

دکتر مسعود میر بهاء رئیس درمانگاه بخش ۲ روانی بیمارستان روزبه

برخی از : اختلالات پسیکوسوماتیک در کودکان

از لحاظ روش شناسی میتوان « پسیکوسوماتیک » (۱) را نوعی مشرب و روش در مطالعه درمان برخی بیماریها و عوارض بدنی دانست . بیشتر این اصطلاح را در مورد آن دسته از اختلالات بکار میبرند که لااقل قسمتی از اتیولوژی آنها را عوامل هیجانی تشکیل بدهد. در تجدید نظری که بسال ۱۹۵۲ توسط مجمع روانپزشکان امریکائی ، در اصطلاحات روان پزشکی بعمل آمد ، این گروه از اختلالات را « آشفتگی های روانی - وظایف الاعضائی خودکار و احشائی » (۲) نامیدند . اگر که از مفهوم خاصی که این اصطلاح برای برخی روان پزشکان که بروانکاوی تمایل بیشتری دارند ، بگذریم واقعا نیز دوگانگی (۳) میان تن و روان وجود ندارد و اگر که هنوز مبانی تشریحی و وظایف - الاعضائی بسیاری از بیماریهای روانی معلوم نیست ، در عوض هیچگونه بیماری جسمانی وجود ندارد که از تاثیر عوامل روانی کاملا بدور باشد و همچنین در

خالصترین اختلالات روانی عوامل عضوی - سرشتی و مختصات جسمانی دخیل هست .

فرضیه های مختلفی برای توجیه اختلالات پسیکوسوماتیک اقامه گشته و حتی سعی شده است که علت ابتلاء شخص یا اشخاصی بفلان عارضه پسیکوسوماتیک واحد توضیح داده شود: چگونه يك عارضه پسیکوسوماتیک پدید میآید ؟ و چرا در یکی این عارضه مثلا در معده و در دیگری در دستگاه گردش خون پدیدار میشود ؟

در پرتو معلومات پزشکی کنونی آشکار شده است که شرایط دشوار زندگی در تولید بسیاری از عوارض پسیکوسوماتیک نقش عمده ای دارند، این شرایط دشوار بطور آگاهانه موجب اختلال دستگاه عصبی رویشی میشوند و این اختلال بنوبه خود سنگپایه بیماری های پسیکوسوماتیک را میسازد . در این باره روانکاوان و روان پزشکان متمایل بمکتب روانکاوی توجیحات دیگری

1 — Psychosomatic

2 — Psycho-physiologic autonomic and visceral disorders

3 — Dualism

کودکان « با جمال مورد مطالعه قرار میگیرد .



دستگاه عصبی مرکزی

سردرد

سردرد در کودکان نیز چون بزرگسالان کسالت عمومی و شایعی است . سردرد یانشانه بیماری جسمی و یا بعلت خستگی، نگرانی و نومیدی بوده و یا اینکه ماهیت هیپوکندریالک دارد . کمتر بیماری جسمانی است که بطور ضمنی همراه با سردرد نباشد . در غده داخل جمجمه ای (۶) ، مننژیت سیربروآسپینال پولیومیلیت حاد قدامی ، سردرد علامت برجسته و آزار دهنده ایست . سردرد در اختلالات قلبی ، کلیوی ، معدی و کبدی دیده میشود .

در صورتیکه سردرد بعلت اختلالات انکسار نور در چشم باشد و این اختلالات اصلاح و تصحیح نگردد اشتباهات تشخیصی و درمانی ناراحت کننده ای بوجود میآورد . این عارضه در مقدمه و دوره حاد اغلب بیماریهای همراه باتب دیده میشود .

سردرد در کودکانیکه دچار هیپرتروفی لوزتین ، آدنوئید و عفونت سینوس ها

دارند ، اینان بجای « عوارض پسیکوسوماتیک » اصطلاح « نوروز عضوی » (۱) را ترجیح داده و نوروزهای عضوی را جدا از « نوروزهای تبدیلی » (۲) بشمار می آورند . بعقیده روانکاوان نوروز تبدیلی عبارت از بیان يك ميل يا وهم (۳) ناخودآگاه بزبان اعضاء است ، در صورتیکه در نوروز عضوی اختلال فونکسیون عضو مفهوم ناخود آگاهانه ای ندارد و عوامل هیجانی بطور مستقیم و اولیه موجب تغییرات مرضی در برخی از اعمال بدنی میشود .

