فوریتهای روانپزشکی در طب عمومی

مجله نظام پزشکی
سال ششم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۳۱ ، ۲۵۳۶

دکترسید ابوالقاسم حسینی *

مقدمه: لزوم طرح فوریتهای روانپزشکی بموازات سایر فوریتهای طبی احتیاج به توضیح ندارد. زیرا معمولاً نخستین مرجعی که فوریتهای روانپزشکی بدان مراجعه می کنند، پزشك عمومی است. از این گذشته برابر معیارهای سازمان بهداشت جهانی، برای هر ۲۰ هزار تن ، یك روانپزشك مورد نیازاست وبراین اساس باتوجه بآخرین سرشماری که جمعیت مملکت مارا حداقل ۳۳ میلیون گزارش می کند، به ۱۶۵۰ روانپزشك احتیاج داریم. درصورتیکه بنا بآمار سازمان نظام پزشکی فقط ۱۱۰ روانپزشك در کشور وجود دارد وبالاجبارما بقی مسئولیت کارهای روانپزشکی به‌عهده پزشکان عمومی‌است. مناطق وسیعی از کشور وجود دارندکه در آنجا روانپزشك وجود ندارد . روانپزشکی و علوم رفتاری درمورد نظارت برتظاهرات حاد، نقاط مشترك زیادی دارند. در این مورد اطلاعات روانپزشکان بیشتر در مورد محیط فرهنگی خود می‌باشد واین تظاهرات درمحیطهای مختلف فرق دارند. گاهی بحرانهای رفتاری ممکن است بصورت گروهی بروز کند که خود احتیاج بارزیابی جداگانه دارند . در اینجا ما بیشتر بحرانهای روانی فرد وروشهای درمانی آنها را مورد بحث‌قرار میدهیم . بحرانهای روانی بصورتهای مختلف ممکن است تظاهر کند. تظاهرات‌اضطرابی شدیدهمراه بادرجات مختلف رفتارهای تهاجمی، گریه وحالات موقت تیرگی شعور و اقدام بخودکشی، ازتظاهرات شایع هستند.

تعریف- فوریتهای روانپزشکی بمواردی اطلاق می‌شودکه فرد با موقعیتی مواجه می‌شودکه خارج ازظرفیت تطابقی اومیباشد در این‌مورد باید توجه داشت فردی که‌ازقدرت روانی‌قابل‌ملاحظه‌ای برخورداراست بمراتب بهتر ازکسیکه ظرفیت روانی ضعیفی‌دارد می‌تواند درمقابل‌حوادث وفشارآن«Stress» مقاومت کند. بعبارت دیگر اوضاع و احوالی که برای فردی ممکن است استرس‌زا باشد برای دیگری ممکن‌است ایجاد «استرس» نکند. تمام افراد وازجمله بیماران روانی عنان‌اختیار را درصورتیکه خسته شوند، از دست می‌دهند . بنابراین در مواردیکه نشانه‌هائی از قبیل اضطراب شدید، فرار، خشم، انفجار روانی وگریه مشاهده شود نیاز باستراحت وغذا بیش از روان درمانی می‌باشد.

از طرفی دیگر تظاهرات عدم‌کنترل روانی‌که خود ممکن است ناشی از یك نوروز خصالی و یا بیماری روانی باشد ، درنتیجه استعمال الکل ممکن است تشدید یابد. بطور کلی هرموقعیت ویا حالت پرهیجان ممکن است تظاهر فوریتهای روانپزشکی‌را نزدافرادکه حداکثرتحمل‌را نسبت باضطراب داشته‌اند تسریع کند. درتمام موارد فوریتهای روانپزشکی حتی‌الامکان باید علت رفتار بیمار را درك کرد و فهمید که چرا بیمار باین عمل اقدام کرده است ؟ دراین گفتار فقط قسمت‌اول طبقه بندی زیر یعنی فوریتهای روانپزشکی در طب عمومی را بطور اجمال مورد بحث قرار میدهم و سعی خواهم کرد که جنبه‌های لازم‌آنرا بعداً منتشر کنم. در مورد فوریتهای روانپزشکی، گروه اعصاب و روان وانجمن‌روانپزشکی تصمیم گرفتندکه سمپوزیومی

* مشهد ـ مرکز پزشکی شهناز پهلوی ـ دانشگاه فردوسی.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

درمرکز پزشکی شهناز پهلوی تشکیل دهند ولذا بحث گسترده‌ای را درآنموقع خواهیم‌داشت. برحسب‌این‌که فوریتهای‌روانپزشکی ناشی ازعلل عضوی یا روانی باشند مطلب را می‌توان بدو دسته تقسیم کردکه دسته دوم خود به دو دسته دیگرقابل تقسیم میباشد:

فوریت‌های پزشکی

- فوریت‌های روانپزشکی ناشی از عوامل عضوی
  - ۱ـ پسیکوزهای علامتی(داخلی. جراحی - زنان و زایمان)
  - ۲- مسمومیت‌های داروئی
  - ۳ـ تظاهرات روانی حاد صرع
  - ۴ـ تظاهرات روانی حاد ضربه‌های جمجمه
  - ۵ـ تظاهرات‌روانی حاد ضایعات فضاگیرجمجمه
  - ۶ـ فوریت‌های‌روانپزشکی در دمانس‌ها
- فوریت‌های روانپزشکی ناشی از عوامل روانی
  - فوریتهای‌روانپزشکی باتظاهرات عضوی
    - ۱- تظاهرات فیزیکی حاد اضطراب
    - ۲- تظاهرات فیزیکی حاد افسردگی
    - ۳- تظاهرات هیستری تبدیلی
    - ۴- تظاهرات فیزیکی‌سندرم تجزیه‌ای
  - فوریتهای روانی باتظاهرات‌روانی
    - ۱- حالات اضطراب
    - ۲- تظاهرات روانی هیستری تبدیلی
    - ۳- تظاهرات روانی‌سندرم تجزیه‌ای
    - ۴- تظاهرات‌روانی‌افسردگیهای‌نوروز
    - ۵- تظاهرات حاد ترس
    - ۶- فوریتهای روانپزشکی در مسائل شخصیتی
    - ۷- فوریتهای روانپزشکی دراسکیزو- فرنی وپسیکوزها
    - ۸- فوریت‌های روانپزشکی در عقب افتادگی
    - ۹- فوریتهای روانپزشکی در اطفال

