

امراض روانی

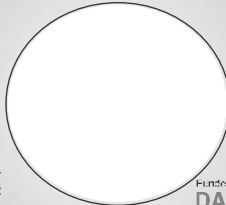
(بخش دوم)

پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری

AFGHANIC



In Dari PDF
2012



Kabul Medical University
پوهنتون طبي کابل

Funded by
DAAD
Deutsche Akademische Austauschdienst
German Academic Exchange Service

Psychiatry

Volume 2

Dr. Abdul Aziz Naderi

Download: www.ecampus-afghanistan.org



پوهنتون طبي کابل

امراض روانی

(بخش دوم)



پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری

۱۳۹۱

امراض روانی
(بخش دوم)

Psychiatry
Volume 2

پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری



Kabul Medical University

AFGHANIC

Dr. Abdul Aziz Naderi

Psychiatry

Volume 2

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service



2012





پوهنتون طبي کابل

امراض روانی

(بخش دوم)

پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری

۱۳۹۱

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

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

اگر میخواهید که کتابهای تدریسی طبی شما چاپ گردد، با ما به تماس شوید:
 داکتر یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی، کابل
 دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰
 ایمیل: textbooks@afghanic.org

تمام حقوق نشر و چاپ همراي 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 در نظر داشت ستندردها و معیارهای شناخته شده جهانی و ضروریات جوامع کتب و مواد درسی جدید برای محصلین آماده و چاپ گردد.

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

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

در اخیر از وزارت خارجه کشور آلمان، موسسه DAAD، سایر ادارات و اشخاصی که زمینه چاپ کتب طبی اساتید محترم 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 دوكتور عبیدالله عبید

وزیر تحصیلات عالی

کابل، ۱۳۹۱

چاپ کتب درسی پوهنځی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز!

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

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

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

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

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

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

به اثر درخواست وزارت محترم تحصیلات عالی، پوهنتون ها، استادان محترم و محصلین عزیز در آینده می خواهیم این پروگرام را به بخش های غیر طبی (ساینس، انجینیری، زراعت و سایر بخش ها) و 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 میتود جدید و وسایل پیشرفته

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

۳. ارزیابی ضروریات

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

۴. کتابخانه های مسلکی

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

۵. لابراتوارها

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

۶. شفاخانه های کدري

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

۷. پلان ستراتيزيک

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

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

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

از محصلين 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 ماینز آلمان (Mainz/Germany) و استاد پوهنخی مذکور دوکتور زلمی توریال، Dieter Hampel و موسسه افغانیک نیز تشکر میکنیم که در امور اداری و تخنیکي چاپ کتب با ما همکاری نمودند.

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

از دانشمند محترم پوهاند دوکتور 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، پوهنخی های طب و استادان گرامی تشکر مینماییم که پروسه چاپ کتب درسی را تشویق و حمایت نمودند.

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

داکتر یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی

کابل، نومبر سال ۲۰۱۲ م

نمبر تیلیفون دفتر: ۰۷۵۲۰۱۴۲۴۰

ایمیل آدرس: wardak@afghanic.org

textbooks@afghanic.org

فهرست مندرجات

مقدمه مؤلف

مقدمه مترجم

۲۹۳	.....	۱۶. اختلالات تجزیه ای
۳۰۸	.....	۱۷. اختلالات روانی جسمی
۳۲۴	.....	۱۸. اختلالات روانی جنسی
۳۳۷	.....	۱۹. اختلال تطابق و اختلال تکانه
۳۴۴	.....	۲۰. اختلالات شخصیت
۳۴۹	.....	۲۱. اختلالات خواب
۳۵۹	.....	۲۲. اختلالات خوردن

بخش سوم: عناوین خاص

۳۷۳	.....	۲۳. اختلالات روانی اطفال
۳۹۹	.....	۲۴. امراض روانی بالغان
۴۱۵	.....	۲۵. امراض روانی کهن سالان
۴۳۱	.....	۲۶. اختلالات مربوط به خانم ها
۴۴۶	.....	۲۷. واقعات عاجل روانی
۴۶۶	.....	۲۸. طب روانی عدلی
۴۷۷	.....	۲۹. طب روانی جامعه

بخش چهارم: تداوی در طب روانی

۴۸۱	.....	۳۰. ادویه جات روانی
۵۳۲	.....	۳۱. میتود های فزیکلی

۵۴۲	.....	۳۲. روان درمانی
۵۵۹	.....	۳۳. تداوی های رفتاری
۵۷۳	.....	۳۴. تداوی شغلی و احیا مجدد

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. (مثلاً پس منظرهای تاریخی، و غیره) حتی این چنین کتاب ها بعضی عناوین عمده را که ارتباط به طب روانی هند دارند، از نظر دور ساخته اند. بطور مثال اپیدیمولوژی طب روانی عدلی، پروگرام صحت روانی هندوستان، و سهم گیری داکتران متخصص روانی هندوستان، هم چنان بعضی رشته های دیگر طب روانی چون طب روانی اطفال، طب روانی کاهلان، میتود های ارزیابی، طب روانی کهن سالان، طب روانی مربوط به زنان، طب روانی جامعه نیز از نظر دور مانده اند.

کتاب هذا (متن کوتاه طب روانی) یک سعی جهت پر نمودن خالیگاه فوق الذکر می باشد. در این متن کوتاه طب روانی سعی و کوشش به عمل آمده تا این نشریه ساده، سهل، فراگیر و عملاً مفید باشد. که بعضی ضمایم عمده دیگر چون تداوی و 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 فزیکتی در طب روانی، تاریخچه طب روانی، روانشناسی و علوم متمم، تشخیص و تشخیص تفریقی در طب روانی، تداوی اختلالات روانی ذریعه ادویه، مرور اجمالی علوم سلوکی و طب روانی بطور یک ضمیمه مفید استفاده کنیم.

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

مقدمه مترجم

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

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

این اثر دارای چهار بخش و سی چهار فصل بوده که در بخش اول عمومیات طب روانی، در بخش دوم اختلالات طب روانی، در بخش سوم موضوعات خاص و در بخش چهارم تداوی در طب روانی مورد بحث قرار گرفته است. امید وارم ترجمه این اثر برای محصلین عزیز، دوکتوران طب، متخصصین طب روانی و استادان دیپارتمنت مفید و قابل استفاده باشد. قابل یاد آوری است که در ترجمه این اثر از محترم پوهاند دوکتور نادر احمد «اکسیر» که سمت استاد رهنمایم را داشتند سپاس فراوان نمایم که اگر رهنمایی های به موقع ایشان نبود کامل شدن این اثر ناممکن می شد.

پوهنمل دوکتور عبدالعزیز «نادری»

خزان ۱۳۹۱

اختلالات تجزیه ای

تعریف، فراموشی روحی و گریز، اختلال شخصیت چند گانه، اختلال مسخ شخصیت، مسخ واقعیت، اختلالات تجزیه ای وابسته به فرهنگ

حوادث تجزیه ئی با پتالوژی روانی همراه نیست ممکن به شکل بنفسهی واقع شود و یا خواسته شده باشد و یا جهت اهداف تداوی بوجود آمده باشد.

در بسیاری فرهنگ ها تجارب تجزیه ای مجوز قانونی داشته او آنرا تشویق می کنند. این گروه از اختلالات روانی عبارت است از اختلال در وابستگی، آگاهی، حافظه، هویت میباشد.

اختلال تجزیوی متصف است بر تشوشات درحافظه نورمال، هویت، شعور یا سلوک حرکتی.

اختلالات عمده تجزیه ای عبارت اند از:

یاد فراموشی روانی معمول ترین نوع اختلال تجزیوی است.

۱. فراموشی روانی

خصوصیت اصلی آن عبارت از ناتوانی در بخاطر آوردن معلومات مشخص است، که این ناتوانی از باعث اختلال روانی عضوی نمی باشد. اگر شخص به جای دیگری سفر کند و آنرا تغییر یافته یابد پس این یاد فراموشی یک عرض گریز روانی یا اختلال شخصیت چند گانه میباشد.

ایپیدیمیولوژی

شیوع اصلی مرض فهمیده نشده است اما معمولاً زیادتر در دوران جنگ ها و حوادث طبیعی اتفاق می افتد و زیادتر در خانم های جوان و دوره بلوغ مشاهده می گردد.

انواع

چهارنوع تشوشات در بخاطر آوردن موجود است.

۱- **فراموشی موضعی:** یک نوع بسیار معمول فراموشی بوده و عدم توانائی در بخاطر آوردن تمام حوادث که در محدوده زمانی مشخص به وقوع پیوسته است، میباشد. اغلب چند ساعت اولی بعد از یک حادثه سترس آمیز را در بر می گیرد.

۲- **فراموشی انتخابی:** عبارت است از ناتوانی در به خاطر آوردن بعضی حوادث، نه تمام آنها در مقطع خاص زمانی.

مشخصه مهم یاد فراموشی روانی ارتباط به معلومات شخصی دارد و بدون اختلال عضوی روانی است.

۳- **فراموشی عمومی:** عبارت است از ناتوانی در به خاطر آوردن تمام خاطرات زنده گی خویش.

۴- **فراموشی مستمر یا دوامدار:** از یک زمان خاص شروع شده تا کنون ادامه داشته و زمان حال را نیز در بر می گیرد.

اسباب

یاد فراموشی ناگهانی آغاز یافته و معمولاً در زمینه های سترس های شدید روانی بوجود می آید مثلاً جنگ، حوادث طبیعی یا ترضیضات حاد.

۱. روانی

این فراموشی که در نتیجه واپس زنی افکار و خواهشات ناپذیرفتنی بوجود می آید میتواند سبب ناراحتی ها شود.

۲. فزیولوژیک

فراموشی میتواند ظرفیت محدود داشته باشد که درعکس العمل با یک تنبه پر از سترس در یک حالت مختل شده داخل می گردد.

۳. اجتماعی

یاد فراموشی یک عامل بیولوژیکی نیز دارد، اما درتشوش و ظیفوی عصبی دریافت نشده است. یادفراموشی ناگهانی بعد از یک سترس شدید روحی آغاز می یابد. از بین رفتن یادفراموشی به شکل وصفی ناگهانی بوده و اصلاح آن مکمل و عود آن نادر است.

تداوی تقویتی هپنوزس تداوی های انتخابی برای یاد فراموشی روانی است درحالیکه اکثریت شان بنفسهی شفا می گردد.

تشخیص تفریقی

- ۱- اختلالات عضوی مغز
- ۲- مسمومیت با مواد
- ۳- اختلال فراموشی الکهول
- ۴- فراموشی بعد از صدمات
- ۵- صرع
- ۶- ستوپور کاتاتونیا
- ۷- تمارض

تداوی

فیصدی بلند واقعات فراموشی روانی با اخذ اهمات محافظوی بنفسهی اصلاح می گردد. هم چنان هپنوزس وسودیم امیتال نیز موفقانه استفاده می گردد.

جدول ۱۶- امشخصات اختلالات تجزیه ای

اختلال	فراموش کاری	منحرف شدن	از دست دادن هویت شخصی	فرض نمودن یک هویت جدید	شخصیت متغیر
۱- گریز تجزیه ای	بلی	بلی	بلی	ممکن واقع شود	نخیر
۲- بیخودی	بلی	نخیر	بلی	بلی	نخیر
۳- فراموشی تجزیه ای	بلی	نخیر	ممکن واقع شود	نخیر	نخیر
۴- اختلال شخصیت چند گانه	بلی	معمولاً نخیر	بلی	بلی	بلی

II. گریز روانی

خصوصیت اصلی گریز روانی عبارت است از سفر ناگهانی و غیرقابل انتظار از خانه یا محل کار با ناتوانی نسبی یا کامل در به خاطر آوردن گذشته. این امر با ابهام درباره هویت شخصی یا حتی اخذ یک هویت جدید همراه است. سرگشتگی و عدم جهت یابی ممکن واقع شود. بعد از اصلاح چیزی از دوره گریز را به خاطر نمی آورد.

اپیدیمیولوژی

وقوعات و شیوع دقیق آن فهمیده نشده است، اما در زمان جنگ و حوادث طبیعی افزایش میابد.

لوحه کلینیکی

شخص ممکن به خود یک نام جدید بدهد، یک خانه جدید بگیرد و در فعالیت های مغلط اجتماعی مشغول شده که با هم پیوستگی خوب داشته و هیچ گاه نشان دهنده اختلال روانی در نزد شخص مذکور نیست.

در اکثریت واقعات این گریز کمتر ماهرانه بوده و یک سفر نه چندان مختصر اما اندکی پر هدف نیز میباشد. تماس گیری های اجتماعی در این واقعات بسیار کم است، و حتی اجتناب می گردد. هویت جدید اگر موجود باشد غیرمکمل میباشد.

اسباب

به دو دسته تقسیم شده است؛ مشکلات قبلی فامیلی و یا موجودیت یک پتالوژی روانی رول بازی می نماید. اکثریت واقعات گریز در خواب بوده و یا در ارتباط با خواب اختتام پیدا می کند. نوشیدن زیاد الکل ممکن باعث بوجود آمدن اختلال شود. سایر فکتورها عبارتند از؛ پرخاش یا نزاع فامیلی، رد نظریات سایر اشخاص، فشارهای اقتصادی، بحران نظامی یا حوادث طبیعی.

تشخیص تفریقی

۱- **اختلالات عضوی مغز:** در این حالت تشوشات حافظه قریب، نظر به حافظه دور بیشتر متبازز است تشوشات حافظه مجزا نبوده و آهسته آهسته از بین میرود اما اگر در مجموع دیده شود حافظه نادراً به شکل مکمل آن اصلاح می گردد.

۲- **فراموشی روانی:** یک سفر پر هدف و اخذ یک هویت جدید که نسبی یا مکمل باشد در فراموشی روانی موجود نیست.

۳- **صرع فص صدغی:** به شکل سفر بوده، فعالیت های حرکتی که زیادتر از نوع ساده است نسبت به نوع مغلق آن، و در این حالت اخذ هویت جدید موجود نیست و عاطفه در این حالت بیشتر متأثر می باشد.

۴- تمارض

۵- با سایر مریضی های روانی مثلاً افسردگی، شیزوفرنی و غیره.

تداوی

استفاده از هیپنوزس یا مصاحبه با سودیم پنتوتال همراه با روان درمانی ممکن مفید باشد. در واقع اصلاح پذیری سریع بوجود آمده و عود مرض نادر است.

III. اختلال شخصیت چند گانه

اختلال شخصیت چند گانه عبارت است از وجود دو یا چند هویت متمایز و مجزا در یک فرد که هر یک در زمان معینی (متناوباً) کنترل فرد را به عهده می گیرد. هر یک از شخصیت ها به طور کلی در پیوستگی قرار داشته با خاطرات، طرزسلوک و ارتباطات اجتماعی بی نظیر همراه است، که این همه طبیعت فعالیت فرد را در یک شخصیت متباز مشخص می سازد.

انتقال پذیری از یک شخصیت به شخصیت دیگری آنی بوده و بسیاری اوقات با سترس های روانی اجتماعی همراه می باشد.

ایدیومولوژی

آغاز مرض ممکن در دوره مقدم طفولیت یا مؤخر باشد و بیشتر در بلوغیت مؤخر و در خانم های جوان بالغ تشخیص می گردد.

لوحه کلینیکی

لوحه اساسی وجود دو یا چند شخصیت مجزا در یک شخص است، که ممکن است هر یک از این شخصیت ها الگوی متفاوت ادراک، تفکر و ارتباط با محیط را داشته و در زمانی کنترل رفتار فرد را به عهده بگیرند.

این شخصیت ها عادات تکلم، عواطف و سبک های شناختی متفاوت داشته و حتی دارای حس برتری متفاوت اند. این شخصیت ها در سن، جنس و نژاد نیز میتوانند متفاوت باشند. تحقیقات نشان داده است که

حتی در هدایت برقی جلدی، فعالیت سیستم عصبی خودکار، فعالیت های بینائی، حساسیت ها، الگوی های نواربرقی مغز و جریان خون موضعی مغز تفاوت دیده میشود.

انواع معمول شخصیت ها عبارت اند از:

۱. شخصیت های طفلانه
۲. محافظه کارانه
۳. کمک کننده
۴. باغبانان
۵. زجردهنده گان
۶. معذرت خواهان
۷. مدافعان کسانی که سؤ استفاده می کنند
۸. انتقام گیرنده گان
۹. وانمود دهنده گان عاطفه بسیار قوی

انتقال از یک شخصیت به شخصیت دیگری بنام سویچ (switches) یا د شده ممکن از باعث تحریک شدن توسط فشارهای روحی اجتماعی، عقده های روانی درونی، از باعث بحران که در میان شخصیت ها در عکس العمل با جریانات محیطی و اجتماعی بوجود می آید و یا از باعث ترتیب گذاری ها در میان شخصیت ها موجود است بوجود آیند.

دراختلال متعدد شخصیت انتقال از یک شخصیت به شخصیت دیگر آنی بوده و این انتقالات بنام switches یاد میشود .

هیپنوزس، مصاحبه ها ئیکه در کمک با ادویه صورت می گیرد و یا درخواست های ساده میتواند این انتقال از یک شخصیت به شخصیت دیگر را تحریک نماید، آگاهی شخصیت ها از یکدیگر متفاوت است.

تشخیص

نشانه های متعددی که رسیده گی تدقیق به این اختلال را ارائه می کند عبارت اند از:
ناکامی تداوی قبلی، سه یا اضافه تر از سه تشخیص قبلی، اعراض جسمانی روانی همزمان با اعراض و سویه های وظیفوی نوسانی، شناسائی تغییرات عمده توسط دیگران، کشف نمودن اشیأ و یا نوشته های کسی که

او فعلاً آنرا شناسائی کرده نمی تواند، شنیدن صداها که به شکل جداگانه بوده و شخص را وادار به انجام یک عمل می کند استفاده نمودن از واژه ها به عوض (من) که دریک مصاحبه فهمیده میشود.

اختلالات

اختلالات عمده مشتمل می گردد بر هجمه های گذری سایکوز اختلال روانی جنسی، اختلال انگیزه، اختلال شبه جسمی و تشوشات شغلی و اجتماعی.

تشخیص تفریقی

- ۱- گریز روانی و فراموشی روانی.
- ۲- اختلال روانی مثلاً شیزوفرنی و اختلال مزاج که همراه با اعراض سایکوتیک باشد.
- ۳- اختلال شخصیت (مرزی).
- ۴- تمارض.
- ۵- صرع نوع صدغی.

تداوی

روان درمانی بسیاری اوقات همراه با هپنوزس و سودیم پنتوتال موفقانه بوده و ادویه ضد اضطراب و مسکنات معمولاً محافظوی اند.

سایر ادویه مثلاً ادویه ضد افسردگی، ضد اختلاج، ضد سایکوز و غیره اگر کدام اختلال بالخاصه موجود باشد بسیار مؤثراند.

سیر مریضی نظر به سایر اختلالات تجزیوی مزمن میباشد.

IV. اختلال مسخ شخصیت

خصوصیت اصلی اختلال مسخ شخصیت عبارت است از هجمه های مداوم و مکرر مسخ شخصیت که باعث تشوشات اجتماعی و شغلی می گردد.

جدول ۱۶-۲ سندروم های مرتبط به فرهنگ

تظاهرات	ممالک یا نواحی	سندروم
همانند latah که ذیلاً ذکر شده است	گروپ های سایبریایی	Amurakh (irkunii, lkota,olan, myriachit, nenkeitii)
هجمه تجزیه ای که یک دوره خفا و بعداً تجاوز پرخاشگری یا سلوک دیگرگشی مردم یا اشیا دیگر، افکار گزند رسانیدن، اوتوماتیزم، خستگی، فراموشی و برگشت به سوی یک حالت ماؤف شده که ممکن در جریان یک هجمه مختصر سایکوز بوجود آید و یا در جریان شدید شدن یک پروسه مزمن سایکوز بوجود آید.	مالیزیا، لاؤس، فلیپین، پولینیزیا، ناواجا، نیوگانا، پورتوریکو.	Amok
چیغ زدن های غیرقابل کنترل، حملات گریه، لرزه، حرارت در سینه که بعداً به راس میروند، پرخاشگری کلامی، تجارت تجزیه ای هجمه های مانند تشنج یا وضعیفی نشانه های خودگشی، احساس از کنترل خارج شدن، فراموشی که در جریان هجمه است. توسط سترس های فامیلی بوجود آمده، تقلید از پانیک اختلالات مزاج، تجزیه ای یا شبه جسمی می کند.	امریکالائین، گروپ، کشورهای لاتین مدیترانه، لاتین کارابین	Ataqua de Nervios
همانند latah ذیلاً ذکر شده است.	تایلند	Bah tschi (Bah- tsi ,baah-ji)
قهر، تنش حادعصبی، سردردی، لرزه، تشوشات معده، ضیاع شعور و وضعیفی مزمن.	گروپ ممالک لاتین	Bills and colera
تهیج آتی، سلوک ناراحت و پرخاشگرانه، اختلال شعور، تهیج روحی حرکتی، برسامات بینائی و شنوائی، افکار پارانوئید و افکاری که تقلید از یک هجمه مختصر سایکوتیک می کند.	افریقا غربی، هایتی	Boufee delirant

<p>به تعقیب سترس های مکتب بوجود می آید؛ اعراض آن مشکلات در تمرکز، افکار و همانند سازی، ضعیفی، اعراض جسمی، اختلالات شبه جسمی و افسردگی.</p> <p>به مانند سندروم amok است.</p> <p>به مانند سندروم amok است.</p> <p>اضطراب و تشویش های پیکاندریک که با اخراج مایع منوی همراه است، رنگ ادرار سفید است، احساس ضعیفی و خستگی.</p> <p>کولاپس آنی که قبل از آن احساس گنگسیت یا آب بازی در سر موجود میباشد؛ چشم ها باز بوده اما نمی تواند مشاهده کند، ناتوانی در شنیدن و فهمیدن که چه چیز در اطراف اش جریان دارد اما فکر می کند که توان حرکت را ندارد، که مطابقت به اختلال تبدیلی یا تجزیه ای می نماید.</p> <p>اشتغال با مرگ شخص یا شی که ضایع شده است، مثلاً خواب های خراب، ضعیفی، احساس خطر، از دست دادن اشتها، گنگسیت، ترس، اضطراب، برسامات.</p> <p>بی خوابی، ضعیفی، پانیک، ترس از مرگ، عاطفه غضبناک، سؤ هاضمه، بی اشتها، عسرت تنفس، ضربان قلبی، دردهای منتشر، احساس یک کتله در ناحیه معده.</p> <p>به مانند سندروم Amok است .</p> <p>به مانند Latah است.</p> <p>به مانند سندروم koro که ذیلاً ذکر شده است .</p>	<p>افریقای غربی</p> <p>Polynesia Polynesia</p> <p>ممالک جنوب شرقی آسیا مثلاً هند، نیپال، بنگله دیش، سریلانکا، پاکستان، اندونزی یا غیره...</p> <p>امریکا جنوبی و ممالک کارابین</p> <p>هندی های امریکائی</p> <p>کوریا</p> <p>Navajo</p> <p>Japan</p> <p>بی مر، آسام؛ هندوستان</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brain fog • Cafard • Cathard • Dhat • Falling out or blocking out • Ghost sickness • Hwa-byoug (سندروم قهر) (wool-hwa-buying) • Ich aa • Imu • Jhin jhinia
--	---	---

<p>به مانند سندروم Dhat است .</p> <p>اضطراب شدید و ناگهانی که در آن قضیب مردانه و یا در زنان نوک پستان دوباره به بدن داخل شده و باعث مرگ می گردد، ممکن در نواحی ایپیدیمیک آسیای شرقی واقع شود.</p> <p>فرط حساسیت در برابر یک ترس ناگهانی، بسیاری اوقات همراه با ایکسوراکسی، ایکولالیا، سلوک تجزیه ای یا سلوک به شکل خواب آلودگی می باشد.</p> <p>شکل شدید سایکوز مزمن که در نتیجه مشکلات متعدد زندگی بوجود می آید. اعراض آن عبارت است از عدم تطابق، بی قراری، برسامات بینائی و شنوائی، عدم توانائی در پی گیری رول اجتماعی، تجاوز، عدم توانائی در پیش بینی.</p> <p>خواب کامل، حملات گریه های بدون علت اشکار، اسهال، استفراغ، تب در اطفال معمول است اما بعضاً در کاهلان مخصوصاً زنان نیز دیده میشود.</p> <p>به مانند سندروم Amok است</p> <p>به مانند سندروم Latah است.</p> <p>به مانند سندروم Rootwork است .</p> <p>به مانند سندروم Colera و Bills است .</p> <p>اعراض ناراحتی هیجانی، تشوشات جسمی، عدم توانائی اجرای وظیفه، سردرد، تخرشیت، تشوشات معده و خواب، عصبانیت، ناتوانی در تمرکز، لرزه، احساس سوزنک شدن،</p>	<p>هندی</p> <p>مالیزیا، هند، چین و تایلند</p> <p>سایبریا، تایلند، چپان، فلپین، مالیزیا، اندونیزیا</p> <p>ممالک امریکای لاتین و مناطق لاتین ایالات متحده</p> <p>فرهنگ مدیترانه</p> <p>Papuanew guinea puertorico</p> <p>فلپین</p> <p>لاتین</p> <p>لاتین</p> <p>یونانی های امریکای شرقی، امریکای لاتین</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jiryan • Koro • Latah • Locura • Mal de oje (چشم شیطان) • Malde pelea • Mali mali • Mal puesto (Brujeria) • Muina • Nervious
---	--	--

<p>گنگسیت، اضطراب و افسردگی.</p> <p>یک هجمه ناگهانی تجزیه ای که با تهیج زیاد برای سی دقیقه دوام می کند و ذریعه کوما و حملات اختلاجی پی گیری شده و الی دوازده ساعت دوام می کند. قبل از هجمه تخرشیت موجود است و بعد از آن فراموشی. در جریان حمله شخص ممکن لباس هایش را پاره کند، چوکی ها را بشکند مواد غایبه را بخورد، حتی خود را به زمین پرتاب کند و یا سایر فعالیت های خطرناک را اجرا کند.</p> <p>فردی که معمولاً خانم باشد طوری عمل می کند که او توسط خدای ملکیت ساخته شده است و بعداً یاد فراموشی مطلق بوجود می آید از ساعتها الی روزها باقی مانده و یک اختلال تجزیه ای است و باید از اختلالات سایکوتیک، مزاجی و اضطراب تشخیص تفریقی شود.</p> <p>هجمه ها منحصر به مقطع روانی حاد است که توسط اختلالات سایکوتیک، غیرسایکوتیک تجزیه ای، پارانوئید و غیره مشخص می گردد.</p> <p>مانند سندروم KORO است.</p> <p>نفوذ شیطانی شخص دیگری است اعراض آن اضطراب منتشر، دلبدی، استفراغات، اسهالات، ضعفی، ترس از مسموم شدن، ترس از کشته شدن که باعث اعراض مختلف روانی می گردد.</p> <p>درد، کرختی، لرزه، فلج، اختلاجات، ستروک، کوری، حمله قلبی، انتانات، سقط</p> <p>خانم بعد از مرگ شوهر، خود را از بین میبرد.</p> <p>ضعیفی فریکی و مغزی، گنگسیت، سردردی، سایر دردها؛ مشکلات در تمرکز، تشوشات خواب، ضیاع</p>	<p>Arctic and subarctic Eskimos</p> <p>هند، بنگله دیش، سریلانکا، نیپال</p> <p>چین</p> <p>تایلند</p> <p>امریکای جنوبی، افریقایی امریکایی اروپایی و امریکای کارابین</p> <p>Portuguese cape, verde islanders</p> <p>هند شمالی (راجستان)</p> <p>چین</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pibloktoq • Possession State • Qi - gong psychotic reaction • Rok - joo • Root work • Sanguo dormido (sleeping blood) • Sati • Shenjing shuairuo
---	---	--

<p>حافظه، مشکلات هضمی، عدم کفایه جنسی، تخرشیت و اختلال مزاج و اضطراب.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Shen-kuei
<p>اضطراب زیاد یا پاتیک، شکایات جسمی، عدم کفایه جنسی، اعراض که نشان دهنده اخراج بسیار زیاد مایع منوی در وقت جماع است، استمنا، ادرار شبانه که فکر میشود این ادرار مایع منوی است.</p>	<p>تایوان و چین</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Shin byung
<p>اضطراب، شکایات جسمی (ضعیفی مشکلات هضمی، گنگسیت، ترس)، بی اشتها، احساس مالکیت توسط ارواح اجدادی</p>	<p>کوریا</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Silok • Shuk yang (Shook young, Suo yang) • sorcery
<p>به مانند سندروم latah است. به مانند سندروم koro است.</p>	<p>فلپین چین</p>	
<p>اضطراب، ترس از اشتغال، توسط فکتورهای اجتماعی و سیاسی زیاد میشود مانند اختلال شبه جسمی نوع تبدیلی است، اختلال دیستایمیک و اضطراب، شیروفرنی، اختلال دوقطبی، تأخر عقلی، صرع و امراض فزیکتی.</p>	<p>هند جنوبی: قبیله های افریقایی در امریکا، شمالی غرب هند، یوروبا</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> • Spell
<p>حالت خواب آلودگی که در این حالت شخص با کسی که از بین رفته یا با روح ارتباط می گیرد، دوره های مختصر تغییرات شخصیت، مانند هجمه سایکوزس است.</p>	<p>امریکایی های افریقایی و اروپایی ها در امریکای جنوبی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sukra prameba
<p>به مانند Dhat است.</p>	<p>سرلانکا</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Susto
<p>نشان دهنده یک واقعه ترسناک است که باعث می گردد تا روح مریض خدا را ترک کند و در نتیجه خفه شدن و امراض بوجود می آید، فشار های</p>	<p>مکسیکو، امریکای مرکزی و امریکای جنوبی</p>	

<p>اجتماعی، ترس یا حتی مرگ ممکن می گردد، تشوشات اشتها، خواب ناکافی، غم آلوده بودن، درد معده، سردردی، شکایت جسمی، درد عضلات، اختلال اساسی افسردگی، اختلال سترس بعد از ترضیض و اختلال شبیه جسمی.</p> <p>ترس زیاد بدن، (از اعضا و وظایف آن) شرم ناک بودن، حالت مدافعی در برابر مردم، افاده وجهی یا حرکات که به مانند ترس اجتماعی میباشد.</p> <p>یک محل عقیدوی بوده که در آن موهای خود را به شکل تشریفاتی آن می کند (Locha) باعث تاس شدن سر می گردد. این نشان دهنده توانایی در برابر درد کردن موها است.</p> <p>عمل است که در آن روح بدن را تصاحب شده و باعث حالت تجزیه ای می گردد (چیغ زدن، خنده و سر خود را به دیوار زدن)، بی علاقه گی، ترک ادویه، نخوردن غذا و یا انجام ندادن وظایف روزمره.</p>	<p>جاپان</p> <p>هند</p> <p>ایتوییا، سومالی، مصر، سودان، ایران، افریقای شمالی، شرق میانه</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taijin kyofusho • Trichotillomania • Zar
---	---	--

ایپدیمیولوژی

مسخ شخصیت خفیف بدون کدام تشوش عمدہ در ۳۰ الی ۷۰ فیصد بالغان جوان واقع میشود. اختلال دردوره بلوغیت یا بلوغیت مقدم آغاز شده و زیادتر در زنان جوان معمول است.

اختلال تجزیوی باید از اختلالات خواب سؤاستفاده ادویه جات، صرع نوع لوب صدغی ونیم سری تشخیص تفریق شود.

لوحه کلینیکی

اعراض مسخ شخصیت (اختلال درک) یک تغییر است در درک و یا تجربه خود شخص یعنی حس معمول یک فرد به شکل گذری از بین رفته و یا تغییر می کند. که این ها توسط حس بیگانگی از خود و یا غیر واقعی بودن خود مشخص می گردد و ممکن مشتمل گردد بر احساس که یک فرد فکر کند که اطراف او از نظر اندازه تغییر یافته یا خود را از یک مسافه دور نگاه می کند.

مسخ شخصیت با افسردگی، ترس، حالت اضطراب، شیزوفرنی، نیوروزس و سواس اجباری، سؤ استفاده از ادویه، خراب شدن خواب، صرع نوع فص صدغی و نیم سری همراه است. واقعات این اختلال تحت شرایط ترضیض مثلاً جنگ ها، کمپ های توقیفی یا تجربه مرگ دوستان قریب زیاد میباشد. مسخ واقعیت زیادتر موجود است و توسط درک نا آشنای اطراف یک فرد مشخص می گردد. بدین معنا که واقعیت دنیا خارجی از بین رفته است.

هینوزس ممکن باعث اختلالات تجزیوی گردد
در حالیکه باعث بهتر شدن ان نیز میتواند شود.

در فکتورهای مساعد کننده خستگی، شفا یابی بعد از مسموم شدن مواد، هینوزس، ادویه، دردهای فزیک، اضطراب، افسردگی، تب بلند و فشار شدید مثلاً تصادم موتر، حوادث طبیعی یا جنگ نظامی شامل است. اختلالات آن را میتوانیم از هایپو کاندریازس و تشوشات اجتماعی یا شغلی نام ببریم.

اسباب

نظریات ذیل موجود است.

- مسخ شخصیت به عنوان یک عکس العمل اجرا شده مغز در افراد مساعد است.
- یک دفاع است که در آن یک فرد از خود انکار نموده و نیز انکار می کند که شرم نمی تواند احساسات را برافکند.
- مسخ شخصیت در پی کوشش جهت رد کردن و نه پذیرفتن تصویر خود بوجود می آید که با غرایز ناپذیرفتنی یا تغییرات در سرحدات ایگو همراه است.
- مسخ شخصیت یک عکس العمل معمول در برابر حالاتی است که حیات را تهدید می کند.

تشخیص تفریقی

۱- اعراض مسخ شخصیت: حتی اگر عود نماید باز هم باعث تشوشات اجتماعی و شغلی نمی گردد.

phenazepam و Clozapine در تداوی

اختلال مسخ شخصیت مفید است.

۲- سایر اختلالات سایکوتیک: مثلاً افسردگی،

شیزوفرنی، اختلال عضوی مغزی

(مسمومیت با ادویه یا قطع ادویه)،

اضطراب، صرع و اختلال شخصیت.

۳- سایر اختلالات تجزیه ای.

تداوی

در بعضی راپورها از استفاده phenazepam و clozapine یاد شده است. مخصوصاً زمانی که مریض دفعتهاً

بعد از آغاز مریضی دیده شود. هینوزس مفید است مخصوصاً در مریضانی که توان زیاد به هینوزس داشته باشند.

سیر این اختلال معمولاً مزمن بوده و دارای دوره های شفایابی و تشدید میباشد.

سوالات برای مرور

۱. تجزیه را تعریف نموده و بگونه این اصطلاح را کی ابداع کرد؟
۲. اختلالات معمول تجزیوی را بر شمرد، فراموشی سایکوجنیک از خستگی عضوی چگونه فرق میشود؟
۳. درباره اشکال و تشخیص تفریقی فراموشی سایکوجنیک بحث نمایند؟
۴. فوگو را تعریف نموده و اسباب مختلف آنرا بر شمرد؟
۵. اختلال چندین شخصیتی را تعریف نموده، اسباب و تداوی آنرا بیان نمایند؟
۶. در مورد اصطلاحات ذیل مختصراً بنویسید؟
 - (a) بی تفاوتی زیبا
 - (b) فراموشی انتخابی
 - (c) فراموشی متداوم
 - (d) اختلال مسخ شخصیت
 - (e) جریان پیدا کردن (Switches)
 - (f) مسخ حقیقت
 - (g) تشخیص تفریقی فراموشی سایکوجنیک

سوالات امتحان مسلکی

- در موارد ذیل مختصراً بنویسید؟
 - فراموشی سایکوجنیک
 - سندروم مسخ شخصیت
 - سندروم های وابسته به فرهنگ در هندوستان
 - سندروم ثروت یا possession syndrome

اختلالات روانی جسمی

پس منظر تاریخی، اسباب، تصنیف، قلبی و عایی (شخصیت نوع A)، سیستم تنفسی، طرق معدی معایی، عضلی، اندوکراین و اختلالات معافیتی، سردردی و کرمپ هنگام نوشتن

طبابت روحی جسمی به اساس مشاهده فشارهای روحی و اجتماعی فرهنگی میتواند در مساعد ساختن زمینه در آغاز مریضی، سیر مریضی و پاسخ در مقابل ادویه بعضی تغییرات فزیولوژیک و اختلالات بیولوژیک رول بازی کند. تقاضای سازگارانه محیطی (سترس) باعث تغییرات داخلی (صدمه) می گردد.

اصطلاح روحی جسمی در سال ۱۸۱۸ توسط هینروت کشف شد.

تاریخچه

اصطلاح روحی جسمی بار نخست توسط مؤلف بنام هینروت (Heinroth) در سال ۱۸۱۸ استفاده شد. سایر اصطلاحات چون اختلالات روحی فزیولوژیک یا فکتورهای روحی که امراض فزیک را متأثر میسازد استفاده می گردد. اصطلاح روحی جسمی

زمانی استفاده می گردد که فکتورهای روانی باعث اختلالات فزیک گردند (قرحات پپتیک) اما اصطلاح روحی شبه جسمی زمانی استفاده می گردد که اختلالات فزیک باعث تشوشت روانی گردد مثلاً (افسردگی در اشخاص معیوب یا مریض سرطان)

زمانیکه فکتورهای روانی در مساعد سازی آغاز، سیرو جواب دهی در برابر تداوی مطرح باشند اختلال روحی جسمی واقع می گردد اما فکتورهای فزیک رول مهمی در تولید اختلالات سایکولوژیک دارد که بنام اختلالات جسمی روانی یاد میشود.

اسباب

ا. فرضیه های مشخص شده

- a. فروید و همکارانش در سال ۱۹۱۰ امراض جسمی را در بحران‌ات روانی مطالعه نمودند.
- b. مؤلف بنام دیوچ عقیده دارد که ترخیصات زمان قبل از ولادت، شیرخواره گی و طفولیت باعث امراض روحی جسمی در زمان بلوغ می گردد.
- c. مؤلف بنام گارما (درسال ۱۹۵۰) واضح نمود که قرحه پیتیک یک معنای بالخاصه روانی دارد.
- d. مؤلف بنام دنبار (درسال ۱۹۳۶) پیشنهاد نمود که تصویر یک شخصیت آگاه بالخاصه مترافق است با امراض بالخاصه روحی جسمی.
- e. عالم بنام فرانز الکساندر چنین نظر دارد که بحران‌ات بالخاصه ناخودآگاه باعث امراض بالخاصه اعضا می گردد که توسط سیستم عصبی خودکار تعصیب شده اند.
- f. عالم بنام رویچ درسال ۱۹۵۸ اظهار داشت که هر تشوش که در رابطه گیری بوجود آید (نوع واپس روی) باعث امراض روحی جسمی می گردد.
- g. عالم بنام هورنی درسال ۱۹۳۹ و **عالم دیگری بنام مید در سال ۱۹۴۷** تاکید نمودند که فرهنگ میتواند باعث امراض روحی جسمی گردد.
- h. عالم بنام مهل **در سال ۱۹۴۹** مشخصه بحران را تحت سوال قرار داد. موصوف معتقد بود چیزیکه حایز اهمیت است اضطراب میباشد.

سندروم تطابق عمومی توسط هانس مطرح شد که سه مرحله دارد عکس العمل خبردادن (شاک) مقاومت (تطابق) و خستگی

- ا. علمای بنام های راح و هولمس واضح ساخت که جریانات زنده گی میتواند باعث امراض شود.
- ب. علمای بنام های نیمیاخ و سیفیوس واضح نمود که مشکلات در پیدا نمودن الفاظ که ذریعه آن احساسات بیان می گردد میتواند بعداً باعث اختلالات فزیکوی روحی جسمی گردد.

II. نظریات غیرمشخص شده

عکس العمل های عصبی فزیولوژیک

فشار روحی باعث فعال ساختن محور ادرینال گردیده و باعث سندروم منتشرتطابق می گردد (توسط

عالم بنام هانسلی در سال ۱۹۴۵ شرح شد و مشتمل می گردد بر:

۱- عکس العمل هشدار (شاک) باعث آماده شدن عضویت در برابر خطر یا سترس می گردد.

جدول ۱-۱۲ بعضی اختلالات معمول روحی جسمی

I - سیستم قلبی وعایی
a- فرط فشارخون اولیه
b- امراض شرایین اکلیلی
c- پروپیس دسام میترال
d- امراض وعایی مغزی
II. سیستم تنفسی
a- سندروم فرط تهویه
b- استما
c- التهاب بینی وازوموتور
III. سیستم معدی معایی
a- سندروم تخرشیت امعا
b- امراض قرحه پپتیک
c- امراض کرون
d- کولیت تقرحی
IV. جلد
a- خارش
b- پسوریازس
c- پت
d- فرط تعرق
e- درماتیت تماسی
f- جوانی دانه
g- زخ ها
h- لیکن پلانوس
i- پورپورای سایکوجنیک
j- درماتیت ارتیفکتا
V. عضلات ومفاصل
a- روماتیزم مفصلی

b- فیروزیت

VI. سیستم اندوکراین

a- هایپوگلاسمی

b- مرض شکر

c- فرط فعالیت غده درقیه

d- فرط فعالیت غده پاراتایراید

e- کاهش فعالیت غده درقیه

f- کاهش فعالیت غده پاراتایراید

VII. سیستم معافیتی

a- اختلالات الرژیک

b- سرطان

c- اختلالات معافیتی

VIII. سیستم تناسلی

a. اختلالات روحی جنسی

- دفق قبل از وقت

- ضعیفی جنسی

- جماع دردناک

- دیسپارونیا

b. اختلالات حیض

- کاهش یافتن خون درحیض

- درد در زمان حیض

- افزایش خون درحیض

- ازدیاد فشار روحی قبل از حیض

- تشوشات دوره قطع طمس

۲- مقاومت (تطابق در برابر سترس) در این حالت

تقریباً ۲۵٪ بیماران که نزدشان حملات پانیک تشخیص شده اند مصاب به پرولپس دسام میترال نیز اند.

هورمون ها یا مواد کیمیاوی مدافعوی افزازگردیده که سترس را مهار کند.

۳- **خستگی زیاد** (مقاومت در برابر سترس

طولانی ثابت نمی ماند) که بعداً باعث ناکامی دفاع عضویت می گردد.

عکس العمل های فزیولوژیک

- عکس العمل جنگ و سفر: زمانی که یک فرد مصاب نتواند مجادله یا فرار نماید پس حالت بوجود آمده باعث عدم کفایه عضوی می گردد.
- محافظه ترک: زمانی که یک فرد از ضیاع واقعی یا خیالی دچار ترس گردد، میتابولیزم کاهش می یابد، شخص ترک می کند که همین خود تاثیرات انرژی محافظه شده را دارد.

III - برخورد عمومی

عالم بنام گرینگر در سال ۱۹۵۳ و **عالم دیگری بنام لیبووسکی** در سال ۱۹۷۰ یک طرز برخورد برای امراض روحی جسمی ضروری است. فکتورهای خارجی (ایکولوژیک، فرهنگی و محیطی) داخلی (هیجانی)، ارثی، جسمی و همچنان تاریخچه فعلی و قبلی مهم است.

۱. سیستم قلبی و عایی

فرط فشار خون اولیه و امراض شرایین اکلیلی

در جدول ۱۷-۲ شرح شده است.

پروپس دسام میترال

معمولاً به عنوان یک علت اضطراب و اعراض پانیک مشخص می گردد. ۲۵ فیصد مریضان که مصاب به حملات پانیک اند، همزمان پروپس دسام میترال نیز دارند معمولاً سلیم بوده اما ممکن باعث بی نظمی های قلبی و مرگ ناگهانی شود. معاینات ایکوکاردیوگرافی قلبی در زمینه بسیار کمک می کند ادویه بیتابلاکر مثلاً پروپرانولول یا اتینولول بعضاً جهت تداوی اعراض پروپس دسام میترال استفاده می گردد اما ممکن باعث افسردگی نیز شود.

ادویه روانی در واقعات قلبی

مقدار معمول ادویه سه حلقه یی تقریباً در تمام مریضان قلبی مصئون میباشد. اما بصورت استثنایی در حالات بلاک قلبی و بی نظمی ها وجود دارد. در حقیقت بعضی ادویه سه حلقه یی ثبات دهنده غشا ممکن خطر بی نظمی قلبی را کاهش دهد.

ادویه نهی کننده مونوآمینوآکسیداز، Fluoxetine، Bupropion، Zimelidine، Fluvoxamine،

در بیماران قلبی، sertraline، fluoxetine،

zimelidine، mianserin، Bupropion

trazodon، fluvoxamine مصون ترین ادویه

جات ضد افسرده گی اند ولیتیوم باعث سندروم

sick- sinus و تغییرات موجه T می گردد.

Mianserine و Maprolitine، Trazadone

از جمله ادویه نسبتاً مصون برای افسردگی شمرده میشود.

لیتیوم باعث تشدید سندروم sick sinus و

تغییرات موجه T می گردد در حالیکه ادویه افزایش

دهنده ادرار نوع تیازاید سویه لیتیوم را افزایش

میدهد. ادویه تنبه کننده ممکن باعث تنبه ادرینرجیک و سؤ استفاده گردد. شوک برقی مغز ممکن باعث

فرط فشار، بی نظمی قلبی و احتشای قلبی گردد. ادویه فینوتیازین نیز میتواند باعث تغییرات گراف برقی

قلب گردد مثلاً طول شدن انتروال QT و PR و تغییرات ST می گردد (زیادتر با Thioridazine اما

هالوپریدول و Fluphenazine بطور نسبی مصون اند.

عمل متقابل در میان ادویه روانی و قلبی و عایی

ادویه ضد سایکوزس که همزمان با reserpine، propranolol، Hydralazine، الفا میتایل دوپا استفاده

شود باعث فرط فشارخون می گردد. ادویه سه حلقه یی ضد افسردگی با تأثیرات clonidine متضاد بوده

باعث بلاک شدن تأثیرات guanethidine و کاهش کنترل فشارخون می گردد اگر با میتایل دوپا

reserpine، clonidine و پروپرانولول یکجا استفاده شود.

هالوپریدول بطور نسبی در مریضان قلبی

مصون است.

فرط فشارخون میتواند با اضافه نمودن ادویه سه حلقه یی همزمان با reserpine افزایش یا بد. نهی کننده

های مونوآمینوآکسیدازها اگر همزمان با guanethidine یا الفا میتایل دوپا استفاده شود باعث ازدیاد

تفریط فشارخون می گردد. مقدار لیتیوم زمانی که با دیورتیک تیازاید استفاده شود باید تنظیم گردد.

۱۱. اختلالات معدی معایی

توضیحات اختلالات مختلف معدی معایی در جدول ۱۷-۳ ارائه شده است انتخاب ادویه روانی و مقدار آن

در اختلالات معدی معایی در جدول ۱۷-۴ ارائه شده است.

۱۱۱. اختلالات تنفسی

به جدول ۱۷-۲ مراجعه شود.

۱۷. اختلالات جلدی

ارتباط جلد با روان ممکن به شکل ذیل توجیه گردد.

- هر دو اختلالات جلدی و روانی ممکن در یک مریض به شکل جداگانه بوجود آید مثلاً شیزوفرنی و پیمفیگوس.
- ممکن هر دو اختلالات روانی و جلدی علت واحد داشته باشد مثلاً از باعث اختلالات ناشی از ادویه.

درافسردگی تنبه لمفوسایتیک وهم چنان تعداد لمفوسایت تی و بی کاهش پیدا می کند.

- اگر یک فرد دچار اختلال جلدی باشد ممکن به شکل ثانوی دچار اختلال روانی شود مثلاً یک دختر جوان غیر عروسی شده که مصاب به وتلیگو است ممکن دچار افسردگی نیز شود.
- همچنان یک فرد که دچار اختلال روانی مثلاً شیزوفرنی است میتواند مصاب به اختلالات جلدی چون سکایس و اختلال کندن موی شود.
- ادویه که برای اختلالات جلدی استفاده می گردد ممکن باعث اختلالات روانی شود مثلاً ستیروئیدها ممکن باعث افسردگی و یا کلوروکین و Dapson ممکن باعث سایکوزس گردد.
- ادویه که برای اختلالات روانی استفاده می گردند ممکن باعث اختلالات جلدی گردد مثلاً فینوتیازین ها باعث لکه های جلدی که در مقابل آفتاب حساس اند و یا لیتیوم ممکن باعث تشدید پسرپازس گردد.
- در بعضی واقعات ممکن به شکل انتخابی بعضی مریضان روانی اساس هذیانات خود را ناشی از جلد میدانند مثلاً پرازیتوزس هذیانی یا دیسمورفوفوبیا.

تداوی های عمومی برای اختلالات جلدی

ادویه انتی هستامینک، ضد اضطراب یا مسکن، تداوی روانی، هایدرותרاپی و تداوی سلوکی مفید است.

۷. اختلالات عضلات و مفاصل

لوحه کلینیکی، پتوفزیولوژی، نظریات و تداوی روماتوئید مفصلی در جدول ۱۷-۲ شرح شده است.

۷. اختلالات اندوکراین

حالات اندوکراین ممکن بالای سیستم اندوکراین از طرق چون تاثیرات قشری بالای محور نخامی هایپوتلاموس تاثیرگذار باشد ارتباطات متعدد و میکانیزم های فیدبک سیستم اندوکراین همراه با سیستم عصبی مرکزی از باعث فکتورهای تهیجی باعث تشدید آغاز اختلالات اندوکراین شده میتواند (احتمالاً از طریق سیستم لیمبیک و هایپوتلاموس) فرط فعالیت و کاهش فعالیت غده درقیه معمول است.

۷.۱. اختلالات معافیتی

۱- **سرطان:** واقعات متعدد سترس افزا زنده گی قبل از آغاز انواع مختلف سرطان ها موجود میباشد مثلاً سرطان خون، سرطان عقدات لمفاوی، سرطان عنق رحم. عدم توانایی آشکار ساختن هیجان مخصوصاً قهر و عصبانیت ممکن باعث سرطان سینه و ثدیه ها گردد. افسردگی نیز متمایل بودن به سرطان را افزایش میدهد.

۲- **اختلالات معافیت:** فشارهای روحی جدایی، ضیاع و سایر تجارب در بسیاری اوقات قبل از آغاز حمله در نزد جوانان و اشخاص کاهل که مصاب روماتیسم مفصلی میباشند، دیده میشود. معافیت خودی نیز میتواند در یک تعداد اختلالات بشمول پسوریازس، سیستمیک لوپوس اریتماتوزس، التهاب غده درقیه نوع هاشیماتوزس، میاستینیا گراویس و غیره رول بازی نماید.

۳- **اختلالات الرژیک:** فشارهای روحی وظایف حجرات لمفوسیت تی و بی را متأثر ساخته و باعث تشدید الرژی می گردد.

۷.۱.۱. سیستم تکثری

a. **اختلالات روحی جنسی:** مثلاً ضعیفی جنسی، دفق زود رس و غیره به شکل جداگانه در فصل هژدهم مطالعه می گردد.

b. **اختلالات دوره تحیض،** ازدیاد فشار روحی قبل از تحیض و اختلال دوره قطع تحیض اعراض آن در فصل ۲۶ تحت عنوان اختلالات مربوط به زنان شرح شده است.

۷.۱.۲. سردردی

از جمله اعراض بسیار معمول عصبی بوده و تقریباً ۸۰ فیصد نفوس تخمیناً یک بار سردرد می گردند اکثریت سردردی ها همراه با امراض عضوی نمی باشد سردردی ها قرار ذیل تصنیف می گردد.

۱- **سردردی روانی**: اسباب روانی از جمله اسباب اند که در بیشتر از سردردی های مقاوم از نظر دور می مانند. اضطراب مزمن و سندروم های افسردگی در بسیاری اوقات باعث سردردی های روحی می گردد وهم چنان سردردی ها ممکن در نتیجه هایپوکاندریازس و یا اختلالات روانی بوجود آید مثلاً شیزوفرنی، زوال عقلی ویا دلیریوم. اکثریت مریضان که مصاب به عوامل عضوی اند ممکن اعراض ثانوی روانی نزدشان بوجود آید که همزمان باید تداوی گردد .

۲- سردردی های وعایی (میگرن)

سردردی های وعایی ممکن با شدت های مختلف در ۱۵-۳۰ فیصد مریضان که دچار فشارهای روحی و بحران های روانی باشد دیده شود .

تداوی اختلالات روحی جسمی مانند تداوی تشوشات روانی و مشکلات فیزیکی است.

دو سوم مریضان که مصاب به نیم سری یا میگرن می گردند ممکن تاریخچه فامیلی مثبت داشته باشند و شخصیت وسواسی زیادتر تمایل به مصاب شدن دارد. فکتورهای مساعد کننده معمول غذاهای اند که محتوی **تیرامین داشته** باشد مثلاً پنیر، چاکلیت یا سایر فینایل ایتایل امین ها و مونوسودیم گلوتامیت (سندروم سردردی رستوران چینائی)، تحیض، تب، فعالیت زیاد، کم شدن خواب، حساسیت و ادویه (ضد حاملگی، ادویه که تاثیرات سمپاتیک دارد)، اعراض معمول نیم سری عبارت از دلبدی، استفراغ، ترس از نور یا روشنی، چشم های سرخ و پر از اشک، مزاجی بودن، تخرشیت وغیره میباشد. نیم سری در بسیاری اوقات زیادتر یک طرفه بوده و وصف نبضانی دارد و بعداً منتشر می گردد. دوام درد از چند ساعت الی چند روز میرسد. (به جدول ۱۷-۵ مراجعه شود).

علت سردردی میتواند التهاب اوغیه صدغی، سؤ اشکال شریانی وعایی، انیوریزم یا تومورها و فرط فشار خون باشد.

ادویه که در مرحله مخبروی مفید میباشد عبارت از ارگوتامین بوده وتابلت های sumitriptan به مقدار 100- 300 mg روزانه و یا ۶-۱۲ ملی گرام زرق تحت جلدی بسیار مؤثر میباشد. (مضاد استطباب کمتر نظر به ارگوتامین دارد اما بطور نسبی در امراض اسکیمی قلب و فرط فشارخون مضاد استطباب است.

سایر ادویه که استفاده می گردد عبارتند از پروپرانولول، امی تریپتیلین، diphenyl-verapamil، codeine، flunarizine، cyproheptadine، methysergide، hydantoin فاسفیت و غیره. سردردی های روحی فشار یا سترس هیجانی ممکن باعث تقلص عضلات رأس و گردن گردد و بعداً باعث تقبض اوغیه شده و در نتیجه اسکیمی را سبب شود. این سردردی ممکن در درجات مختلف در ۷۰-۸۰ فیصد نفوس بوجود آید. اضطراب، افسردگی و تهدیدات نوع الف شخصیت معمولاً همراه میباشد. در تداوی آن مستحضرات ضد اضطراب، مساز استرخا دهنده عضلات یا گرم ساختن عضلات، ادویه ضد افسردگی و تداوی روانی استفاده می گردد.

تداوی انتخابی حمله حاد میگرن یا نیم سری مانند تجویز ارگوتامین (در مرحله توسع وعایی) یا sumitriptan مفید است. در حالیکه از ادویه جات بیتا بلاکر amitriptyline و flunarizine در وقایه مرض مفید است.

X. کرمپ نویسنده

این مرض در افرادی که با دست کار می کند دیده میشود مثلاً در نویسندگان، رسامان، خیاطان و غیره.

اسباب

نظریات مختلف جهت شرح این عرض ارائه شده است.

۱- **عصبی**: در افرادی که تشوش عصبی ندارند و در عین زمان مصاب به عرض **کرمپ نویسنده**

هستند نزدشان یک نقیصه عصبی مخفی موجود میباشد.

در بعضی واقعات این عرض با امراض همراه میباشد که در ممالک حاره دیده میشود و یا در افراد یکه زرقیات واکسین سگ دیوانه را می گیرند دیده میشود.

۲- **نظریات سایکوپتا لوژیک**: فکتورهای روحی میتواند در بوجود آمدن کرمپ نویسنده نقش

داشته باشد.

۳- **نظریه آموزش**: کرمپ نویسنده ممکن یک عکس العمل ناسازگار باشد که در حالات اضطراب شدید یا غریزه بلند بوجود می آید.

تداوی

تخنیک های مختلف تداوی برای این عرض استفاده می گردد.

۱- **تخنیک بیزاری**: به مریض گفته میشود که یک سوزن را به سوراخ های کوچک داخل نماید تا آنکه مریض بالاخره از این عمل بیزار شود این تخنیک بحيث یک تداوی نهی کننده عکس العمل غیر تطابقی یا متضاد عمل می کنند.

اگر اندازه اضطراب زیاد باشد قبل از تداوی به این تخنیک باید که ادویه اخذ نماید (حساسیت زدایی) (اضطراب کم ساخته شود).

۲- **بیوفیدبک**: این آموزش برای آرام سازی عضلات که زیادتر در زمان نوشتن شخی پیدا می کند استفاده می گردد تا که به فرد فرصت داده شود خوبتر، دقیق تر و مؤثر تر نوشته کند.

جدول ۱۷-۲ مشخصات کلینیکی بعضی امراض جسمی روانی

تعریف	فرط فشارخون اولیه	امراض شرایین اکلیلی قلب	سندروم فرط تهویه	استمای قصبی	التهاب روماتیزم مفصلی
فشاربلند خون عبارت از بلند بودن فشار خون به شکل مقاوم اضافه تر از ۱۴۰/۹۰ ملی متر ستون سیماب	تجمع پلک های اتیروماتوزس در شرایین اکلیلی بوده که قطر اوعیه را تنگ میسازد	افزایش تنفس نظر به اندازه نورمال است که عضویت به آن ضرورت دارد	تقبض برانشیول ها که در نتیجه مشکلات تنفسی را بار می آورد (از باعث اذیما، افزازات و تقبض قصبیات)	اختلال التهاب که علت واضح دارد و به شکل ابتدایی مفاصل و ساختمان های آنرا مصاب میسازد	
اعراض	علائم مقدم مخبروی ندارد و بعداً علائم تخریب اعضا	تنگی یا درد از ناحیه قصبی که توسط تمرین، هیجان شدید، دلبدی، ضعیفی و سنکوب مشخص می شود	سوزنک زدن اطراف دهن، به مانند سوزن ها که در نوک انگشتان است، سبزم، حالت نسیانی، مسخ شخصیت، واقعیت و پانیک	ویزنگ (توسط هوای سرد، الرژن، اتان، مخرشات و هیجان تشدید می گردد) دلیریوم وکوما	تب، درد و اذیمای مفاصل
نظریات	عصبانیت دوام دار، فشار روحی دوام دار،	تهدیدات نوع الف در این مریضان سویه	حالاتی که باعث اضطراب عمده یا	در حالات ترس، افسردگی، رد کردن و	زنان که رویه منفی در مورد مادران دارند

افراد در جامعه تغییرات عمده را بوجود می آورد	نوراپی نفرین، اپی نفرین، کورتیزول و تستوسترون زیاد می گردد	اساسی می گردد مثلاً امتحان، عروسی	ضرورت اعتیاد	زیاد شدن پرخاشگری به شکل ثانوی بعد از دلسردی شدید	
تداوی	مشمول می گردد برفکتهای خطر، آرام سازی و تداوی سترس؛ ادویه ضد فشار اما برای اختلالات روانی ارزیابی شود، ادویه روانی اما برای اختلالات قلبی ارزیابی صورت گیرد	مشمول می گردد بر فکتهای خطر، یکجا سازی، تداوی روانی سلوکی و ارزیابی سترس	ارزیابی طبی اضطراب یا حملات پانیک تداوی شود. تنفس خود را در یک خریطه اجرا نماید	ادویه ضد اضطراب، آموزش خودی، حساسیت زدائی سیستمیک، ادویه توسع دهنده قصبات و ستریوئید	تداوی روانی ادویه چون ستریوئید کلوروکین که ممکن باعث افسردگی شود و تمرینات

جدول ۱۷-۳ توضیح کلینیکی بعضی امراض روحی جسمی طرق معدی معانی

تعریف	امراض قرحه پیتیک	مرض کرون	کولیت تقرحی	سندروم تخریشی امعا
از باعث تخریش غشای مخاطی معده و اثنا عشر بوجود می آید	یک اختلال مزمن عود کننده است که توسط تغییرات التهابی و نیکروتیک در جدار مخاطی تیوب هضمی واقع می گردد	التهاب شدید غشای مخاطی و تحت مخاطی امعای بزرگ به شمول ایلیم بعیده	یک حالت مزمن است که در آن دوره های دفعات امعا تغییر خورده و با درد همراه است بنام سندروم تخریشی کولون نیز نامیده میشود بنام کولیت مخاطی سپاستیک، اسهال عصبی و نیوروزس کولون نیز نامیده میشود.	تعریف
درد ناحیه معده (در معده خالی زیاد شده)، دلبدی، استفراغ با خون و یا از باعث تنقب و یا بندش فوحه	درد دوره یی بطن، اسهالات، درد امعا، تب مقاوم، کم خونی، ضیاع وزن، سو تغذی	اسهال خوندار و مخاطی، درد بطنی، تب، تکی کاردی، تنقب امعا	درد، اسهال، قبضیت، سو هاضمه، درد امعا، بواسیر	اعراض

نظریات	نظریه الکساندر (متکی)، افسرده توقیف شده یا متمایل به قرحه شخصیت (فکتورهای ارثی، ازدیاد پپسینوژن، قرحات	عکس العمل تهیج که باعث امراض شده و باعث ناراحتی هیجانی می گردد	تهدیدات شخصیت (وسواس اجباری) فشارهای روحی و مختل شدن روابط شخصی	اسهال که در برابر یک عکس العمل در برابر حوادث خطرناک
تداوی	از فکتورهای مساعد کننده اجتناب گردد. انتی اسید انتی کولینرجیک و ادویه بلاک کننده آنزیم های هستامین، جراحی، تداوی روانی ادویه افسردگی و ضد اضطراب و تداوی سلوکی	سلفاسلازین، ستیروئید ها، تداوی روانی، ادویه ضد اضطراب	ستیروئید، سلفاسلازین، کولستومی یا الیوستومی تداوی روانی تداوی سایکوزس	حالت روانی تداوی گردد. تداوی سلوکی بشمول تداوی آموزشی تداوی روانی با clonidine و bromide ادویه ضد اضطراب

جدول ۱۷-۴ انتخاب ادویه روانی با مقدار آن در مریضان مصاب به امراض کبدی و هضمی

توصیه	ادویه روانی	امراض کبدی و هضمی
اگر عرضی باشد باید به ادویه که تاثیرات جزئی انتی کولینرجیک داشته باشد تبدیل شود	ضد افسردگی ها و ادویه نیورولپتیک	• التهاب مری عکسوی
ادویه انتی کولینرجیک به حد اصغری استفاده شود	ادویه ضد افسردگی، نیورولپتیک، بنزودیازپین	• گستروپریزس
ادویه که شروع تاثیر سریع داشته باشد مثلاً لورازپام		• امراض قرحه پپتیک - امراض فعال امعای رقیقه
ادویه در میان غذا (به معده خالی) با یک گلیاس آب اخذ شود.	ضد افسردگی ها تماماً	• حبن
از doxepine یا تراپیرامین یا ادویه نهی کننده جذب دوباره سیروتونین استفاده شود. سویه جذب ادویه ارزیابی شود.	نیوم	• اسهالات دوامدار
سویه آن ارزیابی شود ممکن مقدار زیاد ضرورت شود.	نیوم که تدریجاً آزاد می شود	

<p>سویه آن ارزیابی شود درمورد تبدیلی آن به مستحضر بعدی فکر شود.</p> <p>از ادویه که کم تر تاثیرات انتی کولینرجیک دارد یا SSRI استفاده شود.</p> <p>با ادویه مسهل وقایه شود.</p> <p>مقدار شروع باید از نیم الی یک سوم کم ساخته شود..</p> <p>از کمترین مقدار شروع باید در مریضان که تاریخچه انسفالوپتی کبدی یا امراض شدید کبدی دارد، استفاده شود. در صورت امکان مقدار ادویه درخون ارزیابی گردد.</p> <p>در مریضان که تاریخچه امراض شدید کبدی یا انسفالوپتی کبدی دارد مقدار شروع باید به نیم کاهش داده شود (حین، طویل شدن فاصله زمان پروترومین، کاهش البومین، بلند رفتن سویه انزایم های کبدی)، از lorazepam یا oxazepam بهتر است استفاده شود.</p>	<p>ضد افسردگی ها و نیورولپتیک ها</p> <p>ادویه سه حلقوی ضد افسردگی نیورولپتیک مرحله ۱ بنزودیازپین (اوکسیدازپین)</p> <p>مرحله ۲ بنزودیازپین (مزدوج)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • قبضیت مزمن • سیروز کبد • التهاب کبدی الکحول • التهاب ویروسی حاد کبد
---	---	--

جدول ۱۲-۵ تشخیص تفریقی تظاهرات معمول انواع سردردی

سردردی وعایی		تقبض عضلات	
سردردی کلاستر	نیم سری	سردردی	سردردی
در مردان زیادتر از زنان	در زنان زیادتر از مردان	مردان مساوی به زنان	جنس
۲۰-۵۰ ساله گي	از بلوغ الی قطع حیض	معین نیست	عمر آغاز مرض
فامیلی نیست	معمولاً فامیلی است	معین نیست	تاریخچه فامیلی
به شکل پاره شدن یا به شکل برمه کردن.	نبضانی	فشاری، محکم گرفتگی به شکل که یک فیته به دورا دور سر باشد یا معین نیست.	کیفیت درد
یک طرفه در ناحیه کره چشم یا در نواحی مجاور کره چشم مثلاً وجه یا در هر دو	یک طرفه زیادتر ناحیه صدغی	دو طرفه زیادتر در ناحیه قفوی	موقعیت درد

زمان شروع درد	بعد از ظهر یا شام	صبح وقت معمولاً روزهای اخیر هفته	بعد از به خواب رفتن
طرز شروع درد	تدریجی	ناگهانی یا تدریجی	ناگهانی
دوام درد	ساعات، روزها یا هفته ها معمولاً دوام داراست	ساعت ها، ۱-۲ روز	۲۰ دقیقه الی ۲ ساعت
دفعات درد	معین نیست، سردردی مزمن روزانه	معین نیست	خوشه ای، مانند یک یا اضافه تر در ۲ الی ۱۰ هفته
فکتورهای مساعد کننده	سترس های هیجانی یا واضح نیست	سترس های هیجانی، تحیض، ادویه توسع دهنده اوعیه، الکهول	الکهول، صفحه سطحی خواب با حرکات سریع چشم
فکتورهای آرام کننده	معین نیست، استرخا، الکهول، ادویه ضد درد	استراحت، فشار دادن جلد سر، حاملگی، ادویه ارگوتامین: پروپرانولول	فعالیت ادویه مانند اکسیجن، ارگوتامین، میتی سرجید، لیتیوم، ستروئید ها

سوالات برای مرور

۱. ادویه سایکوسوماتیک را تعریف نمائید؟
۲. تیوری های مختلفی که برای تشریح پتوجنیزس اختلالات روانی جسمی روی هم گذاشته شده اند کدامها اند؟
۳. بعضی از اختلالات روانی جسمی را نام ببرید و در مورد تیوری های متعددی که برای توضیح پتوجنیزس امراض اکلیلی قلب، استمای قصبی، سندروم فرط تهویه و فرط فشار خون اساسی مباحثه کنید؟
۴. اعراض مختلف سیستم معدی معایی را در اختلال روانی جسمی بر شمرده در باره پتالوژی فرجه پیتیک، اولسیراتیف کولایتس، اریثیبال باؤل سندروم مربوط اختلال روانی جسمی بحث نمائید؟
۵. چند مریضی جدی و امراض اندوکراین در اختلال روانی جسمی را نام ببرید؟
۶. سردردی را تصنیف نمائید و نیز بگوئید که یک مریض سردردی مزمن را چگونه ارزیابی و تداوی مینمائید؟
۷. در موارد ذیل مختصراً بنویسید:

- (a) رفتار تیپ A
 - (b) سندروم تطابق عمومی
 - (c) پرولپس دسام مایترال
 - (d) دلیریوم بعد از عملیات قلب
 - (e) دست نویسنده (Writers cramps)
 - (f) Dermatitis artefacta
 - (g) Alexithymia
 - (h) پورپورای سایکوجنیک
 - (i) اختلالات و عایی دماغی
 - (j) اختلالات معافیتی و روانی
 - (k) امراض اسید پیتیک
 - (l) سندروم مراقبت جدی
۸. فرق کنید بین:

- (a) سترس و سترین
- (b) اختلالات سایکوسوماتیک و سوماتوسایکیک
- (c) ریسپانس مبارزه و پرواز و قطع نوایی و محافظت
- (d) میگرن یا نیمسری و سردردی فشاری
- (e) GAD و پرولپس دسام مایترال

سوالات امتحان مسلکی

۱. در موارد ذیل مختصراً بنویسید:
 - سندروم تطابق عمومی
 - رفتار تیپ A
 - سردردی با منشأ روانی
 - سندروم فرط تهویه
۲. اختلالات روانی جسمی را تصنیف نمائید؟

اختلالات روانی جنسی

اختلالات هویت جنسی، پارافیلیا، عدم کفایه جنسی (ضعیفی در انتعاز ودفق، وژینسموس، درد در زمان مقاربت جنسی)، هم جنس بازی، دهنه سندروم (Dhat syndrome)، کورو (Koro)، و جهین جهینیا (Jhin Jhinia)

فکتورهای روحی علت عمده در بروز مریضی پنداشته میشود اختلالات فعالیت جنسی که بواسطه فکتورهای عضوی بوجود می آیند و فکتور روحی نیز داشته باشد در این مبحث مطالعه نمی گردد. برای تاریخچه مفصل جنسی به جدول ۱۸- ۱ مراجعه شود.