دراین مقاله منظور ما از اصطلاح « پسیکوسوماتیک » آنچنان طرز دیدو نحوه مطالعه ای در بیمارهاست که تمامیت موجود انسانی را چنانکه هست وزندگی و احساس میکند ، و نه بطور قطعه قطعه و مجزا ، مورد مشاهده قرار میدهد و دراین موجود واحد و تجزیه ناپذیر درد عضوی قرار از عضوهای دیگر میبرد . اما همچنان جانبدار این عقیده منطقی هستیم که حد فاصل مشخصی میان عوارض «عمالی» (۴) و «عضوی» (۵) وجود ندارد و ایندو ، دو جنبه مختلف از يك پروسسوس واحدی میباشد .

درستور آینده «عوارض پسیکوسوماتیک

1 — Organ neurosis

2 — Conversion neuroses

3 — Phantasy

4 — Functional

5 — Organic

6 — Tumor

هستند شیوع دارد. این عارضه ممکن است در اثر خوابیدن در اطاقی بیش از اندازه گرم و دارای تهویه کم پیش آید. کودکانیکه دچار کوفت مادرزادی هستند گاهی از درد شدید شبانه ناحیه پشت سری شکایت دارند.

خستگی نقش قابل ملاحظه‌ای در ایجاد سردرد در کودکان دارد.

در برخی از کودکان کوشش و فعالیت شدید علت سردرد نیست بلکه فشار مداوم و فقدان تفریح و استراحت کافی گاهی موجب سردرد میشود.

سردرد در کودکانیکه تغذیه کافی ندارند، فراوان تر از کودکانی است کیه خوب تغذیه میکنند و این عارضه مخصوصاً در کودکانی وجود دارد که بدون صرف صبحانه بمدرسه میروند.

نوعی دیگر سردرد در کودکان دیده میشود که بعلمت عقب ماندگی هوشی استعداد و ظرفیت درسی همسالان خود را ندارند و سیمبال (۱) این نوع را «سردرد مدرسه» اصطلاح میکند؛ این سردرد معمول بهنگام استراحت از میان میرود و پدر و مادر و معلمین آنرا بقلط نوعی تمارض می‌پندارند. از میان بردن این فشار فکری، با گذاشتن کودک

در کلاسی که متناسب با استعدادش باشد، بسیار موثرتر از آنست که برای ایشان داروهای گوناگون تجویز گردد و یا اینکه آنان باتهام «تنبلی» مورد مواخذه قرار گیرند.

کودکانی که استعداد بعوارض هیپو-کندریک دارند اکثراً از درد معده و سبب شکایت میکنند و اغاب اوقات این دونوع دردهمراه وتوام بایکدیگر است. نظایر این دردها معمولاً در دیگر اعضاء خانواده نیز سابقه دارد.

«سردرد مصالحتی» که توسط رابی (۲) اصطلاح شده است، در اطفال نیز چون بزرگسالان دیده میشود و کودکان آنرا معمولاً از بزرگترها میآموزند و در مواقعی که بانجام کاری مایل نیستند بوسیله آن بهانه تراشی میکنند.

گاهی سردرد همراه با هیپوتیرئو-ئیدیسیم خفیف در برخی از دختران تازه بالغ دیده میشود.

میگرن

میگرن نوع مخصوصی از سردرد است که شروع آن حاد است، دوره‌ای است، درد شدید همراه با ناراحتی بسیار و اختلالات گوارشی بالنسبته شدیدی میباشد. این سردرد معمولاً يك طرفه

