

نامنه ما انترشی
دانشکده پزشکی
بیت تحریریه:

دکتر کمال آرین دکتر حسین سهراب دکتر تنیس الدین ضیدی
دکتر محمد حسین ادیب دکتر جهان‌شاه صالح دکتر محمد علی کنگی
دکتر محمد حبیبی دکتر محمد قریب دکتر حسن میرزاآبادی
دکتر صادق برادرزهی دکتر نصرت‌الله کاشی دکتر ابوالقاسم محمد آبادی

رئیس بیت تحریریه: دکتر جهان‌شاه صالح
صاحب‌امتیاز و مدیر مجله: دکتر محمد حبیبی

شماره چهارم

دی ماه ۱۳۴۷

سال شانزدهم

نگارش: ژ. لایوکار به و ب پارس «۱۹۵۴»

پیش آگهی جنون جوانی

زیر نظر

دکتر حسین رضاعی

استاد کرسی روان پزشکی

ترجمه

حسب‌الله وزیر

دانشجوی پزشکی

دکتر عزالدین معنوی

دستیار بخش روان پزشکی

اصطلاح اسکیزوفرنی مترادف با کلمه زوال عقل پیش رس نیست حالات

اسکیزوفرنی در سی درصد موارد بخودی خود بهبود مییابند و این نسبت با داروها

تا ۶۰٪ بالا می‌رود.

پیش آگهی متکی به چند اصل میباشد

۱- مسئله وراثت (۱)

۲- سرگذشت و تاریخچه بیمار

۳- عوامل آشکار سازنده یا واکنش‌هایی که باعث شروع کسالت میشود

۴- شروع کسالت و انواع بالینی

انواع حاد و دوره و آنها که اختلال شعوری دارند نسبت به انواعی که با نقص

روحي همراه است دارای پیش آگهی بهتری هستند .

جنون جوانی شامل قسمت معظمی از کسالت‌های روحی است که بیشتر در سنین

۱۵ تا ۳۰ سالگی گریبانگیر افراد میگردد تمایل این کسالت به پیشرفت و کوشش‌های

درمانی و خلاصه پیش آگهی آن یکی از مسائل مهم مورد مطالعه است . پیش آگهی

اسکیزوفرنی که در مسائل مهم مورد مطالعه است باید در پرتو تجسساتی که تدریجاً

حدود این نوع کسالت را تغییر داده اند بررسی گردد .

برای اینکه بتوانیم بدون رعایت مسائل تئوریک ، بهتر و بیشتر به پیش آگهی

جنون جوانی پی ببریم لازم است که مطالعه دقیقی از آمار کشور های مختلف بعمل

آورده تأثیر معالجات سریعی که در طی ۲۰ سال اخیر معمول شده است بررسی کنیم

نام گذاری اصطلاح زوال عقل پیش‌رس (۲) سیر این کسالت را بدون تردید بسوی

اختلال کامل هوشی بیان می‌کند و بسیاری از اطباء طبق عقیده کرپلن این بیماری را علاج

مییپنداشتند .

بلوار در سال ۱۹۱۱ بجای زوال عقل پیش‌رس کلمه اسکیزوفرنی را وضع کرد . که

نشانه سندرمی است که قبل از هر چیز سرشت و ساختمان مرضی را نشان میدهد

و بخودی خود هیچ نوع پیشرفت بسمت زوال عقل کامل را بیان نمیکند

۱- Héritité

۲- Demence precoce

در واقع بلولر وضع تغییر پذیری سیر کسالت را نشان داده و خصوصاً در اشکال دوره‌ای نکتته‌ها را خاطر نشان ساخته و نیز مسئله رجعت خود بخودی کسالت و بهبودی و وقفه آن در سطوح مختلف را یادآور شده است و با معرفی مسائل فوق از کلمه زوال عقل کامل دوری جسته است

در سال ۱۹۲۶ هانری کلود در فرانسه زوال عقل پیش‌رس را که سیر سریع داشت با زوال عقل تیپ مورل که تدریجاً پیشرفت میکرد از یکدیگر جدا نمود و اصطلاح اسکیزوزا وضع کرد. حالات اسکیزوز کلود قابل رجعت و دوره است و این خود منشاء بحث مکاتب دیگری گردیده است.

