

توماس أ. بان: Neuropsychopharmacology واللغة المنسية للطب النفسي
الجنون: من الطب النفسي إلى علم الأعصاب عبر علم الأعصاب

من عصبية إلى نفسية
إدخال رد الفعل المشروط
تطوير لغة الطب النفسي
إدخال علم الأمراض النفسية
إدخال علم الأنف
نسيان لغة الطب النفسي
إعادة اكتشاف لغة الطب النفسي
إحياء علم الأنف
المعايير التشخيصية للبحوث
نظام التقييم التشخيصي المركب
إحياء علم الأمراض النفسية
نمذجة أنفية
إعادة النظر في رد الفعل المشروط
من الطب النفسي إلى علم الأعصاب
المراجع
من عصبية إلى نفسية

قد يكون الجنون قديماً قدم البشرية (بورتر 2002) ومع ذلك ، فإن التطور الذي أدى إلى ولادة الطب النفسي ، والمجال الذي يتعامل مع "الجنون" ، لم يبدأ إلا في أواخر القرن الثامن عشر وكان السبب وراء ذلك : (1) تقديم ويليام كولين (1777) لمصطلح "العصبية" ، بالنسبة لفئة من الأمراض التي كان يعتقد أنها أمراض "عصبية" و (2) تصنيفه لـ "فيزانيا" التي تضمنت مختلف أشكال الجنون ، باعتبارها واحدة من الأصناف الأربعة "للعصبية" (ليتر 1877)..

كان كولن أستاذا مؤثرا في الطب والفيزياء في جامعة إدنبرة ، اسكتلندا ، وجذب تصنيفه الانتباه في أوروبا والولايات المتحدة ومن هنا فإن تصنيفه للجنون" على أنه أراض "للأعصاب" لا يمكن فصله من قبل "العقليين" (الذين يشير إليهم البعض باسم "الرومانتيكيين الألمان") ، وهم مجموعة قوية من الأطباء في ذلك الوقت كانوا يعتقدون أن "الجنون" كان بمثابة بلاء "للعقل" (بيكوت 1983 ؛ أقصر 2005). ولتحويل التركيز من الأعصاب (الدماغ) إلى العقل (النفس) في مفهوم "الجنون" ، تم تقديم مصطلح "النفسية" في عام 1808 من قبل يوهان كريستيان ريبيل ، وهو أستاذ الطب في (هاله -ألمانيا). وقد تم تبنيه وتعديله ليصبح "نفسياً" بواسطة يوهان كريستيان هاينروث ، وهو أستاذ الطب في (لايبزيغ - ألمانيا). ومن خلال كتاب هاينروث المؤثر عن اضطرابات الحياة النفسية ، الذي نشر في عام 1818 ، انتشر مصطلح "الطب النفسي" في مختلف أنحاء العالم (بيكوت 1983). وقد أثر "العقليون" تأثيراً عميقاً على لغة "الطب النفسي" وتفكيره، مما كان له أثر طويل الأمد.

في عام 1845 تبنى إرنست فوشترسليين ،(وهو عميد الطب في جامعة فيينا (النمسا) ، وليس بنفسه مرشداً)، مصطلح "الذهان" في كتابه المدرسي لعلم النفس الطبي للمرضى الذين يعانون من "الجنون"والذين تأهلوا للحصول على "الذهان" في تصنيف كولن. ففرق بين مرضى "جنون" ، أي المرضى الذين يعانون من "الذهان" من المرضى الآخرين الذين يعانون من "الذهان العصبي" ، يشير إلى فصل "الطب النفسي" عن "الطب العصبي" في الإطار المرجعي لفيوتشيرسليين: "كل اضطراب عقلي يعني ضمناً مرضاً للجهاز العصبي ، ولكن ليس كل عيب في الجهاز العصبي مصحوباً باضطراب عقلي" (بيكوت 1983).

إدخال مصطلحات مهدت الطريق لتطوير الطب النفسي

William Cullen
(Edinburgh (Scotland
Neurosis
1777

Johann Christian Reil
Halle
Psychaterie
1808

Johann Christian Heinroth
Leipzig
Psychiatrie
1818

Ernst Feuchtersleben
(Vienna (Austria
Psychosis
1845

إدخال مصطلح رد الفعل المشروط ،

في نفس العام 1845 ، ظهر كتاب لفيوتشرزليين ، ونشر ويلهلم غريزنجر اطروحته ، (علم الأمراض وعلاج الأمراض النفسية). وبالنسبة لغريزنجر ، كان الطب النفسي جزءاً من العلوم الطبيعية ؛ وكان النشاط العقلي هو النشاط العصبي ، كما أن علم الأمراض العقلية هو أحد أعراض مرض الدماغ.

وبتحفيز من اكتشاف السير تشارلز بيل (1811) وإدراك فرانسوا ماجيندي (1822) لأهمية "قوس رد الفعل" الذي يربط بين المدخلات الحسية والنواتج الحركية في تشغيل الجهاز العصبي (الحبل الشوكي) ، كان غريسنجر (1843) أول من تصور النشاط العقلي باعتباره نشاطاً لرد فعل وبعد ذلك بعشرين عاماً .

في عام 1863 ، قام إيفان ميهايلوفيتش سيشينوف ، وهو فيزيائي روسي ، درس "الكبح العصبي" في الجهاز العصبي المركزي للضفدع في مختبر كلود برنارد في باريس ، بتفصيل أوصاف غريسنجر. في دراسته (رد فعل الدماغ) خلص إلى أن كل نشاط بما في ذلك "النفس" في الدماغ ، هو رد فعل وبالتالي يتبع القوانين الثابتة التي يمكن تحديدها عن طريق التحقيق (سيشينوف 1935 ؛ ويلز 1956).

أسس "رد الفعل النفسي" في أواخر القرن التاسع عشر على يد كاميلو غولجي (1874) ، وهو عالم تاريخ إيطالي ، الذي وصف خلايا متعددة الأقطاب (غولجي) في "المصباح الوعائي" مع استخدام البقع الفضية ؛ إن سانتياغو رامون أو كاجال (1894)، وهو عالم تاريخ إسباني ، أثبت أن "الخلية العصبية" هي الوحدة المورفولوجية والوظيفية للجهاز العصبي كما ان السير تشارلز شيرينجتون (1906) ، وهو فيزيائي إنجليزي ، أثبت أن "السينابس" هو الموقع الوظيفي للانتقال من خلية عصبية إلى أخرى. وهي الاكتشافات التي وفرت الأساس الهيكلي لاشتغال الدماغ .

Camillo Golgi
Italy
1874
خلايا متعددة الأقطاب في البصلة الشمية
Ramon y Cajal
Spain
1883
Charles Sherrington
England
1906

المشبك الوظيفي موقع الإرسال

تبنى كارل فيرنيكي (1881-1883) ، أستاذ علم الأعصاب والطب النفسي في بريسلو (ألمانيا في ذلك الوقت) ، في أواخر القرن التاسع عشر ، وجهة نظر غريسنجر القائلة بأن النشاط العقلي هو " نشاط رد فعل" وصنف "الحالات النفسية". أي الأمراض النفسية ، على أساس "فرط الأداء" في المكونات "النفسية - الحسية" و "الداخلية - النفسية" و/أو "النفسية - النفسية" (المسارات ، المراحل) من "رد الفعل النفسي" (فرانزيك 1990).

أصبح "رد الفعل النفسي" محوريا في أبحاث إيفان بيتروفيتش بافلوف ، وهو فيزيائي روسي حائز على جائزة نوبل في عام 1904 لاكتشافه التنظيم العصبي للقلب . وكان اهتمامه بـ "رد الفعل النفسي" سببت في ملاحظته التي مفادها أن "التغذية الصورية" أنتجت إفرازات معوية عند الكلب (بافلوف 1906).

وكشفوا أيضاً أنه قبل أن يقتصر هذا النظام على تحفيز مشروط معين من خلال التمييز بين هذا النظام والمحفزات الأخرى ، فإنه يصبح "معموماً" بطريقة عابرة ، فإن أي تحفيز مشابه نوعياً لهذا النظام من الممكن أن يثير التعميم.

واستنادا إلى "عمليتين أساسيتين" افتراضيتين مستمرتين في الدماغ ، "الإثارة" و "التثبيط" ، اللذين يصبحان ظاهرين على نحو سلوكي في اكتساب المسؤولية السرية وانقراض القدرة التنافسية ، فإن الدماغ لديه القدرة على التفريق ، من خلال تعزيز أحد الحوافز (التحفيز الإيجابي) وعدم تعزيز آخر (التحفيز السلبي) ، وعكس مسار المسؤولية الشخصية ، من خلال تحويل التعزيز من التحفيز الإيجابي إلى التحفيز السلبي. وعلاوة على ذلك ، فإن الدماغ لديه أيضاً القدرة على تأخير بدء عملية الإبطال أو التأخر ، وتشكيل عمليات إبعاد ثانوية أو سلاسل من عمليات الإبعاد المقننة المبنية على عمليات الإبعاد المقننة الثابتة (BAN 1964 ؛ غانت 1948 ؛ بافلوف 1927).

Ivan Petrovich Pavlov's contributions:

DISCOVERED that any sensory stimulus can become a signal for a specific sensory stimulus if repeatedly coincides (preceding coincidence) with the specific stimulus;

EXPLAINED his finding by assuming opening of new, formerly non-operating path in the brain;

HYPOTHESIZED that "psychic activity" is based on changes in the processing of sensory signals in the brain;

REPLACED the term "psychic reflex" with the term "conditioned reflex" (CR);

RENDERED the built-in potential of the brain for processing signals accessible to study via CR functions:

acquisition
extinction
disinhibition
generalization
differentiation
reversal
retardation
secondary CR formation
CR chain formation

اكتشف أن أي منبه حسي يمكن أن يصبح إشارة لمحفز حسي معين إذا تزامن بشكل متكرر (الصدفة السابقة) مع المنبه المحدد

شرح اكتشافه بافتراض فتح مسار جديد لم يكن يعمل سابقاً في الدماغ ؛

فرط في أن "النشاط النفسي" يعتمد على التغيرات في معالجة الإشارات الحسية في الدماغ.

استبدل مصطلح "المنعكس النفسي" بمصطلح "المنعكس الشرطي" (CR) ؛

تقديم الإمكانيات الداخلية للدماغ لمعالجة الإشارات التي يمكن الوصول إليها للدراسة عبر وظائف CR:

في أوائل ثلاثينيات القرن العشرين قام بافلوف مع شركائه بتوسيع أبحاثهم من حيوان إلى إنسان وكشفوا أن الدماغ البشري لديه القدرة على استخدام إشارة شفوية مقابلة عن التحفيز الحسي كإشارة لاستخراج الأشعة المقطعية. بما أن الإشارات الشفوية مبنية على الإشارات الحسية ، أشار بافلوف إلى نشاط CR مع استخدام الكلمات كنشاط نظام الإشارة الثاني ، ونشاط CR مع استخدام الإشارات الحسية

كنشاط نظام الإشارة الأول. وعلاوة على ذلك ، بما أن نشاط CR في كليهما ، فإن نظامي الإشارات الأول والثاني يبنيان على نشاط UR ، فقد ميز بين النشاط العصبي المنخفض القائم على UR ، والنشاط العصبي الأعلى القائم على CR.

في إطار بافلوف المرجعي الأداء العقلي هو نشاط عصبي أعلى ، وعلم الأمراض العقلية هو تعبير عن عمل غير طبيعي في نظام الإشارة الثاني. وتشير النتائج التي تشير إلى أن عمليات الإبلاغ المقننة للإشارات اللفظية تقمع عمليات الإبلاغ المقننة للمحفزات الحسية ، وعمليات الإبلاغ المقننة للمحفزات الحسية ، إلى أن عمليات الإبلاغ المقننة تسيطر عليها الإشارات اللفظية (Ban 1966) ؛ بيكوف 1957 ؛ إيفانوف - سمولينسكي 1954 ؛ ويلز 1956. (وبما أن عمليات الإبلاغ الذاتي في النظامين الأول والثاني مبنية على نفس الأساس من حيث إمكانات الدماغ بالنسبة لوظائف المسؤولية السرية ، فإن بارامترات المسؤولية السرية ، مثل اكتساب المسؤولية السرية ، وانقراض المسؤولية السرية ، والتعميم ، والتمايز ، والتكوين الثانوي للإشارات ، وما إلى ذلك ، توفر وسيلة غير مباشرة لدراسة الأداء العقلي الطبيعي وغير الطبيعي. ومن ثم ، إذا كان من الممكن ربط الوظائف الشاذة للطب المقطعي بالطب النفسي وشدوده الكامن ، فإن بارامترات المسؤولية المقطعية ستوفر جسرا بين "لغة" علم الأمراض العقلية و "لغة" عمل الدماغ المرضي.

Potentials of the Human Brain that provides the basis for mental activity

1. to use corresponding word of a sensory CS as a signal to elicit CR;
2. CRs to sensory signals suppress URs and CRs to verbal signals suppress CRs to sensory signals;
3. CRs in the first (sensory) and CRs in the second (verbal) signal systems are based on the same built in potential of the brain for CR functions;
4. operates prevalingly with CRs, dominated by CRs to verbal signals;
5. mental pathology is an expression of an abnormality in second signal system functioning;
6. CR parameters such as CR acquisition, CR extinction, etc., provide a means for the study of normal and abnormal functioning in both the first and the second signal systems;
7. if abnormal CR functions could be linked to psychopathology and its underlying pathophysiology, CR parameters could serve as a bridge between the language of psychiatry and the language of brain functioning.