چون فوریت‌های روانپزشکی معمولا بصورت چند نمای بالینی مشخص مراجعه می‌کنند بمنظور استفاده عملی وبالینی بیشترآنها را برحسب نشانه‌ای که به پزشك مراجعه می‌کند به پنج دسته تقسیم میکنیم :

۱ـ تظاهرات دلیریومی
۲ـ حالات تحریکی
۳ـ فوریت درافسردگیها
۴ـ تظاهرات تشنجی
۵ـ تظاهرات مختلط

دلیریوم(Delirium)و نشانگان دلیریوم(Delirious syndromes)

عنوان نشانگان دلیریوم در مواردی از بیماریهای روانی با علت عضوی بکار میرود که اختلال حافظه واختلال جهت‌یابی زمان و مکان (disorientation) واختلال‌های دیگری مانندا‌ختلال‌خواب بصورت بی‌خوابی، خواب‌آلودگی و نوسان آگاهی و کم شدن دقت جلب توجه‌کند. کم شدن دقت‌ممکن‌است بصورت عدم‌توانائی نسبت به‌تمرکز فکر روی مسائلی‌که مربوط بوظایف روزانه‌فرد میباشد بروز نماید و درجات مختلفی از یك حالت حواس پرتی (distractibility) تا ازبین رفتن‌کامل دقت و در حقیقت از دست دادن ارتباط وتماس با محیط مشاهده می‌گردد. بیمارانی‌که فقط چنین نشانه‌هائی‌را نشان میدهند تحت عنوان‌حالت قبل‌از دلیریوم (predelirious state) طبقه بندی‌میشوند و احتمالا ممکن است به‌تظاهرات‌کامل دلیریوم منتهی شوند (۵).

در نشانگان (سندرم) دلیریوم اشتباه حسی (illusion) ، توهم (hallucination) ، مخصوصاً توهمات بینائی و هذیان مشاهده میشوند. بیمارلکه‌های روی دیوار را حشراتی می‌بیندکه درحال خزیدن میباشد . اطرافیان را افراد بیگانه میداند و پزشك و پرستاررا افرادی‌که قبلا دیده‌است معرفی می‌کند. پیش‌بینی‌اینکه نشانه‌های قبل‌از دلیریوم بصورت دلیریوم درخواهندآمد، درآغاز ممکن نیست و بهرصورت باید توجه داشت که تبدیل نشانه‌ها بزمان احتیاج ندارد وممکن است فقط درعرض چندساعت یاچند روز انجام شود (۵).

نشانه‌های عصبی در دلیریوم، شامل سردرد «دیزارتری» و امواج کند در الکتروآنسفالوگرام می‌باشدکه درابتدا بصورت امواج تتا و بالاخره بصورت امواج دلتا درمیآید . اختلال‌های حرکتی بصورت لرزش نامنظم ۸ تا ۱۰ درثانیه مشاهده می‌شود.

تظاهرات asterixis (حرکات غیرهمزمان ودوطرفه) بصورت‌یك حرکت ناگهانی غیرارادی‌که دردست وانگشتان بوجودمیآیند، میوکلونی های مختلف ناگهانی بدون ریتم، حرکات انقباضی ماهیچه های بزرگ نیز مشاهده میشوند (Posner ۱۹۶۷). حالت تحریکی (excitation) و بی قراری (agitation) نیز

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

بطور متناوب بروز می کند. به طور کلی دو بیماری را نمی‌توان یافت که سیریکنواختی‌داشته باشند. بهر ترتیب‌نشانه‌های دلیریوم و قبل از دلیریوم را باید بعنوان فوریت‌های پزشکی وخیم تلقی کرد. زیرا ممکن‌است رفتار بیمارخطرناك وغیرقابل‌مهار گردد. ازطرف دیگر بیشتر بیماریهائی که همراه تظاهرات دلیریومی هستند چنانچه تحت‌درمان قرارنگیرند، ضایعات دائمی مغز ایجاد می کنند وزندگی بیماررا بخطرمیاندازند(۵).

(Unterberger ۱۹۶۹، Guze ۱۹۶۴). بالاخره بسته بشدت بیماری‌اصلی حالات بهت، اغماء، تشنجات مختلف‌وحتی‌تظاهرات صرعی ممتد (status epilepticus) ممکن‌است ایجاد شود.

بمنظور جلوگیری از این عوارض باید هرچه زودتر بیماری را شناخت. باید توجه داشت که بیماریهای بیشماری وجود دارند که ترکیب شیمیائی‌بدن ودر نتیجه فعالیت‌مغز را مختل می کنند(۵). تظاهرات دلیریوم نشانهٔ اختصاصی و شاخص پسیکوزهای علامتی را تشکیل‌میدهند. درپسیکوزهای علامتی‌تظاهرات روانی‌نشانه‌ای از یك بیماری عمومی یا عفونی می‌باشند وممکن است حتی تنها نشانه‌های این بیماریها باشند. عدم توجه بچنین واقعیتی ممکن است باعث اشتباه درتشخیص بیماری گردد.این نشانه‌ها ممکن‌است بصورت حالات‌اسکیزوفرنی، حالات‌مانی‌حاد یاهیپومانی،اختلال حافظه‌وافسردگی‌عضوی(organic depression)،سندرم‌تجزیه‌ای وانفکاکی (dissociative syndrome) و یا اختلال رفتار بروز کنند .

چنانچه ملاحظه میشودتمامی‌تظاهرات گوناگون‌روان دراین‌مورد ممکن‌است مشاهده گردند وسئوال‌اولی که درمورد برخورد باهر کدام ازاین نشانه‌ها مطرح می‌شود این است که‌آیا این نشانه‌ها مربوط بیك‌بیماری روانی وانی‌هستند ویا نشانه‌ای ازیك بیماری عمومی و عفونی و در حقیقت پسیکوز علامتی (symptomatic psychosis) میباشند.

گزارشهای‌بسیاری‌وجوددارند که‌نشان‌میدهدحالات‌اسکیزوفرنی، افسردگی، مانی وهیپومانی و یا اختلال آگاهی، نخستین نشانهٔ حصبه (۳) ویا سل(۲) بوده‌اند.

