

## بهداشت روانی

\*\*\* سازمان بهداشت جهانی (WHO)، بهداشت روانی را یکی از اصول مراقبت های اولیه بهداشتی در دستور کار خود قرار داده است.

علت توجه به بهداشت روانی این است که سلامت جسمی روانی روحی اجتماعی لازمه رشد و شکوفایی انسان میباشد.

بر همین اساسی حفظ سلامت فکری و توانایی مقابله با مشکلات زندگی و برقراری یک رابطه سالم و صمیمانه، با هم نوع و داشتن زندگی هدف دار و پرثمر، یک هدف مهم در زندگی میباشد.

بهداشت روان خاص گروه یا طبقه خاصی نیست، بلکه همه افراد در زندگی با هر طبقه و شرایطی باید از آن بهره گیرند و باید کل جامعه در تأمین سلامت روانی مشارکت داشته باشند.

در واقع بهداشت روانی، تنها منحصر به تشریح علل اختلالات رفتاری نیست، بلکه هدف پیشگیری از وقوع ناراحتی ها می باشد. از همین رو سال ۲۰۰۱ از سوی سازمان جهانی (WHO) با این شعار «غفلت بس است، مراقبت کنیم» به سال بهداشت روانی نامگذاری شد.

- یکی از دلایل اهمیت زیاد به بهداشت روانی، شوع بالا و ناتوان کننده و بسیار شدید و طولانی بودن این اختلالات می باشد.
- امروزه صنعتی شدن و افزایش شهرنشینی، مهاجرت، رشد سریع جمعیت، شکسته شدن نظام خانوادگی و آداب رسوم سنتی و تلاش برای سازگاری با شرایط جدید، سبب بروز استرس ها و بحران های جدید شده است
- این مشکلات در کشورهای در حال توسعه بیشتر مشاهده می شود، به عنوان مثال شیوع بیماری اسکیزوفرن در کشورهای در حال توسعه ۵ برابر کشورهای توسعه یافته میباشد.
- هدف برنامه کشوری بهداشت روان یا مراقبت های اولیه بهداشتی، آموزش بهداشت روان به کارکنان آموزش بهداشت روان، از سطح پایین ابتدا به بهورزان، بهیاران، کاردان بهداشت، پرستاران، پزشک. بهداشتی، دروس بهداشت روان در دانشگاه و تمرکز زدایی در خدمات روان پزشکی می باشند. در این برنامه روانشناسان، روان پزشکان آموزش داده می شود.

## ویژگیهای مهم برنامه کشوری بهداشت روان

- ✓ **تمرکز زدایی فعالیت:** فراهم آوردن امکانات و مکانهای متعدد برای پاسخ گویی به مردم می باشد
- ✓ **ادغام خدمات:** ادغام خدمات روان پزشکی، بهداشت روان، خدمات پزشکی و بهداشت عمومی که لازمه آن آموزش و کسب مهارت زیاد کارکنان بهداشتی میباشد.
- ✓ **اولویت پیشگیری:** آموزش، مشاوره، بیماریابی، پیگیری و مداخله در بحران، فعالیتهایی هستند که بر درمان بیماری اولویت دارند.
- ✓ **کاربرد سطوح خدماتی و نظام ارجاع:** به سه سطح، خدمات اولیه، نیمه تخصصی و تخصصی تقسیم شده که کارکنان بهورز در سطح خدمات بهداشت اولیه و پزشکان عمومی و کارکنان آموزش دیده در سطح نیمه تخصصی و روان پزشکان و متخصصان در سطح تخصصی فعالیت می کنند. نظام ارجاع این ویژگی را دارد که متخصصین به جای انجام کارهای ساده و تکراری، بیشتر وقت خود را صرف آموزش و پژوهش و نظارت بر نحوه کارها داشته باشند.
- **مزیت مراقبت سرپایی به بستری در کاهش بسیاری از معلولیتها و ناتوانی ها مشخص می شود که در ارائه خدمات، اولویت با جمعیت آسیب پذیر است مانند (معلولین روانی و ذهنی، بیماران صرعی، سالمندان، معتادین، کودکان، نوجوانان، زنان پانسه، باردار، مطلقه، افراد بی سرپرست و داغیده، زندانیان و مهاجرین) که نیاز به توجه بیشتری دارند.**

## تعریف بهداشت روانی

سازمان جهانی بهداشت، در سال ۱۹۴۶ سلامتی را حالت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی نه فقط بیمار نبودن تعریف کرده است. این سازمان سلامت فکر را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تعبیر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب می داند.

- انجمن بهداشت روان کانادا، بهداشت روانی را به سه قسمت تقسیم می کند
  - ✓ نگرش های مربوط به خود (تسلط بر احساسات خود، آگاهی از ضعف ها و رضایت از خوشی های ساده)
  - ✓ نگرش های مربوط به دیگران (علاقه به دوستی ها، احساس تعلق به دیگران و احساس مسئولیت)
  - ✓ نگرش های مربوط به زندگی (توسعه امکانات و علایق خود، قدرت تصمیم گیری و انجام کار)
- کارل مننجر: سلامت روان عبارت است از سازش فرد با جهان اطراف با حداکثر امکانات، طوری که موجب شادی، برداشت مفید و مؤثر شود
- بهداشت روان، یعنی سازش با فشارهای مکرر زندگی می باشد، و در این بین سازگاری عبارتست از ایجاد تعادل و هماهنگی رفتار فرد با محیط به گونه ای که ضمن حفظ تعادل روانی، خود را با تغییرات و دگرگونی های محیط، تطبیق دهد

تطابق و سازش زمانی شاخص سلامت به شمار می رود که جنبه مثبت داشته و فرد بخواهد محیط را تحت تأثیر وجودی خویش قرار دهد و بین خود و محیط تعاون و همکاری برقرار کند، نه تسلیم محیط شود.

- سلامت روان عبارتست از رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت های اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها و ارضاء نیازهای خویشتن به طور متعادل و شکوفایی استعدادهای فطری خویش می باشد. فردی از سلامت روانی برخوردار است که ضمن احساس رضایت از زندگی، با مشکلات منطقی برخورد کند و خود را با محیط تطابق دهد و برای مسائل و مشکلات راه حل مطلوب انتخاب کند.
- امروزه بزرگترین مشکل در تعریف سلامت روان، نبودن یک تعریف جامع و واحد برای سلامت روان می باشد. زیرا معیار دقیقی برای سنجش هنجار یا ناهنجاری نداریم و هرکس بر اساس نظر، سن، فرهنگ و طبقه اجتماعی خود، سلامت روان را تعریف می کند.
- در مجموع هدف اصلی بهداشت روانی پیشگیری از وقوع ناراحتی ها و حفظ سلامت روانی به منظور ایجاد یک محیط فردی و اجتماعی سالم، مناسب و همچنین درمان اختلالات جزئی رفتار که از وقوع بیماری روانی شدید جلوگیری می کند.

### اختلال روانی

این اختلال زمانی بروز می کند که شخص توان نگهداری و حفظ موقعیت تعادلی خود با محیط را از دست میدهد و برای پذیرش عملکرد و فعالیتهای روزمره ناتوان می شود.

- بیماری روانی (mental illness) واژه ای که برای معنا بخشیدن به تمام اختلالات روانی قابل تشخیص به کار می رود.
  - اختلالات روانی اکثراً همراه با تخریب در نحوه تفکر، خلق و رفتار بیمار مشخص می شود و باعث تخریب عملکرد و کارکرد وجودی می شود که اصولاً این اختلالات غیر منتظره و غیرقابل پیش بینی میباشد.
  - \* بعد از تعریف بهداشت روان، به معیارهای بهداشت روان اشاره می شود. طبق تعریف جاهاوش معیار وجود دارد که به اعتقاد وی وجود خصوصیات معینی در افراد نشانه سلامت روانی آنها میباشد
- معیارهای بهداشت روانی:**

نگرش و دید مثبت به خود	رشد تکامل و خودشکوفایی	یک پارچگی و تمامیت
استقلال	درک واقعیت	تسلط بر محیط

- نگرش و دید مثبت به خود: فرد درک صحیحی از خود و توانایی هایش داشته باشد یعنی هرچه واقع بینانه تر و منطقی تر باشد و خود واقعی به خود ایده ال وی نزدیک تر باشد از سلامت روان بیشتری برخوردار است.
- رشد تکامل و خودشکوفایی: طبق نظر انسان گرایان (مازلو و راجرز) انسان تلاش می کند به تعالی و خودشکوفایی برسد، و همواره در تلاش است، استعدادهای خود را شناسایی و در جهت رشد تعالی و قوه به فعل در آمدن حرکت کند.
- یکپارچگی و تمامیت: تعادل بین آنچه آشکار می شود و آنچه در درون فرد وجود دارد. یعنی ظاهر و باطن فرد سالم یکی است و هماهنگی بین خلق و عاطفه او وجود دارد و همواره رفتار و کردارش یکی است. زیرا انسان نمی تواند خود را فریب دهد.
- استقلال: هر فرد باید بتواند به تنهایی انتخاب کند، تصمیم بگیرد و عمل کند. فرد سالم می تواند احساس خود را هدایت کند و خودش کاری را انجام دهد که و در این مسیر بهتر است از تجربه و همکاری دیگران هم استفاده کند تا موفق تر شود.
- درک واقعیت: فرد سالم آرزوها و اهداف خود را مطابق با توانایی، امکانات و شرایط خود تعیین می کند و با درک دنیای اطراف، انتظاراتش از خود و دنیا را واقع بینانه تر می کند.
- تسلط بر محیط: فرد باید با توجه به سازگاری با محیط قادر باشد برای دستیابی به رشد و تعالی محیط را تغییر دهد. مثلاً قدرت تطابق فرد با محیط و شرایط جدید، سازگاری و قبول فرهنگ جدید برای رفع اضطراب می باشد.

### اهداف بهداشت روانی

- هدف بهداشت روانی، تامین سلامت روان تمام افراد جامعه است، خاص گروه به خصوصی نیست و هیچ کس در برابر بیماری های روانی مصونیت ندارد.
- هدف اصلی بهداشت روان داشتن زندگی بهتر، مفیدتر و رضایت بخش تر می باشد و برای همین دامنه فعالیت بهداشت روان وسیع می باشد.
- به طور کلی محدوده بهداشت روانی عبارتست از:

- ✓ آموزش بهداشت روانی: مهمترین اصل خدمات بهداشت روانی می باشد
- ✓ پژوهش، تحقیق پیرامون علل و نحوه شروع درمان بیماریهای روانی و پیشگیری از بروز اختلالات.
- ✓ افزایش مقاومت فردی و محیط مناسب اجتماعی: یک نوع پیشگیری سطح اول میباشد که از طریق راهنمایی والدین، مشاوره قبل ازدواج، آشنایی معلمان با اصول بهداشت روان و شناسایی گروههای آسیب پذیر و تقویت سیستمهای حمایتی، موجب کاهش استرس و بروز اختلالات روانی می شود.

- ✓ مشاوره: مشورت و کمک به افراد و گروه هایی که در موقعیت بحرانی یا تصمیم گیری قرار دارند.
- ✓ بیماریابی: که از طریق مصاحبه، معاینه و آزمون توسط تیم بهداشت روان صورت می گیرد و شناسایی بیماری در مراحل اولیه باعث درمان فوری و سریع و کاهش شدت بیماری می شود.
- ✓ پیگیری: ترخیص بیمار و ادامه درمان و خدمات توانبخشی در جامعه، که با این روش هزینه های درمانی کاهش و بیمار سریع تر و مناسب تر به فعالیتهای قبلی بر می گردد.

### انواع پیشگیری در بهداشت روانی

- همان طور که در تعاریف قبلی اشاره شد، برای ارتقاء و حفظ سلامت روان مردم از واژه ی پیشگیری استفاده می کنند. که هدف آن کاهش بروز، شیوع و ناتوانی باقی مانده از اختلالات روانی است. پیشگیری در بیماریهای روانی مبتنی بر اصول بهداشت عمومی به سه دسته تقسیم می شود:
- پیشگیری های اولیه (مستقیم و غیر مستقیم) ثانویه و ثالثیه
  - پیشگیری اولیه برنامه ها و اقداماتی که با تأثیر بر عوامل به وجود آورنده بیماری های روانی، از بروز آن جلوگیری می کند. این نوع پیشگیری در سطح جامعه عمل می کند و بیشتر متوجه جمعیت سالم بوده و شامل بهبود محیط زیستی، اجتماعی و ارتقاء رفاه جسمی، عاطفی و اجتماعی همه مردم میباشد.
  - هدف این سطح، جلوگیری از بروز اختلالات روانی، از طریق مبارزه با عوامل استرس زا و عواملی که موجب بیماری می شوند و به همراه تقویت قدرت افراد می باشد.
  - \*\*\* به طور کلی روشهای پیشگیری اولیه در تمام مراحل زندگی، قابل اجرا میباشد که لازمه اجرای آن جلب مشارکت همه افراد جامعه می باشد. این نوع پیشگیری به دو صورت انجام می گیرد،

۱. نوع مستقیم: سبب افزایش مقاومت افراد در برابر عوامل بیماری را می شود. ماند آموزش و مشاوره گروهی و فردی
۲. نوع غیر مستقیم: از بین بردن کلیه عوامل بیماری زا، در تمام افرادی که در این پیشگیری شرکت دارند. مانند اصلاح وضع اقتصادی-اجتماعی و ایجاد محیط و بستر مناسب جهت کاهش اختلالات روانی می باشد.
- پیشگیری ثانویه: به معنای شناخت سریع و به موقع بیماری و درمان فوری آن به حساب می آید. به عبارتی تصحیح رفتارهای نادرست فرد خانواده یا جامعه میباشد. در این مرحله کشف و تعیین علت و بروز بیماری اهمیت زیادی دارد که مداخله در بحران در این سطح صورت می گیرد.
- پیشگیری ثالثیه: کاهش عوارض باقیمانده بیماری یا ناتوانی و تسریع روند بهبودی و بازگشت به جامعه و زندگی قبل از بیماری میباشد.
- هدف نهایی در این سطح رسیدن به بالاترین سطح کارایی می باشد. پیشگیری در این سطح زمانی می باشد که بیماری استقرار یافته و مدتی از آن گذشته و تا حدودی پیشرفت کرده است پیشگیری در این سطح به منظور جلوگیری از توسعه و طولانی شدن بیماری می باشد.
- از آنجایی که هدف ما برگرداندن، نیرو و توانایی فرد برای فعالیت دوباره می باشد، به این روش توانبخشی، بازتوانی با نوتوانی اطلاق می شود. این روش طولانی است و شاید تا آخر عمر ادامه یابد. برخلاف پیشگیری نوع اول و دوم این سطح پیشگیری قابل اجرائتر است.
- \*\*\* توانبخشی از سه بعد جسمی، روانی، اجتماعی اهمیت دارد که در بیماران روانی بعد اجتماعی اهمیت دارد که با هدف بازگشت به شغل و فعالیت عادی خود میباشد و منحصر به زمان بستری نمیشد و بعد ترخیص هم ادامه دارد.
- \*\*\* بخش اول پیشگیری نوع سوم، بازتوانی است. از زمان پذیرش بیمار شروع می شود که مهمترین نکته در بازتوانی بیمار روانی تماس هفتگی بیمار با محیط درمانی میباشد و هدف از بازتوانی برگشت به زندگی اولیه و قبل بیماری و بازگشت به محیط اجتماعی و غلبه بر محدودیت های جسمی، روانی و شغلی میباشد

### عوامل مؤثر در تأمین بهداشت روان

۱. خود انسان      ۲. خانواده      ۳. مدرسه      ۴. جامعه

#### ▪ نقش خود در تأمین بهداشت روان

مهمترین عاملی که مسئولیت تأمین بهداشت روانی را برعهده دارد خود انسان است و تمامی عوامل فوق مقطعی بوده مربوط به یک دوره زمانی میباشد، ولی خود همواره و در همه جا با انسان است و نقش عمده کننده ای در رشد روحی و روانی فرد دارد. به عنوان مثال فردی که به اعتیاد روی می آورد نمیتواند مدعی باشد که چون جامعه شرایط بدی دارد و از نظر اقتصادی مشکل دارد، سمت اعتیاد رفته است. لذا می توان گفت این فرد اراده ضعیف داشته است.

#### ▪ نقش خانواده در بهداشت روانی

خانواده، اولین و اساسی ترین نهاد موجود در هر جامعه میباشد که هر فرد زندگی اجتماعی خود را از خانواده شروع می کند. نقش خانواده در اختلالات روانی با اهمیت است، زیرا ساختار و هسته اولیه شخصیت هر فرد در خانواده شکل می گیرد، خانواده مکان رشد شخصیت کودک است.

والدین بعنوان الگو برای فرزندان خود می باشند. فرزندان در سالهای اولیه زندگی رفتارها را از والدین تقلید می نمایند.

#### ▪ نقش مدرسه در بهداشت روان

بعد خانواده، مدرسه در چگونگی رشد روانی کودک نقش تعیین کننده ای دارد، زیرا تأثیر والدین بر کودک اکثراً در دوران قبل مدرسه است، ولی بعد آن نقش مدرسه پر رنگ تر می شود. مدرسه محیطی است، که کودک در آن موفقیت، شایستگی، سازندگی، اعتماد به نفس، محبوبیت یا شکست را تجربه می کند. بنابراین کودک در مدرسه باید احساس امنیت و استقلال کند تا امکان پیشرفت را داشته باشد.

#### ▪ نقش جامعه در بهداشت روان

شیوع اختلالات روانی ارتباط زیادی با مسائل اجتماعی نظیر طبقه اجتماعی، وضع اقتصادی، سبک زندگی، محل سکونت، فقر، بیکاری، مهاجرت دارد.

#### نکات طلایی

- هدف اصلی پیشگیری، کلیه فعالیت هایی است که از پیدایش یا افزایش مشکلات روحی و روانی جلوگیری می کند.
- پیشگیری مستقیم: مقاومت افراد را در برابر عوامل بیماری را زیاد می کنیم
- پیشگیری غیرمستقیم: عوامل بیماری را از بین می بریم مانند بهبود محیط زندگی و رفع برهان اولیه.
- اکثر اختلالات روانی تابع دو عامل فردی و اجتماعی می باشد.
- پیشگیری نوع سوم مفیدتر و قابل اجراتر میباشد.
- برای افزایش مقاومت فردی و ایجاد محیط مناسب از پیشگیری نوع اول استفاده می کنند
- دو نقش مهم خانواده انتقال فرهنگ از نسلی به نسل دیگر و ساختن فرد و تحویل آن به جامعه میباشد
- نقش پدر در تامین بهداشت روانی فرزند در خردسالی اهمیت دارد، زیرا به عنوان پناهگاه و تامین کننده امنیت است.
- WHO از بهداشت روانی: ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی در مراکز جامع روانپزشکی اهمیت درمان و پیشگیری یکسان است.
- اجتماعی حل تضادها و تمایلات شخصی بطور منطقی، عادلانه و مناسب می باشد.
- در تعریف سازمان جهانی بهداشت سازگاری با محیط اهمیت زیادی دارد.
- صحیح ترین روش، در ایجاد بهداشت روانی کوشش مداوم فرد در تطابق با وضعیت موجود زندگی خود می باشد.
- معیارهای بهداشت روان عبارتست از: نگرش مثبت به خود رشد و خود شکوفایی، یکپارچگی استقلال درک واقعیت و تسلط بر محیط.
- اصول بهداشت روان عبارتست از: توجه و احترام به خود، شناخت محدودیت های خود و دیگران دانستن علت رفتار، دانستن اینکه رفتار وی تمامیت وجود اوست، دانستن محرکات و نیازهایی که باعث رفتار می شود.
- هدف کلی بهداشت روانی: تأمین سلامت روان تمام افراد جامعه، پیشگیری و درمان بیماری های روانی و آشنا کردن مردم با اختلالات روانی است.
- پیشگیری در بهداشت روان متکی بر اصول بهداشت عمومی است.
- بخش اول پیشگیری نوع سوم باز توانی است، طوری که فرد به بالاترین سطح کارایی و به رفتار و شعل عادی بازگردد.
- تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت روان، قابلیت و رابطه موزون با دیگران می باشد.
- بهترین تعریف سلامت روان داشتن خلق و خوی مناسب و رفتار مطلوب می باشد.
- هدف پیشگیری اولیه ایجاد شخصیت مقاوم و پایدار است.
- فردی از نظر روانی سالم است که راه حل مشکلات را پیدا کند و رابطه اش با دیگران رضایت بخش باشد.
- مهمترین هدف بهداشت روان ارتقاء سلامت میباشد.
- بررسی های اپیدمیولوژیک و اتیولوژیک در سطح اول پیشگیری از بیماری ها قرار می گیرد هدف پیشگیری اولیه، ایجاد فردی مقاوم و پایدار است و آموزش اساسی ترین روش آن می ماند
- به طور کلی پیشگیری سطح دوم، مترادف با تشخیص، درمان زودرس و به موقع می باشد و هدف امل آن کاهش شیوع یا کوتاه کردن طول مدت بیماری یا اختلال می باشد.
- کمک به مددجو به منظور بازگشت به مرحله قبل از بیماری در سطح سوم پیشگیری از مراقبتهای روانی قرار می گیرد.
- هدف نهایی در تمامی سطوح پیشگیری جلوگیری از گسیختگی روانی است.
- مهمترین هدف بهداشت روانی پیشگیری از اختلالات روانی است.

### استرس و مکانیسم های دفاعی

استرس عمده ترین دلیل بیماری و بیش از ۷۰٪ از مراجعات پزشکی را شامل می شود. که جزء ضروریات زندگی محسوب می شود، زیرا از یک سوء باعث تحرک و پیشرفت آدمی و از سوی دیگر ریشه بسیاری از مشکلات روانی - پزشکی به شمار می آید. استرس به طور مستقیم یا غیرمستقیم با برخی از بیماری های روانی - جسمی نظیر کولیت، اختلال قلبی، سرطان، اختلال خواب و اضطراب ارتباط دارد.

تعریف لغوی استرس (تنیدگی): در لاتین به معنای نیرو، فشار و اجبار و در فارسی فشار روانی را استرس می گویند. مفهوم دقیق استرس حالتی از فشار می باشد تا خود فشار.

### تعاریف استرس

- استرس یا فشار روانی به وقایع و رویدادهایی که با ظرفیت عصبی، روانی و بدنی، افراد تناسب ندارد و او قادر به تحمل و سازگاری با آن نمی باشد.
- استرس پاسخ غیر اختصاصی بدن به تقاضاهایی (خوشایند و ناخوشایند) است که بر آن تحمیل می شود.
- ✓ سلیه تنیدگی را پاسخ غیر اختصاصی بدن در مقابل نیازها که منجر به بروز پاسخ فیزیولوژیک می شود تعریف می کند. به اعتقاد سلیه تنیدگی واکنش نامشخص بدن به هر نوع تقاضا می باشد که تنیدگی تقاضای موجود زنده برای تغییر به منظور تطابق با تقاضای جسمانی یا روانی فرد می باشد. سلیه ثنوری سندرم تطابق عمومی GAS را مطرح نمود و پدر استرس لقب گرفت.
- ✓ سلیه استرس های خوشایند را مثبت یا یوسترس و استرس های ناخوشایند را منفی یا دیسترس نامید.
- ✓ به طور کلی هر عامل که از انسان را از تعادل جسمی، روانی و اجتماعی خارج نماید و یا تعادل فرد را تهدید کند یا از نیازهای اساسی را برهم بزند تنیدگی نامیده می شود که عامل برهم خوردن تعادل را استرسور گویند، عامل تنش زا و رفتاری که در فرد مشاهده می شود را تنیدگی می گویند.

### عوامل استرس زا

عوامل استرس زا، به کلیه عوامل داخلی یا خارجی که تعادل حیاتی را تهدید نموده و تغییرات فیزیولوژیکی و روان شناختی ایجاد می کنند، اطلاق می شود. به نظر هانس سلیه، عامل استرس زا، رویدادی است که توانایی فرد را برای تطابق، به مبارزه می طلبد. استرس زاها رامیتوان به صورت زیر طبقه بندی نمود:

- استرس زاهای فیزیکی: سرما، گرما، نور کم یا زیاد، آلودگی هوا و محیط و مواد شیمیایی
- استرس زاهای فیزیولوژیک: بی خوابی، خستگی، گرسنگی، تشنگی و دست زدن به کارهای بدنی خارج از توان.
- استرس زاهای بیماری زا (پاتولوژیک): اعمال جراحی، زایمان، ضربات و بیماریهای جسمی و روانی.
- استرس زاهای روانی - اجتماعی: استرس زاهای روانی - اجتماعی طیف گسترده ای دارند و از گرفتاری های روزمره زندگی (مانند برنامه کاری یا تحصیلی فشرده، ماندن در ترافیک، از کار افتادن رایانه و جر و بحث با یا هم اتاقی) تا رویدادها و تغییرات مهم زندگی (مانند از دست دادن عزیزان، ناکامی ها، تعارضات، ازدواج، مهاجرت، زندگی در محیط نامناسب و مملو از کشمکش، فقر اقتصادی، فشارهای سیاسی و فرهنگی) را شامل می شوند.
- عوامل استرس زای مربوط به مراحل مختلف زندگی: به طور کلی فرد در هر مرحله از رشد و تکامل با وظایف و مسائل جدید مواجه می شود که ممکن است برای او استرس زا باشد. استرس های طولانی می تواند گذر از یک مرحله به مرحله دیگر را دچار تأخیر یا حتی مختل کند.
- ✓ گرفتاریهای روزمره زندگی تأثیر بیشتری روی سلامت انسان دارند؛ زیرا تأثیر آنها در طول زمان انباشته می شوند. همچنین رویدادهای منفی در مقایسه با رویدادهای مثبت، تأثیر بیشتری بر سلامت جسمی و روانی دارند.
- ✓ مهمترین و چشمگیر ترین عوامل استرس زا ضربه های روانی هستند و شامل وضعیت های بسیار ناگوار مانند حوادث طبیعی و جنگ و گروگانگیری تصادفات وحشتناک و تجاوز به عنف و نظایر آن می باشد.
- همچنین استرس ها بر حسب طول مدت نیز طبقه بندی می شوند:
- ✓ استرس زا های حاد و کوتاه مدت مانند امتحان های پایان ترم.
- ✓ استرس زا های مزمن مانند بگومگوهای روزانه
- ✓ استرس زاهای متوالی که مجموعه ای از رویدادهای استرس زا را که به دنبال رویدادی مانندطلاق یا ازدست دادن شغل پیش می آیدبه دنبال دارد
- ✓ استرس زا های مزمن و دائمی که در مقطعی از زمان تداوم دارند مانند یک بیماری مزمن ناتوانی یا فقر

### ویژگی های عوامل استرس زا

- \* کنترل پذیری \* پیش بینی پذیری \* ضرورت برای سازگاری
- \* تجربه گذشته \* ویژگی های شخصیتی
- نظریه تنیدگی بر پایه تطابق (Aduptation) و تعادل (Homeostasis) بنا شده است که همواره تلاش افراد برای تطابق با عوامل تنیدگی، منجر به حفظ تعادل در فرد می شود.

\*\*\* استرس زمانی فرد را از پای در می آورد که فرد برای مدت طولانی با آن مواجه و از نظر شخصیتی هم مستعد باشد که در این شرایط بدن در مقابل استرس از خود واکنش نشان می دهد که این واکنش دو الگو دارد:

۱- الگوی زیست شناختی

۲- الگوی رفتاری یا روان شناختی

**پاسخ فیزیولوژیکی یا زیست شناختی بدن انسان به استرس بر دو نوع است:**

سندرم سازگاری عمومی GAS

سندرم سازگاری موضعی بدن

▪ **سندرم سازگاری موضعی بدن:** انسان به برخی از استرس ها پاسخ موضعی می دهد و فقط قسمتی که با عامل استرس مواجه است واکنش نشان میدهد. مثلا دربریدگی دست، خون سریع لخته می شود یا واکنش چشم به نور، که همه آنها یک واکنش دفاعی در برابر استرس محسوب میشوند

▪ **سندرم سازگاری عمومی GAS:** پاسخ فیزیولوژیک سیستم های عصبی و غددی میباشد که شخص را برای مواجهه با فشارهای مثبت و منفی آگاه میکند. این حالت دامنه وسیعی از احساسات و عواطف، ترس و لذت را به وجود می آورد که به عنوان مکانیسمی برای مبارزه با تنیدگی عمل می کند.

\*\*\* سازگار شدن فرآیندی است که طی آن شخص تمام مکانیسم های تطابقی خود را بکار می گیرد تا عامل تهدید کننده را کنترل نماید. سازگاری باعث اثرات مؤثر و سازنده ای می شود که در نتیجه انطباق با محرک ها به دست می آید، ولی ناسازگاری در صورت عدم تطابق بوجود می آید که باعث رفتار غیر مؤثر تخریبی می شود.

\*\*\* در واقع سازگاری همان شکل گیری رفتار است که برای سازگاری معروفترین تئوری مربوط به سلیه می باشد.

**\*\*\* سلیه سندرم سازگاری عمومی را به سه مرحله تقسیم می کند:**

۳- فرسودگی یا تحلیل

۲- مرحله مقاومت یا تطابق

۱- مرحله اخطار یا هشدار دهنده

۱- **مرحله اخطار یا هشدار دهنده:** این مرحله فوری، سریع و کوتاه مدت است، در اینجا بدن از وجود محرک و استرس آگاه می شود و سعی می کند به کمک مکانیسم های مناسب تنش را حل کند که این فعالیت ها ممکن است آگاهانه یا نا آگاهانه صورت گیرند.

در این مرحله عملکرد غدد هیپوفیز و آدرنال نقش اساسی را ایفا می کنند. به دنبال تحریک و ترشح آدرنال و نورآدرنالین از بخش مرکزی عده آدرنال و تحریک سمپاتیک و ترشح اپی نفرین (افزایش ضربان قلب و تنفس همراه افزایش فشار خون) شاهد هستیم که به دنبال آن هورمون کورتیزول از بخش قشری آدرنال ترشح می شود که کورتیزول همان هورمون استرس می باشد. در این مرحله از استرس تغییرات هورمونی زیادی رخ می دهد.

۲- **مرحله مقاومت یا تطابق:** این مرحله رویارویی با عامل تنش را می باشد، که غالباً نتیجه آن سازگاری و بازگشت به تعادل مناسب می باشد. اصولاً در این مرحله مقاومت به استرسورها افزایش می یابد و اغلب واکنش های عمومی ناپدید می شوند.

خطری که در این مرحله وجود دارد طولانی شدن مقاومت و کاهش قدرت و انرژی فرد می باشد.

۳- **فرسودگی یا تحلیل:** هرگاه مرحله مقاومت و مواجهه با استرس طولانی و مکانیسم های دفاعی بدن مختل شود و ارگانهایی که با استرس مقابله می کنند شکست بخورند، ارگانیسم قدرت سازگاری خود را از دست می دهد.

اکثر بیماریهای ناشی از استرس (میگرن، هیپرتانسیون، آسم، آلرژی و...) در این مرحله توسعه می یابند، زیرا به علت ترشح گلوکوکورتیکواستروئیدها تولید آنتی بادی مهار می شود و گلبول سفید کاهش می یابد و مقاومت بدن فرد کم می شود در نتیجه فرد مستعد عفونت و بیماری می شود که در پی شرایط موجود اغلب افراد دچار سرماخوردگی و کاهش انرژی و سستی می شوند که این امر ناشی از تطابقات فیزیولوژیک بدن می باشد که در صورت مزمن بودن استرس هیچ فرصت تعادلی بوجود نمی آید و فرد به سمت بیماری و مرگ میرود.

**پاسخ های روان شناختی:**

✓ **پاسخ های هیجانی:** موقعیت های استرس زا ممکن است منجر به اضطراب، تحریک پذیری، بی احساسی، افسردگی و درماندگی و احساس ناامیدی در فرد گردد و اگر عامل استرس بسیار شدید و طاقت فرسا باشد پاسخ استراتژی به شکل اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) بروز می کند و در صورت ادامه شرایط استرس را فرد توانایی مقاومت در برابر آن را از دست داده و دچار بی احساسی افسردگی و درماندگی خواهد شد و از تلاش برای مقابله با آن شرایط استرس زا باز خواهد ماند.

✓ **پاسخ های رفتاری:** پرخاشگری، خواب آشفته، سوء مصرف مواد، رژیم غذایی ناسالم، مشکلات کاری و تحصیلی از پاسخ های دیگر روانشناختی به استرس هستند.

✓ **تخریب عملکردهای شناختی:** در شرایط استرس زا فرآیندهای ذهنی مختل می شود و فرد نمی تواند تمرکز داشته باشد و همچنین توانایی تفکر منطقی و یادگیری را از دست می دهد. این موضوع حین استرس زمان امتحان و تصادفات ایجاد میشود

این افراد قادر به سازماندهی افکار خود و حل مشکلات خود نبوده و دارای قضاوت ضعیفی هستند.

**سازگاری (Adaptation) و از عهده برآیی (Coping)**

**سازگاری:** فرآیندی پویا، منظم و مداوم است که باعث حفظ و ثبات زندگی فرد با توجه به تغییرات مداوم محیط می شود.

**از عهده برآیی:** رفتاری که برای حفظ تعادل، در لحظه استرس بکار می رود که ممکن است سازشی یا غیر سازشی باشد.

## مکانیسم های دفاعی

روش مقابله با تنش و اضطراب است که افراد در شرایط بحرانی استفاده می کنند که همان واکنش و رفتارهایی است که افراد در شرایط پرفشار به صورت ناخودآگاه بروز می دهند. و نتیجه فوری آن ثبات هیجانی و حفظ تعادل مقطعی می باشد.

- مکانیسم دفاعی وسیله ای برای ارضاء غیر مستقیم نیازها و در جهت کاهش اضطراب می باشد و در وضع عینی و حقیقی موجود تغییری ایجاد نمی کنند، بلکه فقط شیوه ادراک یا اندیشه آدمی را درباره واقعیت عوض می کنند. در واقع تمام مکانیسم های دفاعی عنصری از خود فریبی دارند.
- مکانیسم های دفاعی به دو گروه تقسیم می شوند:

- 1- مکانیسم های خودآگاه یا مقابله ای
- 2- مکانیسم های ناخودآگاه یا دفاعی یا فرآیند ذهنی

1- مکانیسم های خودآگاه یا مقابله ای که به دو گروه تقسیم می شوند: روشهای مشکل مدار و روشهای هیجان مدار یا هیجان محور  
✓ روشهای مشکل مدار: فرد به طور آگاهانه و هوشیارانه روی مشکل کار می کند و از طریق تفکر تجزیه تحلیل، جستجو و مشورت، تلاش می کند مشکل را شناسایی و به طور مناسب حل کند.

✓ روشهای هیجان مدار یا هیجان محور: فرد به طور آگاهانه فقط روی هیجان حاصل از استرس کار میکند. و تلاش می کند تا آن را بر طرف نماید یا کاهش دهد. مثلاً فرد ناراحت گریه می کند، یا فرد خشمگین قدم می زند یا سیگار می کشد.

2- مکانیسم های دفاعی ناخودآگاه: این مکانیسم ها تا وسط زیگموند فروید مطرح و آن فروید (دختر فروید) آنها را گسترش داد. این مکانیسم ها اکتسابی بوده و برای سازش با آسیب روانی و جلوگیری از بی ارزش شدن من یا ایگو طرح ریزی شده است و نسبتاً خود به خود عمل می کنند و عموماً شامل تحریف واقعیت است نه تغییر آن و اغلب به طور ناخودآگاه و غیرارادی بروز می کنند، به نوعی مکانیسم های ذهنی اند که تأثیری در وضع عینی عامل استرس ندارند و فقط فرصتی را برای پیدا کردن راه حل منطقی و مناسب فراهم می آورند.

\*\* در تمامی مکانیسم ها عنصری از خود فریبی مشاهده می شود. همان طور اشاره شد این مکانیسم ها واکنش های ناخودآگاه من (ایگو) به شمار می آیند که از طریق تغییر در مسیر درک واقعیت، موجب کاهش اضطراب و حمایت روانی شخص در برابر یک حادثه استرس زا می شوند.

## متداول ترین مکانیسم های دفاعی

- |                 |                 |                              |                      |              |
|-----------------|-----------------|------------------------------|----------------------|--------------|
| 1- سرکوب        | 2- دلیل تراشی   | 3- فرونشانی                  | 4- جابجایی           | 5- درون فکنی |
| 6- برون فکنی    | 7- تجزیه        | 8- عایق سازی هیجانی یا توجیه | 9- تصعید             | 10- برگشت    |
| 11- واکنش سازی  | 12- تثبیت       | 13- انکار                    | 14- تبدیل            | 15- جبران    |
| 16- ابطال       | 17- همانند سازی | 18- جدا سازی                 | 19- اندیشه وارد کردن | 20- شوخی     |
| 21- آرمانی کردن | 22- خیال پردازی |                              |                      |              |

## 1. سرکوب (Repression)

سرکوب یا واپس زنی که رایج ترین مکانیسم دفاعی به شمار می آید، عبارت است از: بیرون راندن ناخودآگاه تجارب، تمایلات، احساسات و خاطرات ناراحت کننده از بخش خودآگاه یا حذف و طرد عمدی اتفاقات و وقایع از خاطرات و ذهن و هر چیزی که من (ego) را تهدید کند. به طور کل هر چیزی که از هوشیاری کنار گذاشته شود. و خط اول دفاع برای مقابله با اضطراب و استرس شمرده می شود.  
\*\* سرکوب مکانیسمی دفاعی است که در آن احساسات و حالت های ناشی از تعارض و ناکامی به ناخودآگاه فرستاده می شود. و فرد از آنچه سرکوب شده بی خبر است.

مثال: فرد به جای آن که فریاد بزند یا پر خاشگیری نماید به اصطلاح دندان رو جگر می گذارد و فقط تحمل می کند که در استفاده از این مکانیسم دفاعی فرد با سرکوب تجارب تلخ به ناخودآگاه احساس آرامش می کند  
\*\* در کل می توان گفت امیال سرکوب شده مانند آتش زیر خاکستراند که هر فرصتی به دست آورند. در رفتار فرد باقی ظهور می کنند، زیرا سرکوب به معنای فراموشی نیست، بلکه تظاهرات سرکوبی می ماند و این خود آگاه است که مانع تجلی این امیال می شود. ولی در شرایط ترس، اضطراب هیپنوتیزم روانکاوی ممکن است خودآگاه ضعیف شود و این امیال سرکوب شده ظاهر شوند.  
\*\* استفاده افراطی از این مکانیسم فرد را به سمت اختلالات سایکوتیک سوق می دهد.

## 2. دلیل تراشی (Rationalization)

فرد تلاش می کند که افکار، احساسات و رفتارهای خود را مقبول و معقول جلوه دهد. در حالی که انگیزه های واقعی به دلیل غیرقابل قبول بودن ناشناخته باقی می ماند به عبارتی توجیه و معقول نمایی و اجتماع پسند نمودن یک عمل، که فرد با دلایل خود دیگران را متقاعد می سازد. این مکانیسم خودفریبانه و خودبزرگ کننده می باشد که فرد اغلب برای اجتناب از اضطراب و احساس گناه دلیل تراشی می کند که اغلب افراد برای توجیه رفتارهای ناپسند و یا ضعف های خود از این مکانیسم استفاده می کنند که این امر باعث می شود شخص حس احترام به خود را حفظ کند و از احساس گناه و مورد سول واقع شدن دوری نماید.

مثال: دانش آموزی که در امتحان نمره نمی گیرد، می گوید «علم خوب نبود یا درس سخت بود یا سوال مشکل بود» یا فرد به مهمانی دعوت نمی شود

میگوید: «مهم نیست اگر دعوت هم بودم نمی رفتم». یا ضرب المثل گربه دستش به گوشت نمی رسد می گوید بو میدهد.

### ۳. فرونشانی (Suppression)

مانند فراموش کردن است که به طور آگاهانه فرد چیزی را از ذهن خارج می کند. در اینجا فرد به طور آگاهانه حادثه استرس زا یا تهدیدکننده را فراموش میکند. ولی با اشاره به آن دوباره به یادش می آید. که به خاطر آگاهانه بودن این مکانیسم جزء مکانیسمهای دفاعی ناخودآگاه حقیقی به شمار نمی آید

فرونشانی حذف ارادی و خودآگاه است به همین جهت در بعضی از منابع علمی آن را به عنوان مکانیسم دفاعی حقیقی تلقی نمی کند. مثال: فرد کاری کرده که خودش هم ناراحت شده و خود آن کار را فراموش می کند.

### ۴. جابه جایی (Displacement)

تغییر جهت دادن احساسات، از یک شی یا شخص به چیز یا شخصی که کمتر مخاطره آمیز باشد و اصولاً یک فرد ضعیف تر به عنوان هدف پرخاشگری قرار میگیرد که این مکانیسم به نوعی تغییر عامل احساسات می باشد.

به عبارتی فرد به منظور حل تعارضات، احساسات خود را از علت به وجود آورنده اش به افراد یا اشیایی که هیچ ارتباطی با عامل ناکامی ندارد ربط یا منتقل میکند. جابجایی موجب می شود که اضطراب ها و نگرانی ها از علت تولیدکننده خود جدا شده و به چیز دیگری که هیچ رابطه با ندارد منتقل شود. مثال: دانش آموز در مدرسه تنبیه می شود و در خانه با برادر کوچک اش دعوا می کند یا فرزندش از والدین خود ناراحت است محکم به درب مشت میزند یا زنی که از دست شوهرش ناراحت است ظرف ها را میشکند.

### ۵. درون فکنی (Introjection)

پذیرش کیفیتها و ارزش های گروه یا فردی دیگر در خود که همان فرم شدید همانند سازی می باشد یا فرد هیجانانگیز، آرزوها و عقاید دیگران را به خود نسبت می دهد. در این مکانیسم اغلب افراد سعی می کند این گونه ضعف ها و ناتوانی های خود را پوشیده نگه دارند. یا این که برخی افراد میکوشند رفتار و صفات مطلوب پسندیده دیگران را به خود نسبت دهند یا فرد خود را مسبب و منشا آن کار می داند.

مثال: پدری بعد موفقیت فرزندش می گوید بچه به پدرش رفت

\*\*\* این مکانیسم نوعی همانندسازی است که در کودکان شایع می باشد و برای مراحل رشد اهمیت زیادی دارد. و نقش مهمی را در تشکیل سوپر ایگو (وجدان) دارد، زیرا کودک از طریق درونی کردن ارزش های والدین خوب و بد را می آموزد.

مثال: در مرحله خردسالی که کودک با بحران هویت جنسی مواجه است کودک از طریق همانندسازی یا درونی کردن رفتار والد هم جنس رفتار آنها را در خود درونی می کند.

\*\*\* بیماران افسرده اغلب از مکانیسم دفاعی درون فکنی استفاده می کنند و تمامی بدبختی ها را به خود نسبت می دهند.

### ۶. برون فکنی (Projection)

یا فراقکنی نسبت دادن افکار، امیال، تکانه های نامطلوب و غیر قابل پذیرش به دیگران که در اینجا برای جلوگیری از شرم داشتن از افکار و احساسات نادرست و غلط خود، این احساسات و تمایلات را به دیگران نسبت می دهند. این مکانیسم شایع ترین مکانیسم دفاعی در بیماران پارانوئیدی است. مثال ۱: فردی که نسبت به همه و دنیا بدبین است می گوید دید مردم به او و دنیا بد میباشد. فردی که می گوید همه دروغگواند ولی خودش زیاد دروغ میگوید. یا ضرب المثل کافر همه را به کیش خویش پندارد.

مثال ۲: مادری که به علت بی کفایتی در انجام نقش های خود مدام فرزندش را سرزنش می کند.

مثال ۳: بیمار اسکیزوفرنی که ارتباط وی با واقعیت قطع شده است مدعی می باشد که دیگران وی را دوست ندارند.

### ۷. تجزیه (Dissociation)

تغییر جهت موقت و شدید در ماهیت احساس و هویت شخص برای اجتناب از ناراحتی هیجانی می باشد که در فرار روانزاد، آمیزی و افراد چند شخصیتی شایع می باشد. مثال: فرد بعد از زلزله یا حادثه دلخراش کوچ می کند و موقتا فراموش می کند، اهل کجا بود؟ چه شد؟ و تصور خواهد کرد که اصلاً در حادثه نبوده است. این حالت در اختلالات تجزیه ای مشاهده میشود.

### ۸. عایق سازی هیجانی یا توجیه (Intellectualization)

کم کردن نگرانی ها و تشویش های درونی از طریق کاهش دادن انتظارات، آرزوها و محدود ساختن عواطف و هیجانانگیز می باشد.

این مکانیسم بیشتر در افرادی که خود را شکست خورده می دانند و امیدی به آینده ندارند شایع می باشد.

مثال: فرد در کنکور قبول نمی شود و به خود می گوید: لازم نیست که حتما درس بخوانم.

### ۹. والایش یا تصعید (Sublimation)

فرد تکانه غیر قابل قبول کودکانه را در مسیر قابل قبول اجتماعی قرار می دهد. به عبارتی یک تکانه کودکانه لذت طلبانه به یک هدف اجتماع پسند در می آید. یا جایگزین کردن یک وضعیت قابل قبول و اجتماع پسند به جای بروز یک غریزه یا انرژی حاصل از تمایلات سرکوب شده، یک غریزه یا انرژی حاصل از تمایلات سرکوب شده، که فرد را به طرف کار اجتماعی قابل قبول سوق می دهند.



مثال: فرد انگیزه جنسی شدید را تبدیل به هنرهای زیبا میکند. فردی که طبیعت پرخاشگری دارد در مسابقات بوکس موفق می شود. فردی که میل به خودنمایی دارد به سراغ بازیگری و تئاتر می رود.

- \*\* در واقع تصعید، اجتماعی کردن احساسات می باشد. به همین جهت این مکانیسم خیلی مفید است.
- \*\* جایگزینی رفتار قابل قبول با یک خواسته دست نیافتنی جزء این مکانیسم دفاعی محسوب می گردد.

#### ۱۰. برگشت (Regression)

بازگشت یا پسرفت ناخودآگاه به مرحله روانی پایین تر می باشد. مثلاً هنگامی که فرد احساس خطر می نماید اغلب فرد به مرحله ای بر میگردد که احساس امنیت میکند که اکثراً فرد به مراحل اولیه تکامل بر میگردد که در واقع نوعی تحریف و تفسیر رفتار بچه گانه می باشد و در آنجا فرد احساس امنیت و آرامش می کند.

مثال: کارمند بعد از تنبیه رئیس اداره ناخودآگاه شروع به مکیدن انگشت می کند. فرد در بزرگسالی در حالت استرس شدید مثل بچه ها قهر با گریه می کند. بیماران اسکیزوفرن تحت فشارهای روانی شدید دچار بازگشت به کودکی می شوند.

#### ۱۱. واکنش سازی (Reaction formation)

ابراز مبالغه آمیز تکانه ها، امیال، آرزوها، عقاید، اندیشه ها، برخلاف تمایلات و انگیزه درونی فرد که به قدری دردناک می باشد که فرد نمیتواند به آگاهی برسد و احساس واقعی فرد عوض میشود.

- \*\* واکنش سازی مشخصه بیماران وسواس جبری است.

مثال: نشان دادن علاقه دوستی زیاد به فردی که قلباً از او تنفر دارد. فرد به طور ناخودآگاه از تمیزی نفرت دارد، اما در رفتارش تمایل شدید و افراطی به تمیزی نشان می دهد یا این که فردی از همسرش تنفر دارد ولی مدام برای وی هدیه می خرد.

#### ۱۲. تثبیت (Fixation)

زمانی که فرد در یکی از مراحل رشد روانی باقی بماند در حالی که از نظر کلی باید از آن مرحله گذشته باشد. ممکن است در اثر ارضای زیاد یا به علت ناکامی بیش از حد در مرحله خاصی از رشد و تکامل رخ دهد.

به عبارتی تثبیت، یعنی حفظ کردن عادات و رفتار دوران کودکی که با افزایش سن هیچ تغییری در آن بوجود نیامده است و فرد بعد از سپری کردن آن دوران هنوز به طور تکراری آن رفتار را انجام می دهند.

مثال: مرتب شست می خورد یا دائم بهانه می گیرد.

مثال: فرد بالغی که در دوران کودکی (۱-۳ سال) حس استقلال او کامل نشده در تمام مراحل زندگی وابسته میباشد.

مثال: وابستگی کودک به پستانک حتی در سن مدرسه که به دوران شیرخوارگی و تثبیت در مرحله مکیدن برمیگردد.

- \*\* فرق این مکانیسم با بازگشت در این است که در بازگشت این حالات موقتی و فقط در مواجهه استرس به وجود و با تشدید می شود. ولی در تثبیت این رفتار به صورت تکراری و مکرر مشاهده می شود.

#### ۱۳. انکار (Denial)

رد و عدم پذیرش ناآگاهانه جنبه هایی از واقعیت که آگاهانه مورد قبول واقع نمی شود. فرد تلاش می کند با نادیده گرفتن حقایق، واقعیت ها را قبول نکند و از آن دوری نماید. در واقع فرد طوری رفتار می کند مشکلی وجود ندارد. به عبارتی انکار نفی ناخودآگاه یک فکر احساس میل یا واقعیت که برای خودآگاه نامقبول است.

\*\* فرد با استفاده از این مکانیسم دفاعی سعی دارد، حوادث و رویدادهای ناخوشایند را نادیده بگیرد و طوری وانمود کند که هیچ مشکلی وجود ندارد. این مکانیسم در معتادین خیلی شایع است.

- \*\* انکار بیش از حد موجب سایکوز می شود.

مثال: فردی بعد مرگ همسرش می گوید نه همسر من هنوز زنده است و اون کسی که دفن شد همسر من نبود.

مثال ۲: فرد معتادی تاکید دارد تا به دیگران ثابت کند معتاد نیست.

مثال ۳: زمانی که چیزی به طرف شما پرت می شود ناخودآگاه چشم خود را می بندید و یا این کار را در مواجهه با یک صحنه دلخراش هم انجام می دهید تا آن حادثه را مشاهده نکنید.

#### ۱۴. تبدیل (Conversion)

تجربه هیجانی دردناک و سرکوب شده که به صورت علائم فیزیکی (فلجی، کوری، لالی) بروز می کند. در این مکانیسم دفاعی فرد با جسمانی کردن ناخودآگاه تجارب هیجانی دردناک، محیط را برای خود قابل تحمل می کند که در کل یک نوع هیستری تبدیلی محسوب می شود.

مثال: دانش آموزی که شب قبل امتحان در اثر اضطراب دچار فلجی یا کوری می شود و یا فردی که می خواهد در مصاحبه استخدامی شرکت کند و می گوید پاهایش قدرت حرکت ندارد.

#### ۱۵. جبران (Compensation)

فرد تلاش می کند که برای جبران کمبودها از طریق پیشرفت در زمینه های دیگر احساس حقارت ناشی از شکست و نقایص واقعی خود را از بین ببرد.

این مکانیسم زمانی بکار می رود که فرد بخواهد، بر توانایی ها و مقاومت های خود غلبه کند و اعتماد به نفس و حس احترام به خود را زیاد کند. این مکانیسم فرد را به سوی تعالی کمال و کسب توانایی های جدید در زندگی و غلبه بر ناتوانی های خود ترغیب میکند. گاهی هم جبران به سمت منفی سوق داده می شود به طوری که فرد برای پوشاندن علائم و ضعف ها به سراغ کارهای ضد اجتماعی می رود. مثال: فرد قد کوتاهی سعی می کند با بلند صحبت کردن این نقش را بپوشاند یا دانش آموزی که در زمینه درسی استعداد ندارد ولی سعی می کند در زمینه ورزشی خود را در بین همسالان مطرح کند. یا ناپلئون قد کوتاه بود و می خواست جهان را تسخیر کند. دیکتاتورهای تاریخ غالباً کسانی هستند که کمبود های زیادی داشتند.

### ۱۶. ابطال (Undoing)

برای خنثی کردن عمل یا اندیشه نادرست، از طریق عذر خواهی یا اقرار به اشتباه، ابراز گناه و پشیمانی، توبه، کفاره و ریاضت کشیدن می باشد که به نوعی قبول تنبیه می باشد که در واقع رفتارهای نامقبول به صورت معکوس جلوه می کنند. به طور کلی استفاده از یک فرد یا عمل برای خنثی کردن یک تجربه اضطرابی به کنار می رود.

مثال: فرد بی بند بار و عیاشی که یکباره دست از کارهای ناپسند خود می کشند و به سمت خدا و کمک به مردم می رود.

\*\*\* این مکانیسم در وسواس چیری زیاد کاربرد دارد.

\*\*\* توبه نوعی از مکانیسم دفاعی ابطال می باشد.

### ۱۷. همانندسازی (Identification)

میل ناخود آگاه به جذب و اقتباس ویژگیهای شخصیتی فردی دیگران است، به عبارتی فرد اعمال و رفتارهای خود را براساس الگوهایی از دیگران (خانواده، دوستان، بازیگران...) دریافت می کند.

مثال، زنی بعد فوت همسرش کارهای او را ادامه می دهد، یا فرزندان از والد هم جنس تقلید می کند.

\*\*\* این مکانیسم ها نقش مهمی در رشد شخصیت فرد دارند، مخصوصاً در رشد و شکل گیری من برتر در کودکان نقش بسزایی دارند.

\*\*\* این مکانیسم اغلب برای کاهش درد جدایی یا فقدان بکار می رود.

### ۱۸. جداسازی (Isolation)

حذف جنبه های هیجانی و پراسترس یک فکر و عقیده یا یادآوری و احیای یک خاطره بدون توجه به حالت هیجانی آن میباشد. به عبارتی جدایی عقیده از عاطفه همراه با سرکوب شدن آن می باشد. مثلاً خود فرد حادثه دردناکی را به یاد می آورد، ولی احساس او با حادثه متفاوت است. مثال: فرد در مسائل و مشکلات زندگی خود را به بی خیالی می زند، حالت شدید این مکانیسم در اختلالات چند شخصیتی مشاهده می شود و در افراد وسواس هم متداول است مثلاً فرد وسواسی از اعمال تکراری خود ناراحت است ولی چون این شرایط برایش سخت است سعی می کند به آن توجهی نکند.

### ۱۹. اندیشه وار کردن (Intellectualization)

استفاده بیش از حد از مفاهیم، کلمات و عبارات روشنفکرانه به دلیل پرهیز از تجارب هیجانی و ابراز احساسات که با دلیل تراشی رابطه کمی دارد. مثال: فرد ثروتمندی از فقر دیگران ناراحت است ولی از طرفی نمی خواهد به آنها کمک کند چون میگوید این تشویق به گدایی است.

### ۲۰. شوخی (Humor)

برای آشکار شدن احساسات، بدون ناراحتی یا مهار شخص و بدون تأثیر نامطلوب بر دیگران می باشد. این امر باعث تحمل وضعیت وحشتناک و تمرکز روی مشکل می شود.

مثال: از چیزی ناراحت هستید و آن را به شکل کنایه به دوست خود می گوئید: بی خیال شوخی کردم.

### ۲۱. آرمانی کردن (Idealization)

ارج و بهاء دادن بیش از حد معمول به فضایل و جنبه های مطلوب فرد دیگر یا شیء دلخواه.

مثال: جوانی که در مورد هوش و زیبایی و جذابیت دوست خود با اغراق صحبت می کند.

یا مردم هند در مواجهه با مشکلات و حل آنها از صبر و استقامت گاندی مثال می زنند.

### ۲۲. خیال پردازی (Fantasy)

در بیشتر اوقات آرزو یا خواسته ای که فرد در واقعیت به آن نمیرسد و در عالم خیال آن را جستجو و به آن میرسد.

مکانیسم متداولی است که همه افراد تا حدودی از آن استفاده می کنند. خیال پردازی ممکن است کشمکش های ناخودآگاه را بروز دهد، یا باعث ارضای آرزوهای برآورده نشده شود و به نوعی امکان فرار از واقعیت را فراهم می سازد.

\*\*\* شخصیت های اسکیزوئید از این مکانیسم به حد افراطی استفاده می کنند، استفاده زیاد و افراطی از خیال پردازی باعث تحریف واقعیت می شود. لذا بسیار کناره گیر و مردم گریز اند.

مثال: دانش آموزی در رویاهای خود می بیند که سال آینده در امتحان کنکور پز شکی قبول می شود و با مرور این رویا در ذهن خود تلاش می کند تا این رویا را با درس خواندن به تحقق برساند.

انواع استرسورها: ۱- استرسورهای اولیه ۲- استرسورهای وضعیتی

▪ **استرس زاهای اولیه:** تجاربی هستند که به عنوان یک بخش از فرآیند طبیعی رشد و تکامل برای همه مردم در جامعه وجود دارند مانند: بلوغ، مدرسه، مرگ.

▪ **استرس زاهای وضعیتی:** کمتر قابل پیش بینی هستند و فقط وقتی تهدید زیادی احساس شود یا بعد از وقوع حادثه ای رخ می دهد. بطور کلی و سعت استرورها بستگی به درک و آسیب پذیری افراد نسبت به استرورها دارد و از آنجایی که استرس امری اجتناب ناپذیر در زندگی میباشد پس بهتر است با عوامل استرس را در زندگی مقابله شود.

\*\*\* طبق جدول مقیاس دگرگونی زندگی، هلمز و راهه، پراسترس ترین وقایع زندگی ابتدا از دست دادن یکی از والدین قبل ۱۱ سال و بعد مرگ همسر و بعد آن طلاق به شمار می آید.

\*\*\* هدف اولیه در مراقبت پرستاری در تنیدگی، آموزش به بیمار در کشف و بیان حوادث استرس زا و انتخاب راه حل مناسب جهت از عهده برآیی و دور شدن از عوامل استرس زا با استفاده از مکانیسم های دفاعی مناسب میباشد.

### اداره استرس در پرستاران طبق فرآیند پرستاری

✓ **بررسی:** اولین گام، شناسایی و درک عامل فشار در زندگی است که از راه مشاهده، مصاحبه، پرونده و همراه جمع آوری میشود.

\*\*\* در بررسی بیمار سریعترین واکنشی که در تنیدگی مشاهده میشود اضطراب است.

### ▪ علایم و نشانه های استرس:

I. **علائم و نشانه های فیزیولوژیکی:** افزایش علائم حیاتی، بیقراری، افزایش حرکات پرستالتیسم و در نتیجه اسهال، احساس فوریت در دفع و تکرر ادرار

II. **علائم و نشانه های روان شناختی:** اضطراب، افسردگی، ترس و سوء مصرف مواد، تغییر در عادات غذا خوردن و الگوی خواب و فعالیت، احساس عدم کفایت، از دست دادن اعتماد به نفس و افزایش تحریک پذیری

III. **علائم و نشانه های شناختی:** کاهش توانایی فرد در کسب معلومات و مهارت های جدید، اختلال تفکر و در نتیجه کاهش توانایی حل مشکل، اختلال در تمرکز

IV. **علائم و نشانه های اعتقادی و معنوی:** استفاده از منابع اعتقادی برای سازگاری با استرس، عصبانیت و خشم نسبت به خدا و ماورالطبیعه، افسردگی معنوی، تهدید برداشت فرد نسبت به زندگی و دنیا

✓ **تشخیص:** با مرور و بررسی اطلاعات گردآوری شده، روشهای مقابله با استرس و مشکلات بالقوه و بالفعل را تعیین میکنیم.

\*\*\* مهمترین تشخیص پرستاری در استرس از عهده برآیی غیر مؤثر میباشد.

\*\*\* اولویت تشخیصی پرستاری در تنیدگی بی اشتها میباشد.

\*\*\* نمونه هایی از تشخیص های پرستاری بر اساس NANDA بیان میکنیم:

I. تغییر تغذیه به صورت کمتر از نیاز بدن VII. اضطراب

II. سازگاری فردی غیر مؤثر VIII. تخریب تعاملات اجتماعی

III. سندرم پس از سانحه IX. ترس

IV. خطر خودکشی X. خطر خشونت

V. دیسترس معنوی XI. تخریب فرایندهای تفکر

VI. آشفتگی در الگوی خواب

✓ **طرح و برنامه:** مشکلات را با توجه به اهمیت درجه بندی می کنیم و سپس راه حل ارائه می دهیم و طرح و برنامه با توجه به تشخیص ها و برآیندهای مورد انتظار تعیین شود.

✓ **مداخله:** مهمترین هدف بالابردن توانایی مقابله با استرس و ارتقاء شیوه های مناسب در مددجویان می باشد.

\*\*\* مهمترین مسئله در اجرای فرآیند پرستاری ارتباط و تعامل دوستانه و برقراری اعتماد بین پرستار و بیمار میباشد که با ارتباط درست بین پرستار و بیمار می توان طرح و برنامه را به خوبی اجرا نمود.

✓ **ارزشیابی:** برای دریافت اثر بخشی تدابیر پرستاری صورت می گیرد. مثلا بررسی می کنیم آیا بیمار سازش مطلوب پیدا کرده یا نه؟ اضطراب وی فروکش کرده یا نه؟ آیا اهداف ما به خوبی اجرا شد؟

\*\*\* اگر به نتیجه مطلوب نرسیدیم سلسله مراتب را تکرار می کنیم.

▪ به طور کلی می توان گفت، استرس تأثیر زیادی بر سلامت فرد می گذارد و از آنجایی که شخصیت هر فرد به عوامل مختلفی بستگی دارد، پاسخ به استرس های طولانی مدت هم بستگی به عوامل زیادی چون سیستم حمایتی، تجارب گذشته در مقابله با استرس، مکانیسم های دفاعی و پاسخ فیزیولوژیکی به استرس دارد.

نکات طلایی

- ✓ بدن در مقابل استرس از خود واکنش نشان می دهد که این واکنش ها شامل دو الگوی زیست ساختی و رفتاری یا روان شناختی است.
- ✓ الگوی زیست شناختی: همان فعالیت عصبی غدد درون ریز که دو غده هیپوفیز و ادرنال نقش اساسی را ایفا می کنند.
- ✓ الگوی روان شناختی: از نوع برخورد هرفرد در برابر عوامل تنیدگی بوجود می آید.
- ✓ سیستم مداخله کننده در تنیدگی سایکونور اندوکرین میباشد.
- ✓ منظور از سندرم سازگاری عمومی، پاسخ فیزیولوژیک بدن به استرس می باشد.
- ✓ مهمترین هدف از مداخلات پرستاری در تنیدگی تغییر رفتار غیر انطباقی به رفتار انطباقی میباشد.
- ✓ کامل ترین تعریف استرس: واکنش روانی، جسمانی، شیمیایی بدن نسبت به هر محرکی که باعث تغییر در سازگاری شخص شود.
- ✓ نقش اساسی پرستار در مقابله با استرس حمایت از بیمار می باشد.
- ✓ استرس آمیزترین واقعه زندگی، مرگ یکی از والدین قبل ۱۱ سال و بعد آن مرگ همسر و سپس طلاق می باشد.
- ✓ شایع ترین پاسخ نسبت به استرس، اضطراب می باشد.
- ✓ سلیبه استرس را پاسخ غیراختصاصی بدن در مقابل هر نوع تقاضا می داند.
- ✓ هنگامی که راه دستیابی به هدف بسته یا رسیدن به آن تاخیر یابد ناکامی به وقوع می پیوندد.
- ✓ فروید مکانیسم دفاعی را فرآیند ناهوشیاری می داند که واقعیت را تحریف می کند تا آدمی در برابر اضطراب محفوظ بماند.
- ✓ آدلر محرک اصلی مردان بزرگ را مکانیسم جبران میداند.
- ✓ مؤثرترین و خلاق ترین مکانیسم دفاعی تصعید میباشد.
- ✓ سرکوب نخستین و خطرناکترین مکانیسمی است که در انسان شکل می گیرد.
- ✓ افراد هیستریک اکثراً از رویاپردازی و افراد افسرده از مکانیسم دفاعی جابه جای استفاده می کنند.
- ✓ بیماران پارانوئید اکثراً فرافکنی می کنند.
- ✓ پرستاران کم تجربه در برخورد با مشکلات اکثراً از فرافکنی استفاده می کنند.
- ✓ به منظور مقابله با استرس ورزشهای ایزومتریک مناسب میباشد، زیرا سبب شلی و آرام سازی عضلات میشود.
- ✓ رژیم غذایی در استرس، کاهش مصرف چربی، کلسترول، نمک، محدودیت گوشت قرمز و جایگزین کردن آن با گوشت سفید نظیر ماهی، مرغ و افزایش مصرف میوه سبزی، حبوبات میباشد.
- ✓ عامل استر سور، و ضعیف یا اتفاقی است که این پاسخ را تحریک می کند. یا محرک های محیطی داخلی یا خارجی که باعث تحریک مکانیسم های دفاعی یا تطابق فیزیکی روانی می شوند.

