

دورداشت .

وضع مایعات بدن و غدد مترشحه داخلی اهمیت خاصی دارد بایستی تجسسات آزمایشگاهی کادامی اخونشناسی، گلیسمی، هیپوگلیسمی پرووکه، سدیمانتاسیون، مقدار کلسیم، پ - هاش خون و غیره را انجام داد تعیین مقدار فولیکولین، وضع میکروبی مهبل، مقدار کورتیکو استروئیدها و آندروژن نزد مردها، سوخت و ساز بدن و غیره که باید توام با امتحانات دقیق غدد باشد و بالاخره طرز تغذیه، ویتامینها، قدرت جذب دستگاه گوارش و پروتئین سرم را با دقت خاص تعیین نمود .

برای این قبیل معاینات اطلاعات تئوریک لازم نیست بلکه محتاج تجربه و مهارت است بایستی از نظر فیزیولوژی، الکترومیوگرافی، کروناکسی و ارگوگرافی بیمار را معاینه نمود خلاصه آنکه امتحان کلیه دستگاههای بدن و تحقیقات کافی درباره طرز کار و سوخت و ساز آنها، بخش اساسی معاینه بیماران را تشکیل میدهد .

ب - امتحان عصبی

این امتحانات بایستی باکمال دقت و از روی نظم و ترتیب باشد نه اینکه تنها به گرفتن چند انعکاس و نگاه کردن به مردمک چشم اکتفا شود بایستی با روشی معین طرز کار حواس و اعضا، حس و حرکت، تعادل، حرکات انعکاسی و ارادی را در نظر گرفت بایستی حرکات غیر طبیعی مانند حرکات کره‌ای و آتنوزیک را از حرکات مکرر و یکنواخت، حملات صرعی و معادلات آن، حملات سایکونوراتیک و حملات کاناتونیک و خارج هرمی و غیره تمیز داد باید اختلال تونوس عضلات مثلا اختلال هرمی را از خارج هرمی، خارج هرمی را از انقباضات روانی - حرکتی و منفی‌گری، و کم‌تونوسی مخچه‌ای را از شلی روانی - حرکتی تفکیک کرد .

نسبت به مواد ذیل لازم است دقت کافی مبذول داشت .

۱ - اختلالات حرکتی و روانی - حرکتی (هرمی و خارج هرمی) (پارزی، انقباض، حرکات غیر طبیعی) .

۲ - مطالعه دقیق تکلم، شناسائی (۱)

بایستی تحقیقات بالینی را با امتحانات ته چشم، میدان بینائی، تحریک لابیرنت، کروناکسی و سستیبولر و اودیومتری تکمیل کرد .

هدف امتحان عمیق و دقیق عصبی تعیین کسالت‌های عصبی (تومور، نرمی مغ، آنوریسم، آنسفالیت، صفر مغز و غیره) است و ما ذیلاً به ذکر باره‌ای از بیماریهای مغزی مولد بیماریهای روانی میپردازیم .

درنقصیه عقلی (۱) بایستی طرز کارغدد، امتحان ته چشم و علائم اختلال حرکتی (فلج نیمه بدن، دی‌پلژی انفانتیل) یا حواسی (گری، کوری، کاتاراکت و غیره) را تعیین کرد .

در زوال عقل بایستی به چهار دسته بیماریهای دماغی توجه شود .

۱ - صفر مغز (بیماری آلزیمر یا پیک)

۲ - سندرم عسروق مغزی (تصاب شراین، کانونهای نرمی بعلت ترومبوز، خونریزی، آمبولی، آنژیوم)

۳ - تومورهای مغزی (گلیوم، مدولوبلاستوم، منژیوم)

۴ - منگو آنسفالیت سیفیلیسی (فالج مترقی)

۵- معاینه روانی

در امتحان روانی بایستی جمیع نیروهای قوای شعوری را در نظر گرفت و به تجزیه و تحلیل علائم روانی پرداخت ولی قبل از این بحث بذکر فهرستی از نکات لازم می‌پردازیم .

الف - معاینه بایستی بحد کافی طولانی و مکرر باشد (۳ - ۴ ساعت در هفته اول).

ب - بایستی از معاینه بازجویی مانند ویا از سوالات بی مورد و بی فایده اجتناب نمود سوالات باید طوری طرح شود تا ما را به تحقیق مطلب مورد نظر کمک و هدایت نماید.

پ - بجز در مواردیکه احتمال خطر در پیش است، بایستی با بیمار تنها صحبت نمود بیمار را میتوان در مطب، خانواده، جلسه مشاوره یا بیمارستان معاینه کرد.

در معایناتی که در منزل به عمل میآید حتماً بایستی بیمار را از آمدن طبیب آگاه سازند در غیر اینصورت با روئیت طبیب، دچار بدگمانی و سوء ظن شده و مضطرب میگردد در مورد بیماران بیقرار، بایستی متوسل به زور گردید بلکه طبیب بایستی با استفاده از نفوذ خود، سعی در جلب حسن اعتماد و اطمینان بیمار نماید. در بیمارستانها بایستی به بیماران توجه داد که منظور و مقصود از همه معاینات، کمک و درمان است نه اینکه تصور نماید بیماران را وسیله تحقیق و مطالعات علمی قرار داده ایم.

ت - بررسی علائم بیماریهای روانی

ما نشانه‌شناسی علائم روانی را از سه جهت مورد دقت و مطالعه قرار میدهیم.

۱ - طرز رفتار و سلوک اجتماعی

۲ - فعالیت روانی.

۳ - شخصیت.

در قسمت اول بایستی بشرح طرز رفتار غیر طبیعی و تطابق غیر عادی پرداخت مثلا تمایل بخودکشی و امتناع از غذا خوردن و انگیزه آنی.
در قسمت دوم بایستی يك مقطع عرضی از بیماری تهیه کرد (بهت

روانی-ملانکولی، هذیان و توهم و غیره ۱۰.

در قسمت سوم بایستی بالعکس به تهیه مقطع طولی پرداخت و دستگاه
دنامیک و سازمان من را تحت مطالعه قرارداد.

۱ - نشانه شناسی طرز رفتار در مطالعه طرز رفتار بالینی

الف - وضع ظاهری

ب - واکنس بیمار نسبت به معاینه و تماس با طبیب

پ - طرز رفتار روزمره را باید در نظر گرفت.

ت - واکنس سداجماعی.

الف - وضع ظاهری

باید وضع عمومی، نسبی، اشارات و حرکات و تکلم را در نظر گرفت.

۱ - بی‌نوب

نیب پیک‌نیک، آملنیک، نیب برون‌گرا و درون‌گرا و غیره.

۲ - اشارات و حرکات

بایستی با توجه به قیافه ابراز بایسته، متحرک یا ثابت، زنده یا خشک
دبی روح، نگاه امسقیم یا گریزان، واضح، ثابت یا متغیر، هیجانات و
احساسات و خلق بیمار را درک کرد.

علائمی که از نظر نشانه‌شناسی اهمیت بسیاری دارند عبارتند از

قیافه برتحرک (۱) اتحرکات مانی

قیافه بی‌تحرک (۲) یا کم‌تحرک (صورت ماسک مانند ثابت و غیر متحرک

ملانکولیک‌ها که نماینده تائر واضطراب است، سیمای مات و مبهوت در
بخت روانی و یا مبتلایان به زوال عقل).

تظاهرات عاطفی شدید و اغراقی (گریه وزاری، خنده، خشم) .
 قیافه نامتناسب (۱) تاقیافه عجیب اسیمای ناجور شیزوفرنی، خنده
 بی معنی و ادا، و اطوار کاتاتونیک .
 حرکات غیر طبیعی عضلات صورت (تیک، لب پوزه ای، لرزش، میوکلونی،
 فیبریلسیون مخصوصاً در سندرم روانی عضوی مانند فالج مترقی و صرع
 و حالات بهت روانی) دیده میشود .

۳ - لباس

آیا در لباس پوشیدن مراعات اصول اجتماعی را میکند و یا دور از
 تطابق است خود را زینت میکند و چون هذیبانی های مگالومانیک و مبتلایان
 به فالج مترقی و مانیک هاشیا، کم ارزش بخود میاویزد . آیا طرز رفتارش
 منظم و مؤدب است یا بالعکس بی نظم و بی دقتی مشهود است (مانی، شیزوفرنی،
 نقصیه عقلی، بهت روانی) .

۴ - تکلم

طرز تکلم اهمیت بسیار دارد و بایستی بدقت آنرا تحقیق کرد .
 پر حرفی مرضی (۲) دال بر سیلان و تندى کلام است (مانیک) .
 داد و فریاد و عربده دلیل بیقراری و تحریک میباشد (مانی، بهت روانی) .
 هذیان خواب در بیداری، حملات خشم و مخالفت شیزوفرنی ها .
 سکوت مرضی (۳) عبارت است از سکوت کم و بیش لجوجانه که انواع
 مختلفی دارد .

۱ - سکوت مرضی بواسطه مهار (۱) در منگی ملانکولیک .

۲ - سکوت مرضی کاتاتونی بعلت مخالفت و منفی گری .

1— Paramimie

2— Logorrhea

3— Mutism

4— Inhibition

۳ - سکوت مرضی حالات بهت روانی - زوال عقل بواسطه ضعف و برهم خوردن نظم فعالیت روانی .

۴ - بی‌صدائی هیستریک (۱) افلیج عمومی صدا بر اثر تلقین .

۵ - سکوت مرضی اعتراضی هذیبانیهای ستم‌دیده و دادخواه .

۶ - صحت آهسته و غیر واضح و نامفهوم .

بالاخره بایستی سخن باختود (۲) ، انگیزه آنی تکلمی ، تک‌گویی یا مکالمه

(۳) توهمی را با توجه به طرز رفتار بیمار گوش کردن ، خنده یا زست ، حرکات لب درک کرد .

چون سخن آینه افکار است لذا بایستی در ساختمان و ترکیب آن

دقت کافی نمود و نحوه ادای آنرا نیز در نظر گرفت از نظر جلوگیری از اطاله کلام ، فهرس و آوار موارد مورد نیاز را می‌نگاریم .

الف - آثار اختلال تفکر در تحریر و تکلم

اختلال ادای کلمات ادیز آرتری ، اختلاط (۴) حذف حروف ، تکرار

سیلابها ، و این اختلالات اغلب در زوال عقلها افلیج مترقی ، زوال عقل ابروفیک، دیده میشود .

اختلال در تهیه کلمات ابرگویی (۵) و راجی (۶) که حرفی مرضی (۷) .

سماجت ، تقلید کلام (۸) و غیره .

اختلال تحریر اختلال نوشتن ، خط غیر خوانا ، طرز خاصی نوشتن با

بکخواست ، که مخصوصاً نوع اخیر آن در شیروفرسی و بیماران هذیبانی مزمن

1-- Aphonie

2 Monologue

3-- Solologue - Dialogue

4-- Telescopage

5-- Tachy-phemia

6-- Verbigeration

7-- Brady-phemia

8-- Echolalia

دیده میشود.

ب - اختلالات نحوی و ترکیب کلمات

قطعه قطعه کردن مطالب و جملات (روش تلگرافی) یا اختلال در ارتباط

اطناب، بهم پیچیده و درهم، فرار عقاید، انحراف از موضوع.

پ - اختلال معانی (۱)

عبارتست از اختلال در معنی و درک کلمات که بیشتر در شیزوفرنی دیده

میشود مانند واژه سازی مرضی (۲)، استعارات و بکار بردن کلمات مبهم

(کلمات قطع شده، معکوس شده یا ادغام) گاهی بیمار با دستور زبان بازی

میکند طرز تکلم بی ربط شیزوفرن و تحریر استعاری و رمزی، نتیجه افکار

خودکاوانه این بیماران است. این اختلالات و بی ربط گویی در بعضی از انواع

شیزوفرنی بعدی پیش میرود که سخن نامفهوم و حتی گاهی بیمار زبان

خاصی ابداع میکند (۳).

در نشانه شناسی وضع ظاهری باید فهمید آیا بیمار واقعاً در جلسه حضور

دارد. آراسته و منظم است، محزون است یا خوشحال، افسرده یا بیقرار،

تماس گرفتن آسان است، وضع ظاهری میتواند از بهت روانی، (تعلیق

فعالیت روانی یا عدم فعالیت) تابیقراری (حالت تحریک روانی - حرکتی)

باشد.

