

مقدمه :

مصاحبه بالینی : شرح حال روانپزشکی و وضعیت روانی

هدف مصاحبه تشخیصی جمع آوری اطلاعاتی است که به معاینه کننده کمک می کند
تشخیص گذاری نماید . تشخیص درمان را هدایت کرده و به پیش بینی سیر آتی اختلال
بیمار کمک می کند .

تشخیص های روانپزشکی بر پدیده شناسی توصیفی مبتنی هستند : نشانه ها ، علائم ، و سیر
بالینی .

معاینه روانپزشکی از دو جزء تشکیل یافته است : (۱) شرح حال ، که سیر بیماری های فعلی
و قبلی را شرح داده و اطلاعات شخصی و خانوادگی را به دست می دهد و معاینه وضعیت
روانی ، که ارزیابی رسمی تفکر ، خلق و رفتار فعلی بیمار است . خلاصه زیر مدلی برای
چگونگی سازماندهی معمول این اطلاعات است . همه عناوین باید مورد توجه قرار گیرند اما
نیازی به رعایت سفت و سخت آنها نیست .

علائم و نشانه های بالینی و روانپزشکی :

روانپزشکان توانائی کشف شرایط روانی را به چند دلیل می آموزند : گذاشتن تشخیص دقیق
، انجام درمان مؤثر ، ارائه پیش آگهی قابل اعتماد ، تحلیل مسائل روانپزشکی حتی الامکان
بطور کامل ، و برقراری ارتباط مفید با سایر متخصصین . برای رسیدن به این اهداف ، آن ها
باید در زبان روانپزشکی تبحر پیدا کنند : باید شناخت و تعریف علائم و نشانه های رفتاری و

هیجانی را بیاموزند و در مشاهده دقیق و توصیف واضح پدیده های روانی روانپزشکی مسلط گردند.

بسیار از علائم و نشانه های روانپزشکی ریشه در رفتار طبیعی دارند و می توان آن ها را به عنوان نقاط متفاوتی روی طیفی از بهنجاری تا بیمار گونه‌گی تصور نمود.

تشخیص و طبقه بندی در روانپزشکی :

سیستم های طبقه بندی تشخیصی های روانپزشکی چندین هدف دارند: (۱) تفکیک یک تشخیص روانپزشکی از دیگری، به طوری که پزشک مؤثرترین درمان را پیشنهاد کند؛ (۲) ارائه زبانی مشترک بین اهل فن بهداشت روانی؛ (۳) جستجوی علل اختلالات روانی که هنوز نامعلوم هستند. دو طبقه بندی بسیار مهم روانپزشکی عبارتند از: **راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)**، که در ایالات متحده مورد استفاده قرار می گیرند، و **طبقه بندی آماری بین المللی بیماری های و مسائل بهداشتی وابسته (ICD)**، که در اروپا کاربرد دارد. هر سیستم از برخی جهات با هم فرق دارند، اما کاملاً مشابه هستند. طبقه بندی مورد استفاده در این کتاب بر متن بازنگری شده چهارمین ویر است **DSM (DSM-IV-TR)** است که در سال ۲۰۰۰ توسط انجمن روانپزشکی آمریکا به چاپ رسیده است.

دمانس و اختلالات روانی ناشی از اختلال طبی عمومی :

اختلالات شناختی با تخریب قابل ملاحظه در کارکردهائی نظیر حافظه ، قضاوت ، زبان و توجه مشخص است . این تخریب نشان دهنده تغییر از خط پایه است ، دلیریوم با اختلال در هشیاری و بروز علائم در یک دورهٔ زمانی کوتاه مشخص است . دمانس با تخریب شناختی کلی ، از جمله نقص های حافظه ، علیرغم سطح بهنجار هشیاری و بیداری مشخص می باشد . اختلالات نسیاتی با کاهش حافظه بدون تخریب شناختی دیگر مشخص هستند . اختلالات روانی ناشی از اختلال کلی طبی یک عده علائم روانی تعریف می شوند که مستقیماً از اختلال طبی یا نورولوژیک ناشی می شوند (مثل افسردگی ناشی از تومر لوب پیشانی) . اختلالات شناختی نیز ممکن است از مسائلی نظیر ضربه ، اختلال سوء مصرف مواد ، سموم یا داروها ناشی شوند . این اختلالات می تواند توأم باشند (مثل دلیریوم حاد که دمانس دیرپا را پیچیده تر می سازد) .

