

۱۸۱۵

بدرجه ممتاز پذیرفته شد
۱۳۵۰/۱۱/۱۸

دانشگاه ملی ایران

دانشکده ادبیات و علوم انسانی

رشته روانشناسی

پایان نامه

برای دریافت درجه لیسانس

زیر عنوان :

سنجش افسردگی در بیماران افسرده ایرانی بوسیله

آزمون افسردگی بک

براهنمائی :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر نادر نوع پرست

آمنه موسی پور

۱۳۵۰

۱۸۱۵

از استاد عالیقدر جناب آقای دکتر نادر نوع پرست که مرا راهنما بوده
و از هیچگونه کوششی در بانجام رساندن این پژوهش دریغ ننموده اند
صمیمانه سپاسگزارم.

همچنین همکاری های جناب آقای دکتر سیروس ایزدی را در مراحل
گوناگون این پژوهش سپاس میگویم.

از همکاریهای جناب آقای دکتر داریوش پرتو که در این پژوهش مرا مورد
لطف قرار داده اند متشکرم.

از تمام مسئولین و کارکنان بیمارستانهای روانی تهران، به ویژه بیمارانی
که در اجرای این پژوهش با من همکاری نموده اند بی نهایت ممنون
و سپاسگزارم.

فهرست مطالب

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۱ - ۱۶	مقدمه
۱۷ - ۴۶	روش تحقیق
۴۷ - ۷۲	نتایج
۷۳ - ۱۱۷	تفسیر
۱۱۸ - ۱۱۹	خلاصه
۱۲۰ - ۱۲۴	ضمیمه شماره ۱
۱۲۵ - ۱۳۰	ضمیمه شماره ۲
۱۳۱ - ۱۳۲	ضمیمه شماره ۳
۱۳۳ - ۱۳۴	مراجع فارسی و انگلیسی

XXXX

سنجش افسردگی در بیماران افسرده ایرانی به وسیله آزمون افسردگی بک^۲

۱- مقدمه

گرچه آمار صحیحی درباره میزان بروز و شیوع واکنش افسردگی در گروه‌های مختلف و مجامع گوناگون انسانی در دست نیست، ولی این نکته روشن است که در حال حاضر افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است که سازش عمومی و رضایت بخش میلیون‌ها نفر از افراد بشر را تهدید میکند. هر چند بیماری‌های روانی همیشه در اجتماعات بشری وجود داشته است، ولی با مطالعه شواهد و مدارک تاریخی چنین برمیآید که هیچگاه اختلالات روانی و شماره افراد نامتعارف بشدت و کثرت امروز نبوده است. زیرا در هیچ دوره عوامی که تا این اندازه بر اعصاب و روان آدمی فشار آورده و موجب نابسامانی افکار و عواطف شده باشد وجود نداشته است.

آگاهی به این حقیقت که هر شخص ممکن است به اختلالات روانی دچار شود، و دانایی به این مسأله که علل این اختلالات یافت شدنی میباشند، تنها کافی نیست، بلکه هدف اصلی باید پیشگیری از بروز این اختلالات باشد. زیرا با توجه به مشکلات عصر حاضر افرادی که بتدریج مبتلا به اختلالات روانی میشوند لا اقل برای مدت کوتاهی

1- Depression.

2- The Beck Depression Inventory.

از انجام وظیفه عادی خود بازمی مانند . طبق تحقیقاتی که در آمریکا بعمل آمده است ، در آینده از سر ۲ نفر آمریکائی یک نفر به بیمارستان روانی خواهند رفت و یک نفر دیگر موقتا خارج از بیمارستان دچار اختلال روانی خواهند شد . به عبارت دیگر ، ۱۰٪ از کودکان آمریکائی روزی مبتلا به بیماری روانی موقتی یا دائمی خواهند شد .

در ایران هنوز تحقیقات کامل و دقیق در این مورد صورت نگرفته ولی نکته مسلم اینست که تعداد بیماران روانی رو به افزایش است . با توجه باینکه افسردگی یکی از بیماریهای روانی بسیار شایع میباشد ، و تحقیقات دامنه دار در مورد علل ، علائم و روشهای درمان آن انجام میشود ، متاسفانه در بیشتر جوامع امروزی از جمله جامعه ایرانی ، توجه کافی بآن مبذول نشده است . عوامل افسردگی را تا مدت ها به عوامل دیگری چون ضعف اعصاب ، عصبانیت ، هیپوکندری^۱ و غیره نسبت میدادند و بهمین سبب تشخیص صحیح و درمان آن به تاخیر می افتاد . در غیاب تشخیص درست ، عوارض وخیم و نامطلوب افسردگی مانند الکلیسم ، اعتیاد ، خودکشی ، قمار ، اختلالات زناشویی و حتی دگرگشی ظاهر میشود که هر یک بنوبه خود میتواند جامعه انسانی را مورد تهدید قرار دهد .