ب - واکنش نسبت به معاینه و تماس با پزشک

گرچه حالات مختلفی ممکن است پیش آید ولی ما سه نوع واکنش

کاملاً مشخص در بیماران دیده ایم.

۱- اعتماد

۲- مخالفت

۳- بی تفاوتی

۱ - واکنشی به شکل اعتماد و همکاری در معاینه دال بر اطاعت و فرمانبرداری و قابلیت تلقین شدید است مانند مبتلایان به نقصیه‌های عقلی و شیزوفرنی. گاهی در بیمار حالت خوشی و نشاط نوسانی دیده میشود مانند حالت هایپومانیا و در واکنش‌های نورائیک (هیستری، نوروز اضطرابی) تلاش و کوشش برای تماس دیده میشود.

۲ - مخالفت بشکل کتمان و سکوت (امتناع از پاسخ واضح و کتمان مطالب) و گاهی اعتراض دادخواهی در هلدیان مزمن (سایکوز توهمی، پارانویا) دیده میشود در این مورد از بیماری کاملاً بی‌خبر است مخالفت ممکن است بصورت لجاجت، منفی‌گری و احترام از هرگونه تماس با دیگران و واقعیات درآید (شیزوفرنی) گاهی این واکنش توأم با جار و جنجال و خشم و غضب است (مانیک) و یا بصورت یاس و ناامیدی (ملانکولیک).

۳ - واکنش بی‌اعتنائی عبارتست از یک بی‌فیدی آرام و انفعال‌پذیری ماشینی (۱) این حالت اغلب در بیمارانی است که منظور و مقصود از معاینه را نمی‌فهمند (بهت روانی، نقصیه عقلی شدید، زوال عقل) و یا اینکه کاملاً بی‌تفاوت و دچار بی‌اعتنائی عاطفی (۲) هستند (شیزوفرنی).

پ - طرز رفتار روزانه

باید طبیب خود و یا با سؤال از سایر بیماران و پرستاران و اطرافیان دریابد که در چه شرایطی بیمار با وضع محیط تطابق میکند و شرایط اجتماعی محیط مورد توافق چیست ضمناً نسبت به بهداشت بدنی، خواب، وضع زندگی جنسی، غذا، زندگی فامیلی و فعالیت شغلی تحقیق نمود.

۱ - دفع مواد اغلب در بیمارهای روانی مختل میشود و در بعضی بعلت اختلال عضلات مزیقه، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع وجود دارد گاهی حالت

بی‌اعتنائی آنقدر شدید است که اقدام به نوشیدن ادرار (۱) و گه‌خواری (۲) مینماید این حالت در بهت روانی-زوال عقل و مخصوصاً در بازگشت شیزوفرنی دیده میشود ممکن است بصورت يك انگیزه نوراتیک یا انحرافی (انگیزه گه‌خواری، خودآزاری) درآید اختلاف آن با اختلالات مضيقه بیماریهای عصبی (بی‌اختیاری پاراپاژی و غیره) آنست که در اینجا تخلیه مواد دفعی اتفاقاً از کنترل مراکز خودکار خارج میشود در حالیکه نزد بیماران مبتلا به زوال عقل و عقب‌ماندگی و مبتلایان به تیرگی شعور بر اثر اختلال روانی شدید، بیمار باین امر تن میدهد و یا اصولاً درک نمیکند.

گاهی دفع مواد را با آداب خاصی انجام میدهند و احتیاطات و مراقبت‌های شدیدی اجرا میکنند مانند وسواسی‌ها یا بعضی هیپوکندریها. بالاخره اهمیت لیبیدوئی مناطق لذت‌بخش (مقعد، مجاری ادرار ممکنست در نزد بعضی کج‌خویان و نوروپاتها بصورت رفتار عجیب و غریبی درآید (گه دوستی (۳)).

۲ - اختلال خواب اغلب در بیماریهای روانی دیده میشود (بیخوابی، چرت) بیخوابی در آغاز سایکوزها بعنوان علامت خطر وجود دارد (حالات اضطرابی، نوراتیک‌ها، حملات مسانی و ملانکولی) چرت و خواب‌آلودگی در تیرگی شعور و زوال عقل دیده میشود حملات خواب‌آلودگی در روان‌پزشکی درسندرم‌های کاتاتونیک و هیستری دیده میشود افتراق آن با خواب‌افراطی (۴) دیانسفالی بسیار مشکل است ولی بهر حال وضع و تابلوی بالینی کاتاتونی و هیستری موجب تمیز آنها از نارکولپسی می‌شود (انسفالیت، نومور مغز).

1— Barbouillage

2— Coprophagie

3— Coprophilie

3— Hypersomnia

آهنگ و سرعت بیدار شدن از خواب اغلب نزد بیماران روانی تغییر میکند گاهی مرحله خواب (چرت زدن) یا بیداری طولانی میشود و در مراحل بینا بین حالات هذیانی و توهمی باید مورد دقت قرار گیرد.

حالات خواب در بیداری مخصوصاً در حالات بهت روانی، صرع، زوال عقل پیری، شیزوفرنی و نوروزها بایستی مورد توجه قرار گیرد.

گرچه خواب مسئله و امری است فیزیولوژیک ولی با مسائل مختلفی ارتباط دارد وضع و موقعیت اطاق خواب بایستی مورد توجه قرار گیرد بعضی از بیماران از ماندن در اطاق ناراحت و اصرار بخروج دارند (۱) بعضی تمام روز را روی تخت میگذرانند (۲) ، عده‌ای تمام روز را جلوی آئینه میگذرانند (علامت آئینه از خصوصیات شیزوفرن است) اطاق زندگی و تخت خواب از لوازم زندگی و جزء لاینفک و وابسته به زندگی اختصاصی و پنهانی افراد است. (جلق، تخیلات جنسی، بازیهای کودکانه)

۳- امور جنسی بایستی بوضع زندگی جنسی انفرادی و اصرار پی برد و تظاهرات آنرا در اجتماع مورد توجه قرار داد (جلق، ناتوانی، انزال زودرس، سردمزاجی، انحرافات جنسی) تظاهرات جنسی غیر طبیعی ارتباط تامی با بیماریهای روانی دارند و انعکاسی از تمایلات غریزی میباشند و جمیع این اختلالات دال بر بازگشت به مرحله اولیه زندگی است.

ولی اختلال امور جنسی تنها به طرز رفتار شهوانی (۳) پایان نمی‌یابد بلکه در روابط عشقی، فامیلی و اجتماعی نیز اثر میگذارد مانند ناتوانی یا امتناع از روابط جنسی و عشقی بعلت ممانعت و مهار نوراتیک یا در حالات مقدماتی شیزوفرنی و تلاش مستمر در عشق‌ورزی (۴)

1— Claustromanie

2— Clinophilie

3— Erotic

4— Donjuanisme

و خود شیفتگی (۱) و جانشین سازیِ تعابلات مربوطه بوسیله عقده‌های که در طرز رفتار متجاوز و متعرض بیمار نهفته است .

۴ - وضع غذا - غذا خوردن که اولین ارتباط طفل با مادر است ممکنست بشدت مختل شود مانند امتناع از غذا خوردن مخصوصاً در ملانکولی) و بی‌اشتهائی روانی محدود کردن تدریجی غذا که مخصوصاً نزد دختران جوان نوروبات دیده میشود). امتناع گاهی انتخابی است (ترس از یک غذا و انتخاب غذائی دیگر) و در این مورد مخصوصاً فکر از مسمومیت (هذیان تعبیری، هذیان حاد، شیزوفرنی) وجود دارد گاهی انگیزه‌آنی گرسنگی (۲) یا تشنگی بوجود می‌آید احساس تشنگی ممکن است دائمی (۳) یا گاهگاهی و دوره‌ای (۴) باشد گاهی تعایل به استعمال مقادیر زیادی سموم بوجود می‌آید .

۵ - زندگی فامیلی - آیا بیمار در زندگی خانوادگی استقلال داشته و یا متکی برآمده (زیر دامن مادر زندگی میکرده) (بسیاری از نوروزی‌ها و شیزوفرن‌ها از این قبیل‌اند) و اطاعت و فرمانبرداری محض مینموده در شیزوفرن‌ها تضاد با یکی از والدین و اقوام وجود دارد (حسادت، نفرت) مخالفت ممکن است منجر به دوری و جدائی بیمار از خانواده گردد (گریز پائی) (۵) و یا بیمار خود را محبوس و زندانی سازد .

۶ - فعالیت شغلی - اشتغال به شغلی مداوم و تطابق با شرایط کار اهمیت بسیاری دارد ممکن است بیمار دچار ضعف بازده کار (آغاز شیزوفرنی و زوال عقل، عقب‌ماندگی)، عدم نظم، غیبت، فانتازی و متمایل به

1— Narcissime

2— Boulimie

3— Potomanie

4— Dipsomanie

5— Fugue

تغییر مکرر شغل شود (در نوروزی‌ها بعلت ناتوانی و اضطراب در تطابق و نیز در آغاز سایکوز بواسطه عقاید هدیانی یا توهمی که موجب فرار و تجاوز و حمله یا دفاع شود) اغساب بعلت فقدان عواطف و بی‌قیدی فرد نوروزی یا شیزوفرن دچار بیکاری یا اهمال و غفلت در کار میشود و سایکوپات‌های کج‌خوی جوان یا هیستریک هستند که زندگی را کنار بارها و امکان نامناسب میگذرانند.

ت - واکنش‌های ضد اجتماعی

طرز رفتار ضد اجتماعی گاهی علامت اصلی را تشکیل میدهد و از نظر پزشکی قانونی مطرح میشود هر یک از این اعمال ضد اجتماعی تا حدودی خودکار میباشد.

۱ - گریز پائی

عبارتست از حرکت، سرگردانی، مسافرت و مهاجرت که شخص را از محیط عادی خود دور میسازد گاهی مانند صرع عمیق و توام با ناخودآگاهی، فراموشی و خودکاری است و زمانی چندان مشخص نبوده تنها طرز رفتار شخص خودکار است گاهی شخص احساس تعادل غیر قابل اجتناب در فرار دارد که به هیچوجه نمیتوان دلیلی برای آن پیدا کرد (شیزوفرنی) و بالاخره فرار واکنشی در مواردی است که شخص دچار موقعیت عاطفی غیر قابل تحمل میشود (نوروزی‌ها، نامتعادل‌ها).

۲ - خودکشی

خودکشی يك واکنش ضد اجتماعی است که اغلب در بیماریهای روانی دیده میشود.

الف - بعضی خودکشی‌ها بر اثر يك انگیزه غیر قابل مقاومت ناخودآگاهانه بوجود می‌آیند مانند بهت صرعی، مستی مرضی یا دردوران ملانکولی همراه با منگی.

ب - خودکشی بیش از همه بیماریها، درملاتکولی دیده میشود علت میل به تنبیه و انهدام خود است و بیشتر در حملات حاد بیماری اتفاق میافتد گاهی نیز فرزندان و فامیل را در این مرگ شریک میسازند (۱) و بطور استثناء ممکن است اقدام به قتل عام نماید .

پ - خودکشی ممکن است نتیجه يك هذیان باشد (هذیان ستم دیدگی، هذیان هیپو کندریاک) .

ت - ندرتاً ممکن است انگیزه انهدام تنها علت خودکشی باشد در بعضی نوروذهای وسواسی انگیزه وسواسی به خودکشی وجود دارد معمولاً در این موارد خودکشی انجام نمیشود و چنانچه بعمل گراید پس از مدتها زور آزمائی و کشمکش با خود است .

عقیده و هوس بخودکشی مخصوصاً در زنها بیش از خودکشی واقعی است و در حالات افسردگی نورانیك، تمایل بخودکشی بیشتر جنبه دادخواهی و مطیع ساختن اطرافیان را دارد .

وسيله‌ای که معمولاً در این قبیل خودکشیها بکار میرود عبارتند از غرق کردن، حلق آویز، مسمومیت و خفگی ولی گاهی نیز وسایل عجیبی بکار میبرند (آتش زدن، شکستن سر، بین دیوار قرار گرفتن، بلعیدن لخته خون، فرو کردن صورت در متکا، خفه کردن بوسیله دستمال، قطع کردن مچ بوسیله شیشه یا قلم) .

