

فوریت‌های روانپزشکی در طب عمومی

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۲، صفحه ۱۳۱، ۲۵۳۶

دکتر سید ابوالقاسم حسینی *

موقعیتی مواجه می‌شود که خارج از ظرفیت تطابقی او می‌باشد در این مورد باید توجه داشت فردی که از قدرت روانی قابل ملاحظه‌ای برخوردار است بمراتب بهتر از کسیکه ظرفیت روانی ضعیفی دارد می‌تواند در مقابل حوادث و فشار آن «Stress» مقاومت کند. بعبارت دیگر اوضاع و احوالی که برای فردی ممکن است استرس‌زا باشد برای دیگری ممکن است ایجاد «استرس» نکند. تمام افراد و از جمله بیماران روانی عنان اختیار را در صورتیکه خسته شوند، از دست می‌دهند. بنابراین در مواردیکه نشانه‌هایی از قبیل اضطراب شدید، فرار، خشم، انفجار روانی و گریه مشاهده شود نیاز با استراحت و غذا بیش از روان درمانی می‌باشد.

از طرفی دیگر تظاهرات عدم کنترل روانی که خود ممکن است ناشی از یک نوروز خالصی و یا بیماری روانی باشد، در نتیجه استعمال الکل ممکن است تشدید یا بسد. بطور کلی هر موقعیت و یا حالت پرهیجان ممکن است تظاهر فوریت‌های روانپزشکی را نزد افرادن که حداکثر تحمل را نسبت با اضطراب داشته‌اند تسریع کند. در تمام موارد فوریت‌های روانپزشکی حتی الامکان باید علت رفتار بیمار را درک کرد و فهمید که چرا بیمار باین عمل اقدام کرده است؟ در این گفتار فقط قسمت اول طبقه بندی زیر یعنی فوریت‌های روانپزشکی در طب عمومی را بطور اجمال مورد بحث قرار می‌دهم و سعی خواهم کرد که جنبه‌های لازم آنرا بعداً منتشر کنم. در مورد فوریت‌های روانپزشکی، گروه اعصاب و روان و انجمن روانپزشکی تصمیم گرفتند که سمپوزیومی

مقدمه: لزوم طرح فوریت‌های روانپزشکی بموازات سایر فوریت‌های طبی احتیاج به توضیح ندارد. زیرا معمولاً نخستین مرجعی که فوریت‌های روانپزشکی بدان مراجعه می‌کنند، پزشک عمومی است. از این گذشته برابر معیارهای سازمان بهداشت جهانی، برای هر ۲۰ هزار تن، یک روانپزشک مورد نیاز است و بر این اساس با توجه با آخرین سرشماری که جمعیت مملکت ما را حداقل ۳۳ میلیون گزارش می‌کند، به ۱۶۵۰ روانپزشک احتیاج داریم. در صورتیکه بنا بآمار سازمان نظام پزشکی فقط ۱۱۰ روانپزشک در کشور وجود دارد و بالاجبار مابقی مسئولیت کارهای روانپزشکی به عهده پزشکان عمومی است. مناطق وسیعی از کشور وجود دارند که در آنجا روانپزشک وجود ندارد. روانپزشکی و علوم رفتاری در مورد نظارت بر تظاهرات حاد، نقاط مشترک زیادی دارند. در این مورد اطلاعات روانپزشکان بیشتر در مورد محیط فرهنگی خود می‌باشد و این تظاهرات در محیط‌های مختلف فرق دارند. گاهی بحرانهای رفتاری ممکن است بصورت گروهی بروز کند که خود احتیاج با رزیابی جداگانه دارند. در اینجا ما بیشتر بحرانهای روانی فرد و روشهای درمانی آنها را مورد بحث قرار می‌دهیم. بحرانهای روانی بصورت‌های مختلف ممکن است تظاهر کند. تظاهرات اضطرابی شدید همراه با درجات مختلف رفتارهای تهاجمی، گریه و حالات موقت تیرگی شعور و اقدام بخودکشی، از تظاهرات شایع هستند.

تعریف- فوریت‌های روانپزشکی بمواردی اطلاق می‌شود که فرد با

* مشهد - مرکز پزشکی شهناز پهلوی - دانشگاه فردوسی.

در مرکز پزشکی شهناز پهلوی تشکیل دهند و لذا بحث گسترده‌ای را در آنموقع خواهیم داشت. برحسب این که فوریت‌های روانپزشکی ناشی از علل عضوی یا روانی باشند مطلب را می‌توان بدو دسته تقسیم کرد که دسته دوم خود به دو دسته دیگر قابل تقسیم می‌باشد:

فوریت‌های پزشکی

فوریت‌های روانپزشکی ناشی از عوامل عضوی

فوریت‌های روانپزشکی ناشی از عوامل روانی

- | | | |
|---|--|--|
| ۱- پسیکوزهای علامتی (داخلی - جراحی - زنان و زایمان) | فوریت‌های روانپزشکی با تظاهرات عضوی | فوریت‌های روانی با تظاهرات روانی |
| ۲- مسمومیت‌های دارویی | ۱- تظاهرات فیزیکی حاد اضطراب | ۱- حالات اضطراب |
| ۳- تظاهرات روانی حاد صرع | ۲- تظاهرات فیزیکی حاد افسردگی | ۲- تظاهرات روانی هیستری تبدیلی |
| ۴- تظاهرات روانی حاد ضربه‌های جمجمه | ۳- تظاهرات هیستری تبدیلی | ۳- تظاهرات روانی سندرم تجزیه‌ای |
| ۵- تظاهرات روانی حاد ضایعات فضاگیر جمجمه | ۴- تظاهرات فیزیکی سندرم تجزیه‌ای | ۴- تظاهرات روانی افسردگی‌های نوروز |
| ۶- فوریت‌های روانپزشکی در دمانس‌ها | ۵- تظاهرات حاد ترس | ۵- تظاهرات حاد ترس |
| | ۶- فوریت‌های روانپزشکی در مسائل شخصیتی | ۶- فوریت‌های روانپزشکی در مسائل شخصیتی |
| | ۷- فوریت‌های روانپزشکی در اسکیزو-فرنی و پسیکوزها | ۷- فوریت‌های روانپزشکی در اسکیزو-فرنی و پسیکوزها |
| | ۸- فوریت‌های روانپزشکی در عقب افتادگی | ۸- فوریت‌های روانپزشکی در عقب افتادگی |
| | ۹- فوریت‌های روانپزشکی در اطفال | ۹- فوریت‌های روانپزشکی در اطفال |