اینجانب درسمپوزیوم بررسی جنبه‌های‌آموزش درمان وپیشگیری سل که در سال ۲۵۳۳ در مرکز پزشکی پهلوی دانشگاه تهران تشکیل‌شد، ۴مورد را معرفی کردم که باتظاهرات‌افسردگی حاد، تمایل به خودکشی بیقراری و هذیان و تظاهرات اسکیزوئید که موارد فوریت پزشکی را مطرح می‌ساخت به‌بخش روانپزشکی مراجعه‌کرده بودند و دربررسی کامل تشخیص سل ریوی درمورد آنها قطعی شد وتظاهرات روانی، جنبه علامتی داشت که بصورت نخستین نشانه‌های بیماری بروز کرده بود (۱۸). مورد دیگر خانمی ۴۶ ساله بود که با تظاهرات افسردگی وتیرگی خفیف شعور مراجعه کرد ویکی از روانپزشکان با تشخیص افسردگی او را درمان می‌کرد و در بررسی بالینی دقیق تشخیص منتژیت سلی در مورد او مطرح گردید و آزمایشهای تکمیلی آنرا تأیید کرد. بدین ترتیب مشاهده میشود که یك فوریت روانپزشکی ممکن است در اصل یك فوریت طبی باشد وبما هشدار میدهد که به خلاف روانپزشکانی که وسائل معاینه را در مطب خودکنار گذاشته‌اند تابخیال خوداز راه روان درمانی بیماران را معالجه کنند، بادیدکلی به بیمار بنگریم و درصورتیکه عوامل عضوی را ردکردیم، آنگاه به جنبه‌های روانی بپردازیم.

مسمومیت‌های داروئی

مسمومیت بعضی‌داروهای‌پریشانزا(psychodysleptic)مانند اسید لیزرژیك(L.S.D)مسکالین وحشیش‌ممکن‌است تظاهرات دلیریوم ایجادکندوتظاهرات‌اختلال روان‌همراه‌باپرکاری‌حرکتی‌وحالات تهاجمی بوجودآیند. نکته جالب اینکه میزان فوریتی‌که داروها ایجاد می کنندکمتر ازمشروبات الکلی میباشد، ولی امکان بروز تصادمات رانندگی و سقوط همیشه وجود دارد. دراین مورد با مصرف داروهای فنوتیازین، آرامش بیمار تأمین می‌شود و با مراقبت وپرستاری تا ازبین رفتن کامل نشانه‌های مسمومیت از بوجود آمدن عوارض جلوگیری بعمل میآید . جز در مواردیکه مصرف داروها منجر به بروز تظاهرات پسیکوزی می‌شوند ، خوشبختانه مدت‌مسمومیت با این‌داروها خیلی کوتاه‌است. مصرف بیش‌ازحد باربیتوریك‌ها و برومورها بندرت ممکن‌است پرکاری حرکتی‌روانی‌ایجادنماید ومعمولا علائم مسمومیت‌نیزوجود دارد.

دراین‌مورد بایدبیمار به‌بخش مسمومین که امکان شستشوی‌معدی و کلیه مصنوعی و دستگاه تنفس مصنوعی وجود دارد اعزام گردد تا نشانه‌های مسمومیت از بین برود.

نکته مهم‌اینکه درآزمایش‌بالینی‌نباید فقط به‌لباس و وضع‌ظاهری بیمار توجه داشت. نگاهی سطحی به‌بیمار و تشخیص‌های اجمالی موجب‌اشتباه تشخیص‌خواهد شد که‌برای بیماربسیارخطرناك‌است. دانیل(Danil) ازدانشگاه‌کولورادو یك‌جوان موبلند باوضع‌هیپی را گزارش میکند که با تشخیص پسیکوزمسمی احتمالا ناشی از مصرف مواد اعتیادزا تحت‌نظر بوده‌است واز ۳۶ساعت قبل‌اختلال رفتار داشته‌است . در مشاوره‌ای که با سایرهمکاران بعمل آمد تشخیص صحیح منتژیت منگوکوکی بود که توسط آزمایش‌های پیرابالینی تأیید شد (۱۶).

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

روشهای درمان

روشهای کلی درمان در فوریتهای روانپزشکی را میتوان در سه قسمت خلاصه کرد.

۱ـ بستری کردن بیمار در بیمارستان روانی وبررسی نشانه‌ها .

۲ـ مصرف داروهای روانی.

۳ـ تجسس اتیولوژی نشانه‌ها.

اگر بیمار در بیمارستان عمومی بستری است کـه دارای واحد روانپزشکی میباشد، بایدبیمار را به‌آن بخش منتقل کرد و این کار از نظر آسایش سایـر بیماران بخش ضرورت کامل دارد. اگر بیمارستان فاقد چنین بخشی است می‌توان بامراقبت وپـرستاری ۲۴ ساعته اورا دریك اطاق کناری زیرنظر گرفت. در این مورد نباید باین موضوع اکتفاکرد که پرستار مثلا هرساعت از بیمار عیادت بعمل آورد. زیرا بدین‌ترتیب خطرآسیب به‌خوددرا نمیتوان بدرستی برطرف ساخت. درموارد مشکل باید بیمار را بنزدیك‌ترین بیمارستان روانی اعزام داشت . برای درمان این بیماران باید کادر پرستاری آمـوزش کافی داشته باشد و بیماران در یك اطاق روشن نگاه‌داری شوند. درمواردیکه مسمومیت درکاراست تزریق سرم بمقدارکافی باید صورت گیرد والبته باید توجه‌داشت که ازتزریق بیش‌ازحد،خودداری‌شود ومسمومیت باآب (Water poisoning) در بیمـار ایجاد نشود. در مواردی که تجمع آب مسئول بوجود آمدن عوارض است مصرف داروهای خارج‌کننده آب از بدن لازم می‌باشد. سایه، صدا ویا اعمـال پیش‌بینی نشده ممکن است اضطراب ناگهانی ایجاد کنند . درتمام موارد خطر خودکشی را باید درنظرداشت و مراقبت ویژه را معمول داشت. پرستار مطلع قادر خواهد بود تا آرامش را به بیمار بازگرداند و اورا راهنمائی کند. حتی‌الامکان باید ازمصرف دارو خودداری کرد (۵). در مواردی که رفتار بیمار غیرقابل تحمل است مصرف یکی ازفنوتیازینها کمك خواهدکرد. دراین موارد باید ازمقادیر کم این‌داروها استفاده نمود. داروهای مهارکننده دستگاه‌اعصاب مرکزی مانند فنوباربیتال معمولا بعوض‌کاهش‌تظاهرات تحریکی و تیرگی شعور، آنها را افزایش میدهند وتظاهرات اختلال تکلم وخواب‌آلودگی را بیش ازبیماریهای اصلی ایجاد می‌کنند(۵).