بحران

- بحران در اثر عدم توانایی فرد در حل مشکل بوجود می آید و زمانی رخ می دهد که موقعیت ها به طور ناگهانی تغییر یابند که در آن اگر شخص نتواند با استفاده از مهارت ها و مکانیسم های سازگاری خود به تعادل برسد دچار مشکل می شود.
- این امر موجب افزایش تنش، اضطراب و عدم توانایی در حل مشکلات می شود و به عبارتی فرد احساس عجز و ناتوانی می کند و اغلب احساس می کند نه راه فرار از مشکل دارد و به راه مقابله با مشکل را دارد که در آن فرد به طور معمول نمی تواند مسئله را حل کند.
- و برای ایجاد تعادل در این افراد مداخله در بحران می تواند کمک فوری و مؤثری باشد که یک درمان کم هزینه و کوتاه مدت به شمار می آید.
- کاپلان تئوریسین بحران، مهم ترین مبنا سلامت روان را براساس وجود «خود» و درجه تکامل خود (Self) پایه گذاری نمود.
  - تعریف کاپلان از بحران: هرگاه فرد در راه رسیدن به مسیر زندگی و هدفش با مانعی برخورد کند. به طوری که قادر به حل آن نباشد و تلاش وی برای رفع مشکل بی نتیجه باشد. وی دچار عدم تعادل اضطراب خواهد شد.
  - وی ارزیابی خود (Self) را در برابر بحران، بر اساس سه سطح صورت می دهد؛
    - ✓ ظرفیت فرد در قبول پذیرش استرس و اضطراب
    - ✓ درجه تشخیص واقع بینانه فرد در حل مشکل
    - ✓ مکانیسم های سازگاری مؤثر که باعث ایجاد تعادل روحی می شود
- بحران یک اختلال درونی است که در اثر یک حادثه استرس زا یا ناگوار در شخص به وجود می آید که روش های معمول شخص برای سازگار شدن، غیر مؤثر می باشد که در مقابل آن ترس و اضطراب فرد افزایش می یابد.
- دوره بحران ۴ تا ۶ هفته طول می کشد که هم می تواند منجر به آسیب پذیری روانی کرد و هم باعث رشد مناسب شخصیت در فرد شود. در کل نتیجه بحران بستگی به کمک و حمایت مناسب اطرافیان دارد. بر همین اساس زمان لازم برای مداخله در بحران هم ۴ تا ۶ هفته میباشد.

ولی گاهی تا ۶ ماه هم مدت بحران طبیعی می باشد.

- به طور کلی میزان عدم تعادل در بحران به طول مدت بحران بستگی دارد.
- تئوریسین های بحران معتقدند انسان در مواجهه با بحران واکنش های زیر را انجام میدهد.
- ۱- انکار      ۲- خشم      ۳- چانه زنی      ۴- افسردگی      ۵- قبول واقعیت
- **انکار:** با هدف طفره یا فرار از واقعیت های نامطبوع و ناموفق زندگی و یا در نظر گرفتن و قبول نکردن آنها میباشد.
- **خشم:** بعد مرحله انکار است که فرد عصبانی و پرخاشگر می شود.
- **چانه زدن:** یا معامله کردن، فرد نذر و نیاز می کند یا با خدای خود معامله می کند.
- **افسردگی:** بدترین و تلخ ترین مرحله بحران که فرد نسبت به دیگران و اطرافیان بی تفاوت می شود
- **قبول واقعیت:** فرد آن چیزی که رخ داده را قبول می کند.

#### عواملی که موجب برقراری تعادل حین استرس می شود

- ۱- درک فرد از واقعه      ۲- حمایت های موقعیتی      ۳- مکانیسم های سازگاری
  - **درک فرد از واقعه:** آگاهی و شناخت و درک از موقعیت نقش عمده ای را در به وجود آمدن رفتار سازگاری دارد.
  - **حمایت های موقعیتی:** افرادی که در محیط و اطراف هستند و در حل مشکل می توانند کمک کند را شامل میشود. زیرا هر چه نیروی حمایتی بیشتر و در دسترس تر باشد مشکل راحت تر حل می شود.
  - **مکانیسم سازگاری:** روش هایی که برای سازگاری یا کاهش اضطراب و تنش به کار می روند
  - \*\* این روش ها شایع اند و با حل مشکلات سروکار دارند که شامل پذیرش هدف های جایگزین شده با تغییر معیارها و استانداردهای مشخص می باشد.
  - \*\* این مکانیسمها روی توانایی خود (Self) برای به دست آوردن تعادل بعد از واقعه استرس را تکیه دارند.
- در اثر بوجود آمدن بحران، در روش های مقابله با بحران ممکن سه وضعیت پیش آید**
۱. ممکن است باعث رشد روانی و عملکرد بالا و مناسب در فرد شود و فرد به وضعیت بهتر از قبل برگردد
  ۲. فرد به حالت قبلی خود بدون از دست دادن یا کاهش در عملکرد خود دست می یابد.
  ۳. با تشدید بحران و عدم ارائه راه حل های مناسب مشکلات تشدید و باعث از هم پاشیدگی روانی شود.

#### تقسیم بندی دیگر مراحل بحران عبارتند از:

- **مرحله شوک:** فرد احساس نگرانی و اضطراب می کند، و رفتار و تصمیم گیری وی از حالت تعادل خارج می شود و اعتماد به نفس وی تهدید می شود و فرد قدرت تصمیم گیری و توانایی حل مشکلات را از دست می دهد.
- در این مرحله فرد جسم خویش را فراموش می کند و صدمات و ضربات وارده شد را درک نمی کند از نظر عملکرد اجتماعی فرد دچار اختلال کارکرد می شود. این مرحله کوتاه مدت از چند ساعت تا حداکثر ۲ روز میباشد.
- هر چه طول مدت این مرحله بیشتر باشد، سازش فرد یا مشکلات کمتر می شود.
- **مرحله عقب نشینی:** فرد از روش های مختلف حل مشکل که قبلاً به طور موفقیت آمیز استفاده می شد، استفاده می کند و با برگشت به موقعیت های قبلی و شیوه های حل مشکل می خواهد اضطراب و استرس را کاهش دهد، ولی از آنجایی که اضطراب فرد بالا می باشد فرد نمی تواند راه حل درستی را انتخاب کند.
- \*\* در این مرحله زمانی که فرد نمی تواند مشکل را حل کند، از قبول واقعیت عاجز می ماند و همواره سعی می کند مشکل یا واقعیت ها را فراموش کند و در نتیجه از حل مشکل ناتوان می شود.
- \*\* در این مرحله مددجو نیاز شدید به کمک و حمایت اطرافیان دارد، زیرا بیمار با هرگونه تغییری، به شدت مخالفت می کند یا به نصایح توجه نمی کند. این مرحله ممکن است با توجه به شرایط محیطی کوتاه مدت یا بلند مدت باشد.
- \*\* به طور رایج در این مرحله از مکانیسم های دفاعی استفاده می شود که مانع خدشه دار شدن احترام به نفس فرد می شود که شایع ترین مکانیسم دفاعی مورد استفاده در این مرحله انکار می باشد.
- **مرحله پذیرش و قبول بحران:** (Acknowledgment) در نهایت فرد از ماهیت بحران مطلع می شود به دنبال آن اضطراب و نگرانی وی افزایش می یابد. زیرا اغلب مشکل به صورت دردناک برایش جلوه می کند و قدرت توانایی تفکر فرد مختل می شود. ولی فرد به اعصاب خود مسلط و با تفکر و استدلال راه حل منطقی را برای سازش با مشکل پیدا می کند.

- **مرحله سازش با مشکل و حل آن (Adaptation):** با انتخاب روش مناسب و برطرف کردن بحران اضطراب و نگرانی به صورت تدریجی کاسته می شود. فرد اعتماد به نفس خود را باز می یابد و احساس سلامت جسمی و روانی می کند و مجدداً قادر به انجام کارهای روزمره می شود. در این مرحله فرد قدرت تطابقی جدیدی را کسب می نماید.
- \*\*\* در مجموع اگر فرد مراحل بالا را طی نکند و یا در یک مرحله باقی بماند به تدریج تعادل روانی خویش را از دست می دهد و به بیماری روانی مبتلا می شود.

### بحران در کودکان

- فرآیند بحران که در کودکان به داغ دیدگی هم تعبیر می شود شامل سه مرحله است: اعتراض، درماندگی، گسستگی
- مرحله اعتراض: کودک شدیداً مادر یا مراقبت کننده از دست رفته را خواستار می شود
  - مرحله درماندگی: کودک امید خود برای بازگشت را از دست می دهد.
  - مرحله گسستگی: به تدریج به حالت تعادل می رسد و به دنبال کسی است که جای فرد از دست رفته را پر کند.

### انواع بحران

۱. بحران بلوغ یا تکاملی (طبیعی)
۲. بحران موقعیتی
۳. بحران اکتسابی

**۱- بحران بلوغ یا تکاملی (طبیعی):** وقایع پیش بینی شده که به طور عادی برای تمام افراد در طول زندگی اتفاق می افتد. در مجموع این بحران مرحله ای است که فرد در طی رشد و نمو با آن مواجه می شود و از آنجایی که بحران قابل انتظار است، افراد فرصت پیش بینی و رویارویی با آن را دارند اکثرها به خوبی با آن سازگار می شوند.

مثال: بلوغ، پدر یا مادر شدن، ازدواج، سن نوجوانی، مدرسه رفتن حاملگی، بازنشستگی.

\*\*\* در مجموع بحران رشد دوره هایی هستند که در آن نیاز به تغییر نقش لازم می باشد.

**۲- بحران موقعیتی (تصادفی):** زمانی که یک حادثه، خصوصاً خارجی باعث برهم خوردن تعادل روحی فرد شود که این واقعه ممکن است برای خود فرد یا اطرافیان رخ دهد. این بحران غیرقابل پیش بینی است و غالباً در زمان از دست دادن فردی یا چیزی بوجود می آید.

همواره روی افراد تاثیر منفی دارد و اغلب موجب برهم خوردن تعادل و ایجاد ناهنجاری در فرد می شود که در این زمان نیاز به تغییر و پاسخ فوری می باشد که اغلب در اینجا خود فرد می تواند مشکل را حل کند.

مثال: از دست دادن شغل، طلاق، مرگ، از دست دادن معشوق و یا یک موقعیت اجتماعی یا سلامتی فرد تجاوز، تغییر شغل، حاملگی ناخواسته، بیماری، یا بدتر شدن بیماری فرد.

**۳- بحران اکتسابی:** به عنوان قضا و قدر یا سرنوشت مورد پذیرش است. بدون اخطار قبلی و غیر قابل پیش بینی می باشد و اغلب باعث ترس و ناهنجاری در افراد می شود

این نوع بحران اکتسابی، ناگهانی، نامتداول و غیرمنتظره می باشد. در کل این نوع بحران، از فقدان های متعددی ناشی از تغییرات محیطی نشات می گیرد. بحران های اکتسابی را بحران اجتماعی نیز می نامند.

مثال: سیل، زلزله، طوفان، جنگ، قحطی

\*\*\* برخی کتب بحرانهای اکتسابی را هم جزء بحران های موقعیتی طبقه بندی می کنند.

\*\*\* گاهی ممکن است چند بحران همزمان بروز کند، مثلاً بحران تکاملی همراه بحران موقعیتی و یا اکتسابی بروز کند. مثلاً زن بارداری که از محل کارش اخراج می شود و با مردی که در روز ازدواج در اثر زلزله همسر خود را از دست می دهد. در مثال های فوق نمونه هایی از بحران های تکاملی و موقعیتی و اکتسابی را به طور همزمان مشاهده می کنید.

### پیشگیری در بحران

پیشگیری اولیه: تلاش برای جلوگیری از به وجود آمدن بحران در لحظه فشار تکاملی، وضعیتی یا پیش بینی بحران می باشد که در بحران تکاملی فرد را از مشکلاتی که ممکن است در طی عبور این مراحل رخ دهد آگاه می کنیم.

\*\*\* پیشگیری اولیه در بحرانهای تکاملی کاربرد دارد.

پیشگیری ثانویه: بر پایه پیشگیری از بروز عوارض می باشد که در مداخله در بحران و شناسایی اولیه بحران نقش عمده ای دارد. در این مرحله، مداخله در بحران باید سریع و فوری انجام گیرد.

\*\*\* مداخله در بحران نوعی پیشگیری ثانویه محسوب می شود.

پیشگیری ثالثیه: هنگامی که بعد حل بحران فرد به سطح پایین تر از عملکرد قبلی خود می رسد با هدف پیشگیری از عوارض جدی و آماده کردن فرد برای بازگشت به جامعه صورت می گیرد.  
 \*\* بازتوانی نوعی پیشگیری ثالثیه محسوب می شود.

### مداخله در بحران

لیندمن و کاپلان پیشگامان تئوری مداخله و تکامل در بحران بودند مداخله در بحران روش کوتاه مدت برای رفع فوری و تمرکز روی مشکل می باشد. همان طور که اشاره شد طول مدت بحران با یا بدون مداخله ۴-۶ هفته می باشد و اصولاً مداخله در زمان عدم تعادل در فرد صورت می گیرد. برخلاف روش های روان درمانی که نیاز به تجزیه و تحلیل و درمان دراز مدت دارند. این روش کوتاه مدت بوده و گاهی ۱ تا ۶ جلسه به طول می انجامد. مداخله در بحران تنها بر روی مشکلات فعلی مددجو تمرکز دارد. به علاوه مداخله در بحران میتواند توسط افراد غیر حرفه ای و داوطلبین آموزش دیده نیز صورت بگیرد.

\*\* به طور کلی هدف اولیه مداخله در بحران بر گرداندن بیمار به عملکرد قبل از بحران به درجه بالاتر از عملکرد قبلی می باشد. زیرا مهارت های جدیدی که در مداخله به کار میرود باعث حل بحران می شود.  
 \*\* هدف تمام این مراحل مداخله در بحران کاهش اضطراب در فرد میباشد.  
 \*\* مداخله در بحران یک نوع پیشگیری ثانویه (با توجه به تشخیص و درمان زودرس) محسوب می شود.  
 \*\* کاپلان این روش را پیشگیری اولیه می داند، زیرا افراد را طوری آماده می کند که در مواجهه با مشکلات و بحران ها دچار اختلالات روانی مزمن نشوند نیار به ولی از آنجایی که بیماری به وجود آمده . و مددجو نیاز به کمک دارد مداخله در بحران یک پیشگیری ثانویه محسوب می شود.

### فرآیند پرستاری در بحران

➤ **بررسی:** با برقراری ارتباط درست و جلب اعتماد مریض، اطلاعات لازم در مورد ماهیت بحران، تأثیرات روی عملکرد مددجو، درک و برداشت وی از مسئله، نظرات و آگاهی از سیستم های حمایتی و مکانیسم های سازش بیمار جمع آوری می شود.  
 \*\* اکثر اوقات عامل بحران یا واقعه آشکار عموماً ۱۰ تا ۱۴ روز قبل از اینکه فرد در جستجو کمک برآید رخ می دهد و در بحران های شدید عامل آشکار ساز یک روز یا شب قبل از بحران رخ می دهد. اولین گام در شرایط بحرانی شناسایی و آشکار ساختن عامل بحران و توانایی فرد برای مشکل گشایی است

➤ **تشخیص:** بعد از جمع آوری اطلاعات، پرستار مشکلات را تعریف می کند و با توجه به اهمیت، آنهار طبقه بندی می کند. اصولاً تشخیص های داده شده در بحران عبارتند از: اضطراب شدید، کاهش مکانیسم های دفاعی، ناامیدی، یاس، اختلال در خواب و اشتها و ریتم های بیولوژیک، اختلال در تفکر و استفاده از واکنش های ناسازگارانه در حل مشکل می باشد.

➤ **برنامه ریزی:** پرستار بر اساس تشخیص ها و درجه اهمیت موضوع برنامه ریزی می کنند.  
 هدف اصلی برنامه ریزی کاهش اضطراب بیمار می باشد. مداخله گر برنامه ای در جهت تقویت سیستم های حمایتی و مکانیسم های دفاعی مؤثر و از بین بردن مکانیسم های دفاعی نامؤثر تدوین می کند.

➤ **مداخله:** به بیمار کمک می کنیم تا درک درستی از مشکل داشته باشد و احساسات خود را بیان کند او اینجا هدف پرستار کاهش تنش ، اضطراب بیمار می باشد. به بیمار آموزش در مورد استفاده از مکانیسم های سازگاری جدید یا تقویت راه حل های قبلی داده می شود و بیمار را آماده می کنند تا هرچه سریع تر به جامعه برگردد.

➤ **ارزشیابی:** پرستار کاهش مشکلات مددجو را بررسی و مشخص می کند تا چه حدی بحران رفع شده و آیا مددجو به آرامش قبل بحران رسیده یا خیر؟  
 پرستار باید بداند که غم و اندوه دو الگوی شناخته شده در بحران میباشد.

\*\* هدف از مداخلات پرستاری در فرآیند پرستاری در فرد داغ دیده، روبه رو شدن فرد با واقعیت و کمک به بروز احساسات وی و بیان درد و ناراحتی فرد بحران زده و کمک به او در درک برگشت ناپذیر بودن چیزی که از دست رفته، که به تقویت او برای کسب موقعیت های بهتر و جدیدتر کمک می کند.

### اقدامات لازم برای سازش بهتر در فرد داغ دیده

- ✓ شرکت در مراسم تدفین و عزاداری به پذیرش و درک واقعیت و مرگ کمک می کند.
- ✓ اجتناب از تغییر محل سکونت، یا از بین بردن یادگاری ها و آثار فرد از دست رفته.
- ✓ کمک به فرد داغ دیده برای بیان احساسات یا نوشتن احساسات سوگ مفید می باشد.
- ✓ مرور خاطرات شیرین یا مشاهده عکس و فیلم فرد از دست رفته به درک واقعیت کمک می کند.

✓ تشویق اطرافیان و کمک به فرد داغ دیده در جهت حمایت از او لازم می باشد.

- \*\* کاهش اشتها، احساس فشار روی قفسه سینه، ضعف و خستگی از علائم جسمانی سوگ محسوب می گردد که پرستار باید به آن توجه نماید.
- \*\* تلاش به منظور دور نگه داشتن کودکان از حادثه و مخفی کردن آنها و عدم شرکت در مراسم تدفین و عزاداری معمولاً عوارض و عواقب منفی دربردارد. و همواره باید کودکان در مراسم تدفین شرکت داده شوند و به سؤالات آنان به درستی و در حد فهم پاسخ داده شود.

### فرد و بحران

اریکسون ۸ مرحله برای چرخه زندگی توصیف کرده که در هر مرحله یک یا چند بحران درونی وجود دارد و شخص نسبت به آنها آسیب پذیر است.

### نکات طلایی

- بحرانی ترین مرحله را اریکسون در سن بلوغ یا همان نوجوانی می داند.
- هدف اصلی مداخله در بحران، بازگرداندن فرد به سطح اولیه فعالیت قبل بحران میباشد. مداخله در بحران فوری، کوتاه مدت و تمرکز بر زمان حال بیمار دارد.
- اولویت تشخیص پرستاری در بحران توانایی بالقوه در بروز خشونت به علت ناامیدی است. مهمترین مداخله پرستاری مناسب در بحران مداخله حمایتی میباشد. نقش عمده پرستار در برابر یک فرد بحران زده تقویت روشهای انطباقی میباشد.
- زمان بروز بحران رشد حین انتقال از یک مرحله رشد به مرحله دیگر می باشد.
- بهترین تعریف بحران، واکنش های غیرطبیعی فیزیولوژیک و روانی فرد در مقابل فشارهای روحی غیرقابل تحمل میباشد.
- فرد در اولین برخورد با بحران دچار ترس و اضطراب می شود.
- پیشگیری سطح اول در بحران های تکاملی کاربرد دارد.
- مهمترین دوره بحران تکاملی دوران نوجوانی به خصوص اواسط آن می باشد
- بحران می تواند باعث به کارگیری روش های جدید از عهده برایی شود. که از خصوصیات مهم بحران تقویت و ارتقاء رشد میباشد.

### فرایند ارتباط و ارتباط درمانی

به طور کلی بیماران روانی در برقراری ارتباط با دیگران مشکل دارند. اگرچه درمان اصلی و عمده اختلالات روانی از طریق مصرف دارو حاصل می شود ولی روابط بین فردی نقش اصلی را در شناخت بیمار و درمان علائم روانی ایفا می کند و در مجموع اساس کار روان پرستاری ارتباط می باشد که لازمه برقراری ارتباط مؤثر، اعتماد و احترام متقابل می باشد، زیرا پایه و اساس فعالیت های پرستاری خصوصاً در مراکز روان پزشکی ارتباط می باشد.

- ارتباط فرآیندی است که به وسیله آن شخص افکار، احساسات و عقاید خود را به دیگران منتقل می کند. ی ارتباط از کلمه Communication به معنای در معرض قرار گرفتن، گرفته شده و فرآیندی است که اطلاعات را از طریق نظام های مشترک، علائم، نشانه ها یا رفتار انتقال می دهد.
- ارتباط به لحاظ لغوی به معنی انتقال، سرایت، انتشار و ریشه آن Communis به معنی تفاهم و اشتراک فکر می باشد.
- ارتباط اساس مداخلات روان پرستاری بوده و قدرتمندترین ابزار پرستاران بهداشت روانی برای اخذ شرح حال معاینه مشاوره و مداخلات درمانی میباشد
- ارتباط یک فرایند پویا پیوسته برگشت ناپذیر و یک مهارت اجتماعی است که در تمام روابط انسانی نقش اساسی دارد و ممکن است درون فردی و بین فردی و عمومی باشد.

- مهارت در روان پرستاری به وسیله قدرت و توانایی پرستار در درک احساسات و افکار بیماران روانی نشان داده می شود. پرستار ماهر می داند چه موقع بیمار نیاز به همدم و چه هنگام نیاز به خلوت دارد.

عناصر اصلی ارتباط: فرستنده - پیام - گیرنده - کانال - بازخورد - زمینه

- ✓ فرستنده (Sender): منبعی که پیام را ارسال می کند.
- ✓ پیام (Message): چیزی که به دیگران منتقل می شود.
- ✓ گیرنده (Receiver): پیام را دریافت می کند. در ارتباط اهمیت گیرنده، بیشتر از فرستنده می باشد.
- ✓ کانال (Channel): پیام از طریق آن منتقل می شود. انتخاب کانال ارتباطی بستگی به سن و تحصیلات فرد دارد
- ✓ بازخورد (feed back): عکس العمل گیرنده به پیام است. بازخورد فرستنده را قادر می سازد تا در صورت بروز اشتباه آن را تصحیح و تاثیر پیام خود را ارزیابی کند. عنصر پنجم یعنی بازخورد اهمیت بیشتری دارد
- ✓ زمینه: زمینه فیزیکی مثل سر و صدا، سرما، گرما، اشفتگی طرفین... و یا زمینه روانی مثل شکست یا رابطه ناموفق در ارتباط های قبلی میباشد.

انواع پیام: کلامی و غیر کلامی

✓ پیام کلامی



به کلماتی که گفته و نوشته می شود اطلاق می گردد. لذا صحبت‌های روزمره، نوشته‌ها، نقاشی، تابلوها، علای راهنمایی رانندگی... همه پیام کلامی محسوب می شوند. پیامهای کلامی دارای محدودیتهایی می باشد. زیرا قسمت کوچکی از ارتباطات انسانی را شامل می شود. و این که خیلی از احساسات و افکارها را نمی توان توسط کلمات و لغات بیان نمود.

#### ✓ پیام غیر کلامی

هر چیزی به جز گفته‌ها یا نوشته‌ها را شامل می شود که به آن زبان بدن هم می گویند. تقریباً حدود ۹۳٪ از پیام‌ها از نوع غیر کلامی است. در برقراری ارتباط با بیمار روانی پیام غیر کلامی نقش مؤثرتری را ایفا می کند گشاده رویی، حضور، تماس چشمی... بیش از کلمات، در برقراری ارتباط نقش دارند. پیام غیر کلامی علاوه بر این که مکمل پیام کلامی می باشد. حالات عاطفی افراد را نشان می دهد.

\* پیامهای غیر کلامی کمتر توسط افراد عادی قابلیت بازی کردن دارند. یا به عبارتی نمی توان از طریق آن کسی را فریب داد. این پیام بیشتر نشان دهنده افکار و احساسات واقعی بیمار می باشد

#### ▪ فواید ارتباط غیر کلامی

- ✓ به ترتیب و توصیف محتوای پیام های کلامی کمک می کند
- ✓ موجب تاکید بیشتر بر بخش هایی از پیام های کلامی که اهمیت بیشتری دارد می شود
- ✓ موجب فراهم آوردن بازخورد برای تعامل و ارتباط می شود
- ✓ رفتار انسان را در موقعیت های مختلف تعیین میکند

#### ▪ انواع پیامهای غیر کلامی عبارتند از: ۱- حرکات بدن ۲- ابعاد صدا ۳- فضای ارتباط ۴- ظاهر

#### ▪ عوامل مؤثر بر ارتباط عبارتند از:

فرهنگ	طبقه اجتماعی	ادراک	مکان ارتباط
زمان	فضای شخصی	مهارت های فردی	عوامل مربوط به پیام

**نکته:** اکثر بیماران روانی از برقراری ارتباط امتناع می ورزند زیرا سابقه و تجربیات طرد شدن با رانده شدن در می زندگی را دارند و اغلب از دوستی و رابطه جدید که منجر به طرد شدگی شود می ترسد که از همین رو از برقراری ارتباط با دیگران امتناع می کنند.

#### مراحل ارتباط درمانی

ارتباط درمانی در چهار مرحله خلاصه می شود که به هم پیوسته است. به طور معمول در فرایند ارتباط هر چهار مرحله باید می شود. فرآیند ارتباط یک فرایند منحصر به فرد می باشد از این رو در مورد طول مدت هر مرحله نمیتوان قضاوت کرد  
مثال: برای یک بیمار ممکن است مراحل ارتباط خیلی زود و برای بیمار دیگر هفته ها، ماه ها و یا حتی سال ها طول بکشد.

#### چهار مرحله ارتباط درمانی شامل موارد زیر هستند

#### ▪ مرحله پیش از تعامل (Preinteraction)

قبل از برخورد و روبه رو شدن با بیمار شروع می شود. در این زمان اضطراب در پرستار شایع است زیرا پرستار حالت دوگانگی مبنی بر این که از طرفی علاقمند به ارتباط با مریض است و از سوی دیگر نگران از صدمه جسمی توسط بیمار می باشد یا این که به مهارتهای خود اطمینان ندارد.

#### ✓ وظایف پرستار:

پرستار احساسات، تخیلات و ترسهای خود را شناسایی کند  
پرستار توانایی ها و محدودیتهای خود را تجزیه و تحلیل کند  
اطلاعاتی در مورد بیمار به دست آورد و هدف از ارتباط را برای خود مشخص کند.

#### ▪ مرحله آشنایی (Orientation)

در اولین برخورد پرستار با بیمار آغاز می شود. در برخورد آغازین، دو طرف هیچ شناختی از هم ندارند و بروز اضطراب در بیمار و عدم اعتماد وی به پرستار امری عادی تلقی می شود.

در این مرحله حرکات بدن (به ویژه چهره) و کلام (نحوه بیان) بسیار مهم می باشد. شناخت و ارزیابی پرستار و مددجو از یکدیگر در این مرحله صورت می گیرد.

**نکته ۱:** پرستار باید آگاه باشد اولین برخورد با بیمار در روند ارتباط درمانی نقش مؤثری دارد. و ویژگی و انتظارات و نیازهای بیمار را مشخص کند و یک طرح مراقبتی بر اساس گرفتن اطلاعات از بیمار تنظیم کند.

**نکته ۲:** ممکن است این مرحله طول بکشد ولی باید صبور باشد یکی از اهداف اساسی این مرحله ایجاد آرامش و اعتماد بیمار به پرستار می باشد. به طور کلی در این مرحله شروع صحبت بر عهده پرستار می باشد و پرستار ابتدا خود را معرفی میکند و در غیر این صورت با او بیمار می پرسد دوست دارد با چه اسمی صدايش کند، در صورت واکنش مثبت بیمار پرستار صحبت را ادامه می دهد و در غیر این صورت پافشاری نکند و فقط کنار

بیمار بنشینند و صحبتی نکنند و هر روز فاصله نشستن را کمتر کند و آرام آرام شروع به صحبت با بیمار کند و بهتر است در ابتدا در مورد مسائل عمومی و روزمره باشد و هرگز در شروع صحبت در مورد مسائل عاطفی از بیمارستان نکنید زیرا ممکن است بیمار خوشش نیاید و در مقابل شما گارد بگیرد در این مرحله پرستار باید نقش خود را برای بیمار بیان کنند و همچنین مدت زمان مصاحبه با هدف ارتباط را مشخص کنید و اینکه در مورد محرمانه بودن اطلاعات به بیمار اطمینان دهد و بر همکاری بیمار به آن بر بهبودی تاکید کند همچنین نوع اطلاعات را که می‌خواهد از بیمار بگیرد مشخص کند.

در این مرحله باید یک فضای آرام بخش برای بیمار ایجاد کنیم تا اعتماد وی را جلب کنیم در این مرحله ممکن است بیمار بخواهد پرستار را آزمایش کند که در این شرایط اغلب سوال می‌پرسد یا خوب جواب نمی‌دهد یا حین مصاحبه بلند می‌شود و محل را ترک می‌کند که در اینجا پرستار باید رفتار انعطاف‌پذیری داشته باشد و به بیمار بگوید: فکر می‌کنم الان حوصله مصاحبه را نداری ولی من دوست دارم با شما صحبت کنم.

**نکته ۳:** هر گاه در صحبت‌های بیمار ابهام وجود داشت از دیگر اعضای خانواده درباره مسائل زندگی وی سوال می‌کنیم

#### ▪ مرحله کار (Working)

اساس ارتباط درمانی در این مرحله می‌باشد. بیمار به پرستار اعتماد می‌کند و احساسات، افکار و اعمال خود بازگو می‌کند. در اینجا طرفین همدیگر را درک می‌کنند و دو طرف اهداف کوتاه مدت را طرح ریزی میکنند و روش‌های حل مسئله را بررسی و نتایج پایان کار را تعیین می‌نمایند. در این مرحله پرستار با محول کردن کارهای آسانی که احتمال موفقیت در انجام آن زیاد باند سعی در افزایش اعتماد به نفس بیمار دارد

✓ **وظیفه پرستار در مرحله کار:**

اجازه دهد بیمار راحت صحبت کند، افکار و احساسات مثبت و منفی خود را بیان کند  
بیمار را مشاهده کند و اضطراب و تعارضات بیمار را شناسایی نماید

بیمار را به برقراری ارتباط با خانواده، اجتماع و قبول نقش و مسئولیت در زندگی تشویق کند.  
**نکته ۱:** تغییر رفتار واقعی در بیماران اغلب در این مرحله صورت می‌گیرد.

**نکته ۲:** در این مرحله، بیمار آزادانه احساسات خود را بیان می‌کند که تماس چشمی در این مرحله نقش مهمی دارد.

#### ▪ مرحله اختتام (Termination)

سخت‌ترین و مهم‌ترین مرحله ارتباط درمانی است که در این مرحله اعتماد و صمیمیت به اوج خود می‌رسد. این مرحله معادل ارزشیابی در فرآیند پرستاری میباشد. در این مرحله بیمار و پرستار مراحل درمان را به طور مختصر مرور می‌کنند و پرستار عملکردها، تغییرات رفتاری و میزان دستیابی به اهداف را بررسی می‌نماید. در ضمن پرستار اهداف ناقص و قابل پیگیری را مشخص می‌کند و برنامه پیگیری بعد از زمان ترخیص را مشخص کند.

یکی از مشکلات در این مرحله، وابستگی بیمار به پرستار است که در بیمارانی که قبلاً سابقه طرد شدن اجتماعی را داشته‌اند. برای پیشگیری از وابستگی در همان روز اول ملاقات، زمان اختتام را مشخص می‌کنیم و در طی مراحل بعدی هم بر زمان اختتام تأکید می‌کنیم و از همان اول به بیمار می‌گوییم که هدف از ارتباط بهبودی و وضع اوست و بعد بهبودی ارتباط شما با وی خاتمه مییابد.

#### اهداف ارتباط درمانی

هدف اصلی ارتباط درمانی افزایش بینش و ایجاد تغییرات رفتاری و تسریع در روند بهبودی بیمار می‌باشد هدف از ارتباط درمانی، تغییر شخصیت بیمار نیست بلکه کمک به بیمار در جهت بهبود دادن کیفیت زندگی وی و دستیابی به موارد زیر می‌باشد:

- ۱- اعتماد به دیگران
- ۲- تغییر رفتار در خود و تعالی نفس
- ۳- بروز علاقه و محبت به دیگران کشف نکات مبهم آزار دهنده خود
- ۴- سازگاری با جهان و اطراف
- ۵- بهبود کیفیت زندگی خود
- ۶- کسب تجارت جدید
- ۷- تخلیه هیجانی و کاهش خشم
- ۸- بیان احساسات خود

#### تکنیک‌های ارتباط درمانی

روش‌هایی برای رسیدن به اهداف ارتباط درمانی است که پرستار به کمک آن سریع‌تر، بهتر و دقیق‌تر اطلاعات را در مورد بیمار جمع‌آوری می‌کند و اعتماد بیمار را جلب می‌نماید. به طور کلی هدف اصلی این تکنیک‌ها کاهش اضطراب و تعارضات بیمار می‌باشد.

- |                               |                                      |                        |                          |
|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| ۱- خودگشودگی                  | ۲- همدلی                             | ۳- همدردی              | ۴- انتقال                |
| ۵- سوال                       | ۶- گوش کردن                          | ۷- سکوت و شکستن سکوت   | ۸- تصریح                 |
| ۹- تشویق و توصیف ادراکات      | ۱۰- سازماندهی                        | ۱۱- رویاروی            | ۱۲- جلب اعتماد           |
| ۱۳- بیان مشاهدات              | ۱۴- انعکاس                           | ۱۵- بیان مجدد          | ۱۶- پاسخ‌های حمایت‌کننده |
| ۱۷- روشن‌سازی                 | ۱۸- تشویق به صحبت راهنمایی و خط دادن | ۱۹- هدایت مجدد         |                          |
| ۲۰- ارائه اطلاعات             | ۲۱- گشایش سخن                        | ۲۲- معتبر کردن ادراکات | ۲۳- خلاصه کردن           |
| ۲۴- مقایسه تجرب فعلی با گذشته | ۲۵- بیان مفاهیم تلویحی               | ۲۶- تاکید بر حقایق     | ۲۷- ارتباط وقایع         |

**۱ - خودگشودگی (Self disclosure)**

پرستار در مورد احساسات، افکار و تجارب زندگی خود صحبت می کند و اطلاعاتی را بازگو می نماید  
\* خودگشودگی مناسب سبب احساس مشترک بین پرستار بیمار و توسعه روند ارتباطی می شود. ولی نباید افراطی و در مورد مسائل شخصی با خانوادگی یا تجربیات منفی پرستار با شد و موضوعی که اهمیت دارد این است که براساس نیاز روانی و فرهنگی بیمار با شد. لذا توجه به این موضوع موجب افزایش اعتماد مراجع و ایجاد جوی توأم با اعتماد و آرامش می گردد. باعث ساده سازی و تسهیل در بیان آنچه در ذهن مراجع می گذرد میگردد.

**۲ - همدلی (Empathy)**

\* احساس و تجربه کردن دنیای طرف مقابل همانند وی است. به عبارتی سهیم شدن در حالت روانی دیگران نه در احساسات آنها می باشد. همدلی توانایی پیش بینی رفتار دیگران را دارد.

مثال: مردی که همسرش فوت کرده است، برای همدلی پرستار به او می گوید، به نظر من فوت همسر سخت ترین مصیبت زندگی می باشد.

**۳ - همدردی (sympathy)**

پرستار در احساسات بیمار شریک می شود و احساس بیمار در او هم به وجود می آید.

\* در این مرحله سهیم شدن در احساسات و تجارب دیگران روی می دهد. و نشان دهنده درگیری عاطفی می باشد.

مثال: مددجو عزیزی را از دست داده و پرستار هم به همراه خانواده متوفی شیون و زاری می کند.

**۴ - انتقال (Transference)**

انتقال عاطفی از گذشته به موقعیت حاضر است که یک واکنش ناخودآگاه می باشد. بیمار احساسات و تجربیات خود را به افراد مختلف زندگی و گذشته اش نسبت می دهد. مثال: ممکن است پرستار را به جای والدین یا معشوق قدیمی خود ببیند، یا بیمار به پرستار می گوید:  
(تو شباهت زیادی به نامزد سابقم داری)

\* در کل فرآیند انتقال باعث کاهش اضطراب بیمار می شود. ولی در صورت استفاده دراز مدت مشکل ساز میشود.

**۵ - سؤال**

این فرصت را می دهد تا بیمار در مورد خود فکر کند و احساسات و ادراکات خود را بیان نماید.

انواع سؤالات: سؤالات باز سؤالات بسته سؤالات متمرکز

▪ **سؤال باز:** فرصت بیشتری را به بیمار می دهد تا فرد فکر کند و پاسخ مناسب دهد. هرگز بیمار را در پاسخگویی به سؤالات محدود نکند و در ارائه پاسخ به سؤالات و بیان احساسات، بیمار را آزاد بگذارید.

مثال: امروز در مورد احساس خودت برایم صحبت کن؟ نظرت در مورد زندگی چگونه است؟

رابطه ات با دوستان چطور است؟ دوست داری در مورد چه چیزی صحبت کنیم؟

▪ **سؤال بسته:** به طور خاص برای یک پاسخ مشخص طراحی شده و در مواقعی که نیازمند اطلاعات خاص با شیم کاربرد دارد (مثل پرسیدن سؤالات در زمینه شغل و تاهل). محدوده این سؤالات، بلی - خیر، این - آن، صحیح - غلط، یا مثبت - منفی میباشد. به طور کلی این نوع سؤالات مناسب نمی باشند، چون اطلاعات کمی را به بیمار ارائه می دهند و یا زمانی که بیمار اطلاعات کمی را ارائه می نماید از سوال بسته استفاده می شوام. این سؤالات هر چند محدودیت هایی دارد. ولی در بعضی موقعیت ها مناسب و روشن کننده بحی ابهامات می باشد. این سؤالات در بیمارانی که طفره می روند یا حاشیه پردازی دارند و اغلب صحبت های آنها گنگ و نامفهوم است مناسب است  
مثال: به تفریح علاقه داری؟ پدرت را بیشتر دوست داری یا مادرت را؟

▪ **سؤالات متمرکز:** نوعی سؤال باز است. این سؤالات کارایی سؤالات باز را ندارد. ولی روی اطلاعات خاصی تمرکز دارد.

مثال: - بیمار: امروز حوصله کسی را ندارم. پرستار: دقیقاً بگو حوصله چه کسانی را نداری؟

- بیمار: محیط بخش برایم عذاب آور است.. پرستار: دقیقاً چه چیزی در بخش ادینت می کند؟

**نکات مهم در پرسیدن سؤال از بیمار**

- ✓ سوال متناسب با بیمار باشد
- ✓ سوالی بپرسید که بیمار حق انتخاب داشته باشد و از پرسیدن سؤالاتی که بیمار حق انتخاب دارد ولی اجازه انتخاب ندارد اجتناب کنید
- ✓ برای کسب اطلاعات فوری، سؤال بسته مناسب است.
- ✓ از سوال حجالت آور در ابتدای مصاحبه اجتناب کنید.
- ✓ شروع سؤالات با مسائل ساده و روزمره باشد
- ✓ از کلمه «چرا؟» کمتر استفاده شود.

## ۶ - گوش کردن

این مهارت برای فهم و تمرکز بر مشکل مددجویان می باشد. گوش دادن شامل دریافت پیام، به جریان انداختن پیام در ذهن و عکس العمل در برابر آن است. زیرا اگر در برابر پیام عکس العملی داده نشود، معلوم نیست که گوش دادن صورت گرفته باشد. مهمترین نقش پرستار برای درک بهتر بیمار به شمار می آید؛ و دیگر تکنیک های ارتباطی به کمک آن مؤثر می باشند. \* اولین نقش پرستار در ارتباط درمانی و مهمترین نقش پرستاری برای درک بیمار گوش دادن میباشد.

## ۷ - سکوت (silence)

سکوت پرستار نشان دهنده علاقه مندی پرستار برای شنیدن صحبت های بیمار می باشد. گاهی سکوت پرستار در مواقع تردید بهترین پاسخ می باشد و میتواند به بیمار فرصت تفکر، سازماندهی صحبت ها و بیان موضوعات جدید را بدهد اما این نکته قابل تامل است که سکوت باید بسته به موقعیت و وضعیت بیمار باشد.

مثال: بیماری که خودش می تواند حرف بزند سکوت پرستار نوعی خوش آمدگویی محسوب می شود. برعکس سکوت پرستار در مقابل سؤالات بیمار به معنی طرد یا خشم بی علاقهی پرستار نسبت به بیمار می باشد.

گاهی هم لازم است سکوت عمداً توسط پرستار ایجاد شود. زیرا سکوت به بیمار اجازه می دهند در مورد افکار و احساسات خود تعمق بیشتری نماید و به پرستار این اجازه را می دهد. تا صحبت با جواب مناسبی را برای ارائه به بیمار پیدا کند.

## ۸ - شکستن سکوت

سکوت طولانی مدت باعث قطع ارتباط درمانی می شود، از همین رو ابتدا باید دلیل سکوت بیمار را بدانیم به طور معمول به بیمار اجازه دهیم تا خود سکوت را بشکند. خصوصاً زمانی که شروع کننده خودش باشد، زیرا ممکن است بعد سکوت چیز مهمی را بگوید.

\* بهترین سوالی که پرستار در مواجهه با سکوت طولانی مدت بیمار می تواند بپرسد، این است که: «به چه چیزی فکر می کردی»؟

## ۹ - تصریح (Clarification)

زمانی که گفته های بیمار مبهم یا توضیحات کافی وجود نداشته باشد، می توان توسط این تکنیک توضیحات کافی دریافت نمود.

مثال: پرستار: دوباره موضوع را تکرار کن. - پرستار: منظورت از بد چه بود؟

## ۱۰- تشویق به توصیف ادراکات

خواستن از بیمار برای بیان آنچه را که درک می کند و اغلب در بیماریانی که توهم دارند به کار می رود، مهم است که بدانیم هر فرد چگونه احساس می کند یا وقایع و موقعیت ها را چه طور تفسیر می کند زیرا این ادراکات موجب رهایی بیمار از اضطراب و احساسات وابسته مانند ترس می شود مثال: آن احساس برای شما چگونه است؟ یا آن صدا به تو چه می گوید؟

## ۱۱ - سازماندهی

خط مشی و نحوه اجرای جلسه ارتباط درمانی را مشخص می کند و باعث روشن شدن اهداف جلسه و نقش پرستار و بیمار و مقررات جلسه میشود

## ۱۲ - رویارویی (Confrontation)

پرستار تفاوت های موجود بین صحبت، عمل و رفتار کلامی بیمار را به همراه نکات مبهم، به صورت دوستانه و به آرامی به وی یادآور می شود. هدف از این تکنیک توسعه خود آگاهی بیمار از احساسات، نگرش ها و رفتارها و عقاید، به همراه کشف ابهامات و دوگانگی ها می باشد. رویارویی خاص نکات منفی بیمار نمی باشد بلکه بر توانایی های نادیده گرفته شده بیمار هم تأکید دارد. این روش و نوعی تأکید بر واقعیت هاست و در تغییرها و تعبیرهای غلط بیمار به کار می رود

رویارویی در مرحله کار پرستار بیشتر ضعف ها و محدودیتهای بیمار را روشن می کنند ولی در مراحل ابتدایی رویارویی بیشتر روی توانایی ها و قدرت بیمار تأکید دارد.

مثال: پرستار به بیمار مانیک و شادی که در عین بشاشی می گوید آدم غمگینی هستم : شما در حالی که تبسم دارید می گوئید غمگین هستید

مثال: پرستار خطاب به بیمار می گوید؛ شما علاقمند به بهبودی هستید، اما در فرایند درمانی شرکت نمیکنید

## ۱۳ - جلب اعتماد

اساس ارتباط بین پرستار و بیمار اعتماد است. اعتماد یک فرایند دو طرفه است و هدف پرستار جلب اعتماد برای جلب اعتماد بیمار نیازمند ایجاد حس ارزشمندی و احترام در بیمار می باشیم که تماس چشمی (در صورت قبول در فرهنگ و مذهب) بهترین شیوه می باشد، زیرا بیمار می فهمد که پرستار به او علاقمند است.

\* موفقیت آمیز بودن مصاحبه در بررسی وضعیت روانی مددجو بیشتر بستگی به درجه اعتماد بیمار به پرستار دارد

\* بهترین روش مدیریت تعارض، توسط روانپرستار جلب اعتماد و همکاری بیمار می باشد.

## ۱۴ - بیان مشاهدات

پرستار باید مشاهدات خود را برای بیمار بیان کند و این که مشاهده باید به معنای علاقه و توجه پرستار نسبت به بیمار درک شود نه به معنای دخالت و فصولی در کارهای وی تعبیر شود

مثال: پرستار می گوید: «می بینم دائم پاهایت را تکان میدهی». یا «می بینم امروز لباس هایت مرتب تر از روز قبل است»

### ۱۵- انعکاس (Reflection)

بیان احساس، عقاید، سؤالات و محتوی سخنان بیمار با کلمات و جملات خود بیمار، که بیانگر علاقمندی و احترام پرستار نسبت به بیمار میباشد که با این روش بیمار اطمینان پیدا می کند که برای پرستار اهمیت دارد و پرستار به حرف های او گوش می دهد. لذا خیلی راحت احساسات خود را بیان می نماید.

انعکاس به چهار روش وجود دارد: انعکاس محتوا انعکاس احساس انعکاس سوال انعکاس عقاید

**الف) انعکاس محتوی** بیمار درک می کند که پرستار محتوی سخنان او را درک کرده که در اینجا پرستار عین محتوی صحبت های بیمار را به او بر می گرداند.

مثال: بیمار: آدم های نا به کار می خواهند به من آسیب برسانند. پرستار: آدم های نا به کار می خواهند به تو آسیب برسانند.

**ب) انعکاس احساس** بیمار می فهمد که پرستار احساس وی را درک می کند. در این جا پرستار عین احساس بیمار را به او بر میگرداند.

مثال: بیمار: من احساس پوچی و تهی بودن می کنم. - پرستار: احساس پوچی و تهی بودن می کنی

\* این روش موجب همدلی، احترام پرستار و بیمار نسبت به هم می شود. مزیت این روش بیان دوباره احساسات توسط بیمار می باشد که گاهی پرستار در صورت درک اشتباه با این روش به درک صحیح می رسد

**ج) انعکاس سؤال** هرگاه بیمار از پرستار سؤال می کند پرستار با این روش به طور غیرمستقیم بیمار را در فرآیند تصمیم گیری سهیم می کند. یعنی پرستار همان سوال بیمار را به خودش بر می گرداند.

مثال: بیمار: به نظر شما دارو حال مرا بهتر کرد؟ پرستار: خودت فکر می کنی بهتر شدی؟

**د) انعکاس عقاید** عقاید بیمار به خودش بر گردانده شود.

مثال: بیمار: من توبه کردم. پرستار: توبه کردی!

\*\*\* گاهی هم انعکاس به صورت غیر درمانی می باشد \*\*\*

مثال: هرگاه پاسخ پرستار به صورت کلیشه ای باشد (شما فکر می کنید... شما درک می کنید...)

انعکاس زبانی که باعث خشم و پرخاشگری بیمار می شود.

انعکاسی که تناسبی با فرهنگ، تحصیلات و عقاید بیمار نداشته باشد.

### ۱۶- بیان مجدد (restyiong)

تکرار قسمتی یا تمام جملات بیمار که پرستار فقط افکار اصلی بیمار را تکرار می کند این روش توجه بیمار به مسائلی جلب می کند که کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

مثال: بیمار: الان ۱۰ سال است که مسافرت نرفتم، پرستار: آخرین باری که مسافرت رفتی خیلی سال قبل بود

بیمار: مدت هاست که از همه دنیا و خودم بدم می آید. پرستار: یعنی دید خوبی نسبت به خودت و اطرفیان نداری.

### ۱۷- پاسخهای حمایت کننده

حمایت باید منطقی و واقعی باشد.

مثال: بیمار: من در اینجا تنها هستم. پرستار: ما اینجا هستیم تا به شما کمک کنیم؛ و یا: من درک می کنم که شما چه احساسی دارید.

### ۱۸- روشن سازی (Clarification)

هرگاه صحبت های بیمار مبهم، گیج کننده و نامفهوم باشد، از او می خواهیم در مورد نکات مبهم صحبت های خود بیشتر توضیح دهد و احساسات و عقاید خود را به طور مشخص تری بیان نماید.

این روش در اختلالات سایکوتیک، بیماران مضطرب و آنهایی که نمی توانند به راحتی ارتباط برقرار کنند مفید می باشد.

مثال: می شود در مورد حرفتان بیشتر توضیح دهید؟ منظور شما از آدمهای بد چه کسانی اند؟ منظور شما از مشکل چه حالتی است؟

### ۱۹- تشویق به صحبت

توسط حرکات بدن یا کلمات، بیمار را تشویق به صحبت می کنیم

مثال: تماس چشمی، توجه به مریض یا به بیمار می گوئیم «می خواهم در مورد عقایدشان بیشتر بدانم». این روش نشان می دهد که پرستار بدون قضاوت علاقمند به شنیدن است

### ۲۰- راهنمایی و خط دادن

باعث تشویق بیمار به ادامه صحبت می شود. مثال: خوب... دوباره برایم بگو... چه می شنوی... یعنی چه....

### ۲۱- هدایت مجدد (Redirection)

اکثر مردم و بیماران علاقمند به صحبت کردن در مورد مسائل لذت بخش میباشند که گاهی این امر باعث می شود بیمار با تکرار این گونه صحبتها، به سمت اهداف غیردرمانی برود. این روش بیمار را به بحث اصلی برمی گرداند.

مثال: خوب آقای ... برگردیم به صحبت قبلی. تا اینجا یک علت گفتی، لطفاً علت دوم را بگو؟

## ۲۲ - ارائه اطلاعات

اضطراب بیمار را کاهش می دهد و باعث آشنایی بیمار یا حقایق می شود.

مثال: من پرستار شما هستم.

حالت گیجی، تاری دید، سردرد مربوط به داروی شماست..

فراموشی بعد شوک طبیعی و موقتی است.

## ۲۳ - گشایش سخن

بهتر است با توجه به علاقه بیمار مطرح شود و مصاحبه با موضوعات مورد علاقه بیمار شروع شود. شروع صحبت از طرف بیمار نشان دهنده موضوعات درگیر کننده ذهن وی میباشد.

مثال: دوست داری امروز در مورد چه چیزی صحبت کنیم؟ خوب از کجا شروع کنیم؟

## ۲۴ - معتبر کردن ادراک

بعد از شنیدن صحبت های بیمار و تفسیر و درک آن از جانب پرستار، به منظور تأیید یا رد آن از بیمار سؤالاتی پرسیده می شود.

مثال: به نظر من منظور شما این بود؟ آیا درست است؟ شما می گوید شاد هستید ولی من احساس می کنم غمگین هستید به نظرت درک من درست است؟

## ۲۵ - خلاصه کردن

خلاصه صحبت های بیمار از جانب پرستار نوعی بازخورد محسوب می شود که به بیمار این امکان را می دهد صحبتها و افکارش را مجدد بررسی کند و این روش به پرستار اجازه می دهد تا ادراکات خودش را تأیید یا رد کند

خلاصه کردن بهتر است در انتهای جلسه توسط خود بیمار صورت گیرد زیرا فرصت خوبی برای پخش و بیان چیز های تازه و ناگفته است.

مثال: به نظر شما این سه دلیل... باعث مشکلات شما شد یا امروز شما در مورد این مشکلات... صحبت کردید

## ۲۶ - مقایسه تجارب فعلی با گذشته

این روش امکان شناخت و آگاهی بیشتری نسبت به بیمار می دهد زیرا، این روش امکان استفاده از تجربیات گذشته بیمار را برای حل مشکلات فعلی می دهد، مشاهده تفاوت ها به فرد کمک می کند تا بتواند تأثیر نفوذ دیگران را با بروز اتفاقات ارزشیابی کند.

مثال: بیمار: مدتهاست که احساس دلنگی می کنم. پرستار: آیا قبلاً چنین تجربه ای داشتی؟

بیمار: مثل گذشته فعال نیستم. پرستار: چه چیزی باعث می شد قبلاً فعال باشی؟ پرستار: قبلاً با حالا چه فرقی کرده ای؟

## ۲۷ - بیان مفاهیم تلویحی (Verbalizing Imelied)

هرگاه بیمار موضوعی را با زبان کنایه با عامیانه بیان می نماید، پرستار با دقت برداشت خود را بیان می کند. این مفاهیم معنی مستقیمی ندارد ولی به مشکلات بیمار اشاره دارد که در اینجا تفسیر درست پرستار باعث جلب اعتماد بیمار می شود. به طور کلی بیان تلویحی تأکید مستقیم بر نتایج گرفته شده از سخنان فرد است و در افرادی که از به کاربردن لغات مناسب به طور صریح و مناسب ناتوان هستند استفاده می شود که به زبان آوردن مفاهیم نشان دهنده آن است که فرد با دقت به حرف های بیمار گوش می دهد.

مثال: بیمار: رئیس اداره من آدم زورگویی است. پرستار: آیا منظورت این است که رئیس آدم سخت گیری است؟

بیمار: کسی به ملاقات من نمی آید. پرستار: فکر می کنی به تو اهمیت نمی دهند؟

بیمار: من مثل صدف تو خالی هستم. پرستار: احساس پوچی و یاس می کنی؟

## ۲۸ - تأکید بر حقایق

هدف آشنایی بیمار با واقعیت و قرار گرفتن در مسیر درست افکار می باشد.

مثال: بیمار: پدرم بیرون اتاق منتظر من است. پرستار: من کسی را نمی بینم پدرت ۱۰ سال پیش فوت کرده است.

بیمار: آیا دارو در بهبود حال من تأثیری دارد؟ پرستار: بله دارو باعث بهبود حال تو می شود.

بیمار: من حالم خوب شده، بهتر است مرخص شوم. پرستار: بله ولی بهتر است کمی بیشتر بمانی تا خوب تر از این شوی،

## ۲۹ - ارتباط وقایع

پرستار باید ترتیب وقوع حوادث را بدانند تا ارتباط وقوع حوادث را با هم درک کند. این روش باعث ربط دادن رفتارها با احساسات می شود.

مثال: پرستار از بیمار می پرسد که این موضوع چه وقت اتفاق افتاد. یا این که به بیمار می گوئیم بین ناراحتی تو با مرگ همسرت رابطه ای وجود دارد یا فاصله ناراحتی تو یا مرگ همسرت چقدر بود

## ۳۰ - پذیرش (Accept)

این روش به معنی تأیید و تصدیق رفتار نمی باشد بلکه نشان دهنده آن است که بیمار حق دارد به عنوان انسان زندگی کند و به عنوان یک بیمار حق دارد چنین هدیانهها و توهماتی داشته باشد.

درسته، بله، آها، خوب» کلماتی هستند که نشان دهنده پذیرش بیمار است.

در هذیان ها و توهمات طوری رفتار می کنیم که خود بیماری را قبول داریم و هذیان یا توهم را به عنوان جزئی از بیماری می دانیم ولی هرگز آن را قبول نمی کنیم.

مثال: پرستار در جواب توهمات و هذیانهای مریض می گوید من حال شما را به عنوان یک بیمار درک می کنم و رفتار شما هم قسمتی از بیماری شماست که باید به کمک هم آنها را برطرف کنیم

\* در مواقعی که نمی توان صحبت های بیمار را تایید یا رد نمود. با این روش به بیمار می فهمانیم که مانند او درک

### ۳۱ - شک انداختن

در مواقعی که نمی توان صحبت های بیمار را تایید یا رد نمود با این روش به بیمار می فهمیم که مانند او درک نمی کنیم و باید کمی بیشتر فکر کند و دوباره فرایند فکری یا کارهای خود را ارزیابی کند

مثال: بیمار: من صدام هستیم. پرستار: جدا؟

بیمار: من دیشب در کره ماه بودم پرستار: باورش برایم مشکل است.

### ۳۲ - در دسترس بودن (Offering self)

حتی زمانی هم که بیمار علاقه ای به ارتباط ندارد (مثلاً در شروع ارتباط که بیماران افسرده علاقمند نیستند) پرستار می تواند کنار او باشد.

مثال: پرستار می گوید «مدتی در کنار شما می نشینم در صورتی که نیاز داشتید با من صحبت کنید»

### ۳۳ - پیشنهاد دادن (Suggestion)

این امکان را می دهد که بیمار در هنگام تصمیم گیری راه حل های بیشتر و مناسب تری را داشته باشد

مثال: بعضی مردم سعی می کنند. آیا به نظر شما این راه حل جواب می دهد که...

پرستار طوری پیشنهاد دهد که بیمار خودش راه حل مشکل را انتخاب کند. زیرا در صورت بروز مشکل کمتر ناراحت می شود و همواره سعی در پیدا کردن راه حل مناسب تری دارد و اگر هم شکست بخورد دیگران را مقصر نمی داند.

### پیشنهادات غیر درمانی

✓ بیمار وابسته به پرستار شده استقلال خود را از دست می دهد.

✓ بیمار نصیحت شدن را دوست ندارد

✓ بیمار در صورت جواب ندادن راه حل پرستار را مقصر می داند

✓ پیشنهاد و راه حل در ایندا درمان غیر درمانی می باشد

### تکنیک های غیردرمانی

#### ۱. اطمینان کاذب (Rassuring)

اطمینان و حمایت باید با توجه به شرایط و موقعیت مناسب بیمار صورت گیرد

مثال: بیمار: آیا من مشکلی دارم؟ پرستار: نه خیال می کنی تو خیلی هم خوب هستی

#### ۲. طرد افکار بیمار (Rejecting)

پرستار به بیمار اجازه صحبت کردن و بیان احساسات را نمی دهد

مثال: پرستار می گوید «دیگر بس است نمی خواهم بشنوم»

#### ۳. پیام های مبهم

پیام های مبهم، باعث تعارض و سردرگمی در شمار می شود

#### ۴. اخلاق گرایی

پرستار با توجه به ارزش های اخلاقی و زمینه فرهنگی خودش قضاوت می کند.

مثال: پرستار: برای حفظ آبروی خانوادهات رفتارت را کنترل کن یا تغییر بدهد

#### ۵. قضاوت صریح

قضاوت زود و با اطمینان در برابر رفتارها و عملکردهای بیمار یک روش غیردرمانی محسوب می شود و باید بدون قضاوت صریح به بیماران اجازه داد تا احساسات خود را بیان کنند.

مثال: پرستار: شما اصلاً منطقی فکر نمی کنید؟

با اینکه به بیمار می گویند پس است. چی صحبت کنی؟

#### ۶. نصیحت کردن (Advising)

یعنی نظرات و عقاید خود را به بیمار تحمیل کنیم که این امر باعث وابستگی بیمار به پرستار می شود و در مواردی که بیمار به مشکل بر می خورد فرد نصیحت کننده را مقصر می داند و دچار عدم استقلال فکری در تصمیم گیری می شود.

که در اینجا لحن پیشنهاد کردن زیباتر از نصیحت کردن می باشد  
مثال: هرگاه بیمار از شما خواست راه حل مناسبی برای او پیدا کنید، از او بخواهید با هم گفتگو کنید تا شاید راه حل مناسبی پیدا کنید، یا زمانی که از شما سؤال کرد چه کار باید کنم بهتر است بگویید، نظر خودت چیست؟

#### ۷. پاسخ های کلیشه ای (Steretpeical answer)

پاسخ های سطحی به احساس و ادراک بیمار کاری ندارند.  
مثال: بیمار: آقای پرستار من خوب شدم و باید مرخص شوم. پرستار: وقتی پزشک می گوید نمی توانی مرخص شوی پس نمی شود.

#### ۸. پاسخ سطحی

در صورتی که بیمار عواطف و احساسات خود را بیان می کند، پرستار نباید به صورت سطحی به وی پاسخ دهد.  
مثال: بیمار: مغزم می سوزد. پرستار: نشان بده.

#### ۹. انکار

پرستار مشکلات بیمار را قبول نمی کند.  
مثال: بیمار: من آدم پوچی هستم. پرستار: هیچ انسانی پوچ نیست.

#### ۱۰. توضیح خواستن

سؤالات مکرر برای کشف علل رفتار و بیان احساسات بیمار که روش غیر درمانی محسوب می شود.  
مثال: پرستار: چرا می گویی؟ به چه دلیل؟ چرا اصلا این کار را کردی؟

#### ۱۱. تأیید احساسات منفی بیمار

در فرآیند ارتباط بیمار به بیان احساسات مثبت و منفی تشویق می کنیم ولی هیچ گاه احساسات منفی بیمار را تأیید نمیکنیم  
مثال: بیمار: من احساس پرواز می کنم. پرستار: گاهی من هم احساس می کنم.  
بیمار: من گاهی احساس پوچی می کنم. پرستار: گاهی من هم همین حس را پیدا می کنم.

#### ۱۲. بیان تجربیات منفی

پرستار در مورد مسائل و مشکلات شخصی خود نباید به بیمار اطلاعاتی ارائه نماید یا نباید تجربیات منفی و احساسات منفی خود را به بیمار بیان کند.  
زیرا نقش الگو را برای بیمار دارد.  
مثال: سابقه اعتیاد، دعوا، طلاق و...

#### ۱۳. تغییر موضوع ناشیانه

گرچه تغییر موضوع گاهی جنبه‌ی درمانی دارد، ولی این امر نیاز به مهارت زیادی دارد. تغییر موضوع نابخوابی و بی ربط باعث احساس طرد شدگی و عدم توجه پرستار نسبت به بیمار درک می شود. بهتر است هرگاه که لازم بود موضوع را تغییر دهیم اول یک مکث طولانی می کنیم تا بیمار فرصت تفکر در مورد صحبت خود را داشته باشد.

مثال: بیمار می گوید: «من صدایی را می شنوم که شما نمی شنوید»، ولی در جواب پرستار می گوید «آیا اهل ورزش کردن هستی؟»

#### ۱۴. خود افشاگری

در خود افشاگری، دادن اطلاعات شخصی به بیمار ایده خوبی نیست. گفتگو باید بر روی مسائل بیمار متمرکز باشد نه روی پرستار  
هدف خود افشاگری تسهیل در فرآیندهای ارتباط درمانی می باشد.  
مثال: اگر بیمار در مورد تعداد فرزندان سؤال کرد بهتر است به سؤال جواب بدهیم ولی اگر در مورد مسائل خصوصی شما سؤال کرد بهتر است علت اصلی سؤال را پیدا کنیم.  
نکته: جدی بودن از ویژگی ها و تکنیک های غیر درمانی می باشد.

#### مصاحبه

مصاحبه تکنیک و ساختار هدفمند، همراه با محدودیت های زمانی بین پرستار و بیمار که به صورت چهره به چهره می باشد و به پرستار این اجازه را میدهد تا ارتباط راحتی با بیمار داشته و بیمار احساسات، عقاید و مشکلات خود را بیان کند و پرستار اطلاعات مورد نیاز خود را جمع آوری نماید

#### ■ شرایط لازم برای مصاحبه: ۱- زمان مناسب ۲- مکان مناسب ۳- آمادگی مناسب

۱. **زمان مناسب:** زمان مصاحبه از قبل پیش بینی شده و وقت آن از قبل تعیین می شود که به شرایط یا وضعیت بیمار بستگی دارد. ولی بهتر است کمتر از یک ساعت باشد (حدود ۲۰ دقیقه) ولی در بیماران مشکل دار حدود ۵ تا ۱۵ دقیقه تنظیم می شود و با توجه به شرایط بیمار به مرور زمان مصاحبه را زیاد میکنیم

۲. **مکان مناسب:** بهتر است در مکانی آرام و ساکت و به دور از شلوغی و چیزهای منحرف کننده ذهن (پنکه، تابلو، تلویزیون...) باشد تا کمتر باعث انحراف فکر یا عدم توجه و تمرکز بیمار شود. در مصاحبه باید صندلی به تعداد کافی باشد تا خود بیمار مکان نشستن را انتخاب کند و پرستار کنار بیمار بنشیند و روبه رو یا بالاتر از صندلی بیمار نباشد.



