

لاغری و مخصوصاً بی‌اشتهائی روانی دختران جوان عامل غددی، نسجی و روانی دخالت دارند.

رادیواژری در روان‌پزشکی

یکی از طرق رادیواژری که در روان‌پزشکی بسیار مورد استفاده قرار میگیرد آنسفالوگرافی گازی تدریجی است.

الف - رادیوگرافی ساده

بایستی يك كليشه از روبرو و دو كليشه از نیمرخ تهیه نمود و بدین طریق اطلاعاتی درباره ضخیم شدن استخوان سر استدم مورگانی مورل. بیماری پاژه، استئوپروز متاستاتیک، استئوپروزیری، اثر انگشت در اثر ازدیاد فشار داخل جمجمه، حفرات دیس-لیپوماتوز، در بعضی مننژیوم‌ها تصویر تومور در قاعده، ضایعات فشار داخل سر، تغییر شکل زین‌ترکی بر اثر تومورهای هیپوفیزی یا کرانیوفارنژیوم بدست آورد و علاوه رادیوگرافی ساده میتواند ضایعات ضربه‌ای را آشکار سازد.

ب - طرق اختصاصی

در بیماریهای روانی اغلب علاوه بر اطلاع بروضع جمجمه لازم است وضع مغز روشن شود و بجز آنسفالوگرافی گازی طرق دیگری مانند وانتریکولوگرافی کلاسیک و یدو وانتریکولوگرافی و آرتریوگرافی را نیز میتوان بکاربرد که البته بایستی در بخش جراحی اعصاب انجام پذیرد.

۱ - وانتریکولوگرافی در مواردی بکار میرود که مشکوک به توموری

باشیم.

۲ - یدو وانتریکولوگرافی با تزریق ید در بطن طرفی میتوان مسیر

عبور آنرا در فضای راشیدین مغز بوسیله کلیشه‌های پشت سر هم ملاحظه

نمود.

۳. ارتروگرافی کاروبید در مورد عروق غیر طبیعی و تومورها مورد استعمال دارد.
۴. استریونماکسی استراسربرال ۱۰۰ روس جدیدی است برای تحقیق درباره کانونهای سرعی عمیق.
۵. استفالوگرافی گاری عبارتست از تزریق هوا بمقدار ۱ تا ۱۵ سانتیمتر مکعب و گرفتن کاسه‌های رادوگرافی و مفاسه آنها.

۸ - الکتروانسفالوگرافی

یکی از طرف باراکلتیکی که در روان‌پزشکی اهمیت بسیاری دارد الکتروانسفالوگرافی است ما در اینجا اردگر طرف مختلف و امواج متفاوت سر فتنظر نموده بها محصری درباره سجه الکتروانسفالوگرافی در شمارهای روانی مینگاریم.

۱. الکتروانسفالوگرافی موجب طبقه بندی سرخ میشود و در درمان و مراقبت کمک مینماید.

الف - اسباب سرخ

این مطالب اغلب در سرخ های نامعمول پیش می آید مانند حملات سایکابیک گاهگاهی، اختلالات خصلتی شدید نوا با انگیزه آنی، حالات شعقی و غیره در این حال چنانچه آزمایش نزدیک حمله، طولانی و مکرر باشد پاسخ منسی خواهد داد.

ب - تعیین نوع سرخ

پاسخ در مورد حمله بزرگ، حمله کوچک و یا کانونهای سرخ-

زای کاملاً محدود ، واضح است اغاب مصروعین روان پزشکی در این دسته قرار دارند عده‌ای از آنها به نظر متخصصین الکتروانسفالوگرافی صرع تامپورال می‌آیند .

پ - تعیین علت صرع

مخصوصاً در مورد صرع‌های (تومور، همتوم) و لزوم جراحی فوری اهمیت دارد .

ت - تعقیب سیر بیماری و نتیجه درمان

در اینجا نیز الکتروانسفالوگرافی کمک شایانی مینماید .

۲ - بیماریهای مختلف دماغی .

در صورتیکه ضایعات مغزی علامت بالینی خاصی نشان ندهد دو مطلب بایستی مورد توجه قرار گیرد یکی وضع عملی کلی مغز و دیگری علائم الکتریکی موضعی .

الف - در ضربه سر، تومورها، ضایعات عروقی، صفر مغز و زوال عقلی عضوی و آنسفالیت که از جمله بیماریهای روانی عضوی هستند میتوان از الکتروانسفالوگرافی استفاده کرد .

۳ - بیماریهای روانی غیر عضوی

الف - سایکوزهای حاد

در تمام سایکوزهای حاد (بهت روانی، موج‌هذیانی، حالات بهت روانی - خواب‌دریاداری، هذیان حاد) نوسانات غیر طبیعی دیده میشود در این حال ریتم کند، ریتم تتا و کاهش یا فقدان واکنش دیده میشود .

ب - شیزوفرنی

تغییرات بسیاری را ذکر کرده‌اند .

۱ - شوپی ریتم دیویس ۱۱۱

آلفا کوچک با از بین رفته و یا جای آنرا ریتم کندی گرفته ولی این ریتم با ولتاژ پائین و فرکانس تند (۲۶ - ۵۰ در ثانیه) و در ۶۰ درصد موارد امواج بشکل امواج مغزی افرادی که تحت اثر مسکالن بوده‌اند دیده میشود.

۲ - امواج کند گاهگاهی، امواج تیز (۱، ۲) در ثانیه)

تمام مولفین معتقدند که این امواج در شیزوفرنهای جدید بیشتر است زیادتر دیده میشود.

۳ - مقاومت

ریتم آلفا در برابر وقفه.

در هر حال میتوان اظهار نظر کرد که امواج خاصی در شیزوفرنی دیده نمیشود ولی امواج غیر طبیعی مختلفی در جوانها و مخصوصاً در کاتاتونی ملاحظه شده است.

پ - شخصیت سایکوبات

نوسانات غیر طبیعی در دسته نامتعادلین که دچار انگیزه آنی میباشند دیده میشود این نوسانات غیر طبیعی عبارتند از

۱ - وجود کانونهای امواج کند در ناحیه تامپورال.

۲ - ریتم تنا.

۳ - ندرتاً ریتم تند.

۴ - اشکال هیپرسنکرون که کم و بیش مولد صرع هستند.

1— Choppy rythme de Davis

2— Sharp waves

ت - سایکوز مانیاك دپرسیو

در افراد مبتلا به مانیا موارد بسیار کوتاه امواج خواب دیده می‌شود سیبرسیون همین نوع موج را در ملانکولی دیده است در سایکوزهای دوران کهولت نوع مانیاك دپرسیو، ریتم تند در نیمه‌ای از موارد دیده می‌شود برعکس زوال عقل پیری که بیشتر ریتم کند دارد .

ث - نوروز

این شخصیت هنوز تحت مطالعه است از نظر فرانسوی‌ها در نوروز علائم اضطراب دیده می‌شود اکاهش میدان آلفا، شدت فرکانس، شدت ریتم بتا، ظهور موج تتا .

آزمونهای روانی - سایکومتري

الف - تعريف

عبارت است از قراردادن فردی تحت آزمونهای استانداردیزه و مقایسه قدرت و توانائی‌اش با اشخاص متوسط همان دسته از مردم پیکو(۱) معتقد است که بوسیله آزمون میتوان استعداد افراد را در زمینه‌های مختلف قوای شعوری سنجید و سپس از نظر کمیت و نوع به طبقه‌بندی پرداخت .

آزمون‌ها وسیله مطالعه علمی طرز رفتار بوده و بعلاوه بهترین روش شناسائی يك بیمار میباشند .

تا سال ۱۸۹۶ هیچ‌گونه وسیله‌ای برای تعیین میزان قوای عقلی وجود نداشت در این هنگام روان‌شناس معروف فرانسوی بنام بینه با دوست و همکار روان‌پزشك خود سیمون، در کمسیونی که به منظور تعلیم و تربیت و

طرز نگهداری افراد کم‌عقل تشکیل شده بود، پس از تبادل افکار و زحمات فراوان طریقه‌ای برای آزمایش هوش افراد انتخاب و توانستند سن عقلی و هوش را صرف‌نظر از سن حقیقی تعیین نمایند آنها يك سلسله مسائل و سئوالاتی را که تدریجاً مشکل‌تر میشد و شامل قسمت‌های مختلفی مربوط به تصور، دقت، ادراك، قابلیت تلقین، حافظه، وضع تکلم، اطلاعات عمومی، قدرت تمیز و تشخیص و درك نکات و عقاید باطل و حل مسائل بود طرح نمودند این آزمون‌ها را اولین بار دکتر هنری در امریکا بکار برد و اطفال را تا سن ۱۶ سالگی تحت آزمایش قرار داد و ملاحظه کرد که بعد از این سن، هوش نظری تغییرات چندانی نخواهد کرد اغلب آزمون‌ها مخصوصاً آزمون جدید استانفورد بینه بر این فرض استوار است که بلوغ عقلی در ۱۵ سالگی است. طرز اندازه‌گیری هوش

الف - انواع آزمونهای هوشی را به سه طبقه تقسیم نموده‌اند.