جنبه های عصبی - روانپزشکی HIV و AIDS

AIDS یک بیماری است که در آن ویروس نقص ایمنی انسان (قبلاً HIV-I گفته می شود) موجب تخریب شدید ایمنی سلولی می گردد ، که به عفونت های فرصت طلب ، نئوپلاسم ها ، سندرم های با ارتباط مستقیم با ویروس و مرگ می انجامد . گفته می شود که در سراسر جهان ۲۲ میلیون نفر با HIV آلوده شده اند و ۱۲ میلیون مرگ از این آلودگی حاصل شده است . AIDS را می توان یک بیماری مغزی تلقی کرد چون بیش از ۵۰٪ افراد

آلوده تظاهرات عصبی - روانی دارند . تغییرات نوروپاتوژیک در ۹۰٪ بیماران مبتلا به AIDS در کالبد شکافی مشاهده شده است . ده درصد بیماران شکایات CNS به عنوان نشانه های اولیه اختلال مطرح می کنند .

میزان اختلالات خلقی ، اضطرابی ، سوء مصرف مواد ، و انطباق مربوط AIDS و اختلالات وابسته به HIV بالا است . کشف داروهای آنتی رتر و ویرال در ترکیبات قوی (Cocktails) ماهیت اختلال را برای بسیاری از بیماران به یک مدل بیماری مزمن تبدیل کرده است . این تحول چالشی تازه را در مداوای بیماران که باید با یک بیماری مزمن زندگی کنند و با هزینه و اثرات جانبی رژیم های دارویی ضد HIV بسازند بوجود آورده است .

اختلالات وابسته به الکل :

الکل قابل وصول ترین و از نظر فرهنگی پذیرفته ترین ماده سوء مصرفی (در آمریکا) است . نود درصد مردم در جوامع غربی زمانی در طول عمر خود الکل مصرف می کنند . و مسائل وابسته به الکل را بخش کلیدی در هر ارزیابی روانپزشکی می سازد .

تقریباً هر مسئله بالینی مطرح شده می تواند مربوط به اثرات سوء مصرف ، وابستگی ، ترک یا مسمومیت با الکل باشد . تعریف الکلیسم بر قرائن تخریبهای مکرر حاصل از الکل در زمینه های متعدد کارکرد زندگی ، که علیرغم آن شخص به مصرف الکل ادامه می دهد ، اشاره دارد .

هر چند الکلیسم توصیف کننده یک اختلال روانی خاصی نیست، اختلالات مربوط به الکلیسم را می توان به سه گروه تقسیم کرد: (۱) اختلالات مربوط به اثر مستقیم الکل بر مغز [از جمله مسمومیت الکلی (مستی) محرومیت (تروک) و هالوسینوز الکلی]، و (۲) اختلالات مربوط به رفتار وابسته به الکل (سوء مصرف الکل و وابستگی)، و (۳) اختلالات مربوط به اثرات پایدار (از جمله اختلالات نسیانی و دمانس پایدار وابسته به الکل، آنسفالوپاتی - ورنیکه، و سندرم کورساکف) که تمام اختلالات وابسته به الکل DSM-IV-TR را نشان می دهد.

سایر اختلالات وابسته به مواد:

اختلالات وابسته به مواد یک مسأله گسترده بهداشت عمومی است که در زمینه های گوناگون کار کرد و ایجاد ناتوانی می کند (در ایالات متحده) ۳۷٪ جمعیت حداقل یک بار ماده ای ممنوع را آزمایش کرده اند. بیش از ۱۵٪ جمعیت ایالات متحده بالای ۱۸ سال مسائل سوء مصرف جدی مواد دارند. تقریباً دو سوم $\frac{2}{3}$ تا سه چهارم $\frac{3}{4}$ بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد تشخیصی های روانپزشکی توأم دارند. سندرمهای ناشی از مواد ممکن است طیف کامل بیماریهای روانی از جمله اختلالات خلقی اساسی، پسیکوتیک و اضطرابی را تقلید کنند.

این پدیده های اختلالات غنی برای پژوهش های روانپزشکی شمرده می شوند. (همینطور که با مدل فن سیکلیدین اسکیزوفرنی پژوهش در مورد فعالیت گیرنده N -

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

میتل -D- آسپارتیت [NMDA] نیز صورت گرفت. در کار بالغین اختلالات سوء

مصرف مواد همیشه باید به هنگام تشخیص و درمان اختلالات روانی در مد نظر باشد .

بالعکس ، بیماری که با اختلال اولیه سوء مصرف مواد رجوع می کنند باید از نظر توأم

بودن بیماری (dual diagnosis) که ممکن است در سوء مصرف یا وابستگی مواد

نقشی داشته باشد شوند .

