیدهد.	قبل ا عمليات غده درقیه صورت گرفته است	
g. فیوکروموسایتوما	سویه اپیفرین و نورراپی نفرین در ادرار بعد از اخذ فیتوکلامین زیاد شده و بعد از اخذ میکولیل خوب میشود در جریان حمله سویه قند خون کم میشود.	ممکن ثابت یا هجمه ئی باشد سردردی شدید	
g. انسولینوما (کاهش قند خون)	تحمل گلوکوز غیرنورمال است	ضعیفی، دلبدی، اختلال	
h. سندروم کارسینوئید	در ادرار سویه HIAA 5- زیاد می گردد	لکه های جلدی خارش، سرخ رنگ شدن جلد	
i. پورفوریای بین الینی حاد	افزایش پورفوبلینوژن در ادرار	حمله بین الینی حاد درد کولیک بطنی، تاریخچه مثبت فامیلی و جریان حمله، تکی کاردیای	

	سبنوزال، کاهش عکسات و تری، مؤفت ازوج قحفی، ادرار سرخزبگ	تغیرات شخصیت	
	ادویه در ادارا موجود است. اتهاب کید که از باعث استفاده افکار پارانویید و یا هذیانات بد گمانی	ادویه باشد	ل. ادویه جات تنبه کننده
		هضم شدن مقادیر زیاد کافین، چای وغیره	k. کافینیزم
	تحمل در مقابل پنتوباربیتال زیاد تغیریط فشارخون وضعیتی، غبار آلد شدن شعور و برسامات گذری	هضم شدن باربیتورات ها، الکھول و یا مستحضرات مرتبط به آن	ل. قطع ادویه جات خواب آور و مسکن

II. نظریه ارثی (جنیتیک)

حالات اضطراب در دو فیصد تمامی نفوس واقع شده و تقریباً در ۲۵-۱۵٪ اقارب مریضان این حالات رخ میدهد. در مطالعات که بالای دو گانگی ها صورت گرفته است ۴۱٪ مونوزایگوت ها و ۴٪ دای زایگوت ها دچار نیوروزس اضطرابی شده اند.

اشراق کاربن دای اکساید و یا زرق لکتیت باعث حمله پانیک می گردد.

III. نظریات سایکوانالاتیک

مطابق به این نظریات حالات اضطرابی از باعث اضطراب کستریشن بوجود می آید. (نظریه سیگموند فروید)

VI. نظریات آموختن

اضطراب یک عکس العمل ترسناک است که در برابر یک تنبه که به شکل نورمال باعث تحریک اضطراب نگردد، بوجود می آید.

بوسپرون ادویه ضد اضطراب غیر پنزودیازپین است که باعث آرام سازی، وابستگی و یا سندروم قطع نمی گردد اما در حملات پانیک مفید نیست.

تشخیص تفریقی

به جدول ۴-۱۳ مراجعه شود.

تماراوى

I. تداوى دوایی

- برای تشريحات بیشتر به فصل فارمکولوژی روانی مراجعه شود جدول ۴-۱۳ مراجعه شود.
- ادویه جات ضد افسردگی: از ادویه جات ترای سیکلیک و مونوامینواکسیداز استفاده می‌گردد.
- بیزوپریازپین: مصنون بوده و تاثیرات خوب ضد اضطراب را دارند اما چون خطر اعتیاد دارند بعد از چند هفته باید قطع شود.
- سایر ادویه جات: مستحضرات بلاک کننده

اخذه‌های بیتا چون پروپرانولول در اشكال مختلف اختلالات اضطراب مفید است.

جدول ۴-۱۳ ادویه جات که معمولاً برای اضطراب استفاده می‌شوند

ادویه	از	دوز فرمی به ملی‌گرام روزانه	دوز فرمی به ملی‌گرام روزانه	دوز زرقی به ملی‌گرام روزانه
A. ادویه ضد افسردگی				
Imipramin .۱		25-50		
Amitriptyllin .۲		25-75		
Dothiepin .۳		25-75		
Mianserin .۴		5-20		
Fluoxetine .۵		10-30		
Sertraline .۶		25-75		
B. مسكنات و خواب آور				
Lorazepam .۷		2-10		
Diazepam .۸		5-80		
Chlordiazepoxide .۹		10-100		
Alprazolam .۱۰		0/5-6		
Clonazepam .۱۱		0/5-2		
Buspirone .۱۲		5-30		
C. ادویه ضد سایکوزس				
Chlorpromazine .۱۳		50-200		
Thioridazine .۱۴		25-200		
D. بیتا بلاکر				
پروپرانولول .۱۵		20-80		

تداوی روانی

- ۱- روان درمانی تقویتی : تشریح مرض و اطمینان دهی در بسیاری اوقات کافی است.
- ۲- روان درمانی سایکودینامیک : ممکن است در شناسائی بحران ناخود آگاه حائز اهمیت باشد.
- ۳- تداوی شناختی سلوکی : تداوی های سلوکی حملات پانیک مشتمل می گردد بر نگهداشت تنفس تا زمانیکه فرط تهويه حاد و مزمن از بین برود، آرام سازی و باز سازی شناخت مریض تا زمانی که اعراض فزیکی خوب شرح شده باشد.

بنزودیازپین اگر اضافه تر از ۶-۸ هفته استفاده شود
خطر اعتماد آن زیاد می گردد.

انذار

اکثریت حالات اضطراب مختصر بوده و بنفسه‌ی شفا می‌شوند و در صورتیکه اضافه تر از چند ماه دوام نماید انذار آن خراب می‌باشد.

۱۱. اختلالات ترس

متصرف می‌گردد بر ترس بیش از حد، دوامدار و متکرر از یک شی مخصوص مانند مکان یا موقعیت خاص که منجر به ترک آن مکان شود یا ترس از کدام فعالیت موجود باشد.
یعنی شخص از شی بدون در نظر داشت اینکه بسیار خطرناک است از آن به حد کافی ترس دارد.

ترس ساده معمول ترین نوع ترس ها است اما از نظر کلینیکی اگورافوییا معمول ترین و شدید ترین نوع ترس می‌باشد که معمولاً با حمله پانیک یکجا می‌باشد.

تاریخچه

فویوس (phobos) کلمه لاتین است (کلمه فوییا برای بار اول ۲۰۰۰ سال قبل در روم در ترمینالوژی طبی بوجود آمد).

سندروم کلینیکی

به جدول ۱۳-۵ مراجعه شود.

جدول ۱۳-۵ چطور یک مریض مصاب به اختلال ترس مواجهه مینماید

- از یک شی بخصوص ترس بیش از حد، متکرر و دوامدار دارد. مثلاً موتر، حیوانات، موقعیت ها یا درعروی رفتن.
- این اشیا موقعیت ها یا مکان ممکن خیالی و یا حقیقی باشد.
- شخص بدون در نظر داشت اینکه شی خطرناک نیست از آن به اندازه زیاد میترسد.
- سلوک اجتنابی دارد زیرا میترسد.
- حملات پانیک (حملات شدید اضطراب).
- ممکن بعد از مواجهه شدن با یک شی ترسناک بوجود آید (چک زدن سگ)، موقعیت ها (دیدن حادثات و یا مکان)، دیدن تجاوز در بازار.
- مریض این ترس را غیرنورمال می پنداشد.

ارتباط به تنبه خارجی داشته باشد

a. **اگورافوبیا:** یک شکل شدید بوده و در اشخاصی که در جستجوی تداوی می باشند زیادتر واقع میشود.

لوحه کلینیکی مشتمل است بر

- ترس از تنها بی
- ترس ترک خانه
- ترس دور بودن از خانه

ترس و صفتی استفاده از موترهای حمل و نقل مسافرین (مثلاً ملی بس، ریل، زیر زمینی و طیاره) و یا از دحام، سینما، لفت، رستورانت ها، بازار و مغازه های بزرگ باشد یا انتظار کشیدن در قطارها یا سفر دورتر از خانه.

علاوه بر حملات پانیک ترس های متعدد اضطراب مزمن، مسخ شخصیت، افسردگی ثانوی، شکایات جسمی متعدد و سؤاستفاده از الکھول، باربیتوراتها و ادویه ضد اضطراب ممکن بوجود آید.

b. ترس اجتماعی: شخص از جاهاییکه با اجتماع مقابل می گردد ترس دارد که همین را ترس اجتماعی گویند مثلاً هنگام سخنرانی، خوردن و یا نوشتن در محلات عام و یا مقابل شدن با مصاحبه و در محافل رفتن نیز از جمله همین ترس است.

حملات بنفسهی پانیک ممکن است بوقوع برسد. شخص ممکن به شکل هجموی سؤاستفاده از الکهول، باریتورات و یا ادویه ضد افسردگی داشته باشد.

ترس اجتماعی تقریباً ۵-۱۰٪ مریضان روانی را تشکیل میدهد در اواخر طفولیت و یا نادرأ در زمان بلوغ آغاز می کند.

C. ترس ساده: نوع بسیار عام اختلالات ترس است، لوحه اساسی مرض ترس دوامدار یک شی و اجتناب از آن است و یا ترس از یک موقعیت است که در اگورافوبیا و یا ترس اجتماع موجود نیست مثال عام ترس ساده از حیوانات است و یا از مکان ها، ترس از ارتفاعات در اطفال عام بوده و ممکن الی مرحله بلوغ دوام نماید.

ارتباط به تنبه داخلی

ترس از مرضی (نوزوفوپیا) تقریباً ۲۰٪ - ۱۰٪ مریضان روانی مصاب به ترس را میسازد و در هر دو جنس مساویانه بوجود می آید.

ترس از مرگ به طور وصفی در عمر هشت سالگی
دیده میشود.

توس از مرگ: به شکل وصفی در عمر ۸ ساله گی بوجود می آید.
اتیولوژی :

۱- نظریه سایکوانالایتک

فروید شرح نمود که اعراض ترس به عنوان حل و فصل یک بحران که در میان انگیزه قربانی دادن پرخاشگرانه و شناخت بالقوه خطر ایگو که در اثر همین قربانی باشد، بوجود می آید زیرا ایگو از بیجا شدن برای اجتناب از اضطراب استفاده می نماید. این اضطراب از باعث بحران داخل روانی و یا خطر بالقوه خارجی بوجود می آید.

۲- نظریات عکسه شرطی

ترس اضطرابی یک عکس العمل است که یکجا با ترس از یک شی باشد یعنی تنبه شده توسط یک حالت و در برابر یک تنبه غیر مشروط بوجود می آید.

۳- نظریات بیولوژیکی

اعراض ترس اجتماع در پنجاه فیصد واقعات همراه با کاهش سویه اپینفرین در پلازما است که همین حالت آنرا از حملات پانیک مجزا میسازد.