چون فوریت‌های روانپزشکی معمولاً بصورت چند نمای بالینی مشخص مراجعه می‌کنند به منظور استفاده عملی و بالینی بیشتر آنها را برحسب نشانه‌ای که به پزشک مراجعه می‌کند به پنج دسته تقسیم می‌کنیم:

۱- تظاهرات دلیریومی
 ۲- حالات تحریکی
 ۳- فوریت در افسردگی‌ها
 ۴- تظاهرات تشنجی
 ۵- 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 و اختلال جهت‌یابی زمان و مکان (disorientation) و اختلال‌های دیگری مانند اختلال خواب بصورت بی‌خوابی، خواب‌آلودگی و نوسان آگاهی و کم شدن دقت جلب توجه کند. کم شدن دقت ممکن است بصورت عدم توانایی نسبت به تمرکز فکر روی مسائلی که مربوط بوظایف روزانه فرد می‌باشد بروز نماید و درجات مختلفی از یک حالت حواس پرتی (distractibility) تا از بین رفتن کامل دقت و در حقیقت از دست دادن ارتباط و تماس با محیط مشاهده می‌گردد. بیمارانی که فقط چنین نشانه‌هایی را نشان میدهند تحت عنوان حالت قبل از دلیریوم

predelirious state) طبقه بندی میشوند و احتمالاً ممکن است به تظاهرات کامل دلیریوم منتهی شوند (۵). در نشانگان (سندرم) دلیریوم اشتباه حسی (illusion)، توهم (hallucination)، مخصوصاً توهمات بینائی و هذیان مشاهده میشوند. بیمار لکه‌های روی دیوار را حشراتی می‌بیند که در حال خزیدن میباشد. اطرافیان را افراد بیگانه میدانند و پزشک و پرستار را افرادی که قبلاً دیده‌است معرفی می‌کند. پیش‌بینی اینکه نشانه‌های قبل از دلیریوم بصورت دلیریوم درخواهند آمد، در آغاز ممکن نیست و بهر صورت باید توجه داشت که تبدیل نشانه‌ها بزمان احتیاج ندارد و ممکن است فقط در عرض چند ساعت یا چند روز انجام شود (۵).

نشانه‌های عصبی در دلیریوم، شامل سردرد «دیزارتری» و امواج کند در الکتروانسفالوگرام می‌باشد که در ابتدا بصورت امواج تتا و بالاخره بصورت امواج دلتا درمیآید. اختلال‌های حرکتی بصورت لرزش نامنظم ۸ تا ۱۰ در ثانیه مشاهده می‌شود. تظاهرات asterixis (حرکات غیرهمزمان و دو طرفه) بصورت یک حرکت ناگهانی غیرارادی که در دست و انگشتان بوجود می‌آیند، میوکلونی‌های مختلف ناگهانی بدون ریتم، حرکات انقباضی ماهیچه‌های بزرگ نیز مشاهده میشوند (Posner ۱۹۶۷). حالت تحریکی (excitation) و بی‌قراری (agitation) نیز

عنوان نشانگان دلیریوم در مواردی از بیماریهای روانی با علت عضوی بکار میرود که اختلال حافظه و اختلال جهت‌یابی زمان و مکان (disorientation) و اختلال‌های دیگری مانند اختلال خواب بصورت بی‌خوابی، خواب‌آلودگی و نوسان آگاهی و کم شدن دقت جلب توجه کند. کم شدن دقت ممکن است بصورت عدم توانایی نسبت به تمرکز فکر روی مسائلی که مربوط بوظایف روزانه فرد می‌باشد بروز نماید و درجات مختلفی از یک حالت حواس پرتی (distractibility) تا از بین رفتن کامل دقت و در حقیقت از دست دادن ارتباط و تماس با محیط مشاهده می‌گردد. بیمارانی که فقط چنین نشانه‌هایی را نشان میدهند تحت عنوان حالت قبل از دلیریوم

نخستین نشانه‌های بیماری بروز کرده بود (۱۸). مورد دیگر خانمی ۴۶ ساله بود که با تظاهرات افسردگی و تیرگی خفیف شعور مراجعه کرد و یکی از روانپزشکان با تشخیص افسردگی او را درمان می‌کرد و در بررسی بالینی دقیق تشخیص مننژیت سلی در مورد او مطرح گردید و آزمایشهای تکمیلی آنرا تأیید کرد. بدین ترتیب مشاهده میشود که یک فوریت روانپزشکی ممکن است در اصل یک فوریت طبی باشد و بما هشدار میدهد که به خلاف روانپزشکانی که وسائل معاینه را در مطب خود کنار گذاشته‌اند تا بخیال خود از راه روان درمانی بیماران را معالجه کنند، باید کلی به بیمار بنگریم و در صورتیکه عوامل عضوی را رد کردیم، آنگاه به جنبه‌های روانی بپردازیم.

