

دانش پزشکی

ویژه نامه تخصصی
سایمنتولوژی ۱

سال چهارم . دوره چهارم . شماره ۱ . ضمیمه بهمن ۸۹

بررسی اثر سایمنتو تراپی
بر اختلالات خلقی



ذهن-روان شناسی فرا کل نگر
(سایمنتولوژی)

طب مکمل ایرانی

همراه مقدمه و مقالاتی از:
استاد محمد علی طاهری
دکتر امیرکسری محمدی



اولین ویژه نامه تخصصی سایمنتولوژی



ماهنامه پزشکی و پیراپزشکی «دانش پزشکی»

صاحب امتیاز و مدیرمسئول:

دکتر سید شهاب الدین صدر

دبیر ویژه نامه:

دکتر منیر حداد

دبیر اجرایی:

زهرا یزدانی

همکاران تحریریه:

نرگس آمال، علی ابراهیمی (روان شناس)،

ثریا بهبودی (روان شناس)، فرنوش خدادادیان (روان شناس)،

سید محمد جواد دریاباری (پزشک)، لیلا شفیعی، مریم صادقی نیا (روان شناس)،

نسیم صدرنیا، مهشید کارخانه چی (روان شناس)، زکیه کندرودی (روان شناس)

طرح جلد:

نسیم میردشتی

چاپ:

راوی - شهر قدس، بلوار ۴۵ متری انقلاب، خیابان صنعت ۲، ضلع جنوبی پارک

آزادگان، پلاک ۳، تلفن: ۴۶۸۶۸۵۷۲

۲ یادداشت / دکتر امیر کسری محمدی

۴ مقدمه / استاد محمدعلی طاهری

۱۱ اختلالات خلقی

۱۸ گزارش بهبودی مراجعان مبتلا به اختلالات خلقی

۳۸ مصاحبه ای با دکتر منیر حداد

۴۱ حکمت شرق، روان درمانی غرب، فرادرمانی ایرانی

۵۲ توضیحی پیرامون واژه سایمنتولوژی



در سپیده دم روان درمانی ایرانی

«این حضور که بیشتر از خود من، خود من است و بر خود من ناشناس؛ که زبان مرا می لغزند و اعمال مرا می چرخاند؛ که زندگی مرا گرفتار تکرار همان مکررات می کند؛ که رؤیاهایم را پر می کند و سرنوشتم را رقم می زند، چیست این حضور؟»

در حالی که جهان با شتاب توصیف ناپذیری به سوی صنعتی شدن و تحولات عمیق در فن آوری در حال حرکت است، ماکان موضوع بیماری های روانی و مشکلات روانی - اجتماعی، موضوعی اساسی با دورنمایی نه چندان خشنود کننده به حساب می آید.

از آنجا که سلامت روانی به عنوان مقوله ای فرا روانی - اجتماعی، نیازمند درک و تفسیر درست از مسائل مرتبط است، باید آن را در چارچوب عوامل اساسی زمینه ساز، مورد توجه قرار داد. این موضوع از آن جهت مهم است که باید فراتر از متغیرهای مستقل و جداگانه ای که به طور طبیعی نقش اساسی خود را در سلامت روانی یا بیماری های روانی ایفا می کنند، با رویکردی کل نگر به تنظیم چارچوبی مؤثر در درک عوامل مهم دیگر نیز اقدام نمود. روانشناسی غرب در دهه های اخیر، با حرکتی دیالکتیک، روز به روز انعطاف ناپذیرتر، منظم تر، علمی تر و دقیق تر شده است و هر تجربه ای را که هنوز طبقه بندی نشده است، با تحقیر مردود می شمارد. اما با این حال چنین به نظر می رسد که روانشناسی، هم اکنون به تعبیر مورفی (۱۹۷۵) اجباراً در حال نرم شدن و انبساط یافتن است. آلپورت (۱۹۶۵) در جلسه سالانه انجمن روانشناسی آمریکا گفت شواهدی را مشاهده می کند دال بر اینکه موج «تجربه گرایی کور» رو به افول است و اینکه «توجه به مسائل گسترده تر و مسائل فلسفی» در حال بازگشتن است. عصر حاضر و گرایشات مردمان، تمایلی به داشتن نوعی روانشناسی وسیع تر و جامع تر دارد.

موضوع اصلی روانشناسی به طور مشخص انسان است که منحصر به «لایه های فیزیولوژیک» نمی شود. از اینرو، اولین قدم باید مطالعه ویژگی های انسان در بطن خلقت باشد. به نظر می رسد یک مکتب روانشناسی واقع بینانه، فراگیر و همه جانبه بتواند کلیه ابعاد روانی انسان را در حالت سلامت و بیماری توجیه و تفسیر نماید. انسان مجزای از هستی، انسان مجزای از خالق، انسان مجزای از ابد و ازل و مجزا از مبدأ و معاد، معنایی جز مشتی پوست و استخوان و سلول ندارد. اصولاً انسان یک موجود چند بعدی است و فرآیند روان درمانی و یا هر نوع درمان دیگر، مستلزم شناخت و ارزیابی کامل او در متن هستی است که به تشخیص دقیق و درمان همه جانبه منتهی می شود.

فرادرمانی - سایمنتولوژی، طب های مکمل ایرانی با ارائه یک چارچوب فراکل نگر سعی کرده است با برداشتن گام های اساسی در تنظیم و پدید آوری اندیشه ای نو، روش متفاوتی را در زمینه درمان اختلالات روانی به عنوان روان درمانی مکمل ایرانی ارائه نماید؛ درمانی با تفسیری کارآمد از ویژگی های الهی انسان در جهان هستی و مرتبط با کل جهان هستی (کیهان).

این دیدگاه معتقد است بر هر آنچه که در جهان هستی و به شکل ماده خلق شده است، از ذرات بنیادی معرفی شده در فیزیک گرفته تا کیهکشان ها، هوشمندی یا شعوری حاکم است و اشکال ماده چیزی نیستند مگر نمود قابل مشاهده

این شعور. در این شیوه درمانی، به همه اجزای وجودی انسان توجه می شود و کل وجود او به طور همزمان در ارتباط با شبکه شعور الهی قرار می گیرد تا با صلاحدید این هوشمندی، اقدام در زمینه رفع اختلال در اجزای وجود صورت گیرد و بیمار مراحل درمان را طی کند.

تکنولوژی و دانش تجربی فقط یکی از راه های کمک به مشکلات روانی است (کافمن ۱۹۸۹). با نتایج تجربی به دست آمده، به نظر می رسد فرادرمانی و سایمنتولوژی راه های دیگری برای درمان باشند. علاوه بر درمان افراد مبتلا به انواع آشفتگی های روانی، اعتلای زندگی، افزایش رضایت از زندگی و پر بار نمودن زندگی آن ها نیز لازم است. در این راستا رشد معنوی مراجعان می تواند کیفیت زندگی آنها را افزایش دهد. فرادرمانی و سایمنتولوژی غیر از تحقق بخشیدن به درمان می توانند با بیدار کردن منابع غنی معنوی و بعد الهی افراد (از جمله مقابله های معنوی، تعبیر و تفسیرهای معنوی، کمک برای تعریف دوباره از خود و پیدا کردن دیدی جدید و الهی از هستی و خلقت)، زندگی افراد را غنی، معنادار و رضایت بخش نماید.

در فرآیند فرادرمانی - سایمنتولوژی فقط شاهد بودن، سپردن (به خداوند)، طلب خیر و به نوعی اتصال جمعی به شعور الهی مطرح است، فقط همین و بس. با این همه در اثر همین ارتباط با شعور الهی، جسم و روح بیمار تسکین می یابد و نشانه های بیماری تخفیف پیدا می کند.

راجرز (۱۹۸۰) در مورد فرآیند فردیت یافتن و رفتن به سوی کمال چنین می گوید: «زمانی که من خود را در حضور خود درونی، خود اشراقی می یابم، زمانیکه تا اندازه ای در تماس با خود ناشناخته قرار می گیرم، زمانی که در ارتباط بین فردی به جایی می رسم که آن را حالت دگرگون شده خودآگاهی می نامم، در این موقع هر چیزی که من انجام می دهم، درمانگر و شفابخش می باشد. در این لحظات است که به نظر می رسد روح درونی من پر گشوده تا با روح انسان دیگری در تماس باشد و به او کمک کند. [در این لحظات] رشد عمیقی صورت می گیرد و انرژی های شفابخش جریان پیدا می کنند».

در سایمنتولوژی که بر امر شفابخشی به عنوان یک واقعیت مسلم تأکید دارد، آنچه بر عکس نظریه فوق، بسیار شاخص است، ارتباط با هوشمندی حاکم بر جهان هستی می باشد؛ نه حضور فرد، توجه او به خود، رسیدن به خودآگاهی و یا ... زیرا ممکن نیست که بیمار بتواند علیرغم مشکلات خود، چنین حضوری داشته باشد.

تعداد زیادی از روانشناسان و روانپزشکان فرادرمانگر، بنا به اقتضای درمان و یا خواست مراجع، از ارتباط او با کل هستی و شعور آن استفاده کرده و فواید آن را ذکر نموده اند. کوشش حاضر در جهت تدوین ویژه نامه ای در زمینه تأثیرات و کارایی فرادرمانی - سایمنتوتراپی در درمان برخی اختلالات روانی، در راستای پاسخگویی و توجه به این نیاز مبرم مراجعان (توجه به معنویت و به انسان به عنوان یک کل) و ذکر چند نمونه از تجربیات و موفقیت های روان شناسان و روان پزشکان در استفاده از فرادرمانی - سایمنتوتراپی در درمان برخی اختلالات روانی است.

امیر کسری محمدی - روان شناس

مسئول گروه تحقیقات سایمنتولوژی



سایمنتولوژی

سایمنتولوژی، یک رشته از طب های مکمل ایرانی درباره ی «ذهن- روان شناسی» است که با دید فراکل نگر سعی در نگاهی همه جانبه به انسان دارد. در سایمنتولوژی، ذهن و روان هر یک با مفهومی جداگانه به کار می روند و بخش خاصی از وجود انسان را در بر می گیرند. این رشته همچنین به رفع اختلالات ذهن و روان می پردازد.

هدف سایمنتولوژی

هدف اصلی سایمنتولوژی شناخت انسان، نرم افزارهای وجودی او و همچنین تشخیص و درمان اختلالات ذهنی- روانی و مشکلات ناشناخته است که می توان آن را در اهداف جزئی تر ذیل تبیین کرد:

- ۱- خودشناسی به منظور پیدا کردن جایگاه انسان در هستی و شناخت برنامه های نرم افزاری او
- ۲- ارائه ی تعاریف دقیق از انسان، تعالی و کمال انسانی و ...
- ۳- رساندن انسان به بهترین کیفیت:

- a. Well being
- b. Well doing
- c. Well having
- d. Well thinking

۴- شناسایی اختلالات ذهن- روان و رفع نرم افزاری مشکلات فوق

۵- ارائه ی تعاریف جدیدی از بیماری های ذهنی و روانی و تشخیص و تفکیک بهنجاری و نابهنجاری

تاریخچه

«سایمنتولوژی» یا «ذهن- روانشناسی فراکل نگر» سی سال قبل توسط اینجانب پایه گذاری شده، در دو دهه ی گذشته مراحل تجربی خود را با موفقیت پشت سر گذاشته و در ۵ سال اخیر در محافل علمی با نام «سایمنتولوژی» معرفی شده است.

عامل ایجاد این رشته، مواجه شدن اینجانب (بنیانگذار فرادمانی و سایمنتولوژی) با وقایع و حقایق هستی است که از دوران طفولیت به شدت توجه مرا به خود جلب می کرد؛ تفکر نسبت به این که "از کجا آمده ایم؟ چرا آمده ایم؟ به کجا می رویم؟ خالق کیست؟ چرا خلق کرده است؟ نتیجه ی این خلقت چیست؟ انسان کیست؟ راه های نزدیکی و شناخت او چیست؟ توان بالقوه ی او چگونه فعال می شود؟ زندگی و مرگ چیست؟ و ...". یعنی، اشتیاقی بیش از حد برای فهم جهان هستی و پی بردن به رمز و راز خلقت داشتیم؛ به طوری که این افکار لحظه ای مرا رها نمی کرد. تا این که در دهم آبان سال ۱۳۵۷ به یکباره با الهام ها و دریافت های ذهنی ای روبرو شدم که به دنبال آن زوایایی از هستی و انسان بر من آشکار شد و در نتیجه ی آن به این آگاهی رسیدم که بر جهان هستی، شعور و هوشمندی عظیمی حاکم است. این هوشمندی همانند یک «اینترنت کیهانی» همه ی اجزا و زیر مجموعه ی خود را تحت پوشش هوشمندانه ای قرار داده است. این آگاهی نه تنها

دربرگیرنده ی موضوعات نظری بود، بلکه اطلاعات کاربردی و دستورالعمل استفاده و بهره برداری عملی از آن را نیز شامل می شد و نحوه ی استفاده از چنین اینترنتی، دستمایه ی بنیانگذاری طب های مکمل ایرانی «فرادمانی» و «سایمنتولوژی» و چند رشته دیگر گردید. از جمله پیامدهای چنین دریافتی تفکر «اینتریونیورسال» است که بر اساس آن انسان باید تفکر خود را در سطح جهان هستی گسترش دهد؛ با دید وسیع تری به زندگی نگاه کند و جایگاه ویژه خود را در آن بیابد.

اصول کلی سایمنتولوژی

- ۱- انسان دارای بینهایت اجزای وجودی به هم پیوسته است. از این رو، هر روشی که بخواهد او را مورد مطالعه قرار دهد، باید از دیدگاهی «فراکل نگر» برخوردار باشد تا بتواند بینهایت اجزای وجودی وی را مرتبط با یکدیگر و به طور پیوسته بررسی کند.
- ۲- برای دانستن فلسفه وجودی و ماهیت انسان و همچنین، جایگاه او در اکوسیستم^۱ باید رفتار، شخصیت و سایر تعریف های مرتبط با او را به روشنی تصویر و تفسیر نمود. با در نظر گرفتن این مهم، سایمنتولوژی توجه ویژه ای به فهم جایگاه انسان در اکوسیستم دارد.
- ۳- ذهن، روان، جسم و سایر اجزای وجودی انسان، یک پارچه و به هم پیوسته تلقی می شود و جدا کردن آن ها از یکدیگر می تواند به نتایج نادرستی منجر گردد.
- با توجه به این که سایمنتولوژی علمی فراکل نگر است، در آن، همه ی عوامل درونی و بیرونی مؤثر بر رفتار انسان، به طور یک جا مورد بررسی قرار می گیرد.

تعریف مختصر ابعاد وجودی انسان

- چنان که اشاره شد، در «سایمنتولوژی»، تعریف ابعاد وجودی انسان تابع دیدگاه «فراکل نگری» است که نگرشی همه جانبه به انسان دارد. در این دیدگاه، ابعاد وجودی انسان، نامحدود در نظر گرفته می شود و از بی نهایت اجزای مختلف نرم افزاری و سخت افزاری تشکیل شده است. البته، همه ی اجزای سخت افزاری نیز در نهایت توسط یک بخش نرم افزاری اداره و کنترل می شود.
- برخی از اجزای وجودی انسان عبارتند از:
۱. کالبدهای مختلف مانند: کالبد فیزیکی (بدن)، کالبد روانی، کالبد ذهنی، کالبد اختری و
 ۲. مبدل های گوناگون انرژی که به اصطلاح «چاکرا» نامیده می شوند.
 ۳. کانال های مختلف انرژی از جمله کانال های چهارده گانه محدود، مسدود و غیر فیزیولوژیک در بدن که در طب سوزنی مورد بررسی و مطالعه قرار دارند.
 ۴. حوزه های مختلف انرژی در اطراف بدن مانند: حوزه ی پلاریتی، حوزه ی بیوپلاسما و
 ۵. اجزائی مانند شعور سلولی، فرکانس مولکولی، بخش های نرم افزاری متعدد و بی نهایت اجزای ناشناخته ی دیگر.

۱- اکوسیستم در برگیرنده ی کلیه ی ارتباطات هستی مادی است که هر ذره ی آن با هر ذره ی دیگر در ارتباط است. اکوسیستم دارای هدفی مشخص و معین است و می داند از کجا شروع کرده و به کجا می خواهد برود؛ چه هدفی را دنبال می کند و برای تحقق خواسته و هدف خود در هر لحظه چه تبدلات، تغییرات و طراحی هایی را باید در هستی ایجاد کند. از اینرو، اکوسیستم دارای شخصیت، رفتار و هویت است. زیرا، حرکت آن جهت دار است و این جهت به آن هویت می بخشد. بنابراین رفتار آن نیز در راستای جهت بخشیدن و به هویت رساندن آن است. در نتیجه اکوسیستم دارای شخصیت بوده و می تواند یک موجود زنده محسوب شود. این موجود زنده دارای حافظه بوده که به آن «حافظه ی کیهانی» می گوئیم. چنین موجودی باید دارای ذهن نیز باشد چرا که به سیستم، آرایه ی اندیشه ای می کند که منجر به هویت شده است. این بخش را «ذهن کیهانی» می نامیم که باید در برگیرنده ی هوشمندی باشد که هدایت کننده ی کیهان به سمت هدفی مشخص است. حال اگر قبول کنیم که کیهان یک وجود زنده محسوب می شود، پس باید در برگیرنده ی نیروی حیات نیز باشد. نیروی حیات در همه ی کیهان جاری است و توسط دتکتورهای مختلف آشکار می گردد. اشکال مختلف حیات در روی کره ی زمین انواع مختلفی از این دتکتورها هستند که گونه های مختلف انسانی، حیوانی، گیاهی و میکروارگانیسم ها را به وجود آورده اند.

از جهت دیگر، هر جزئی از هستی، محتاج تبادل روزی است و به وسیله ی آن بقا می یابد. برای مثال، هر ذره ای در اثر جاذبه ای جهانی و کیهانی باقی است؛ گردش هر چیزی، در اثر دو نیروی گریز از مرکز و جذب به مرکز اتفاق می افتد و روابط بین انواع اجزای اکوسیستم بزرگ جهان هستی، باعث تداوم وجود آن ها می شود. مجموعه ی این روابط، رزق و روزی را در عالم تأمین می کند و به عبارتی، خداوند عالم، این روابط را بر اساس قوانینی برقرار کرده است. مجموعه ی این قوانین را به عنوان مجری روزی رسانی می دانیم.

«سایمنتولوژی» یا «ذهن-روانشناسی فراکل نگر»، چارچوبی است که درمان از طریق آن به نحو نرم افزاری و بدون هیچ گونه مداخله‌ی سخت‌افزاری انجام می‌شود

در بینش فراکل‌نگری، هر جزئی در رابطه با سایر اجزا بررسی می‌شود. جسم، روان، ذهن و سایر کالبدها و اجزای وجودی انسان با یکدیگر ارتباط دارند و مختل شدن هر یک از این اجزا، باعث لطمه دیدن سایر بخش‌ها می‌گردد. بنابراین، تشخیص بیماری و بخش معیوب وجود او غیرممکن است و تنها یک سیستم هوشمند که بر او اشراف دارد، می‌تواند با اسکن دقیقی اجزای معیوب وجود وی را مشخص و اصلاح کند. در سایمنتولوژی از وجود چنین شبکه‌ی هوشمندی که آن را «شبکه‌ی شعور کیهانی» می‌نامیم، استفاده می‌شود. این شبکه، شعور و هوشمندی حاکم بر کیهان است که مانند یک «اینترنت کیهانی» همه‌ی اجزا را زیر پوشش هوشمند خود قرار داده است.

مباحث کلی سایمنتولوژی

مباحث «سایمنتولوژی» به دو بخش کلی تقسیم می‌شود:

۱. مباحث نظری:

- تعاریف اجزای وجود انسان و شناخت نقشه‌ی چیدمان وجودی او
- فهم جایگاه انسان در اکوسیستم
- شناخت اختلالات نرم‌افزاری ذهن-روان و بررسی راه‌های برطرف کردن آن
- تشریح مشکلات مربوط به ادراکات ذهنی، احساسات روانی و پدیده‌های رفتاری ناشی از آن‌ها

۲. مباحث عملی:

- مجموعه راه‌های پیشگیری و رفع آسیب‌های ذهنی-روانی و اختلالات ناشناخته

رویکرد و فرایند

«سایمنتولوژی» یا «ذهن-روانشناسی فراکل نگر»، چارچوبی است که درمان از طریق آن به نحو نرم‌افزاری و بدون هیچ‌گونه مداخله‌ی سخت‌افزاری انجام می‌شود (منظور از مداخله‌ی سخت‌افزاری، درمان‌هایی است که به طور فیزیکی اعمال می‌شود؛ مانند درمان‌های دارویی، جراحی، فیزیوتراپی، ماساژدرمانی یا هر نوع درمانی که برای تحقق آن نیاز به ابزار و وسایل باشد. در مقابل، مداخله‌ی نرم‌افزاری به درمان‌هایی اطلاق می‌شود که با برنامه‌های درونی وجود انسان ارتباط دارد و بدون اتکا به درمان دارویی و جراحی و ... و نیز بدون نیاز به هر نوع تکنیکی، مشکل بیماران را مورد بررسی و درمان قرار می‌دهد).

با این که تکنیک‌های رایجی مانند روانکاوی، روان‌درمانی و ... در زمره‌ی درمان‌های نرم‌افزاری قرار دارند، سایمنتولوژی از هیچ‌یک از آن‌ها استفاده نمی‌کند. در واقع سایمنتولوژی تکنیک مدار نیست و این، تفاوت آشکار آن با انواع درمان‌های معمول در روانشناسی و روان‌پزشکی است.

«سایمنتولوژی» به دنبال شناخت انسان، نرم‌افزارهای وجودی او و همچنین درمان مشکلات ذهنی و ناشناخته است و از این طریق می‌خواهد به صورت یک نوع طب مکمل به درمان بیماران کمک کند؛ اما در این روش، امکان عیب‌یابی و رفع اختلالات نرم‌افزاری با کمک «شبکه‌ی شعور کیهانی» میسر است.