- 1- إمكانات الدماغ البشري التي توفر الأساس للنشاط العقلي
- 2- تقوم الاستجابة السريعة للإشارات الحسية بقمع URs و CRs للإشارات اللفظية قمع CR للإشارات الحسية ؛
- 3- تعتمد CRs في أنظمة الإشارات الأولى (الحسية) و CR في أنظمة الإشارات (اللفظية) الثانية على نفس إمكانات الدماغ لوظائف
- 4- تعمل بشكل ساند مع CRs ، وتهيمن عليها CRs للإشارات اللفظية
- 5- علم الأمراض العقلية هو تعبير عن خلل في عمل نظام الإشارة الثاني
- 6- توفر معلمات CR ، مثل اكتساب CR ، وانقراض CR ، وما إلى ذلك ، وسيلة لدراسة الأداء الطبيعي وغير الطبيعي في كل من نظام الإشارات الأول والثاني
- 7- إذا كان من الممكن ربط وظائف CR غير الطبيعية بعلم النفس المرضي والفيزيولوجيا المرضية الكامنة وراءه ، فيمكن أن تعمل معلمات CR كجسر بين لغة الطب النفسي ولغة وظائف الدماغ

Development of the Language of Psychiatry

تطوير لغة الطب النفسي

إدخال علم الأمراض النفسية

كان غالين (131-201) أول من أدرك أن "الأعراض" تتبع المرض كظل لمادته (غاريسون 1929).

ومع ذلك ، فإن تطور "علم النفس النفسي" ، "لغة الطب النفسي" ، لم يبدأ إلا في منتصف القرن التاسع عشر في سياق المحاولات المبكرة للتمييز بين المجموعات السكانية الفرعية داخل "الجنون".

ظهر مصطلح علم الأمراض النفسية لأول مرة في الأدب النفسي في عام 1845 في كتاب (Feuchtersleben).

ونفس الكتاب الذي اعتمد فيه مصطلح "الذهان" ؛ وطوال النصف الثاني من القرن التاسع عشر ، استخدم هذا المصطلح كمرادف للطب النفسي.

خلال القرن التاسع عشر ، نمت مفردات علم النفس المرضي بشكل مطرد. قسم Esquirol (1838)) التصورات الخاطئة إلى "أوهام" (تشويه أو تفسير خاطئ للإدراك الحقيقي) وهلوسة (تجارب إدراكية بدون محفزات مقابلة في البيئة) .

ميز (Griesinger 1845) بين "الهلوسة الشاحبة (الزائفة)" (التي تظهر في الفضاء الذاتي الداخلي ويمكن السيطرة عليها طواعية) و "الهلوسة الحقيقية (الحقيقية)" (يشار إليها عادة بالهلوسة "ببساطة) ؛ فصل ويرنيك (1881) "خلل الذاكرة" (ضعف الذاكرة) عن "الخرف" (تدهور الشخصية).

أصبح علم الأمراض النفسية تخصصًا لتوفير أساس للطب النفسي في السنوات الأولى من القرن العشرين. كان دورًا أساسيًا في هذا التطور هو ملاحظة كارل جاسبرز (1910 ، 1913) أنه في عمليات مرضى الأمراض النفسية المختلفة (في دماغهم) ، وبالتالي فهم نفس "المحتوى" (المعلومات) في "أشكال" مختلفة. أدى إدراكه للعلاقة بين "الأشكال" التي ينظر فيها المرضى إلى المعلومات ("المحتوى") ومرضهم ، إلى ولادة "علم النفس المرضي الظاهراتي" (علم الظواهر) ، وهو فرع من علم النفس المرضي يتعامل مع "تجارب ذاتية غير طبيعية من الحياة النفسية الفردية" . كما أدى إلى فصله بين "عملية المرض النفسي" ، التي تظهر من خلال "أشكال غير طبيعية من التجارب" ، و "تنمية الشخصية غير الطبيعية" ، التي يظهرها سلوك ينحرف عن القاعدة الإحصائية.

بالنسبة إلى "الفيونومينولوجي" ، لا يتعلق الأمر بالموضوع ، أو المعلومات ، ("المحتوى") الذي يتحدث عنه المريض ، ولكن كيف ("شكل") يتحدث المريض ، وليست "الشكاوى الجسدية (المراق)" ("المحتويات) ، ولكن الشكل ، كيف يتم اختبار هذه الشكاوى ، مثل "هلوسة جسدية" (تجارب جسدية بدون محفزات مقابلة في البيئة) ، "أفكار هوسية" (أفكار تستمر ضد إرادة المرء) ، "أوهام المراق" (معتقدات خاطئة بناءً على دليل مسبق) ذي صلة بالتشخيص (Fish 1967؛ Taylor 1981). حتى في حالة "الأوهام" ، "اضطراب المحتوى في التفكير" الذي يشير إلى وجود مرض نفسي مستمر ("الذهان") ، فهو ليس "محتوى" "الأوهام" ، مثل "أوهام الإشارة" ، "أوهام الحب" ، "أوهام الاضطهاد" ، إلخ ، ولكن "الشكل" الذي يظهر فيه "الوهم" ، أي "فكرة وهمية مفاجئة" (فكرة وهمية يبدو أنها مكتملة التكوين) ، "الإدراك الوهمي" (معنى وهمي يُنسب إلى كائن مدرك طبيعيًا) ، والذي يرتبط بالخلل المميز في معالجة الإشارات بواسطة الدماغ الذي يميز (عملية) مرض نفسي عن آخر (Guy and Ban 1982؛ Hamilton 1985) .

على أساس "التحليلات الظاهراتية" ، ميز كيرت شنايدر (1920 ، 1950) بين "الاكتئاب الحيوي" ، وهو مرض ، من "الاكتئاب الأخرى" ، و "اضطرابات الشخصية" المنفصلة ، والتي تظهر في "اختلافات غير طبيعية في الحالة النفسية. الحياة "موضوع" علم النفس غير الطبيعي "من" الذهان ("الاضطرابات العقلية) ، المعروف في "أشكال غير طبيعية من التجارب" ، موضوع "الطب النفسي" .

خلال السنوات من 1918 إلى 1933 ، قاد مجموعة من الأطباء النفسيين من بينهم هانز غرول وويلهلم ماير جروس ، في قسم الطب النفسي بجامعة هايدلبرغ في ألمانيا ، "التحليلات الظاهراتية" في المرضى النفسيين (Shorter 2005). أسفرت جهودهم عن مفردات تتضمن كلمات مميزة (أعراض) من أمراض "الترميز" ، مثل "التكثيف" (دمج الأفكار المتنوعة في مفهوم واحد) و "التكرار الأحادي" (بناء عبارات جديدة لا تُراعى فيها الأعراف اللغوية المعتادة) ، إلى أمراض

"الحركية النفسية" ، مثل "الطموح" (وجود ميول معاكسة للعمل) و "باراكينيسيس" (حركات غير طبيعية نوعياً).

في "الفينومينولوجيا" ، يتم تمييز "خلل النطق" ، القطب السلبي لـ "المشاعر الحيوية" ، عن "عسر المزاج" ، القطب السلبي للمزاج ، "التخلف الحركي النفسي" ، تجربة التباطؤ التلقائي للنشاط الحركي ، يتميز عن "تنشيط حركي نفسي" ، تجربة تباطؤ النشاط الحركي ، إلخ.

علاوة على ذلك ، من خلال ربط المصطلحات التي تحدد الاختلالات المختلفة بالتشخيصات النفسية المستخدمة في ذلك الوقت ، على سبيل المثال ، "التفكير العرضي" ، الذي يتميز بالحديث في الماضي وحول النقطة ، مع "الفصام" ، "التفكير الظرف" ، الذي يتميز بالتسلط تفصيل تفصيل غير مهمة دون أن تفقد المسار ، مع "الخرف" و "الاجترار" ، المتميزان بالتكرار اللانهائي للأفكار غير السارة ، مع "الاكتئاب" ، وضعت مجموعة هايدلبرغ الأساس للغة الطب النفسي.

Heidelberg School of Psychiatry
(1918-1933)

Phenomenological Analysis

VOCABULARY
for
language of psychiatry

WORDS
from pathologies of “symbolization” (“condensation”, “onematopoesis”)
to
pathologies of “psychomotility” (“ambitendency”, parakinesis”)

DISTINCTIONS
between
“dysphoria” vs “dysthymia,”
“psychomotor retardation” vs “psychomotor inhibition”

SYMPTOMS & DIAGNOSES
tangential thinking - schizophrenias
circumstantial thinking – dementias
rumination - depressions

تحليل الظواهر

كلمات
للغة الطب النفسي

من أمراض "الترميز" ("التكثيف" ، "onematopoesis")
إلى
أمراض "الحركية النفسية" (" parakinesis ، ambitency")

التمييز
ما بين
"dysphoria" مقابل "dysthymia" ،
"التخلف الحركي النفسي" مقابل "التثبيط النفسي"

الأعراض والتشخيصات
التفكير العرضي - الفصام
التفكير الظرفية - الخرف
اجترار - المنخفضات

Introduction of Nosology

مقدمة في علم التصنيف

تم توسيع مفردات "علم الأمراض النفسي" التي تتعامل مع السمات المقطعية للمرض ، لتشمل مفردات "علم تصنيف الأمراض النفسي" لوصف المرض النفسي في "كليته الديناميكية" من "البداية" إلى "المسار" إلى "النتيجة" (بان 1987).

يرتبط تخصصان ، "علم الأمراض النفسي" و "علم تصنيف الأمراض النفسي" ، ارتباطاً جوهرياً. يتعامل علم الأمراض النفسي مع الأعراض ، أي التجارب الذاتية غير الطبيعية ("الفينومينولوجيا") والعلامات ، أي "تغييرات الأداء الموضوعية" ("علم نفس الأداء") ، بينما يتعامل "علم الأمراض" مع توليف "كيانات المرض" من الأعراض والعلامات ، وتصنيف الأمراض المُخلّقة (Jaspers 1962). بينما توفر التصنيفات أسماء (فئات) وأوصاف للمرض (مؤهلات) ، يقدم علم تصنيف الأمراض منهجية "كيفية" اشتقاق الأمراض وتصنيف الأمراض (بان 2000).

ظهر مصطلح "علم تصنيف الأمراض" لأول مرة عام 1743 في قاموس روبرت جيمس الطبي. بعد خمسة وعشرين عامًا في عام 1768 ، عادت للظهور في عنوان فرانسوا بواسير دي سوفاجيس *Nosologia Methodica*

نص دي سوفاج في أطروحته على وجوب تعريف المرض من خلال تعداد الأعراض التي تكفي للتعرف عليه وتمييزه عن غيره (الأمراض) ، كما يجب وضع تصنيف يسمح بإسناد كل مريض إليه. لفصل واحد فقط. وبالتالي ، فإن التركيز في المرض هو أن كل مريض يعاني من نفس المرض يظهر نفس الأعراض وبالتالي يختلف من حيث الأعراض عن المرضى الذين يعانون من أي مرض آخر، في حين أن التركيز في الفصل الدراسي يكون على الخصائص المشتركة للأمراض من حيث "المسار" و"النتيجة" بغض النظر عن الاختلافات في تعبيرات الأعراض.

بعد عام واحد من نشر أطروحة دي سوفاج ، تم اعتماد مصطلح "علم تصنيف الأمراض" أيضًا من قبل ويليام كولين (1769) في عنوان ملخص *Nosologiae Methodicae* الخاص به. في كتابه الأول لممارسة الفيزياء ، الذي نُشر بعد ثلاث سنوات ، قسّم كولين (1772) "الجنون" إلى أربع فئات من المرض: علاقة الأشياء ("الكأبة") ، "الجنون الجزئي" بدون عسر الهضم ، تختلف وفقًا للموضوعات المختلفة التي يهتم بها الشخص ("الهوس") ، "الجنون العالمي" و "التوحد" (الخيال العنيف والمزعج في وقت النوم) (مينينجر ، مايمان وبرويزر 1968). كان فصله للجنون "الشامل" (الكلي) عن الجنون "الجزئي" ، على أساس "كلية" علم الأمراض العقلية ، هو الهيمنة على تصنيفات الجنون في القرن التاسع عشر عن تصنيفات فيليب بينيل (1798) وجان إتيان دومينيك إسكيرو (1838). في فرنسا ، الذي ميز بين "الهوس" (الجنون الشامل) و "الهوس الجزئي" (الجنون الجزئي)، لكارل كالبوم (1863) في ألمانيا ، الذي ميز بين الجنون الشامل (vesanias) و "vecordias" (جنون جزئي).

استند فصل الجنون "الشامل" عن الجنون "الجزئي" خلال النصف الثاني من القرن التاسع عشر إلى انتشار علم الأمراض الذي تجلى في "تدهور الشخصية" و / أو "غياب البصيرة". وهكذا ، تمت الإشارة إلى المفهوم التشخيصي لإرنست تشارلز لاسيغ (1852) لـ "الذهان الوهمي الاضطهادي" ، وهو سلف مفهوم (Kahlbaum 1874) التشخيصي لـ "البارانويا" ، على أنه "الجنون الجزئي" بسبب الافتقار إلى "تدهور الشخصية" و المفهوم التشخيصي لكارل فريدريش أوتو ويستفال (1878) "للحالات الوسواسية" (Zwangsvorstellungen). سلف المفهوم التشخيصي "لعصاب الوسواس القهري" ، تمت الإشارة إليه على أنه "الجنون المجهض" ، وهو شكل من أشكال "الجنون الجزئي" ، لأن المرضى كان لديهم "نظرة ثاقبة" حول الطبيعة المرضية لحالتهم.