مصنفین آمریکائی بآنچه که در قدیم نام هذیان پلی مرف داشت اسکیزوفرنی حاد نامیده‌است لکن این نظر مورد تأیید مصنفین آلمانی نیست؛ کلود اسکیزوفرنی را به دسته جور و ناجور (۱) تقسیم کرده است که اسکیزوفرنی ناجور پیش آگهی بدی دارد.

لکن باید دانست که غالباً وقتی از اسکیزوفرنی صحبت میشود مقصود چیز واحدی نیست و حدود این دسته از بیماریهای روانی نامشخص است و دامنه آن از هذیانهای مزمن تا جنونهای حاد کشیده میشود

ما بدون اینکه بخواهیم حدود اسکیزوفرنی را معلوم کنیم و آنرا تجزیه نماییم چنانچه مکتب ایتالیا باین کار اقدام کرده است باید معتقد شویم که مرض دارای واقعیت بالینی است و یک دسته حالات پسیکوپاتییک را شامل میشود که علت و معانی و قیافه های سمئوماتیک متنوع دارد که با خطوط بالینی مشترک کمی بهم مربوط میشوند و سیر مشترک و خطرناک آنها بسمت زوال عقل است.

پیش آگهی جنون جوانی :

برای درک پیش آگهی اسکیزوفرنی که ما تنوع آنرا شرح دادیم باید عوامل مختلفی را مورد مطالعه قرار داد و این نکات از بررسی آمار شناسی عصر حاضر و تجربیات بالینی روزمره استنباط میگردد. بغیر از این حقایق بالینی محرز و مسلم سه موضوع مهم به پیش آگهی کمک میکند. یکی وراثت دیگری شخصیت قبل از مرض و بالاخره

وجود عوامل آشکار کننده .

۱- وراثت : مطالعه دو قلو های اسکیزوفرن وجود عامل وراثت را در این بیماری ثابت کرده است . وراثت جنون زا عبارتست از يك حساسیت نسبت بابتلا لکن تاثیر آن درپیش آگهی زیاد نبوده وحتی از تاثیر محیط بیشتر نیست و مصنفین آلمانی آقایان لئونهار ولانگفلد در انواع ناجور که وراثت در آنها سنگین تر است پیش آگهی بهتری را یاد آور شده اند و معتقدند که يك نقص وراثتی گرچه عامل موثری است ولی علت سیر کسالت بطرف زوال عقل نیست بلوار نیز در مطالعه فامیل اسکیزوفرنی نشان داده که وراثت سبب تشدید و پیشروی کسالت بطرف زوال عقل نیست بلکه باعث بروز حالات بالینی نظیر که در يك رشته قرار دارند میشود .

۲ - شخصیت ناشی از مرض : بعقیده عده شخصیت قبل از مرض عامل اصلی پیش آگهی است در هر بیمار امکان التیام مرض و سازش مجدد با محیط با ساختمان روانی و سطح نمو عاطفتی بستگی کامل دارد . اگر این مسائل را تحت لوای سرشت و ساختمان بیان نمایم خواهیم دید که تیپ لپتوزوم (۱) که بامزاج اسکیزوئید توأم باشد و حالت تجزی (۲) روانی را نیز شامل گردد پیش آگهی بدی را دارد نسبت به تیپ پیک نیک (۳) که حقیقت واقع در ظرفیت آنها است و بیشتر انواع دوره را بروز میدهند

تالیفات کرشم در این باره بحث شایان نموده و صفات و شخصیت قبل از مرض را نقطه اتکاء خوبی جهت درک مطالب قراردادده است

۳- عوامل آشکار کننده: در اسکیزوفرنی نیز ممکن است شروع کسالت بعلت ضربه یا جراحات روانی باشد چنانکه مصنفین آنگلو ساکسون وجود این نوع مرض را نشان داده و در ضمن علاج پذیری این گروه اسکیزوفرنی را یاد آور شده اند

هانری کلود و شاگردانش در بین سالهای ۱۹۳۰- ۱۹۲۴ مقدار بیشماری از این کسالت را در زمان جنک ثبت کرده اند

مطالعات مکتب فرانسه (کلود و مارشان) و مکتب آلمان و بون هوفر و اشنیدر (۴) پیش آگهی بد اسکیزوفرنی سرشتی را در قبایل اسکیزوفرنی را آکسیونل روشن کردند در این مکاتب اسکیزوفرنی سرشتی بترتیب بنامهای زوال عقل پیش رس و

