

زندگیتان صحیفه هفتمین دراست
هر کس غم خویش خولند و از صحیفه رود

صحیفه پیوسته به جا است

خسرم آرزوی منم که مزدم بسیار نذبه یاد



توجه: تمامی حقوق مادی و معنوی این اثر برای ناشر محفوظ است.

این کتاب مشمول قانون حمایت از مؤلفان، مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸/۱۱/۱۱ و قانون ترجمه و تکثیر کتب، نشریات و آثار صوتی مصوب ۱۳۵۰/۱۰/۶ می‌باشد. بازنویسی، خلاصه برداری یا برداشت بخشی از متن، شکل‌ها یا جدول‌های کتاب و انتشار آن در قالب کتاب‌های ترجمه، تألیف، خلاصه، جزوه، تست یا نرم افزار بدون اجازه کتبی از ناشر، غیرقانونی و شرعاً حرام بوده و موجب پیگرد قانونی می‌شود.

اصول روان پزشکی در مامایی

مؤلفین:

محسن کوشان

با همکاری زهرا پارسایی مهر

اعضاء هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار



اندیشه رفیع
ناشر کتب علوم پزشکی
www.andisherafi.com

نام کتاب:	اصول روان پزشکی در مامایی
مؤلفین:	محسن کوشان با همکاری زهرا پارسایی مهر
ناشر:	انتشارات اندیشه رفیع
صفحه آرابی:	شادی حمیدی
نوبت چاپ:	اول - ۱۴۰۰
شمارگان:	۵۰۰ جلد
لیتوگرافی:	ندای دانش
چاپ:	منصور
صحافی:	بعثت
شابک:	۹۷۸-۶۲۲-۲۷۳-۰۴۴-۴
بها:	۴۰۰۰۰ تومان

دفتر مرکزی: اندیشه رفیع

خیابان انقلاب - خیابان ۱۲ فروردین - خیابان شهدای ژاندارمری
مقابل اداره پست - ساختمان ۱۲۶ - طبقه دوم - تلفکس: ۶۶۹۵۰۳۹۳
تلفن: ۶۶۹۷۱۴۱۴ - ۶۶۹۷۰۵۱۷ - ۶۶۹۷۰۵۱۸

نمایندگی های فروش:

- بابل کتابفروشی اندیشه
- مشهد کتابفروشی مجدداناش معاونت پژوهشی جهاد دانشگاهی
- تبریز کتابفروشی شیرنگ
- کتابفروشی بابک
- شیراز کتابفروشی جمالی
- انتشارات دانشگاه شیراز
- کرمان کتابفروشی پایروس
- ارومیه شاهد و اینترگران
- اردبیل کتابکده خیام
- اهواز کتابفروشی رشد
- خرم آباد کتابفروشی نشر و قلم
- زاهدان کتابفروشی بیماری های خاص
- گرگان کتابفروشی جلالی
- قم کتابفروشی فانوس اندیشه
- بوشهر نمایشگاه دائمی دانشگاه پزشکی
- سمنان کتابفروشی اشراق
- شهرکرد کتابفروشی کالج
- قزوین کتابفروشی حکیم
- کاشان خانه کتاب
- روزاندیش
- همدان خانه کتاب
- یاسوج
- یزد کتابفروشی آرمان
- اصفهان کتابفروشی پارسا
- کتابفروشی مانی
- ساوه کتابفروشی کوثر
- ایلام کتابفروشی رشد

مقدمه

مدرسان درس اصول روان‌پزشکی در مامایی، برای تدریس تمام رئوس مطالب تعیین شده از سوی شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی (در یک واحد درسی یا ۱۷ ساعت کلاس)، غالباً با کمبود وقت مواجه می‌شوند؛ وجود یک منبع معتبر که مباحث مورد نظر را به طور خلاصه و در عین حال جامع و قابل فهم در اختیار دانشجویان قرار دهد، مدرسان را مطمئن خواهد نمود که دانشجویان تمام مباحث مهم را در اختیار دارند.

در تألیف کتاب **اصول روان‌پزشکی در مامایی**، از منبع معتبر روان‌پزشکی کاپلان و سادوک و سایر منابع استفاده شده است تا دانشجویان بتوانند قضاوت‌های بالینی علمی‌تری در مورد اختلالات روانی مراجعان داشته باشند. برای درک دقیق‌تر نیازهای دانشجویان رشته مامایی در زمینه اختلالات روانی، منابع معتبر زنان و زایمان نیز مورد مطالعه قرار گرفته و از این منابع در تألیف این کتاب استفاده شده است؛ بنابراین، کتاب حاضر نیاز دانشجویان را به مباحث روان‌پزشکی مورد نیاز، به طور کامل برآورده می‌سازد. دانشجویان رشته مامایی با مطالعه این کتاب، قادر خواهند بود اختلالات روانی و سایر مشکلات روان‌شناختی مادران را در طول دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان، شناسایی نموده و اقدامات لازم برای درمان، آموزش مادران و در صورت لزوم ارجاع آن‌ها را به روان‌پریشک انجام دهند؛ همچنین، مطالب به‌گونه‌ای به تحریر در آمده است که برای شرکت در آزمون کارشناسی ارشد نیز مفید باشد.

از جناب آقای رنجبر که پیشنهاد تألیف این کتاب را مطرح نموده و آن را منتشر نمودند و همکارانشان سپاسگزارم.

محسن کوشان

فهرست مطالب

فصل ۱: کلیات روان‌پزشکی ۱۳

تعریف اختلال روانی..... ۱۳

سایکوز ۱۳

نوروز..... ۱۳

روان‌تنی ۱۳

سایکوزهای عضوی ۱۳

سبب‌شناسی اختلالات روانی..... ۱۴

فصل ۲: آشنایی با علائم و نشانه‌ها در اختلالات روانی..... ۱۷

فصل ۳: شرح حال و معاینه وضعیت روانی ۲۱

اصول کلی برخورد با بیماران مبتلا به اختلالات روانی..... ۲۱

شرح حال روان‌پزشکی..... ۲۳

معاینه وضعیت روانی..... ۲۴

فصل ۴: مروری بر درمان‌ها در روان‌پزشکی ۲۷

درمان‌های زیست‌شناختی..... ۲۷

داروهای روان‌پزشکی ۲۷

درمان با تشنج الکتریکی ۳۱

درمان با تحریک مغناطیسی خارج جمجمه‌ایی..... ۳۲

درمان‌های روان‌شناختی..... ۳۲

روان‌کاوی ۳۲

رفتار درمانی ۳۲

۳۲	شناخت درمانی
۳۲	درمان شناختی رفتاری
۳۲	گروه درمانی
۳۲	خانواده درمانی
۳۲	زوج درمانی

فصل ۵: طیف اسکیزوفرنی ۳۳

فصل ۶: اختلالات خلقی ۳۷

۳۷	اختلالات افسردگی
۴۱	اختلالات دو قطبی

فصل ۷: اختلالات اضطرابی ۴۳

۴۴	اختلال اضطراب فراگیر
۴۴	اختلال پانیک
۴۵	آگورافوبیا
۴۶	فوبی خاص
۴۶	اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)

فصل ۸: وسواسی جبری و اختلالات مرتبط ۴۷

۴۷	اختلال وسواسی جبری
۴۸	اختلال بد ریخت‌انگاری بدن
۴۸	اختلال انبار کردن
۴۹	اختلال کندن مو
۴۹	اختلال کندن پوست

فصل ۹: اختلالات مرتبط با سانحه و عامل استرس‌زا ۵۱

۵۱	اختلال استرس پس از سانحه
۵۴	اختلالات سازگاری

فصل ۱۰: نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط ۵۵

۵۵	اختلال نشانه جسمانی
----	---------------------

۵۶	اختلال اضطراب بیماری
۵۷	اختلال تبدیلی (اختلال نشانه کارکردی عصبی)
۵۸	عوامل روان شناختی مؤثر بر بیماری های جسمانی
۵۹	اختلال ساختگی

فصل ۱۱: اختلالات تجزیه ایی ۶۱

۶۱	فراموشی تجزیه ایی
۶۱	گریز تجزیه ایی
۶۲	اختلال هویت تجزیه ایی
۶۲	اختلال مسخ شخصیت / مسخ واقعیت

