نشریه انجمن روانپزشکان استان اصفهان
فصلنامه / بهار ۱۳۸۹

این نشریه به طور رایگان برای جامعه روانپزشکی کشور ارسال می گردد.
شماره دریافت پیامک های شما: ۷۳۳۷- ۳۱۹-۰۹۱۳
آدرس جدیدخبرنامـــه: اصفهان، میـــدان امام حســـین (دروازه دولت)، خیابـــان بـــاب الرحمه، ســـاختمان ســـمس، طبقـــه دوم، واحد D۳

... آن خطاط،
سه گونه خط نوشتی:
یکی او خواندی، لاغیر!
یکی را، هم او خواندی،
هم غیر!
- یکی، نه او خواندی، نه غیر او!
آن [خط سوم] منم! ...
شمس تبریزی

انجمن علمی روانپزشکان ایران
شاخه اصفهان

هیأت مدیره انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان
رئیس: دکتر مرتضی واعظی
نایب رئیس : دکتر صفا مقصودلو
دبیر انجمن: دکتر سید محمد مسعود ازهر
دبیرعلمی: دکتر حمید افشار زنجانی
خزانه دار: دکتر غلامرضا بارانی
بازرس: دکتر فرزانه رجایی
اعضاء علی البدل: دکتر غلامرضا خیر آبادی، دکتر ویکتوریا عمرانی فرد
مدیر اجرایی و امور آگهی ها:
مهندس مجید مختاری/ ۷۳۳۷- ۳۱۹-۰۹۱۳
گرافیک: گروه هنری سارنگ، آذر ابدالی

با تشکر از همکاران این شماره:
مرتضی واعظی، صفا مقصودلو، حمید افشار، مسعود ازهر، علی عباسعلی زاده، محمد بهداد، ناهید گرامیان، مژگان کاراحمدی، سید بدرالدین نجمی

▪ جامعه روانپزشکی حیطه وسیعی را شامل می شود؛ کسانی که خود را عضو آن می دانند بدانند که خبرنامه مشتاق هرگونه مشارکت ایشان است.
▪برای انتقادات، پیشنهادات، خاطرات، نظرات و نوشته های شما همیشه جایی در خبرنامه وجود دارد.

سخن آغازین ۳
گزارش ششمین دوره انتخابات انجمن علمی روانپزشکان ۴
به یاد دکتر عبدالرضا توکلی رئیس سازمان نظام پزشکی اصفهان ۵
عید دیدنی ۶
دید و بازدید نوروزی اعضای انجمن روانپزشکان ۷
انتقال مسئولیت در راستای بهبود وضعیت ۸
ادامه‌ی ماجرای سایکو سوماتیک ۸
گزارش کارگاه اختلالات روان تنی ۹
جمع بندی روان پویایی در یک بیمار مبتلا به اختلال هذیانی ۱۰
مرکز تحقیقات علوم رفتاری ۱۲
خلاصه طرح ها و پایان نامه های انجام شده در مرکز تحقیقات علوم رفتاری ۱۴
ماجرای بخش حاد روانپزشکی بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان بروجن ۱۶
رویکرد شناختی – رفتاری "یک معیار طلایی" ۱۸
گزارش عملکرد سه ماهه چهارم واحد سلامت روان مرکز بهداشت استان ۲۰
معرفی کلینیک مشاوره کودک و نوجوان ۲۰
ازکار افتادگی روانی ۲۲
صدای نفس های بهار ۲۳
گزارش تشکیل هیئت موسس انجمن درمانگران اعتیاد استان اصفهان ۲۳
مصوبه تعرفه‌های چهارماهه سال ۱۳۸۹ .... ۲۳
داستان طرح من ۲۴
درآمدی بر کتاب های «آموزش همگانی» ۲۶
معرفی کتاب «ویژه‌ی آموزش روانی به مردم» ۲۸
تحقیقات علوم رفتاری ۳۰
فهرست کنگره های خارجی مرتبط با شاخه های روانپزشکی تا پایان سال ۲۰۱۰ .... ۳۱
برنامه کلینیک فوق تخصصی روانپزشکی ۳۲
برنامه بازآموزی های مدون روانپزشکی ویژه پزشکان عمومی سال ۱۳۸۹ .... ۳۲
برنامه بازآموزی های مدون روانپزشکان سال ۱۳۸۹ .... ۳۲

۱۳۸۹
فراخوان خلاصه مقالات
دهمین همایش پیاپی سالیانه
انجمن علمی روان پزشکان ایران
با اولویت (بهداشت روان) و (سوء مصرف مواد)
۲ الی ۵ آذرماه ۱۳۸۹
مهلت ارسال مقالات
پایان خردادماه ۱۳۸۹
دارای امتیاز بازآموزی برای
روان پزشکان
متخصصین مغز و اعصاب
پزشکان عمومی
داروسازان
دبیرخانه: انجمن روانپزشکان ایران
تلفن: ۸۸۶۲۲۲۹۲ - ۸۸۳۳۶۷۲۶ (۰۲۱)
فکس: ۰۲۱ ۸۸۶۲۲۲۴۰
www.ipacongress.ir
انجمن علمی روانپزشکان ایران
The 10th Consecutive Annual Meeting
of the Iranian Psychiatric Association
November 23-26, 2010

دکتر صفا مقصودلو / سردبیر

اعضای محترم انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

زمانی که مجدانه در پی امور انجمن بودیم، با این باور تلاش کردیم که اعضای جامعه روانپزشکی اصفهان از انجام به هنگام کارها اطلاع دارند و حضور شادمانه و پرروح شما در انتخابات انجمن بر این باور صحه گذاشت. قدردانی بی شائبه همکاران از اعضای هیئت مدیره دورهٔ قبل، خدمتگزاران را متقاعد کرد که انجام امور صنفی برای این جامعه فرهیخته و پرتوان واجب ولازم است.

پس از برگزاری انتخابات ودرجلسات متعدد، اعضای هیئت مدیره انجمن به این نتیجه رسیدند که برای دمیدن روحی تازه در ارکان انجمن، مسئولیت های متفاوتی را تقبل کنند تا افکاری نو در هر بخش جاری شود.

راه اندازی و پیگیری خبرنامه که دستاورد مهمی در دورهٔ قبلی بود حاصل زحمات و ذوق و سلیقه ی همکارمان جناب آقای دکتر ازهر بود که در دورهٔ جدید پیگیری این امر مهم به درخواست ایشان به بنده واگذار شد.

ضمن تشکر فراوان از زحمات و دلسوزی های ایشان در امور مربوط به خبرنامه از ایشان درخو است می نمایم که خبرنامه را همچنان از نوشته های شوخ طبعانه خود بی نصیب نگذارند.

این خبرنامه به عنوان دریچه ای از افکار و نوشته های اعضا گشوده خواهد ماند واز اعضای انجمن تقاضا دارم مانند سالیان قبل آن را به جستارها و نوشته های خود مزّین نمایند.

گزارش ششمین دوره انتخابات انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان

دکتر سید مرتضی واعظی رئیس انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

روز ۲۹ بهمن ماه همزمان با آخرین بازآموزی و در پایان قسمت اول بازآموزی ، انتخابات انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان شروع گردید. با توجه به کمبود وقت ابتدا رئیس انجمن گزارش فعالیتهای ۳ سال انجمن را به اطلاع اعضاء رساند و سرکار خانم دکتر عمرانی فرد بازرس انجمن نیز به صورت کتبی گزارش خود را ارائه دادند که حاکی از روند کار انجمن بدون هیچگونه کاستی بوده است.

به هر صورت با توجه به اعضاء انجمن که ۹۵ نفر می باشند ٦٦ نفر در روز انتخابات حضور داشتند که حد نصاب لازم جهت انجام انتخابات فراهم بود.

ناظر بر انتخابات از انجمن مرکز جناب آقای دکتر مهدی پور نامداری بودند که از شروع انتخابات به صورت فعال حضور داشتند. اعضاء هیئت رئیسه انتخاب شدند که عبارت بودند از آقایان دکتر اسدالهی ـ دکتر عطاری ـ دکتر احمد زاده ـ آراء در برگه های مهر شده همراه با لیست اسامی از اعضاء اخذ گردید. صحت انتخابات توسط هیئت رئیسه جلسه و نماینده انجمن مرکزی مورد تأیید قرار گرفت و افراد زیر جهت هیئت مدیره برای ۳ سال انتخاب شدند.

سرکار خانم دکتر صفا مقصودلو ۵۷ رأی
جناب آقای دکتر مرتضی واعظی ۵۵ رأی
جناب آقای دکتر مسعود ازهر ٤۷ رأی
جناب آقای دکتر حمید افشار ٤۰ رأی
جناب آقای دکتر غلامرضا بارانی ۳۹ رأی

جناب آقای دکتر غلامرضا خیرآبادی و سرکار خانم دکتر عمرانی فرد به عنوان اعضاء علی البدل انتخاب شدند.

سرکار خانم دکتر فرزانه رجائی بازرس انجمن با ۲۸ رأی و جناب آقای دکتر شهرام شیشه فروش با ۲۵ رأی به عنوان بازرس علی البدل انتخاب شدند.

در انتها لازم است از هیئت رئیسه جلسه و همچنین نماینده انجمن تهران تشکر و سپاسگزاری نماییم.

حاشیه های جلسه: در حین انجام شمارش آراء جناب آقای دکتر ازهر میکروفن را به دست گرفتند، سخنانی ایراد کردند.

که سخنان ایشان انتقاد آمیز نسبت به اعضاء انجمن بود که بر فراخوانهای انجمن توجهی ندارند و همکاری آنها با انجمن ضعیف می باشد.

در ضمن ایشان لوح های تقدیری را به همکارانی که با خبرنامه انجمن همکاری داشتند اهداء نمودند که عمل ایشان قابل تمجید می باشد و از ایشان به خاطر فعالیتهای خوب و شایسته شان در خبرنامه قبلی تشکر و قدردانی را دارم.

در اولین جلسه هیئت مدیره جدید، انتخابات داخلی هیئت مدیره انجمن برگزار گردید. و سمت اعضاء به ترتیب زیر با انتخابات تعیین گردید.

آقای دکتر مرتضی واعظی رئیس انجمن
نایب رئیس ـ سرکار خانم دکتر صفا مقصودلو
جناب آقای دکتر مسعود ازهر دبیر انجمن
جناب آقای دکتر حمید افشار دبیر علمی انجمن
جناب آقای غلامرضا بارانی خزانه دار انجمن
سرکار خانم دکتر رجائی ـ بازرس انجمن

در پایان لازم است از هیئت مدیره قبلی که البته در هیئت مدیره فعلی نیز حضور دارند تشکر و سپاسگزاری نماییم جناب آقای حمید افشار که وجود ایشان در هیئت مدیره بسیار تأثیرگذار بوده و برگزاری منظم بازآموزی ها و برنامه های مدون حاصل همت و پیگیری ایشان می باشد . جناب آقای دکتر بارانی که فعالیتهای ایشان در امور مالی و رهنمودهای ایشان قابل تقدیر است ، سرکارخانم دکتر مقصودلو که فعالیتهای ایشان بسیار چشمگیر بود و اعضا نیز به نحوی این موضوع را درک نمودند و بالاترین رأی را به ایشان دادند . جناب آقای دکتر ازهر که چاپ خبرنامه انجمن اصفهان که زبانزد شاخه های دیگر انجمن روانپزشکان است با همت ایشان انجام شد . در پایان بار دیگر از اعضاء درخواست داریم با انجمن خود غریبه نباشید. منتظر نظرات و پیشنهادات شما هستیم، مطلبی دارید، خبری به دست می آورید، موضوع جالبی پیدا می‌کنید برای ما بفرستید تا انشاءالله خبرنامه ما پربارتر و متنوع تر گردد.

به یاد دکتر عبدالرضا توکلی رئیس سازمان نظام پزشکی اصفهان

دکتر واعظی

در اسفندماه هر سال جنب و جوش مضاعفی وجود دارد و همه مشغول تدارک عید نوروز هستند. کمتر کسی منتظر خبر ناگوار می باشد ، مثل اینکه این ماه نباید اتفاق بدی بیفتد ولی متاسفانه در اواخر اسفندماه ۸۸ خبر درگذشت ناگهانی رئیس سازمان نظام پزشکی اصفهان دکتر عبدالرضا توکلی همه پزشکان را بهت زده کرد و متاثر از چنین رویداد ناگواری . او انسانی ارزشمند بود. با صفا و صمیمیت خاص و به حق لیاقت ریاست سازمان نظام پزشکی اصفهان را داشت. دکتر توکلی، با صبر و شکیبایی و تلاش و کوشش پس از فروپاشی نظام پزشکی و شکل گیری مجدد آن ، سکان این سازمان را بدست گرفت ، در خانه اجاره ای کار را شروع کرد و پس از مدتی توانست ساختمانی مناسب جهت نظام پزشکی تهیه نماید و در طول مسئولیت طولانی بعنوان رئیس سازمان همیشه تلاشش در حمایت از پزشکان بود که حقشان ضایع نگردد و بخاطر همین خصائص انسانی وی بود که در روز یادبود درگذشتش انبوه جمعیت پزشکان فضای مسجد را لبریز کرده بودند و ذکر بزرگ منشی و خدمات ایشان از هر طرف به گوش می رسید . یادش گرامی باد ، روحش شاد.

عید دیدنی

دکتر مسعود ازهر

بیست و ششم فروردین است و قرار است روانپزشکان برای دیدو بازدید عید گردهم آیند. دوساعت مانده به شروع گرد هم آیی، در گوشه سالن زیبای مرکز مطالعات بهره وری ، هیات مدیره انجمن تهران منتظر میهمانان شهرستانی خود هستند. بتدریج روسا و دبیران انجمنها وارد می شوند و مورد استقبال قرار می گیرند. خیر مقدم گفته می شود و یادی از هاراطون و لئون داویدیان که سال گذشته رخ در نقاب خاک کشیدند و پس از سلام و احوالپرسی دکتر مظاهری و جلیلی و میر سپاسی ، دور به دست شهرستانیها می افتد که بگویند (چه خبر؟!)

دکتر بلهری و پورنامداری و صابری نیز از تهرانیها حضور دارند و همگی دست به قلمند و نکته هایی یادداشت میکنند کم کم متوجه می شویم آنها شب قبل جلسه ای داشته اند و قرار است تا آخر جلسه فقط شنونده مشکلات باشند.

دکتر جوهری از خوزستان خبر نامه اصفهان را در یک دست و خبر نامه تهران را که عکس زیبایی از دکتر هاراطون داویدیان رویش نقش بسته در دست دیگر دارد می گوید کاش ما هم می توانستیم مثل اصفهان باشیم و من احساس غرور می کنم. او می گوید فعالیت همکاران در انجمن و گرد همایی ها خیلی کم است و از کوششهایش برای منسجم کردن آنها می گوید و تقصیر را به گردن آب و هوای پر غبار و گرم خوزستان می اندازد.

دکتر توکلی از یزد خبر از سمینار روانپزشکی رابط در زمینه اختلالات

سایکوسوماتیک می دهد که در اردیبهشت برگزار خواهد شد.

میکروفن به دست من می رسد و من هدف اصلی این دوره از انجمن اصفهان را مطرح می کنم (فعال کردن و مشارکت اعضاء در انجمن) و می گویم آب و هوای اصفهان خوب است و با این حال روانپزشکان انگیزه ای برای مشارکت ندارند . پیشنهاد راه اندازی سیستم پیام کوتاه را برای روانپزشکان سراسر کشور مطرح می کنم و وضعیت رو به زوال رزیدنتی فوق تخصصی روانپزشکی کودک را به میان می کشم که احتیاج به اقدام و اندیشه ای فوری دارد. امسال ظرفیت هشت نفر بوده است در حالی که فقط چهار شرکت کننده وجود داشته است .

دکتر کریمی و دکتر خزائی از کرمانشاه نیز موضوع بی علاقگی همکاران در کارهای جمعی انجمن را باز به میان می کشند .

کسی می گوید ربطی به آب و هوا ندارد، حال و هوا خراب است . می فهمیم که در روستای ورمنجه در نزدیکی کامیاران و ۴۰ کیلومتری کرمانشاه یک بیمارستان خوب با ظرفیت ۳۰۰ تخت روانپزشکی وجود دارد که با تلاش همکاران کرمانشاهی از بسته شدن آن جلوگیری شده است که جای تشکر دارد .

همچنین می فهمیم مرکز تحقیقات خواب توسط دکتر خزائی به راه افتاده است .

دکتر کیهانی از کمبود تخت روانپزشکی در قم می گوید .

دکتر ربانی زاده از آخرین سیمنار روانپزشکی در مشهد می گوید که بنام ادبیات روانپزشکی بوده است.

دکتر باب دل از تبریز می گوید، در اوایل خرداد مراسم بزرگداشت دکتر پورافکاری را خواهیم داشت و شاکی است از خارج شدن اقلام دارویی روانپزشکی از لیست بیمه.

دکتر حاجیان و دکتر عبدالهی از کرج می گویند. باز هم گریز به کربلا زده می شود و عدم شرکت همکاران در کارهای گروهی انجمن به میان کشیده می شود . روشهای جدید درمانی و تشخیص روانپزشکی مثل RTMS و QEEG را مطرح می کنند و از همگی خواسته می شود تا پیگیری کنند و تصدی گری آن را از نظر وزارت خانه برای روانپزشکان بگیرند تا مثل روشهای ترک اعتیاد به دست رشته هایی که کمتر مسئولند، مثل بیهوشی نیفتند. برای مراکز روانشناختی نیز فکر می شود تا بتوان به آن نظارت کرد مثل مامایی و اوپتومتری که تحت نظر نظام پزشکی است و باز هم تاکید بر اجرایی کردن مصوبه ای که همچنان خاموش مانده است یعنی روانپزشکی بودن ۱۰درصد تخت های بیمارستان های عمومی و گفتند در کرج حتی یک تخت روانپزشکی هم ندارند.

دکتر قاسمی از اهواز و دکتر حسینی از مازندران نیز مسائلی مطرح نمودند و دور افتاد به دست هیات مدیره تهران و فهمیدم که آنها بخشی را برای پیگیری مشکلاتی که از انجمن ها مطرح می شود به وجود آورده اند تا هر آنچه گفته ایم را بنویسیم و پاسخ بگیریم که جای تقدیر دارد . و همچنین فهمیدیم که قرار است از روشهای مدیریتی روز استفاده کنند تا انگیزه همکاری زیاد شود و اینکه در وزارت جدید ، دفتر سلامت روان که قرار بود خود یک معاونت شود، در زیر مجموعهٔ معاونت بهداشت قرار گرفته است و باصطلاح کوچک شده است .

انجمن نیز اقداماتی برای بهبود اوضاع وزارت خانه ای شروع کرده که امیدواریم به نتیجه برسد.

حرف از انجمن روانپزشکان ایرانی مقیم آمریکا شده که حدود ۲۵۰ نفر را شامل است و بنام «سپنتا» است .

در این میان دکتر ضرابی سرحال و سرزنده وارد شده و به جمع پیوست .

او از سال ۱۳۴۴ که از انگلیس بازگشته فعال بوده و ۱۳ سال نیز در هیات مدیره انجمن بوده است . چندماه قبل در کنگره تهران چندان حالش خوب نبود و حالا با آمدنش همه را خوشحال کرد . کم کم همکاران دیگر با خانواده شان می رسند و دیدارها تازه می شود از اصفهانی ها دکتر رجائی و دکتر ضرغام را می بینم که با خانواده آمده اند و دکتر شیشه فروش مثل همیشه همصحبت خوبیست . مراسم با خواندن شعر و گفتن لطیفه ادامه می یابد و شرکت هگزال ساندوز نیز در تدارک شام است ولی باید بازگردم و به تاخیر هواپیما برسم تا حالم جا بیاید . یاد سخن دکتر واعظی می افتم که جای خودش خالی بود .« سال دیگر منتظرتان هستیم.»

