

فوریتهای روانپردازشکی در طب عمومی

مجله نظام پژوهشی

سال ششم، شماره ۲، صفحه ۱۳۱، ۲۵۳۶

دکتر سید ابوالقاسم حسینی *

موقعیتی مواجه می‌شود که خارج از ظرفیت تطبیقی او می‌باشد در این مورد باید توجه داشت فردی که از قدرت روانی قبل ملاحظه‌ای برخوردار است بمراتب بهتر از کسیکه ظرفیت روانی ضعیفی دارد می‌تواند در مقابل حوادث و فشار آن «Stress» مقاومت کند، بعارت دیگر اوضاع و احوالی که برای فردی ممکن است استرس زا باشد برای دیگری ممکن است ایجاد «استرس» نکند. تمام افراد واژجمله 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 استراحة و غذا بیش از روان درمانی می‌باشد.

از طرفی دیگر تظاهرات عدم کنترل روانی که خود ممکن است ناشی از یک سوروز خمالی و یا بیماری روانی باشد، در توجه استعمال الكل ممکن است تشیدیم یا بد. بطور کلی هر موقعیت و یا حالت پرهیجان ممکن است تظاهر فوریتهای روانپردازشکی را تزدافرازد که حداقل تحمیل را نسبت با اضطراب داشته‌اند تسریع کند. در تمام موارد فوریتهای روانپردازشکی حتی الامکان باید عمل رفتار بیمار را درک کرد و فهمید که چرا بیمار بین عمل اقدام کرده است؟ در این گفتار فقط قیمت اول طبقه بنده‌ی زیر یعنی فوریتهای روانپردازشکی در طب عمومی را بطور اجمال مورد بحث قرار میدهم و سعی خواهم کرد که جنبه‌های لازم آنرا بعداً منتشر کنم. در مورد فوریتهای روانپردازشکی، گروه اعصاب و روان و انجمن روانپردازشکی تصمیم گرفتند که سپوژیومی

مقدمه: لزوم طرح فوریتهای روانپردازشکی بموازات سایر فوریتهای طبی احتیاج به توضیح ندارد. زیرا معمولاً نخستین مرجعی که فوریتهای روانپردازشکی بدان مراجعت می‌کنند، پژوهش عمومی است. از این گذشته برای معیارهای سازمان بهداشت جهانی، برای هر ۲۰ هزار تن، یک روانپردازشکی مورد نیاز است و براین اساس با توجه با آخرین سرشماری که جمعیت مملکت متحد احدها ۳۳ میلیون گزارش می‌کند، به ۱۶۵۰ روانپردازشکی احتیاج داریم. در صورتیکه بنا به آمار سازمان نظام پژوهشی فقط ۱۱۰ روانپردازشکی در کشور وجود دارد و بالاجبار مابقی مسئولیت کارهای روانپردازشکی به عهده پژوهشکان عمومی است. مناطق وسیعی از کشور وجود دارند که در آنجا روانپردازشکی وجود ندارد. روانپردازشکی و علوم رفتاری در مورد نظارت بر تظاهرات حاد، نقاط مشترک زیادی دارند. در این مورد اطلاعات روانپردازشکان 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 بارزیابی 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 شدیدهای با درجهات مختلف رفتارهای تهاجمی، گریه و حالات موقت تیرگی شعور و اقدام بخودکشی، از تظاهرات شایع هستند.

تعريف فوریتهای روانپردازشکی بمواردی اطلاق می‌شود که فرد با

* مشهد - مرکز پژوهشی شهناز پهلوی - دانشگاه فردوسی.