مسمومیت‌های دارویی

مسمومیت بعضی داروهای پریشان‌زا (psychodysleptic) مانند اسید لیزرژیک (L.S.I) مسکالین و حشیش ممکن است تظاهرات دلیریوم ایجاد کند و تظاهرات اختلال روان همراه با پرکاری حرکتی و حالات تهاجمی بوجود آیند. نکته جالب اینکه میزان فوریتی که داروها ایجاد می‌کنند کمتر از مشروبات الکلی میباشد، ولی امکان بروز تصادمات رواندگی و سقوط همیشه وجود دارد. در این مورد با مصرف داروهای فنوتیازین، آرامش بیمار تأمین می‌شود و با مراقبت و پرستاری تا از بین رفتن کامل نشانه‌های مسمومیت از بوجود آمدن عوارض جلوگیری بعمل می‌آید. جز در مواردیکه مصرف داروها منجر به بروز تظاهرات پسیکوزی می‌شوند، خوشبختانه مدت مسمومیت با این داروها خیلی کوتاه است. مصرف بیش از حد باریتوریکها و برومورها بندرت ممکن است پرکاری حرکتی روانی ایجاد نماید و معمولاً علامت مسمومیت نیز وجود دارد. در این مورد باید بیمار به بخش مسمومین که امکان شستشوی معده و کلیه مصنوعی و دستگاه تنفس مصنوعی وجود دارد اعزام گردد تا نشانه‌های مسمومیت از بین برود.

نکته مهم اینکه در آزمایش بالینی نباید فقط به لباس و وضع ظاهری بیمار توجه داشت. نگاهی سطحی به بیمار و تشخیص‌های اجمالی موجب اشتباه تشخیص خواهد شد که برای بیمار بسیار خطرناک است. دانیل (Danil) از دانشگاه کولورادو یک جوان موبلند با وضع هیپی را گزارش میکند که با تشخیص پسیکوزسمی احتمالاً ناشی از مصرف مواد اعتیادزا تحت نظر بوده است و از ۳۶ ساعت قبل اختلال رفتار داشته است. در مشاوره‌ای که با سایر همکاران بعمل آمد تشخیص صحیح مننژیت مننگو کوکی بود که توسط آزمایش‌های پیرا بالینی تأیید شد (۱۶).

بطور متناوب بروز می‌کند. به طور کلی دو بیماری را نمی‌توان یافت که سیریکنوآختی داشته باشند. بهر ترتیب نشانه‌های دلیریوم و قبل از دلیریوم را باید بعنوان فوریت‌های پزشکی وخیم تلقی کرد. زیرا ممکن است رفتار بیمار خطرناک و غیر قابل مهار گردد. از طرف دیگر بیشتر بیماریهایی که همراه تظاهرات دلیریومی هستند چنانچه تحت درمان قرار نگیرند، ضایعات دائمی مغز ایجاد می‌کنند و زندگی بیمار را بخطر می‌اندازند (۵).

(۱۹۶۹، Unterberger، ۱۹۶۴، Guze). بالاخره بسته به شدت بیماری اصلی حالات بهت، اغما، تشنجات مختلف و حتی تظاهرات سرعی ممتد (status epilepticus) ممکن است ایجاد شود.

بمنظور جلوگیری از این عوارض باید هر چه زودتر بیماری را شناخت. باید توجه داشت که بیماریهای بیشتری وجود دارند که ترکیب شیمیائی بدن و در نتیجه فعالیت مغز را مختل می‌کنند (۵).

تظاهرات دلیریوم نشانه اختصاصی و شاخص پسیکوزهای علامتی را تشکیل میدهند. در پسیکوزهای علامتی تظاهرات روانی نشانه‌ای از یک بیداری عمومی یا عفونی می‌باشند و ممکن است حتی تنها نشانه‌های این بیماریها باشند. عدم توجه به چنین واقعیتی ممکن است باعث اشتباه در تشخیص بیماری گردد. این نشانه‌ها ممکن است بصورت حالات اسکیزوفرنی، حالات مانیک حاد یا هیپومانیا، اختلال حافظه و افسردگی عضوی (organic depression)، سندرم تجزیه‌ای و انفکاک (dissociative syndrome) و یا اختلال رفتار بروز کنند.

چنانچه ملاحظه میشود تمامی تظاهرات گوناگون روان در این مورد ممکن است مشاهده گردند و سؤال اولی که در مورد برخورد با هر کدام از این نشانه‌ها مطرح می‌شود این است که آیا این نشانه‌ها مربوط بیک بیماری روانی واقعی هستند و یا نشانه‌ای از یک بیماری عمومی و عفونی و در حقیقت پسیکوز علامتی (symptomatic psychosis) میباشد.

گزارشهای بسیاری وجود دارند که نشان میدهند حالات اسکیزوفرنی، افسردگی، مانیا و هیپومانیا و یا اختلال آگاهی، نخستین نشانه‌ی حصبه (۳) و یا سل (۲) بوده‌اند.