حالات تحریکی

حالات‌تحریکی ممکن‌است درضمن مانی‌حاد (acute mania) دلیریوم، حالات‌بحرانی سندرم کوشنیك، مبتلایان به‌اسکیزوفرنی ودرمبتلایان به‌دمانس‌واختلال‌های شخصیت دیده شود. نکته عملی مهم‌اینکه درموردهر نشانگان«سندرم»تحریکی باید باین‌فکربود که‌آیا نشانه‌های یك بیماری‌عضوی، ثانوی هستند ویا صرفاً جنبه روانی دارند. زیرا ممکن‌است تظاهرات تحریکی‌نخستین‌نشانه‌های یك بیماری عضوی باشند.

خانمی ۴۵ ساله باحالت تحریکی شدید به‌بخش ما مراجعه‌کرد. ضمن بررسی‌کامل، نارسائی قلب‌کشف گردید.

با تجویز دیژیتال و درمان نشانه‌ای ، تظاهرات روانی بزودی فروکش‌کرد. بعضی ازبیماران‌که باحالت‌تحریکی مراجعه‌کرده بودند بعد از چند روز عارضهٔ عفونی وتب بروز دادند و این در تأیید مطلب قبلی است‌که ممکن است تظاهرات روانی نشانهٔ یك بیماری عفونی یا عمومی باشد وفقط توجه همه جانبه ممکن است از اشتباهات تشخیص جلوگیری بعمل آورد . اضطراب حاد نیز ممکن است با تظاهرات تحریکی همراه باشد .

تمام افراد بشرمرز تحملی نسبت باضطراب دارندکه وقتی‌شخص به آن رسید ممکن است بصورت رفتـار ابتـدائی واکنش نشان دهد و مثلا اقدام به فرارکند . چنین تظاهـراتی را میتوان در طوفانها، انفجارها و زلزله مشاهده کرد. بعضی‌افراد درمراحل اول اضطراب، تظاهرات اسکیزوئید نشان میدهندکه پس از رفع عوامل فروکش می‌کند. درصورتیکه عامل اضطراب بسیار شدید باشد نشانگان‌تجزیه‌ای بروزمی‌کند وحتی‌تظاهرات‌اسکیزوفرنی شکل‌مدتی‌ادامه‌می‌یابدکانن(Cnnon) درسال۱۹۲۹فرضیه‌واکنش «Sympato_adreno medullary system»را بصورت‌افزایش ترشح آدرنالین در فوریت‌های مختلف کـه واکنش اضطرابی را نیزدربرمیگرفت، مطرح ساخت.

تحقیقات«Selye»درسال۱۹۶۰بخوبی‌مشخص‌ساخت که‌این‌دستگاه در حالاتیکه با واکنش اضطرابی همراه هستند، تحریك می‌شود. افزایش کاته‌کلامین‌ها در آزمایشهای Adler در ۱۹۵۴، Euler و Lundberg و آزمـایشهای مکرر دیگری که توسط Levi و Gemzell انجام شده‌است، همگی‌ثابت‌کرده‌اندکه ضمن استرس، قشر فوق کلیـه و نخاع تحریك می‌گردند . از طرف دیگـر وقتی توجه‌کنیم‌که تظاهرات اضطراب ممکن‌است بصورت حادیا مزمن بوجود آینـد و نشانـه‌ها بصورت فیزیکـی و یا روانی بروزکنند ، ممکن است تنها علت مراجعه بیمار عوارض فیزیکی و یاروانی باشد. دراینجا است‌که نهایت دقت‌باید بکار رود تا از اشتباهات تشخیص جلوگیری بعمل آیـد و از روشهای اختصاصی جهت درمان بیمار استفاده‌کـرد. بدین منظور خلاصه‌ای دربارهٔ نشانه‌های فیزیکی اضطراب که ممکن است تظاهرات فوریتهای طبی را بروز دهند، ذکر میگردد.

۱ـ تظاهرات قلب‌وعروق بصورت‌تپش، دردهای‌آنژینی ونارسائی قلب‌که درمجموع بنام cardiac nevrosis نامیده میشوند، ظاهر می‌گردد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

۲ـ تظاهرات تنفس بصورت تند دمی وآسم آشکارمی‌شود.
۳ـ تظاهرات دستگاه گوارش بصورت خشکی‌دهان، احساس‌درد و اسپاسم در اپیگاستر، تهوع واستفراغ بروز می کند.
۴ـ عوارض دستگاه ادرار وتناسل بصورت درد همراه باتشنج و قولنج تجلی می کند.
۵ـ افزایش قـدرت انقباض (Tonicité) ماهیچه‌های پیشانی و گیجگاه بشکل سردرد درقله جمجمه آشکار می‌شود.

روشهای درمان

دراسکیزوفرنی‌نوع‌کاتاتونی‌معمولا حالت تحریکی‌شدید درموقعی ایجادمی‌شودکه رابطه واعتماد بین درمانگرو بیمار موجودنیست و در بعضی موارد بکار بردن وسائل فیزیکی بمنظور مهارکردن بیمار ضرور است(۹).

