

۵ - هذیان بخود نسبت دادن (۱)

بیمار اعمال و افکار دیگران را مربوط بخود میداند و بخویش نسبت میدهد و چنین تصور میکند که دیگران عمداً برای تحقیر و تهمت وی باین اعمال مبادرت مینمایند .

بکثرت از این هذیانها را هذیانهای شهوانی نامیده‌اند که در تحولات دوران بلوغ یا یاس پیش آمده و همراه افکار شهوانی است بیمار همسایه و یا یکی از آشنایان خود را عاشق و شیفته خود میداند و برای حرکات و اعمال آنها تعبیراتی بنفع عشق تصویری مینماید .

۶ - هذیان افسردگی

هنگامیکه قوای سرکوب کنند و فرو نشاننده ضعیف شوند بیم از آنکه مبادا چیزهایی مانند امیال ، خاطرات و عقاید سرکوفته بشعور آگاه راه یابند ممکن است ایجاد افسردگی نماید هذیانهای افسردگی دلیل بر آنست که شخص نسبت بیکی از افراد تمایلات خصمانه‌ای دارد که وجدانا و اخلاقاً نبایستی دارا باشد .

هر عامل روانی که موجب شود شخص احساس کند بطور زشت و ناپسندی از دیگران متمایز است منجر به هذیانهای گناهکاری شده و بنابراین ایجاد افسردگی مینماید هذیانهای افسردگی اغلب بشکل عقاید گناهکاری و بیماری وضعف ظاهر میشود. هذیان وضعف و عدم قدرت اغلب نتیجه آنست که شخص احساس میکند ارزش اجتماعی را از دست داده گاهی توأم با هذیان افسردگی عقاید عدم وجود و نداشتن حس و مغز و مرده بودن توأم است .

۷ - هذیان گناه ، تقصیر ، بی‌لیاقتی و بیماری

هذیان بیمار بودن نیز دارای همان مفهوم است بیماری بعنوان تنبیهی در برابر تمایلات دشمنی نسبت بدیگری است .

عقیده بی‌لیاقتی اغلب نماینده از دست دادن ارزش اجتماعی است و ممکنست بدنبال هذیان گناه ظاهر شود اغلب توأم با هذیان افسردگی و عقاید نیستی است .

بیمار تصور میکند مغز ندارد و حس میکند که مرده است و یا اصولاً واقعیتی وجود ندارد چنین عقایدی شاید بر اثر احساس تغییر عواطف و حس عدم واقعیت و تغییر شخصیت بوجود آید بعضی از بیماران احساس میکنند که تحت نظر و کنترل قرار گرفته‌اند .

۸ - افکار خودکشی

تمایلات خودکشی و از بین بردن خود دال بر بیماری روانی است معمولاً توأم با عقاید خودکشی عقاید اهانت بخود، هذیان گناه، بی‌ارزشی یا ناامیدی وحتى گاهی عقاید بزرگمنشی میباشد فکر مردن یا خودکشی موقتی در اغلب مردم دیده میشود . ولی بحد وسواس رسیدن دال بر بیماری است خودکشی را برای کفاره گناهان و پاک کردن انتخاب مینمایند بقول استنگل خودکشی و تهدید بخودکشی اغلب طوری تنظیم میشود که باطرافیان اعلام خطر کند تا موجب تغییر رویه آنان گردد .

اغلب افرادی که يك بار اقدام به خودکشی کرده‌اند دیگر گرد آن نمی‌گردند و آمار استنگل نشان میدهد که هر ده نفر ، یکی مجدداً اقدام بخودکشی نموده است اقدام بخودکشی ندرتاً قبل اربلوغ پیش می‌آید بعضی از اطفال ممکنست ضمن اقدام به عمای برای جلب توجه والدین بمیرند خودکشی درحالات هذیانی اغلب اتفاقی است اقدام بخودکشی دراختلالات شخصیت و واکنش‌های افسردگی معمولاً دیده میشود و درشیزوفرنی زیاد

دیده شده عملاً در مواردیکه یکی از اعضا، فامیل اقدام به خودکشی کرده باشد موارد دیگری نیز دیده میشود در این قبیل موارد فرد خود را با شخص تطبیق نموده و خود را مجاز میداند در افسردگی‌ها ملاحظه شده که معمولاً خودکشی در دوران نقاهت پیش می‌آید.

۹ - عقاید هیپوکندریا

با اینکه نوعی افسردگی است ولی با در نظر گرفتن توجه و دقت ربادی که بیمار نسبت باعضاء بدن مبذول میدارد باید آنرا اختلال محتویات افکار نامید در اینحال افکار شخص بطور غیرطبیعی و مزاحمی و سواس مانند متوجه قسمتی از اعضا، بدن است و معتقد است که عضو مزبور غیر قابل علاج است درحالیکه معاینات بالینی هیچ‌نوع بیماری را نشان نمیدهد گاهی ممکن است احساس کند عوض شده بعضی اترانوروزعضوی دانند زیرا معتقدند که فشار و اکثراً حاصه از عوامل روانی از طریق سلسه اعصاب نباتی ایجاد اختلال در اعضا، مربوطه نموده ولذا اضطراب از منابع دماغی باعضا، منتقل شده و مرکز توجه و شکایت قرار میگیرند و این اعضا، همانهایی هستند که معمولاً آثار فیزیولوژیک ظاهری اضطراب و هیجانات در آنها آشکار میشوند هیپوکندریا اغلب در افرادی ملاحظه میشود که همواره خواسته‌اند از راه درخواست و التماس و یا جلب ترحم دیگران، بعنوان بیماری بارزوها و تمایلات خود برسند و شانه از زیر بار مسئولیت خالی نمایند در حالات سبکتر و خفیف‌تر ممکن است منبع آن حس عدم تأمین باشد که توجیه و تعبیر شده و بشکل تهدید سلامت درآمده است دوران کهولت بواسطه تغییرات بدنی و فیزیولوژیکی و تغییرات خلقی و احساس عدم تأمین افراد را مستعد پرورش افکار هیپوکندریائی مینماید بطور خلاصه احساس و فکری بیمار بودن يك یا چند عضو بر بیمار مسلط میشود بدون آنکه آن اعضا، را عیب و نقصی باشد از این وضع بسیار ناراحت و مضطرب، آنی فراغ

خاطر ندارد و دقیقه‌ای از این رنج رهائی و خلاصی نمی‌یابد اگر این فکر و سواسی راجع باعضاء تناسلی باشد قضیه خیلی وخیم‌تر خواهد بود.

۱. - سواس یا پندار مسلط

افکاری که دائماً خود را در عرصه شعور آگاه بدون تمایل آن داخل مینمایند را سواس یا پندار مسلط نامند و سواس و فکر مسلط بطوری در شعور آگاه راه می‌یابند و رخنه میکنند که بهیچ وسیله‌ای نمیتوان از آن رهائی یافت و دلیل و منطق را در آن راهی نیست افکار مسلط مملو از هیجان و احساسات و دائماً بیمار را آزار میدهند و انواع مختلف دارند گاهی شامل افکاریست مربوط به ماوراء الطبیعه مثلاً بیمار دائماً از خود سؤال میکند که چرا متولد شده است علت فکر مزاحم را باید در اعماق ضمیر باطن و امیال فرو نشانده جستجو نمود و آنرا وسیله دفاعی بر ضد اضطراب دانست مثلاً حس گناهکاری ممکن است تبدیل بفکر و سواسی شود و از اضطراب بکاهد گاهی نیز ممکن است بیمار دچار عمل مزاحمی گردد و با وجود مقاومت و عدم تمایل بانجام عملی مکرر ناگزیر باشد تدریجاً ممکن است این عمل بشکل رسم و عادت درآید باید اذعان کرد که هر یک از ما افکار کم و بیش مسلطی داریم و ساعاتی متمادی در آن فکر بسر می‌بریم مانند تاجری که دائماً نسبت بفلان موضوع تجارنی فکر میکند و یا دانشمندی که فکر و ذکرش متوجه موضوع علمی مورد علاقه است خلاصه هر کس راجع بانچه بیشتر مورد علاقه اوست زیادتر فکر میکند و بحث مینماید و سخن را بدانجا میکشاند البته اینحالت را نمیتوان مرضی دانست زیرا این افکار و اعمال رابطه مستقیمی با زندگی و موقعیت شخص دارند ولی اگر فکری بیگانه که هیچ نوع رابطه‌ای با زندگی ما ندارد دائماً در خاطر ما عرض اندام کند و شخص بهیچوجه نتواند خاطر از وجود آن خالی دارد آنرا باید پندار مسلط و مزاحم نامید در اینحال است که نزاع بین شعور آگاه و تاریک در میگیرد و در نتیجه وحشت و اضطرابی سخت بر بیمار مستولی

میشود بنابراین فکر مسلط را میتوان پیدایش فکری غلط و مزاحم توأم با وحشت و اضطراب دانست .

۱۱ - ترس (۱)

اغلب افکار مسلط با ترس همراه است این ترس مانند فکر مسلط دائماً در شعور آگاه خودنمایی میکند و تولید اضطراب مینماید لذا بیمار دائماً افسرده است ترس ممکن است از چیزهای مختلف باشد مانند ترس از کثافت، میکروب، سرطان، جمعیت و ازدحام و غیره بطور کلی میتوان گفت که اضطراب حاصله از شینی یا موقعیتی ممکن است تغییر شکل داده و بصورت رمز و علامت درآید و بیمار از چیزی بترسد یعنی در حقیقت ترس عبارت است از تغییر شکل عوامل مولد اضطراب داخل شخصیت و بیمار را آگاهی بر این منبع روانی نیست و اگر چنانچه اطلاع هم حاصل کند باز قادر بجلوگیری نخواهد بود و تحت تأثیر ترس قرار میگیرد گاه شخص از میدانهای وسیع (۲)، مکانهای بسته و محدود و یا از لمس اشیاء، بیم و هراس دارد مثلاً شوین هاور از اصلاح ریش میترسید لذا آنرا با چراغ میسوزانید و یا پاسکال از آب هراس داشت و بالاخره با عرابه خود بقعر رودخانه فرورفت برخی از بیماران از نزدیک شدن شب هراسانند عده دیگر از اسلحه، خون، دریا، جانوران و یا اعمال حیاتی مانند خواب میترسند .

د - اختلال عواطف و خلق (۳)

۱- تعریف

خلق عبارت است از طرز احساس زندگی، تغییرات شدید و موقتی و تظاهرات و نوسانات این احساس داخلی را اختلال و تغییرات خلقی نامند.

1— Phobia

2— Agrophobia

3— Disturbances of affect

خلق در تمام موارد زندگی مؤثر و میزان سازش و همکاری ما را با عوامل مختلفه معلوم میدارد با هر چه موافق و همراه است تشریک مساعی میکند و نسبت بمخالفین خود تنفر و انزجار دارد .

اختلالات عمیق خلقی حتی ممکن است ایجاد اختلال اعمال ارتباطی و شعوری نماید مانند حالت افسردگی شدید که توأم با گیجی و بهت است عوامل خلقی نه فقط بر تمام اعمال روانی مؤثرند بلکه بر جمیع اعمال فیزیولوژیکی نیز اثر دارند .

باولر راجع به اثر خلق در بیماریهای روانی چنین اظهار مینماید « همانطوریکه بیماریهای روانی در حقیقت چیزی جز اختلال خلقی نیستند خلق نیز چنان اثری در پاتولوژی روانی دارد که اثر عوامل دیگر تقریباً اتفاقی است و حتی در نقائص عقلی ، بهت و اغلب حالات هذیانی که در اثر اختلال فوای شعوری پیش میآیند ولی حتی اینها نیز رنگی از خلق دارند » .

امروزه روانشناسان راجع به علل روانی بیماریهای دماغی تأکید بسیاری مینمایند و این علل در حقیقت عوامل خلقی میباشد خلق ممکن است بوسیله مکانیسم مطابقت ازشی، ای جدا و بدیگری که مربوط بآنست ملحق گردد مثلاً اگر طفلی از شخصی که دارای هیکل و اندام خاصی است بترسد از آن پس از هر کس که دارای هیکل مشابهی باشد میهراسد و در پاتولوژی روانی همواره این تمایل برای انتقال خلق از مواد ضمیرتاریک به محتویات شعور آگاه باقی و برقرار است .

در ارزشیابی اهمیت خلق و طرز احساس زندگی در اختلالات روانی، نسیاستی تنها تغییرات مرضی خلق را در نظر گرفت زیرا خلق اثر عمیقی بر تفکر و رفتار افراد دارد محتویات افکار نه تنها مملو از مسائل و مواردی است که از نظر خلقی دارای ارج و ارزشی هستند بلکه منطق و قضاوت افراد نیز همواره تحت تأثیر مسائل مورد نظر و مورد علاقه قرار دارد همین محتویات

مورد توجه و طرف علاقه است که همواره تداعی معانی را تفسیر داده و سعی در بزرگ جلوه دادن مسائل مربوط به ایگو دارد و بالعکس از تداعی چیزهایی که با شخصیت و احتیاجات روانی ناسازگارند ممانعت و جلوگیری مینماید و چنانچه فشار تضادهای و احتیاجات عاطفی از ظرفیت فرد در ارزش‌یابی حقایق، تجاوز کند، فرد برای جلوگیری و ممانعت و گاهی اضطراب محسوسات خود را بر حسب احتیاجات عاطفی تعبیر و تفسیر نموده و بسوی نوه یا هذیان گراید.

