

پوررتنی بالینی و پسیکوپاتولوژیک همه‌رود سندرم « کوتار »

((هدیان‌های نفی و انکار))

از کارهای علمی بخش روانی دکتر میرسپاسی

هدیان‌های «نفی و انکار» اول بار با انتشار چند شرح حال توسط « کوتار » مطرح و بعدها توسط «سگلاس (Jules Seglas) ورژی (Regis) بطور عمیق مطالعه و به پیشنهاد «سگلاس» و «رژی» سندرم کوتار نامیده شد. هدیان‌های نفی و انکار سندرمی است که بیشتر اوقات در جریان ملانکولی مشاهده میشود ولی برخلاف تصور کوتار مختص ملانکولی نبوده در جریان بیماری‌های دیگر هم، مانند اسکیزوفرنی، فالج مترقی و... این سندرم مشاهده شده است. در این جا نخست شرح سه مورد از بیماران بستری در بخش ۲ بیمارستان روانی روزبه را که هر سه در جریان ملانکولی بوده بیان و سپس سعی میکنیم تحلیل مختصری که بیشتر جنبه بالینی و پسیکوپاتولوژیک داشته باشد بنمائیم.

* * *

شرح حال شماره ۱ - خانم ع. ص ۳۱ ساله شوهر کرده دارای پنج اولاد و در تاریخ ۳/۶/۴۴

در بیمارستان روزبه بستری شده است.

کسالت بیمار شش ماه پیش از بستری شدن در بیمارستان شروع شده است. بدینسان که ابتدا بیمار برخلاف میل و عقیده خود به مقدسات دینی و ائمه اطهار فحش می‌داده و ناسزا می‌گفته و توهین می‌کرده است و این وضع چند روزی ادامه پیدا کرده است و بیمار را بشدت ناراحت می‌کند. سپس بتدریج بیمار تغییر حالتی در جسم خود احساس می‌کند. ابتدا اشتها به غذا را از دست می‌دهد و بعد حس گرسنگی بکلی از بین می‌رود و بیمار دیگر غذا نمی‌خورد دست و پایش سرد میشود و ضربان قلب خود را حس نمی‌کند و سپس این وضع عمومیت پیدا کرده بیمار تمام بدن خود را دیگر احساس نمیکند بطوریکه خود را مرده می‌پندارد و می‌گوید: «هیچ

* - رئیس درمانگاه بخش روانی

* * - دستیار بخش روانی

علامت و نشاندی زندگی درخود نمی بینم، آدم زنده گرسنه میشود، من که گرسنه نمی شوم و آدم زنده میتواند کار بکند، به زندگی علاقه داشته باشد، بچه هایش را دوست بدارد، به سرنوشت آنها فکر بکند، من که نه میتوانم کار کنم و نه بکسی صحبت داشته باشم و نه فکر کسی را بکنم پس من زنده نیستم» بدینسان بیمار موجودیت خود را منکر میشود و اصرار دارد که هرچه زودتر او را خاک بکنند. ضمن صحبت هایش بیمار تکرار میکرده: «غز بن خشک شده است خدا آن چیزی را که در مغز دیگران وجود دارد از من گرفته است و مغز مرا خشک کرده است. من تا قیام قیامت زنده هستم و به همین وضع در زجر و عذاب بسرخواهم برد. در آن دنیا به جهنم می روم و مرتب زنده شده می سوزم. من به زجر ابدی محکوم هستم و نفرین شده ام». دنیای خارج را بخوبی حس می کند. در نظر او هیچ تغییری در دنیای خارج پیدا نشده است. از نظر روانی مختصر اختلالی در دقت و حافظه بیمار دیده میشود و به زمان و مکان آشناست. اختلال فکر ندارد به غیر از احساس تقصیر و گناه و عذیان نفی و انکار، هذیان دیگری ندارد. نیت خودکشی داشته و چند بار دست به انتحار زده است. در سابقه بیمار حالات و سواسی به چشم میخورد. پدر بیمار ۸ ساله است و در این اواخر بعد از ورشکستگی به اختلال روانی مبتلا شده و مدت ها در بیمارستان روانی بستری بوده است. از چگونگی نوع بیماری روانی پدر اطلاع درستی در دست نیست. خواهر بزرگتر از بیمار هم بعد از طلاق، مدتی به ناراحتی روانی دچار بوده، فعلاً سلامت خود را باز یافته است. برادر بیمار هم بعد از ورشکستگی چند مدتی متواری و فراری بوده است. بیمار سابقه بیماری مهم جسمی ندارد.