ناشی از عمل عضوی یا روانی باشد و 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 روانی

- ۱- فوریت‌های روانی با تظاهرات روانی
- ۲- حالات اضطراب
- ۳- تظاهرات روانی هیستری تبدیلی
- ۴- تظاهرات روانی سندروم تجزیه‌ای
- ۵- تظاهرات حاد ترس
- ۶- فوریت‌های روانپزشکی در مسائل شخصیتی
- ۷- فوریت‌های روانپزشکی در اسکیزو و فرنی و پسیکوزها
- ۸- فوریت‌های روانپزشکی در عقب افتادگی
- ۹- فوریت‌های روانپزشکی در اطفال

فوریت‌های روانپزشکی ناشی از عوامل عضوی

- ۱- پسیکوزهای علامتی (داخلی جراحی - زنان و زایمان)
- ۲- مسمومیت‌های دارویی
- ۳- تظاهرات روانی حاد صرع
- ۴- تظاهرات روانی حاد ضایعات فناگیر جمجمه
- ۵- تظاهرات روانی حاد میانی در دماسنها

چون فوریت‌های روانپزشکی عمولاً بصورت چند نمای بالینی مشخص مراجعه می‌کنند بمنظور استفاده عملی وبالینی بیشتر آنها را بر حسب 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 یا کار می‌رود که اختلال حافظه و اختلال جهت یا بی زمان و مکان (disorientation) و اختلال‌های دیگری مانند اختلال خواب بصورت بی خوابی، خواب آلودگی و نوسان آگاهی و کم شدن دقت جلب توجه کند. کم شدن دقت ممکن است بصورت عدم توانایی نسبت به تمثیر کردن فکر روی مسائلی که مر بوط بوضایف روزانه فرد می‌باشد بروز نماید و درجهات مختلفی از یک حالت حواس پر تی (distractibility) تا ازین 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 مراجمه کرد و یکی از روانپزشکان با تشخیص افسردگی او را درمان می‌کرد و در بررسی بالینی دقیق تشخیص منژیت 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 تابیخیال خود را راه روان درمانی بیماران را معالجه کنند، بادیدکلی به بیمار بنگریم و در صورتیکه عوامل عضوی را رد کردیم، آنگاه به جنبه‌های روانی پردازیم.

سمومیت‌های داروئی

سمومیت بعضی داروهای پریشانز (psychodysleptic) مانند اسید لیزریک (L.S.) مسکالین و حشیش ممکن است تظاهرات دلیریوم ایجاد کند و تظاهرات اختلال روان‌همراه 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 رانندگی و سقوط همیشه وجود دارد. در این مورد با مصرف داروهای فتویازین، آرامش بیمار تأمین می‌شود و با مرآقبت و پرستاری تا اذین رفقن کامل نشانه‌های سمومیت از بوجود آمدن عوارض جلوگیری بعمل می‌آید. جز در مواردیکه مصرف داروها منجر به بروز تظاهرات پسیکوزی می‌شوند، خوشبختانه مدت‌سمومیت با این داروهای خوبی کوتاه است. مصرف بیش از حد باریتوريک‌ها و برخورها بندرت ممکن است پرکاری حرکتی روانی ایجاد نماید و معمولاً عالم مسمومیت نیز وجود دارد. در این مورد باید بیمار به بخش مسمومین که امکان شستشوی معبدی و کلیه مصنوعی و دستگاه تنفس مصنوعی وجود دارد اعزام گردد تا نشانه‌های سمومیت ازین برود.

نکته مهم اینکه در آزمایش‌های بالینی باید 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 خطر ناک است. دانیل (Danil) از دانشگاه کولورادو یک جوان مولنده با وضعیتی را گزارش می‌کند که با تشخیص پسیکوزیمی 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 منژیت منکوکوکی بود که توسط آزمایش‌های پیرا بالینی تأیید شد (۱۶).

بطور متناوب بروز می‌کند. به طور کلی دو بیماری را نمی‌توان یافت که سیر یکنواختی داشته باشد. بهر ترتیب نشانه‌های دلیریوم و قبل از دلیریوم را باید بعنوان فوریت‌های پزشکی و خیم تلقی کرد. زیرا ممکن است رفتار بیمار خطرناک و غیرقابل مهار گردد. از طرف دیگر بیشتر بیماریهایی که همراه تظاهرات دلیریومی هستند چنانچه تحت درمان قرار نگیرند، ضایعات دائمی مغزاً بجای ممکن است وزندگی بیمار را بخطر می‌اندازند (۵).

