

فقدان اکسیژن موضعی بمدت طولانی یکی از علل سندرم دماغی عضوی که همواره با تصاب شراین است بشمار میرود. اینکه آیا کاهش مصرف اکسیژن در زوال عقل پیری اولیه است و یا ثانوی و یا بعلمت کم شدن سلولهای عصبی است هنوز بخوبی روشن نشده .

در درمان یا شوک کاهش اکسیژن دماغی پهن میآید چنین معتقدند که مناطق جدید مغز بیشتر به کمبود اکسیژن حساس هستند و بدین جهت قشر لوب فرونتال زودتر از سایر مناطق در برابر کمبود اکسیژن زیان می بیند .

ب - فقدان مواد غذایی

کمبود مواد غذایی در تمایلات، خلق و کار مؤثر است مطالعاتی در زمان جنگ ویا در افرادی که بعلمت کمبود ویتامین مبتلا به بیماری روانی شده اند بعمل آمده و نیز در حالت نیمه گرسنگی که در بیماران افسرده ، بعضی شیزو فرنها و بی اشتهائی های عصبی دیده میشود مطالعه نموده اند و حتی بوسایل تجربی نیز در افراد نیمه گرسنه تحقیقاتی کرده اند علاوه بر کاهش وزن، خستگی، یک دنده گی، تمایل زیادی به صحبت در اطراف غذاها و علاقه بدیدن آن و در خواب و خیال نیز سفره های رنگین دیدن ، تدریجاً افزایش اشتها ، درد عضلات تحریک پذیری ، بی اعتنائی یا حساسیت به صدا پیدا شده و تصور بی ارادگی و عدم قدرت کنترل مینمایند. تمایلات جنسی تدریجاً ضعیف شده تا بجائی که اصولاً دیگر علاقه ای به جنس مخالف نشان نمیدهند . مقدار اسپرم کم شده و درزنها آمنوره دیده میشود برای جبران کمبود غذایی در افراد سالم که مدت ۲۴ هفته تحت تجربه نیمه گرسنه بوده و روزانه فقط ۱۶۰۰ کالری دریافت داشته اند لازم شده مدت ۶ هفته غذای کافی مصرف نمایند .

بطوریکه در زمان جنگ ملاحظه گردید گرسنگی منجر به تغییرات

شخصیت ، پستی و خست ، سوء ظن و کناره‌گیری از اجتماع شده‌است در اوائل گرسنگی سطح اخلاقی شخص باین آمده تمایلاتی چون کودکان دارند و علاقه به شب شامی و دفع مدفوع پیدا میکنند چنانکه کم بود غذائی ادامه یابد تمایلات تجاوز و نعرس ، مکیدن و علاقه بدهان بوجود آمده و حالت بی‌اعتنائی و بالاخره علائم عدم تکافوی مغزی ظاهر میشود .

پ - فقدان وینامین

بر اثر کمبود وینامینی سندرم آنسفالوپاتی بر اثر اختلال متابولیسم یا اختلال عضوی مغز بیس می‌آید از آنجمله سندرم بلاگر و ورنیکه‌است و در همه این احوال سندرم حاصله عضوی است نه روانی گرچه عوامل روانی هم دخالت داشته باشند .

ن - محرومیت از خواب

محرومیت مداوم از خواب بطوریکه از تجارب روی افراد سالم بر می‌آید منجر به اختلال اعمال شخصیت و نیز تغییراتی در ظاهر بیمار ، صحبت و تکلم ، خلق ، درک و تفکر میشود اینکه تغییرات تنها بر اثر بیخوابی یا خستگی عضلانی و یا حتی رؤیاهائی است که با آن نواز است هنوز بخوبی معین و مشخص نگردیده هنگامیکه فردی از خواب محروم شود توجه به شغل و کار که شده دچار بی‌عاری ، بی‌اعتنائی و عدم قدرت تمرکز افکار میشود حالت چرت و خواب‌الودگی و عدم واکنش تدریجاً ظاهر شده شخص قادر به کار و فعالیت نیست و درک موقعیت نمیکند ارتباط خود را با محیط از دست داده و مسائل و موقعیت‌ها را با یکدیگر مخلوط و اشتباه میکند .

بسی از مدتی بی‌خوابی ، اشتباه در درک و حس ظاهر شده و شکل و رنگ و اندازه و حرکات اجسام تغییر میکند و این اشتباه گاهی بصورت توهمات نظاهر مینماید تدریجاً گمی در زمان ظاهر شده و تصور میکند زمان دیر میگذرد اراده‌اش مختل و قادر به تصمیم نیست سیر افکار متشتت و پراکنده

موضوعات را نا کامل میگذارد و میگذرد تدریجاً مطالب و مسائل را فراموش کرده تکلم بی ربط میشود و قادر به تمیز اشتباه و اصلاح آن نیست در بی خوابی شخص احساس نواری دور سر میکند و زمانی نیز احساس تغییر بدن و خود مینماید یا خود را عجیب و غریب می یابد که میتوان به تجزیه شخصیت تعبیر کرد.

بر اثر بی خوابی اعمال فیزیولوژیکی نیز کاهش یافته از تونوس عضلات، درجه حرارت، تعریق و قدرت واکنش در برابر محرکین کاسته میشود با ادامه بی خوابی تدریجاً از قدرت بیداری کاسته میشود تنفس برای دفع اکسید و کربن خون و لاکتات افزایش می یابد.

ث - فقدان خواب دیدن

بتازگی محرومیت از خواب دیدن را مورد آزمایش قرار داده اند در یک خواب طبیعی ۴ - ۵ بار انسان خواب می بیند و مجموعاً ۲۰٪ مدت خواب را اشغال میکند در مدت ۵ - ۷ شب متوالی از خواب دیدن مانع میشود یعنی موقمیکه چشم ها حرکت میگردند و دستگاه الکتروانسفالوگرافی نوسانات خاصی را نشان میداد. شخص مورد تجربه را بیدار میکرد و بدین ترتیب ملاحظه کرد که در شب های آخر، مقدار خواب دیدن افزایش یافته افراد مورد تجربه عصبانی، تحریک پذیر و در تمرکز حواس و افکار و اشتغال بکار روزانه اشکال داشتند و در بعضی افزایش وزن و اشتها پیدا شد.

ج - محرومیت از حواس

تجرباتی که در سالهای اخیر بعمل آمده نشان میدهد که مقداری تحریکات حسی برای سلامت ایگو لازم است دو پویترین واکنش های هذیانی، توهمات و اختلالات احساساتی را در موقعی که چشم بیماری را که عمل کاتاراکت شده بود بسته بود ملاحظه کرد و طبق تجربیات کامورون یکی از عوامل مولد هذیان شبانه پیری، کاهش بینائی بر اثر تاریکی است.

عامل نهانی و بیحرکتی، علت اضطراب، اختلال در درک زمان و تجارب بوهمی و هذیانی است که در بیمارانیکه بدون حرکت دردسنگاههای نفس مصنوعی قرار میگیرند ملاحظه میشود علاوه مشابهی نیز در الکلیسم بعلت نهانی و کاهش حس دیده میشود مجرا بودن و کنار بودن از اجتماع را موجب سسوی معری یا بصیر افکار میدانند این حالت در سابقوز رندانیان، حالات بوهمی کنسی سکسگان و افراد گه شده و ساند در بیماران مزمنی که مدتها بطور مجرد نگهداری شدهاند سر دیده شود.

نحریه سان داده که اگر افراد ساله را اردیدن و سبیدن مانع سوبه و از نظر حرکت محدود کند، پس از چند ساعت دچار اضطراب، متمایل به احساس محرت حرچی و فعالیت ندی شده در بفر استال دارند پس از ۷۲ ساعت متلا نه هذیان و بوهما سانی میگردند و این اختلال بیسانی مدتها سر ادامه دارد و احساس میزند که ایبا، و احساء می چرخند و بوسال میکنند قادر به نابت کردن ایبا، در بعضا سوده سایه و روشنی و رنگ اجسام ندب می یاند در بقاء دوران محرومیت بوساسات معری خفیف و آهسته میشود.

معلوم است که اناهمه این واقعه و رویدادها بر اثر کاهش محرت و کنارگداردن یکی از حواس است، با بواسطه محدود ساحتی تماس با سایرین ولی اختلالات حس و درک و سایر بصیرانی که در ایگو بدید میآید چنانچه محرکی موجود ساند و شخص مورد نحریه سواند فعالیت حرکتی داشته باشد کمر خواهد بود.

نظر میآید که محرومیت در دوران زندگی منحریه معایب رشدی شده و امواجن را محتل میسارد متلا اصلاح چشم اطفالی که متلا به معصایب مادررادی فرته بودهاند عیب بیسانی را کاملا بر طرف نموده است و این امر با نحریات روی مبموها بر نابت شده است.

چ - مجزا کردن از اجتماع

کنار بودن از اجتماع نیز سهم مهمی در اختلالات شخصیت بالغین دارد گزارشات روان‌پزشکان اطفال و روان‌شناسان حیوانات نشان می‌دهد که از ظرفیت و قدرت تشخیص، کنترل ترس و اضطراب، حس درد، واکنش بدن در برابر فشار، عملیات جنسی و بچه‌دار شدن کاسته می‌شود.

۱۹- علل روانی

بطوریکه قبلاً متذکر شدیم بیماریهای روانی حاصل اختلاف عمل عضو واحدی چون مغز نیستند بلکه در اثر اختلال و بدی تطابق اعمال روانی - بدنی موجودی اجتماعی می‌باشند و ضایعات نسجی به‌تنهایی قادر به بیان اختلالات جریان فکر، خلق و طرز رفتار نیستند و در اغلب اختلالات روانی، ظاهراً نقص و عیبی در نسج عصبی ملاحظه نمی‌گردد بلکه نماینده واکنش شخص در برابر موقعیت‌های خاصی (وقایع اجتماعی و احساساتی) می‌باشند بیشتر اختلالات روانی و عدم تطابق‌ها را نمیتوان بعلت بیماری‌های بدنی دانست بلکه موقعیت‌های مولد ناراحتی و اضطراب را باید مسئول قرارداد این قبیل اختلالات را روانی نامند زیرا علت مولده روانی هستند.

بطور کلی قسمتهای احساساتی و محرکین نا مشخصی که در اعماق ضمیر باطن قرار دارند بیش از هر چیز در اختلالات روانی و شخصیت واجد اهمیت می‌باشند و برای پی‌بردن به بیماریهای روانی از هر قبیل (سایکو-نوراتیک، سایکاتیک، روانی - بدنی) باید مکانیسم‌های دینامیک شعور تاریک را که برای دفاع برضد ناراحتی و اضطراب انتخاب شده مطالعه نمائیم. بطوریکه بارها گوشزد نموده‌ایم باید در بیماریهای روانی، طرز رفتار بیمار را نتیجه استعدادها، وضع فامیلی، محیط، فشارها و مسائلی که بعقل غریزی و احساساتی پیش آمده‌اند و وقایع جانگداز و غیره دانست که

بیمار بواسطه عدم قدرت مقابله و مواجهه با این اشکالات و فشارها متوسل بانواع وسایل دفاعی برای کاهش اضطراب حاصله شده است .

همانطوریکه اشیا، چنانچه تحت اثر فشاری بیش ازحد تحمل قرار گیرند تاب مقاومت نیاورده خراب و منهدم میشوند؛ شخصیت نیز اگر تحت اثر فشاری بیش ازحد تحمل قرار گیرد و تار احساساتی پاره شود منجر به تجزیه شخصیت و اختلالات روانی میشود بدون شك در تمام افراد و لوانیکه از نظر تطابقی هم سالم باشند امیال و عقده‌های سرکوفته قابل تحریک و اشتعالی وجود دارد که در برابر فشار و ناراحتی تاب مقاومت نیاورده و اضطراب حاصله بحدی است که طرق طبیعی مقاومت و دفاع تکافو ننموده و مجبور میشود که بوسائل نوراتیک یا سایکاتیک متوسل گردد ولی باید متوجه بود که تنها فشار برای ایجاد اختلالات روانی کافی نیست بلکه باید گفت که برای ایجاد بیماری روانی در شخص معینی، فشار و ناراحتی مخصوص در موقعیت خاصی لازم است .

با در نظر گرفتن آنچه که قبلاً متذکر شدیم ملاحظه میشود که تعیین علل بیماریهای روانی کار چندان ساده و آسانی نیست و نمیتوان گفت يك حد کاملاً معین و مشخصی بین طرز رفتار طبیعی، نوراتیک یا سایکاتیک وجود دارد و برای آنها حدودی در نظر گرفت بلکه باید بامایر هم عقیده شد و گفت که «انواع و اشکال بیماریهای روانی چون خود زندگی متنوع و متغیرند» . اختلالات روانی همچنان حالت تب و تورم و غیره بمنظور دفاع و محافظت بوجود میآیند ولی چون ارتباط با خلق و روان بیمار دارند بنابراین بستگی به محیط و موقعیت نیز دارند نوروها و سایکوزها نماینده سعی و تلاش بیمار در تطابق با موقعیت‌های اجتماعی، روانی و فیزیولوژیکی که در وی مؤثر بوده و یا نماینده شکست وی در این تلاش میباشد این علائم گاهی برای مخفی ساختن حقایق از خود و یا برای رهائی و خلاصی از موقعیت

سخت و دشوار و مقابله با اضطراب و از بین بردن فشارهای زندگی انتخاب میشوند ولی بهر حال این توسل و انتخاب منجر به انحراف از حقایق واقع میشود.