مواد دیگر که رول دارد عبارتند از فینایل میتاپل امین در عکس العمل در برابر قبولی یا عدم قبولی فعالیت اجتماعی رول دارد. تقریباً ۳۲ فیصد اقارب اشخاص مصاب با اگورافوبیا دچار اختلال اضطراب است و ۹ فیصد از اقارب نزدیک اگورافوبیا دارند.

تشخیص تفریقی

شیزوفرینی، افسردگی اساسی، اختلال وسواس اجباری، اختلال شخصیت پارانوئید.

تداوی

تداوی دوایی

ادویه ضد افسردگی سه حلقوی، امپرامین، نهی کتنده های مونوامینواکسیداز، فینیلزین و بنزودیازپین با قدرت زیاد مثلاً الپرازولم در توقف دادن حملات پانیک بنسهی بسیار مؤثراند.

بروپرانولول در ترس اجتماعی مخصوصاً زمانی که قبل از انجام یک فعالیت اخذ شود بسیار مؤثر است به جدول ۴-۱۳ مراجعه شود.

تداوی سلوکی

۱. حساسیت زدایی سیستمیک: در این حالت مریض با منبع ترس تدریجاً مواجه می گردد و آهسته آهسته این مواجه سازی افزایش داده میشود تا که مریض با منبع ترس عادت کند و از آن اجتناب نکند. اما قبل از مریض می آموزانیم که چطور در یک حالت استرخا و راحت قرار گیرد.

۲. فلودینگ (flooding): در این حالت مریض زیاد با منبع ترس مواجه ساخته میشود تا که اضطراب مریض کم شود.

۳. نمونه گذاری: در این حالت روان درمان سلوک مریض را تحت مراقبت قرار میدهد که چطور مریض از منبع ترسناک دیگر اجتناب نکرده و دچار اضطراب نه گردد.

۴. قصد معکوس (Paradoxical intention):

یک نوع دیگری از تداوی میباشد که توسط مولف فرانکل (Frankl) وضع شد و این تداوی مریضان را کمک می نماید که چطور بتوانند ترس خود را کاهش دهند.

روان درمانی

۱- محافظطی: مشتمل می گردد برآموختن اهداف و عیار سازی زنده گی دوباره.

۲- سایکودینامیک: هدف از این تداوی نمایان سازی بحران های موجود است.

III. اختلال وسواس اجباری

یک نوع نوروزس غیر معمول بوده که اعراض عمدۀ آن افکار وسوسی و سلوک اجباری میباشد.

- وسواس عبارت از افکار، انگیزه ها و نظریات متکرر و معند اند که ایگودیستونیک بوده و به شکل

ارادی بوجود نمی آید و سعی می گردد تا که این حالات نادیده گرفته شود و یا هم از بین برود.

- سلوک اجباری بی هدف و متکرر است که به شکل ستریوتایپ اجرا می گردد. اصطلاحات

مختلف برای وسواس اجباری به کارمی رود که عبارتند از:

معمولترین نوع وسواس شک است و معمولترین نوع
اجبار شستن است.

حالت وسوسی، نشخوار وسوسی، سندروم اساسی یا نیوروزس، نیوروزس وسوسی، حالت نشخوار ترس،

ضعف روانی.

اصطلاح انانکاستیک یا انانکازم مشتمل می گردد بر: وسواس اجباری، نیوروزس وسواس اجباری و شخصیت وسوسی

پ منظر تاریخی

مؤلف Jean Pierre Falret آن را مریضی شکی یا (Illness of doubt) نامیده است. (در سال ۱۸۶۶) در آغاز اصطلاح نیوروزس وسواس اجباری بکار رفته است.

اپدیمیولوژی

در یک مقطع زمانی مخصوص تقریباً ۵٪، نفوس از این مرض رنج میبرد. کمتر از ۵٪ مریضان داخل بستر و خارج بستر روانی را مریضان اختلال وسواس اجباری تشکیل میدهد. این اختلال در مرحله بلوغ و یا مرحله مقدم بلوغ آغاز می‌گردد و در هر دو جنس مساویانه بوجود می‌آید.

لوحه گلینیکی

به جدول ۶-۱۳ مراجعه شود.

فولی دودوت در اختلال وسواس اجباری دیده میشود.

A- وسواس

- I. شک وسوسی: یک شکل معمول و عام است.
- II. افکار وسوسی: معمولاً ناخوش آیند بوده و به شکل متکرر در حالت شعوری مداخله می‌نماید (الفاظ، عبارات) و در سیر نورمال افکار مداخله می‌کند.
- III. وسواس رویا ها: صحنه سازی برخنه معمولاً تجاوز جنسی یا تجاوزات مانند کشته شدن طفل، تصادم موترها، اجرا نمودن مقاربیت جنسی والدین صحنه سازی می‌گردد. این همه به شکل متکرر در مغز مریض می‌آیند.

جدول ۶-۱۳ چطوریک مریض مصاب به اختلال وسواس اجباری مراجعه می‌نماید.

-
- شک و شباهات متکرر، افکار کثیف بودن، خیالات چون تصادم، تصاویر شخص و یا کدام انگیزه دیگر
 - این وسواس توسط مریض طوری مطرح می‌گردند که آنرا حس کرده نمی‌تواند و به شکل غیرارادی در افکارش جا می‌گیرد.
 - مریض سعی می‌کند که آنرا نادیده گیرد.

- این وسوس ممکن توسط سلوک متکر و بی هدف پی گیری شود (اجباری) یعنی مریض فکر می کند که دست های او کثیف است که به تعقیب آن به طور متکر آن را شستشو می نماید و یا فکر می کند که خانه را قفل نکرده که بعداً بار بار آنرا نگاه می کند.
 - مریض این وسوس و اجبار را غیر نورمال می پنداشد و سعی می کند که آنرا کنترول کرده و در جستجوی تداوی می گردد.
-

VII. تفکر وسوسی: منبع وسوس مذهب است اینکه مریض فکر می کند که چرا و کجا مثلاً کی دنیا را خلق کرده یا هدف زنده گی چیست، یعنی سوالاتی که قابل جوابدهی نمی باشد در ذهن شان خطوط میکند.

VIII. انگیزه های وسوسی: به طور وصفی ارتباط به جرمه زدن به خود دارد مثلاً از کلکین اطاق خیز میزند.

VI. ترس وسوسی

B. اجبار دونوع است.

۱- اجبار حصولی

۲- اجبار کنترولی

اختلالات

اختلالات عام در برگیرنده افسردگی و سوءاستفاده از الکل و ادویه ضد اضطراب میباشد.

اتیولوژی

نظریه سایکوانالایتیک

مطابق به این نظریه اختلال وسوس اجباری زمانی بوجود می آید که میکانیزم دفاعی به عدم کفايه دچار گردد زیرا همین میکانیزم زمانی که دچار عدم کفايه گردد نمیتواند که اضطراب وسوسی را در برگیرد

میکانیزم های دفاعی ذیل استفاده می گردد.

۱- تجرید: افکار خیالی دارد اما احساس اضطراب و حالت ناخوش را بیان نمی کند.

۲- باطل کردن (Undo) : یک عمل را در مقابل یک عمل دیگر انجام میدهد مثلاً روشن نمودن و بعداً خاموش ساختن گروپ برق.

۳- عکس العمل نمودن: مریض فکری کند که اشخاص دیگر در مقابل انگیزه های او عمل می کنند.

۴- واپس روی : در اختلال وسواس اجباری واپس روی حالتی را گویند که در یک مرحله تنازلی اودیوال به یک مرحله ضد سادیستیک تبدیل می گردد.

۵- دودلی: در نیوروزس وسواس اجباری انگیزه های بسیارقوی پرخاشگرانه در عشق مدفع می گردند.

نظریه آموختن

دو مرحله نظریه آموختن در اختلال وسواس اجباری حائز اهمیت است. در مرحله اول اضطراب از باعث یک واقعه محیطی است (حالت سازی کلاسیک) که بعداً شخص دچار حالت اجباری می گردد (مثلاً فرار، اجتناب از عکس العمل) تا که اضطراب را کاهش داده باشد. اگر در کاهش دادن اضطراب موفق می گردد پس سلوک اجباری بسیار ممکن است در آینده واقع گردد که همین را مرحله دوم یا حالت سازی عملی گویند.

فکتورهای عضوی

اعراض وسواسی زیادتر در مریضانی که مصاب به ترضیضات رأس اند و یا مصاب به انسفالیت لیترجیکا باشد، بوجود می آید.

نظریات بیوشیمیکی

سیروتونین به عنوان یک میانجی رول مهمی در انگیزش، خودکشی، پرخاشگری، اضطراب، غالب بودن اجتماعی و آموزش دارد. بی نظمی این نیوروترانسمیترها باعث وسواس متکرر در مریضان اختلال وسواس اجباری می گردد.

ارثیت

در حدود ۹۰-۹۰٪ دو گانگی های مونوزایگوتیک تمایل مصاب شدن به اختلال وسوس اجباری دارند در حالیکه این فیصلی در دای زایگوتیک ها از پنجاه فیصد بلند نیست.

در وسوس اجباری پس گرایی به مرحله مقعدی برمی گردد اما در هستريا بر مرحله اودیپال برمی گردد.

تجارب مقدم

آموختن خراب، واقعات عمدۀ زنده گی مثلًا حاملگی ها، ولادت، امراض، فوت نمودن اقارب بسیار نزدیک، غمگین شدن، زیاد کار نمودن و غیره ممکن از عوامل مساعد کننده باشند.

تشخیص تغیریقی

- ۱- **شیزوفرینی:** یک وسوس ایگودیستونیک معنده و دارای منبع داخلی شناخته شده است اما یک هذیان معنده و مقاوم نیست و فکر میشود هذیان منشأ خارجی دارد.
- ۲- **افسردگی:** ممکن به قسم وسوس ظاهر گردد.
- ۳- **اختلال ترس:** برخلاف مریضی که ترس دارد، مریضانی که مصاب به اختلال وسوس اجباری اند هیچگاه نمی توانند وسوس خود را اجتناب کنند.
- ۴- **اختلالات وسوس شخصیت:** در این حالت زمان آغاز مریضی مشخص نبوده و در مریضان اختلال وسوس اجباری یک تاریخچه طولانی سلوک وسوسی موجود است که در اختلال وسوس شخصیت موجود نیست.
- ۵- **مریضی های فزیکی:** اختلال وسوس اجباری در حالات عضوی ذیل دیده میشود:
انسفالیت، مخصوصاً در زمان بحران اکولوژیریک، مراحل مقدم زوال عقلی ارتیروسکلیروتیک، انسفالیت بعد از ترضیض یا مراحل بعد از انسفالیت، از دست دادن شنیدن توام با برنگس گوشها، کاهش فعالیت غده درقیه و بعضی از ادویه مثلاً ایزونیازید، الکھول و غیره به جدول ۷-۱۳ مراجعه شود.

