

۱ - عقاید عمومی و مشاهدات بالینی

الف - طبیعی

اگر به عقاید عمومی راجع به شخصیت به بهانه اینکه اساس علمی ندارد و قوی نگذاریم مشاهدات بالینی را نمیتوان انکار کرد تمام زندگی جاری و اجتماعی ما در اطراف شخصیت دور میزند و اعمال و طرز رفتار هر فردی بستگی با شخصیت دارد بعضی از افراد شل و سست، بدون حزم و دوراندیشی و مطیع و منقاد دیگران بوده برخی دیگر قبول مسئولیت نموده بشدت از عقاید و افکار خود دفاع مینمایند البته ممکن است این هر دو با هوش باشند ولی بین آنها از نظر خصوصیات و خصال شخصیت فرق بسیار است و این اختلاف در عمل بسیار مهم .

اثر يك شخصیت بر دیگری غیر قابل اغماض است افراد فعال بر افراد محیط و اطراف خود اثر بسزائی دارند شخصیت بهنگام سلامتی ثبات و برقراری دارد و در برابر مسائل واحدی يك نوع واکنش میکند این سری افکار و واکنشها که شخصیت فرد را میسازند اغلب ارثی است .

اتصال و بستگی شخصیت افراد با نامشان مسئله بسیار قابل توجهی است در عهد ما بعضی علل موجبات نوسان و ضعف احساس شخصیت شده (تبعید - تغییر نام) و نیز بعضی اعمال بیولژیکی از قبیل گرف، ترانسفوزیون، تعویض اعضا، و مخصوصاً جراحی روانی و غیره باید متذکر شویم که چنانچه شخصیت را ثابت و دائمی ندانیم تمام قوانین اجتماعی متزلزل خواهد شد شاید بهمین علت شخصیت در تمدن عبری مقدس و گرف و اختلاط نژاد قدغن گردیده .

ب - مرضی

در حال مرضی موضوع کاملاً متفاوت است شخصیت ممکن است در سایکوزهای دوره‌ای تغییر و در جهت مخالف قرار گیرد و این تغییر تنها در جهت فعالیت دینامیسم و خلق نبوده بلکه حتی در وجدان اخلاقی نیز مشاهده میشود که اینک در حالات ملانکولیک تشدید و اقرافی میشود و در حالات مانیاک سست و معلق میگردد ولی بهر حال این تغییرات موقتی و گذران است .

۲ - اختلالات عصبی و ناراحتیها در اختلال شخصیت

الف - تغییرات شخصیت

بجز این تغییرات موقتی و دوره‌ای دینامیسم شخصیت، بعضی از بیماریها شخصیت را تدریجاً مورد حمله قرار میدهند مثلاً فردی احساس عدم استقلال و آزادی شخصیت خویش را نموده و این تلقین بقول سکلاس «احساس تحت تأثیر بودن» را بوجود میآورد که بسیار دردناک و ممکن است منجر به واکنش‌های دفاعی گردد در افراد جوان چون بیماران مبتلا به هبفرنی، این هذیان منجر به حالت تعرض و تجاوز و اعمال شدید میگردد در افراد مسن‌تر این تغییر بصورت واکنش تعبیری بوده بیمار بدنبال این محسوسات مزاحم میگردد و معتقد میشود که دشمنان وی را از راه دور تحت تأثیر قرار داده‌اند که این امر منجر به هذیان ستم‌دیدی یا تحت تأثیر غیر بودن میگردد گاهی نیز تغییرات شخصیت بسیار خفیف و ناچیز و اغلب بیماران منکر ناراحتی‌های روانی یا جسمی میشوند .

در شخصیت روانی بیشتر اختلال در اراده و افکار است فرد تصور

میکنند قادر به تصمیم گرفتن و انجام عملی نیست و اراده ندارد احساس کمی نیرو و بی قدرتی و گناه‌کاری میکند و بدین طریق راه برای حملات ملانکولیک که همراه درد اخلاقی، بخود تهمت زدن و هدیان ستم‌دیدگی است هموار می‌گردد.

گاهی بیمار حس میکند قادر به تفکر نبوده و یا بالعکس قادر به جلوگیری سبیل افکار نیست افکار را گاهی از خود میداند (مانتیسیم) وزمانی از خارج (توهمات روانی اتوماتیسیم مانند کلامبو) گاهی افکار تکرار میشود (اکو) وزمانی افراد تصویری با افکارش ارتباط دارند. بیمار احساس میکند که افکارش از خارج می‌آیند و شخصیت وی با دیگران درهم و مخلوط شده است گاهی تضادهای اخلاقی و نارسا احتیهای درونی بشکل صدائی وی را تهمت میزنند که طبق نظر با یارزه همان ندای وجدان است مانند زنی که طفل مبتلا به نقص عقل خود را برخلاف میل شوهرش بمؤسسه‌ای سپرد و سپس صدائی را می‌شنید که وی را به بی‌عاطفه بودن و سوء اخلاق تهمت میزد.

در سایکوزهای پارانوئیدی شخصیت عظم یافته و ایدآلی است افکار درونی کم یا بیش مختصر شده، بشکل تمایلات آرئیستیک یا فلسفی در می‌آید و در زیر آن يك شخصیت با تمایلات ضد و نقیض و ناتوان در برابر حقایق وجود دارد مانند بیماری که چون از حقایق و واقعیات روگردان شده بود به نقاشی روی نمود افکار افراد پارانوئیدی سخت و خشک و غیر قابل انعطاف و تعادل شخصیت عمقی برهم خورده لذا منکر حقایق و دردنیای تصویری سیر مینماید.

چنانچه بیماری شدت یابد افکار از هم گسیخته‌تر، افکار و عقاید بطور مجزا و بی‌ربط داخل شعور شده و بصورت ژست و واکنش‌های ساده ظاهر شده سیما و قیافه با افکار مطابقت ندارد حرکاتی مکرر بدون دلیل تکرار

میشود که آنرا حرکات استرنوتیپی نامیم تکلم گاهی بصورت ورپی جریشن یا سالاد لغات در آمده و زمانی لبها تکان خورده و صدای غیر قابل مفهومی شنیده میشود.

این دوره مرحله اتوماتیسم و تجزیه شخصیت است که ممکن است منجر به بی توجهی، مانتیسم، بی تفاوتی و اینرسی شود اطباء معتقدند که این اختلال شخصیت بر دماغ نیز اثر گذارده و بدین جهت مورل کلمه دمانس پرکوس را پیشنهاد نمود که کرپلن آنرا نیز تایید کرد ولی بدان معنای وسیع تری داد و به جمیع اختلالاتیکه منجر به بی توجهی کلی و عمومی گردد اطلاق نمود تدریجاً این کلمه تعمیم یافت و به جمیع بیمارهای روانی با استثنای سایکوزهای دوره‌ای یعنی مانی و ملانکولی اطلاق گردید.

تحقیقات بعدی فرضیه کرپلن را تایید نکرد و بلولر متذکر شد که در حین تجزیه شخصیت، اختلال واقعی شخصیت وجود ندارد بلکه بعلت عقده‌های عاطفی، تلاشی ارتباطات بوجود آمده و بیمار قابل تماس است و لذا بلولر کلمه شیزوفرنی را بجای دمانس پرکوس قرار داد تجربه ثابت کرده است که این شخصیت تجزیه شده قابل بازگشت بحال اول و بهبودی است این تلاشی شخصیت ممکن است بصورت حملات دینامیک دوره‌ای مانند مانی یا ملانکولی در آید و یا در سطوح و مرحله عمیق تری بصورت دمانس و بی توجهی کلی بهر حال همیشه امکان بهبودی و تجدید سازمان شخصیت میرود.

ب - شخصیت‌های چندگانه

اولین بار مورتون پرینس به شخصیت‌های متعدد يك بیمار عصبی پی برد این بیمار گاهی زندگی خود را کاملاً بخاطر داشت و روز دیگر قسمت محدودی از زندگی را شرح میداد و در مراجعه بعدی باز اطلاعاتش محدود

بدوران معینی از زندگی بود بعلاوه در خواب داروئی هم ملاحظه میشود که شخصیت دچار بازگشت شده است و نتیجه میگیرد که در خواب انسان واجد دو شخصیت است .

دیگر از شخصیتهای متعدد شخصیت پنجگانه فن شراست (۱) که این پنج شخصیت هیچکدام یکدیگر را نمیشناختند. تعدد شخصیت در مورد دکتر جکیل و مستر هاید هم مصداق دارد راجع بعلت شخصیت های متعدد بعضی معتقدند که قسمتی از سلولهای مغزی که مربوط بدوره ای از زندگی بیمار هیستریک است زمام امور بقیه قسمت ها را بدست میگیرد .

زانه معتقد است که در شعور تاریک اتوماتیسم پسی شیک وجود دارد که گاهی بطور خود بخودی و بدون کنترل شعور آگاه انجام میگیرد و خود را بصورت فعالیت های جز، جز، نشان داده و در نتیجه منجر به شخصیت های متعدد میگردد . ویلیام جمس معتقد است که شخصیت های متعدد حداعلای تلاشی و تفکیک است . اختلال شخصیت که در شیزوفرنی بنام دوتائی شخصیت معروفست با شخصیت چند تائی متفاوتست زیرا در شیزوفرنی شخصیت تجزیه و دیسکوردانس وجود دارد در حالیکه در شخصیت های متعدد مثلا در هیستریک ها قسمتی از شخصیت جدا شده و واحد جداگانه ای میشود و همزمان با شخصیت اولی ظاهر نمیشود باین قبیل شخصیت ها شخصیت لفرزنده (۲) نام نهاده اند و شخصیت لفرزنده جزئی از کل شخصیت است در صورتیکه در شیزوفرنی شخصیت لفرزنده از شخصیت اصلی فاصله دارد و مستقل است و گاهی حتی بر ضد رفتار و عادات شخصیت اصلی میباشد و در شیزوفرنی شخصیت دوم بیشتر از نظر هدایانی ظاهر

1— Fencher

2— Splitting per.

شده و بیمار تصور داخل شدن افراد دیگری را در شخصیت خویش میکند. خوب است از شخصیت کوبار (۱) نام برد. وی مدیر مؤسسه‌ای بود و شخصیتی خوب، خوش قلب و رئوف داشت ولی پس از ضربه‌ای به سر، تغییر شخصیت داد. بدخلق، تحریک‌پذیر و میگسار شد و بالاخره از خانواده خود جدا و آنان را ترك نمود.

دیگر از اختلالات شخصیت اختلال کامل شخصیت یا تجزیه شخصیت (۲) است که در این حال بیمار درك حقایق واقع نمیکند و محیط بنظر بیگانه و غریب، می‌آید و این اختلال در شیزو فرنی مزمن و زوال عقل پیری و انواع دمانس‌ها دیده میشود.

پ - تجزیه شخصیت بدنی

شخصیت بعلت دخول اراده و افکار در شعور احساس می‌گردد بیماری اظهار میداشت که شخصیتش مرده است زیرا اراده‌اش آزاد نبوده و قادر به تفکر نیست و از اینجا بایستی گفته دکارت را تکرار کرد «من فکر میکنم بنابراین من هستم» لذا احساس وجود بستگی به تفکر دارد ولی باید وجود بدن نیز داخل شعور گردد ما معمولاً بدن و اعضای آنرا حس نمیکنیم مگر آنکه بعلت ناراحتی عضوی از آن مطلع گردیم ولی بهر حال ما وجود بدن را در بست و یکجا قبول داریم که این نوعی احساس کلی و عمومی است که با محسوسات خاص مانند لمس و درك وغیره فرق دارد و بونیس باین قبیل محسوسات نام سنستزی داده است.

1— Cowbar

2— Depersonalization, desorganization de la per .

در موارد مرضی این محسوسات تغییر میکنند و طبق نظر دوپره و کاموس شخص تمامی یا قسمتی از بدن را احساس نمیکند یکی از بیماران احساس میکرد کوچک شده و تبدیل به مشت استخوانی گردیده بعضی دیگر بدن خود را متشکل از اشیاء بی جان مانند چوب و آهن میدانند و گاهی تمام توجه بیمار معطوف بهمین مسائل است و دائماً آنرا تکرار مینماید اما اختلالات سنستزیک بدنی که ممکن است منجر به عقیده نفی عضو، مرگ، یا جاودانی بودن (بدنی که دیگر زنده نیست و نمی تواند بمیرد) (سندرم کوتارد) گردد اغلب توأم با عدم احساس شخصیت روانی بوده و فعلاً بنام تجزیه شخصیت نامیده میشود.