دید و بازدید نوروزی اعضای انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

انجمن روانپزشکان اصفهان هر سال در ماه مبارک رمضان جهت تجدید دیدار روانپزشکان مراسم افطاری بر پا می کرد که بدلیل ضیافت های متعدد در این ماه مبارک و عذر بسیاری از روانپزشکان در عدم حضور در این مراسم ، به درخواست تعدادی از اعضا این دیدار سالیانه به زمانی دیگر موکول شد که البته هیچ زمانی دل انگیز تر از بهار نیست. سال نو، دیدار نو، همکاران جدید،.... بهانه ای است برای جمع شدن دوستان دور هم به همین مناسبت روز پنجشنبه نهم اردیبهشت ماه، روانپزشکان و دستیاران روانپزشکی به همراه خانواده محترمشان به رستوران سبز دانشگاه اصفهان به صرف شام دعوت شدند . این رستوران در وسط فضای سبز وسیعی که باغ گیاهان دارویی دانشگاه است قرار گرفته و محیطی بسیار زیبا و فرح بخش دارد . همکارانی که در ساعات روز حضور داشتند به بازدید از باغ نیز پرداختند که بسیار برایشان جالب بود و البته تعدادی نیز –که مورد علاقه زیاد مادر زنشان بودند– درست سر شام رسیدند که از دیدن زیبائیهای محیط محروم ماندند.

بهر حال مجلس بسیار گرم و صمیمی بود و دوستانی که مدتها همدیگر را ندیده بودند دیداری تازه کردند، همکاران جوانتر به تبریک ازدواج و قدم نورسیده و همکاران پیشکسوت به تبریک موفقیت های تحصیلی و ازدواج فرزندان وقت را گذراندند.

آقای دکتر واعظی ضمن خوشامدگویی به همکاران، در خصوص برخی مسایل صنفی صحبت کوتاهی کردند و سپس نماینده شرکت دارویی «سانوفی اونتیس» اسپانسر این برنامه به معرفی دارو و اهداء هدایایی به مدعوین پرداختند .

امیدواریم که این جمع گرم و صمیمی همواره پایدار باقی بماند.

انتقال مسئولیت در راستای بهبود وضعیت

دکتر مسعود ازهر

خبرنامه انجمن روانپزشکی اصفهان از بدو تأسیس انجمن تا به حال با افت و خیزهای بسیاری مواجه بوده است . طی سه سال گذشته که عزم را بر بهبودی وضعیت آن جزم کرده بودم با سختیهای بسیاری مواجه شدم و البته اگر یاری همکاران نبود در همان ابتدا از تاریخ محو شده بود و حتماً تشویق همکاران دور و نزدیک مرا در ادامه راه امیدوار می کرد.

در زمستان ۱۳۸۸ وقتی انتخابات جدید انجمن برگزار شد از طرف خبرنامه به عده‌ای از کسانی که بیش از دیگران خبرنامه را یاری کرده بودند لوح سپاس اهداء شد.

ایشان عبارت بودند از: خانم دکتر ناهید گرامیان از مرکز بهداشت استان اصفهان بخاطر تداوم در گزارش عملکرد آن واحد.

آقای دکتر علی عباسعلی زاده بخاطر مقالات پر محتوایشان بنام «گفتگوی همسران».

آقای دکتر فریدون ضرغام که با ارسال مطالب همیشه پیشگام بوده‌اند.

آقای دکتر فریدون یداله مقدم بخاطر مقالاتشان در مورد روانپزشکی قانونی.

خانم دکتر آزاده ملکیان بخاطر تصحیح مقالات علمی و ارسال مقالات علمی.

آقای دکتر احمد پدرام بخاطر تصحیح ادبی خبرنامه و ارسال مقالاتشان.

خانم دکتر صفا مقصودلو و آقای دکتر مرتضی واعظی و خانم سیما جنتیان از هیأت مدیره انجمن که با ارسال مقاله و تلاشهای فراوان دیگر کمک نمودند.

آقای دکتر محمد بهداد بخاطر مقالات انتقادی و طنز.

و از عده دیگری نیز بطور شفاهی تشکر به عمل آمد از جمله آقای دکتر غلامرضا احمدزاده ، آقای دکتر محسن معروفی ، آقای دکتر سید غفور موسوی ، آقای دکتر مجید برکتین ، آقای دکتر مهدی حسن زاده ، خانم دکتر کتایون شفیعی ، آقای دکتر غلامرضا بارانی ، آقای دکتر حمید افشار.

در هیأت مدیره جدید سرکار خانم دکتر مقصودلو مسئولیت خبرنامه را پذیرفتند که جای بسی تقدیر دارد . این تغییرات در مقامات برای رشد و شکوفایی بهتر انجمن و خبرنامه آن می باشد . البته خیال نکنید فقط از بار این مسئولیت فرار کرده‌ام ، به فکر ایجاد یک سایت قوی و کارآمد اینترنتی برای انجمن هستم که هیأت مدیره قصد راه اندازی آن را دارد . لذا از همکارانی که نظر و پیشنهادی در این راستا دارند و یا می توانند هر اقدام مؤثری انجام دهند تقاضا دارم از بذل محبت دریغ ننمایند.

مسئول معزول پیشین خبرنامه

مسئول فنی سایت اینترنتی

ادامه‌ی ماجرای سایکوسوماتیک

دکتر مسعود ازهر

پائیز سال گذشته قرار بود سومین کنگره سایکوسوماتیک در اصفهان برگزار شود ولی بدلیل بعضی مشکلات و چیزهای دیگری که امثال من سر در نمی‌آورند آمدن گروه آلمانی به تعویق افتاد و کنگره هنوز شکل نگرفته است. برای کسانی که هنوز هم از ماجرای سایکوسوماتیک اصفهان خبر ندارند توضیح دهم که چند سال قبل از برخورد آقای دکتر صلواتی که سالها در آلمان زندگی کرده‌اند با شهردار وقت اصفهان، آن هم بصورت نیمه برهنه در یک استخر، بنیان خواهر خواندگی اصفهان و فرایبورگ شکل گرفته و بدنبال آن دکتر حمید افشار و دکتر پیمان ادیبی که هر کدام یلی هستند در میان مقامات، کنگره سایکوسوماتیک را در سال ۱۳۸۶ با حضور پروفسورهای نامدار آلمانی برگزار کردند. بعد از دومین کنگره که یک سال بعد برگزار شد دانشگاه فرایبورگ دو نفر را به ایران اعزام کرد که در آمدن آنها دکتر فرزاد گلی نقش داشت و آن دو نفر عبارت بودند از پرفسور شاید و پرفسور ویرشینگ.

زمستان ۱۳۸۷ و اردیبهشت ۱۳۸۹ کارگاه دو یا سه روزه‌ای برگزار کردند و هر بار بر تجدید پیمانشان در ایجاد تدریجی تخصص سایکوسوماتیک تأکید کردند و به احتمال زیاد باز هم آنها را خواهیم دید.

ایران نیز جزء کشورهای آسیایی است که طرح بین‌المللی آنها را پذیرا شده است.

این طرح برای شناساندن اختلال سایکوسوماتیک و تربیت درمانگرها در این راستا است. این دو بار، کارگاه در راستای تربیت مربیان درمانگرها بوده است. آنها امیدوارند ما از طرحشان استفاده کنیم و خودمان درمانگر تربیت کنیم. و حالا که حرف از تربیت شد بگویم که هر بار که آمده‌اند ادبمان کرده‌اند و رفته‌اند. از وقت شناسی، احترام به طرف مقابل، مسئولیت پذیری و وجدان کاری.

پرفسور شاید مسئول قسمت سایکودینامیک دپارتمان سایکوسوماتیک است و فردی آرام و حساس به واکنشهای دیگران است.

پرفسور ویرشینگ مسئول دپارتمان سایکوسوماتیک و متخصص در مداخلات خانواده درمانی است. هر دو آدمهای باهوش و در حیطه کاری خودشان واقعاً استادند. با آنکه هم آنها و هم ما مجبور بودیم با زبان دوم صحبت کنیم ولی به قول عوام «ف» که می گفتی تا فرحزاد رفته بودند زیرا بسیار کار

کرده و باصطلاح استخوان ترکانده بودند.
از روشهایی که تأکید دارند گروه بالینت است. دکتر بالینت (Balint) یک روانپزشک انگلیسی بوده که بر تأثیر روابط درمانگر و مراجع روی بهبود بیماریها تأکید داشته است. او گروههایی برای درمانگران تشکیل داد تا روی این روابط صحبت کنند و از این طریق روابطشان را با مراجعین بهبود بخشند.
ساختار گروه بالینت به این ترتیب است که یک نفر از درمانگران پیشقدم می شود تا داستانش را درباره‌ی رابطه‌اش با یک بیمار مطرح کند. دیگر افراد گروه که حدود ۸ تا ۱۰ عدد می شوند بعد از حرفهای او سؤالاتی می پرسند تا ماجرا برایشان واضحتر شود. بعد از آنکه داستانش را گفته عقب می نشیند و دیگر حرفی نمی زند. گروه شروع می کنند تجارب یا عقاید و احساساتشان را در این رابطه مطرح کنند. هدف از این گروه ارائه روشهای درمانی یا بررسی مشکلات مراجع نیست بلکه تأکید روی رابطه درمانگر و مراجع است.
در مرحله سوم یعنی پس از تمام شدن بحث گروه، آنکه بیرون از گود نشسته بود دوباره وارد می شود و احساسش را پس از شنیدن حرف دیگران بیان می کند.
آلمانیها هم در کنگره‌های کذایی و هم در این دو کارگاه بر ایجاد گروههای بالینت تأکید داشتند و آن را هم در سلامت درمانگران و هم در بهبود مراجعین مؤثر می دانستند. آنچه در این چند خط نوشتم از شکل گیری خواهر خواندگی تا ایجاد کنگره‌ها و کارگاهها حاصل همت و ساعتها زحمت و سختی بنیانگزاران آن بود، همانها که فقط ذکری از نامشان شد و آرزوی توفیق برایشان دارم.
با آخرین هماهنگی ها سومین همایش در اردیبهشت ماه ۱۳۹۰ برگزار می شود.

گزارش کارگاه اختلالات روان‌تنی

دکتر حمید افشار

در چهارچوب تفاهم نامه منعقد شده بین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه فرایبورگ (آلمان) در زمینه گسترش روابط آموزشی و پژوهشی بین دانشگاهی، رئیس بخش روان تنی (دکتر کارل شایدت) و رئیس دپارتمان روانشناسی (دکتر مایکل ویرشینگ) از تاریخ ١٤ تا١٦ اردیبهشت در بیمارستان خورشید و دانشگاه علوم پزشکی حضور بهم رساندند و جلسات گفتگو و سخنرانی با حضور تعدادی از پزشکان عمومی، روانشناسان ، دستیاران و همکاران روانپزشک برقرار شد. در چهارچوب تفاهم نامه فوق تبادل دانشجو و برنامه های مشترک پژوهشی طراحی شده است که با همکاری گروه روانپزشکی ـ روان تنی دانشگاه فرایبورگ و با هماهنگی معاونت فناوری و پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان صورت می گیرد.
لازم به ذکر است در آینده نزدیک با همکاری تنی چند از اساتید دانشگاههای ایران و آلمان و اساتید داخلی کارگاه مدیریت درد «اختلالات خوردن و خانواده درمانی و ... برگزار خواهد شد.»

جمع بندی روان پویایی در یک بیمار مبتلا به اختلال هذیانی

دکتر علی عباسعلی زاده ▫ روانپزشک

یکی از موارد بحث انگیز در سایکو دینامیک اختلالات روانپزشکی اختلال هذیانی است . در اختلال هذیانی که پیشتر با عنوان اختلال پارانویید خوانده می شد به دلیل فرض حضور انگیزه های همو سکسوالیتی درتوجیه روان پویایی این اختلال، پذیرش این بحث تا حدودی برای درمانگران و به شدت برای بیماران با مقاومت همراه است . انتقال مفاهیم سایکودینامیک برای بیماران سایکو تیک چنان دشوار و مشکل ساز است که عملاً غیر ممکن و چه بسا ممنوع است ولی در ک روان پویایی این اختلال برای روانپزشک نه تنها ممنوع نیست بلکه ضروری است اگر چه کماکان از مشکل ترین بحث های سایکو دینامیک است.

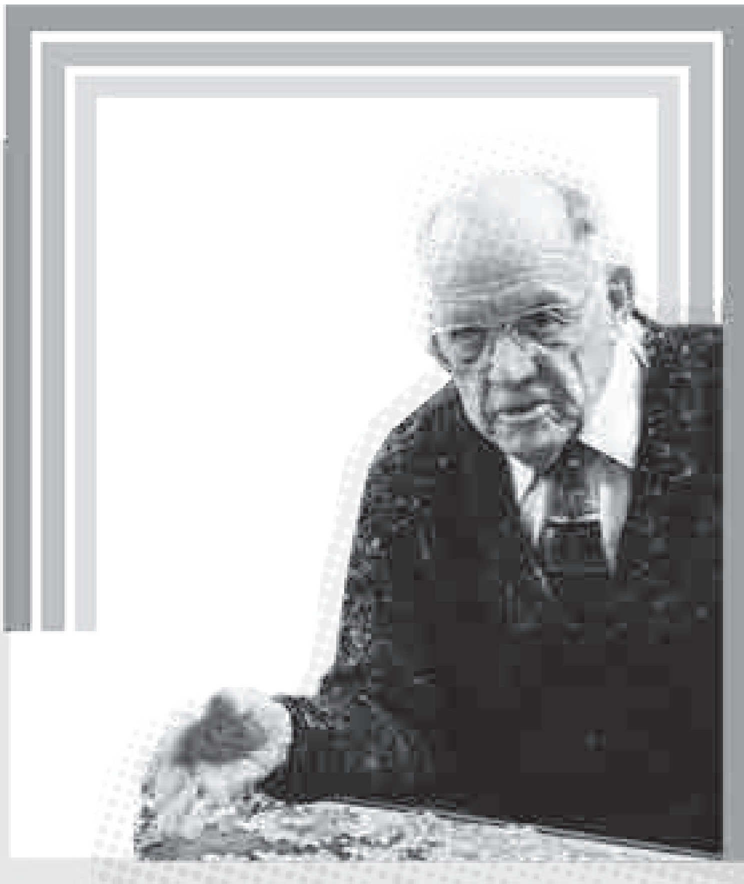
در کنار آگاهی از جنبه های بیولوژیک واجتماعی اختلالات روانپزشکی درامر تشخیص و درمان ، برای درک عمیق تر عذابی که بیمار تحمل می کند و نیز برای برقراری ارتباط درمانی بهتر و جلب بیشتر همکاری بیمار برای درمان و حتی برای آنکه بتوانیم به وقت نا گزیر ویا به مصلحت ادامه درمان بیمار را به همکار دیگری واگذار کنیم نیاز داریم تا تفسیر حتی الامکان دقیق تری از روان پویایی مشکل بیمار داشته باشیم . اینجانب سعی می کند چندان به بحث های کتابی این موضوع وارد نشود که همکاران عزیز به آن احاطه دارند و نیز در کتاب های مرجع به تفصیل بحث شده است . قصد من این است که در مورد روان پویایی یک مورد خاص از اختلال هذیانی – آنگونه که استنباط کرده ام، با همکاران عزیز گفتگو کنم به امید آنکه کمکی باشد برای درک عمیق تر سایکو دینامیک این اختلال و بویژه شوقی برانگیزد برای همکاران جوانی که به این حیطه علاقمند هستند و نیز امیدوارم از نظرات اصلاحی سازنده همکاران ارجمند برخوردار شوم.

بیمار ما خانم میانسالی است که به سن پیری نزدیک می شود. همسر او بازنشسته است و به تازگی پیری و کهولت را تجربه می کند. بچه های آنها ازدواج کرده اند و از خانه رفته اند. آنها تکالیف معمول زندگی را انجام داده اند و بقول معروف "آرد ها را بیخته و الک ها را آویخته اند" و وقت آن است که "آخر عمری استراحت بکنند". اما متاسفانه به بد مصیبتی دچار شده اند و نه تنها استراحت و آرامشی ندارند بلکه بقول پیر مرد "جهنم آنها از همین دنیا آغاز شده است". خانم اعتقادی هذیانی پیدا کرده است که همسرش با یکی از زنان همسایه سر و سرّی دارد. این فکر او سبب شده است که پیرمرد را لحظه ای تنها نگذارد. وقتی از کوچه میگذرند حتماً شوهر باید یک گام از خانم جلوتر حرکت کند تا "فرصتی برای چشم چرانی پیدا نکند و اگر خواست روی خود را برای هرزگی برگرداند خانم متوجه شود". پیر مرد حتماً باید قبل از خانم وارد حیاط خانه شود و خانم در را پشت سر او ببندد تا" مجالی برای تخطّی پیدا نکند". شوهر هرگز نمی تواند گوشی تلفن را بردارد تا "با آن زن هرزه عشق بازی کند". اگر زنگ خانه را بزنند شوهر حق ندارد پشت آیفون برود و اگر خدای نا کرده دم در برود که آن روز "قیامت می شود". پیر مرد به هیچ وجه حق ندارد به تنهایی از خانه بیرون برود چون به نظر خانم او هم تن خودش می خارد و هم بیشتر از آن "آن پتیاره قاپ او را می دزدد". پیر مرد بی نوا به دلیل بزرگی پروستات شب ها چند بار بیدار می شود ولی نمی تواند به دستشویی برود مگر اینکه خانم را بیدار کند چون به نظر خانم "نه می شود به او اعتماد کرد و نه آن زنیکه... از هیچ فرصتی می گذرد". خانم فقط به شوهر خود سخت نمی گیرد بلکه به همسر خانم مورد سوء ظن همسایه هم ایراد گرفته است که چرا مواظب زن خودش نیست. همسر خانم همسایه که خیلی از پیر مرد جوانتر است ابتدا موضوع را جدی گرفت ولی خیلی زود فهمید که "پیر زن دیوانه است".

۱

یک روز که پیر مرد و پیر زن در یک مراسم ترحیم شرکت کرده بودند بعد از شروع مراسم خانم نتوانست از اینکه شوهرش در مجلس مردانه و بدون کنترل او نشسته است طاقت بیاورد و "شصتش خبردار شد که همان خانم فاسد پشت در مسجد کمین می کند و از این فرصت ناگزیر نهایت استفاده را خواهند کرد" و لذا پیغام داد که پیر مرد مجلس را ترک کند و به خانه برگشتند.

ارتباطات اجتماعی آنها به صفر رسیده است ، "هر چه باشد وقتی در خانه باشند کنترل او راحت تر است "اگرچه وقتی در خانه هم هستند پیر مرد حق ندارد که به بالکن برود یا در آشپزخانه پرسه بزند



و یا وقتی خانم به خواب می رود بیدار بماند و.... اگرچه بیمار مشخص خانم هست ولی هیچیک از دیگری عذاب کمتری را تحمل نمی کند. پیر مرد به ستوه آمده است و استیصال از چهره او پیداست و از خدا طلب مرگ می کند و پیر زن با اضطراب، تنش و عذاب شدید همه اوقات شبانه روز نگهبانی می دهد که همسرش به او "خیانت" نکند اگرچه از این فکر بشدت رنج می برد که "آخرش کار خود را می کند".