اینجانب در سمپوزیوم بررسی جنبه‌های آموزش درمان و پیشگیری سل که در سال ۲۵۳۳ در مرکز پزشکی پهلوی دانشگاه تهران تشکیل شد، ۴ مورد را معرفی کردم که با تظاهرات افسردگی حاد، تمایل به خودکشی بتراری و هذیان و تظاهرات اسکیزوئید که موارد فوریت پزشکی را مطرح می‌ساخت به بخش روانپزشکی مراجعه کرده بودند و در بررسی کامل تشخیص سل ریوی در مورد آنها قطعی شد و تظاهرات روانی، جنبه علامتی داشت که بصورت

روشهای درمان

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

- ۱- بستری کردن بیمار در بیمارستان روانی و بررسی نشانهها.
 - ۲- مصرف داروهای روانی.
 - ۳- تجسس اتیولوژی نشانهها.
- اگر بیمار در بیمارستان عمومی بستری است که دارای واحد روانپزشکی میباشد، باید بیمار را به آن بخش منتقل کرد و این کار از نظر آسایش سایر بیماران بخش ضرورت کامل دارد. اگر بیمارستان فاقد چنین بخشی است می توان با مراقبت و پرستاری ۲۴ ساعته او را در یک اتاق کناری زیر نظر گرفت. در این مورد نباید باین موضوع اکتفا کرد که پرستار مثلا هر ساعت از بیمار عیادت بعمل آورد. زیرا بدین ترتیب خطر آسیب به خود را نمیتوان بدرستی برطرف ساخت. در موارد مشکل باید بیمار را بنزدیک ترین بیمارستان روانی اعزام داشت. برای درمان این بیماران باید کادر پرستاری آموزش کافی داشته باشد و بیماران در یک اتاق روشن نگاهداری شوند. در مواردیکه مسمومیت در کار است تزریق سرم بمقدار کافی باید صورت گیرد و البته باید توجه داشت که از تزریق بیش از حد، خودداری شود و مسمومیت با آب (Water poisoning) در بیمار ایجاد نشود. در مواردی که تجمع آب مسئول بوجود آمدن عوارض است مصرف داروهای خارج کننده آب از بدن لازم می باشد. ساید و یا اعمال پیش بینی نشده ممکن است اضطراب ناگهانی ایجاد کنند. در تمام موارد خطر خودکشی را باید در نظر داشت و مراقبت ویژه را معمول داشت. پرستار مطلع قادر خواهد بود تا آرامش را به بیمار بازگرداند و او را راهنمایی کند. حتی الامکان باید از مصرف دارو خودداری کرد (۵). در مواردی که رفتار بیمار غیر قابل تحمل است مصرف یکی از فنوتیازینها کمک خواهد کرد. در این موارد باید از مقدار کم این داروها استفاده نمود. داروهای مهار کننده دستگاه اعصاب مرکزی مانند فنوباریتال معمولا بعوض کاهش تظاهرات تحریکی و تیرگی شعور، آنها را افزایش میدهند و تظاهرات اختلال تکلم و خواب آلودگی را بیش از بیماریهای اصلی ایجاد می کنند (۵).

حالات تحریکی

حالات تحریکی ممکن است در ضمن مانی حاد (acute mania) دلیریوم، حالات پرحرانی سندرم کوشنیک، مبتلایان به اسکیزوفرنی و در مبتلایان به مانس و اختلالهای شخصیت دیده شود. نکته عملی مهم اینکه در مورد هر نشانگان «سندرم» تحریکی باید باین فکر بود که آیا نشانههای یک بیماری عضوی، ثانوی هستند و یا صرفاً جنبه

روانی دارند. زیرا ممکن است تظاهرات تحریکی نخستین نشانه های یک بیماری عضوی باشند.

خانمی ۴۵ ساله با حالت تحریکی شدید به بخش ما مراجعه کرد. ضمن بررسی کامل، نارسائی قلب کشف گردید.

با تجویز دیژیتال و درمان نشانههای، تظاهرات روانی بزودی فروکش کرد. بعضی از بیماران که با حالت تحریکی مراجعه کرده بودند بعد از چند روز عارضه عفونی و تب بروز دادند و این در تأیید مطلب قبلی است که ممکن است تظاهرات روانی نشانه یک بیماری عفونی یا عمومی باشد و فقط توجه همه جانبه ممکن است از اشتباهات تشخیص جلوگیری بعمل آورد. اضطراب حاد نیز ممکن است با تظاهرات تحریکی همراه باشد.

تمام افراد بشر مرز تحملی نسبت با اضطراب دارند که وقتی شخص به آن رسید ممکن است بصورت رفتار ابتدائی واکنش نشان دهد و مثلا اقدام به فرار کند. چنین تظاهراتی را میتوان در طوفانها، انفجارها و زلزله مشاهده کرد. بعضی افراد در مراحل اول اضطراب، تظاهرات اسکیزوئید نشان میدهند که پس از رفع عوامل فروکش می کند. در صورتیکه عامل اضطراب بسیار شدید باشد نشانگان تجزیه ای بروز می کند و حتی تظاهرات اسکیزوفرنی شکل مدتی ادامه می باید کانن (Cannon) در سال ۱۹۲۹ فرضیه واکنش «Sympato-adreno medullary system» را بصورت افزایش ترشح آدرنالین در فوریتهای مختلف که واکنش اضطرابی را نیز در بر میگرفت، مطرح ساخت.

تحقیقات «Selye» در سال ۱۹۶۰ بخوبی مشخص ساخت که این دستگاه در حالاتیکه با واکنش اضطرابی همراه هستند، تحریک می شود. افزایش کاته کلآمینها در آزمایشهای Adler در ۱۹۵۴، Euler و Lundberg و آزمایشهای مکرر دیگری که توسط Levi و Gemzell انجام شده است، همگی ثابت کرده اند که ضمن استرس، قشر فوق کلیه و نخاع تحریک می گردند. از طرف دیگر وقتی توجه کنیم که تظاهرات اضطراب ممکن است بصورت حاد یا مزمن بوجود آیند و نشانهها بصورت فیزیکی و یا روانی بروز کنند، ممکن است تنها علت مراجعه بیمار عوارض فیزیکی و یا روانی باشد. در اینجا است که نهایت دقت باید بکار رود تا از اشتباهات تشخیص جلوگیری بعمل آید و از روشهای اختصاصی جهت درمان بیمار استفاده کرد. بدین منظور خلاصه ای درباره نشانههای فیزیکی اضطراب که ممکن است تظاهرات فوریتهای طبی را بروز دهند، ذکر میگردد.