تداوی تداوی سلوکی

۱- پروسیجرهای مواجه ساختن: این تداوی برای اضطراب که همراه با وسواس باشد استفاده می‌گردد.

۲- تحقیک‌های وقایوی برای رد عکس العمل برای کاهش دادن افکار وسواس استفاده می‌گردد.

تداوی دوای

تداوی اساسی توسط Clomipramine که خصوصیات ضد وسواس دارد صورت می‌گیرد ادویه دیگری چون Fluvoxamine و Sertraline، Fluoxetine، Zimelidine استفاده می‌شوند.

تداوی روانی

تداوی‌های روانی چون تداوی بینش گرانه، تشریحی و اکتشافی مضاد استطباب است. تداوی روانی محافظتی برای حالات حاد و برای حالات وسواس چون کامل سازی، شک، تعلل و تردید استفاده می‌گردد.

جدول ۷-۱۳ اختلالات همراه با سلوک وسواس اجباری

۱- اختلال وسواس اجباری تشوشت عصبی

پارکینسونیزم بعد از انسفالیت پارکینسونیزم که توسط مگنزیم بوجود آمده باشد پارکینسون ایدیوپاتیک

امراض دماغی وعایی همراه با پارکینسونیزم سندروم میج

سندروم جليس دیلا توریت تداوی بالیودوپا در پارکینسونیزم

تسمم با آمفتابین ترضیض قحفی نیوپلام دماغی

تشوشهات روانی

- اختلال وسواسی اجباری

- افسردگی

- شیزوفرینی

|| تشخیص تغییقی سلوک وسواس یا اجرار

- حالات عصبی

- تغییرات شخصیت همراه با حملات قسمی مغلق

- وسواس بعد از حمله اختلاج (افکار جبری)

- غرق افکار درونی

- در جازدن

- تقلید نمودن سخنان دیگران

- هایپر میتا مور فوزیس درستدروم کلورو بوسی

اختلالات روانی

شخصیت اجباری

جدول ۱۳-۱۸ ادویه ضد وسواس

دوز فمی به ملی گرام در روز	ادویه
50-300	Clomipramine - ۱
20- 100	Fluoxetine - ۲
100 – 200	Sertraline - ۳
50 – 150	Fluvoxamine - ۴
10 – 40	Paroxetine - ۵
10 – 40	Citalopram - ۶
5 – 20	Escitalopram - ۷

جراحی روانی

باعث کاهش فشار روحی و ناراحتی می گردد.

در این تداوی کشیدن یک بخش از دماغ نظر به کشیدن یک فص حائز اهمیت میباشد.

تداوی با شوک برقی مغز

اهمیت شوک برقی در اختلال وسواس اجباری که با افسردگی همراه نباشد، هنوز فهمیده نشده است و

نسبی مضاد استطباب است.

به جدول ۹-۱۳ مراجعه شود.

جدول ۹-۱۳ فکتورهای که انذار اختلال وسوس اجباری را نشان میدهد

I. فکتورهای قناعت بخش

- ۱- اگر شخصیت قبل از مرضی نورمال باشد.
- ۲- اعراض خفیف یا غیر وصفی به شمول اعراض متبازن ترس و عدم موجودیت اجبار
- ۳- اعراض کم دوام باشد.
- ۴- سیر اختلال کوتاه باشد.
- ۵- اصلاح قناعت بخش تشوشات مساعد کننده.
- ۶- تظاهرات عمدۀ اضطراب و افسردگی موجود باشد.

II. فکتورهای که انذار خراب را نشان دهد.

- ۱- اگر شخصیت قبل از مرضی چهار وسوس باشد.
- ۲- اگر در سن مقدم آغاز نموده باشد.
- ۳- لوحه کلینیکی اعراض شدید را نشان بدهد.

III. فکتورهای غیر مرتبط

- تاریخچه مثبت فامیلی
- اعراض دوران طفویلت
- جنسیت
- ذکاوت
- حالت مدنی مجرد
- آغاز حاد نظر به آغاز ناگهانی
- حملات قبلی

IV. نیوروزس هستریک

هستریا یک اختلال روانی است که در آن مرضی غیر آگاه بوده و در نزدش محدود شدن ساحه شعوری، از دست دادن حافظه یا تغییرات دراماتیک شخصیت که بنام حالت تجزیوی یاد

معمول ترین لوحه هستریا (نوع تبدیلی) حمله میباشد
اما دراطفال درد معمول است معمول ترین نوع هستریای تجزیوی عبارت از ایجاد فراموشی میباشد.

گرددیده، و تشوشات حرکی یا حسی که بنام اعراض تبدیلی یاد می‌گردد، دیده میشود. تظاهرات عمدۀ هستریا در کاهلان (نوع تبدیلی) عبارت از حمله است اما در اطفال درد معمول است.

معمول ترین نوع هستریای تجزیوی در زندانیان
عبارت از باد فراموشی است (سندروم گسر).

شكل عام هستریا تجزیوی عبارت از باد فراموشی است. شخصیت دوگانه و حالت فاگ (fugue) کمتر معمول است.

پس منظر تاریخی

از کلمه لاتینی هستیرا (Hystera) مشتق شده است که بنام رحم میباشد فروید کلمه تبدیلی (conversion) را استفاده کرد و مولف بنام جنت (janet) اصطلاحات تجزیه و خون سردی بی ثبات (از نظر ادبی خون سردی مقبول) را شرح نمود.

ایپدیمیولوژی

هستریا تقریباً ۱۵-۵٪ فیصد مریضان روانی را تشکیل میدهد. مرض در خانم ها نظر به مردها زیادتر دیده میشود و ممکن در تمام سنین دیده شود.

لوحه کلینیکی

اعراض معمول هستیریا فزیکی تبدیلی و روانی (تجزیوی) در جدول ۱۳-۱۰ توضیح داده شده است.

اختلالات

هستریا با منافع اولیه وثانوی (دراطفال معمول نیست)
astasia-
وعدم اپستاده شدن و راه رفتن (abasia
دیده میشود.

اختلالات مهم و معمول هستریا عملیات های مکرر جراحی، اعتیاد به ادویه، تجرید یا طلاق، افسردگی و کوشش های خودکشی میباشد.

اتیولوژی نظریات سایکوانالاتیک

اعراض هستیریا ممکن از باعث

- اجازه اظهار داده شود: گرچه شکل مخفی یا مانعی را داشته باشد.
- تا بالای خود سزا را تحمیل نماید.
- تا خود را از یک حالت تهدید کننده زنده گی دور داشته باشد.

جدول ۱۰-۱۳ تظاهرات هستیریا

A. اعراض فزیکی (تبديلی)

- a. حرکتی: مثلاً فلنج، کرتختی، رعشه، شخی، قدم زدن غیرنورمال، بی موازنگی و حملات اختلال.
- b. حسیت عمومی: انتیزی، احساس سوزنگ زدن و درد حسیت بالغاصه: مشکلات در دید، کوری، کری، ضیاع حس ذایقه، ضیاع حس شامه
- c. حشوي: مانند هکک، استفراغ، احتباس ادرار و قبضیت

B. اعراض روانی (تجزیوی)

- a. یادفراموشی: دفعتاً شروع شده، واقعات بزرگ زنده گی را فراموش می کند بعضًا هویت خود را نیز فراموش می کند.
- b. حملات هستیریک: بعضی تظاهرات حملات حقیقی صرع را ندارد مثلاً عدم موجودیت حالت غیرشعوری، عدم موجودیت بعضی از حالات که در حملات حقیقی صرع موجود است مانند عدم موجودیت زخمی شدن زیان و یا عدم کنترول ادرار. هیچ گاه در زمان خواب بوقوع نمی رسد، عدم موجودیت حالاتی که بعد از حمله بوجود می آید مثلاً اختلال شعور، سردردی، درد بدن، استفراغات و فلنج و همچنان عدم موجودیت غیرنورمال بودن گراف بر قی مغز.
- c. شخصیت چندگانه: تغییر آنی در میان دو طرز سلوک چنانچه در موجودیت یکی، دوم آن فراموش می گردد. شخصیت جدید قویاً با شخصیت نورمال ثقاوت دارد.
- d. زوال عقلی کاذب هستیریکل: معاینه بسیار ساده که برای ارزیابی حافظه اجرا می گردد توسط مریض درست جواب داده نمی شود اما طریقه جواب ارائه می کند که معاینه کننده فکر می کند که جواب درست آن را میداند.
- e. سایکوز هستیریکل: نشان دهنده افکار دیوانگی مریض میباشد.
- f. حالات ضیاع شعور طولانی مدت (Trans states) یک حالت به مانند خواب میباشد.

نظریه یادگیری

عرض آن یک تطابق است که با تجرب زجردهنده زنده گی بینان می آید . یا از نزدیکان خود می آموزد.

هستریا از تمارض تفاوت دارد چنانچه در هستریا

بحران نا آگاه میباشد.

ارثیت

شواهد قناعت بخش برای علت ارثیت موجود نیست.

تشخیص

تشخیص هستریا ممکن در سه حالت مغالطه گردد .

- ۱- اعراض که از باعث یک مریضی فزیکی باشد که تا هنوز تشخیص نشده است، مثلاً پورفوریا.
- ۲- بعضی از امراض عصبی که تا هنوز کشف نشده باشد، مثلاً تصلب منشر مغز، تومورهای مغزی
- ۳- یک مریضی فزیکی ممکن اعراض هستریایی را در اشخاص مساعد به بار آورده باشد.

تشخیص تفریقی

۱- بعضی اختلالات فزیکی مثلاً تصلب منشر، سیستمیک لوپوس اریتماتوزس، پورفوریای حاد بین الینی، پولی

رادیکالوپتی، سپاندیلوزس رقبی، آفات لوب جداری مغز و تلاموس.

۲- اختلال فزیکی که تا هنوز تشخیص نشده است.

۳- اختلال جسمی سازی.



شکل ۱۳ - ۱ یک خانم معتاد به الکهول، متأهل، ۳۲ ساله که نزدش حمله هستریکال زمانیکه توسط شوهرش سر زنش می شود، انکشاف نموده است (تتها صفحه تونیک دیده می شود).

۴-تشوش وظیفوی روانی جنسی.

۵-دردهای روانی.

۶-هاپپو کاندریازس: در این حالت اعراض فزیکی وجود دارد، اما ضیاع حاد و ظایف بدن موجود نیست.

۷-اختلال کاذب با اعراض فزیکی.

۸-تمارض به جدول ۱۱-۱۳ مراجعه شود.

۹-اختلال هستریونیک شخصیت: مریضی که دارای شخصیت هستریک باشد با موجودیت تظاهراتی مانند؛ (اوچیزی می خواهد، هیجانات وی به پختگی نه رسیده، در جستجوی توجه است، متکی و آرام طلبی) مشخص می گردد.

