

## بحث روان‌تنائی

-۲-

# عوارض روان‌تنائی دستگاه گوارش

نگارش :

دکتر میر بهاء

دستیار بخش روان پزشکی  
دانشکده پزشکی تهران

دکتر میر سپاسی

استاد کرسی و رئیس بخش روان پزشکی  
دانشکده پزشکی تهران

« بزك پیوسته باید بیمار خود را بی‌بودی مزده دهد و اورا  
امیدوار به صحت دایم کند ، اگرچه خود امیدوار نباشد ، زیرا  
که مزاج جسم تابع اخلاق نفسانیست »  
رازی

نخستین مظهر نفسانیات هیجان است و نخستین مظهر جسمیات تغذیه ، و این دو مظهر نخستین حیات انسانی هم از آغاز تولد پیوستگی خاصی دارد . کودک ، نخستین غذای خود را از مادر دریافت میکند و با نخستین موجود خارج از خود که تماس میگیرد مادر است . بنابراین احتیاج بمهر مادری و میل بغذا دو پدیده نفسانی و جسمانی مدغم و پیوسته میباشد . تغذیه ، محور زندگی هیجانی در مرحله اولیه کودکی است و پس از سالها ، هر چند که در اثر رشد و نمو موضوعات هیجانی پیچیده و معمائی میشود ، ولی باز هم دستگاه هاضمه وسیله و واسطه شگرفی برای تظاهرات هیجانی بشمار می آید . حس بیزاری (۱) که در برخی شرایط برای اشیاء و اشخاص بخصوصی بانسان دست میدهد ، در اصل باطرد برخی از غذاها ارتباط داشته و با پدیده‌های انعکاسی معده و مری پیوستگی دارد .

عموماً احساساتی از قبیل خشم ، ترس شدید ، تأثیر وقفه‌ای بر روی اعمال گوارشی ترشحات معده و روده و همچنین حرکات آنها دارد . این وقفه ، بواسطه تحریک دستگاه فوق کلیوی - سمپاتیك است که با تحریک دستگاه پاراسمپاتیك متناقض میباشد . در حالت طبیعی محرك عمل معدی و روده‌ای ، گرسنگی ، دیدن غذا و یابوئیدن آن ، تمایل باشباع و سیری و نوعی احتیاج باستراحت و آرامش است . در اختلالات معده و روده انطباق

موزون فعالیت معده وروده باوضع عمومی ارگانيسم ، دچار ضایعه واختلال میگردد . تحقیقات روان شکافی باروش دقیق وحتى اغراق خود اهمیت زیادی بدستگاه گوارش در ارتباط آن با هیجانان و نفسانیات قابل است . بعقیده روانشکافان ، کودك در روزهای نخستین زندگی بنقش آرامش بخش تغذیه درمقابل رنج گرسنگی پی میبرد وینابراین ارضاء تمایلات تغذیه‌ای و رفع گرسنگی بنحو عمیقی در وجود او با احساس آسایش واعتماد واطمینان خاطر ملازم وهمراه میگردد . وچنانچه گذشت ، همزمان با تغذیه ، تمایل دیگری که احتیاج بمحبت وعلاقه مادر باشد ، در نهاد طفل جوانه میزند ، بطوریکه درنظر کودك عمل تغذیه معادل با بر خورداری ازعشق ومحبت مادری است . طبق تحقیقات روانشکافی عامل هیجانی دیگری که در دوران کودکی توأم بامیل بتغذیه بوجود می آید حس تملك با تمام انعکاسات وابسته بآن چون حرص وطمع وورشك وحسد میباشد . البته ذکر کلیه مطالعاتیکه در این باره بعمل آمده از حوصله این گفتار ما خارج است ، ولی از آنچه که باجمال سخن رفت می توان نتیجه گرفت که پزشك بایستی بعوارض دستگاه گوارش از قبیل سوزش ناحیه فم معده ، بی اشتهائی ، حالت تهوع واسهال یبوست وغیره اهمیت خاصی قابل باشد ودر معاینات عوارض هاضمه وارزیابی آن بمسائل وعوارض نفسانی ومحیطی وموقعیت خاص زندگی واشتغالات خاطر وخلاصه بر روانشناسی بیماران نیز توجه داشته وسهم هر يك را معلوم دارد وبخاطر بسپارد . دستگاه گوارش که در اوان کودکی تنها آلت بیان هیجانان بوده است ، هنوز هم نقش مهم خود را دارد ومی تواند بعلت هیجانان واختلالات عاطفی انسان دچار اختلال وپیشانی شود .