گاهی نیز خودکشی کلی نبوده بلکه جزئی است مانند قطع عضو تناسلی و اخته کردن نزد بعضی شیروفرنها و یا هذیانیهای همجنس خواه که تمایل به تغییر جنس دارند .

۳ - نادیده گرفتن موازین اجتماعی

انحرافات زندگی جنسی بسیار زیاد و ایجاد مسائل پزشکی قانونی را مینماید در دسته اول اعمال جنسی غیرطبیعی گاهی در خود شخص است مانند خودشیفتگی (۱)، استمناء، و مقاربت ناقص (۲)، زمانی با شخص دیگر مانند زنا بامحارم (۳) یا برخلاف معمول (بچه‌بازی، پیربازی) (۴)، گاهی در جستجوی طرفی همجنس (۵) و زمانی جانشین کردن حیوان (۶) یا اشیاء (۷). در دسته دوم انجام عمل جنسی تغییر شکل داده در این حال حفظ و لذت حاصل نمیشود مگر بوسایلی مربوط به طرف و یا چیزی جانشین وی مانند لذت بردن از درد ناگهانی (۸)، معشوق آزاری یا عمل جنسی بیرحمانه (۹)، لذت از نگاه (۱۰)، لذت از نهود.

جمع موارد فوق در پزشکی قانونی و بالینی به چهار شکل اصلی دیده میشود.

الف - بشکل انگیزه خودکار ناخودآگاهانه یا فراموشی مانند عورت نمائی، مقاربت بامحارم یا معشوق آزاری که در مبتلایان بصرع و الکلیک‌ها در دوره تحریک و هیجان مشاهده میشود.

ب - گاهی بصورت افراط در اعمال جنسی (۱۱) که دال بر تجزیه شدید طرز رفتار است دیده میشود مانند در زوال عقل پیری.

پ - بشکل انگیزه وسواسی مانند عورت نمائی وسواسی که لازم است شرح داده در این حال فرد اجبار غیر قابل مقاومتی در انجام اعمال فجیع و

1— Auto - erotisme

2— Onanisme

3— Inceste

4— Podophilie, Grontophilie

5— Homosexualitee

6— Bestialitee

7— Fetichisme

8— Algologie

9— Sadisme

10— Voyeurisme

11— Nymphomanie, Hypererotisme

و شنیع که مایه رسوائی است دارد .

ت - بالاخره بشکل انگیزه ناگهانی و خطرناک کج خونی (ارتکاب به قتل . هتك ناموس عمومی) که در سایکوپاتیهای الکلی، در مراحل مقدماتی شیزوفرنی یا در فالج مترقی دیده میشود .

۴ - دزدی

دزدی را از نظر نشانه‌شناسی نیز میتوان تقسیم کرد

الف - ندرتاً ممکن است ناخودآگاهانه باشد مانند خودکاری صرعی (۱) .

ب - نتیجه يك انگیزه ناگهانی شدید (دزدی غذا، دزدی از دست فروشها و بساطدارها) مانند پارکینسونی‌های بعد از انفالیت .

پ - ممکن است بر اثر انگیزه وسواسی باشد مانند کلپتومانی (۲) که از نوع انگیزه وسواسی است و معمولاً مسئله غامضی را بوجود می‌آورد فری مرضی کلاهبرداری (۳) خیلی نادر است ولی باید اضافه کرد که بعضی از انواع دزدی و کلاهبرداری نه تنها علامت يك عدم تعادل سایکوپاتیک است بلکه ممکن است آغاز زوال عقل باشد .

دزدی يك واکنش ضد اجتماعی مرضی است و بعضی نوروباتها دزدی را بمنظور خشنودی خوی کج خویش و انتقام جوئی و دادخواهی انجام میدهند .

۵ - آتش‌افروزی

تمایل به آتش‌افروزی (۴) از تظاهرات ضد اجتماعی است که اغلب در محیط روستائی مشاهده میشود انگیزه ناخودآگاهانه و فراموشی صرعی‌ها، واکنش تجاوز عقب‌مانده‌ها، اعمال انتقام جویانه هذیانیها (ستم دیده، تعبیری

1— Automatism

2— Kleptomanie

3— Escroquerie

4— Pyromania

یا توهمی) در این امر دخالت دارد ولی در سایکوپاتیهای الکلی است که آتش افروزی زیاد دیده میشود و فرد در حال هیجان و یا بیاد انتقام جوئی میافتد .

۶ - قتل

الف - بعضی از قتلها در حالت خشمگینی شدید و ناآگاهی تقریباً کاملی پیش میآید مانند تیرگی شعور صرعی که در این حالت فراموشی معمولاً وجود دارد .

ب - انگیزه قتل ممکن است در نارسائی قوای شعوری و یا تیرگی شعور بعلت عدم امکان کنترل مشاهده شود مانند زوال عقل و کور ذهنها .

پ - محرک قتل ممکن است عقاید هذیانی باشد (ستم دیدگی، حسادت، مسمومیت، هذیانهای دستگامی، پارانوئیک دادخواه) که بر اثر هذیان غیر قابل مقاومت اقدام به قتل مینماید هذیانیهای توهمی مستقیماً از هذیان خود اطاعت نمیکنند بلکه بطور غیر مستقیم از صدای شنیده شده پیروی مینمایند .

ت - قتل ممکن است بعلت انگیزه وسواسی پیش آید .

در افراد شیزو فرن کشتار برای اطاعت از یک انگیزه آتی یا بعلت توهماتشان انجام میشود و گاهی منجر به کشتارهای عجیبی میگردد مثلاً پدری فرزند خود را کشت و یا مردی راننده تاکسی را بدون هیچ دلیلی مقتول ساخت . جنایات سایکوپاتیهای کترخوی سرشتی از نظر پزشکی قانونی مشکل بزرگی را بوجود میآورد .

نشانه‌شناسی فعالیت‌های روانی

۱- آگاهی و میدان شعور

تحت این عنوان بایستی میزان آگاهی و شعور بیمار را متذکر شویم که در فصل هشتم شرحی نگاشتیم.

۲- جهات یابی

بایستی از نظر جهات یابی نسبت به زمان و مکان و شخص بیمار را مورد معاینه قرار داد و راجع به آن در فصل هشتم شرحی نگاشته‌ایم.

۳- حافظه

ضمن اینکه بیمار شرح حال و گزارش احوال خود می‌پردازد ممکن است تا حدی به حافظه دور بیمار پی‌برد باید تاریخ‌هایی را که ذکر میکنند در نظر داشت و با هم مقایسه نمود و صحت و سقم آنرا فهمید و سئوالاتی نیز از حوادث کم اهمیت‌تر نمود چنانچه در شرح حال بیمار سوابق ضربه‌سر، دلیر یوم، حمله صرعی، تشنجات و غیره موجود باشد باید راجع به فراموشی نسبت به مدت محدودی تحقیق کرد حافظه نزدیک را میتوان با پرسش زمان دخول به بیمارستان و بستری شدن، و یا حوادث خیلی نزدیک فهمید در افرادی که نسبت به وقایع جدید فراموشی دارند باید توجه کرد که آیا قصه پردازی دارند و نکات فراموش شده را با جمل اکاذیب ترمیم مینمایند مخصوصاً در سایکوز پارانوئیدی باید تعیین نمود که آیا وقایع غیر حقیقی را بتفصیل شرح و بسط میدهد و خود معتقد بحقیقی بودن آن است.

برای آزمایش حافظه نگاهداری و یادآوری کافیست {—۵ عدد متناوب را به بیمار بگوئیم و سپس از وی بخواهیم که آنها را بهمان ترتیب و یا برعکس تکرار نماید و یا پس از پنج دقیقه تا یکساعت نام اشخاص و یا آدرس محلی را که باو داده‌ایم تکرار نماید .

برای اطلاعات بیشتر به فصل هشتم مراجعه شود .

۴- خلق و عواطف

عبارتست از طرز احساس زندگی بوسیله بیمار ، روانپزشک با بستی نوع عاطفه و خلق، شدت، عمر و دوام آنرا در نظر گیرد خلق را اغلب از سیما و قیافه، کشش عضلات و وضع بدن می‌توان دریافت بعلاوه لازم است وضع و حالت عواطف را فهمید سئوالات نبایستی بیمار را راهنمایی یا تأمین نماید مثلاً با این سؤال از بیماری که افسرده است «آیا شما خوشحال هستید» اعتماد وی را از خود سلب نموده‌اید و معمولاً اگر بپرسید حال شما چطور است کافی است و بیمار علاوه بر شرح وضع خلقی خود اطلاعات مفید دیگری را نیز متذکر خواهد شد پس از آن میتوان به کشف علت پرداخت و در باره علل آن سئوالاتی نمود و بدین طریق نه فقط اطلاعات قابل توجهی در باره نوع تمایلات، شدت و تناسب، تغییرات و نوسانات و حساسیت و تعدیل آن حاصل میشود بلکه به حالات انفعالی مختلفی پی خواهیم برد .

خلق و تمایلات بزودی در وقت ، تمرکز فکر، حافظه و تفکر و افعال مؤثر بوده و نحوه و جهت طرز رفتار و سلوک ما را تعیین مینماید بدین طریق علاوه بر اطلاعاتی درباره شدت عواطف، تناسب و نوسانات، بموجبات حالاتی چون خوشی (۱)، سرخوشی (۲) ، وجد (۳)، جذب (۴)، افسردگی، تائر،

1— Euphoria

2— Elation

3— Ecstasy

4— Exaltation

تحریک پذیری و بی اعتنائی عاطفی پی خواهیم برد بیمار خوش اغماخ خوش بین .
از خود راضی، خوش مشرب و بیقرار است و بیمار افسرده معمولاً ساکت و آرام،
تحت کشش و فشار، ناامید و بدبین است حالات در هم تری از عواطف عبارتند
از ترس، وحشت، هیپو کندریا، نگرانی، ناامیدی، نارضایتی، تحریک پذیری،
سو، ظن، خشم و نفرت .

بیمار ممکن است دارای حالت بی تفاوت و یا شدت حافظه و حساسیت
باشد بعضی نسبت به عوامل خارجی حساس هستند مانند بیماران مبتلا به
کاناتونی یا شیزوفرنی که چون مجسمه‌ای بی تفاوت هستند ولی در برابر
محرکین خارجی و حتی دیدار و عیادت دچار تاکیکاردی، اسپاسم عروق
دستگاه گوارش و مری میشوند و جز در محیط تنها و آزاد، قادر به غذا خوردن
نمیباشد البته بایستی بین حساسیت و تحریک پذیری با عاطفی بودن فرق
گذاشت شخص میتواند حساس باشد ولی نسبت به فامیل و نزدیکان کمترین
حس عاطفه‌ای نداشته باشد در بعضی معمولاً عواطف تظاهر نمیکند مانند
بیماری که در موقع عیادت اقوام از وی بی تفاوت بود ولی موقعیکه فامیل
به عیادتش نمی آمدند دچار افسردگی میگردد .

گاهی بین هوش و عواطف تجزیه و انفکاک پیش میآید مثلاً در شیزوفرنی
هدیانی، وضع هوش کاملاً حفظ شده بطوریکه در جهات دیگر بیمار کاملاً
طبیعی و حتی بنظر باهوش میآید ولی پس از شناسائی کامل بیمار و مشاهده
فعالیت‌های وی، ملاحظه میکنیم که عواطفش بشدت لطمه خورده و نه تنها
برای هیچکس و هیچ چیز ارزش و احترامی قائل نیست بلکه جمیع عواطف و
دلسوزی و انسانیت از بین رفته که آنها را ناکرالوچی مرضی (۱) نامند
ازیرا در این مسلك فلسفی، وحی منکر و همه چیز را ناشی از قوه عقل و

1— Rationalisme morbid

منطق میدانند) این افراد ممکن است به ناگهان بطور وقیح و بی‌رحمانه بقتل و کشتار اقوام یا نزدیکان پردازند و بالعکس در نوع دیگر از شیروفرنی (سایکوز پارانوئیدی) که بنظر مبتلا به سایکوز عمیق و شدید می‌آیند دارای عواطف و احساسات بسیار دقیق و رقیق بوده و اعمالشان بخلاف گفتار است بنابراین در روان‌پزشکی نبایستی در قضاوت عجله نمود و سطحی فکر کرد.

