

امراض روانی

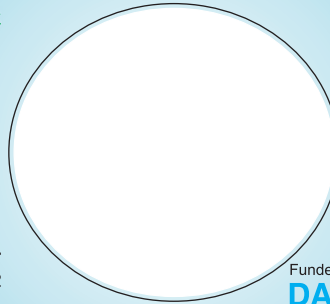
(بخش دوم)

پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری

AFGHANIC



In Dari PDF
2012



Kabul Medical University

پوهنتون طبي کابل

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

Psychiatry

Volume 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 Austausch Dienst
German Academic Exchange Service



ISBN 978-9936-200-09-8



2012





پوهنتون طبي کابل

امراض روانی

(بخش دوم)

پوهندوی دوکتور عبدالعزيز نادری

۱۳۹۱

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

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

اگر میخواهید که کتابهای تدریسی 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 همراهی نویسنده محفوظ است.

ای اس بی ان: 9789936200098



پیام وزارت تحصیلات عالی

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

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

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

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

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

با احترام

پوهاند دوکتور 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 چپتر های استفاده مینمایند که کهنه بوده و در بازار به کیفیت پایین فوتوکاپی میگردد.

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

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

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

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

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

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

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

۱ چاپ کتب درسی طبی

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

۲ تدریس با میتود جدید و وسایل پیشرفته

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

۳ ارزیابی ضروریات

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

۴. کتابخانه های مسلکی

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

۵. لابراتوارها

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

۶. شفاخانه های کدري

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

۷. پلان ستراتیژیک

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

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

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

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

از وزارت محترم خارجه آلمان و مؤسسه DAAD (همکاری های 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 تخنیکی چاپ کتب با ما همکاری نمودند.

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

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

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

داکتور یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی

کابل، نومبر سال ۲۰۱۲ م

نمبر تیلیفون دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل آدرس: wardak@afghanic.org

textbooks@afghanic.org

فهرست مندرجات

مقدمه مؤلف

مقدمه مترجم

- 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 فزیکتی

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

کتاب هذا (متن کوتاه طب روانی) یک سعی جهت پر نمودن خالیگاه فوق الذکر می باشد. در این متن کوتاه طب روانی سعی و کوشش به عمل آمده تا این نشریه ساده، سهل، فراگیر و عملاً مفید باشد. که بعضی ضمایم عمده دیگر چون تداوی و 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 فزیکدی 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 نیاز مندی 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 ای 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 حرکی.

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.

آیدیمبولوژی

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

انواع

چهار نوع تشوشات در بخاطر آوردن موجود است.

۱- **فراموشی موضعی:** یک نوع بسیار معمول فراموشی بوده و عدم توانایی 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 وظیفوی 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 الکحول
- ۴- فراموشی بعد از صدمات
- ۵- صرع
- ۶- ستوپور کاتاتونیا
- ۷- تمارض

تداوی

فیصدی بلند واقعات فراموشی روانی با اخذ اهمتامات 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

۱۱. 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.

ایدیومیولوژی

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 معلق اجتماعی مشغول شده که با هم پیوستگی خوب داشته و هیچ گاه نشان دهنده اختلال روانی در نزد شخص مذکور نیست.

در اکثریت وقعات این گریز کمتر ماهرانه بوده و یک سفر نه چندان مختصر اما اندکی پر هدف نیز میباشد. تماس گیری های اجتماعی در این وقعات 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 وقعات 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 متباز است تشوشات حافظه مجزا نبوده و آهسته آهسته از بین می رود اما اگر در مجموع دیده شود حافظه نادراً به شکل مکمل آن اصلاح می گردد.
- ۲- **فرااموشی روانی:** یک سفر پر هدف و اخذ یک هویت جدید که نسبی یا مکمل باشد در فرااموشی 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 می‌باشد.

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 نادرست.

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 میسازد.

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

اییدیمبولوزی

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

لوچه کلینیکی

لوچه 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 بینایی، حساسیت ها، الگوی های نوار برقی 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. زجر دهنده 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 اجتماعی بوجود می آید و یا از باعث ترتیب گذاری ها در میان شخصیت ها موجود است بوجود آید.

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

هیپنوزس، مصاحبه ها نیکه 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 اشیا 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 در یک 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 هپینوزس 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

سندروم	ممالک یا نواحی	تظاهرات
<p>Amurakh (irkunii, Ikota,olan, myriachit, nenkeitti)</p> <p>Amok</p> <p>Ataqua de Nervios</p> <p>Bah tschi (Bah- tsi, baah-ji)</p> <p>Bills and colera</p> <p>Boufee delirant</p>	<p>گروپ های سایبریائی</p> <p>مالیزیا، لاؤس، فلپین، پولینزییا، ناواجا، نیوگانا، پورتوریکو.</p> <p>امریکالائین، گروپ، کشتورهای لاتین مدیترانه، لاتین کارابین</p> <p>تایلند</p> <p>گروپ ممالک لاتین</p> <p>افریقا غربی، هایتی</p>	<p>همانند latak که ذیلاً ذکر شده است</p> <p>هجمه تجزیه ای که یک دوره خفا و بعداً تجاوز پرخاشگری یا سلوک دیگرگشتی مردم یا اشیا دیگر، افکار گزند رسانیدن، اوتوماتیزم، خستگی، فراموشی و برگشت به سوی یک حالت ماؤف شده کسه ممکن در جریان یک هجمه مختصرسایکوز بوجود آید و یا در جریان شدید شدن یک پروسه مزمن سایکوز بوجود آید.</p> <p>چیغ زدن های غیرقابل کنترل، حملات گریه، لرزه، حرارت در سینه که بعداً به راس میروود، پرخاشگری کلامی، تجارت تجزیه ای هجمه های مانند تشنج یا ضعیفی نشانه های خودگشتی، احساس از کنترل خارج شدن، فراموشی که در جریان هجمه است.</p> <p>توسط سترس های فامیلی بوجود آمده، تقلید از پانیک اختلالات مزاج، تجزیه ای یا شبه جسمی می کند.</p> <p>همانند latak ذیلاً ذکر شده است.</p> <p>قهو، تنش حادعصبی، سردردی، لرزه، تشوشات معده، ضباع شعور و ضعیفی مزمن.</p> <p>تهیج آنی، 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.</p>

<p>به تعقیب سترس های مکتب بوجود می آید، اعراض آن مشکلات در تمرکز، افکار و همانند سازی، ضعفی، اعراض جسمی، اختلالات شبه جسمی و افسردگی.</p> <p>به مانند سندروم amok است.</p> <p>به مانند سندروم amok است.</p>	<p>افریقای غربی</p> <p>Polynesia Polynesia</p>	<p>Brain fog •</p> <p>Cafard •</p> <p>Cathard •</p>
<p>اضطراب و تشویش های پوکاندریکل که با اخراج مایع منوی همراه است، رنگ ادرار سفید است، احساس ضعفی و خستگی.</p>	<p>ممالک جنوب شرق آسیا مثلاً هند، نیپال، بنگله دیش، سریلانکا، پاکستان، اندونزی و غیره...</p>	<p>Dhat •</p>
<p>کولاپس آبی 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>امریکا جنوبی و ممالک کارابین</p>	<p>Falling out or blocking out •</p>
<p>اشتغال با مرگ شخص یا شی که ضایع شده است، مثلاً خواب های خراب، ضعفی، احساس خطر، از دست دادن اشتها، گنگسیت، ترس، اضطراب، پرسامات .</p>	<p>هندی های امریکائی</p>	<p>Ghost sickness •</p>
<p>بی خوابی، ضعفی، پانیک، ترس از مرگ، عاطفه غضبناک، سو هاضمه، بی اشتها، عسرت تنفس، ضریان قلبی، دردهای منتشر، احساس یک کتله در ناحیه معده.</p>	<p>کوریا</p>	<p>Hwa-byoung (سنبله-اروم قهر) (wool-hwa-buying)</p>
<p>به مانند سندروم Amok است .</p>	<p>Navajo</p>	<p>Ich aa •</p>
<p>به مانند Latah است.</p>	<p>Japan</p>	<p>Imu •</p>
<p>به مانند سندروم koro که ذیلاً ذکر شده است .</p>	<p>بی مره، آسام، هندوستان</p>	<p>Jhin jhinia •</p>

<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 ایبیدیعیک آسیای شرقی واقع شود.</p> <p>فرط حساسیت در برابر یک ترس ناگهانی، بسیاری اوقات همراه با ایکسوپراکسی، ایکولالیا، سلوک تجزیه ای یا سلوک به شکل خواب آلودگی میباشد.</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 وتایلند</p> <p>سایبیریا، تایلند، جاپان، 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، دلیدی، استفراغات، اسهالات، ضعیفی، ترس از مسموم شدن، ترس از کشته شدن که باعث اعراض مختلف روانی می گردد.</p> <p>درده، 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 فربکی و مغزی، گنگسیت، سردردی، سایر دردها، مشکلات درتمرکز، تشوشات خواب، ضیاع</p>	<p>Arctic and subaractic 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 • Sangue dormido (sleeping blood) • Sati • Shenjing shuairuo
--	--	--

<p>حافظه، مشکلات هضمی، عدم کفایه جنسی، تخریث و اختلال مزاج و اضطراب.</p> <p>اضطراب زیاد یا پانیک، 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>اضطراب، شکایات جسمی (ضعیفی مشکلات هضمی، گنگسیت، ترس)، بی اشتها، احساس مالکیت توسط ارواح اجدادی</p> <p>به مانند سندروم latah است.</p> <p>به مانند سندروم koro است.</p> <p>اضطراب، ترس از اشتغال، توسط فکتورهای اجتماعی و سیاسی زیاد میشود مانند اختلال شبه جسمی نوع تبدیلی است، اختلال دیستایمیک و اضطراب، شیذوفرنی، اختلال دوقطبی، تأخر عقلی، صرع و امراض فزیک.</p> <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>به مانند Dhat است.</p> <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>تایوان و چین</p> <p>کوريا</p> <p>فلپین</p> <p>چین</p> <p>هند جنوبی، قبیله های افریقایی در امریکا، شمالی غرب هند، یوروبا</p> <p>امریکایی های افریقایی و اروپایی ها در امریکای جنوبی</p> <p>سريلانکا</p> <p>مکسیکو، امریکای مرکزی و امریکای جنوبی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Shen-kuei • Shin byung • Silok • Shuk yang • (Shook young, Suo yang) • sorcery • Spell • Sukra prameba • Susto
---	--	--

<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 کندن موها است.</p> <p>عمل است که در آن روح بدن را تصاحب شده و باعث حالت تجزیه ای می گردد (چیچ زدن، خنده و سر خود را به دیوار زدن)، بی علاقه گئی، ترک ادویه، نخوردن غذا و یا انجام ندادن وظایف روزمره.</p>	<p>جاپان</p> <p>هند</p> <p>ایتوپیا، سومالی، مصر، سودان، ایران، افریقای شمالی، شرق میانه</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taijin kyofusho • Trichotillomania • Zar
---	---	--

ایدیمبولوژی

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.

لوحة کلبنکی

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 می باشد. مسخ واقعیت زیادتیر 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 فزیکتی، اضطراب، افسردگی، تب بلند و فشار شدید مثلاً تصادم موتر، حوادث طبیعی یا جنگ نظامی شامل است. اختلالات آن را میتوانیم از هایپوکاندریازس 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 برافگند.
- 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 دفعتاً

بعد از آغاز مریضی دیده شود. هیپنوزس مفید است مخصوصاً در مریضانی که توان زیاد به هیپنوزس 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 بگویند این اصطلاح را کی ابداع کرد؟
۲. اختلالات معمول تجزیه ی را بر شمردید، فراموشی سایکوجنیک از خستکی عضوی چگونه فرق میشود؟
۳. درباره اشکال و تشخیص تفریقی فراموشی سایکوجنیک بحث نمایند؟
۴. فوگو را تعریف نموده و اسباب مختلف آنرا بر شمردید؟
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 (صده) 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 تشوشات

روانی گردد مثلاً (افسردگی در اشخاص معیوب

یا مریض سرطان)

زمانیکه فکتورهای روانی در مساعد سازی آغاز، سیرو جواب دهی در برابر تدای 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.

۱. فرضیه های مشخص شده

- a. فروید و همکارانش در سال ۱۹۱۰ امراض جسمی را در بحران‌ات روانی مطالعه نمودند.
- b. مؤلف بنام دیوج عقیده دارد که ترضیضات 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 سیفنیوس واضح نمود که مشکلات در پیدا نمودن الفاظ که ذریعه آن احساسات بیان می گردد میتواند بعداً باعث اختلالات فزیکوی روحی جسمی گردد.

ا. نظریات غیر مشخص شده

عکس العمل های عصبی فزیولوژیک

فشار روحی باعث فعال ساختن محور ادینال گردیده و باعث سندروم منتشر تطابق 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 ۱۷-۱ بعضی اختلالات معمول روحی جسمی

I - سیستم قلبی وعایی	
a-	فرط فشارخون اولیه
b-	امراض شرایین اکلیلی
c-	پروپس دسام مینرال
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-	روماتیسم مفصلی

b- فیروزیت

VI. سیستم اندوکراین

a- هایپوگلیسمی

b- مرض شکر

c- فرط فعالیت غده درقیه

d- فرط فعالیت غده پارائاتیراید

e- کاهش فعالیت غده درقیه

f- کاهش فعالیت غده پارائاتیراید

VII. سیستم معافیتی

a- اختلالات الرژیک

b- سرطان

c- اختلالات معافیتی

VIII. سیستم تناسلی

a. اختلالات روحی جنسی

- دقق قبل از وقت

- ضعیفی جنسی

- جماع دردناک

- دیسپارونیا

b. اختلالات حیض

- کاهش یافتن خون درحیض

- دود 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
میترا ل نیز اند.

هورمون ها یا مواد کیمیای مدافعوی
افراز گردیده 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 لیووسکی** 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 فشارخون اولیه و امراض شرایین اکلیلی

در جدول ۱۷-۲ شرح شده است.

پرولپس دسام میترال

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

ادویه روانی در واقعات قلبی

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

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

در بیماران قلبی، sertraline، fluoxetine،

zimelidine، mianserin، Bupropion

trazodon، fluvoxamine مصون ترین ادویه

جات ضد افسرده گی اند و لیتیموم 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 ارادار نوع تیزاید سویه لیتیموم را افزایش

میدهد. ادویه تنبه کننده ممکن باعث تنبه ادرینرجیک و 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 طولیل شدن انتروال QT و PR و تغییرات ST می گردد (زیادتر با Thioridazine اما

هالوپریدول و Fluphenazine بطورنسی 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 بی ضد افسردگی با تأثیرات clonidine متضاد بوده

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

reserpine، و پروپرانولول یکجا استفاده شود.

هالوپریدول بطورنسی در مریضان قلبی

مصون است.

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

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

تفریط فشار خون می گردد. مقدار لیتیموم زمانی که با دیورتیک تیزاید استفاده شود باید تنظیم گردد.

II. 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.

۱۱۲. 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 پیمفینگوس.
- 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 **پسوریازس** 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، هایدرورتراپی و تداوی سلوکی مفید است.

۱۱۳. 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 تاثیر گذار 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 میباشد، 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.

۸. سیستم تکثری

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

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

۹. 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 شیذوفرنی، 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 و سواسی زیادتز تمایل به مصاب شدن دارد. فکتورهای مساعد کننده معمول غذاهای اند که محتوی **تیوامین داشته** باشد مثلاً پنیر، چاکلیت یا سایر فینایل ایتایل امین ها و مونوسودیم گلوتامیت (سندروم سردردی رستورانت 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 زیادتز 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 اوئیه 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 ۱۲-۶ 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 می‌گردد عبارتند از پروپرانولول، امی تریپتیلین، diphenyl-verapamil، codeine فاسفیت و غیره. flunarizine، cyproheptadine، methysergide، hydantoin 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 ۸۰-۷۰ 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 می‌گردد.

تداوی انتخابی حمله حا د میگرن یا نیم سری مانند تجویز ارگوتامین (درمرحله توسع وعایی) یا sumitriptan مفید است. درحالیکه ازادویه جات بیتا بلاکر flunarizine و amitriptyline دروقایه مرض مفید است.

X. کرمپ نویسنده

این مرض در افرادیکه با دست کار می‌کند دیده میشود مثلاً در نویسندگان، رسامان، خیاطان و غیره.

اسباب

نظریات مختلف جهت شرح این عرض ارائه شده است.

۱- **عصبی**: در افرادیکه 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 بکه زرقیات واکسین سگ دیوانه را می‌گیرند 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 بحیث 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

فرط فشارخون اولیه	امراض شرایین اکلیلی قلب	سندروم فرط تهویه	استمای قصبی	التهاب روماتیزم مفصلی
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، افزایشات و تقبض قصبات)	اختلال التهاب که علت واضح دارد و به شکل ابتدایی مفاصل و ساختمان های آترا مصاب میسازد	علائم مقدم مخبروی ندارد و بعداً علائم تخریب اعضا
تنگی یا درد از ناحیه قصی که توسط تمرین، هیجان شدید، دلبدی، ضعیفی و سنکوپ مشخص می شود	سوزنک زدن اطراف دهن، به مانند سوزن ها که در نوک انگشتان است، سبزم، حالت نسیانی، مسخ شخصیت، واقعیت و پاتیک	وزنگ (توسط هوای سرد، الرژن، اتان، مخرشات و هیجان تشدید می گردد) دلیریوم و کوما	تب، درد و اذیمای مفاصل	اعراض
تهدیدات نوع الف در این مریضان سویه	حالاتی که باعث اضطراب عمده یا	در حالات ترس، افسردگی، ردکردن و	زنان که رویه منفی در مورد مادران دارند	نظریات

	افراد در جامعه تغییرات عمده را بوجود می آورد	نورایی نفرین، اپی نفرین، کورتیزول و تستوستیرون زیاد می گردد	اساسی می گردد مثلاً امتحان، عروسی	ضرورت اعتیاد	زیاد پرخاشگری به شکل ثانوی بعد از دلسرده شدید
تداوی	مشتمل می گردد بر فکتهای خطر، آرام سازی و تداوی سترس، ادویه ضد فشار اما برای اختلالات روانی ارزیابی شود، ادویه روانی اما برای اختلالات قلبی ارزیابی صورت گیرد	مشتمل 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 سیتیمیک، 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 پپتیک	مرض کرون	کولیت قرحی	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 ایلوم 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 کولیت سپاستیک، اسهال عصبی و نیوروزس کولون نیز نامیده میشود.
اعراض	درد ناحیه معده (در معده خالی زیاد شده)، دلبدی، استفراغ با خون و یا از باعث تنقب و یا بندش فوحه	درد دوره بی بطن، اسهالات، درد امعا، تب مقاوم، کم خونی، ضیاع وزن، سؤ تغذی	اسهال خوندار و مخاطی، درد بطنی، تب، تکی کاردی، تنقب امعا	درد، اسهال، قبضیت، سؤ هاضمه، درد امعا، بواسیر

نظریات	نظریه الکساندر (متکی، افسرده توقیف شده یا متمایل به فرحه شخصیت) فکتورهای ارثی، ازدیاد پپسینوژن، قرحات	عکس العمل نهیج 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 کولینرژیک و ادویه بلاک کننده آخذه 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 bromide و 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 کولینرژیک داشته باشد تبدیل شود.	ضد افسردگی ها و ادویه نیورولپتیک	• التهاب مری عکسوی
ادویه انتی کولینرژیک به حد اصغری استفاده شود	ادویه ضد افسردگی، نیورولپتیک، بنزودیازپین	• گستروپریزس
ادویه که شروع تاثیر سریع داشته باشد مثلاً لورازپام		• امراض فرحه پپتیک - امراض فعال امعای رقیقه
ادویه در میان غذا (به معده خالی) با یک گیلان آب اخذ شود.	ضد افسردگی ها تماماً	• جنین
از doxepine یا ترامپیرامین یا ادویه نهی کننده جذب دوباره سیروتونین استفاده شود. سویه جذب ادویه ارزیابی شود.	لیتیوم	• اسهالات دوامدار
سویه آن ارزیابی شود ممکن مقدار زیاد ضرورت شود.	لیتیوم 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 انٹی کولینرژیک 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، طولی شدن فاصله زمان پروترومبین، کاهش البومین، بلند رفتن سویه انترایم 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</p> <p>مرحله ۱</p> <p>بنزودیازپین (اوکسیدایزد)</p> <p>مرحله ۲</p> <p>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		قبض عضلات
	سردردی کلاستر	نیم سری	سردردی
جنس	در مردان زیادتز از زنان	در زنان زیادتز از مردان	مردان مساوی به زنان
عمر آغاز مرض	۲۰-۵۰ ساله گی	از بلوغ الی قطع حیض	معین نیست
تاریخچه فامیلی	فامیلی نیست	معمولاً فامیلی است	معین نیست
کیفیت درد	به شکل باره شدن یا به شکل برمه کردن.	نضائی	فشاری، محکم گرفتگی به شکل که یک فیته به دورا دور سر باشد یا معین نیست.
موقعیت درد	یک طرفه در ناحیه کره چشم یا در نواحی مجاور کره چشم مثلاً وجه یا در هر دو	یک طرفه زیادتز ناحیه صدغی	دو طرفه زیادتز در ناحیه قفوی

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 دار است	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، نحیض، 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، ستیروئید ها

سوالات برای مرور

۱. ادویه سایکوسوماتیک را تعریف نمایید؟
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 اکلینی 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 قرحه پپتیک، اولسیراتیف کولایتس، اریتیبال باول سندروم مربوط اختلال روانی جسمی بحث نمایید؟
۵. چند مرضی جلدی و امراض اندوکراین در اختلال روانی جسمی را نام ببرید؟
۶. سردردی را تصنیف نمایید و نیز بگوئید که یک مرض سردردی مزمن را چگونه ارزیابی و تداوی مینمایند؟
۷. در موارد ذیل مختصراً بنویسید:

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

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

سوالات امتحان مسلكی

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

اختلالات روانی جنسی

اختلالات هویت جنسی، پارافیلیا، عدم کفایه جنسی (ضعیفی در انتعاذ 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.