**نکته:** قابل توجه اینکه هرگز روی تخت بیمار مصاحبه نمی کنیم زیرا آنجا مکان استراحت و امنیت بیمار تلقی می شود.

۳. **آمادگی مناسب:** پرستار از نظر ذهنی و روحی آماده باشد، زیرا باید گفته های بیمار را بشنود و تفسیر کند.

### مراحل مصاحبه

۱. **مرحله شروع:** اگر قبلاً پرستار و بیمار همدیگر را ملاقات نکرده باشند، ابتدا پرستار خود را معرفی و هدف از مصاحبه را بیان می کند و با برخورد مناسب و ایجاد حس علاقه و احترام نسبت به بیمار باعث جلب اعتماد و راحتی بیمار می شود. اکثر مصاحبه ها در شروع یا مشکل مواجه می شوند. زیرا بیماران به علت عدم اعتماد یا اضطراب از صحبت کردن امتناع می کنند از این رو بهتر است که شروع مصاحبه با صحبت های مورد علاقه بیمار باشد. در ابتدای مصاحبه بهتر است صحبت در مورد مسائل روزمره و مورد علاقه بیمار باشد:

مثال: پرستار می گوید «خوب دوست داری امروز در مورد چه چیزی صحبت کنیم؟»

۲. **مرحله عمل مصاحبه:** در این مرحله پرستار بیمار را مشاهده و به صحبت های بیمار گوش می دهد و او را تشویق به صحبت و بیان احساسات می کند و بیمار، را در جریان مصاحبه حفظ می کند و نمی گذارد. از جریان و روند مصاحبه خارج شود. پرستار با دقت و مشاهده بیمار در صحبت کردن یا رفتار بیمار تمام رفتار کلامی یا غیر کلامی وی را تحت نظر می گیرد، بدون آنکه از جانب بیمار فضولی یا مداخلت نکند. با کمک و تشویق بیمار به صحبت کردن و ایجاد حس همدلی، پذیرش، احترام و علاقه پرستار به بیمار و تسلط بر فرآیندهای ارتباط درمانی و پرسیدن سوالات مناسب و اجرای تکنیک های ارتباط درمانی نظیر مشاهده، گوش دادن، سکوت، گشایش سخن... که همگی باعث بهبود روند مصاحبه می شود.

در مصاحبه هرگاه بیمار شروع به صحبت در مورد مسائل جدید می کند بهتر است حرف های بیمار قطع نشود مگر آن که از جریان مصاحبه و روند درمانی خارج شود که فقط روند مصاحبه و تمرکز بر موضوع در این مرحله مهم می باشد.

در این مرحله مفهوم آزاد بودن بیمار در بیان افکار و احساسات این است که هر چه خواست بگوید و ما گوش دهیم بلکه صحبت باید در مسیر درمانی باشد یا در مواقع دردناک و ناراحتی مسیر مصاحبه عوض شود.

۳. **ختم مصاحبه:** قبل از شروع مصاحبه زمان اختتام مشخص می شود و در فواصل مصاحبه زمان اختتام باز هم تأکید می شود. گاهی هم به علت خستگی و امتناع مریض مجبور به ختم زودتر از موعد هستیم و باید به بیمار بگوییم چند دقیقه دیگر صحبت های ما تمام می شود و بهتر است صحبت هایمان را جمع بندی کنیم و همواره این نکته را مدنظر داشته باشید چند دقیقه قبل ختم جلسه زمان پایان را اعلام می کنیم زیرا این روش به بیمار فرصت جمع بندی ناگفته ها یا تصحیح صحبت ها و یا روشن شدن بعضی ابهامات را برای پرستار را می دهد. در پایان جلسه زمان ملاقات بعدی را مشخص می کنیم.

۴. **ثبت جریان مصاحبه:** اقدام نهایی در مصاحبه نوشتن دقیق اطلاعات و جمع بندی مناسب می باشد حین ثبت گزارش باید کلمات خود بیمار را عیناً و به طور نقل قول مستقیم بنویسیم (خصوصاً در توهم و هذیان) و به جای تفسیر کردن رفتارها یک نمونه از رفتار بیمار را بنویسید. مثال: نگویید بیمار اضطراب شدیدی داشت، بلکه بنویسید بیمار مدام لب خود را گاز می گرفت و پاهای خود را تکان می داد.

**نکته:** هرگز در جریان مصاحبه از قلم، کاغذ، کتاب استفاده نکنید و حین صحبت کردن با بیمار مشغول نوشتن حرف های بیمار یا پرکردن فرم نشوید. تا حد امکان فقط یک خودکار یا دفترچه کوچک در جیب خود بگذارید و فقط در موارد لازم نکات ضروری را کسب اجازه از بیمار بنویسید.

**نکته:** به اعتقاد سالیوان اضطراب مهمترین عامل مختل کننده ارتباط می باشد. زیرا اعتماد به نفس و مفهوم خود را تهدید می کند.

\* به طور کلی هدف اولیه ارتباط با بیمار تشویق فرد جهت بیان احساسات مثبت و منفی، و هدف دراز مدت آن کمک به بیمار در جهت تغییر راه های بیمار گونه و غیر مؤثر و سازش با مشکلات به همراه و کاهش سرخوردگی ها و کشمکش های روانی میباشد.

### نکات طلایی

- ✓ ارتباط عبارتست از: برقراری تماس معنی دار بین افراد با جنبه های مثبت و منفی
- ✓ ارتباط پایه و اساس فعالیت در روان پرستاری است که لازمه برقراری آن اعتماد و احترام متقابل می باشد.
- ✓ ارتباط به دو گروه تقسیم می شود:
- ارتباط کلامی:** شنیدن، نوشتن و صحبت کردن و ...
- ارتباط غیر کلامی:** اشاره، لحن، حالت بدن، چهره و ...
- ✓ برای بهبود تسریع روند ارتباطی بهتر است در مورد موضوعات مورد علاقه بیمار صحبت شود.
- ✓ اصل اساسی در ارتباط درمانی گوش دادن فعال و شنونده بودن می باشد.
- ✓ در مصاحبه هرگاه بیمار سکوت کرد، برای شکستن سکوت از وی سؤال می شود: «به چنه چیزی فکر می کردی؟» هرگز مصاحبه از نقطه قطع شروع نشود و بهتر است در مورد علت سکوت صحبت شود.
- ✓ تکنیک رویارویی (Confrontation) برای آشکار شدن طفره رفتن، تحریف افکار بیمار به کار می رود
- ✓ در مصاحبه با بیمار علاوه بر شنونده بودن باید به خوبی احساسات و اعمال بیمار را درک و تفسیر کنیم.
- ✓ بهترین روش برقراری ارتباط با کودکان بازی درمانی است.

- ✓ مهمترین اصل در برقراری ارتباط صحیح و مناسب احساس امنیت و اعتماد بین پرستار و بیمار می باشد
- ✓ در برقراری ارتباط فرهنگ مهمترین عامل تأثیرگذار می باشد.
- ✓ در برقراری ارتباط هرگاه با عقاید هذیانی مواجه شدید بهترین کار تمرکز بر واقعیت و ایجاد شک در بیمار می باشد.
- ✓ هدف اولیه و عمده در برقراری ارتباط با بیمار در مرحله اول آشنایی با بیمار و بررسی مشکلات او است.
- ✓ هدف اولیه در ارتباط درمانی کمک به بیماران برای شناخت خودش و شناسایی مشکلات و تغییر در الگوهای رفتاری می باشد.
- ✓ **ارتباط درمانی:** یک ارتباط معنی دار و هدفمند بین پرستار و مددجو در جهت ابزار احساسات و حل مشکلات و ایجاد رفتارهای سازگارانه در مددجو می باشد.
- ✓ هدف نهایی در یک رابطه درمانی سازگاری بهتر و افزایش عملکرد و توانایی فرد در حل مسائل زندگی می باشد.
- ✓ روشنگری (تصریح): هرگاه صحبت‌های بیمار محدود، سمبولیک و گیج کننده است به پرستار اجازه در همان جلسه اول زمان و خاتمه ارتباط درمانی مشخص می شود. می دهد تا مطالب را واضح با جزئیات بیان کند. این روش در افرادی که ارتباط آنها با واقعیت قطع شده یا قادر به بیان احساسات خود نیستند به کار می رود.
- ✓ ارتباط پرستار با بیمارانی که شدیداً حالت بازگشت پیدا کرده اند باید به صورت غیر لفظی باشد
- ✓ در روش سازماندهی پرستار مددجو را در تعیین مشکلات و نیز مشخص نمودن اهمیت نسبی آنها یاری میکند.
- ✓ تماس چشمی مداوم در ارتباط نشانگر مهارت های توجه جسمی میباشد.
- ✓ اولین عکس العمل درمانی پرستار در مقابل سکوت مددجو «سکوت» می باشد.
- ✓ زبان، چشم و گوش ابزار اصلی برقراری ارتباط می باشد.
- ✓ در ارتباطات انسانی احساس و ادراک جزء ارتباطات غیر کلامی میباشد
- ✓ پرستار در مقابل بیمار روانی باید مشاوره ماهر باشد.
- ✓ زمان خاتمه دادن به ارتباط درمانی را در نیمه دوم زمان ارتباط درمانی یاد آور می شویم.

### اختلالات شخصیت

- شخصیت، مجموعه صفات هیجانی و رفتاری افراد است که در زندگی روزمره رخ می دهد که تمامی این صفات نسبتاً ثابت و قابل پیش بینی میباشند.
- به عبارتی، به الگوهای دایمی و رفتاری نظیر فکر کردن، احساس کردن و عکس العمل نشان دادن به محیط نسبت داده می شود.
- کمپل، شخصیت را منش، خصوصیات و تاحدودی الگوهای واکنش رفتاری و قابل پیش بینی که هر فرد چه به صورت خود آگاه و چه به صورت ناخود آگاه به عنوان سبک و شیوه زندگی از خود نشان می دهد تعریف می کند.
- شکل گیری شخصیت، تابع دو عامل اصلی، وراثت و تجارب زندگی خصوصاً تجارب سالهای اولیه زندگی میباشد.
- اختلال شخصیت، الگوهای غیرانطباقی عمیق و دائمی رفتار به صورت اشکال در نحوه فکر کردن، رفتار کردن و حس کردن است. در این اختلال آنچه از دید اطرافیان و جامعه نابه هنجار است، برای بیمار مهم نیست و هرگز علاقه ای هم برای درمان یا قبول آن ندارد و بیمار معتقد است، اطرافیان و خود پرسنل بیمارند و تمامی مشکلات خود را فرافکنی می کنند.
- هرگاه صفات شخصیتی فرد غیرقابل انعطاف و همراه با اختلالات روانی و همراه با اختلال در عملکرد فردی باشد، در این زمان اختلال شخصیت مطرح می گردد.
- اختلال شخصیت، گروه های متفاوتی از اختلالات روانی را تشکیل میدهند که به جای علایم ذهنی با ناهنجاری های رفتاری همراه می باشند. طوری که این اختلالات رفتاری موجب ناراحتی اطرافیان می شود و غالباً اکثر بیماران از این مشکلات رنج می برند.
- تشخیص قطعی این اختلال زمانی مطرح میشود که اختلالات رفتاری به حدی زیاد باشد که باعث ایجاد ناراحتی در بیمار و اطرافیان شود. یکی از علایم این اختلال (Ego syntonic) خود پذیری (رفتاری که برای خود فرد قابل قبول است) می باشد.

### مشخصات کلی اختلالات شخصیت

- ✓ اختلال طولانی مدت در مسائل زندگی
- ✓ داشتن ایگو نامناسب
- ✓ مشکلات فردی و خانوادگی
- ✓ اختلال در روابط دوستی و عاشقانه
- ✓ عدم اضطراب از انجام اشتباه
- ✓ تثبیت در یک مرحله رشد
- ✓ اغلب رفتار برای خودشان ناراحت کننده نیست.
- ✓ خود پذیر و خودرایی

- ✓ عدم قبول معایب و مشکلات
- ✓ اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی
- ✓ انعطاف ناپذیر بودن
- ✓ عدم وجود حس همدلی با دیگران
- ✓ ناپخته بودن فرد
- ✓ اختلال در زمینه های عشقی

طبق تعریف DSM-IV اختلال شخصیت به سه گروه عمده تقسیم می شود:

۱. افراد عجیب و غریب و نامتعارف: اختلال شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید، اسکیزوتایپ که اکثر این بیماران با استفاده افراطی از مکانیسم های دفاعی فرافکنی و خیال پردازی به سمت تفکرات پسیکوتیک می روند.
  ۲. افراد نمایشی، احساسی، دمدمی مزاج: اختلال شخصیت ضداجتماعی مرزی نمایشی، خودشیفه که اکثر این بیماران از مکانیسم دفاعی تجزیه، انکار، دونیم سازی و واکنش نمایی استفاده می کند در این گروه بیماران بروز اختلالات خلقی شایع می باشد.
  ۳. افراد مضطرب و هراسان: اختلال شخصیت وسواس جبری، دوری گزین، وابسته که این افراد اکثر از مکانیسم دفاعی جداسازی و پرخاشگری و خود بیمارانگاری استفاده می کنند.
- \*\*\* اختلال شخصیت طبق DSM-IV اختلال در محور II می باشد. علاوه بر موارد فوق اختلال شخصیت مهاجم، سادیسمی، مازوخیسمی و خود شکن هم وجود دارد.

#### بررسی علل ایجاد اختلالات شخصیت

- **وراثت:** اختلال شخصیت گروه اول در بستگان نزدیک بیماران اسکیزوفرنیک شایع می باشد. در گروه دوم وراثت در ابتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی نقش مهمی را ایفا می کند و بروز توأم اختلال شخصیت مرزی و خلقی همزمان شایع می باشد که وارث در آن نقش بسزایی دارد.
- **خلق و خو:** افرادی که در کودکی ترسو بودند، مستعد اختلال شخصیت دوری گزین و افرادی که سابقه آسیب جزئی مغزی دارند مستعد اختلال شخصیت پارانوئید هستند.
- **عوامل زیستی:** واسطه های شیمیایی، منوآمین اکسیداز در شروع این اختلال نقش دارند.
- **عوامل روانکاوی:** تجارب دوران کودکی، نظیر سوء رفتار والدین یا برخورد خشک و غیرطبیعی والدین در کودکی باعث ایجاد اختلال شخصیت در فرد می شود.

#### ۱- افراد عجیب و غریب

##### ✚ اختلال شخصیت پارانوئید

ویژگی اصلی و بارز در این اختلال بی اعتمادی و شکاک بودن به دیگران است که در سن بزرگسالی بروز میکند و به طور کلی با سوءظن زیاد و عدم اعتماد به اطرافیان و مردم مشخص می شود. این افراد مسئولیت احساسات خود را نمی پذیرند و آن را به دیگران نسبت می دهند.

##### ➤ ویژگی های افراد دارای این اختلال

- ✓ خیال میکنند که از سوی عده یا نیرویی دارند غارت می شوند.
- ✓ نسبت به وفاداری اطرافیان شک دارند.
- ✓ عدم اعتماد به دیگران و ترس از بیان مشکلات.
- ✓ این افراد فاقد صمیمیت هستند و برای قدرت و مقام اهمیت خاصی قائل اند و از افراد ضعیف متنفرند
- ✓ شک بی دلیل به وفاداری همسر یا دوستان
- ✓ در موقعیتهای اجتماعی ظاهری مرتب و وظیفه شناس دارند.
- ✓ همواره ناراحت و از همه شاکی اند.
- ✓ افرادی کینه ای که بدی ها را فراموش نمیکنند.
- ✓ سریع پرخاشگر می شوند.
- ✓ همواره حساس و زود رنج هستند.

\*\*\* برای افتراق این اختلال با سایر بیماریها بروز این اختلال نباید به همراه اسکیزوفرن یا در اثر مصرف مواد یا دارو باشد.

ویژگی اساسی این افراد تمایل شدید و بی مورد برای تعبیر نمودن اعمال دیگران، بعنوان عمل تحقیرآمیز و تهدید کننده عمومی می باشد.

\*\*\* این افراد غالباً توسط مکانیسم دفاعی برون فکنی (Projection) افکار خود را به دیگران نسبت می دهند و در آنها عقاید انتساب و ایلوژن (هدیان) درکی شایع میباشد.

\*\*\* مهمترین علت بروز این اختلال سوء رفتارها و عدم مراقبت مناسب در زمان کودکی است.

\*\*\* این اختلال را می توان از اختلال هذیان پارانوئید تفکیک نمود. در اختلال هذیان پارانوئید تخریب عملکرد شغلی و اجتماعی وجود دارد. در حالی که اختلال شخصیت پارانوئید وجود ندارد و گاهی فرد از عملکرد شغلی مطلوبی برخوردار میباشد.

#### درمان

روان درمانی حمایتی درمان انتخابی است. در برخورد با این بیماران باید صادق محکم، باثبات و جدی باشیم و از بیمار حمایت کنیم و نکات مثبت وی را کشف و تقویت نماییم.

\*\*\* این گونه بیماران برای گروه درمانی کاندید خوبی نمی باشند (زیرا این روش را به خاطر بروز عواطف و رویارویی تحمل نمی کنند) چون شک دارند و خیال می کنند مورد تمسخر قرار می گیرند.

#### مداخلات پرستاری

- ✓ در برخورد با این بیماران مواظب رفتار خود باشد. زیرا این بیماران ممکن است حتی یک لبخند معمولی درمانگر را به عنوان تمسخر تلقی کنند
- ✓ داشتن صداقت و رک بودی، مانع از تفسیر و درک غلط بیمار از حرف ها و کارهای پرستار می شود
- ✓ پرستار با دادن قول های قابل اجرا و اطمینان واقعی، حس اعتماد بیمار را کشف می کند
- ✓ بیماران پارانوئیدی از نظر عاطفی دارای محدودیت هستند و اغلب برای دیگران فردی فاقد هیجان و عدم حس بذله گویی در آنها به نظر می رسد و اکثر آنها افرادی جدی و رسمی هستند که به این حالت خود افتخار می کنند.
- ✓ این افراد علاقمند و مهارت خاصی در بحث و مناظره دارند به صورتی که مشهورترین و کلا را خلع سلاح می کنند
- ✓ در ظاهر این افراد مرتب و کارا میباشند ولی در دیگران ترس و تعارض ایجاد می کنند.

#### اختلال شخصیت اسکیزوئید

در این افراد زندگی به صورت فردی و بدون علاقه و انگیزه به همراه کناره گیری از روابط اجتماعی و درون گرایی به همراه عاطفه کند یا محدود میباشد که از نظر دیگران افرادی منزوی، تنها و به دور از اجتماع تلقی میشوند. که نه تنها از حضور در جمع لذت نمیبرند بلکه همواره در رنج هستند. شیوع این اختلال در افراد با خانواده های اسکیزوفرن زیاد می باشد و در جنس مذکر بیشتر دیده می شود در سابقه این بیماران وراثت نقش بسزایی دارد و اکثراً در روابط آنها اختلالات و اشفتگی های زودرس اجتماعی و خانوادگی دیده می شود.

این اختلال را باید از شخصیت اسکیزوتایپ و بیماران اسکیزوفرنیک افتراق داد. زیرا در این بیماران برخلاف اسکیزوفرن توهم و هذیان وجود ندارد و گاهی عملکرد اجتماعی مطلوبی وجود دارد و ممکن است این افراد در کارهای انفرادی موفق باشند.

\*\*\* در سال در افراد وسواسی و دوری گزین، محدودیت های عاطفی دیده میشود که تنها یک حادثه و محسوب می شود. زیرا این افراد علاقه شدیدی به برقراری روابط اجتماعی دارند که به علت ترس از طرشدن و مسخره شدن از رابطه دوستانه با دیگران اجتناب می کنند. ولی افراد اسکیزوئید واقعا میل و علاقه ای به برقراری روابط با دیگران ندارند و غالباً میل زیاد به اشیاء و محیط دارند و برخلاف سایر بیماران غالباً در تفکر اوتیستیک (در خود فرورفته) می باشند.

\*\*\* شروع این اختلال از سن پایین و کودکی می باشد. که شاید با گذشت زمان بهبود یابند. غالباً این افراد از نظر جنسی بیشتر خیال پردازند و فعالیت های جنسی واقعی در آنها مدتها به تعویق می افتد. این افراد نمی توند خشم خود را مستقیماً ابراز نمایند و انرژی خود را غالباً در زمینه های ریاضی و نجوم به کار می برند. ممکن است این بیماران مجذوب حیوانات، اشیاء بی جان و علاقمند به ستاره شناسی و ریاضیات شوند.

همواره درک این افراد بی نقص می باشد که به همراه حافظه طبیعی و قدرت تعبیر ضرب المثل می باشد. این بیماران ندرتا تماس چشمی برقرار می کنند و مصاحبه گر غالباً فکر می کند بیمار منتظر اختتام مصاحبه است و غالباً این افراد درون گرا و خیال پرداز هستند و در تصورات خود را به یک ستاره سینما یا قهرمان ورزشی تبدیل می کنند.

این اختلال در کسانی تشخیص داده می شود که عمری را منزوی و به دور از اجتماع گذرانده اند و غالباً در خانواده هایی بروز می کند که در آنها بیماری اسکیزوفرن و اختلال شخصیت اسکیزوتایپ دیده می شود ولی افرادی که بستگان اسکیزوئیدی دارند مستعد ابتلا به اسکیزوفرن نمی باشند. \*\*\* در گروه درمانی، در درمان این اختلال گاهی ممکن است بیمار تا یکسال سکوت کند و همکاری که ولی در نهایت در گیر گروه درمانی می شود. پس بر همین اساس در درمان این بیماران گروه درمانی کاربرد مؤثری دارد.

#### اختلال شخصیت اسکیزوتایپ

در اصطلاح به این افراد عجیب و غریب می گویند، زیرا آنها اختلالات رفتاری - عاطفی و ظاهری عجیب همراه با تفکرات و عقاید انتساب و سحرآمیزی که همراه با اختلالات حسی و مسخ واقعیت دنیای اطراف فردی دیده میشود.

غالباً در این افراد اختلال در چگونگی تفکر و برقراری ارتباط وجود دارد و مبتلایان به این اختلال ممکن است خرافاتی باشد و ادعای غیب گویی کنند و خود را صاحب قدرت و ویژگی های خاص بدانند

\*\*\* شیوع این بیماری در جنس مذکر بیشتر و در سابقه خانوادگی این افراد سابقه ابتلاء به اسکیزوفرن دیده می شود. به عبارتی ابتلا اعضای خانواده به اختلال اسکیزوفرن فرد را مستعد این اختلال می کند

- \*\* اضطراب این افراد در میان جمع دیده می شود. طوری که با آشنا شدن با محیط هم کاهش نمی باید غالباً این اختلال با ترس و بد گمانی همراه است و نه سوءظن، لذا در این اختلال برخلاف پارانوئیدها فرد به کسی شک ندارد.
- ابتلا به این بیماری با پیش آگهی خوبی همراه نیست و ممکن است فرد را مستعد ابتلا به اسکیزوفرن کند. غالباً این بیماران شخصیت اسکیزوتایپ خود را در سراسر عمر حفظ می کنند و به زندگی روزمره خود، مانند (کار و اردواج) ادامه می دهند.
- در درمان این بیماران روان درمانی حمایتی و گروهی به همراه محیط درمانی به کمک مصرف داروهای آنتی سایکوتیک مناسب می باشد.
- این بیماران به علت حساس بودن نسبت به دیگران و اضطراب و ترس در وجودشان از برقراری ارتباط درست و مناسب با دیگران اجتناب می کنند که پرستار با بررسی دقیق و گرفتن شرح حال از بیمار به نیازهای غذایی و بهداشتی فرد پی میبرد.
- پرستار با دقت و احتیاط تفکرات عجیب و غریب بیماران را شناسایی می کند. زیرا باید خیلی سریع در مورد افکار و رفتار بیمار قضاوت کند یا کارهای وی را به تمسخر بگیرد. درمانگر باید بیمار را تشویق به شرکت در کارهای اجتماعی کند و درگیر کردن بیمار در مسائل و کارهای زندگی با هدف تقویت و حمایت استقلال فردی میکند.
- این بیماران اختلال در سه بعد تفکر، ادراک و ارتباط دارند و غالباً اختلال در تفکر و رابطه کلامی فرد مختل است
- خطاهای حسی، تفکر سحر آمیز یا مسخ شخصیت در بیماران اسکیزوتایپ مشاهده می شود.

#### افراد نمایشی، احساساتی و دمدمی مزاج

#### ✚ اختلال شخصیت ضداجتماعی (Antisocial)

- ویژگی بارز این اختلال عدم توانایی فرد در تطابق با موازین اجتماعی جامعه و عدم رفتار انطباقی با جمعه و بی توجهی به حقوق دیگران می باشد که این اختلال معادل جنایتکاری نمی باشد و غالباً در سنین رشد جوانی و نوجوانی دیده می شود. خصوصیت عمده این اختلال اعمال ضداجتماعی و جنایتکارانه مداوم نه به این مفهوم که شخص جنایتکار باشد، بلکه فرد قابلیت انطباق با موازین معمول جامعه را ندارد. در بررسی و شرح حال این افراد ظاهری مطلوب و فریبنده دیده می شود، ولی با بررسی سوانق آنها اختلال در زمینه ها و عملکردهای فردی در وی مشاهده می شود.

#### ■ علائم این اختلال

- ✓ سابقه فرار و ترک مدرسه، دزدی، نزاع، سوء مصرف مواد، عملکردهای خلاف موازین جامعه که با شروع در سن پایین، به همراه سوء رفتار با فرزندان و همسر، بی مبالاتی جنسی و حوادث رانندگی در زندگی فردی بیمار مشاهده می شود.
- ✓ این بیماران به رفتارشان بصیرت ندارند و غالباً بر اساس تمایلات آنی و احساس لذت کار می کنند و هیچ توجهی به پیامدکاری خود ندارند.
- ✓ این افراد در بازی دادن دیگران جهت کسب تفریح (پول، شهرت پاداش) مهارت خاصی دارند و گاهی اوقات در ظاهر افرادی معتمد و با شخصیت به نظر می آیند که تر باطن این افراد تحریک پذیر، خشمگین و پرتنش میباشند.
- این اختلال تحت عنوان سایکوپاتی هم شهرت دارد، شیوع این اختلال در مردان بیشتر و در سابقه اکثر این افراد اختلالات جسمانی شدن و الکلیسم دیده میشود و غالباً در طبقات پایین جامعه بیشتر مشاهده میشود. اثر نقش موثری در ابتلا به این اختلال دارد. این اختلال غالباً قبل ۱۵ سالگی آغاز می شود و شیوع آن در بین زندانی ها بالا می باشد.
- علل عضوی نظیر صدمات مغزی، آسیب سر و انسفالیت، فقدان یکی از والدین، سوء رفتار والدین یا خشم و مستبد بودن باعث این اختلالات میشود.
- \*\* برای تشخیص این اختلال باید توجه داشته باشیم که این اختلال همراه با سوء مصرف مواد یا داروه عقب ماندگی ذهنی و روان پریشی همراه نباشد یا منحصر در اثر عوامل فوق بوجود نیامده باشند.
- این افراد به علت فقدان حس همدلی، قادر به رفع مشکلات دیگران نمی باشند. این اختلال را باید از اختلال شخصیت مرزی و خود شیفته افتراق داد. زیرا در اختلال شخصیت مرزی، اقدام به خودکشی به همراه نفرت از خود و احساس دل بستگی و دودلی شایع می باشد. در این اختلال بیمار برای پذیرش توسط جمع حاضر به قبول قوانین است ولی در اختلال شخصیت ضداجتماعی فرد حاضر به قبول قوانین جامع نیست این افراد نسبت به دیگران پرخاشگر و کینه توز هستند.

#### ■ درمان

- غالباً به صورت بستری بلندمدت و درمان سوء مصرف مواد و اصلاح صفات و رفتار ضداجتماعی از طریق رفتار درمانی و یا آگاهی فرد از مجازات و عواقب اجتماعی قانون شکنی به درمان این اختلالات کمک می کند در این بیماران ایجاد موقعیتهای گروهی و بازخورد مثبت و منفی فردی در گروه سبب یادگیری رفتار در اجتماع میشود ولی اغلب این بیماران به علت نپذیرفتن قانون و مقررات نمی توانند گروه درمانی را خوب تحمل کنند

#### ■ اقدامات پرستاری

- ✓ در برابر سرکشی بیمار رفتاری محکم و استوار نشان دهید (مهم)
- ✓ نشان دهید که وی را قبول دارید ولی رفتار او را قبول ندارید.
- ✓ تعیین حدود و حریم و محدودیتهای رفتاری برای بیمار الزامی میباشد.
- ✓ داشتن صداقت و قول های قابل اجرا و اطمینان واقعی ضرورت دارد.

- ✓ پذیرش بیمار و ایجاد حس اطمینان در وی صورت گیرد
  - ✓ هرگز هنگام عصبانیت این بیماران را محدود نکنید بلکه بگذارید تا احساسات خود را بیان کند.
  - ✓ گروه درمانی، از نوع گروه خودیاری به همراه اقتصاد پته ای یا ژتونی در درمان این گونه اختلالات مفید است.
- \*\*\* هدف از محیط درمانی در این اختلال، سرمشق قرار دادن و یادگیری و هماهنگی رفتار با دیگران است و مشاهده انعکاس و باز خورد در رفتار نامناسب خود در سایر اعضا گروه میباشد.

#### ✚ اختلال شخصیت مرزی (Borderline)

این اختلال بین پسکوز و نوروز قرار دارد که همراه با بی ثباتی فوق العاده عاطفی و خلق به همراه اختلالات رفتاری که در رابطه با شیء و با تجسم آنها مشخص می شود. این اختلالات تحت عناوین (اسکیزوفرن سرپایی، اسکیزوفرن شبه نورتیک، منش پسکوتیک و شخصیت بی ثبات و هیجانی) شهرت دارد.

#### ▪ علایم و تظاهرات بالینی

- ✓ بی ثباتی در زمینه های رفتار بین فردی،
  - ✓ اختلال خلق به همراه تصویر نادرست از خود
  - ✓ ناپایداری زیاد عاطفی، خلقی و رفتاری
  - ✓ این بیماران در ظاهر همواره در یک بحران قرار دارند و نوسانات خلقی در آنها مشهود می باشد.
  - ✓ این بیماران در لحظه ای اهل بحث و مجادله، در لحظه دیگر احساس افسردگی می کنند و در مواقعی هم فقدان هرگونه احساس در خود شکایت میکنند.
  - ✓ از بیماران از تنهایی بیزارند و همواره به دنبال یک همدم و همنشین حتی از نوع بد می باشند و
  - ✓ دچار هرج و مرج جنسی می شوند
  - ✓ این بیماران برخلاف شخصیت وابسته بی نهایت به ناکامی و طرد شدن از جانب دوستان حساس و پرخاشگر می شوند.
- شیوع این اختلال در جنس مونث خصوصاً نوجوانانی که مادران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارند بیشتر دیده می شود اغلب شیوع این اختلال با اختلال خلقی و اختلالات ناشی از مواد همراه میباشد.
- در سابقه خانوادگی این افراد صدمات و آسیب های عضوی در زمان کودکی به همراه سوء رفتار و آسیب های جسمی و جنسی خصوصاً در سن کودکی به همراه فقدان یا عدم وجود والدین دیده می شود به طور کلی تمامی این افراد در بحران به سر می برند و نوسانات خلقی در آنها زیاد است و این افراد رفتاری غیرقابل پیشبینی دارند و خودآزاری در آنها شایع می باشد
- که گاهی در این بیماران دوره های پسکوتیک کوتاه مدت تا اشکار دیده می شود که همواره این حالات محدود و گذرا است. این افراد غالباً از احساس تنهایی و پوچی ناله میکنند و اغلب اوقات اظهار می دارند که اکثراً غمگین هستند. و اینکه این بیماران اغلب افراد جامعه را به دو گروه بد و خوب تقسیم می کنند.

#### ▪ در رابطه با ابتلا به این بیماری سه نظریه وجود دارد

- ✓ نقص در رابطه کودک - والد که مادر قادر به ایجاد تعامل مناسب بین کودک با محیط نبود
  - ✓ اختلالات و آسیبهای روحی در مراحل رشد به خصوص ۱۸ ماهگی که ایگو فرد دچار مشکل می شود.
  - ✓ برآورده نشدن نیازهای دوران شیرخوارگی می باشد.
- مکانیسم دفاعی عمده مورد استفاده در این اختلال، جدا سازی و همانند سازی می باشد. جدا سازی به عنوان عدم توانایی پذیرش احساسات مثبت و منفی در یک زمان واحد محسوب می شود

#### ▪ تشخیص افتراقی

**اسکیزوفرن:** اختلال شخصیت مرزی برخلاف این اختلال دارای دوره های پسکوتیک طولانی مدت به همراه اختلال در عملکرد فردی نمیباشد. **اسیکزوتایپ:** در اختلال شخصیت مرزی رفتار عجیب و غریب، نامتعارف و غیر عادی وجود ندارد.

**پارانوئید:** برخلاف پارانوئید سوءظن و بی اعتمادی شدید وجود ندارد

**نمایشی:** در اختلال مرزی خودکشی و آسیب به خود زیادتر مشاهده میشود ولی در نمایشی هدف فقط جلب توجه است.

\*\*\* در اختلال شخصیت مرزی بی ثباتی فوق العاده عاطفه، خلقی و رفتار دیده می شود که گاهی تحت عمل اسکیزوفرن پنهان، ناقص یا نارس نامیده می شود. سیر و پیش آگهی این اختلال متغییر و در فاز افسردگی، روان پریشی یا اختلالات سوماتوفرم و سوء مصرف مواد به همراه احتمال آسیب به خود زیاد می باشد.

#### ▪ درمان

روان درمانی حمایتی به همراه تقویت و حمایت ایگو و به همراه داروهای آنتی سایکوتیک در دوز پایین با سایر داروهای روان پزشکی و در موارد لزوم بستری کردن بیمار مفید می باشد. یکی از درمان های کارآمد در این بیماران درمان اردوگاهی می باشد که در این روش درمانی رفتارهای

غیرطبیعی و جدل های این بیماران تحت کنترل قرار می گیرد و به آنها آموزش داده می شود که چگونه رفتارها و خواسته های خود را کنترل نمایند.

### اختلال شخصیت نمایشی (Hyslronic)

این اختلال در افراد هیجانی و تحریک پذیر به همراه رفتار پر زرق و برق و نمایشی مشخص می شود که در برابر این رفتار فرد از برقراری رابطه عمیق و مناسب ناتوان می باشد. به طور کلی این افراد علی رغم ظاهر فریبنده از برقراری یک ارتباط پایا و عمیق ناتوانند. زیرا همواره این افراد دوست دارند جلب توجه کنند و اگر توجهی به آنها نشود دچار ناراحتی و افسردگی می شوند.

\*\*\* مهمترین ویژگی این افراد بزرگ جلوه دادن و پر و بال دادن وقایع بیش از آنچه هست به همراه جلب توجه کردن می باشد. این بیماران، رفتارهای توجه طلبانه زیادی از خود نمایش می دهند که این رفتار در هر دو جنس شایع می باشد. در این افراد اغلب خیال پردازی جنسی با افرادی که با آنها رابطه دارند و یا اختلالات جنسی نظیر ناتوانی در ارگاسم در زنان و ناتوانی جنسی در مردان مشاهده می شود. در مجموع این اختلال در زن ها بیشتر تشخیص داده شده است.

\*\*\* در سابقه این افراد اختلالاتی نظیر عدم برقراری رابطه مناسب اولیه مطرح می باشد. که افراد برای حل این مشکلات از رفتار نمایشی استفاده می کنند. برای همین در برقراری یک رابطه نیاز به اطمینان بخشی زیاد داند که بر همین اساس غالباً رفتار صحیحی را در پیش می گیرند. در ضمن این افراد دارای هیجاناناطحی و ناپایدار به همراه تغییرات سریع از شخصی به شخص دیگر یا از موضوعی به موضوع دیگر می باشند. \*\*\* مکانیسم های دفاعی رایج در این اختلال سرکوب و تجزیه می باشد.

### تشخیص افتراقی

تشخیص افتراقی این اختلال از اختلال شخصیت مرزی مشکل است، ولی از آنجا که در اختلال شخصیت مرزی آشفتگی و سردرگمی هویت به همراه دوره های پسیکوز گذرا به حدی وجود دارد که منجر به خودکشی یا آسیب به خود و دیگران می شود و در این اختلال رفتار پسیکوتیک وجود ندارد یا شدید نیست و هدف فقط جلب توجه است به راحتی می توان آنها را از هم تفکیک نمود. در ضمن اختلال شبه جسمی، پسیکوز گذرا و اختلالات تجزیه ای پایدار را هم باید از اختلال شخصیت نمایشی تفکیک نمود.

\*\*\* رابطه قوی بین اختلال شخصیت نمایشی با اختلالات جسمی وجود دارد.

\*\*\* این اختلال با گذشت زمان به سمت بهبودی و کاهش علائم می رود.

### درمان

گاهها برای رفع برخی علائم از درمان دارویی استفاده می کنند، ولی روان درمانی تحلیل گرا و فردی به همراه گروه درمانی انتخابی روش های درمانی مناسب در بهبود این اختلالات است. هدف از این درمان ها آگاهی فرد از احساسات واقعی و تشویق بیمار به بیان احساسات درونی است. نکته مهم لازم به ذکر است در طبقه بندی جدید DSM-V اختلال شخصیت نمایشی حذف گردید دیگر چنین تشخیصی برای بیماران وجود ندارد.

### اختلال شخصیت خود شیفته (Narcisitic)

احساس عمیق و مهم بودن و بی نظیر بودن به همراه خود بزرگ پنداری می باشد. که از کلمه نارسیس که در فارسی به معنای همان نرگس می باشد گرفته شده است.

### تظاهرات بالینی این اختلال

- ✓ این افراد دوست دارند همه با آنها مدارا کنند
- ✓ افرادی انتقاد ناپذیر و غیرقابل انعطاف می باشند و گاهها در برابر انتقادات بی تفاوت اند و به آن توجهی ندارند
- ✓ همواره به دنبال کسب شهرت و جاه طلبی هستند
- ✓ همواره معتقدند، حق آنها بیش از این بود.
- ✓ غالباً دارای روابطی شکننده و انفجاری می باشند و اغلب احترام به نفس شکننده ای دارند که این افراد را مستعد افسردگی میکند.
- ✓ در سابقه این افراد ناتوانی در کسب همدلی با والدین خصوصاً مادر یا فقدان وی خصوصاً در سنین کودکی دیده می شود
- ✓ این اختلال باید از اختلال شخصیت مرزی، نمایشی و ضداجتماعی متمایز شود.
- ✓ جاه طلبی و کسب ثروت و شهرت دیده می شود که در آنها توان همدردی با دیگران دیده نمی شود و در صورت وجود هم با هدف مقاصد شخصی صورت می گیرد.

\*\*\* سیر این اختلال با افزایش سن به سمت مزمن شدن می رود، زیرا با افزایش سن تمایل فرد به زیبایی، قدرت و جلب توجه قرار گرفتن بیشتر میشود و از آنجایی که با افزایش سن و تغییرات فیزیکی - جسمی در میان سالی این افراد حساس و آسیب پذیر می شوند.

اغلب این بیماران مستعد اختلالات خلقی، پسیکوز گذرا، اختلالات شبه جسمی و سوء مصرف مواد میشوند

\*\*\* میزان صمیمیت و حس همدلی در اختلال شخصیت نمایشی بیشتر از خود شیفته است. زیرا در اختلال شخصیت نمایشی فرد قصد جلب توجه دارد. ولی در اختلال شخصیت خود شیفته فرد خود را برتر از دیگران می داند.

\*\*\* فقدان همدردی یکی از ویژگیهای اختلال شخصیت خود شیفته می باشد.

## درمان

این بیماران به سختی به روش درمانی پاسخ می دهند، زیرا باید دست از رفتار خود بردارند. که در موارد افسردگی و نوسانات خلق از دارو استفاده می شود.

در شروع درمان در بیمارانی که رفتار بزرگ منشانه و اغواگرانه دارند باید حد و حدود بیمار را معلوم کرد.

## افراد مضطرب و هراسان

### اختلال شخصیت وسواس - جبری

همراه با ویژگی های سرسختی، نظم و ترتیب به همراه محدودیت های هیجانی مشخص می شوند. ویژگی این اختلال کمال طلبی و انعطاف ناپذیری می باشد. ولی ویژگی بالینی این بیماران اشتغال ذهنی مکرر به مقررات به همراه نظم و نظافت توأم با روابط سرد و جدی بدون حس درک و شوخی می باشد که این افراد اصرار فراوان به رعایت قوانین و اثبات عقاید خود دارند.

انها میل شدید به کارهای مشکل و طولانی دارند و غالباً روابط فردی محدودی دارند که در برخی موارد به طور کل از برقراری رابطه بادیگران و اطرافیان اجتناب می ورزند. زیرا این بیماران همواره در تلاش هستند عقاید خود را به دیگران تحمیل کنند و آنها را تسلیم خود نمایند ولی در برابر قدرت قوی تر به راحتی تسلیم میشوند.

این افراد در انجام کارها و تصمیم گیری های زندگی بیش از حد صبورند و فکر می کنند. شاید در زندگی اجتماعی و خانوادگی این افراد کارایی و عملکرد مطلوبی وجود داشته باشد ولی روابط اجتماعی آنها با اطرافیان و دوستان دچار اختلال می شود و همواره دوستان محدودی دارند. شیوع این اختلال در مردان بیشتر مشاهده می شود و در بررسی ابتلا این بیماران ارث نقش زیادی دارد خصوصاً در فرزندان اول خانواده بیشتر مشاهده می شود. اکثر این بیماران دچار اختلالاتی در دوران کودکی به همراه سابقه تربیتی والدین به صورت نظم و انضباط شدید می باشند. **\*\*** به عقیده فروید این بیماران در مرحله مقعدی (۱-۳) سال دچار اختلال شده اند

**\*\*** این بیماری باید از اختلال وسواس جبری تفکیک شود، زیرا برخلاف وسواس جبری که در آن فکر و عمل وسواس وجود دارد، در اختلال شخصیت وسواسی این اختلالات دیده نمی شود و بر خلاف اختلال وسواس جبری این بیماران به اختلالات خود آگاهی و بصیرت دارند و همواره به دنبال درمان هستند. این بیماران در صورت مزمن شدن اختلال، مستعد ابتلا به افسردگی و اختلالات شبه جسمی می شوند **\*\*** در این اختلال تردیدهای دایمی، عدم انعطاف پذیری رفتار به همراه محدودیت های عاطفی مشاهده می شود

## درمان

در درمان این اختلالات با توجه به ایگو بیماران روان درمانی حمایتی یا بینشگرا مفید است و در صورت لزوم از دارو هم استفاده مؤثر می باشد بسیاری از پرستاران، حسابداران، تحویل داران بانک. خلبانان، به دلیل تلاش و توجه بیشتر مستمر و برای جلوگیری از بروز اشتباه در حین کار دچار صفات وسواسی می شوند. و فرد در این اختلال برخلاف سایر اختلالات شخصیت به بیماری خود کاملاً آگاه بوده و به دنبال درمان است.

### اختلال شخصیت دوری گزین

برخلاف نام این اختلال، افراد مبتلانه خجالتی هستند و نه غیر اجتماعی و میل زیادی به داشتن دوست و همنشین دارند، ولی در این راه نیازمند یک تضمین قوی و محکم مبتنی بر رابطه پایدار و بدون انتقاد هست دلیل اصلی انزوا این افراد حساس بودن و ترس شدید از طرد شدن از جانب اطرافیان می باشد که بر همین اساس افراد از برقراری یک رابطه اجتماعی اجتناب می ورزند.

## تظاهرات بالینی

- ✓ مهمترین ویژگی بالینی این افراد حساسیت زیاد نسبت به طرد شدن از جانب دیگران میباشد.
- ✓ مهمترین ویژگی شخصیتی این افراد اضطراب بیمار حین مصاحبه می باشد.
- ✓ مبتلایان به این اختلال اغلب، شغل های بی دردسری و حاشیه ای را انتخاب می کند
- ✓ در روابط با دیگران خیلی متواضع اند و همواره زیر دست می روند و در برابر خواسته های اطرافیان تسلیم می شوند. زیرا نگرانند که مبادا از جانب آنها طرد شوند.

✓ دارای شخصیتی خجول و ترسو بوده ولی غیر اجتماعی نیستند و شدیداً علاقمند به همنشین هستند

**\*\*** این اختلال در افراد با سابقه مردم گریزی در سنین کودکی یا نوجوانی به همراه بیماری های جسمی باعث تغییرات در شکل ظاهری شده زیاد دیده می شود. غالباً این بیماران در کودکی، مورد سرزنش و تحقیر از جانب اعضای خانواده و اطرافیان در حضور جمع قرار گرفته اند و به نوعی یک سرخورده در آنها به بوجود آمده است.

**\*\*** مهمترین وجه افتراق این بیماران با اختلال شخصیت اسکیزوئید می باشد. زیرا این افراد خواهان و علاقمند به برقراری روابط اجتماعی هستند ولی اسکیزوئیدها تنهایی را بیشتر دوست دارند.

**\*\*** این بیماران همانند اختلال شخصیت مرزی یا نمایشی تحریک پذیر پر توقع نیستند. اختلال شخصیت دوری گزین شباهت زیادی با شخصیت وابسته دارد و افتراق آن پیش از اندازه مشکل است.

**\*\*** این اختلال سیر و پیش گهی متغیری دارد و در صورت مزمن شدن به سمت افسردگی و اختلالات شبه جسمی می رود.



## ✚ اختلال شخصیت وابسته

این افراد ناتوان از رفع احتیاجات خود افراد هستند و همواره در انجام کارهای خود متکی به دیگران می باشند و همواره انتظار دارند که دیگران به جای آنها مسئولیتهای مهم زندگی را بر عهده بگیرند. در تنهایی احساس ناراحتی شدید می کنند و غالباً از قبول مسئولیت و نقش روی گردان هستند و در صورت قبول آن دچار اضطراب و ترس می شوند.

▪ **تظاهرات بالینی**

- ✓ سوء ظن، بی اعتمادی،
  - ✓ دورن گرایی، ترس از ابراز هیجانات
  - ✓ احساسات پرخاشگرانه و جنسی
  - ✓ عدم پشتکار و علاقه در انجام کار برای خود می باشد، ولی در انجام کار برای دیگران احساس راحتی و آرامش زیادی می کنند.
  - ✓ این بیماران اعتماد به نفس شکننده ای دارند
- \*\*\* شیوع این اختلال در جنس مونث بیشتر میباشد و غالباً در فرزندان کوچک خانواده رایج تر میباشد و در سابقه این افراد بیماریها و اختلالات جسمی دوران کودکی و اختلال اضطراب جدایی در سن شیرخوارگی دیده می شود. اغلب در سابقه کودکی این افراد فقدان یکی از والدین یا باز خورد نامناسب از سوی والدین مشاهده می شود.
- \*\*\* وابستگی، یکی از ویژگیهای بارز شخصیت های نمایشی و مرزی میباشد که در این اختلالات بازی گرفتن دیگران مشاهده می شود، ولی در اختلال شخصیت وابسته مطیع بودن دیده می شود.
- \*\*\* در اختلال شخصیت وابسته و ضد اجتماعی، اختلالات تبدیلی زیاد مشاهده می شود. نکته:
- \*\*\* نکته مهم لازم به ذکر است در طبقه بندی جدید DSM-V اختلال شخصیت وابسته حذف گردید. دیگر جلین تشخیصی برای بیماران وجود ندارد.

✚ **اختلال شخصیت منفعل - مهاجم**

این افراد در کارها اشکال می تراشند و برای این اختلالات دلیل تراشی می کنند و پرخاشگری خود را پنهان می کنند، ولی آن را به صورت انفعالی بروز میدهند. مهمترین ویژگی این افراد مقاومت در برابر درخواست های دیگران و دلیل تراشی برای کارهای خود است. که اغلب خشم فرد به سمت خودش می باشد. و غالباً این رفتارها بر اساس الگوهای یادگیری از سوی والدین شکل گرفته می شود.

\*\*\* سیر و پیش آگهی این اختلال فرد را به سمت افسردگی و سوء مصرف مواد به خصوص الکل می برد.

به طور کلی در این اختلال کارشکنی پنهانی، سرسختی و بی کفایتی به شکل کارشکنی پنهانی، تعلل ورزیدن درمان لجاجت و خونسردی وعدم کارایی مشاهده می شود. این اختلال تحت عنوان شخصیت منفی گرا هم معروفند.

✚ **اختلال شخصیت بی کفایت**

شکست در عواطف و وضع اقتصادی شغلی وعدم سازش اجتماعی وفقدان توانایی درسازش و انطباق با مسائل به همراه ضعف در قضاوت و بی قدرتی از ویژگیهای این اختلال میباشد.

✚ **اختلال شخصیت افسرده**

این افراد بدبین، ناتوان از احساس لذت، وظیفه شناس، فاقد اعتماد به نفس و به صورت مزمن غمگین و خود ملامتگر هستند. که غالباً احساس بی کفایتی، پوچی و ناامیدی می کنند و در کارها دقیق، کمال طلب و با وجدان به همراه اشتغال فکری زیاد در کارها را دارند. این افراد بدبین، فاقد حس لذت طلبی شکاک و به طور مزمن غمگین، عدم لذت از زندگی، ناامید، دلنگ و اعتماد به نفس پایین و ظاهری افسرده با صدای گرفته به همراه کندی روانی - حرکتی میباشند. که در صورت ادامه سیر بیماری به سمت کج خلقی و افسردگی اساسی می روند.

✚ **گروه های جدید اختلال شخصیت**

- اختلال شخصیت خود شکن (Self defeating) بیمار زندگی خود را به سوی پیامدهای ناگوار هدایت می کند و نتایج خوب و کمک را رد می کند و نسبت به نتایج خوب پاسخ توأم با ملال نشان می دهد.
- مازوخسیم (آزارطلبی): اوج لذت جنسی از طریق ایجاد درد در خویشتن می باشد.
- سادیسیم (دگرآزاری): لذت جویی با ایجاد درد در دیگران از طریق بد رفتاری های جنسی و جسمی یا روانی می باشد.

✚ **نکات طلایی**

- در اختلال شخصیت مرزی اضطراب و آشفتگی زیاد است و فرد مستعد خود کشی میباشد.
- علامت اصلی اختلال شخصیت دوری گزین، حساسیت نسبت به طرد شدن و ویژگی عمده این افراد ترسو بودن می باشد.
- عدم سازگاری سوپر ایگو با دنیای خارج باعث بروز اختلال شخصیت ضداجتماعی می شود.

- اختلال شخصیت وابسته، وابسته به دیگران و از سایرین توقع دارد مسئولیت های مهم زندگی را قبول کنند و اکثر اعتماد به نفس ندارند و از تنهایی بیم دارند.
- اختلال شخصیت افسرده: افرادی بدبین، فاقد توانایی لذت، وابسته به کار، عدم اعتماد به نفس و غمگین طوری که افسردگی تمام جوانب زندگی را در بر می گیرد.
- دزدی، رفتار تخریبی، اعتیاد، انحرافات جنسی، آتش افروزی از علایم اختلال شخصیت می باشد.
- ویژگی تشخیصی اسکیزوتایپ، جدایی طولانی مدت از اجتماع می باشد.
- افراد مبتلا به اسکیزوتایپ، مستعد ابتلا به اسکیزوفرنی می باشند.
- اختلال شخصیت: این افراد الگوی غیرقابل انعطافی از خود دارند که سبب ناراحتی خود و دیگران می شود. غالباً فرد آگاهی و بصیرت به بیماری خود ندارد و در اکثر مواقع مستعد افسردگی و پانیک است
- بیماران با اختلال شخصیت، در تماس با واقعیت هستند ولی در تطابق با فشارهای روانی دچار مشکل هستند.
- اختلال شخصیت غالباً در اوایل جوانی شناسایی می شود. در اختلال شخصیت، محیط درمانی باید به گونه ای باشد که نشانگر قبول خود بیمار باشد، نه رفتار نادرست وی .
- در اختلال شخصیت مرزی از مکانیسم برون فکنی زیاد استفاده شود.
- درمان اختلال شخصیت در سالمندان، شناخت درمانی می باشد. مهمترین ویژگی اختلال شخصیت دوری گزین، ترسو بودن است.
- هدف خانواده درمانی در اختلال شخصیت، تغییر شخصیت نیست بلکه تسکین علایم و ایجاد حس استقلال در بیمار می باشد.
- اختلال شخصیت پارانوئید در مهاجرین، اقلیتها، ناشنوایان بیشتر دیده می شود
- ویژگی اختلال شخصیت پرخاشگر، کارشکنی پنهانی، مسامحه کاری، کله شقی، بی کفایت عبوس لجبازی.
- عدم مسئولیت پذیری، غیرقابل اعتماد بودن، ظاهر سازی، ضعف قضاوت و لابیالی بودن، ویژگی اختلال شخصیت ضداجتماعی می باشد
- اسکیزوفرن بسیار همان اختلال شخصیت مرزی است.
- مکانیسم دفاعی خیال پردازی در اسکیزوتایپ، انکار در خودشیفته و جدایی گزینی در وسواس دیده می شود
- اختلال تبدیلی در شخصیت های وابسته و ضداجتماعی بیشتر مشاهده می شود شخصیت هیستریک، وابسته، نارس و خود بین است.
- Manieulation (بازی گرفتن دیگران)، در شخصیت ضد اجتماعی دیده می شود ولی در این زمینه بیشترین مهارت مربوط به اختلال شخصیت مرزی می باشد.
- شایعترین اختلال روان پزشکی در بیماران مبتلا به صرع، اختلال شخصیت می باشد که در صرع لوب تمپورال شایعتر است.
- اختلال شخصیت در دو جنس به صورت برابر و اولین بار در اواخر نوجوانی یا اوایل جوانی رخ می دهد
- شایعترین مکانیسم دفاعی در ابتلا به اختلال شخصیت سرکوب میباشند.
- در سابقه ارثی این بیماران به طور غیراختصاصی اختلالات روان پزشکی دیده می شود.
- مشخصه مهم اختلالات شخصیت مادام العمر بودن آن و رفتاری تکراری و ناهنجار و اغلب ناکام کننده است که اغلب همراه با علایم جسمی و روانی و ناراحتی همراه نمیشد.
- کارگروه DSM -V ، بر اساس معیارهای مبتنی بر آسیب نوعی در کارکرد شخصیت و صفات شخصیتی بیمارگون، اختلالات شخصیتی - DSM IV، از ده اختلال به شش اختلال که شامل اختلال شخصیت ضداجتماعی، اجتنابی، مرزی، خودشیفته، وسواسی - اجباری و اسکیزوتایپی هستند کاهش داده است.
- اختلال شخصیت پارانوئید در مهاجرین و ناشنوایان زیاد مشاهده می شود.
- مهمترین ضعف بیمار پارانوئید، اشکال در زمینه اعتماد و صمیمیت است و بر همین اساسی باید با این بیماران صادق باشیم.
- نمونه ای از این اختلال را می توان در فیلم قرمز در شخصیت محمدرضا فروتن مشاهده نمود
- لازم به ذکر است در طبقه بندی جدید DSM -V اختلال شخصیت پارانوئید حذف گردید دیگر چنین تشخیصی برای بیماران وجود ندارد.
- وجه افتراق اختلال اسکیزوتایپ از پارانوئید در این می باشد که بیماران پارانوئیدی روابط اجتماعی بیشتری دارند، ولی در روابط آنها پرخاشگری و انتساب افکار و احساسات خود به دیگران مشاهده می شود
- وجه افتراق عمده اختلال اسکیزوتایپ از اسکیزوتایپ در نبودن تفکرات غلط و درک نادرست گلمان و رفتارهای عجیب و غریب می باشد.
- اختلال شخصیت اسکیزوتایپ را به علت وجود رفتار عجیب و غریب از اختلال شخصیت دوری گزین و اسکیزوتایپ متمایز می کنند و به علت فقدان علایم پسیکوز از اسکیزوفرن متمایز می کنند.
- بیماران اسکیزوتایپی هیچگاه در صحبت پیش قدم نمی شوند.
- مهمترین مشخصه اختلالات اسکیزوتایپ عجیب و غریب بودن رفتار و ظاهر فرد می باشد
- شخصیت های اسکیزوتایپ براساس غرابت تفکر، رفتار و ظاهر مشخص می شوند
- اختلال شخصیت ضداجتماعی قدیمیترین و اولین اختلال شخصیت شناخته شده میباشد که مهمترین ویژگی آن انجام کار برحسب لذت میباشد

- اختلالات بیش فعالی با کمبود توجه و اختلال سلوک (Conduct Disorder) زمینه را برای ابتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی مستعد میکند.
- اکثر مجرمان مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی اند ولی این حالت معادل جنایکاری نیست. و سوء مصرف الکل در این نوع اختلال شخصیت زیاد دیده میشود.
- اختلال شخصیت ضد اجتماعی سیر و پیش آگهی متغیری دارد که با افزایش سن به مرور به طور قابل ملاحظه ای بهبود می باشد که گاهی به صورت رفتار مثبت نسبت به جامعه تغییر موضع میدهد. معمولاً قبل ۱۵ سالگی شروع میشود، ولی تشخیص تا قبل از ۱۸ سالگی مطرح نمیشود.
- استثناء قائل نشدن در انجام برنامه ریزی های حین بستری یکی از مهمترین مداخلات پرستاری از بیمار مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی محسوب میگردد. از آنجایی که این بیماران بصیرتی بر نادرست بودن اعمال خود ندارند. کلیه روشهای درمانی در آنها با استقامت و پایداری پرستار و تشویق به مسئولیت پذیری بیمار قابل اجرا می باشد.
- بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مستعد ابتلا به افسردگی است..
- افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بی نهایت در بازی دادن دیگران مهارت دارند.
- در شخصیت نمایشی رفتار اغواگرانه و خیال پردازی جنسی در این بیماران شایع می باشد که بیشتر به صورت عشوه گری است تا پرخاشگری و عمل جنسی که رفتار اغواگرانه جنسی در هر دو جنس شایع است، ولی بیشتر به صورت خیال پردازی جنسی، عشوه گری و لاس زدن می باشد تا پرخاشگری جنسی و در واقع اکثر بیماران دچار تکانه های جنسی می باشند.
- اختلال شخصیت دوری گزین در ICD جزء اختلالات اضطرابی تقسیم شده است. وجود اضطراب در ان بیش از سایر انواع اختلال شخصیت ها دیده می شود
- اختلال شخصیت وابسته شایع ترین اختلال شخصیتی است که افراد به مراکز بهداشت روان مراجعه می کنند.
- بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواس - جبری، وابسته و دوری گزین، اغلب از ترس و اضطراب فراوان رنج می برند و بر همین اساس نیازمند حمایت بیشتری می باشند.

### علامت شناسی

این بخش را با ذکر چندین تعریف شروع میکنیم:

- علائم (Symptoms): یافته های عینی و قابل مشاهده توسط کادر درمانی می باشد (عواطف، حرکت، کلام)
  - نشانه ها (Signs): همان تجارب ذهنی توصیف شده از جانب بیمار است (خلق افسرده، کاهش نیرو و درد)
  - سندرم (Syndrome): گروهی از علائم و نشانه ها که به حالت شناخته شده ظاهر می شوند که ممکن است، نسبت به یک بیماری یا اختلال جنبه اختصاصی تری داشته باشند.
- \*\* از آنجایی که ریشه اکثر علائم و نشانه های روانی در رفتار بیمار نهفته است و رفتار تحت تأثیر تفکر، ادراک، هوشیاری، هیجان، حافظه و حرکات قرار دارد، از همین جهت در این فصل به مطالعه این مفاهیم می پردازیم.
- لازم به ذکر است زمانی علائم و نشانه ها از نظر روان پزشکی به عنوان بیماری اهمیت پیدا می کنند که:

۱. برای مدت طولانی باقی بماند.
۲. شدت آنها بسیار زیاد باشد.
۳. عملکرد فرد را مختل نماید.

### تفکر

تفکر نرمال جریان معطوف به هدف به همراه عقاید، رمزها و تداعی ها که در مواجهه با یک مسأله آغاز شده و به نتیجه ای متکی به واقعیت می رسد. به عبارتی، همان رهبری و توجیه فعالیت های ذهن نسبت به حل یک مسأله خاص یا مشکل معینی میباشد.

\*\* به فرآیندهای هدفمند که در مواجهه با یک مسأله آغاز و به نتیجه ای متکی به واقعیت می رسد تفکر استدلال می گویند که همان قدرت تجزیه و تحلیل مسائل می باشد.

### تفکر انتزاعی (Abstract)

از جزء به کل رسیدن، به همراه قدرت تداعی معانی که اغلب در یک فرد بالغ و سالم تفکر از نوع انتزاعی است. یعنی نوعی تفکر که در آن شخص قادر است به طور ارادی مسیر افکارش را از یک موضوع یا یک موقعیت به سمت دیگر تغییر دهد. یا به عبارتی به راحتی میتواند صورت ضرب المثل ها با مسائل را درک کند و مسائل را تجزیه تحلیل نماید.

\*\* قدرت تفسیر ضرب المثل یکی از خصوصیات تفکر انتزاعی است. در صورت تفسیر درست ضرب المثل با توجه به دانش و فرهنگ بیمار تفکر انتزاعی و در غیر این صورت غیرانتزاعی می باشد.

### تفکر ذاتی یا واقعی (Concrete)

شخص فاقد قدرت تعمیم و به اصطلاح خواندن اولین خط ها می باشد. توسط تفاوت ها و شباهت ها می توان می به تفکر ذاتی برد. اختلال در تفکر از گفتار، رفتار و نوشته های بیمار معلوم می شود که در بیماران روانی ممکن است به صورت اختلال در فرم فرآیند یا جریان و محتوی تفکر بروز کند.

### اختلال در تفکر

اختلال در تفکر به دو بخش اصلی تقسیم می شود:

- ✓ الف) اختلال در فرم تفکر
- ✓ ب) اختلال در محتوی فکر

### الف) اختلال در فرم و جریان فکر

شامل موارد زیر است:

۱- پرورش افکار	۲- کندی تفکر	۳- حاشیه پردازی	۴- تفکر مماسی
۵- تکرار یا درجا زدن	۶- رفتار کلیشه ای	۷- تفکر بی ربط	۸- سالاد کلمات
۹- تداعی صوت	۱۰- پژواک کلام	۱۱- انسداد	۱۲- واژه سازی
۱۳- تفکر کاذب	۱۴- تفکر اوتیستیک	۱۵- فشار تکلم	۱۶- حرافی
۱۷- سست شدن تداعی	۱۸- تفکر پارا لوژیک	۱۹- تفکر با رنگ فلسفی	۲۰- تفکر سحرآمیز

### ۱- پرش افکار (Flight of ideas)

کلام و افکار بیمار به سرعت از موضوعی به موضوع دیگر منتقل می شود. قبل از آن که رشته افکار فرد تکمیل شود، که در شکل های خفیف ممکن است شنونده آن را درک کند.

\*\*\* این علامت در بیماران مانیک شایع است.

مثال: بیمار: من دیشب سر میز شام در زمین فوتبال بازی کردم و صبح حین درس خواندن رفتم استخر مدرسه و با بچه ها فوتبال بازی کردم.

### ۲- کندی تفکر (Retard thinking)

با اندک بودن تداعی ها و جریان اهسته فکر مشخص می شود.

مثال: بیمار می گوید ساعت ها چیزی به مغزم نمی آید

### ۳- حاشیه پردازی (Circumstantiality)

شرح و بسط جزئیات نامربوط و غیر ضروری که باعث دور افتادن از موضوع اصلی می شود. ولی در نهایت فرد به هدف مورد نظر می رسد و در انتها جواب مصاحبه کننده را می دهد. در اینجا فرد قادر به تشخیص مطالب اساسی و ضروری از مطالب غیراساسی و غیرضروری نمی باشد. حاشیه پردازی بیمار گونه برای مصاحبه کننده وقت گیر و گاهی مشکل ساز می باشد.