باین منظور لازم است آنها را نگهدارند تا داروهای آرامبخش تزریقی مصرف شوند. کمك به بیمار بمنظور آشنائی با پزشك و کادر پزشکی وامکانات درمان ومیزان کمکی که به بیمار می‌شود، بسیار مؤثر خواهد بود. در هرصورت رفتارکادر پـزشکی باید بمنظور جلب اعتماد بیمار مطلوب و دربیمارانی‌که همکاری نسبی دارند حتی‌الامکان صمیمی و احترام‌آمیز باشد. بهرصورت رفتار انسانی بابیمارآنچنانکه تحریك بیشتری دراو ایجاد نشودموجب موفقیت قطعی دراین موارد است. در بعضی موارد اضطراب حاد و نشانگان تجزیه‌ای ممکن است بیمار یك نمای‌کامل اسکیزوئید را نشان دهدکه معمولا زودگذراست (۷ـ۹). دربعضی مواردیك نشانگان تهاجمی‌شدید ممکن‌است درکار باشد. درتمام این‌موارد چنانچه روانپزشك با اعتماد بنفس و با قدرت کامـل صحبت کند میتواندااعتماد وهمکاری بیمار را جلب نماید وازبکار رفتن‌اجباری وسائل‌فیزیکی‌جلوگیری بعمل‌آورد .اینجانب معمولا ضمن صحبت بااین بیماران متذکرمیگرددکه دو راه درمقابل‌آنهاست، یکی این‌که‌آرام روی‌تخت درازبکشند واجازه بدهند داروی تزریقی برای‌آنها مصرف‌شود وراه دوم اینکه تزریق‌دارو باکمك‌بهیاران و به اجبارانجام شود. با بکاربستن این روش دربسیاری ازموارد بیماران تسلیم می‌شوند واجازه میدهند داروراستعمال‌شود. بیماران مبتلا بهمانی معمولا تحمل بیشتری به داروهای آرامبخش دارند. عده‌ای ازمؤلفین(۵-۱۲) فراورده‌های‌هالوپریدول (Serenace) را در این موارد داروی انتخابی می‌دانند. ماعادت داریم که‌این دارو را مخلوط با آمپول‌های ۵۰ میلی گرمی فنرگان هر ۶ تا ۸ ساعت یك تزریق، مصرف‌کنیم. نتیجه رضایت‌بخش بوده است. علاوه برآن از تمـام فنوتیازین هـای خواب‌آور (sedative phenothiazine) هم استفاده می کنیم .

مخلوط آمپول لارگاکتیل و فنرگان یا آمپول نوزینان همراه‌با فنرگان هر ۶ تا ۸ ساعت یك تزریق انجام میشود.
معمولا پس از ۴ یا ۵ روز دارو بشکل خوراکی بکار میرود.

فوریت‌های روانپزشکی درافسردگی‌ها

خودکشی شایع‌ترین فوریت درافسردگی‌ها است. در بعضی‌موارد فقر غذائی بعلت منفی‌کاری شدید و خـودداری از مصرف غذا و خودخوری و تخریب نفس (self mutilation) وخستگی زیـاد بعلت بیقراری شدید (agitation) مسأله فوریت را مطرح میکند (۵). مرگ ومیر بعلت خودکشی در درجه چهـارم اهمیت بعداز بیماریهای مختلف عضوی و تصادم گزارش شده است. مطالعه‌آمار سالهای اخیر نشان داده است‌که در هرسال ۲۰ تا ۲۵هزار نفر در سراسرآمریکا جان خود را بعلت خودکشی ازدست می‌دهند. در فرانسه ۱۷ تن بازای هر۱۰۰۰۰۰ تن، درآلمان غربی ۱۹ نفربازای هرصد هزار تن و درسویس ۲۰ تن بازای هرصدهزار تن در سال خودکشی می کنند (مطالعات تروکوپ(Trokop) و آمار سازمان بهداشت جهانی) با درنظرگرفتن اینکه بازای هر خودکشی ۶موردتهدید ویا اقدام‌بخودکشی‌وجود دارد (مطالعات استینگل E. Stengel درانگلستان)، گسترش‌روزافزون‌این‌عارضه روانی در اجتماعـات محسوس است ولذا شناسائی بموقع عوامل مستعدکننده وبکاربردن روشهای پیشگیری ودرمان این عارضه در هراجتماع حائز نهایت اهمیت میباشد. در روانکاوی افرادی کـه اقدام بخودکشی‌می کنند تجربیات دوران کودکی واشکال مختلف از هم پاشیدگی خانوادگی جلب تـوجه می کند . فقدان یکی از والدین و فقدان رابطه عاطفی والدین‌را بعنوان عوامل مستعد کننده می‌توان نام‌برد. این عوامل‌بیمار را به‌گوشه‌گیری وانزوا متمایل می‌سازد وآنگاه دریك زمینه مساعد استرس‌هـای روزمره زندگی عامل مؤثر ایجاد تمایل بخودکشی می‌شود(۱۹).
بیمارانی‌که تمایل بخودکشی دارنـد اغلب در ابتدا به پزشکان عمومی مراجعه می کنند. عـوارض عضوی مختلف ممکن‌است علت مراجعه آنها را تشکیل دهد . تشخیص ناراحتی این بیماران در شروع بیماری نهایت اهمیت را دارد . زیرا اغلب آنهـا احتیاج بکمك‌های ویژه روان درمانی وشیمی درمانی دارند.
دراین‌موارد تنها پزشکی که باچنین عارضه‌ای‌آشنائی داردمیتواند خطرات خودکشی را پیش‌بینی وبا تشخیص بموقع و راهنمائی و درمان به موقع نقش مؤثری ایفاء کند. مردجـوانی ۲۱ساله با تظاهرات افسردگی‌واضح واسکیزوئید بوسیله یکی ازسازمانهای دولتی‌باینجانب معرفی‌شد. چون بهنگام‌مصاحبه تمایل بخودکشی را دراو جدی یافتم، طی نامه‌ای فوریت‌درمان ولزوم بستری‌شدن

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

بیمار را باطلاع سازمان مربوط رسانیدم وحتی شخصاً اورا بآن قسمت‌هدایت کردم. نامه‌را بمسئول‌مربوط دادم وشفاهاً نیز فوریت رسیدگی طبی را گوشزد نمودم. ولی متأسفانه بعلت نبودن تخت خالی موفق به بستری کردن او نشدند و روز بعد خبر رسید که اقدام بخودکشی کرده است. در اینجا چند نکته اهمیت مسأله را نشان میدهد :

۱ــ لزوم ایجاد بخش فوریت‌هـای روانپزشکی متناسب با تعداد بیماران هرمنطقه.