درهندوستان معمول ترین اختلال روحی جنسی که دیده میشود عبارت اند از سندروم Dhat، دفق قبل از وقت، ضعف درانتعاذ 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؟

مسائل 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** : درک شخص و آگاهی شخص از مرد و زن بودن خود است
- ۲- **نقش جنسی** : یک سلوک است که در آن فرد هویت خود (مرد و یا زن بودن خود را مثلاً پوشیدن لباس ها، آرایش و غیره) را به دیگران وانمود می سازد
- ۳- **جهت یابی جنسی** : عبارت از جلب توجه شهوانی بوده که در آن فرد احساس شهوت جنسی خود را در مقابل مردان، زنان، اطفال و اشیا غیرجنسی ابراز می کند.

هویت جنسی عبارت از درک و آگاهی از جنس خود است، که مرد است یا زن، درحالیکه بازی نمودن رول جنسی عبارت از سلوک انفرادی بخاطر جلب لذت جنسی است.

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

لوحه اساسی این اختلال احساس معند نا آرامی و غیرمتناسب بودن در مورد جنس اناتومیکی خود و خواهش

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

در سندورم ناقراری جنسی یک فرد لباسی مربوط جنس اناتومیکی خود به تن دارد خیلی ناراحتی احساس میکند و تقاضای تغییر جنسیت را مینماید.

اییدیمولوژی

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 اناتومیکی خود شاکمی 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 یک 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 ازحالات 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 فزیک**: موجودیت ساختمان های غیرنورمال جنسی تشخیص ترانسیکچوالیزم را رد

می کند.

مهبل لیبسی و قضیب لیبسی، عبارت از یک مانور تحریک کننده توسط دهن میباشد، که در آن بذر و قضیب توسط دهن و زبان تحریک میگردد و سبب تولید انعاذ 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 درمردان 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، ترانسویستیسم و لذت جنسی که توسط لباس جنس مونث بدست می آید در نظر باشد.

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

ترانسویستیسم (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.

عورت‌نمایی (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، سیرمزن دارد.

چشم‌چرانی (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 سیرمزن 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 سیرمزن 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 مزن دارد. این حالت از تخیلات آزار گیری جنسی تشخیص تفریقی میشود.

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

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

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.

ایدیومیولوژی

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

اسباب

(i) **نظریات بیولوژیکی:** آفات بعضی قسمت‌های سیستم لیمبیک، امراض فص صدغی و سویه غیرنورمال اندروجن‌ها.

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

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

(iv) **سایر فکتورها:** ارتباطات مختل شده اجتماعی و فعالیت جنسی در بلوغ، عقاید غلط و غیره در بوجود آمدن انحرافات جنسی حایز اهمیت است.

تداوی

میدروکسی پروجسترون استیات و
سیپروتیرون استیات برای توقف دادن
تاثیرات اندروجن استفاده میشود.

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

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

سیکل جنسی چهارمرحله 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 پرخاشگرانه 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 سیتیم عصبی، وعائی و اندوکراین را مینماید تا لذت جنسی و
انزال را بار آورد.

دردفق قبل ازوقت یا زود رس تکنیک آغاز و توقف و یا فشردن اله

تناسلی استفاده میشود.

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

ایدیمولوژی

شیوع دقیق عدم کفایه جنسی معلوم نیست اما سن دقیق بوجود آمدن آن در مراحل مقدم بلوغ است. اما دقیق 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 سایکوانالیتیک:** بحرانات غیر آگاهانه روانی که از باعث تجارب خراب دوران طفولیت می باشند.

معمول ترین نوع ضعیفی جنسی در بیماران شکرهمانا ضعیفی در انتعاذ اله تناسلی است.

(iii) **نظریه اسباب متعدد:** مؤلف (Kalpan ۱۹۷۴). 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 دقیق 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	تهییج	مسایل	
دفع مؤخر	ناتوانی جنسی		I. انتی کولینرژیک
	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
دفع مؤخر	ناتوانی جنسی	کاهش	V. ضد پارکینسون L- dopa
	ناتوانی جنسی	کاهش	VI. مدررها
با مقدار بلند به تعویق میاندازد	ناتوانی جنسی	کاهش	VII. ستروئیدها
	با مقدار کم بلند میبرد	کاهش	VIII. خواب آورها
دفع ریتروگرید	عدم کفایه انتعاز	کاهش	IX. مسکنات اساسی
با مقدار بلند نهی میکند	با مقدار بلند کاهش	کاهش	X. مورفین
دفع مؤخر			XI. سایر ادویه دای سلفیرام
دفع سریع			ایغدیرین

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 انتعاز، سلدینافایل، یوهامبین، ایدازوکزان اپومورفین، بروموکریپتین، نالوکزان، نالتریکزان و زرق پاپاوارین ادویه مؤثر اند.

اختلال انتعاض 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 پرانگیز 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 می خواهد لذت جنسی را از دیاد بخشد میباشد تا روابط جنسی را با دیگران قابل سازد. هم جنس بازی دارای یک اساس قوی جتیکتی میباشد.

اییدیمبولوژی

شروع دقیق این اختلال معلوم نیست
فکر می شود ۶-۱۰٪ مردان ۲-۴٪ زنان
مصاب به هم جنس بازی باشد.
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
در سندروم بیقراری جنسی و در همجنس بازی از تداوی
رفتاری استفاده میشود.

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. تنهایی 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 فیشیستیک ترانسویستیزم
- ۵- هم جنس بازی کاذب: در این حالت بحران اولیه متعلق به قدرت و وابستگی میباشد.

تداوی

- a. **تحلیل روانی**: در این حالت جهت یابی جنسی توسط غیرملبوس ساختن بحران 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 ضمیمی**: مثلاً افسردگی یا شیزوفرنی
- b. **سندروم دهن (DHAT Syndrome)**: یک نیوروز حقیقی مربوط به فرهنگ است که در نیم قاره هند معمول است.

دوا هایی 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)، سترئوئید ها، هیپنوتیک ها، ترانکولایزر های عمده، مورفین، دای سلفسران، ایفیدرین و غیره.

ایدیمیولوژی

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، ضعفی، اضطراب، از بین رفتن اشتها و غیره و ممکن با اعراض روانی چون شرم، مزاج افسرده، فقدان تمرکز و حافظه مراجعه کند و بعضاً با عدم کفایه جنسی (عقامت، دقق قبل از وقت) و مریض چنین می گوید که در ادرار اش مایع منوی (دهت) خارج میشود.

تشخیص تفریقی

۱. مریضی های فزیک. 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 دهت 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.

ایدیمیولوژی

شیوع دقیق معلوم نیست یک اختلال نادر است.

لوحه کلینیکی

مطابق به DSM-IV اضطراب شدید و ناگهانی بوجود می آید که فرد فکر می کند که قزیب 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 وغیره.

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، لوحه کلینیکی و تداوی آن مثل کورو میباشد.

سوالات برای مرور

۱. انواع مختلف اختلالات روانی جسمی را تصنیف نمایید؟
۲. اصطلاحات ذیل را تعریف نمایید:
 - (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 نمایید؟
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 منجمت همجنس گرایی توضیحات دهید؟
۷. Dhat چیست؟ ایپیدمیولوژی، منظره کلینیکی، تشخیص تفریقی و تداوی سندروم Dhat را شرح دهید؟
۸. فرق کنید بین:
 - (a) ترانسوستیزم (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 (سادیسم)
 - (e) 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 تطابقی (تعریف، اپیدمیولوژی، اینیولوژی، تشخیص تفریقی، نداوی)،
اختلالات انگیزه (قمار بازی مرضی، آتش زدن، دزدی های روانی، اختلالات انفجاری متناوب
(وخریداری اجباری)

۱. اختلالات تطابقی

لوحة مهم تشخيصيه اين اختلالات عبارت از عكس العمل ناسازگاری است که در مقابل یک فشار مشخص
روحي اجتماعي و در جريان سه ماه بعد از بوجود آمدن اين فشار واقع می گردد.
اصطلاحات ديگر بکه برای اختلالات تطابقی استفاده می شود عبارت است از اختلالات گذری وضعیتی
شخصیت، تشوشات گذری وضعیتی، عكس العمل ناسازگار وغيره

اختلالات تطابقی عكس العمل های غير تطابقی که در برابر فشارهای روحي
اجتماعی بوده، در سه ماه بعد از فشار روحي بوجود می آید.

اپیدمیولوژی

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

لوحة کلینیکی

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

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

اسباب

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

تشخیص تفریقی

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

تداوی انتخابی اختلالات تطابقی مداخله بحران است.

تداوی

مداخله در بحران است 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.

ایدیمبولوژی

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 و حل مشکلات شان است. زمانی که قمارشان زیاد می گردد افراد دروغ می گویند تا بتوانند پول خود را زیادتر بدست آورند و یا قمار را ادامه دهند اما وسعت قمار را پنهان می کنند.

اصطلاح کلیتومانیا درسال 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 غیرعدلی، طلاق، افکار خودکشی و یا کوشش به خودکشی باشند.

تشخیص تفریقی

- ۱- قماربازی 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.

کلیتومانیا 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 نمیده 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 تراز یک مورد بوده و هم چنان بنام «Motivationless arson» نیز یاد می شود.

اسباب

دزدی روانی توسط عقده اودیپوس متبازز 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- شیزوفرنی
- ۵- اختلالات عضوی روانی

تداوی

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

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

ع- 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.

اییدیمیولوژی

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

لوحه کلینیکی

اندازه پرخاشگری دریک 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 نکانه 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 فزیکسی 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، لیتیم و ادویه ضد اختلاج و غیره داده شده است. همچنان تداوی های تحلیل روانی، تداوی سلوکی هپنوزس 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 بکنند. 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 نمیشد. اختلالات آن مو رفتگی موضعی تریکوبدر (دلیدی، استفراغات، درد بطنی و کمخونی) تشوشات در وظایف و اختلالات ثانوی روانی نیز موجود میباشد. تشخیص تفریقی مشتمل بر علت مو رفتگی ها، اختلال و سواس 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 بگ 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 تثقب 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 نمایند؟
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، ویژه گی شخصیت درمقابله با اختلالات آن، اختلالات خوشه ئی A، B و C (پارانویید، شیزوئید، ضد اجتماعی، هستریونیک و اختلالات اناکاستیک)

شخصیت نورمال

طرز رفتار و نوع افکار مشخص است که تطابق شخصی را در برابر محیط مشخص می سازد. مشتمل بر فنکتهای 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 غیر تطابقی در تمام دوره بلوغ یا کهنولت دیده میشود اما در عمر متوسط یا پیری بعداً کمتر آشکار می باشد.

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 نشاندھی می گردد و زمانی می باشد 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 تحدیدات 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 درصد افراد واقع می شود و از نظر تصنیف به کلاس های ذیل تقسیم میشوند:

اگر نوع شخصیت از باعث بیماری همان نوع باشد انذار خوب ندارد، مثلاً در شیوزوفرنی شخصیت شیزوئید، در OCD شخصیت اجباری، در حالات پارانوئید، شخصیت پارانوئید، در هستر یا شخصیت هستریونیک و غیره

کلتور A

- این گروه مشتمل بر انواع اختلالات پارانوئید، شیزوئید و شیزوئیدیل 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 دیگرگونی 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 غیر مستقیم 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 حیثانی و ضد اجتماعی مساعد میباشد.

- **هایپوکاندریازیس** 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 گروه کلاستر C فکتورهای ارثی نیز رول دارند (مخصوصاً در اختلال شخصیت

اجباری) تداوی انتخابی اختلالات شخصیت روان درمانی (انفرادی و گروهی) بوده، تداوی گروهی 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 گروه 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، لیتوم در اکثریت اختلالات	روان درمانی گروهی، روان درمانی فردی، تداوی سلوکی، تداوی دوایی، ادویه که جذب دوباره سروتونین را نهد 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) انانکاستیک
۴. بین اختلالات شخصیتی ذیل چگونه فرق مینمائید:
 - (a) سکیزوئید و سکیزو تایپ
 - (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، کتابلکسی، 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 REM (Rapid Eye movement) و حرکات غیر سریع چشم یا NREM (Non Rapid Eye movement) 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 برمی 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 دربرمی 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 هرثانیه ۲-۰.۵ سیکل را طی می کند.

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

مرحله چهارم

تقریباً ۵۰ فیصد فعالیت امواج دلنا 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 استیتایل 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 زیادتر 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، زیادتر افراد در خانه های خود آرام می خوابند و موجودیت امراض روانی و فیزیکی یا اخذ ادویه نیز بالای آرام بودن خواب تاثیر دارد (مثلاً الکهول یا مشروبات که کافیین دارد).

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

اییدیمبولوژی 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 شاکمی میباشند. افراد مسن به خواب رفتن و زودتر از خواب بیدار شدن شکایات دیگر اند در حالیکه افراد جوان شاکمی اند که نمیتوانند به خواب بروند.

انواع مهم اختلالات خواب

I - اختلال خواب مایوکلونیک (پاهای بی قرار)

شکایت است که در آن عضلات عمیق ساق پا درد می کند 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 برای 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 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 کمتر ارتباط با مانیا دارد.

انبارملتی 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 - کتابلکسی

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. کتابلکسی، 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) زیاد ترشوائی 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 می‌کند. تاریخچه فامیلی معمولاً موجود است. این اختلال در تمام طول حیات ادامه دارد و منجر به عدم قابلیت اجتماعی روانی و شغلی می‌گردد. و بعضاً منجر به حوادث سؤ استفاده ادویه چون الکل و افسردگی می‌گردد. 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 (نورتریپتیلین، پروتریپتیلین) برای تداوی نرکولپسی - کتابلاکسی از آیودین، گاما هیدروکسی بیوتریت، مونوآمینوآکسیدازها (ترانیلسپرومین)، 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 می‌کند و مشتمل می‌گردد 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 فیزیکی و یا اختلال روانی تشخیص تفریقی گردد.

تداوی آن مثل نرکولپسی می‌باشد.

V - مستی خواب یا sleep drunkenness (ایدوپاتیک هایپرسمنولنس)

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

در جریان روز، همراه است. در دوران طفولیت یا بلوغ آغاز می گردد و زیادتیر 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، در حالیکه در cataplexy تون عضلی از بین رفته بناً شخص بعد از یک حالت هیجانی خواب می شود.

ایدیپمولوژی

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 حرکتی یکجا است.

تشخیص تفریقی

۱- حملات صرع نوع روحی حرکتی

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.

ایدیمبولوژی

تقریباً ۱-۴ 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 میباشد.

تشخیص

آغاز مرضی توأم با دو چند یا چهار چند افزایش ضربان قلبی و افزایش موج ه های الفا در نوار برقی مغز میباشد.

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 benzodiazepin 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 پهلوی قرار دارند آنها بیدار می گردند. حالت سترس افزا و نوشیدن الکهول این حالت را زیادتر میسازد.

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

سوالات برای مرور

۱. در مورد روانشناسی خواب طبیعی مختصراً توضیح دهید؟
۲. بعضی اسباب معمول بیخوابی و از دیاد 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) اینیورزس 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 نارکولپسی
 - دندان جوییدن در خواب
 - ناقراری شبانه
 - راه رفتن در خواب
 - کلین لیوین سندروم
- بین ترس شبانه و کابوس تفریق کنید

اختلالات خوردن

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

مختل شدن اشتها و تشنگی ممکن نشان دهنده تشوشات ابتدائی سلوک باشد که به علت عوامل فیزیکی یا حالات مرضی بوجود می آید.

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

I. چاقی

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

در کاهلان چاقی هایپرترونیک معمول است در حالیکه چاقی هایپریلاستیک در طفولیت معمول است.

ایدمبولوژی

چاقی یک اختلال معمول غذایی بوده نظر به احصائیه معاینه غذایی 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 می دهند قرارذیل اند:

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

II- **سن:** تقریباً در سنین ۲۰ الی ۵۰ سالگی سه مرتبه شیوع زیادتیر 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، پیلوت 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 درقیه.

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 فیزیکی:** کاهش فعالیت های فیزیکی امروز یک مشکل صحت عامه را ایجاد نموده است چنانچه با کم شدن فعالیت فیزیکی 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 بطین سوم و غیره).

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 تربیتلین و امی پرامین)، لیتیوم، risperidone، olanzapine، انسولین و الکحول.

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

یک شاخص 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 "بیک ویکان سندروم" پیشرفت نماید. که این سندروم متصف است به کاهش تهویه یکجا یا هایپرکپنی (افزایش کاربن دای اکساید درخون) و کاهش اوکسیجن در خون (هایوکسیا) 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 وسایر 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 و فیات از باعث سرطان های پروستات زیاد میباشد و در زنان چاق اندازه و فیات از باعث سرطان های تخمدان، رحم، عنق رحم و ندیه 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 فبری 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 ملی لیتر شیر، ویتامین و آهن داشته باشد. هدف اساسی باید از ۱-۰/۵ کیلوگرم کاهش در وزن باشد.