\*\*\* گاهی مشکل است که شخص بفهمد منظور بیمار از حرف های پر آب و تابش چیست که به آن حاشیه پردازی لابیرنتی (Labeyrinthine) میگویند

### ۴- تفکر مماسی (Tangentiality)

ناتوانی در ایجاد تداعی هدف دار و تفکر می باشد. بیمار صحبت را شروع می کند. ولی به هدف نمی رسد و در نهایت جواب مصاحبه کننده را نمیدهد. \*\*\* در بیماران اسکیزوفرن شایع است. این اختلال شبیه حاشیه پردازی است در حاشیه پردازی در نهایت فرد جواب مصاحبه کننده را می داد. ولی در تفکر مماسی فرد جواب مصاحبه کننده را نمی دهد

### ۵- تکرار یا درجا زن (Perservation)

تکرار مصرانه یک فکر و کلام ساده در پاسخ به انواع سوالات، یا به کار بردن واکنش نسبت به محرکات قبلی در مقابل محرکات تازه. \*\*\* در بیماران کاتاتونیک زیاد دیده می شود.

مثال: از بیمار سؤال می شود سمت چیست؟ می گوید علی، بعد سؤال می شود اهل کجایی؟ می گوید علی، می پرسید اهل کجاست؟ باز هم می گوید علی و در جواب سوالات دیگر هم همان پاسخ اول را تکرار می کند

### ۶- رفتار کلامی کلیشه ای (Verbigeration)

یک یا چند جمله از کلمات منقطع به طور مداوم تکرار شود. مثال: مدام تکرر می کند چایی بریز، چایی بریز، چایی بریز....

### ۷- تفکر بی ربط (Incoherence)

گسستگی، بی ربطی، اشفنگی در کلمات و نامفهوم بودن آنها می باشد. در این اختلال کلام بیمار مجزا بی ارتباط می باشد که انتخاب آن هم به صورت اتفاقی است. که از قضا یکی از علایم اسکیزوفرن نیز محسوب می شود. در تفکر بی ربط کلمات به صورت اتفاقی بیان می شوند تا به صورت ارادی. مثال: بیمار می گوید از آنجایی بازی فوبال جذاب بود نمک غذا زیاد شد و در نتیجه هوا باران بارید.

#### ۸- سالاد کلمات (Wordsalad)

مجموعه ای از کلمات و عبارات نامفهوم که فاقد رابطه ی منطقی و مفهوم می باشند. یا یک سلسله کلمات بهم ریخته که هیچ گونه تداعی با هم ندارند که در اسکیزوفرن مشاهده می شود.

فرق این حالت با تفکر بی ربط در این است که سالاد کلمات در حالت هوشیاری رخ می دهد. ولی تفکر بی ربط در ابر آلودگی هوشیاری یا زمانی که بیمار در فاز حاد می باشد یا بیماری عود می کند دیده می شود.

مثال: بیمار در جواب سوال پرستار که اسمت چیست؟ می گوید نامم سرد، توپ، آسمان، تخت، و یاد جواب سوال حالتان چه طور است؟ می گوید حال شما چطور است سواد مواد داری یا بی سواد؟! پیرزنه جارو کرده یا برف ها رو پارو کرده...

#### ۹- تداعی صوت (Clang-Association)

در آن صورت کلمات اغلب خط فکری جدید را پدید می آورند.

مثال: بیمار با شنیدن کلمه پنجره در مورد حنجره صحبت می کند یا با شنیدن کلمه ملال در مورد بلال صحبت می کند.

#### ۱۰- پژواک کلام (Echolalia)

تکرار کلمات مصاحبه کننده یا فرد دیگر توسط بیمار به صورت مستمر و بریده بریده که گاهی همراه با تمسخر می باشد.

\*\* در بیماران کاتاتونیک، عقب مانده ذهنی و اختلال روانی عضوی دیده میشود.

#### ۱۱- نسداد (Block)

قطع ناگهانی افکار، قبل آنکه جریان فکری به اتمام برسد. فرد حرفی برای گفتن دارد ولی به یادش نمی آید.

#### ۱۲- اژه سازی (Neologism)

ساختن واژه با کلمات جدید که در هیچ فرهنگ لغتی وجود ندارد.

مثال: بیمار به جای تختخواب می گوید سختخواب یعنی خوابیدن روی تخت سفت یا به جای سرم قندی میگوید سرم خروس قندی یا به جای کلاه می گوید کفش سر

#### ۱۳- تفکر کاذب (Dereism thinking)

فعالیت ذهنی که اغلب ناهماهنگ با منطق و تجربه ادمی است و این حالت در بیماران اسکیزوفرن مشاهده می شود.

مثال: بیمار معتقد است با حرکت خود قادر است جهان را به حرکت در آورد.

#### ۱۴- تفکر اوتیستیک (Autistic)

تفکری که امیال درونی را اقتاع می کند و با واقعیت جور نیست که با اشتغال ذهنی با دنیای درونی و خصوصی فرد همراه است. این اصطلاح تا حدودی مترادف با تفکر کاذب میباشد.

این افراد اغلب در خود فرو می روند و فقط پیش خود فکر می کنند و همه چیز را به خود نسبت می دهند.

این علامت در بیماران اسکیزوفرن یک معیار تشخیصی برجسته به حساب می آید، در بیماران اسکیزوئیدی زیاد دیده می شود و یکی از علائم تشخیصی آن به شمار می آید.

#### ۱۵- فشار تکلم (Pressure of speech)

صحبت کردن سریع، تند، شتاب زده و روان که به زحمت می توان آن را قطع نمود. بیمار حین صحبت مکث می کند و نفس بلندی می کشد. سپس بقیه جمله را ادامه می دهد.

\*\* یکی از علایم مهم مانیا به شمار می آید.

#### ۱۶- حرافی (Logorrhea)

صحبت زیاد و مهارنشدنی که معمولا جملات رابطه چندانی با هم ندارند، ولی کلمات به صورت منطقی است. یعنی بیمار از هر دری یا موضوعی صحبت می کند ولی صحبت هایش منطقی میباشد.

\*\* این اختلال در مانیا، اسکیزوفرنی و صرع پیسکوموتور زیاد دیده می شود.

#### ۱۷- سست شدن تداعی (Lossening of Association)

کاهش ارتباط منطقی بین رشته افکار که گاهی تفکر حرکت اسب شطرنج نامیده می شود. که معمولاً کلام بیمار مبهم و غیرقابل پیگیری می باشد.  
 \* عقاید بی ربط و گسسته که از یک موضوع به موضوع دیگر منتقل میشود. یعنی صحبت‌های فرد روی یک روال منطقی نیست.  
 \* این اختلال خاص بیماران اسکیزوفرنی است.

### ۱۸- تفکر پارالوژیک (Paralogia)

استدلال اشتباه و غیر منطقی که در آن روابط اصولی از بین رفته است و نتایجی که بیمار از فکرش می گیرد غیر منطقی و بدون مفهوم است.  
 مثال: بیمار بعد مرگ شوهرش می گوید علت مرگش طلسم شدن از جانب گربه ها بود یا می گوید چون در کودکی بستنی نخورده امروز بیمار شده است.

### ۱۹- تفکر با رنگ فلسفی (Philosophizing)

میل به بحث های بی حاصل که در آن تعداد کلمات بسیار زیاد و گاهی واژه های زیبا و سخنان بزرگان که مفهوم و معنی بسیار اندک یا نامناسب با موضوع دارند، دیده میشود. علی رغم تأکید بیمار به بحث مفهوم آن بحث بیهوده می باشد.  
 مثال: بیماری می گوید: از آنجایی ضوابط و روابط حاکم بر جامعه باعث عدم تعادل در جاذبه سیاره ناهید و مشتری می شود.

### ۲۰- تفکر سحرآمیز (Magical)

تفکری که در آن افکار و کلمات دارای نیرو می شوند. (مثلاً می تواند موجب یا مانع حادثه ای بشوند) که به تفکر پیش عملیاتی (پیازه) در سن ۲-۷ سالگی شباهت دارد. بیمار مدعی است با حرکت خود می تواند خورشید را خاموش کند یا مدعی است دارای قدرت هیپنوتیزم و سحر جادو است.  
**ب) اختلال در محتوی فکر** به آنچه بیمار در مورد آن می اندیشید فکر و بیان می کند. مانند عقاید، باورها، دل مشغولی ها، وسواس ها و ...

### هذیان

عقیده و فکر غلط و باطل که با واقعیت و زمینه فرهنگی فرد متناسب نیست و اغلب اوقات موافقان با آن اندک می باشند. این اختلال مختص سایکوز می باشد.

به طور کلی می توانیم بگوییم هذیان عقیده غلط، ثابت و پایداری است. فرق هذیان با اشتباهات عادی این است.  
 به طوری که هذیان علامت بیماری روانی است و شخص اعتقاد زیادی به واقعی بودن عقاید خود دارد و برایش اهمیت فوق العاده ای دارد که این افکار بر تمام رفتار و اعمال بیمار اثر می گذارد و هرگز نمی توانیم عقاید هذیانی بیمار را با بحث و استدلال اصلاح یا تغییردهیم.  
 مثال: بیماری که معتقد است از طرف خدا به او وحی شده و به اعتقاد خود ایمان دارد یا بیمار میگوید منجی عالم بشریت است و به آن اعتقاد راسخ دارد.  
 \* در مراقبت پرستاری از بیماری که دارای هذیان می باشد تمرکز بر احساس منتج از هذیان تا محتوای هذیان می باشد.

### ۱. هذیان گزند آسیب (Persecution)

بیمار به همه مشکوک بوده و فکر می کند دیگران می خواهند به او صدمه بزنند یا وی را مسموم نمایند یا بیمار معتقد است اطرافیان و همکارانش می خواهد به موقعیت او اطمینان بزنند.  
 \* در پارانوئید شایع است.

\* شایع ترین نوع هذیان، گزند و آسیب، بعد آن حسادت و نادرترین نوع آن هذیان عاشقانه و سوماتیک (جسمی) می باشد.

### ۲. هذیان انتساب به خود (Refrence)

عقیده ثابتی که فرد هر چیزی را به خود نسبت می دهد. مثلاً دو نفر دارند صحبت می کنند. فرد خیال می کند آنها دارند در مورد او حرف می زنند یا او را مسخره می کند که این اختلال در بیماران پارانوئیدی شایع می باشد  
 \* نوعی از این هذیان به هذیان اهمیت معروف است که بیمار هر چیز جزئی را به خود نسبت می دهد.  
 مثال: پزشک لباس زرد می پوشد، بیمار می گوید او از قصد این کار را کرد تا به من نشان دهد من مشکل جنسی دارم. یا بیمار به مصاحبه تلویزیونی نگاه می کند و می گوید آنها دارند در مورد من صحبت می کنند.

### ۳. هذیان بزرگ منشی (Grandur)

فرد خود را در یک موقعیت و منزلت بالا و خارج از واقعیت می داند. در بیماران افسرده، مانیک و اسکیزوفرن دیده می شود.  
 مثال: بیمار افسرده خود را مایه درد سر دنیا می داند، بیمار مانیک خود را قدرت برتر جهان و اسکیزوفرن خود را منجی جهان می داند و یا بیمار عقیده دارد در انتخابات ریاست جمهوری باید کاندید شود.

■ انواع هذیان های بزرگ منشی شامل

- ✓ هذیان اختراع (Invention) بیمار معتقد است که کشف بزرگی در جهان کرده یا داروی طولانی کردن عمر را کشف نموده است.
- ✓ هذیان دگرگون سازی (Reformation) بیمار عقیده دارد می تواند جهان را عوض کند.

✓ **هذیان ثروت (Wealth)** بیمار ادعا می کند که صاحب مال و ثروت زیادی است. که این نوع در مانیا زیاد دیده می شود.

۴. **هذیان گناه (Guilt)**

بیمار معتقد به گناه و اشتباه بزرگی است و یا حتی معتقد به جنایت بی اساسی می باشد، که اصلاً آن را انجام نداده است. و این هذیان در افسردگی شایع می باشد.

مثال: بیماری که در عمرش زندگی پرثمری داشت می گوید تمام عمرم را بیهوده تلف کردم و با فرد می گوید من مایه ننگ بشریت هستم.

۵. **هذیان نفی وجود (Nihilistic)**

عقیده باطل مبنی بر نابودی شخص، دیگران یا دنیا می باشد. اغلب بیمار ادعا می کند به زودی زمین شگافته و خورشید خاموش می شود و جهان به سمت فنا میرود. این اختلال در افسردگی عمیق شایع است

نوع خاص این هذیان، سندرم کوتارد ( Cotards ) نام دارد که در آن هذیان نفی همراه با افسردگی و تمایلات خودکشی مطرح می شود. در سندرم کوتارد فرد خیال می کند تمام هستی و دارایی خود را از دست داده و یا به زودی از دست خواهد داد.

۶. **هذیان جسمانی (Somatic)**

عقیده غلط در رابطه با اعمال بدنی می باشد. مثلاً فرد ادعا می کند مغزش در حال پوسیدن است. این نوع هذیان اغلب در اسکیزوفرن نوع آشفته (هبه فرن) دیده میشود.

۷. **هذیان فقر (Poverty)**

بیمار معتقد است داروندار و هستی خود را از دست داده و سرنوشت وی مرگ در اثر قحطی و فقر میباشد. این هذیانها در فرد افسرده شایع می باشد.

۸. **هذیان حسادت (Jealousy)**

شخص معتقد است که همسرش به او خیانت کرده است. این اختلال به سندرم اتللو (Othello) معروف است. یا خیال می کند دیگران قصد دارند همسر وی را مال خود کنند. این افراد تمایل دارند همسرشان فقط با وی معاشرت داشته باشد.

این اختلال در پارانوئیدها دیده می شود (نمونه ای از این هذیان را در فیلم پارک وی می توان مشاهده کرد)

۹. **هذیان شهوانی یا عاشقانه (Erotomania)**

بیمار ادعا می کند شخصی با موقعیت اجتماعی بالا و یا فرد مهمی عاشق او شده است. به این هذیان سندرم کلرامبو (Clorambalts) می گویند و اغلب در زنان شایع می باشد

۱۰. **هذیان مذهبی (Religious)**

بیمار معتقد است یکی از مراجع و پیشوایان دین است و با خدا تماس دارد. فرد در هذیان مذهبی فکر می کند خدا یا پیامبر است و با غیب در ارتباط می باشد.

\*\* این اختلال در اسکیزوفرن زیاد دیده می شود.

۱۱. **هذیان محرومیت (Deprivation)**

بیمار معتقد است دائم توسط دیگران غارت می شود و اغلب حقوق و ثروت اش به سرقت می رود. این هذیان در پیسکوز پیری دیده می شود .

۱۲. **هذیان خسارت و جادوشدن (Damageand Ensococellment)**

فرد فکر میکند، قربانی سحر و جادو شده و همواره بیماری خود را با جادو و طلسم شدن مرتبط میداند که در بیماران اسکیزوفرن زیاد دیده می شود.

۱۳. **هذیان اتهام (Accusation)**

عقیده باطلی که در آن بیمار اطرافیان خود را متهم می سازد که به او نسبت دزدی، قتل یا تجاوز می دهند و او قادر نیست بی گناهی خود را ثابت کند. که این هذیان در دمانس پیری رایج می باشد.

۱۴. **هذیان کنترل**

این هذیان به هذیان نفوذ نیز معروف است که اغلب به سه صورت زیر مشاهده می شود:

✓ ربایش فکر (Withdrawal) بیمار معتقد است افکارش توسط دیگران یا غیب خوانده می شود و یا اختراعات و کشفیات دانشمندان را ناشی از افکار سرقت شده از او می داند.

✓ کاشتن فکر (Insertion) بیمار معتقد است فکر خاصی در مغزش کاشته شده است (مثلاً دزدی و پرخاشگری)، مثلاً می گوید قتل انجام دادم چون به من وحی شد و دست خودم نبود.

✓ پخش افکار (Brod cast) بیمار معتقد است افکارش در صدا و سیما و جهان پخش می شود.

۱۵. **هذیان دروغ پردازی خیالی (Pseudologi Fantastia)**

فرد دروغ های خود ساخته شده خود را باور می کند و اغلب بر اساس آن عمل می کند.

۱۶. هذیان فرگولی (Fergoly)

اسم خود را از نام هنرمند یا بازیگر یا چهره سرشناس می گیرد. یک هذیان سوء تعبیر شناختی محسوب می شود.

۱۷. هذیان غریب (Bizar)

عقیده باطل، محال، عجیب و غیرقابل قبول و نپذیرفتنی است. مثال: فرد می گوید افکارش در تمام سیارات پخش می شود.

۱۸. خود بیمارانگاری (Hypochondriasis)

اظهار بیمار به آسیب جسمی مبالغه آمیز که مبنای عضوی ندارد و یک تعبیر غیر واقعی یا غیرطبیعی احساس می باشد. نوعی از اختلالات شبه جسمی به شمار می آید. مثال: بیماری که از نظر جسمی سالم است معتقد است سرطان دارد.

۱۹. افکار وسواسی (Obsession)

عقیده، هیجان یا تکانه مکرر و مصرانه که وارد هوشیاری فرد می شود که همواره برخلاف میل فرد می باشد و اغلب منجر به اضطراب می شود که جزء اختلالات وسواس جبری محسوب می شود.

\*\*\* شمارش وسواسی: میل غیرقابل اجتناب به شمردن هر چیزی که پیش می آید مثل نرده ها، پنجره ها و صندلی

\*\*\* اغتشاش فکر (Preoccupation) فرد بر روی یک موضوع واحد تمرکز دارد و فقط به همان فکر می کند. به عبارتی دائم به یک مسئله خاص فکر می کند و به اصطلاح فقط به آن اشتغال دارد.

آشفته گی ادراک (Disturbances in Perception)

\*\*\* ادراک: ادراک یک فرآیند ذهنی می باشد که در طول آن تجارب حسی معنی پیدا می کنند.

\*\*\* اختلالات ادراکی به دو صورت توهم و خطای حسی بروز میکنند.

توهم (Hallucination)

درک غلط بدون وجود محرک خارجی می باشد. توهم مختص بیماران روانی نیست، بلکه در افراد عادی هم دیده می شود. مانند (خواب، رویا، محرومیت حسی، هیپنوتیزم و محرومیت از خواب که در اثر سوء مصرف مواد یا یکنواختی محیط و غیره بوجود می آید.

■ **توهم شنوایی:** شایع ترین نوع توهم در اختلالات روانی خصوصاً در بیماری اسکیزوفرن دیده می شود که توهم آمرانه (Comanst) شایع ترین نوع آن است که در این توهم صدایی به فرد دستور می دهد.

به عنوان مثال صدایی به او دستور می دهد تا کاری را انجام دهد. گاهی بیمار تحت توهمات آمرانه عضو خود را قطع می کند که به آن سندرم وانگوگ می گویند. مثال صدایی می گوید برو دستت را قطع کن

■ **توهم بینایی:** دیدن برق، جرده، درد و شعله، که شایع ترین نوع توهم در بیماری های ارگانیک می باشد این توهم در صرع، یا قطع ناگهانی مصرف قطره چشمی اتروپین دیده می شود و بیشتر به صورت ریزبینی و درشت بینی مشاهده می شود.

■ **توهم منفی (Negative)** شخصی که سلسله اعصاب فیزیولوژیک وی سالم است، ولی از درک محرک واقعی ناتوان است مثال: فرد با وجود نگاه کردن، آن چیز را نمی بیند.

■ **توهم لمس (Formcation)** بیمار احساس می کند که حشره ای دارد روی بدنش حرکت که در مصرف کنندگان کوکائین شایع می باشد و با این که بعد امپوتا سیون عضو پدیده عضو خیالی (Phantom phenomenon) دیده می شود، فرد احساس درد و یا خارش در عضوی که قطع شده و وجود ندارد را دارد.

■ **توهم اتوسکوپیک (Autoscopic)** بیمار وجود خود را در فضای خارج و در پیش رو برای مدت کوتاه و تکرار شونده ای مشاهده می کند. ممکن است بیمار خیال کند همزاد دارد. با این که در این توهم فرد خود را به صورت شفاف و خارج از بدن می بیند.

■ **توهم چشایی (Gustatory)** درک مزه ناخوشایند یا فلز در دهان که در صرع دیده می شود، این نوع توهم نادر است.

■ **توهم بویایی (Olfactory)** درک بوهای ناخوشایندی که دیگران احساس نمی کنند و اغلب واقعی هم نیستند. که در صرع لوب تمپورال دیده می شود.

■ **توهم لی لی پوت:** درک غلط و دیدن اشیاء کوچکتر از اندازه واقعی که در سندرم محرومیت از الکل دیده می شود.

■ **توهم بازتابی:** این توهم، برداشت حسی نادرست ناشی از تحریکات یک منطقه حسی متفاوت و دوردست میباشد. مثال: بیمار با شنیدن صدای عطسه فرد دیگری احساس سردرد می کند

■ **توهم هالوسینوز (Hallucinosis)** اکثراً در سوء مصرف مزمن الکل دیده می شود که بیشتر از نوع شنوایی است.



- **توهم پسیکوموتور (Psycomotore)** توهمی که در بیمار احساس می کند بعضی از قسمت های بدنش تغییر محل داده است. مثال: گوش روی زانویش است یا با کف دست میبندد.
  - **توهم سینستزی (Synesthesia)** توهمی که به وسیله سایر حس ها بوجود می آید، مثلاً یک احساس شنوایی سبب بروز یک احساس بصری می شود. مثال: بیمار صدا را دیده و تجربه را شنیده است یا با گوش می بیند و با چشم می شود.
  - **توهم اکستراکامپین (Extracampine)** توهمی که در خارج از میدان عمل یک عضو حسی به وجود می آید. مثال: بیمار شیطان را پشت سر خود مشاهده می کند یا صدای دشمن را از دور می شنود.
  - **توهم هیپناگوژیک (Hypnagogic)** توهم قبل خواب که در زمانیکه شخص، در حال به خواب رفتن است پدیدمی آید که معمولاً بیمارگونه نیست
  - **توهم کینزسنیک (Kinesthetic)** در خواب به صورت احساس از دست دادن تعادل، لغزش از پله و نظیر آن می باشد. که همواره با عکس العمل از جا پریدن همراه است. این توهم بیمارگونه نمی باشد.
  - **توهم هیپنوپومیک (Hypnopompic)** چنانچه فرد هنگام بیدار شدن از خواب دچار توهم شود که این توهم بیمارگونه محسوب می شود. علت این توهم افزایش سطح تحریکات در قشر مخ یا بالا رفتن سطح تحریک به همراه آشفتگی و پسرقت در اعمال هوشیاری می باشد.
  - **محرومیت حسی (Sensory Deprivation)** محرک های حسی از جهان خارج به حداقل میزان خود می رساند.
  - **محرومیت از خواب:** بیدار ماندن برای مدت زمان طولانی، توانایی تنظیم درک با منشا محیطی را در فرد کاهش می دهد که همواره در صورت بی خوابی بروز توهم حتمی میباشد
  - **پیش بینی و انتظار:** انتظار طولانی مدت سبب و وضعیت روانی خاص در فرد میشود و ممکن است زمینه ساز ایجاد توهم می شود. مثال: فرد بدون وجود خارجی معشوقی سال ها به انتظار آمدنش می نشیند تا شاید روزی بیاید.
  - **مصرف مواد شیمیایی:** مصرف داروهای روان گردان مانند حشیش، مسکالین، LSD، کوکائین و غیره موجب بروز توهم می شود.
- به طور کلی توهمات به دو دسته **توهمات واقعی** و **شبه توهمات (Pesedo hallucination)** تقسیم بندی میشوند.
- ✓ **توهمات واقعی،** همیشه به دنیای خارج و یک موقعیت واقعی نسبت داده می شوند. مثل صدایی از پشت یک دیوار واقعی شنیده می شود.
  - ✓ **شبه توهمات:** اختلالی پیچیده تر از توهمات واقعی هستند. زیرا علاوه بر اختلال درک، اجزایی از اختلال تفکر را با خود به همراه دارند. یعنی این که در توهم فقط درک فرد مختل می شود ولی در شبه توهم هم درک و هم تفکر فرد مختل می شود.
- **ویژگیهای شبه توهمات عبارتند از**
    - ✓ بیشتر به درون بیمار به خصوص مغز وی ارتباط دارد ( بیمار صدایی از درون مغزش می شنود)
    - ✓ فاقد وضوح و روشنی توهمات واقعی هستند. مثلاً بیمار صدای زن و مرد را از هم تشخیص نمی دهد می گوید ( نمیدانم صدا مال زن است یا مرد)
    - ✓ بیمار شبه توهمات را واقعی می پندارد و آنها را به عنوان صدا و تصویر می داند که به طور خاص فقط برای او ساخته شده اند. \*\* توهمات ممکن هماهنگ با خلق باشد. مثلاً بیمار مانیا صدایی را می شنود که به او می گوید آدم مهم و قدرتمندی است یا ممکن است برعکس ناهماهنگ با خلق باشد. مثلاً فرد افسرده خود را آدم بزرگ و برجسته ای می داند.

### خطای حسی (Illsion)

- درک غلط با وجود محرک خارجی یا سوء تعبیر درکی از یک محرک بیرونی و واقعی می باشد، به بیان دیگر درک غلط از پدیده های واقعی است که این اختلال در افراد سالم هم دیده می شود.
- مثال: پدیده سراب، خمیده دیدن قاشق در لیوان آب یا دیدن سایه به صورت حیوانات.

### هیجان (Emotion)

نو سانات بارز در و وضعیت انگیزش فرد میبا شد که به دو صورت خلق و عاطفه تظاهر پیدا می کند. تظاهرات درونی هیجان خلق (Mood) و تظاهرات بیرونی آن عاطفه (Affect) نامیده می شود.

هیجان به صورت واکنش خوشایند یا ناخوشایند تجربه می شوند که اغلب با واژه هایی نظیر غم، شادی و خشم بیان می شود.

✚ **اختلالات عاطفه** شامل موارد زیر است:

- ۱- عاطفه نامناسب
- ۲- عاطفه کند
- ۳- عاطفه بی ثبات
- ۴- دوگانگی احساس
- ۵- بی احساسی

۱- عاطفه نامناسب (**Inappropriate**) حالتی که متناسب با موقعیت و مکان نباشد که اغلب در اختلال اسکیزوفرن دیده می شود. بیمار با دیدن جنازه عزیزش شروع به خندیدن می کنند. این حالت در هیجانات شدید در افراد سالم هم دیده می شود یا فرد از فرط خوشحالی شروع به گریه کردن می کند.

۲- عاطفه کند (**Blunt**) ابراز هیجان با شدت کمتر از حد معمول و قابل انتظار رخ می دهد.

۳- عاطفه بی ثبات (**Labile Affect**) تغییر سریع و ناگهانی هیجانات بدون ارتباط با محرک خارجی می باشد. مثلاً بیمار زمانی شاد و زمانی غمگین میباشد عاطفه وی سیر ثابت و مشخصی ندارد.

۴- دوگانگی احساس (**Ambivalence**) احساس متضاد و همزمان نسبت به یک موضوع (مثل غم شادی، خشم...) که به طور همزمان بوجود می آید.

مثال: فردی می گوید از پدرش متنفر است ولی خیلی هم دوستش دارد. یا این که فردی از همسرش متنفر است ولی برای او مدام هدیه می خرد. \*\* این اختلال در شخصیت مرزی، وسواس و اسکیزوفرن زیاد دیده می شود.

۵- بی احساس (**Apathy**) فقدان احساس، هیجان، علاقه و نگرانی که با یک حالت تأثیر ناپذیری بروز می کند و به آن عاطفه سطحی (**Flat**) هم می گویند که یکی از علائم اسکیزوفرن و افسردگی به شمار می آید.

✚ اختلال خلق شامل موارد زیر است:

۱- سوگ	۲- خلق آزاد	۳- دلتنگی	۴- خلق تحریک پذیر
۵- خوشی یا نشئه	۶- الکسی تایمی	۷- نوسانات خلق	۸- اضطراب
۹- بیتابی یا تهیج	۱۰- تنش	۱۱- هراس	۱۲- پرخاشگری
۱۳- خلق بالا	۱۴- ترس		

۱- سوگ (**Grief**) غمگینی متناسب با فقدان بزرگ که دوام آن بیش از ۶ ماه بیماری را محسوب می شود در این حالت فرد سوگواری مدام منتظر بازگشت شخص از دست رفته می باشد که گاهی چنان عمیق است که شک می کند فرد واقعاً مرده است.

۲- خلق آزاد (**Expansive**) ابراز بدون مهار احساسات که در بیماران مانیک رایج می باشد.

۳- دلتنگی (**Disphoria**) خلق ناخوشایند که بدون علت خاص و ناگهانی در فرد ظاهر می شود.

۴- خلق تحریک پذیر (**Irritable**) سریع ناراحت شده و به خشم می آید. در بیماران مانیا و کاتانون زیاد دیده می شود.

۵- خوشی یا نشئه (**Euphoria**) احساس مبالغه آمیز خوش بودن که با واقعیت جور نمیباشد. در مانیا شایع است و یا در اثر مصرف تریاک یا آمفتامین بوجود می آید.

▪ انواع خوشی عبارتند از:

A. سرخوشی (**Elation**) احساس خوشی همراه با افزایش فعالیت حرکتی و افزایش اعتماد به نفس می باشد.

B. وجد (**Exaltation**) فراتر از سرخوشی است که همراه با هذیان بزرگ منشی بروز می کند.

C. جذب (**Ecstasy**) اوج عواطف خوشایند است که نوعی احساس عمیق ولی آرام بخش می باشد.

D. ترک لذت (**Anhedonia**) عدم علاقه، کناره گیری از هر نوع فعالیت لذت بخش که اکثراً همراه با افسردگی میباشد و از علائم منفی بیماری اسکیزوفرن هم به شمار می آید.

۶- الکسی تایمی: ناتوانی یا اشکال در شرح یا آگاهی فرد از هیجانات خود که اکثر همراه با سوء مصرف مواد دیده می شود.

۷- نوسانات خلق (**Mood swings**) نوسانات خلق بین دوره افسردگی و سرخوشی که این حالت در بیمار دائمی است. در مانیا شایع میباشد که در این حالت فرد زمانی از روز را شاد سرحال و زمانی غمگین و منزوی است.

\*\* این حالت در بیماران اختلال شخصیت مرزی زیاد دیده می شود.

۸- اضطراب (**Anxiety**) احساس دلواپسی، به علت انتظار خطر قریب الوقوع میباشد که ممکن است درونی یا بیرونی باشد که اغلب منبع نگرانی معلوم نیست.

۹- بیتابی یا تهیج (**Agitation**) اضطراب همراه با یک حالت بی قراری شدید حرکتی و تشویش روانی که اغلب موجب سلب آرامش فرد می شود

۱۰- تنش (**Tension**) بی قراری روانی - حرکتی، به همراه بیم و هراس میباشد.

۱۱- هراس (**Panic**) حمله حاد دوره ای و شدید اضطراب به همراه احساس شدید ترس و فعالیت بیش از حد اتونومیک می باشد که در آن فرد احساسی فنای قریب الوقوع می کند که در اینجا بیمار منبع ترس خود را می شناسد.

۱۲- پرخاشگری (**Aggression**) احساس ها، عقاید و اعمال خصمانه و خشمگین که معطوف به یک شخص با شیء می باشد.

\*\*\* در اختلال کنترل تکانه، اختلالات انفجاری و مانیا مشاهده می شود

۱۳- خلق بالا (**Elevated**) بیمار بیش از حد معمول خوشحال و با نشاط است و همواره اعتماد به نفس خارق العاده ای دارد که در بیماران مانیک دیده میشود.

۱۴- ترس (**Fear**) حالت هیجانی ناخوشایند، به شکل تغییرات روانی - فیزیولوژیک که در پاسخ به تهدید یا خطر واقعی که منبع آن معلوم باشد دیده می شود.

### اختلالات رفتاری - حرکتی

✓ **هیپرکینزی (Hyperkinesia)** فعالیت همراه با بی قراری، پرخاشگری و تخریب که در بچه ها شایع می باشد که به نام سندرم اطفال هیپرکینیک شهرت دارد. این اختلال در پسر بچه ها شایع تر می باشد که همواره با حواس پرتی، تحریک پذیری، عدم توجه و اختلال در روابط همسالان و مشکلات آموزشی همراه است.

✓ **تیک:** حرکات اسپاسمودیک تکراری و غیر ارادی که معمولاً با جلب توجه اطرافیان شدت می یابد.

✓ **آتاکسی (Ataxia)** عدم توانایی در هماهنگی حرکات ارادی که در آسیب مخچه با دیسکیزی دیررس مشاهده می شود. مثال: فرد به نوعی در راه رفتن تلو تلو می خورد.

✓ **بهت (Stupor)** کاهش قابل ملاحظه رفتار حرکتی و حالتی که شخص در آن لحظه به محرکات واکنش نمی دهد و از محیط هیچ آگاهی ندارد. و فقط به یک نقطه بدون آن که حرکت کند خیره می شود.  
\*\*\* در بیماران کاتاتونیک دیده می شود.

✓ **کاتالپسی (Catalepsy)** وضعیت بی حرکتی که به طور مستمر حفظ می شود که در بیماران اسکیزوفرن نوع کاتاتونیک دیده میشود در این حالت درست است فرد بی حرکت است ولی می داند دور و برش چه اتفاقی رخ می دهد

✓ **کندی روانی حرکتی (Hypokinesia)** کند شدن فعالیتهای جسمی و روانی که در افسردگی کندی روانی بیشتر مشاهده می شود.

✓ **انعطاف مومیایی (Waxy flexibility)** بیمار به صورت منفعل، در یک حالت خاص باقی می ماند و حین معاینه احساس می کنیم اندام بیمار از موم ساخته شده و به بیمار هر حرکتی که بدهیم در همان حالت باقی می ماند. این حالت در کاتاتونیک دیده می شود.

✓ **رفتار کلیشه ای (Stereotypy)** الگو ثابت و تکراری حرکات، تکلم، ادا و اطوار که در اسکیزوفرنی نوع اشفته شایع می باشد. دانم یک حرکت یا کلام را به صورت تکراری انجام می دهد.

✓ **پژواک رفتار (Echopraxia)** تقلید بیمار گونه حرکات یک شخص توسط بیمار که ممکن است حرکات م صاحبه کننده را عیناً و به طور مکرر تکرار کند. در کاتاتونیک دیده می شود.

✓ **استازیا آبازیا (AstasiaAbasia)** راه رفتن بیمار شنبیه تلو تلو خوردن مستانه به همراه حرکان چرخشی و پرتاب نگاهی که در اینجا بیمار حواسش هست تا آسیب نبیند، یعنی سعی می کند طوری زمین بخورد تا آسیب نبیند.

✓ **کاتاپلکسی (Cataplexes)** فقدان موقتی قوام عضلانی که تحت تأثیر هیجانات می باشد در صرع زیاد دیده می شود.

✓ **اکاتژی (Akathisia)** احساس ذهنی، ناراحتی عضلانی که موجب بی قراری بیمار، قدم زدن مداوم نشستن و برخاستن سریع و احساس ملال کلی می شود که ممکن است یکی از عوارض داروها خصوصاً آنتی سایکوتیک ها باشد.

✓ **ادا و اطوار (Manerism)** حرکات غیرارادی و کلیشه ای میباشد.

✓ **دوگانگی حرکتی (Ambitendence)** به طور مداوم حرکات متضاد انجام می دهد، حین ورود به اتاق مدام جلو عقب می رود یا غذا را می جود و بعد به جای بلع بیرون می ریزد.

✓ **منفی کاری (Negatrim)** مقاومت بدون انگیزه در مقابل حرکات یا رفتار میباشد. فرد در برابر دستورات مخالفت میکند بدون آن که هیچ انگیزه و قصدی داشته باشد که در بیماران کاتاتونیک زیاد دیده می شود.

✓ **تحریک آنی (Impulsiveness)** یک حالت طغیانی ناگهانی و بدون پیش بینی مانند حمله بدنی به فرد دیگری بدون تفکر اولیه درباره منطقی بودن و یا تأثیر آن در رفتار می باشد. به عبارتی فرد به یک باره از کوره در می رود و تحریک پذیر می شود.

✓ **رژیدیت (Rigidity)** انتخاب وضعیت سخت و ثابت بدن علی رغم میل برای حرکت که در این اختلال بیمار دوست دارد حرکت کند ولی قدرتش را ندارد و انگار طنابی به او بسته اند.

- ✓ و سواس عمل (Compulsion) میل غیر قابل اجتناب برای انجام یک عمل تکراری و غیر منطقی که در اختلال کنترل تکانه و اختلال وسواس جبری دیده می شود. مثال: بیمار باید به طور مداوم هر چند دقیقه دستهایش را می شوید.
  - ✓ دیپسومانیا (Dipsomania) میل اجباری به نوشیدن الکل که یک عمل وسواسی به شمار می آید
  - ✓ کلیتومانیا (Kleptomania) میل غیرقابل اجتناب به سرقت که فرد قدرت مقابله با آن را ندارد
  - ✓ نمفومانیا (Nymphomania) میل جنسی سیری ناپذیر در زن می باشد که علی رغم تماس جنسی مکرر مایل به رابطه جدید و سریع می باشد.
  - ✓ ساتیریازیس (Satyriasis) احساس نیاز جبری برای روابط جنسی در مردان می باشد.
  - ✓ تریکوتیلومانیا (Trichatillomania) احساس اجبار برای کندن موهای بدن خود (سر، ابرو، مزه) که فشار مقاومت ناپذیر و استرس زیاد او را به این کار وا می دارد و غالباً منجر به آلوپسی می شود
  - ✓ وسواس قماربازی (Gumbling) میل شدید و بیمارگونه به انجام قمار بازی که علی رغم باخت یا برد فرد باز هم قمار می کند.
  - ✓ بی اشتهاهی (Anorexia) میل فرد به غذا خوردن از دست می رود. آن که از خوردن لذت نمی برد ولی باز هم اجبار برای خوردن دارد.
  - ✓ پرخوری (Polyphagia) یک نوع پرخوری بیمارگونه که بیمار از خوردن سیر نمی شود و فرد با آنکه از خوردن لذت نمیببرد ولی باز هم اجبار برای خوردن دارد
  - ✓ دست با چلفتی (Clumsiness) فرد نمی تواند رفتارهایی مناسب یا موقعیت خود را بروز دهد. به عبارت دیگر فرد خود را گم می کند و اغلب ناشیانه رفتار می کند.
  - ✓ دست انداختن (Manipulative) بیمار سعی می کند جریان مصاحبه را در دست خود بگیرد، حتی با سوالات اضافی و نامربوط روند مصاحبه را تغییر میدهد.
  - ✓ پرخوری (Hyperphagia) فرد اشتهای کاذب و میل زیاد به خوردن دارد.
  - ✓ بی خوابی (Insomnia) فقدان یا کاهش توانایی به خواب رفتن میباشد که با زمان قبل از آغاز بیماری متفاوت است.
  - ✓ پرخوابی (Hypersomnia) فرد به طور افراطی وقت خود را صرف خواب میکند.
- حافظه**
- فرآیندی که به وسیله آن اطلاعات ذخیره شده در مغز بعداً به خاطر آورده می شود، که در آن یادگیری نقش به سزایی دارد.
- اختلالات حافظه**
- فراموشی (Amnesia) از دست رفتن مرضی حافظه که ممکن است علت عضوی (مثل ضربه مغزی) و یا علت روان شناختی داشته باشد. مثلاً در اختلالات تجزیه ای (فراموشی روانزاد) مشاهده می شود. فراموشی با منشاء عضوی ممکن پیش گستر یا پس گستر باشد.
  - ✓ فراموشی پیش گستر: فراموشی حوادث بعد از ضربه یا حالت پاتولوژیک می باشد یعنی حوادث و اطلاعات قبل ضربه را به یاد دارند ولی حوادث بعد آن را به یاد نمی آورند.
  - ✓ فراموشی پس گستر: از دست دادن حافظه و فراموشی حوادث قبل ضربه می باشد که در ضربه مغزی یا بعد ECT شایع میباشد.
  - ✓ فراموشی گلوبال موقتی: فرد قبلاً سالم بوده ولی به طور ناگهانی دچار گیجی و فراموشی می شود. ممکن است به علت ایسکمی لوب تمپورال رخ دهد که در این حالت بیمار همواره سرگردان و به دنبال یا در اثر فرو رفتن در آب سرد یا گرم، تحریکات هیجانی، رابطه جنسی یا مسافرت با یک وسیله موتوری حوادث اخیر است و هیچ کدام از حوادث را به یاد نمی آورد این حالات اصولاً خود به خود به وجود می آید
  - افسانه پردازی (Confabulation) بیمار ممکن است از وقایعی صحبت کند که در حقیقت هرگز رخ نداده است.
  - تحریف گذشته: تحریف ناخودآگاه تجربیات گذشته که خود فرد برای ارضای نیازهای عاطفی در خاطرات خود تغییراتی می دهد. مثال: به حوادث گذشته جزئیات اشتباهی می افزاید بدون آن که قصد دروغگویی داشته باشد.
  - کریپتومنزیا (Cryptomnesia) شخص نمی تواند به خاطر آورد، اتفاقی که افتاده در واقعیت تجربه کرده یا در خواب و همواره فرد منبع اطلاعات را فراموش میکند.
  - یادآوری کاذب: نوعی تحریف حافظه یا پارامنزی که اغلب بیمار حوادث و روایدهای واقعی را به یاد می آورد، ولی آن را به زمان های متفاوت نسبت می دهد. مثال: بیماری که دیروز به سینما رفته می گوید این موضوع مربوط به ۱۰ سال پیش بود.

- فراموشی تجزیه ای: از دست دادن ناگهانی حافظه، بر اثر خاطرات مهم استرس آمیز و تروماتیک زندگی، که در شخص توانایی یادگیری مطالب جدید دست نخورده باقی می ماند، و ای فرد حوادث نامطلوب گذشته را به یاد نمی آورد. در ایجاد این فراموشی علل دارویی و طبی نقشی ندارند.
  - لتولوژیکا (Lethologica) در یادآوری یا به کار بردن صحیح یک اسم دچار ناتوانی موقتی می شود.
  - افزایش حافظه (Hypernesia) به یاد آوردن خاطراتی که مدتها قبل فراموش شده و یا زنده شدن غیرعادی حافظه که در بیماران مانیک، پارانوئید، کاتاتونیک و وسواس دیده می شود.
  - \*\* افزایش حافظه به خصوص در پارانوئید شایع می باشد
  - پیش تر شنیده (Deia Entend) پیامی که اولین بار به گوشش میرسد را فکر می کند قبلاً تجربه کرده یا شنیده است.
  - آ شناینداری (Dejavu) یا از پیش دیده، فرد احساس می کند چیز جدیدی را که دیده قبلاً در جای دیگر مشاهده کرده، در حالی که برای اولین بار است میبیند.
  - نا آشناینداری (Jamaisvu) یا هرگز ندیده، برخلاف آشناینداری است. فرد موقعیت یا چیزی را که بارها مشاهده کرده را به صورت نا آشنا و غریب می پندارد.
  - پیش تر فکر کرده (Dejapense) خطای ادراکی است که فکر تازه را که احساس می کند را گویی قبلاً تجربه کرده است.
  - پارامنزی (Paramnesia) یا تحریف حافظه نوعی اشتباه یا دگرگونی در یادآوری خاطرات است. به عبارتی جعل حافظه که در آن شخص واقعیت را با خیال پردازی می آمیزد. بررسی و فرایند یادآوری مطالب یا حافظه فرد قابل اهمیت می باشد
  - حافظه دور: رویدادهای دور زمانی که هنوز مبتلا به بیماری نشده بود. مثال: پرسیدن سوال در مورد خاطرات کودکی، جوانی و مطالب شخصی بیمار.
  - حافظه نزدیک: رویدادهای ۴۸-۲۴ ساعت گذشته مانند صبحانه یا نهار خوردن سؤال می شود.
  - حافظه گذشته نزدیک: وقایع مهم چند ماه گذشته با یک سال اخیر سوال می شود مثال: از بیمار پرسیده می شود که یک خاطره یا رویداد مهمی که در چند ماه اخیر رخ داده را برایم بیان کن
  - حافظه فوری: سنجش رویدادها و وقایع ۲-۵ دقیقه قبل می باشد. مثال: از بیمار می خواهیم سه تا کلمه را به یاد بسپارد و چند دقیقه بعد از او سوال می کنیم
- اختلالات هوشیاری**
- هوشیاری (Consciousness) آگاهی شخص از خود و محیط می باشد.
  - لتارژی (Lethargy) همان خواب آلودگی یا سستی و بی حالی می باشد.
  - کوما (Coma) حالتی که بیمار به تحریکات شدید پاسخ نمی دهد که درجه ی عمیق اختلال هوشیاری میباشد.
  - کوما ویزیل (Coma vigi) بیمار در ظاهر خواب است ولی آماده بیدار شدن است.
  - ابرگرفتنگی شعور (Clouding of consciousness) اختلال در ضبط خاطرات و یا اختلال در ادراک و جهت یابی یا کاهش توجه به محیط یا پایین آمدن محرکهای حسی میباشد که در اختلالات مغزی دیده می شود.
  - دلیریوم (Delirium) واکنش همراه با بی قراری، پریشانی، گیجی و فقدان جهت یابی همراه با ترس و توهمات که در اصطلاح عامیانه به آن سرسام می گویند که نوعی از اختلالات شناختی به شمار می آید
  - غروبی شدن (Sundown) حالتی که در افراد مسن به ویژه شبها رخ می دهد و همراه خواب آلودگی، اغتشاش شعور، آتاکسی و سقوط که در اثر حالت سداتیو یا آرام بخشی ناشی از مصرف داروها بوجود می آید که به آن سندرم شبانگه هم گفته می شود.
  - حالت رویاگونه (Dreamlike) هوشیاری فرد تا حدودی کم شده و فرد تحت تأثیر محرکات خارجی میباشد. اینجا فرد به زمان و مکان واقف نیست، اما به هویت خود واقف است. ویژگی مشخص این حالت توهمات بینایی میباشد.
  - مثال: فرد می گوید نمی دانم در آسمان هستم یا روی زمین،
  - فقدان جهت یابی (Disorientation) از دست دادن آگاهی شخص نسبت به زمان، مکان، اشخاص که در مصاحبه با بیماران روانی برای ارزیابی جهت یابی از آنها سوال می شود.

#### اختلال توجه

- \*\* تعریف توجه: میزان تلاش برای تمرکز روی اجزاء خاص یا یک تجربه گفته می شود یا توانایی حفظ تمرکز روی یک فعالیت می باشد. به عبارتی توجه میزان جمع آوری حواس بر روی یک محرک و تداوم تمرکز می باشد.

- **حواس پرتی (Distractibility)** ناتوانی برای تمرکز و توجه به محرکات خارجی می باشد که در بیماران مانیک زیاد دیده میشود
  - **گوش به زنگ بودن (Hypervigilance)** توجه و تمرکز مفرط، در مقابل محرکات درونی یا بیرونی که در پارانوئید و اضطراب منتشر زیاد دیده میشود.
  - **خواب تلقینی (Hypnosis)** تغییر دادن هوشیاری به طریق ساختگی که با افزایش تلقین پذیری مشخص می شود. مثال: در هیپنوتیزم به فرد می گوئیم به نقطه ای خیره شود یا تمرکز کند.
  - **خواب واره (Tranee)** یا خلسه حالتی که در هوشیاری تغییر به وجود می آید و واکنش فرد نسبت به محیط کاهش می یابد. در هیپنوتیزم، اختلال تجزیه ای، تجزیه خلسه ای مذهبی (مثل درویش ها یا مرتاض های هندی) دیده می شود.
  - **مسخ شخصی (Derealization)** احساس غیر واقعی بودن در رابطه با خود می باشد و فرد وجود خود را غیر واقعی می پندارد. در اسکیزوفرن، اسکیزوتایپ هم دیده می شود که ممکن در استرس و خستگی شدید هم بوجود آید.
  - **مسخ واقعیت (Derealization)** احساس تغییر واقعیت یا تغییر محیط است. بیمار محیط اطراف و جهان هستی را غیر واقعی می پندارد در اسکیزوفرنی، حملات هراس و به خصوص در اختلالات تجزیه ای دیده می شود.
- اختلال در تکلم و حرف زدن**
- **لالی (Mutism)** عدم توانایی کامل در صحبت کردن یا امتناع از آن میباشد.
  - **تیک کلامی:** میل غیر قابل اجتناب برای بیان کردن کلمات زشت یا صدای ناهنجار یا صدا در آوردن که با توجه اطرافیان تشدید می شود
  - **دیزآرتری (DysArthria)** اشکال در ادای کلمات، نه اختلال در پیدا کردن کلمات و یا دستورات میباشد. به عبارتی زبان خوب نمی چرخد.
  - **لکنت زبان (Stuttering)** تکرار مکرر یا طولیل یک صوت یا سیلاب میباشد.
  - **بریدگی (Cluttring)** تکلم غیرعادی و ناموزون به صورت ادای سریع و انفجاری کلمات می باشد بیمار دارد در مورد موضوعی صحبت می کند که حین بحث به بعضی کلمات که می رسد اوج می گیرد بلند و محکم آن را بیان می کند.
  - **اختلال قضاوت (Judgment)** قضاوت، عمل روانی مقایسه ای یا ارزیابی گزینه ها در چهارچوب یک رشته ارزش ها به منظور انتخاب سیر اقدامات است. اغلب برای سنجش قضاوت از بیمار سوالاتی می شود مثال: اگر در جایی بودی و یک کیف پیدا کردی چکار می کنی یا اگر اینجا آتش بگیرد چه میکنید؟
  - **بینش (Insight)** شناخت آگاهانه فرد از شرایط خود میباشد که در روان پزشکی به آگاهی و درک فهم هوشیارانه نیست به عوامل روان پریشی و علایم رفتاری غیرانطباقی اطلاق می شود که در ایجاد شخصیت و رفتار فرد اهمیت فوق العاده ای دارد. مثال: بیمار می گوید من خودم می دانم که رفتارم غیر طبیعی است و می خواهم رفتارم را اصلاح کنم که در اینجا می گوئیم بیمار به غیرطبیعی بودن رفتارش بینش و آگاهی دارد.
  - **هوش (Intelligence)** توانایی در درک، یادآوری و به حرکت درآوردن و ترکیب سازنده یادگیری های قبلی در مواجهه با موقعیتهای تازه می باشد.

#### نکات طلایی

- هیجان: حالت عاطفی تند و شدیدی که ارگانسیم را به فعالیت وا می دارد و به آن جهت می دهد.
- عاطفه: تظاهرات خارجی هیجان که توسط دیگران قابل مشاهده است.
- خلق: احساس درونی مستمر که در تمام جنبه های رفتاری و درک فرد از دنیا تأثیر می گذارد.
- ادراک: فرآیند سازماندهی و تفسیر احساساتی که از دنیای خارج دریافت می کنیم که برای شکل گیری ان اول باید احساس بوجود آید.
- تفکر: بکار بردن نیروی ادراک، تصور، استنباط، استدلال و قضاوت برای حل مسئله خاص می باشد.
- تفکر پارالوریک: درک و نتیجه گیری غلط و غیرمنطقی از یک مسئله می باشد.
- بهت: کاهش هوشیاری و آگاهی روانی که شدت و عمق آن از خواب آلودگی تا حالات اغمای کامل می باشد.
- در واقع حالت کاهش پاسخ دهی به محرکات و افت آگاهی از محیط می باشد یا به عبارتی بازداری کامل تکلم و حرکات بدون هیچ گونه تغییری در هوشیاری میباشد که فرد به محیط اطراف آگاه بوده و بعدها می تواند اتفاقات را به یاد آورد ولی در آن لحظه عکس العملی به محرکات انجام نمی دهد
- شایع ترین نوع هدیان، گزند آسیب و بعد آن هدیان حسادت و نادرترین نوع آن عاشقانه و جسمی است. شنوایی جستجو علت عامل توهم میباشد.

- اقدام مهم پرستاری در توهماتشنوایی جستجو علت عامل توهم است
- در سوگ فرد از دنیا بیزار ولی در افسردگی فرد از خود و دنیا بیزار است.
- کاتالپسی: وضعیت بی حرکتی که به طور مستمر حفظ می شود.
- کاتاپلکسی: فقدان موقتی قوام عضلانی تحت تأثیر هیجان می باشد.
- قدرت تعبیر ضرب المثل از ویژگیهای تفکر انتزاعی است.
- اولین موضوعی که در یک فرد کومایی پس از بهبودی اولیه قابل درک است شخص، مکان، زمان و اولین موضوعی که در یک فرد کومای از بین می رود به ترتیب زمان، مکان، شخص است.
- از نظر روانپزشکی هنجار، تطابق با عوامل زیستی، روانی و اجتماعی میباشد.
- در مصاحبه با بیماران منزوی کم حرف باید فعال و به رفتار غیر کلامی توجه کنیم.
- توهم بینایی شایع ترین نوع توهم در محدوده ارگانیک میباشد.
- تفکر انتزاعی (Abstract . Th) نوعی تفکر که در آن شخص قادر است به طور ارادی مسیر افکارش را از یک موضوع یا یک موقعیت به سمت دیگر تغییر دهد یا موضوع را در ذهن نگاه می دارد و قادر به تجزیه و تحلیل موضوع می باشد. این تفکر مختص افراد بالغ است که قدرت تعبیر ضرب المثل یکی از خصوصیات تفکر انتزاعی است. شکل گیری این تفکر بعد دوران بلوغ همراه با آموزش و کسب اطلاعات عمومی حاصل میشود.
- و سواس ذهن (Obsessionn) تداوم بیمارگونه مقاومت ناپذیر یک فکر یا یک احساس که آن را از ذهن خارج نمود که اغلب همراه با اضطراب است. قضاوت، توانایی اقدام مناسب در موقعیت های متفاوت است
- بینش: به میزان آگاهی از بیماری خود گفته یا به توانایی تشخیص واقعیت گفته می شود
- تفکر ابتدایی یا ذاتی (Concrete) فقط به ویژگیهای ظاهری اشاره می کند.
- مالکیت تفکر: فرد احساس می کند که افکارش خارج از کنترل وی می باشد. فکرها توسط اشخاص یا نیروهای خارجی در سرش کاشته یا افکارش ربوده یا در اطراف پخش می شود.
- پرش افکار اختلال در سرعت جریان تفکر است.
- عدم آگاهی شخص به زمان، مکان، شخص مربوط به اختلال هوشیاری است.
- آسیب حواس پنجگانه باعث بروز توهم می شود.
- ناکولپسی: حملات مرضی خواب بی موقع و غیرقابل کنترل.
- توهم اختلال در درک است و هذیان اختلال در محتوی فکر است.
- خواب گردی یا بیداری در خواب (Somnambulism) راه رفتن در خواب در مرحله ۳ و ۴ خواب NRem بروز می کند، بیمار خاطره ای از آن در ذهن نخواهد داشت. که اکثر در نوجوانان دیده می شود.
- بیمار اگر فریاد بزنم رعد و برق می شود این نوعی هذیان کنترل است.
- در واکنش مومی شکل اولین اقدام پرستاری کنترل علایم حیاتی و بعد جلوگیری از مورد سوء استفاده واقع شدن بیمار توسط دیگران میباشد.
- افسانه پردازی از ضعف حافظه سرچشمه می گیرد.
- در مشاهده تکلم بیمار پرستار باید به سرعت، شدت، کیفیت کلام توجه کند.
- در توهمات اختلال حسی - حرکتی شایع می باشند.
- صرع لوب فرونتال اکثر همراه با علایم و اختلالات روانی است.
- توهم واقعی: همواره با دنیای خارج و یک موقعیت واقعی در ارتباط است.
- شبیه توهم: اختلال پیچیده تر از توهم واقعی است که علاوه بر اختلال درک، تفکر را هم مختل می کند، شبیه توهمات بیشتر با درون بیمار به خصوص مغز در ارتباط است و فاقد روشنی و واضحی توهمات واقعی است و معتقد است این توهمات برای او ساخته شده است.
- توهم سینستریا: احساس یا توهمی که توسط سایر حواس بوجود می آید.

### فرآیند در روان پرستاری

فرآیند پرستاری مجموعه اعمال منظم و سیستماتیک پیوسته، پویا و مداوم که در جهت رسیدن به اهداف خاص صورت می گیرد. در کل مجموعه اقداماتی است که روان پرستار در جهت برنامه ریزی و ارائه مراقبت های پرستاری صورت می دهد.

\*\*\* در واقع فرآیند پرستاری به پرستار کمک می‌کند تا بیمار را به بهترین سطح سلامت سوق دهد که پایه و اساس فرآیند پرستاری و مراقبتهای پرستاری تلقی می‌شود که این فرآیند مهمترین تغییری بود که در سه دهه اخیر در پرستاری صورت گرفت که اصل آن بر پایه نیازهای بیمار بنا شده است.

\*\*\* این فرآیند خاص بیمار نمی‌باشد بلکه علاوه بر بیمار خانواده یا جامعه را هم در بر می‌گیرد و در این روند پرستار انتظار دارد با بیمار و اطرافیان و دیگر افراد تیم بهداشتی ارتباط برقرار کند و به کمک آنها طرح مراقبتی را تنظیم نماید.

\*\*\* فرآیند پرستاری سلسله اقدامات منظم و سیستماتیک که شامل بررسی صحیح و همه جانبه بیمار به منظور شناسایی مشکلات بالقوه، به صورت دقیق و همه جانبه بیمار می‌باشد که با هدف شناسایی مشکلات بالقوه و بالفعل در بیمار صورت می‌گیرد و در انتها تصمیمات درست و منطقی برای حل یا کاهش مشکلات صورت می‌گیرد.

\*\*\* فرآیند پرستاری در بهداشت روان تمرکز بر ارتباط درمانی دارد و هدف آن تعامل بین پرستار و بیمار و با هدف افزایش توانایی و یکپارچگی و بهبود رفتار سازگاران در مقابله با شرایط استرس زای زندگی می‌باشد

\*\*\* فرآیند پرستاری، اعمال مستقلی از جانب پرستار در جهت مراقبت انسانی از بیمار می‌باشد که نیاز به دستور پزشک ندارد. حیطه فرد، خانواده، جامعه کاربرد دارد. و نیاز به دستور پزشک ندارد.

### ویژگیهای فرآیند پرستاری

- مراحل اجرای آن به صورت متوالی و سلسله مراتب می‌باشد.
- مراحل به صورت پیوسته می‌باشد که و موفقیت در هر مرحله بستگی به مرحله قبلی دارد.
- مراحل مکمل هم و به صورت پویا می‌باشند، زیرا ممکن است مرحله نهایی، شروع مجددی برای مرحله قبل و بعدی باشد.

### نقش پرستار در فرآیند پرستاری

پرستار در فرآیند پرستاری باید بیمار را شناسایی و ارزیابی کند و اطلاعات بالینی را جمع آوری نماید تا تدابیر و اقدامات لازم را طراحی کند و امکان هرگونه اختلال در سلامتی و مسائل عاطفی را پیش بینی نمایند در این مراحل پرستار باید بر اساس چهارچوب و قوانین و حیطه اختیارات خود عمل کند.

### مراحل فرآیند پرستاری

- ✓ بررسی
- ✓ تشخیص
- ✓ تعیین برآیندهای مورد انتظار (اهداف)
- ✓ مداخلات پرستاری (برنامه ریزی - اجرا)
- ✓ ارزشیابی

قبل شروع وظیفی کردن مراحل فوق ابتدا باید نیاز و مشکلات بیمار را شناسایی کرد. زیرا نیازهای بیمار پایه اطلاعات و هدف از انجام فرآیند پرستاری میباشد. بعد تعیین مشکلات و نیازهای بیمار که همان تشخیص پرستاری می‌باشد، نتایجی را که مورد انتظار است را مشخص و بر اساس آن در جهت رسیدن به اهداف برنامه ریزی می‌کنیم و در انتها به مرحله آخر که همان ارزشیابی است می‌رسیم به طور مجدد بررسی می‌کنیم که آیا به نتایج دلخواه و اهدافمان رسیدیم یا خیر؟

### بررسی و شناخت

این مرحله با اولین برخورد با بیمار شروع می‌شود که در این مرحله پرستار به جمع آوری اطلاعات جامع در مورد سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و روانی بیمار می‌پردازد. در واقع هدف از بررسی و شناخت دستیابی به مشکلات و نیازهای بیمار می‌باشد که بر اساس آن تشخیص های پرستاری پی ریزی می‌شود.

در این مرحله اطلاعات به طور سیستماتیک از بیمار، خانواده، جامعه و محیط به صورت عینی و ذهنی جمع آوری می‌شود، یعنی آنچه خود بیمار و اطرافیان بر زبان می‌آورند و آنچه پرستار مشاهده می‌کنند. را در بر می‌گیرد.

در این مرحله، مشاهدات پرستار و بررسی رفتار غیر کلامی بیمار از اهمیت زیادی برخوردار است این مرحله خود به سه قسمت تقسیم می‌شود..

۱. بررسی و شناخت روانی: که همان وضع ظاهری، نحوه ارتباط، پاسخ گویی، الگوهای تعاملی بیمار و وضعیت روحی، عاطفی، نحوه تفکر، درک، روش های سازگاری و سبک زندگی بیمار می‌باشد

۲. بررسی و شناخت اجتماعی: بررسی روابط اجتماعی، سبک زندگی و نحوه تعلیم و تربیت فرد است

۳. بررسی سلامت فیزیکی: بررسی وضع ظاهر، مسائل بهداشتی، بیماری ها و مشکلات بیمار یا اعضای خانواده، در زمان حال و گذشته و عادت های فعلی بهداشتی می‌باشد



به طور کلی نحوه جمع آوری اطلاعات بستگی به نوع بیمار یا بیماری و مشکلات بیمار دارد که برای رسیدن به این هدف، فرم هایی وجود دارد که هر مؤسسه یا سازمان بنا به سلیقه و اهداف خود تهیه و تنظیم می کند که هدف همه آنها کمک به پرستار در جهت بررسی منظم می باشد. در این مرحله پرستار به مسائل زیر باید آگاه باشد.

\*\*\* اطلاعات جمع آوری شده باید در برگیرنده مشکلات و نیازهای بیمار باشد و خود پرستار باید هدف از گردآوری اطلاعات را بداند.

\*\*\* در جمع آوری نوع اطلاعات پرستار باید اطلاعات مربوط به خود بیمار، توانایی ها و ناتوانی های فرد در سازگاری با زندگی، مسائل بهداشتی و بر توانایی هایی که در سازگاری با محیط تأثیر گذار می باشد به همراه وضعیت فعلی بیمار در ارتباط با توانایی ها و دستورات و برنامه های پزشکی را برای طرح درمانی در نظر بگیرد.

\*\*\* منابعی که پرستار برای کسب اطلاعات استفاده می کند باید معتبر و قابل اطمینان باشد که در جمع آوری اطلاعات اولویت خود بیمار و بعد از آن به سراغ خانواده، اطرافیان، پرونده و گزارش پزشک می رویم که در این راستا روشهایی را که برای کسب اطلاعات بکار می گیریم عبارتند از (مصاحبه، مشاهده، معاینه، مشاوره، مطالعه پرونده و گزارشات)

\*\*\* در پایان این مرحله باید اطلاعات را دسته بندی و تجزیه و تحلیل نماییم و هدف از جدا کردن و دسته بندی و موارد طبیعی و غیرطبیعی را معلوم و اطلاعاتی را که از خود بیمار بدست آوردیم را با اطلاعاتی که از منابع دیگر بدست آوریم ترکیب و رابطه آنها را با همدیگر بررسی کنیم و با سازماندهی و تعیین مشکلات آنهایی که نیاز به اقدامات پرستاری دارند را مشخص کنیم.

#### در انتها پرستار باید اطلاعاتی در زمینه موارد زیر بدست آورد :

- ✓ وجود یا فقدان اختلال روان
- ✓ وجود مشکلات احتمالی در وضعیت جسمانی
- ✓ بررسی نقاط ضعف و قدرت بیماری
- ✓ بررسی شخصیت قبل از بیماری
- ✓ شناسایی عوامل مستعد کننده و تسریع کننده
- ✓ شناسایی عوامل مؤثر در پیش آگهی بیماری
- ✓ بررسی سیستم های حمایتی و شغلی
- ✓ بررسی وجود یا عدم وجود افکار خودکشی و دگرگوشی
- ✓ شناسایی مشکلات بالفعل و بالقوه
- ✓ شناسایی مکانیسم های دفاعی که بیمار استفاده می کند.

#### تشخیص پرستاری

بررسی و ارزیابی به همراه شناخت بیمار با شکل گیری و تشخیص پرستاری خاتمه می یابد. تشخیص پرستاری عبارتست از مشکلات موجود احتمالی که به وسیله اقدامات پرستاری ممکن است برطرف شود.

