خبرنامه داخلی انجمن علمی روانپزشکان استان اصفهان
دو فصلنامه بهار و تابستان/ ۱۳۹۱

این نشریه به طور رایگان برای جامعه روانپزشکی کشور ارسال می گردد.
شماره دریافت پیامک های شما: ۷۳۳۷- ۳۱۹- ۰۹۳۹
آدرس جدید خبرنامه: خیابان شریعتی -نرسیده به حکیم نظامی
مرکز فوق تخصصی روانپزشکی-دفتر انجمن روانپزشکان اصفهان
پست الکترونیک: ravan.pezeshky@gmail.com
وب سایت: www.isf-psychiatrist.com
تلفن انجمن اصفهان: ۰۵۳۰-۰۷۵-۸۵۳۰-۰۹۱۳

شاید نتوان هرگز زندگی را به عقب برگرداند
و اینبار آغازی زیبا برای آن رقم زد
اما می توان از هم اکنون به گونه ای زندگی کرد
که حداقل پایانی زیبا در انتها منتظرمان باشد

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
دبیر علمی: 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) محمدعلی خوشکام، حسین اسماعیلی، سحر محمدیان

با تشکر از همکاران این شماره:
دکتر سید مرتضی واعظی - دکتر صفا مقصودلو - دکتر مسعود ازهر - دکتر محمد رضا شیدایی - دکتر مریم رضایی - دکتر میترا پورصیرفی - دکتر فریدون ضرغام - دکتر علی عباسعلی زاده - دکتر ترانه تقوی - دکتر حامد اختیاری - دکتر آذرخش مکری - دکتر ناصر معزی - منیژه شیخ حسینی - دکتر آرش ناهید - دکتر افشین یداللهی

▪ 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........ ۲
روز پزشک بر همه روانپزشکان دلسوز مبارک باد........ ۳
گزارش یک شرکت کننده در دید و بازدید نوروزی انجمن........ ۴
مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان........ ۵
بیاد دکتر اصلان ضرابی........ ۵
۱۲ خرداد «روزمرگ» خالق «سالمرگی» دکتر اصغر الهی........ ۶
کلام مولوی، داروی ضد افسردگی........ ۷
جمع بندی روان پویایی در بیمار مبتلا به اختلال استرس بعد از سانحه........ ۸
قوز دماغ خواستگار پرون........ ۱۱
اخبار........ ۱۲
اخبار کوتاه دارویی........ ۱۲
معرفی کتاب و فیلم........ ۱۴
تراژدی منیژه........ ۱۵
مفاهیم کلی در درمان اعتیاد و جایگاه درمان بستری........ ۱۷
گزارشی از مرکز نگهداری بیماران روانی مزمن استان اصفهان........ ۲۰
شعر........ ۲۱
از کار افتادگی روانی........ ۲۲
چالش و پرسش........ ۲۴
پاسخ به پرسش و چالش........ ۲۷
شگفت انگیزترین مرز جهان........ ۲۸
معرفی کتاب........ ۳۰
باز هم نیمه خالی لیوان........ ۳۲
خلاصه طرح ها و پایان نامه های مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان........ ۳۳
طرح های پژوهشی مصوب مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان در سال ۹۰........ ۳۴
تحقیقات علوم رفتاری........ ۳۷
جایگاه انواع روش ها در درمان اختلال دو قطبی........ ۳۸

دکتر صفا مقصود لو- مسئول خبرنامه

سخن آغازین

چون نیک نظر کرد، پرخویش در آن دید
گفتا ز که نالیم که از ماست که بر ماست
همکاران عزیز،همراهان گرامی
نامه جناب آقای دکتر غلامعلی افروز به مقام وزارت بهداشت چون برگ زری به دستمان رسید. مخلص کلام آن بوده که روان درمانی ومشاوره فقط از سوی سازمان نظام روانشناسی مجوز می خواهد و افراد دارای صلاحیت در این امر ((کارشناسان ارشد و دکترای روان شناسی)) هستند و دیده شده برخی از روانپزشکان نیز تمایل به مداخلات روانشناسی و ارائه خدمات رواندرمانی در کنار دارودرمانی پیدا کرده اند)) ودر پایان نامه از وزیر محترم خواسته شده((برای حفظ حقوق مراجعین نیازمند به خدمات روانشناسی، ازمداخله افرادی که صلاحیت علمی وحرفه ای لازم و مرتبط را ندارند جلوگیری بعمل آید))!!
فارغ از سرنوشت نامه و دستورات مقام رفیع وزارت،آنچه مرا به تعجب و حیرت وامیدارد محجور ماندن رشته روانپزشکی حتی برای روانشناسان است و نیست مگر عدم استفاده ی کافی همکاران از توانایی های رواندرمانی و مشاوره و امید بستن به تاثیر این دارو و آن دارو روی این گیرنده و آن گیرنده....
در تهران شاهد بودم که همکاران روانپزشک به طور مشخص کار رواندرمانی انجام میدادند و البته دریافتهای مکفی هم به قاعده ی کار می گرفتند. چه اشکال دارد ساعاتی از کارمان را به مداوای مشاوره و روان درمانی بر روی مراجعین اختصاص دهیم که در کنار درمان دارویی نیاز به این خدمات دارند.تا این جمله را از بیماران و برخی از همکاران نشنویم که می گویند:((روانپزشکان فقط قرص میدهند و حرف شما را گوش نمی دهند))
آنچه می گذرد نه طرفداری از ((حقوق بیماران)) و نه ((دغدغه ارائه خدمات موثر)) که رقابتی است ناسالم بر سر درد های مردم که در این میان ((صلاحیت علمی و حرفه ای))برای منافعی که نیست زیر سوال برده شود.

روز پزشک بر همه روانپزشکان دلسوز مبارک باد

جهان تو است این جهان روان	روان تو است آن روان جهان
تنت استوار از روان تو است	نگاه تو راز زبان تو است
جهانیست در ناخود اگاه تو	در آمیخته با خود آگاه تو
تن تو اگر مرز آبادی است	روان تو راهی به آزادی است
من آگاهم از رنج و از خشم تو	که جان تو پیداست در چشم تو
تن تو جدا از روان تو نیست	که خاک تو بی آسمان تو نیست
در اندوه و شیدایی و در تنش	تب و ترس و بدبینی و کشمکش
اگر راه اندیشه‌ات نارواست	منم آنکه با درد تو آشناست
که پندارت آنگه نکو می شود	که با بینشت رو به رو می شود
به گفتار و رفتار دانا شوی	پس از نوشدارو توانا شوی
جهانیست در ناخود اگاه تو	در آمیخته با خود آگاه تو
تن تو اگر مرز آبادی است	روان تو راهی به آزادی است

«افشین یداللهی روانپزشک و ترانه سرا»

گزارش یک شرکت کننده در دید و بازدید نوروزی انجمن

دو باره پیامکی از انجمن دریافت نمودم جهت شرکت در دید و بازدید نوروزی تردید داشتم، بروم یا نروم، همسرم تمایلی نداشت که مرا همراهی کند من هم برایم سخت بود که با دختر خرد سالم به این جلسه بروم.

تا این که چند روز قبل از جلسه با همکاران صحبت نمودم آنها مرا ترغیب کردند که در این جلسه شرکت نمایم لذا عزمم را جزم کردم روز پنج شنبه در ساعت ۸شب شال و کلاه کردم و به سوی محل برگزاری ضیافت شام انجمن حرکت نمودم.هنوز همکاران نیامده بودند. وارد سالن شدم میز های متعددی چیده شده بود با وسایل پذیرایی چایی و کیک و میوه. آرام آرام همکاران همراه با خانواده شان می آمدند،هیئت مدیره ی انجمن به آنها خیر مقدم می گفتند و به خوبی از همکاران استقبال میکردند،پس ازمدتی جلسه شکلی بخود گرفته بود هر گروه مشغول گپ زدن با یکدیگر بودند. نزدیک به زمان شام رئیس انجمن به مدعوین خوش آمد گفت و پس از آن هیئت مدیره ی انجمن تعداد زیادی گل نقره به روان پزشکانی که با انجمن در ۲سال گذشته همکاری داشتند اهدا کرد. ولی نکته ی مورد تعجب و تاسف این بود که نیمی از هدایا باقی مانده بود و صاحبانش نیامده بودند با خود گفتم چه شده که این افراد نخواستند در این جلسه شرکت نمایند آیا این بی حرمتی به انجمن خودشان نیست؟ یا شاید خودشان را در سطح دیگر همکاران نمی بینند که در چنین جلساتی شرکت نمایند. بعداَمتوجه شدم که تعداد روانپزشکان شرکت کننده دوسوم کل اعضاء بوده است و مقدار زیادی نیز غذا اضافه مانده بود. به نوبه خودم از هیئت مدیره انجمن تشکر می کنم که زحمت می کشند و چنین جلساتی را برگزار میکنند، و امید وارم که در آینده سایر همکاران نیز این گرد همایی ها را ارج نهاده و خانواده بزرگ روانپزشکان اصفهان را زنده نگه دارند.

عکس های مربوط به دید و بازدید نوروزی

مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

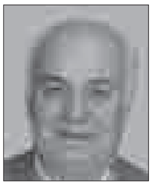
در دیماه سال ۱۳۹۰ بدنبال انتخابات گروه روانپزشکی آقای دکتر عباس عطاری به سمت مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انتخاب شدند. هیئت مدیره انجمن علمی روانپزشکان اصفهان این انتخاب شایسته را به ایشان تبریک گفته و امیدوار است با همت و درایت ایشان گروه روانپزشکی و خانواده بزرگ روانپزشکان اصفهان همچون گذشته پربار و سربلند و پابرجا بماند.

دکتر عباس عطاری در سال ۱۳۳٤ در شهر کویری طبس به دنیا آمد. دوره دبستان و دبیرستان را در طبس سپری کرد سپس جهت گذراندن دوره طب عمومی در سال ۱۳۵۵ به دانشگاه تهران آمد. دوره تخصصی روانپزشکی را در طی سالهای ٦۳تا٦٦ در دانشگاه اصفهان گذراند و از سال ۱۳٦٦ تاکنون عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی این دانشگاه می باشند. ایشان در سالهای ۱۳٦٦ و ۱۳٦۷ ریاست بیمارستان خورشید (مرکز پزشکی نور)، سالهای ۷۸ تا ۸۲ ریاست بیمارستان مدرس و مجدداً از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳ ریاست بیمارستان خورشید را عهده دار بودند.از سال ۱۳۸۳ تاکنون ریاست مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان به عهده ایشان بوده و از دیماه سال ۱۳۹۰ نیز به عنوان مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انتخاب شدند.آقای دکتر عباس عطاری از سال ۱۳۷۵ به سمت دانشیاری درآمده و از سال ۱۳۷۸ به مدت ٦ ماه فلوشیب روانپزشکی کودک و نوجوانان در دانشگاه بیرمنگام انگلیس بودند. از سال ۱۳۸۲ عضو هیئت بورد روانپزشکی بودند و با کمال افتخار از سال ۱۳۸۵ بر کرسی استادی دانشگاه تکیه زدند.

منش والا، وقار،آرامش،واحترام به همکاران و تلاش بی وقفه ایشان در ارتقاء گروه روانپزشکی زبانزد همه کسانی است که او را میشناسند.

با آرزوی موفقیت روزافزون و شادکامی برای ایشان

هیئت مدیره انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان



دکتر سید مرتضی واعظی

بیاد دکتر اصلان ضرابی

شاید دکتر ضرابی برای جامعه روانپزشکی بخصوص روانپزشکان جوان نام چندان آشنایی نباشد ولی من زمانی که با او آشنا شدم دریافتم دکتر ضرابی، پیشکسوتی است در روانپزشکی که نخواسته نامش مطرح باشد. اولین بار او را در یکی از همایشهای انجمن علمی روانپزشکان ایران ملاقات کردم در زمان پذیرایی بود که دکتر بسیار فروتنانه به من سلام کرد و خودش را معرفی و از من پرسید شما از اصفهان آمدید، آیا روانپزشکی به نام دکتر واعظی می شناسی، خوب اصفهانیها چون کنجکاو هستند زود خودشان را لو نمی دهند. به او گفتم چطور ؟ دکتر گفت من چند ماهی در انگلیس بودم و با پروفسور اری(Erie) که انستیتو سایکوژریاتریک در بیرمنگام را اداره می کند کار می کردم. او سراغ دکتر واعظی را از من گرفت. من یادم آمد زمانی که دوره رزیدنتی را میگذراندم یکسال در بخش پروفسور رزیدنت بودم لذا به دکتر گفتم دکتر واعظی خودم هستم. جالب بود که مرا بغل کرد و بوسید، گفت خیلی خوشحال شدم چون مجدداً به انگلیس می روم و اینبار به او میگویم دکتر واعظی را دیدم، سلامت بود و در اصفهان مشغول کار است. برای من جالب بود که دکتر ضرابی با اینکه سالها بود که بازنشسته شده ولی باز هم مانند یک دانشجو بدنبال کسب علم و دانش بود. از آن سال بارها او را در کنگره های انجمن ملاقات نمودم و آخرین بار که در سال ۱۳۸۹ در کنگره سالیانه از وی تجلیل شد متأسفانه وضع جسمانی مناسبی نداشت و با کمک ۲ نفر به جایگاه برده شد. وقتی خبر نامه انجمن به دستم رسید، خواندم که دکتر احمد جلیلی از او یادی کرده بود متأثر شدم و با او هم عقیده هستم که یکی دیگر از بزرگان بی جانشین روانپزشکی را از دست دادیم.

روحش شاد.

به یاد دکتر اصغر الهی روانپزشک و نویسنده

۱۲ خرداد «روز مرگ»
خالق «سالمرگی» دکتر اصغر الهی

دکتر محمد رضا شیدایی - روانپزشک

در دوازدهمین روز خرداد ماه ۱۳۹۱دکتر اصغر الهی روانپزشک در سن ٦٨ سالگی در گذشت. دکتر الهی که علاوه بر زمینه ی حرفه ای خود علاقه ی وافری به ادبیات داشت، از سال ها قبل با چاپ کتاب ها و مجموعه داستانهای ادبی((قصه های بی بی جان و...))توانسته بود خود را به عنوان یک نویسنده حرفه ای ادبیات نیز معرفی کند در سال ۱۳۸۵ با کتاب ((سالمرگی)) برنده ی جایزه ی اول بنیاد گلشیری شد. از خصوصیات مشخص دکتر الهی این بودکه طی سال های طولانی نوشتن هرگز خود را در گیر مسائل حاشیه ای و جنجال برانگیز نساخت و این شاید یکی از علل کمتر شناخته شدن او به عنوان نویسنده در سطح جامعه بود. خصوصیت دیگر وی نیز این بود که مرز های کار حرفه ای خود یعنی روان پزشکی را جدا از ادبیات ساخته بود بدیهی است که مفهوم این گزاره این نیست که دانسته ها و تجربیات روان پزشکی وی در آثار او نمود نداشت، بلکه مانند هر پزشک دیگر ساعات کاری خود را به حرفه ی خود مشغول بود، مطب و آموزش در انستیتوی روانپزشکی مانند بقیه ی همکاران برقرار بود با این همه نوشتن برای او فقط تفنن نبود که گویی دریچه ای برای تخلیه استعداد و بایستی گریز ناپذیر بود.

هر کس برای اولین بار ایشان را می دید،تصوری از این که این انسان کم حرف، منزوی و موقر، نویسنده چیره دستی است که کتاب های متعددی به چاپ رسانده نداشت وبه جاست خاطره ای که خودم شخصا از ایشان داشته ام را ذکر کنم، در بدو ورود به انستیتو روان پزشکی و و مهاجرت از دانشگاه و گروه روانپزشکی اصفهان با توجه به شناختی قبلی که از کتاب های ایشان داشتم مشتاقانه به دنبال فرصتی برای بحث و تبادل نظر در مورد ادبیات با وی بودم، اما از آنجا که کمتر با افراد غریبه و ناشناس هم صحبت میشد چنان فرصتی دست نداد تا نهایتا یک روز پس از یک کنفرانس در انستیتو با جسارت بدنبال ایشان در یکی از اتاق های انستیتو که اکثرا در اوقات فراغت در آنجا بودند رفتم،پس از معرفی و آب شدن یخ های رابطه!!. بحث به داستان ها و کتاب های ایشان و نهایتا ادبیات رسید. در آ ن زمان تصور من این بود که دکتر الهی در نوشتن تاثیر زیادی از هوشنگ گلشیری گرفته و گاه آنقدر فرم را بر محتوی تر جیح داده که نوع روایت دچار گسستگی میشود.ایشان با استدلال های خود این مطلب را رد کرد و اصرار داشت که ادبیات معاصر با داستان های روایتی قدیمی مثل امیر ارسلان تفاوت دارد.