۴- **تمرینات** : به شکل کمکی در پهلوی رژیم غذایی استفاده میشود اما در صورتیکه کدام حالت طی 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 اشتهاپی 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 بی 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 نمیشد.

قبلاً مؤلف William Gull آنرا "سؤ 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.

ایدیومیولوژی

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 زیادتیر ارزیابی می کنند.

قطع شدن عادت ماهواردر بی اشتھائی عصبی معمول است .

b- **مشخصات شخصی وفامیلی** : 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 راپور داده است و هم چنان در این افراد اندازه افزایش اختلال مزاج نیز راپور داده شده است.

c- **نظریات اندوکراینی** : در این افراد استروجن، پروجسترون، هورمون تنبه کننده فولیکول و هورمون لیوتینایز به اندازه کمی موجود است. همچنان در افراد مذکر ابتارملتی 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.

دری اشتھائی عصبی بیمارنی تواند وزن بدن خود را حفظ کند درحالیکه درپرخوری میتواند ان را حفظ کند.

لوحه کلینیکی

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

۱- **سلوک**: به شکل بک عکس العمل پریشانی شدید بعد از خوردن تظاهر 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

تشوشت تصویر بدن دربی اشتھائی عصبی د بده 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 تشوشت 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 اشتھائی در افراد بالاتر از عمر ۳۰

سالگی بوجود می آید.

تشخیص

نظر به DSM IV (۱۹۹۲) برای تشخیص بی اشتھائی 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- تشوشت در زمینه وزن، جسامت و شکل و سایر حالات در مورد بدن (تشوشت 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- هذیانات غذایی مثلاً در مریضان شیذوفرینی

۴- پرخوری

۵- امراض طبی با بی اشتھائی عصبی

پرخوری عصبی که بنام سندروم غذائی chaos

نیز یاد می گردد متصف است بر پرخوری شدید.

- آغاز در سن بلند
- بستری شدن زیاد در مدت قبلی
- کمی وزن کمتر از ۱۵ فیصد وزن نورمال
- استفراغات یا پرخوری
- اگر حیض اولی نا وقت تر آغاز شود
- عروسی شده
- سؤ استفاده از مسهلات
- عصبانیت در اطفال، وسواس اجباری، افسردگی، هستریکل
- 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 مصاب اند بسیار مؤثر و مفید است.
- b- **تداوی دوایی:** ادویه ضد افسردگی (ادویه جدید) نیز استفاده می گردد. لیتیوم در افرادی که استفراغ می کند و یا مسهلات استفاده می کند مضاد استتباب است.
- c- **تداوی فامیلی:** بحرانات فامیلی که میان والدین موجود باشند باید حل گردد.

بیمارانی که مصاب به پرخوری یا بی اشتھائی عصبی اند بیشتر مساعد به بی نظمی های قلبی کشنده میباشند.

- d- **تداوی روانی انفرادی:** تداوی روانی انفرادی قسمی صورت می گیرد که از سلوک خود آگاه باشد که این تاثیر بالای امراض شان دارند.
- e- **تداوی شوک برقی مغز:** یک معیار نجات دهنده 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 ورزش و یا مکرراً 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 وحرکی میباشند. در اطفال شیر خوار لوحه کلینیکی سؤ تغذی از نوع مرسوموس 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. **سهم 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 کاهی یا متناقص:** مثلاً اگر طفل برای مدت طولانی در ماشین انکویتور نگهداری شود.
- c. **سهم 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 اشتهائی، پر خوری.

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

لوحة 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 بنفسهی و وضعیت اطفال شیر خوار موجود میباشد.

بی اشتھائی عبارت از ضیاع اشتها است که معمولاً در بیماران روانی بیشتره تعقیب افسرده گی رخ میدهد.

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

تداوی

این محرومیت روحی اجتماعی باید ازحالت ذیل تشخیص تفریقی گردد. حالات عضوی چون انومالی های ولادی، انتانات وغیره که باعث عدم موفقیت در تکامل می گردد. مداخلات ممکن در برگیرنده:

- تقویت روحی اجتماعی مثلاً حالات اقتصادی را بهتر ساختن و یا کاهش درتجربید
- مداخله راونی 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 خویتر

VI – استفرافات با منشأ روانی

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

۷ - 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 الکتروولایت ها با کاهش قند خون، افزایش سویه کلسیم یا گرفتن دیورتیک.

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

IV. سندروم افراز غیر متناسب هومورن ضد دیورتیک: در این سندروم کاهش سودیم 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 لیست 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 نمایند؟
۲. ایتیلوژی و تداوی چاقی را تشریح نموده، استطببات جراحی در تداوی چاقی کدامها اند؟
۳. بی اشتهایی عصبی چیست، تاریخچه، تظاهر کلینیکی، تشخیص تفریقی 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) میریسزم
۶. اسباب موفق نشدن برای کنترل وزن کدامها اند؟ در مورد منجمت آن بحث نمایند؟
۷. اختلال آب نوشیدن اجباری چیست، در مورد تشخیص تفریقی آن بحث نمایند؟

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 پیاجیت، تأخر عقلی، اختلالات اوتوستیک، شیروفربای دوره طفولیت، سندروم ریت، سندروم هیلر، سندروم اسپرجر، فرط تحرکیت، تک، پیکا، کندن موی بدن، عدم تکلم انتخابی، 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 حرکتی
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 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 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- آوازه های 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 جمبر 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 میاموزد، 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 حرکتی شعوری: در گروپ های ۱.۵-، 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 معنا های 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 ۱۱-۷ 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).

اییدیمولوژی

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 (بالتر 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 قائم 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 قائم 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 زیادتو در افراد مصاب به تأخر عقلی دیده میشوند

a- اختلالات فزیکی

۱- اختلالات حسی (۲۰ فیصد)

- نقیصه در دید و یا شنوایی

۲- اختلالات حرکی

- شخی

- بی موازنگی

- اتیئوزس

- صرع (در افراد که شدیداً مصاب به تأخر عقلی اند)

b- اختلالات روانی (در تمام انواع)

۱- شیزوفرنی. 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 استمنا یک 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

ايديمبولوژی

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



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

۱- ترایزومی 21 (کاریوتایپ مادر نورمال است)

۲- بیجاشده گی در میان کروموزوم ۱۵ و ۲۱

۳- موسیسیم (Mosaicism) بشکل یک عدم

موجودیت تشوش وظیفوی واقع میشود(در

هر دو حجرات نارمل و ترای زومیکک تظاهر

میکند) خطر وقوع آن در خانم هایی که

در سندروم داون ترایزومی ۲۱ بین کروموزوم ۲۱ و ۱۵ موقعیت دارد. ترایزومی ۲۱ سبب معمول آن میباشد. چانس عود مرض از نظر تغییر موقعیت جن ها زیاد میباشد.

عمرشان ۲۵ سال است ادر ۲۳۰۰ است، ۱ در ۱۰۰ درخانم هائیکه عمرشان بین ۴۰ الی ۵۰ است و

بالاخره ۱ در ۴۶ درخانم هائیکه بالاتر از ۴۵ است دیده میشود.

در سندروم داون نقایص اذینی بطینی، حجاب بین البطینی و بندش دایمی 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 ابنارملتی های امعا، I.Q. در میان ۲۰-۵۰ 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 رُخ 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 (۵۵فیصد)، 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 و غیره.

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

c - سندروم کلاین فلتز

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

تأخر عقلی ممکن در سندروم جنینی الکھول، سندروم جنینی هیدانتوتین ، لوسندروم، پرنادر ویلی ، سنتورج وینر ، ترایزومی ۱۳ یا ۱۸ ، سندروم رویلا، هوموسیستین یوریا و کلاکتوزیمیا واقع شود.

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

d- فینایل کیتون یوریا

یک اختلال میتابولیک است سویه انزیم فینایل الانین هایدروکسیلاز کاهش یافته بناً ایل- فینایل الانین به تیروزین 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 ووظایف عالی شده رعشه، اختلاج، هایپرکاینزیا، مقویت عضلی افزایش یافته، موی سفید، عنبیه آبی، جلد ملایم، آفات التهایبی، رش، اگزایما و بوی گنده بدن بوجود می آید.

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

تداوی. اخذ فینایل الانین باید محدود شود.

e- مرض مپل سیروپ یورین (Maple syrup urine)

سویه امینواسید های (لوسین، ایزولوسین و والین) که پیشقدم کیتواسید ها است، افزایش می یابد.

تشخیص. فیریک کلوراید به ادرار مریض رنگ آبی میدهد.

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

f- توپیروز سکلیروزس یا (Epiloia) Tuberous 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 وگت (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، اوستیوسکلروز، 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 هیپوجینتالیزم 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 تنبه 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- **بهبودسازی 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 امینوتیک 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، فزیتو تری 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.

اییدیمبولوژی

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 ۵-۴ به نسبت ۱ است.

ایتولوژی

- ۱- فکتورهای ارثی: در مونوزایگوت ها نظر به دای زایگوت ها زیاد است.
- ۲- اسباب طبی: انتانات سیستم عصبی بعد از ولادت (میننژیت، انسفالیت)، رویلا ولادی و سایتومیگالو وایرس، 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 نزدشان موجود است.
 - اشتغال با قسمت های از اشیا (مثلاً چرخاندن دوام دار یک چرخ).
 - در برابر تغییرات محیطی بسیار ناآرام میباشد.
 - علاقه طفل بسیار محدود می گردد.

۴- سایر تظاهرات

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

آموزش دهی برای تشناب رفتن در عمردوسالگی
 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 باشد مثلاً محاسبه نمودن، حافظه فوری، قابلیت های موسیقی وغیره.

انداز: 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

- شیروفربینی 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)، افزایش 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 هالوپیریدول میتواند فرط فعالیت و سایر سلوک های تخریبی را کاهش دهد.
- آگونیسست 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 انتاگونیسست 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 سازه 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 آن 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 سکولیوزس و یا کیفوسکولیوزس در اوسط دوران طفولیت.
- بعضاً حرکات کوری مانند.

ناتوانی در آموزش معمول ترین سبب خواندن دراطفال 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. زیادتر در بچه ها بوجود می آید.

تناسب بچه ها با دختران هشت به نسبت یک است. این ابتارملتی الی دوران بلوغ توسعه یافته و دوره های سایکوزس در آغاز دوره کهولت واقع می گردد. سایر اسمای این سندروم اوتیستیک سایکوپتی و اختلال شیژوئید 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 نقط گذاری دارند. اعراض مشتمل می گردد بر بطنی نوشتن، تکرار حروف، غلطی در یافتن لغات، دوباره نوشتن، اغلاط گرامری، در تداوی همانا تعلیم دهی شامل است.

b- اختلال تکاملی مطالعه: مهارت های مطالعه بطی میگردد، سرعت مطالعه بطی 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 حرکتی، 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.

اییدیمیولوژی: 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 حرکتی): بعضی اطفال مصاب به تکامل مؤخر حرکتی میباشد که تقریباً ۵ فیصد اطفال مصاب به یک تشوش عمده در وظایف حرکتی 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 پرخاشگری 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 بکبار 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. زیادتر 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، اتانانات پرازیتی، انسداد بولی و یا اتانانات (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 خیر 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 عمراو پائین تر از هفت سال باشد در هیچ نوع جرم قابل سزا نیست.

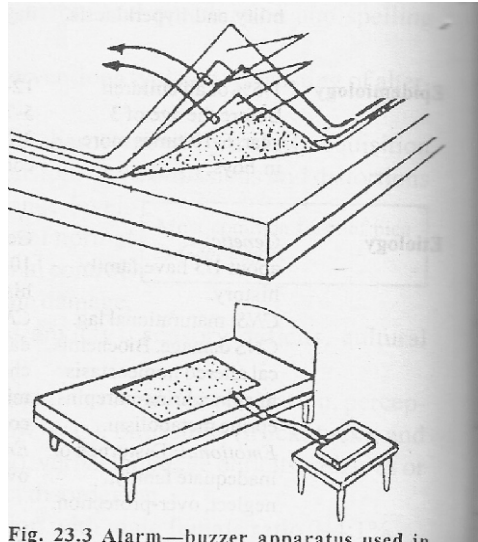


Fig. 23.3 Alarm—buzzer apparatus used in

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)

مشمول 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 معانی"، "عدم اقتدار"، "میگا کولون 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 تویرکلوز.

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 گردند سخن نمی زند و با افراد بیگانه نیز سخن نمی زنند.

b- ثانوی: ممکن است از باعث ضیاع شنوایی، شیزوفرنی، افازی، 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

در سندروم Idiot. Savant علی الرغم تکامل غیرنورمال وظیفوی بعضی وظایف ممکن در اطفال نورمال بجا بماند مثلاً محاسبه و قابلیت در موسیقی.

- 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.

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 مکرر 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: زیادتیر 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 زیادتیر 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.

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 درتداوی اختلال غیرنورمال تکامل استفاده میشود .

در معاینه علائم 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 اندازاختلال اوتیزم است و **IQ** پائین اندازخراب دارد.



شکل ۲۳-۴ یک پسر ۱۱ ساله با تأخر عقلی خفیف که متکرراً توسط پدر ۴۲ ساله معناد 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

بهرتر است که این اختلالات جلوگیری شود نظر به اینکه به تداوی آنها پرداخته شود اما در گذشته ها توجه

اوتیزم در اطفال قبل از عمر سه سالگی دیده میشود.

اندکی به این مسله مبذول شده است جلوگیری حایز

اهمیت زیادی است زیرا میتودهای تداوی به اندازه

کافی در دسترس نیست.

به سه سوپیه وقایه می گردد

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

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

داده شود.

معیوبیت های بالخاصه آموزش ممکن مطالعه ، شرح نمودن ، نوشتن هم اهنگی 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 اثانات مادری مثلاً چیچک، سفلیس، توکسوپلازموزس، سگرت نوشی، الکهولیزم، توکسمیایی حاملگی و غیره 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 و غیره میشود) که بعداً باعث اختلال روانی و یا معیوبیت روانی می گردد. سموم مثلاً سرب، ارسینک و غیره، مریضی های فزیکلی مخصوصاً مریضی های 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 مرضی 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 جرائم، 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 مسؤلیت خانواده را به دوش می گیرد (نهایت گرم) و دیگران تقریباً هیچ مسؤلیت پذیری نمی کنند (نهایت سرد) که ممکن باعث مشکلات سلوکی شود.

سوالات برای مرور

• تعریف نمایید:

- (a) اختلال فرط تحرکیت
- (b) Gilles de la tourettes syndrome
- (c) بیقراری انتخابی
- (d) باترد- 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) فیتال هابدنشن سندروم
- (m) فیتال الکول سندروم
- (n) فراجل ایکس سندروم
- (o) تصلب دکمه بی
- (p) لاورنس مون- بیڈل سندروم
- (q) کلین فلتر سندروم
- (r) ترنر سندروم
- (s) روبیلا سندروم
- (t) ...

سه الات 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 نمایند؟

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 فزینی 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 کِهولت میگردد.

عالم دیگری بنام ژان پیازه 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 کِهولت 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 سوبه 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:** پیازه چهارمرحله 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 نادرأ 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 تشریفات: 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 مودل نظریاتی دارد که عبارت اند از بیولوژیک، تکاملی، روحی، آموزشی و پدیدۀئی

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 لوايح اجتماعی پروسه تکاملی تأکید می کند و این نظریه بیشتر جنبه انسانی داشته و زیادتیر تأکید آن اهمیت ایگو بوده نه آید.

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

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

III. مودل سایکودینامیک

این مودل 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. مودل آموزش

در فهمیدن سلوک انسانی مودل 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- بلوغیت 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 هیجانان.

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 پر مفهوم 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 متبازز 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 کار بودن، 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 عمدۀ توسط جین‌ها منتقل می‌شود مثلاً نفوذ ارثی کوری هانتینگتون در روانشناسی طورذیل خلاصه میشود:

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

a- تمایل ارثی نظر به اِنارملتی بالخاصه.

b- ارثیت پولی جنیک که زیادتراً 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.

صع: 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 کیفیت‌های 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 کلینیک، امراض عقلی والدین به سه طریقه عمده ذیل تاثیر گذار 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 و سواس 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 خویتر سلوکی از استادان، احترام به اطفال، موقع دادن با آنها تا که مسؤولیت 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 دراطفال 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- غیرحاضری 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 دوابی) سلوک عرضی (عادات متکرر) ۴۰٪
- ۶- تقاضا برای مشکلات که جهت تشخیص و تداوی قبلاً سعی صورت گرفته است (۲۰-۱۰ فیصد)

کنگوری 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 اشتغالی عصبی و پرخوری عصبی، ادارشبانہ، انجام فعل تغوط در لباس ها، تیک و اوتیزم (غرق افکار

درونی).

تغییرات در شیوع با درنظر 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 ادارشبانہ 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 درآیند.

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 سؤ استفاده 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، الکهولیزم، 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 مرضی 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 تقاضا ها 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 بحرانها 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 رامیاسازد. والدین ممکن از سلوک غیر قابل 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 مسؤلیت 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 بحرانات مزمن نیز درگیر میباشند، که این والدین با اطفال شان از نظر روانی دچار مشکل اند. بحرانات حتی بعضاً باعث رابطه و قطع حقایق با والدین شده میتواند.

f- رفتار ضد اجتماعی و ضد آموانه

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.
 - رفتن 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 اشتهاهی عصبی، و ترس از مکانات مرتفع، و بیشترین واقعات کاهش در اختلالات تکاملی در طبقه اناث 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 مُعَبَد 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 می خواهد 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 واقعیتناهیانه 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 فکراند (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 در دوره 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 تدای چنین مریضان از تدای 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. اگر چه در معیارهای تشخیصیه ذکر نشده است، اما در بعضی تظاهرات عمده درج است، که عبارت اند از رفتارهای ضد اجتماعی، سؤ استفاده 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 اشتیاقی، 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. درتداوی 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 دران 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 فزیک 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 تبه‌ی که در آن هیچ نوع علاقمندی نوجوانان شامل نباشد. در طبقه اناث خودکشی‌ها بیشتر توسط مردان اجبار می‌گردد. میزان خودکشی‌ها حتی در ممالک مرفعی دنیا درست معلوم نمی‌گردد زیرا بیشتر را پور داده نمی‌شود.

f- تأخر عقلی

قبل از اینکه در مورد تأخر عقلی بدانیم باید که در رابطه به عمل متقابل اجتماعی، روحیه، تکامل جنسی و سایر واقعات دوره کھولت 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 می‌گردند 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 توانایی 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 بی‌اشتهایی عصبی در کاهلان افزایش یافته اما در عین حال حجمه‌های زیاد خوردن در افراد جوان خصوصاً خانم‌های جوان دیده میشود. چاقی نادراً باعث مراجعه اشخاص به داکتران روانی می‌شود. با وجود اینکه چاقی شیوع بیشتر دارد و باعث تاثیرات و تغییرات در اعتماد به نفس اشخاص و ارتباطات با دیگران می‌گردد.