۱ - انفرادی

۲ - عملی

۳ - دسته‌جمعی

آزمون انفرادی برای يك نفر بکار رفته و قریب ۱۰ دقیقه تا یک ساعت بطول می‌انجامد.

آزمون عملی قدرت حل مسائل را نشان میدهد و بدین منظور اشیا، قطعات چوب، عکس و غیره را بکار می‌برند آزمون بیشتر در مورد اطفال کوچک و کم‌عقل‌ها و افراد بیسواد و عامی یا آنهاست که عیب بدنی دارند بکار میرود.

آزمون دسته‌جمعی برای عده زیاد بکار رفته و بر دو قسم است حرفی و غیر حرفی در نوع اول مسائلی بکار میرود که برای حل آنها احتیاج بخواندن و نوشتن است در نوع دوم همان مسائل را بایستی بوسیله دیانگرام، عکس،

معما و غیره حل کرد و یا بوسیله مداد علامت‌گذاری نمود .

بینه و سیمون آزمون‌های خود را برحسب سن عقلی ترتیب و تنظیم کردند طفلی که قادر است سئوالات مربوط به ۵ سالگی را پاسخ دهد ولی نمیتواند سئوالات مربوط به ۶ سالگی را پاسخ گوید دارای سن عقلی پنج است طفل ۵ ساله‌ای که دارای سن عقلی ۵ باشد هوش طبیعی دارد ولی طفلی با سن عقلی ۵ ممکن است حقیقتاً ۱۰ ساله باشد از طرف دیگر طفلی با سن عقلی ۵ و سن واقعی ۹ با هوش نخواهد بود بنابراین منظور از سن عقلی میزان پیشرفت و بسط هوش است .

ب - آزمون استانفورد بینه و بهره‌هوشی

این آزمون را پروفسور ترمان (۱) و مریل (۲) استاد دانشگاه استانفورد (۳) در سال ۱۹۳۷ تنظیم نمودند که براساس همان آزمون‌های بینه و سیمون قرار دارد .

این آزمون برای افراد بین ۲ - ۱۴ سال تنظیم شده از ۲ - ۴ سالگی برای هر سال و هر ۶ ماه آزمون‌هایی ترتیب داده‌اند و از آن به‌بالا برای هر سال به‌علاوه چهار دسته آزمون برای بالغین وجود دارد یکی برای افراد متوسط و سه آزمون برای بالغین بالاتر از متوسط . برای افراد پائین‌تر از سن بلوغ ۶ فقره و برای بالغ از ۶ - ۸ فقره سؤال وجود دارد .

افرادی که آزمون استانفورد بینه و یا سایر آزمون‌های انفرادی را بکار می‌برند بایستی بدانند که در مرحله اول باید حس اعتماد طفل را جلب نموده و بر عصبانیت و ترس و محجوبی طفل فائق آیند . بهترین طریق آنست چنین نشان دهیم که با طفل مشغول بازی هستیم و او را در انجام اعمالش

1— M. Terman

2— A. Meril

3— Stanford

تشویق نمائیم حتی نباید به طفل گوشزد نمود که پاسخی اشتباه داده است بلکه بایستی با جملاتی مانند بسیار خوب سؤال دیگر را امتحان کنیم و برا پاسخ ترغیب و تشویق نمائیم وقتی طفل را کاملاً در حال آرامش یافتیم آزمون را طبق قاعده انجام میدهیم چنانچه طفل پائین حد طبیعی بنظر آید آزمون‌هایی که برای سنین پائین‌تری از سن طفل تهیه شده است بکار میبرند اگر طفل بنظر متوسط آید سئوالاتی باید بکار برد که برای یکسال پائین‌تر ترتیب داده‌اند مثلاً در مورد طفلی ۹ سال و دو ماهه طبیعی، آزمون ۸ ساله را بوی داده چنانچه ۶ سؤال را بخوبی پاسخ دهد سئوالات ۹ سالگی را در اختیار میگذاریم و در صورت صحت پاسخ سئوالات ده ساله را امتحان میکنیم بر فرض ۴ سؤال از ۶ سؤال را پاسخ گوید و از آزمون مربوط بیازده ساله دو سؤال را جواب دهد و از ردیف سئوالات مربوط به دوازده ساله فقط یکی را پاسخ گوید و بهیچ یک از سئوالات مربوط به ۱۳ سالگی پاسخی ندهد آزمایش در اینجا پایان میرسد و بهره‌روشی طفل را بدین طریق محاسبه میکنیم.

سال ۹	تمام سئوالات را پاسخ داده	۱۰۸	(سن عقلی بر حسب ماه)
سال ۱۰	چهار سؤال را پاسخ داده	۸	(سن عقلی بر حسب ماه)
سال ۱۱	دو سؤال را پاسخ داده	۴	(سن عقلی بر حسب ماه)
سال ۱۲	یک سؤال را پاسخ داده	۲	(سن عقلی بر حسب ماه)
سال ۱۳	هیچ سؤال را پاسخ نداده	.	(سن عقلی بر حسب ماه)

۱۲۲ ماه

بطوریکه ملاحظه میشود اولاً سنی را که تمام سئوالات را پاسخ داده بر حسب ماه نگاشتیم که آنرا ملاک‌سنی (۱) نامند. از آن پس برای پاسخ هر

سؤال دومه بر آن میافزائیم تا بسنی برسیم که هیچیک از سئوالات را نتواند پاسخ دهد برای هر سئوالی دومه قائل شده‌ایم زیرا در هر ردیف ۶ سؤال وجود دارد.

ولی روانشناسان بهمین حد قناعت نکرده نوع سئوالات جواب داده و همچنین سئوالاتی را که از پاسخ آن عاجز مانده است مورد دقت قرار میدهند عبارت دیگر کیفیت واکنش را در نظر میگیرند از نظر تشخیص این عمل بیش از بهره‌وشی بما کمک مینماید زیرا ممکن است دوتفر با یک بهره‌وشی بحد قابل ملاحظه‌ای در هوش متفاوت باشند.

بهره‌وشی‌هایی که بطرفی بجز ستانفورد بینه بدست آید با اینکه اساس امر مانند آزمون ستانفورد بینه است ولی همیشه با آن قابل تطبیق نمیباشد لذا معمول چنان است آزمونی را که بدان وسیله بهره‌وشی تعیین شده، متذکر شوند.

سن عقلی و بهره‌وشی نسبی هستند وقتی می‌گوئیم طفلی سن عقلی معادل ۱۲۲ دارد منظور آنست که از نظر هوشی تقریباً معادل اطفالی است که سن واقعی آنها ۱۲۲ ماه است.

پ - مفهوم آزمون

نکات ذیل در بهره‌وشی یا سن عقلی مستتر است

۱ - از نظر تعلیم و تربیت فرصتی معادل اطفالی که آزمون بر اساس آنها استاندارد ریزه شده داشته‌اند.

۲ - آزمون طبق قواعد صحیح انجام یافته.

۳ - بهنگام آزمون در حال آرامش و همکاری بوده است.

۴ - دچار معایب بدنی و اجتماعی نبوده (ناتواند بطور کافی از فرصت‌های

آموزشی استفاده نماید).

بنابراین سن عقلی یا بهره‌وشی نسبی است نه مطلق و بستگی بنوع

آزمون و شرایط انجام آن دارد .

با در نظر گرفتن نکات فوق میتوانیم بهره‌وشی را تفسیر کنیم . وقتی می‌گوییم طفلی بهره‌وشی ۱۱۱ دارد مفهوم آنست که سرعت افزایش سن عقلی کمی بیش از سن واقعی است اگر سن عقلی و سن واقعی بطور متناسب افزایش یابند بهره‌وشی ۱۰۰ خواهد بود بهره‌وشی کمتر از ۱۰۰ نماینده آنست که افزایش سن عقلی کمتر از سن واقعی است .

تابلوهای زیر هوش افراد را بر حسب بهره‌وشی تعیین مینماید

۲۵- ۱	کوردهن
۵۰- ۲۵	کند ذهن
۷۰- ۵۰	کودن
۸۰- ۷۰	حد نصاب
۹۰- ۸۰	زیر طبیعی
۱۱۰- ۹۰	طبیعی
۱۲۰-۱۱۰	روی طبیعی
۱۴۰-۱۲۰	فوق طبیعی
بالعبر ۱۴۰	نزدیک نبوغ

آزمون ستانفورد بینه را افرادی (۱) گویند زیرا بایستی بکنفر را در هر بار تحت آزمایش قرار داد و با آزمون دسته‌جمعی (۲) فرق دارد بعلاوه آنرا آزمون حرفی (۳) نامند زیرا بیشتر از زبان و فهم مطلب استفاده می‌شود در حالیکه آزمون‌هایی که از بلوک، تخته سوراخ دار (۴) و غیره استفاده مینمایند بنام آزمون عملی (۵) موسومند .

1— Individual

2— Group

3— Verbal

4— Form board

5— Performance

ت - آزمون‌های هوشی

۱ - تعیین ارزش کلی

الف - بوسیله تعیین سن عقلی و بهره هوشی است که در بالا متذکر شدیم.