در ایران آمار دقیق درباره میزان شیوع افسردگی و نیز عارضه مهم آن یعنی خودکشی وجود ندارد ، ولی تعداد مواردیکه در مطب پزشکان روانی و بیمارستانهای روانی دیده میشود بقدری زیاد است که درخور تحقیق و بررسی میباشد . تأکید این نکته نیز لازم است که خصوصیات اخلاقی ، فرهنگی و خانوادگی جامعه ایرانی تا حدود زیادی بروز افسردگی را تسهیل میکند^۲ . شاید پژوهش های آینده بتواند میزان صحت یا سقم این نظریه را تعیین کند .

1) Hypochondriasis or Hypochondrie.

۲) افسردگی و خودکشی دکتر ابراهیم امانت .

منظور از افسردگی در این تحقیق حالت غم و اندوه زودگذر ناشی از حوادث غم‌انگیز زندگی نیست. زیرا اینگونه نوسانات روانی در همه ما گاه و بیگاه بروز کرده و بزودی جای خود را به نشاط و یا حالات روانی معمولی می‌دهد. آنچه در اینجا مورد بحث قرار می‌گیرد یک بیماری شناخته شده روانی و بنام واکنش افسردگی^۱ است که دارای علائم، علل و دوران ویژه به خود می‌باشد.

امروزه نکته مسلم اینست که وسایل کافی و دقیق برای تشخیص افسردگی زودرس، بویژه انواع گوناگون افسردگی که علائم آنها در زیر شکایات بدنی پنهان شده است وجود ندارد. بساین دلیل، درمان کننده باید به کمک مطالعه وضع روانی بیمار به تشخیص نزدیک شود. یکی از ابزار قابل اهمیت که روانشناس یا روانپزشک را در تشخیص و واکنش افسردگی کمک میکند آزمونهای روانی می‌باشند. در میان آزمونهایی که برای شناختن و تشخیص واکنش افسردگی تدوین شده اند، آزمون بیماری افسردگی جوسپر^۲ و آزمون بک رامیتران نام برد. آزمون بک که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است دارای جنبه فرافکنی بسیار کم، و بیشتر در رده آزمونهای بشمار می‌آید که معمولاً بنام آزمونهای خود سنجی^۳ شناخته شده اند.

در آزمون بک لزوم ایجاد یک سیستم شایسته در نظر گرفته شده است. زیرا به عقیده بک، تنها تشخیص بالینی^۴ کافی نیست و ناگزیر باید روشی بوجود آورد که اولاً افسردگی را تعریف کند و ثانیاً معتبر و دارای روایی باشد.

معیارهای موجود در این آزمون ابتدا از لحاظ بالینی و در ضمن دوره های روان درمانی^۵

-
- | | |
|------------------------|--------------|
| 1) Depressive Reation. | 2) Jospet. |
| 3) Self-rating. | 4) Clinical. |
| 5) Psychotherapy. | |

مینی برتجزیه تحلیل روانی بیماران افسرده بدست آمده اند. ولی ضمن مشاهدات منظم بعدی، يك دسته از نشانه های ویژه بیماران افسرده انتخاب شد. این نشانه ها با آنچه که در نوشته های روانی در توصیف افسردگی نوشته شده بود، مطابقت میکردند بر مبنای این روش، آزمون يك که از نوع آزمونهای تشخیصی است، در چهارچوب يك پرسشنامه که شامل ۲۱ جنبه از بیماران افسردگی است تدوین شد. در برابر هر جنبه که نماینده يك نشانه رفتاری ویژه از افسردگی است، چهار یا پنج جمله نوشته شده که این جملات به ترتیب خفیف ترین تا شدید ترین میزان اختلال در آن جنبه را سنجش میکند. بیمار يك يك جملات را خوانده در برابر هر يك از آنها که با وضع وی بیشتر هماهنگی دارد علامت میگذارد. ارزشهای نمره ای هر جنبه نیز از صفر تا ۳ درجه بندی شده است که صفر مبین عدم علائم عارضه افسردگی و عدد ۳ نماینده شدت عارضه در آن جنبه مورد نظر است. در بسیاری از جنبه ها دو نوع جمله هم تراز در يك سطح عرضه و در يك وزن تعیین شده است. این جملات معادل یکدیگر بوده و با عناوین (a)، (b) و (c) درجه بندی شده اند. مثلاً (2a)، (2b) و (2c) که با عناوین مختلف از نظر ارزش در يك سطح قرار دارند. جمع اعداد جمله ها میتواند از صفر تا ۶۳ نوسان یابد.