روش تدای در تشوشات کاهلان

اگرچه نیاز زیادی به تدای روانی دیده نمی‌شود اما تنظیم سیستماتیک مشکلات شخصی، اجتماعی، تعلیمی، حقوقی و اخلاقی لازم بوده می‌تواند. تدای باید به شکل کارگروپی بوسیله مشوره دهی‌ها 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 بستردن مریض باید شش معیار ضروری موجود باشد.

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

تداوی که توسط یک گروپ قبلاً تعیین شده اجراً می گردد توسط آنها مریض باید هرچه 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 قرارداده میشوند که در آن سهولت هایی که توسط خدمات صحی ملی ارائه شده موجود باشد که این سهولت ها عبارت اند از:

- مکاتب و مراکز برای اطفال عدم تطابقی موجود باشد.
- مکاتبی که مجهز به 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 لیتیوم 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 تشوشت 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 گروه 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 آورشویم. 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.

پرسی 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 بگویند که پرابلم های نوجوانی را چگونه ارزیابی مینمائید؟
۴. اختلالات روانی را در نوجوانی تصنیف نموده، راه های مختلف تداوی آنها 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 پرونیسیس

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، دلبریوم، زوال عقلی، شیروفرنی، 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 درسن پیری رخ میدهد بنام Gerontology یا د می گردد درحالیکه Geriatric مطالعه عوامل و تداوی طبی امراض را گویند که درسن پیری واقع می گردد.

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

نفوس اشخاص پیر

درایالات متحده امریکا وانگلستان درحدود ۱۲ تا ۱۴ فیصد افراد بالاتراز سن ۶۵ سالگی موجوداند درحالیکه درهندوستان این ارقام به ۳۸ فیصد میرسد. نظربه احصائیه سال ۲۰۰۱ درهندوستان هفت فیصد تمامی نفوس را افراد بالاتراز سن ۶۰ سالگی تشکیل میدهد.

اییدیمبولوژی

اختلالات روانی به اساس مطالعات صورت می گیرد که درغرب اجراً شده است و نظربه احصائیه گرفته شده ۵۰ الی ۶۰ فیصد افراد پیر مصاب به اختلالات روانی اند. شیوع دقیق این اختلالات درهندوستان هنوز معلوم نیست اما اختلال عمده که دراین گروه افراد موجود است عبارت از افسردگی اساسی میباشد و اختلالاتی که درسن 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 می شود.

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

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

لوحة کلینیکی

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

تداوی

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

ادویه جاتی که می تواند 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.

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

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 بالاتراز سن ۶۵ سالگی ۱.۲ الی ۲۱.۹ فیصد می باشد. 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 الزهیمیر می باشد که می تواند 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 تریئوپان و دوپامین کم میشود در بیماری الزاهایمر کاهش در انزایم کولین استیایل ترانسفراز دیده میشود بنأ باعث کاهش استیایل کولین می گردد.

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

ادویه :

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

میتابولیک:

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

انتانات :

- انتانات طرق بولی
- صدی
- سپتی سمیا

قلبی وعایی :

- عدم کفایه قلبی
- احتشای قلبی
- فرط فشارخون
- تفریط فشار خون
- کمخونی
- بی نظمی های قلبی
- تضییق دسام ابهر

داخل قحفی:

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

توضیحات:

- 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 بر طرف نمایند و در جاهای عامه مسیر خود را پیدا نماید ونمی دانند در خریداری های خود ومنزل سهم 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 اتانات 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، افزایا، اپراکسیا) و تشوشات قدم موجود میباشد.

عوامل رجعی زوال عقلی عبارت اند از عوامل

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

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

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

استطاب آنها درشیزوفرنی، حالات پارانوئید، مانیا، دلیریوم و دربیقراری، پرخاشگری 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 pimizide, 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 وغیره.
- 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 تر استفاده شود مثلاً trazodone، mianserin، sertraline، fluoxetine، bupropion، fluvoxamine وغیره.

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 میگردد عبارتند از Isoxuprine، papaverine، cyclandelate.

g- منبهات مغزی

در این گروه pipradol، penthylene-trazol، 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 نظریه دوطرفه باید استفاده شود.
- شکل معین شده شوک برقی باید استفاده شود.
- شوک برقی باید به دفعات کم داده شود.
- درمریضان افسردگی اگر اعراض سایکوزس دارند باید به شکل محدود استفاده شود.

i-تداوی روانی

درمریضان که نزدشان خوداعتمادی کم است حایز اهمیت میباشد.

عامل معمول پارکسون کسی ادویه جات است.

II - سایکوزس وظیفوی

a- اختلالات که مشابه وبا یکجا با شیروفرنی است (پارانوئید سندروم)

تاریخچه

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

اییدیمبولوژی

- شیوع مرض ۰.۲ الی ۰.۳ فیصد در افراد بالاترازسن ۶۵ سال است.
- ۴ فیصد اختلال شیروفرنی 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 شیروفرنی 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 شنوائی 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

- آغاز ناگهانی 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.

انذار خراب اختلالات مزاج در کهن سالان، اگر در عمر زیاد آغاز شده باشد، بیماری های شدید فزیک، 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:

اپیدمیولوژی. 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 مرضانی 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 گرایمی 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:

5٪ همه 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.

- پرحرفی 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 و دلیریوم آغاز نماید.
- حالات مختلط بیشتر معمول میباشد.

ازادویه جات که تأثیر دوام کوتاه دارند مثلاً
 zopiclone ، lorazepam ، oxazepam
 یا zolpidem باید در کهن سالان استفاده شوند.

تداوی

a- معیارات عمومی:

- بستر شدن
- ارزیابی فنکوره‌های اجتماعی
- تجرید ، تقویه و همکاری فامیلی در مورد امراض فزیکه باید ارزیابی و تداوی شوند.

b- تداوی بالخاصه:

- ادویه: سه حلقه ئی ضد افسردگی. ادویه که تأثیر مسکن بودن شان کم است مثلاً sertraline ، bupropion ، venlafaxine ، desipramine و flouxetine.

- شوک برقی: ضرر این میتود نظربه ادویه کم است.

c- معیارات اجتماعی:

- معیارات احیای مجدد لازمی است.
- تداوی شغلی.
- ارزیابی در خانه و حمایت اجتماعی بسیار مهم است.

نتایج

حالاتی که انداز خوب ندارد:

- اگر مریضی بصورت مؤخر آغاز شده باشد (بعد از عمر ۷۰ سالگی).
- اگر امراض عضوی جدی فزیکه موجود باشد.
- افسردگی بیشتر از دو سال.

III. حالات نیوروزس

a- حالت اضطراب

ایپدیمبولوژی

در ۱۰ فیصد زنان کهن سال شیوع دارد که سن شان بالاتر از ۶۵ سال است. بیشتر شان مصاب به اختلال ترس اند مخصوصاً اگر افوبیا 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 ۴۰-۳۰ پارانوئید سایکوزس موجود است.

تشخیص

حالات معمول فیزیکی که معمولاً از تشخیص دورمی 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 لیو ادویا
- 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 مونوآمینوآکسیدازها در اضطراب فویک استفاده میشود.
- در اضطراب عمومی بنزودیازپین به خصوص از آنها یک نصف عمر شان کوتاه است (کوتاه تر از ۴ تا ۸ ساعت) استفاده صورت گیرد مانند زولفیدیم ، زویکولوم، اوکرازیم و لورازیم.
- از باربیتورات ها خود داری شود.

- پروپرانولول باعث کاهش اضطراب جسمی شده درشکر، عدم کفایه قلبی و استمای قصبی مضاد استطب 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
- درخانه 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 درخانه 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 صحتی کمک خواسته میشود، محل بود و 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 فیزیکی 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 آغازنمایید 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-بستوشدن

- از نگهداری مریض در ادارات جلوگیری می گردد.
- باعث ازدیاد علاقه شان میشود.
 - علاقمندی مریض را به تداوی جلب کنید.

توسع دهنده های اوعیه مغزی مثلا
isoxuprine
papaverin.cyclandelate
dehydroergotoxin وتوسع دهنده ها چون
piracetam استفاده کمی ومحدود در کهن سالان دارد.

تداوی واقعات عاجل

- امراض فزیکي
- تاثیرات ادویه
- شکستن سیتم 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

شوڪ برقی مغز در کهن سالان مضاد
استطباب 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 و سایل برایش آمده شود.
- اعضاً شفاخانه یا مرکز صحنی باید واضح سخن بزنند.
- آهسته سخن بزنند و بدانند که مریض خوب میشوند.
- اگر شخص دچار حالت درد باشد نیاز به 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 نمائید؟
 - (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. ایپیدیمیولوژی اختلالات روانی را در پیری تشریح کنید (مخصوصاً در هندوستان)
۴. اسباب دلیریوم را در پیری بر شمرده، چگونه بین زوال عقلی الزهایمر (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 تحیض، 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
- تخریشیت
- مزاج بی ثبات

- شناخت:

- کاهش تمرکز فکری
- مشکوک بودن
- حساسیت
- خود کشی یا دیگر کشی

- درد:

- سردرد
- حساسیت ثدییه 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

ایدیمیولوژی

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 الدسترون زیاد میشود.

- ۳- سایر اسباب هورمونی: فقدان ویتامین بی یا مگنیزیم، تغییرات در سویه گلوکوز، ازدیاد میلانین.
 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
 دردوره 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

ایدیومیولوژی

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 کسالت، تخریثیت، و نخواستن حاملگی موجود است.

postnatal blue عبارت از یک نوع تشوشات گذری مزاج است و از جمله اختلالات معمول روانی دوره نفاس یا بعد از ولادت شمرده میشود.

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 حیض 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 فزیکلی 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 تریپتوفان پلازما را پور 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. **ایدیومیولوژی:** 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.

لوحه کلینیکی

(به جدول ۲۶- ۱ مراجعه شود)

- تنها بودن و یا تشوش نمودن در مورد امراض فیزیکی
- 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 اشتهائی، 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 استیپتاب نیست اما در صورت اخذ لیتیموم باید قطع شود.

e. سایر اختلالات نیورو تیک

ترس، حالات اضطراب، و حالات وسواس اجباری ممکن واقع شوند.

f. سایکوزهای بعد از ولادت

ایدی میولوژی

از ۱ الی ۲ واقعه در هر ۱۰۰۰ ولادت.

شیوع اوسط سایکوز بعد از ولادت ۲-۱ 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 تشوشات مزاجی در دوران نفاس

سایکوز بعد از ولادت	نیوروز بعد از ولادت	افسردگی بعد از ولادت	
۰/۲ 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
قابله، کارمند صحتی داکتر معالج نادراً داکتر روانی	قابله (اجتماع)؛ کارمند صحتی و یا داکتر داخله	قابله (شفاخانه)؛ داکتر ولادی	۴. تماس نخست مسلکی
عام است، مخصوصاً زمانی که تشوشات سلوک شدید باشد	غیر معمول	هرگز نی	۵. رجعت دهی روانی
درسرویس مادر و طفل بستر شده ادویه ضد سایکوز، ضد افسردگی، شوک برقی مغز، لیتوم، مشوره دهی و توصیه در مورد حاملگی بعدی	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 جینیکی:** 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 بیوشیمیکی:** 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 (تشوشات خواب) هم چنان سویه پروجسترون نیز پائین آمده (افسردگی) نیز از جمله اعراض سایکوز بعد از ولادت است.

- ازدیاد بیشتر سویه ادینوزین مونو فوسفیت حلقوی (AMP) در زمان حاملگی.
 - در اواخر حاملگی سویه کورتیزول 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 حرکتی کم می گردد و نزد مریض بی ثباتی و بی علائگی موجود است.
 - خواب مرحله چهارم کم شده و ارتباط با تخریثیت 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 فیزیکی:** 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 در یک زوج عبارت از بین رفتن روابط زوجی است.

نتایج

تقریباً ۷۰ فیصد مریضان کاملاً خوب میشوند، سایکوز مزاجی نظر به سایکوز شیزوفرنیک انذار خوبتر دارد.

در حالات ذیل انذار مریضی خراب است:

- تاریخچه مثبت خانواده گی
- تاریخچه شیزوفرنی
- 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، تخریشت، 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 توثین باید درسه ماه اول حاملگی و شیردهی اجتناب گردد.

لوحه کلینیکی

(به جدول ۲۶-۲ مراجعه شود)

- اعراض حرکی وعائی
- 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 وغیره

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 پرولاکتین، کورتیزول، هورمون تنبه کننده تایراید و برای ایودو تایرونین.
- ازدیاد سویه هورمون تنبه کننده جسم اصغر، هورمون تنبه کننده فولیکول و سترادیول.

تداوی انتخابی سندروم بعد مینوپوز روان درمانی
و ادویه جات ضد اضطراب استروجن و ضد افسرد
گی است.

۲- منظره سایکوانالایتیک

- 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 اتروفی یا خشکی مهبل اما اعراض چون بیخوابی، تخریشت، 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 مذکر)

حالات زیادی است که خانم حامله را متأثر میسازد اما شوهر این خانم ها نیز از بعضی اعراض رنج میرد 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 فزیکمی 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 ترخیصی و ناآرام کننده بوجود می آید.

در شیر تديه غلظت لیتیوم ۱/۳ 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 سؤال استفاده جنسی طفولیت، از بین بردن حاملگی، اختلال سترس پس از سانحه (PTSD) و عقامت یکجا باشد.

سندروم couade در سه 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 تحبض 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) اندومترپوزس
 - 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 تحبض
 - انقطاع طمس

واقعات عاجل روانی

تعریف، خودکشی، خشونت، کاتوتونیا 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 حاد 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 فزیکتی 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

۱. خودکشی

حالت است که در آن یک فرد بدست خود زندگی خویش را خلاصه 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٪ تا ۳۳.۹٪ در هر یک صد هزار افراد بالاتر از عمر پانزده سال راپور دهی شده است.

جدول ۲۷ - ۱ تفاوت های اپیدمیولوژیکی 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	احصایه 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 الکلیزم	اختلال مزاجی و الکلیزم	۸. تشخیص اساسی
شخصیت از نوع سایکوپتیک یا هسترونیک و مرضی	کدام نوع معین ندارد	۹. نوع شخصیت
گونه دیده می‌شود		
خوردن ادویه به مقدار بلند، مسموم کردن و یا بریدن بند دست خود	آویزان کردن، غرق شدن در آب، به مرمی، خوردن زهر و ادویه کشنده یا سوزاندن	۱۰. طریقه خودکشی

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 ۲۲-۲ 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 بيمرد	بی ارتباطی، رفع توهم
۷. محتوای افکار	ناامیدی، بیچاره گي	در شک است زنده باشد، بمیرد، یا تحمل کند
۸. شیوه فاعل	در شک است دو دلی دارد که زنده بماند یا بيمرد	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 مثلا 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 کولیسترول خون و انبارملتی های محور هایپوتالاموسی ادرینالی نیز یک ارتباط با خودکشی ها دارد.
۳. امراض عقلی: افسرده گی، الکولیزم، شیزوفرنی، 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 فردی 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. ایگوئیستیک (Egoistic): از باعث ضیاع یا از بین رفتن یک پارچه گی و اتحاد، تجرید و شخصیت ماوف بوجود می آید.
۲. آلتروستییک (Altruistic): چنانچه در جنگها دیده شده مثلا عساکر به خاطر دفاع از وطن کشته می شوند.

۳. اتومیک (Anomic): زمانیکه 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

۱. اختلال سیستم عصب مرکزی	۲. اختلالات سیستم اندوکراین
- صرع	- امراض کوشینگ
- جروحات رأس	- بی اشتهایی
- تصلب قطعی	- کلاین فلتر سندروم
- سکنه های مغزی	- پورفیریا
- امراض هانتنگتون	- کاهش فعالیت غده تایراید
- زوال عقلی	
- ایدس	
۳. اختلالات سیستم هاضمه	۴. اختلالات بولی تناسلی
- قرحات معده	- بزرگ شدن غده پروستات
- التهاب ویروسی کبد	- امراض مزمن کلیوی (مریض که دیالیز می گردد)
- سیروز کبد	
۵. سایر حالات	۶. ادویه
- سرطان ها	- فینوتیازین
- جروحات قطع کننده	- ریزربین
- جروحات نخاع	- ادویه ضد فشار بلند خون
- فرط فشار خون	- انتی هیستامین ها
- التهاب روماتیزمی مفاصل	- بنزودیازپین ها
	- باربیتورات ها
	- ادویه ضد حاملگی
	- لوادوپا
	- الکحول

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

- بمیرد.
۳. تمامی افرادی که خود کشی می کنند بیمار روانی اند
۴. هر گاه یک فرد از حالت افسردگی بدر آید خطر خود کشی پراکنده می گردد
۵. خود کشی ارثی و یا می تواند در فامیل ها باشد
۶. یک بار اگر شخصی خود کشی را اقدام نماید همان طور باقی می ماند
۷. خود کشی بیشتر در افراد غریب واقع می گردد
۸. نویسنده گان و نقاشان بیشترین ارقام خود کشی را دارند
۹. خود کشی در فرهنگ های قدیمی موجود نیست
۱۰. خود کشی مذهبی در جاپان معمول است
۱۱. فکتور های فرهنگی اجتماعی در شیوع خود کشی نفوذ نمی کند
- بیشتر تمایل به تحریک ساختن را دارند.
۳. افراد مصاب به امراض روانی نمی باشند
۴. خطر خود کشی در مرحله عمیق افسردگی و یا در زمان که فرد رو به خوب شدن باشد زیاد تر است.
۵. شواهد در مورد فکتور های ارثی موجود نیست اما بعضی از بیماری های روانی ممکن به ارث برده شود.
۶. برای یک مدت زمان محدود در سر خود فکر خود کشی را می کنند اما بعداً آهسته آهسته خوب می شوند.
۷. خود کشی تقریباً در تمام طبقات اجتماعی واقع می گردد اما در طبقه غریب جامعه نسبی کم است
۸. دکتران و افراد پولیس بیشترین ارقام خود کشی را دارند زیرا دست رسی به وسایل کشنده دارند و نیز وظایف شان پر از آندوه می باشد.
۹. خود کشی تقریباً در تمام جوامع و فرهنگ ها واقع می شود.
۱۰. خود کشی مذهبی در جاپان جدید نادراً تصادف می کند میتود معمول فعلاً اخذ زیاد ادویه باریتورات است.
۱۱. بی عدالتی سیاسی اجتماعی، حوادث طبیعی و تائید فرهنگی باعث افزایش در شیوع خود کشی می گردد.

تداوی افراد که دست به خودکشی می زند

(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 فکتور های که بستگی به خودکشی دارند

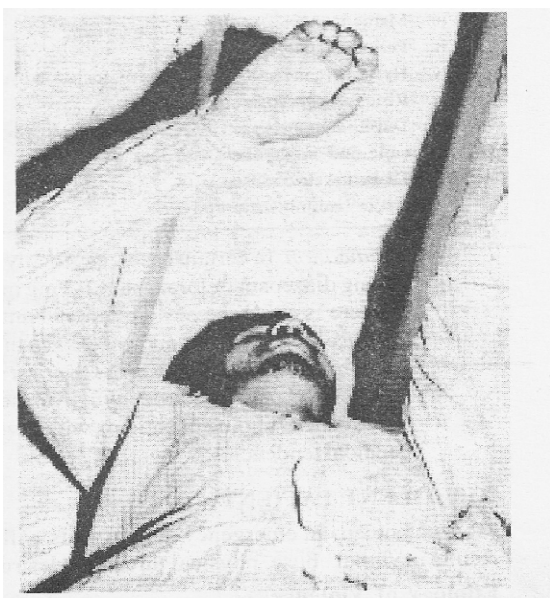
ارتباط مثبت	ارتباط منفی
• جنس مذکر	• حالت مدنی (متاهل)
• عمر فزاینده	• اولاد داری زیاد
• بیوه گی	• ارقام پائین نفوس
• طفولیت	• زنده گی در دهات
• تعداد بلند نفوس	• مذهب پروری
• زندگی در شهر های بزرگ	• جنگ
• بحرانات اقتصادی	• غربت
• استفاده الکول	
• از بین رفتن خانواده در طفولیت	
• مجرم بودن	
• امراض فزیک	
• 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، و یا تغییرات ناگهانی در حالات 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 افکار سعی به خودکشی
 - سؤ 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 شیروفرینی 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 فزیک و کلامی نیز گردند.