به بحث در مورد کتاب((شازده احتجاب))گلشیری رسیدیم، گفت که به نظر من گلشیری شازده احتجاب را با تاثیر گیری از ((بوف کور))صادق هدایت نوشته، منتهی تکنبک جریان سیال ذهن و تعویض مرتب راوی به آن فرم امروزی تری داده است و اینکه شخصیت های فخر النساء و فخری در ((شازده احتجاب))به نوعی تداعی کننده((زن اثیری))و((لکاته))در بوف کور است. دکتر الهی با لبخندی و نگاهی کنایه وار اشاره کرد که ((از شما انتظار داشتم از همشهری خودتان دفاع بیشتری بکنید و وجوه این رمان را که شاید بتوان جزء ۵ رمان بر تر ادبیات نو دانست بیشتر دریابید.))گفتم:منکر نو آوری های کتاب نیستم آنهم این که در ابتدای دهه ی چهل و قبل از ظهور جریانهای مدرن ادبی نوشته شده اما شهرت آن را بیشتر به خاطر فیلمی میدانم که بهمن فرمان آرا با اقتباس از آن ساخته و به راستی حق مطلب را در اقتباس ادا کرده هرچند که همه معتقدند هیچ فیلمی که از کتابی معروف اقتباس شده باشد نمی تواند حق مطلب را ادا کند.

علی ایها الحال بحث آن روز مفصل شد و از علاقه اش به گلشیری آگاه شدم، قرار شد هفته ای یک بار در همان انستیتو باهم در مورد ادبیات معاصر به بحث بنشینیم که دریغا دیگر این فرصت فراهم نیامد و دیدار های ماهم جز به زمان هایی کوتاه منجر نشد.

در مورد دکتر الهی لازم است گفته شودکه وی بر خلاف بسیاری از روانپزشکان نویسنده(مثلا غلام حسین ساعدی) مطب خود را بخوبی اداره کرد و در آن جز به در مان بیماران نمی اندیشید و بحث های ادبی در آنجا رایج نبود.

درگذشت این نویسنده و روانپزشک کشورمان که در هر دوکار چه حرفه چه علائق خود کاملا مسلط بود به خانواده و دوستان ایشان، جامعه روانپزشکی، و هنرمندان و نویسندگان کشور دریغ می گویم و هنوز لبخند آن روز در انستیتو را که قریب ۱۵ سال از آن میگذرد پاس میدارم.

یادش جاودان و آثارش پر خواننده باد

کلام مولوی، داروی ضد افسردگی

دکتر آرش ناهید
روانپزشک

در نیمه های راه دوره ی تخصص روانپزشکی یکی از اساتید به من گفت: کتاب مثنوی معنوی حاوی نکات علمی و به روزی در حوزه علم روان است. در آن زمان پذیرش این مطلب با توجه به اینکه مولوی قرنها پیش در گذشته برای من دشوار بود ولی بخاطر علاقه ای که به اشعار او داشتم مطالعه مثنوی را آغاز کردم و آن حقیقت برایم آن زمان دلنشینتر شد که بازتاب مثبت مراجعان در برابر استناد همزمان به اصول علمی و عرفانی را به چشم خود مشاهده کردم. همین مرا بر آن داشت تا چکیده ی برداشتهای خود را بصورت یادداشتهایی در اختیار همکاران و مولوی دوستان قرار دهم.

جان نباشد جز خبر در آزمون   هر که را افزون خبر جانش فزون
جان ما از جان حیوان بیشتر   از چه آن رو که فزون دارد خبر

گاهی در اطراف خود می نگرم و همه چیز را تیره و تار می بینم، همه درها بسته و راهها را غیر قابل عبور فرض می کنم. مشکلات گاهی ما را دچار حالتی به نام درماندگی آموخته شده می کند. تغییر نگرش، وجه مشترک کلام مولوی و علم روان است. مولوی می گوید:

پیش چشمت داشتی شیشه کبود   لاجرم دنیا سیاهت می نمود

پس وقتی می توانم دنیا را آنگونه که هست ببینم که عینک بدبینی را از چشم بردارم.

این مهم با تمرین و ممارست، خودشناسی و آشنایی با افکار و باورهای نادرستی شکل می گیرد که سالها با خود به همراه داشتم و هیچگاه آنها را مورد آزمون و سوال قرار ندادم.

از محقق تا مقلد فرقها است   این چو داوود است و آن دیگر صد است
منبع گفتار آن سوزی بود   آن مقلد کهنه آموزی بود

ممکن است مقداری از آن را از پدر و مادر و بزرگترها به یادگار گرفته باشم:

از پدر وز مادر این بشنیده ای   لاجرم غافل در این پیچیده ای
گر تو بی تقلید از آن واقف شوی   بی نشان از لطف چون هاتف شوی

و شاید تعدادی از آنها را به علت فشار باورهای جامعه و در جهت همرنگ شدن با آنها پذیرفته ام:

در هوای آنکه گویندت زهی   بسته ای بر گردن جانت زهی

غافل از اینکه مجموعه علل فوق و دلایل دیگر مانع تشکیل تفکری صحیح گشته که راز سلامت روان است:

آدمی را فربهی هست از خیال   گر خیالاتش بود صاحب جمال
ور خیالاتش نماید ناخشی   می گدازد همچو موم از آتشی

باور به حقیقتی آرامش بخش و حاکم بر جهان که می تواند راهگشا باشد و اعتقاد به قوانینی سعادت آفرین، واقعیتی است که هم در علم روان و هم در کلام مولوی به آن اشاره شده و این همان داروی ضد افسردگی در کلام مثنوی است.

گرچه رخنه نیست عالم را پدید   خیره یوسف وار می باید دوید
تا گشاید قفل در پیدا شود   سوی بیجایی شما را جا شود

چه بسیار زمانها که همه درها را در برابر خود بسته دیده ام ولی چون نا امید نشده و ننشسته ایم، از طریقی که به فکرمان هم نمی رسید، به ناگاه آن مساله حل شد. راز موفقیت در این موارد از پای ننشستن است.

سایه حق بر سر بنده بود   عاقبت جوینده یابنده بود
گفت پیغمبر اگر کوبی دری   عاقبت زان در برون آید سری
گر نشینی بر سر کوی کسی   عاقبت بینی تو هم روی کسی

بله، این باوری است که همچون چراغی راهنمای راه ما خواهد بود. قانون این است که اگر تلاش کنیم موفق خواهیم بود، شاید نه دقیقا از همان راهی که می اندیشیدیم بلکه از راهی دیگر و چه بسا بهتر. چونکه:

بس دعاها کان زیان است و هلاک
وز کرم می نشنود یزدان پاک

امیدوارم یادداشت فوق راهگشای نزدیکی بیشتر علم روز روانپزشکی با تعالیم عرفان باشد، آنچه علم را شیرین تر و دلنشین تر خواهد کرد.

جمع بندی روان پویایی در بیمار مبتلا به اختلال استرس بعد از سانحه

دکتر علی عباسعلی زاده - روانپزشک

ما بر اساس همه آنچه که شنیده ایم، دیده ایم، تجربه کرده ایم و در یک کلام آموخته ایم به یک درک کلی از زندگی می رسیم و برآن اساس برنامه زندگی خود را می چینیم.

مطابق این برنامه واکنش های خود را تنظیم می کنیم، هدف های خود را تعیین می کنیم و به عبارت کلی تر بر این اساس زندگی می کنیم.

روزگار مطابق برنامه با افت و خیز مختصری می گذرد تا اینکه روزی اتفاق بسیار فوق العاده ای می افتد اتفاقی که موجب می شود که « همه آنچه را که رشته بودیم پنبه شود » و مجبور می شویم که دنیا را از نو بشناسیم و به تعریف جدیدی از زندگی برسیم.

اتفاقات فوق العاده اگرچه واقعی و گریز ناپذیرند اما به دلیل اینکه به شدت غیر قابل پیش بینی اند تعادل درونی انسان را بهم می زنند و او را مجبور می کنند تا به تعادل جدیدی دست یابد تا قادر به ادامه زندگی نسبتاً آرام و متعادل باشد. به قول فردوسی :

یکی نغز با زی کند روزگار
که بنشاندت پیش آموزگار

تصور کنید نو جوانی را که هر روز به آب انبار قنات می رفت و در آرامش کامل آب می آورد و به خاطر تحسینی که می شد برایش لذت بخش هم بود. او یک روز در برگشت از راه پله های آب انبار نا گهان متوجه می شود که یک مار روی راه پله در دو قدمی او چنبر زده است. او بیهوش نمی شود ولی از ترس از خود بیخود می شود و همه عمر هر شب دچار کابوس می شود که نمودی است از تجربه هیجانی مجدد حادثه که تلاشی

است نا خود آگاه برای پذیرش واقعیتی بسیار تلخ به امید آنکه بر این حقیقت تلخ تسلط یابد. گاه حوادث فوق العاده چنان دهشتناک هستند که آدمی هرگز نمی تواند آنرا هضم و جذب کند و لذا در بی تعادلی مزمن درونی گرفتار می شود. نو جوان مورد بحث ما هرگز در هوشیاری به خاطر نمی آورد که چگونه از آن مخمصه نجات یافته است زیرا همه تلاتش او برای فرار از آن صحنه در حالتی از بیخودی بوده است.

او از یکسو ترجیح می دهد که باور نکند که چنین اتفاقی برای او رخ داده است ولی از سوی دیگر واقعیت تلخ حقیقت داشته است و او بطور نا خود آگاه سعی می کند تا واقعیتی را که با از خود بیخود شدن نا دیده انگاشته است بپذیرد و به آن تسلط پیدا کند. لذا در اختلال استرس بعد از سانحه با دو دسته مکانیسم دفاعی کاملاً متضاد مواجه هستیم. انکار آنچه که اتفاق افتاده است و در عین حال تلاش بسیار برای زنده کردن حادثه و مواجهه با آن.

علاقمندی به انجماد ذهنی و تلاش برای حفظ نظم روانی موجود آدمی را وادار می کند تا محافظه کارانه از پذیرش حقایق تلخ جدید اجتناب ورزد و از سویی واقعیت انکار نا پذیر حقایق بسیار تلخ آدمی را وا می دارد تا در اندر یافت خود از زندگی تجدید نظر کند. دوگانگی متضاد مکانیسم هایی که در مواجهه با حوادث دهشتناک رخ می دهد سبب می شود تا با دو دسته علایم به ظاهر متناقض ولی در واقع با دو روی یک سکه در اختلال استرس بعد از سانحه روبرو باشیم.

بیمار از سویی تلاش می کند تا حادثه را به فراموشی بسپارد و تلاش نا خود اگاه او برای به فراموشی سپردن حادثه تعمیم می یابد و او بطور کلی در حافظه دچار اختلال می شود و فراموشکاری از علایم اوست و از سویی به گونه ای زندگی می کند که انگار هیچ لحظه ای از تاثیر آن حادثه خلاصی ندارد. با کمترین تداعی در خواب و بیداری صحنه هولناک زندگی او زنده می شود و چنان واکنش شدیدی به محرک های بسیار معمول که تداعی گر حادثه هستند نشان می دهد که گویی هم اینک همان حادثه هولناک در شرف وقوع است و او آن ماجرا را هرگز فراموش نخواهد کرد .

از یک سو به دلیل احساس عجز و نا توانی مفرط در مقابل حادثه دهشتناک این حس در او ته نشین شده است که « کاری از من ساخته نیست « و لذا همواره احساس خمودی و کرختی می کند و از سویی به دلیل ترس فوق العاده ای که بهنگام مواجهه با حادثه بر او عارض شده است چنان احساس وحشت و عدم امنیتی بر او مستولی شده است که همواره گوش به زنگ ونگران وقوع اتفاقی ترسناک و نیز آماده مقابله با آن است.

بعد از این مقدمه طولانی شرح حال بیماری که دچار اختلال استرس بعد از سانحه شده است را همراه با سایکو دابنامی علایم او با توجه به حجم این خبر نامه بیان می کنم و امیدوارم از نظرات سازنده همکاران عزیز در جهت درک بهتر روان پویایی این اختلال بهره مند شویم.

-» بیمار ما ف ق خانمی است میان سال از شهر کرد. او به محض اینکه شروع به گفتن شرح حال خود میکند به گریه می افتد. او در جلسه اول تعریف می کند که دو ماه پیش از آن برای نخستین بار در زندگی خود کتک خورده است. او که هرگز نه از دست شوهر خود و نه از دست پدر کتک نخورده بود در یک اتفاق غافلگیر کننده بشدت و بطرز وحشیانه ای کتک خورده بود. چنان گریه می کرد که گویی همین حالا کتک خورده است.

در یک ماجرای ساده ترافیکی در مسیر پارکینگ اتومبیل در مقابل کسی که می خواست بی نوبت خود را داخل صف اتومبیل ها کند مقاومت کرده بود. از شانس بد او کسی که قصد تخلف داشت آدم بسیار شرّی بوده است. حال نیز که ماجرا را تعریف می کند از جمله اشتغال ذهنی مزاحم او این است که « آیا بهتر نبود که راه را برای آدم بی شعوری که نوبت را نمی فهمد باز می کرد؟». مدام با خود گفتگو می کند که آیا تقصیر او بوده است که آدم شرّی را تحریک کرده است ؟ در حالیکه بشدت کتک خورده و توهین شده است حال باید پاسخ دیگران و بویژه خود را بدهد که آیا مقصر نبوده است ؟. بهر حال وارد پارکینگ می شود و در ساعت گرگ و میش غروب در گوشه ای پارک می کند و بی آنکه انتظار برخوردی داشته باشد ناگهان چند نفر بر سرش می ریزند و بی رحمانه او را کتک می زنند. او را در میان ماشین ها در محوطه پارکینگ نقش بر زمین می کنند و بی رحمانه و وحشیانه کتک می زنند طوریکه استخوان بینی او می شکنند. او می گوید که ابتدا که بشدت غافلگیر شده بود مات و مبهوت در زیر دست و پای مهاجمین نا محرم دست و پا می زد و جیغ می کشید و بعد دیگر چیزی را بخاطر نمی آورد. ابتدا احساس نا باوری او را مات و مبهوت می کند و با جیغ زدن تلاش مذبوحانه ای از خود نشان می دهد سپس برای آنکه بتواند منفعلانه تسلیم شود بناچار از خود بیخود می شود. چگونه می توان هوشیار و آگاه بود و نه فقط ضرب و شتم بلکه اهانت و خفت را تحمل کرد ؟. حالت از خود بیخودی در او شرطی می شود و سبب می شود که بی جهت و به بهانه های اندکی مکرراً اتفاق بیفتد و تعجب دیگران را برانگیزد که خیلی وقتها متوجه محیط پیرامون خود نیست و حواسش پرت است.

او چنان از این حادثه ترسیده است که که نه تنها به هیچ وجه قادر به رانندگی نیست بلکه بشدت می ترسد که از خانه خارج شود.

انزوا و ترس از دیگران تعمیم می یابد و حتی در خانه هم اگر تنها باشد می ترسد. هر چیز که صحنه آن روز را تداعی کند – ماشینی که شبیه آن ماشین کذایی باشد، هر پارکینگی، هر خیابان و مسیری که به آن پارکینگ ختم شود، هر آدم غریبه ای که کمترین نا رضایتی از خود نشان دهد او را بشدت می ترساند و همه درد و رنجی که آن روز تجربه کرده است را زنده می کند. لحظه ای از فکر و یاد آوری صحنه آن روز شوم آزاد نیست، همه ی روز آن خاطره دهشتناک فکر او را مشغول می کند و هر شب کابوس های گوناگون مانع خواب

راحت اوست. از همه کس و همه جا می ترسد که مبادا کسی از رفتار او تحریک شود و به او برگردد. او که از اعتماد به نفس خوبی برخوردار بود حال جرئت انجام کوچکترین مخالفت و اظهار وجود را ندارد. فکر مزاحم و دایمی همراه با احساس گناه از اینکه آیا می شد که از این حادثه شوم جلوگیری کرد و ترس مداوم از همه کس و همه جا خواب و خوراک و نیز قرار و آرامش او را بهم زده است. در حالیکه به زحمت خود را به کارهای خانه مشغول می کند اما یادآوری آن صحنه هولناک و رنج و درد کتک و اهانت آن روز لحظه ای فکر او را آزاد نمی کند. ترس و شرم و نیز احساس خفت و خواری از یکسو و افکار کودکانه و سرکشانه ناشی از حس انتقام احساس دو گانه متضادی را در او بر می انگیزد. در حالیکه بشدت عصبانی است اما در عین حال بشدت می ترسد. بار ها در خیال خود خرخره متجاوزین به حرمت انسانی و تن شریف خود را جویده است و در عین حال چنان از آنها ترسیده است که با وجود حمایت همسر و شهادت نگهبان پارکینگ جرئت آنکه از آنها شکایت بکند را نیز ندارد... «

تجربه ما از بیماران مبتلا به اختلال استرس بعد از سانحه عمدتاً به بامازندگان جنگ ایران و عراق بر می گردد که به دلیل اینکه جانبازان جنگ تحمیلی هستند به حق مورد حمایت اجتماعی شدید هستند و در کنار انگیزه برای بهبودی در عین حال به فکر کمیسیون مجدد برای افزایش در صد جانبازی نیز هستند و لذا باید ثابت کنند که حال آنها خوب نشده و علایم «اعصاب و روان ناشی از موج انفجار» نه تنها رفع نشده است بلکه بیشتر نیز شده است و نیاز به حمایت اجتماعی بیشتری دارند. تناقض در انگیزه های آنها برای بهبودی و یا اثبات عدم بهبودی و استفاده از مزایای مربوطه یک دوگانگی خاصی به رفتار بیماران معمول اختلال استرس بعد از سانحه ما در کنار سایر علایم طبیعتاً متناقض آنها اضافه می کند که روند درمان آنها را مشکل می سازد.

خوشبختانه بیمار خاص مورد بحث ما بسیار جدی بود که بهبود یابد و ادامه علایم برای او هیچ امتیازی نداشت و بهمین دلیل نتیجه خوبی از پروسه درمان گرفت.