بهنجاری و نابهنجاری از منظر سایمنتولوژی

براساس نظریه‌ی «فراکل‌نگری»، بهنجاری عبارت است از هماهنگی با اکوسیستم و قرار داشتن در راستای هدفی که اکوسیستم دنبال می‌کند. انسان به عنوان یک عضو بسیار کوچک از این مجموعه باید نقش خود را در آن به طور صحیح ایفا کند.

ناپهنجاری (بیماری) عبارت است از هرگونه اختلال، انسداد، صدمه و عدم تعادل در هر یک از بی‌نهایت اجزای تشکیل‌دهنده‌ی وجود انسان.

اگر بخواهیم تعریف بیماری را بر اساس فراکل‌نگری بپذیریم و به کار ببریم، تشخیص بیماری امری محال و غیرممکن خواهد بود. یکی از دلایل تعدد شاخه‌های درمانی طب رایج نیز نزدیک شدن به تشخیص درست بیماری و رسیدن به قابلیت اجرایی بیشتر در امر درمان است. از اینرو، یک شاخه‌ی درمان رایج را تا حد امکان به شاخه‌های متعدد و تخصصی‌تر تقسیم می‌کنند تا تشخیص بیماری آسان‌تر و دقیق‌تر شود. با این همه، باز هم اغلب تشخیص‌ها در خصوص بیماری یک فرد با کثرت آرا و تشخیص‌های مختلف همراه است.

در فرادرمانی و سایمنتولوژی، درمان بیمار با توجه به تعریف بیماری از دیدگاه «فراکل‌نگری» دنبال می‌شود. در این دو طب مکمل، تشخیص نوع بیماری و درمان آن، بر خلاف سایر رشته‌ها به عهده‌ی انسان نیست و درمانگر نقش تعیین‌کننده‌ای در آن ندارد. این تشخیص، مستقل از عوامل انسانی انجام می‌شود و نقش اصلی آن را هوشمندی عظیمی ایفا می‌کند که کار کاوش (اسکن) وجود و تشخیص اجزای معیوب و رفع آن‌ها را بر عهده دارد. در واقع، «اسکن» عبارت است از قرار گرفتن همه‌ی وجود انسان زیر ذره بین هوشمندی (شبکه شعور کیهانی). همانطور که توضیح داده شد، انسان از بی‌نهایت اجزای مختلف برخوردار است. از اینرو، اسکن و اصلاح آن جز با کمک این هوشمندی عظیم امکان‌پذیر نیست.

تعریف ذهن

«ذهن»، مدیریت نرم افزاری همه ابعاد وجودی انسان را بر عهده دارد و کلیه‌ی نرم افزارهای بخش‌های مختلف وجود انسان را کنترل می‌کند؛ از عملکرد سلول گرفته تا مدیریت حافظه، یادگیری، یادآوری و غیره. ادراکات انسان محصول فعالیت ذهن او است. در سایمنتولوژی، ذهن نه تنها جزئی از مغز به حساب نمی‌آید، بلکه عملکرد مغز تابعی از فعالیت ذهن محسوب می‌شود و ذهن مدیریت آن را بر عهده دارد.

در این جا «ادراکات» به معنی طرز تلقی فرد از جهان هستی (اعم از جهان درون و بیرون انسان) است. آن چه که حواس چندگانه ما به مغز گزارش می‌دهند، مورد تجزیه و تحلیل ذهن قرار می‌گیرد و افراد مختلف هر کدام طرز تلقی منحصر به خود را از این دریافت‌ها دارند و نتایج متفاوتی از حواس خود می‌گیرند. هر پدیده‌ای که مشاهده می‌شود، ممکن است برای ناظری مطلوب به حساب بیاید و در عین حال برای ناظر دیگری نامطلوب تلقی شود؛ در صورتی که موضوع مورد مشاهده برای هر دو ناظر یکسان بوده است. همچنین ممکن است ناظری چیزی را درک کند که دیگری از درک آن عاجز است یا سوژه‌ای را ببیند که دیگری از دیدن آن ناتوان باشد. در سایمنتولوژی نیز به این نوع تلقی، «ادراک» گفته می‌شود و فرایند آشکار سازی آن به ذهن منتسب می‌شود. علاوه بر این‌ها ذهن وظیفه مدیریت حافظه، چیدمان اطلاعات و مدیریت بدن و سلول را نیز بر عهده دارد.

ذهن انسان به دو بخش «ذهن نهادی» و «ذهن ادراکی» تقسیم می‌شود:

۱- ذهن نهادی

ذهنی که در رابطه با تامین نیازهای نهادی یا غریزی، چیدمان اطلاعات لازم را انجام می‌دهد و پس از پردازش این اطلاعات، راه حل‌های مناسب را برای تنازع بقا ارائه و اجرا می‌کند. این بخش از ذهن تنها مخصوص انسان نیست. برای مثال، یک مورچه با ذهن نهادی خود به خوبی می‌داند که چگونه لانه خود را ساخته و دانه‌ها را چگونه حمل نموده و آن‌ها را به چه نحوی انبار کند.

۲- ذهن ادراکی

ذهن ادراکی، چیدمان اطلاعات و پردازش آن‌ها را به گونه‌ای انجام می‌دهد که منجر به تعبیر و تفسیر از خالق، هستی، خود و هر موضوعی در پیرامون انسان شده و منجر به برداشت‌ها، ادراکات و فهم متفاوتی نسبت به هر پدیده‌ای می‌گردد. این نوع ادراک، مختص انسان است و ذهن ادراکی فقط در انسان فعال و در حیوان و گیاه غیر فعال است.

تعریف روان

«روان» بخشی است که احساسات انسان را آشکار می‌کند. پس از این که ذهن ادراک خود را از حوادث و وقایع درونی و بیرونی نتیجه‌گیری کرد، نوبت به روان می‌رسد که بر اساس برنامه‌های از قبل تعیین شده و ملاک‌های آموخته شده، هر یک از ادراکات ذهنی را به زبان احساسات ترجمه کند و به دنبال آن احساس غم، شادی، ترس، انزجار، اشمئزاز، خوشبختی، بدبختی، غرور، امید، ناامیدی، خفت و غیره آشکار می‌گردد. روان به دو بخش نهادی و عاطفی قابل تقسیم است:

۱- روان نهادی

مرکز انگیزش‌های احساسی موجود زنده در قبال نیازهای غریزی را «روان نهادی» می‌نامیم. برای مثال، دیر رسیدن غذا به انسان، حیوان و گیاه می‌تواند باعث بی‌حوصلگی، عصبانیت، اضطراب، عدم تعادل روانی و در نهایت افسردگی شود و یا فقدان جفت در فصل جفت‌گیری، برای یک حیوان می‌تواند ایجاد افسردگی کند. عامل «روان نهادی» از عوامل مشترک بیماری‌های روانی مانند افسردگی در انسان، گیاه و حیوان است.

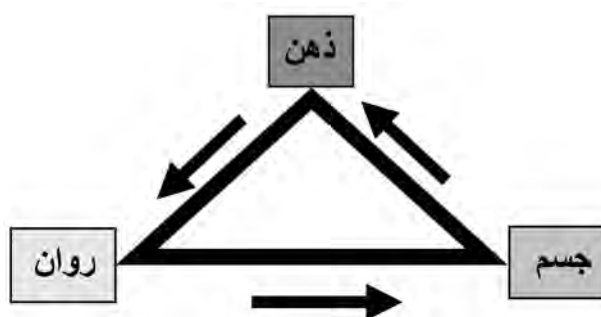
۲- روان عاطفی

«روان عاطفی» که ویژه‌ی انسان است، آشکارکننده‌ی عواطف انسانی است و احساسات را به نحوی هدفمند آشکار می‌کند. این بخش از روان قادر است در ازای هر گونه تلقی و استنباطی از درون و بیرون خود، واکنشی عاطفی نشان دهد و بار احساسی مثبت و منفی ایجاد کند. از این رو، احساس شادی و غم، امید و ناامیدی، خوشبختی و بدبختی، غرور و خفت و ... پدیدار می‌شود و به زندگی و هستی معنایی متفاوت می‌بخشد؛ بخشی که فقط انسان از آن برخوردار است.

اصل تاثیر متقابل ذهن، روان و جسم

این اصل نشان می‌دهد که نتیجه‌ی نهایی فعالیت‌های ذهنی، روانی و جسمی در یک چرخه مطابق شکل روبرو انتقال پیدا می‌کند.

برای مثال، اگر ضربه‌ای به جسم وارد شود، درد ناشی از آن، فعالیت ذهنی و ادراکی فرد را مختل می‌کند و به دنبال آن فعالیت روانی و احساسی او نیز خدشه دار می‌شود. اما از طرف دیگر، چیدمان ذهنی فرد در مقابل درد و سازش با آن،



احساس او را مبنی بر واکنش منفی در مقابل ضربه‌ی وارد شده تعیین می‌کند و پس از آن میزان شدت و ضعف درد و قابلیت تحمل آن مجدداً باعث تعیین شدت درد جسم می‌شود.

اگر کسی که جان او در خطر است، در حین فرار دچار صدمه‌ی فیزیکی شود، ذهن او اجازه‌ی بروز درد را نمی‌دهد و به دنبال آن نیز روان از بروز هر گونه واکنش احساسی در این خصوص ممانعت می‌کند و در نتیجه جسم نیز درد کمتری را احساس خواهد کرد. هر چقدر میزان خطر بیشتر باشد کنترل درد توسط ذهن نیز بیشتر می‌شود. البته هر گونه توجیهی نیز در این امر موثر است؛ مانند دردهایی که افراد برای زیباتر شدن، برای رسیدن به مطلوب خود و یا برای کسب ثواب (مثل شرکت در بعضی از مراسم و مناسک که مستلزم وارد شدن فشار و درد به جسم است) متحمل می‌شوند. در نتیجه، میزان دردی که جسم گزارش می‌دهد خود تابعی از یک برنامه‌ی ذهنی است.

یک موش برای رسیدن به قطعه‌ای پنیر که در دسترس او نیست به گونه‌های مختلف چیدمان اطلاعات را در ذهن خود انجام می‌دهد؛ مدتی از راه‌های مختلف برای رسیدن به آن، تلاش می‌کند و در صورت عدم موفقیت دچار اختلال و نابسامانی می‌شود. در مورد انسان نیز به همین گونه است؛ به عنوان مثال، در صورتی که تلاش‌های او برای امرار معاش به نتیجه نرسد، می‌تواند منجر به اختلال شود.

در سایمنتولوژی، ذهن نه تنها جزئی از مغز به حساب نمی آید، بلکه عملکرد مغز تابعی از فعالیت ذهن محسوب می شود و ذهن مدیریت آن را بر عهده دارد

طبقه بندی اختلالات وجودی انسان

- ۱- اختلالات جسمی
- ۲- اختلالات روانی
- مانند انواع افسردگی (افسردگی تشعشاتی، افسردگی ذهنی، افسردگی روانی و افسردگی جسمی) و انواع اضطراب
- ۳- اختلالات روان- تنی
- مانند کولیت اولسروز، زخم معده، کم کاری تیروئید و ...
- ۴- اختلالات ذهنی
- ۴-۱ تقسیم بندی از نظر نرم افزاری:
 - الف- مشکلات نرم افزاری مانند نوعی از اختلالات هویت جنسی
 - ب- مشکلات غیر نرم افزاری (نظریه ی ویروس های غیر ارگانیک)
- ۴-۲ تقسیم بندی از نظر موضوع:
 - الف- توهم های ادراکی مانند توهم دیداری، شنیداری، بویایی، پنداری، احساسی و حرکتی
 - ب- اختلال دو قطبی
 - ج- چند شخصیتی
 - د- وسواس
 - ه- ترس های غیر منطقی (فوبیا)
 - و- تمایلات غیرعادی مانند علایق و انزجار غیر عادی، تمایلات هم جنس گرایانه، تمایل به خودکشی، تمایل به خودآزاری، تمایل به دیگرآزاری
 - ز- رفتارهای غیرعادی مانند خواب گردی
- ۵- اختلالات «ذهنی- تنی»
 - الف- «بینشی» مانند ایست قلبی ناشی از هیجانات و استرس های شدید
 - ب- «هیستریک» مانند کوری هیستریک، کری هیستریک، فلج هیستریک و ...
- ۶- اختلالات «جسمی- ذهنی- روانی» مانند اختلالات خواب
- ۷- اختلالاتی که جای دیگری طبقه بندی نشده و ناشناخته هستند مانند جابجایی و گردش درد در بدن، کبودی های بدون دلیل در سطح بدن، فلج موقت در خواب (بختک) و ...

برخی از تئوری های مطرح شده در سایمنتولوژی

تئوری ویروس های غیر ارگانیک

یکی از تئوری های مهم در سایمنتولوژی، تئوری «ویروس های غیر ارگانیک» است. طبق این تئوری، انسان با ویروس هایی که می توانند ذهن و روان و جسم او را درگیر کنند و در فایل های اطلاعاتی مختلف اجزای وجودی انسان نفوذ کرده، آنها را آلوده و ایجاد پارازیت و اختلال نمایند، مواجهه است. هنگامی که این پارازیت ها در فایل های اطلاعاتی ذهن رخ می دهد، می تواند منجر به پدیدار شدن انواع و اقسام توهم ها و رفتارها و تمایلات غیر عادی شود. در سایمنتولوژی با رفع علائم این آلودگی و حذف و پاکسازی ویروس های غیر ارگانیک، امکان رفع اختلال های فوق فراهم می شود. طی چند دهه ی گذشته، تجارب متعددی در این خصوص به عمل آمده است که تئوری فوق را تایید می کند.

لازم به ذکر است «موجودات غیر ارگانیک» به موجوداتی اطلاق می شود که جنبه ی ارگانیک و مادی ندارند و در ساختار ناشناخته ی وجودی آن ها هیچ گونه اتم و مولکولی موجود نیست و یا حداقل در حال حاضر، از نظر فیزیکی ساختمان شناخته شده و قابل فهمی ندارند. بنابراین، به علت ابعاد وجودی و ساختار ناشناخته، دنیای علم قادر به شناسائی و رد گیری آن ها نیست و فقط با کمک شواهد و مدارکی تجربی می توان به وجود آن ها پی برد و اقدام به پاکسازی آن ها و رفع اختلال نمود. این موضوع در حله ی اول عجیب و باورنکردنی به نظر می رسد همانگونه که وقتی برای اولین بار کخ و پاستور راجع به وجود «میکروب» صحبت کردند بسیار مسخره و خنده دار به نظر آمد؛ ولی به تدریج وجود آن ها به اثبات رسید.

تئوری میدان شعوری

۱- رفتار ذره در میدان شعوری

رفتار ذره: هر ذره ای، تحت تاثیر میدان های مختلفی قرار دارد از جمله، میدان گرانشی، میدان الکترو مغناطیسی و در این جا میدان دیگری نیز معرفی می شود که آن را «میدان شعوری» می نامیم. در حال حاضر فقط از طریق تجربه می توان به وجود این میدان پی برد. هر ذره ای در چنین میدانی تابع شعور مافوق خود می شود. رفتار اجزا در این میدان، متفاوت از رفتار در سایر میدان ها است. شکل پذیری، تجزیه پذیری و ترکیب پذیری (ترمیم)، قابلیت هایی است که تحت تاثیر این میدان حاصل می شود.

۲- رفتار نرم افزاری در میدان شعوری

الف- اصلاح نرم افزاری: در یک «میدان شعوری»، برنامه های نرم افزاری وجود انسان، گیاه و حیوان از طریق میدان شعوری جدید، قابلیت اصلاح دارد.

برای مثال: استفاده از میدان شعوری برای اصلاح الگوی خواب

ب- تطابق نرم افزاری: در یک «میدان شعوری»، برنامه های نرم افزاری وجود، قابلیت تطابق و هم فازی با میدان شعوری جدید را دارند. از جمله نتایج حاصل از تطابق نرم افزاری در میدان شعوری، «مصونیت شعوری» است.

تئوری آلودگی شعوری

بر اساس یکی از نظریه های سایمنتولوژی حالات روانی انسان می تواند ایجاد «تشعشعات غیر فیزیکی» و یا به عبارتی «تشعشعات شعوری» نماید که نه موج است و نه ذره. این تشعشعات مثبت و منفی می تواند بر دیگران اثرات مثبت و منفی بگذارد. به همین دلیل است که در مواجهه با افراد مختلف، حالات متفاوتی به انسان دست می دهد و حالت های خوشایند یا ناخوشایند احساس می شود و به دنبال آن تغییر خلق نیز حادث می شود. اما نکته ی مهم در این رابطه امکان سرایت اختلال های مختلف از طریق تشعشعات شعوری منفی است. به عبارتی، هنگامی که کالبد روانی تشعشعات منفی ایجاد می کند، این تشعشعات می تواند باعث آلودگی و درگیری دیگران شده و آن ها را تحت الشعاع خود قرار دهد. برای مثال، افرادی که در ارتباط با اشخاص افسرده قرار می گیرند، پس از مدتی به آن ها نیز احساس افسردگی دست می دهد. از گروه هایی که به شدت در معرض آلودگی های تشعشعاتی قرار دارند، می توان از روان شناسان و مشاوران، دندان پزشکان، هیپنوتیزورها، وکلا و ... نام برد.

تئوری عملکرد مغز

مغز مجموعه آنتن هایی است که اطلاعات حواس مختلف داخلی و خارجی بدن را به کالبد های مختلف وجودی انسان مانند کالبد ذهنی (بخش ادراکات)، کالبد روانی (بخش احساسات) و سایر کالبد ها مخابره و یا از آن ها دریافت و به زبان جسم ترجمه می کند.

مطالب ارائه شده در این مقدمه، صرفاً جهت معرفی مقدماتی "سایمنتولوژی" است و مباحث اساسی این رشته به تفصیل در کتابی که در دست چاپ است در دسترس علاقمندان و پژوهشگران عزیز قرار خواهد گرفت.

با آرزوی توفیق الهی

محمد علی طاهری

اختلالات خلقی

افسردگی عمده و اختلال دو قطبی

تمرکز، از دست دادن اشتها، و افکار مرگ یا خودکشی وجود دارد. دیگر نشانه ها و علائم اختلالات خلقی عبارت است از تغییراتی در سطح فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم، و کارکردهای نباتی (از قبیل خواب، فعالیت جنسی و سایر نظم های زیستی). این تغییرات تقریباً همیشه موجب مختل شدن کارکردهای بین فردی، اجتماعی، و شغلی بیمار می شود.

اگر بیمار فقط به حمله های افسردگی عمده دچار شود، اصطلاحاً گفته می شود که به اختلال افسردگی عمده یا افسردگی یک قطبی مبتلا است. برای بیمارانی که به هر دو نوع حمله افسردگی و مانیا دچار می شوند و یا فقط حمله های مانیا را تجربه میکنند، تشخیص اختلال دو قطبی مطرح می گردد.

اختلال افسردگی عمده و اختلال دوقطبی از دیدگاه روان پزشکی، به ویژه در ۲۰ سال اخیر، دو اختلال جداگانه به شمار میروند. با این حال به تازگی این احتمال تجدید شده است که شاید اختلال دوقطبی، شکل شدیدی از بروز افسردگی عمده باشد. معاینه و بررسی دقیق بسیاری از بیمارانی که تشخیص اختلال افسردگی عمده بر آن ها گذاشته شده است، از وجود دوره هایی از رفتارهای مبتنی بر مانیا یا هیپومانیا در گذشته آنان پرده بر می دارد که تاکنون تشخیص داده نشده اند.

طبقه بندی اختلالات خلقی بر اساس TR-IV-DSM

طبق متن بازبینی شده چاپ چهارم DSM (DSM-TR-IV)، اختلال افسردگی عمده (که افسردگی یک قطبی نیز نامیده می شود) بدون سابقه ای از حملات مانیا، مختلط، یا هیپومانیا رخ می دهد. حمله افسردگی عمده باید لااقل دو هفته طول بکشد و بیماری که دچار حمله افسردگی عمده تشخیص داده می شود، باید لااقل چهار

اختلالات خلقی گروه وسیعی از اختلالاتی را شامل می شوند که خلق مرضی (پاتولوژیک) و آشفتگی های مرتبط با آن، نمای بالینی غالب آن ها را تشکیل می دهد. این اختلالات در برخی از ویرایش های قبلی کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ با عنوان اختلالات عاطفی^۲ شناخته می شدند، ولی بعداً اصطلاح اختلالات خلقی ترجیح داده شد. چون این اصطلاح حالت های هیجانی مداوم و پایدار را مد نظر قرار می دهد و فقط به تظاهر بیرونی (عاطفی) حالات گذرای هیجانی توجه نمی کند. اختلالات خلقی را می توان به بهترین وجهی با عبارت نشانگان (سندرم) توصیف کرد.

خلق ممکن است طبیعی^۳، بالا^۴، یا افسرده^۵ باشد. افراد به طور معمولی طیف وسیعی از حالات خلقی را تجربه می کنند و مجموعه تظاهرات عاطفی شان نیز به همان اندازه وسیع و بزرگ است؛ همچنین احساس می کنند که می توانند بر حالات خلقی و عاطفی خود کمابیش مسلط باشند. در اختلالات خلقی آن احساس تسلط از بین رفته و فرد رنج و عذابی عظیم می کشد.

در بیمارانی که خلق بالایی دارند (یعنی در مانیا)، گشاده خویی^۶، پرش افکار^۷، کاهش خواب، افزایش اعتماد به نفس و افکار خود بزرگ بینانه دیده می شود. در بیمارانی که خلق افسرده ای دارند (یعنی در افسردگی)، از دست دادن کارمایه (انرژی) و علاقه، احساس گناه، دشوار شدن

- 1- DSM
- 2- affective
- 3- normal
- 4- elevated
- 5- depressed
- 6- expansiveness
- 7- flight of ideas

علامت از فهرستی شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان کارمایه (انرژی)، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار عود‌کننده مرگ یا خودکشی را هم داشته باشد.