با مطالعه دقیق طرز رفتار بیمار در دوران زندگی ملاحظه میشود که بوروز و سایکوز نتیجه منطقی تمایلات و عادات شخص بوده و چیزی جز تشدید طرز رفتار قبل از بیماری نیستند که برای مقابله با اضطراب انتخاب نموده است. مثلاً ممکن است خودنمایی را برای مقابله با موقعیتهای مولد اضطراب انتخاب نمایند و تا هنگامیکه این وسیله برای انجام منظور کافی است شخصیت تطابق کافی مینماید و در صورت عدم تکافؤ ناچار برای حفاظت و حراست متوسل بوسیله شدیدتری شده و بشکل حملات مانی متظاهر میشود بطور کلی تا زمانی که توافق و تعادلی بین قوای متضاد و ناسازگار وجود دارد صلاح و صفائی در کار است ولی به جردیکه این صلاح و صفائی داخلی برهم خورد علائم نورائیک یا سایکاتیک ظاهر میشوند اگر وضع زندگی اشخاص را بدقت تحت بررسی قرار دهیم خواهیم دید که اختلالات شخصیت نتیجه منطقی آنست بطور کلی میتوان گفت که بیماریهای روانی تقریباً کاریکاتورهای هستند از شخصیت قبل از ابتلا، و با کمی دقت و ممارست در طرز رفتار بیمار میتوان شروع بیماری را حدس زد.

الف - روابط بین افراد

ریسل اهمیت موقعیت اجتماعی طفل را در سیر و پیشرفت فیزیولوژیک و سایکولوژیک متذکر گردیده بی مهری و طردی طفل حتی در سالهای اول، ممکن است موجب عدم رضایت و واکنشهای منفی گردد و طفل از مکیدن پستان امتناع ورزد.

سوء ارتباط بین افراد فامیل، اثر بسزائی در ایجاد بیماریهای روانی دارد و اثرات آن از بدو طفولیت در ضمیر باطن طفل نقش می بندد لازم

بتوضیح نیست که روابط افراد بشر، همواره با زحمت و ناراحتی، خوشی و لذت، محبت و نفرت، گناه و حسادت، دشمنی و دوستی همراه و هر یک بنوبه خود توأم با عال دیگری در ایجاد بیماریهای روانی دخالت دارند.

رابطه بین طفل و مادر، مهمترین روابط دوران طفولیت و پایه و اساس بهداشت روانی و شخصیت آتی طفل بر آن استوار است والدینی که خلقی تند و خشن دارند موجبات خفه کردن احساسات طفل را فراهم مینمایند و از رشد کامل و مستقل شخصیت ممانعت بعمل میآورند و یا چنانچه مهر و محبت مادری مکفی نبوده و با آغوشی گرم از طفل استقبال نشود منجر بحس عدم تأمین و مانع رشد احساساتی و اجتماعی شخصیت میگردد مثلاً مادریکه در اثر ناراحتیهای زندگی ناخودآگاهانه طفل خود را طرد و یا بالعکس زیاد محافظت نماید باعث اختلال شخصیت میشود رفتار بد و ناشایسته دیگران مانند خصومت و دشمنی، تعرض و تجاوز، تسلط، آزار و غیره نیز ممکن است موجبات ظهور علائم روانی را فراهم سازند و ایجاد خلقی زشت و ناپسند نمایند و سرکوبی آنها ایجاد تضادها و ناسازگاری و اضطراب نماید حتی ممکن است تمایلات ضد و نقیض مانند توأم بودن دوستی و دشمنی در اعماق ضمیر باطن بیار آورند و شخصیت را تحت نفوذ قرار دهند.

امروزه عقیده روانپزشکان بر اینست که وقایع و خاطرات دوران کودکی قسمت اعظم مشی رفتار ما را تعیین مینمایند و مبدا، بسیاری از نوروزها و اختلالات شخصیت را باید در ضربه‌های احساساتی دوران طفولیت جست سو، رابطه با والدین یکی از مهمترین عوامل مولد بیماری است و روابط بین فردی که بعدها در زندگی پیش میآید، ممکن است موجبات بیداری محسوسات قبلی و مشکلات حل نشده را فراهم ساخته منجر با ایجاد دشمنی و خصومت، تعرض و تجاوز، احساس عدم تأمین و مطرود بودن و حس گناه گردد که اثر بسزائی در شخصیت طفل دارند و ممکن است حتی اختلالات روانی ایجاد

نماید تجارب بالینی این امر را تأیید نموده و نشان میدهند که بسیاری از اضطرابات ازسوء، رابطه بین فردی ایجاد میشوند و عدم قدرت توافق و تطابق که نتیجه سوء، رابطه بین فردی دوران طفولیت است شخص را نیز مستعد ابتلای به بیماریهای روانی مینماید و چه بسا افرادی که دارای زمینه و استعداد اولیه ابتلا، بوده‌اند ولی بعداً در معرض سوء رابطه بین فردی قرار نداشته بزندگی عادی خود ادامه داده‌اند با وجود همه این احوال کمتر ممکن است این عوامل در طفولیت موجبات بیماری را فراهم سازند بلکه در بزرگی قادر بمقابله و مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی نخواهند بود.

در فوق تأکید زیادی نسبت باثر روابط بین فردی در ایجاد مسائل زندگی و اختلالات شخصیت نمودیم ولی وقتی با علائم روانی - بدنی مواجه میشویم ملاحظه میکنیم که شکایات و علائم بدنی نیز ممکن است در اثر روابط بین فردی و حتی علل سمی، متابولیکی و سایر علل عضوی ایجاد شوند خشم و غضب شدیدیکه در اعماق شعور تاریک و یا در سطح شعور روشن قرار گرفته‌اند با اینکه تحت کنترل هستند ممکن است در بعضی اشخاص مخرجی یافته و بشکل فشار، ناپایداری خلقی، بدبینی و یا در موارد شدیدتر بشکل نوروز یا سایکوز تظاهر نمایند و در اشخاص دیگر همین عوامل ممکن است بشکل علائم بدنی آشکار شوند.

ب - فقدان والدین

بر اثر تماس مداوم و دائمی طفل و مادر، در طفل ایجاد حس تأمین و اعتماد میشود و از همین جا است که بعدها طفل قادر است از والدین جدا و بزندگی مستقلی ادامه دهد بر آورده شدن حوائج طفل بوسیله مادر پایه سلامت شخصیت را بنیان‌گذاری مینماید از دست دادن مادر در اولین سال زندگی از نظر رفع حوائج طفل اثر مهمی دارد آمار نشان میدهد که ۷ - ۱۰ درصد افرادی که دچار کسالت‌های نوراتیک یا سایکاتیک میشوند در سال

اول زندگی، مادر خود را از دست داده‌اند چنانچه علت از دست دادن جدائی یا طلاق باشد، این نسبت خیلی بیشتر خواهد بود بدون شك از دست دادن و یا جدائی طولانی و ممتد، طفل را از تجارب لازمه برای رشد و نمو ایگوی سالم باز دارد و بعلاوه این از دست دادن، ایجاد مقادیری واکنش‌های شخصیتی بسیار دینامیک میکند از دست دادن بعلت جدائی یا مرگ معمولاً با واکنش‌هایی توأم است طفل با گریه و یا طرز رفتار دیگری اعتراض میکند و پس از چند ساعت منجر به ناامیدی و کناره‌گیری و عدم فعالیت میگردد و سپس قطع ارتباط میکند بدین شکل که اگر هم شخص از دست رفته بازگردد تمایلی به رابطه نشان نمیدهد در اطفال بزرگتر این مرحله توأم با خشم است. در نظر کودک این احساس که مورد مهر و محبت پدر و مادر است بسیار مهم میباشد بنابراین محیط امن خانوادگی، برای رشد شخصیت کودک لازم و ضروری است چنانچه والدین، طفل خود را طرد نمایند در وی ایجاد رفتارهای ضد اجتماعی از قبیل دروغ‌گویی، دزدی و دیگر رفتارهای خلاف میشود و کودک جهان را محلی پر خطر و ناامن می‌پندارد.

پ - تعرض و تجاوز (۱)

در سالهای اخیر راجع باثر تعرض و تجاوز در ایجاد اختلالات شخصیت تاکید بسیاری نموده‌اند و آنرا میتوان تمایل بخودنمائی برای نیل به هدف و مقصودی که جزئی رنگی از میل بتعرض خصمانه و نابودکننده دارد دانست راجع باین موضوع دو فرضیه متضاد وجود دارد یکی مشتق از عقاید فروید که آنرا يك ميل غریزی میدانند و معتقد است هر موجودی تا حدی باین محرك و میل بنابودی وانهدام نیازمند است بهتر بگوئیم مؤلفه‌ای از غریزه مرگ فروید (۲) و دیگری فرض واکنشی است که طبق این نظریه تجاوز در اثر هیجانی است که بواسطه محرومیت ایجاد میگردد در اشخاصی که دارای

1— Aggression

2— Death Instinct

زندگی آرام و بی‌دغدغه‌ای هستند این واکنش کمتر تظاهر نموده ولی اگر هر آینه مانعی در راه حصول آمال و آرزوها باشد، ایجاد واکنشهای شدیدی مینماید بنابراین در اثر محرومیت ایجاد خشم و غضب شده و برای دفاع بحمله و تعرض میپردازد چنین حدس میزنند که ایجاد شخصیت متعرض و متجاوز بآن علت است که طفل متحمل خشونت و محرومیت‌های شدیدی در فامیل شده و در نهاد وی حالت تعرض و تجاوز پنهانی وجود دارد این حس میتواند بنوبه خود منجر با اضطراب و بالاخره موجب حس گناه و افسردگی و سایر بیماریهای روانی گردد درک این حقیقت که انسان از افراد نزدیکتر و سمیمی‌تر که بر آنها متکی است، بیشتر محرومیت و ناراحتی می‌بیند، نیز از نظر روانی با ایجاد اختلالات روانی کمک مینماید.

ما اغلب قادر به تمیز و تشخیص عوامل حاصله از روابط بین فردی و وقایع جاری که منجر به بیماری شده‌اند نمیشویم ولی این امر باعث نفی وجود آنها نیست آنچه از نظر بیماریهای روانی حائز اهمیت است معنی و مفهوم این روابط و میزان اضطراب حاصله از آنست‌گاه واقعه یا اتفاق کم اهمیت و بی‌ارزشی، ممکن است موجب تحریک تمایلات شعور تاریک شود احساسات، آرزوها و تمایلات غریزی محروم شده و علل مولد ترس، حقارت و از دست‌دادن شخصیت که دارای ضریب احساساتی شدیدی هستند، ممکن است بحدی مولد اضطراب شوند که شخص قادر بمقابله بدون وسایل دفاعی روانی نباشد.

حس ترس، گناه، خشم، خصومت، عدم تأمین یا عدم کفایت در مراحل اولیه زندگی حتی اگر هیچوقت هم در شعور آگاه خطور نکند شخص را مستعد ابتلا با اختلالات شخصیت مینماید و مسائل احساساتی اطفال، مبدل به اختلالات روانی بالفین میشوند و یک زنجیر تسلسلی ایجاد می‌گردد مثلاً چون حاضر بقبول حس عدم تأمین نیستیم متوسل بحمله و تعرض میشویم

تا حس اطمینان کاذبی حاصل کنیم در نتیجه این تعرض و تجاوز ، دشمنی و اعمال خصمانه‌ای و سپس احساس گناه خواهیم نمود که نتیجه آن عدم تأمین مجدد است و مجدداً این حس عدم تأمین ممکن است موجبات جدائی فرد را از اجتماع فراهم سازد که این جدائی بنوبه خود مولد تصورات و فانتازی است و بسهولت ممکن است منجر به توهمات گردد بطور خلاصه در تحقیق و تجسس علل طرز رفتار و بیماریهای روانی باید علل مختلفه را با یکدیگر و با طرز رفتار و وضع بیمار ارتباط داد .

ت - ناسازگاریهای روانی

یکی از مهمترین علل روانی بیماریهای روانی عدم صلح و سازش تمایلات و احتیاجات روانی متضاد و مقابله با تمایلات ناپسند و غیر قابل قبول است ناسازگاریها بعقل مختلفه‌ای ، ممکن است پیش آیند ولی بیشتر بین رسوم و موازین اجتماعی از یکطرف و محرکین غیر قابل قبول ، آرزوها و تمایلات در طرف دیگر روی میدهد اغلب این تضادها پنهانی ، خصوصتهای سرکوبی شده و خشم و غضبها ، تمایلات حمله و تجاوز و خاطرات مزاحم که نتیجه تجارب دوران کودکی است ممکن است در اعماق شعور تاریک بحال پنهانی بماند و فرد برای خلاصی و رهائی از آن بوسائل نورائیک یا سایکاتیک متوسل گردد تضادها و ناسازگاریهاییکه در سطوح عمقی قرار دارند ممکن است در سطح شعور بشکل علائمی ظاهر شوند مثلاً عدم تمایل بقبول این حقیقت که دریا بن نسبت بیکی از والدین دشمنی و خصومت میورزد ممکن است توجه را از والد بیکی از اعضاء معطوف دارد و دچار اشکال بلع گردد گاه باشد که واقعه ناسازگاری موجب بیداری و برانگیختن یک سلسله ناسازگاریها و تضادهای عاطفی داخلی را فراهم سازد در چنین مواردی بطور خلاصه وضع دماغی در حال صلح و صفا و آرامش نیست و شخص در بین عقاید و تمایلات قوای مختلفه حیران و سرگردان است و همین امر موجب عدم تجانس شخصیت

میشود مگر اینکه صلاح و سازشی بین آنها برقرار شود و چون مهمترین تضادهای در محلی قرار دارند که ما قادر بدرك آن نیستیم و ما را بر اعماق ضمیر باطن راهی نیست نمی‌توانیم راه حل صحیحی ارائه نمائیم اگر تضادهای داخلی خیلی زیاد و شدید باشند، شخص مقاومت کمتری در برابر فشارهای خارجی نشان میدهد و واکنش او در برابر حادثه جزئی، نامناسب و شدید است و بنظر می‌آید که تحريك محیطی، اصل و اساس اختلال روانی بوده در حالیکه علت آشکار سازی بیش نبوده است.