او اینک نه تنها از تنهایی و یا از اجتماع و غریبه نمی ترسد بلکه به راحتی رانندگی می کند، به تنهایی به خرید می رود و حتی بار ها در همان پارکینگ «دوزخی» ماشین خود را پارک کرده است. از افسردگی و گریه های روز نخست مراجعه خبری نیست و از شر افکار مزاحم و اضطراب فلج کننده نیز راحت شده است. با بهبود علایم بتدریج جلسات درمانی خاتمه می یابد و در میزان داروهای او نیز که عمدتاً از خانواده ضد افسردگی های بلوک کننده اختصاصی سروتونین بود تجدید نظر می شود.

در اختلال استرس بعد از سانحه، حادثه چنان قوی و دهشتناک است که یکباره نمی توان با همه ابعاد آن روبرو شد و هیچ پاسخ یگانه ای با هر شدتی از هیجان و عواطف نمی تواند پاسخ در خور باشد. مثل روال طبیعی علایم که بیمار بطور نا خود آگاه بتدریج و در حد تحمل خود با ابعاد حادثه روبرو می شود و هر بار با تداعی، یاد آوری و مواجهه برای هضم و جذب و حل اتفاقی که افتاده است تلاش می کند و وقتی هیجان به حد غیر قابل تحمل می رسد به فاز انکار و فراموشی پناه می برد در پروسه درمان نیز سعی می شود از بیمار حمایت شود و به او کمک شود تا بتدریج و در حد تحمل خود با ابعاد مختلف حادثه روبرو شود و بتدریج بر فاز مقابله آگاهانه افزوده و از انکار حادثه و نمود های نوروتیک آن کاسته شود.

در این مقاله تعمداً از به کار بردن اصطلاحات علمی اجتناب شده است تا به هدف اصلی آن که درک همدلانه رنج بیمار است خدشه ای وارد نشود. تلاش شده است تا به زبانی که بیمار صحبت می کند پویایی روانی علایم او درک شود تا بتوان با همان زبان به بیمار انعکاس داد. انعکاسی که با حمایت درمانگرانه و تفسیر روشنگرانه صورت می گیرد تا همراه با تلاش خود بیمار به تجدید نظر سازنده در افکار واحساسات او منجر شود.

اینکه اختلالات روانپزشکی از مجموعه ای از علل درهم تنیده بیولوژیک، روانشناختی و اجتماعی ناشی میشوند که در یک پروسه پیچیده در زمان خاصّی در یک فرد خاص و آنهم با تابلویی خاص بروز می کند و سیر ویژه خود را در هر کس دارد و در همه موارد بهتر است که از همه امکانات درمانی بهره مند شد جای بحث ندارد و آنچه در این مقاله به آن پرداخته می شود تنهادر مورد نگاه از یک وجه خاص به این منشور کثیرالوجه است که با هیچ نگرش دیگری برای فهم علایم هیجانی مغایرتی ندارد بلکه معتقد است شاید بتوان از مجموعه نگرش ها که از وجوه مختلف این منشور به آن می شود به حقیقت واحد ولی کثیرالمنظر دنیای کماکان بسیار ناشناخته درون آدمی راه یافت.

نکته ای که مایلم فقط با اشاره ای از آن رد شوم اینست که اگرچه سانحه ای که منجر به اختلال استرس بعد از سانحه می شود همواره دهشتناک است و ممکن است هر کسی را از پا در آورد ولی هر گز به این معنی نیست که همه کس در مقابل چنین حادثه ای دچار این اختلال می شوند. چه بسا افرادی که با حوادث شدید تر از آن هم دچار چنین اختلالی نخواهند شد. لذا بحث حساسیت فردی و آسیب پذیری متفاوت انسانها پیش می آید که در کنار زمینه های بیولوژیک و اجتماعی از جمله دلالت بر بر انگیخته شدن خاطرات نامقبول سرکوب شده و محتویات تنش زای رها شده از سرکوب طولانی مدت میکند. از آنجا که برخورد با قضایای مربوط به فعال شدن محتویات سرکوب شده قدیمی شیوه سایکوآنالیتیک را مطرح میکند – اگرچه بسیار جذاب و عمیق و در عین حال آموزنده است، اما از آنجا که چندان به کار درماتگری هر روزه نمی آید و نیز دانش و مهارتی فوق العاده را می طلبد تعمداً از کنار آن گذشتم.

قوزِ دماغِ خواستگار پرون

دکتر محمد رضا شیدایی - روانپزشک

یک نگاهی به خواهرم میکنم که توی مبل راحتی غرق شده و چنان به یکی از سریال های لوس آن ور آبی نگاه می کند که انگار به راز شکافتن اتم پی برده است .

می پرسم : حالا واسه چی ؟

همانطور که زل زده به صفحهٔ تلویزیون جواب می دهد : چی واسه چی ؟

ادامه می دهم : منظور اینکه واسه چی میخوای دماغت را عمل کنی؟

: خب اینروزها همه باید دماغشون را عمل کنند، آقایون که عمل می کنند دیگه خانمها واسه شون واجبه

سعی می کنم جواب دندان شکنی بدهم : اونکه همه باید عمل کنند عقلشونه که فعلاً امکان پذیر نیست .یعنی روانپزشکا می گن نمیشه

خواهرم چشماشو از صفحه تلویزیون بر میدارد و نگاه عاقل اندر سفیه به من می کند ومی گوید: تومثلاً خیر سرت دکتر هم هستی، تا حالا که پزشک عمومی بودی توی در و دهات گم وگور. حالا هم که خودتو با درس خوندن کشتی و از عمومی به خصوصی تبدیل شدی!، دائم پز میدی که سال اول رزیدنتی روانپزشکی ام ، اما فکر کنم هنوز عقل خودت شیرین می زنه !!

می گویم : چه ربطی داره؟ من چون پزشکی خوندم اندیکاسیون های عمل بینی را می دونم، تازه این کار فوق تخصص جراحی پلاستیکه نه دکتر گوش و حلق و بینی .

با یک اشتیاق خاصی،انگاری می خواهد هفت پیکر یا خسرو و شیرین نظامی را نقل کنه،می گوید: وای! نگو تو رو خدا!!

کارش محشره، همین ساناز دوستم رادیده بودی که همیشه اول دماغش می اومد تو، بعد خودش، بعداز عمل پیش این دکتر حالا دیگه پُز خواستگار اومدنش هم به من میده، تازه مَسی میگه مسئول باغ وحش اِرم تهران واسه خرطوم فیل هاشون وقت میخواسته تا دماغشونا مدل خوکی کنه دکتر وقت نداره !

می گویم: مِسی رامیدونم که فوتبالیسته اما این مَسی دیگه کیه ؟

:اوا، همون معصومه دوست دبیرستانیم که به همه گفته مَسی صداش کنن.

حالا تو هم صرفاً بخاطر این مَسی خانم می خوای دماغتو عمل کنی.

می گه : نه بابا، توانگار توی جامعه نیستی، از بس سرت تو کتابات بوده و بیرون نمی ری، اکثر این دماغ چسبی ها از کار عالی دکتر تعریف می کنند.

جواب می دهم : آخه خواهرِ من ، تو که این مردم را می شناسی، کافیه یکی یه کم معروف بشه، چه هنرپیشه یا فوتبالیست یا دکتر، یا حتی (...) اول همچنین می برنش تا عرش که دیگه دست کسی بهش نرسه، بعدشم همین مردم همچین می زننش روی فرش که مسیر دستگاه گوارشش عوضه بشه! توچرا گول این شایعات را می خوری، حداقل قبلش با یک نفر مثل من که تو حرفه پزشکی تجربه... نمی گذارد حرفم را تمام کنم و داد می زنه: بسه بسه باز دکتر بودنتو به رخم کشیدی، دعا به جون دانشگاه آزاد وجون کندن های بابا بکن که شهریه هات را هر ترم جور می کرد، همین حالاشم من نبضم هم نمی دم تو بگیری، واقعاباورت شده!مثل حیوانات باربر نجیب سه سال درس خوندی تا تازه امتحان دستیاری قبول بشی اونم نرفتی یه رشته پولساز، تو برو به همون مریض های دیوونت مشاوره بده.

دیگه به رگ غیرتم برخورده بود با عصبانیت گفتم : اولاً بیمار روانی ونه دیوونه ، ثانیاً گودرز و شقایق چه ربطی به هم دارند! من میگیم دماغ تو اصلاً عیبی نداره که عمل بخواد.

می گوید: همینه دیگه، چشم نداری ببینی منم چسب رو دماغم زدم، یعنی می خوای بگی تو تا حالا این «قوز دماغ خواستگار پرون » را ندیدی؟

با تعجب می پرسم : قوز دماغ خواستگارپرون ؟ این که فقط یه ذره جای عینکت بودکه اونم پارسال لیزیک کردی ودیگه عینک نمی زنی.

بی خواستگاریتو تقصیر کج بودن زمین می ذاری ؟

می گه : اولاً که من خواستگار داشتم و دارم، اما نیست که خودم لیسانس «مردم داری» گرفتم، واسم افت داره کمتر از دکتر ومهندس بیاد خواستگاریم .

–حالا این بابای بدبخت ما چقدر باید واسهٔ هزینه این قوز دماغ شما بسلفه ؟

–مفته واقعاً، دومیلیون بیشتر نمیشه، شانس آوردم که دکتر هفته ای چند روز میار اصفهان اولاً اگه تهرون میخواست عمل کنه که زیر ۵ میلیون نمی شد.

بازم عصبانی می شم: دومیلیون تومان!! واسه یک قوز یک میلیمتری، این انصافه؟ بابا این استادهای روانپزشکی ما یک ساعت با مریض حرف می زنن ۱۶ هزار تومان با زور می گیرن تازه با دفترچه هیچی، اونوقت واسه یک عمل نیم ساعتی دو میلیون ؟

–: خب دیگه این از بی عرضگی خودته که نرفتی گوش وحلق و رفتی روانپزشکی، تازه شم می شه بگی کدوم یکی از این اساتید شما واسه یک ساعت حرف زدن ۱۶ هزار تومان می گیرن؟ من که یه بار واسطه اضطرابم رفتم پیش یکی از همین استاداتون، واسم کورنومتر روشن کرد، حرف زدنم رادقیقه ای حساب کنه، از همون روز اضطرابم که خوب نشد«ساعت فوبیا» گرفتم، هرجا ساعت می بینم تنم می لرزه!

دوباره جوش میارم : اولاً من خودم روانپزشکی را دوست داشتم وگرنه نمرهٔ ارتوپدی راهم آورده بودم، این انتخاب اولم بود، ثانیاً چه انتظاری داری؟ می خوای اندازه یک سریال ۹۰ شبی توی یه جلسه واسه دکتر حرف بزنی ، یک ویزیت هم بیشتر ندی؟

خب آره ،بده آدم بشینه قصه زندگی یکی را گوش کنه ،تازه بعدشم پول بگیره؟ اقلاًاگه این دکتر گوش وحلق زیرمیزی میگیره یک کاری می کنه که به چشم بیاد!!

چی گفتی ؟ غیر از دومیلیون زیرمیزی هم می گیره ؟ این کار غیرقانونیه، اصلاً با اخلاق پزشکی ....

حرفهامو قطع می کنه ومیگه : واسم ادای دکترای بقراطی را در نیار، من باید این قوز را بردارم و نوک دماغم هم آسمونه نگاه کنه! حالا هر چقدری می خواهد خرجش باشه .

می گویم : بلی ، ولی بیچاره بابا دیگه بجای ۲ شیفت باید سه شیفت کار کنه تا این «قوز دماغِ خواستگار پرون » تو صاف بشه ، خدا به هممون رحم کنه !

اخبار

همکاری بیمارستان فارابی با دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد

بدنبال مذاکرات ریاست محترم دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد نجف آباد جناب آقای دکتر نیکیار و ریاست بیمارستان فارابی اصفهان جناب آقای دکتر بارانی و با هماهنگی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه آزاد اسلامی از مهرماه سال ۱۳۹۰ بیمارستان فارابی به عنوان واحد آموزشی روانپزشکی در سطوح کارآموزی و کارورزی درآمد. وظیفه ی آموزش دانشجویان و انترنها بعهده دکتر صفا مقصودلو و دکتر نیره سید مظفری بوده که پس از چند ماه آموزش آزمایشی، در طی بازدید مقامات دانشگاه آزاد اسلامی از بیمارستان فارابی و نظر سنجی از فراگیران این واحد آموزشی approve شد.

امتیاز برنامه های مدون باز آموزی

بر اساس نامه و اصله از دبیر شورای هماهنگی و برنامه ریزی آموزش مداوم استان اصفهان جناب آقای دکتر فرزین خروش از سال ۱۳۹۰ متخصصین محترم مغز و اعصاب نمی توانند از برنامه مدون گروه روانپزشکی کسب امتیاز نمایند و غیر از متخصصین روانپزشکی فقط فوق تخصص روانپزشکی اطفال و دکترای روانشناسی بالینی می توانند از برنامه مدون گروه روانپزشکی کسب امتیاز نمایند.

تعطیل شدن بخش روانپزشکی سالمندان بیمارستان مدرس

طی نامه گلایه آمیزی که آقای دکتر سعید سمندری به دفتر انجمن ارسال نمودند باخبر شدیم که بخش روانپزشکی سالمندان بیمارستان مدرس به دلیل عدم حمایت کافی بعد از یک سال تعطیل شد.

ایشان خاطر نشان کردند که ٦ سال از آغاز فعالیتهای منسجم روانپزشکی سالمندان می گذرد که عمدتاً بر محور آموزش استوار بوده است و علیرغم اینکه آموزش برای دستیاران روانپزشکی بی وقفه ادامه داشته ولی بخش روانپزشکی سالمندان به دلیل عدم حمایت تعطیل شد.

درخواست ایشان از انجمن معرفی و حمایت مطلوب از فعالیتی جدید در حیطه روانپزشکی بوده است که البته خواسته ای به جاست.

ضمن ابراز تأسف از این خبر، همینجا هیئت مدیره انجمن و بویژه مسئول خبرنامه نیز گلایه خود را مطرح می کند. مبنی بر اینکه بارها از پزشکان محترم بیمارستان مدرس درخواست شده بود که در هر شماره خبرنامه مطالبی را در ارتباط با فعالیت های آن بیمارستان ارائه دهند که با پاسخهای (فراموش کردم) و یا (وقت نداریم) و یا (نیازی به معرفی نیست) و... روبرو بوده ایم. بدنبال وصول این نامه نیز از آقای دکتر سمندری درخواست شد که مطلبی از فعالیتهایشان تهیه و ارائه دهند تا در خبر نامه چاپ شود ولی دریغ از پاسخی. گویا خبرنامه فقط محل گلایه شده است و همکاران عزیز انتظار دارند که انجمن برای تهیه خبر تعدادی خبرنگار استخدام کنند تا با وقت قبلی از آنان خبر تهیه کند. مسلماً اگر همکاران عزیز خود را متعلق به انجمن بدانند و مسائل و مشکلات خود را با انجمن مطرح کنند شاید بتوان قبل از آنکه کار از کار بگذرد کاری کرد !!.

اخبار کوتاه دارویی

دکتر مریم رضایی - روانپزشک

بررسی رفتار خودکشی و اختلالات نوروسایکیاتری شدید متعاقب درمان با گلوکوکورتیکوئید در Primary care

American journal of psychiatry 2012 , 169 : 491-497

در این مقاله افسردگی، مانیا، دلیریم، اختلالات پانیک و رفتارهای خودکشی در بیمارانی که با گلوکوکورتیکوئید درمان شده اند بررسی شده است.

در افرادی که با داروی گلوکوکورتیکوئید درمان شده اند رفتار خودکشی، افسردگی، مانیا، دلیریوم , Disorientation confusion و پانیک افزایش داشته است.

آقایان مسن در معرض خطر بیشتر دلیریوم Disorientation confusion , و مانیا بوده اند. بیماران جوان در معرض خطر رفتارهای خودکشی قرار داشته اند.

بیمارانی که تاریخچه اختلالات نوروسایکیاتری داشتند و همچنین آن عده از بیماران که با دوز بالاتری از گلوکوکورتیکوئید ها درمان شده اند در معرض خطر بیشتری از اختلالات نوروسایکیاتری بوده اند.

در نتیجه گلوکوکورتیکوئید خطر رفتارهایی خودکشی و اختلالات نوروسایکیاتری را افزایش می دهند. دادن اطلاعات کافی به بیماران و خانواده های آنها در مورد عوارض این دارو ها و هوشیاری پزشکان در مورد این مسئله برای مانیتورینگ اولیه لازم است.

تغییرات شناختی در بیماران الکلیسمی که با توپیرامات درمان شده اند طی دوازده هفته دوره سم زدایی

psychiatry and clinical neurosciences (apr2012)66(3),235-41

تمام بیماران طبق معیار DSM IV وابسته به الکل بوده اند و همگی آنها بعد از ۱۴ روز از شروع درمان با توپیرامات مرخص شده اند. دوز توپیرامات تجویز شده ۵۰-۳۰ میلیگرم در روز بوده است.