اسکیز و فرنی :

اسکیزوفرنی (Schizophrenia) اختلالی پسیکوتیک با علت نامعلوم و تظاهر گوناگون است با علائم مثبت و منفی (کمبودی) مشخص می باشد .

اسکیزوفرنی هر چند اختلالی شناختی نیست غالباً تخریب شناختی (مثل تفکر عینی ، اختلال پردازش اطلاعات) بوجود می آورد . علائم اسکیزوفرنی تأثیر نامطلوب بر تفکر ، احساسات ، رفتار و عملکرد اجتماعی و شغلی می گذارد .

این بیماری معمولاً مزمن است و سیری دارد که از مرحله مقدماتی ، فعال و باقیمانده می گذرد . مراحل مقدماتی و باقیمانده با فرمهای خفیف علائم فعال ، نظیر باورهای غریب و تفکر سحر آمیز و نیز کمبودهایی در مراقبت از خود و روابط بین فردی مشخص هستند . اسکیزوفرنی به عنوان یک بیماری مغزی ، با ناهنجاریهایی ساختمانی و کارکردی مشهود در مطالعات تصویرگیری مغز و نیز یک جزء ژنتیک که در مطالعات دوقلوها مشاهده شده ، تثبیت گردیده است .

ارزیابی بیماری مبتلا به اختلال روانی :

مصاحبه با بیمار :

◀ زمان مورد نیاز برای اولین مصاحبه نیم تا یکساعت (براساس شرایط) می باشد . برای مصاحبه های بعدی نیم ساعت پیشنهاد می شود .

◀ در مطب و یا محل کار روانپزشک ، صندلی هایی که برای بیمار و روانپزشک در نظر گرفته شده اند ، باید ارتفاع برابر داشته باشند ، به طوری که هیچیک (پزشک و بیمار) از بالا به دیگری نگاه نکنند . در صورتی که در محل کار چند صندلی وجود داشته باشد پزشک باید صندلی خودش را انتخاب کند و سپس اجازه دهد بیمار برای نشستن صندلی مورد نظر خود را برگزیند .

◀ در صورتی که احتمال خطرناک بودن بیمار برود ، باید در اتاق باز گذاشته شود پزشک نزدیک به در بنشیند و فرد دیگری در خارج یا داخل اتاق حضور داشته باشد.

◀ در برخی بیماران باید نکات ویژه ای را رعایت کرد :

۱. بیمار مبتلا به اختلال هذیانی .
۲. نباید به طور مستقیم با هذیان بیمار مخالفت کرد .
۳. از سوی دیگر پزشک نباید وانمود کند که هذیان بیمار را پذیرفته است .
۴. بهترین نحوه برخورد با بیمار مبتلا به اختلال هذیانی همانند این نکته به اوست . که :
برخی ممکن است عقیده او را بپذیرند و برخی ممکن است آن را قبول نداشته باشند .
۵. بهتر است در هنگام مصاحبه با بیمار به اختلال هذیانی توجه را بر احساسات ترس ها و امیدهای بیمار ، که زیربنای باور هذیانی او را تشکیل می دهند معطوف کرد تا بتوان دریافت که هذیان چه عمل ویژه ای را برای بیمار انجام می دهد .

بیمار دارای رفتار تهاجمی :

بکرات ، روانپزشک در بیمارستان با بیماری که دارای رفتار تهاجمی بوده ، اکنون به طریقی مهار شده است (به عنوان مثال دستانش را بسته اند .) مواجه می شود .

در ابتدا باید بیمار را از نظر توانایی انجام مصاحبه (برقراری ارتباط کلامی ، از دست نرفتن واقعیت .) بررسی کرد. در صورتی که نتوان با بیمار مصاحبه کرد ، درمان آغاز خواهد شد .

در صورتی که مصاحبه امکانپذیر باشد باید بیمار را از نظر احتمال بروز رفتار تهاجمی ارزیابی کرد (می توان این موضوع را به طور مستقیم از بیمار پرسید .) در صورتی که

احتمال بروز رفتار تهاجمی وجود نداشته باشد ، می توان بیمار را رها کرد و با او مصاحبه کرد .

در هر صورت در هنگام مصاحبه باید حداقل یک نفر دیگر نیز حضور داشته باشد .

• در هنگام مصاحبه با بیمار که رفتار تهاجمی دارد ، توجه به نکات زیر حائز اهمیت

است:

۱- باید در اتاق باز شد .

۲- نباید به سرعت و بدون خبر به بیمار نزدیک شد و یا او را لمس کرد .

۳- نباید با بیمار بحث کرد .

۴- نباید با عصبانیت به بیمار پاسخ داد .