بعضی از بیماران احساس میکنند از بین رفته و خود را گم می نمایند مانند بیماری که دائم در آینه نگاه میکرد و با بیمار دیگری که میگفت حس نمیکند در پشت چشمها سرزنده ای داشته باشد و میگفت «من يك سر فیزیکی دارم بدون مغز» تعلیق احساس وجود نه تنها نسبت بدن و دماغ و روح است بلکه حتی نسبت به محیط خارجی است مثلاً بیماری اظهار میکرد «من خودم را نمی بینم - من با خودم نیستم - شعور من نابود شده» بیمار نگاه میکند بدون اینکه دیدنی ها را ببیند. گاهی بیماران احساس خلا، میکنند و اظهار میدارند «مغزم خالی است» ولی در حقیقت اینجا نیز يك نوع اختلال دینامیک بعلمت اختلال عروق نباتی و یا تغییرات فونکسیونل مانند تغییرات الکتروانسفالوگرافی در دوره سنستوپاتی وجود دارد که ممکن است بصورت حملاتی باشد که بهبودی یابد.

ت - نوروز شخصیت

کلمه نوروز در ازمنه مختلفه معانی متفاوتی داشته در قرن ۱۸ و اوایل قرن ۱۹ نوروز به معنای اختلال دینامیک عصبی و مغزی بوده پینل با

نوروز مغزی مخالفت کرد وی اختلالات روانی واقعی را اختلال عقل نامید که امروزه ما آنرا سایکوز نامیم ولی اختلالات عصبی را که پینل تحت عنوان نوروز آورده خود بدو قسمت تقسیم میشود یکدسته شامل ابتلای واقعی دستگاه عصبی مانند اغما، فلج‌های عضوی، صرع و غیره و دسته دوم علائم عصبی یا دماغی که مربوط به ابتلای واقعی سلسله اعصاب نبوده و اصولاً علت روانی دارند.

بهر حال امروزه نوروز را بیک دسته از بیماریها اطلاق مینمایند که بیمار علائم و شکایاتی اظهار میدارد (بدون اختلال واقعی) پرواضح است که این اختلالات منشا، روانی دارند. علائم ذیل در نوروزها دیده میشود.

۱- اضطراب

عبارتست از ترس و هراسی بی‌اساس بعلل عقده‌های روانی کم‌وبیش لاشعوری که شخصیت را مختل می‌سازد بهمین جهت است که برای درمان روش روانکاوی یا نازکو آنالیز بکار میرود اضطراب در آغاز بیماریهای عضوی سلسله اعصاب، بیماریهای روانی و حتی بیماریهای عمومی وجود دارد.

۲- حملات عصبی نوروباتیک یا هیستریک

حملاتی از نوع عصبی، نماینده دشارژ اموتیو بخارج است و بهمین علت توجه ما به عقده‌های عاطفی جلب میشود ولی آنرا نیز میتوان بازاد شدن نیروهای غریزی یا عاطفی نسبت داد.

۳- نوروز احشائی

مانند اسپاسم دستگاه گوارش، کریزهای هواخواری، آنژین دوپواترین

کاذب . پلی‌اوری و غیره که ممکن است علت آن فیزبولژیک . روانی یا عاطفی باشد .

۴- سایکاستنی یا وسواس

پیرزانه سایکاستنی یا وسواس را بنام نورورودال بر اخلال شخصیت پیشنهاد کرده است فکری است نا آشنا و معمولاً برخلاف اخلاق مثلاً شخصی با تقوی و مذهبی . احساس میکند بسوی کفر گشتن میرود و فردی ساعی و جدی احساس میکند افرادی خارجی فعالیت وی را فلج مینمایند خلاصه در جمیع این موارد فرد احساس میکند که شخصیتش بوسیله اتوماتیسم و با نیروئی خارجی تهدید شده است .

از این مختصر که درباره نوروزها نگاشتیم میتوان نتایج ذیل را گرفت نوروزها عبارتند از تظاهرات خفیف بدنی یا روانی که کم و بیش مجازی یا خالصاً روانی هستند در حالیکه سایکوز عبارتست از تظاهرات شدید روانی ولی خوبست بجای گذاردن حدی چنین قاطع بین نوروز و سایکوز نوروز را مرحله خفیف‌تری از ابتلا، شخصیت دانست که در بعضی موارد ممکن است بمرحله عمیق‌تر و شدیدتری یعنی سایکوز منجر گردد تئوری مراحل . بخوبی حقایق بالینی را تعبیر مینماید در حالیکه فرضیه کلاسیک تقسیم به نوروز و سایکوز با دو حد معین و مشخص مصنوعی و قراردادی بوده و ما را از تشخیص نوروزهای مقدمه سایکوز باز میدارد ولی نظریه شدت و سختی سایکوز در برابر خفت و نیک خیمی نوروز نیز خود اشتباه بزرگی است زیرا شخصیت در هر مرحله‌ای از تجزیه ممکن است بمرحله دیگری سیر نماید .

بفرضیه فوق (دوتائی) بایستی يك فرضیه (يك‌تائی) افزود یعنی میتوان گفت که يك سری بی‌نهایت مراحل و درجاتی وجود دارد که از نظر درجه و میزان با یکدیگر اختلاف دارند و در هر مرحله شخصیت تا حدودی

اختلال یافته است از اضطراب ساده تا حمله عصبی خفیف ، و سواس ساده ، سندرم تحت تاثیر بودن ، توهمات ، اتوماتیسم افکار و اتوماتیسم اطوار و رفتار . مشاهدات بالینی نشان میدهد که همه اینها مراحل دینامیک هستند و دزهر مرحله شخصیت بدرجه ای مختل شده است تا اینکه در آخرین مرحله ، شخصیت کاملا مضطرب و پاسیو میشود .

در شخصیت پاسیو عمل ترکیب ، انتخاب و تمرکزست و شل گردیده و همین امر است که منجر به اتوماتیسم و غلبه افکار درونی میگردد حتی در مراحل خیلی عمیق و شدید. اختلال شخصیت در مرحله ای که اراده نیست و نابود شده و فرد تبدیل به مستی افکار و عقده های عاطفی گردیده و در سازمان دادن افکار ناتوان و حتی در مراحلی که چون مرده زنده نما است ، با بیک شخصیت عمقی وجود دارد که موجب این احساس میشود که در پشت این تلاشی و تجزیه و حالات نامتعادل ، فردی قرار دارد که دارای محسوسات بوده متحمل ، قضاوت و واکنش مینماید ولی پنهان و تظاهرات آن مخفیانه و غیر مستقیم است بعلاوه این مرده زنده نما ، همواره و همیشه و در هر یک از مدارج و مراحل ممکنست به زندگی عودت نماید زیرا پدیده و فنومن سیر قهقرائی و تجزیه شخصیت یک پدیده اضمحلالی نبوده بلکه یک حالت بیحسی و کرخی است که هر آن ممکن است برطرف و بیمار بیدار شود .

ث - شخصیت و دستگاه عصبی

ما قبلا انواع مختلفه اختلال فکر ، شخصیت و مراحل آنرا دیدیم حال بایستی ملاحظه کنیم که به چه نحو و وضعی این اختلالات و تغییرات پیش میآیند این نوسانات را در کلینیک یا فیزیولوژی میتوان ملاحظه نمود.

۱- خواب و انیریسم

در خواب طبیعی و رؤیا، افکار سست و شل، مناظر و مشاهدات منتشر و پراکنده، افکار درونی شخصیت عمقی بصورت یادآوری خاطرات فراموش شده یا امیال مردود بوده و پیش‌بینی آینده بشکل رمز و علامت میباشند.

در برابر این رویای طبیعی که مافی‌الضمیر را بصورت افکار تصویری و عاطفی بیان میدارد نوع دیگری از رویا بنام رویای پاتولژیک و یا بقول رژیس هذیان انیریک وجود دارد که اختلاف آن با رویای طبیعی در آنست که در روز اتفاق افتاده، در حال نیمه بیداری یا بیداری ولی البته این صفت مطلق و قطعی نیست زیرا رویای دلیریوم ترمنس الکلی، هنگام غروب اتفاق افتاده و تدریجاً شدیدتر میشود اختلاف دیگری که باز هم مطلق نیست آنست که این رویا توام با عمل است.

رژیس و سایرین علت هذیانهای انیریک را سموم عفونت‌ها میدانند شخصیت در زیر حالت ابهام انیریک نهفته، کندومهار شده و این توام شدن رویا را با کندی دماغ، کنفوزیون مانتال دولا سیونامند که تحت عنوان آمنسیا نامیده شده است باروک نیز در شرحی که راجع به تومورها می‌مغزی داده، متذکر میشود که تومور سربرال و افزایش فشار داخل جمجمه ممکن است ایجاد کنفوزیون با انیریسیم و گاهی پدیده اکمنزیا (۱) نماید یعنی شخص تصور میکند در زمان جلوتری قرار دارد گاهی ممکنست رویا توام با خواب پاتولژیک شود مانند تومورهائی که در انفوندیبولوم یا قاعده بطن سوم باشند و بمرکز خواب آسیب رسانند باید متذکر شویم که انیریسیم و هذیان انیریک

ممکن است مجزا و بدون کنفوزیون مانتال باشند .

در تمام این موارد انیْرِیسم مانند یک عامل خارجی در يك لحظه شخصیت را مختل میسازد ولی کاملاً از آن جداست و بهمین علت در موارد افزایش فشار داخل سر ممکن است با کاهش فوری فشار، انیْرِیسم قطع گردد در هر حال یکی از خصوصیات اصلی کنفوزیون مانتال آنست که شخصیت تلاش میکند از رویا خارج و آزاد گردد و مانند شیزو فرنی شخصیت گرفتار و در بند نیست اگر انیْرِیسم ادامه یابد ممکن است بسوی تجزیه روانی شیزو فرنی سیر نماید که مورد مطالعه رژیس بوده و این تغییر بطرق مختلفه میتواند انجام پذیرد .

اول اثر سم یاسمی عفونی در این حال شخصیت در زیر رؤیا پنهان میشود که همان مرحله کنفوزیون حاد باشد بعد شخصیت که در مرحله اول در انیْرِیسم حل نشده بود ، سعی میکند در این هرج و مرج انیْرِیک ، تجدید سازمان نماید ضمناً عقده‌های مختلف شخصیت در شعور ظاهر میشوند این اختلاط شخصیت با محتویات انیْرِیسم و عقده‌های مختلف است که تشکیل هذیان را میدهد در آغاز، نگاه بیمار منگ و درمانده و متحیر و پرازاستوپر است ولی پس از تغییر انیْرِیسم به هذیان و بیداری جزئی شخصیت منگی کمتر و بیمار بنظر غایب و بی دقت میآید در این دوره است که شخصیت مجذوب هذیان و توهمات ایجاد میگردد در فاز استوپر که پس از استوپیدپته میآید بیمار مبهوت و حیران است این قیافه به سیمای شیزو فرو نیک مشهور است ولی این مرحله تجزیه ، ظاهری بوده و ممکن است به بهبودی پایان یابد گاهی شخصیت تدریجاً از هذیانهای بعد از انیْرِیسم ایراد و انتقاد کرده با حقایق تماس میگیرد. در موارد دیگری این تلاش معید واقع نشده شخصیت تقسیم و حالت اتوماتیسم موقت یادائی بوجود میآید و در پاره‌ای مواقع نیز منجر بخواب کاتالپتیک ، کاتالپسی، کاتاتونی و اختلالات سایکوموتور

میشود که بعداً مطالعه خواهیم کرد .

۴- خواب کاتالپتیک و اختلالات سایکوموتور

بعضی از بیماران با اینکه چشم‌هایشان باز و راه میروند و پاره‌ای فعالیت‌ها میکنند ولی قیافه و نگاهش چون زنده‌ای نیست بی‌حرکت و ماسک‌مانند بوده بی‌روح و شعله‌حیات از چشمها رخت بر بسته است این‌را نگاه مجسمه نامند .