(Unterberger ۱۹۶۹). بالاخره بسته بشدت بیماری اصلی حالات بہت، اغماء، تشنجهات مختلف و حتی تظاهرات مربعی ممتد (status epilepticus) ممکن است ایجاد شود. بمنظور جلوگیری از این عوارض باید هرچه زودتر بیماری را شناخت. باید توجه داشت که بیماریهای پیشماری وجود دارند که ترکیب شیمیائی بدن و در نتیجه فعالیت مغز را مختل می‌کنند (۵). تظاهرات دلیریوم نشانه اختصاصی و شاخص پسیکوزهای عالمی را تشکیل میدهند. در پسیکوزهای عالمی تظاهرات روانی نشانه‌ای از یک بیماری عمومی یا عفونی می‌باشند و ممکن است حتی تنها نشانه‌های این بیماریها باشند. عدم توجه بچنین واقعیتی ممکن است باعث اشتباه در تشخیص بیماری گردد. این نشانه‌ها ممکن است بصورت حالات اسکیزوفرنی، حالات مانی حاد یا هیپومنانی، اختلال حافظه و افسردگی عضوی (organic depression)، سندروم تجزیه‌ای وانفلکاکی (dissociative syndrome) یا اختلال رفتار بروز کنند.

چنانچه ملاحظه می‌شود تماشی تظاهرات گوناگون روان در این مورد ممکن است مشاهده گرددند و سؤال اولی که در مورد بروز خود باهار کدام از این نشانه‌ها مطرح می‌شود این است که آیا این نشانه‌ها مربوط به یک بیماری روانی وانعی هستند و یا نشانه‌ای از یک بیماری عمومی و عفونی و در حقیقت پسیکوز عالمی (symptomatic psychosis) می‌باشند.

گزارش‌های بسیاری وجود دارند که نشان میدهد حالات اسکیزوفرنی، افسردگی، مانی و هیپومنانی و یا اختلال آگاهی، نخستین نشانه حصبه (۳) و یا سل (۲) بوده‌اند.

اینچنان در سپتامبر ۲۰۲۲ در مرکز پزشکی پهلوی دانشگاه تهران سل که در سال ۲۵۳۳ در معرفی کرد که با تظاهرات افسردگی حاد، تشکیل شد، ۴ مورد را معرفی کرد که با تظاهرات اسکیزوفرنی که ممایل به خودکشی بیقراری و هذیان و تظاهرات اسکیزوفرنی که موارد فوریت پزشکی را مطرح می‌ساخت به بخش روانپزشکی مرآجعه کرده بودند و در بررسی کامل تشخیص سل ریوی در مورد آنها قطعی شد و تظاهرات روانی، جنبه عالمی داشت که بصورت

روانی دارند، زیرا ممکن است تظاهرات تحریکی نخستین نشانه‌های یک بیماری عضوی باشد.

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

با تجویز دیژیتال و درمان نشانه‌ای، تظاهرات روانی بزودی فروکش کرد. بعضی از بیماران که باحالت تحریکی مراجده کرده بودند بعد از چند روز عارضه عفونی و تب بروز دارند و این در تأیید مطلب قبلی است که ممکن است تظاهرات روانی نشانه یک بیماری عفونی یا عومی 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 بشمرز تحملی نسبت با اضطراب دارند که وقتی شخص به آن رسید ممکن است بصورت رفتار ابتدائی واکنش نشان دهد و مثلاً اقدام به فرار کند. چنین تظاهراتی را میتوان در طوفانها، انفجارها و زلزله مشاهده کرد. بعضی افراد در مراحل اول اضطراب، تظاهرات اسکیز وئید نشان میدهند که پس از رفع عوامل فروکش می‌کند. در صورتیکه عامل اضطراب بسیار شدید باشد نشانگان تجزیهای بروزمند کند و حتی تظاهرات اسکیز و فرنی شکل‌مدتی ادامه‌می‌باید کانن (Cnnnon) در سال ۱۹۲۹ فرضیه واکنش (Sympato-adreno medullary system، ترشح آدرنالین در فوریت‌های مختلف که واکنش اضطرابی را نیز در پر میگرفت، مطرح ساخت.