### ۱- اختلالات اشتها، و تغذیه

این اختلالات ممکنست درجهت کمی یابیشی باشد .  
**بی اشتهائی** - نقصان متناسب ویا مزمن اشتها ، پدیده شایعی در انواع پسیکوزها و نوروها و پسیکوزها میباشد ، این پدیده مخصوصاً در مرحله افسردگی جنون دوره‌ای وهمچنین در جنون جوانی پیش می آید ، هر گاه بی اشتهائی مشخص وتیبیک نبوده ویا در جنب آن يك اختلال روحی واقعی وجود نداشته باشد ، بی اشتهائی روانی از لحاظ تشخیصی مطرح میگردد که در آن بی اشتهائی تظاهر اختلالات نوروتیک مجموعه شخصیت انسانیست . در موارد شدید ، بیمار بنحو قابل ملاحظه‌ای وزن خود را از دست داده ولاغر می شود . بی اشتهائی ، اغلب در زنان و دختران جوان پس از بلوغ شیوع داشته

و در مردان ندره<sup>۱</sup> بوجود می آید. از لحاظ تشخیص افتراقی تمیز آن از بیماری سیمون قابل اهمیت میباشد در این بیماری بی اشتتهایی يك عارضه ثانوی و بعلت ضایعه هیپوفیز است. با آزمایش روان پزشکی دقیق در مبتلایان به بی اشتتهایی و کم اشتتهایی، عوامل هیجانی عارضه آشکار میگردد. حتی پیش از پیدایش و توسعه روان شکافی دانشمندان بنامی چون گول (۱) و لازگ (۲)، با اهمیت عوامل نفسانی در اشتتهای انسان پی برده بودند ولیکن در پرتو روشهای روان شکافیست که این واقعیت بنحو دقیقی مورد تحقیق قرار گرفته است. طبق مطالعات روانشکافان از جمله ه.ب. ریچاردسون (۳) بی اشتتهاییهای روانی از عقدههای محکومیت و شرم سرچشمه میگردد، بدین معنی که برخی انگیزههای نفسانی که بعلت عدم شایستگی اجتماعی واپس زده می شود، موجب عدم توجه بتغذیه و بی اشتتهایی میگردد. مثلاً خواسته «تفوق» در کاری چون بر آورده نشود اشتتهای را میکشد و یا از راه «کیفر بخود» (۴) بی میلی بغدادیش می آید؛ کینه و خشم نیز می تواند موجب بی اشتتهایی گردد. برخی از کودکان بسائقه آزار والدین و جلب توجه آنان غذا را طرد میکنند. همچنین خواستههای جنسی ما اگر با قیود اجتماعی و مراسم و سنن مورد قبول ما هماهنگ نباشد و فرو ریخته شود در لاشعور تغییر شکل پیدا کرده و بصور مختلف از جمله بی اشتتهایی تظاهر میکند.

نوع دیگری از «منع غذا» (۵) وجود دارد که در آن اگرچه بی اشتتهایی بغدادی نیست ولی در تحت تأثیر برخی عوامل هیجانی، از خوردن امتناع میشود؛ مثلاً برخی از دختران جوان در مقابل مردیکه نسبت باو وابستگیهای عاطفی دارند نمیتوانند غذا بخورند. البته چنانچه گذشت اینگونه اختلال کمتر جنبه عمومی داشته و در شرایط خاصی متظاهر میگردد.

از لحاظ درمانی بکار بستن تدابیر نفسانی (پسیکو تراپی) و در برخی موارد روانشکافی واجب است، اجراء این روشها نبایستی ناشیانه باشد، چه مثلاً مجبور ساختن بیمار بتغذیه نه تنها عارضه اورا شفا نمی بخشد، بلکه ممکنست موجب تشدید عارضه و حتی تمایل بخودکشی گردد.

شکم بارگی (پر خوری) (۶) - در این عارضه، بعکس عارضه فوق الذکر اشتتهایی

۱- Gull

۲-Lasègue

۳- H.B. Richardson

۴- 1' auto - punition

۵- 1' inhibition alimentaire

۶- la boulimie

بیمار افراطی است و بیمار بیش از اندازه ولزوم گوئی که غذا را می بلعد . عوامل عضوی (ارگانیک) کمتر در این اختلال نقشی بازی میکند ، منتهی بایستی خاطر نشان ساخت که در زیاد کاری غدهٔ درقی بواسطه افزایش سوخت و ساز بدن ، اشتها بغذا نیز فزونی می پذیرد . در شکمبارگی ، پر خواری بیان کنندهٔ احتیاج متزاید بدن باغذیه نیست ، بلکه افزایش اشتها در کار است . در اینجا عمل تغذیه بمثابهٔ جبران کنندهٔ تمایلات هیجانی واپس زده میباشد . بنا بتحقیقات روانشکافی چون ولف (۱) ، اشمید (۲) ، کوریا (۳) و ... این وضع در بیماران که آنطور که باید و شاید مورد توجه و دقت و محبت اطرافیان خود نیستند پیدا میشود ؛ گوئی بیمار ناخود آگانه ، نقص محبت و توجه و کسر مهر اطرافیان را با پر خواری جبران میکند و گوئی بخود نا بخودانه میگوید : « پر خواری کنیم تا پر خواری ما اقلأً انظار را جلب کند . » شیوع بی اشتهائی روانی در کسانی که زمانی شکمباره بوده اند ، ارتباط نزدیک این دو عارضه بظاهر متضاد را ، میرساند .