اگر بیم آن رود که مواد سرکوفته مخرجی یابند و ظاهر شوند يك حس ترس توأم با انتظار آزار و اذیت یعنی اضطراب در بیمار حاصل میشود که علل بسیاری از بیماریهای روانی است و سائلی که شخصیت در برابر این اضطراب بکار میبرد بشکل علائم نوروز و سایکوز یا اختلالات شخصیت تظاهر مینمایند.

امروزه معتقدند که نه تنها منابع داخلی (غریزی) میتواند مولد اضطراب باشد بلکه سوء رابطه بین فردی نیز میتواند اضطراب تولید نماید همانطوریکه قسمت اعظم موفقیت و کامیابی اشخاص از ارتباط صحیح با دیگران بدست می‌آید بسیاری از محرومیتها و ناکامیها نیز از این راه حاصل میشوند و بسیاری از وسائل دفاعی که فرد برای کاهش اضطرابش بکار میبرد برای کاهش اضطرابی است که در اثر سوء رابطه بین فردی حاصل شده. اشخاص برای مقابله با اضطراب، طرق مختلفی را انتخاب مینمایند که بعضی از آنها از نظر اجتماعی نیز مورد پسند و برخی بالاخره منجر بتجزیه شخصیت میشوند انتخاب هر يك از این طرق کاملاً منوط و بسته به ساختمان شخصیت است میزان اضطراب و طرق مختلفی است که برای دفاع بکار میرود مبین سلامتی یا بیماری افراد است طرق انتخابی ممکن است بقدری مزاحم باشند که موجبات برهم زدن تطابق اجتماعی و لزوم بستری

ساختن ویرا فراهم سازند از جمله وسایل دفاعی سهل‌تر و ساده‌تر عبارتند از ترس (۱)، تبدیل (۲) و واکنشهای اجبار و وسواس (۳) و نوروزها، واکنشهای دفاعی که ممکن است دارای عمل مشابهی بوده ولی باعث تجزیه شخصیت و قطع ارتباط با حقایق و ایجاد بیماریهای روانی شوند عبارتند از واکنشهای پارانوئید و شیزو فرنی که در اولی شخص دارای تمایلات خصمانه و تجاوزکارانه نسبت به دیگران است بهمه مطنون و مایل است با انتقاد از دیگران خود را از زیر بار گناه خلاصی بخشد توهمات و هذیانهای مبتلایان به شیزو فرنی نیز بهمین منظور است .

ث - قوانین و اصول اخلاقی

سختی و سخت‌گیری بیش از حد والدین و قوانین و موازین اجتماعی ، موجب رشد وجدانی بسیار خشن خواهد شد بدین طریق طفل بسایستی بدون چون و چرا و بدون ارزش‌یابی شخصی ، اصول را قبول کند و چه بسا که جزئی انحرافی از اصول مزبور ، حس اعتماد به نفس را زایل و ارزش شخص را پائین آورد در چنین مواردی طفل دائم در درون با تمایلات خویش در جنگ و ستیز است و چه بسا که بر ضد این قیود شورش و طغیان نماید ناگفته نماند که برای رشد صحیح شخصیت، نظم و ترتیب و انضباط مناسب برای کودک ، لازم و ضروری است احساس طفل از اینکه ، کمتر از دیگران مورد لطف و محبت والدین است ، ضربه شدیدی بر روان محسوب میشود.

ج - ضربه‌های روانی

۱ - ناکامی‌های مولد حس کهنتری

یکی از احتیاجات فرد احساس کفایت و لیاقت است مکانیسم‌های ایگو نیز برای تأمین احتیاجات و ممانعت از حس تحقیر بوجود آمده‌اند

1— Phobia

2— Conversion

3— Compulsion

ناکامی‌های زندگی بسیار است یکی از آن ناکامی‌ها شکست است که ممکن است بر اثر انتخاب هدفی خیلی بالاتر پیش آید و با واقعا در رسیدن به هدف عادی مواجه با شکست شویم دیگر زبان‌هائی است که بر اثر شکست بوجود می‌آید مانند زبان مالی و مادی که اثر مهمی بر روان میگذارد زیرا ثروت و مال، عامل مهم حس امنیت و مقام اجتماعی است و نیز از دست دادن رفیق شفیق یا مرگ محبوبی، ما را مواجه با شکست و ناکامی میسازد.

همچنین رقابت و سنجش خود با سایرین است که اغلب در ما احساس ناکامی و بی‌کفایتی بوجود می‌آورد و نیز احساس گناه که ممکن است بر اثر سوء استفاده از دوستان یا رفتار نامشروع جنسی یا دشمنی نسبت با افرادی که دوست داریم حاصل شود گاهی بازیهای جنسی دوران طفولیت با اصول اخلاقی که بعدها آموخته میشوند وفق نداده احساس گناه میشود.

باید متذکر شویم کشمکی که در داخل و باطن شخص برای انتخاب یکی از دوشق بوجود می‌آید اغلب منجر به حالات نورائیک میشود که از جمله این کشمکش‌ها باید موارد زیر را نام برد.

اجتناب و مقابله با حقیقت مثلا دانشجویی که در امتحانات مردود میشود در داخل و باطن دچار کشمکی بین علت واقعی آن که غفلت و کوتاهی در تحصیل بوده و اینکه سئوالات خارج از قوه کلاس و بنا بر این معلم مقصر است پیش می‌آید و چون قبول مورد اول موجب احساس تحقیر میشود ما بوسیله مکانیسم‌هایی از مواجهه با حقیقت (که مورد اول است) اجتناب نموده مورد دوم را مطرح می‌سازیم صرف نظر کردن از سود شخصی یا امین بودن نیز اغلب کشمکی در باطن بر میانگیزد.

محبت و نفرت نیز روابط ما را با افراد دچار اشکال می‌سازد و در ما حالات ضد و نقیض بوجود می‌آورد.

کشمکش تمایلات جنسی و موانع و مشکلات نیز ما را سخت در عذاب

دارد و ما مجبوریم همواره مقدار زیادی از نیروی خود را صرف کنترل تمایلات خلاف اخلاق و تغییر شکل دادن آنها نماییم .

شاهد مطلب شرح حالی است که ذیلاً از نظر میگذرد

ج - ش ۲۴ ساله ، اهل مشهد ، شغل ژاندارم ، بواسطه احساس ناراحتی هنگام عبور از خیابان به مطب در تاریخ ۲۰/۵/۳۹ مراجعه مینماید در سابقه فامیلی مطلب قابل ذکری ندارد ۲ سال است متاهل شده و یک فرزند دارد .

مردیست باریک و بلند و لاغر ، طول تقریباً ۱۸۰ سانتیمتر وزن او ۶۰ کیلوگرم میباشد در طفولیت فردی خجول و در حوالی بلوغ احساس حقارت و ناراحتی مینموده و همواره پی چاره‌ای بوده است ۵ سال قبل چون از لباس ژاندارمری خوشش آمده وارد ژاندارمری شده است .

از یکسال قبل این فکر شدت یافته و همواره سعی دارد از کوچه و خیابانهائی که بیشتر محل عبور و مرور مردم است نگذرد هنگام عبور از سر چهارراهها ، سرعت عبور میکند تا کسی متوجه وی نشود .

این مختصر شرح حال یکی از هزاران مواردی است که در اجتماع ما وجود دارد و بدان توجهی نمیشود احساس کهنتری و میل بجبران یکی از موارد قابل ملاحظه عدم تعادل روانی است که کمتر طرف توجه میشود زیرا بیمار با کسی کاری ندارد و به احدی آزاری نمیرساند .

برای شرح و تفسیر مطلب بایستی روبه فقرا رفته و فرضیات و عقاید آدلر را از مد نظر بگذرانیم .

بیمار قدی متجاوز از ۱۸۰ سانتیمتر دارد و احساس عدم تناسب و بی‌قوارگی مینماید این امر از عنفوان جوانی همچنان وی را رنج میداده طبق

اصول و فرضیات آدلر احساس حقارت و میل به جبران ناخودآگاهانه در وی پدیدآمده و بمنظور جبران بلندی قد و عدم توانائی کنترل اندام بالا و پائین که بخوبی در حرکات او مشهود بوده متوجه لباسی زیبا و متحدالشکل که تا حدی معایب و نواقص را پوشیده و پنهان سازد شده تمایلی به لباس ژاندارمری پیدا کرده و تا حدی بطور موقت خاطر را تسکین داده است ولی پس از مدتی که بدین سان نیز موفقیتی حاصل نکرده بود و نقص اندام را مرتفع نه و از سوی دیگر امور و وظائف محوله ژاندارمری نیز به علت عدم تناسب اندام بر وی سخت آمده راهی جز عزلت و گوشه نشینی نیافت و خود را به کارها و امور دفتری منقل ساخت. بدین طریق بیمار را همواره سعی در آن بوده تا از انظار مخفی باشد و در دفتر اداره (بحکم اجبار) یا در چهار دیواری خانه بسر برد و بهمین دلیل هنگام عبور از خیابان مخصوصاً سر چهارراه‌ها با کمال سرعت و حتی الامکان از گوشه و زوایا حرکت میکرده تا خود را استتار نماید.

ضربه‌های اجتماعی

فشارها و استرس‌هایی نیز بر اثر زندگی در اجتماع، بر انسان اعمال میشود که مولد بیماری هستند مانند جنگ و تهدیدها، بیکاری و افزایش قیمت‌ها و بدی وضع مالی، عدم رضایت از شغل، ازدواج‌های توأم با عدم رضایت، رقابت‌های افراطی و امتیازات نژادی.

۲۰- نظریات روان‌پزشکان معاصر

از زمانیکه روان‌پزشک موفق بدرمان بیمار خود شد موضوع علت بیماری مطرح گردید و مجبور شد عوامل مختلفی از قبیل رابطه بدن و اخلاق، مغز و تفکر، ساختمان شخص و محیط را در نظر گیرد بطور کلی نظرات مکتب‌ها را میتوان تحت چهار عنوان خلاصه نمود.

الف - فرضیه سایکوزنتیک عوامل محیط

همیشه فکر میکردند که بیماریهای روانی علل اخلاقی دارند و آن علت را در موقعیت‌های متأثر کننده می‌جستند (هیجانان، حوادث اجتماعی، عزاداری) و همه اینها مؤلفه مشترکی داشتند «اشکال‌زندگی» این اشکالات همیشه عاطفی بود زیرا در نزد همه افراد همیشه تضادهایی بین تعابلات و ارصا، آنها وجود داشت و بدین ترتیب امور عاطفی بر بدن تأثیر میکرد زیرا بر روی تفکر و احساسات اثر میگذاشت و بدین ترتیب اولین علت بیماران روانی عاطفی بود و از آنجا روانپزشکی اخلاقی و عاطفی باروک نتیجه گردیده است این فرضیه امروزه بیشتر در مورد نوروها بکار میرود و آنرا واکنش معیوب در برابر اوضاع و احوال محیط میدانند بدین لحاظ است که مکتب آنگلساکسون اهمیت خاصی بآن داده و برونزا نام نهاده است (برحسب روانشناسی گشتالت) و نیز به نوروهای تجربی (پاولف، کانت، ماسرمان) که در نزد حیوانات طرز رفتار غیر عادی مشابه بیماریهای روانی انسان (اضطراب) بدید آورده پرداخته‌اند بالاخره توجه معطوف فرضیه اجتماع و بیماریهای روانی که بر اثر فشار اجتماع بوجود می‌آید گردید و در این باره مطالعات دقیق و عمیقی بوسیله کاروبنه و سایرین انجام یافت.

ب - فرضیه شعور آگاه بیماری‌زا

اثر خواب هیپنور بر طرز رفتار و مطالعات فروید و بروئر بالاخره منجر به فرضیه شعور آگاه مرضی گردید فروید و پیروان او و مکتب روان‌کاوان فرضیه سایکوزنتیک نوروها را ابداع کردند و منظور آنست که نیروهائی در ضمیر باطن وجود دارند که تدریجاً اوضاع و احوال بیمار را بسوی بیماریهای روانی گسیل میدارند عده‌ای دیگر هستند بنام روان‌کاوان اورتودکس یا مخالف (استنگل، یونگ) که فرضیه آنان نیز تقریباً مشابه قبلی‌هاست این

عده دو قسمت را در نظر میگیرند .