ادویه جات که ارتباط به خشونت دارد معمول ترین آن ها الکهول ، امفتامین ، کوکائین ، و خواب آور هاو غیره.

۱- فکتور های بیولوژیکی

- **نیوروترانسمیتر ها:** استقلاب سیروتونین به نظر می رسد که دخیل باشد. محصول میتابولیزم سیروتونین درمابغ نخاع شوکی کاهش میابد.
- **انبارملتی های کروموزومی XXY** ، انبار ملتی های کروموزوم جنسی میتواند در رفتار تهاجعی ذیدخل باشد.
- **الکھول و ادویه:** یک ارتباط در میان رفتار تهاجعی 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.

stupor یا catatonia عضوی ممکن از باعث آفات basal ganglia ، سیستم لمبیک، داینسفالون ولوب جبهی بوجود آید.

تشخیص تفریقی

- ۱- اختلالات عضوی مغز
 - سؤ استفاده از مواد یا قطع دوا
 - اختلالات اعصاب مرکزی
 - صرع ساده مغلق
 - 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 درشیزوفرنی، 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 ۵۰-۲۵ 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 Carbamazepin, Phenytoin, لیتیوم, propranolol ممکن در بعضی واقعات مفید باشد.

- محدود سازی فیزیکی: به این منظور از کمر بند های چرمی، بنداز ها و غیره استفاده می گردد (استفاده از ریسمان و زنجیر جلوگیری شود).

۴- حمایت: هر شخص مثلاً اقارب، نرس، رفیق و یا محافظ شفاخانه هر کس 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.

تودپور (Torpor)

در این حالت بیمار خواب آلود بوده به آسانی به خواب می رود و درک بسیار کم و سرعت بطی 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 سربیریت 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 و قایوی

- محافظه مایعات و باز نمودن طرق هوایی
- ارزیابی وظایف قلبی
- سایر: وظایف اطراحی و جلوگیری 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 کلینیکی 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 انتی 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 علائم 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 ندارند و

<p>توسط دوی انتی سایکوز تداوی شوند بوجود آید در مراحل ابتدائی واقعات و فیات راپور داده نشده است</p>		
<p>اعراض عمده آن (شخی شدید عضلات، بی ثباتی معند سیستم اتونومیک و تب) معمولاً ۲-۹ روز بعد تأسس می کند، کانفورژن و معشوش شدن شعور</p>	<p>تهیج زیاد شده می رود بطور وحشیانه نا آرام و خشونت می کند رفتار تخریب گرانه که ۳-۱۵ روز دوام می کند، موتیزم شخص ممکن یکجا با تهیج موجود باشد، غذا و مایعات نمی گیرد تب متناوب و زیاد شونده، نبض ضعیف و سریع فشار خون پائین</p>	<p>II سندروم مکمل آن</p>
<p>اختلالات شدید مثلاً ذوب شدن عضلات با افزایش کریاتین کیناز، مایوگلوبین یوره، عدم کفایه کلیوی و ترومبوز داخل وعائی که امبولیزم ریوی می دهد و باعث عدم کفایه تنفسی می گردد. ۲۰ - ۳۰ فیصد وفیات دارد. در مرحله سندروم مکمل آن.</p>	<p>لاغری شدید، اختلاجات، دلیریوم، کوما و ممکن مرگ واقع شود</p>	<p>III مرحله نهائی</p>
<p>تمام ادویه انتی سایکوتیک قطع شود دوا های دوبامین آگونیسست (که حالت کمی دوبامین را کم سازد) ادویه نهی کننده کانال کلسیم (که شخی عضلات را کم سازد) و ادویه بیتادرنجیک که تکی کاردی را کم سازد. سایر معیارات نظر به ضرورت داده می شود شوک برقی مغز در نظر باشد.</p>	<p>دوا های انتی سایکوتیک و سایر تداوی ها تا که اعراض سایکوتیک را کنترل کرده باشیم</p>	<p>IV تداوی</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 ستاتوس 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 سیزم عضلات ناحیه گردن، تنه و عضلات چشم می گردد. این اختلالات به شکل تورتیکیولیس 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 سیزم حنجره است. درتشخیص تفریقی آن باید اختلال حملا تیتانی، اختلال هستریک در نظر باشد.

در موجودیت تاریخچه اخذ ادویه نیورولپتیک تشخیص آن صورت می گیرد. اما بعضا دواهای دیگر چون میتوکلورپرماید، ادویه سه حلقه ئی، لوادوپا نیز میتواند باعث دیستونیا گردد.

تداوی

- ۱- Promethazm به مقدار ۵۰-۲۵ میلی گرام.
- ۲- Diphenhydramin به مقدار ۵۰-۲۵ میلی گرام عضلی یا وریدی
- ۳- Biperiden به مقدار ۳-۲ میلی گرام عضلی
- ۴- Diazepam به مقدار ۱۰-۵ میلی 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: اکتیازیا

یک سندروم است که در آن نزد مریض بیقراری حرکتی 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 پارکینسون ممکن مفید باشد. ادوجات بنزودیازپین مثلاً (Lorazepam-clonazepam) و بیتابلاکر پروپرانولول ممکن مفید باشد. در بعضی واقعات کم ساختن مقدار ادویه نیورولپتیک و یا تغییر آن ممکن کمک نماید.

اکتیازیا توسط بیتابلاکرها یا بنزودیازپین تداوی میشود.

C: پارکینسونی ناشی از ادویه

مشابه بیماری پارکینسون 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 خیبث نیورولپتیک

مشمول می‌گردد بر بلند رفتن درجه حرارت، شخی عضلات، بی ثباتی سیستم اتونوم و ضیاع حالت شعوری که تقریباً ۰.۲ درصد 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: اگر انولوسایتوزس

معمولاً در هفته ۸ الی ۱۶ تداوی واقع می گردد.

Aggranulocytosis از باعث فینوتیازین در ۳-۲ 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 و تری 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 ۵۰الی 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 انداز:

سندروم باترد طفلی (Battered baby syndrome)، سندروم بخش مراقبت جدی (ICU syndrome)،
هجمه حاد شیزوفرنی، 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. دوا ها معمولی را که در واقعات عاجل روانی استفاده میشوند نام گرفته، در مورد عکس العمل دیستونیک حاد، سندروم نیورولپتیک، خبیث بطانت، تسمم با لیتیم 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 لیتیم

طب روانی عدلی

قانون جنون هندوستان، قانون صحت روانی، مسؤلیت های جنائی، مسؤلیت های مدنی، قانون ادویه مخدر و مواد روان زه، اخلاقیات، زناى 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 میباشد.

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 میباشد. 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 میباشد 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 میرود 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 درپناه گاه قبول کنند نه توقیف.

- ۱- بستر شدن رضا کارانه
- ۲- حکم استقبالیه
- درخواست کتبی
- افراد مجنون خطرناک
- ۳- مریض که ذریعه درخواست بسترشده 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 داکترطب (ضرور نیست که داکترروانی 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 مسطنطق 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 بیمارروانی و شفاخانه 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.

۱۱. 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 میباشد 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 بسترمی گردد.

- بستردن باید داوطلبانه باشد

- در حالات بالخاصه باید صورت بگیرد
- تداوی موقتی
- به حکم استقبالیه محکمه
- بستردن در شعبات عاجل
- ممکن است برای نظارت بستر گردند

فصل پنجم: تفتیش، مرخصی، رخصت یا غیر حاضری 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 میباشد.

سندروم G anser 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 بپردازد.

فصل هشتم: محافظه حقوق انسانی افراد مصاب به مریضی روانی

- باید به تمام حقوق افراد مریض احترام شود.
- شکنجه میخائیکی 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 دو صد روپیه 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.

۱۱۱. 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 انستوت 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 درمورد 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 دورماند.

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 وملکیت:** نظر به قانون انتقال جایداد (۱۸۸۲) تنها اشخاص 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 بدنیآ 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 قرارداده شود طلاق میتواند نظر به ماده ۱۳ قانون جنائی توسط هر دو زوجین داده شود در صورت 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 شیذوفرنی اصطلاح سایکوپاتیک به معنای اختلال معند روانی است که باعث رفتار شدید و غیر مسئولانه 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 کاراست.

۵- قابلیت شهادی دادن: (قانون شواهد هندوستان ۱۸۷۲)

شخصی دیوانه نمی تواند شهادی 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- **اتوماتیسم:** 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 مسؤل 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، باریتورات 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 میلی گرام کوکائین و یا ۲۵۰ میلی 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 مسؤولیت 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 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 من حیث 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 روانکاوای بود که توانست در توضیح و تشریح اختلالات روانی مفید واقع شود.

مفهوم طب روانی جامعه در نشریه تحت نام تحرک حفظ الصحة 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 متد اوم 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 ۱۰-۲۰/۱۰۰۰ است.

- نیوروزس و اختلالات روحی جسمی تقریباً ۳-۲ مرتبه بلند تر راپور داده شده است.
- تقریباً ۱-۲ 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، فیزیکی، 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 درچوکات 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- تداوی: 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 بک قوه کاری درشفاخانه 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 درمراقبت 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 پارکسون، 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 فلوپیرادول

۵- Thioxanthene: chlorprothixen، thiothixene

۶- Diphenyl butylpiperidine: pimozide، penfluridol

۷- مستحضرات indol: molindone

۸- Ranwolfia alkaloid مثلاً reserpin

۹- سایر مستحضرات غیروصفی: olanzapin، risperidon، sulpiride، rimoxipride، clozapin.

lozapine و ziprasidone، 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 پارکینسون را میدهد و میتوانیم آنرا توسط ادویه جات ضد پارکینسون کنترل نمایم.

جدول ۳۰- ۱ بعضی مولفین که درتکامل تداوی با ادویه جات نقش دارند.

-
- Ayurveda (۴۰۰۰ قبل از میلاد): داتوره و نبات serpeatin
 - هیپوکرات: مستحضرات نباتی برای بیماری های روانی
 - Arfuedson (۱۸۱۷): لیتیوم 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 شیزوفرنی
 - 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): لیتیوم برای مانیا استفاده شد
 - Haflinger: امپیرامین
 - Charrenti (۱۹۵۰): خصوصیات کلورپرومازین را شرح نمود
 - Laborit: از پرومیتازین استفاده نمود
 - Jean delay (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 تجاری	نام جنریک صنف
				phenothiazines .I
				Aliphatic .a
25-100 (i/m)	200-600 (upto2000mg)	100	Largactil	Chlorpromazine .i
60-150 (i/m)	50- 150 (upto400)	26-30	Megatil sunprazin Siquil	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)	10mgof oral Fluphenazin =12.5-25mg	0.61	Anatensol Fludecon Prolinat	Fluphenazine .ii hydrochloride
20-30(I/m)	45-150	2weeksof Fluphenazine Decanoate	Stemetil Majepitil (trilafon)	Fluphenazine .iii decanoate
-	15-45	15	(tindal)	.Iv
5-10	16-64	8,4-9,6		Prochlorperazine .V
-	60	22-24	Mellaril	.V
-	200-600	90-104	Thioril Sycoril	Thiopropazine Perphenazine .Vi
-----	150		Thiozine,melozine	.Vii
12.5-50(I/M)		50-62	(serentil)	Acetophenazine maleate
-----	2-12			
-		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
2.5-5(I/M)	Decanoate			Haloperidol .I
	75-200		(taractan)	
	6-30		(navane)	
		36-52		
		3.4-5.4	Orap.mozep	Halopreidol .ii
	2-10		Semap	decanoate
25-175(I/M)	20-60			
	(every 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	200-900		Oleanz,oliza,	.IV
4weeks)	5-20		olanex	diphenylbutyl
		-		Piperidines
		-	Dogmatil)	Pimozide .i
75-200	600- 1800		Serpasil	Penfluridol .ii
4(I/M)		-		.V
			Sizodon risdone	Dibenzoxazepine
	30-60		Rispid rozidal	Loxapine
				Indole .VI
				Derivatives
				Molindone
				Hydrochloride
				.VII
				Dibenzodiazepine
				Clozapine
				Olanzapine

				Substituted .VIII benzamides Sulpiride Rauwolfia .IX alkaloids Resepine + Miscellaneous .X Risiperidone Remoxipride
--	--	--	--	--

جدول ۳۰-۳ عوارض جانبی ادویه جات ضد سایکوز و تداوی آن ها

انواع	عوارض جانبی	میکانیزم تأثیر	تداوی
A. عوارض جانبی خارج اهرامی	۱- دیستونیا، شخی عضلات حاد معمولاً وضعیت Opisthotonus و بحران چشمی دهنی	درسیستم ستریتال آخذه های دوپامین را بلاک می کند.	ادویه ضد پارکسون، ادویه انتی کولینرژیک و بتزودیازپین
	۲- akathesia (بی فراری کلامی و یا حرکی)	درسیستم ستریتال آخذه های دوپامین را بلاک می کند.	ادویه ضد پارکسون، بتزودیازپین
	۳- اعراض پارکینسون بطاقت، رعشه و شخی	رر	بتزودیازپین، بلاک کننده های اخذه بیتا ضد پارکسون
	۴- سندروم خرگوش (لب ها را به مثل خرگوش می جود)	رر	بتزودیازپین، بلاک کننده های اخذه بیتا و یا ادویه ضد پارکسون
	۵- tardive dyskinesia حرکات غیرارادی دهن، زبان، پلک زدن، خطر زیاد در بزرگ	حساسیت زیاد آخذه های دوپامین فرط فعالیت نورادرنالین با clozapin واقع	پارکسون

<p>کولینرژیک، کولین، ریزپرین، 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 نادرً ادویه جات ضد اختلاج مثل کاربامازپین استفاده میشود.</p> <p>ازبوتیروفنون یا pimozide استفاده شود، دوز واحد شبانہ.</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</p> <p>معلوم نیست</p> <p>قدمه حمله را پائین می آورد.</p> <p>آخذہ های الفای ادرینرژیک بلاک میشوند</p> <p>آخذہ های نورادرینرژیک وسپروتونین درمغز بلاک می گردد</p> <p>معلوم نیست</p> <p>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 آخذہ های مسکارینک</p>	<p>۲. قبضیت</p> <p>۳. احتباس ادرار</p>	
<p>ضحامه پروستات باید رد شود</p>	<p>رد</p>	<p>۴. cycloplegia</p>	
<p>Bethanecholin ۲۵-۵۰ ملی گرام سه بار در روز قطع شود.</p>	<p>بلاک کردن اخذہ های مسکارینک</p>	<p>۵. توسع حدقات چشم</p> <p>۶. دلیریوم اتی کولیزجیک</p>	
<p>ندارد، اما بعضاً pilocarpin2% ندارد بعضاً pilocarpin2%</p>	<p>رد</p>	<p>۷. بحرانات کولیزجیک</p>	<p>b. بلاک شدن ادرینرجیک</p>
<p>Physostigmin ۱-۲ ملی گرام عضلی، دیازپام، از ادویه جات نیورولپتیک به مقدار کم.</p>	<p>رد</p> <p>رد</p>	<p>۸. افزایش ضربان قلب</p>	
		<p>۱. کاهش فشارخون وضعیتی</p>	<p>C. عوارض جانبی</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، اتان تداوی شود سایر ادویه جات استفاده شود.</p> <p>آخذة تغییر داده شود</p>	<p>بلاک شدن آخذة های الفا ادرینرژیک</p> <p>رر</p> <p>بلاک شدن آخذة های مسکارینک و ادرینرژیک</p> <p>عکس العمل فرط حساسیت</p> <p>عکس العمل فرط حساسیت</p> <p>عکس العمل idiosyncratic</p> <p>آخذة های دوپامین در هاپیو تلموس بلاک میشود</p> <p>رر</p> <p>معلوم نیست</p> <p>کاهش هورمون ها ی جنسی</p>	<p>۲. مختل شدن انتعاز، دفق و ضعیفی جنسی</p> <p>غیرموازنگی درجه حرارت بدن</p> <p>زردی صفراوی</p> <p>اندفاع مکرولو پاپولر</p> <p>- کاهش موقتی کریوات سفید خون - کاهش صفحات دمویه خون</p> <p>۱. افزایش شیر ۲. بزرگ شدن ثدیه ها ۳. افزایش وزن 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 تغیر دهید</p> <p>علائم حیاتی را ارزیابی نمایند.</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 بطنی</p> <p>معلوم نیست ممکن الرژیک باشد</p> <p>معلوم نیست علائم خارج اهرامی</p> <p>بلاک شدن آخذہ های دوپامین درجنین. 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 ۱. قرته ۲. رنگه شدن شبکیه</p> <p>سه ماه اول</p>	<p>f. قلبی</p> <p>g. عوارص جانبی درچشم</p> <p>h. حاملگی</p> <p>I. سندروم قطع ضد سایکوتیک</p>
---	--	---	--

گروپ دوا	مضاد استتباب	احتیاط های لازم
a. منبهات	امراض قلبی، فرط فشارخون، تیک، شیزوفرنی، اضطراب، فرط حساسیت	امراض کبدی، تاخر عقلی در اطفال، افسرده گی، گلوکوما، احتباس ادرار، عدم کفایه ریوی و کلیوی.
b. ضد اختلاج	انحطاط مغزاستخوان، عدم کفایه کبدی، حاملگی و شیردهی	عدم کفایه ریوی، کبدی قلبی، تداوی با ادویه جات ضد، استفاده مزمن
a. carbamazepin	پورفیریا، اختلال نقیصه توجه، درد مزمن، حمله petitmal صرع	عدم کفایه کبدی، باریتورات ها، مشکلات خون، عدم کفایه ریوی و کبدی
b. phenobarbital	بلاک اذینی بطنی، حاملگی، شیردهی، صرع	کاهش مایعات بدن و یا کم اخذ شدن نمک، تداوی بارژیم غذائی، عدم کفایه کلیوی
c. phenytoin- valproic acid	امراض Addison، عدم کفایه قلبی، عدم کفایه شدید کلیوی، عدم کفایه تایراید، گلوکوما، احتباس ریوی، ریوس فلجی، امراض قلبی	سایکوزز، تب بلند، عدم کفایه کبدی و ریوی
d. ادویه جات که تمایل به خودکشی را زیاد می کند		
۶. لیتوم		
۷. 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 قرارذیل 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

استطبابات:

۱- استطبابات 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 وسواسی 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:

- هانتگتون کوری مثلاً (هالوپیرادول)
- دلبدی واستفراغ
- 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) schizo depression) amoxapin

، 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 و عائی 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 و عائی، صرع، فرط فعالیت تائیراید، گلوکوما، احتیاس ادرار، عدم کفایه کبدی و کلیوی، تمایل به خودکشی.