حمله مانیا، دوره مشخصی از «خلق دائماً و به شکل غیر طبیعی بالا، گشاده یا تحریک‌پذیر» است؛ مدت این دوره مشخص لااقل یک هفته و اگر لازم شد که بیمار بستری شود، کمتر است. حمله هیپومانیا که لااقل چهار روز باید طول بکشد، علائمی شبیه علائم حمله مانیا دارد، منتها آن قدر شدید نیست که اختلالی در عملکرد شغلی یا اجتماعی ایجاد کند و هیچ ویژگی سایکوتیکی در آن دیده نمی‌شود. مانیا و هیپومانیا هر دو دارای ویژگی‌های زیر هستند: اعتماد به نفس بالا، کاهش نیاز به خواب، حواس پرتی، شدید بودن فعالیت جسمی و ذهنی، و انجام مفرط رفتارهای خوشایند. تعریف اختلال دو قطبی I طبق TR-IV-DSM عبارت است از داشتن حداقل یک حمله مانیا یا مختلط و گاهی حملات افسردگی عمده در سیر بالینی، حمله مختلط، دوره‌ای به طول حداقل یک هفته است که در آن هر دو حمله مانیا و افسردگی عمده تقریباً هر روز پیدا می‌شود. گونه‌ای از اختلال دو قطبی که با دوره‌های افسردگی عمده و هیپومانیا (و نه مانیا) مشخص می‌شود، اختلال دو قطبی II نام دارد.

مشخصه اختلال دیس‌تایمی طبق تعریف TR-IV-DSM وجود لااقل دو سال خلق افسرده است که قابل تطبیق با تشخیص حمله مانیا و حمله افسردگی عمده تطبیق نکند.

همه گیر شناسی

میزان بروز و میزان شیوع

اختلال افسردگی عمده اختلال شایعی است که شیوع مادام‌العمرش حدود پانزده درصد و در زنان شاید بیست و پنج درصد است. میزان بروز اختلال افسردگی عمده

در بیمارانی که به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند و در بیماران بستری شده در بخش‌های طبی (داخلی) هم بالاست، به طوری که به ترتیب به ده و پانزده درصد می‌رسد. اختلال دو قطبی I کمتر از اختلال افسردگی عمده شایع است، به طوری که شیوع مادام‌العمرش حدود یک درصد و مشابه با شیوع مادام‌العمر اسکیزوفرنی است.

جنس

تقریباً در سراسر جهان و در همه کشورها و فرهنگ‌ها دیده شده که شیوع اختلال افسردگی عمده در زنان دو برابر مردان است. طبق فرضیه‌های ارائه شده دلایل این تفاوت عمده عبارت است از تفاوت‌های هورمونی، اثرات زایمان، تفاوت فشارهای روانی-اجتماعی زنان و مردان، و الگوهای رفتاری مربوط به درماندگی آموخته شده^۸. بر عکس اختلال افسردگی عمده، اختلال خلقی دو قطبی I در مرد و زن بطور یکسان شایع است.

سن

اختلال دو قطبی I عموماً در سنین پایین‌تر از اختلال افسردگی عمده شروع می‌شود. سن شروع اختلال دو قطبی I از کودکی (حتی پنج تا شش سالگی) تا پنجاه سالگی و حتی در موارد نادری بالاتر، و به طور متوسط سی سالگی است. متوسط سن شروع اختلال افسردگی عمده حدود چهل سالگی است و حدود پنجاه درصد از کل این افراد بیماری‌شان در سنین بیست تا پنجاه سالگی شروع می‌شود. اختلال افسردگی عمده نیز ممکن است در کودکی یا پیری شروع شود.

وضعیت تاهل

اختلال افسردگی عمده بیشتر در افرادی که فاقد رابطه بین فردی نزدیک هستند یا از همسر خود طلاق گرفته یا جدا شده‌اند بیشتر دیده می‌شود. اختلال دو قطبی I ممکن است در افراد طلاق گرفته یا مجرد بیشتر از افراد متأهل دیده شود، اما این تفاوت نشان‌دهنده شروع زودرس و

8- learned helplessness

ناهماهنگی زناشویی حاصل از آن است، که از خصوصیات این اختلال شمرده می شود.

مسایل اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی

هیچ ارتباطی بین وضعیت اجتماعی - اقتصادی افراد و اختلال افسردگی عمده پیدا نشده است؛ اما میزان بروز اختلال دوقطبی I در گروه های اجتماعی - اقتصادی بالاتر، بیشتر از متوسط به نظر می رسد افسردگی در نواحی روستایی شایع تر از نواحی شهری است.

آمین های زیستی

نوراپی نفرین و سروتونین دو انتقال دهنده عصبی از نوع آمین زیستی هستند که بیشترین دخالت را در پاتولوژی اختلالات خلقی دارند.

نابهنجاری های خواب

افسردگی با فقدان پیش رس خواب عمیق (موج آهسته) و افزایش سطح بیداری شبانه ادامه دارد. دومی با چهار نوع آشفتگی تظاهر می کند: (۱) افزایش در بیدار شدن های شبانه، (۲) کاهش زمان کلی خواب، (۳) افزایش خواب REM فاز یک، و (۴) کاهش درجه حرارت داخلی بدن.

عوامل وراثتی

داده های وراثتی قویاً دلالت بر این دارد که یکی از عوامل مهم در پیدایش اختلالات خلقی وراثت است و البته الگوی به ارث رسیدن این اختلالات ساز و کارهای پیچیده ای دارد. نه تنها نمی شود اثرات روانی - اجتماعی را نادیده گرفت، بلکه عوامل غیر وراثتی هم لاقلاً در برخی افراد ممکن است نقشی سببی در پیدایش اختلالات خلقی ایفا کنند. در انتقال اختلال دوقطبی I مؤلفه وراثتی قوی تری در کار است، تا در انتقال اختلال افسردگی عمده. مطالعات متعدد خانوادگی، فرزندخواندگی و دوقلوها از دیرباز قابلیت توارث اختلالات خلقی را ثابت کرده اند. معهداً، اخیراً تمرکز اولیه مطالعات ژنتیک شناسایی ژن های مسئول خاص با استفاده از روش های ژنتیکی ملکولی است

بررسی خانواده ها

مطالعات خانوادگی حاکی است که اگر یکی از والدین شخص مبتلا به اختلال خلقی باشد، شانس ابتلا کودک به آن اختلال بین ۱۰ تا ۲۵ درصد است. اگر هر دو والد مبتلا باشند این خطر تقریباً دو برابر می شود. هر چه اعضاء بیشتری از خانواده مبتلا باشند خطر برای کودک بیشتر است. خطر زمانی بالاتر است که اعضا مبتلا بستگان درجه اول باشند تا اعضا دورتر خانواده. سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی کلاً با خطر بالاتر ابتلا به اختلال خلقی، مخصوصاً دوقطبی همراه است، اختلال یک قطبی معمولاً شایعترین اختلال خلقی در خانواده های افراد نمونه مبتلا به اختلال دوقطبی است، همپوشی خانوادگی حاکی از درجاتی از اساس ژنتیک مشترک بین این دو نوع اختلال خلقی است، وجود بیماری شدیدتر در خانواده نیز حاکی از خطری بالاتر است.

عوامل روانی - اجتماعی

وقایع زندگی و استرس محیط: رویدادهای استرس آمیز زندگی قبل از نخستین دور اختلالات خلقی بیشتر از دوره های بعدی رخ می دهند. این ارتباط، هم در بیماران دچار اختلال افسردگی عمده گزارش شده است و هم در اختلال دوقطبی I. استرسی که به حمله اول می انجامد، تغییراتی دیرپا در وضعیت زیستی مغز ایجاد می کند. برخی از متخصصین معتقدند که وقایع زندگی نقش اصلی یا درجه اول را در افسردگی ایفا می کند. قانع کننده ترین داده ها حاکی از آن است که مرتبط ترین واقعه با پیدایش بعدی افسردگی، از دست دادن یکی از والدین پیش از ۱۱ سالگی است. از استرس های محیطی نیز آن که بیشترین رابطه را با شروع حمله افسردگی دارد، از دست دادن همسر است. عامل خطر ساز دیگر بیکاری است. افرادی که فاقد شغل هستند سه برابر بیشتر از کسانی که کار می کنند احتمال دارد علائم یک حمله افسردگی عمده را ذکر کنند.

عوامل شخصیتی

هیچ نوع صفت شخصیتی یا نوع شخصیت به عنوان زمینه ساز منحصر برای افسردگی شناخته نشده است. تمام انسان ها با هر گونه الگوی شخصیتی تحت شرایط مناسب ممکن است دچار افسردگی گردند.

تشخیص

اختلال افسردگی عمده

در TR-IV-DSM معیارهای حمله افسردگی عمده جدا از معیارهای تشخیصی بیماری های مرتبط با افسردگی فهرست شده است.

معیارهای DSM-IV-TR در مورد حمله افسردگی

عمده

الف) حداقل پنج تا از علائم زیر همزمان در یک دوره دوهفته ای وجود داشته باشد و نشانه تغییری در کارکرد قبلی باشد؛ حداقل یکی از علائم یا (۱) خلق افسرده یا (۲) از دست دادن علاقه و احساس لذت است.

۱- خلق افسرده اکثر مواقع روز، یا با گزارش ذهنی (مثل احساس غمگینی و پوچی)، یا مشاهدات دیگران (مثلاً غمگین و اشکبار بودن).

۲- کاهش قابل ملاحظه علاقه یا احساس لذت نسبت به تمام، یا تقریباً تمام فعالیت ها، در قسمت عمده روز، تقریباً هر روز (بطوری که شرح ذهنی بیمار یا مشاهدات دیگران نشان می دهد).

۳- کاهش چشمگیر وزن بدن بدون اجرای برنامه (رژیم) خاصی برای لاغری، یا افزایش وزن، یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً همه روزها.

۴- بی خوابی یا پر خوابی تقریباً هر روز.

۵- تحریک یا کندی روانی - حرکتی تقریباً هر روز (قابل مشاهده برای دیگران؛ فقط مربوط به احساس های ذهنی بی قراری یا کندی نمی گردد).

۶- احساس خستگی یا از دست دادن انرژی تقریباً هر روز.

۷- احساس بی ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب (که ممکن است هذیانی باشد) تقریباً

هر روز.

۸- کاهش توانایی تفکر یا تمرکز، یا بلا تصمیمی، تقریباً هر روز (به شرح ذهنی بیمار یا مشاهدات دیگران).

۹- افکار عود کننده ای درباره مرگ (نه فقط از ترس مردن)، فکر مکرر خودکشی بدون هیچ نقشه خاصی، اقدام به خودکشی، یا داشتن نقشه ای معین برای انجام خودکشی.

ب) علائم شامل ملاک های یک دوره مختلط نمی گردد.

ج) علائم از نظر بالینی رنج و عذاب چشمگیری برای بیمار ایجاد کرده باشد و یا کارکردهای او را در حوزه های اجتماعی، شغلی یا حوزه های مهم زندگی مختل کرده باشد.

د) علائم ربطی به اثرات جسمی مستقیم یک ماده یا یک بیماری طبی عمومی نداشته باشد.

ه) داغدیدگی، توضیح بهتری برای علائم ارائه نمی کند، یعنی پس از فقدان فردی محبوب، علائم بیش از دو ماه دوام می یابد و یا با تخریب عملکردی بارز، اشتغال ذهنی بیمارگونه با بی ارزشی، تفکر انتحاری، علائم پسوکوتیک، یا کندی روانی - حرکتی به همراه می باشد.

اختلال دو قطبی I

در TR-IV-DSM برای معیارهای مربوط به حمله مانیا فهرست جداگانه ای وجود دارد. لازم است هر دوره مشخص خلق غیر طبیعی لا اقل یک هفته طول کشیده باشد.

معیارهای TR-IV-DSM در مورد حمله مانیا

الف) یک دوره مشخص خلق غیر طبیعی و مستمراً بالا، توأم با احساس خود بزرگ بینی، یا تحریک پذیر، که حداقل یک هفته طول می کشد (اگر بستری شدن ضرورت یابد).

ب) طی دوره اختلال خلق، حداقل سه تا از علائم زیر به طور مداوم و به حد چشمگیری وجود داشته باشد.

۱- اعتماد به نفس بیش از حد، یا خودبزرگ بینی.

۲- کاهش نیاز به خواب.

۳- حرافی بیش از معمول، یا احساس فشار

دوره های مانیا

نشانه اساسی دوره های مانیا، خلق بالا، گشاده، یا تحریک پذیر است. خلق بالا نشئه آمیز است و معمولاً کیفیتی سرایت کننده دارد، بطوری که ممکن است پزشک بی تجربه را به انکار ضد انتقالی^۹ بیماری وا دارد. غالباً، در خلق بیمار تغییر بارزی از حالت نشئه در اوائل دوره به تحریک پذیری در اواخر دوره پدید می آید. قمار بازی بیمارگونه، میل به کندن لباس در ملاء عام، استفاده از لباس و زیور آلات دارای رنگ های روشن و ناهماهنگ و بی توجهی به جزئیات نیز از علائم این اختلال است.

سیر و پیش آگهی

مطالعات متعدد سیر و پیش آگهی اختلالات خلقی به این نتیجه کلی رسیده که اختلالات خلقی میل به سیر طولانی دارند و بیماران در معرض عود بیماری قرار دارند. هر چند اختلالات خلقی در مقایسه با اسکیزوفرنی خوش خیم شمرده می شوند، موضوع همیشه اینطور نیست؛ اختلالات خلقی تاوان سنگینی از افراد مبتلا می گیرند. استرس روانی - اجتماعی ممکن است در ایجاد اولیه اختلالات خلقی نقشی داشته باشد.

اختلال افسردگی عمده

سیر

شروع: حدود ۵۰ درصد از بیماران در دوره اول اختلال افسردگی قبل از مشخص شدن دوره علائم قابل ملاحظه افسردگی داشته اند. مفهوم ضمنی آن این است که شناخت و درمان بموقع علائم ممکن است مانع پیدایش یک دوره کامل افسردگی شود.

در حدود ۵۰ درصد بیماران نخستین دوره افسردگی قبل از چهل سالگی شروع می شود، شروع دیررس با فقدان سابقه خانوادگی اختلالات خلقی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، و سوء مصرف الکل رابطه دارد.

طول مدت: یک دوره افسردگی درمان نشده شش تا سیزده ماه طول می کشد؛ اکثر موارد درمان شده سه ماه دوام می یابد. قطع داروهای ضد افسردگی قبل از سه ماه
9- Contertransferential denial

برای صحبت مستمر.

۴- پرش افکار یا این احساس ذهنی که افکار دارند با هم مسابقه می دهند.

۵- پریشانی حواس.

۶- افزایش رفتار هدفدار (از نظر اجتماعی، شغلی، تحصیلی یا فعالیت جنسی) یا تحریک روانی - حرکتی.

۷- پرداختن بیش از حد به امور لذت بخشی که به احتمال خیلی زیاد عواقب ناراحت کننده ای دارند.

ب (علائم مذکور جزء معیارهای حمله مختلط نباشد.

ج (به هم ریختگی خلق به قدری شدید باشد که کارکردهای شغلی، یا فعالیت های معمول اجتماعی، یا روابط فرد با دیگران را به وضوح مختل کرده باشد، یا برای آن که مانع از صدمه رساندن فرد به خودش یا دیگران شوند، مجبور به بستری کردنش باشند، یا خصایص سایکوتیک وجود داشته باشد.

د (علائم مذکور از اثرات جسمی مستقیم یک ماده یا یک بیماری طبی عمومی ناشی نشده باشد.

خصایص بالینی

دو الگوی علائم اساسی در اختلالات خلقی وجود دارد، یکی برای افسردگی و دیگری برای مانیا. دوره های افسردگی، هم در اختلال افسردگی عمده روی می دهد و هم در اختلال دو قطبی I.

دوره های افسردگی

اضطراب علامت شایعی از افسردگی است و تا ۹۰ درصد بیماران افسرده تحت تأثیر آن قرار می گیرند. سایر علائم نباتی مشتمل است بر اختلال قاعدگی و کاهش میل و عملکرد جنسی.

افسردگی در کودکان و نوجوانان: ترس از مدرسه و چسبندگی به والدین ممکن است علایم افسردگی در کودکان باشد. عملکرد تحصیلی ضعیف، سوء مصرف مواد، رفتار ضد اجتماعی، بی مبالاتی جنسی، مدرسه گریزی و فرار از خانه ممکن است علائم افسردگی در نوجوانان باشد.

تقریباً همیشه به عود علائم می انجامد. با پیشرفت سیر بیماری؛ دوره ها طولانی تر و بیشتر می گردند. در یک دوره ۲۰ ساله تعداد متوسط دوره ها پنج یا شش بوده است.

پیدایش حملات مانیا: حدود پنج تا ده درصد بیماران که تشخیص اولین دوره اختلال افسردگی عمده دارند، شش تا ده سال پس از اولین دوره افسردگی یک دوره مانیا را تجربه می کنند. میانگین سنی به هنگام این تغییر ۳۲ است و غالباً پس از دو تا چهار دوره افسردگی این حالت رخ می دهد.

بعضی از پزشکان گزارش کرده اند که افسردگی بیمارانی که بعدها مبتلا به اختلال دوقطبی I طبقه بندی می شوند، با پرخوابی، کندی روانی - حرکتی، علائم سایکوتیک و سابقه دوره های افسردگی پس از زایمان، سابقه خانوادگی اختلال دو قطبی I و سابقه هیپو مانیا ناشی از داروهای ضد افسردگی رابطه دارد.

اختلال افسردگی عمده، اختلال خوش خیمی نیست. میل به مزمن شدن دارد و بیماران دچار عود بیماری می گردند. بیمارانی که در دوره اول اختلال افسردگی عمده بستری می شوند، حدود ۵۰ درصد شانس بهبود در سال اول را دارند. عود اختلال افسردگی عمده نیز شایع است. حدود ۲۵ درصد بیماران در شش ماه اول، ۳۰ تا ۵۰ درصد در دو سال اول و حدود ۵۰ تا ۷۵ درصد در پنج سال اول پس از ترخیص از بیمارستان، دچار عود بیماری می گردند. هرچه بیمار دوره های بیشتری از افسردگی را تجربه می کند، فاصله بین دوره ها کمتر شده و شدت هر دوره بیشتر می گردد.

اختلال دو قطبی I

سیر طبیعی اختلال دو قطبی I به گونه ای است که غالباً رسم نموداری از اختلال بیمار و روزآمد کردن آن با پیشرفت درمان مفید است. اختلال دو قطبی I غالباً با افسردگی شروع می شود (۷۵ درصد موارد در زنان و ۶۷ درصد در مردان) و اختلالی عودکننده است. اکثر بیماران، هم دوره های مانیا و هم افسردگی را تجربه می کنند، هر چند ده تا بیست درصد آن ها فقط دوره های مانیا دارند.

دوره های مانیا بطور تپییک شروع حاد دارند، اما ممکن است ظرف چند هفته تکمیل شود. دوره مانیا درمان نشده، حدود سه ماه دوام می یابد؛ پنج تا پانزده درصد افراد مبتلا به اختلال دو قطبی I در طول سال چهار یا پنج حمله بیماری پیدا می کنند و می توان آن ها را تحت عنوان تند چرخ طبقه بندی کرد.

درمان

درمان بیماران مبتلا به اختلالات خلقی باید معطوف به چند هدف باشد، اولاً، سلامتی و ایمنی بیمار باید تضمین شود. ثانیاً ارزیابی تشخیصی کامل باید به عمل آید. ثالثاً، طرح درمانی باید نه تنها به علائم فعلی بلکه به رفاه کلی بیمار معطوف باشد. هر چند تاکید فعلی بر درمان دارویی و رواندرمانی معطوف به خود بیمار است، رویدادهای استرس آمیز زندگی نیز با افزایش میزان عود بین بیماران مبتلا به اختلال خلقی همراه است. بنابراین، درمان باید از تعداد و شدت عوامل استرس زای زندگی بیمار بکاهد.

بستری کردن

اولین و مهم ترین تصمیم پزشک این است که آیا لازم است بیمار بستری شود یا درمان سرپایی مناسب است. خطر خودکشی یا دیگر کشی، کاهش بارز توانایی در مراقبت از خود از نظر تغذیه و مسکن و نیز نیاز به آزمایشات تشخیصی از موارد لزوم آشکار برای بستری شدن است. سابقه پیشرفت سریع علائم و متلاشی شدن نظام های حمایتی معمول بیمار، موارد مجاز دیگر بستری شدن بیمار هستند.

بیماران مبتلا به اختلال خلقی غالباً تمایلی برای بستری شدن نشان نمی دهند و به همین جهت احتمالاً لازم می گردد که جبراً بستری شوند. بیماران افسرده به علت کندی تفکر، و نگرش منفی به زندگی و یأس، غالباً قادر به اتخاذ تصمیم نیستند، بیماران مانیک چنان فاقد بینش نسبت به بیماری خود هستند که بستری شدن برای آن ها مطلقاً بی معنی می نماید.

درمان های روانی - اجتماعی

اکثر مطالعات حاکی از آن است که ترکیب روان درمانی و

دارو درمانی مؤثرترین درمان برای اختلال افسردگی عمده است و اعتقاد اکثر بالینگران و پژوهندگان نیز همین است، اما برخی داده ها بر نظر دیگری دلالت دارد. یعنی حاکی از آن است که لااقل در بیمارانی که حمله های افسردگی عمده خفیفی دارند، دارو درمانی و روان درمانی، هر کدام به تنهایی هم مؤثر است و استفاده مرتب از درمان ترکیبی باعث افزایش هزینه درمان و قرارگرفتن بیمار در معرض عوارض غیر ضروری می گردد.

سه نوع روان درمانی کوتاه مدت - شناخت درمانی، درمان بین فردی، و رفتار درمانی - از نظر تأثیر در درمان اختلال افسردگی اساسی مورد مطالعه قرار گرفته اند.