تشخیص پرستاری به معنای پی بردن به نیازهای اساسی رفع نشده بیمار و قضاوت در مورد سلامتی بیمار به غیر از آنچه که پزشک تشخیص داده یا به عبارتی تشخیص نیازهای بیمار توسط پرستار با هدف کمک به بیمار و خانواده وی می باشد.

تشخیص پرستاری به سه قسمت تقسیم می شود:

۱. تشخیص پرستاری فرآیندی است، در مورد بیمار یا موقعیت او در محیط پیرامون و یا وضعیت وی در محیط اطلاعات کسب می کنیم. مثال: تشخیص عقاید دیگر آزاری و پر خاشگری به وسیله ی پرستار صورت می گیرد ولی شرایط یا موقعیتی که باعث تحریک یا انجام این عمل توسط بیمار می شود ناشناخته است که لازمه شناخت آن، بررسی محیط پیرامون بیمار میباشد.
۲. بعد از بررسی بیمار و پیرامون وی محیط او باید با بیان و جمله ای مناسب آنها را به هم ربط دهیم
۳. برای تعیین و بیان ارتباط مشکلات بیمار و محیط به دو صورت اقدام می کنیم

\*\*\* رایج ترین شیوه آن استفاده از کلمات (بستگی یا وابستگی)، (همراه یا لازمه) است. مانند: بستگی به به همراه.

\*\*\* از کلمه علت یا به علت زمانی استفاده می کنیم که رابطه علت و معلول معلوم باشد. که بهتر به جای کلمه به علت از عبارات (ارتباط با )، (مربوط به) استفاده شود زیرا هر دو آنها نشان دهنده تشخیص پرستاری است.

\*\*\* در مرحله تشخیص، پرستار باید توجه کند تشخیص های پرستاری را براساس واکنش بیمار نه نیاز وی بنویسید و آنها را براساس اهمیت و اولویت بندی کند.

\*\*\* به عبارتی نقش پرستار در مرحله تشخیص پرستاری مشاهده کلیه رفتار و احساسات بیمار است

نمونه هایی از تشخیص های پرستاری :

- ✓ خلق افسرده بیمار همراه با انزوای اجتماعی می باشد.
- ✓ واکنش غم و اندوه در ارتباط با جدا شدن از همسر
- ✓ عدم اعتماد به نفس در ارتباط با مصرف مواد مخدر
- ✓ انزوای اجتماعی همراه با رفتار پرخاشگرانه و سوء ظن

#### اهداف (معیارها و برآیندهای مورد انتظار)

با اتمام تشخیص پرستاری، مرحله تدوین اهداف که بر اساس تشخیص های پرستاری صورت می گیرد. شروع می شود. در تدوین اهداف باید به نکات زیر توجه کرد:

- ✓ اهداف واضح، روشن و واقع بینانه و قابل دستیابی باشد.
- ✓ اهداف باید قابل ارزیابی و قابل مشاهده باشد.
- ✓ اهداف باید به صورت افعال رفتاری و کارهایی که از بیمار سر می زند یا انتظار داریم طراحی شود.
- ✓ اهداف باید به صورت کوتاه، متوسط و بلند مدت تدوین شود.
- ✓ دستیابی به اهداف باید توسط مداخلات پرستاری صورت گیرد.

\*\* اهداف کوتاه مدت مختص بیمار و در رابطه با بررسی نیازهای فعلی و اشکار مددجو می باشد که از تشخیص های پرستاری ناشی می شود و می تواند در یک دوره زمانی کوتاه ۱ تا ۱۰ روزه صورت گیرد

\*\* اهداف طولانی مدت بر پایه بررسی نیازهای مداوم طراحی شده و آینده نگر می باشد و تاثیر مداخلات پرستاری را از طریق سنجش رفتار بیماران مشخص می نماید که این اهداف دراز مدت و با اهداف رمان ترخیص و بعد آن مرتبط می باشد.

#### تقدم و اولویت تعیین اهداف تحت تأثیر عوامل زیر است:

- ✓ تقدم تشخیص پرستاری با هماهنگی بیمار، خانواده، گروه یا جامعه صورت می گیرد.
- ✓ بررسی شدت مشکل سلامتی یا وضعیت زندگی، مشکلات بالقوه بالفعل
- ✓ قبول مراقبت های پرستاری توسط بیمار
- ✓ به صرفه بودن هزینه، وقت و انرژی بین پرستار، بیمار، خانواده و جامعه
- \*\* بعد از تعیین اهداف و اولویت ها، مداخلات پرستاری طرح ریزی می شوند.

#### مداخلات پرستاری (برنامه ریزی و اجرا)

بعد از تدوین اهداف و برآیندهای مورد انتظار گام بعدی تدوین برنامه و اقدامات مناسبی است که به صورت مطلوب پرستار را به سمت پیشبرد اهدافش سوق می دهد که در این راستا پرستار با توجه به علم و دانش و تجربه خود تلاش می کند بهترین و مناسبترین روش را انتخاب کند. \*\* در این برنامه ریزی پرستار باید مشکلات را براساس اولویتها دسته بندی نماید و بعد براساس آن برنامه ریزی کند تا در نهایت مراقبت های پرستاری را طبق برنامه تدوین شده انجام دهد.

\*\* فعالیت در اجرای مداخلات پرستاری خاص پرستار نیست، بلکه وی با کمک بیمار، خانواده، اطرافیان و محیط تلاش می کند تا اقدامات لازم را در جهت اجرای برنامه های پرستاری صورت دهد که در این مرحله پرستار بیشتر نقش هماهنگ کننده را دارد.

\*\* به طور کلی تدابیر یا همان مداخلات پرستاری جهت برآوردن برآیندهای مورد انتظار برنامه ریزی و اجرا می شوند که این تدابیر باید متناسب با موقعیت و رفتار بیمار انجام گیرد.

\*\* به طور کلی هدف این اعمال جلوگیری یا حل مشکل به همراه ارتقاء و بهبود شرایط میباشد.

\*\* مداخلات و اجرای برنامه باید بر اساس تشخیص پرستار صورت گیرد و در جهت رسیدن به اهداف تنظیم شود، برنامه ریزی به طور مداوم اجرا شود و براساس شرایط بیمار تجدید و بازنگری صورت گیرد.

➤ انواع مداخلات پرستاری در اختلالات روانی بر اساس استانداردهای روان پرستاری عبارتند از:

۱. ارتباط درمانی: جهت بهبود یا بازیافتن توانایی های قبلی و جلوگیری از ناتوانایی های بعدی میباشد
۲. آموزش بهداشت روانی: بالا بردن سطح آگاهی و اطلاعات بیماران در زمینه بیماری و رویدادهای استرس زا که اقدامات لازم سبب شناخت استرسورها و کنار آمدن با مشکلات میشود
۳. فعالیت خود مراقبتی: پرستار از بیمار در جهت فعالیت های روزانه برای تغییرات سازنده در رفتار بیمار استفاده میکند.

۴. **درمانهای جسمی:** پرستار به کمک دستورات دارویی و اقدامات درمانی نظیر شوک و بررسی تاثیر و عوارض آنها میتواند به نتایج درمانی مد نظر برسد

۵. **روان درمانی:** پرستار می تواند به کمک روان درمانی فردی، گروه، خانواده و سایر روش های درمانی در جهت سازش یا کاهش رفتارهای ناهنجار به بیمار کمک کند.

**\*\* مداخلات پرستاری به سه فعالیت عمده دیگر خلاصه میشود**

➤ **فعالیت های حمایتی:** موجب افزایش سازگاری و توانایی های فردی و ایجاد آرامش و جلوگیری از بروز مشکلات جانبی می شود و فرد را در جهت به دست آوردن سلامت مجدد هدایت میکند

➤ **فعالیت تولیدی:** سبب ایجاد انگیزه و توانایی در فرد می شود که باعث به کارگیری شیوه های جدید و مؤثر جهت مقابله با استرس و بحران می شود.

➤ **فعالیت حفاظتی:** این مداخلات باعث بهبود و بهتر شدن وضعیت بیمار می شود و از بروز و خودکشی و دیگر کوشی جلوگیری می کند و اغلب برای بیمار محیطی امن و مناسب جهت حفاظت و ادامه روند درمانی بوجود می آورد.

### ارزشیابی

ارزشیابی به معنی بررسی و جمع اطلاعات جدید می باشد که در این بین ممکن است مشکلات جدیدی کشف و برنامه ریزی و روش اجرای حل مشکل تغییر کند که انجام ارزشیابی صحیح بستگی به اهداف و مداخلات مشخص و قابل اندازه گیری دارد.

این مرحله آخرین قسمت فرآیند پرستاری است که براساس واکنش بیمار به اقدامات پرستاری و دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده تدوین شده است و اساس ارزشیابی را برنامه پرستاری تشکیل میدهد.

**\*\* پرستار حین مراقبت از بیمار دائم وی را از نظر پیشرفت و دستیابی به اهداف تعیین شده مورد ارزشیابی قرار می دهد.**

**\*\* ارزشیابی نشان می دهد که سایر مراحل فرآیند پرستاری چگونه و چطور انجام و تأثیر آن را بر بیمار نشان می دهد و پرستار با ارزیابی به نقاط ضعف کارش پی می برد.**

➤ انجام این روش باید به طور مداوم و سلسله وار در سه مرحله صورت گیرد:

۱. ابتدا استانداردها و ویژگی هایی را که مد نظر پرستار می باشد را بر اساس تشخیص و اهداف پرستاری تنظیم و معلوم شود.

۲. در قسمت بعدی وضعیت بیمار را براساس اهداف از قبل تعیین شده گردآوری شود

۳. اطلاعات و داده های گردآوری شده را با برآیندها و نتایج قابل انتظاری که وجود دارد مقایسه و مشاهده می کنیم و میبینیم چقدر در پیشبرد فرآیند موفق بودیم و در صورت وجود مشکلات سعی در انتخاب و تهیه راه حل مناسب می نماییم.

**\*\* ارزشیابی یا ارزیابی همان بررسی میزان دستیابی به اهداف کوتاه مدت و بلندمدت می باشد که مشکلات و مسائل حل شده را بررسی می کند و مسائلی که هنوز حل نشده را مورد توجه قرار میدهد. این روند آخرین مرحله فرآیند پرستاری میباشد.**

### نکات طلایی

- ویژگی های فرآیند پرستاری متوالی، پیوسته و پویا بودن است
- هدف از جمع آوری اطلاعات پی بردن به نیازها و مشکلات بیمار می باشد.
- هدف از تشخیص پرستاری، پی بردن به نیازهای تامین نشده بیمار است
- تمرکز فرآیند پرستاری بر ارتباط درمانی استوار است.
- فرآیند پرستاری در بهداشت روان درسه حیطه فرد، خانواده و جامعه کاربرد دارد
- مرحله تشخیص پرستاری باید برای همه قابل درک و علت آن مشخص باشد و برای هر مشکل باید علت آن نوشته شود و در آن الگوهای تعامل بیمار و محیط اطراف مشخص شود و اهداف و مداخلات هم معلوم شود.
- به طور کلی تشخیص پرستاری نشان دهنده سطوح مختلف سلامتی یا تغییرات دائمی یا موقتی در مراحل زندگی می باشد که شامل تغییرات فیزیولوژیکی، روانی اجتماعی، فرهنگی و رشد و تکامل جسمی و روحی می باشد.
- به طور کلی اهداف یا برآیندهای قابل انتظار باید طوری طراحی شوند که بعد از برنامه ریزی و اجرای تدابیر پرستاری تغییراتی در وضع روحی، جسمی اجتماعی بیمار صورت بگیرد و این اهداف باید به طور واضح و روشن برآیندهای مورد انتظار را توضیح دهند.
- در مجموع می توان گفت که برنامه ی مراقبت پرستاری اساس اجرای فرآیند پرستاری می باشد.
- ارزشیابی بیان کننده و مشاهدات و عکس العمل های بیمار در جهت تدابیر پرستاری و برآوردن و دستیابی به برآیندهای مورد انتظار و موفقیت در پیشبرد فرآیند پرستاری میباشد.

### درمان های غیر دارویی

**جراحی:** روشی درمانی در بیماریانی است که به روش درمانی دیگری پاسخ نمی دهند و با هدف کاهش علائم بیماران روانی در اختلالات بسیار شدید مورد استفاده قرار میگیرد. این روشها به کمک تخریب نواحی از مغز مثل (لوبوتومی، سینگولاتومی)، با قطع راه های ارتباطی (تراکتوتومی، لوکاتومی) با روش هایی نظیر کاشت ابزار و تحریک مغز برای درمان اختلال درد مزمن و صرع مورد استفاده قرار می گیرد.

گروهی از دانشمندان و جراحان دریافته اند که برداشتن لوب فرونتال مغز سبب کاهش تنش و علائم اختلالات روانی می شود.

**درمان با E.C.T (ElectroConvulsive Therapy):** تاریخچه E.C.T بر می گردد به مدونا که با تزریق عضلانی کامفر و بعد از تزریق وریدی مترازل شروع شد. وی معتقد بود علائم اسکیزوفرن با حملات تشنجی کاهش می یابد، اولین بار اساس کار با E.C.T را یوگوسرلتی ابداع نمود. E.C.T عبور دادن یک جریان الکتریکی ۱۵۰-۷۰ ولتی از مغز بیمار به مدت ۰,۱ تا ۱ ثانیه برای ایجاد یک صرع بزرگ می باشد. که تشنجی به مدت ۲۰ تا ۲۵ ثانیه ایجاد می شود. میزان ولتاژ و مدت آن در بیماران مختلف با توجه به استانه تحریک پذیری افراد متفاوت می باشد. این مقدار ولتاژ، کمترین جریان الکتریسیته لازم جهت تولید تشنج میباشد.

\*\*\* موجب تغییرات نوروشیمیایی در گیرنده های نوروترانسمیترها مانند استیل کولین، نوراپی نفرین، دوپامین و سروتونین و کاهش گیرنده های بتا آدرنژیک پیش سیناپسی می گردد.

تمامی این اقدامات مشابه اثر داروهای ضد افسردگی است. همچنین E.C.T سبب تنظیم ورود کلسیم به داخل سلولهای عصبی می شود. لازم میباشد که قبل درمان با E.C.T بیمار را از نظر برخی داروهای مصرفی بررسی نماییم.

\*\*\* به عنوان مثال مصرف ضد افسردگی های سه حلقه ای و چهار حلقه ای و ضد جنون با درمان شوک تداخلی ایجاد نمی کنند، ولی قبل شوک داروهای زیر باید قطع شوند

- ✓ بنزودیازپین (آستانه تشنج را بالایی پرند)
- ✓ کلوزاپین (باعث پیدایش تشنجات دیررس می شود)
- ✓ تتوفیلین (زمان تشنج را طولانی می کند)
- ✓ رزیرین (سیستم قلبی و تنفسی را به خطر می اندازد)
- ✓ لیتیوم (طول زمان تشنج و دلیریوم را به دنبال تشنج افزایش می دهند)

### موارد استفاده

شایع ترین مورد استفاده E.C.T در درمان افسردگی اساسی میباشد.

- در مواردی که بیمار به درمان دارویی جواب نمی دهد یا نمیتواند عوارض دارویی را تحمل کند یا علائم شدید یا پسیکوتیک و میل به خودکشی یا دیگرکشی در فرد وجود دارد یا در صورت وجود علائم بهت و بیقراری زیاد در مواردی که نیازمند به پاسخ درمانی فوری و سریع هستیم کاربرد دارد.
- به طور کلی E.C.T هنگام نیاز به بهبود فوری و کاهش سریع علائم خط اول درمان محسوب می شود.
- این روش در برخی موارد ارجح تر از درمانهای دارویی ضد افسردگی میباشد. مثلاً در بیماران قلبی و آنهایی که نمی توانند عوارض نامطلوب سه حلقویها را تحمل کنند یا زنان حامله که نمی تواند دارو ضد افسردگی مصرف کنند بکار می رود.
- این روش در سالمندان به کندی و در جوانان سریع تر منجر به پاسخ درمانی می شود. این روش در دوره های مانیک اثری برابر با لیتیوم و شاید برتر از آن داشته باشد. در این بیماران E.C.T دوطرفه بیشتر جواب میدهد خصوصاً در بیماران مانیکی که به درمان دارویی پاسخ مناسب نمی دهند.
- در درمان اسکیزوفرن حاد مؤثر می باشد، ولی در درمان اسکیزوفرن مزمن هیچ کاربردی ندارد.
- الکتروشوک در بیماران کاتاتونیک یا بیماران همراه با علائم مثبت اسکیزوفرن نظیر توهم و هذیان بهتر و سریعتر جواب می دهد اثری مشابه و تقریباً برابر با آنتی سایکوتیک ها دارد.

### موارد منع مصرف در استفاده

در استفاده از این روش درمانی منع مطلق نداریم ولی فقط موقعیت هایی را داریم که نیاز به کنترل دقیق بیمار داریم نظیر تومورهای مغزی، فتق مغزی، افزایش فشار داخل جمجمه، خونریزی مغزی بیماران CHF و MI عفونت حاد میوکارد، ذات الریه. در همه این اختلالات بیمار باید تحت کنترل باشد خصوصاً در اختلال عروق مغزی و آنوریسم ها که باید تحت کنترل فشارخون این روش انجام گیرد.

این روش در حاملگی منع مصرف ندارد و نیاز به کنترل جنین نیست، مگر در حاملگی های پرخطر و توام با عارضه باید بیمار را تحت نظر قرار داد مانند زنان باردار مبتلا به اکلامپسی یا پراکلامپسی

\*\*\* مرگ و میر در این روش نادر است و معمولاً در اثر عوارض قلب - عروقی بیشتر مشاهده می شود و اکثر در بیماریانی رخ میدهد که در آنها مشکلات قلبی دیده می شود.

**داروهای مورد استفاده در E.C.T**

- آتروپین: از دسته داروهای آنتی کولینرژیک موسکارتینی میباشد که برای به حداقل رساندن ترشحات دهانی و باز کردن راه تنفسی و جلوگیری از برادیکاردی و اسیستول تجویز می شود
- هوشبر عمومی: با هدف ایجاد بیهوشی با عمق سطحی و کاهش اثرات نامطلوب و جلوگیری از افزایش آستانه تشنج بکار می رود. متوهگزیتال رایج ترین هوشبر میباشد. چون طول اثر آن کوتاه مدت و رابطه کمتری با آریتمی های پس از تشنج در مقایسه با سایر داروهای بیهوشی نظیر کتامین دارد.
- شل کننده عضلانی: معمولاً یک دقیقه بعد شروع اثر داروهای بیهوشی تزریق می گردد تا خطر شکستگی استخوان و سایر صدمات ناشی از فعالیت حرکتی در ضمن تشنج به حداقل برسد.
- رایج ترین داروی مؤثر ساکسینیل کولین میباشد که در صورت حساسیت به این دارو از آتراکوریوم یا کورا استفاده می شود.
- خواب آورها: نظیر تیوپنتال یا نستونال استفاده می شود. که این دارو اثرات بیهوشی را تسریع می کنند

**محل الکترودها**

این روش یک طرفه یا دو طرفه انجام میگردد. در نوع دو طرفه پاسخ به درمان سریع تر است. ولی رایج ترین روش درمان، نوع یک طرفه می باشد. زیرا اثرات نامطلوب آن کمتر است و غالباً الکترود را در نیم کره راست قرار می دهند. اسکیزوفرن مقاوم به درمان، ریسک خودکشی و تهیج بهتر است شوک دو طرفه انجام گیرد. محل قراردادن الکترودها در ناحیه فرونتوتمپورال حدود 2.5cm بالاتر از خط فرضی بین تراگوس گوش به گوشه خارجی چشم است. بهتر است الکترودها بر ناحیه مغلوب گذاشته شود، تشخیص نیم کره های مغلوب بر اساس تقدم در کاربرد دست راست یا چپ در کارهای حرکتی ارادی یا تقدم پای راست یا چپ مشخص میشود

به دنبال تحریکات الکتریکی، حمله ای شبیه صرع بزرگ ناخودآگاه ایجاد میشود که شامل دو مرحله است:

۱. مرحله تونیک (محکم شدن و انقباض عضلات) که اولین نشانه آن عالیا اکستانسیون کف پای است و ۱۰ تا ۲۰ ثانیه طول می کشد.
۲. مرحله کلونیک (حرکات ریتمیک عضلات) حدود ۳۰ ثانیه که فرکانس حرکات در طی آن تدریجاً کاهش می یابد.

\*\*\* اگر تحریکات، جهت تشنج کافی نباشد تا ۲ بار در هر مرحله می توان اقدام به تشنج نمود. حین شوک الکترود و پوست با ژل اعشسته می شود تا انتقال الکترودها بهتر صورت گیرد

درمان با الکترود شوک ۲ تا ۳ بار در هفته و غالباً به صورت یک روز در میان صورت می گیرد. در یک دوره با اختلال افسردگی اساسی ۶ تا ۱۳ جلسه و ممکن تا ۲۰ جلسه هم برسد. درمان دوره های مانی ۸ تا ۲۰ جلسه و درمان اسکیزوفرن ۱۵ جلسه و در درمان کاتاتونیک و دلیریوم ۱ تا ۴ جلسه انجام می گیرد .

یک دوره درمان کوتاه مدت با E.C.T موجب بهبود علائم می شود، ولی مانع از عود بیماری نمی گردد همواره درمان نگهدارنده بعد شوک باید مدنظر باشد. طوری که بعد شوک، درمان نگهدارنده دارویی به همراه E.C.T هفتگی یا هر ۲ هفته یکبار یا ماهانه می تواند از عود بیماری جلوگیری کند.

\*\*\* مراحل E.C.T به ترتیب عبارتند از: تونیک، کلونیک، استوپور، خواب عمیق.

**عوارض جانبی**

- گیجی و دلیریوم خصوصاً در ۳۰ دقیقه اول بعد شوک و بعد به هوش آمدن شایع می باشد. که با باربیتوراتها و بنزودیازپین ها قابل درمان میباشد. که به علت اثرات شوک برسلسله اعصاب مرکزی می باشد
- حدود ۷۵٪ بیماران که شوک دریافت می کنند، اختلال در حافظه و فراموشی موقت را بدترین اثر جانبی این روش می دانند که ۶ ماه بعد ادامه این روند بیمار به سطح شناختی اولیه خود باز می گردد.
- آریتمی قلبی گذرا، گرفتگی عضلانی ناشی از فعالیت حرکتی و تشنج می باشد
- سردرد ناشی از E.C.T به علت اسپاسم عضلانی ناحیه گیجگاهی می باشد که با آسپرین، ایبوپروفن و ماساژ بهبود می یابد.
- اولین واکنش قلب سالم در مقابل E.C.T برادی کاردی می باشد که بلافاصله در فرد افزایش ضربان قلب در حدود ۱۲۰-۱۸۰ ضربه در دقیقه به وجود می آید. که این تغییرات ۵ دقیقه بعد شوک پایان یافته ضربان قلب طبیعی می شود.

**مراقبتهای قبل شوک**

- ✓ بررسی سابقه بیمار و معاینات فیزیکی
- ✓ تشویق بیمار به توصیف و بیان احساسات مثبت و منفی خود
- ✓ بررسی آزمایشات CBC و ادرار

- ✓ تخلیه ادرار و مدفوع
- ✓ بررسی بیمار از نظر هوش و حافظه
- ✓ مهیا کردن ترالی اورژانس قبل شوک
- ✓ کسب رضایت از بیمار
- ✓ آگاهی به همراهان بیمار در مورد شوک
- ✓ ۶ ساعت قبل شوک منع مصرف مایعات و ۸ ساعت قبل منع غذاهای جامد
- ✓ بررسی علائم حیاتی بیمار
- ✓ بررسی بیمار از نظر جواهرات، عینک، اندام مصنوعی و دندان، پلاتین، تراکش، پیس میکر قلبی

#### مراقبتهای حین شوک

- ✓ عدم تماس تخت شوک با فلزات یا سطح زمین
- ✓ آموزش به بیمار در مورد موقتی بودن فراموشی
- ✓ حتماً بیمار بدون کفش و جوراب روی تخت دراز بکشد.
- ✓ مشاهده و بررسی کف پا
- ✓ برقراری یک راه وریدی
- ✓ گذاشتن یک محافظ در دهان بیمار
- ✓ فیکس کردن بیمار و جلوگیری از هرگونه آسیب و تشنج
- ✓ در صورت امکان، ساکشن ترشحات

#### مراقبت بعد شوک

- ✓ انتقال بیمار به اتاق ریکاوری مجهز به (اکسیژن، ساکشن و ترالی)
- ✓ حفاظت و جلوگیری از سقوط و افتادن بیمار
- ✓ بررسی و آگاهی بیمار نسبت به زودگذر بودن دلیریوم، فراموشی
- ✓ آشنا و آگاه کردن بیمار به زمان، مکان، محیط
- ✓ در صورت بی قراری تزریق بنزودیازپین ضعیف
- ✓ جلوگیری از بلند شدن ناگهانی بیمار از تخت
- ✓ کنترل V/S هر ۱۵ دقیقه در ساعت اول بعد شوک (۶) شروع تغذیه بعد برگشتن رفلکس گگ

**نوردرمانی:** کاربرد این روش در افسردگی های فصلی که در پاییز و زمستان رخ می دهند میباشد اختلال فصلی غالباً در زن ها و در سن ۴۰ سالگی به بالا و در فصل زمستان رخ می دهد و بهبود آن در فصل بهار مشاهده میشود

■ مصاحبه به کمک دارو

برای تسهیل در کسب اطلاعات در مصاحبه روان پزشکی مورد استفاده قرار می گیرد. به این روش نارکو تراپی می گویند. در این روش از داروی تزریقی سدیم آمیتال به صورت وریدی استفاده می شود.

■ این روش در بیماران کاتاتونیک و آنهایی که حرف نمی زنند و واکنشات تبدیلی، اختلالات تجزیه ای و افراد PTSD کاربرد خوبی دارد.

■ اما مهمترین عارضه این روش وابستگی دارویی میباشد.

**روان درمانی:** نوعی تعامل اجتماعی است که در آن یک فرد متخصص به بیمار کمک می کند تا رفتار و احساسات خود را تغییر دهد. که بر پایه نظریات علمی یا مکتب های فکری ارائه می شود که تمامی این مکتب ها بر رابطه اطمینان بخش و تعاملات کلامی و غیر کلامی با اهداف درمانی در جهت کاهش اضطراب یا متوقف کردن رفتار غیرانطباقی بیمار صورت می گیرد.

**روانکاوی:** فشرده ترین و قوی ترین انواع درمانهای روانی میباشد. هدف عمده این روش کمک به بیمار، برای آگاهی از تعارضات ناخودآگاه و امیال حل نشده و حوادث ناگوار زمان کودکی که به صورت اختلال روانی تظاهر می کند که نخستین بار توسط زیگموند فروید مطرح شد و اولین بار بوسیله هیپنوتیزم آغاز شد، سپس به صورت تداعی آزاد و با هدف کشف تعارضات ناخودآگاه در آمد. اساس این روش کارکرد ذهن است .

در این روش فروید از مدل توپوگرافیک که ترکیبی از خودآگاه، نیمه خودآگاه و ناخودآگاه می باشد استفاده نمود.

\*\*\* در روانکاوی، افکار و احساسات ناخودآگاه به خودآگاه آورده می شود. در این روش تداعی آزاد امکان ظاهر شدن خاطرات سرکوب شده را برای فرد فراهم می آورد. زیرا از آنجایی که خودآگاه به طور آگاهانه مانع از تجلی و ظهور حوادث استرس زا قبلی می شود.

※ استفاده از روانکاوی باعث تضعیف خودآگاه می شود که خود موجب می شود تعارضات و کشمکش های سرکوب شده فرد خیلی راحت و بدون مقاومت ظاهر شود.

در اینجا بیمار روی مبل یا کاناپه یا نیمکتی دراز کشیده، درمانگر در بالای سر بیمار طوری که از میدان دید بیمار خارج می باشد می نشیند و حالت درازکش به بیمار کمک می کند روی تخیلات و افکار خودش تمرکز کند و به راحتی افکار و احساسات خود را بیان کنند.

※ در واقع خارج شدن از میدان دید بیمار و کاهش محرکات محیطی در بیمار یک محرومیت حسی بوجود می آورد که باعث پیدایش پسرقت در فرد و یادآوری راحت تر حوادث گذشته می شود.

※ در اینجا روانکاو باید مسیر تداعی آزاد را هدایت کند و مسائل اخلاقی را رعایت کند و همدنش تنها در راستای کمک به بیمار باشد و از تلقین شخصیت یا ارزشی به بیمار اجتناب کند.

※ این روش یک درمان طولانی مدت می باشد که ممکن است حداقل ۲ تا ۵ سال طول بکشد که هر هفته ۴ تا ۵ جلسه به مدت ۴۵ تا ۵۰ دقیقه برگزار می شود.

**کاربرد:** در اختلالات اضطرابی، فوبی، وسواس جبری، افسردگی خفیف، اختلال شخصیت، اختلال تجزیه ای، اختلال تکانه، پارافیلیا، اختلالات جسمی و جنسی کاربرد دارد.

### منع کاربرد

- ✓ در سن بالای ۴۰ سال زیرا در این سن فرد انعطاف پذیر میباشد. پس بهتر است از افراد جوان برای روانکاوی استفاده نمود.
- ✓ در کودکان کاربردی ندارد، زیرا کودکان قادر به درک نمی باشد. ولی در این گروه می توان از بازی درمانی، که نوع تعدیل یافته روان کاوی است استفاده نمود.
- ✓ در معلولیت ذهنی به علت عدم درک و فهم
- ✓ در شرایط بد اقتصادی
- ✓ افرادی که جواب فوری می خواهند و نمی خواهند وقت صرف کنند
- ✓ دوستان و بستگان به علت احتمال ایجاد سوءگیری

**هیپنوتیزم:** یک پدیده روانی پیچیده است که آن را حالت افزایش تمرکز موضعی، حساسیت و پذیرایی نسبت به تلقینات یک شخص تعریف کرده اند. هنوز برای این روش پسیکوفیزیولوژیک مشخصی ذکر نشده است.

در بیمار یک حالت خوابواره (Trance) به وجود می آید که در اینجا، بیمار بسیار تلقین پذیر می باشد و فرد دچار خوابواره سطحی، متوسط یا عمیق می شود

در خوابواره سطحی بیمار عضلات خود را منقبض و احساس سبکی و راحتی می کند و در بدن خود احساس بی حسی می کند.

※ در خوابواره نیمه عمیق یا متوسط آستانه درد بیمار بالا می رود. فرد دچار کاهش درد و یا حالت فراموشی می شود. در اینجا بیمار، دچار یک پسرقت نسبی یا بی حسی عمیق می شود که نوع عمیق احساس دگرگونی زیاد میباشد.

※ در خوابواره هیپنوتیک، ممکن است فرد خاطرات سرکوب شده ای که به هیچ عنوان به هوشیاری نمی آید، را زنده کند و به هوشیاری یا خودآگاه بیاورد.

### ▪ کاربرد

- ✓ درمان فراموشی و فرار تجزیه ای
- ✓ ترک مصرف الکل، مواد مخدر دخانیات، کاهش چاقی
- ✓ انجام بیهوشی حتی برای جراحی های بزرگ یا زایمان و روش هایی که نیاز به داروهای بیهوشی نیست و در درمان دردهای مزمن
- ✓ ایجاد آرامش، کنترل اضطراب و حساسیت زدایی تدریجی و درمان اختلالاتی نظیر اسم، زگیل، خارش و اختلالات تبدیلی
- ✓ در این روش تدریجی بیدار می شود و از آنجایی که در این روش بیمار بیش از اندازه تامین
- ※ مهمترین عارضه هیپنوتیزم وابستگی بیمار به درمانگر می باشد. در انجام این روش در بیماران پارانوئید به علت سوء ظن و شکاک بودن احتیاط رعایت شود.

**روان درمانی تحلیل گرا:** نوعی درمان متکی، بر تحلیل مسائل میباشد. این روش برخلاف روانکاوی، که با بررسی تعارضات خردسالی سر و کار دارد. این روش با تعارضات جاری و الگوهای موجود و تحلیل مسائل بیمار در رابطه با دیگران و خودش تمرکز دارد. در این روش از بحث و گفتگو استفاده می شود و غالباً این بحث ها در مورد حوادث استرس زا و مسایل جاری می باشد.

این روش هفته ای ۱-۲ بار برای مدتی نامعلوم صورت میگیرد. که این روش به دو دسته روان درمانی بینش گرا و روان درمانی حمایتی انجام میگیرد.

#### ▪ روان درمانی بینش گرا

کمک به درک بیمار از عملکرد روانشناختی و شخصیت خود میباشد. قبل استفاده از این روش در ابتدا باید زمینه ها و تجارب بیمار کشف شود. زیرا این روش با واکنش ها، رفتارها به وسیله روابط با دیگران سر و کار دارد. در اینجا با آگاهی از گذشته و واکنش ها و تجارب کودکی کاری نداریم. این روش در بیمارانی که ایگو یا من مناسب دارند، ولی بنا به دلایلی نمی توانند تحت روانکاوی قرار بگیرند مناسب می باشد.

#### ▪ روان درمانی حمایتی

تحت عنوان روان درمانی وابستگی یا سطحی نیز نامیده می شود. در جریان آن بیمار یا فرد حمایت می شود که هدف آن ترمیم یا تقویت سیستمهای دفاعی و توانایی های فردی با هدف جلوگیری از آسیب های فردی می باشد. این روش در بیمارانی که احساس گناه و شرم می کنند یا تحت شرایط استرس زا و پر اضطراب هستند کاربرد زیادی دارد.

\*\*\* اهداف درمانی در این روش محدود و غالباً برای درمان بیمارانی به کار می رود که ایگو شکننده دارند و در بیماران پسیکوتیک و در شرایط بحرانی و اختلالات اضطرابی، افسردگی و بیماران داغ دیده استفاده میشود. این نوع درمان در موارد مزمن، ممکن است به صورت طولانی و حتی سال ها به طول انجامد.

\*\*\* روان درمانی حمایتی عمدتاً با مطالب خودآگاه سر و کار دارد و اکثراً بر تقویت و نگهداری قدرت و تمرکز روانی فرد تأکید دارد، این روش درمانی بر تقویت روش ها و نکات مثبت و سالم و مسائل جاری بیمار تمرکز دارد. جلسات روان درمانی حمایتی به مدت ۱۵ دقیقه و در چند جلسه اول معمولاً طولانی تر می باشند تا به بیمار امکان تخلیه هیجانی و ابراز عواطف و احساسات داده شود و خود درمانگر هم با مشکلات و تعارضات بیمار بیشتر آشنا شود.

#### ▪ مداخله در بحران

نوعی روان درمانی کوتاه مدت است. که در طول ۱۰-۴۰ جلسه در مدت کمتر از یکسال انجام می گیرد این روش مبتنی بر روانکاوی می باشد که تحت عنوان روان درمانی پویایی کوتاه مدت هم نامیده می شود

\*\*\* این روش به علت موفقیت آمیز بودن و کاهش هزینه های خدمات بهداشتی کاربرد زیادی دارد. این درمان برای بیمارانی که اعتماد به نفس پایین یا مشکل در ایجاد روابط با دیگران دارند بکار می رود

\*\*\* به طور کلی روان پویایی برای کنترل نشانه ها و مشکلات رفتاری به صورت کوتاه مدت و مقطعی بکار می رود. ولی درمان های روان پویایی بلند مدت تر با هدف به وجود آوردن تغییرات در شخصیت افراد به کار می روند.

\*\*\* در مجموع هدف از این درمان، حل مشکلات استرس زا و ایجاد تغییر در سبک زندگی میباشد.

\*\*\* این روش در مواردی بکار می رود که شدت مشکل به حدی باشد که فرد قادر به سازگاری با آن نباشد و در فرد یک بحران ایجاد شده باشد. که برای افزایش قدرت و توانایی فرد از روش های مداخله در بحران استفاده می شود.

\*\*\* این روش در بیماران با ایگو شکننده، افکار انتحاری، پسیکوتیک، شخصیت مرزی، ضد اجتماعی و اختلال تکانه های مؤثر نمی باشد.

\*\*\* مداخله در بحران یک روش درمانی فوری و کوتاه مدت است. که با هدف ایجاد رفتار به هنجار و تغییر رفتار نابهنجار صورت می گیرد.

\*\*\* هدف اصلی مداخله در بحران، برگرداندن بیمار به سطح اولیه یا مطلوب تر می باشد. در این روش عدم موفقیت به معنای شکست نیست، بلکه فرصتی برای یادگیری بیشتر میباشد.

\*\*\* در طی این روند درمانی بیمار روش های مقابله ای را آموخته و با به بدست آوردن مهارت های لازم در جهت حل مشکلات آینده استفاده می کند. تعداد جلسات این روش درمانی ۴-۸ جلسه می باشد که مدت ۳۰ دقیقه طول می کشد.

**رفتار درمانی:** عادات و هدف درمانگر کشف ناهنجاری های و تغییر رفتار نامطلوب می باشد. هدف اصلی این روش تغییر رفتارهای غیرانطباقی و جانشین سازی الگوهای رفتاری مناسب می باشد.

این روش براساس نظریات یادگیری مبتنی بر شرطی سازی عامل و کلاسیک، همراه می باشد.

#### ▪ شرطی سازی عامل:

عملکرد و واکنش های آدمی سبب شکل گیری رفتار در وی می شود اگر راسار رفتار نامناسب کاهش می یابد، اگر رفتار خوب آدمی تقویت شود رفتار مطلوب بیشتر می شود و اگر در برابر رفتار نامطلوب تنبیه صورت گیرد رفتار نامناسب کاهش پیدا میکند اگر در برابر رفتار هیچ واکنشی صورت نگیرد رفتار خنثی میشود

#### ▪ شرطی سازی کلاسیک:

رفتار به وسیله محرک اضطراب انگیزی شکل می گیرد. مانند مثال مثال پاولف که سگ با صدای شنیدن زنگ بزاق ترشح میکرد.



※ اساس رفتار درمانی شرطی سازی کلاسیک می باشد.

### انواع روش های رفتار درمانی

#### ۱. حساسیت زدایی تدریجی (Systematic – Desen - Sitation)

این روش بوسیله جوزف ولیه انتخاب شد که متکی بر اصول شرطی سازی متقابل است. فرد با نزدیک شدن تدریجی در مقابل حالات اضطرابی و واکنشهای غیرانطباقی ناشی از یک موقعیت یا شیء بر آنها فائق می آید تا در برابر محرک اضطراب امیز احساس آرامش می کند. در این روش برای کاهش اضطراب از باربیتوراتهای سریع الاثر (سدیم متوهگزیتال)، ديازپام وریدی و روشهای آموزش مقدماتی و آرامسازی کوتاه مدت استفاده می شود.

※ در ابتدای درمان، از محرک های ضعیف تر استفاده می شود و بیمار را تشویق به مجسم سازی می کنیم و به مرور محرکات قوی تر را تجسم می کنیم و هرگاه قادر به تجسم محرکات قوی تر و ناخوشایندتر شد، بیمار را با محرک قوی تر مواجه می کنیم.

#### ۲. غرقه سازی (Flooding)

مواجه کردن بیمار با عامل اضطراب و ترس، به طور ناگهانی و عدم اجازه فرار به او باعث کاهش ترس می شود. به این روش درمان سیل آسا، انفجار از درون و یا تحریک شدید هم می گویند.

※ این روش در درمان فوبی بکار می رود. ولی در بیماران قلبی نباید استفاده شود. همواره بهتر است قبل استفاده از این روش به بیمار داروهای آرام بخش یا شل کننده عضلاتی داده شود

#### ۳. انزجار درمانی (Aversion Therapy)

این روش تحت درمان اجتنابی هم نامیده می شود زیرا با جایگزین کردن محرکات منفی و ناخوشایند بجای رفتار نامطلوب، باعث کاهش این رفتار می شویم، در این روش از محرکات، مواد تهوع آور، تنبیه و عدم توجه استفاده میکنیم.

در این روش اثرات نامطلوب محرکات منفی با واکنش ها و رفتار نامطلوب همگام می شود و باعث فرونشاندن رفتار نامناسب می شود. از این روش در درمان ترک الکل، مواد مخدر، پارافیلیا، اختلالات تکانه و وسواس بکار می رود.

مثال: در درمان ترک الکل از داروی دیسولفیرام استفاده می شوند، بیماری که این دارو را مصرف می کند بعد نوشیدن حتی جرعه ای از الکل دچار تهوع، استفراغ و اضطراب شدید می شود که بعد روی دادن این حالات از نوشیدن الکل متنفر می شود.

#### ۴. تقویت مثبت

با تشویق و دادن پاداش به یک رفتار مطلوب سبب تقویت و تکرار آن رفتار می شویم. به این شیوه، اقتصاد ژتونی یا پته ای می گویند که بیمار در برابر هر رفتار مطلوبی که انجام می دهد پاداشی دریافت می کند. یا امتیازی می گیرد و بعداً می تواند امتیازات را با چیز دلخواه معاوضه کند.

#### نتایج و آثار رفتار درمانی

✓ نسبت به سایر روشها ارزانتر و کمتر وقت گیر می باشند. ولی متأسفانه این روش فقط برای بهبود علائم مشخص بکار می رود  
 ✓ به طور کلی رفتار درمانی، برای رفع علائم و رفتارهای ناهنجار بیمار در کوتاه مدت و فوری بکار می رود. ولی شناخت درمانی با هدف رفع علائم و رفتارهای ناهنجار که در اثر نحوه تفکر بیمار به وجود می آیند، بکار می رود. ولی گاهی فکر و عمل بیمارگونه با هم بروز می کند. که برای درمان از روشهای رفتاری و شناختی (CBT) با هدف تأکید بر روابط نزدیک برای این درمانها استفاده می شود. در این روش (CBT) درمانگر به کمک بیمار افکار و رفتارهای غیرانطباقی را شناسایی و بعد آنها را تغییر می دهد.  
 به عنوان مثال این روش در درمان پراشتهایی عصبی مفید می باشد.

**شناخت درمانی:** طبق نظریه آثرون بک، عواطف و رفتارهای آدمی به شیوه ای که وی به دنیا مینگرد تعیین می شود. دید فرد نسبت به دنیا براساس شناخت وی از دنیا می باشد. این یک روش کوتاه مدت، برای رسیدن به اهداف درمانی به کمک مشارکت بیمار و درمانگر میباشد. این روش معمولاً در ۱۲-۱۵ جلسه در مدت ۱۲ هفته انجام می شود.

اساس این روش بر پایه مسایل و مشکلات جاری و حل آنها می باشد و اصولاً این یک روش درمان فردی است که به صورت گروهی هم کاربرد دارد. از این روش به طور عمده در درمان افسردگی استفاده میشود و سایر کاربردها در درمان حملات هراس، اختلالات و وسواس جبری، پارانویید و اختلال شبه جسمی بکار میرود.

**تشویق خود یاری (Self help):** باید بین پذیرش و قبول درمان با احساسات خود باوری (Self-sufficient) ارتباط برقرار کرد. ویژگی عمده این روش این است که مانع وابستگی مددجو به اطرافیان و درمانگر می شود. این در حالی است که وابستگی زیاد، یکی از خطرات درمان شناختی است.

مثالی از این گروه ها افرادی اند که به طور دسته جمعی خودشان تصمیم می گیرند. الکل یا مصرف مواد را ترک کنند.

**گروه درمانی:** در این روش افراد گروه با دقت و بر اساس هدف یا ساخت و روش کار گروه و نظر درمانگر انتخاب می شوند. قبل از شروع این روش برای کاهش اضطراب بیمار توضیحات لازم به طور کامل داده می شود. تعداد افراد گروه بهتر ۱۰-۸ نفر هفته ای یک یا دوبار به طور منظم و هر جلسه ۹۰ دقیقه باشد.

در این روش بهتر است که اعضای گروه به صورت دایره وار و روبه روی هم با تماس چشمی قرار گیرند تا امکان برقراری ارتباط مستقیم و فعال صورت گیرد.

\*\*\* بهتر است این گروه ها به صورت ناهمگون و با هدف ایجاد حداکثر تعامل شکل گیرند.

\*\*\* در این روش افراد با طبقات اجتماعی و الگوهای رفتاری متفاوت از قومیت هاه فرهنگها، سطوح اجتماعی و تحصیلی مختلف با جنس متفاوت با میانگین سنی مثلا بین ۲۰ - ۱۵ سال در یک گروه قرار گیرند، تا اعضاء مدلهای فرزند - والد، برادر - خواهر را تجربه کنند (یعنی افراد از گروههای سنی مختلف باشند)

\*\*\* در کودکان و نوجوانان گروه درمانی همگون متشکل از همسالان بهتر و مقیدتر میباشد.

### در چه افرادی منع گروه درمانی داریم؟

- ✓ شخصیت ضد اجتماعی: به علت ناتوانی این افراد در پیوند و روابط اجتماعی و بهم ریختن گروه
- ✓ بیماران افسرده: به علت عدم برقراری و علاقه به ارتباط،
- ✓ مانیک: برهم زدن نظم گروه، به علت رفتار تحریکی
- ✓ بیماران کاتاتونیک: به علت احتمال تحریک پذیری
- ✓ عقب مانده ذهنی: عدم درک فعالیتها و عملکردهای گروه درمانی

**پسیکودرام (Psychodrama):** این روش توسط ژاکوب مطرح شد. یکی از روشهای روان درمانی گروهی میباشد، که به کاوش ساختمان شخصیتی و روابط بین فردی می پردازد. در این روش ابتدا موقعیتی را که بیمار می خواهد نمایش دهد توسط درمانگر مشخص میشود و بعد بازیگران نقش، از بین اعضای گروه مشخص می شوند و کارگردان نمایش طوری بازی کنند که گویی در واقعیت قرار دارند و خود آن نقش را تجربه می کنند و افراد و اعضای غیر فعال گروه که مستقیماً شرکت ندارند و در واقع تماشاگر هستند و اغلب تلاش می کنند که از بازیگران نمایش همانندسازی کنند. در این روش نقش رهبری درمانگر بیش از سایر روش ها می باشد..

**خانواده درمانی:** خانواده درمانی نوعی گروه درمانی است که هسته اصلی درمان خانواده می باشد. درمانگر به حل تعارضات و آشفتگی های هیجانی اعضای خانواده می پردازد. خانواده درمانی هفته ای یکبار به مدت ۵/ تا ۲ ساعت با شرکت تمام اعضا یا گاهی بعضی از افراد خانواده صورت می گیرد. **درمان بین فردی:** نوعی روان درمانی کوتاه مدت ۱۲ - ۱۶ هفته ای که برای درمان افسردگی اساسی و غیرپسیکوتیک به کار می رود. در این روش درمانی، تعارضات درون روانی مورد بررسی قرار نمی گیرد و تاکید این روش بر روابط بین فردی و روش های بهبود زندگی می باشد. **محیط درمانی:** با هدف کاهش تعارضات، عوامل استرس زای محیطی و با هدف بالابردن توانایی بیمار برای کنار آمدن با دنیا و برقراری روابط مناسب با دیگران میباشد.

محیط زمانی جنبه درمانی می گیرد که فرد بتواند احساسات مثبت و منفی خود را ابراز کنند تا به فرد کمک کند و رفتار خود را با واقعیت منطبق سازد. \*\*\* در درمان اختلال حواس (آلزایمر) محیط درمانی موثر می باشد.

**کار درمانی:** بیمارانی که مشغول بکار هستند، کمتر به خود فکر می کنند و سریع تر بهبود می یابند. این عمل باعث افزایش اطمینان و احساس کفایت در بیمار می شود.

بهتر است این روش به صورت گروهی، صورت گیرد. ولی در بیماران تحریک پذیر و مخرب بهتر به صورت خصوصی یا فردی انجام گیرد.

\*\*\* فعالیت سازنده و خلاق جسمی و روانی، در جهت کمک به بیمار از ویژگیهای کار درمانی می باشد.

\*\*\* تقویت ابتکار و روحیه اجتماعی بودن و خروج از وضع تخیل و توهم از خصوصیات کار درمانی است.

**بازی درمانی:** روش درمانی مؤثر در کودکان است که از طریق بازی و نقش های کودک در حین بازی می توان به تعارضات و کشمکش ها و نیازهای کودک پی برد.

### نکات طلایی

- یکی از عوارض روان درمانی شناختی وابستگی میباشد.
- شناخت درمانی در درمان افسردگی کاربرد دارد.
- تکنیک مواجهه سازی در روان درمانی کاربرد دارد.

- هدف روان کاوی: طبق نظریه فروید برنظریات ناخودآگاه پویا و تعارضات ناخودآگاه و امیال های حل نشده کودکی تکیه دارد.
- شایعترین ماده هوشبر که در E.C.T بکار می رود متوهگرنیتال است.
- افسردگی اساسی معمولی ترین کاربرد E.C.T میباشد.
- شایعترین عارضه E.C.T اختلال در حافظه موقتی میباشد.
- در درمان سالمندان رفتاردرمانی و محیط درمانی مؤثر میباشد.
- برای درمان فوبی ساده حساسیت زدایی تدریجی کاربرد زیادی دارد.
- گروه درمانی بعد از رسیدن به هدف خاتمه می یابد.
- خصوصیات بارز گروه خودیار همگونی آنها می باشد.
- روان درمانی(رفتار درمانی) در اختلالات اضطرابی اهمیت بالایی دارد.
- منع گروه درمانی در بیماران مانیک، ضداجتماعی، هذیان، پرخاشگر صورت گیرد.
- منظور از محیط درمانی تمامی فعالیتهای دربرخس باهدف بالابردن توانایی های بیمار، برای کنار آمدن بادنیا و برقراری رابطه مناسب بادیگران میباشد.
- محیط درمانی، ایجاد یک محیط پویا، قابل انعطاف، زنده و قابل زندگی است که تمام نیازهای بیمار را مورد توجه قرار دهد.
- مهمترین ویژگی محیط درمانی، این است که بیمار تمام نیازهای جسمی، روحی و روانی خود را برطرف کند
- داروهای زیر بعلت افزایش آستانه تشنج (بنزودیازپین، لیتیوم، کلوزاپین، لیدوکائین، تیوفیلین) قبل شوک باید قطع شوند.
- منع مصرف رزپین بعلت خطرات قلبی عروقی، قبل از E.C.T لازم می باشد.
- اولین واکنش قلب سالم در مقابل E.C.T برادی کاردی میباشد.
- نخستین نشانه رفتاری در E.C.T، کشیدگی کف پا در مرحله تونیک می باشد.
- مداخله در بحران، یک روش درمانی کوتاه مدت که معطوف به زمان حال فرد می باشد.
- گروه درمانی، فامیل درمانی و رفتاردرمانی از درمانهای روانی سایکولوژیک محسوب می شوند.
- اساس رفتاردرمانی شرطی سازی میباشد.
- شناخت درمانی یک روش درمانی کوتاه مدت که معمولا ۱۵ تا ۲۰ جلسه هفته ای ۲ بار طول می کشد.
- ابزار کار در روان درمانی بینش گرا، کمک به فهم علت رفتار، احساس و اندیشه فرد میباشد.
- روان درمانی تحلیل گرا در بیمارانی که ایگو شکننده دارند کاربرد دارد و خطر این روش ایجاد وابستگی است
- افسردگی نوروتیک به E.C.T جواب نمی دهد.
- هیپنوتیزم بر تلقین و تمرکز فکر تأکید دارد و در درمان هیستری مؤثر است
- هدف اولیه روان درمانی، محو علائم روانی بیمار میباشد.
- حین E.C.T بیمار در مرحله بهت، گاه نیاز به اکسیژن دارد.
- محدودیت های روان درمانی سن، هوش، نوع بیماری، علاقمندی به درمان میباشد.
- مؤثرترین درمان سایکوز دارو درمانی میباشد.
- کاربرد عمده روش جراحی در اختلال روانی مزمن و ناتوان کننده ای که بیماری حداقل ۵ سال دوام داشته باشد و به هیچ روش درمانی دیگری پاسخ نداده باشد
- مراقبتهای پرستاری حین و بعد عمل جراحی معاینات و کنترل وضعیت عصبی، کنترل علائم حیاتی کنترل تشنج در بیمار، بررسی تغییرات روانی، کنترل تهوع و استفراغ و خونریزی در بیماران می باشد.
- بیشترین عوارض بعد عمل جراحی احتمال عفونت، تشنج و خونریزی میباشد.
- تشنج بعد جراحی به سادگی توسط هیدانتوئین قابل کنترل است.
- در بین اختلالات اسکیزوفرن، نوع کاتاتونیک بهتر و سریعتر به شوک جواب می دهد.
- بیمارانی که شوک دریافت می کنند اغلب مضطرب هستند، اولویت و اولین اقدام پرستاری قبل E.C.T کاهش اضطراب بیمار میباشد.
- قبل E.C.T جهت پیشگیری از اختلال در ساختار آنزیم کولین استراز بهتر است وسایل تراکئوستومی در دسترس باشد.
- در روانکاوی به علت طولانی بودن دوره درمان و صرف هزینه زیاد و عدم وجود افراد خیره کافی زیاد در ایران کاربرد ندارد.
- حساسیت زدایی تدریجی شامل سه مرحله است؛ آموزش آرام سازی، ایجاد سلسله مراتب و حساسیت زدایی نسبت به مسئله
- حساسیت زدایی تدریجی بیشتر در فوبی ساده یا ترس از بلندی بکار می رود.

- انزجار درمانی در درمان اختلالات میل جنسی خصوصاً یادگار خواهی جنسی هم کاربرد دارد.
- شناخت درمانی در درمان افسردگی غیر پسیکوتیک بکار میرود و به عنوان درمان کمکی در سوء مصرف کننده های مواد با هدف بالا بردن همکاری بین بیمار در رعایت دستورات درمانی مورد استفاده قرار می گیرد
- در اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) گروه درمانی مفید می باشد.
- درمانگر در گروه درمانی نقش تسهیل کننده دارد.
- مزیت اساسی گروه درمانی آشنایی فرد با یک محیط یادگیری جدید می باشد.
- ایجاد استقلال فکری و گسیختگی از وابستگی شدید از اهداف خانواده درمانی میباشد.
- به طور کلی، تسریع در روند بهبودی و به حرکت درآوردن تمامی تواناییها و توانبخشی همراه با بازگشت اعتماد به نفس و عادت بکار تفریح از اهداف کاردرمانی می باشد.

### اسکیزوفرن

اسکیزوفرن یا روان گسیختگی، مجموعه اختلالاتی است که با اشفستگی در گفتار، ادراک، عاطفه، تفکر و عملکرد اجتماعی مشخص میشود که این بیماری سیری پیشرونده و مزمن دارد

- **بندیک مورال:** نخستین کسی بود که اسکیزوفرن را تعریف نمود. به آن جنون زودرس یا جنون جوانی به معنای زوال عقل زودرس گفت، زیرا این اختلال در سن پایین رخ می دهد.
- **یوگین بلولر:** اصطلاح اسکیزوفرن را مطرح نمود و این بیماری را اختلال در تفکر، هیجان و رفتار دانست، که برای تشخیص آن چهار علامت اصلی یاهمان ۴ معیار بلولر رادر «سستی تداعی، عاطفه سطحی، اوتیسم و دوگانگی احساس» به همراه علایم فرعی که شامل توهم و هذیان میباشد.
- **امیل کرپلین:** این بیماری را دمانس پره کاکس که در سن نوجوانی شروع و به دمانس منجر می شود تعریف کرد.
- شیوع این بیماری در زن و مرد یکسان میباشد، ولی در مردها زودتر بروز می کند. شایع ترین سن بروز بیماری ۳۵ تا ۱۵ سالگی میباشد. بر همین اساس به آن جنون جوانی یا زودرس می گویند. ولی شیوع آن قبل از ۱۰ سال و بعد از ۵۰ سال نادر میباشد.
- ابتلاء به این بیماری در مناطق شهری و صنعتی و طبقات اجتماعی اقتصادی پایین و مهاجران بیشتر مشاهده می شود. همچنین در متولدین زمستان و اوایل بهار بیشتر رخ می دهد. که علت آن ممکن است برخی ویروس ها یا تغییرات رژیم غذایی باشد.

### علل بیماری

این بیماری تقریباً ۵۰٪ تخت های بیمارستان روانی را اشغال می کند و احتمال بستری شدن مجدد در دو سال اول بعد ترخیص، متعاقب اولین دوره ی بستری زیاد می باشد؛ که حدود ۵۰ درصد از این بیماران دوباره برمی گردند و بستری میشوند.

\*\*\* علل ابتلاء به این بیماری به طور دقیق معلوم نیست، ولی ممکن است چندین عامل برای ابتلاء وجود داشته باشد.

- |                  |                          |                        |
|------------------|--------------------------|------------------------|
| ۱- عوامل ژنتیکی  | ۲- اختلالات نوریوشیمیایی | ۳- عوامل روانشناختی    |
| ۴- علل خانوادگی  | ۵- علل محیطی             | ۶- عوامل روانی_اجتماعی |
| ۷- سوء مصرف مواد |                          |                        |

۱- عوامل ژنتیکی: ارث تأثیر زیادی در این بیماری دارد.

۲- اختلالات نورو بیوشیمیایی: افزایش فعالیت دوپامین در شیوع این بیماری نقش زیادی دارد.

۳- علل روانشناختی: بر اساس تئوریهای روانی - تحلیلی در سابقه این بیماران مادران سرد، مستبد - بیش از اندازه حمایت کننده دیده می شود. که تکامل من (Ego) این بیماران در کودکی با مشکل مواجه شده بر همین اصل ارتباط در سن نوجوانی با واقعیت قطع می گردد.

۴- علل خانوادگی: اختلال کارکرد خانوادگی، باعث بروز بیماری اسکیزوفرن در فرد می شود مانند اختلافات زناشویی، استرس ها و اضطرابهای زیاد در خانواده، عدم برقراری رابطه مناسب بین والدین و اعضای خانواده که همه اینها عوامل زمینه ساز اختلالات روانی می باشند

۵- علل محیطی: غالباً اسکیزوفرن در طبقات پایین اجتماعی - اقتصادی وجود دارد، همواره بین حملات سایکوتیک حوادث استرس زا رابطه مستقیمی وجود دارد.

۶- عوامل روانی اجتماعی: به عنوان عوامل زمینه ساز یا آشکار کننده اختلال به حساب می آیند. به عنوان مثال بیماری در قشر پایین جامعه و یا مهاجرین به علت صنعتی شدن و تغییرات ناگهانی فرهنگی بیشتر رخ می دهد.

۷- سوء مصرف مواد: مصرف موادی از قبیل کوکائین، آمفتامین باعث افزایش فعالیت دوپامین شده، فرد را مستعد اسکیزوفرن می کند و یا مصرف برخی داروهای توهم زا باعث اختلال در تفکر و تصمیم گیری فرد میشود.

تظاهرات بالینی در اسکیزوفرن

علامت و نشانه خاص برای تشخیص اسکیزوفرن وجود ندارد. ولی علائم و نشانه های قبل از شروع بیماری به دو دسته علائم قبل بیماری و علائم مقدماتی تقسیم می شوند.

- علائم قبل بیماری اغلب در فرد سابقه بیماری های اسکیزوفرنی، شخصیت اسکیزوئید و یا اسکیزوتایپ دیده می شود. این بیماران در گذشته افرادی درون گرا، آرام، منزوی بودند و در سنین نوجوانی و کودکی، دارای دوستان کم یا فاقد دوست بوده اند و علاقه زیادی به فعالیت ها و تفریحات انفرادی داشتند.
- علائم مقدماتی نیز در زمان تشخیص یا بستری شدن معین می شود. ظهور علائم به کندی در طی ماه ها و سال ها رخ می دهد که ابتدا به صورت ناراحتی جسمی ( سردرد، کمردرد و اختلال گوارشی) بروز می کند و به تدریج فرد عملکردهای مطلوب شغلی و اجتماعی خود را از دست می دهد، دچار حیرت و اضطراب میشود که فرد به دنبال آن دچار عقاید و مسائل مذهبی سحرآمیز به طور افراطی شده و رفتارها و ادراکات عجیب و غریب، در وی بارز و مشهود می شود.

علائم مثبت و منفی اسکیزوفرن بر اساس DSM - IV

- بیمارانی که دارای علائم مثبت اند، به تیپ A اسکیزوفرن با نوع I مشهورند که اختلالات مغزی در آنها مشاهده نمیشود. به علت استرس یا اختلال در سیستم دوپامینرژیک بیماری در سنین بالاتر ظهور می کند.
- بیماران دارای علائم منفی به تیپ B یا نوع II معروفند که در سابقه خانوادگی آنها اسکیزوفرن دیده می شود و در عکس برداری جمجمه آنها هیپرتروفی بطنهای طرفی و سوم یا اختلال مغزی دیده می شود که عوامل محیطی و استرس زا در بروز آن نقش ندارند، شیوع این اختلال زودرس و در سنین پایین تر و با پیش آگهی بدی رخ میدهد.
- \*\*\* بیماران نوع I ساختمان مغزی به هنجاری دارند، پیش آگهی آن به درمان خوب است. ولی نوع II اختلال در ساختمان مغزی دارد و پیش آگهی بدی دارند و به درمان جواب نمی دهند. در ۳۳٪ جمعیت بیماران اسکیزوفرنیک، علائم منفی غالب است و با پیش آگهی ضعیفی همراه می باشد. برای تشخیص اسکیزوفرن وجود ۳ یا ۴ علامت، خصوصاً معیارهای بلولر باعث تشخیص قطعی می شود.
- \*\*\* نکته قابل توجه این که هدیان و توهم از شرایط لازم تشخیص اسکیزوفرن نمی باشد، ولی لازمه تایید اسکیزوفرن اختلال در عملکرد و نقش بیمار میباشد.
- \*\*\* طبق تعریف DSM -IV علائم برای ۶ ماه باید تداوم داشته باشد و علائمی نظیر اسکیزوافکتیو یا اختلال خلقی نیز وجود نداشته باشد.
- علائم پسیکوز را می توان به سه دسته تقسیم نمود.
  - ✓ علائم مثبت، که همراه با افزایش فعالیت جسمی و روانی است.
  - ✓ علائم منفی، که همراه با کاهش فعالیت جسمی و روانی است.
  - ✓ علائم شناختی، که ناشی از اختلال در سازمان فکری، یادگیری و عملکرد ذهنی می باشد.

علائم مثبت:

توهم، هدیان، عقاید انتساب به خود، رفتار عجیب و غریب، اختلال در ظاهر، رفتار پر خاشاکانه و تحریک دینی، رفتار کلیشه ای، رفتار جنسی، خروج از جریان فکری، تفکر مماسی، بی ربط گویی، تفکر غیر منطقی حاشیه پردازی، فشار تکلم، پرش افکار، حواس پرتی، افکار خودکشی و دیگر کشی

علائم منفی:

عاطفه سطحی، بی انگیزگی، تماس چشمی ضعیف، عدم واکنش عاطفی، عاطفه ی نامناسب، فقدان یا کمبود کلامی، فقر کلام، انسداد کلام، عدم علاقه به پاسخگویی، کمبود اراده و احساس، اختلال در رعایت بهداشت فردی، عدم علاقه در انجام کار یا شرکت در فعالیتهای اجتماعی، فقدان احساس انرژی جسمی و لذت در کارها، کاهش فعالیتهای لذت بخش و تفریح، کاهش و بی علاقه ای فعالیتهای جنسی، دوری از اجتماع و عدم صمیمیت

ملاک های تشخیص DSM - V برای اسکیزوفرن

- |  |                                  |                 |
|--|----------------------------------|-----------------|
| ۱- علائم مشخص                            | ۲- اختلال در عملکرد اجتماعی_شغلی | ۳- طول مدت      |
| ۴- دوره های اسکیزوافکتیو و اختلالات خلقی | ۵- حذف مواد یا علل طبی           | ۶- اختلالات رشد |
| ۷- وجود ملاک های تشخیصی یوگین بلولر      |                                  |                 |

۱- علائم مشخص: نظیر توهم، هدیان، تکلم آشفته، اختلال رفتاری، علائم منفی که وجود دو یا چند علامت فوق که اگر با یک دوره درمان یک ماه بهبود نیافته و با اختلال در رفتار و عملکرد بیمار همراه باشد باعث تشخیص بیماری اسکیزوفرن می شود.

۲- اختلال در عملکرد اجتماعی - شغلی: ناتوانی فرد در رسیدن به عملکرد اجتماعی و شغلی مطلوب و رابطه درست و مناسب با اطرافیان، که قبل از شروع اختلال دیده میشود.

۳- طول مدت: حداقل به مدت ۶ ماه تداوم باید که حتی با دوره های درمانی یک ماه هم فرد بهبود نیابد.

۴- حذف دوره های اسکیزوافکتیو و اختلالات خلقی: در مرحله فعال، بیماری دوره های افسردگی رخ ندهد یا دوره های اختلال خلقی هم اگر رخ میدهد کوتاه مدت و گذرا باشد.