۲ـ لزوم آگاهی‌بیشترپزشک‌عمومی‌درباره فوریت‌های‌روانپزشکی.

۳ــ اقدام فوری و واگذار نکردن بیماری که تمایل بخودکشی دارد بحال خود. این نکته در تمام محافل ومجامع پزشکی باید کاملا روشن شود که فوریتهای روانپزشکی از فـوریت حاد شکم مهم‌تر است. زیرا مثلا یک‌آپاندیست که منجر به پریتونیت شده ممکن است منجر بمرگ بیمار نشود ولی اقدام بخودکشی یقیناً مرگ فردرا بدنبال خواهدداشت. وظیفه پزشک‌است که‌رودررو با بیمار خودگفت وگو کند، به‌شرح حال او توجه وافکارمربوط بخودکشی را در اوکشف نماید . آمار انگلستان نشان میدهد که ۱۰ تا ۲۰٪ افرادی که‌اقدام‌بخودکشی کرده‌اند قبلا‌به‌پزشک عمومی مراجعه نموده‌اند . آمار آمریکا نشان میدهد کـه بیش از ۶۵٪ بیمارانی که‌اقدام‌بخودکشی کرده‌اند درحدود ۴ ماه پیش ازاقدام بخودکشی به‌پزشک عمومی یا پزشک خانواده مراجعه نموده‌اند. نتیجه‌آن‌که پزشک عمومی بیش از روانپزشک میتواند دراینمورد کمک کند (۱۹).

برای درمان، قبل از هرچیز باید میل به‌خودکشی را ازنظرعلت مورد توجه قرارداد و ضمن برقرارکردن رابطه صمیمی با‌بیمار از رؤیاها، آرزوها و تصورات اوآگاهی یافت. در غیراینصورت هیچ درمانی موفق نخواهد بود. درمواردی‌که بیماران بستری و در دسترس روانپزشک‌بوده‌اند، نتایج‌کاملا امیدوارکننده‌ای بدست آمده است. روانپزشک، مددکار اجتماعی، پـرستار و در صورت امکان یک روحانی میتوانند باهم یک‌گروه تشکیل‌دهند وبه‌بیمار کمک‌کنند (۵). در مواردیکه بیمار جهت مصاحبه همکاری ندارد و یا حالت تحریکی نیز درضمن افسردگی جلب توجه می‌کند و نگهداری بیمارمشکل‌میشود، بکاربردن فنوتیازین‌های خواب‌آور (sedative phenothiazine) بشکل تزریقی هر ۶ تا ۸ ساعت یکبارهمراه باداروهائی‌که اثرضد افسردگی وضد اضطراب‌توأماً دارا هستند مانند tryptizol بمقدار ۲۵ میلی‌گرم سه‌بار درروز مفید خواهدبود. سپس داروی تزریقی به‌نوع خوراکی آن‌تبدیل می‌شود و پس از آنکه بیمارجهت روان درمـانی آمادگی یافت به‌این کار اقدام می‌کنیم. بکار بردن الکترو شوک در مواردی‌که افسردگی درون زاد(Endogène) مسئول بوجودآوردن بیماری و نشانه‌های آن است‌کمک مؤثری می‌کند.

تظاهرات تشنجی

علائم روانی که در ضمن تظاهرات تشنجی مشاهده میشود ممکن است این تظاهرات را بصورت یك فـوریت روانپزشکی قلمداد کنـد . در اینجا ما تظاهرات تشنجی را بدو دسته تقسیم میکنیم.

۱ــ تظاهرات تشنجی بامبدأ عضوی

۲ــ تظاهرات تشنجی بامبدأ روانی.

تظاهرات تشنجی با مبدأ عضوی خود ممکن است ناشی از صرع، اختلال‌های‌الکترولیت،مسمومیتهای‌ناشی‌ازسرب وسیانور، بدنبال قطع ناگهانی مشتقات فنوبـاربیتال، تومورهای Prefrontal ، سیفیلیس عصبی ، بیماری آلزایمر، مالاریـا، الکلیسم، کمی قند خون و یا افزایش قندخون، کاهش‌اکسیژن مغز، مسمومیت باآب (Water poisoning) وآنسفالوپاتی ورنیکه باشدکه واردشدن دراین مطلب درحد این‌مقاله نیست. نکته عملی مهمی که دراینجا باید ذکرشود تظاهرات تشنجی‌بصورت‌پارکینسونیسم، باهیپرتونی و اسپاسم عضلانی است کـه ممکن است متعاقب مصرف داروهای نورولپتیك ایجاد شود.

دراین مورد باید مصرف قبلی این داروها را جویا شد زیرا در بعضی موارد چنانچه بیمـار تب داشته باشد ممکن است یك نمای منگوآنسفالیت را ترسیم کند کـه فقط زیرنظارت داشتن کامل بیمار میتواند ما را به تشخیص برساند.

دراین موارد با مصرف داروهای ضد پارکینسونی تزریقی مانند Akineton و داروهای ضد هیستامینی مانند بنادریـل و فنرگان تزریقی و داروهای آرام بخش که اثر شل کننده عضلانی دارند مانند والیوم نشانه‌ها برطرف میشود. مصرف توأم مقادیرمتوسط داروهای ضدپارکینسون را همراه بامقادیر زیاد فنوتیازین‌همیشه باید بخاطر داشت زیرا مصرف مقادیر زیاد داروهای نورولپتیك بدون مصرف داروهای اخیر موجب چندین مورد مرگ همراه با اسپاسم حلق بوده‌است. تظاهرات تشنج به‌صورت صرع و هیستری را نیز میتوان دراین زمینه ذکر کـرد که درمان مخصوص بخود دارند وما درقسمت‌تظاهرات مختلط راجع‌بآنها بحث‌خواهیم کرد.