جدول ۳۰-۵- عمل متقابل ادویه جات با دوپامین و آنتاگونیست 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	تأثیرات ضد فشارخون
blockers(propranolol)	باعث کاهش فشارخون ممکن باعث کاهش فشارشود

<p>سویه ادویه جات ضد سایکوز را کم میسازد</p> <p>تأثیرات ادویه جات انحصاطی 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>متغییر</p> <p>تأثیرات فشار را انتی گونایز می سازد</p> <p>کاهش فشار خون شدید</p> <p>تأثیرات قلبی را باری می آورد</p> <p>تأثیرات انحصاطی 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 تداوی 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 • Beztoprine • Diphenhydramine • Promethazine • dopamine agonists .II Amantadine • Bromocriptine • betablockers .III Propranolol antidopaminergic .IV Reserpine
--	---	--

مخففات

جدول ۷-۳۰ طبقه بندی ۰ 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	احتشاق قلبی	ضد کولتر جیک	+++	75-300	Depsonil depsol	first. I Generation Tricyclics Imipramine Amitriptyline Triimipramine Clomipramine Doxepin	
	تخریب کبدی		+++ +	75-300			Amitryn, amit one
	گلو کوما		بی نظمی	+++	75-300		Surmontil
				++++	75		Anafranil, clo nil
	احتباس		++	75-300	Doxin, doxeta		
			++	75			
			+++	75-300			
			++++	75-300			

	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 اتنی	+++ 0	30-120	(ludiomil)	Bicyclics.c
		کولنر جیک	#	20		Zimelidine
						Viloxazine
				75-300	-	
		حمله	++ ++	75	(vivaian)	
	-	انحطاط مخ	++			
		عظم				
				50-300		
			a 0	50		
			0	100-300		
			# #	100		
			#			
				300-450		
				300		.d
			a 0			Monocyclic/unicyclic
			0			Bupropion
	سایکوزز	دلبدی			Bupron	

MAOI Tryptophan	حمله استفاده			75-400 75		others.e Trazodone
	طویل		++00		Trazolin Trazolon Trazdep	Flupenthixol
MAOI Tryptophan	صرع		++ + #	0,75	Fluanxol	
	امراض کبدی کلیوی					
MAOI Tryptophan	پارکنسون دلیریوم	سر دردی	a 00	20-60 20	Flunil,prodep Fludac Flutinol Dawnex Flumeg	third.III Generation Fluoxetine
		ضیاع وزن حمله سایکوز				
Phenytoin MAOI Phenytoin Warfarin	امراض کبدی		a 0 0 a 0 0	20-40 20	Xet Serlift,serta Fluvoxin Citopam Celica	Paroxetine Sertraline Fluvoxamine Citalopram
	حاملگی	Priapism	+ # 0	50- 200100 50-300 150 20-60 20		Others.IV Nomifensine
		خارج	++ .		(merital)	
	”	اهرامی	++++		Demelox	Amoxapine
	”			75-300 75	Veniz Venla,venlor	Venlafaxine
	”	دلبدی	+++			
	قطع دوا	بی خوابی ضیاع وزن عصبانیت		150- 300150		

MAOI	پارکسون	سرد ردی	+0+	75-375	Stablon	Tianeptine
	امراض				Survector	Amineptine
	کلپوی	” ”	000			
	کبدی	” ”				
	حاملگی	-				
		فرط	++++		Mirtaz	Mirtazepine
		حساسیت			Zolax, Alprax	
	بیقراری	کم خونی	+++00	25-37.5	Zoldac, Trika	Alprazolam
	خشکی	هیمولاتیک			Alzolam, Zena	
	دهن	سندروم		100-400	Zamitol, Anxit	
	امراض	ناشی			Zocam, zallpa	
	کبدی	ازادویه			m	MAO.V
		نورولیتیک				نهی کننده ها
		حمله	++++			a. غیر رجعی
			++ +			Nonselective
		دلبدی	a ++		(Marplam)	Isocarboxazid
		سردردی		15-45	(Nardil)	Phenelzine
		تسکین			(parnate)	Tranlycpro
فرط فشار		تسکین				Mine
With tyra		تسکین				انتخابی
پنیر		گنگسیت		2.0-6.0-		(MAO-AI)
شراب		اعصابانیت				Clorgyline
		ضعیفی				
	افزایش عمل	جنسی				
	مخدرات	خشکی دهن				
	وادویه جات ضد	فرط				
	پارکسون	حساسیت				reversible.b قابل ارجاع
		کوری	a 00			(selective)
		گلو کوما	a 00			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 افسرده گی	عدم	عدم کفایه		15-30 15	(Dexdrine) Addwize	CNS stimu.VI Lants Dextroamph etamine methylpheni date Pemoline
	کفایه	کلیه مزمن	a 00			
ضد افسرده گی	قلبی	Nausea	a 0 0		(cylert)	Others.VII Carbamaze Pine
	فرط					
تاثیرات مسکن الکول	فشارخونه	بستگی	a 0 0		Tegretol Mazetol Carbatol Zen Camas	Lithium
	محدود	سندروم		5-30 5		
وسایر ادویه جات را زیاد میسازد	ت غذا	شدید قطع	+++ 0 #	5-30 5	Licab, Lithosum	
	ویا					
سویه بلند ادویه جات دیورتیک	مریضان	رعشه				
	که ازسه	بی خوابی		10-40-		
جات دیورتیک	حلقه	خشکی دهن		5-20-		
	هااستفاده	قبضیت				
جات دیورتیک	می کند	کاهش	+ 0++	56.25-		
	هنوز تحت	وضیعی				
جات دیورتیک	مناقشه	فشارخون				
	است	زردی		600-1600		
جات دیورتیک	وزن گرفتن	اختلال				
	جات دیورتیک	جنسی				
جات دیورتیک	حالت	سایکوز				
	جات دیورتیک	یا مانیا				

	فرط حساسیت امراض قلبی سایکوز	بی خوابی		600-1800		
	عدم کفایه کبد	بی اشتها ضیاع وزن				
	انحطاط استخوان					
	حاملگی وشیردهی	فرط فشارخون				
	Renald isease Addiso n's Diseas e CHF	دلبدی استفراغ دوبینی سرچرخی تک حرکات غیر منظم چشم عدم کفایه تایراید				

		کاهش فعالیت تایراید 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	میکانیزم مبدا	تداوی
I. اتونومیک a. انتی کولنرژیک	خشکی دهن، قیضیت ،احتباس ادرار، توسع حدقه ، cycloplegia گلوکوما بازاویه بسته دلیریوم تعرق زیاد	بلاک شدن اخذه های مسکارینک کولیزجیک	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	تائیرات متقابل بلاک کننده الفا یک معلوم نیست انتی لوکیزجیک	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 اهسته قطع شود تمرینات تغیر ادویه ادویه قطع شود خوب میشود. ادویه قطع ، ضد هستامین تغیر ادویه ، سیر سلیم انان 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 دیازپام 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 و غیره است نفوذ catecolamin ها ، انتی کولیز جیک</p>	<p>رعه و سائز تاثیرات خارج اهرامی حملات بوجود آوردن سائکوز بوجود آوردن مانیا لرزه ، تکان سندروم قطع افزایش وزن پندیده گی (بعضاً) رش جلدی بحران فرط فشار خون سرردی 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 لیتیموم

اهمیت	تاثیرات بالای غلظت پلازما لیتیموم	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 غلظت لیتیموم را زیاد کند	افزایش	Anti-inflammatory agents Ibuprofen Indomethacin Naproxen
تمام ادویه جات ضد سایکوزسمی بودن عصبی لیتیموم را زیاد میسازد .	ممکن لیتیموم 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 لیتیموم را ایجاد می کند .	کاهش	Acetazolamide Loopdiuretics Furosemide Ethacrynicacid
ممکن غلظت لیتیموم را بطور قابل ملاحظه زیاد می کند	غیر واضح	Distal tubule diuretics Thiazides Metolazone Chlorthalidone
اطراح لیتیموم را زیاد میسازد	افزایش	Osmotic diuretics Mannitol Urea
ممکن غلظت لیتیموم را زیاد سازد	کاهش	Potassium- sparing diuretics Triameterene Spironolactone Amiloride
اطراح لیتیموم را زیاد میسازد .	افزایش	Xanthenes Theophylline Caffeine
ممکن بلاک عصبی عضلی طولانی گردد	غیر واضح	Neuromuscular blockingdrugs Suceinylcholine Pancuroniumbromide
اطراح لیتیموم را زیاد	کاهش	سایر Sodium chloride Sodiumbicarbonate
القلی شدن اطراح لیتیموم را زیاد می کند	کاهش می دهد	Metronidazole Metoclopramide
تخریب کلیه	افزایش	Iodides
در تداوی مانیا و افسرده گی	نامعلوم	Alcohol
سنرجیک دارد.	نامعلوم	phenytoin
	ممکن افزایش یابد	

واقعات مسمومیت لیتیوم و تغییرات درفنی توین .		
---	--	--

جدول ۳۰- ۱۱ طبقه بندی و خصوصیات بنزودیارپین

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
	Nitrazepam	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
	Temazepam	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 پارکسون) 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 پارکسون ناشی از ادویه جات مؤثر نیست و ممکن در ۱۵٪ بیماران اعراض روانی را بوجود آورد.
- برای طبقه بندی، استطباب 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 دیسکینزی یا تأخیری گردد.

III. ادویه جات ضد افسرده گی: بنام بلند برنده مزاج یا thymo leptics یاد می گردد، اولین دواى 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 : ایمی پرامین، امپترینیلین، ترای ایمی پرامین، dothiepin ,doxepin ,nortryptilin .
۲. نسل دوم دواها : چهارحلقه ئی mianserin ,amprothidin ، دو حلقه ئی zimelidin , viloxazin ، یک حلقه ئی، bupropion ، سایر ادویه جات، amoxapine ، trazodine ، alprazolam ,bupropion .

b. بلاک کننده های بیوجینک امین :

۱. هردو NE و 5-HT بلاک کننده ها مثلاً ایمی پرامین ، Amitriptyline .
۲. NE بلاک کننده های انتخابی : مثلاً amprotiline , clomipramin
۳. نهی کننده های انتخابی HT- 5 مثلاً clomipramin , trazodone , fluoxetine , zimelidin ،
citalopram , paroxetine .
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 نظاهرات سایکوتیک یا melancholia
- افسرده گی عصبی (با روان درمانی)
- افسرده گی عکس العملی (با روان درمانی)
- افسرده گی غیروصفی و غیرتصنیف شده (نهی کننده های MAO)

- افسرده گی پنهانی
- افسرده گی که در سایر اختلالات روانی دیده میشود. (مثلاً در هستریا، شیذوفرنی، اضطراب، هاپوکاندریازس)
- 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 پرخوری 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 اشتهائی 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 راپورداد.

استفاده های کلینیکی :-

۱- اختلالات مزاج :- مانیا - افسرده گی

۲- اختلال شیزوافکتیو

۳- الکلولیزم

۴- سلوک تهاجمی

۵- تغییرات مزاج

سایر استفاده ها :- نیم سری ، سندروم قبل از دوره تحیض ، tardive dyskinesia امراض تایراید (فرط فعالیت تایراید)

، سندروم felty ، سندروم klein- Levin

میکانیزم تاثیر :- میکانیزم تاثیر نامعلوم است .

نیوروترانسmitter:-

۱- ساینپ : تخریب کتیکول آمین ها در مسافه قبل از ساینپس و افزایش نیوروترانسmitter را می کند .

۲- ایون ها : در اطراف غشا حجروی ایون های سدیم 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 سدیم را از حجرات تنبه میسازد .

غشا حجروی :- لیتیوم ممکن با هردو کلسیوم و میگنیزیم و باعث زیاد شدن قابلیت نفوذیه می گردد.

سایر تاثیرات :- باعث تثبیت نظم لورتیکوستروئید درمانیا می گردد لیتیوم باعث تنبه غده پنیال می گردد که بعداً باعث افزایش سیروتونین می گردد .

فارمکو کائیتیک :- لیتیوم عنصر است که وزن اتمی آن ۶.۹۴ و نمبر اتمی آن ۳ است در بدن به میتابولیزم نمی رسد .

مقدار :- ارتباط به سویه سیروم خون دارد (روزانه ۱۸۰۰-۶۰۰ ملی گرام)

سویه تداوی ادویه :- ۰.۶-۱.۲ ملی اکورانت (mosm/l)

وقایه :- ۱.۰-۰.۵ ملی اکورانت .

اطفال و بزرگ سالان :- ۰.۸-۰.۴ ملی اکورانت

- در شیر تدیة تقریباً ۱/۳ و در لعاب دهن تقریباً دوچند لیتیوم سیروم است .
- جذب و اطراح :- لیتیوم به قسم کاربوت ، 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 میتابولیزم نمی رسد و به شکل غیر تغییر یافته 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 حجات خون ، پلازما ، الکترو لایت ، 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 کلوی 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 پارکسون ویتزوداینزین 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 پیرپرانولول 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 ظاهری می گردد . میتوانیم تایروکسین را الی نارمل شدن سویه TSH ادامه بدهیم .
 - ۳- شکر بی مزه و نفروچینک :-

درسویه های غلظت پلازما تداوی ممکن نزد افراد پولی یوری (افزایش ادرار و پولی دیبسی یعنی افزایش تشنگی) دیده میشود.

تیوب های بعیده دربراهورمون های اتی دیورتیک تحت تاثیرقراری گیرد زیرا ADH بلاک می گردد. این یک حالت رجعی است اماممکن چندین هفته چندین ماه یا چندین سال را بعد ازقطع لیتوم دربربگیرد. ممکن ازادویه جات دیورتیک نوع تیاژاید استفاده شود. مایعات نباید محدود گردد.

iv:- عوارض جانبی معدی معائی:- عوارض جانبی مخصوصاً ناآرامی های معدی واسهالات ممکن ذریعه نمک های لیتوم کنترل گردد. که درروزهای اندکی وبا به شکل تابلت ها استفاده می گردد.

v. سمیت toxicity:- زمانی اشکاری می گردد که سویه دوا درسیروم خون بیشتراز 2meq/l گردد. علایم معمول آن رعشه، aphasia – apraxia – ataxia، غیرمتناظربودن، کلالت درکلام، نقایص دائمی مخیخی، اغتشاش شعور، عدم جهت یابی، اختلاج، کوما ومرگ است. درنواربرقی مغزامواج منتشریطی دیده شده ونیزفعالیت الفا کم می گردد وامواج delta و theta زیاد می گردد واین سمیت قرارذیل تداوی می گردد.

۱- قطع کردن لیتوم

۲- اخذبیشترمایعات

۳- سودیم کلوراید فمی (یا وریدی)

۴- مانیتول

۵- اگرمقداران درسیروم اضافه تر از 3meq/l باشد دیوریزوزو یا همیودیالیز گردد

سایرحالات:- شخی ازنوع cogwheel که دربربرادویه جات ضد پارکسون جواب ارائه نمی کند اما ممکن مقدار ادویه کاهش داده شود ویا ازبنزودیازپین استفاده نمایم.

عمل متقابل ادویه واحتیاط:- به جدول ۳۰.۱۰ مراجعه شود.

۱. ازاستفاده همزمان لیتوم با دیورتیک ها، رژیم غذایی کم نمک، اسهالات، استفراغات وچاقی، حاملگی، کاهش مایعات بدن، تب بلند، وپارکسون خود داری نماید.

۲. درحالات ذیل محتاطانه استفاده گردد.

۱- خواب آورهای عمد (هالوپیرادل) 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- مرض Addison

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 هیجانات می گردد.

طبقه بندی :- ۱- مستحضرات پوریا :-

a. مثلاً باریتورات ها Cliuride

b. مثلاً مرتبط مثل methy prylon gluthemide

۲- الکل ها ، ایتانول ، کلورهایدریت

۳- الدیهاید ها (پارا الدیهاید)

۴- Acety lated carbinol

۵- بنزودیازپین وسایرام کننده های عمده

۶- سایر ادویه جات چون sco polamin , antihis tamin , methagualone

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 طولی دارند (اضافه تر از ۸ ساعت) مثلاً فینوباریتال ، باریتال

- ادویه جات که تاثیر متوسط دارند (۵-۸ ساعت) butabarbital -amobarbital- pentobarbi tal

- ادویه جات که زمان تاثیر کوتاه دارد: (۵-۱ ساعت) مثلاً secobarbital

- ادویه جات که تاثیر فوق العاده کوتاه دارد (کمتر از ۱ساعت) fhiopental methohexitone

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 میشوند 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 انسستیزی و ریدی استفاده می گردند .

ادویه جات که تاثیر طولیل دارند قسماً به استقلاب می رسند و قسماً بدون کدام تغیر 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 انسستیزی نیز داده میشود
 - ۵- برای انسستیزی نخاعی و انسستیزی 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 ترضیض قحف
 - Gmylobarbiton 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: استفرافات را ذریعه apomorphin بوجود آورده ونیز بعد ازتطبيق کاربن جذب ادویه را بطی میسازیم .
- ۲- مراقبت بعدی تنفس
- ۳- تداوی شاك
- ۴- ازعدم كفایه کلیوی جلوگیری شود
- ۵- اطراح را زیاد میسازیم
- ۶- انتی بیوتیک را بطوروقایوی میدهیم تا ازنمونیا جلوگیری شود .

B :- sternbach درسال ۱۹۵۷ کلوردیازپوکساید را کشف نمود .

طبقه بندی :- طبقه بندی وخصوصیات بنزودیازپین درجدول ۳۰.۱۱ داده شده است.

استفاده وخصوصیات بنزودیازپین :-

- اضطراب مزمن وحاد (کلوردیازپوکساید)
- اضطراب+ افسرده گی (الپرازولام)
- Status epilepticus (دیازپام)
- مایوکلونیک و حملات مخفی (کلونازپام)
- اختلالات عصبی عضلی مثلاً فلج مغزی وسندروم stiffman (دیازپام)
- بیخوابی (nitrazepam) (فلورازپام) triazolam- temazepam
- سندروم قطع الکول (کلوروزیب ، کلوردیازپوکساید ، دیازپام ، oxazepam
- حملات مخفی وسایرانواع 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 درانحطاط سیستم اعصاب مرکزی

- انتی هستامین ها

- باربیتورات وسایراد ویه جات که تاثیرمشابه دارند .

- ادویه جات ضد افسرده گی حلقوی .

- Ethanol

افزایش سوپه بنزودیازپین (برای انزایم های مایک رومل به طورمکمل اما احتمالاً هیچ تاثیربالای lorazepam-temazepam - oxazepam نداشته باشد .

Isoniazid- fluoxetin- estragen- erythromycin- disulfiram- cimetidin

کاهش درسوپه بنزودیازپین :- کاربامازپین (ممکن سایر ادویه جات ضد اختلاج باشد)

- درمريضان که اضطراب دارند و مصاب به تشوش کبدی اند .

- تاثیرات میکائیزم :- تاثیرات میکائیزم اساس بنزو دیازپین ها نامعلوم است

۱- اخذ ه های مرکزی :-

- Benzodiazepine انواع I :- تاثیرات ضد اضطراب ونیز فعالیت مخیخی را متاثر ساخته میتواند .

- Benzodiazepine نوع II :- برای تداوی ضد اختلاج وتائیرات خواب اورمیباشد .