۵- نباید شرایط را برای افراد از موقعیت خطرناک محدود کرد (به عنوان مثال نباید پشت

میز نشست .)

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

۶- در صورت بروز احساس ترس یا ناراحتی باید مصاحبه را قطع نمود و کمک خواست .

۷- باید به طور روشن و با قاطعیت به بیمار فهمانید که نمی تواند و نباید رفتار تهاجمی از

خود نشان دهد و در صورت بروز چنین رفتاری با او برخورد خواهد شد.

بیمار مبتلا به اختلال افسردگی :

◀ پزشک نباید به بیماری که شدیداً افسرده است از همان ابتدا اطمینان دهد که همه چیز درست خواهد شد . چرا که احتمالاً بیمار از گفته پزشک چنین برداشت خواهد کرد که او به عمق درد (روحی) وی پی نبرده است .

◀ بهتر است پزشک چنین نشان دهد که از احساس بیمار آگاه است و یاری دادن او امکانپذیر است و در چنین شرایطی قابل قبول است که بیمار گمان کند یاری دادن او محال می باشد . پزشک باید به بیمار بگوید که افسردگی او قابل درمان است . ولی برای یافتن مؤثرترین و بهترین روش درمان ، نیاز به زمان دارد .

◀ در بیماران افسرده پی بردن به افکار مربوط به خودکشی اهمیت زیادی دارد . پزشک باید به طور مستقیم از بیمار بپرسد که آیا تاکنون اقدام به خودکشی کرده است ؟ و آیا قصد خودکشی دارد و در صورتی که با توجه به عوامل خطر ساز برای خودکشی (بخش اورژانس های روانپزشکی) ، خطر خودکشی قریب الوقوع را پیش بینی کند ، باید بیمار را در بیمارستان بستری کند و یا به نحوی از او مراقبت به عمل آورد . در صورت عدم بستری بیمار ، پزشک باید از او قول بگیرد که در صورت فزونی یافتن فشار افکار مربوط به خودکشی با او تماس بگیرد . در چنین شرایطی ، معمولاً بیمار پس از نیمه شب دچار حمله می شود و با پزشک تماس می گیرد . پزشک باید به بیمار اطمینان

دهد که در هر زمان و هر شرایطی در دسترس خواهد بود. در این زمان بیمار اطمینان می یابد و می تواند تکان های خود را کنترل کند.

هر چه تظاهر بیماری روحی روانی شدیدتر باشد (اختلالات سایکوتیک، خودکشی (مصاحبه با اعضای خانواده بیمار مفیدتر و مناسب تر خواهد بود.

شرح حال در روانپزشکی :

شرح حال در روانپزشکی ، در حقیقت ثبت زندگی بیمار است و به پزشک اجازه می دهد تا دریابد بیمار کیست ؟ از کجا آمده است ؟ و به کجا می رود ؟

بهترین روش برای اخذ یک شرح حال این است که پزشک به بیمار اجازه دهد تا داستان زندگی را با زبان خود و آن گونه که خود وی مهم می پندارد ، بیان کند .

یک شرح حال روحی روانی از بخش های زیر تشکیل شده است :

۱. اطلاعات مشخص کننده : شامل مشخصات بیمار است .
۲. شکایت اصلی (Complaint Chief) : علت مراجعه بیمار و یا علت ارجاع بیمار به زبان خود بیمار .

۳. بیماری فعلی (Present //ne) : کمک کننده ترین بخش شرح حال است . هر چه گسترده تر باشد احتمال تشخیص بیماری بیشتر خواهد بود .

۴. بیماری های قبلی : به سابقه بیماری های روحی روانی ، بیماری های طبی و سابقه مصرف الکل و یا مواد مخدر دیگر می پردازد .

۵. سابقه شخصی : شامل بررسی بخش های زیر است :

◀ دوره های پره ناتال و پری ناتال ؛

◀ دوران ابتدای کودکی (تولد تا ۳ سال) ؛

◀ دوران میانه کودکی (۳ تا ۱۱ سال) ؛

◀ دوران انتهای کودکی و دوران بلوغ ؛

◀ دوران Adulthood ؛

◀ سابقه خانوادگی ؛

◀ خواب ها ، فانتزی ها و ارزش ها ؛

صرع Epilepsy :

◀ به یک رفتار حمله ای (اپیزودیک) غیرطبیعی حرکتی ، حسی و یا روحی روانی که

ناشی از تخلیه الکتریکی غیرطبیعی ، مکرر و همزمان عده ای از نورون های مغزی باشد

Seizure اطلاق می شود .