از لحاظ درمانی در اینجا نیز ، تحقیق در شخصیت بیمار و تدابیر نفسانی برای معالجه کافیهست .

**استفراغ عصبی** - این عارضه که گاهی بععلل روانی پیدا میشود ، بعقیده روانشکافان تظاهر نوعی احساس محکومیت (۴) است که در آن گوئی بیمار باعمل استفراغ میخواهد تمایلات و هوسهای ناسازگار با شخصیت خود را از پهنهٔ ناخود آگاهی بیرون ریزد . نوعی دیگر از آن نتیجهٔ تمایل شدید بآبستنی است و در بانوانی پیدا میشود که بعلائم «آبستنی روانی» (۵) دچار میشوند در این آبستنی کاذب کلیهٔ علائم ظاهری بارداری ، بزرگی شکم ، قطع قاعدگی ، تغییرات پستانی و «ویار» و از جمله استفراغ وجود دارد .

از لحاظ درمانی در بیماران که عامل سببی صد درصد روانی باشد ، بکار بستن تدابیر نفسانی تنها روش قاطع است .

## ۲- اختلالات عمل بلع غذا

**کاردیواسپاسم** - مقدمهٔ بایستی از یک سلسله عوارضی نام برد که در مری پیدا شده و فروردن لقمهٔ غذا دشوار و حتی غیر ممکن میگردد . کرنفلد (۶) در این باره تحقیقات مفصلی کرده و دو شکل خاص را مشخص ساخته است : شکل اول مربوط بیک

۱- Wulff

۲- Schmidt

۳- Coriat

۴- les sentiments de culpabilité

۵- la grosseesse psychique

۶- Kronfeld

حساسیت زیاد و درد آور (۱) مری بوده و شکل ثانی عبارت از يك انعكاس انقباضی (۲) است. ولیکن مشخص ترین و شناخته ترین اختلال عمل بلع، کاردیواسپاسم با اصطلاح نوروتیک است که در قرن نوزدهم برای اولین بار توسط میلکولیتز (۳) بیان شده است. در این عارضه، انقباضی در قسمت تحتانی مری پیدا شده و با انقباض قسمت فوقانی آن می انجامد. ادوارویس (۴) نه بیمار را تحت مطالعات روان تنائی (پسیکوسوماتیک) قرار داده و نتیجه گرفته است که زمینه و استعدادی برای کاردیواسپاسم وجود دارد و عوامل عاطفی بر مبنای این زمینه مستعد، موجب کاردیواسپاسم میگردد.

بعقیده وایس، کاردیواسپاسم نوعی هیستری تغییر شکل یافته (۵) است و چنانچه میدانیم در عوارض پی تیاتیک، گلوله هیستری (۶) يك علامت شایع و تقریباً کلاسیک میباشد. این عارضه در حکم يك نوع اعتراض به «وضع نامطلوب» و یا وسیله ای برای «جلب توجه» است که با پیدایش وضعی مطلوب و یا توفیق بر جلب توجه، از بین میرود و بدین ترتیب سرچشمه روانی آن بشبوت میرسد.

از لحاظ درمانی، درمان طبی و درمان روانی توصیه میشود. درمان طبی عبارتست از داروهای ضد اسپاسم و رژیم غذایی مایع و نیمه مایع. در درمان روانی بتدابیر نفسانی و روانشکافی متوسل میگردد. وایس، در ضمن درمان روحی اتساع مکانیک فم معده را نیز مفید میدانند ولی بعقیده ما با يك یا چند جلسه الکتروشک، می توان بسهولت نتایج بهتری بدست آورد.

#### ۴- اختلالات اعمال گوارشی

**سوء هضم** - بیست و پنج درصد بیماران مبتلی بسوء هاضمه که به «مایو کلینیک» (۷) مراجعه کرده اند علل روانی داشته اند. نکته مهمی که بایستی خاطر نشان شود اینست که تعداد بسیاری از علائم اختلال عملی معده، فرع و نتیجه عادات نامناسب و غیر طبیعی در تغذیه، چون نجویدن کامل غذا، تند خوردن، بلع هوا و یا انتخاب غذاهای نامناسب میباشد و مهمتر آنکه همین عوامل فرعی، نتیجه عدم تعادل روحی و هیجانیست. در جنون دوره ای، در مرحله افسردگی نقصان ترشی معده دیده میشود و بعکس از دیاد مزمن آن