بوسیله مکانیسم انتقال ممکن است يك حالت خلقی و عاطفی، از شیئی اصلی به شیئی دیگری منتقل شود مثلاً اگر شخصی که دارای عیب و نقص بدنی است در نظر طفلی ناخوش آیند آید آنرا تعمیم داده همه افراد از آن قبیل در نظری نامطبوع و ناخوش آیند خواهند بود در بعضی حالات روانی، همواره این تمایل برای انتقال خلق و عواطف از مواردی که در حوزه اطلاع و آگاهی قرار ندارند به محیطه شعور و آگاهی وجود دارد در بیمارهای روانی گاهی حالات خلقی و عاطفی شدیدی دست میدهد که بیشك مربوط به عوامل تشخیص داده نشده خیلی دینامیک میباشد.

برنارد و هنری‌آی از عواطف اصلی صحبت کرده و متذکر شده‌اند که گاهی از عاطفه اصلی صحبت میشود مثل اینکه عاطفه واقعاً اساس روان را تشکیل نمیدهد ولی منظور ما از عاطفه اصلی عواطفی است که ما آنرا احساس کلی حیاتی و عاطفی نامیم و در قسمت سطحی عاطفه اصلی یا هلو تیمیك (۱)، عواطفی چون دل‌دادگی و احساسات اجتماعی قرار دارد که آنرا کاتاتیمیك (۲) نامند و متضمن عواطف مخلوط و درهم است.

عواطف اصلی اساس احساس زندگی را بطورکلی تشکیل داده و

1— Holothymique

2— Catathymique

احساسی چون خوشی و درد، خوشی یا تالم بیمار می‌آورد و همین قسمت اصلی است که موجب ایجاد حالات و علائم روانی می‌گردد که در زیر بشرح بشرح آن خواهیم پرداخت.

۴- عواطف نشاط‌آور

این حالت بر اثر ارضاء امیال و موفقیت در امور حیوانی و عقده‌های تمایلی (لیبیدو) حاصل شده و عبارتست از خوشی، امید و خوشبختی.

برای حالات عاطفی مرضی میتوان سه سطح قائل شد.

الف - سطح عمقی که در آن عواطف احساس زندگی و حیات از جنبه کلی قرارداد و احساس خوشی، آسایش و تنعم و سرور و نشاط میشود این خوشحالی نسبتاً خارج از حد طبیعی و گاهی بوج و بی‌معنی است این افراد خوش‌بین، راضی و دائماً احساس خوشی مینمایند چنانچه بصورت حملات ناگهانی باشد بشکل خوشی، وجد و شوق و قه‌قه‌ها ناگهانی خنده درمی‌آید عواطف نشاط‌آور بر اثر طغیان غرایز مهارنشده بوده و بازگشتی است بسوی اشکال اولیه و قدیمی خوشی کودکی. این حالت عاطفی زمینه مانی و کلیه حالات تحریکی توأم با خوشی را تشکیل میدهد (مستی و هیجان روحی، سبوم نشاط‌آور و خوشی‌زا و بعضی از بیماریهای عضوی مانند فالج مترقی، اسکروز صفحه و گاهی در تومورهای ناحیه فرونتال).

ب - در سطحی کمی بالاتر از قبلی، خوشی و نشاط حاصل از تجارب تصویری قرار دارد (تحریکات شهوانی، حظ و نشئه، جذب، بسیاری از هذیان‌های تحت تأثیر بودن و مالکیت یا مذهبی، بعثت تجزیه یا تصورات شهوانی یا مگالومانیک است).

پ - در سطحی بالاتر عواطف حاصل از موقعیت‌های واقعی (خوشی حاصل از موفقیت، ارضاء عشقی) قرارداد ولی واکنش با شدت غیر طبیعی

است مانند خنده‌های قه‌قهه و ناگهانی مبتلایان به هایپومانیا.
نویسندگان کتاب خویش برای خوشی و نشاط مراحل و درجاتی به شرح زیر قائل شده است

۱- خوشی (۱)

این خوشحالی نسبتاً خارج از اندازه طبیعی و گاهی پوچ و بی‌معنی است این افراد خوشبین، راضی و دائماً احساس خوشی مینمایند این حالت در هایپومانیا و بعضی از بیماری‌های عضوی مانند فالج مترقی، اسکروز صفحه و گاهی در تومورهای فرونتال دیده میشود خوشی از ضمائم سطح اول است.

۲- سرخوشی (۲)

بیمار چون گوی مشعشعی مایل است خوشی و نشاط را بدیگران نیز برساند آنان را در این امر شریک و سهم سازد بعواملی که موجبات افسردگی را فراهم سازد توجهی ندارد خلقی ناپایدار و قابل تحریک و احساس کاذبی از حقایق واقع دارد.

۳- وجد (۳)

مانند حالت فوق است ولی تمایلی به بزرگ‌منشی نیز وجود دارد.

۴- جذبه (۴)

شخص دارای حالت خلصه و صلح و صفای باطنی و احساس قوه و قدرت عظیمی می‌نماید و خود را وارسته از همه چیز می‌داند حتی احساس تجدید تولد می‌کند و پس از خروج از این حال، بعضی خاطرات سطحی در نظر دارد اغلب اشخاصیکه بشدت پای‌بند معتقدات مذهبی هستند با گناهی عظیم را مرتکب شده‌اند یا جمیع آمال و آرزوهای

1— Euphoria

2— Elation

3— Exaltation

4— Ecstasy

انها برآورده شده و همه چیز را بروفق مراد یافته‌اند و گاهی نیز در حالات تجزیه‌ای، صرعی، شیزوفرنی و سایکوزهای عاطفی چنین حالتی پیش می‌آید استتاسی در سطح دوم قرار دارد.

۴- عواطف حزن‌آور

این قبیل عواطف از نارضایتی و فشار بوجود می‌آید و ممکن است بصورت درد، اضطراب و حزن در افراد عادی تظاهر نماید از نظر مرضی می‌توان سه سطح قائل شد.

الف - سطح عمقی اختلال خلق یا احساس ای می‌ای و بی‌زاری، ناامیدی و اضطراب، با حالات هیجانی تنفر، ترس، خشم، در این سطح فرار دارند این احساسهای حیاتی و واکنش‌های عاطفی درون‌زا هستند زیرا بواسطه غیرطبیعی بودن سازمان و ساختمان و سرشت اولیه بوده، ارتباط ناچیزی با وقایع و محرکین روانی دارند مانند افسردگی ملانکولیک‌ها و زمینه افسردگی بسیاری از نوروزها.

ب - در سطحی کمی بالاتر از قبای احساس‌های حیاتی و عواطفی حاصل از موقعیت‌های تصویری اثرس از هتک ناموس، تصور گم شدن چیز مورد علاقه، فکر گوش مالی شدن، غصه کسی واکستن) فرار دارند مانند عواطف و حالات خلقی ناگهانی و هیجانی ملانکولیک‌ها و بسیاری از سایکوزهای حاد احالات بهت روانی - خواب در بیداری الکلیک - بوفه هذیبانی، حالات کرپوسکولر صرعی، نوروز اضطرابی - ترس و غیره).

ب - در سطحی بالاتر و واکنش نسبت به موقعیت‌های واقعی قرار دارد بصورت ناامیدی و خشم یا اختلال خلق افسردگی، اضطراب) در این قبیل موارد بعلت پائین آمدن آستانه تحریک‌پذیری و واکنش عاطفی بسیار شدید خواهد بود و در مطب اغلب بصورت واکنش‌های نوروزی ملاحظه میگردد

نویز حالات افسردگی را به مراحل و درجات ذیل تقسیم کرده است .

الف افسردگی

افسردگی شاید معمولی‌ترین شکایت بیمار روانی است افسردگی ممکن است از دل شکستگی و افسردگی بسیار ساده تا ناامیدی کامل ادامه یابد در افسردگی‌های خفیف بیمار ساکت و صامت، ناراضی، بدبین، احساس خستگی و حقارت و عدم کفایت مینماید نسبت به تمام امور بی‌علاقه و نسبت به کارها ناامید، اغلب در گوشه‌ای نشسته و در بحر فکرت فرورفته و به عاقبت خود می‌اندیشد و در آئینه خیال جز یأس و حرمان نمی‌بیند قادر به اخذ تصمیم نبوده، اعمال دماغی و فکری روزمره را باشکال انجام میدهد و تمام توجه او معطوف مسائل درونی و شخصی است در افسردگی‌های شدیدتر کشش و فشار و ناراحتی داخلی همواره بیمار را رنج میدهد تصور طرد بودن و مورد بی‌مهری و کم‌لطفی واقع شدن مینماید و گاه ممکن است بحدی در بحر اندیشه و خیال فرورود که تمرکز افکار و حافظه اختلال یابند عده‌ای نگران و دلواپس بنظر می‌آیند و از عدم قدرت و توانایی فکر کردن شکایت مینمایند.

برخی از سردرد، فشار سر، خستگی، بی‌اشتهایی و بیخوابی مخصوصاً زود از خواب بیدار شدن شاکیند خلق بر افکار تأثیر نموده و بیمار واجد عقاید نسبت دادن و هذیبانی شامل افکار گناه‌گاریست . بی‌ارزشی و اتهام بخود نیز وجود دارد گاهی بفکر انتحار می‌افتد حس ابتکار را از دست داده و نمیتواند تصمیم گیرد گاهی سئوالات را بکندی و حتی يك سیلابی پاسخ میدهد افسردگی و دل‌شکستگی از سیمای بیمار هویدا است پلك تحتانی افتاده و پوست پیشانی چین‌خوده، گوشه‌های لب پائین افتاده و چشمها اغلب متوجه پائین است در افسرده مضطرب چینهای عمیقی بین ابروان

وجود دارد و عضلات مخالف نامتعادل و عضلات منقبض کننده کمی منقبض و در نتیجه گردن و تنه و اطراف به حالت خمیدگی هستند حرکات بکندی انجام میگیرد و اغلب بیمار دچار بی‌اشتهائی و بی‌بوست و بارزبان و بوی دهان میباشد. افسردگی را بر حسب علت بواکنشی و درون‌زا تقسیم کرده‌اند نوع اول واکنشی است نسبت به عوامل مولد حزن و اندوه مانند ورشکستگی، فقر و بدبختی و مصیبت‌ها علت افسردگی‌های نوع دوم عوامل نامعلوم داخلی است که شخص را یارای تحمل آن نیست مانند اضطراب حاصله از حس گناهی که در ضمیر تاریک جایگزین است این حس گناه ممکن است در اثر ناسازگاری‌های روابط بین فردی، تمایلات ضد و نقیض و غیره ایجاد شود (مادری که وجود او مانع ازدواج شود) در افسردگی‌های ساده موضوع مولد اضطراب را باید بیشتر در حوادث ایام گذشته و در افسردگی‌های اضطرابی که بیشتر در افراد مسن ملاحظه می‌گردد در ناراحتی بیمار برای تأمین آتیه جستجو نمود. احساس خطا و گناه در نوع درون‌زا بیش از نوع واکنشی دیده میشود در نوع ساده و تاخیری اضطراب بیشتر مربوط بوقایع گذشته است در صورتیکه در افسرده بی‌قرار که در بیماران مسن بیشتر دیده میشود اضطراب بعلت عدم تأمین آتیه است.

افسردگی مراحل و درجاتی دارد مانند حزن، گناه و خجلت، حزن و تأثر بعلت از دست دادن چیزی، گناه بواسطه تمایلات دشمنی سرکوب شده و خجلت از شکست در زندگی.

اندوه و غصه را بسایستی از افسردگی تمیز داد غصه بعلت از دست دادن یکی از نزدیکان و عاری از احساس گناه یا خجلت است غصه گرچه منجر به کناره‌گیری و در خود فرو رفتن میشود ندرتاً باعث توقف و رکود فعالیت، افکار خودکشی و اختلالات دیگر میگردد.

ب - فشار (۱)

در اینحالت بیمار دائماً احساس ناراحتی، بیقراری، عدم رضایت و ترس مینماید و انتظار ناراحتی ورنج دارد قیافه اش گرفته و در فشار و مترصد و در انتظار است انگشتان لرزان و حرکاتش عجولانه، قادر بر تمرکز افکار نیست و از فشار سر شاکی است فشار ممکن است هنگامی که شخص در بین نمایلات مخالف یا موقعیتهای دیگری گرفتار و بتلاش و جدوجهد برای تأمین آتیه میپردازد ایجاد شود مبداء آن ممکن است در شعور آگاه یا تاریک باشد بطور کلی باید آنرا یکی از مؤلفه های اضطراب دانست .