◀ در صورتی که تخلیه الکتریکی فوق با تظاهرات حرکتی همراه باشد به آن تشنج گفته

می شود .

◀ صرع یا اپی لپسی به معنی تکرار این حملات است ، بنابراین به وقوع یک بار حمله ،

به ویژه در صورتی که علت مشخصی داشته باشد صرع گفته نمی شود .

تشخیص :

- ◀ تشخیص صرع بر اساس تاریخچه مثبت و EEG می باشد .
- ◀ EEG نرمال ، به ویژه در موارد صرع لوب تمپودال وجود بیماری را رد نمی کند .
- ◀ بیمارانی که با علائم زیر به کلینیک های روانپزشکی مراجعه می کنند ، حتماً باید از نظر صرع بررسی شوند :

۱. شروع حاد در یک بیمار سالم ؛
۲. شروع سریع دلیریوم بدون علت مشخص ؛
۳. سابقه حملات مشابه با شروع آنی و بهبودی خود به خود ؛
۴. سابقه حملات غش یا زمین خوردن های بدون علت ؛

اختلالات خلقی :

خلق به حالت هیجانی پایدار و درونی فرد و عاطفه به تجلی خارجی محتوای هیجانی او اطلاق می شود .

بیماری های خلقی را در چهار دسته زیر بررسی می کنیم:

(۱) اختلال افسردگی اساسی

(۲) اختلال دو قطبی

(۳) اختلال کج خلقی

(۴) اختلال خلق ادواری

اختلال افسردگی اساسی :

اپیدمیولوژی

- ◀ شیوع : شیوع بیماری برای تمام عمر : ۱۵٪
- ◀ سن : متوسط بروز علایم : ۴۰ سال
- ◀ جنس : نسبت مرد به زن $\frac{1}{2}$
- ◀ وضعیت اقتصادی اجتماعی : شیوع بیماری مختصری در طبقات محروم جامعه بیشتر است .

- ◀ ارتباط خانوادگی : ۱۰ تا ۱۳٪ از بستگان درجه اول بیمار در خطر ابتلا به بیماریهای خلقی هستند .
- ◀ نژاد : ارجحیت نژادی ندارد .

عوامل روانی اجتماعی :

- ◀ در بررسی های انجام شده ، شایعترین واقعه زندگی که بیماری افسردگی را در پی داشته است ، از دست دادن یکی از والدین قبل از ۱۱ سالگی بوده است .
- ◀ شایعترین عامل استرس زای محیطی همراه با شروع یک حمله افسردگی ، فوت همسر بوده است .
- ◀ انواع شخصیتی Oral Depend و سواسی و هیستریونیک برای ابتدا به اختلال افسردگی اساسی مستعد هستند .

علائم و نشانه های بالینی :

علائم بیماری به شرح زیر است :

۱. خلق افسرده در بیشتر اوقات روز و تقریباً هر روز : بیمار احساس اندوه و یا خالی بودن می کند . گر چه خلق افسرده مهمترین شکایت این بیماران است . اما حدود نیمی از بیماران احساسات افسرده خود را انکار و ظاهراً افسرده به نظر نمی آیند .
۲. از دست دادن علاقه و یا احساس لذت از مسائل پیرامون
۳. کاهش وزن (یا افزایش وزن) قابل توجه (۵٪ در یک ماه) بدون رژیم غذایی .
۴. بی خوابی یا افزایش خواب : حدود ۶۰ تا ۶۵٪ بیماران افسرده به اختلال در خواب دچار هستند . بی خوابی در این بیماران به ویژه به صورت Termina Insomnid) بیمار صبح زود از خواب بیدار می شود .) و بیدار شدن متعدد در شب ایجاد می باشد .
۵. کندی و یا آشفتگی فعالیت سایکوموتور : کندی منتشر سایکوموتور شایعترین شکایت در بیماران افسرده است . آژیتاسیون سایکوموتور به ویژه در افراد مسن دیده می شود .
۶. خستگی و احساس کم شدن انرژی که سبب دشواری در به پایان رسانیدن کارها می شود .
۷. احساس بی ارزش و یا گناه .
۸. کاهش توانایی اندیشیدن یا تمرکز کردن .

۹. افکار راجعه مربوط به مرگ ، اندیشه خودکشی با نقشه و یا کوشش برای خودکشی :

$\frac{2}{3}$ بیماران افسرده دارای افکار خودکشی هستند اما فقط ۱۰ تا ۱۵٪ آن ها دست به خودکشی می زنند .

۱۰. ۹۰٪ بیماران افسرده دچار اضطراب می شوند .

◀ علایم کلیدی افسردگی اساسی دو مورد اول می باشند .