۱- تظاهرات قلب و عروق بصورت تپش، دردهای آنژیینی و نارسائی قلب که در مجموع بنام cardiac neurosis نامیده میشوند، ظاهر می گردد.

مخلوط آمپول لارگاکتیل و فرنگان یا آمپول نوزینان همراه با فرنگان هر ۶ تا ۸ ساعت یک تزریق انجام میشود. معمولاً پس از ۴ یا ۵ روز دارو به شکل خوراکی به کار میرود.

فوریتهای روانپزشکی در افسردگیها

خودکشی شایعترین فوریتهای افسردگیها است. در بعضی موارد فقر غذایی باعث منفی کاری شدید و خودداری از مصرف غذا و خودخوری و تخریب نفس (self mutilation) و خستگی زیاد باعث بیقراری شدید (agitation) مسأله فوریتهای مطرح میکند (۵). مرگ و میر باعث خودکشی در درجه چهارم اهمیت بعد از بیماریهای مختلف عضوی و تصادم گزارش شده است. مطالعه آمار سالهای اخیر نشان داده است که در هر سال ۲۰ تا ۲۵ هزار نفر در سراسر آمریکا جان خود را باعث خودکشی از دست می دهند. در فرانسه ۱۷ تن بازای هر ۱۰۰۰۰۰ تن، در آلمان غربی ۱۹ نفر بازای هر صد هزار تن و در سوئیس ۲۰ تن بازای هر صد هزار تن در سال خودکشی می کنند (مطالعات تروکوب (Trokop) و آمار سازمان بهداشت جهانی) با در نظر گرفتن اینکه بازای هر خودکشی ۶ مورد تهدید و یا اقدام بخودکشی وجود دارد (مطالعات استینگل E. Stengel در انگلستان)، گسترش روزافزون این عارضه روانی در اجتماعات محسوس است و لذا شناسایی بموقع عوامل مستعدکننده و بکار بردن روشهای پیشگیری و درمان این عارضه در هراجماع حائز نهایت اهمیت میباشد. در روانکاوی افرادی که اقدام بخودکشی می کنند تجربیات دوران کودکی و اشکال مختلف از هم پاشیدگی خانوادگی جلب توجه می کند. فقدان یکی از والدین و فقدان رابطه عاطفی والدین را به عنوان عوامل مستعدکننده می توان نام برد. این عوامل بیمار را به گوشه گیری و انزوا متمایل می سازد و آنگاه در یک زمینه مساعد استرس های روزمره زندگی عامل مؤثر ایجاد تمایل به خودکشی می شود (۱۹).

بیمارانی که تمایل به خودکشی دارند اغلب در ابتدا به پزشکان عمومی مراجعه می کنند. عوارض عضوی مختلف ممکن است علت مراجعه آنها را تشکیل دهد. تشخیص ناراحتی این بیماران در شروع بیماری نهایت اهمیت را دارد. زیرا اغلب آنها احتیاج بکمک های ویژه روان درمانی و شیمی درمانی دارند.

در این موارد تنها پزشکی که با چنین عارضه های آشنائی دارد میتواند خطرات خودکشی را پیش بینی و با تشخیص بموقع و راهنمایی و درمان به موقع نقش مؤثری ایفاء کند. مرد جوانی ۲۱ ساله با تظاهرات افسردگی واضح و اسکیزوئید بوسیله یکی از سازمانهای دولتی باینجانب معرفی شد. چون به هنگام مصاحبه تمایل بخودکشی را در او جدی یافتیم، طی نامه ای فوریتهای درمان و لزوم بستری شدن

۲- تظاهرات تنفسی بصورت تنددمی و آسم آشکار می شود.

۳- تظاهرات دستگاه گوارش بصورت خشکی دهان، احساس درد و اسپاسم در اپیگاستر، تهوع و استفراغ بروز می کند.

۴- عوارض دستگاه ادرار و تناسل بصورت درد همراه با تشنج و قولنج تجلی می کند.

۵- افزایش قدرت انقباض (Tonicité) ماهیچه های پیشانی و گیجگاه به شکل سردرد در قله جمجمه آشکار می شود.

روشهای درمان

در اسکیزوفرنی نوع کاتاتونی معمولاً حالت تحریکی شدید در موقعی ایجاد می شود که رابطه و اعتماد بین درمانگر و بیمار موجود نیست و در بعضی موارد بکار بردن وسایل فیزیکی بمنظور مهار کردن بیمار ضرور است (۹).