برای تفریق حملات هستریک وصرع به جدول ۱۲-۱۳ مراجعه شود.

بحranات نا آگاه درب وجود آمدن هستریا مهم پنداشته
میشود.

تداوی

تداوی عاجل عبارت از اطمینان دهنده حالتی که باعث فشار روحی می‌گردد و عکس العمل را تحریک می‌کند، می‌باشد. هدف اینست که فکتورهای که

در اختلال اضطراب و اختلال ترس بنزودیازپین در حالیکه در وسواس اجباری ادویه جات چون، paroxetine، fluoxetine، clomipramine، citalopram، citalopram، fluvoxamine ادویه جات انتخابی ضد وسواس است.

این نوع سلوک را به بارمی آورد کاهش داده شود و سلوک نورمال تشویق گردد. با استفاده از حالات فوق و تاثیرات ادویه زرقی باربیتورات به مریض تلقین می‌گردد که این واقعه پراز فشار روحی را که باعث هستیریا می‌گردد و هیجان را بارمی آورد، آرام بسازد.

پیامد

انذار اختلال تبدیلی زمانی قناعت بخش است که آغاز جدید داشته باشد، واقعه مساعد کننده مشخص باشد،

حال روانی خوب قبل از مریض نزد مریض وجود داشته باشد، کدام پتالوژی روحی شدید نزد مریض موجود نباشد، اعراض به شکل بنفسه‌ی آرام گردد.

جدول ۱۱-۱۳ تشخیص تغیریقی هستیری تبدیلی

تمارض	هستیری تبدیلی	
<p>تشوش وظیفوی غیر ایاتومیک و یا غیر ایاتومیک یا درد. بسیار متأثر.</p> <p>تدریجی است اما قبلاً تصمیم گرفته شده است. معاوضوی یا تعقیبی. نیست. کم است. کاملاً خوب است. پاسخ در برآوردهای ندارد.</p>	<p>تشوش وظیفوی غیر ایاتومیک و فریبوالوژیکی بیشتر نسبت به درد. بی تفاوت نسی. دفعتاً در برابر یک بحران. اصلاح نمودن بحران سایکووالوژیکی. ممکن باشد یا نباشد. بسیار زیاد است. حافظه تجزیبی و تشوش توجه. آنی و دراماگیک است برای مدت کوتاه.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • طبیعت اعراض • عکس العمل هیجانی در مقابل اعراض • آغاز • اهتمامات انگیزش • موجودیت پتالوژی جسمی • توانایی پیشنهادات • حالت شناختی • پاسخ به تداوی

جدول ۱۲-۱۳ تفاوت درمیان حملات هستیک و حمله صرع بزرگ

حمله صرع بزرگ (grandmal)	حمله هستیک	ظاهرات
طرز کلینیکی کلیشه ای (stereotypic). هر زمان در هر جا.	کدام طرز مشخص ندارد. معمولًاً درخانه و یا جاهای مصنوع که در حضور دیگران میباشد.	۱- طرز حمله ۲- محل و قرع
معمولًاً Aura موجود است.	غیر معمول است به استثنای اعراض فرط تهیه، ممکن بنالد.	۳- اورا (Aura) ۴- نالیدن ۵- طرز ۶- شعور
فریاد صرعی. بیشرفت جکسوینیان.	طرز عصبی فیبولوژیک پیشرفت ندارد.	
ضیاع شعور موجود است دربرابر درد عکس العمل ندارد.	شعور مختلف است اما دربرابر درد عکس العمل دارد.	
بشكل متکرر زخمی شدن خود، جویندن زبان، ترضیض رأس و مأذق شدن اطراف. عدم اقتدار بولی شایع است.	قبل از افتیدن خود را محافظه می کند نادرًا خود را زخمی کرده میتواند.	۷- جروحات
توفیک کلونیک.	عدم اقتدار بولی است.	۸- عدم اقتدار بولی ۹- نوع
۱۰- زمان ۱۱- اختلال شعور بعد از حمله	شلی، شخی و پرش عضلات، اما طرز تونیک کلونیک را ندارد.	
اختلال شعور و فلجه گذری موجود است.	زمان فرق می کند ممکن ۱۰-۱۵ دقیقه دوام کند اختلال بسیار کم است.	
بطور کامل یا د فراموشی ندارد.	قسمی است که ممکن از موجودیت مردم در اطراف خود اگاه باشد.	۱۲- یاد فراموشی
تکلم ندارد.	در جریان حمله ممکن موجود باشد.	۱۳- تکلم
به یک طرف دور میخورد.	از یک طرف به طرف دیگر دور میخورد.	۱۴- تدور رأس
اگر باز باشد خیره میشود و یا به بالامی بیستد.	از دید اجتناب می کند	۱۵- دید چشمها
۱۵-۲۰ دقیقه بعد از حمله بلند و دریک ساعت نورمال می گردد	نورمال است.	۱۶- سویه پرولکتین
اگر مثبت باشد تشخیص کننده است.	نورمال است.	۱۷- انزایم کریاتینین کیناز
متغیر.	نورمال.	pH
عکسهای باطنی و تنبص حدقه موجود است.	عکسات پتالوژیک موجود نیست.	۱۹- عکسات

<p>معمولاً در زمان حمله غیر نور مال میباشد.</p> <p>ممکن توسط هیجانات روحی بعمل نیاید.</p>	<p>نور مال است.</p> <p>توسط هیجانات روحی و همیشه در حضور دیگران</p>	<p>۲۰- گراف برقی مغز</p> <p>۲۱- فکتور های مساعد کننده</p>
---	---	---

۷- افسردگی نیوروتیک

تظاهرات کلینیکی، تفرقی پذیری از سایکوزس افسردگی یا افسردگی اساسی و تداوی آن در فصل یازدهم

<p>نیوروزس اضطرابی، ترس، هستريا و افسردگی نیوروتیک</p> <p>در زنان بیشتر معمول است در حالیکه وسوس اجباری</p> <p>در هر دو جنس مساویانه تصادف میگردد.</p>	<p>در اختلالات مزاج تشریح شده است.</p>
--	--

۶- ضعف عصبی یا سندروم کسالت

تاریخچه

این اصطلاح توسط مولف بنام بیرد فریود (Beard. Freud) در سال ۱۸۶۴ وضع شد که نیوروزس اضطراب را از ضعف عصبی مجزا نمود.

لوحة کلینیکی

دریک مریضی لوجه اساسی مرض را کسالت بیش از حد میسازد، که بعد از فعالیت دماغی بوجود می آید و معمولاً همراه با کاهش در تکافوی وظایف روزمره و فعالیت شغلی است.

<p>در نوع دیگر مریضی، احساس ضعیفی فریکی یا جسمی بعد از یک فعالیت بسیار کم دماغی بوجود می آید که همراه با درد عضلات و عدم قابلیت دراستراحت نمودن است. در هر دو نوع، سایر احساسات ناخوش آیند نیز معمول است. مثلاً؛ گنگسیت، سردردی های تنفسی، روحی، احساس عدم ثبات، غمگین شدن در مورد صحت روانی، تحرشیت، کاهش لذت و نشاط،</p>	
--	--

<p>تداوی انتخابی نیوروزس اضطرابی و هستريا عبارت از روان درمانی است در حالیکه در اختلال ترس واختلال وسوس اجباری تداوی سلوکی بیشتر مفید است.</p>	
--	--

تشخیص تغیریقی

- ۱- اختلالات روانی.
- ۲- اختلالات شبه جسمی.
- ۳- امراض فزیکی: مثلاً بعد از مرضی فزیکی (مخصوصاً انفلونزا، هیپاتیت ویروسی یا مونونوکلوبوزس اتفاقی).
- ۴- ادویه: مثلاً بیتابلاکرها، انتی سایکوتیک‌ها، ادویه ضد افسردگی و ضد اختلال، ادویه که باعث امراض عضلات میشود مثلاً لیتیوم، الکھول، Cimetidine، سو استفاده از ادویه دیگر وغیره.

تداوی

استراحت بستر، رخصت از دفتر، یک دوره کوتاه ادویه ضد اضطراب و تداوی روانی در تداوی این اختلال موقانه صورت می‌گیرد.

VII : هایپوکاندریازس (اختلال هایپوکاندریکال)

عبارة از مصاب شدن به یک ترس یا عقیده است که مریض در آن فکر می‌کند که دچار کدام مریضی یا امراض جدی شده است.

اساس مریضی را تعبیر خود شخص از وظایف نورمال بدن یا کدام اینارملتی اساسی فزیکی تشکیل میدهد. سایر تظاهرات آن عبارتند از:

- ۱- معاینات مکمل فزیکی و تحقیقات نشان میدهد که کدام اینارملتی عمدۀ موجود نیست.
- ۲- این ترس و عقیده برخلاف اطمینان دهی در مورد راپور نورمال معاینات هنوز هم مقاوم می‌باشد.
- ۳- این ترس و عقیده هذیان نیست، مریض ممکن در مورد اینکه مریضی اش تشدید می‌گردد موافق باشد.
- ۴- مریض اصطلاح طبی و اسمای سندروم‌ها را خوب میداند و تبدیلی از یک داکتر به داکتر دیگر نیز معمول است.

سن معمول آغاز مریضی، دهه سوم حیات بوده و سیر مزمن دارد، که بعضًا خوب و بعضًا دوباره عود می‌کند و شخصیت و سواسی متکرر علاوه بر اضطراب و افسردگی موجود است.

اسباب مرض

علتِ هایپوکاندريازس معلوم نیست، اما نظریات عمدۀ ذیل موجود است:

- ۱- نظریه روان پویایی یا سایکودینامیک: اساس مریضی در این نظریه عبارت از شخصیت خودشیفته میباشد که بواسطه لذت جنسی خود شیفته بوجود می آید.
- ۲- به عنوان یک عرض افسردگی: اعراض هایپوکاندريازس معمولاً در افسردگی اساسی موجود میباشد، در حقیقت به اساس نظریه بعضی دانشمندان هایپوکاندريازس تقریباً همیشه یک جزء سندروم دیگر روانی میباشد، که میتوانیم از اختلال مزاج نام ببریم. بنابراین هایپوکاندريازس به شکل یک افسردگی پوشیده یا معادل افسردگی به نظر میرسد. به هر صورت این نظریه تا حال به ثبوت نرسیده است.

تداوی

تداوی در بسیاری اوقات مشکل است و مشتمل می گردد بر:

۱- روان درمانی محافظتی.

۲- تداوی افسردگی یا اضطراب اگر موجود باشد.

VIII. سندروم فرط تهويه

یک سندروم عام کلینیکی بوده که در بسیاری اوقات از نظر پوشیده می ماند، مخصوصاً زمانی که بسیار شدید نباشد.