در معاینه معلوم میشود که دچار کاهش و یا تعلیق ابتکار حرکت است بیمار بی‌حرکت و اگر او را بجلو برانیم جلورفته می‌ایستد اگر بعقب برانیم کمی بعقب رفته می‌ایستد اگر بازوانش را در هوا بلند کنیم مدت‌ها بهمان وضع نگاه میدارد. بیمار ممکن است بهر طرف خم شود و بهر شکل در آید و آنرا مدت‌ها حفظ کند مانند عروسکی مکانیکی که آنرا مرد مجسمه‌ای نامند. در وحله اول ممکن است چنین تصور کنیم که این حفظ وضع و حالت نوعی خاصیت پلاستیکی عضلات است که منقبض شده و در وضعی ثابت مانده‌اند مانند آنچه در پارکینسون دیده میشود این فرضیه اول بوسیله افرادی چون گیروود در فرانسه ، کلیت در آلمان و اوباریو در امریکا پشتیبانی شد ولی تحقیقات الکترومیوگرافی ، کروناسکی و سستیبولر ، الکتروکاردیوگرافی و غیره که باروک از سال ۱۹۲۶ - ۱۹۳۲ انجام داده نشان میدهد که این فرضیه چندان صحیح نیست و فعلاً عقیده بر اینست که این انقباض خواص انقباض ارادی را دارد این انقباضات و تغییرات عضوی متعاقب آن (اختلال الکترو کاردیوگرام ، غیر قابل تحریک پذیری و سستیبول و غیره) بموازات بی‌حسی و کرخی روانی بوده و اگر امکان بیدار کردن بیمار باشد حفظ وضع اعضا، از بین میرود و بحال طبیعی بازمیگردد .

لذا حفظ وضعیت و منظره مجسمه‌مانند بعلت تغییرات عروق و عضلات

نبوده بلکه يك پدیده سایکوموتوری است که هر وضعی که از خارج باو داده شود و تحمیل گردد حفظ میکند و اطاعت مینماید و از آنجا است که کاتالپسی نامیده میشود (گرفتن) روان بیمار بشکل پاسیو اطاعت مینماید و جمیع فرامین خارجی را با تمام اراده قبول میکند ولی اراده‌ای که فاقد ابتکار است و این حالت شبیه به بیحسی اراده است.

این خواب انتخابی منجر به تعلیق خود بخودی و قبول جمیع تأثرات خارجی بدون مقاومت میشود که این همان پاسیویته روانی یا کاتالپسی است و یا ممکن است منجر به مقاومت در برابر جمیع تأثرات خارجی گردد که همان نگاتیویسم است و بطور وضوح میتوان فهمید که نگاتیویسم و مقاومت هر دو در دو قطب يك پدیده واحد یعنی تعلیق ابتکار اراده قرار دارند این دو پدیده به ظاهر متضاد ممکن است گاهی با یکدیگر توأم شوند و با بغواصلی مشاهده گردد توأم شدن نگاتیویسم و کاتالپسی تولید کاتاتونی مینماید زیرا نگاتیویسم توأم است با يك انقباض شدید و اختلال تونوس عضلانی.

در بعضی موارد اختلالات تونوس عضلانی و عروق، قلب، معده و امعاء، قابلیت تحریک لایبرنت، ریتم تنفسی و همه این اختلالات بدنی بدون شك به علت بیحسی اراده و بعضی اختلالات شخصیت است.

چنانچه بیماری بهبودی یابد بیمار خاطرات و رویدادهای زمان بیماری را کاملاً بخاطر دارد و علت مقاومت و با اطاعت محض را دریافت فرمان یا خواست الهی و یا علل دیگری مطرح میسازد.

این میرساند که شخصیت ارتباطی با حیات بیولژیکی غیر ارادی دارد و بهمین علت باروک آنرا در سال ۱۹۲۰ فنومن سایکوسوماتیک نامید متأسفانه امریکائی‌ها این کلمه را بمعانی متفاوتی بکار برده‌اند و در نظر آنها فنومن سایکوسوماتیک عبارت بوده از تبدیل حالات روانی به تظاهرات

بدنی و بطور خلاصه يك پدیده روانی در حالیکه منظور باروک از استعمال کلمه سایکوسماتیک آنست که در تحت اثر پدیده بیولوژیکی که اغلب هم سمی است شخصیت بی‌حس و کرخ شده و این بیحسی اعمال احشائی و حرکتی را مختل و شخصیت از حال بیداری بحالت نیمه‌خواب و حتی خواب رفته واجد يك فعالیت روانی قهقرائی توأم با مکانیسم‌هائی بیولوژیکی غیر ارادی و محرکین خارجی که بهیچ‌وجه با آنها امکان تطابق ندارد میشود.

اگر شکی در باره طرز بکار بردن کلمه سایکوسوماتیک دارید کافی است یادآور شویم که باروک و یونک در سال ۱۹۲۸ بوسایل تجربی بوسیله بولبوکاپنین در حیوانات جمیع علائم و آثاری را که ذکر کردیم ایجاد نموده‌اند. بهر حال اگر این بیحسی و اختلال شخصیت و اراده و تغییرات احشائی بوسائل سمی امکان پذیر باشد، بوسایل دیگری مانند هیپنوز و رفلکس شرطی پاولف نیز امکان دارد و اگر بدین وسایل شخصیت و اراده بیحس و کرخ و مهار شود، پس ممکن است در کاتالپسی یا کاتاتونی سمی، اختلالات عجیب قلبی، گوارشی و نوروژناتیو یعنی دستگاه غیر ارادی نیز دیده شود.

عجیب گفتیم باین دلیل که برخلاف قاعده کلاسیک، فیزیولوژی میباشند. فیزیولوژی کلاسیک دستگاه ارادی را از غیر ارادی متمایز و مشخص میداند برای مثال حرکت را در نظر آوریم فیزیولوژی کلاسیک حرکت را مربوط به دستگاه ارادی یعنی ایاف پیرامیدال و ریشه‌های حرکتی اعصاب و عضلات مخطط میداند و دستگاه غیر ارادی شامل سمپاتیک، ایاف صاف عضلات قلب و معده و امعاء و غیره میباشد یعنی ایافی که تحت اثر اراده نبوده و دستگاه خودکار را بوجود میآورند.

این فرض باین محکمی دارای نواقص و اشتباهاتی است.

اولا دستگاهی که ارادی نامیده شده و از ایاف پیرامیدال و اعصاب

و عضلات مخطط تشكيل شده ، واقعا ارادی نیستند مثلا وقتی با اراده کردن ما بازوی خود را بحرکت وامیداریم الیاف پیرامیدی، اعصاب و عضلات مخطط چیزی جز آلات و ادواتی نیستند که از انفلوی ارادی اطاعت کرده‌اند ولی خود آن نیستند بنابراین اطلاق کلمه دستگاه ارادی اشتباه است و این اشتباه از آنجا ناشی میشود که ما انفلوی ارادی را که محرك اصلی است با ادوات و آلات فعل و کار اشتباه میکنیم .

مشاهدات بالینی نیز این امر را تأیید میکند و از زمان بابنسکی بعد جمیع مشاهدات بالینی و تجارب فیزیولوژیکی نشان داده‌اند که اختلالات حرکتی پیرامیدی با اراده مربوط نیستند در حالیکه اختلالات موتور هیستریکی با اراده ارتباط دارند تعبیر این چنین است که در حال اول اختلال موتور ساده است یعنی ادوات و آلات انجام کار معیوب و دچار نقص شده در حالت دوم اختلال سایکوموتور است یعنی روح که فرمان حرکت را صادر میکند و ابتکار عمل را در دست دارد بیمار و ناتوان شده است به عبارت دیگر در حالت اول اختلال ادوات و آلات بعلت ضایعات مراکز عصبی است که باعث جلوگیری از انجام کار و مهار مکانیسم‌های آناتومیک میشود در حالیکه در حال دوم علل سمی - عاطفی یا روانی موجب بی‌حسی و کرخی نعامی شخصیت را فراهم ساخته است بهمین علت است که اولی بدومان مقاوم است زیرا ضایعات تشریحی در کار است و باین علت آنرا ارگانیک نامند و دومی که بعلت بیحسی و کرخی اختلالات روانی بوجود آمده ممکن است ناگهان بطور معجزه آسانی بهبود یابد مانند حالات و فلج‌های هیستریکی و غیره ولی این بهبودی ناگهانی نباید حتما ما را باین فکر اندازد که بیماری مصنوعی و خدعه و نیرنگ است .

درشمای فیزیولوژی کلاسیک، الیاف پیرامدال و عصبی و عضلات مخطط، از اراده اطاعت و پیروی مینمایند ولی باید اضافه کنیم که باوجود

این اطاعت با آن مخلوط و یکی نمیشود درست مانند باتونی که در دست کسی باشد با خود شخص مخلوط نمیشود فقط آلتی است در دست عامل و طبیعت آن آلت با عامل متفاوت است اگر اتفاقاً آلت فعل یعنی باتون بشکند دیگر آن شخص قادر بانجام فعلی نیست ولی خود شخص زنده و باقی خواهد ماند و بالعکس اگر دست گیرنده باتون یعنی عامل بخواب رود دیگر از آن باتون کار و عملی بر نمی آید زیرا روحی که آنرا فرمان میداد و به فعل و عمل وادار میکرد بی حس و بخواوب رفته است ولی چنانچه شخص از خواب بیدار شود همه چیز مجدداً و فوراً بحال اولیه عودت مینماید و آماده بکار میشود .

اگر شخصیت کاملاً از آلات فعل مستقل و مجزا باشد طبق میل شخصیت کارها انجام میشود (بوسیله الیاف پیرامیدی، اعصاب و عضلات مخطط) اگر شخصیت عمیقاً با تمام دستگاه احشائی و نوروژناتیو تحریک شده باشد کلیه عوامل موثر در شخصیت بر دستگاه نوروژناتیو اثر میگذارند (اموسیون، شوک عاطفی، عقده های عاطفی و غیره) و بدین ترتیب شخصیت و دستگاه نباتی يك واحد را تشکیل میدهد دستگاه نباتی يك آلت ساده نیست بلکه دیگر قسمت لاینجزای شخصیت است که موجب دینامیسم میگردد و بهمین علت دستگاه نباتی را دستگاه غیر ارادی نامند چنانچه شخصیت بی حس یا بخواب رود اعمال عکس شده شخصیت دیگر اطاعت از آلات فعل معمولی نکرده و واکنشی نشان نمیدهد و یا اندک است لذا این شخصیت مرضی خواب، امکان اعمال نفوذ و اثر در محیط داخلی از جمله اعمال نوروژناتیو را بدست میآورد که در حال طبیعی و عادی از حوزه و میدان عمل اراده خارج است بهمین علت تغییرات احشائی مخالف و عجیبی بعلت بیحسی روانی پیش میآید و با بهبود بیماری و از بین رفتن این بیحسی

و کرخي ، آن آثار نیز ناپدید میشوند بعبارت دیگر در حالت بیحسی و کرخي و مرضی شخصیت ، دیگر دستگاه ادوات و آلات فعل از انفلوی ارادی اطاعت و پیروی نمی نمایند با خواب ، این انفلوی ارادی دستگاه نباتی غیر ارادی مجدداً مستقل از شخصیت میشوند و این معکوس شدن در اغلب بیماریهای روانی مخصوصاً در شیزو فرنی دیده میشود .

در بعضی موارد معکوس شدن بیولوژیکی توأم با معکوس شدن وضع دفاعی است تحقیقات و تجارب فیزیولوژیکی نشان داده است که معکوس شدن شخصیت و بخود متوجه شدن آن و تجزیه شیزو فرنیك بر اثر علل خارجی یا سموم امعانی متوسطی است و علل خیلی خفیف ایجاد واکنش دفاعی اضطراب یا واکنش نوروپاتیك را مینماید البته تغییرات شخصیت تنها بعلم خارجی نبوده بلکه زمینه ، سرشت ، ارث و غیره نیز بر آن مؤثر و دینامیسم شخصیت را تنظیم مینماید .

۳- قانون دینامیسم عصبی آندوزن

ملاحظه کردیم که شخصیت بشدت در برابر سموم حساس است سم میتواند خارجی باشد مانند الکل ، حشیش و غیره و یا داخلی مانند سموم کبدی ، امعانی ، هورمونی و غیره . تنظیم دینامیسم شخصیت یکی از عوامل اصلی و دارای قوتین خاصی است که از همه مهمتر قانون دوره ای میباشد در حال طبیعی بسیار نادر است که دینامیسم فعالیت هومورها و امکانات همه در حد متعادل و طبیعی باشند لاجرم نوسانات و تناوبهایی بوجود میآید بعلی مختلف از قبیل عوامل اجتماعی ، اخلاقی ، سورمونلز ، استراحت و گاهی حتی عوامل جغرافیائی یا فصلی ولی این نوسانات در حد متوسط بوده و با زندگی اجتماعی منافات و تضادی ندارد .

در حالت مرضی میدان این نوسانات وسیع و شدید شده ایجاد تناوب

افسردگی و تحریک یا ملانکولی و مانی را مینماید در حال اول فرد از پسا افتاده ، امکاناتش ضعیف شده ، حافظه ضعیف شده ، امید بآینده تبدیل به ناامیدی عمیق شده ، وجدان اخلاقی دردناک و طاقت فرسا شده و در زیر بار سرزنش ، ندامت ، احساس نفرت و انزجار خرد و ناتوان گردیده و همه اینها را تنبیهی برای خود تصور میکند در نظر طبیب تازه کار و ناوارد اگر بیمار جوان باشد دمانس برکوس و چنانچه پیر باشد دمانس سنیل میآید .