شرح حال شماره ۲۵ - خانم ژ. ب. - ۴۵ ساله خانه دار در تاریخ ۳۳/۹/۴۴ در بخش روانی بیمارستان روزبه بستری شده است.

علت بستری شدن حالت افسردگی است که بتدریج از یکسال پیش بصورت ناامیدی، گوشه گیری، عدم توانائی در کار کردن شروع شده است. بیمار در تاریخ ۳۳/۲/۴۴ در بخش یک روانی همین بیمارستان بستری میشود. علائم عمده در آن موقع امتناع از غذا خوردن و بیخوابی و گریه بوده است. در تاریخ ۳۳/۴/۴۴ پس از درمان افسردگی با بهبودی نسبی سرخص میگردد. بعد از بیرون آمدن از بیمارستان چند روزی حالش نسبتاً خوب بوده سپس علائم سابق عود می کند. با این تفاوت که دپرسونالیزاسیون، افکار نفی و انکار و احساس جاودانگی هم بر علائم قبلی اضافه میشود. بیمار میگوید «من سگ شده ام، دیگر آدمیزاد نیستم. بدن من، جان من مثل بدن آدم و جان آدم نیست. اعضاء بدنم جابجا شده، معده ام رفته توی شانه هایم قرار گرفته، اصلاً رگ ندارم، غذا که می خورم توی معده ام نمی رود، شکم دو قسمت شده یک قسمت یک جور است و قسمت دیگر یک جور دیگر».

بیمار خود را مثل سابق حس نمی‌کند می‌گوید: «چور دیگر شده‌ام، آدم سابق نیستم، چشم‌هایم نور ندارد، اصلاً خیلی وقت‌ها هیچ چیز ندارم». اعتقاد دارد که «من نخواهم سرد. همیشه زنده هستم ولی راضی هستم که بمیرم اما نه می‌میرم و زجر می‌کشم».

در سابقه فامیلی بیمار دو پسر عمویش به اختلال روانی مبتلا بوده‌اند که یکی در سی سال پیش فوت کرده و توأم با اختلال روانی به حملات صرعی هم دچار بوده است. دیگری زنده است و یک بار در همین بیمارستان بستری بوده است. فعلاً وضع روانی رضایت بخشی دارد. بیمار را در ۱ سالگی بزور شوهر می‌دهند در حالی که شوهرش را نمی‌خواسته و لذا بدون اینکه عروسی کند یک سال بعد از ازدواج طلاق می‌گیرد. دو سال بعد شوهر دیگری اختیار می‌کند که ۹ سال با هم زندگی می‌کنند ولی چون بچه‌دار نمی‌شوند بناچار از هم جدا می‌شوند. از آن روز بعد بیمار در دهات به تنهایی مشغول زراعت بوده و زندگی خود را این چنین تأمین می‌کرده است.

شرح حال شماره ۳- آقای ع-م ۲ ساله متأهل، کشاورز در فروردین ۹۴ در بیمارستان

روزیه بستری شده است. بیمار دوسه قبل از بستری شدن بعد از پیش‌آمد ناتوانی جنسی در شب زفاف، باین کسالت مبتلا شده است. شب‌های بعد نیز ناتوانی جنسی ادامه پیدا کرده، بیمار احساس می‌کند که سرش خالی شده دیگر چیزی حس نمی‌کند. پریشان و مضطرب می‌شود دچار بی‌اشتهائی شده به اصرار می‌توانستند به وی غذا بخوراند. ۱۰ روز بعد از شب اول عروسی بیمار تصمیم به خودکشی می‌گیرد. برای عملی کردن این قصد خود را آتش می‌زند که برادر وی سرسیده و آتش را خاموش می‌کند. از آن روز بعد دیگر به اطاق همسرش نمی‌رفته و تا حدودی هم ازدیدن وی فراری بوده است از خوردن غذا کاملاً امتناع کرده می‌گفته غذا که بخورم داخل شکم می‌سوزد. مرتب تکرار می‌کرده که این چه مصیبتی است که دچار شدیم، کی ما را دچار کرده؟ اصرار داشته که زنش را طلاق بدهد تا او بتواند شوهر خوب و سالمی برای خود دست و پا کند. بعد از بستری شدن در بیمارستان هم می‌گفته: «من قلب ندارم، معده ندارم، کبد ندارم و بدن هم ندارم». شکایت عمده‌اش همان نداشتن معده و قلب و نداشتن احساس درد بود. غذا نمی‌خورد چرا که می‌ترسید به علت نداشتن معده غذا از دست‌هایش خارج شود. بی‌خوابی، بی‌اشتهائی، بی‌هوس، عرق زیاد، دهان خشک، شکایات بدنی بیمار بوده است. همیشه احساس افسردگی و اندوه می‌کرده و در تمام مدت روز افسردگی یکسان بوده هیچ چیز خوشحالش نمی‌کرده است. علاج را در مرگ میدانسته و معتقد بوده است که خدا، یا یک کس دیگر باید او را بکشد تا از این وضع راحت شود. زیرا که خودش قادر نیست خود را بکشد. بیمار همیشه مضطرب و نگران بوده است. نکته قابل ذکر در سابقه شخصی بیمار اینکه