۲- اخذ ه های محیطی :- درحجرات mast ، حجرات کبدی ، قلبی ، صفحات دموی لمفوسایت ها وغیره پیدامیشود .

تائیرمیکائیزم :- بنزودیازپین فعالیت اخذ ه های GABA را زیاد میسازد زیرا باز شدن دفعات چینل کلسیوم را زیاد میسازد .

مضاد استطباب :- عدم کفایه تنفسی :- درمريضان کهن سال ودرمريضان که مشکلات تنفسی در اخذ اکسجن دارند به احتیاط استفاده می گردد .

عدم کفایه کبدی :- lorazepam, oxazepam مصنون اند .

ولادی :- باعث سندروم floppy infant می گردد که متصف است بر کاهش تون عضلی ، کسالت ومشکلات مکیدن

دنوزادان .

- حاملگی وشیردهی :- خطرسو تشکلات ولادی درسه ماه اول ولادت را زیاد میسازد . (مثلاً دیازپام خطرلب چاک

وکام چاک را زیاد میسازد)

- عدم کفایه ریوی :-

- Porphyrin حاد (کلوردیازپینوکساید)

- حساسیت tartrazine

- عکس العمل paradoxical (در اطفال بیش از حد فعال ، متهیج ، راپورتنبهات داده شده است .

- ادویه جات مسکن analgesic :- دوزبنزودیازپین در صورت که از آنلجیزیک مخدر استفاده میشود باید الی ۱/۳

کم شود .

- شاک ، کوما ومسمومیت حاد بالکول .

- گلوکوم با زاویه بسته (ازالپرازولم وکلوردیازپینوکساید جلوگیری شود)

عوارض جانبی:- عوارض جانبی بنزودیازپین مشتمل می گردد بر گنگستیت ، 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 ، یادفراموشی ، 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 ازظهروشام 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 تاثیرطولانی دارد تبدیل شود .
پدیده بازگشتی	ازمقادیرمنبهات می گذرد وبه ادویه جات دارای تاثیرطولانی وبامتوسط تبدیل شود یک تداوی دیگرآغاز 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 اخرهفته سعی شود درصورت که شدید باشد ازمنبهات استفاده شود
Dydpthoria moodiness and agitation	به تشخیص ماوف توجه شود (اختلال مزاج) مقداردوا کم شود وبه دوا که تاثیرطولانی دارد تبدیل شود. به تداوی عوضی یا متمم توجه شود مثلاً لیتیوم ، ضد اختلاج ، ضد افسرده گی .

c. ادویه جات ضد اضطراب غیرازبنزودیازپین :-

-cartazolol, etazolate, pyra zopyridine ها :- 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 انتاگونست 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 مگملاً به استقلال میرسد ونیم عمر دو ا ۲الی ۳ ساعت میباشد .

عمل متقابل به جدول ۳۰.۱۲ مراجعه شود .

VII . منبهات سیستم اعصاب مرکزی :-

۱- سندروم فرط تحرکیت

۲- نارکولپسی

۳- ادرارشبانه

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 شربت	جدول ملی گرام	مقدار اوسط	صنف	مرکب	نام تجاری
-	-	10	5-20	S	Methylphenidatic	Addwize
-	-	0.25,0.5	0.5- 4	Anxiolytic (AX)	Alprazolam	Alprax
-	-	1.0,1.5				
-	-	0.25,0.5	0.5- 4	Anxiolytic	Alprazolam	Alzolam
-	-	1.0,1.5		Antidepressant (AD)	Amitriptyline	Amiline
-	-	10,25	50-300	Antidepressant (ax)	Amitriptyline	Amitrol
-	-	75		AD	Chlordiazepoxide	
-	-	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	Propranolol	Bexol
-	-	40,80,120	20-120	AX	Trihexyphenidyl	Buscalm
-	-	2	2-8	AX	Buspirone	Buspin
-	-	5,10	10-60	AX	Buspirone	Calmod
10mg/	2mg/5	5,10	10-60	AX	diazepam	Calmpose
2ml	ml	5	5-30	AX	diazepam	
(I/M,I/	-	5	5-30	AX		Camrelease
V)	-			N	diazepam	Chlorproma
	25mg/5	5,10	5-30		chlorpromazine	zin
25MG	ml	10,25,50,100	300-1200			
/MI	-			AD		Clofranil
(I/M)	-	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	Combidos
-	-	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			Depidos
-	-					
-	-	10,30	10-60			
-	-	25,75	5-300			
-	-	25+	50-300			
-	-	5	5-30	AD	mianserin	
-	-			AD	imipramine	Depnon
-	-	25	50-300	AD	imipramine	Depsol
-	-	2	5-30	AX	diazepam	Depsol forte
-	-	25,75	50-300			
-	-	25	50-300	AD	Ipraminefim	Depsol plus
-	-	2or5	5-30	AX	Diazepam	
-	-	50	100-300	AD	Ipraminefim	Depsonil
-	-	5,10	2.5-20	AD	Ipraminefim	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
1mg/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	N	Trifluoperazin	Equirex
-	-	-	3,0-12,0	N	Trifluoperazin	Espazine
20or40	-	20	20-60	N	Trihexyphenidyl	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	Fluphenazine	-
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	AP	Trihexyphenidyl	Hexidol
(i/m,i/	-	1,2	2-12	AP	Trihexyphenidyl	Hexidol
v)	-	10	10-60	AD	imipramine	Hexinal
-	-	300	300-1500	AX	Propranolol	Impramine
-	-	300	300-1500	AP	Procyclidine	Inderal
-	25mg/	300	300-1500	AX	Lorazepam	Kemadrin
ml	-	300	300-1500	AX	Chlordiazepoxide	Larpose
-	-	300	3000-1500	Antimanic	Lithium	Librium
-	-	300	3000-1500	Antimanic	Carbinate	Licab
-	-	400	400-1600	Antimanic	Lithium	Lithocarb
-	-	10,25	20-100	Antimanic	Carbonate	Lithocarb
-	-	5	10-60	Antimanic	Lithium	Lithocap
-	-	25,50,100,20	300-1200	Antimanic	Carbonate	Lithocap
-	-	0	2-12	Antimanic	Lithium	Lithosun
-	-	2,4	100-300	Antimanic	Carbonate	Lithosun
-	-	100	15-60	N	Loxapine	Lithosun-SR
-	-	-	-	N	Thiopropazine	Loxapac
-	-	-	-	N	Chlorpromazine	Majeptil
-	-	-	-	N	Pimozide	Megatil
-	-	-	2-8	AX	Quinidine	Mozepl
-	-	-	-	-	Phenylethyl	-

-	-		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	Prazep
-	-	0,25,1.5,10,2	50-100				
-	-	0	Every2-				
-	-	15,30	4week	AD		Fluoxetine	Frimox
-	-	25,75	50-300	AD		Dothiepin	Prolinate
-	-	10	10-60	AD		Amitriptyline	
-	-	10,25,75		N		Thiordiazine	Prodep
-	-	25,50,100,20	15-60	AD		Amitriptyline	Prothiaden
-	-	0	50-300	N		Penfluridol	Quietal
-	-	10,25	50-200				Ridazin
-	-	100	50-300	N		Haloperidol	Sarotena
5mg/c	-	5,10	300-1200	N		Haloperidol	Semap
c	-	25	50-300			Depot	
(i/m,iv	-	2,5	100-200	AD		Nortriptyline	Senorm
)	-	10,25,50,100	10-60	N		Haloperidol	Senorm-LA
-	-	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	-	50	100-600	AX	Lorazepam	
v)	-	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	Trincalm
ml	100mg/	سايكوزز	1-6	AP	Haloperidol	Trincalmfor
(i/m,iv	5ml		1-6	N	Trihexyphenidyl	te
)	-		1-6	AP	Haloperidol	
-	500mg/		1-6	N	Trihexyphenidyl	
-	5ml	1		AP	Trifluoperidol	Trincalm
-	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	Paroxetine	Triperidol
-	ioe	(ms)	800-2400	AD		
-	-		Dose	AX	Alprazolam	Triphen
-	-		(mg/kg)	AX	Alprazolam	Triphenazin
-	-		10-30	AX	Alprazolam	

200mg /2ml (i/v) Injecti ons	25MG/ ML	100-200-400	0.1-0.2 4-7 4-7 32 10-50 4-7 10-50	AX AX	Alprazolam Alprazolam	Tryptomer Valim Xet Zallpam Zamitol Zenax Zocam Zolax	
		500,100MG/ 5ML	0.1-0.2 10-50	ادويه ضد پارکنسون	ادويه جات ضد افسرده گي		
		200-300-500	4-7				
		100MG/5ML	100	15-35 4-7			خواب آور
		100	1-5 4-8	CA CA			
		100	0.2-0.6	CA	Co-dergocrine Pyratinol	Cerebral I activators(CA)	
		50	0.1-0.2 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	
		30-60	1-5		Compound	Cereloid Encephabol	
		100,200,400	10-30				
		300,400	10-50				
		100	10-30				
		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	
				A,G,T	Phenytoin	Traden name	
		G,M,T	Phenytoin				
		A,G,T	Phenobarb				
	فص صدغس		Sodium valproate	II			
			Phenytoin	.			
		M,T,A,G A,G,T	Sodium valproate	Antiepilepti c (AE)			
			Clonazepam	Carbatol			
		G,M,T	Sodium valproate	Clonotril			
			Phenytoin	Dilantin			

طبقه بندی - استطباق 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 استطباق	عمل متقابل	
first. I Generation Tricyclics Imipramine Amitriptyline Triimipramine Clomipramine Doxepin Dothlepin Nortriptyline Desipramine Protriptyline second. II Generation Tricyclics.a lofepramine tetracyclics.b Mianserin Maprotiline Depnon Bicyclics.c Zimelidine Viloxazine	Depsonil	75-300	+++	ضد احتشاقلي	احتشاقلي	Potential-Tion of alcohol& barbiturates	
	depsol	75	+++ +	کولتر جيک	تخریب		
	Amitryn, amit one	75-300	+	کبدی	کبدی		
	Surmontil	75	+++	بی نظمی	گلو کوما		
	Anafranil, clo nil	75-300	+	قلبی	احتباس ادرار		
	Doxin, doxeta r	75	++++	کافیورژن	ادرار		
	Prothiaden	75-300	+	کافیورژن	ادرار		
	dothip	75-300	+++	کافیورژن	ادرار		
	Sensival (norpramin)	75-300	+++	وزن گرفتن	ادرار		
	(vivacil)	75	+	مشکلات خون	ادرار		
		75	+	خون	ادرار		
		20-40	+	خون	ادرار		
		20	+++	خون	ادرار		
			0 ++	خون	ادرار		
			++	خون	ادرار		
	(lofamin)			احتشاقلي	احتشاقلي		
	Depnon			تأثيرات خفيف اتی	احتشاقلي		
			50-250-70	++ +	تأثيرات خفيف اتی		احتشاقلي
			70	+	تأثيرات خفيف اتی		احتشاقلي
	(ludiomil)		30-120	+++ 0 #	کولتر جيک		احتشاقلي
		20		حمله	احتشاقلي		
- (vivaian)		75-300	+++ ++	احتشاقلي، انعطاط مخ	احتشاقلي		
		75	++	عظم	احتشاقلي		

	-		a 0 0 # # #	50-300 50 100-300 100		.d Monocyclic/unicyclic Bupropion
		دلبدی	a 0 0	300-450 300	Bupron	
	سایکوزز حمله استفاده طویل			75-400 75		others.e Trazodone
			++00			Flupenthixol
	صرع امراض کبدی کلیوی پارکنسون		++ + #	0,75	Trazolin Trazolon Trazdep Fluanxol	third.III Generation Fluoxetine
MAOI Tryptophan	دلیریوم	سر دردی				
		ضیاع وزن حمله سایکوز	a 00	20-60 20	Flunil,prodep Fludac Flutinol Dawnex Flumeg	Paroxetine Sertraline Fluvoxamine Citalopram
Phenytoin MAOI Phenytoin Warfarin	امراض کبدی حاملگی	Priapism	a 0 0 a 0 0 + # 0	20-40 20 50- 200100	Xet Serlift,serta Fluvoxin Citopam	Others.IV Nomifensine

MAOI	خارج	50-300		Celica	Amoxapine
	اهرامی	150	++ .	(merital)	
	”	20-60 20			Venlafaxine
	”		++++	Demelox	
	”				
	دلبدی	75-300		Veniz	
	بی خوابی	75		Venla, venlor	
	قطع دوا		+++		Tianeptine
	ضیاع وزن				Amineptine
	عصبانیت				
	سرد ردی	150-			
	پارکنسون	300150			
	امراض			Stablon	
	” ”				
	کلیوی		+ 0 +	Survector	
” ”					
کبدی		0 0 0			
حاملگی					
		75-375			Mirtazepine
فرط					Alprazolam
حساسیت			Mirtaz		
کم خونی		++++			
بیقراری			Zolax, Alprax		
خشکی	همولایتیک		Zoldac, Trika		
دهن	سندروم	+++00	Alzolam, Zena		MAO.V
امراض	ناشی		x		نهی کننده ها
کبدی	ازادوبه	25-37.5	Zamitol, Anxit		a. غیر رجعی
	نورولپتیک	100-400	Zocam, zallpa		Nonselective
	حمله		m		Isocarboxazid
					Phenelzine
	دلبدی				Tranlycpro
	سردردی	++++			Mine
	تسکین	++ +			انتخابی
فرط فشار		a ++	(Marplam)		(MAO-AI)

With tyra	تسکین پنیر	گنگسیت اعصابیت			(Nardil) (parnate)	Clorgyline
	شراب	ضعیفی		15-45		
	افزایش عمل مخدرات	جنسی خشکی دهن		2.0-6.0-		
	وادویه جات ضد پارکسون	فرط حساسیت				reversible.b قابل ارجاع
		کوری گلوکوما				(selective) Selegiline (MAO-B inhibitor) Moclobemide (MAOB-I)
		زاویه بسته حاملگی	a 0 0			
	امراض	عدم کفایه	a 0 0	10-30 10 45-90 45		CNS stimu.VI
	مشابه فوق	کبدی کلیه مزمن		15-30 15		Lants
		عدم کفایه			(MAOB-I)	Dextroamph etamine methylpheni date
		Nausea				
	قلبی فرط		a 00			
	سه حلقه های	بستگی	a 0 0			
	ضد افسرده گی	فشارخونه محدود				Pemoline
		شدید قطع			(Dexdrine) Addwize	Others.VII
	ت غذا ویا		a 0 0			Carbamaze Pine
	مریضان					
	که ازسه حلقه		+++ 0 #	5-30 5		
	هااستفاده	رعشه		5-30 5		(cylert)
	تاثیرات مسکن الکول	بی خوابی خشکی دهن				
	وسایرادویه جات را زیاد میسازد	قبضیت کاهش وضیعی		10-40-		
					Tegretol Mazetol Carbatol Zen Camas	Lithium

سویه بلند ادویه جات دیورتیک	هنوز تحت مناقشه است	فشارخون زردی وزن گرفتن اختلال جنسی حالت سایکوز یا مانیا	+ 0++	5-20- 56.25- 600-1600	Licab, Lithosum	
	فرط حساسیت امراض قلبی سایکوز	بی خوابی	600-1800			
	عدم کفایه کبد	بی اشتها ضیاع وزن				
	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 شکری مزه تسمم قلبی هضمی وامراض عضلات						
مخففات	فعال کننده	نیست	ممکن	خفیف	متوسط	شاید	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

شوگ برقی مغز (تاریخچه، استطبابت، عوارض جانبی، مضاد استطباب، طرز تاثیر، پروسیجر)، جراحی روانی (تعریف، تاریخچه، استطباب، مضاد استطباب، اختلاطات)، خواب آوری برقی (الکترونارکوزس)

۱- تداوی با شوگ برقی

تکامل تاریخی با تداوی شوگ برقی مغز و یا تداوی با برق و یا تداوی الکترو پلکسی (electro

plexy) ذیلاً ذکر می گردد.

شوگ برقی مغز نخست برای شیزوفرنی توسط علمای Cerletti و Bini 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 شوگ (camphor shock)
- در سال ۱۹۳۳ توسط مؤلف Sakel تداوی انسولین کوما در شیزوفرنی
- در سال ۱۹۳۵ توسط مؤلف Meduns تداوی شوگ metrazol یا cardiazol
- در سال ۱۹۳۷ توسط مؤلفین Bini و Cerelitti تداوی شوگ برقی مغز در شیزوفرنی
- در سال ۱۹۵۴ توسط مؤلف Jarvie شوگ برقی مغز در افسردگی
- در سال ۱۹۵۶ توسط مؤلف Thenon شوگ برقی مغز یک طرفه برای یاد فراموشی

استطبات

استطبات اساسی شوک برقی مغز مشتمل است بر

- ۱- **مريضی های افسرده گی:** در افسرده گی اساسی که همراه با اعراض جسمی (تشوش خواب، ضیاع اشتها و وزن، تأخر حرکی روحی و غیره) و اعراض روانی چون هذیانات، احساس شرم، تمایل به خود کشی وغیره) باشد، مؤثر تمام میشود. سایر استطبات در افسرده گی قرار ذیل است:
- افسرده گی شدید با خطر خود کشی.

بهترین استطباب انسولین برای تداوی به کوما بردن مريضان شیزوفرنی است.

- ستوپور افسرده گی.
- افسرده گی با بطائت شدید.
- افسرده گی شدید دوره نفاس.
- مريضی افسرده گی یکجا با هذیانات گزند.
- مريضان مصاب به شیزودیرشین.
- مريضان که به ادویه ضد افسرده گی جواب نمی دهد.
- عدم تحمل در برابر عوارض جانبی ادویه ضد افسرده گی.
- در افراد بزرگ سال که شوک برقی نظر به ادویه مصون باشد.
- اگر ادویه ضد افسرده گی را اخذ کرده نتواند مثلاً درسه ماه اول حاملگی افسرده گی، در مريضی های فزیکي مثلاً عدم کفایه کبد یا کلیه.

- ۲- **شیزوفرنی:** شوک برقی مغز نظر به ادویه نیورولپتیک در ابتدا مؤثریت زیاد دارد اما استفاده مشترک ادویه و شوک برقی مغز بسیار مفید است استطبات عمده آن قرار ذیل است:

- تهیج (بعد از هذیانات یا کاتاتونیا باشد)

شوک برقی در افسرده گی اساسی (شکل داخلی) با تمایلات به خود کشی استطباب دارد.

- **ستوپور (کاتونیا)**

- حجه های حاد شیزوفرنی
- عدم تحمل یا مقاومت در برابر ادویه
- شیزوفرنی بعد از ولادت
- شیزوفرنی درسه ماه اول حاملگی
- شیزوفرنی در موجودیت مريضی های فزیکي که ادویه مضاد استطباب باشد

- افسردگی در مریضی شیزوفرنی (در آغاز یا در مرحله باقی مانده)
- ۳- **مانیا:** استطببات 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 مضاد استطببات 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 اشتھائی عصبی، درماتیت عصبی و نیورلجی های زوج پنجم نیز استفاده شده است.

عوارض جانبی

- ۱- **سردردی، درد بدن و استفراغات** (به سبب فرط فشار داخل قحفی و درد عضلات)
- ۲- **کانفوژن:** معمولی و گذری میباشد اما کانفوژن 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 صدري است.