وقتی همه ی این ماجرا را همراه با پرخاشگری، درگیری مداوم لفظی – آن هم" با فحش و فضیحت"، تنش و عصبیت، انزوا و احساس استیصال تصور بکنید، آن وقت به هر دوی آنها حق می دهید که "جهنم را در همین دنیا تجربه می کنند".
در گفتگویی که با پیر مرد داشتم ایشان به نکته ای اشاره کرد که کلید حل معمای دینامیسم علایم همسرش شد.
او گفت تا مدت ها پس از آنکه همسرش او را به خیانت و داشتن سر و سرّ با زن همسایه متهم می کرد او حتی این زن را ندیده بود. پس این زن قبل از این که به فرض محال دل این مرد را ببرد به نظر همسر بیمار او زن جالب توجّهی آمده بود. صرف نظر از این که این جاذبه خانم همسایه را برای بیمار ما چه بنامیم و آیا آنچه را که تحسین او را بر انگیخته است جنبه های جنسی داشته است یا نه ؟ آیا فقط منش و شخصیّت زن همسایه تحسین بیمار ما را برانگیخته بود؟ به هر حال قبل از هر کس دیگر بیمار ما خود مفتون زن همسایه شده بود. مفتون فردی از جنس خود او که حتی اگر جنبه های جنسی نداشته باشد باز هم تحمّل آن برای بیمار ما ممکن نبوده است. جاذبه ای که حد اقل به خاطر حسادت با آن خانم، بیمار ما را به انکار (Denial) آن بر انگیخته است. حس متناقضی که این تحسین بر می انگیزد فقط با انکار آن خاتمه نمی یابد بلکه حسادت به جاذبه های او و شرم از تحسینی که در او بر انگیخته است موجب کینه توزی(revengefulness) و نفرت (aversion) بیمار ما نسبت به زن همسایه نیز شده است تا ضمناً اظهارات انکار آمیزاو را نیز توجیه کند. با این ترتیب به جای آنکه از او تحسین و تمجید کند مدام از او بد می گوید و با استفاده از تعبیر هایی مثل زنیکه هرجایی و پتیاره و... در صدد تخریب او (devaluation) بر می آید تا شاید به خود و دیگران اطمینان بخشد که نه تنها از خانم همسایه خوشش نمی آید بلکه بشدت از او بیزار است(formation Reaction).

طبیعی است که در نا خودآگاه ذهن به نظر بیمار ما وقتی خانم همسایه دل پیر زن را برده است شوهر او را نیز از راه به در خواهد کرد و وقتی خانم خود مفتون زن همسایه شده است به طریق اولا همسر او نیز گرفتار او خواهد شد (Projection). در این معما نکته دیگری نیز وجود دارد و آن این که فقط با انکار و فرا فکنی و یا واکنش سازی نمی توان ازیک انگیزه قوی درونی خلاصی یافت بلکه باید راهی برای ابراز هرچند مختصر و البته کج و معوج و گمراه کننده (expression partial Distorted) احساسات فروخورده درونی وجود داشته باشد تا تعادل درونی به کلی و بطور انفجاری از هم نپاشد، لذا از آنجا که گاهی وقت ها :

۲

بهتر آن باشد که سرّ دلبران گفته آید در حدیث دیگران

مکانیسم های فوق الذکر در کنار کار آیی های مذکور یک عملکرد بسیار پوشیده و راز ناک نیز برای بیماردارد و آن اینکه راهی هر چند سر در گم، کج و معوج، پوشیده، غیر قابل فهم، اثبات نکردنی و قابل دفاع و نیز با تحمیل مسئولیت آن به گردن شوهرش پیدا می کند تا احساسات عمیقاً فرو خورده ناخودآگاه خود را اظهار کند که: "زن همسایه عشق انگیز است".

تئوری های کلاسیک سایکو دینامیک در توجیه سایکو پاتولوژی اختلال پارانوئید بر سه مکانیسم دفاعی عمده شامل reaction and denial , projection formation تاکید دارند که سعی شده است به دلیل آنکه می توان مصداق آن را یافت در بیمار مورد اشاره نشان داده شود.
از جمله نکات متعددی که در توجیه دینامیسم اختلال هذیانی به آن اشاره می شود نقش انزوای اجتماعی در ابتلای این بیماران است که در بیمار ما نیز مصداق داشته است.
ناگفته پیداست که در بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال هذیانی حتی به زحمت هم نمی توان توجیه کلاسیک سایکودینامیک را پذیرفت و منظور این مقاله به هیچ وجه اثبات نظریه کلاسیک روانکاوی در مورد این اختلال نبوده است بلکه با تاکید بر نا شناخته بودن دلیل واقعی سایکو پاتولوژی این اختلال با توسل به مورد خاصی که بر اساس این تئوری قابل توضیح بود خواست نشان دهد که بیان نسبتاً ساده تر آنچه که تئوری های کلاسیک سایکودینامیک در مورد اختلال پارانوئید می گویند چگونه است.

آنچه در این مختصر و متناسب با حجم خبر نامه آمده است به هیچ وجه به همه جوانب سایکو دینامیک اختلال هذیانی نپرداخته است. امیدوارم با همّت همکاران ارجمند و در فرصت های مقتضی ناگفته های بسیاری پیرامون این بحث بیان شود.

مرکز تحقیقات علوم رفتاری

Behavioural Sciences Research Centre

مرکز تحقیقات علوم رفتاری با شعار تحقیق، توسعهٔ دانش و ارتقاء بهداشت روان با بهره گیری از جمیع امکانات موجود و به همت گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۷۱ فعالیت خود را آغاز نمود و موافقت اولیه از معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دریافت گردید و با تصویب شورای گسترش وزارت متبوع در سال ۱۳۷۸ تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان موافقت اصولی را دریافت نمود. از بدو فعالیت رسمی، یعنی اسفند ۱۳۷۸ تا کنون این مرکز در کنار بخش های آموزشی گروه روانپزشکی مرکز پزشکی نور در یک فضای تقریبی ٤٠٠ مترمربع که دارای سالن کنفرانس، کلاس درس، بخش مجلات، پژوهش، کارشناسی و اینترنت می باشد قرار گرفته است.

اهداف مرکز

۱–توسعه و بکارگیری دانش بشری در زمینه علوم رفتاری
۲–انجام پژوهشهای بنیادی، اپیدمیولوژیک و بالینی در جهت اصلاح نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور به منظور جوابگوئی به نیازهای جامعه اسلامی
۳–جمع آوری، تنظیم و طبقه بندی اسناد، مقالات و مدارک مربوطه
٤–تربیت نیروی انسانی محقق در زمینه علوم رفتاری
۵–ترغیب، تشویق و بکارگیری محققین
٦–کوشش در جلب همکاری مراکز تحقیقاتی و اجرائی مربوطه در داخل کشور.
۷–همکاری علمی با مراکز تحقیقاتی و آموزشی سایر کشورها و سازمانهای بین المللی با رعایت قوانین و مقررات دولت جمهوری اسلامی ایران
۸–ایجاد فرصتهای آموزشی برای پرسنل مرکز و سایر پژوهشگران علاقمند به علوم رفتاری
۹–اشاعه و نشر یافته های پژوهشی در حیطه علوم رفتاری

فعالیت های مرکز

۱–شناسائی و معرفی اولویتهای پژوهشی در علوم رفتاری و روانپزشکی به پژوهشگران
۲–آموزش و راهنمائی دانشجویان در زمینه تهیه و تنظیم یک طرح پژوهشی
۳–ارائه خدمات مشاوره ای در زمینه اجرای یک پژوهش علمی
٤–ارائه خدمات مشاوره ای در انتخاب و نحوه بکار بردن ابزارهای سنجش در پژوهشهای علوم رفتاری و تعبیر و تفسیر آنها
۵–تدوین و جمع آوری ابزارهای سنجش در علوم رفتاری و بررسی کیفیت روانسنجی آنها
٦–ایجاد بانک تستهای روانشناختی
۷–کارشناسی تخصصی طرحهای پژوهشی ارجاع شده به مرکز
۸–پیگیری و بررسی گزارش پیشرفت کار طرحهای پژوهشی مصوب مرکز مطابق با روند گردش کار طرحها
۹–برگزاری کارگاهها و کلاسهای آموزشی، ویژهٔ پژوهشهای علوم رفتاری
۱۰–انعکاس نتایج تحقیقات انجام شده و راه حلهای عملی به مسئولین ذیربط به منظور تسهیل در حل معضلات بهداشتی –درمانی و آموزشی و اجتماعی
۱۱–تشکیل جلسات مشترک با سازمانها و ارگانهای دولتی و خصوصی جهت تبادل نظر برای شناسائی اولویتهای پژوهشی و عقد قراردادهای پژوهشی
۱۲–تلاش در جهت برقراری ارتباط متقابل با مراکز تحقیقات تابع دانشگاه به منظور تبادل نظر و بهره گیری از تجارب برای بهینه سازی آموزش جامع
۱۳–تشکیل تیمهای تخصصی پژوهشی با سایر رشته های طب به منظور مطالعه ابعاد روانی اجتماعی بیماریها
١٤–انتشار مجموعه فعالیتهای پژوهشی مرکز در قالب یک نشریه
۱۵–انتشار نشریه «دو فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری»
۱٦–برگزاری دوره ای همایش سایکو فارماکولوژی، سایکو سوماتیک و کارگاه ترک اعتیاد

مجله علمی پژوهشی تحقیقات علوم رفتاری

صاحب امتیاز: مرکز تحقیقات علوم رفتاری
مدیر مسئول: دکتر عباس عطاری
سردبیر: دکتر غلامحسین احمدزاده

انتشار این مجله از سال ۱۳۸۲ شروع شده است و هر سال دو شماره از آن چاپ می گردد. در سال ۱۳۸۷ موفق به اخذ رتبه علمی پژوهشی از کمیسیون نشریات علوم پزشکی گردید.

درحال حاضر نیز شماره ١٤ این مجله در حال چاپ می باشد

اعضای شورای عالی مرکز:

–رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
–معاون پژوهشی دانشگاه و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
–معاون امور بهداشتی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
–رئیس مرکز
–سه نفر از اعضاء هیأت علمی مرکز با پیشنهاد رئیس مرکز و تائید رئیس دانشگاه

چشم انداز مرکز

ارائه راهکارهای نوین مبتنی بر پژوهش به منظور ارتقاء روزافزون بهداشت روان در جامعه

محورهای اصلی فعالیت های پژوهشی مرکز

(لاین اصلی تحقیقاتی مرکز)

۱–مذهب، فرهنگ و روانپزشکی
۲–اپیدمیولوژی اختلالات روانپزشکی
۳–اورژانسهای روانپزشکی
٤–روان سنجی
۵–سوء مصرف مواد
٦–آموزش بهداشت روان
۷–سایکو سوماتیک

اعضای شورای پژوهشی در سال ۸۹–۱۳۸۸

۱–خانم دکتر شهلا آکوچکیان
۲–آقای دکتر غلامرضا خیرآبادی
۳–آقای دکتر رضا باقریان
٤–آقای دکتر امراله ابراهیمی
٥–آقای دکتر سیدغفور موسوی
٦–آقای دکتر مصطفی نجفی
۷–آقای دکتر عباس عطاری
۸–آقای دکتر محمدرضا مرآثی
۹–خانم مهین امین الرعایا
۱۰–خانم نسرین مسائلی

لاین های تحقیقاتی اعضای گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری

دکتر شهلا آکوچکیان	بهداشت روانی در نوجوانان
دکتر کتایون شفیعی	بهداشت روانی زنان
دکتر عباس عطاری	استرس در کودکان و نوجوانان
دکتر سیدغفور موسوی	اورژانس های روانپزشکی
دکتر غلامحسین احمدزاده	اختلالات خلقی
دکتر مجید برکتین	Disorders Mood Bipolar of Spectrum/اختلالات طیف دوقطبی
دکتر قربانعلی اسدالهی	سایکوفارماکولوژی داروهای ضد سایکوز
دکتر غلامرضا خیرآبادی	افسردگی
دکتر محسن معروفی	سایکوفارماکولوژی داروهای ضدافسردگی
دکتر سرور آرمان	مداخلات آموزشی–درمانی در کودکان و نوجوانان
دکتر مهرداد صالحی	درمان وابستگی به مواد
دکتر غلامرضا قاسمی	سلامت روان زنان
دکتر حمید افشار	بیماریهای روان تنی
دکتر مژگان کاراحمدی	اختلالات رفتاری در کودکان
دکتر ویکتوریا عمرانی فرد	CommunityPsychiatry/ روانپزشکی اجتماعی
دکتر مسعود ازهر	روانپزشکی کودک و نوجوانان
دکتر امراله ابراهیمی	روانسنجی
دکتر رضا باقریان	جنبه‌های روانشناختی–بیماریهای جسمی مزمن
محمد یعقوبی	درمانهای رفتاری شناختی اختلالات اضطرابی
محمد سلطانی	Problem Sexual
مهین امین الرعایا	مدیریت سلامت روان
نسرین مسائلی	ساخت و هنجاریابی ابزارهای روان سنجی
دکتر سید بدرالدین نجمی	روانشناسی بالینی کودک و نوجوان
دکتر مصطفی نجفی	تکنولوژی و روانپزشکی کودک و نوجوان
دکتر فرشته شکیبائی	مداخلات آموزشی و درمانی در کودک و نوجوان

فعالیتهای مرکز تا پایان سال ۱۳۸۷

–تعداد طرحهای پژوهشی دستیاری و فوق تخصصی: ۱۳۸ مورد
–تعداد طرح های پژوهشی اینترنی: ۱۷٤ مورد
–تعداد طرحهای پژوهشی آزاد: ۱۰۲ مورد
–تعداد مقالات چاپ شدهٔ انگلیسی و فارسی: ٤۰ مورد
–برگزاری دوره های آموزشی خانواده برای پرسنل ذوب آهن
–تهیه پمفلت های آموزشی
–همکاری با شبکه بهداشت روان
–برگزاری کارگاه ترک اعتیاد
–شرکت در برنامه های صدا و سیما در خصوص بهداشت روان

عناوین کتب شده منتشر شده توسط اعضای گروه روانپزشکی

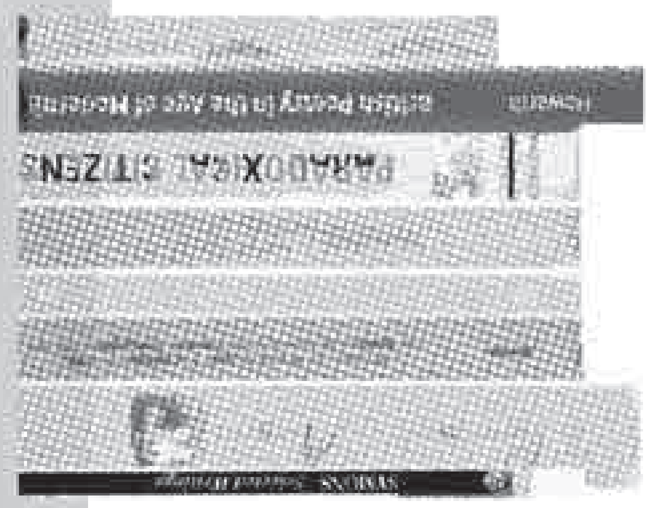
۱۳۷۱عوارض روانی پس از جنگ/دکتر عطاری –دکتر باقریان
۱۳۷٤ تالاسمی چیست؟/دکتر ملکیان
۱۳۷٦ عزت نفس وسلامت روان /دکتر اسدالهی –دکتر موسوی
فرهنگ الزهراء /دکتر آکوچکیان –دکتر داوری
بهداشت روان برای کاردانان بهداشتی /گروه روانپزشکی
۱۳۷۸بهداشت روان برای رابطین بهداشتی/ گروه روانپزشکی
۱۳۷۸روانپزشکی اجتماعی برای پزشکان عمومی/ گروه روانپزشکی
۱۳۷۸ پیشرفت تحصیلی در علوم پزشکی /دکتر اسدالهی
۱۳۷۸اعتیاد به مواد مخدر در آئینه روابط خانوادگی /دکتر پیرمرادی
۱۳۷۹مفاهیم و تئوریهای کلیدی در خانواده درمانی /دکتر پیرمرادی
۱۳۸۰روانپزشکی بالینی /دکتر اسدالهی، دکتر آرمان، دکتر ابراهیمی
۱۳۸۰آموزش درمان و مشاوره سیستمی /دکتر پیرمرادی
۱۳۸۰ اعتیاد مواد مخدر /دکتر صالحی
۱۳۸۰تنشهای عصبی و شیوه های مقابله با آن/دکتر صالحی
۱۳۸۱روانپزشکی بالینی جهت دانشجویان پزشکی ورشته‌های وابسته/گروه روانپزشکی
۱۳۸۱ تشخیص و درمان اعتیاد /دکتر عطاری و ...
۱۳۸۲ تشخیص و درمان اختلالات جنسی/دکتر آرمان –حسن زهرائی
۱۳۸۲روانشناسی های بومی /دکتر پیرمرادی
۱۳۸۲امتناع از رفتن به مدرس/ دکتر صالحی
۱۳۸۲وسواس/ دکتر معروفی
۱۳۸۳ نوجوانان و افزایش عزت نفس/دکتر شکیبائی
۱۳۸۳حشیش و دانستنیهای بهداشتی –درمانی /دکتر صالحی –دکتر ملکیان
۱۳۸۳روانشناسی فرهنگی و روانشناسی خانواده ایرانی/ دکتر پیرمرادی
۱۳۸٤ نخستین پروتکل آموزش خانواده در ایران / دکتر پیرمرادی
۱۳۸٦کودک پرتحرک /دکتر ازهر
۱۳۸٦نظریه های جدید در افسردگی/دکتر برکتین
۱۳۸٦دانستنیهای حشیش و مواد وابسته /دکتر صالحی
۱۳۸٦روانپزشکی رشد /دکتر کاراحمدی
۱۳۸٦مدیریت زندگی یا نظریه کنترل/دکتر ملکیان –دکتر احمدی
۱۳۸٦کامل گرایی و سلامت روان /دکتر افشار–دکتر اسدالهی –آقای ثابت قدم
۱۳۸۷درمان شناختی رفتاری در سالمندی / دکتر باقریان و همکاران
۱۳۸۷ اختلالات تغذیه ای/دکتر عباس عطاری

این مرکز آماده پذیرش طرح های پژوهشی همکاران در زمینه های روانپزشکی و علوم رفتاری می باشد.

آدرس: اصفهان، خیابان استانداری، مرکز پزشکی نور، مرکز تحقیقات علوم

روانپزشک
▪ جامعه روانپزشکی حیطه وسیعی را شامل می شود؛ کسانی که خود را عضو آن می دانند بدانند که خبرنامه مشتاق هرگونه مشارکت ایشان است.
▪ برای انتقادات، پیشنهادات، خاطرات، نظرات و نوشته های شما همیشه جایی در خبرنامه وجود دارد.

خلاصه طرح ها و پایان نامه های انجام شده در مرکز تحقیقات علوم رفتاری



شناخت تجربه بستری مجدد و عوامل اصلی موثر بر آن در جانبازان مبتلا به PTSD

مجریان: دکتر کتایون شفیعی، دکتر عباس عطاری، دکتر علی مهدوی

با همکاری مرکز تحقیقات علوم رفتاری

مقدمه

اختلال استرس پس از حادثه یک اختلال روانی شایع در جانبازان جنگ تحمیلی ایران و عراق می باشد که عوامل گوناگونی موجب بستری مجدد آنان می گردد. آگاهی از تجارب بیماران و خانواده های آنان در زمینه بستری مجدد، می تواند به پیشگیری از بستری مجدد کمک نماید.

مواد و روشها

این مطالعه کیفی و به روش تئوری زمینه ای (theory Grounded) انجام شد. مشارکت کنندگان در این پژوهش ۱۹ نفر از جانبازان مبتلا به PTSD بستری در بیمارستانهای شهید رجایی و نور اصفهان و ٦ نفر از همسران آنان بود. نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف آغاز و تا حد اشباع اطلاعات ادامه یافت. اطلاعات با استفاده از مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها به روش تحلیل مقایسه ای مداوم صورت گرفت.

نتایج

میانگین سنی افراد ٤١/٥ سال بود که ٤ نفر مشغول بکار، ٥ نفر بیکار و ١٠ نفر از کار افتاده بودند. در مرحله اول که به صور کدگذاری باز انجام شد ۲۷۱ کد مفهومی استخراج و در مرحله کدگذاری انتخابی ۷ متغیر اصلی با ۱۹ مفهوم زیر طبقاتی مشخص گردید. هفت مفهوم اصلی شامل: عود بیماری روانپزشکی – مشکلات دارو و درمان، مشکلات خانوادگی، عود بیماری های جسمی، نگرش منفی جامعه، نارضایتی از سیستم حمایتی و درمانی بود.

سایر مطالعات

Solomon و همکارش در سال ۱۹۹۷ مطالعه ای بر روی ۱۷۹۰ زوج انجام و نشان دادند که میزان خشونتهای خانگی در میان سربازان قدیمی با PTSD بیشتر از میزان آن در جمعیت عمومی می باشد.