۵- حذف مواد یا علل طبی: تشخیص بیماری ربطی با اثر مستقیم، سوء مصرف مواد یا دارو نداشته باشد

۶- اختلالات رشد: ممکن است اختلالات اوتیسم و اسکیزوئید از کودکی همراه بیمار باشد. ولی تشخیص را زمانی می گذاریم که هذیان و توهم آشکار شده و حداقل برای یک ماه، علی رغم درمان موفقیت امیز تداوم داشته باشد. همچنین سیر طولی علائم حداقل از یک سال قبل شروع شده باشد.

۷- وجود ملاک های تشخیصی یوگین باولر

✓ علائم اصلی: اختلال در تداعی معانی، اختلال عاطفه، دوگانگی احساس و اشتغالات ذهنی (اوتیسم)

✓ علائم فرعی: توهم، هذیان، اختلال حافظه، تغییرات شخصیت، تغییر در گفتار و نوشتار به همراه علائم جسمی و کاتاتونیک می باشد.

### انواع اسکیزوفرنی

طبق تعریف DSM - IV اسکیزوفرنی به پنج گروه اصلی زیر تقسیم می شد که در طبقه بندی جدید این تقسیم بندی حذف گردید. همچنین دو طبقه جدا تحت عنوان سایکوز خفیف و اختلال کاتاتونیا به تقسیم بندی جدید اضافه شد.

۱- پارانوئید ۲- آشفته ۳- کاتاتونیک ۴- نامتامیز ۵- باقی مانده

#### ۱- پارانوئید

این بیماران اشتغال ذهنی با یک یا چند هذیان یا توهمات شنوایی فراوان دارند و رفتارها و اخلاعات نوع آشفته یا کاتاتونیک در آنها وجود ندارد. در این بیماران، هذیان های دادخواهی و بزرگ بینی مشخص است نه معمولاً هیجان زده، شکاک، محتاط، خشن و پر خاشاک می باشند. ولی از نظر قوای عقلانی و واکنش های هیجانی و رفتاری نسبت به سایر بیماران پسرفت کمتری دارند و این بیماران از نظر اجتماعی خود را بهتر حفظ می کنند و از نظر هوش و استعداد به بیماران با هوش معروفند که این اختلال اغلب در سن ۳۰ تا ۴۰ سالگی رخ می دهد.

نکته حائز اهمیت دیگر این است که این بیماران اغلب به دلیل شک و سوء ظنی که دارند از برقراری ارتباط با دیگران و شرکت نمودن در جمع اجتناب می کنند که مهمترین مداخله پرستاری در این بیماران تشویق به فعالیتهای گروهی و شناسایی تعاملات داوطلبانه این بیماران می باشد.

#### ۲- نوع آشفته (هبه فرنیک)

پسرفت قابل ملاحظه ای در رفتار دارند، به اصطلاح بازگشت به دوران کودکی و سنین پایین تر دارند. این بیماران اکثر فعالند، ولی رفتار بدون هدف دارند و فاقد سازندگی می باشند. این بیماران اغلب قدرت سازگاری با جامعه را ندارند. و تماس آنها با واقعیت دچار اختلال شده و اکثر این بیماران تمایل به جمع کردن وسایل و تشکیل کلکسیون دارند.

رفتار در این بیماران غالباً به صورت خنده های بدون دلیل، شکلک و رفتار سبک سرانه می باشد. رفتار و پاسخهای هیجانی وی بدون تناسب میباشد و غالباً بیمار دارای هذیانهای جسمانی میباشد. شروع این بیماری غالباً زودرس و قبل از ۲۵ سالگی می باشد.

#### ۳- نوع کاتاتونیک

ویژگی بارز و مشهود آن اختلال بارز در عملکردهای حرکتی است که به صورت بهت، منفی کاری جمود انعطاف مومی شکل تحریک یا انتخاب حالت خاص، رفتار کلیشه ای و ادا اطوار قالبی ظاهر می شود.

این اختلال شروع ناگهانی، با دوره های کوتاه مدت دارد که پیش آگهی خوبی دارد. گاهی تغییرات سریع بین دو قطب تحریک و بهت مشاهده می شود. در بهت، مهمترین اقدام پرستاری جلوگیری از آسیب و صدمه به خود و حفظ کنترل علائم حیاتی و جلوگیری از سوء تغذیه میباشد.

در فاز تحریک پذیری مهمترین اقدام پرستاری، جلوگیری از آسیب به خود و دیگران میباشد و همواره پرستار باید تلاش کند در فاز بهت، بیمار را تحریک نکند تا به فاز تحریک پذیری و پرخاشگری وارد نشود.

\*\* برای تشخیص این اختلال باید حداقل ۲ مورد از موارد زیر در بیمار وجود داشته باشد

- |                              |                         |  |
|------------------------------|-------------------------|--|
| ۱. بی حرکتی به صورت کاتالپسی | ۲. منفی کاری بسیار شدید | ۳. انعطاف مومی شکل اندام               |
| ۴. حرکات عجیب غریب           | ۵. فعالیت حرکتی مفرط    | ۶. مقاومت بدون انگیزه در مقابل دستورات |
| ۷. پژواک کلام و رفتار        | ۸. ادا و اطوار          |  |

\*\* لازم به ذکر است با حذف طبقه بندی قدیم ، اختلال کاتاتونیا به عنوان یک دسته بندی جدید در اختلالات سایکوتیک محسوب می گردد.

۴- اسکیزوفرن نامتمايز

بیمارانی که در آنها رفتار اسکیزوفرن (هذیان، توهم، بی ربط گویی و اختلالات رفتاری) مشهود می‌باشد ولی نمی‌توان آن را در گروه خاصی طبقه بندی نمود

۵- اسکیزوفرنی نوع باقیمانده

در این بیماران علائم مثبت اسکیزوفرن نظیر هذیان، توهم، بی ربطی کلام مشهود نیست، ولی علائم منفی بیماری نظیر اعتقادات عجیب غریب، تجارب منفی کم و بیش دیده می‌شود. یا به عبارتی توهمات و هذیان‌ها در بیماران بهبود یافته یا وجود ندارد، ولی علائم منفی بیماری هنوز وجود دارد و با بیمار مبتلا به اسکیزوفرن که تحت درمان قرار گرفته، علائم وی بهبود یافته، ولی هنوز برخی علائم بیماری در وی دیده می‌شود.

اختلال سایکوز خفیف

در این اختلال بیمار یک علامت سایکوز را حداقل برای هفته ای یکبار دارد. ولی این اختلال به شدتی نیست که نیاز به توجه بالینی داشته باشد

سایر انواع اسکیزوفرنی

این اصطلاحات قبلاً کاربرد داشت، ولی در طبقه بندی جدید کاربردی ندارد.

* پارافرنیا	* اختلال اسکیزوفرنیفرم	* پسیکوتیک گذرا	* اسکیزوتایپ اختلال
* اسکیزو افکتیو	* اختلال هذیانی	* پسیکوتیک مشترک	* پسیکوز بعد زایمان
* تمارض و اختلال ساختگی	* عقب ماندگی ذهنی	* عقاید مشترک فرهنگی	

- پارافرنیا (پارافری): اغلب مترادف با اسکیزوفرنی پارانوئید به کار می‌رود. این اصطلاح، برای سیر تخریبی و پیشرونده بیماری با وجود سیستم هذیانی منظم بکار می‌رود.
- اختلال اسکیزوفرنیفرم: علائمی که در بیمار وجود دارد و مشابه اسکیزوفرنیا است ولی با این ویژگی که علائم آن کمتر از ۶ ماه طول می‌کشد. برای تشخیص حداقل هم باید یک ماه از آن گذشته باشد. میزان تخریب و پسرفت در این نوع اختلال کمتر می‌باشد، پیش آگهی خوبی دارد و به درمان بهتر پاسخ میدهد.
- پسیکوتیک گذرا: غالباً در اثر حوادث و فشارهای روحی روانی خارج از ظرفیت و پذیرش بیمار ایجاد میشود. برای تشخیص، طول مدت آن کمتر از یک روز نباشد ولی بیش از یک ماه طول نمی‌کشد.
- اسکیزوتایپ: رفتار و حرکات عجیب غریب به همراه عقاید سحر و جادو است و به طور معمول به آنها افراد عجیب و غریب می‌گویند.
- اختلال اسکیزو افکتیو: در این اختلال علائم خلقی نظیر مانیا و اسکیزوفرن همزمان پدیدار می‌شود.
- وجه تشخیص آن وجود علائم هذیان یا توهم به مدت دو هفته بدون وجود علائم بارز خلقی می‌باشد. پیش آگهی این اختلال بهتر از اسکیزوفرن، ولی بدتر از اختلالات خلقی است.
- \*\* تشخیص افتراقی: اسکیزوفرن را باید از سایر اختلالات نظیر اختلالات هذیانی، تمارض، عقب ماندگی ذهنی، پسیکوز مشترک... افتراق داد.
- اختلال هذیانی: فرد از نظر شخصیتی و رفتاری سالم و عملکرد خوبی دارد. همچنین توهم و هذیان‌های وی هم سازمان یافته و در یک چهارچوب مشخص میباشد. در این اختلال، هذیان‌ها حداقل به مدت یک ماه در غیاب دیگر علائم اسکیزوفرن یا اختلال خلقی دوام دارد. علائم اصلی این اختلال را هذیان تشکیل می‌دهد، اختلال هذیانی در زنها شایع تر از مردان میباشد. بسیاری از مبتلایان متاهل یا شاغل هستند، عمده ترین مکانیسمی که در این اختلال بکار میرود فرافکنی میباشد.
- \*\* در طبقه بندی جدید DSM -V برای تشخیص اختلال هذیانی دیگر لازم به عجیب و غریب بودن نیست
- پسیکوتیک مشترک: نوعی اختلال هذیانی میباشد. که در دو یا چند نفر مشترک است که قبلاً تحت عنوان اختلال پارانوئید القایی یا جنون دونفره نامیده می‌شد. \*\* شایع ترین نوع هذیان در این اختلال هذیان گزند و آسیب می‌باشد.
- این هذیان نادر و معمولاً در جنس مونث و آنهایی که به علت معلولیت قادر به انجام کارهای شخصی و اولیه خود نیستند و در انجام آنها به دیگران وابسته اند دیده میشود. غالباً بین اعضای یک خانواده مثل دو خواهر رایج تر است، که در این اختلال به صورت کورکورانه هذیان‌های همدیگر را پذیرفته و با هم پیمان خودکشی یا دیگر کشی می‌بندند.
- \*\* در سابقه خانوادگی این بیماران موارد مشابه یا سابقه ابتلاء به اسکیزوفرنی دیده می‌شود. این افراد غالباً منزوی و دور از اجتماع میباشند.
- \*\* درمان: بستری کردن و درمان جداگانه طرفین و جداکردن آنها و توجه بیشتر به فردی که وابسته تر است، به کمک داروهای ضدجنون و روان درمانی
- پسیکوز بعد زایمان: افسردگی شدید همراه با هذیان، که در زنان شکم اول بیشتر دیده می‌شود. غالباً ۲-۳ روز پس از زایمان بروز می‌کند که علائم اولیه آن شامل «بی خوابی، آشفتگی، گیجی، تحریک پذیری حساسیت، هذیان، افکار وسواسی نسبت به نوزاد» میباشد.

«مهمترین مشخصه این اختلال افکاری مبنی بر تمایل مادر به آسیب به خود یا نوزاد است. علل این اختلال ثانویه میباشد. غالباً شخص در گذشته دچار اختلالات روانی نظیر اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی بوده است»  
 «عوامل تسریع کننده بروز این اختلال عبارتست از:

« تغییرات ناگهانی هورمونی بعد زایمان، حاملگی ناخواسته، نارضایتی در روابط زناشویی، ترس از مادر شدن، عدم شکل گیری نقش مادری، وضع اقتصادی نامطلوب»

« این اختلال وجود حمایت خانوادگی و شخصیت خوب، قبل از بروز اختلال، پیش آگهی خوبی را به درمان می دهد.»  
 « در این اختلال هر گونه افکار یا صحبتی را که مادر مبنی بر آسیب به خود یا نوزاد را بیان می کند باید جدی گرفته شود و هرگز مادر و کودک را تنها نگذارید.

■ **تمارض و اختلال ساختگی:** این بیماران کلیه علایم بیماری اسکیزوفرنی را دارند، ولی هیچ شاخص زیستی یا آزمایشگاهی در آنها دیده نمی شود. ایجاد و کنترل علایم در اختیار خود بیمار می باشد. اکثراً هدف از انجام آن کسب منافع ثانویه به دلیل مشکلات مالی یا قانونی است. اکثر این اختلالات ساختگی میباشد و خود بیمار علایم را به عمد و از روی آگاهی ایجاد می کند. در حالی که بیمار اسکیزوفرن قادر به کنترل روی رفتار و عملکردهای خود نمی باشد.

■ **عقب ماندگی ذهنی:** در این اختلال هوش، رفتار و خلق بیمار درگیر می شود، ولی علامت بارزی که وجود اختلال روانی را نشان دهد دیده نمی شود و اصولاً این بیماران سطح عملکردی پایینی دارند.

■ **عقاید مشترک فرهنگی:** عقاید و اعتقادات عجیب و غریبی که گاهی به فرهنگ و سطح درک افراد برمیگردد که این هارا نمیتوان اختلال محسوب کرد.

انحطاط وضعیت روانی ۵ سال به طول می انجامد و بعد آن بیماری در فرد تثبیت می شود و کل زندگی سبب زندگی فرد را مختل میکند و سبب زندگی بی هدف و بستری شدن مکرر و از دست دادن نقش و عملکرد شغلی اجتماعی در فرد میشود.

«بیماران اسکیزوفرنیک، نسبت به زمان، مکان، شخص آگاهی دارند و از نظر حافظه مشکلی ندارند ولی به بیماری خود بینشی ندارند و اغلب قضاوت آنها متغیر میباشد. ولی گاهی ممکن است بسیاری اختلالات طبی و مغزی - عصبی با علائم مشابه اسکیزوفرن تظاهر پیدا کند. مانند مسمومیت ناشی از مواد (کراک) عفونت های اعصاب مرکزی (مننژیت)، اختلالات عروقی (لوپوس)، اختلالات صرع که باید این اختلالات را از اسکیزوفرن تمایز داد.

### سیر و پیش آگهی

غالباً قبل شروع بیماری اسکیزوفرن یک سری علایم مقدماتی و زمینه ساز از جمله اضطراب، ترس و افسردگی ماه ها قبل از تشخیص بیماری بروز می کند. این بیماری بیشتر در اوایل ۲۰ سالگی ایجاد می شود که بروز آن غالباً با حوادث تسریع کننده ای مانند آسیب هیجانی، داروها، فقدان ها و مشکلات دوران کودکی و خانوادگی همراه می باشد.

سیرابتلاء به این بیماری بطور تدریجی در طول زمان میباشد که در این بین دوره های عود علایم چه در درمان این اختلال، چه در عدم درمان آن وجود دارد. در سیر این بیماری غالباً از شدت علائم مثبت بیماری (هذیان، توهم و رفتارهای عجیب و غریب) کاسته می شود. ولی علایم باقیمانده که غالباً همان علایم منفی بیماری (عاطفه سطحی، عدم علاقه به رعایت بهداشت، انزوا) شدت می یابد.

«خطر مرگ در این بیماران به علت مسائل طبی و خودکشی زیاد میباشد و این بیماران طول عمر کمتری نسبت به سایر مردم دارند.»  
 پیش آگهی این بیماری بستگی به شرایط و حمایت های اجتماعی و خانوادگی و نحوه تسدوم درمان دارد. ا به عقیده محققان یک سوم این بیماران به زندگی اولیه بر می گردند و یک سوم علی رغم کارکرد نسبی که در جامعه دارند، ولی علایم بارز و مشهودی در آنها مشاهده میشود، یک سوم هم دچار پسرفت همراه اختلالات بارزی که از نظر جامعه مورد پذیرش نیست می شوند. در کل این بیماران نیاز به بستری شدن مکرر و طولانی مدت دارند، که به هیچ درمانی هم جواب نمی دهند.

«در سیر بالینی این بیماران سابقه اختلال شخصیت اسکیزوتایپ یا اسکیزوتایپی دیده میشود یعنی این بیماران در کودکی آرام، منفعل، دوستانه اندک و در نوجوانی رویایی، درون گرا و به هیچ عنوان شرور و خلافکار نبودند و در جوانی رابطه آنها با جنس مخالف محدود و از فعالیت های رقابتی و اجتماعی خودداری میکنند و بیشتر به تلویزیون و موسیقی مشغول بودند.»

همان طور که اشاره شد، شروع بیماری تدریجی و در ابتدا همراه با مشکلات جسمی است که اولین بار اطرافیان متوجه تغییرات در شخصیت و رفتار نامناسب شخصی و اجتماعی فرد می شوند و بیمار به مرور دچار اضطراب، حیرت شده و به سمت عقاید مذهبی و فلسفی می رود.

### مراحل بیماری

۱- **مرحله مقدماتی:** اضطراب، حیرت، منگی و افسردگی که ماهها قبل تشخیص بیماری وجود داشته و ممکن است بصورت حاد یا تدریجی ایجاد شود



۲- مرحله فعال: ظهور هذیان و توهمات که به صورت رجعتی است که تشدید و تخفیف نسبی به صورت دوره ای ادامه می یابد.

۳- مرحله باقیمانده: ممکن است به طور موقتی علایم بهبود یابد، ولی در شرایط نامناسب و استرس زا علایم عود کند.

### ویژگیهای معطوف به پیش آگهی خوب یا بد اسکیزوفرن

- پیش آگهی خوب: شروع دیررس، وجود عوامل زمینه ساز، شروع حاد، سابقه اجتماعی - جنسی و شغلی خوب، علائم اختلال خلقی ( به خصوص افسردگی) ، تاهل، سابقه اختلال خلقی، علایم شت سیستم حمایتی خوب.
- پیش آگهی بد: شروع در سن پایین، نبودن عوامل زمینه ساز، شروع تدریجی، انزوا و رفتار اوتوستیک، سابقه اجتماعی - جنسی و شغلی نامناسب، مجرد، بیوه، مطلقه، علایم منفی، سیستم حمایتی بد، سابقه خانوادگی اسکیزوفرنی، علایم و نشانه های عصبی، سابقه ضربه به فرونتال، عودهای مکرر، سابقه تهاجم و پرخاشگری، سابقه عدم بهبودی در سه سال اخیر.
- \*\*\* مثال: مادری که در سه ماه دوم حاملگی به مبتلا آنفلوآنزا شده، کودک وی مستعد بیماری اسکیزوفرنی می شود و یا صدمات جنین در دوران بارداری یا حین تولد، یا سوء رفتار و ضربات بدنی در نوزادی یا کودکی که روی هم رفته همه اینها می توانند سبب بروز این اختلال می شوند.

### درمان

از آنجایی که این اختلال یک بیماری چند علتی است. درمان اصلی آن دارو درمانی است. و سایر اقدامات درمانی بیماران شامل الکترو شوک، رفتار درمانی، روان درمانی، خانواده درمانی، گروه درمانی، روان درمانی فردی و آموزش مهارت های اجتماعی و توانبخشی میباشد.

### اختلالات هذیانی و سایر اختلالات پسیکوتیک

اختلال هذیانی (Delusional) در گذشته تحت عنوان پارانویا، یا پارانوئید نامیده می شد که ویژگی عمده آن ثابت بودن و غیرقابل تغییر بودن هذیان میباشد.

\*\*\* اختلال هذیانی نسبتاً نادر می باشد و فقط بر عقل و منطق تأثیر می گذارد، و سایر عملکردهای روانی - اجتماعی را ممکن است درگیر نکند که بر همین اساس به آن جنون نسبی هم گفته می شود.

- یوگین بلولر این اختلال را جدای از اسکیزوفرن مطرح می کند، ولی به علت نادر بودن، آن را در دسته جداگانه قرار نمی دهد.
- فروید، علت این هذیان را ناشی از تکانه های همجنس گرایانه و سرکوب شده میدانند.
- اطلاع دقیقی از میزان شیوع این اختلال در دسترس نیست، زیرا همه بیماران هذیان های خود را بازگو نمی کنند و یا برای کمک و درمان مراجعه نمی کنند. اما این هذیان ها در زنان بیشتر مشاهده می شود و در سن ۲۰ - ۹۰ سالگی امکان بروز آن وجود دارد. و به طور متوسط در سن ۴۰ سالگی بروز می کنند.
- علت بوجود آمدن این اختلال نامعلوم است، بین این اختلال با ارث، اسکیزوفرن، اختلال خلقی یا مراحل زودرس و مقدماتی ارتباطی وجود ندارد.
- تأثیر ابتلاء والدین یا بستگان درجه یک در بروز این اختلال دیده نمی شود و فرد را مستعد ابتلاء به اختلال خلقی و اسکیزوفرنی نمی کند.

### ملاکهای تشخیصی اختلالات هذیانی :

- ✓ وجود هذیان های مرتبط با زندگی روزمره واقعی نظیر مسموم شدن، تعقیب، آلوده شدن و خیانت همسر که حداقل برای ۴ هفته دوام داشته باشد.
- ✓ در فرد به غیر از هذیان احتلال بارز دیگری وجود نداشته باشد و فرد عملکرد عادی و مناسبی را از خود نشان دهد
- ✓ در صورت بروز اختلالات خلقی مدت آن کوتاهتر و گذرا میباشد.
- ✓ هذیان، مرتبط با مصرف دارو یا سوءمصرف مواد نباشد.

### انواع اختلالات هذیانی:

۱- شهوانی	۲- بزرگ منشی	۳- حسادت	۴- گزند و آسیب
۵- انتساب	۶- جسمی	۷- مختلط	۸- نامشخص

۱- نوع شهوانی: این هذیان شروع ناگهانی دارد. غالباً تمام مسائل زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد و فرد را تبدیل به انسانی منزوی و گوشه گیر می کند. این هذیان در افراد مجرد و به خصوص زنها رایج است.

این افراد غالباً تجربه جنسی نامحدودی دارند و پیش خود تعهد اخلاقی به فرد مورد نظر دارند و اکثراً تمایل و هذیان آنها نسبت به افراد مشهور و متشخص جامعه می باشد، که در اکثر مواقع تلاشی می کنند طوری با آن فرد تماس بگیرند یا برای وی جلب توجه کنند. مانند تماس تلفنی، گرفتن هدیه نوشتن نامه؛ ولی در برخی موارد هم سعی می کنند علاقه خود را پنهان نگه دارند. \*\*\* این هذیان نادرترین نوع هذیان می باشد. در این نوع اختلال هذیانی سندرم کلرامبو و اروتومانیا مشاهده می شود.

۲- **بزرگ منشی:** یا خود بزرگ پنداری که تحت عنوان مگالومانی هم نام گذاری شده است. بیمار عقیده دارد از نبوغ و استعداد عظیمی برخوردار است و کشف بزرگی در دنیا انجام داده است. که باید آن را به اطلاع تمام دنیا برساند و باید آن را ثبت کند. گاهی این هذیان شکل مذهبی به خود می گیرد و فرد خود را به عنوان منجی یا رهبر یک دین یا فرستاده خدا معرفی می کند.

۳- **حسادت:** بیمار عقیده به خیانت، بی وفایی همسر یا شریک جنسی خود دارد و غالباً شروع آن ناگهانی و در مردان شایع تر است. اغلب همراه با اقداماتی نظیر محدود ساختن همسر در روابط با اطرافیان و همکاران و ممانعت از کار همسر در بیرون از منزل و یا در تعقیب وی میباشد. در این اختلال و همواره فرد به دنبال جمع کردن مدارکی دال بر اثبات خیانت همسر میباشد. این اختلال غالباً همراه با سوء رفتار فیزیکی یا کلامی میباشد، که اغلب این زندگی ها منجر به طلاق می شود و حتی در موارد زیادی قتل همسر هم دیده می شود. که این علائم تنها با مرگ همسر یا طلاق از بین می رود.

\*\*\* به این اختلال سندرم اتللو یا پارانویای زناشویی هم گفته می شود. در این اختلال برخلاف هذیان، اسکیزوفرن که ثابت و بیمار گونه است. ممکن است فرد عملکرد و وضعیت اجتماعی مناسبی داشته باشد.

۴- **هذیان گزند و آسیب:** شایعترین نوع اختلال هذیانی می باشد. بیمار معتقد است، دیگران قصد آسیب، مسموم کردن، مزاحمت، تعقیب یا تخریب وی را دارند.

در برخی موارد فرد معتقد است، در حق وی ظلم شده و بدون دلیل قانونی به مراجع قضایی شکایت می کند و اکثر اوقات در برابر کسی که فکر قصد آسیب به او را دارد، خشونت و پرخاشگری نشان میدهند. غالباً این افراد کینه ای و عصبانی هستند.

۵- **هذیان انتساب:** بیمار عقیده دارد، رسانه های مختلف در مورد وی صحبت میکنند و تمامی شبکه های جهانی دارند، صحبت های او را پخش میکنند.

۶- **هذیان نوع جسمی:** در این نوع هذیان، بیمار اعتقاد راسخ به یک مشکل جسمی یا بیماری فرضی دارد، که اکثراً به صورت بدریختی در ظاهر جسمی خصوصاً نقص در اعضای صورت بروز می کند و یا همراه با اختلالات دیگر نظیر عقیده بر متصاعد شدن بوی بد از دهان یا پوست، وجود عفویت با حشرات در بدن یا زیر پوست یا تحلیل بدن وی می باشد

\*\*\* این اختلال هذیانی نادرترین نوع هذیان به همراه هذیان شهوانی میباشد که به پسیکوز هیپوکندریایی تک علامتی مشهور است..

۷- **اختلال هذیانی مختلط:** در این نوع اختلال بیمار بیش از یک نوع هذیان دارد. که هیچ کدام از هذیان ها بر دیگری تسلط ندارد.

به عنوان مثال بیمار هذیان بزرگ پنداری، حسادت، گزند و آسیب را با هم دارد. به عنوان مثال مردی که خیال می کند از شخصیت و منزلت بالایی در اجتماع برخوردار است و دیگران قصد تخریب وی را دارند. که برای همین فکر می کند همکاران همسرش می خواهند از وی سوء استفاده کنند و همسرش هم مایل به رابطه با آنها می باشد.

۸- **نامشخص:** نوعی از هذیان ها که در منابع گوناگون، تحت عناوین مختلف نامگذاری شده است، ولی DSM-IV آن را تحت عنوان هذیان نامشخص طبقه بندی می کند.

\*\*\* همان طوری که قبلاً اشاره شد، اختلالات هذیانی نسبتاً ثابت و پایدارند، ولی نیمی از آنها با درمان دراز مدت بهبود می یابند و در افراد زیر پیش آگهی به درمان خوب میباشد.

✓ در افرادی که به طور ناگهانی قبل دهه سوم زندگی این اختلال در آنها بروز می کند.

✓ آنهايي که علت زمینه ساز هذیان مشخص است.

✓ کسانی که در جامعه کارکرد شغلی - اجتماعی مطلوبی دارند.

✓ آنهايي که هذیان های معلوم دارند و بیشتر از نوع حسادت، گزند و آسیب، بزرگ پنداری،

✓ آنهايي که سیر هذیان کوتاه دارند.

✓ در جنس مونث.

### درمان انواع اختلالات هذیانی

غالباً این بیماران به طور سرپایی درمان می شوند، ولی در موارد شدید همراه با پرخاشگری و جنون، استفاده از هالوپریدول و سایر ضدجنونها به صورت عضلانی اثربخش است و این بیماران کاندید بستری شدن هستند.

در این بیماران میتوان از روان درمانی، درمان های حمایتی استفاده نمود که لازمه قبول این درمانها از جانب بیمار کسب اعتماد به درمانگر میباشد.

### فرآیند پرستاری در اختلالات پسیکوتیک و هذیانی

▪ **بررسی:** برای تنظیم یک طرح مراقبتی، ابتدا از بیمار یک شرح حال کامل و معاینه ی دقیق روانی را انجام می دهیم و اطلاعاتی در مورد سابقه و گذشته وی، خانواده و منابع حمایتی جمع آوری می شود، سپس وی را از جهت خلق، عاطفه، تفکر، ادراک، قضاوت، بینش و جهت یابی مورد بررسی قرار میدهم.

▪ **تشخیص پرستاری:**

۱. توانایی آسیب به خود یا دیگران در ارتباط با هذیان گزند آسیب (که مهمترین و اولویت تشخیصی در اسکیزوفرن است)
۲. انزوا و گوشه گیری از اطرافیان مربوط به اعتماد به نفس پایین
۳. نقص در مراقبت از خود مربوط به عدم رعایت نکردن بهداشت فردی و ناتوانی در خوردن (از عهده برآیی غیر مؤثر فردی)
۴. اختلال در الگوی خواب در ارتباط یا دیرخوابیدن
۵. آسیب به خود و یا دیگران غالباً از توهمات شنوایی بیمار سرچشمه میگیرد که همواره صدایی به وی دستور می دهد.

▪ **مداخلات در مورد هذیان**

۱. هذیان های بیمار را رد نمی کنید و آن را قبول هم نمی کنید و همیشه سعی کنید در این بیمار شک ایجاد کنیم.
۲. هیچ گاه هذیان ها و توهمات غلط بیمار را به تمسخر یا توهین نگیرید.
۳. از هرگونه بحث و مجادله در اثبات غلط بودن هذیانها، با بیمار اجتناب کنید.

▪ **مداخلات در توهمات**

\*\*\* برخورد با توهمات همانند هذیانها میباشد.

۱. وقتی که بیمار در مورد توهمات صحبت می کند به او گوش دهید و بیمار را به بیان توهمات و ادراکات تشویق کنید.
۲. هرگز توهمات بیمار را قبول و یا رد نکنید ولی با شک انداختن در بیمار به او بفهمانید که ادراک وی را قبول ندارید.

▪ **مداخلات در انزوا اجتماعی**

۱. در ارتباط با این بیماران خصوصاً نوع پارانوئید عجله نکنید.
۲. برای شروع ارتباط سعی کنید، در مورد مسائل مورد علاقه بیمار صحبت کنید.
۳. بیمار را تشویق به فعالیتهای گروهی کنید و در فعالیت ها از وی حمایت نمایید.
۴. تعاملات داوطلبانه بیمار را با دیگران شناسایی و تقویت کنید.
۵. در صورت عدم همکاری بیمار در کنار او بمانید و او را ترک نکنید
۶. به بیمار اعلام کنید، هر وقت مایل بود، شما در دسترس وی هستید.

▪ **مداخلات پرستاری در سوءظن**

۱. در ارتباط با وی عجله نکنید. و علی رغم طرد شدن از جانب وی به او علاقه نشان دهید.
۲. با بیمار صادق باشید و از هرگونه مخفی کاری اجتناب کنید.
۳. هرگز جلوی بیمار با کسی در گوشی یا آرام صحبت نکنید.
۴. مواظب رفتار غیر کلامی نظیر نگاه کردن، خندیدن، فاصله و حرکات بدن و چهره خود باشید
۵. با بیمار بحث و مجادله نکنید.

**نکات قابل توجه در مصاحبه با یک بیمار اسکیزوفرنیک**

- برخورد اولیه مناسب، جلب اعتماد و کاهش اضطراب آشفتگی های بیمار را در پی دارد
- هذیانها وی را نه پذیرفته و نه رد کنید و با بیمار بحث نکنید.
- در برابر وی شنونده خوبی باشید، به عقاید و هذیانهایش گوش کنید.
- بیمار را تشویق به بیان احساسات، عقاید، توهمات و هذیان هایش کنید.
- در جریان مصاحبه بیمار را در روند مصاحبه و درمان قرار دهید.
- در جریان مصاحبه انعطاف پذیر و در هر جلسه تاریخ اختتام را متذکر شوید.
- در برخورد با بیماران پارانوئید فاصله و حدود را مشخص کنید.

**نکات طلایی**

- اختلالات هذیانی تأثیری در عملکرد شغلی، اجتماعی، روانی بیماران نمی گذارد.
- اسکیزوفرنی: آشفتگی تکلم، ارتباط، تفکر، عاطفه، ادراک که بیش از ۶ ماه طول می کشد و به طور کلی اختلال در احساس، تفکر و رفتار است که باعث مختل شدن عملکردهای شخصی می شود.
- عکسبرداری مغز بیماران اسکیزوفرن بزرگی بطن، کاهش جریان خون مغز، کاهش فعالیت متابولیک آتروفی مغز دیده می شود.
- برای تشخیص اسکیزوفرن، علایم حداقل برای ۶ ماه باید تداوم داشته باشد.

- مکانیسم مورد استفاده در پارانوئید فرافکنی میباشد.
- اختلال عمده در کاتاتونیک اشکال در مهارتهای حرکتی است
- درمان دارویی، مهمترین درمان اسکیزوفرنی میباشد.
- بندیک مورال اولین کسی بود که اسکیزوفرن را مطرح کرد و به آن جنون زودرس یا Precox نامید
- سن شروع اسکیزوفرن ۵ سال زودتر در آقایان نسبت به خانم ها رخ می دهد. است.
- اسکیزوفرن پرهزینه ترین و مزمن ترین اختلال روانی میباشد.
- شایعترین مکانیسم دفاعی در اسکیزوفرن انکار است.
- از نظر اتیولوژی مهمترین عامل در بروز اسکیزوفرن ارث می باشد.
- در اسکیزوفرن اختلال در ساختمان لیمبیک، لوب فرونتال و عقده های قاعده ای مغز ایجاد می شود.
- سایکوز به معنای اختلال در واقعیت میباشد.
- بارزترین علامت اسکیزوفرن جدایی از واقعیت و سیر در عالم خیال میباشد.
- بهترین پیش آگهی رادر بین اسکیزوفرن ها پارانوئید دارد.
- شایعترین هذیان در بیماران اسکیزوفرنی گزند آسیب و پس از آن هذیان بزرگ منشی و نادرترین هذیان جسمانی و جنسی می باشد.
- علائم تشخیص اسکیزوفرن بلولر (A) خودمداری، دوگانگی احساس، اختلال عاطفه، سستی تداعی و معانی است.
- اولویت تشخیص در اسکیزوفرن توانایی بالقوه جهت تجاوز و تعددی به خود و دیگران میباشد.
- در تشخیص انزوای اجتماعی، مهمترین اقدام پرستاری شناسایی تعاملات داوطلبانه بیمار با دیگران است.
- در عهده برآیی غیر مؤثر فردی، از فعالیتهای رقابتی پرهیز شود.
- حین پذیرش بیمار اسکیزوفرن اولویت پرستاری ایجاد محیط مطمئن و بدون وحشت میباشد.
- مهمترین نقش پرستار در مراقبت از بیمار اسکیزوفرنی شناسایی واقعیت ها میباشد.
- اکثر بیماران اسکیزوفرن خواب منقطع و سبک دارند.
- الگوی عمده در شکل گیری اسکیزوفرن استرس، استعداد و عوامل حمایتی میباشد.
- اختلال در سیستم ایمنی و کاهش سطحی FSH , LH فرد را مستعد اسکیزوفرن می کند
- زمانی که بیمار پرش افکار دارد، باید به قسمتهای قابل درک وی پاسخ داد.
- بهترین تعریف واژه اسکیزوفرنی به معنی تجزیه روانی و شخصیتی است.
- اختلال اسکیزوفرن افزایش دوپامین و کاهش گابا، سروتونین و نورایی نفرین را داریم
- انزوا، کناره گیری، اجتماعی، عدم وجود توهم و هذیان از ویژگی اسکیزوفرن ساده که از دسته اسکیزوفرن نامتمایز می باشد.
- اختلالات عاطفی اکثر در اسکیزوفرن نوع ساده دیده می شود.
- رعایت بعضی مقررات خاص در بیمار حس سوءظن ایجاد می کند.
- هدف پرستار در برنامه ریزی مراقبت از بیمار اسکیزوفرن برقراری یک رابطه درمانی مناسب می باشد.
- مداخله پرستاری برای کاهش اضطراب مددجو ایجاد محیط امن و ساکت است.
- اختلال شخصیت اسکیزوئید، اسکیزوتایپ، هیستریک در معرض ابتلاء به اسکیزوفرنی می باشد.
- در مواجه با اختلالات هذیانی مهمترین اقدام پرستاری مواجه بیمار با واقعیت است.
- اسکیزوفرنی کاتاتونیک هیجانی اورژانس روانی محسوب می شود.
- در اختلالات اسکیزوفرن ابتدا قدرت تجزیه تحلیل و تفکر انتزاعی درگیر می شود.
- توهمات بینایی در پسیکوزهای عضوی شایع می باشد.
- شایعترین علامت اسکیزوفرن توهم می باشد، که داروها روی این اختلال مؤثرترند.
- یک تشخیص در اسکیزوفرنی پارانوئید انزوا اجتماعی به علت تخریب در توانایی برقراری ارتباط می باشد.
- بیمار مبتلا به اسکیزوفرن نامتمایز، اکثر از مکانیسم دفاعی بازگشت استفاده می کند.
- مداخله مهم پرستاری برای کاهش اضطراب در بیمار اسکیزوفرنی ایجاد رابطه اطمینان بخش میباشد.
- تغییر در فرآیند رفتار بیمار اسکیزوفرن موجب محدود کردن وی می شود.
- سیستم لیمبیک سبب کنترل رفتار هیجانی می شود.

- اسکیزوفرن شایع ترین و کلاسیک ترین نوع پسیکوز به شمار می رود.
- امیل کرپلین و یوگین بلولر دو بنیانگذار مفاهیم بنیادی و نوین اسکیزوفرن به شمار می آیند.
- در سال ۱۹۸۰ کراه اسکیزوفرنی را به دو دسته علایم مثبت و منفی تقسیم نمود.
- علایم مثبت: سستی تداعی، توهم، هذیان، رفتار عجیب و غریب، افزایش تکلم
- علایم منفی: عاطفه کند یا سطحی، فقر کلامی، عدم رعایت بهداشت و نظافت، انسداد تفکر، نقص در شناخت و محیط اطراف
- شایع ترین هذیان موجود در پارانوئید، گزند آسیب و بزرگ منشی می باشد. در بین اختلالات اسکیزوفرن، پارانوئیدها بهترین پیش آگهی را دارند. نمونه ای از این اختلال را در فیلم پارک وی در شخصیت اول فیلم کوهیار می توان دید.
- مشکل ترین شکل بیماری اسکیزوفرن، نوع هبه فرن است، که با شروع زودرس بدترین پیش آگهی را در بین بیماران اسکیزوفرن دارد. که تنها نوع اسکیزوفرن میباشد که بیمار شکایت هیپوکندریایی دارد
- تفاوت عمده اسکیزوفرنی با اختلالات خلقی در عدم توانایی بیمار در بازگشت به عملکرد قبلی است که تخریب با گذشت زمان رخ می دهد.
- در سبب شناسی اسکیزوفرنی مهمترین فاکتور می توان به وراثت اشاره نمود.
- تحقیقات نشان می دهد ناهنجاریهای دوران بارداری نقش عمده ای در بروز علایم اسکیزوفرن دارد
- بهترین نوع درمان اختلالات اسکیزوفرنی، ترکیبی از دارو، روان درمانی و محیط درمانی می باشد.
- در مبتلایان به اختلال هذیانی به طور عمده مشکلات روانی - اجتماعی دیده می شود، که در سابقه آنها (سوء رفتار جسمی و روحی خصوصا دوران کودکی، والدین سخت گیر یا بی بندوبار، مهاجرت، سابقه زناشویی نامناسب، طلاق والدین یا جدایی از همسر و دوری از اجتماع) دیده میشود.
- سن شروع اختلالات هذیانی بالاتر از اختلال اسکیزوفرن میباشد.

### اختلالات خلقی

- به گروهی از اختلالات روانی اطلاق می شود، که مهمترین ویژگی آن غیر عادی بودن خلق می باشد که به صورت اختلال در تنظیم خلق، عاطفه و رفتار مشخص می شود
- به طور کلی تغییرات خلق در همه انسانها وجود دارد، ولی به صورت زودگذر رخ می دهد. مثلا افسردگی در برابر فقدان یا یک واکنش زودگذر و موقتی رخ می دهد که خود به خود و بدون درمان بهبود.
- خلق (Mood)** حالت هیجانی مداوم و درونی فرد میباشد. و یا به حالات طولانی فراگیری گفته می شود که دیدگاه های شخص و ادراک وی از خود و دیگران را فرا می گیرد و زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد.
- عاطفه (Affect)** تظاهرات خارجی و حالت هیجانی فرد می باشد.
- اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی مهمترین انواع اختلالات خلقی محسوب می شوند
- افسردگی** زمانی گفته می شود که سطح خلق پایین است و بیمار علایمی از جمله کاهش انرژی، عدم علاقه، احساس گناه، اختلال در تمرکز، بی اشتها، افکار خودکشی و حس پوچی در وی بروز می کند.
- مانیا** به حالتی گفته می شود که خلق بیمار بالا باشد و بیمار علایمی نظیر فعالیت زیاد، پر خوری، تحرک بالا، پرش افکار، کاهش خواب، عزت نفس بالا، احساس قدرت، افکار بزرگ منشانه، فعالیت های جنسی زیاد داشته باشد. به طوری که سبب اختلال در روابط اجتماعی و عملکرد شغلی فرد شود.
- امیل کرپلین با مطالعات و بررسی های خود به این نتیجه رسید که این دو بیماری از هم جدا نیستند، بلکه یک اختلال مزمن به شمار می آیند که به صورت حملات افسردگی و گاه خوشی و نشاط تظاهر می کنند.

### طبقه بندی اختلالات خلقی بر اساس DSM\_V

در طبقه بندی جدید DSM\_V اختلال خلقی به دو دسته مجزا و جداگانه اختلال افسردگی و اختلال دو قطبی تقسیم میشوند.

#### اختلال افسردگی

- |                           |                                |                       |
|---------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| ۱- افسردگی اساسی          | ۲- افسردگی عود کننده گذرا      | ۳- افسرده خویی        |
| ۴- افسردگی جزئی           | ۵- اختلال ملال پیش از قاعدگی   | ۶- افسردگی رجعتی      |
| ۷- افسردگی فصلی           | ۸- افسردگی غیر معمول یا آتیپیک | ۹- دمانس کاذب         |
| ۱۰- افسردگی مضاعف         | ۱۱- افسردگی در کودکان          | ۱۲- افسردگی ملانکولیک |
| ۱۳- افسردگی بعد از زایمان | ۱۴- افسردگی کاتاتونیک          |                       |

❖ مهم ترین تغییر در این طبقه اضافه شدن دو اختلال جدید است که عبارتند از:

- **اختلال افسردگی / اضطراب مختلط:** وجود سه یا چهار علامت از افسردگی اساسی (باید شامل خلق افسرده یا فقدان لذت باشد) که با آشفتگی اضطرابی همراه باشد. این علائم حداقل ۲ هفته طول می کشند و به صورت همزمان رخ می دهند.
  - **اختلال ملال پیش از قاعدگی:** این اختلال در DSM IV به عنوان یکی از افسردگی که به گونه ای دیگر طبقه بندی نشده اند «گنجانده شده است، اما در راهنمای جدید بعنوان یک اختلال مجزا کدگذاری می شود.
- ❖ در DSM IV دوره خروج از سوگ، افسردگی به حساب نمی آید. اما اشاره شده بود که اگر این دوره بیش از دو ماه بعد از دست دادن فرد ادامه تشخیص داغ دیدگی از افسردگی اساسی پیچیده می شود.

### ✚ اختلال دوقطبی

تشخیصی اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط با آن بعنوان سومین طبقه ی تشخیصی و یک طبقه ی جدید شامل اختلالاتی نظیر اختلال دوقطبی نوع ۱، نوع ۲ و اختلال خلق ادواری است.

### افسردگی اساسی

افسردگی اختلال در ابراز عاطفه و واکنش های طبیعی در شرایط ناگوار و نامطلوب زندگی یا نشانه ای از بیماری است که شدیدترین نوع آن افسردگی اساسی میباشد. سن شروع این اختلال بالاتر از اختلال دوقطبی نوع یک می باشد و میزان بروز آن در زنان ۲ برابر مردان میباشد که ممکن است مربوط به مسائل هورمونی و زایمانی باشد.

### ✚ علل این اختلال به سه دسته تقسیم می شوند

- ۱- عوامل زیست\_شناختی
- ۲- ارث
- ۳- عوامل روانی\_اجتماعی

- **عوامل زیست شناختی:** شامل امین بیولوژیک سیستم عصبی\_غددی و اختلالات خواب می باشد.
  ۱. امین بیولوژیک: مهمترین واسطه شیمیایی در اختلالات خلقی سروتونین و نوراپی نفرین است که نقش سروتونین در ایجاد افسردگی زیادتر می باشد. کاهش سروتونین موجب تسهیل در بروز افسردگی و خودکشی می شود که داروهای ضد افسردگی (SSRI فلوکستین) از طریق مهار اختصاصی باز جذب سروتونین تأثیر خوبی بر درمان افسردگی می گذارند و همچنین نوراپی نفرین هم در بروز افسردگی نقش مؤثری ایفا می کند. میزان دوپامین در این اختلال کاهش می یابد. به عنوان مثال در بیماری پارکینسون، فرد به علت مصرف رزپین دچار کاهش دوپامین شده و مستعد افسردگی میشود. که درمان آن داروهای نظیر تیروزین، آمتامین، بوپروپیون است. این داروها با افزایش دوپامین سبب بهبود علائم افسردگی می شود.
  ۲. سیستم عصبی — غددی: درگیری غدد ادرنال، تیروئید و هورمون رشد شایع می باشد. به عنوان مثال افراد هیپوتیروئیدی مستعد ابتلا به افسردگی اند و ترشح هورمون رشد در هنگام خواب، در فرد افسرده کمتر از حالت طبیعی می باشد.
  ۳. اختلالات خواب: اغلب این افراد در شروع به خواب رفتن مشکل دارند. و زمان مرحله REM با افسرده تاخیر می باشد.
- **ارث:** ابتلا بستگان درجه یک به اختلال خلقی فرد را ۶ برابر مستعد ابتلا به افسردگی اساسی می کند
- **عوامل روانی\_اجتماعی:** عواملی که در پیدایش اولین حملات بیماری خیلی مؤثر اند.
  - ❖ مانند مرگ یکی از والدین قبل سن ۱۱ سالگی یا فوت همسر بیشترین عامل استرس زای محیطی در بروز افسردگی میباشد.
  - ❖ فروید افسردگی را هدایت نفرت و خشم یک فرد یا شیء، از دست رفته به درون خود می داند.
- **فرضیه یادگیری:** طرفداران این نظریه علت اختلالات خلقی به ویژه افسردگی را کاهش تقویت و فعالیت فرد می دانند. علت افسردگی را محرومیت مداوم و ناتوانی در کسب قدرت می دانند که در همین راستا مارتین سلیگمن فرضیه درماندگی آموخته شده را با آزمایش روی حیوانات ارائه داد. او معتقد بود آدمی در شرایط دشوار و استرس زا دچار اضطراب می شود که اگر رفع نشود. فرد احساس درماندگی و بیچارگی می کند که همین امر سبب بروز احساس افسردگی در وی می شود.
- **فرضیه شناختی:** آثرون بک، افسردگی را یک اختلال شناختی می داند که اختلال فکر را عامل اصلی افسردگی می داند. به اعتقاد وی فرد افسرده دچار اختلال در استدلال و تفسیر مسائل می شود. فرد یک حادثه ناگوار را آن قدر فاجعه بزرگی می داند که آن را علت بدبختی خود می داند و دائم خود را مسئول می داند و سرزنش می کند.
  - ❖ به طور کلی با توجه به دیدگاه آثرون بک، فرد در اثر برداشت منفی از خود و بدبینی به تجارب گذشته و احساس ناامیدی نسبت به آینده احساس افسردگی می کند. به عقیده وی: علت اصلی افسردگی وجود افکار منفی فرد میباشد.
  - ❖ شکسپیر می گوید: چیزها بندرت خوب، بد میباشدند این افکار ما هست که آنها را خوب، بد می پندارد

✚ خصوصیات بالینی دوره افسردگی

- ✓ علامت کلیدی، خلق افسرده و کاهش علاقه یا لذت است که شایع ترین علامت افسردگی کندی روانی حرکتی میباشد.
- ✓ گره کردن انگشت، کندن مو، خمیدگی قامت، نگاه خیره به سمت پایین فقدان حرکات خود به خودی، احساس غم، یأس، پوچی، بی ارزشی
- ✓ بیداری مکرر حین خواب، بی اشتها بی همراه کاهش وزن یا برخلاف آن پر خوری همراه با افزایش وزن
- ✓ اختلال قاعدگی، کاهش میل و عملکرد جنسی، اضطراب، سوء مصرف مواد و الکل
- ✓ شکایات جسمی، پر خوابی، (۹۷٪) این بیماران دچار کاهش انرژی؛ (۸۰٪) دچار بی خوابی انتهای شب، (۹۴٪) دچار اختلال در تمرکز، (۶۷٪) دیده می شود.
- ✓ حدود ۷۵٪ این بیماران افکار خودکشی دارند که ۱۵٪ آنها دست به خودکشی می زنند.
- ✚✚✚ بیماران افسرده اکثراً توهم از نوع شنوایی مبنی بر بی ارزش بودن دارند و همین توهمات علت اصلی خودکشی در این بیماران میباشد
- ✓ در گوشه داخلی پلک فوقانی چشم این بیماران مثلثی به نام چین وارگوت دیده می شود
- ✓ ناتوانی در تصمیم گیری یکی از مشخصات عمده افراد افسرده است
- ✓ کاهش اعتماد به نفس در این بیماران شایع است.
- ✓ احساس بی کفایتی و عدم شایستگی و برداشت منفی از خود دارند
- ✚ علایم افسردگی در سالمندان به صورت : کندن مو و گره کردن انگشتان دیده می شود که اغلب همراه با علایم جسمی است
- ✚ افسردگی کودکان ممکن است، به صورت خلق تحریک پذیر مشاهده شود بروز این اختلال در این سن بصورت ترس از مدرسه، وابستگی به والدین، اختلال در عملکرد تحصیلی و سوء مصرف مواد، رفتار پر خاشگرانه و ضد اجتماعی، فرار از مدرسه یا خانه و هرج و مرج جنسی دیده می شود.
- ✚✚✚ شایعترین علامت افسردگی در سنین کودکی تحریک پذیری و در سن نوجوانی رفتار ضد اجتماعی می باشد.
- ✓ فرد افسرده خصوصاً در نوع پسیکوتیک دچار توهم و هذیان می باشد که هذیان در این بیماران ممکن هماهنگ با خلق باشد.
- ✓ دید و برداشت منفی به دنیا.
- ✓ به کندی و با حجم پایین صحبت میکنند.
- ✓ ۶۰ درصد این بیماران اختلال شناختی به صورت دمانس کاذب افسردگی دارند که غالباً از فراموشی شکایت دارند
- ✓ فراموشی بیشتر به صورت اختلال در تمرکز است تا حافظه و این بیماران عقیده افراطی به وسعت بیماری خود دارند
- ✓ امید و میلی به بهبودی ندارند.
- ✚✚✚ از آنجایی که این بیماران دچار کاهش قدرت و انرژی اند و افکار خودکشی هم دارند ولی قدرت این کار را ندارند. ولی در فاز بهبودی و با کسب انرژی اقدام به خودکشی می کنند که به این حالت **خودکشی متناقض** می گویند.

✚ معیارهای تشخیص

- هرگاه پنج تا یا بیشتر از علایم زیر در طی دو هفته وجود داشته و باعث تغییر در سطح عملکرد قبلی بیمار شد و حداقل با یکی از علایم خلق افسرده یا از دست دادن احساس لذت و علاقه همراه باشد بیانگر بیماری است:
۱. خلق افسرده در طی روز که خود بیمار اظهار می کند یا دیگران مشاهده می کنند.
  ۲. کاهش یا افزایش وزن بدون رژیم غذایی به میزان افزایش و یا کاهش بیش از ۵٪ وزن بدن در طی یک ماه.
  ۳. افزایش یا کاهش اشتها تقریباً هر روز
  ۴. احساس بی ارزش بودن بی خوابی یا پر خوابی تقریباً هر روز همراه با هذیان گناه یا دیگر هذیانات
  ۵. عدم قدرت تصمیم گیری و استدلال
  ۶. کندی روانی حرکتی تقریباً هر روز
  ۷. افکار تکرار شونده مبنی بر خودکشی.
  ۸. کاهش قدرت تمرکز

✚✚✚ علائم منطبق با معیارهای دوره مختلط نباشد. و باید سبب اختلالات بالینی یا عملکرد اجتماعی شغلی شود. و همچنین بروز علائم در اثر مصرف مستقیم مواد یا بیماری های طبی نباشد و ربطی به داغدیدگی و فقدان نداشته باشد.

✚ علایم بالینی مربوط به افسردگی

- ✚ **خلق افسرده:** با غمگینی معمولی و طبیعی فرق دارد حتی با شنیدن خبرهای خوب هم بهبود نمی یابد بیمار در تمام فعالیت هایش از یک تیرگی و سیاهی حرف می زند و از دیدگاه او تمام دنیا و پیرامون وی تیره به نظر می رسد بعضی بیماران ممکن است در جریان مصاحبه خلق

پایین خود را پنهان کنند

- **عدم علاقه و لذت:** فعالیت‌هایی که در گذشته برای بیمار لذت بخش بود، دیگر برای وی هیچ لذت و جذابیتی ندارد.
- **ظاهر:** بیمار وضع ظاهری نامرتب دارد، دهان وی چروک و جمع، پیشانی چروک، ابروها بالا رفته کاهش پلک زدن، شانه‌ها افتاده، سر مایل به پایین، نگاه خیره به پایین، در بعضی بیماران علیرغم خلق افسرده عمیق فرد لبخند بر چهره دارد. که به آنها افسره متبسم می‌گویند.
- **تکلم:** کاهش سرعت و حجم کلمات و به سوالات به صورت تک جمله‌ای و با تاخیر طولانی واکنش داده و هیچ میلی به صحبت کردن و برقراری ارتباط کلامی با کسی را ندارند.
- **کاهش انرژی:** اختلال شایعی است که سبب اختلال در کارکرد فرد می‌شود، فرد قدرت انجام کاری را ندارد و اگر هم کاری را بخواهد انجام دهد، زمان زیادی را می‌گیرد. غالباً این بیماران اختلال را به بیماری جسمی خود ربط می‌دهند.
- **کندی روانی حرکتی:** کندی در تکلم و تاخیر طولانی در پاسخ دادن به سوالات و مکث طولانی در مصاحبه آن قدر زیاد می‌شود که برای مخاطب یا شنونده خسته کننده می‌شود.
- **اختلال جهت یابی:** اکثر بیماران افسرده به زمان، مکان و شخص آگاهی دارند، ولی ممکن است که علاقمند به پاسخگویی نباشند.
- **بی‌قراری:** در حالت خفیف بیمار مرتبط انگشتان یا پاهایش را تکان می‌دهد. ولی در حالت شدید بیمار قادر به نشستن نیست و مدام بلند می‌شود حرکت می‌کند و به هیچ عنوان آرام قرار ندارد.
- **اختلال خواب:** دو سوم این بیماران مشکل بلند شدن از خواب در صبح زود را دارند و غالباً این بیماران دیر به خواب می‌روند و خواب منقطع به همراه بیدار شدن‌های مکرر حین خواب را دارند. این بیماران اکثراً ساعت ۳ و ۴ صبح از خواب بیدار شده و دیگر قادر به خوابیدن نیستند و در رختخواب دراز می‌کشند و به ناکامی‌های گذشته فکر می‌کنند. که این یکی از دلایل شیوع زیاد خودکشی صبحگاهی آنان است.
- **افکار خودکشی:** فرد به علت شکست و ناکامی‌های مکرر و نیر عدم امید به آینده دچار افکار خودکشی میشود
- **اختلالات زیستی:** کاهش وزن و اشتها یا افزایش وزن و اشتها، سردرد یبوست، کاهش میل و عملکرد جنسی و اختلال قاعدگی رایج می‌باشد.
- **قضاوت:** اکثر بیماران افسرده نسبت به بیماری خود عقیده افراطی دارند و روی مسائل و علایم بیماری خود تاکید زیادی دارند.
- **اضطراب:** حالت شایع و مداومی است که در حدود ۹۰ درصد بیماران مشاهده می‌شود.
- **علایم شناختی:** اختلالات ذهنی شامل ضعف در تمرکز می‌باشد که در این بیماران حتی فکر کردن هم مشکل است و برای همین غالباً حوادث را به خوبی به یاد نمی‌آورد. حدود ۷۵٪ این بیماران اختلال شناختی دارند که گاهی دمانس کاذب افسردگی نامیده می‌شود و اغلب از اختلال تمرکز و فراموشی شکایت دارند.

\*\*\* حدود نیمی از بیماران اظهار دارند، که علایم در طی اوایل روز شدید و در غروب خفیف می‌شوند

### تشخیص افتراقی

اختلال افسردگی را باید از غمگینی عادی و سایر اختلالات روانی و اختلالات خلقی ناشی از اختلال طبی و مواد تفکیک کرد. برای افتراق اختلال افسردگی از غمگینی و داغداری بدون عارضه، برحسب شدت و طول مدت علایم آنها را از هم تفکیک می‌کنیم. غمگینی عمیق ناشی از یک فقدان بزرگ ممکن است با علایم افسردگی مانند عدم احساس لذت، انزوا و علایم جسمی تظاهر نماید که با گذشت زمان حداکثر ظرف یکسال اختلال به سمت بهبودی می‌رود و از افسردگی اساسی که بعلت فقدان در فرد همراه با افکار خودکشی و احساس عمیق پوچی و درماندگی هست تفکیک می‌شود.

- \*\*\* اختلالات پسیکوتیک، خوردن، انطباقی، شبه جسمی و اضطرابی همراه با علایم افسردگی است که باید از افسردگی اساسی افتراق داده شوند.
- \*\*\* سوگ جزء جدایی ناپذیر زندگی آدمی میباشد که باید آن را بعنوان دوره ای از افسردگی تشخیص داد.
- \*\*\* سوگ اندوه عمیق، ناشی از فقدان عمده که در ظاهر شباهت به افسردگی دارد که وجه افتراق آن با افسردگی در عدم وجود عقاید خودکشی، احساس ناتوانی، عجز و بی‌ارزشی می‌باشد که حداکثر در عرض ۱۲ ماه برطرف می‌شود.
- \*\*\* فرد افسرده خود را بی‌ارزش می‌داند و از خود بیزار است، ولی در سوگ فرد دنیا را بی‌ارزش می‌داند و از دنیا بیزار است

### انواع اختلالات افسردگی

- **اختلال افسردگی اساسی:** به افسردگی یک قطبی نیز مشهور می‌باشد که برای تشخیص آن علائم حداقل باید دو هفته ادامه داشته باشد و باعث اختلال در سطح عملکرد قبلی فرد شود. این اختلال در زن‌ها ۲ برابر مردان میباشد و این بیماری ممکن در هر سنی رخ دهد، ولی به طور متوسط در دهه چهارم زندگی اتفاق می‌افتد.



- \*\*\* در این بیماران تغییرات شبانه روزی و تشدید علائم در ابتدای روز زیاد می باشد و بدتر می شوند که کندی یا تحریک روانی حرکتی و گاهی نشانه های نباتی، هذیان های هماهنگ باخلق و توهمات ممکن همراه این نوسانات شبانه روزی مشاهده شود.
- **افسردگی اساسی با خصوصیات ملانکولیک:** واژه ملانکولیا برای افسردگی شدید بکار می رود و به جای افسردگی درون زا استفاده می شود. فرد در این اختلال احساس گناه شدید نامتناسب و بدون علت می کند و ناتوان در کسب لذت است و دارای کندی روانی و حرکتی بی اشتها بی همراه بیدار شدن از خواب در صبح زود و اختلالات روانی حرکتی شدید همراه با نوسانات خلقی زیاد در طی روز می باشد.
  - **افسردگی رجعتی:** نوعی افسردگی، که اولین بار در دهه چهارم و پنجم ظاهر می شود و در زنان همراه با دوران یائسگی بیشتر دیده می شود. در این نوع افسردگی علاوه بر نشانه های معمول افسردگی و اضطراب شدید، افکار بدبینی و نگرانی بی مورد درباره وضعیت سلامت دیده می شود.
  - **دوره افسردگی اساسی مزمن:** دوره ای از افسردگی که حداقل ۲ سال دوام داشته باشد. شیوع آن در مردان مسن شایع تر و در افرادی که وابستگی به الکل یا سوء مصرف مواد دارند بیشتر مشاهده میشود
  - **دوره افسردگی اساسی فصلی SAD:** نوعی افسردگی که در زمستان، پاییز، شایع تر است. در فصل تابستان، بهار از بین می رود این اختلال تحت عنوان اختلال عاطفی معروف است که همراه با پرخوری، پرخواهی، کندی روانی و حرکتی یا متابولیسم غیرطبیعی سروتونین و ملاتونین همراه می باشد.
  - \*\*\* ملاتونین هورمونی است که نور تولید آن را کاهش میدهد و در تاریکی مقدار آن افزایش می یابد که این امر سبب به خواب رفتن فرد می شود. درمان این اختلال مواجهه با نور مصنوعی به مدت دو تا شش ساعت در روز است.
  - **افسردگی پس از زایمان:** افسردگی شدیدی که هفته بعد از زایمان رخ می دهد. که اکثراً ۴ هفته بعد زایمان علائم بروز می کند و غالباً در کسانی رخ میدهد که در گذشته سابقه اختلال خلقی یا اختلالات روانی داشتند.
  - \*\*\* علائم آن عبارتند از: بی خوابی شدید، بی ثباتی، نوسانات خلق، خستگی، افکار خودکشی و عقاید هذیانی همراه با افکار دگرگشتی که اغلب معطوف به نوزاد می باشد که افکار خودکشی یا آسیب به نوزاد از اورژانس های روان پزشکی است
  - **افسردگی با ویژگی های آتیپیک:** تحت عنوان افسردگی هیستریک نامیده می شود که ممکن است جزئی از اختلالات دوقطبی نوع یک و دو باشد به عبارتی نوعی از افسردگی اساسی است که به گونه های دیگر تقسیم نشده است
  - **افسردگی با خصوصیت کاتاتونیک:** در افسردگی شدید کندی حرکات و فقدان تکلم ممکن است به حدی باشد که فرد در حالت بی حرکتی و گنگی باقی میماند و در رختخواب دراز میکشد و هیچ واکنشی را بروز نمی دهد
  - **دمانس کاذب:** نوعی از افسردگی اساسی می باشد که به صورت اختلال شناختی شبیه دمانس میکند که اغلب در سالمندان و افرادی که سابقه اختلالات خلقی دارند. مشاهده میشود
  - **افسردگی در کودکان:** در ابتدا به طور افسردگی پنهانی به صورت فرار از منزل، ترس از اجتماع، انزوا، وابستگی، سوء مصرف مواد یا افکار خودکشی دیده ولی مهمترین علامت آن تحریک پذیری میباشد.
  - **افسردگی با ویژگی پسیکوتیک:** علائم با شدت زیاد و همراه با توهم هذیان مشاهده می شود. این اختلال ممکن است، همراه با هذیان های بی ارزشی، گناه، انتساب، فقر، نابودی به همراه هذیان شنوایی بروز کند.
  - **افسردگی فرعی:** همان علائم افسردگی اساسی می باشد ولی با شدت کمتر رخ می دهد و تفاوت آن با افسرده خوبی در این است که علائم افراد خوبی مزمن تر است
  - **اختلال افسرده خوبی (Dysthymic):** این اختلال خفیف تر از افسردگی اساسی می باشد. در گذشته تحت عنوان نوروژ افسردگی شایع بود. بروز آن در جنس مونث شایع تر و مزمن تر است که به صورت تدریجی رخ می دهد. غالباً در افرادی دیده می شود که تحت استرس مزمن یا فقدان های حاد یا سوء مصرف مواد یا سابقه اختلالات روان پزشکی یا دارای اختلال شخصیت و اختلال وسواس جبری میباشد.
  - این اختلال مشابه افسردگی اساسی است و علامت اصلی آن خلق افسرده مزمن در اکثر روزها می باشد این روند بیش از ۲ سال طول می کشد. \*\*\* علامت اصلی آن عبارتست از خلق افسرده همراه با غمگینی، پوچی، فقدان علاقه به فعالیت های معمولی که علائم در اواخر روز خصوصاً عصر تشدید می یابد. این اختلال غالباً در سن ۲۰ تا ۳۰ که سالگی رخ می دهد که ممکن است نوع زودرس آن قبل ۲۰ سالگی بروز کند. در افرادی که در سابقه خانوادگی بستگان درجه اول آنها اختلال افسردگی اساسی دیده می شود بیشتر مشاهده می شود.
  - برای تشخیص باید حداقل ۲ علامت از علائم (پرخوری، کم اشتها، اختلال خواب، خستگی، اعتماد به نفس پایین عدم تمرکز، اشکال در تمرکز و تصمیم گیری و ناامیدی) دیده شود

- **اختلال خلق ادواری (سیکلوتایمیک)** اختلال دوقطبی نوع یک همراه با دوره های هایپومانیا و افسردگی خفیف که در زنان شایع تر می باشد
- **\*\*** شایعترین اختلال شخصیتی همراه با اختلالات خلقی و اختلال پسیکوتیک دیده می شود، اختلال شخصیت بینابینی یا همان مرزی میباشد.
- **\*\*** اکثر اوقات حدود ۶ تا ۱۰ سال بعد نخستین افسردگی، فرد دچار حملات مانیک می شود.
- **\*\*** به طور کلی سیر این بیماری در مردان پیش آگهی بدتری دارد و حدود ۱۵٪ این بیماران در نهایت خودکشی می کنند. در مجموع این اختلال خوش خیم نیست و معمولاً سیری به سمت مزمن شدن دارد در نهایت پیش آگهی این بیماری بهتر از اختلال دوقطبی نوع یک میباشد.
- **\*\*** بین شیوع این اختلال و سطح طبقاتی اجتماعی رابطه ای وجود ندارد و این اختلال در نواحی روستایی شایعتر از نواحی شهری و در افراد تحصیل کرده بیشتر از افراد بی سواد دیده می شود.