پس از چندی ممکن است بناگهان مشاهده کنیم که وضعیت کاملاً تغییر کرده و افکار بیمار از حالت کندی به تندی گرانیده جهش افکار دارد خوب و عالی ترکیب میکند و بی اشکال و خیلی روان می نویسد ، شاعر میشود ، آرتیست میشود . توام با یک هیپرمنزی فانتاستیک و یک اطمینان و انرژی و ابتکار عجیب و احساس رضایت و غرور از خود که تا مرحله اوفسوری میرسد وجدان اخلاقیش دیگر قضاوت نمیکند و از هر قید و بندی آزاد است در مرحله کمی شدیدتر حالت تحریکی توام با تعرض و تجاوز ، ظلم و شکنجه دادن مشاهده میشود با هزار گونه فعالیت سرگرم است . احساس ضعف و خستگی نکرده حتی احساس احتیاج باستراحت نمیکند که این همان حمله مانیاک است .

این حملات نه تنها دینامیسم افکار و حیات روانی و دماغی را تحت تاثیر قرار میدهد بلکه جمیع اعمال بیولژیکی را نیز متاثر میسازد خواب کم و یا زیاد میشود ، با تلاش کمی خستگی ایجاد میشود و یا بالعکس ، حرکات اعضاء کند شده و یا بالعکس ، ترشحات کاهش یا افزایش می یابد ، اعمال جنسی متوقف و یا شدت می یابد ، دیورز کند و یا تند و نبض تغییر مینماید . گاهی این حملات شکل اتی پیک بخود میگیرد شکل شیزوفرنی توام با توهمات و هلائم تجزیه ، حملات کاتاتونیک دوره ای ، سایکوز ساده دوره ای ،

درماتوز دوره‌ای ، تنگ‌نفس دوره‌ای ، ناتوانی جنسی دوره‌ای ، یبوست دوره‌ای ، اضطراب دوره‌ای ، تحریک‌پذیری دوره‌ای ، کم‌جرانی دوره‌ای ، نورآلژی دوره‌ای ، فلج دوره‌ای ، حملات عصبی دوره‌ای ، وسواس دوره‌ای و غیره . . خلاصه آنکه بسیاری از بیماریها هستند که میتوان آنها دوره‌ای دانست که نه تنها جمیع اعمال دماغی بلکه جمیع اعمال بیولوژیکی را نیز تحت تأثیر قرار میدهند .

اهمیت بیماریهای دوره‌ای با وجود تحقیقات مفصل فالر ، کرپلن ، و کالبوم هنوز بخوبی درک نشده و بسیاری از بیمارانی که مبتلا به حملات گذران دوره‌ای هستند با شیزوفرنی و دمانس پرکوس اشتباه میشود و اشکال بزرگی از نظر تشخیص ، پیش آگهی و درمان پیش می‌آید مثلا بسیاری از نوروها که بشکل هیستری یا سایکاستنی تظاهر میکنند نیز بشکل بیماریهای دوره‌ای ظاهر میشوند بعضی فازهای هیپومانی پنهانی بر روی هومور و اخلاق اثر میگذارد (سایکلوتیمی) این حالت يك كثرت فعالیت غیر طبیعی و گاهی نیز يك دینامیسم اجتماعی است که ممکن است موجب جلب توجه شود و یا منشاء انجام اعمال شدید در مورد عده‌ای گردد (دکتر دلماس اعمال هیتلر را باین بیماری نسبت داده) گاهی در این دوره کژخوئی دیده میشود مدت زمان هر دوره مختلف و ممکن است حتی به چندین سال برسد . رفتن از يك دوره بدوره دیگر ممکن است ناگهانی و یا بعقل خارجی باشد مثلا (باروک) در بیماری که مدت این دوره ۷ سال بود کافی بود که در جلوی چشم او به بینی بیمار دیگری بزیم و او به افسردگی برود البته اغلب عوامل شدیدتری برای این تغییر دوره لازم است شوک الکتریک اغلب موجب تغییر از افسردگی به تحریک میشود در بعضی از اشخاص نوروپات این تبدیل باسانی انجام می‌پذیرد مانند يك ایموشن ساده ، يك درد خفیف و يك عمل تلقین کننده و از اینجاست که ملاحظه میکنیم تظاهرات

هیستریکی بطور معجزه آسایی تغییر میکند .

این تغییر و تبدیل ممکن است بشکل تعادل سایکوسماتیک باشد یعنی اختلال روانی ناگهانی تبدیل به اختلال بدنی و یا بالعکس گردد مثلا در بیماری که مبتلا به حملات آستم بود ناگهان حملات ناپدید و بجای آن اختلالات روانی جای گرفت (تحریک ، شیزو فرنی ، هذیان و غیره) و مجددا آنها ناپدید و حملات آستم برقرار گردید . واضح است تمیز و تشخیص علت این سیر و دوره‌ای بودن حائز اهمیت است که یکی از علل ارث مشابه و مستقیم است مثلا یکی از والدین و فرزندش . این ارث ممکنست غددی باشد (مثلا دریک فامیل نسل‌های مختلف مبتلا به سایکوز دوره‌ای و دارای يك نوع اختلال قاعدگی میشوند) بعضی هورمون‌ها بر روی تنظیم دینامیسم روانی و خلق و خصال اثر دارند از جمله هورمون‌های جنسی و بسیاری از حملات مانیاک بعلت ازدیاد ترشح فولیکولین ایجاد میشود و موجب تمایل به تجاوز و تعرض میگردد و با کاهش این هورمون حالت افسردگی پیدا میشود که تجارب آزمایشگاهی نیز آنرا تایید میکند و نشان میدهد که يك نوع ارتباط مستقیمی بین مقدار هورمون و فصاحت عروقی ، اندیس اوسیومتریك ، و ابتکار روانی و سایکوموتور وجود دارد .

۴- هیجان دینامیک صرع

نقطه مقابل حالات دوره‌ای طولانی ، تخلیه ناگهانی و فوری دستگاه اعصاب است که ما این تخلیه ناگهانی و هیجانی را صرع می‌نامیم . این تخلیه گاهی موجب از دست دادن ناگهانی شعور و شخصیت مانند مرگ آنی میشود و چیزی جز يك بدن متشنج برجای نمیگذارد و اثری نیز در خاطره بر جای نمی‌نهد . زمانی بشکل فشار کشنده و تغییرات آنی چند ثانیه قبل از تشنج پیش می‌آید (اورا) گاهی بهمان اورا اکتفا میشود و زمانی

بیماری فقط اراده و شعور را متوقف ساخته شخص بصورت فردی اتوماتیک در می‌آید که ممکن است اعمالی انجام دهد که از آن هیچ نوع خاطره‌ای ندارد (معادلات صرعی).

۳ - رشد و پرورش شخصیت

برای فهم شخصیت کافی نیست قابلیت انعطاف ، اضمحلال ، تجزیه و یا بیماریهای مربوطه را مطالعه کنیم بلکه بایستی رشد ، پرورش ، سازمان و تشکیلات آنرا دقیقاً مورد دقت و توجه قرار دهیم و بدین منظور باید بیک سری مطالعات همه جانبه اقدام نمود روانکاو بر روی اصل مسلم وجود شخصیت و غریزه تکیه میکند و طبق فرضیه فروید قائل به تظاهرات خیلی زود شخصیت میباشد و شخصیت را از بدو تولد و حتی قبل از آن مورد مطالعه قرار میدهد .

سایکوفیزیولوژیست‌ها در اطفال نشان داده‌اند که اعمال عاطفی تا هشت ماهگی بسوی یک سازمان صحیح و منطقی و ارادی مشخص سیر میکند و باروک فیلمی تهیه نموده که بخوبی این سیر را نشان میدهد .

در بدو تولد عدم ثبات و حرکاتی کراهی شکل یا استرئوتیپی، بعد دوره واکنش بی‌نظم و ترتیب تمایلات و سپس ظهور کنترل و محدود شدن تمایل بسوی هدفی توأم بادقت و صرف‌نیروی بیشتری ملاحظه میگردد بر اثر همین رشد و پرورش است که شخصیت از عاطفی خالص بودن، پاسیویته و تحت اثر انگیزه‌های آنی بودن، تبدیل به شخصیت فعال، سازمان یافته و قادر به تبدیل تمایلات به عمل یعنی بیک شخصیت قابل انعطاف و با اراده میگردد در بعضی از انواع سایکوزها که موضوع بازگشت و سیر قهقرائی شخصیت در میان است بخوبی باین مراحل مختلفه شخصیت میتوان پی برد

فرضیه شیزوفرنی که بر مبنای نابودی تمایلات و انهدام غرایز است فرضی است تئوریک و حتی در مراحل پیشرفته و اطفاء ظاهری روان، نیروی غرایز حتی غریزه جنسی حفظ شده‌اند.

بعضی برای دلیل‌ها و مبتلایان به نارسائی شعور، شخصیتی قائل نیستند ولی باید متذکر شد که در بسیاری از اینان با وجود محرومیت‌های اجتماعی، احساسات ظریفه و وابستگی کامل به محیط و احساس وجدان اخلاقی دیده می‌شود.

۴ - عوامل اجتماعی و اخلاقی شخصیت

در فوق اثر عوامل بیولوژیکی و روانی را بر رشد و پرورش شخصیت ملاحظه کردیم و علامت بلوغ شخصیت را تطابق کافی و وافی با محیط و اجتماع دانستیم.

تطابق احتیاج به امکانات و قدرت و نیرو دارد و در صورت عدم وجود امکانات، شخصیت قادر به حل مسائل ضد و تقیض و غیره نخواهد بود یا بعلمت اینکه قادر به تجزیه و ترکیب مسائل نیست و یا آنکه از قدرت تطابق کاسته شده لذا شخصیت تمایل بفرار از حقایق دارد و در هر مسئله بشدت دلایل عقلی را میجوید این تمایل به بکار بردن هوش زیاد و مختصر کردن هر چیز و به تئوری هر چیزی چسبیدن، نماینده شروع انهدام شخصیت است که آنرا پدیده شیزوئیدی نامیده‌اند.

بالعکس شدت نوسان نسبت به محیط ممکن است در حالات مرضی منجر به تحریکات مانی یا بالعکس به افسردگی ملانکولی گردد تجربه نشان داده موجوداتی قابل بقاء و دوام هستند که قادر به تطابق باشند اغلب

بیمارانی را دیده‌ایم که با وجود اینکه بیماری آنان زیاد وخیم نبوده فوت شده‌اند بدون آنکه بتوان علت واضحی برای مرگ آنان توجیه کرد علت شاید آن باشد که واقعا بیمار دیگر دلیلی برای ماندن نمی‌بیند نیروی امید بسوی آینده و تعایل بزیستن قدرت بزرگ حیاتی است گویند در اردوی اسیران نازی افرادی که دارای اعتقاد شدید و ایدال سیاسی یا مذهبی بوده‌اند در برابر ناملایمات و مسائل بیشتر مقاومت کرده‌اند.

یکی از عواملی که در ساختمان ظریف شخصیت بکار میرود قدرت عشق است روانشناسی جدید این قدرت و نیرو را تنها از نظر غریزه و خوشی مورد توجه قرار داده و فراموش نموده که این همان نیروی احساسات و عواطف است و این غریزه انسانی شده میباشد. جمیع عوامل و روابط اجتماعی روی شخصیت عمقی فرد موثر است انجام اعمال خلاف رویه و ضد انصاف ایجاد احساس ناراحتی در شخصیت فاعل مینماید شخصی بر اثر تبلیغات ناروا شغل مهمی را اشغال کرده بود نسبت بزییر-دستان با خشونت رفتار میکرد زیرا در باطن احساس حقارت مینمود و طبق نظریه ادلر درصدد جبران بر میآمد و یا فردی که از نظر بدنی عیب و نقصی دارد سعی دارد در درس پیشرفت نماید تقریبا ۹/۱۰ مردمان دارای قضاوت اخلاقی عمقی هستند که از حقیقت دفاع میکنند گاهی وجدان اخلاقی خیلی حساس بوده در باطن احساس حقارت کرده و با بخود تهمت میزند بدون اینکه موضوع مهمی رخ داده باشد.