ب - آزمون وکسلر

این آزمون را داود وکسلر (۱) در بیمارستان روانی بلویو (نیویورک) برای تشخیص هوش افراد بالغ تنظیم نمود ولی بعداً در آن تغییراتی داده شد تا بتواند در مورد اطفال نیز بکار برند. هر دوی این آزمون‌ها شامل آزمایشهای حرفی و عملی بوده و آزمون وکسلر اطفال برای سنین ۵ - ۱۵ سالگی است ولی مانند آزمون بینه برای هر سال سئوالاتی ندارد و سئوالات تدریجاً مشکل میشوند این آزمون سن عقلی را تعیین نمیکند بلکه معین مینماید که فرد نسبت با افراد هم سن چه ارزشی دارد آزمون حرفی وکسلر بستگی با اطلاعات عمومی، فهم، ریاضی، حافظه و دائرةاللفات دارد و بیشتر مشابه آزمون‌های حرفی است. آزمون عملی عبارتست از ترتیب دادن بلوک‌ها و اتصال قطعات عکس و محتاج استدلال و درک است.

آزمون حرفی وکسلر اطفال بیش از آزمون عملی آن با آزمون ستانفورد - بینه ارتباط دارد البته باعث تعجب نیست زیرا در آزمون حرفی وکسلر اهمیت بسیاری به آن داده‌اند.

این آزمون هوشی انفرادی سن عقلی را بدست نمیدهد بلکه بهره هوشی را تعیین میکند و طوری تنظیم شده که حد متوسط بهره هوشی برای هر سنی ۷۰، ۹۰ و ۱۰۰ می‌باشد.

شخص ۵ ساله با بهره هوشی ۱۲۰ بطور کلی همانقدر از افراد ۵ ساله با هوشتر است که فرد ۲۵ ساله‌ای که دارای بهره هوشی ۱۲۰ باشد از

افراد ۲۵ ساله گرچه آزمون وکسلر وستانفورد بینه خیلی بیکدیگر نزدیکند ولی بهره‌های این دو آزمون را نمیتوان مستقیماً مقایسه کرد زیرا بهره‌های وستانفورد بینه نسبت رشد و پرورش است یعنی وضع دماغی و عقلی طفل را با سن واقعی مقایسه مینماید در حالیکه بهره‌های وکسلر در حقیقت نمره‌ایست که بیان میدارد یکنفر تا چه حد از افراد متوسط همسن عالینر یا دانی‌تر است.

۲ - آزمون‌های اختصاصی

آزمون‌های قبلی ارزش کلی هوش را می‌سنجند در صورتیکه بخواهیم زمینه و استعداد خاصی را اندازه بگیریم بایستی آزمون‌های خاصی بکار ببریم مثلاً برای تعیین سرعت واکنس یا منحنی خستگی ناپذیری. از آنجمله است آزمون اوسرتسکی (۱) که در اطفال برای سنجش قدرت تطابق در سکون و حرکت دست‌ها و غیره بکار میرود و آزمون بورل میسونی (۲) که برای آزمائش زبان است.

۳ - آزمون و استعداد

این قبیل آزمون‌ها بمنظور سنجش استعداد افراد در مورد انتخاب آنان برای تصدی حرفه‌های مختلف بکار میرود.

۴ - آزمون‌های شخصیت

آزمون‌های شخصیت معمولاً خلق و خوی و نحوه سازگاری و تطابق افراد را نشان میدهند البته این قبیل آزمون‌ها از نظر دقت اندازه‌گیری و علمی بودن اساس آن مانند آزمون‌های هوش نیست در آزمون‌های هوش معلوم

1— Oseretzky

2— Borel Misonny

است که قوای شعوری از چه تشکیل شده و چرا باید اندازه‌گیری کرد ولی در آزمون‌های شخصیت این امکان وجود ندارد زیرا برای اندازه‌گیری رفتار ضداجتماعی، درون‌گرایی، برون‌گرایی، احساس حقارت و غیره هیچگونه معیاری وجود ندارد چون رفتاری که در یک جمع و قوم ضداجتماعی به‌شمار می‌آید ممکن است در گروهی دیگر کاملاً مطبوع و پسندیده باشد.

الف - آزمون‌های مشخص یا آزمون ایزکتیو شخصیت (۱۱)

این قبیل آزمون‌ها بر اساس شرح حال کامل از بیمار، سئوالات و آزمون تصویری است در شرح حال وقایع دوران زندگی و وجود واکنش‌های مشابه تعیین میشود سئوالات موجب تمیز خصلت شده آزمون تصویری دفاع من، خلق و خوی و وضع اخلاقی را روشن میسازد در این آزمون معمولاً پرسشنامه، فهرست و سایر روس‌های اندازه‌گیری بکار میرود که در آن سئوالهای مشخصی میشود و از مقایسه جواب‌ها با مقیاس‌ها و جداول مشخص که برای هر آزمون تهیه شده است نوع شخصیت تعیین میشود.

مهمترین آنها آزمون مینسوتا (۱۱) است که شامل ۵۵ سئوال و جنبه‌های مختلف زندگی از قبیل سلامت کلی، حساسیت، عادات، طرز فکر راجع به امور جنسی، افکار مذهب، افکار اجتماعی، رابطه خانوادگی، عواطف، وسواس، ترس و ادراک غیرعادی، توهم و امثال آنرا در بردارد این آزمون وسیله بسیار خوبی برای تشخیص اختلالات روانی است و بدین وسیله میتوان افسردگی، هیستری، هیپوکندریا، سایکوپاتی، تعابلات مردی و زنی، پارانویا، شیزو فرنی و هیپومانیا را تشخیص داد.

افراد تحت آزمون بایستی سواد داشته باشند و مدت این آزمون قریب

یکساعت است.

ب - آزمون سازگاری بل (۱)

این آزمون مخصوص دانشجویان و دانش‌آموزان است و قسمتهای مختلفی از قبیل سازگاری در خانه، سلامت، سازگاری اجتماعی و سازگاری عاطفی را تعیین میکند این آزمون شامل ۱۴۰ سؤال است.

پ - آزمون مبهم یا آزمون تصویری (۲)

در این آزمون‌ها محرکین مبهم مانند لکه مرکب یا عکس‌های نامشخص و نامعلوم مورد استفاده قرار میگیرد و جواب‌ها مشخص نیست لذا پاسخ بیمار تعبیر خود او از محرکین مبهم است که بستگی با ناخودآگاه و تجربیات گذشته دارد و باین طریق اطلاعاتی از آرزوها، ادراکات، تجارب، تفکرات و دفاعهای خود را در اختیار میگذارد.

آزمون‌های مذکور در فوق که سطح هوشی را تعیین مینمایند هیچگونه اطلاعاتی درباره شخصیت و عوامل دینامیک و طرز رفتار نمیدهند برای دسترسی با عمق ضمیر باطن و پی بردن بمکنونات و اسرار درونی بیمار طرق مختلفی پیشنهاد کرده‌اند که بنام طرق تصویری (۳) معروفند زیرا شخص موقعیتها و محرکین را طبق میل درونی و علائم باطنی تعبیر و تفسیر مینماید و در محسوسات و افکار و فوای مخیله آثاری از آنها آشکار میسازد و وضع روانی خود را بخارج منعکس مینماید لذا واکنشهای انعکاسی مفرض ضمیر باطن و نماینده طرز سازمان و ساختمان شخصیت و عوامل دینامیک نهانی است این قبیل آزمون‌های تصویری کمک شایانی به فهم و درک اسرار درونی و تجزیه و تحلیل روانی نموده‌اند.

1— The adjustment inventory Bell

2— Projective tests

3— Projective

۱ - آزمون رورشاخ (۱)

رورشاخ روان‌پزشک سوئیسی بسال ۱۹۲۱ میلادی آزمونی که نه تنها مبین قوای عقلانی است بلکه اهمیت زیادی در کشف صفات شخصیت داشت تتبع نمود برای انجام این آزمون ده عدد کارت که بر روی هر یک عکسی که از تا کردن لکه جوهری از وسط بدست آمده و بنابراین دارای دو قسمت قرینه است اختصاص داده‌اند پنج عدد از این کارت‌ها برنگ خاکستری تیره و دارای سایه و روشن، دو عدد برنگ قرمز و خاکستری تیره و سه عدد الوان مختلف دارند این لکه‌های جوهر از نظر شکل و رنگ اشکال مختلف و متفاوتی را تشکیل می‌دهند. کارت‌های مزبور را یکی پس از دیگری بترتیب به بیمار ارائه می‌دهند بایستی از بیمار سؤال کرد که در این شکل چه می‌بینید و علت این تعبیر و تفسیر چیست. پرواضح است که بیمار بدون کمترین توجهی این لکه‌های بی‌معنی را بر حسب تصورات و تخیلات و تمایلات شخصیت خود بیان میدارد و اطلاعاتی در باره عادات، محسوسات، ناسازگاریها و قسمتهای مهم شخصیت در اختیار ما میگذارد. در این صور بی‌معنای لکه‌های جوهر، بیمار چیزهائی را می‌بیند و کشف مینماید که علامت مسائل و عوامل احساساتی شخصیت است و ممکن است درباره موضوعاتی از قبیل اشخاص مقتدر و یا افرادی که بیمار مایل است خود را مشابه آنها سازد، امیال و آرزوهای سرکوفته، عقاید او نسبت بزندگی، تمایلات جنسی و انحرافات و عوامل مخصوص مولد اضطراب، اطلاعاتی اظهار دارد و بدین طریق نه فقط روان‌پزشک قادر است بناسازگاریهای پنهانی و باطنی و علائمی که بیمار برای دفاع بکار برده پی‌برد بلکه با استعداد پنهانی شخصیت و قابلیت انعطاف بیمار واقف شود و در حقیقت طیب یک تصویر