تحقیقات Selye در سال ۱۹۵۶ بخوبی مشخص ساخت که این دستگاه در حالاتیکه با واکنش اضطرابی همراه هستند، تحریک می‌شود. افزایش کاته‌کلامین‌ها در آزمایش‌های Adler در Euler، ۱۹۵۴ و Lundberg و Gemzell انجام شده‌است، همگی ثابت کرده‌اند که ضمن استرس، قشر فوق کلیه و نخاع تحریک می‌گردند. از طرف دیگر وقتی توجه کنیم که تظاهرات اضطراب ممکن است بصورت حدایا مزمن بوجود آیند و نشانه‌ها بصورت فیزیکی و یا روانی بروز کنند، ممکن است تنها علت مراجعة بیمار عوارض فیزیکی و یاروانی 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 خلاصه‌ای درباره نشانه‌های فیزیکی اضطراب که ممکن است تظاهرات فوریت‌های طبی را بروز دهند، ذکر میگردد.

۱- تظاهرات قلب و عروق بصورت تپش، دردهای آنژینی و نارسائی قلب که در مجموع بنام cardiac nevrosis نامیده می‌شوند، ظاهر می‌گردد.

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

- ۱- بستری کردن بیمار در بیمارستان روانی و بررسی نشانه‌ها.
- ۲- مصرف داروهای روانی.
- ۳- تعیین ایولوژی 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 قادر چنین بخشی است می‌توان با مرافقت و پرستاری ۲۴ ساعته اورا در یک اطاق کناری زیر نظر گرفت. در این مورد باید باین موضوع اکتفا کرد که پرستار مثلاً هر ساعت از بیمار عیادت بعمل آورد. زیرا بدین ترتیب خطر آسیب به خود را نیتوان 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 اطاق روش نگاهداری شوند. در موادیکه مسمومیت در کار است تزریق سرم به مدارکافی 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 موادری که تجمع آب مسئول بوجود آمدن عوارض است مصرف داروهای خارج کننده آب از بدن لازم می‌باشد. سایه، صدا و یا اعمال پیش‌ینی نشده ممکن است اضطراب ناگهانی ایجاد کنند. در تمام موارد خطر خودکشی را باید در نظر گیری داشت و مرافقت ویژه را معمول داشت. پرستار مطلع قادر خواهد بود تا آرامش را به بیمار بازگرداند و اورا راهنمایی کند. حتی الامکان باید از مصرف دارو خودداری کرد (۵). در موادری که رفتار بیمار غیرقابل تحمل است مصرف یکی از فنتیازینها کمک خواهد کرد. در این موارد باید از مقادیر کم این داروها استفاده نمود. داروهای مهار کننده دستگاه اعصاب مرکزی مانند فنوباریتال معمولاً بعوض کاهش تظاهرات تحریکی و تیرگی شور، آنها را افزایش میدهند و تظاهرات اختلال تکلم و خواب آلودگی را بیش از بیماریهای اصلی ایجاد می‌کنند (۵).