این سندروم ذریعه عادت فرط تهويه مشخص می گردد که در حالات چون فشارهای روحی اجتماعی و هیجانات افزایش می یابد.

شكل خفیف آن ذریعه اعراضی چون کسالت فزاینده، درد صدری، سردردی، ضربان قلبی، تعرق، کرختی و مورمور شدن مشخص می گردد و ممکن ضیاع شعور نیز واقع شود.

این اعراض از باعث کاهش فشار قسمی کاربن دای اکساید بوجود می آید. تعداد واقعات ناشی از سندروم فرط تهويه در جدول ۱۳-۱۴ شرح شده است.

IX. عکس العمل در برابر فشار روحی و اختلالات تطبیقی

این کتگوری که در ICD-10 آمده است و مشتمل می گردد بر اختلالاتی که به شکل گذرهای مربوط به واقعات فوق العاده مملو از فشارها (عکس العمل حاد فشار و اختلال فشار بعد از ترضیض) و تغییرات عمدۀ

زنده گی (اختلالات تطبیقی) می گردد که درست قبل از آغاز مرضی موجوداند. جهت تفیصل بیشتر به فصل نزد هم مراجعه شود.

۱- عکس العمل حاد در برابر فشارها

نظربه ICD-10، دراین اختلال یک ارتباط واضح وفوری درمیان واقعه فشار روحی (مثلاً مرگ، کسی را که دوست دارند، فاجعه طبیعی و تصادمات) در آغاز اعراض موجود است. اعراض، یک تصویر مختلط و متغیر رانشان میدهد. این اختلال زیادتر در موجودیت یک خستگی فزیکی و عمر زیاد واقع می گردد و زیادتر در خانم ها دیده میشود. اعراض در حالاتی چون اضطراب، افسردگی، عصبانیت، تنها بودن، فرط فعالیت یا قطع ادویه و مغشوش شدن حالت شعوری شروع میشود.

اعراض معمولاً در چند ساعت اصلاح شده و اگر فشار روحی ادامه پیدا کند ویا دوباره به حالت نورمال برنگردد اصلاح اعراض بعد از ۱-۲ روز آغاز شده و معمولاً بعد از روز سوم خفیف ترمی گردد.

تداوی

تداوی مشتمل می گردد بر دور ساختن مریض از محیط ترس افزایش و کمک نمودن مریض تا چطور بتواند از یک تجربه فشار روحی بگذرد و اگر مریض بسیار بیقرار باشد ممکن نیاز به ادویه بی چون دیازپام و کلونازپام وریدی باشد.

جدول ۱۳-۱۴ تسلسل فزیولوژیک سندروم فرط تهویه

تاثیرات کلینیکی	تغییرات ثانوی	تاثیرات فرط تهוیه
کرختی و مورمور شدن، تیتانی تغییرات داخل حجره، حالت غیر شعوری کاهش وظایف مغزی که درنتیجه آن سبک سری خراب شدن تمرکز و حافظه و کمالت بوجود می آید.	- کاهش کلسیم ایونایزد شده. - الکالوز تنفسی - کاهش دوران مغزی - تاثیر (Bohr) تاثیر کاهش دست یابی اکسیجن از اوکسی هیموگلوبین)	۱- کاهش کاربن دای اکساید
اضطراب، هول، ضربان قلبی، درد صدری، تعرق و احساس ناراحتی.	افزایش دروظایف سیستم عصبی خودکار.	۲- افزایش فعالیت سمپاتیک

-۲- اختلال سترس بعد از ترضیض

نظریه 10-ICD این اختلال به عنوان یک عکس العمل مؤخر دربرابریک حادثه فوق العاده ناراحت کننده، که فشار روحی را افزایش میدهد بوجود می آید، و احتمالاً باعث یک ناراحتی شدید تقریباً در هر فرد می گردد مثلاً (حوادث طبیعی، جنگ، زنای بالاجبر، حادثه شدید ترافیکی وغیره). اعراض این اختلال ممکن بعد از یک دوره خفأ در جریان شش ماه بعد از حالت سترس زأ، و یا ممکن مؤخر ترواقع شود. این اختلال ذریعه دوباره جمع آوری نمودن متکرر واقعه سترس افزأ در بیماری (تصور، افکار و یا ادراک) و یا در حالت خواب مشخص می گردد. معمولاً همراه با احساس واقعه قبلی میباشد.

این مریض از واقعات و یا محیط سترس افزای قبلی فوق العاده اجتناب می کند و معمولاً اعراض اضطراب شدید نزدش موجود است.

ساخیر تظاهرات عمدہ کلینیکی مشتمل می گردد بریاد فراموشی قسمی از واقعات قبلی، احساس کرختی ولذت نشاط.

تداوی

در تداوی معیارات ذیل شامل می گردد.

۱- وقایه: پیش بینی نمودن حوادث طبیعی در نواحی پر خطر چنانچه به پرسونل در رابطه به اهتمامات ضد حادث آموزش داده میشود.

۲- تداوی حوادث: مهیا ساختن مساعی حائز اهمیت بوده و این خود یک معیار و قایوی میباشد.
۳- روان درمانی محافظه کاری.

۴- تداوی دوایی: در تداوی اضطراب موجوده، از بزودیا زیپین ها و ادویه ضد افسردگی استفاده میشود.

-۳- اختلالات تطبیقی

اختلالات تطبیقی از جمله اختلالات شایع روانی اند که روزمره در کلینیک مشاهده می گردد زیادتر در زنان کاھل دیده میشود. اگرچه اختلال تطبیقی در بسیاری اوقات توسط چند فکتور سترس افزأ تحریک میشود، اما نشان دهنده عکس العمل غیر تطبیقی در برابر حادث سترس زأ زنده گی می گردد. در 10-ICD این اختلال ذریعه تشوهاتی مشخص می گردد که در جریان یک ماه تغییرات عمدہ زنده گی بوجود آمده باشد و در افرادی بوجود می آید که فکتورهای مساعد شخصیتی داشته باشند و فکر میشود که این اختلال در عدم

موجودیت فکتورهای سترس افزاینده آید. دوام اختلال کمتر از شش ماه بوده اما اگر عکس العمل افسردگی دوام دار باشد پس میتواند سیر طولانی داشته باشد.

سیر فرعی مختلف مشتمل می گردد بر عکس العمل مختصر افسردگی، عکس العمل طولانی افسردگی عکس العمل مختلط اضطراب و افسردگی همراه با تشوشات سایر هیجانات. اکثریت مریضان در جریان سه ماه شفایاب می گردند.

تداوی

- ۱- روان درمانی محافظتی تداوی انتخابی میباشد.
- ۲- مداخله در بحران موجود: در بعضی مریضان معمد بوده چنانچه محیط سترس افزای که باعث اختلال تطبیقی می گردد هرچه زودتر باید برطرف شود.
- ۳- آموزش جهت مهیا ساختن اهتمامات برای رفع سترس.
- ۴- آموزش در مورد آموختن مهارت ها برای جلوگیری از ایجاد سترس.
- ۵- ممکن در بعضی مریضانی که اضطراب دارند و یا دچار افسردگی نیز اند ضرورت گردد که توسط بنزودیازپین و ادویه ضد افسردگی تداوی شوند.

X. عکس العمل در برابر سوگ یا غم

سوگ یک عکس العمل نورمال شخص است که در برابر از دست دادن یک شی دوست داشتنی بوجود می آید مثلاً؛ اقارب بسیار نزدیک و یا رفیق صمیمی، ارزش های مادی و یا ارزش های معنوی مثلاً شهرت و اعتماد به نفس.

سوگ یک پدیده جهانی بوده، که معمولاً گذری میباشد و به شکل بنفسه اصلاح می گردد. یک غم یا سوگ که مغلق نباشد اختلال روانی گفته نمیشود و معمولاً به تداوی روانی ضرورت ندارد. به هر صورت صرف واقعات اختلاطی که برای رفع آن نیاز به داکتر میباشد در این مبحث گنجانیده شده است.

به تعقیب ضیاع زیاد تراوقات یک حالت شوک بوجود می آید. شخص غمیده، احساس بی حسی نموده و یا ممکن است از این ضیاع مطلقاً انکار نماید. اگرچه تقریباً این حالت چند ساعت دوام می کند بعضی اوقات ممکن تا چند هفته دوام کند. زمانی که گسترش مکمل ضیاع فهمیده شود، اعراض مختلف فزیکی و روانی ظاهر می گردد که مشتمل می گردد برگریه نمودن متکرر، خواب های رویائی و حتی منصرف شدن

از کیفیت های منفی شخص یا شی ضایع شده ، (که یک لوحه مشخص است که در ذهن آن شخص در مورد آن شی ضایع شده نزد شخص غمیده بوجود می آید) و بعضی اعراض دیگری چون مشکلات در تنفس، احساس یک شی در گلو، ضعیفی، تمرکز خراب و اشتهاي خراب که اين اعراض معمولاً ۴-۶ هفته دوام نموده اما بعضاً ممکن الی شش ماه دوام نماید به ياد سپردن شی یا شخص ضایع شده معمولاً طبیعت آرام را دارد. بسیاری اوقات شخص فکرمنی کند که شی یا شخص ضایع شده در اطراف او هنوز موجود است و آواز و حتی چهره های دیگران را غلط تعبیرمی کند و نادرآ بر سامات موجود میباشد.

شخص سوگ وار در بسیاری اوقات دچار افسردگی می گردد (به جدول ۱۳-۱۴ مراجعه شود) و اندکی از اجتماع دور میشود، احساس شرم، حملات پانیک یا هول، خستگی، عدم توجه به وظیفه و خود، بیخوابی و افکار خودکشی ممکن بوجود آید.

شخص ممکن هویت شی یا شخص ضایع شده را کسب نماید، کیفیت های اورا به خود بگیرد که شکل حرکات پرهدف و مشخص باشد.

سوگ پتالوژیک

زمانی که یک یا چند اعراض سوگ نورمال شدید گردد و یا اضافه ترازشش ماه دوام نماید، به آن سوگ پتالوژیک گفته میشود. انواع فرعی آن سوگ مزمن (دوام آن اضافه ترازشش ماه است) سوگ مؤخر (که دو هفته بعد از حادثه بوجود آید) سوگ نهی کننده (انکار از ضایع)، اضطراب بیشتر، شرم، عصبانیت و یا سوگ عقیدوی.

هویت سازی با شخص ضایع شده، فکر نمودن زیاد در مورد شخص ضایع شده و عکس العمل سالگرها (عکس العمل سوگ در سالگرها مرگ کسی).

سوگ اختلاطی

عکس العمل سوگ علاوه بر اعراض توسط مريضی های بالخصوص عصبی و روانی مغایله می گردد، که انواع فرعی آن هستربایی، فوبیک، وسوسات اجباری، هجمه مانیا یا هجمه سایکوزس حاد میباشد. مراحل سوگ: به جدول ۱۳-۱۵ مراجعه شود.