روانی از شخصیت و آثار آن بدست می‌آورد باید جوابهای بیمار و سخنان ویرا با کمال دقت یادداشت نمود و سپس با جدولیکه بهمین منظور تهیه و تدوین شده و واکنشهای هرنوع شخصیتی را در آن متذکر شده‌اند مقایسه نمایند و نتایج آنرا ملاحظه کنند البته آزمون رورشاخ نمیتواند تعیین کند که چطور شخصیت بیمار بوضع فعلی درآمده‌است ولی سازمان و ساختمان پنهانی آنرا ظاهر ساخته و بدینطریق طرز رفتار بیمار را میتوان تعبیر و تفسیر کرد انجام این آزمون و بدست آوردن نتایج صحیح کاریست بس دشوار و باید بوسیله شخصی ماهر و حاذق انجام شود عده‌ای براین آزمون ابراد گیرند و انتقاد نمایند و شخصیت آزماینده را در تعبیر و تفسیر این قبیل آزمون‌ها مؤثر دانند.

۲ - آزمون تماتیک (۱)

دیگر از آزمونهای تصویری آزمونی است که موری (۲) استاد دانشگاه هاروارد بنام آزمون موری تماتیک پیشنهاد نموده اساس فرضیه او آنست که احتیاج بدرتخیل و تصور است و بدینطریق نیز خواسته‌است از طریق تصویری برموز داخلی و محتویات افکار بیمار پی‌برد در این آزمون بیست عدد کارت که بر روی هر یک عکسهائی داستان مانند تهیه نموده‌اند یکی را پس از دیگری ارائه میدهند بیمار باید با استفاده از قوای مخیله و تصورات خود حکایات و داستانهای برای هر یک از عکسها اظهار دارد و بیان نماید که این مناظر بچه طریق بوجود آمده و روابط اشخاصی که در عکس هستند با یکدیگر و محیط چیست و برای آنها چه اتفاقی افتاده‌است و نتیجه و عاقبت کار آنها چه خواهد شد معمولا بیماران خود را بجای یکی از عکسها قرار میدهند و همه چیز را از دریچه چشم خود و محتویات ضمیر باطن و افکار

1— Thematic (T.A.T.)

2— Murey

درونی مینگرند و بخوبی اطلاعاتی راجع بموقعیت، محرکین، استعداد، تمایلات، محرومیتها و ناسازگاریها در اختیار ما میگذارد و از خلال داستانهاییکه میبافند و عرضه میدارند میزان عقل و هوش و قسمتهای مختلفه شخصیت گذشته و فعلی را میتوان حدس زد درخاتمه باید سخنان بیمار را بدقت مطالعه کرد و از نتایج منطقی آنها بِنفع بیمار استفاده نمود.

۳- آزمون زوندی (۱)

این آزمون را زوندی روانشناس هنگری ابداع کرد و عبارت است از تعداد ۴۸ عدد عکس بیماران روانی که به شش دسته هشت عددی تقسیم کرده اند و شامل عکسهائی از افرادی با خصوصیات ذیل میباشد.

۱- هم جنس خواه (۲)

۲- معشوق آزار (۳)

۳- سرعی

۴- هیستریک.

۵- شیروفرنی نوع کاتاتونی.

۶- نوع افسرده ومانی سایکوز مانیاك دپرسیو.

در این آزمون بیماران معمولاً عکسهائی را انتخاب مینمایند که بآن علاقه مند و یا بشدت از آن متنفرند بمقیده زوندی انتخاب کارتهای زیادی از یکدسته نماینده آنست که بیمار تمایلات مشابهی دارد این امتحانات بسیار جدید و لازم است فعلاً مدتی مورد مطالعه و مذاقه قرار گیرد تا بتوان نسبت بآن اظهار نظر کرد زوندی این آزمون را برای تشخیص وضع شخصیت و کمک بدرمان و آشکارا ساختن وسائل دفاعی نهانی بکار برد وی بیش از

1— Zondi

2— Homosexuality

3— Sadism

سایر روان‌پزشکان امریکائی به‌عوامل سرشتی وارثی معتقد است و برای آنها سهم بسزائی در تعیین احتیاجات و تمایلات قائل می‌باشد.

۴ - آزمون عکس کشیدن (۱)

یکی از آزمون‌هایی که مورد توجه عموم واقع شده کشیدن عکس انسان است این فرض بر این اصل استوار است که بیمار افکار درونی خود را بر بدن منعکس می‌سازد برای انجام این آزمون باید از بیمار تقاضا نمود عکس انسانی بکشد سپس بوسیله سئوالاتی عقیده و نظریه بیمار را نسبت به آن تصویر و اهمیت خاص آن دریافت در حقیقت بیمار وجود خود را در آن عکس تصویر می‌کند و تمایلات و محتویات ضمیر باطن را بشکل اهمیت دادن بقسمتی از بدن و یا حذف و سهل‌انگاری در تصویر قسمتی دیگر منعکس می‌سازد ارتباط وصحت مشاهدات بالینی با نتایج حاصله از این آزمون موجب شده که این آزمون بسرعت عمومیت یابد و مورد قبول واقع شود و امروزه آنرا اغلب بعنوان مکمل آزمون‌های دیگر بکار می‌برند. طرق مختلفی که برای تعیین شخصیت متذکر شدیم اهمیت زیادی در تعیین اینکه آیا بیمار شخصیتی متکی و مطیع و فروتن دارد و احساس حقارت مینماید یا مبتکر و مغرور، بزرگ‌منش و متجاوز و متعرض می‌باشد دارد.

با ملاحظه شرح احوال و تاریخچه بیماری و آزمایشهای بدنی و آزمایشگاهی و روانی و آزمونهای مذکور در فوق، روان‌پزشک موفق خواهد شد که عادات و روابط او را با سایرین کشف نماید و مجدداً بساختمان و سازمان شخصیت پردازد.

۵ - آزمون اجتماع کلمات (یونگ) (۲)

1— Draw - a person test

2— Le test D'association de mots (Jung)

عبارتست از اینکه پزشك يك سری کلماتی را ادا کند و بیمار کلمه‌ای را که بلافاصله در ذهن خطور کند اظهار دارد هر اندازه کلمه گفته شده ارزش عاطفی بیشتری در نظر بیمار داشته باشد بیمار تمایل بیشتری دارد که بجای آن کلمات بی تفاوتی بگذارد در این حال زمان پاسخ دادن طولانی، یا جواب چند کلمه‌ای و یا کلمه بیربطی بکار میبرند یونگ اظهار میکند که خوبست این امتحان را تجدید کرد و از بیمار خواست که همان پاسخ‌های اولیه را بدهد و بدین ترتیب اختلال حافظه نیز مشخص میشود.

۶ - آزمون تکمیل جمله و فراز (۱)

چندین فراز ناقص به بیمار میدهیم تا تکمیل نماید.

۷ - آزمون تکمیل داستان (۲)

آزمون توماس (۳) برای اطفال و آزمون سرژان (۴) برای بالغین است.

۸ - آزمون کارهای هنری (۵)

آزمون طراحی آزاده، آزمون درخت، آدم، آزمون موزائیک (در مساحت

۳۰ × ۲۵ بایستی با سنگ های الوان طرحی رسم کند).

۹ - آزمون بندرگشتالت (۶)

این آزمون عبارتست از اینکه ۹ شکل هندسی را به بیمار نشان داده و پس از لحظه‌ای از بیمار بخواهید هر چه بخاطر دارد بگوید وضع و محل و صفحه و اندازه و سایر خصوصیات آن اشکال را سؤال کنید نظر باینکه این آزمون بر اساس بینائی است در مورد پاتولوژی عضوی مفید است.

1— Sentence completion test

2— Les tests de complements d'histoires

3— Thomas

4— Sergent

5— Tests de technique artistique

6— Bender - Gestalt test

۱۰ - آزمون تسدک (۱۱)

در این آزمون علاوه بر قضاوت اخلاقی بر اصول علمی، ارزش خوب و بد در افراد طبیعی و بیمارسنجیده میشود. در سایر آزمون‌های شخصیت واکنش شخصیت اندازه‌گیری میشود مثلاً در آزمون محرومیت روزنوبک (۲) معلوم میشود که آیا فرد محرومیت را بخوبی تحمل میکند و یا بشدت واکنش مینماید ولی معلوم نمیکند آیا محرومیت حاصله واقعی است یا خیر زیرا اگر کسی واقعاً مظلوم و افع ندهد چنین واکنشی صحیح است و طبیعی و در غیر آن چنین اعراضی صحیح نیست و این دو نفر را نباید یک طرز قضاوت کرد آزمون تسدک آزمایشی است که بهترین وجهی خوب را از بد و درست را از رما نمر میدهد و قضاوت واقعی انجام میگیرد.