جنبه هائیکه در آزمون قید شده اند بر مبنای بستگی های آنها با تظاهرات آشکار رفتار در بیماری افسردگی انتخاب شده و دلیل بر تنوع فرضیه ای در مورد علت شناسی یا فرآیند روانی در بیماری افسردگی نیستند.

آزمون يك بارها در کشور انگلستان به گروهی از بیماران داده شده و با تشخیص های کلینیکی و نتیجه معاینات بالینی مقایسه گردیده است. در سال

1) Psychoanalytic.

2) Theory.

۱۹۶۵ متکاف^۱ و گولد من^۲ این وسیله را روی جمعیت انگلیسی با موفقیت بکاربردند. طبقات مختلف مندرج در آزمون افسردگی روی گروههای سالم و افسرده منعکس کننده وضعیت کلینیکی و بالینی آنها و مطابق با مواد آزمون بود. همچنین در سال ۱۹۶۹ این آزمون بوسیله می^۳، ارگوهارت^۴ و سامرست^۵ یکبار دیگر روی جمعیت انگلیسی در انگلستان اجرا گردید و نتایج قابل اعتبار و مثبتی بدست داد. اجرای آزمون بک روی گروههای انگلیسی اعتبار آثراری نمونه های گوناگون در نقاط مختلف دنیا تایید میکند.

طبق آمار دقیقی که در دست است در آمریکا تنها از ۱۹۵۲ م تا ۱۹۶۰، یعنی بعدت ۷ سال، ۵۰٪ از مردم به این بیماری مبتلا بوده اند. افزایش جمعیت، صنعت، زندگی ماشینی و توسعه زندگی شهری بر تعداد این بیماران میافزاید. هیچیک از بیماریهای روانی مانند بیماری افسردگی که یکی از شایعترین بیماریهای روانی است، سلامت روانی انسان امروزی را تهدید نمیکند. توسعه روز افزون این بیماری همزمان با گسترش زندگی شهری و ماشینی ما را وادار میکند که بآن بانظاری جدی ترینگریم.

دکتر آلن کوپر رئیس آزمایشگاه روانی گزوات که یکی از بزرگترین آسایشگاههای روانی آمریکا است، به کمک گروهی از روانشناسان و روانپزشکان تحقیقاتی روی صد هشتاد بیمار مبتلا به افسردگی انجام داده، و به این نتیجه رسیده است که ۷۵٪ از خودکشیها در اثر افسردگی شدید بوجود میآید. کوپر در مقاله تحقیقی و جامع خود مینویسد:

"عدم توجه دقیق و کافی به بیمار افسرده او را به ورطه هولناک بیماری و انزوا میکشاند و اگر با توجه نشود و ررفخ بیماری او اقدامی بعمل نیاید، خودکشی به بیماری پایان میدهد."

1) Metcalf.

2) Goldman.

3) May.

4) Urganhart.

5) Somerset.

6) Allen Cooper.

باتوجه به خصوصیات روانی بیماران افسرده ، شاید آزمون يك بهتر از سایر آزمونها بتواند بیماری افسردگی را مورد سنجش قرار دهد ، زیرا تمام مشخصات روانی ، عاطفی ، و بدنی بیماران افسرده مانند بدبینی ، احساس شکست ، نارضایتی ، احساس گناه ، اختلال در خواب ، خستگی پذیری ، گوشه گیری از اجتماع و سایر عوارض این بیماران را از خفیف ترین تا شدید ترین اندازه ها مورد سنجش و ارزیابی قرار میدهد .

باكمك این آزمون میتوان بسیاری از بیماران مشکوک به افسردگی ، بویژه بیمارانی را که علائم بیماری آنها منحصر در شکایات بدنی دیده میشوند ، و یا اصولاً هیچگونه آثاری از بیماری افسردگی ندارند تشخیص داد . البته باید در نظر داشت که برای یافتن مرز مورد اطمینان که مبین حالت سلامت یا بیماری باشد نیاز به تحقیق ویژه و مشهـای بیشتر است .