فصل ۱۲: اختلالات جنسی ۶۳

۶۳	میل جنسی
۶۵	اختلالات عملکرد جنسی
۷۰	اختلال نارضایتی جنسیتی
۷۰	انحرافات جنسی (پارافیلیا)

فصل ۱۳: اختلالات شخصیت ۷۳

۷۴	اختلال شخصیت پارانوئید
۷۴	اختلال شخصیت اسکیزوئید
۷۵	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال
۷۵	اختلال شخصیت ضد اجتماعی
۷۵	اختلال شخصیت مرزی
۷۵	اختلال شخصیت نمایشی
۷۶	اختلال شخصیت خودشیفته
۷۶	اختلال شخصیت وسواسی جبری
۷۶	اختلال شخصیت دوری گزین
۷۶	اختلال شخصیت وابسته

فصل ۱۴: اختلالات تغذیه و خوردن ۷۹

۷۹	بی اشتهایی عصبی
----	-----------------

- ۸۱ پرخوری عصبی
- ۸۱ اختلال پرخوری

فصل ۱۵: اختلالات خواب ۸۳

- ۸۳ اختلال بی‌خوابی
- ۸۴ اختلال پرخوابی
- ۸۵ نارکولپسی
- ۸۶ وقفه تنفسی در خواب
- ۸۶ اختلال وحشت شبانه
- ۸۷ اختلال کابوس
- ۸۷ خواب‌گردی
- ۸۸ سندرم پاهای بی‌قرار
- ۸۸ حرف‌زدن در خواب

فصل ۱۶: اختلالات عصبی شناختی ۸۹

- ۸۹ دلیریوم
- ۹۰ زوال عقل
- ۹۱ اختلال فراموشی

فصل ۱۷: اختلالات روانی در دوران نوزادی، کودکی و نوجوانی ۹۳

- ۹۳ ناتوانی عقلانی
- ۹۴ اختلال طیف اوتیسم
- ۹۵ اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی
- ۹۶ اختلالات ارتباط
- ۹۷ اختلالات حرکتی
- ۹۸ اختلالات یادگیری خاص
- ۹۹ اختلال لجبازی و نافرمانی
- ۹۹ اختلال سلوک
- ۱۰۰ اختلالات دفعی
- ۱۰۱ اختلالات تغذیه و خوردن در شیرخوارگی و اوایل کودکی

۱۰۲ اختلال اضطراب جدایی

۱۰۳ لالی انتخابی

۱۰۳ اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال تعامل اجتماعی بی‌فید و بند

۱۰۴ اختلال بی‌نظمی خلقی مخرب

فصل ۱۸: تغییرات روان‌شناختی و اختلالات روانی خاص زنان ۱۰۵

۱۰۵ تغییرات روان‌شناختی و اختلالات روانی دوران بلوغ

۱۰۷ تغییرات روان‌شناختی و اختلالات روانی مربوط به قاعدگی

۱۱۱ تغییرات روان‌شناختی پس از ازدواج

۱۱۳ تغییرات روان‌شناختی و اختلالات روانی در دوران بارداری

۱۱۵ تغییرات روان‌شناختی و اختلالات روانی پس از زایمان

۱۱۸ تغییرات روان‌شناختی و اختلالات روانی در سقط جنین و مُرده‌زایی

۱۲۰ تغییرات روان‌شناختی و اختلالات روانی در یائسگی

۱۲۱ تغییرات روان‌شناختی و اختلالات روانی در نازایی

۱۲۲ تغییرات روان‌شناختی در شیردهی

فصل ۱۹: سوگ ۱۲۳

منابع ۱۲۷

واژه‌یاب ۱۲۸

پیوست‌ها ۱۳۳

۱۳۳ مراحل رشد روانی جنسی بر اساس نظریهٔ فروید

۱۳۴ مراحل رشد روانی اجتماعی بر اساس نظریهٔ اریکسون

۱۳۵ دوره‌های رشد شناختی بر اساس نظریهٔ پیاژه

۱۳۶ انواع دلبستگی

فصل

۱

کلیات روان‌پزشکی

اختلال روانی^۱، اختلال در فعالیت‌های ذهنی، مانند تفکر، هوشیاری، ادراک، احساس، هیجانات، یادگیری، حافظه، شناخت و قضاوت است که باعث ناراحتی و ناتوانی چشمگیر فرد در انجام امور زندگی می‌گردد. پاسخ‌ها یا واکنش‌هایی که افراد در تجربه رویدادهایی، مثل مرگ عزیزان، شکست تحصیلی یا شغلی و نظایر آن، از خود نشان می‌دهند که از نظر فرهنگ، جامعه و اطرافیان، غیرعادی تلقی نمی‌گردد، اختلال روانی نیست. در گذشته، برای توصیف اختلالات روانی از اصطلاحات سایکوز^۲ (سایکوتیک)، نورو^۳ (نروتیک)، روان‌تنی^۴ و سایکوزهای عضوی یا اختلالات روانی عضوی استفاده می‌شد.

سایکوز (روان‌پریش): سایکوز یا اختلال سایکوتیک به تخریب اساسی در سنجش واقعیت اطلاق می‌گردد که با از دست دادن توانایی واقعیت‌سنجی مشخص می‌شود. وقتی که اختلال شدید در سنجش واقعیت وجود دارد، فرد در ارزیابی واقعیت‌ها و تشخیص آن از خیال، دچار اشتباه می‌شود و درک درستی از واقعیت‌های بیرونی ندارد. اختلال در واقعیت‌سنجی به علت پسرقت یا تضعیف ایگو است. توهم و هذیان از نشانه‌های شاخص اختلال در سنجش واقعیت می‌باشد. از هم‌پاشیده شدن شخصیت، فقدان بینش نسبت به ماهیت بیماری خود و تخریب شدید عملکرد اجتماعی و شخصی از ویژگی‌های مهم اختلالات سایکوتیک می‌باشند. اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و اختلالات خلقی (که با هذیان و توهم همراه باشد)، نمونه‌هایی از اختلال سایکوتیک می‌باشند.

نورو (روان‌نزد): نورو یا نروتیک به اختلالاتی اطلاق می‌گردد که سنجش واقعیت سالم است و لذا، فرد به بیمار بودن خود آگاه است، هذیان و یا توهم ندارد و از وجود علائم و نشانه‌ها، ابراز ناراحتی می‌کند. رفتار فرد با واقعیت‌ها هماهنگی دارد. اضطراب هسته مرکزی اختلالات نروتیک است. در گذشته، اختلالات اضطرابی مانند اضطراب فراگیر، وحشت، فوبیا، وسواس و استرس پس از سانحه، جزء اختلالات نروتیک محسوب می‌شد.

روان‌تنی: روان‌تنی به تأثیر روان یا ذهن بر جسم تأکید دارد. اصطلاح روان‌تنی به گروهی از بیماری‌های جسمی یا طبی اطلاق می‌گردد که عوامل هیجانی یا روان‌شناختی در بروز آن‌ها نقش آشکاری دارد و بیان این واقعیت است که پزشک در درمان بیماری‌ها، به عوامل روان‌شناختی نیز توجه لازم را داشته باشد. نقش استرس طولانی در ایجاد اختلالات قلبی عروقی، گوارشی و غیره و ارتباط خصوصیات شخصیتی با برخی بیماری‌های جسمی از موضوعات طب روان‌تنی است. امروزه طب روان‌تنی به عنوان یک حوزه مستقل در روان‌پزشکی مورد توجه است.

1. Mental disorders
2. Psychosis
3. Neuroses
4. Psychosomatic

سایکوزهای عضوی: سایکوزهای عضوی به اختلالات روانی که در اثر اختلالات عضوی مغز، بیماری‌های طبی، ضربه و مسمومیت‌ها بوجود می‌آید، گفته می‌شود. تقریباً همه اختلالات روانی ممکن است در اثر بیماری‌های عضوی ایجاد شوند.