### پیش آگهی خوب در اختلال افسردگی اساسی

۱. عدم وجود علائم پسیکوز
۲. عدم سابقه بیماری روانی و اختلال شخصیت
۳. سیستم حمایتی مطلوب خانوادگی
۴. عدم وجود سابقه بستری متعدد و طولانی مدت
۵. سابقه فعالیت اجتماعی مطلوب در گذشته
۶. شروع سنی زود هنگام

### درمان

- بیش از ۷۵٪ این بیماران به کمک دارو درمانی و روان درمانی بهبود می یابند.
- **درمان دارویی:** در افسردگی اساسی بهترین درمان دارو میباشد که در دارو درمانی اولین علامتی که شروع به بهبود می کند خواب و اشتها میباشد و به تدریج اضطراب، ناامیدی، بی قراری، کمبود انرژی، اختلال در تمرکز و در آخر میل جنسی بهبود می یابد. آخرین علامتی که بهبود می یابد خلق افسرده بیمار می باشد.
- اثرات درمانی دارو ۳ تا ۴ هفته بعد شروع مصرف دارو دیده می شود.
- **الکترو شوک (ECT)** زمانی استفاده می شود که بیمار به دارو پاسخ نمی دهد، یا دارو درمانی را تحمل نمیکند. یا هدف بهبودی سریع می باشد. مثل اورژانس های روان پزشکی نظیر خود یا دیگر کسی یا در بیماران مسن.
- **نور درمانی:** در افسردگی های فصلی استفاده می شود.
- **روان درمانی:** این روش به همراه دارو درمانی مؤثر می باشد.
- **شناخت درمانی:** اثر این روش معادل دارو درمانی می باشند، زیرا عوارض جانبی مثل داروها را ندارد و آسان و در دسترس برای درازمدت قابل استفاده است. در صورتی که بیمار دید منفی نسبت به خود و زندگی داشته باشد پاسخ درمانی به این روش مطلوب می باشد.
- **درمان بین فردی:** در افسردگی اساسی غیر پسیکوتیک و بیماران سرپایی و اختلال افسردگی اساسی شدید به کمک سایر روش ها بکار می رود. زمانی که اختلال در کارکرد اجتماعی و خانوادگی مشهود نباشد، این روش کاربرد بیشتری دارد.
- **\*\*** زیرا بیمار قدرت درک مسائل و واقعیت ها را دارد حال آنکه تاثیر این روش معادل اثر امی تریپتیلین می باشد.
- **درمان دارویی بیشتر روی خواب، اشتها، شکایات جسمی مؤثر نباشد است**
- **روان درمانی روی اختلالات خلق افسرده، احساس گناه، افکار خودکشی، عدم علاقه و کار فرد بیشتر تاثیر دارد**
- **روان درمانی تحلیلی:** هدف آن تغییر در ساختار شخصیت و تفکر فرد است و اغلب در افسردگی غیر پسیکوتیک کاربرد دارد. هدف از این روش علاوه بر رفع علائم افسردگی بهبود ساختار شخصیت آدمی می باشد.
- **خانواده درمانی:** زمانی که بیماری باعث اختلال در کارکرد خانوادگی یا خانواده عامل مساعد کننده بیماری باشد. از این روش استفاده می شود.
- **رفتار درمانی:** کوتاه مدت است که بیشتر در افسردگی خفیف کاربرد دارد.
- **\*\*** دارو درمانی به همراه درمان های تعاملی شناختی رفتاری بهترین شیوه درمانی در اختلالات خلقی به شمار می آید.

### تشخیص های پرستاری در اختلال افسردگی اساسی

- ۱- توانایی بالقوه فرد در جهت به خود
- ۲- غم و اندوه
- ۳- عزت نفس پایین
- ۴- انزوا و گوشه گیری اجتماعی
- ۵- اختلال در فرآیند تفکر
- ۶- اختلال در الگوی خواب
- ۷- بی کفایتی و عدم قدرت
- ۸- تغییر در تغذیه کمتر از نیاز بدن
- ۹- نقص در مراقبت از خود

توانایی فرد در جهت آسیب به خود

فرد به علت اختلالات درکی و خلقی مستعد پرخاشگری و رفتارهای خشونت آمیز می باشد.

مداخلات پرستاری:

- ✓ به طور مستقیم در مورد افکار خودکشی از بیمار سؤال شود و در صورت مثبت بودن جواب، در مورد طرح و نقشه خودکشی سوال شود.
- ✓ برای بیمار محیط امن به دور از وسایل خطرناک مهیا کنید. حفظ سلامت و امنیت بیمار در خودکشی از اولویتهای پرستاری محسوب می شود.
- ✓ از بیمار تعهد شفاهی یا کتبی در جهت عدم آسیب رساندن به خود بگیرند و با پایان مدت تعهد آن را تمدید کنید.
- ✓ از بیمار قول بگیرد وقتی افکار خودکشی به ذهنش آمد در جستجوی کارکنان بخش برای کمک باشد.

عزت نفس پایین (اختلال در خودپنداری)

حالتی که فرد برای خودارزش کمی قائل میشود و به خود و تواناییهای خود اعتماد ندارد، بطور کلی در شکل گیری مفهوم خود دچار مشکل شده است

مداخلات پرستاری:

- ✓ بیمار و رفتار نامطلوب وی را قبول کنید، زیرا این روش سبب حس ارزشمندی در فرد می شود.
- ✓ کمک به بیمار در جهت شناسایی توانایی ها و موقعیت های خود جهت کاهش شکست.
- ✓ محول کردن کارهای ساده و موفقیت آمیز به بیمار در جهت افزایش اعتماد به نفس.

انزوا و گوشه گیری

حالت تنهایی که فرد فکر میکند و به مرور از اجتماع دور میشود که این تنهایی از جانب دیگران برای بیمار نامطلوب و تهدید کننده محسوب میشود.

مداخلات پرستاری:

- ✓ در دسترس و کنار بیمار باشید، حتی اگر مایل هم نبود در کنار وی ساکت بنشینید.
- ✓ بیمار را پذیرفته و در وی حس ارزشمندی ایجاد کنید.
- ✓ بیمار را به فعالیتهای گروهی تشویق کنید و از وی در مراحل اولیه حمایت.
- ✓ تعاملات داوطلبانه بیمار را شناسایی و از روش تقویت مثبت استفاده کنید.

تغییر در فرآیند تفکر

حالتی که ارتباط فرد با واقعیت قطع شده است.

مداخلات پرستاری:

- ✓ نیاز به هدیان را در بیمار قبول، ولی خود هدیان را هرگز قبول نمی کنیم.
- ✓ هرگز در مورد عقاید و هدیان های بیمار با او بحث نکنید و همواره به کنید در وی شک ایجاد کنید.
- ✓ بر روی واقعیت تمرکز داشته باشید و به کمک واقعیت وی را از عقاید غلط و طولانی منحرف کنید
- ✓ در مواردی که بیمار قادر به تمایز افکار واقعی و غیرواقعی از هم بود از تقویت مثبت استفاده کنید.

نکات طلایی

- علامت کلیدی افسردگی، خلق افسرده و فقدان علاقه و لذت یا به عبارتی همان حلق پایین است.
- در افسردگی کاهش سروتونین و نور اپی نفرین دوپامین گابا محرک تیروئید هورمون رشد و هورمون محرک فولیکول و هورمون LH و تستوسترون افزایش کورتیزول را داریم
- داروهای نظیر رزپین، کورتیزول، قرص بارداری با مقدار زیاد فرد را مستعد افسردگی می کند
- داروهای نظیر امفتامین بوپروپیون با افزایش دوپامین سبب کاهش افسردگی میشود.
- یک دوره افسردگی بدون درمان در حدود ۶ - ۱۳ ماه طول می کشد، اما دوره درمان شده حدود ۳ ماه طول میکشد.
- اساس درمان اختلال خلقی به ویژه افسردگی شناخت درمانی میباشد، که اثر مساوی با دارو درمانی دارد.
- مهار کننده بازجذب سروتونین (SSRI فلوکستین) معمول ترین و ایمن ترین و خط اول درمان افسردگی اساسی است.
- مهمترین نکته در بیمار افسرده ای که قصد خودکشی ندارد مشاهده مکرر وی در محیطی امن و حفاظت شده است.
- سروتونین و نوراپی نفرین روی خلق بیشتر اثر می گذارد.
- در بیماران افسرده خودکشی در صبح و در افراد مسن، منزوی و الکلی در مرحله بهبودی بیشتر می باشد
- ۹۰ درصد بیماران افسرده اضطراب دارند.
- پیش آگهی افسردگی در مردان بدتر است، ولی در مجموع پیش آگهی افسردگی بهتر از مانیا است.

- رایجترین روش درمانی در اختلالات خلقی شناخت درمانی می باشد.
- بهترین درمان برای فرد افسرده ای که دچار واکنش حاد اندوه شده، الکتروشوک درمانی می باشد.
- در بیماری که قصد خودکشی دارد سرکشی، مکرر ولی به طور منظم ضروری میباشد.
- اولویت تشخیص پرستاری در بیمار افسرده توانایی تجاوز و تعدی به خود و دیگران می باشد.
- سندرم کوتارد یا همان نفی وجود، در افسردگی شدید وجود دارد، در این سندرم بیمار عقیده دارد مغزش در حال از بین رفتن یا روده اش وجود ندارد و به طور کل دارد به سوی نابودی و فنا می رود.
- شایعترین رویداد زندگی که سبب بروز افسردگی اساسی می شود، مرگ یکی از والدین قبل ۱۱ سالگی و شایعترین عامل استرس زای محیطی قوت همسر می باشد.
- افسردگی رجعتی در سالمندان شایع و بهترین درمان آن نوردرمانی میباشد.
- شایعترین اندیکاسیون ECT اختلال افسردگی اساسی میباشد.
- علائم در افسردگی اساسی در صبح ها تشدید می یابد.
- ویژگی بارز افسردگی آتیپیکه، پرخوری و پرخواهی است که این علائم در افسردگی فصلی هم دیده میشود.
- در افسردگی پسیکوتیک توهم و هذیان شایع می باشد.
- افسردگی خوئی (Dysthymic) مزمن و غیرپسیکوتیک میباشد. مهمترین ویژگی آن سیر مستمر کند همراه یا بدون وجود علائم می باشد. یا به عبارتی بیماری مزمن با علائمی شبیه افسردگی با شدت کمتر می باشد، مهمترین وجه افتراق آن با اختلال افسردگی عدم وجود دوره مشخص در سابقه بیمار می باشد.
- افسردگی ملانکولیک، نوع شدید افسردگی است که علائم آن در صبح شدیدتر میباشد. علائم این بیماری شدید، مبالغه آمیز و غیرطبیعی میباشد اختلال دیس تایمی در زنان و شرایط استرس زا دیده می شود که علائم آن خفیف تر از افسردگی اساسی است.
- هرگاه فرد افسرده مشاهده می کند بیماران همانند وی بهبود یافته اند حالش بهتر و امیدوارتر می شود
- شایعترین شکایت بیماران افسرده کندی روانی حرکتی میباشد.
- بیمار افسرده به علت هذیان گناه و بی ارزشی غذای خود را نمی خورد به بهداشت خود توجه نمی کند.
- دلیل بی توجهی به بهداشت فردی در فرد افسرده بازگشت به دوران کودکی، احساس مجرم بودن به همراه اضطراب و هیجان می باشد.
- خودکشی در بیمار افسرده در مرحله بهبودی به خصوص در سه ماه اول درمان زیاد دیده می شود.
- تفاوت سوگ و افسردگی در ضعف به احترام نفس میباشد.
- در برخورد با بیمار افسرده سوال راحت و ساده پرسیده شود.
- تریاد آثرون بک در افسردگی عبارتند از بی ارزشی، ناامیدی، خودکشی.
- کمبود ویتامین B6-B12، C ۱۲ و اسیدفولیک موجب ابتلا فرد به افسردگی میشود.
- شایعترین سرطان همراه با افسردگی سرطان پانکراس، حلق و مری میباشد.
- شایعترین اختلال نورولوژیک همراه با افسردگی، سکتة مغزی خصوصاً نیم کره چپ و بعد آن ابتلا به پارکینسون می باشد.
- مصرف داروهای فشارخون فرد را مستعد ابتلا به اختلال افسردگی می کند.
- مهمترین مداخله پرستاری در اختلال پنداشت از خود در بیمار افسرده، سپردن کارهایی به فرد که بطور راحت ان را انجام دهد.
- علائم مثبت در افسردگی: کندی روانی حرکتی، اضطراب، تحریک پذیری، کاهش اعتماد به نفس درون گرایی، هذیان انتساب است.
- علائم منفی: کاهش علاقه، لذت، دقت، اشتها، وزن، میل جنسی، بی خوابی، ضعف، امنوره و اختلال قاعدگی می باشد.
- بیمار افسرده دارای خواب منقطع و بی خوابی انتهایی و بیدار شدن صبح زود میباشد.
- شخصیت وسواس، وابسته، مرزی، هیستریک، نمایشی مستعد ابتلا به اختلال افسردگی اساسی می باشند.
- در افسردگی سطح کورتیزول در صبح زود افزایش و در بعد از ظهر کاهش می یابد.
- آزمون بک، هامیلتون، زونگ، جزء تست های روانشناختی تشخیص افسردگی است.
- بر اساس تئوری شخصیتی افسردگی اختلال در اعتماد به نفس می باشد.
- ناقل اصلی در تنظیم افسردگی سروتونین میباشد.
- سه هفته بعد از مصرف داروهای ضدافسردگی اولویت بررسی افکار خودکشی می باشد.
- علامت شایع در افسردگی کودکان، وابستگی شدید به خانواده و ترس از مدرسه میباشد.

- افسردگی شدیدترین اختلال خلقی می باشد.
- شایعترین اختلال روانی پس از زایمان افسردگی است.

### اختلالات اضطرابی

اضطراب شایع ترین اختلال روانی و هسته مرکزی بیشتر اختلالات روانی می باشد.

اضطراب یک احساس ترس و هراس ناخوشایند و دلشوره منتشر و مبهم و قریب الوقوع است که منبع آن معلوم نیست و غالباً موجب تحریک سیستم عصبی خودکار میشود. اضطراب یک فرایند آگاه کننده، اخطار دهنده با منشاء و عامل نامشخصی است که از نظر منشاء همراه با تعارضات روانی میباشد، که به طور طبیعی برای زندگی لازم است. زیرا فرد را آماده مقابله با مشکلات و شرایط استرس زا قریب الوقوع می کند

\*\* در صورت شدید بودن و نامشخص بودن علت بیماری زا محسوب می شود.

### تفاوت اضطراب و ترس

هر دو در مقابل خطر یا در پاسخ به آن احساس می شوند، ولی در ترس عامل بیرونی و مشخص وجود دارد و این اختلال در اثر یک عامل و محرک تهدید کننده بوجود می آید و اضطراب اختلالی، با منشاء درون روانی بوده و از درون شخصیت فرد سرچشمه می گیرد و پاسخی به یک عامل نامشخص با جنبه های تعارضی و غالباً مزمن می باشد.

یکی از روش های غلبه بر اضطراب روش برعهده برایی است

به واکنشهای آگاهانه فرد در مقابله با اضطراب روش از عهده برایی می گویند، مثلاً در اضطراب ناشی از امتحان فرد شروع به درس خواندن می کند ولی گاهی در شرایط استرس زا به طور ناخودآگاه و غیر ارادی از مکانیسم های دفاعی استفاده میکنیم.

### علل تشکیل دهنده اضطراب

- ✓ اختلال نورواندوکرین: دراختلال اضطرابی دربرابر تحریکات ومحرکها فعالیت سیستم سمپاتیک بالا می رود، بدن دیرتر سازش پیدا می کند.
- ✓ اختلالات روانی: برخی استرسورهای روانی باعث ایجاد اضطراب می شوند.
- ✓ ارث: خصوصاً در اختلال پانیک مؤثر می باشد..

### علائم و نشانه های اضطراب

- علائم فیزیکی: خشکی دهان، افزایش علائم حیاتی، اسهال، تکرر ادرار، ترس از نور، افزایش تهویه خستگی، بی خوابی، تنش، تحریک پذیری، اختلال کارکرد جنسی.
- علائم هیجانی: ترس: بدبختی، نا امنی، خشم، احساس گناه، کاهش اعتماد به خود.
- علائم شناختی: اضطراب خفیف (افزایش آگاهی وتوانایی حل مسئله) اضطراب متوسط وشدید(اختلال درک فراموش کردن، کاهش مهارتهای حل مسئله)

### عوامل روانشناختی در ایجاد اضطراب

#### تکانه های ناخودآگاه

مانند سکس، پر خاشگری که با تهدید خودآگاه باعث ایجاد اضطراب می شوند که مکانیسم های دفاعی قادر به رفع اضطراب نمیشد و باعث اختلالات روانی می شود. مانند مکانیسم جابه جایی که باعث ایجاد فوبی مکانیسم واپس زدن باعث هراس و اضطراب می شود.

#### اضطراب از نظر روانکاوی

۱. اضطراب نهاد یا تکانه: در همان بدو تولد کودک، که حس اعتماد بوجود می آید، رخ می دهد. این اضطراب مربوط به دوران شیرخوارگی، زمانی که نوزاد قادر به برآورده کردن نیازهای خود نیست و همواره احساس درماندگی می کند.
  ۲. اضطراب جدایی: تشویش و اختلالی که در هنگام جدایی کودک از مادر به وجود می آید، غالباً در سن ۶ تا ۱۰ ماهگی به وجود می آید که در این سن کودک بیشتر فقدان و عدم حضور مادر را احساس می کند. در بعضی کتابها خصوصاً اطفال این دوره را در سن ۱۸-۱۰ ماهگی می دانند. در این سطح کودک بیشتر می ترسد، به علت ناتوانی در برآورده کردن خواست های والدین محبت آنها را از دست بدهد.
  ۳. اضطراب اخته شدن: در سن قبل مدرسه، خصوصاً دوران ۳ تا ۵ سالگی رخ می دهد که کودک در کشف هویت جنسی خود و تلاش برای همانندسازی و رفع عقده ادیپ و الکترا میباشد.
  ۴. اضطراب سوپرایگو: با سپری شدن دوره ادیپال و با شروع دوره کمون قبل بلوغ مشخص می شود.
- \*\* هر یک از مراحل فوق در طول مراحل مختلف رشد که مختصری به آن اشاره شد بوجود می آید.

■ انواع اختلالات اضطرابی

- ۱. اختلال هراس یا گذر هراسی
- ۲. اختلال اضطراب منتشر
- ۳. فوبی خاص
- ۴. فوبی اجتماعی
- ۵. اضطراب جدایی کودک

✚ اختلال هراس (Panic)

پانیک به وقوع حملات خود به خودی و غیرمنتظره ترس اطلاق می شود. که کمتر از یک ساعت طول می کشد و فرد احساس اضطراب و ترس شدید همراه با مرگ قریب الوقوع دارد که همراه با تپش قلب یا تاکی پنه است. به علت وجود علائم جسمانی، غالباً این بیماران اول به مراکز غیر روان پزشکی ارجاع داده می شوند. اولین حمله غالباً خود به خود و به ندرت به دنبال هیجان، خستگی یا فعالیت جنسی و ضربه روحی ایجاد میشود. دفعات و شدت حملات از یکبار در هفته تا چندبار میباشد و بیماران در بین حملات ممکن است فاقد علائم یا ممکن است دچار حملات انتظار گردد. ✚ این اختلال ممکن است با گذر هراسی (Agora phobia) ترس از مکانهای باز یا اماکن عمومی بدون گذر هراسی دیده شود.

■ خصوصیات بالینی اختلال هراس

اولین مشخصه حملات هراس یا پانیک حملات خودبه خود و غیر منتظره است. اختلال با یک دوره ۱۰ دقیقه ای همراه با افزایش یافتن علائم شروع می شود  
اکثراً همواره با علائم روانی و جسمانی همراه است. این حملات حداکثر ۳۰ دقیقه و ندرتاً تا یک ساعت به طول می انجامد که در جریان حملات پانیک، احساس افسردگی یا مسخ شخصیت در بیمار بوجود می آید.  
✚ در فواصل حملات پانیک همواره بیمار مضطرب و از وقوع حملات دیگر نگران است، که به آن اضطراب انتظار می گویند.  
در این حملات بیمار با افزایش ضربان قلب و تنفس دچار هیپرونتیلیاسیون و متعاقباً دچار آلكالوز تنفسی می شود که بهترین اقدام تنفس و دمیدن در یک پاکت پلاستیکی است  
✚ فرد در اختلال هراس از مکانیسم دفاعی پسرقت زیاد استفاده می کند.  
✚ مهمترین علت پانیک ارث میباشد.

■ شیوع

میزان حملات هراس بیشتر از خود اختلال هراس است. این اختلال در زنان ۳ برابر بیشتر از مردان می باشد تنهاترین عامل اجتماعی مهم در اپیدمیولوژی اختلال هراس وجود سابقه طلاق و گوشه گیری می باشد.  
این اختلال در هر سنی ممکن است رخ دهد، ولی به طور معمول در افراد جوان شروع می شود. بیش از ۶۶ درصد حملات پانیک به همراه اختلال گذر هراسی میباشد.

■ سیر و پیش آگهی

این اختلال، مزمن و با پیش آگهی متغیر است که گاهی باعث اختلال در عملکرد زندگی فرد نمی شود. در این اختلال بیمار سعی می کند، بیماری را پنهان کند، ولی اطرافیان متوجه تغییرات رفتاری بیمار می شوند.

■ درمان

در این اختلال دارو درمانی و روان درمانی مؤثر میباشد که سایر روش های درمانی از قبیل شناخت درمانی رفتار درمانی، آرام سازی عضلانی و کشیدن نفس عمیق در شروع حملات هراس مفید است. خط اول درمان دارویی در این اختلال سه حلقوی ها و آلپرازولام میباشد.

✚ گذر هراسی (agor phobia)

ترس اکتسابی و غیرمنطقی از مکانهایی که فرد احساس به دام افتادن می کند که در صورت بروز حمله هراس نمی تواند از آن خارج شود فرد دچار اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی می شود و بدون حضور دیگران به تنهایی قادر به ترک منزل یا بستگان نزدیک نیست .  
این ترس و اضطراب تاثیر زیادی در زندگی فرد می گذرد و وی را به سوی افسردگی می کشاند این بیماران احساس غریبی میکنند که به آن مسخ شخصیت می گویند که یک احساس غیر واقعی و غریب بودن از جسم خود است غالباً از فرار گرفتن در فروشگاه های بزرگ و شلوغ مترو اتوبوس آسانسور ورزشگاه و سایر محل هایی که به راحتی نمی تواند آنجا را ترک کند اجتناب میکنند. این اختلال در زنها بیشتر و اغلب در سن ۲۰ تا ۳۰ سالگی دیده می شود

■ علل ایجاد کننده گذر هراسی

ابتلا به این اختلال ارثی میباشد، در صورت شیوع آن در بستگان درجه اول ۸ برابر مستعدتر می شود از دیدگاه روانکاوی، هراس ناشی از دفاع ناموفق در تکانه های اضطراب انگیز، که به صورت دلهره و ناراحتی توأم همراه علائم جسمی است

این اختلال به دوران کودکی و اضطراب جدایی کودک و ترس از ترک شن مربوط می شود.

و نیز شروع این حملات با عوامل محیطی و روانشناختی ارتباط نزدیکی دارد و غالباً این اختلال همراه با جدایی یا مرگ یکی از والدین قبل از ۱۷ سال مرتبط است.

\*\*\* فرد در گذر هراسی از مکانیسم دفاعی فرافکنی زیاد استفاده می کند.

#### سیر و پیش آگهی

سیری مزمن دارد که هدف آن بهبود در دراز مدت می باشد. در صورت عملکرد شغلی اجتماعی خوب و علائم کوتاه مدت این اختلال پیش آگهی خوبی به درمان دارد. ملاک تشخیص آگروفوبیا به حضور ترس، اضطراب یا اجتناب به طور معمول به مدت ۶ ماه یا بیشتر اطلاق می گردد.

#### درمان

دارو درمانی، شناخت درمانی و رفتار درمانی به صورت ترکیبی تاثیر زیادی در روند بهبودی بیمار دارد. در درمان دارویی مهارکننده های بازجذب سروتونین مؤثر می باشند. در این اختلال کمتر از بنزودیازپین ها استفاده می شود، زیرا امکان وابستگی و سندرم ترک زیاد است. در درمان دارویی اکثر یز شکان از کلومیپرامین به همراه بنزودیازپین ها استفاده میکنند که به تدریج دوز بنزودیازپین ها کاهش می یابد و در طی ۸ تا ۱۲ هفته قطع می شود. از دسته بنزودیازپین ها، آلپرازولام بیشترین کاربرد را دارد.

\*\*\* درمان دارویی باید به مدت ۸-۱۲ ماه ادامه یابد. ولی موثرترین و بهترین درمان اختلال هراس درمان شناختی و رفتاری میباشد. هدف از شناخت درمانی، کاهش ترس بیمار از علائم جسمی و آگاهی به بیمار از مرگ آور نبودن اختلال می باشد.

#### اختلال اضطراب منتشر (Generalized Anxiety Disorder (GAD

نگرانی مفرط به همراه گروهی از علائم جسمی که با اختلال قابل ملاحظه در عملکرد اجتماعی و شغلی یا ناراحتی زیاد بیمار حداقل به مدت یک ماه باشد اطلاق می شود که خصوصیت اصلی آن اضطراب و تشویش مفرط و انتظار توأم با دلواپسی میباشد.

حدود یک چهارم این بیماران حملات پانیک را تجربه می کنند و بیش از نیمی از آنها ممکن است دچار افسردگی اساسی شوند و غالباً ۵۰ درصد موارد همراه با یک اختلال روانی دیگر می باشند. که در زنان بیشتر از مردان و غالباً در دهه سوم زندگی دیده می شود.

\*\*\* خصوصیات بالینی اضطراب منتشر: اضطراب، تنش عضلانی، افزایش فعالیت سیستم عصبی خودکار گوش به زنگ بودن، اضطراب زیاد که با سایر جنبه های زندگی شخص تداخل ایجاد می کند.

افراد مبتلا در این اختلال غالباً از مکانیسم دفاعی پسرفت بیشتر استفاده میکنند

#### معیارهای تشخیصی

۱. اضطراب و تشویش مفرط، همراه با انتظار دلواپسی که در اکثر اوقات بیش از ۶ ماه به طول می انجامد.

۲. اضطراب و تشویش بیمار، دشوار و غیرقابل کنترل باشد.

۳. اضطراب و تشویش با دو علامت یا بیشتر از ۶ علامت زیر همراه باشد (در کودکان فقط یک علامت کافی است)

✓ بیقراری و اضطراب

✓ خستگی سریع احساس

✓ تهی بودن

✓ اختلال خواب

✓ اشکال در تمرکز

✓ دوره های کوتاه مدت تحریک پذیری و تنش عضلانی

\*\*\* علت اضطراب و ناراحتی مربوط به اختلال پانیک، گذر هراسی، وسواس جبری و PTSD نباشد همچنین در اثر یک بیماری طبی (هیپرتیروئیدی) یا در اثر مصرف داروها و یا در جریان اختلال خلقی پسیکوتیک یا اختلال رشد به وجود نیاید.

\*\*\* اضطراب و تشویش با علائم جسمی همراه با تخریب قابل ملاحظه در عملکرد اجتماعی و شغلی و سایر زمینه های مهم میباشد.

#### سیر و پیش آگهی

شروع این اختلال با وقایع زندگی همراه است که این اختلال سیری مزمن دارد و ممکن است تمام طول عمر به طول انجامد.

#### درمان

✓ روشهای گوناگونی نظیر شناخت درمانی، رفتار درمانی، درمان حمایتی و بینش گرا مناسب می باشد.

✓ روان درمانی روش مؤثری است که اگر همراه با دارو درمانی باشد اثر بهتری دارد.

✓ خط اول درمان دارویی این اختلال بنزودیازپین ها می باشد. دوره درمان دارویی این اختلال ۴ تا ۶ ماه میباشد.

### ویژگی یک فرد مبتلا به اضطراب فراگیر

این فرد چهره‌ای درهم و هیجان زده و نا آرام دارد و رنگ پوستش پریده و اغلب عرق میکند. خصوصاً در دستها و پاها و دائم افکار ناراحت کننده به سراغش می آید که باعث بروز علائم جسمی فوق می شود. این بیماران با نگرانی به خواب رفته و همواره خواب منقطع و سبک همراه با کابوس دارند و صبح زود با احساس خستگی و رنج از خواب بیدار می شوند و دیگر نمی توانند به خواب بروند.

### فوبی (Phobia)

شایع ترین اختلال روانی در آمریکا محسوب می شود. خصوصیت اصلی آن، ترس دائمی و مشخص از اشیاء یا موقعیت هایی است که قرار گرفتن در آن باعث واکنش اضطرابی می شود لذا بیماران از محرکات اضطراب آور اجتناب می کنند که این امر باعث تخریب عملکرد شغلی یا اجتماعی آنها می شود.

\*\*\* به ترس هایی که همراه با رفتار اجتنابی نباشند و غیرمنطقی هم نباشد فوبی گفته نمی شود.

\*\*\* این اختلال با سایر اختلالات روانی نظیر افسردگی همراه نیست و تا زمانی که فرد در موقعیت اضطراب زا قرار نگیرد مشخص نمی شود. در فوبی همان علائم اضطراب فراگیر بوجود می آید ولی با این تفاوت که علائم فوبی در شرایط خاص به وجود می آیند.

شکایت از سرخی صورت و لرزش در فوبی بیشتر می باشد و فرد مبتلا حتی با فکر کردن به عامل استرس زا دچار اضطراب می شود.

\*\*\* برای تشخیص فوبی حتمن باید منبع و عامل ترس مشخص باشد.

\*\*\* فروید در نظریه روانکاوی خود علت فوبی را اختلال در تعارضات حل نشده دوره ادیپال کودکی میداند

\*\*\* تمامی اختلالات فوبی تمایل به مزمن شدن و عودهای مکرر دارند که فرد به مرور نسبت به درمان مقاوم میشود

\*\*\* بیماران فوبیک بیشتر از مکانیسم جابه جایی استفاده می کنند.

\*\*\* بهترین درمان فوبی، روان درمانی از نوع حساسیت زدایی تدریجی میباشد.

### فوبی خاص

شایع ترین اختلال اضطرابی، در بین خانمها و دومین اختلال روانی بعد از اختلالات ناشی، از مصرف مواد در آقایان میباشد.

شیوع این اختلال از فوبی اجتماعی بیشتر و در بین خانم ها شایع تر می باشد.

\*\*\* اکثراً شروع آن از سن ۹-۵ سالگی می باشد. و فرد غالباً از حیوانات، مرگ، بیماری و آسیب می ترسد

\*\*\* مهمترین ویژگی این اختلال اجتناب فرد از موقعیتهای ترسناک میباشد، هنگامی که فرد با موقعیت خطرناک یا ترسناک مواجه یا به آن فکر می کند، اضطراب تمام وجود وی را فرا می گیرد و هر چه فرد بیشتر تلاش می کند تا از موقعیتهای اضطراب زا دوری کند کمتر می تواند با آن مشکل سازگاری پیدا کند.

\*\*\* عبارتی قویی ساده، ترس غیر منطقی به صورت اجتناب آگاهانه از شیء یا موقعیت ترس آور می باشد که باعث اختلال در فعالیتهای روزمره می شود.

### معیارهای تشخیص

برای تشخیص این اختلال، در افراد زیر ۱۸ سال حتما باید بیش از ۶ ماه علائم طول بکشد و این اختلال را باید از حملات پانیک، اختلال وسواس جبری و PTSD تمایز داد. به اختلال

### سیر و پیش آگهی

این اختلال بستگی به اختلال در عملکردهای موقعیتی و شغلی فرد و سابقه مصرف مواد در فرد دارد که در صورت همراه بودن با این اختلالات پیش آگهی به سمت مزمن شدن می رود.

### درمان

شایع ترین روش درمانی در این اختلال رفتار درمانی خصوصاً، حساسیت زدایی تدریجی می باشد. که ابتدا بیمار را آرام آرام با تشویق به تجسم موقعیت های اضطراب آور می کنیم. سپس به کمک آرام بخش های عضلانی و اقدامات حمایتی، فرد را با موقعیت اضطراب زا مواجه می کنیم. در صورت همراه بودن این اختلال با حملات پانیک به همراه روان درمانی، دارو درمانی توصیه می شود.

### فوبی اجتماعی

به آن اختلال اضطرابی هم گفته می شود که ترس از تحقیر شدن در موقعیتهای اجتماعی از قبیل حضور و صحبت در جمع دیده می شود. به عبارتی ترس بارز و مستمر از یک یا چند موقعیت یا اختلال در عملکرد اجتماعی می باشد.

و فرد می ترسد به گونه ای رفتار کند که موجب شرمندگی و تحقیرش شود. و همچنین می ترسد

این افراد غالباً به علت ترس از قرار گرفتن، در موقعیت های اجتماعی دچار شخصیت دوری گزین می شوند.



سیر و پیش آگهی

این اختلال هم مانند فوبی خاص میباشد. برای تشخیص آن علائم باید بیش از ۶ ماه وجود داشته باشد.

درمان

روان درمانی و دارودرمانی کاربرد دارد که داروهای MAOI و خصوصاً SSRI و بنزودیازپین ها در درمان این اختلال مؤثر میباشد.   
 \*\* تفکیک فوبی اجتماعی از گذرها سی در این است که در گذرها سی فرد با حضور دیگران احساس آرامش می کند. ولی در فوبی اجتماعی اضطراب فرد در اجتماع زیادتر می شود.

اضطراب جدایی کودک

در گذشته این اختلال جزء اختلالات دوران کودکی محسوب می شد که در طبقه بندی جدید زیر مجموعه اختلالات اضطرابی قرار می گیرد   
 اغلب شروع این اختلال مربوط به دوران شیرخوارگی است زمانی که کودک بیشترین وابستگی را به مادر دارد که به دلیل ترک مادر این خل را در طول زندگی حتی بزرگسالی احساس می نماید   
 \*\* مشاوره روان درمانی دارو درمانی از مراقبت های درمانی رایج در درمان اختلال اضطرابی به شمار می آید

مداخلات پرستاری در اختلالات اضطرابی

- ✓ در ابتدا اطمینان از حفاظت و امنیت خود.
- ✓ کمک به کشف و حل مسائل اضطراب.
- ✓ استفاده از کلمات و پیامهای ساده و مختصر در برخورد با بیمار.
- ✓ کاهش محرکات محیطی اضطراب آور.
- ✓ تجویز داروهای آرام بخش طبق دستور پزشک.
- ✓ تشویق بیمار به بیان احساسات
- \*\* مهمترین آموزش و اولین گام در بیماران مضطرب کمک کردن به کشف علل احتمالی وقوع اضطراب و پیشگیری از آن می باشد.
- \*\* مهمترین اقدام پرستاری کاهش اضطراب و تنها نگذاشتن مددجو می باشد.
- \*\* مداخلات پرستاری در مواجهه با بیمار مضطرب ماندن با مددجو و ایجاد حس امنیت در او است.
- \*\* در اضطراب ناشی از ترس مرضی تشویق و تقویت مثبت از اولویت های مداخله پرستاری است
- \*\* مهمترین تدبیر پرستاری در بیمار مضطرب کاهش محرکات محیطی می باشد
- ترس: احساس بی قراری و وحشت در فرد با وجود منبع و منشا معلوم گفته می شود.

مداخلات پرستاری

- ✓ اطمینان دادن و حمایت از بیمار مضطرب
  - ✓ فراهم آوردن محیطی امن و دور از استرس
  - ✓ تشویق بیمار به بیان ترس
  - ✓ کمک به بیمار در انتخاب روشهای سازگاری
  - \*\* اجتناب از عوامل محرک، مهمترین عامل تداوم ترس می باشد.
- از عهده برآیی غیرمؤثر فردی: اشکال در رفتار انطباقی و حل مشکلات فردی و رسیدن به اهداف زندگی می باشد.

مداخلات پرستاری

- ✓ بررسی سطح اضطراب بیمار
- ✓ تعیین علل و موقعیتهای اضطراب آور.
- ✓ تقویت مثبت جهت تکرار رفتار مطلوب و افزایش عزت نفس
- ✓ جایگزین کردن رفتار انطباقی به جای رفتار غیرانطباقی.
- \*\* بهترین مداخله پرستاری در این تشخیص، تشویق و تقویت رفتار غیر تشریفاتی بیماران و سوا سی و ارتقاء عزت نفس و تکرار رفتار مطلوب بیمار می باشد.

نقص در مراقبت از خود: وضعیتی است که فرد در مراقبتهای اولیه از خود نظیر خوردن، حمام کردن، لباس پوشیدن، آراستگی و نظافت مشکل دارد.

مداخلات پرستاری

- ✓ تشویق بیمار به انجام فعالیتهای روزانه و تلاش برای کسب استقلال

- ✓ کنترل جذب و دفع و بررسی وضعیت تغذیه ای
- ✓ دادن کارهای موفقیت آمیز به بیمار
- ✓ حفظ سلامت و امنیت بیمار از اولویتهای پرستاری میباشد

اختلال خواب: اشکال در به خواب رفتن و یا کابوس های شبانه یا سحرخیزی می باشد.

#### مداخلات پرستاری

- ✓ ایجاد محیط آرام به دور از دسترس
- ✓ اجتناب از مصرف چای، قهوه، سیگار
- ✓ دوش آب گرم قبل خواب
- ✓ ورزش و فعالیت ۲ ساعت قبل خواب

اختلال تنفسی: مربوط به هیپرونتیلیاسیون می باشد. تشویق بیمار به دمیدن در یک پاکت، زیرا این کار تراکم دی اکسیدکربن را افزایش می دهد و منجر به رفع هیپرونتیلیاسیون می شود.

#### نکات کلیدی

- اضطراب احساس ناخوشایند، ناراحت کننده، بیمناکی و ترس از پیش بینی خطری که منشاء آن شخص نیست، اضطراب به حدی است که باعث اختلال در عملکرد فردی، شغلی، اجتماعی می شود
- حملات پانیک، خود به خود و غیر منتظره و در یک دوره ۱۰ دقیقه ای به اوج و حداکثر ۳۰ دقیقه و به ندرت یک ساعت به طول می انجامد.
- اختلال اضطراب منتشر: اضطراب و تشویش بیش از حد که اکثر اوقات بیش از ۶ ماه به طول می انجامد که باعث تخریب عملکرد شغلی و اجتماعی فرد می شود و همراه با علایم جسمی ظاهر می شود.
- اختلال هراس شدیدترین نوع اختلال اضطرابی میباشد.
- فوبی شایعترین نوع اختلال اضطرابی میباشد.
- در اضطراب کاهش GABA و افزایش سروتونین، نوراپی نفرین و دوپامین داریم.
- در فوبی مکانیسم جابه جایی و در هراس مکانیسم پسرفت و در PTSD مکانیسم انکار شایع می باشد.
- اضطراب علامت هشداردهنده ای است که خبر از خطری قریب الوقوع در آینده می دهد.
- اختلال پانیک شایع ترین اختلال روان پزشکی در بیماران با شکایت اولیه سنکوپ می باشد.
- مکانیسم دفاعی مورد استفاده در اضطراب واپس زدن میباشد.
- فوبی خاص شایعترین نوع فوبی و شایعترین اختلال روانی در خانم ها می باشد.
- اگرافوبیا (گذرهراسی): ترس اکتسابی و غیر منطقی، از مکان هایی که فرد احساس به دام افتادن می کند و نمیتواند از آن خارج گردد. مثل فروشگاه، آسانسور، قطار.
- سه علامت اصلی وسواس حساسیت، لجاجت و یک دندگی میباشد.
- شایع ترین عارضه روانی جنگ اضطراب می باشد.
- مهمترین نوروترانسمیتر در وسواس جبری سروتونین میباشد.
- در وسواس فرد از مکانیسمهای دفاعی جداسازی، خنثی سازی و واکنش سازی استفاده می کند.
- بهترین درمان اختلال اضطراب منتشر، شناخت درمانی و رفتار درمانی از نوع حمایتی و بینش گرا است.
- مهمترین هدف پرستاری در بیماران وسواسی، کاستن رفتارهای تکراری و پیشگیری از جانشین سازی آنها است.
- یکی از تدابیر پرستاری در بیمار وسواسی تقویت رفتار تشریفاتی است.
- اولویت مداخله پرستاری در اضطراب ناشی از ترس مرزی تشویق و تقویت مثبت است.
- گذر هراسی ناتوان کننده ترین نوع فوبی است .
- علامت روانی مهم در حملات هراس، ترس بسیار شدید و احساس مرگ قریب الوقوع است.
- شروع اضطراب منتشر با وقایع زندگی مرتبط است و سیری مزمن دارد و ممکن است برای تمام عمر به طول انجامد.
- اجتناب مهمترین عامل تداوم ترس می باشد.
- تظاهرات بدنی در اضطراب گشادی مردمک، تاکی کاردی و تکرر ادرار می باشد.
- بهترین و مؤثرترین درمان فوبی رفتار درمانی میباشد.

- مهمترین عارضه آگرافوبیا افسردگی می باشد .
- Castvation anxiety اضطراب اختگی ۳-۵ سالگی شایع میباشد.
- اولویت پرستاری، در اضطراب ناشی از ترس مرضی، تأمین سلامت و امنیت بیمار می باشد.
- تبدیل اضطراب در سیستم عصبی مرکزی، باعث اضطراب آشکار می شود.
- مهمترین اقدام در ترس مرضی که بیمار احساس خفگی می کند، سوال در مورد چگونگی احساس او است.
- شایعترین انواع ترس، ترس از مکانهای باز میباشد.
- در MRI اختلالات هراس درگیری لوب تمپورال به ویژه هیپوکامپ را نشان داده میشود .
- حمله اولیه هراس خودبه خودی و ندرتاً به دنبال هیجان، خستگی جسمی و فعالیت جنسی و ضربه روحی رخ می دهد.
- اضطراب یک پاسخ هیجانی ذهنی به عامل ایجاد کننده استرس میباشد.
- نظریه روانکاوی اضطراب بر فقدان یکی از والدین و اضطراب جدایی تأکید دارد.
- در نشخوار ذهنی، اشکال در تکلم و اختلال حافظه دیده می شود.
- فوبی اجتماعی تدریجی، در پی یک استرس روانی - اجتماعی با سیری مزمن که با افزایش سن کاهش می یابد شیوع میابد.
- یکی از ابزارهای مطمئن و معتبر برای تعیین و درجه بندی سطح اضطراب بیمار، سنجش اضطراب هامیلتون (HOAOS) است که در آن علائم از صفر تا چهار طبقه بندی می شود.
- در اضطراب در حد وحشت، اولویت پرستاری فراهم کردن محیطی امن میباشد.
- مهمترین تدبیر پرستاری در افزایش اضطراب، کشف عامل اضطراب می باشد.
- بهترین و مؤثرترین درمان فوبی رفتار درمانی میباشد. گذر هراسی یک ترس اکتسابی و غیر منطقی است.
- برای مقابله با اضطراب، از روشهای از عهده برآیی (Coping) که همان کوشش های خود آگاه و با مکانیسم های دفاعی (کوششهای ناخودآگاه) استفاده می شود.
- طبق عقیده روانکاوی، اضطراب علامتی از تعارضات حل نشده ناخودآگاه است.
- اریکسون اضطراب را نتیجه وظایف و مهارت های حل نشده، دوران اولیه رشد می داند.
- سالیوان، واکنش اضطراب را به شکل روابط بین فردی که ناشی از روابط مادر و کودک است نسبت می دهد
- اضطراب از دیدگاه روانکاوی هشدار برای ایگو فرد میباشد که اگر دفاع ایگو، موفقیت آمیز یا شده اضطراب رفع و کنترل می شود که برای دفاع، ایگو فرد بسته به نوع اضطراب، از مکانیسم های دفاعی استفاده می کند
- بیش از نیمی از بیماران پانیک در طی حملات دچار افسردگی می شوند که در آنها ریسک خود کشی بالاست
- نگرانی بیش از حد پیرامون حوادث گذشته و آینده، علایم شایع جسمی مانند سردرد و معده درد مربوط اختلال اضطراب منتشر میباشد.

### اختلال تجزیه ای

اختلال اصلی در این دسته از بیماری ها تغییر در وضعیت شناختی و حافظه است، به طوری که فرد احساس بی هویتی می کند و نسبت به هویت خود دچار شک و تردید می شود و یا فرد در خود شخصیت های متعددی را مشاهده می کند. که در دو جنس نیز یکسان دیده میشود و میزان شیوع آن با افزایش سن کاهش می یابد.

این اختلال با تغییر ناگهانی و موقت اعمال طبیعی خودآگاه و اختلال در آگاهی از هویت ها و رفتار حرکتی مشخص می شود. و فرد قسمتی از اعضای بدن خود را به صورت غیر واقعی تلقی میکند. فرد هویت عادی خود را به طور موقت فراموش کرده و هویت جدیدی را اتخاذ می کند و فرد احساس عادی را نسبت به خود از دست می دهد.

اگر تغییر در رفتار حرکتی پیش آید و همراه با اختلال در آگاهی و هویت فردی باشد باعث سردرد گمی و حیرانی می شود که این امر موجب گریز تجزیه ای می شود

در سابقه این بیماران ممکن است حوادث تروماتیک، نظیر سوء استفاده جسمی و جنسی خصوصاً در دوران کودکی دیده شود. عده ای حالت تجزیه ای را به عنوان یک مکانیسم دفاعی در برابر تروما میدانند که هدف قربانی، تنها فرار از رنج و درد حاصل از تروما میباشد.

به طور کلی تجزیه، دفاعی درمقابل تروماست و به فرد کمک میکند هنگام وقوع تروما خود را از آن دور نگه دارد و عوارض ناشی از تروما را به تاخیر بیندازد. ویژگی اساسی این اختلال در هوشیاری، حافظه یا هویت می باشد که معمولاً نخستین حمله به صورت ناگهانی میباشد.

### انواع اختلالات تجزیه ای

- ۱- فراموشی تجزیه ای
- ۲- گریز تجزیه ای
- ۳- اختلال هویت تجزیه ای
- ۴- اختلال مسخ شخصیت
- ۵- اختلال مسخ واقعیت
- ۶- اختلالاتی طبقه بندی نشده

### ۱- فراموشی تجزیه ای (روانزاد)

از دست دادن ناگهانی حافظه، برای یادآوری خاطرات مهم مربوط به حوادث تروماتیک و استرس زای زندگی می باشد در حالی که قدرت یادگیری مطالب جدید دست نخورده باقی می ماند. و شایع ترین نوع اختلال تجزیه ای محسوب می شود. این اختلال در زنان و افراد جوان بیشتر مشاهده می شود اغلب این اختلال در زمان جنگ و بلایایی طبیعی بیشتر مشاهده می شود. در این اختلال فقدان حافظه ناشی از یک تعارض روانی دردناک بوده که روانکاو آن را به عنوان یک مکانیسم دفاعی در برابر حوادث استرس آمیز می دانند.

▪ رایجترین مکانیسم های دفاعی در ایجاد این اختلال **واپس زدن** و **انکار** میباشد.

#### ▪ خصوصیات بالینی

- ✓ اغلب این اختلال به دنبال حوادث استرس زا و تروماتیک رخ میدهد و به ندرت ممکن است خود به خود ایجاد شود
- ✓ غالباً شروع ناگهانی دارد.
- ✓ در این اختلال بیمار به نقص حافظه خود آگاهی دارد و نسبت به آن احساس نگرانی می کند
- ✓ غالباً قادر به یادآوری حوادث استرس آمیز و دردناک گذشته نمی باشد.
- ✓ فرد نسبت به هویت شخصی خود دچار فراموشی میشود.
- ✓ اطلاعات عمومی وی کاملاً دست نخورده باقی می ماند.
- ✓ افسردگی و اضطراب از عوامل مستعد کننده شایع این بیماری میباشد.

#### ▪ انواع فراموشی تجزیه ای

➤ **فراموشی موضعی:** شایعترین نوع فراموشی به شمار می رود و غالباً حافظه کوتاه مدت فرد را مختل می کند. به عبارتی ناتوانی در یادآوری تمامی حوادثی که در محدوده زمانی مشخص رخ داده را شامل می شود که اغلب شامل چند ساعت اول بعد حادثه ای است که عمیقاً باعث آشفتگی فرد شده است.

➤ **فراموشی انتخابی:** عدم توانایی فرد در یادآوری بعضی حوادث نه همه حوادث که فراموشی در یک محدوده مشخص رخ داده است.

➤ **فراموشی عمومی:** عدم توانایی فرد در یادآوری تمامی حوادث زندگی می باشد که به این نوع فراموشی استمراری هم می گویند که در اینجا فراموشی به صورت عدم توانایی در به خاطر آوردن حوادثی از زمان خاص شروع شده و تاکنون ادامه دارد که شامل زمان حال هم میشود.

#### ▪ ملاکهای تشخیص

- ✓ آشفتگی بارز به صورت ناتوانی در یادآوری حوادث مهم و پراسترس یا تروماتیک زندگی که فراتر از فراموشی عادی می باشد.
- ✓ اختلال در اثر بیماری، مصرف داروها یا مواد یا ضربات تروما بوجود نیاید
- ✓ اختلال باعث اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی فرد شود

▪ **درمان:** مصاحبه به کمک دارو، هیپنوتیزم، روان درمانی.

### ۲- گریز تجزیه ای

از دست دادن ناگهانی و شدید حافظه همراه با دور شدن از خانه وطن و مسافرت به نقاط دور از محل زندگی و فراموش کردن هویت شخصی نظیر اسم، فامیل، خانواده، محل تولد و کسب هویت و شغل جدا می باشد .

در ضمن در دوره فرار بیمار از گذشته خود کاملاً بی خبر است و برخلاف فراموشی تجزیه ای فرد از فراموشی خود آگاه نیست و فقط زمانی به خود می آید که قبل از شروع فرار را به یاد می آورد وی خاطره ای از دوره فرار به یاد نمی آورد و اغلب دچار فراموشی کامل می شود.

این اختلالی نادر است و در زمان جنگ و بلایای طبیعی زیاد دیده می شود و به عنوان نمادی از تعارضات درونی فردی به شمار می آید. غالباً این اختلال به علت فرار از تجربیات هیجانی و دردناک از قبیل مسائل زناشویی و مشکلات اقتصادی یا مصرف مواد و اختلالات خلقی و اختلالات شخصیت مرزی فرد را مستعد این اختلال میکند.

در طی این بسیاری فرد فراموشی کامل نسبت به زندگی و روابط قبلی پیدا میکند که بر خلاف فراموشی تجزیه ای بیمار از وجود فراموشی آگاه نیست این بیماران در زندگی کارهای ساده ساکت و زندگی بی سر و صدا و به دور از هیاهو را اختیار می کند و همیشه سعی می کند جلب توجه کند ولی همواره در آن ها حیرانی و سردرگمی دیده می شود..

این بیماری با سیری کوتاه مدت از چند ساعت تا چند روز به طول می انجامد و به ندرت ممکن است بیش از چند ماه ادامه داشته باشد و با آنکه بیمار چند هزار کیلومتر از محل زندگی دور می شود ولی سریع و به طور خود به خود بهبود میابد و همچنین عود مجدد این اختلال زیاد دیده میشود .

#### ▪ ملاک تشخیصی

- ✓ اختلال به صورت یک سفر ناگهانی و غیرمنتظره از خانه یا محل کار باشند که در آن فرد قادر به یادآوری حوادث و رویدادهای گذشته نمیشود
- ✓ فرد نسبت به هویت جدید خود دچار یک سردرگمی می شود.
- ✓ اساساً منشا روانشناختی داشته باشد
- ✓ فرد در ظاهر میل به کناره گیری از تجاربی دارد که از نظر روانی دردناک هستند.

### درمان

غالباً به صورت خودبه خود روی می دهد ولی هیپنوتیزم به همراه مصاحبه به کمک دارو و تعیین علل استرسی آمیز و تسریع کننده اختلال در روند بهبودی و درمان مؤثر خواهد بود. روان درمانی آن هم از نوع حمایتی و کمک به بیمار برای کنار آمدن با حوادث استرسی آمیز و حل تعارضات پیش آمده هم مؤثر می باشد

### ۳- اختلال هویت تجزیه ای

تحت عنوان اختلال شخصیت چندگانه هم نامیده می شود که در این اختلال بیمار دو یا چند شخصیت جداگانه دارد که در زمان غالب شدن هر شخصیت، فرد رفتار همان شخصیت را می گیرد.

این اختلال در زنان و در اوایل جوانی شایع می باشد که معمولاً ۱۰ - ۵ سال از شروع بیماری تشخیص داده می شود. در سابقه این افراد اختلالات خلقی، اضطرابی، شبه جسمی، سوءمصرف مواد و آزار جنسی و بدنی خصوصاً در سنین پایین و کودکی، اختلال خواب و خوردن مشاهده می شود که در ابتلا به این بیماری اثر نقش به سزایی را ایفا می کند.

\*\*\* خودکشی یا آسیب به خود در این بیماران زیاد دیده میشود.

### علل این اختلال عبارتند از:

- ✓ سابقه یک حادثه تروماتیک خصوصاً در دوران کودکی
- ✓ تاثیر عوامل محیطی
- ✓ عدم وجود حمایت اطرافیان
- ✓ شکست های تحصیلی در دوران کودکی
- ✓ سوء استفاده های جسمی و جنسی به خصوص از طرف بستگان نزدیک

### تظاهرات بالینی

- ✓ تعداد شخصیت در ابتدای تشخیص ممکن ۲-۳ نوع باشد که در ضمن درمان درمانگر متوجه ۵ - ۱۰ نوع شخصیت می شود
- ✓ تغییر شخصیت از یک نوع به نوع دیگر غالباً بصورت ناگهانی و در طی هر دوره فرد نسبت به شخصیت قبلی فراموشی پیدا می کند
- ✓ گاهی بیمار شخصیت ها را دوست و همدم خود یا برعکس دشمن میدانند.
- ✓ هر شخصیت اسم جداگانه ای دارد و خصوصیات فیزیولوژیکی و عملکردی متفاوتی دارند
- ✓ غالباً یکی از شخصیت ها نسبت به بقیه غالب تر می باشد و اغلب هدایت فرد را برعهده می گیرد.
- ✓ شخصیت میزبان در این اختلال، شخصیتی است که نام و شخصیت قانونی به حساب می آید و در طی درمان به عنوان شخصیت اصلی محسوب میشود.
- ✓ شخصیت میزبان احتمالاً فردی افسرده یا مضطرب است که ممکن است خاصیت آزار طلبی یا کاملاً اخلاقی داشته باشد
- ✓ شایع ترین نوع شخصیت میزبان نوع بچگانه است.

### درمان

بهترین درمان روان درمانی بینش گرا به همراه هیپنوتیزم و به کمک دارو می باشد که بهتر است در این اختلال از آنتی سایکوتیک ها استفاده شود. در روان درمانی ابتدا تک تک شخصیت ها معلوم و بعد آنها را به هم ربط میدهند و به صورت یکپارچه در می آورند. که قبل شروع درمان بهتر شخصیت میزبان و خصوصیات وی معلوم شود

### ۴- مسخ شخصیت (depersonalization)

در این اختلال که فرد درک نادرستی از خود دارد و ممکن است احساس واقعی بودن نسبت به خود را از دست بدهد و خیال کند در خواب و رویا یا عالم دیگر سیر میکند و اغلب خیال می کند این روحش است که حرکت میکند و گاهی تصور می کند اندامش در حال تغییر شکل می باشد. این اختلال در طول زندگی در بیش از ۷۵٪ افراد جامعه رخ می دهد. ۱۵-۳۰ سالگی بیشتر دیده میشود.

### علائم بالینی

- ✓ فرد از غیر واقعی بودن علائم خوداگاهی دارد.
- ✓ ویژگی اصلی این اختلال احساس غیر واقعی بودن و نا آشنا بودن با خود است
- ✓ فرد خیال می کند نیمی از بدنش غیر واقعی است و یا وجود ندارد.
- ✓ غالباً اسبب یا ضایعه لوب گیجگاهی در سمت مقابلی که فرد احساس غیر واقعی بودن می کند دیده میشود.
- ✓ در این اختلال اضطراب شایع است
- ✓ غالباً در این افراد، تغییر در درک زمان و مکان و فضا مشاهده میشود.

### ۵- مسخ واقعیت (Derealization)

احساس عجیب و غیر واقعی بودن نسبت به محیط و آنچه در پیرامون ما قرار دارد.

۶- اختلال تجزیه ای طبقه بندی نشده (NOS)

در این اختلال علائم تجزیه ای وجود دارد ولی مغایر با هیچ کدام از سایر اختلالات فوق نمی باشد. مانند حالت خلسه، جذبه و یا خیرگی.

تشخیص های پرستاری در اختلال تجزیه ای

- ✓ از عهده برآیی غیرمؤثر فردی
- ✓ اختلال در خودپنداری
- ✓ اختلال در حافظه
- ✓ تغییر در فرآیند تفکر
- ✓ تغییرات حسی، درکی

■ عهده برآیی غیرمؤثر فردی

به علت اختلال در هویت و شخصیت، فرد دچار اشکال در رفتار انطباقی و حل مشکلات و رسیدن به اهداف و خواست های زندگی می شوند.

➤ تدابیر پرستاری

- ✓ ایجاد حس امنیت و اعتماد در بیمار
- ✓ شناسایی و کشف عوامل استرس زا
- ✓ تشویق بیمار به بیان احساسات
- ✓ کاهش محرکات محیطی و استرس آمیز
- ✓ کمک به بیمار در انتخاب راه حل های حل مشکل
- ✓ تقویت مثبت جهت تکرار رفتار مطلوب

■ تغییر در فرآیند تفکر

این اختلال در واقعیت ها و فعالیت های فکری می باشد. که تدابیر پرستاری آن به شکل زیر است.

- ✓ مشخص کردن کشمکش های حل نشده
- ✓ عدم یاد آوری مکرر در مورد حوادث ناگوار گذشته
- ✓ تشویق بیمار به یادآوری حوادث خوب
- ✓ کمک به بیمار در مورد درک فرآیندهای اطراف
- ✓ کمک به کشف موقعیت های استرس آمیز
- ✓ تشویق به بیان احساسات و ناراحتی ها

■ اختلال در خودپنداری

اختلال در تمایز خود از غیر خود است که تدابیر به شکل زیر مشخص میشود.

- ✓ ایجاد و حس اعتماد به هر یک از شخصیت ها
- ✓ کشف شخصیت های غیراصلی
- ✓ شناسایی هر یک از نیازهای هر شخصیت
- ✓ شناسایی موقعیتهایی که باعث تغییر شخصیت می شود.
- ✓ با شخصیت های فرعی بحث و جدل نکنید.
- ✓ قبول شخصیت فرعی به عنوان یک واحد

■ تغییر حسی و درکی بدن

درک نادرست یا سوء تعبیر فرد در مورد تحریکات حسی می باشد

- ✓ حمایت بیمار در زمان دگرگونی شخصیت
- ✓ توضیح به بیمار جهت کاهش ترس و نگرانی وی
- ✓ کشف حوادث استرس زا و تغییر شخصیت
- ✓ ربط حوادث استرس آمیز با تغییرات شخصیت

■ احتمال آسیب به خود یا دیگران

- ✓ به مددجو اطمینان دهید که از وی حمایت می کند.
- ✓ آگاهی از تعداد شخصیت ها و ویژگیهای آنها
- ✓ ظاهر بیمار از ماسکه یا خنده به اضطراب و نگرانی تغییر می کند.
- ✓ در صورت پرخاشگری سریع فیکس شود

- ✓ بررسی شخصیت اولیه مدد جو
- ✓ در صورت لزوم تجویز آنتی پسیکوتیک
- ✓ کاهش محرکات محیطی و استرس زا
- ✓ توضیح به مددجو در مورد علل رفتارارش
- ✓ دور کردن وسایل تیز و خطرناک
- ✓ تشویق مددجو به بیان احساسات
- ✓ تغییر خشم مددجو از حالات پرخاشگری به نوشتن
- ✓ شناسایی کشمکش ها و حوادث نامطلوب گذشته

#### نکات طلایی

- مشخصه اصلی فراموشی تجزیه ای، عدم توانایی ناگهانی در یادآوری خاطرات گذشته ولی توانایی یادگیری مطالب جدید دست نخورده می باشد.
- فراموشی تجزیه ای شایعترین نوع اختلال تجزیه ای است.
- گریز تجزیه ای، سفر ناگهانی و غیر منتظره از خانه و محل کار خود و عدم توانایی در به خاطر آوردن هویت قبلی که فرد حافظه خود را از دست می دهد و خیران و سرگردان می شود.
- Depersonalization اختلال مسخ شخصیت، تغییر موقت فرد در برداشت و درک از خود است فرد غیرواقعی بودن علائم را درک می کند.
- که فرد خود را از فاصله دور درک می کند که یک پدیده نادر و عجیب و احساس دو تا بودن است فرد غیر واقعی بودن علائم را درک میکند.
- آنهایی که تحت شستشوی مغزی یا گروهان بودند یا تلقین اجباری دیده اند را جزء اختلال تجزیه ای طبقه بندی نشده تقسیم می شوند.
- شایعترین نوع فراموشی تجزیه ای فراموشی موضوعی می باشد.
- فراموشی تجزیه ای غالباً خود به خود و بدون درمان بهبود می یابد.
- شیوع گریز تجزیه ای معمولاً نادر است ولی معمولاً بدنبال بلایا یا جنگ بوجود می آید
- در اختلال هویت تجزیه ای مهمترین تشخیص افتراقی تمارض می باشد.
- شروع اختلال مسخ شخصیت، معمولاً ناگهانی و گرایش به مزمن شدن دارد
- شایعترین مکانیسم دفاعی، در اختلال تجزیه ای انکار و وایس زدن می باشد.
- علت اصلی گریز تجزیه ای، فرار از تجارب هیجانی دردناک و مسائل زناشویی، اقتصادی و شغلی است.
- وجود شخصیت‌های مجزا و مشخص و غلبه هر شخصیت بر شخصیت دیگر از علائم اختلال تجزیه ای است.
- جدی ترین و مهیج ترین اختلال تجزیه ای، اختلال هویت تجزیه ای می باشد.
- اولین اقدام پرستاری در اختلالات تجزیه ای یادآوری خاطرات شیرین گذشته میباشد.
- در اختلال تجزیه ای تغییر ناگهانی شخصیت، بازتابی از دوران کودکی فرد می باشد.
- هدف از گریز تجزیه ای فرار از تجارب دردناک زندگی می باشد.
- مؤثرترین درمان اختلال هویت تجزیه ای، روان درمانی بینش گرا میباشد.
- ویژگی اصلی مسخ شخصیت، احساس غیر واقعی بودن و بیگانگی نسبت به خود اوست
- فراموشی، فرار، خوابگردی از تظاهرات اختلال تجربه ای میباشد.
- مکانیسم دفاعی عمده در اختلال فراموشی روانزاد تجزیه ای می باشد.
- فراموشی منتشر، فقدان حافظه برای تجارب تمام عمر که می تواند هویت فردی را هم در برگیرد بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، شخصیت (مرزی، نمایشی، اسکیزوئید) مستعد فرار تجزیه ای هستند
- در فیلم سیبل شخصیت اول فیلم مبتلا به اختلال هویت تزریه ای بود.
- فراموشی های تجزیه ای ممکن است نفع اولیه داشته باشد. یعنی با هدف کاهش اضطراب باشد و یا با هدف نفع ثانویه و کسب امتیاز صورت گیرد
- خواب گردی یا راه رفتن در خواب یک حالت تجزیه ای مشابه گریز تجزیه ای است. ولی با این تفاوت که این حالت ضمن خواب شروع میشود.
- اختلال هویت تجزیه ای جدی ترین و دومین اختلال تجزیه ای به شمار می رود. همچنین شدید ترین و مزمن ترین اختلال تجزیه ای می باشد.
- از آنجا که احتمال تجزیه ای تغییر در فرآیند تفکر می باشد، یادآوری خاطرات و محرکات لذت بخش مفید است.
- در مددجو با اختلال هویت تجزیه ای به منظور جلوگیری از پرخاشگری آسیب به خود و دیگران ابتدا شخصیت اولیه وی را بررسی کنید.