كان التمييز بين الجنون "الكوني" و "الجزئي" باقيا خلال العقود الستة الأولى من القرن العشرين. في عام 1913 ، في الطبعة الثامنة من كتابه المدرسي ، استخدم إميل كريبيلين التمييز بين الجنون "العام" و "الجنون الجزئي" لفصل "جنون العظمة" و "الجنون الجزئي" (الجنون الجزئي) عن "الجنون التام" (الجنون التام) ؛ وفي عام 1957 في كتابه "تصنيف الذهان الداخلي" ، استخدم كارل ليونهارد التمييز لفصل "الهوس النقي" و "الكآبة الخالصة (الجنون التام) عن" النشوة النقية "و" الاكتئاب النقي " .

قبل Cullen و Boissier de Sauvages ، في أواخر القرن السابع عشر ، تصور توماس سيدنهام المرض باعتباره "عملية" لها "تاريخ طبيعي خاص بها" و "يسير مسارًا منتظمًا ويمكن التنبؤ به" (بان 2000). ومع ذلك ، في الطب النفسي ، لم يمض سوى 200 عام على تحديد جان بيير فالريرت (1854) في خمسينيات القرن التاسع عشر مرضًا يُدعى *folie circulaire* ، سلف "الجنون الاكتئابي الهوسي" ، على أساس "خصائصه الزمنية". كان Falret أيضًا هو الأول في منتصف ستينيات القرن التاسع عشر الذي نص على أن "الشكل الطبيعي للمرض النفسي ينطوي على مسار محدد جيدًا يمكن التنبؤ به" والعكس بالعكس ، "إن المسار الذي يمكن التنبؤ به محدد جيدًا يفترض مسبقًا وجود تم التعبير عن فكرة مشابهة لفالريرت في عام 1874 من قبل كارل لودفيج كالبوم في "فرضيته التصنيفية". كما كان مفهوم سيدنهام للمرض هو الذي دفع إميل كريبيلين ليحل محل تصنيف المتلازمات في الطبعة الرابعة من كتابه المدرسي ، الذي نُشر عام 1894 بتصنيف موجه للأمراض في الطبعة الخامسة (1896). نوع طبيعي من المرض مع نمط محدد للتنمية" (Pichot 1983).

قسم Kraepelin (1899) ("الانقسام") لـ "الذهان الداخلي" على أساس "الخصائص الزمنية" ، أي "المسار" و "النتيجة" ، في الطبعة السادسة من كتابه إلى "الجنون الاكتئابي الهوسي" ، المرض الذي يتبع مسارًا عرضيًا مع مغفرة كاملة بين النوبات و "الخرف المقبل" ، وهو مرض يتبع مسار تدهور مستمر ، أدى إلى إعادة تقييم التشخيصات والتصنيفات النفسية ، وخاصة (ولكن ليس فقط) تصنيف الأمراض التي أشار إليها بول جوليوس موببوس (1893 ، 1900) باسم "الذهان الذاتية".

في سياق عملية إعادة التقييم هذه ، تم تقسيم كل من الأمراض ذات الدورة العرضية والأمراض ذات الدورة المستمرة إلى عدة أشكال. ضمن الأمراض ذات الدورة العرضية مع مغفرة كاملة بين النوبات ، فإن الأمراض التي تظهر في "الهجمات" (التي تستمر من دقائق إلى ساعات) ، مثل "الدوار العقلي" (في Lasègue 1877) ، أو في "المراحل" (التي تستمر من أيام إلى سنوات) ، مثل "الذهان الطوري" لإدنا نيل (1949) ، تم تمييزه عن الأمراض التي تتميز بمسار عرضي دون هدوء كامل بين النوبات التي تظهر في "دفعات" ("تحولات") ، مثل فصام بلولر (1911).

وضمن الأمراض ذات "المسار المستمر" ، تميزت الأمراض التي تؤدي إلى "حالات نهائية" شديدة التباين ، مثل مرض انفصام الشخصية ليونارد (1936) ("يشار إليه لاحقًا باسم" الفصام "المنهجي") في "الذهان الداخلي" ، عن الأمراض التي تؤدي إلى "حالة نهائية" غير متميزة ، مثل مرض الزهايمر (1907) (بان 2000).

أعيد تقييم تصنيف كريبيلين لـ "الذهان الداخلي" لأول مرة في عشرينيات القرن الماضي بواسطة كارل كلايست (1921 ، 1923 ، 1928) ؛ ثم بواسطة كارل ليونهارد (1957) في الخمسينيات من القرن الماضي مع دمج بعض مساهمات كلايست ، على سبيل المثال ، المفهوم التشخيصي لـ "الذهان الحلقية".

في إعادة تقييمه ، استخدم ليونارد "قطبية" (Neele 1949) و Wernicke's (1881) ، (1899) "البنية العقلية" في تصنيف المرضى. من خلال استخدام "القطبية" ، قام بتقسيم السكان الذين تم

فصلهم بالفعل عن طريق "المسار" و "النتيجة" إلى "الأمراض ثنائية القطب" و "الأمراض أحادية القطب" وفصلهم داخل كلٍ من مجموعات سكانية فرعية عديدة على أساس موقع علم النفس المرضى السائد ، أي ، المكون المعرفي الوارد ("الحسي النفسي") ، أو المكون العاطفي المركزي ("داخل النفس") ، أو المكون الحركي الصادر ("الحركي النفسي") ، في "البنية العقلية" لـ Wernicke.

في تصنيف ليونارد (1957) ، تتميز "الأمراض ثنائية القطب" بصورة مرض "متعدد الأشكال" (متعدد الأشكال) متغير باستمرار مع إمكانية إظهار كلا التطرفين في الحالة المزاجية ، والتفكير ، والعواطف و / أو الحركة ، في حين أن الأمراض "أحادية القطب (أحادية القطب)" تتميز بصورة مرضية "أحادية الشكل" متسقة وغير متغيرة (يشار إليها أيضاً باسم نقي) مع عدم وجود اختلاف في الحالة المزاجية و / أو التفكير و / أو العواطف و / أو الحركة.

على أساس "القطبية" ، قام ليونارد بتقسيم "الخرف المبكر" لكريبلين (1911) (Bleuler's) "الفصام" إلى فئتين من المرض: "الفصام (ثنائي القطب) غير المنهجي (غير المنهجي)" و "الفصام المنهجي (أحادي القطب)" ، "وعلى أساس" التركيب العقلي "لـ Wernicke ، فإنه يقسم" الفصام غير المنتظم "إلى ثلاثة أمراض ، مثل "cataphasia" و "paraphrenia المحملة بالتأثير" و "catatonia الدورية" . وبالمثل ، يقسم "الفصام المنهجي" إلى ثلاثة مجموعات من الأمراض ، مثل "paraphrenias" (مع ستة أشكال فرعية قائمة على علم النفس المرضى) ، و "hebephrenias" (مع أربعة أشكال فرعية قائمة على علم النفس المرضى) و "catatonias" (مع ستة أشكال فرعية تعتمد على علم النفس المرضى).

كما أنه يقسم ، على أساس "القطبية" ، "الجنون الاكتئاب الهوسي" إلى "مرض الهوس الاكتئاب (ثنائي القطب)" و "الذهان الطوري (أحادي القطب)" ، وبالنظر إلى "التركيب العقلي لفيرنيك" ، فإنه يفصل عن "الهوس" مرض الاكتئاب "و" "الذهان الحلقى" ويقسم "الذهان الحلقية" إلى "ذهان الارتباك المثبت المثبت" و "ذهان القلق والسعادة" و "ذهان الحركة الحركية المفرطة الحركة" . علاوة على ذلك ، على أساس "الكلية" ، وهو المبدأ التنظيمي الذي قدمه كولين (1769) ، فإنه يفصل بين "الهوس النقي" و "الكآبة الخالصة" عن "النشوة الخالصة" و "الاكتئاب النقي" ، كل منها معروض في خمسة متميزة من علم النفس المرضى. نماذج.

ضمن الأمراض "ثنائية القطب - متعدد الأشكال" ، يكون الاختلاف في الإشارة بين "مرض الهوس الاكتئاب" و "الذهان الحلقى" هو أنه في "مرض الهوس الاكتئاب" تكون "القطبية" في الحالة المزاجية السائدة ، بينما في "الذهان الدائرية" ، تكون "القطبية" هو السائد في التفكير ("ذهان الارتباك المثبت للإثارة") ، والعواطف ("ذهان القلق والسعادة") أو الحركة العقلية ("الذهان الحركي - الحركي - فرط الحركة") ؛ وضمن أمراض "أحادية القطب أحادية الشكل" ، فإن اختلاف الإشارة بين "الهوس الخالص / الكآبة" و "النشوة الصافية / الاكتئاب" هو أنه في "الهوس الصافي" و "الكآبة الصافية" يتأثر "الهيكل العقلي" بأكمله ، في حين في "النشوة النقية" و "الاكتئاب الصافي" فقط أجزاء من البنية العقلية تشارك نُشر تصنيف ليونارد لـ "الذهان الداخلي" في عام 1957 في الوقت الذي وُلد فيه علم الأدوية النفسية والعصبية.

Karl Leonhard

1957

Classification of Endogenous Psychoses

UNIPOLAR

Pure Mania

Pure Melancholia

Pure Euphorias

unproductive, hypochondriacal, enthusiastic, confabulatory, non-participatory

Pure Depressions

harried, hypochondriacal, self-torturing, suspicious, non-participatory

Systematic Schizophrenias

paraphrenias (hypochondriacal, phonemic, incoherent, fantastic, confabulatory, expansive), hebephrenias (silly, eccentric, insipid, autistic) catatonias (parakinetic, affected, proskinetik, negativistic, voluble, sluggish)

BIPOLAR

Manic Depressive Psychosis

Cycloid Psychoses

excited/inhibited confusion psychosis; anxiety/happiness psychosis

hyperkinetic/akinetik motility psychosis

Unsystematic Schizophrenias

cataphasia, affect-laden paraphrenia, periodic catatonia

Forgetting the Language of Psychiatry

أصبح حلم (1845) Moreau de Tours في منتصف القرن التاسع عشر لاستخدام الأدوية في دراسة الجنون هدفاً واقعياً في منتصف الخمسينيات من القرن الماضي مع إدخال علاجات دوائية فعالة ، مثل كلوربرومازين وريزيربين وإيمبيرامين و ابرونيازيد في الطب النفسي. إظهار وجود الناقلات العصبية أحادية الأمين في الدماغ ، مثل النوربينفرين والسيروتونين ؛ الاعتراف بالوساطة الكيميائية في موقع المشبك ؛ وبناء مقياس الطيف الضوئي.

(Ban 1969; Bowman, Caulfield and Udenfriend 1955; Delay and Deniker 1952 ; Kline 1958; Kuhn 1957; Twarog and Page 1953; Vogt 1954).

أدت القدرة على قياس التغيرات في تركيز الناقل العصبي أحادي الأمين ومستقبلاته في الدماغ إلى تطوير علم الأدوية العصبية ، وهو فرع من علم الأدوية يتعامل مع الكشف عن طريقة عمل الأدوية ذات التأثير المركزي. كما أنها فتحت الطريق لتطوير علم الأدوية النفسية والعصبية ، وهو نظام جديد

يدرس العلاقة بين الأحداث العصبية والعقلية مع استخدام الأدوية ذات التأثير المركزي (Ban and Ucha Udabe 2006).

بحلول نهاية عام 1955 ، العام الذي أصبحت فيه التكنولوجيا الجديدة (قياس التألق الطيفي) متاحة ، أبلغ بليتشور وشور وبرودي (1955) في معهد القلب الوطني في الولايات المتحدة عن انخفاض في مستويات السيروتونين في الدماغ بعد تناول مادة ريزيربين. التي شوهدت تسبب الاكتئاب لدى بعض المرضى عند استخدامها في علاج ارتفاع ضغط الدم (فريس 1954 ؛ مولر ، بريور ، جيبونز وأورجان 1955). وفي عام 1956 ، بعد عام واحد ، أبلغ بليتشور (1956) أولاً ، ثم بيسندورف وبليتشور (1956) ، عن زيادة في مستويات السيروتونين في المخ بعد تناول الإبرونيازيد ، وهو مثبط أوكسيداز أحادي الأمين الذي تم الإبلاغ عن أنه يسبب النشوة لدى بعض مرضى السل في مسار العلاج (فلاهيرتي 1952 ؛ سيليكوف وروبيتزك وأورنستين 1952).

كان أبراهام ويكلر (1957) من أوائل الذين أدركوا أن علم الأدوية النفسية والعصبية فتح منظوراً جديداً في فهم الأمراض النفسية وعلاجها. في كتابه عن علاقة الطب النفسي بعلم الأدوية ، والذي نُشر في عام 1957 ، استمع إلى إمكانية أن دراسة طريقة عمل المؤثرات العقلية ذات التأثيرات العلاجية المعروفة قد تؤدي إلى الأساس الكيميائي العصبي للاضطرابات العقلية ، وهو شرط مسبق لتطوير علاجات عقلانية.

في الستينيات من القرن الماضي ، تحول النموذج في الطب النفسي من علم الأمراض النفسي / الديناميكا النفسية إلى علم الأدوية النفسي ، وبحلول السبعينيات مع الأمل في أن استخدام العقاقير سيصل مباشرة إلى الركيزة البيولوجية لعلم الأمراض العقلية ، تحول الاهتمام من علم الأمراض النفسي وعلم الأنف النفسي إلى البحث في الكيمياء الحيوية للطب النفسي. مرض.