چند سال پیش دختری را میخواست که به وی نداده‌اند. در ضمن صحبت هایش گاهی هم از وی یاد می‌کند. در فامیل سابقه کسالت روانی نیست، پدر و مادر و چهار برادر و خواهرش همه سالمند عادت به سی‌خوارگی و اعتیادات دیگر در فامیل نیست. از ۱ سالگی همراه پدر به صحرا می‌رفته و غیر از کشت و زرع به کار دیگری علاقه نداشته است. همسر بیمار دختر عموی وی می‌باشد که مدت یکسال ناسزد هم‌دیگر بوده‌اند توافق اخلاقی بین آن‌ها وجود داشته است. شخصیت قبل از بیماری: مذهبی و نمازخوان و خجالتی بوده است و خلق متعادل و ثابتی داشته است.

بحث

اندیشه‌های نفی و انکار، مفاهیم هذیانی کم و بیش متشکلی است که بیمار دچار آن واقعیت جسم و روح خویش را بطور کامل یا جزئی انکار می‌کند. این هذیان را برای اولین بار «کوتار» تعریف کرده است و از نظر بالینی با علائم مختلف نفی جسم و عمل اندام‌ها و اعضاء مختلف مشخص می‌شود و شباهت زیادی به هذیان‌های هیپوکوندریاک داشته و پاتوژنی این دو خیلی بهم نزدیک است.

تحلیل و بررسی بالینی هذیان‌های نفی و انکار.

در اینجا ابتداء شرحی را که سگلاس درباره هذیان‌های نفی و انکار بدست داده است بررسی می‌کنیم. نفی و انکار ابتدا جزئی است و بیشتر راجع به موضوع معین و مشخصی است اغلب به شخصیت عاطفی و هوشی بیمار بستگی دارد بطوریکه ممکن است شکایت مبتلایان این باشد که مثلاً: هوش ندارم، فکر ندارم، قلب ندارم، خون ندارم و رنگ ندارم. گاهی بیمار شخصیت اجتماعی و هویت خود را نفی و انکار می‌کند که مثلاً دیگر اسم ندارم، سن و سال ندارم، پدر و مادر ندارم. نفی و انکار گاهی انتزاعی می‌شود. بیشتر در این مرحله است که هذیان‌ها دستگاهی شده عالم گیر می‌شود. در این موقع دیگر چیزی باقی نمی‌ماند که بیمار نفی نکند، مانند یکی از بیماران ملائکولیک که می‌گفت من دیگر اسم ندارم، والدین من دیگر مال من نیستند تمام دنیا سرده است، در زمین دیگر چیزی نمی‌روید و حاصلی بار نمی‌آید. روی زمین دیگر چیز و کسی نم‌انده، نه سفید نه سیاه، نه افریقائی نه آسریکائی، نه ستاره نه درخت و نه بهار نه زمستان نه فصل و نه چیز دیگر. درخت‌ها هنوز سر جای خود هستند اما دیگر مثل سابق نیستند و همه مرده‌اند. عده‌ای از بیماران تا آن حد پیش می‌روند که حتی وجود خود را منکر می‌شوند. مثلاً یکی می‌گفت من مثل سایرین نیستم. حس می‌کنم که بدنم دارد تغییر می‌کند. دراز که می‌کنم حس می‌کنم که دراز می‌شوم اما باز همان قد سابق را دارم و لباس‌هایم تنگ و کوتاه نشده است. بدنم را مثل سابق حس نمی‌کنم، بنظر می‌آید که سرم هر روز ده بار

تغییر شکل میدهد. دیگر من ندارم، حس میکنم سر و بدنم از چوب درست شده است، آن را مثل سابق حس میکنم.