پ - اضطراب (۲)

بیشتر فرضیه های روانی بر اساس اضطراب ساخته و پرداخته شده اند بنابراین خوب است قدری مبسوط تر راجع بان بحث کنیم بعضی اضطراب را عبارت از یک حالت فشار شدید و نابودکننده ای همراه بیقراری شدید و انتظار ناراحتی و رنج آتی دانند دیگران اضطراب را فشار حاصله از وقایع و تجارب روانی در سطوح شعوری مخصوصاً در سطح ضمیر تاریک و نزدیک روشن محسوب مینمایند .

اضطراب و ترس مشابهت بسیاری دارند زیرا هر دو واکنشی در برابر خطر و علامت خطر هستند و واکنشهای فیزیولوژی هر دو یکی میباشد و لسی با وجود این اختلافات اساسی دارند ترس واکنشی است در برابر خطر واقعی خارجی و موقتی است در صورتیکه اضطراب ترس و خوف دائمی است توأم با بیم شدید از آتیه و واکنشی است در برابر تهدیدات محرکین فرونشانده ای که در اعماق شعور قرار دارند بعلاوه اضطراب متوجه شیئی یا واقعه بخصوصی نبوده بلکه ترس کاذب و مبهمی است و نماینده وجود ناسازگارهای

شعور تاریک است اضطراب و احساس تهدید شدیدی که شخص در بطن مینماید سهم مهمی در دینامیک طرز رفتار دارند اضطراب روانی بسیار مزاحم و غیر قابل تحمل است و سایلی که فرد برای رهائی و خلاصی از آن انتخاب میکند اثر بسزائی در تعیین طرز رفتار دارند بطوریکه قبلاً متذکر شدیم اغلب اضطراب در اثر ضعیف شدن قوای سرکوب شده و بیم خروج و تظاهر محرکین فرونشانده شده یا بواسطه محرومیت، نارضایتی، ناکامی، عدم تأمین و سوء ارتباط بین فردی ایجاد میشود در تمام افراد عوامل و مکانیسم‌هایی برای مقابله با علل و موجبات مولد اضطراب بوجود می‌آیند که میزان اثر آنها متفاوت است آنهاییکه از طریق شعور تاریک انتخاب میشوند علاوه بر اثر ضد اضطراب، اساس شخصیت را تشکیل میدهند و از نظر اجتماعی حائز اهمیت میباشند و در بعضی موارد این وسائل دفاعی بیمار شدت مییابند و شکل واکنش نوراتیک یا سایکاتیک در می‌آیند بنابراین طرز رفتار و واکنشهای نوراتیک و سایکاتیک را میتوان بطریق دینامیک بر حسب اضطراب و وسائل دفاعی آن بیان نمود اضطراب موضوعی فردی است و بنا بر این باید در هر شخصی جداگانه مورد مطالعه قرار گیرد عده‌ای معتقدند که اضطراب و وسائل دفاعی و طرق مختلف تظاهر آن، وجه تمایز بین اشخاص سالم و بیماران روانیست اضطراب اغلب از محل اصلی بموقعیت و شیئی دیگری که بنظر برای ترسیدن منطقی می‌آید منتقل میشود گاهی برای اضطراب علتی نمیتوان پیدا کرد و در اینحال آنرا آزاد خوانند زمانی اضطراب پنهانی است و در اینحال هیچگونه فشار و ترس واضحی ملاحظه نمیکردد

اضطراب و تکرانی مهمترین علامت نورو اضطرابی بوده و همچنین ممکن است در سایر نوروها مشاهده گردد بنا بر این اضطراب توأم با مکانیسم‌های مختلفه دیگری مانند سرکوبی، بازگشت، تبدیل و انتقال و انتساب که برای رهائی از آن انتخاب شده‌اند عامل

بیماریهای سایکوسماتیک بشمار میروند اضطراب اهمیت بسیاری در فرضیه‌های تجزیه و تحلیل روانی دارد طبق این فرضیه اضطراب در نتیجه تصادم آید و سوپرایگو ایجاد میشود اضطراب ازدونقطه نظر اهمیت دارد یکی آنکه وجود تضاد و ناسازگاری را اعلام میدارد و دیگر اینکه موجبات تقویت و سرکوبی و توجیه و اکتساب را فراهم میسازد و در حقیقت مکانیسم‌های مختلفه روانی که بمنظور دفاع بکار میروند از طریق سلسله اعصاب نباتی بکاستن اضطراب میکوشند و موجبات اختلال اعمال فیزیولوژیک و عدم تعادل روانی میشوند در موارد ناگهانی از طریق تحریک سلسله اعصاب نباتی ایجاد کشش و فشار عمومی، احساسی، اسپاسم قلب و امعاء، هیپرکلریدری، اسهال، طپش قلب، اکستراسیستول، اختلالات وازوموتور و ناراحتیهای دستگاه تنفسی مینمایند متعاقب آن ضعف، استفراغ، عرق مفرط، لرزش، بیقراری حرکات دست و پا، گرفتن صدا و گشادی حدقه پیش میآید.

ت - وحشت (۱)

هنگام وحشت شخص دارای وضع خلقی خاصی است و دیپلم بخوبی آنرا تعریف کرده است «وحشت تنها ترس شدید نیست بلکه ترسی است توام با فشار شدید و مداوم که گاهی بطور ناگهانی شدت می‌یابد و اوج میگیرد ضمناً توام با حس عدم تأمین و سوء ظن است و اغلب توهمات و هذیانهای حاوی تهدید و اتهام دارد» عدم تأمین و تمايلات همجنس خواهی از عوامل اصلی مولد وحشت میباشد در اثر حس عدم تأمین بیمار بخود نمائی، تعرض و تجاوز و حمله و غیره پرداخته حدقه‌ها متسع و جرات حرکت ندارد و سایر تظاهرات سمپاتیکتونی بوجود میآیند ظاهری گیج و قادر بتفکر

نیست ، اقدام بخودکشی نیزگاهی دیده میشود این واکنش بیشتر در سایکوزهای عاطفی و شیزوفرنی ملاحظه میگردد .

ث - عاطفه غیرمکفی (۱)

در اینحال شخص دربرابرو قایع وتجارب واکنش خلقی مکفی نشان نمیدهد و قیافه وسیمای وی از آن واقعه حکایت نمیکند این بیماران نسبت به موضوعاتی که قبلا علاقه مند بوده اند بی میلی و بی علاقه گی نشان میدهند توجهی بنظافت و زیبایی وسایرا حساسات لطیفه ندارند و ازحق شناسی ، دلسوزی ، امیدواری ، غم و غصه یا غرور و خجالت خاطرهای نیست این عدم حساسیت ممکن است موجب قطع ارتباط بیمار با حقایق شود .

ج - عاطفه نامناسب (۲)

عدم هماهنگی عاطفی یکی از اختلالاتی است که مخصوصاً در شیزوفرنی دیده میشود بیمار هنگامیکه موقعیت اجتماعی ایجاب میکند جدی وساکت باشد میخندد وی شاید برحسب ادراک داخلی و تداعی میخندد وممکن است در نظرش متناسب آید .

چ - عاطفه دوجتهی (۳)

موضوع عواطف دو جتهی یا دوجانبی و یا ضدونقیض را بلولر در روان پزشکی وارد کرد و مورد مطالعه قرار داد در این حال ممکن است تمایلات مخالفی در شخص نسبت به فرد دیگری موجود باشد و هر دو روی يك سکه هستند در حالیکه ما فقط در هر لحظه یکی از آنها را میتوانیم مشاهده کنیم در حالیکه روی دیگری نیز وجود دارد بالاخره یکی از دو مؤلفه عاطفه دوجتهی سرکوبی شده وممکن است ایجاد اضطراب وحس گناه نماید یکی از متداول ترین آن اختلاط محبت ودشمنی است وممکن است حس

1— Inadequate affect

2— Inappropriateness

3— Ambivalence

محبت در شعور آگاه برای سرکوبی نفرت تشدید شود وجود حس دشمنی نسبت به فردی که ما رهین منت او هستیم مثلاً والدین برای شعور آگاه قابل تحمل نیست. حس نفرت در ضمیر باطن پنهان ولذا ایجاد اضطراب مینماید و اغلب مؤلفه سرکوبی شده برون افکنی شده و بدیگری نسبت داده میشود و بیمار احساس میکند که مورد نفرت و دشمنی طرف مقابل قرار گرفته است.

ح - تجزیه شخصیت (۱)

دوکاس (۱۷۹۸) مبتکر این کلمه، آنرا يك اختلال خلقی میداند که حس تغییر شخصیت و عدم حقیقت و واقعیت از علائم اصلی آن بشمار میرود بیمار احساس تغییر مینماید ولی حس نمیکند شخص دیگری شده بنابراین موضوع تبدیل شخصیت در کار نیست بیمار همه چیز حتی خودش را غیر حقیقی و خلاف واقع میداند و بطور کلی واکنش خلقی را از دست داده این تجزیه ممکن است ناگهانی و حاد مثلاً پس از ضربه احساساتی شدید روی دهد و یا تدریجاً پس از فشار و ناراحتی متمادی پیش آید این حالت بیشتر در افراد ساعی و جدی، حساس و مؤدب و درون گرا بوجود میآید گاهی بیمار احساس میکند که بدنش تغییر خاصی یافته و متعلق باو نیست و یا چوب شده و مرده است گاهی حواس خود را منجمد و افکار را غریب و عجیب مینماید چنین بنظر میآید که افکار و اعمال او مانند ماشینی خودکار و بی اراده انجام میشوند گاهی اظهار میدارد که گویا در خواب و رؤیا سیر میکند مغزش مرده و از کار افتاده است بنظر گیج و پریشان میآید و قادر بر تمرکز افکار نیست.

تجزیه شخصیت در انواع مختلفه حالات نورائیک یا سایکاتیک از قبیل افسردگی، هیپو کندریا، وسواس و در اوائل شیزو فرنی و گاهی نیز در بعضی

از افراد طبیعی کمی پس از خستگی یا شوک دیده میشود و درزنها مخصوصاً هنگام بلوغ ظاهر میگردد از نظر پساتولژی روانی تجزیه شخصیت وسیله دفاعی است برای رهایی از موقعیت‌های غیر قابل تحمل و دشوار.

داروها در آن اثر ندارند ولی چند جلسه الکتروشوک ممکن است منجر به بهبودی گردد.

خ - بی‌اعتنائی و فقدان عواطف (۱)

نوع دیگری از اختلالات خلقی بی‌اعتنائی و عدم علاقه یا فقدان عواطف است در اینحال آثار انبساط‌خاطر و یا درد و الم در سیمای بیمار هویدا نیست و نمیتوان بیمار را طبق آنچه که قبلاً متذکر شدیم طبقه‌بندی نمود خوب و بد، زشت و زیبا، مطبوع و نامطبوع در نظر وی یکسان است از چیزی لذت نمیبرد و با چیزی منزجر و بدحال نمیگردد یعنی بطور خلاصه همه احوال در نظر او یکسان و بی‌تفاوت است. بی‌اعتنائی را ممکن است دفاعی و محافظتی بر ضد احساسات دردناک و مزاحم دانست و بیشتر در شیخ و فرنی دیده میشود. بطور کلی باید متذکر شویم که پاره‌ای امراض استعداد درک لذت و الم را از میان میبرند و یا استعمال بعضی از داروها مثلاً تزریق کوکائین و یا تنفس کلروفورم موقتاً حس درد را زایل میسازند.

بنابراین با ذکر مقدمه فوق چنین استنباط میشود که حالات تمایلی و انفعالات، رابطه نزدیکی با تغییرات احشائی که بوسیله سلسله اعصاب نباتی ایجاد میشود دارند و مرکز این تشکیلات درتالاموس و حوالی بطن سوم قرار دارد و این تغییرات را میتوان کم و بیش از وضع ظاهری و خلق و قیافه بیمار درک نمود.