◀ در برخی از بیماران افزایش اشتها ، افزایش وزن و افزایش خواب مشاهده می شود .

این افراد در دسته آتی پیک قرار می گیرند .

◀ افسردگی در بچه ها و نوجوانان به صورت ترس از مدرسه ، وابستگی زیاد طفل به

مادر ، فرار از مدرسه ، سوء استفاده از داروها و مواد مخدر یا انحرافات جنسی ظاهر می شود .

تشخیص :

◀ برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی ، بیمار باید حداقل ۵ مورد از علائم خلق

پایین ، از دست دادن احساس لذت و علاقه ، کاهش وزن (یا افزایش وزن) ، بی خوابی

(یا پر خوابی) ، احساس خستگی ، کندی سایکوموتور ، احساسی پوچی و بی ارزش ،

احساس گناه ، ناتوانی در تمرکز و افکار مربوط به مرگ را حداقل برای دو هفته داشته

باشند . به شرط آن که عملکرد او مختل شده باشد .

اختلال افسردگی با الگوی فصلی :

در این گروه علایم افسردگی در زمستان و پائیز ایجاد می شود و در تابستان و بهار بر طرف می گردد . علایم این بیماران شامل پر خوابی ، پر خوری و کندی فعالیت سایکوموتور می باشد . احتمالاً در این بیماران متابولیسم ملانین دچار اشکال است .

اختلال افسردگی با شروع پس از زایمان :

به صورت افسردگی شدید ظرف مدت ۴ هفته پس از زایمان ظاهر می شود .

◀ تفاوت ترس (Fear) با اضطراب (Anxiety) ، ترس همانند اضطراب یک

علامت هشدار دهنده است ، اما :

◀ ترس پاسخی است که به خطری که برای ما شناخته شده است و معمولاً این خطر در

خارج از وجود ما می باشد و کیفیت غیر تناقضی (Nonconflictal) دارد .

◀ اضطراب پاسخ به خطری است که برای ما ناشناخته و بیگانه است ، این خطر در

دوران وجود ما می باشد و کیفیتی مبهم و تناقضی (Confilcual) دارد .

اختلالات تطابقی

◀ ممکن است در پاسخ به وقایع استرس زای زندگی علایم هیجانی یا رفتار نابهنجاری

در افراد ایجاد شود . اگر این علایم یا رفتارها در مدت ۳ ماه از آغاز عامل استرس زا به

وجود آیند و از نظر بالینی قابل توجه باشند . (یعنی سبب اختلال قابل توجه در عملکرد

اجتماعی فرد شده یا دسترس واضح بیش از آن چه از شدت عامل استرس زا انتظار می رود به وجود آورده باشند .) تشخیص اختلالات تطابقی گذاشته می شود .

◀ در صورتی که علائم بیش از ۶ ماه به طول بیانجامد ، اختلال را مزمن و در صورتی که کمتر از ۶ ماه دوام داشته باشند آن را حاد می نامند .

◀ علایم اختلال تطابقی در بیماران متفاوت و متنوع است اما در مجموع خصوصیات افسردگی اضطرابی و در مواردی تظاهرات هر دو اختلال شایعترین دسته را تشکیل می دهند .

◀ با توجه به علایم و نشانه های غالب ، بیماران مبتلا به اختلال تطابقی در زیر گروههای زیر قرار می گیرند:

۱. اختلال تطابقی با خلق افسرده ؛

۲. اختلال تطابقی با اضطراب ؛

۳. اختلال تطابقی با مخلوط اضطراب و خلق افسرده ؛

۴. اختلال تطابقی با اختلال سلوک ؛

۵. اختلال تطابقی با مخلوط اختلال هیجانات و سلوک ؛

۶. اختلال تطابقی طبقه بندی نشده ؛

◀ شدت عامل یا عوامل استرس زا همواره پیش بینی کننده شدت اختلال تطابقی نمی باشد . معمولاً پس از برطرف شدن عوامل استرس زا بیمار هم بهبود می یابد ، اما این امر

همیشه صادق نیست . در صورت ادامه یافتن عامل استرس زا ممکن است بیماری مزمن شود .

◀ در تشخیص افتراقی این اختلال واکنش سوگ و PTSD قرار می گیرند :

۱. واکنش سوگ بطور موقت سبب اختلال عملکرد اجتماعی و شغلی بیمار می شود ، اما واکنش نسبت به عامل استرس زای ایجاد کننده اش ، قابل انتظار پیش بینی است . بنابراین اختلال تطابقی به شمار نمی آید .