است .
 انواع متعددی از میگرن مشخص شده است : ساده (۱) ، چشمی (۲) ، اوفتالموپلژیک (۳) و علامتی (۴)
 نوع چشمی میگرن لااقل باندازه نوع ساده آن در کودکان شیوع دارد ، اختلالات بینایی ممکن است پیش از شروع میگرن ، در آغاز آن و یا توام با حمله پیش آید .
 میگرن اوفتالموپلژیک در کودکان بالنسبه نادر است . این عارضه با فلج یا ضعف عضلات چشم بهنگام شروع سردرد ، در طول آن و یا در پایان حمله مشخص میباشد .
 بنظر میرسد که میگرن تا حدودی در دختران شایع تر از پسران باشد .
 برای توجیه سبب شناسی میگرن فرضیات متعددی اقامه شده است . یکی از این فرضیات تفیرات وازو موتور دستگاه عصبی مرکزی در جهت اسپاسم عروق (۵) و یا فلج آنها (۶) میباشد .
 اتیولوژی میگرن هرچه باشد ، وجود یک عامل آندوژن کمتر قابل شک و تردید است . بکرات مشاهده شده است که مشکلات عاطفی میتواند موجب انگیزش

عارضه بشود و یاد ر مشی حملات تاثیر کند . تحریک پذیری (۷) زیاد تقریباً بطور تغییر ناپذیری در مدت حملات وجود دارد .
 برای معالجه ، بیمار نه تنها در مدت حمله ، بلکه در فواصل نیز باید تحت مراقبت باشد و برای درمان حملات طرق متعددی پیشنهاد میشود چون شست و شوی معده ، تنقیه ، گرم یا سرد کردن سر استنشاق اکسیژن ، و داروهای مختلف مخصوصاً اسپیرین ، پیرامیدون ، فناستین ، لومینال ، برومورها ، تارترات ارگوتامین بتنهائی یا توام با کافئین در فواصل حملات رژیم متعادل و مناسبی بایستی تجویز شود . برخی معتقدند که رژیم غذایی باید از لحاظ مواد نشاسته ای محدود و از لحاظ مواد پروتئینی غنی باشد .
 تنظیم حرکات روده و تصحیح اختلالات بینایی مفید و لازم میباشد مشکلات روانی بایستی روشن و مرتفع گردد ، مواردی دیده شده که در آن کودک بهنگام مدرسه رفتن دچار حملات میگرن میشده و در مدت تعطیلات تابستان حمله ای نداشته است .

2 — Simple 3 — Ophthalmic 4 — Ophthalmoplegic

5 — Symptomatic

1 — Angiospastic

2 — Angioparalytic

3 — Irritability

دستگاه گردش خون

عوارض پسیکوژنیک دستگاه گردش خون در کودکان بسیار کم است، شاید علت آن باشد که کودکان هنوز تصور بزرگسالان را که اغلب قلب را یکی از اعضاء اصلی زندگی و کانون احساسات میدانند، ندارند. بااینهمه توجه بنگت زیرین سودمند میباشد.

تأثیر تلقینات طبی (۱)

شکایات قلبی که مبدا آنها تلقین طبیب باشد، شیوع کمی در کودکان ندارد. یک از این شکایتهامعلول واهمه‌ای است که میتوان آنرا ترس از سو فل (۲) نامید: سو فل فونکسیونل در کودکان کم نیست و گاهی طبیب شنیدن این سو فل بفلط حدس بیماری دریچه‌ای میزند و با این تشخیص کودک را اسیر رختخواب و خانواده او را دچار اضطراب شدید می‌سازد. کودک که مستعد فعالیت و جنب و جوش است گاهی هفته‌ها در بستر باقی میماند و برائرتوصیه‌های احتیاط آمیز پزشک و مراقبت‌های توأم با نگرانی پدر و مادر همچون بیمار واقعی از فعالیتهای کودکانه عادی محروم میشود.

سرخ شدن و پریدن رنگ

عمل واژوموتور در واکنشهای هیجانی غالباً بشکل سرخ شدن و پریدن

رنگ تظاهر مینماید و سرخ شدن در کودکان «خجالتی» بسیار شایع بوده و ترس از آن گاهی بدرجه وسواس میرسد، این حالت را اریتروفوبیا (۳) اصطلاح کرده‌اند.

تاکیکاردی

برخی از کودکان درمقابل هیجانان با تاکیکاردی پاسخ میدهند. اکثر اوقات تاکیکاردی یکی از علائم هیپر-تیروئیدسم (۴) در حوالی بلوغ است. در صورت وجود تاکیکاردی باید طبیب از تشخیص سریع «عارضه عضوی» خودداری کند و بمختصر ظنی کودک را از بازی، تفریح و تحصیل بازندارد.