من دیگر قلب ندارم، حس می‌کنم چیزی که در سینه‌ام می‌تپد قلب من نیست، معده ندارم، دیگر احساس گرسنگی نمی‌کنم، گوئی لقمه در یک فضای خالی و در خلاء فرو میرود. سابق وقتی لقمه‌ای را می‌بلعیدم گرمی و سردیش را حس میکردم، همچنین بزرگی و کوچکیش را. اما حالا دیگر چیزی نمی‌فهمم. چشم‌هایم دیگر حرکت ندارد، برای چرخاندن آن‌ها باید سرم را برگردانم. در سابق وقتی گریه میکردم قلبم می‌گرفت حالا وقتی گریه میکنم، چیزی حس نمی‌کنم. بیان بالا حالات بالینی هذیان است. حالانکاتی را که از نظر پسیکوپاتولوژی «کوتار» و «سگلاس» در مقالات اولیه خود روشن کرده‌اند شرح می‌دهیم.

۱- کوتار، روی حالت مخالفت (Oppositionisme) این بیماران تأکید کرده، می‌گوید «لغت نفی و انکار را از این جهت به کار برده‌ام که حالت متاوست منفی شدید این بیماران را نشان میدهد. وقتی اسم حقیقی سریش را می‌پرسم جواب می‌دهد اسم ندارم، نشان‌ها سؤال میکنیم، سن ندارند. کجا متولد شده‌اند اصلاً متولد نشده‌اند. پدر و مادرشان کیست، نه پدر دارند و نه مادر نه زن و نه بچه، وقتی مثلاً گلی را نشان میدهم می‌گویند اصلاً گلی در کار نیست. «کوتار» می‌گوید این بیماران همه چیز را نفی میکنند.

۲- دومین خصوصیتی که «کوتار» برای این سندرم ذکر میکند و فوق‌العاده مهم است رنگ ملانکولی تند است که این هذیان‌ها دارد.

«کوتار» می‌گوید این هذیان‌ها اختصاصی بنظر میرسد و در بیشتر موارد متعلق به ملانکولی اضطرابی است. بنظر «کوتار» ملانکولی دارای دو نوع هذیان است یکی هذیان زیان آسب و دیگری هذیان تهمت بخود، و هذیان‌های نفی و انکار جزء هذیان‌های دسته دوم است. چنانکه ذکر شد کوتاران این هذیان‌ها را در برابر هذیان‌های زیان و آسب قرار میدهد.

ببینیم چگونه هذیان لجاجت و عناد با خود در ملانکولی به طرف هذیان‌های نفی و انکار سیر میکند. در اشکال خفیف بیمار مبتلا به حالتی است که فالره (Falret) به آن هیپوکوندری روانی نام داده است. «فالره» هیپوکوندری روانی را چنین توجیه میکند: «مبتلایان معمولاً از خودشان خجالت میکشند. گاهی هم از خویشان و حشمت میکنند و وقتی از باز یا تن هوش و حواس از دست رفته و تاب و توان گم شده و احساسات مختل خود ناامید میشوند، فکر میکنند که دیگر قلب ندارند، دیگر نسبت به اقوام و دوستان و بچه‌های خود محبت و عاطفه حس نمی‌کنند. کم‌کم دوائر رشد این افکار، افکار انهدامی و تخریبی هم پیدا میشود که از نوع همان افکار نفی و انکار است. بیمار تصور میکند شکل مادی و معنوی خود را از دست داده

است، هوش و حواس خود را گم کرده، دیگر انرژی ندارد. غرور و استعدادی برایش نمانده است. این افکار که درست عکس هذیان بزرگ منشی است، در بیمار ملانکولیک توأم با یک حالت اضطراب و نگرانی ادامه پیدا میکنند. بیمار ملانکولیک حس می‌کند که تمام اشیاء و اوضاع در خارج تغییر کرده است. از این که می‌بیند دیگر دنیای خارج و واقعیت آن را مثل سابق درک نمی‌کند ناسید می‌شود. در موارد سبک بیمار حس میکند که دنیای خارج را از ورای پرده‌ای می‌بیند و وقتی این حالت شدید تر شود این پرده حاجب ضخیم تر شده دنیای خارج بطور کامل تغییر شکل میدهد. خلاصه تفاوت کمی بین هیپوکوندری روانی و افکار محکومیت ابدی و نفی و انکار وجود دارد نه کیفی. احساس نامطبوع بودن و ناخوش آیندی از وجود خویش تن اگر زیاد تر شود، منجر به هذیان و افکار مجرمیت و محکومیت به زجر ابدی و تغییر واقعیت‌های خارجی میشود که بالاخره منتهی^۳ به هذیان نفی و انکار وجود می‌شود. باید دانست در بعضی حالات افکار نفی و انکار در همان ابتدای هیپوکوندری روانی پیدا میشود. خلاصه کلام آنکه سه علامت محکومیت به زجر ابدی، «و تحت تملک بودن» و «نفی وجود» در اثر هیپوکوندری روانی پیدا میشود.