دارو درمانی

وقتی تشخیص ثابت شد، روش درمان دارویی را می توان طرح ریزی کرد و تشخیص دقیق حائز اهمیت اساسی است. چون اختلالات یک قطبی و دو قطبی مستلزم رژیم های درمانی متفاوتی هستند.

هدف درمان دارویی بهبود علائم است، نه کاهش علائم. بیماران واجد علائم باقیمانده در مقایسه با بهبود کامل، احتمال بیشتری هست که دچار عود یا بارخیزی دوره های خلقی شوند و تخریب جاری در کارکرد روزمره را تجربه کنند.

اختلال افسردگی اساسی

استفاده از داروهای خاص شانس بهبود بیمار را در ظرف ۱ ماه حداقل دو برابر می سازد.

تمام داروهای ضد افسردگی قابل وصول فعلی ممکن است ۳ تا ۴ هفته طول بکشد که اثرات درمانی خود را ظاهر سازند، هر چند ممکن است زودتر از آن اثرات درمانی شروع شود.

انتخاب ضد افسردگی بسته به نمای اثرات جانبی که با در نظر گرفتن وضعیت جسمی بیمار خاص، مزاج و سبک زندگی او، کمتر از همه قابل اعتراض است تعیین می شود، طبقات متعدد داروهای ضد افسردگی قابل وصول است؛ که بسیاری از آن ها مکانیزم تأثیر متفاوتی دارند و این نشان دهنده

شواهد غیر مستقیم از ضایعات بیوشیمیایی ناهمگون اختلال است. هر چند نخستین داروهای ضد افسردگی MADI و سه حلقه ای ها (TCAs) هنوز مورد استفاده هستند، ترکیبات تازه تر درمان افسردگی را با روابط دوستانه نزدیک و بیمار، فراهم کرده اند.

ضد افسردگی های قابل وصول از نظر تأثیر کلی، سرعت پاسخ دهی، و اثر بلند مدت تفاوتی با هم ندارند. معهذاً، داروهای ضد افسردگی از نظر فارماکولوژی، اثرات متقابل و اثرات جانبی دراز مدت، احتمال سندرم قطع دارو و سهولت تعدیل دوز با هم تفاوت دارند.

مورد مصرف اصلی ضد افسردگی ها، حمله افسردگی عمده است. نخستین علائمی که بهبود می یابد، اغلب الگوهای معیوب خواب و اشتهاست. سرآسیمگی، اضطراب، حملات افسردگی و نوسانی علائمی است که دیرتر بهبود می یابد. سایر علائم هدف عبارت است از کمبود انرژی، ضعف تمرکز، احساس درماندگی و کاهش زیستمایه (لیپیدو).

درمان با ضد افسردگی ها باید به مدت حداقل شش ماه یا بطول دوره قبلی افسردگی، هر کدام که طولانی تر باشد، ادامه یابد.

جایگزین های دارویی

درمان عضوی جایگزین دارو درمانی، درمان با شوک الکتریکی است. درمان با شوک الکتریکی عموماً زمانی به کار می رود که بیمار به دارو درمانی پاسخ ندهد یا نتواند دارو درمانی را تحمل کند. یا مشکل بالینی او به قدری شدید باشد که بهبود سریع با ECT واجب گردد.

منابع:

- خلاصه روانپزشکی / کاپلان و سادوک / ویراست نهم / ترجمه دکتر حسن رفیعی، دکتر فرزین رضاعی / انتشارات ارجمند / جلد دوم / ۲۰۰۳ / چاپ پنجم ۱۳۸۷
- خلاصه روان پزشکی / کاپلان و سادوک / ویرایش دهم / ترجمه دکتر نصرت الله پورافکاری / انتشارات شهر آب / جلد دوم / ۲۰۰۷ / چاپ اول ۱۳۸۸

مورد خانمی ۲۶ ساله و متأهل است که از سن ۹ سالگی با ترس بی مورد از مرگ مادر، دچار حمله های شدید اضطراب، گریه، پر حرفی، تپش قلب و تهوع می شد که حدود دو هفته طول می کشید و با بی قراری، بی خوابی و در نهایت عصبانیت شدید همراه بود. این حملات ۳ تا ۴ بار در سال عود می کرد. ۶ هفته بعد از ازدواج به دنبال فوت پدر (۵ سال قبل) بیماری عود می کند و علائم تشدید می شود. با مراجعه به روانپزشک و مصرف ۲۴ عدد قرص در روز که بیمار نام آنها را به یاد نمی آورد به مدت ۶ هفته علائم کمتر می شود ولی مصرف دارو عوارضی از قبیل افسردگی، خواب زیاد، بی تفاوتی و بی انگیزگی در پی داشت.

از سال ۱۳۸۵ در پی آشنایی با فرادرمانی و سایمنتولوژی، بعد از اولین جلسات فرادرمانی تغییراتی حاصل شد و به علت عوارض دارویی تمایل به ادامه این روش را ابراز می کند. با مراجعات مکرر به روانپزشک و با توجه به بهبودی علائم، دوز دارو کاهش می یابد. ولی پس از ۶ ماه فرادرمانی تصمیم می گیرد علی رغم توصیه پزشک مبنی بر اینکه با قطع دارو دچار علائم شدید ترک دارو می شود، دارو را قطع می کند، ولی جز یک الی دو شب سر درد خفیف، حملات دیگری را تجربه نمی کند. ایشان یک سال قبل افسردگی خفیف طی بارداری داشته اند که با فرادرمانی بهبود حاصل می شود و بعد از زایمان نیز مشکلی نداشته اند.

سابقه خانوادگی بیمار:

مادر افسرده و برادر پر خاشگر و مضطرب بوده اند.

نتیجه:

بیمار خانمی است با تشخیص اختلال دو قطبی که علائم با حملات پانیک که در پایان منجر به عصبانیت شدید می شده، شروع شده اند. بیمار مدت ها تحت درمان قرار داشته که با توجه به عدم آگاهی از دارو، نمی توان نوع درمان را مشخص کرد؛ ولی در هر صورت با مصرف داروها بطور نسبی تحت کنترل بوده است، مزید بر اینکه عوارض شدید دارویی داشته است. پس از فرادرمانی، بیمار خودسرانه و ناگهانی داروها را قطع می کند که خوشبختانه علائم ترک دارو در او ظاهر نمی شود. در طی حاملگی نیز مختصری عود علائم داشته که با فرادرمانی و بدون دارو کنترل می گردد. پس از زایمان نیز عود علائم نداشته است و همچنان در بهبودی نسبی به سر می برد.

شرح حال ارائه شده توسط روانپزشک معالج

باسمه تعالی

شماره پرونده: F.D

تاریخ مراجعه اول: ۸۹، ۷، ۱۴

نام و نام خانوادگی: سن: ۲۶ جنسیت: تحصیلات: متاهل / مجرد:

اهلیت: تاریخ ازدواج: ۵ سال شغل: کارگر تعداد فرزندان و نوع جنسیت: ۳ نفره

آدرس و شماره تماس منزل:

در جدول زیر مشخصات افرادی را که با آنها زندگی می کنید را تکمیل نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با مراجع	سن	تحصیلات	شغل
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

تشخیص پزشک:
شرح بررسی اولیه: شروع علائم از سن ۹۷۲ سالگی به شکل آیدر قرار است حادثه خوشایند
و دچار سردرد، Frequent Anxiety، کپش قلب، تهوع، استفراغ، سرگیجه، عدم تحمل نور و صدا،
بیقراری، Insomnia، اختلال در خواب، عصبانیت شدید شده و وابستگی آب نمک،
مایه های مازوسی، سردی مزمن، جفون، آلرژی یا بیماری با مدت بسیار زیاد بر روی
کرده و تشنیه علائم و شروع درمان بعدی به دست آمده، زیرا تقریباً یک سال بعد از آن
درمان علائم بهتر شده بود، اما مدت زمان ۴۵ hr - ۳۲ وی دچار حواشی تاریکی
شد به شکل افروزی در خواب راجع به عارضی دی الکتریکی، بعد از شروع فوفا (۷۲۲ تا)
بصرف نام بعد اولین جلسه آرامش پیدا کرده و حالت بی ادویه مراجعات کمتر شد
روایت داده شده و ناخواسته به بهبود علائم روز را دو کاهش پیدا کرد، این وضعیت
نام و نام خانوادگی پزشک
که علائم را فراموش کرده شد به دلیل with ۳۵۶۶ F.D. ۸۹، ۷، ۱۴ اعضا را در بیمارستان

[illegible]

D.O. $\frac{R}{B.O} \rightarrow$ treatment

بیمار بنام او ...

من . تولد ۱۳۷۲ دارای تحصیلات لیسانس ، تحصیل در دانشگاه فرهنگیان

مهرماه ۱۳۹۰ از سن ۹ سالگی دچار عصبیت منکره شدم که بیشتر در فصل بهار و تابستان بروز می کرد

و حدود ۱۵ تا ۲۰ روز طول می کشید و در این دوره از حالت های تشنج استرس و اضطراب شدید

بهراری ، طش قلب ، تکرار ادرار و منوع ، استفراغ ، بی اشتها ، گریه های شدید و دهانیت

خشیم و مصیبت منجر به اتمام این حالت های منکره می گردید و در بزرگسالی با تشنج و اضطراب و

بیماری های زمینه ای منکره می گردید به مدت ۱۰ سالگی منکره می گردید . و منکره می گردید و با تشنج و

درمان های و خواب آلودگی شدید تحت معالجه قرار می گرفتیم . تا اینکه یکسال بعد از ازدواج بدن ۲۰ سالگی بعد

از تولد بدین این حالت به شکل منکره می گردید و طولانی تر می گردید با تشنج و تشنج و تشنج و تشنج

معالجه های منکره می گرفتیم (دکتر شمس الدین انصاری) و معالجه های با دوز داروی منکره می گرفتیم و دارم

طوری که روزی ۲۴ قرص مصرف می کردم و حدود هفته تا ماه یکبار به پزشک مراجعه می کردم تا اینکه ۱۳۹۶

با فرار از منکر (ختم کننده منکر) آشنا شدم و ۲۰ جلسه انتقال فرار منکر گرفتم و در خودم تغییراتی احساس

کردم و چون به بزرگسالی از علائم منکره منکره می شدم تشنج منکره می شدم ، تشنج منکره می شدم ، تشنج منکره می شدم

بیمار خانمی ۴۷ ساله حدود ۱۰ سال قبل به علت افسردگی، علائم پرخوابی، افزایش تمایلات جنسی^۱، توهم بینایی^۲، و حسی^۳ و جسمی^۴ بصورت احساس کش آمدن پا و بی قراری، در بیمارستان بستری و تحت درمان قرار گرفتند. بعد از گذشت ۵ روز داروی لیتیوم را قطع کردند و پس از آن تقریباً هر ماه حملات افسردگی، اضطراب و ترس را به مدت ۱ تا ۲ روز تجربه می کردند و فقط به روانشناس مراجعه می کردند.

سه سال قبل در پی خودکشی فرزند، که او نیز دچار اختلال دو قطبی بوده، با مکانیزم انکار مرگ فرزند، دوباره دچار افسردگی شدید می شوند و اقدام به خودکشی می نمایند. وی مجدد تحت درمان دارویی قرار می گیرد اما به خاطر عوارض دارویی بعد از یک هفته دارو را قطع می کند. پس از مدت کوتاهی با فرادرمانی و سایمنتولوژی آشنا می شوند و طی یک سال بیرون ریزی های زیادی را تجربه می کند. سپس با گرفتن ارتباطهای مکرر فرادرمانی و سایمنتوتراپی، علائم رفع شده است. تا کنون علائم صرفاً در سالگردهای فوت فرزند تشدید شده است^۵ که هر بار با کمک فرادرمانی و سایمنتوتراپی مجدد کنترل گردیده است.

نتیجه

این بیمار نیز از ۱۰ سال قبل دچار اختلال دو قطبی بوده است و زمینه ارثی قوی را نشان می دهد. تا قبل از آشنایی با فرادرمانی - سایمنتولوژی، درمان کافی نگرفته بوده است در نتیجه عودهای مکرر با زمان های کوتاه داشته است که پس از آشنایی با این شیوه طب مکمل، از ۲ سال قبل در کنترل نسبی بوده و حملات مکرر قبلی رفع شده اند و به نظر می رسد که حال ایشان بسمت بهبودی کامل^۶ می رود. این مسئله در پیگیری های بعدی روشن خواهد شد.

1- Hyper Sexuality

2- Visual Hallucination

3- Tactile

4- somatic

۵- مشکلات بینشی عامل بازگشت برخی بیماری هاست و تا زمان رفع این اشکال، ممکن است حتی پس از بهبودی، در صورت مواجهه با حوادث مرتبط با اشکال بینشی فرد (برای مثال ترس از مرگ)، بازگشت بیماری مشاهده شود. به اینگونه بیماری ها "ذهنی - تنی" گفته می شود.

6- complete remission

شرح حال ارائه شده توسط روانپزشک معالج

[illegible]

قطع کرده کلاً بعد از $5 \mu s$ به سطح $0.5V$ در $10 \mu s$ باز می‌گردد
 بعد از این کار تقریباً ماضی ایا در یک صد و ده درصد از آن به $0.5V$ باز می‌گردد
 سطح $0.5V$ در $10 \mu s$ باز می‌گردد
 $90 \mu s$: بعد از این به سطح $0.5V$ باز می‌گردد
 قطع کرده در $10 \mu s$ به سطح $0.5V$ باز می‌گردد

$F.H$: به $0.5V$ باز می‌گردد

$P.H$: به $0.5V$ باز می‌گردد

MSE :

$speech \rightarrow talkative$

$D, P, I, B, D + conversion \rightarrow revision$

$\{ Hist, PT, hyperactive \}$

19, 1, 11

Full

این باب ، ۴۷، سال ۱۳۷۸ هجری، رجاء امری

شده بود و در بیابان آینه (شهر بزرگ) رفت نظر روانی شک قرار گزینم
 باقیه به مصرف زمین گزینم ، روانی شک مجبورم ، هانم دختر حاد ، تسخیر مایه ،
 دارند . من به حدی حال بدی داشتم که یک روز ، زیر شکم به من تومور بتری کرد که
 من قبول نکردم و به مرور مصرف دارو را کاهش دادم و بعد قطع کردم . بعد از آن ، هر چند
 وقت یک بار ، دچار اضطرابی شده بودم و اضطراب ، دلشوره ، ترس و ...
 از جمله حالت های مداوم من بود .

در سال ۱۳۸۶ فرزند دوم من به نام که بسیار در درجه من بود، خودکشی کرد و فوت کرد. من به مرز برگ رسیدم. در تیرماه همان سال دست چپ خودکشی کردم که مرا به بیمارستان تهران رساندند و فحاش می‌داکترم وی از تفرقه وضع و غمی داشتم. بعد از آن، با فرزادهای آشنایم، در شروع به مداد از این طریق کردم و نیز گرسن پیش های صبح از طریق رشتن به کلاس های فرادانی.

حیدرقت بیگم، با خانم دکتر حداد، ملاقات ماژسم رایشان فرمودند. من از وضعیت
 $B_{II} D$ به $B_I D$ رسیدیم و این وضعیت خوبی است و روند درمان من در این سال
 روند بسیار خوبی بوده و گفتند، انتظار بیشتری بیمار $B_I D$ باید مرتب دارو مصرف کند ولی
 من نه این مورد حتی یک عدد قرص مصرف نکردم - تا کنون از استا دیسایکلوزیم
 ۷۵۰ ارشام ریجی خوبی دارم و خودم نیز تدریس میکنم.

مورد خانمی ۴۹ ساله که حدود ۱۶ سال قبل با شروع افسردگی شدید و بی خوابی دچار کاهش حافظه، تحریک پذیری، علایم وسواس فکری، افکار منفی، شلوغی ذهن، وسواس در شستشو، گریه زیاد، ریزش مو، اگزما، درد دندان ها، بی قراری و بی حوصلگی شده که دوره های عود به مدت ۶ ماه داشته است. وی تحت درمان دارویی شامل داروهای: اگرازپام، آمی تریپتیلین، دوگسپین، ایمپیرامین، کلر پرومازین و دیازپام قرار گرفته بوده است. این بیمار از ۴ سال قبل با فرادرمانی و سایمنتولوژی آشنا می شود و بعد از ۲ ماه احساس تغییر خلقی کرده و بتدریج داروها را کم می کند. ولی عود مکرر نداشته و از ۲ سال قبل کاملاً علایم بیماری از بین رفته و داروها را قطع نموده است. وی احساس لذت دارند و تنگی نفس و احساس ناراحتی در قلب نیز کاملاً رفع شده است.

قابل ذکر است که بیمار از کودکی سابقه روماتیسم قلبی داشته است که دوبار از بالون استفاده شده اما بعد از مدتی مجدداً دچار تنگی دریچه قلبی گردیده و علایم تنگی نفس شدید پیدا می کرده است. این علایم نیز با فرادرمانی کاملاً رفع گردید.

نتیجه:

با توجه به علایم برای بیمار اختلال افسردگی اساسی همراه با وسواس مطرح می باشد که دوره هایی به شکل بهبودی نسبی^۱ داشته و با درمان نیز هیچگاه بهبود کامل نداشته است ولی پس از استفاده از فرادرمانی و سایمنتوتراپی بهبودی کامل پیدا کرده است.

1- partial remission

شرح حال ارائه شده توسط روانپزشک معالج

[illegible][illegible]

اظہار نظر بیمار

Subject:

Date:

نام بیمار

انتخاب

رویا قسم قلبی داشتیم حدوداً ۲ سال ادامه داشت و بعد از
استفاده از کرم (سین سلیس ۱۲۰۰)
در ریه و سینه چاهیم مدت آن بیرونیک معده فک کردم و وقتیکه
بدم کاملاً مثبت شده بود.
افزودگی شدید داشتیم حدوداً ۱ سال طول کشید.
و سرش معوی شدید اکثر مایه دہت داشتیم.
از آن مایه زیاد زدن درد داشتیم. ۲ بار حمل با این قلب
انجام دادیم.
بعد از این با این کار کرد حدوداً ۱۵ سال خبر بودم حداقل
کمر خردم غرق نفاشتم.
بعد از ۱ سال دوباره کمر من قلب درد پیدا کردم دوباره با این
کردم. ولی بعد از ۳ سال خوب بود.
برای بار سوم تنفس داشتیم. اصلاً خواب نداشتم نمی توانستم
دراز نکشتم نمی توانستم قدم بزنم. ولی اصلاً نداشتم تحمل کنم
برای بار سوم برای مدت قلب رفتم ولی اصلاً نداشتم تحمل کنم
و در نهایت نه آن برای بار سوم می خواهم با این مرض نمی شود چون رگ
قلب می پاره می شود. باید مداخله و برای من دارو تجویز کرد.
بعد از ۱۰ سال بعد از ۱۰ سال بودم. - کمترین قلب داشتیم. الخ طبات آراش
نه داشتیم. دلرو - ترس از رانده. در ناامیدی شدید بودم که
خدا را شکر مدت کمر ما هنوز هم آتش خلاص خدا شدیم. خدا را شکر
تمام بیماری من انتم از قلبی. افزودگی و کمره کاملاً حل شده است.
خدا را شکر مطلقاً بر سر بردم و حتی فعالیت ورزشی هم دارم.

از طریق من از دستم با اکتفا کشتن کردم (خوار و مانع)
و شروع به آرتراگرافن کردم.

بعد از ۲ هفته حالم رفتم به روزی به روزی رفت
و بعد از ۲ هفته به مجبوری متوقف شدت در خلاص ها کردم.
در حال حاضر قلب کاملاً رانتم کردم و در سلامت کامل روحی و جسمی
بر می ریم در این حال کم بیش من در مورد نیای اطراف من نیز
تقدیر کردم. زندگی را دوست دارم و از آن لذت می برم.
و بیش من در مورد اطراف من کاملاً تغییر کرده حتی در مریضی است
اهاک صحت و ناراحتی دارم.

مورد خانمی ۴۵ ساله است که از سال ۱۳۸۴ دچار افسردگی با علائم بی انگیزگی، بیخوابی، بی اشتها و بی تفاوتی شدند که با مراجعه به روانپزشک به مدت ۶ ماه تحت درمان دارویی شامل فلوکستین و زاناکس قرار گرفتند. یکسال قبل در پی رخدادی عاشقانه در زندگی، ایشان علائم مانیک پیدا کردند. مانند هیجان بالا و شادی به صورت سرخوشی، علاقه به رقص، خنده، پرحرفی، ولخرجی و افزایش فعالیتهای مذهبی که به مدت ۴ ماه به طول انجامید و در پی آن وارد فاز افسردگی بیخوابی و بیقراری شدند. با مراجعه به روانشناس تشخیص اختلال دوقطبی داده شد و مدتی تحت درمان دارویی قرار گرفتند. با آشنایی با فرادرمانی و سایمنتولوژی و با استفاده از ارتباطهای آن، داروها را کم و بتدریج قطع نمودند و پس از ۳-۴ ماه علائم کاهش یافته و از ۶ ماه قبل هیچ علامت طولانی قابل توجهی نداشته و دیگر تحت درمان دیگری قرار نگرفتند.

نتیجه:

بیمار دچار سه دوره عود علائم افسردگی-مانیا و افسردگی گردیده که هیچگاه درمان مؤثر این اختلال را دریافت نکرده است. ولی علائم با ارتباطات فرادرمانی و سایمنتوتراپی بتدریج رفع گردیده اند. شاید بتوان اینطور در نظر گرفت که دوره اختلال خلقی خود بخود بسر آمده ولی طی ۶ ماه اخیر نیز عودی نداشته است. برای اطمینان از بهبود کامل گذشت زمان و زیر نظر گرفتن بیمار الزامی است.