در سال ۱۹۸۸ stellman نشان داد که مردانی که با سطوح بالایی از آسیب جنگی روبه رو شده بودند در معرض خطر بیشتری برای طلاق، خشنودی کمتر از زندگی و ازدواج، نقش خود بعنوان پدر و روابط جنسی با همسرقرار داشتند و حمایت خانواده را از دست می دادند.

Hashemion در سال ۲۰۰٦ بیان کردکه قرار گرفتن در معرض جنگ افزارهای شیمیایی خطر PTSD در تمام عمر، نشانه های اضطرابی و نشانه های افسردگی را بالا می برد و بهبودی از PTSD بطور مشخص تحت تاثیر دریافت حمایت اجتماعی می باشد.

مطالعه ای توسط تقدسی در سال ۱۳۸۱ بر روی اثرات گاز خردل که از شایع ترین گازهای شیمیایی بود انجام و نتایج نشان داد که شایع ترین عوارض مواجهه با این گاز شیمیایی عوارض پوستی و بعد از آن عوارض سیستم تنفسی بود و علل بستری مجدد جانبازان مبتلا به PTSD عود بیماری جسمی است که شامل عود عوارض مصدومیت های شیمیایی، محرومیت های جسمی، دیابت و بیماریهای قلبی می باشد.

در سال ۱۹۹۷ مطالعه ای توسط Fontana در پیگیری ۱ ساله بعد از ترخیص بیماران PTSD نشان داد که بیماران که به صورت کوتاه مدت در بخش های PTSD بستری بودند رضایت بیشتری نسبت به بیماری با بستری طولانی مدت در بخشهای PTSD و بخش های روانپزشکی عمومی داشتند و هزینه های بستری نیز در بخش طولانی مدت PTSD به ترتیب حدود ۸۲/٤% و ۳۵/٥% بیشتر از هزینه بستری در بخش کوتاه مدت PTSD و بخش روانپزشکی عمومی بود.

نتیجه گیری

یافته های این تحقیق کیفی به ما در فهم بهتر عوامل موثر در بستری مجدد جانبازان مبتلا به PTSD کمک می کند. چنانچه مشارکت کنندگان اظهار داشتند عود PTSD و خصوصاً خشم ناشی از بیش برانگیختگی مهمترین علت بستری مجدد جانبازان مبتلا به PTSD می باشد. جانبازان مبتلا به PTSD مشکلات متعددی در زمینه عود بیماری روانپزشکی همراه قطع دارو و درمان مشکلات خانوادگی، اقتصادی، نارضایتی از نگرش منفی جامعه و نارضایتی از سیستم درمانی و حمایتی را تجربه می کنند که منجر به بستری مجدد آنها می شود و شاید با کنترل این عوامل از طریق درمان و آموزش بیشتر جانبازان و خانواده هایشان بتوان موجب بهبود کیفیت زندگی و پیشگیری از بستری مجدد آنها شد.

نیازسنجی پژوهشی در حیطه علوم رفتاری و اولویت بندی آن‌ها از دیدگاه دست اندرکاران بهداشت روان در شهر اصفهان

مجریان: مهین امین الرعایا، دکتر عباس عطاری، دکترحسن زاده

با همکاری مرکز تحقیقات علوم رفتاری۱۳۷۸

مقدمه

نظر به اهمیت و نقش تحقیقات علمی در برنامه ریزیهای خرد و کلان، ارائه خدمات و پاسخگویی به نیازهای بایستی در راستای نیازهای اصلی جامعه بوده و تمامی سازمانها و نهادهای زیربط بطور جدی برای تقویت و توسعه این مقوله و برنامه ریزی برای گسترش فرهنگ پژوهش محوری در تصمیم گیری و سیاست گذاری اهتمام ورزند هدف این مطالعه با توجه به درخواست حوزه معاونت پژوهشی مبنی بر نیاز سنجی و اولویتهای پژوهشی در تمامی حیطه ها در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، نیازسنجی و اولویت بندی پژوهشی دست اندرکاران بهداشت روان می باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی پیمایشی و از نوع مقطعی می باشد. جامعه پژوهش شامل روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران، کاردرمانگرها، کارشناسان بهداشت و روانپرستاران شاغل در شهر اصفهان می باشند. حجم نمونه ۹۱ مورد می باشد و محیط پژوهش مرکز تحقیقات علوم رفتاری، مطب پزشکان و مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان بود. روش جمع آوری اطلاعات تکنیک دلفای می باشد و جهت تحلیل یافته ها از آمار توصیفی استفاده گردید.

نتایج

نیازهای پژوهشی اعلام شده از دیدگاه روانپزشکان ۱۶۳ عنوان، از دیدگاه روانشناسان ۷۷ عنوان، از دیدگاه مددکاران ۲۲ عنوان، از دیدگاه کاردرمانها ۲۵ عنوان، از دیدگاه کارشناسان بهداشت روان ۱۷ عنوان و از دیدگاه روانپرستاران ۳٤ عنوان بود. اولویتهای عناوین نیازهای پژوهشی از دیدگاه روانپزشکان عبارتند از: تبیین جایگاه حلقه گمشده مددکاری اجتماعی در حوزه روانپزشکی و مقایسه آن با الگوهای جهانی، بررسی مشکلات خانوادگی، شغلی، تحصیلی در بیماران روانی از دیدگاه روانشناسان: بررسی نیازهای جنسی نوجوانان و راه های کنترل و تعادل آن متناسب با فرهنگ دینی، بررسی تاثیر نقش روابط والدین با یکدیگر و با فرزندان بر اعتیاد جوانان می باشد. از دیدگاه مددکاران اولویتهای پژوهشی مشتمل بر اثربخشی آموزشهای تربیتی اجتماعی قبل از ازدواج در سازگاری از زناشویی پس از ازدواج، اثربخشی مداخلات اجتماعی در پیشگیری از طلاق و از دیدگاه کاردرمانها، آسیب شناسی خانواده هایی که حداقل یک بیمار با مشکلات روانی در آن وجود دارد، نقش و اهمیت یکپارچگی در درمان انواع اختلالات خلقی است. از دیدگاه کارشناسان بهداشت روان، اعتیاد پزشکان و پرسنل بهداشت و کارمندان و کارگران جزء اولویتهای نیازهای پژوهشی می باشد. نهایتاً اولویتهای پژوهشی از دیدگاه روانپرستاران، آموزش خانواده و تاثیر آن در رفتار بیماران روانی، علل عود بیماریهای روانپزشکی و عوامل آن می باشد.

سایر مطالعات

دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۸۵-۸٦ اولویتهای پژوهشی در حیطه سلامت روان را به ٤ مورد هنجاریابی آزمونها، اپیدمیولوژی، علت شناسی، راه های پیشگیری در زمینه اختلالات هیجانی و خود کشی و اعتیاد اختصاص داده اند.

در سال ۸٦ در استان همدان به چهار مورد اولویت پژوهشی اشاره شده است که شامل پیشگیری از سوء مصرف مواد – پیشگیری از خودکشی و اختلالات رفتاری می باشد.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نیازسنجی به عمل آمده از دست اندرکاران بهداشت روان و علوم رفتاری، پژوهش در حیطه های اعتیاد، خودکشی و خانواده از اولویت بیشتری برخوردار است.

انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان ایران
سومین
همایش سراسری
انجمن روانپزشکی
کودک و نوجوان
۱۳ - ۱۵ مهر ۱۳۸۹
مهلت ارسال مقالات
۱۰ تیرماه ۱۳۸۹
3rdcongress@iacap.net
3rd National Congress of Child and Adolescent Psychiatry
28-30 September 2010
دبیرخانه:
خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه
انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان
تلفن: ۶- ۵۵۴۰۹۴۹۵
www.iacap.ir

ماجرای بخش حاد روانپزشکی بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان بروجن

دکتر مجید فیاضی بروجنی - روانپزشک

معاونت محترم درمان دانشگاه

با سلام

«حسب درخواست شما باستحضار میرساند که در حال حاضر در این استان ٤ نفر روانپزشک مشغول به خدمت بوده و در استان نیاز به روانپزشک نداریم»

این پاسخ مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه به معاونت درمان وقت دانشگاه بوده و بسان آب سردی بود که سرتاسر وجودم را گرفت چرا که با انرژی زیادی از بیمارستان روزبه تهران به شهرکرد آمده بودم تا به نظر خودم بتوانم در کسوت جدید یعنی روانپزشکی مشغول به خدمت شوم.

به هر حال با تمام مقاومت‌ها و نامهربانی های همکاران قرار شد که در پست سازمانی خودم یعنی پزشک عمومی در بیمارستان ولی عصر «عج» بروجن مشغول به فعالیت شوم و ابلاغ اینجانب با منت معاونت درمان وقت برای خدمت در بیمارستان بروجن صادر شد.

دست از پا دراز تر با ابلاغ جدید خودم را به ریاست وقت بیمارستان بروجن معرفی کردم که با همان پاسخ مواجه شدم لیکن چون من بومی بروجن بودم؟! و در دوران پزشکی عمومی همکاری خوبی با سیستم داشتم؟! و... با حضور من موافقت شد روزهای اول در درمانگاه روانپزشکی که برای اولین بار در شهر بروجن افتتاح شد بیماری نداشتم لیکن با صبر و حوصله کم کم تعداد بیماران افزایش می یافت بعد از ۲ ماه تعداد بیماران به نزدیک ۱۰ نفر می رسید لیکن امکانات برای بستری بیماران وجود نداشت. اولین بیمار بستری با افسردگی اساسی و حملات تشنج در بخش داخلی بستری شد که از فردای آن روز مورد اعتراض همکاران متخصص داخلی قرار گرفتم و ریاست بیمارستان با تعهد این که بیماری بستری نکنم با ادامه‌ی کارم در بیمارستان موافقت نمود.

با توجه به شرکت در فعالیت های اجتماعی شهر و مشکلات موجود درخصوص اداره‌ی شبکه بهداشت و درمان شهرستان و بیمارستان شهر و با پیشنهاد ریاست دانشگاه و حمایت نماینده مجلس و همین طور سوابق قبلی مدیریت در شبکه‌ها و بیمارستان‌های اردل و لردگان به صورت مشترک مسئولیت اداره‌ی شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجن و ریاست بیمارستان ولی عصر«عج» بروجن را به مدت ۲ سال پذیرفتم و این شروعی شد برای بسیاری از تحولات از جمله پیشبرد طرح ادغام بهداشت روان در سیستم شبکه و راه‌اندازی بخش روانپزشکی در بیمارستان عمومی شهر بروجن.

از آن زمان یعنی تیرماه سال ۸۱، تاکنون بخش روانپزشکی بروجن با تعداد ۱۲ تخت زنانه و مردانه و در فضایی محدود در قسمتی از بیمارستان مشغول فعالیت بود و در مدت ۷ سال گذشته خدمات بسیاری به بیماران شهرستانهای بروجن و لردگان داده شده است. بالاترین درصد اشغال تخت بیمارستان در بخش روانپزشکی بود و تاکنون ۲۵۰۰ مورد بستری وجود داشته است. برنامه‌ی بهداشت روان با دقت کافی در سیستم شبکه اجرا شده است. وجود یک روانپزشک مشاور و بخش روانپزشکی در بیمارستان مورد قبول سایر سرویس ها بوده است و اخیراً دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و مسئولین بیمارستان تصمیم به توسعه فضای فیزیکی این بخش گرفته‌اند. با راه اندازی بخش روانپزشکی در شهر بروجن فضای فرهنگی و اجتماعی برای سایر همکاران آماده شده که در طی این مدت از خدمات سایر دوستان روانپزشک از جمله دکتر صدر عاملی ـ دکتر کیانی ـ دکتر فضیله ـ دکتر شادفر در شهرستان لردگان و دکتر قادری در بروجن به عنوان پزشکان طرح ضریب کا استفاده شده است.

باشد که این یادداشت حرکتی باشد در جهت تقویت روحیه همکاران جوان تر در خصوص انجام رسالت اصلی روانپزشکی در قبال جامعه و مردم نیازمند و همچنین رشته‌ی روانپزشکی.

با تشکر

روانپزشک
- جامعه روانپزشکی حیطه وسیعی را شامل می شود؛ کسانی که خود را عضو آن می دانند بدانند که خبرنامه مشتاق هرگونه مشارکت ایشان است.
- برای انتقادات، پیشنهادات، خاطرات، نظرات و نوشته های شما همیشه جایی در خبرنامه وجود دارد.

طی مطالب تسلسلی که در پیش خواهیم داشت قرار است خوانندگان عزیز را پس از مرور مختصری بر رویکرد شناختی – رفتاری در آسیب شناسی رفتار با روشهای نوین اخیر در این حوزه آشناتر سازیم.

رویکرد شناختی-رفتاری "یک معیار طلایی"

سید بدرالدّین نجمی / دکترای تخصصی روان شناسی ،
مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
تلفن ۰۹۱۳۳۰۸۰۷۰۳

ظهور علمی روان شناسی درمان مدار با تاکید بر آسیب شناسی رفتار، معطوف به اقدامات پیشوای رویکرد روان پویشی در اواخر قرن ۱۹ میلادی واخلاف وی در اوایل قرن ۲۰ میلادی است ؛ که در انتقاد به نگاه ذهنی وغیر قابل آزمایشی ادعاهای نظری ایشان در تبیین رفتار ،رویکرد رفتارگرا در ابتدای قرن ۲۰ میلادی پا به عرصه علم نهاد . هردو دیدگاه به دلیل نگاه خرد اندیش ،جزمی ، تک بعدی و بدبینانه ای که به انسان داشتند توسط موج سوم یعنی روان شناسان انسان گرا مورد انتقاد قرار گرفتند . اما ضرورت دستیابی به رویکرد های درمانی کوتاه مدت ، کم هزینه وبا ضریب تاثیر بالاتر با یک نگرش انسان مدار با توجه به تمام خصایص روان شناختی فرد و نیز پیدایش وتوسعه رویکردنظری شناختی در حوزه شخصیت وتوجیه وتعلیل رفتار انسان، تحت تاثیر اصول نظری سیبرنتیک و تحولات علوم رایانه و پردازش اطلاعات و... هیچکدام از رویکردهای نظری مذکور را غالب نساخت . بدین ترتیب محققین مجموعهایی از درمان‌های روان شناختی منبعث از رویکردهای نظری بینشی، شهودی، یادگیری، شناختی، حمایتی وهمدلانه شامل: هیپنوتراپی، فنون گوناگون رفتاری ازجمله پسخوراند زیستی، فنون شناختی– رفتاری (فردی و گروهی) وروشهای اختصاصی منبعث از آن را در درمان و توانبخشی آسیب دیدگان روانی در گروه‌های سنی مختلف به کار بسته و پیشنهاد دادند.

رویکرد متمرکز بر فرایندهای شناختی: از آنجا که ارزیابی‌های شناختی فرد از موقعیت فشارزا ممکن است حاصل باورهای نادرست و کمبود یا فقدان اطلاعات باشد، بعضی از رویکردهای انطباق با تنیدگی بر تعدیل الگوهای رفتاری و فکری افراد تأکید کرده اند. بازسازی شناختی[1] که منجر به بازنگری الگوهای فکری و جایگزین ساختن افکار و باورهای اشتباه با افکار سازنده و واقع بینانه می‌شود یکی از روش‌های شناختی مؤثر است. شیوه درمان عقلانی – هیجانی[2] (RET) پیشنهاد شده از سوی آلبرت الیس (۱۹۸۷) یکی از رویکردهای شناخته شده ای است که به بازسازی شناختی در فرد می‌انجامد. بر اساس این نظریه، شناخت‌ها می توانند عواطف را برانگیزند. این روش شامل یک الگوی پنج مرحله ایی در درمان است. A اشاره به واقعه یا رویداد فعال کننده[3] دارد. B باورها[4] و افکار متعاقب مواجهه با رویداد فعال کننده است که در ذهن بیمار به جریان می‌افتد. C پیامدهای رفتاری و هیجانی[5] است که به فرد دست می‌دهد. D مورد سؤال قرار دادن[6] باورهای غیر منطقی در طول دوره درمان روان شناختی را شامل می‌شود.و E در برگیرنده نظام اعتقادی و فلسفی بازسازی شده تحت تأثیر درمان است .

نظام شناخت درمانی[7] آیرون تی. بک (۱۹۷۶) که به فرد کمک می‌نماید به تحریف‌های شناختی خود پی برده و آنها را به عنوان فرضیه‌های قابل آزمون مورد بررسی قرار داده و نسبت به اصلاح آنها اقدام نماید، و روش آموزش ایمن سازی در برابر تنیدگی[8] ابداع شده توسط مایکن بام[9] (۱۹۷۲) که به شناخت گفتگوی درونی فرد و اصلاح خودگویی‌های وی می پردازد، و نیز روش شناختی–رفتاری[10] ارتقای سطح خود کارآمدی وضع شده توسط آلبرت بندورا (۱۹۷۷) با هدف اصلاح قضاوت فرد مبنی بر توانایی انجام یک عمل و روشها

۱- cognitive restructuring
۲- Rational- Emotive Therapy(RET)
۳- activating experience
۴- beliefs
۵- behavioral and emotional consequences
۶- disputing
۷- Cognitive Therapy
۸- Stress Inoculation Training
۹- Meichenbaum
۱۰- Cognitive-Behavioral Therapy(CBT)

و فنون منبعث از رویکرد شناختی – رفتاری که در سالهای اخیر پیشنهاد شده است حاکی از سیر تکوینی و تکاملی این رویکرد است که به هدف افزایش مهارت فرد در برخورد با موقعیت‌های فشارزا می اندیشد.

شیوه درمان شناختی ـ رفتاری حاصل امتزاج دو رویکرد رفتار درمانی و شناخت درمانی است. درمان شناختی ـ رفتاری بر اساس این منطق نظری و زیربنایی استوار شده است که عاطفه و رفتار فرد، عمدتاً بر حسب شیوه سازمان دهی جهان از نظر او تعیین می شود. در رویکرد درمانی شناختی ـ رفتاری قسمت عمده درمان بر اساس رویکرد اینجا و اکنون صورت می گیرد و هدف عمده درمان این است که درمانجو به نحوی بتواند تغییرات مطلوبی در زندگی خود پدید آورد. این روش درمانی کاملاً سازمان یافته و جهت دار است. مساله مدار و معطوف به عوامل تداوم بخش مشکلات است و نه منشاء آنها. در واقع، مراجع را به عنوان فردی که به صورت فعال در درمان حضور دارد می نگرد، از لحاظ زمانی کوتاه و محدود است و در آن سعی می شود به مراجع کمک شود تا در خود مهارت‌های خودیاری مستقلی پدید آورد. بر فرایند سؤال و کشف رهبری شده متکی است و نه بر قانع سازی و موعظه. مراجع طی فرایند درمان یاد می گیرد که افکار و عقاید را به عنوان فرضیه‌هایی که باید اعتبارشان آزموده شود نگاه کند. در این رویکرد درمانی باورهای محوری زیرساخت افکار غیر منطقی و مزاحم تضعیف می شوند و بدین ترتیب آسیب پذیری در برابر برهه‌های آینده کمتر می گردد.

درمان شناختی– رفتاری، متمرکز بر تشخیص «افکار شدید و دائمی» است که هنگام بروز آلام ناشی از عواطف منفی عمیق بروز می کند سپس این افکار به میزانی که واقعیت دارند ارزیابی می‌شوند. برای مثال شخصی که احساس اضطراب بی موردی دارد ممکن است اینگونه فکر کند که «هر کسی از من متنفر است» و سپس شروع به فهرست کردن شواهدی برای اینکه این مورد حقیقت دارد یا نه، بکند. درادامه به جستجوی افکار زیربنایی اضطراب می‌پردازد و چگونگی کاهش تنیدگی را ارزیابی می‌کند. در نظر نخست این فرایند طولانی به نظر می‌رسد اما بعد از مدتی افراد عمیقاً قادر خواهند بود این کار را در ذهن خود انجام دهند، فهمیدن اینکه این افکار رخ می‌دهند اما نشان‌دهنده واقعیت نیستند.