۱ - la sensibilité hyperalgésique

۲ -- le réflexe spasmodique

۳ - Milkulicz

۴ -- Edward Weiss

۵ -- l' hystérie de conversion

۶ -- la boule hystérique

۷ - Mayo clinic

بطورکلی با عوامل روانشناسی شبیه روانشناسی مبتلایان بقرحه توأم میباشد؛ در مطالعاتیکه در انستیتوی روانشکافی شیگاگو (۱) بعمل آمده بیماران سوء هضمی تمایلات واپس زده‌ای وابسته به «فرار از مسئولیت» و «احتیاج بکمک» و «اتکاء ب دیگران» داشته اند. روان شکافان تمایلات فوق‌الذکر را نتیجه نوعی نقش فی‌الحجر وثبوت (۲) حمایت- جوئی کودک (۳) می‌پندارند که در تصادم باغرور واستقلال طلبی سنین بلوغ و کمال باعث کشاکش روانی (۴) میگردد. از لحاظ هیجانی، در مبتلایان بسوء هضم عواملی نیز چون اضطراب، ترس، اختلافات خانوادگی، شکست و غیره ملاحظه کرده اند. وجوه مشترک زیرین تشخیص افتراقی سوء هاضمه روانی را از دیگر سوء هضمهای عضوی میسر میسازد:

۱- با وجود طول مدت عارضه، عوارض ثانوی ولاغری مشاهده نمیشود و از نظر عمومی، بیماران وضع رضایت بخشی دارند.

۲- تغییر وعدم ثبات علائم از نظر موضع و شدت علائم.

۳- وقفه وسکوت علائم بهنگام شب.

۴- عدم تناسب وضع عمومی خوب بیمار و شدت علائم موردشکایت.

۵- وجود علائم روانی دیگر و روحیه خاص بیماران.

۶- فقدان علائم تابعه دیگری که معمولاً در سوء هاضمه‌های عضوی دیده میشود.

از لحاظ درمانی، درمان طبیبی همان درمان علامتی است و درمان روانی مبتنی بر

استراحت و آرامش خاطر بیماران و ایجاد حس امنیت و آسایش میباشد.

**زخم‌های معده** - بدون تردید، زخم معده و دوازدهه یکی از مهمترین بیماریهای

وابسته بروان تنائی است که در آن ارتباط میان آشفتگیهای روانی و اختلالات جسمانی

بخوبی آشکار میگردد. این عارضه یکی از عوارض شایع دستگاه گوارش و یکی از

مهمترین علل سوء هاضمه مزمن میباشد، طبق تحقیقاتی که در «مایو کلینیک» بعمل آمده

در میان ۱۵۰۰۰ بیمار که دچار سوء هاضمه بوده‌اند، ۱۵ درصد مبتلی بزخم معده وجود-

داشته است. امروزه اهمیت عوامل عاطفی در ایجاد زخم معده و واقعیت انکار ناپذیر است

و حتی فون برگمن (۵) و وستفال (۶) زخم معده را یک عارضه ثانوی نوروژ طولانی معده

۱- Institut psychanalytique de chicao

۲- la fixation

۳- dependance infantile

۴- le conflit

۵- Von Bergmann

۶- Westphal

میدانند. گذشته از عوامل هیجانی، عامل سرشت (۱) نیز در کار است چه در پیش اطفال و حتی شیرخواران که هنوز عوامل روحی و هیجانی مولد قرحه، مجال تأثیر را نداشته زخم معده دیده شده است. رویه مرفته نکات زیرین در مشاهدات اکثر پزشکان و محققین گزارش داده شده است:

- ۱- اغلب مبتلایان بزخم معده، دچار عدم تعادل دستگاه عصبی نباتی هستند.
- ۲- در اثر آسایش جسمانی و نفسانی علائم زخم معده تخفیف یافته و یا از میان می‌رود.
- ۳- علائم بیماری در صورتی عود می‌کند که عوامل روحی و شرایط محیطی سابق مجدداً فراهم آید.

برای توضیح علت سببی (انیولوژی) زخم معده، نظریات گوناگونی چون تشویرهای عروقی، شیمیائی، عفونی، ضغطه‌ای (تروماتیک)، مکانیک، آندوکرینی، کمبود ویتامینی، آرژینی و بالاخره عصبی بیان شده که هیچیک بتنهائی نمیتواند چگونگی تولید این عارضه را روشن سازد و آنچه که مسلم است عامل واحدی نمیتواند موجب بروز بیماری گردد. تأثیر آشفته‌گیهای روانی و اختلالات هیجانی در جریان جنگ دوم جهانی بیش از پیش باثبات رسید و مخصوصاً پزشکان نظامی متفقین ظهور بحرانهای زخم معده را در افسران انگلیسی و کانادائی بطور جدی و شایع مشاهده کرده اند. خودما بیماری را بخاطر داریم که بچندین بحران زخم معده دچار شد و هر بحرانی مصادف با يك ناراحتی روحی و عامل هیجانی بود: يك بار مرگ عزیزى، بار دوم گرفتاری شدید اداری، بار سوم مبارزه پی‌گیری موجب ظهور عوارض شده بود. از نظر توارث خواهر بیمار و سواس (وسواس نجسی و پاکى) یکدختر بیمار مرض قند و يك پسر بیمار نقرس دارد. بنابراین مشاهده میشود که عوامل نفسانی با عوامل ارثی تداخل کرده است.