در هندوستان معمول ترین اختلال روحی جنسی که دیده میشود عبارت اند از سندروم Dhat، دفع قبل از وقت، ضعف درانتعاز و کم شدن تقاضا جنسی.

جدول ۱۸- ۱ اجزای تاریخچه سایکودینامیک جنسی

انکشاف مقدم

کدام نوع پیام های مقدم را در مورد جنسیت در جریان تکامل خود اخذ نموده است؟

آیا محیط فامیلی اش طبیعی بوده یا در محیط لیلیه رشد نموده است؟

آیا تماس اش قابل قبول و راحت بوده است؟

آیا مریض دچار کدام تماس "بسیار زیاد" یا "قبل از وقت" را تجربه کرده است؟

فکتورهای اجتماعی، کلتوری و مذهبی

آیا پس منظر اجتماعی کلتوری/ اخلاقی بطور یکنواخت ملایم یا گرم بوده یا گوشه گیر و منزوی بوده است؟

مریض در زمان طفولیت خود آیا آموخته است که مرد بودن یا زن بودن چه معنا دارد؟

کدام اساسات را در مورد جنسیت قبل از عروسی اخذ نموده است؟

کدام طرز عقیده در مورد جنسیت در مذهب مریض موجود است؟

مسایل بدن

چه نوع ملاحظه مریض در مورد قیافه ظاهری خود دارد؟
در مورد بدن خود چه را خوش دارد و چه را خوش ندارد؟
چطور مریض در مورد مردانه بودن و زنانه بودن خود فکر می کند؟

ارتباطات

به کدام اندازه داشتن ارتباط حایز اهمیت است؟
چقدر ارتباط داشته و چه مدت دوام نموده است؟
ارتباط مهم که داشته کدام است اگر اختتام داشته تحت کدام شرایط به پایان رسیده است؟
طبیعت دوست بودن مریض با هم جنس خود چه نوع است و با جنس مخالف دارای کدام طبیعت میباشد؟

ارتباطات فعلی

طبیعت ارتباط فعلی مریض چه نوع است؟
چه باعث شد که با دوست فعلی خود دوستی را آغاز کرد و بار اول چه چیز دوست اش او را جلب نمود؟
چطور و چه زمانی همه چیز در دوستی ایشان خراب شد؟
مریض برای آینده ارتباط خود چه را پیش بینی می کند؟

۱. اختلالات هویت جنسی

سلوک روحی جنسی دارای اجزای ذیل میباشد.

- ۱- **هویت جنسی**: درك شخص و آگاهی شخص از مرد و زن بودن خود است
- ۲- **نقش جنسی**: يك سلوك است كه در آن فرد هویت خود (مرد ویا زن بودن خود را مثلاً پوشیدن لباس ها، آرایش وغیره) را به دیگران وانمود می سازد
- ۳- **جهت یابی جنسی**: عبارت از جلب توجه شهوانی بوده كه در آن فرد احساس شهوت جنسی خود را در مقابل مردان، زنان، اطفال و اشیا غیرجنسی ابراز می كند.

هویت جنسی عبارت از درك و آگاهی از جنس خود است، كه مرد است یا زن، درحالیكه بازی نمودن رول جنسی عبارت از سلوك انفرادی بخاطر جلب لذت جنسی است.

میل به تغییر جنسیت (Transsexualism) یا سندروم ناقرار جنسی:

لوحه اساسی این اختلال احساس معند نا آرامی و غیر متناسب بودن در مورد جنس اناتومیك خود و خواهش

دوام دار پی گیری اعضا تناسلی خود و زنده گی نمودن به صفت عضو جنس دیگر است.

در سندروم ناقراری جنسی يك فرد لباسی مربوط جنس اناتومیك خود به تن دارد خیلی ناراحتی احساس میکند و تقاضای تغییر جنسیت را مینماید.

اپیدمیولوژی

این اختلال نادر بوده شواهد اولیه این اختلال در اطفال دیده میشود مردان نظر به زنان بیشتر مصاب می گردند.

لوحه کلینیکی

فرد مصاب با این اختلال معمولاً از ناراحتی در پوشیدن لباس های جنس اناتومیك خود شاکی است. این اختلال متکرراً منجر به پوشیدن لباس های جنس دیگر می گردد این افراد فکرمی کنند که اعضا تناسلی شان متناقص است که این سبب می گردد تا به شکل متکرر فرد خواستار تداوی های جراحی و هورمونی گردد. ترانسیکچوالیزم با يك تعداد اختلالات روانی همراه است مخصوصاً اختلال شخصیت خود پرستی، سؤاستفاده مواد و سلوک تخریبی به خود و حتی خود کشی می گردد.

تشخیص تفریقی

ترانسیکچوالیزم از حالات ذیل تشخیص تفریقی گردد:

۱- **همجنس گرایی زنانه**: در این حالت فرد خصوصیات سلوکی جنس مخالف را نشان میدهد.

اما خواهش ندارد که جنس آناتومیکی دیگر را داشته باشد.

۲- **انتر سکس فزیکي**: موجودیت ساختمان های غیرنورمال جنسی تشخیص ترانسیکچوالیزم را رد

می کند.

مهبل لیسلی و قضیب لیسلی، عبارت از يك مانور تحریک کننده توسط دهن میباشد، که در آن بذر و قضیب توسط دهن و زبان تحریک میگردد و سبب تولید انعاز و بالاخره انزال میگردد.

۳- سایر افراد که هویت جنسی مختل شده دارند دارای دوره های فشار روحی اند.

۴- شیزوفرنی

۵- تقلید از روش و طرز لباس جنس مخالف (Transvestism)

تداوی

دوباره واگذاری جنسی به جنس مخالف زیادتر استفاده میشود، تداوی هورمونی نیز در دست قرار دارد هم چنان روان درمانی محافظوی نیز جهت اهداف مختلف صورت می گیرد تداوی سلوکی در مردان نیز موفقانه استفاده می گردد.

II. انحرافات جنسی (Paraphilias)

به اشکال ذیل اند:

فتیشیزم (Fetishism): در این انحراف، فرد اشیای غیر زنده را جهت برآورده ساختن لذت جنسی خود استفاده می کند، در عمر بلوغ یا طفولیت بوجود می آید، سیر مزمن دارد و در تشخیص تفریقی آن باید تجارب جنسی غیرمرضی، ترانسویستیزم و لذت جنسی که توسط لباس جنس مونث بدست می آید در نظر باشد.

انحرافات جنسی در عمر قبل از ۱۸ سالگی آغاز می گردد که در مردان تصادف می کند اما ماسوخیزم (خود آزاری)، سادیسم (دیگر آزاری) و خودنمائی یا projectism بیشتر در مردان واقع می گردد.

ترانسویستزم (Transvestism): جهت بدست آوردن هیجان جنسی از لباس جنس مخالف استفاده می گردد اما معیار ترانسیکچوالیزم را تطابق نمی کند، در عمر طفولیت یا بلوغ مقدم بوجود می آید سیر مزمن دارد و ممکن به ترانسیکچوالیزم تبدیل شود.

زوفیلیا (Zoophilia): در این صورت فرد جهت بدست آوردن لذت جنسی با حیوانات فعل جنسی را اجرا می کند. اینکه در کدام عمر بوجود می آید معلومات در دست نیست و سیر مزمن دارد.

تمایل جنسی به کودکان (Pedophilia): در این صورت فرد فعل جنسی را با طفل که هنوز بالغ نشده است اجرا می کند در عمر بلوغ و یا عمر متوسط بوجود می آید سیر نامعلوم یا مزمن دارد.

عورت نمایی (Exhibitionism): در این حالت فرد اعضا جنسی خود را به شخص بیگانه نشان می‌دهد بدون اینکه کدام فعل جنسی را اجرا کند، در عمر قبل از بلوغ و یا عمر متوسط یا وسط بلوغ بوجود می‌آید، سیرمزمین دارد.

چشم چرانی (Voyeurism): در این حالت فرد افراد دیگر را که در جریان عمل جنسی قرار دارند، تماشا می‌کند و به این ترتیب لذت جنسی را برآورده می‌سازد اما تقاضا عمل جنسی را با آن افراد ندارد. این حالت در مراحل مقدم بلوغ بوجود می‌آید و سیرمزمین دارد.

آزار دهی (Sadism): در این حالت فرد اذیت و آزار را بالای زوج راضی و یا غیر راضی خود تحمیل می‌کند و از آن لذت می‌برد در اوایل بلوغ بوجود می‌آید و سیرمزمین دارد. با زنا بالجبر تشخیص تفریقی می‌گردد.

آزار گیری (Masochism): اشتراک قصدی در فعالیت جنسی که در آن شخص زده می‌شود و یا اینکه توسط دیگر رنج داده می‌شود. در مراحل طفولیت مقدم دیده می‌شود سیر مزمین دارد. این حالت از تخیلات آزار گیری جنسی تشخیص تفریقی میشود.

مالش (Frotteurism): عبارت از تماس و مالش اعضای تناسلی در بدن شریک جنسی ناراضی.

frotteurism در معنا عبارت از تماس اعضای تناسلی یا مالیدن آن در بدن یک شخص بی خبر است.

اینکه بعضی از انحرافات فوق با عدم رضایت طرف مقابل همراه اند به همین علت حایز اهمیت حقوقی و اجتماعی اند. انحرافات جنسی ممکن متعدد باشد و یا با سایر اختلالات چون شیذوفرنی و یا اختلالات شخصیت یکجا واقع شوند.

اپیدیمبولوژی

شیوع دقیق معلوم نیست ۵۰ فیصد افراد در سن ۱۸ سالگی مصاب این انحرافات می‌گردند.

اسباب

(i) نظریات بیولوژیکی: آفات بعضی قسمت های سیستم لیمبیک، امراض فص صدغی و سوبه غیر نورمال اندروجن ها.

(ii) نظریات تجزیه روانی (سایکوانالایتیک): مثلاً در فتنیشیم و ترانس وستیزم.

(iii) **نظریات آموزش:** سلوک جنسی توسط اعمال جنسی چون استمنا تقویت می گردد.

(iv) **سایر فکتورهاها:** ارتباطات مختل شده اجتماعی و فعالیت جنسی در بلوغ، عقاید غلط و غیره در بوجود

آمدن انحرافات جنسی حایز اهمیت است.

تداوی

ادویه ضد اندروجن (میدروکسی پروجسترون استیت) بسیار استفاده می گردد تا که میل جنسی کم ساخته شود. مییدروکسی پروجسترون استیت ساختن تستسترون

را بلاک می کند اما ادویه دیگر که بنام سیپروتیرون استیت یا د می گردد آخذه های مرکزی محیطی اندروجن را بلاک می کند.

سیکل جنسی چهار مرحله دارد: (تمایل، تهیج، لذت، و آرام شدن) که از یک فرد تا فرد دیگری فرق می کند.

ادویه ضد سایکوز نیز استفاده میشود که سلوک منحرف را تداوی کند. سلوک پر خاشگرانه جنسی توسط لیتیوم، پروپرانولول، کاربامازپین و کلونازپام تداوی می گردد.

هم چنان تداوی های رفتاری نیز صورت می گیرد تا رفتار منحرف شده جنسی را تداوی نماید.

III. عدم کفایه جنسی

وظایف جنسی انسان ایجاب عمل مشترک سیم عصبی، وعائی و اندوکراین را مینماید تا لذت جنسی و انزال را بار آورد.

دردفق قبل ازوقت یا زود رس تکنیک آغاز وتوقف ویا فشردن اله تناسلی استفاده میشود.

عدم کفایه جنسی ممکن تمام عمر دوام کند و یا به تعقیب یک فعالیت نورمال جنسی بوجود آید.

ایپیدمیولوژی

شیوع دقیق عدم کفایه جنسی معلوم نیست اما سن دقیق بوجود آمدن آن در مراحل مقدم بلوغ است. اما دفع قبل از وقت عموماً بعد از اولین عمل مراقبت جنسی آغاز می گردد. در اواخر دهه دوم یا قبل از آغاز دهه سوم میتواند به شکل کلینیکی شروع نماید.

سبب شناسی

(i) **نظریه آموزش:** عقیده چنین است که عدم کفایه جنسی از باعث تجارب غلط جنسی بوجود می آید.

(ii) **نظریات سایکوانالایتیک:** بحرانات غیر آگاهانه روانی که از باعث تجارب خراب دوران طفولیت می باشند.

معمول ترین نوع ضعیفی جنسی در بیماران شکرهمانا ضعیفی در انتعازاله تناسلی است.

(iii) **نظریه اسباب متعدد:** مؤلف (Kalpan 1974). فکتورهای ذیل را بحیث سبب شامل لست ساخته است.

- نداشتن معلومات کافی در مورد وظایف جنسی.
- شرم و اضطراب نا آگاهانه در مورد جنس.
- اضطراب عمل.
- عدم موفقیت در ابراز نمودن احساسات جنسی.

(iv) **سایر اسباب:** ترضیضات جنسی (سؤاستفاده جنسی، زنا بالجبر)، اختلالات روانی، فکتورهای عضوی، و سایر فشارهای روانی جنسی.

تشخیص تفریقی

معمول ترین علت دفع زود رس عبارت از اضطراب است.

(i) اختلال فزیک

(ii) اختلال عقلی

(iii) تنبه ناکافی جنسی

(iv) یاتروجنیک (توسط ادویه). جدول ۱۸.۵ دیده شود.

جدول ۱۸-۵ تأثیرات ادویه بالای جنسیت

تأثیرات مشابه بالای پاسخ جنسی			ادویه
اورگازم	تهیج	میل	
دقیق مؤخر	ناتوانی جنسی		I. انتی کولینرجیک
	ناتوانی جنسی		II. ضد افسردگی ها سه حلقه ای، نهی کننده انزایم مونو امینواکسیداز
نهی	ناتوانی جنسی	کاهش	III. ضد فرط فشارخون
		کاهش	IV. ضد التهاب اندو میتاسین
دقیق مؤخر	ناتوانی جنسی	کاهش	V. ضد پارکینسون
	ناتوانی جنسی	کاهش	VI. مدررها L-dopa
با مقدار بلند به تعویق میاندازد	با مقدار کم بلند میبرد	کاهش	VII. ستروئیدها
	دقیق ریتر و گرید	کاهش	VIII. خواب آورها
با مقدار بلند نهی میکند	عدم کفایه انتعاض	کاهش	IX. مسکنات اساسی
	با مقدار بلند کاهش	کاهش	X. مورفین
دقیق مؤخر			XI. سایر ادویه
دقیق سریع			دای سلفیرام ایفدرین

تداوی

اختلال تناقص فعالیت تقاضای جنسی: اگر فقدان تستسترون موجود باشد توصیه شود و یا امراض دیگر

اگر موجود است تداوی شود.

در عدم اقتدار انتعاض، سلدینافیل، یوهامبین، ایدازوکزان اپومورفین، بروموکرپتین، نالوکزان،

نالتریگزان و زرق پاپاوارین ادویه مؤثر اند.

اختلال انتعاز در مردان: تمرکز در آماده ساختن برای پذیرش که در آن به ازواج توصیه می گردد که قبل از یکجا شدن یکدیگر را به آغوش بکشند و از احساسات شهوت برانگیز لذت ببرند. همچنان اضطراب را تداوی نماید. sildenafil 25-100mg نیز توصیه می گردد.

لذت جنسی نهی شده در مردان: فکتورهای فزیکتی اصلاح شود و فکتورهای روانی شناسائی شوند. **دفع قبل از وقت:** تخنیک های سلوکی مثلاً تمرکز در آماده ساختن برای پذیرش یکدیگر، کم ساختن اضطراب، تخنیک فشار دادن یا توقف دادن عمل جنسی و دوباره آغاز نمودن (توقف یا فشار) همچنان تداوی های روانی.

همجنس گرایی یک زمینه قوی ارثی دارد

IV. سایر اختلالات روحی جنسی

(a) **هم جنس بازی:** لوحه اساسی هم جنس بازی میل که فرد میخواهد لذت جنسی را ازدیاد بخشد میباشد تا روابط جنسی را با دیگران قایم سازد. هم جنس بازی دارای یک اساس قوی جنتیکی میباشد.

اپیدیمیولوژی

تداوی تشوشات وظیفوی جنسی روان درمانی است. کسانی که انحراف جنسی دارند برایشان از هورمون های ضد اندروجن، همراه با تداوی روانی و رفتاری استفاده میشود و در سندروم بیقراری جنسی و در همجنس بازی از تداوی رفتاری استفاده میشود.

شیوع دقیق این اختلال معلوم نیست

فکر می شود ۶-۱۰٪ مردان ۲-۴٪ زنان

مصاب به هم جنس بازی باشد.

اسباب

(a) **فکتورهای بیولوژیکی-** در دوگانگی های مونوزایگوتیک.

(b) **فکتورهای سایکودینامیک-** در خانواده ها در مراحل مقدم تکامل شان تشوشات موجود میباشد.

(c) **نظریات اجتماعی آموزش-** جهت یابی جنسی ابتدا بعد از بلوغ آموخته میشود.

تشخیص

افراد مصاب به این اختلال میلان به اختلال دیستایمیک افسردگی، اضطراب، شرم و سایر امراض طبی مانند ایدس، التهاب کبدی و امراض که از طریق مقاربت جنسی انتقال می یابد، نیز دارند. تنهائی بسیار معمول است.

تشخیص تفریقی

- ۱- هم جنس بازی که ایگو سینتونیک است و به عنوان اختلال روانی تصنیف نشده باشد.
- ۲- تقاضا نهی شونده جنسی.
- ۳- هم جنس بازان که نزد شان افسردگی اساسی بوجود می آید.
- ۴- ترانس سیکچوالیزم و فیتیشیستیک ترانسویستیزم
- ۵- هم جنس بازی کاذب: در این حالت بحرانات اولیه متعلق به قدرت و وابستگی میباشد.

تداوی

۱. **تحلیل روانی**: در این حالت جهت یابی جنسی توسط غیرملبوس ساختن بحرانات نا آگاه تغییر داده شده است.
 ۲. **تداوی سلوکی**: مثلاً شوک برقی و کم ساختن اضطراب در مورد بازی با جنس مخالف.
 ۳. **تداوی مشکلات ضمیموی**: مثلاً افسردگی یا شیذوفرنی
- b. سندروم دخت (DHAT Syndrome)**: یک نیوروز حقیقی مربوط به فرهنگ است که در نیم قاره هند معمول است.

دواهایی که سبب تشوش و وظیفوی جنسی میشود عبارتند از، ادویه انتی کولینرژیک، ادویه ضد افسردگی سه حلقوی، ادویه ضد فرط فشار خون، ادویه ضد پارکینسون، ادویه ضد التهاب (اندومیتاسین)، دیورتیک ها (تیازاید، سپایرونولکتون)، سترئوئیدها، هیپنوتیک ها، ترانکولایزر های عمده، مورفین، دای سلفسران، ایفیدرین و غیره.

اپیدمیولوژی

تقریباً در ۶۰-۳۰ فیصد مریضان که مشکل روحی جنسی دارند دیده میشود. مریض یک جوان مذکر میباشد که در نزدیکی ها می خواهد عروسی کند یا در نزدیکی ها عروسی نموده باشد که وضعیت اقتصادی متوسط یا پائین اجتماعی اقتصادی دارد، متعلم، کارگر یا دهقان باشد از مناطق روستائی باشد و از فامیلی باشد که در مورد جنس افکار محافظه کارانه داشته باشد.

لوحه کلینیکی

این مریضان با اعراض جسمی مبهم مراجعه می کنند مثلاً کمزوری، ضعیفی، اضطراب، از بین رفتن اشتها وغیره و ممکن با اعراض روانی چون شرم، مزاج افسرده، فقدان تمرکز و حافظه مراجعه کند و بعضاً با عدم کفایه جنسی (عقامت، دفق قبل از وقت) و مریض چنین می گوید که در ادرار اش مایع منوی (دهت) خارج میشود.

تشخیص تفریقی

۱. مریضی های فریکی. مثلاً امراض ساری مجامعتی، شکر و غیره اخذ ادویه (انتی اسید ها، ادویه تقویه کننده و غیره و موجودیت اسپرم در ادرار.
۲. اختلالات روانی. مریضی های اولیه روانی.

تداوی

تداوی اساسی سندروم دخت دوباره تعلیم دهی، اطمینان دهی و مشوره دهی میباشد. اگر اعراض اضطراب و افسردگی موجود باشد از ادویه ضد اضطراب و افسردگی استفاده می گردد. عدم کفایه روحی جنسی که مترافق با سندروم است نیز ایجاب مداخله مناسب را می کند.

c. کورو (Koro): یک سندروم مربوط به فرهنگ است که در مالیزیا، هند، چین و تایلند موجود است.

اپیدمیولوژی

شیوع دقیق معلوم نیست یک اختلال نادر است.

لوحة كلینیکی

مطابق به DSM-IV اضطراب شدید و ناگهانی بوجود می آید که فرد فکر می کند که قضیب در مردان و یا نوک پستان در زنان به داخل فرو رفته و باعث مرگ می گردد که این عقیده باعث بوجود آمدن اعراض روحی متعدد می گردد مثلاً حملات پانیک، اضطراب منتشر، مشکل خواب، عدم کفایه روحی جنسی و غیره.

تشخیص تفریقی

از اختلالات عمده روانی تفریق می گردد.

تداوی

ادویه ضد اضطراب و تداوی روانی.

d. **جهین جهینا** (Jhin- Jhinia): از نواحی Assam و Bemar راپور داده شده است، لوحة كلینیکی و تداوی آن مثل کورو میباشد.

سوالات برای مرور

۱. انواع مختلف اختلالات روانی جسمی را تصنیف نمائید؟
۲. اصطلاحات ذیل را تعریف نمائید:
 - (a) شناخت جنسی
 - (b) رول جنسی
 - (c) جاذبه جنسی
 - (d) میل به تغییر جنسیت
 - (e) غیر جنسی
 - (f) همجنس گرایی
 - (g) کورو
۳. انواع مختلف پارافیلیاها (انحرافات جنسی) را نام گرفته و در مورد تداوی آنها بحث نمائید؟
۴. مراحل مختلفه و نارمل واکنش جنسی کدامها اند و اختلالات مربوط به آنها شرح دهید؟
۵. بعضی تشوشات روانی جنسی را نام گرفته تداوی آنها شرح دهید؟
۶. در مورد اسباب، تشخیص تفریقی و منجمنت همجنس گرایی توضیحات دهید؟
۷. Dhat چیست؟ اپیدمیولوژی، منظره کلینیکی، تشخیص تفریقی و تداوی سندروم Dhat را شرح دهید؟
۸. فرق کنید بین:
 - (a) ترانسوسیتیزم (تقلید از جنس مخالف) ابتدایی و ثانوی
 - (b) Vaginismus و Dyspareunia
 - (c) صنم پرستی یا فتیشیزم و ترانورسیزم یا میل به تغییر جنسیت
 - (d) خود آزاری (مازوخیزم) و دیگر آزاری (سادیزم)
 - (c) عقامت و عدم اقتدار جنسی
 - (f) ایگوی سازگار در برابر ایگوی ناسازگار همجنس گرایی

سوالات امتحان مسلکی

- در موارد ذیل مختصراً بنویسید:
 - نیوروزس جنسی
 - انحراف جنسی
 - سندروم Dhat
 - Koro
 - عدم اقتدار جنسی

اختلالات تطابق و اختلال تکانه

اختلالات تطابق (تعریف، اپیدمیولوژی، ایتیولوژی، تشخیص تفریقی، تداوی)،
اختلالات انگیزه (قمار بازی مرضی، آتش زدن، دزدی های روانی، اختلالات انفجاری متناوب
و خریداری اجباری)

۱. اختلالات تطابق

لوحه مهم تشخیصیه این اختلالات عبارت از عکس العمل ناسازگاری است که در مقابل یک فشار مشخص روحی اجتماعی و در جریان سه ماه بعد از بوجود آمدن این فشار واقع می گردد. اصطلاحات دیگریکه برای اختلالات تطابق استفاده می شود عبارت است از اختلالات گذری وضعیتی شخصیت، تشوشات گذری وضعیتی، عکس العمل ناسازگار و غیره

اختلالات تطابق عکس العمل های غیر تطابقی که در برابر فشارهای روحی اجتماعی بوده، در سه ماه بعد از فشار روحی بوجود می آید.

اپیدمیولوژی

شیوع آن 0,1 تا ۱۰ فیصد نظر به واقعات مطالعه شده راپور داده شده است.

لوحه کلینیکی

- ۱- اختلال تطابق همراه با مزاج افسرده
- ۲- اختلال تطابق همراه با مزاج مضطرب
- ۳- اختلال تطابق همراه با تظاهرات مختلط هیجان
- ۴- اختلال تطابق همراه با تشوشات رفتار
- ۵- اختلال تطابق همراه با تشوشات مختلط هیجان و رفتار
- ۶- اختلال تطابق همراه با نهی وظیفه
- ۷- اختلال تطابق همراه با قطع ادویه
- ۸- اختلال تطابق همراه با شکایات فزیک

اختلالات تطابق یکجا با افسرده گی، اضطراب، تشوشات رفتار، هیجان واقع میشود.

اسباب

این فکتورها مشتمل می‌گردد بر شدت واقعات سترس افزا (شرایط زنده گی)، کیفیت تقویه و آسیب پذیری فرد.

تشخیص تفریقی

- ۱- حالاتی که با اختلال عقلی نسبت نداشته باشد: مثلاً مشکلات شخصی یا مشکلات ماحول.
- ۲- اختلالات شخصیت
- ۳- فکتورهای روحی که باعث متأثر شدن حالات فزیکمی گردد.

تداوی انتخابی اختلالات تطابقی مداخله بحران است.

تداوی

مداخله در بحران‌ات که واقعات سترس را شناسائی کرده و اهمیت این واقعات را به فرد واقع میسازد هم چنان تداوی گروهی. فامیلی اگر استطباب داشته باشد صورت می‌گیرد.

II. اختلالات انگیزه

- ۱- ناتوانی در مقابل یک عمل یعنی همان عمل قبلی را مکرراً اجرا می‌کند که به خود فرد یا سایر افراد مضراست.

اختلالات انگیزه توسط ناتوانی در مقاومت به بلند رفتن احساس فشار قبل از عمل و تجارب خوشی مشخص می‌شود.

- ۲- افزایش احساس تنش قبل از اینکه عمل را اجرا کند.
- ۳- تجربه لذت خشنودی یا آزادی در زمان اجرای عمل.

ایدیمیولوژی

معلوم نیست. در امریکا ۲۳٪ شیوع دارد در سنین بلوغ آغاز می‌کند و سیر مزمن دارد.

لوحه کلینیکی

این افراد معتقد اند که پول علت وحل مشکلات شان است. زمانی که قمارشان زیاد می گردد افراد دروغ می گویند تا بتوانند پول خود را زیادتیر بدست آورند و یا قمار را ادامه دهند اما وسعت قمار را پنهان می کنند.

اصطلاح کلپتومانیا در سال ۱۸۳۸ توسط Marc شرح شد.

فکتور های معمول مساعد کننده ممکن مرگ والدین شان باشد، طلاق قبل از اینکه به عمر ۱۵ سالگی برسد صورت میگیرد، تربیه غیر مناسب والدین و یا با کدام فرد بالغ که در قمار درگیر باشد.

اسباب

نظریات مختلف وجود دارد که این حالت را شرح نماید: تحریک نا آگاه، انومالی های سلوکی، خطر یک اختلال عاطفی و سؤ اشکال بیولوژیکی. اختلالات عمده قمار بازی مرضی میتواند قرض خواستن، دروغ گفتن، اعمال غیر عدلی، طلاق، افکار خود کشی و یا کوشش به خود کشی باشند.

تشخص تفریقی

۱- قمار بازی اجتماعی

۲- مانیا یا هایپومانیا

۳- اختلال شخصیت ضد اجتماعی

تداوی

تداوی تحلیل روانی، تداوی سلوکی، تداوی شناختی، ادویه و تداوی با شوک برقی اجرا می گردد.

کلپتومانیا عبارت از ناکامی در مقاومت نمودن در برابر منبهات است که توسط ان اشیا که دفعتاً استفاده میشود دزدی می گردد.

b- دزدی روانی (kleptomania)

لوحه تشخیصیه آن عبارت از ناتوانی است که در آن فرد بر تکانه خود مقاومت می داشته باشد مثلاً اشیای را دزدی می کند که بسیار کارآمد است یا ارزش یک سکه را داشته و یا آنرا دوباره نمیدهد و یا پنهان می کند.

لوحه کلینیکی

فرد قبل از انجام یک فعل احساس فشار زیاد می کند و در زمان اجرای آن بسیار لذت میبرد. زمانی تشخیص غلط است که اگر این دزدی از باعث اختلال رفتاری باشد و یا کدام اختلال شخصیت ضد اجتماعی موجود باشد. در این افراد در بسیاری اوقات علایم افسردگی، اضطراب و شرم موجود است.

جنون آتش افروزی عبارت از افروختن آتش اضافه تر از یک مورد بوده و هم چنان بنام «Motivationless arson» نیز یاد می شود.

اسباب

دزدی روانی توسط عقده اودیپوس متباز می گردد. این دزدی با فشار روحی همراه است، جزا دادن به دیگران توسط جزا دادن به خود شان، نفع ثانوی هستریکل.

تشخیص تفریقی

۱- دزدی معمول

۲- تمارض

۳- اختلال شخصیت ضد اجتماعی، مانیا، اختلال هدایتی

۴- شیذوفرنی

۵- اختلالات عضوی روانی

تداوی

یگانه تداوی آن عبارت از تحلیل روانی است، راپورها موجود است که برای تداوی از حساسیت زدایی سیستمیک نیز استفاده میشود.

ترخیص راس، اختلال حمله یا انسفالیت ممکن فکتورهای مساعد کننده برای اختلال انفجاری نوبتی باشد.

c- اختلال تخریب کارانه متناوب

لوحه اساسی آن هجمه ناگهانی، از بین رفتن و کنترل انگیزه های پرخاشگرانه است مثلاً با اندک تحریک فرد به دیگران حمله می کند و یا چوکی ها و فرنیچر را دور می اندازد.

اپیدمیولوژی

در هر مرحله زنده گی بوجود آمده میتواند اما زیادتر در دهه دوم و سوم حیات آغاز می کند و زیادتر در مردان به مشاهده میرسد.

لوحه کلینیکی

اندازه پرخاشگری در یک هجمه غیر قابل اندازه گیری میباشد و در میان علایم پرخاشگری دیده نمی شود. ممکن قبل از هجمه اعراض مخبروی عاطفی یا مزاجی موجود باشد. تغییرات درحالت شعوری یا فراموشی ممکن واقع شود. ممکن این همه باعث بستری شدن مزمن فرد گردد و همچنان در ارتباطات اجتماعی فرد تشوشات بوجود می آید.

تداوی اختلال کنترل تکانه شامل تحلیل روانی، هیپنوزیس، تداوی روان درمانی و رفتار درمانی می باشد.

اسباب

حالات چون الکهول یا حالاتی که باعث عدم کفایه مغزی شوند مثلاً ترضیض قبل از ولادت، حملات تشنجی در عمر شیر خواره گی، ترضیض قحفی و انسفالیت ممکن از جمله فکتورهای مساعد کننده باشند.

تشخیص تفریقی

- ۱- اختلال فزیک سببی
- ۲- اختلال شخصیت ضد اجتماعی
- ۳- اختلال تجزیوی
- ۴- اختلال پارانوید یا شیزوفرنی تایپ کاتاتونیک

تداوی

فکتورهای مساعد کننده عضوی یا روحی اجتماعی باید شناسایی و تداوی گردند. راپورهای مختلف در مورد استفاده مؤثر بنزودیازپین ها، نیورولپتیک به مقدار کم، لیتیوم و ادویه ضد اختلاج و غیره داده شده است. همچنان تداوی های تحلیل روانی، تداوی سلوکی هینوزس نیز استفاده می گردد.

III. اختلال کندن موی (Trichotillomania)

در این حالت فرد موهایش را می کند و در نتیجه باعث ضیاع یا رفتگی مو می گردد. قبلاً فکر می گردید که معمول نیست اما فعلاً در محصلین پوهنتون ها ۱-۲ فیصد شان تاریخچه قبلی یا فعلی این حالت را دارند. در هر دو جنس مونث و مذکر مساویانه وقوع دارد اما در کاهلان مونث وقوعات زیادتر آن مشاهده شده است.

تشخیص

ذریعه بیوپسی صورت می گیرد که در آن موها کوتاه شده و شکسته است. از نظر هستولوژی فولیکول تخریب شده اما نورمال است. در موها علایم ترضیض دیده شده اما علایم التهاب دیده نمی شود. تظاهرات همراه عبارتند از فشار روحی پیشرونده که قبل از انجام این عمل موجود است اما بعد از این عمل بسیار لذت می برد.

افراد ممکن است حتی موهای گدی ها، پشک خانگی و یا سایر اشیا را نیز بکند. همچنان در این افراد خوردن ناخن ها نیز موجود است. افراد ممکن مصاب به اختلال مزاج، اضطراب و یا تأخر عقلی باشند. درحالات تنهایی و یا در مقابل افراد خانواده موجود است اما در مقابل سایر مردم موجود نمیباشد. اختلالات آن مو رفتگی موضعی تریکوبندر (دلبدی، استفراغات، درد بطنی و کمخونی) تشوشات در وظایف و اختلالات ثانوی روانی نیز موجود میباشد. تشخیص تفریقی مشتمل بر علت مو رفتگی ها، اختلال وسواس اجباری، رفتار کلیشه یی، اختلال ساختگی و سایر اختلالات روانی (شیزوفرنی، افسردگی).
تداوی مشتمل می گردد بر Fluoxetine, Clomipramine, Sertraline و تداوی سلوکی صورت می گیرد.

IV. کندن بینی توسط انگشت و یا ناخن (Rhinotillexomania)

در اکثر بالغان این یک عمل معمول بوده اما در بعضی افراد عملی میباشد که باعث ضیاع وقت و حتی ضرر رساندن به خود فرد نیز می گردد.

اکثریت آنها فکر می کنند که این عمل را اکثریت مردم اجرا می کند به همین دلیل آنها نیز آنرا اجرا می کند.

این عمل باعث مداخله در وظایف روزمره گردیده و ضیاع وقت معمولاً از پانزده دقیقه الی دو ساعت می باشد. اختلالات آن خونریزی از بینی و حتی تنقب پرده بینی است، عادات توام با آن عبارت از کندن موها، خوردن ناخن ها و کندن جلد بدن میباشد. بعضی مردم آنرا اختلال عادت می گویند اما یکتعداد دیگر آنرا اختلال وسواس اجباری گویند.

تداوی توسط ادویه ضد اضطراب و معیارات سلوکی صورت می گیرد.

سوالات برای مرور

۱. اختلال سازگاری را تعریف نموده و منظره کلینیکی آنرا واضح سازید؟
۲. تظاهرات مهم کلینیکی اختلالات انگیزشی را شرح داده و آنها را تصنیف نمائید؟
۳. در باره اصطلاحات ذیل مختصراً بنویسید:
 - جنون دزدی
 - جنون آتش افروزی
 - قمار بازی پتالوژیک
 - اختلال منفجر شونده متناوب

سوالات امتحان مسلکی

- مختصراً در موارد ذیل بنویسید؟
 - جنون دزدی
 - قمار بازی پتالوژیک

اختلالات شخصیت

شخصیت نورمال، شخصیت غیرنورمال، و ویژه گی شخصیت در مقابله با اختلالات آن، اختلالات خوشه ئی A، B و C (پارانویید، شیزوئید، ضد اجتماعی، هستریونیک و اختلالات انانکاستیک)

شخصیت نورمال

طرز رفتار و نوع افکار مشخص است که تطابق شخصی را در برابر محیط مشخص می سازد. مشتمل بر فکنورهای مانند قابلیت های عالی عقاید، ارزش های مورال، عکس العمل هیجانی که در پروسه نمو صورت می گیرد.

شخصیت غیرنورمال از شخصیت نورمال چنین فرق میشود که در شخصیت نورمال سلوک غیرتطابقی در تمام دوره بلوغ یا کهنلت دیده میشود اما در عمر متوسط یا پیری بعداً کمتر آشکار میاشد.

شخصیت غیر نورمال

نظر به تعریف سازمان صحتی جهان در سال ۱۹۷۸ شخصیت غیر نورمال عبارت است از طرز سلوک غیر سازگارانه که بطور سابقه بوجود آمده و در تمام زنده گی ادامه داشته اگر چه در عمر متوسط و پیری کمتر نمایان باشند.

ویژه گی شخصیت در مقابله با اختلالات آن

ویژه گی شخصیت عبارت است از تحمل طرز درک که ارتباط به محیط دارد و یا فرد در مورد خود و یا محیط فکرمی کند و در زمینه های شخصی اجتماعی نشاندگی می گردد و زمانی میباشد که ویژه گی

شخصیت غیرسازگارانه باشد و در وظایف شغلی و اجتماعی باعث تشوشات گردد و یا اینکه باعث نا آرامی های درونی شده که این خود اختلال شخصیت پنداشته میشود.

اگر تجدیدات شخصیت غیر ارتجاعی و غیر تطابقی باشد و باعث تشوش عمده در وظایف اجتماعی و شغلی گردد بنام اختلال شخصیت یاد می گردد.

لوحه کلینیکی

- اعراض ایگوستونیک: در این حالت مریض نمی تواند بفهمد که چیزی غلط است و آن باید اصلاح یا تغییر داده شود.
- ایگودیستونیک: فرد اعراض نا آرام کننده داخلی را تجربه می کند که خودش ساخته است، اما این اعراض هنوز هم نمی تواند در سلوک مریض مداخله کند. اختلالات شخصیت اینکه از نظر اعراض و یا ویژه گی مشابهت های دارند بناً به سه گروه تقسیم شده اند. از نظر شیوع در ۱۰-۵ فیصد افراد واقع می شود و از نظر تصنیف به کلاس های ذیل تقسیم میشوند:

اگر نوع شخصیت از باعث بیماری همان نوع باشد انداز خوب ندارد، مثلاً در شیوفرنی شخصیت شیوئید، در OCD شخصیت اجباری، در حالات پارانوئید، شخصیت پارانوئید، در هستریا شخصیت هستریونیک و غیره

کلیتر A

- این گروه مشتمل بر انواع اختلالات پارانوئید، شیوئید و شیوئوتایپل میگردد. افراد متأثر از میکانیزم های دفاعی ذیل استفاده نموده و ممکن یک تمایل به طرف افکار سایکوتیک داشته باشند.
- **نمایان ساختن (Projection)** در این حالت فرد به فرد دیگری نسبت دهی می کند و یا مصروف به نسبت دهی افکار یا احساسات خود است که غیر قابل قبول اند مثلاً حالات چون پرانویا یا جستجو برای دریافت اشتباه.

ترخیص قحف و تومور های فص جبهی منجر به دیگر گونی شخصیت می شوند.

- خیال پردازی (Fantasy) ساختن یک زنده گی خیالی که در آن مریض تنها میباشد.

کلستر B (دراماتیک، هیجانی)

این گروه مشتمل می گردد بر اختلالات شخصیت مانند خودشفتگی، هستریونیک، ضد اجتماعی و سرحدی.

شخصیت شیروئید متصف است بر آرام شدن احساسات و هیجان، شرم، بی تفاوت بودن در برابر تقدیر شدن یا تحدید، رفقا کم و غیره.

اختلالات مزاج در این گروه معمول بوده و ممکن شکایت اساسی را تشیکل دهد. اختلالات شبه جسمی با اختلال شخصیت هستریونیک همراه میباشد.

۱- افراد متأثر از میکانیزم های دفاعی ذیل استفاده می کنند:

- تجزیه (Dissociation) در این حالت فرد احساسات ناخوش آیند را فراموش می کند.
- انکار (Denial) در این حالت فرد یک تفکر، احساس و یا تقاضا را رد می کند اما از اتمام آن خبر نیست.

- تضاعف (Splitting) در این حالت مریض افراد دیگر را به دو حصه تقسیم می کند. افراد خوب و افراد بد و این حالت در شخصیت های مرزی (borderline) دیده میشود.
- اکتنگ اوت (Acting out): در این حالت فرد افاده حرکی یک تفکر و یا احساس را اجرا نموده که آن به فرد غیرقابل تحمل است و با کدام اضطراب یکجا نمی باشند.

کلستر C (مضطرب و ترس آلود)

این گروه مشتمل می گردد بر اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته، اجباری و پرخاشگر منفعل.

۱- افراد متأثر از میکانیزم های دفاعی ذیل استفاده می کنند:

شخصیت هستریونیک متصف است بر سلوک دراماتیک، از نظر احساسات و هیجانات خام بوده، جلب نمودن توجه، مستقل، درخواست کننده.

- تجرید (Isolation) زمانی واقع میشود که یک احساس، عمل یا نظریه غیر قابل قبول از یک هیجان همراه جدا شده باشد.

شخصیت وسواس اجباری متصف است بر مکمل سازی، صاف و پاک بودن دسپلین، در تعلقات حساس، قابلیت اظهار محدود دارد.

- **تهاجمی منفعل (Passive aggression)** زمانی واقع می گردد که مقاومت غیرمستقیم بوده و در مقابل خود فرد قرار می گیرد.

شخصیت ضد اجتماعی متصف است بر اعلام داشتن قابلیت در تحمل نمودن، نمی تواند از تجارب بیاموزد، نورم های اجتماعی را شکل داده نمی تواند، اجباری میباشد، بی احتیاط، برای فعالیت های جینائی و ضد اجتماعی مساعد میباشد.

- **هایپوکاندریازس** در افراد مصاب به اختلال شخصیت در بسیاری اوقات موجود است.
 ۲- در مطالعات که بالای دوگانگی ها صورت گرفته است دیده میشود که در بوجود آمدن اختلالات شخصیت گروپ کلستر C فکتورهای ارثی نیز رول دارند (مخصوصاً در اختلال شخصیت اجباری)

تداوی انتخابی اختلالات شخصیت روان درمانی (انفرادی و گروپی) بوده، تداوی گروپی باید در شخصیت هیستریک، خود شیفتگی، هستریونیک اجتناب شود.

جدول ۲۰-۲ خلاصه تداوی که برای اختلال شخصیت استفاده می گردد

کنگوری های اختلال شخصیت				نوع تداوی
توک	اجتنابی	وابستگی	ضد اجتماعی	
کمک نمی کند، در بعضی مریضان مؤثر است اما ناکافی، آموزش مهارت های اجتماعی مؤثر است، مؤثر نیست	به شکل کافی ارزیابی شده ممکن مؤثر باشد، آموزش مهارت های اجتماعی ممکن مؤثر باشد، به قسم گروپ وابستگی و انواع سرحدی و اختلالات	به شکل کافی ارزیابی نشده ممکن مؤثر باشد آموزش به شکل ادعا مؤثر است، ادویه سه حلقه ئی ممکن مؤثر باشد، شخصیت ممکن مؤثر باشد	وسیعاً استفاده میشود، ممکن در نوع سرحدی و تخریبی مؤثر باشد، کنترل قهر و آموزش مهارت های اجتماعی، در کوتاه مدت ادویه ضد سایکوتیک در افراد پرخاشگر، لیتیوم در اکثریت اختلالات	روان درمانی گروپی، روان درمانی فردی، تداوی سلوکی، تداوی دواپی، ادویه که جذب دوباره سیروتونین را نهی میکند

سوالات برای مرور

۱. شخصیت را تعریف نموده، تظاهرات کلینیکی شخصیت نارمل و غیر نارمل کدامها اند؟
۲. فرق بین شخصیت نارمل و شخصیت غیر نارمل چیست؟ شاخه های مختلف اختلالات شخصیت را بر شمارید؟
۳. منظره کلینیکی، تشخیص تفریقی و تداوی اختلالات شخصیتی ذیل را مختصراً بنویسید؟
 - (a) سکیزوئید
 - (b) سکیزوتایپ
 - (c) هیستریونیک
 - (d) ضد اجتماعی
 - (e) پارانوئید
 - (f) اناکاستیک
۴. بین اختلالات شخصیتی ذیل چگونه فرق مینمائید:
 - (a) سکیزوئید و سکیزوتایپ
 - (b) شخصیت خود شیفته و شخصیت ضد اجتماعی
 - (c) شخصیت مرزی و شخصیت وابسته
 - (d) شخصیت گوشه گیر و شخصیت سکیزوئید

سوالات امتحان مسلکی

۱. در باره اصطلاحات ذیل مختصراً بنویسید:
 - شخصیت ضد اجتماعی
 - شخصیت پارانوئید
 - گروه A اختلالات شخصیت

اختلالات خواب

خواب نورمال (مراحل، حرکات سریع چشم، حرکات غیرسریع چشم، تغییرات فزیولوژیک)، میتوذهای مطالعه، اختلالات خواب (مایوکلونیک، اپنی خواب، نرکولوپسی، کتاپلکسی، سندروم کلن لیون، فرط خواب، گردش در خواب، وحشت در خواب، ترس در خواب، جویدن در خواب).

خواب نورمال

خواب نورمال در صفحات حرکات سریع چشم یا Rapid Eye movement (REM) و حرکات غیر سریع چشم یا Non Rapid Eye movement (NREM) یک تغییر در هر سیکل دیده میشود که تقریباً ۷۰-۱۰۰ دقیقه دوام می کند.

خواب با حرکات سریع چشم تقریباً ۲۰-۲۵ فیصد دوره خواب آنان را در بر می گیرد درحالیکه خواب با حرکات غیر سریع چشم متباقی ۷۵-۸۰ فیصد زمان خواب را در بر می گیرد. به اساس نوار برقی مغز خواب (NREM) به چهارمرحله تقسیم شده است.

خواب REM یا حرکات سریع چشم تقریباً ۲۵-۲۰٪ خواب انسان را در بر می گیرد.

مرحله اول

مرحله بسیار سطحی خواب است و از نظر نوار برقی مغز در امواج یک کمی ولتاژ دیده شده و در هر ثانیه فعالیت آن ۶ دوره است.

مرحله دوم

چند دقیقه بعد از مرحله اول تعقیب میشود و ۱۳-۱۵ سیکل در هر ثانیه مشخص می گردد.

مرحله سوم

در چند دقیقه امواج دلتا که از نظر برقی ولتاژ بلند دارند واقع شده و در هر ثانیه ۲-۰.۵ سیکل را طی می کند.

تقریباً چهار مرحله REM و NREM خواب وجود دارد. هر دو در نوار برقی مغز دیده میشود، اما NREM بیشتر واضح است.

مرحله چهارم

تقریباً ۵۰ فیصد فعالیت امواج دلتا را احتوا می کند. زمان خالص خواب به شکل اعظمی آن در مرحله دوم (NREM) است که به شکل وصفی ۵۰ فیصد خواب را احتوا می کند.

خواب موج کوتاه (مرحله دوم NREM) تقریباً ۵۰٪ زمان خواب را در بر می گیرد.

۵ - هایدروکسی تربتوپان، نورادرینالین و اسیتایل کولین نیوروترانسمیترهای اند که خواب را کنترل نموده و دوپامین خصوصیت از خواب بیدار نمودن را دارد. همچنان در جریان خواب هورمونهای پرولکتین و هورمون نشو نما افزای می گردد. آرام بودن خواب به بعضی فکتورها ارتباط دارد که عبارتند از سن، چنانچه یک طفل کوچک در محیط آرام خوب خواب میرود، به جنس نیز ارتباط داشته زیرا بچه ها زیادتیر در خواب بیقرار میباشند. همچنان فکتورهای محیطی، شب های گرم، درد امعا و غیره نیز اهمیت دارند. همراه بودن بعضی حالات مثلاً بعضی مردم هنگام مطالعه خواب میروند، محل خواب، زیادتیر افراد در خانه های خود آرام می خوابند و موجودیت امراض روانی و فزیکمی یا اخذ ادویه نیز بالای آرام بودن خواب تاثیر دارد (مثلاً الکحول یا مشروبات که کافین دارد).

5-HT (پنج هایدروکسی تربتوپان)، نارادرینلین و اسیتایل کولین نیوروترانسمیترهای اند که خواب را کنترل می کند، دوپامین ارتباط با سلوک بیدار شدن دارد.

ایدیمبولوژی اختلالات خواب

در هر مقطع زمانی ۱۵ فیصد امریکایان از تشوشات خواب خصوصاً بیخوابی شکایت داشته و ۱-۲ فیصد از خواب آلودگی های معند و بیخوابی روز شاکی میباشند. افراد مسن به خواب رفتن و زودتر از خواب بیدار شدن شکایات دیگر اند در حالیکه افراد جوان شاکی اند که نمیتوانند به خواب بروند.

بیخوابی معمول ترین نوع اختلال خواب در امورات روانی است

انواع مهم اختلالات خواب

I- اختلال خواب مایوکلونیک (پاهای بی قرار)

شکایت است که در آن عضلات عمیق ساق پا درد می کنند زیادتر اوقات مریض ایستاده شده و در محیط قدم میزند تا از درد نجات پیدا کند.

شیوع

تقریباً ۱۰ درصد افراد از این حالت متأثر اند و با ازدیاد عمر زیادتر می گردد. مردان نظر به زنان زیادتر مصاب می گردند.

تشخیص تفریقی

از صرعه محراقی صورت می گیرد.

تداوی

بنزودیازپین میتواند بدون اینکه تاثیر ضد مایوکلونیک داشته باشد خواب را دوامدار ساخته اما در این اواخر گاما هایدروکسی بیوتریت نتیجه بسیار خوب داده است.
ادویه ترای سکلیک و لیوادوپا مایوکلونس شبانه را تشدید میسازد.

II - تشوشات تنفسی که از باعث خواب بوجود می آید

نفس گرفتن غیر منظم خواب یک علت عمده خراب شدن خواب در عمر زیاد میباشد. توقف تنفسی طرق هوایی علوی در خواب همراه با یک صدای بلند و حرکات غیر نورمال بدن و قدم زدن در خواب میباشد. ممکن تنها در خواب NREM واقع شود، و یا در خواب REM و NREM و مراحل گذری آن واقع شود. علت اساسی و معمول قدم زدن در خواب اضطراب است که کمتر با مانیا همراه است.

معمول ترین عامل قدم زدن در خواب (somnambulism)

عبارت از اضطراب است که کمتر تباط با مانیا دارد.

ابنارملتی های دیگری که با این سندروم همراه اند عبارتند از فرط فشارخون، هایپوکسی شبانه، بی نظمی قلبی شبانه، افسردگی، سندروم عضوی مغز و ضعیفی جنسی و نیز در افرادی که وزن نورمال دارند نیز دیده میشود.

شیوع

تقریباً ۱۰ فیصد افرادی که از بیخوابی متکرر شاکی اند مصاب به تنفس غیر نورمال در جریان خواب نیز اند که به شکل سندروم مرکزی اپنی خواب (central sleep apnoea syndrome) میباشند اما ۶۰-۵۰ فیصد دیگر افراد از بی خوابی در جریان روز شاکی اند.

عامل معمول پر خوابی عبارت از سندروم توقف تنفسی انسدادی خواب است

تداوی

در اشکال خفیف مریضی کم نمودن وزن یک تداوی خوب است. اشکال شدید آن ایجاب تراخیوستومی را می کند و برای تداوی خر خر به صدای بلند از عملیات ترمیمی زبانچه ای حنک نرمی بلعومی (Uvulo palatopharyngoplasty) استفاده میشود.

III. نر کولپسی - کتاپلکسی

- اصطلاح نر کولپسی به معنای حملات خواب است و ذریعه چهار اعراض ذیل مشخص می گردد.
- i. خواب آلودگی زیاد دفعتاً واقع میشود و در میان حملات شخص بسیار گنگسیت دارد.
 - ii. کتاپلکسی، از دست دادن مقویت و کنترل عضلات است که فرد بعداً به زمین می افتد.
 - iii. فلج خواب (Sleep paralysis)
 - iv. برسامات قبل از خواب (Hypnagogic) زیادتر شنوایی بوده اما بعضاً بینائی و لمسی نیز است و در زمان بین خواب و بیداری واقع می گردد.

ادرار نمودن شبانه در اطفال در آغاز صفحه REM خواب است و خواب های وحشتناک را در مرحله چهارم NREM می باشد.

نر کولپسی ممکن تنها واقع شود یا همراه با اختلالات روانی مثل افسردگی و شیزوفرنی باشد.

شیوع

شیوع مساویانه در زنان و مردان دارد و در اوایل بلوغ شروع می کند. تاریخچه فامیلی معمولاً موجود است. این اختلال در تمام طول حیات ادامه دارد و منجر به عدم قابلیت اجتماعی روانی و شغلی می گردد. و بعضاً منجر به حوادث سؤ استفاده ادویه چون الکهول و افسردگی می گردد. در تشخیص تفریقی آن باید صرعه قسمی مغلق در نظر باشد.

خواب NREM بنام rhombon cephalic نیز یاد میشود.

تداوی

تداوی اساسی آن منبهات (میتایل فینی دات، pemolin) و یا ادویه سه حلقه ئی ضد افسردگی است (نورتريتیلین، پروتريتیلین) برای تداوی نرکولپسی - کتابلاکسی از آیودین، گاما هیدروکسی بیوتریت، مونوآمینواکسیدازها (ترانیلسیپرومین)، برای مریضان که در مقابل منبهات و ترای سیکلیک مقاوم هستند نیز استفاده میشود.

IV - کلاین لیون سندروم (Kleine Levin syndrome)

این اختلال معمولاً در مردان جوان تصادف می کند و مشتمل می گردد بر هجمه های خواب آلودگی همراه با گرسنگی شدید، تخریشیت، هیجان و پرخاشگری که همه با تشوشات حرکت، تفکر و درک همراه میباشد. هر هجمه ممکن از چند روز الی چند هفته دوام کند و در میان هجمه ها دوره های نورمال خواب نیز موجود است. اما هجمه میتواند با افسردگی و بی خوابی پی گیری شود. این اختلال باید از تومور مغزی (مخصوصاً تومور فص صدغی و نخامی)، امراض مزمن فزیک و یا اختلال روانی تشخیص تفریقی گردد.

تداوی آن مثل نرکولپسی می باشد.

V - مستی خواب یا sleep drunkenness (ایدوپاتیک هایپرسمنولینس)

مریضان این اختلال در برخاستن از خواب به قسم مکمل دچار مشکل میشوند و این اختلال با کانفوژن، عدم جهت یابی، هماهنگی ضعف حرکی، بطائت، دوباره به خواب رفتن با خواب طویل و خواب آلودگی

در جریان روز، همراه است. در دوران طفولیت یا بلوغ آغاز می گردد و زیادتر در مردان تصادف می کند. ادویه ضد افسردگی نوع منبهی ممکن مفید واقع شود.

تشوش تنفسی که از باعث خواب باشد در هر صفحه خواب میتواند رخ بدهد در اکثریت بیماران ضیاع وزن تداوی خوب است.

VI - کشت و گذار در خواب (Sleep walking)

لوحه اساسی هجمه های متکرر حاصله از یک سلوک مغلق بوده که متکرراً اما نه همیشه پیشرفت نموده بدون شعور کامل بوده و مریض دیرتر به خاطر میسپارد که بستر خود را ترک نموده بود. این هجمه در جریان ۳۰ الی ۲۰۰ دقیقه بعد از به خواب رفتن واقع می گردد (مراحل ۳ و ۴) و برای چند دقیقه الی نیم ساعت میتواند دوام نماید.

در narcolepsy فرد زیاد خواب می شود، درحالیکه در cataplexy تون عضلی از بین رفته بناً شخص بعد از یک حالت هیجانی خواب می شود.

اپیدیمیولوژی

۱- ۶٪ اطفال مصاب به این اختلال اند. از جمله تمام اطفال ۱۵٪ آنها این اختلال را تجربه می کنند اما این اختلال در کاهلان نادر است.

لوحه کلینیکی

در جریان یک هجمه وصفی فرد می خیزد و حرکت می کند و شروع به قدم زدن می نماید یا لباس های خود را تبدیل می کند و یا دروازه را باز می کند حتی می خورد و به تشناب میرود این هجمه میتواند قبل از اینکه مرحله قدم زدن آغاز شود اختتام پیدا کند.

تشخیص

امواج بطنی نوار برقی مغز در مرحله چهارم زیاد شده اما میتواند نوار برقی مغز هموار گردد بدین معنا که قبل از هجمه ممکن شخص بیدار شود.

سندروم Klein-Levin متصف است، بر گرسنگی زیاد، دوره های خواب که با تشوشات حرکی یکجا است.

تشخیص تفریقی

- ۱- حملات صرع نوع روحی حرکی
- ۲- گریز روانی
- ۳- مستی خواب

تداوی

تعلیم دهی والدین، اطمینان دهی و مقدار کم بنزودیازپین یا امی پرامین ممکن کافی باشد. اکثریت زیادی اطفال یا بالغان در دهه دوم حیات شان شفا شده عاری از اعراض می گردند. این تشوش در کاهلان سیر مزمن دارد.

VII - اختلال وحشت در خواب (Night terror)

لوحه اساسی هجمه های متکرر بیدار شدن از خواب است که معمولاً با یک چیغ وحشت آغاز می گردد. هجمه معمولاً ۳۰ الی ۲۰۰ دقیقه بعد از آغاز خواب شروع میشود و ۱۰-۱ دقیقه دوام می کند این حالت بنام وحشت شبانه (Pavor Nocturnus) نیز یاد می گردد.

اییدیمولوژی

تقریباً ۴-۱ فیصد اطفال مصاب به این اختلال می گردند در مردان نظر به زنان زیادتر تصادف می کند. در یک هجمه وصفی فرد در بستر خود می نشیند و برایش حالت اضطراب شدید رخ داده و بسیار بی قرار حرکات چون دور ساختن کمپل را اجرا می کند.

منبهات سیستم اعصاب مرکزی تداوی انتخابی برای narcolepsy سندروم Klein-Levin و خواب الوده گی است.

چهره ظاهری ترس آور داشته، حدقات متوسع، بلند شدن موها، تنفس سریع و نبض سریع دارد. اما فردا صبح چیزی به یاد نمی داشته باشد. در اطفال کدام پتالوژی روحی موجود نیست اما کاهلان در عین زمان مصاب به سایر اختلالات روانی مثلاً اختلال منتشر اضطراب می باشد.

تشخیص

آغاز مریضی توأم با دو چند یا چهار چند افزایش ضربان قلبی و افزایش موجه های الفا در نوار برقی مغز می باشد.

تشخیص تفریقی

۱- خواب ترسناک صفحه REM

۲- برسامات قبل از خواب

۳- حملات صرع

۴- خواب ترسناک

تداوی

مشوره با والدین و اطمینان دهی آنها در اکثریت واقعات تداوی خوب است. در بعضی واقعات مقدار کم دیازپام یا امی پرامین ممکن مفید باشد.

VIII - خواب ترسناک (Nightmares)

در جریان خواب REM واقع می گردد و قرار ذیل از وحشت در خواب تشخیص تفریقی می گردد.