در شیوه درمان شناختی – رفتاری، این باور وجود دارد که درمان گر با وجود این که نمی تواند شرایط زندگی بیمار را تغییر دهد، ولی شاید بتواند دریافت و نگرش بیمار درباره رویدادهای زندگی و تنیدگی ناشی از آن را تغییر دهد. بنابراین به بیمار کمک می کند تا در معیارهای آرمان گرایانه و شیوه‌های مقابله نابسنده ی خود با رویدادها بازنگری کند، کمتر از خود انتقاد نماید و راه حلهای تازه ای برای مشکلات خود بیابد.

در رویکردهای درمان شناختی–رفتاری، اقدام به تغییر شیوه‌های غیر انطباقی تفکر و احساس در پاسخ به بیماری می‌شود. فنون خاص این رویکرد دامنه وسیعی از راهبردها چون: پسخوراند زیستی، آموزش آرام سازی، بازسازی شناختی و تغییر توجه از موضوع[11] و دیگر شیوه‌های فعال را شامل می‌شود. درمان شناختی – رفتاری کارآمدی فرد را در انطباق با شرایط دشوار افزایش داده و نشانه‌های پریشانی روانی مانند علایم افسردگی را می کاهد.

طیف وسیعی از درمانهای روان شناختی از جمله فنون شناختی–رفتاری چون: آرام سازی عضلانی پیشرونده، پسخوراند زیستی، مدیریت تنیدگی دربهبود کیفیت زندگی بیماران دارای مشکلات جسمی –روانی اثربخش شناخته شده است. در این میان درمان شناختی– رفتاری مدیریت تنیدگی از اساس نظری

۱۱- distraction

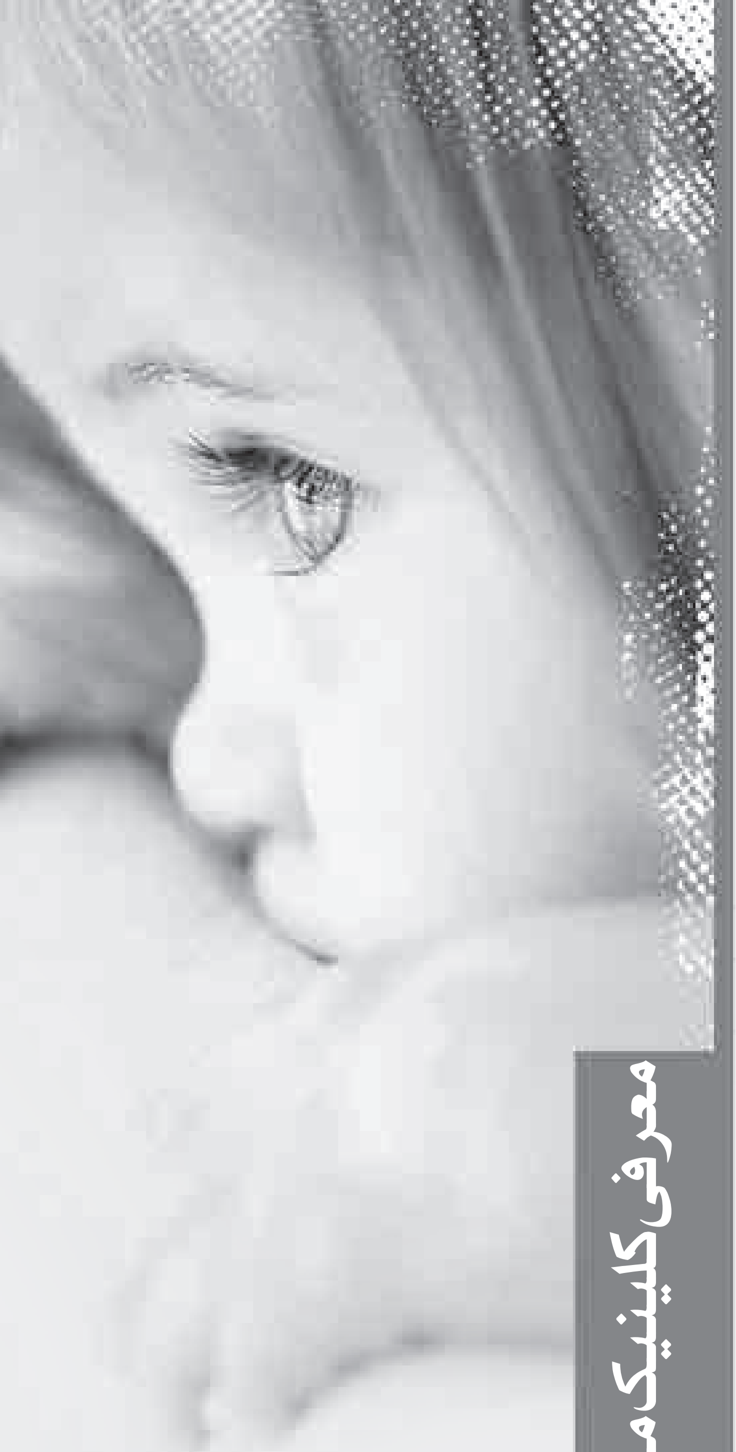
قوی برخوردار بوده و پژوهش‌های مختلف اثربخشی آنرا در بهبود کیفیت زندگی این افراد تایید کرده است. درمان شناختی–رفتاری مدیریت تنیدگی به دسته ای از فنون درمانی اطلاق می شود که مبتنی بر رویکرد شناختی–رفتاری بوده و به فرد کمک می‌شود افکار ناکارآمد و باورهای زیر بنایی که واکنشهای هیجانی و علائم بیماری را به همراه دارند شناسایی و اصلاح کنند. همچنین با استفاده از فنون مدیریت تنیدگی به بیماران آموزش داده می شود تا دریابند که مشکلاتشان چه بوده و راهبردهای مقابله با این مشکلات کدامند. این فنون، توانایی افراد را برای کاهش تنیدگی و سازگاری مناسب با موقعیت‌های فشار زا افزایش می دهد. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد فشار وتنیدگی، آموزش آرام سازی عضلانی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله، آموزش مهارتهای ابراز وجود، مدیریت خشم و برنامه ریزی فعالیت‌ها می باشد.

به عنوان نمونه ای دیگر از زیرساختهای نظری رویکرد شناختی– رفتاری به درمان می توان به نظریه اسناد اشاره کرد. فرض اساسی نظریه اسناد این است که جستجو برای درک وفهم امور و عامل رویدادها مهمترین منبع انگیزش انسان است. از این رو هدف این نظریه پیداکردن راههایی است که در آن افراد به توضیح و تبیین رویدادها و روابط علت و معلولی بین آنها می پردازند. بنا به تعریف، اصطلاح نسبت دادن یا اسناد، به علتهایی که فرد برای رویدادها یا نتایج اعمالش، بویژه کسب موفقیت یا مواجهه با شکست بر می گزیند اشاره دارد.

امروزه درمانهای شناختی – رفتاری سنتی[12] در مقایسه با درمانهای قدیمیتر مانند رویکردهای روان پویشی[13] در حوزه سلامت روان از محبوبیت بیشتری برخوردار شده و به معیارهای طلایی[14] در مداخله‌های روان شناختی شهرت یافته اند. با این حال کاراترین درمانهای شناختی اخیر که تلفیقی هستند، مانند رفتاردرمانی دیالکتیک[15] طولانی مدت می‌باشند و نیز احتمال برگشت مکرر نشانه‌ها از جمله افسردگی را بیشتر می کند. علاوه بر این عدم موفقیت دیگر فنون رایج در رویکرد شناختی – رفتاری سنتی مانند: مسئله گشایی، زمینه را برای آزمون رویکردهای نوین شناختی – رفتاری فراهم می‌سازد.

با این نگاه مختصر و گذرا به رویکرد فراگسترده شناختی – رفتاری در عرصه روان شناسی درمان مدار، در بخشهای پیوسته ی آتی شما را با رایج ترین روشهای کوتاه مدت منبعث از این رویکرد در دو دهه اخیر آشنا می سازیم ؛ باشد که این نگاه ایجازی نه تنها پاسخ گوی برخی از سوالات، که موجد پرسشهای پژوهشی جدید نیز باشد.

۱۲- traditional
۱۳- psychodynamic
۱۴- Gold Standard
۱۵ (Dialectical Behavioral Therapy (DBT رفتاردرمانی دیالکتیک براساس نظریه زیستی– اجتماعی و برای کاهش علائم و افزایش سازگاری اجتماعی اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد شد. جهت گیری نظری این درمان از نظریه‌های رفتاری و رویکردهای مداخله در بحران گرفته شده و تأکیدی نیز بر «پذیرش» و «تحمل» مأخوذ از تأمل غربی و مراقبه شرقی دارد. حرکت به سمت اهداف درمانی در این شیوه طی چهار مرحله انجام می گیرد. در مرحله پیش درمانی، مراجع جهت درمان آماده شده و قرارداد می‌بندد که جهت رسیدن به اهداف درمانی تلاش کند. بدنبال این مرحله، مرحله اول درمانی شروع شده و تمرکز آن بر کسب توانمندیها و مهارتهای اساسی و یافتن ثبات از طریق تمرکز بر رفتار آماج، رفتارهای مخل درمان، رفتارهای مخل آسایش زندگی و مهارتهای رفتاری می‌باشد. فرد در این مرحله مهارتهای اساسی اندیشه و تفکر، سودمندی در روابط بین شخصی، تنظیم هیجانها، تحمل آشفتگی و درماندگی، توان اداره و کنترل کردن خویش را فرامی گیرد. اهداف مرحله سوم (مرحله پایانی) که با دو مرحله قبلی همپوشی دارد عبارتست از افزایش احترام به خود مستقلانه، تعمیم مهارتهای رفتاری، نیل به اهداف فردی، یکپارچگی و اختتام. این شیوه درمانی جدید تاکنون درمورد مقایسه با سایر شیوه‌های درمانی، برتری خود را اثبات کرده‌است.



گزارش عملکرد سه ماهه چهارم واحد سلامت روان مرکز بهداشت استان

دکتر ناهید گرامیان

– با توجه به اهمیت آموزش و توانمند سازی مردم و لزوم یکسان سازی مباحث ارائه شده توسط کارشناسان تیم سلامت روان ، کوریکولوم آموزشی مربوط به مباحث فرزند پروری و مهارت های زندگی تهیه و به همه ی شهرستان ها ارسال گردید.

– جلسات آموزشی با عنوان مشاوره ی قبل و بعد از ازدواج و مهارت های ارتباطی زوجین جهت خواهران حوزه ی علمیه برگزار گردید تا علاوه بر افزایش آگاهی آنان در این زمینه ، این آموزش ها از طریق جلسات آموزشی مذهبی به مردم جامعه منتقل شود.

– هماهنگی جهت حضور روانشناس در پایگاه های سلامت و پایش فعالیت های آنها در سطح شهر، در حال حاضردر پایگاههای سلامت در سطح شهر خدمات بهداشتی از جمله خدمات مشاوره ودرمان انجام می گیرد.

–پایش و نظارت ازشهرستان ها و جمع بندی نتایج نظارت های سال ۸۸ و تعیین رتبه های برتر درهر فرایند و اعلام رتبه به شهرستان ها جهت انجام مداخلات مربوطه جهت بهبود وضعیت هر فرایند

–با توجه به نقش کلیدی مدیران در برنامه ریزی و اجرای کمک های لازم در زمان بروز بلایا متن آموزشی مدیران درزمینه ی حمایت های روانی اجتماعی در بلایا تهیه شد تا در اختیار آنان قرار گیرد.

– تهیه ی بسته ی آموزشی دیابت و استرس و ارسال به کل دانشگاه های علوم پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارسال به پایگاه های سلامت جهت آموزش گروه هدف

–برگزاری جلسه ی توجیهی جهت تدوین برنامه ی عملیاتی سال ۸۹ برای همکاران تیم سلامت روان شهرستان های استان

– جمع بندی آمار شهرستان ها و تهیه ی شاخص های شیوع و بروز اختلا لات روانی در پایان سال و تجزیه و تحلیل آماری جهت انجام مداخلات مربوطه در هر شهرستان

– برگزاری کارگاه دو روزه نیاز سنجی آموزشی ویژه ی کارشناسان سلامت روان در مرکز بهداشت استان

معرفی کلینیک مشاوره کودک و نوجوان

دکتر مژگان کار احمدی

هدف اصلی این مرکز ترویج و ارتقاء سطح بهداشت روان کودکان و نوجوانان با محور قرار دادن خانواده و فعالیت در سطوح پیشگیری اول و دوم می‌باشد. منظور از پیشگیری تدابیر و فعالیتهایی هستند که بتوانند از پیدایش و افزایش اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان جلوگیری کنند. اختلالات ممکن است زیر بنای بیولوژیکی، ژنتیکی، خانوادگی و اجتماعی باشد.

اهداف ویژه مرکز جهت پیشگیری سطح اول عبارتند از:

آشنا کردن خانواده‌ها با نقش پدر و مادر و محیط خانواده در سلامت روان کودکان و نوجوانان

شناسایی نقش شرایط محیطی، اجتماعی و اقتصادی جامعه در سلامت روان کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها

آشنا کردن خانواده‌ها با پی آمدهای سوء شرایط محیطی، اجتماعی و اقتصادی بر سلامت روان کودکان و نوجوانان

آشنا کردن خانواده‌ها از ارتباط بین وضعیت روانی مادر در دوران بارداری و سلامت روان کودک

آگاه ساختن خانواده‌ها از نقش عوامل ژنتیکی، پی آمدهای سوء بیماریهای مادر در دوران حاملگی، اثرات ضربه‌های قبل از تولد و زایمانی، ازدواج خویشاوندی و زایمان زودرس سلامت روان کودک

آگاه ساختن خانواده از نیازهای کودک در آغاز کودکی و نوجوانان در دوره بلوغ

بالا بردن سطح سازگاری کودکان و نوجوانان در رویارویی با استرسهای خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی و تغییرات فیزیولوژکی بدن

همکاری بین بخشی با سازمانهای رفاهی و آموزشی، مراجع قانون گزاری، اجرایی، قضایی و انتظامی

اهداف ویژه مرکز جهت پیشگیری سطح دوم عبارتند از:

بیماریابی به منظور تشخیص، شناخت فوری و پیشرس علائم غیر عادی و یا رفتارهای نا متعادل کودکان و نوجوانان

درمان فوری زودرس و کامل، جهت رفع علائم خفیف اختلالات در کودکان و نوجوانان، پیشگیری از بروز علائم شدید آنها و برقرار کردن سازگاری هر چه زودتر بین کودکان و نوجوانان با خانواده و محیط تحصیل

درمان نگهدارنده، به منظور پیشگیری از بازگشت عوارض اختلالات تا حصول کامل آنها در کودکان و نوجوانان

غربال کردن کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به مرکز و در مدارس سطح شهر جهت تشخیص و درمان به موقع کودکان و نوجوانان

غربال کردن خانواده‌های کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به کلینیک به منظور تشخیص و درمان مشکلات ساختاری و عملکردی خانواده‌های آنها

مصاحبه بالینی – اجرای آزمونهای روان شناختی، مصاحبه گروهی کودکان و نوجوانان

همکاری بین بخشی با مراکز بهداشتی، درمانی، آموزشی، مراجع قانون گزاری

ارائه خدمات دارویی و غیر دارویی با رویکرد بین حرفه‌ای و تخصصی از جمله:

درمانهای روانپزشکی

درمانهای روانشناختی مانند روان درمانی – رفتار درمانی و بازی درمانی

درمانهای اجتماعی و حمایتی

مشاوره و راهنمایی خانواده

همکاری بین حرفه‌ای با متخصصین بیماریهای اطفال، مغز و اعصاب، روانپزشکان و مشاورین مستقر در نهادها و سازمانهای آموزشی

آموزش خانواده‌ها در خصوص نحوه برخورد با کودکان و نوجوانان خود و ایجاد و حفظ جو مناسب برای رشد و پیشرفت آنها

اجرای طرحهای پژوهشی

مرکز حاضر به علائم و مشکلات کودکان و نوجوانان و خانواده‌ها با یک رویکرد همه جانبه بین حرفه‌ای و تخصصی می‌نگرد. از این نظر فعالیتهای این مرکز به ارائه خدمات بهداشت روان در سطوح اول و دوم پیشگیری محدود نمی‌باشد بلکه به عنوان یک مرکز فوق تخصصی روانپزشکی اطفال مسئولیت علمی نسبت به انتقال اطلاعات علمی و مهارتهای عملی در رابطه با سلامت روان کودکان و نوجوانان را نیز عهده‌دار می‌باشد. آموزش دستیاران فوق تخصصی روانپزشکی اطفال، دستیاران روانپزشکی – کارشناسان ارشد دوره‌های روانشناسی بالینی، آموزش حین خدمت پزشکان عمومی – دوره‌های چرخشی دستیاران اطفال – دندانپزشکی در زمره گروههای مورد هدف آموزش قرار دارند. در این مرکز دوره‌های آموزشی برای والدین از جمله LD-PMT و خودشناسی نیز برگزار می گردد.

کادر تخصصی مرکز عبارتند از:

روانپزشکان با درجه بورد تخصصی در روانپزشکی و فوق تخصص در روانپزشکی اطفال (همه روزه)

روانپزشک با درجه بورد تخصصی روانپزشکی (جهت درمان والدین)

مشاور خانواده با درجه دکترای تخصصی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی جهت بازی درمانی

گفتار درمان با درجه کارشناسی در گفتار درمانی

کارشناس روانشناسی (گرایش مشاوره)

معلم استثنائی و اختلال یادگیری

کادر غیر تخصصی:

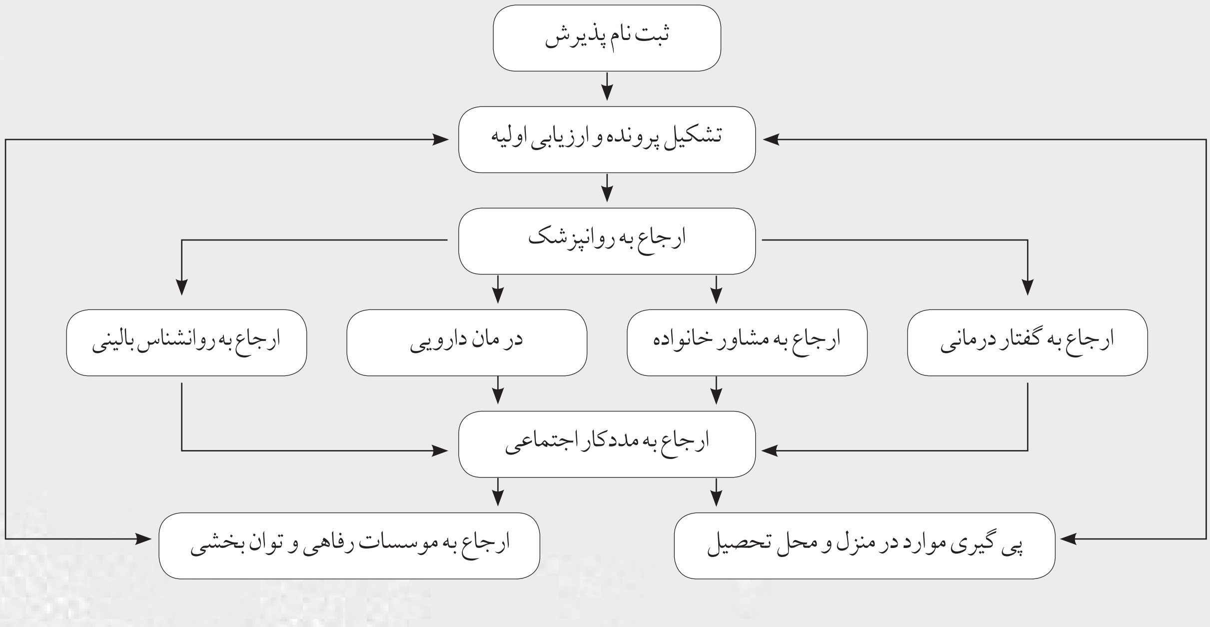
مسئول تدارکات

مسئول پذیرش

کلینیک مشاوره و بهداشت روان کودک و نوجوان در دی ماه ۱۳۷۴ با حمایت گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و شبکه بهداشت شماره ۲ شهر اصفهان دایر گردید.