از این نظر، مشاهدات کوشینک (۲) آموزنده میباشد؛ وی در ضمن اعمال جراحی مغز و دستگاه عصبی مرکزی موارد متعددی را مشاهده کرد که بیمار عمل شده در مخاط معده خراشهایی بدون سوراخ شدگی دارد، وی همچنین در بیمارانیکه تحت عمل جراحی مغز بالنسبه دشواری بوده اند، اختلالات گوارشی همانند علائم زخم معده ملاحظه کرده است. با اتکاء بر این مشاهدات کوشینک نیز همچون روکی تانسکی (۳) زخم معده را عارضه مخصوص دستگاه عصبی معده و بعلت اختلال عمل عصب زوج دهم میدانند، کوشینک برای اثبات نظریه خود بتجارب دیگری پرداخت، وی در بطن دماغی

مقداری پیلوکارپین یا پیتوتیرین زرق کرد و نتیجه<sup>۱</sup> زخم معده پیدا شد. بیٹی (۱) نیز با تحریک الکتریکی هیپوتالاموس مشاهده کرد که انقباضات معدی افزایش یافته و انحناء کوچک معده دچار خون ریزی کمی شد. از تجارب فوق چنین مستفاد میشود که زرق داخل بطنی پیلوکارپین و یا تحریک مستقیم هیپوتالاموس بوسیله برق، موجب افزایش ترشح و حرکت و تونیسیته معده، بخصوص در حوالی باب المعده (پیلور) میگردد و اینها همان علائمی است که در قرحه‌های مزمن وجود دارد.

از لحاظ کیفیات روانی، زخم معده بیشتر در اشخاص بسیار فعال و دارای مشاغل مهم و مخصوصاً افراد جاه طلب و دوندگی کن، دیده میشود و نیز افراد بسیار حساس و هیجانی (۲) باین عارضه دچار میشوند. بعقیده هارتمان (۳)، زخم معده بیماری متمدنیس است که بام تاشام برای نیل بآرزوهای خود که اغلب جاه طلبانه است در تلاش و کوششند و بنا باظهاروی این بیماری در میان کولی‌های چینی و هندیهای آمریکائی (سرخ پوستان) مشاهده نشده است. الکساندر (۴)، در توجیه علت زخم معده از لحاظ روانشکافی، معتقد است که تحریکات روانی شدید و مداوم که سرچشمه آنها در پهنه زوال ناپذیر خود-آگاهی است میتواند مراکز زیرقشری مغز را بهمان طریق که محرکهای مستقیم تأثیر میکنند (آزمایشهای کوشینک) تحریک کرده و این تحریک از راه دستگاه عصبی نباتی باعث ایجاد اختلال در اعمال گوارشی و بخصوص موجب تولید قرحه گردد. بعقیده وی در اعماق شخصیت بیماران مبتلا بقرحه، تمایلات کودکانه چون «عدم استقلال و اتکا» - بدیگران» و «تمایل بمورد محبت و علاقه قرار گرفتن» وجود دارد، و از طرف دیگر بیماران در زندگانی روزمره، ظاهر فعال و متکی بنفسی دارند، جاه طلب و بلند پروازند ولی واقعیت آنست که هر موفقیت آنان، بهیهای کشاکش پایان ناپذیر تمایلات باطنی و خواسته‌های ظاهری بدست میآید، که ممکنست موجبات تولید قرحه را فراهم آورد؛ بعبارت دیگر گوئی قرحه و موفقیت با یکدیگر همراه و همگامند.

گذشته از تعمیمات افراطی مکتب روانشکافی، ارتباط هیجانات و زخم معده را بشرح زیر میتوان نشان داد:

تحریکات هیجانی مراکز زیرقشری دماغ را تحریک میکند و تحریکات زیرقشر

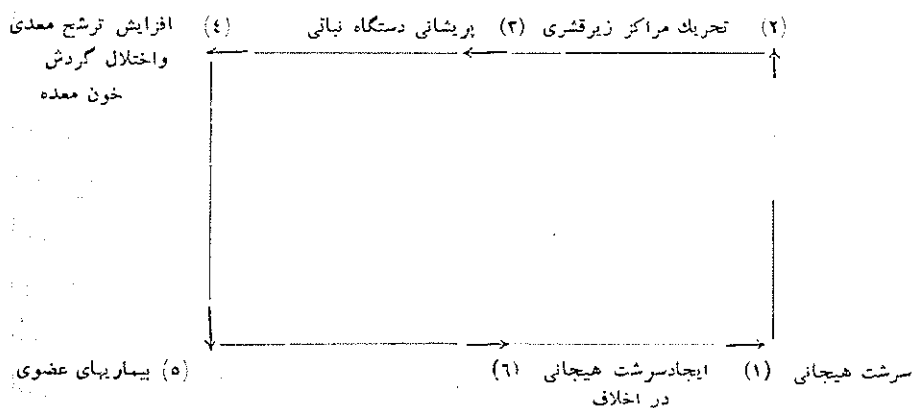
۱- Beatti

۲- 1' emotif

۳- Hartman

۴- Alexander

دماغ، موجب اختلالات در عمل دستگاه نباتی عضو میگردد. پریشانی دستگاه نباتی عضو باعث فزونی ترشح و حرکت و اختلال گردش خون عضو میشود و در نتیجه ازمان، اختلالات و ضایعات عضوی پدیدار میگردد و مثلاً قرحه پیدا میشود؛ این تسلسل خود از یک سرشت هیجانی آغاز و بیک بیماری جسمی منجر گردیده است و خود این بیماری جسمی ناچار در وجود بیمار استعدادها و سرشت خاصی ایجاد میکنند که سرشت هیجانی باشد. بنابراین مشاهده میشود دور و تسلسل در کار است و این تسلسل در شکل زیرین نشان داده شده است.



درمان زخم معده طبی، جراحی و روانی است. در درمان طبی رژیم مخصوص داروهای ضد ترشی، مواد آنتی کولینرژیک، داروهای پانسمان کننده و بالاخره مواد ضد هیستامینی تجویز میگردد. درمان جراحی قرحه که در گذشته یک مرحله قاطع سببی بشمار میآمد، اینک جزیک درمان علامتی در موارد پیشرفته نبوده و اهمیت خود را از دست داده است. دارگشتند (۱)، از قطع رشته‌های معدی عصب زوج دهم (۲) نتایج خوبی بدست آورده و روانشکافان این نتایج را شاهی برای صحت نظرات خود میدانند. تدابیر نفسانی مخصوصاً برای پیش‌گیری از تولید قرحه سودمند است چه همواره قبل از ایجاد قرحه علائم عملی چون ازدیاد ترشی معده مزمن وجود دارد که طایفه عوارض عضوی میباشد. در قرحه معدی مزمن درمان روانی بایستی توأم با درمان طبی بعمل آید. بعقیده الکساندر چون آزارهای روحی مبتلایان بقرحه معدی عمیق و مزمن است، روانشکافی در این مورد تنها درمان مسببات نفسانی میباشد. دوره روانشکافی بر حسب موارد متغیر است و گاهی باروش درمانی کوتاه‌ولی فعال و شدید ممکنست نتایج درخشانی بیار آید.

## ۴- اختلالات اعمال دفع

بموازات عمل تغذیه، اعمال دفعی نیز نقش بزرگی را در رشد و توسعه نفسانیات کودک بازی میکند. از نظر روانشکافی اعمال دفعی در سالهای نخستین زندگی با حس تملك و مالکیت (۱)، حس مباحات، سرفراری و کمال و فضیلت نمایی (۲) با تمایل ببخشیدن یا نگاهداشتن و برخی تمایلات وحشیانه چون تجاوز، آلودن و لجن مال کردن ارتباط دارد. برای توجیه این ارتباط روانشکافان بتوضیحات دور و درازی میپردازند، بعقیده آنان کودک از همان روزهای نخستین پس از تولد از عمل مکیدن لذت فراوانی میبرد و در مواقعیکه شیر نمیخورد بمکیدن انگشتان خود میپردازد ولیکن این عمل اغلب از طرف والدین جلوگیری میشود، رفته رفته کودک در مییابد که نظیر این لذت را از انتهای دیگر دستگاہ گوارشی نیز میتوان بدست آورد اما محیط برای این چنین کماجویی نیز مناسب نیست، مادر یا پرستار میخواهد که کودک پاکیزگی را بیاموزد. اغلب مادران پس از يك عمل دفعی بیجا کودک را تنبیه میکنند، و سپس برای دلجویی ویرا نوازش کرده و یا با چیزی که مورد علاقه اش باشد هدیه میکنند بدین ترتیب کودک در مییابد که با این عمل میتواند از محبت بیشتر مادر برخوردار شده و یا چیز مورد علاقه خود را بدست آورد و از همین جا حس تملك با عمل دفع معادل میگردد. این وضع ووا کنش ابتدائی طفل را روانشکافان، مدفوع دوستی (۲) مینامند.

خلاصه عمل دفع وظیفه فیزیولوژی مجردی نیست بلکه طریقه ارضاء و همچنین انتقام کودک نسبت بمادر یا پرستار و کسانش نیز میباشد. از کوشهای روانی و روان شکافیها معلوم گردیده است اشخاصی که در کودکی اعمال گوارشی و دفع آنان روان و طبیعی بوده در بزرگی افرادی دست و دلباز و سهل انگار و بذال میباشند و بالعکس کسانی که ممسک، متمسب و لجبازند عمل دفع گوارشی خوبی نداشته اند.