۱- در نیم شب یا سوم حصه شب دیده میشود

۲- تجربه ضعیف اضطراب

۳- در زمان بیدار شدن چیغ وحشت نیست

۴- اطمینان دهی و تقسیم اوقات منظم خواب

راه رفتن در خواب (somnambulism) در مرحله سوم و یا چهارم

صفحه NREM واقع میشود تداوی انتخابی آن benzodiazipin یا

Imipramin است.

IX. دندان جویدن (Bruxism)

جویدن دندان ها از طرف شب صورت می گیرد و در مراحل سطحی خواب واقع می گردد (در مرحله دوم متبازتر است).

این حالت توسط خود فرد احساس نمی گردد اما تنها درحالت که فردا از خواب بیدار شود و الاشه اش دردناک باشد. اما افراد دیگر که در پهلویس قرار دارند آنها بیدار می گردند. حالت سترس افزا و نوشیدن الکهول این حالت را زیادتر میسازد.

تداوی این حالت خوثر با مشوره دهی و اطمینان دهی به فرد صورت می گیرد و ممکن مقدار کم بنزود یازبین برای مدت کوتاه استفاده شود.

سوالات برای مرور

۱. در مورد روانشناسی خواب طبیعی مختصراً توضیح دهید؟
۲. بعضی اسباب معمول بیخوابی و ازدیاد خواب را بر شمارید؟
۳. اختلالات خواب را تصنیف نموده و اختلالات مختلف آغاز و دوام خواب (DIMS) را بر شمارید؟
۴. بعضی ادویه را که بالای اجزای مختلف خواب تأثیر گذار اند لست نمائید؟
۵. در باره موضوعات ذیل مختصراً بنویسید:
 - (a) سندروم ناقراری پای
 - (b) کلین لیوین سندروم
 - (c) راه رفتن در خواب
 - (d) مستی در حالت خواب
 - (e) جمود عضلی
 - (f) کند برخاستن
 - (g) دندان جویدن در خواب
 - (h) تأثیر بنزو دیازپین در خواب
 - (i) خواب آور دلخواه
 - (j) اینپورزس مربوط به خواب
۶. بین تظاهرات کلینیک موضوعات ذیل تشخیص تفریقی نمائید:
 - (a) ترسیدن در شب و کابوس
 - (b) REM و NREM
 - (c) مرحله مقدم و مرحله مؤخر اختلالات خواب
 - (d) توقف تنفس در خواب بشکل مرکزی و انسداد طرق تنفسی

سوالات امتحان مسلکی

- در باره اصطلاحات ذیل مختصراً بنویسید:
 - اختلالات خواب
 - میل شدید به خواب یا نارسکولپسی
 - دندان چویدن در خواب
 - ناقراری شبانه
 - راه رفتن در خواب
 - کلین لیوین سندروم
- بین ترس شبانه و کابوس تفریق کنید

اختلالات خوردن

چاقی (بیک ویکیان سندروم)، بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی، پیکا (Pica)، نشخوار (Rumination)، ناتوانی در رشد (Failure to thrive)، استفراغات روانی، نوشیدن اجباری آب.

مختل شدن اشتها و تشنگی ممکن نشان‌دهنده تشوشات ابتدائی سلوک باشد که به علت عوامل فیزیکی یا حالات مرضی بوجود می‌آید.

اختلال خوردن یا خوراک از نظر روانی در هندوستان عبارت از pica و چاقی است. بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری نادر است.

I. چاقی

زمانی چاقی گفته می‌شود که وزن بدن ۲۰٪ فیصد از وزن معیاری تجاوز نماید یعنی وزنیکه نظر به جدول ارتفاع و وزن ساخته شده است.

درگاهلان چاقی هایپرترونیک معمول است در حالیکه چاقی هایپرپلاستیک در طفولیت معمول است.

ایدیمبولوژی

چاقی یک اختلال معمول غذائی بوده نظر به احصائیه معاینه غذائی صحت ملی گرفته شده است تقریباً ۲۰٪ فیصد امریکایان و ۳۴ میلیون افراد که عمر شان ۲۰ الی ۷۵ سال است وزن زیاد دارند. فکتورهای قدرتمند که شیوع چاقی را افزایش می‌دهند قرارذیل اند:

۱- **حالات اجتماعی اقتصادی:** یعنی چاقی ۶ مرتبه در زنانیکه در وضع اجتماعی پائین قرار دارند زیادتر نظر به زنانیکه در وضع اجتماعی بلند قراردارند، می‌باشد.

II- **سن:** تقریباً در سنین ۲۰ الی ۵۰ سالگی سه مرتبه شیوع زیادتر دارد.

III – جنس: شیوع چاقی در زنان بیشتر از مردان است.

III-شغل: بعضی از اشتغال میتواند زمینه سازی نماید بطور مثال آشپزان، کسان که در کمپ و بارها استخدام اند و یا تجارت پیشه، پلوت و افراد نظامی.

ادویه جات که ارتباط با چاقی دارند عبارت اند از استروئید ها ، ادویه جات ضد حاملگی ، فینوتیازین ها ، ادویه جات ضد سایکوزس (olanzapine) ادویه جات سه حلقه ئی ضد افسرده گی ، لیتیوم ، انسولین ، الکل و ادویه جات ضد غده در قیه.

شاخص های چاقی

شاخص های چاقی را میتوان طور ذیل تصنیف نمایم:

۱- **ارثی:** تقریباً افرادی که هر دو والدین شان چاق اند هشتاد فیصد مصاب به چاقی میشوند افرادی که تنها یکی از والدین شان چاق است ۴۰ فیصد مصاب می گردند و ۱۰ فیصد افرادی که والدین لاغر دارند به طرف چاقی میروند.

۲- **شاخص های تکاملی:** ازدیاد کتله انساج شحمی میتواند از باعث بزرگ شدن حجرات شحمی (چاقی هایپر تروفیک)، افزایش در تعداد حجرات شحمی (چاقی هایپر پلاستیک) یا میتواند از باعث هردو حالات فوق یعنی هم در اندازه حجرات و هم در تعداد حجرات شحمی افزایش دیده شود (چاقی هایپر تروفیک هایپر پلاستیک).

۳- **فعالیت های فزیک:** کاهش فعالیت های فزیک امروز یک مشکل صحت عامه را ایجاد نموده است چنانچه با کم شدن فعالیت فزیک چاقی افزایش می یابد.

۴- **تخریب مغزی:** میتواند منجر به چاقی گردد اما در انسانها یک علت بسیار نادر است.

۵- **فکتورهای اندوکراین:** در حالات چون هایپوتایروئیدیزم، هایپوگوناڈیزم، تفریط فعالیت غده نخامیه، سندروم فروهلیچ (Frohlich)، سندروم کوشنگ و آفات هایپوتلموس مثلاً (از باعث انسفالیت، مینگوانسفالیت، جروحات مغز، تومورهای بطن سوم وغیره).

سندروم pickwickian متصف است به چاقی ، کاهش تهویه، افزایش کاربن دای اکساید ، کمبود اکسیجن.

۶- **ادویه:** ستیروئید، ادویه فمی ضد حمل، ادویه سه حلقه ئی مثلاً امی ترپتیلین و امی پرامین)، لیتوم، olanzapine، risperidone، انسولین و الکھول.

۷- **شاخص های هیجانی:** از جمله تشوشات هیجانی تنها سه فکتور مخصوص مربوط به چاقی می باشد.

یک شخص زمانی به چاقی مصاب میگردد که وزن بدنش ۱۰۰٪ زیاد شود.

- زیاد خوردن
- اختلالات رژیم غذایی
- غیر عادی به نظر رسیدن سیمایی بدن

لوحه کلینیکی

تظاهرات جدی همانا فشار است که بالای صدر وارد میشود که این حالت میتواند بطرف "پیک ویکیان سندروم" پیشرفت نماید. که این سندروم متصف است به کاهش تهویه یکجا یا هایپرکپنی (افزایش کاربن دای اکساید درخون) و کاهش اوکسیجن در خون (هایپوکسیا) و بالاخره حالت مشابه به خواب یا (somnolence) هم چنان چاقی میتواند منجر به بعضی مشکلات ارتوپیدی و یا پا های هموار شود. درجات خفیف چاقی میتواند همراه با امینوری و سایر تشوشات تحیض، فتق های حجاب حاجزی و بطنی و وریکوز شود.

sertraline نیاز به اخذ غذا را کم میسازد.

حالات چون بلند بودن شحم خون، سنگ کیسه صفرا، بلند بودن یوریک اسید خون و مرض شکر که وابستگی به انسولین نداشته باشد (نوع دوم) در افراد چاق دیده میشوند. فرط فشارخون، تعرق زیاد و خارش جلدی نیز در این افراد معمول است. همچنان مردان که وزن زیاد دارند در آنها اندازه وفيات از باعث سرطان های پروستات زیاد میباشد و در زنان چاق اندازه وفيات از باعث سرطان های تخمدان، رحم، عنق رحم و ثديه زیاد است.

تشخیص

در اکثریت واقعات تشخیص در دیدن چهره مریض اشکار است اما درجه چاقی باید ارزیابی شود که معمولاً ذریعه همان جدول که وزن و ارتفاع را به شکل مقایسوی نشان میدهد، اندازه می گردد. هم چنان

جلد ضخیم شده که بالای عضله سه سره قرار دارد ذریعه یک تخته فتری مخصوص اندازه می گردد که در مردان 20mm و بالاتر از 28mm در زنان اندازه می گردد.

تداوی

چاقی یک حالت مزمن است به تداوی مقاوم بوده و میلان به نکس دارد. زمانی وزن بدن کم می گردد که اخذ انرژی کم ساخته شود و یا مصرف آن زیاد شود و یا هر دو یکجا صورت گیرد. هنوز غذا های که لاغر میسازند و یا ادویه آن وجود ندارد.

۱- **تداوی سلوکی**: تداوی متکی بر واقعات که خوردن را توقف دهد، سلوک خودی و بالاخره نتایج حاصله از خوردن زیاد.

۲- **سایکوانالایزس**: شواهد در دست نیست تا ثابت سازد که عوامل خوردن ناخود آگاه یا غیر شعوری، اعراض افراد چاق را تغییر بدهد.

۳- **رژیم**: افزایش اخذ در کاربوهایدریت های مغلق، میوه جات، سبزیجات و کاهش در اخذ شحمیات و کاربوهایدریت های باغلظت بلند.

یک رژیم غذایی روزانه مناسب باید دارای ۱۰۰ گرم کاربوهایدریت، ۵۰ گرم پروتین ۴۵-۴۰ گرم شحم، ۳۰۰ میلی لیتر شیر، ویتامین و آهن داشته باشد. هدف اساسی باید از ۱-۵ کیلوگرم کاهش در وزن باشد.

۴- **تمرینات**: به شکل کمکی در پهلوی رژیم غذایی استفاده میشود اما در صورتیکه کدام حالت طبی موجود باشد که باعث انجام ندادن تمرین گردد، صورت نباید گیرد روزانه باید منظم تمرین صورت گیرد.

۵- **جراحی**: برای فیصدی کمی اشخاص که چاق اند تداوی انتخابی است یعنی مصاب به چاقی کشنده باشند (صد فیصد نظر به وزن بدن چاق باشند) تداوی مشتمل می گردد بر برداشتن قسمتی از معده که بعداً مقدار غذا به اندازه کمی جذب خواهد شد.

II. بی اشتهایی عصبی (Anorexia nervosa)

یک اختلال است که با موجودیت اشتغال ذهنی با وزن بدن و غذا، سلوک از دست دادن وزن، طرز عجیب و غریب تهیه غذا، ضیاع وزن، ترس از گرفتن وزن، تشوشات در مورد تصویر بدن خصوصاً در زنان و امینوری همراه میباشد، مشخص می شود.

William Gull اصطلاح بی اشتھائی عصبی را شرح نمود که زیاتر در دختران دیده میشود.

تاریخچه

مؤلف William Simmon porta (1554 – 1496) بار اول بی اشتھائی عصبی را شرح نمود مؤلفین William Gull و Lasegue یکی پی دیگر و به شکل انفرادی بی اشتھائی عصبی را به حیث یک اختلال شرح نمودند.

بی اشتھائی عصبی یک اصطلاح است که در آن بی اشتھائی یا کدام مشکل روانی یا عصبی موجود نمیشود.

قبلاً مؤلف William Gull آنرا "سو هاضمه هیستریک" نام نهاد اما شش سال بعد آنرا بنام بی اشتھائی عصبی مسمی نمود در سال 1873 مؤلف Lasegue آن را بنام "بی اشتھائی هیستریک" یاد نمود.

ایپیدمیولوژی

در هندوستان شیوع دقیق آن نامعلوم است. مطالعات که در غرب صورت گرفته است نشان دهنده آنست که به اندازه های مختلفی شیوع دارد و آن هم نظر به جنس، نژاد و شغل فرق می کند.

بی اشتھائی دیررس (tardive) عبارت از بی اشتھائی عصبی است که بعد از عمر ۳۰ سالگی به مشاهده میرسد.

اسباب

a- نظریات روانی: مؤلف Crisp در سال ۱۹۶۷ واضح نمود که بی اشتھائی عصبی یک عکس العمل ترس اجتنابی است که از تجارب آموخته شده غلط بوجود می آید. مؤلفین Slade و Russell در سال ۱۹۷۳ راپور دادند که افراد بی اشتها عرض بدن خود را زیادتر ارزیابی می کنند.

قطع شدن عادت ماهواردر بی اشتھائی عصبی معمول است.

b- **مشخصات شخصی و فامیلی** : مؤلف Hilde Brucha از نوشته های کتاب اش چنین بر می آید که افراد مصاب، قربانی حالت اند که او را گرفته و بدام انداخته است. مطالعات مختلف در این افراد عصبانیت، اضطراب و وسواس را راپورداده است و هم چنان در این افراد اندازه افزایش اختلال مزاج نیز راپورداده شده است.

c- **نظریات اندوکرائینی** : در این افراد استروجن، پروجسترون، هورمون تنبه کننده فولیکول و هورمون لیوتیناز به اندازه کمی موجود است. همچنان در افراد مذکر اناارملتی های هورمون تنبه کننده قشری ادرینل (ACTH)، شکر بی مزه، تحمل خراب گلوکوز و سویه پائین تستسترون در این افراد راپور داده شده است.

d- **واقعات زندگی**: مثلاً مرگ و یا امراض جدی اقارب نزدیک، مریضی های طبی خود فرد، عدم موفقیت در کار و مکتب، بحران جنسی، جدا شدن یا طلاق، واقعات سترس افزای زنده گی هم رول دارند.

در بی اشتھائی عصبی بیمار نمی تواند وزن بدن خود را حفظ کند در حالیکه در پر خوری میتواند آن را حفظ کند.

لوحه کلینیکی

اصطلاح بی اشتھایی عصبی یک رسم غلط است که در این اختلال فرد مصاب بی اشتها نیست و از جانب دیگر عصبانیت نیز ندارد.

۱- **سلوک**: به شکل یک عکس العمل پریشانی شدید بعد از خوردن نطاهر نموده، بعد از خوردن کاربوهایدریت دوباره استفراغ می کند تخرشیات در پشت دستان موجود بوده چون جلد دست را به دندان های خود مالش می دهد ادویه مسهل اخذ می کنند. حتی دیورتیک و اماله می کنند تا وزن شان کم شود.

۲- **پروسه افکار**: تخریب تصویر بدن، اشتغال ذهنی با افکار، قبول نکردن امراض، کوشش می کنند گرسنگی را تحمل کنند اما بعداً اشتها خود را از دست می دهند.

۳- **درک:** این مریضان تصویر تخریب شده بدن

تشوشات تصویریدن دربی اشتھائی عصبی دیده میشود.

را درک می کنند و فکر می کنند که در حالت لاغر خوب معلوم میشوند.

۴- **هیجانان:** ترس از مصاب شدن به چاقی، اعراض چون تشوشات خواب، دوره های گریه، مزاج

افسرده و غیره در اکثریت مریضان دیده میشود.

۵- **وظایف فزیولوژیک:** امینوری، قبضیت، جلد خشک، کاهش فشارخون، کاهش درجه حرارت

بدن، کاهش ضربان قلبی، تظاهرات لاغری با وجود لاغر بودن انرژی زیاد دارند، تطابق خراب

جنسی زیرا علاقه کم به عمل جنسی دارند.

بی اشتھائی دیر رس (Anorexia Tardive). در این حالت بی اشتھایی در افراد بالاتر از عمر ۳۰

سالگی بوجود می آید.

تشخیص

نظر به DSM IV (۱۹۹۲) برای تشخیص بی اشتھایی عصبی معیارات ذیل وجود دارد

۱- نمیخواهد وزن داشته باشد حتی درحالاتی که عمر و قد موافق به وزن فعلی باشد.

۲- ترس بیش از حد برای گرفتن وزن یا چاقی درحالیکه وزن فعلی نورمال است.

۳- تشوشات در زمینه وزن، جسامت و شکل و سایر حالات در مورد بدن (تشوشات تحریف بدن).

ضیاع وزن بدن اضافه تر از ۲۵ فیصد از حدود نورمال. کتله عمومی بدن کمتر از ۱۷.۵ یا کمتر از آن.

۴- در زنان عدم موجودیت حد اقل سه عادت ماهوار (امینوری ابتدایی یا ثانوی)

تشخیص تفریقی

مشمول می گردد بر

۱- اختلالات افسردگی

۲- اختلال شبه جسمی

۳- هذیانان غذایی مثلاً در مریضان شیروفرینی

پرخوری عصبی که بنام سندروم غذائی chaos

نیز یاد می گردد متصف است بر پرخوری شدید.

۴- پرخوری

۵- امراض طبی با بی اشتھایی عصبی

جدول ۲۲-۲ فکتورهای که انداز خراب را در بی‌اشتهایی عصبی نشان می‌دهد.

- آغاز در سن بلند
- بستری شدن زیاد در مدت قبلی
- کمی وزن کمتر از ۱۵ فیصد وزن نورمال
- استفراغات یا پرخوری
- اگر حیض اولی‌نا وقت تر آغاز شود
- عروسی شده
- سؤ استفاده از مسهلات
- عصبانیت در اطفال، وسواس اجباری، افسردگی، هسٹریکل
- بحرانات والدین
- محافظه خراب فامیلی

تداوی

هدف از تداوی عاجل اینست که تغذی مریض اصلاح شده و به حالت نورمال آورده شود.

a- **تداوی سلوکی:** تداوی سلوکی در احیای مجدد مریضان که مصاب‌اند بسیار مؤثر و مفید است.

b- **تداوی دوایی:** ادویه ضد افسردگی (ادویه جدید) نیز استفاده می‌گردد. لیتیوم در افرادی که

استفراغ می‌کند و یا مسهلات استفاده می‌کند مضاد استتباب است.

c- **تداوی فامیلی:** بحرانات فامیلی که میان والدین موجود باشند باید حل گردد.

بیمارانی که مصاب به پرخوری یا بی‌اشتهایی عصبی‌اند بیشتر مساعد به بی‌نظمی‌های قلبی‌کشنده می‌باشند.

d- **تداوی روانی انفرادی:** تداوی روانی انفرادی قسمی صورت می‌گیرد که از سلوک خود

آگاه باشد که این تاثیر بالای امراض شان دارند.

e- **تداوی شوک برقی مغز:** یک معیار نجات‌دهنده حیات شمرده می‌شود مخصوصاً در مریضانی

که بسیار زیاد لاغر و نزد شان کاهش مایعات بدن بوجود آمده باشند و از خوردن و نوشیدن

اجتناب ورزند و یا متکرراً استفراغات نماید. شوک برقی مغز میتواند حالت افسردگی و هیجان
مریض را اصلاح نماید.

انذار

جدول ۲۲-۲ دیده شود.

III. عدم موفقیت در تکامل

در این حالت اطفال شیرخوار و بزرگ مصاب به عدم موفقیت در تکامل فیزیکی، سؤ تغذی و تأخر در
تکامل اجتماعی و حرکی میباشند. در اطفال شیر خوار لوحه کلینیکی سؤ تغذی از نوع مرسوم دیده
میشود که در آن عضلات بدن از بین رفته و ممکن نزد شان پندیده گی نیز دیده شود. این سندروم بنام
های سندروم شفاخانه، سندروم موسساتی یاد میشود افسردگی و اختلال عکس العمل شیر خواران نیز در
آن دیده میشود.

pica عبارت از خوردن مواد غیرقابل هضم است مثلاً
خوردن خاک یا گل نوع معمول آن است.

اسباب

- a. **سهیم گیری طفل شیرخوار:** این اطفال بنام اطفال شیر خوار لجوج یاد گردیده مثلاً اطفال که
مصاب به وظایف بیولوژیکی غیرمنظم اند، عکس العمل های منفی در برابر منبهات داشته، بسیار تنبل و
کمتر فعال اند.
- b. **رابطه نا کامی یا متناقض:** مثلاً اگر طفل برای مدت طولانی در ماشین انکویتور نگهداری شود.
- c. **سهیم گیری محافظ طفل:** مثلاً مریضی های مادر، فکتورهای سایکودینامیک مثلاً اجتناب مادر از
طفل خود زیرا به او گفته میشود که او نفرت دارد.
- d. **فقدان مهارت های والدین:** مهم است که مهارت های مادری مصاب به فقدان باشد.

تداوی سلوکی عبارت از تداوی انتخابی در اکثریت اختلالات خوردن
میباشد مثلاً چاقی، بی اشتها، پر خوری.

- e. فقدان محافظه اولیه: مثلاً برای مدت طولانی بستری بودن.

لوحه کلینیکی

در این اطفال معمولاً تکامل اجتماعی و هیجان مؤخر بوده و یا موجود نمی باشد و مصاب عدم موفقیت به تکامل اند. همچنان در این اطفال کم حرکتی، سنگینی، خواب آلودگی با کمی حرکات بنفسی و وضعیت اطفال شیر خوار موجود میباشد.

بی اشتهائی عبارت از ضیاع اشتها است که معمولاً در بیماران روانی بیشتر به تعقیب افسرده گی رخ میدهد.

وزن این اطفال از حدود نورمال کم است، مقویت عضلی کم دارد جلد سرد و خاسف میباشد.

تداوی

این محرومیت روحی اجتماعی باید از حالت ذیل تشخیص تفریقی گردد. حالات عضوی چون انومالی های ولادی، انتانات و غیره که باعث عدم موفقیت در تکامل می گردد. مداخلات ممکن در بر گیرنده:

- تقویت روحی اجتماعی مثلاً حالات اقتصادی را بهتر ساختن و یا کاهش در تجرید
- مداخله روانی مشتمل می گردد بر انفرادی، فامیلی و استفاده از ادویه سایکوتروپیک
- مشوره دهی تعلیمی که مشتمل میگردد بر مشوره دهی به گروپ اطفال و مادران تا که نیازمندی اطفال شناسایی شده و مهارت های والدین افزایش یابد.

نتایج حاصله

انذار و نتایج حاصله منحصر به حالات ذیل میباشد. ناکافی بودن محافظت و پیگیری، زمانی را که فرد در محیط نامساعد سپری میکند و کافی بودن معیارات اصلاح شونده در نزد طفل و یا کافی بودن محیط خوب و یا محافظه خویرتر

VI - استفرافات با منشأ روانی

یک مشکل کلینیکی بوده و به واسطه فکتورهای روحی اجتماعی و محیطی تحت تاثیر قرار میگیرد. اعراض به شکل امراض هضمی، بی اشتهائی عصبی، اختلال شبه جسمی یا تمارض مطالعه میگردد. اما مشکلات مری معدوی، کیسه صفرا و کبدی باید رد شوند.

V - نوشیدن اجباری آب

یک سندروم غیر معمول است که فرد در آن آب زیاد مینوشد و علت آن مشکل روانی پنداشته میشود که بعداً تسمم آب از باعث زیاد شدن حجم داخل حجروی و کاهش سوذیم بوجود می آید. اعراض و علائم پیشرفته تسمم آب عبارتند از کسالت، اختلال شعور، سایکوزس، اختلاج و کوما.

اسباب

در مورد وقوعات، پس منظر فامیلی، اسباب و سیر اختلال اندکی معلومات در دست است. در برخی از راپورها گفته شده است که از باعث تشوشات روانی ذیل بوجود می آید.

- نیوروزس اضطرابی

- هایپوکاندریا زس هذیانی

- سندروم منچهاوسون

- اختلال شخصیت

- شیزوفرنی مزمن

- اختلال تبدیلی

- هستریک

- افسردگی

- خوردن اجباری

- تأخر عقلی

زمان آغاز متناسب به بلوغ و یا مینوپوز می باشد که ۸۰٪ آنها زنان اند.

تشخیص تفریقی

از اختلالات که باعث زیاد شدن ادرار و یا تشنگی میگردد باید تشخیص تفریقی گردد.

I. شکر بی مزه.

II. سایر اختلالات مانند شکر، افزایش وظایف کلیوی، عدم حساسیت در برابر وازوپرسین در امراض کلیوی، تشوشات الکترو لایت ها با کاهش قند خون، افزایش سویه کلسیم یا گرفتن دیورتیک.

III. گرفتن ادویه سایکوتروپیک: انتی کولینرژیک ها، فینوتیازین، ادویه سه حلقه وی، لیتیوم (دیابت بی مزه با منشا کلیوی).

IV. سندروم افراز غیر متناسب هومورن ضد دیورتیک: در این سندروم کاهش سدیم و نمک های کلیوی موجود است که منجر به تشنگی زیاد و بالاخره افزایش ادرار می گردد. این سندروم با انواع مختلف سرطان ها و آفات مغز همراه میباشد.

تداوی

۱- اصلاح حالات روانی و تداوی سببی.

۲- سلین هایپرتونیک (وریدی) که میتواند زودتر اعراض را اصلاح نماید.

معیارات که برای ارزیابی اختلالات خوراکی بکار میروند

۱- چک لست اختلال تغذی: یک کتلاک ساده روزانه است که ارتباط به خوراک و سلوک مربوطه دارد.

۲- فهرست اختلال خوراکی: توسط مولفین بنام های گارنر، اولمستد و پولیوی در سال ۱۹۵۳ ایجاد شد.

۳- تست طرز خوراک: یک میزان دارای ۴۰ رقم است که در آن سلوک های مختلف در رابطه ارزیابی می گردد.

۴- تقسیم اوقات ارزیابی مورگان روسیل (۱۹۸۸) دارای پنج میزان است که توسط آن اخذ غذا ارزیابی می گردد.

۵- تست تحقیقی بولیمیک (۱۹۸۷) معیار دارای ۳۳ ارقام است که توسط آن اعراض بولیمیک ارزیابی می گردد.

سوالات برای مرور

۱. اختلالات خوردن را تصنیف نمائید؟
۲. اینبولوژی و تداوی چاقی را تشریح نموده، استطبایات جراحی در تداوی چاقی کدامها اند؟
۳. بی اشتهایی عصبی چیست، تاریخچه، تظاهر کلینیکی، تشخیص تقریبی و تداوی آنرا کوتاه بیان دارید؟
۴. فکتور هائی را که منتج به بی اشتهایی عصبی میشوند نام ببرید؟
۵. در موارد ذیل مختصراً بنویسید:
 - (a) پیکا
 - (b) پیکویکیان سندروم
 - (c) فاقگی به منظور تداوی
 - (d) بی اشتهایی مؤخر
 - (e) بی اشتهایی عصبی در مرد ها
 - (f) غذا نخوردن عصبی (خود را گرسنه نگهداشتن)
 - (g) گروپ های غیر مسلکی ارجاع دهنده وزن
 - (h) میریسیم
۶. اسباب موفق نشدن برای کنترل وزن کدامها اند؟ در مورد منجمت آن بحث نمائید؟
۷. اختلال آب نوشیدن اجباری چیست، در مورد تشخیص تقریبی آن بحث نمائید؟

سوالات امتحان مسلکی

- در موارد ذیل مختصراً بنویسید:
 - بی اشتهایی عصبی
 - پیکا(تمایل به خوردن اشیای غیر قابل خوردن مانند خاک و غیره)
 - تداوی چاقی
 - سندروم آب نوشیدن اجباری

بخش سوم
عناوین خاص

اختلالات روانی اطفال

انکشاف نورمال، مراحل انکشاف ذهنی پاجیت، تأخر عقلی، اختلالات اوتوستیک، شیزوفرنیای دوره طفولیت، سندروم ریت، سندروم هیلر، سندروم اسپرجر، فرط تحرکیت، تک، پیکا، کندن موی بدن، عدم تکلم انتخایی، انیوریزس، انکوپریزس، حملات هنگام گرفتن تنفس، سندروم اطفال بترد، حسادت سبلینگ

تکامل نورمال طفل

جدول ۲۳-۱ نکات کلیدی انکشاف نورمال طفل

-
- ۱- سن
در یک ماهگی
- ۲- رفتار حرکی
میتواند رأس خود را برای چند ثانیه بلند نگهدارد.
- ۳- رفتار تطابقی
اشیای متحرک را تعقیب می کند.
- ۴- لسان
آوازه‌های را از حنجره بیرون می کند مثلاً بغ کردن.
- ۵- رفتار شخصی و اجتماعی
به صدا عکس العمل نشان میدهد و روی خود را ثابت کرده حرکات را کم میسازد.
- در سه ماهگی.**
- ۱- رأس خود را به زوایه ۹۰ درجه نگهدارد (زمانی که بالای ساعد وضعیت داده شود)
- ۲- اشیا را با حرکت بطی خوبتر تعقیب می کند بازوی مریض فعال میگردد.
- ۳- بلند خنده می کند آواز چون بغ کردن را ادامه میدهد.

۴- تبسم بنفسهی مادر خود را می شناسد.

در شش ماهگی

- ۱- رأس خود را با صدرش بلند می کند و دستهایش در حال بسط میباشد.
- ۲- اشیا را از یک دست خود به دست دیگر انتقال میدهد.
- ۳- آوازهای بی صدا را می آموزد .
- ۴- به تصویر خود در آئینه به علاقه نگاه می کند.

در نه ماهگی

- ۱- با توازن خوب می نشیند و چارغوک می کند.
- ۲- یک مکعب را به مادرش میدهد و میتواند مکعب را بالای همدیگر بگذارد.
- ۳- سه کلمه را با معنای آن استفاده می کند (اشیای استفاده روزمره)
- ۴- حرکات را با خرسندی تکرار می کند.

در دوازده ماهگی

- ۱- بدون کمک برای ده ثانیه ایستاده می شود و چند قدم میزند.
- ۲- مکعب را به مادرش میدهد میتواند آنرا بالای همدیگر بگذارد.
- ۳- میتواند سه کلمه را با معنایش استفاده کند (اشیای استفاده روزمره)
- ۴- حرکات را با خرسندی تکرار می کند.

در پانزده ماهگی

- ۱- میتواند درحالی قدم بزند که بازیچه را تپله کرده و میتواند چند قدم به عقب گذارد.
- ۲- میتواند خودش غذا خوردن را با قاشق بیاموزد بدون اینکه آنرا بریزد.
- ۳- میتواند اسمای ده شی را بگوید.
- ۴- در لباس پوشیدن همکاری نموده چیزی را که میخواهد به آن اشاره می کند.

در هژده ماهگی

- ۱- به قسم غیر موفقانه کوشش می کند به زینه بلند شود.
- ۲- کوشش می کند جاکت یا جمپر خود را دور کند و یا به قسم غیر موفقانه جراب هایش را بکشد.
- ۳- میتواند ۱۰-۲۰ کلمه را استفاده کند.
- ۴- تقلید حرکات مادرش را می کند.

در بیست و یک ماهگی / دوسالگی

- ۱- می آموزد چطور به نوک پنجه راه برود.
- ۲- کوشش می کند دایره را رسم نماید اما موفق نمی گردد.
- ۳- تقریباً ۱۵۰ کلمه را می آموزد.

۴- خودش به شکل خوبتر غذا می خورد.

در سه سالگی

- ۱- به شکل متوازن به زینه بالامی شود.
- ۲- به شکل مکمل میتواند لباس بپوشد و یا آنرا دور کند.
- ۳- ۲۵۰ کلمه را میآموزد، میتواند از جمع اشیا استفاده کند.
- ۴- میتواند دکمه هایش را باز کند و بوت هایش را به پا کند.

در پنج سالگی

- ۱- به پا هایش چمپ می کند میتواند، حرکت پنجه به کری را انجام دهد.
- ۲- میتواند یک مربع را ترسیم نماید.
- ۳- لغات را معنا می کند رنگ های ابتدایی را دقیقاً جواب میدهد.
- ۴- میتواند لباس بپوشد و یا آنرا دور کند، بازی می کند و میتواند چند لغت را نوشته کند.

تکامل عالی

- ۱- دوره حرکی شعوری: در گروپ های ۰.۵-۱ سالگی دیده میشود.
به شکل مراحل ذیل تقسیم شده است.

تقریباً ۱.۲٪ اطفال از مشکلات آموزش و سلوک رنج می برند.
شیوع اوسط تأخر عقلی تقریباً ۱-۰.۵٪ در تمام اطفال است.

- مرحله اول: عکسه چوشیدن و عکسه پلمر. در آن طفل حرکت را تکرار می کند.
- مرحله دوم: تکامل عادات در ابتدا بدون تفریق پذیری میان معنا و انجام بوجود می آید. طفل در مورد نتایج حاصله از حرکت آگاه است.
- مرحله سوم: شیر خوار یک حرکت مخصوص را تکرار می کند.
- مرحله چهارم: اختراع وسیله نسبی که به واسطه وسایل شناخته شده بکار انداخته میشود.
- مرحله پنجم: جهت یادگیری لغات جدید و اختراع جدید کوشش می کند.
- مرحله ششم: طفل معناهای جدید را کشف می کند و بنیش وی ظاهر می گردد.
- ۲- **مرحله قبل از انجام دهی: (مرحله افکار مستحکم)**
در سن ۷-۲ سالگی دیده میشود و تکامل طفل قرار ذیل است:

- تقلید پذیری مؤخر
- بازی سمبولیک
- تصورات روحی
- لسان

این مرحله به مراحل افکار سمبولیک و افکار حسی تقسیم شده است.

۳- **مرحله عمل مستحکم یا کانکریت:** در سنین ۷-۱۱ سالگی دیده میشود. تکامل طفل قرار ذیل است:

مرحله تفکر عمیق در اطفال به اساس نظریه
Jean Piaget در عمر ۱۱ سالگی دیده
 میشود.

- در یک وقت بالای چند ابعاد مشکل فکر می کند.
 - طفل توانایی دارد در میان دو اشیا شباهت ها و تفاوت ها را در یابد.
 - پروسه افکار انعطاف پذیر و غیر قابل رجعت است.
 - محافظه نمودن مقدار، وزن، جسم، طول و زمان.
- ۴- **مرحله عمل رسمی:** بعد از عمر یازده سالگی الی پایان مرحله بلوغ میرسد افکار جاسوسانه موجود است و طفل قابلیت های ذیل را دارد:
- امکانات را میتواند تصور نماید.
 - افکار منطقی دارد و مشکلات را حل و فصل می کند.

تصنیف اختلالات روانی

تقریباً ۲-۱ فیصد اطفال در هندوستان مشکلات سلوکی یا هیجان دارند تقریباً ۱۵ میلیون مصاب به تأخر عقلی اند و ۶-۴ فیصد آنها مصروف کار اند.

اختلالات روانی عمده که در اطفال دیده میشود قرار ذیل اند:

۱- اختلالات تکاملی

الف - تأخر عقلی

- ۱- وظایف عالی که شدیداً به شکل تحت وسطی قرار دارد (قوه ذکاوت پایینتر از ۷۹).
- ۲- نقیصه شدید در وظایف تطابقی.
- ۳- در جریان دوره تکامل بوجود می آید (در عمر پایینتر از ۱۸ سالگی).

ایپیدمیولوژی

در هندوستان ۱۵ میلیون اطفال مصاب به تأخر عقلی اند (۳-۲ فیصد تمام نفوس) که تناسب پسران دو برابر دخترها است.

تقریباً چهار نوع تأخر عقلی موجود است که ارتباط به قوه ذکاوت (Intellectual quotient) یا IQ (بالا تر یا پایینتر از پنج نمره در تمام انواع) و سلوک تطابقی دارد.

۱- تأخر عقلی خفیف (I.Q 50-70). که تقریباً ۸۵ فیصد تمامی افراد مصاب به تأخر عقلی را در بر می گیرد. میتوانند اسناد را به سویه اکادمیک بدست آورده و اکثراً به طبقه پایین اقتصادی اجتماعی ارتباط دارند. این اطفال قابل تعلیم دهی و آموزش اند.

۲- تأخر عقلی متوسط (I.Q 35-49). تقریباً ۱۲ فیصد افراد مصاب به تأخر عقلی را میسازد و اکثریت شان میتوانند سخن بزنند و یا حد اقل رابطه قایم نمایند. اکثریت شان میتوانند بیاموزند چطور از خود محافظت نمایند. در محافظه خودی شان قابل آموزش اند اما قابل تعلیم دهی نیستند.

۳- تأخر عقلی شدید (I.Q 20-34). تقریباً هفت فیصد افراد مصاب را میسازند اکثریت شان ممکن است در رابطه به محافظه خودشان آموزش داده شوند و میتوانند بشکل ساده آن رابطه قایم کنند.

۴- تأخر عقلی عمیق (I.Q پایینتر از ۲۰). کمتر از یک فیصد افراد مصاب را میسازند. تعداد محدود شان میتوانند بیاموزند که چطور از خود محافظه نمایند.

کمبود اکسیجن در ولادت قبل از میعاد معمول ترین علت تأخر عقلی است.

اختلالات که زیادتر در افراد مصاب به تأخر عقلی دیده میشوند

a- اختلالات فیزیکی

- ۱- اختلالات حسی (۲۰ فیصد)
 - نقیصه در دید و یا شنوایی
- ۲- اختلالات حرکی
 - شخی
 - بی موازنگی
 - اتیتوزس
 - صرع (در افراد که شدیداً مصاب به تأخر عقلی اند)

b- اختلالات روانی (در تمام انواع)

- ۱- شیذوفرنی. که به واسطه فقرافکار، هذیانات کم واضح، برسامات ساده مشخص میشود.
- ۲- اختلال عاطفی.
- ۳- نیوروزس (تأخر عقلی خفیف).
- ۴- اختلال شخصیت.
- ۵- اختلالات عضوی روانی مثلاً فراموشی که بعد از سن ۱۸ سالگی دیده میشود و یا زمانی که در ظرفیت های عالی کاهش بوجود آید و یا سلوک تطابقی کاهش یابد. یک ارتباط در میان الزهایمر و سندروم داون موجود است.
- ۶- اوتیزم و سندروم های فرط فعالیت.
- ۷- اختلالات سلوکی: انجام دادن حرکات پرمفهوم، سندروم هایپرکتیک.
- ۸- مشکلات جنسی مثلاً استمنایک مشکل معمول جنسی است.

سندروم داون معمول ترین عامل کروموزومی است. این سندروم سبب معمولی تأخر عقلی بسیار شدید است.

تأثيرات تأخر عقلي بالای خانواده

والدين مصاب به

- ناراحتی، افسردگی، شرم و یا قهر و عصبانیت، مشکلات اجتماعی، ناخشنودی ازدواجی، عدم رضایت از خدمات طبی و اجتماعی.

عوامل مهم تأخر عقلي

a - سندروم داون

ايديميوئولوژی

اختلال معمول کروموزومی است در هر ۷۰۰-۶۰۰ ولادت تصادف می شود. تأخر عقلي معمولاً خفيف و يا متوسط است.



Fig. 23.1. A girl with Down's syndrome

شکل ۲۳-۱ یک دختر مصاب به سندروم داون (توسط یک خانم در سن ۳۵ سالگی تولد یافته است).

اسباب

- ۱- ترایزومی 21 (کاریوتایپ مادر نورمال است)
- ۲- بیجا شده گی در میان کروموزوم ۱۵ و ۲۱
- ۳- موسیسیم (Mosaicism) بشکل یک عدم موجودیت تشوش وظیفوی واقع میشود) در هردو حجرات نارمل و ترای زومیک تظاهر میکند) خطر وقوع آن در خانم هایی که عمرشان ۲۵ سال است ۱در ۲۳۰۰ است، ۱در ۱۰۰ درخانم هائیکه عمرشان بین ۴۰ الی ۵۰ است و بالاخره ۱در ۴۶ درخانم هائیکه بالاتر از ۴۵ است دیده میشود.

در سندروم داون نقایص اذینی بطینی، حجاب بین البطینی و بندش دائمی قنات شریانی بندش اثناعشر و غیره معمول است.

لوحه کلینیکی

- دهن کوچک و دندان های خورد، زبان بیرون برآمده و کام به شکل قوسی بلند.
- درز اجفان بشکل مایل است.
- ناحیه قفوی هموار است.
- انگشت پنجم کوتاه و وسیع است.
- مقویت عضلی کم است، عکسه مورو موجود نیست، فرط بسط و یا فرط انقباض موجود است.
- امراض ولادی قلبی (نقایص اذینی بطینی، نقیصه بین البطینی). وجه هموار، گوش های کوچک، تشوش شنوائی و اینارملتی های امعا، I.Q در میان ۵۰-۲۰ است، کاهش فعالیت تایروئید، صرع، تشوشات بینائی، هم چنان کاهش میزان باروری و غیره دیده می شود.

کروموزوم شکنند اکس عامل درجه دوم معمول کروموزومی تأخر عقلی میباشد.

تداوی

تداوی خاصی موجود نیست و علت مرگ و میر نزد این مریضان همانا امراض ولادی قلبی است.

b- کروموزوم X شکننده وضعیف

در یک فی هزار الی یک فی دو هزار ولادت های مذکر رخ میدهد، و ابنارملتی کروموزوم دوم است که ارتباط به تأخر عقلی دارد. در این حالت مشکل اساسی در بازوی طویل کروموزوم است و طوری معلوم میشود که شکسته باشد.

یک سوم آنها مصاب به تأخر عقلی اند (خفیف) یک سوم دیگر مشکل در آموزش دارند و یک سوم باقی مانده نورمال میباشند.

لوحه کلینیکی: گوش های طویل، وجه باریک و طویل، قد کوتاه، صدر فرو رفته (۲۵٪)، پرولپس دسام مترال (۵۵٪)، جذر بزرگ ابهر. بعضی از این مشخصات در زنان متأثره نیز دیده میشود. تأخر عقلی خفیف الی متوسط است و عدم قابلیت آموزش موجود است. مقویت عضلی کاهش یافته، نقیصه توجه و اختلال فرط فعالیت وغیره.

تداوی: برای مریضان به مقدار بلند فولیک اسید تجویز می گردد.

c- سندروم کلاین فلتر

به یک شکل از هایپوگونادیزم گفته میشود که خصیه ها کوچک بوده، خصوصیات ثانوی جنسی تکامل نکرده اما سوبه گونادوتروپین بلند است، ممکن کروماتین مثبت یا منفی باشد. فریکونسی آن در نوزادان ۱.۳۲ فی ۱۰۰۰ است که ۷ الی ۹ فی ۱۰۰۰ آن تأخر عقلی دارند.

تأخر عقلی ممکن در سندروم جنینی الکپول، سندروم جنینی هیدانتوئین، لوسندروم، پرادر ویلی، سننورج ویبر، ترایزومی ۱۳ یا ۱۸، سندروم رویلا، هوموسیستین یوریا و کلاکتوزیمیا واقع شود.

تداوی. با مستحضرات تستسترون با مقدار بلند تداوی میشود مقدار آن ۵۰ میلی گرام هر ۳ هفته و در هر ۹-۶ ماه ۵۰ میلی گرام افزایش می یابد. مقدار تعقیبی آن ۳۰۰-۲۵۰ میلی گرام هر ۳ هفته است.

d- فینایل کیتون یوریا

یک اختلال میتابولیک است سویه انزایم فینایل الانین هایدروکسیلاز کاهش یافته بناً ایل- فینایل الانین به تایروزین تبدیل نمی گردد در خون، CSF و انساج تجمع می کند.

سندروم داون یک فکتور خطر برای مرض الزهايمر میباشد.

مشخصات کلینیکی

اعراض و علائم مختلف چون تکامل مؤخر که بعداً منجر به تشوش و ظایف عالی شده رعشه، اختلاج، هایپرکاینزیا، مقویت عضلی افزایش یافته، موی سفید، عنیبه آبی، جلد ملایم، آفات التهابی، رش، اگزیم و بوی گنده بدن بوجود می آید.

تشخیص: توسط تست گوتتری صورت می گیرد (Guthrie's test)

تداوی: اخذ فینایل الانین باید محدود شود.

e- مرض مپل سیروپ یورین (Maple syrup urine)

سویه امینواسیدهای (لوسین، ایزولوسین و والین) که پیشقدم کیتواسیدها است، افزایش می یابد.

تشخیص: فیریک کلوراید به ادرار مریض رنگ آبی میدهد.

تداوی: غذا باید یک مخلوط مشتق شده امینواسیدها باشد که مقدار کم لوسین، ایزولوسین و والین داشته باشد.

f- توبیروز سکلیروزس یا (Epiloia) Tuberos sclerosis

یک اختلال اتوزومل غالب است.

تظاهرات: تظاهرات اساسی تأخر عقلی است (خفیف الی شدید)، اختلاج، ادینومای غداوات عرقیه (به قسم پروانه سرخ) در وجه و بالای سایر نواحی بدن موجود می باشد (قهوه ای سفید)، که هم چنان این حالت بنام سه پایه و گت (Vogt's) یاد می شود.

سندروم Hellers بنام سایکوزس متلاشی شده نیز یاد می گردد درحالیکه سندروم kanner's بنام infantile autism یاد میشود.

سایر تظاهرات خال های خدائی، تغییرات عظام، اوستیوسکلیروز، ضخیم شدن پری اوست، فیروز ریوی و تومور کلیه.

تداوی. عرضی بوده (برای اختلاج، انتانات و عدم کفایه قلبی و کلیوی).

g- سندروم لارنس - مون - بیدل (Laurence - Moon - Biedl)

از دوران شیرخواره گی مصاب به تشوشات در وظایف ذکایی است (خفیف الی متوسط)، التهاب ملونه شبکیه، اختلال بینائی، چاقی و هیپوجنیتالیزم دیده می شود.

تشخیص تفریقی تأخر عقلی

- پختگی مؤخر (اختلالات مخصوص تکاملی)
- کوری یا سایر نواقص حسی
- سایکوز طفولیت (آغاز شیزوفرنی طفولیت)
- اوتیزم طفولیت
- نیوروزس شدید
- اختلالات سیمتیک با معیوبیت های فزیک
- اطفال محروم با تنه ناکافی
- صرع
- عوارض جانبی ادویه (ادویه ضد سایکوز، ضد اختلاج)

سندروم Rett بیشتر در دختران در سنین بین ۷-۲۴ ماهگی آغاز میشود. بصورت وصفی نارمل انکشاف کرده که بواسطه ضیاع قسمی و یا تام مهارت تعقیب میشود.

در سندروم asperger در تکامل زبان یا شناخت تأخر عموماً دیده نمی شود در حالیکه autism دیده میشود و بیشتر در پسران تصادف می گردد.

تداوی

۱- وقایه اولیه

a- **بهرسازی صحت:** حفاظت خوب قبل از ولادت، بهتر ساختن وضعیت اقتصادی اجتماعی مملکت، تعلیم دهی مردم، مساعی جهت کمک به تحقیقات در رابطه به شناخت عوامل.

b- **محافظه خصوصی**: در هر سه مرحله یعنی قبل از ولادت، زمان ولادت و بعد از ولادت باید مراقبت خوب صورت گیرد. هم چنان ارزیابی ارثی مثلاً کشف نمودن فینایل کیتون یوریا، حمل نگرفتن مادر در عمر زیاد، اجتناب از عروسی های که مصاب به تأخر عقلی باشند، واکسین نمودن خانم ها با واکسین چیچک، اجتناب از دادن واکسین سیاه سرفه به اطفال که مصاب اختلاج اند.

II- **وقایه ثانوی**: (تداوی و تشخیص مقدم)

- کشف و تداوی اختلال قابل وقایه به شکل مقدم
- کشیدن مایع آمنیوتیک و خاتمه دادن حاملگی
- کشف نمودن مقدم اختلالات قابل اصلاح
- کشف مقدم معیوبیت فزیک
- محافظت از سؤاستفاده مثلاً فزیک یا جنسی

III- **وقایه ثالثه**

- a- محدود ساختن معیوبیت: تداوی مشکلات روانی و فزیک، افراد مصاب به تأخر عقلی شدید باید تحت مراقبت قرار گیرند. در صورت امکان تعلیم داده شوند، فزیوتراپی برای نقایص متممه.
- b- احیا مجدد: تداوی بنیادی اطفال مصاب به تأخر عقلی اند و ارتباط به سویه ذکایی مریض دارد.

بستر نمودن مریضان

استطیبات

- a- مشکلات سلوکی از باعث اختلال نقیصه توجه، سلوک تهدید آمیز و تحقیر آمیز، سایکوزس
- b- فکتورهای اجتماعی: ازدحام، والدین بی کفایت تأخر عقلی یا والدین مصاب به سایکوزس، اطفال که سرپرست ندارند.

II. **اختلالات فراگیرنده تکاملی**

- a- **اختلال اوتیزم**: توسط مؤلف Leo kanner در سال ۱۹۴۳ شرح شد و بنام اوتیزم شیرخوارگی مسمی شد.

ادرار نمودن از طرف شب قبل از عمر ۳ سالگی
تشخیص نمی گردد.

اییدیمیولوژی

در شیرخواره گی و یا طفولیت آغاز میشود. شیوع آن ۴ یا ۵ در هر ۱۰۰۰۰ اطفال تحت عمر ۱۶ سالگی میباشد تناسب زنان با مردان ۴-۵ به نسبت ۱ است.

ایتولوژی

- ۱- فکتورهای ارثی: در مونوزایگوت ها نظر به دای زایگوت ها زیاد است.
- ۲- اسباب طبی: اثانات سیستم عصبی بعد از ولادت (میننژیت، انسفالیت)، رویلا ولادی و سایتومیگالووایرس، فینایل کیتون یوریا و نادراً اسفکسی قبل از ولادت. اختلال اختلاجی در (۳۵-۵۰٪) اطفال به عمر ۲۰ سالگی دیده میشود.
- ۳- سایکودینامیک و تأثیرات والدین: والدین این اطفال، از نظر ذکایی، اجتماعی و سواسی، تجرید شده و هیجانی اند به همین علت بنام "والدین یخچالی" یاد می گردند.
- ۴- بیوشمیک: در یک سوم اطفال مصاب به اختلال اوتیزم سویه سیروتونین بلند است که وقوعات آن معلوم نیست.

لوحه کلینیکی. تظاهرات مشخص عبارت است از:

- ۱- **اوتیزم** (نمی تواند روابط داغ هیجانی را با مردم بر قرار نماید).
- ۲- **ارتباطات** (در روابط کلامی و غیر کلامی تشوش کیفی موجود است).
- ۳- **فعالیت ها** (علاقه و فعالیت ها نزدشان محدود است).
 - حرکات کلیشه ای بدن نزد شان موجود است.
 - اشتغال با قسمت های از اشیا (مثلاً چرخاندن دوام دار یک چرخ).
 - در برابر تغییرات محیطی بسیار نا آرام میباشد.
 - علاقه طفل بسیار محدود می گردد.

۴- سایر تظاهرات

- تأخر عقلی تقریباً نیمی از اطفال مصاب به تأخر عقلی متوسط الی شدید اند در حالیکه ۲۵ فیصد آنها تأخر عقلی خفیف دارند.

آموزش دهی برای تشناب رفتن در عمر دو سالگی
آغاز می گردد در حالیکه در اطفال مصاب به تأخر
عقلی الی عمر پنج سالگی به تعویق انداخته میشود.

- سندروم آیدیوت ساوانت (Idiot Savant): در موجودیت تکامل غیر نورمال ممکن بعضی وظایف نورمال باشند مثلاً محاسبه نمودن، حافظه فوری، قابلیت های موسیقی وغیره.

انذار: در سنین ۴-۶ سالگی تقریباً ۲۰-۱۰ فیصد اطفال بهتر می گردند.

- ۲۰-۱۰ فیصد آنها میتوانند زنده گی کنند اما نیاز به یک مکتب خصوصی و یا آموزشی دارند و کار نموده نمی توانند.

- ۶۰ فیصد آنها کمتر بهتر می گردند اما به تنهایی زنده گی کرده نمی توانند.

تشخیص تفریقی

- شیزوفرنی دوران طفولیت
- اختلال مربوط عکس العمل دوران شیرخواره گی
- موتیزم انتخابی
- اختلال توریت، اختلال عادات، اختلال وسواسی اجباری، اختلال نقیصه توجه، اختلال بالخاصه تکامل (لسان)، افزای کسبی همراه با اختلاج، شخصیت شیزوئید، امراض شنوائی یا استحالوی، عصبی و تأخر عقلی.

تداوی سلوکی بهترین تداوی برای اطفال است که
از طرف شب ادرار می کنند.

تداوی

۱- تداوی سلوکی: در این تداوی به مریض مهارت ها آموزش داده میشود تا چگونه از خود

مراقبت نماید هم چنان تداوی گفتاری، آموزش صنفی نیز استفاده می گردد.

۲- مشوره دهی و تداوی محافظوی

۳- ادویه

amitriptyline ، imipramine

و desmopressin در تداوی ادرار شبانه

مفید اند.

- ادویه ضد سایکوز مثل هالوپیرادول میتواند فرط فعالیت و سایر سلوک های تخریبی را کاهش دهد.
- آگونست های دوپامین: منبهات سیستم عصبی مرکزی (امفیتامین ها) فرط فعالیت را بهتر ساخته و هم چنان لوادوپا نیز مفید است.
- Fenfluramin: اعراض حرکی را کاهش داده، ارتباط اجتماعی را تقویت می بخشد. توجه و خواب را بهتر میسازد و I.Q را بلند میبرد.

ادرار شبانه در مرحله اول خواب با حرکات

سریع چشم دیده میشود.

Naloxane and Naltrexone ادویه خالص انتاگونیست مخدرات است.

این ادویه سلوک تخریبی، پرخاشگری و حرکات کلیشه ای را کاهش میدهد.

b- سندروم هیلر (اختلال تجزیوی دوران طفولیت)

یک نوع از اختلال فراگیر تکامل اطفال است. در این اختلال یک دوره کاملاً نورمال تکامل توسط آغاز یک اختلال تجزیوی و از بین رفتن مهارت های قبلاً آموخته شده در جریان چند ماه پی گیری می گردد. در این اختلال چند ساحه تکاملی مصاب می گردد و ابنارملتی های اجتماعی ارتباطی و وظایف سلوکی بوجود می آید، در بعضی واقعات از دست دادن مهارت ها بسیار سریع سیر می کند.

انذار بسیار خراب دارد که اکثریت افراد مصاب به یک تأخر عقلی شدید می گردد. این اختلال مشابه حالات فراموشی زمان کهولت است اما در سه موارد تفاوت دارد: در این اختلال شواهد امراض عضوی و یا تخریب موجود نیست، از دست دادن مهارت ها توسط درجات مختلف بهبودی پی گیری میشود، در این اختلال تشوشات در روابط اجتماعی و ارتباطات موجود است اما در دمانس وظایف عالی کاهش می یابد.

c- ریت سندروم (Rett's syndrome)

تنها در دختران راپور داده شده است که علت آن نامعلوم است.

- تکامل مقدم نورمال یا به نورمال نزدیک است که بعداً مهارت های کسب شده از بین می رود رأس کوچک باقی می ماند. معمولاً آغاز آن در سنین هفت و یا ۲۴ ماهگی می باشد.

عامل معمول ادرار نمودن از طرف شب روحی می باشد. معمولترین نوع ادرار شبانه ابتدایی می باشد.

- از بین رفتن حرکات هدف دار دستان، نوشتن و فرط تهویه
- در جریان دو یا سه سال تکامل اجتماعی بازی ها از بین می رود اما علاقه اجتماعی هنوز خوب است.
- بی موازنگی و اپراکسی همراه با سکولویوزس و یا کیفوسکولویوزس در اوسط دوران طفولیت.
- بعضاً حرکات کوری مانند.

ناتوانی در آموزش معمول ترین سبب خواندن در اطفال است.

- معیوبیت های روانی و حملات (قبل از ۸ سالگی)

d- سندروم اسپر جیر (Asperger's)

اختلالی است که یقیناً تصنیف نشده که در آن تشوش در روابط اجتماعی موجود است این سندروم از اوتیزم طوری فرق می گردد که در این سندروم تأخیر در لسان و یا تکامل شناختی موجود نمی باشد. اکثریت افراد نزدشان ذکاوت عمومی نورمال است. زیادت در بچه ها بوجود می آید.

تناسب بچه ها با دختران هشت به نسبت یک است. این ابنارملتی الی دوران بلوغ توسعه یافته و دوره های سایکوزس در آغاز دوره کهولت واقع می گردد. سایر اسمای این سندروم اوتیستیک سایکوپتی و اختلال شیزوئید دوران طفولیت است.

III - اختلالات بالخاصه تکاملی

این اختلالات شامل

a- اختلال تکاملی محاسبه: یک اختلال آموزش است که فرد درست محاسبه نموده نمی تواند اما

در I.Q پائین شرح نمی گردد.

اسباب: با I.Q و آموزش صنف ارتباط دارد. در تداوی آن تعلیم دهی بالخاصه مدنظر گرفته میشود.

b- اختلال تکاملی نوشتاری تشریحی: افراد دچار مشکلات در ساختن جملات، گرامر، و نقطه گذاری دارند. اعراض مشتمل می گردد بر بطنی نوشتن، تکرار حروف، غلطی دریافتن لغات، دوباره نوشتن، اغلاط گرامری، در تداوی همانا تعلیم دهی شامل است.

b- اختلال تکاملی مطالعه: مهارت های مطالعه بطنی میگردد، سرعت مطالعه بطنی شده، فهم تشوش می یابد این اختلال در موجودیت ذکاوت نورمال، تعلیم مناسب و هیجان کنترل شده دیده میشود.

معمول ترین شکل پیکا عبارت از تمایل به خوردن خاک است.

اسباب: در نتیجه تشوشات در تأخر عقلی، تخریب مغزی، تشوشات روانی، نقایص حسی. مشخصات: فرد راست و چپ خود را نمی شناسد، نمی تواند صداها را تمیز نماید، تشوشات در درک مهارت های حرکی، چپه نوشتن حروف مثل b را d، تغییر موقعیت لغات saw را was و یا از میان برداشتن حروف truck را tuck، نقایص در لسان کلامی، اعراض تخریب نیم کره چپ، مشکلات توجه و غیره موجود است.

اپیدمیولوژی: شیوع ۱۰-۳ فیصد دارد که تناسب مردان و زنان سه الی چهار به نسبت یک فیصد است. **تداوی و ارزیابی:** تداوی توسط استادان علاج کننده صورت می گیرد.

d- اختلال تکامل هماهنگی (تأخر بالخاصه حرکی): بعضی اطفال مصاب به تکامل مؤخر حرکی میباشد که تقریباً ۵ فیصد اطفال مصاب به یک تشوش عمده در وظایف حرکی میباشد. آموزش خصوصی برای شان داده میشود اما زیادتر مفید نیست.

f- اختلال تکامل زبان و تکلم: تقریباً یک فیصد اطفال شدیداً تأخر در تکلم نمودن و ۵ فیصد مشکلات فهمیدن توسط دیگران دارند. برای این اطفال تداوی کلامی صورت می گیرد که در اکثریت مریضان مفید است.

معمول ترین اختلال روانی در اطفال نیوروزس است.

معمول ترین میکانزم تطابقی در اطفال پر خاشگری است

IV. اختلالات نیوروتیک

به فصل ۱۳ مراجعه شود.

V. مشکلات آموزش به تشناب رفتن

a- ادرار شبانه غیر عضوی

ادرار شبانه (Enuresis) به معنای تر نمودن لباس و یا بستر بعد از عمر سه سالگی است. اگر طفل هیچگاهی کنترل مثانه را در اختیار نداشته باشد بنام ادرار شبانه ابتدائی یاد میشود و اگر یکبار کنترل مثانه را برای تقریباً یکسال داشته باشد و بعداً این مشکل را پیدا کند بنام ادرار شبانه ثانوی یاد می گردد. تقریباً ۱۵ فیصد اطفال بعد از عمر ۳ سالگی این مشکل را دارد در حالیکه در کلان سالان این فیصدی ۰.۵ تا ۳.۸ فیصد است.

هشتاد فیصد آنها تنها از طرف شب بستر را تر میسازند و ۱۵ فیصد آنها از طرف روز این مشکل را دارند. زیادتیر در مردان و در فصل زمستان تصادف می کند.

اسباب

- ۱- فکتورهای ارثی در اطفال دیده میشود که تاریخچه فامیلی این مشکل را دارند.
- ۲- روحی: جدائی از والدین، خانواده ناآرام روحی، قهر، و یا منع نمودن مراقبت کننده گان.
- ۳- فزیولوژیک: آموزش دادن مؤخر به تشناب رفتن.
- ۴- عضوی: مرض شکر، انتانات پرازیتی، انسداد بولی و یا انتانات (در زنان عمومیت دارد)، صرع و اختلالات خواب، سؤ شکل مثلاً اسپینا بایفیدیا، ضعیفی عضلات مثانه و یا معصره بولی وغیره.

تداوی

- ۱- مشوره دهی به والدین
- ۲- روش های سلوکی: مؤلف موریر (Mowrer) آله بنام جهاز موریر را توصیه نموده است که به شکل یک خبر دهنده وظیفه اجرا می کند، قسمیکه به شکل زنگ ساعت عیار شده و زمانی که طفل بخواهد ادرار نماید آله زنگ زده و طفل از خواب بیدار میشود و به بیرون رفته ادرار می نماید.

۳- ادویه: مثلاً امی پرامین (۵۰-۲۵ ملی گرام فی روز) (قبل از عمر ۶ سالگی باید توصیه نشده زیرا مسمومیت قلبی میدهد).

Oxybutynin (۲۰-۵ ملی گرام / روز و یا انشاق desmopressin).

۴- مانوره وضعیتی: مشتمل می گردد بر بیدار نمودن طفل در مسیر شب، محدود نمودن اخذ مایعات ۱-۲ ساعت قبل از خواب.

در هندوستان طفل که عمر او پائین تر از هفت سال باشد در هیچ نوع جرم قابل سزا نیست.

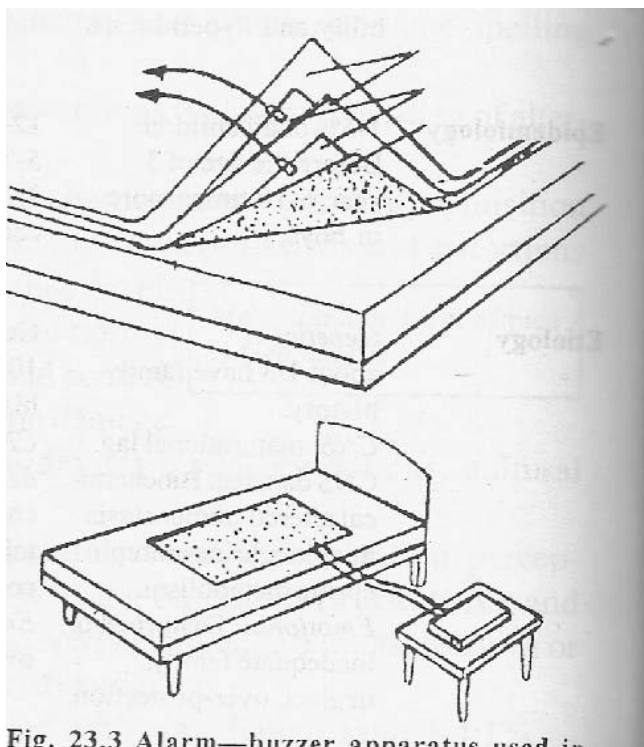


Fig. 23.3 Alarm—buzzer apparatus used in

شکل ۲۳-۳ دستگا زنگ بیدار کننده که برای تداوی ادرار شبانه (تر کردن بستر) استفاده می شود.

۲۳.۱۸ ترس از مکتب یک شکل از اضطراب جدا شدن است.

c- اختلال تعوط غیر عضوی (Encopresis)

مشتمل می گردد بر تعوط متکرر و غیر ارادی در لباس های خود که قبل از عمر ۴ سالگی بوجود آمده و کدام علت عضوی نیز موجود نباشد، اصطلاحات دیگری که برای این حالت استفاده میشود عبارت است از "آلوده شدن"، "تصادمات معائی"، "عدم اقتدار"، "میگاکولون روحی" و غیره.