جدول ۱۴-۱۳ تقاضاوت های سوگ و افسردگی

اظاهارات کلینیکی	عکس العمل سوگ	افسردگی داخلی
۱- نوعیت واقع شدن	توسط اشخاص زیاد شریک میشود.	نادرآ شریک می گردد.
۲- خود ملامتی	ارتباط به ضایعه دارد.	عمومی است.
۳- عکس العمل دیگران	ترجم و رحم.	تخریشیت ، اجتناب.
۴- احساس دودلی	عام نیست.	زیادتر معمول است.
۵- هویت سازی ضایع شده	نورمال است.	غیرنورمال است.
۶- افکار خودکشی	نادر است.	معمول است.
۷- عکس العمل دربرابر اطمینان دهن	خوب است.	خراب است.
۸- تمایل به سایر امراض فریبکی	متوسط الی شدید.	بسیار زیاد.
۹- سیر	اصلاح بنفسه.	ممکن اصلاح بنفسه نداشته باشد.
۱۰- جواب در مقابل ادویه ضد افسردگی	خراب است.	خوب است.

جدول ۱۵-۱۴ مراحل سوگ

مراحل C.M . Parkes	مراحل John Bowlby
۱- هشدار: یک حالت ستروس است که ذریعه تغییرات فزیولوژیک مشخص میشود مثلاً اضافه شدن فشارخون و پرسربان قلبی، همانند مرحله اول Bowlby میباشد.	۱- بی حسی: که توسط ناراحتی ، ترس و یا قهرمشخص می گردد این شوک ممکن چند لحظه، روزها، هفته ها یا ماه ها دوام کند.
۲- جستجو: دنیا خالی و بی هدف بوده اما اعتماد به نفس هنوز خوب است. با درگیر شدن خاطرات شخص ضایع شده و بیقراری فریبکی و قهرمشخص می گردد، ممکن ماه ها یا سال ها دوام کند.	۲- جستجو: دنیا خالی و بی هدف بوده اما اعتماد به نفس هنوز خوب است. با درگیر شدن خاطرات شخص ضایع شده و بیقراری فریبکی و قهرمشخص می گردد، ممکن ماه ها یا سال ها دوام کند.
۳- ناپدیدشدن: بیقراری و بی هدف بودن ، فقط ادویه، تخریشیت و خاطرات را متکرراً به یاد می آورد.	۳- ناپدیدشدن: بیقراری و بی هدف بودن ، فقط ادویه، تخریشیت و خاطرات را متکرراً به یاد می آورد.
۴- اصلاح دوباره: با تهداب گذاری طرق جدید اشیا و اهداف جدید این سوگ توسط خاطرات تازه و خوش عوض شده و یک هویت سازی صحبت مند با شخص ضایع شده بوجود می آید.	۴- اصلاح دوباره: با تهداب گذاری طرق جدید اشیا و اهداف جدید این سوگ توسط خاطرات تازه و خوش عوض شده و یک هویت سازی صحبت مند با شخص ضایع شده بوجود می آید.

در سوگ پاتالوژیک ادویه ممکن نظر به لوحه کلینیکی موجوده ضرورت گردد.

بالای حالات ذیل تأکید گردد:

تداوی

۱- سوگ نورمال نیاز به تداوی روانی نداشته و بصورت بنفسه از بین میرود. بعضی اوقات بصورت کوتاه مدت از ادویه ضد اضطراب خفیف یا هپنوتیک ها استفاده میگردد.

۲- در سوگ پتالوژیک در صورت موجودیت اعراض کلینیکی به تداوی ضرورت میباشد.

۳- تاکید بالای حالات ذیل باید صورت گیرد:

الف: شخص را باید وادار ساخت تا برعلیه این ضایعه عمل کند.

ب: تهويه احساسات.

ج: اطمینان دهی درمورد موجودیت اهمیت دیگران.

د: سایر افراد غمیدیده را گرد هم آورده تا ارتباط بین الینی شان تقویه شده، تجارب ضایع را شریک سازند و یکدیگر را از نظر اجتماعی و احساسات و هیجانات همکاری نمایند. که سبب برقرار ساختن وظایف با هدف و سودمند خواهد گردید.

سوالات برای مرور

۱. نیوروزس را تعریف نموده انواع مختلف اختلالات اضطرابی را نام ببرید؟
۲. نیوروزس اضطرابی را تعریف نموده، در باره سندروم های همانم که به آن ارتباط نزدیک دارد بحث نمائید؟
۳. اسباب اختلالات ترس را شرح داده نقش تداوی رفتاری را در منجمنت آن بیان دارید؟
۴. وسوس، اجبار و اختلال وسوس اجباری را تعریف نموده، نظاهرات کلینیکی و تداوی OCD را شرح دهید؟
۵. نیوروزس هیستیریک را تعریف نموده و وریانت های فرهنگی معمول آنرا که در تشخیص و تشخیص تفریقی مهم است شرح دهید؟
۶. فرق کنید بین:
 - (a) سایکوزس و نیوروزس
 - (b) تبدیل و تجزیه
 - (c) هیستیریا و تمارض
 - (d) تشنج و بیوهشی هیستیریایی و صرع گراندمل
 - (e) فراموشی روانی و ارگانیک
 - (f) عکس العمل در مقابل اندوه و دپریشن
 - (g) وسوس و اجبار
۷. در موارد ذیل کوتاه بنویسید:
 - (a) تداوی دوایی حمله Panic
 - (b) سندروم فرط تهويه
 - (c) اختلال سترس زای بعد از صدمه
 - (d) اختلال تطبیق
 - (e) عکس العمل در مقابل غم و اندوه
 - (f) تداوی فارمکولوژیک نیوروزس و وسوس اجباری

سوالات امتحان مسلکی

• در موارد زیر مختصرآ بنویسید:

- نیروزس و سواس اجباری

- نیروزس هیستیریک

- نیروزس اضطرابی

• فرق کنید بین:

- سایکوز و نیپروز

- بیهوشی هیستیریک و صرع GM

- دیریش و عکس العمل در برابر غم و اندوه

• مختصرآ شرح دهید:

- بازار هراسی

- حمله احساس وحشت

- ضعف عصبی

- عکس العمل در بار غم و اندوه

- اختلال سترس بعد از صدمه (PTSD)

اختلالات شبه جسمی

اختلال جسمی سازی (سندروم براکت)، هایپوکاندربیازس، اختلال درد روانی (درد روانی در مقابل درد عضوی)

ظاهرات اساسی این گروپ اختلالات عبارت از اعراض فزیکی میباشد که در آن دریافت های مشخص عضوی دریافت نگردیده و یا این اعراض به شکل میکانیزم های فزیولوژیک توجیه می گردد زیرا شواهد مثبت و یا فرضیه های قوی موجود است که این اعراض ارتباط به فکتورهای روحی یا بحرانات روحی دارند.

معمول ترین اختلالات شبه جسمی قرار ذیل اند:

۱. اختلال جسمانی سازی (Somatization)

مشخصه ابتدائی آن عبارت از موجودیت شکایات جسمی است که چندین سال دوام داشته و برای آن تداوی طبی صورت گرفته اما از باعث کدام اختلال فزیکی نبوده است.

اعراض معمولاً در ایام جوانی آغاز شده و نادرآ در دهه دوم واقع میشود. این اختلال تقریباً ۲٪، فیصد خانم ها را مصاب ساخته و نادرآ در مردان دیده میشود. لوحه کلینیکی اختلال جسمانی سازی عبارت است از:

سندروم براکت (اختلال ساختگی) متصف است
برشکایات متعدد وعود کننده جسمی که برای چندین سال ادامه یافته، برای تداوی آن اقدام شده اما بطور واضح از باعث اختلال فزیکی بوجود نیامده است.

اعراض معدی معانی
استفراغات (مربوط به حاملگی نباشد) درد بطی (زمان تحیض نباشد) دلبی

اعراض درد
درد اطراف و درد کمر

اعراض قلبی ریوی
نفس کوتاهی، ضربان قلبی، درد صدری و گنگسیت

اعراض تبدیلی یا اعراض کاذب عصبی

فراموشی، مشکلات دریبع، از دست دادن آواز، ضعیفی یا ضمایع شعور و تشنج

اعراض جنسی

احساس سوزش در اعضاء جنسی و یا ریکتوم، بی تفاوتی جنسی، عقامت

اعراض تناسلی زنانه، شخص فکری کند که نظر به خانم های دیگر اعراض چون درد در زمان تحیض،

دوره های غیر منظم تحیض و یا زیاد بودن خون در زمان تحیض مشاهده می گردد.

اختلال ساختگی بیشتر در خانم ها تصادف می گردد.

تشخوص تفریقی

از حالات ذیل باید تشخیص تفریقی گردد

۱- اختلالات فزیکی.

۲- شیزوفرینی که همراه با هذیانات متعدد جسمی است.

۳- اختلال دیستایمیک (نیوروزس افسردگی) و اختلال اضطراب منتشر

۴- اختلال پانیک

۵- اختلال تبدیلی

۶- اختلال ساختگی همراه با اعراض فزیکی

تمدوی

مهم ترین جنبه تمدوی این مریضان شناخت مریضی و اجتناب از اقدامات تشخیصی و درمانی غیر ضروری

حتی عملیات های غیر ضروری و ادویه طبی

است.

تمدوی تقویتی یک تمدوی انتخابی برای اختلال ساختگی است.

در تداوی این اختلال مشاوره و ارجاع به روان درمان ضرورت است زیرا در تداوی روانی به مریض کمک می‌گردد تا خود را با مشکلاتش تطابق دهد، مریض می‌آموزد که راه‌های دیگری برای ابراز عواطفش پیدا کند.

II. اختلال تبدیلی (conversin)

در فصل ۱۳ در اختلال اضطراب (نیوروزس) شرح شده است.

III. هایپوکاندریازس

ترس یا عقیده غیر واقع بینانه در رابطه به اینکه شخص دچار یک مریضی شدید و جدی است که با وجود اطمینان دهنده طبی باعث بوجود آمدن تشوشات در وظایف شغلی و اجتماعی شخص می‌گردد. این اختلال به شکل عام در مریضان طب عمومی دیده می‌شود که فیصدی آنها از ۳ الی ۱۰ فیصد میرسد.

به طور عام در کهولت آغاز می‌کند با آن هم در مردان در ده سوم و در خانم‌ها در ده چهارم آغاز می‌شود. این اختلال در هر دو جنس مساویانه شیوع دارد.

هایپوکاندریازس عبارت از تعبیر غلط و غیر واقع بینانه عالیم فزیکی یا حسیت غیرنورمال است که در آن بیمار مصاب به ترس ازداشتمند یک بیماری جدی است.