ز - نشانه‌شناسی فعالیت ترکیبی دماغ

دقت (۱)

۱- تعریف

دقت عبارتست از طرز رفتاری ارادی یعنی يك عمل کنش و واکنشی نسبت به محیط و یا دقت عبارت است از آن عمل ذهنی که یکی از نفسانیات را اهمیت داده و به بقیه موقتاً توجهی ندارد دقت میدان فعالیت ذهنی را محدود میسازد و نیز میتوان گفت که در اینحال نیروی عصبی که موجب تمام فعالیت‌های دماغی است، در يك موضوع ذهنی متمرکز میگردد و از سایر احساساتی که از محیط خارج در ذهن حاصل میشود صرف نظر مینماید باید متذکر شویم که این امر یعنی دقت با تغییر اعمال بدنی از قبیل حرکات چشم و قیافه و یا سکون و بیحرکتی و تغییرات گردش خون و تنفس نیز توأم است و بدینوسیله ما میتوانیم دنیای خارجی را تحت ممارست و آزمایش قرار دهیم دقت تحت اثر اراده، خلق و تداعی معانی قرار دارد. حالات مسمومیت و ضایعات عضوی در هوشیاری و مراقبت و بنابراین در دقت مؤثرند عوامل سمی و عضوی با تداخل در تداعی معانی از دقت میکاهند اهمیت مؤلفه خلقی در دقت کاملاً واضح است زیرا ما نسبت بچیزی که مایل نیستیم دقت کمتری مبذول میداریم عدم توانائی تمرکز و توجه بموضوعی را تشتت خیال و پریشانی افکار (۲) نامند و در اینحال کوچکترین محرکی دقت را منحرف ساخته و بجانب خود معطوف میدارد افسردگی عمیق و شدید نیز ممکن است موجب مراقبت و دقت زیاد گردد تجزیه شخصیت موجب کاهش دقت خواهد شد همانطوریکه در اشخاص شیزو فرنی ملاحظه مینمائیم.

دقت از نظر مبدا، بردوگونه است

۱- دقت ارادی .

۲- دقت غیرارادی .

موضوعی که نفع و منفعت آنی ما را ایجا بکند فوری جلب دقت مینماید این همان دقت غیرارادی است .

دقت ارادی وقتی است که نیروی عصبی بر روی موضوعی که قبلاراده شده منمرکز گردد هیچگونه نفع آنی متصور نیست ولی ممکن است واجد نفع و خیر آنی باشد .

این هردونوع دقت در بیمارهای دماغی خفیف و ضعیف میشوند دقت در خواب کاملاً از بین نمیرود مانند مادری که فقط بصدای درب کوبیدن پسر از خواب بیدار میشود .

برای امتحان نیروی دقت طرق مختلفی پیشنهاد کرده اند که بموقع خود متذکر خواهیم شد فعلاً بخاطر داشته باشید که با شمردن اعداد در جهت عکس یعنی از بالا بیابین و یا کم کردن متوالی هفت از صد میتوان نااندازه ای بدقت بیماران پی برد .

۳- اختلال دقت

الف - اختلال دقت و تمرکز افکار (۱)

شامل تفرقه دقت خودبخودی، غیرمکنی بودن دقت ارادی و عدم قدرت تمرکز افکار و اشکال در تفکیک و تجزیه عوامل لازمه فعالیت دماغی است گاهی امکان تغییر و تبدیل درونی محتویات است که مختل شده (سماجت و اصرار) این اختلال را ممکن است بوسیله تست معین و مشخص

نمود این قبیل اختلالات درحالات تیرگی شعور و دمانس دیده میشود .

ب - اختلال تجرید (۱)

در این حال شخص قابلیت درک و فهم علائم و ارتباط بین آنها را ندارد و این اختلال تفکر در تمام حالات اختلال شعور دیده شده و ممکن است گذران یادآمی باشد و بوسیله طرق سایکومتریک آزمایش میشود .

پ - اختلال تفکر (۲)

در این حال ظرفیت ساختن طرح اصلی یعنی طرح ایدئووربو (۳) مختل شده (ارتباط نحوی و طرح زمانی - مکانی) فکر برای افتراق و ترکیب جوشش ندارد تکلم نمایشگر اوضاع و احوال درون مغز و تفکر است لذا در کلینیک برای مطالعه بیمار میتوان به تکلم متوسل شد ساختن فکرنیز مانند تکلم ممکن است تاخیری و مختل (اختلال نحوی، تداخل و بی ربطی ، اختلال کلمات ، فراموشی کلمات) گردد .

این اختلالات عبارتند از اشکال و یا عدم امکان استدلال ، حل مسئله، انشاء، نویسی یا حساب ذهنی البته تست‌هایی برای اندازه‌گیری هوش وجود دارد ولی باید متذکر شویم که آزمونها هم بیشتر و بهتر از آزمایش‌های بالینی نمیتوانند تعیین کنند که آیا اختلال واقعی و گذران است و یا دائمی و مزمن . این اختلالات بیشتر در بیماریهای مغزی، دمانس، بهت‌روانی و بعد کمتری در شیزوفرنی دیده میشود .

ت - اختلال جریان افکار

بجز آنچه در بالا درباره فعالیت ترکیبی دماغ بحث شد در کلینیک

1— Abstraction

2— Construction

3— Idea - verbaux

اختلال در جریان فکرنیز دیده میشود این اشکال در تفکر و ساختن فکرنیست بلکه اختلال در جریان عقاید و تشکیل و شروع گفتار است از این قبیل هستند عقاید یا تنیدی جریانات دماغی (۱) که درمانی و بعضی حالات مانتیسم (تحریک دماغ) و نزد مصروعین یا مبتلایان بزوال عقل در اولین مرحله زوال دیده میشود افاز دیناموژنیک فالج مترقی .

کندی جریانات دماغی (۲) که در حالات کنفوز و دمانسیل و در بعضی از سندروم‌های عصبی مانند پارکینسون دیده میشود .
حالت وقفه که چون مهارتی تفکر را دچار وقفه میسازد و در ملانکولی یده میشود .

انقطاع و ناپیوستگی افکار (سد و وقفه، پاسخ نامربوط) که در شیزو فرنی وجود دارد .

برای اطلاعات جامع‌تر به صفحه ۲۳۲ مراجعه شود .

زوال عقل (۴)

باید متذکر شویم که در پاره‌ای از اختلالات روانی از قبیل حالات تحریکی و افسردگی، توهمات، بهت روانی و تجزیه شخصیت و غیره اختلالات شعوری که منجر بعدم قدرت استفاده از نیروهای شعوری میشود تقریباً موقتی و پس از مدتی لااقل اغلب بیماران بهبودی مییابند این قبیل اختلالات عملی سلسله اعصاب را اختلالات یا واکنشهای روانی عملی نامند و ممکن است در اثر مسمومیت‌ها، عفونتها، اختلالات سلسله اعصاب نباتی و غدد مترشحه

1— Tachy - psychie

2— Brady - psychie

3— Inhibition

4— Dementia

داخلی ، اضطرابات و اختلالات عاطفی و غیره ایجاد کردند این افراد گویی بیکباره جمیع قوای شعوری خود را باز مییابند و فردی عادی میشوند مانند بیمار مبتلا بشیزوفرنی یا بهتروانی که در خود کاوی و بی توجهی بسر میبرد و ناگهان ممکن است چون اشخاص طبیعی بکسب و کار پردازد و دیگر اثری از وضع و حال و سایکوز قبلی ندارد در دسته دیگری از اختلالات روانی قوای شعوری و فعالیت و عواطف رو بفتور و سستی نهاده و وضع و حال بیمار ثابت و دائمی است این اختلالات در اثر ضایعات نسجی یا دژنرسانس مراکز عصبی بوجود میآیند و میتوان در تشریح ضایعات عضوی را ملاحظه کرد این قبیل اختلالات را زوال عقل نامند بنابراین زوال عقل بواکنشهای روحی معلول عوارض عضوی و نسجی سلسله اعصاب مرکزی اطلاق شده و منظور از اختلال حواس یا اختلال مشاعر یا سایکوز واکنشهای روانی بدون ضایعات عضوی است که قابل شفا و علاج میباشد در حالات خفیف زوال عقل از قوه تمیز و تشخیص کاسته می شود و بتدریج با پیشرفت بیماری حس ابتکار ضعیف و قادر با استفاده از تجارب قبلی و آموختن نیست در فهم کلام و پاسخ سئوالات اشکال دارد در حافظه، تصور و تخیل ، قضاوت و اراده ضعف و سستی روی میدهد و نمیتواند از چیزها خاطره صحیحی داشته باشد لذا منطق و استدلال نیز دچار اختلال و خلقی متغیر و ناپایدار و غیر متناسب دارد زوال عقل را نباید با نقصیه های عقلی اشتباه کرد پرواضح است که نقائص عقلی مادرزادی و از بدو تولد وجود داشته و بیمار از اول عقل و خردی نداشته که اضمحلال و زوال یابد .

علل زوال عقل را میتوان بشرح زیر خلاصه نمود

- ۱ - صغر و آتروفی مغز که در زوال عقل پیری دیده می شود .
- ۲ - اختلالات عروقی مغز که شامل تصلب شرائین و آنسفالوپاتی فشار خونی است .

- ۴ - اختلالات التهابی مغز مخصوصاً سیفلیس و آنفالیت اپیدمیك.
 ۱ - بیماریهای فلنراییو مغز مخصوصاً بیماریهای الزیمر، پیک و کره هونتینگتن .
- ۵ - بیماریهای فقدانی مانند بیماری کرساکف، آنفالوبانی ورنیکه و بلاگر .
- ۶ - نوبلارم .
- ۷ - صرجه .

فصل نهم

علل رفتار غیر عادی و بیماریهای روانی

بطور کلی رشد ناقص شخصیت و فشار زیاد، موجب رفتار غیر عادی میشود بنابراین هر عاملی که سبب رشد ناقص و معیوب شخصیت و یا افزایش فشار روحی گردد منجر به بیماریهای روانی خواهد شد.

بیماریهای روانی همواره مورد بحث و تحقیق بوده و توجه عموم پزشکان را بخود معطوف داشته و هر یک بر حسب ذوق و سلیقه و مکتبی که پیرو آن بوده اند بحل این معما همت گمارده اند بعضی علت را جسمی و برخی بعقل روحی بیشتر متوجه شده اند البته باید اذعان کنیم که در این راه اشکالات زیادی وجود داشته است زیرا نمیتوان در این مورد مانند سایر بیماریها باسانی و سادگی بعلت بیماری پی برد مثلاً حالت ماتی و بیحرکتی را که در بیماران مبتلا به ملانکولی ملاحظه مینمائیم بسهولت قابل علاج میباشد در حالیکه همان عارضه در بیمار دیگر ممکن است مقدمه شروع کاناتونی و شیزو فرنی باشد بطور خلاصه باید گفت که علائم روانی، همیشه مفسر و مبین نوع بخصوصی از ضایعات نمیشوند بلکه بستگی بنوع واکنشی دارند که بیمار نشان میدهد موضوع دیگر آنست که آسیب شناسی در کشف علت بیماریهای روحی کمک قابل ملاحظه ای نمیکند و اغلب تشریح مرضی ضایعه ای را نشان

نمیدهد .

تابحال هیچ قسمتی از روان‌پزشکی مانند مبحث‌عال بیماریهای روانی مورد بحث و مطالعه قرار نگرفته است با تأکیدی که در طب راجع به بیوشیمی و آسیب‌شناسی و سایر علوم مربوطه شده است طبیعی است که پزشك در مقابله با بیماریهای روانی ، سعی دارد آنها طبق طبقه‌بندی بیماریهای عضوی بررسی و مطالعه نماید وعلل آنها در بین همان اسباب بجوید ولی باید تمیز داد همانطوریکه افراد بعقل متابولیسمی یا جسمی ممکن است بیمار شوند بواسطه اختلال رابطه با سایرین نیز ممکن است مبتلا بکسالت‌های مختلفه گردند این موضوع شایان توجه است که در مواردیکه اختلالات فیزیولوژیکی در سلولهای مغزی ملاحظه گردیده بازهم این تغییرات برای تفسیر و تعبیر طرز رفتار کافی بنظر نمی‌آیند و شاید قسمت اعظم آن منوط وبسته بمحرکین آئی غریزی و تجارب و خاطرات و نیازمندیهای زندگی داخلی بیمار است بعبارت دیگر طرز رفتار را نمیتوان بر حسب ضایعات نسجی یا اعمال فیزیولوژیکی تعبیر و تفسیر نمود سایر شعب طب اعضاء مختلفه بدن انسانرا در نظر میگیرند در حالیکه روان‌پزشك تمامی اورا بشکل واحد بیولوژیکی که در محیط اجتماعی قرار دارد وهمچنین طرز رفتار او را بطور کلی مورد مطالعه قرار میدهند و از علومى مانند بیولوژی، علم الاجتماع و روانشناسی کمک و باری میطلبند .

متأسفانه اطلاعات ما درباره علل بیماریهای روانی بسیار محدود است و نباید تعجب نمود زیرا هیچیک از اعمال و نتایج آنها نمیتوان در لوله امتحان آزمایش نمود و یادریزیر میکروسکپ با چشم دید و در اغلب موارد نیز ضایعات و تغییرات نسجی در مغز دیده نمیشود و از طریق مطالعه و تحقیق دینامیک روانیست که دانشمندان فرضیه‌های مربوط باختلالات شخصیت و طرز ایجاد آنها ذکر نموده‌اند و اغلب آنها از طریق تجربه بدست آمده لذا

استفاده از آنها تا هنگامیکه حقایق واضح تری بدست نیامده اشکالی نخواهد داشت باید بخاطر داشت که عدم تطابق و توافق انسان ممکن است دارای علل مختلفی باشد و واکنشهای مرضی شخصیت نیز بعال متعددی خواهند بود و نبایستی علت واحدی را عامل مولد بیماری روانی دانست و بعلاوه انسان موجودیست اجتماعی و نمیتوان او را از محیط جدا ساخت .