تلقي علم الأدوية النفسية والعصبية أجنحة في ستينيات القرن الماضي من تقرير أرفيد كارلسون (1961) عن التغيرات الانتقائية في أحاديات الأمين الدماغي باستخدام المؤثرات العقلية. مهدت نتائجه الطريق للتطور الذي أدى إلى صياغة فرضية الكاتيكلامين للاضطرابات العاطفية من قبل جوزيف شيلدكرات في عام 1965 ، وبوني وديفيز (1965) بشكل مستقل ، وفرضية الدوبامين لمرض انفصام الشخصية من قبل جاك فان روسوم في عام 1967.

ومع ذلك ، فقد كانت إشارات تحذير بالفعل في السنوات الأولى من وجود خطأ ما. كان واضحاً لجميع أولئك الذين يعملون مع المرضى منذ البداية أن أحد المتطلبات الأساسية لأبحاث علم الأدوية النفسية والعصبية ، وهو مجموعة مستجيبة للعلاج تم تحديدها بوضوح ، لم يتم الوفاء بها. كان التباين في الاستجابة الدوائية للأدوية الجديدة كبيراً جداً داخل مجموعات التشخيص بحيث استغرق الأمر ثماني سنوات (1952-60) لإثبات الفعالية العلاجية للكلوربرومازين في مرض انفصام الشخصية ، وسبع سنوات (من 1957 إلى 1965) لإثبات الفعالية العلاجية إيمبيرامين في الاكتئاب (Casey، Lasky، Klerman and Cole 1965؛ Delay and Deniker 1952؛ Klett and Hollister 1960؛ Kuhn 1957).

للتغلب على الصعوبات الناتجة عن عدم التجانس داخل مجموعات التشخيص لإثبات الفعالية العلاجية لعدد متزايد بسرعة من المؤثرات العقلية الجديدة ، وهو مطلب تنظيمي لإدخال دواء للاستخدام السريري في بعض البلدان بحلول أوائل الخمسينيات ، منهجية إحصائية ، تم اعتماد التجربة السريرية العشوائية (RCT). كان من المأمول أن تساعد البيانات التي تم جمعها في تجارب معشاة ذات شواهد على حل التباين داخل التشخيصات من خلال تحديد المجموعات السكانية المستجيبة للعلاج باستخدام معادلات الانحدار الخطي أو طرق إحصائية أخرى. لكن لم يكن هذا هو الحال (Roth and Barnes 1981).

لتلبية احتياجات التجارب المعشاة ذات الشواهد من أجل نقاط نهائية تشخيصية موثوقة ، والتشخيصات القائمة على الإجماع ، مثل DSM-III ، ولاكتشاف التغييرات وتوثيقها ، تم اعتماد مقاييس تصنيف حساسة (American Psychiatric Association 1980 ؛ 1987 ، 1994 ؛ Guy 1976). نظرًا لأن التشخيصات القائمة على الإجماع تغطي تشخيصات مكوناتها ويتم تحسُّن مقاييس التصنيف من خلال الاحتفاظ فقط بالأعراض والعلامات الأكثر حساسية للعلاج ، فقد منع استخدامها إمكانية دراسة "علم الأمراض النفسي" والمؤشرات ذات الصلة بـ "علم تصنيف الأمراض النفسي" في المجموعة التي تم جمعها البيانات في الدراسات السريرية العديدة ، للعثور على المعلومات ذات الصلة حول المجموعات السكانية الفرعية المستجيبة للعلاج ضمن مجموعات التشخيص (Ban 2006).

خلال الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي ، كان لا يزال هناك أمل في حل التباين الدوائي داخل المجموعة التشخيصية عن طريق استبدال التشخيصات القديمة القائمة على علم النفس المرضي بالتشخيصات المبنية من كتل المباني الجديدة القائمة على التداوير البيولوجية ، مثل اختبارات الغدد الصماء العصبية ، والتغيرات الكيميائية الحيوية ، المؤشرات الفيزيولوجية العصبية و / أو صور الدماغ (Buchsbbaum and Haier 1978 ؛ Carroll 1985 ؛ Dreger 1968). فقط في الثمانينيات ، بعد تقديم DSM-III ، أصبح من الواضح أن هذا لم يكن كذلك.

بحلول عام 1987 ، أصبح وقت افتراض "الشرط الإكلينيكي" لتقديم النتائج في البحوث النفسية والعصبية الدوائية والبيولوجية في الطب النفسي قابلة للتفسير ، وعلم الأمراض النفسي وعلم الأنف النفسي أصبحت لغات منسية في الطب النفسي (بان 1987).

وقد نسي أيضًا أنه في أواخر الخمسينيات من القرن الماضي ، أظهر كريستيان أستروب (1959) ، أستاذ الطب النفسي النرويجي ، وفي منتصف الستينيات فرانك فيش (1964) ، أن أستاذ الطب النفسي البريطاني قد أظهر أنه يمكن تقليل التباين الدوائي في مرض انفصام الشخصية بشكل كبير عن طريق اعتماد تصنيف كارل ليونهارد (1957 ، 1979) للذهان الذاتية.

كانت النتائج التي توصل إليها فيش مقنعة بشكل خاص. من خلال إعادة تصنيف 474 براءة اختراع لمرض انفصام الشخصية باستخدام معايير تشخيص ليونارد ، وجد استجابة معتدلة إلى ملحوظة لمضادات الذهان في ما يصل إلى 79 ٪ من مرضاه البالغ عددهم 123 مع تشخيص الفصام "غير المنهجي (غير المنهجي)" و فقط في 23 ٪ من 351 مريض لديهم تشخيص "الفصام المنهجي". بالإضافة إلى الاختلاف الذي يزيد عن ثلاثة أضعاف في الاستجابة لمضادات الذهان بين المجموعتين ، كشف فيش أيضًا أنه من بين 51 مريضًا يعانون من "التهاب المفاصل المتأثر" ، وهو شكل من أشكال الفصام "غير المنتظم (غير المنهجي)" الذي يتميز الأوهام مع المشاركة العاطفية الشديدة (ديناميات الوهم) ، كان لدى أكثر من 4 من كل 5 مرضى (43 أو 84.4 ٪) استجابة معتدلة إلى ملحوظة للعلاج ، بينما من 100 مريض "مصابين بالكبد المنتظم" ، أقل من 1 من كل 4 (23 أو 23 ٪) لديهم استجابة مماثلة.

Frank Fish (1964)

Schizophrenia

(474 patients)

Marked to Moderate Response to Phenothiazine Tranquilizers

UNSYSTEMATIC SCHIZOPHRENIAS SYSTEMATIC SCHIZOPHRENIAS

79% of 123

23% of 351

Affect-laden Paraphrenia

Systematic Hebephrenias

84.4% from 51

23% of 100

More than 4 in 5

Less than 1 in 4

Rediscovering the Language of Psychiatry

Revival of Nosology

Diagnostic Criteria for Research

على الرغم من تقرير فيش (1964) ، فإن تصنيف ليونارد (1957) ظل خامدًا لما يقرب من 20 عامًا. بعد ذلك ، في عام 1982 ، تم تقديم دليل لتصنيف ليونارد لمرض الفصام المزمن (GUIDE) في معهد تينيسي للطب النفسي العصبي (TNI) بجامعة فاندربيلت (ناشفيل) ؛ وبعد ذلك بعامين ، في عام 1984 ، نشر فريق مجري بقيادة برتالان بيتو معايير تشخيص بحثية بعنوان KDK Budapest لاستخدامها في تشخيص الذهان الوظيفي (باللغة الهنغارية) التي استندت أساسًا إلى عمل ليونارد (Ban ، Pethö ، Kelemen ، 1984 ، et al.).

في منتصف الثمانينيات ، تم اعتماد KDK Budapest مع بعض التعديلات من المجرية إلى الإنجليزية في TNI مع العنوان DCR Budapest-Nashville في تشخيص وتصنيف الذهان الوظيفي. تم نشر DCR في عام 1988 من قبل Pethö and Ban بالتعاون مع András Kelemen و Gabor Ungvari و István Karczag و István Bittér و Judith Tolna من بودابست وماريك جاريم (من بولندا) وفرانسوا فيريرو (من سويسرا) وأوجينيو أغوغليا (من سويسرا) (إيطاليا) ، جيوفاني لوكا زوريا (من إيطاليا) وأولاف فيتلاند (من الولايات المتحدة) في ذلك الوقت كانوا يعملون مع توماس بان في فاندربيلت في ناشفيل.

لا يقتصر كل من KDK Budapest ، ولا DCR Budapest-Nashville ، على مفاهيم ليونارد التشخيصية (1957) لـ "الذهان الداخلي". يتضمن كلاهما أيضًا مفهوم (Wimmer 1916) التشخيصي "للذهان النفسي (التفاعلي)" ومفهوم التشخيص الألماني "للتطور الوهمي" الذي صاغه روبرت جوب (1914) وإرنست كريتشمر (1927) ، في جامعة توبنغن (فيرجمان 1945 ؛ بيريس 1973 ؛ Retterstol 1978 ، Strömngren 1974).

في صميم DCR توجد شجرة قرارات تشخيصية تتكون من 524 متغيرًا ، منظمة في 179 مجموعة قرارات تشخيصية تنتج 21 تشخيصًا مؤقتًا و 33 مؤقتًا و 45 عملية و 55 تشخيصًا نهائيًا. إن متغيرات DCR هي تقريبًا أعراض نفسية مرضية ، كما هو الحال في سياق تطوير KDK ، وجد أن إضافة متغيرات التكيف الاجتماعي قللت من الصلاحية التنبؤية للتشخيصات (Pethö 1984 ؛ Pethö ، 1979 ؛ Tolna and Tusnád ؛ Strauss and Carpenter 1974).

كشفت النتائج مع الدليل أن الاستجابة المختلفة بشكل كبير لمضادات الذهان في فئتي الفصام لا تقتصر على التأثيرات العلاجية ولكنها تمتد إلى ردود الفعل السلبية. أظهرت تحليلات بيانات مسح دولي تم إجراؤه على 768 مريضًا مزمنًا بالفصام أن خلل الحركة المتأخر (TD) حدث أكثر من ثلاث مرات في المرضى الذين تم تشخيصهم بـ "الفصام المنهجي" (13.3٪) مقارنة بالمرضى الذين تم تشخيصهم بأنهم "غير منهجي (غير منهجي). (الفصام" (4.3٪) (جاي ، بان وويلسون 1985). نظرًا لأن الاستجابة المعتدلة إلى الملحوظة لمضادات الذهان في دراسة فيش كانت أكثر تكرارًا بثلاث مرات في "الفصام غير المنتظم" (79٪) منها في "الفصام المنهجي" (23٪) ، فإن العلاقة العكسية بين التأثيرات العلاجية و TD (أي ، انخفاض TD إذا كان الدواء يعمل والمزيد من TD إذا لم يكن كذلك) يشير إلى أن الحالة الوظيفية للهياكل المشاركة في طريقة عمل مضادات الذهان تختلف في "الفصام المنهجي" عن "الفصام غير المنتظم".

Guy, Ban and Wilson (1985)

International Survey

768 Chronic Schizophrenic Patients

TARDIVE DYSKINESIA

Present

UNSYSTEMATIC SCHIZOPHRENIAS SYSTEMATIC SCHIZOPHRENIAS

4.3%

13.3%

(Fish: 79% response rate)

(Fish: 23% response rate)

تختلف الحالة الوظيفية للهيكل المشاركة في طريقة عمل الليثيوم أيضاً في "الفصام المنهجي" عن "الفصام غير المنتظم". في دراسة استقصائية أجريت على 24 مريضاً مصاباً بالفصام ، تمت إضافة الليثيوم لأدوية مضادات الذهان لتقوية التأثيرات العلاجية ، وجد أن 9 من بين 10 مرضى من السكان المصابين بـ "الفصام غير المنتظم" استجابوا بشكل إيجابي لمكملات الليثيوم ، في حين أن 9 من أصل 14 من المرضى الذين تم تشخيص إصابتهم بـ "الفصام المنهجي" استجابوا بشكل سلبي. ولوحظ أيضاً أن 5 من 14 مريضاً تم تشخيصهم بـ "الفصام المنهجي" قد طوروا سمية عصبية لمكملات الليثيوم بينما لم يتم العثور على السمية العصبية "غير المنتظمة" في السكان المصابين بالفصام غير المنتظم (براكاش ، كيلوالا وبان 1982).

التقييم التشخيصي المركب

بينما كان DCR لا يزال قيد التطوير ، أصبح DSM-III التابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي (1980) ، الذي تم تقديمه في عام 1980 ، نجاحاً غير مسبوق. من خلال الجمع بين تقاليد الطب الرئيسية ، تقليد جالينوس (131-201 م) ، الذي يركز على المرض (المحور 1 والمحور الثالث) ، وتقليد أبقراط (370-460 قبل الميلاد) ، وركز على المريض (المحور الرابع والمحور V) ، تم استقبال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-III بتشخيصاته متعددة المحاور بأذرع مفتوحة من قبل الأطباء النفسيين الممارسين (Ban 2000). ومع ذلك ، فإن اعتماد DSM-III كان له نتائج عكسية بالنسبة لأبحاث علم الأدوية النفسية والعصبية.

يعتمد التقدم في علم الأدوية النفسية والعصبية على مجموعات سكانية متجانسة دوائياً ، كما هو مذكور من قبل ، وقد أثبت الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الثالث مفاهيم تشخيصية غير متجانسة دوائياً والتي كانت بالنسبة لعلماء الأمراض النفسية مجرد "أفكار" وليست حقائق منحوتة في الحجر. كما أنه منع أبحاث علم الأمراض في الطب النفسي التي "تسترشد بفكرة كيان المرض" التي أعطت الأفضلية لعناصر معينة ومحددة من الصورة السريرية من أجل "عزل كيانات المرض النسبية لأغراض التشخيص" التي تناسب احتياجات بحث معين (Jaspers 1913).