حمله‌های ضعف (۵)

حملات ضعف یا سنکوپ در کودکان شیوع کمی ندارد. شیوع این حملات در پسران و دختران مساوی است. حملات سنکوپ در کمتر از سه سالگی دیده نمیشود؛ شیوع زیاد آن در حوالی نه‌سالگی بوده و معمولاً پس از ۴ سالگی قطع میشود.

انیواوژی: علت حملات ضعف بخوبی معلوم نیست؛ ولیکن در میان شرایطی که در آنها حالت ضعف پیش میآید بایستی بیشتر از همه خستگی و تحلیل شدید قوا را نامبرد، چون زیاد درجائی ایستادن، شرکت در رژه‌ها و

1 - Iatrogenic influences

2 - Murmur scare

3 - Erythrophobia

4 - Hyperthyroidism

5 - Fainting spells

دوران: حملات ضعف معالجه مخصوصی جز آرامش محیط زندگی ندارد. نکته مهم تنظیم زندگی و عادات روزانه بیمار است. تغذیه کافی مخصوصاً بهنگام صبح، تهویه خوب در خانه و مدرسه و سروسامان دادن بوظایف تحصیلی و ایجاد یک نوع آتمسفر سمادت آمیز در خانواده از واجبات درمانی میباشد.

دستگاه تنفسی

«بند آمدن نفس از تعجب یا ترس»، «از غصه یا حسرت، آه کشیدن» اصطلاحاتی است که حتی توجه عامه مردم را بتأثیر هیجانات دردستگاه تنفسی آشکار میسازد. عوامل پسیکوسوماتیک در کودکان نیز چون بزرگسالان در ایجاد و تحول اسم اهمیت دارد. برخی از کودکان از سرفه مزمن و طولانی همچون سلاجحی در برابر سختگیری پدر و مادر و مشکلات تحصیلی استفاده میکنند. سسکه بمثابه نوع مخصوصی تیک در خردسالان و بالغین است. عطسه‌های متوالی و کنترل ناپذیر یکی از تظاهرات هیستری در کودکان میباشد. ما در اینجا فقط بنوعی از اختلالات پسیکوسوماتیک که در کتابهای بیماریهای کودکان کمتر از آن یاد میشود، میپردازیم و این عارضه

تظاهرات و غیره. از میان علل هیجانی که تقریباً در نصف موارد وجود دارد ترس، تنفر و خشم شایعتر از دیگر علت‌هاست. بیشتر کودکانی که دچار سنکوپ میشوند از لحاظ شعوری عقب مانده بوده و از مدرسه و تحصیل متنفر هستند. آنان استخوان‌بندی ظریف و هاله سیاهی بزیر چشمان خود دارند، از لحاظ نفسانی حساس و زودرنجند و دست و پایشان سرد و اغلب نمناک است.

علامت: گاهی شروع حمله تدریجی

است و عوارض شبه اورائی چون سیاهی رفتن چشمان دارند. برجسته‌ترین نشانه عینی رنگ پریدگی زیاد و کاهش متدرج و متزاید توئوس عضلانی است. خود آگاهی در اوج حالت ضعف از میان میرود. انوروی نادر است. اینان هرگز زبان خود را گاز نمیگیرند. مدت حملات از چند ثانیه تا چند دقیقه بوده و ندرنای بیشتر از این مدت است. کودکان بتدریج بخود میآیند، روشهای معمولی چون پاشیدن آب بصورت، زدن سیلی و نامیدن باواز بلند، ممکن است بهبودی را تسریع کند. پس از بهبودی بیمار دچار ضعف عمومی و گاهی سردرد و تعرق زیاد میباشد. برعکس صرع، در اینجا بیمار بخواب نمیرود و تشنجات کلونیک و تونیک وجود ندارد.

روابط والدین - کودک میباشند. بسیاری از مادران زیاد مراقب و پاپی کودکان خود میباشند. در بسیاری از این کودکان تنظیم پیشرس و اجباری عادات دفعی وجود دارد.

تشخیص: تشخیص افتراقی بیشتر با لارنگواسپاسم مطرح میشود ولی در ریسه رفتن علائم اسپاسمو فیلی، صدای زفیری مخصوص وجود نداشته و پرونوستیک آن خوبست و تعلیم و تربیت باسانی در آن تاثیر میکند. در موارد شدید باید آنرا از صرع تشخیص داد. ریسه رفتن ممکن است با سیاهسرفه همراه باشد.