معمولاً در نهمین ماه زندگی کودک قادر بنظم دفع بر از و کنترل آنست، در صورتیکه در پایان سال دوم است که مثانه و ادرار تحت بازرسی و اختیار قرار میگیرد و کسانی که تحت اصول صحیح پرورش نبوده باشند دیرتر پاکیزه میشوند. بعقیده برخی از روانشناسان ضبط و کنترل اعمال دفعی مقارن با پیدایش نخستین آثار اخلاقیات میباشد. وانگهی

۱- le sentiment de possession

۲- s. de complétude

۳- coprophilie

اعمال دفع بر ازو پیشاب در زندگی کودک کاملاً یک پدیده مربوط بدستگاه عصبی نباتی است و از نظر هیجانی توجه آنان باین اعمال نسبت بخوردن و تغذیه در درجه دوم اهمیت قرار دارد. بیم و هراس میتواند موجب حرکات غیر ارادی روده‌ها شود و گاهی تولید اسهال نماید، در گفت و گوی معمولی «فلانی از ترس خود را خراب کرده» غالباً شنیده میشود و این واقعیتی است.

عقدہ های روانی و تجارب هیجانی وابسته بعمل دفع، در زندگی فرد بالغ و افس زده و سر کوفته (۱) شده معمولاً تظاهراتی ندارد، ولی گاهی هم چه در رویاهای طبیعی و چه در حالات مرضی و انواع جنون، دوباره از اعماق لاشعور سر بر آورده و خود نمائی میکند. **اسهال** - عارضه اسهال غیر عفونی بصورت حادثی مزمن در حالات فشار هیجانی توأم با اضطراب و ترس مشاهده میشود.

اسهال مزمن ممکنست علت عضوی یا عصبی داشته و یا اینکه در آن واحد شامل هر دو علت باشد. در اغلب موارد تمیز و تشخیص میان عوامل مرکزی عصبی و عوامل موضعی امکان پذیر نیست.

اسهال ساده مزمن غالباً توجه جسمانی (سوماتیک) یک حالت پسیکونورتیک است، که در برخی مواقع ممکنست علامت مسلطه عارضه روانی باشد. عمل تخلیه آبکی و بایابی پیچش (۲) است و از لحاظ دفعات تخلیه متفاوت بوده و حتی بر وزانه ۲۰-۳۰ بار ممکنست برسد.

**کلیت مخاطی (۳) و اسپاسمودیک** - کلیت مخاطی از سالیان پیشین یک حالت نوروژی بشمار میآید. بعقیده وایت (۴)، کوب (۵) و جونز (۶) کلیت مخاطی، اختلال عمل فیزیولوژی کولون بعلت فعالیت زیاد دستگاه عصبی پاراسمپاتیک است و در ۹۲٪ موارد این فعالیت زیاد را میتوان بفشار هیجانی (۷) متناسب داشت؛ مصنفین فوق از لحاظ روان شناسی تمایلات مخصوصی در بیماران مبتلی بکلیت مخاطی و کلیت اسپاسمودیک یافته اند که عبارتست از جدیت و وظیفه شناسی، اتکا، و وابستگی بدیگران، احساس محکومیت و گناه، خشم و کینه؛ و بعقیده آنان کشاکش تمایلات باطنی، باشخصیت ظاهری و محیط بیمار، خود از مهمترین

۱ - réfoulé

۲ - ténésme

۳ - c. muco - membraneuse

۴ - White

۵ - Cobb

۶ - Jones

۷ - la teosion émotionnelle

علل بیماریزا در این عوارض بشمار میرود .

برای درمان اسهال مزمن ، کلیت مخاطی وکلیت اسپاسمودیک ، رژیم غذایی مخصوص ، بایستی توأم باتدابیر نفسانی مؤثر و آگاهانه باشد . طبق نتایجیکه در آنستیتوی روانشکافی شیگاگو بعمل آمده از روانکاوی نیز در برخی موارد میتوان نتایج درخشانی بدست آورد .

کلیت قرح‌های- پس از انتشار مطالعات موری (۱) و سالیوان (۲) ، اهمیت عوامل عاطفی در ایجاد و همچنین تحول بالینی کلیت قرح‌های شناخته شده است . شروع بیماری ممکنست تدریجی و یا ناگهانی باشد ، با پیشرفت عارضه ، دفعات اجابت مزاج افزایش مییابد و حتی به ۱۰-۱۵ بار در روز میرسد . ولی پس از ازمان از ۵-۲ مرتبه تجاوز نمیکنند . علائم بیماری عبارتست از حالت اسهالی ، زور پیچ و کرامپهای شکمی و مدفوع آلوده بچرک و بلغم ، که در حالات پیشرفته تر ، خون نیز بر آن اضافه شده و بیمار بتدریج دچار کم خونی می گردد .

موری ، برای نخستین بار در ۱۲ بیماریکه تحت مطالعه وی بودند ، دریافت که مهمترین عامل روانشناسی ، عقده‌هایست که متمرکز بر امور جنسی و ازدواج است ، و در زنان مخصوصاً تمایلات مربوط بسقط و حاملگی دخالت دارد .