(Damnation, Possession, Négation)

۳- مدتی بعد کوتار با بررسی عقاید شارکو درباره موضوع «از دست دادن بصیرت روانی» یعنی ناتوانی در بخاطر آوردن اشیاء غایب در نزد بیماران ملانکولیک معتقد شد که این بیماران چیزهایی را که می‌شناسند نمیتوانند بخاطر بیاورند. مثلاً محل سکونت، شهر، حتی قیافه پدر و مادر و دوستان خود را به خاطر نمی‌آورند. با توجه به عقیده معتقدین به «احالت احساسات» Sensationiste که در آن زمان رواج داشته است، بنظر میرسد کوتار هذیان دستگامی نفی و انکار را چون هذیانی که روی اختلالات پسیکوسانسوریل پیوند شده باشد تلقی کرده و آن را تغییر مرضی از یک پدیده احساسی می‌داند. ولی «سگلاس» در ریشه روان‌شناسی این هذیان تحقیق دقیق کرده نشان داده است که افکار نفی و انکار یکی از حالات «دپرسونالیزاسیون» و «تفکیک اعمال» ترکیب روانی است. در حال سلامت ترکیب روانی موجب میشود که شخص هم از وجود خود و هم از دنیای خارج مطمئن باشد.

اشکال تمرکز قوای فکری و ضعف قدرت ترکیب روانی موقعی بخوبی مشاهد میشود که بیمار را وادار بخواندن میکنند. این بیماران حتی موقعی که معنی کلمات را جدا جدا بخوبی بفهمند مفهوم جمله را بسختی می‌فهمند و گاهی هم اصلاً درک نمی‌کنند و وقتی سخنر توضیحی بدهیم درک آن امکان پذیر میشود به عبارت دیگر در عمل سنتز، به آن‌ها کمک میکنیم یا اصلاً این عمل را ما خود برای بیمار انجام میدهم. شاید در بعضی مواقع علت «لالی روانی» (موتیسم) همین موضوع باشد باید دانست که اگر در مقابل این بیماران اصرار بیشتری بشود، سنتز روانی برایشان مشکلتر خواهد بود، زیرا خسته میشوند و دقت ارادی‌شان کم میشود.

دشواری سنتز روانی اشکال دیگری بوجود می‌آورد و آن این است که با وجود آنکه بیماران وقایع و خاطرات گذشته خود را به خوبی بیاد دارند، خاطرات دوران بیماری را خیلی بزمخت و با اشکال می‌توانند بخاطر بیاورند و این شگفت نیست زیرا ما چیزهایی را بخاطر مسپاریم که بطور روشن و کامل در شعور روشن ساستز شده باشند، در این بیماران چون سنتز بخوبی انجام نمی‌گیرد، فراموشی پیدا می‌شود. ازدست دادن بصیرت روانی که کوتار به آن اشاره کرده است بدین طریق توجیه می‌شود که بعلمت فاج و وقته اعمال روانی اشکال در طبقه بندی مناهیم پیدا می‌شود، نه این که خاطرات زمان‌های گذشته بخاطر نیاید بدین ترتیب کندی تفکر و یکنواخت شدن افکار که در اختلالات فکری ملانکولیک‌ها وجود دارد در اثر نقص در سنتز روانی است. در ابتدا ضعف و سستی اراده و نقصان دقت باعث کندی اعمال و کم شدن حرکات، بی‌تصمیمی و تردید، اعمال ناگهانی و گاهی هم حالت تحریکی می‌شود. اما بعدها وقتی بیمار حس کرد که دیگر نمیتواند فکر بکند، عمل کند، ابتکار از دستش خارج شده است، درسی یابد که دیگر جدال بی‌فایده است، لذا تسلیم می‌شود و تصور می‌نماید که تحت تسلط نیروی مافوقی قرار گرفته است، محکوم به زجر ابدی و عذاب و زخمی شده است. از طرف دیگر افکار، تناقض پیدا می‌شود که در عین حال وجود خویشتن و دنیای خارج را انکار می‌کند. بدنبال آن تغییر شخصیت در بیمار ظهور می‌کند و خود را دوتا تصور می‌کند معمولاً در شروع بیماری تغییر شخصیت بیمار کمتر مشاهده می‌شود.