در آغاز بسیاری از سایکوزها علامتی بنام اضطراب وجود دارد و در تمام نوروها نیز دیده میشود اضطراب اغلب توأم با دلواپسی و دلهره (احساس فشار قلب، ناراحتی تنفر، ترس و وحشت و غیره) بوده و معمولاً تمیز آن دو مشکل است در آغاز شیروفرنی حالت اضطراب متافیزیکی (ترس و وحشت از مردن و یا باخر رسیدن دنیا) بدون علائم دلواپسی وجود دارد برای اطلاعات بیشتر خوانندگان را به فصل هشتم مراجعه میدهیم.

۵- تداعی معانی

تحت این عنوان باید خصوصیات جریان فکر را تحت مطالعه قرار داد پرش و جهش و تندی جریان افکار یا کندی و بطور، نواقص سازمانی جریان فکر مانند اطناب و تفصیل، حاشیه رفتن، نامربوطی جملات، قطع جریان فکر، عدم تناسب و خارج از موضوع صحبت کردن را باید در نظر گرفت.

آیا سخنان بی‌عبار مربوط است، نامربوطی در جاتی دارد گاهی سخنان یک‌باره و زیاد با حال تحریکی خارج میشوند این بی‌ربطی گرم مانیاک است زمانی افکار یکی بعد از دیگری بدون ارتباط منطقی خارج میشود که این بی‌ربطی سرد شیروفرنی است گاهی هیچ نوع عقیده و مطلب معین و واضحی را بیان نمی‌دارد بلکه یک‌سری لغات بدون در نظر گرفتن معنا خارج میشود

که آنرا اسلاد لغت نامند و نیز اختلالاتی را از قبیل واژه‌سازی مرضی (۱۲) ، اسلاد لغت، تقلید کلام دیگری و مختصر نمودن و ادغام بعضی قسمت‌های لغات را باید مورد دقت قرارداد در مواقعی که بیمار حاشیه می‌رود باید رابطه آنرا با موضوع اصلی در نظر گرفت .

مطالعه تداعی معانی ما را به طرز تکلم و بیان هدایت مینماید در بی‌ربطی متوجه اختلال افکار، هذیان، سمبولیزم و اختلال دایرة اللغات میشویم در برخی موارد بایستی دقت کافی کرد تا بی‌ربطی را از آفازی ورنیکه تمیز دهیم در آفازی ورنیکه، بیمار نیز زیاد حرف می‌زند ولی اختلال در فراموشی لغات است نه اختلال افکار و بشکل (پارا آفازی و ژارگون آفازی) در می‌آید مخصوصاً نبایستی آنرا با گلو سومانی (۲) و زبان ابداعی غیر قابل فهم (۳) بیماران روانی اشتباه کرد .

مطالعه در خط و تحریر بیمار برای تمیز لرزش و طرز نوشتن است بعضی بیماران روانی در زیر بعضی قسمت‌های نوشته خود خط می‌کشند (هیپومانیا) ، عده‌ای علامت‌گذاری بی‌مورد مینمایند (هایپومانیا، هذیان ، شیزوفرنی) و برخی به ابداع خط مخصوصی می‌پردازند (شیزوفرنی) .

۶- فعالیت ترکیبی

به فصل هشتم مراجعه شود .

۷- محتویات افکار

بعضی در این مورد دنبال عقاید هذیانی می‌گردند . از محتویات رویاها .

1— Neologism

2— Glossomania

3— Glossolalia

ناننازی و تصورات. جاه‌طلبی و ترس و کسی را که برای انطباق انتخاب کرده است می‌توان به مسائل داخلی بیماری‌پس برد. روان‌پزشک باید میزان تحریف حقایق واقع که بیمار ناخودآگاهانه برای ارضای احتیاجات و شخصیت بکار می‌برد متوجه گردد بعضی از بیماران حرص و وادع مفرطی بشرح و تفسیر گزارشات و مسائل خود دارند و انعکس بعضی مفلون بوده و از گفتار خودداری می‌نمایند و طفره می‌روند عده‌ای نیز از ترس اینکه سخنان آنها را بسوج و بی‌معنی خوانند از دادن اطلاعات گاهی ابا، می‌نمایند بهر حال میزان اطلاعات مکتسبه کاملاً بستگی با حفاظت و اسنادی پزشک دارد بکاربردن سؤالات طبق فرمول منظور درک وجود هدایا بزودی بیمار را متوجه ساخته و در حال دفاعی قرار می‌دهد و خشمگین می‌سازد لذا این طرز آزمایش کار عاقلانه‌ای نیست اگر طبع سوالات حسن اعتماد و اطمینان بیمار را دربرخورد اولیه حای نماید معمولاً خود بیماران هدایانهای خود را شرح می‌دهند طیب می‌تواند در این مورد چنین سؤال نماید «آیا شما در این اواخر محسوسات مزاحم و عجیبی داشته‌اید» اگر مشکوک هستید که بیمار برای دفاع از مکانیسم انتساب استعاده کرده است باید چنین سؤال کرد آیا مردم در ساره شما دروغهایی انتشار می‌دهند و در سدد مزاحمت شما هستند و نیز باید تحقیق نمود که آیا مکانیسمهای حیرانی در بیمار وجود دارد و در فکر برگذمنسی است یا کمال دقت و مراقبت باید تحقیق نمود که آیا از بیمار گناه و تقصیری سررود است در بیماران افسرده لازم است بیمار را بشرح و بیان مکتوبات قلبی و راههای نهانی خود تشویق و ترغیب نمود و گاهی با سؤالاتی عاقلانه تک‌مصرابی رد و بیمار را بمجرای اصای و موضوع مورد بحث هدایت و راهنمایی کرد البته نوع و طرز سؤالات باید متناسب با وضع اجتماعی، هوشی، معلومات و تحصیلات بیمار باشد که پزشک در این ملاقات

متوجه شده است .

باید درباره وجود پاتولوژی روانی تحقیق کرد و دید آیا در بیمار توجه و مجددویت زیاد بموضوعی، تأکید بیش از حد مناسب در قضیه‌های، عقاید افسردگی و حس حقارت، گناهکاری، اتهام بخود، عقاید ضعف و بیماری، هیپوکندریا، احساس غیر حقیقی بودن و عقاید غریب و عجیب نسبت بخود یا محیط، هذیان نفی وجود (۱۱)، تعبیرات سوء و عقاید نسبت دادن، احساس تحت تأثیر غیر بودن و ستم‌دیدگی، حسادت، تهمت و افتراء، بیوفائی، عقاید بزرگ‌منشی و تمول و ثروت و زور و قدرت وجود دارد و از همه مهمتر اینکه این عقاید موقتی و گذران و یا مزمن و دائمی میباشند و با طرح این سؤال «آیا اغلب بواسطه تکرار فکری ناراحت میشوید» میتوان بوجود وسواس پی برد و بدین طریق با طرح سئوالاتی دقیق میتوان به مکنونات قلبی و راز نهانی و محتویات افکار تصویری و فانتازی بیمار راه یافت .

طیب باید از سخنان بیمار به محتویات و منظور و هدف آنها پی برد و رابطه آنها با نیازمندیهای احساساتی و اینکه چرا در چنین موقعی محتاج بکمک گرفتن و پناهنده شدن بدین وسائل دفاعی گردیده دریابد اغلب ملاحظه خواهیم کرد که معنی و منظور حقیقی بیمار عکس آنست که از محتویات هدیانش برمیآید و سخنان بیمار در حقیقت بمنزله کلیدی است برای دست‌یابی بسائل و مشکلات وی مثلا آنچه را که بیمار بدیگران نسبت میدهد اغلب نماینده تمایلات و آرزوهای خوداوست و هذیان بزرگ‌منشی نماینده محرومیت‌های قبلی بطوریکه قبلا نیز متذکر شدیم از خط بیمار نیز میتوان اطلاعات مهمی بدست آورد .

برای اطلاعات بیشتر خوانندگان را به فصل هشتم مراجعه میدهیم .

۸- دائرة اطلاعات و معلومات

با طرح سئوالی راجع به وقایع روز، حوادث جاری، معلومات و دانش مکتسبه دوران تحصیل و غیره میتوان بمیزان اطلاعات بیماری برد البته پاسخ سئوالات بستگی کاملی با وضع تحصیلی او دارد.

۹- قضاوت

عبارت است از قدرت و توانائی مقایسه دو چیز و درك رابطه بین آنها و گرفتن نتیجه صحیح . صحت تقویم و تعبیر اشیا، خارجی و میزان و درجه تمیز نسبت و رابطه عوامل و حوادث مهم ، نماینده کیفیت و چگونگی قضاوت میباشد قضاوت علاوه بر اینکه بستگی کاملی با جمیع اعمال شخصیت دارد تحت اثر فهم و درك و عوامل احساساتی واقع است و البته متضمن قضاوت راجع بخود نیز میباشد و ما از لحاظ اهمیت این موضوع آنرا تحت عنوان خودشناسی و بصیرت ذکر خواهیم کرد البته هر آینه قضاوت خارجی مختل شود باید متوجه اختلال سمی حواس و انحطاط یا تورم مراکز قشری بالا بود برای تخمین حدود قضاوت باید تحقیق کرد که آیا در مشاغل و کارها جانب حزم و احتیاط را مرعی میدارد و مسئولیتها و تعهدات فامیلی را مراعات میکند .

۱۰- خودشناسی و بصیرت (۱)

منظور آنست که به بینیم آیا بیمار بر بیماری خود واقف و آگاه است یا وجود آنرا انکار مینماید البته این امر منوط و بسته است بقدرت احساس و درك و خودشناسی . باید از بیمار راجع باشکالاتی که در راه تطابق و انجام

امور و وظایف عادی دارد سؤال نمود و مخصوصاً درک کرد که آیا خود بیمار تشخیص داده است که در تطابق اجتماعی مواجه با اشکالات شده باید سؤال کرد که چرا به بیمارستان آمده آیا خود بدین امر رضایت داشته و محتاج معالجات و درمان است آیا مبتلا به بیماری روانی است و از این جهت رنج میبرد آیا تغییری در خود احساس مینماید و محیط زندگی را غیر از سابق می بیند و تغییری در احساس علائق و عواطف، حافظه، افکار و غیره حاصل شده و مایل است با کمک نمایند و خود چه اقدامی در این باره نموده است بعضی از بیماران فقط تصدیق دارند که عصبانی بوده اند عده دیگر بسهولت تصدیق مینمایند که بیمار بوده اند ولی از ذکر علائم و علل مولده خودداری مینمایند و حاضر با قرار وجود تضادها و ناسازگارهای پشت پرده شعور آگاه و علل و علائم آن که بمنزله وسائل دفاعی میباشند نیستند و حقیقتاً هم شاید از آن بی اطلاع باشند گاهی اگر از بیمار سؤال نمائید که آیا تصووراتی دارد بشرح و تفصیل توهمات و هذیساتهای خود میپردازد و با این سؤال «چرا مدت مدیدی در بیمارستان روانی بسر برده اید» اغلب اطلاعات مفیدی در اختیار ما میگذارد میزان و درجه فعالیت و میل بکار را با این سؤال «پس از مرخصی از بیمارستان بچه کاری مشغول خواهید شد» میتوان فهمید و نیز این سؤال که «اینکارهایی که کرده اید چه معنی دارد و منظور از آن چیست» حقایق را ممکن است آشکار سازد زیرا اغلب چون بیماران سعی در توجیه و مطابق واقع نشان دادن دارند مطالبی را اظهار میدارند که حائز اهمیت است البته موضوع خودآگاهی و بصیرت و اطلاع بر علل و موجبات و علائم بیماری خود از نظر روان درمانی حائز کمال اهمیت است و میتوان با پی بردن بیمار به علل و دینامیسم مسائل و ضمیر باطن، بساختمان مجدد شخصیت وی همت گماشت و آنرا بر اصولی صحیح استوار ساخت.