سبب‌شناسی اختلالات روانی

علت اختلالات روانی را نمی‌توان به‌طور دقیق شناسایی نمود؛ اما، این حقیقت پذیرفته شده‌است که ممکن است فرد، یک زمینه قبلی که موجب آسیب‌پذیری او برای ابتلا به یک بیماری خاص می‌شود، را داشته باشد و سپس رویدادهای استرس‌زای محیطی، موجب آشکار شدن بیماری گردد. عوامل زمینه‌ساز، می‌تواند ژنتیکی باشد یا نقایص و نابهنجاری‌های عصبی، مشکلات دوران جنینی (مثل ابتلا مادر باردار به آنفلوآنزا و سرخچه)، مشکلات زمان تولد (مثل کمبود اکسیژن، ضربه)، استرس‌های دوران کودکی و سبک‌های تربیتی والدین باشد و عواملی که باعث آشکار شدن بیماری می‌شوند، رویدادهایی هستند که معمولاً به فاصله کوتاهی قبل از شروع بیماری اتفاق می‌افتند؛ مانند از دست دادن عزیزان، مشاخره خانوادگی، بیماری جسمی، بارداری، زایمان، قبولی در دانشگاه، رفتن به سربازی، تجاوز، خشونت و غیره (تصویر ۱-۱).

همه علل آسیب‌پذیری و عوامل آشکار کننده اختلالات روانی را می‌توان به علل ژنتیکی، زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی تقسیم نمود:

(الف) ژنتیکی: نقش وراثت در ایجاد بیشتر اختلالات روانی، مشخص شده‌است. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که اگر پدر یا مادر، مبتلا به یک اختلال روانی باشند، احتمال ابتلا فرزندان آن‌ها به همان بیماری بیشتر از بقیه است و این احتمال زمانی که هر دو والد مبتلا باشند افزایش می‌یابد.

(ب) زیست‌شناختی: از آنجا که سیستم عصبی، مرکز فعالیت‌های ذهنی یا روانی است، هرگونه اختلال در فرآیندهای عصبی-هورمونی و ساختارهای مغزی، منجر به بروز انواع اختلالات روانی خواهد شد (جدول ۱-۱). افزایش یا کاهش میزان ناقل‌های عصبی یا فعالیت آن‌ها، مهم‌ترین دلیل بروز علائم و نشانه‌های بیماری است؛ مثلاً، افزایش فعالیت دوپامین به بروز اختلال اسکیزوفرنی منجر می‌شود. تغییرات هورمونی و آسیب‌های مربوط به ساختمان مغز نیز در بروز اختلالات روانی نقش دارند.

(ج) روان‌شناختی: کارکردهای ذهنی انسان تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی نیز می‌باشد. شیوه فکر کردن، احساس کردن، ابراز هیجانات و نحوه ادراک و رفتار در جریان رشد و تکامل شخصیت، شکل می‌گیرد. با توجه به این که تعامل والدین با کودک و تجربه‌های دوران کودکی نقش بسیار مهمی در تشکیل شخصیت فرد دارد، بیشتر روان‌شناسان اعتقاد دارند که اساس ایجاد اختلال روانی، در دوران کودکی که شخصیت در حال شکل‌گیری است گذاشته می‌شود. در این ارتباط، نظریه‌های متعددی مطرح شده‌است که مبنای درمان‌های روان‌شناختی یا روان‌درمانی‌ها می‌باشد:

۱. نظریه روان‌کاوی (روان‌پویایی): زیگموند فروید، بنیان‌گذار مکتب روان‌کاوی، اعتقاد داشت که تعارضات ناخودآگاه یا به‌عبارتی، هیجانات ناشی از ناکامی‌ها، محرومیت‌ها، تبعیض‌ها و طرد شدن‌های سال‌های اولیه زندگی عامل اصلی بروز اختلال روانی می‌باشد. فروید برای درمان اختلالات روانی، توصیه به برونریزی هیجانات با روان‌کاوی نموده‌است.

۲. نظریه رفتارگرایی: گروهی از روان‌شناسان، به‌نام رفتارگرایان، اعتقاد دارند که شخصیت انسان و رفتارها در اثر یادگیری شکل می‌گیرد و یادگیری غلط می‌تواند به ایجاد اختلال روانی منجر گردد؛ مثلاً، مادر با رفتارهایش به کودک یاد می‌دهد که وسواس باشد و یا فرد در اثر شرطی شدن از چیزی می‌ترسد که خطری ندارد.

۳. **نظریهٔ شناخت‌گرایی:** بر اساس نظریهٔ شناخت‌گرایی، هر فرد در دوران رشد و تکامل، مجموعه‌ای از طرح‌واره‌های شناختی یا الگوهای فکری را کسب می‌نماید که اساس شناخت فرد از خود، دیگران، محیط اطراف و تفسیر رویدادها قرار می‌گیرد. اگر این طرح‌واره‌ها یا الگوهای فکری، ناسازگارانه باشد منجر به خطاهای شناختی خواهد شد که فرد را مستعد ابتلا به اختلال روانی می‌کند؛ مثلاً، اگر طرح‌واره یا الگوی فکری فرد این باشد که آدم بدشمنی است و همیشه شکست خواهد خورد، بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی قرار دارد و فردی که الگوی فکری او این است که دنیا جای خطرناکی است و نباید به کسی اعتماد کند، در معرض ابتلا به پارانوئید می‌باشد.

د) **اجتماعی فرهنگی:** تفاوت در بروز برخی از اختلالات روانی در گروه‌های مختلف اجتماعی و فرهنگی، این فرضیه را تأیید می‌کند که شرایط اجتماعی و فرهنگی (مثل سن، جنسیت، طبقهٔ اجتماعی فرهنگی، قومیت، نژاد، وضعیت تأهل)، آسیب‌های خاص روانی را منجر می‌شود؛ مثلاً، مشخص شده است که بین جنسیت و برخی بیماری‌ها رابطه وجود دارد؛ مثل، اختلالات افسردگی و اضطرابی که در زنان بیشتر مشاهده می‌شود. کسانی که در طبقات پایین اجتماعی زندگی می‌کنند، نسبت به عوامل استرس‌زا آسیب‌پذیری بیشتری دارند؛ لذا، اختلالات روانی در این افراد بیشتر مشاهده می‌شود؛ همچنین، رویدادهای محیطی؛ مثل از دست دادن عزیزان، اختلافات زناشویی و نظایر آن با بروز اختلالات روانی ارتباط دارند.

آسیب‌پذیری

زیست‌شناختی: ژن‌ها، بی‌نظمی بیوشیمیایی، ناهنجاری مغز، مشکلات بارداری و زایمان، بیماری‌های ویروسی، سایر بیماری‌های طبی، ضربه‌ها و ...

روان‌شناختی: تعارضات ناخودآگاه، ناهنجاری‌های رشد، الگوهای تربیتی نادرست، ضعف مهارت‌های دفاعی، سبک‌های شناختی ناسازگارانه، یادگیری‌های غلط و ...

اجتماعی: سیستم حمایت اجتماعی ضعیف، استرس مزمن، زمینه فرهنگی، طبقه اقتصادی - اجتماعی و ...