وقتی بیمار خود را دوتا حس می‌کند علاوه بر شخصیت ابتدائی و اصلی وضع تازه‌ای پیدا می‌شود که در نتیجه بیمار دوشخصیت را با هم احساس می‌کند. خیلی بندرت اتفاق می‌افتد که شخصیت تازه بکلی جای شخصیت قدیمی را بگیرد و از شخصیت قبلی اثری نماند. بلکه اکثر اوقات سایدای از شخصیت قبلی باقی است که گاهگاهی در شعور روشن بیمار ظاهر شده و با شخصیت جدید توأم می‌شود. در نظر بیمار هر دو شخصیت متعلق باوست هر چند که آن دوزا با هم متناقض می‌یابد.

بیماری سی‌گفت «تمام چیزها مثل سابق است در حالی که همه چیز تغییر کرده است». یعنی با وجودیکه بیمار در ظاهر دوشخصیت دارد ولی این دوشخصیت بکلی از هم جدا نیستند و نقاط مشترك زیادی دارند. بطوریکه قضاوت بیمار چنین است که هر دو شخصیت متعلق باوست، فقط موقعی این نقاط مشترك بکلی از بین می‌رود که شخصیت دوم بکلی شریبه و خارجی می‌شود و در افکار تحت تملک بودن این حالت اتفاق افتد بطوریکه شخصیت تازه برای بیمار بکلی ناآشنا و ناآنوس می‌شود و بیماران را از خود نمیدانند.

بغیر از موارد «تحت تملک بودن» که تا اندازه‌ای اختصاصی است بقیه حالات در ملانکولی

اتفاق می‌افتد در نزد بیمارانی که سندرم «کوتار» و هذیان نفی وانکار دارند، در ابتدا نقطه‌تعمایلی ساده به نفی وانکار وجود دارد، سپس بتدریج که شخصیت بیمار دستخوش تغییر می‌شود بیمار تمام عالم را نفی وانکار می‌کند. سیر این افکار با تحولی که در شخصیت بیمار پیدا می‌شود ارتباط نزدیکی دارد. بهر حال نفی وانکار این بیماران با تغییر شخصیت‌شان بستگی دارد. بدین معنی که تمام تغییرات مرضی افکار نفی وانکار در نتیجه تغییر مرضی شخصیت بیمار است نه اختلالات پسیکوسانسوریل.

وقتی باین بیماران گل سرخی را نشان می‌دهیم می‌گویند که این گل سرخ نیست. این افکار به علت اختلال پسیکوسانسوریل نیست بلکه بدین علت است که احساسات خارجی بهرات اشکال و عیب سنتز روانی با مجموعه اکتسابات و تجربیات قبلی که شخصیت بیمار را تشکیل می‌دهد پیوند حقیقی پیدا نکرده است. اشیاء و دنیای خارج در شعور روشن بیمار احساساتی را که قبلاً بوجود می‌آورده دیگر بوجود نمی‌آورد. باین علت است که بیمار انکار می‌کند و می‌گوید این گل سرخ نیست زیرا دیگر آن را مثل سابق حس نمی‌کند و بتدریج بیمار وجود خود و حقیقت دنیای خارج را کاملاً منکر می‌شود و می‌گوید: «دیگر همه چیز مرده است و چیزی وجود ندارد». تحلیل سگلاس از سندرم «کوتار» بخوبی نقص «سنتز روانی» را در این بیماران روشن کرده و این همان مطلبی است که امروزه بنام عدم اسکان و قدرت «مفهوم‌سازی» (Conceptualisation) نامیده می‌شود.

۴- کوتار و سگلاس هر دو معتقدند که از نظر قدمت، هذیان‌های نفی وانکار نسبت به ملانکولی ثانوی است.

سگلاس می‌گوید: بیمار ملانکولیک وقتی مرحله شروع را گذراند و وارد مرحله استقرار شد آنوقت است که هذیان‌های نفی وانکار پیدا می‌کند، چنانکه «گریسن ژر» می‌گوید این هذیان‌ها موقعی پیدا می‌شود که بیمار در صدد توجیه حالات درد و زجر اخلاقی و فلج روانی عمیقی که در روحیه‌اش پیدا شده برمی‌آید.