• - مصالح و ادوات شخصیت

متذکر شدیم که شخصیت با تمامی وجود هر فرد آمیخته و درهم

است بنابراین نه بوسیله اختلالات دماغی بلکه بواسطه هر نوع اختلالی از قبیل غددی، ترشحاتی و اختلال جریان خون و تعادل مایعات بدن ممکن است تحت تاثیر قرار گیرد و از اینجا اهمیت تغذیه و مسمومیت‌ها آشکار میگردد.

دیگر اینکه بیماریهای شخصیت ممکن است بعلم بیحسی و کرخی، خواب به علت سموم، اموتیو، اخلاقی و اجتماعی ایجاد شود و بسوی اتوماتیسم برود مطلب دیگر آنکه شخصیت موضعی نیست و نمیتوان مرکزی برای آن قائل شد و مراکز سمپاتیک و نوروورژتاتیف که در قاعده مغز قرار دارند اگر هم قادر به نگاهداری تونوس شخصیت باشند یکی از چندین عوامل میباشند و در عمل نمیتوان مرکزی برای روح و شخصیت تعیین کرد در حالیکه دکارت مرکز شخصیت را در هیپوفیز و حکو (۱) در مغز وسطی میدانند ولی صحیح‌تر از همه باز فرضیه اسپینوزا (۲) است که میگوید «روح و شخصیت نسبت به تغییرات بدن مخصوصاً خواب حساس است».

ولی البته در مغز مرکزی وجود دارند که با مکانیسم‌هایی که بوسیله شخصیت بکار میروند ارتباط دارند مثلاً مرکز تکلم ورنیکه که ضایعه آن ایجاد آفازی ورنیکه را مینماید و بیمار قادر به ادای کلمه‌ای نیست ولی این آفازی با موتیسم متفاوت است زیرا در این حال شخصیت تمام وسائل و امکانات تکلم را دارد و از این امکانات بواسطه اختلال اراده استفاده نمیکند.

محل بعضی حرکات اتوماتیک در قسمت‌هایی از مغز قرار دارد مانند آپراکسی در ضایعات جسم کالو یا جابروس سوپرامارژینال که شخص

قادر بدادن سلام نظامی یا بوسیدن و غیره نیست ولی اراده‌اش حفظ شده اما دستگاه آلات و ادوات اجرا، پاسخی نمی‌دهند و نبایستی این اختلال موضعی را با تعلیق ابتکار ارادی که مثلا در کاتوتونی ملاحظه میشود اشتباه کرد و نیز نباید يك فلج عضوی را با تعلیق ابتکار و از بین رفتن اراده (آبولی) اشتباه نمود و این تفکیک و افتراق کاملا اساسی است زیرا در دو قسمت و رشته کاملا متفاوت قرار دارند و هر رشته باید قسمتی را مورد مطالعه قرار دهد یکی علم اعصاب است که بایستی آلات و ادوات اجرای کار و فعل را مطالعه کند و دیگر روانپزشکی که بایستی روح و شخصیتی که این ادوات را بکار می‌اندازد و فرمان می‌دهند مورد توجه قرار دهد.

بجز این آلات انجام فعل موضعی، شخصیت مواد دیگری در ترکیب و تطابق بکار میبرد که مخصوصا با حافظه ما ارتباط دارد و ما مخزنی از لغات و خاطرات و چیزهای مکنسبه داریم ممکن است در این مخازن گاهشی حاصل آید بدون اینکه خود شخصیت در قضاوت، محسوسات، ترکیب و بالاخره اعمال خاص خود اختلال یابد مانند دمانس عضوی بعلت ضایعات تشریحی مغز. زمانی ممکن است شخصیت ضعیف گردد بدون تجزیه و بقای سازمان شخصیت را میتوان از حفظ قیافه و سیما، حرکات زنده صورت، طرز رفتار و اعمال و حفظ و تطابق اجتماعی و اخلاقی فهمید. گاهی ممکن است مواد ساختمانی سالم و حافظه خوب و حتی تشدید شده باشد ولی شخصیت بی‌حس و کرخ، بدون ابتکار، روی خود چین خورده و از حقایق روتافنه و در اعماق افکار درونی فرو رفته باشد که این همان سایکوز عقلی قدیمی یا دمانس پرکوس فعلی (شیزوفرنی) و نقطه مقابل سایکوز عضوی است.

بدون شك ممکن است اختلاطی از این دو موجود باشد مخصوصا در بعضی سایکوزهای پیری که ممکن است علائم عضوی با علائم تجزیه شخصیت

توأم شوند البته باید دقت کافی نمود تا ابتلا مواد و اختلال شخصیت را با یکدیگر اشتباه نکرد این اشتباه متأسفانه اغلب پیش میآید کافی است بخاطر آوریم که چند بار در نزد شخص مسنی يك ملائکولی را با سایکوز عضوی یا نرمی مغ اشتباه کرده ایم پرواضح است در چنین مواردی در نتیجه در پیش آگهی نیز اشتباه شده بیماری قابل علاج را غیر قابل درمان تشخیص داده ایم .

نتیجه

خلاصه آنکه شخصیتی وجود دارد که هنوز محتاج مطالعه و تحقیق است و بایستی بیماریهای آنرا از بیماریهای عضوی تمیز داد اشتباه روح و شخصیت با آلات و ادوات آن مخصوصاً در عصر تازه بعقل رواج طرق آزمایشی ، موضع شناسی مغز و تستها رونق و رواج یافته مخصوصاً بکار بردن يك روش مخصوص در مطالعه و اینکه ما بلیم هر چیزی را مشاهده کنیم و فراموش کرده ایم که روش مشاهداتی که در تکنیک بکار میرود با روش مشاهداتی فلسفه فرق دارد .

دوم اینکه گرچه دیدن اثرات روی يك منحنی اهمیت و ارزش بیشتری از علائم ساینرکتیف دارند اما نباید نتیجه گرفت که تنها همین پدیده های موجود است که اهمیت دارد و روح و شخصیت چندان قابل اهمیت نبوده و در امور انسانی دخالتی ندارد در این صورت باین نتیجه خواهیم رسید که شیئی مهم است نه شخص و ملاحظه میکنیم که باین طریق به چه وضع غیر انسانی منتهی میشویم .

مختصری در باره رشد و نمو زندگی روانی

سازمان و ساختمان زندگی روانی در طی رشد و نمو سلسله اعصاب تدریجاً تا هنگام بلوغ تکمیل میگردد .

الف- مغزویی اینک رشد و نمو سلسله اعصاب را مختصراً بیان میداریم .

۱- رشد جنینی

صمن نمو دستگاه عصبی مرکزی، دستگاه انعکاسی نیز تشکیل میشود ماتیاز (۱) برای اولین مرتبه توضیح داد که دستگاه مرکزی از رشد انتهای قدامی ناودان عصبی درست میشود مغز رویان انسان در هفته چهارم دارای پنج قسمت است .

۱ - میلانسفال (۲) عبارتست از مدولا ابلونگاتا و هسته‌های اعصاب مغزی .

۲ - پونز (۳) و سربلوم و هسته‌های فوقانی اعصاب مغزی .

۳ - مزانسفال که عبارتست از تکمنتوم و پدونکول سربرال .

۴ - دیانسفال که عبارتست از نالاموس و تشکیلات دیگر دور بطن

سوم .

۵ - تلانسفال که عبارتست از نیمکره‌های دماغی .

1— Mathias Duval

2— Myelencephal

3— Pons

سلسله اعصاب بهنگام تولد رشد کافی ننموده تعداد سلولهای مغز طبق نظر گریوالتر (۱) ده میلیارد بوده و از ۷ ماهگی جنینی تا هنگام مرگ تغییری نمیکند

رشد بعد از تولد

بلوغ و رسائی مغز تدریجا از چهار طریق انجام میشود .

الف - میلینی شدن از ماه چهارم زندگی جنینی در پروتوپلاسمی که اطراف سیلند آکس را احاطه کرده، هویدا میگردد .

ب - دینامیسم روابط بین نورونی میلینی شدن آکسیونها موجب عبور فلسوی عصبی بدستگاه تحت مراقبت و نظارت عصب میشود دستگاه اعصاب چون سیستم بسته ای است محدود که ارتباطات بین سلولی بر اثر اعمال متابولیک و الکتریکی انجام میگردد و واسطه ها و محیط های بیوشیمیائی (آدرنالین ، استیل کولین) و آنزیمی (کولین استراز ، سروتونین) نیز وجود دارند بطوریکه دینامیسم بین سیناپس ها و کروناکسیک تحت تاثیر عوامل نیرو دهنده (اسید گلوتامیک ، اسید آدنوزین - تری فسفریک) و متابولیک قرار دارند .

پ - فعالیت الکتریکی مغزی اشباع بیوالکتریک منجر به عبور از یک فعالیت نامشخص بیک وضع مشخصی میگردد در اطفال نارس ۶-۸ ماهه اختلافی بین نوسانات مغزی بیداری و خواب وجود ندارد .

در شیرخوار سه ماهه نوسانات بیداری یکنواخت نبوده و اولین آثار واکنش توقف و رکود دیده میشود .

در ۶ ماهگی فعالیت اکسی پیتال بهنگام گرفتن ارادی ریتمیک است

در یکسالگی اولین شکل هیپرسنکرونی پاراکزیستیک خواب دیده شده و در امواج تغییراتی پیدا می‌شود (نوکلند فرونتال، نوکل‌های دیفازیک مرکزی) در سه سالگی امواج مشابه فاز خواب بالفین است (مسطح بودن، نوسانات تا).

بنابراین بین ۱-۳ سالگی ریتم دلتا، از ۳-۸ سالگی ریتم تتا، از ۸-۱۰ سالگی ریتم آلفا (۸-۱۲ ثانیه) دیده می‌شود.

ت - سازمان فونکسیونل عصبی روانی

۱ - فعالیت و شعور آگاه امکان رفتن از حالت خواب به بیداری و از بیداری بخواب پدیده‌ایست که بر اثر فعالیت قشر دماغ است (پاولف) و بعلاوه قشر مغز موجب تطابق با محیط نیز می‌گردد و قبول یا رد مطالبی بوسط شعور در اثر تجارب و درک واقعی مطالب و مسائل در زمان و مکان است (هنری‌آی) و از این نقطه نظر شعور ارتباطی با فعالیت جسم رتیکوله تنه سربرال دارد.

۲ - مرکز حسی حرکتی بطوریکه ملاحظه کردیم میلینی شدن قشر از ناحیه رولندیک که یک دستگاه وسیع حسی و حرکتی است شروع می‌شود قسمت حسی - حرکتی در ناحیه فرونتال صاعد در ناحیه ۴ برودمان است قسمت سوماتو - سنسوریل تقریباً تمام پاریتال صاعد را شامل است (۱ - ۲ - ۳ برودمان).

۳ - مراکز تجزیه کننده درک (۱) بعضی از قسمت‌های قشر مغز از جهت سلول و عمل برای احساس و تشخیص حسها آماده شده‌اند.

۴ - آنالیزر کرتیکو ویزوئل (۲) از نظر حسی در ناحیه اکسیپیتال ۱ و ۱۸ (کالکاربین) و از نظر تشخیص در ناحیه ۹ واقع است.

- ۵ - آنالیز کر تیکو اودیتیف (۱) شامل ناحیه شنوائی اولیه (شیار عرضی هشل که شامل نواحی ۴۱ و ۴۲ میباشد .
- ۶ - آنالیز کر تیکو - سماتو - گنوزیک (۲) - تصویر بدنی .
پاریتال صاعد است که مرکز اصلی حس پروپریوسپتیو است در ناحیه پاریتال فوقانی (ناحیه ۱ و ۷) تصویر بدنی آغاز میشود .
- ۷ - مرکز تکلم همه متفق القول هستند که مرکز تکلم در نیمکره غالب در قسمت قشر وزیر قشر قرار دارد قسمت قشری مربوط است به جزء حرکتی تکلم (مرکز بروکا) و شامل ناحیه ۴۴ است منطقه ورنیکه (ناحیه ۴۰ و ۳۹) برای تعبیر تکلم و منطقه ۳۷ برای ادای کلمات میباشد .
- ۸ - تظاهرات عاطفی غرایز و تمایلات خوشی ، درك ، خشم و غیره ظاهر میشود این هیجان و عواطف را سابقاً در تالاموس مرکزیت میدادند یعنی در دستگاه فونکسیونل اکستراپیرامیدال . جدیداً مکتب آنکلساکسون معتقد است که عواطف و هیجانات در تحت اثر دیناموژن رینن سفال است و بر قسمت جسم رتیکوله مزندینسفالیک و هیپوتالاموس تا مرکز نخاع اثر میگذارد .
- ب - رشد روانی از کودکی تا بلوغ توام با رشد بدن و دستگاه اعصاب ، قسمت روانی نیز به سیر و پیشرفت خود ادامه داده و شامل اعمال حواس و هوش ، احساسات و قضاوت ، تکلم و غیره میباشد . البته هر يك از این قسمت‌ها در دوره خاصی از سن تشکیل میگردد .
- كودك ۱ - ۶ ماهه در این سن در نظر طفل شب و روز ، اشیا ، و اشخاص معانی ندارد تنها در پی کسب لذت و خوشی است بر اثر هیجان و انعکاس بسوی پستان جذب میشود این اولین ارتباط كودك با دنیای خارج

است مرحله تجاوز در همین دوره دهانی پیش میآید و در این هنگام بر اثر تماس با پستان و بدن مادر، حسهای مبهم و مجزائی بدو میرسد و از این جا احساس لذت و درد، اغنا، و محرومیت، اضطراب و خشنودی پدیدار میشود (مرحله شیبی ای) تدریجاً بر اثر این ارتباطات شیبی ای اولیه واکنش های دوره ای ثانوی که نگاه کردن و گرفتن باشد جای آنرا میگیرد.