شرح حال ارائه شده توسط روانپزشک معالج

[illegible]

اظہار نظر بیمار

بسم الله الرحمن الرحيم

حمد و ثناء و تعظیم بود پس از آنکه شایان مائز و زیاده که طبع ریختن روح و روان من نموده بود
ابتدا به نماز عبادت فرمودم و از افاضی رو آوردم که در حالت خفا و نه صدای مرد را داشتم
بسیار از طاعت دیگر عمر خود را رفته بودم، خنده ها را افزایم، سیرت و بی کفایتی و بخشیدن
تمام امانت به سیرت من، فراموشی، عدم تمرکز، عدم تصمیم گیری، سیرت به
قبرستان می رفتم و افاضی کو مستعد می رفتم و هیچ نمی کردم. و مطلقاً اختیار و حالت طبیعی
نداشتم، و بعد از این مراحل شدیداً در حوزم فرو رفتم و دچار افسردگی شدید شدم
و حال من خیلی بد بود لرز داشتم، ترس داشتم، و اصلاً خواب نداشتم و کم کم رنگ
ادراکاتم را از دست داده بودم و هیچ چیز را دوست نداشتم. و از طریق که نمی توانم
باور کنم حال من بد است چون بسیار غافلگیرانه دچار این حالات شده بودم و از جایی
اصلاً، از دار و ود کمتر گریزان بودم. و با خوردن قرصهای فلوکسسین و زاناکس هم
حالم تغییری نکرده بود محدوداً دوام آکایاناه بود که فرشته مهربانی که خانم می باشند
با اطلاع از احالات من از یکی از دوستانشان و استیاق خودم که سیرت و تنبالی حکمکنی
درمان با (فرادمانی) بودم، به کمک من آمدند و روند درمانی را با ایشان شروع کردم.
و به حوزم گفتم این راه، راه نجات تو از این حالات اگر اردهنده و زجر دهنده است و
مدام با ارتباط گرفتن و تماسهای مکرر که با خانم داشتم و ایشان برایم بسیار وقت
گذاشتند و زحمت کشیدند، کم کم حال من بهتر و بهتر شد حدوداً ۱۱ آذر ماه بود که
حالتی برگشتم خیلی کمتر شده بود و روح بهبودی کامل می رفتم و با نتیجه مثبتی که از
درمانم با فرادمانی گرفتم و با درکی که کرده بودم ۱۳ دی ماه بود که تصمیم گرفتم در
دوره های این علم شرکت کنم. و به خاطر این که باورم و اعتقاد من این است که در این
راه قرار گرفتم و درمان شدم بدون اینکه هیچ دارویی استفاده کنم متعاقباً وارد
دوره هاستدم و هم اکنون دوره ۵ را می گذرانم و شکر خدا از آن حالات و بیماری

هیچ اثری باقی نمانده است و خانم که استاد و فرشته مهربان

سلامتی ام هستند ناظر بر سلامت روح و جسم می باشند. در آخر اول خدای مهربانم
را شکر گزارم که با تدار دادن وسیله هایی که لرغان سلامت، شادی، ایثار،
گذشت، هدلی، ... را دارند به کمک افرادی چون بنده که نیازمند کمک هستند
می شبانه و خالصانه از خودشان وقت می گذارند و آرزوی توفیق و رفاه برای
تمامی افرادی که در این راه قدم گذاشته اند را دارم. با شکر از خداوند که این مطلب:

مورد آقای ۴۸ ساله است که از دوران نوجوانی دچار اختلالات روحی شده و از ۱۸ سال قبل در پی پرخشگری شدید، بیخوابی، افسردگی شدید، بی قراری، کاهش ارتباطات اجتماعی (دوره افسردگی) و بعد از آن فعالیتهای مذهبی افراطی و ولخرجی، در بیمارستان مصطفی خمینی بستری و با تشخیص اختلال دو قطبی، تحت درمان دارویی از قبیل (ایمی پرامین، کلونازپام، اگرازپام و لیتیوم) قرار گرفتند. طی حدود ۲ ماه علایم کاهش یافتند ولی افسردگی شدید بطور دائم ادامه داشت تا اینکه ۶ سال قبل با فرادرمانی و سایمنتولوژی آشنا شده و تحت درمان قرار گرفتند. در ابتدا علایم بیرون ریزی به شکل خارش شدید، عطسه، سرفه، خمیازه و عصبانیت پیدا کرده که حدود ۶-۷ ماه طول کشیده و بعد رفع شده است. در این زمان بیمار بدون مشورت پزشک، داروها را قطع می نماید و حدود دو ماه عود خفیف علائم پیدا می کند که به تدریج رفع می شود. طی این ۳ سال دیگر علایمی از افسردگی و مانیا نداشته است. لازم به ذکر است بیمار برای مدت طولانی روزانه دو پاکت سیگار مصرف می کرده است که همزمان با شروع فرادرمانی و سایمنتوتراپی ضمن قطع داروها، سیگار را نیز به طور کامل ترک کرده است.

نتیجه

در این بیمار نیز اختلال دوقطبی مطرح می باشد که منجر به یکبار بستری شده است. بیمار در حالیکه تحت درمان دارویی بوده، با فرادرمانی و سایمنتولوژی نیز آشنا شده است و پس از آنکه در خود احساس بهبودی می نماید، بدون مشورت پزشک، داروها را قطع کرده که منجر به عود خفیف علایم شده است. ولی پس از ۲ ماه با پیگیری ارتباطات فرادرمانی و سایمنتوتراپی، علایم رفع شده و طی ۳ سال اخیر در بهبودی کامل بسر می برد و دارویی نیز مصرف نمی کند.

شرح حال ارائه شده توسط روانپزشک معالج

شماره پرونده: ۸۹۷۱۵

تاریخ مراجعه اول: ۱۳۷۱/۱۵

F.O

باسمه تعالی

نام و نام خانوادگی: نام خانوادگی

اهلیت: نام خانوادگی

سن: ۳۵ سال

جنسیت: مرد

تحصیلات: متاهل

مستأهل/مجرد: متاهل

تاریخ ازدواج: ۱۳۷۱/۱۵

شغل: معلم

تعداد فرزندان و نوع جنسیت: ۲ فرزند (۱ دختر، ۱ پسر)

آدرس و شماره تماس منزل: آدرس و شماره تماس منزل

در جدول زیر مشخصات افرادی را که با آنها زندگی می کنید را تکمیل نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با مراجع	سن	تحصیلات	شغل
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

تشخیص پزشکی:

شرح بررسی اولیه: شرح بررسی اولیه

شرح: شرح

تشخیص: تشخیص

توصیه: توصیه

تاریخ: تاریخ

محل: محل

پزشک: پزشک

1. master job dig. and maintenance dep of the job by the
 F
 (-): PMH
 dep of FH
 (-): dig
 sub
 D.D.I.B. in → remission
 treatment

اظهار نظر بیمار

بسم الله
 مورخه ۱۸/۸/۸۸
 به کرامت شما
 احتراماً به استحضار می‌رسانم اینجانب
 از بیمه درمانی از دوران نوجوانی تا وقت اکتساب دانشم در چرخه روان شناسی
 معذورم و مراجع کردم که بهبود حاصل نشد تا حدود ۳۸۱ که به کارل بن پادریج
 رسید و در بخش نفس بیمارستان مصطفی خمینی بهتر کردم و مدت چند سال از داروهای
 لیتیوم آگنوپام کلانزپام و راباپارنت به دگر استفاده می‌کردم تا به سر بیان قهرم فزونی
 افتاد و مدت سه سال است که بهبود حاصل گردیده و طی این مدت دارو استفاده
 نکرده ام و دارو از زحمات به درتین اساتید قهرم فرارمانی شکرد و تقدیر می‌نمایم
 به توفیق الهی
 ۱۸/۸/۸۸

نمونه مدارک سرپایی و بستری بیمار

هو الشافعی

نام بیمار: آنگر

تاریخ: ۱۳۷۲

دکتر

استادیار دانشگاه

تخصص اعصاب و روان

نظارت

Board Certified
Psychiatrist
Electroencephalography

پژنی: بیمار ۲۴ ساله، مرد، در بیمارستان روانی بستری شده است. تشخیص: اختلال دوقطبی. تاریخ: ۱۳۷۲/۰۷/۰۱

آدرس:

هو الشافعی

نام بیمار: آنگر

تاریخ: ۱۳۷۲/۰۷/۰۱

دکتر

استادیار دانشگاه

تخصص اعصاب و روان

نظارت

Board Certified
Psychiatrist
Electroencephalography

پژنی: بیمار ۲۴ ساله، مرد، در بیمارستان روانی بستری شده است. تشخیص: اختلال دوقطبی. تاریخ: ۱۳۷۲/۰۷/۰۱

آدرس:

تاریخ

برگ گزارش پرستار NURSES NOTE					تاریخ Date
مشاهدات و نظرات Observation & sign	نurses	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	ساعت Time		
۱۰:۱۵	فاطمه	Tab Haloperidol ۱/۲	۱۰:۱۵	۲۱/۵۹	
۱۰:۳۰	فاطمه	Tab Lithium ۱/۲	۱۰:۳۰	۲۱/۵۹	
۱۰:۴۵	فاطمه	Tab Ardan ۱/۲	۱۰:۴۵	۲۱/۵۹	
۱۱:۰۰	فاطمه				
۱۱:۱۵	فاطمه				
۱۱:۳۰	فاطمه				
۱۱:۴۵	فاطمه				
۱۲:۰۰	فاطمه				
۱۲:۱۵	فاطمه				
۱۲:۳۰	فاطمه				
۱۲:۴۵	فاطمه				
۱۳:۰۰	فاطمه				
۱۳:۱۵	فاطمه				
۱۳:۳۰	فاطمه				
۱۳:۴۵	فاطمه				
۱۴:۰۰	فاطمه				
۱۴:۱۵	فاطمه				
۱۴:۳۰	فاطمه				
۱۴:۴۵	فاطمه				
۱۵:۰۰	فاطمه				
۱۵:۱۵	فاطمه				
۱۵:۳۰	فاطمه				
۱۵:۴۵	فاطمه				
۱۶:۰۰	فاطمه				
۱۶:۱۵	فاطمه				
۱۶:۳۰	فاطمه				
۱۶:۴۵	فاطمه				
۱۷:۰۰	فاطمه				
۱۷:۱۵	فاطمه				
۱۷:۳۰	فاطمه				
۱۷:۴۵	فاطمه				
۱۸:۰۰	فاطمه				
۱۸:۱۵	فاطمه				
۱۸:۳۰	فاطمه				
۱۸:۴۵	فاطمه				
۱۹:۰۰	فاطمه				
۱۹:۱۵	فاطمه				
۱۹:۳۰	فاطمه				
۱۹:۴۵	فاطمه				
۲۰:۰۰	فاطمه				
۲۰:۱۵	فاطمه				
۲۰:۳۰	فاطمه				
۲۰:۴۵	فاطمه				
۲۱:۰۰	فاطمه				
۲۱:۱۵	فاطمه				
۲۱:۳۰	فاطمه				
۲۱:۴۵	فاطمه				
۲۲:۰۰	فاطمه				
۲۲:۱۵	فاطمه				
۲۲:۳۰	فاطمه				
۲۲:۴۵	فاطمه				
۲۳:۰۰	فاطمه				
۲۳:۱۵	فاطمه				
۲۳:۳۰	فاطمه				
۲۳:۴۵	فاطمه				
۲۴:۰۰	فاطمه				
۲۴:۱۵	فاطمه				
۲۴:۳۰	فاطمه				
۲۴:۴۵	فاطمه				
۲۵:۰۰	فاطمه				
۲۵:۱۵	فاطمه				
۲۵:۳۰	فاطمه				
۲۵:۴۵	فاطمه				
۲۶:۰۰	فاطمه				
۲۶:۱۵	فاطمه				
۲۶:۳۰	فاطمه				
۲۶:۴۵	فاطمه				
۲۷:۰۰	فاطمه				
۲۷:۱۵	فاطمه				
۲۷:۳۰	فاطمه				
۲۷:۴۵	فاطمه				
۲۸:۰۰	فاطمه				
۲۸:۱۵	فاطمه				
۲۸:۳۰	فاطمه				
۲۸:۴۵	فاطمه				
۲۹:۰۰	فاطمه				
۲۹:۱۵	فاطمه				
۲۹:۳۰	فاطمه				
۲۹:۴۵	فاطمه				
۳۰:۰۰	فاطمه				
۳۰:۱۵	فاطمه				
۳۰:۳۰	فاطمه				
۳۰:۴۵	فاطمه				
۳۱:۰۰	فاطمه				
۳۱:۱۵</					

چشم‌ها را باید شست جور دیگر باید دید

گفتگویی با

دکتر منیر حداد

■ اشاره

دکتر منیر حداد، متخصص روانپزشکی، بیش از شش سال است که وارد کار تخصصی شده و در حال حاضر در دو بیمارستان و دو مرکز مشاوره فعال است. وی در حال حاضر در گروه تحقیقات سایمنتولوژی به عنوان کارشناس فعالیت می‌کند.

خانم دکتر حداد آشنایی شما با فرادرمانی چگونه آغاز شد؟

سال ۸۳ بود و مدتی بود که دوره تخصص روانپزشکی را شروع کرده بودم و به خاطر مورد های بسیار سنگینی که در بیمارستان‌ها بستری می‌شدند و مشکلات زیادی داشتند، یک مقدار اضطراب پیدا کرده بودم و می‌دانستم این به خاطر انرژی منفی بیمارها است. در همین زمان بود که به طور اتفاقی از طریق یکی از اقوام با دوره های فرادرمانی آشنا شدم و از بهمن ۱۳۸۳ که سال اول دوره تخصص بود شروع به گذراندن دوره ها کردم و در عرض دو ماه آن اضطراب ها از بین رفت و در عین حال آشنایی با این تفکر جدید باعث شد که دوره های مربوطه را به طور کامل بگذرانم.

از چه زمان بکارگیری این روش ها را در فعالیت های درمانی خود آغاز کردید؟

در همان ۳ سالی که دوره تخصص را می‌گذراندم، اجرای این روش را روی بیماران بستری در بیمارستان آغاز کردم اما چون بیماران دچار تشدید علائم می‌شدند و نمی‌توانستم آنطور که مایل بودم شرایط را تحت کنترل داشته باشم، در نتیجه ترجیح دادم روی بیماران بستری از این روش کمتر استفاده کنم. اما همچنان در برخی موارد از فرادرمانی استفاده می‌کردم. در حال حاضر نیز روی برخی از بیماران سرپایی که Hard case محسوب می‌شوند، یعنی به درمان های رایج به سختی جواب می‌دهند و یا مواردی که احساس کنم این روش کمک کننده تر است، مثل زنان باردار و شیرده که ترجیحاً بهتر است دارو تجویز نگردد، از سایمنتوتراپی استفاده می‌کنم.

آیا با توجه به تجربیات شما در به کارگیری این روش درمانی، محدودیتی در استفاده از این روش در درمان انواع

اختلالات وجود دارد؟

به نظر من واقعاً محدودیتی در درمان هیچ یک از بیماری ها وجود ندارد ولی شخصاً در بیماران مبتلا به سایکوز (توهم و هذیان شدید) که از قبل با این روش آشنایی ندارند، کمتر روش سایمنتوتراپی را به کار می‌برم.

بنابراین بیرون ریزی را عاملی بازدارنده می‌بینید؟

می‌شود گفت بله، خود بیمار ممکن است خیلی احساس ناراحتی نکند ولی خانواده شدیداً نگران می‌شوند و مجبور به افزایش دوز داروها می‌شوم و ترجیح می‌دهم که این اتفاق از ابتدا نیافتد.

راه حل این مشکل را چه می‌دانید؟

آشنایی بیشتر خانواده ها و بیماران؛ ولی چون من در محیط بیمارستانی و درمانگاهی و طبق پزشکی رایج کار می‌کنم در نتیجه از این جهت با محدودیت هایی مواجهم. یعنی بیماران من واقعا با این روش آشنا نیستند و بیشتر جهت درمان دارویی مراجعه می‌کنند و حتی اگر من مختصری در خصوص «ارتباط» به آنها توضیح دهم، باز هم برایشان ملموس نیست و این روش درمانی را آنطور که باید جدی نمی‌گیرند. ولی کسانی که طبق برنامه پیش می‌روند نتیجه مثبت این درمان را اعلام می‌کنند. چنانچه بتوان در یک مرکز خاص، افراد سایکوتیک را زیر نظر متخصصان و فرادرمانگران تحت



معالجه قرار داد، بهتر است.

ارزیابی شما از میزان تأثیر گذاری روش های رایج روانپزشکی و روانشناسی چیست؟

در واقع اشکال روش های طب رایج روانپزشکی و درمان دارویی در این است که درمان ها ننگه دارنده اند. یعنی در واقع اگر درمان قطع شود اکثراً بعد از مدتی دچار عود مجدد می شوند. به خصوص برای بیماران مبتلا به وسواس، هذیان و توهم اصلاً نمی توان دارو را قطع کرد و فرد باید مادام العمر دارو استفاده کند. یعنی در صورت قطع دارو، علائم بر می گردد. در اینجا نیز مانند بیماری های مزمن همچون فشار خون و دیابت و ... بیمار باید مادام العمر دارو مصرف کند که عوارض خاص خود را دارد؛ بنابراین درمان قطعی وجود ندارد.

البته مواردی هم هستند که بیمار به درمان دارویی پاسخ خوبی می دهد ولی با قطع دارو، باز احتمال عود مجدد در آینده وجود دارد و یک استرس شدید می تواند عامل این عود باشد.

میزان پذیرش و به کارگیری روش های طب مکمل و جایگزین در حوزه روانپزشکی چقدر است؟ آیا شیوه مؤثری در این حوزه وجود دارد؟

به طور کلی در حوزه روانپزشکی و روانشناسی روش های طب مکمل و جایگزین جایگاهی نداشته است و بیشتر از روش های روان درمانی و دارو درمانی استفاده می شود. قابل ذکر است که روان درمانی هم روشی طولانی مدت بوده و بیماران معمولاً تا انتها همکاری نمی کنند، در نتیجه میزان پاسخ دهی در حد مطلوب نیست.

آیا تا کنون به کمک این شیوه درمان قطعی در مورد اختلالات روانی صورت گرفته است؟

من مواردی داشته ام که طی ۳، ۴ سال اخیر عودی در علائم روانی قبلی نداشته اند و هر چند این آمار قابل توجه است ولی به عنوان یک روانپزشک نمی توانم بگویم اینها بهبود مادام العمر یافته اند. یعنی گذر زمان و تحقیقات (follow up) باید ثابت کند که درمان کامل صورت گرفته است و اگر درمان قطعی باشد به واقع یک روش نو و کاملاً متحول کننده در علم است.

البته حتی اگر فقط موارد عود را هم کاهش دهد، روشی قابل اعتنا است. از طرفی از آنجا که این روش باعث تغییر شناخت و بینش های فرد می شود، درک او را هم از زندگی تحت تأثیر قرار می دهد و این یعنی بهبود کیفیت زندگی که

یکی از اهداف اساسی در روانپزشکی و روان شناسی است و این یکی دیگر از ویژگی های خاص این روش می باشد.
در طب رایج برای اثبات نتیجه بخش بودن یک داروی جدید یا یک روش درمانی چقدر زمان لازم است؟
واقعاً برای اثبات یک دارو و ورود آن به بازار سالها زمان و تحقیقات لازم است و در واقع مسئله مهم عوارض دارو و میزان اثربخشی آن است. خوشبختانه در مورد فرادمانی و سایمنتولوژی، عوارض جانبی مطرح نمی باشد ولی همانطور که اشاره شد چون این روش به تازگی معرفی شده، نیاز به تحقیقات بیشتر در زمینه میزان و مدت تأثیر آن می باشد.

توصیه شما به همکارانتان در خصوص نحوه نگاه به این شیوه ها چیست؟

اگر افراد از یک دیدگاه فراتر نگاه کرده، سعی کنند روش های دیگر را امتحان کنند و سریع قضاوت نکنند و در عین حال درمان و سلامت بیمار را هدف اصلی قرار دهند، شاید برخورد بهتر با روش های نوین داشته باشند. ما نباید صرفاً به حساب اینکه روش های قبلی جواب داده اند، گستره دیدمان را محدود کرده، هیچ نظر جدیدی را نشنویم یا نپذیریم. شاید لازم باشد با دیدی محققانه به این موضوعات نگاه کنیم.

درخواست شما از مسئولین امر چیست؟

من فکر می کنم این حوزه خیلی احتیاج به تحقیق و بررسی دارد و در نتیجه ما نیاز به یک مرکز تحقیقاتی بسیار قوی داریم چون مباحث بسیاری هست که می شود رویشان کار و تحقیق کرد، ولی به خاطر موانعی که وجود دارد و اینکه هنوز مردم و اندیشمندان خیلی با آن آشنایی ندارند نمی توانیم خیلی راحت نظر قطعی و همکاری مراکز درمانی و تحقیقاتی را جلب کنیم. برای مثال ما چند طرح داریم که درباره بیماری های اعصاب و روان است اما خیلی به سختی می توانیم همکاری مراکز را جلب کنیم. چون اول باید به آنها اطلاعات داده، آشنایشان کنیم تا بعد از اینکه تأثیر این روش را دیدند با ما همکاری کنند ولی اگر خودمان یک مرکز تحقیقاتی داشته باشیم خیلی راحت می توانیم تحقیقات مورد نظر را انجام داده، نتایج را به جوامع علمی داخلی و خارجی اعلام کنیم.

با چه موانع و مشکلاتی در روند اجرای طرح های تحقیقاتی خود روبرو هستید؟

از یکسو اخذ مجوزهای رسمی و از سوی دیگر جذب تیم متخصصی که توان اجرای طرح های مختلف را داشته باشند.
در پایان نظر شما در خصوص نحوه ارائه تئوری های نوین سایمنتولوژی (ذهن- روان شناسی فراکل نگر) از جمله تئوری ویروس های غیر ارگانیک که خود انقلابی در حوزه روانشناسی پدید می آورد، به جامعه علمی چیست؟

در ابتدا که من با این مقوله آشنا شدم پذیرش آن برایم بسیار سخت بود ولی تجربه هایی پیش آمد و شاهد مواردی بودم که به من ثابت کرد و رای مطالبی که در کتاب ها خوانده ام، مسائلی وجود دارند که هنوز در حوزه علم ناشناخته اند و در واقع تغییرات بیوشیمیایی و بیولوژیکی که در بیماری ها رخ می دهد و علم آنها را ثابت کرده سایه ای از یک عامل غیر مادی هستند که ما آنها را «ویروس های ذهنی» یا «ویروس های غیر ارگانیک» می نامیم.