از آنجا که شیوه برداشت گروههای گوناگون دریا ، اجتماع متفاوت است ، این آزمون را ابتدا باید در هر قومی استاندارد نمود . خود يك عدد ۱۷ را مرز مورد اعتماد میدانند و معتقد است که جمع نمره افراد مبتلا به افسردگی بالاتر از ۱۷ میباشد . اما در میان محققین دیگر که این آزمون را مورد مطالعه قرار داده اند ، برخی نظر بـك را تأیید و بعضی با اختلاف جزئی اعدادی از قبیل ۱۳ و حتی ۱۰ را عنوان میکنند . شواب^۲ از قول يك مینویسد که جمع نمره برای افراد سالم ، یا بیماران مبتلا به افسردگی بسیار خفیف ، از عدد صفر تا ۱۳ ، برای مبتلایان به افسردگی خفیف ۱۴ تا ۲۴ و برای افسرده غای شدید از ۲۵ به بالا میباشد . شواب در مطالعات خود عدد ۱۰ را حد فاصل قابل اطمینانی برای تشخیص درجه ای از افسردگی عنوان کرده است .

1) Standard.

2) Schwab.

این نکته که چه کسانی آمادگی ابتلا به واکنش افسردگی را دارند هنوز بدقت روشن نشده است. ولی باور کلی برای بروز حالت افسردگی دو شرط اصلی لازم است. یکی وجود زمینه و آمادگی ویژه، و دیگری بروز حوادث نامطلوب و فشارهای روانی در موقعیت مناسب است. البته این دو شرط همیشه و در همه کس با هم همراه نیستند. با وجود آنکه برخی از بیماران دارای شخصیتی تقریباً عادی بوده اند، در عمل میتوان برای شخصیت های مستعد به این بیماری سه نوع خصوصیت اخلاقی و روانی قائل شد: (۱) افرادی که همیشه غمگین و غمه خور بوده، و بدبینی بدیگران، تشویش، نگرانی، خجالت، سکوت، بی اعتمادی و حساسیت زیاد جزء سرشت اخلاقی ایشان است. (۲) افرادی که بسیار خونگرم و زنده دل بوده، و شوخی و بذله گوئی، خوش بینی، اعتماد بنفس و زنده دلی ایشان مشهور است و (۳) افرادی که گاه وضع روانی آنها مشابه دسته اول، و گاه شبیه دسته دوم میباشد.

آنچه که در همه این سه گروه مشترک است و سواس و دودلی شدید است که همه صفات روانی و اخلاقی دیگرشان را تحت الشعاع قرار میدهد. بین انواع گوناگون شخصیت و انواع اختلالات عاطفی روابطی چند موجود است. اما بطور کلی بیماری افسردگی در تمام انواع گوناگون ساختمانهای شخصیت یافت میشود. مثلاً اگر شخصیت دیرسیو^۳ هیپومانیک^۴ و سپیکوتیم^۵ را در نظر بگیریم، به ترتیب ۶۴٪، ۳۵٪ و ۳۵٪ از آنها با به بیماری افسردگی مبتلا میشوند.

افسردگی سبب بروز گروهی از علائم بدنی، عاطفی و روانی است. این بیماری در

-
- 1) Personality.
 - 2) Affective Disturbances.
 - 3) Depressive personality.
 - 4) Hypomanic.
 - 5) Cyclothymia.

تمام دستگاهها و اعضای بدن دارای اثرهای منفی میباشد . اختلالات بینائی ، بویائی ، شنوایی ، تنفسی ، قلبی ، عروقی ، گوارشی ، تناسلی ، ادراری و غیره از علایمی هستند که در بیماران افسرده قابل مشاهده ^{بیشتر} میباشد . لیکن میزان و شدت اختلال در هر یک از این دستگاهها و نیز طول ادامه اینگونه اختلالات بسته به بیماران مختلف تغییر پذیر است . هر چند علائم بدنی مقام مهمی در تشخیص افسردگی دارد ، ولی میتوان حالت عاطفی بیمار و تغییرات آنرا کلید اصلی تشخیص و شناسائی این بیماری دانست .

اختلالات عاطفی دارای انواع گوناگون بوده و در هر یک از مبتلایان به افسردگی نوعی از آن ظاهر میشود . شدت آن به سن و خصوصیات روانی بیمار و نیز به مدت و عمق افسردگی بستگی دارد . ولی این نکته نباید فراموش شود که بعد از شروع افسردگی علائم بیماری از کنترل بیمار خارج میشود .