۶ - ۱۰ ماهگی این دوره ارتباط هیجانات با اشیاء است و در این دوران دفع مرکز وجود است و از این عمل احساس لذت مینماید از این دوره کودک در پی تحقیق و کشف برمیآید و به طبقه بندی اشیاء میپردازد و خنده را در مقابل خنده تحویل میدهد.

۱۰ - ۲۰ ماهگی در این دوره قسمتهای حسی حرکتی رشد و نمو مینمایند طفل توجه و کنجکاوی برای دیدن اشیاء دارد و در این دوره است که تصویر من تشکیل میشود (مرحله آئینه که پریر مخصوصاً تاکید کرده) (۱) طفل متوجه تصویر خود و فرق آن با دیگران شده و ارتباط با سایرین پی میبرد در بر تو درك این ارتباط و تکلم است که وجود من تأیید و تاکید میشود و مقدمه تشکیل ابر من را فراهم میسازد از این پر طفل بطور سمبولیک با اشاره و گنگ وار کسب ارتباط مینماید.

۲۰ ماهگی تا ۲ سالگی (مرحله تکلم) در این موقع طفل با ادای کلمات، اسامی و افعال، خود را وارد دنیای محیطی میکند این مرحله تکلم توأم است با تشکیل اعمال پارکسی و گنوزی (تصویر بدن - کنترل دفع).

از ۲/۵ - ۴ سالگی طفل در تکلم کلمه من را بکار میبرد و در این موقع است که بطور تحقیق خود را از دیگران تمیز میدهد اما این من يك فرد جنسی است و لذا اولین مسئله روشن کردن تکلیف با دو جنس مخالف یعنی

والدین است که همان مرحله فالیک فروید باشد در این مرحله همانند سازی با جنس مخالف و انتخاب جنس مخالف موجب اضطراب لیبدو و حس حسادت می‌گردد در این موقع ایگو با معرضه وجود می‌گذارد .

۴ - ۷ سالگی پس از مرحله لیبدو و تشخیص من ، دوران پنهانی پیش‌می‌آید طفل در این دوره تعداد ، طبقه ، جنس و غیره را تمیز داده و حاضر بمواجهه با اولین مسئله اجتماعی یعنی مدرسه و بازیهای دسته جمعی می‌گردد .

۷ - ۱۰ سالگی در این دوره آثار تفکر و رفتار اجتماعی ظاهر شده و استقلال بطرزی منطقی خودنمایی میکند و سپس نظم و مقررات (مذهبی ، مدرسه ، فامیل) اثر خود را بر احساسات ، عمل و طرز رفتار می‌گذارد .

۱۰ - ۱۲ سالگی (قبل از بلوغ) در این دوران اعمال منطقی تشکیل میشود و درک معانی مجرد را میکند و بطرز قضاوت ، استدلال و نتیجه‌گیری آشنا میشود و بدین طریق دستگاه منطق و استدلال برقرار می‌گردد در این دوره به کسب عادات و رفتار می‌پردازد با منطقی شدن زندگی و این مقدمات ، ارتباط اجتماعی فراهم می‌گردد .

۱۲ - ۱۴ سالگی (بلوغ) این دوره دوران بلوغ و پایان مرحله پنهانی است عقل و ادراک و قضاوت و استدلال و دستورات اخلاقی و اجتماعی ، تمایلات غریزی و تمایلات عاطفی کودکی را بکناری زده و مسئله تمایل به جنس مخالف بصورت مسئله روز درمی‌آید و درصدد جلب محبت و علاقه بدیگران است این عشق بصورت خاطره و کسب لذت جنسی از خود (استمناء ، همجنس‌خواهی ، اضطراب جنسی ، تجدید وضع آئیدیپوس و غیره) اغلب در این سنین پیش می‌آید و تجاوز و تعرض و برخورد با محیط اجتماعی و فامیلی و درسی تظاهراتی از این مشکل باطنی است .

۱۴ - ۱۷ سالگی این دوران شروع جوانی و اولین وقایع عشقی و تشکیل کاراکتر است که با استفاده از اطلاعاتی که در باره شیئی، محیط هوش و ارتباط با محیط دارد، بدان اقدام میکند.

ساختمان و بیولوژی شخصیت

گرچه این مبحث کاملاً مربوط به رشد و نمو شخصیت نیست ولی عده‌ای را عقیده بر این است که عوامل دیگری نیز وجود دارد که در تشکیل شخصیت طفل مؤثرند عده‌ای از روانپزشکانی که توجه و تمایل بیشتری بامور فیزیولوژی و بدنی دارند چنین معتقدند که بعضی از شخصیت‌ها در استعدادهای بدنی خاصی بوجود می‌آیند و یا بعبارت دیگر خواسته‌اند بین خصوصیات بدنی و نوع شخصیت رابطه‌ای برقرار سازند.

بعضی معتقدند که غدد مترشحه داخلی و سلسله اعصاب نباتی رابطه‌ی بین اعمال متابولیسم و بعضی خصوصیات شخصیت است و متخصصان بیوشیمی اختلاف شخصیت‌ها را بر اثر اختلاف نسوج از حیث نسج و ملکول میدانند.

باید متذکر شویم که قدما به‌امزجه مختلفه توجهی داشتند و در ادوار مختلفه بر حسب ذوق و سلیقه خویش تعریف و تفسیر مینمودند در بدو امر معتقد به چهار عنصر آب، باد، خاک و آتش بودند و مردم را بر حسب یکی از این چهار عنصر طبقه‌بندی مینمودند این عقاید سالها رواج داشت و گاهی نیز بشرح و تفسیر آن تحت عنوان اخلاط اربعه می‌پرداختند.

قریب دو هزار سال قبل بقراط طبیب یونانی بر اساس اخلاط و مایعات بدن چهار نوع شخصیت قائل بود طب بوعلی‌سینا در ایران بر روی همین پایه استوار بود و حتی امروزه مردم عامی و عادی نیز کسالت‌های خود را

برحسب آن توجیه مینمایند مثلاً اظهار میدارند که بادی در بدن آنها بگردش است و یا طبعشان حرارتی و یا بلفمی است .

غدد مترشحه داخلی موادی بنام هورمونها در جریان خون ترشح مینمایند که به قسمتهای مختلفه بدن انتقال یافته و مستقیماً بر روی رشد و نمو مؤثرند و نیز میزان انرژی ، هوشیاری ، کندی و عواطف ما را تعیین مینمایند و بنابراین بر روی بسیاری از خصال شخصیت ما مؤثر میباشند مخصوصاً اثرات آنها بهنگام فقدان و کمبود بخوبی مشهود است این دستگاه غددی با یکدیگر ارتباط داشته نقص و آسیب یکی بر دیگری مؤثر است حتی بعضی از غدد اثر خاصی در ایجاد نوع بخصوصی از شخصیت دارند مثلاً مهمترین هورمون تیروئید بنام تیروکسین بر عضلات و فعالیت عصبی و احساساتی ما مؤثر بوده ازدیاد فعالیت آن موجب افزایش فعالیت بدنی و منجر به فشار عصبی ، قابلیت تحریک ، بیقراری و عدم ثبات احساساتی میگردد و نقصان آن از طرف دیگر منتهی به تنبلی ، سکون و خستگی مزمن خواهد شد . سو، عمل غده تیروئید ممکنست منجر به اختلالات شخصیت گردد چنانچه ترشحات تیروئید بشدت نقصان یابد رشد و نمو متوقف مانده ایجاد کرتینیسم ، کوتاهی قد ، خشونت و کلفتی پوست و زبری مو مینماید .

ترشحات غده پی تویتر بر رشد بدن و طرز رفتار مؤثر بوده ازدیاد فعالیت این غده در طفولیت منجر به بلندی قد (۱) ، کمی رشد دستگاه تناسلی و طرز رفتار متجاوز و مستبد میگردد و نقصان آن باعث نقص ساختمان و استخوان و بالنتیجه خستگی میشود .

غده فوق کلیوی مادهای بنام آدرنالین ترشح مینماید که موجب تنگی

ضربان قلب و ازدیاد انرژی عضلات شده از دیاد آن بهنگام تحریک احساسات از خستگی ممانعت نموده قوت و قدرت عجیبی می‌بخشد هورمون دیگری که از غده فوق کلیوی بنام کورتین ترشح میشود در صورت ازدیاد، ایجاد خصوصیات مردی در زنان مینماید.

ترشحات گونادها یا غدد تناسلی توام با هورمونهای غده فوق کلیوی و پیتوئتر موجب انتظام کار اعضای تناسلی و خصوصیات ثانوی (اندام، مو و چربی و صدا) میشود تمایلات تجاوز و تعرض، ترسوئی و با آرامش و سکون تا حدی بسنه بهعالت غده تناسلی است نقصان آن در مردها ایجاد سیمائی خواجه مانند یا زنانه مینماید.

هیکل و فوای بدنی تا حدی طرز واکنش شخص را نسبت بسایرین و بالعکس بیان میدارد. پهلوان سنگین وزن نخوت و هیکل خروس‌وزن را بهیچ میگیرد. اختلاف در اندام و وضع بدن در تمام افراد مشهود و از قدیم الایام اشخاص را از نظر فیزیکی بدسنتجات مختلفی تقسیم و برای هر يك شخصیت بخصوصی قائل بوده‌اند.

بعدها سعی کردند مزاج را بر حسب عضوی که بیش از همه کار میکند و یا عملی که بیشتر از سایرین در بدن انجام میشود تعریف و تفسیر نمایند و از نظر اینکه اعمال شیمیائی دارای اهمیت بیشتری بوده لذا مزاجها را بر حسب اعمال شیمیائی آنابولیزم (۱) (یعنی اعمالی که بدن وسایل مواد غذایی بانساج زنده تبدیل میشوند) و کاتابولیزم (۲) (یعنی اعمالی که بدن وسیله نسوج تولید نیرو مینمایند) و عمل دفع تقسیم و طبقه‌بندی مینمودند.

در فرانسه سیگود (۳) امزجه را بر حسب برتری یکی از اعمال

1— Anabolisme

2— Catabolisme

3— Sigaud

فیزیولوژی اعضاء تفسیر و تقسیم نمود و انواع امزجه هاضمه‌ای ، ریوی ، عضلانی و مغزی قائل شد .

سپس مکتب ایتالیائیها در این باره تحقیقات مفصلی نمودند و برای پیدا کردن ارتباطی بین قد و عرض و ابعاد بدن و استعداد ابتلا به بیماریهای روانی فعالیت بسیاری نموده روش تن پیمائی (آنتروپومتری) (۱) را ابداع کردند . کرشمر (۲) (۱۸۸۸ میلادی) استاد روانپزشکی دانشگاه توپینژن (۳) معتقد است که ادراکات عقلی و اعمال مغزی و غدد مترشحه داخلی را با ساختمان عمومی بدن رابطه خاصی است لذا طرز رفتار و سایر واکنش‌های خلقی شخص نماینده ساختمان بدنی میباشد و اغلب روانپزشکان امریکائی نیز با این فرضیه و ارتباط نزدیک شخصیت و بدن موافقاند .

کرشمر برای شناسائی انسان و پی بردن به تمایلات و استعدادها از روی وضع خارجی و ظاهری اشخاص را به چهار گروه تقسیم بندی نموده است :

۱ - پیکنیک (۴)

افراد این دسته دارای قد و گردنی کوتاه ، اطرافنی کوتاه و حجیم و هیکلی چهارشانه ، دستها حجیم و بزرگ و سنگین ، پوستی گلگون ، سرو قفسه صدري حجیم و صورتی گرد میباشد چربی سطحی زیادی در جدار شکم و میل و رغبتی وافر به گردش و تفریح دارند و سرون گرا میباشد از خصائص این نوع قابلیت تحريك وعدم ثبات خلقی است و استعداد ابتلای به سایکوز مانیاك دپرسیو را دارند .