۱ - ضمیر باطن پرازقوای عاطفی مردوده است که فقط به شکل تغییر شکل یافته و سبیل تظاهر مینمایند (علائم نوروزی، وسواس، عقیده ثابت، هذیان و توهمات) .

۲ - ضمیر باطن تشکیل یافته از قوای غریزی (اید) یا سرکوب شده ابرمن یا سرپرایگوا که در دوران طفولیت دستگاهی عاطفی تشکیل داده (عقده محرومیت، ادیپ و غیره) .

تضاد بین این قوای ضمیر باطن بامن و حقایق منجر به بیماریهای روانی میشود از زمان نهضت روان کاوی بیشتر به وقایع دوران کودکی اهمیت میدادند (ضربه های جنسی اطفال) پس از ۳۰ سال توجه را معطوف به بازگشت به مرحله قدیمی و کودکی کرده اند بدین ترتیب توجه بیشتری به تشکیلات داخلی و ساختمان روانی مینمایند مخصوصاً بمن و این فرض از ارزش فرضیه سایکوژنیک می کاهد و سایکوز و نوروز متکی بر سوابق و تاریخچه زمان کودکی و حتی بر اثر يك بازگشت و تغییر من است بنابراین روانکاوان امروزه بیشتر متوجه تاریخچه و وقایع هستند تا ساختمان عصبی-روانی افراد و لذا پیرو فرضیه سایکوژنیک یا سایکودینامیک هستند .

پ - فرضیه ارگانوژنیک مکانیست (۱۱)

در این فرضیه برای بیماریهای روانی علل عضوی در نظر گرفته شده و ضایعات دماغی را مقصر میشناسند مثلاً علت هذیان و توهمات را تحریک مکانیکی مراکز حسی میدانند در این نظریه علائم ، محصول مکانیکی ضایعات

مراکز عملی (۱) بوده و برای بیماریهائی چون مانی، ملانکولی، شیزوفرنی، هیستری و غیره ضایعاتی در مراکز عملی خاصی قائل بودند.

این فرضیه فیزیوپاتولوژی قرن نوزدهم مخصوصاً فرضیه موضع شناسی مغزی، از اصول روان‌پزشکی محسوب میشد و در این قرن بر اثر ترقیاتی که در نوروبیولوژی پیش آمد، مباحثات جدید و تفسیرات بیشماری معمول گردید و ما در این جا فرضیه‌های کلرامبالت، کلیست، گیروود و مکتب پاولف را بعنوان مثالی از مکتب ارگانوژنیک ذکر مینمائیم.

کلرامبواز اصول خودکاری دماغی بحث کرده وی معتقد است که هسته هدیبانی در سابکوزهای هدیبانی یا نئوپلازی تفکر، بر اثر بکار افتادن خود بخودی و مکانیکی پدیده عصبی تفکر است.

کلیست که اسنادی و مهارت خاصی در روان‌پزشکی و بیماریهای مغزی و بی و موضع‌شناسی داشته دستگاه عملی طولی قائل شده (مزو - دینسفالو - فرونتوا که در آنجا امور روانی قرار دارد و دژنره شدن این مراکز است که موجب پاتولوژی روانی بصورت تجزیه شخصیت، تحت تاثیر بودن، افکار اجباری، توهم و غیره میشود.

پاولف و مکتب انعکاسی معتقدند که نوروز، عقاید ثابت، هدیبانهای تحت تاثیر بودن و وسواس، انعکاسی در برابر محرکین خارجی میباشد. گیروود بیش از ۳۰ سال است که فرضیه بیگانه و خارجی بودن (۲) هدبان را بیان داشته و موضوع قطع ارتباط نورون‌ها را در ناحیه زیر نشری مطرح ساخته است.

ت - فرضیه ارگانوژنیک دینامیست

در این فرضیه نیز علل عضوی، ارثی، مادرزادی و یا اکتسابی برای

بیماریها قائل شده‌اند ولی این ضایعات مستقیم و بطور مکانیکی مولد علائم نبوده بلکه از طریق اثر دینامیک بر قوای روانی مؤثراند و ایجاد تابلوی بالینی و پیشرفت بیماری را مینمایند این امر نه تنها موجب تجزیه زندگی روانی میشود بلکه باعث بازگشت و تشکیل مجدد آن در سطح پائین‌تری میگردد.

فصل دهم

شرح حال و معاینه بیماران روانی

الف - شرایط

اشکال اساسی در روان پزشکی تهیه و جمع آوری علائم بطور صحیح و گردآوری مطالب لازم برای تهیه یک شرح حال کامل است تجربه نشان داده که حتی یک طبیب حاذق ، به علت عدم توفیق در جلب اعتماد و اطمینان بیمار، نتوانسته شرح حال کاملی تهیه نماید زیرا یا حوصله صرف وقت و مکالمه با بیمار را نداشته و یا سخنان بیمار را بد تعبیر کرده و بدین طریق علائم مصنوعی ایجاد و در نتیجه مرضی مصنوعی جهت بیمار تراشیده است. در قسمت اول، خلق و طرز رفتار طبیب اهمیت دارد بعضی جاذب و برخی سرد هستند ولی در اطباء، جوان و تازه کار، مهمترین عامل، ترس از تماس گرفتن با بیمار است .

دانشجویان بایستی به همراه اسناد و رئیس بخش مربوطه ، از بیماران عیادت نمایند تا تدریجاً طرز تماس گرفتن و برخورد و مکالمه با بیمار روانی را بیاموزند و در مواقع فراغت بمطالعه شرح حالها پردازند اطباء تازه وارد و جوان نیز باید بهمین منوال رفتار نمایند تا تدریجاً تجارب لازم را کسب

نمایند ولی این امر نبایستی آنها را به بحث درباره تئوریها بکشاند و از کارهای بالینی و عملی بازدارد و تنها يك تئوری دان بار آیند سپس بایستی دانشجویان را به گرفتن شرح حال بیمارانی که نمی‌شناسند، تشویق نمود البته در بدو امر ناراحت میشوند و تنها موفق به گرفتن اسکاکی از شرح حال خواهند شد که این عیب بایستی تدریجاً با دقت و ممارست بر طرف گردد بعلاوه بایستی دانشجویان و اطباء را بمطالعه مجلات و کتب غیر درسی، تشویق و ترغیب نمود.

شرح حال کامل تنها آن نیست که در بدو امر شرح حالی تهیه نماییم و به بایگانی بخش بسپاریم و یا به تخت بیمار الصاق کنیم بلکه باید همه روزه علائم تازه و طرز رفتار و اطوار بیمار را در آن منعکس ساخت و ضمن کار دید آیا واقعا آثار زندگی و حیات در آنان مشهود است و کار میکنند و در امور بخش شرکت مینمایند در روزها و ماههای اول، اغلب کارورها وقایع و نکات جالب را نمی‌بینند و در دفتر گزارش و یا برونده می‌نویسند «اتفاق مهمی نیفتاده» در حالیکه يك طبيب حاذق، ضمن عیادت بیماران با هر يك به صحبت می‌پردازد و به سئوالات آنها پاسخ میگوید در يك جا تغییر قیافه می‌بیند و در دیگری مقدمه يك حمله وانگیزه آنی و همه روزه روابط بیماران و طرز رفتار آنان را تحت نظر قرار میدهد.

ملاحظه می‌نمائید که دروس نظری و معرفی چند بیمار برای دانشجویان روان پزشکی، کاملاً غیر مکفی است و روان پزشکی را جز از طریق جدیت و فعالیت مداوم توأم با صبر و حوصله زیاد و بردباری بی‌حد نمیتوان آموخت البته پس از مدتی کار در بخش است که دانشجویان و اطباء، بامور بیماران علاقمند میشوند و اوقات خود را صرف مطالعه اطوار و طرز رفتار آنان مینمایند و به سخنان بی‌سروته بیماران ساعتها و روزها گوش میدهند و این تنها راه دنبال کردن بیماری و مشاهده سیر و پیشرفت آن است و بدین

ترتیب میتوان به بازگشت و عوده بهبودی غیر منتظره، اثر تمایلات ضد و نقیض، عواطف، محیط، اجبار و روابط فامیلی پی برد اما طبیب تازه کار تمام این مسائل و موارد را فراموش نموده از بیماران مزمن غافل و تنها به دیدار بیماران حاد میپردازد و فراموش میکند که همه بیماران باید توجه داشت و نمیداند که همین صرف وقت و توجه مستمر منجر به کشفیات و تحقیقات مهم فیزیولوژی و غیره می گردد در روان پزشکی عامل زمان سهم مهمی دارد تا بحال چند بار بیمارانی را دیده‌ام که بنظر غیر قابل درمان میآمدند ولی پس از مدتی کوتاه بهبودی یافته‌اند همانطور که در جراحی موارد فوری پیش میآید در روان پزشکی نیز چنین مواردی وجود دارد ولی در مورد بیماران دیگر بایستی منتظر گذشت زمان بود و بقول اسکیرول «طبیب باید بداند که کاری نمیتواند انجام دهد مگر آنکه ناظر بر طبیعت باشد». طبیب بایستی در برابر بیماران مختلف بیماریهای متفاوت، رفتاری متفاوت داشته باشد. مثلا در برابر يك بیمار مبتلا به ملائکولی و يك هیپومانی نمیتوان يك نحو رفتار کرد طبیب نباید اجازه دهد بیمار خیلی بی ادبانه و جسور و با خیلی خودمسانی شود زیرا شخصیت و نفوذ معنوی خود را از دست داده است علاوه شخصیت طبیب باید طوری باشد تا بیمار بوی اطمینان و اعتماد نماید و رازدرون خود را در برابرش فاش نماید اغلب بیماران بسیار حساسند و بفرست آنچه درباره آنان فکر کنیم خواهند فهمید.

بعضی از اطباء، صرفا باین دلیل که با بیمار روانی دو برو هستند حرفهای بیمار را بوج و بیهوده تصور نموده اصولا به حرفهای او گوش نمیدهند و توجه لازم را نمی نمایند ولی باید توجه داشت که بیماران گول و فریب نخواهند خورد در چنین وضعی بیمار منهدم را ماند که اجازه و حق دفاع باو داده نشده و این احساس را پیدا میکند که داوران قبلا او را محکوم کرده‌اند و مجرم شناخته‌اند بعضی دیگر از اطباء، چنین نشان میدهند که کاملا به سخنان

بیمار گوش میدهند بیمار هر چه میگوید میپذیرند و هدیایان هایش را تصدیق و تایید مینمایند این خود نوعی خدعه و تزویر است و معاینه‌ای نادرست و غیر صمیمی. البته نیاستی نسبت به حرفها و سخنان بیمار خرده‌گیری کرد ولی بایستی به ملامت و بدون مباحثه، با احتیاط نسبت به هدیانش اظهار شك و تردید نمود و بدین طریق کمی در روشن ساختن وی كمك کرده‌ایم باید همیشه در برابر بیماران صریح و وفادار باشیم که این خود اساس روابط بین انسانهاست افسوس که این اصول چندان پیروی نمیشود چند بار تابحال به بیماران وعده ترخیص داده‌ایم و خلاف آنرا رفتار کرده‌ایم و ویرا دل آزرده و خشمگین ساخته‌ایم و نسبت به همه چیز بی‌اعتنا نموده‌ایم.

خلاصه آنکه باید بیمار را جدی تلقی کرد و به سخنانش با دقت گوش فرا داشت و حتی درباره بعضی از حرفهای کم‌اهمیت سؤال کرد از متهم ساختنش جداً باید اجتناب نمود و بقول پارشارپ «باید بیماران روانی را دوست داشت تا بتوان به آنان كمك نمود».

بطوریکه ملاحظه شد اولین صفت يك روان‌پزشك دارا بودن صفات حسنه اخلاقی است و معاینه روان‌پزشکی را نیاستی با معاینه يك ضایعه تشریحی قیاس کرد و طبیب نه تنها از نظر معلومات و هوش و فعالیت، بلکه از نظر عاطفی و دلسوزی و انسانیت، بایستی برجسته و ممتاز باشد این راستی و صداقت توأم با صمیمیت و دلسوزی، موجب میشود تا بیمار از پشت دیوار آهنینی که ساخته و پرداخته است بدرآید و با پزشك بدون هیچ دغدغه خاطر به راز و نیاز پردازد در معاینه از اعمال هرگونه زور و سماجت بایستی خودداری نمود و به شخصیت بیمار احترام کافی گذارد این همه میسر نیست مگر در پرتو دارا بودن معتقدات صحیح مذهبی.