حالات تحریکی

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

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

فوریهای روانپزشکی در افسردگی‌ها

خودکشی شایع‌ترین فوریت در افسردگی‌ها است. در بعضی موارد فقر غذایی بعلت منفی کاری شدید و خودداری از مصرف غذا و خودخوری و تخریب نفس (self mutilation) و خستگی زیاد بعلت بیقراری شدید (agitation) مسئله فوریت را مطرح می‌کند (۵). مرگ و میر بعلت خودکشی در درجه چهارم اهمیت بعداز بیماری‌های مختلف عضوی و تصادم گزارش شده است. مطالعه آمار سالهای اخیر نشان داده است که در هرسال ۲۰ تا ۲۵ هزار فنر در سراسر آمریکا جان خود را بعلت خودکشی ازدست می‌دهند. در فرانسه ۱۷ تن بازای هر ۱۰۰۰۰۰ تن، در آلمان غربی ۱۹ نفر بازای هر صد هزار تن و در سویس ۲۰ تن بازای هر صد هزار تن در سال خودکشی می‌کنند (مطالعات تروکوب (Trokop) و آمار سازمان بهداشت جهانی) با درنظر گرفتن اینکه بازای هر خودکشی ۶۰ مورد تهدید و یا اقدام بخودکشی وجود دارد (مطالعات استینگل E. Stengel در انگلستان)، گسترش روزافزون این عارضه روانی در اجتماعات محسوس است ولذا شناسائی بموضع عوامل مستعد کننده و بکاربردن روش‌های پیشگیری و درمان این عارضه در هر اجتماع حائز نهایت اهمیت می‌باشد. در روانکاوی افرادی که اقدام بخودکشی می‌کنند تجربیات دوران کودکی واشکال مختلف از هم پاشیدگی خانوادگی جلب توجه می‌کند. فقدان یکی از والدین و فقدان رابطه عاطفی والدین را بعنوان عوامل مستعد کننده می‌توان نام برد. این عوامل بیمار را به گوشگیری و افزایش متمایل می‌سازد و آنگاه در یک زمینه مساعد استرس‌های روزمره زندگی عامل مؤثر ایجاد تمایل به خودکشی می‌شود (۱۹).

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

در این موارد تنها پزشکی که با چنین عارضه‌ای آشناست ممکن است خطرات خودکشی را پیش‌بینی و با تشخیص بموضع و راهنمایی و درمان به موقع نقش مؤثری ایفا کند. مردجوانی ۲۱ ساله با تظاهرات افسردگی واضح و اسکیز وئید بوسیله یکی از اسازمانهای دولتی بین‌جانب معرفی شد. چون به هنگام مصاحبه تمایل بخودکشی را در او جدی یافتم، طی نامه‌ای فوریت درمان و لزوم بستری شدن

۲- تظاهرات تنفس به صورت تنفس دمی و آسم آشکار می‌شود.

۳- تظاهرات دستگاه گوارش به صورت خشکی دهان، احساس درد و اسپاسم در اپیگاستر، تهوع و استفراغ بروز می‌کند.

۴- عوارض دستگاه ادرار و تناسل به صورت درد همراه با تنفس و قولنج تجلی می‌کند.

۵- افزایش قدرت انقباض (Tonicité) ماهیچه‌های پیشانی و گیجگاه به شکل سردد در قله جمجمه آشکار می‌شود.

روشهای درمان

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

با این منظور لازم است آنها را نگهدارند تا داروهای آرامبخش تزریقی مصرف شوند. کمک به بیمار بمنظور آشنازی با پزشک و قادر پزشکی و امکانات درمان و میزان کمکی که به بیمار می‌شود، بسیار مؤثر خواهد بود. در هر صورت رفتار کادر پزشکی باید بمنظور جلب اعتماد بیمار مطلوب و در بیمارانی که همکاری نسبی دارند حتی امکان ممیزی و احترام آمیز باشد. بهر صورت رفتار انسانی با بیمار آنچنانکه تحریک پیشتری در او ایجاد نشود موجب موقوفیت قطعی در این موارد است. در بعضی موارد اضطراب حاد و نشانگان تجزیه‌ای ممکن است بیمار یک نمای کامل اسکیز وئید را نشان دهد که معمولاً زود گذر است (۹-۷). در بعضی موارد ایجاد 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 وسائل فیزیکی جلوگیری بعمل آورد. اینجانب معمولاً ضمن صحبت با این بیماران متذکر می‌گردد که دو راه در مقابل آنهاست، یکی این که آرام روی تخت در از بکشند و اجازه بدنه داروی تزریقی برای آنها مصرف شود و راه دوم اینکه تزریق دارو با کمک بھیاران و به اجبار انجام شود. با بکاربستن این روش در بسیاری از موارد بیماران تسلیم می‌شوند و اجازه میدهند دارو استعمال شود. بیماران مبتلا به مانی معمولاً تحمل بیشتری به داروهای آرامبخش دارند. عده‌ای از مؤلفین (۱۲-۵) فراورده‌های عالپریدول (Serenace) را در این موارد داروی انتخابی می‌دانند. ماعادت داریم که این دارو را مخلوط با آمپولهای ۵۰ میلی گرمی فنر گان هر ۶ تا ۸ ساعت یک تزریق، مصرف کنیم. نتیجه رضایت‌بخش بوده است. علاوه بر آن از تمام فوتیازین‌های خواب‌آور (sedative) هم استفاده می‌کنیم.