درمان: برای درمان بایستی علل هیجانی را رفع کرد و رفتار والدین را نسبت بکودک اصلاح نمود.

دستگاه گوارشی

اختلال ترشح بزاق

ترشح بزاق در اوایل کودکی بالنسبه مختصر و کم است. مدت زمانی لازم است که نوزاد فرو بردن بزاقی را که در حفره دهانی جمع شده است، بیاموزد. اگر کمیت بزاق زیاد شود، همانطوریکه بهنگام دندان درآوردن اتفاق میافتد، آب دهان بخارج سرازیر میگردد. گاهی سبلان بزاق بخارج از دهان نشانه عقب ماندگی زشد جسمی و فکری کودکان است و این عارضه در برخی از کودکان ذهنان و کند ذهنان دیده میشود.

«ریسه رفتن» میباشد.

ریسه رفتن (۱)

علائم: در ۴ یا ۵ سال نخستین زندگی کودکان عارضه ای هست که در آن اغلب در گریه وزاری شدید یا متوسط تنفس آنان ناگهان دچار وقفه شده و در حدود نیم دقیقه نمیتوانند نفس بکشند؛ بچه ممکن است علایم ناراحتی آینه از خود نشان دهد: ناامیدانه دست و پا میزند، باچشمهانی ناس آمیز نگاه میکند، گاهی کره چشم بیلا میچرخد و در موارد نادری حرکات و انقباضات موضعی یا عمومی وجود دارد. اگر عمل تنفس بزودی دایر نشود، کودک ممکن است بیهوش شده و معمولا از پشت بزمین میافتد. در حملات شدید که نادر است تشنجات کامل وجود دارد: سر غالباً بعقب میافتد و کودک در شروع حمله و یا در تمام مدت آن در وضع او بیستون-تونوس باقی میماند. پس از پایان حمله کودکی که تاکنون بیهوش بود، ناله و فریاد میکند و ممکن است برای مدتی خسته و فرسوده باشد.

اتیولوژی: سن شروع معمولا در حوالی یک سالگی و دوسالگی است و هیچگاه پس از پنجسالگی ادامه نمی یابد. ریسه رفتن بطور تغییرناپذیری علامت یک تغییر هیجانی شدید چون ترس و خشم است. این عارضه بطور تغییرناپذیری یکی از علائم متعدد اختلال

تهوع و استفراغ

تهوع و استفراغ در کودکان شایعتر از بزرگسالان است. مبدا آن ممکن است عفونی، سمی، دماغی، یا هیجانی باشد. بنابراین در مورد استفراغ کودک امتحان جسمانی دقیق بایستی بعمل آید. علل روانی که ممکن است موجب تهوع و استفراغ گردد بقرار زیرین است:

۱- محرومیت و اضطراب حاصل از روابط غیرمنطقی والدین با کودک و مخصوصاً سختگیری آنان؛ ۲- دشواری های تحصیلی مخصوصاً در کودکان کم استعداد؛ در اینصورت استفراغ معمولاً در روزهای مدرسه اتفاق میافتد و در روز های تعطیل خبری از آن نیست؛ ۳- گاهی تهوع و استفراغ جزئی از یک نوع عارضه هیپوکندریک عمومی است؛ ۴- ماشین گرفتگی (۱) عبارت از حالت تهوع و استفراغی است که بهنگام سوار شدن باتومبیل یا وسایل نقلیه دیگر رخ میدهد. درباره این پدیده توجیحات فراوانی شده است (تهویه ناقص، بوی بد ماشین، اختلالات وستیبولی، تغییر وضع احشاء، اختلال فشار خون، تفییزات جریان خون مفرز، هیپو- گلیسمی ...) ولیکن هیچکدام از اینها قانع کننده نیست. قدر مسلم آنکه این عارضه رابطه نزدیکی با حوادث زندگی کودکان و اوضاع و احوال ایشان دارد.

همه این کودکان تحریک پذیر، بسیار حساس و عصبی مزاج هستند.