برای سلامت فکر و بهداشت روانی لازم است قوای متشکله شخصیت (عضوی و روانی) در حال تعادل باشند اگر علتی که منجر باختلال شخصیت و نقض تطابق شده عضوی باشد اختلال را بدنی (۱) یا عضوی و درحالیکه علت وقایع و خاطرات روحی باشد آنرا روانی یا عملی (۲) خوانند در صورتی که علت اختلال روانی باشد اثر عوامل ساختمانی، بیوشیمیایی و فیزیولوژی کمینه و یا هیچ است در صورتیکه علت روانی و اجتماعی اثربسزائی دارند و این فرض که احتیاجات و محسوسات طرز رفتار ما را تعیین مینمایند یکی از اصول مهم روان پزشکی است .

عدم تطابق و اختلال طرز رفتار و محرومیت و ناکامیهای که در تلاش برای حل مسائل زندگی پیش میآیند و ما آنها را اختلال روانی نامیم علائمی هستند که باید از نظر علمی مانند اختلالات بدنی، تحت مطالعه قرار گیرند و با اینکه افکار، هیجانات و احساسات، جدو جهد و تلاشها و سایر قسمت‌های شخصیت عوامل روانی هستند ولی ارزش آنها کمتر از معادلات شیمیایی و یا انعکاسهای وتری نیست هر بیمار روانی مشابه مسئله ایست که فقط میتوان از طریق مطالعه تمام شخصیت (بدن، روان، احساسات، و اجتماع) بحل و درک آن نائل شد .

مطالعه و تحقیق درباره بیماریهای دماغی یعنی مطالعه قوای غیر قابل

رؤیتی که در حالات، اخلاق، عقاید و طرز رفتار شخص مؤثرند در طبقه بندیهای روان پزشکی نباید فلسفه تشبیه را بکار بست و حدی بین جسم و روح قائل شد بلکه باید علل بدنی، بیولوژیکی، روانی، و اجتماعی را که ممکن است در طرز رفتار مؤثر باشند در نظر گرفت و مخصوصاً باید بخاطر داشت که قوانین و اعمال دینامیک طرز رفتار و رشد و نمو شخصیت در مورد افراد طبیعی و غیر طبیعی مشترک و مساوی هستند.

۱- سرشت (۱)

از نظر روان پزشکی سرشت عبارتست از آن قسمتی از تشکیلات فرد که نتیجه ژن‌ها و اثرات قبل از تولد و تا مدتی بعد از تولد بوده بجز آنچه بر اثر روابط بین فردی آموخته است بنابراین سرشت از نظر تعیین طرز رفتار مخصوص آن شخصیت، واجد اهمیت خواهد بود. عوامل سرشتی و استعداد بسیار درهم و پیچیده و فعلاً اطلاعات کافی در آن‌باره نداریم و نمیتوان گفت چه مقادیری از خصوصیات بوسیله ژن‌ها منتقل میشوند.

از نقطه نظر روان پزشکی سرشت عبارت است از فرمول روانی - بدنی شخص که بر اثر ارث و رشد حاصل شده یا مجموع خصوصیات و صفات خلقی و تمایلاتی. بنابراین عبارت است از مجموع وضع بدنی و فیزیولوژیکی و روانی شخص که قسمت اعظم آن از طریق ارث بدست آمده و بعداً رشد و محیط در آن اثر نموده‌اند و چون مجموع انرژی فعال شخص میباشد اثر مهمی در تعیین طرز رفتار دارند عوامل سرشتی و استعداد بسیار درهم و پیچیده است و ما اطلاعات چندانی درباره آن نداریم مانعیدانیم که آنها تا چه حد در انتقال صفات اهمیت دارند ولی امروزه تمایل بر اینست که

از اثر آن بکاهند و نیز بسیار مشکل است که ارث را از اثرات فامیلی مجزا سازیم زیرا همان افرادی که شخص صفاتی از آنها بارث برده، در زندگی بمدی بیمار نیز دخالت و اثر دارند و بیمار تحت نظر و در اجتماع و محیط آنان پرورش یافته که اثر بسزائی در شخصیت او داشته است و ما نباید فقط استمدادهای سرشتی را در نظر گیریم بلکه حالات احساساتی، روابط بین افراد و تجارب و محسوسات شخصی را نیز باید منظور داشت لذا میتوان گفت که استخوان بندی شخصیت، از اثر محیط و روابط بین فردی دوران زندگی، مخصوصاً زمان کودکی بريك زمينه وراثتی ایجاد شده و با سیر زندگی تدریجاً طرز رفتار بسیار درهم و پیچیده تر میشود بطور خلاصه باید اذعان کرد که هنوز اطلاعات ما راجع به ژنها، سرشت، امور وراثتی و مکانیسم های فیزیولوژیک و شخصیت بسیار ناقص و نارساست و محتاج تحقیق و تدقیق کامل تری میباشد.

۴- ارث

کم پویر در این باره چنین اظهار نظر مینماید که شخصیت طبیعی و مرضی در اثر تشریک مساعی عوامل طبیعی و تعلیم و تربیتی (مجموع شرایط محیط و تجارب و محسوسات زندگی) بوجود آمده که تعیین سهم هر يك بسیار مشکل است و رشد و نمو موجود زنده بستگی بارث و محیط دارد و با سیر تکاملی این دو عامل، بیش از پیش در یکدیگر آمیخته و همزوج میشوند بطوریکه دیگر جدا ساختن آنها میسر و مقدور نخواهد بود و ما هنوز اطلاعات مکفی درباره نسبت بین ارث و اعمال روانی فیزیولوژیکی رشد نداریم.

قبل از اینکه درباره ارثی بودن کسالت های روانی بحث کنیم باید متذکر شویم که انتقال طبایع و وضع احساساتی از والدین بفرزندان بوسیله ژنها نیست بلکه تاثیر خلق عصبانی والدین پس از تولد است و میتوان چنین تصور

نمود که محیط خانواده برای پرورش احساسات صحیح و بهداشت روانی در اثر اشکالاتی که والدین در اثر تطابق و روابط بین فردی داشته‌اند مساعد و مناسب نبوده‌است و بدین طریق عین همین خصوصیات ممکن است از نسلی به نسل دیگر منتقل شود و اشکال تطابق و طرز رفتاری ناپسند در چندین نسل ادامه یابد.

امروزه بیشتر معتقدند که بسیاری از اختلالات نوراپیک و سایکاتیک را که سابقاً ارثی و یا سرشتی میدانستند در حقیقت در اثر تثبیت خصومت، تجاوز و تعرض و یا سایر حالات و عاداتی است که نتیجه روابط بین افراد فامیل می‌باشد و دفاع شعور آگاه و ضمیر تاریک در برابر مشکلات ممکن است منجر بانواع اختلالات شخصیت گردد ارتباط ارث با بیماریهای روانی هر چه باشد تجارب و خاطرات پس از تولد و دوران رشد و نمو کودک، اثر مهمی در تعیین سازمان و ساختمان و مشی و طرز رفتار شخصیت دارد.

اطلاعات ما راجع بارث و استعداد ابتلای به بیماریهای روانی مانند سایر مسائل ارثی هنوز قابل بحث و لازم بتحقیق است باید متذکر شویم که تحقیقات و مطالعات کالمن (۱) راجع بارثی و فامیلی بودن شیزوفرنی و سایکوز مانیاک دپرسیو حائز اهمیت است وی معتقد است که شیزوفرنی در فامیل‌هاییکه در آنها موارد شیزوفرنی دیده شده بیشتر ملاحظه میگردد و نسبت شیزوفرنی در نزد افرادی که رابطه‌خونی با بیمار شیزوفرن نداشته‌اند ۸۵٪ است در صورتیکه احتمال ابتلا بشیزوفرنی در نزد اطفالی که یکی از والدین آنها مبتلا بشیزوفرنی باشد نوزده مرتبه بیشتر خواهد بود و نیز اطفال با والدین شیزوفرنی هشتاد مرتبه بیشتر از معمول مبتلا می‌شوند در دو قلوهای يك کیسه‌ای آنها این ضریب احتمال ۸۵/۸ درصد

خواهد بود منظور آن نیست که شخص مبتلابشیز و فرنی یا مانیاک - دپرسیو متولد میشود بلکه مقصود آنست که استعداد خاصی بارث میبرد و چه بسا در تحت اثر عواملی، واکنش شیز و فرنی یا مانیاک دپرسیو نشان میدهد در حالیکه سایرین چنین استعدادی را ندارند.

از آنچه که در فوق مندر شدیم بطور خلاصه چنین استنباط میشود که خو و خصالها از والدین بفرزندان از طریق ارث و وراثت منتقل میشوند و از این رو میتوان پی برد که زناشوئی و ایجاد نسل دارای اهمیت بسیاری است و باید همواره این موضوع را در انتخاب همسر مورد دقت و توجه قرار داد.

راجع بوراثت تحقیقات مفصلی بعمل آمده و قوانین بسیاری تدوین کرده اند که از جمله آنها قوانین ماندل (۱) و داروین میباشد قوانین وراثت را میتوان بشرح زیر خلاصه نمود.

الف - والدین صفات و خصوصیات خود را بفرزندان انتقال میدهند یعنی از اختلاط و امتزاج دو سلول نر و ماده سلول ثالثی بوجود میآید که از صفات پدری و مادری بهره و نصیبی دارد ولی البته نمیتوان چنین تعبیر نمود که سلول ثالثی از صفات هر یک از والدین را دارا است زیرا بعضی صفات غالب ترند و برخی مغلوب تر و انتقال این صفات طبق قوانین ماندل انجام میشود.

ب - صفاتی که درجد و آباء وجود دارد گاهی ممکن است در چند نسل بعد ظهور نماید.

پ - انتقال این خصوصیات بوسیله ژنها است که عامل متشکل کروموزمهای سلولهای تناسلی میباشد و تعداد آنها در هر نژاد و نوع

مشخص و معین است در سلولهای تناسلی انسان تعداد این گروه‌موزمها ۲۳ زوج است که وظیفه مهمی در انتقال دارند این اجرام کوچک یا ژن‌ها، در حول محور نامرئی گروه‌موزم، مجتمع شده و پس از انتقال بسلول دیگری بفعالیت میپردازند نکته قابل توجه اختصاصی بودن این سلولهاست که هر دسته، قابلیت بوجود آوردن نسج مخصوصی را داشته و همواره این قابلیت را محفوظ میدارند مسئله وراثت در امور روانی همواره مورد بحث بوده و تحقیقات بسیاری راجع بان بعمل آمده بعضی از امراض مانند کوره هونتینگتن از والدین بفرزندان منتقل میشود ولی بیماریهای دیگر مانند شیزو فرنی طبق قانون ماندل در یک فامیل اتفاق میافتند این قبیل وراثت‌ها را ارث مشابه نامند.

بسیاری از بیماریها در اثر نقصیه‌های نانی از سیفیلیس و سل و مسومیتها از قبیل الکلی و غیره پیش میآیند بعضی اطفال مبتلایان بامراض مذکوره، دچار کودنی و کم عقلی که منشا، تمام عیوب و انحرافات اخلاقی و کج خونیهاست میشوند و عبارت دیگر يك زمینه عصبانی بفرزندان بارث میرسد و ممکن است حالاتی از قبیل ترس و وسواس و غیره ظهور نماید در این نوع ارث، زمینه برای ابتلای بهمان امراض و یا امراض مشابه آماده است البته اثر محیط را در کلیه امور نبایستی از نظر دور داشت.

۳- آمار مبتلایان به بیماریهای روانی

طبق گزارش انجمن ملی بهداشت روانی امریکا، در سال ۱۹۰۴ میلادی از هر صد هزار نفر ۲۱۶ نفر در بیمارستانهای بیماری‌های روانی بستری بوده‌اند در حالیکه در سال ۱۹۵۰ تعداد آنها به ۳۸۱ نفر بالغ شده البته این ازدیاد تعداد بیماران بستری را نمیتوان فقط بواسطه ازدیاد بیماران روانی دانست این امر علل مختلفی دارد که از آن جمله ایجاد وسائل و تجهیزات بیشتری

برای نگاهداری و پرستاری بیماران روانی است و نیز علت ثانوی وسعت دایره معلومات و اطلاعات روان‌پزشکان و همچنین اطباء است که بدینوسیله توانسته‌اند عده زیادی را که سابقاً شاید تشخیص ندادند مجزا ساخته و به بیمارستانهای روانی گسیل دارند و علاوه مردم عوام و عادی نیز توجهی بدین مطلب پیدا کرده‌اند که بیماران روانی محتاج پرستاری و معالجات خاصی میباشند و ضمناً درک این موضوع که در صورت درمان و مراجعه باطباء متخصص و بیمارستانها اغلب بیماران بهبودی خواهند یافت کمک بسزائی نموده است و نیز موضوع دیگری که از ذکر آن ناگزیریم آنست که دقت و مراقبت بیشتری نسبت به بیمارستانهای روانی مبذول میشود که موجب افزایش تعداد مراجعین شده است طبق نظر آقای دکتر میرسپاسی تعداد بیماران بیمارستان روانی تهران بین سالهای ۲۶ - ۱۳۱۰ بیست برابر شده است و برابر آمار خود ما در بیمارستان روانی مشهد بین سالهای ۳۵ - ۱۳۲۷ تعداد بیماران از ۸۵ نفر به ۲۲۰ افزایش یافته‌اند و در ۱۳۴۹ بالغ بر ۵۰۰ نفر می‌باشند.