۱۱- نشانه‌شناسی روانی-حرکتی

تحت این عنوان باید بمطالعه فعالیت و عادات بیمار پرداخت و دید که آیا دارای فعالیت خودبخودی است یا واکنشی، شخصی است فعال و آماده بکار و یا از زیر کار و فعالیت شانه خالی میکند و دوری میجوید. آیا بیقرار و ناگهان اقدام بکار مینماید. چه اعمالی را خود انجام میدهد. باید بین کثرت فعالیت و تمایل بخرج و صرف انرژی زیاد با بیقراری و کاربردن هدف فرق گذارد. سایر اختلالات فعالیت عبارتند از نداشتن ابتکار عمل، نقصان فعالیت، منگی، منفی‌گری، و حرکات مکرر و یکنواخت، تعلیق حرکات و کاتالپسی، اداء و اطوار (۱)، تکرار مرضی بعضی حرکات (۲)، وضع و هیكل خصاصی بخود گرفتن (۳)، شکلك ساختن (۴)، اطاعت محض و کورکورانه (۵)، مانند تقلید حرکتی (۶)، بازیگوشی، اقدام بحرکات ناگهانی (۷) و تمایلات خرابکاری و جنگجویی و غیره. منظور از منگی مذکور در فوق منگی که در حال تیرگی عمیق شعور وجود دارد نیست بلکه منظور منگی حالات افسردگی عمیق و منفی‌گری و مقاومت و خشم میباشد و نیز باید متوجه علائم اعمال اجباری (۸) از قبیل وسواس، نظم و ترتیب و دقت زیاد در کار و نظافت بود.

از انشاء و دیکنه بیماران میتوان اطلاعات مهمی بدست آورد مثلا مبتلایان بفالج مترقی دارای خطی لرزان و گاهی نیز قسمتهائی را حذف

1— Mannerism

2— Tic

3— Posturing

4— Grimacing

5— Automatic obedience

6— Echopraxia

7— Impulsion

8— Compulsive acts

مینمایند. بیماران مانیاك اغلب بی‌باك و گستاخ مینویسند و ممکن است چیزهایی نیز بر آن بیافزایند و یا درزیر بعضی قسمت‌ها خطی بکشند. منفی‌کاری و بطور، و کندی و کثرت فعالیت را میتوان از طرز شروع بکار بیمار فهمید. لازم است سطح شعور و میزان آگاهی و هوشیاری بیمار را تعیین نمود. آیا لال است. احتیاج بتغذیه با لوله دارد، آیا عمداً وضعی بخود گرفته و یا در بیحرکتی کاتاتونی فرورفته است. در بیماران محزون و افسرده دقیقاً باید فهمید که آیا تمایل بانتحار دارند در باب امور جنسی باید مطالعه نمود و تمایلات لاسیدن، احساسات عشقی، بی‌میلی جنسی، عورت نمائی (۱)، همجنس‌خواهی و استمناء، و جلق مخفی و آشکار را مورد دقت قرار داد اختلالات دقت از قبیل انحراف، گیجی، شیفته و مجذوب بودن، توجه مصراانه و لجوجانه و بی‌دقتی را باید تحت این عنوان ذکر نمود.

ملاحظه و تجزیه اعمال روانی - حرکتی نیز قسمتی از امتحان بالینی است و در هر بیمار اعمال و رفتاری دیده میشود که جزء لاینفک وضع روانی است مثلاً در بیمار مبتلا به مانیا وجود بی‌قراری و حرکات نامنظم ضروری است.

فعالتهای روانی - حرکتی بصور ذیل تظاهر مینمایند.

۱- حملات عصبی و بی‌قراری که از مختصات آن کم‌دوامی، بی‌نظمی و متغییر بودن است (حرکات اندام، ژست صورت، تشنجات).

الف - حملات صرعی و معادلات آن که از صفات مشخصه آن ناگهانی بودن، ناخودآگاهانه و فراموشی پس از آنست.

ب - حملات نوروباتی مخصوصاً هیستری که از صفات مشخص آن طولانی بودن حرکات و تظاهرات تأثر ماندناست علت عاطفی و واکنشی

است و نسبت به تلقین فوق العاده حساس میباشند .

۲- بیقراری (۱)

الف- مانند حملات کاتاتونیک کاتالپسی وانگیزه آنی که از مشخصات آن منفی گری وانگیزه آنی بوده و در شیزوفرنی دیده میشود .

ب - حملات بیقراری خواب در بیداری که نوع بالینی آن دلیریوم ترمنس است و از خصوصیات آن حالت بهت روانی، خواب در بیداری (توهمات حیوان بینی) و بیقراری هذیبانی (خزیدن، فرار، حرکاتی مربوط به شغل) توام با عرق مفرط و لرزش میباشد .

پ - حملات مانی توام با وجد، بی قیدی، بازی، فرار عقاید، تحریکات روانی - حرکتی، خستگی ناپذیری و بیخوابی .

ت - حملات اضطرابی که مخصوصاً در ملانکولی وجود دارد (بیم . حمله، اضطراب، خودکشی) .

۳ - کاتاتونی

اختلالات روانی - حرکتی کاتاتونی عبارتند از میل به سکون، بیحالی و فقدان حس ابتکار حرکتی. بر روی این زمینه بی ارادگی و فعل پذیری (۲) ، پدیده های روانی - حرکتی نیمه خودکار دیده میشوند مانند کاتالپسی (وضعی را که با او بدیم حفظ مینماید) ، قابلیت انعطاف مومی شکل (قابلیت انعطاف و پلاستیکی بودن عضلات در حرکات معمولی) ، عدم نرمش و موزونی حرکات (۳) (حرکات مکرر و بیگنواخت ، ادا، و اطوار) ، مخالفت، منفی گری و تلقین پذیری . از بیمار منگ کاتاتونیک ، انگیزه حرکتی ناگهانی و گاهی حملات بزرگ حرکت مفرط (۴) (بیقراری کاتاتونیک) دیده میشود این سندرم

1— Agitation

2— Passivity

3— Parakinesia

4— Hypokinesia

در بعضی از انواع شیزو فرنی ملاحظه میگردد (شکل کاتاتونیک و هبفرنو کاتاتونیک) و ممکن است به تنهایی نوعی اختلال روانی دوره‌ای بوجود آورد (کاتاتونی دوره‌ای) و نیز ممکن است در بعضی حالات منگی و بهت روانی بوجود آید کاتاتونی تقریباً همیشه محتویات خواب در بیداری یا هذیانی دارد یعنی جمیع اختلالات روانی - حرکتی تظاهرات يك فانتازی یا تصورات است (تصور در جهنم بودن، تحت تصرف و تملک روح پدر بودن، در حال تغییر شکل) از این نقطه نظر کاتاتونیک نوعی خواب هیپنوتیک است که حاوی حالت خواب در بیداری میباشد این حالت ممکن است در بعضی بیماریهای مزودیانسفالیک بوجود آید و بوسیله داروهائی از قبیل بولبوکاپنین ایجاد گردد.

۴ - حرکات روانی - حرکتی گاهی دستگامی میشود مانند

انگیزه‌آنی که عبارتست از سرزدن عملی ناگهانی که از کنترل شعور آگاه فرار کرده است این اعمال ممکن است بصورت تعرض بدیگری (۱) باشد (زدن، طغیان و عصیان، شکستن، کشتار)، یا تعرض بخود (۲) (خودکشی) یا طرز رفتار غیر اجتماعی (فرار) یا اقناع غرایز بطرزی وحشیانه (سوء قصد جنسی، افراط در مشروبات)، مادر اینجا اشاره‌ای به انگیزه‌های آنی ناخود آگاهانه خودکار یا فراموشی در حملات خودکاری (۳) و یا انگیزه‌های آنی کاتاتونیک نمیکنیم ما فقط اعمالی را که محرك آن عاطفی و در صورت عدم تعادل عاطفی انجام میشود ذکر میکنیم (شخصیت سایکوپات، هیپومانیا) و سواس و اجبار عبارتست از تمایل غیر قابل اجتناب و مصرانه بانجام عملی لذا در باطن شخص مبارزه‌ای در میگیرد و چه بسا که نیروی و سواس و

1— Hetero-agression

2— Auto-agression

3— Automatismes Comitiaux

اجبار فزونی جسته فکر به عمل مبدل میگردد .

۱۲- درك

در مسمومیتهای شدید و بیماریهای عضوی ممکن است هوشیاری و آگاهی بحدی مختل شوند که انجام اعمال مفزی و شعوری لازمه درك حس مقدور نباشد در اختلالات دماغی مخصوصاً حالات هذیانی و عاطفی باید تحقیقات کافی راجع با درك بیمار نمود و متوجه بود که مبادا اشتباه شناسائی در کار باشد در اشتباهات شناسائی که علت آنها روانی نباشد دلیل منطقی برای آن اشتباه وجود دارد و اگر هر آینه اشتباه شناسائی در اثر اضطراب عمیق و سایر علل شخصیتی بوجود آمده باشند پیر و منطق و دلیل نمیباشند طرق مختلفی برای تحقیق در وجود توهمات وجود دارد معمولاً نخست ما بیافتن توهمات شنوائی اقدام مینمائیم و طرق تحقیق بستگی به عوامل مختلفی از جمله میزان سلامت و کامل بودن شخصیت و درجه ای که بیمار بتواند تشخیص دهد که توهمات مرضی هستند دارد چنانچه تماس بیمار بکلی با حقایق واقع قطع شده باشد میتوان خیلی واضح سؤال کرد که آیا صدائی میشنود و نیز ممکن است در حالات خفیفتر و مراحل اولیه سؤال کرد «آیا ملاحظه کرده است که ویرا بنامهای زشت و خفت آور بنامند و یا چیزهای نامناسب وزشتی باو نسبت دهند» .

معمولاً میتوان در سخنان بیمار نکاتی را یافت که با تعقیب آن وجود توهمات معین و مشخص میشود گاهی اگر فقط از بیمار سؤال کنید که تصوراتی داشته است کاملاً شرح توهمات خود را میدهد و نیز بهمین منوال میتوان بوجود هذیان پی برد ممکن است در شخص واحدی هر دو مکانیسم تواماً وجود داشته باشد و نباید تعجب کرد زیرا در حقیقت توهمات و هذیان بقدری بیکدیگر مربوط هستند که میتوان هر دو را تحت طبقه واحدی قرار داد در

فصل ۱ و ۲ بخش دوه این کتاب متذکر خواهیم شد که توهمات و هذیان هر دو تحریف دنیای خارج بر حسب احتیاجات و تمایلات شخصیت روانی است و بنابراین باید فهمید که توهمات چه سهمی در زندگی روانی بیمار دارند در صورتیکه بیمار منکر توهمات گردد باید ویرا تحت مراقبت قرار داد چنانچه پرستار ویرا در حال گوش دادن و یا پاسخ و واکنش ب توهماتش به بیند ، دلیل قاطعی بر وجود توهمات است چون توهمات رابطه بسیار نزدیکی با احتیاجات احساساتی و تمایلات شخصیت بیمار دارند لذا در مواقع توهمات، بیمار خیلی متوجه خود است توهمات بینائی را ممکن است از طرز رفتار بیمار دریافت و در موارد دیگر نیز میتوان با سؤال ساده ای بوجود آن پی برد باید همواره متوجه بود که آیا توهمات در حال روشنی شعور است زیرا در غیر این صورت قطعاً بیماری عضوی یا سمی وجود دارد .

درک ۱۱۱ نیز ممکن است دچار اختلال شود مانند درک بدون وجود نبی محرک یا توهمات که انواع مختلف آن تشکیل اختلال روانی - حسی را میدهد .

الف - توهمات روانی - حسی

يك طبيب حاذق بایستی توهمات را از طرز رفتار بیمار مانند مجذوب و متوجه چیزی یا نقطه ای شدن ، گوش دادن ، دست را به لاله گوش گذاشتن و سر را متوجه جهتی ساختن ، نجوا کردن و ضمن مکالمه سکوت کردن درک کند این کمال بی مهارتی است که از بیمار سؤال شود آیا صدائی می شنوی میتوان از بیمار سؤال کرد آیا ناراحتی ندارد و یا شب در خواب راحت است آیا کسی بوی دشنام میدهد آیا احساس چیزی روی بدن یا در اعضا میکند آیا افکارش آنطوری است که مایل است ، آیا اراده اش آزاد و در

اخذیاری است .

توهمات یادردك بدون وجود شیئی (بال) از نظر کلاسیک از اشتباه حسی تمیز داده میشود اشتباه حسی عبارت است از اشتباه در شناسائی محرك مانند اینکه کسی در صدای ترن آواز بشنود و یا در لکه دیوار صلیب ببیند .