«اسکیزوفرنی آندوزن دژنراتیف» نامیده‌اند که در مقابل آن تیپ رآکسیونل یا اگزوزن قرار دارد که مکتب آمریکا نیز بدان اشاره کرده است. مطابق طرز فکر بلولر پیش‌آگهی اسکیزوفرنی بدو چیز وابسته است یکی واکنش‌های روحی و دیگری عوامل آندوزن یا جسمی و هرچه اهمیت عوامل رآکسیونل بیشتر باشد پیش‌آگهی اسکیزوفرنی بهتر است.

پیش‌آگهی از نظر بالینی بادو نکته مشخص میشود یکی شروع کسالت و دیگری علائم بیماری

۱- شروع کسالت- پیش‌آگهی در فرمهاییکه شروع آنها حاد است خوب لکن نکته مهم تشخیص آنها یادیگر جنونهای حاد می باشد. بعقیده بلولر نوع حاد اسکیزوفرنی زیاد مشاهده میشود (تقریباً $\frac{4}{9}$ موارد) و $\frac{1}{9}$ آنها خود بخود بهبود حاصل میکنند. در نوع پارانوئید بعلت نامحدود بودن اصطلاح پارانوئید که از طرفی زوال عقل کامل یا تجزی عمیق شخصیت را شامل است و از طرف دیگر بعضی هذیانهای غیر دستگامی را دربردارد که بتدریج بزوال عقل منجر میشود پیش‌آگهی وخیم است.

ولی بعضی از اسکیزوفرنیهای واقعی بطور حاد شروع میشوند و علائم روحی کلاسیک مختلفی را ظاهر میسازند گاهی باتیپ مانیا کود پرسینو (۱) گاهی باتیپ پلی مرف و معمولاً بعد از برطرف شدن این علائم که بیشتر جنبه رآکسیونل دارد پیشرفت و مشی بیماری وضع واقعی خود را که اختلال شخصیت است نشان میدهد.

۲- انواع بالینی علامتی

فرم کاتاتونیک بعقیده بسیاری از مصنفین پیش‌آگهی خوبی دارد و نوع هبفرنی پرنوستیک بدی را شامل است اما پیشرفت نوع پارانوئید بعلت نامحدود بودن اصطلاح پارانوئید که از طرفی حالات جدائی و تجزی عمیق روانی را دسته بندی میکند و از طرف دیگر بعضی از هذیانهای غیر دستگامی را شامل میشود ایجاد بحث و گفتگوی زیاد کرده است (مطالعات مشروح هانری ب و مادام بنافوس این مطلب را روشن کرده است)

بعلاوه انواع اسکیزوفرنی ساده که با کژ خوئی و فرزادگی توام است پیش‌آگهی خوبی را متضمن نیست.

نوع دیگر اسکیزوفرنی که دمانس هبفر نیک نامیده میشود و علائم مرضی در آن بسیار ساده ولی ثابت و بامعالجات از بین نمیروند. برعکس دسته دیگر از هبفرنی که علائمی حیرت انگیز و برجسته دارد پیش آگهی‌اش خوب و معالجات مؤثر واقع میشود لوپز ایبور (۱) متذکر شده است که در انواع دمانس هبفر نیک عامل سوزاننده شخصیت گاهی بطور سریع پیشرفت میکنند و مانز (۲) همین مسئله را تحت عنوان واقعه وخیم (۳) اسکیزوفرنی یاد آور شده است.

پیش آگهی فوری و خود بخودی

مسئله بهبود فوری در اسکیزوفرنی باید مورد توجه قرار گیرد و روی آن عملاً حساب شود. زیرا مطالعات آمار شناسی بان وابسته است. ما با آقای هانری ای (۴) در این باره مطالعاتی نموده‌ایم و آنچه از نظر پیش آگهی اسکیزوفرنی از این کارها استنباط میشود آنستکه اختلال روانی اسکیزوفرنی در سال اول پیشرفت ۳۰ تا ۴۰ درصد موارد شفا می‌یابد. بعد از چند سال پیشروی خصوصاً اگر اسکیزوفرنی نوع دوره‌ای داشته باشد بهبود عملی در ۱۵ تا ۲۰ درصد موارد مشاهده میشود.