در عدد های اختلالات عاطفی که در افسردگی ملاحظه شده اند به قرار زیرند :

واکنش های عاطفی	درصد
افسردگی و اندوه شدید	۹۵
نومیدی ، احساس ندامت ، گناه و بی ارزشی	۸۵
احساس اضطراب و تحریک پذیری	۸۰
تند خوئی ، بیقراری و گریه	۷۶
حملات تشویش و نگرانی	۶۰
ترس از جنون ، مرگ ، و یا امراض خطرناک	۶۰
افسوس به گذشته ، حال و آینده	۴۰
وسواس	۴۰
بی اعتمادی	۳۰

علائم و اختلالات روانی ، سومین گروه از نشانه های افسردگی را تشکیل می دهد .
بروز اینگونه اختلالات ، بسیار تدریجی و پیشرفت آنها کند است ، و معمولاً ماهها و
هفته ها میگذرد تا این علائم در بیمار قابل تشخیص باشد . از مهم ترین علائم روانی
افسردگی کاهش عمومی قوای روحی ، اختلال حواس ، کم حافظگی ، بی ارادگی ،
بی علاقتی ، آرزوی مرگ ، اوهام و خرافات ، هذیان ، الکلیسم و اختلالات زناشویی و
طلاق است .

از نظر تاریخی ، توصیف و شناخت واکنشهای جنون ادواری^۱ در بین نوشته های
اولیه مصری ، عبری و یونانی دیده میشود و از قدیم تمام حالات تحریکی و افسردگی شناخته
شده بود . ولی باین دلیل که حالت تحریکی از حالت افسردگی کاملاً متمایز است ،
تا مدت ها ، " این دو کیفیت را تظاهرات دو بیماری مختلف می پنداشتند . " در اواخر قرن
گذشته کریپلین^۲ روانپزشک آلمانی در طی مشاهدات بی دری خود با بیمارانی برخورد که
در جریان زندگی خود هر دو حالت فوق را نشان میدادند . نامبرده پس از بررسی بیشتر
به این نتیجه رسید که این دو بیماری دو واکنش متمایز و متفاوت نیستند ، بلکه " تنها دو
حالت از یک کیفیت واحد بیماری میباشند که از لحاظ بالینی عوارض مختلفی را نشان
میدهند ، به این معنی که بعنوان دو عارضه گوناگون از یک بیماری واحد ، گاه بصورت
حملات تحریکی و گاه بشکل حالات افسردگی ظاهر میشوند . "

افسردگی درجات و انواع مختلف دارد که ممکن است بشرح زیر قابل تشخیص باشند :

۱ . واکنش افسردگی یا " افسردگی نوروتیک "^۳ : این واکنش را باید از افسردگی^{ساده} ،

1) Manic-Depressive Reaction. 2) Kraepelin.

3) Reaction Depressive or Nevrotic Depressive.

افسردگی پسیکوتیک^۱ (مانند ملانکولی^۲) ، و جنون ادواری تشخیصی داد .

نکات اساسی این تمایز به قرار زیر است :

الف . افسردگی واکنشی یا نوروتیک همیشه بر اثر يك موقعیت غم انگیز (مانند نومییدی و شکست) آشکار شده تقریباً بلافاصله بدنبال اینگونه تجربه ها پدیدار میشود .

ب . با وجودیکه افسردگی واکنشی به مرور زمان ممکنست عمیق تر شده و شدت بیشترها پیدا کند ، هیچوقت با عقاید هذیانی همراه نمیشد .

نشانه های يك بیماری عاطفی در هر بیمار دارای خصوصیات ویژه ای میباشد و علائمی که تقریباً در تمام بیماران افسرده مشاهده میشود و رواقع کلیدی برای تشخیص افسردگی در آنهاست عبارتند از :

الف . تفسیر حالات عاطفی تقریباً ثابت يك فرد بنا بریکه او در مقابل هرگونه فشار محیطی احتمالی بطور نامناسب ناتوان میشود .

ب . پیدایش خلق افسرده .

ج . قابل توجه بودن تمام علائم بر اساس بیماری افسردگی ، با در نظر گرفتن شخصیت قبلی بیمار ، سن ، سلامت عمومی بدن ، محیط و غیره .

۲ . افسردگی ساده^۳ : با وجود آنکه انواع ساده و خفیف افسردگی فرار از دید

میشود ، ولی معمولاً ناشناخته باقی مانده و بخوبی درمان نمیشود . در اغلب موارد علائم افسردگی موجود ، ولی زیاد واضح بنظر نمی رسند .