آنچه در روان‌پزشکی مهم است خود علائم بیماری نیست بلکه رنگ علائم مهم است مثلاً اضطراب یکی از علائم ملانکولی است ولی اگر فردی بدلیل

فانع‌کننده‌ای دچار اضطراب شود مثلاً وضع بدمالی و مادی دیگر در اینجا اضطراب علامت مرضی نیست دادخواهی و دعوا دوستی از علائم پارانویا میباشند ولی با گرفتن ونهیه شرح حال صحیح و دقیق است که میتوان ثابت نمود اینها علائم بیماری هستند و با واقعا پیش آمدهائی رخ داده که لازمه آن دادخواهی و احقاق حق بوده است البته این تفکیک و تمیز بسیار مشکل و دشوار است «باروک» روزی یکی از بیماران پزشک بار بخش را منتهم بر رابطه هم جنس خواهی کرد و چند روز بعد در وضع خاصی مایل بود حتی گواهی در این مورد بدست آورد اما پس از گرفتن شرح حال مجدد و کاملتر معلوم شد قضیه کاملاً برعکس و بیمار این هوچی‌گری را برای نرسانیدن و ارباب و انتقام از پزشکبار انتخاب کرده است ملاحظه می‌نمایید که تا چه پایه نهیه شرح حال کامل معبد و فصاحت را آسان می‌بارد.

گاهی بعضی از مبتدیان در شرح حال‌های خود جملات منفرد و مجزائی از بیماران مینویسند که در نظر اول وجود و نوع بیماری را اعلام میدارد مثلاً در یکی از پرونده‌های بخش باروک نوشته شده بود: «آنها مایل بودند مرا براهی وارد کنند» و گیرنده شرح حال از این جمله چنین نتیجه گرفته بود که بیمار مبتلا به هلیپان تحت تاثیر فبر بودن است در حالیکه این شخص یکی از سیاستمداران و واقعا در چنین وضع و موقعیتی قرار داشته است.

ب - طرح کلی يك شرح حال

۱- علل و دلایل مراجعه بیزشك و لزوم بفری ساختن بیمار

بایستی باختصار شرح شکایت اطرافیان و وضع و حالتی که منجر بلزوم مراجعه بیزشك و معاینه و معالجه او شده است ذکر شود. شرح حال

وزندگی بیمار را بایستی از نزدیکترین خویشاوندان و یا فردی که تماس بیشتری با بیمار داشته در غیاب بیمار و سایرین قبل از ملاقات با بیمار بدست آورد.

۴- شهود و مطلعین

نام و نشان، نسبت او با بیمار و مدت زمانیکه با بیمار معاشر و رفیق بوده و یا زندگی میکرده، بایستی توجه نمود که آیا در پاسخ با صراحت و بدون شك و تردید صحبت میدارد و مایل است حقایق را برای روشن شدن تشخیص و پیدایش راه چاره‌ای در اختیار پزشك بگذارد و یا از ذکر پاره‌ای مطالب خودداری و در پاسخ سئوالات دقت و توجه کافی مبذول نمیدارد و نسبت به بیمار دلسوزی واقعی ندارد و نیز بایستی متذکر شد که آیا این شاهد و مطلع فردی است صادق و راستگو و میتوان بسختیانش توجهی نمود.

۳- سوابق فامیلی و ارثی

وضع زندگی خانواده، عواملیکه در ساختمان شخصیت دوران کودکی مؤثرند، آیا در سوابق خانوادگی بیماری ارثی، امراض روانی، الکلیسم، انحرافات جنسی، عصبانیت و عدم ثبات خلقی، میل بانزوا و گوشه‌نشینی و یا اقدام بخودکشی و انتحار وجود داشته‌است.

آیا طفلی مشروع و قانونی بوده، ذکر بیماریهای دوران حاملگی و حوادث هنگام تولد، آیا اولین طفل خانواده و والدین نسبت به پیدایش او علاقه کاملی داشته‌اند و یا بالعکس قبل از او فرزندان دیگری متولد شده‌اند و حاملگی مادر غیر مترقبه و ناخواسته بوده است نواقص و معایب مادرزادی و بیماریهای هنگام تولد، سرعت رشد جسمی و دماغی، آیا طفل با شیر مادر، دایه و یا بوسایل دیگر تغذیه و پرورش یافته‌است در چه سنی طفل بمستراح

رفتن عادت نموده و آیا این عادت بآسانی کسب شده و یا با تنبیه و توبیخ توأم بوده است.

آیا برای انجام کاری و یا اطاعت از فرمانی بایستی زیاد اصرار کرد، طفل در دامان مادرش پرورش یافته و یا نزد نامادری، ناپدیری و در شیرخوارگاهها و پرورشگاهها بسر برده آیا منزل و محیط خانواده محیطی نامناسب و کانون منازعه و فساد بوده، آیا والدین افرادی ضعیف‌النفس و یا مستبد و فرمانفرما بوده و نظم و ترتیب شدیدی در محیط خانواده حکمفرما بوده است آیا والدین کاملاً مراقب و مواظب رشد و پرورش و تربیت طفل بوده و یا کوتاهی و غفلت مینموده‌اند آیا گرفتاریها و ناراحتیهای جسمی و روحی والدین بسیار زیاد و آشکار بوده، این طفل از نظر مادر چه مفهومی داشته آیا او را منشاء موفقیت و سعادت و موجب دوام و بقای خانواده میدانسته و یا مایه فقر و مصیبت و متلاشی کننده کاشانه خود می‌پنداشته است. آیا طفل یکی از والدین بیش از دیگری متکی بوده، آیا در خانواده برای او احترام و شخصیتی قائل بوده‌اند، روابط بین افراد خانواده چه‌سان بوده است آیا رابطه بین افراد توأم با صمیمیت و حسن تفاهم بوده، آیا زندگی دوران طفولیت توأم با فرح و نشاط و مایه انبساط خاطر بوده است و یا جز خاطرات تلخ و ناکامی میوه‌ای بیار نیآورده. بیمار در برابر تولد سایر برادران و خواهران چه عکس‌العملی نشان میداده توانائی و قدرت مالی خانواده در چه حدود بوده است و آیا در این باره اصولاً تعلیماتی باطفال خود داده‌اند عقاید خانواده نسبت بموضوع‌های جنسی چه بوده، نوع دوستان و افرادی که با فامیل معاشر بوده‌اند آیا بیمار بوسیله والدین تنبیه شده و بچه‌طریق، وقایع و کارهایی که منجر بایجاد ناراحتی‌های روحی و جسمی و خاطرات تلخ و ناگوار شده است. آیا بیمار محیط خانواده را مامن و ملجاء خود میدانسته و بآن علاقمند بوده است آیا عوامل و موانعی برای جلوگیری از رشد و پرورش

سریع و صحیح بیمار وجود داشته لازم بتذکر است که آنچه از روابط بین افراد فامیل مفهوم کودک میشود در سازمان و تشکیلات طفل کمال اهمیت را دارند.

۴- صفات و مشخصات دوران طفولیت و بلوغ

آیا بیمار بردبار و متحل و یا مفرور و از خود راضی بوده است. در برابر ناملایمات و محرومیت‌های زندگی چه واکنشی نشان میداده آیا اصولاً برای گذشتن ایام اهمیتی قائل نبوده و با افکار واهی و خام سرگرم بوده و کناره گیر، ترسو و خجول بوده است در دامان والدین و محیط خانواده احساس آرامش خاطر و تأمین مینموده و یا بی اراده و بی اختیار متکی به مادر بوده است عقاید او نسبت بسایر افراد فامیل چیست. آیا خود را متمایز و برتر از سایرین میدانند و خودخواه و مفرور و از خود راضی است. آیا بین اطفال فامیل رقابتی وجود داشته آیا ظالم، لجوج، باغی و منمرد و نافرمان، متغیر و خشمگین، حسود، بی‌اعتنا و جسور، متلون، تحریک‌پذیر، فوق‌العاده حساس، ظاهراً متجاوز و متعرض، متواضع و فروتن است. ذکر انواع سازبهاییکه بیشتر مورد علاقه او بوده و در بازی چه تصورات و تخیلاتی بکار میبرد، در موارد موفقیت و یا شکست و محرومیت چه واکنشی نشان میداده، چه چیزهایی مورد علاقه او بوده صفات و مشخصات آنها را ذکر نمایید. چه اشخاصی را در زندگی سرمشق خود قرار داده، آیا لوس بارآمده. آیا در کلیه امور جانب حزم و احتیاط را مرئی میدارد. کنیه و لقبی که برای خود انتخاب کرده چیست آیا دارای علائم عصبانیت از قبیل مکیدن انگشت، ترس و خوف شبانه، تشنجات، لکنت زبان، کج‌خوئی و غیره میباشد و بی‌اختیاری دائمی پیشاب دارد. مختصری از عادات او بنویسید آیا نسبت بزدا ایرادگیر و بایستی باصرار باو غذا خورانید و یا بالعکس حریص و برای بدست آوردن

غذا داد و بیداد میکند. آبا دروغگو، دزد و خطاکار و لغزش کاراست. چیزهای مورد علاقه و آرزوهای دوران بلوغ و جوانی ویرا شرح دهید. آبا خود را بی‌نیاز میدانند و استغنا، طبع دارد.

۵- سوابق تحصیلی

سن دخول بکودکستان، دبستان، دبیرستان و دانشکده و وضع تحصیلی و رتبه او در بین سایر شاگردان، آبا ترك تحصیل کرده و درجه کلاسی، آبا برفتن مدرسه مایل و راغب بوده و یا طفره میرفته، بکدام يك از دروس علاقمند بوده خطاها و لغزش کاربهای او را در مدرسه شرح دهید.

۶- سوابق شغلی

ذکر انواع مشاغلی که اشتغال داشته، پایه و مقام و حقوق دریافتی او چیست دلایل تغییر و تعویض شغل و علت بیکاری، آبا حی مسئولیت و لزوم کمک و همکاری با سایرین در وی وجود داشته و تدریجاً افزایش مییافته و یا سیر نزولی را میپیموده آبا بکار مایل و راغب و احساس خوشی و خشنودی مینموده است، معضلات و مشکلاتی که فعلاً با آن مواجه است و موجبات ناراحتی و عدم رضایت او را فراهم میسازد کدامند آبا دورانندیش و مقتصد است و برای روزمبادا و تنگدستی عسادت بدخیره کردن دارد و یا بالعکس راه افراط و تبذیر میپیماید و هر آنچه با زحمت زیاد بدست میآورد بآسانی از دست میدهد، آمال و آرزوهای او در زندگی چه بوده و برای نیل بآنها چه اقدامی نموده و چه طرقي را انتخاب کرده است، آبا تعایلات و خواسته‌های او تحقق یافته و صورت عمل بخود گرفته‌اند.

۷- سوابق طبی

شرح مختصری درباره بیماریها و جراحات و صدماتیکه با او وارد آمده، مدت ابتلا، سیر و پیشرفت بیماری و آنتاریکه از خودیادگار گذارده است بسیار مفید خواهند بوده مخصوصاً بایستی تحقیقات کافی درباره ابتلای سیفیلیس، انسفالیت اپیدمیک، تشنجات و حملات صرعی، وجود بیماریهای روانی قبلی و مدت و سیر و پیشرفت و نتیجه آنها بعمل آورد.

تحقیقات کافی درباره میگساری، نوع و مقدار آن، مدت اعتیاد، واکنش او پس از استعمال مسکرات و اثرات شومی که قبلاً وجود داشته بسیار مفید و ضروری است آیا معتاد به استعمال سایر داروها و سموم از قبیل مواد مخدره و خواب آور و یا دچار مسمومیت‌های شغلی از قبیل مسمومیت با سرب، آرسنیک یا جیوه بوده است.

آیا مبتلا به بیماریهای مزمن بدنی است معایب و نواقص بدنی و طرفی که برای ترمیم و جبران آن بکار برده بسیار قابل اهمیت است.

۸- سوابق روانی جنسی

مادر در برابر سئوالات و کنجکاوی طفل در امور جنسی چه گونه بتعبیر و تفسیر میپرداخته و چه واکنشی نشان میداده. آیا اتکا، شدید دائمی بوالد جنس مخالف داشته. آیا هنگام بلوغ بجلق زدن میپرداخته و در باطن احساس گناه و خطا کاری مینموده. تمایلات و انگیزش او در بدو تولد متوجه جنس موافق و یا مخالف بوده. آیا در بر خورد و مقابله با موضوعهای جنسی بی پرده و آزاد بحث و گفتگو میپرداخته و اظهار عقیده مینموده. آیا تعمدی در پاکدامن جلوه دادن خود دارد مایل است ظاهری آراسته و نجیب داشته

باشد آیا بی پروا و آزاد در پی همجنس خواهی است . آیا دچار ضعف قوای جنسی و عنین است آیا روابط جنس نامشروع و آبستنی های غیر شرعی و قانونی داشته و نسبت با آنها احساس گناه و ناراحتی وجدانی مینموده و انحراف جنسی دارد .

۹- سوابق زناشویی

آیا ازدواج بر حسب مقتضیات زمان و اجبار انجام شده و یا از روی کمال علاقه و تمایل طرفین بوده است . عقاید طرفین نسبت به مسائل جنسی و میزان خشنودی و رضامندی طرفین از عمل مقاربت چیست مادر شوهر و مادرزن چه سهمی در زندگی آنها داشته اند . چنانچه ازدواج منجر به متارکه و طلاق شده باشد مدت زندگی و دلایل طلاق را ذکر کنید . آیا بسقط جنین اقدام شده است و واکنش آنها نسبت بطفلی که مایل بداشتن اون بوده اند چه بوده آیا بعلت بیماری یکی از طرفین موفق بدارا شدن اولادی نشده اند علت و واکنش طرفین را نسبت باین امر ذکر نمائید البته تعداد اطفال فامیل و صفات مشخصه آنها ، مسائل داخلی و فامیلی ، جدال و کشمکش ها و ناسازگاریها، متارکه و جدائیهای موقت را نیز بایستی در نظر گرفت .