استرس

حوادث مهم (مثل از دست دادن عزیزان، تجاوز و ...)، شروع بیماری

اختلال

تصویر ۱-۱. مدل آسیب‌پذیری - استرس

جدول ۱-۱. ناقل‌های عصبی درگیر در اختلالات روانی

اختلال روانی	ناقل عصبی
افسردگی اسکیزوفرنی اختلالات خوردن وسواسی جبری بد ریخت انگاری بدن	سروتونین
اسکیزوفرنی اختلالات خلقی	دوپامین
اختلالات اضطرابی اختلالات خلقی اسکیزوفرنی	نوراپی نفرین و اپی نفرین
افسردگی دمانس ناشی از آلزایمر	استیل کولین
اختلالات اضطرابی افسردگی الکلیسم	گاما آمینوبوتیریک اسید (گابا)
افسردگی	هیستامین

آشنایی با علائم و نشانه‌ها در اختلالات روانی

در اختلال روانی، عملکردهای ذهنی، مانند تفکر، گفتار، ادراک، هیجانات، هوشیاری، حافظه و حرکات فرد دچار اختلال می‌شود و به صورت علائم و نشانه‌های بیماری مشخص می‌گردد. برخی از این علائم و نشانه‌ها عبارتند از: **۱- هذیان!** هذیان، یک اعتقاد و باور نادرست و باطل است؛ اما، فرد به‌طور جدی آن را واقعی می‌داند و از آن دفاع می‌کند. با هیچ دلیل و منطقی نمی‌توان او را متقاعد نمود؛ مثلاً، بیمار فکر می‌کند که شخص بسیار مهمی است و می‌تواند جهان را از نابودی نجات دهد یا بیمار دیگری اعتقاد دارد شب‌ها منبع تغذیه تمام نورافکن‌های دنیاست. افکار هذیانی بیمار، مورد تأیید خانواده و دیگران نیست؛ لذا، با اعتقادات فرهنگی و مذهبی افراد متفاوت است. وجود هذیان، همیشه دلیل بر وجود اختلال روانی می‌باشد. هذیان‌ها اشکال متفاوتی دارند که عبارتند از:

- هذیان بزرگ‌منشی: بیمار معتقد است که تمام سپرده‌های بانک‌ها به او تعلق دارد؛ روشی برای درمان کرونا یا سرطان کشف کرده‌است؛ رئیس جمهور است.
- هذیان گزند و آسیب (هذیان پارانوئید): بیمار اعتقاد دارد که کسی یا گروهی، قصد آسیب‌زدن به او را دارند؛ مثلاً می‌خواهند او را مسموم کنند یا بکشند؛ عده‌ایی مدام او را تقیب می‌کنند.
- هذیان انتساب: بیمار فکر می‌کند که اطرافیان به او می‌خندند یا در تلویزیون در مورد او صحبت می‌کنند. ممکن است بیمار، رنگ لباس همسایه یا طرز چیدمان صندلی‌ها را به خود نسبت بدهد.
- هذیان بی‌وفایی یا حسادت: بیمار اعتقاد دارد که همسرش به او خیانت می‌کند. این نوع هذیان بیشتر در مردان مشاهده می‌شود.
- هذیان شهوانی: بیمار فکر می‌کند فردی از یک موقعیت اجتماعی بالا، عاشق او شده‌است؛ اما، می‌ترسد عشق خود را مستقیماً ابراز کند. این نوع هذیان، بیشتر در زنان مشاهده می‌شود.
- هذیان جسمانی: بیمار اعتقاد دارد که مغزش پوسیده‌است، معده‌اش خشک شده‌است.
- هذیان گناه: بیمار اعتقاد دارد که عامل بدبختی و بیچارگی خانواده است. این نوع هذیان، تقریباً خاص بیماران مبتلا به افسردگی است.
- هذیان نیست‌گرایی: اعتقاد بر این که خودش یا دیگران و یا دنیا نابوده شده‌است.
- هذیان فقر: اعتقاد بر این که تمام دارایی او از بین رفته‌است یا از همه چیز ساقط شده است.
- هذیان کنترل: بیمار اعتقاد دارد افکارش توسط دیگران از مغزش بیرون کشیده می‌شود یا در دنیا پخش می‌شود؛ مثلاً می‌گوید: "هر فکری به ذهنم می‌آید، نیروهای امنیتی متوجه می‌شوند"، گاهی فکر می‌کند دیگران افکارشان را وارد مغز او می‌کنند.

۲- توهم^۱: توهم به معنای درک بدون وجود محرک خارجی است که در هر یک از حواس پنج‌گانه مشاهده می‌شود و بر حسب نوع حواس، به توهمات شنوایی، بینایی، لامسه، بویایی و چشایی تقسیم می‌شود. توهم گاهی در افراد سالم، تحت شرایط خاصی به صورت گذرا مشاهده می‌شود.

● توهم شنوایی: بیمار صداهایی را می‌شنود که وجود ندارد؛ اما، بیمار واقعاً می‌شنود و خیال نمی‌کند. صداهایی که بیمار می‌شنود، گاهی برای بیمار و یا دیگران خطرناک است؛ به عنوان مثال، خانمی که مبتلا به سایکوز پس از زایمان شده‌است، ممکن است صدایی بشنود که او را مجبور به کشتن نوزادش می‌کند. توهمات شنوایی شایع‌ترین نوع توهمات هستند.

● توهم بینایی: بیمار چیزهایی را می‌بیند که دیگران نمی‌بینند؛ مثل دیدن افراد فوت شده، افرادی که قصد کشتن او را دارند یا دیدن حیوانات و غیره. توهم بینایی در اختلالات سایکوتیک (مثل اسکیزوفرنی)، دلیریوم، دمانس، مصرف مواد روان‌گردان؛ مثل حشیش (گل) و مواد توهم‌زا و ترک الکل مشاهده می‌شود.

● توهم لامسه: بیمار تماس چیزی را با بدنش تجربه می‌کند که وجود ندارد؛ مثل خزیدن حشره روی بدن.

● توهم بویایی: بیمار بوهایی را استشاق می‌کند که وجود ندارد؛ مثل بوی گاز یا گوشت فاسد.

● توهم چشایی: بیمار مزه‌هایی را در دهانش می‌چشد که وجود خارجی ندارد.

۳- ایلوزیون^۲: در نظر بیمار، اشیاء و افراد به صورت متفاوت ادراک می‌شود؛ مثلاً، جالباسی به شکل یک حیوان درک می‌شود.

۴- سست شدن تداعی‌ها^۳: انسان افکارش را به صورت جملاتی که به طور منطقی پشت سر هم بیان می‌شود به دیگران منتقل می‌کند. اگر بین جملات ارتباط منطقی وجود نداشته‌باشد، گفته‌های فرد بی‌معنا خواهد بود؛ این وضعیت را سستی تداعی‌ها می‌گویند که از علائم اسکیزوفرنی است.

۵- پرش افکار^۴: به معنای شاخه به شاخه پریدن است، بیمار از موضوعی به موضوع دیگر می‌رود، بدون آن که جمله قبلی را تمام کرده باشد. این علامت در اختلال دو قطبی در فاز مانیا شایع است.

۶- فشار تکلم^۵: صحبت سریع و تند که نمی‌توان قطع نمود. در اختلال دو قطبی در فاز مانیا مشاهده می‌شود.

۷- انسداد فکر^۶: بیمار در حال صحبت، قبل از آن که جمله‌اش را تمام کند، به‌طور ناگهانی سکوت می‌کند و می‌گوید همه چیز از ذهنش پاک شد.

۸- در جا زدن^۷: بیمار پاسخ سؤال اول را برای سؤالات بعدی تکرار می‌کند و یا کلمه یا جمله‌ای را به‌طور مرتب در صحبت‌هایش تکرار می‌کند.

۹- کلام کلیشه‌ای^۸: تکرار مداوم یک یا چند جمله یا تکرار بی‌معنی کلمات.

۱۰- تفکر بی‌ربط^۹: صحبت بیمار از تعدادی کلمات بی‌ربط تشکیل شده است.

۱۱- تداعی صوتی^{۱۰}: نوعی قافیه‌سازی است، صوت کلمات و نه معنی آن‌ها، خط فکری جدیدی را در ذهن بیمار تداعی می‌کند؛ مثلاً بیمار با شنیدن کلمه پنیر، در مورد خمیر صحبت می‌کند.