محل فعلی کلینیک مشاوره کودک و نوجوان : اصفهان – خیابان استانداری – بیمارستان نور

نحوه گردش کار کلینیک مشاوره بهداشت روانی کودک و نوجوان



ازکار افتادگی روانی

دکتر صفا مقصود لو

منبع: اصول تعیین نقص عضو و ارش مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

قسمت اول:

یکی از مهمترین و مشکل‌ترین وظایف روانپزشک در ارتباط با مسایل قانونی بیماران تعیین میزان نقص عضو و میزان از کار افتادگی روانی است.

جهت بررسی نقص عضوی اختلالات ذهنی ـ رفتاری داشتن تشخیص مشخص ضروری است اما تشخیص تنها یکی از عوامل اساسی در بررسی شدت و مدت نقص عضوی است. در تعیین نقص عضو رفتاری ـ روانی پرداختن ه مسایل زیر برای بررسیهای اولیه ضروری است:

۱) انگیزه برای بهبودی

یکی از عوامل کلیدی در میزان تأثیر نقص عضوی است. باید به ارزیابی انگیزه و اختلالات آن که می تواند ناشی از بیماری یا منافع مرتبط با آن باشد پرداخته شود.

از آن جهت که اختلالات روانی انگیزه را تحت تأثیر خود قرار میدهند ارزیابی انگیزه در این افراد کار مشکلی است. انگیزه می تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی چون ذات بیماری، از دست ندادن منافع بدنبال بیماری، تمارض، بیماریهای مزمن و ضعف روحی ناشی از آن، داروهای نورولپتیک و جلب حمایت اجتماعی باشد.

صرف نظر از تمام موارد فوق، انگیزه، حلقه واسط بین نقص عضوی و از کار افتادگی است و در بسیاری موارد فقدان انگیزه، است که منجر به از دست دادن کارآیی میشود.

۲) بررسی تاریخچه کامل اختلال روانی، نحوه عملکرد فرد در طول زمان و چگونگی پاسخ وی به درمان

مهمترین منابع اطلاعاتی در این زمینه توصیف فرد از توانایی و محدودیتها، اطلاعات از خانواده و افراد مطلع میباشد. بررسی میزان تغییرات عملکردی فرد در طول زمان در تعیین شدت بیماری مؤثر است.

۳) بررسی مستندات قبلی با قدمت کافی (چندین سال) اجتناب ناپذیر است، این مستندات شامل دستورات درمانی، خلاصه پرونده‌های بستری و برگ‌های ترخیص از بیمارستان، ارزیابی‌های شغلی و یافته‌های توان بخشی است.

٤) انجام آزمون‌های استاندارد روان شناختی نه تنها نقش مهمی در رسیدن به تشخیص دارد بلکه با بررسی نحوه عملکرد در هنگام آزمون‌ها می توان اطلاعات مهمی در ارتباط با تمرکز، پایداری و استمرار فرد بدست آورد.

۵) تأثیر درمان و بازتوانی:

معاینه کننده باید از توانایی تعیین میزان تأثیر درمان بر نقص عضوی و تغییرات آن با گذشت زمان با توجه به سیر بالینی و دینامیک نقص عضوی برخوردار باشد. همچنین شدت محدودیت عملکرد شغلی ـ حرفه‌ای فرد در تعیین میزان نقص عضوی مؤثر است.

شرایطی وجود دارد که فرد تا هنگامی که تحت درمان دارویی است، نقص عضوی نداشته و یا میزان نقص عضوی وی بسیار جزئی است، در این صورت باید عملکرد فرد با درمان و بدون درمان بررسی و اعلام شود.

در صورتی که به علت در دسترس نبودن اطلاعات و مستندات کافی، رسیدن به تشخیص قطعی امکان پذیر نباشد، معاینه کننده به هیچ عنوان اجازه اعلام تشخیص معین و تعیین نقص عضوی را ندارد.

همانند تمام موارد بررسی نقص عضوی، معاینه کننده باید به بررسی و تعیین میزان تأثیر درمان در تغییر شدت نقص عضوی بپردازد اما در اختلالات روانی ـ رفتاری و نقص عضوهای ناشی از آن، برخلاف موارد ارگانیک، معمولا درمان فقط علائم و نشانه‌ها را کنترل می کند و تأثیری در میزان نقص عضوی ندارد. در هر صورت همواره نقص عضوی باقی مانده (نقص عضوی بعد از درمان) مورد ارزیابی قرار می گیرد. باید توجه شود که نقص عضوی نهایی اختلالات ذهنی با در نظر گرفتن تأثیر درمان و عوارض ناشی از آن (مثل خواب آلودگی و اختلال در عملکرد سایر اندامها) تعیین می شود.

در شماره‌ی بعد روش ارزیابی نقص عضوی در اخلالات ذهنی ـ رفتاری و طبقه بندی مرتبط با آن آورده خواهد شد...

صدای نفس‌های بهار

میترا

می رسد باز به گوش
قاب عکس خالی
گره کور دلم
فرصتی می خواهد
تا ز آرامش تو
خاطرش تازه شود
و شود باز دلم
و زنم لبخندی
تا طلوعی گردد
خاطراتت در قاب
و سرآغازی شود

که ز احساس نشاط
بگشایم پنجره را
تا دلم تازه شود
و رسد بوی بهار
کنج احساس دلم
تا زنم تاج گلی
روی گیسوی بهار
و شود خاطر تو در ذهنم
همچو یک قاصدکی
که سبکبال رسد
و خبر می دهدم

که رسد فصل خوشی
باز کنم پنجره را
و زنم لبخندی
در سر آغاز بهار
به تو ای قاصدک خوش خبرم
که پر از بوی گل ریحانی
تا دهی وعده به من فردا را
که پر از طراوت باران است

گزارش تشکیل هیئت موسس انجمن درمانگران اعتیاد استان اصفهان

ساعت ۹ صبح ۱۳۸۸/۱۲/۲۱ جلسه ای با حضور تعداد کثیری از مسئولین فنی درمانگران اعتیاد استان و به دعوت نظام پزشکی اصفهان در خانه پزشک تشکیل شد و تعداد ۱۱ نفر از اعضاء هیئت موسس انجمن علمی درمانگران اعتیاد استان انتخاب شدند.

در جلسات متعددی که اعضاء هیئت موسس داشتند، لزوم به ثبت رساندن انجمن از کانال های رسمی و قانونی تاکید شد و کمیته های علمی پژوهشی، ثبت اساسنامه ، کمیته امور حقوقی و صنفی و آموزش تشکیل گردید. این انجمن در راستای ایجاد تقویت احساس هویت و تعلق حرفه ای از طرق مختلف و تعالی علمی همکاران و تسهیل ایجاد ارتباط و هماهنگی با مسئولین نهادهای سیاست گذار و نظارتی مرتبط با این مراکز جهت تعامل هرچه بیشتر در جهت علمی نمودن پروتکل های درمانی و ایجاد فضای سالم درمانی تشکیل شده است. تشکیل این نهاد می تواند جهت ارائه هرچه بهتر خدمات پزشکی به بیماران و یاری رسانی به مراکز دانشگاهی و بهزیستی و ارتقاء سطح علمی پرسنل مراکز از طرق بازآموزی و همایش های علمی و ایجاد فضای پژوهشی و تحقیق در این مراکز کمک کننده باشد.

مصوبه تعرفه‌های چهار ماهه سال ۱۳۸۹ بر اساس اصول و جداول ذیل به تصویب رسید

با توجه به شرایط موجود (اجرای طرح هدفمند کردن یارانه‌ها) قبل از شروع سال جدید تعرفه‌های بخش غیر دولتی بر مبنای توافق بعمل آمده و نرخ تورم اعلام شده توسط بانک مرکزی برای مدت چهار ماه اعلام می گردد. در این مدت معاونت نظارت و برنامه‌ریزی سازمان نسبت به پیگیری و کارشناسی موضوع (اثرات اجرای طرح هدفمند کردن یارانه‌ها) در کمیته مشترک تعرفه‌ها با وزارت بهداشت اقدام نموده و کزارش آن را در هر جلسه شورای عالی ارائه نماید. لذا مصوبه تعرفه‌های چهار ماهه سال ۱۳۸۹ بر اساس جداول پیوست خواهد بود.

تعرفه خدمات سرپائی در بخش غیر دولتی	سقف تعرفه های ۱۳۸۸	درصد افزایش	سقف تعرفه پیشنهادی ۸۹	حداقل زمان ویزیت اول (دقیقه)
متخصص روانپزشکی	۱۲۰۰۰۰	۱۵درصد	۱۳۸۰۰۰	۳۰
پزشک فوق تخصص، فلوشیپ استاد و دانشیار	۱۲۰۰۰۰	۱۵درصد	۱۳۸۰۰۰	۲۰
پزشک فوق تخصص روانپزشکی	۱۳۰/۰۰۰	۱۵درصد	۱۵۰۰۰۰	۳۰

تبصره:

ویزیت اول: مراجعه اول که جهت ارتقاء کیفیت خدمات و انجام ثبت اطلاعات بیماران برای تصمیم گیری بهتر می‌باشد با صرف وقت بیشتر و تشکیل پرونده الکترونیک در هر ۱۲ ماه تعریف می‌شود که ارایه دهندگان خدمات سرپایی می توانند ۲۰درصد ویزیت علاوه بر مبلغ نرخ تعیین شده در صورت تشکیل پرونده استاندارد دریافت نمایند، شرایط پرونده استاندارد در ویزیت اول از طریق سازمان تهیه و ابلاغ خواهد شد.

داستان
طرح من

دکتر محمد بهداد

نمی‌دانم از کجا شروع شد و چرا من الان اینجا هستم. به هر طرف که نگاه می‌کنم مناظر غریبی می‌بینم. من اینجا چکار می‌کنم؟ نکنه که راه را اشتباه اومدم؟ نکنه زودتر از ماشین پیاده شده باشم یا که محل اصلی را رد کرده‌ام؟ نکنه که ضربه‌ای به سرم خورده و بیهوش شده باشم و یک نفر مرا به اشتباه اینجا آورده باشد؟ آخه من اصلاً اینجا را دوست ندارم. اصلاً احساس خوبی نسبت به این منطقه ندارم، پس نمی‌تونم خودم اینجا را انتخاب کرده باشم! بلند می‌شوم و یه دوری در محوطه بیمارستان می‌زنم. همه یک جوری به من نگاه می‌کنند و در گوشی با هم حرف می‌زنند و لبخند به لب دارند. احتمالاً به هم می‌گویند که این هم بدبخت شد مثل قبلی. کمی جلوتر می‌پیچم به ساختمان بیمارستان. بیمارستانی بسیار بزرگ در بر بیابان. کاملاً خالی از سکنه با تختهای بسیاری که خاک روی آنها را گرفته زیرا که جمعیت منطقه از تعداد تختهای بیمارستان کمتر است و مسئولین منطقه بخاطر اینکه نام نیکی از خود بجا

بگذارند بجای خرید چند دستگاه آمبولانس مجهز، بالگرد و ساخت یک اورژانس کوچولو، دست به ساخت بیمارستانی عظیم و استخدام یک روانپزشک مفلوک زده‌اند!! چرخی در این بیمارستان می‌زنم. همه بسیار مهربانند و با رویی گشاده با من برخورد می‌کنند. رئیس شبکه بهداشت که رئیس بیمارستان هم هست از آمدنم خوشحال می‌شود چون روانپزشک قبلی مدت مدیدی است که گریخته است و حتی وسائلش را نیز با خود نبرده است. پس از گپ و گفتی خودمانی راپورتی با من برقرار می‌کند. حتی الان هم نمی‌دانم که ترانسفرانس یا کانترترانسفرانس مثبت یا منفی نسبت به او دارم؟! او می‌گوید که می‌خواهد من را شگفت زده کند و چیزهایی به من نشان دهد. دست مرا می‌گیرد و به قسمتی از بیمارستان می‌برد. پس از طی مسافتی به گوشه‌ی تیره و تاری از بیمارستان می‌رسیم که درهای آن قسمت را تار عنکبوت گرفته و خاک و خل تا کمرمان رسیده بود؛ و سپس در را باز کرد و خنده کنان گفت که این بخش روانپزشکی است؛ ناگهان چیزی مثل پتک به سرم خورد! خدایا مگر می‌شود که اینجا در بیابان بخش روانپزشکی وجود داشته باشد؟! البته الان بعد از گذشت ۶ ماه هنوز هم دلیل این قضیه را نفهمیده‌ام! پس از مدتی رئیس شروع کرد به گفتن این حقیقت که این بخش جهت ترک اعتیاد ساخته شده است چرا که در این منطقه افراد بیشتر اهل عمل هستند تا حرف! و مرد بی عمل مانند زنبور بی عسل است! البته بعد از مدتی به این نتیجه رسیدم که در این منطقه کسی ترک نمی‌کنه چون افراد اگر حرفی زدند تا آخرش هستند و ترک با مرگ مساوی است! و زمانی هم که بخش فعال بوده پاتوقی برای معتادان منطقه بوده که از احوالات یکدیگر با خبر شوند و در بخش هم مصرف مواد آزاد بوده است و اگر هم روانپزشک قبلی مخالفتی می‌کرده در چند مورد وی را گروگان گرفته بودند و با تلاش مأموران انتظامی منطقه و یاران گمنام امام زمان (عج) از دست آنها آزاد شده بوده است!! خلاصه سرتان را درد نیاورم بعد از دیدن بیمارستان تصمیم گرفتم که گشتی در شهر بزنم. شهر؟! شهر تشکیل شده از یک خیابان که دو طرف آن از دو نوع مغازه تشکیل شده یکی در میان تعویض روغنی و ساندویچی!! خلاصه داشتم در شهر قدم می‌زدم که احساس کردم چند نفر مرا تعقیب می‌کنند. اول فکر کردم که شاید دزد باشند ولی بعد یه کم که به خودم نگاه کردم دیدم فکر غلطی کرده‌ام چون که اگر کسی به سر تا پای من نگاه می‌کرد می‌فهمید که پولی در بساط ندارم و احتمالاً خبر آمدن روانپزشک جدید به کل منطقه رسیده بود و دزدان هم که افراد باهوشی می‌باشند می‌دانند که در روانپزشکی خبری از پول نیست! پس به سرعت به قدمهایم افزودم ولی صدای قدمهای آنها هم که سریعتر شده بود به گوش می‌رسید.

ناگهان در پیچ یک کوچه‌ی تنگ و تاریک دونفر جلوی من سبز شدند. سیاهپوش و چشمها کاسه‌ی خون و در دستانشان دشنه‌ی تیز . آمدم که برگردم دیدم دو نفر دیگر از پشت سر به من رسیدند. خلاصه چاره‌ای جز تسلیم مرگ شدن ندیدم ولی آنها چون به من رسیدند دست به شانه‌ام زدند و احوالم را پرسیدند و گفتند: خوب چه خبر؟ خوش می‌گذرد؟! روبراهی؟ دوران طرح چطور است؟ اوضاع غذای بیمارستان خوب است؟ پانسیونت راحت است؟ و... من که جا خورده بودم هر چه به آنها نگاه کردم چهره‌ی آشنایی ندیدم. ابتدا خیال کردم دچار توهم بینایی و شنوایی همزمان شده‌ام ولی به مرور که خودم را پیدا کردم دیدم نه واقعی هستند. خلاصه با آنها سر صحبت را باز کردم که شما از کجا آمده‌اید و با من چکار دارید؟ آنها هم صادقانه به من گفتند که مزدوران محلی خودسر هستند لهجه‌شان هم مانند خودم بود همشهری بودند. توضیح دادند که این محفل خودسر و خودجوش یک روز در ماه در مکانی معلوم تشکیل می‌شود. اشاره کردند که خودت هم روزگاری در این مکان در جلسات حضور داشته‌ای. بعد از نوشتن مطلبی در شماره‌ی قبلی مجله روانپزشکی، محفل تشکیل جلسه‌ای فوری می‌دهد و کمیته‌ی مجازات تشکیل می‌شود و اعضاء خواستار محاکمه‌ی غیابی و اشد مجازات برای حقیر می‌شوند. عده‌ای از اعضاء رادیکال کمیته خواهان این بودند که دستانم را از آرنج قطع کنند و قلمم را در حلقم فرو کنند. سردبیر قبلی مجله که در آن جلسه حضور داشته مخالفتی نداشته و می‌گفتند: ما که دیگر کارمان با وی تمام شده و مجله هم فروش خوبی داشته و پول هنگفتی به جیب زده‌ام و آن پولها را هم در سلسه جبال هیمالیا، آلپ و کلیمانجارو به بدن زده‌ام! هر کاری خواستید با وی بکنید. اما از طرف دیگر سردبیر فعلی مجله که در نگاه اول بانویی دلسوز به نظر می‌رسد عجز و لابه‌ی فراوانی از خود به خرج داده که پس من چی؟ من الان تازه مجله را تحویل گرفته‌ام و دیگر مطالب علمی به تنهایی فروش ندارد و باید به فکر گیشه هم باشم و مطالب هجوی که آن ملعون می‌نویسد می‌تواند آینده من و فرزندانم را تأمین کند!!

در آن جلسه شخصی بنام شیخ ابوالبرکات که زحماتی بسیار برای حقیر کشیده است و بنده هم علاقه‌ی قلبی به ایشان دارم و قبل از چاپ نوشته‌ی مذکور به من هشدار فراوانی داده بود از آنجا که فردی بسیار دور اندیش می‌باشد و می‌دانسته است که چه بلایی قرار است بر سر من بیاید از کمیته‌ی مجازات و شخص هزار دستان عاجزانه درخواست می‌کند که وی را بکشید و راحتش کنید و نگذارید که به ذلت و بیچارگی بیفتد. ولی اعضای اصلی کمیته مجازات و شخص هزار دستان تصمیم دیگری برای من گرفته بودند.

یکی دیگر از اعضای کمیته مجازات که از قدرت بدنی فوق‌العاده‌ای برخوردار هست داوطلب می‌شود که در مسابقات فوتبالی که با هم می‌رویم تنه‌ای به من بزند و مرا به حصار کنار زمین بکوبد و گوشت چرخ شده‌ام را از پشت قفسها جمع کند و برای عبرت دیگران بر سر در علوم رفتاری نصب کنند. اما اعضا اصلی مرگ تدریجی را برای من در نظر می‌گیرند و منطقه ای را که فعلاً در آن جا جهت طرح روزگار می‌گذرانم بر سر راهم قرار می‌دهند و با نفوذی که در قسمت تقسیم وزارت خانه داشته‌اند مرا به این منطقه تبعید می‌کنند.

از طرفی به سردبیر فعلی مجله هم می گویند که با وجود امکاناتی مانند فاکس و E.mail نباید نگران مجله ات باشی ولی غافل از آنکه این امکانات قرار است در چشم انداز ۵۰ سال آینده به این منطقه برسد و نوشته جنابعالی را از طریق چاپار و کبوتر نامه بر برایتان فرستاده ام.

ان الله مع الصابرین
بهار ۱۳۸۹
روانپزشک فعلا در قید حیات

درآمدی بر کتاب های «آموزش همگانی»

دکتر مسعود ازهر

مدتی بود می‌خواستم در زمینه کتابهای «آموزش به مردم» مطلبی بنویسم و این بار در قسمت معرفی کتاب، همه کتابها در این راستا انتخاب شد. من هم فرصت را غنیمت شمرده، می‌خواهم دلی از عزا درآورم!

همانطور که دیده‌اید کتاب فروشیها پر است از کتابهای آموزش در زمینه بیماریها، مردم نیز که از حرف من و شما به عنوان پزشک چیزی سر در نیاورده‌اند تلاش می‌کنند با مطالعه‌ی این کتابها و مراجعه به سایتهای اینترنتی، اطلاعات مورد لزومشان را بدست آورند و از حالت استیصال خارج شوند.