استفراغ دوره‌ای

این نوع استفراغ ۳-۵ روز طول میکشد و با فواصل چند هفته یا چند ماه رجعت مینماید. معمولاً ناگهانی آغاز میگردد، گاهی مسبوق بسر درد، بی‌اشتهائی و یبوست است، معده هیچ چیز حتی مایعات در مدت حمله در خود نگه نمیدارد، حتی دیدن غذا و شنیدن نام آن ممکن است موجب استفراغ شود. کودک ضعیف و بی‌آرامش گشته و بنظر سخت بیمار میآید. حملات بطور ناگهانی قطع میگردد و دوره نقاهت کوتاه است.

اتیولوژی: درباره استفراغ دوره‌ای

توجیحات فراوانی بعمل آمده است (اختلال سوخت و ساز چربی، کمی مقدار قندخون، آلرژی) ولی هیچکدام قانع کننده نیستند. از لحاظ روانی این عارضه را بالتمام یک انفجار عصبی میدانند که بواسطه شرایط نامناسب زندگی برای کودک پیش میآید.

یبوست

البته یبوست کودکان در اکثر اوقات علل جسمانی دارد، ولیکن هیچگاه حتی در مواردی که علت جسمی بارزی در کار است نایستی علل روانی را فراموش کرد. علل روانی که موجب یبوست میشوند، عبارتند از:

کنترل ارادی در ریچه مقعد مشود. ولیکن در این گروه از کودکان نیز بی‌اختیاری مدفوع پس از ه سالگی دیده نمیشود؛ اختلالات هیجانی حتی در حیوانات نیز موجب بی‌اختیاری مدفوع میگردد. لهما (۲) موردی را گزارش داده است که در آن سگی که عادت بتوالت در او بخوبی استقرار یافته بود، پس از ممانعت او از خوابیدن در اتاق ارباب خود دچار بی‌اختیاری مدفوع گشته بود. در جنگ جهانی دوم هنگامیکه برای حفاظت از بمباران کودکان را بخارج از لندن تغییر مکان میدادند، در عده کثیری از آنان بی‌اختیاری مدفوع پیدا شده؛ برخی از کودکان با تولد نوزاد جدید بی‌اختیاری مدفوع پیدا شده؛ در بیشتر در کودکانی است که تحت مراقبت شدید والدین خود بوده‌اند؛ در اغلب کودکان مبتلی بی‌اختیاری مدفوع سابقه آموزش اجباری آداب توالت وجود دارد.

درمان: سابقاً درمان بیشتر معطوف بوضع روده بیماران بود و از این جهت ارگو، بلادون، استریکنین، ویتامین ب، کلسیم و شیا فها و روغنهای متعدد تجویز میگشت. درمان منطقی بایستی متوجه بحل مشکلات عاطفی کودک و تصحیح روابط والدین با وی باشد.

اجبار در تنظیم اجابت مزاج؛ تعجیل در آموختن آداب توالت و تنبیه و سرزنش کودک در صورتیکه تن باین آداب ندهند؛ در برخی موارد کودک وقت کافی برای صرف صبحانه ندارد و بلافاصله پس از صرف صبحانه بمدرسه می‌شتابد، بدون آنکه فرصت کافی برای اجابت مزاج داشته باشد؛ گاهی کودک بواسطه وضع نامتناسب معلم و یا ترس از عدم حضور در کلاس بهنگام درس‌گفتن و یا خجالت تقاضائی برای رفتن بیرون جهت اجابت مزاج نمیکند.

درمان: در صورتیکه علل جسمانی در کار نباشد، اصلاح و از میان بردن عللی که در بالا ذکر شد، بیوست را درمان میکند.

بی‌اختیاری مدفوع (۱)

تعریف: بی‌اختیاری مدفوع عبارت از دفع غیر ارادی آن بدون علل جسمانی، در بالاتر از سن ۲ سالگی است.

اتیولوژی: علل جسمانی: ناهنجاریهای روده راست و مقعد؛ بیماریهای دماغی و نخاعی؛ در عفونت های حاد بعلت ناخود آگاهی؛ گاهی در طول تشنجات صرعی، علل روانی: عقب ماندگی در رشد و نمو در کورذهنها و کندذهنها موجب تعویق در

دستگاه ادراری

انورزی (۱)

تعریف: انورزی عبارت از خروج غیرارادی ادرار در افرادی است که بیشتر از ۳ سال دارند.