1. Hallucination
2. Illusion
3. Loosening of association
4. Flight of ideas
5. Pressure of speech
6. Blocking
7. Perseveration
8. Verbigeration
9. Incoherence
10. Clang association

- ۱۲- **بی‌احساسی**^۱: فقدان احساس یا علاقه و نگرانی. معمولاً در افسردگی مشاهده می‌شود.
- ۱۳- **عاطفه بی‌ثبات**^۲: تغییر سریع، ناگهانی و شدید احساسات بدون دلیل خاص.
- ۱۴- **عاطفه نامتناسب**^۳: ابراز هیجان نامتناسب با موقعیت موجود؛ مثلاً بیمار در مرگ فرزندش، می‌خندد. بیشتر در اسکیزوفرنی مشاهده می‌شود.
- ۱۵- **فقدان لذت**^۴: از دست دادن علاقه به فعالیت‌هایی که قبلاً برایش لذت‌بخش بوده است. از علائم کلیدی افسردگی اساسی می‌باشد.
- ۱۶- **حرکات کلیشه‌ای**^۵: حرکات تکراری؛ مانند کوبیدن مداوم یک پا به زمین یا ادا و اطوارهای خاص؛ مثل، راه رفتن خاص در اسکیزوفرنی و اوتیسم.
- ۱۷- **کاتالپسی**^۶: بیمار برای مدتی یک وضعیت بی‌حرکتی مداوم را حفظ می‌کند. این وضعیت ممکن است ساعت‌ها و حتی روزها ادامه پیدا کند؛ مثلاً، یک دستش را بالا نگه می‌دارد. در کاتاتونیا مشاهده می‌شود.
- ۱۸- **منفی‌کاری**^۷: بیمار در مقابل دستورات، مقاومت می‌کند و آن را انجام نمی‌دهد یا خلاف آن را انجام می‌دهد؛ مثلاً وقتی از او خواسته می‌شود که برود، بر می‌گردد. در کاتاتونیا مشاهده می‌شود.
- ۱۹- **اختلال جهت‌یابی**^۸: اختلال جهت‌یابی به معنای فقدان آگاهی نسبت به شخص، زمان و مکان می‌باشد؛ مثلاً، نمی‌داند شما چه کسی هستید، الآن چه موقع از روز است و جایی که هست کجاست.
- ۲۰- **پژواک کلام**^۹: تکرار بیمارگونه کلمات دیگران.
- ۲۱- **پژواک رفتار**^{۱۰}: تکرار بیمارگونه حرکات دیگران.
- ۲۲- **بهت**^{۱۱}: بیمار آگاه و هوشیار است؛ اما هیچ واکنشی به محرکات محیطی نشان نمی‌دهد. در کاتاتونیا مشاهده می‌شود.

-
1. Apathy
 2. Labile
 3. Inappropriate
 4. Anhedonia
 5. Stereotypy
 6. Catalepsy
 7. Negativism
 8. Disorientation
 9. Echolalia
 10. Echopraxia
 11. Stupor

فصل ۳

شرح حال و معاینه وضعیت روانی

اصول کلی برخورد با بیماران مبتلا به اختلالات روانی

- گام اول در برخورد با کسانی که به اختلالات روانی مبتلا هستند، برقراری یک رابطه مبتنی بر اعتماد با بیمار است. این رابطه، یک رابطه اجتماعی نیست؛ بلکه یک رابطه درمانی است.
- بیمار باید با نام خانوادگی مورد خطاب قرار بگیرد (در مورد کودکان مستثنی است). از به کار بردن، پدرم، مادرم، برادرم، خواهرم باید خودداری شود؛ زیرا، ممکن است باعث شود که بیمار درمان گر را به عنوان یک شخص مهم در زندگی خود ببیند و احساسات خود نسبت به آن شخص را به درمان گر منتقل نماید.
- پذیرش بی قید و شرط بیمار، برای برقراری یک رابطه اعتماد برانگیز ضرورت دارد. پذیرش به معنای تصدیق یا تأیید رفتار تحقیرآمیز و آسیب رسان بیمار نیست؛ بلکه این پیام را به بیمار می دهد که حق دارد وجود داشته باشد، زندگی کند و به او اهمیت داده می شود.
- با بیمار در یک محیط آرام و به صورت انفرادی صحبت شود، تا براحتمی مشکلاتش را مطرح نماید. بعضی از بیماران، مانند مبتلایان به اسکیزوفرنی به دلیل هذیان و توهم از برقراری ارتباط با دیگران می ترسند؛ لذا، ارتباط با این بیماران باید بدون تهدید و به صورت فردی باشد.
- ابتدا به بیمار اجازه داده شود تا آزادانه در مورد موضوع مورد علاقه خود صحبت کند. کمتر صحبت کنید، تا فرصتی برای صحبت بیمار فراهم شود.
- در مورد وضعیت روانی بیمار، غیر از تیم درمانی، با کسی صحبت نشود یا در مورد بیمار در مکان های عمومی (مثل رستوران بیمارستان) با کسی صحبت نشود.
- باید احساسات و نگرش های منفی خود را نسبت به بیمار، شناسایی و کنترل نمود؛ مثل ترس، عصبانیت و این نگرش که "او دیوانه است و من باید او را از سر باز کنم". بیماران متوجه این احساسات و نگرش ها می شوند و ممکن است در رفتارهایشان تأثیر بگذارد و آن ها را نسبت به شما بی اعتماد یا عصبانی کند.
- بیماران دچار اختلال روانی، به همدلی^۱ نیاز دارند نه همدردی. همدلی، یعنی توانایی درک احساس دیگری و انتقال این درک به او. همدلی، یعنی شنونده مثبت بودن و احساسات واقعی بیمار را درک کردن. با بیمار می توان خندید؛ اما، نباید با او گریه کرد.
- باید بدون تعصب به صحبت های بیمار گوش دهید و از نصیحت کردن بیمار و قضاوت خودداری کنید.
- از صحبت در مورد زندگی شخصی خود با بیمار خودداری نمایید.
- به بیمار شماره تلفن شخصی خود را ندهید.

- با بیمار در خارج از محیط درمانی، قرار ملاقات نگذارید.
- با بیمار در مورد مسائل عاشقانه صحبت نکنید.
- بیمار را به انجام کاری مجبور نکنید.
- اگر بیمار رفتار و افکار خنده‌دار دارد، نباید خندید؛ مگر این که خود بیمار بخندد. خندیدن به بیمار، احساس بی‌احترامی و پذیرفته‌نشدن بوجود می‌آورد.
- بیمار را به خاطر افکار و رفتارش، مورد تمسخر قرار ندهید.
- اگر بیمار افکار خودکشی یا دیگركشی دارد، به اطرافیان اطلاع داده شود و فوراً به روان‌پزشک ارجاع گردد.
- اگر بیمار اظهار می‌کند که قصد آسیب‌زدن یا کشتن کسی را دارد، حتماً به آن فرد اطلاع داده شود.
- بیمارانی که افکار خودکشی یا دیگركشی دارند، باید تحت‌نظر باشند.
- باید روش برخورد و رفتار خود را با وضعیت روانی بیمار وفق دهید؛ مثلاً، در حضور بیمار بدبین از درگوشی صحبت کردن و خندیدن خودداری کنید. در هنگام مصاحبه نیز باید فاصله رعایت شود؛ نباید خیلی نزدیک او نشست؛ چون باعث تشدید بدبینی او می‌شود.
- هنگام مصاحبه با بیماران پرخاشگر، نکات ایمنی را رعایت کنید؛ خیلی به بیمار نزدیک نشوید.
- اگر با بیماری مواجه شدید که رفتارش تهدید کننده است، آرام باشید و بدون این که ترس خود را نشان دهید، درخواست کمک نمایید. با بیمار جدی باشید؛ اما او را درک کنید. اگر بیمار وسایل روی میز را پرت می‌کند، نادیده بگیرید. اگر توهین می‌کند، تحمل کنید و نگذارید بر احساسات شما تأثیر بگذارد. با بیمار عصبانی، بحث نکنید؛ بلکه با لحن آرام به او بگویید، می‌تواند در مورد عصبانیت خود صحبت کند. وقتی شروع به صحبت کرد، صحبت‌های او را قطع نکنید. بدون نصیحت و قضاوت، فقط گوش کنید.
- بیمار را تشویق به بیان احساسات کنید. بیان احساسات منجر به کاهش اضطراب و خشم می‌شود.
- اگر بیمار هذیان دارد، از تأیید یا رد آن خودداری کنید. تأیید یا به چالش کشیدن هذیان فقط موجب تقویت هذیان و سلب اعتماد بیمار می‌شود. هذیان با بحث و ارائه دلایل منطقی، برطرف نمی‌شود.
- هذیان از نظر بیمار، واقعی است؛ لذا، ممکن است، احساس ترس و وحشت نماید؛ مثلاً، بیماری که اعتقاد دارد، عده‌ایی قصد کشتن او را دارند؛ حق دارد که بترسد. باید بیمار را تشویق به بیان احساسات نمود، بدون این که هذیان او تأیید یا انکار شود، تا از ترس و وحشت او کاسته شود. به او اطمینان داده شود که محیط امن است.
- از دنبال کردن جزئیات هذیان و محتوای آن خودداری شود؛ زیرا باعث تقویت آن می‌شود. هرگز بیمار به دلیل باورهای هذیانی، مورد سرزنش؛ تمسخر، توهین و قضاوت قرار نگیرد.
- منحرف کردن ذهن بیمار از هذیان و جلب توجه او به فعالیت‌های ساده، اقدام مناسبی است و باعث می‌شود که بیمار بر هذیان خود تمرکز نکند؛ مثل، "خانم..... بیایید کمی قدم بزنیم".
- در برخورد با بیمارانی که توهم دارند، باید بدون انکار توهم، نشان داد که موافق ادراکات او نیستیم؛ مثل، "خانم می‌دونم شما صدایی می‌شنوید؛ اما من نمی‌شنوم".
- تشویق به توصیف احساسات مرتبط با توهمات؛ مثل، "خانم ... زمانی که صداها را می‌شنوی، چه احساسی داری؟"، باعث کاهش اضطراب و ترس بیمار می‌شود.
- گاهی بیمار صداها را تهدید کننده می‌شنود که ممکن است او را به سمت آسیب‌زدن به خود یا دیگران هدایت کند؛ لذا، باید فهمید که بیمار چه صداهایی می‌شنود. اگر صداها خطرناک است، امنیت بیمار و دیگران تأمین شود.
- بیمار در دوره افسردگی، گوشه‌گیری و حمله‌های پانیک، از نظر افکار خودکشی بررسی و تحت نظر باشد.