بنابراین جوامع علمی هم در صورتی که بتوانند تجربه کنند یعنی شرایطی مهیا شود که وجود ویروس های ذهنی برایشان اثبات شود خیلی بهتر این مسئله را خواهند پذیرفت. برای این منظور می توان از فیلم های آموزشی، کارگاه های عملی و درمان بیماران بستری استفاده نمود. چون هیچ چیز بهتر از تجربه فردی در این مقوله کارساز نیست و مباحث تئوری بدون جنبه عملی نتیجه مطلوب را حاصل نمی سازد.

حکمت شرق،

روان درمانی غرب،

فرا درمانی ایرانی

امیرکسری محمدی

اشاره

مقاله پیش رو، در دومین همایش کشوری مراقبت و درمان بیماران با طب مکمل و جایگزین که ۲۸ تا ۳۰ مهرماه ۱۳۸۹ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار شد، به صورت سخنرانی ارائه گردید.

(خدایا هرچیز را آنچنان که هست به من بنمایان)

شکی نیست که انسان یک سازمان روانی بیشتر ندارد و یک مکتب واقع بینانه و همه جانبه می تواند تمام ابعاد طبیعی و مرضی مربوط به فعل و انفعالات روانی انسان را تبیین نماید.

سوال:

آیا انسان و سایر موجودات زنده فقط مجموعه ای از مولکول ها هستند یا عوامل غیر شیمیایی نیز در آنها نقش دارد؟ هر انسان دارای چند هویت^۱ و چند ساختار روانی^۲ است؟

آیا در ساختار روانی انسان یک عامل نقش دارد یا دارای ابعاد مختلف می باشد؟

چند مکتب روان شناسی برای توجیه تمام ابعاد مربوط به جنبه های طبیعی و مرضی انسان مورد نیاز می باشد؟

آیا می توان یک مکتب به عنوان مکتب معیار و هماهنگ کننده استفاده کرد؟

کلید اصلی برای پاسخگویی به سؤال ها و جنبه های فوق، دیدگاه (روان شناسی انسان آن چنان که هست و آن چنان که خداوند آفریده است) می باشد.

انسان یک ساختار و سازمان روانی بیشتر ندارد. در طول تاریخ و به خصوص در زمان معاصر هر مکتب روان شناسی این سازمان روانی را از دیدگاه خاص خویش مورد مطالعه قرار داده است.

از نخستین تلاش های زندگانی انسان و از ریشه دارترین آنها برای مواجهه با نیروهای قهار طبیعت و دور ساختن رنج ها، بیماری ها، ترس ها، خطر ها و دشمنان سحر و جادوگری بوده است. فعالیت های جادوگرانه و آنچه در دنیای ساحران می گذرد پیچیده در لفافه ای از عواطف و هیجانات و دارای رسالت و جهت ویژه است و قوانین تداعی معانی (مجاورت^۳، مشابهت^۴ و تضاد^۵) که ارسطو بیانگر آن بود بر آن حاکم است.

رواندرمانی با آداب و عقاید کهن نیز ارتباط دارد. آداب و عقاید کهن به طرز رفتار، گفتار، ساخت اجتماعی و افکاری

- 1- Identity
- 2- Psychic apparatus
- 3- Cintiguite
- 4- Ressemblance
- 5- contraste

اطلاق می شود که به تمدن ها و قبایل اولیه نسبت داده می شد. تمدن های اولیه بیانگر مجموعه ای از سنت ها، ارزش ها و نمایش دهنده مرحله ای از تحولات اجتماعی بودند. شیوه هایی را که آنها برای مبارزه با بیماری ها انتخاب می کردند ظاهراً بیرون از قواعد علمی و دور از دسترس، وسایل فنی و آزمایشگاهی است که ما بکار می بریم، در مرحله نخست، غیر ممکن می نماید و سبب شگفتی می شود زیرا قوانین علمی نمی تواند پاسخگوی آنها باشد. تحلیل جریان درمان نشان می دهد که چگونه یکی از بنیادی ترین مفاهیم رواندرمانی یعنی تلقین^۶ در آن نقش اساسی دارد: بیمار به شفا دهنده خود ایمان راسخ نشان می دهد و شفا دهنده نیز از تسلط و تقدس خود در چشم بیمار استفاد می کند.

شمن ها و برهمن ها (نبرد با ارواح) : شمن ها جادوگران قبایل بت پرست سیبری و مغول ها بودند و برهمن ها، راهبه های آئین کهن هندوها هستند. برهمن ها به خدایان سه گانه بهما (آفریدگار جهان)، بشنو(حافظ جهان) و شیوا (مخرب جهان) اعتقاد دارند. فساد و سازندگی در روان های آدمیان را کار این خدایان می دانند. شمن ها در میان قبایل خود به مداوا، سحر و تسخیر ارواح می پرداختند. شمن دارای این قدرت بود که از جسم خود به درآید و به کمک روحی که حافظ اوست به قلمرو ارواح قدم گذارد و در آنجا ارواحی را که موجب بیماری و شوم بختی فرد شده اند از میان بردارد. بدین ترتیب مداوای روحی شمن ها متوجه رفع علت که همان ارواح خبیثه اند می شد. لوی استروس کارهای درمانی شمن ها را حداقل میان درمان های طبی و درمان های روانکاوی می داند. شمن ها نیز، هم به علت توجه دارند، هم به تحلیل می پردازند و هم به آرامش منتهی می شود این همه را یک جا و در هم دارد.

در دنیای شمن، سمبل ها تحول و تکوین آدمی را به عهده دارند. شمن ها از دنیای سمبلیک انسان همان استفاده را برای درمان می کردند که امروز در اکثر شیوه های رواندرمانی استفاده می کنیم با این همه باید گفت میان یک کارد فولادی و یک کارد سنگی تفاوت بسیار است اگرچه هر دو می برند ...

افسانه ها، آداب، عقاید و طبابت: آنچه در درون انسان می گذشته است در هر تمدن مجموعه ای از تصورات، تخیلات، اعتقادات و عواطفی بوده است که او نسبت به خود، آینده و گذشته، آغاز و انتهای سرنوشت، ضعف و قدرت خویش و ... داشته است. در برخورداری از چنین محتوای درونی، انسان امروز با انسان هر یک از تمدن ها تفاوت چندانی ندارد. تنها کیفیت سازمان یابی^۷، همخوانی^۸ و ساخت های^۹ درونی آنها است که متفاوت می شود. نظام های رواندرمانی اختلال سازمان و ساخت های درونی را مبنای بیماری های روانی شناخته است. و از خود می پرسند: آیا در گذشته نیز چنین بوده است؟ آدمی چگونه درد و رنج خود را بروز می داده است؟ با چه شیوه هایی به تسکین و درمان خود می پرداخته است؟

انسان هر تمدن در تضادهای درونی و بیرونی بحران ها و ناراحتی هایی داشته است که در نفرین ها، دعاها، شکوه و زاری های خود از آنها یاد و به نحوی در جستجوی درمان و بازیافتن آرامش و سلامت خویش است. برای رهایی از رنج ها و تعارض های درونی- بیرونی چه می کرد و به چه پناه می برد؟

انسان بابلی و اهل تمدن بین النهرین در فضایی نیمه تاریک لبریز از توهّمات و سمبل ها به سر می برده است. برای او میان آنچه که در درونش می گذشته و آنچه در بیرون و زندگی جمعی و بالاخره دنیای پس از مرگ داشته تفاوتی نبوده است. آدمی بخشی جدایی ناپذیر از زمین، آسمان و خدایان بوده است.

بابلی ها به تبعیت از سومری ها کارهای درمانی را به دو گروه تقسیم کرده بودند که مدت ها ملاک عمل سایر تمدن ها بود.

گروه اول "درمانگری درونی" که به عهده کاهنان گذاشته شده بود و آنها ناراحتی ها و رنج های روحی را شفا می بخشیدند. گروه دوم "درمانگری برونی یا جراحان" که غیر مذهبی بودند. بیماری های درونی و روحی را کاهنان با واسطه و در رابطه با فرشتگان و عفريت ها معالجه می کردند و بیشتر رنگ توکل به قدرت خدا را داشت و از غیب گویی، جگر بینی، دعا و نفرین استفاده می کردند.

6- suggestion

7- Organisation

8- Association

9- Structures

در مصر باستان برخورد با بیماری شکلی منطقی تر داشت. در هر حالت به صورت منظمی عمل می کرده اند:

۱- عنوان بیماری ۲- امتحان ۳- تشخیص ۴- معالجه.

جریان عمل همراه با تمهیداتی صورت می گرفته است که بطور مثال در رواندرمانی ها از اعمالی چون دلداری دادن، خواندن اوراد و دعا برای بیرون راندن بیماری، درمان روان تنی آمیخته با سحر و جادو و دستورالعمل های تلقین کننده استفاده می کردند.

در ایران باستان زرتشت این باور را آورد که اگر انسان بنا به سرشت خود که نیکی و راستی است، رفتار کند، روان و خرد او با روان و خرد کل هستی که همان اهورا مزدا است یگانه شود. راه رسیدن به جاودانگی یا امرداد آن است که از درجات روحانی و معنوی ششگانه (شش امشاسپندان) بگذریم.

در تاریخ رواندرمانی نخستین بار در ایران باستان با شیوه ای از رواندرمانی رسمی و رایج مواجه می شویم. رواندرمانی با سخن، همراه با آگاهی و نظم ویژه ای که به نحو حیرت آوری، تجربه و دانش آدمی را بکار می گیرد.

امروز لاکان^{۱۰} فیلسوف و روانکاو معاصر فرانسوی سخن را معرف ساخت و نمایشگر کیفیت روانزندی و روانپزشی و وسیله درمان آنها می داند. سخن درمانی^{۱۱} شیوه ای از رواندرمانی است که بر نظریه های آدلر^{۱۲} و هستی گرایان^{۱۳} متکی است. نظم و شیوه حساب شده سخن درمانی آنطوری که در اوستا آمده، همانند هندسه اقلیدسی، به صورت یک طرح کلی در اغلب شیوه های رواندرمانی و تلقینی اثر خود را حفظ کرده است.

یک نظام رواندرمانی در طول تاریخ هند به صورت اعتقادات، باورهای فلسفی و عقیدتی تحت عنوان هندوئیسم و جوکی گری تشکیل و رشد کرده که از حد نظریه پردازی فراتر رفته و سرانجام به صورت تمرین ها و ممارست های عملی درآمده است.

گفته می شود که قدیمی ترین اثر فلسفی در "وداها" آمده است (حکمت، ۱۳۲۲). این اثر زیربنای بسیاری از نظریه های روانی رواندرمانی است که امروز در میان ما رایج است. اصول باورهای فروید و راجرز را به وضوح در لابلای گفتارهای وداها می توان یافت. مهمتر اینکه وداها معرف یک نظام رواندرمانی است که می تواند معیار و نمونه ای باشد از شکل گیری یک نظام عقیدتی تا مرحله کاربرد آن به صورت یک شیوه رواندرمانی. انسجام این نظام به همان اندازه استحکام شیوه های رواندرمانی متکی به فروید، راجرز، آدلر و یونگ دارای اهمیت است.

آئین بودا و بودایی (کهن ترین نظام روان شناسی - فلسفی در رواندرمانی) با زندگی بودا پیدا شد به صورت یک نظام روان شناسی - فلسفی انسجام یافت و در انجمن رهروان به تحقیق رسید. زندگی، آئین و انجمن بودا سه گوهر، سه مروارید است که در یک صدف یگانه می شود.

آئین بودا از رهایی از سنسار یعنی دایره وجود را تعلیم می دهد و نشان می دهد که چگونه می توان از این زندگانی تکرار شونده، خواه بدتر و خواه بهتر، رهایی یافت. راه رهایی و رسیدن به نیروانه که ذات بیمرگی یعنی جاویدی کامل است، بسته به تلاش و کوشش مدام و پیروی از راه هشتگانه آریایی است؛ تلاش و کوشش همراه با شناسایی و آگاهی.

در جهان بینی الهی و عرفان اسلامی در رواندرمانی الله "بودن" مطلق و یگانه است. این یگانه آفریننده و آگاه است. همه هستی ها از "او" آغاز شد و به او بازگشت می کند. "کن فیکون" سعی خدایی است که در آن آفریننده آفریده، آفریدن و آگاهی یکی و همان است. خدا هستی را از خود آفریده و در آن "تجلی" دارد و هستی ها در خدا جلوه می کند.

جهان جریانی پویا و در "سیر و سلوک" است: سیر "شدن" از "بودن" و سلوک "شدن" به "بودن" است. جهان تجلی خدا در هستی هاست و جلوه هستی ها در خداست. هرچه هست خدایی است.

10- Lacan

11- Logotherapie

12- Adler

13- Existentialistes

تا کنون روان‌شناسی مدرن توانسته است انسان را حداکثر در متن جامعه و موقعیتی که در آن رشد کرده یا قرار دارد مطالعه کند و در دسترسی به فراتر از آن ناکام بوده است

از خدا "بودن" و به خدا "برگشتن"^{۱۴} یک جهان بینی است. انسان از یگانگی هست شده و به همان یگانگی بازگشت می‌کند.

هدایت و غایت زندگانی ایجاب می‌کند که فطرت سالم و درست کار کند. انسان الهی نخست به خود سازی و آفرینندگی خویشتن می‌پردازد و هستی خود را تحقق می‌بخشد. سپس به تاثیر، تحقیق، ابتکار، کشف و شهود در غیر خود می‌پردازد. "سعی" بنیادی ترین و نخستین نمودی است که فطرت بروز می‌دهد. آدمی با سعی خود، در سیر وسلوک به سوی خدا خویشتن را می‌سازد تا به خدا می‌رسد و در آنجا است که آنچه را ساخته است عرضه می‌کند و جزا می‌بیند.^{۱۵}

باور به توحید و ایمان به خدا انسجام، استحکام، دوام و عدم تضاد در رفتار را موجب می‌شود. همچنان که بی‌ایمانی، تزلزل، پراکندگی، تضاد و سستی را باعث می‌شود. ویژگی مومن هدف داشتن و غایتی برای زندگی داشتن است. با وجود باور به معاد و یقین به بازگشت به خدا آدمی دچار دلهره، بی‌معنی و پوچ بودن زندگانی نمی‌شود. "بودن" انسان بودنی خدایی است که عین آگاهی است.

و بالاخره در غرب و در قرن گذشته، هرچندگاه، شیوه ای و نظریه ای در رواندمانی پیدا شد. تاریخ روان‌شناسی گویای سوگیری‌های رادیکالی در بسیاری زمینه هاست (لی، هی، ۱۹۸۷). هر نظریه ای در قیام در مقابل نظریات قبلی به سوی نوعی رادیکالیسم رانده می‌شود ولی پس از گذشت زمان پیروان آن نظریه به اصلاح و فرم پرداخته و سوگیری‌های افراطی آن را کاهش می‌دهند که نظریات مربوط به رواندمانی نیز مستثنی نمی‌باشد. در قرن‌ی که گذشت حداقل سه دیدگاه اصلی و فراگیر در زمینه‌های بیماری‌ها و اختلالات رفتاری مطرح شد:

دیدگاه روانکاوی با تاکید بر جنبه‌های پویایی روان و پیگیری مسائل در اعماق ضمیر ناخودآگاه بشر. در دیدگاه دوم که در قیام در مقابل روانکاوی بود، به شدت هر آنچه که مربوط به ضمیر ناآگاه بود، مورد انکار واقع شد و مطالعات فقط بر رفتار انسان متمرکز گردید. در این دیدگاه عینی^{۱۶} حتی ذهن و کنش‌ها و محتویات آن به عنوان جعبه سیاهی مطرح گردید که باید از ورود به آن اجتناب شود. نمونه افراطی این دیدگاه را در نظرات اسکینر می‌بینیم. دیدگاه سوم که نوعی قیام در مقابل دیدگاه‌های اول و دوم بود (لی، هی، ۱۹۸۷) سعی در نزدیک شدن به ذهن و فرایند‌های آن بود، ناهشیار را نپذیرفت و تاکید بر سطح آگاه ذهن نمود (بک و همکاران، ۱۹۸۳) ولی به شکلی تجارب اولیه کودکی را مطرح ساخت. در این دیدگاه سعی در تمرکز بر رفتار و علائم شد (گرایش به رفتارگرایی) ولی ریشه آن را در سیستم‌های پردازش اطلاعات در ذهن می‌داند (بک، ۱۹۸۳). این دیدگاه نیز از افراط دور نماند. سوگیری شدید این دیدگاه به سمت شناخت و گرایش شدید به فکر و تمرکز بیش از حد بر روی استدلالات ذهنی و بی‌توجهی کامل به احساس و بعد اعتقادات هیجانی باعث شد که از دهه ۱۹۹۰ به این طرف بسیاری از شناخت درمانگران مجرب را به شک و تردید جدی در رابطه با این گونه سوگیری‌ها بکشانند.

در حال حاضر ده‌ها مکتب روان‌شناسی داریم که نقطه نظرهای بعضی از آنها با یکدیگر متناقض هستند.

۱۴- انالله و انا الیه راجعون

۱۵- سوره نجم آیه ۴۰- ۴۴

روان شناسی، در مرحله پیش از علمی خود و به منزله جزیی از فلسفه، عمدتاً به روح^{۱۷} توجه داشت. روان شناسی در این مرحله آغازین، اساساً بر روش های فلسفی، یعنی بر نظرپردازی و استدلال قیاسی متکی بود. این روان شناسی اولیه از فرضیه دوگرایی که تصور می شد انسان از دو عنصر مختلف روح و بدن تشکیل یافته است، سرچشمه می گرفت. تا قرن نوزدهم روان شناسی توجه خود را بر مطالعه ماهیت مابعدالطبیعی عنصر والاتر، یعنی روح، و رابطه آن با عنصر پست تر، یا بدن معطوف ساخته بود.

در قرن هفدهم توجه روان شناسی از روح به ذهن و ماهیت و عملکرد آن معطوف شد. این تحول عمدتاً در نتیجه تاثیر دکارت بود، که نفس را با ذهن یکی می دانست، اما اصل دوگرایی را نیز به افراط کشاند.

در طول قرن هجدهم و اوایل قرن نوزدهم، روان شناسی نوعی مطالعه فلسفی ذهن بود که به طور فزاینده ای تحت تاثیر علوم طبیعی - به ویژه فیزیک نیوتونی - قرار داشت و با شروع گسترش زیست شناختی از آنها نیز تاثیر پذیرفت. اوج این تکامل جدایی روان شناسی از فلسفه در نیمه دوم قرن نوزدهم بود. روان شناسی، با شروع مرحله تازه تحول خود، برنامه ای قطعی داشت برای این که علمی شبیه به فیزیک و شیمی به وجود آورد. موضوع اصلی روان شناسی جدید، ذهن و ماهیت آگاهی و تجربه باقی ماند. از این رو روش اصلی آن نمی توانست روش دیگری جز درون نگری باشد. علاوه بر این، تمام مفاهیم آن عمیقاً ریشه در فلسفه داشت.

هنگامی که روان شناسی وونت به منزله علمی جدید از فلسفه جدا شد، به آن در مقایسه با روان شناسی قدیم، یعنی روان شناسی فلسفی، به منزله روان شناسی واقعاً جدید، و روان شناسی علمی می نگریستند. هنگامی که کنش گرایی از راه رسید، و به ویژه هنگامی که رفتار گرایی واتسون آغاز شد، در واقع همین رفتارگرایی بود که روان شناسی جدید و علمی تر از نظام وونت تلقی می شد.

قابل تصور است که این فرایند جهت گیری های جدید ناشی از سقوط نظام های سال های قبل همواره ادامه خواهد یافت و آنچه که اکنون جدید و نیرومند است روز دیگر کهنه و قدیمی خواهد شد.

چنان که هارل^{۱۸} و هاریسون^{۱۹} در سال ۱۹۳۸ در مقاله خود تحت عنوان (پیدایش و سقوط رفتارگرایی) اظهار داشته اند: ((در حالی که کنش گرایی تنها حرکتی جزیی و تا حدودی تردیدآمیز و به دور از تحلیلی ساختاری بود که به آهستگی از طریق تحلیل درون نگرانه از بطن روان شناسی عقلی و نظری خارج شد و به شکل مطالعه کنش ذهنی و سرانجام به صورت مطالعه رفتار درآمد)). روان شناسی به دلیل تاثیر مرکب هردو مکتب - و در عین حال در اصل به دلیل تاثیر رفتارگرایی - از فلسفه دورتر و به علوم طبیعی نزدیکتر شده و بیشتر کمی شده است تا کیفی، بیشتر عملی شده است تا نظری و بیشتر به کنترل و پیش بینی رفتار توجه پیدا کرده است تا به درک آن.

در نیمه اول قرن بیستم دو نهضت فلسفی جدید و اصیل به وجود آمد، نخست پدیدار شناسی^{۲۰} و بعد ها وجود گرایی^{۲۱} که به لحاظ تاریخی و مفهومی دارای ارتباط نزدیک با پدیدار شناسی بود. این دو مکتب به سرعت گسترش یافتند و اکنون در ردیف پرنفوذترین مکاتب فلسفی قرن می باشند. نفوذ آنها موجب تعالی فلسفه در زمینه هایی از قبیل ادبیات، هنر، جامعه شناسی، الهیات و به ویژه روان شناسی و روانپزشکی شد. در اواخر سال های ۱۹۵۰ این نگرش (پدیدارشناختی - وجودی) آن قدر مورد توجه و حمایت قرار گرفت که برخی آن را به عنوان «نیروی سوم^{۲۲} در روان شناسی» در کنار دو نیروی تثبیت شده یعنی رفتارگرایی و روان کاوی مطرح ساختند.