لتوفير منهجية للكشف عن المفاهيم التشخيصية التي قد تناسب بشكل أفضل احتياجات البحوث النفسية والعصبية من التشخيصات القائمة على الإجماع ، تم تطوير نظام التقييم التشخيصي المركب (CODE) في أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينيات (Ban 1989).

نظام CODE عبارة عن مجموعة من الأدوات التي يمكن أن تخصص للمريض في وقت واحد تشخيص من عدة أنظمة تشخيصية. يمكن أن توفر كل أداة (CODE) تقييماً متعدد التشخيصات في فئة مميزة من الأمراض العقلية من خلال توظيف قائمة معايير متكاملة وجمع بيانات معياري ؛ وتتكون

كل أداة من مجموعة من الأعراض ("الرموز") التي توفر التشخيصات في جميع أنظمة التشخيص المكونة لها ، ومقابلة شبه منظمة ، ومناسبة لاستنباط جميع الأعراض ("الرموز") التي يتم مواجهتها في النظام ، والتشخيص أشجار القرار التي تنظم الأعراض إلى اضطرابات نفسية مميزة (بان 1991).

النموذج الأولي لنظام CODE هو CODE-DD ، رمز الاضطرابات الاكتئابية الذي يوفر تشخيصاً للاكتئاب في 25 تصنيفاً مختلفاً (من Kraepelin إلى DSM-III-R) لاضطرابات الاكتئاب على أساس "الوجود" أو "الغياب" من 90 عرضاً ("رموز") ، يتم تحديدها خلال 30 إلى 40 دقيقة باستخدام مقابلة شبه منظمة يمكن إجراؤها مع أو بدون مطالبة الكمبيوتر (Ban، Fjetland، Kutcher and Morey 1993).

DD هي أداة موثوقة وصالحة. في دراسة الموثوقية الأولى ، كان هناك اتفاق بين المقيمين بنسبة 87.8% على وجود أو عدم وجود 90 عنصرًا من المفردات ؛ في الاتفاقية الثانية ، زادت الاتفاقية بين المقيمين بنسبة 100% ؛ وفي دراستين للتحقق ، كانت المراسلات بين التشخيص السريري DSM-III-R "للاكتئاب الشديد" وتشخيص CODE-DD لـ "الاكتئاب الشديد" 99.6% و 97.2% على التوالي (Ban و Fjetland و Kutcher و Morey 1993 ؛ موري 1991).

تمت ترجمة CODE-DD واعتمادها من النسخة الإنجليزية الأصلية إلى عدة لغات ، بما في ذلك الإستونية بواسطة (Mehilane 1992) ؛ الفرنسية بقلم فيريرو وكروك ودريفوس (1992) ؛ إيطالي بواسطة (Aguglia and Forti 1989) ؛ البولندية من قبل (Jarema، Pużyński و Wdowiak 1989) ؛ والبرتغالية ناردي وفيرسياني (1990). ارتبط التطوير المبكر للأداة بالدراسات السريرية باستخدام الريبوكستين. تم استخدامه في سلسلة من التجارب السريرية التي أدت إلى إثبات الفعالية العلاجية للريبوكستين ، وهو مانع انتقائي لإعادة امتصاص النوربينفرين ، في "الاكتئاب الشديد" (Aguglia et al.1998، Gaszner، Ban).

تتوافق النتائج مع CODE-DD مع الرأي السائد بأن تشخيص DSM-III-R للاكتئاب الشديد هو فئة تشخيصية واسعة. إذا كان المرض الاكتئابي يتميز بمزاج مكتئب غير محفز ، وتقييمات اكتئابية ، ونقص في تغيرات المزاج التفاعلي ، كما هو الحال في الإصدار الأخير من CODE-DD ، من 322 مريضاً يعانون من التشخيص السريري للاكتئاب الشديد ، المدرجة في دراسة التحقق الثانية من CODE-DD- ، كان 119 مريضاً فقط ، أي 37% ، مؤهلين للاكتئاب. تتوافق النتائج مع CODE-DD أيضاً مع فكرة أن الاكتئاب يتكون من أكثر من شكل واحد من أشكال المرض ؛ من بين 322 مريضاً ، 95 براءة اختراع فقط ، أي 29.5% ، استوفوا معايير محددة لحالات الاكتئاب (Kraepelin 1896، 1913) ، التي تتميز بالتخلف الحركي ، وتأخر التفكير وصعوبات التركيز ، وحتى أقل من 45 مريضاً ، أي 14% ، يفي بمعايير الاكتئاب الحيوي لشنايدر (1920). كان التداخل بين شكلي مرض الاكتئاب ضئيلاً (بان ، 2001 ، 2007).

ومع ذلك ، على الرغم من اتساع نطاق تشخيص DSM-III-R لـ "الاكتئاب الشديد" ، فإنه يغطي مفاهيم التشخيص ذات الصلة المحتملة بالعلاج. على سبيل المثال ، تم تغطية تشخيص "الاكتئاب الحيوي" لشنايدر (1920) مع الأعراض الأساسية للشركة ، واضطراب التوازن الحيوي والشعور بفقدان الحيوية ، والتي وفرت المفتاح لرولاندي كون (1957) للتعرف على تأثير إيميبرامين المضاد للاكتئاب. لدرجة أنه حتى لو كان المريض يعاني من مرض شديد لدرجة أنه يظهر عليه جميع الأعراض والعلامات الممكنة لتشخيص "الاكتئاب الشديد" في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع ، لا يزال المرء لا يعرف ما إذا كان المريض مؤهلاً للاكتئاب الحيوي (الطب النفسي الأمريكي جمعية 1994). الأمر نفسه ينطبق على حالات الاكتئاب (Kraepelin 1913).

FINDINGS WITH CODE-DD

Number (and percentage) of the 322/233 patients with a *DSM-III-R diagnosis of major depression* fulfilling criteria of depressive illness in a selected number of classifications included in CODE-DD

COMPOSITE DIAGNOSTIC CLASSIFICATION

(Ban 1989)

322 patients

unmotivated depressed mood, depressive evaluations & lack of reactive mood changes

119 (37%)

KURT SCHNEIDER'S VITAL DEPRESSION

(Schneider 1920)

233 patients

corporization, disturbance of vital balance, and feeling of loss of vitality

45 (14%)

EMIL KRAEPELIN'S DEPRESSIVE STATES

(Kraepelin 1913)

233 patients

depressed mood, motor retardation, thought retardation

95 (28.5%)

REVIVAL OF PSYCHOPATHOLOGY

خلال العقد الأخير من القرن العشرين ، دخلت علم الوراثة الجزيئية المشهد النفسي وبحلول فجر القرن الحادي والعشرين ، قامت الجينات بتشفير الأهداف الأساسية للأدوية العقلية في الدماغ ، مثل مستقبلات البروتين G ، والمستقبلات الهرمونية النووية ، تم تحديد القنوات الأيونية والإنزيمات وما إلى ذلك. تم التعرف أيضًا على أن أي علاج مشتق تجريبيًا يستجيب لعقار مؤثر عقليًا يمكن أن يكون بمثابة نقطة مرجعية للفرضيات الجينية القابلة للاختبار حول المرض العقلي باستخدام نهج الجين المرشح. على الرغم من استمرار تشخيص المرضى بالتشخيصات القائمة على الإجماع في العيادة ، فقد بدأ استكشاف الأساس الجيني الجزيئي للكيمياء الحيوية للمجموعات التشخيصية المختلفة (Lerer 2002). لتلبية الاحتياجات الجديدة ، في عام 2002 ، تم اقتراح منهجية جديدة لتحديد المجموعات السريرية للبحث: "التنميط المتماثل في علم الأمراض" مع التحقق الدوائي (Ban 2002).

تنميط نووي

يستند الترميم المتماثل لعلم الأمراض إلى "علم النفس المرضي الهيكلي" ، وهو مصطلح صاغه جيولا نيرو (1958) ، أستاذ الطب النفسي في الجامعة الطبية في بودابست (الآن جامعة سيميلويس) في الخمسينيات من القرن الماضي ، لفرع علم النفس المرضي الذي فيه فيرنيك (1906 ، 1900) "التركيب العقلي" مقترن بعلم النفس المرضي في القرن العشرين (جاسبر 1913 ، 1962).

في علم النفس المرضي الهيكلي ، يتم توسيع المكونات الثلاثة (مراحل) "التركيب العقلي" لـ Wernicke (الحسي النفسي ، داخل النفس والحركي النفسي) إلى ثلاثة "بنى نفسية" ، "المعرفية الواجبة" ، "العاطفي المركزي" و "الفاعل" - التكيف ، حيث يتكون كل هيكل هرمي من مستويات مختلفة ، مع كل مستوى متصل وظيفياً مع بعضهم البعض داخل وعبر الهياكل. في تحديد النشاط الوظيفي للمستويات المختلفة في كل بنية في معالجة الإشارات في الدماغ ، استخدم (Nyrö 1962) نموذجاً وراثياً واقترح أن المستويات الخمسة للبنية المعرفية الواردة تتوافق مع : (1) الإحساس المنتشر ، (2) الإدراك المتباين ، (3) تكوين الصورة ، (4) التفكير الملموس و (5) التفكير المجرد ؛ تتوافق المستويات الأربعة للبنية العلائقية المركزية مع: (1) إشارة بدائية غير متميزة ("قديمية") ، (2) المشاعر الحسية والحيوية ، (3) المشاعر الفكرية و (4) المشاعر الأخلاقية والمعنوية والاجتماعية ؛ وتتوافق المستويات الستة للبنية التكيفية الصادرة مع (1) الحركات اللاإرادية ("الخضرية") وردود الفعل البسيطة (الأولية) ، (2) الحركات غير المنسقة ، (3) القوالب النمطية العاطفية والغريزية ، (4) ظواهر الصدى ، (5) هدف طوعي موجه حركات منسقة و (6) آليات.

Gyula Nyirö (1958, 1962)

Structural Psychopathology

STRUCTURES

Ontogenetic Model

afferent-cognitive	central-affective	efferent-adaptive
6. automatisms		
5. abstract ideation	ethical, social emotions	voluntary movements
4. concrete ideation	intellectual emotions	echo phenomena
3. image formation	vital emotion	emotional stereotypes
2. differentiated perception	sensorial emotions	uncoordinated movements
1. diffuse sensation	undifferentiated signal	simple reflexes

ضمن الإطار المرجعي لعلم النفس المرضي الهيكلي ، تنشأ الأعراض النفسية المرضية من التشوهات في معالجة الإشارات داخل وعبر المستويات المختلفة في هذه الهياكل ، وتتوافق طبيعة الخلل مع موقع الخلل في المعالجة ، على سبيل المثال ، خلل في المعالجة من قد يؤدي "التفكير الملموس" إلى "التفكير

المجرد" إلى "تجسيد" أو من "التفكير المجرد" إلى "المشاعر الأخلاقية والاجتماعية" إلى "التأثير الضيق".

تتطابق الأنماط المتماثلة في علم الأمراض في "الوحدات الأولية" (الأعراض النفسية المرضية) ، أي معالجة الإشارات في الدوائر العصبية ، ولكن للتأهل لـ "النمط المتماثل التصنيفي" ، فإن الشذوذ في معالجة الإشارات لا يكفي.

يعتمد التنميط المتماثل في علم الأمراض على افتراض أنه حتى إذا كانت الأعراض تتبع مرضهم ، كما لاحظ جالينوس في القرن الثاني ، فإن المرض هو الذي يحدد أعراضه. ومن ثم ، للتأهل لـ "النمط المتماثل التصنيفي" ، يجب تعيين "النمط المتماثل القائم على علم النفس المرضي" في نفس الموضع في "المصفوفة التصنيفية" ، التي تم إنشاؤها مع مراعاة مبادئ التصنيف الثلاثة لعلم تصنيف الأمراض النفسي ، أي كولين (1772) ("الكلية" (أي "عالمية" أو "جزئية") ، و "مؤقت" (1896 Kraepelin) (أي "مستمر" أو "عرضي") ، و "قطبية" ليونارد (1957) (أي "ثنائية القطب" أو "أحادي القطب") (بان ، 2000 ، 2002).

يوفر كل "نمط متماثل تصنيفي" مميز دوائياً مفهوماً تشخيصياً محتملاً لاضطراب عقلي حيث تمثل الأعراض النفسية المرضية شذوذاً واضحاً في معالجة الإشارات بين المستويات داخل وعبر ثلاثة "هياكل عقلية" ، وهي الخصائص الرسمية لـ "البداية" (المفاجئة أو ماكر) ، "مسار" (عرضي أو مستمر) و "نتيجة" (شفاء أو عيب) من المتلازمة العقلية تعكس العملية المرضية في "مجمها الديناميكي" و "الكلية الديناميكية" للعملية المرضية ، ككل يوفر الهيكل الذي يحدده المرض (Ban 1987 ، 1992 ، 2002 ، 2007 ؛ Pethö 1990).