- به بیمار گوشه‌گیر و کم‌حرف، نشان داده شود که مورد احترام است؛ مثلاً، هر روز زمان کوتاهی با او صرف کنید. کنار بیماری که ساکت است، نشسته و کتاب بخوانید، لازم نیست حرفی بزنید یا گاهی در مورد موضوعات معمولی صحبت کنید.
- با بیماران بدبین (مثل پارانویدها)، باید صادق باشید و در جلب اعتماد آن‌ها عجله نکنید (مثلاً، نگویید: "من دوست شما هستم و می‌خواهم به شما کمک کنم باید به من اعتماد کنید"). از بحث کردن با این بیماران به منظور تغییر افکار بدبینانه، خودداری کنید؛ چون باعث بدبینی بیشتر می‌شود. نباید با اصرار، این افراد را وارد جمع یا مهمانی نمود. اگر به دلیل بدبینی، داروهایش را نمی‌خورد، با ملایمت گفته شود "خانم... این داروی همیشگی شماست، خودتان اسم آن را بخوانید و باز کنید.
- به خانواده‌ها توصیه شود که در شرایط استرس‌زا، بیمار را مورد حمایت قرار دهند.

شرح حال روان پزشکی

اخذ شرح حال روان پزشکی، مهم‌ترین بخش ارزیابی سلامت روانی فرد است؛ زیرا، اطلاعاتی که از این بخش کسب می‌شود، به شناسایی عوامل مستعدکننده و آشکارکننده اختلال، سیر بیماری و پیش‌آگهی آن کمک می‌کند و مصاحبه، مهم‌ترین روش برای گرفتن شرح حال و معاینه وضعیت روانی است و باید در یک اتاق مخصوص که بیمار احساس امنیت بکند، انجام شود.

اطلاعات اولیه در مورد وضعیت سلامت روانی مراجعین، باید به هنگام گرفتن شرح حال و انجام معاینه مامایی، اخذ شود؛ به طوری که ماما بتواند در پایان معاینه تخصصی، مشخص کند که آیا مراجع، لازم است از نظر وضعیت روانی نیز مورد ارزیابی تخصصی قرار بگیرد یا خیر؟ همچنین، بتواند، بیماران را از نظر وجود سوءرفتارهای جسمی و جنسی یا خشونت خانگی، اضطراب و افسردگی غربال نماید.

بنابراین، ماما باید در هنگام معاینه مامایی، اطلاعات کلی در مورد وضعیت سلامت روانی مراجع، سابقه ابتلا به هر گونه اختلال روانی، بستری شدن‌ها، سابقه ابتلا بستگان نزدیک به بیماری، وضعیت زناشویی و هر گونه نگرانی‌های دیگر کسب نماید.

قبل از طرح سؤالات خاص، مراجع تشویق شود تا چند دقیقه‌ای در مورد خودش صحبت نماید؛ مثل، "خانم ... لطفاً کمی از خودتون بگید"، "در مورد مادر شدن چه احساسی دارید؟"، "رابطه زناشویی‌تان چگونه است؟". در مورد احتمال خشونت، سؤال شود. این صحبت چند دقیقه‌ای، ماما را با خلق، تفکر، ادراک و نگرش مراجع آشنا می‌کند و چنانچه اختلالی در هر کدام از این حوزه‌ها وجود داشته باشد مشخص می‌شود؛ البته، قرار نیست با یک صحبت کوتاه به تشخیص روان پزشکی رسید؛ اما، می‌توان اطلاعات اولیه‌ای از وضعیت روانی مراجع کسب نمود تا در صورت ظن به وجود اختلال روانی، به یک مرکز روان پزشکی یا متخصص معرفی شود.

برای معرفی مراجع به روان پزشک، لازم نیست به او گفته شود که "به نظر من شما افسردگی یا اضطراب دارید و بهتر است به یک روان پزشک مراجعه کنید"؛ بلکه، می‌توان به او گفت که "برای رفع این بی‌خوابی، غمگینی، تپش قلب و ... به روان پزشک مراجعه کنید".

در مواردی که مراجع افکار خودکشی، دیگرکشی، هذیان یا توهم دارد، بایستی همسر وی در جریان قرار بگیرد و بیمار به روان پزشک ارجاع داده شود. پی‌گیری وضعیت روانی مراجع، بعد از ارجاع به روان پزشک، از وظایف ماما می‌باشد. باید به بیمار یا همسرش تأکید شود که پس از ملاقات با روان پزشک، او را در جریان نتیجه این ملاقات و برنامه درمانی قرار دهند. باید دلایل ارجاع به روان پزشک، برای بیمار و همسرش به‌طور شفاف توضیح داده شود.

شرح حال روان‌پزشکی، شامل بخش‌های زیر است:

مشخصات بیمار: نام و نام خانوادگی، جنسیت، سن، شغل، وضعیت تأهل، تحصیلات، دین، مختصری از وضعیت

سکونت فعلی

شکایت اصلی: شکایتی که بیمار به خاطر آن مراجعه کرده‌است، عین کلمات بیمار باید یادداشت شود.

سابقه بیماری فعلی: بیماری فعلی، چگونه، کی و به چه صورت شروع شده‌است.

سابقه روان‌پزشکی قبلی: اختلالات قبلی (در صورت وجود)، طول مدت و نوع درمان.

سوء مصرف یا مصرف مواد / الکل: این بخش بدون قضاوت و نصیحت بررسی شود، تا بیمار به راحتی حقیقت

را بگوید.

سابقه طبی: وجود بیماری‌های طبی و درمان آن‌ها، مصرف مواد و داروها

سابقه خانوادگی: وجود بیماری در هر کدام از اعضای خانواده.

سابقه زندگی بیمار از قبل از تولد تا اکنون: خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، مشکلات دوران بارداری مادر،

مدت بارداری، صدمات زایمانی، عادات غذایی در شیرخوارگی، رشد جسمی، آموزش توالت رفتن، وجود مشکلات

دوران کودکی (مثل کج خلقی، مکیدن انگشت، ناخن جویدن، بی‌قراری، گوشه‌گیری، شب‌اداری)، مسائل مربوط

به دوران بلوغ، نوجوانی، تحصیل، کار، ازدواج، بچه‌دار شدن و غیره

معاینه وضعیت روانی

معاینه وضعیت روانی، یک اقدام تخصصی است که به منظور تشخیص اختلال روانی انجام می‌شود و شامل

بخش‌های زیر می‌باشد:

۱. **وضعیت عمومی:** ظاهر عمومی، حالت چهره، وضعیت راه رفتن و نشستن، در بعضی از اختلالات روانی متفاوت

است؛ مثلاً، بی‌توجهی به خود (مثل ظاهر کثیف و لباس‌های آلوده)، اعتیاد به مواد، دمانس و اسکیزوفرنی را

مطرح می‌کند. ظاهر ژوئیده، آرام وارد اتاق معاینه شدن، شانه‌های افتاده و نگاه به پایین، ممکن است نشانه

افسردگی باشد. ناآرامی روی صندلی و لرزش اندام‌ها، اضطراب را نشان می‌دهد و شاد و شنگول بودن نشانه

مانیا است.