در ۳۵ سال گذشته افزایش قابل ملاحظه‌ای در تعداد بیماران مسن و پیر ملاحظه شده و در این مدت تعداد مبتلایان به تصلب شرائین در شهر نیویورک تقریباً شش مرتبه زیاده‌تر شده است علت آنست که طول عمر مردم افزایش یافته و تعداد بیشتری بکبر سن و پیری میرسند باید توجه خاصی نسبت به کثرت مرگ و میر در بیمارستانهای روانی نمود آمار نشان میدهد که در این بیمارستانها متوفیات ۴/۵ مرتبه بیش از بین سایر مردم است و مخصوصاً تعداد فوتی‌های مسلول، بسیار زیاد و تقریباً ده مرتبه بیش از بین سایر مردم و ۲/۵ درصد کلیه بیماران روانی را تشکیل میدهند.

طبق آمار ۵ ساله بیمارستان روزبه تهران نسبت بیماران روانی مرد ۵۴/۶۳ درصد وزن ۴۵/۳۷ بوده است با در نظر گرفتن کل بیماران مردوزن،

مبتلایان زن و مرد به نسبت ۱/۴۴ می‌رسید یعنی مردان ۱/۴۴ مرتبه بیشتر از زنان مبتلا به بیماریهای روانی میشوند.

طبق آمار مرکز روانی دازی تهران از سال ۴۲۱ - ۱۱۳۱۰ یعنی ۳۳ ساله ۶۴ در صد کل بیماران روانی مرد و ۳۶ در صد آنها زن بوده‌اند و لذا مردها ۱/۷ برابر بیشتر از زنها دچار بیماریهای روانی میشوند و با تقریبی میتوان تعداد بیماران مردها را دوسوم و تعداد بیماران زن را یکسوم حساب کرد.

۴- سن

بیماریهای روانی با سنین بلوغ کمتر مشاهده میشوند ولی از این پس ضریب ابتلا، قوس صعودی تیزی را شروع و همچنان با ازدیاد سن بسیر صعودی خود ادامه میدهد در ناحیه شمال شرق ممالک متحده امریکا تقریباً ۳۰ درصد بیمارانیکه برای اولین بار به بیمارستان‌های روانی مراجعه مینمایند بالغ بر ۶۰ سال دارند و تعداد مراجعین ۸۰ ساله تقریباً پنج مرتبه بیش از افراد ۲۰ ساله است بطوریکه متذکر شدیم بیماریهای روانی در بین اطفال کمتر وجود دارد و علت ابتلا، اشکالات و موانع محیطی و فشارهای روانی و اختلال روابط بین فردی دوران کودکی و عواملی که در اعماق شعور تاریک واقعند و بسیاری علل دیگر میباشد که ما مفصلاً از آن در فصول بعد بحث خواهیم کرد.

دوران بلوغ، کهنوت و پیری نه فقط تغییرات بدنی و جسمی بیار می‌آورد بلکه شخص را با مسائل روانی جدیدی مواجه می‌سازد افزایش سریع بیماریهای روانی در هنگام باوغ بعقل مختلفی است مثلاً اغلب عدم تناسب و ناسازگاریهایی بین قسمت‌های مختلفه شخصیت بوجود می‌آید که یکی از آنها قبول مسئله باوغ جنسی در شخصیت است و مسائل دیگری از قبیل

مسائل اجتماعی، شفلی و خارج شدن از اختیار والدین و غیره وجود دارند هیچ مرحله‌ای از زندگی انسانی بیش از این دوره دارای مسائل احساساتی نیست و دوره کهولت موجب ازدیاد اختلالات دماغی، بواسطه کاهش فعالیت غدد مترشحه داخلی و غدد تناسلی شده ولی بیشتر بواسطه محرومیت و تهدید و سایر مسائلی است که در این دوره پیش می‌آیند چنین معتقدند که سن ابتلای با اختلالات روانی مبین و مفسر میزان محرومیتها و ناسازگاریهای داخلی است و پس از ۶۰ سالگی اختلالات احساساتی بعلت حس عدم تأمین بسیار زیاد دیده میشود در سنین پیری علت بیماریهای روانی همانا دژنره شدن سلولهای قشری مغز است ولی این نکته را نباید فراموش کرد که عدم تحمل اوضاع محیط و مسائلی که در این دوره پیش می‌آیند، اثر قابل ملاحظه‌ای در ایجاد بیماری دارند مثلاً گاهی این حقیقت که زندگی وی را باید فرزندان تأمین نمایند، موجبات ایجاد علائم سایکاتیک یا نوراتیک را فراهم مینمایند تعداد مبتلایان به بیماریهای روانی در صورتیکه سایکوز پیری را در نظر بگیریم در ۴۰ سالگی بحد اکثر رسیده و سپس کاهش مییابد.

۵- جنس

تعداد مردان بستری در بیمارستانهای روانی بیش از زنان است و این نسبت بین بیمارانیکه برای اولین بار بستری میشوند ۶ مرد در برابر ۵ زن است ولی تعداد زنها بعلت درازی عمر در بیمارستانهای روانی بیش از مردان است بیماریهایی از قبیل فالج مترقی، زوال عقل الکلی، سایکوز ضربه‌ای، زوال عقل صرعی و زوال عقل تصلب شرائین بیشتر در مردها دیده میشود در حالیکه سایکوزهای مانیک دپرسیو، ملانکولی دوران کهولت، پارانویا، با شیزو فرنی و سایکوزهای عضوی بیشتر در زنها وجود دارد.

۶- محیط

عوامل اجتماعی و تربیتی (۱)

اثر محیطی که انسان در آن زیست میکند بیش از دنیای فیزیکی است زیرا تشکیل شده از رابطه بین فردی در خانواده، فشاریکه از محیط بر این خانواده وارد میشود و اثرات اجتماعی و اقتصادی که بر آن اثر میگردد در سالهای اخیر واحد خانواده تحت مطالعه و بررسی دقیق قرار گرفته (اکمان در امریکا ۸ نوع خانواده تشخیص داده است) حال باید دید آیا رابطه‌ای بین نوع خانواده و پاتولوژی روانی وجود دارد لازم به تذکر است که برای درک رشد و نمو شخصیت، تنها نیابستی بارتباط بین شخص و والدین در گذشته اکتفا کرد زیرا اجتماع از افرادی که همه بر یکدیگر مؤثرند تشکیل یافته است.

بنابر این نیابستی تنها بدرمان فرد بیمار پرداخت و درمان فردی بدون در نظر داشتن اجتماع و خانواده، کاری عبث و بی فایده است و چه بسا که منجر به گرفتاریها و حالات روانی بسیار شدید خواهد شد.

اسپگل و سایرین در مطالعاتی که راجع به رابطه فامیل با بیماریهای روانی کرده‌اند بدین نتیجه رسیده‌اند که آنچه بین فرد بیمار و خانواده‌اش میگردد ارتباط کاملی با آن فرد، فامیل، جامعه و ارزش هر یک دارد.

همه در تائیر عوامل فرهنگی در انیولوژی بیماریهای روانی موافقت دارند و تابلوی بک و اکنر روانی در دوره‌های مختلفه زندگی فرق میکند مثلا هدیان مگالومانی ناپلئون بودن که در قرن ۱۹ زیاد دیده میشد امروزه دیگر وجود ندارد در امریکا و اکنرهای مانیاک دپرسیوشیوع کمتری دارد در حالیکه در ممالک اسکانديناوی زیاد دیده میشود هیستری در ممالک غربی

کمتر دیده میشود زوال عقل الکلی در انگلیس زیادتر و در بین یهودیها کمتر دیده میشود.

نظر باینکه هر فرد تحت تاثیر تعلیم و تربیت خانوادگی قرار دارد. نیاستی تعجب کرد اگر گفته شود که فرهنگ و آموزش اثر مهمی در تعیین و مشی طرز رفتار دارد و نه تنها نوع بیماری نوراتیک یا سایکاتیک را تعیین میکند بلکه موجب تغییر علائم آنها نیز میگردد اوضاع و احوال هر اجتماع. مبارزات، سرکوبی امور جنسی، مقررات و قوانین ضد و نقیض، محرومیتها و غیره همه در تعیین طرز رفتار شخص مؤثرند.

راجع به اثر عوامل تربیتی در ساختمان و سازمان شخصیت، تحقیقات مفصلی بعمل آمده و امروزه آنرا عامل مهمی در شخصیت میدانند گرچه اختلالات روانی موضوعی است شخصی ولی چون موازین تربیتی را شخص با اجبار قبول مینماید و مولد بسیاری از فشارهای داخلی است لذا عوامل تربیتی و اجتماعی اثر بسزائی در ایجاد اختلالات روانی دارند و برای حل این معما باید با صبر و بردباری هر چه تمامتر تحقیق و تدقیق پرداخت اجتماعی بودن بشر بدون شك عامل مهمی در ایجاد انواع واکنشهای نوراتیک یا سایکاتیک است موازین اجتماعی، رقابتها، لزوم سرکوبی تمایلات خلقی و قوانین، موجبات محرومیت را فراهم و ایجاد ناسازگاریهای روانی مینمایند این عوامل اجتماعی توأم با عوامل بدنی و روانی، مسئول ایجاد شخصیتها می هستند که بالاخره منتهی به نوروزها یا سایکوزها میگردند عوامل اجتماعی اغلب جزء علل آشکار ساز قرار میگیرند افکار و نوع علائم بیمار بستگی با اوضاع اجتماعی و شرایط محیط دارد میتوان گفت شخصی که مبتلا با اختلال روانی است نتوانسته سازش کاملی با تربیت و محیطی که در آن زندگی مینماید حاصل کند بنابراین واکنشهای نوراتیک یا سایکاتیک نماینده شکست در برابر فشارهائست که برای تطابق با اجتماع باو وارد آمده است.

مردم شهرستانها پس از اهالی دهات و قصبات به بیمارستانهای روانی مراجعه مینمایند زیرا اولاً بیماریهای روانی در شهرها زیادتر و بعلاوه تعداد مراجعین بسبب عکس با فاصله آنها از بیمارستان دارد زوال عقل الکلی ، فالج منرفی ، سایکورسمی ، سایکوزمانیاک دپرسیو ، بارانویس و نوروزها بیسر در شهرها وجود دارند در حالیکه زوال عقل پیری و تصلب شرائین ، ملانکولی دوران کهولت و نقصیه های عقلی بیشتر در قرا ، و قصبات دیده میشوند سیروفرسی تقریباً در شهرها و قرا ، بیک نسبت دیده میشود محیط در طرز ساختمان و سازمان شخصیت و ایجاد اختلالات روانی نقش مهمی را ایفا مینماید و در حقیقت زندگی انحصار مجموعه واکنشهای متقابل محیط و شخص است محیط برای هر شخصی مفهوم خاصی دارد و اثر محیط بر شخصیت و اختلالات روانی عملی به حدی است که نمیتوان این دورا از یکدیگر مجزا ساخت .

بطور خلاصه باید متذکر سویم که محیط از دو نظر حائز اهمیت است یکی از نظر وضع جوی و آب و هوا و دیگری از جهت وضع اجتماعی و عقاید . اثر محیط را در روحیه و درجه فعالیت نمیتوان انکار کرد محیطی که از هر حیث آماده کار و فعالیت و از نظر حرارت و برودت درجه مناسبی برای زندگی دارا باشد بدون شک اثر قابل توجهی بر مردم آن سرزمین خواهد داشت کما اینکه با کمی دقت در تاریخ تمدن بشری ملاحظه خواهیم کرد که حداکثر رشد قوای شعوری و فعالیتهای زندگی در مناطق معتدله بوده و در مناطق حاره چون جنگلهای افریقا و یا در سرمای شدید مانند قطب شمال ، اغلب مردمان دارای حداقل فعالیت قوای شعوری بوده و از اغلب جهات رشد چندانی ننموده اند .

نکته دیگری که قابل توجه است اثر عقاید و رسوم اجتماعی بر شخصیت است طفل همواره تحت اثر محیط و شرایط اجتماعی که در آن پرورش

می‌یابد قرارداد و این شرایط بدیاً خوب، هر چه هست، اثر خود را در روحیه افراد مخصوصاً در دوران کودکی خواهد گذاشت و رابطه بین طفل و والدین و سایر افراد فامیل، نقش مهمی در این زمینه بازی مینماید بنابراین اخلاق زشت و کژ خوئی والدین، اعتیاد بالکل و تریاک و سایر سموم اثر قابل ملاحظه‌ای در شخصیت طفل خواهد داشت.