۵- کوتار معتقد است که افکار و هذیان‌های جاودانگی این بیماران که مبتلا باضطراب مزمن هستند بانفی وانکاری که معمولاً نزد آن‌ها دیده می‌شود بستگی دارد. ولی مفهوم‌های مرضی دیگری با افکار جاودانگی توأم می‌شود که به نظر هم جنس و متجانس نمی‌آیند. اگر این بیماران بدقت معاینه شوند معلوم می‌شود که در بین آنها کسانی هستند که نه فقط در زمان، بی‌نهایت هستند بلکه در فضا نیز بی‌نهایت شده‌اند. بطوریکه خود را چون غول عظیمی حس می‌کنند و سرشان به کهکشان‌ها می‌رسد. بیماری تصور می‌کرد سرش آنقدر بزرگ شده که

بادیوارهای کلیساتماس پیدا می‌کنند. بعضی اوقات بدن این بیماران حدو حدود را میشکنند و تا بی نهایت گسترش پیدا می‌کنند. این بیماران که خود را هیچ میدانند بجائی میرسند که همه چیز میشوند، فوق بشر میشوند. ولی با وجودیکه این افکار اغراقی را پیدا کرده‌اند و هذیان آن‌ها برخلاف افکار سلانکولیک، هذیان‌های بزرگ منشی شده، معدالک هم چنان افسرده هستند و خصوصیات سلانکولی را از دست نمیدهند.

۶- آخر سر کوتار و سگلاس همراه شدن سندرم‌های دیگر را با این سندرم یادآوری کرده‌اند از قبیل بی‌دردی، توهم، موتیسم، نیت خودکشی و عناد باخود.

انواع بالینی

۱- اشکال ملانکولیک - کوتار هذیان‌های نفی و انکار را در بیماری سلانکولی شرح

داده است و معتقد بود که هذیان نفی و انکار شبیه حالت مزمنی از بعضی از اشکال هیپوکوندری سلانکولی است. این حالات کمتر در حملات اولیه سلانکولی پیدا میشود، اغلب بعد از چندین حمله است که چنین هذیان‌هایی پیدا میشود. سگلاس بعضی از اشکال بالینی را مشخص کرده و به آنها اشکال سوده نام داده است. و از خصوصیات این شکل نداشتن هذیان تحت تملک بودن «و محکومیت به زجر ابدیست». افکار نفی و انکار که در جریان حمله‌های سلانکولی پیدا میشود روی زمینه اضطراب کم و بیش مزمن ادامه پیدا می‌کند هم چنین هذیان‌های نفی و انکار که بعد از سلانکولی و یا در جریان سلانکولی پیدا میشود در شرایط مختلف تظاهر میکنند و ممکن است در جریان یک سلانکولی حادث ظاهر شده و با آن تمام شود ولی گاهی بعد از حمله سلانکولی هم ادامه پیدا می‌کند.

الف - هذیان‌های نفی و انکار در جریان سلانکولی - این هذیان‌ها در جریان حمله

سلانکولی (چه اضطرابی، چه هذیانی، ساده یا توأم با بهت) از افکار نفی اعضاء و محکومیت به زجر ابدی و جاودانگی تشکیل میشود. این موضوع‌های هذیانی با سایر علائم سلانکولی مانند احساس مجربیت و تقصیر و گناه، بی‌لیاقتی و ناشایست بودن، هیپوکندری، هذیان زیان و آسیب‌همراهی‌شود. گاهی اضطراب وجود دارد و گاهی تنها افسردگی ساده - شکل تی‌پیک این سندرم همان است که کوتار تحت عنوان هذیان‌های نفی و انکار در سلانکولی مزمن آورده است. خصوصیات آن از این قرار است: مجموع هذیان‌ها وقتی کامل باشد شامل افکار نفی و انکار، جاودانگی، محکومیت به زجر ابدی، تحت تملک بودن و یاجنی و هوائی شدن است. گاهی اختلالات حسی هم به آن اضافه میشود از قبیل پارسازی و توهمات بینائی و شنوائی. در این تابلو اضطراب شدید و تحریکات اضطرابی متناوب یا مداوم وجود دارد همچنین مقاوت، نفی و انکار موتیسم، رد کردن غذا و لیج بازی، ضد و نقیض گوئی، تمایلات خودکشی و اعمال ناگهانی دیده

میشود. این نابلو بالینی را، کوتار تحت عنوان ملائکولی مزمن اضطرابی شرح داده است. سندرم تریپک کوتار مشهور است.

ب - هذیان های نفی و انکار بعد از ملائکولی - هذیان هائی هستند که موضوع آن ها کم و بیش به موضوع هذیان های ملائکولی نزدیک میشود که بعد از بهبودی ملائکولی هم بجا میماند. دوشکل آن را کاملاً مشخص کرده اند یکی شکل پارافرنی و دیگری شکل دستگاهی. در پارافرنی بعد از ملائکولی، هذیان های نفی و انکاری را مشاهده کرده اند که بیشتر تصویری و تخیلی بوده و بصورت مکالماتی و هذیان های بزرگ منشی ملائکولی بیان میشود. در اینجا اضطراب یا افسردگی واضحی مشاهده نمیشود. بلکه در عوض بیمار تا بی نهایت گسترش پیدا می کند؛ دستهایش سنف کلمیسارا لمس می کند. سرش به کلهکشان ها می رسد و این خاصیت تخیلی بودن، هذیان های پارافرنی واقعی را بیاد می آورد.