ب: مضاد استطباب به انسستیزی و مشتقات دیگر: که شامل اتروپین (گلوکوما، اریتمی، هایپرتروفی پروستات و غیره)، سکسنایل کولین (میاستنیا گراویس، مایویتی، 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 میکر 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 نیوروترانسمیترها.
- 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 صرعه برای مؤثر بودن شوک برقی مغز ضروری میباشد.

شوک برقی مغز در شیزوفرنی طفولیت باعث
بهرتر 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 انستیزی:

- **مستقات انستیزی:** دوای 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 میلی گرام (۰/۵ ملی گرام فی کیلوگرام وزن بدن) وریدی تطبیق می گردد. در مریضان که مصاب به التهاب مفاصل روماتیزمل است دوز بلندآن الی ۵۰ میلی گرام داده میشود. مقدار ادویه باید توری منظم ساخته شود که علایم 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 افرازات 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 ۰/۶ 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 صحتی 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 استتباب 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 تاثیر گذاری بالای هیجانات و رفتار همان شخص اجرا می گردد.

تاریخچه

مؤلفین **Egas Moniz** و **Lima** 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 **Wycis** و **Spiegel** از تحشر برقی و تخنیک های ستریوتاکسیک (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 ستریوتاکسیک 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- سینگولیکنومی

درحالات شدید نیوروز وسواسی استیپاب دارد. است که به اساس آن درناحیه قوامی انسی فص جبھی جراحی اجرا میشود.

۳- امیگدالوتومی

درحالات شدید رفتار پرخاشگرانه و دوام دار استیپاب دارد.

۴- آفات لوب صدغی

رفتارپرخاشگرانه مترافق با صرع افراد که به شکل دوام دار مصاب به صرع اند.

استیپابات 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: استیپابات فوق (بجز از تطبیق شوک برقی مغز) همچنان ناکام شدن تخنیک های رفتاری تداوی.

۳- اختلال وسواس اجباری: فوقاً ذکر شد.

۴- شیزوفرنی: شواهد واضح مؤثریت آن معلوم نیست.

cingulectomy دراختلال وسواس اجباری
اجرا می گردد، درحالیکه amygdalotomy
درسلوک پرخاشگرانه معند، جراحی فص جبھی،
افسردگی شدید وحالات اضطراب شدید اجرا می
گردد.

مضاد استیپاب

در مریضان که کنترل تکانه ضعیف، اختلال سایکوپاتییک، اعتیاد به ادویه، الکهول نوشی، تخریب منتشرمغزی، مریضی های وعائی مغز دارند.

اختلالات

- صرع
- بی‌علاقگی
- تغییر شخصیت نهائی

||| خواب برقی (الکترونارکوزس؛ تداوی برقی مغز)

در این تخنیک از جریان مستقیم برق که امپلئود آن کم است بالای نواحی پیشانی و بالای گوش (مستوئید) استفاده می‌شود. در این تخنیک ادویه انسیتیزی استفاده نمی‌گردد، این جریان برق یک احساس مرم‌ر را بالای جلد بوجود آورده و یک حالت استرخا را برای ۳۰ دقیقه و یا یک ساعت بوجود می‌آورد.

استطبابات

استطباب عمده آن برای اضطراب است مخصوصاً نوع مزمن آن.

روان درمانی

تعریف، تظاهرات معمول، انواع، تأثیرات نامطلوب، مضاد استنباطات، 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
- میتوذهای 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، تاخردر تشخیص و تداوی امراض فزیک و ضیاع منابع شود.

انواع روان درمانی

جدول ۳۲-۱ دیده شود

روان درمانی ها قرارذیل صنف بندی شده اند

a- عمق تداخل در یک دماغ غیرشعوری

- 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 دریک 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 واطمینان 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 ۳۲-۱ 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 تراپی

C. تداخل گروهی

- ۱) تحلیل گری روانی ارتودوکس
- ۲) سایکودراما
- ۳) تحلیل گری روانی در گروه

II. دوباره تعلیمی و III. تقویوی، انفرادی و گروهی

۱. کلابنت 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. سایکوبیولوژی

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 فزیکي داشته باشند مثلاً حالات سایکوتیک یا مریضی های فزیکي 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 استطبایات

- 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 استطبایات 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.

استطبایات (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	مختصرا طویل المدت	۱ دوران تداوی
مراقبت اولیه	تریننگ صحت روانی معین	۲- مهارت های کلینیکی
غیر رسمی	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 Frederick perl (۱۸۹۳-۱۹۷۰)

اساسات تداوی

نظر به این تیوری تکامل طبیعی بیولوژیکی و روانی ارگانیزم نیاز به آگاهی مکمل از حساسیت فیزیکی روحی و ترتیب رفتار را ایجاد 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 تشویشات هیجان یا احساس محصول نهائی تفکر غیر منطقی است.

تعبیر مؤلف Ellis این بود که دلیل و منطق اساسات تهدابی تداوی مشکلات مریض اند هدف اساسی تداوی، شناخت نظریات غیر نسبی 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 بر آورده 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.

تخنيك های عمده روان درمانی حمایتی 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، غیر قابل محاسبه و کنترل شده.

h- تداوی معامله گرا

توسط مؤلف Eric Berne در سال ۱۹۶۴ کشف شد.

- 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- سکنه ها: یک فرد در زنده گی خود توسط یک خواهش و تنبه روحی متحرک می گردد که بنام سکنه یاد می گردد.
- ۳- بازی ها: بخاطر رسیدن به مقدار سکنه 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 وغیره).

۱- تداوی بحران

بحران یک دوره گذری بوده که شخص را برای فرصت رشد شخصیت و پختگی و یا خطر عوارض جانبی مواجه میسازد و در عین حال فرد بسیار زیاد متمایل به فشار می گردد.

۲- روان درمانی بین فردی

توسط مؤلف Klerman et al در سال ۱۹۸۴ توسعه یافت. این تداوی بیشتر متمرکز بر مشکلات بین فردی می‌باشد که مصاب به مریضی های غیر سایکوتیک و غیر قطبی اند اما دچار افسردگی میباشد.

۳- روان درمانی شناختی

تداوی شناختی درحالات افسردگی عصبی استفاده میشود. ممکن دراضطراب ترس، طلاق، افزایش کاروغیره 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.

- ۱- تخنیک ها 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 می گردد، در این تخنیک دفعتاً، شدید و یک طریقه کوتاه مدت را مهیا میسازند مثلاً فرد دفعتاً بلند پیچ میزند و توقف می کند میتود های دیگر تطبیق تنه دردناک است.
- ۲- تخنیک های 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- تخنیک های که شناخت را مختل میسازد.
- ۴- تخنیک های 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 می کند اما رفیق او او را احترام کرده نمی تواند 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 می بیند دو نفر شاگردان خسته به نظرمی رسند استاد فکرمی کند که تمام صنف خسته شده اند.
 - عموم گرانی، مثلاً یک مادر غذا را خراب می کند پس او فکرمی کند که مادری خوب نیست.
 - کوچک بینی یا بزرگ بینی، مثلاً یک فرد مرتکب یک خطای بسیار کوچک و بی اهمیت می گردد اما فکر می کند 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 استنباطات

- 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 پرسى 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

۳- 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 فکتور های 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 عادت‌ی
۴. کرختی
۵. حاملگی یا ولادت
۶. تداوی هیپنوتیک
۷. اختلال وظیفوی اطفال مثل کلالت زبان، حرکات عادت‌ی، ادرار شبانه
۸. در عرصه طبابت جلد
۹. کنترل 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 هستریا، اختلال روحی جسمی، tics، انسئیزی، 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 طریق هیپنوزس را تعویض می کند.

* **تعبیر:** در اینجا دکتر 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 دکتر روانی در برابر مریض است.

* **مقاومت:** دفاع آگاه، و یا ناخود آگاهِ روانی یک فرد، در برابر افکار ناخود آگاه است.

* **پس زدائی:** یک میکانیسم 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.

<p>hypnosis در شخصیت های هستریک سایکوزس و اختلال وسواسی اجباری مضاد استطباب است.</p>
--

* **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 گرایی و خواش 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 می‌گیرد به یک تعداد تداوی‌های وسیع که اهداف تداوی را در میان هر دو زوج فراهم می‌سازد. هم‌چنان رضایتمندی زوجین را تقویه نموده و عدم کفایه زوجی را درست می‌سازد. تداوی زوجی از مشوره دهی زوجی در عرصه‌های نظریاتی و تکنیک تداوی روانی تفاوت دارد. مثلاً؛ در تداوی زوجی تکنیک‌های جدی ارزیابی، مدنظر گرفته می‌شود، تا اهداف مورد نظر برآورده شود، اما در مشوره دهی زوجی تعداد زیاد مسایل ناخوش آیند زنده گی مطرح می‌گردد.

استنباطات

- 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.
- ارتباط‌گیری ضعیف.
- ارتباطات خارج از زنده گی زوجی.
- زمانی که تداوی فردی ناکام شود (از باعث تحریک ضعیف یا ارتباط‌گیری ضعیف)
- زمانی که بی‌ثباتی زوجی موجود باشد (مثلاً خوب شدن یک مریض روانی یا بوجود آمدن اعراض روانی در یکی از زوجین)

مضاد استنباط

- مواجه شدن قبل از وقت زوجین به بعضی از رازهای زوجی، مثلاً؛ ارتباط‌گیری جنسی (هم‌جنس بازی) و یا اشتغال در جرائم جنسی.
- اگر زوجین در جریان جلسه بالای یکدیگر حمله می‌کنند.
- فقدان متعهد بودن در ادامه زنده گی زوجی.

تداوی زوجی از مشوره دهی زوجی بنا بر تفاوت در ساحت‌های نظریاتی و تکنیکی 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 خانوادگی با فهمیدن هر بخش خانواده درست فهمیده نمی شود.
- ساختار و نظم خانوادگی فکتور مهم در مشخص سازی رفتار اعضا فامیل است.
- روش معامله گرانه سیستم خانواده گی، از رفتار اعضا خانواده، نماینده گی می کند.

استطببات

در تمام انواع مشکلات روانی، استفاده می گردد. مثلاً؛ سایکوزها، افسردگی عکس العملی، نیوروز اضطرابی، مرضی های روانی جسمی، سؤاستفاده از مواد و مشکلات مختلف روانی اطفال.

مضاد استطبب

- مضاد استطبب 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 گروپ جایجا 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

- روانکاوی 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 گروپی 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 گروپی ممکن استفاده شود و هر دو یکجا فواید بسیار دارند.

استطببات

استطببات عمده تداوی اشتراکی عبارت اند از:

- i. مریضان که مصاب به بحرانات مخصوص اند (مثلاً مرتبط بودن به دیگران، مشکلات درجوره شدن و مشکلات درجدا شدن وغيره).
- ii. مریضانی که در کتگوری های حتمی قرار دارند: اختلال شخصیت، هم جنس بازی
- iii. سایر استطببات: مثلاً مریضکه برای روانکاوای 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. روان درمانی را تعریف نموده، مناظر عمده، تایپ ها، استطبایات و مضاد استطبایات روان درمانی را تشریح کنید؟
۲. استطبایات، اهداف، معیارات و تخنیک های روان درمانی حمایتی را تشریح کنید؟
۳. انواع مختلف تقلیل دهنده روان درمانی را نام برده، شیوه های مهم سایکوتراپی را در مراجعین برای مشاوره تشریح کنید؟
۴. اهداف، معیارات انتخابی، اساسات و تخنیک های تداوی شناختی را شرح دهید؟
۵. تاثیرات، استطبایات، و مضاد استطبایات تولید خواب را بیان دارید؟
۶. در مورد استطبایات، مضاد استطبایات و تخنیک های تداوی ازدواجی بحث کنید؟
۷. استفاده و تخنیک های 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 تهجی
 - (k) تداوی با تشکیل و ترکیب چند عامل یا پدیده فیزیکی و حیاتی
 - (l) روان درمانی در جهت حقیقت گرایی
 - (m) تداوی به وسیله نشان ها
 - (n) تحلیل خواب
 - (o) مشاوره
 - (p) خطای شناخت
 - (q) روان درمانی گروهی

سوالات امتحان مسلکی

- در موارد ذیل کوتاه بنویسید:
 - روان درمانی شناختی
 - روان درمانی گروهی
 - خواب تلقینی
 - روان درمانی حمایتی
 - مشاوره
- فرق کنید بین:
 - مشاوره و روان درمانی
 - روان درمانی و رفتار درمانی

تداوی های رفتاری

تعریف، انکشاف تاریخی، استطبانات، مضاد استطبانات، 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 پراکتس و تجربه بوجود می آید.

شرطی شدن کلاسیک در نتیجه عکس العمل شرطی
در برابر تنبهاط 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 ۳۳-۱ 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.

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.

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.

اصطلاحات مورد استفاده

خاموش سازی (Extinction): ضعیف شدن یک عکس العمل شرطی است که به شکل

متکرر بدون منبه 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 تنبهاات مختلف همراه باشد.

تداوی سلوکی برخلاف روان درمانی برای بیماران است

که بهترینی شوند 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، تنبهاات به شکل ثانوی تقویه مجدد ثانویه می گردد و بالاخره تنبهاات 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 فکتورها 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.

استنباطات 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 اشتهائی عصبی
- چاقی
- هم چنان درحالات چون
- عادات غیر توافقی
- تشوشات جنسی
- عکس العمل های روحی جسمانی
- سگرت نوشی
- نوشیدن مشروبات

مضاد استنباط رفتاردرمانی

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 متکرراً 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.

i. آموزش اظهارنمون: (wolpe ۱۹۵۸) در مریضان مزمن افسردگی، و یا مریضان که اضطراب اجتماعی دارند استفاده می گردد.

j. تمرین منفی: (Dunlap 1932) بعضی مشکلات مانند حرکات غیرارادی، کلالت زبان، چوشیدن انگشت کلان دست، ناخن خوردن و غیره میتواند در زمان اجرا فعل کم ساخته شود.

k. بایوفید بک بعداً مطالعه می گردد.

l. آموزش مهارت های اجتماعی: بعداً مطالعه می

طب سلوکی توسط Birks شرح شد.

گردد.

m. تداوی شناختی: با روان درمانی مطالعه شد.

n. هیپنوزس و تغییر عقیده دادن: در بخش روان درمانی مطالعه شد.

o. 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, Mudra و Asana)

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 درخصوص 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 بحرانها 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 وغیره.

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)، پارانا یما (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

محققین کنونی نظر دارند که اندیشه باعث یک حالت هایومیئتا بولیک 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 ستیروئید ها، انزیم 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 الفردی، 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 شیوفرنی ،
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 و سواسی اجباری بهبودی قابل ملاحظه دیده شده است درحالیکه در اختلالات شخصیت و شیوفرنی نتایج مؤثر را پور 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 دیسپلین 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.

سزا جزا شکل معمول تداوی سلوکی است.

نظریه

عکس العمل استجوابی محیط در مورد نتایج حاصله از عمل یک فرد باعث 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 تشی

- تعلیم دهی عصبی عضلی

- فلج مغزی

- دندان جویدن

- ماتحت اصوات سازی (Subvocalization)

- بلیفروسپزم
- فلج بلز (فلج محیطی زوج هفتم)
- تورتی کولیس
- تیک (حرکات غیرارادی)
- سپستی ستی

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).

استطیبات

- شیزوفرنی
- افسردگی (اختلال یک قطبی یا دو قطبی)
- اختلالات اضطراب (مثلاً نیوروز اضطرابی، ترس، وسواس فکری اجباری، فشارهای بعد از ترضیض)
- 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

تخنیك 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 نمایید.

- (a) رفتار
- (b) رفتار درمانی
- (c) آموزش
- (d) نهج
- (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، باولوف و سکینر را نام ببرید؟

۴. استعمال مطالب ذیل را توضیح نمائی:

سوالات امتحان مسلكی

• در موارد ذیل کوتاه بنویسید:

- استطببات و مضاد استطببات روان درمانی
- بیوفیدبک
- 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، فزیکتی یا تکاملی استفاده میشود.

اهداف

اهداف تداوی شغلی قرارذیل است:

تداوی شغلی ممکن جهت باینده یا چاره ساز باشد.

- 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 آکادمیک و غیره.

- ۴- تداوی های حسی حرکی که در برگیرنده ارزیابی های عصبی عضلی وحسی می گردد.
- ۵- تطابق به محیط فزیکي و رهنمود جهت استفاده از وسایل تطابقي.
- 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 فزیکي 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 کلینیک های خصوصی.
- تاسیسات صنعتی یا تجاری .

- 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
وتفکرشان 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

- سهولت‌ها: محدوده سهولت‌ها (مواد) که برای خدمات احیای مجدد ضروری می‌باشد عبارتند از:
- بسترهای روانی - برای مراقبت طولی‌المدت و عود یانکس حاد و بحرانات.
 - شفاخانه‌های روزمره - مراکز مراقبت روزانه و کلب‌های اجتماعی.
 - کلینیک‌های مراقبت متداوم.
 - منزل‌دهی موقتی و دائمی.
 - سهولت‌ها جهت تداوی شغلی، تداوی صنعتی، احیا مجدد کار و آموزش و کار تحت شیلتر.

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 دست‌یابی به این خدمات را بیان دارید؟
۳. مدل‌های مختلف تداوی بوسیله ایجاد شغل کدامها اند؟
۴. احیای مجدد، معیوبیت، ناقص بودن، امداد طلبی را تعریف نمایید؟

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 Tural from J. Gutenberg University Mainz/Germany, Dieter Hampel member of Afghanic/Germany and Afghanic organization for their support in administrative & technical affairs.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past two years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Associate Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, the universities' chancellors and deans of the medical colleges for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published.

At the end I appreciate the efforts of my colleagues Dr. M. Yousuf Mubarak, Abdul Munir Rahmanzai, Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hematullah in publishing books.

Dr Yahya Wardak
CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, November, 2012
Karte 4, Kabul, Afghanistan
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

Abstract

Psychiatry is a basic subject in medical curriculum. It has been taught in the Medical, Dentistry, Nursing, and Public Health faculties of Kabul Medical University.

The book I have compiled has four sections and thirty four chapters. It contains essential information about psychiatric disorders. This book has two volumes (Volume 1 and Volume 2).

Since Mental Health problems are very common in Afghanistan, I strongly recommend the studying of this book for medical students and young doctors.

All efforts have gone into equipping each section of this book with required information. I dedicate this book to my parents who encouraged me and provided me the opportunity to study in medical field.

In the end, I appreciate the efforts of my supervisor Prof. Dr. Nader Ahmad Exeer head of Internal Medicine department of Kabul Medical University in preparing this book. I am also thankful to Dr. Yahya Wardak and DAAD for publishing this book.

Sincerely

Prof. Dr. Abdul Aziz Naderi

Faculty Member and Lecturer in

Psychiatry department

Kabul Medical University

Mobile: +93799307271



بیوگرافی مختصر پوهندوی دوکتور عبدالعزیز نادری

محترم پوهندوی دوکتور عبدالعزیز 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 کاندید پوهنتون کابل کاندید بورس تحصیلی شوروی وقت گردیده است. البته در همان وقت بورس که به موصوف داده شده بود از طرف دولت وقت کنسل گردید و موصوف در سال ۱۳۵۹ شامل فاکولته طب کابل گردید و بعد از سال ۱۳۶۵ از فاکولته مذکور به درجه ماستری فارغ التحصیل گردید و 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 داخل 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