(Montreal cognitive Assessment)MOCA در روزهای صفر،۲۹،۵۷ و ۸۵ انجام شد و اختلاف آنها مقایسه شد. نتیجه اینکه افرادی که نسبت به الکل سم زدایی می شوند و تحت درمان با توپیرامات هستند معمولاً در رفتارهای شناختی به خصوص در زمینه language و تأخیر در حیطه یادآوری کلمات بهبودی داشتند. در مقایسه با اختلالات شناختی ایجاد شده توسط توپیرامات تاثیرات مثبت شناختی ناشی از کاهش مصرف الکل بیشتر بوده و در مجموع این بهبودی در وضعیت شناختی میسر می شوند.

ارزیابی تصادفی اثر بخشی آنتی دپرسان ها در بیماری پارکینسون

Neurology 78(16) 1229 –1236 (APR 2012)

۱۱۵ بیمار پارکینسونی در نظر گرفته شدند و به طور تصادفی ۴۲ نفر تحت درمان با پاروکستین ۳۴ نفر و نلافاکسین و ۳۹ نفر پلاسبو قرار گرفتند.

هر دو دارو (پاروکستین و ونلافاکسین XR) علائم افسردگی را در بیماران با بیماری پارکینسون بهبود بخشیدند و هر دو دارو خوب تحمل شدند و علائم حرکتی بیماری اصلی را تشدید نکردند. بیماران طبق DSM IV کرایتریای اختلال افسردگی را داشتند و ۱۲ هفته مورد بررسی قرار گرفتند. ٦ هفته به صورت Dosages Adjustment و ٦ هفته maintenance.ماگزیمم دوز روزانه برای پاروکستین ۴۰ میلیگرم روزانه و برای ونلافاکسین XR ۲۲۵ میلیگرم روزانه بود.

اختلالات شناختی ایجاد شده در اثر داروی آریپیپرازول نسبت به سایر آنتی سایکوتیک های آتی پیک که در درمان بیماران اسکیزوفرنیا به کار میروند متفاوت می باشند.

Journal of psychi atric research(MAR 2012)

در این مطالعه تأثیر آنتی سایکوتیکهای ریسپریدون، اولانزاپین و آریپیپرازول در رفتار شناختی بیماران اسکیزوفونیا بررسی شده است ۱۰۱ بیمار اسکیزوفرنیا که دوز یکسانی از یکی از ۳ نوع آنتی سایکوتیک مذکور را برای مدت ۳ ماه مصرف می کردند بررسی شدند

processing speed ,attention , motor function, verbal learning مشخصاً در آن گروه از بیمارانی که ریسپریدون دریافت کرده بودند پایین تر بود و verbal learmig , motor functim نیز در ارتباط با تجویز اولانزاپین پایین بود.ولی هیچ رابطه خطی بین دوز آریپیپرازول و اختلال شناختی وجود نداشت.

پره گابالین برای درمان اختلال اضطرابی منتشر

Annals of pharmacotherapy (march-2012)

در این مقاله اثر بخشی و تحمل پره گابالین در درمان اختلال اضطرابی منتشر بررسی شده است.

پره گابالین Hamilton Rating scale for Anxiety scores را در مدت یک هفته کاهش می دهد و بر روی علائم جسمی و روانی اضطراب موثر است.

شایع ترین عوارض آن خواب آلودگی، سر گیجه، سر درد و خشکی دهان بوده است. این دارو در درمان GADخوب تحمل می شود و به علت عارضه خواب آلودگی و سرگیجه در بیماران مسن باید با احتیاط تجویز شود این دارو علائم اضطراب را با سرعت زیادی کاهش می دهد البته اولین خط درمان GAD نمی باشد. پره گابالین در بیمارانی که به سایر درمانها جواب نمیدهند یا عوارض داروهای دیگر برای آنها غیر قابل تحمل است پیشنهاد می شود.

تأثیر اضافه نمودن داروی آریپیپرازول(Aripiprazol) در بیماران افسرده که پاسخ درمانی کمی به شروع درمان با داروهای آنتی دپرسان داده اند

International clinical psycho pharmacology ۲۷(۳)۱۲۵-۳۳ (MAY ۲۰۱۲)

این بررسی در بیماران افسرده ای انجام گرفت که بعد از ۸ هفته شروع درمان با داروهای آنتی دپرسان بر حسب montgomery – asberg depression Rating scale (MADRS) پاسخ کمتر از ۲۵درصد داده بودند.

زمان شروع پاسخ به درمان به طور مشخص در بیمارانی که داروی آریپیپرازول همراه با آنتی دپرسان دریافت کرده بودند در مقایسه با افرادی که پلاسبو +آنتی دپرسان گرفته بودند کوتاه تر بوده همچنین این بیماران بهبودی بیشتری در MADRS score در پایان بررسی در مقایسه با گروه دوم داشتند.

در نتیجه اضافه کردن آریپیپرازول به آنتی دپرسان اثر سریع و معنی داری در پاسخ به درمان در بیمارانی دارد که به آنتی دپرسان ها به تنهایی پاسخ درمانی نداده اند.

درمان با TCA نیاز به شروع داروهای دوپامینرژیک را در بیماری پارکینسون به تأخیر می اندازد

(Movement disorders(MAY 2012))

این مطالعه به بررسی این موضوع می پردازد که تجویز داروهای آنتی دپرسان نیاز به درمان با داروهای دوپامینرژیک را به تأخیر می اندازند و همچنین در اختلالات حرکتی و ناتوانی در بیمارانی که در شروع بیماری پارکینسون هستند تغییر ایجاد می نمایند. نتایج این مطالعه نشان می دهدکه در افراد مبتلا به پارکینسون که در شروع بیماری آنتی دپرسان از نوع TCA دریافت نمودند دیر تر به end point برای نیاز به شروع درمان دوپامینرژیک می رسند ولی مستقیماً روی symptom این بیماری اثر ندارد.

معرفی کتاب:

دکتر محمد رضا شیدایی - روانپزشک

در این شماره بجای معرفی و تحلیل یک کتاب چند کتاب را خدمت همکاران جوان و بخصوص دستیاران روانپزشکی معرفی می کنیم، با عنایت به این امر که کتب روانشناسی کاربردی که در حیطه کاری و علمی درمان بتواند به روانپزشکان یاری رساند به دلایلی که از همه مهمتر ترجمه به روز مطالب است، محدود است. دو کتاب «وضعیت آخر» و «ماندن در وضعیت آخر» که به احتمال یقین همکاران اکثرا مطالعه کرده اند ولی توصیه مطالعه آن به دستیاران و بازخوانی برای همکاران مفید است. هر دو کتاب نوشته تامس هریس و ترجمه مرحوم اسماعیل فصیح است. بسیاری از اصطلاحاتی که گاهاً در محاوره های عادی می شنویم مثل «کودک درون» برای بار اول از این کتاب ها به مردم عادی نیز منتقل شد. ـ تامس هریس در هر دو کتاب برای خواننده سه وضعیت همزمان روانی هر انسان یعنی «والد ـ بالغ و کودک» را شرح می دهد و با ذکر مثالهایی خواننده را متوجه می کند که در موقعیت های مختلف این کدام قسمت از روان یک انسان است که به وضعیت پیش آمده جواب می دهد، آیا کودک سان با موقعیت برخورد می کند یا مانند یک انسان بالغ و یا با یک ژست والد گونه با شرایط مواجه می شود. هریس تأکید دارد هر کس باید تلاش کند تا در برابر موقعیتها و وضعیتهای استرس زا همچون یک فرد بالغ برخورد کند و اگر رویه کودک یا والد را برای حل مشکلات انتخاب کند با چه مسائل جدیدی مواجه می گردد. اینکه در چگونگی رشد شخصیت یک انسان چه عواملی باعث می شود که فرد یا همواره سعی کند نقش والد به عهده بگیرد یا همچون یک کودک لجباز رفتار کند، چگونگی فرایند رشد روانی سالم را به ما نشان می دهد. کتاب دوم یعنی «ماندن در وضعیت آخر» ادامه ای برای کتاب اول است بسیار مفصل تر از گنجایش صفحات محدود ماست و خود خوانندگان کتاب در صورت مطالعه نکات جذابی را که در روان درمانی و برخورد با بیمار مفید است، خواهند یافت. نکته جالب اینکه تامس هریس در عین حال داستان نویس هم است. و مترجم کتاب مرحوم اسماعیل فصیح هم از نویسندگان مطرح کشور بود که رمانهای متعددی را به چاپ رسانید. از آثار اسماعیل فصیح می توان به «عقد و سایر داستانها» «شهبازان و جغد» و «فرار فروهر» اشاره کرد. به خصوص سه کتاب ذکر شده در بالا نکات جالبی از نظر روانشناسی انسانها داشته و کشش لازم برای برای خواندن را دارد. به هر حال در این آشفته بازار کتابهای روانشناسی بازاری و عامه پسند چنانچه قصد و توصیه معرفی کتاب برای بیماران نوروتیک را داریم بهتر است از کتابهای علمی مانند همین کتابهای «وضعیت آخر» و «ماندن در وضعیت آخر» استفاده کنیم.

معرفی فیلم:

این بار با توجه به کسادی بازار فیلمهای مطرح روی پرده سینماهای داخلی به چند فیلم معروف با بن مایه روانشناسی می پردازیم.
سایتی وجود دارد که مربوط به روانپزشکان انگلیسی زبان (آمریکا ـ انگلیس ـ کانادا ـ استرالیا و نیوزلند) است. در این سایت فیلمهایی را که یک روانپزشک حتماً باید دیده باشد بر اساس یک فرمت صد تایی معرفی کرده است. نکته مهم اینکه این فیلم ها از نظر هنری هم با توجه به نمره سایت IMDB مورد بررسی قرار گرفته اند. یکی از معروفترین این فیلم ها «پرواز بر فراز آشیانه فاخته» یا به نامی که در ایران متداول است «دیوانه از قفس پرید» است. فیلم اقتباسی از کتاب ریچارد باخ است و شاید یکی از بهترین فیلم های اقتباس شده از ادبیات است. کل داستان در فضای یک آسایشگاه روانی می گذرد و برخورد روانپزشک و پرستاران با بیماران بستری در بخش. این فیلم که بازی «جک نیکلسون» در نقش «مک مورفی» برای وی جایزه اسکار و شهرت بسزایی به ارمغان آورد، شاید به استثنای فیلم «تلألو» بهترین بازی نیکلسون باشد. بیننده با دیدن فضای فیلم و بخصوص شخصیتهای اصلی مثل «مک مورفی» و «Chief» به تغییراتی که از دهه ۷۰ تا کنون در بخش های روانپزشکی دنیا رخ داده بخوبی پی می برد.
جدا از این معنی که همذات پنداری یا بعضی روان درمانگران فیلم فرد را به یاد بعضی مشکلات که هنوز هم در بخش های روانپزشکی وجود دارد می اندازد.
فیلم دیگری که در این سایت به معرفی آن پرداخته شده است « سکوت بره ها » است.

این فیلم که باز اقتباسی از کتاب همان تامس هریس یاد شده در قسمت معرفی کتاب است، به شخصیت محوری دکتر «هانیبال لکتر» روانپزشک می پردازد. دکتر لکتر که خود مبتلا به «conibalism» است و در زندانی مخوف در انستیتوی رفتار شناسی نگهداری می شود، افسر پلیسی بنام «کلاریس استارلینگ» را با روش های روانکاوی یاری می کند تا یک مجرم روانی قتل های زنجیره ای «serial killer» را بیابد که از پوست قربانیانش لباس می دوزد! این فیلم چنان در اکران موفق بود که تا کنون سه فیلم دیگر با ارائه همین شخصیت دکتر لکتر ساخته شده است. دکتر هانیبال لکتر علاوه بر اینکه یک روانپزشک موفق و پر مطالعه است در زمینه های دیگر هم معلومات زیادی دارد و طی فیلم اینکه چگونه خود دکتر تبدیل به یک قاتل (canibal) آدمخوار می شود. برای بیننده مشخص می گردد. یکی از بهترین سکانسهای فیلم تجزیه و تحلیل روانکاوانه دکتر لکتر از صدای بره هایی است که هر شب مانع خواب «کلاریس» می شوند و در طول روز برای وی اضطراب می آفرینند. به هر حال خواندن کتاب « سکوت بره ها » با دیدن فیلم آن نحوه روانکاوی و شخصیت شناسی یک روانپزشک را از جزئی ترین نکات می آموزد. بعد از موفقیت این فیلم، در ارائه آن فیلم های « هانیبال » و « اژدهای سرخ » هم ساخته شد اما همچنان فیلمی که با بازی « آنتونی هاپکینز» در نقش دکتر لکتر در« سکوت بره ها» است بیش از همه نکات ریز و درشت روانشناسی دارد. و مسلماً دیدن آن برای تحلیل و روان درمانی بیماران بی اثر نخواهد بود.
در شماره های بعد سعی می کنیم به تعداد دیگری از فیلم های این سایت که مورد اجماع روانپزشکان انگلیسی زبان است بپردازیم. و البته امیدواریم هر کدام از همکاران که نظری درباره کتاب یا فیلم های معرفی شده دارند مطرح کنند تا در مورد آن بیشتر بحث کرده و نکات بیشتری را دریابیم. در ضمن هم آوایی اسم ((هانیبال)) و ((canibal)) نیز جالب است.

تراژدی منیژه
سوختن یک انسان و کنار نشستن آتش نشانان!!
و باز هم چالشهای فرهنگی در روانپزشکی

دکتر ترانه تقوی روانپزشک

خیلی ساده و بی پرده بگویم اگر ما روانپزشکان تنها به درمان بیولوژیک بیماران بپردازیم مانند این است که از یک کامپیوتری بهره می بریم که تنها سخت افزار دارد و نرم افزار آن حذف شده و شگفت که کامپیوتر سالها بدون نرم افزار کار می کند اما بر این باورم که به یکباره شیرازه اش فرو میریزد. از طرفی وقتی همکاران پیشکسوت و جوانم را میبینم بر خود می بالم که فردی از این گروهم و خوب می دانم که آنها نیک اندیش و خیرخواه هستند و ما روانپزشکان به یاری هم می توانیم درمان همه جانبه تر و سودمند تر برای بیماران دردمند داشته باشیم و آنگاه است که به راستی دست خداوند روی زمین و نفس مسیحایی او خواهیم بود. در اینجا می خواهم به سخن آغازین خانم دکتر مقصودلو اشاره کنم و از همکارانم بخواهم در جنبه social نیز کوشش کنند شگفت آنکه کوشش در جنبه social نیاز به همکاری گروهی (social) دارد و همانطور که پیشینیان گفته اند یک دست صدا ندارد.

اینجا می خواهم پاسخی برای آقای دکتر بهداد داشته باشم. خوب میدانم پزشک جوان بودن و مشکلات شغلی و اقتصادی چقدر دشوار است اما گاهی با یک تیر می توان دو نشان زد اگر ما روانپزشکان جوان تنها به نشستن در مطب و درمان بیولوژیک بیماران (که البته افراد زیادی از جمله نرولوژیستهای محترم در آن دخالت می کنند!)بسنده نکنیم و در جامعه حضور فعالتر داشته باشیم، هم جامعه از دانش و بینش ما سود می برد،هم نقش و جایگاهی که شایسته مان است را در جامعه خواهیم داشت،، هم جیب مبارک خالی نمی ماند !(به این می گویند یک تیر و سه نشان !!!)

سخن از نرولوژیست ها شد، آقای دکتر ازهر نیز در گفتاری به آن پرداخته بودند ولی چون نویسنده داستان منیژه نیز نرولوژیست بودند نیاز به بازگویی گفتار دکتر ازهر دیدم. نخست از خانم دکتر پورصیرفی سپاسگزارم که احساس مسئولیت نمودند و case خود را در مجله آوردند و دوم اینکه با انسان دوستی بسیار سعی در empathy و حتی sympathy با این بیمارنگون بخت داشته اند.

از طرفی لازم است دوستانه بگویم که با تشخیص آپراکسی برای این بیمار موافق نیستم (از همکاران گرامی درخواست میکنم تشخیص های افتراقی خود را در مجله مطرح نمایند)

تشخیص هایی که برای این بیمار مطرح می کنم :

Axis I : PTSD , R/o MDD(with catatonic feature)
R/o conversion
R/o pscychotic disorder nos
Axis II : R/o dependent personality or avoidant personality disorder
Axis III : R/o Epilepsy,
اختلالات نرولوژی ناشی از هیپوکسی
Atis IV : marietal problem,
مشکلات با همسر، زندانی شدن در حمام و فوت فجیع دختر، دور ماندن از فرزند دوم و طلاق و ازدواج دوم شوهر و مشکلات فرهنگی اقتصادی
Axis V : ۲۱-۳۰

در اینجا به پزشکان عمومی و نرولوژیستها و رشته هایی مانند پزشکی اجتماعی که دستی در روانپزشکی دارند یادآوری می کنم که با case های روانپزشکی(با احتیاط و دقت) برخورد نمایند درمان این بیماران در ظاهر آسان ولی در باطن پیچیده و چند بعدی است و شایسته است در دورانی که همه چیز تخصصی و فوق تخصصی شده درمان آنها به روانپزشکان سپرده شود. و اما اینجا روی سخن من با همکاران روانپزشک است که اگر دیگران اجازه دادند و بیمار به دست ما رسید ابعاد biopsychosociospiriual را از یاد نبریم.