۱۰- ظرفیت و توانائی تطابق و توافق اجتماعی

درجه و میزان سازش و همکاری با افراد فامیل و همکاران و رؤسا را ذکر کنید آیا شخص معاشرتی و رفیق است و دوستان و رفقای بسیاری دارد . رفقای او اغلب از کدام جنس هستند صفات و طبقه اجتماعی و مقام آنها چیست ذکر صفاتی که ویرا فردی اجتماعی نموده (تمایلات دوستی و رفاقت، مساعدت و همراهی، جوشش و خونگرمی و یا بالعکس خجول و مظنون، مخالف و حسود و مایل بایراد و انتقاد از سایرین است) آیا باطناً نسبت

بدیگران حس دوستی و شفقت و یادشمنی و خصومت دارد آیا دیگران را به معاشرت با وی میل و رغبتی است و یا بالعکس از تماس با وی خودداری و کناره‌گیری مینمایند. در برابر قدرت و زور چه واکنشی نشان میدهد. آیا سوابق و لگردی و کج‌خوئی دارد تعداد دفعات بازداشت شدن و جرائم پرداختی و تنبیهات مجری شده را ذکر نمائید آیا بیمار مورد احترام و محبت دیگران بوده و در نتیجه توانسته است تأمین و اطمینان خاطر پیدا کند. چون محسوسات و عقاید حاصله از معاشرت و روابط بین افراد اهمیت شایانی در پیدایش صفات و سازمان شخصیت بیمار دارند بایستی دقیقاً خاطرات و عقاید بیمار را نسبت بوالدین، برادران و خواهران و همسر و سایر افرادی که با وی رابطه نزدیکی داشته‌اند تحقیق کرد آیا یکی از والدین بیشتر مورد علاقه او بوده‌اند در این باره لازم است اطلاعات کافی و جامعی از منسوبین و همراهان و حتی خود بیمار کسب کرد.

۱۱- فعالیت عمومی

آیا فعالیت وی نوسانی است آیا بیمار سعی و جدی و یا کاهل و تنبل و به تن‌پروری خو کرده، تفریحات و سرگرمیهای مواقع بیکاری او چیست. نسبت ب ورزش و مذهب چه عقیده دارد، کار و مشاغل یا تفریحات مورد علاقه او کدامند پریشان حواس و گیج و خودکار یا هوشیار و زرنگ است. پر حرف و بدیگران مجال سخن نمیدهد و یا ساکت و خموش است. موفقیت و محرومیت‌هایی که از کار و محیط نصیب او شده کدامند.

۱۲- صفات مشخصه شخصیت

آیا بیمار دستخوش نوسان احساسات و خلقی متغییر و ناپایدار دارد، آیا فردیست خوش‌وخرم و نسبت به همه چیز خوشبین و یا بالعکس محزون و

مغموم ، بدبین و مظنون ، غصه‌خور و ترسو میباشد اعتماد و اطمینان خاطر دارد و یا مستظهر و متکی بدیگران و دائم خواهان کمک و پشتیبانی است. آیا متظاهر و خودنما و حتی در کارهای جزئی سروصدائی راه میاندازد و مایل است امر را بیش از آنچه هست نشان دهد و یا آرام و ساکت و خموش است. بی‌پروا و رندگو و یا خوددار و درسخن گفتن جانب احتیاط نگهدارد. در انظار دیگران خجول و یا پررو است. ایرادگیر و منقد و یا عیب پوش و اغماض‌کن است.

آیا ایراد را بمنظور خرابی و تولید مزاحمت و یا برای اصلاح و بهبود بکار میبرد بخشنده و با سخاوت و یا لئیم و خسیس است، امین و درستکار و یا فریبنده و ریاکار است آیا نسبت به دیگران مظنون و مشکوک، زودرنج و همه چیز را بد تعبیر مینماید و همواره سعی دارد با دیگران بجدال و مباحثه پردازد و لجوج و خودسراست و یا بسیار منظم و دقیق، و سواسی و مایل است کارها را در اسرع وقت با کمال صحت و نظم انجام دهد. آیا مفرور و متکبر و باسانی تحریک و خشمگین شده و یا بالعکس بردبار و متحمل و آرام و خود را حقیر و ناچیز میداند آیا توجه زیادی با اعضا، و جوارح خود دارد و هر زمانی از یکی از آنها شاکی است آیا در عقاید و عادات خود راسخ و غیر قابل انعطاف و متعصب است و یا چندان پای بند نیست. آیا حاضر بقبول مسئولیت است و یا از زیر بارشانه خالی میکند و تنبل و سست عنصر است. آیا در خود احساس حقارت و بی‌کفایتی مینماید و در سرخیالات خام و واهی می‌پروراند. آیا مستعد شوخی و بدله‌گوئی است در برابر فشار و شدائد زندگی مقاومت و پایداری میکند و یا ترجیح میدهد که شکست و ناامیدی را تحمل نماید. آیا از حقایق ظفره میرود و بجهت طریق ، در محیط و موقعیتهای تازه چگونه رفتار میکند و برای تسکین هیجان و فرونشاندن آتش خشم چه طرقی را انتخاب کرده است. تعیین اینکه در زندگی چه کسی را هدف و سرمشق

قرارداده بسیار قابل اهمیت است و کمال لزوم را دارد .
 برای مطالعه کافی در شخصیت بیمار لازم است طرز رابطه او را با
 سایرین در نظر گرفت آیا نسبت به دیگران تمایلات دشمنی و خصومت یا
 احترام و محبت دارد ایرادگیر و متجاوز یا چشم پوش و اغماض کن است آیا
 سعی دارد خطاها و لغزش کاربهای خود را بحساب دیگران بگذارد متمایل
 به استقلال و آزادی و یا در پی نقطه اتکا، ودست آویزی است شرح مختصری
 درباره نوع اختلال خلقی و احساساتی که بهنگام عدم قدرت خودداری از
 وی سر میزند از قبیل اضطراب، افسردگی، خوشحالی، خشم و غضب و غیره
 بسیار مفید خواهد بود .

۱۳- علل اختلال تعادل خلقی و احساساتی

ذکر جهات و مواردی از زندگی که موجب فرح و انبساط و رضامندی
 خاطر بیمار بوده، آرزوها و تمایلات بر باد رفته، زندگی عشقی و جنسی بیمار
 چندان بوده و در برابر ناکامیها و شکستهای زندگی چگونه واکنش مینموده
 است، لازم است تحقیقات کاملی درباره وضع داخلی فامیلی، اقتصادی و
 اجتماعی بیمار نمود . دانشجویان بایستی همواره بخاطر داشته باشند که
 بیماریهای روانی را علل بیشماری است که دست بدست هم داده و بیماری
 روانی را بوجود آورده اند و تنها حذاقت و مهارت متخصص بیماریهای روانی
 است که میتواند پرده از اسرار نهانی برگیرد و بوجود آنها پی برد .

۱۴- بیماری فعلی

بایستی تحقیقات کافی نسبت به تغییرات خلق و تمایلات، طرز رفتار،
 عقاید و طرز پوشیدن لباس و عادات شخصی و رسوم اجتماعی نمود و دانست
 که این تغییرات از چه موقع شروع و چگونه سیر و پیشرفت کرده است .

آیا از سیمای بیمار آثار اضطراب و هیجان و ناراحتی هویدا و علائم و سواس وجود دارد. ذکر هر نوع تغییراتی در میل بکار و میزان فعالیت، طرز رفتار و سلوک، دقت، تکلم، حافظه و غیره حاصل شده ضروری است. آیا بیمار بغوریت و تنیدی سابق وضع و موقعیت تازه را درک و خود را با آن هم‌آهنگ میسازد در صورت اختلال قضاوت شواهدی ذکر نمایند. آیا علاقه بدگر کلمات و اصطلاحات و جملات و با موضوع خاصی دارد و در افعال و اقوال علائمی دال بر توهمات سمعی و بصری و یا سایر احساسهای تازه وجود دارد. آیا تعبیرات و بزه‌ای درباره حزن و اندوه، گناه، بی‌ارزشی دنیا و بیوفائی و ستم‌بدگی دارد آیا تمایلات و قصد خودکشی و یا دیگرکشی داشته. تغییراتی را که در طرز غذا خوردن بیمار جدیداً حاصل شده شرح دهید. با آشکارا شدن و ظهور علائم فعلی چه اطلاعاتی را حائز اهمیت میدانند که قبلاً بدان توجهی نداشتند.

در کسب اطلاعات فوق‌الذکر بایستی تمام جزئیات و نکات دقیق را سادداشت نمود و بکلیات اکتفا نکرد و حتی ذکر جملاتی از شهود و مطلقین ممکن است بین از سایر قسمت‌های شرح حال مفید واقع شوند و تحقیق کامل بر سیر و پیشرفت شخصیت، اغلب بمنزله کلیدی است که برای تعبیر و تفسیر طرز رفتار بیمار لازم است و اغلب باین نتیجه میرسیم که اختلال بوراتیک با سایکاتیک کاریکاتور یا تشدید وضع شخصیت عادی و طبیعی بیمار است که برای مقابله و مواجهه با وضع و موقعیت نامطلوب و غیر مساعد اتخاذ نموده و در بسیاری از موارد ملاحظه میشود که اختلال روانی يك نقشه و طرح دینامیکی است که برای تکمیل منظور و هدف شخصیت بکار برده شده و فقط با تشخیص زمینه، احتیاجات، وضع شخصیت و طرق دفاعی یا نحوه تسلیم، میتوان باختلال روانی بیمار پی‌برد و از تحقیق و مطالعه اوضاع و احوال گذشته، کسالت فعلی بیمار را درک نمود.

۱۵- نتیجه

پس از کسب اطلاعات مکفی از فامیل و دوستان و تحقیق طرز پیدایش و رشد شخصیت که حقایقی راجع بزندگی گذشته بیمار آشکار میسازد روان‌پزشک بایستی بمصاحبه با بیمار پردازد بدینطریق که با رعایت کامل احترام سعی کند اعتماد و اطمینان ویرا جلب نماید در موارد اختلالات روانی بسیار ساده شاید بتوان در اولین مصاحبه از طرز رفتار و اعمال بیمار بنوع بیماری پی برد .

بیماران روانی را نیز بایستی از نظر بدنی و عصبی و آزمایشگاهی دقیقاً مورد معاینه قرارداد تا بتوان بعوامل سرشتی و ساختمانی و عضوی و عملی، متابولیسمی و غیره پی برد که شرح جزئیات این قبیل معاینات در این کتاب زائداست .

نکته‌ای که بایستی همواره مورد نظر قرار گیرد آنست که ممکن است بیماران روانی با وجود ابتلا، به بیماریهای عفونی و یا سایر کسالتها کمترین شکایتی ننمایند بعلاوه گاهی در اثر مقاومت و منفی کاری امتحان کامل و دقیق بدنی بیمار مقدور نیست .

از آنچه تا کنون ذکر شد دریافتیم که شخصیت را بایستی از نظر دینامیک و تجزیه و تحلیل مورد مطالعه قرارداد منظور این است که اختلال روانی نتیجه و محصول اثرات سرشت، جسم، روان و اجتماع بر شخصیت بوده و تجزیه و انحراف و اختلال آن نتیجه رابطه مستقیم علت و معلول است لذا با ذکر مقدمه فوق بایستی با تمام وسائل ممکنه عوامل خاصی که موجبات اختلال شخصیت را فراهم کرده است کشف نمود و سپس روان‌پزشک در جهت عکس به بنیان‌گذاری و سازمان‌دادن شخصیت پردازد . بطور خلاصه بایستی بر رابطه خاصی که بین وضعیت فعلی و اتفاقات و اعمال و افکار گذشته

بیمار وجود دارد پی‌برد و ب جستجوی منبع اختلال که اغاب در عقاید، احساسات و تاثرات، آرزوهای باطنی و مکنونات قلبی، خصومت‌ها و تجاوزات، خسارات و ضرر و گناهکاریها قرارداد پرداخت یکی از هدفهای معاینه بیماران تعیین و تحقیق در احتیاجات بیولوژیکی، روانی و اجتماعی است که ممکن است خود بیمار بر آن واقف و یا بکلی بی‌اطلاع باشد و در صورت اخیر میتوان بوسیله آزمون‌های تصویری (۱) و تجزیه و تعبیر خواب در سایر طرقی که بعداً شرح خواهیم داد بکشف آن مبادرت نمود منظور آنست که روانپزشک باید بتحقیق و مطالعه آنچه را که در زیر سطح ظاهری و اعماق خاطر بیمار نهفته است، احتیاجات داخلی، انگیزشها و محرکین شخصیت پردازد و تعیین نماید که چه نوع مکانیسم‌هایی برای دفاع و تطابق و توافق بکار برده شده زیرا صفات و مشخصات سرشتی، حالت اعضا، مختلفه و وضع روانی با یکدیگر مزوج و ترکیب شده و مجموعاً شخصیت فعلی بیمار را تشکیل داده‌اند با اینکه نباید از طریق کلاسیکی که در کتب برای معاینه بیماران پیشنهاد شده و بیشتر بمنظور هدایت و راهنمایی دانشجویان است کورکورانه پیروی نمود ولی اولین امتحان بیمار باید با کمال دقت انجام شود زیرا اغلب بیماران در اولین مصاحبه بی‌پروا و آزادانه بصحبت می‌پردازند و اسرار درونی را فاش می‌سازند لذا میتوان مطالب و نکات مهمی را دریافت و میزان اطلاعات مکتسبه منوط و بسته بطرز برخورد و تماس روانپزشک است.