۲. **خلق و عاطفه:** با طرح سؤال "از این که باردار هستید چه احساسی دارید"، یا "الآن چه احساسی دارید؟"، می‌توان

با وضعیت خلقی مراجع آشنا شد. در صورت وجود بی‌علاقگی به بارداری، دلیل آن سؤال شود؛ چنانچه مراجع

علت مشخصی را ذکر نکرد و از احساس غمگینی، گرفتگی، بی‌حوصلگی، دل‌شکستگی و ناامیدی صحبت کرد،

می‌توان احتمال وجود افسردگی را مطرح نمود. احساسات و عواطف عجیب و غیرعادی (مثل بی‌تفاوتی یا عاطفه

نامتناسب)، گریه بدون دلیل، خوشحالی بیش از حد، شوخی زیاد، ظاهر نگران و بی‌ثباتی خلقی، ممکن است از

علائم و نشانه‌های وجود اختلال روانی باشد.

۳. **تفکر و تکلم:** اگر در صحبت‌های مراجع، بی‌ربطی، کلمات مبهم، شاخه به شاخه پریدن، سرعت زیاد تکلم یا

بیش از حد آرام صحبت کردن مشاهده می‌شود، باید برای بررسی بیشتر به روان‌پزشک معرفی شود. مراجعی که

اعتقاد دارد، بچه‌ای که تو شکم اوست یک شیطان است و باید نابود شود یا اعتقاد دارد بچه او دنیا را از ظلم و

ستم نجات خواهد داد و مواردی از این قبیل، نشانه وجود هذیان می‌باشد که مستلزم مداخله فوری درمانی است.

در کسانی که احتمال ابتلا به افسردگی یا سایکوز وجود دارد یا سابقه ابتلا به این اختلالات را دارند و یا کسانی

که درگیر یک رابطه زناشویی غیر قابل تحمل هستند، بررسی افکار خودکشی، ضرورت دارد؛ به‌خصوص کسانی

که از ناامیدی و احساس بی‌ارزشی صحبت می‌کنند. برای بررسی افکار خودکشی می‌توان سؤالاتی نظیر "آیا تا به حال به فکر پایان دادن به زندگی خود بوده‌اید؟"، "آیا تا به حال آرزوی مرگ کرده‌اید؟"، "آیا اخیراً به فکر از بین بردن خود افتاده‌اید". در صورتی که رابطه‌ی ماما با مراجع بر اساس اعتماد شکل گرفته باشد، مراجع با صداقت به این سؤالات پاسخ می‌دهد. اگر پاسخ او به سؤالات مثبت بود، باید زمان و برنامه خودکشی را سؤال کرد. گزارش وجود افکار خودکشی به خانواده مراجع و ثبت آن در پرونده لازم است. سؤال در مورد خودکشی و دگر کشی، خطر آن را افزایش نمی‌دهد.

۴. ادراک: یکی از نشانه‌های مهم در اختلالات روان‌پزشکی، توهم است که گاهی از رفتارهای مراجع مشخص می‌شود؛ مثلاً، زمانی که مراجع با کسی که حضور ندارد صحبت می‌کند و گاهی نیز لازم است از بیمار پرسیده شود که آیا صدایی را می‌شنود که دیگران قادر به شنیدن آن نیستند، کسی را می‌بیند که دیگران نمی‌توانند ببینند؟ وجود توهم به همراه سایر علائم و نشانه‌های روان‌پزشکی، ابتدا به اختلالات سایکوتیک را نشان می‌دهد که مستلزم معاینه تخصصی و درمان فوری می‌باشد. گاهی توهم ممکن است پس از مصرف مواد روان‌گردان مشاهده شود که نباید از نظر ماما دور بماند.

۵. جهت‌یابی: برای این که مشخص شود مراجع، در شناخت و تشخیص موقعیت‌ها مشکلی ندارد، باید از او سؤالاتی در مورد زمان (هم اکنون چه موقع از روز است؟)، مکان (این‌جا کجاست؟) و شخص (من چه کسی هستم؟) پرسیده شود.

۶. حافظه: برای بررسی حافظه فوری، می‌توان از بیمار خواست تا یک عدد شش رقمی را به صورت معکوس تکرار نماید. برای بررسی حافظه اخیر، از وقایعی که در یکی دو روز گذشته رخ داده است، سؤال می‌شود و برای حافظه دور، از مسائل مهم مربوط به زندگی گذشته فرد، مثل تاریخ تولد سؤال می‌شود.

۷. وضعیت هوشیاری: با صحبت با مراجع و میزان پاسخ‌دهی او به سؤالات و تحریکات وارده، می‌توان سطح هوشیاری را تعیین کرد. سطح هوشیاری؛ شامل هوشیاری کامل، تیرگی هوشیاری، خواب‌آلودگی، بهت و اغما، می‌باشد. اختلال در هوشیاری، ممکن است ناشی از مصرف داروها یا مواد و یا نشانه‌دهنده اختلال عضوی مغز باشد.

۸. توجه و تمرکز: برای بررسی میزان تمرکز بیمار، می‌توان از او خواست تا به صورت متوالی عدد هفت را از صد، کم کند یا از سی، سه تا سه تا کسر کند و ساده‌تر آن، از یک تا بیست به سرعت بشمارد.

۹. تفکر انتزاعی: تفکر انتزاعی، در مقابل تفکر عینی قرار دارد و به معنای توانایی استنباط و درک مفاهیم از موقعیت‌های کلی می‌باشد. کودکان تفکر عینی دارند و پدیده‌ها را آن‌گونه که از طریق حواس پنج‌گانه حس می‌کنند (مثلاً می‌بینند یا می‌شنوند)، درک می‌کنند و به تدریج با افزایش سن (حدود ۱۲ سالگی) قدرت تفکر انتزاعی پیدا می‌کنند. فقدان تفکر انتزاعی در بزرگسالان، نشانه اختلال اسکیزوفرنی یا دمانس است. برای تشخیص این که بیمار تفکر انتزاعی دارد یا خیر، از ضرب‌المثل‌ها استفاده می‌شود. کسانی که تفکر انتزاعی ندارند، نمی‌توانند ضرب‌المثل را تفسیر نمایند، فقط عین کلمات را بیان می‌کنند.

۱۰. هوش: با طرح سؤالاتی نظیر پایتخت کشور، اسم رئیس جمهور و نظایر آن، می‌توان سطح هوش بیمار را بررسی نمود. در صورت ظن به کم‌توانی ذهنی (عقب‌ماندگی)، باید توسط روان‌شناس، تست هوش گرفته شود.

۱۱. قضاوت: قضاوت یا واکنش بیمار در موقعیت‌های اجتماعی را می‌توان با سؤالاتی؛ نظیر اگر این‌جا آتش بگیرد چه کار می‌کنید؟ بررسی نمود. پاسخ‌های غیرواقعی بینانه نشانه اختلال در قضاوت است.

۱۲. بینش: منظور میزان آگاهی و درک بیمار از بیماری خودش است. آیا علائم خود را نشانهٔ بیماری می‌داند و خود جهت درمان مراجعه می‌کند؟ یا علائم موجود را قبول ندارد و بیمار بودنش را انکار می‌کند. انکار بیماری روانی دلیل بر اختلال سایکوتیک است.

۱۳. کنترل تکانه‌ها: بررسی توانایی بیمار برای کنترل تکانه‌های پرخاشگری، جنسی و سایر انواع تکانه‌ها بسیار مهم است. چون احتمال خطر بیمار برای خود و دیگران را مشخص می‌کند.