به باور من درمان این بیمار با یک SSRI پایان نمی یابد در ابتدا یک گوش

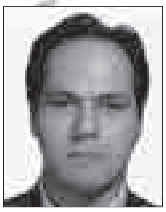
شنوا و دل درد آشنا و اندیشه انسان دوست باورمند به شعر بنی آدم اعضای یکدیگرند..... سعدی می خواهد که خانم دکتر پور صیرفی خیلی خوب این وظیفه انسانی و پزشکی را انجام داده اند و البته مرحله بعدی داستان همان (social) مظلوم فراموش شده پیش می آید. بگذارید یکبار دیگر تراژدی منیژه را بازخوانی کنیم (البته خواهشمندم آقایان محترم نگویند دوباره این خانم نوشتار فمینیستی نوشت که در مطب سیاوشهای زیادی دیده ام که دردام سودابه های اهریمن سیرت گرفتارند و سعی کرده ام آنان را از این دام برهانم که بماند برای نوشتاری دیگر)
هدف من از این نوشتار هشدار کم کاری همه ما روانپزشکان و روانشناسان در جنبه (social) درمان است و مگر نه اینکه نجات یک انسان نجات همه بشریت است و مگر نه اینکه ما با وجود آگاهی از نداشتن بهره مالی وارد رشته روانپزشکی شدیم و تمایلات انسان دوستی و خیرخواهی ما از هر رشته دیگری از پزشکی بیشتر است. امیدوارم بقیه رشته ها به جز نرولوژیستها مجله ما را نخوانند! و اما ادامه ماجرا، گرافیست هنرمند چقدر گویا داستان منیژه را به تصویر کشیده،با سیاه کردن صفحه ی داستان وبا تصویر محو زنی بی چهره (که گویا کسی نیست وهویتی ندارد)و با درماندگی به در زندانی که در آن اسیر شده می کوبد وحتی تصویرش به گونه ای مسیح به صلیب کشیده شده را به یاد می آورد و آن بالا یک چهره ی معصوم اندوهگین با چشمان پر از پرسش و خشمی پنهانی(مانند یک آتشفشان خاموش)
وای کاش شاعری فردوسی گونه داشتیم که این تراژدی تلخ تر از مرگ سهراب و سیاوش را می سرود.
و اما داستان قربانی شدن از کجا شروع می شود و همچنان به پیش می رود.
زندگی در کنار خانواده ی همسر (احتمالاً با سایه ی سنگین و دخالت آنها) و زندگی با حداقل امکانات در محیطی که شوهر نگران مزاحمت برادرش می باشد ولی حاضر به اجاره ی یک خانه ی کوچک با حداقل امکانات و ایمنی نمی باشد.
بیشتر افراد سعی می کنند اگر کسی در حمام است اورا در خانه تنها نگذارند چون می دانند که احتمال افت فشار،زمین خوردن و گرما زدگی هست و احتمال دارد فرد نیاز به کمک داشته باشد به ویژه در این حمام کزایی صحرایی با خطر برق گرفتگی و گاز گرفتگی انفجار و... خیلی ساده میشد زمانی که آقا در خانه هست خانم حمام برود تا نیازی به زندانی کردن خانم و فرزند در حمام نباشد.

از طرفی آقای چوپان ! می توانست بره خود را به دست مادرش بسپارد تا از گزند گرگ در امان باشد! مگر این که به مادر خود نیز بد بین بوده که وا مصیبتا!در اینجا به یک جامعه شناسی نیاز داریم تا به ما بگوید چطور همه ی این راه حل ها نا دیده گرفته می شود و وقتی بدبین نسبت به بد بینی خود بینشی ندارد جهت آرامش خود راهکارهای بهتری در پیش نمی گیرد! و او به قفل کردن در حیاط هم بسنده نمی کند شاید فکر میکند ممکن است برادرش از پنجره بیاید داخل !!!و از همه شگفت تر بدون خبر ساعت ها خانه را ترک میکند و کلید را به مادرش هم نمی دهد! (اینجا دیگر پای باز پرس و قانون باز میشود آیا او پارانوئید است یا شکی منطقی یا غیر منطقی کرده و یک شخصیت antisocial است که می خواسته دست به قتل عمد بزند!؟)
و اما از جنبه ی روانپزشکی اینجا یک شکنجه بارز رخ داده،زنی در حمام و در حقیقت پشت میله های زندان بدبینی شوهرش گرفتار آمده،جلوی چشمش پرپر شدن دختر نازنینش را دیده و بار ها خود را در کام مرگ حس کرده و هیچ توانایی در کنترل این همه فاجعه نداشته است.(Learnedl helplessness) میخواهم مانند آقای دکتر شیدایی این نوشته هارا به صورت چالش و پرسش بیان کنم : آیا این مورد کودک آزاری بارز نبوده؟آیا کودک آزاری و همسر آزاری نباید به اورژانس اجتماعی بهزیستی یا پلیس ۱۱۰یا مراجع قضایی اطلاع داده شود؟
شرمسارم که پس از سه سال دانشجویی در رشته ی روان پزشکی و پنج سال تجربه ی کاری به عنوان روان پزشک برای این پرسش پاسخی ندارم!و در خواست یک نشست یک یا دو روزه(ترجیحاًبا امتیاز باز آموزی که همکاران در آن حضور فعال داشته باشند!)دارم که در آن از وکیل،قاضی،مسئولین نیروی انتظامی،بهزیستی،مددکار اجتماعی و جامعه شناسی دعوت شود و چالشهایی مانند مورد منیژه مورد پرسش قرار گیرد و راهکارهایی ارایه شود.
و تراژدی ادامه می یابد قربانی شکنجه توسط خانواده اش نزد شکنجه گر باز گردانده می شود گویا منیژه نگون بخت یک برادر غیرتی نداشته که خون جلوی چشمانش را بگیرد! و حتی وقتی قادر به غذا پختن نیست یا غذا پختن یک مکانیسم passive aggressive جهت انتقام است مادر قربانی برای شکنجه گر غذا می پزد و تراژدی بعدی ناشی از فقر فرهنگی رخ می دهد.تراژدی بر این باور شکل می گیرد که وقتی کانون خانواده سرد و یخی است یا از شدت جنگ داغ داغ است یک نوزاد بی پناه و ناتوان می تواند مانند یک فرشته رهایی (ناجی افسانه ای)

وارد زندگی شود و همه آدم بزرگهای نا بالغ ناشاد را شاد و خوشبخت کند!و تراژدی بعدی:خود منیژه که عددی نیست!به اندازه (یک سگ) در آنطرف آب به او اهمیت نداده اند! شوهر از پدر و مادر منیژه اجازه می خواهد که سر او هوو آورد و آنها برای بار سوم با نجابت و شکیبایی تمام می پذیرند!و شکنجه چهارم پس از اینکه فرزند نتوانست چاره ساز باشد و هوو هم کاری از پیش نبرد (منیژه) مانند دستمال کاغذی مصرف شده دور انداخته می شود.تاریخ مصرف هر ابزاری مشخص است وقتی تمام شد باید دور انداخته شود و گرنه وبال گردن است.ای کاش تاریخ مصرف منیژه پس از فاجعه حمام به پایان رسیده بود! اگر در مجله خودمان این تراژدی چاپ نشده بود فکر می کردم این مورد از روی یک فیلم فارسی یا فیلم هندی کپی برداری شده است.
اگر ما روانپزشکان همه بطور سنتی فکر کنیم که با شکیبایی و سکوت زنان و مراجعه نکردن به مراجع بهزیستی و قضایی کانون خانواده گرم می ماند و سبب کاهش طلاق می شود و بچه ها یک بام و دو هوا نمی شوند، داستان منیژه باید ما را به این باور برساند که باورهای کلیشه ای ممکن است سرنوشت انسانهای بی گناه بسیاری را تباه می کند.
نیاز به نگارش نوشتاری به دست روانپزشکان کودک است که ما را از آسیبهای روانی در کودکی که در این خانه و خانه های شبیه این به دنیا می آیند آگاه کنند.
اگر بر این باور نباشیم که در خانواده هایی با سطح اقتصادی و اجتماعی پایین اگر زنها passive رفتار کنند و خاموش و بردبار باشند جلوی خشونتهای خانگی، بگومگوها طلاق گرفته می شود و problem solving assertiveness را به آنها بیاموزیم تا سالهای سال با passive aggression به زندگی آشفته و بسان مرده متحرک خود ارائه ندهند و آشفتگی خود وخانواده را دامن نزنند.اگر این زنان و خانواده هایشان که از اولیه ترین حقوقشان آگاهی ندارند با یک اشاره کوچک به قانون گزاران و مراکز بهزیستی (مانند اورژانس اجتماعی) راهنمایی شوند،آن وقت بار امانتی که به دوشمان گرفته ایم، خوب به سر منزل مقصود رسانده ایم.
چشم به راه راهکارهای پیشنهادی استادان ارجمند و همکاران گرامی هستم.

«هر آنکه جانب اهل خدا نگهدارد
خدایش در همه حال از بلا نگهدارد
حدیث دوست نگویم مگر به حضرت دوست
که آشنا سخن آشنا نگهدارد
دی معاشر چنان کن که گر بلغزد پای
فرشته اش به دو دست وی نگهدارد حافظ

مفاهیم کلی در درمان اعتیاد و جایگاه درمان بستری



دکتر آذرخش مکری، دکتر حامد اختیاری

گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

منبع :

قسمتی از کتاب خدمات بستری در درمان اعتیاد

چکیده:

درمان بستری با هدف تکمیل شبکه چندبعدی درمان همه جانبه ی بیماری اعتیاد، چندی است که مورد توجه سیاست گزاران و ارائه دهندگان خدمات درمان قرار گرفته است. تاکید بیش از حد بر اجرای دوره های سم زدایی در مراکز بستری و عدم توجه به ابعاد دیگر درمانی مورد انتظار از این مراکز را تهدید های اصلی پیش رو برای فعالیت موثر درمان بستری اعتیاد می باشد. در این فصل از کتاب به بررسی اهداف دیگر درمانی این مراکز نظیر القای درمان های نگه دارنده در بیماران پر خطر، درمان عوارض حاد روانی، مدیریت بیماران دچار عود مزمن، باز توانی شناختی رفتاری و در نهایت درمان اختلالات روانپزشکی همراه پرداخته خواهد شد.

مقدمه:

برای تعریف جایگاه درمان بستری در مجموعه در مان های بیماری اعتیاد لازم است در ابتدا به هدف و مراحل اصلی درمان پرداخته شود و سپس بر اساس توافقات انجام شده بر روی اهداف درمانی، وظایف درمانی بستری مشخص گردد.

مراحل اصلی درمان وابستگی به مواد

در فرآیند وابستگی به مواد، سه مرحله اصلی پیش روی بیماران می باشد.

۱- مرحله محرومیت جسمی : در این مرحله، علائم جسمی محرومیت غلبه دارد و هدف اصلی درمان در این مرحله مدیریت سندروم حاد و نیمه حاد محرومیت در طی چند هفته اول پرهیز می باشد.این علائم می تواند بر اساس نوع ماده مورد سوء مصرف متفاوت باشد برای مثال در مورد مواد محرک، خواب آلودگی، افزایش اشتها، ضعف و سستی، کاهش میل جنسی، افسردگی و گریستن و افت فشار خون برجسته تر است. اما در مورد ماده های مانند حشیش این علائم خفیف تر بوده و به صورت اختلال خواب، نامنظمی اشتها و افسردگی بروز می نماید. درمان سم زدایی و مرحله القایی درمانهای نگهدارنده به طور عمده در این مرحله اجرا می گردند.

۲-مرحله بهبودی مقدماتی : در این مرحله که عموماً بعد از طی شدن مرحله اول، چند ماه بعدی درمان را شامل میشود علائم روانی و وسوسه مصرف غلبه دارند. طبیعتاً در درمانهای پرهیزمدار و در درمان وابستگی به مواد محرک این علائم شدت بیشتری می یابند. این علائم شامل خلق افسرده، ناامیدی، تحریک پذیری و پرخاشگری، عدم توان کار کردن، احساس کسالت و بی حوصلگی، ولع مصرف مواد به صورت پایه ای و القایی، شروع تردید به فرآیند درمان و در نتیجه انجام رفتارهای جستجوی مواد با گزینه های دیگر جایگزین نظیر رفتارهای جنسی و یا حتی خوردن غذا می باشند.

۳-مرحله بهبودی پیشرفته : این مرحله عموماً پس از ۶ ماه اجرای درمان مقدماتی، کنترل علائم روانشناختی حاد آغاز می گردد. در این مرحله مشکلات شناختی و رفتاری نظیر اختلال در کنترل تکانه و مهار رفتاری، ضعف در حافظه و یادگیری، اختلال در برنامه ریزی، ولع مصرف ناشی از نشانه استرس و مشکلات، سامانه های پاداش طبیعی نظیر اختلال در لذت بردن تفریحات عادی، رفتارهای

جنسی و... برجسته تر می باشد و مداخلات خاص بازتوانی را طلب می نمایند.
نتیجه این اختلالات شناختی و رفتاری عدم کارکرد مناسب اجتماعی، ضعف در تصمیم گیری و رفتارهای سازمان یافته،انجام رفتارهای تکانشی و بدون تفکر و برنامه ریزی، اشکال در انطباق تها با محیطهای اجتماعی و یا خانوادگی می باشد. در صورت عدم اجرای مداخلات خاص پیشگیری از عود در این مرحله،این اختلالات می تواند زمینه های لازم را برای مصرف مجدد مواد به امید بهبود این علائم ایجاد نماید.

اهداف اصلی درمان وابستگی به مواد

وابستگی به مواد یک بیماری جدی است که سیستم اعصاب مرکزی را در سطوح مختلف دچار آسیب می نماید. به نظر می آید بسیاری از درمان گران در فرآیند درمان این بیماری به طور عمده به علائم محرومیت توجه می نمایند اما به نظر می رسد اهداف دیگری در درمان باید مورد توجه قرار گیرد. سایکوز و بیقراری بخصوص در درمان وابستگی به مواد محرک، اختلالات خلقی (عموماً به صورت افسردگی) و در نهایت اختلالات شناختی (نظیر اختلال کنترل تکانه، تصمیم گیری و یا حافظه) از اهداف دیگر درمان میباشد که می بایست به آنها توجه شود. کار بر روی بسیاری از اهداف درمانی می بایست از ماه اول درمان در برنامه قرار گیرد.اگر چه بازتوانی اختلالات شناختی عموماً جزء اهداف بلند مدت به حساب میآید که دستیابی به آن در طی گذر زمان مقدور می باشد. همانطور که در قسمت ابتدائی این فصل اشاره گردید پیشگیری از عود یک هدف اصلی درمانی در مراحل بهبودی پیشرفته می باشند. دستیابی به این هدف بدون کنترل ولع مصرف و اصلاح اختلالات شناختی در طولانی مدت مقدور نمی گردد.

اهداف اصلی درمانی در مراکز بستری

به نظر می رسد ٦ هدف اصلی برای درمان های طراحی شده در مرکز بستری متصور است در فصول بعدی این کتاب، این اهداف شش گانه به تفکیک و به تفسیر معرفی شده و شواهد علمی و روش های علمی مربوطه ارائه خواهد گردید. در این مجال یک نقشه کلی از این اهداف اصلی ارائه می گردد.

هدف اول : کاهش علائم محرومیت(سم زدایی)

انجام درمان سم زدایی و کاهش شدت علائم دوره محرومیت حاد از مواد، شاید شناخته ترین و پر مخاطب ترین مداخله درمانی مد نظر مراکز درمانی بستری اعتیاد به حساب می آید.به نظر می رسد نیاز به بستری برای انجام دوره سم زدایی (بخصوص در موارد وابستگی به مواد افیونی) در بسیاری از موارد کاذب می باشد و طی دوره محرومیت حاد از مواد اگر چه ظاهر پر سر و صدایی دارد اما عموماً ریسک بالایی از لحاظ طبی ندارد مگر در موارد پیچیده که مشکلات زمینه ای طبی نظیر مشکلات قلبی بیماری اعتیاد را همراه می کند.
دوره سم زدایی می توانده صورت فوق سریع (همراه با بیهوشی عمومی)، سریع (همراه با آرام بخشی)، با استفاده از کاهش پله پله ای مواد افیونی یا شبه افیونی (نظیر متادون،بوپرنورفین یا شربت تریاک)و یا به صورت درمان علامتی و با استفاده از آلفا ۲ آگونیست ها (نظیر کلونیدین یا لوفکسیدین) صورت پذیرد. در این کتاب به صورت مفصل به نحو اجراء درمانهای سم زدایی پرداخته شده است.

طبیعی است که با توجه به اهداف پرهیز مدار در درمان سم زدایی، پیگیری بیماری در طی دوره پرهیز و استفاده از مداخلات دارویی پیشگیری از عود نظیر نالترکسون ضروری است. اگر چه در طی سالهای اخیر شواهد علمی و عملی به دست آمده، سوالاتی جدی در مورد میزان تأثیرگذاری درمان سم زدایی (به خصوص موارد فوق سریع) و میزان پذیرش نالترکسون خوراکی در بیماران مطرح نموده است ؛اما همچنان می توان بیمارانی را کاندید این نوع مداخله به خصوص با استفاده از روشهای سریع همراه با آرامبخشی در وضعیت بستری یا سم زدایی با مواد اپیوئیدی دانست. طول دوره سم زدایی را در فضای بستری می توان به صورت میانگین در حدود ١٤ روز در نظر گرفت. اجرای مداخلات سم زدایی عموماً توسط یک پزشک عمومی خبره و دوره دیده مقدور است.