۱ - توهمات بینائی (۱)

عبارتست از دردك خلاف واقع و کاذب حس بینائی ممکن است خیلی بدوی و ابتدائی باشد (شعله) . پیچیده و درهم (اشکال، مناظر)، تصاویر منحرك یا ثابت، بانداره طبیعی یا کوچکتر و ریز (۲) . یا دیدن حیوانات اهذیان الکلی، این تصاویر اغلب رنگی و موجب خوشحالی بوده و زمانی مدهبی، شیفتهگی یا شهوانی است، نوع معمولی آن توهمات در حالت خواب در بیداری است که در بهت روانی و هذیان‌های سمی دیده میشود .

۲ - توهمات شنوائی (۳)

اغلب صدا شدید است (سوت، زنگ یا آهنگ‌های موسیقی) ولی بیشتر توهمات شنوائی - حرمی است بیمار صدائی را می‌شنود که محل آن مشخص و آهنگ آن واضح است این صدا گاهی با شخص دیگری به صحبت میردازد و آروزی چیزها میگوید (هذیان الکلی)، صدا گاهی فحش و ناسزا میدهد و با افکار و پرا بازگو میکند (۴)

در بیمار گاهی علائمی از قبیل پنبه در گوش کردن یا گوش را با دست بستن، با گوش و سر را متوجه جهتی کردن، پاسخ دادن، قطع ناگهانی صدا و امثال اینها دیده میشود که دال بر وجود توهمات است .

۳ - توهمات بویائی و چشائی (۵)

1— Visual H.

2— Liliputian

3— Auditory H.

4— Echo

5— Olfactory, taste H.

توهمات بویائی و چشائی اغلب توام و در حالات بهت روانی یا شفقی (۱) (مانند حمله انکوس (۲) کهژاکسون در صرع شرح داده) دیده میشود ندرتاً در هذیان ستمدیدگی و بعضی حالات خواب در بیداری نیز ملاحظه میگردد.

۴ - توهمات لمسی (۳)

محل آن در پوست (توهمات روپوستی، سوختگی، سوزن زدن، نیشگون، حس حرکت یا خزیدن، سرما یا گرما) و ممکن است مداوم (مسمومیت کلرال) یا گاهگاهی باشد (مسمومیت کوکائین) در هذیان الکلیک فرد احساس میکند در رشته‌ای گرفتار است.

در توهمات زیر پوستی احساس وول زدن میکند و بوجود انگل نسبت میدهد (۴).

توهمات لمسی اغلب با توهمات چشمی توام است.

۵ - توهمات تصویر بدن (۵)

عبارتست از توهمات حس عمومی و داخلی (پرورپریوسپتیو و انتروسپتیو). گاهی نشانه تجزیه شخصیت تبدیل بدن، الکتریکی شدن) میباشد. توهمات تصویر بدن گاهی در قسمتی از بدن و جزئی است مانند توهمات بدنی احشاء، یا اندام ولی بیشتر در دستگاه تناسلی دیده میشود که بیمار احساس لذت، تماس، مقاربت از نزدیک یا دور میکند و گاهی حتی متوسل بوسایل دفاعی از قبیل کمر بند عفت، مراقبت در رختخواب و غیره میگردد و زمانی تصور میکند قسمتی از اعضا، تغییر محل داده یا اعوجاج یافته و یا شبخی

1— Crepusculaire

2— Uncus

3— Tactile

4— Parasitos H.

5— Cenesthesie

(۱۱) از عضو قطع شده را حس میکند .

۶ - توهمات حرکتی (۱۲)

در حوزه عضلانی توهمات فعال یا فعل پذیر ایجاد شده و مخصوصا در هدیان ستمدیدگی یا تحت تاثیر غیر بودن دیده میشود ممکن است توهمات حرکتی - حرفی باشد یعنی اعضا، مولد صدا، حرکت و تغییر کرده است .

ب - توهمات روانی یا توهمات کاذب

این توهمات از روان سرچشمه میگیرد و در افکار و تخیلات است و فاقد صفت مشخصه توهمات روانی - حسی میباشد .

در حوزه بینایی بصورت توهمات و تصورات تصاویر و مناظر است . در نوع شنوایی - حرکتی بیمار تصور صدا و نجوا ، انتقال افکار، دزدی افکار و فانس ساختن اسرار میکند .

در نوع روانی - حرکتی - حرفی تصور صحبت کردن خود و ادای کلمات را میکند و گاهی تصور میکند اعضا، مولد صدا ، صدا مینمایند .

ب - خودکاری دماغی

کلرامبو تمام انواع توهمات یا توهمات کاذب را تحت عنوان خودکاری دماغی ذکر کرده که عبارت است از تولید و ظهور خودبخودی و غیر ارادی و مکانیکی عقاید و خاطرات و محنوبات شعور .

خوبست توهم کاذب (۱۳) را که بصورت توهمانی که خود شخص نیز بفر عبادی بودن و کذب آن معترف بوده و در ضایعات لوب اکسی پیتال و بیماریهای چشم و ضایعات لوب تامپورال (هالوسینوز شنوایی، حملات انکوس) دیده میشود از توهمات واقعی تمیز داده شود .

1— Phantom

2— Motrice

3— Hallucinoze

برای توهمات نیز چهار سطح قائل شده‌اند.

۱ - سطح بهت روانی - خواب در بیداری

که از خصوصیات آن بهت روانی، فقد جهات بایی، تجارب هذیانی و توهمی مخصوصاً نوع بینائی میباشد (خواب در بیداری، حیوان بینی، کابوس، ...)

۲ - سطح شفقی انیروئید^۱

که مانند حالت هیپنوز توام با تصورات بسیار است این حال در صرع، حملات تحت حاد شیزوفرنی، حملات توام با راه روی در خواب نوروز هیستریک دیده می‌شود.

۳ - سطح تجزیه‌ای^۲

که در آن حال دو ناشدن بوهمی است، انتقال افکار، ندادن دزدی افکار، وجود دارد و در آخر سابقورهای توهمی حاد، حالات شیزوفرنی و سابقورهای هذیانی مزمن دیده می‌شود.

تجزیه یکی از علائم مهم بیمارهای روانی است شخصی احساس غریبه بودن، تغییر شکل بدن و افکار و بالنتیجه غیر واقعی بودن، تغییر شکل و احساس تحت تاثیر یا اراده دیگری بودن^۳ میکند این تغییرات تصور بر بدنی را دو کاس در سال ۱۸۹۸ شرح داد و مربوط به تن شناسی^۴ دانست و در سایعات دماغی (پارینال و تنه دماغ) مسمومیتها امکان، شیزوفرنی، افسردگی، نوروز هیستری و اضطرابی دیده می‌شود.

۴ - سطح اضطراب و وجد

اضطراب ماننی یا ملانکولیک نوعی هذیان بحساب می‌آید، اضطراب بحدی است که درک حقایق و واقعیات را تغییر میدهد اتوهمات کاذب شنوائی-حرفی یا بینائی).

1— Crepuscularies oniroides

2— Dedolublement, Depersonalisation

3— Xenopatic

4— Somato - Gnosie

۱۴- بلوغ شخصیت

روان‌پزشک باید با مطالعه دقیق شرح حال و طرز رفتار بیمار میزان بلوغ و تکامل شخصیت بیماری پی‌برد و با مصاحبه و جلب حس اعتماد بیمار و ایجاد روابط صمیمانه‌ای با وی، برموز زندگی و روابط او با سایرین واقف شود در خلال این احوال بوضع زندگی روانی - جنسی که از اهم مسائل و اشکالات شخصیت بیمار میباشد اطلاع حاصل خواهیم کرد.

روان‌پزشک بایستی توجه کند آیا بیمار از نظر روابط بین فردی و سایر خصوصیات، رشدی متناسب با سن خویش دارد. میزان بلوغ و رسائی شخصیت را میتوان از دورنمایی که وی از زندگی و شغل دارد و نحوه‌ای که آنرا احساس مینماید، درک نمود روان‌پزشک بایستی به طرقی که بیمار کسب خشنودی و رضامندی میکند، انتظاری را که بیمار از سایرین دارد دریابد بلوغ و رسائی بیمار در حیطه و حوزه امور جنسی از اهم مسائل است.

چنانچه بیمار از اطرافیان تقاضای انجام کارهایی کودکانه نماید شخصیتی کودکانه دارد، قادر به اتکاء بخود و زندگی مستقلی نیست و هنوز مایل است خود را در پناه توجهات و عنایات والدین حفظ نماید از طبیب نیز انتظار معجزه دارد و مایل است همه کارها را طبیب انجام دهد و حاضر به همکاری در درمان نیست.

نشانه شناسی اختلالات شخصیت

(پاتولوژی من)

ما دائماً در روان‌پزشکی از شخصیت نامتعادل، من‌سایکاتیک، تجزیه

شخصیت، اختلال شخصیت بیماران روانی، شیروفرنی یا عقب‌مانده‌ها صحبت میکنیم ولی بمنظور تحقیق و تدقیق لازمست در مقطع طولی و عرضی بیمار را تحت مطالعه قرارداد.

بطور خلاصه باید بگوئیم که اختلالات شخصیت چیزی جز مطالعه طرز رفتار و تجزیه فعالیت روانی نیست که از طریق معاینات بالینی بدست میآید و منظور ما معمولاً از اختلالات شخصیت، اختلال تمامی زندگی روانی است و در این حال شخصیت دچار اختلال و اشکال شده (تنها با قطع طولی میتوان بدان پی برد) و میتواند چون سایر بیماریها ادامه یابد.

الف - نشانه‌شناسی اختلال شخصیت و خصل

خصل عبارتست از شکل و حالت خاص روانی هر فرد که بدان وسیله میتوان به عادات و طرز واکنش او پی برد خصلت ما نتیجه درون ما و نوع واکنشی است که بر پایه تیپ بدنی قرار دارد خوی پارانوئیدی، نوع مرضی خصلت است که در آن تجاوز یا دادخواهی دیده میشود خصلت شیروئیدی خصلتی است که از مشخصات آن درون‌گرایی و روتافتن از حقایق و قطع رابطه با سایرین است. خصلت هیستریکی دارای صفاتی چون پای‌بند بودن به تصورات و تخیلات و علائقی چون اطفال است.

در سایکو پاتولوژی مکتب روان‌کاوان، از خصلت نوروزی صحبت بمیان آمده که در آن شخصیت در مرحله‌ای از رشد لیپیدو تثبیت شده و خصلت سادو - مازوشیست یعنی خوئی که در مرحله سادیسیم مقعدی (باتمایلات حمله و تجاوز) و یا مازوشیستی (ذات از درد) تثبیت شده است همچنین در خصلت اجبار و وسواس، شخصیت در مرحله سادیسیم مقعدی در آن حال

لذت لیبیدوئی و قوانین سوپر ایگو بایکدیگر مخالفت مینمایند، تثبیت شده است آزمونهای روانی مارا در تشخیص انواع شخصیت‌ها کمک و راهنمایی مینمایند.

از نظر بالینی اختلالات خصال ممکن است بدو شکل درآید یا بصورت خوی غیرطبیعی که در این حال نوع واکنش غیرطبیعی، ثابت و دربرخورد اجتماعی مزاحم است و خصوصیات آن عبارتند از فعالیت یا بی‌اعتنائی عاطفی، برون‌گرایی یا درون‌گرایی، سماجت یا بی‌قیدی، تلقین‌پذیری یا مخالفت و سرسختی. این خصوصیات شخصیت قبل از کسالت در افراد مستعد بابتلای به بیماریهای روانی (نوروز یا سایکوز) میباشد. و یا بصورت اختلال عمیق مرضی که شامل تغییرات عمیق صفات و خصال است و گاهی این اختلال بحدی عمیق و شدید است که گوئی تبدیل و انتقالی پیش آمده و این حال مخصوصاً در آغاز شیزوفرنی یا زوال عقل ملاحظه میگردد. همین اختلالات خصالی است که تحت عنوان اختلال شخصیت نامیده میشود زیرا این عدم تعادل روانی بر تعادل عاطفی و ارادی شخصیت اثر نموده است.

ب - نشانه‌شناسی تضاد داخل روانی (من‌نوراتیک)

من بر اثر انطباق با فرد مورد پسند و دلخواهی بوجود آمده ممکن است این انطباق (بعال‌سوء ارتباط بین فردی) بوجود نیاید یا مولد اضطراب عمیق باشد و یا بالاخره بوسیله مکانیسم‌های دفاعی یا جبرانی حل شده باشد این اختلال از خصوصیات دفاعی من‌نوراتیک است.