احصایه‌ها نشان میدهد که ۸۵ فیصد تمام واقعات

هایپوکاندریازس طبیعت ثانوی دارند بدین معنا که در ۸۵٪ موارد اختلالات افسردگی و اضطرابی به طور همراه موجود است و متباقی ۱۵ فیصد طبیعت ابتدائی دارند.

هایپوکاندریازس ثانوی در نوع اول معمول است (۱۵:۸۵) و افسردگی علت معمول هایپوکاندریازس ثانوی است.

در شکل ثانوی هایپوکاندریازس لوحه افسردگی، نیوروز اضطرابی، شیزوفرینی و مرحله مقدم زوال عقلی را ارائه می‌کند. هم چنان این اختلال میتواند به طور یک عکس العمل بعد از مریضی‌های تهدید کننده حیات بوجود آید مثلاً (نیوروزس اکلیلی).

سردردی، شکایت صدری، معدی معائی و اعراض عضلی اسکلیتی زیادتر واقع می گردد.

تشخیص تفریقی

هایپوکاندربیازس باید از حالات ذیل تفریق گردد:

۱- امراض حقیقی عضوی

۲- اختلال سایکوتیک

۳- سایر امراض مثلاً اختلال دیستایمیک، اختلال منشر اضطراب، اختلال پانیک، اختلال وسوس

اجباری و اختلال جسمانی سازی

تداوی

مهم است که امراض عضوی را رد نمایم. اگر به شکل ثانوی از باعث امراض چون افسردگی بوجود آمده باشد باید که افسردگی تداوی شود در آن صورت اعراض هایپوکاندربیکل از بین میروند.

در درجه اول باید اختلال را تشخیص دهیم تا از اقدامات غیرضروری مانند جراحی، بستریدن، معاینات و ادویه نزد مریض جلوگیری کرده باشیم.

بستری شدن، تحقیقات، معاینات و ادویه جات در هایپوکاندربیازس باید جلوگیری شود.

IV. اختلال درد روانی

لوحه اساسی اختلال درد روانی یک تابلوی کلینیکی است که نشانه برجسته آن شکایت از درد در یک یا چند ناحیه است. اما هیچ نوع دریافت های فزیکی نزد مریض موجود نیست و از جانب دیگر شواهد موجود میباشد که سبب مریضی را فکتورهای روانی جلوه میدهند. به یاد داشته باشیم که این تشوشات از باعث کدام اختلال روانی دیگر نباشد.

دردهای روانی متصف است بر شکایات درد در عدم موجودیت اختلال فزیکی یا روانی

ایپدیمیولوژی

درد شایع ترین شکایت طبی بوده و زیادتر در خانم ها تشخیص می گردد. این اختلال میتواند در هر مرحله حیات بوقوع برسد اما در کهولت یا مرحله مقدم بلوغ بیشتر بوجود می آید.

اسباب مزمنی

سترس شدید روحی اجتماعی از جمله فکتورهای مساعد کننده مطرح شده است.

لوحة کلینیکی

استفاده از ادویه مسکن درد، درخواست برای جراحی

و مشوره های طبی معمول میباشد، شخص

موجودیت فکتورهای روانی را به عنوان فکتور

سببی اصلاً قبول نمی کند آنرا در می کند.

استفاده از ادویه جات ضد درد مخدر یا بنزو دیازپین
باید در حالات چون دردهای روانی جلوگیری
شود.

جدول ۱۴ - مقایسه درد بطنی روانی و فزیکی (عضوی)

درد بطنی			
روانی	فزیکی		
%۹۰		10%	- تکرر
منتشر		موضعی	- درد
نادرآ		اعلیاً	- درد شب بیدار میسازد
معمول		غیرمعمول	- درد در سایر قسمت ها
+/-		+/-	- استفراغات
معمولًا مضطرب و غمگین	معمولًا نورمال		- حالت هیجانی
منفی	ثبت		- اینارملتی ها در معابنات فزیکی و لابرانتواری
منفی	ثبت		- عالمه منکوف (Mannkopf)

(فشار دادن ناحیه دردناک یا حرکت دادن ناحیه دردناک بصورت موقتی باعث ازدیاد نبض در حدود ۱۰ الی ۳۰ فی دقیقه می گردد).

تشخیص تفریقی

درد عضوی، اختلال جسمانی سازی، اختلالات افسردگی، شیزوفرینی، تمارض و یا درد های که با سردردی های تنفسی همراه است.

تداوی

اگر درد ذریعه اطمینان دهی، هیپنووز از بین برود پس میتوانیم اختلال را اختلال درد بگوییم. استفاده از دواهای مخدر ضد درد و ادویه ضد اضطراب باید اجتناب گردد.

سوالات برای مرور

۱. اختلالات شب جسمی را تعریف نموده بگوید که چگونه از اختلالات ساختگی تفرق میگردد؟
۲. منظره کلینیکی سندروم Briquet's را تشريح نموده و انرا چگونه تداوی میکنید؟
۳. انذار اختلالات زیررا مختصرا تشريح نمائید：
 - (a) اختلال سوماتیزیشن یا جسمانی کردن
 - (b) اضطراب و اندیشه بیهوده در باره سلامتی یا هایپوکاندربیازس
 - (c) اختلال درد با منشأ روانی
۴. فرق کنید بین：
 - (a) درد عضوی در مقابل درد با منشأ روانی
 - (b) اضطراب و اندیشه بیهوده در باره سلامتی یا هایپوکاندربیازس ابتدایی در مقابل تمارض
 - (c) سندروم Briquet's در مقابل هیستیریای تبدیلی
 - (d) هیستیریای تبدیلی در مقابل تمارض
 - (e) هایپوکاندربیازس در مقابل هیستیریا

سوالات امتحان مسلکی

- در باره هایپوکاندربیازس مختصرا بنویسید؟
- فرق بین درد ارگانیک و درد با منشأ روانی را واضح سازید؟

اختلالات ساختگی و مریبوطه آن

سندروم مانچهاوسن (Munchausen)، سندروم گانسر (Ganser)، تمارض (در مقایسه با اختلال تبدیلی) و نیوروزس معاوضوی

معنای "Factitious" غیرحقیقی، غیرطبیعی بوده بنابراین با موجودیت اعراض فزیکی و روانی مشخص می‌گردد که توسط خود شخص ساخته شده و تحت کنترول اش می‌باشد.

اختلالات معمول این کتگوری عبارت است از:

۱. اختلال ساختگی همراه با اعراض فزیکی (سندروم مانچهاوسن)

اختلالات ساختگی توسط اعراض فزیکی و یا روانی که اگاهانه، عمدی و جعل سازی باشد و مرض را تقلید نماید، مشخص می‌شود یکانه هدف مريض حصول رول مريضی است. اين انگيزه از تمارض چنین مجزا شده که در تمارض رول اساسی پول، معیوبیت و یا رخصت از وظیفه می‌باشد.

اختلال ساختگی متصف بر تقلید ارادی فزیکی یا روانی اعراض می‌باشد.

تاریخچه

اصطلاح سندروم مانچهاوسن در سال ۱۹۵۱ توسط مؤلف Asher گذاشته شد. اصطلاحات دیگری که به این مريضان اطلاق می‌گردد عبارت اند از مريضان مشکل ساز جهان گرد kopenickadus، معتادین شفاخانه، سندروم کوپنی کادوس "Peregrinating problem patient"، کارگر دوره گرد شفاخانه "Hospital hobos"، سندروم اهاسوروس "Ahasuerus syndrome".

ایپدیمیولوژی

شیوع دقیق این اختلال معلوم نیست آغاز مریضی در اوایل دوره بلوغیت است که با بستر شدن در شفاخانه همراه می باشد.

اعراض شناسی

تمام سیستم های اعضا، میتوانند مصاب شوند، اعراض تنها منحصر به فهم طبی شخص و خیال پردازی او میباشد. ممکن حالت پتالوژیک غیرقابل کنترول بوجود آید که به هیچ یک از جوانب اعراض و تاریخچه مریض صدق نمی کند که بنام خیالات کاذب یاد میشود (*pseudologia fantastica*).

شکایت از درد و درخواست برای ادویه مسکن درد معمول میباشد. بعضًا مریضان بی صبرانه درخواست عملیات و پروسیجرهایی را می نمایند که خطرناک است، و اگر بطن این مریضان مشاهده شود ندبات متعدد بالای بطن شان موجود است که بنام بطن آهنی سوراخ سوراخ یا Grid iron abdomen یاد می گردد. زمانی که با شواهد اعراض ساختگی شان مقابله شوند آنها یا خود انکار از ادعا می کنند و یا بلاfaciale بدون اطلاع خلاف مشوره طبی بستر را ترک می کنند.

منظره اساسی سندروم مانچهاوسن عبارت است از باریزی نمودن رول مریضی و انگیزه آن واضح نیست.

فکتورهای مساعد کننده که بسیار عام اند مشتمل می گردد بر یک اختلال فزیکی حقیقی که در زمان طفولیت و یا بلوغیت موجود بوده و باعث شده تا تداوی طبی و بستری شدن در شفاخانه را سبب شده باشد. بی میلی در برابر مسلک طبی، این و تیره بعضی اوقات از باعث اشتباهات طبی، استخدام شدن بحیث نرس، تکشن اتکاً بر تهدیدات موجود از باعث یک شخصیت استثماری و یا ارتباط نزدیک با کدام داکتر در سابقه ایجاد میشود.

خیالات کاذب (*pseudologia Fantastica*) عبارت از دروغ گویی پتالوژیک است که درمورد اعراض بیمار گفته میشود. مخصوصاً در مانچهاوسن سندروم.

تداوی

یک ارزیابی کلی در مورد فامیل، محیط و وظیفه شخص بسیار مهم است. اگر مقابل سازی ابتدائی بدون

کدام نتیجه باشد پس تداوی روانی آغاز شده و بهترخواهد بود که دریک مرکز امراض روانی صورت گیرد.
سندروم مانچهاوسن یک اختلال ساختگی است که اعراض فزیکی دارد درحالیکه سندروم گنسنر نیز اختلاط ساختگی است اما اعراض آن روحی میباشد.

۱۱. اختلال ساختگی با اعراض روانی (سندروم Ganser)

با موجودیت اعراض شدید روانی که به شکل ارادی ساخته میشود مشخص می گردد، و این اعراض نشان دهنده یک اختلال روانی میباشد، که بنام سندروم گانسر (یک روانشناس آلمانی در سال ۱۸۹۷ نام گذاری کرد) مسمی گردیده است، که سایکوز کاذب و یا زوال عقلی کاذب نیز نامیده میشود.

اعراض زمانی شدید تر می گردد که شخص بداند که او تحت مشاهده گرفته شده است. چنین یک مریض ممکن شاکی از ضیاء حافظه، برسامات (شناوی یا بینائی) و اعراض تجزیوی و تبدیلی همراه با افکار خودکشی باشد.