اپیدیمولوژی

شیوع این اختلال در نزد اطفال ۳ الی ۸ فیصد است، نزد پسر ها ۳ الی ۴ مراتبه بیشتر نظر به دختر ها دیده می شود.

انواع: به سه شکل متداوم، غیر متداوم و ذخیروی می باشد.

اسباب

اصطلاح Battered child syndrome توسط
Kempe وضع شد.

۱- ارثی یا ساختاری: در این اطفال فیصدی

زیاد اختلال زبان موجود بوده و در

اطفال که تاریخچه فامیلی مثبت دارند دیده می شود.

۲- اسباب عضوی: تب، سوهاضمه، فیسور مقعدی، اسهالات، اخذ مسهلات، فقدان کلسیوم و

پتاسیوم، جروحات نخاع شوکی، اتونی کولون، تظاهرات کرم ها و توبرکلوز.

۳- فکتور هیجانی: آموزش ناخوش آیند به تشناب رفتن و یا ارتباط گیری غیر مطمئن با فامیل، جدا

شدن از مادر، آغاز شدن مکتب.

تداوی

۱- اهتمامات عمومی: آموزش به تشناب رفتن باید در یک عمر مناسب آغاز شود (در ۲ یا ۳ سالگی)

از دواهای مسهل و اماله ها استفاده نشود.

۲- اهتمامات خصوصی: فکتورهای عضوی باید رفع شود، روان درمانی طفل، هم چنان تداوی های

سلوکی اجرا گردد.

VII. موتیزم انتخابی (Elective Mutism)

موتیزم عبارت از عدم موجودیت تکلم است اما زمانی که یک شخص نورمال از نظر روحی و

فزیولوژیکی سخن نمی زند، بنام موتیزم انتخابی یاد می گردد. این اصطلاح توسط مؤلف Tramer در

سال ۱۹۳۴ بیان شد.

نابغه عبارت از آن اطفال اند که IQ شان بالاتر از ۱۵۰ است.

انواع

a- ابتدائی: اطفال که به شکل ابتدائی مصاب به موتیزم انتخابی می گردد سخن نمی زند و با افراد بیگانه نیز سخن نمی زنند.

b- ثانوی: ممکن است از باعث ضیاع شنوایی، شیزوفرنی، افزای، تأخر عقلی و غیره بوجود آید.

شیوع

شیوع زیادتر در دختران دارد و خانواده های موجود است که زیادتر از یک طفل شان مصاب اند در عمر قبل از مکتب عام است.

وقایه اولیه مهم ترین نوع وقایه اختلالات روانی طفولیت است.

اسباب

فکتورهای محیطی (محیط بیگانه)

- جدا شدن طفل از خانواده (در زمان آغاز مکتب).
- ارثیت و ذکاوت نیز رول دارد زیرا میتواند این اختلال روحی باشد.
- روابط زیاد با مادر.
- یک تجربه ترضیض در زمان که طفل به سخن زدن آغاز می کند.

تداوی

این اطفال به علت نامعلوم خاموش اند و نیاز به پروگرام سازی و تداوی های تکاملی دارند.

VIII. اختلال خواب

a- ترس خواب.

b- وحشت خواب.

c- گشتن در خواب.

d- خواب زیاد یا خواب ناکافی.

e- دندان جویدن.

در فصل ۲۱ مطالعه شده اند.

درسندروم Idiot. Savant علی الرغم تکامل غیرنورمال وظیفوی بعضی وظایف ممکن دراطفال نورمال بجا بماند مثلاً محاسبه وقابلیت در موسیقی.

IX. اختلالات خوراکی

a- بی اشتهائی عصبی.

b- پر خوری عصبی.

c- چاقی.

d- پیکا.

e- اختلال نشخواری.

f- عدم کفایه نشو و نما.

g- نوشیدن اجباری آب.

به فصل ۲۲ مراجعه شود.

X. سندروم از شکل انداختن طفل (BATTERED CHILD SYNDROM)

در سؤ استفاده، طفل از مورد تجاوز فزیکتی قرار گرفتن توسط یک کاهل رنج می برد اما از سزا دهی جسمانی تفاوت دارد زیرا در این حالت طفل هنوز از این گناه آگاه نمی باشد.

سؤ استفاده متکرر فزیکتی از طفل بنام سندروم از شکل انداختن طفل یاد می گردد که توسط مؤلف Kemp شرح شد.

شیوع

نظر به احصائیه ملی سؤ استفاده اطفال، میلیون ها اطفال توسط والدین شان درست تداوی نشده که تقریباً دو صد هزار سؤ استفاده جنسی و ۳-۲ صد هزار سؤ استفاده روحی فزیکتی وجود دارد.

اسباب

۱- اطفال: زیادتر اطفال توسط والدین شان پنداشته میشوند که نظر به دیگران مختلف اند، تکامل بطی دارند، خود خواه و یا بی تربیه اند.

۲- والدین: اطفال مصاب زیادتر دختران اند که والدین شان از نظر حالت هیجانی منجمد و یا دایه باشند.

۳- حالات بحرانی: مثلاً طلاق، الکهولیزم، اعتیاد به ادویه، حاملگی های در عمر نوجوانی، تأخر عقلی، واقع شدن امراض عقلی، ناراحتی اقتصادی و تجربه اجتماعی.

سه پایه Kanner autistic عبارتند از
اوتیزم ، اختلال تکلم یا زبان ، وتقاضا
اجباری برای شباهت دهی

تشخیص: این اطفال در زمان مراجعه به اطاق عاجل شفاخانه دچار به شاریده گی بدن، زخمی بودن، پاره گی ها، نواحی سوخته، کسور، جروحات نواحی چشم صدر و بطن میباشد.

fenfluramine در تداوی اختلال غیر نورمال تکامل استفاده میشود.

در معاینه علایم تجاوز دیده میشود که غیر متناسب به حالت جروحات انساج رخوه و یا کسور میباشد.
تداوی: این تداوی توسط گروپ ها مشتمل از دوکتوران روانی اطفال، نرس ها، کارمندان اجتماعی و مدیر شفاخانه اجرا میشود.

IQ بهترین وسیله شناخت انداز اختلال اوتیزم است و IQ پائین انداز خراب دارد.



شکل ۲۳-۴ یک پسر ۱۱ ساله با تأخر عقلی خفیف که مکرراً توسط پدر ۴۲ ساله معتاد به الکھول بدون کدام تحریک زده شده است. این پسر برای تداوی تر کردن بستر آورده شده است. سؤ استفاده فزیکي در وقت معاینه دریافت شده است.

وقایه اختلالات روانی دوران طفولیت

بہتر است کہ این اختلالات جلوگیری شود نظر به اینکه به تداوی آنها پرداخته شود اما در گذشته‌ها توجه

اندکی به این مسله مبذول شده است جلوگیری حایز

اوتیزم در اطفال قبل از عمر سه سالگی دیده میشود.

اهمیت زیادی است زیرا میتودهای تداوی به اندازه

کافی در دسترس نیست.

به سه سویه وقایه می گردد

۱- وقایه اولیه: تحت این پروگرام‌ها سعی می شود تا همچو واقعات پتالوژیک واقع نشود و یا کاهش

داده شود، از مریضی‌های روانی و یا معیوبیت عقلی که هنوز اطفال به آن مواجه نیست کاهش

داده شود.

معیوبیت‌های بالخاصه آموزش ممکن مطالعه، شرح

نمودن، نوشتن هم‌اهنگی و تکلم باشد.

فکتورهای خطر که حایز اهمیت اند مثلاً فکتورهای ارثی یا تأخر عقلی که با مشوره دهی میتواند این

فکتورها کاهش یابد فکتورهای خطر حاملگی مشتمل می گردد بر انتانات مادری مثلاً چیچک، سفلیس،

توکسوپلازموزس، سگرت نوشی، الکھولیزم، توکسمیایی حاملگی وغیره که باعث متأثر شدن تکامل طفل

می شود جلوگیری شود.

ترخیص دوران ولادت: (مراقبت خوب زمان ولادت میتواند از همچو ترخیصات ولادی جلوگیری

نماید).

اختلالات طبی دوره نوزادی و ولادت قبل از وقت. حوادث خانه و یا بیرون از خانه (که باعث جروحات

عصبی وغیره میشود) که بعداً باعث اختلال روانی و یا معیوبیت روانی می گردد. سموم مثلاً سرب، ارسینک

وغیره، مریضی‌های فزیکلی مخصوصاً مریضی‌های سیستم عصبی، مشکلات خانواده گی (این اطفال زیادتر

مصاب می گردد)، مشکلات روانی والدین (یک فکتور بسیار عمده خطر پنداشته میشود) مخصوصاً اگر هر

دو والدین مصاب به مشکل روانی باشد یا مشکل روانی دوام دار باشد، ناکام شدن مقدم در مکتب، خانواده

بزرگ، در تناسب با فکتورهای خطر فکتورهای محافظه کننده دیگری نیز موجود است که باعث بطی شدن

تکامل می گردد.

معلومات اپیدمیولوژیک و شواهد در مورد فکتورهای خطر باعث می گردد که جهت جلوگیری اولیه پروگرام ساخته شود.

۲- وقایه ثانوی: مشتمل می گردد بر تشخیص مقدم و دریافت مریضی که بعداً جهت کنترل درآوردن آن مداخله صورت می گیرد.

زیادتر مکاتب اطفال معاینه می گردند تا نزد شان امراض ممکنه موجود روانی و اختلال هیجان دریافت شود.

وقایه ثانوی برای یک عده اطفال به شکل وقایه اولیه استفاده می گردد در برتانیه و ایالات متحده امریکا خدمات اساسی توسط نرس تعلیم یافته مهیا می گردد اما در هندوستان استادان و والدین آگاه می گردند که اختلالات طفولیت را کشف نمایند.

۳- وقایه ثالثی: در این جا تاثیر اختلال محدود ساخته شده، از تشدید شدن آن جلوگیری شود و افراد متأثره و خانواده آنها محافظه شوند. عموماً جلوگیری اولیه و ثانوی ترجیح داده شده است.

جلوگیری اختلالات روانی دوران طفولیت بسیار مهم است زیرا با این عمل میتوان شیوع جراثیم، شکستگی خانواده، طلاق ها، سؤاستفاده از ادویه و خودکشی را کاهش داد.

سندروم کمپل برقی یک نوع عکس العمل متقابل خانواده گی است که در آن یک عضو خانواده تمام مسؤولیت خانواده را به دوش می گیرد (نهایت گرم) و دیگران تقریباً هیچ مسؤولیت پذیری نمی کنند (نهایت سرد) که ممکن باعث مشکلات سلوکی شود.

سوالات برای مرور

• تعریف نمائید:

- (a) اختلال فرط تحرکیت
- (b) Gilles de la tourettes syndrome
- (c) بیقراری انتخابی
- (d) باترید- بیبی- سندروم
- (e) ترس از مکتب
- (f) لکنت زبان تنفس هجی کردن (خواندن)
- (g) رقابت با خواهر یا هم نژاد
- (h) ترس های خیالی
- (i) داون سندروم
- (j) فینایل کیتون یوریا
- (k) اسپرجر سندروم
- (l) فینال هایدنشن سندروم
- (m) فینال الکول سندروم
- (n) فراجل ایکس سندروم
- (o) تصلب دکمه یی
- (p) لاورنس مون- بیئل سندروم
- (q) کلین فلتر سندروم
- (r) ترنر سندروم
- (s) روبیلا سندروم

سوالات امتحان مسلک

- در موارد ذیل کوتاه بنویسید:
 - سندروم فرط تحرکیت
 - خیال پرستی نوزادی
 - سندروم کودک خمیری
 - داون سندروم
 - صدا در آوردن با تنفس
 - ترنر سندروم
- در مورد اسباب تأخر عقلی بحث نمائید؟

امراض روانی بالغان

تعریف بلوغ، پس منظر تاریخی، الگوهای نظریاتی، مراحل تکامل، فکتورهای متأثرکننده تکامل، ارزیابی، تصنیف و شیوع اختلالات روانی و اقدامات تداوی

مفهوم بلوغیت

بلوغیت عبارت است از زمان تغییرات شدید فزیولوژیک و روانی، دوباره تطابق در برابر خانواده، مکتب، وظیفه و زنده گی اجتماعی و آماده سازی برای زنده گی دوره کهولت که با بلوغیت آغاز شده و با آغاز کهولت پایان می یابد. در پسران در عمر ۶ الی ۱۱ سالگی و در دختران در عمر ۹ الی ۱۶ سال آغاز می گردد.

دوره جوانی زمان تغییر سریع فزیولوژیک و روحی دوباره تطابق دهی خانواده، مکتب، وظیفه و زنده گی اجتماعی است.

نظر به تعریف دیکشنری Webster's (سال ۱۹۷۷) بلوغیت عبارت است از پروسه نمو که از بلوغت الی پختگی دوام می کند.

۱. پس منظر تاریخی

بعد از سال ۱۸۸۰ مفهوم بلوغیت در روان شناسی مطرح شد. شرح اساسی بلوغیت در سال ۱۹۰۴ توسط عالمی بنام Stanley Hall در دو جلد شرح داده شد. مؤلف Hall دوره بلوغیت را یک دوره تغییر فاحش، تحمل، صبر و سرکشی در برابر قدرت فزیکالی عالی و تغییر اجتماعی دوره کهولت نام نهاد.

مؤلف Erikson منظره تحلیل روانی کلاسیک را شرح نمود که در آن تاکید شده است فکتور های بیولوژیک سیر بلوغیت را تغییر میدهد و یا چالش های روحی سبب سوق دادن انتقال بلوغت به کهولت میگردد.

عالم دیگری بنام ژان پیاژه نظریه تکامل شناختی را پیشنهاد نمود که در آن چهار مرحله عمده تکامل عالی را شرح نموده است.

دوره جوانی با بلوغ آغاز میشود و با بدست آوردن نیازهای کهولت اختتام پیدا می کند. معمولاً در ۱۶-۱۱ سالگی شروع می شود ۱۶-۹ در دختران و ۲۱-۱۹ در پسران.

بلوغ یک پروسه جهانی بوده که در آن تغییرات در اندازه، شکل و ظاهر فرد واقع می گردد مراحلی که بنام مراحل Tanner یاد میشود و تغییرات بلوغیت و تکامل روحی را بیان میکند. در دو مودل قابل فهم است:

- a- **مودل تأثیرات مستقیم:** که در اینجا تأثیرات روحی از باعث منابع فزیولوژیک منشأ می گیرد.
- b- **مودل تأثیرات بین البینی:** نظر به این مودل، تأثیرات روحی بلوغیت توسط ارتباطات مغلق به میان می آید مثلاً توسط سویه تکامل ایگو و یا ذریعه بعضی فکتورها پیش برده میشود چنانچه انجام وظایف اجتماعی، فرهنگی و اجتماعی بودن در این اواخر مودل بهتر پنداشته میشود.

II مودل انکشافی

نظریه های انکشافی بلوغیت عبارت اند از:

a- **تکامل شناختی:** پیاژه چهار مرحله را شرح نموده است.

- ۱- مرحله حسی حرکتی: از ولادت الی ۱۸ ماهگی که طفل مهارت های اساسی را می آموزد.
- ۲- مرحله درگیری مستقیم: در ۱۸ ماهگی آغاز شده و در آغاز هفت سالگی اختتام پیدا می کند. طفل می آموزد که چطور ارتباط بگیرد و نسبت به تفکر نادراً به طریقه خوب و سیستماتیک عمل میکند.
- ۳- مرحله عمل نمودن قاطع: از ۷ سالگی الی ۱۲ سالگی دوام می کند، در این مرحله طفل قابلیت این را پیدامی کند که قاطع بودن را یاد بگیرد اما افکار هنوز محدود است.

۴- مرحله عمل نمودن تشریفاتی: از عمر ۱۲ سالگی آغاز می شود و الی کهولت دوام میکند. طفل قابلیت آنرا پیدا می کند که عکس العمل های مختلف را سنجش نماید و میتواند حالات مشکل را به طریقه منظم آن حل و فصل نماید.

دوره جوانی پنج مدل نظریاتی دارد که عبارت اند از بیولوژیک، تکاملی، روحی، آموزشی و پدیده ئی

b- تکامل روحی اجتماعی: هویت در تکامل ستون فقرات نظریه تکامل روحی اریکسون را تشکیل میدهد.

نظریه اریکسون اساساً توسط نظریه سایکوانالیتیک یا تحلیل روانی تکامل انسان از نظر فروید میباشد، اما اریکسون بیشتر بالای لوایح اجتماعی پروسه تکاملی تأکید می کند و این نظریه بیشتر جنبه انسانی داشته و زیادتاً تأکید آن اهمیت ایگو بوده نه آید.

اریکسون هشت مرحله تکامل را بیان داشته است که بیشتر اهمیت در بلوغیت دارد.

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| ۱. غیر یقینی بودن در برابر یقین | شیرخوارگی |
| ۲. خود کاری در برابر شرم و شک | طفولیت مقدم |
| ۳. ابتکار در برابر شرم | عمر بازی |
| ۴. صفت در برابر پائین بودن | عمر مکتب |
| ۵. هویت در برابر نقش | بلوغت |
| ۶. تجرید در برابر یکجا بودن | بالغ جوان |
| ۷. قدرت در برابر رکود | کهولت |
| ۸. تمامیت در برابر پارچه شدن | عمر پخته |

III. مدل سایکودینامیک

این مدل بیشتر متمرکز به تکامل بلوغیت است، که تحت تأثیر ابعاد مختلف قرار دارد، مثلاً روحی جنسی، روحی اجتماعی، شناختی، ارتباط با اشیا و ساختمان آنها.

IV. مدل آموزش

در فهمیدن سلوک انسانی مدل آموزش نقش خوبی را ایفا می کند، که سه بخش عمده دارد.

حالات کلاسیک، حالات مؤثر و آموزش پیروی کننده یا تقلیدی.

۷. مودل پدیده ئی

علاوه از حالت فوق ذکر شده مودل پدیده ئی نیز موجود است.

مراحل تکامل بلوغیت

۱- بلوغت مقدم

بلوغیت مقدم مرحله مملو از فشارهای روحی زیاد است. گفته میشود که در سنین ۱۱ الی ۱۵ سالگی تغییرات سریع بیولوژیکی دیده میشود. تغییرات ابتدائی بلوغیت مربوط به تغییرات اندوکرین بلوغیت است، تغییرات بیولوژیکی در تمام قسمت های بدن مثلاً در قد، وجه، توزیع شحم در قسمت های مختلف بدن، تکامل عضلی، تغییرات مزاج و سویه انرژی بوجود می آید. این مرحله ایست که با گذشته ارتباط قطع می گردد در این مرحله دو نوع چالش روانی موجود است که بلوغیت مقدم را متأثر میسازد.

۱- انتقال از مکتب ابتدائی به ثانوی.

۲- انتقال نقش از طفولیت به بلوغیت.

شناخت: در میان حالات سرد و گرم بوجود آمده، مثلاً شناخت گرم ارتباط به هیجانات.

اشتغال به تصویر بدن خود، درباره نورمال بودن خود، جلب توجه موجود است.

ii. بلوغیت متوسط

سنین ۱۵ الی ۱۷ سالگی را در بر می گیرد، این بالغان قادر به عمومی بودن، پر معنا فکرنمودن، و درون گرایی پرمفهوم اند که در نتیجه عکس العمل اندکی در برابر رویداد های ضد و نقیض محیطی از آنها دیده میشود. اضطراب که در مرحله مقدم بلوغیت موجود بود در این مرحله کم میشود. سرکش بودن مرحله مقدم بلوغیت دیگر موجود نیست و یا متبازلز بودنش کم میشود. این مرحله است که فرد در برابر جوامع بزرگ جهت یابی نموده و در مورد فعالیت های اجتماعی سیاست و دولت می آموزد و سوال می کند.

iii. بلوغیت مؤخر

سنین ۱۷ الی ۲۰ سالگی را در بر می گیرد از وظیفه مشخص نماینده گی می کند مثلاً اشتغال با تصویر از بدن خود، خود کاربودن، موفقیت و حس هویت.

اگرچه در این عمر وظیفه اجرا نمی گردد چون این عمر برای گرفتن تعلیم و انتخاب های مسلکی است که باعث محکم شدن اقتصاد آینده فرد می گردد.

فکتورهای متأثرکننده تکامل

I. فکتورهای ارثی

امراض عمده توسط جین‌ها منتقل می‌شود مثلاً نفوذ ارثی کوری هانتینگتون در روانشناسی طوردیل خلاصه میشود:

دوره جوانی از نظر تکامل به سه مرحله تقسیم شده است -
مقدم، وسط و مؤخر

a- تمایل ارثی نظر به اینارملتی بالخاصه.

b- ارثیت پولی جنیک که زیادتر از یک جین در آن نفوذ دارد.

c- مفهوم تأثیرات قدمه (موجودیت یک جین مخصوص به این معنا نیست که نماینده گی از مریضی بالخاصه نماید).

II. فکتورهای عصبی

آسیب مغزی: درجات مختلف جروحات مغزی.

تأخر عقلی: معیوبیت عمومی عقلی و درجات مختلف نقایص عالیه.

صرع: ممکن همراه با تخریب مغزی، معیوبیت عقلی و مشکلات روانی باشد و یا نباشد.

اختلالات عصبی: اختلالات، مثلاً اختلالات استحالوی.

III. فکتورهای مزاجی و ترکیبی اساسی

اگر شخصیت را فکر کنیم به این معنا است که بیشتر یا کمتر مشخص است، یک مجموعه ای طرق تحمل و مرتبط افکار و سلوک است که در سیرطفولیت و بلوغیت تکامل نموده، یعنی به ارث برده شده و نیاز به کیفیت های فزیولوژیکی است که شخصیت را واضح سازد.

iv. نفوذ خانواده و اجتماع

a- ارتباط، جدائی و ضیاع

تجارب تلخ ارتباطات فامیل و یا فقدان توجه والدین در مراحل بعدی وقوعات مشکلات شخصیت را افزایش میدهد.

b- مراقبت و کنترل والدین

ارتباط به سلوک والدین دارد، مثلاً؛ اجازه دهی و یا نفی کردن زیاد، محافظه کاری زیاد که یکجا با مشکلات زیادی در تکامل دوره طفولیت و بلوغیت میباشد.

c- اختلال عقلی والدین

در کلینک، امراض عقلی والدین به سه طریقه عمده ذیل تاثیرگذار است:

۱- اگر این مریضی یک تظاهر زندگی فامیلی را نمایان سازد که طفل همراه با این مشکل از سال ها

بدینطرف دچار است.

۲- اگر این مشکل در وظایف تکاملی

بلوغیت مداخله نماید.

۳- اگر با تداوی مداخله نماید.

در دوران جوانی میزان افسرده گی ، خودکشی ، سعی به خود کشی ، شیزوفرنی ، بستگی به الکل و سایر دواها، agoraphobia و ترس اجتماعی زیاد می گردد.

d- سلوک مجرمانه والدین

ارتباط قوی میان کمبودی های طفل و اعمال مجرمانه والدین موجود است، و اگر هر دو والدین مجرم

باشند این ارتباط به مراتب قویتر است. فکتورهای مرتبط همانا مهارت و آموزش ضعیف از والدین است،

الگو سازی فکتور دیگری پنداشته میشود.

e- ساختار و تعداد اعضای خانواده

اطفال خانواده های بزرگ و قوعات زیادی مشکلات رفتاری را از خود نشان میدهند. همچنان در این اطفال

کوتاهی ذکاوت و کلامی پائین و قابلیت پائین مطالعه موجود میباشد.

f- طرز سلوک خانواده

اختلال ارتباط خانواده گی، مشکلات در حل و فصل مشاجره های خانواده گی یا تصمیم گیری ها مشکل

وسواس بیش از حد و تنش های خانواده گی باعث تشوشات عمومی در اطفال می گردد.

g- تاثیرات مکتب

مؤلفین Wolkind و Rutter تظاهرات مکتب را لیست بندی نمودند، که تاثیرات مثبت بالای شاگردان،

تقاضا بسیار برای کار و سلوک، الگو خوبتر سلوکی از استادان، احترام به اطفال، موقع دادن با آنها تا که

مسئولیت های را در مکتب بعهده گیرند، دسپلین خوب یک محیط خوش آیند برای وظیفه و ارتباط خوب

میان استاد و شاگرد دارد.

h- نفوذ اجتماعی و فرهنگی

زنده گی در شهرهای بزرگ نظر به زنده گی در قصبات و نواحی کوچک، یکجا با مشکلات سلوکی

زیادی است. تاثیرات مشابه و یا مهاجرت های خانواده از یک جا به جای دیگر بلوغت را متأثر میسازد.

عدم داشتن وظیفه باعث مشکلات روانی زیادی دوران بلوغ می گردد. تاثیرات فلم ها و خشنونت های تلویزیون در این اواخر مطالعه شده اند که یک تاثیرالگو سازی را به جا میگذارد. مخصوصاً در اطفال جوان و در بالغان که مصاب به مشکلات رفتاری و کمبودی اند.

ارزیابی

ارزیابی در دوران بلوغ نیاز دارد تا فهمیده شود که کی و چرا متأثر است و کی در وضعیت کمک با آنها است، بعداً ممکن است تشخیص کلینیکی گذاشته شود.

شیوع اختلالات در جامعه

شیوع اختلال دوران بلوغیت در جامعه از یک محل تا محل دیگر، با عمر و با استفاده از معیارات فرق می کند. ارقام داده شده از ۱۰ الی ۲۵ فیصد فرق می کند. اندازه کمی آن در بالغان جوان دیده شده است که این افراد مصاب به مشکلات روانی در نواحی روستائی و تحت الحاره قرار دارند و ارقام بلند در بالغان به کمال رسیده موجود است که در مناطق صنعتی بود و باش دارند.

اختلالات که در کلینیک مشاهده می گردد

انواع مختلف اختلالات که عمدتاً در سرویس های عمومی روانی بالغان دیده میشود و از منابع مختلف اخذ شده اند قرار ذیل اند.

اکثریت جوانان از باعث شکایات رفتاری، آموزش، مشکلات مکتب و بی قاعده گی های جنسی به شفاخانه آورده میشوند.

- ۱- سلوک خراب (۲۰٪)
- ۲- سلوک خراب و شدیدتر (۱۰٪)
- ۳- غیر حاضری در مکتب که (۱۰ فیصد را میسازد)
- ۴- ضرر رساندن به خود (۱۵-۱۰ فیصد)
- ۵- تاثیرات عموماً توسط کاهلان بیان می گردد- در مورد مزاج دختران (اضطراب، قطع دوایی) سلوک عرضی (عادات متکرر) ۴۰٪
- ۶- تقاضا برای مشکلات که جهت تشخیص و تداوی قبلاً سعی صورت گرفته است (۲۰-۱۰ فیصد)

کتگوری های تشخیصیه کلینیکی

اختلالات مزاج: هیجان، اختلال رفتاری، اختلال افسردگی بشمول و سواس اجباری.

اختلال رفتاری: اختلال هستریکل مثلاً فلج.

مشکلات تکامل شخصیت که با مشکلات مزاج یا رفتار همراه است، مثلاً شخصیت سکیزوئید وسطی.

سایکوز سکیزوافکتیف و یا مزاجی:

اختلال مغزی: بشمول صرع و اختلال عصبی استحالوی.

بی اشتھائی عصبی و پرخوری عصبی، ادرار شبانه، انجام فعل تغوط در لباس ها، تیک و اوتیزم (غرق افکار

درونی).

تغییرات در شیوع با در نظر داشت سن و جنس

طریقه عمومی چنین است که، شیوع اختلال روانی ۱۰ فیصد در اطفال ۱۰ الی ۱۵ فیصد در عمر وسطی و

در حدود ۲۰ فیصد در دوره بلوغیت و در بعضی مطالعات ۲۰ فیصد به حد اعظمی خود به بلوغیت راپور

داده شده است.

در بلوغیت ادرار شبانه و تغوط در لباس عام نبوده اما در طفولیت مقدم موجود است. فرط فعالیت در این

دوره کم است اما در دوره مقدم طفولیت بیشتر میباشد.

اما بعضاً در بلوغت با مشکلات سلوکی و اجتماعی همراه میباشد. در دوران طفولیت مقدم تعداد دختران و

پسران مساویانه مصاب به اختلالات هیجان می گردند اما در دوره بلوغت به مثل حیات کاهلان در دختران

نظر به بچه ها زیادتر است.

سایکوپتالوژی تکاملی

a- نوسان مزاج:

بالغان نظر به کاهلان زیادتر مصاب به نوسان مزاج می گردند احساس افسردگی که در بالغان موجود

است از چند نگاه مطرح میشود نظر به پرسشنامه که در سال های بین ۱۹۶۲ و ۱۹۸۰ به چندین هزار بالغان

داده شده بود نشان دهنده فیصدی بلند مزاج افسرده در میان سال های ۱۹۶۰ الی ۱۹۷۰ است. که در هر

دو (پسران ها و دختران) راپور داده شده است. اما ارتباط آنها با والدین برقرار است. در میان بالغان این

مشکلات مزاج منجر به مشکلات سلوکی می گردد، که بنام افسردگی کلینیکی یاد میشود. و این

مشمول می گردد بر فرط حساسیت و تخرشیت. ممکن در یک مقطع زمانی بالغان در یک وضعیت بی تفاوتی قرار گیرند. و ممکن در یک مقطع زمانی از حالت منفعل به یک حالت فعال در آیند.

b- مسایل جنسی و حاملگی در دوره بلوغ

سویه بلند فعالیت جنسی در میان بالغان رو به افزایش است. در حالت حاملگی زمان بلوغ، خطر متوجه هر دو (طفل و مادر) موجود است، این خطر میتواند خطر روحی و یا بیولوژیکی باشد. اختلالات ولادی آن و فیات اطفال است، همچنان نزدشان تجزیه اجتماعی، فقدان مهارت های والدین، اخراج شدن از مکتب، حاملگی های متکرر و فقر مزمن که از جمله مشخصات مادر است میباشد.

c- مسایل تکاملی در سؤاستفاده از ادویه

اگر ادویه جهت تداوی فشار روحی استفاده شود و به شکل مزمن اخذ گردد پس ظرفیت جوان برای تحمل نمودن فشار روحی منجر به عقب مانده گی تکامل می گردد. ادویه ممکن است تاثیرات طویل المدت بالای نواحی مهم وظایف ایگو بجا گذرد که در زمان بلوغ تکامل می کند. مشکلات سلوکی جوانان که از باعث مصرف ادویه بوجود می آید مشتمل می گردد بر کوتاهی ذهنی، الکلولیزم، کم علائگی برای رفتن به مکتب، سؤ استفاده از ادویه و حاملگی در عمر نوجوانی. فکتورهای که با سؤ استفاده ادویه همراه است عبارت اند از:

۱- فکتورهای شخصیت.

۲- فکتورهای اجتماعی یا شخصی.

۳- فکتورهای محیطی یا اجتماعی کلتوری.

d- تاثیرات مریضی های مزمن بالای تکامل

در جریان بلوغ امراض مزمن دوره طفولیت به شکل یک حادثه عمده کهولت دوباره تجربه می گردد، که یکجا به تغییرات عمده بدنی دوران کهولت مقدم، یک دوره طویل مریضی بوجود آمده و باعث تهدید به تمامیت و خود کفائی بدن می گردد. در جریان یک دوره که وصفی به تغییرات تکاملی در راستای کسب آزادی میباشد فشارهای مریضی باعث شدید شدن تقاضاها برای آزادی گردیده و باعث می گردد که از جانب دیگر توجه به امنیت و حتی فرط آزادیخواهی شود، که حتی فرد از اعمال پرخطر نیز رو گردان نبوده و محافظه کاری والدین باعث تشدید شدن یکی یا همه این بحرانات شده میتواند، و این امراض در حقیقت میتواند بلوغیت را به تأخیر مواجه سازد.

e- قید گیری والدین در زمان بلوغ همراه با دوری از اجتماع

موجودیت توقیف سازی و بحران توسط والدین، یا مراقبت کننده ثانوی، لوحه اساسی تشوشات کهولت رامیسازد. والدین ممکن از سلوک غیرقابل اداره و قهرناشی از دوره کهولت شاکی باشند. دوره های قهر در افراد جوان بیشتر رخ داده که برای بار اول آن را تجربه می کنند، و علت آن ممکن تغییرات

بیولوژیکی و مسئولیت های روز افزون علمی و فامیلی باشد. شیوع مشکلات روانی در دوره جوانی در جامعه کاهلانی که مصاب به تشوشات روانی اند علاوه با والدین تقریباً ۲۵ فیصد است.

در بحران مزمن نیز درگیر میباشند، که این والدین با اطفال شان از نظر روانی دچار مشکل اند. بحرانها حتی بعضاً باعث رابطه و قطع حقایق با والدین شده میتواند.

f- رفتار ضد اجتماعی و ضد آمرانه

رفتار ضد اجتماعی در کاهلان میتواند در دوره کهولت یا هم از دوره طفولیت بروز نماید.

g- مشکلات در مکتب

عمده ترین تشوشات دوره کهولت در دوران مکتب قرار ذیل است:

- عدم موجودیت تقویه سازی با تعلیم مسلکی و رفتارهای ضد اجتماعی وهم چنان اختلال رفتاری نیز در این دوره دیده میشود.
- نرفتن به مکتب یکجا با سایر اختلالات هیجانی دیده میشود. مشکلات اکادمیک مثلاً اضطراب امتحانات، مشکلات در مطالعه نیز موجود است.

اختلالات مشخص

در جریان کهولت افزایش در افسردگی، خودکشی، سکیزوفرنی، وابستگی به ادویه، الکهول، ترس و ترس های اجتماعی بیشتر دیده میشود.

بعضی از حالات، از دوران طفولیت باقی می ماند مانند؛ حرف نزدن و یا حالاتی که بیشتر در طفولیت بملاحظه میرسد. مثلاً نه رفتن به مکتب اما بعضی حالات چون ترس های اجتماعی یا هجمه های مانیا افسردگی در افراد بالغ دیده میشود و در افراد که هنوز بالغ نیستند دیده نمی شود.

افسردگی، بی اشتهائی عصبی، و ترس از مکانات مرتفع، و بیشترین واقعات کاهش در اختلالات تکاملی در طبقه انانث دیده میشود.

a- اختلالات اضطراب

در جریان کهولت لوحه اختلالات اضطراب اعراض مشترک اضطراب دوره طفولیت و کهولت میباشد. نظریه DSM - IV سه نوع اضطراب توضیح شده است.

۱- اختلالات اجتنابی طفولیت یا کهولت: در این اختلال با افراد غیر آشنا ارتباطات به شکل مُعَد یا فزاینده کم شده و باعث می گردد که وظایف و ارتباطات اجتماعی شدیداً مختل گردد. دوران آن ۶ ماه بوده و مترافق با تقاضا هایی است، که فرد میخواهد با افراد آشنا بیشتر ارتباط داشته باشد. مثلاً افراد فامیل. این ارتباطات گرم و قناعت بخش میباشد، این تشخیص برای افرادی که ۱۸ ساله و یا بیشتر از آن عمر دارند صدق نمی کند.

۲- اختلالات فرط اضطراب: مشتمل می گردد بر اضطراب فزاینده و غیر واقعینانه شخص، و یا هم فرد مصاب به غم و اندوه میشود که ۶ ماه یا بیشتر دوام می کند.

اطفال و کاهلان مصاب به این اختلال هوشیار بوده ولی در رابطه به اتفاقات احتمالی آینده غمگین میباشد. (مثلاً امتحانات، اماکن، جروحات) و یا در رابطه به خواسته های ملاقات در فکراوند (مثلاً مقرر شدن، ضرب الاجل یا معین نمودن معیاد معین).

۳- اختلالات اضطراب مربوط به جدا سازی: یک سندروم کلینیکی بوده که از باعث جدا شدن از اعضای فامیل یا محیط قبلی زندگی بوجود می آید. این اطفال حتی مصاب حملات پانیک شده میتوانند، که در این عمر نظر به سویه تکاملی شان قابل ملاحظه نیست، هر سه اضطراب فوق میتواند دردوره کهولت نیز واقع شود. در پهلوی این، یک فرد کاهل میتواند همزمان مصاب اضطرابات کاهلان نیز باشد. اختلال هول یا پانیک همراه یا بدون ترس های مکانات بلند و در بسته، ترس های اجتماعی، ترس های ساده، اختلال وسواس اجباری، اختلال بعد از ترضیض روحی و اختلال منتشر اضطراب میتواند واقع شود چنانچه در DSM - IV نیز ذکر شده است.

در تداوی چنین مریضان از تداوی های رفتاری و ادویه ضد اضطراب استفاده می گردد.

b- افسردگی

افسردگی در کاهلان به اساس DSM - IV در تصنیف افسردگی کاهلان ذکر شده است. اگرچه در معیارهای تشخیصیه ذکر نشده است، اما در بعضی تظاهرات عمده درج است، که عبارت اند از رفتارهای ضد اجتماعی، سؤاستفاده از مواد، افزایش در مشکلات هیجانی و مکتب. سایر تظاهرات آن قطع فعالیت های

اجتماعی، بیقراری، پرخاشگری، عدم اشتراک یا تنبل شدن برای اشتراک در فعالیت های مربوط به خانواده و یا ترک خانواده از باعث اینکه طفل را درک کرده نمی توانند میباشد.

افسردگی دوران کهولت توسط بعضی اختلالات چون ترس از مکتب رفتن، بی اشتغالی، اختلال رفتار و درد معده از نظر مخفی می ماند. برسامات متناسب به مزاج، احساس درگیری، هذیان، شرم و نا امید ی که همه اعراض افسردگی کهولت اند در دوران کهولت دیده نمی شوند. کاهلان کسالت، خستگی و پرخوابی را تجربه می کنند. در تداوی آن علاوه از تداوی افسردگی اقدامات، سایکودینامیک شناختی، رفتاری و فامیلی در نظر گرفته میشود، که خیلی هامفید بوده میتواند.

c- اختلال رفتار

تظاهرات ابتدائی اختلال رفتار عبارت از یک روش متکرر و معند رفتار است که در آن حقوق اساسی دیگران پامال میگردد این اختلال در دوره طفولیت و کهولت بسیار عام میباشد.

d- شیزوفرنی

سن آغاز شیزوفرنی در مردان در میان سال های ۱۵ و ۲۵ حیات میباشد و برای زنان این عمر در میان ۲۵ و ۳۵ سال حیات میباشد. زمانیکه یک اختلال شیزوفرنی قبل از عمر بلوغیت بوجود آید پس میتواند هر دو جنس را مصاب سازد. تاریخچه فامیلی شیزوفرنی نزد این افراد موجود میباشد. این اختلال باید از مریضی و بی حرکتی دوران شیرخواره گی تفریق شود، مخصوصاً زمانی که در اطفال جوان بوجود آید. بعضاً مریضی با یک افسردگی آغاز می گردد و نشان دهنده یک مریضی عاطفی میباشد، اما بعداً به شکل شیزوفرنی تبدیل می گردد.

e- خودکشی در میان افراد کاهل

گلِسر (Glaser) گروه های فرعی ذیل را ارائه نموده است:

- ۱- رفتار خودکشی در عکس العمل به افسردگی و میکانیزم عکس العمل تا که مشکلات فزینی و روانی را دور ساخته باشد.
- ۲- گریه برای کمک: رفتار خودکشی است که در آن افسردگی تبارز داده میشود و جهت حل و فصل مشکلات کمک خواسته میشود.
- ۳- نتیجه یک اختلال سایکوتیک یا شیزوفرنی میباشد.

۴- یک عمل تنبهی که در آن هیچ نوع علاقمندی نوجوانان شامل نباشد. در طبقه اناث خودکشی ها بیشتر توسط مردان اجبار می گردد. میزان خودکشی ها حتی در ممالک مرفعی دنیا درست معلوم نمی گردد زیرا بیشتر راپور داده نمی شود.

f- تأخر عقلی

قبل از اینکه در مورد تأخر عقلی بدانیم باید که در رابطه به عمل متقابل اجتماعی، روحیه، تکامل جنسی و سایر وقعات دوره کهولت معلومات داشته باشیم.

g- تمایل به حادثه

خشونت علت اساسی مرگ را در کاهلان تشکیل میدهد. ضمناً حوادث و یا تمایل به حادثه، تمایل به خودکشی را بیشتر میسازد. از این جمله حادثات تصادم موتور و موتورسایکل بیشترین عوامل مرگ را در کاهلان تشکیل میدهند.

یک عالم بنام (نیکولای) سندروم موتورسایکل را توضیح داده است، چنانچه گفته میشود، افرادی که بالای موتورسایکل دچار حادثه می گردند بیشتر به حالاتی چون اختلالات روانی درگیر میباشند، و یا نزدشان تاریخچه تمایل به حوادث موجود میباشد. ترس دوام دار از صدمه دیدن، غیرفعال بودن و عدم توانائی تکمیل یک کار، نقیصه عدم موجودیت اعتماد به نفس و عدم کنترل انگیزه نیز نزد این افراد موجود بوده میتواند.

h- اختلالات خوردن

این اختلالات عوامل فزاینده مراجعه افراد را تشکیل میدهد. شیوع بی اشتھائی عصبی در کاهلان افزایش یافته اما در عین حال حجمه های زیاد خوردن در افراد جوان خصوصاً خانم های جوان دیده میشود. چاقی نادراً باعث مراجعه اشخاص به داکتران روانی می شود. با وجود اینکه چاقی شیوع بیشتر دارد و باعث تاثیرات و تغییرات در اعتماد به نفس اشخاص و ارتباطات بادیگران می گردد.

روش تداوی در تشوشات کاهلان

اگرچه نیاز زیادی به تداوی روانی دیده نمی شود اما تنظیم سیستماتیک مشکلات شخصی، اجتماعی، تعلیمی، حقوقی و اخلاقی لازم بوده میتواند. تداوی باید به شکل کارگروپی بوسیله مشوره دهی ها و یا مشوره گرفتن از سایر افراد مسلکی صورت گیرد.

مراقبت در خانه

در مراقبت خانه باید توجه جدی صورت بگیرد زیرا در این مورد فرد ممکن مواجه با تجرید شود و یا وسایل محدود تداوی در خانه ممکن توجه جدی را در این راستا ایجاب کند.

تداوی داخل بستر مریضان روانی

به اساس نظریه Steinberg et al جهت بستر شدن مریض باید شش معیار ضروری موجود باشد.

- موجودیت معیار های سرپری برای بستر شدن
- مشکلات در تعلیم
- محافظه و کنترل
- احتیاط فیزیکی
- مکان مصئون برای تداوی
- ارزیابی روانی موجود باشد

تداوی که توسط یک گروپ قبلاً تعیین شده اجرا می گردد توسط آنها مریض باید هر چه زودتر و بطور عاجل برای وقت کم از مشکلات داخل بستر نجات پیدا کند (تداوی که در نزد مریضان در خانه صورت می گیرد و نزدشان اعراض سایکوتیک نیست).

افراد مصاب در جایی قراردادده میشوند که در آن سهولت هایی که توسط خدمات صحتی ملی ارائه شده موجود باشد که این سهولت ها عبارت اند از:

- مکاتب و مراکز برای اطفال عدم تطابقی موجود باشد.
- مکاتبی که مجهزه لیلیه ها باشد.
- منازل اطفال باید توسط خدمات اجتماعی و ادارات دیگر تحت پوشش قرار گیرند.
- مراکز ارزیابی موجود باشد.
- منازل اجتماعی همراه با تعلیم دهی قابل دسترس باشد.

کار درمانی با کاهلان

علاوه از استعمال ادویه ضد افسردگی در بعضی از واقعات انتخابی اختلال افسردگی استفاده لیتیم در سایکوز عاطفی و استفاده از ادویه خواب آور اساسی در حالت سایکوز، بیشترین تشوشات کاهلان ممکن است بدون استفاده ادویه فوق نیز صورت میگیرد.

در تشوشات حاد، که یک قسمت از اختلال شخصیت باشد ممکن است عمال ادویه خواب آور را ایجاب نماید. اما این ادویه برای مدت طولانی جهت کنترل رفتار استفاده نمیگردد. و بیشتر باید به آنها متکی نباشیم. ادویه که مربوط به گروپ های بنزودیازپین می گردد و تاثیرات خفیف دارند برای این حالات استفاده نمیشود. سایر حالات تداوی عبارت از تداوی های روانی است که تاکتیک های رفتاری را میتوانیم یاد آور شویم. هم چنان مشوره دهی در مورد تعلیمات نیز میتواند در تداوی چنین حالات استفاده شود.

کار والدین و خانواده

بعضی فعالیت های از جانب والدین و خانواده در این مورد لازم بوده و برای یک طیب روانی یک امتیاز خوبی است، که با آنها آزادانه کار نماید. بیشتر از کاهلان روش مشوره دهی ها و جلسات را در فامیل خوبتر قبول می کنند و نیز این عمل میتواند جهت ارزیابی بعدی شان مفید واقع شود.

بررسی مکتب

واریسی اخذ معلومات از مکتب یا خدمات روانی مکتب میتواند در مورد جوانب مختلف تداوی معلومات مفیدی ارائه نماید و نیز میتواند این روش برای ارزیابی تداوی مفید واقع شود.

جوانب عدلی محافظه و خدمات اجتماعی

طیبیان امراض روانی کاهلان باید تمام جوانب حقوقی و قوانین را بدانند، مخصوصاً در مورد مریشان جوان این موضوع را حایز اهمیت جدی قبول نمایند.

سوالات برای مرور

۱. نوجوانی را تعریف نموده، مدل های تیوریکی نوجوانی را شرح دهید؟
۲. مراحل انکشافی دوره نوجوانی را شرح دهید؟
۳. فکتور های مؤثر بالای انکشاف نوجوانی را مورد بحث قرار داده و بگوئید که پرابلم های نوجوانی را چگونه ارزیابی مینمائید؟
۴. اختلالات روانی را در نوجوانی تصنیف نموده، راه های مختلف تداوی آنرا مورد بحث قرار دهید؟
۵. در موارد ذیل مختصراً بنویسید:
 - (a) ناراحتی های دوره نوجوانی
 - (b) مراحل سطحی دوره نوجوانی
 - (c) بحران شناخت
 - (d) فکتور های تأثیر گذار بالای رفتار در دوره نوجوانی
 - (e) خودکشی دوره نوجوانی
 - (f) تصادم پروینسیس

سوالات امتحان مسلکی

- در موارد ذیل مختصراً بنویسید:
 - مدل های تیوریکی در مورد نوجوانی
 - الگوی اختلالات روانی نوجوانی
 - فکتور های تأثیر گذار بر انکشاف نوجوانی

امراض روانی کهن

تناوب مشکلات، دلیریوم، زوال عقلی، شیزوفرنی، اختلال مزاج، نیوروزس، رهنمایی اختصاصی برای تداوی.

پیری (Senescence) پروسه نورمال بوده درحالیکه شیخی (senility) یک حالت غیرنورمال دماغی است که بعضاً قبل از حیات پیری بوجود می آید. مطالعه تغییرات فیزیکی و روحی که در سن پیری رخ میدهد بنام Gerontology یا د می گردد درحالیکه Geriatric مطالعه عوامل و تداوی طبی امراض را گویند که در سن پیری واقع می گردد.

در هند وستان درمیان اشخاص مسن (بالتر از ۶۰ سالگی) شیوع اختلالات روانی تقریباً ۹۰-۸۰ در هر ۱۰۰۰ است که تقریباً چهارمیلیون میشود.

نفوس اشخاص پیر

در ایالات متحده امریکا و انگلستان در حدود ۱۲ تا ۱۴ فیصد افراد بالاتر از سن ۶۵ سالگی موجوداند درحالیکه در هندوستان این ارقام به ۳.۸ فیصد میرسد. نظریه احصائیه سال ۲۰۰۱ در هندوستان هفت فیصد تمامی نفوس را افراد بالاتر از سن ۶۰ سالگی تشکیل میدهد.

ایپیدمیولوژی

اختلالات روانی به اساس مطالعات صورت می گیرد که در غرب اجرا شده است و نظریه احصائیه گرفته شده ۵۰ الی ۶۰ فیصد افراد پیر مصاب به اختلالات روانی اند. شیوع دقیق این اختلالات در هندوستان هنوز معلوم نیست اما اختلال عمدی که در این گروپ افراد موجود است عبارت از افسردگی اساسی میباشد و اختلالاتی که در سن پیری بیشتر معمول اند عبارتند از:

I - اختلالات عضوی

اختلال گذری شناختی (دلیریوم ، حالت اختلال حاد شعور)

دلیریوم عبارت از یک سندروم عضوی مغز می باشد، که در آن تشوشات منتشر شناختی بطور ناگهانی آغاز شده، دوام نسبتاً کم داشته و تشوشات توجه، راه رفتن و تکلم در خواب و رفتار روحی حرکتی دیده میشود.

افسرده گی معمول ترین علت اختلال روانی بزرگ سالان در هندوستان میباشد.

نظریه مطالعات ممالک غربی واقعات دلیریوم در افراد بالاتر از سن ۶۵ سالگی، ۱۵ الی ۳۵ فیصد راپور داده شده است.

لوحه کلینیکی

معمولاً شباهت به لوحه کلینیکی افراد جوان دارد اما در افراد مسن برسامات واضح، افکار خراب و قصه سازی دیده نمیشود.

تداوی

اسباب و عوامل عضوی مرضی شناسایی شده و تداوی آن ضروری میباشد. معیارات محافظوی مشتمل می

گردد بر، محافظه توازن الکتروولایت ها و مایعات محیط متوازن حسی و مراقبت بهتر خدمات نرسنگ.

ادویه جاتی که میتواند باعث دلیریوم در کهن سالان گردد عبارت است از انتی هستامین ها، نیورولپتیک ها، ادویه جات ضد افسرده گی، ادویه جات پارکسون، خواب آورها، ادویه جات دیورتیک و digoxin.

زوال عقلی

یک اختلال بسیار معمول و غیر رجعی روانی بوده که در افراد مسن واقع می گردد. در ممالک غربی شیوع این مرض در افراد بالاتر از سن ۶۵ سالگی ۱.۲ الی ۲۱.۹ فیصد میباشد. لوحه اساسی مرض را خراب شدن حافظه، اختلال وظایف عالی اجتماعی و مشکلات در ظرفیت های عمده شناختی تشکیل میدهد.

شکل عمده زوال عقلی عبارت از مرض الزهائمر میباشد که میتواند در دوره پیری و یا قبل از پیری آغاز نماید.

زوال عقلی معمول ترین اختلال روانی غیر رجعی در میان کهن سالان بشمار میرود.

با بلند رفتن عمر تغییرات در سویه استیایل کولین و گاما بنزویک اسید مغز دیده نمی شود اما سویه نورادرینالین، پنج هایدروکسی ترپتوپان و دوپامین کم میشود در بیماری الزاهایمر کاهش در انزایم کولین استیایل ترانسفراز دیده میشود بناً باعث کاهش استیایل کولین می گردد.

جدول ۱-۲۵ عوامل عمده دلیریوم درسن زیاد (کهولت)

ادویه :

- ائتی هستامین
- نیورولپتیک ها
- ادویه ضد پارکینسون
- ادویه خواب آور
- دیورتیک ها
- ادویه ضد درد
- دیجوکسین

میتابولیک:

- عدم توازن الکترولایت ها
- عدم کفایه تنفسی کبدی
- امراض کلیوی
- امراض اندوکرین (شکر، فقدان ویتامین های B، کم شدن درجه حرارت بدن)

انتانات :

- انتانات طرق بولی
- صدری
- سپتی سمیا

قلبی وعایی :

- عدم کفایه قلبی
- احتشای قلبی
- فرط فشارخون
- تقریظ فشارخون
- کمخونی
- بی نظمی های قلبی
- تضییق دسام ابهر

داخل قحفی:

- حوادث یا سکتته های مغزی ناشی از آفات وعایی (حملات گذری کم رسی خون به مغز، ترمبوز مغزی امبولیزم، خونریزی های مغزی، انسفالوپاتی از باعث فرط فشارخون و غیره) آفات مانند تومورها مغزی، حالات بعد از اختلال شعور، انسفالیت و التهاب سحایا).

ترضیضات:

- کسور (مخصوصاً کسر عظم فخذ و حرقفه) و یا جراحی.

محدویت فعالیت ها

- ۱- در مرحله مقدم: زوال عقلی اولیه باعث معیوبیت میگردد زیرا این افراد نمیتوانند وظیفه اجرا کنند، نمی توانند مسایل اقتصادی را برطرف نمایند و در جاهای عامه مسیر خود را پیدا نمایند و نمی دانند در خریداری های خود و منزل سهیم شوند.
- ۲- مرحله مؤخر: در مرحله مؤخر مراقبت بسیار ساده فردی چون حمام نمودن، لباس پوشیدن، استفاده از تشناب، تحرکیت و غذا خوردن مریضان متأثر می گردد. حیات یا زنده گی متوقع در این افراد کم می گردد زیرا انتانات میتواند مداخله جدی داشته باشند.
- ۳- آغاز مرض مقدم تر بوده، احتمال وخامت مرض موجود است، اعراض عدم کفایه فص های جداری و صدغی مغز (بی نظمی در لسان، افزایش، اپراکسیا) و تشوشات قدم موجود میباشد.

عوامل رجعی زوال عقلی عبارت اند از عوامل

میتابولیک ، داخل مغزی ، امراض توکسیک ،
عدم کفایه احتقانی قلب ، عدم کفایه تنفسی ،
امراض پارکینسون و غیره .

تشخیص دقیق مرض توسط تاریخچه دقیق ،
تحقیقات ، معاینات اختصاصی و معاینه حالت
روانی مریضان صورت می گیرد .

تشخیص تفریقی

- ۱- دلیریوم
- ۲- افسردگی
- ۳- با سایر حالات مثلاً سندروم فراموشی ، فراموشی هستریکل ، سندروم گنسر و غیره .

در کهن سالان باید ادویه جات به مقدار کم استفاده
شود .

تداوی

اولاً تداوی تشوشات شناخت و حالات قابل ارجاع صورت گرفته که در ۱۰- ۲۰ فیصد وقایع تحقیق شده
موجود میباشد .

a- ادویه ضد سایکوزس

استطباب آنها در شیزوفرنی ، حالات پارانوئید ، مانیا ، دلیریوم و در بیکراری ، پر خاشگری که با زوال
عقلی و افسردگی نکات ذیل باید مدنظر باشد .

- عوارض جانبی خارج اهرامی در کهن سالان بیشتر واقع می گردد .
- ادویه که تاثیرات انتی کولینرژیک شان زیاد باشد خود داری شود مثلاً؛ thioridazine .
- از استعمال ادویه که قدرت بالادارد جلوگیری شود مثلاً هالوپریدول که میتواند باعث پارکینسون
شود .
- استفاده ادویه مانند pimipide , sulpiride یا olanzipine , risperidone و غیره ترجیح داده
میشود .

b- ادویه ضد افسردگی

حالات ذیل مدنظر باشد :

- در کهن سالان عوارض جانبی انٹی کولینرجیک بیشتر وجود می آید مثلاً تسکین، پائین شدن فشار وضعیتی و غیره.
- به مقدار کم استفاده شوند، مخصوصاً ادویه سه حلقه ئی (به خاطریکه نصف عمر آنها زیاد است).
- در حالات بازگشت به تعقیب احتشای قلبی جلوگیری شوند (ادویه سه حلقوی).
- ادویه مصئون تراستفاده شود مثلاً trazodone ، mianserin ، sertraline ، fluoxetine ، bupropion ، fluvoxamine و غیره.

d- لیتیوم

به احتیاط استفاده شود زیرا مقدار بلند آن در پلازما باعث مسمومیت شده میتواند. (0/6- 0/7 meq/L)

e- ادویه ضد اضطراب و خواب آور

- در کاهلان و بزرگسالان نصف دوز ادویه بنزدیازپین استفاده میشود.
- ادویه استفاده شود که نصف عمر آن در پلازما کم باشد.
- از استفاده منظم و دوامدار آن خود داری شود.
- مریضان مستقیماً و ارسی شوند.
- دواهای انتخابی عبارت از Temazepam ، oxazepam اند زیرا زودتر تاثیر می کنند.
- از ادویه خواب آور که نصف عمر کوتاه در پلازما دارند استفاده می گردد. Zopiclone ، zolpidem

f- ادویه توسع دهنده اوعیه مغزی

از ادویه های درجین بیشتر استفاده می گردد و سایر ادویه که استفاده میگرد عبارتند از Isoxuprine ، papaverine ، cyclandelate

g- منبهات مغزی

در این گروه pipradol ، penthylenetrazol ، dexamphetamine شامل است. این ادویه مفید نمی باشند.

h- ادویه کولینرجیک

مشتقات آنها مانند choline و phosphatidyl choline مفید نمی باشند ادویه مانند physostigmin اگر از طریق سیروم داده شوند باعث خوب شدن حافظه شده میتواند.

i- تداوی باشوک برقی

نکات ذیل باید مدنظر باشد:

- شوک یک طرفه نظربه دوطرفه باید استفاده شود.
- شکل معین شده شوک برقی باید استفاده شود.
- شوک برقی باید به دفعات کم داده شود.
- درمريضان افسردگی اگر اعراض سایکوزس دارند باید به شکل محدود استفاده شود.

i-تداوی روانی

درمريضان که نزدشان خوداعتمادی کم است حایز اهمیت میباشد.

عامل معمول پارکنسون کسی ادویه جات است.

II - سایکوزس وظیفوی

a- اختلالات که مشابه ویا یکجا با شیزوفرنی است (پارانویید سندروم)

تاریخچه

مولف بنام Roth در سال ۱۹۵۵ اصطلاح پارافرینیای مؤخر (late paraphreaia) را به کاربرد اما عالم بنام fish در سال ۱۹۶۰ اصطلاح senile schizophrenia را ترجیح داد.

ایپدیمولوژی

- شیوع مرض ۰.۲ الی ۰.۳ فیصد در افراد بالاترازسن ۶۵ سال است.
- ۴ فیصد اختلال شیزوفرنی در مردان و ۱۴ فیصد در زنان بعد از عمر ۶۵ سالگی.
- تمام واقعات بستری بعد از ۶۵ سالگی را پارانوئید سایکوزس میسازد.

اسباب

۱- ارثیت:

خطر شیزوفرنی در اقارب افراد پارافرینیای مؤخر دیده شده است.

۲- عوامل عضوی:

آفات مغزی مخصوصاً لوپ تمپورال ودای انسفالون.

۳- نقایص حسی:

در ۳۰ الی ۴۰ فیصد افراد مصاب به سایکوزس پارانوئید نقیصه شنوایی وجود دارد.

۴- شخصیت:

۵- این افراد انزوا داشته و مشکوک میباشد.

۶- محیطی:

تشویشات مکرر اکثراً بهبودی نه یافته و حالت قبل المصابت موجود میباشد.

لوحه کلینیکی

- آغازناگهانی داشته و به مثل هزیان پارانوئید منظم موجود میباشد.

- برسامات ممکن موجود نباشد و یا از نوع عجیب و غریب آن باشد.

- مزاج معمولاً متناسب میباشد.

- شخصیت معمولاً حفظ شده میباشد.

انذارخراب اختلالات مزاج در کهن سالان، اگر در عمر زیاد آغاز شده باشد، بیماری های شدید فزیکمی، امراض عضوی مغز و اگر افسرده گی بیشتر از ۲ سال دوام کند.

تشخیص تفریقی

۱- امراض عضوی مغزی

۲- افسردگی

تداوی

نیورولپتیک ها و شوک برقی مغز.

b- اختلال مزاج

i-اختلال افسردگی:

ایپیدیمیولوژی. در هندوستان افسردگی یک مرض اساسی بشمار میرود که در این جمله زوال عقلی معمول

ترین آنها میباشد که در برابر نفوس غرب بیشتر تصادف می کند.

۱۰% افراد بالاتراز سن ۶۵ سال اعراض افسردگی دارند و شیوع مرض در زنان زیادتر است.

اسباب

فکتورهای ارثی:

شواهد واقعات فامیلی کم است زیرا نظریه عمرزودتر شروع می کند.

فکتورهای عضوی:

عکس العمل های سالانه بطوروصفی در مریضانی که مشکل قلبی داشته باشند دیده میشود.

- امراض وعایی مغز ممکن فکتور مساعد کننده افسردگی باشد.

- اسباب افسردگی میتواند ادویه ضد فشاربند خون باشد، ممکن بنزودیازپین باشد نیورولپتیک ها نیز باعث شده میتواند، هایپوتایروئیدیزم و بالاخره کمبود پوتاسیم میتواند باعث افسردگی شود.

شخصیت:

در اشخاص که شخصیت وسواسی دارند ممکن نزدشان افسردگی نیوروتیک دیده شود.

فکتورهای محیطی:

نیز میتواند باعث افسردگی مؤخر گردد.

لوحه کلینیکی

بیقراری نظریه تأخر حرکی بیشتر معمول است، ممکن نزدشان هذیانات شرم، بیگانگی، شک و نیست گرایي موجود باشد. بسیار تمایل دارند بگویند (من نمیدانم). خودکشی عام است.

میزان خودکشی در کهن سالان به اوج اعظمی خود اندازه شده است.

تشخیص تفریقی

اختلالات عام که با آن تشخیص تفریقی صورت می گیرد در فصل یازدهم ذکر شده است.

ii- اختلال دوقطبی - مانیا:

۵٪ حجمه های که در سن بالاتر از ۶۵ سالگی موجود است که به شکل مانیا یا هایپومانیا تشخیص میشوند حالات مختلط مزاجی معمول میباشد.

هایپومانیا در بزرگ سالان متصف است بر:

- تخرشیت.

- پر حرفی و پرواز افکار.

- هذیان‌ات جنسی یا بدگمانی قبل از اشتغال خاطر.
- مریض ممکن دعوا کند که بسیارخوش است اما افسرده و مخرش معلوم میشود.
- ممکن به شکل کانفیوژن ودلیریوم آغازنماید.
- حالات مختلط بیشتر معمول میباشد.

ازادویه جات که تاثیردوام کوتاه دارند مثلاً
zopiclone ، lorazepam ، oxazepam
یا zolpidem باید درکهن سالان استفاده شوند.

تداوی

a- معیارات عمومی:

- بسترشدن
- ارزیابی فکتورهای اجتماعی
- تجرید ، تقویه وهمکاری فامیلی درمورد امراض فزیکي باید ارزیابی و تداوی شوند.

b- تداوی بالخاصه:

- ادویه: سه حلقه ئی ضد افسردگی. ادویه که تاثیرمسکن بودن شان کم است مثلاً sertraline ،
bupropion ، venlafaxine ، desipramine و flouxetine.

- شوک برقی: ضرراین میتود نظریه ادویه کم است.

c- معیارات اجتماعی:

- معیارات احیای مجدد لازمی است.
- تداوی شغلی.
- ارزیابی درخانه و حمایت اجتماعی بسیارمهم است .

نتایج

حالاتی که انذارخوب ندارد:

- اگرمریضی بصورت مؤخر آغازشده باشد (بعد از عمر ۷۰ سالگی).
- اگر امراض عضوی جدی فزیکي موجود باشد.
- افسردگی بیشتر از دو سال.

III. حالات نیوروزس

a- حالت اضطراب

ایدیومیولوژی

در ۱۰ فیصد زنان کهن سال شیوع دارد که سن شان بالاتر از ۶۵ سال است. بیشترشان مصاب به اختلال ترس اند مخصوصاً اگر افوییا دارند.

افسرده گی نوع تهیجی در کهن سالان بسیار معمول است .

لوحه کلینیکی

● محتوی هیجانی:

- ترس

- تنش

- تخرشیت

- واهمه

● محتوی رفتار:

- شکایات

- طلب دوباره اطمینان دهی

● محتوی جسمی:

- احساس تنگ شدن مجرای تنفسی.

- ضربان قلبی

- رعشه

- گنگسیت

- سردردی

- درد صدري

- تنفس سریع

- استفراغات

- سرفه

- نبض سریع و تعرق

نقایص حس در تقریباً ۳۰-۴۰٪ پارانوئید سایکوزس موجود است .

تشخیص

حالات معمول فیزیکی که معمولاً از تشخیص دور می ماند:

- فرط فعالیت غده تیروئید
 - کمبود قند خون
 - اخذ زیاد کافئین
 - احتشای مخفی قلب
 - احتشاهای کوچک و حمله اسکیمی مغزی
 - ادویه مانند توسع دهنده ها و لیوآدوپا
- سایر حالات که مدنظر باشد:
- زوال عقلی
 - افسردگی
 - حالات ترس و غیره.