بطور کلی در کلیت قرح‌های عفونت عارضه ثانویست ، بدین معنی که چون عامل روانی واستعداد جسمانی بوده کلیت شروع شده است و از آنجا که محیط کولونها پر از میکروب و آماده عفونت است ، عفونت نیز مزید بعلت میگردد . در هر حال اگر هم علت روان تنائی موجب و علت غائی نبوده لااقل سبب شدت و طول بیماری میتواند بود .

درمان طبی کلیت قرح‌های عبارتست از استراحت کامل ، رژیم غذایی ، داروهای ضد میکروبی ، مسکنات عصبی وغیره . بسیار باید در استراحت کامل جسمی و روحی باشد . رژیم غذایی باید حتی الامکان آزاد بوده ۲۵۰۰-۲۵۰۰ کالری برای مریض فراهم آورد . برای مبارزه با عفونت ، سولفامیدها و همچنین آنتی بیوتیکهای بامیدان فعالیت وسیع مفید است . بلا دون و آتروپین جهت کم کردن حرکت روده‌ها و همچنین فنوباربییتال برای تسکین اعصاب ، سودمند میباشد . پردنیزون را در موارد کمتر شدید و وخیم ، میتوان استعمال

کرد و از میان ویتامینها انواع آنها مخصوصاً ویتامینهای «ث» و «ک» تجویز میگردد .  
تدابیر نفسانی در این عارضه سودمند و بلکه لازم است ؛ منتهی بایستی از بکار-  
بستن این روشها در حملات حاد عارضه خودداری کرد و بهنگام بهبودی نسبی بتدابیر  
نفسانی توسل جست .

یبوست مزمن پسیکوژن - یبوست مزمن پسیکوژن را بایستی از یبوستی که در  
جریان کلیت اسپاسمودیک پیش میآید متمایز ساخت . گاهی یبوست تنها علامت معدی -  
روده است ؛ بعقیده آلکساندر ، مبتلایان بیبوست مزمن ، روانشناسی خاص و در عین حال ثابتی  
دارند . اینان اکثراً اشخاص نومید (۱) بدبین (۲) بی اعتماد بدیگران بوده و گاهی در آنان  
یک حالت سهل انگاری و همچنین بیتفاوتی (۳) دیده میشود . این کیفیات نفسانی بنحو شدیدتر  
در پارانویا (۴) و مالیخولیای شدید (۵) مشهود است . بیمارانیکه از یبوست مزمن رنج  
میبینند آثاری از بی اعتمادی پارانویا و بدبینی مالیخولیا دارند . نتیجه آماریکه  
الکساندر و مننگر (۶) در این باره بدست آورده اند کاملاً متوافق و همسان میباشد . بیماران  
بهذیان زیان و آسیب دیدگی (۷) بیبوست دچارند و مالیخولیاها استعداد قابل ملاحظه ای  
بابتلاء یبوست دارند . روانشکافان یبوست مزمن را بمرحله مدفوع دوستی و باحساس  
مربوط بان یعنی حس تملک و مالکیت منتسب میدارند .

طیب و بیمار اغلب بعارضه یبوست مزمن اهمیت نمیدهند . در اکثر اوقات درمان  
علامتی : رژیم غذایی ، ملینات ، تنقیه و غیره برای درمان کافیت ، ولیکن اگر اختلالات  
نفسانی ریشه داری در کار باشد از بکار بستن تدابیر نفسانی گزیری نیست و حتی مصنفین در  
برخی موارد روانشکافی را توصیه میکنند .

آپاندیسیت های مزمن - این عارضه ، معمولاً در کسانی دیده میشود که بطور کلی  
علیل و ناتوانند و عوارض آپاندیسیت یکی از علائم ناتوانی عمومی و نشانه ای از آسیب  
«وحدت وجود» انسانیست و بهمین دلیل است که در این موارد ، از تیغ جراح هم ، باقطع

۱ - défaitiste

۲ - pessimiste

۳ - l'indifférence

۴ - paranoïa

۵ - la mélancholie grave

۶ - Meninger

۷ - delire de persécution

عضو آسیب دیده (آپاندیس) کاری ساخته نیست و پس از عمل جراحی باز بیماران، علیل و ناتوان بوده و دارای علائم اختلالات گوارشی میباشند، بریدن و دور انداختن تمام دستگاه گوارشی هم (اگر ممکن باشد) درد درونی این بیماران را تسکین نمیدهد. جراحان قبل از اعمال جراحی میباید ارزش پسیکوسوماتیک عوارض را بسنجند و سپس دست بخون آلاینده. آینده از هر جراح معرفت روان تنائی میخواهد تا اجازه عمل دهد.

آنروز دور نیست و شاید بسیار زودتر از آنچه که می اندیشیم فرارسد و آن روزیست که انسان در تمام وحدت جسمانی و نفسانی خود منظور گردد و نفسانیات هم، پس از قرنها، مورد توجه جهان پزشکی قرار گیرد.