نتیجه آنکه حالات اسکیزوفرنی به نسبت قابل ملاحظه‌ای خود بخود بهبود می‌یابد. خصوصاً وقتی که یک سال پیش از شروع کسالت نگذشته باشد و باید آنرا بعنوان شیزوفرنی جدید تلقی کرد و به بهبود آن امیدوار بود. در صورتیکه وقتی دوره کسالت از یک سال گذشت مزمن بودن آن بیشتر جلب توجه میکند.

در مواردیکه سال اول بهبودی خود بخود حاصل شده است در بسیاری از موارد بیماری رجعت نموده و بسمت از زمان سیر کرده است. بعضی از اسکیزوفرنها بدون آنکه معالجه نمایند بیماری آنها تبدیل با اسکیزوفرنی دوره شده و بنام اسکیزوفرنی دوره و یا جنون دوره نامیده میشود و بمناسبت منتهی شدن تدریجی آن بزوال عقل از نوع دیگر اسکیزوفرنی قابل تفاوت است. بعقیده مانز در انواع دوره دوره سوم است که پیشروی کسالت را بطرف جنون دوره یا اسکیزوفرنی دوره یا زوال عقل میبرد. موضوع قابل اهمیت ۲-۴ سال بعد از معالجه بیماری میباشد زیرا اگر بیماری تا ۴ سال بعد از

شفا عود نکرد دلیل بر بهبود قطعی آنست .

در موارد این بهبودی های مسلم بعضی موارد هست که از ابتدا یا بعداً بدون آنکه بزوال عقل کامل منتهی شوند در سطوح شعوری پائین افتاده جای گرفته و ثابت میشوند . بنابراین در مقابل انواعی که پیشرفت آنها مسلم (۱) است بعضی ها اختلالاتی پیدا میکنند که اجباراً با ضایع شدن عامل روحی - عضوی توأم است یعنی يك اختلال روانی بارز ندارند اما علائم عدم قدرت در آنها مشاهده میشود و ضایعه باقیمانده بجای گذارده اند که از این لحاظ رفتار مختلفی دارند بالاخره اسکیزوفرنی ممکن است انواع پیشرویهای زیر را دارا شود :

حاد - دوره - مزمن - در تمام این دورهها پیشروی یا شفا و بهبودی حاصل میشود و با اینکه بیماری ثابت میشود . و موضوع پیش روی کسالت بعقیده بلولر که سرشت و ساختمان اسکیزوفرنی را بیان نموده است (این دانشمند سرشت را اصل دانسته است) توافق دارد و قیافه بالینی بیماری عبارتست از انطباق علائم اصلی که با سرشت و ساختمان بیمار وفق میدهد و علائم فرعی که واقعه ایست و غالباً مرضی است .

آقای بزرم این عقیده را باین شرح بیان نموده است که :

اسکیزوفرنی انطباق دو عامل است یکی پروسوسوس اصلی که باقیمانده و ثابت است و پروسوسوس (عامل) دیگر که تغییرپذیر است . آنکه ثابت است نشان میدهد که اسکیزوفرنی در چه سطح شعوری پائین افتاده جای گرفته است .

پیش آگهی درمانی : بیست سال است که معالجه باشوک و انسولینو تراپی ساکل پیش آگهی اسکیزوفرنی را تغییر داده است . بدیهی است بعد از خوشحالی زیاد و خوش بینی که در نتیجه معالجات اولیه حاصل شده است بعضی ها با احتیاط این نوع معالجه را تلقی کرده و برخی وضع اغراق آمیز و انتهای گرفته و بآن بدبین شده اند .

آمار معالجه که در سال ۱۹۴۶ بوسیله کوسا و مولر تهیه شده و بعداً در ۱۹۵۰ باولین کنگره جهانی پسیکیاتری ارائه گردیده است و گزارش دهندگان این کنگره مصنفین و مبدعین این طریق معالجه بوده اند (ساکل - ون مدنا - سرلنتی - فل لبرتی - لوپز ایبر) که معالجات باشوک را بیشتر اجرا میکردند و فرنی و میر از نظر لوبوتومی و

بالاخره کالینوفسکی در ۱۹۵۲ در اتازونی و مولر (۱) در سویس این دانشمندان نتیجه
معالجه اسکیزوفرنی را در کتابهای قطوری تذکر داده اند لازم است که ما پیش آگهی
معالجه اسکیزوفرنی را از نظر هر یک از متد معالجات اساسی ذکر نماییم.