تظاهرات مختلط

منظور از این تظاهرات فوریتهائی هستند که اختلال‌های‌آگاهی، حالات تحریکی، افسردگی، و تظاهرات تشنجی را دارا باشند. چنین‌تظاهرات را معمولا درهیستری ونشانگان تجزیه‌ای وصرع مشاهده میکنیم که باختصار به ذکر آنها می‌پردازیم.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

تظاهرات حاد واکنش هیستری تبدیلی

این تظاهرات ممکن‌است بصورت نشانه‌های عضوی ویاروانی‌بروز کند. نشانه‌های عضوی خود ممکن‌است بصورت علائم حسی مانند کوری، بی‌حسی و دردهای‌پراکنده باشدکه‌نوع شکمی‌آن ممکن است‌آنچنان نمایشی بشودکه منجربجراحی گردد. علائم حرکتی نیزممکن‌است جلب توجه نماید. نشانه‌های حرکتی‌بصورت انواع مختلف فلـج مانند فلج نیمه بدن ، فلج دوپا وفلج دستها یا پاها، اسپاسم شدید عضلانی شدید وبروز تورتیکولی، لرزش ، حملات تشنجی شبه صرع‌وعدم تعادل حرکتی وسندرم‌شبه مخچه‌ای‌مشاهده میشود . از نظر درمان چنانچه تشخیص روشن شود با هـرروش درمانی تلقینی ممکن است نشانه‌ها را برطرف‌کرد.

نشانگان (سندرم) تجزیه‌ای

سندرم‌های تجزیـه‌ای را میتوان درهر اختلال روان و حتی در تظاهرات روانی‌که ناشی از عوامل عضوی هستند مشاهده کـرد. کاربرد اصطلاح سندرمهـای تجزیه‌ای تنها در مورد هیستری یك اشتباه عمومی است .

احساس عدم واقعیت مانند از دست دادن هویت ممکن است در تظاهرات عضوی‌مانند دلیریوم، ضربه‌های‌مغز، بیماریهای دستگاه اعصاب مرکزی ، در پسیکوزها و در نـوروزها مشاهده شود . درنشانگان تجزیه‌ای بعلت شدت عامل‌استرس‌زا، شخصیت ممکن است دچارآنچنان نابسامانی(disorganisation) شودکه مکانیسم‌های دفاعی برحالت آگاهی، حافظه وحتی بطور موقت بـرتمام شخصیت حکومت‌کنند. دراین‌حال شخصیت‌آگاه هیچگونه‌شرکتی ندارد و یا این شرکت خیلی‌کم است.

دراین مورد بیمار ممکن است مدتها تظاهرات پسیکـوزی نشان دهد و حالات از دست دادن آگاهی وحالات شفقی (twilight state)، حالات اسکیزوفرنی(schizopherenilike) با تظاهرات توهمی و هـذیانی و قطع ارتباط با واقعیت (derealisation) و اختلال‌های‌حرکتی بصورت حالت تحریکی‌وبیقراری بروزکند. تظاهرات دلیریومی وفراموشی‌های ناگهانی و تظاهرات اختلال حافظه بصورت‌کیفیت بیشتر دیده بغلط آشنا (déja vu) و بیشتر شنیده(déja entendu)واشتباه حوادث(déja fait)واشتباه‌فکری (déja pensé) و اشتباه آرزوها(déja voula) واز دست دادن آشنائی (jamais vu) و همچنین تظاهرات راه روی در خواب (somnambulism) وگریز ازتظاهرات این نشانگان میباشند. درحالت اخیرشخص‌ممکن‌است خودرا برای مدتی‌درموقعیتی‌قرار دهدکه بعنوان فرد تازه‌ای‌عمل‌کند وحتی‌نام جدید یاهویت‌کاملی برای خود قائل شود. تمام این حالات بطور ناگهانی و بدنبال یك حادثه استرس‌زای شدید بـروز و معمولا بطور ناگهانی نیز فروکش می‌کند.

گاهی‌نیز بیمارترجیح میدهدکه برنشانه‌های فیزیکی‌بیش‌ازعوامل روانی‌تأکیدکند.عوامل‌هیجانی‌منجر به‌بروزعلائم‌فیزیکی‌میگردند. دراین حال بیمار ازجنبه روانی تظاهرات عضوی خود غافل‌است ویاحداقل ارتباط این جنبه‌ها را با تظاهرات فیزیکی خود درك نمی‌کند. این تظاهرات ممکن‌است حتی منجر به‌بروز تظاهرات فوریتهـای حاد شکم گردد و درصورتیکه جراح اطلاع کافی از منشاء و مکانیسم این تظاهرات نداشته باشد باعمال جراحی غیر-لازم اقدام می‌کند. کارن و پارتریج شرح حال دختری ۱۶ ساله را ذکرمی‌کنندکه بدنبال بوسیده شدن دچاراحساس درد شدیدی درناحیه اپیگاستر شدکه شبیه بداخل کردن چیزی در معده بود ونشانه‌ها چنان شدت یافت‌که پزشك با تشخیص آپاندیست اقدام بعمل جراحی‌کرد (۴).

صرع وتظاهرات روانی آن

صرع وتظاهرات روانی‌آن یك فوریت پزشکی را تشکیل میدهد که هم لزوم اقدام فوری و هم مسئله تشخیص قطعی بمنظور کمك به‌بیمار ودرمان اورا مطرح می‌سازد. نکته‌ای‌که دراینجا برآن تأکید میگردد این واقعیت است‌که صرع تنها حمله تشنجی نیست و بصورتهای بسیار مختلفی بـروز می‌کند و در صورتیکه توجهی باشکال بالینی آن‌که گاهی تظاهـرات صرفاً روانی و غیرتشنجی هستند مبذول‌نگردد، امکان اشتباه درتشخیص وبکاربردن روشهای درمانی نامعقول زیاد خواهد بود.

دراینجا فهرست‌وار تظاهرات روانـی صرع را مورد بحث قرار میدهیم:

گاهی ممکن است مرحله اورا (aura) بی حمله تشنجی بـروز واختلال‌های حواس بصورت توهمات مختلف وبطورناگهانی‌جلب توجه کند. ایجاد و قطع ناگهانی این نشانه‌ها باید ما را بفکر صرع بیندازد .

اختلال‌های روانـی نـاگهـانی (psychological attacks) بصورت تغییرات ناگهـانی خلـق و خو ، حمـلات روانـی حرکتی (psychomotor attacks) که بصورت دوره‌های‌کوتاه مدت رفتار غیرعادی تظاهر می‌یابند، درصرع تـامپورال مشاهده میشوند.