تعتبر "النماذج المتجانسة التصنيفية" التي تم التحقق من صحتها دوائياً مجموعات أكثر تجانساً من حيث علم الأمراض النفسي وعلم تصنيف الأمراض النفسي مقارنةً بالمجموعات التي تم تحديدها بواسطة أي طريقة أخرى. نظراً لأن السكان المستجيبين للعلاج يعد شرطاً أساسياً لأبحاث علم الأدوية النفسية والعصبية وللإستخدام التمييزي للأدوية العقلية ، فإن "النماذج المتماثلة في علم الأمراض" هي اليوم الأكثر ملاءمة للبحث الوراثي العصبي والنفسي والجزئي ، وكذلك للبحث في العلاج الدوائي للاضطرابات النفسية.

مع الأخذ في الاعتبار أنه في "الأنماط المتجانسة التصنيفية" ، يُنظر إلى الأعراض النفسية المرضية على أنها شذوذ في معالجة الإشارات في الدوائر العصبية للدماغ البشري التي تهيمن عليها CRs ، قد توفر "الأنماط المتجانسة التصنيفية" الحلقة المفقودة لاستخدام تشوهات معلمات CR للتجسير " علم النفس المرضي "مع" الفيزيولوجيا المرضية "في الجهاز العصبي المركزي (CNS).

إعادة النظر في ريفليكس المشروط

كان أيضاً Nyirö أول من وضع مفهوم علم النفس المرضي الهيكلي في إطار مرجع التكيف. في مقالته حول "الجانب الهيكلي للعمليات العقلية على أساس آليات الانعكاس" ، التي نُشرت في عام 1957 ، اقترح أنه في تكوين الهياكل العقلية ، "التثبيط التفاضلي" وفي تنظيم الروابط بين الهياكل العقلية "التثبيط المتخلف" يلعب دوراً بارزاً. كل من "التثبيط التفاضلي" والتثبيط المتأخر "هما من مظاهر" التثبيط الداخلي "في" نموذج الدماغ "لبافلوف.

تمشيا مع مفهوم Nyirö كانت نتائج (Astrup 1962) في أوائل الستينيات والتي أشارت إلى وجود شذوذ في "التثبيط الداخلي" ، كما تم قياسه من خلال تمايز CR وتأخر CR ، في الفصام المزمن.

تم إعطاء دفعة كبيرة لدراسة متغيرات CR في البحث السريري في الطب النفسي من خلال النتائج في دراسات

الفيزيولوجيا الكهربائية في أواخر الخمسينيات من القرن الماضي والتي أشارت إلى أنه في تكوين جذع الدماغ CRS ونواة شبكية منتصف الدماغ ، وكذلك نوى داخل الصفائح من المهاد متورطون (Ban 1964؛ Gastaut 1958).

لجعل متغيرات CR قابلة للوصول للبحث تم تطوير "إجراء اختبار تكييف" في أوائل الستينيات في قسم الطب النفسي في جامعة ماكجيل (مونتريال) مع التوظيف أولاً فقط بتقنية إغلاق الجفن (بان وليفي 1964). كانت معلمات CR الثمانية التي تمت دراستها مع استخدام الإجراء هي: (1) انقراض منعكس التوجيه (أو الانقراض) ، (2) اكتساب CR ، (3) انقراض CR ، (4) تعميم CR ، (5) تمايز CR ، (6) تأخير CR ، (7) تشكيل ثانوي CR و (8) انعكاس CR.

تم استخدام هذا الإجراء في دراسة وظائف CR في الفصام والاكتئاب ، وكذلك في التحقيقات السريرية مع الأدوية العقلية. نُشرت النتائج في هذه الدراسات في عدة تقارير ، بما في ذلك دراسة ، مقاربات تجريبية للتشخيصات النفسية (Ban and Kerenyi 1964؛ Ban and Lehmann 1971؛ Ban ، Lehmann and Green 1969 ، Choi ، Ban ، Lehmann and Adamo 1966؛ Hattangadi ، Lidsky and Ban 1966؛ Lee and Ban 1968).

في أواخر الستينيات من القرن الماضي ، تم استبدال إجراء اختبار التكييف في McGill ببطارية اختبار تكييف مع توظيف سبع تقنيات تكييف لدراسة الآليات النفسية المرضية والتأثيرات النفسية (Ban و Lehmann و Saxena 1970).

تضمنت البطارية (1) انعكاس الجلد الجلفاني (GSR ، 2) إفراز اللعاب ، (3) إغلاق الجفن ، (4) سحب الإصبع الدفاعي ، (5) اختبار إيفانوف سمولينسكي لنشاط نظام الإشارة الثاني (1954) ، (6) تعديل اختبار ارتباط الكلمات الخاص بشركة (Astrup 1962) و (7) تعديل إجراء التجنب النشط ليمان (1968).

ومع ذلك ، بحلول عام 1970 ، عندما أصبحت "البطارية" تعمل بكامل طاقتها ، تم استبدال علم الأدوية السلوكي بعلم الأدوية العصبية وفقد الاهتمام بالبحوث السريرية بطريقة التكييف السلوكي.

بينما تم التخلي عن البحث السريري في التكييف ، استمرت الأبحاث الأساسية في التكييف وبحلول فجر القرن الحادي والعشرين ، أدرك جوزيف نول (2005) ، الأستاذ المجري في علم العقاقير ، أن القشرة المخية البشرية مع 10 مليار خلية عصبية ومليار مليار اتصال. لديه القدرة على استيعاب العدد المتزايد باطراد من اتصالات CR الجديدة طوال الحياة (Edelman 1992). وجد إريك كانديل (2007) ، (2009) ، الحائز على جائزة نوبل ، أنه في حين أن بنية السلوك ، الدوائر العصبية للدماغ ، تظل ثابتة ، أي أن نفس الخلايا ترتبط دائماً بنفس الخلايا ، فإن قوة الوصلات المشبكية تزداد أقوى مع "التعلم" ويضعف مع "التعود". أظهر كانديل وزملاؤه أيضاً الدوائر العصبية للتكييف

الكلاسيكي (منعكس الانسحاب) في أبليسيا كاليفورنيا (Carew، Walters and Kandel 1981).

ادخل التعلم والتكيف إلى البحث الجيني الجزيئي مع اعتراف هولجر هيدن (1970) في الستينيات بأن جزءاً فقط من الجينوم ، حوالي 5% إلى 10% ، نشط عند الولادة وبقيّة المناطق الجينية تنشط بواسطة عوامل خارجية. أظهر هيدن ، الحائز على جائزة نوبل أيضاً ، أن العوامل الخارجية ، على سبيل المثال ، التحفيز الحسي ، تؤدي إلى زيادة تخليق حمض الريبونوكليك المرسل (mRNA) ، وهو شرط أساسي لـ "تنشيط مناطق الدماغ الصامتة حتى الآن" عندما يكون التعلم (التكيف) متضمناً .

علاوة على ذلك ، في وقت مبكر من الثمانينيات من القرن الماضي ، كان هناك احتمال أنه حتى لو كان تكوين CR ، فإن فتح مسارات جديدة ، كانت غير عاملة سابقاً في الدماغ تخضع للتحكم الجيني ، فإن تنشيط هذه المسارات يعتمد على عوامل خارجية (Ban and Guy 1985). ومع ذلك ، على الرغم من كل التقدم في اكتشاف بيولوجيا التعلم ، فإن السؤال المزعج حول العلاقة بين علم الأمراض العقلية ووظائف CR ، ظل دون إجابة حتى الآن.

من الطب النفسي إلى طب الأعصاب

خلال الـ 200 عام الماضية ، كانت لغة الطب النفسي تتغير باستمرار لتعكس التغييرات في مفهوم الجنون.

مصطلح "المنعكس النفسي" الذي قدمه Griesinger في عام 1843 تم استبداله بمصطلح "منعكس شرطي" من قبل Pavlov (1906) في السنوات الأولى من القرن العشرين. مصطلح "العصاب" الذي قدمه كولين في عام 1777 تم رفضه مع نشر DSM-III في عام 1980 ؛ تم تضيق استخدام مصطلح "الذهان" الذي تبناه فيوشترسليبن عام 1845 بواسطة كورت شنايدر (1950) في منتصف القرن العشرين من خلال قصر استخدامه على "الأمراض النفسية" المتميزة عن شذوذ الشخصية ؛ وأصبح مصطلح "الطب النفسي" ، الذي صاغه ريبيل عام 1908 ، يفصله الضمني للعقل ("النفس") عن "الجسد" ، مفارقة تاريخية مع ولادة علم الأدوية النفسية والعصبية في الخمسينيات من القرن الماضي.

بالنظر إلى أن "النشاط النفسي" ضمن إطارنا المرجعي الحالي يعتمد على معالجة الإشارات في الدوائر العصبية في الدماغ ، مع بعض الممرات العصبية التي تم تعيينها بالفعل بواسطة طريقة التآلق الكيميائي النسيجي لفالك هيلاربس ، فإن مصطلح مثل "علم الأعصاب" من شأنه أن يتوافق أقرب إلى المفهوم المعاصر "للجنون" من "الطب النفسي" (Thieme and Hillarp ، Falck ؛ Dahlström and Fuxe 1964) (Fuxe and Dahlström 1964 ؛ Torp 1962).

بينما يستمر البحث عن لغة من شأنها أن تساعد في ترجمة الجنون إلى علم الأحياء ، ويستمر مفهوم الجنون في تغيير زعم بورتر (2002) في السنوات الأولى من القرن الحادي والعشرين ، أن "الجنون قد يكون قديمًا قدم البشرية" ، ظل عادلاً صحيح اليوم مثل زعم شاركو (1877) بأن "المرض منذ القدم كان موجودًا دائمًا ولا يتغير شيء فيه ؛ نحن من نتغير ، لأننا نتعلم التعرف على ما كان غير محسوس في السابق ، "كان ذلك قبل حوالي 150 عامًا.

References:

Alzheimer A. Über eine Eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. Allg Z Psychiat 1907; 64: 146-8.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. (DSM – III). Washington: American Psychiatric Association; 1980.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised (DSM-III-R). Washington: American Psychiatric Association; 1987.
الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية .

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية .

Ananth JV, Ban TA, Lehmann HE. Test-retest performance in chronic schizophrenia on the Verdun Conditioning Program. Can Psychiat Assoc J 1972; 1 (special supplement): 227-39.
أداء الاختبار-إعادة الاختبار في مرض انفصام الشخصية المزمن في برنامج فردان للتكيف

Astrup C. The effects of ataraxic drugs on schizophrenia subgroups related to experimental findings. Acta psychiatr Scand 1959; 34 (supplement 136): 88-93.
تأثيرات الأدوية اللاإرادية على المجموعات الفرعية لمرض انفصام الشخصية المتعلقة بالنتائج التجريبية

Astrup C. Conditional Reflex Studies in Schizophrenia. Springfield: Charles C. Thomas; 1962.

دراسات الانعكاس الشرطي في انفصام

Ban TA. Conditioning and Psychiatry. Chicago: Aldine 1964; London: George Allen & Unwin; 1966.

التكيف والطب النفسي

Ban TA. Psychopharmacology. Baltimore: Williams & Wilkins; 1969.

Ban TA. Chronic schizophrenias: a guide to Leonhard's classification. *Comprehensive Psychiatry* 1982; 23: 155-70.

الفصام المزمن: دليل لتصنيف ليونارد

Ban TA. Academic psychiatry and the pharmaceutical industry. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2006; 30: 429-41.

الطب النفسي الأكاديمي وصناعة الأدوية

Ban TA, Guy W.. Conditioning and learning in relation to disease. *Activ nerv sup (Prague)* 1985; 27: 236 - 44.

التكييف والتعلم فيما يتعلق بالمرض

Ban TA. Prolegomenon to the clinical prerequisite: psychopharmacology and the classification of mental disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 1987; 1: 527 - 80.

ملاحظات تمهيدية على المتطلبات السريرية: علم الأدوية النفسية وتصنيف الاضطرابات النفسية

Ban TA. Composite Diagnostic Evaluation of Depressive Disorders. CODE-DD. Brentwood: JM Productions; 1989.

التقييم التشخيصي المركب لاضطرابات الاكتئاب

Ban TA. CODE-DD Valutazione e Diagnosi Dei Disturbi Depressivi. (Edited and translated from the English original into Italian by Aguglia E and Forti B). Padua: Liviana; 1989.

Ban TA. CODE-DD Złożona ocean diagnostyczna. (Edited and translated from the English original into Polish by Pużyński S, Jarema M, Wdowiak J). Warsaw: Prasowe Zakłady Graficzne w Koszlinie; 1989.

Ban TA. CODE-DD Avaliação Diagnostica Composta Dos Distúrbios Depressivos. (Edited and translated from the English original into Portuguese by Nardi AE and Versiani M). Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria-Universidade Federal; 1990.

Ban TA. CODE Systems: Theory and practice. In: Aguglia E, Ban TA, editors. *Functional Psychoses Today*. Rome: John Libbey; 1991.

أنظمة الكود: النظرية والتطبيق

Ban TA. CODE-DD Evaluation diagnostique composite des troubles depressifs. (Edited and translated from the English original into French by Ferrero F, Crocq M-A, Dreyfus F). Geneve: Editions Medicine et Hygiene; 1992.

CODE-DD التقييم التشخيصي المركب لاضطرابات الاكتئاب

Ban TA. CODE DD Depressiivsete haäirete diagnostika koondsüsteem. (Edited and translated from the English original into Estonian by Mehilane L.) Tartu: Tõlge eesti keeled; 1992.

Ban TA. From DSM-III to DSM-IV: progress or standstill. In: Franzek E, Ungvari GS, Ruther E, Beckmann H, editors. Progress in Differentiated Psychopathology. Würzburg: International Wernicke-Kleist-Leonhard Society; 2000.

من DSM-III إلى DSM-IV: تقدم أو توقف

Ban TA. Nosology in the teaching of psychiatry. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 2000; 49: 39-49.