۱۰ - معاینه بیماران غیر قابل دسترسی

بیمارانی که نمیخواهند و یا نمیتوانند با پزشک تماس گیرند اشکال بزرگی را در تشخیص و درمان پیش میآورند و اشخاص مبتدی تشخیص نمیدهند که حالات منگی را میتوان تشخیص افتراقی کرد و انواع آنرا از یکدیگر تمیز داد و یا بیماری که از سخن گفتن و مکالمه امتناع دارد و یا دیگری که از شرح و بحث نسبت به موضوعی خودداری میکند ندانسته و نخواسته نکات روانی مبهمی را فاش میسازند البته بایستی اعتراف کرد که معاینه و آزمایش این قبیل بیماران اغلب کاردشواری است ولی بهر حال روشی را که در زیر مینگاریم شاید در معاینه این قبیل بیماران راهنما و هادی خوبی باشد.

۱- وضع ظاهر، حرکات و طرز رفتار و واکنش بیمار .

پس از ذکر شرحی راجع بنکاتی که در قسمت وضع ظاهری بیمار نام بردیم باید درباره نکات ذیل تحقیق نمود .

آیا بیمار دارای شعور روشن است و واکنش و طرز رفتار بیمار نسبت بتعارفات معموله چیست . آیا با طبیب دست میدهد و بخودی خود حرف میزند. آیا بعضی از سئوالات را پاسخ میدهد و از جواب برخی از آنها خودداری مینماید آیا پاسخ سئوالات را با تکلم بیان میکند و یا سعی دارد با حرکت سر و لبها و نجوا مطالب خود را بیان دارد . آیا پاسخ سئوالاتیکه مربوط به خود او نیست میدهد و آیا اگر از پاسخ سئوالات امتناع دارد با ارائه قلم و کاغذ حاضر بتوشتن است .

آیا بیمار بنظر مشکوک و مظنون میآید و مضطرب است و آماده دفاع میباشد آیا توجهی دارد وبه محیط و اطراف خود دقت مینماید و آیا با خود زیر لب حرف میزند . وضع خلقی او چسان است آیا وضع قرار گرفتن او طبیعی و یا ساختگی و ظاهری است و سعی دارد وضع ناراحت خود را حفظ نماید و در برابر تغییر وضع مقاومت مینماید و آیا هنگام تغییر دادن وضع و حالت او عضلات اندامش شل و آزاد و یا منقبض و در حالت کشش میباشد . آیا از بیمار تقاضای حرکت دادن قسمتی از بدنرا بنمائید انجام میدهد و یا مقاومت و منفی گری میکند اگر بیمار را در وضع ناراحتی قرار دهیم چه عکس العملی نشان خواهد داد آیا او امر را اطاعت میکند و در برابر تحریکات دردناک بدفاع میپردازد باید تمام حرکات خود بخودی و ناگهانی بیمار را در نظر گرفت .

وضع لباس پوشیدن و غذا خوردن بیمار چطور است . آیا بیمار غذای خود را میخورد و یا باید با قاشق و لوله بوی غذا داد یا از خوردن در نزد اطرافیان خودداری میکند و چنانچه غذا را پهلوی او گذارند و بروند خواهد

خورد و با اینکه بکلی از غذا خوردن امتناع دارد آبا نسبت بنظافت و آرایش و مستراح رفتن توجهی دارد. آبا طرز تکلم و رفتار بیمار ثابت است و با متغیر و ناپایدار است و این تغییر در تحت چشم‌رابطی انجام میشود.

۴- قیافه

آبا قیافه بیمار افسرده و محزون و چین‌برجین دارد و ترنر و نسی مینماید. عبوس و غضبناک است. بیمناک و نگران و مواظب و مراقب است با آرام و ملایم و منین. آبا بی‌حالی و سستی، بی‌اعتنائی، بی‌علاقگی، بهت و مانی و با آثار عدم رعایت و بی‌زاری و غم ارسیمای وی هویدا است آبا وضع قیافه و جسمی بیمار ثابت و پایدار است با ثبات و متغیر میباشد و آبا منجم و حداث و حوت‌حال بنظر می‌آید و با افسرده و اناک‌الوداست تغییرات خلقی بجه طریق و درجه موقعیتهایی بوجود می‌آیند آبا در انجام اعمال و حرکات طبیعی و عادی است و با شکلک و ادا و اطوار در می‌آورد و در انجام کارها بک شبوه خو گرفته و عادت ثانوی پیدا کرده است آبا طرز نگاهش عادی و طبیعی است و با گاهی پنهانی و با عجله با ظراف نظاره میکند آبا با ذکر اسامی فامیل و با صحبت و بحث درباره موضوع بخصوصی تغییر قیافه میدهد و اکتش او نسبت بدیدار و ملاقات افراد فامیل چیست.

۲- فهم تکلم

از بیمار نخواهد که با علامات و اشارات بسئالات جواب دهد و با بنویسد دستورات عجیب و غریب داده با او برخاستن کنید، آهنگ و طرز برخورد خود را با او تغییر دهید.

در بیماری که سخن نمیگویند باید بدو مطلب توجه داشت.

۱- شاید بیمار اصولاً قادر بتکلم نیست.

۲- عمداً سخن نمیگوید.

- ۳ - بیمار حرف نمیزند که آنرا سکوت نامند .
- ۱ - در این حال بیمار دچار ضایعه و اختلال دستگامه تکلم است .
- الف - تکلم را نیاموخته مانند کورذهن و یا بیماران کرولال
- ب مبتلا به آفازی است مخصوصاً نوع بروکا ممکن است با سکوت ، شوخی یا ماتی هیجانی (۱) اشتباه شود .
- ۲ - بیمار عمداً سخن نمیگوید .
- الف - بواسطه شك و تردید مانند اغلب بیماران پارانوئیا که از قیافه آنان آشکاراست .
- ب - تمارض که در اینصورت رفتار ضد و نقیض در بیمار مشهود است .
- ۳ - سکوت
- الف - شدت سکوت
- ۱ - مطلق یا نسبی است
- ۲ - مداوم یا منقطع
- ۳ - توأم با نخواندن خط است
- ب - نوع سکوت
- ۱ - بیمار هوشیار است ظاهری متناسب، درك موقعیت دارد، از قیافه و حرکات هویدا است که آنچه باو گویند میفهمد، توجه بزمان و مکان دارد و با محیط تطابق میکند . گاهی نیز رفتارش با ادا و اطوار، متبسم و با قیافه میفهماند که مایل نیست صحبت کند . زمانی نیز قیافه‌ای مضموم و متفکر بخود میگیرد یا روی کاغذ مینویسد و با حرکات دست حرف میزند .
- ۲ - بیمار اختلال شعور دارد از قیافه، نگاه و وضع بیمار معلوم است که کم و بیش گیج و گم است سکوت بعلت منگی و مطلق نیست گاهی زیر لب

صحبت میدارد و اختلال دقت و عدم توجه به معاینه وجود دارد .

پ - علت سکوت

۱ - چنانچه توام با اختلال شعور باشد ممکن است بعلت منگی که در موارد زیر دیده میشود باشد .

الف - بهت روانی که در این حال بیمار جدوجهدی برای جواب میکند و در زیر لب زمزمه مینماید در این حال باید متوجه صرع بود .

ب - وقفه و رکود مغزی مانند بیمار ملانکولی که در بحر تفکرات خویش غوطه و راست از درد اخلاقی عمیق و شدید دررنج است و قادر بر واکنش نمیشد صدایش ضعیف و خفیف، از خود ناراضی و خود را مقصر میداند و خواهان مرگ است .

پ - سد (۱) این بند آمدن توام با عدم هماهنگی رفتار و ناجوری است این چنین بیماری، منفی گر و بجای جواب دندانها را بهم میفشرد . بدیده های روانی حرکتی دارد و دچار بحرانهای ناگهانی خنده میشود یا اعمال ناگهانی انجام میدهد این قبیل بیماران ممکن است زیر لب زمزمه نمایند . گاهی بعکس ادا، و اطوار دارند .

۲ - سکوت بعلت زوال عقل

بیمار آرام و بی سرو صدا است با خنده اطرافیان میخندد، قیافه و اعمال آنانرا تقلید میکند (۱) - چیزی را از جانی برداشته بجای دیگر میگذارد و از محلی برخاسته و در جای دیگر مینشیند و قتی بخواهید توجهش را جلب کنید اشتغالات دیگری دارد مثلا خمیازه میکشد، بینی بالا میکشد و در چنین موردی باید به بیماریهای فالج مترقی توام با علائم عصبی، زوال عقل پیری، (سن بیمار)، بیماری پیک (تاریخچه و آنسفالوگرافی گازور) توجه داشت و

بالاخره دمانس پرکوس را نباید از یاد برد .

۲ - اگر سکوت با هوشیاری توأم باشد

الف - ماتی هیجانی (بی صدائی هیستریک) این موتیسم آغاز و

پایانش ناگهانی، چون هنرپیشه‌ای بازی میکند و بر کاغذ مینویسد .

ب - سکوت تفریحی مانند سکوت بیماران مانیاک که با ادا و

اطوار وزیر لب آواز خواندن توأم است .