باین منظور لازم است آنها را نگهدارند تا داروهای آرامبخش تزریقی مصرف شوند. کمک به بیمار بمنظور آشنائی با پزشک و کادر پزشکی و امکانات درمان و میزان کمکی که به بیمار می شود، بسیار مؤثر خواهد بود. در هر صورت رفتار کادر پزشکی باید بمنظور جلب اعتماد بیمار مطلوب و در بیمارانی که همکاری نسبی دارند حتی الامکان سمیمی و احترام آمیز باشد. بهر صورت رفتار انسانی با بیمار آنچنانکه تحریک بیشتری در او ایجاد نشود موجب موفقیت قطعی در این موارد است. در بعضی موارد اضطراب حاد و نشانگان تجزیه ای ممکن است بیمار یک نمای کامل اسکیزوئید را نشان دهد که معمولاً زودگذر است (۷-۹). در بعضی مواردیک نشانگان تهاجمی شدید ممکن است در کار باشد. در تمام این موارد چنانچه روانپزشک با اعتماد بنفس و با قدرت کامل صحبت کند میتواند اعتماد و همکاری بیمار را جلب نماید و از بکار رفتن اجباری وسایل فیزیکی جلوگیری بعمل آورد. اینجانب معمولاً ضمن صحبت با این بیماران متذکر میگردم که دو راه در مقابل آنهاست، یکی این که آرام روی تخت دراز بکشند و اجازه بدهند داروی تزریقی برای آنها مصرف شود و راه دوم اینکه تزریق دارو با کمک بهیاران و به اجبار انجام شود. با بکار بستن این روش در بسیاری از موارد بیماران تسلیم می شوند و اجازه میدهند دارو استعمال شود. بیماران مبتلا بهمانی معمولاً تحمل بیشتری به داروهای آرامبخش دارند. عده ای از مؤلفین (۵-۱۲) فرآورده های هالوپریدول (Serenace) را در این موارد داروی انتخابی می دانند. ماعادت داریم که این دارو را مخلوط با آمپول های ۵۰ میلی گرمی فرنگان هر ۶ تا ۸ ساعت یک تزریق، مصرف کنیم. نتیجه رضایت بخش بوده است. علاوه بر آن از تمام فنوتیازین های خواب آور (sedative phenothiazine) هم استفاده می کنیم.

به این کار اقدام می‌کنیم. بکار بردن الکترو شوک در مواردی که افسردگی درون زاد (Endogène) مسئول بوجود آوردن بیماری و نشانه‌های آن است کمک مؤثری می‌کند.

تظاهرات تشنجی

علائم روانی که در ضمن تظاهرات تشنجی مشاهده میشود ممکن است این تظاهرات را بصورت يك فوریت روانپزشکی قلمداد کند. در اینجا ما تظاهرات تشنجی را بدو دسته تقسیم میکنیم.

۱- تظاهرات تشنجی بامبدأ عضوی

۲- تظاهرات تشنجی بامبدأ روانی.

تظاهرات تشنجی با مبدأ عضوی خود ممکن است ناشی از صرع، اختلال‌های الکترولیت، مسمومیتهای ناشی از سرب و سیانور، بدنبال قطع ناگهانی مشتقات فنوباریتال، تومورهای Prefrontal، سیفیلیس عصبی، بیماری آلزایمر، مالاریا، الکلیسم، کمی قند خون و یا افزایش قندخون، کاهش اکسیژن مغز، مسمومیت با آب (Water poisoning) و آنسفالوپاتی ورنیکه باشد که وارد شدن در این مطلب در حد این مقاله نیست. نکته عملی مهمی که در اینجا باید ذکر شود تظاهرات تشنجی بصورت پارکینسونیسم، باهیپرتونی و اسپاسم عضلانی است که ممکن است متعاقب مصرف داروهای نورولپتیک ایجاد شود.

در این مورد باید مصرف قبلی این داروها را جویا شد زیرا در بعضی موارد چنانچه بیمار تب داشته باشد ممکن است يك نمای منگوانسفالیت را ترسیم کند که فقط زیر نظارت داشتن کامل بیمار میتواند ما را به تشخیص برساند.

در این موارد با مصرف داروهای ضد پارکینسونی تزریقی مانند Akineton و داروهای ضد هیستامینی مانند بنادریل و فترگان تزریقی و داروهای آرام بخش که اثر شل کننده عضلانی دارند مانند والیوم نشانه‌ها برطرف میشود. مصرف توأم مقادیر متوسط داروهای ضد پارکینسون را همراه با مقادیر زیاد فنوتیازین همیشه باید بخاطر داشت زیرا مصرف مقادیر زیاد داروهای نورولپتیک بدون مصرف داروهای اخیر موجب چندین مورد مرگ همراه با اسپاسم حلق بوده است. تظاهرات تشنج به صورت صرع و هیستری را نیز میتوان در این زمینه ذکر کرد که درمان مخصوص بخود دارند و ما در قسمت تظاهرات مختلط راجع بآنها بحث خواهیم کرد.

تظاهرات مختلط

منظور از این تظاهرات فوریت‌هایی هستند که اختلال‌های آگاهی، حالات تحریکی، افسردگی، و تظاهرات تشنجی را دارا باشند. چنین تظاهرات را معمولاً در هیستری و نشانگان تجزیه‌ای و صرع مشاهده میکنیم که باختصار به ذکر آنها می‌پردازیم.

بیمار را با اطلاع سازمان مربوط رسانیدم و حتی شخصاً او را بآن قسمت هدایت کردم. نامہ را بمسئول مربوط دادم و شفاهاً نیز فوریت رسیدگی طبی را گوشزد نمودم. ولی متأسفانه به علت 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:

۱- لزوم ایجاد بخش فوریت‌های روانپزشکی متناسب با تعداد بیماران هر منطقه.

۲- لزوم آگاهی بیشتر پزشک عمومی درباره فوریت‌های روانپزشکی.

۳- اقدام فوری و واگذار نکردن بیماری که تمایل بخودکشی دارد بحال خود. این نکته در تمام محافل و مجامع پزشکی باید کاملاً روشن شود که فوریت‌های روانپزشکی از فوریت حاد شکم مهم تر است. زیرا مثلاً یک آپاندیسیت که منجر به پریتونیت شده ممکن است منجر بمرگ بیمار نشود ولی اقدام بخودکشی یقیناً مرگ فرد را بدنبال خواهد داشت. وظیفه پزشک است که رودررو با بیمار خود گفت و گو کند، به شرح حال او توجه وافکار مربوط بخودکشی را در او کشف نماید. آمار انگلستان نشان میدهد که

۱۰ تا ۲۰٪ افرادی که اقدام بخودکشی کرده اند قبلاً به پزشک عمومی مراجعه نموده اند. آمار آمریکا نشان میدهد که بیش از ۶۵٪ بیماران

که اقدام بخودکشی کرده اند در حدود ۴ ماه پیش از اقدام بخودکشی به پزشک عمومی یا پزشک خانواده مراجعه نموده اند.