اتیولوژی: علل زیادی برای توجیه انورزی ذکر شده که مهمترین آنها عبارتند از:

- ۱) فرضیه میلودیسپلازیا (۲)؛ که در آن انورزی بعلت عدم اتصال اولیه استخوان ساکروم و یا دیگر ناهنجاریهای قسمت تحتانی ستون فقرات است؛
- ۲- اسپینایفیدا (۳): با آنکه انورزی در اکثر کودکان مبتلی به اسپینایفیدا دیده میشود ولی اسپینایفیدا در کودکان مبتلی با نورزی نادر است؛ ۳- تحریک موضعی، چون فمیورس، پوست آلت چسبیده، سوزاک، التهاب مهبل و غدد آن، اکزما و غیره
- ۴- وژتاسیون آدنوئید: طبق این فرضیه وجود وژتاسیون در تنفس تاثیر کرده و موجب ازدیاد آئیدرید کربنیک و بالنتیجه عمیق تر شدن خواب میگردد. بدین ترتیب کودک از صورت خالی کردن مثانه بی خبر میشود. بایستی گفت کودکان بسیاری هستند که وژتاسیون دارند بدون اینکه مبتلی بانورزی باشند؛ ۵- عمق خواب: برخی معتقدند که عمیق بودن خواب در کودکان موجب انورزی میشود ولیکن

خواب سبک و توام با بیقراری در کودکان مبتلی بانورزی شیوع کمی ندارد؛ ۶- صرع: برخی انورزی را بعلت صرع و آنرا يك « معادل صرعی » یا يك « علامت اپیلپوتوئید » میدانند؛ بایستی گفت که در برخی از گزارشها فقط ۷در صد کودکان مبتلی بانورزی صرعی میباشند؛ ۶- هیستری: برخی انورزی را یکی از عوارض «يك علامتی (منو- سنتوماتیک) هیستری میدانند؛ بایستی گفت که انورزی اغلب يك علامت نبوده و با نظاهرات دیگری از اختلالات هیجانی همراه است. علاوه بر این ساختمان شخصیتی کودک مبتلی بانورزی با ساختمان شخصیتی مبتلی به هیستری متفاوت است.

۸- علل روانی دیگر: الف) گاهی ولیکن نه همیشه، انورزی یکی از علائم عقب ماندگی رشد و نمو در کند ذهنان و کورذهنان است. ب) مراقبت و سواس آمیز مادر از کودک گاهی موجب انورزی میشود؛ در این مورد کودک فرصت کسب استقلال ندارد و همه سلوک کودکانه منجمله بی اختیاری ادرار را حفظ میکند. ج) اختلالات هیجانی کودک بواسطه روابط نامناسب با پدر و مادر و مخصوصا بعلت تولد نوزاد جدید. د) « موارد انتقامی » که در آنها کودک برای انتقام از تنبیه و سرزنش مادر جای خود را

- تر میکند .
- پروپوستیک :** اگر علل روانی خالص در کار باشد با رفع علل عارضه بهبودی می پذیرد. مسئله ای که حائز اهمیت است، تأثیری است که انورزی در روی کودکان دارد . تنبیه و سرزنش تولید احساس مجرمیت میکند، ترس از ترکردن شلوار کودک را از بازی و تفریح با همسالان خود باز میدارد و ویرا بگوشه نشینی میکشاند .
- درمان :** روشهای متعدد طبی برای درمان انورزی مرسوم بوده است که برخی از آنها غیر انسانی و مضحک میباشد .
- (۱) روشهای مکانیکی و جراحی :
- بستن و گره زدن پوست آلت بهنگام خواب . بستن سوراخ آلت با کلودیوم در شب . گیره برای آلت تناسلی . حمام های گرم و سرد ... کشیدن آب نخاع . گشاد کردن مجرا . سوزاندن گردن مثانه . برداشتن لوزه ها ...
- (۲) داروها : اوروتروپین ، کلسیم ، برومورها ، فنوباریتال ، استریکنین ، ارگوتین ...
- (۳) درمان روانی که مهمتر است و عبارت از رفع عللی است که در فوق آمد . مهمترین وظیفه طبیب ممانعت از روشهای خشن و تنبیه های غیر منطقی است که باینگونه کودکان روا میدارند .