پزشک در عین حالیکه کمال احترام را باید نسبت به بیمار مرنی دارد لازم است نشان دهد که نسبت به بیمار علاقمند و دلسوز و وضع و حال ویرا دریافته و برای کمک و مساعدت کمر همت بسته است این ملاقات و مصاحبه

باید ناگهانی و غیر مترقبه و طوری باشد که بیمار اوضاع را جدی تلقی نماید و مطمئن شود که برای سخنان و گفته‌های او ارزشی قائل هستند در صورتیکه روانپزشک طبیب بنگاه یا مؤسسه‌ای باشد نباید چنین انتظار داشت که بیمار در اولین مصاحبه جمیع مکنونات خود را آشکار و برملا سازد زیرا این پزشک نه تنها در نظر بیمار غریبه و ناشناس است بلکه نماینده محیط جدید و منفوری است که شاید بیمار را برخلاف میل بدانجا آورده‌اند و در اینجا است که تنها استادی و حداقت روان‌پزشک میتواند اعتماد و اطمینان بیمار را جلب نماید تا بیمار بدون تأمل و بی‌پروا شرح خاطرات و مکنونات قلبی خود را که حتی برای نزدیکترین افراد فامیل آشکار و فاش نساخته اظهار دارد بهتر است که میدانرا به بیمار واگذاریم تا آنچه میخواهد دل تنگش بگوید و فقط برای راهنمایی و منحرف نشدن از موضوع اصلی گاهی سؤال مختصری از بیمار نمود و با اصطلاح تک‌مضربی زد اگر هرآینه روان‌پزشک موفق شود که خود را بشنیدن داستان و شرح زندگانی بیمار علاقمند نشان دهد اغلب بیماران بسیار حریصند که مسائل و مشکلات خود را بنحو اکمل بیان نماید پزشکی که نتواند اعتماد و اطمینان بیمار را جاب نماید فرصت گرانبهائی را از دست داده و ممکن است بیمار وضع دفاعی بخود گرفته و ازدادن هر نوع اطلاعی خودداری نماید در طرح سئوالات باید کاملاً مواظب و مراقب بود که نسبت با احساسات و عقاید بیمار هتک احترامی نشود و از هرگونه تهمت و افتراء خودداری گردد باید از مباحثه و مشاجره لفظی دوری جست بعضی از مبتدیان و دانشجویان تصور مینمایند که منظور از معاینه بیماران روانی تحقیق و کشف عقاید غلطی است که در بیمار وجود دارد غافل از آنکه نکته مهم، تحقیق در شخصیت و انحراف خلق و تمایلات است روانپزشک ماهر و استاد باید اطلاعات کافی از دینامیک شخصیت داشته و ضمناً در نظر داشته باشد که بیمار موجودی است زنده، نه اجتماع مقداری

مکانیسمهای روانی-روانپزشک باید حساس و تیزهوش و بصیر بوده و مخزنی از تجارب و معلومات حاضرالذهن داشته باشد .

با اینکه نباید در معاینه بیماران روانی يك روش معین و یکعده سئوالات محدودی را بکار برد ولی برای مراعات نکات لازمه بهتر است نظم و ترتیبی را در تهیه شرح حال و سؤال از بیمار پیروی نمود و در صورتیکه مصاحبه با بیمار ناگهانی و غیررسمی و خودمانی باشد ملاحظه خواهیم کرد که تحقیق و تجسس طبق اصول نامبرده در بالا زمینه را برای امتحان دقیق تر و کاملتری فراهم میسازد و هر اندازه محیط دوستانه و آزادتر باشد بهتر میتوان بمحتویات و مکنونات ضمیر باطن پی برد .

ب - معاینه بیمار

۱- ملاقات با بیمار

بایستی با دقت تمام به ظاهر بیمار ، لباس ، طرز گذاردن کلاه ، قیافه و صورت توجه کرد چه با تشخیص ها که با طرز نگاه بیمار مشخص و معین میگردد شکل و قیافه زنده و متحرک، چهره درخشان و چشم های نافذ مانیاک را نمیتوان با چهره درهم گرفته و بیحرکت و دردناک ملانکولیک اشتباه کرد و یا با قیافه بی تفاوت و بی اعتنا و مبهم و منظره و سبمای چون مرده بی دوح شیرو فرنی یکی دانست .

باید وضع هیکل و بدن را در نظر گرفت زیرا بعضی از بیماران مانند کاتاتونیک ها روی خود خمیده و چین خورده اند .

اولین برخورد و مکالمه بایستی جوربجور و راجع به مطالب مختلفی باشد تا بیمار خسته و کسل نشود اول باید جویای نام و نام خانواده، سن،

شغل، تاریخ ورود و علت شد و بدین طریق میتوان فهمید که آیا تماس گرفتن آسان است، بیمار زیاد حرف میزند بسهولت حرف میزند و یا بالعکس حاضر به تماس نیست، سنگر گرفته، حالت غیاب دارد، در خاموشی و سکوت است و یا بزحمت میتوان چند کلمه‌ای از او شنید در پاره‌ای موارد چنین بنظر می‌آید که بیمار تلاشی برای جواب دادن میکند ولی قادر به تکلم نیست مگر بطرزی بسیار کند مانند افرادی که مبتلا به بهت روانی هستند گاهی بیمار با شروع اولین جملات هدیان میگوید مثلاً اینکه به همه کارکنان بیمارستان مشاغل داده و حقوق میپردازد یا افکارش را از او می‌ربایند و بدن او را از بین برده‌اند.

اگر ضمن معاینه علائمی آشکار شدند باید موقع را مفتنم شمرد و در اطراف آن سؤالاتی کرد مثلاً میتوان سؤال کرد که به چه وسیله افکارش را می‌ربایند و به چه طریق از راه دور ویرا تحت تأثیر قرار میدهند و شروع آن به چه طریق بوده است در برخی دیگر از بیماران پس از ساعات متعددی صرف وقت کوچکترین اطلاعاتی نمیتوان بدست آورد بعضی دیگر هدیان خود را پنهان میدارند و یا با کتمان کردن، دفاع و انکار میکنند و از جواب سؤال طفره می‌روند در این قبیل موارد اصرار و سماجت بی‌مورد است بایستی درباره مسائل دیگری به گفتگو پرداخت و در موقع مناسب و مساعد، مجدداً صحبت را بموضوع مورد نظر کشانید. تشریح علائم بیماریهای روانی که در کلینیک موجب تشخیص و پیش‌آگهی بیماریها میگردد، بسیار مشکل و دشوار است آنچه ما را در این مشکل کمک خواهد کرد معاینات روزمره و خلاصه تجربه است.

اطبای کلینیک بایستی به تجزیه علائم پردازند (اختلال تکلم و بیان، حرکات، توهمات، هدیان، انگیزه‌آنی، حرکات مکرر و یکنواخت و غیره) و قادر به تجزیه و تفکیک سندرم‌های بزرگ باشند (منگی، کاتاتونی، مانی، ملانکولی،

خواب در بیداری، خودکاری دماغی و غیره) .

ساله‌است راجع به اختصاصی بودن نشانه‌شناسی روان‌پزشکی بحث شده و امروزه چنین معتقدند که شرح حال‌های روان‌پزشکی نباید کاملاً عینی یا ذهنی باشد بلکه در روان‌پزشکی تشخیص بایستی بر اساس آنچه را که طبیب و بیمار توأمآ تشخیص می‌دهند قرار گیرد لذا تهیه شرح حال در روان‌پزشکی منجر به تماس گرفتن با بیمار (چه بسا که بیمار حاضر به همکاری نیست) است طبیب بایستی در این راه حلم و حوصله بخرج دهد و با دلسوزی و دقتی خاص به جستجوی علائم پردازد بنابراین اولین قدم در تهیه شرح حال سعی در گرفتن تماس و کسب اعتماد بیمار است و بدین وسیله باید با تشخیص و تفکیک علائم به تجزیه وجود بیمار پرداخت و بنظر ما این روش بهترین طریق نشانه‌شناسی است .

منظور از معاینه روان‌پزشکی کشف مبدا، و سیر و پیشرفت اختلالات شخصیت که منجر به ناخشنودی و عدم رضایت فردی و عدم تطابق با اجتماع شده‌اند میباشد بنابراین بایستی شرح زندگی و سوابق شخصیت و تصویر واضحی از زندگی روانی و مشکلات و غوامض زندگی وی تهیه نمود و بدین طریق یک رابطه منطقی بین وضع زندگی و واکنش شخصیت چه در افراد سالم و چه در افراد بیمار ملاحظه خواهیم کرد قوانین دینامیک طرز رفتار برای هر دو یکی است با کسب اطلاعات کافی درباره شخصیت بیمار و علل مولده و مسائل زندگی که در نظر وی مولد اضطراب بوده‌اند میتوان بعلت بیماری و تفسیر علائم پرداخت .

طرز رفتار و علائم بیماریهای روانی و قایمی طبیعی بوده و بایستی با دقت و حوصله و کسب اطلاع از علائم فیزیکی، شیمیائی، تشریحی، فیزیولوژی، پاتولوژی، اجتماعی روانی و تعلیم و تربیتی علل نوروزیا سایکوز را تعیین نمود و چنین مطالعه‌ای را بایستی از طریق ژنتیک و دینامیک انجام داد نه از راه

مطالعه مقطع عرضی زندگی و تنها بدین طریق است که میتوان پی برد که چگونه بیمار در طرز رفتار مخصوصش واکنش نشان داده .

پس از تجزیه مسائل و موقعیت‌های مختلفه زندگی بیمار و مسائلی که در تشکیلات و سازمان شخصیت دخالت داشته‌اند، طبیب بایستی به تشکیل مجدد سازمان و ساختمان شخصیت و زندگی داخلی وی بپردازد .

در این شرح قطعاً شمه‌ای درباره طرز رفتار و روابط او با سایرین و روابط با والدین موجود است این شرح حال بایستی شامل وقایع و تجارب مهمی که موجب تشکیل صفات شده‌اند، تضادهای طرق تطابقی و مکانیسم‌های انتخابی باشد.

با اینکه تفکیک علائم از نظر پاتولوژی روانی مهم است ولی بایستی به آنها بدیده بدیده سطحی نگریست و بایستی ما توجه به احتیاجات، احساس و محرکین آن علائم داشته باشیم باین ترتیب ما سرنخ طرز رفتار شخصیت فعلی را در شخصیت قبل از بیماری خواهیم یافت .

با اینکه تاکید زیادی درباره تاریخچه زندگی نمودیم ولی باید متذکر شویم که مصاحبه روانی بیش از شنیدن چند کلمه از زبان اطرافیان بیمار اهمیت دارد از بدو امر باید به واکنش بیمار در برابر طبیب توجه داشت رابطه طبیب و بیمار کمک بسیاری به کشف حقایق و درك علائم خواهند نمود چنانچه طبیب بردبار و حلیم باشد این ارتباط سهولت انجام شده ولی چنانچه بیمار طبیب را ایرادگیر، دشمن و غیره بیند تمایلی به سبک کردن خویش و آشکارا ساختن افکار درونی نشان نخواهد داد .

اغلب بیماران طبیب را شخصی دانند که بایستی بوی کسالت‌های بدنی را گزارش دهند ولی خوشبختانه در بعضی ممالک این توجه پیدا شده که روان‌پزشک را شخصی دانند که باید با و تمایلات، احساسات، افکار و غیره را شرح دهند چیزی که مورد نظر اطباء معمولی نیست .

البته هیچ‌کس حاضر و آماده افشاء اسرار درونی و ذکر افکار نهانی در اولین جلسه ملاقات نیست و طبیب نیز نبایستی چنین انتظاری را داشته باشد طرز رفتار بیمار با طبیب همان‌است که بیمار در طی سالیان دراز در روابط با والدین و سایرین آموخته‌است لذا گاهی ممکن است واکنش‌هایی که نسبت بدیگران داشته نسبت به طبیب نیز اظهار دارد و توجهی بمقام و سهم طبیب ننماید افراد مبتلا به سایکوز طرز رفتاری معقول‌تر از آنچه با سایرین دارند با طبیب ندارند و لسی اشخاص نوروژی بیشتر به سهم واقعی طبیب توجه دارند و بیشتر احترام می‌گذارند .

بهر حال طبیب بایستی در تمام هنگام معاینه متوجه طرز رفتار بیمار نسبت بخود باشد آیا بیمار صریح صحبت میکند و تقاضای کمک دارد آیا بیمار معمولاً متکی و از اول احتیاج به تأیید اعمال و افکار دارد آیا مطمئن یا مظنون است و آیا تمایلی به فریب دادن، تحریک یا نمایش و خودنمایی دارد در بعضی موارد بیمار طبیب را مورد توجه قرار میدهد و زمانی نیز دقیقاً طبیب را مورد حمله قرار داده بذله‌گوئی و شوخی میکند طرز رفتار و جملات و کلماتی که بیمار اظهار میدارد بایستی توجه طبیب مجرب را جلب نماید طرز رفتار امروز بیمار شاید نمونه‌ای از رفتار گذشته وی باشد بایستی وضع فامیلی و خانوادگی و طبقه اجتماعی ویرا تحقیق کرد و فردی را که با وی انطباق نموده دریافت .