تداوی

۱- روانی

- اطمینان دهی و توضیح دهی به مریض
- تداوی روانی تقویتی
- تقویت سهمگیری مریض در شبکه های اجتماعی و کاهش تهدیدات محیطی.

۲- دوائی

- سه حلقه ئی ضد افسردگی ونهی کننده های مونوآمینواکسیدازها در اضطراب فوییک استفاده میشود.
- در اضطراب عمومی بنزودیازپین به خصوص از آنها بیکه نصف عمر شان کوتاه است (کوتاه تر از ۴ تا ۸ ساعت) استفاده صورت گیرد مانند زولفیدیم ، زوپیکولوم، اوکرازپیم و لورازپیم.
- از باربیتورات ها خود داری شود.

- پروپرانولول باعث کاهش اضطراب جسمی شده درشکر، عدم کفایه قلبی و استمای قصبی مضاد استطبیب است.

۳- سایر معیارات:

- تمرینات کافی.
- از خواب در جریان روز کاسته شود.
- استراحت نورمال و رفتار منظم نیز مفید می باشد.

شرح کلی تداوی

اساسات تداوی عبارتند از:

- تشخیص به وقت و مکمل حالات اجتماعی و طبی
- در خانه ارزیابی شود، تاریخچه مکمل گرفته شود، از اقارب و دوستانش پرسیده شود.
- مشکل ارزیابی شود که در کدام ناحیه موجود است و منابع محلی نیز ارزیابی شود.
- ۲- مریض را در خانه هر چه زیاد امکان دارد نگهداری کنید:
- باعث کم شدن کانفیوژن و سایر خطرات محلی می گردد.
- حمایت فامیل بیشتر حایز اهمیت است که در این زمینه از نرس های اجتماع کارکن صحی کمک خواسته میشود، محل بودو باش مریض باید خوب باشد.
- حمایت کلینیکی نیز بسیار حایز اهمیت است.

لیتیوم باید به احتیاط و به اندازه کم در کهن سالان استفاده شود.

تداوی

طرق تداوی قرار ذیل است:

a- ادویه

- نکات و خطرات ذیل باید مدنظر باشد
- ادویه زیاد یا کم اخذ نشود.
- حالت فزیکلی ارزیابی گردد (قلب، شش ها، کلیه و کبد) و موجودیت سایر ادویه مثلاً الکھول و یا ادویه ضد فشار بلند خون و غیره.

- با مقدار کم تداوی شود.
- ادویه را آهسته آغاز نمایید و از عوارض جانبی آن واریسی کنید.
- طرق تداوی را به اقارب مریض شرح نماید.

b- تداوی روانی

ممکن برای مدت زیاد روان درمانی شود.

c- بستن شدن

از نگهداری مریض در ادارات جلوگیری می گردد.

- باعث ازدیاد علاقه شان میشود.

- علاقمندی مریض را به تداوی جلب کنید.

توسع دهنده های اوغیه مغزی مثلا isoxuprine
papaverin.cyclandelate
dehydroergotoxin وتوسع دهنده ها چون
piracetam استفاده کمی ومحدود در کهن سالان دارد.

تداوی واقعات عاجل

- امراض فزیکی
- تاثیرات ادویه
- شکستن سیستم حمایتی
- تغییرات عمده محیطی
- امراض پارانوئید
- کوشش خودکشی
- حملات پانیک و تهیج

حالاتی که عاجل نیست

- افسردگی (خفیف یا متوسط)
- - زوال عقلی (خفیف یا متوسط)
- - امراض نیوروتیک
- الکهولیزم

شوک برقی مغز در کهن سالان مضاد
استصباب ندارد اما به مقدار کم ودفعات کم
استفاده شود.

مراقبت نرسنگ

مستلزم خدمات به خصوص است که افراد بتوانند در آرامش و مصئونیت و احترام تام زنده گی کنند که قرارذیل است:

- حفظ امنیت، احترام، و تقویت استقلالیت نظریه حالت مریض.
- جهت یابی مریض باید حفظ باشد.
- تقویت دوست یابی و دوست شدن.
- اگر مریض نقیصه بصری دارد وسایل برایش آمده شود.
- اعضا شفاخانه یا مرکز صحتی باید واضح سخن بزنند.
- آهسته سخن بزنند و بدانند که مریض خوب میشوند.
- اگر شخص دچار حالت درد باشد نیازه ادویه ضد درد دارد.
- توجه باید به حالت افسردگی جلب شود تا از خطر خودکشی جلوگیری شود.
- ارزیابی علاقه یابی در فعالیت ها.
- ارزیابی عادات خوراک و نوشیدن.
- اگر شکایت از نظر دندان داشته باشد راپوراخذ شود و به داکتر دندان مشوره صورت گیرد.
- وعده های که به مریض شده است آنرا صادقانه بجا سازید.

سوالات برای مرور

۱. اصطلاحات ذیل را تعریف نمایید؟
 - (a) پیری
 - (b) شیخی
 - (c) علم مطالعه کهنسالی
 - (d) مسایل مربوط به پیری
۲. تغییرات نارملی را که در سن بلند بوجود می آید شرح دهید مشخصاتی که بالای سازگاری در پیری تأثیر گذار اند کدامها اند؟
۳. اپیدیمیولوژی اختلالات روانی را در پیری تشریح کنید (مخصوصاً در هندوستان)
۴. اسباب دلیریوم را در پیری بر شمرده، چگونه بین زوال عقلی الزهائمر (واقع شدن مقدم و مؤخر) و پیری بدون زوال عقلی را تفریق مینمائید؟
۵. بعضی پرابلم های مشخصی که در پیری دیده میشود را با تداوی آن تذکر دهید؟
۶. عوارض جانبی دوا های سایکوتراپیک که در سن بلند بشکل وخیم که زیاد تر رخ میدهد کدامها اند؟
۷. مشکلاتی که در برابر تشخیص دپریشن دوران پیری موجود است کدامها اند؟
۸. سندروم تقاعد چیست و چطور آنرا معالجه مینمائید؟
۹. خدمات روانی را در سن پیری چگونه سازماندهی میکنید؟

سوالات امتحان مسلکی

- در موارد ذیل مختصراً بنویسید:
 - مشخصات روانشناسی اختلالات روانشناسی دوره پیری
 - پیش بینی های عمومی در تداوی اختلالات روانی دوره پیری

اختلالات مربوط به خانم ها

سندروم قبل از تحيض، اختلال روانی در دوران حاملگی، افسردگی بعد از ولادت، سایکوزس بعد از ولادت، اختلالات بعد از سقط، مینوپوز، سندروم کواد (couvades)

اختلالات روانی که بیشتر در زنان راپور داده شده است عبارت اند از افسردگی اساسی، افسردگی عصبی، حالت اضطراب، نیوروز ترسی، هایپوکاندریازس، مشکلات تطابقی، کوشش برای خودکشی، بی اشتغالی عصبی و زوال عقلی می باشند.

۱- سندروم های قبل از عادت ماهوار

تحیض یک پدیده ماهوار است که در هر ۲۱ تا ۳۰ روز واقع میشود و عبارت از خونریزی مهیلی است که سه الی هفت است روز دوام می کند.

فشار روحی قبل از تحیض تقریباً یک هفته قبل از آغاز عادت ماهوار شروع شده والی اختتام دوره تحیض ادامه پیدا می کند.

بحران قبل از آغاز عادت ماهوار یک هفته قبل از آغاز تحیض شروع شده و الی ختم دوره عادت ماهوار که ۳ الی ۷ روز دوام می کند.

لوحه کلینیکی

- عاطفه (مزاج):

- غم
- اضطراب
- قهر
- تخریثیت
- مزاج بی ثبات

- شناخت:

- کاهش تمرکز فکری
- مشکوک بودن
- حساسیت
- خود کشی یا دیگر کشی

- درد:

- سردرد
- حساسیت تپیه ها
- درد مفاصل و عضلات.

- روحی:

- بی خوابی
- پر خوابی
- بی اشتهائی
- میل پیدا کردن به غذاهای مخصوص
- خستگی
- کسالت
- تغییرات در شهوت و حتی سایکوز

- فیزیکی:

- دلبدی
- استفراغ
- اسهالات
- عرق
- ضربان قلبی
- وزن گرفتن
- پندیده گی در پاها

○ کم شدن ادرار

○ نفخ و گاز

- **عصبی:**

○ حملات

○ سرچرخی

○ گنگسیت

○ رعشه

○ کرختی

○ زشتی

- **جلدی:**

○ جوانی دانه ها

○ موی خشک

○ رش جلدی

- **رفتاری:** کم شدن انگیزه

○ تکانه ای

○ بی کفایتی

○ تجزی از اجتماع

ایپیدمیولوژی

عادت ماهوار نورمال میتواند در یک سوم یا دو سوم زنان باعث سندروم قبل از عادت ماهوار شود. این سندروم پنج الی ده روز قبل از عادت ماهوار شروع میشود و الی اختتام عادت ماهوار ادامه پیدا می کند. سندروم قبل از عادت ماهوار بنام **سندروم تأثر مؤخر مرحله لوتیال** نیز گفته می شود.

ایتولوژی

- ۱- تخمدان: فعالیت تخمدان مختل میشود مثلاً مختل شدن تناسب استروجن و پروجسترون.
- ۲- مایعات و الکتروولایت ها: احتباس الکتروولایت ها و آب زیاد شده زیرا در میان دوره عادت ماهوار سویه الیسترون زیاد میشود.

- ۳- سایر اسباب هورمونی: فقدان ویتامین بی یا مگنیزیم، تغییرات در سویه گلوکوز، ازدیاد میلاتونین.
- ۴- روانی: مثلاً اضطراب عصبی، فشارهای دوام دار، مثلاً امتحانات، عروسی، طلاق، ناخوش آیند بودن حالت مدنی، مرگ یا جدا شدن از والدین، افسردگی، شخصیت وسواسی و غیره.

تشخیص

در سال ۱۹۶۸ مؤلف Moos، ۴۷ ارقام را پیشنهاد کرد که ۸ گروپ اعراض دارد و عبارت اند از: اضطراب، تخرشیت، بی ثباتی خفیف مزاج در حاملگی عام است.

اضطراب، تخرشیت و عدم ثبات خفیف مزاج در دوره حاملگی معمول است.

تداوی

تداوی های مختلف عبارت اند از:

- ۱- هورمون ها: ادویه ضد حاملگی فمی، تابلیت های پروجسترون، اندروجن ها، ضد هورمونی (danazol) و غیره.
- ۲- ادویه روانی: مسکنات، ادویه ضد افسردگی، لیتیوم.
- ۳- سایر مستحضرات: pyridoxine، ویتامین بی کمپلکس، محدودیت نمک غذای و غیره، دیورتیک، bromocriptin، prostaglandin.
- ۴- روان درمانی: تداوی تشوشات فزیک، مزاجی، رفتار و شناخت باید به شکل روانی صورت گیرد.

II. اختلالات روانی بعد از ولادت طفل

a. مشکلات روانی در حاملگی

اپیدمیولوژی

اعراض خفیف روانی معمول میباشد اما ۶۶ فیصد زنان بعضی اعراض روانی را در جریان حاملگی مخصوصاً در سه ماه اول و سه ماه آخر تجربه می کنند.

لوحه کلینیکی

اضطراب عام بوده که بشکل عکس العملی در برابر تخریثیت و بی ثباتی مزاج بوجود می آید. ۱۵ فیصد خانم های حامله مصاب به افسردگی اند و ۱۲ هفته دوام می کند. که معمولاً تاریخچه افسردگی یا سقط قبلی موجود است. در این حالت نزد خانم

postnatal blue عبارت از یک نوع تشوشات گذری مزاج است و از جمله اختلالات معمول روانی دوره نفاس یا بعد از ولادت شمرده میشود.

کسالت، تخریثیت، و نخواستن حاملگی موجود است.

اتیولوژی

ممکن فکتورهای ذیل موجود باشد.

postpartum blue در روز سوم بعد از ولادت شروع شده و برای ۱-۲ روز دوام می کند. در خانم های که حمل اول باری دارند و در خانم های که مصاب به فشارهای روحی قبل از دوره تحیض یا عادت ماهواراند بسیار معمول است.

- ۱- عمر مادر
- ۲- طفل چندم است
- ۳- ارتباط با شوهر خود
- ۴- نوع خانواده
- ۵- استخدام در وظیفه
- ۶- اختلالات فزیکمی یا عقلی
- ۷- سلوک در برابر حمل
- ۸- تغییرات در جریان حاملگی

۹- سایر فکتورها:

- a. شخصیت خام
- b. توقیف بودن در خانه از طرف شوهر یا والدین
- c. ترس غیر معمول در مورد خود، تغییرات بدن خود، عملیات، وظیفه، عشق و عاطفه شوهری

تداوی

- ۱- **مشوره دهی:** حمایت طبی، نرسنگ و سایر ادارات خدماتی و نیز حمایت خانواده حایز اهمیت است و نیاز به اخذ خدمات داکتر روانی را کم میسازد.

۲- ادویه: ممکن به شوهر خانم مشوره داده شود ممکن از ادویه آرام کننده و یا ادویه سه حلقه ئی ضد افسردگی استفاده گردد.

نوع معمول سایکوز بعد از ولادت و یا دوره نفاس عبارت از حالت شبه شیزوفرنی است.

(b) اختلالات بعد از ولادت

۱- **عکس العمل نورمال بعد از ولادت:** چند روز بعد از ولادت از نظر روانی فوق العاده سترس زا میباشد، نزد خانم معمولاً اضطراب، تخریشیت، تأثر، ثبات هیجانی، پراشک بودن، خستگی و اعراض نباتی خفیف (تشوش اشتها و خواب) و تمایل به محرومیت موجود است.

۲- اختلالات دوره نفاس

c. تشوشات گذری مزاج (غم بعد از ولادت)

تقریباً ۵۰ فیصد زنان در روز سوم ولادت اعراض گذری مزاجی را تجربه می کنند که ۱ الی ۲ روز دوام می کند که بیشتر نزد خانم هایکه طفل اول شان باشد یا تاریخچه سندروم قبل از دوره عادت ماهوار داشته باشد بوجود می آید.

لوحه کلینیکی

هجمه های گریه، تخریشیت، افسردگی، بی ثباتی هیجانی، احساس جدائی از طفل، بی خوابی و تمرکز فکری خراب موجود است. که یکجا با ضیاع ناگهانی وزن، کاهش تشنگی و اطراح بیشتر سودیم در ادرار میباشد.

postnatal depression یا افسردگی بعد از ولادت معمول ترین اختلال دوره نفاس بشمار میرود.

ایتولوژی

۱- بیوشمیک: علت افسردگی بعد از ولادت نامعلوم است اما سویه بلند ادینوزین مونوفاسفیت (AMP) ادرار و سویه پائین تریتوفان پلازما راپور داده شده است.

۲- سایر حالات: شواهد موجود است که افسردگی و بی ثباتی مزاج در روز پنجم بعد از ولادت به شکل اعظمی خود رسیده و در خانم هایکه بیشتر نزد شان حالت منفی روانی موجود باشد دیده میشود.

d. نیوروزس بعد از ولادت

نه تنها اختلال نیوروتیک اذیت کننده است بلکه یک اختلال شایع در عصر کنونی میباشد.

اپیدمیولوژی: ۱۰ الی ۱۵ فیصد خانم ها ممکن است دچار افسردگی شوند، آغاز مریضی در ماه نخست بعد از ولادت بوده و معمولاً در میان روزهای سوم الی چهاردهم میباشد.

postpartum psychosis یا سایکوزس بعد از ولادت

در ماه نخست بسیار معمول است (از روز سوم الی روز ۳۰)

فکتورهای مساعد کننده

افسردگی بعد از ولادت با ازدیاد سن بیشتر می گردد.

عوامل چون جدائی از پدر، مشکلات با خشو و خسر، مشکلات زوجی درباره طفل آینده، مشکلات فیزیکی در دوران حاملگی و دوره بعد از ولادت، متمایل بودن به یک حالت عصبی در خانم، تاریخچه سابقه امراض روانی، فشارهای خانواده گی، طبقه پائین اجتماعی و یا ارثیت در بوجود آمدن افسردگی رول دارد.

لوحة کلینیکی

(به جدول ۲۶- ۱ مراجعه شود)

- تنها بودن و یا تشوش نمودن در مورد امراض فزیک
- تشوش زیاد در مورد صحت طفل که توسط اطمینان دهی اصلاح نمی گردد
- خود ملامتی
- مزاج افسرده
- تشویش در مورد رد نمودن طفل
- تخریشیت و ضیاع میل جنسی
- مشکلات خواب
- احساس که طفل ممکن از خانم گرفته شود
- افکار خود کشی و یا ترس ضرر رسانیدن به طفل
- سایر اعراض عبارت اند از احساس خستگی، اضطراب، بی اشتھائی، کاهش میل جنسی.

سایکوزس بعد از ولادت بار اول توسط هیپوکرات شرح

شد.

تداوی

تداوی شامل مشوره دهی و ادویه ضد افسردگی می باشد، تغذی با شیر مادر مضاد استتباب نیست اما در صورت اخذ لیتیوم باید قطع شود.

e. سایر اختلالات نیوروتیک

ترس، حالات اضطراب، و حالات وسواس اجباری ممکن واقع شوند.

f. سایکوزهای بعد از ولادت

اپیدمیولوژی

از ۱ الی ۲ واقعه در هر ۱۰۰۰ ولادت.

شیوع اوسط سایکوز بعد از ولادت ۱-۲ فی هزار ولادت است.

لوحه کلینیکی

(به جدول ۲۶-۱ مراجعه شود).

- از سایکوزهای دیگر فرق ندارد اما ۷۰ فیصد آن سایکوز مزاجی ۲۵ فیصد آن سایکوز شیزوفرنی و ۲ الی ۵ فیصد آن سایکوز عضوی میباشد.
- اعراض معمول سایکوز بعد از ولادت عبارت اند از:
 - بیخوابی شدید و بیدار شدن وقت از خواب
 - بی ثباتی مزاج، پراشک شدن چشم ها
 - عدم جهت یابی یا مسخ شخصیت
 - سلوک غیر نورمال مثلا بیقراری، تهیج یا قطع آنی ادویه

جدول ۲۶- ۱ لوحه تشوشت مزاجی در دوران نفاس

سایکوز بعد از ولادت	نیوروز بعد از ولادت	افسردگی بعد از ولادت	
۱/۲ فیصد	۱۵ فیصد	۵۰ فیصد	۱. دفعات
۱-۳ هفته بعد از تولد	۲-۴ هفته بعد از تولد	۴-۵ روز بعد از ولادت	۲. زمان اعظمی آغاز
۶-۱۲ هفته	با تداوی ۴-۶ هفته؛ بدون تداوی تا یک سال	معمولاً ۲-۳ روز	۳. مدت دوام
قابل، کارمند صحی داکتر معالج نادرأ داکتر روانی عام است، مخصوصاً زمانی که تشوشت سلوک شدید باشد	قابل (اجتماع)؛ کارمند صحی و با داکتر داخله	قابل (شفاخانه)؛ داکتر ولادی	۴. تماس نخست مسلکی
در سرویس مادر و طفل بستر شده ادویه ضد سایکوز، ضد افسردگی، شوک برقی مغز، لیتیوم، مشوره دهی و توصیه در مورد حاملگی بعدی	غیر معمول	هرگز نی	۵. رجعت دهی روانی
	مشوره، ادویه ضد افسردگی	ندارد اما تحت نظارت است اگر شدید باشد	۶. تداوی ممکنه

- افکار شک که ممکن در برگیرنده ارتباطات خانواده گی و یا کارمندان شفاخانه باشد.
- رد نمودن غیر متوقع طفل و یا قانع شدن بر اینکه طفل از بین رفته یا مصاب به سؤ شکل است.
- تهدیدات خود کشی.
- احساس گناه، افسردگی یا اضطراب.

معمول ترین نوع سایکوزس بعد از ولادت اختلال مزاجی است.

اتیولوژی

علت اساسی مرض نامعلوم است اما فکتورهای ذیل رول دارند.

- ۱- **فکتورهای جینتیکی:** تاریخچه فامیلی یک مرض عمده روانی، اختلال سابقه دو قطبی نیز میتواند باعث زمینه سازی برای بوجود آمدن اختلال بعد از ولادت شود.
- ۲- **فکتورهای بیوشمیک:** در این حالت اختلال در هورمون های غده نخامیه بوجود می آید، قبل از ولادت سویه استروجن بالا رفته (تخریشیت زیاد می گردد) و بعد از ولادت سویه استروجن پائین می گردد (تشوشت خواب) هم چنان سویه پروجسترون نیز پائین آمده (افسردگی) نیز از جمله اعراض سایکوز بعد از ولادت است.

- ازدیاد بیشتر سویه ادينوزين مونو فاسفیت حلقوی (AMP) در زمان حاملگی.
 - در اواخر حاملگی سویه کوتیزول ادرار زیاد می گردد و بعداً در زمان ولادت دوباره کم میشود.
 - سویه هورمون تایراید مختل می گردد.
 - سویه پائین اندورفین با تأثر مرتبط میباشد، فعالیت حرکی کم می گردد و نزد مریض بی ثباتی و بی علاقگی موجود است.
 - خواب مرحله چهارم کم شده و ارتباط با تخریشیت مزاج دارد.
- ۳- **فکتورهای سایکودینامیک:** ارتباط مریض با مادرش، احساسات او در برابر مسؤولیت های مادری، عکس العمل او در رابطه به خانم بودن، ارتباط او با شوهرش و مسؤولیت اش و تهدیدات و سواس اجباری.
- ۴- **فکتورهای ولادی:** واقعات ولادی دیگر بسیار حایز اهمیت نمی باشد.

تداوی

- ۱- **بستر نمودن در شفاخانه:** سایکوز بعد از ولادت یک واقعه عاجل روانی است. در صورت امکان هر دو طفل و مادر باید بستر شوند.
- ۲- **ادویه و تداوی فزیک:** نظر به لزوم دید اعراض داده میشود. شوک برقی مغز بسیار مفید است اگر طفل توسط شیر مادر تغذیه می گردد پس ادویه آرام کننده قوی میتواند باعث خواب آلودگی طفل نیز گردد.
- ۳- **تداوی روانی** که نوعیت حمایتی داشته باشد نیز ضرورت است.

علت عمده قطع فعالیت جنسی دریک زوج عبارت از بین رفتن روابط زوجی است.

نتایج

تقریباً ۷۰ فیصد مریضان کاملاً خوب میشوند، سایکوز مزاجی نظر به سایکوز شیزوفرینک انذار خوبتر دارد.

در حالات ذیل انذار مریضی خراب است:

- تاریخچه مثبت خانواده گی
- تاریخچه شیزوفرینی
- شخصیت نیوروتیک

- موجودیت مشکلات جدی ازدواجی
- سایکوز نوع شیزوفرینک بعد از ولادت

III. اختتام دادن به حاملگی (سقط)

امراض شدید روانی بعد از سقط نادراً واقع می گردد که واقعات آن ۰/۱ الی ۰/۳ واقعه در هر ۱۰۰۰ سقط راپور داده شده است.

لوحه کلینیکی

اعراض معمول روانی آن عبارت است از احساس شرم و تأسف، بی ثباتی هیجانی، سلوک متغییرانه جنسیت، تخریشیت، اضطراب، افسردگی، خودکشی، شکایات جسمی متعدد (درد)، اعراض ساختگی و عدم تطابق اجتماعی و شغلی.

شوک برقی مغز تداوی انتخابی در سایکوزس وظیفوی درسه ماه اول حاملگی است.

اینکه اکثریت عکس العمل های روانی به تعقیب سقط کوتاه مدت و تمایل به از بین رفتن ایشان در چند هفته و یا چند ماه دارد، بناً مناسب است که بنام "افسردگی بعد از سقط" نامیده شود.

تداوی

مشوره دهی، اطمینان دهی، و تداوی روانی حمایتی.

IV. انقطاع طمس

به دوره قطع عادت ماهوار گفته میشود. لغت کلیماکتریک (Climacteric) به یک مرحله بحرانی حیات گفته میشود که در آن یک تغییر عمده واقع میشود اما فعلاً انقطاع طمس هم به همین معنا استفاده میشود.

لیتیوم، بنزودیازپین، هالوپیرادول و فینی توئین باید درسه ماه اول حاملگی و شیردهی اجتناب گردد.

لوحه کلینیکی

(به جدول ۲۶-۲ مراجعه شود)

جدول ۲۶-۲ شاخص های انقطاع طمس (کوپرمن ۱۹۵۹)

- اعراض حرکی و عائی
- عصبانیت
- ضعیفی
- ضربان قلبی
- احساس کرختی
- میلانکولیا
- درد اعضا و مفاصل
- احساس مورچه مورچه شدن
- بیخوابی
- سردردی
- سرچرخی

اعراض مینوپوز ارتباط به فقدان استروجن عبارت اند از گرم شدن وجه، تعرق، التهاب مهبل، تخلخل عظام و غیره

۱- **منظره نسائی:** اعراض مختلف مثلاً افسردگی، تخریشیت، فقدان اعتماد، تمرکز فکری خراب و

اعراض اتونوم در مینوپوز موجود است.

اصطلاح **سندروم مینوپوز** اعراضی را بیان می کند که مربوط به کاهش استروجن است و مشتمل می گردد بر

- سرخ شدن رنگ چهره
- عرق
- التهاب مهبل
- تخلخل عظام و سایر اعراض.

۲- **منظره روانی:** عقیده است که مینوپوز باعث خطر زیادی اختلال روانی در خانم ها شده است.

اتیولوژی

۱- فکتورهای بیولوژیک: حالات غیر نورمال

- کنترل افزایش کورتیزول.
- عکس العمل هورمون تنبه کننده تایراید در برابر افزایش هورمون تایروتروپین.
- عکس العمل هورمون نشونما در برابر کلونیدین.
- تموج در سویه پرولکتین، کورتیزول، هورمون تنبه کننده تایراید و ترای ایودو تایرونین.
- ازدیاد سویه هورمون تنبه کننده جسم اصفرو، هورمون تنبه کننده فولیکول و سترادیول.

تداوی انتخابی سندروم بعد مینوپوز روان درمانی و ادویه جات ضد اضطراب استروجن و ضد افسردگی است.

۲- منظره سایکوانالایتنک

- زمانی است که خواص مؤنث تقریباً از بین رفته و قابلیت تکثری نیز از بین میرود.
- از بین رفتن خواص مؤنث و ترس از پیر شدن که با بی اعتمادی بر نفس یکجا است.

۳- فکتورهای فرهنگی، اجتماعی و فامیلی

تقاضای منفی مینوپوز ممکن است ارتباط فرهنگی داشته باشد. تحریکات عمده خطر بوجود آمدن افسردگی به شکل تشوش در مورد وظیفه اطفال بالغ و والدین پیر راپور داده شود.

تداوی

۱- **اعاده هورمون:** تداوی با استروجن بسیاری اعراض را کنترل می کند مخصوصاً سرخ شدن رنگ وجه و اتروفنی یا خشکی مهبل اما اعراض چون بیخوابی، تخریشیت، ضربان قلب، افسردگی، سرچرخی، درد کمر، کسالت و کاهش میل جنسی با اخذ استروجن کم نمی گردند اما در برابر ادویه ضد افسردگی و بنزودیازپین جواب میدهد. تداوی همزمان با استروجن و تستوستیرون در بهتر ساختن مشکلات جنسی مخصوصاً کاهش میل جنسی مفید است.

۲- **تداوی روانی:** در این تداوی به مریضان اطمینان دهی و مشوره دهی صورت می گیرد.

۷. کواد سندروم (سندروم حاملگی مذکور)

حالات زیادی است که خانم حامله را متأثر میسازد اما شوهر این خانم ها نیز از بعضی اعراض رنج میبرد که این اعراض ارتباط به حامله گی خانم اش دارد که بنام کواد سندروم یاد می گردد.

شیوع

تقریباً ۲۰ فیصد مردان که منتظر ولادت طفل اول خود اند مصاب به این سندروم می گردند.

لوحه کلینیکی

اعراض فیزیکی مثل دلبدی، استفراغ، ضعفی، ضیاع اشتها، اسهالات و قبضیت، درد بطنی (درد ولادت مردان) و غیره معمولاً موجود است اما اعراض روانی آن عبارت اند از تشوشات خواب، مشکلات در تمرکز، ضربان قلبی، تعرق، ضعفی، مزاج افسرده و غیره.

مقادیر زیاد پروجسترون باعث افسردگی می گردد.

تداوی

تداوی روانی انتخابی بوده و مهم است که هر دو (خانم و شوهر) همزمان تحت تداوی قرار بگیرند.

VII. ترس ولادت (TOKOPHOBIA)

ترس از ولادت توسط مؤلف Marce در سال ۱۸۵۸ ذیلاً شرح شد.

اگر این خانمها ولادت اول شان باشند پس درد های نامعلوم و اضطراب ممکن نزدشان بوجود آید. اما اگر خانم مادر باشد از خاطره های گذشته ترس دارند و نیز در مورد آینده می اندیشند. این دقیق است که حاملگی زمان قابل ملاحظه برای اضطراب است که اعراض آن در سه ماه سوم بوجود می آید. خانم ها در سال ۱۹۹۰ ترس مرگ را در زمان ولادت داشتند. پس این ترس و اضطراب که قبل از حاملگی موجود باشد و باعث جلوگیری از ولادت طفل گردد هر زمان که بوجود آید یک حالت ترس تلقی شده و همین بنام توکوفوبیا یا ترس ولادت یاد می گردد.

اخذ لیتیوم در سه ماه اول حاملگی باعث انومالی ابستین در جنین می گردد.

ترس ولادت ابتدائی

خانم ها از ولادت طفل ترس دارند و حالت ترس از ولادت در دوران بلوغیت شروع میشود.

ترس ولادت ثانوی

این حالت بعد از یک ولادت ترضیعی و ناآرام کننده بوجود می آید.

در شیر نذیه غلظت لیتوم ۱۳ غلظت سیروم خون است.

ترس ولادت که به قسم اعراض سایر اختلالات روانی بوجود می آید

در بعضی خانم ها ترس از ولادت طفل به شکل اعراض افسردگی موجود است که ممکن با سؤ استفاده جنسی طفولیت، از بین بردن حاملگی، اختلال سترس پس از سانحه (PTSD) و عقامت یکجا باشد.

سندروم couade درسه ماه اول حاملگی معمول است.

سوالات برای مرور

۱. اختلالات روانی را که در زنان معمول است بر شمارید؟
۲. اسباب، منظره کلینیکی و تداوی فشار های قبل از تحيض را مختصراً تشریح نمایند؟
۳. اختلالات روانی را که به تعقیب دوره نفاس (مرحله بین زایمان و اعاده رحم به حالت اولیه) بوجود می آید تصنیف نموده، در باره اسباب، منظره کلینیکی، تشخیص تفریقی و تداوی سایکوز دوره نفاس بحث نمایند؟
۴. اختلالات روانی سقط (سقط به منظور تداوی و سقط بنفهی)، Lap، عقیم ساختن و مصرف ادویه و استفاده از وسایل ضد حمل را تعریف نمایند؟
۵. انقطاع طمس را تعریف نمایند؟ همچنان در باره وقوع مینوپوز سایکولوژیک و جراحی بحث نمایند؟
۶. در موارد ذیل مختصراً بنویسید:
 - (a) افسردگی بعد از ولادت
 - (b) نیوروزس نفاسی
 - (c) حمل خیالی
 - (d) تشوش عادت ماهوار
 - (e) اندومتريوزس
 - (f) ولادت قب از معیاد با جنبه روانی
 - (g) جنبه های روانی حاملگی
 - (h) سندروم Couvade
 - (i) اختلالات روانی بعد از برداشتن پستان
 - (j) ترس از مادر شدن

سوالات امتحان مسلکی

- در موارد ذیل کوتاه بنویسید:
 - افسردگی بعد از ولادت
 - سندروم قبل از تحيض
 - انقطاع طمس

واقعات عاجل روانی

تعریف، خودکشی، خشونت، کاتونیا و ستوپور، حالات که از باعث ادویه نیورولپتیک بوجود می آید، (دیستونیا، اکاتیزیا، پارکینسونیزم، سندروم خبیث نیورولپتیک) مسمومیت با لیتیوم، و عکس العمل اندوه.

واقعه عاجل

یک حالت و یا مجموعه از حالت پیش بینی نشده است که نیاز به مداخله و تداوی عاجل می نماید.

تهیج حد معمول ترین واقعه عاجل روانی است.

واقعات عاجل روانی

یک عکس العمل پتالوژیک است که از باعث یک فشار روحی بوجود می آید و بطور فزیکمی فرد متاثر شده را به خطر مواجه ساخته و یا توازن وظیفوی محیط شخص را به طور فزاینده مختل می سازد و ایجاب مداخله عاجل را می نماید. در حالیکه واقعه عاجل طبی می تواند تنها زندگی یک فرد بیمار را به خطر مواجه می سازد.

واقعه عاجل روانی از واقعه عاجل طبی فرق دارد زیرا واقعه عاجل روانی هم به مریض وهم به اجتماع خطر دارد.

اپیدیمولوژی

ارقام واقعات عاجل روانی رو به افزایش است. که تقریباً ۶۰ الی ۸۰ فیصد این بیماران توسط اقارب شان به شفاخانه آورده می شوند. عمر این بیماران در میان ۲۰ الی ۵۰ سال اند و بیشتر واقعات در نزد مردان نظر به زنان تصادف میکنند که تناسب شان ۳:۲ راپور داده شده است.

انواع واقعات عاجل روانی

I. خودکشی

حالت است که در آن یک فرد بدست خود زندگی خویش راخلاف شیوه توافق فرهنگی از دست می‌دهد. اقدام به خودکشی یا کوشش به خودکشی حالت است که در آن فرد به طور آشکار سعی می‌کند خود را تخریب نماید اما در این اقدام خود نیمه دل می‌باشد تفاوت در میان خودکشی و کوشش به خودکشی در جدول ۲۷ درج شده است.

خودکشی در مردان زیادتر دیده میشود اما کوشش خودکشی در زنان بیشتر معمول است.

شیوع

نظر به احصایه که توسط سازمان صحتی جهان (WHO) در سال ۱۹۸۳ گرفته شده است ارقام اوسط سالانه خودکشی از ۷.۱ الی ۳۳.۹ در هر یک صد هزار افراد بالاتر از عمر پانزده سال راپور دهی شده است.

جدول ۲۷ - ۱ تفاوت های اپیدیمولوژیکی را در میان خودکشی و سعی به خودکشی نشان می‌دهد

سعی به خودکشی	خودکشی	
در زنان بیشتر است	در مردان بیشتر است	۱. میلان
اکثریت پائین تر از ۴۵ سالگی	اکثریت بالا تر از ۴۵ سالگی	۲. گروه
در زنان معمول است	در مردان معمول است	۳. جنس
ارقام بلند در طلاق شده ها و مجردان	ارقام بلند در مجردان، بیوه و طلاق شده	۴. حالت مدنی
بیشتر در طبقه متوسط و پائین اجتماعی	احصائیه دقیق ندارد	۵. موقف اجتماعی
شواهد تغییرات موسمی دیده نشده	در بهار	۶. تغییرات موسمی
ارتباط واضح دیده نمی‌شود	ممکن ارتباط داشته باشد	۷. امراض فزیک
عکس العمل محیطی، افسردگی و الکولیزم	اختلال مزاجی و الکولیزم	۸. تشخیص اساسی
شخصیت از نوع سایکوپتیک یا هستریونیک و مرضی		روانی
گونه دیده می‌شود	کدام نوع معین ندارد	۹. نوع شخصیت
خوردن ادویه به مقدار بلند. مسموم کردن ویا بریدن	آویزان کردن، غرق شدن در آب، به مرمی، خوردن	۱۰. طریقه خودکشی
بند دست خود	زهر و ادویه کشنده یا سوزاندن	

در هندوستان همه روزه ۱۵۰ الی ۲۰۰ نفر دست به خودکشی میزند شیوع اوسط خودکشی فرق میکند و تقریباً ۱۰ واقعه در هر یک صد هزار نفوس راپور داده شده است.

شیوع اوسط خودکشی در هندوستان در هر صد هزار نفرده نفر است اما کوشش خودکشی ۱۰-۸ برابر بیشتر است.

جدول ۲۷-۲ تفاوت در میان خودکشی و کوشش به خودکشی (Schneidman در سال ۱۹۸۵)

منظره رفتار	خودکشی	کوشش به خودکشی
۱. انگیزه و محرک	درهم شکستگی غیر قابل تحمل	در بعضی حالات قابل تحمل است در هم شکستگی ندارد
۲. هدف رفتار	حل یک مشکل در هم شکسته که با کوشش ها دیگر راه حل نداشته باشد	فرد کوشش می کند در سایر افراد که قرار است به او کمک کند عکس العمل شانرا بیدار میسازد تا باشد راه حل به مشکل او پیدا شود. تحریکی می باشد
۳. طبیعت رفتار	اختتامی یا پایان دهنده	در یک مرحله بین فردی قرار دارد
۴. طبیعت اجتماعی رفتار	در بیشتر موارد خاموش و جمود	کسی دیگر یا شی دیگر را می خواهد جزا بدهد
۵. هدف تحریک	خود را جزا دادن	زندگی خود را دوباره سازی کند و در عین زمان نا آرامی اش کم شود
۶. مقصد رفتار	می خواهد بیمار	بی ارتباطی، رفع توهم
۷. محتوای افکار	ناامیدی، بیچاره گی	در شک است زنده باشد، بمیرد، یا تحمل کند
۸. شیوه فاعل	در شک است دو دلی دارد که زنده بماند یا بیمار	واسواس دردناک. ناخوشایند بودن بیمار را بیان می کند که او طالب کمک است
۹. حالت شناختی فاعل	محدودیت عالی و ادراکی	ارتباط هیجانان و متحد شدن با زندگی
۱۰. پیام عمل	تصمیم بیمار را بیان می کند	
۱۱. عمل به جلو	فرار یا زندگی کردن	

سبب شناسی

۱. ارثی: در یکی از عوامل خودکشی رول فکتور های ارثی نیز ارائه شده است چنانچه خودکشی در افراد که در یک فامیل با تاریخچه ای امراض روانی زندگی دارند بیشتر راپور داده شده است مثلاً امراض چون افسرده گی، شیزوفرنی، الکهولیزم و غیره.

۲. بیولوژیک: سویه پائین سیروتونین در مایع نخاعی شوکی ارتباط با خودکشی های کوششی و پر از خشونت دارد مطالعات جدید نشان داده است که یک ارتباط در میان رفتار خودکشی گرانه و اطراح بلند ۱۷ هایدروکسی کورتیکو استروئید در ادرار موجود است.

همچنان سویه بلند کولسترول خون و اِنارملتی های محور هایپوتالاموسی ادرینالی نیز یک ارتباط با خودکشی ها دارد.

۳. امراض عقلی: افسرده گی، الکولیزم، شیزوفرونی، اختلال شخصیت، اختلال تطابقی و سؤ استفاده از ادویه و غیره عوامل عمده خودکشی به شمار می روند.

۴. امراض فزیک: شیوع افکار خودکشی در بیماران که از امراض فزیک رنج می برند بیشتر راپور داده شده است. (جدول ۲۷-۳)

معمول ترین علت خودکشی افسردگی بوده که توسط الکهولیزم، اختلال شخصیت، شیزوفرنی، مانیا و غیره تعقیب میگردد.

۵. میکانیزم های روانی: خودکشی اصلاً یک شکل خلع شده پرخاشگری است که توسط یک فرد وابسته یا بیچاره که در حالات پر اندوه بین الفردی واقع است، اجرا می گردد.

Reserpine ممکن باعث افسردگی و تمایل به خودکشی شود.

۶. فکتورهای وضعیتی: مؤلف Durkheim سه کتگوری جدا گانه و متفاوت خودکشی را بیان داشته است که قرار ذیل است:

۱. ایگوائستیک (Egoistic): از باعث ضیاع یا از بین رفتن یک پارچه گی و اتحاد، تجرید و شخصیت ماوف بوجود می آید.

۲. آلتروستیک (Altruistic): چنانچه در جنگها دیده شده مثلاً عساکر به خاطر دفاع از وطن کشته می شوند.

۳. انومیک (Anomic): زمانی که یک تشوش توازن در آرزوهای فردی از یک جانب و ارزش های اجتماعی از جانب دیگر موجود باشد.

یک عالم دیگر بنام Jeffreys یک کتگوری اضافی را پیشنهاد می کند که قرار ذیل است:
شیوه شیمانیک (Shamanic) یا خودکشی انتقام (در جاپان دیده میشود) در این کتگوری فرد مرگ خود را به طور آله استفاده کرده که دشمن را که به شکل روح موجود است از بین ببرد.

جدول ۲۷-۳ بیانگر حالات فزیک است که در آن خطر خودکشی بیشتر است

<p>۲. اختلالات سیستم انداو کراین</p> <ul style="list-style-type: none"> - امراض کوشینگ - بی اشتهائی - کلاین فلتر سندروم - پورفیریا - کاهش فعالیت غده تایراید 	<p>۱. اختلال سیستم عصب مرکزی</p> <ul style="list-style-type: none"> - صرع - جروحات رأس - تصلب قطعی - سکنه های مغزی - امراض هانتنگتون - زوال عقلی - ایدس
<p>۴. اختلالات بولی تناسلی</p> <ul style="list-style-type: none"> - بزرگ شدن غده پروستات - امراض مزمن کلیوی (مریض که دیالیز می گردد) 	<p>۳. اختلالات سیستم هاضمه</p> <ul style="list-style-type: none"> - قرحات معده - التهاب ویروسی کبد - سیروز کبد
<p>۶. ادویه</p> <ul style="list-style-type: none"> - فینوتیازین - ریزرپین - ادویه ضد فشار بلند خون - آنتی هیستامین ها - بنزودیازپین ها - باربیتورات ها - ادویه ضد حاملگی - لوادوپا - الکحول 	<p>۵. سایر حالات</p> <ul style="list-style-type: none"> - سرطان ها - جروحات قطع کننده - جروحات نخاع - فرط فشار خون - التهاب روماتیسمی مفاصل

ن، نهنگ ها و مرغان در ایالت آسام راپور داده شده است.

خودکشی خوشه ئی: افراد به تعقیب خودکشی افراد سرشناس و چهره های شناخته شده به شکل خوشه خوشه دست به خودکشی می زنند.

خودکشی دوگانه: دو نفر یکجا بعد از یک ماهده یا پیمان خودکشی می کنند.

خودکشی معاهده ئی: در میان دو یا چند نفر معاهده صورت می گیرد که باید خودکشی کنند.

خودکشی پایان گرانه: زمانیکه یک فرد در مرحله برسد که دیگر باز گشت نتواند یا به علت اینکه کمک مؤثر و عاجل نمی رسد و یا از باعث بی توجهی طبی صورت گرفته باشد و تخریب آن غیر رجعی باشد.

خودکشی که به کمک داکتر صورت بگیرد: داکتر با کسی که می خواهد خودکشی کند موافقه نموده و مستقیماً باعث خودکشی او می گردد.

طرق که جهت خودکشی استفاده می گردد

نظر به تحقیق که از سال ۱۹۷۰ الی ۱۹۸۴ توسط شعبه تحقیقات پولیسی صورت گرفته است ۳۲ فیصد افراد خود را آویزان کرده خودکشی میکنند، ۷.۴ فیصد آنها توسط سوزاندن بدن شان اقدام میکنند ۷ فیصد آنها در مقابل قطار آهن می آیند در حالیکه ۱.۲ فیصد افراد از ماشین یا اسلحه استفاده میکنند.

در اصطلاح قانون

نظر به ماده ۳۰۹ قانون جزائی هند که در سال ۱۸۶۰ ساخته شده آمده است: کسی که اقدام یا کوشش به خودکشی میکند تحت همین ماده ۳۰۹ قانون جزا به مدت یک سال یا جریمه یا بیشتر حبس میگردد.

جدول ۲۷-۴ تصور غلط در مورد خودکشی

تصور غلط	حقیقت
۱. خودکشی بدون اخطار واقع می گردد	۱. افرادی که خودکشی می کند بسیار نشانه ها را دارند، ۹۰ فیصد آنها اقدام خودکشی خود را با دیگران صحبت می کنند
۲. فردیکه اقدام به خودکشی می کند حتماً می خواهد	۲. افرادی که می خواهد کوشش به خودکشی کند

<p>بیشتر تمایل به تحریک ساختن را دارند.</p> <p>۳. افراد مصاب به امراض روانی نمی باشند</p> <p>۴. خطر خودکشی در مرحله عمیق افسردگی و یا در زمان که فرد رو به خوب شدن باشد زیاد تر است.</p> <p>۵. شواهد در مورد فکتور های ارثی موجود نیست اما بعضی از بیماری های روانی ممکن به ارث برده شود.</p> <p>۶. برای یک مدت زمان محدود در سر خود فکر خودکشی را می کنند اما بعداً آهسته آهسته خوب می شوند.</p> <p>۷. خودکشی تقریباً در تمام طبقات اجتماعی واقع می گردد اما در طبقه غریب جامعه نسبی کم است</p> <p>۸. داکتران و افراد پولیس بیشترین ارقام خودکشی را دارند زیرا دست رسی به وسایل کشنده دارند و نیز وظایف شان پر از اندوه می باشد.</p> <p>۹. خودکشی تقریباً در تمام جوامع و فرهنگ ها واقع می شود.</p> <p>۱۰. خودکشی مذهبی در جاپان جدید نادراً تصادف می کند میتود معمول فعلاً اخذ زیاد ادویه باریتورات است.</p> <p>۱۱. بی عدالتی سیاسی اجتماعی، حوادث طبیعی و تائید فرهنگی باعث افزایش در شیوع خودکشی می گردد.</p>	<p>بمیرد.</p> <p>۳. تمامی افرادی که خودکشی می کنند بیمار روانی اند</p> <p>۴. هر گاه یک فرد از حالت افسردگی بدر آید خطر خودکشی پراکنده می گردد</p> <p>۵. خودکشی ارثی و یا می تواند در فامیل ها باشد</p> <p>۶. یک بار اگر شخصی خودکشی را اقدام نماید همان طور باقی می ماند</p> <p>۷. خودکشی بیشتر در افراد غریب واقع می گردد</p> <p>۸. نویسنده گان و نقاشان بیشترین ارقام خودکشی را دارند</p> <p>۹. خودکشی در فرهنگ های قدیمی موجود نیست</p> <p>۱۰. خودکشی مذهبی در جاپان معمول است</p> <p>۱۱. فکتور های فرهنگی اجتماعی در شیوع خودکشی نفوذ نمی کند</p>
---	---

تداوی افراد که دست به خودکشی می زنند

۱) ارزیابی خطر خودکشی

معیارات ذیل میتواند در ارزیابی خطر خودکشی کمک کنند.

- جدی بودن کوشش که جهت خودکشی است.
- نزدیک بودن کمک های نجات
- تاریخچه فامیلی و شخصی (جدول ۲۷ - ۵ ملاحظه شود)

جدول ۲۷ - ۵ فکتورهای که بستگی به خودکشی دارند

ارتباط مثبت	ارتباط منفی
• جنس مذکر	• حالت مدنی (متاهل)
• عمر فزاینده	• اولاد داری زیاد
• بیوه گی	• ارقام پائین نفوس
• طفولیت	• زنده گی در دهات
• تعداد بلند نفوس	• مذهب پروری
• زندگی در شهرهای بزرگ	• جنگ
• بحرانات اقتصادی	• غربت
• استفاده الکول	
• از بین رفتن خانواده در طفولیت	
• مجرم بودن	
• امراض فزیکمی	
• اختلال عقلی	
• کوشش های سابقه خودکشی	
• جنس مؤنث	
• جوان	

۲) حالت روانی

اگر بیمار مصاب به امراض سایکوتیک باشد و در عین زمان با الکل یا ادویه مسموم شده باشد خطر خودکشی بیشتر میگردد این خطر در افراد مسن طلاق شده ها یا بیوه ها، کسانی که بیکاراند، صحت فیزیکی خراب داشته و تنها زندگی میکنند، افرادی که در مورد خودکشی اطلاع کتبی دارند، ویا تغییرات ناگهانی درحالات زندگی شان رونما میگردد، بیشتر است.

۳) تداوی

- بستر ساختن در شفاخانه: در حالات ذیل استطباب دارد:
 - خطر خودکشی زیاد باشد
 - پلان معین طرح شده
 - انگیزه های غیر قابل کنترل برای خودکشی
 - سایکوز افسرده گی با نظریات خودکشی یا افکارسعی به خودکشی
 - سوء استفاده از الکل
 - فقدان حمایت اجتماعی
 - مسافه طویل از شفاخانه
- اگر بیمار تحت تداوی باشد داکتر باید از علایم خودکشی و یا سعی برای خودکشی اطلاع داده شود.
- ادویه: در بعضی حالات که تشوشات وضعیتی موجود باشد از ۱۰ ملی گرام دیازپام و یا ۲-۱ ملی گرام لورازپام استفاده میشود. اگر بیمار مصاب به سایکوز باشد از ادویه ضد سایکوز و اگر مصاب به افسردگی باشد از ادویه ضد افسردگی استفاده می شود.
- مشوره دهی: بیمار را حمایت نموده و برای شان توصیه می گردد که طرق متبادل حل و فصل مشکل شان موجود است امید مریض به طرف زندگی نخستین قدم است که باید برای او توجه نمود.
- سایر میتودها: تداوی با شوک برقی مغز تداوی انتخابی بوده مخصوصا اگر بیمار مصاب به افسرده گی یا افکار خودکشی باشد.



شکل ۲۷-۱ یک مریض ۲۳ ساله که از شیزوفرنی رنج می برد بعد از اخذ قطره هالوپریدول دیستونی حاد نزدش انکشاف نموده است.

II- مریض مصاب به خشونت

اکثریت دکتوران در سرویس های عاجل از پذیرفتن بیماران که دست به خشونت زده اند جلوگیری می کند زیرا این افراد می تواند باعث تخریب ملکیت شفاخانه ها، تهدیدات فیزیکی و کلامی نیز گردند.

ادویه جات که ارتباط به خشونت دارد معمول ترین آن ها
الکھول ، امفتامین ، کوکائین ، و خواب آور ها و غیره.

سبب شناسی خشونت

۱ - فکتور های بیولوژیکی

- **نیورو ترانس میتر ها:** استقلاب سیروتونین به نظر می رسد که دخیل باشد. محصول میتابولیزم سیروتونین در مایع نخاع شوکی کاهش میابد.
- **انبار ملتی های کروموزومی XXY** ، انبار ملتی های کروموزوم جنسی میتواند در رفتار تهاجمی دیدخل باشد.
- **الکھول و ادویه:** یک ارتباط در میان رفتار تهاجمی و بعضی ادویه موجود است مثلا الکھول، امفیتامین، کوکائین، فین سیکلیدین.

۲- فکتور های روحی اجتماعی

- تاریخچه تجاوز یا سؤ استفاده از اطفال
- دسترسی سهل به اسلحه
- ازدحام و درجه حرارت نا آرامی
- غربت تمام، مختل شدن روابط زوجی، بیکاری و غیره.

catatonia یا stupor عضوی ممکن از باعث آفات basal ganglia ، سیستم لمبیک، داینسفالون و لوب جبهی بوجود آید.

تشخیص تفریقی

- ۱- اختلالات عضوی مغز
 - سؤ استفاده از مواد یا قطع دوا
 - اختلالات اعصاب مرکزی
 - صرع ساده معلق
 - اختلال نقیصه توجه کاهلان
- ۲- اختلالات وظیفوی سایکوتیک
 - اختلال دو قطبی نوع مانیا

- اختلال دو قطبی، افسرده گی یا اختلال یک قطبی
- اختلالات شیزوفرنیک
- اختلالات پارانوئید

۳- اختلالات غیر سایکوتیک

stupor وظیفوی ممکن در شیزوفرنی، افسرده گی وهستریا دیده شود.

- اختلالات شخصیت
- اختلال روحی بعد از ترضیض
- اختلال متناوب انفجاری
- اختلالات عصبی
- سایر حالات چون اختلال تطابقی

تداوی

- ۱- از مریض مستقیما پرسیده میشود که چه نوع کمک را او میخواهد.
- ۲- غذا: اگر مریض رد نکند برای او چیزی بدهید که بخورد.
- ۳- ادویه: ادویه که در آب یا جوس منحل شده باشد بیشتر نظر به زرقیات توسط بیمار قبول میگردد.
- کلورپرومازین به مقدار ۵۰ الی ۱۵۰ میلی گرام داخل عضلی یکجا یا بدون promethazin به مقدار ۲۵-۵۰ میلی گرام.
- Haloperidol به مقدار ۵ الی ۱۰ میلی گرام (عضلی یا وریدی) یکجا و یا بدون promethazin
- Trifluoperazin به مقدار ۱۰ الی ۳۰ میلی گرام داخل عضلی یکجا و یا بدون promethazin
- Diazepam ۱۰ الی ۴۰ ملی گرام داخل وریدی بسیار آهسته.

اصطلاح catatonia توسط عالمی بنام Karl Kahlbaum شرح شد.

- barbiturate نادرا ممکن استفاده گردد.

- سایر ادویه مثلا Phenytoin, Carbamazepin, لیتیوم، propranolol ممکن در بعضی واقعات مفید باشد.

- محدود سازی فیزیکی: به این منظور از کمر بند های چرمی، بندازها و غیره استفاده می گردد (استفاده از ریسمان و زنجیر جلوگیری شود).

۴- حمایت: هر شخص مثلاً اقارب، نرس، رفیق و یا محافظ شفاخانه هرکس که یک ارتباط متقابل با بیمار دارد باید او را آرام ساخته و او را تشویق سازد که ادویه را اخذ کند.

۴- محافظ امنیتی: به مریض باید یک نام رمز داده شود زیرا بیماران با شنیدن نام شان بعضاً ناآرام می گردند.

dead pan یا وجه مرده مانند در stupor catatonia دیده میشود.

III- ستوپور و کتاتونیا

ستوپور حالت است که در آن وضعیت شعوری بیمار کاهش یافته، بیمار خاموش بوده در حالیکه چشم هایش هنوز هم باز است و ممکن اشیا خارجی را تعقیب نماید. حالت ستوپور بعضی اوقات در کتاتونیا دیده می شود. حالت کتاتونیا ممکن است از باعث یک تعداد زیادی اختلالات عصبی به وجود آید که در آن اختلال در عقده های قاعدوی، سیستم دای اینسیفالون - لمبیک و فص جبهی مغز قرار دارد.

۲۷.۱۰ بالش روانی در کتاتونیک شیزوفرنی دیده میشود.

تورپور (Torpor)

در این حالت بیمار خواب آلود بوده به آسانی به خواب می رود و درک بسیار کم و سرعت بطنی افکار دارد.

کوما

در این حالت یک تشوش جدی شعوری موجود بوده و در این حالت شواهد فعالیت مغزی دیده نمی شود. مریض در یک حالت دی کورتیکیت و یا در یک حالت دی سریریت قرار می داشته باشد.

کوما ویجیل (Coma vigil)

در این حالت با وجود یکه آفت شدید ساق مغز موجود است، چشمان مریض فکر می شود که باز است و بیدار باشد اما شواهد شعور نزدش دریافت نمی گردد. اصطلاح کتاتونیا بار نخست توسط مؤلف Karl-Kahlbaum در سال ۱۹۷۳ شرح شد.

تداوی

تداوی مشابه به یک مریض کوما است.

I: حمایت وقایوی

- محافظه مایعات و باز نمودن طرق هوایی
- ارزیابی وظایف قلبی
- سایر: وظایف اطراحی و جلو گیری از زخم های بستر

II: حمایت بالخاصه: شناسایی و تداوی عوامل بالخاصه نیز لازم است که در نظر گرفته شود.

جدول ۲۲-۱۱ تفاوت های کلینکی میان کتاتونیا مرگبار و سندروم خبیث نیورولپتیک

مراحل	کتاتونیا مرگبار	سندروم خبیث نیورولپتیک
I اعراض ابتدائی	مرحله مخبروی از ۲ هفته الی ۲ ماه دوام می کند. مشتمل بر تغییرات رفتاری و شخصیت است و یا اعراض خفیف شیزوفرینیک است. آغاز ممکنه که هیجان مخبروی ندارد، اضطراب شدید و بیقراری چند روز دوام می کند. صدمه رساندن به خود و یا رفتار خراب دارد. بعضاً برسامات و افکار هزیانی عموماً موجود است. تب، تکی کاردی و مرگ آنی ممکن بوجود آید.	دوام های اثنی سایکوتیک را تقریباً چند ساعت یا چند ماه قبل اخذ کرده باشد. این سندروم در جریان چند ساعت می تواند بوجود آید. صفحه مخبروی شرح نشده است. رعشه از جمله علایم ابتدائی می باشد. ازدیاد مقویت عضلات از نوع میله سربی یا پلاستیکی است تهیج زیاد و اضطراب شدید از منظره عمده مرض نمی باشد. بی ثباتی سیستم خود کار مثلاً تکی کاردی، فرط فشار خون بی ثبات در ابتدا ممکن تب موجود نباشد، سیانوز ممکن موجود باشد ممکن در بیماران که سایکوز نداشتند و

<p>توسط دواى انتى ساپکوز تداوى شوند بوجود آيد در مراحل ابتدائى واقعات وفيات راپور داده نشده است</p>		
<p>اعراض عمده آن (شخى شديد عضلات، بى ثباتى معند سيستم اتونوميک و تب) معمولاً ۲ - ۹ روز بعد تأسس مى کند، کانفورزن و مغشوش شدن شعور</p>	<p>تهيج زياد شده مى رود بطور وحشيانه تا آرام و خشونت مى کند رفتار تخریب گرانه که ۳-۱۵ روز دوام مى کند، موتيزم شخص ممکن يکجا با تهيج موجود باشد، غذا و مايعات نمى گيرد تب متناوب و زياد شونده، نبض ضعيف و سريع فشار خون پائين</p>	<p>II سندروم مکمل آن</p>
<p>اختلالات شديد مثلاً ذوب شدن عضلات با افزايش کرياتين کيناز، مايوگلوبين يوره، عدم کفايه کليوى و ترومبوز داخل وعائى که امبوليزم ريوى مى دهد و باعث عدم کفايه تنفسى مى گردد. ۲۰ - ۳۰ فيصد وفيات دارد. در مرحله سندروم مکمل آن.</p>	<p>لاغرى شديد، اختلاجات، دليريوم، کوما و ممکن مرگ واقع شود</p>	<p>III مرحله نهائى</p>
<p>تمام ادويه انتى ساپکوتیک قطع شود دوا هاى دوپامين اگونيست (که حالت کمى دوپامين را کم سازد) ادويه نهى کننده کانال کلسيم (که شخى عضلات را کم سازد) و ادويه بيتا درينرجیک که تکی کاردى را کم سازد. ساير معيارات نظر به ضرورت داده مى شود شوک برقى مغز در نظر باشد.</p>	<p>دوا هاى انتى ساپکوتیک و ساير تداوى ها تا که اعراض ساپکوتیک را کنترل کرده باشيم</p>	<p>IV تداوى</p>

III- پانیک (حالت اضطراب حاد) در فصل ۱۳ مطالعه شده است.

IV- اعراض قطع دوائی

V- مقدار بلند ادویه و الکول

VI- دلیریوم به فصل ۷ مراجعه شود.

VII- صرع و یا حالت ستانوس آن به فصل ۹ مراجعه شود.

VIII - اختلال تجزیوی یا تبادلوی به فصل ۱۳ و ۱۴ مراجعه شود

IX- افسردگی شدید و ستوپور و خودکشی که قبلا شرح شد.

X- واقعات عاجل دیگر.

حرکات چشم گدی یا رفلکس اوکولوسیفالیک در stupor عضوی موجود است.

IV - اختلالات ناشی از ادویه

نیورولپتیک

تشخیص تفریقی دیستونیای حاد شامل اختلال اختلاجی، تیتانی، تیتانوس، تسمم ستریکنین و هستریا میباشد.

a: دیستونیا حاد

اعراض. این اختلالات در روزهای

اول تداوی شروع شده و باعث سوزم عضلات ناحیه گردن، تنه و عضلات چشم می گردد. این اختلالات به شکل توریتیکولیس یا جریانات اوکلوجیریک واقع می شود (مریض شکایت می کند که چشمان من در عقب سرم حرکت می کنند).

عکس العمل نادر اما بسیار کشنده عبارت از سوزم حنجره است. در تشخیص تفریقی آن باید اختلال حملا تیتانی، اختلال هستریک در نظر باشد.

در موجودیت تاریخچه اخذ ادویه نیورولپتیک تشخیص آن صورت می گیرد. اما بعضا دوا های دیگر چون میتوکلوپرماید، ادویه سه حلقه ئی، لوادوپا نیز میتواند باعث دیستونیا گردد.

تداوی

- ۱- Promethazm به مقدار ۵۰-۲۵ ملی گرام.
- ۲- Diphenhydramin به مقدار ۵۰-۲۵ ملی گرام عضلی یا وریدی
- ۳- Biperiden به مقدار ۲-۳ ملی گرام عضلی
- ۴- Diazepam به مقدار ۱۰-۵ ملی گرام عضلی یا آهسته وریدی.

دیستونیای حاد اکثراً از سبب نیورو لپتیک ها بوجود می آید همچنان ادویه جات دیگر مثل اموکزاپین، میتوکلوپراماید و ندرتا ادویه ضد افسردگی سه حلقوی ممکن سبب تولید آن شود.

اگر بعد از سه دوز ادویه جواب بدست نیاید به تشخیص دیگری توجه شود.

b: اکاتیازیا

یک سندروم است که در آن نزد مریض بیقراری حرکی موجود بوده و مریض نمیتواند که آرام بشیند مریض شکایت میکند که هیچ نمی تواند آرام باشد و به شکل متداوم قدم میزند.

تداوی

ادویه ضد پارکنسون ممکن مفید باشد. ادوجات بنزودیازپین مثلاً (Lorazepam-clonazepam) و بیتابلاکر پروپرانولول ممکن مفید باشد. در بعضی واقعات کم ساختن مقدار ادویه نیورولپتیک و یا تغیر آن ممکن کمک نماید.

اکتیازیا توسط بیتابلاکرها یا بنزودیازپین تداوی میشود.

C: پار کنسونی ناشی از ادویه

مشابه بیماری پارکنسون بوده و اعراض آن مشتمل میگردد بر شخی، رعشه قصدی، وضعیت توقف یافته، قدم زدن از نوع تعجیلی (کوتاه کوتاه آهسته آهسته) و کم حرکتی.

تداوی

تداوی آن مشابه به تداوی دیستونیا است.

d: سندروم خبیث نیورولپتیک

مشمول میگردد بر بلند رفتن درجه حرارت، شخی عضلات، بی ثباتی سیستم اتونوم و ضیاع حالت شعوری که تقریباً در ۰.۲ فیصد افرادی که ادویه نیورولپتیک اخذ می کنند بوجود می آید، مخصوصاً در مردان پائین تر از عمر ۴۰ سالگی، این سندورم ۲۰ فیصد وفیات دارد (به جدول ۲۷ - ۱۱ مراجعه شود).

تداوی

درجه حرارت بدن کم ساخته شود، تنفس مریض بهتر ساخته شده و انتانات تداوی گردد. در یک راپور از استفاده همزمان bromocriptin به مقدار 60mg روزانه برای تقویه فعالیت دو پامین و 10mg Dantrolen به هر کیلوگرام وزن بدن برای کم ساختن مقویت عضلی، نیز یاد آوری شده و ممکن مفید واقع شود.

e: اگرانولوسایتوزیس

معمولاً در هفته ۸ الی ۱۶ تداوی واقع می گردد.

Aggranulocytosis از باعث فینوتیازین در ۲-۳ ماه اول

تداوی واقع میشود .

تداوی

ادویه را فوراً قطع نموده و حجرات خون باید معاینه گردد.

F: مسمومیت با لیتیوم

زمانیکه سویه لیتیوم از 1.5 meq/l بلند برود اعراض مسمومیت با لیتیوم ظاهر میگردد. اعراض آن مشتمل می گردد بر تقلص عضلات، نیستاگموس، اتاکسی، خواب آلودگی، کسالت و کوما، کانفوژن، تشدید عکسات وتری عمیقه، دیس ارتری و نادراً اختلاج.