نتیجه آن که پزشک عمومی بیش از روانپزشک میتواند در این مورد کمک کند (۱۹).

برای درمان، قبل از هر چیز باید میل به خودکشی را از نظر علت مورد توجه قرارداد و ضمن برقرار کردن رابطه صمیمی با بیمار از رؤیایا، آرزوها و تصورات او آگاهی یافت. در غیر این صورت هیچ درمانی موفق نخواهد بود. در مواردی که بیماران بستری و در دسترس روانپزشک بوده اند، نتایج کاملاً امیدوارکننده‌ای بدست آمده است. روانپزشک، مددکار اجتماعی، پرستار و در صورت امکان يك روحانی میتوانند با هم يك گروه تشکیل دهند و به بیمار کمک کنند (۵). در مواردیکه بیمار جهت مصاحبه همکاری ندارد و یا حالت تحریکی نیز در ضمن افسردگی جلب توجه می‌کند و نگهداری بیمار مشکل میشود، بکار بردن فنوتیازین‌های خواب‌آور (sedative phenothiazine) بشکل تزریقی هر ۶ تا ۸ ساعت یکبار همراه با داروهای که اثر ضد افسردگی و ضد اضطراب توأمآ دارا هستند مانند tryptizol به مقدار ۲۵ میلی‌گرم سه بار در روز مفید خواهد بود. سپس داروی تزریقی به نوع خوراکی آن تبدیل می‌شود و پس از آنکه بیمار جهت روان درمانی آمادگی یافت

تظاهرات حاد واکنش هیستری تبدیلی

این تظاهرات ممکن است بصورت نشانه‌های عضوی و یا روانی بروز کند. نشانه‌های عضوی خود ممکن است بصورت علائم حسی مانند کوری، بی‌حسی و دردهای پراکنده باشد که نوع شکمی آن ممکن است آنچنان نمایشی شود که منجر به جراحی گردد. علائم حرکتی نیز ممکن است جلب توجه نماید. نشانه‌های حرکتی بصورت انواع مختلف فلج مانند فلج نیمه بدن، فلج دوپا و فلج دستها یا پاها، اسپاسم شدید عضلانی شدید و بروز تور تیکولی، لرزش، حملات تشنجی شبه صرع و عدم تعادل حرکتی و سندرم شبه مخچه‌ای مشاهده میشود. از نظر درمان چنانچه تشخیص روشن شود با هر روش درمانی تلقینی ممکن است نشانه‌ها را برطرف کرد.

نشانه‌گان (سندرم) تجزیه‌ای

سندرم‌های تجزیه‌ای را میتوان در هر اختلال روان و حتی در تظاهرات روانی که ناشی از عوامل عضوی هستند مشاهده کرد. کاربرد اصطلاح سندرم‌های تجزیه‌ای تنها در مورد هیستری یک اشتباه عمومی است.

احساس عدم واقعیت مانند از دست دادن هویت ممکن است در تظاهرات عضوی مانند دلیریوم، ضربه‌های مغز، بیماری‌های دستگاه اعصاب مرکزی، در پسیکوزها و در نوروژها مشاهده شود. در نشانه‌گان تجزیه‌ای بعلاوه شدت عامل استرس‌زا، شخصیت ممکن است دچار آنچنان نابسامانی (disorganisation) شود که مکانیسم‌های دفاعی برحالت آگاهی، حافظه و حتی بطور موقت بر تمام شخصیت حکومت کنند. در این حال شخصیت آگاه هیچگونه نشانه‌ای ندارد و یا این شرکت خیلی کم است.

در این مورد بیمار ممکن است مدتها تظاهرات پسیکوزی نشان دهد و حالات از دست دادن آگاهی و حالات شفق (twilight state)، حالات اسکیزوفرنی (schizophrenilike) با تظاهرات توهمی و هذیانی و قطع ارتباط با واقعیت (derealisation) و اختلال‌های حرکتی بصورت حالت تحریکی و بیقراری بروز کند. تظاهرات دلیریومی و فراموشی‌های ناگهانی و تظاهرات اختلال حافظه بصورت کیفیت بیشتر دیده بفظ آشنا (déjà vu) و بیشتر شنیده (déjà entendu) و اشتباه حوادث (déjà fait) و اشتباه فکری (déjà pensé) و اشتباه آرزوها (déjà voula) و از دست دادن آشنائی (jamais vu) و همچنین تظاهرات راه روی در خواب (somnambulism) و گریز از تظاهرات این نشانه‌گان میباشد. در حالت اخیر شخص ممکن است خود را برای مدتی در موقعیتی قرار دهد که بعنوان فرد تازه‌ای عمل کند و حتی نام جدید یا هویت کاملی برای خود قائل شود. تمام این حالات بطور ناگهانی و بدنبال یک حادثه استرس‌زای شدید بروز و معمولاً بطور ناگهانی نیز فروکش می‌کند.