در مطالعاتی که رولیش روی اثر طبقاتی در نوع کسالت روانی کرده ملاحظه شده که شیروفرنی در طبقات پائین اجتماع بیشتر دیده میشود و بعلاوه اختلالاتی که نماینده نقص سوپرایگو میباشد، زیادتر است (۹۵ درصد از زندانیان از طبقات پائین اجتماع هستند) ولی اختلالات و سواس و اجبار در طبقات بالاتر اجتماع و تضادهای اوئیدیپوس در طبقات متوسطه دیده میشود.

۷- زناشوئی

آمار نشان میدهد که تعداد مبتلایان به بیماری‌های روانی، در بین افراد مجرد بیش از اشخاصی است که ازدواج کرده‌اند البته مراعات نظم و ترتیب و حس مسئولیت و زندگی راحت‌تری که این افراد دارند، دلیل قانع‌کننده‌ای نخواهد بود بلکه باید بخاطر آوریم که رابطه زناشوئی، یکی از مهمترین ارتباطات بین افراد بشر است که نه فقط موجب کامیابی و ارضاء غرائز جنسی است، بلکه ایجاد حس تأمین مینماید که عدم وجود آن برای شخصیت بسیار ناگوار و ناراحت‌کننده است این حس که فردی دیگر ویرا بشرکت و همسری دعوت نموده و باو علاقمند است، کمک مؤثری بحس تأمین مینماید نجات و خلاصی از تنهایی، حفظ ولدت والد بودن و مخصوصاً در زنها تأمین وضع اقتصادی و مادی، موجبات خوشحالی زیادی را فراهم خواهد کرد پس از ازدواج، ممکن است شخص مجبور شود که وضع زندگی خود را کاملاً تغییر داده و با افراد کاملاً متفاوتی معاشرت و رفت و آمد کند.

دلایل بسیاری برای کثرت بیماریهای روانی در بین اشخاصی که متار که مینمایند وجود دارد در بسیاری از موارد مقدمات بیماری روانی قبل از ازدواج فراهم بوده و پس از آن ظاهر و منجر به متار که گردیده و یا بعدی شدت یافته که بستری نمودن ویرا ایجاب کرده است بطورکای افرادیکه متار که مینمایند ، اغلب دچار تضادهای داخلی متعدد و شدیددی هستند و از متار که آنها نباید تعجب نمود و همان ناسازگاریها هستند که موجبات ایجاد عدم تطابق و نوروژ و سایر بیماریهای روانی را مینمایند باید بخاطر داشت که ازدواج محتاج حداکثر تطابق است ممکن است دختری دارای آن محکمی و ثباتی که لازمه بلوغ و ازدواج و مادری است نباشد و شاید علت آن بوده که والدین نمونه خوبی برای تطابق و والد بودن نبوده اند بیماریهای روانی ممکن است بعقل جنسی مانند مادری ، آبستنی و سقط و غیره آشکار شوند .

شخصی که قسمت جنسی شخصیتش بعد باوغ نرسیده و تمایلی بجنس مخالف ندارد قطعاً قادر بازدواج و مشارکت با جنس مخالف نیست موضوع دیگری که خوب است شمای از آن بنگاریم عدم تناسب سنی بین والدین و فرزندان است از تحقیقاتی که تاکنون بعمل آمده چنین برمیآید که اگر چه رشد فیزیولوژیکی در پسران در سنین ۲۵ سالگی و در دختران بسن ۲۰ سالگی پایان میرسد ولی رشد عقلی و هوشی و تجربی آنها در حدود ۳۰ - ۳۵ سالگی اختتام مییابد بنابراین اطفال والدین ۲۰ ساله با کودکانی که از پدر و مادر ۳۰ - ۳۵ ساله بعمل آمده اند از نظر استعداد جسمی و هوشی اختلاف خواهند داشت و نیز باید متذکر شویم که اولاد اشخاص بسیار پیر نیز معمولاً ضعیف و ناتوان و دارای رشد جسمی و عقلی طبیعی نخواهند بود از ذکر این مختصر چنین باید نتیجه گرفت که اختلاف سنی فاحش بین والدین، در فرزندان اثر خوبی نخواهد داشت و بعلاوه گرچه سن ۲۰ در دختر و ۲۵ در پسر از نظر قوای جسمی بهترین موقع ازدواج خواهد بود ولی

فرزندانی که در سنین ۲۰-۳۵ سالگی بعمل آیند دارای استعداد بیشتری میباشند.

۸- آبستنی

بیماریهای روانی ممکن است بهنگام آبستنی و یا پس از زایمان اتفاق افتند ولی بعقیده عده‌ای بیماری روانی مخصوص این مراحل وجود ندارد. در هر يك از مراحل نامبرده فشارهای فیزیولوژی و روانی خاصی وجود دارد. خاطرات مزاحم سرکوبی شده ممکن است در اثر فشارهای فیزیولوژیک و موقعیت احساساتی خاص این مراحل تاب تحمل نیاورده منجر بشکست ایگو و ظهور واکنشهای روانی گردند گاهی زن آبستنی و زایمانرا بخوبی تحمل نموده و بطور طبیعی بپایان میرساند ولی بعداً در اثر خاطرات آبستنی، تولد طفل و احساس مسئولیت مادری که جدیداً با او محول شده دچار اختلالات روانی میگردد در اینحال اغلب دچار پندارهای بیهوده و هذیانی بشکل خصومت و نفرت نسبت بشوهر و حتی نسبت به طفل میشوند که انعکاس ناسازگارهای داخلی راجع بازدواج یا مادر شدن یا پسرودختری طفل میباشد گاهی نیز هذیان بیماری مبتنی بر آنست که طفل مرده است و بنابراین ویرا بکلی طرد و ترك مینماید و یا با او بد رفتاری میکند و از شیر دادن امتناع دارد زمانی نیز مضطرب است که مبادا اتفاقی برای طفلش رخ دهد.

آبستنی کمتر توأم با بیماریهای روانی بوده آمار آنرا ۲۴ دردهزار نشان داده است. تقریباً نیمی از سایکوزهای آبستنی یا پس از زایمان، شیذوفرنی و ۲۵ درصد مانیاک - دپرسیو و ۲۰ درصد واکنشهای سایکونوراتیک میباشد اغلب بیماریهای روانی پس از زایمان در دوران حاملگی شروع شده، منتهی تشخیص داده نشده‌اند.

پس بطور کلی باید بهداشت زنان باردار را کاملاً مراعات نمود و آنها را

از شر هیجانات و خاطرات و وقایع ناگوار و مزاحم در امان داشت بخصوص که معمولاً در هنگام بارداری دچار افکاری مشوش و مضطرب و خیالات واهی و بی‌اساس می‌باشند بعضی از آبستن شدن نگرانند و برخی از نوع مولود آینده مضطرب .

علاوه بر آنچه که در فوق ذکر شد و قسایع دوران آبستنی ممکن است اثرات قابل ملاحظه‌ای در رویان داشته باشند مثلاً امراض عفونی دوران حاملگی اثر شومی در جنین دارند و چنانچه سقط نشود ممکن است منجر به کژخونی و ضعف گردد اثرات بیماری سیفایس بر رویان پوشیده نیست و چنانچه طفلی سقط نشود ممکن است دچار انواع و اقسام بیماریهای عصبی و غیره گردد همچنین اثر سموم داخلی و خارجی را بر رویان نبایستی از خاطر برد ضربه و لگد روی شکم زن حامله ممکن است منجر به سقط جنین گردد و در غیر اینصورت خطر خونریزی در نقاط مغزی و ساسانه اعصاب در پیش است که باعث ضعف عمومی و روانی خواهد شد هنگام تولد ممکن است در اثر قیچی زایمان و یا وضع حمل طولانی و یا بکار بردن داروهای بیهوشی خطرانی متوجه طفل گردد .

وجود جنین و اکنشهایی ، زن را مستعد ابتلای به بیماری روانی در آبستنی‌های بعد نخواهد کرد و تقریباً در نیمی از موارد کسالت روانی در آبستنی دوم یا سوم پیش می‌آید و بهبودی نیز مانند سایر موارد است .

۹- مشاغل و کار زیاد

بجز مواردیکه شخص بر اثر شغل ممکن است در معرض مواد سمی قرار گیرد شغل و کار ، کسی را مستعد ابتلای به بیماریهای روانی نکرده است .

مدتها راجع بساینکه آیا کار زیاد و کثرت مشغله ممکن است علت

بیماریهای روانی باشد بحث بوده است فعلا معتقدند که خستگی یکی از علائم بیماریهای روانی است نه علت و بطوریکه اغلب فامیل بیماران اظهارمیدارند علائم روانی قبل از اقدام بزیر کار کردن بیمار آشکار بوده با کمی توجه بشرح حال بیماران خواهیم دید که میل به اشتغال زیاد بکار برای فرار از تضادها و ناسازگاریها و مسائلی بوده که بیمار قادر بحل آن نبوده است و البته خستگی موجب نقصان قوای ایگو خواهد شد امروزه کمتر ممکن است کثرت و فشار کار، موجبات اختلال قوای دماغی را فراهم سازد بلکه بیشتر عدم موفقیت، محرومیت، نداشتن تأمین و غیره را باید در اینمورد مسئول دانست و فعلا دلایلی برای اثبات اینکه مشغله و کار زیاد بدون فشار و ناراحتیهای احساساتی قادر بایجاد واکنشهای نورائیک یا سایکاتیک باشند در دست نیست و بهیچوجه نمیتوان وضع زندگی جدید و تمدن امروزی را مسئول ظهور اختلالات روانی دانست.

گرچه ممکن است خانواده بیمار اظهار کند که قبل از بیماری، بیمار زیاد کار میکرد و مشغله فراوان داشته ولی باید متذکر شویم که اشتغال بکار زیاد و صرف وقت، تنها بمنظور فرار از موقعیت مزاحم و تضادها بوده، چون بیمار را محل مناسبتری پیدا نکرده است. میتوان گفت که خستگی از قدرت ایگو در کنترل امور میکاهد شاید عوامل مولد اختلالات نورائیک و سایکاتیک در زندگی امروزی بیشتر در سرعت و فشار کار، سروصدا و امثال آنست موقعیتهای مولد اضطراب از قبیل عدم قبول قدرت مافوق ورؤسا و مبارزات موجود، مسئولیتهای زیاد و غیره ممکن است شخص را در معرض ابتلای به بیماری روانی قرار دهد عدم ارتقاء به مقام بالاتر و دریافت نکردن رتبه، شخص را مستعد به ترس از تجاوز مینماید واضح است که فعالیت دماغی در صورت وجود استرس، هیجان و فشار، ایجاد واکنشهای نورائیک یا سایکاتیک خواهد کرد البته این عدهای که معتقدند

زندگی جدید امروزی مولد بیماری روانی است دلیل قاطعی ندارند بازنشستگی بعلت ازدست دادن شغل که منجر به از کف دادن شخصیت و دوری از رفقا میگردد ، گاهی مولد بیماری روانی میشود .

۱۰- الکل

راجع به اثر الکل در ایجاد بیماریهای روانی ، تحقیقات مفصلی بعمل آمده و عوامل درهم و پیچیده‌ای وجود دارد و با اینکه بعضی از قسمت‌های آن روشن شده ولی هنوز نکات مبهم و تاریک بسیاری در پیش است اینکه رابطه مستقیم بین میزان مصرف الکل و بیماریهای روانی در هر اجتماعی وجود دارد، قابل انکار نیست و آمارهائیکه در امریکا گرفته شده نشان میدهند که در سال ۱۹۲۰ پس از قدغن شدن شرب مسکرات، تعداد بیمارانی که برای بار اول در بیمارستان روانی شهر نیویورک بعلت سایکوز الکلی بستری شدند تنزل نمود و به ۱/۲ درصد رسید این نسبت تدریجاً در ۱۹۴۱ به ۷/۱ رسید و سپس تا سال ۱۹۴۵ تنزل نمود و مجدداً از زمان جنگ دوم جهانی روبه تزايد است در مدت سه سال (۱۹۱۹ - ۱۹۲۱) که مراقبت شدیدی نسبت به اجرای قانون منع فروش مشروبات الکلی انجام میشد ۷۲۰ نفر مبتلا به سایکوز الکلی در تمام بیمارستانهای شهر نیویورک بستری شدند (برای اولین بار) و این عده تا سال (۱۹۲۹ - ۱۹۳۱) روبه افزایش گذارد و به ۳۰۱۳ نفر در (۱۹۳۹ - ۱۹۴۱) به ۳۱۳۲ نفر رسیده و از آن تاریخ تا بحال تغییرات قابل ملاحظه‌ای ننموده است هر اندازه مراقبت بیشتری در تهیه شرح حال بیمارانی که مبتلا به اشکال مزمن بیماریهای روانی هستند بشود، بیشتر متوجه خواهیم شد که میگساری یا علامت بیماری روانی است و یا راهی است برای مقابله با مسائل و مشکلات شخصیتی که منجر به بیماری روانی گردیده نه اینکه الکیسم خود موجد بیماری روانی باشد البته بایستی

بخاطر داشت که نقصان ویتامین‌ها در افراد الکلی نیز سهم بسزائی در ایجاد اختلالات روانی دارد .