تشخیص اختلال روانی: بر اساس اطلاعات کسب شده از شرح حال و معاینه وضعیت روانی، می‌توان احتمال وجود اختلال روانی را مشخص نمود. تشخیص نوع اختلال روانی، زمانی امکان پذیر است که علائم و نشانه‌های موجود، ملاک‌های لازم یک اختلال را برآورده سازد.

ملاک‌های تشخیصی اختلالات روانی، در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۱ مشخص شده‌است.

فصل ۴

مروری بر درمان‌ها در روان‌پزشکی

با توجه به این که اختلالات روانی، هم منشاء زیست‌شناختی و هم منشاء روان‌شناختی-اجتماعی دارند، باید درمان‌ها نیز هم بر علل زیست‌شناختی و هم بر عوامل روان‌شناختی-اجتماعی تأثیر بگذارند؛ به همین منظور، درمان‌های متنوعی وجود دارد که برخی با تأثیر بر علل زیست‌شناختی و برخی با تأثیر بر علل روان‌شناختی-اجتماعی منجر به بهبود اختلال می‌شوند؛ بنابراین، درمان‌ها در روان‌پزشکی، به درمان‌های زیست‌شناختی و درمان‌های روان‌شناختی تقسیم می‌شوند.

الف. درمان‌های زیست‌شناختی

دارودرمانی و درمان تحریک مغز با ایجاد تشنج و امواج مغناطیسی، از درمان‌های زیست‌شناختی مهم در روان‌پزشکی هستند.

۱. داروهای روان‌پزشکی

این داروها با اصلاح بی‌نظمی‌های زیستی، علایم و نشانه‌های بیماری را کاهش می‌دهند و یا کنترل می‌کنند. داروها در صورتی که به مقدار مناسب و به مدت کافی مصرف شوند اثر درمانی لازم را خواهند داشت. استفاده از داروها باید تحت نظر یک متخصص روان‌پزشکی واحد باشد. قطع ناگهانی مصرف داروهای روان‌پزشکی باعث ظهور مجدد علایم و نشانه‌ها می‌گردد.

مصرف داروهای روان‌پزشکی در دوران بارداری و شیردهی، به طور مطلق ممنوع نیست؛ اما در مورد هیچ کدام از این داروها، نمی‌توان با قاطعیت گفت که در زنان باردار و شیرده، کاملاً بی‌خطر است. بعضی از داروها به دلیل عوارض مادرزادی و زایمان زودرس نباید استفاده شود؛ مگر این که بیماری مادر جدی باشد و داروی دیگری مؤثر نباشد؛ مثل لیتیم، کاربامازپین و والپروات. پاروکستین نیز ممکن است با ناهنجاری‌های قلبی همراه باشد. توصیه می‌شود زنانی که در دوران بارداری داروهای روان‌پزشکی مصرف می‌کنند، برای پیش‌گیری از بروز عوارض جنینی، اسید فولیک نیز مصرف نمایند.

بعضی از نوزادان متولد شده از مادرانی که در سه ماه سوم بارداری، داروهای ضد افسردگی مصرف می‌کردند، ممکن است دچار سندرم محرومیت باشند که لازم است تحت درمان قرار بگیرند. بعضی نیز ممکن است زمان تولد، حالت سستی و خواب آلودگی شدید داشته باشند و نیاز به دستگاه تنفس پیدا کنند.

مصرف این داروها از شیر مادر دفع می‌شوند؛ بنابراین، مادرانی که این داروها را مصرف می‌کنند؛ نباید به کودکان شیر بدهند.

داروهای متعددی هستند که مصارف روان‌پزشکی دارند؛ در این فصل، فقط به چهار گروه اصلی داروهای روان‌پزشکی اشاره می‌گردد (جدول ۱-۴):

۱-۱. داروهای ضد جنون: کاربرد اصلی داروهای ضد جنون، اختلالات سایکوتیک؛ مثل، اسکیزوفرنی می‌باشد. از این داروها برای درمان دلیریوم، سایکوزهای پس از زایمان، کنترل پرخاشگری و تحریکات مانیا، اوتیسم و ناتوانی ذهنی نیز استفاده می‌شود.

داروهای ضد جنون در دو گروه قرار دارند: گروه اول شامل داروهای قدیمی؛ مثل کلروپرومازین، فنتازین، هالوپریدول، هستند که هنوز هم مورد استفاده قرار می‌گیرند. این داروها به داروهای تیبیک (معمول) یا داروهای نسل اول مشهور هستند و با مهار گیرنده‌های دوپامین و سروتونین، علائم سایکوتیک (مثل هذیان، توهم، تکلم آشفته و رفتار آشفته) را کاهش می‌دهند. داروهای گروه دوم، به داروهای آتیبیک (غیر معمول) یا داروهای نسل دوم (نسل جدید) معروف هستند؛ مثل، کلوزاپین، ریسپریدون، اولانزاپین. داروهای نسل دوم با مهار گیرنده‌های دوپامین اثر ضد جنون خود را می‌گذارند.

عوارض جانبی: داروهای ضد جنون عوارض متعددی دارند که بعضی از آن‌ها بسیار ناراحت کننده و بعضی نیز خطرناک هستند. عوارض اکستراپیرامیدال یا عوارض حرکتی؛ مثل دیستونی حاد (انقباضات عضلانی دردناک)، پارکینسونیسم (لرزش دست‌ها و سفتی اندام‌ها)، آکاتژیا (بی‌قراری ذهنی و حرکتی) و دیسکنزی دیررس (حرکات غیرعادی و بی‌نظم بدن) با ضد جنون‌های قوی، مثل هالوپریدول بروز می‌کند؛ این عوارض برای بیمار ناخوشایند و ناراحت کننده است که باید خیلی سریع درمان شود. عارضه دیسکنزی دیررس قابل درمان نیست و تا آخر عمر می‌ماند؛ اما سایر عوارض اکستراپیرامیدال با داروهای تری‌هگزافنیدیل (آرتان)، بی‌پردین (آکینیتون)، دیفن‌هیدرامین و پروپرانالول قابل درمان می‌باشند.

یکی از عوارض خطرناک داروهای ضد جنون، سندرم نرولپتیک بدخیم است که احتمال مرگ با این عارضه زیاد می‌باشد؛ این عارضه با علائم سفتی عضلات، افزایش فشارخون، نبض، دمای بدن و تعریق شروع می‌شود که باید به‌طور اورژانسی درمان شود. درمان معمولاً علامتی است؛ مثل خنک کردن بدن، کنترل علائم حیاتی و تجویز مایعات.

عارضه بدخیم دیگر داروهای ضد جنون، آگرانولوسیتوز یا کاهش گلبول‌های سفید است که قابل درمان نیست و باعث مرگ بیمار می‌شود. این عارضه با مصرف کلوزاپین، بیشتر مشاهده می‌شود. بیمارانی که کلوزاپین مصرف می‌کنند باید از نظر بروز عارضه آگرانولوسیتوز با انجام آزمایشات منظم شمارش گلبولی تحت نظر باشند. عوارض افت فشارخون وضعیتی، خشکی دهان، تاری دید، یبوست، افزایش وزن، بثورات جلدی و عوارض کبدی با تدابیر درمانی خاص، بر طرف می‌شوند.

۱-۲. داروهای ضد افسردگی: داروهایی که خاصیت ضد افسردگی دارند عبارتند از: ضد افسردگی‌های سه‌حلقه‌ای، مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین (SSRI) و مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز (MAOI). این داروها، موارد استفاده زیادی غیر از افسردگی نیز دارند؛ مثل، انواع اختلالات اضطرابی، وسواسی جبری، بی‌اشتهایی، پرخوری عصبی و PTSD. مکانیسم تأثیر داروهای سه‌حلقه‌ای از طریق کاهش جذب نوراپی‌نفرین، سروتونین و استیل‌کولین می‌باشد. داروهای SSRI با مهار باز جذب سروتونین و داروهای MAOI از طریق مهار آنزیم مونوآمینواکسیداز، باعث افزایش سطح سروتونین می‌شوند.