بهاین 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

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

۱- تظاهرات تشنجی با مبدأ عضوی
۲- تظاهرات تشنجی با مبدأ روانی.

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

در این مورد باید مصرف قبای این داروها را جویا شد زیرا در بعضی موارد چنانچه بیمار ارباب داشته باشد ممکن است یک نمای مننگو آنسفالیت 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 فنر گان تزریقی و داروهای آرام بخش که اثر شل کننده عضلانی دارند مانند والیوم نشانه‌ها بر طرف می‌شود. مصرف توأم مقادیر متوسط داروهای ضد پارکینسون را همراه با مقادیر زیاد فنوتابازین 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 با آنها بحث خواهیم کرد.

تظاهرات مختلط

منظور از این تظاهرات فوریتهای 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 با اختصار به ذکر آنها می‌پردازیم.

بیمار را باطلاع سازمان مربوط رسانیدم و حتی شخصاً اورا با آن قسمت‌هایی کردم. نامه را بمسئول مربوط دادم و شفاهانه نیز فوریت رسیدگی طبی را گوشزد نمودم. ولی متأسفانه بملت نبودن تحت 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 محاکف و مجامع پزشکی باید کاملاً روشن شود که فوریت‌های روانپزشکی از فوریت حاد شکم مهم‌تر است. زیرا مثلاً یک آپاندیست که منجر به پریتوئیت شده ممکن است منجر به مرگ بیمار نشود ولی اقدام بخودکشی یقیناً مرگ فردا بدنبال خواهد داشت. وظیفه پزشک است که در دررو با بیمار خود گفت و گو نکند، به شرح حال او توجه و افکار من مربوط بخودکشی را در او کشف نماید. آمار انگلستان نشان میدهد که ۱۰ تا ۲۰٪ افرادی که اقدام بخودکشی کرده‌اند قبل از پذیرش پزشک عمومی مراجعت نموده‌اند. آمار آمریکا نشان میدهد که بیش از ۶۵٪ بیمارانی که اقدام بخودکشی کرده‌اند در حدود ۴ ماه پیش از اقدام بخودکشی به پزشک عمومی یا پزشک خانواده مراجعت نموده‌اند. نتیجه آن که پزشک عمومی بیش از روانپزشک میتواند در این‌موردن کمک کند (۱۹).

برای درمان، قبل از هر چیز باید میل به خودکشی را از قطعات مورد توجه قرارداد و ضمن برقرار کردن رابطه صمیمی با بیمار از رویاها، آرزوها و تصورات او آگاهی یافتد. در غیر این صورت هیچ درمانی موفق نخواهد بود. در مواردی که بیماران بستری و در دسترس روانپزشک بوده‌اند، تایپ کاملاً امیدوار کننده‌ای بست آمده است. روانپزشک، مددکار اجتماعی، پرسنل و در صورت امکان یک روحانی میتوانند باهم یک 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 فنوتابازین‌های خواب آور (sedative phenothiazine) بشکل تزریقی هر ۶ تا ۸ ساعت یکباره‌را باداروهایی که اثر ضد افسردگی و ضد اضطراب توأم دارا هستند مانند tryptizol به مقدار ۲۵ میلی گرم سه بار در روز مفید خواهد بود. سپس داروی تزریقی بدنوع خوراکی آن تبدیل می‌شود و پس از آنکه بیمار جهت روان درمانی آمادگی یافتد