هدف دوم : القاء درمان نگهدارنده

روزهای اول اجرای درمان نگهدارنده به خصوص در بیمارانی که درگیر شرایط خاص طبی نظیر بیماریهای قلبی و یا حاملگی هستند می تواند بسیار پیچیده و همراه با خطرات جدی باشد. در این شرایط بستری ساختن بیمار و اجرای دوره القاء درمان نگهدارنده در طی ۷ الی ١٤ روز با نظارت کامل طبی می تواند این خطرات را کاهش دهد.

هدف سوم : درمان عوارض حاد روانی مصرف مواد

مصرف مواد محرک در طی سالهای اخیر شرایطی را ایجاد نموده است که بسیاری از بیماران مراجعه کننده به مراکز درمان دچار عوارض حاد روانی نظیر سایکوز ناشی از مواد، بیقراری، پرخاشگری و...می باشند. مدیریت این مشکلات روان شناختی عموماً در مراکز سرپایی درمان امکان پذیر نمی باشد. در این شرایط بستری بیمار در یک بیمارستان با بخش تخصصی اعصاب و روان و مداخله جدی روانپزشک با تجربه ضرورت می یابد این نوع کارکرد مراکز بستری درمان اعتیاد بسیار حیاتی بوده و در شرایط کنونی کشور حتی از دو مورد اول ضروری تر می باشد. بستری با هدف مدیریت این عوارض به صورت میانگین حدودا یکماه زمان طلب می نماید. و بر این اساس این نوع خدمات بستری هزینه های درمانی بالاتری را طلب می نماید.

هدف چهارم: مدیریت بیماران دچار عود های متعدد و مزمن

درمان بستری علاوه بر مداخلات تخصصی طبی، فضایی را فراهم آورده که بیماران جدا از محیط پیرامونی در یک شرایط نسبتاً ایزوله از نظر دسترسی به مواد، خدمات درمانی خود را با دفعات و زمان بیشتری دریافت نمایند.به نظر می رسد این شرایط برای گروه های خاصی از بیماران که با وجود مواد، دریافت درمان های مختلف،مجدداً دچار عود شده اند مناسب می باشد اگر چه شواهد کافی در مورد اثر بخشی درمان بستری برای موارد دچار عودهای مزمن وجود ندارد اما به نظر می رسد در خدمات ارائه شده با این هدف می باید تأکید بیشتری بر مداخلات متنوع غیر طبی در بازه های زمانی طولانی تر صورت پذیرد. یک تیم درمانی چند تخصصی می تواند شرایط بیمار را در طی درمان بررسی نموده و مداخلات لازم را اجراء نماید. با توجه به کم رنگ بودن مداخلات دارویی در اجرای این نوع خدمات می بایست در مراکز شبه بستری یا حتی مراکز روزانه(حضور بیمار در مراکز درمانی تنها در طی روز)ارائه گردد.در این شرایط خدمات تخصصی طبی و روانپزشکی اهمیت کمتری می یابد.

هدف پنجم:باز توانی شناختی رفتاری

آسب های مغزی شدید ناشی از مصرف انواع مواد بخصوص مواد محرک،عموما طیف گسترده ای از مشکلات شناختی و رفتاری را در بیماران مراجعه کننده برای درمان سوء مصرف مواد ایجاد می نماید.این آسیبها بخصوص در مراحل پیشرفته تر بهبودی و بعد از گذار چند ماه اول درمان و پایدار شدن شرایط پایه فیزیولوژیک بیمار،برجسته تر شده و بازگشت بیمار به جامعه و حفظ وضعیت پرهیز را دچار اختلال می نماید.این نوع آسیبهای عصبی شناختی اگر چه به علت ویژگیهای خود بازسازی مغزی به تدریج حتی به صورت خود به خودی تا حدودی بهبود می یابند اما مداخلات بازتوانی می تواند ضمن تسریع این فرایند سطح بهبودی را ارتقاء دهد.این نوع مداخلات را می توان به مداخلات بازتوانی در بیماران دچار سکته های مغزی شبیه دانست.در مداخلات باز توانی عصبی اعتیاد،نواحی قشر پره فرونتال(جلوی پیشانی مغزی)و نواحی تحتانی لیمبیک مورد توجه جدی تر قرار می گیرد.عملکرد این نواحی نظیر تصمیم گیری،کنترل رفتاری،تعاملات اجتماعی،مدیریت عواطف و تکانه ها توانایی لذت بردن،حافظه و تمرکز می تواند با انجام مداخلات خاص باز توانی،بهبودیافته و بیمار را برای بازگشت به یک زندگی عادی آماده سازد.این نوع مداخلات بازتوانی زمان بر بوده و نیازمند دخالت تیم های چند تخصصی می باشند.بر این اساس،اجرای آنها(بخصوص در مرحله ادامه مداخله)در مراکز بیمارستانی مقرون به صرفه نمی باشد.مراکز بستری با ظوابط سبک تر می توانند بسترهای مناسبی را برای شروع و ادامه این نوع مداخلات باز توانی فراهم نمایند.نحوه اجرای مداخلات باز توانی شناختی از نقاط ضعف اصلی شبکه درمانگر اعتیاد در کشور می باشد و ضرورت اجرای آموزشهای تخصصی در این حوزه ضروری به نظر می رسد.

هدف ششم:درمان اختلالات روانپزشکی همبود

همراهی بیماری های روانپزشکی نظیر اختلالات سایکوتیک،خلقی و اضطرابی با بیماری اعتیاد مدیریت این مشکل بالینی را در مراکز درمان سرپایی بسیار مشکل می نماید. این پیچیدگی بخصوص در شرایطی که بیمار با کیسه ای از انواع داروهای روانپزشک به مراکز سرپایی مراجعه می نماید پر رنگ تر می گردد.حذف دارو های غیر ضروری و ایجاد یک فرصت برای پاکسازی سیستم اعصاب از تاثیر انواع داروهای مختلف و نظارت بالینی مستمر برای مدیریت عوارض احتمالی قطع این داروها و سپس انجام طراحی مجدد درمانی برای مشکلات روانپزشکی بیمار در حین درمان اعتیاد وی،بستری شدن او در یک مرکز بیمارستانی با خدمات تخصصی روانپزشکی برای یک دوره حداقل یک تا دو ماهه ضروری می سازد.این نوع مداخلات بستری اگر چه پر هزینه و نیازمند تیم روانپزشکی با تجربه است اما به شدت مورد نیاز کنونی جامعه می باشد. متاسفانه باید اذعان داشت که این نوع خدمات جز در چند بیمارستان خاص و برای تعداد محدودی از بیماران در شبکه درمان سوء مصرف مواد ارائه نمی گردد.

جمع بندی

در این فصل از کتاب به بررسی اهداف اصلی درمان سوء مصرف مواد در یک زمان بندی سه مرحله ای پرداخته شد(شکل)و سپس شش گروه اصلی از خدمات درمان اعتیاد در محیط های بستری و شبه بستری معرفی گردید.همانطور که در متن فصل اشاره شد نباید تصور کرد خدمات بستری تنها به اجرای دوره های سم زدایی سریع و فوق سریع محدود می گردد.شرایط کنونی،نیازهایی جدی را برای ارئه خدمات دیگر تخصصی برای درمان اعتیاد به مواد ایجاد نموده است برای اجرای صحیح این خدمات،علاوه بر طراحی ساز و کارهای اجرایی،تامین فضای فیزیکی و تاسیس این گونه مراکز،آموزش تخصصی نیروی انسانی مورد نیاز برای ارائه این خدمات نیز می بایست مورد توجه سیاست گزاران قرار گیرد.در غیر اینصورت دستیابی به اهداف اصلی درمان در این حوزه سخت و بعید به نظر می رسد.

خدمات بستری در درمان اعتیاد

انتشارات مهر و ماه نو

www.mehromah.org

گزارشی از مراکز نگهداری بیماران روانی مزمن استان اصفهان

بدنبال معذل بزرگ نگهداری و تأمین هزینه های درمانی بیماران روانی مزمن،سازمان بهزیستی کشور تحت عنوان طرح ساماندهی بیماران روانی مزمن مراکزی را راه اندازی کرد. از سال ۱۳۸۰ که این پروژه اجرا شد، مراکز متعددی بصورت روزانه، شبانه روزی و مراقبت در منزل راه اندازی گردید. این مراکز که شامل واحد های مختلف درمانی توانبخشی و کاردرمانی می باشد تا کنون جمعیت وسیعی از این بیماران را در خود جای داده است. از آنجا که روانپزشکان محترم سطح استان با گروه زیادی از این بیماران سر و کار دارند جهت تسهیل در امر ارجاع آنها اسامی مراکز و آدرس و تلفن مراکز را اعلام می داریم.

ردیف	نام شهرستان	نام مرکز	آدرس و تلفن
۱	اصفهان	پرتو /روزانه و مراقبت	خ.طالقانی ـبعد از خلجا –روبروی مسجد قطبه – ۲۳۳۸٤۲۲
۲	اصفهان	قائم /روزانه و مراقبت	خ. حسین آباد بعد از مسجد قائمیه.
۳	اصفهان	ظفر /روزانه و مراقبت	خ.سروش –چهارراه عسگریه– خ.صدرالدین– نرسیده به فلکه دشتستان –پ–۱۱۸–۲۲۸۹۲۱
٤	اصفهان	نورالمهدی /شبانه.روزانه.مراقبت و کارگاه	خ گلستان –ابتدای شهرک کاوه –خ سعدی –نبش خیابان نظامی ٤٥۰۸۰۰٥
٥	نجف آباد	پرستو /شبانه.مراقبت و روزانه	ویلا شهر –بلوار منتظری شرقی –نرسیده به منتظری نهم – ۲۲٥۸۱۷۰
٦	اصفهان	پرستار /شبانه و مراقبت	خ. هفتون – پل تمدن – مقابل پمپ بنزین – ٥٥٥٥۳۰۰
۷	اصفهان	پردیس /شبانه و مراقبت	خ. امام خمینی – کیان پارس – کوچه یاس –پلاک ۳۰–۳۲۲۰۰۱۸
۸	شهرضا	پروار /شبانه.مراقبت و روزانه	بلوار پاسداران – جنب مرکز توانبخشی مدرس –۳۲۱٤۹٦٦
۹	شاهین شهر	پرواز /شبانه.مراقبت و روزانه	خ طالقانی –فرعی ۱۳ پلاک ۱۰۱ – ٥۲٥۰۷۳۷
۱۰	زرین شهر	پرورش /شبانه.مراقبت و روزانه	زرین شهر – سده – خ امام خمینی – بعد از کلانتری – ۲٤۳۳۱٦۸
۱۱	کاشان	پرهام /شبانه.مراقبت و روزانه	خ امیر کبیر –کوچه روبروی رستوران بوف – جنب سیتو –٥۳۱۰٥۲۱
۱۲	فلاورجان	شفا /شبانه و مراقبت	قهدریجان –خ شریعتی –خ بهشتی –کوچه صالح–۳٦۲٦۰۱۰
۱۳	خمینی شهر	امید /شبانه و مراقبت	درچه – خ نواب صفوی – روبروی کلانتری –۱٤–۳۷٦۷٦۸۸
۱٤	نجف آباد	پارسا /روزانه و مراقبت	خ امام مقابل داروخانه دکتر رستمی ۰۳۳۱۲٦۲٥۹۷٤
۱٥	دهاقان	نور /روزانه و مراقبت	۲٦۲۸۲۲۸۸
۱٦	دولت آباد	باران /روزانه و مراقبت	خ سجاد ۰۳۱۲٥۸۲۰٥٤٥
۱۷	اصفهان	امید فردا /روزانه و مراقبت	بهارستان بلوار ایثار ٦۸۱٥۱٦۳
۱۸	فلاورجان	رها روزانه و مراقبت	میدان دفاع مقدس خ فردوسی ک شهید رحیمی
۱۹	مبارکه	سلامت /روزانه و مراقبت	خیابان امام خمینی جنب قلمستان ۳۳٦۸٦٦۳
۲۰	اصفهان	آفتاب /شبانه	بهارستان – خ ایثار – خ فرات –٦۸۱۲٤۲٥
۲۱			
۲۲			

نقشه را تا می زنم
جهان را
توی جیبم می گذارم
«تو»
فقط چند سانتی متر از من دوری
«شیدایی»

ندانیم کجاییم
دور افتاد گانیم
در این خلوت گیتی
ما را کسی نشناسد به سر وروی
گاهی شویم تکه ی ابر سیاهی
زنیم رعد
گاهی بباریم
چو باران بهاری
گاهی نباشیم زمینی
در این دشت کویری
چونان ابر بباریم
گاهی پر عاطفه سر شار ز عشقیم
گویند که مجنون شده در عالم مستیم
گاهی گمشدگانیم
در این بزم مقرب
مجنون شده در راه ندانیم، کجایم
در این گذر از عالم خاکی،
دانی که چه هستیم و کجایم ؟.....

«میترا»

از کار افتادگی روانی

استخراج: دکتر صفا مقصودلو

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

ارزیابی نقص عضو روانی به بررسی دقیق وضعیت روانی شامل تاریخچه، علائم، عملکرد فرد در زمان معاینه، سطح عملکرد و انگیزه بستگی دارد. توجه ویژه به موضوعات نظیر استرس، اختلالات شخصیتی، استفاده از مواد مخدر، درد، سوما تیزاسیون، تشدید علائم و تمارض نیز ضروری است که خود موجب پیچیدگی ارزیابی میشود. به علاوه موضوعات روانی می تواند در تعیین نقص عضو ایجاد شده در شرایط بالینی غیر روانی مداخله نمایند.

در مجموع تعیین میزان نقص عضو روانی بر پایه ی تشخیص نبوده بلکه بر اساس تاثیر عملکرد آن بر چهار زمینه فعالیت های روزانه، تمرکز، عملکرد اجتماعی و هم چنین تطابق است. معاینه کننده باید نقص های دائمی را از موقت تشخیص داده و در بعضی مواقع میزان نقص عضوی را میان علل مختلف تقسیم کند.

– رفتار و میزان همکاری
– طرز ایستادن و راه رفتن
– حرکت غیر ارادی.

۳- آگاهی: روانپزشک باید به شخص شرح دهنده تاریخچه اشاره کند (که معمولا خود فرد معاینه شونده است) و تخمینی از میزان قابل اعتماد بودن تاریخچه داشته باشد.

٤- شکایت اصلی: شامل شرح ضایعه با ذکر جزئیات و همچنین توالی زمانی، آغاز و پیشرفت شرایط روانی است

– تاریخ و چگونگی بروز شرایط.
– تاریخی که طبق اظهار فرد، شرایت ایجاد شده با کار وی تداخل پیدا کرده

جدول ۱۰-۲ نقص عضوی ناشی از اختلالات روانی – رفتار

معیارهای عملکرد	(تعریف (معیار های عملکرد: توانایی انجام فعالیت های روزانه – عملکرد اجتماعی – تمرکز – سازگاری	ارزش
کلاس یک: هیچ	جمعا بدون نقص عضو	۰ درصد
کلاس دو: خفیف	توانایی انجام موثر اکثر اعمال را دارد	۱-۱٤ درصد
کلاس سه: متوسط	توانایی انجام بعضی اعمال موثر را ندارد	۱۵-۲۹ درصد
کلاس چهار: قابل توجه	توانایی انجام اکثر اعمال موثر را ندارد	۳۰-٦۹ درصد
کلاس پنج: شدید	فاقد هر گونه توانایی عملکرد موثر است	۷۰-۹۰ درصد

تذکر: برای تعیین مقادیر دقیق نقص عضوی در هر کلاس در نظر گرفتن میزان اختلال در هر چهار زمینه معیار های عملکردی ضروری است.

گزارش معاینه بالینی نقص عضوی روانی

نحوه گزارش نویسی در اختلالات روانی

محتویات گزارش براساس مرجع درخوست کننده متفاوت است، اما اساس کار به شرح زیر است :

الف–مقدمه:

گزارش روانی نه تنها باید نشان دهنده ی علائم، یافته های آزمایشگاهی و تشخیصی باشد، بلکه میزان تاثیر اختلالات روانی بر عملکر فرد در زمینه ی فردی، اجتماعی و شغلی را نیز باید نشان دهد.

۱–تخصص: معاینه باید توسط روانپزشک صورت گیرد.

۲–بررسی کلی شامل موارد:

– چگونه فرد برای برای معاینه مراجعه نموده است.
۱– تنها یا با همراه
۲– مسافت طی شده یا نحوه انتقال
۳–اگر با اتومبیل مراجعه کرده چه کسی رانندگی نموده است

–ظاهر عمومی:
۱–نحوه ی لباس پوشیدن
۲–آراستگی
۳–معلولیت، ناخوشی ظاهری

و چگونگی این تداخل.

–تاریخی که فرد ابراز می کند از آن زمان قادر به انجام کار تحت شرایط به وجود آمده نبوده است.

–ارزیابی سرپایی و درمان مشکلات روانی شامل :
۱–نام منابع درمانی.
۲– تاریخ های درمان.
۳–نوع درمان (نام و دوز داروها در صورت تجویز).
٤– پاسخ به درمان.

–بستری برای مشکلات روان پزشکی که شامل
۱– نام بیمارستان ها.
۲–عملکرد اجتماعی.
۳–توانایی به اتمام رساندن وظایف در زمان و شرایط مناسب به نحو مقتضی.
٤–اپیزود های اختلال و تاثیرات آن.