علم تصنيف الأمراض في تدريس الطب النفسي

Ban TA. Neuropsychopharmacology the interface between genes and neuropsychopharmacology. In: Lerer B, editor. Pharmacogenetics of Psychotropic Drugs. Cambridge: Cambridge University Press; 2002, pp. 36-56.

علم الأدوية النفسية والعصبية التفاعل بين الجينات وعلم الأدوية النفسية والعصبية

Ban TA. Towards a clinical methodology for neuropsychopharmacology research. Neuropsychopharmacologia Hungarica 2007; 9: 81-90.

نحو منهجية سريرية لبحوث علم الأدوية النفسية والعصبية

Ban TA, Fjetland OK, Kutscher M, Morey LC. CODE-DD Development of a diagnostic scale for depressive disorders. Hindmarch L, Stonier PD, editors. Human Psychopharmacology. Measures and Methods. Volume 4. Chichester: John Wiley & Sons; 1993, pp. 73-85.

CODE-DD تطوير مقياس تشخيصي لاضطرابات الاكتئاب.

Ban TA, Gaszner P, Aguglia E, Batista R, Castillo A, Lipcsey A, Macher J-P, Torres-Ruis A, Vergara L. Clinical efficacy of reboxetine: a comparative study with desipramine with methodological considerations. Human Psychopharmacology 1998; 13 (supplement 1): 129-39.

الفعالية السريرية للريبوكتين: دراسة مقارنة مع ديسيبرامين مع اعتبارات منهجية

Ban TA, Kerenyi N. Some aspects of conditioning and its morphological basis. Journal of Neuropsychiatry 1964; 5: 206-9.

بعض جوانب التكييف وأساسه الصرفي

Ban TA, Lehmann HE. Experimental Approaches to Psychiatric Diagnosis. Springfield: Charles C. Thomas; 1971.

مناهج تجريبية للتشخيص النفسي

Ban TA, Lehmann HE, Green AA. Conditioning in the prediction of therapeutic outcome in depressions. *Conditional Reflex* 1969; 4: 115-23.

. التكييف في توقع النتيجة العلاجية في المنخفضات

Ban TA, Lehman HE, Green AA. Conditional reflex variables in the prediction of therapeutic responsiveness to phenothiazines in the schizophrenias. In: Wittenborn JR, Goldberg SC, May RPA, editors. *Psychopharmacology and the Individual Patient*. New York: Raven Press; 1970.

متغيرات المنعكس الشرطي في التنبؤ بالاستجابة العلاجية للفينوثيازينات في الفصام.

Ban TA, Lehmann HE, Saxena B. A conditioning test battery for the study of psychopathological mechanisms and psychopharmacological effects. *Canad Psychiat Assoc J* 1970; 1970; 15: 1 -+ 8.

بطارية اختبار تكييف لدراسة الآليات النفسية والتأثيرات النفسية

Ban TA, Levy L. Physiological patterns: A diagnostic test procedure based on the conditioned reflex method. *Journal of Neuropsychiatry* 1961; 2: 228-31.

إجراء اختبار تشخيصي يعتمد على طريقة الانعكاس الشرطي

Ban TA, Ucha Udabe. The neurotransmitter era in neuropsychopharmacology. In Ban TA, Ucha Udabe R, editors. *The Neurotransmitter Era in Neuropsychopharmacology*. Buenos Aires: Polemos; 2006, pp. 265-74

عصر الناقل العصبي في علم الأدوية النفسية والعصبية

Bell Ch. *Idea of a New Anatomy of the Brain*. London; Strahan 1811.

أفكار لتشريح جديد للدماغ

Berner P, Gabriel E, Katschnig H, Keffer W, Koehler, Lenz G, Simhandl Ch. *Diagnostic Criteria for Schizophrenia and Affective Psychoses*. Washington: World Psychiatric Association; 1983.

معايير تشخيص الفصام والذهان العاطفي.

Besendorf H, Pletscher A. Beeinflussung zentraler Wirkungen mit Reserpin und 5-Hydroxytryptamin durch isonicotinesauerehydrazide. *Helv Physiol Acta* 1956; 14: 383-90.

Bleuler E. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke; 1911.

Bowman RL, Caulfield PA, Udenfriend S. Spectrophotometric assay in the visible and ultraviolet. *Science* 1955; 122: 32-3.

المقايسة الطيفية في المرئية والأشعة فوق البنفسجية

Buchsbaum MS, Haier RJ. Biological homogeneity, symptom heterogeneity, and the diagnosis of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1978; 4: 473-5.

التجانس البيولوجي ، وعدم تجانس الأعراض ، وتشخيص مرض انفصام الشخصية

Bunney WE, Davis JM. Norepinephrine in depressive reaction. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 3: 483-94.

نوربينفرين في رد فعل اكتئابي

Bykov KM. *The Cerebral Cortex and the Internal Organs*. (Translated from the original Russian into English by Gantt WH). Chicago: Chemical Publishers Company; 1957.

القشرة الدماغية والأعضاء الداخلية

Cajal SR. La fine structure des centres nerveux. *Proc R Soc London* 1894; 55: 444-67.

البنية الدقيقة للمراكز العصبية

Carew TJ, Walters ET, Kandel ER. Classical conditioning in a simple withdrawal reflex in *Aplysia Californica*. *Journal of Neuroscience* 1981; 1 1426 -37.

تكييف كلاسيكي في رد فعل انسحاب بسيط في أبليسيا (*Aplysia*)

Carlsson A. Brain monoamines and psychotropic drugs. In: Rothlin E, editor. *Neuropsychopharmacology*. Amsterdam: Elsevier; 1961.

أحادي الأمين في الدماغ والمؤثرات العقلية

Carroll BJ. Dexamethasone suppression test: A review of contemporary confusion. *J Clin Psychiatry* 1985; 46: 13-24.

اختبار قمع ديكساميثازون: مراجعة للارتباك المعاصر

Casey JF, Lasky JJ, Klett CJ, Hollister LE. Treatment of schizophrenic reactions with phenothiazine derivatives. *Am J Psychiatry* 1960; 117: 95-105.

علاج تفاعلات الفصام مع مشتقات الفينوثيازين

Charcot J-M. *Lectures on the diseases of the nervous system*. Delivered at the Salpêtrière in Paris. (Translated from the French original into English by Sigerson G). London: New Sydenham Society; 1877.

محاضرات عن أمراض الجهاز العصبي. سلمت في Salpêtrière في باريس.

Choi SM, Ban TA, Lehmann HE, Adamo E. Conditional reflex studies on the effect of psychoactive drugs in schizophrenics. *Laval medical* 1966; 37: 122-5.

دراسات المنعكس الشرطي حول تأثير الأدوية ذات التأثير النفسي في مرضى الفصام

Cullen W. *Synopsis Nosologiae Methodicae*. Edinburgh: Kincaid & Creech; 1769.

Cullen W. First Lines of the Practice of Physics. Edinburgh: Kincaid & Creech; 1772.

Dahlström A, Fuxe K. Evidence for the existence of monoamine-containing neurons in the central nervous system. I. Demonstration of monoamines in the cell bodies of brain stem neurons. Acta Physiol Scan 1964; 62 (supplement 232): 1- 55.

Delay J, Deniker P. Le traitement de psychoses par une méthode neurolytique dérivée de l'hibernothérapie; le 4560 RP utilisée seul en cure prolongée et continue. CR Congr Méd Alién Neurol (France) 1952; 50: 497-502.

Dreger RM. Aristotle, Linnaeus and Lewin, or the place of classification in the therapeutic-evaluative process. J gen Psychol 1968; 78: 41-59.

مكان التصنيف في العملية العلاجية التقييمية

Edelman GM. Bright Air, Brilliant Fire. New York: Basic Books; 1992.

Esquirol JED. Des maladies mentales Considérées sous les rapports medical, hygienique et medico-legal. Paris: JP Bailliere; 1838.

الأمراض العقلية معتبرة تحت التقارير الطبية والصحية والطبية القانونية

Faergeman, PM, De psykogene psykoser belyst gennem katamnesticke undersøgelser. Copenhagen: Munksgaard; 1945.

Falck B, Hillarp N-A, Thieme G, Torp A. Fluorescence of catecholamines and related compounds condensed with formaldehyde. J Histochem Cytochem 1962; 10: 34e8-54.

مضان الكاتيكولامينات والمركبات ذات الصلة مكثفة بالفورمالديهايد

Falret JP. Leçon clinique de le médecine mentale faites a l'hospice de Salpêtrière. Paris: Bailliere; 1854.

درس سريري في الطب النفسي تم إجراؤه في نزل Salpêtrière

Feuchtersleben E. Lehrbuch der Ärztlichen Selenkunde. Vienna: Carl Gerold; 1845.

Fish F. Guide to Leonhard's classification of chronic schizophrenias. Psychiatric Quarterly 1964; 38: 438-50.

دليل لتصنيف ليونارد لمرض انفصام الشخصية المزمن

Fish F. The influence of the tranquilizers on the Leonhard schizophrenic syndromes. Encéphale 1964; 53: 245-9.

تأثير المهدئات على متلازمة ليونارد الفصامية

Fish F. Clinical Psychopathology. Bristol: John Wright & Sons; 1967.

Flaherty JA. The psychiatric use of isonicotinic acid hydrazide: a case report, Delaware med J 1952; 24: 298-300.

الاستخدام النفسي لحمض هيدرازيد أيزونيكوتينيك: تقرير حالة

Franzek E. Influence of Carl Wernicke on Karl Leonhard's nosology. Psychopathology 1990; 23: 277-81.

علم تصنيف الأمراض. علم النفس المرضي

Freis D. Mental depression in hypertensive patients treated for a long period with large doses of reserpine. New England Journal of Medicine 1954; 251: 1006-8.

لاكتئاب العقلي في مرضى ارتفاع ضغط الدم يعالجون لفترة طويلة بجرعات كبيرة من ريزيربين

Fuxe K. Evidence for the existence of monoamine nerve terminals in the central nervous system. Acta Physiol Scand 1965; 64 (supplement 247): 9-85.

دليل على وجود النهايات العصبية أحادية الأمين في الجهاز العصبي المركزي

Gantt WH. Physiological psychology. Annual Review of Physiology 1948 10: 453-78.

علم النفس الفسيولوجي.

Garrison FH. An Introduction to the History of Medicine. Philadelphia/London: WB Saunders; 1929.

مدخل الى تاريخ الطب

Gastaut H. Some aspects of the neurophysiological basis of conditioned reflexes and behaviour. In: O'Connor, editor. Ciba Foundation Symposium on the Neurological Basis of Behavior. London: Churchill; 1958.

بعض جوانب الأساس العصبي الفسيولوجي لردود الفعل والسلوك الشرطي

Gaupp R. Die wissenschaftliche Bedeutung des "Falles Wagner". Munich med Wschr 1914; 61: 633 – 7.

Golgi C. Sulla fine struttura dei bulbi olfattorii. Riv Sper Freniatr Med Leg Alienazioni Ment 1874; 1: 405-25.

Griesinger W. Über psychische Reflexactionen. Archiv für Physiologische Heilkunde 1843; 2: 76-112.

Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten. Braunschweig: Wreden; 1845.

Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Revised. Washington: US Department of Health, Education and Welfare. DHEW Publication No. (ADM)76-338; 1976.

دليل التقييم لعلم الادوية النفسية

Guy W, Ban TA, edited and translated. The AMDP System. Manual for the Assessment and Documentation of Psychopathology. Berlin/Heidelberg: Springer; 1982.

نظام AMDP. دليل لتقييم وتوثيق علم النفس المرضي

Guy W, Ban TA, Wilson WH. An international survey of tardive dyskinesia. Prog Neuro-psychopharmacol & Biol Psychiatry 1985; 9: 401-5.

مسح دولي لخلل الحركة المتأخر

Hamilton M, editor. Fish's Clinical Psychopathology. Bristol: John Wright & Sons; 1985.

علم النفس المرضي السريري

Hattangadi S, Lidsky A, Ban TA. The orienting response (GSR) in psychiatric patients. Conditional Reflex 1966; 1: 214-5.

الاستجابة التوجيهية (GSR) في المرضى النفسيين.

Hattangadi S, Lidsky A, Lee H, Ban TA. Orienting reflex behaviour and clinical psychopathology 1968; 3: 29-33.

توجيه السلوك الانعكاسي وعلم النفس المرضي السريري

Heinroth JC. Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens. Leipzig: Vogel; 1818.

Hyden H. The question of the molecular basis of memory. In: Broadbent DE, editor. Biology of Memory. New York: Academic Press; 1970.

مسألة الأساس الجزيئي للذاكرة

Ivanov-Smolensky AG. Essays on the Pathophysiology of Higher Nervous Activity According to IP Pavlov and his School. Moscow: Foreign Language Publishing House; 1954.

مقالات عن الفيزيولوجيا المرضية للنشاط العصبي الأعلى وفقاً لـ IP Pavlov ومدرسته

James R. Medical Dictionary. London: T. Osborne; 1743.

Jaspers K. Eifersuchtswahn: Entwicklung einer Persoenlichkeit oder Prozess. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1910; 1: 567-637.

Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin/Heidelberg: Springer; 1913.

Jaspers K. General Psychopathology. (Translated from the 7th edition of the German original into English by Hoenig J and Hamilton MW). Manchester: Manchester University Press; 1962.

علم النفس المرضي العام

Kahlbaum KL. Die Grouppierung der psychische Krankheiten und die Enteilung der Seelenstoerungen. Danzig: AW Kaufman; 1863.