تداوی

هدف اساسی تداوی اطراح لیتیوم است که ذیلاً صورت می گیرد.

- اگر ضرورت باشد الکترولیت ها معاوضه گردد
- بلند بردن اطراح مایعات توسط کلیه ها، مانیتول ۵۰ الی ۱۰۰ ملی گرام وریدی روزانه
- القلی ساختن ادرار با سودیم

- در تسمم شدید نیاز به دیالیز خون است

۷- عکس العمل اندوه

اندوه یک عکس العمل نورمال بوده که در مقابل از دست دادن اقارب نزدیک، و یا دوستان بوجود می آید. (در فصل اضطراب به تفصیل مطالعه شد).

۶- سایر واقعات عاجل

عبارت اند از:

سندروم باترد طفلی (Battered baby syndrome)، سندروم بخش مراقبت جدی (ICU syndrome)،
هجمه حاد شیروفربینی، سایکوز بعد از ولادت، سندروم مانچهاوسن، سردردی، اختلاج کاذب، زنا
بالجبر (rape) که همه در فصل های جداگانه مطالعه شده است.

سوالات برای مرور ۲۷

۱. واقعات عاجل طبی و، واقعات عاجل روانی را تعریف نمائید و بگوئید که واقعات عاجل طبی را از واقعات عاجل روانی چگونه فرق میکنید؟
۲. انواع مختلف واقعات عاجل روانی را در بخش های مختلف یک شفاخانه عمومی بر شمرده و بگوئید که چه اقداماتی را برای ارزیابی واقعات عاجل روانی انجام میدهید؟
۳. انواع مختلف، اسباب، فکتورهای وابسته به آثار و تداوی یک مریض را که اقدام به خودکشی نموده است بیان دارید؟
۴. در مورد تشخیص تفریقی، ارزیابی و تداوی یک مریض غضبناک بحث نمائید؟
۵. دواها معمولی را که در واقعات عاجل روانی استفاده میشوند نام گرفته، در مورد عکس العمل دیستونیک حاد، سندروم نیورولپتیک، خبیث بطائت، تسمم با لیتیوم توضیحات ارائه دارید؟
۶. تفریق کنید بین:
 - a) خودکشی و خودکشی ناموفق برای ترساندن دیگران
 - b) کاتاتونیا مهلک NMS
 - c) ستوپور افسردگی و کاتاتونیک
 - d) ستوپور عضوی و غیر عضوی
 - e) اکاتازیا و اضطراب سایکوتیک (هیجان)

سوالات امتحان مسلکی

- فرق کنید بین:
 - خودکشی و اقدام به خودکشی
 - ستوپور کاتاتونیک و دپرسیف
 - ستوپور وظیفوی و ارگانیک یا عضوی
 - اکاتازیا و اضطراب سایکوتیک
- تداوی امراض ذیل را مختصراً بیان دارید:
 - مریض هیجانی
 - اکاتازیا
 - دیستونی ناشی از مصرف دوا
 - سندروم نیورولپتیک خبیث
 - تسمم با لیتیوم

طب روانی عدلی

قانون جنون هندوستان، قانون صحت روانی، مسؤلیت های جنائی، مسؤلیت های مدنی، قانون ادویه مخدر و مواد روان زاء، اخلاقیات، زنای بالجبر، سندروم ترضیضی

۱. قانون جنون در هندوستان، ۱۹۱۲ (شانزدهم مارچ)

این قانون از قانون جنون انگلستان ۱۸۹۰ گرفته شده است که در هشت فصل می باشد.

قانون جنون در هندوستان در سال ۱۹۱۲ تصویب گردید و در تمام کشور به استثنای ایالات جامو و کشمیر نافذ است.

فصل اول

مشمول بر معلومات ابتدائی می باشد. این قانون در تمام هندوستان توسعه یافته است که بعضی تعریفات آن قرار ذیل است.

پناهگاه (Asylum) به معنای پناهگاه ها می باشد که همچون شفاخانه های روانی است که برای افراد جنون ساخته شده است.

دیوانه (Lunatic) به معنای یک شخص احمق و اعصاب خراب می باشد چنان که اعصاب خرابی در حقیقت گنگ بودن برای ارائه دلایل است.

احکام استقبالیه؛ به معنای یک حکم است که توسط یک افسر پولیس یا یک قاضی ساخته میشود. مطابق به این حکم شخص جنون در پناهگاه می رود نه شخص که تحت تحقیق قرار گرفته باشد.

فصل دوم

این فصل در مورد استقبالیه شخص مجنونی است که در پناهگاه قرارداد مطابق به این قانون هیچ فردی نمی تواند در پناهگاه باشد بجز زمانی که جنونی جنائی باشد و یا فردی باشد که تحت تحقیق قرار داشته باشد و یا با حکم استقبالیه باشد.

تنظیم استقبال توسط یک افسرپولیس یا قاضی ساخته میشود تا توسط آن یک دیوانه را در پناه گاه قبول کنند نه توقیف.

- ۱- بستر شدن رضا کارانه
- ۲- حکم استقبالیه
- درخواست کتبی
- افراد مجنون خطرناک
- ۳- مریض که ذریعه درخواست بستر شده باشد.
- ۴- انتقال دیوانه ها
- ۵- فرار و دستگیری مجدد
- ۶- استقبال و شناسائی دیوانه های جنائی
- ۷- استقبالیه بعد از تحقیق

فصل سوم

مراقبت، تداوی و رخصت نمودن

هیأت بازدید

- حکومت مرکزی برای هر ۳ پناهگاه باید سه نفر هیأت ملاقات کننده را تعیین نماید که یکی از آنها باید داکتر طب (ضرور نیست که داکتر روانی باشد) باشد.
- سایر آنها میتواند کارکنان صحی و یا سیاست دانان باشند.
- این هیأت حد اقل در ماه یک بار از شفاخانه دیدن می کنند.

فصل چهارم

روند پی گیری در دیوانه های که خارج از محلات مسکونی قرار دارند

- محکمه ولسوالی که حوزه قضائی شان در آن اقامت دارد و درخواست شان صورت گرفته باشد و یا حکم برای تحقیق درمورد این شخص که آیا از نظر عقلی خوب است و یا خیر؟ و یا شخص جنون از خود و یا از امورات زنده گی خود مواظبت کرده نتواند.

فصل پنجم

روند پی گیری در اشخاص دیوانه که در محلات مسکونی قرار دارند

- نظر به درخواست که به محکمه داده میشود به مسنطق هدایت داده میشود که در مورد حوزه قضائی محکمه شان معلومات داده که آیا شخص دیوانه واقعاً جنون دارد یا خیر و یا آیا این شخص از امورات زنده گی خویش مواظبت نموده میتواند یا خیر.

۲۸.۲ قانون صحت روانی در سال ۱۹۸۷ (۲۲ ماه می) به تصویب رسید که در ده فصل ترتیب شده واصطلاحات چون دیوانه و پناهگاه را به اصطلاح چون شخص بیمار روانی وشفاخانه روانی عوض نمودند.

فصل ششم. تاسیس نمودن پناهگاه ها

فصل هفتم. مصارف افراد مصاب به جنون

فصل هشتم. مقررات

- حکومت مرکزی باید برای همه و یا حد اقل برای یکی از اهداف ذیل مقررات بسازد:
- تحت این قانون فورم های ساخته میشود که قبل از رسیدن به محکمه عالی باشد.
- آماده سازی مراکز توقیف و تنظیم نمودن تداوی و محافظه شخص توقیف شده
- تنظیم نمودن محافظت، تداوی و مرخص سازی افراد مجنون جنائی
- تنظیم نمودن اداره پناهگاه ها، محافظه و توقیف افراد و انتقال آنها از یک پناهگاه به پناهگاه دیگر.
- قوانین سازی در مورد اسناد قانونی پناهگاه ها.

II. قانون صحت روانی

از قانون صحت روانی سال ۱۹۸۷ کشور انگلستان و ویلز (۱۹۵۹) اخذ شده است در سال ۱۹۸۱ در ولسی جرگه هند معرفی شد و در سال ۱۹۸۷ به حیث قانون شناخته شد و این قانون در ده فصل به نشر رسیده است.

فصل اول: عمومیات و تعریفات

زندانی که مصاب به مریضی روانی است؛ یک مریض روانی است که نظر به حکم محکمه بند ۳۰ این قانون حکم توقیف آن، یا مرخصی آن از شفاخانه روانی، مراقبت روانی در منزل، زندان و یا سایر نواحی صادر شده باشند.

شفاخانه روانی یا منزل مراقبت روانی؛ یک شفاخانه و یا منزلی است که توسط حکومت پی گیری شده و در آن افراد مریض تحت مراقبت و تداوی روانی قرار میگیرد اما در چوکات شفاخانه های عمومی و مراکز عمومی مراقبت نمی باشد.

حکم استقبالیه؛ به معنای حکم است که نظر به آن یک شخص مصاب به مریضی روانی است جهت توقیف و بستردن در شفاخانه روانی و یا منزلی مراقبت روانی صادر می گردد.

فصل دوم: صلاحیت صحت روانی

حکومت مرکزی در این مورد با صلاحیت بوده و میتواند خدمات صحت روانی را تنظیم، تکامل و موازنه سازی کند.

ثبات روانی یا صحت روانی برای آزمایش یک شخص توسط قاضی سنجیده میشود.

فصل سوم: شفاخانه های روانی و مراکز مراقبت روانی

این قسمت قانون در مورد شفاخانه ها روانی و مراکز مراقبت روانی میباید که نظریه آن بستردن تداوی و مراقبت افراد مصاب به مریضی روانی در آنها به مدت پنج سال صورت می گیرد.

فصل چهارم: بستردن و نگهداری در شفاخانه های روانی و مراکز مراقبت

در حالات ذیل بستری می گردد.

- بستردن باید داوطلبانه باشد

- در حالات بالخاصه باید صورت بگیرد
- تداوی موقتی
- به حکم استقبالیه محکمه
- بسترشدن در شعبات عاجل
- ممکن است برای نظارت بستر گردند

فصل پنجم: تفتیش، مرخصی، رخصت یا غیرحاضری و دور ساختن افراد مصاب به امراض روانی

حکومت مرکزی حد اقل پنج تن از افراد که مریضان را ملاقات می کنند انتخاب می کند که یکی از آنها داکتر می باشد.

سندروم Ganser در حبس شده گان که منتظر محکمه اند دیده میشود.

مرخصی: هر مریض را رخصت نموده میتواند اما مریض جنائی نباشد و یا افراد که دواطلبانه نظر به سفارش دو نفر از دو کتوران بستر شده باشد.

فصل ششم: استنطاق قضائی

در افراد مصاب به مریضی روانی صورت می گیرد که مالک جایداد و ملکیت باشند و یا در رابطه به تنظیم نمودن جایداد آنها باشد.

فصل هفتم: ارزیابی پرداخت جهت محافظه افراد مصاب به مریضی روانی

در مراکز روانی و یا در مراکز مراقبت افراد روانی صورت می گیرد و یا توسط مراجع قانونی و یا دولت پرداخته شود اگر مقام با صلاحیت که حکم پرداخت افراد مصاب را صادر نموده باشند دولت مرکزی باید آنرا پردازد.

فصل هشتم : محافظه حقوق انسانی افراد مصاب به مریضی روانی

- باید به تمام حقوق افراد مریض احترام شود.
- شکنجه میخانیکی و یا سایر حالات که باعث رنج می گردد تا زمانیکه داکتر اجازه نداده باشد، صورت نگیرد.
- نباید از افراد مریض جهت تحقیق استفاده شود.

فصل نهم : افراد که مالک مراکز مراقبت روانی و یا شفاخانه های روانی اند نظر به فصل سوم این قانون در صورت تخلف الی سه ماه حبس و یا حبس و دوصد روبیه جریمه گردیده میتواند.

فصل دهم : سایر حالات متفرقه

در مورد رفتار داکتر موظف است در هر شش ماه راپور شفاخانه را به مراجع ذیصلاح بفرستد.

III. مسولیت های حقوقی افراد روانی

مسولیت جنائی

ماده ۸۴ قانون جزا هند (۱۸۶۰) هیچ عمل جرم پنداشته نمی شود اگر در یک مقطع زمانی توسط یک فرد که نمی داند که این عمل درست است یا غلط اجرا گردد که بنام قانون امی سی ناغتنین (Mc Naughten) یاد میشود.

قانون دورهام (Durham ۱۹۵۴) "در صورت که فعل شخص متهم در نتیجه امراض روانی آن باشد پس مسولیت جنائی برایش عاید نمی گردد".

قانون کرین (curren ۱۹۶۴) در این قانون شخص در صورت مسولیت جنائی ندارد که شخص در زمان اجرا عمل خلاف قانون نتواند عمل خود را بنابر موجودیت مرض خود کنترل کند.

معاینه اینستوت قانون امریکا " شخص زمانی مسولیت جنائی ندارد که در زمان اجرا فعل (خلاف قانون) دچار مریضی روانی باشد و یا دچار فقدان در فهم و دانستن در مورد این عمل که جنائی است باشد".

طلاق زمانی داده میشود که شخص مقابل از حالت روانی درست و مناسب برخوردار نباشد یا در برابر او فریب صورت گرفته باشد که این فریب باعث شود تا طرف مقابل حالت روانی اش از نظر دور بماند.

مسئولیت ملکی

- ۱- **مراقبت از جایداد شخص مجنون:** نظر به درخواست یکی از اقارب دیوانه محکمه حکم میدهد که تحقیق شود که این شخص دیوانه و یا قادر به تنظیم نمودن جایداد خود است یا خیر.
- ۲- **قرارداد:** قرار داد اعتبار ندارد اگر یکی از طرفین مصاب به مریضی روانی باشد در زمان عقد قرارداد نمی داند که چه می کند.
- ۳- **انتقال جایداد و ملکیت:** نظر به قانون انتقال جایداد (۱۸۸۲) تنها اشخاصی که در قرارداد درج اند میتوانند جایداد را انتقال دهند.
- ۴- **عروسی:** قانون عروسی هند (۱۹۵۵) شرایط را برای عروسی هند مهیا میسازد در زمان عروسی طرفین نباید:
 - a- هیچ یک از طرفین اقرار داده نتواند چرا که در این صورت باید مصاب به حالت روانی باشند.
 - b- قادر به اقرار نمودن نباشند و یا نتوانند اطفال بدنی آورند.
 - c- دچار حملات متکرر جنون و یا صرع باشند.

مسولیت های مدنی دیوانه یا مجنون دربرگیرنده مسایل ملکیت، قرارداد، عروسی، شاهد بودن، اجازه دادن، و انتخاب نمودن میباشد.

هر عروسی که خلاف وضعیت فعلی آنها با تشریفات اجرا می گردد ممکن است لغو قرارداد داده شود طلاق میتواند نظر به ماده ۱۳ قانون جنائی توسط هر دو زوجین داده شود در صورتی که یکی از طرفین مصاب به مریضی روانی یا حالت متکرر دیوانگی باشد. در اینجا کلمه اختلال روانی به معنای مریضی روانی است،

یعنی تکامل نامکمل روانی، اختلال سایکوپاتیک و یا سایر اختلالات روانی چون شیذوفرینی اصطلاح سایکوپاتیک به معنای اختلال معند روانی است که باعث رفتار شدید و غیر مسؤانه گردد. که نیاز به تداوی داشته باشد و یا خیر.

فاصله شفاف عبارت از فاصله است که در آن دیوانه یا مجنون کاملاً اعراض دیوانگی دیگر ندارد. این فاصله یا انتروال در هیماتوم خارج سحایائی نیز دیده میشود.

نظر به قانون عروسی اسلام و قانون (۱۹۳۹) خانم که تحت قانون اسلام عروسی شده باشد در صورت که شوهرش برای دو سال دیوانه باشد میتواند عروسی خود را از بین ببرد. شوهر میتواند تحت این قانون هر زمان که خواسته باشد خانم خود را طلاق بدهد. دلیل برای طلاق آن حایز اهمیت نیست. هر فرد عروسی شده میتواند مواجه به طلاق شود (قانون ۱۹۳۹ عروسی فارسی) در صورت که طرف مقابل دیوانه و یا مصاب به حالت روانی باشد و برای این جدائی حد اقل سه سال وقت در کار است.

۵- قابلیت شاهی دادن: (قانون شواهد هندوستان ۱۸۷۲)

شخصی دیوانه نمی تواند شاهی بدهد زیرا نیاز حقیقت گفتن را نمی داند.

۶- ضمانت: در مورد بعضی افعال مثلاً جماع و یا صدمه ضروری نمی باشد.

۷- ظرفیت ارزیابی شدن: (قانون ۱۹۲۵ هند)

قانون دوا های مخدر و مواد روان گردان در سال ۱۹۸۵ تصویب شد که مشتمل بر هفتادوشش ادویه مخدر و مواد روان گردان میباشد.

- شواهد کتبی و امضا شده باید موجود باشد

- اگر کدام شخص توسط یک هذیان دیوانگی متأثر شده باشد میتواند اعتبار خود را بدست آورد در صورت که هذیان در مورد خرابی جایداد نباشد.

۸- **انتخابات و حق رای دهی:** اشخاص دیوانه نمی تواند در انتخابات شرکت کند و یا در رای دهی اشتراک کند.

۹- **مرحله خفا:** در این مرحله تمام اعراض دیوانگی کاملاً از بین میرود.

۱۰- **اتوماتیزم:** حالت است که شخص میتواند یک عمل را اجرا کند اما نمی داند که چه می کند. عمل ناخود آگاه و غیر ارادی است شخص برای عمل خود مسئول نمی باشد زیرا نمی داند که او چه می کند.

۱۱- **دودلی در مورد خود کشی:** اگر کسی بخواهد خود کشی کند و در این مورد دودل باشد باید به جزا محکوم شود که ممکن الی ده سال به بند و یا جریمه محکوم شود.

۱۲- **به فرزندگی گرفتن طفل:** نظر به قانون فرزند گیری هند یک شخص که دارای عقل سالم باشد میتواند طفل را به فرزندگی بگیرد آنهم در صورت که از خانم خود کتباً اجازه نامه داشته باشد و یا توسط محکمه دیوانه به اثبات رسیده باشد.

جزای خرید و فروش، صادر نمودن یا استفاده از Ganja
از سایر دواها فرق دارد.

IV- قانون مواد مخدر و مواد روان گردان

محتویات

این قانون مشتمل می گردد بر هیروئین، چرس، کوکائین، کوکا، و ادویه مشتق شده دیگر از این مواد و ادویه سایکوتروپیک چون ادویه تسکین دهنده اساسی، تسکین دهنده های فرعی، پنتازوسین، باربیتورات و غیره. در این قانون به تمام افراد که این مواد را انتقال میدهد، خرید و فروش می کند، استفاده می کند، برای ایشان جزا درج قانون شده است.

- زندانی شدن که کمتر از ۱۰ سال نباشد و ممکن الی ۲۰ سال باشد و نیز جریمه که کمتر از یکصد هزار روپیه نباشد.

- در صورت تکرار عمل محکوم شدن به حبس الی ۱۵ سال و یا الی ۳۰ سال زیاد می گردد و یا جریمه نقدی الی یکصد و پنجاه هزار روپیه میباشد.
 - برای انتقال و استفاده از گانجا الی ۱۰ سال حبس و یکصد هزار روپیه جریمه درج قانون است.
- اگر یک فرد مقدار کمی (هیروئین ۵ گرام و یا چرس و یا ۱۲۵ ملی گرام کوکائین و یا ۲۵۰ ملی گرام هیروین پودری) را انتقال دهد حبس آن ممکن یک سال و یا الی پنج سال باشد برای گانجا کمتر از ۵۰۰ گرام ۶ ماه حبس نظر به حکم محکمه درج است. نظر به قانون ۱۹۸۸.

حد اکثر جزا مرگ و ضبط نمودن جایداد یا ملکیت است.

اشد مجازات در این قانون اعدام است و در صورتی از طرف محکمه صادر می گردد که اگر یک فرد یک کیلوگرام هیروین خالص را انتقال دهد البته این فرد باید یک بار قبلاً اخطار گرفته باشد.

۷- اخلاقیات برای دوکتوران روانی

جامعه روانی هندوستان برای دوکتوران روانی قانون را وضع نموده است (۱۹۸۹) که ذیلاً خلاصه شده است :

اساسات

- ۱- داکتر روانی مسؤلیت واضح اجتماعی دارد.
- ۲- داکتر روانی باید معیار بلند مسلکی داشته باشد.
- ۳- علاقه مندی مریض را باید به علاقه خودی ترجیح دهد.
- ۴- داکتر روانی باید روحیه بلند داشته باشد.
- ۵- مصونیت مریض از اولویت های داکتر است یعنی واقعات را که نمیتواند و یا قابلیت تداوی اش را ندارد باید نگیرد و یا اگر تداوی مریض نتیجه نمی دهد باید قطع شود. با تمام قدرت مؤثر باید تداوی نماید.
- ۶- داکتر روانی باید راز دار باشد و راز های ثبت شده مریض را محرم بشمارد و در نگهداری آن توجه بخرج دهد.

سوالات امتحان مسلکی

- در موارد ذیل مختصراً بنویسید:
 - مسؤلیت جنایی
 - سندروم بعد از صدمه زنا‌ی بالجبر
- فرق کنید بین:
 - MHA و ILA

طب روانی جامعه

شیوع بیماری های روانی ، منابع ، پروگرام ملی صحت روانی
(تعریف ، اهداف ، مقاصد ، اجزا تشکیل دهنده)

طب روانی جامعه در سال ۱۹۶۳ بوجود آمد که منجیث انقلاب سوم در بخش روانی تلقی گردید. انقلاب اول زمانی بود که امراض روانی را جزا در برابر گناه شان تلقی می کردند، انقلاب دوم شامل روانکاوی بود که توانست در توضیح و تشریح اختلالات روانی مفید واقع شود.

مفهوم طب روانی جامعه در نشریه تحت نام تحرك حفظ الصحه روانی نوشته مؤلف Clifford beers (1908) و در نشریه تحت نام توصیه ها برای ایجاد مراکز تداوی در جامعه نوشته مؤلف Adolfmeyer's ذکر یافته است.

سال های میان ۱۹۵۵ الی ۱۹۸۰ زمانی بود که بیماران روانی از شفاخانه ها بزرگ روانی بیرون شده و به مراکز تداوی در جامعه معرفی شدند.

در سال ۱۹۷۵ سازمان صحتی جهان توصیه نمود که خدمات صحت روانی باید به سیستم مراقبت های اولیه انتقال یابد. این روش در هندوستان در سال ۱۹۷۵ در چاندی گهر به راه انداخته شد.

الگو اساسی صحت روانی جامعه در سال ۱۹۶۷ توسط Gerald caplan معرفی گردید. خصوصیات عمده صحت روانی جامعه عبارت است از:

- ۱- مسولیت پذیری جمعیت برای صحت روانی.
- ۲- تداوی باید برای بیماران در مراکز اساسی جامعه توقف یابد.
- ۳- عرضه خدمات علمی.
- ۴- فراهم سازی متداوم مراقبت ها.
- ۵- تاکید به تداوی وقایه.

۶- از بستر شدن غیر ضروری جلوگیری شود.

شیوع امراض روانی در هندوستان

مشکلات و خدمات موجود صحت روانی در هندوستان

مشکلات: شیوع اختلالات روانی ۲۰/۱۰۰۰-۱۰ است.

- نیوروزس و اختلالات روحی جسمی تقریباً ۳-۲ مرتبه بلند تر راپور داده شده است.
- تقریباً ۲-۱ فیصد تمام اطفال یک مشکل روانی دارند.
- تقریباً ۱-۰.۵ فیصد تمام اطفال مصاب به تأخر عقلی اند.
- واقعات امراض روانی سالانه ۳۵/۱۰۰۰۰۰ است.

منابع: تقریباً 20,000 بستر در ۴۲ شفاخانه روانی و ۲ الی ۳ هزار بستر روانی در شفاخانه های عمومی و تدریسی موجود است.

- در هندوستان نظر به تخمین نفوس ۱۰۰۰ میلیون برای هر ۵۰۰۰۰ نفر یک بستر روانی در شفاخانه موجود است.
- حد اقل نیم این بسترها توسط بیماران که به مدت طولانی بستراند اشغال گردیده است.
- ۱۰٪ فیصد بیماران میتوانند به شکل عاجل تحت مراقبت و تداوی قرار گیرند.
- تقریباً ۳۰۰۰-۲۵۰۰ متخصص تعلیم یافته روانی موجود است ۷۰۰-۶۰۰ روانشناسان کلینکی، ۴۰۰-۳۰۰ کارمندان اجتماعی روانی و تقریباً ۸۰۰-۷۰۰ نرسان روانی موجود دارند.

پروگرام ملی صحت روانی (۱۹۸۲):

صحت: یک حالت رفاه کامل جسمی، فزیک، روانی و اجتماعی است. تنها عدم موجودیت مرض صحت گفته نمی شود. صحت روانی جز صحت عمومی پنداشته میشود.

اهداف پروگرام ملی صحت روانی

- ۱- خدمات صحت روانی حد اقل باید به هر فرد برسد.
- ۲- تطبیق نمودن صحت روانی در چوکات مراقبت صحت عمومی و تکامل اجتماعی.

۳- اشتراک جامعه در تکامل و پیشرفت خدمات صحت روانی.

مقاصد: وقایه و تداوی اختلالات عقلی و عصبی و معیوبیت های بوجود آمده از آن

- استفاده از تکنالوژی صحت روانی برای بهبود خدمات صحت عمومی
- تطبیق اساسات صحت روانی برای تکامل ملی و بهبود بخشیدن کیفیت زنده گی

شیوه دست رسی

- یکجا سازی خدمات مراقبت صحت روانی با خدمات صحت عمومی.
- تقویت نمودن ساختار داخلی خدمات صحتی و انتقال حد اقل خدمات مراقبت صحت روانی.
- برای کارمندان صحتی آموزش داده شود.
- ارتباط دهی خدمات صحت روانی با پروگرام تکامل دهی جامعه.

اجزا تشکیل دهنده

- ۱- تد اوی: در تداوی مراقبت صحتی اولیه در اولویت قرار دارد. و نیز یک سیستم منظم و مناسب رجعت دهی موجود باشد.
- ۲- احیا مجدد: برای احیا مجدد بیماران باید تداوی مقدم بیماران صرع و روانی به سطح جامعه صورت گیرد.

۳- وقایه: به سطح جامعه است که یکجا با همکاری پرسونل خدمات صحتی انجام میشود. گروه مشاوره دهی ملی صحت روانی در سال ۱۹۸۸ در ماه اگست ساخته شد و هدف آن باز نمودن یک شعبه صحت روانی در وزارت صحت و رفا خانواده بود. فعالیت های مختلف که تحت یک پلان جهت تطبیق پروگرام ملی صحت روانی وجود دارد، در پنج سال قرار ذیل است.

- ۱- صحت روانی جامعه برنامه دارد تا مراقبت صحتی اولیه را برای جامعه معرفی دارد.
- ۲- آموزش دادن پرسونل مراقبت های اولیه صحتی برای انتقال مراقبت صحت روانی.
- ۳- تکامل دادن کمیته مشوره دهی صحت روانی.

- ۴- ایجاد نمودن مراکز ناحیوی صحت روانی جامعه.
- ۵- مشوره دهی گروهی ملی صحت روانی.
- ۶- بکار انداختن یک قوه کاری در شفاخانه های صحت روانی.
- ۷- وقایه و پیشرفت صحت روانی.
- ۸- قوه کاری جهت تعلیم دهی صحت روانی برای محصلین فاکولته ها.
- ۹- نماینده گی های رضا کار که در مراقبت های صحت روانی دخیل باشند.
- ۱۰- ساحات اولویت برای صحت روانی اطفال، تعلیم دهی عامه صحت روانی و وابستگی ادویه.
- ۱۱- حد اقل آموزش دهی صحت روانی برای یک نفر داکتر در هر شفاخانه ولسوالی.
- ۱۲- در هر انستیتیوت حد اقل ایجاد دیپارتمنت روانی.
- ۱۳- معرفی نمودن حد اقل ۳ الی ۴ ادویه روانی به مقدار کافی اش به سویه مراقبت صحی اولیه.

مثال های خوب پروگرام های صحت روانی به سطح ولسوالی ها در ولسوالی Bellary ولسوالی karna taka است که در سال ۱۹۸۵ آغاز شد. که برای حد اقل ۱.۵ میلیون افراد میباشد. این پروگرام ها در ولسوالی های kerala و تامیل نادو نیز آغاز شده است.

بعد از تطبیق پروگرام ملی صحت روانی هندوستان در سال ۱۹۸۲ ممالک همسایه چون سریلانکا ۱۹۸۲، بنگله دیش ۱۹۸۲، پاکستان ۱۹۸۶ و نیپال ۱۹۸۷ پروگرام ملی صحت روانی را به راه انداختند.

بخش چهارم
تداوی در طب روانی

ادویه جات روانی

پس منظر تاریخی، ادویه جات ضد سایکوز، ادویه جات ضد پارکنسون، ادویه جات ضد افسرده گی، disulfiram، لثیوم، ادویه جات خواب آور و مسکن، منبهات سیستم اعصاب مرکزی، فعال کننده های مغزی، ادویه جات ضد صرع و ادویه جات جدید.

تاریخچه: به جدول ۳۰-۱ مراجعه شود.

I. ادویه جات ضد سایکوز

بنام ادویه جات نیورولپتیک یا ترانکولایزر نیز یاد میشود.

طبقه بندی.

- ۱- فینوتیازین: کلورپرومازین، ترای فلوپیرازین
- ۲- Piperidine: thioridazin
- ۳- Piperazine: ترای فلوپیرازین، فلوپینازین
- ۴- Butyrophenone مثلاً هالوپیرادول، ترای فلو پیرادول
- ۵- Thioxanthene: thiothixene, chlorprothixen
- ۶- Diphenyl butylpiperidine: pimozide, penfluridol
- ۷- مستحضرات indol molindone
- ۸- Ranwolfia alkaloid مثلاً reserpin
- ۹- سایر مستحضرات غیروصفی: clozapin, rimoxipride, asulpiride, arisperidon, olanzapin, ziprasidone و loxapine, sertindol, quetiapine

میکانیزم تأثیر ادویه جات ضد سایکوز

آخذه های دوپامین را درهسته های دمدار و سیستم لمبیک بلاک می کند. بلاک شدن آخذه های دوپامین درمیزو لمبیک باعث زیاد شدن دوپامین درهسته دمدار می گردد، که اعراض مشابه به پارکنسون را میدهد و میتوانیم آنرا توسط ادویه جات ضد پارکینسون کنترل نمایم.

جدول ۳۰- ۱ بعضی مولفین که در تکامل تداوی با ادویه جات نقش دارند.

-
- Ayurveda (۴۰۰۰ قبل از میلاد): داتوره و نبات serpeatin
 - هیپوکرات: مستحضرات نباتی برای بیماری های روانی
 - Arfuedson (۱۸۱۷): لتیوم را کشف نمود
 - Bernthsen (۱۸۸۳): کلورپرومازین را کشف نمود.
 - Fisher (۱۹۰۲): ادویه جات باریتورات
 - Jacob klaesi (۱۹۲۲): کومای بوجود آمده از باریتورات برای تداوی سایکوز
 - Sake (۱۹۲۷): کومای انسولین برای تداوی شیروفربینی
 - Ganeshsen (۱۹۳۱): ادویه بنام rauwolfia serpentina برای تداوی سایکوز
 - Albert Hoffman (۱۹۴۳): LSD را کشف نمود
 - Held (۱۹۴۸): از disulfiram استفاده نمود
 - Joha.F (۱۹۴۹): لیتوم برای مانیا استفاده شد
 - Haflinger: امپیرامین
 - Charrenti (۱۹۵۰): خصوصیات کلورپرومازین را شرح نمود
 - Laborit: از پرومیتازین استفاده نمود
 - Jean dclay (۱۹۵۲): از کلورپرومازین برای اعراض سایکوتیک استفاده نمود
 - Zeller (۱۹۵۲): Iproniazid (MAOI) منحیث ضد افسرده گی استفاده شود
 - Schindler (۱۹۵۳): کاربامازپین
 - Thomas Kuhn (۱۹۵۸): خصوصیات imipramin را شرح داد
 - Sigwald (۱۹۵۹): tardive dyskinesia را شرح نمود
 - Sternbach (۱۹۶۰): کلوردیازپوکساید منحیث ادویه ضد افسرده گی استفاده شد
 - Cohen (۱۹۶۰): خصوصیات کلوردیازپوکساید را شرح نمود

- جدول ۳۰-۲ ادویه ضد سایکوتیک انتخابی: مقدار

مقدار واحد زرقی به ملی گرام	مقدار روزانه فمی	مقدار معادل به ملی گرام	نام تجارتي	نام جنريک صنف
25-100 (i/m)	200-600 (upto2000mg)	100	Largactil	phenothiazines .I
60-150 (i/m)	50- 150 (upto400)	26-30	Megatil sunprazin Siquil	Aliphatic .a Chlorpromazine i hydrochloride .ii
1-2	5-40 (i/m)	2.4-3.2	Espazine Trinicalm Neocalm, trazine	Trifluopromazine hydrochloride Piperazine .b Trifluoperazine i
25-50 (i/m every 2-4 weeks)	10mg of oral Fluphenazin =12.5-25mg	0.61	Anatensol Fludecon Prolinate	Fluphenazine .ii hydrochloride
20-30(I/m)	45-150	2weeksof Fluphenazine Decanoate	Stemetil Majeptil (trilafon)	Fluphenazine .iii decanoate
-	15-45	15	(tindal)	Iv
5-10	16-64	8.4-9.6		Prochlorperazine .V
-	60	22-24	Mellaril	
-	200-600	90-104	Thioril Sycoril	Thiopropazine Perphenazine .Vi
-----	150		Thiozine, melozine	.Vii
12.5-50(I/M)	2-12	50-62	(serentil)	Acetophenazine maleate
-----		1.1-2.1	Halopidol Hexidol Senorm Trancodol	Piperidine .c Thioridazine i hydrochloride
-				

	10mg/day		Serenace	Mesoridazine .ii
-	Oral haloperidol		Senorm L.A	
	=10-200mg/4		Relinase L.A	.II
-	Weeks of			Butyrophenones
	Decanoate			Haloperidol .I
2.5-5(I/M)		75-200		
		6-30	(taractan)	
-			(navane)	
-		36-52		
		3.4-5.4	Orap.mozep	Halopreidol .ii
	2-10		Semap	decanoate
25-175(I/M)	20-60			
	(cvery week)	--		
		3.5	loxapac	
2-5(i/mori/v)	20			.III
		10	(moban)	Thioxanthenes
	15-60		(lidone)	Chlorprothixene .I
		5.1-6.9		Thiothixene .ii
100-200			Sizopin,lozapin	
(I/Mevery			Oleanz,oliza,	.IV
4weeks)	200-900		olanx	diphenylbutyl
	5-20			Piperidines
		-		Pimozide .i
		-	Dogmatil)	
75-200	600- 1800			Penfluridol .ii
4(I/M)			Serpasil	
		-		.V
			Sizodon risdone	Dibenzoxazepine
			Rispid rozidal	Lozapinc
	30-60			
				Indole .VI
				Derivatives
				Molindone
				Hydrochloride
				.VII
				Dibenzodiazepine
				Clozapine
				Olanzapinc

				Substituted .VIII benzamides Sulpiride Rauwolfia .IX alkaloids Resepine + Miscellaneous .X Risperidone Remoxipride
--	--	--	--	---

جدول ۳۰-۳ عوارض جانبی ادویه جات ضد سایکوز و تداوی آن ها

انواع	عوارض جانبی	میکانیسم تأثیر	تداوی
A. عوارض جانبی خارج اهرامی	۱- دیستونیا، شخی عضلات حاد معمولاً وضعیت Opisthotonus و بحران چشمی دهنی ۲- akathesia (بی قراری کلامی و یا حرکتی)	درسیستم ستریتال آخذه های دوپامین را بلاک می کند. درسیستم ستریتال آخذه های دوپامین را بلاک می کند.	ادویه ضد پارکنسون، ادویه انتی کولینرژیک و بنزودیازپین ادویه ضد پارکنسون، بنزودیازپین
	۳- اعراض پارکینسون بطانت، رعشه و شخی	رر	بنزودیازپین، بلاک کننده های اخذه بیتا ضد پارکنسون
	۴- سندروم خرگوش (لب ها را به مثل خرگوش می جود)	رر	بنزودیازپین، بلاک کننده های اخذه بیتا و یا ادویه ضد پارکنسون
	۵- tardive dyskinesia حرکات غیرارادی دهن، زبان، پلک زدن، خطر زیاد در بزرگ	حساسیت زیاد آخذه های دوپامین فرط فعالیت نورادرینالین با clozapin واقع	وقایه بهتر است، ادویه جات

<p>کولینرجیک، کولین، ریزرپین، deva dopa، بنزودیازپین</p> <p>Dantrolene یک ملی گرام به هر کیلو گرام وزن بدن الی ۱۰ ملی گرام به هر کیلو گرام روزانه، bromocriptin، ECT، cerodopa</p> <p>ادویه جات استفاده شود که عوارض جانبی حمله را کم داشته باشد مثلاً هالوپرادول pimozid نادرّ ادویه جات ضد اختلاج مثل کاربامازپین استفاده میشود.</p> <p>ازبوتیروفینون یا pimozide استفاده شود، دوز واحد شبانه.</p> <p>اول باید پارکینسون رد شود و یا ادویه ضد پارکینسون داده شود، مقدار کمی ادویه جات ضد افسرده گی و یا شوک برقی مغز.</p> <p>مقدار ادویه کم ساخته شود و یا تغییر داده شود و یا مقدار</p>	<p>نمی شود معلوم نیست</p> <p>قدمه حمله را پائین می آورد.</p> <p>آخذه های الفای ادرینرجیک بلاک میشوند</p> <p>آخذه های نورادرینرجیک و سیروتونین در مغز بلاک می گردد</p> <p>معلوم نیست تسکین، یک فکتور مهم است</p>	<p>سالی، زنان، صدمه مغزی</p> <p>۶- سندروم خبیث ادویه جات ضد سایکوز</p> <p>۱- حملات Seizure</p> <p>۲- مسکن شدن</p> <p>۳- افسرده گی</p> <p>۴- برسام</p> <p>۵- زیاد شدن افرازات دهن با clozapine</p>	<p>B. سایر عوارض جانبی عصبی</p> <p>C. عوارض جانبی اتونومیک</p>
--	---	---	--

<p>ادویه جات ضد پارکینسون کم ساخته شود. ادویه قطع شود یا از ادویه جات ضد پارکینسون استفاده شود.</p>	<p>معلوم نیست</p>	<p>۱. خشک شدن دهن</p>	<p>a. اتی کولرجیک</p>
<p>دهن را با آب مرطوب بسازید و از آشیا شیرین جلوگیری شود. ادویه جات مسهل، تغیر در رژیم غذای.</p>	<p>بلاک شدن آخذه های مسکارینک</p>	<p>۲. قبضیت</p>	
<p>ضخامه پروستات باید رد شود</p>	<p>رر</p>	<p>۳. احتباس ادرار</p>	
<p>Bethanechol ۲۵-۵۰ ملی گرام سه بار در روز قطع شود.</p>	<p>رر</p>	<p>۴. cycloplegia</p>	
<p>ندارد، اما بعضاً pilocarpin 2%</p>	<p>بلاک کردن اخذه های مسکارینک</p>	<p>۵. توسع حدقات چشم</p>	
<p>ندارد بعضاً pilocarpin 2%</p>	<p>رر</p>	<p>۶. دلیریوم اتی کولیزجیک</p>	
<p>Physostigmin ۱-۲ ملی گرام عضلی، دیازپام، از ادویه جات نیورولپتیک به مقدار کم.</p>	<p>رر</p>	<p>۷. بحرانات کولیزجیک</p>	<p>b. بلاک شدن ادرینرجیک</p>
<p>مقدار کم.</p>	<p>رر</p>	<p>۸. افزایش ضربان قلب</p>	<p>c. عوارض جانبی</p>
		<p>۱. کاهش فشارخون وضعیتی</p>	

<p>Atropine</p> <p>به مقدار کم شروع شود از ادویه چون هالوپیرادول استفاده شود</p> <p>معمولاً ندارد، معمولاً وضعیت داده شود، مقدار دوا کم و یا توقف داده شود. مقدار کاهش داده شود یا دوا تغییر داده شود.</p> <p>در صورت زیاد شدن درجه حرارت ادویه را قطع نماید، مایعات زیاد اخذ شود و از تمرینات پرهیز شود.</p> <p>ادویه را قطع نماید، سیر سلیم دارد، ادویه را تغییر دهید.</p> <p>ادویه را قطع نماید، انتی هستامین دهید، سایر ادویه جات را استفاده نماید.</p> <p>ادویه قطع شود، انتان تداوی شود سایر ادویه جات استفاده شود.</p> <p>آخذه تغییر داده شود</p>	<p>بلاک شدن آخذه های الفا ادرینرجیک</p> <p>رر</p> <p>بلاک شدن آخذه های مسکارینک و ادرینرجیک</p> <p>عکس العمل فرط حساسیت</p> <p>عکس العمل فرط حساسیت</p> <p>عکس العمل idiosyncratic</p> <p>آخذه های دوپامین درهاپوتلموس بلاک میشود</p> <p>رر</p> <p>معلوم نیست</p> <p>کاهش هورمون های جنسی</p>	<p>۲. مختل شدن انتعاز، دقق و ضعیفی جنسی</p> <p>غیرموازنگی درجه حرارت بدن</p> <p>زردی صغراوی</p> <p>اندفاع مکولو پاپولر</p> <p>- کاهش موقتی کریوات سفید خون - کاهش صفحات دمویه خون</p> <p>۱. افراز شیر</p> <p>۲. بزرگ شدن ثدیه ها</p> <p>۳. افزایش وزن</p> <p>۴. کاهش لذت جنسی</p> <p>۱. تغییرات گراف قلب</p>	<p>مشترک</p> <p>D. الرژیک</p> <p>a. کبدی</p> <p>b. جلدی</p> <p>c. خون</p> <p>E. عوارض میتا بولیک</p>
--	---	--	--

<p>amantadin</p> <p>رژیم غذایی کنترل شود، تمرینات شود.</p> <p>ارزیابی گراف قلب و ادویه را تغییر دهید</p> <p>علائم حیاتی را ارزیابی نماید.</p> <p>مراقبت جدی شود، تغییر ادویه جات</p> <p>درسه ماه اول جلوگیری شود، مخصوصاً هالوپیرادول.</p> <p>به آهستگی این ادویه جات کم ساخته شود.</p>	<p>ازنخامیه</p> <p>تأثیرات ضد کولینرجیک فبرلیشن بطینی</p> <p>معلوم نیست ممکن الرژیک باشد</p> <p>معلوم نیست علائم خارج اهرامی</p> <p>بلاک شدن آنزیم های دوپامین در جنین. مرگ جنین را زیاد می سازد.</p> <p>قطع ناگهانی این ادویه جات باعث تأثیرات دوپامینرجیک، نورادرینرجیک، کولینرجیک می گردد.</p>	<p>۲. مرگ آنی</p> <p>ترسبات دانه دار در</p> <p>۱. قر تیه</p> <p>۲. رنگه شدن شبکیه</p> <p>سه ماه اول</p>	<p>f. قلبی</p> <p>g. عوارص جانبی در چشم</p> <p>h. حاملگی</p> <p>I. سندروم قطع ضد سایکوتیک</p>
---	---	---	---

احتیاط های لازم	مضاد استطباب	گروپ دوا
امراض کبدی، تاخر عقلی در اطفال، افسرده گی، گلو کوما، احتباس ادرار، عدم کفایه ریوی و کلیوی.	امراض قلبی، فرط فشار خون، تیک، شیزوفرنی، اضطراب، فرط حساسیت	a. منبهات
عدم کفایه ریوی، کبدی قلبی، تداوی با ادویه جات ضد، استفاده مزمن عدم کفایه کبدی، باربیتورات ها، مشکلات خون، عدم کفایه ریوی و کبدی	انحطاط مغز استخوان، عدم کفایه کبدی، حاملگی و شیردهی	b. ضد اختلاج a. carbamazepin b. phenobarbital
کاهش مایعات بدن و یا کم اخذ شدن نمک، تداوی بارزیم غذائی، عدم کفایه کلیوی	پورفیریا، اختلال نقیصه توجه، درد مزمن، حمله petitmal صرع بلاک اذینی بطینی، حاملگی، شیردهی، صرع	c. phenytoin- valproic acid
سایکوز، تب بلند، عدم کفایه کبدی و ریوی	امراض Addison، عدم کفایه قلبی، عدم کفایه شدید کلیوی، عدم کفایه تایراید، گلو کوما، احتباس ریوی، ریوس فلجی، امراض قلبی	d. ادویه جات که تمایل به خودکشی را زیاد می کند e. لیتوم f. انتی کولیزجیک مرکزی

عوارض جانبی: در جدول ۳۰-۳ عوارض جانبی ادویه جات ضد سایکوز و تداوی آنها ذکر شده است،

مقدار ادویه جات مختلف ضد سایکوز قرار ذیل است:

۱. Chlorpromazine 500mg
۲. Trifluoperazin 14mg
۳. Fluphenazin (depot)
۴. Fluphenazin enanthat (depot)
۵. Haloperidol 8mg
۶. Thioridazine 485mg
۷. Thiothixene 44mg
۸. Loxapine 87mg

استطببات:

۱- استطببات روانی

a. **سایکوز وظیفوی:** برای شیزوفرنی (حمله حاد و مراقبت بعدی)

- مانیا: شیزوافکتیو سایکوز (شیزومانیا)
- اعراض سایکوتیک در افسرده گی اساسی
- آشفتگی در افسرده گی و سایر اختلالات

b. **سایکوز عضوی:**

- دلیریوم به مقدار کم
- زوال عقلی (اگر علایم سایکوز باشد)
- سایکوز بعد از مراحل بهبودی (ادویه جات که قدمه حمله را بلند نه برد)
- سایکوز در جریان بهبودی (مثلاً در میان حملات صرع)
- سایکوز حاصله از ادویه جات مثلاً هالوپیرادول برای سایکوز امفیتامین داده می شود

c. **نیوروزس:**

- ۱- اضطراب شدید (به مقدار کم)
- ۲- اضطراب و سواسی اجباری به مقدار کم هالوپیرادول
- هائپوکاندریازس که چندین اعراض دارد (pimozide)
- هائپوکاندریازس ثانوی (در صورت که بعد از شیزوفرنی باشد)

d. **اختلال همراه با فرط فعالیت:**

e. **اختلال tic:** مثلاً توریت سندروم (هالوپیرادول)

f. **اختلال رفتار:** (عصبانیت و قهرو رفتار تخریب کارانه در اطفال)

ii. **استفاده طبی:**

- هانتنگتون کوری مثلاً (هالوپیرادول)
- دلبدی و استفراغ
- به مریض کمک می کند که وزن ضایع شده دوباره گرفته شود مثلاً در بی اشتھائی عصبی.

- برای کاهش دادن فشارهای روحی در امراض فیزیکی و جسمی
- برای کاهش دادن فشار روحی و دردها، مخصوصاً در حالات چون سرطان ها
- بلند رفتن درجه حرارت: برای ایجاد کاهش درجه حرارت
- اکلمسیا (کلورپرومازین + پرومیتازین + pethidin)

- جل زده گی

- خارش

- **مضاد استتباب و احتیاط:** جدول ۳۰-۴ ذکر شده است.

a. شیزوفرنی:

حمله حاد: ممکن هر دو ادویه ضد سایکوز اما کلورپرومازین بیشتر مسکن است.

b. مانیا:

تهیج حاد: کلورپرومازین، هالوپیرادول.

c. شیزوافکتیو:

شیزوفرنی (کلورپرومازین، هالوپیرادول، olanzipin، amoxapin) schizo depression

(olanzipin و flupenthixol،

d. اوتیزم نوزادی (هالوپیرادول)

e. سایکوز عضوی :

- دلیریوم، هالوپیرادول، pimozide

- زوال عقلی

f. نیوروزس:

وسواس اجباری: هالوپیرادول (بعضاً)

- اختلال هائپوکاندریازس با یک اعراض (pimozide)

جدول ۳۰-۴ مضاد استطباب و احتیاط لازم برای ادویه جات مختلف

گروپ ادویه	مضاد استطباب	احتیاط لازم
۱- آرام کننده های بزرگ	افسرده گی، تخریب مغز (پارکینسون)، مختل شدن وظایف کبدی، کولاپس دورانی، کوما	درمریضان که ادویه جات نهی کننده سیستم اعصاب را اخذ میدارند به احتیاط استفاده شود ممکن قدمه حمله را پائین آورد، ممکن تنظیم درجه حرارت بدن را خراب کند.
۲- آرام کننده های کوچک	فرط حساسیت، myasthenia gravis، گلوکوما، عدم کفایه ریوی، سایکوز مزمن	در امراض قلبی وعائی جلوگیری شود. عدم کفایه قلبی ریوی، عدم کفایه کلیوی و کبدی
۳. ادویه جات ضد افسرده گی	فرط حساسیت، بلاک قلبی، گلوکوما زاویه بسته، امراض کبدی	امراض قلبی وعائی، صرع، فرط فعالیت تایراید، گلوکوما، احتباس ادرار، عدم کفایه کبدی و کلیوی، تمایل به خودکشی.

جدول ۳۰-۵ عمل متقابل ادویه جات با دوپامین و اتناگونیست ها

عامل	تأثیرات ممکنه
Anaesthetics	کاهش فشارخون
Antacids	جذب ادویه جات ضد سایکوز را کم میسازد
Anticholinergics	جذب را کم میسازد
Anticoagulants	زمان خون ریزی را کم میسازد
Anticonvulsants	سویه ادویه جات سایکوز را کم میسازد
Antidepressants	باعث فرط فشارخون و سویه سه حلقه ئی ها و ضد سایکوز را زیاد میسازد
Antihypertensives	کاهش فشار خون
Beta blockers(propranolol)	تأثیرات ضد فشارخون باعث کاهش فشارخون ممکن باعث کاهش فشارشود

<p>سویه ادویه جات ضد سایکوز را کم میسازد</p> <p>تأثیرات ادویه جات انحطاطی CNS را زیاد می کند</p> <p>سویه پلازما هالوپیرادول را کم میسازد</p> <p>سویه ضد سایکوتیک ها را زیاد می کند</p> <p>سویه کلورپراماید را کم میسازد</p> <p>فرط فشارخون</p> <p>مشغیر</p> <p>تأثیرات فشار را انتی گونایز می سازد</p> <p>کاهش فشار خون شدید</p> <p>تأثیرات قلبی را بارمی آورد</p> <p>تأثیرات انحطاطی CNS</p>	<p>Clonidin</p> <p>Diuretics and smooth-muscle blockers</p> <p>Guanethidine</p> <p>Alpha- methyl dopa</p> <p>Barbiturates</p> <p>Long- term use</p> <p>Short- term use</p> <p>Carbamazepine</p> <p>Digitalis</p> <p>Estrogens</p> <p>Levodopa</p> <p>Lithium</p> <p>Narcotics</p> <p>Oral hypoglycemic</p> <p>Pressor agents</p> <p>Alpha-agonists(norepinephrine)</p> <p>Beta- agonists (isoproterenol)</p> <p>Quinidine</p> <p>Sedative- hypnotics</p>
---	--

جدول ۳۰-۶ ادویه جات برای قداوی اختلالات خارج اهرامی

استفاده	مقدار آغاز	نام جنریک
Dyst, Akin, Park, Rabb, Proph - do - - do -	TID 1mg	Anticholinergic drugs I. Trihexyphenidyl • Procyclidine •
	TID 2.5mg	
	BID 100mg	
	60mg I/V	
	TID 2mg	

Dyst. Dyst. Akin, Park, Rabb, Proph Dyst. Dyst. Akin, Park, Rabb, Proph Dyst. Dyst. Akin, Park, Rabb, Proph Dyst. Dyst. Akin, Park, Rabb, Proph Akin, Park, Rabb, Proph NMS Akath TD Akin : Akinesia Rabb : Rabbit syndrome NMS: Neuroleptic Malignant Syndrome	I.M./IV 2mg TID 0.5mg IM./IV 1mg QID 25mg IM./IV 25mg TID 25mg BID 100mg BID 1.25mg TID 20 mg 1mg Dyst : Dystonia Park : Parkinsonism Proph : Prophylactic Treatment TD : Tardive Dyskinesi	Orphenadrine • Biperiden • Beztropine • Diphenhydramine • Promethazine • dopamine agonists .II Amantadine • Bromocriptine • betablockers .III Propranolol antidopaminergic .IV Reserpine مخففات
--	---	--

جدول ۷-۳۰ طبقه بندی ، استطباب و خصوصیات ادویه جات ضد افسردگی

عمل متقابل	مضاد استطباب	سایر عوارض جانبی	عوارض جانبی	مقدار اوسط روزانه	مثال نام تجارتي	صنف
Potential- Tion of alcohol & barbiturates	احتشاقلی تخریب کبدی گلو کوما احتباس	ضد کولنز جیک بی نظمی	+++ +++ + + +++ ++++ + ++ ++++	75-300 75 75-300 75 75-300 75 75-300 75 75-300	Depsonil depsol Amitryn, amit one Surmontil Anafranil, clo nil Doxin, doxeta	first. I Generation Tricyclics Imipramine Amitriptyline Triimipramine Clomipramine Doxepin

	ادرار	قلبی	+	75 100	r	Dothlepin
			++	75-300	Prothiaden	Nortriptyline
	حاملگی	کانفیوژن	++++	75	dothip	Desipramine
			+++	75-300		Protriptyline
			++++	75	Sensival	
		وزن گرفتن	+	75-300	(norpramin)	
		مشکلات	++	75	(vivacil)	second. II
	حاملگی	خون	+	20-40		Generation
			+	20		Tricyclics.a
			+++			lofepramine
			0 ++			tetracyclics.b
			++			Mianserin
	احتشا				(lofamin)	
	قلبی			50-250-	Depnon	
			++ +	70		Maprotiline
		تائیرات	+			
		خفیف انتی	+++ 0	30-120	(ludiomil)	Bicyclics.c
		کولنر جیک	#	20		Zimelidine
						Viloxazinc
		حمله	++ ++	75-300	-	
	-	انحطاط مع	++	75	(vivaian)	
		عظم				
			a 0	50-300		
			0	50		
			# #	100-300		
			#	100		
				300-450		.d
			a 0	300		Monocyclic/unicyclic
			0			Bupropion
	سایکوزز	دلبدی			Bupron	

MAOI Tryptophan	حمله استفاده			75-400 75		others.e سایر Trazodone
	طویل		++00		Trazolin Trazolon Trazdep	Flupenthixol
	صرع		++ + #	0,75	Fluanxol	
	امراض کبدی					third.III نسل سوم Generation Fluoxetine
	کلیدی پارکنسون			20-60 20		
	دلیریوم	سر دردی	a 00		Flunil,prodep Fludac Flutinol Dawnex Flumeg	Paroxetine Sertraline Fluvoxamine Citalopram
		ضیاع وزن حمله سایکوز				
	Phenytoin MAOI Phenytoin Warfarin	امراض کبدی	a 00 a 00			
		Priapism	+ #0	20-40 20 50- 200100 50-300 150 20-60 20	Xet Serlift,serta Fluvoxin Citopam Celica	Others.IV Nomifensine
		حاملگی				
	خارج	++ .		(merital)	Amoxapine	
	” ” ”	” ” ”		Demelox		
			75-300 75	Veniz Venla,venlor	Venlafaxine	
	دلیدی	+++				
	قطع دوا					
	بی خوابی ضیاع وزن عصبانیت		150- 300150			

MAOI	پارکسون	سرد ردی		75-375	Stablon	Tianeptine
	امراض		+ 0 +		Survector	Amineptine
	کلیوی	” ”	0 0 0			
	کیدی	” ”				
	حاملگی	-				
		فرط	+++ ++		Mirtaz	Mirtazepine
		حساسیت			Zolax, Alprax	
	بیقراری	کم خونی	++-00	25-37.5	Zoldac, Trika	Alprazolam
	خشکی	هیمولاتیک			Alzolam, Zcna	
	دهن	سندروم		100-400	Zamitol, Anxit	
	امراض	ناشی			Zocam, zallpa	
	کیدی	ازادویه			m	MAO.V
		نورولپتیک				نهی کننده ها
		حمله	+++ ++			a. غیر رجعی
		دلبدی	++ +			Nonselective
		سردردی	a ++		(Marplam)	Isocarboxazid
فرط فشار		تسکین		15-45	(Nardil)	Phenelzine
With tyra	تسکین	گنگسیت			(parbate)	Tranlycpro
پنیر	گنگسیت	اعصابیت		2.0-6.0-		Mine
شراب		ضعیفی				انتخابی
	افزایش عمل	جنسی				(MAO-AI)
	مخدرات	خشکی دهن				Clorgylinc
	وادویه جات ضد	فرط				
	پارکسون	حساسیت				reversible.b قابل ارجاع
		کوری	a 0 0			(selective)
		گلوکوما	a 0 0			Selegiline
						(MAO-B inhibitor)
						Moclobemide

مشابه فوق	امراض	زاویه بسته		10-30 10	(MAOB-I)	(MAOB-I)
	کبدی	حاملگی		45-90 45		
سه حلقه های ضد افسرد ه گی	عدم	عدم کفایه		15-30 15	(Dexdrine) Addwize	CNS stimu.VI Lants Dextroamph etamine methylpheni date Pemoline
	کفایه	کلیه مزمن	a 00			
	قلبی	Nausea	a 0 0			
	فرط					
	فشارخونه	بستگی	a 0 0			
	محدودید	سندروم				
	ت غذا	شدید قطع		5-30 5		
	ویا		+++ 0 #			
	مریضان			5-30 5		
	که ازسه					
حلقه						
هااستفاده						
تاثیرات مسکن	رعشه				(cylert)	Others.VII Carbamaze Pinc
می کند	بی خوابی		10-40-			
الکول	خشکی دهن		5-20-			
وسایرادویه جات	قبضیت					
را زیاد میسازد	کاهش	+0++	56.25-			
	وضبعتی					
هنوز تحت	فشارخون					
مناقشه	زردی					
است	وزن گرفتن		600-1600			
سویه بلند ادویه	اختلال					
جات دیورتیک	جنسی					
	حالت					
	سایکوز					
	یا مانیا					
					Licab, Lithosum	Lithium

	فرط حساسیت امراض قلبی سایکوز	بی خوابی		600-1800		
	عدم کفایه کبد آنحطاط استخوان	بی اشتهای ضیاع وزن				
	حاملگی وشیردهی	فرط فشارخون				
	Renald isease Addiso n's Discas e CHF	دلبدی استفراغ دوبینی سرچرخه تک حرکات غیرمنظم چشم عدم کفایه تایراید				

		کاهش فعالیت تأیراید شکری مزه تسمم قلبی هضمی وامراض عضلات						
نامعلوم	بسیار قوی	شدید	متوسط	خفیف	ممکن	نیست	فعال کننده	مخففات

جدول ۳۰-۸ عوارض جانبی ادویه جات ضد افسرده گی

انواع	عوارض جانبی	میکانیسم مبدا	تداوی
1. اتونومیک a. انتی کولنرجیک	خشکی دهن، قبضیت ، احتباس ادرار، توسع حدقه ، cycloplegia گلو کوما بازاویه بسته دلیریوم تعرق زیاد	بلاک شدن اخذه های مسکارینک کولینرجیک	به جدول ۳۰.۳ مراجعه شود .
b. ضد ادرینرژیک c. سایر II. قلبی	Priapism عکس العمل مشابه Quinidin افزایش ضربان قلب تغییرات گراف قلب زیاد شدن انتروال QT هموار شدن موج T بی نظمی های قلبی انحطاط مستقیم عضله قلب	تأثیرات متقابل بلاک کننده الفایک معلوم نیست انتی لو کیز جیک	در بزرگ سالان استفاده نشود در صورت که کدام تاریخچه سابقه داشته باشد ادویه توقف و یا تغییر داده شود جدول ۳۰.۳ دیده شود ادویه توقف داده شود. استرخا دهنده عضلات از مقدار کم استفاده شود از ادویه جات جدید در کهن سالان استفاده شود. به مقدار کم شروع شده،
	مسکن		

<p>زیاد شود یا تغییر داده شود از طرف شب داده شود کم ساخته شده یا تغییر شود کم ساخته شده یا تغییر شود ادویه قطع، به دوز کم ادویه قطع، به دوز کم تحمل در ۱-۲ هفته آهسته قطع شود تمرینات تغیر ادویه ادویه قطع شود خوب میشود. ادویه قطع، ضد هستامین تغیر ادویه، سیر سلیم انتان تداوی شود ادویه قطع ضد هستامین از نور اجتناب شود محدودیت های رژیم غذایی وازا استفاده ادویه جات sumpathamimitic اجتناب شود. شستن معده، تطبیقات سرد بلاک کننده های الفا ادرینر جیک دیاز پیام پروپرانولول (بی نظمی) تدریجی قطع شود استفاده طویل جلوگیری شود.</p>	<p>بلاک الفا یک ادرینر جیک معلوم نیست حدقه حمله کاهش می یابد Sympathomimetic Sympathomimetic ادرینر جیک تطابق عصبی احتباس آب، فعالیت کم، مسکن بودن دوا اشتها زیاد می گردد احتباس آب فرط حساسیت فرط حساسیت فرط حساسیت فرط حساسیت فرط حساسیت با tyramin تاثیر متقابل دارد، که در پنییر، بیر، شراب، چاکلیت وغیره است نفوذ catecolamin ها، انتی کولیز جیک</p>	<p>رعشه و سایر تاثیرات خارج اهرامی حملات وجود آوردن سایکوز وجود آوردن مانیا لرزه، تکان سندروم قطع افزایش وزن پندیده گی (بعضاً) رش جلدی بحران فرط فشار خون سردردی نبضان، ضربان تب ، اختلاج، کوما مرگ تب، فرط فشار خون، اختلاج، بی نظمی قلبی، دلیریوم کوما</p>	<p>۳. سیستم اعصاب مرکزی ۴. میتابولیک ۵. تاثیرات الرژیک ۶. تاثیرات بالخاصه نهی کننده های MAO ۷. مقدار زیاد ادویه حاد سه حلقه ئی -1 2gr</p>
--	---	--	---

۸ قطع حاد	دلبدی ، سردردی ، بی قراری ، تعرق بی خوابی	بستگی روانی که منجر به پدیده بازگشت می گردد
-----------	---	---

جدول ۳۰ - ۱۰ عمل متقابل ادویه جات با لیتیوم

اهمیت	تأثیرات بالای غلظت پلازما لیتیوم	صنف واسم جنریک
راپورسمی بودن بالای کلیه ها	ممکن افزایش ریش	Antibiotics Tetracycline Spectinomycin
ممکن باعث مانیا شود	نامعلوم	Tricyclic antidepressants
ممکن پایروکسیکام و دیکلوفیناک	افزایش	Anti-inflammatory agents Ibuprofen Indomethacin Naproxen
غلظت لیتیوم را زیاد کند		
تمام ادویه جات ضد سایکوزسمی بودن عصبی لیتیوم را زیاد میسازد .	ممکن لیتیوم کرویوات سرخ زیاد شود .	Antipsychotics Chlorpromazine Fluphenazine Haloperidol Perphenazine Thioridazine
اغتشاش شعور و کاهش ضربان قلب	نامعلوم	Cardiovascular drugs Digxin
راپورسمیت وعدم کفایه کلیه	افزایش	ACEinhibitors
	نامعلوم	Methyldopa Diltiazem Verapamil
		Diuretics Carbonicanhydrase inhibitors

اطراح لیتیوم را ایجاد می کند .	کاهش	Acetazolamide Loopdiuretics Furosemide Ethacrynicacid
ممکن غلظت لیتیوم را بطور قابل ملاحظه زیاد می کند	غیر واضح	Distal tubule diuretics Thiazides Metolazone Chlorthalidone
اطراح لیتیوم را زیاد میسازد	افزایش	Osmotic diuretics Mannitol Urea
ممکن غلظت لیتیوم را زیاد سازد	کاهش	Potassium- sparing diuretics Triameterene Spironolactone Amiloride
اطراح لیتیوم را زیاد میسازد .	افزایش غیر واضح	Xanthenes Theophylline Caffeine
ممکن بلاک عصبی عضلی طولانی گردد	کاهش	Neuromuscular blocking drugs Succinylcholine Pancuroniumbromide
اطراح لیتیوم را زیاد	ادویه جات بلاک کننده عصبی عضلی نامعلوم	سایر Sodium chloride Sodiumbicarbonate
القلی شدن اطراح لیتیوم را زیاد می کند	کاهش میدهد	Metronidazole Metoclopramide
تخریب کلیه	افزایش نامعلوم	Iodides Alcohol
در تداوی مانیا و افسرده گی	نامعلوم	phenytoin
سنرجیک دارد.	نامعلوم	
	ممکن افزایش یابد	

واقعات مسمومیت لیتیوم و تغییرات در فنی توین .		
--	--	--

جدول ۳۰ - ۱۱ طبقه بندی و خصوصیات بنزودیازپین

نوع	مثال	نیم عمر	زمان اعظمی تاثیر	مقدار فمی	مقدار خواب آور
تأثيرات طویل المدت	Chlordiazepoxide	5-30	2.4	10-100	10-30
	Diazepam	20-200	1.5-2	5-80	5-10
	Nitrazepan	20-60	2	5-20	5-20
	Flurazepam	40-250	1	15-60	15-60
	Chlorzepam	30-200	1.2	7.5-60	15-30
	Prazepam	50-100	1	20-60	20-40
	Quazepam	50-100	1	7.5-30	7.5-15
تأثيرات متوسط زمانی	Oxazepam	5-15	1.4	15-120	15-30
	Tcmazepam	10-20	0.8-1.4	15-30	15-30
	Lorazepam	10-20	1.4	20-10	1-2
	Alprazolam	6-20	1.2	0.5-6	0.5-1.0
	Estazolam	15-20	1.2	1-2	0.5-1.0
تأثيرات کوتاه مدت	Triazolam	1.5-5	2	0.25-1.0	0.25-0.5
	Midazolam	1.5-2.5	2	7.5-45	7.5-15.0s

II. (ادویه جات ضد پارکنسون) ادویه جات که برای تداوی سندروم های خارج اهرامی استفاده میشوند.

- Butyrophenones و مشتقات piperazin از جمله ادویه جات اند که به شکل فزاینده عوارض جانبی خارج اهرامی دارند.