۵- تاریخچه: بررسی زندگی شخصی فرد در طول زمان شامل

–وضعیت تحصیلی، درمانی، اجتماعی، قانونی، نظامی، تاهل، اطلاعات شغلی و مشکلات تطابق

–جزئیات (تاریخ، مکان، و...) در مورد هر گونه تاریخچه ی درمان سرپایی یا بستری در خصوص مشکلات روانی.

– تاریخچه ی سوء مصرف مواد (در صورت وجود) و سابقه ترک اعتیاد و حضور در مراکز باز پروری.

٦–وضعیت روانی: بر اساس نوع و مورد بیماری ممکن است بر روی زمینه خاصی از وضعیت روانی حین معاینه تاکید بیشتری شود، اما در مجموع گزارش باید شامل موارد زیر باشد:

–اطلاعات به تفصیل با ذکر جزئیات.

– ظاهر، رفتار و نوع سخن گفتن (اگر در جایی دیگری از گزارش ذکر نشده باشد)

–فرایند فکر(مانند پرش افکار)

–محتویات فکر (مانند هزیان)

–اختلالات ادراک (مانند توهم)

–حالات وMood(مثل افسردگی، مانیاو...) حواس و شناخت (مثل حافظه،تمرکز، جهت یابی و هوش)

–قضاوت وبینش.

۷– تشخیص: بر اثاث استاندارد تشخیصی موجود صورت میگیرد.

۸–پیش آگهی: پیش آگهی و توصیه های درمانی (در صورت لزوم)، همچنین توصیه برای ارزیابی پزشکی دیگر(برای مثال ارزیابی های عصبی و... در صورت لزوم).

ب–اطلاعات تکمیلی:

۱–اسکیزوفرنی،پارانوئید،اسکیزوافکتیووسایر اختلالات سایکوتیک.

گزارش باید بیانگر نکات زیر باشد:

– دوره های اقامت در ساختار هایی نظیر ساختمان های نیمه کاره یا خانه های گروهی.

–تواتر و مدت زمان اپیزود های بیماری و دوره های بهبودی.

–عوارض جانبی دارو های مصرفی.

۲–اختلالات روانی – جسمانی

گزارش باید بیانگر نکات زیر باشد

– منبع اختلال (در صورت شناخته شده بودن) و پیش آگاهی.

۱–داشتن شرایت حاد و مزمن

۲–ثابت یا پیشرونده بودن

۳– تغییرات در طول زمان

–نتیجه آزمایشات روانی یا عصبی – روانی که میتواند نشانگر مرحله ی بیماری جسمی وشدت آن باشد

–اطلاعات مربوط به نتایج ارز یابی های عصبی.

–اطلاعات آزمایش نورولوژیک(نظیر سی تی اسکن و EEG و...) که انجام شده و نتایج آن ها در صورتی که در دسترس باشد.

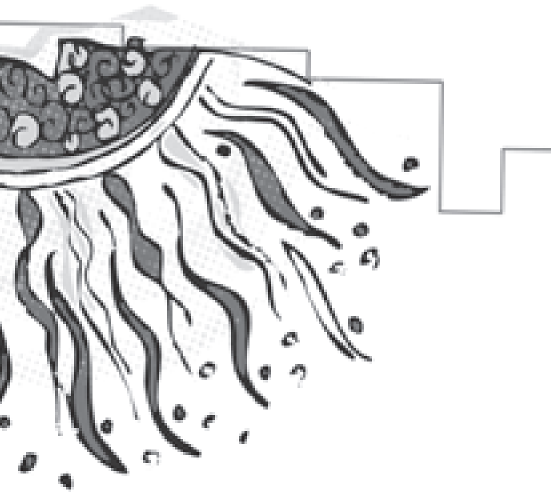
۳–عقب ماندگی ذهنی:نتیجه آخرین آزمون IQکه با معیار استاندارد و شناخته شده انجام شده است با میانگینی تقریبی ۱۰۰ و انحراف معیار ۱۵ در جمعیت عمومی که می تواند طیف گسترده ای از عملکرد حسی – حرکتی و شناختی را در بر گیرد(مثل معیارWechsler)

–قابلیت صحبت کردن و امتیازات IQهمراه سایر امتیازات شخصی.

–شرح امتیازات و ارزیابی امتیازات کسب شده، ذکر عواملی که ممکن است بر نتایج تاثیر گذارند مانند روش ورفتار فرد و میزان همکاری وی، وجود مشکلات بینایی، شنوایی یا سایر مشکلات فیزیکی،انجام مجدد آزمایش ها و تکرار آزمایش های قبلی در فاصله زمانی کوتاه.

–همخوانی نتایج آزمایش با تحصیلات زمینه حرفه ای و ساز گاری اجتماعی به ویژه در زمینه قابلیت های شخصی.

چالش و پرسش



دکتر محمد رضا شیدایی-روانپزشک

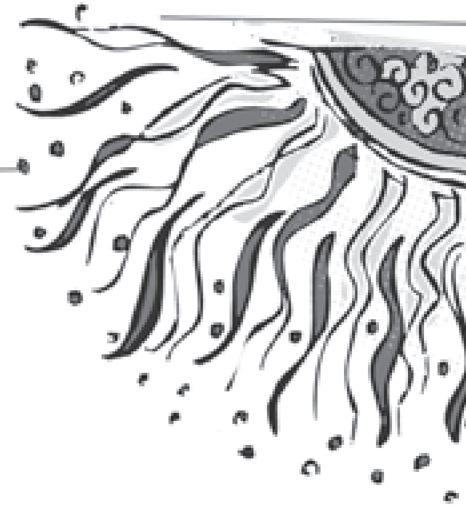
با درود به همکاران عزیز قبل از طرح چالش و پرسش این بار،مجددا گله ای را که در شماره قبل داشتم مکرر کنم و آن اینکه انتظار ما در انجمن این است که در درجه اول همکاران شاغل در گروه روانپزشکی و سپس دستیاران خوشبختانه متعدد آنها!!که شور و شوق جوانی و انرژی بالا و میل به یادگیری مطالب جدید لابد در آنها موج می زند؟!پاسخگوی اصلی ما باشند که متاسفانه دریغ از یک خط مطلب!این موضوع می تواند دو وجه داشته باشد یا از سر بی تفاوتی و باری به هر جهت بودن است،که انشاالله چنین نیست!و یا اینکه همکاران جوان خود نخوانده ملاشده اند و این مطالب سطحی را بهتر و کامل تر می دانند،که امیدواریم شق دوم صادق باشد،اما اگر چنین هم هست چند خطی پاسخ راه را برای مباحثه و تبادل نظر باز می کند که این همان چیزی است که همه علوم بشری و تمدن آن بر این اساس پایه گذاری شده وگرنه هچنان باید می اندیشیدیم که زمین صاف است و خورشید به دور آن می گردد.بعد از گله گذاری که در حقیقت حرف دلی بود و امیدوارم آنچه که از دل بر آیه بر دل نشیند توضیح می دهم که این بار نیز از جواب پرسش و چالش شماره قبل ما را آقای دکتر امیر ناصر معزی از تهران و آقای دکتر فریدون ضرغام فرستاده اند،و خوشبختانه مفصل و مستدل پاسخ داده اند،اما متاسفانه ما مجبور به تلخیص آن به خاطر محدودیت صفحات هستم و پس از طرح چالش و پرسش این بار خلاصه ای از نظریات دکتر معزی را به علاوه پانوشت کوتاهی که نه در حکم نقد، اظهار نظری شخصی است در انتهای آن خواهم آورد.

اما پرسش این شماره: آیا همکاران عزیز می دانند که سندرم استکهلم (estokholm syndrome) چیست و چرا به این نام شناخته شده است و از آن مهم تر این سندرم با کدام پدیده شایع در روانپزشکی قرابت دارد و درمان آن بخصوص در روانپزشکی چیست و چگونه باید انجام شود؟ بی صبرانه منتظر پاسخ های شما به آدرس انجمن، سایت آن،آدرس خبرنامه یا سایت انجمن روانپزشکان‌هستم.

و اما در مورد چالش این شماره: پدر یا مادر بیمار دانش آموزی دبیرستانی را نزد شما می آورند.به نظر پدر و مادر مشکل او این است که در تمام سالهای دبستان و راهنمایی و ابتدایی و دبیرستان همیشه شاگرد اول کلاس بوده و بهترین نمره ها را می گرفته است. ولی امسال به شدت پسرفت تحصیلی پیدا کرده است و حتی در بعضی دروس نمره زیر ۱۰ دارد. پدر و مادر هر دو با تحصیلات بالا،از نظر اقتصادی مرفه و مشکل خاصی در زندگیشان ایجادنشده است.یک فرزند کوچکتر هم دارند که او هم تحت تاثیر برادرش اخیرا مشکل تحصیلی پیدا کرده است.با توجه به این که فرزندشان باید بزودی امتحان کنکور بدهد همه نگران تمام زحماتی هستند که از ابتدا برای او کشیده اند از دبیر خصوصی تا ثبت نام در آموزشگاه های معتبر،به شدت اضطراب دارند و نگران هستند مبادا فرزندشان معتاد شده باشد.

پدر و مادر را به بیرون هدایت می کنید و با پسر نوجوان به تنهایی صحبت می کنید،در معاینه و MSEهیچ نکته ای دال بر افسردگی یا اضطراب نمی بینید. در تست های روانشناسی به جزء بالا بودن مختصری نارسیسم چیز دیگری وجود ندارد.نهایتا در یک مصاحبه confrontation دلیل این بی تفاوتی ها را از وی می پرسید، بعد از صغری کبری چیدن های مختلف و اینکه هیچ کس در این مملکت با درس خواندن به جایی نرسیده و میلیارد میلیارد توسط کسانی بدست می آید که از امضاء کردن چکهای خودم هم ناتوانند بلاخره مسئله اصلی را مطرح میکنه:خوب دکتر درس بخوانم که چی بشود؟و اینکه آخرش که چی؟ این سئوال آخرش که چی؟ را در مریض های افسرده، وابستگی به مواد،اختلال شخصیت و.... می بینید.به نظر شما فارغ از نصیحت های روز مره و صداسیمایی در برابر پرسش (آخرش که چی) یا(بلاخره که باید مرد) بهترین شیوه برخورد چیست؟ دارو درمانی؟روان درمانی؟ از کدام نوع،نصیحت کردن؟و از همه مهم تر چه پاسخی برای آن پدر و مادر نگران و مضطرب دارید؟ با این نسل جدید باید چه کرد؟ چه باید گفت؟

تقاضا می کنم راهکارهایی عملی که یا خود استفاده کرده اید یا دیگران و تاثیر آن را به عینه دیده اید برای ما بفرستید تا در مورد آن بحث کنیم.

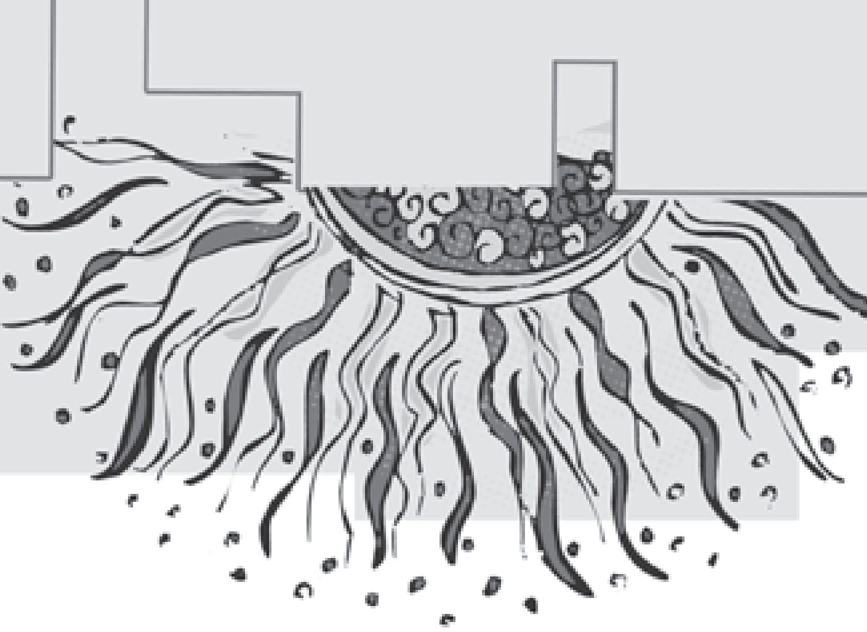


پاسخ به پرسش و چالش

پی نوشت : با تشکر از آقای دکتر معزی و پوزش از اینکه مجبور شدیم به دلیل محدودیت صفحات مطالب ایشان را تخلیص کنیم و ضمن هم رای بودن با بسیاری آرا ایشان شخصا در مورد بعضی پدیده های پاراسایکولوژی به نظرم جای سئوال هست. با توجه به اینکه پدیده های مثل هیپنوتیزم (که شخصا در درمان بعضی بیماران از آن استفاده می کنم) پدیده های مانند تله پاتی، تله کنیز یا.... و معدودی دیگر توجیه علمی داشته و از مقوله پدیده های متافیزیک خارج شده اند و حد اقل توجیه علمی در مورد آنها وجود دارد.مجددا مراتب تشکر خود را از آقای دکتر معزی اعلام و منتظر همکاری های بیشتر ایشان هستم.
همچنین از پاسخ و نظر سایر دوستان و همکاران نیز استقبال می کنیم.
دکتر محمد رضا شیدایی

دکتر ناصر معزی - روانپزشک

جناب آقای دکتر شیدایی
با سلام و عرض تبریک مجدد-امید است ایام تعطیلات ۹۱ خوش گذشته باشد یک گفتار ۵ صفحه ای مربوط مطالب مندرج در مجله روان پزشک ص ۳۹ خدمتتان می فرستم، انشاء الله باب میلتان باشد-اینها نظر من است و اصراری در درست بودنش ندارم
جناب آقای دکتر شیدایی
در صفحه ۳۹ (روانپزشک)-مطرح فرمودید:با بیمارانی که به دارو های روانی و طول مصرفش حساسند چه باید کرد؟
اینک نظر اینجانب: یک شرح حال ۱ -مادری ۴۷ ساله با پسر ۲۱ ساله اش مراجعه کردند، پسر علائم مثبت و منفی مشکوک به اسکیزو داشت(افت تحصیلی-هذیان توهمی سمعی و بصری و انزوا و غیره...)هنگام نوشتن نسخه مادر اصرار داشت دوا ننویسم،می گفت (بیشتر جوانها سن بلوغ خجالتی اند،باباش یک دختر پیدا کرده که بگیره،زن که گرفت خجالت بی خجالت،آوردمش که تنها فقط نصیحتش کنید،به دوا اعتقاد ندارم،اصلا چیزیش نیست)پیش خودم گفتم:
صلاح کار کجا و من خراب کجا-به بین تفاوت ره کز کجاست تا به کجا
گفتم پس شما معتقدید چیزیش نیست،گفت بله الان هم معتقدم.........
از این جور مریضها زیاد دیده ام و دیده اید-چرا چنین است؟پاسخی دراز دارد؟از همه مهمتر آنکه اغلب مردم دنیا انگ(STIGMA) بیماری روانی را ننگ می دانستند و می دانند،به ویژه سودازدگان در هراس اند که بعنوان یک آدم غیرعادی از اجتماع طرد شوند-
سئوال:آیا اصلاح این تفکر اجتماعی در بستر زمان میسر ست؟
جواب:آری،اما این انگار(پوپولیستی)بر اذهان عوام قرنهاست سنگینی میکند و یک شبه زدودنی نیست
مارک تواین آمریکایی نویسنده تام سایر و شاهزاده و گدا میگفت : مردم راجع به دو چیز راحت اظهار نظر می کنند،آب و هوا و پزشکی) اصلاح این آموزه های مزمن که همگان را به کژ راهه کشانده درمان طولانی میخواهد-همانطور که فرمودید جنگ یک تنه موجب MISTRUST می شود.
۲ -با در نظر گرفتن بند اول از این مرحله:اگر نیک بنگریم،مشکل روانپزشکی و روان شناسی واقعی این است که درمانگر باید همان (کژ راهه های خرد فردی و جمعی)را به کمک معیار(عقل یا خردREASON)بیابد و درمان کند،در حالی که مبهم ترین زائده زندگی (پوپولیستی)بشر همین عقل پوپولیستی است(من تعمدا کلمه پوپولیستی را بیان میکنم زیرا حاوی معانی بیشمار روانشناسی اجتماعی توده هاست یک کلمه با دریائی معانی معرفتی)
آیا روانشناسان و روانپژوهان بالینی تا به حال توانسته اند،عیار واقعی، مقیاس و در صد خرد جمعی را با (عقل ادعائی)بصورتی شایسته ره یابی و اندازه گیری کنند؟ من معتقدم که نه. وجود رواندرمانی های گوناگون با درجه اثر مشکوک شاهد مدعاست. نمیدانم(کژ تابی های)بی شمار در رفتار های فردی و اجتماعی را تا چه حد میتوان با کلمه ی عقل(خرد) و خرد گرایی فرنگی(RATIONALISM) بشیوه علمی و غیر فلسفی توجیه کرد و قاطعا آدرس صریح داد که:مرکز عقلانیت وشناخت (COGNITION)لب فرونتال است. چگونه میتوان جایگاه عقل را