پ - سکوت هذیانی که ممکن است باشکال زیر دیده شود .

۱ - سکوت بواسطه توهمات آمرانه که از قیافه بیمار آثار ترس و

وحشت آشکار است علت هذیان مزمن یا شیذوفرنی است .

۲ - سکوت توهمی که در این حال بیمار چنان غرق در عالم توهمی

است که با اطراف توجهی ندارد .

۳ - سکوت هذیان بزرگ‌منشی که در این حال بیمار با دیده تحقیر

مینگرد علت هذیان مزمن یا شیذوفرنی است .

معاینه بوسیله نارکوآنالیز (۱)

معاینه بوسیله داروهای خواب آور (۱)

اگر بعضی از قبیل عدم تکلم و اشکال در تماس نتوان

اطلاعات کافی از بیمار بدست آورد لازم است بدین وسیله متشبث

شد و از بیمار کسب اطلاع نمود بدین منظور انواع مختلفی از داروهای

باربیتوریک را بکار می‌برند یکی از این داروها بنام سدیم امیتال (۲) از سایرین

مفیدتر و برای این آزمایش مناسب‌تر است محلول ده درصد آنرا تدریجاً

داخل وریدی تزریق مینمایند تا اینکه بیمار خواب آلود گردد ولی نبایستی

بحال منگی افتد معمولاً پس از تزریق ۱ - ۱/۵ گرم هنوز بیمار قادر است به

سئوالات پاسخ دهد در اینحال که بیماربین خواب و بیداری است و سطح شعوری پائین افتاده اعمال مهاری و ممانعت کننده آزاد و امیال فرو نشانده شده و متضاد در سطح شعور آگاه خود نمائی مینمایند لذا با سئوالات میتوان به محتویات درونی بیمار پی برد از این دارو نیز در مورد بیمارانی که در تماس هستند ولی از دادن اطلاعات در موضوعات خاصی خودداری مینمایند میتوان استفاده نمود و همچنین برای درمان نیز آنرا بکار میبرند چون مقادیر زیاد این دارو ممکن است موجب نزول فشار خون و کاهش تعداد تنفس گردد بهتر است همواره افدرین و پیکروتوکسین در دسترس داشت باید از بکار بردن این قبیل داروها در بیماران مبتلا بضایعات عضوی مغز و مسمومیتها خودداری نمود زیرا داروهای خواب آور اطلاعاتی در این قبیل بیماران بعا نمیدهند.

تشخیص

مجموع معاینات و آزمایشهای مذکوره بالاخره پزشک را قادر میکند که بتواند اختلالات شخصیت و علت طرز رفتار را درک کند و از نظر طب قانونی همین معلومات کافی است ولی برای درمان و تجدید ساختمان شخصیت محتاج بدانستن مسائل و مشکلاتی است که منجر بنجریه و اختلال شخصیت و توسل بوسائل دفاعی غیر اجتماعی شده است بنابراین باید پزشک پس از تجزیه بترکیب و سازمان دادن پردازد و علل روانی که موجب اختلال شخصیت شده اند از بین ببرد و باید تمام عوامل سرشتی بدنی، عصبی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و روانی و اطلاعات مکتسبه از شرح حال و تاریخچه بیماری و جوابهای آزمایشگاهی و امتحانات روانی را در نظر گرفت و آنها را تجزیه و بانشکال ساده تری تقسیم کرد ناگفته نماند که برای تشخیص صحیح کافی نیست که وضع و زندگی بیمار را در مدتی معین و محدود تحت مطالعه

قرار دهیم بلکه لازم است تمام دوران زندگی بیمار را تحت مذاقه قرارداد و نباید تنها به پیدا کردن علائم بپردازیم بلکه لازمست علل و موجبات و موانعی را که منجر باختلال روانی شده‌اند نیز بطور دقیق بررسی کنیم .

باین طریق ملاحظه خواهیم کرد که مدتها قبل بیمار بوسائل دفاعی در صدمبارزه و دفاع در برابر ناملایمات واضطرابات برآمده و بالاخره باید ارتباطی بین علائم و طرز رفتار بیمار یافت و بدین طریق دورنمای تصویری از شخصیت و فرمول دینامیکی که با زندگی بیمار تطبیق نماید بدست می‌آوریم .
از آنچه در این فصل متذکر شدیم بخوبی استنباط میشود که طرز تشخیص بیماریهای روانی کاملا مشابه طب داخلی است که با تحقیق و مطالعه شرح حال و معاینه اعضاء مختلفه و طرز عمل آنها پزشک موفق میشود بعقل و موجبات بیماری پی برد روان پزشک نیز با مطالعه کامل شخصیت و در نظر گرفتن آنچه که در این فصل بطور تفصیل شرح دادیم بتشخیص اصل و مبداء بیماری و علل مولده آن از نظرات و دینامیک و قوف باید در قسمت ژنتیک باید عوامل سرشتی که در ایجاد مقدمات شخصیت دخالت دارند و نیز هر آنچه مولد اضطراب و ساختمان و سازمان شخصیت را مواجه با اشکال نموده و در سیر تکاملی دچار وقفه و عدم رشد کرده است در نظر گرفت و در قسمت دینامیک باید طرق و روشی را که بیمار ناخود آگاهانه برای اداره نمودن و مهار کردن اضطراب و مشکلات و افزایش حس مناعت طبع بکار برده مورد توجه قرارداد و اثر روانی را در ایجاد صفات و خصوصیات شخصیت بررسی کرد .

بالاخره با در نظر گرفتن طرز رفتار و واکنش عمومی بیمار که نتیجه عوامل ژنتیک و دینامیک میباشد باید بیمار را طبق طبقه بندیهای موجوده دسته بندی نمود و بدین طریق راه روش درمان و سیر و پیش آگهی بیماری را تعیین کرد .

در درمانگاههای بیمارهای روانی که اغلب اطباء متخصص سا بر شصت
 صب بیتریک ماسی مینمایند باید مجموع اطلاعات حاصله را جمع آوری
 کرد و از حلاسه و سایر آنها اختلال روانی را تشخیص داد.

معاینات بعدی

ببینی نه با به گرفت سرح حال او بیمار و اموات آنها کرد و دیگر بیمار
 را در بونه فراموشی گذارد بلکه لازم است همه روزه تحت نظر و مراقبت فرار
 داد و وقایع تازه و علامت جدید را یادداشت نمود و نه مجبران بدنی توجه داشت
 در بیمار را مرتباً گرفت و محسوس ابرار رسد نمود و بدین ترتیب سرح حال
 اولیه را تکمیل کرد.

پوشکی قانونی

پس از معاینه و تهیه سرح حال کامل صلاح است به پرونده منهد مراجعه
 کرد و مجدداً و برا تحت معاینه فرار داد طبیب ساسی اربافتههای دیگران
 بجه گیری معاینه بنکه باید خود از پرونده استساج معاینه و در صورت لزوم
 به ارباشان لایرانواری و ارمونها پردازد.

نمونه‌ای از طرز تهیه شرح حال بیمار

در پاسخ به سئوالات در صورت مثبت بودن زیر سئوال مربوطه خط بکشید .

- معرف :
- نام :
- تاریخ مراجعه :
- شماره بیمار :
- تاریخ ترخیص :

۱- معرف

نام	شهرت	نسبت
مدت زندگی یا معاشرت با بیمار	آیا صریح، فوری، بی‌تردید	

پاسخ میدهد یا در پاسخ از ذکر پاره‌ای مطالب خودداری میکند، آیا در گفتار راستگو بنظر می‌آید و یا در این معرفی نظری خاص دارد؟

نشانی معرف :

۲- علت مراجعه :

۳- مشخصات بیمار: نام ،	پدر	سن
آخرین شغل	شروع بیماری	

۴- بیماریهای خانوادگی : آیا در خانواده بیمار امراض ذیل وجود داشته ؟

بیماریهای روانی ، صرع ، اعتیاد به الکل ، افیون ، هروئین ،

عصبانیت ، نقص عقل ، انحرافات جنسی ، اقدام به خودکشی ، دیگرکشی . سقط .