گاهی نیز بیمار ترجیح میدهد که بر شانه‌های فیزیکی پیش از عوامل روانی تأکید کند. عوامل هیجانی منجر به بروز علائم فیزیکی می‌گردد. در این حال بیمار از جنبه روانی تظاهرات عضوی خود غافل است و با 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 باعمال جراحی غیر لازم اقدام می‌کند. کارن و پارتریج شرح حال دختری ۱۶ ساله را ذکرمی‌کنم که بدنبال بوسیده شدن دچار احساس درد شدیدی در ناحیه اپیگاستر شد که شبیه بداخل کردن چیزی در معده بود و شانه‌ها 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 اورا مطرح می‌سازد. نکته‌ای که در اینجا بر آن تأکید می‌گردد این واقعیت است که صرع تنها حمله تشنجی نیست و صورتهای بسیار مختلفی بروز می‌کند و در صورتیکه توجهی باشکال بالینی آن که گاهی تظاهرات صرفاً روانی و غیرتشنجی هستند مبذول نگردد، امکان اشتباه در تشخیص و بکاربردن روش‌های درمانی نامعمول زیاد خواهد بود.

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

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

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

در جمله‌ای که انگلیسی زبان‌ها آن را uncinate fits می‌نامند بیمار در یک حالت رؤیایی سیر می‌کند و قبل از آن توهماتی بصورت احساس مزه یا بوی نامطبوع وجود دارد. ممکن است بیمار دچار خطای حافظه شود و اشخاص و صدا و موقع را نشandasد. گاهی تیرگی شعور و دلیریوم و اختلال آگاهی و عدم جهت یابی در زمان و مکان که بطور ناگهانی ایجاد می‌شود، شانه‌های صرع می‌باشد. گاهی

تظاهرات حاد و اکنش هیستری تبدیلی این تظاهرات ممکن است بصورت شانه‌های عضوی ویاروانی بروز کند. شانه‌های عضوی خود ممکن است بصورت علائم حسی مانند کوری، بی‌حسی و دردهای پراکنده باشد که نوع شکمی آن ممکن است آچپنان نمایشی بشود که منجر بجراحی گردد. علائم حرکتی نیز ممکن است جلب توجه نماید. شانه‌های حرکتی بصورت انواع مختلف فلنج مانند فلنج زینه بدن، فلنج دوبا و فلنج دستها یا پاها، اسپاسم شدید عضلانی شدید و بروز آورتیکولی، لرزش، حملات تشنجی شبه صرع و عدم تعادل حرکتی و سندرم شبه مخچه‌ای مشاهده می‌شود. از نظر درمان چنانچه تشخیص روشن شود با هرسروش درمانی نقینی ممکن است شانه‌ها را برطرف کرد.

شانگان (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 مفرز، بیماریهای دستگاه اعصاب مرکزی، در پسیکوزها و در سوروزها مشاهده شود. در شانگان تجزیه‌ای بملت شدت عامل استرس زا، شخصیت ممکن است چهار آنچنان ناپسامانی (disorganisation) شود که مکانیسم‌های دفاعی بر حالت آگاهی، حافظه و حتی بطور موقت بر تعام شخصیت حکومت کنند. در این حال شخصیت آگاه هیچگونه شرکی 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 شفقی (twilight state)، حالات اسکیزوفرنی (schizophrenenlike) با تظاهرات توهmi 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 بغلط 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 آشنا (jamais vu) و همچنین تظاهرات راه روی در خواب (somnambulism) و گریز از تظاهرات این شانگان می‌باشد. در حالت اخیر شخص ممکن است خود را برای مدتی در موضعی قرار دهد که بعنوان فرد تازه‌ای عمل کند و حتی نام جدید یا هویت کاملی برای خود قابل شود. تمام این حالات بطور ناگهانی و بدنبال یک حادثه استرس زای شدید بروز و معمولاً بطور ناگهانی نیز فروکش می‌کند.