گاهی مکتب روان‌کاوان معتقدند که من نوروزی اختلالی ندارد و علائم نوراتیک (اضطراب، تظاهرات تضادهای ناخودآگاهانه، ترس، وسواس، تبدیل هیستری و غیره) بر اثر دفاع من بوجود آمده است ولی باید متذکر

شویم که صحبت و بحث از وسایل دفاعی بسیار شدید دال برو وجود شخصیتی غیرطبیعی است یا بزبان دیگر شخصیت بسیار ضعیف است ولی بهر حال همین غیرطبیعی بودن منجر به ظهور علائم دیگر گردیده است .

نوروز همیشه دارای خصلتی مرضی است بنابراین حالت نوروزی بر زمینه خصلتی موجود پیدا میشود بطوریکه من نوروزی بصورت يك عدم تعادل عاطفی است که عمیقاً در رشد روان نفوذ کرده و جایگزین شده است و عدم تعادل بصورت عدم هم آهنگی درآمده است .

در فرد نوروزی مسئله زندگی و رابطه با دیگران حل نشده زیرا انطباق بطور صحیح و دقیق انجام نگرفته و در سیر قهرانی به مرحله ارتباط شیئی ای میرسد بنابراین فرد دائماً در حال تضاد داخلی بوده و شخصیت نوروزی در وی تثبیت شده و اضطراب بصورت وحشت و ترس از شیئی، به عمل یا موقعیتی انتقال و جابجا میشود که آنرا ترس نامند یا بصورت فکر یا عملی مزاحم درآید مانند وسواس و یا آنکه اضطراب با اعضا، بدن منتقل شود اظهارات روانی - تنی و اختلالات عملی مختلف، و یا بصورت هبستری درآید .

در نشانه شناسی شخصیت نوراتیک ملاحظه میشود که فرد نوروزی از نظر انطباق ضعیف است که بدو صورت ممکن است انجام گیرد یا ناراحتی داخلی من، در تلاش حفظ وحدانیت و انطباق خود ، بصورت واکنش های اضطرابی و افسردگی تظاهر میکند و فرد نوروزی موجودی ضعیف، مهار شده و مشکوک است خلاصه آنکه خلق و خوی نوراتیک دارد و به قول آدلر تحت اثر عقده کهنتری قلیج کننده ای ، واقع شده است و یا بعلت اختلالی شدید بر ضد خود دفاع مینماید (تنبیه خود، لاف و گزاف، واکنش های مکرر و یکنواخت و غیره) .

روان کاوان علائم دفاع نوراتیک را بخوبی بیان داشته و نشان داده اند

که به چه علت ، فرد نوروژی اضطرابش را بخو و خصال یا عواطف فانتازی و تخیلی جابجا میکند (تمایل به زیبایی یا حسن اخلاق شدید، بهداشت شدید، دلبستگی و علاقه مفرط به بعضی چیزهای ممنوعه یا تمایل به انتخاب روش خاصی در زندگی روزانه، بزه کاری، دروغگوئی، رباکاری و غیره) .

پ - نشانه‌شناسی من سایکاتیک

برای درک و فهم بهتر و بیشتر نشانه‌شناسی شخصیت، باید متذکر شویم که این اختلال بخصوص در دنیای خوداست بنابراین من متوجه دنیای درونی است که آنرا ، واقعی و حقیقی میداند .

در بیمارروانی رابطه من با محیط معکوس میشود و منجر به هذیان میگردد پس عقیده‌هذیانی آثار انقلاب و هرج و مرج درونی است و دال بر اختلال رابطه من با دنیای خود و در این میان من میتواند بزرگ و یا ضعیف شود .

در صورت بزرگ شدن و گسترش بشکل هذیان بزرگ‌منشی یا مگالومانی درآمده بیمار ادعای خدائی و پیامبری یا مالکیت دارد ، مورد عشق واقع شده ، افکارش خارق‌العاده و بدنش عجیب و معجزه‌آسا است .

در صورت ضعیف شدن شخصیت، عقایدی چون عقیده نفی کاینات ، زیروزیر شدن کواکب و اقمار و بی‌ارزشی اخلاق، مجرمیت و گناهکاری ، افکار هیپورکندریا و محرومیت و حسادت دارد در حوزه افکار، من وحدانیت و قدرت خود را از دست داده‌است . (عقاید تحت تأثیر بودن ، مالکیت) .

اما بین این دو حالت متضاد من (نوعی دیاستول و سیستول من در دنیای خود) حالات دیگری بنام هذیان ستم‌دیدی (عقیده ستم‌دیدی اخلاقی،

ستمدیدگی بدنی، مسمومیت و غیره.) قرار دارد.

علت «هذیان شخصیت» اختلال روانی من است که دنیای هذیانی خود را ساخته و پرداخته و به همین دلیل نه تنها این عقیده هذیانی ثابت است بلکه تمایلی به پیشرفت و دربر گرفتن تمام وجود و زندگی دارد.

یکی از انواع سایکوزهای هذیانی هذیانهای شیفتگی (عشقی، حسادت، دادخواهی یا ستیزه‌جویی) و ستمدیدگی یا تحت تأثیر بودن است و از خصوصیات این نوع شخصیت هذیانی (پارانویا) روشنی شعور میباشد. در نوع دوم افکار هذیانی تصویری، بصورت عجیبی درآمده (هذیان تصویری دوبره، پارافرنیای کرپلن) در این حال تمایلی مفرط به قصه‌بردازی، خاطرات کاذب و عقاید تصویری و تخیلی وجود دارد.

نوع سوم شیزوفرنیائی هستند که من سایکوزی دردنیای درون به خودکاوی اشتغال یافته‌است یعنی دردنیای غیر قابل نفوذی که خود ساخته و پرداخته‌اند.

ت - پاتولوژی دستگاه منطق - من دمانسی

بطوریکه من ذکر شدیم شخص اول سعی در شناسائی خود دارد و در دوران و مراحل رشد و نمو شخصیت، اصل ارزش‌یابی منطق، در دماغ بوجود می‌آید این دستگاه باید با آنچه در افکار عمومی منطقی است منطبق باشد و بدین ترتیب دستگاهی منطقی بوجود می‌آید و شخص در موارد لزوم برای مشاوره و قضاوت بدان مراجعه میکند.

گاهی این زوال عقل که میتوان آنرا ثانوی نامید بر اثر کسالت ممتد روانی بوجود می‌آید مانند زوال عقل شیزوفرنی.

زمانی نیز این عدم قدرت و توانائی تجزیه افکار و ترکیب آن بطرز منطقی، تمامی اختلال را تشکیل میدهد در این حال آنرا زوال عقل کلی

تدریجی یا اولیه نامند (فالج مترقی، زوال عقل پیری) .
 افراد مبتلا به زوال عقل نه تنها طرزبکاربردن قوای شعوری را از خاطر
 برده‌اند (دقت، حافظه و ترکیب روانی) بلکه مقیاس و ارزش منطق و اخلاق
 را نیز از دست داده‌اند (قضاوت) .

ث - عدم تشکل شخصیت

تحت عنوان عقب ماندگی یا نقیصه عقلی، مبتلایان به توقف رشدی
 شعور و قوای عقلی را متذکر میشوند ولی در قوای دماغی افراد کور ذهن (۱)،
 کند ذهن (۲)، و کودن (۳)، تنها موضوع عدم قدرت عمل مغز مطرح نیست
 بلکه اختلال کلی در تمام وجود حاصل شده فرد ایدئو از نظر تکلم، اجتماعی
 بودن و غیره نیز دچار اشکال شده لذا میتوان گفت فقد و کمبود شخصیت
 در کار است .

در دلیل نه تنها بهره‌ر هوشی کاهش یافته بلکه حقارتی در جمیع قسمت‌های
 شخصیت بوجود آمده است و اختلال عمیقی در هوش و عواطف دارند ما
 بعدها مفصلاً راجع به آن متذکر خواهیم شد .

طیبیب بایستی شرح حال را فوری پس از بستری ساختن بیمار بنویسد
 گاهی بعضی از بیماران مانع نوشتن میشوند ولی البته اگر طرز رفتار طیبیب
 جلب اعتماد بیمار را کرده باشد چنین پیش‌آمدی روی نخواهد داد ممکن
 است معاینه را بدو قسمت کرد یکی شرح حال و دیگری نوشتن ولی خیلی
 زود بایستی یافته‌ها را روی کاغذ آورد تهیه عکس و فیلم از بیمار
 برای ثبت و ضبط حالات و طرز رفتار وی بسیار مفید است ولی این امر

1— Agenesie

2— Idiocy

3— Imbecile

4— Debile, Moron

بایستی با کمال احتیاط انجام گیرد تا ایجاد ترس و وحشت در بیمار ننماید بعضی از دانشجویان به نوشتن شرح حال خلاصه میپردازند مثلاً مینویسند: «بیمار عقیده ستم‌دیدی را کتمان کرد» چنین جملاتی مطلب قابل توجهی را نمیرساند زیرا بستگی دارد به طرز قضاوت شنونده که ممکن است در قضاوت اشتباه کرده باشد شرح حال بایستی گویا و دقیق باشد مثلاً اگر ضمن معاینه بیمار تغییر وضع داد، باید متذکر شد مثلاً باید نوشت «بیمار ضمن معاینه در جواب متوقف شد، سرش را به طرف راست گردانید و پس از لحظه‌ای سکوت گفت» یا اگر طرز تکلم و صحبت بیمار بنحوی خاصی است باید ذکر کرد سکوت بیمار را ضمن مکالمه میتوان با چند نقطه نشان داد و هر چه سکوت طولانی‌تر باشد نقطه‌ها زیاد تر خواهند شد.

بدین ترتیب شرح حال بیمار حاوی شرح وضع ظاهری، علائم برجسته، شرح سوابق خانوادگی و شخصی، تاریخچه بیماری و امراضی که بدان مبتلا گردیده، شرح قسمت‌های مختلف قوای شعوری، طرز کار قوای شعوری، عواطف و طرز رفتار، وجود توهمات و هذیان خواهد بود.

۶ - روش‌های پاراکلینیک در روان پزشکی

در مطالعه بیماریهای روانی نیز مانند سایر شعب طب، احتیاج وسیع و دقیقی به مطالعه بیولوژیکی، عصبی، فیزیولوژی و پاتولوژی عمومی داریم لذا برای رسیدن به تشخیص صحیح بایستی به ناچار به آزمایشاتی متوسل شد که ما شمه‌ای از آن را ذیلاً مینگاریم.

در بکاربردن طرق بیولوژی و عصبی و فیزیولوژی در روان پزشکی باید دانست که در صورتی هم که علل بیماری روانی، بدنی یا عصبی باشد باز هم بطور قطع نمیتوان سهم هر یک را در ایجاد بیماری روانی تعیین نمود.

۱- مایع نخاع ، خون ترشحات غدد

الف - آزمایش مایع نخاع

باید مایع نخاع را از نظر فشار، سلول، ترکیبات شیمیائی و واکنش‌های سرم‌شناسی مورد آزمایش قرار داد.

۱ - فشار

هنگامی که شخص خوابیده باشد حد اقل فشار ۱۰ و حد اکثر آن ۲۵ - ۳۰ خواهد بود برای پی بردن به فشار معمولاً به روش کونکشتدت متوسل میشویم از دیاد فشار داخل جمجمه در بیماریهای روانی نیز ممکن است عوارضی ایجاد نماید سندرم کاهش فشار ممکن است حتی تا کلاپس بطنی در انواع ابتدائی (۲۲٪) یا ثانوی (پس از ضربه ، اتروفی یا بیماریهای مغزی یا عمومی) ملاحظه شود خلاصه آنکه این سندرم روانی ممکن است بصورت بهت روانی ، افسردگی ملانکولیک، ماتی حاد، حمله خواب مرضی (۱) و زوال عقل تظاهر نماید.

۲ - ترکیب شیمیائی

تغییرات پروتئین بسیار مهم و باید آنرا از آلبومین کلی (معمولاً ده تا بیست و پنج میلی‌گرم در صد گرم مایع) و رسوب گلیولین بوسیله الکتروفورز که انواع مختلف پروتئین‌ها را جدا می‌سازد تحقیق نمود گلوکز اهمیت خاصی در آنسفالیت دارد.