گاهی نیز بیمار ترجیح میدهد که بر نشانه‌های فیزیکی بیش از عوامل روانی تأکید کند. عوامل هیجانی منجر به بروز علائم فیزیکی میگرددند. در این حال بیمار از جنبه روانی تظاهرات عضوی خود غافل است و یا حداقل ارتباط این جنبه‌ها را با تظاهرات فیزیکی خود درک نمی‌کند. این تظاهرات ممکن است حتی منجر به بروز تظاهرات فوریت‌های حاد شکم گردد و در صورتیکه جراح اطلاع کافی از منشاء و مکانیسم این تظاهرات نداشته باشد با عمل جراحی غیر-لازم اقدام می‌کند. کارن و پارتریج شرح حال دختری ۱۶ ساله را ذکر می‌کنند که بدنبال بوسیده شدن دچار احساس درد شدیدی در ناحیه اپیگاستر شد که شبیه بداخل کردن چیزی در معده بود و نشانه‌ها چنان شدت یافت که پزشک با تشخیص آپاندیست اقدام بعمل جراحی کرد (۴).

صرع و تظاهرات روانی آن

صرع و تظاهرات روانی آن یک فوریت پزشکی را تشکیل میدهد که هم لزوم اقدام فوری و هم مسئله تشخیص قطعی بمنظور کمک به بیمار و درمان او را مطرح می‌سازد. نکته‌ای که در اینجا بر آن تأکید میگردد این واقعیت است که صرع تنها حمله تشنجی نیست و بصورت‌های بسیار مختلفی بروز می‌کند و در صورتیکه توجهی باشکال بالینی آن که گاهی تظاهرات صرفاً روانی و غیر تشنجی هستند مبذول نگردد، امکان اشتباه در تشخیص و بکاربردن روشهای درمانی نامعقول زیاد خواهد بود.

در اینجا فهرست وار تظاهرات روانی صرع را مورد بحث قرار میدهیم:

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

اختلال‌های روانی ناگهانی (psychological attacks) بصورت تغییرات ناگهانی خلق و خو، حملات روانی حرکتی (psychomotor attacks) که بصورت دوره‌های کوتاه مدت رفتار غیرعادی تظاهر می‌یابند، در صرع تامپورال مشاهده میشوند.

در حمله‌ای که انگلیسی زبان‌ها آن را uncinete fits می‌نامند بیمار در یک حالت رؤیائی سیر می‌کند و قبل از آن توهمات بصورت احساس مزه یا بوی نامطبوع وجود دارد. ممکن است بیمار دچار خطای حافظه شود و اشخاص و صدا و موقع را نشانسد. گاهی تیرگی شعور و دلیریوم و اختلال آگاهی و عدم جهت‌یابی در زمان و مکان که بطور ناگهانی ایجاد میشود، نشانه‌های صرع میباشد. گاهی

بمنظور کشف و تشخیص واقعی روشن میگردد که هم مسرت خاطر پزشک را تأمین می کند و هم درد بیمار را باروشهای بسیار ساده برطرف می سازد.

روشهای درمان

بیماران مبتلا به نشانگان تجزیه ای و هیستری معمولاً با بستری شدن در بیمارستان همکاری مطلوب نشان میدهند. درحقیقت درمان درمؤسسه (institutional therapy) کمک اساسی میکند و احتیاج فوری بدرمان دارویی نیست.

ولی بهر حال لازم است که بیمار مورد بررسی کامل قرار گیرد. باید سعی کرد که هرچه زودتر رابطه صمیمی با بیمار برقرار گردد و معنای رؤیایها، آرزوها، تصورات و نشانه های او را دریافت. در غیر این صورت انتخاب هیچ روشی جهت درمان موفق نخواهد بود. در مورد صرع روش درمان مشخص است. برای درمان هیستری و نشانگان تجزیه ای قبلاً گفت و گو کرده ایم. بدیهی است پس از آمادگی بیمار دارو به شکل خوراکی تبدیل و با روان درمانی توأم خواهد شد.

اختلال آگاهی کامل نیست و تظاهرات یا حالات شفق (twilight state) ایجاد می شود. در این حال رفتار معمولی بیمار درست میباشد ولی در بعضی موارد گنگی و محدودیت در رفتار خود نشان میدهد و فقر افکار بیمار (poverty of ideas) جلب توجه میکند.

آقای دکتر بطحائی در فروردین ماه ۲۵۲۸ تعداد ۱۳ مورد صرع را بانجمن روانپزشکی ایران معرفی کردند که تظاهرات اولیه آنها بصورت نشانه های اسکیزوفرنی، افسردگی، اضطراب، حملات هیستری، تمایلات خودکشی، افکار پارانوئید، وسواس و پسیکوپاتی بود و الکتروانسفالوگرافی صرع دیانسفالی، تامپورال یا فرونتال را نشان میداد (۱۷). در همین جلسه، معرفی یکی از موارد را اینجانب بعهدہ داشتم. از آن به بعد همیشه صرع رادر تظاهرات روانی مختلف در نظر دارم و بیش از ۲۰ مورد صرع را با تظاهرات تحریکی هیستری، اسکیزوئید، افسردگی و اختلال های آگاهی متناوب و دردهای قولنج کلیوی و روماتیسم حاد مفصل کشف کردم که خود میتواند در یک مقاله دیگر مورد بحث و نتیجه گیری قرار گیرد. از تمام این مطالب لزوم توجه دقیق به نشانه ها

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. Detera 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.
- ۱۷- دکتر بطحائی - دکتر حسینی، تشخیص های الکتروفیزبولژیائی و روانی، مجله روان پزشکی شماره اول، سال دوم ۲۸-۲۵.
- ۱۸- دکتر سید ابوالقاسم حسینی: جنبه های روانپزشکی و بهداشت روانی سل. نامه دانشکده پزشکی دانشگاه فردوسی. شماره دهم سال هفدهم صفحه ۷۱۶، سال ۲۵۳۰.
- ۱۹- دکتر محمدعلی شمعی: موارد اقدام بخودکشی در طب عمومی. مجله نظام پزشکی، سال دوم شماره اول و دوم، صفحه ۷۳، سال ۲۵۳۰.