انسولینو تراپی ساکل : متد ساکل که اساس معالجات اسکیزوفرنی است تجربه
معالجه خارق العاده را از نظر وسعت تجربه ارائه داده است که از ۱۹۳۴ تا کنون ادامه
دارد و کارهای مفصلی در این باره انجام شده است و ما بکارهای مولر در این مورد
تکیه کرده و با علم باینکه کارهای او راجع بانسولینو تراپی در اسکیزوفرنی بسیار وزین
و قابل اعتماد است نتایج بسیاری گواه آنست که پیش آگهی معالجه فوری از پیش آگهی
خود بخودی از حیثیت دارد و بانسولینو تراپی ممکن است بطور متوسط دو دفعه بیشتر
شفا تحصیل نمود. در اسکیزوفرنی رسانت (۱) در شروع مرض تعداد و استحکام و مدت
بهبودی درمانی مربوط بتعجیل در شروع معالجه است و همچنین درمشی خود بخودی
مرض هم مؤثر میباشد. چه بیماری ممکن است خود بخود نیز شفا یابد.

A - پیش انداختن درمان :

باید گفت که يك مهلت معالجه واقعی وجود دارد که ارزش اسکیزوفرنی جدید را

معین میکند .

برای اینکه بگوئیم این اسکیزوفرنی جدید و قابل معالجه است باید يك مدت
معینی را که در آن مدت شروع معالجه در بهبودی مریض مؤثر است تعیین نموده و این
مدت را مهلت درمانی مینامند . بعقیده مولر بعد از دومین سال پیش رفت مرض موفقیت
در شفا چهار مرتبه کمتر از سال اول میباشد و بهبودی در اثر این معالجه هم دوام
کمتری دارد .

B - تمایل به پیش رفت ومشی خود بخودی مرض بعقیده مولر وهمچنین تجربه

معالجه که ما روی سیصد مورد اسکیزوفرنی در این ۱۵ سال اخیر داریم این
مطلب را تأیید میکند . مسلم است که پیش آگهی مرض بر حسب سه نوع اسکیزوفرنی
تفاوت میکند :

يك دسته اسکیزوفرنی که بعلائم حاد وجود دارد تمایل پیش رفت را کوتاه مینماید و ممکن است که در آن تعداد برگشت‌ها را دو برابر یا سه برابر نماید و این بهبودی‌ها را قابل دوام کرده و باعث اجتناب از يك حال بودن مرض میشود .
 برعکس اشکالی که باوضع بالینی فقیری رجوع مینمایند و علائم بالینی غالباً با نقص توأم است مثل هبفرنی سخت و همچنین انواع بالینی که بزودی وضع تجزی میگیرند و همچنین اسکیزوفرنیهای کاتاتروفيك (۱) که در آن معالجه اثری ندارد بین این دوگروپ انواع متعددی یافت میشود که با تشکیلات تجزی توأم است اینها انواع پارانوئید ، اسکیزوفرنی خالص و همچنین نوع کاتاتونی (۲) که بمعالجه حساسیت مهمی نشان میدهد و چند درصد شفای درمانی بیشتر از بهبودیهای خود بخودی میباشد **پیش آگهی آنی** ازپیش آگهی دیررس باید تشخیص داده شود و دراین باره نتایج مولر چنین است :

بعقیده مولر درانواع بالینی حاد تقویم بهبودیهای کامل به ۹۵٪ میرسد که ۶۷٪ آن بهبودیهای عملی است .

انگلساکسن‌ها بیماران معالجه شده و بهبود یافته‌های ساده را از یکطرف تفسیر کرده اند و مصنفین آلمانی بهبود کامل را بمعنی شفا (بدون هیچ نقیصه باقیمانده) و بهبود اجتماعی را يك حصول سازش حرفه که با بعضی از نقائص همراه است میدانند

در معالجات بیماران روحی این رویه دوم نیز کمال اهمیت را دارد . در انواع بالینی که مشی مرض نامساعد است و بطرف ازمان میروود ولی معالجه از ابتداء شروع شده است تقویم بهبودیهای کلی ۸۹٪ است و تعداد بهبودیهای اجتماعی دراین تقویم ۳۶٪ بیش نیست بعد از سه سال اسکیزوفرنیهای معالجه شده ۳۰٪ برگشت (۲) مینماید .