در حمله‌ای که انگلیسی زبان‌ها آن را uncinate fits می‌نامند بیمار دریك حالت‌رؤیائی سیرمی‌کند وقبل ازآن توهماتی‌بصورت احساس مزه یا بوی نامطبوع وجود دارد. ممکن‌است بیماردچار خطای حافظه شود و اشخاص وصدا و مـوقع را نشناسد . گاهی تیرگی شعور و دلیریوم واختلال‌آگاهی وعدم جهت‌یابی درزمان ومکان‌که بطورناگهانی‌ایجادمیشود، نشانه‌های صرع میباشد. گاهی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

اختلال آگاهی کامل نیست وتظاهرات یاحالات شفقی (twilight state) ایجادمی‌شود. دراین حال رفتارمعمولی‌بیمار درست‌میباشد ولی در بعضی موارد گنگی ومحدودیت در رفتارخود نشان میدهد وفقر افکاربیمار (poverty of ideas) جلب توجه میکند.

آقای دکتر بطحائی درفروردین‌ماه۲۵۲۸ تعداد۱۳مورد صرع‌را بانجمن روانپزشکی ایران معرفی کردندکه تظاهرات اولیه‌آنها بصورت نشانه‌های اسکیزوفرنی، افسردگی، اضطراب، حملات هیستری، تمایلات‌خودکشی، افکار پارانوئید، وسواس‌وپسیکوپاتی بود و الکتروآنسفالوگرافی صرع دیانسفالی ، تامپورال یا فرونتال را نشان میداد (۱۷) . در همین جلسه ، معرفی یکی از موارد را اینجانب‌بعهده داشتم. ازآن به‌بعد همیشه صرع رادر تظاهرات روانی مختلف درنظردارم وبیش از ۲۰ مورد صرع را باتظاهرات تحریکی‌هیستری، اسکیزوئید، افسردگی واختلال‌های آگاهی متناوب و دردهای قولنج کلیوی و روماتیسم حاد مفصل کشف کردم که خود میتواند دریك مقاله دیگر مورد بحث و نتیجه‌گیری‌قرارگیرد. ازتمام این‌مطالب‌لزوم توجه دقیق‌به‌نشانه‌ها بمنظورکشف و تشخیص واقعی روشن میگرددکه هم مسرت‌خاطر پزشك را تأمین می‌کند وهم درد بیمار را باروشهای بسیار ساده برطرف می‌سازد.

روشهای درمان

بیماران مبتلا به نشانگان تجزیه‌ای و هیستری معمولا با بستری شدن دربیمارستان همکاری مطلوب نشان میدهند. درحقیقت‌درمان درمؤسسه (institutional therapy) کمك‌اساسی‌میکند واحتیاج فوری بدرمان دارویی نیست

ولی بهرحال‌لازم‌است که بیمارمورد بررسی‌کامل‌قرارگیرد. باید سعی کردکه هرچه زودترارابطهٔصمیمی‌بابیماربرقرارگردد ومعنای رؤیاها،آرزوها،تصورات ونشانه‌های‌اورا دریافت.درغیراینصورت انتخاب هیچ روشی جهت درمان موفق‌نخواهدبود. درمورد صرع روش‌درمان مشخص‌است.برای درمان‌هیستری ونشانگان‌تجزیه‌ای قبلاگفت وگوکرده‌ایم. بدیهی است پس ازآمادگی بیمار دارو به شکل خوراکی تبدیل وبا روان درمانی توأم خواهد شد.

REFERENCES :

1_ Ariete, American Handdook of Psychiatry. Basic Book Pub. 701, 1232, 1969.
2_ H. F. Con and Conn: Current diagnosis. saunders. 93_95, 1969.
3_ Condow: Psychiatric manifestations of typhoid fever. B. M. J. pp. 636, 26 May 1973.
4_ D. Curran and Partridge: Psychological Medicine. Livingstone pp. 88, 1965.
5_ I. Q Detere and H. G Jareki: Modern Psychiatric treatment. Lippincott. pp. 161, 456-481, 1971.
6_ H. K. Elkins: Current diagnosis and treatment. Langemoruzen, pp. 382, 1969.
7_ H. Ey, Manuel de Psychiatry. Masson, pp. 224, 1974.
8_ M. T. Eton, Psychiatry. Medical Examination Publishing Company, pp. 21, 131, 160_161, 285, 1962.
9_ A. A. Freedman, Comprehensive textbook of Psychiatry. The Williams and Willems Company, pp. 1170_1187, 1972.
10_ D. Leigh and John Marks: Encyclopaedia of Psychiatry. Lund Humphries, pp. 143_144, 1972.
11_ W. Mayer-Gross, Slater and Roth «Clinical Psychiatry». Baillier, Tindal and Castle, pp. 42, 89, 106_107, 112, 116, 460, 264-265, 282, 291, 319, 579, 496. London 1970.
12_ A. P. Noyes and L. C. Kolb: Modern clinical Psychiatry. Saunders, pp. 8, 53, 87, 428_429, 1972.
13_ W. Sidex: The role of Psychiatry in medical education. Cambridge Pub., pp. 5, 1966.
14_ M. Sim and J. Donnelly: Guide to Psychiatry. Livingstone, pp. 503, 1969.
15_ B. Wolman: Handbook of clinical Psychology. McGraw Hill, pp. 951, 962-963, 1288, 1965.
16_ Yearbook of Psychiatry and appiied mental health. Yearbook pub , pp. 215, 1971.
۱۷ـ دکتر بطحائی ـ دکتر حسینی، تشخیص‌های الکتروفیزیولژیائی و روانی، مجله روان پزشکی شماره اول، سال دوم ۴۱ ، ۲۸ـ۲۵.
۱۸ـ دکتر سید ابوالقاسم حسینی : جنبه‌های روانپزشکی و بهداشت روانی سل. نامه دانشکده پزشکی دانشگاه فردوسی. شماره دهم سال هفدهم صفحه ۷۱۶ ، سال۲۵۳۰.
۱۹ـ دکتر محمدعلی شمعی: موارد اقدام بخودکشی درطب عمومی. مجله نظام‌پزشکی، سال دوم شماره اول و دوم، صفحه۷۳، سال۲۵۳۰.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]