۲. در PISD علایم پس از یک حادثه دردناک و آسیب رسان که خارج از محدوده تجربیات و وقایع معمول است ، ایجاد می شود ، حال آن که در اختلال تطابقی عامل استرس زا شدید یا غیرطبیعی نمی باشد .

◀ پیش آگهی اختلال تطابقی با درمان مناسب ، مطلوب است .

◀ درمان انتخابی بیماری تطابقی روان درمانی است . در موارد خاصی می توان از اثرات دارو درمانی بهره جست .

خودکشی :

ایپدیمولوژی :

◀ جنس : خودکشی موفق در مردها ۳ برابر بیشتر از زن ها دیده می شود که این میزان برای همه سنین ثابت است . اما زن ها ۴ برابر بیشتر از مردها اقدام به خودکشی می کنند .

◀ **روش :** مردها بیشتر از روش هایی چون اسلحه گرم ، داد زدن و پریدن از ارتفاع استفاده می کنند و زن ها بیشتر ترجیح می دهند از خوردن مقادیر زیاد داروهای روان گردان و با سم استفاده کنند . (این مطلب درصد بالای خودکشی های موفق را در مردان توجیه می کند .)

◀ **سن :** میزان خودکشی با بالا رفتن سن افزایش می یابد .
۱. در مردها پس از ۴۵ سالگی میزان خودکشی به اوج می رسد و در زن ها بیشترین میزان خودکشی پس از ۵۰ سالگی مشاهده می شود .

۲. افراد مسن کمتر از افراد جوان دست به خودکشی می زنند ولی بیشتر موفق می شوند .

◀ **نژاد :** خودکشی در سفید پوستان دو برابر سیاه پوستان است .

◀ **مذهب :** میزان خودکشی در کاتولیکها کمتر از پروتستان ها و یهودیان است .

◀ **وضعیت تأهل :** ازدواجی که با دارا بودن فرزند تقویت شود ، از خطر خودکشی می کاهد .

◀ **شغل :** هرچه وضعیت اجتماعی فرد بالاتر باشد ، خطر خودکشی او بیشتر خواهد بود .

کند ذهنی :

◀ بهره هوشی (IQ) مساوی یا کمتر از ۷۵ را در صورتی که علایم آن پیش از سن ۱۸ سالگی بروز کند کند ذهنی می نامند .

◀ شیوع MR ۱٪ بوده ، در پسر بچه ها ۱/۵ برابر دختر بچه ها می باشد .

◀ از علل کروموزومی و متابولیک MR سه بیماری سندرم داون ، سندرم

کروموزوم X شکننده (Fragile Sgndrome) و فنیل کنونوری

(PKU) بیشترین موارد آن را در ایالات متحده سبب می شوند .

◀ اختلالات کروموزوم های غیرجنسی همواره با افت بهره هوشی MR همراه می

باشند و این در حالی است که اختلالات کروموزوم های جنسی گاه MR ایجاد نمی

کنند ، به عنوان مثال بهره هوشی بیماران مبتلا به سندرم ترنر یا کلاین فلتز طبیعی یا

نزدیک به طبیعی است (حتی گاهی در سندرم ترنر IQ بالاتر از حد طبیعی دیده می

شود .)

◀ مهمترین معیار برای ارزیابی کند ذهنی بررسی بیمار از نظر تکامل کلامی و اختلالات

مربوطه است .

◀ در حال حاضر بهترین و پذیرفته ترین تست ارزیابی بهره هوشی اطفال میزان و تست

و چلر (Wechter – In telliyehce Scale) می باشد .

◀ در حال حاضر در کشورهای پیشرفته ، به صورت معمول برای تمام خانمهای باردار

بالای ۳۵ سال بین هفته های ۱۴ و ۱۶ انجام آمینوسنتز جهت تشخیص اختلالات جنینی

مسبب MR توصیه می شود .

◀ از روش های دیگر تشخیصی ، نمونه برداری از پرزهای کوریون بین هفته های ۸ تا

۱۰ قابل ذکر است .

◀ به صورت طبیعی خواب انسان از دو فاز فیزیولوژیک با نام های $RE\mu$ و $non\ RE\mu$ تشکیل شده است. خواب $non\ RE\mu$ دارای ۴ مرحله می باشد از زمانی که انسان به خواب می رود. تا لحظه ای که اولین فاز خواب $RE\mu$ را تجزیه کند، معمولاً ۹۰ دقیقه به طول می انجامد. به این زمان دوره نهنفتگی خواب ($RE\mu\ RE\mu\ Lateheg$) اطلاق می شود کاهش این زمان معمولاً در بیماری های افسردگی و نار کولپسی دیده می شود.