در صورتیکه در آنهائیکه بهبودی خود بخود یافته اند این برگشت مرض ۵۵٪ میباشد . عود و رجعت مرض در اولین و دومین سال پس از معالجه با انسولین پیدا میشود و آنچه از نظر پراتیک مهم است این است که هرچه دوره ومدت بهبودی طولانی تر باشد

احتمال عود ضعیف تر است و سه سال بعد از معالجه با انسولین اگر مرض عود نکند نشانه يك پيش آگهی موافق و مساعد میباشد

آیا لازم است این نکته را تذکر داد که پيش آگهی درمانی مربوط به تکنیک جدی معالجه و خود معالجه هم مربوط بیک تکنیک دقیق و جدی عمل اجرای درمان با انسولین که الزامات آن روی دوره اغمای انسولین و مدت اغماء و همچنین تعداد آنها قرار دارد

ما بسیاری از بیماران خودمان را با نتیجه مساعد بوسیله يك سری درمانها با انسولین که ۶۰-۷۰ دفعه اغما با آنها داده میشده است و هر اغمائی هم یکساعت طول میکشیده است معالجه کرده ایم.

ساکل سفارش کرده است که با سری معالجات باشوک انسولین را دو دفعه و حتی سه دفعه تکرار نمود و این عمل درباره بیمارانی که با يك سری معالجه شده اند تاثیر نیکو داشته است بعلاوه پيش آگهی مربوط به توأم کردن معالجه درمانی ساکل با روشهای دیگر میباشد.

کونولسیون تراپی (۱)

کونولسیون تراپی ابتدا بعنوان معالجه مخصوص اسکیزوفرنی پیشنهاد شده بود بعلاوه آنکه بین اپی لپسی و تجزی روحی یک نوع تضاد (۲) را فرض کرده بودند فون مدونا (۳) کار دیازول و سرلتنی (۴) طبیب ایتالیائی الکتروشوک را برای اجرای کونولسیون تراپی پیشنهاد کردند. این متد در تمام دنیا یکی است. در ابتداء امیدواری زیادی نسبت باین طرز درمان وجود داشت ولی کم کم یأس و نا امیدگی جای این امید را گرفت و بعقیده بسیاری پيش آگهی مرض با کشف این معالجات تغییری نمیکند. در ۱۹۵۰ در کنگره پاریس سرلتنی که مصنف این متد است اظهار نظر کرده بود که اسکیزوفرنی نوع آتیمی (۵) يك میدان غیر مطمئن را نشان میدهد. گاهی الکتروشوک اثرات خوبی در حمله های

۱- Convulsivotherapie

۲- Antagoniste

۳- Von Meduna

۴- Cerletti

۵- Athymie

اولیه مرض دارد ولی میدانیم که عود مرض خیلی زود امکان دارد. معهداً باید معالجه را بنحوی که باموارد مختلفه مرض تطابق داشته باشد تکرار کرد. در واقع الکتروشوک در درجه اول معالجه اسکیزوفرنی قرار دارد ولی فقط در بعضی انواع و بعضی مراحل مرض مؤثر میباشد

A - در اسکیزوفرنی حاد: الکتروشوک میتواند بهبودی های معالجه کامل بدهد ولی اگر بعد از یکماه هیچ اثر مفیدی حاصل نشد باید بانسولین توسل جست.

B - در انواع بالینی دوره: الکتروشوک غالباً عامل موثری است ولی اثرش در جریان کریزهای پشت سرهم کم میشود

C - در انواع کاتاتونی الکتروشوک تقریباً مختص معالجه است و مشی معالجه مساعدی را که غالباً غیر ثابت است فراهم میسازد. این است که با الکتروشوک میتوان چنین اظهار نظر کرد که پیش آگهی معالجه بسیار خوب است ولی پرونوستیک برای بهبود طولانی غیر مطمئن است (حتمی نیست)

دو مورد هست که غالباً شناخته نشده است که در این دو مورد الکتروشوک در اسکیزوفرنی اهمیت پراتیک فوق العاده دارد و عامل پیش آگهی خوبی است.