وریبریدن (Vorbeireden) یک عرض است که در آن شخص جوابات تقریبی را ارائه نموده و

سندروم گنسنر که بنام سایکوزس کاذب یا زوال عقلی کاذب نیزیاد می گردد متصف است بر ساختن قصدی اعراض شدید روانی (بیشتر سایکوتیک).

یا خارج از موضوع جواب میدهد، و زمانی که برایش گفته شود که هشت را ضرب هشت کن این شخص ممکن جواب او را شست و پنج بگوید. این حالت همیشه بالای یک اختلال شدید شخصیتی تحمل می گردد، شخص برای بوجود آوردن اعراض که اختلال روانی را نشان بدهد از بعضی مواد مثلاً منبهات، مواد بر سام آور و مسکنات درد استفاده می کند.

این اختلال در مردان و اسپیحاً زیاد معمول بوده و اختلاط آن بستری شدن های متکرر در شفاخانه است.

زوال عقلی کاذب از زوال عقلی حقیقی چنین تفریق می‌گردد که در زوال عقلی کاذب اشتباه بسیار تقریبی بوده اما در زوال عقلی حقیقی شخص قابلیت جواب دادن به پاسخ درست را ندارد.

اعراض تقریبی vorbeireden جوابدهی میباشد که

درستروم Ganser دیده میشود.

در یک سایکوز حقیقی مثلاً شیزوفرینی اعراض بصورت دوام دار باقی می‌ماند، اما در اختلال ساختگی اعراض زمانی شدید می‌گردد که شخص فکر کند که او تحت مشاهده قرار گرفته است.

تمارض (Malingering)

تمارض همانند اختلالات ساختگی، همراه با اعراض فریکی است که قبل از آن ذکر شده است.

a. لوحه اساسی آن ایجاد ارادی اعراض فزیکی یا روانی اند که انگیزه آن یک محرك یا مشوق خارجی باشد. این انگیزه ها متعدد بوده و عبارت اند از اجتناب از خدمت نظام، وظیفه، کسب غرامت مالی و طفره رفتن از پیگرد قانونی و بدست آوردن ادویه میباشد.

روان درمانی تداوی انتخابی سندروم گنسنر و مانچهاوسن است.

در مقایسه با اختلال ساختگی در تمارض یک هدف مشخص موجود است.

موجودیت حالات ذیل موجودیت تمارض را در شخص مشکوک میسازد.

۱- لوحه که محتوی طب عدلی داشته باشد، مثلاً شخص ذریعه محکمه برای معاینات طبی فرستاده شده باشد.

تمارض معمول در اطفال تصادف می‌کند و دربرابر درخواست، هیپنوگس یا نارکوانلایزس مقاوم است.

۲- م وجودیت اختلاف واضح در میان ناراحتی و یا معیوبیت شخص و دریافت های که دیده میشود.

۳- فقدان همکاری با ارزیابی تشخیص و ادویه توصیه شده.

۴- موجودیت یک اختلال شخصیت ضد اجتماعی.

کشف نمودن تمارض مشکل بوده و هر ساحه طبی میتواند رهنماً خود را جهت کشف آن داشته باشد.

اصلاح شدن اعراض در تمارض با استفاده از اطمینان دهی ها، هیپنوگس و استفاده ادویه وریدی باریتورات

بدست نمی آید حالانکه در اختلال تبدیلی چنان نبوده اصلاح پذیری با معیارهای فوق بدست می آید.

IV. نیوروز غرامت طلبی

به اعراض فزیکی یا روانی گفته میشود که به شکل روحی در برابر بعضی حالات ایجاد می گردد، که شخص برای غرامت طلبی ادعا می کند این اعراض الی طویل شدن ادعا دوام می کند. مریضی های فزیکی یا روانی میتوانند از باعث نیوروز غرامت طلبی اختلاطی شده و در مقابل تداوی های مروجه جواب ندهد.

ادعا قضائی برای کسب منفعت و یک شیفتگی دوام دار با معیوبیت از تظاهرات عمدی این سندروم بشمار میرود.

سوالات برای مرور

۱. اختلالات ساختگی را تعریف نموده و بگوئید که چگونه از تمارض تشخیص تفریقی میگردد؟

۲. مانچهاآسن سندروم را تعریف نموده سندروم های مختلف آنرا همراه فکتور های مساعد کننده آن شرح دهید؟

۳. مناظر کلینیکی گانسر سندروم را همراه با تداوی آن شرح دهید؟

۴. تمارض را تعریف نموده و بگوئید که چگونه آنرا از هیستیریا تشخیص تفریقی میکنید؟

۵. نیوروزس خنثی سازی چیست و چگونه تداوی میشود؟

۶. اصطلاحات ذیل را تعریف نمائید:

(a) کذاب گویی خیالی

(b) زوال عقلی کاذب

سوالات امتحان مسلکی

• درباره اصطلاحات ذیل مختصرأ بنویسید:

Munchausen's syndrome -

Ganser syndrome -

- تمارض

- کامپنسیشن نیوروزس

• فرق کنید بین:

- اختلال تبدیلی و تمارض

Book Name Psychiatry (Volume 1)
Author Dr. Abdul Aziz Naderi
Publisher Kabul Medical University
Website www.kmu.edu.af
Number 1000
Published 2012
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**)
with funds from the German Federal Foreign Office.
Administrative and Technical support by **Afghanic** organization.
The contents and textual structure of this book have been developed by concerning
author and relevant faculty and being responsible for it.
Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936200098

Message from the Ministry of Higher Education



In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards,new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to the German Federal Foreign Office, the German Academic Exchange Service (DAAD) and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid
Minister of Higher Education
Kabul, 2012

Publishing of textbooks & support of medical colleges in Afghanistan

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality text books in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 60 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

“Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge”

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the critical situation of this war torn country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and public health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 60 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh & Kabul medical colleges. Currently we are working on to publish 60 more different medical textbooks, a sample of which is in your hand. It is to mention that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to non-medical subjects like (Science, Engineering, Agriculture, Economics & Literature) and it is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

As stated that publishing medical textbooks is part of our program, we would like to focus on some other activities as following:

1. Publishing Medical Textbooks

This book in your hand is a sample of printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is need to publish about 100 different textbooks each year.

2. Interactive and Multimedia Teaching

In the beginning of 2010, we were able to allocate multimedia projectors in the medical colleges of Balkh, Herat, Nangarhar, Khost & Kandahar. To improve learning environment the classrooms, conference rooms & laboratories should also be equipped with multimedia projectors.

3. Situational Analysis and Needs Assessment

A comprehensive need assessment and situation analysis is needed of the colleges to find out and evaluate the problems and future challenges. This would facilitate making a better academic environment and it would be a useful guide for administration and other developing projects.

4. College Libraries

New updated and standard textbooks in English language, journals and related materials for all important subjects based on international standards should be made available in the libraries of the colleges.

5. Laboratories

Each medical college should have well-equipped, well managed and fully functional laboratories for different fields.

6. Teaching Hospitals (University Hospitals)

Each medical college should have its own teaching hospital (University Hospital) or opportunities should be provided for medical students in other hospitals for practical sessions.

7. Strategic Plan

It would be very nice if each medical college has its own strategic plan according to the strategic plan of their related universities.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

We are very thankful to the German Federal Foreign Office & German Academic Exchange Service (DAAD) for providing funds for 90 different medical textbooks and the printing process for 50 of them are ongoing. I am also thankful to Dr. Salma 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

Psychiatry is a basic subject in medical curriculum. It has been taught in the Medical, Dentistry, Nursing, and Public Health faculties of Kabul Medical University.

The book I have compiled has four sections and thirty four chapters. It contains essential information about psychiatric disorders. This book has two volumes (Volume 1 and Volume 2).

Since Mental Health problems are very common in Afghanistan, I strongly recommend the studying of this book for medical students and young doctors.

All efforts have gone into equipping each section of this book with required information. I dedicate this book to my parents who encouraged me and provided me the opportunity to study in medical field.

In the end, I appreciate the efforts of my supervisor Prof. Dr. Nader Ahmad Exeer head of Internal Medicine department of Kabul Medical University in preparing this book. I am also thankful to Dr. Yahya Wardak and DAAD for publishing this book.

Sincerely

Prof. Dr. Abdul Aziz Naderi
Faculty Member and Lecturer in
Psychiatry department
Kabul Medical University
Mobile: +93799307271



بیوگرافی مختصر پوهنده دکتور عبدالعزیز نادری

محترم پوهنده دکتور عبدالعزیز نادری فرزند عبدالجليل در سال ۱۳۳۹ در قريه نادرخيل ولسوالي پغمان تولد گردیده است. دوره ابتدائي رادر مكتب غازى محمد ايوب خان واقع كارته پروان ودوره ثانوى خود را الى صنف هشتم درليسه نادريه ومتباقي آنرا درليسه پغمان به پایان رسانيده است ودرسال ۱۳۸۵ از صنفدوازدهم ليسه مذكور فارغ التحصيل گردیده است ودر همین سال بعد از سپری کردن امتحان کانکور پوهنتون کابل کاندید بورس تحصيلي شوروی وقت گردیده استالبته در همان وقت بورس که به موصوف داده شده بود ار طرف دولت وقت کنسل گردیدوموصوف درسال ۱۳۵۹ شامل فاكولته طب کابل گرد. وبعد درسال ۱۳۶۵ از فاكولته مذكور به درجه ماستري فارغ التحصيل گردیده استدرسال ۱۳۶۶ به مدت يك سال خدمت عسكري در قوای هوایی و مدافع هوایی سپری کرده است و بعد از اخذ ترخيص درسال ۱۳۶۷ از طريق وزارت صحت عامه به حيز داکتر معالج در سرويس داخله شفاخانه على آباد و درسال ۱۳۶۸ شامل پروگرام تخصص در سرويس داخل گردید، که تا سال ۱۳۷۷ به وظيفه مذكور دوام دارد است و درسال ۱۳۷۷ از طريق وزارت صحت عامه دربخش داخله تخصص اخذ نموده است به نسبت بعضی مشكلات در سال ۱۳۷۷ از سرويس داخله على آباد به سرويس عقلی و عصبی تبدیل گردید و در سال ۱۳۷۸ به صفت نامزد پوهنالی وبعد از سپری کردن مدت يك سال درسال ۱۳۷۹ به صفت پوهنالی ايفاي وظيفه نموده است درسال ۱۳۸۱ به صفت پوهنيار، درسال ۱۳۸۵ به صفت پوهنمل و در سال ۱۳۹۱ به صفت پوهنده رتبه اخذ نموده است.

والسلام

ال حاج پوهنده دکتور عبدالعزیز نادری

شف سرويس عقلی و عصبی

شفاخانه تدریسي على آباد

نمبر موبایل : ۰۷۹۹۳۰۷۲۷۱