- Levodopa در پارکنسون ناشی از ادویه جات مؤثر نیست و ممکن در ۱۵٪ بیماران اعراض روانی را بوجود آورد.

- برای طبقه بندی، استطباق و مقدار ادویه جات به جدول ۳۰ - ۶ مراجعه شود.

عوارض جانبی: باعث کاهش سویه فینوتیازین در سیروم می گردد.

- سندروم های حاد عضوی (دلیریوم معمولاً در بزرگ سالان).

- عوارض جانبی انتی کولیزجیک بیشتر باعث بوجود آوردن عوارض جانبی میشود اگر با فینوتیازین یکجا استفاده گردد.
- تاثیرات تهیجی
- ممکن باعث دیسکینزیا تأخیری گردد.

III. ادویه جات ضد افسرده گی: بنام بلند برنده مزاج یا thymo leptics یاد می گردد، اولین دوی ضد افسرده گی عبارت است از iproniazid که توسط مؤلف crane در سال ۱۹۵۷ کشف شد.
طبقه بندی: جدول ۳۰-۷ مراجعه شود. ذیلاً طبقه بندی میشود.

a. ساختمان :

۱. سه حلقه ئی ها : ایمین پرامین، امپترینیلین، ترای ایمین پرامین، nortryptilin ,doxepin ,dothiepin.
۲. نسل دوم دواها : چهار حلقه ئی mianserin ,maprothidin ، دو حلقه ئی zimelidin , viloxazin ، یک حلقه ئی ، bupropion ، سایر ادویه جات ، amoxapine ، trazodine ، alprazolam ، bupropin.

b. بلاک کننده های بیوجینک امین :

۱. هردو NE و 5-HT بلاک کننده ها مثلاً ایمین پرامین ، Amitriptyline .
۲. NE بلاک کننده های انتخابی : مثلاً clomipramin , amprotiline
۳. نهی کننده های انتخابی HT-5 مثلاً clomipramin , trazodone , fluoxetine , zimelidin ، citalopram , paroxetin .
۴. NE ونهی کننده های دوباره اخذ دوپامین : Nomifensine
۵. ضعیف مثلاً doxepine , mianserin ، iprindol ، alprazolam .

استفاده طبی ادویه جات ضد افسرده گی:

۱- افسرده گی :

- افسرده گی اساسی (افسرده گی داخلی یکجا با شوک برقی مغز)
- بافسرده گی اساسی یکجا با تظاهرات سایکوتیک یا melanochoolia
- افسرده گی عصبی (با روان درمانی)
- افسرده گی عکس العملی (با روان درمانی)
- افسرده گی غیر وصفی و غیر تصنیف شده (نهی کننده های MAO)

- افسرده گی پنهانی
- افسرده گی که در سایر اختلالات روانی دیده میشود. (مثلاً در هستریا، شیزوفرنی، اضطراب، هائپوکاندریازس)
- ۲- اختلالات هول یا پانیک (یکجا ادویه جات ضد اضطراب)
- ۳- آگورافوبیا، فوبیای اجتماعی، ترس مکتب (school phobia)
- ۴- اختلالات وسواسی اجباری که مترافق با افسرده گی باشد یا نباشد. (c. (clomipramin- fluoxetine)
- ۵- enuresis (با تداوی سلوکی)
- ۶- دردهای مزمن
- ۷- اختلال نقیصه توجه (در اطفال از استفاده ادویه جات سه حلقه ئی اجتناب شود)
- ۸- bulimia یا پر خوری عصبی
- ۹- نیم سری (migraine)
- ۱۰- امراض قرحات پیپتیک
- ۱۱- cataplexy مترافق با narcolepsy
- ۱۲- سایر حالات:
- عکس العمل غم اندوه.
- Trichotilomania
- Premeastural syndrome
- خواب های وحشتناک در خواب
- بی نظمی های قلبی
- اختلال Tic
- چاقی
- مسخ شخصیت
- بی اشتھائی عصبی

میکانیزم تاثیر ادویه جات ضد افسرده گی :

- دقیق معلوم نیست اما طرق تاثیر اساسی آن ها عبارت اند از:
- بلاک شدن اخذ دوباره ناراپی نفرین و سیروتونین که بدین ترتیب باعث افزایش غلظت می گردد.
- منظم سازی اخذ های بیتا ادرینرژیک .

ادویه های نهی کننده مونوآمین اکسیداز:-

طرق تاثیر:- از جمله نهی کننده های غیر رجعی مونوآمین اکسیداز است که باعث به استقلال رسانیدن کتیکول آمین ها می شود .

عوارض جانبی (جدول ۳۰۸ مراجعه شود .)

IV لیتیوم :- از جمله فلزات عالی القلی بوده و در سال ۱۸۱۷ توسط arfuedson کشف شد .

برای باراول J- F-J Cade استفاده لیتیوم را در سال ۱۹۴۹ راپور داد.

استفاده های کلینیکی :-

۱- اختلالات مزاج :- مانیا - افسرده گی

۲- اختلال شیزوافکتیو

۳- الکولیزم

۴- سلوک تهاجمی

۵- تغییرات مزاج

سایر استفاده ها :- نیم سری ، سندروم قبل ازدوره تحیض ، tardive dyskinesia امراض تایراید (فرط فعالیت تایراید)

، سندروم felty ، سندروم klein- Levin

میکانیزم تاثیر:- میکانیزم تاثیر نامعلوم است .

نیورو ترانس میتیر:-

۱- ساینپ : تخریب کتیکول آمین ها در مسافه قبل از ساینپس و افزاینیورترا نمیزرانهی می کند .

۲- ایون ها : در اطراف غشا حجروی ایون های سودیم و میگنیزیم را میسازد .

۳- Cyclic AMP : پروستوستاگلاندین E را نهی می کند و باعث تنبه شدن cyclic AMP می گردد.

کتیون هاو آب :- اخراج سودیم را از حجرات تنبه میسازد .

غشا حجروی :- لیتیوم ممکن با هر دو کلسیوم و میگنیزیم و باعث زیاد شدن قابلیت نفوذیه می گردد.

سایر تاثیرات :- باعث تثبیت نظم لورتیکوستروئید در مانیا می گردد لیتیوم باعث تنبه غده پنیال می گردد که بعداً باعث

افزایش سیروتونین می گردد .

فارمکوکائیتک :- لیتیوم عنصر است که وزن ائومی آن ۶.۹۴ و نمبر ائومی آن ۳ است در بدن به میتابولیزم نمی رسد .

مقدار:- ارتباط به سویه سیروم خون دارد (روزانه ۱۸۰۰-۶۰۰ میلی گرام)

سویه تداوی ادویه :- ۰.۶-۱.۲ میلی اکورانت (mosm/l)

وقایه :- ۰.۵-۱.۰ میلی اکورانت .

اطفال و بزرگ سالان :- ۰.۸-۰.۴ میلی اکورانت

- در شیر ثدیه تقریباً ۱/۳ و در لعاب دهن تقریباً دوچند لیتیوم سیروم است .
- جذب و اطراح :- لیتیوم به قسم کاربونت ، سترت و یا نمک اسیتات داده میشود .
- جذب دوا سریع بوده و در ۶-۸ ساعت تکمیل می گردد . سویه سیروم دوا در ۴-۳ ساعت میرسد .
 - لیتیوم در مایعات بدن خوب توزیع می گردد .
 - با سیروتین وصل نمی شود و به متابولیزم نمی رسد و به شکل غیرتغییریافته توسط کلیه ها اطراح می گردد .
- ارزیابی سویه پلازما :- نمونه پلازما خون بعد از ۱۲ ساعت مقدار اخیر گرفته شده اخذ میگردد
- مقادیر تداوی و سمی به اساس سویه اساسی سنجیده می شود
- اولویت ها در تداوی لیتیوم:
- شمارش مکمل حجرات خون ، پلازما ، الکتروولایت ، یوریا ، کریاتینین کلیرانس و گرافی برقی قلب و همچنان سویه T4 و TSH ضروری میباشد .
- تداوی لیتیوم باید هر هفته ارزیابی شود و بعداً هر ماه و بعداً ۲-۳ ماه یکبار ارزیابی می گردد .
 - فعالیت غده تایرید باید هر ۶ ماه ارزیابی شود .
 - حجم ادرار ۲۵ ساعته باید هر ۶ ماه یکبار تعیین شود و هر سال باید تغییرات گراف برقی قلب ارزیابی گردد .
- زمانیکه ادویه به شکل دفعتاً آغاز شود عوارض جانبی هضمی معمول اند اما عوارض جانبی عصبی نیز ممکن بوجود آید . (مخصوصاً رعشه)
- در تداوی های مراقبتی عوارض جانبی کلیوی بسیار عام است .
- عوارض جانبی و تداوی (جدول ۳۰.۹ مراجعه شود)
- بعضی عوارض جانبی و تداوی آنها قرار ذیل است .
- ۱- رعشه :- رعشه بسیار خفیف است و توسط حرکات ارادی تشدید می گردد و در برابر ادویه جات پارکنسون و بنزودیازپین مقاومت می کند . تقریباً در ۵۰-۳۰٪ بیماران رخ میدهد . و صرف با کاهش دادن مقدار دوا و یا ادویه جات بلاک کننده بیثا مثلاً پرپرانولول جواب میدهد .
 - ۲- کاهش فعالیت غده تایرید :- در زنان عام است و تقریباً در ۳٪ خانم های که به شکل دوام دار لیتیوم را اخذ می کنند دیده شود . قابل ارجاع بوده اما با آغاز مجدد ادویه دوباره ظاهر می گردد . میتوانیم تایروکسین را الی نارمل شدن سویه TSH ادامه بدهیم .
 - ۳- شکری مزه نفروچینک :-

در سویه های غلظت پلازما تداوی ممکن نزد افراد پولی یوری (افزایش ادرار و پولی دیسی یعنی افزایش تشنگی) دیده میشود.

تیوب های بعیده در برابر هورمون های انٹی دیورتیک تحت تاثیر قرار می گیرد زیرا ADH بلاک می گردد. این یک حالت رجعی است اما ممکن چندین هفته چندین ماه یا چندین سال را بعد از قطع لیتیموم دربر بگیرد.

ممکن از ادویه جات دیورتیک نوع تیزاید استفاده شود. مایعات نباید محدود گردد.

IV: - عوارض جانبی معدی معائی: - عوارض جانبی مخصوصاً ناآرامی های معدی و اسهالات ممکن ذریعه نمک های لیتیموم کنترل گردد. که در روزهای اندکی و با به شکل تابلیت ها استفاده می گردد.

V. سمیت toxicity: - زمانی اشکامی گردد که سویه دوا در سیروم خون بیشتر از 2meq/l گردد. علائم معمول آن رعشه، aphasia - apraxia - ataxia، غیرمتناظر بودن، کلالت در کلام، نقایص دائمی مخیخی، اغتشاش شعور، عدم جهت یابی، اختلاج، کوما و مرگ است. در نوار برقی مغز امواج منتشریطی دیده شده و نیز فعالیت الفا کم می گردد و امواج delta و theta زیاد می گردد و این سمیت قرار ذیل تداوی می گردد.

۱- قطع کردن لیتیموم

۲- اخذ بیشتر مایعات

۳- سودیم کلوراید فمی (یا وریدی)

۴- مانتول

۵- اگر مقداران در سیروم اضافه تر از 3meq/l باشد دیوریززو یا همیودیالیز گردد

سایر حالات: - شخی از نوع cogwheel که در برابر ادویه جات ضد پارکنسون جواب ارائه نمی کند اما ممکن مقدار ادویه کاهش داده شود و یا از بنزودیازپین استفاده نمایم.

عمل متقابل ادویه و احتیاط: - به جدول ۳۰.۱۰ مراجعه شود.

۱. از استفاده همزمان لیتیموم با دیورتیک ها، رژیم غذایی کم نمک، اسهالات، استفراغات و چاقی، حاملگی، کاهش مایعات بدن، تب بلند، و پارکنسون خود داری نماید.

۲. در حالات ذیل محتاطانه استفاده گردد.

۱- خواب آورهای عمده (هالوپیرادول) امراض غده تایراید، عدم کفایه کلیه، مریضان که تداوی شوک برقی را

اخذ میدارد، بیماران قلبی.

مضاد استطباب: -

۱- عدم کفایه شدید کلیه

۲- psoriasis

۳- Myasthenia gravis

۴- Addison مرض

۵- حاملگی (سه ماه اول شیردهی)

۶- کاهش فعالیت غده تیروئید

۷- مختل بودن تکامل استخوان

۸- احتشا حاد قلبی

ادویه جات خواب اوروتسکین :- خواب آور آن دوا را گویند که باعث بوجود آوردن خواب مشابه خواب طبیعی می گردد .
و ادویه جات تسکین دهنده ادویه جات اند که باعث کاهش هیجانان می گردد.

طبقه بندی :- ۱- مستحضرات یوریا :-

a. Cluride مثلاً باریتورات ها

b. Cluridle مرتبط مثلاً methy prylon glutemide

۲- الکل ها ، ایتانول ، کلورهایدریت

۳- الیدیهاید ها (پارا الیدیهاید)

۴- Acety lated carbinol

۵- بنزودیازپین وسایرام کننده های عمده

۶- سایر ادویه جات چون methagualone , antihis tamin, sco polamin

۷- Inorganic مثلاً بروماید

ادویه جات معمول خواب آور :-

A. باریتورات ها :-

طبقه بندی : به اساس زمان تاثیر قرار ذیل گروپ بندی شده اند .

- ادویه جات که تاثیر طویل دارند (اضافه تراز ۸ ساعت) مثلاً فینوباریتیل ، باریتیل

- ادویه جات که تاثیر متوسط دارند (۵-۸ ساعت) amobarbital- pentobarbi tal –butabarbital

- ادویه جات که زمان تاثیر کوتاه دارد: (۵-۱ ساعت) مثلاً secobarbital

- ادویه جات که تاثیر فوق العاده کوتاه دارد (کمتر از ۱ ساعت) mcthoexitone fhiopental

طرق تطبیق :- طرق انتخابی دوا طرق فمی ان است اما میشود که از طریق معقدی ، عضلی ویا وریدی نیز داده شود .

جذب - استقلاب و اطراح دوا :- این ادویه جات از طریق هضمی خوب جذب میشود از مانعه خون دماغ زود تر عبور می کنند تو بیول زود تر دوباره جذب می گردد باریتورات های که تاثیر کوتاه دارند در شحم منحل اند و به حیث ادویه جات انستیزی و ریدی استفاده می گردند .

ادویه جات که تاثیر طویل دارند قسماً به استقلاب می رسند و قسماً بدون کدام تغییر در ادرار اطراح می گردد (تقریباً ۹۰ فیصد باریتون و ۵۰ فیصد فینوباریتون) و باریتورات های که تاثیر کوتاه و متوسط دارند کاملاً در کبد به استقلاب میرسند .

استفاده های برای تداوی :-

- ۱- برای بوجود آوردن hypnosis
 - ۲- برای آرام سازی
 - ۳- ضد اختلاج
 - ۴- یک ادویه است که قبل از انستیزی نیز داده میشود
 - ۵- برای انستیزی نخاعی و انستیزی عمومی
 - ۶- برای رفع درد در ولادت
 - ۷- افزایش بیروبین خون به شکل ولادی
 - ۸- سایر استفاده ها :-
- جهت کاهش بی قراری در امراض اطفال چون سیاه سرفه
- جهت کاهش دادن اذیما مغزی بعد از ترخیص قحف
- Gmylobarbiton- thiopenton یا pentobarbiton برای naruoanalysis استفاده میشود .

عوارض جانبی :-

- ۱- Hangover
- ۲- هیجان و بیقراری
- ۳- دردهای عصبی
- ۴- عکس العمل الرژیک
- ۵- Porphyria
- ۶- Anemia :-

مسموم شدن باریتورات :- حدقات چشم در اول مقبض شده و بعداً از باعث hypothermia- asphyxia ، اختلالات ریوی ، عدم کفایه کلیوی و کوما متوسع می گردد.

تداوی :-

- ۱- برطرف نمودن ادویه جات که جذب نشده است: استفرغات را ذریعه apomorphin بوجود آورده و نیز بعد از تطبیق کاربن جذب ادویه را بطی میسازیم .
- ۲- مراقبت بعدی تنفس
- ۳- تداوی شاک
- ۴- از عدم کفایه کلیوی جلوگیری شود
- ۵- اطراح را زیاد میسازیم
- ۶- انتی بیوتیک را بطور وقایوی میدهیم تا از نمونیا جلوگیری شود .

B :- sternbach در سال ۱۹۵۷ کلوردیازپو کساید را کشف نمود .

طبقه بندی :- طبقه بندی و خصوصیات بنزودیازپین در جدول ۳۰.۱۱ داده شده است.
استفاده و خصوصیات بنزودیازپین :-

- اضطراب مزمن وحاد (کلوردیازپو کساید)
- اضطراب+ افسرده گی (الپرازولام)
- Status epilepticus (دیازپام)
- مایو کلونیک و حملات مخفی (کلونازپام)
- اختلالات عصبی عضلی مثلاً فلج مغزی و سندروم stiffman (دیازپام)
- بیخوابی (nitrazepam) (فلورازپام) triazolam- temazepam
- سندروم قطع الکل (کلوروزیب ، کلوردیازپو کساید ، دیازپام ، oxazepam
- حملات مخفی و سایر انواع حملات اطفال (کلونازپام)
- مسکن (انستیزی – midazolam
- اختلال هول یا پانیک همراه با ترس (الپرازولام ، oxazepam- lorazepam)

(جدول ۳۰.۱۲ عمل متقابل بنزودیازپین با سایر ادویه جات)

کاهش جذب :- انتی اسید ها

افزایش در انحطاط سیستم اعصاب مرکزی

- انتی هستامین ها

- باربیتورات و سایر ادویه جات که تاثیر مشابه دارند .

- ادویه جات ضد افسرده گی حلقوی .

- Ethanol

افزایش سوپه بنزودیازپین (برای انزایم های مایک رومل به طورمکمل اما احتمالاً هیچ تأثیربالای lorazepam-temazepam - oxazepam نداشته باشد .

Isoniazid- fluoxetin- estragen- erythromycin- disulfiram- cimetidin

کاهش درسوپه بنزودیازپین :- کاربامازپین (ممکن سایر ادویه جات ضد اختلاج باشد)

- درمریضان که اضطراب دارند و مصاب به تشوش کبدی اند .

- تاثیرات میکانیزم :- تاثیرات میکانیزم اساس بنزو دیازپین ها نامعلوم است

۱- اخذ ه های مرکزی :-

- Benzodiazepine انواع I :- تاثیرات ضد اضطراب و نیز فعالیت مخیخی را متاثر ساخته میتواند .

- Benzodiazepine نوع II :- برای تداوی ضد اختلاج و تاثیرات خواب اور می باشد .

۲- اخذ ه های محیطی :- درحجرات mast ، حجرات کبدی ، قلبی ، صفحات دموی لمفوسایت ها و غیره پیدامیشود .

تأثیر میکانیزم :- بنزودیازپین فعالیت اخذ ه های GABA را زیاد میسازد زیرا بازشدن دفعات چینل کلسیوم را زیاد میسازد .

مضاد استتباب :- عدم کفایه تنفسی :- درمریضان کهن سال و درمریضان که مشکلات تنفسی در اخذ اکسجن دارند به احتیاط استفاده می گردد .

عدم کفایه کبدی :- lorazepam, oxazepam مصئون اند .

ولادی :- باعث سندروم floppy infant می گردد که متصف است بر کاهش تون عضلی ، کسالت و مشکلات مکیدن

درنوزادان .

- حاملگی و شیردهی :- خطر سو تشکلات ولادی درسه ماه اول ولادت را زیاد میسازد . (مثلاً دیازپام خطر لب چاک

و کام چاک را زیاد میسازد)

- عدم کفایه ریوی :-

- Porphyrin حاد (کلوردیاریپوکساید)

- حساسیت tartrazine

- عکس العمل paradoxical (در اطفال بیش از حد فعال ، متهیج ، راپورتنبهات داده شده است .

- ادویه جات مسکن analgesic :- دوز بنزودیازپین در صورت که از آنلجیزیک مخدر استفاده میشود باید الی ۱/۳ کم شود .

- شاک ، کوما و مسمومیت حاد بالکول .

- گلوکوم باز اوپه بسته (ازالپرازولم و کلوردیاریپوکساید جلو گیری شود)

عوارض جانبی:- عوارض جانبی بنزودیازپین مشتمل می گردد بر گنگسیت ، کسالت ، فعالیت مختل شده روحی جسمی ، تشوشات معدی (دلبدی ، استفراغ ، اسهالات ، دردناحیه اپی گستریک) خیره شدن رویت ، دردهای جسمی ، عقامت ، بی موازنه گی درمقادیر زیاد ، یاد فراموشی ، سلوک نهی کننده ، بستگی وسندروم قطع ، وکوما بنزودیازپین ممکن باعث خواب های وحشتناک ، دلیریوم ، اعتشاش شعور ، افسرده گی ، عصبانیت ، سلوک گرفته شده ، وسردردی .

جدول ۳۰-۱۳ تداوی عوارض جانبی درنقیصه توجه واختلال فرط فعالیت

عوارض جانبی	تداوی
بی اشتهائی ، دلبدی ، ضیاع وزن	یکجا با غذا توصیه شود وازمواد که کالوری زیاد دارند استفاده شود وقسمت های وظیفوی کبد ارزیابی شود
بی خوابی ، خواب های وحشتناک	دراول روزاستفاده شود وبعداً به مستحضرات که تاثیر کوتاه مدت دارد تبدیل شود دربعد ازظهورشام اخذ نگردد (سایر تداوی های متمم را ارزیابی نماید) مثلاً انتی هستامین clonidin وادویه جات ضد افسرده گی)
گیجی	فشارخون چک شود ، مایعات اخذ گردد، ودوا به مستحضرات که تاثیر طولانی دارد تبدیل شود .
پدیده بازگشتی	ازمقادیر منبهات می گذرد وبه ادویه جات دارای تاثیر طولانی ویا متوسط تبدیل شود یک تداوی دیگر آغاز شود clonidin ، ادویه جات ضد افسرده گی
تخرشیت	رخ دادن پدیده را ارزیابی نماید . اعراض مصابیت را ارزیابی نماید . مقدارش کم شود تداوی عوضی ومتمم مدنظر گرفته شود (مثلاً لیتیوم ، ضد افسرده گی ، ضد اختلاج)
تشوش نمو	به رخصتی های اخر هفته سعی شود درصورت که شدید باشد از منبهات استفاده شود
Dydpthoria moodiness and agitation	به تشخیص ماوف توجه شود (اختلال مزاج) مقداردوا کم شود ویا به دوا که تاثیر طولانی دارد تبدیل شود . به تداوی عوضی یا متمم توجه شود مثلاً لیتیوم ، ضد اختلاج ، ضد افسرده گی .

C. ادویه جات ضد اضطراب غیرازبنزودیازپین :-

-pyra zopyridine ها :- cartazolot, etazolot باعث افزایش قابلیت وصل شدن اخذه های بنزودیازپین می گردد.

- مستحضرات غیروصفی :- buspiron که یک ادویه ضد اضطراب است وبدون عمل متقابل با بنزودیازپین عمل می کند .
یک تنه کننده دوپامین است که اول دوپامین را در اضطراب اشکار میسازد .

buspiron یک ادویه انتاگونیست انتخابی اخذه های دوپامین است اما خصوصیات خواب آور، ضد اختلاج و خاصیت رخاوت دهنده عضلی را ندارد. بستگی به ادویه موجود نیست وباعث سندروم قطع نمی گردد. باعث زیاد شدن تاثیرات الکولی نمی گردد درمقادیر ۳۰-۱۰ میلی گرام روزانه داده میشود مکماً به استقلال میرسد ونیم عمر دوا ۲ الی ۳ ساعت میباشد .

عمل متقابل به جدول ۳۰.۱۲ مراجعه شود .

VII . منبهات سیستم اعصاب مرکزی :-

۱- سندروم فرط تحرکیت

۲- نارکولپسی

۳- ادرار شبانه

۴- چاقی

۵- افسرده گی

مقدار، عوارض جانبی ، عمل متقابل ادویه :

جدول های ۳۰.۴ ، ۳۰.۷ ، 30.13 و فصل ۸ مراجعه شود .

ضمیمه یک

لیست ادویه سایکوتروپیک (بر اساس حروف الفبا توسط نام تجاری شان)

رزیقات	قطره شریت	جدول ملی گرام	مقدار اوسط	صنف	مرکب	نام تجاری
-	-	10	5-20	S	Methylphenidatic	Addwize
-	-	0.25,0.5	0.5- 4	Anxiolytic	Alprazolam	Alprax
-	-	1.0,1.5		(AX)		
-	-	0.25,0.5	0.5- 4	Anxiolytic	Alprazolam	Alzolam
-	-	1.0,1.5		Antidepressant	Amitriptyline	Amiline
-	-			(AD)		
-	-	10,25	50-300	Antidepressant	Amitriptyline	Amitrol
-	-	75		(ax)	Chlordiazepoxide	
-	-			AD		
-	-	12.5,25	50-300	AD		
-	-			(AX)	Amitriptyline	Amitryn
-	-	5,10	10-60	AD	Amitriptyline	Amixide
-	-	25,75	50-300	Neuroleptic	Chlordiazepoxide	

-	-	25,75	50-300	(n)	Chlomipramine	Anafranil
-	-	5,10	10-60	AD	Fluphenazin	Anatensol
I/M	-	10,25	50-300	AX		Antidep
(every	-	1.0	2.5-10	AX	Imipramine	Anxipar
2-4	-		25-50	AX/H	Buspirone	Anxit
weeks	10mg/5	25,75	50-300	AX	Alprazolam	Atarax
-	ml	5,10	10-60	AX	Hydroxyzin	Ativan
-	-	0.25,0.5,1.0	0,5-4	AX	Lorazepam	Betacap
-	-	10,25	25-75	AX	Propranolol	Betaspan
-	-	1,2	2-12	AP	Propranolol	Bexol
-	-	40,80,120	20-120	AX	Trihexyphenidyl	Buscalm
-	-	40,80,120	20-120	AX	Buspirone	Buspin
-	-	2	2-8	AX	Buspirone	Calmod
-	-	5,10	10-60	AX	diazepam	Calmpose
10mg/	2mg/5	5,10	10-60	AX	diazepam	
2ml	ml	5	5-30			
(I/M,I/	-	5	5-30	AX		Camrelease
V)	-			N	diazepam	Chlorproma
25MG	25mg/5	5,10	5-30		chlorpromazine	zin
/MI	ml	10,25,50,100	300-1200			
(I/M)	-			AD		Clofranil
-	-	25.50.75	50-300	AD	chlomipramin	Clomifril
-	-	10,25	50-300	AD	clomipramine	Clonil
-	-	10,25,50,75	50-300	N	clomipramine	
-	-	1.5,5,10,20	10-60	AP	haloperidol	Combidol
-	-	2	2-8		trihexyperaminidyl	
-	-			AD	fluoxetine	
-	-	20	20-60	AD	amoxapine	Dawnex
-	2mg/ml	50,100	100-300	N	haloperidol	Demelox
-	-	0.25,1.5,5,10	10-80			Depidol
-	-					
-	-	10,30	10-60			
-	-	25,75	5-300			
-	-	25+	50-300			
-	-	5	5-30	AD	mianserin	Depnon
-	-			AD	imipramine	Depsol
-	-	25	50-300	AD	imipramine	Depsol forte
-	-	2	5-30	AX	diazepam	
-	-	25,75	50-300			
-	-	25	50-300	AD	IpramineLim	Depsol plus
-	-	2or5	5-30	AX	Diazepam	
-	-	50	100-300	AD	IpramineLim	Depsonil
-	-	5,10	2.5-20	AD	IpramineLim	Depsonil
-	-	10,25,75	50-300	AX	Diazepam	DZ
5mg/c	-	10,25,75	50-300	AP	Orphenadrine	

c(i/m)	-	2	2-8	H	Nitrazepam	Disipal
-	-	5,10	5-30	AD	Doxepin	Dormin
-	-	10,25,75	50-300	AD	Doxepin	Doxetar
-	-	2,5,5	10-60	AP	Biperiden	Doxin
-	-	2,5,5	10-60	AX	Diazepam	Dyskinon
1 mg/m	-	1,5	15-60	AD	Amitriptyline	Elcion –CR
l(i/m)	-	5	15-60	AX	Chlordiazepoxide	Eliwel
-	-	2	2-8	AX	Chlordiazepoxide	Equilibrium
-	-	0,5,1,3	0,5-3,0	AX	Chlordiazepoxide	Equilibrium
-	-	-	3,0-12,0	N	Trifluoperazin	Equirex
20or40	-	20	20-60	N	Trifluoperazin	Espazine
mg	-	-	25-60	AP	Trihexyphenidyl	Espazine
MI(i/m	-	20	20-60	AD	Flupenthixol	plus
)	-	0,25,1,5,5	10-60	N		
-	-	0,25,1,5,5	10-60	AD	Fluoxetine	Fluanxol
25mg/	-	10,20		N	Fluphenazinc	
cc(i/m	-	1,5,5,10,20	10-60	AD	Fluoxetine	Fludac
)	-	2	2-8	N	Haloperidol	Fludecon
-	-	2	2-8	N	Haloperidol	Flunil
-	-	25,75	50-300	N	Haloperidol	Halidol
5mg/c	-	10,40,80	20-120	N	Haloperidol	Halopidol
c	-	2,5,5	2,5-10	N	Haloperidol	Halopidol
(i/m,i/	-	1,2	2-12	AP	Trihexyphenidyl	
v)	-	10	10-60	AP	Trihexyphenidyl	Hexidol
-	-	300	300-1500	AD	imipramine	
-	-	-	-	AX	Propranolol	Hexinal
-	-	300	300-1500	AP	Procyclidine	Impramine
-	25mg/	-	-	AX	Lorazepam	Inderal
-	ml	300	300-1500	AX	Chlordiazepoxide	Kemadrin
-	-	-	-	Antimanic	Lithium	Larpose
-	-	300	3000-1500		Carbinate	Librium
-	-	-	-	Antimanic	Lithium	Licab
-	-	400	400-1600		Carbonate	
-	-	-	-	Antimanic	Lithium	Lithocarb
-	-	10,25	20-100		Carbonate	
-	-	5	10-60		Lithium	Lithocap
-	-	25,50,100,20	300-1200	Antimanic	Carbonate	
-	-	0	2-12		Lithium	Lithocap
-	-	2,4	100-300	Antimanic	Carbonate	
-	-	100			Lithium	Lithosun
-	-	-	15-60	N	Carbonate	
-	-	-	-	N	Loxapinc	Lithosun-SR
-	-	-	-	N	Thiopropazine	
-	-	-	-	N	Chlorpromazine	Loxapac
-	-	-	-	N	Pimozide	Majeptil
-	-	-	2-8	AX	Quinidine	Megatil
-	-	-	-		Phenylethyl	Mozep

-	-		15-30			barbiturate	Natcardine
-	-	5,10	2.5-20				
-	-	2	2.5-20				
-	-	15,30	2-12				
-	5mg/5	5,10	20-60				
-	ml	5,10	5-30				
-	-	2,4,10	2-8				
-	-	20	5-30				
-	-	5		N		Trifluoperazine	
5mg/c	-	2		AP		Trihexyphenidyl	
c	-	5	25-50	H		Flurazepam	Neocalm
-	-		5-30	H		Nitrazepam	plus
5mg/c	-	10,25	50-300	N		Nitrazepam	
c	-	2,5,10	5-30	AD		Pimozide	Nindral
(i/m,iv	-	25		AX		Fluoxetine	Nitravet
)	-	2,5	50-300	AP		Diazepam	Nitrosun
50mg/	-	25	25-50	AX		Trihexyphenidyl	Orap
2cc	-	-	Weekly			Diazepam	Oxedep
(i/m)	-	20	20-60				Paciquil
-	-	25,75	50-300				Pacitane
-	-	25	50-300				Paxum
-	-	10,25,50,100	300-1200	AP		Promethazine	
-	2mg/cc	10,25,50	50-300	AX		Diazepam	
25/cc	Or5mg/	20	20-60	AD		Imipramin	
(i/m)	cc	1.5,5,10,20	(onceaweek	AX		Diazepam	Phenergan
-	-	-	s)	AD		Nortriptyline	Placidox
-	-	25	10-60	N		Fluphenazine	Prazcp
-	-	0.25,1.5,10,2	50-100				
-	-	0	Every2-	AD		Fluoxetine	Frimox
-	-	15,30	4week	AD		Dothiepin	Prolinate
-	-	25,75	50-300	AD		Amitriptyline	
-	-	10	10-60	AD		Thioridazine	Prodep
-	-	10,25,75		N		Amitriptyline	Prothiaden
-	-	25,50,100,20	15-60	AD		Penfluridol	Quictal
-	-	0	50-300	N		Haloperidol	Ridazin
-	-	10,25	50-200			Haloperidol	Sarotena
-	-	100	50-300	N		Haloperidol	Semap
5mg/c	-	5,10	300-1200	N		Depot	
c	-	25	50-300			Nortriptyline	Senorm
(i/m,iv	-	2,5	100-200	AD		Haloperidol	Senorm-LA
)	-	10,25,50,100	10-60	N			
-	-	5,10	50-300				
-	-	1,2	5-30				
-	-	5,10	300-1200	AX		Oxazepam	Sensival
10mg/	-	25(H)5(s)	10-60	AD		Nitroxazepine	Serenace
cc	-	5	2-12	N		Trifluopromazine	
(im,iv)	-			AD		Doxepin	Serepax

-		2	15-60	N	Chlorpromazine	Sintamil
-	-	50	15-60	AD	Triimipramine	Siquil
-	-	25,50,100	2-8	AD	Amineptine	Spectra
-	-	25,50,100	15-60	AX	Buspirone	Surmontil
-	-	25,50,100	2-8	AD	Imipramine	Survector
-	-	0.25,0.5,1.0		AX	Diazepam	Tamspar
-	-	5	300-1200	N	Thioridazine	Tancodep
5mg/c		5	100-600	N	Haloperidol	
c(im,i		2	100-600	N	Haloperidol	
v)		50	100-600	AX	Lorazepam	
-	-	5	1-16	N	Trifluoperazine	Thioril
-	-	2	15-60	N	Trifluoperazine	Trancodol
-	-	1.5/5/10	15-60	AP	Trihexyphenidyl	Trapex
-	-	2	2-8	N	Trifluoperazine	Trazine
-	-	1.5/5/10	300-1200	AP	Trihexyphenidyl	Trazine(H/S
-	-	2	15-60)
-	-	0.5	2-8			
-	-	2	10-60			Trazine-SC
-	-	10	2-8			
-	-	2	10-60	N	Chlorpromazine	
-	-	1,25,75	2-8	AD	Trazodone	
-	-	2,5,10	1-6	AD	Trazodone	
-	-	10,20,40	2-8	AD	Trazodone	
-	-	0.25,0.5	10-60	AX	Alprazolam	
-	-	0.25,0.5	2-8	N	Trifluoperazine	Trazolon
-	-	0.25,0.5,1.0	50-300	AP	Trifluoperazine	Trazodep
-	-	0.25,0.5,1.0	5-10	AP	Trihexyphenidyl	Trazonil
-	-	0.25,0.5,1.0	20-60	N	Chlorpromazine	Trika
2.5mg/	-	ادويه جات	1-6	N	Trihexyphenidyl	Trinicalm
ml	100mg/	سايكوزز	1-6	AP	Haloperidol	Trinicalmfor
(i/m,iv	5ml		1-6	N	Trihexyphenidyl	te
)			1-6	AP	Haloperidol	
-	500mg/		1-6	N	Trihexyphenidyl	
-	5ml	1		AP	Trifluoperidol	Trinicalm
-	500mg/	100-200	ضد اضطراب	N		puls
10mg/	5ml				Trihexyphenidyl	
2ml	500mg/	400	3-12	AP	Trifluoperazine	Trinorm
(im/iv)	5ml	400	100-600	N	Trihexyphenidyl	
-	500mg/	200,400,800		AP	Amitriptyline	Trinorm
-	5ml	200,400,800	800-2400	AD	Diazepam	
-	Syrup/d	Tablets	800-2400	AX	Paroxctinc	Triperidol
-	ioe	(ms)	800-2400	AD		
-			Dosc	AX	Alprazolam	Triphen
-			(mg/kg)	AX	Alprazolam	Triphenazin
-			10-30	AX	Alprazolam	

			0.1-0.2	AX	Alprazolam	Tryptomer
			4-7	AX	Alprazolam	Valim
		100-200-400	4-7			Xet
-		0.5,2	32			Zallpam
200mg		100	10-50			Zamitol
/2ml		100	4-7			Zenax
(i/v)		+	10-50			Zocam
-		200				Zolax
-	25MG/	100	0.1-0.2			
-	ML	200,300	10-50	ادويه ضد پارکنسون		
-		500,100MG/			ادويه جات ضد افسرده گی	
-		5ML	4-7			
Injecti		0.5-2				
ons		200-300-500	4-7			
-		100MG/5ML				
-		100	15-35			خواب آور
-			4-7			
-		100		CA		
-			1-5	CA		
-		-	4-8			
-		100	0.2-0.6	CA	Co-dergocrine	Cerebral .I
-		+	0.1-0.2	CA	Pyritinol	activators(
-		50	1-5	CA		CA)
-		25	10-30	CA	Piracetam	سایر ادويه
-		5,10	15-50	CA	Piracetam	جات فعال
-		0.5,2	4-7	Indiatu	Piracetam	کننده مغزی
-	250MG	30-60	1-5		Piracetam	
-	/ML	100,200,400	10-30		Compound	
-		300,400	10-50			Cereloid
-		100	10-30			Encephabol
-		30/50	10-30	G.M.T		
-		200,400		M,T,A,G		Neurocetam
-		200,300,500		G,M,T		Normabrain
-		100,200,400		G.T	Carbamazepine	Nootropil
-		100,200,400		1-5	Clonazepan	Piratam
50MG	300MG			A,G,T	Phenytoin	Traden
/ML	/5ML			G.M.T	Phenytoin	name
(I/V)				A,G,T	Phenobarb	
50MG		فص صدغس			Sodium valproate	II
/ML					Phenytoin	.
(I/V)	100MG			M,T,A,G	Sodium valproate	
-	/5ML			A,G,T		Antiepilepti
-	200MG			G,M,T	Clonazepam	c (AE)
-	/5ML				Sodium valproate	Carbatol
-						Clonotril
-				A	Phenytoin	Dilantin

-				G,T		Dilantin
-				T	Phenytoin	with
-				T		Phenobarbit
-				M,T,A,G		al
-				G,T	Ethosuximide	Encorate
-				G,M,T	Phenytoin	Epileptin
				T		Epilex
					Phenobarbitone	
				G,T	Lamotrigine	Epiril
				G,T		Epival
				T,G,M	Clobazam	
						Epslin
				A,G	Clonazepam	
				T,G,M	Phenobarbitone	Eptoin
					Carbamazepine	
				T,G,M	Gabapentin	Ethosuximid
					Phenytoin	e
					Phenobarbitone	Caroim
					Carbamazepine	
					Sod.valproate	Lamitor
					Carbamazepine	Lobazam
					Carbamazepine	Lonazep
				صرع منتشر		Luminal
						Mazetol
						Neurontin
					حملة مخفي	Phenytal
						Tegretol
						Valparin
						Zen
						Zeptol
						مخففات

طبقه بندی - استطباب و خصوصیات ادویه جات ضد افسرده گی معادل به ۷۵ میلی گرام Imipramin

صنف	مثال نام تجارتي	مقدار اوسط روزانه	عوارض جانبي	سایر عوارض جانبي	مضاد استطباب	عمل متقابل
first. I Generation Tricyclics Imipramine Amitriptyline Triimipramine Clomipramine Doxepin Dothlepin Nortriptyline Desipramine Protriptyline	Depsonil	75-300	+++	ضد	احتشاق قلبی	Potential-Tion of alcohol & barbiturates
	depsol	75	+++ +	کولنز جیک	تخریب	
	Amitryn, amit one	75-300	+		کبدی	
	Surmontil	75	+++		گلو کوما	
	Anafranil, clo nil	75-300	++++	بی نظمی	احتباس	
	Doxin, doxeta r	75	+++	قلبی	ادزار	
	Prothiaden	75-300	++++			
	dothip	75	+	کافیوزن	حاملگی	
	Sensival	75-300	+++	وزن گرفتن		
	(norpramin)	75	++++	مشکلات		
	(vivacil)	75-300	+	خون		
	lofepramine	75	+		حاملگی	
	tetracyclics.b	20-40	+			
	Mianserin	20	+++			
	Maprotiline	(lofamin)	0	++	احتشا قلبی	
Bicyclics.c Zimelidine Viloxazine	Depnon	50-250-70	++ +	تأثيرات خفیف انتی کولنز جیک		
	(ludiomil)	30-120	+++ 0 #			
	-	20		حمله		
	(vivaian)	75-300	++ ++	، انحطاط مخ عظم	-	
		75	++			

			a 0	50-300		
			0	50		
			# #	100-300		
			#	100		
		دلبدی	a 0	300-450		
			0	300		
	سایکوز				Bupron	
	حمله					others.e سایر
	استفاده					Trazodone
	طویل			75-400		
				75		
			++00			Flupenthixol
	صرع				Trazolin	
	امراض				Trazolon	
	کبدی		++ +	0,75	Trazdep	third.III نسل سوم
	کلیوی		#		Fluanxol	Generation
	پارکنسون					Fluoxetine
MAOI	دلیریوم	سر دردی				
Tryptophan		ضیاع وزن	a 00	20-60 20	Flunil,prodep	
		حمله			Fludac	Paroxetine
		سایکوز			Flutinol	Sertraline
Phenytoin	امراض				Dawnex	Fluvoxamine
MAOI	کبدی				Flumeg	Citalopram
Phenytoin						
Warfarin	حاملگی	Priapism	a 00		Xet	Others.IV
			a 00		Serlift,serta	Nomifensine
			+ #0	20-40 20	Fluvoxin	
				50-	Citopam	
				200100		

MAOI	خارج	50-300		Celica	Amoxapine
	اهرامی	150	++ .	(merital)	
	”	20-60 20			Venlafaxine
	”		+++	Demelox	
	”				
	دلبدی	75-300		Veniz	Tianeptine
	بی خوابی	75		Venla,venlor	Amineptinc
	ضیاع وزن		+++		
	عصبانیت				
	سرد ردی	150-300			
پارکنسون	150				
امراض			Stablon		
کلیوی	” ”				
کبدی	- ”	+ 0 +	Survector		
حاملگی	-	0 0 0			
		75-375			
	فرط			Mirtazepine	
	حساسیت			Alprazolam	
	کم خونی		Mirtaz		
بیقراری	همولاتییک	+++ ++			
خشکی	سندروم		Zolax,Alprax		
دهن	ناشی	++-00	Zoldac,Trika		
امراض	ازادویه		Alzolam,Zena	MAO.V	
کبدی	نورولپتییک		Zamitol,Anxit	نهی کننده ها	
	حمله		Zocam,zallpa	a. غیر رجعی	
	دلبدی		m	Nonselective	
	سرد ردی	++++		Isocarboxazid	
	تسکین	++ +		Phenelzine	
فرط فشار		a ++	(Marplam)	Tranlylcpro	
				Mine	
				انتخابی	
				(MAO-AI)	

With tyra پنیر شراب	تسکین گنگسیت	گنگسیت اعصابیت ضعیفی جنسی		15-45	(Nardil) (parnate)	Clorgyline
افزایش عمل مخدرات وادویه جات ضد پارکنسون	استفاده طویل	خشکی دهن فرط حساسیت کوری گلوکوما زاویه بسته حاملگی		2.0-6.0-		reversible.b قابل ارجاع (selective) Selegiline (MAO-B inhibitor) Moclobemide (MAOB-I)
مشابه فوق	امراض کبدی عدم کفایه قلبی فرط	عدم کفایه کلیه مزمن Nausca	a 0 0 a 0 0	10-30 10 45-90 45 15-30 15	(MAOB-I)	CNS stimu.VI Lants Dextroamph etamine methylpheni date
سه حلقه های ضد افسرده گی	فشارخونه محدودید ت غذا ویا مریضان که ازسه حلقه هااستفاده	بستگی سندروم شدید قطع	a 00 a 0 0			Pemoline
تاثیرات مسکن الکول وسایرادویه جات را زیاد میسازد	می کند	بی خوابی خشکی دهن قبضیت کاهش وضیعتی	a 0 0	5-30 5 5-30 5	(Dexdrine) Addwize	Others.VII Carbamaze Pine
			+++ 0#	5-30 5	(cylert)	
				10-40-	Tegretol Mazetol Carbatol Zcn Camas	Lithium

سویه بلند ادویه جات دیورتیک	هنوز تحت مناقشه است	فشارخون زردی وزن گرفتن اختلال جنسی حالت سایکوز یا مانییا فرط حساسیت امراض قلبی سایکوز	+ 0++	5-20- 56.25- 600-1600	Licab, Lithosum
	عدم کفایه کبد	بی اشتها ضیاع وزن		600-1800	
	انحطاط استخوان				
	حاملگی وشیردهی	فرط فشارخون			
	Renal disease	دلبدی استفراغ			

	Addison's Disease CHF	دوبینی سرچرخی تک حرکات غیر منظم چشم عدم کفایه تایراید کاهش فعالیت تایراید شکر بی مزه تسمم قلبی هضمی وامراض عضلات							
مخففات	فعال کننده	نیست	ممکن	خفیف	متوسط	شدید	بسیار قوی	نامعلوم	

سوالات برای مرور

۱. انواع مختلف تداوی های اختلاجی را نام گرفته، تاریخچه مختصر انکشاف تداوی اختلاجی برقی را تشریح نمائید؟
۲. در باره استطببات، پیشبینی نتایج تداوی اختلاجی برقی، عوارض جانبی و مضاد استطببات ECT توضیحات بدهید؟
۳. میکانیزم تأثیر و مراحل کنترل ECT را تشریح کنید؟
۴. استطببات و عوارض جانبی اشکال مختلف سایکو سرجری یا جراحی روانی را شرح دهید؟
۵. در موارد ذیل کوتاه بیان دارید:
 - (a) ECT دو قطبی در مقابل ECT یک قطبی
 - (b) تصور غلط در باره ECT
 - (c) تداوی بوسیله خواب برقی
 - (d) تأثیر روانی ECT
 - (e) چگونگی فعالیت ECT
 - (f) شیوه های ارجاع فراموشی بعد از تداوی با ECT

سوالات برای امتحان مسلکی

- در موارد ذیل مختصراً بنویسید:
 - تداوی با تشنجات برقی (ECT)
 - تغییرات روانی بعد از ECT
 - جراحی روانی

بخش چهارم
تداوی های روانی

میتود های فیزیکی

شوک برقی مغز (تاریخچه، استطببات، عوارض جانبی، مضاد استطباب، طرز تاثیر، پروسیجر)، جراحی روانی (تعریف، تاریخچه، استطباب، مضاد استطباب، اختلاطات)، خواب آوری برقی (الکترونارکوزس)

۱- تداوی با شوک برقی

تکامل تاریخی با تداوی شوک برقی مغز و یا تداوی با برق و یا تداوی الکترو پلکسی (electro

plexy) ذیلاً ذکر می گردد.

شوک برقی مغز نخست برای شیزوفرنی توسط علمای Bini و Cerletti استفاده شد درحالیکه برای افسردگی بارنخست توسط عالمی بنام Jarvie استفاده شد.

جدول ۳۱-۱ تکامل تاریخی تداوی اختلاجی

- در سال ۱۷۸۵ توسط مؤلف w.oliver تداوی کامفر شوک (camphor shock)
- در سال ۱۹۳۳ توسط مؤلف Sakel تداوی انسولین کوما در شیزوفرنی
- در سال ۱۹۳۵ توسط مؤلف Meduns تداوی شوک metrazol یا cardiazol
- در سال ۱۹۳۷ توسط مؤلفین Bini و Cerelitti تداوی شوک برقی مغز در شیزوفرنی
- در سال ۱۹۵۴ توسط مؤلف Jarvie شوک برقی مغز در افسردگی
- در سال ۱۹۵۶ توسط مؤلف Thenon شوک برقی مغز یک طرفه برای یاد فراموشی

استطبابات

استطبابات اساسی شوک برقی مغز مشتمل است بر

۱- **مريضی های افسرده گي:** در افسرده گي اساسی که همراه با اعراض جسمی (تشوش خواب، ضیاع اشتها و وزن، تأخر حرکتی روحی و غیره) و اعراض روانی چون هذیان، احساس شرم، تمایل به خودکشی و غیره) باشد، مؤثر تمام میشود. سایر استطبابات در افسرده گي قرار ذیل است:

- افسرده گي شدید با خطر خودکشی.

- ستوپور افسرده گي.

- افسرده گي با بطاقت شدید.

- افسرده گي شدید دوره نفاس.

- مريضی افسرده گي یکجا با هذیان گزند.

- مريضان مصاب به شیزودیرشین.

- مريضان که به ادویه ضد افسرده گي جواب نمی دهد.

- عدم تحمل در برابر عوارض جانبی ادویه ضد افسرده گي.

- در افراد بزرگ سال که شوک برقی نظر به ادویه مصون باشد.

- اگر ادویه ضد افسرده گي را اخذ کرده نتواند مثلاً در سه ماه اول حاملگی افسرده گي، در مريضی های فزیکي مثلاً عدم کفایه کبد یا کلیه.

۲- **شیزوفرینی:** شوک برقی مغز نظر به ادویه نیورولپتیک در ابتدا مؤثریت زیاد دارد اما استفاده مشترک ادویه و شوک برقی مغز بسیار مفید است استطبابات عمده آن قرار ذیل است:

- تهیج (بعد از هذیان یا کاتاتونیا باشد)

- **ستوپور (کاتونیا)**

شوک برقی در افسرده گي اساسی (شکل داخلی) با تمایلات به خودکشی استطباب دارد.

- هجمه های حاد شیزوفرینی

- عدم تحمل یا مقاومت در برابر ادویه

- شیزوفرینی بعد از ولادت

- شیزوفرینی در سه ماه اول حاملگی

- شیزوفرینی در موجودیت مريضی های فزیکي که ادویه مضاد استطباب باشد

- افسردگی در مریضی شیزوفرنی (در آغاز یا در مرحله باقی مانده)
- ۳- **مانیا:** استیبات عمده آن عبارت است از:
 - تهیج و رفتار غیر همکارانه
 - اختلال مزاج دوقطبی مترافق با تظاهرات مختلط
 - اختلال مزاج دوقطبی - تکرار شونده سریع
 - مانیا که در سه ماه اول حاملگی، بعد از ولادت و یا با شیزوفرنی همراه باشد
- ۴- **سایکوز بعد از ولادت:** نظر به بعضی راپورها شوک برقی مغز تداوی انتخابی در سایکوز بعد از ولادت میباشد مخصوصاً نوع افسردگی یا دوقطبی یا مختلط آن.
- ۵- **اختلال شیزوافکتیو:** شوک برقی مغز در مریضان که افسردگی با شیزوفرنی یکجا دارند تداوی انتخابی شمرده میشود.
- ۶- **سایکوز در سه ماه اول حاملگی.** در صورت که ادویه اخذ کرده نتواند، شوک برقی تداوی انتخابی است، حاملگی برای استفاده شوک برقی مغز مصاد استیبات نمی باشد.
- ۷- شوک برقی مغز در مریضان سایکوزس نیز مؤثر میباشد که مصاب به تأخر عقلی، صرع، اختلال عضوی مغز و دلیریوم باشد.
- از شوک برقی مغز در بی اشتهائی عصبی، درماتیت عصبی و نیورلجی های زوج پنجم نیز استفاده شده است.

عوارض جانبی

- ۱- **سردردی، درد بدن و استفرافات** (به سبب فرط فشار داخل قحفی و درد عضلات)
- ۲- **کانفوژن:** معمولی و گذری میباشد اما کانفیوژن طویل از باعث مریضی های عضوی مغز به وجود می آید و یا ولتاژ بلند برق باعث آن می گردد.
- ۴- **فراموشی:** (قبل از حادثه و بعد از حادثه). تشوش حافظه در شوک برقی متغیر میباشد، ضیاع حافظه کوتاه و ممکن چند روز و چند ماه دوام کند (۹ روز الی ۹ ماه) علت آن ممکن کم شدن اکسیجن به حجرات عصبی باشد که میتوانیم آن را ذیلاً کاهش دهیم.
- شوک برقی یکطرفه.
- تجویز اکسیجن قبل و بعد از شوک برقی.

- به یاد آوردن واقعات عمده و روزمره قبل از شوک برقی.
- استفاده از ولتاژ کم.
- استفاده کم از شوک برقی مغز.
- در بزرگ سالان که فرط فشارخون و شکر دارند استفاده نشود.

۵- سایر حالات: اختلالات نادر مثلاً کسر فقرات صدری و عظام طویل معمول است هم چنان خلع مفصل صدغی فکی، بند دست و شانه معمول می باشد.

مضاد استتباب شوک برقی مغز فرط فشار داخل قحفی است.

وفیات

تعداد وفیات بعد از شوک برقی مغز نادر گزارش شده است و تقریباً ۱ الی ۱۰ واقعه در هر یکصد هزار شوک برقی می باشد.

عوامل مرگ

- ترمبوز شراین اکلیلی و توقف قلبی از باعث نهی عصب واگوس.
- بعضی اوقات محتوی معده به شش ها داخل شده و انحطاط تنفسی باعث مرگ می گردد.

مضاد استتباب

- مضاد استتباب مطلق: فرط فشار داخل قحفی
 - مضاد استتباب نسبی:
- الف: برای شوک برقی مغز
- ۱- احتشا قلبی در ۲ سال گذشته.
 - ۲- سایر مریضی های قلبی چون بی نظمی های قلبی.
 - ۳- امراض ریوی (توبرکلوز، سینه بغل، استما و غیره).
 - ۴- سایر حالات چون کسور، مرض عضلات، تب، کاهش مایعات بدن، گلوکوما، عدم کفایه قلبی، ترمبوفیلیت.

معمول ترین بیجا شده گی در شوک برقی مغز خلع
فک سفلی و کسرفقره صدری است.

ب: مضاد استطباب به انسستیزی و مشتقات دیگر: که شامل اتروپین (گلو کوما، اریتمی، هایپر تروفی پروستات و غیره)، سکسنایل کولین (میاستنیا گراویس، مایوپتی، تاریخچه فامیلی عدم کفایه فامیلی کولین استراز کاذب) و باریتورات ها (پورفیریا، امراض کبدی، عدم کفایه تنفسی). شوک برقی مغز می تواند بطور محفوظ در هر مرحله حاملگی، پیس میکرو قلبی و مریضان صرعه داده شود.

ج: مضاد استطبابات روانی:

- نیوروز ترسی
- سندروم مسخ شخصیت
- اختلال وسواس اجباری
- هیستریکل نیوروزس
- نیوروزس ابتدائی هایپوکاندریکل

طرز تاثیر شوک برقی مغز

طرز تاثیر اساسی آن نامعلوم است. فرضیه های گوناگون مؤثریت آن را تشریح می نمایند:

- ۱- زودتر و به شکل متکرر باعث ضیاع شعور می گردد.
- ۲- عبور برق از مغز.
- ۳- آغاز دو طرفه اختلاج منتشر در مغز و توازن نیورو ترانسmitter ها.
- ۴- توصیه ادویه انسستیزی، استرخا دهنده عضلات و بعضاً اتروپین.
- ۵- توجه جدی طبی و مراقبت نرسنگ.
- ۶- برخورد های متنوع و توقعات برای مریض و فامیل شان دیده میشود که برق و حملات صرع برای مؤثر بودن شوک برقی مغز ضروری میباشد.

شوک برقی مغز در شیزوفرینی طفولیت باعث
بهبتر شدن وضعیت بصورت فوری می گردد.

طرز تطبیق شوک برقی

- به مریض توضیح داده شود: ۶ الی ۱۲ ساعت قبل از شوک چیزی نخورد ترس و خیالات در مورد تداوی با شوک برقی توضیح داده شود.
- موافقه کتبی مریض اخذ می گردد.
- معاینات فیزیکی مکمل نزد مریض اجرا شود، گراف قلب، معاینه چشم و غیره.
- برای نیم کره غالب مریض جستجو صورت گیرد.

شوک برقی یک طرفه (برنیم کره مغلوب)
از شوک برقی دوطرفه بهتر است.

تطبیقات

ا. پریمیدکیشن و انسستیزی:

- **مشتقات انسستیزی:** دوایی methohexiton sodium (۰.۲٪) در محلول گلوکوز ۵ فیصد) انتخابی است. در هندوستان از thiopentone (۰.۲۵ گرام در ۱۰ سی سی) مثلاً ۵ الی ۱۰ سی سی محلول ۲.۵ فیصد در ۲۰ الی ۲۵ ثانیه داده میشود.
- **استرخا دهنده عضلات:** از succinylcholine استفاده میشود به مقدار ۳۰ ملی گرام (۱/۵ ملی گرام فی کیلوگرام وزن بدن) وریدی تطبیق می گردد. در مریضان که مصاب به التهاب مفاصل روماتیزمل است دوز بلندآن الی ۵۰ ملی گرام داده میشود. مقدار ادویه باید طوری منظم ساخته شود که علائم اختلاج را از بین نبرد.

علت مرگ ناشی از شوک برقی مغز احتشای قلبی
است.

- **اتروپین:** باید به طور معمول از طریق تحت الجلد یا عضلی داده نشود اما در صورت که مریض مصاب به ازدیاد لعاب دهن یا افزادات قصبی باشد داده میشود. استطباب اصلی اتروپین اینست که عصب واگوسی را بلاک نموده تا که ضربان قلب کم نگردیده و از جانب دیگر از بی نظمی قلبی جلوگیری شود. برای بلاک نمودن عصب واگوس اتروپین به مقدار ۱/۶ الی یک ملی گرام وریدی داده میشود.

- **اکسیجینشن:** اکسیجن قبل و بعد از تطبیق ادویه استرخا دهنده عضلی داده میشود زیرا از باعث استرخا عضلی ممکن نزد مریض توقف تنفسی بوجود آید.

iii. جریان: یک توتّه گاز را در دهن مریض طوری قرار میدهیم که از فشرده شدن زبان مریض در میان دندان هایش جلوگیری نماید، یک تنبه برقی به اندازه ۱۲۰-۷۰ ولت برای ۰/۲ الی ۰/۶ ثانیه داده میشود ناگفته نماند قبل از تطبیق جریان برقی ساحه رأس باید توسط سیروم سلاین یا مواد جیلی پاک شود تا که مقاومت از بین برود.

عوارض جانبی معمول شوک برقی مغز درد اعضای بدن است.

چطور بدانیم که اختلاج بوجود آمده

- اختلاج باید ذریعه گراف برقی مغز ارزیابی شود.
- در یک دست مریض کف اله فشار را بسته می نمایم و بعداً آن را بالاتر از فشارسیتولیک هوا میدهیم و همانطور می گذاریم البته این عمل را قبل از تطبیق ادویه استرخا دهنده عضلی اجرا می کنیم ما میتوانیم اختلاج را در این عضو مشاهده کنیم. اگرخواستہ باشیم که شوک برقی مغز یکطرفه تطبیق شود کف اله فشار را در همان طرف بازو بسته می کنیم، هم چنان تقبض حدقه چشم و بعداً دوباره توسع آن نیز در ارزیابی مد نظر گرفته میشود اما بسیار دقیق نمی باشد. تعداد و دفعات تطبیق شوک برقی مغز از قبل تعیین نمی گردد بعد از هر شوک مریض باید ارزیابی شده در مورد دوز بعدی تصمیم گرفته شود. اکثریت مریضان از ۴ الی ۱۲ شوک برقی مغز را نیاز دارند.

میکانیزم تاثیر شوک برقی مغز نامعلوم است.

II جراحی روانی

تعریف

نظر به تعریف سازمان صحی جهان این اصطلاح عبارت است از دور ساختن و یا تخریب طرق اعصاب در داخل مغز یک مریض روانی است.

شوک برقی مغز ۱۲۰-۸۰ ولت برای ۰.۲-۰.۶ ثانیه داده میشود و در حاملگی مضاد استیجاب نیست.

تعریف دیگری آن عبارت است از جراحی مغز بالای انساج نورمال مغز یک شخص که به کدام مریضی فیزیکی مصاب نبوده و جهت تغییر و یا کنترل رفتار و هیجانات آن شخص اجرا می گردد. و یا عمل جراحی است که بالای انساج مریضی مغز اجرا گردیده و جهت کنترل، تغییر و یا تاثیرگذاری بالای هیجانات و رفتار همان شخص اجرا می گردد.

تاریخچه

مؤلفین **Lima و Egas Monize** در سال ۱۹۳۶ لیوکوتومی (Leucotomy) فص ما قبل جبهی را اجرا نمودند. در سال ۱۹۴۹ مؤلفین **Moniz و Hess** جایزه نوبل را در فزیولوژی و طب بدست آوردند. در همان سال مؤلفین **Spiegel و Wycis** از تحشر برقی و تخنیک های ستریوتاکیسیک (Stereotaxic) در تخریب موضعی کوچک تلاموس استفاده نمودند.

استطباب جراحی روحی عبارت اند از افسردگی اساسی، اختلال وسواس اجباری شدید و اختلال مزمن اضطراب

پروسیجرهای معاصر

مشمول می گردد بر ستریوتاکیسیک که در برگیرنده تکنیک های تخریبی موضعی پیشرفته میباشد مثلاً سکشن، تحشر برقی، رادیو ایزوتوب (جابه جا کردن مواد رادیواکتیف Yttrium)، فشردن توسط التراسوند و تنظیم کردن درجه حرارت.

انواع عملیات ها

۱- آفات فص جبهی

در حالات افسردگی شدید و اضطراب استطباب دارد.

معمول ترین نوع جراحی روانی استفاده از leucotomy

۲- سینگولیکتومی

است که به اساس آن در ناحیه قوای انسی فص جبهی جراحی اجرا میشود.

در حالات شدید نیوروز و سواسی استتباب دارد.

۳- امیگدالتومی

در حالات شدید رفتار پر خاشگرانه و دوام دار استتباب دارد.

۴- آفات لوب صدغی

رفتار پر خاشگرانه مترافق با صرع افراد که به شکل دوام دار مصاب به صرع اند.