در انواع حاد تب دار (۱) در تیپ های کاتاتونی مهلك استاندار یا کاتاتونی پرنیسیوزد و برمول (۲) الکتروشوک باید بزودی و بفاصله با معالجات روزمره دیگر استعمال شود.

این رویه نه فقط پیش آگهی روانی را تغییر میدهد بلکه در پیش آگهی حیاتی نیز مؤثر میباشد.

لوپزایبر در ۱۹۵۰ و جدیداً کالینوفسکی در ۱۹۵۲ اظهار نظر کرده اند که پیش آگهی حیاتی مربوط بتعجیل و شدت معالجه است و در اینجا انسولینو تراپی فایده ندارد و آقای کالینوفسکی معتقد است که در این مورد جدا کردن این دو نوع معالجه و میل به از بین بردن تب و عفونت و بهتر ساختن حال مریض با معالجات عمومی گناهی غیر قابل گذشت است. الکتروشوکها باید فاصله دار باشند. الکتروشوک هر ۱۵ روز تایکماه

بتعداد روزی ۱۰ الکتروشوک سبب معالجات اعجاز آمیز میشوند .

بسیاری از اسکیزوفر نیهای کاتاتونیک و آنزیتته (۱) و نگاتیویست (۲) با این رویه الکتروشوک معالجه میگردند . تغییر شکل کلی در رفتار آنها داده میشود بنحویکه میتوانند در سطوح مختلف اجتماعی قرار گیرند کالینوفسکی اهمیت این معالجات را در بخش مزمن گوشزد کرده اند زیرا این مرض بچشم اشخاصی که آنرا مواظبت کرده جالب آمده است . و از اینجهت باپسیکوتراپیهای مختلف نیز برخورداری شده و باکار بزندی جدیدی گماشته میشوند .

بالاخره در معالجه با خواب (۳) خواه بوسیله نارکو تراپی شیمیک و خواه بامتد رفلکس .

مؤلفین روسی معتقدند که این کارها بتنهائی نمیتوانند عمل مسکن قابل دوامی داشته باشند ولی وقتی توأم با الکتروشوک شد نتیجه بهتر است .
مصنفین روسی آقای ایوانف اسمولیسکی و پورسکی (۴) و گالنگو بیشتر معالجات توأم خواب و الکتروشوک را معمول میدارند .

پسیکوشیر وژی پیش آگهی اسکیزوفرنی را بطور محسوس بهبود بخشیده است
وقتی با این نتایج بیمارانی مشاهده میکنیم که بمعالجات دارویی مقاومت کرده اند ومطمئن هستیم که بهبودی خود بخودی در آنها غیر ممکن است. عمل جراحی لوبوتومی در پارانویدها و هفرونو کاتاتونیهها نتایج بهتری داده است مخصوصاً اگر مراحل دوره بهبودی در آنها مشاهده بشود و یا آنکه موقتاً با الکتروشوک حالشان بهتر میشود و در اینصورت بهترین موقع عمل وقتی است که مرض پیش روی خود را از دست داده و هنوز مزمن نشده باشد یعنی بین يك و سه سال بعد از شروع معالجه . در این شرایط ممکن است ۳۰-۴۰ درصد بیماران را بخارج از بیمارستان روانه ساخت و ۲۵ در صد آنها بمرگشت بفعالیت اجتماعی خود قادر خواهند بود .

در این شرایط برگشت مرض که در سال اول صورت میگیرد ممکن است با شروع مجدد معالجه، شوک یا انسولینو تراپی با الکتروشوک شفا یافته و در اینصورت باید باریتم فاصله دار هفته یک شوک و یا یکماه یک شوک نگاهداری گردند .

بسیاری از اسکیزوفرن ها را داریم که در فامیل زندگی مینمایند و ۱۵ روز یا یکماه یکدفعه الکتروشوک بآنها داده میشود و بعلاوه بعضی بهبودیهای دیر رس نیز مشاهده کرده‌ایم که پس از چند سال حاصل میشود این است که در بسیاری از موارد نزد بیمارانی که بغلت تحریکات توأم با اضطراب که انسولینو تراپی ممکن نبوده است عمل شده اند . (در اسکیزوفرنیهای توپر کولوزه . در انواع بدخیم و سریع و در انواعی که شروع تدریجی و نقص آواراست لوبوتومی نمیتواند یک پیش آگهی معالجه بهتری را بدهد)