Kahlbaum KL. Die Katatonie oder des Spannungsirresein Berlin: Hirschfeld; 1874.

Kandel ER. In Search of Memory. The Emergence of a New Science of Mind. New York: WW Norton; 2007.

بحث في الذاكرة. ظهور علم جديد للعقل.

Kandel ER. The biology of memory. A forty years perspective. J Neurosci 2009; 29: 12748-56.

بيولوجيا الذاكرة

Kendell RE. Reflections on psychiatric classifications – for the architects of DSM-IV and ICD-10. Integrative Psychiatry 1984; 2: 42-7.

تأملات في التصنيفات النفسية - لمهندسي DSM-IV و ICD-10

Kleist K. Autochthonous Degenerationpsychosen. Z gen Neurol Psychiat 1921; 69: 1-11.

Kleist K. Die Auffassung der Schizophrenien als Systemkrankheiten. Klinische Wochenschrift 1923; 2: 962-3.

Kleist K. Über zyklische, paranoid und epileptoide psychosen und über die Frage der Degenerationpsychosen. Schweiz Arch Neurol Psychiat 1928; 13: 1-35.

Klerman GJ, Cole JO. Clinical pharmacology of imipramine and related compounds. Pharmacol Rev 1965; 17: 101-41.

علم الصيدلة السريرية لإيميبرامين والمركبات ذات الصلة

Kline NS. Clinical experience with iproniazid (Marsilid). J Clin Exp Psychopathol 1958; 19 (supplement 1): 72-8.

الخبرة السريرية مع ابرونيازيد

Knoll J. The Brain and Its Self. A Neurochemical Concept of the Innate and Acquired Drives. Berlin: Springer; 2005.

الدماغ وذاته. مفهوم كيميائي عصبي لمحركات الأقراص الفطرية والمكتسبة

Kraepelin E. Lehrbuch der Psychiatrie. 4 Aufl. Barth: Leipzig; 1893.

Kraepelin E. Lehrbuch der Psychiatrie. 5 Aufl. Barth: Leipzig; 1896.

Kraepelin E. Lehrbuch der Psychiatrie. 6 Aufl. Barth: Leipzig; 1899.

Kraepelin E. Lehrbuch der Psychiatrie. 8 Aufl. Barth: Leipzig; 1913.

Kretschmer E. Der sensitive Beziehungswahn. Berlin: Springer; 1927.

Kuhn R. Über die Behandlung depressives Zustände mit einem iminodibenzyl-derivat (G22355). Schweiz Med Wochenschr 1957; 87: 1135-40.

Lasègue EC. Du delire de persecution. Arch gen Med 1852; 28: 129-50.

في هذيان الاضطهاد

Lasègue EC. Mental vertigo. Gazette des hôpitoux (Paris). 1877. In Shorter E. A Historical Dictionary of Psychiatry. Oxford: Oxford Univerity Press; 2005, p. 29.

Lehmann HE. The influence of neuroleptics and anxiolytic sedatives on conflict avoidance behaviour in human subjects. In: Volume Dedicated to the 60th Birthday of Pofessor Eugen Vencovsky. Prague: State Publishing House; 1968.

تأثير مضادات الذهان والمهدئات المزيلة للقلق على سلوك تجنب الصراع في البشر

Leonhard K. Die Defektschizophrenen Krankheitsbilder. Leipzig: Thieme; 1936.

Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademie Verlag; 1957.

Leonhard K. Classification of Endogenous Psychoses (translated from the 5th edition of the German original by Berman R.) New York: Irwington Press; 1979.

تصنيف الذهان الذاتية

Lerer B. Genes and neuropsychopharmacology exploring the interface. In: Lerer B, editor. Pharmacogenetics of Psychotropic Drug. Cambridge: Cambridge University Press; 2002, pp. 3-17.

علم الأدوية النفسية والعصبية استكشاف الواجهة.

Litre E. Dictionnaire de la Langua Francoise. Paris; Hachette Cie; 1877.

Magendie F. Expériences sur les fonctions des racines des nerfs rachidiens. Journal de physiologie expérimentale et de pathologie 1822; 2: 276-9.

تجارب على وظائف جذور الاعصاب الشوكية

Menninger K. Mayman M, Pruyser P. The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness. New York: The Viking Press; 1968.

التوازن الحيوي. عملية الحياة في الصحة العقلية والمرض

Möbius JP. Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten. Leipzig: Barth; 1893.

Möbius JP. Ueber die Physiologischen Schwachsinn des Weibes. Halle: Marhold; 1900.

Moreau de Tours J. Du Hachich et de L'Aliénation Mentale. Etudes Psychologiques, Paris: Fortin & Mason; 1845.

من الحشيش والاعتراب العقلي

Morey L. Reliability considerations in the development of CODE-DD. In: Aguglia E, Ban TA, editors. Functional Psychoses Today. Rome: Jon Libbey; 1991, pp. 297-304.

Mueller JC, Pryor WW, Gibbons JE, Orgain ES. Depression and anxiety occurring during Rauwolfia therapy. JAMA 1955; 159: 836-9.

الاكتئاب والقلق الذي يحدث أثناء علاج Rauwolf

Neele E. Die Phasischen Psychosen. Leipzig: J.A. Barth; 1949.

Nyirö Gy. A lelki mukodesek strukturalis szemlelete a reflexfolyamatai alapjan. (Structural aspects of mental processes on the basis of reflex mechanisms). In: Gegesi Kiss P, Kardos L, Lenard F, Molnar I, editors. Psychologiai Tanulmányok (Studies in Psychology). Budapest: Akademiai Kiado; 1958, pp. 265-77.

.A lelki mukodesek strukturalis szemlelete a reflexfolyamatai alapjan
(الجوانب الهيكلية للعمليات العقلية على أساس آليات الانعكاس).

Nyiro Gy. Psychiatria. Budapest: Medicina; 1962.

الطب النفسي

Pavlov IP. The scientific investigation of the psychical faculties or processes in higher animals. Lancet 1906; 84: 911-5.

الاستقصاء العلمي للقدرات النفسية

Pavlov IP. Conditioned Reflexes. (Translated from the Russian original into English by Anrep GV). Oxford: Oxford University Press; 1927.

ردود الفعل الشرطية

Perris C. Cycloid psychoses: historical background and nosology. Tidsskr nord Rets med Psykiat 1973; 27: 369-78.

الذهان الحلقيّة: الخلفية التاريخية وعلم التصنيف

Pethö B. Hourglass model of the psychiatric illness. Schizophrenia Bulletin 1984; 10: 509-19.

نموذج الساعة الرملية للمرض النفسي

Petho B. Development and structure of the DCR Budapest-Nashville. Psychopathology 1990; 23: 316 -30.

تطوير وهيكل DCR بودابست - ناشفيل

Pethö B, Ban TA, Kelemen A, Ungvari G, Karczag I, Bittér I, Tolna J. KDK Budapest. Kutatasi diagnosztikus kriteriumok functionalis psychosisok korismezesehez. (Research diagnostic criteria for diagnosing functional psychoses). Ideggyogyaszati Szemle 1984; 37: 102 - 31.

Pethö B, Ban TA, in collaboration with Kelemen A, Ungvari G, Karczag I, Bittér I, Tolna J (Budapest), Jarema M, Ferrero F, Agulia E, Zurria GL, Fjetland OK. DCR Budapest-

Nashville in the Diagnosis and Classification of Functional Psychoses. *Psychopathology* 1988; 21 (4-): 152-240.

ناشفيل في تشخيص وتصنيف الذهان الوظيفي

Pethö B, Tolna J, Tusnány G. Multi-trait/multi-method assessment of predictive variables of outcome of schizophrenia spectrum disorders. A nosological evaluation. *J psychiat Res* 1979; 15: 163-74.

تقييم متعدد السمات / متعدد الأساليب للمتغيرات التنبؤية لنتائج اضطرابات طيف الفصام. تقييم صنفى

Pichot P. *A Century of Psychiatry*. Paris: Roger Dacosta; 1983.

قرن من الطب النفسي

Pinel P. *Nosographie Philosophique ou la Methode de l'Analyse Appliquée a la Medicine*. Paris: Brosson; 1798.

علم النوسوغرافيا الفلسفية أو طريقة التحليل المطبقة على الطب

Pletscher A. Beeinflussung des 5-Hydroxytryptamin stoffwechsels im Gehirn durch Isonicotinsäurehydrazide. *Experientia* 1956; 12: 479-80.

Pletscher A, Shore PA, Brodie BB. Serotonin release as possible mechanism of reserpine action, *Science* 1955; 122: 374-5.

إطلاق السيروتونين كآلية ممكنة لعمل ريزيربين

Porter R. *Madness. A Brief History*. Oxford: Oxford University Press; 2002.

جنون. لمحة تاريخية

Prakash R, Kelwala S, Ban TA. Neurotoxicity with combined administration of lithium and a neuroleptic. 1982; 23: 567- 71.

. السمية العصبية مع الإدارة المشتركة لليثيوم ومضادات الذهان

Reil JC (1808). In Reil JC, Hoffbauer JC, editors. *Beitrage zur Besorderung eine Kurmethode auf psychischen Wege*. Halle: In der Kurtschen Buchhandlung; 1808.

Retterstol N. The Scandinavian concept of reactive psychosis, schizophreniform psychosis and schizophrenia. *Psychiatria clin* 1978; 11: 180-7.

المفهوم الاسكندنافي للذهان التفاعلي

Roth M, Barnes TRE. The classification of affective disorders: a synthesis of old and new concepts. *Compr Psychiatry* 1981; 22: 54-77.

تصنيف الاضطرابات العاطفية: توليفة من المفاهيم القديمة والجديدة

Sauvages de la Croix Boissier F. *Nosologia Methodica*. Amsterdam: Frat de Tournes; 1768.

Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders. A review of supporting evidence. Am J Psychiatry 1965; 122: 509-22.

فرضية الكاتيكولامين للاضطرابات العاطفية. مراجعة الأدلة الداعمة

Schneider K. Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressions zustände. Z Ges Neurol Psychiat 1920; 59: 81-5.

Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme; 1950.

علم النفس المرضي

Sechenov IM (1863) Reflexes of the Brain. In: Selected Works. Moscow: Foreign Language Publishers; 1935

ردود الفعل الدماغ

Selikoff IJ, Robitzek EH, Orenstein GG. Treatment of pulmonary tuberculosis with hydrazine derivatives of isonicotinic acid. JAMA 1952; 150: 973-80.

الهيديرازين من حمض الايزونيكوتينيك
علاج السل الرئوي بمشتقات

Sherrington CS. The Integrative Action of the Nervous System. London: Scribner; 1906.

العمل التكاملية للجهاز العصبي

Shorter E. A Historical Dictionary in Psychiatry. Oxford/New York: Oxford University Press; 2005.

قاموس تاريخي في الطب النفسي

Strauss JJ, Carpenter WT. The prediction of outcome in schizophrenia. II Relationship between predictor and outcome variables. Archs gen Psychiatry 1974; 31:37-42.

التنبؤ بنتيجة مرض انفصام الشخصية

Strömngren E. Psychogenic psychoses. In: Hirsch S, Shepherd M, editors. Themes and Variations in European Psychiatry. Charlottesville: University Press of Virginia; 1974.

الموضوعات والاختلافات في الطب النفسي الأوروبي

Taylor MA. The Psychiatric Mental Status Examination. New York: Pergamon Press; 1981.

فحص الحالة النفسية النفسية

Twarog BM, Page IH. Serotonin content of some mammalian tissues and urine and a method for its demonstration. Am J Physiol 1953; 175: 157-61.

محتوى السيروتونين في بعض أنسجة الثدييات والبول و أ
طريقة عرضه

Van Rossum JM, The significance of dopamine-receptor blockade for the action of neuroleptic drugs. In: Brill H, Cole JO, Deniker P, Hippus H, Bradley PB, editors. Neuropsychopharmacology. Proceedings of the Fifth International Congress of the Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (March 1966). Amsterdam: Excerpta Medica Foundation; 1967, pp. 321-9.

أهمية حصار مستقبلات الدوبامين لعمل الأدوية المضادة للذهان

Vogt M. Concentration of sympathin in different parts of central nervous system under normal conditions and after administration of drugs. J Physiol 1954; 123: 451-81.

تركيز السمباثين في أجزاء مختلفة من الجهاز العصبي المركزي تحت الظروف الطبيعية وبعد تناول الأدوية

Walters ET, Karen TJ, Kandel E.. California Journal of Neuroscience 1981; 1: 1426-37. Classical conditioning in a simple withdrawal reflex in Aplysia

تكييف كلاسيكي في رد فعل انسحاب بسيط في Aplysia

Wells HK. Ivan Pavlov. Toward a Scientific Psychology & Psychiatry. New York International Publishers; 1956.

نحو علم النفس العلمي والطب النفسي

Wernicke C. Lehrbuch der Geisteskrankheiten für Aerzte und Studierende. Vol. 2. Berlin: Theodor Fischer Kassel; 1881 – 1883, pp. 229-42.

Wernicke C. Über die Klassifikation der Psychosen. Breslau: Schletter; 1899.

Wernicke C. Grundrisse der Psychiatrie. Leipzig: Thieme; 1900, 1906.

Westphal C. Ueber Zwangsvorstellungen Archive fuer Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1878; 8: 734-50.

Wikler A. The Relation of Psychiatry to Pharmacology. Baltimore: Williams & Wilkins; 1957.

علاقة الطب النفسي بعلم الأدوية

Wimmer A. Psykogene Sindssydomsformer. Copenhagen: St. Hans Hospital 1816 – 1916 Jubilee Publication; 1916.

April 7, 2022