۵- سوابق بیمار :

آیا زایمان زیاد بطول انجامیده؟ محتاج فورسپس شده؟ سیانوزه
و در حال خفگی نوزاد بدنیا آمده؟ نقص عضو مادرزادی، موقع تولد بیمار
بوده . آیا با شیرمادر، دایه، مصنوعی تغذیه شده؟ آیا در دامان مادر، دایه
شیرخوارگاه، پرورشگاه، نامادری ، ناپدری پرورش یافته؟
آیا پستان مادر را با حرص و ولع میگرفته؟

سن ظهور اولین دندان :

سن برآه افتادن :

سن ادای اولین کلمات :

آیا به مکیدن یا پستانک عادت داشته؟

سن رفتن به توالت :

آیا در مورد رفتن به توالت تنبیه شده؟

بیماریهای دوران کودکی :

چندمین طفل خانواده؟

والدین به وجود او علاقه مند بوده اند یا طفلی ناخواسته بوده؟

آیا از نظر جسمی رشدش مانند سایر هم سنها بوده؟

آیا از نظر دماغی رشدش مانند سایر هم سنها بوده؟

طفل بکدام يك از والدین بیشتر متکی بوده؟

آیا شخصیتی برای وی قائل بوده اند؟

آیا خاطرات دوران طفولیت توأم با فرح و نشاط یا تلخ و ناگوار بوده؟

عکس العمل بیمار در برابر تولد سایر برادران و خواهران :

تنبیهات :

وقایع ناگوار و تلخ

آیا خانه مامن و ملجاء بوده ؟

آیا کثرت نظم و ترتیب در کار، خست و امساک، خودسری و لجاجت دارد ؟

آیا بیمار دیرباور و متحمل یا مفرور و از خود راضی است ؟

در برابر ناملایمات چه نوع واکنشی میکند؟ سکوت و تحمل و تسلیم یا طغیان و مبارزه ؟

آیا کناره گیر، ترسو ، خجول است ؟

آیا به افکار واهی و خیالی خوش و سرگرم است ؟

آیا ظالم، متمرّد، حسود، بی اعتناء، متلون، تحریک پذیر فوق العاده حساس،

متجاوز، متواضع است ؟

بازیهای مورد علاقه :

چه اشخاصی را سرمشق قرار داده ؟

آیا در امور رعایت حزم و احتیاط رامی کند؟

چه لقبی برای خود انتخاب کرده ؟

آیا دارای علائم عصبانیت از قبیل مکیدن انگشت، ترس و خوف شبانه ،

تشنجات، لکنت زبان، کج خوئی ، بی اختیاری پیشاب است ؟

آیا در غذا خوردن حریص است یا باید به او خوراند ؟

آیا دروغگو، دزد، لغزشکار است ؟

چیزهای مورد علاقه و آرزوهایش :

۶- سوابق خانوادگی :

آیا خانواده محیطی گرم و پرمحبت بوده یا محل منازعه و فساد، والدین

مستبد، ضعیف‌النفس، نظم و ترتیب‌ندید، مراقب طفل یا غافل، از نظر مادر طفل منشا دوام زندگی بوده یا متلاشی‌کننده خانواده؟
 آیا روابط بین افراد خانواده توأم با صمیمیت بوده؟
 توانائی مالی خانواده:

وضع اخلاقی و مذهبی خانواده:

نظر و واکنش خانواده نسبت به موضوعات جنسی و سنوالات مربوطه:
 نوع دوستان فامیل:

۷- سوابق تحصیلی:

سن ورود به کودکستان و شمه‌ای از احوال:

دبستان

دبیرستان

دانشکده

آیا ترک تحصیل کرده و چرا؟

بکدامیک از دروس بیشتر علاقه‌مند بوده‌است؟

۸- سوابق شغلی:

انواع مشاغل و علت تعویض و مدت بیکاری:

حقوق فعلی:

آیا مایل به کار است؟

آیا مقصد یا اسرافکار است؟

۹- سوابق طبی:

جراحات و صدمات و آثار باقیمانده

سل، سیفیلیس، تشنجات، حملات صرعی.

وجود بیماری روانی قبلی و شرح مختصری از آن:

اعتیادات و مسعومیتها :

بیماریهای مزمن بدنی :

معایب و نواقص مادرزادی ، طرق انتخابی برای جبران :

۱۰- سوابق روانی جنسی :

متکی به والد جنس مخالف :

آیا جلق میزده، و احساس گناه میکرده ؟

آیا تعایل به جنس موافق یا مخالف داشته ؟

آیا نسبت به موضوعات جنسی بی پرده سخن میگوید ؟

آیا در پاکدامن جلوه دادن خود مصراست ؟

آیا عنین است ؟

آیا روابط جنسی و آبستنی نامشروع داشته ؟

۱۱- سوابق زناشوئی :

قبل از ازدواج بچه طریق از نظر جنسی اقناع میشده است ؟

سن ازدواج :

بهنگام حاملگی دچار وبار میشد ؟

آیا ازدواج از روی کمال علاقه طرفین بوده ؟

میزان خوشنودی از رابطه جنسی :

سهم مادرزن و مادرشوهر در زندگی

آیا سقط نموده ؟

واکنش آنها نسبت به طفلی که مایل به دارا بودن نبوده اند :

علت نداشتن اولاد و طرز واکنش آنان:

ناسازگاریها، جدال، متارکه :

۱۲- ظرفیت تطابق :

میزان تطابق با فامیل، همکاران، رؤسا

آبا سمپاتیک و معاشرتی است ؟
 نوع و جنس رفتار و مقام اجتماعی آنان :
 سوابق و لگردی، کج‌خوئی و نوع تنبیهات :
 عقیده بیمار نسبت به والدین و خاطرات وی :
 عقاید بیمار نسبت به اجتماع :

۱۲- فعالیت :

آبا فعال است یا تنبل ؟
 تفریحات موافق بیکاری :
 عقیده او نسبت به مذهب :
 عقیده وی نسبت به ورزش :
 برحرف باخموش ؟
 موقعیتها و محرومیت‌های شغلی :

۱۱- صفات مشخصه شخصیت :

آبا خلقی نوسانی دارد ؟
 آبا به همه چیز خوشبین، مطمئن، محزون، غصه‌خوره، ترسو است :
 آبا متکی به دیگران است ؟
 متظاهر، ساکت، بی‌پروا، رک‌گو، خوددار، دوراندیش، خجول، پررو، ایراد
 گیر، اغماص‌کن، باسخت‌گو، خسیس، امین، ریاکار، مطمئن، زودرنج، مباحثه
 جو، لجوج، خودسره، منظم و دقیق، مغرور، زودخشم، بردبار، متعصب و
 غیرقابل انعطاف، قبول مسئولیت می‌کند یا شانه‌خالی مینماید؟ احساس
 حقارت، خیالباف، بدله‌گو و شوخ، در برابر سداوند زندگی مقاومت میکند
 یا حاضر به شکست است، آبا از حقایق ظفر می‌برد و با درمقابله چه طرفی

انتخاب میکند؟

هدف او در زندگی :

مختصری از احوالات بهنگام عدم کنترل احساساتی :

۱۵- علل بیماری :

- ۱- ارث
- ۲- الکل
- ۳- عفونتها
- ۴- داروها
- ۵- اختلالات غددی
- ۶- معایب و نواقص بدنی
- ۷- کمبود ویتامین و غذا
- ۸- بیماریهای مغزی
- ۹- ضربه
- ۱۰- بیماریهای بدنی
- ۱۱- سوء رفتار والدین
- ۱۲- محرومیتها
- ۱۳- عوامل تربیتی، اجتماعی و مذهبی
- ۱۴- سوء رابطه بین فردی
- ۱۵- وضع محیط
- ۱۶- امیال بر بادرفته زندگی جنسی و عشقی
- ۱۷- وضع زندگی داخلی
- ۱۸- وضع اقتصادی
- ۱۹- وضع اجتماعی

۱۶- بیماربهای فعلی :

تاریخ شروع

تعبیرات حاصله در خلق و تعابلات:

: طرز رفتار

: لباس پوشیدن و نظافت

: عادات و رسوم اجتماعی

: میل به کار و فعالیت

: دقت

: تکلم

: حافظه

: قضاوت

: طرز غذاخوردن

: آثار نگرانی و انقلاب داخلی

: اما تعابیل بذكر كلمات و اصطلاحات خاصی دارد :

: تعابیل به خودکشی با دیگرکشی :

۱۷- معاینه بدنی :

دستگاهها :

۱- اعصاب

۲- گوارش

۳- تنفس

۴- قلب و عروق

۵- تناسلی و ادراری

۱۸- معاینه روانی :

- ۱- طرز ورود، قیافه، علائم اضطراب (پریدگی رنگ، عرق دست و پیشانی، بی‌قراری، هیجان، اتساع مردمک، قابلیت تحریک) :
- ۲- طرز لباس پوشیدن، راه رفتن، اطوار، علائم تمایل به مشابهت با جنس مخالف :
- ۳- آیا باسانی میتوان با او تماس گرفت :
- ۴- بی‌پروا، حالت تدافعی، مظنون، مفرور، متجاوز، متواضع، آمرانه، حس حقارت، ایرادگیر .
- ۵- میزان همکاری با پزشک :

Consciousnes

۱۹- آگاهی و شعور :

Confusion

۱- بهت

Clouding of Consciousnes

۲- ابرگرفتگی

Delirium

۳- سرسام

Fugue

۴- گریزبائی

Stupor

۵- منگی

۲- خلق :

شادی

Euforia

۱- خوشی

Elation

۲- سرخوشی

Exaltation

۳- وجد

Ecstasy

۴- جذب

افسردگی :

Tension	۱- فشار
Anxiety	۲- اضطراب
Panic	۳- وحشت
Inadequate Affect	۴- عاطفه غیرمکفی
Inappropriate	۵- عاطفه نامناسب
Ambivalent	۶- عاطفه ضد و نقیض و دو جهتی
Dipersonalization	۷- تجزیه شخصیت
Apathy	۸- بی‌اعتنائی

Conation ۲۱- اراده :

Mutism	۱- خاموشی و سکوت
Suggestibility	۲- ازدیاد تلقین پذیری
Abouli	۳- بی‌ارادگی
Negativism	۴- منفی‌گری
Impulsion	۵- انگیزه آنی