۱۱- معایب بدنی

معایب و نواقص بدنی دیگری که ممکن است ایجاد ناراحتی و اضطراب نموده و در بیمار واکنشهای مختلفی دفاعی و جبرانی را ظاهر نمایند عبارتند از تغییر شکل اعضا، تناسلی، کجی پاها، قوز و انحنای غیرطبیعی ستون فقرات و معایب مادرزادی دستگاه بینائی و شنوائی، شکاف سقف دهان و غیره که موجب حس حقارت و عدم تأمین میشوند و این حالات در سنین بلوغ بیش از سایر مواقع ممکن است ایجاد واکنشهای روانی بنماید ولی باید متذکر شویم که این قانون عمومیت ندارد و شخصیت همه افرادیکه دارای معایب بدنی هستند تحت تأثیر واقع نمیشوند .

اطفالی که دارای نواقص و معایب مادرزادی یا اکتسابی هستند از نحوه و طرز رفتار سایرین نسبت بخود ناراحت میشوند چنانچه اطرافیان بطرز خاصی با وی رفتار نمایند ویرا غریب و عجیب دانند و نظری از روی ترحم بروی افکنند بی‌شک در رشد و نمو شخصیت تأثیر بسزائی خواهد داشت برای اهمیت مطلب کافی است بذكر آماری بپردازیم در امریکا قریب ۲۵ میلیون نفر دچار بیماری مزمن یا نقص عضو بوده و نیمی از آنها کمتر از ۵ سال دارند و ۱۶ درصد از ۱۶ سال کمتر دارند البته اهمیت معایب بدنی در ایجاد بیماریهای روانی ، بسته به ارزشی است که فرد برای آن قائل است در شخص گاهی بعنوان واکنش نسبت به احساس حقارت و مورد ترحم واقع شدن ، توسل به مکانیسم‌های جبرانی افراطی است .

۱۲- بیماریهای بدنی

بیماریهای بدنی حاد اغلب منجر بسندرم حاد مغزی و هذیان میشوند

ولی کمتر مستقیماً ایجاد نوروزیا اختلال عملی روانی مینمایند اما بیماریهای مزمن، اشکالات و محرومیت و طرق ناصحیحی که برای مقابله انتخاب میشوند، جز، علل مولد نوروز میباشند اشخاص مبتلابه کسالت‌های عضوی با دو مسئله مواجه‌اند که بایستی در برابر آنها مکانیسم‌های دفاعی انتخاب نمایند مسئله اول که بیمار بیشتر بر آن وقوف دارد درد، ناتوانی در کار، راه اعاشه و موانعی که بعلت برکناری از شغل برای فامیلش پیش آمده است میباشد و مسئله دوم نتیجه تحریک تضادها و ناسازگاریهای سرکوفته شعور تاریک است و ما بخوبی رابطه بین علائم روانی که در اثر ضعف ایگو که در نتیجه بیماری بوجود آمده و شخصیت قبل از بیماری ملاحظه میکنیم.

مثلاً در مورد بیماریهای دستگاه گوارش قرچه‌های معدی مزمن ایجاد افسردگی و ملانکولی مینماید و کرمهای امعاء گاهی اختلال حواس را باعث میشوند و بیماریهای دستگاه تناسلی نیز موجبات تغییرات خلقی و انحراف از محور اصلی میگردند.

بیماریهای کلیوی حاد و مزمن ایجاد علائم روانی، تندخونی، نسیان و گاهی توهمات بصری و غیره را مینمایند.

بیماریهای دستگاه گردش خون از قبیل خونریزی دماغی و آمبولی و تصلب شرائین ممکن است موجب اختلالات شعوری و حسی زوال عقل شوند. بیماریهای عصبی که همراه ضایعات نسج مغزی باشند با اختلال دماغی توأم هستند مانند بیماریهای پارکینسون، فالج مترقی، کره و غیره.

بتحقیق نمیتوان گفت که آیا اختلال فیزیولوژیکی در تمام موارد بیماریهای روانی وجود دارد و یا در برخی از حالات دیده میشود مثلاً در فالج مترقی عوامل ضایعات عضوی بطور وضوح وجود دارند و علت علائم روانی را بخوبی بیان میدارند اختلال حافظه و درک و سایر اختلالات قوای شعوری که با پیشرفت فالج مترقی ملاحظه میگردند مربوط با اختلال

فیزیولوژی سلولهای عصبی قشری است و این عوامل عضوی ممکن است بعدی شدت یابند که موجبات اختلال شخصیت و بیماری روانی را فراهم سازند بعضی از روان‌پزشکان معتقدند که انواع بیماریهای روانی مانند شیزوفرنی، سایکوز مانیاک دپرسیو و حالات پارانوئید در اثر تغییرات فیزیکی و شیمیائی ایجاد میشوند که گرچه مانند فالج مترقی باعث انهدام نسبی میشوند ولی برای اختلال مکانیسم های دماغی کافی میباشند وجود ضایعات نسبی و تغییرات فیزیکی و شیمیائی بدست آمده هنوز بعنوان عامل اتیولوژیک در این بیماریها پذیرفته نشده است البته بعضی از مناطق قشری را نسبت بسوموم و جراحات حساس یافته اند و این امر مخصوصاً نسبت به طبقه سوم که سلولهای آن به اکسیژن بسیار حساسند صادق است البته طرز رفتار انسان را نمیتوان با یک اختلال عمل شیمیائی مقایسه کرد و شاید در آتیه ارتباط نزدیکتری بین دینامیک روانی و اعمال سلسله اعصاب مرکزی برقرار گردد.

۱۳- اختلال مغزی

سابق بر این کلیه بیماریهای روانی را در اثر ضایعات مغزی می پنداشتند و هر دسته از علائم روانی را مربوط به ضایعه ناحیه بخصوصی از مغز تصور مینمودند با اینکه در بعضی از اختلالات روانی ضایعات مغزی وجود دارند ولی در اغلب مواقع تا آنجا که معلومات امروزی ما قادر به تشخیص است ضایعات مغزی وجود ندارد و حتی در مواردیکه علائم روانی پس از بیماری مغزی بوجود می آیند نمیتوان آنها را فقط بر حسب ضایعات تفسیر کرد.

علائم روانی حاصله از ضایعات مغزی بیشتر بستگی با حاد و مزمن بودن بیماری مغزی دارد باید دید که آیا منتشر و پراکنده است یا محدود بنابراین علائم حاصله جز، یکی از این سه دسته خواهند بود.

۱ - سندرم حاد عضوی .

۲ - سندرم مزمن مربوط به ضایعات منتشر و پراکنده .

۳ - سندرم مزمن مربوط به ضایعات محدود و منحصر .

علائم حاد عضوی در نتیجه اختلال عمل نسج فسمت‌های مختلفه مغز که موقت و قابل برگشت هستند بوجود می‌آیند و عبارتند از اختلال هوشیاری و آگاهی، اشکال درک و احساس، خواب‌آلودگی، تیرگی شعور و اغما، توهمات و هذیان موقتی .

سندرم مزمن عضوی در اثر اختلال عمل نسج مغز بطور دائمی و غیر قابل برگشت حاصل میشود شدت علائم در هر موردی متفاوت است ولی اغلب دچار اختلالات حافظه، قضاوت، جهات‌یابی، درک و سایر علائم روانی میباشد .

۱۴- ضربه

ضربه‌های سر که منتهی به ضایعاتی از قبیل له شدن و از هم گسیختن سلولهای عصبی، تورم و خونریزی، انهدام نسج مغزی و تولید نسج التیامی شوند ممکن است توأم با اختلالات روانی باشند شکل بالینی معمولاً در اوائل مانند يك سندرم حاد عضوی است و در صورتیکه ادامه یابد . بشکل سندرم مزمن عضوی همراه با اختلال دائمی اعمال مغزی در خواهد آمد ضربه وارده بهر يك از نقاط بدن نیز ممکن است ایجاد نوروز ضربه‌ای نماید مخصوصاً اگر برای بیمار نفی نیز از آن متصور باشد .

۱۵- عفونتها

سیفلیس بیش از سایر عفونتها در ایجاد بیماریهای روانی دخالت دارد و فالج مترقی تقریباً سه درصد بیماران روانی را تشکیل میدهد در ۲۰ سال اخیر تعداد مبتلایان بسیفلیس کاهش یافته لذا فالج مترقی نیز نادرتر شده

است سموم حاصله از امراض عفونی از راه خون وارد مراکز دماغی شده و گاهی نیز خود میکروب در مناطق قشری مغز ضایعاتی ایجاد نموده و منجر به تشکیل نسج اسکروز میگردد سایر امراض عفونی از قبیل حصبه، مالاریا، تیفوس، سرخک و غیره اثرشومی دارند و ایجاد اختلالات روانی مینمایند دیگر از بیماریهای عفونی که اثر نامطلوبی در مراکز عصبی و قشری دارند آنسفالیت لتارژیک است و ممکن است در بیمار اختلالات خلقی، شیزوفرنی و کژخوئی و غیره ایجاد نماید.

۱۶- مواد سمی

بعضی از داروها و ادویه‌های شیمیائی ممکن است سندرمهای حاد مغزی بشکل هذیانهای زودگذر و ندرتاً طولانی فراهم سازند این داروها عبارتند از برمورها، باربیتوریک و فرآورده‌های آن، مرفین، کوکائین، سرب و غیره. با استعمال تریساک و حشیش دربدو امر پر حرفی و سپس سکوت و خمودگی و توهمات سمی و بصری در بیمار ظاهر میگردد.

۱۷- اختلالات غدد مترشحه داخلی

بدون شك اختلال اعمال غدد مترشحه داخلی، باعث ایجاد بیماریهای روانی میگرددند مثلا چنین اختلالانی ممکن است منجر به عدم تکافو و نقص اعضا، مختلفه شده و در نتیجه شخص احساس محرومیت و عدم تأمین نماید و بعلاوه طرز رفتار مردم بعلت نقص بدنی وی ایجاد واکنشهای دفاعی خواهد کرد و نیز کیفیت سلسله اعصاب نباتی در ساختمان شخصیت دخالت دارد و اغلب اختلال سلسله اعصاب نباتی و غدد مترشحه داخلی موجب تمایز شخص از نظر بدنی با سایرین میشود و این امر ایجاد مکانیسم‌هایی بمنظور دفاع و جبران خواهد کرد که ممکن است منجر با اختلال و انقلاب شخصیت و

عدم تطابق اجتماعی حتی بحد بیماری گردد مثلاً اگر ترشحات غده تیروئید نقصان یابد ایجاد میکسودم و حماقت نموده و چنانچه ترشحات آن بیش از اندازه باشد تولید گواتراکزافتالمیک توام با تندخوئی و اختلال روانی مینماید.

۱۸- فقدان و کمبود

فقدان مواد مورد احتیاج بدن (اکسیژن، موادغذائی، مایعات، خواب و محرکین و غیره) اگر بمدت زیادی ادامه یابند ممکن است منجر به معایب بدنی شدیدی گردد و عامل مهمی در تعیین سندرم های مغزی شود.

الف - محرومیت از اکسیژن

مغز بیشتر از سایر اعضا، بدن نسبت به کمبود اکسیژن حساس است معایب رشدی و بعدها تغییراتی در طرز رفتار از عواقب عادی کمی اکسیژن است اثر کمی اکسیژن قبل از تولد کاملاً محرز و منجر به نارسائی قوای دماغی و اختلالات شخصیت و معایب بدنی میگردد.

درزندگی نیز فقدان حاد اکسیژن، خفگی، کم خونی مغزی بر اثر اسپاسم عروق، انفارکتوس یا عدم تکافوی قلب، بیماریهای مزمن ریوی مانند آمفیزم، آنمی یا مسمومیت با اکسیددوکربن و سایر سموم معمولی در صورت شدید بودن، ایجاد علائم نارسائی مغزی مینماید.

نزول غلظت اکسیژن به ۷۵ درصد بمدت ۲ - ۳ ساعت، در افراد سالم ایجاد تندی تنفس، خستگی، سردرد و سپر اشکال در تمرکز افکار و کنترل احساسات نموده است بر حسب نوع شخصیت، فردی که از اکسیژن محروم شده ممکن است دچار خوشحالی مفرط و اختلال قضاوت و تمایلات حمله و تجاوز گردد بعضی نیز بشدت افسرده و غمگین شده قادر به کنترل احساسات و عواطف نیستند و در انجام کارهای معمولی دچار اشکال میشوند.