گاهی برعکس افکار نفی بصورت هذیان «دستگاهی» ظاهر می کند که با موضوع های هیپوکندری، تهمت بخود، تحت آزار بودن و آسیب دیدن مخلوط شده یک هذیان پارانوایا را جلوه گر می سازد.

۲- هذیان نفی و انکار در بیمار بهای روانی دیگر :

الف - در جریان حالات تیرگی شعور و خواب در بیداری - سگلاس در جریان حالات تیرگی شعور و خواب در بیداری که بعد از عفونت ها و سمومیت ها بوجود می آید، انکار نفی و انکار راه مشاهده کرده است.

باپارژه (Baillarger) هم در جریان یک بیماری عفونی (تیفوئید) این هذیان ها را مشاهده کرده است. بعدها تعدادی شرح حال های دیگر منتشر شده است مثلاً در آنسفالیت ایپی دیسک این نوع هذیان ها را مشاهده کرده اند. بعضی از مؤلفین قدیمی در صرع هم این هذیان ها را ذکر کرده اند. در پارالیزی ژنرال مخصوصاً بدقت مطالعه شده است اول بار باپارژه بعدها وازن (Voisin) و دیگران چهار شرح حال منتشر کرده اند که شامل هذیان های هیپوکندریک در فالج متروقی بوده است از قبیل هذیان انسداد نفی اعضا و نفی وجود، هذیان های کوچک بینی اعضا، هذیانهای اغراق گوئی با بکار بردن تعداد بی شماری رقم برای بیان عمق افسردگی و غیره.

ب - هم چنین در حالات زوال عقل پیری و قبل از پیری افکار و هذیان های نفی و انکار دیده شده است.

باید دانست که هذیان های نفی و انکار بیشتر در سنین پیشرفته عمر مشاهده میشود

گاهی در پسیکوزهای دیررس دیگر، هذیان نفی و انکار دیده شده است. مثلاً در ملانکولیهای پیش از پیری .

ج- در حالات اسکیزوفرنی، در انواعی از اسکیزوفرنی که بیمار دچار انفکاک شخصیت است غالباً هذیانهای که مربوط به انکار نفی و انکاری می شود ممکن است وجود داشته باشد. باید دانست که بین هذیانهای نفی و انکار سندرم کوتار و مقاومت و سندرم کاتاتونی اسکیزوفرنی شباهت هائی وجود دارد. ولی موضوع دیرسونالیزاسیون اندام، تغییرات دردنیای خارج یا آخر رسیدن دنیا در اسکیزوفرنی ها بعلا درون گرایی این بیماران بابی تفاوتی تلقی میشود.

* * *

نتیجه - سه بیماری که شرح حال آن ها عرضه شد هر سه در جریان حالت افسردگی روانی مبتلا به سندرم کوتار شده بودند و از نظر علامت شناسی، سه علامت نفی و انکار، جاودانگی، محکومیت به زجر ابدی را هر سه داشته اند. علائم افسردگی، از نظر بالینی در نزد بیماران یکد و دوشبیه علائم افسردگی آندوزن و در نزد بیمار سوم شبیه افسردگی های واکنشی بوده است و این نکته حائز اهمیت است که امکان دارد سندرم کوتار در جریان افسردگی های واکنشی هم دیده شود، موضوعی که درستالات منتشر شده به آن اشاره نشده است. هر سه این بیماران با داروهای ضد افسردگی به مقدار زیاد با مدت طولانی توأم با الکتروشوک بهبودی یافته اند.

سندرم کوتار سندرمی است که در بیشتر موارد در جریان افسردگی های عمیق پیش می آید ولی در جریان بیماریهای روانی دیگری چون اسکیزوفرنی و فالج مترقی هم دیده میشود. پیداشدن این هذیان ها در جریان افسردگی نشانهی شدت و عمق افسردگی است از نظر پسیکوپاتولوژی باشدت و قننه روانی - حرکتی نیز ارتباط مستقیم داشته دارد.

Bibliographie

- ۱ - Henrie Ey. Etudes psychiatriques. Aspects Semiologiques, Tome II, 1950
- ۲ - Henrie Ey. Manuel de psychiatrie, 1960
- ۳ - René Digo. Enciclopédie Médico Chirurgicale Tome I Mélancolie 37210 A10
- ۴ - Seglas. Le Délire des négations. I Vol. 1897.