۴- طرز مصاحبه

بهبتر است هرچه زودتر با بیمار تماس گرفت و به او گوشزد نمود که ما مایل به سؤال از همراهان نیز می‌باشیم در این صورت او متمایل میشود قبل از فامیل سوابق خود را اظهار دارد (که ممکن است سوابق او را تحریف نمایند) البته ممکن است بیمار طبیب را نماینده فامیلی که در نظرش منفور

است بدانند و خوبست گاهی شرح حال در حضور همراهان گرفته شود تا اگر هر آینه نکاتی را بیمار فراموش نموده آنها بدانند و بعداً اظهار دارند و سپس بتوان واقعا علت ناگفته گذاردن آن مسائل و مطالب را از بیمارخواست و مخصوصاً به تضادهائی که بین سخنان بیمار و اطرافیان دیده میشود باید توجه خاصی مبذول داشت .

اطرافیان بیمار معمولاً ویرا با ترس و احساس گناه نسبت به بیمار شدن او به بیمارستان می آورند بیمار نیز ممکن است موقعیت را درک کرده باشد و به کسالت خود پی برده باشد و یا اینکه طرز رفتاری غیر قابل تحمل داشته باشد اغلب اطرافیان و اقوام بجای کمک موجب بیماری میشوند . اولین مصاحبه باید طوری باشد که بیمار تصور نماید بدون مقدمه و اتفاقی بوده تهیه شرح حال و میزان اطلاعاتی را که میتوان از بیمار گرفت بمقدار زیادی بستگی با حداقت و استادی طبیب دارد طبیب بایستی صریح و مؤدب بوده و نشان دهد که واقعا به شنیدن شرح حال بیمار و درمانش علاقمند است .

برای کسب حداکثر اطلاعات، معاینه کننده بایستی قابل انعطاف و مصاحبه خود بخود باشد بدین طریق اطلاعات بیشتر و جامع تری بدست می آید طبیب در مطب و یا در هر محل دیگری غریبه و اغلب نماینده محیط نا آشنا و ناخواسته ای است لذا نباید انتظار داشت که بیمار در اولین مصاحبه جمیع اسرار را فاش سازد ولی طبیب بایستی تدریجاً حس اعتماد و اطمینان بیمار را بخود جلب کند تا بتواند اسراری را که بیمار برای احدی بازگو نکرده بشنود .

۳- سوال از بیمار

الف - علت مشاوره یا بستری شدن

با وسعت و گسترگی که روان پزشکی در مطب‌های خصوصی، درمانگاهها، دادسرا، مؤسسات خیریه، مدارس و بیمارستانهای عمومی و مخصوصاً بیمارستانهای خصوصی و آسایشگاههای روانی پیدا نموده ممکن است بیمار روانی بطرف محافل تحت معاینه فرار گیرد. ممکنست بیمار شخصاً جهت معاینه مراجعه کند یا بمطب خصوصی و کلینیک بوسیله طبیب یا مؤسسه‌ای معرفی گردد گاهی نیز ممکن است از طریق دادگاه برای معاینه با سبوری ساحر احاله شود در تمام این موارد بایستی شرح مختصری درباره وضع و حالت و علتی که منجر به ورود، مراجعه و معاینه گردیده ذکر نمود این شرح بایستی شامل طبیب یا مؤسسه معرفی و علت مراجعه دادن بیمار باشد گاهی نیز بیمار خود شخصاً بمحکمه مراجعه میکند و اطلاعات ما منحصر همان است که بیمار در احضار ما میگذارد زمانی نیز ممکن است بانهای اقوام و خویشان مراجعه کند و در این صورت است که بایستی اطلاعات مکفی از اطرافیان کسب نمود و نام و نشانی آنان را نوشت و سبب آنان را صدقاً ذکر نمود این کار را مددکاران اجتماعی بایستی انجام داده و در اختیار طبیب گذارده باشند و ما قبلاً درباره آن بحث کافی بحث نمودیم.

ب - علت ورود

بایستی علل و دلایل مراجعه به پزشک را از بیمار سؤال و دقیقاً مندرک نمود.

پ - بیماری فعلی

بایستی جزئیات بیماری فعلی را یادداشت نمود و این نباید تنها منحصر بذكر علائم بیماری باشد بلکه بایستی شامل تغییرات حاد یا تدریجی که در خلق و صفات، علائق و تمایلات و رفتار نسبت بدیگران تا تغییراتی که در طرز لباس پوشیدن، عادات شخصی و نظافت بدن پیش آمده است گردد

بایستی وضع اجتماعی ویرا بهنگام ظهور علائم یادداشت کرد و ارتباط با مردم و نتایج حاصله را تحقیق نمود آیا مرگ و میر، مصیبت، جدائی و متارکه در خانواده او پیش آمده زیرا اغلب ممکن است یکی از این وقایع با ظهور بیماری تطبیق نماید و اغلب ظهور علائم در زمان فشار حاصله از رابطه بین فردی و جدائی و مصیبت مربوطه است با اینکه طبیب در تلاش کاوش منبع و منشاء اختلال احساساتی و عاطفی است بیمار و اطرافیان بذکر علائم میپردازند لازم است شرح کاملی از علائم طبق تظاهر از بیمار گرفت و اینکه آیا این علائم گاهگاهی بوده و یا بطور مداوم وجود دارند و چه موقعیت‌هایی در شدت و ضعف آن مؤثراند .

روان‌پزشک بایستی بداند چه تغییراتی دربدو امر در طرز رفتار پدید آمده و به چه نحو پیشرفت نموده‌اند اثرات آن در کار، میزان فعالیت، طرز رفتار، دقت، تکلم و حافظه چیست آیا بیمار مانند سابق سرعت انتقال دارد و مطالب را درک مینماید آیا شواهدی در دست است که بیمار مبتلا به شنیدن صداهای تصویری است آیا عقاید نشاط‌آور یا حزن‌انگیز، عقاید گناهکاری، بی‌ارزشی، ستم‌دیدگی، حسادت و بی‌وفائی دارد آیا تمایلات خودکشی یا دیگر کشی مشاهده گردیده .

خلاصه آنکه بایستی درباره تمام قسمت‌های حیاتی بیمار تحقیقات کافی نمود و رغبت و میل به زندگی و تمایلات اجتماعی یا اضطراباتی که در خواب و خوراک، دفع و اعمال جنسی ظاهر میسازد را درک کرد .

بایستی راجع با اهمیت بیماری و علائم آن در حال و آینده سؤال کرد آیا بیمار نسبت بدان احساس خجلت و گناه مینماید آیا بیمار از اهمیت آن میکاهد یعنی آیا از بیماری نفع عاطفی میبرد در پاره‌ای موارد ممکن است موضوع بیمه و کار در بین باشد .

بایستی فهمید به چه علت حال مراجعه نموده و تقاضای کمک دارد باید

دید آیا قبلا نیز باین نوع بیماری مبتلا شده و چه اشخاص و به چه وسیله و برا
مداوا کرده‌اند .

روان‌پزشك بایستی حتی الامکان موقعیت مولد فشار را از علل
مستعد کننده تمیز دهد در کشف اطلاعات فوق‌الذکر بایستی تمام جزئیات
ونکات دقیق را یادداشت نمود و به کلیات اکتفا نکرد حتی ذکر جملاتی از
بیمار ممکن است بیش از سایر قسمت‌های شرح حال مفید واقع شود تحقیق
و اطلاع کامل در سیر و پیشرفت شخصیت اغلب بمنزله کلیدی است که
برای تعبیر و تفسیر طرز رفتار بیمار لازم است و اغلب باین نتیجه میرسیم
که اختلال نورائیک یا سایکاتیک تشدید وضع شخصیت عادی و طبیعی
بیمار است که برای مقابله و مواجهه با وضع و موقعیت نامطلوب و غیر مساعد
اتخاذ نموده و در بسیاری از موارد ملاحظه میشود که اختلال روانی يك نقشه
و طرح دینامیکی است که برای تکمیل منظور و هدف شخصیت بکار برده
شده و فقط با تشخیص زمینه، احتیاجات، وضع شخصیت و طرق دفاعی یا
نحوه تسلیم، میتوان بساختلال روانی بیمار پی‌برد و از تحقیق و مطالعه
اوضاع و احوال گذشته کسالت فعلی را درک نمود.

ت - سوابق فامیلی

بایستی اطلاعاتی از نظر ارث؛ وضع فامیلی و مالی و اجتماعی که بیمار
در تحت آن شرایط قرار داشته که ب نمود و بعلاوه اطلاعاتی درباره والدین،
خواهران و برادرانی که بسا وی زندگی میکرده‌اند و شخصیت و بیماریهای
آنان دانست لازم است افراد دیگری را که بطور موقتی یا دائمی با فامیل در
تماس بوده‌اند نیز ذکر نمود بسا توجه بساطلاعاتی که راجع با افراد فامیل و
دوستان و وضع زندگی اجتماعی آنان بدست میآید معاینه کننده میتواند
نظریاتی نسبت به تضادها، عادات، طرز کنترل عواطف و طرز انطباق که در

زندگی و در دسترس بوده پیدا کند مخصوصاً بایستی به تنبیهات و طرقتی که والدین جهت وادار به اطاعت کردن بکار میبرده‌اند مورد توجه قرار گیرد بایستی بطرز واکنش فامیل و بیمار نسبت به کسالت و بیماری سایر افراد فامیل توجه کرد کدامیک از فرزندان بیشتر مورد توجه والدین بوده‌اند و چه واکنش عاطفی نشان میدادند. بایستی واکنش بیمار را در برابر از دست دادن یا مرگ والدین و طلاق فهمید مخصوصاً باید دید در این واقعه بیمار چه‌نی داشته. مدت غم و غصه و تاثیر و عزاداری چه بوده و سایر افراد فامیل نسبت بهمان واقعه چه واکنشی نموده‌اند.

اطلاعات جامعی نسبت بخود کشی، بیماریهای روانی، الکلیسم، خطاکاری و بزه‌کاری کسب کنیم آیا بیمار طفلی مشروع و خواسته بوده یا ناخواسته و با طفلی سرراهی بوده‌است.

ث - سوابق شخصی

بطور کلی بایستی سابقه و تاریخچه‌ای از دوران زندگی از بدو تولد الی حال را جویا شد.

معاینات بدنی

نباید فکر کرد که چون بیمار مبتلا به بیماری روانی است امتحان بدنی لازم و ضروری نیست. اول باید منظره عمومی بیمار، وزن، قد، معاینه بدنی (علائم دژنراسی مانند تغییر شکل گوش‌ها، سفیدمان و عدم تقارن صورت) را تعیین نمود و سپس به سایر معاینات بدنی پرداخت.

الف - برای معاینه فیزیکی بیمار، روش معین و مشخصی لازم نیست زیرا در هر حال معاینه جمیع اعضا، و دستگاههای بیمار لازم و ضروری است

لازم است نوع ، تیپ بدن، معایب و تغییرات بدنی (لاغری، چاقی، ورم و غیره) عیب و نقص حسی و حرکتی و غیره را در نظر گرفت .
دستگاه تنفس بایستی از نظر میکروبی و رادیولوژی و مخصوصاً از نظر سل معاینه گردد (از نظر مجزا ساختن و درمان) .

دستگاه قلب و عروق را (گوش دادن قلب، فشار شریان، الکترو- کاریوگرافی، اندیسر اوسیومتریك و غیره) بدقت معاینه کرد و از نظر وجود آندوکاردیت، آثار بیماریهای قدیمی، و بیماریهای کرونر، مورد توجه قرار داد .

دستگاه گوارش مخصوصاً طرز کار کبد و کیسه صفرا (حرکت و کارامعایه، معده، اختلالات هاضمه، آنتر و کولیت، سندرم هپاتو اسپلنو پانکراتیک، عدم تکافوی کبد و صفرا، آزمایش ادرار و جستجوی گلیکوزاوری و املاح و مواد رنگی صفرا، اوروبیلین، مقدار کلسترول و آزمایش تیمول) در حالات بهت روانی (مخصوصاً در سایکوزهای الکلی) و آستنی، ملانکولی و شیزوفرنی اهمیت دارد .

درد دستگاه ادرار مخصوصاً طرز کار و ترشح ادرار و کلیه‌ها (احتباس اوره، آلبومینوری، سیلندر اوری) مهم است آیا بعلت بیماری روانی حاد عفونی، مشکوک به گلو مریلوفنریت است و یا یک توبولو نفریت سمی دارد و در موارد عفونت آزمایش ادرار از نظر وجود سلول یا میکروب (کلی باسیل، سل کلیوی) کمال لزوم را دارد .

امتحان دستگاه تناسلی مخصوصاً در زنهاییکه اختلال روانی توام با بیماریهای لکن یا دستگاه تناسلی باشد لازم و ضروری است (متریت، فیبروم، نئوپلازی گردن زهدان و غیره) .

بایستی نسبت به دستگاه غددی حتی الامکان آزمایشات کافی نمود (مخصوصاً تیروئید و سورنال) نئوپلازی و بیماریهای خون را نبایستی از نظر