بدست آوردن اطلاعات خیلی وقتها موجب دردسر می‌شود. خیلی از درمانگران معتقدند بیمارانی که در روستا زندگی می‌کنند را بهتر می‌توان درمان کرد. این مراجعین چندان سؤال نمی‌پرسند و بسیار حرف گوش کن تر از شهریها هستند که به سادگی نمی‌توان قانعشان کرد. گاه نیز مراجعین ما در یک زمینه اطلاعات بیشتری از ما دارند و چنان در مورد آن موضوع صحبت می‌کنند که ما خجالت زده می‌شویم. بارها شده است مراجعینم از دارویی سؤال کرده‌اند که تابحال نام آن را هم نشنیده‌ام و حتی برایم مقالاتی آورده‌اند که روش درمانی جدیدی را مطرح کرده است و من مجبور شده‌ام به نادانیم اعتراف کنم.

شاید به همین دلیل بوده است که بعضی از نویسندگان کتابهای آموزشی چنان موضوعات را مبهم یا سخت نوشته‌اند که خواننده احساس کند چیزی حالیش نشده و بهتر است به فرمان درمانگر گوش دهد.

این سخت نویسی تا جایی پیش رفته است که گاه حتی من هم بعنوان متخصص از جمله‌های کتاب سردر نمی‌آورم. جمله‌هایی که پر است از لغات سخت و عجیب و غریب و جمله‌ای که گاه یک پاراگراف پنج خطی را شامل می‌شود. با این کار هم کتاب فروش رفته است و هم خواننده فهمیده است که در این زمینه چیزی نمی‌فهمد! و باید بی چون و چرا به حرف درمانگرها گوش داد.

دردسر دیگری که آموزش به مردم ایجاد می‌کند تأکید روی جنبه‌های خاص است مثل بروشور داروها. تأکید بر عوارضی که در درصد بسیار کمی از استفاده‌کنندگان دارو ایجاد می‌شود باعث دلواپسی بیماران یا خانواده آنها می‌شود و گاه قطع درمان یا حتی شروع نکردن درمان دارویی را در پی دارد. اگر چه این اطلاعات بطور قانونی باید در بروشور داروها نوشته شود ولی چون به نکات لازم در زمینه آموزش مردمی توجه ندارد موجب اختلال در درمان می‌شود. باز هم در زمینه دردسرهای آموزش به مردم، مشکل فعلی که با کودکان پر تحرک بوجود آورده‌ایم را مثال می‌زنم. چند سال است من و همکارانم برای آنکه پدر و مادرها را تشویق کنیم برای درمان کودکان بیش فعالشان اقدام نمایند از هر فرصتی استفاده کرده‌ایم و گفته‌ایم اگر درمان نشوند جنایت کار می‌شوند! کار به جایی رسیده که خیلی از پدر و مادرها با تمام وجود تقاضا دارند به این سؤالشان جواب منفی بدهیم که آیا فرزند من بیش فعال است؟ تو را خدا بگوئید نیست چون جنایت کار می‌شود!

تا بحال درباره‌ی مضرات آموزش مردم بحث کردیم که موجب کاهش اقتدار درمانگر می‌شود و گاه باعث اضطراب و نگرانی مردم می‌گردد.

حال به فایده‌های آن می‌پردازیم. خیلی وقتها خواسته‌ایم کار عمیقتری برای مراجع انجام دهیم ولی نتوانسته‌ایم چون سطح اطلاعات او پائین بوده است.

شخصا از خیر مداخلات عمیق در چنین

خانواده‌هایی می‌گذرم و وقت خود را صرف خانواده‌هایی با قابلیت تغییر بیشتر، می‌کنم و بنظرم می‌رسد خانواده‌هایی قابل تغییر تر هستند که سالها آموزش دیده‌اند و زمینه فرهنگی مناسبی را کسب کرده‌اند. اینکه هر بار مراجعه به درمانگر باعث رشد و پخته‌تر شدن مراجع می‌گردد حاصل همین آموزشی است که مراجع می‌گیرد و ما هر بار او را یک پله بالاتر می‌بریم. در حقیقت آموزش روانی کاریست که ما دائم انجام داده‌ایم و یکی از وسایل آن نیز کتابهای آموزشی برای مردم است.

خیلی وقت ها برای صرفه جویی در وقت خودمان یا تفهیم بهتر یک موضوع به مراجع، کتابی را به او معرفی کرده‌ایم و با این کار خدمت بزرگی به او انجام شده است. مواقعی نیز، یک کتاب توانسته بیماری را نزد درمانگر بیاورد.

این جمله را بارها شنیده‌ام که مادر یا پدری با نشان دادن کتاب «کودک پر تحرک» گفته من تابحال خیال می‌کردم مشکل از خودم است و نمی‌دانستیم فرزندم پر تحرک است.داشتن اطلاعات مناسب خیال مردم را راحت کرده. این که یک کتاب کوچک توانسته اینقدر مؤثر باشد مرا بسیار خوشحال کرده است.

آموزش مسائل روانی یا آنچه در زبان تخصصی Psychoeducation نامیده می‌شود پایه مهمی در پیشگیریهای اولیه تا ثالثیه است. و همچون هر مداخله‌ای باید بجا و صحیح به کار گرفته شود تا عارضه زیادی ایجاد نکند و منافعش بر مضراتش برتری واضح داشته باشد.

و اما نگاهی بیندازیم به خصوصیات یک «آموزش روانی» خوب:

اجازه دهید هر سه جزء ماجرا یعنی ارسال کننده‌ی پیام، گیرنده‌ی پیام و خود پیام را بررسی کنیم تا به چگونگی ارسال پیام پی ببریم.

مخاطب کتابهای آموزشی چه کسانی هستند؟ وقتی کتاب «کودک پر تحرک» را طراحی می‌کردم سعی کردم طیف خوانندگان را وسیع در نظر بگیرم. سواد خواندن، مرد و زن که حداقل یک فرزند پر تحرک در خانه دارند و وقتی برای مطالعه ندارند. احتمال زیاد خودشان هم سابقه‌ای از کمبود توجه و پر تحرکی دارند بنابراین باید خیلی سریع و جذاب مطلب به ایشان منتقل شود. ترفندهایی که به کار گرفته شد این بود که صفحات با تصاویر زیادی پر شد. بنابراین پس از چند دقیقه خواننده احساس می‌کرد بیست صفحه کتاب خوانده است. کاری که بندرت می‌توانست انجام دهد و همین باعث می‌شد کتاب را کنار نگذارد و تا پایان ادامه دهد. در نقاشیهای کتاب هر چیز اضافه و حواس پرت کنی حذف شد زیرا خواننده مستعد حواسپرتی بود. جملات ساده انتخاب شده بر کوتاهی جملات و واضح بودن آن تأکید شد.

کار به جایی رسید که جزوه اولیه کتاب به سرعت قابل مطالعه بود حتی در اتوبوسی که در مسیر درمانگاه تا خانه‌ی مراجع در حرکت بود.

علاوه بر سن، جنس، شغل، سواد، وضعیت روانی و فرصت مطالعه، وضعیت اقتصادی نیز مهم است که شاخصی برای قیمت کتاب است. کتاب با تیراژ بالا و تعداد صفحات کمتر و نداشتن عکسهای رنگی می‌تواند ارزانتر تهیه شود اگر مخاطبش وضعیت اقتصادی خوبی ندارد. حتی مکان مطالعه نیز بر کتاب تأثیر می‌گذارد. اکثر کتابهای «آموزش روانی» در قطع رقعی است که حمل آن را آسانتر می‌کند. قطع کتاب جیبی و پالتویی برای کسانی است که فرصت اندکی دارند و مکان مطالعه آنها در طی راه است و یا باید دائم از کتاب استفاده کنند.

محتوای کتاب «آموزش به مردم» چه چیزی است؟

محتوی همان هدف اصلی است که کتاب را برای آن طراحی کرده‌ایم. آیا هدفمان پیشگیری از یک مشکل است یا هدف، توانبخشی از آثار یک مشکل است. در هر هدفی لحن ما متفاوت می‌شود. آیا می‌خواهیم مردم را از درمان آگاه کنیم یا در مورد تشخیص مشکلاتشان نگرش بیشتری ایجاد نمائیم. استفاده از نقشهای درمانی سه گانه در بیان مطالب کتاب ایجاب می‌کند هر لحظه و برای بیان هر مطلب لحن خود را تغییر دهیم.

گاه همدلی می‌کنیم تا مخاطب را از حالت مقاومت خارج کنیم و یا نقش «بیمار رنجور» را تبدیل به «حامل بیماری» کنیم.

گاه نیز نقش متخصص را به عهده می‌گیریم و با پرسش و پاسخ اطلاعات را به خواننده منتقل می‌کنیم.

و در نقش سوم اقتدار و هدایتگری خود را اعمال می‌کنیم. این تغییر لحن لازمه‌ی هر کتابی است تا ارتباط مؤثر و مداخله‌ی مؤثری صورت گیرد. این همان موضوعی است که بعنوان درمانگر بارها و بارها تمرین کرده و برایمان ملکه شده است. نویسنده یا گوینده‌ی مطلب چه کسی است؟

کتابهای «آموزش مردمی» یا آموزش همگانی، نویسندگان متعددی دارد. عده‌ای متخصصند،عده‌ای بیمار بوده یا هستند و عده‌ای نیز از خانواده‌ی بیماران بوده‌اند. مثلاً مادر یک کودک دچار اختلال. و گاه دو یا هر سه خصوصیت در یک نویسنده می‌تواند باشد مثلاً: متخصصی که خود بیمار بوده و حالا فرزند بیماری نیز دارد. او باید تصمیم بگیرد در چه زمان از کدام موضع خطابه‌اش را ایراد کند تا مؤثر واقع شود. در ابتدای کتاب «از حال بد به حال خوب»، نویسنده می‌گوید برای من اتفاقی افتاده است و فکر کردم فرزندم دچار اختلال خواهد شد و... نقش مبتلا را به خود گرفته تا با خواننده پیوند یابد (Joint). در جای دیگر می‌خواهیم از این پیوند استفاده کنیم و نصیحتی را به مخاطب ارائه دهیم بنابراین از موضع مبتلا بودن خارج می‌شویم و با لحنی قاطع و مقتدر موضوع را مطرح می‌کنیم.

خواننده تحت تأثیر لحن نویسنده و جایگاهی که نویسنده در ذهن او دارد می‌باشد و باید بدرستی این جایگاه را محیا کرد و از آن استفاده نمود.

بنابراین علاوه بر آنکه باید بخوبی مخاطب کتاب را بشناسیم، نوع هدف ما از کتاب و جایگاه خود را بعنوان نویسنده مشخص کنیم تا بتوانیم کتابی در خور تهیه نمائیم. در پایان می‌خواهم احساسم را از دیدن کتابهایی که همکارانم نوشته‌اند و به دستم می‌رسد بیان کنم در یک کلام «گل از گلم می‌شکفد» وقتی می‌بینم یکی از همکارانم کمر همت بسته است و کتابی تألیف یا ترجمه کرده است دلم شاد می‌شود زیرا می‌دانم زحمت زیادی کشیده است چرا که نوشتن بسیار مشکل است و دلم شاد می‌شود زیرا می‌بینم اقدامی انجام شده در جهت کمک به هم دنیائیهایم و دلم شاد می‌شود زیرا می‌بینم همکارم ثمری داده است و گلی شکفته است.

معرفی کتاب
«ویژه‌ی آموزش روانی به مردم»

دکتر مسعود ازهر

طی چند ماه اخیر در زمینه‌ی آموزش روانی Psychoeducation برای عموم اقدامات مؤثری به بار نشسته و شاهد کتابهای خوب و قابل قبولی بوده‌ایم. نوشتن برای عموم مردم که با زبان کتابی آشنایی چندانی ندارند کار مشکلی است آن هم از طرف کسی که دائم با زبان کتاب در حال گفتگو و تعامل می‌باشد. ساده نگاری و قابل فهم کردن مطالب از اصول اولیه این جور نوشته‌هاست. یادم می‌آید یکی از کتابهایی که قبلاً در آموزش خانواده‌ها نوشته شده بود بعلت مختصر بودن، جزء کتابهای خوب محسوب می‌شد، آنقدر غیر قابل فهم بود که متخصصین هم از درک جملات بلند و لغات غامض آن ناتوان بودند.

علاوه بر ساده کردن مطالب علمی و به زبان مردم نوشتن، مختصر بودن نیز خصوصیت مثبتی برای کتابهای آموزش روانی به مردم است. کتابهایی که در این شماره معرفی می‌شوند همگی از این خصوصیات بهره برده‌اند.

ابتدا سه کتابی که با عنوان کلی «روانپزشکی برای همه» توسط مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به چاپ رسیده‌اند را بررسی می‌کنیم. این سه کتاب حاصل تلاش سه همکار روانپزشک می‌باشد. دکتر صفا مقصودلو، دکتر ویکتوریا عمرانی فرد و دکتر حمید افشار که هر سه هم از لحاظ علمی و هم از لحاظ ارتباط با مراجعین، افراد سرشناسی می‌باشند. ویرایش این سه کتاب را نیز دکتر ابراهیم افشار به عهده داشته‌اند و به خوبی از انجام آن برآمده‌اند. این سه کتاب که هر کدام پنجاه تا شصت صفحه هستند بعنوان راهنمای بیمار و خانواده نوشته شده‌اند و سه اختلال عمده را در برگرفته‌اند:

۱-اسکیزوفرنیا

۲-افسردگی

۳-بیماری دو قطبی

قسمتی از کتاب «اسکیزوفرنیا»

نقش خانواده در مواردی که بیمار از خوردن دارو خودداری می‌کند

به دلایل مختلف بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا ممکن است از خوردن دارو خودداری کند. یک دلیل درایت نداشتن به احوال خود و نا آگاه بودن از بیمار بودنش است. بیمار می‌گوید «من بیمار نیستم، مشکل ندارم، دیگران برای من ناراحتی ببار می‌آورند».

– یک دلیل دیگر هذیان مسمومیت است؛ به این معنی که بیمار فکر می‌کند دارو ممکن است به وی آسیب برساند و یا اینکه دیگران قصد مسموم کردن او را داشته باشند.

دیگر آنکه بیمار از بیماری خود آگاه است اما معتقد است نسبتاً بهبود یافته و بر زبان می‌آورد که «فعلاً حال من خوب است و نیازی به دارو ندارم».

به هر حال خانواده‌ها باید آگاه باشند که سرباز زدن از مصرف دارو می‌تواند اولین علامت عود بیماری باشد. حتماً باید این موضوع را جدی گرفت و با روانپزشک معالج بیمار در میان گذاشت. در اینگونه موارد گاه با توصیه‌های روانپزشک یا مشاور بیمار مصرف دارو را شروع می‌کند و یا پزشک معالج از برنامه‌های دیگری برای درمان استفاده می‌کند. شاید هم لازم شود بیمار بستری شود تا درمانی مجدداً برقرار شود و از داروهای تزریقی طولانی اثر با فواصل هفتگی یا ماهانه استفاده شود.

در برخی موارد بهبودی نسبی بیمار خانواده را فریب میدهد و بدون اطلاع پزشک معالج اقدام به قطع دارو می‌کند.

قسمتی از کتاب «افسردگی»

چگونه می‌توانید به افراد افسرده کمک کنید؟

بهترین کمک به بیماران افسرده این است که او را به نزد پزشک متخصص برسانید. علاوه بر آن با وی برای حل مشکلات و پیش برد امور زندگی‌اش همراهی و همکاری کنید.

بیماران باید از تصمیم گیریهای مهم که اثر آن یک عمر در زندگی‌شان تأثیر گذار است، مثل ازدواج، طلاق، جابجایی منزل و شهر محل سکونت و یا تغییر شغل و...، در زمان شدت یافتن افسردگی پرهیز کنند

۱) به بیمار بفهمانید برای کمک به وی آماده هستید و اگر او بخواهد در حد توان به او کمک می‌کنید.

۲) به شخص افسرده اطمینان بی پایه ندهید. مثلاً به او نگویید «همه‌ی کارها درست می‌شود» به جای آن، به وی کمک کنید بتواند راجع به مشکلاتش درست فکر کند و تصمیم بگیرد.

۳) پرسش‌های او را صادقانه پاسخ دهید و سعی نکنید دائماً راه حل به او ارائه دهید.

٤) از پند و نصیحت به بیمار خودداری کنید. زیرا توان روحی او ضعیف است و تحمل صحبت‌ها و اندرزهای دیگران را ندارد. اگر لازم باشد، روان درمانگر این چیزها را به او گوشزد می‌کند.

۵) بر حسب علایق قبلی او می‌توانید همراه او کمی کتاب بخوانید، دعا بخوانید، کار کنید، موسیقی گوش کنید، پیاده روی کنید یا حتی آرام کنارش بنشینید.

٦) دعوت و تشویق به حضور در جمع یا شرکت در فعالیت برای بیماران افسرده مفید است. حال بیماران افسرده روز به روز و ساعت به ساعت تغییر می‌کند. اگر هفته پیش دعوت شما را رد کرده به این معنی نیست که امروز هم دعوت شما را رد می‌کند، باز او را دعوت و با او مدارا کنید برای دعوت از جمع‌هائی شروع کنید که حضور در آنها از قبل برای بیمار خوشایند بوده است.

۷) او را در معرض نور مناسب صبح قرار دهید، مثلاً برای پیاده روی صبحگاهی از خانه بیرون ببرید.

۸) نیازهای او را پیش بینی و رفع کنید، مثلاً چیزی برای خوردن برایش آماده کنید، موقع تاریک شدن هوا چراغ‌ها را برایش روشن کنید یا در هنگام سکوت، موسیقی دلخواهش را بگذارید.

۹) اگر فرد افسرده فرزند شماست، گاه و بی گاه او را نوازش کنید.

این کار شما می‌تواند برای او خوشایند و آرامبخش باشد، اما در نظر گرفتن زمان مناسب برای ابراز صمیمیت بسیار مهم است.

۱۰) خیلی اوقات، خستگی یا خشم بیمار ناشی از اضطراب و رنج درونی وی است و نه از اطرافیان، از او رنجیده نشوید.

۱۱) اگر کوچکترین ناراحتی و یا خشم از بیمار دیدید بلافاصله از او نپرسید «داروهایت را خورده‌ای یا نه» این سؤال شما برای بیمار ناراحت کننده است. گاهی بیمار حق دارد عصبانی شود. شاید هر کس دیگری هم به جای او بود عصبانی می‌شد. هر فرد افسرده‌ای مانند افراد غیر افسرده ممکن است با شرایط ناراحت کننده خشم آوری مواجه گردد، بنابراین همه عصبانیت‌ها را حمل بر بیماری نکرده و به بررسی علل آن بپردازید.

۱۲) تماس‌های کوتاه، گفتگوهای دوستانه، ارسال کارت یا یادداشت که یادآور دوستی شما با بیمار است او را خوشحال می‌کند. هنگامی که بیمار از دیگران کناره‌گیری می‌کند، به او محبت و توجه نشان دهید ولی مراقب باشید مزاحمش نشوید.