استتبابات فعلی

- ۱- افسردگی: شدید باشد با شوک برقی مغز نیز جواب ندهد اعراض که بیشتر از ۲ سال دوام کند با وجود اخذ ادویه و تداوی روانی خوب نشود.
- ۲- اضطراب مزمن: استتبابات فوق (بجز از تطبیق شوک برقی مغز) همچنان ناکام شدن تخنیک های رفتاری تداوی.
- ۳- اختلال و سواس اجباری: فوقاً ذکر شد.
- ۴- شیزوفرنی: شواهد واضح مؤثریت آن معلوم نیست.

cingulectomy در اختلال و سواس اجباری اجرا می گردد، در حالیکه amygdalotomy در سلوک پر خاشگرانه معند، جراحی فص جبهی، افسردگی شدید و حالات اضطراب شدید اجرا می گردد.

مضاد استتباب

در مریضان که کنترل تکانه ضعیف، اختلال سایکوپاتییک، اعتیاد به ادویه، الکهول نوشی، تخریب منتشر مغزی، مریضی های وعائی مغز دارند.

اختلاطات

- صرع
- بی علائگی
- تغییر شخصیت نهائی

III. خواب برقی (الکترونارکوزیس؛ تداوی برقی مغز)

در این تخنیک از جریان مستقیم برق که امپلیتود آن کم است بالای نواحی پیشانی و بالای گوش (مستوئید) استفاده می شود. در این تخنیک ادویه انستیزی استفاده نمی گردد، این جریان برق یک احساس مرمرا بالای جلد بوجود آورده و یک حالت استرخا را برای ۳۰ دقیقه و یا یک ساعت بوجود می آورد.

استطبابات

استطباب عمده آن برای اضطراب است مخصوصاً نوع مزمن آن.

روان درمانی

تعریف، تظاهرات معمول، انواع، تأثیرات نامطلوب، مضاد استطبابات، نوع تقویتی، روان درمانی ساختمانی و دوباره یاد دهی، زوج درمانی، فامیل درمانی و گروپ درمانی

تعریف

روان درمانی عبارت است از تکامل و توسعه ارتباط معتقدانه که به ارتباط گیری آزاد اجازه داده و باعث فهم، تحلیل و پذیرش خودی می گردد.

روان درمانی به اساس دوام، تعداد بیماران تداوی شده و نظریه ها طبقه بندی می گردد.

تظاهرات عمده روان درمانی

- ارتباط گیری عمیق و هیجانی با یک فرد یا یک گروپ
- توضیح نمودن حالت بحرانی و طرز مجادله با آن
- واضح ساختن معلومات جدید در مورد آینده، منبع مشکل و متبادل مناسب
- میتودهای غیر معین جهت فراهم سازی اعتمادی خودی
- واضح سازی تجارب موفق
- کمک نمودن برای فراهم آوری هیجان
- در یک جا یا محل قبلاً طرح شده اجرا می گردد

روان درمانی ممکن باعث وابستگی، بدتر شدن اعراض روانی، تاخوردر تشخیص و تداوی امراض فزیکمی و ضیاع منابع شود.

انواع روان درمانی

جدول ۱-۳۲ دیده شود

روان درمانی ها قرار ذیل صنف بندی شده اند

a- عمق تداخل در یک دماغ غیر شعوری

- سطحی یا کوتاه مدت (بنام روان درمانی حمایتی نیز یاد می گردد)
- عمیق یا طویل المدت (بنام روان درمانی تجزیوی نیز یاد می گردد)
- تعلیمی (بنام مشوره دهی نیز یاد می گردد)

b. تعداد مریضان که در یک جلسه تداوی می گردند.

- ۱- روان درمانی فردی
- ۲- روان درمانی گروهی
- ۳- روان درمانی فامیلی

c. فورمول بندی نظری که در روان درمانی استفاده می گردد.

- ۱- حمایتی: در این روان درمانی به مریض حمایت، هدایت، توصیه و اطمینان دهی می گردد.
- ۲- دوباره تعلیم دهی: به مریض روش های جدید سلوک آموخته میشود و نیز در مورد کاربرد اجتماعی توصیه می گردد.
- ۳- تعمیری: در مورد شخصیت جدید مریض بحث می کند.

جدول ۱-۳۲ تشخیص تفریقی مکاتیب روان درمانی

۱. احیایی مجدد

a. تحلیل روانی - زیگموند فروید

b. نیوفرویدین، تعدیل سازی تحلیل روانی

(۱) تخنیک های تحلیلی فعال

(۲) رول تداوی تحلیلی

(۳) سایکولوژی تحلیلی

(۴) تحلیل وصفی

(۵) شناختی

(۶) انکشافی

(۷) ایگو سایکولوژی

- ۸) تحلیل گری موجودی
- ۹) تحلیلی هولیستیکی
- ۱۰) سایکولوژی انفرادی
- ۱۱) تحلیل گیری عملی
- ۱۲) مکتب کلتوری واشنگتن
- ۱۳) ویل ترابی

C. تداخل گروهی

- ۱) تحلیل گری روانی ارتودوکس
- ۲) سایکودراما
- ۳) تحلیل گری روانی در گروه

ا. دوباره تعلیمی و اا. تقویوی، انفرادی و گروهی

- ۱. کلاینت محوری
- ۲. شرطی سازی، تداوی رفتاری، تعدیل سازی رفتاری
 - تداوی بیزاری
 - رفتارگری
 - شرطی سازی کلاسیک
 - شرطی سازی عملی
 - مشوره دهی جنسی
 - حساسیت زدایی سیستماتیک
- ۳. سلوکی شناختی
- ۴. تداوی فامیلی
- ۵. سایکویولوژی

روان درمانی درحالات چون سایکوزس حاد
سایکوزس عضوی و سایکوزس بدون منبه خارجی
مضاد استطباب است.

تأثیرات نامطلوب روان درمانی

- مریض ممکن به روان درمانی یا روان درمان وابستگی زیاد پیدا کند.

- روان درمانی جدی ممکن ناآرام کننده بوده و ممکن باعث تشدید اعراض و خرابی ارتباطات گردد.
- اختلالات که ممکن نیاز به تداوی فزیکمی داشته باشند مثلاً حالات سایکوتیک یا مریضی های فزیکمی که باعث اعراض روانی شود ممکن از نظر دور بمانند.
- روان درمانی غیر مؤثر باعث ضیاع وقت و پول می گردد و مورال مریض را خراب میسازد.

بیمارانی که در برابر روان درمانی جواب نمی دهند ممکن مصاب اختلال شخصیت (نوع ضد اجتماعی)، تمارض و غیره باشد.

مضاد استطببات

- در مریضان سایکوتیک که تشوشات شدید سلوک دارند مثلاً تهیج
- سایکوز عضوی (در صفحه حاد)
- مریضان که غیر متحرک اند و آن را قبول ندارند
- روان درمانی گروهی در مریضان هستریا یا هائپوکاندریازس و غیره
- مریضان که احتمال دارند در برابر روان درمانی جواب ندهند مثلاً اختلال شخصیت (مخصوصاً نوع ضد اجتماعی)، تمارض و غیره.

روان درمانی گروهی در هستریا و هائپوکاندریازس مضاد استطببات است.

۱- روان درمانی حمایتی

این نوعی روان درمانی در مریضانی داده میشود که مصاب حالات روانی مزمن و معیوب کننده باشند و برای آنها تغییر عمده بحیث یک هدف حقیقی بنظر نرسد.

استطببات (معیار انتخاب)

مشمول می گردد بر:

- ۱- فرد صحت مند و نورمال که مصاب به بحرانات و نا آرامی فکری باشد

۲- افراد که نقیصه ایگو دارند

۳- سایر حالات چون در افراد که نمی تواند هیجانان خویش را در الفاظ بیان نماید و یا تاریخچه بسیار خوب ارتباطات بین فردی داشته باشد

جدول ۳۲ - ۲ مقایسه تخنیک های روانی

مشوره دهی	روان درمانی	
مختصر کمتر از ۶ ماه	مختصر یا طویل المدت	۱ دوران تداوی
مراقبت اولیه	تریننگ صحت روانی معین	۲- مهارت های کلینیکی
غیررسمی	ساخته شده	۳- ترتیب
حمایوی	رهبری شده	۴- راهبرد
خوب است	ترسیده یا خوب	۵- قدرت ایگو مریض
نه می کند	ممکن ادویه نیاز باشد	۶- استفاده ادویه

روان درمانی حمایوی نوع معمول آن است که در پرکتیس های کلینیکی و همچنان در فعالیت های روزمره استفاده میشود.

تخنیک

- ۱- مصاحبه
- ۲- اطمینان دهی
- ۳- توضیحات
- ۴- هدایت نمودن
- ۵- تهویه

II. روان درمانی های تعلیم دهی مجدد

a- روان درمانی مریضی محوری

این روان درمانی از نظریات مؤلف Carl Rogers در سال ۱۹۵۱ گرفته شده است.

شرایط آن قرارذیل است:

- مریض باید حد اقل یک حالت غیر متناسب را تجربه کند که باعث اضطراب اش شود
 - روان درمان باید در ارتباط گیری خود از حقایق کارگیرد
 - سلوک روان درمان در برابر مریض باید قابل قبول باشد
 - فهم بسیار حساس در برابر مریض داشته باشد
 - مریض اندکی در مورد حقیقت و محافظه روان درمان درک می کند
- رفتارهای ذیل در روان درمانی مریض محوری مهم اند:
- متناسب بودن
 - پاداش مثبت
 - تلقین
 - یکدلی دقیق

تداوی جستالت (Gestalt)

مؤلف (۱۸۹۳-۱۹۷۰) Frederick perl

اساسات تداوی

نظر به این تیوری تکامل طبیعی بیولوژیکی و روانی ارگانیزم نیاز به آگاهی مکمل از حساسیت فیزیکی روحی و ترتیب رفتار را ایجاب می کند مثلاً گرسنگی باعث میشود ارگانیزم چیزی بخورد اما باعث پرخاشگری نیز می گردد.

C- تداوی حقیقت گرا

به همکاری مؤلف William Glasser (1925) صورت گرفت اساسات آن قرارذیل است:

- ۱- نیاز به دوست داشتن کسی و دوست داشتن از جانب کسی دارد
- ۲- مسؤلیت عبارت از قابلیت است که نیازمندی ها را برآورده ساخته به شرط که دیگران را از برآورده ساختن نیازمندی هایشان محروم نسازد.

d- روان درمانی نسبی هیجان

توسط مؤلف Albert Ellis در سال ۱۹۱۳ توسعه یافت او معتقد بود که تشوشات هیجان یا احساس محصول نهائی تفکر غیرمنطقی است.

تعبیر مؤلف Ellis این بود که دلیل و منطق اساسات تهدابی تداوی مشکلات مریض اند هدف اساسی تداوی، شناخت نظریات غیرنسبی مریض است که آن را به نظریات حقیقی و تطابقی تبدیل می کند.

e- تداوی اولیه

توسط مؤلف Arthur Vivian Janov توسعه یافت او به این عقیده بود که نیوروزس وقتی بوجود می آید که نیازمندی های دوره طفولیت برآورده نشود.

f- تداوی سمبولیک

توسط مؤلف Viktor E. Frankl در سال ۱۹۰۵ توسعه یافت او به این عقیده بود که منبع اساسی نا آرامی و خفه گی عدم دریافت معنا در زنده گی است و این تداوی بیشتر در مورد مناظر فلسفه و معنوی مردان بحث می کند.

تخنیک های عمده روان درمانی حمایوی عبارت اند از مصاحبه ، اطمینان دهی ، توضیح دهی ، هدایت کردن ، درخواست و تهویه است.

g- سایکودراما

در سال ۱۹۵۹ توسط مؤلف Moreno توسعه یافت و بیشتر در مریضان هستریک و اعراض اضطراب استفاده میشود.

تجارب بیشتر ایجاب می نماید و برای داکتر و مریض فرصت میدهد که حالت را ارزیابی نماید که بدو نوع است، غیرقابل محاسبه و کنترل شده.

h- تداوی معامله گرا

توسط مؤلف Eric Berne در سال ۱۹۶۴ کشف شد.

اساسات

- ۱- حالت ایگو: مؤلف Berne مشاهده نمود که بعضی اوقات مردم به قسم اطفال بعضی اوقات به قسم بزرگان و بعضی اوقات به شکل والدین سلوک می کنند. در تحلیل عمل متقابل و معامله گری را در میان مردم مشاهده کرد. و ضروری است که فهمیده شود مردم در کدام حالت ایگو قرار دارند.
- ۲- سکتته ها: یک فرد در زنده گی خود توسط یک خواهش و تنبه روحی متحرک می گردد که بنام سکتته یاد می گردد.
- ۳- بازی ها: بخاطر رسیدن به مقدار سکتته ها مردم رفتارها و سلوک های مختلف را تجربه می کنند که بنام بازی هم یاد میشود. که این تعبیر بیشتر در داکتر مشوره دهی دیده میشود (مشکلات زوجی، مشکلات شغلی و غیره).

ا- تداوی بحران

بحران یک دوره گذری بوده که شخص را برای فرصت جهت رشد شخصیت و پختگی و یا خطر عوارض جانبی مواجه میسازد و در عین حال فرد بسیار زیاد متمایل به فشار می گردد.

ب- روان درمانی بین الفردی

توسط مؤلف Klerman et al در سال ۱۹۸۴ توسعه یافت. این تداوی بیشتر متمرکز بر مشکلات بین الفردی مریضان است که مصاب به مریضی های غیر سایکوتیک و غیر قطبی اند اما دچار افسردگی میباشد.

ک- روان درمانی شناختی

تداوی شناختی درحالات افسردگی عصبی استفاده میشود. ممکن دراضطراب ترس، طلاق، افزایش کارو غیره استفاده شود.

تعریف

یک گروه از تداوی های روانی است که جهت بهتر شدن اختلال روانی استفاده می گردد و توسط مؤلفین Aaron T. Beck و همکارانش کشف شده است.

صنف بندی روان درمانی شناختی

- ۱- تخنیک‌ها می‌توانند باعث مختل شدن شناخت شود می‌تواند افکار را توقف داده تا که این افکار زودتر آغاز نگردند. اینکه توقف دادن فوری افکار کار مشکل است بناً یک تخنیک دیگر بنام توقف افکار استفاده می‌گردد، در این تخنیک دفعتاً شدید و یک طریقه کوتاه مدت را مهیا می‌سازند مثلاً فرد دفعتاً بلند چیغ می‌زند و توقف می‌کند می‌تود های دیگر تطبیق تنبه دردناک است.
- ۲- تخنیک‌های که برخلاف توازن شناخت اند.

لغت hypnosis در سال ۱۸۴۱ توسط James Braid طرح شد و یک مسمی غلط است زیرا در این حالت مریض خواب نبوده بلکه بیدار و آماده می‌باشد.

- ۳- تخنیک‌های که شناخت را مختل می‌سازد.
- ۴- تخنیک‌های که مشکلات را حل می‌سازد.

تطبیق

اختلال افسردگی

- ۱- افکار فضول مثلاً پاداش دهی به خود، خود را ملامت کردن.
 - ۲- اختلالات شناخت.
- مداخله مطلق، مثلاً مریض رفیق خود را در کوچه یا سرک مشاهده می‌کند اما رفیق او او را احترام کرده نمی‌تواند در این جا است که مریض فکرمی کند که رفیق اش دیگر او را دوست ندارد.
 - افکار انتزاعی انتخابی، مثلاً یک استاد در صنف خود می‌بیند دو نفر شاگردان خسته به نظرمی رسند استاد فکرمی کند که تمام صنف خسته شده اند.
 - عموم گرائی، مثلاً یک مادر غذا را خراب می‌کند پس او فکرمی کند که مادری خوب نیست.
 - کوچک بینی یا بزرگ بینی، مثلاً یک فرد مرتکب یک خطای بسیار کوچک و بی اهمیت می‌گردد اما فکر می‌کند که استخدام کننده او او را از وظیفه اخراج خواهد نمود. یک مریض مصاب به افسردگی از سعی و تلاش نهائی خود کارمی گیرد تا یک دوست خود را که در مشکلات گیرمانده کمک و یاری رساند اما باز هم فکرمی کند که چیزی زیادی را انجام نداده است.

سایر استطبایات

- نیوروزس اضطرابی
- ترس ها (مخصوصاً آگورافوبیا)
- اختلالات خوردن
- مریضان الکهولیک
- اختلالات مربوط به محرومیت مثل طلاق، ترک شدن از وظیفه

جدول ۳۲ - ۴ ساختار یک نشست تداوی شناختی وصفی

۱. ارزیابی مزاج (معیار شدت اعراض معاینه شده)
۲. اجندا ترتیب شود
۳. ارقام هفته وار
 - باز پرسی واقعات جلسه گذشته
 - مرتب سازی کار خانگی برای هفته بعدی
 - تکرار کار خانگی
۴. عناوین عمده امروزی
۵. جمع بندی نکات مهم و کلیدی جلسه امروزی
۶. دادن کار خانگی برای هفته آینده
۷. باز دهی در مورد عکس العمل های جلسه امروزی

m- هیپنوزس

در سال ۱۸۴۱ هیپنوزس توسط مؤلف James Braid کشف شد. از کلمه لاتین هیپنوز اخذ شده است که به معنای خواب است اما این تنها به معنای مترادف آن است در اصل مریضی که هیپنوزس اخذ می کند خواب نمی باشد بلکه بیدار و آماده اند. تجارب هیپنوتیک به فکتورهای ذیل ارتباط دارد.

۱. جذب (در تجارب خود مریض جذب می گردد)

۲. تجزیه

۳. پیشنهاد پذیری

استطبات

۱. اعراض هیستریک
۲. اختلال روحی جسمی
۳. تیک و حرکات عادت
۴. کرختی
۵. حاملگی یا ولادت
۶. تداوی هیپنوتیک
۷. اختلال وظیفوی اطفال مثل کلالت زبان، حرکات عادت، ادرار شبانه
۸. در عرصه طبابت جلد
۹. کنترول عادات مثلاً سکرک کشی و چاقی
۱۰. استفاده از طب عدلی برای تازه سازی و دوباره جمع آوری شواهد و قربانی جرایم

مضاد استطبات

- ۱- شخصیت هیستریک
- ۲- شیزوفرنی
- ۳- حالات پارانوئید
- ۴- افسردگی سایکوتیک
- ۵- حالات وسواسی

استطباب hypnosis (تشخیص و برای تداوی) عبارت اند از هیستریا، اختلال روحی جسمی، tics، انستیزی، اختلال عادات و استفاده عدلی است.

III. روان درمانی های تعمیری

a- روانکاو نوع فروید: مقاصد اصلی عبارت اند از:

- * همراهی آزادانه: در اینجا هرچه در دماغ مریض می آید آزادانه می گوید که این طریقہ هیپنوزس را تعویض می کند.

* **تعبیر:** در اینجا داکتر مریض را وادار میسازد تا یک قسمت از مشکلات یا رفتار خود را درک نماید.

* **شفافیت:** در اینجا به مریض در مورد سلوک، احساسات شفاف دیگران و یا افراد مهم مثلاً والدین و اقارب توضیح داده میشود.

* **شفافیت متقابل:** عکس العمل آگاه، یا ناخود آگاهِ داکتر روانی در برابر مریض است.

* **مقاومت:** دفاع آگاه، و یا ناخود آگاهِ روانی یک فرد، در برابر افکار ناخود آگاه است.

* **پس زدائی:** یک میکانیزم دفاعی است، که به شکل ناخود آگاهِ کاری کند، اما نظریات غیر قابل قبول، خیالات و عواطف غیر قابل قبول را از آگاه فرد دور میسازد.

hypnosis در شخصیت های هستریک

سایکوزس و اختلال وسواسی اجباری مضاد

استطاب است.

* **نیوروز شفافیت:** یک اصطلاح است که برای سلوک نیوروتیک و سایر سلوک های غیر متناسب در برابر تحلیل گر روانی قرار میگیرد و مشتمل می گردد بر روش های جدید رفتار نیوروتیک.

* **خصوصیات محتوی خواب در جریان تجزیه:** خصوصیات محتوی خواب راجهت کمک رسانی برای ارتباط در جریان تجزیه روانی استفاده می کنند .

b. **تداوی جنگ (jung):** در این تداوی ارزش مریضی که در پی محصول خیالات ناخود آگاه در خواب اند مطالعه می گردد.

c. **تداوی ادلریان (Adlerian):** نظر به عقیده ادلریان پرخاشگری در برابر احساس خود گرائی و خواهش کسب قدرت کردن، به شکل یک رفتار اولیه و مقدم انسانی بالای جنس، اولویت پیدا می کند.

d. **تداوی زوجی:** برای هردو زوجین خانم و شوهر، تداوی داده میشود. بعضاً اصطلاح تداوی زوجی برای آن استفاده می گردد.

تعریف: تداوی زوجی و تداوی ارتباطات زوجی، که ارتباط می گیرد به یک تعداد تداوی های وسیع که اهداف تداوی را در میان هر دو زوج فراهم میسازد. هم چنان رضایتمندی زوجین را تقویه نموده وعدم کفایه زوجی را درست میسازد. تداوی زوجی از مشوره دهی زوجی در عرصه های نظریاتی و تخنیک تداوی روانی تفاوت دارد. مثلاً؛ در تداوی زوجی تخنیک های جدی ارزیابی، مدنظر گرفته میشود، تا اهداف مورد نظر بر آورده شود، اما در مشوره دهی زوجی تعداد زیاد مسایل ناخوش آیند زنده گی مطرح می گردد.

استطبات

- موجودیت بحرانات زوجی که هر دو زوج از آن رنج ببرند.
- موجودیت اختلال زوجی که به شکل عرضی و یا عدم کفایه، در یکی از زوجین یا اطفال مربوط زوج مورد معاینه موجود باشد.
- ارتباط گیری ضعیف.
- ارتباطات خارج از زنده گی زوجی.
- زمانی که تداوی فردی ناکام شود (از باعث تحرکیت ضعیف یا ارتباط گیری ضعیف)
- زمانی که بی ثباتی زوجی موجود باشد (مثلاً خوب شدن یک مریض روانی یا بوجود آمدن اعراض روانی در یکی از زوجین)

مضاد استطباب

- مواجه شدن قبل از وقت زوجین به بعضی از رازهای زوجی، مثلاً؛ ارتباط گیری جنسی (هم جنس بازی) و یا اشتغال در جرائم جنسی.
- اگر زوجین در جریان جلسه بالای یکدیگر حمله می کنند.
- فقدان متعهد بودن در ادامه زنده گی زوجی.

تداوی زوجی از مشوره دهی زوجی بنابر تفاوت در ساحت نظریاتی و تخنیکی فرق دارد.

e. تداوی فامیلی

تاریخچه: نظریه تداوی فامیلی توسط یک مؤلف بنام Nathan akerman در نتیجه تداوی روانی اطفال بوجود آمد.

اساسات عمومی: منظره اساسی تداوی فامیلی دارای محتوی ذیل است:

- یک قسمتی از خانواده به قسم مکمل، از آن جدا شده دیگر سیستم خانوادگی مشخص نیست.
- وظایف خانواده گئی با فهمیدن هر بخش خانواده درست فهمیده نمی شود.
- ساختار و نظم خانواده گئی فکتور مهم در مشخص سازی رفتار اعضا فامیل است.
- روش معامله گرانه سیستم خانواده گئی، از رفتار اعضا خانواده، نماینده گئی می کند.

استطببات

در تمام انواع مشکلات روانی، استفاده می گردد. مثلاً؛ سایکوزها، افسردگی عکس العملی، نیوروز اضطرابی، مریضی های روانی جسمی، سؤاستفاده از مواد و مشکلات مختلف روانی اطفال.

مضاد استطباب

- مضاد استطباب اساسی عبارت از فقدان روان درمان های مسلکی است.
- انگیزش ضعیف.
- کرکتر مرضی ثابت مثلاً دروغ گفتن و یا خشونت فزیکتی.
- راز داری عمیق.

f. روان درمانی گروپی: در سال ۱۹۱۹ توسط یک نفر مؤلف بنام L.Cody Marsh این میتود روان درمانی بوجود آمد.

تداوی فامیلی (به اساس تیوری عمومی سیستم ها) د
راختلالات روانی طفولیت استفاده میشود.

تعریف

یک شکلی از تداوی است که در آن افراد مریض هیجانی را به شکل انتخابی در چند گروه جابجا ساخته، که این گروپ توسط یک داکتر روانی با تجربه رهبری شده تا رفتار غیر تطابقی هر عضو گروپ را تغییر دهد.

انواع تداوی های گروپی

- روانکاوای گروپی
- متکی بر تجربه
- رفتاری
- معامله گرانه
- حمایتی

انتخاب مریض

معیار نهائی سازی

- استعداد یا قابلیت اجرا وظایف گروپی.
- ساحات مشکلات که ارتباط به اهداف گروپ دارد.
- انگیزه تغییر یافتن.
- مریضان که مصاب به کرکتر اضطرابی اند.
- مریضان که از میکانیزم های دفاعی تبارزدهی، پس زدائی، نهی کردن و عکس العمل شفافیت استفاده می کنند.

معیار رد سازی

- غیرمتناسب بودن فرد در برابر نورم های قابل قبول رفتاری.
- عدم قابلیت در تحمل تنظیم سازی گروپ.
- غیرمتناسب بودن با یکی از اعضا گروپ.
- تمایل به طرف جدا شدن، یا جدا ساختن رول خود از گروپ.

استطببات بالخاصه

استفاده اساسی تداوی گروهی مشتمل می گردد بر:

- شیزوفرنی
- اختلال مزاج
- حالات پارانوئید
- نیوروزس (نیوروز اضطرابی و اختلالات ترس)
- اختلالات شخصیت (شیزوتایپ، سرحدی، شیزوئید، وغيره)
- اختلال کنترل انگیزه
- اختلال کاهلان
- سایر اختلالات مانند؛ اختلال هویت جنسی، الکهولیزم، سؤاستفاده مواد وغيره.

g. تداوی اشتراکی: یکجا با تداوی گروهی ممکن استفاده شود و هر دو یکجا فواید بسیار دارند.

استطببات

استطببات عمده تداوی اشتراکی عبارت اند از:

۱. مریضان که مصاب به بحرانات مخصوص اند (مثلاً مرتبط بودن به دیگران، مشکلات درجوره شدن و مشکلات در جدا شدن وغيره).
۲. مریضانی که در کتگوری های حتمی قرار دارند: اختلال شخصیت، هم جنس بازی
۳. سایر استطببات: مثلاً مریضکه برای روانکاوی مساعد است اما پول ندارد، وقت ندارد و یا به داکتر روانکاو دسترسی ندارد و یا مریضان که در یک مرحله روان درمانی را ترک می کنند.

هدف اولیه روان درمانی مشخص سازی بیماری ها است .

سوالات برای مرور

۱. روان‌درمانی را تعریف نموده، مناظر عمده، تایپ‌ها، استطببات و مضاد استطببات روان‌درمانی را تشریح کنید؟
۲. استطببات، اهداف، معیارات و تخنیک‌های روان‌درمانی حمایتی را تشریح کنید؟
۳. انواع مختلف تقلیل‌دهنده روان‌درمانی را نام برده، شیوه‌های مهم سایکوتراپی را در مراجعین برای مشاوره تشریح کنید؟
۴. اهداف، معیارات انتخابی، اساسات و تخنیک‌های تداوی شناختی را شرح دهید؟
۵. تاثیرات، استطببات، و مضاد استطببات تولید خواب را بیان دارید؟
۶. در مورد استطببات، مضاد استطببات و تخنیک‌های تداوی ازدواجی بحث کنید؟
۷. استفاده و تخنیک‌های تداوی خانوادگی را توضیح نمائید؟
۸. در موارد ذیل مختصراً بنویسید:

- (a) تداوی بحرانی
- (b) تداوی معقول وابسته به احساسات
- (c) نمایش روانی
- (d) تحلیل تعاملی
- (e) تلقین
- (f) معاشرت آزاد
- (g) اتحاد مداوایی
- (h) نیوروزس انتقالی
- (i) تثلیث ادراکی
- (j) تداوی تهیجی
- (k) تداوی با تشکیل و ترکیب چند عامل یا پدیده فیزیکی و حیاتی
- (l) روان‌درمانی در جهت حقیقت‌گرایی
- (m) تداوی به وسیله نشان‌ها
- (n) تحلیل خواب
- (o) مشاوره
- (p) خطای شناخت
- (q) روان‌درمانی گروپی

سوالات امتحان مسلکی

- در موارد ذیل کوتاه بنویسید:
 - روان‌درمانی شناختی
 - روان‌درمانی گروپی
 - خواب تلقینی
 - روان‌درمانی حمایتی
 - مشاوره
- فرق کنید بین:
 - مشاوره و روان‌درمانی
 - روان‌درمانی و رفتار‌درمانی

تداوی های رفتاری

تعریف، انکشاف تاریخی، استطببات، مضاد استطببات، تخنیک ها، یوگا و اندیشه، فید بک حیاتی، آموزش مهارت های اجتماعی.

تداوی سلوکی

تعریف

تطبیق اساسات آموزشی است که جهت تداوی و تجزیه اختلالات رفتاری استفاده میشود.

آموزش

عبارت از یک تغییر دایمی در رفتار است که از باعث پرکتس و تجربه بوجود می آید.

شرطی شدن کلاسیک در نتیجه عکس العمل شرطی
دربرابرتنبهات شرطی بوجود می آید.

سلوک

سلوک عبارت فعالیت عضلی اسکلتی ارگانیزم در انسان ها میباشد چیزی که انجام میدهند رفتار حرکتی و چیزی که می گویند رفتار کلامی گفته میشود.

تاریخچه و تکامل

جدول ۱-۳۳ بعضی سهم داران که در تداوی رفتاری را تکامل بخشیده اند

اصطلاح	سهم داران
رفتار گرایی	J.B.Watson
شرطی سازی کلاسیک	Ivan Pavlov

شرطی سازی عملیاتی	B. F. Skinner
حساسیت زدائی سیمتیک	Joseph Wolpe
استرخا سازی عضلی پیشرونده	E. Jacobson
اقتصاد توکن	Azrin و Ayllon
تداوی شناختی	Aaron T. Beck
تداوی رفتاری شناختی	Donald Meichenbaum
مودل سازی	Bandura et al
پرکتس منفی	Dunlop
طبابت رفتاری	Birks

۱. شرطی سازی کلاسیک

مؤلف Ivan P. Pavlov (۱۸۴۹ – ۱۹۳۶): شرطی سازی پاولوویین یا جواب دهی. عملیات اساسی در اینجا عبارت از جفت سازی دو منبهات است.

در اینجا یک منبه شرطی خنثی با یک منبه غیر شرطی یکجا می گردد که بالاخره باعث پیدایش یک عکس العمل غیر شرطی می گردد. در نتیجه این جفت سازی منبه خنثی شرطی شده قبلی شروع به جواب دهی مشابه به مقابل منبه غیر شرطی می شود.

بعد از یاد گیری، زمانیکه منبه شرطی باعث ایجاد عکس العمل شود همین عکس العمل را بنام پاسخ دهی شرطی یاد می نمایند.

شرطی سازی کلاسیک عبارت از حرکات ستیروتایپی است که ارتباط به عکس العمل ندارد اما در شرطی سازی عملیاتی حرکات آزاد بوده و ارتباط با عکس العمل بوجود آمده دارد.

شرطی شدن کلاسیک حرکات ستیروتایپ است و ارتباط به واقع شدن کدام عکس العمل مخصوص نمیداشته باشد اما در شرطی شدن اشکار عمل ارادی بوده و ارتباط دارد به شخص که کدام عمل آموخته شده را اجرا می کند.

اصطلاحات مورد استفاده

خاموش سازی (Extinction): ضعیف شدن یک عکس العمل شرطی است که به شکل متکرر بدون منبّه غیرشرطی در یک عکس العمل شرطی قرار دارد.

عمومی شدن منبه: تمایل نشان دادن است به اجرای یک عکس العمل شرطی که شباهت ممکن به منبه وضعیتی داشته باشد اما هیچ وقت جوهره شده نمی تواند.

تمایز: پروسه آموزش در ساختن عکس العمل در برابر یک منبه و عکس العمل دیگر در برابر منبه دیگر میباشد.

شرطی سازی کلاسیک: با احترام به رفتار انسانی شرطی سازی کلاسیک در ساختن عکس العمل های شرطی هیجانی رول عمده را بازی می کند.

II. شرطی سازی مؤثر

(توسط مؤلف B.F. Skinner ۱۹۰۴ الی ۱۹۹۰). شرح نمود که یک تقویت کننده مجدد هرمنبه یا واقعه که توسط یک عکس العمل ایجاد شود بسیار امکان دارد که همان منبه یا همان واقعه در آینده واقع شود.

اساس عمده شرطی سازی مؤثر عبارت است از اگر یک تقویه مجدد شروط به یک عکس العمل حتمی باشد، آن عکس العمل بسیار امکان دارد که در آینده واقع گردد.

اصطلاحات مورد استفاده

شکل گیری: پروسه آموزش یک عکس العمل مغلق میباشد که در ابتدا جهت آموزش آن یک تعداد عکس العمل های مشابه آموخته میشود.

خاموش سازی: در شرطی سازی مؤثر خاموش سازی رفتار آموخته شده و کاهش در واقع شدن احتمالی رفتار زمانی بوجود می آید که به تعقیب رفتار تقویه سازی مجدد از بین برده شود.

عمومی شدن منبه: به مثل شرطی سازی کلاسیک است.

تمایز: زمانی در شرطی سازی مؤثر بوجود می آید که تفاوت های تقویه مجدد یک عکس العمل با تنبّهات مختلف همراه باشد.

تداوی سلوکی برخلاف روان درمانی برای بیماران است که بهترین شونند استطبیب آن ترس ها ، وسواس

اجباری ادرار نمودن شبانه ، عدم کفایه جنسی ، tics ،
اختلال خوراک ، عادات غیر تطابقی ، سگرت کشیدن ،
الکھولیزم وغیره

تقویت مجدد دوام دار: تقویه مجدد به تعقیب هر عکس العمل مخصوص واقع می گردد که بنام تقویت مجدد متداوم یاد می گردد.

تقویه دهنده مجدد اولیه: در شرطی سازی مؤثر، مؤثرترین نوع برای یک ارگانیزم که آموزش ندیده است، پنداشته میشود جهت مؤثریت آن برای آموزش بالخاصه قبلی نیاز دیده نمی شود.

تقویه دهنده مجدد ثانوی: یک تقویه دهنده آموزش دیده است، تنبهاً به شکل ثانوی تقویه مجدد ثانوی می گردد و بالاخره تنبهاً با تقویه دهنده مجدد اولیه یکجا می گردد.

تداوی سلوکی در حالات حاد و تجزیه شده روانی
مضاد استطباب است.

تقویه دهنده مجدد مثبت: یک تنبه یا یک واقعه است که هرگاه اختتام و یا از بین برود، باعث بوجود آمدن احتمالی عکس العمل می گردد که به تعقیب این عکس العمل حالات ذیل واقع می گردد.

- ستایش یا تحسین سهل می گردد.

- تقویه دهنده ها دوباره تقویه مجدد می گردد.

تقویه دهنده مجدد منفی: واقعه یا تنبه ناخوش آیند است و زمانی از بین میرود که بالای عکس متناسب مشروط باشد.

جزا دهنده: در مقایسه با تقویه دهی مجدد منفی جزا دهنده یک تنبه مضر بوده و زمانی بوجود می آید که یک عکس العمل موجود باشد.

شرطی سازی کلاسیک در برابر شرطی سازی مؤثر

- در شرطی سازی مؤثر تقویه دهی مجدد ارتباط می گیرد بر اینکه آموزگار چه عمل را اجرا می کند در حالیکه در شرطی سازی کلاسیک هر دو تنبه شرطی و غیر شرطی یکجا می گردد و ارتباط به وقوع عکس العمل ندارد.
- عکس العمل های آموخته شده در شرطی سازی کلاسیک سیتروتایپ بوده در حالیکه در شرطی سازی مؤثر ارادی میباشد.
- در شرطی سازی کلاسیک نتایج رفتار حایز اهمیت نمی باشد در حالیکه در شرطی سازی مؤثر اهمیت دارد.

III. آموزش شناختی

- در این آموزش بدون تقویه دهی مجدد یک تغییر در شیوه ارزیابی معلومات رخ میدهد که یک شخص یا یک حیوان آنرا تجربه می کند.

رفتار درمانی در برابر روان کاوی

- رفتار درمانی نشان میدهد که اعراض خود مریض است نه اینکه اعراض از باعث فکتورهاها یا کدام حالت دیگر بوجود آمده باشد.
- رفتار درمانی در مریضان غیر متوقع میتواند عملی شود.

سلوک را John B. Watson (پدر سلوک شناسی) طرح نمود اما تداوی سلوکی را عالمی بنام Eysenck طرح نمود.

اساسات رفتار درمانی

- ارزیابی نزدیک از رفتار
- تمرکز بالای اعراض بحیث هدف تداوی
- متکی بودن بر اساسات آموزش
- متعهد بودن در ارزیابی نمودن کیفیت

تکنیک والپ تداوی سلوکی شرح دهنده اساس نهی معکوس میباشد.

استتببات رفتار درمانی

درحالات ذیل انتخابی پنداشته میشود.

- انواع ترس ها
- حالات اجبار
- ادرار نمون شبانه
- حالات اضطراب اجتماعی
- عدم کفایه جنسی
- سردردی های تنشی
- تیک ها
- بی اشتھائی عصبی
- چاقی
- هم چنان درحالات چون
- عادات غیر توافقی
- تشوشات جنسی
- عکس العمل های روحی جسمانی
- سگرت نوشی
- نوشیدن مشروبات

مضاد استتباب رفتار درمانی

اختلالات روانی که در آن منشأ اعراض حاد، جدی هنوز معلوم و یا تعریف نشده باشند.

تخنیک ها

- a. غیر حساس سازی سیستمیک: (سال 1958 wolpe) بر اساس نهی متقابل استواراست، طوریکه یک عکس العمل روحی قبلی میتواند، یک عکس العمل شرطی را بلاک نماید و سه مرحله دارد:
 1. بازسازی یک حالت اضطراب با مریض.

۲. آموزش دهی مریض جهت استراحت.
۳. اشیاء ترس آور را بطور منظم تقدیم کردن، در حالیکه اضطراب مریض را توسط استراحت نمودن بر طرف ساخته و در ترس های نیوروتیک بیشتر استفاده می گردد.
- b. **طغیان:** در این حالت مریض با یک شیء که از آن میترسد، مواجه می گردد، تا اضطراب وی کم شود. در این تخنیک قبلاً برای مریض آرام سازی و طریقه استراحت و مستطرح بودن آموخته میشود. در مریضانی که مصاب به اختلال قلبی وعائی اند، و یا در مریضانی که همکاری نمی کنند و مکرراً دچار حملات پانیک یا هول می گردند اجتناب می گردد.
- c. **شکل دادن:** توسط یک تقویه سازی مجدد مثبت، رفتار مطلوب بدست می آید. در بعضی حالات دیگر چون احیاً مجدد اطفال معیوب، اطفالی که مصاب به رفتار عصبی اند، نیز استفاده می گردد.
- d. **الگوگرایی:** (۱۹۶۹ توسط bandura)، عبارت از آموزش رفتارهای جدید است که در نتیجه تقلید یا پیروی از دیگران بوجود می آید. در این تداوی مریض کاری را انجام میدهد که آنرا شخص دیگر در مقابل اش اجرا می کند. این شخص ممکن خود داکتر باشد.
- e. **جلوگیری از عکس العمل:** زمانی که با طغیان گرائی یکجا شود، تداوی انتخابی اختلال وسواس اجباری پنداشته، یعنی مریض را با اشیایی مواجه میسازند که آنرا مریض باربار تکرار می کند، اصلاً به مریض آموزش داده میشود که کار او درست است نباید تکرار گردد.
- f. **بیزار سازی:** در این حالت در مریض یک احساس ناخوش آیندی بوجود آورده میشود، ممکن یک تنبه و مواجه سازی با درد شدید باشد.
- g. **تخنیک های کنترل خودی:**
- کنترل خودی: گزارش مشکلات، رفتار و حالات همه روزه یا روزانه را با خود داشتن، مثلاً؛ در شخصی که مصاب به هجمه های پرخوری است.
- h. **تداوی شرط گذاری:** در اینجا اساس تخنیک اینست که اگر یک رفتار دوامدار باشد توسط نتایج حاصله آن، دوباره تقویه سازی مجدد می گردد. و اگر این نتایج مختل گرانه باشد رفتار باید تغییر کند.

۱. آموزش اظهارنمون: (wolpe ۱۹۵۸) در مریضان مزمن افسردگی، و یا مریضان که اضطراب اجتماعی دارند استفاده می گردد.

۲. تمرین منفی: (Dunlap 1932) بعضی مشکلات مانند حرکات غیرارادی، کلالیت زبان، چوشیدن انگشت کلان دست، ناخن خوردن و غیره میتواند در زمان اجرا فعل کم ساخته شود.

۳. بایوفید بک بعداً مطالعه می گردد.

۴. آموزش مهارت های اجتماعی: بعداً مطالعه می

گردد. طب سلوکی توسط Birks شرح شد.

۵. تداوی شناختی: با روان درمانی مطالعه شد.

۶. هیپنوزس و تغیر عقیده دادن: در بخش روان درمانی مطالعه شد.

۷. قرارداد: در اینجا نتایج حاصله تقویه سازی مجدد رفتار مریض در کنترل شخص دیگری قرار دارد.

تکنیک استرخا Jacobson قبل

از حساسیت زدائی عمومی استفاده میشود.

یوگا و اندیشه کردن

یوگا در لغت از ریشه "yuj" یعنی اتحاد است و در اصطلاح جهانی اتحاد مغز با جسم است و از نظر روانی ارتباط میان خود و دنیا خود است.

توضیحات فلسفی یوگا در کتاب های چون Vedas و Upanishads توضیح شده و توسط یک پیر هندی ۲۰۰ سال بعد از میلاد فورمول بندی گردید این پیر Patanjali نام داشت.

بسیاری از پروسیجرهای یوگا در هند ساخته شده است محتوی بعضی مکاتب یوگا قرار ذیل است:

۱- تخنیک یوگا (مؤلف Yama و Niyama)

۲- وضعیت یوگا (مؤلفین Bhanda, Kriyas و Asana) Mudra

۳- تمرینات نفس گیری (Pranayama)

۴- تفکر و اندیشه مؤلفین (Samadhi, Dharana Dhayana)

در سابق هدف از تمرین یوگا بدست آوردن اهداف روانی بود که بعداً به حیث یک تخنیک روحی فزیولوژیکی استفاده شد.

در این اواخر یوگا در تمام دنیا شناخته شده است. تداوی با یوگا در اختلالات روانی و هم چنان در اختلالات روحی جسمی چون نیوروز اضطرابی، سردردی های روحی، افسردگی، فرط فشار، استما قصبی، شکر و غیره استفاده می گردد.

اندیشه و روان درمانی

سیستم فلسفی هندوستان در مجموع و سیستم یوگا در خصوص توسط مؤلف Wolberg ارزیابی گردیده و دیده شد که یوگا یک مدل مشترک حمایتی و تعلیمی میباشد. در مقایسه با یوگا آگاهان دیگر چنین نظر میدهند که اندیشه باعث آرامش داخلی، عشق مهربان بودن با خود و دیگران، دست یابی با حوادث ناخود آگاه، بنیث در بحرانهای هیجان و باعث تغییرات در تجارب هویت شخصیت می گردد.

بایو فید بک در تداوی اختلال روحی جسمی مفید است مثلاً سردردی، tics، قرحه معده بی خوابی و غیره.

یوگا و تداوی سلوکی

در غرب یوگا از نقطه نظر سلوکی مشاهده می گردد و در اکثریت مطالعات یوگا را با تخنیک های سلوکی مقایسه نموده اند. بعضی میتود های سلوکی چون استرخای پیشرونده، تریننگ خودی و نهی متقابل با شواسنا (shavasana)، پارانیما (pranayama) و سمیاما (samyama) شباهت دارند. پروسیجرهای یما (yama) و نیایما در یوگا به مانند کنترل انگیزه و کنترل عکس العمل میباشد که از نقطه نظر تداوی سلوکی در بخش پروسیجرهای کنترل خودی استفاده می گردد.

ارتباط روحی فزیولوژیک اندیشه و یوگا

محققن کنونی نظر دارند که اندیشه باعث یک حالت هایپومیتابولیک می گردد مثلاً کاهش مصرف اکسیجن، کاهش فشارخون، افزایش مقاومت جلد و ازدیاد فعالیت برقی مغز.

ارتباط روحی فزیولوژیک یوگا

مطالعات که بالای تمرینات یوگا مثلاً Pranayama, Asanas, Kriyas و اندیشه صورت گرفته است نشان داده که باعث اختلال قابل ملاحظه در وظایف فزیولوژیک می گردد. مطالعه تمرینات مکمل یوگا نشان داده است که فعالیت عضلی، قلبی و عائی و تنفسی بهتر گردیده درحالیکه فشار خون و ضربان قلبی کاهش می یابد.

در چندین مطالعات که بالای یوگا صورت گرفته نشان دهنده افزایش در پروتین های پلازما محصولات استقلابی ستیروئیدها، انزایم کولین ایستراز پلازما، حجم و تیزابیت ادرار میباشد در حالیکه تمرینات یوگا و Pranayama باعث کاهش قند خون و کثافت مخصوصه ادرار می گردد.

ارتباط روحی روانی اندیشه و یوگا

تظاهرات عمده که دیده شده عبارت اند از افزایش در واقع بینی خودی، ارتباطات بین فردی، تمرکز کنترل، طبیعت مسطح، مترافق بودن زمان، هدایت گیری داخلی، و تطابق هیجان. وظایف شناختی چون حافظه فوری، عکس العمل های بصری و سمعی با تمرین یوگا بهتری می گردد.

آموزش دهی مهارت های اجتماعی در شیزوفرنی ،
افسردگی ، اختلال اضطراب ، تأخر عقلی ، شخصیت
ناکافی و مشکلات غیر کلینیکی مثلاً مشکلات زوجی
و شغلی استفاده میشود.

تأثیرات یوگا و اندیشه در مریضی های نیوروتیک و روحی جسمانی

در مریضان اضطراب عکس العملی، افسردگی نیوروتیک، اختلال وسواسی اجباری بهبودی قابل ملاحظه دیده شده است درحالیکه در اختلالات شخصیت و شیزوفرنی نتایج مؤثر راپور داده شده است. راپورهای جدید نشان داده است که در مریضان استمای قصبی باعث افزایش در ظرفیت حیاتی، جریان اعظمی تنفسی می گردد در ضمن میتواند از اخذ ادویه نیز تا حدی جلوگیری نماید. چون یوگا بر اساس رسوم مذهبی و فرهنگی ایستاده است نه تنها مستلزم وضعیت گیری ها، تمرینات تنفسی یا اندیشه است بلکه ایجاب می نماید رژیم یوگا، عقیده و زنده گی روحی فرا گرفته شود نظر به ادویه تمرینات یوگا ارزان، قابل دسترس، بدون عوارض جانبی میباشد.

بیوفیدبک و طب سلوکی

اصطلاح طب سلوکی در سال ۱۹۷۳ توسط مؤلف Birks معرفی گردید.

تعریف

طب سلوکی عبارت از یک دسپلین داخلی میباشد که از تکامل و تحلیل تخنیک های علم سلوک بحث می کند که این تخنیک ها مرتبط به صحت، امراض و طرق تطبیق آن بوده تا وقایه، تشخیص، تداوی و احیای مجدد صورت گیرد.

سزاوجزا شکل معمول تداوی سلوکی است.

نظریه

عکس العمل استجوابی محیط در مورد نتایج حاصله از عمل یک فرد باعث بدست آمدن مکافات و جزا می گردد که هر دو جز عمده آموزش پنداشته می شود.

تطبیق مشکلات روحی فزیولوژیکی که از نظر عکس العمل استجوابی مؤثر میباشد

a- باز دهی حرارتی: (برای اختلالات روانی و سیستم عصبی سمپاتیک)

- سردردی میگرن

- امراض ریناد (Raynaud)

- امراض بیرگر (Buerger)

b- باز دهی نوار برقی مغز: (برای مشکلات سیستم عصبی مرکزی)

- صرع (از نوع منتشر)

- تقویه سازی خلاقیت

- نارکولپسی

c- عکس العمل نوار برقی عضلات (برای اختلالات وظایف عضلی)

- سردردی تنشی

- تعلیم دهی عصبی عضلی

- فلج مغزی

- دندان جوییدن

- ماتحت اصوات سازی (Subvocalization)

- بلیفروسپیزم
- فلج بلز (فلج محیطی زوج هفتم)
- تورتنی کولیس
- تیک (حرکات غیرارادی)
- سپستیستی

آموزش دهی مهارت های اجتماعی

یک بخش از تداوی سلوکی بوده و برای افراد استفاده می گردد که مصاب به نقیصه فزاینده مهارت های اجتماعی باشد (مثلاً شیزوفرنی) و یا برای افرادی که دفعتاً مهارت های آموخته شده را از دست میدهند (مثلاً اختلالات روانی) و یا افرادی که نتوانند از مهارت های خود جهت نایل آمدن به اهداف اجتماعی شان برسند (شخصیت نامکمل).

اصطلاح شناسی

اظهار کردن و آموزش اظهار کردن مؤلف (Wolpe 1958) توضیح داد که مریضان مصاب به اضطراب اجتماعی نمی توانند در خواستن حقوق شان به درستی اظهار کنند. Wolpe اصطلاح (توقیف شده) یا اظهار نمودن را شرح نمود (افراد نمی توانند در برابر بی عدالتی و یا نابسامانی ها درونی اصلاح کننده باشند).

استطبابات

- شیزوفرنی
- افسردگی (اختلال یک قطبی یا دوقطبی)
- اختلالات اضطراب (مثلاً نیوروز اضطرابی، ترس، وسواس فکری اجباری، فشارهای بعد از ترخیص)
- الکهولیزم
- تأخر عقلی و اطفال که از نظر هیجان مصاب به اختلال اند

- مشکلات پرخاشگرانه سلوکی
- شخصیت نامکمل
- طرق تطبیق غیر کلینیکی مثلاً در روابط زوجی، مشکلات شغلی

تخنیک های تداوی

- ۱- هدایت دهی و آموزش
- ۲- تدریس ذریعه مودل
- ۳- بازی گری سلوکی
- ۴- عکس العمل استجوابی
- ۵- دوباره تقویه سازی اجتماعی
- ۶- وظیفه دهی درخانه

سوالات برای مرور

۱. اصطلاحات ذیل را تعریف نمائید.

- (a) رفتار
- (b) رفتار درمانی
- (c) آموزش
- (d) تهیج
- (e) نهی متقابل
- (f) شکل دهی
- (g) شایسته سازی کلاسیک و مؤثر
- (h) طغیان
- (i) غیر حساس سازی مؤثر
- (j) توقف تفکر
- (k) بیوفیدبک

۲. روان درمانی از تحلیل روانی چگونه تفریق میگردد؟

۳. استطببات و مضاد استطببات روان درمانی را لست نموده، سهمگیری Wolps، واستون، پاولوف و سکینر را نام ببرید؟

۴. استعمال مطالب ذیل را توضیح نمائی:

سوالات امتحان مسلکی

• در موارد ذیل کوتاه بنویسید:

- استطببات و مضاد استطببات روان درمانی
- بیوفید بک
- غیر حساس سازی سیستماتیک

تداوی شغلی و احیا مجدد

تعریف، اهداف، خدمات، مراکز، احتیاط، احیای مجدد

تداوی شغلی

تعریف

تداوی شغلی عبارت از تطبیق فعالیت های مؤثر و پر هدف است که در تداوی افراد مصاب به معیوبیت های روحی، فزیک یا تکاملی استفاده میشود.

اهداف

تداوی شغلی ممکن جهت یابنده یا چاره ساز باشد.

اهداف تداوی شغلی قرارذیل است:

- انکشاف دهی صحت یابی.
- تمام ابعاد مریض باید در حرکت در آورده شود.
- جلوگیری از بستری شدن.
- عادت دهی فعالیت ها.
- احیا مجدد و بازگردانی اطمینان خودی.

خدمات

خدمات ارزیابی و تداوی قرارذیل است:

- ۱- مهارت های انفرادی در زنده گی، نگهداشت محافظه خودی.
- ۲- تداوی های مرتبط به شغل مثلاً فعالیت های خلاقانه، تعلیم دهی، بازی گری، هنرنمایی، بازی گر در فعالیت های اجتماعی.
- ۳- پروگرام های تطابقی کار و وظیفه، نقش پدری و مادری را جهت محافظه اطفال به کار انداختن، آمادگی های اکادمیک و غیره.

- ۴- تداوی های حسی حرکی که در برگیرنده ارزیابی های عصبی عضلی و حسی می گردد.
- ۵- تطابق به محیط فیزیکی و رهنمود جهت استفاده از وسایل تطابقی.
- ۶- تمرینات تداوی جهت تقویه سازی عمل کرد وظیفوی.
- ۷- مشوره دهی و تعلیم دهی برای مریض و خانواده.
- ۸- پلان رخصت شدن و داخل سازی مجدد به اجتماع

مراکز

خدمات برای اطفال، کاهلان و افراد مسن، هم چنان برای کتگوری های مسلکی، افراد اجتماع، تداوی های خانه و پروگرام های عدلی صورت می گیرد این پروگرام ها درحالات ذیل تطبیق می گردد:

- شفاخانه های روانی.
- مراکز نرسنگ.
- مراکز احیای مجدد فیزیکی و روحی اجتماعی.
- برنامه های شیلتر و یا کلینک ها.
- مکاتب عامه یا خصوصی.
- منازل گروهی.
- نماینده گی های منازل صحی.
- مراکز صحت روانی اجتماع.
- مراکز نگهداشت روزمره.
- دفاتر یا کلینک های خصوصی.
- تاسیسات صنعتی یا تجاری .

جدول ۳۴-۱ تدابیر احتیاطی برای تداوی شغلی

- تداوی شغلی که باعث محافظه علاقه مریض می گردد.
- عمل کرد و هدف اولیه نباید از یکدیگر دور گردد.
- فعالیت های افراد باید نظر به عمر و ظرفیت آنها داده شود.
- معیار و وظیفوی باید مطابق به ظرفیت مریض باشد.
- از تقویه نمودن فعالیت ها استفاده شود.
- تشویق صورت گرفته (انتقاد نشود).

احیای مجدد

پروسه کاهش دادن تشوشات روانی، اضرار اجتماعی و عکس العمل های خلاف شخص میباشد که در آن فرد معیوب کمک شود تا از استعداد خویش استفاده نماید و بتواند اعتماد بدست آورد. تشوش از دست دادن وظایف نورمال سویه های عضوی میباشد در حالیکه عدم قابلیت در سویه های فردی

عمل می کند معیوبیت در نتیجه افراد

حاصله از تشوش و عدم قابلیت بوجود می آید.

نواحی

فواید تداوی شغلی عبارتند از حفظ عادات نورمال
تنبه نمودن علاقه، کمک نمودن به تمرکز توجه
تدریس مهارت های جدید، افزایش اعتماد مریض
و تفکرشان به موفقیت میباشد.

۱- احیا مجدد محلی: مریضان مزمن ممکن برای

مدت طویل در بستر باشند یا در لیلیه ها و یا مراکز پناهنده گی باشد.

۲- احیا مجدد شغلی: توسط تداوی های شغلی و صنعتی بدست می آید و نیز چنین افراد در

وظایف استخدام می گردد.

۳- احیا مجدد اجتماعی: هر دو احیا مجدد محلی و شغلی

نیاز دارد تا از نقطه نظر توجه دهی به قابلیت های اجتماعی

ارزیابی گردد که توسط آموزش مهارت های اجتماعی

بدست می آید، و در آن محاوره، مصاحبه سلوکی،

احساسات تنظیم پولی و کاهش سلوک شرم آور اجتماعی

مدنظر گرفته می شود.

تداوی شغلی در اختلالات روانی مزمن
وسلوکی مفید است . هم چنان
در معتادین ، بحرمان و افراد معیوب
فزیکی و غیره مفید است.

منابع احیای مجدد

- سهولت ها: محدوده سهولت ها (مواد) که برای خدمات احیای مجدد ضروری می باشد عبارتند از:
- بسترهای روانی - برای مراقبت طولی مدت و عود یانکس حاد و بحرانات.
 - شفاخانه های روزمره - مراکز مراقبت روزانه و کلب های اجتماعی.
 - کلینیک های مراقبت متداوم.
 - منزل دهی موقتی و دائمی.
 - سهولت ها جهت تداوی شغلی، تداوی صنعتی، احیا مجدد کار و آموزش و کار تحت شیپتر.

سوالات برای مرور

۱. تداوی بوسیله ایجاد شغل را تعریف نموده، و مفاد آنرا در مریضان روانی واضح سازید؟
۲. نتایج مختلف تداوی بوسیله ایجاد شغل کدامها بوده و طرق یابی به این خدمات را بیان دارید؟
۳. مدل های مختلف تداوی بوسیله ایجاد شغل کدامها اند؟
۴. احیای مجدد، معیوبیت، ناقص بودن، امداد طلبی را تعریف نمائید؟

سوالات امتحان مسلکی

- در موارد ذیل کوتاه بنویسید:
 - تداوی بوسیله ایجاد شغل
 - احیای مجدد

و من الله توفیق

References

A. Western Books

- American psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd revised (DSM – IIIR), APA, Washington DC.
- Fink, M. Convulsive therapy: Theory and Practice. Raven Press, New York.
- Gelder, M. Gath D and Mayon R. Oxford Text Book of Psychiatry. Oxford University Press, Oxford.
- Granville – Grossman, K.L. Recent Advances in Psychiatry (Vol. 1 – 8). Churchill Livingstone, London.
- Hales, R.E and Yudofsky, S.C. American Psychiatric Press Textbook of Neuropsychiatry. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Hamilton, M. Fish's Clinical Psychopathology. John Wright, Bristol.
- Howell, J.D. World History of Psychiatry. Brunner/Mazel, New York.
- Kaplan, H.I and Sadock, B.J. Comprehensive Textbook of Psychiatry (5th ed.) Williams and Wilkins, Baltimore.
- Lishman, W.A. Organic Psychiatry; The psychological Consequences of Cerebral Disorder. Blackwell, Oxford.
- Slater, E. and Roth, M. Mayer – Gross Clinical Psychiatry. American Press, Washington DC.
- WHO. International Classification of Diseases – 10th edition (ICD – 10) Geneva, WHO.

B. Indian Books

- Bhatia, M.S. Dictionary of Psychiatry, Psychology and Neurology. CBS Publishers and Distributors, 11, Daryaganj, New Delhi.
- Bhatia, M.S. Essential of Psychiatry. CBS Publishers and Distributors, 11, Daryaganj, New Delhi.
- Bhatia, M.S. MCQ's in Psychiatric and Behavioral Sciences. CBS Publishers and Distributors, 11, Daryaganj, New Delhi.
- Bhatia, M.S. Named Signs and Syndromes in Psychiatry and Neurology. CBS Publishers and Distributors, 11, Daryaganj, New Delhi.
- De Souza, A. D. and De Souza, D.A. Psychiatry in India. Bhutani Book Depot., Bombay.

- Issaq, M.K. Chandrasekhar C.R. and Murthy, S.R. Manual of Mental Health for Medical Officers, NIMHANS, Bagalore.
- Klev, A., Venkoba Rao, A. Readings and Transcultural Psychiatry. Higginbothams Limited, Madras.
- Sharma S.D. Mental Hospitals in India, DGHS, New Delhi.
- Sharma, S.D. Psychiatry in Primary Health Care, DGHS, New Delhi.
- Singhal, P.K and Bhatia, M.S. Problems of Behavior in Children, CBS Publishers and Distributors, 11, Daryaganj, New Delhi.
- Venkoba Rao, A. Depressive Disease, ICMR, Delhi.

Book Name Psychiatry (Volume 2)
Author Dr. Abdul Aziz Naderi
Publisher Kabul Medical University
Website www.kmu.edu.af
Number 1000
Published 2012
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Foreign Office.
Administrative and Technical support by **Afghanic** organization.
The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it.
Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:
Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936200098

Message from the Ministry of Higher Education



In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to the German Federal Foreign Office, the German Academic Exchange Service (DAAD) and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,
Prof. Dr. Obaidullah Obaid
Minister of Higher Education
Kabul, 2012

Publishing of textbooks & support of medical colleges in Afghanistan

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality text books in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 60 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

“Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge”

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the critical situation of this war torn country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and public health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 60 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh & Kabul medical colleges. Currently we are working on to publish 60 more different medical textbooks, a sample of which is in your hand. It is to mention that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to non-medical subjects like (Science, Engineering, Agriculture, Economics & Literature) and it is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

As stated that publishing medical textbooks is part of our program, we would like to focus on some other activities as following:

1. Publishing Medical Textbooks

This book in your hand is a sample of printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is need to publish about 100 different textbooks each year.

2. Interactive and Multimedia Teaching

In the beginning of 2010, we were able to allocate multimedia projectors in the medical colleges of Balkh, Herat, Nangarhar, Khost & Kandahar. To improve learning environment the classrooms, conference rooms & laboratories should also be equipped with multimedia projectors.

3. Situational Analysis and Needs Assessment

A comprehensive need assessment and situation analysis is needed of the colleges to find out and evaluate the problems and future challenges. This would facilitate making a better academic environment and it would be a useful guide for administration and other developing projects.

4.College Libraries

New updated and standard textbooks in English language, journals and related materials for all important subjects based on international standards should be made available in the libraries of the colleges.

5.Laboratories

Each medical college should have well-equipped, well managed and fully functional laboratories for different fields.

6.Teaching Hospitals (University Hospitals)

Each medical college should have its own teaching hospital (University Hospital) or opportunities should be provided for medical students in other hospitals for practical sessions.

7.Strategic Plan

It would be very nice if each medical college has its own strategic plan according to the strategic plan of their related universities.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

We are very thankful to the German Federal Foreign Office & German Academic Exchange Service (DAAD) for providing funds for 90 different medical textbooks and the printing process for 50 of them are ongoing. I am also thankful to Dr. Salmaj 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 پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری

محترم پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری فرزند عبدالجلیل در سال ۱۳۳۹ در قریه نادرخیل ولسوالی پغمان تولد گردیده است. دوره ابتدایی را در مکتب غازی محمد ایوب خان واقع کارته پروان و دوره ثانوی خود را الی صنف هشتم در لیسه نادریه و متباقی آنرا در لیسه پغمان به پایان رسانیده است. و در سال ۱۳۸۵ از صنف دوازدهم لیسه مذکور فارغ التحصیل گردیده است و در همین سال بعد از سپری کردن امتحان کانکور پوهنتون کابل کاندید بورس تحصیلی شوروی وقت گردیده است. البته در همان وقت بورس که به موصوف داده شده بود از طرف دولت وقت کنسل گردید و موصوف در سال ۱۳۵۹ شامل فاکولته طب کابل گردید و بعد از سال ۱۳۶۵ از فاکولته مذکور به درجه ماستری فارغ التحصیل گردید. استدر سال ۱۳۶۶ به مدت یک سال خدمت عسکری در قوای هوایی و مدافع هوایی سپری کرده است و بعد از اخذ ترخیص در سال ۱۳۶۷ از طریق وزارت صحت عامه به حیث داکتر معالج در سرویس داخله شفاخانه علی آباد و در سال ۱۳۶۸ شامل پروگرام تخصص در سرویس داخله گردید، که تا سال ۱۳۷۷ به وظیفه مذکور دوام دارد است. و در سال ۱۳۷۷ از طریق وزارت صحت عامه در بخش داخله تخصص اخذ نموده است. به نسبت بعضی مشکلات در سال ۱۳۷۷ از سرویس داخله علی آباد به سرویس عقلی و عصبی تبدیل گردید و در سال ۱۳۷۸ به صفت نامزد پوهیالی و بعد از سپری کردن مدت یک سال در سال ۱۳۷۹ به صفت پوهیالی ایفای وظیفه نموده است. در سال ۱۳۸۱ به صفت پوهنیار، در سال ۱۳۸۵ به صفت پوهنمل و در سال ۱۳۹۱ به صفت پوهندوی رتبه اخذ نموده است.

والسلام

الحاج پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری

شف سرویس عقلی و عصبی

شفاخانه تدریسی علی آباد

نمبر موبایل: ۰۷۹۹۳۰۷۲۷۱