روان شناسی در دهه های اخیر با حرکتی دیالکتیک روز به روز انعطاف ناپذیرتر، منظم تر، علمی تر و صحیح تر شده است و هر تجربه ای را که هنوز طبقه بندی نشده است با تحقیر مردود می شمارد. اما با این حال چنین به نظر می رسد

17- Soul

18- Harrell

19- Harrison

20- Phenomenological Psychology

21- Existentialism

22 - Third Force

که روان شناسی، هم اکنون، به تعبیر مورفی (۱۹۷۵) در حال "نرم شدن"، "انبساط یافتن"، "بازگشایی مسائل" است. آلپورت (۱۹۶۵) در جلسه سالانه انجمن روان شناسی آمریکا گفت که شواهدی را مشاهده می کند دال بر این که موج "تجربه گرایی کورکورانه" رو به افول است، و این که "توجه به مسائل گسترده تر و مسائل فلسفی" در حال بازگشتن است.

عصر حاضر و گرایشات مردمان تمایلی به داشتن نوعی روان شناسی وسیعتر و جامع تر نیاز دارد. انسان ها را بایستی ارزش های مستقلی در نظر گرفت، و نه قابل تقلیل به نظام های فیزیکی و شیمیایی و یا مشتی گرایش ها و واکنش های روانی.

در گذشته هر اندیشه انسانی را می توانستند با غیر علمی شمردن آن بی اعتبار جلوه دهند. اما مفهوم قرن نوزدهم از علم دیگر مقبول عام نیست. اهداف و وسایل علم به طور وسیعی گسترش یافته و تعریف ((علمی)) هم اکنون بسیار آزادمنشانه تر شده است و با تمامی حوزه اندیشه بشری هماهنگ تر شده است.

روان شناسی بایستی خالصانه بکوشد تا به درک ماهیت انسان در تمامی جنبه های آن کمک کند. به نظر می آید عامل با اهمیت در افزایش علاقه به روان شناسی وجودی، گسترش احساس و اطمینان در این نکته بود که روان شناسی برای مدتی طولانی انحصارا عملکرد انسان را مطالعه نموده، در حالی که به طور پیوسته خود فرد را نادیده گرفت است و در حالی که ضروریات و اصل را نادیده گرفته، توجه خود را به موضوعات ثانوی و فرعی معطوف داشته است.

و مشکل اصلی اینجاست که روان شناسی به معنی تمام مکاتب موجود فقط انسان را مورد مطالعه قرار می دهد و انسان را به عنوان موجودی در هستی و خلقت به معنای کلی آن نمی تواند مورد مطالعه قرار دهد. تا کنون روان شناسی مدرن توانسته انسان را حداکثر در متن جامعه و موقعیتی که در آن رشد کرده یا قرار دارد مطالعه کند و در دسترسی به فراتر از آن ناکام بوده و یا نخواسته بدان بپردازد و از مفاهیم و مسائل مهم و اصیل انسان همچون نجابت، شجاعت اخلاقی، عذاب های اخلاقی، درستی و نادرستی اعمال، بدی، خوشحالی، عشق، نفرت، مرگ و ... به نوعی غفلت ورزیده است. موضوع اصلی روان شناسی مشخصا انسان است و آن صرفا ((لایه فیزیولوژیکی))، نیست. لذا اولین قدم باید مطالعه ویژگی های انسان باشد در بطن خلقت.

امروزه ما روان شناسی های متعدد داریم در حالی که تنها یک ریاضیات، یک زمین شناسی، یک جانور شناسی و یک گیاه شناسی و مانند این داریم.

به نظر می رسد یک مکتب روان شناسی واقع بینانه فراگیر و همه جانبه بتواند کلیه ابعاد روانی انسان را در حالت سلامت و بیماری توجیه و تفسیر نماید.

باید به این نکته توجه داشت که چون اختلالات روانی مبین کل ارگانیسم است و همه فرد را در بر می گیرد و نه تنها روان یا جسم او را، روان درمانی نیز باید براساس نگرش کلی یا کل بینی انجام گیرد. اختلالاتی چون اضطراب، افسردگی، اختلالات شخصیت و آشفتگی های تفکر و اندیشه همه کلی و پویا به شمار می آیند که در شناخت ریشه های آنها باید یکپارچگی فرد را در نظر داشت.

تحلیلی کل گرایی از اختلالات روانی، ارزیابی سیستماتیک روش های درمانی را میسر می سازد و به ویژه در روان درمانی انفرادی موثر است.

این که گفته اند انسان به ظاهر عالم اصغر است و به معنی عالم اکبر، مفهومی این است که نمی توان انسان را با دیدگاه ذره گرایی مورد مطالعه قرار داد. شخصیت انسان ایستا و جزیی نیست که با اصول مکانیکی قابل توجیه باشد. روان که سرآغاز هرگونه رفتار آدمی است مفهوم بسیار وسیعی دارد و نمی توان به عنوان یک وسیله یا ابزار آن را مورد مطالعه قرار داد. روح و روان انسان چیزی فراتر و عمیق تر از عصب است.

ارگانیسم آدمی از کل عالم جدا نیست و نمی توان با واژه های نوروتیک و پسیکوتیک و... فردی را جدا از فرهنگ و

جامعه و کل عالم مورد مطالعه قرار داد.

اوج نظریات روان شناسی که توانسته تا حدودی کل را در نظر گرفته و کمی انسان را در خارج از چارچوب های ذره نگری مطالعه کند، گشتالت درمانی^{۲۳} است که نوعی درمان انسان گرایانه است که به وسیله فریتز پرلز^{۲۴} شکل گرفته و مورد استقبال روان شناسان دیگر واقع شده است. در این روش درمانی فرد بیمار به عنوان ارگانیکسی با کلیت مخصوص خود مورد مطالعه قرار می گیرد و در درمان نیز این کلیت و تمامیت حفظ می شود. در واقع هدف گشتالت درمانی وحدت بخشیدن به احساسات و اعمال آدمی است که طی آن بر واقعیت هایی که در لحظه درمان برای ارگانیکسی با تمامیت ویژه خود و انسجام او مطرح می شود استوار است.

در واقع گشتالت درمانی یا همه درمانی براین نکته توجه دارد که درک و مطالعه اجزاء بدون مطالعه و ادراک کل معنی ندارد و باید خواص کل را تشخیص داد تا طبیعت اجزاء قابل درک باشد.

اما جامعه انسان ها چیزی بیشتر از یک کل که شامل صرفا خود انسان است نیاز دارد. انسان قبل از آنکه به عنوان یک کل متشکل از اجزا و اعضا و جوارح باشد و قبل از آنکه به عنوان یک فرد در یک مجموعه بزرگتر به عنوان جامعه و اجتماع و تمدن و تاریخ مورد مطالعه قرار گیرد، موجودی است ذی شعور در یک هستی بسیار بزرگتر و تاکنون لایتنهی به اسم خلقت. مطالعه انسان بدون در نظر گرفتن او در کل هستی پیمودن راهی پریپیچ و خم و گمراه کننده است همانطور که تاکنون نیز هرچه این مطالعه از هستی و خلقت و در نظر گرفتن انسان در میان این هستی دور شده، مطالعه ابعاد انسانی نیز بیشتر راه به بیراهه رفته است.

انسان مجزای از هستی، انسان مجزای از خالق، انسان مجزای از ابد و ازل، مبدا و معاد معنایی جز یک سری پوست و استخوان و سلول ندارد...

نیاز به استراتژی معنوی

اصولا انسان یک موجود چند بعدی است و بعد معنوی نیز یکی از این ابعاد وجودی انسان است. فرایند مشاوره و درمان مستلزم شناخت و ارزیابی کامل انسان است که به تشخیصی دقیق و همه جانبه منجر می شود. از سوی دیگر برای کمک به مراجع در جهت رشد و درمان استفاده از تمامی ظرفیت ها و امکانات انسان ضروری است. ظهور و گرایش دوباره کشش و ایمان معنوی و جستجوی درک روشن تری از ایمان و کاربرد آن در زندگی روزمره و تجلی آن در مجلات، کتب، رسانه های جمعی و خلاصه سرایت مذهب و نیاز به مذهب در همه جا، تقاضا برای درمانگران جهت آگاهی و حساسیت به مسائل معنوی و مذهبی مراجعان را ایجاد می کند. از سوی دیگر نتایج تحقیقات در مورد رابطه ایمان با عملکرد سالم جسمی، عاطفی و اجتماعی، ارزیابی مجدد نقش مذهب و معنویت با بهداشت روانی را ایجاب می کند. لذا امروزه باورهای مذهبی و معنوی مراجعین نه تنها ناکارآمد و غیر منطقی تلقی نمی شود بلکه به عنوان منابع قدرتمند برای بهبود و درمان در نظر گرفته می شود. با این حال مداخلات معنوی جایگاه بارز و مشخص و برابری در کنار رویکردهای دیگر ندارد و تبدیل محتوای معنوی به نظریه، تحقیق و کاربرد مشکل است و مقاومت ها و موانع زیادی در برابر استراتژی معنوی وجود دارد. یک استراتژی درمانی نیاز به تعریف دقیق ویژگی ها، اصول زیربنایی، دیدگاه روشن نسبت به شخصیت و ماهیت انسان، تبیین ماهیت مشکلات و اهداف درمان، وظایف درمانگر و مراجع، ماهیت رابطه، روش ها و ابعاد سنجش، روش های درمان و مداخلات، هشدارها و دستورالعمل ها، نمونه های بالینی و حمایت های کاربردی و نظری دارد.

فرضیات اصلی این استراتژی عبارتند از:

- خدایی هست؛
- انسان و کل هستی مخلوق خداست؛
- وجود فرایندهای نامرئی معنوی برای حفظ ارتباط خدا و بشر.

23- gestalt therapy

24- Fritz Perls

نیاز به استراتژی فراکل نگری در درمان بیماری های روانی

اصولاً انسان یک موجود چند بعدی است و فرایند رواندرمانی و یا هر نوع درمان دیگر، مستلزم شناخت و ارزیابی کامل انسان در متن هستی است که به تشخیصی دقیق و همه جانبه منجر می شود. از سوی دیگر برای کمک به مراجع در جهت رشد و درمان استفاده از تمام ظرفیت ها و امکانات انسان ضروری به نظر می رسد.

نتایج تحقیقات در مورد رابطه ایمان و آگاهی های معنوی و عرفانی با عملکرد سالم جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی، ارزیابی مجدد نقش دین، عرفان و مذهب در بهداشت روانی را ایجاب می کند.

در چند قرن اخیر با توسعه علم و تکنولوژی و فراگیر شدن دیدگاه ساختارگرایی، در کلیه دانش ها و علوم وحتى فلسفه و روان شناسی، دانستن و شناخت محدود شده به دیدن. در روان شناسی روز در غرب صرفاً به عقل (تداعی و تجربه) و حس اصالت داده می شود. درحالی که انسان به عنوان یک کل و در یک کل بنام جهان هستی باید مورد مطالعه قرار گیرد. هر فرد آدمی، درست مانند جامعه و اصولاً جهان هستی، دارای وحدت و یکپارچگی و ارتباط درونی است. بنابراین بررسی انسان و روان او باید با نگرش کل گرایانه انجام شود. روش درمانی موثر نیز تنها با نگرش کل گرایانه انتخاب می شود. دراین صورت برداشت تک ساختی از روان انسان کاری نادرست و بی فایده است.

از آنجا که اختلالات روانی مبین کل ارگانیزم است و همه فرد را دربر میگیرد و نه تنها روان یا جسم را، روان درمانی نیز باید براساس نگرش کلی یا کل بینی انجام گیرد. اختلالاتی که در روانپزشکی و روان شناسی طبقه بندی شده اند تنها به یک عمل مربوط نیستند و در سبب شناسی آنها مطالعه یک مجموعه ضروری است و این مجموعه صرفاً نمی تواند محدود به یک سری عوامل محدود بیولوژیکی یا محیط مادی اطراف باشد بلکه باید به مجموعه ای فراتر نیز توجه داشت و نمی توان انسان را با دیدگاه ذره گرایی مورد مطالعه قرار داد.

روح و روان انسان چیزی فراتر و عمیقتر از عصب است. ارگانیزم آدمی از کل عالم جدا نیست و نمی توان با واژه های نوروتیک و سایکوتیک آن را جدا از فرهنگ، جامعه، و حتی کل عالم مورد مطالعه قرار داد.

فرا درمانی به عنوان روان درمانی جایگزین

بر هر آنچه که در جهان هستی به شکل ماده خلق شده است، از ذرات بنیادی فیزیک گرفته تا کهکشان ها (شامل جامد، گیاه، حیوان و انسان) شعوری حاکم است و اشکال گوناگون ماده چیزی نیستند مگر نمود قابل مشاهده این شعور. اعتقاد به شعور یا چیزی مانند آن ریشه ای دیرینه دارد و اکثر فرهنگ ها به وجود آن اذعان داشته و دارند. در فرهنگ های مختلف نام های گوناگونی به این شعور داده شده است: نیروی حیات در ایران، پرانا در هند، چی در چین، مانا در جزایر پولنز و ... با توجه به قدمت اعتقاد به شعور، همیشه این سوال مطرح بود که شعور به کدام قسمت از بدن تعلق دارد؟ تا دوره رنسانس چنان فکر می شد که شعور در قلب انسان است ولی بعدها علم کالبدشناسی روشن کرد که قلب تنها یک عضله و یک پمپ نسبتاً ساده است. از آنجایی که مغز عضوی بسیار پیچیده است، شعور به مغز ارتباط داده شد و هنوز این تفکر ادامه دارد. لیکن بحث بالا مشخص می کند که شعور به همه جای بدن تعلق دارد.

در این شیوه نگرش برای درمان انسانی، به همه اجزاء وجودی او توجه شده و کل وجود او به طور همزمان در ارتباط با شبکه شعور کیهانی قرار گرفته تا با صلاحدید و هوشمندی آن، نسبت به رفع اختلال در اجزاء مختلف، اقدام صورت گرفته و بیمار مراحل درمان را طی نماید.

دلایل و ضرورت استفاده از استراتژی های معنوی و فراکل نگری از جمله فرا درمانی در درمان بیماری های روانی

دید الهی به ماهیت انسان مضامین عمیقی برای شخصیت، درمان و تغییر دارد:
- تجربی بودن و استفاده از تحقیقات دقیق با استفاده از مفهوم وحدت در روش شناختی و استفاده از رویکردهای کیفی و پدیدار شناختی

مطالعه انسان بدون در نظر گرفتن او در کل هستی، پیمودن راهی پریچ و خم و گمراه کننده است. همانطور که تاکنون نیز هر چه این مطالعه از هستی و خلقت و در نظر گرفتن انسان در میان این هستی دور شده، مطالعه ابعاد انسانی نیز بیشتر به بیراهه رفته است

- انتخاب، تلفیق و تلاش برای یکپارچه سازی رویکرد فرادرمانی با سایر رویکردها به صورت مکمل و متناسب با نیاز مراجعین و بیماران

- کمک به رواندرمانگر تا هم در دنیای گسترده و هم در یک بافت خاص عمل کند.

نقش درمانگر (فرادرمانگر):

- پذیرفتن یک روش جهانی که برای مراجعان با زمینه های فرهنگی و مذهبی گوناگون مناسب است

- پذیرفتن یک روش درمانی فراکل نگری

- ایجاد یک اتحاد درمانی باز و امن و توجه به آگاهی مراجعین

- خدمت به خلق و آشنایی با عبادت عملی

نقش مراجع در فرادرمانی:

- شناسایی و آشنایی عملی با هوشمندی و شعور الهی

- شناختن گنج درون و رسیدن به دانش کمال

- رهایی از گرفتاری در خویشتن

- بررسی اینکه آگاهی نسبت به کل هستی و شاهد بودن و ناظر بودن نسبت به خود و هستی چگونه بر رفتار، احساسات و روابط او با خود، دیگران و هستی تاثیر می گذارد.

- جستجو و کشف و استفاده از منابع حیات کیهانی در زندگی در جهت تغییر والتیام

- جستجوی راهنمایی و روشن بینی الهی در مورد مواجهه بهتر با هستی، التیام و تغییر

- ماهیت رابطه درمانی

- احترام، صداقت

- خیرخواهی، عشق و طلب خیر

- تایید هویت معنوی، الهی و هستی شناسانه

- همراهی و خدمت در راستای کسب کمال

- رشد، هدایت و کمال

در این دیدگاه اگر بخواهیم سلامتی یا بیماری انسان را تعریف کنیم باید این کار را برحسب هنجار بودن سه بخش انجام دهیم. در این راستا، با فرض اینکه ناهنجاری ها هم شدت هستند، تاکید ابتدا بر بروی ناهنجاری های ذهن، دوم روان و سوم جسم خواهد بود. به این ترتیب انسان سالم کسی است که ناهنجاری شعور نداشته باشد و این بدان معنی است که ذهن، روان و جسم وی هنجار باشند. هر ناهنجاری شعور می تواند خود را در یک، دو یا هر سه بخش ذهن، روان و جسم یک انسان خود را نشان می دهد.

کاربرد های این تئوری در روانپزشکی و روان شناسی دست آوردهای جدید زیادی ارائه می کند که برخی از آنها عبارتند از:

- دیدگاهی جدید در روان شناسی و روانپزشکی و تفکری نوین در فرانگری بالینی در درمان اختلالات روانی
- ارائه تئوری جدید در زمینه هوش، ذهن و روان
- تعریفی نو از (استعداد ابتلاء) به بیماری و تعریف تازه ای از (قدرت بیماری زایی) یک ویروس گیرانگنیک
- ارائه طبقه بندی جدیدی از بیماری ها و اختلالات روانی بر اساس منشأ و علت بروز اختلالات
- تعریف جدید از (سلامتی) و (بیماری) و تعریفی مستدل از ذهن، روان و بهداشت روان
- تعریفی نوین و بدون عارضه برای مداوای اختلالات روانی و معرفی یک رواندرمانی جدید
- یافتن تنه مشترک شاخه های معنویت، عرفان، فلسفه، روان پزشکی و روان شناسی در درمان اختلالات روانی

کاربرد دیگر تئوری شعور کیهانی در فلسفه، جامعه شناسی و روان شناسی است. اینکه جهان یک سیستم زنده و واحد است که شعور خاص خود را دارد و تمام اجزاء این جهان به نوبه خود سیستم های زنده خودگردانی هستند که در این میان انسان نیز تنها یکی از آن اجزاء است (درست مانند درخت، گربه، کوه و ...) می تواند حداقل از بعد فلسفه کل نگری افق جدیدی را فراروی علم قرار دهد. این تئوری نشان می دهد که انسان برای اینکه بتواند سالم و شاد زندگی کند باید به سلامتی شعور کل و از جمله طبیعت اولویت قائل شود و نیز باید بداند که این سلامتی وقتی میسر خواهد بود که با دیگر انسان ها و طبیعت و همچنین با کل هستی و خالق هستی سازگار باشد. باید معتقد باشد که غرور، خودخواهی، زیاده طلبی، قدرت طلبی و برتری جویی برخلاف جهت رودخانه زندگی و هستی شنا کردن است که هر کس چنان کند مجبور خواهد شد تاوان گزافی بپردازد. تاوانی به بزرگی از دست دادن قدرت خلاقیت و آرامش درون.

آنچه که فرادرمانی می خواهد و وظیفه خود می داند که به آن برسد، نه Well-Being بلکه خوب دیدن و خوب شنیدن در برابر خوب زیستن است.

خوب زیستن آن چیزی است که جامعه مدرن به عنوان یک هدف در مقابل افرادش می گذارد و مدام به تبلیغ آن می پردازد و از مشخصات خوب زیستن تطابق با استانداردهای جامعه، تلاش برای کسب رفاه، تلاش برای برقراری نوع خاصی از روابط اجتماعی و امثال اینهاست. در واقع آنچه را که جامعه مدرن به افرادش تکلیف می کند صورت گرایی^{۲۵}، همرنگی^{۲۶} و مصرف است.

خوب دیدن هیچیک از این مشخصات را ندارد. خوب دیدن یعنی رابطه بین انسان و وجود، رابطه بین کلمات و آنچه هستیم، خوب دیدن بنابراین یک دانش است در مورد خود انسان. در خوب دیدن هدف این است که شخص به نوعی رای نهایی در مورد وجود خودش دست یابد، به نوعی قضاوت آخر. خوب دیدن یعنی تغییر در دیدگاه ها که این، تغییر در جایگاه شخص در جهان را به دنبال دارد.

فرادرمانی ایجاد اشتیاق است، اشتیاقی که انسان در این مکتب به دنبال تسکین دادن آن نیست، بلکه به دنبال هرچه برافروخته تر کردن آن است. این انسان می داند که اشتیاق تسکین نمی خواهد، فقط عمل می خواهد. تکلیف فرادرمانی یعنی دست یافتن به اشتیاق. سوژه انسانی پرداخته شده در فرادرمانی یک سوژه دست آموز و یک سوژه جهانی نیست، او سوژه ای است که فکرش را تغییر داده، که قضاوت درونی اش را تغییر داده، او سوژه ای است که ارزش هایش تغییر کرده و کسی است که (می داند کیست) و ارزش (می داند کیست) را می داند و مسئولیت (خود بودن) را در برابر هستی و آفرینش و آفریننده بزرگ به گردن گرفته است.

25- Formalisme

26- Conformisme

فرا درمانی هم مثل هر شاخه علمی دیگر دارای یک اساس تئوریک است که باید در عمل آزموده شود. چرا که به نوعی "تجربی" است. زیرا که اساس تئوریک آن بدون یک تجربه واقعی کلماتی بی معنا بیش نیست. آزمایشگاه فرا درمانی خود شخص است و موضوع مورد آزمایش نیز خود شخص در بطن هستی. فقط و فقط در اثر مطالعه بر روی شخص خود است که این کلمات بی معنا کم کم دارای معنا می شوند و مطالبی که در ابتدا خیالبافی محض به نظر می رسیدند جنبه واقعیت می یابند.