۲۲- فعالیت :

آیا دارای فعالیت خودبخودی است یا واکنشی ؟

- ۱- ازدیاد فعالیت
- ۲- کاهش فعالیت
- ۳- عدم فعالیت

۲۳- تفکر :

Realistic ۱- افکار حقیقی

Dereistic	۲- افکار کاذب تولید فکر :
Mentisme	۱- مانتیسم
Automatisme mental	۲- خودکاری دماغ
Flight of Thought	۳- پرش افکار
Retardation	۴- کندی افکار
Perseveration	۵- تکرار بی اراده جریان فکر :
Cirumstantiality	۶- اطناب
Incoherence	۷- تداخل
Blocking	۸- توقف
Over determined Thoughts	۱- تمایلات مؤکد
Delusion	۲- هذیان
Suicidal Thoughts	۳- افکار خودکشی
Hypochondria	۴- هیپو کندریا
Obsessions	۵- وسواس
Phobia	۶- ترس محتویات افکار : هذیان الف - غیر دستگاهی ب - دستگاهی :
Grandiosity	۱- بزرگ منشی
Self accusation	۲- اتهام بخود
Persecution	۳- استمایدگی

Idea of reference	۴- بخودنسبت دادن
Depressive	۵- افسردگی
Perception	۲۴- درك و احساس :
	الف - اشتباه حسی
	ب - توهمات
	۱- شنوایی
	۲- بینایی
	۳- چشایی
	۴- لمس
	۵- بویایی
	۶- حرکتی
	۷- جنسی
	۲۵- حافظه :
Registration	الف - فراگیری
Retention	ب - نگاهداری
Recall	ج - یادآوری
Hypermnnesia	۱- شدت حافظه
Amnesia	۲- فراموشی
Paramnesia	۳- خاطرات کاذب
Rerospective falsification	۴- تحریف گذشته
Deja - Vu	۵-
Jamais - Vu	

- ۲۶- دقت :
- Voluntary ۱- دقت ارادی
- Involuntary ۲- غیر ارادی
- ۲۷- منطق و استدلال :
- ۲۸- قضاوت :
- ۱- دیگران و دیگر چیزها
- ۲- خودآگاهی
- ۲۹- تصور و تخیل :
- ۳۰- تداعی معانی
- ۳۱- اختلال جهات یابی
- ۳۲- دایره اطلاعات
- ۳۳- سیکومتری
- ۳۴- تستهای شخصیت :
- ۱- تصویری
- ۲- غیر تصویری
- ۳۵- نارکوآنالیز -
- ۳۶- روان کاوی

فصل یازدهم

ضمائم جلد اول کتاب روان پزشکی

۱ - فهرست مندرجات

پیش گفتار
بخش یکم
فصل اول
تاریخچه روان‌پزشکی

۱	روان‌پزشکی
۱۴	روان‌پزشکی در ایران
	فصل دوم
	روان‌پزشکی و روح
۱۸	تعریف روان‌پزشکی
۲۰	روح چیست
۲۰	عقیده قدما
۲۰	عقیده یونانیها
۲۱	عقیده افلاطون
۲۱	عقیده ارسطو
۲۱	عقیده دکارت
۲۱	عقیده سقراط
۲۲	عقیده واتسون
۲۴	مراحل روانی
۲۵	تروپسم

۲۶	انعکاسی
۲۶	غریزی
۳۲	غرایز طبیعی
۳۲	گرسنگی
۳۲	تشنگی
۳۲	خواب
۳۳	اختلال خواب
۳۴	اعمال بدنی هنگام خواب
۳۶	علت خواب
۳۹	جنسی

فصل سوم

مکتب‌های روان‌پزشکی و روان‌پزشکی دینامیک

۴۳	مکتب کرپلن
۴۵	مکتب زاکسون
۴۶	مکتب ورنیکه
۴۷	مکتب سایکوبیولوژی
۴۹	مکتب روانکاوی
۴۹	نظریات مسمر
۵۰	نظریات شارکو
۵۰	نظریات برنایم
۵۱	نظریات ژانه
۵۲	نظریات آدلر
۶۳	نظریات یونگ
۶۵	نظریات فروید

۶۷	فرضیه‌های تجزیه و تحلیل روانی
۶۸	نظری به عقاید فروید
۷۳	آگاهی و شعور
۷۴	مناطق وسطوح شعوری
۷۴	شعور تاریک
۷۵	شعور روشن
۷۶	شعور نیمه روشن
	نظریات باروک
۸۰	مکتب پاولف
۸۲	رفلکس شرطی
۸۳	وقفه
۸۵	فرضیات فروید و رفلکس شرطی
۸۶	مکتب اگزیتانیالیست

فصل چهارم

اعمال بعضی از نقاط ویژه قشر مغز

۸۹	لب‌های مغز
۹۱	نواحی حسی اولیه
۹۱	نواحی حسی ثانویه
۹۲	لب تامپورال
۹۳	لب پره فرونتال
۹۳	لب فرونتال
۹۵	عمل ارتباطی قشر مغز
۹۶	نالاموس
۹۷	تفکر ، حافظه ، یادگیری و هوشیاری

۱۰۰ یادگیری و انعکاس شرطی

فصل پنجم

مطالعه طرز رفتار

۱۰۳ محرکین و احتیاجات

۱۰۳ طرز رفتار غیر عادی

۱۰۴ محرکین و انگیزه‌های طرز رفتار

فصل ششم

ساختمان و سازمان شخصیت

۱۰۷ تعریف

۱۱۶ ساختمان شخصیت

۱۱۶ اید

۱۱۷ ایگو

۱۱۸ سوپرایگو

۱۲۰ فرضیه تجزیه و تحلیل نمو شخصیت

۱۲۰ مرحله دهانی

۱۲۰ دوران کودکی

۱۲۱ اتکا، بمادر

۱۲۳ حمله و تعرض

۱۲۴ جنسی

۱۲۴ ایگوی بدنی

۱۲۵ درک بدنی

۱۲۶ مرحله مقعدی

۱۲۸ دوران طفولیت

۱۲۹	مرحله جنسی
۱۳۲	اجتماعی شدن
۱۳۲	مرحله پنهانی
۱۳۳	دوران جوانی
۱۳۳	مرحله تناسلی
۱۳۵	دوران بلوغ
۱۳۵	مسایل دوران بلوغ
۱۳۷	عوامل مؤثر در واکنشهای عاطفی
۱۳۷	محیط اولیه
۱۴۰	تشکیل شخصیت طبق نظر مکتبهای مختلف
۱۴۰	شارلوت بوهرلر
۱۴۱	گسل
۱۴۲	والن
	شخصیت از نظر سایکوفیزیولوژی ،
	سایکوپاتولوژی
۱۴۴	اخلاقی و اجتماعی
۱۴۵	عقاید عمومی و مشاهدات بالینی
	طبیعی
	مرضی
۱۴۶	اختلالات عصبی و ناراحتیها در اختلال شخصیت
۱۴۶	تغییرات شخصیت
۱۴۸	شخصیت‌های چندگانه
۱۵۰	تجزیه شخصیت بدنی
۱۵۱	نوروز شخصیت
۱۵۴	شخصیت و دستگاه عصبی

۱۶۶	رشد و پرورش شخصیت
۱۶۷	عوامل اجتماعی و اخلاقی شخصیت
۱۶۸	مصالح و ادوات شخصیت
۱۷۱	نتیجه
۱۷۲	مختصری درباره رشد و نمو زندگی روانی
۱۷۲۷۲	رشد جنین
۱۷۳	رشد بعد از تولد
۱۷۸	ساختمان بیولوژی شخصیت
۱۸۱	پیک نیک
۱۸۱	لپتوسوم
۱۸۲	آتلتیک
۱۸۲	دیسر پلاسینیک
۱۸۳	نوع اندومورفی
۱۸۳	نوع مزومورفی
۱۸۳	نوع آکتومورفی
	افراطی روانی
۱۸۴	درون‌گرا
۱۸۵	برون‌گرا
۱۸۵	سایر انواع

فصل هفتم

پدیده‌های سازشی و مکانیسم‌های دفاعی

۱۸۷	محرومیت داخلی
۱۸۷	کشمکش داخلی
۱۹۱	انواع مکانیسم‌های سازشی

۱۹۲	زبان و ارتباط
۱۹۴	درک و تفکر
۱۹۵	شعور
۱۹۶	فاننازیهای مراحل اول زندگی
۱۹۶	مهار فاننازی و بصورات
۱۹۸	ناسازگاری و تضاد
۱۹۹	اضطراب
۲۰۰	سرکوبی
۲۰۴	عقده
۲۰۵	رباگتن فرمیشن
۲۰۶	انطباق یا همانندسازی
۲۰۷	انتقال
۲۰۸	امپانی
۲۰۸	درون فکنی
۲۰۹	برون فکنی
۲۱۱	هدیان و برون فکنی
۲۱۱	نوهیات و انتساب
۲۱۲	عقاید بخود نسبت دادن
۲۱۲	محرکین و برون فکنی
۲۱۳	انکار
۲۱۳	جبران
۲۱۵	جبران مشدد
۲۱۶	ترجیه
۲۱۸	جانشینی