بنظور کشف و تشخیص واقعی روش میگردد که هم مسرت خاطر پزشک را تأمین می کند و هم درد بیمار را با روشهای بسیار ساده برطرف می سازد.

روشهای درمان

بیماران مبتلا به نشانگان تجزیه‌ای و هیستری معمولاً با بستری شدن در بیمارستان همکاری مطلوب شان میدهند. در حقیقت درمان در مؤسسه (institutional therapy) کمک اساسی میکند و احتیاج فوری بدرمان دارد و نسبت

ولی بهر حال لازم است که بیمار مورد بررسی کامل قرار گیرد. باید سعی کرد که هر چه زودتر رابطهٔ صمیمی با بیمار برقرار گردد و معنای رؤیاهای آرزوها، تصورات و نشانه‌های اورا دریافت. در غیر اینصورت انتخاب هیچ روشی جهت درمان موفق نخواهد بود. در مورد صرع روش درمان مشخص است. برای درمان هیستری و نشانگان تجزیه‌ای قبل گفت و گو کرده‌ایم. بدیهی است پس از آمادگی بیمار دارو به شکل خوراکی تبدیل و با روان درمانی توان 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 Wilkins 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 applied mental health. Yearbook pub , pp. 215, 1971.
- 17- دکتر بطحائی - دکتر حسینی: تشخیص‌های الکتروفیزیولژیکی و روانی، مجله روان پزشکی شماره اول، سال دوم ، ۲۵-۲۸ ، ۱۷
- 18- دکتر سید ابوالقاسم حسینی : جنبه‌های روانپزشکی و بهداشت روانی سل. نامه دانشکده پزشکی دانشگاه فردوسی. شماره دهم سال هفدهم صفحه ۷۱۶ ، سال ۲۵۳۰ ، ۱۸
- 19- دکتر محمدعلی شمعی: موارد اقدام بخود کشی در طب عمومی. مجله نظام پزشکی، سال دوم شماره اول و دوم، صفحه ۷۳، سال ۲۵۳۰

اختلال آگاهی کامل نیست و ظاهرات یا حالات شفقی (twilight state) ایجاد می‌شود. در این حال رفتار معمولی بیمار درست می‌باشد ولی در بعضی موارد گنجی و محدودیت در رفتار خود نشان میدهد و قدر افکار بیمار (poverty of ideas) جلب توجه می‌کند.

آقای دکتر بطحائی در فوریه ۱۳۴۸ ماه ۲۵۲۸ مورد صرع را با نجمن روانپزشکی ایران معرفی کردند که ظاهرات اولیه آنها بصورت نشانه‌های اسکیزوفرنی، افسردگی، اضطراب، حملات هیستری، تمایلات خودکشی، افکار پارانویک، وسوس و پسیکوپاتی بود و الکتروآنفالوگرافی صرع دیانسفالی، تامپورال یا فروتال را نشان میداد (۱۷). در همین جلسه ، معرفی یکی از موارد را اینجا نب بمهده داشتم. از آن به بعد همیشه صرع را در ظاهرات روانی مختلف در تقدیر دارم و بیش از ۲۰ مورد صرع را با ظاهرات تحریکی هیستری، اسکیز ویک، افسردگی و اختلال‌های آگاهی متناوب و دردهای قولنج کلیوی و روماتیسم حاد مفصل کشف کردم که خود میتواند در یک مقاله دیگر مورد بحث و تئیجه گیری قرار گیرد. از تمام این مطالبات لزوم توجه دقیق به نشانه‌ها