۲ - لپتوسوم یا آستنیک (۵)

1— Anthropometry

2— Kretshmer

3— Tubingen

4— Pyknic

5— Leptosome

این افراد دارای بدنی لاغر و باریک، شانه‌هایی کم‌عرض که از آنها بازوانی لاغر آویزان است استخوان بندی دستها بسیار ظریف و طول بدن معمولاً طبیعی بوده عده‌ای دارای قیافه‌ای کودکانه و برخی صورتی کوچک و لاغر و پرچین و چروک دارند لذا سن معمولی خود بنظر می‌آیند اغلب مبتلا به پائین افتادگی احشاء بوده و علائم جنسی ثانوی رشد طبیعی را ننموده و اغلب خجول و درون‌گرا می‌باشند عده‌ای کلمه آستنیک را بجای آن بکار می‌برند این افراد را مستعد ابتلای به شیروزوفرنی دانند.

۳ - آلتیک (۱)

افراد این طبقه دارای اندامی مناسب و عضلاتی قوی بوده عضلات تراپز و صورت برجسته و نمایان، شانه‌پهن، سینه فراخ، دستها حجیم، پوست ضخیم و محکم میباشد برخی از دانشمندان دو گروه اپتوسوم و آلتیک را دو انتهای یک دسته میدانند افراد این دسته صاحب انرژی و از نظر احساساتی متعادل و مستعد ابتلای به شیروزوفرنی هستند.

۴ - دیس پلاستیک (۲)

در این دسته از افراد انحرافات و اختلالاتی در اعمال اعضا، واحشاء، ملاحظه میگردد بعضی از افراد دچار نقصان ترشحات غده تیروئید بوده و به بیماری میکسدم مبتلا هستند برخی مبتلا به اختلال غده هیپوفیز و سایر غدد ترشحی داخلی می‌باشند و حتی به مرحله انفانتیلیسم میرسند این افراد را نیز مستعد ابتلای به شیروزوفرنی میدانند.

بزودی متوجه شدند که این طبقه‌بندی شامل بسیاری از افراد نبوده بعلاوه افرادی که از نظر وضع بدنی در یکی از این دستجات قرار دارند ممکن است واجد خصال و شخصیت مخصوص آن دسته نباشند.

مطالعه دقیق‌تری راجع به ارتباط بین دو شخصیت بوسیله شلدون (۱) بعمل آمده است. عکس‌هایی از سه جهت در صدها جوان گردآورده و مورد مطالعه قرار داده است و با اینکه تقسیم‌بندی واضحی مقدور نبوده ولی خصوصیات مشترکی بنظر آمد.

در بعضی ناحیه شکمی بسیار برجسته و نمایان بود و در برخی بعکس و عده‌ای نیز بین این دو حد قرار داشتند یعنی بطور خلاصه یکی از سه لایه جنینی (درون پوست، برون پوست و لاپوست) بردیگری تفوق داشته است و بدین طریق سه نوع ساختمان جسمی و سه گروه اخلاقی بوجود می‌آید.

۱ - تیپ آندومورفی (۱) یا احشائی که در آنها طبقه درون پوست رشد بیشتری نموده، ناحیه شکم بسیار برجسته، هیكل قطور است زیرا شکم و امعاء بیشتر از ناحیه آندودرم جنین بوجود می‌آید. خصوصیات اخلاقی این دسته آنست که مایل به معاشرت و استراحت هستند این تیپ معادل پیکنیک است.

۲ - تیپ مزومورفی (۲) یا تنومند که در آنها طبقه میان پوست یا لایه عضلانی که از مزودرم یا لاپوست بوجود می‌آید رشد بیشتری نموده این افراد بشدت عضلانی و از خصوصیات اخلاقی آنان ترجیح فعالیت بر بیکاری و بی‌اعتنائی به احساسات دیگران و خودپسندی است این تیپ معادل آتلتیک است.

۳ - تیپ اکتومورفی (۳) که در آنها طبقه برون پوست یا لایه عصبی که از اکتودرم یا برون پوست بوجود می‌آید رشد بیشتری نموده خصوصیات این دسته حساسیت و وحشت از اجتماع بوده این تیپ معادل آستنیک

1— Sheldon

2— Endomorphy

3— Mesomorphy

4— Ectomorphy

است .

از آنچه گذشت چنین مستفاد میگردد که تشکیلات فذدی و بیولژیک فرد بر وضع بدنی و شخصیت موثر بوده بنابراین باید ارتباطی بین وضع فیزیکی و شخصیت موجود باشد .

المراطی روانی

ساختمان سایکوبیولژی و انواع شخصیت از نظر بدنی و خصوصیات اموسیونی مورد بحث فرار گرفت ولی شخصیت را نیز میتوان از نظر روانی طبقه‌بندی نمود یکی از مهم‌ترین تقسیماتی که تا بحال بعمل آمده تقسیم بندی يك روانپزشك سویی بنام یونگ است این تقسیم‌بندی بر حسب آنست که فرد بچه طریق نیروی اولیه و اساسی (لیبدو) را صرف میکند یونگ مانند فروید لیبدو را يك محرکی که تدریجا در پی کسب خوشی و جنسی باشد ندانسته بلکه آنرا شامل تمام اجبارهای روانی زندگی میداند بر حسب جهت این نیروی زندگی و علائق آن ، یونگ از اکستروورژن (۱) بروانگرا و اینترورژن (۲) درون‌گرا صحبت بمیان آورده‌است .

اکتروورت

فردی است که با اشیا ، اشخاص و حقایق و فعالیت‌های محیطی ارتباط حاصل میکند بیشتر به ارتباط با اشخاص و افراد علاقمند است با نیرو ، متعادل به تجاوز ، دلسوز و دقیق ، احساس مسئولیت نسبت با اجتماع ، اجتماعی و اطمینان و اعتماد بخود دارد و آزادی محسوسات خود را اظهار میکند واکنش‌هایش فوری است تا منطقی اغلب از طریق رفاقت و انسانیت

نه از طریق ابتکار فکری به ریاست میرسد تظاهرات اموسیونی اوناگهانی و طبیعی است ولی ظرافت و لطافت درون‌گرا را فاقد است.

اینتروورت

توجه و علاقه درون‌گرا بسوی اشیاء و اشخاص معطوف نیست بلکه متوجه خود و زندگی داخلی است ولی خودخواه نیست قادر به تماس و ارتباط با دیگران نبوده سرد و کناره‌گیر است این افراد جدی، ساعی و حساس بوده و معمولاً بخود اعتماد نداشته و فاقد شجاعت و فعالیت هستند ممکن است آرتیست و هنرپیشه یا فیلسوف گردد مرد عمل نیست و نسبت به شکست‌ها و تضادها از طریق فانتازی واکنش نشان میدهد.

سایر انواع

یونگ ملاحظه کرد که تقسیم و طبقه‌بندی مردمان بدرون‌گرا و برون‌گرا دقیق و صحیح نیست زیرا افراد بر حسب طرز تفکر، احساس، استدلال و غیره نیز متفاوت‌اند لذا وی چهار دسته فرعی نیز قائل شد.

۱- تفکر برون‌گرایی ۲- احساس برون‌گرایی

۳- ادراک برون‌گرایی ۴- استدلال برون‌گرایی

و نیز چهار دسته درون‌گرایی طبق فرمول قائل شده‌گرچه طبقه‌بندی یونگ فوایدی بسیار دارد ولی اغلب مردم کاملاً برون‌گرا یا درون‌گرا نیستند و عوامل تشکیل دهنده شخصیت آنچنان درهم و پیچیده است که اجازه چنین طبقه‌بندی را نمی‌دهد.

فصل هفتم

پدیده‌های سازشی و مکانیسم‌های دفاعی

هنگام گرسنگی دچار ناراحتی، فشار داخلی و تحریک پذیری شده حتی ممکنست نسبت به متصدیان امر و تهیه‌کنندگان غذا خشمگین شویم و به محض آماده شدن و تناول، از فشار داخلی کاسته شده، احساس‌های نامطبوع ناپدید میگردند و لسی بعضی از محرکین را چنین سهل و ساده نمی‌توان ارضاء نمود برای افناء آنها گاهی لازمست سالها رنج و زحمت را بر خود هموار کرد مثلا برای ساختن يك خانه چه مصائبی را بایستی متحمل شد چنانکه موانع غیر قابل عبوری در راه حصول بمقصود موجود باشد و از درافوش کشیدن شاهد مقصود ممانعت و جلوگیری بعمل آورد در این حالت که محرومیت و تضاد بوجود میآید.

انسان برای ارضاء تمایلات و خواسته‌های خویش بناچار با موانع داخلی و خارجی روبرو میشود و برای نیل بمقصود چه‌بسا که بایاره‌ای از موانع و مشکلات سازش و توافق نموده و لسی در مقابل موانع سخت‌تر و دشوارتر دچار محرومیت و تضاد شده بسختی تحت فشار قرار میگیرد و

فشار روحی (۱) ایجاد می‌گردد .

فشار ممکن است بدنی باشد (بر اثر حمله میکروب بدن) و یا روانی چون احساس گناه .

محرومیت داخلی

در محیط فیزیکی علی‌غیراجتماعی چون فحطی ، زلزله ، و مرگ افراد موجب محرومیت شده و موانع اجتماعی از قبیل آداب و رسوم و مقررات اجتماعی موجب میشود که ما نیروی خویش را در جهت تصویب اجتماع بکار بریم که در غیر اینصورت باز دچار محرومیت و تنبیه و توبیخ خواهیم شد البته لازم است که قبول اصول و قیود اجتماعی و تطابق و توافق با موازین و مقررات نیز محرومیت‌های فراوان در بردارد لازم به تذکر نیست که دانشجویان برای ورود بدانشگاه چه مصائب و محرومیت‌هایی را باید متحمل شوند و یا جنگ و نزاع قبایل و کشورها چه وقایع شومی را دربر دارد .

نواقص جسمی و کمی عقل یا فقدان جذابیت ، خستگی و بیماری ممکن است موجب محرومیت و موانع کسب موفقیت گردد نقائص عضوی ممکن است ما را از مشارکت در ورزش و اشتغال پاره‌ای امور حتی ازدواج ممانعت نماید چنین موانعی اغلب بیش از موانع خارجی دوام دارند مانند ضعف عقل که از تحصیل ممانعت مینماید .

کشمکش داخلی (۲)

متأسفانه اغلب خواسته‌ها و تمایلات شعور تاریک و ارضاء محرکین

بولژیکی با آئین و رسوم و عادات اجتماعی مابینت و مخالفت دارند و بین آنها جنگ و ستیز است تمایلات و قوای شعور آگاه و تاریک هر یک بطرف هدف خود پیش میروند و نزاعی بین عادات و حالات اکتسابی که از فامیل و مدرسه و موازین اجتماعی و مذهبی کسب شده از یک طرف و احتیاجات و تمایلات شعور تاریک از سوی دیگر وجود دارد این وضع دشوار یعنی اختلاف و عدم سازش بین محرکین آبی و احتیاجات شخصیت را تضاد و ناسازگاری و کشمکش داخل روانی نامند این کشمکش را میتوان در اثر تضاد بین قوا و تمایلات مخالف و یار قابلی بین محرکین طرز رفتار دانست مثلا ممکن است در باطن و ضمیر تاریک کشمکشی بین دوستی و محبت و دشمنی و نفرت یکی از والدین پیش آید و بعقبده تجزیه و تحلیل کنندگان مبداء و منشاء بسیاری از اختلالات و ناسازگاریها از دوران طفولیت و نودکی است که با عمل سرکوبی (۱) از دسترسی شعور آگاه خارج اند از جمله ناسازگاریهای ارروهای مخالف، محبت و دشمنی، هوسها و آرمانها و از همه مهمتر غرایب و عقاید شخصی با قوانین و رسوم اجتماعی را میتوان مندرک شد گاهی نیز بین تمایل به فعالیت و عمل با بی ارادگی و مهملی و یا تمایلات مردی و زنی اختلاف و ناسازگاری پیش میآید.

کشمکش ممکن است بین دو احتیاج یا هدف باشد و انتخاب هر یک موجب محرومیت از دیگری گردد لازم بتذکر است که محرومیت ایجاد تنش درونی نامطبوعی را مینماید که تا قبل از برقرار شدن تعادلی، همچنان باقی است و فشار (استرس) ما را بواکنش دفاعی تحریک میکند.