بعد از لوبوتومی پیش آگهی معالجه بحد قابل ملاحظه بستگی به پسیکو تراپی دارد . پسیکو تراپی باید کامل باشد . و باین نکته توجه خاص داشت که محیط اجتماعی باید از عواطف و دلسوزی پر باشد (نباید بجای محیط عواطف و دلسوزی محیط غصه خوری را در اطراف بیمار ایجاد نمود) این پسیکو تراپی مستقیم است که باروشن کردن منازعات فکری مخصوصاً در اسکیزوفرنیهای واکنشی باعث تسکین خاطر شده و اختلالات او را از بین میبرد البته متد پسیکوانالیز در اینجا فایده ندارد . طرق سازش با محیط بوسیله اشغال بکار وظیفه مهمی را دارد .

و بالاخره ایجاد بهترین وضع زندگی بیمار بهترین عمل پسیکو تراپی را خلاصه میکند .

آیا باید متذکر شد که نتایج حاصله از لوبوتومی بیشتر مربوط به محیط اخلاقی و فامیلی و تفاهم با بیمار و شرائط اجتماعی است که عملاً باید برقرار نمود ؟

باید برای هر بیماری وضع محسوس او را در نظر گرفت و محیط او را تغییر داد و بعضیها را باید فوری بکار و ادات یا بفامیلش سپرد (باید تغییر محیط بنظر طبیب باشد) باینان این مقاله مشاهده میکنم که امکانات بهبودی فوری بیماری اهمیت بهبودیهای معالجه را در پیش آگهی اسکیزوفرنی معلوم میدارد .

در معالجه موضوع جبری بودن یا فالتالیسم (۱) ر ا بایدا از نظر دور داشت که نکته (۲)

ز اول عقل پیش رس علاج ناپذیری بآن رویه فکری مربوط است. مواردی از اسکیزوفرنی را می‌شناسیم که پیش آگهی آن آشکار نیست و چه بسا مواردی محسوس و معلوم که در قبال آن نسبت به پیش‌رفت مرض مشکوک می‌باشیم این است که همیشه باید بمعالجه امیدوار بود و بدون آنکه ماموضوع مهمل وضد و نقیضی را گفته باشیم میتوان ادعا کرد که قسمت معظم پیش آگهی اسکیزوفرنی بستگی برفتار طیب دارد. ما معالجات مهم و اشکالات بهبود را در موارد مزمن ذکر کرده‌ایم

بایستی باین موضوع اشاره شود که بعضی اختلالات طرز رفتار بیماران يك جنبه و اکنشی داشته و در اثر جد و جهد مریض برای توافق دادن شخصیت متزلزل خویش با شرایط زندگی نامناسب تحمیلی بوجود آمده است

در اینجا با یکی از مسائل وحشت آور و متأسف کننده که مربوط با اسکیزوفرنیهای مزمن است مواجه می‌شویم که نه تنها از معالجات مفید بهره‌مند نشده‌اند بلکه بعالت فامیلی بیماریشان شدت پیدا کرده است و این کیفیت را عامل مزمن کننده پسیکوز نامیده‌اند.

جای کمال تأسف است که بعضی شرایط زندگی در تیمارستان حال روحی بیماران را بحد اعلا بدتر کرده است

بطور کلی باروک درمانهای شدید رادر این دسته بیماران کنار گذاشته و بیشتر به درمانهای اتیولوژیک که پس از تماس با بیمار بوسیله معالجات بیولوژیک میسر میگردد از راه پسیکوتراپی اهمیت میدهد اما این موضوع صحیح نیست زیرا بطوریکه تجربه هم نشان داده نمیتوان منکر حقیقت داشتن عارضه روحی گردیده و آنرا فقط يك تغییر عملی نیروهای روانی محسوب داشت که با پسیکوتراپی ساده قابل علاج باشد.

بطور خلاصه :

برای تعیین پیش آگهی از نقطه نظر بالینی باید کمتر متوجه انواع و اشکال بیماری بود بلکه بایستی بیشتر به تنوع علائم و عوارض از قبیل عوامل واکنشی عوامل زمینه‌ای و بالاخره سرشتی اهمیت داد و طرز درمان و پیش بینی را بر اساس این علل استوار کرد.