در روند فرا درمانی فقط شاهد بودن و سپردن و طلب خیر خواستن و به نوعی اتصال جمعی به شعور الهی مطرح است، فقط همین و بس. با این همه در اثر همین نکته جسم و روان بیمار تسکین می یابد و سمپتوم ها تخفیف پیدا می کنند این نکته ایست که خود بیماران را بیشتر از همه متعجب می کند. آنها اغلب با ساده دلی تمام می گویند: (شما که کاری نکردید ولی من حالم خیلی بهتر شده)!

اگر سمپتوم در اثر فرا درمانی تخفیف می یابد، که می یابد، باید اینطور نتیجه گرفت که سمپتوم باید در ذرات خود با شعور و شعور هستی ارتباطی داشته باشد و فرا درمانی روشی است کل نگر که می تواند در یک فرایند (اتصال و ارتباط با هوشمندی) ناهنجاری های شعوری در انسان و در تک تک سلول های موجود در انسان را اصلاح نماید، در واقع فرا درمانی به مداوای علت بیماری می پردازد.

وقت آن رسیده است که محققین و پژوهشگران بی غرض عمیقا به تئوری و نظریات این نوع روش درمانی در اختلالات روانی پرداخته و در عمل به بررسی و احیانا اثبات آن به عنوان طب مکمل و جانشین در درمان خیل عظیمی از بیماری های روانی بپردازند که تاکنون علیرغم وجود مکاتب مختلف روان شناسی و روان درمانی هیچ نوع درمان قطعی و کاملی در مورد آنها وجود ندارد.

منابع

- ناصری، مسعود. کوانتوم، عرفان و درمان، نشر مثلث، ۱۳۸۶
- کدیور، میترا. مکتب لکان، روانکاوی در قرن بیست و یکم، انتشارات اطلاعات، ۱۳۸۸
- مکتب های روان شناسی و نقد آن (جلد اول و دوم)، دفتر همکاری حوزه و دانشگاه، انتشارات سمت، ۱۳۷۲
- میزیاک، هنریک، سکستون، ویرجینیا استاوت، ترجمه احمد رضوانی، تاریخچه و مکاتب روان شناسی، انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۱
- خدیوی زند، محمدمهدی، سرگذشت روان درمانی، ۱۳۷۹، فصلنامه تازه های روان درمانی، سال چهارم، شماره ۱۵ و ۱۶
- تاریخ تمدن ویل دورانت، ترجمه مهرداد مهرین، انتشارات اقبال، ۱۳۴۲
- یونگ، گوستاو، ترجمه ابوطالب صارمی، انسان و سمبول هایش، چاپ سپهر، ۱۳۵۹
- رضی، هاشم، ادیان بزرگ جهان، انتشارات آسیا، ۱۳۴۴
- هانه مان، ساموئل، ترجمه احمد ارژمند، ارغنون پزشکی، انتشارات سروش، ۱۳۷۸
- طاهری، محمدعلی، عرفان کیهانی، انتشارات اندیشه ماندگار، ۱۳۸۴
- طاهری، محمدعلی، انسان از منظری دیگر، نشر ندا، ۱۳۸۶
- مجله طب کل نگر، ویژه نامه فرا درمانی، سال ششم، شماره ۲۲، ۱۳۸۸

توضیحی پیرامون واژه

سایمنتولوژی (Psymentology)

“Psymentology” واژه ای جدید برای معرفی و ارایه ی دانشی (نظریه ای) نوین در حوزه روان پزشکی و روان شناسی است. این رشته که توسط استاد محمدعلی طاهری پایه گذاری شده است با دیدی فراکل نگر به بررسی ذهن و روان انسان می پردازد.

از آنجا که خلق واژه های جدید همواره به ویژه در جوامع علمی چالشهایی را به همراه داشته است، این واژه از نظر معنا و ریشه و نیز ساختار، از دیدگاه زبان شناسی مورد بررسی قرار می گیرد:

Psymentology از سه morpheme یا واج تشکیل شده است: (o)logy / ment / Psy

● **Psy** برگرفته از Psych یا Psyche یا Psycho است و واژه ای است یونانی.
- Psych کوتاه شده ی Psychology است و روان شناسی معنی می دهد، مانند:

- a Psych major : دانشجوی رشته ی روان شناسی

این واژه همچنین به جای Psychiatric به معنای روانی یا امور مربوط به روان پزشکی به کار می رود، مانند عبارت زیر:

- The hospital's Psych ward : بخش روانی (روانپزشکی) بیمارستان

- Psyche به این معانی است: ۱. روح و روان و اعصاب، ۲. ذهنیت و ماهیت اصلی انسان که طرز فکر و رفتار او را کنترل می کند. همچنین Psyche از اساطیر یونان و تجسم کننده ی روح بوده است. ریشه ی این واژه، واژه ی یونانی: Psukhe با معانی داده شده است:

[Origin: 1600-1700 Latin from Greek 'Psukhe': breath, life, soul, mind]

عموماً در حوزه روانشناسی Psyche به معنای روان به کار می رود و در واژه سایمنتولوژی نیز Psy به عنوان مخفف همین واژه به کار می رود.

- Psycho به معنای کسی است که ناگهان رفتار خشن و دیوانه واری از او سرزند؛ روانی و به صورت پیشوند در واژه هایی مانند روانکاو (Psychoanalyst) و روانکاوی (Psychoanalysis) به کار می رود.

● **Ment** ریشه ی لاتین Mental است و به عبارتی واژه ی Mental از لاتین گرفته شده است. به معنای mind :
[Origin: 1400-1500 French-Late Latin 'mentalis' from Latin (stem ment) from mens; mind]
Mental به فارسی ذهنی، روانی معنی شده است و Mind به این معانی آمده است: ۱. ذهن، ۲. یاد و خاطره، ۳. فکر و عقیده و نظر، ۴. نیت، قصد، خواست، تصمیم، ۵. عقل، عقل و شعور، ۶. حواس، هوش و حواس، ۷. افکار، توجه، ۸. مغز متفکر.

در فرهنگ لغتی مانند Webster معانی بیشتری برای دو واژه ی Mental و Mind داده شده است. ریشه ی Mind در فرهنگ Webster یونانی شناخته شده است. Mind با واژه های زیر نیز مترادف است:

Mind: Intellect, Intelligence, Mentality, Brains, Wits, Sense Reason.

● **(o)logy** تلفظ دیگری از logy است. ریشه ی آن واژه ی یونانی Logos به معنای لغت است. logy به معنای

زیر می باشد:

۱. بیان کتبی یا شفاهی

۲. داکترین یا نظریه، تئوری، علم

این واژه همچنین مطالعه و بررسی به ویژه موضوعی علمی معنا شده است.

[Origin: Middle English 'Logie' from old French, from Latin Logia, from Greek 'Logos': word, speech]

حال آیا اینکه می توان واژه را ساخت و خلق کرد، آن را کوتاه و بلند نمود، می تواند از نظر زبان شناسی مورد بررسی قرار گیرد:

word-formation - word-formation در زبان شناسی است که از شکل گیری و ساخت واژه ها و نیز از تغییر آنها در گذر زمان می گوید. در زیر نگاهی به برخی از متداولترین شیوه های این تغییر و تبدیل شده است:

۱. **Barrowing** قرض گرفتن:

یکی از متداولترین منابع واژه های جدید در زبان انگلیسی Borrowing است. زبان انگلیسی در طول تاریخ خودش واژه های بسیار زیادی از دیگر زبانها به عاریت گرفته است. واژه هایی مانند:

Alcohol, Lilac / زبان فارسی / Piano ایتالیا / robot چک / tycoon ژاپن / yogurt ترکیه.

۲. **Combining form** ترکیب سازی

زمانی است که یک واژه ی جدید با ترکیب شدن با یک واژه، یک پیشوند یا پسوند و واژه ی ترکیبی دیگری شکل می گیرد، برای مثال: astr(o) یک combining form است که می تواند واژه ی astrology را با یک combining form دیگر مانند (o)logy بسازد و واژه ی astrophysics را با واژه ی Physics و واژه ی astral را با پسوند -al بسازد.

۳. **Coinage** اختراع واژه های جدید

واژه هایی مانند:

Kleenex, nylon, aspirin, xerox

۴. **Clipping** کوتاه کردن، بریدن:

کوتاه کردن زمانی اتفاق می افتد که یک واژه بیش از یک سیلاب داشته باشد، در زیر نمونه هایی از واژه هایی که کوتاه و بریده شده اند و نام Clipping را به خود اختصاص داده اند آمده است:

gymnasium → gym / mathematics → math / professor → prof / laboratory → lab /

influenza → flu / advertisement → ad / airplane → plane / pianoforte → piano /

omnibus → bus

۵. **Back formation** یعنی برداشتن یک affix (پیشوند یا پسوند):

در back formation یک واژه ی کوتاه از یک واژه ی طولانی تر بر اساس شباهتهایی که بین واژه ی طولانی تر و دیگر واژه ها در زبان دارد، درست می شود. برای مثال واژه ی editor در فرهنگ لغات زبان انگلیسی بسیار پیشتر از edit وجود داشت. اگر مقایسه ای بین واژه ی editor با دیگر واژه ها مانند singer ، writer و worker صورت گیرد، انگلیسی زبانان فکر می کنند درست مانند singer ، writer و worker که از دو morpheme تشکیل شده است، editor نیز باید از دو morpheme تشکیل شده باشد؛ یک پسوند or که در تلفظ صدای er دارد و معنای آن یعنی کسی که کاری را که فعل آن توصیف می کند انجام می دهد و یک فعل یعنی edit. به این ترتیب واژه ی جدید edit به صورت فعل وارد واژگان زبان انگلیسی گردید. در ابتدا برخی به این واژه اعتراض کردند اما امروز edit کاملاً قابل قبول است. در زمانی نه چندان دور back formation منجر به پدید آمدن واژه ی enthused از enthusiasm شد. enthused واکنش بسیار تندی را برانگیخت. به این صورت که «این واژه نیست». از این نظر که enthused واژه ای جدید بود، درست بود. اما back formation روش متداول و صحیح در روند خلق واژه است. چنین اعتراضهایی هرگز تأثیری در خلق واژگان نداشته است. نمونه هایی که با back formation ساخته شده در زیر آمده است:

Donate → donation / opt → option / emote → emotion / pea → pease /
enthused → enthusiam

۶. **Blending** از ترکیب دو واژه یک واژه ساخته می شود. به این صورت که با برداشتن اول یک واژه ی و پیوند آن به آخر واژه ای دیگر، واژه ی جدیدی ساخته می شود. برای مثال در برخی از ایالات امریکا محصولی مانند gasoline (بنزین) وجود دارد. اما این محصول از الکل به دست می آید. به همین دلیل برای این محصول واژه ای مانند gasohol ساخته شده است. یا از دو واژه ی fog و smoke واژه ی smog به معنای دود ساخته شده است. نمونه های دیگر:

(breakfast, lunch) = brunch

(hotel, motor) = motel

(television, broadcast) = telecast

لازم به ذکر است که گاهی برای ساخت واژه با استفاده از این روش، از پیوند ابتدای دو واژه، واژه جدیدی به وجود آورده می شود. برای مثال می توان به واژه هایی در فن آوری اطلاعات اشاره کرد از جمله telex که از ترکیب ابتدای دو واژه teleprinter و exchange ساخته شده و همچنین modem که از ترکیب modulator و demodulator بدست آمده است.

۷. **Acronyms** واژه هایی که از حروف اول یک سری واژه به دست می آید، مانند:

NASA = National Aeronautics & Space Administration

NATO = North Atlantic Treaty Organization

UNICEF = United Nations Children's Fund

WHO = World Health Organization

روش های فوق چه به صورت مجزا و چه ترکیبی (multiple process) در فرآیند ساخت واژه به کار می روند. همه ی زبانها دست کم از بعضی از این روشها استفاده می کنند. خلق واژه هرگز قابل پیش بینی نبوده، نیست و نخواهد بود. از طریق مطالعه ی تاریخ یک زبان، زبان شناس می تواند به روندی که گویندگان آن زبان برای تشکیل واژه های جدید در گذشته به کار برده اند، پی ببرد و به این طریق به درک کلی روش های خلق واژه در زبان انسان برسد. یکی از ویژگیهای تمام زبانها این است که واژه ها پیوسته به وجود می آیند و خلق می شوند. این ویژگی زبان Productivity، Creativity، یا Open-endedness نام گذاری شده است و این حقیقتی است که شمار واژگان

بالقوه در هر زبان انسانی نامحدود است.

تمام تغییراتی که در زبان به وجود آمده یک شبه اتفاق نیفتاده است. بلکه امری تدریجی بوده و احتمالاً زمانی که این تغییرات انجام می شده قابل تشخیص نبوده است. با وجودی که بسیاری از تغییرات در زبان به دلیل تغییرات اجتماعی ناشی از جنگها، تهاجمها و دیگر تغییرات اساسی بوده است. رایج ترین و پرنفوذترین تغییرات، روند همیشگی یعنی تغییر از طریق انتقال فرهنگی بوده است. زبانها در طول حیاتشان تغییر می کنند، واژه های جدید تولید می شوند، واژه های قدیمی کنار می روند، معانی تغییر می کنند. نمونه هایی از این تغییرات در ساختار تشکیل واژه ها ارایه گردید. واژه هایی که در این مجموعه به کار برده شده است تنها نمونه هایی هستند. هر واژه در زبان انگلیسی دارای تاریخی است. امروز واژه ای وجود ندارد که ما دقیقاً آن را مانند زبان نیاکانمان استفاده کنیم. دلیلی هم وجود ندارد که فکر کنیم آنها کمتر از ما قادر به ارتباط با یکدیگر بوده اند. مهم نیست که یک زبان چطور تغییر می کند. یک زبان همیشه زبان است. یک سیستم ارتباطی Productive که کاملاً متناسب با احتیاجهای گوناگون آن زبان است. نگرش متعصبانه به زبان برای آنهایی که با ماهیت زبان آشنا هستند قابل درک نیست. چرا باید کسی به خلق واژه های جدید اعتراض کند؟! فرهنگ لغات همه ی زبانها پر است از واژه هایی که زمانی جدید بودند. اعتراضهایی که زمانی به واژه هایی مانند edit می شد امروز دیگر کسی به آنها اعتراض نمی کند. زبان دمکراتیک است. هر کس ممکن است نظر خودش را بگوید. اما همواره بُرد با اکثریت بوده است. اکثر مردم از یک واژه ی جدید استفاده می کنند و این بخشی از زبان است. حال چه از طریق قرض گرفتن باشد چه از طریق ترکیب، چه کوتاه کردن و چه از طریق اختراع و خلق آن باشد.

نقدی به سایمنتولوژی

با بررسی کوتاهی که درباره ی ریشه، معنا و ساختار واژه ی Psymtology صورت گرفت می توان گفت این واژه، واژه ای یونانی است که از نظر ساختار با الگوهای ساخت واژه در زبان کاملاً مطابقت دارد. اما اینکه این واژه چگونه و به چه روشی ساخته شده واقعاً مهم نیست. اهمیت در مکانیزم خلق آن است و این همان ماهیت Productivity و Creativity زبان است که به هنگام ضرورت باعث خلاقیت و آفرینش واژه می شود. واژه ای که به دلیل محتوا و غنای معنا از یک سو و زیبایی آهنگ از سوی دیگر در نوع خود بی نظیر است. شاید هیچ واژه ای نمی توانست تا این اندازه بیانگر ماهیت جریانی فراکل نگر در بررسی ذهن و روان انسان و دیگر ابعاد وجودی او باشد. از این روست که هر گونه ترجمه ی احتمالی آن و یافتن معادل معنایی در زبان برای آن یعنی وارد آوردن آسیب جدی به معنا و مفهوم این واژه.

زبان شناسان از دیدگاههای مختلف زبان و نقش آن را ارزیابی کرده اند و تعاریف متعددی برای آن ارایه داده اند. «دیدگاه فلسفی، زبان را به طور عمده بیان اندیشه ها می انگارد ولی چیزی که در میان همه ی تعاریف مشترک است این است که زبان وسیله ی ایجاد ارتباط میان انسانهاست»^۱. زبان در تاریخ خود همواره این نقش ارتباطی خود را ایفا کرده و همواره نیز فراتر از مرزهای قراردادی رفته است. زیرا که هرگز مرزی نمی شناخته است و البته هنوز هم نمی شناسد. نگاهی عاری از تعصب به زبان انسانی و واژه ها یعنی دیدی کل نگر داشتن به انسان و هر آنچه متعلق به اوست و این زمانی حائز اهمیت می شود که زبان بخواهد نقش خود را در میان نظریات نوین در عرصه ی علم و دانش ایفا نماید و این یعنی پاس داشتن دست آوردهای علمی و آنهایی که زندگی خود را صرف آن کرده اند.

بسیاری بر ای زبان منشایی الهی قایل هستند و این شاید به دلیل اشاراتی است که متون اساطیری و مذهبی به آن داشته اند؛ مذهب هندو بر این باور است که زبان از جانب الهه «سَرسواتی» (Sarasvati) همسر «برهما» خالق جهان آمده است. در عهد عتیق آیاتی در سفر پیدایش در این مورد چنین می گویند (آیه ی ۲:۹) «و خداوند خدا هر حیوان و هر پرنده ی آسمان را از زمین سرشت و نزد آدم آورد تا ببیند چه نام خواهد نهاد و آنچه آدم از هر ذی حیات را خواند، همان نام او شد». و در جای دیگر در داستان «برج بابل» در آیه ی ۱۱:۱ چنین آمده است: «و تمام جهان را یک زبان

۱- دکتر کاظم لطفی پور، درآمدی به اصول و روش ترجمه؛ زبان شناسی ترجمه.

و یک لغت بود». و آیه ی ۱۱:۷ «کنون نازل شویم و زبان ایشان را در آنجا مشوش سازیم تا سخن یکدیگر نفهمند». و آیه ی ۱۱:۹ «از آن سبب آنجا را «بابل» نامیدند زیرا که در آنجا خداوند لغت تمام اهل جهان را مشوش ساخت و خداوند ایشان را از آنجا بر روی تمام زمین پراکنده نمود».

زبان شناسان نیز منشأ الهی زبان را مورد پرسش قرار داده اند. Yule با اشاره به آیه ی اخیر ۱۱:۹ آنجا که می گوید: «لغت اهل جهان را مشوش ساخت» در کتاب خود (The study of language) می گوید: «اگر زبان Divine Source باشد پس ما هیچ راهی برای بازسازی آن زبان منشأ (Original Language) نداریم به ویژه با توجه به رویدادهای شهری که بابل نامیده می شد».

اینکه منشأ زبان، الهی و الهام بوده است را شاید بتوان در حد نظریه ای غیرعلمی مطرح کرد. اما اگر بشر نتوانسته الهی بودن منشأ زبان را اثبات کند توانسته با ردگیری ریشه های زبانی به منشأ و ریشه ی بسیاری از زبانها پی ببرد. و شاید برای ما ایرانیان مایه ی مباهات باشد که بدانیم منشأ بسیاری از زبانها به ویژه آنهایی را که زبانهای اصل می شناسیم مانند یونانی و لاتین از زبانهای هند و ایرانی است. در زیر نگاهی کوتاه به آن شده است:

«سنسکریت و اوستایی کهن ترین زبانها از خانواده ی زبانهای هند و اروپایی هستند. هند و ایرانی نیز از شاخه ای از خانواده ی زبانهای هند و اروپایی هستند که این شاخه خود به دو زیرمجموعه تقسیم می شود:

۱. زبانهای هندی و سنسکریت (زبان علمی قدیم و مقدس هندوان و یکی از زبانهای مهم هند و ایرانی است).

۲. زبانهای ایرانی: اوستایی، پارسی باستان (هخامنشی)، پهلوی (اشکانی، ساسانی)، پارسی (دری، تاجیک، فارسی)، کردی، بلوچی، پشتو.

آریاییان که همان هند و اروپاییان هستند، مردمانی بودند که نزدیک به پنج هزار سال پیش با یکدیگر می زیستند و دارای زبان و فرهنگ مشترکی بودند. برخی تاریخ را از این هم عقب تر برده اند. هر گروه مهاجر آریایی به سویی رفت و تحت تأثیر زبان و فرهنگ میزبان خود، خانواده ای از زبانهای هند و اروپایی ایجاد کرد که در زیر نام تعدادی از آنها آمده است. زیرخانوارهای زبانهای هند و ایرانی:

زبانهای ژرمنی^۱، زبانهای ایتالیک^۲، یونانی^۳، سلتیک، اسلاوی^۴، آرمَن، بالتیک، آلبانیایی.

گروه زبانهای هند و ایرانی مهمترین گروه از خانواده ی زبانهای هند و اروپایی است. چون کهن ترین گروه از این خانواده به شمار می رود»^۵.

بنا بر تقسیم بندی بالا، واژه ی Psymetology در اصل از زیرخانوارهای زبانهای هند و ایرانی است و به هر روی می رود تا جای خود را در فرهنگ واژگان فارسی، انگلیسی و دیگر زبانها باز کند و هیچ ترجمه و معادلی هم نمی توان برای آن یافت. Psymetology یعنی «سایمتولوژی».

منابع:

- Advanced American Dictionary
- Webster
- The Grolier International Dictionary
- The study of language / George Yule
- Linguistics & Language / Julia S. Falk
- Dictionary of Applied Linguistics / Jack Richards, John Platt, Heidi Weber

۲. شعبه های زبان ایتالیایی شامل (اسک osque)، امبری ombrien، لاتین و زبان رمن ها (Romans) و غیره.

۳. شعبه هایی از شاخه ی یونانی، یونی ها، آتیک ها، دورین ها و زبان یونان امروزی است.

۴. زبانهای بالتواسلاو (Slaves-Balto) که عبارت است از: لیتوانی ها، روس ها، لهستانی ها، چک ها، سروات ها، بلغارها و غیره.

- موارد مندرج در زیرنویس برگرفته از زبانهای هند و اروپایی در «فرهنگ معین» است.

۶. منبع: www.donbelid.com

منتشر شده از گروه تحقیقات پزشکی فرادرمانی