## اختلال شبه جسمانی، ساختگی، تمارض

## اختلالات شبه جسمانی (Somatiform)

اختلالات شبه جسمانی از دسته اختلالات نوروتیک هستند که شامل گروه وسیعی از بیماری‌ها میشوند. و نشانه‌ها و علائم جسمانی از مولفه‌های اصلی‌ها می‌باشد. شکایت فیزیکی یا جسمی، بدون یافته‌های عضوی و فیزیولوژیکی که بتوان شکایات را توجیه نمود. این علائم و شکایات جسمی به حدی ناراحت کننده اند، که باعث تخریب توانایی و عملکرد و اختلال نقش اجتماعی و شغلی فرد می‌شوند.

✚ طبق دسته بندی DSM - IV اختلالات شبه جسمی به هفت طبقه تقسیم می‌شود:

- اختلال جسمانی شدن: همراه با شکایات متعدد جسمی است که مربوط به دستگاه‌های مختلف بدن میباشد.
- اختلال تبدیلی: یک یا دو شکایت با منشاء روانی - عصبی می‌باشد.
- خود بیمار انگاری: باور راسخ به داشتن نقص یا بیماری خاص به همراه اشتغال فکری مداوم می‌باشد.
- اختلال درد: احساس درد و ناراحتی که مربوط به عوامل روانشناختی یا تحت تأثیر این علائم شدت می‌یابد.
- اختلال شبه جسمی نامتمايز: نوعی اختلال شبه جسمانی که به گونه دیگر توصیف نشده است و حداقل به مدت ۶ ماه یا بیشتر دوام دارد.
- اختلال شبه جسمانی مشخص نشده: اختلالی که هیچ یک از علائم فوق را ندارد.

## ✚ اختلال جسمانی کردن (Somalization)

شکایت و ناراحتی جسمی متعدد، که محدود به یک دستگاه نیست و از اختلال طبی معینی ریشه نمیگیرد این اختلال سیری مزمن دارد و اغلب علائم برای چندین سال دوام دارند. همواره قبل از ۳۰ سالگی علائم ظاهر می‌شود. و به قدری ناراحت کننده است که باعث اختلال در عملکرد شغلی - اجتماعی و بروز رفتار افراطی و جلب توجه کننده می‌شود.

به طوری که فرد علائم را بیش از حد بزرگ می‌کند و در جستجوی درمان طبی می‌رود. این اختلال در زنان شایع تر است. همان طور که گفتیم در سن قبل ۳۰ سالگی و اغلب نوجوانی بروز می‌کند. پس شایع ترین سن بروز ۱۳-۱۹ سالگی میباشد. در افراد کم سواد و طبقات اجتماعی - اقتصادی پایین بیشتر مشاهده میشود. این اختلال علت جسمانی مشخصی ندارد، بلکه در اثر مجموعه‌ای از عوامل روانی، اجتماعی و ژنتیکی بوجود می‌آید.

✚ علل روانی - اجتماعی این اختلال، در اثر سرکوب حوادث استرس زا خصوصاً خشم نسبت به خود و دیگران به وجود می‌آید.

✚ غالباً این بیماران فریب کار و استاد بازی دادن دیگران هستند. در گذشته به این اختلال، هیستری و سندرم بریکه می‌گفتند.

▪ تشخیص

برای تشخیص این اختلال لازم است علائم قبل ۳۰ سالگی شروع و حداقل ۴ علامت دردناک و دو علامت گوارشی، یک علامت جنسی و یک علامت شبهه عصبی مشاهده شود. که هیچ کدام از علائم به طور کامل با معاینه جسمی و آزمایش‌های کلینیکی قابل توجیه نباشد.

▪ خصوصیات بالینی

در سابقه این بیماران شکایت جسمی زیاد و سابقه طبی گوناگون به همراه ناراحتی‌های روانی و مسائل فردی فراوان دیده می‌شود. وجه تمایز اختلال جسمانی شده (سوماتیزه) از سایر اختلالات سوماتوفرم تعداد و تنوع علائم میباشد.

✚ افسردگی و اضطراب شایع ترین حالات روان پزشکی این بیماران می‌باشد.

این بیماران شکایات جسمی خود را با اغراق و مهیج توضیح می‌دهند و اکثراً دوست دارند مورد توجه و ترحم قرار گیرند. ✚ غالباً این بیماران به طور مرتب پزشک خود را عوض می‌کنند و تمایل به مصرف دارو دارند

✚ خود کشی که در این افراد صورت می‌گیرد اغلب ناموفق می‌باشد. زیرا تنها با هدف جلب توجه و ترحم صورت می‌گیرد.

✚ این اختلال سیری مزمن و نوسان دار دارد و غالباً بیمار دچار عوارض جراحی‌ها با عوارض داروهای غیر ضروری می‌شود که افسردگی در این افراد خیلی شایع میباشد.

▪ درمان

روان درمانی بلندمدت بینش‌گرا یا روان درمانی حمایتی در حوادث استرس‌زا زندگی صورت می‌گیرد. در اختلالات شبه جسمی پزشک جلسات معاینه را کوتاه و هر شکایت بیمار را بررسی می‌کند. ولی از انجام آزمایشات و معاینات زیاد و غیر ضروری پرهیز می‌کند.

## ✚ اختلال تبدیلی (Conversion)

به همراه یک یا دو علامت نورولوژیک (فلج، کوری، پاراستزی) رخ میدهد که اغلب با اختلالات رویدادهای استرس‌آمیز ارتباط دارد. عصبی یا طبی شناخته شده‌ای همراه نیست. در این بیماران ایجاد علائم با عوامل روانشناختی و حوادث و رویداد‌های استرس‌زا ارتباط دارد.

✚ در گذشته به این اختلال هیستری، واکنش تبدیلی یا واکنش تجزیه‌ای می‌گفتند. به طور کلی اختلال تبدیلی، بازتابی از فشارهای روانی مانند تعارضات سرکوبی یا احساسات روانی حل نشده است. که به طور ناخودآگاه به علائم جسمی تبدیل می‌شود و علائم جسمی به عنوان یک عایق در مواجهه با تعارضات روانی محسوب می‌شود.



\*\*\* شیوع این اختلال در سنین نوجوانی و جوانی و اغلب در زنان و گروه های پایین از نظر وضع اقتصادی - اجتماعی و افراد کم سواد مشاهده میشود. این اختلال در کسانی که با مسائل پزشکی و اطلاعات روان پزشکی اشنایی دارند بیشتر دیده می شود. مثل (پرستاران و پزشکان) \*\*\* از نظر روانکاوی این اختلال در اثر سرکوب تعارضات درونی به ناخودآگاه و تبدیل اضطراب به علائم جسمی به وجود می آیند.

#### تشخیص

✓ علائم باید بر اعمال حرکتی، ارادی و حسی تاثیر بگذارند و فقط محدود به علائم نورولوژیکی باشند.  
 ✓ بروز علائم همزمان با حوادث استرس آمیز اخیر باشند و توجه داشته باشید. علائم به طور عمدی با آگاهانه تولید نشود و با بررسی های کافی معلوم اختلال جسمی شناخته شده ای وجود ندارد.

#### خصوصیات بالینی

✓ کوری، لالی و فلجی شایع ترین علائم اختلال تبدیلی میباشند. این اختلال ممکن است حواس پنجگانه را درگیر کند و باعث کری، دوبینی، فقدان حس درد، بی حسی و پاراستزی اندام شود.  
 ✓ بی حسی دستکش جوراب در دست پا و بی حسی که در خط وسط بدن آغاز می شود.  
 ✓ علامت حسی شایع می باشد که اغلب به صورت بی حسی و پاراستزی اندام دیده می شود.  
 \*\*\* در این اختلال علل عصبی یا محیطی خاصی در بوجود آمدن آن دخیل نمی باشد. مثلاً در کوری، بیمار بدون آسیب دیدن راه می رود و مردمک وی به نور پاسخ می دهد.

سایر علائم وابسته که به اختلال تبدیلی مربوط می شود عبارتند از

✓ **نفع اولیه:** هدف اولیه آن کاهش اضطراب میباشد که فرد تعارضات درونی را از خودآگاه به ناخودآگاه میبرد  
 ✓ **نفع ثانویه:** با هدف کسب منفعت و امتیازی می باشد، مانند فرار از مسئولیت، استفاده از بیمه، مرخصی و جلب توجه قرار گرفتن.  
 ✓ **لابل ایندیفرانس (Label indifference)** بی توجهی بیمار به علائم جدی بیماری خود و این که فرد به مشکلی که برایش پیش آمده بی تفاوت است. این اختلال جزء اختلالات تبدیلی به شمار می آید.

#### سیر و پیش آگهی

علائم اختلال تبدیلی، در اکثر موارد ظرف چند روز یا کمتر از یک ماه ناپدید می گردد و دیگر تکرار نمی شود و در صورت استرس های دوره ای علائم جدید بروز می کند.  
 ➤ **پیش آگهی خوب:** شروع ناگهانی، حوادث استرس آمیز، کوتاه بودن فاصله بین شروع اختلال و درمان، ضریب هوشی خوب و شروع ناگهانی علائم.  
 ➤ **پیش آگهی بد:** ابتلا همزمان با سایر اختلالات روانی، حوادث استرس آمیز شدید، علائم لرزش و تشنج، دوام زیاد علائم، شروع تدریجی علائم

#### درمان

غالباً بصورت خود به خود صورت می گیرد. هر چند روان درمانی حمایتی یا بینش گرا یا رفتار درمانی و هیپنوتیزم هم مؤثر میباشد.  
 \*\*\* گفتن به بیمار که علائم وی خیالی است، وضع را بدتر می کند.  
 \*\*\* در این اختلال توتلو خوردن مستانه (Astasia abasia) همراه با حرکات پرتابی خشن و نامنظم در تنه و اندام به صورتی که بیمار زمین می خورد ولی مواظب است تا آسیب نبیند.  
 \*\*\* گاهی در اختلالات تبدیلی تشنج و صرع رخ می دهد که باید آن را از صرع بزرگ تفکیک نمود.

سایر اقدامات شامل موارد زیر است:

- ✓ بیمار ظاهراً در کوماست ولی بی هوش نیست
- ✓ حملات در جایی رخ می دهد که برای فرد آسیبی نداشته باشد .
- ✓ EEG فرد نرمال است.
- ✓ قبل تشنج فرد به صورت عجیب غریب راه می رود.
- ✓ حملات با توجه اطرافیان تشدید می شود.
- ✓ بی اختیاری ادرار، مدفوع، سیانوز، گازگرفتگی زبان دیده نمی شود.
- ✓ حملات صرع در هر جا و مکانی رخ می دهد.
- ✓ حرکات تونیک کلونیک همانند صرع نیست.
- ✓ حملات به صورت ارادی متوقف و شروع می شود.

### شخصیت هیستریک

زیر مجموعه ی اختلالات تبدیلی به شمار می آید. این افراد دارای شخصیت وابسته، نارس، فریبنده، بازیگر، ریاکار، خودبین و در عین حال حساس و هیجانی میباشند، در تاریخچه زندگی این افراد، محرومیت شدید در یکی از حس های اصلی (خصوصاً لامسه) دیده می شود.

### خود بیمار انگاری (Hypochondriasis)

ترس و یا باور بیمارگونه و افراطی مربوط به وجود یک اختلال و بیماری جدی که برای آن هیچ علل طبی سناخته وجود نداشته باشد. بیمار اشتغال ذهنی زیادی دارد که این امر موجب اختلال در عملکرد فردی، شغلی و اجتماعی وی می شود. این بیماران علی رغم نتایج آزمایشگاهی هنوز هم به بیماری خود عقیده دارند. بیماری آنها خاص است و هنوز کشف نشده است. ولی در این اختلال علایم بیماری به حد هذیانی نمی باشد.

این اختلال در دو جنس برابر می باشد و در تمام سنین ممکن است رخ دهد، ولی به طور متوسط در دهه دوم و سوم زندگی رخ می دهد. اغلب در سیاه پوستان شایع تر میباشد.

\*\*\* علل این اختلال ممکن است مادرزادی و یا پایین بودن حساسیت و استانه تشنج افراد نسبت به درد و ناراحتی باشد. یا طبق نظریه روانکاوان در اثر امیال پر خا شگرانه یا رویدادهای سرکوب شده به صورت علایم جسمی بروز می کند. این اختلال اکثر د ستگاه گوارش و قلب و عروق را درگیر میکند.

### تشخیص

یک اشتغال ذهنی همراه با ترس و دلهره از یک بیماری جدی که بر اساس درک غلط فرد احساس می شود و آزمایشات و بررسی های طبی وجود بیماری را اثبات نمیکند. این درک غلط باعث اختلال در عملکرد شغلی اجتماعی فرد می شود. برای تشخیص این اختلالات حداقل برای ۶ ماه باید دوام داشته باشد. و اینکه همراه این علائم هیچ اختلالات هذیانی دیده نشود. در ویژگی بالینی این بیماری فرد عقیده به یک اختلال و بیماری جدی دارد که با گذشت زمان بیمار باور و عقیده خود را عوض می کند و غالباً این اختلال همراه با افسردگی و اضطراب همراه می باشد. و غالباً سیری مزمن با پیش آگهی بد دارد؛ زیرا بیماران مشکلات خود را انکار و تشخیص ها و درمان های روان پزشکی را رد می کنند و اغلب معتقدند به سلامت آنها خوب توجه نشده است. سیر این اختلال دوره ای از یک ماه تا یکسال با دوره های آرامش در بین دوره ها دیده می شود و بین حوادث استرس زا و دوره های تشدید و عوامل روانی - اجتماعی روابط نزدیکی وجود دارد اغلب کودکان مبتلا تا سن نوجوانی یا جوانی بهبود می یابند. پیش آگهی خوب این اختلال همراه با شرایط اجتماعی خوب، درمان مناسب علایم، شروع ناگهانی، فقدان اختلال شخصیت و فقدان اختلالات طبی غیر روان پزشکی است.

### درمان

این بیماران به درمان های روان پزشکی مقاومت میکنند. ولی گروه درمانی روش انتخابی درمانی آنها است. در ابتدای درمان بیمار را یک معاینه جسمی کامل میکنیم تا مطمئن شود به او اهمیت می دهیم. در درمان این بیماران تا حد امکان از درمان دارویی کمتر استفاده می کنیم.

### تشخیص افتراقی

ممکن است این اختلال با سایر اختلالات شبه جسمی اشتباه شود که برای تفکیک خودبیمارانگاری از اختلالات شبه جسمی باید توجه داشت که:

- ✓ علایم اختلالات شبه جسمی کمتر است.
- ✓ اختلال شبه جسمی قبل ۳۰ سال شروع می شود. ولی خودبیمارانگاری در سن پایین تر شروع می شود.
- ✓ اختلالات شبه جسمی در جنس مونث شایع تر است ولی خودبیمارانگاری در هر دو جنس یکسان است.

### اختلال درد (Pain Disorder)

وجود درد در یک یا چند عضو بدن، بدون علت و توجیه پزشکی یا اختلال روان پزشکی که اغلب موجب مختل شدن عملکرد شغلی و اجتماعی فرد می شود.

که غالباً با عوامل روانشناختی ارتباط نزدیکی دارد.

علل این اختلال عبارتند از:

- ✓ علل رفتاری: در صورت توجه زیاد دیگران ممکن است تشدید شود و همانند یک پاداش و تقویت مثبت عمل می کند.
- ✓ علل بین فردی: فرد به دنبال اهداف و کسب منافع مانند جلب توجه یا بازی دادن دیگران می باشد
- ✓ علل زیست سناختی: کاهش اندورفین و اختلالات سیستم لیمبیک فرد را مستعد ابتلا به این اختلال می کند.
- ✓ علل روان پریشی: همان تعارضات درونی است که به طریق جسمانی بروز می کند
- \*\*\* ممکن است فرد از درد برای جلب توجه و محبت یا تنبیه استفاده کند یا در اثر مکانیسم های دفاعی (جابه جایی، جانشین سازی و سرکوب) بوجود آید. یا اینکه فرد درد را نوعی کفاره و آمرزش گناهان تلقی کند.
- \*\*\* در ویژگیهای بالینی این اختلال، درد محل یا عضو یکنواختی را درگیر نمی کند. بلکه همراه با دردهای لگن، کمر، سردرد، دندان درد و... میباشد که فرد سابقه طولانی در مراجعه به پزشک و استفاده از روش های درمانی دارد.

※ این اختلال در صورت مزمن شدن فرد را به سمت افسردگی می برد.

※ سیر و پیش آگهی این اختلال، با شروع ناگهانی ظرف چند ماه شدت می یابد و غالباً با توجه به محل درد متغیر است که فرد را به سمت مزمن شدن میبرد. این اختلال ناراحت کننده و ناتوان کننده محسوب می شود و اغلب در سن ۴۰-۵۰ سالگی بروز می کند و اغلب در کارگرانی که کارهای سخت و طاقت فرسای جسمی انجام می دهند بیشتر دیده می شود که ممکن است از جراحات وارده شده بر بدن ناشی شده باشد.

#### درمان

مسکن زیاد مفید نمی باشند. زیرا علل درد طبی نیست، ولی مصرف ضد افسردگی ها و خصوصاً سه حلقوی ها مؤثر واقع می باشد. اغلب به همراه دارو درمانی هیپنوتیزم مفید می باشد.

#### تشخیص افتراقی

برای تفکیک درد جسمی، از درد روانی، لازم است بدانیم. درد روان زاد نوسان دار و نسبت به عوامل هیجانی شناختی و توجه حساس است و به مسکن و درمان پاسخ نمیدهد. ولی دردهای جسمی به خوبی حتی به طور موقت تسکین می یابند.

#### اختلال شبه جسمی نامتمایز

حداقل یک شکایت جسمی همراه با دلایل طبی نباشد و به مدت ۶ ماه دوام داشته باشد و همراه اختلالات هیجانی یا تخریب عملکرد اجتماعی و شغلی بیمار باشد. ولی نتوان به هیچ یک از گروههای اختلالات شبه جسمی خاص آن را ربط داد دو ویژگی بالینی این اختلال عبارتند از:

۱. درگیری سیستم عصبی خودکار و بروز اختلال در سیستمهای قلب و عروق، گوارشی، ادراری، تناسلی و پوستی است.
۲. احساس ضعف و خستگی تحت عنوان نورا ستنی که بیمار قادر به فعالیت های روزانه نیست که ممکن است. این اختلال یا خستگی روزانه اشتباه شود.

#### اختلال شبه جسمی که به گونه ای دیگر طبقه بندی نشده

ممکن است فرد علائم اختلال شبه جسمی را داشته باشد که در دیگر اختلالات وجود ندارد، مثل حاملگی کاذب یا فرد اختلالات را داشته باشد ولی مدت آن کمتر از ۶ ماه باشد.

#### فرآیند پرستاری در اختلالات شبه جسمی

##### بررسی

- ✓ معاینه کامل و دقیق جسمی و آزمایشگاهی
- ✓ رد علل طبی اختلالات
- ✓ معلوم کردن عمدی بودن یا ناخواه بودن
- ✓ کشف امتیازاتی که فرد به آن می رسد

##### تشخیص های پرستاری

- ✓ تغییرات حسی - درکی (فلج، کوری، کری)
- ✓ اختلال در مراقبت از خود
- ✓ فقدان دانش و آگاهی
- ✓ اختلال در آسایش و راحتی و خودپنداری
- ✓ از عهده برایی غیر مؤثر فردی

##### مداخلات

##### تغییرات حسی - درکی

حالتی که محرکات حسی که به طور منطقی تجربه شده در فرد باعث سوء تعبیر می شود.

- ✓ معاینه و بررسی آزمایشگاهی دقیق
- ✓ آگاه کردن بیمار از علت روانی اختلال و جسمی بودن
- ✓ شناسایی منافی که بدست می آید.
- ✓ عدم توجه به تشدید ناتوانی ها
- ✓ گاهی نادیده گرفتن علایم باعث رفع آن می شود.
- ✓ تشویق حتی کوچکترین علایم بهبودی

※ گفتن به بیمار که علایم وی خیالی است نه جسمی، ممکن وضع وی را بدتر کند. تلقین و توضیح زیاد به بیمار این را می رساند که حالش خیلی بد است و علایم تشدید میشود.

اشکال در مراقبت از خود : حالتی که فرد نمی تواند یا تمایلی به مراقبت از خود ندارد.

- ✓ تعیین نقاط ضعف و قدرت بیمار
- ✓ تشویق بیمار به انجام کارهای روزمره خود
- ✓ در صورت موفقیت تشویق بیمار
- ✓ در صورت عدم موفقیت تشویق بیمار به بیان احساس
- اشکال در خودپنداری که فرد از ساختمان و عملکرد بدن خود درک نادرستی دارد
- ✓ شناسایی سوء برداشتهای فرد در مورد خود
- ✓ بی توجهی به علائم غیرواقعی بیمار
- ✓ کمک به بیمار در شناسایی محدوده بدن خود
- ✓ تشویق و تقویت درک منطقی بیمار
- اختلال درد حالتی که بیمار به صورت کلامی یا غیر کلامی ناراحتی خود را نشان می دهد.
- ✓ بررسی دقیق و رفع علل جسمی درد
- ✓ درد بیمار را انکار نمی کنیم، چون درد برای وی واقعی است
- ✓ شناسایی عواملی که در شروع درد مؤثر است.
- ✓ کشف رابطه درد با زمان افزایش اضطراب توسط خود بیمار

### اختلال ساختگی (Factitious) ✚

در این اختلال بیمار عمداً نشانه های اختلالات طبی یا روانی را ایجاد می کند و در شرح حال و معاینه جواب نادرست به معاینه کننده میدهد تا موجب تشخیص نادرست شود. در این اختلال هدف بیمار قبول نقش بیماری و هدف اولیه بستری شدن می باشد.

به شکلی که تولید علائم آگاهانه است ولی انگیزه آن ناخودآگاه و نامشخص است. این اختلال به علت علائم ساختگی و غیرواقعی به تب ساختگی مشهور است. و در مردان و کارکنان بیمارستان و بهداشتی نظیر پرستاران و پزشکان شایع تر می باشد. زیرا آنها به خوبی از علائم و عوارض بیماری آگاهی دارند.

✚✚✚ این اختلال بیشتر در کسانی دیده می شود. که در کودکی به بیماری واقعی مبتلا شده اند ولی از طرف والدین یا طرد شده اند یا به آنها توجهی نشده است که امروز در بزرگسالی دوباره این علائم با هدف کسب توجه و محبت عود می کند و گاهی هم بیماران از افراد مهم زندگی خود همانندسازی می کنند.

✚✚✚ اختلال ساختگی همراه با علائم جسمی به سندرم مونچاوزن ( Munchausen ) مشهور است. که بیمار در خود علائم عمدی جسمی نظیر تهوع، استفراغ، درد، تشنج یا عمداً خون در ادرار یا مدفوع می ریزد. به طور مصنوعی دمای بدن را بالا می برد و یا با تزریق انسولین در خود هیپوگلیسمی ایجاد می کند و گاهی هم در شکم این افراد اسکارهای متعدد ناشی از جراحی دیده می شود که به شکم مشبک مشهور است. ✚✚✚ گاهی هم این بیماران به طور عمدی، دچار توهمات و هذیان و افسردگی می شوند و داستان های عجیب و غریب باور نکردنی و دروغ سر هم می کنند طوری که خودشان دروغهای خود را باور می کنند.

✚✚✚ این اختلال سیری مزمن دارد و همواره بیمار به پزشک و مشاور مراجعه می کند و در سابقه آنها بستری شدن پیاپی دیده می شود. ✚✚✚ مشکل ترین تشخیص افتراقی این اختلالات، تمارض است. زیرا در تمارض فرد به دنبال هدف خاصی است ولی در اختلالات ساختگی و شبه جسمی فرد هدف خاصی ندارد و تنها می خواهد از این طریق اضطراب را کاهش دهد. ✚✚✚ در مراقبت از این بیماران از انجام اعمال طبی و آزمایشگاهی غیر ضروری اجتناب شود.

### تمارض (Malingering) ✚

تولید ارادی علائم جسمی یا روانی، برای دستیابی به اهداف معین مثل دریافت بیمه، دیه، فرار از محکومیت که هدف از ایجاد علائم بیماری، یک انگیزه خارجی و کسب امتیاز است. ولی در اختلال ساختگی فرد فقط نقش بیمار را می گیرد. در تمارض فرد اکثر به دنبال نفع ثانویه می باشد. این اختلال در مردان به خصوص آنهايي که در ارتش، زندان و کارخانه ها هستند دیده می شود. این اختلال با شخصیت ضداجتماعی ارتباط زیادی دارد. در این اختلال بیمار شکایات متعدد جسمی دارد که محل مشخصی ندارد. و آن را با اغراق و جزئیات شرح می دهد. اغلب این افراد به سوالات درمانگر خوب جواب نمی دهند و همکاری نمی کنند و پروسیجرهای درمانی و آزمایشگاهی را انجام نمی دهند. در صورت جستجوی بیشتر درمانگر عصبانی می شوند. غالباً این افراد نتایج آزمایشگاهی را دستکاری میکنند و همان طور گفتیم اغلب به دنبال کسب نفع ثانویه میباشند.

✚✚✚ در سندرم گانسر که اغلب در زندانیها و مجرمین رخ می دهد فرد به طور عمدی و با هدف کسب نفع ثانویه در جواب سوالات مصاحبه کننده جواب نادرست میدهد.

### نکات طلایی

- دو اختلالات جسمی Somatization در اختلال شخصیت دوری گزین، خودشکن، وسواس جبری دیده می شود.

- در اختلالات شبه جسمی شایعترین علایم روانپزشکی اضطراب و افسردگی میباشد.
- در اختلال تبدیلی فلج، کوری و لالی زیاد دیده می شود.
- سندرم مونچاوزن: علایم جسمی (مانند تهوع، استفراغ، درد، حملات تشنج) به صورت عمدی ایجاد می شود.
- تمارض با اختلال شخصیت ضداجتماعی رابطه نزدیکی دارد.
- در اختلالات شبه جسمی مکانیسم های دفاعی سرکوب، انکار و جابه جایی زیاد دیده می شود.
- درمان اختلال تبدیلی گروه درمانی میباشد.
- ویژگی مهم اختلال شبه جسمی، شکایت جسمی بدون یافته عضوی و فیزیولوژیک قابل اثبات می باشد.
- زیربنای اختلالات تبدیلی تعارضات و کشمکشهای حل نشده میباشد.
- هیپوکندریازیس ( خودبیمارانگاری) جزء اختلالات سوماتوفروم می باشد.
- سندرم گانسر: در زندانیان به خصوص معتادین به مواد مخدر دیده می شود که بیمار از علایم جسمی خود به آسانی می گذرد و علایم واقعی خود را به فرد مصاحبه کننده نمی گوید.
- هدف اولیه در اختلال تبدیلی بستری شدن میباشد.
- اختلال سوماتیزه یک سندرم مزمن و ناتوان کننده با علایم جسمی متعدد بدون توجه پزشکی میباشد.
- بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی تلقین پذیرند.
- اختلال تبدیلی (هیستری) درباره بیماری خود با درد و رنج صحبت می کند، ولی آرام و بی تفاوت هستند ولی بیماران اختلالات جسمانی با اغراق و آب و تاب درباره بیماری خود صحبت میکنند
- در برخورد با بیمار هیستریک رفتاری جدی، ثابت و محترمانه داشته باشید.
- افراد سرطانی بیشتر دچار افسردگی هستند.
- فرد در اختلال تبدیلی، خود شیفته، ناپخته، وابسته به دیگران و دارای رفتار کودکانه میباشد.
- طرح مراقبتی در بیماران با اختلالات شبه جسمی بر رهبری و تطابق سازگارانه تکیه دارد.
- Dymorphophobia ترس از بد شکلی بدن است.
- ویژگی عمده اختلال دردشبه جسمی، اشتغال ذهنی با درد شدید و مستمر که حداقل ۶ ماه دوام داشته باشد که علل طبی هم برای آن یافت نشود.
- علایم فیزیکی در اختلالات تبدیلی باعث کاهش اضطراب در فرد می شود.
- در مراقبت از بیماران بامشکلات روانی - جسمی پرستاران ممکن باعث واکنش انتقال شوند.
- درد مزمن، دردی که حداقل ۶ ماه دوام داشته باشد.
- در اختلال تبدیلی مهمترین اقدام پرستاری عدم تمرکز فرد بر مشکلات جسمی میباشد.
- در اختلال تبدیلی، فلج دست و پا به صورت دستکش و جوراب مطرح است.
- در بیماری که علایم جسمی دارد و می گوید پزشک درد وی را تشخیص نمی دهد، پرستار باید تأکید روی سالم بودن آزمایشات داشته باشد و علت اختلال را منشا روانی بیمار بیان نماید.
- اکثر اختلالات شبه جسمانی به طور ناخودآگاه به وجود می آیند
- زیربنای اصلی اختلالات تبدیلی، کشمکش های حل نشده میباشد.
- هیجان، بی ثباتی، بازیگری در اختلالات تبدیلی را مشاهده می شود.
- مهمترین اقدام درمانی اختلال دردکنار گذاشتن علل طبی درد میباشد و این که نباید هرگز درد را غیرواقعی یا خیالی برای بیمار تلقی نمی کنیم.
- افراد مبتلا به اختلال درد گروه یکنواختی را تشکیل نمی دهند بلکه مجموعه ای از دردها (مثل کمردرد سردرد و...) دارند.
- افراد مبتلا به اختلال درد روانزاد به دارو درمانی خوب پاسخ نمی دهند و این که در این روش احتمال سوء مصرف مواد وجود دارد. در درمان دارویی این بیماران ایمی پرامین مؤثر میباشد.
- در اختلالات شبه جسمانی نفع اولیه در بیمار کاهش اضطراب می باشد.

### اختلالات روانی - عضوی

- اختلالات روانی - عضوی یا اختلالات مغزی - عضوی (O.M.D) گروهی از اختلالات روانی هستند که از بیماری های ساختمان مغز ناشی میشوند.
- دلیریوم، دمانس، اختلال نسیانی و سایر اختلالات شناختی تحت عنوان اختلالات روانی - عضوی تقسیم می شوند.
- اختلالات ساختمانی مغز ممکن است، اولیه (مانند تومور مغزی، اختلالات عروقی، دژنراتیو ضربه وغیره) باشند یا ثانویه به صورت طبی عمومی و مسمومیت دارویی میباشد.
- طبق تعریف DSM - IV اختلالات روانی - عضوی به سه بخش تقسیم می شوند:

- ✓ دلیریوم، دمانس، فراموشی و سایر اختلالات شناختی که علامت اولیه و مشترک آن تخریب شناختی مانند اختلال در حافظه، تکلم و توجه است.
- ✓ اختلالات روانی ناشی از یک اختلال طبی عمومی.
- ✓ اختلال مرتبط با مواد.

### دلیریوم (Delirium)

اختلال روانی حاد برگشت پذیر و مشخص با درجاتی از اختلال هوشیاری، همراه با بی ثباتی هیجانی، توهمات، خطاهای حسی، رفتار نامناسب، تکانه ها، رفتار غیرمنطقی یا خشونت بار می باشد.

این اختلال شروع ناگهانی از چند ساعت تا چند روز با سیر کوتاه و مواج دارد که دایم در نوسان می باشد. دلیریوم یک بیماری نیست بلکه علامتی است که به علل مختلف ایجاد می شود که در گذشته تحت عناوین کنفوزیون حاد، سندرم مغزی حاد، انسفالوپاتی متابولیک، پسیکوتیک سمی یا نارسایی مغز مشهور بود.

دلیریوم اختلال شایعی است که در افراد بالای ۶۵ سال به دلیل بیماری های طبیعی عمومی و بستری در بخش دیده می شود. شیوع دلیریوم در بخش های مراقبتهای ویژه شایع می باشد دلیریوم شایعترین اختلال شناختی در بخش های مراقبت ویژه CCU و ICU بعد از به هوش آمدن بیمار با آن مواجه می شوند.

\*\*\* علایم بارز و تشخیصی دلیریوم کاهش هوشیاری به همراه تحریک پذیری است که اگر بیمار تحریک پذیر نباشد دلیریوم محسوب نمی شود دلیریوم در صورت Over dose شدن لیتیوم در دوز بالا ۱،۵ میلی کی والان در لیتر ممکن است رخ دهد که اولین علامت آن بی حالی عمومی به همراه لکنت زبان و تکلم مغشوش می باشد که طرف چند روزی ۲ هفته بعد قطع دارو بهبود می یابد.

\*\*\* علل زیادی در ابتلا فرد به دلیریوم دخیل است که مهمترین این علل عبارتند از بیماری های سیستم عصبی مرکزی (صرع، ضربات مغزی، عفونت، ضایعات مغزی) و مسمومیت های دارویی، ترک مواد اختلالات طبی عمومی (اختلالات قلبی، ریوی، کلیوی، متابولیکی) و یا احتمال دارد. \*\*\* استیل کولین مهمترین ناقل عصبی در دلیریوم می باشد.

به طور کلی شایعترین علت ایجاد دلیریوم، بیماری سیستم عصبی مرکزی (صرع بیماری سیستمیک (نارسایی قلب) مسمومیت با داروهای و مواد سمی و محرومیت از داروها می باشد. همان طور که اشاره شد مهمترین نوروترانسمیتر در دلیریوم استیل کولین می باشد که مهمترین منطقه درگیری آن سیستم عصبی مرکزی و تشکیلات مشبک است.

### ویژگیهای بالینی

- ✓ مهمترین نشانه دلیریوم، اختلال در هوشیاری مشخص به همراه اختلال در جهت یابی می باشد.
- ✓ عدم آگاهی بیمار به زمان و مکان و حتی قادر به شناختن اطرافیان نیست
- ✓ بیماران قادر به تمرکز و حفظ توجه نمی باشند و پاسخ سوالات قلبی را تکرار می کند
- ✓ برای جلب توجه و یادآوری مطالب، مدام سوالات باید تکرار شود.
- ✓ کم تحرکی، تحریک پذیری یا کندی و کاهش تکلم
- ✓ بیش فعالی در این اختلال به صورت مالیدن دست به هم، لرزش یا بلند شدن در وقت نامناسب از رختخواب. و جا به جا کردن رختخواب ها و حرکات عجیب و غیر عادی می باشد در طی روز در نوسان می باشد کم یا زیاد می شود.
- \*\*\* نوسانات ۲۴ ساعته از مشخصات دلیریوم است که در طول شب مشکلات بیمار بیشتر می شود.
- ✓ بیش فعالی کندی به صورت رخوت و تنبلی که فرد را به سمت بهت پیش می برد
- ✓ از نظر خلقی فرد دچار اضطراب، افسردگی، ترس، خشم و سرخوشی می شود.
- ✓ در برخی موارد هم در این بیماران تکلم بی ربط و آشفته، اختلال در حافظه (فوری) و توهمات خصوصا از نوع شنوایی و بینایی، سوء تعبیر درکی و هذیان پارانوئیدی به همراه اختلال در خواب و علایم عصبی نظیر لرزش، ناهماهنگی حرکتی و حرکات ناموزون دیده می شود
- \*\*\* که شدت علایم در طول روز نوسان دارد و اغلب در شب بدتر می شود که این اختلال به وضعیت غروب مشهور است.
- سیر و پیش آگاهی این اختلال با افزایش سن به سمت مزمن و بدتر شدن می رود. همچنین این اختلال به طور ناگهانی شروع می شود که پس از رفع و درمان عوامل سببی به سرعت در حدود سه روز تا یک هفته برطرف می شود و در صورت عدم درمان به موقع ممکن است سبب مرگ یا دمانس دائم شود.

همان طور که اشاره شد علایم کمتر از یک هفته طول می کشد در این بیماران زمانی که بعد بهبودی از آنها سوال می شود، آنها اختلال را به صورت رویا یا کابوس شبانه مبهم تعبیر می کنند.

### شاخص های افتراقی دلیریوم از دمانس و سایر اختلالات :

- ✓ دلیریوم که شروع حاد و ناگهانی دارد ولی دمانس شروع تدریجی دارد.
- ✓ گرچه هر دو اختلال تخریب شناختی دارند ولی تغییرات در دمانس با ثبات تر بوده و در طی روز نوسان پیدا نمی کند.

- ✓ بیمار مبتلا به دمانس هوشیار است در حالی که فرد دلیریومی کاهش هوشیاری دارد.
- ✓ گاه در بیماران پسیکوتیک، به ویژه اسکیزوفرنیک یا مانیک، آشفتگی های شدید رفتاری دیده می شود که تفکیک آن از دلیریوم دشوار است.
- ✓ توهم و هذیان در اسکیزوفرنیک با ثبات تر و منظم تر از بیماران دلیریومی است.
- ✓ بیماران اسکیزوفرنیک معمولا تغییر در سطح هوشیاری یا جهت یابی ندارند.

#### درمان

اولین هدف درمانی شناسایی علت دلیریوم و درمان آن است. به طور کلی هدف اولیه درمان بیماری زمینه ای میباشد که بعد آن اقدامات حمایتی، فیزیکی، حسی و محیطی لازم است. هدف از اقدامات حسی جلوگیری از محرومیت های حسی و اجتناب از قرار گرفتن بیمار در محیط هایی به دور از محرکات و تحریکات حسی است و در مسمومیت با آنتی کولینرژیک ها می توان از فیزوستیگمین استفاده نمود.

\*\*\* در مراقبت از این بیماران همیشه سعی شود یک نفر همراه آنها باشد و وی را دائم به زمان، مکان و محیط آگاه کند و تا جای امکان محرکات محیطی کاهش یابد و همواره سعی کنید در اطراف بیمار زیاد تغییر ایجاد نکنید، و در صورت مشاهده علائم پسیکوز در دلیریوم دارو انتخابی اول هالوپریدول می باشند و هرگز فنوتیازین استفاده نکنید زیرا خواص آنتی کولینرژیک قوی دارند.

#### تدابیر پرستاری

- ✓ تشخیص علل ایجاد کننده دلیریوم و کاهش یا حذف علل ایجاد آن
- ✓ کاهش محرکات محیطی
- ✓ اتاق بیمار را روشن نگه دارید
- ✓ آشنایی بیمار با زمان و مکان به طور مکرر
- ✓ بیان کلمات به طور واضح و روشن و استفاده از جملات ساده و دادن اطلاعات در مورد پیرامون به بیمار.
- ✓ مهمترین اقدام پرستاری در بیماران با اختلال شناختی جلوگیری از آسیب به خود می باشد.
- ✓ شایعترین تغییر خلقی در دلیریوم خشم و ترس بی مورد میباشد. یک اصل اساسی درمان دلیریوم، درمان علت زمینه ای است.
- \*\*\* دلیریوم ناشی از عمل جراحی بزرگ در اثر استرس، درد، بی خوابی، مسکن، عدم تعادل الکترولیتی، عفونت، تب، خونریزی بوجود می آید.
- \*\*\* دلیریوم غالبا در طول شب و سحرگاه شدید و ناتوان کننده می شود.
- \*\*\* دلیریوم لکه ی سیاه (Black - patch) نوعی دلیریوم است که متعاقب عمل کاتاراکت ظاهر می شود که بیمار دچار فقدان جهت یابی بعث پوشاندن چشم ها میشود.

#### دمانس (زوال عقل)

اختلال و آسیب کلی در قوای عقلانی، حافظه و شخصیت بدون اختلال در هوشیاری می باشد. این اختلال به همراه تخریب کلی در اعمال هوشی، اختلال در محاسبات، حواس پرتی، تغییرات خلق عاطفه و اختلال در قضاوت و تفکر انتزاعی به همراه کاهش مهارتهای کلامی و اختلال در جهت یابی دیده می شود. دمانس یک اختلال اکتسابی است و به همین دلیل از عقب ماندگی ذهنی مادرزادی باید تمایز داده شود.

به طور کلی دمانس سندرمی است که در آن اختلال شناختی بدون اختلال سطح هوشیاری دیده میشود.

برای گذاشتن تشخیص دمانس، حتما باید اختلال قابل ملاحظه در عملکرد اجتماعی و شغلی به همراه افت قابل توجه از سطح عملکرد قبلی فرد دیده شود.

\*\*\* در دمانس اختلال اولیه در جهت یابی، حافظه، قضاوت و یادگیری است.

شیوع این اختلال غالبا در اواخر زندگی فرد و غالیا بعد از ۸۵ سال زیاد دیده می شود. شایع ترین نوع دمانس، نوع آلزایمر و بعد آن دمانس ناشی از بیماری عروق کرونری است. در کل دمانس بیماری است که با افزایش سن وقوع آن بالاتر و شدت آن بیشتر می شود.

#### علل بوجود آمدن دمانس

- ✓ پارکینسون، هانتینگتون،
- ✓ بیگ ژاکوب - کروتزفلد،
- ✓ ضایعات فضاگیر درون جمجمه نظیر تومور، خونریزی مزمن زیر سخت شامه و صدمات مغزی،
- ✓ آنسفالیت، ایدز، مصرف مواد و غیره

#### علائم بالینی در دمانس

- ✓ مراحل اولیه دمانس، اختلال در محاسبات، خستگی، تمایل به ترک کار در زمانی که فرد قادر به انجام اعمال پیچیده نمی باشد دیده میشود،
  - ✓ اختلال در عملکرد روزانه به طوری که بیمار حتی قادر به کنترل دفع ادرار و مدفوع نمی باشد
  - ✓ در مراحل پیشرفته فرد حتی قادر به محافظت از خود نیست.
- اختلالات حافظه بیشتر در دمانس قشری خصوصا (آلزایمر) زودتر دیده می شود و پایدارتر هم می باشند و در مراحل اولیه و خفیف اختلال محدود به حافظه نزدیک میباشد. ولی بعدها فقط مسائل بسیار اساسی در ذهن بیمار باقی می ماند.

\*\*\* خاطره گویی گروهی یکی از روش های درمانی در این بیماران است.

■ انواع دمانس عبارتند از:

➤ **آلزایمر (Dementia of Alzheimer (DAT**

یک نوع اختلال دژنراتیو عصبی با علت ناشناخته است که شایع ترین نوع دمانس میباشد. که سیر و پیشرفت تدریجی دارد و در خانم ها بیشتر رخ می دهد. ر سوب فلزاتی مانند آلومینیوم در سلول مغزی باعث ابتلا فرد به الزایمر می شود. در برر سی های رادیوگرافی در این بیماران اتروفی مغز، صاف شدن شیار مغزی و اتساع بطن های مغزی دیده می شود که غالباً نواحی آهیانه و گیجگاهی را درگیر می کند. تغییرات محیطی، مهاجرت، داروهای قلبی موجب تشدید با ایجاد آلزایمر می گردد. این نوع دمانس به دو صورت نوع اولیه با شروع بیماری قبل ۶۵ سال و نوع دیررس با شروع بعد ۶۵ سال بوجود می آید.

\*\*\* بی قراری بیمار در هنگام شب در بیمار مبتلا به آلزایمر مربوط به سندرم غروب آفتاب می باشد.

➤ **بیماری پیک**

نوعی دمانس دژنراتیو اولیه نسبتاً نادر که از نظر بالینی شبیه الزایمر می باشند. و به صورت غیر قابل برگشت رخ میدهد و در مردان رایج تر است و زمینه ارثی در آن نقش دارد. غالباً همراه با اختلالات شخصیتی رفتاری همراه است. اسکن یا MRI مغز درگیری لوب پیشانی دیده میشود.

\*\*\* سندرم کلروبیوسی (تشدید تمایلات جنسی، شلی عضلات و پرخوری) در این بیماران زیاد دیده می شود.

➤ **بیماری ژاکوب کروتسفلد**

یک بیماری دژنراتیو دمانس آور سریع و پیش رونده است که به وسیله یک ویروس آهسته قابل انتقال ایجاد می شود. شروع این اختلال در سن ۵۰ تا ۶۰ سالگی و دوره کمون آن ممکن است که بین ۱ تا ۱۶ سال به طول انجامد.

■ **علائم بالینی**

- ✓ نخستین نشانه این بیماری، شکایات جسمی مبهم با احساسات نامشخص مثل اضطراب همراه است
- ✓ آتاکسی
- ✓ علائم خارجی هرمی،
- ✓ لرزش اندام
- ✓ دیزارتری
- ✓ میوکلونوس که غالباً در ۲ سال بعد تشخیص این اختلال منجر به مرگ می شود.

➤ **دمانس ایدز**

غالباً در افراد مبتلا به سندرم نقص ایمنی HIV دیده می شود که به صورت گرفتاری سیستم عصبی مرکزی ظهور پیدا می کند.

➤ **بیماری هانتینگتون**

یک بیماری ژنتیک غالب اتوزومی با نفوذ کامل (کروموزوم) مشخص با حرکات کره آتنوئید و تماس همراه می باشد. شروع این اختلال در سن ۳۰-۴۰ سال و سابقه ابتلا دیگر افراد خانواده مشاهده می شود.

این بیماری در ابتدا بدون علامت است و حرکات کره ای شکل اولین علامتی است که شروع شده و به طور فزاینده شدت هم می یابد که با گذشت و سیر بیماری به صورت خصوصیات پسیکوتیک ظهور می کند این اختلال، غالباً توسط اطرافیان به عنوان تغییر شخصیت توصیف می شود که با ادامه روند بیماری باعث کندی روانی حرکتی و اختلال در انجام وظایف پیچیده فردی می شود.

در حالی که مهارت های کلامی و بینشی تا مراحل متوسط بیماری دست نخورده باقی می ماند، در تصویر برداری مغز این بیماران، اتروفی مغز و درگیری هسته قاعده ای دیده می شود. همان طور که بیان شده این اختلال سیری مزمن و پیش رونده دارد که با گذشت زمان و ۱۵ تا ۲۰ سال بعد تشخیص باعث مرگ می شود.

\*\*\* اولین علامت این بیماری حرکات کره ای شکل میباشد.

قابل توجه ترین تغییر روانی در این بیماران فراموشی است.

این دمانس به صورت گام به گام باعث افت عملکرد بیمار می شود ولی بعد چند روز تدریجاً بهتر می شود تا هنگامی که انفارکت تازه ای رخ دهد. در گذشته به این نوع دمانس، مولتی انفارکت می گفتند، (یعنی فرد چندین انفارکتوس کرده) غالباً علائم به صورت عصبی بروز می کند و اختلال شناختی ممکن به صورت لکه ای بوده و در برخی موارد در بعضی زمینه ها دست نخورده باقی بماند.

\*\*\* این نوع دمانس نسبت به آلزایمر در سن پایین تری فرد را درگیر می کند و غالباً عروق مغزی کوچک و متوسط را درگیر می کنند.

\*\*\* حملات در دمانس عروقی ناگهانی است.

➤ **دمانس ناشی از سایر حالات عمومی**

این اختلال ممکن است به علت عفونت های ویروسی نظیر ایدز و هپاتیت آسیب مغزی حاد، بیماری پارکینسون، هانتینگتون، پیک، ژاکوب کروتسفلد، هیدروسفالی، هیپوتیروئیدی، کمبود B12 و سایر اختلالات طبی و طریق یک سری مکانیسمهای فیزیولوژیکی باعث دمانس عقل شود.



➤ **دمانس ناشی از مواد**

ممکن است در اثر سوء مصرف بعضی مواد نظیر الکل، مواد استنشاقی، مسکن خواب آور و ضد اضطراب ها ایجاد شود.

▪ **ویژگیهای کلی بالینی دمانس**

✓ آسیب به حافظه

- ✓ در اوایل بیماری خفیف و به صورت اختلال در حافظه فوری و نزدیک به صورت عدم یادآوری شماره تلفن، رویدادهای روزانه بروز می کند ولی با سیر تدریجی موجب اختلالات بیشتری در حافظه فرد می شود
- ✓ حافظه دور فرد سالم می ماند و فرد اطلاعات و خاطرات گذشته و دور خود را به یاد می آورد.
- ✓ ممکن اختلال در جهت یابی، ادراک، حلق و رفتار فرد مشاهده شود.
- ✓ ابتدا اختلال در سوگیری نسبت به زمان و مکان، سپس به اشخاص بوجود می آید.
- ✓ این بیماران ممکن ظاهری آرام و مرتب با ظاهری نامرتب، منفعل داشته باشند که در برخی بیماران این حالات در روز شدت می یابد و برخی دیگر در شب مشاهده می شود
- ✓ این بیماران به تدریج ابتکار و علاقه خود را نسبت به کار از دست می دهند و با پیشرفت بیماری در کارهای شخصی خود ناتوان می گردند و دیگر قادر به انجام کارهای روزمره و آسانی زندگی خود نیستند
- ✓ نباید بیش از توانایی این افراد از آنها انتظار داشت یا به آنها وظایف سنگین محول کرد، زیرا در اثر فشار و انتظارات زیاد این افراد دچار عصبانیت می شوند.
- ✓ اختلال خلق به صورت افسردگی و اضطراب دیده می شود و برخی موارد خنده و گریه های بدون علت مشاهده می شود.
- ✓ اختلال تفکر به صورت کندی تفکر دیده می شوند که در آنها تفکر تزاعی وجود ندارد و بیمار توانایی استدلال و مشکل گشایی را ندارد.
- ✓ عقاید بیمار ابتدا به صورت گزند و آسیب می باشد ولی به مرور تبدیل به هذیان می شود.
- ✓ علائم عصبی، نظیر، آفازی، اپراکسی و آگنوزی در این بیماران شایع می باشد به علت اختلال در قضاوت
- ✓ در نوع دمانس عروقی علاوه بر علائم فوق سردرد، سرگیجه، ضعف، نارسایی خواب، عصبانیت و پرخاشگری مشاهده می شود.

▪ **افتراق دمانس از سایر اختلالات :**

- **دلیریوم:** این اختلال برخلاف دمانس که سیر تدریجی دارد به صورت ناگهانی و شروع حاد همراه با دوره های کوتاه مدت و تخریب شناختی در طی روز و تشدید علائم در شب دیده می شود و احتمال در درک، قضاوت و توجه مثل دمانس شدید نیست.
- **افسردگی:** گاهی بعضی از بیماران افسرده دچار اختلال شناختی می شوند که به آنها دمانس کاذب گفته می شود. این اختلال را می توان به علت همراه بودن اختلال با علائم افسردگی بارز و سابقه افسردگی از دمانس به خوبی تفکیک نمود.
- **اسکیزوفرنی:** ممکن است اختلال شناختی وجود داشته باشد ولی به شدت دمانس عقل نمیباشد.

▪ **سیرو پیش آگهی**

این اختلال سیری پیشرونده، فروکش کننده یا ثابت دارد. که درصد کمی از این اختلال برگشت پذیر است. فقط در صورتی برگشت رخ می دهد که اختلال دائمی مغز درمان شود برگشت پذیری دمانس بستگی به علل زیر بنایی و درمان به موقع اختلالات مغزی دارد و چگونگی سیر و شروع بیماری به علت اصلی اختلال مربوط می شود.

مثلا وجود سابقه فامیلی، شروع در سن پایین، وجود افسردگی و اضطراب همراه دمانس سیر بیماری را سریع تر میکند.

اختلال سوء گیری در اوایل بهاری نسبت به زمان و مکان و سپس نسبت به اشخاص به وجود می آید.

اختلال در مهارت زبانی و کلامی بیشتر در دمانس های قشری نظیر الزایمر و دمانس عروقی دیده می شود اختلال شخصیت بیشتر در درگیری لوب گیجگاهی و پیشانی دیده می شود که در این حالت بیمار برای خود و اطرافیان مشکل ساز میشود.

▪ **درمان**

غالبا در این بیماران به صورت حمایتی و دارویی با هدف رفع بی خوابی و اضطراب می باشد. لازمه درمان این افراد رفع کامل علت بوجود آورنده زوال عقل به همراه تغذیه و فعالیت مناسب می باشد.

قابل ذکر است در این بیماران به هیچ عنوان از باربیتوراتها و بنزودیازپین ها برای کاهش اضطراب و بی قراری استفاده نمی شود زیرا موجب تشدید این اختلال می شوند.

درمان دارویی الزایمر تتراهیدروآ مینواکرین (تاکرین، کاگنس) می باشد که عارضه مصرف این دارو افزایش آنزیم های کبدی می باشد.

**اختلال فراموشی (Amnesic disorder)**

اختلال فراموشی به همراه یک نقص آشکار در حافظه و بدون درگیری قوای عقلانی می باشد که غالبا در اثر سوء مصرف یا مسمومیت مواد یا یک اختلال طبی عمومی بوجود می آید. شیوع این اختلال در سوء مصرف مواد خصوصا الکل و ضربات سر بیشتر مشاهده می شود

■ **علل بوجود آورنده:**

- ✓ شایع ترین علت فراموشی ناشی از مصرف الكل بعلت کمبود ویتامین B12 (تیامین) مربوط به وابستگی الكل می باشد.
- ✓ ضربه مغزی، هیپوکسی
- ✓ آنسفالیت
- ✓ هرپس
- ✓ تومور ها و آسیبهای مغزی
- ✓ در اثر عوارض بعد شوک درمانی بصورت اختلال در حافظه بصورت موقتی بوجود میآید، بصورت فراموشی کلی و گذرا است که در این نوع اختلال فراموشی از ۲۶ تا ۲۲ ساعت طول میکشد که علت آن ممکن است اختلال موقتی در جریان خون ناشی از شرائین مهره ای قاعده ای باشد
- ✓ در برخی موارد در سندرم ناشی از ترک بعضی داروها نظیر بنزودیازین ها این اختلال رخ می دهد
- ✓ **فراموشی پیش گستر:** بیمار قادر نیست اطلاعات جدید را بعد ضربه کسب کند (حوادث قبل ضربه راه یاد داری دولی حوادث بعد ضربه راه یاد نمیآورد.
- ✓ **فراموشی پس گستر:** فراگیر قادر نیست وقایع و حوادث گذشته را به یاد آورد (حوادث بعد ضربه را بیاد دارد ولی حوادث قبل ضربه را بیاد نمیآورد)
- ✓ عدم توانایی در یادآوری حافظه فوری و نزدیک ( مثلا صبحانه یا نهار چه خورده کودکی یا اسم پزشک یا بیماری وی چیست)
- ✓ فرد حوادث و تجارب گذشته و حتی دوران کودکی را خوب به یاد دارد.

■ **تشخیص های پرستاری**

➤ **توانایی بالقوه جهت آسیب**

۱. ابتدا میزان گیجی و اختلال جهت یابی وی را مشخص کنید.
  ۲. مهیا کردن محیط آرام و امن
  ۳. سطح عملکرد و از عهده برآیی کارهای شخصی را مشخص کنید
  ۴. تحت نظر گرفتن رفتار فرد به طور مداوم
  ۵. آموزش به همراهان و مراقبت کنندگان
  ۶. دائم بیمار را به زمان و مکان آگاه کنید
  ۷. در بیمار از صرعی **bed side** تخت بالا باشد.
  ۸. برای فیکس کردن بیمار از پارچه چرمی استفاده کنید
- \* به طور کلی حفظ سلامت و امنیت بیمار اولویت کار پرستاری میباشد..

➤ **توانایی برای خشونت**

۱. برخورد آرام با بیمار و دادن اطمینان و حمایت از وی
۲. آموزش تمرینات آرام سازی عضلانی
۳. تشویق و آگاهی بیمار به درک واقعیت
۴. در صورت پر خاشگری فیکس کردن بیمار

➤ **اختلال و تغییر در فرآیند تفکر**

۱. به طور مداوم بیمار را با محیط اطراف و واقعیت آشنا کنید
۲. قرار دادن ساعت، تقویم و برنامه روزانه برای درک بهتر واقعیت
۳. آموزش به اطرافیان برای کمک به بیمار در صورت تفکر مثبت
۴. صحبت کردن آهسته و رو - در - رو با سالمندانی که مشکل شنوایی دارند

➤ **تغییرات حسی و درکی**

۱. کاهش محرکات محیطی
۲. عدم تقویت توهمات بیمار
۳. آشنا کردن فرد با موقعیت
۴. ایجاد محیط امن، توام با آرامش

\*\*\* هدف نهایی از مراقبت پرستاری در اختلال شناختی، آسایش فیزیکی و هیجانی بیمار می باشد. مهمترین تشخیص پرستاری در مبتلایان به اختلال شناختی توانایی بالقوه جهت صدمه و آسیب به خود است. جلوگیری از گیجی، روشن کردن محیط پیرامون، برنامه ریزی، آشنا بودن با شخصیت قبل از بیماری مهمترین اقدام پرستاری در سندرم روانی عضوی میباشد.

خاطره گویی و یادآوری خاطرات گذشته یکی از روشهای درمانی در اختلالات شناختی نظیر دمانس است.

نکات طلایی

- در برابر بیمار دمانسی و جملات کوتاه کمات ساده استفاده کنید.
- در دلیریوم و دمانس محرکات محیطی را کاهش دهید.
- مهمترین ناقل شیمیایی در دلیریوم استیل کولین می باشد
- علامت مشخص دلیریوم تخریب هوشیاری است
- اختلال جهت یابی در آلزایمر دیده می شود
- دلیریوم شروع حاد (چند ساعت تا چند روز) همراه با سیری کوتاه و نوسانی دارد که با رفع علت بهبود سریع میابد.
- وضعیت غروب آفتاب در دمانس مشاهده می شود
- دمانس اختلال مزمن و پیشرونده همراه با اختلال شناختی و حافظه میباشد که در نهایت بیمار همه توانایی های خود حتی هویت شخصی را از دست میدهد این اختلال سندرمی مشخص با تخریب چندگانه اعمال شناختی بدون اختلال هوشیاری محسوب می شود
- شایع ترین اختلال در بیماری صرع اختلال شخصیت و تغییر در رفتار جنسی فرد می باشند
- علامت زودرس دمانس، اختلال در حافظه و ابتدا درگیرحافظه کوتاه نزدیک است.
- تغییرات شخصیتی در فرد دمانسی بزرگترین ناراحتی خانواده این بیماران محسوب می شود
- در دمانس هذیان از نوع پارانوئید شایع می باشد
- در دمانس حافظه نزدیک قبل از حافظه دور از بین میرود
- دلیریوم، اختلال روانی برگشت پذیر حاد و مشخص با درجاتی از اختلال هوشیاری که معمولا همراه با بی ثباتی هیجانی یا خطاهای حسی و رفتار نامتناسب تکانشی و غیر منطقی همراه است
- در دلیریوم آگاهی به زمان و مکان از دست رفته ولی فرد به هویت خود واقف است.
- ابرگرفتنی شعور از علائم اختصاصی دلیریوم است.
- بعد شکستگی ناحیه مفصل ران بیمار دچار یک دوره دلیریوم می شود
- شایعترین اختلال شناختی دلیریوم است.
- حالت هیجانی دلیریوم، ترس و اضطراب می باشد. اختلال شناختی، اختلال در حافظه، قضاوت و هوش می باشد.
- شایعترین نوع توهم در دلیریوم نوع بیانی است
- یکی از علل شایع دلیریوم مسمومیت آن هم با آنتی کولینرژیک ها می باشد.
- درمان انتخابی دارویی در دلیریوم، هالوپریدول است.
- دلیریوم اختلال در هوشیاری و دمانی اختلال در حافظه است.
- دمانس شایع ترین اختلال شناختی بدون اختلال سطح هوشیاری است
- در دمانس هوشیاری فرد مختل نمی شود.
- فراموشی در دمانس بیشتر مربوط به شماره تلفن ها و رویدادهای روزانه است و حافظه دور سالم می ماند
- شایعترین نوع صرع در بزرگسالان، صرع لوب تمپورال میباشد.
- مهمترین مداخله پرستاری در اختلال شناختی، ایجاد محیط امن و آشنا ست.
- زودرس ترین علامت دمانس اختلال در حافظه میباشد.
- شایعترین علامت رفتاری در بیماران شروع افسردگی می باشد.
- بهترین تعریف دمانس، کاهش توانایی ذهن به همراه تخریب توانایی انجام مراقبت از خود می باشد.
- بنزودیازپین ها از داروهای رایج که موجب فراموشی می شوند (خصوصا تریازولام)
- دمانس اغلب شرایط مزمن و پیشرونده ساختمانی با شرایط فساد انگیز(دژنراتیو) دارد که قابل برگشت نمیشد و شایعترین علت آن عوامل بیماریهای عروق مغزی (ضا یعات دژنراتیو ) می باشد.
- علائم خشم و جنون بیشتر در صرع گراندمال دیده می شود.
- شایعترین اختلال شناختی در مولتیپل اسکلروزیس، اختلال حافظه است.
- در حافظه یک بیماری دمانسی تغذیه و فعالیت مناسب با محیط یکنواخت برای زندگی رعایت شود.
- افسردگی با علائم بارز اختلال شناختی با عنوان دمانس کاذب (Pseudo dementia) نامیده می شود.
- نام دیگر دمانس خردسودگی هم میباشد.
- درمان دارویی آلزایمر تاکنون میباشد که با مهار اثر فعالیت کولین استراز سب افزایش استیل کولین می شود.
- دنیزل Donepexil دارویی که سبب بهبودی شناخت بیمار می شود و اثرات جانبی کمتری دارد.
- دمانس عروقی آشفتگی های فوری بیشتری نسبت به آلزایمر دارند.

- برای بیماری که دچار تغییر حسی - درکی شده است، یک محیط ساکت و روشن، بدون نور خیره کننده در روز و محیط تاریک برای خوابیدن در شب ایجاد کنید.
- یکی از علائم دمانس عروق راه رفتن با گام های کوچک است.
- حدود نیمی از بیماران در مرحله به هوش آمدن پس از عمل شکستگی ناحیه مفصل ایران دچار دوره دلیریوم میشوند.
- دلیریوم شایع ترین نوع اختلال شناختی می باشد
- دلیریوم همواره به دنبال یک مشکل طبی مانند محرومیت از الکل، بیماری عصبی استرس های روانی - اجتماعی، عقونت، محرومیت حسی یا ترکیبی از آنها بوجود می آید که با درمان موفقیت آمیز، بیمار به سطح عملکرد قبلی خود باز می گردد
- علامت شاخص دلیریوم، اختلال هوشیاری میباشد. همچنین ابرگرفتگی شعور (Clouding conscious) از علائم اختصاصی دلیریوم است.
- تخریب هوشیاری به صورت کاهش آگاهی از محیط به همراه کاهش توانایی تمرکز و اختلال جهت یابی که غالباً در طی روز در نوسان می باشد، از ویژگی بالینی دلیریوم است.
- اختلال درکی در این بیماران توهم می باشد که بیشتر از نوع بینایی و شنوایی مشاهده می شود.
- شایع ترین علامت روانی در بیماران مبتلا به لوپوس دلیریوم است.
- هر چند دلیریوم شروع ناگهانی دارد، ولی علائم مقدماتی آن شامل بی قراری و هراس است که ممکن است روزهای قبل از دلیریوم بروز کند.
- سیر کلاسیک دمانس در سن ۶۰-۵۰ سالگی شروع می شود و یک سیر ۱۰، ۵ ساله دارد که مرد با به سمت مرگ می برد. میزان زنده ماندن در آلزایمر به طور متوسط ۸ سال میباشد.
- شروع علائم فراموشی در اختلالات ناشی از ضربات و حوادث عروق مغزی ناگهانی و در کمبودهای تغذیه ای و تومور مغزی به صورت تدریجی رخ می دهد.