در بیماری افسردگی ساده شکایات بیمار بیشتر بصورت اختلالات بدنی ، بیخوابی ،

1) Psychotic Depression Reaction. 2) Melancholia.

3) Simple Depression.

نگرانی و اضطراب تحریک پذیری، اضطراب و کشش روانی تا اندازه ای متداول است. ابتدا بیمار علائق طبیعی بویژه سرگرمیهای اجتماعی خود را رها میکند، ترجیح میدهد تنها بنشیند و نومیدانه به گناغان خود بیاندیشد و با وجود کندی روانی، بیمار هیچگونه اختلال شناسائی زمان و مکان و بهت شعوری را نشان نمیدهد. کاهش میل جنسی حتی ممکنست به درجه ای از ناتوانی جنسی منتهی شود. در زنان اختلال قاعدگی معمولا بشکل قاعدگی نامنظم^۱ و یا قطع قاعدگی^۲ میباشد، ولی این عارضه اغلب در انواع شدید بیماری دیده میشود.

هرچه میزان اضطراب^۳ بیشتر باشد میزان اختلال در خواب بیمار شدیدتر میشود. اختلال خواب ممکن است بنسبت بیخوابی یا آشفتگی خواب باشد و هرچشمه افسردگی آشکارتر باشد بیمار زودتر از خواب بیدار میشود. بهر حال، در بیشتر موارد خواب هم از لحاظ کمیت و هم از لحاظ کیفیت وضع عادی خود را از دست میدهد.

بسیاری از این بیماران به احوال و شرایط خود آگاهند و میدانند که احتیاج درمان دارند، ولی ممکن است به افسردگی خود اعتراف نکنند و فقط از بیماریهای مختلف جسمی از قبیل سردرد، خستگی، فقدان اشتها، بیبوست و کم خوابی شکایت داشته باشند. در افسردگی خفیف امکان خودکشی وجود دارد.

۳. افسردگی شدید^۴: تشخیص این واکنش معمولا بسیار آسان است.

در اکثر موارد، بویژه در افسردگی دوران یاس که یکی از افسردگیهای شدید است، میباشد، اضطراب جزء یکی از نشانه های ثابت بشمار میآید. تقریبا در تمام موارد ^{تنها}

1) Dysmenorrhea.

2) Amenorrhea.

3) Anxiety.

4) Acute Depression.

اندیشه و رفتار بیمار مختل میشود ، بلکه بیمار غیرفعال و گوشه گیر است ، تمایلی به مصاحبه ندارد ، افکار او متوجه رویدادها یا مضامین غم انگیز و نا امید کننده میباشد . در این وانش احساس گناه و بی ارزشی بیشتر از نوع افسردگی خفیف است . بیمار خود را متهم می شمارد و معتقد است گناهان وحشتناکی مرتکب شده که برای همه بد بختی به بار خواهد آورد . توهمات ممکن است بصورت واکنشهای هیپوکندریاک^۱ باشد . بیمار معتقد میشود که مغزش خورد شده یا اندرونش به آستگی گندیده است . بیمار معمولاً این نقایص بدنی خود را نتیجه اعمال جنسی خود و یا گناهان دیگری می شمارد ، کسبه سلامت او را تحت تأثیر قرار داده و به سبب آنها تنبیه میشود . همراه با کندی روانی ، کندی حرکات بدنی نیز ظاهر شده و ممکن است بقدری شدید باشد که بحالت ویژه ای منجر شود که به استوپور^۲ موسوم است .

اضطراب معمولاً بصورت تقاضاهای مکرر و بیمنافعی کسب اطمینان بیشتر است . تکلم تند و سریع ممکن است محدودیت فکر بیمار را از نظر مخفی نماید . مشابه این کیفیت نوعی کوشش حرکتی نیز وجود دارد که به درجات مختلفی از بیقراری ، لولیدن ، تافسردگی و بهم پیچیدن ظاهر میگردد .

در بعضی موارد بیقراری بدرجه ای است که بیمار نمیتواند سر میز غذا بنشیند ، کم کم خستگی بدنی نیز ظاهر میشود ، بشیوه ای که بیمار قادر نیست با مشکلات عادی خویش روبرو شده و بموقع تصمیم بگیرد .

پیش از گهی بیمار برای خودش بسیار نامطووع است و معتقد است که هیچ دارویی برای او وجود ندارد و فقط میتواند منتظر پایان وحشتناک خود باشد . مسأله خود کشی در

1) Hypochondriac.

2) Stupor.