۱۳) خیلی وقت‌ها بیماران ظاهر خود را حفظ می‌کنند یا در روابطشان با افراد غریبه خود را سرحال نشان می‌دهند اما در واقع افسرده هستند. به بیمار نگویید "ظاهرت افسرده نیست، او را متهم به دروغگویی نکنید و نگویید اگر بیمار هستی چرا با دیگران خوش و بش می‌کنی یا چرا ظاهرت را

مرتب می‌کنی و به خودت می‌رسی.
۱٤) بیمار افسرده را با دیگران مقایسه نکنید. مثلاً نگویید: فلانی با مشکلاتی بیش از تو توانسته فلان کار را بکند. شما با این کار به اعتماد به نفس او ضربه می‌زنید و احساس بی ارزشی را در او تقویت می‌کنید.
۱۵) دائما به بیمار نگویید «اراده داشته باش چرا افسرده شده‌ای تو که چیزهای زیادی برای خوشبختی داری». به او نگویید «خیلی ها از تو بدبخت‌ترند». بیمار افسرده اگر می‌توانست یک لحظه هم در آن حالت نمی‌ماند. او را تشویق به قطع داروها و شروع درمان‌های بی پایه که اثربخشی‌شان اثبات نشده، نکنید. اعتماد بیمار به پزشکش را از او سلب نکنید.
۱٦) بیمار را نادیده نگیرید. ممکن است در بعضی روزها آماده پذیرش کمک شما باشد و در روزهای دیگر نباشند، گاه افراد افسرده به علت شدت بیماری نمی‌توانند از دیگران کمک بخواهند.
قسمتی از کتاب «بیماری دوقطبی»
به هنگام بروز علائم بیماری، وظایف خانواده و نزدیکان چیست؟
وجود افکار خودکشی یا دیگر کشی و هرگونه تهدید را در بیمار در هر مرحله از بیماری که باشد (افسردگی یا شیدایی)، باید جدی گرفت و مراقب حرکات بیمار بود. وسایل و اشیاء خطرناک برنده و داروها را از دسترس او خارج کنید و به سرعت به پزشک مراجعه کنید و احیاناً آماده بستری کردن او شوید.
از در اختیار قرار دادن پول زیاد، چک یا کارت اعتباری به بیمار خودداری کنید. اسناد مهم و سوییچ اتومبیل را در دسترس وی قرار ندهید.
در صورتی که در این دوره‌ها بیمار قرارداد یا قولنامه‌های (خرید و فروش) امضا کرده که آن را نامناسب و زیان بار می‌دانید، از مشاور حقوقی کمک بگیرید.
در صورتی که متوجه افزایش تمایلات جنسی بیمار شدید، شدیداً از وی مراقبت کنید و اجازه خروج تنها از خانه به او ندهید و موضوع را با پزشک معالج در میان بگذارید.
بیمار را از مصرف داروهای غیر مجاز و مواد دیگر بازدارید. چون باعث وخامت وضعیت روانی او می‌شود.
از حضور بیمار در مراسم و مجالس شلوغ، شاد مانند عروسی یا مراسم سوگواری و حتی مذهبی مانند (روضه خوانی) به نحو مناسب جلوگیری کنید و یا زمان حضور او را کوتاه کنید.
از ارتباط بیمار، بویژه بیماران جوان و کم سن و سال با افرادی که از نظر اخلاقی بی صلاحیت و بد سابقه تشخیص می‌دهید جلوگیری کنید.
محیط خانوادگی آرام و صمیمی و به دور از هیجانات تند و تیز و شکیبائی شما، همراه با رعایت دستورهای پزشک معالج، دوره بیماری را کوتاه می‌کند و بیمار دوره بحران را پشت سر می‌گذارد و تدریجاً سلامت خود را باز می‌یابد.
راهکارهائی برای مواجه با بیماری که رفتارهای پرخاشگرانه دارد:
۱- قبل از هر چیز مراقب خود باشد تا آسیب نبیند، آرامش خود را حفظ کنید. عصبانی نشوید و آرام صحبت کنید.
۲- اعتماد به نفس خود را حفظ کنید هر گونه ترس و ضعف را در خود مخفی کنید زیرا هر گونه ضعف و ترس شما ممکن است بیمار را گستاخ‌تر کند.
۳- از اقدامات و گفتارهایی که در بیمار احساس خطر ایجاد کند و وی فکر کند که در مخمصه افتاده است و راه گریزی ندارد، خودداری کنید.
٤- از دست زدن و لمس کردن بیمار خودداری کنید و در صورت نیاز با اجازه وی این کار را انجام دهید.
۵- تا حد امکان اشیا و ابزار خطرناک را از دسترس وی دور کنید.
٦- به خواسته‌های غیر منطقی بیمار توجه نکنید و صحبت درباره دستیابی به آنرا به بعد موکول کنید. مثلاً اگر بیماری برای دریافت دارو یا مواد مخدر شروع به فحاشی و پرخاش کرد، او را به آرامش دعوت کنید و به او بگوئید چنانچه خوشروتر باشد و به آرامی صحبت کند، می‌توانید راجع به درخواست وی بررسی‌های لازم را انجام داد.
۷- در هر حال بیمار باید متوجه شود که رفتارهای خشونت آمیز وی محدودیت‌ها و عواقبی به دنبال خواهد داشت.
۸- عقاید نادرست یا رفتارهای غیر معمول بیمار را نه تأکید کنید و نه تکذیب. با او درگیر بحث و مشاجره نشوید. هر چه سریعتر راه درمانی را پیدا کنید، وارد عمل شوید.
۹- سعی کنید با خونسردی کامل بفهمید که خشم بیمار بی علت است یا علت دارد (بعضی اوقات بیمار حق دارد عصبانی شود یا هر کس دیگر هم جای او بود همین واکنش را نشان می‌داد.)
۱۰- در صورتیکه اقدامات شما بی نتیجه بود و عصبانیت و پرخاشگری وی ادامه یافت از سایر افراد خانواده، همسایگان صمیمی و در صورت لزوم از اورژانس شهر یا حتی از پلیس کمک بگیرید.
همانگونه که ملاحظه کردید در این سه کتاب راهکارهای عملی و گره گشایی برای خانواده‌ها و بیماران ارائه شده است تا گامی باشد به سوی بهبود وضعیت آنها و کاهش بار بیماری در خانواده.
انتشارات علوم پزشکی اصفهان زحمت نشر را به عهده داشته است.
تلفن فروشگاه:
۰۳۱۱-٦٦۸۳٤۰۵

تحقیقات علوم رفتاری

(علمی – پژوهشی) دو فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری
۱۳۸۹، دوره ۸، شماره ۱ (پی در پی ۱۵)

RESEARCH IN BEHAVIOURAL SCIENCES

(No. 15) 1 ,8 ;2010
Owned and Published by: Isfahan University of Medical Sciences

صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان اصفهان، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، با همکاری علمی-اجرایی انجمن علمی روانپزشکان ایران

مدیر مسؤول: دکتر عباس عطاری، استاد گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.

سردبیر: دکتر غلامحسین احمدزاده، دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.

مدیر داخلی: دکتر سید بدرالدین نجمی، روان شناس مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.

This journl is supported scientifically and financy by Isfahan University of Medical Sciences, Behavioral Sciences Research Center, BSRC, and ISPA.

Chairman:Dr. A. Attari , Professor of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences

Editor in Chief: Dr Gh.Ahmadzadeh , Associate Professor of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences

Editorial Manager: Dr B.Najmi . Psychologist, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan
University of Medical Sciences .

فهرست مطالب

۱۰-۱	ارزشیابی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه انگیزه‌های بین فردی مرتبط با آسیب رضا خجسته‌مهر، امین کرایی، ذبیح‌ا... عباس‌پور
۲۴-۱۱	نقش ایدئولوژی‌های عدالت و باور به دنیای عادلانه و ناعادلانه بر عدالت رفتاری، عدالت در ارزیابی و استرس منفی دانشجویان محسن گلپرور، محمد اکبری
۳۳-۲۵	تأثیر مشاوره زناشویی مبتنی بر امید، بخشش و ترکیبی از این دو بر میزان تحریف‌های شناختی بین فردی زوج‌های متقاضی طلاق فرشاد بهاری، مریم فاتحی زاده، سید احمد احمدی، حسین مولوی، فاطمه بهرامی
۴۵-۳۴	تحلیل مسیر رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و وابستگی به اینترنت با کیفیت زندگی کاربران کافی نت‌های شهر اصفهان محمد علی نادی، ایلناز سجادیان
۵۶-۴۶	نقش مدرسه در گرایش به سوء مصرف سیگار، الکل و مواد در نوجوانان دبیرستانی شهر تهران مرجان پشت مشهدی، زهره احمد آبادی، لیلی پناغی، علی زاده محمدی، حسن رفیعی
۶۸-۵۷	رابطه ادراک کودکان از خشونت والدین در فرزند پروری و باورهای مذهبی کودکان راضیه نصیرزاده، دکتر محمد رضا شعیری
۷۴-۶۹	شیوع اختلال استرس پس از سانحه در پرستاران اورژانس بیمارستان‌ها و کارکنان مراکز آتش نشانی شهر ارومیه محمد نریمانی، عادل زاهد، سجاد بشرپور
۸۰-۷۵	مقایسه رابطه افسردگی مادران و هوش هیجانی دختران نوجوان شنوا و ناشنوای شهر اصفهان فریبا یزدخواستی، احمد یارمحمدیان

Contents

10	Evaluation of psychometric properties of the transgression-related interpersonal motivations inventory Khojasteh-Mehr R, Koraei A, Abbaspour ZA
24	The role of justice idealogie and just and unjust world belief on behavioral and evaluative justice of college students' distress Golparvar M, Akbari M
33	The effect of hope, forgiveness and combined marital counseling on interpersonal cognitive distortions of divorcing couples Bahari F, Fatehizadeh M, Ahmadi SA, Molavi H, Bahrami F
45	Path analysis of relationship between personality traits and internet addiction with quality of life of internet users in Isfahan city Nadi MA, Sajjadian I
56	The role of school in tendency to cigarette, alcohol and drug abuse in high school students in Tehran Poshtmashhadi M, Ahmadabadi Z, Panaghi L, Zadehmohammadi A, Rafiei H
68	The relationship between children>s perception of parents violence in child rearing and children>s religious beliefs Nasirzadeh R, Shairi MR
74	Prevalence of posttraumatic stress disorder in hospital emergency nurses and fire department workers in uremia city Narimani M, Zahed A, Basharpoor S
80	Comparing correlation between mother>s depression and their deaf and hearing adolescent daughter>s emotional intelligenc Yazdkhasti F, Yarmohammadian A

فهرست کنگره های خارجی مرتبط با شاخه های روانپزشکی تا پایان سال ۲۰۱۰

August 05, - August 12,
3rd International Neuroscience Summer School on Biological Psychiatry of Stress
Barcelona, Spain

August 12, - August 15,
118th American Psychological Association Annual Convention
San Diego, CA, United States

August 28, - September 01,
23rd Congress of The European College of Neuropsychopharmacology (ECNP)
Amsterdam, Netherl&s

August 30, - September 04,
15th World Congress of Psychophysiology - the lympics of the Brain - IOP2010
Budapest, Hungary

September 01, - September 05,
World Psychiatric Association 2010 Regional Meeting
Beijing, China

September 01, - September 04,
13th European Symposium on Suicide & Suicidal Behaviour (ESSSB13)
Rome, Italy

September 08, - September 11,
BMS2010 - 1st International Conference on Clinical Brainmodulation & Technologies
Nuremberg, Germany

September 13, - September 16,
2010 ISBRA World Congress sponsored by the SFA: Current Topics & Innovations in Alcohol Research
Paris, France

September 13, - September 14,
Mayo Clinic Pediatric Days
Chicago, IL, United States

September 15, - September 17,
The First International Congress of Regional Anesthesia & Pain Interventions
Tehran, Iran, Islamic Republic of

September 20, - September 21,
Modern Problems of Social & Forensic Psychiatry & Addiction during financial crisis & solutions
Kiev, Ukraine

September 23, - September 26,
60th Annual Conference of the Canadian Psychiatric Association
Toronto, ON, Canada

September 23, - September 26,
Ethics for an Ageing World - Biomedical Ethics
Heringsdorf, Germany

September 24, - September 26,
Psychopharmacology Academy
Istanbul, Turkey

September 26, - September 29,
18th ISPCAN International Congress on Child Abuse & Neglect
Honolulu, HI, United States

September 29, - October 02,
8th Mediterranean Congress of Physical & Rehabilitation Medicine
Limassol, Cyprus

September 30, - September 30,
PREVENT-2010
Oegstgeest, Netherl&s

October 01, - October 01,
Scientific Symposium "Depressive disorders in children"
Uzhgorod, Ukraine

October 03, - October 07,
XVIIIth World Congress on Psychiatric Genetics
Athens, Greece

October 05, - October 07,
Mental Health in a Socio-cultural Perspective
Al-Khobar, Saudi Arabia

October 07, - October 09,
18. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) e.V.
Bremen, Germany

October 14, - October 17,
2010 American Psychiatric Association Institute Meeting
Boston, MA, United States

October 21, - October 24,
American Academy of Psychiatry & the Law 41st Annual Meeting
New Orleans, LA, United States

October 21, - October 23,
Mayo Clinic Acute Care Psychiatry Clinical Review
San Francisco, CA, United States

October 21, - October 21,
Urgent Clinic diagnosis of mental disorder
Lugansk, Ukraine

October 23, - October 23,
Psychopharmacology Update
Cincinnati, OH, United States

October 26, - October 31,
The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 57th Annual Meeting
New York, NY, United States

October 27, - October 30,
28th Brazilian Congress of Psychiatry
Fortaleza, Brazil

October 27, - October 29,
2nd International Congress on Reproductive Health & Family Planning
Urmia, Iran, Islamic Republic of

October 28, - October 31,
Pacific Rim College of Psychiatrists (PRCP) 14th Scientific Meeting
Brisbane, QLD, Australia

October 28, - October 30,
7th World Congress on Men's Health / 3rd European Men's Health Conference
Nice, France

November 02, - November 05,
AMEDD Neurology (Army Medical Education)
San Antonio, TX, United States

November 04, - November 06,
International Symposium Psychiatry & Religious Experience
Avila, Spain

November 04, - November 05,
Urgent perinatal psychiatry, psychotherapy & psychosomatics
Kyiv, Ukraine

November 11, - November 13,
Group for the Advancement of Psychiatry 2010 Fall Meeting
New York, NY, United States

November 11, - November 14,
2010 NEI Global Psychopharmacology Congress
Colorado Springs, CO, United States

November 12, - November 13,
Treating Tobacco Dependence In Mental Health Settings (11MR02)
New Brunswick, NJ, United States

November 17, - November 19,
Current Issues in Sexual Assault, Domestic Violence & Child Maltreatment Conference
Toronto, ON, Canada

November 18, - November 21,
23rd Annual U.S. Psychiatric & Mental Health Congress
Orl&o, FL, United States

November 25, - November 26,
Scientific Symposium "Medical & social aspects in neurology, psychiatry & drug abuse"
Kiev, Ukraine

November 26, - November 27,
2nd Conference on Positive Aging
Vancouver, BC, Canada

November 26, - December 06,
Sexual Health Medicine: Caribbean CME Cruise Conference
Ft. Lauderdale, FL, United States

December 03, - December 04,
Annual Congress of the Belgian Society of Internal Medicine
Leuven, Belgium

December 09, - December 12,
The 7th International Congress on Mental Dysfunctions & Other Non-Motor features in Parkinson's Disease (MDPD 2010)
Barcelona, Spain

December 17, - December 19,
International Psychiatric Conference of Pakistan Psychiatric Society: Awareness & Prevention Strategies for Psychiatric disorders in Developing Countries
Islamabad, Pakistan

روانپزشک

▪ جامعه روانپزشکی حیطه وسیعی را شامل می شود؛ کسانی که خود را عضو آن می دانند بدانند که خبرنامه مشتاق هر گونه مشارکت ایشان است.

▪ برای انتقادات، پیشنهادات، خاطرات، نظرات و نوشته های شما همیشه جایی در خبرنامه وجود دارد.

برنامه کلینیک فوق تخصصی روانپزشکی

کلینیک فوق تخصصی روانپزشکی از حدود سه سال پیش فعالیت خود را تحت نظر گروه روانپزشکی و بیمارستان نور شروع کرد و هر روز اقدام به گسترش کلینیک های فوق تخصصی در زمینه های مختلف داشته است که برنامه فعلی آن به شرح زیر می باشد:

شنبه	کلینیک روانپزشکی سالمندان آقای دکتر سمندری ۱۱–۸/۵ صبح	مشاوره فردی (CBT) آقای دکتر ابراهیمی و دستیاران ۱۱–۸/۵ صبح		آموزش خانواده گروه روانپرستاری ۱۱–۸/۵ صبح	کلاس های خودشناسی خانم ها: شفیعی و امینی ۱۱–۸/۵ صبح
یکشنبه	کلینیک روان تنی (پوست - روانپزشکی) خانم دکتر ادیبی آقای دکتر معروفی و دستیاران ۱۲– ۱۰ صبح	کلینیک سلامت گوارش خانم دکتر خرم ۱۱/۵–۸/۵ صبح		آموزش خانواده گروه روانپرستاری ۱۱–۸/۵ صبح	کلاس مهارت های زندگی خانم ها: شفیعی و امینی ۱۱–۸/۵ صبح
دوشنبه	کلینیک وسواس و مشاوره مذهبی خانم دکتر آکوچکیان و دستیاران ۱۰–۸/۵ صبح	مشاوره فردی و رفتار درمانی آقای محمد یعقوبی ۱۲–۸/۵ صبح	مشاوره فردی (CBT) آقای دکتر باقریان و دستیاران ۱۱–۸/۵ صبح		کلینیک وسواس و مشاوره مذهبی خانم دکتر آکوچکیان و حاج آقا نوروزی ۱۲– ۱۰ صبح
سه شنبه	کلینیک روان تنی (گوارش - روانپزشکی) آقای دکتر دقاق زاده آقای دکتر افشار و دستیاران ۱۱–۸/۵ صبح	کلینیک روان جنسی آقای دکتر صالحی خانم دکتر شفیعی و دستیاران ۱۱–۸/۵ صبح	مشاوره فردی و آموزش بیمار خانم مینا مظاهری خانم نرگس محمدی ۱۱–۸/۵ صبح	مشاوره روانی جنسی آقای محمد سلطانی خانم آزیتا شهریاری ۱۱–۸/۵ صبح	مشاوره خانواده خانم شفیعی ۱۱–۸/۵ صبح
چهارشنبه	کلینیک روان تنی (قلب - روانپزشکی) آقای دکتر روح افزا خانم دکتر صادقی و دستیاران ۱۱/۵–۸/۵ صبح	مشاوره فردی (CBT) آقای دکتر باقریان و دستیاران ۱۱–۸/۵ صبح			کلاس های خودشناسی خانم ها: شفیعی و امینی ۱۱–۸/۵ صبح
پنج شنبه					کلاس مهارت های زندگی خانم ها: شفیعی و امینی ۱۱–۸/۵ صبح

آدرس: خیابان حکیم نظامی. ابتدای خیابان شریعتی. روبروی سیمان سپاهان تلفن: ۶۲۴۱۰۸۱

برنامه بازآموزی های مدون روانپزشکی ویژه پزشکان عمومی سال ۱۳۸۹

۸۹/۰۳/۲۰ سایکوفارماکولوژی و تداخلات دارویی
تالار زیتون دکتر خیرآبادی، دکتر مظفری، دکتر گلچین، دکتر آکوچکیان

۸۹/۰۷/۲۲ بیماریهای سوماتوفرم و مداخلات طبی و روانپزشکی
تالار زیتون دکتر افشار، دکتر مقصودلو، دکتر معروفی

۸۹/۰۹/۱۸ اختلالات رفتاری کودکان
تالار زیتون دکتر ازهر، دکتر نجفی، دکتر کرباسی، دکتر کاراحمدی

۸۹/۱۱/۲۸ آموزش مهارت های زندگی
تالار زیتون دکتر باقریان، دکتر ابراهیمی، دکتر یعقوبی، دکتر شفیعی

برنامه بازآموزی های مدون روانپزشکان سال ۱۳۸۹

۸۹/۰۳/۲۷ اختلالات خلقی (طیف دو قطبی)
سالن کنفرانس بیمارستان نور دکتر افشار، دکتر برکتین، دکتر اسدالهی، دکتر معروفی

۸۹/۰۷/۲۹ سایکوفارماکولوژی (تداخلات دارویی)
سالن کنفرانس بیمارستان نور دکتر خیرآبادی، دکتر احمد زاده، دکتر میرزایی، دکتر عطاری

۸۹/۱۰/۰۲ اختلالات سوماتوفرم (کارگاه بیمار مشکل)
سالن کنفرانس بیمارستان نور دکتر افشار، دکتر اسدالهی، دکتر شفیعی، دکتر معروفی

۸۹/۱۱/۲۱ روانپزشکی سالمندی (تازه های دمانس و درمانهای دارویی)
سالن کنفرانس بیمارستان نور دکتر سمندری، دکتر برکتین، دکتر موسوی، دکتر عمرانی فر