همانطوریکه بدن انسان در برابر هجوم میکروبها بوسایل مختلفی مدافع میپردازد و وسایل ایمنی را فراهم میسازد، در برابر نا ملایمات و

تضادهای روانی نیز بوسیلهی متشبهت میگردند حال این وسایل دفاعی میتواند مستقیم باشد مانند واکنش‌هایی که برای حل مسائل و ارضاء احتیاجات قوای شعوری، تخیل و تفکر را بکار و امیدارد و دوم واکنش‌های لاشعوری که بدون اطلاع و آگاهی فرد برای مصون ساختن و درامان داشتن وی برانگیخته میشوند.

انسان نه تنها یک واحد بدنی - روانی است بلکه جزئی از اعضاء اجتماع و جامعه‌ای است که در آن بسر میبرد بنابراین به حکم اجبار بایستی سازشی در جهت تطابق و توافق با آن گروه و اجتماع بنماید.

واکنش ما در برابر فشارهایی که از سه طریق ذیل خواهد بود.

۱- حمله

۲- عقب‌نشینی

۳- مصالحه

در حمله شخص برای غلبه بر موانع و ارضاء تمایلات میکوشد و در صورت محرومیت ممکن است منتج به کینه‌توزی گردد.

عقب‌نشینی اغلب توأم با ترس است گاه این عقب‌نشینی روانی است مثلا تمایل و آرزوی نامشروع را متوقف میسازد و آنرا به ضمیر باطن میفرستد.

مصالحه شایعترین واکنش روانی است در این حال ممکنست هدف دیگری بجای هدف اصلی انتخاب شود و یا از آرزوهای خود بگاهد و آنرا تعدیل نماید.

بنابراین هر نوع تهدیدی به شخصیت و من، موجب تشکیل و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی و سازشی جهت حفظ من خواهد شد در چنین موقعیتی از وظایف شخصیت است که در این اختلاف و تضاد میانجیگری نموده و حد وسطی را بین تمایلات مخالف انتخاب نماید و چون اغلب

شخصیت در این امر گامیاب نمیشود لذا شخص دچار اضطراب ، ترس ، بدبینی و فشار و کشش داخلی شده این کشمکش داخلی بین تمایلات مخالف که خود شخص نیز از آن بی اطلاع است منجر به فرضیه سایکودینامیک یعنی مطالعه و تحقیق در باره چگونگی کار دماغی گردیده بعدها ملاحظه خواهیم کرد که چگونه وسائل و مکانیسم‌هایی که برای خاتمه دادن باین ناسازگاریها و اختلافات برانگیخته میشوند موجبات اختلال و تجزیه شخصیت را فراهم نموده و حتی از عملی شدن و انجام استعدادهای ارثی که بودیعه نهاده شده است ممانعت و جلوگیری نموده و موجب انحراف میگردند بسیاری از ناسازگاریها در طفولیت پدید میآید و بنیان‌گذاری میشوند و شواهد بسیاری در دست است که ساختمان شخصیت و طرز رفتار شخص بستگی کاملی با ناسازگاریهای زمان کودکی و طرق و مکانیسمی که برای مقابله و مواجهه انتخاب نموده و اضطراب و ناراحتیهای حاصله دارد .

عده‌ای معتقدند که این اختلاف و کشمکش همواره مابین تمایلات جنسی و غریزی و معتقدات و رسوم اجتماعی که در فردی رسوخ نموده وجود دارد ولی برخی چنین فرضی را بسیار سطحی و ظاهری میدانند .

همه ما از این مکانیسم‌های دفاعی برای ناچیز جلوه دادن شکست‌ها و محرومیت‌ها و کاهش نگرانی و اضطراب و احساس ارزش و کفایت در مواقع ضروری استفاده مینمائیم لازم به تذکر است که استفاده از این قبیل مکانیسم‌های ضروری تا حدی طبیعی است ولی چنانچه فرد با مسائل و مشکلات بیشمار و خارج از حد قدرت خویش روبرو گردد نیروی دفاعی روانی رو به کمبود و کاهش نهد تا بعدی که وی را برای مقاومت نیابد و از پای درآید .

انواع مکانیسم‌های سازشی

وقتی ما مکانیسم‌های مختلفی را که فرد برای محافظت شخصیت، ارضاء و کامیابی احتیاجات احساساتی، اصول سازش و هماهنگی فرمابین تمایلات ناسازگار و مخالف، کاهش کشش و فشار و اضطراب حاصله از محرکین ناپسند و غیرقابل قبول بکار میبرد ملاحظه میکنیم، در همه این احوال مواجهه با یک نظم و انطباط معین و مشخصی می‌شویم بنابراین بجاست که ما آنها را مکانیسم‌های روانی نامیم و این مکانیسم‌ها نماینده فعالیت و واکنش شخصیت در تلاش برای رسیدن به هدف و نیل بمنظور رفع احتیاجات است مثلاً اغلب در برابر موانع و موقعیت‌های خاصی، روش دفاعی معین و مشخصی را بکار میبرد و همیشه بهمان وسیله متشبث میگردد کمتر میتوان مکانیسم دفاعی واحد و مجزائی یافت زیرا اغلب بطور دسته‌جمعی به عمل میپردازند و برمساحکومت مینمایند مطالعه در چگونگی اعمال این مکانیسم‌ها اطلاعات ذیقیمتی راجع به طرز رفتار طبیعی در اختیار مامیگلدارد زیرا این مکانیسم‌های فعال داخل روانی که بدون اطلاع و آگاهی شعور به عمل میپردازند کاملاً در طرز رفتار مؤثرند و ممکن است باشکال مختلفی از انحراف جزئی تا اختلال روانی خود نمائی نمایند این مکانیسم‌ها برای تسلی خاطر و دفاع و تطابق بکار میروند و دارای ساختمانی بسیار ظریف و دقیق بوده و شخص را قادر میسازند تا بدون توسل به مکانیسم‌های شدیدتر نوروژی یا روانی بحل مسائل و مشکلات پردازد و تا هنگامیکه اضطرابی شدید و قوی روی نداده شخص با همین مسائل دفاعی عادی به مقابله و مواجهه میپردازد و در صورت تکاپو منجر به تطابق کامل و صحیح میشود

چنانچه این وسایل دفاعی قادر به ایجاد تعادل و تطابق نشوند ممکن است منجر به برهم زدن روابط فردی و اجتماعی و ظهور علائم روانی گردد. واضح است که هر اندازه اضطراب و ناراحتیها شدیدتر و مزاحمتر باشند مکانیسم های دفاعی فوق الذکر کمتر موثر خواهند بود گاهی اضطراب سیر دورانی را طی مینماید و اساس زندگی بیمار را مختل میسازد مثلا میل به تجاوز و تعرض مولد اضطراب است و شخص ممکن است در اثر ترس و اضطراب اقدام به تجاوز و تعرض و حمله نماید. چنانچه این ناسازگاریها و کشمکش ها ادامه یابند و راه حلی پیدا نشود حالت کشش و فشار مزمن و مداوم بوجود میآید که اغلب توأم با واکنش های عاطفی از قبیل اضطراب و ناراحتی خیال است و این خود از نظر روانی نامطبوع و از حیث سلامتی مزاحم است بدین جهت شعبه ای از طب روانی بنام طب سایکوسماتیک برای تحقیق در باره اثر این قبیل فشارها و کشش ها بر اعضا بدن بوجود آمده است.

ربان و ارتباط

با اینکه زبان و تکلم موجب تمایز انسان از سایر مخلوقات است ولی اغلب ما فراموش میکنیم که طرق ارتباطی دیگری نیز وجود دارد اگر ما ببول کنیم که ارتباط وسیله است برای تحت تاثیر قرار دادن دیگران و واکنش آنها. بایستی متوجه شویم که وسیله غیر حرفی نیز برای فهم و درک تضادها و طرز رفتار غیر طبیعی وجود دارد.

اگر نگاهی بدوران رشد و پشرفت انسان از بدو طفولیت بیاندازیم خواهیم دید که طفل بدوا از صدا برای کسب ارتباط با مادر و تدکیر خواسته ها و احتیاجات خویش استفاده مینماید که نماینده حالات هیجانی و عاطفی اوست. واکنش مادر مقدمه انتخاب روش پیچیده تری برای ارتباط میگردد

و بدو با اشاره و ژست و نشان دادن بین آندو، اولین خشت بنای تشکیل تکلم و ارتباط بوجود می‌آید و چون افراد گنگ بوسیله علائم و ژست به تکلم و ارتباط با یکدیگر می‌پردازند. این ژست‌ها بقایای دستگاه حرکتی است که اطلاعاتی بسایرین میداده مثلا راه رفتن محکم با عضلات تحت فشار يك زن جوان، دال بر توجه بیش از حد وی بمسائل جنسی است در حالیکه راه رفتن راست با سری مایل بعقب و بازوان محکم، دلالت بر غرور يك مرد جوان وسی در مخفی نگهداشتن عدم کفایت اجتماعی است.

ارتباط حرفی و تکلم بین سالهای اول و دوم، زمانیکه قسمت‌های عصبی مربوطه بحد کافی تکامل یافته‌اند شروع میگردد اول طفل از اصوات برای بیان حالات عاطفی استفاده میکند و سپس به نام بردن افراد اطراف می‌پردازد و سپس نام اشیاء را ذکر میکند بعد از آن افعال را بکار برده و در آخر سال دوم جملات ساده‌ای استعمال میکند و سپس با بکار بردن ضمیر خود را از دیگران متمایز می‌سازد و بفرار گرفتن قیود و صفات می‌پردازد اگر طفلی در ۳/۵ سالگی صحبت نکند بایستی در فکر ضایعات نواحی تکلمی دماغ افتاد از قبیل اختلال دستگاه شنوایی که منجر به کری شده، اختلال عصب شنوایی و یا راههای ارتباطی دماغ که بایستی محرك را انتقال دهد و یا موجب درك تکلم گردد و یا در آموزش زبان غفلتی شده است لازم به تذکر است که تکلم در محیط‌هایی که صحبت کردن وجود ندارد ایجاد نخواهد شد ولی بهر حال تکلم نماینده و مبین حالات عاطفی و وضع روانی گوینده بوده و آهنگ و ارتفاع و طنین صدا، تا حدودی از وضع درونی حکایت میکند و چه بسا محرکین پنهانی که بدین ترتیب آشکار میشوند همانطوریکه قبلا نیز متذکر شدیم رشد و نمو اجتماعی افراد بمیزان قدرت کسب ارتباط و تماس با والدین و سپس با فامیل و افراد اجتماع است.

درك و تفكر

وجود تفكر در انسان ، موجب شده كه وى يك دريافت كنند محرك ساده‌اى نباشد و از حالت انعكاس-محرك-انعكاس بودن خارج شود. محركين دريافت شده در او ذخيره و نگهدارى شده و در انعكاس تاخير رخ دهد و بدین طريق به شناسائى و تفكيك بهتر محيط اقدام گردد. گفته شد كه هيچگاه انسان مستقيماً با حقايق ارتباط حاصل نميكنند اول با خود و با عواطف قبلى ، اميد ، ترس و احساس تماس ميگيرد وجود مفراست كه امكان بكار بردن سمبل را ممكن ساخته و از طريق نگهدارى و ذخيره همين دانش و معلومات و انتقال آن از نسلى به نسل ديگر از طريق آموزش است كه تمدن امروزي بوجود آمده است .

در نتيجه تفكر است كه ما از زبان و تكلم حداكثر استفاده را برده براى كلمات معانى خاصى قائل شده‌ايم كه چه بسا از يك كلمه معانى زيادى مفهوم ميشود و ملاحظه ميكنيم كه نيروى تميز و تفكر در انسان خيلى پيش از حيوانات رشد و نمو کرده است ولى اگر تفكر را ظرفيت و قدرت حل مسائل بدانيم ميتوان گفت كه زبان وسيله لازمى نيست روانشناسى تجربى نشان داده كه حيوانات نيز قادر بحل مسائل بوده و ميتوانند علائم و سمبل بكار برند .

احساس و آموختن از لوازم تفكر ميباشند درك ، همان احساس نيست درك موجب شناسائى جسم ، تصوير يا يك فكر ميشود و لذا درك گاهى نماينده چندين احساس مفزى است بنا بر اين درك شينى بعلت احساس رنگ و شكل آن از طريق بينائى است كه محتاج بقدرت ديد و حرركات عضلات چشم و غيره است و بنا بر اين درك عبارتست از عمل شناسائى اشياء ، تصاوير و افكار بوسايل حسى با افكار ذخيره و تجربيات قبلى .