۳ - سلول شناسی

بایستی سریعاً پس از گرفتن مایع نخاع ، شمارش انجام شود مایع نخاع معمولاً کمتر از ۳ سلول در هر میلی‌متر مکعب دارد.

۴- آزمایش های بیولوژی

واکنش برده واسرمن و نلسون اهمیت خاصی دارند و واکنش بنژوان کلونیدال در ۱۶ لوله بسیار ارزش دارد انتشار به چپ این این منحنی دال برسیفلیس عصبی است منحنی مننژتیک (انتشاربراست) در بعضی سایکوزهای مزمن و الکلیسم مزمن دیده میشود .

۵ - مایع سفالیک

در حالات مرضی واکنش سلولی در مایعی که بوسیله بزل زیر اکی-پیتال بدست آمده خیلی بیشتر از مایع نخاع است و مانند مایع بزل شده از بطن ها میباشد .

ب - خون

ما فقط بذکر چند نمونه میپردازیم

۱ - متابولیسم گلوکید

نه فقط بایستی مقدار آنرا مکرراً اندازه گیری کرد بلکه حتی لازم است آزمایش هیپوگلیسمی پروو که نمود در بعضی بیماران منحنی تغییرات گلیسمی غیر طبیعی است . قابلیت تحمل زیاد یا کم و اختلال ساختن گلیکوژن وجود دارد منحنی تغییرات گلوکز تحت تأثیر عوامل چندی واقع میشود (تغذیه، موقع و شرایط جذب، طرز کار کلیه، ملین ها، وضع روانی هنگام معاینه) .

اثر فشار روانی و ظهور عواطف مخصوصاً اهمیت دارد در کلینیک ثابت شده که شیذوفرنها بیش از افراد طبیعی در برابر انسولین مقاومت دارند و تغییرات منحنی گلیسمی در بیماران روانی بعلت عدم تعادل مرکز هیپوتالاموس است .

برای اندازه گیری مقدار قند خون در بیماران روانی مطالعات زیادی بعمل آمده و ما چند نکته ای را که ارزش عملی دارد ذکر مینمائیم .

الف - تغییرات گلیسمی جزئی از تغییرات فیزیولوژی درهم و پیچیده ای

است و اغلب نماینده اختلال دیانسفال میباشد .

ب - تغییرات گلیسمی در درمان ساکل دقیقاً موازی سطح شعور و عمق اغما، نیست بعضی بیماران در اغما، میمانند در حالیکه مقدار گلیسمی بالا آمده و بعضی دیگر از اغما، خارج شده در حالیکه میزان گلیسمی آنها ۴۵ است و در نزد عده‌ای دیگر با وجودیکه مقدار گلیسمی به ۲۰ سانتی‌گرم پائین آمده است مشکل و حتی غیرممکن است به اغما، روند .

پ - نکته قابل توجه از نظر گلیسمی آنست که گاهی گلیسمی ناگهان و خودبخود پائین می‌آید و معتقدند که این پائین آمدن بعلت ضایعات پانکراس است (آدنوم جزایر لانگر هانس) و یا بواسطه اختلال عملی یا عضوی دیانسفال.

۲ - اکسیژن مغزی

سلول‌های مغز از اکسیژن و قند تغذیه نموده و بشدت در برابر کمبود اکسیژن حساس هستند از مطالعه بیماری کوه‌نوردی مانند مطالعات مسومیت اکسیددوکرین و بیهوشی، خطر بی‌اکسیژنی تأیید شده و اثر کمی اکسیژن در جدیدالولاده‌ها کاملاً به ثبوت رسیده (انسفالوپاتی). تحقیقات گوستو (۱) در ۱۹۵۸ اثر فقدان شدید اکسیژن را در امواج الکتریکی مغز ثابت نموده و بسیاری از اختلالات روانی که در دوران بیماریهای قلبی اتفاق می‌افتد بر اثر کمبود اکسیژن است افزایش اکسیژن دماغ موجب تغییراتی در نوسانات الکتروانسفالوگرام میشود (روش تند نفس کشیدن) خطر قطع تنفس در روش درمانی خوابانیدن بوسیله داروهای باربیتوریک و شوک الکتریک کاملاً مشهود بوده و در افراد شیزوفرز، کاهش اکسیژن - گیری دماغ وجود دارد .

۳ - تعادل پروتیدها

از بین اسیدهای آمینه ، اسید گلوتامیک اهمیت بیشتری دارد و کاهش بیش از حد آن ، منجر به اغما، کبدي شده و مقدار آن در روش ساکل پائین می آید مقدار پروتید کلی و سربك گلوبولر شاهد ذیقیمتی در نشان دادن تعادل غذائی می باشند مثلاً در بی اشتهائی روانی، جمیع اعداد پائین ولی مناسب است و در حالات شدید کمبود مواد غذائی ، بشدت کاسته شده و گاهی نسبت آنها معکوس میشود .

نتیجه متابولیسم مراد پروتیدی از مقدار اوره تعیین میشود در تمام حالات حاد، بایستی مقدار اوره را تحت نظر گرفت در هذیان حاد بواسطه اختلال نظم مرکزی یا اختلال متابولیسم نسجی (نه بعلمت بیماری کلیوی) بشدت افزایش می یابد .

۴ - تعادل مواد لیپیدی

مخصوصاً کلسترول را باید اندازه گیری نمود در نصاب شرابین ، الکایسم مزمن و کمبود ترشحات غدد افزایش یافته و در نارسائی شدید کبدي کاهش می یابد .

۵ - سایر مواد متشکله خون

مقدار مواد خون از نظر شرایط تعادل آب داخل و خارج سلولی اهمیت بسیاری دارد و در نورو - فیزیولوژی جدید مطالعه عبور الکترولیتها از جدار و غشاء سلولهای عصبی ، با دقت خاصی دنبال میشود بارالکتریکی سلول که شاید عامل اصلی در انتقال سیناپسها باشد بستگی باین پدیده بیوشیمیائی اولیه دارد مکانیسم «تلمبه سدیم» (۱) که در فیزیولوژی مشهور است در مغز سهم مهمی را ایفا مینماید . کاسیم مخصوصاً در نزد اضطرابیها مطالعه شده موضوع «تتانی پنهانی» کلوئس (۲) هنوز مورد بحث است .

1— Pomp a sodium

2— Klotz

تغییرات آهن، مس، مگنزیوم، فسفر، برم، کلروید چندان قابل ملاحظه نیست البته درباره مس خون درشیزوفرنی و بیماری ویلسون تحقیقاتی به عمل آمده است.

۶ - تعادل آب و عطش

این موضوع بوسیله فیزیولوژیست‌ها مورد مطالعه است زیرا تنظیم متابولیسم آب مربوط است به مکانیسم سلولی که یون‌های سدیم و کلر و غدد هیپوفیز، کورتیکو سوررنال، تیروئید و کلیه در آن دخالت دارند البته هیپوتالاموس نیز در این امر دخالت دارد در بعضی از بیماران روانی این زنجیر معیوب و مختل شده حالت بی‌آبی یا تجمع آب، بر اثر افزایش گلبول خون، میزان پروتئیدها و مقدار خون ظاهر میشود و کم‌آبی بدن سهم مهمی در سایکوزهای حاد دارد تجمع آب بصورت ورم مغز حتی قبل از ظهور علامت ورم محیطی ظاهر میشود و این مطلب مخصوصاً در صرع مورد مطالعه قرار گرفته است.

۷ - سلول‌شناسی خون

امتحان خون و تعیین مقدار گلبول‌ها روان پزشکی را مانند سایر اطباء، بحالت آنمی، آلرژی، التهاب، علائم سرطانی و غیره راهنمایی میکند و نیز انواع روانی که خونی بیرم، ائوزینوفیلی، بعضی حالات واکنشی و ائوزینوپنی پس از فشار روانی دیده شده است.

آیا امتحان خون اطلاعاتی مخصوص روان پزشکی دربردارد. عده‌ای از مولفین قدیمی و جدیداً مکتب ایتالیائی‌ها در این تحقیق قدم گذارده‌اند و وفور فاکتور رزوس را در بعضی تقابص عقلی ذکر کرده‌اند.

۸ - انعقاد

مطالعه قابلیت انعقاد خون در شرح حال يك آترومی و خواب درمانی (حذف فلبیت) مهم است.

۹- سرم شناسی

آزمایش سرم شناسی از نظر روان پزشکی اهمیت خاصی ندارد فقط از نقطه نظر تشخیص سیفیلیس و عدم تکافوی کبدی مهم است عدم تکافوی کبدی موضوعی است که بایستی در هر الکی تحقیق نمود ولی در بعضی موارد در بهت روانی و ملانکولی نافع است آزمایشهای فلوکولاسیون خون دارای اهمیت خاصی است تست هانگر (۱۱) اسفالین کاسترول) و تست ماکلگان (۱۲) (تیمول) بیش از سایرین بکار میروند بایستی طرق رنگ آمیزی نسجی (بروم سولفون فتالین) و روش تجمع گالاکتوزاوری را فراموش نمود.

لازم است نامی از تغییرات تعادل اسید و بازیک (پ-هاس خون و اوره و بزاق) و فسفاتاز و آنزیم بردکولین استزار سرم بخصوص در حالات مانیاک دپرسیو و نوروزی های نوع هیستریک و اضطرابی و مصروعین که حملات زیادی دارند افزایش می یابد.

۴- تحقیق در غدد مترشحه داخلی

در بین اختلالات فیزیولوژیک بایستی محل خاصی به سلولهای غدد مترشحه داخلی داد اثر آنها در بلوغ و رسائی موجود زنده و اهمیت آن در آشکارا ساختن بیماریهای روانی از مدتها قبل مورد قبول بوده و کافی است نامی از کرتینیسیم یا سایکوزهای نفاسی برده شود.

از جمله غددی که در روان پزشکی بیشتر سهمی دارند عبارتند از تیروئید، سورنال و غدد جنسی البته حقیقت آنست که دستگاه غددی بدن را نمیتوان تجزیه کرد زیرا اغلب باهم کار میکنند که در راس آنها غده هیپوفیز و هیپوتالاموس سهم مهمی دارند و کار آنها را منظم مینمایند.

۱ - تیروئید

برای اندازه‌گیری عمل و ارزش تیروئید، معمولاً بایستی به اندازه‌گیری متابولیسم با زال اقدام کرد ولی به علت اشکالات و اشتباهات باندازه‌گیری پد رادیواکتیو میپردازند اعدادی که ماهو (۱۹۵۸) ذکر نموده عبارتند از

در حال طبیعی ۱۰ - ۱۵٪ مقدار پد ۱۲۱ در ۲۴-۴۸ ساعت

هیپرتیروئیدی باین تر از ۱۵٪

هیپرتیروئیدی بالاتر از ۵۰٪

۲ - سوزن‌سال

معمولاً میزان کورتیکواستروئید ۱۷ و ۱۱ را اندازه‌گیری مینمایند.

۲ - گودناها

تحقیق در گودناها در مردان با اندازه‌گیری ۱۷-استرواستروئید است تحقیقات غدد تناسلی زنان اهمیت زیادی در بعضی سندرم‌ها دارد به طریقی بسیار دقیقی می‌توان سیر و پیشرفت دوره هیپوفیز - اورابین و میزان ترشحات مخزنه را اندازه‌گیری کرد.

مطالعه سلول‌شناسی مهبل وجود مواد استروژن را ثابت مینماید و این ارزش به علت سادگی بر اندازه‌گیری استروژن رجحان و برتری دارد. بیوپسی اندومتر در سایکوزهای نفاسی اطلاعات ذقیقتی در اختیار میگذارد معتقدند که بهترین روش برای اطلاع بوضع ترشچی گرفتن لام در روز بیست و چهارم قاعدگی است.

علاوه بر مطالعه سه‌غده فوق، تحقیق و بررسی سایر غدد نیز میتواند اطلاعات گرانبھانی در اختیار روان‌پزشک بگذارد مثلاً هیپوفیز (واکنش زوندک) در بسیاری از سندرم‌ها مخصوصاً در حالات مانیاک دپرسیولاز است میگویند بیماری کوشینگ ممکن است با علائم روانی ظاهر شود و دیابت انسپید و بیماری سیموند نظاهرات روانی دارند در مورد چاقی و