اختلال فلج خواب (Sleep paralgsis) :

در این حالت صبح هنگام، زمانی که بیمار می خواهد از بستر برخیزد. معمولاً در حدود ۱ دقیقه قادر به حرکت دادن اندامهای خود نخواهد بود.

کابوس (Nightmare) :

تقریباً همیشه در خلال خواب $RE\mu$ ایجاد شده. هر زمان از شب ممکن است رخ دهد. هنگام بیداری در صبح بخوبی به یاد آورده می شود معمولاً پاتولوژیک نبوده، در مواردی که به علت کثرت کابوس ها بیمار دچار دیسترس شود، می توان موقتاً از داروهایی همچون سه حلقه ای ها یا بنزود یا زپین ها که خواب $RE\mu$ را کم می کنند استفاده کرد.

اختلال وحشت خواب (Disorder Sleep Terror) :

در این حالت، بیمار در خلال $\frac{1}{3}$ اول شب، در حالی که در مراحل ۳ و ۴ فاز $non\ RE\mu$ خواب می باشد، به صورت ناگهانی با جیغ و فریاد بیدار شده، علایم اضطرابی شدید را از

خود بروز می دهد . سپس به خواب رفته ، صبح هنگام که بیدار می شود ، هیچیک از وقایع شب قبل را بیاد نمی آورد وقوع آن به صورت منفرد دریچه ها شایع بوده ، ندرتاً نیاز به درمان پیدا می کند تکرار این حملات می تواند پیش در آمد صرع لوب تمپورال باشد دیازپام قبل از خواب می تواند تا حدی اختلال را مرتفع سازد .

صحت کردن در خواب (Sleep Talking) یا (Somboloqeey) :

حرف زدن در خواب رخدادی شایع بوده ، معمولاً محدود به بیان نامفهوم چند کلمه می باشد . اما در صورتی که سخن به دراز بکشد ، معمولاً مضمون حرف ها مسائل و مشکلات زندگی بیمار است و نه آنچه بیمار در خواب می بیند . معمولاً نیاز به درمان ندارد .

راه رفتن در خواب (Sleep Walking) یا (Somnambulism) :

در این حالت بیمار در خلال مراحل ۳ و ۴ فاز *non REM* خواب از خودش رفتارها و حرکات پیچیده ای را بروز داده ، که در نهایتاً منجر به ترک بستر و راه رفتن می شود ممکن است منجر به بیداری بشود و یا نشود . هنگام صبح بیمار راه رفتن خود را بیاد نمی آورد .

بی خوابی (Insomnia) :

شایعترین شکایت خواب بوده ، به معنای دشواری در شروع و یا تداوم خواب می باشد . در موارد گذرا شایعترین علت آن اضطراب می باشد .

نکته: به صورت طبیعی ساعت بیولوژیک انسان دارای سیکل ۲۵ ساعته می باشد .

سوگ :

سوگ پاسخی است طبیعی در برابر فوت فردی که بیمار را دوست می داشته است .

طول مدت این واکنش در میان فرهنگ های مختلف متفاوت است . به طور کلی تا زمانی

که حداقل دو ماه از شروع علایم سوگ نگذشته است . اختلال افسردگی مطرح نمی شود

اما زمانی که علایم افسردگی بیش از این به طول انجامید ، همراه به یک سری علایم خاص

(ذیلاً ذکر خواهد شد) ، باشد ، بیمار افسرده تلقی می شود :

۱- احساس گناه (به استثنای مواردی که بیمار بایستی کاری را برای متوفی انجام می داده

است یا از انجام کاری خودداری می کرده است تا وی زنده بماند .)

۲- اشتغالات ذهنی با افکار مربوط به مرگ (به استثنای مواردی که بیمار فکر می کند بهتر

بود او به جای متوفی فوت می کرد .)

۳- احساس بی ارزشی و پوچی بیش از حد .

۴- اختلالات شدید و طول کشیده در عملکرد بیمار .

۵- کندی شدید سایکوموتور .

۶- توهمات (به استثنای مواردی که بیمار صدای متوفی را می شنود یا چهره اش را می

بیند) .

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1
Directory:
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm
Title: :
Subject:
Author: PAYIZAN TEAM
Keywords:
Comments:
Creation Date: 4/1/2012 10:48:00 PM
Change Number: 1
Last Saved On:
Last Saved By: H.H
Total Editing Time: 0 Minutes
Last Printed On: 4/1/2012 10:48:00 PM
As of Last Complete Printing
Number of Pages: 25
Number of Words: 3,435 (approx.)
Number of Characters: 19,586 (approx.)