فقط در مدار آمیگدال و لب فرونتال و حوالی آن پر فرونتال و غیره به اضافه چند تا هورمون (دو پامین،سروتونین،اپی نفرین و غیره)،یافت؟ و آنگاه با همین عقل مبهم به جستجوی عقل واقعی اجتماع پرداخت؟
بعلت همین آدرس غلط از عقل است که در نهان خانه اندیشه اندیشمندان (تیز هوشان)و بی خردان بازیگوش کم توان پیوسته رگه هایی از خود شیفتگی (نارسیزم) یافت میشود _ بسیاری شک دارند،مبادا دیگران با تابلوی انگ ویژه (STIGMA)آنان را در زمره سودا زدگان بیخرد جای دهند و بیهوده دوا درمانشان کنند_ همین فوبیا باعث شده که توده عوام سبک مغزان را(مریخی) یا اهل کره ی ماه (LUNATIC)میدانستند تا کره ی زمین را از کم خردان و مجانین خالی به نظر آرند.
سوال:واقعا جایگاه خرد کجاست ؟در روابط بین فردی؟در لب فرونتال؟یا در ناکجا آباد حیات فلسفی ؟که بعد از آن یاد خواهیم کرد ؟
حد اقل کم خردی بشر در (زود باوری_خود فریبی و دیگر فریبی)نهفته است –چند درصد زندگی انسان ها خالی از فریب است ؟چند درصد مردم دنیا دچار بیماری روانی اند و خود را سالم می پندارند؟یعنی خود را فریب میدهند فکر نمیکنم کسی بداند–با این حال داستان کم خردی و فریب در جهان طیفی گسترده و قدیمی دارد.زیرا عده ای کم،جمع کثیر یا همه مردم را با خرد میدانند،که از حال خود بیخبرند:
۳–آقای وبر در محبث کردار شناسی PRAXOLOGY انسان رفتار هارا در ٤ حوزه عقلانیت فلسفی(ابزاری–ارزشی–احساسی–وسنتی)جستجوکرد–هیوم–کانت–اصحاب مکتب فراک فورت –تئودورآدورنو–رمانتیک ها–پست مدرن ها از خرد ابزاری انتقاد کردند
سوال:عقلانیتی که در روانپزشکی و آناتومی مغز بدنبالش می گردیم با عقلانیت فلسفی وحتی فضای مجازی چه تفاوتی دارد؟ معتقدم،روان پزشکی غقلانیت ابزاری(IMPLEMENTAL REASON)را همراه فلسفه ی عقلانیت سنتی پوپولیستی بزور به دنبال می کشند و عقلانیت ارزش و احساس را به حاشیه رانده اند. زیرا (عقل آن جوید کز آن سودی برد).
اگر چه بسیاری اراده کرده اند زمین را عاری از وجود پریشان روانان تصور کنند ولی سبک سری و نابخردی همه جا با یافت تاریخ بشر گره خورده – تابوها،مباحث متافیزیکی و تفکر پوپولیستی در جوامع قرون جدید،مدرن و پست مدرن هم مانند قرون وسطا تداوم یافته –در قرون وسطا مجانین را زنجیر می کردند تا جنیان تسخیر شوند، امروزه هم انسان ها اسیر سلسله کژ راهه های اندیشه خویشند –دیر زمانی است سودا گران عقل بشری،سودازدگان را با تابو،پوپولیسم و متا فیزیک ۳ آفت بزرگ خرد گرایی مشغول کرده اند.
٤–این بند پیرامون بخش دوم پرسش و چالش جناب آقای دکتر شیدایی است که در حد زیادی با مطالب بند های قبل مرتبط است –آقایان فرانک ادواردز FRANK EDWAVDS و برایان وارد BRAYAN WARD در کتابی بنام (فرا تر از ادراک)–مظاهر علوم خفیه را به شکل مسائل حسی و فراحس شرح داده اند که بسیاری از آنها با نیرو های حسی غیر قابل توجیه اند –
۱۸۸۲ دانش مندان انگلیسی و تعدادی فیلسوف انجمنی برای مطالعه ی پدیده های غیر قابل توجیه بنام (انجمن پژوهش های روحی،تاسیس کردند که استعداد های فرضی یا حقیقی انسان را با فرضیه های شناخته شده که توجیه قابل قبولی ندارند بدون پیش داوری بررسی نماید–بسیاری از علما کوشیده اند متافیزیک را با فیزیک یا فیزیک را با متافیزیک توجیه کنند–آنجا که عقل بشر به وسیله رموز حیات رانگشاید به متافیزیک پناه میبرد.جناب آقای دکتر شیدایی از طیف سنگین پدیده های پارا سایکولوژی(تله پاتی–تله کنیزیا–روشن بینی– پیشگویی) را نام برده اند و من مایلم به این مجموعه اقلام دیگری از پدیده های رایج بین جوامع را اضافه کنم و بعرض برسانم رویکرد فرا روانشناسی (پاراسایکولوژی)توانسته خیلی قویتر از روانشناسی توسط فرضیه های (ادراک فراحسی)ذهن را تسخیر کند،آنچنان تسخیری که گاه قدرت مبانی روانشناسی واقعی را به سخره می گیرد.
احضار ارواح– کف بینی– تفال– تطیر– طالع بینی– کرامات شیخ– طلسم و آب دعا– دعا نویسی– رمالی– اسطرلاب– فال نخود– قهوه– ورق– فال شمع در آب– فال حافظ با مرغ عشق و بدون مرغ– نظر قربانی– شعبده– دخیل بستن– نذر ونیاز– هاله بینی– آینه بینی– روان جنبانی (پسیکوکنیزی)– روان سنجی (پسیکومتری) تفال باتاس–تعبیر خواب–دعا(ایمان درمانی)–هیپنوتیزم–مسمریسم–تاثیر ذهن بر ذهن–راسپوتی نیزم–معجزه–آب یابی–اختر شناسی–هوروسکوپی–توسل به درویدسیم DRUIDISM (روحانیت جادوئی بریتانیا قبل از سلطه روم)–وغیره بسیاری از این مباحث را در کتاب (فراتر از ادراک) شرح داده اند–از جمله مبحث(ادراک فراحسی جانوران در ص ۸۲–۸۶) وانتقال خواب و رویا به دیگران از مسائل شیرین اند.
خلاصه: در فراخنای حیات روانی انسان ها خیلی کم اند دو فردی که عمق کلمات هم را درک کنند(ادراک مفاهیم)– اندیشه دریافت،آیا همان ادراک است؟عیب بشر آن است که می خواهد گسترده ادراک ذهنی خود را در کریدور یا دالان نه چندان فراخ لغات به دیگری عرضه کند و چون در میماند،ادراک فراحسی و فرا کلامی او را احاطه می کند– پارا سایکولوژیها از آن دسته اند و توده را کم و بیش مشغول داشته مباحثی که شکافتن آنها یک(ذهن خواهد به پهنای فلک)
با احترام مجدد –دکتر معزی

پاسخ به پرسش و چالش

دکتر فریدون ضرغام روانپزشک

بعد از عرض سلام، شروع قسمت بسیار جالب و فهمیدنی پرسش و چالش در این نشریه « روانپزشک » احتیاج به همکاری همه همکاران دارد تا قلم بردارند و نظریات خودشان را بدون رودرباستی مطرح و در میان بگذارند. نمیدانم چرا همکاران حاضر نشده اند تا کنون آنطور که باید و شاید در این بحث گروهی شرکت نمایند. اما در باره parapsychology مرا بر آن داشت نظرات و تجربه های خودم را در اینجا بیاورم تا چه قبول افتد و چه در نظر آید ؟!

با در نظر گرفتن اینکه ریشه بسیاری از بیماریها بیولوژیک نیست، در فرایند درمان اینگونه بیماریها نیز نیازی به مصرف دارو نیست....خود درمانی چیست ؟

علم پزشکی علمی وسیع و پیشرفته بوده و (خود درمانی) بخش جدایی ناپذیر این علم. امروز بی شک همه متخصصین علوم پزشکی اذعان دارند که منشاء بسیاری از بیماریها نه دلایل بیولوژیک ـ بلکه دلایل روحی روانی است بنابراین (علم خود درمانی بر پایه بسیج نیروهای خفته انسانها جهت حفظ سلامت و معالجه بیماریها عمل می کند. تحقیقات متعدد بیان کننده این واقعیتند که یک انسان معمولی از سویی تنها از بخشی بسیار ناچیز نیروی خدادادی خود استفاده می کند و از سوی دیگر توان شخص از طریق فرمانهای ناسالم مغزکه ناشی از تصورات، تجارب، تفکرات ناسالم و مقاومت در برابر تغییرات است. هر چه بیشتر تحلیل می رود که در نهایت به بسیاری از بیماریها منجر خواهد گردید. چنانچه این نیروهای بی استفاده فعال شوند و فرمانهای ناسالم صادره از مغز ما به اعضا و ارگانهای بدن از طریق (خود درمانی) سالم سازی گردد، به حفظ سلامت، بهبود و معالجه بیماری ها منجر خواهد گردید بنابراین جهت (خوددرمانی) ابتدا باید منشاء بیماری مشخص گردد. بنابر عقیده پروفسور گوستاو (طبیب روح و جسم) بدن انسان قادر است از طریق نیروی خوددرمانی ۶۰ تا ۷۰ درصد بیماریها را شفا دهد و ضمن تحقیق برای اولین بار وجود الیاف عصبی را در بافتهای غدد سرطانی ثابت کرد. بنابراین تحقیق سلولهای سرطانی در رابطه مستقیم با مغز قرار دارند. این کشف برای اولین بار توضیح می دهد که چرا افکار انسانهامی تواند بر ناپدید کردن غدد سرطانی تأثیر گذار باشند، چرا اعتقاد بی چون و چرا به شفا تا این حد مهم است. و اما از ابتدای شروع راه اندازی و انتخاب رزیدنت روانپزشکی در اصفهان به همت والای دکتر جمشید ابوالحسنی بختیار در سال ۱۳۵۷ بیماران روانی از رنج و عذاب و مشقت غیر قابل تحمل که در دارالمجانین (بیمارستان کاوه) تحمل می کردند نجات یافتند. چون جانوران یا حیواناتی بی سرپرست نگهداری می شدند و کسی نبود که دارویی به آنان بدهد و از رنج آنان بکاهد. بسیار ناراحت کننده و رنج آور بود. در آن زمان دکتر جمشید ابوالحسن بختیار از آمریکا به ایران آمده و در بیمارستان فارابی کار را شروع کرد «شنیدن کی بود مانند دیدن». مشکلات فراوان بود. نبودن کتاب و جزوه های امروزی ۷ نفر متحمل همه سختیها شدیم. بیماران چون بیماران بخشهای دیگر (داخلی، جراحی و غیره) بستری می شدند و دارو به طور رایگان در اختیارشان قرار می گرفت، و بعد از ترخیص به درمانگاههایی که در سطح شهر اصفهان (ملاصدرا ـ چهارراه نظر ـ خیابان وحید و غیره) بر پا شده بود مراجعه می کردند با همت و فعالیت بی نظیر روانشناسان زبده آن زمان مراقبت و روان درمانی و روانکاوی بطور حتی المقدور رایگان انجام میشد. ولی اکنون که تعداد روانپزشکان شهرمان به ۱۲۰ نفر رسیده، تمام امور برعکس شده است. هزینه درمان سرسام آور شده و هزینه های درمان روانپزشکی برای بیمارانی که باید دائم و برای سالها درمان را ادامه دهند و درآمدی ندارند و سربار خانواده و جامعه اند واقعا رنج آور و غیر ممکن است.

همکاران ارجمند، روانپزشکان جوان، دوره ای را شروع کرده اید که از نظر یادگیری و روانپزشک شدن مشکلات ۷ جوانمرد را نداشته (اولین هفت رزیدنت اصفهان) و سر سفره آماده قرار گرفته اید و تنها نسخه داروهای مختلف را برای بیماران می نویسید.

بدون آنکه به جنبه های دیگر درمان بیمارانتان توجه کنید، درمانهای غیر دارویی را معمولا بدلیل هزینه های هنگفت حذف می کنید و بسیار مواردازنتیجه کار خود رضایت کامل را ندارید.

شرکت شما همکاران جوان در بحث های پرسش و چالش این مجله می تواند چشم انداز وسیعتری از درمان بیماران را پیش روی جامعه روانپزشکی روشن نماید.

دکتر میترا پور صیرفی - نورولوژیست

شگفت انگیزترین مرز جهان

داستان من از زمانی آغاز می شود که بالاخره بعد از ٦ ماه امکان یک سفر کوتاه برای ما پیش آمده بود. همه ما یعنی خانواده ٤ نفریمان خوشحال بودیم. یک مسافرت ٤ روزه کوتاه و رویایی پیش رو داشتیم.٤ روز فارغ از هیاهوی شهر، بیمارستان، مطب و کار. ٤ شنبه شبی از اوایل شهریور ماه بود هوا گرمای ملایمی داشت و آسمان خاطره انگیز بود. حدود ساعت ۹ شب راهی شدیم و حدود ساعت ۱۲ بود که به قم رسیدیم. ما قصد داشتیم که شب را در خانه پدر و مادر شوهرم در قم بگذرانیم. همه چیز عادی بود حتی در قم هم گرمای هوا ملایم و دلچسب بود.خانواده ٤ نفری ما (من، همسر، پسر و دخترم) بعد از اجرای مراسم معمول استقبال، سلام و احوال پرسی در خانه مستقر شدیم. مادر شوهرم شام مفصلی آماده کرده بود و بچه های خوش اشتهای من هم از هر نوع دریغ و کوتاهی در امر خوردن دوری جستند و به هیچ وجه دست مادر بزرگ را کوتاه نکردند بالاخره شام تمام شد و حالا بچه ها که از ۳ ساعت نشستن در خودرو رهایی پیدا کرده بودند و در ضمن تمایل بسیار به خودنمایی در برابر پدر بزرگ و مادر بزرگ داشتند شروع به بازی و شوخی کردند. هرچی میگذشت بازی بچه ها تحرک بیشتری پیدا می کرد و اثری از خواب آلودگی در بچه ها دیده نمی شد.آخرین بازی گرگی رنگی بود. من شنیدم (گرگی رنگی به چه رنگی؟ به چه رنگهای قشنگی ؟) (سبز). بلوز مادر بزرگ سبز رنگ بود، پس روژین دختر ۷ ساله ام شروع کرد به دویدن به طرف مادر بزرگ و پسر ۱۰ ساله ام شروین برای ممانعت از رسیدن روژین به مادر بزرگ در اتاق پذیرایی را که یک در چوبی قدیمی با شیشه های تزئینی بود بست.روژین با دست چپ ظاهراً برای باز کردن در به در حمله کرد ناگهان فواره قرمز رنگی همراه با قطعات ریز و براق شیشه در هوا جهیدن گرفت.

همسرم به سرعت با دستمال کاغذی زخم روی دست روژین را فشرد. من اصلاً نفهمیده بودم چی شده است فقط دیدم که شوهرم دست روژین را به من داد و گفت بیا برویم من وقتی دست روژین را گرفتم تازه متوجه شدم که چه خبر است چون به محض اینکه حرکت کوچکی به دستم دادم فوران خون چشم ام را خیره کرد.خونریزی قطعا شریانی بود و محل پارگی هم درست روی شریان اولنار بچه قرار داشت.به هر حال با یک جعبه دستمال کاغذی و فشار محکم روی زخم روژین به طرف بیمارستان راه افتادیم.همسرم به نزدیکترین بیمارستان رفت.وقتی وارد اورژانس شدیم فهمیدم که این بیمارستان مرکز اورژانس داخلی است و جراح on call ندارد.

پرسنل و پزشک اورژانس با دیدن روژین به من گفتند خانم دست بچه را زیاد فشار نده سیاه شده است. گفتم خونریزی شریانی دارد ولی ظاهراَ کسی باور نمی کرد.به هر حال ما مجدداَ سوار شدیم و به طرف بیمارستانی که مرکز جراحی بود راه افتادیم.در اورژانس جراحی پرسنل خواستند دست بچه را پانسمان کنند ولی به محض باز شدن زخم فهمیدند که نباید وقت را تلف کرد و با یک پانسمان فشاری سریع رژین روی تخت چرخدار وارد اتاق عمل شده عقربه ساعت ۲ صبح را نشان می داد. جراح on call در حال انجام یک عمل جراحی اورژانسی بود. من به علت اینکه نمی توانستم فشار روی پانسمان دست روژین را بردارم با دخترم وارد اتاق عمل شدم. بعد از دقایقی که برای من مثل روزها گذشت جراح on call به دیدن روژین آمد.به او گفتم که ظاهراَ روژین خونریزی شریانی دارد و او گفت به هر حال بررسی می کنیم. روژین به همراه پرسنل اتاق عمل و دکتر جراح از من جدا شد. پرسنل حتی جرات تعویض لباس روژین را نداشتند و با پیراهن خون آلودش به اتاق عمل رفت و حالا نوبت متخصص بیهوشی بود. او پرسید:آیا

روژین تا به حال بیهوشی گرفته؟ و من گفتم که بله چون در شش سالگی عمل Adenoidectomy برای او انجام شده بود.متخصص بیهوشی پرسید:شام خورده است؟من گفتم به اندازه چند وعده.در یک لحظه فکر کردم (اگه حین بیهوشی آسپیره کنه چی می شه؟) به هر حال معده روژین پر بود و باید اورژانسی بیهوش می شد.متخصص بیهوشی رفت.من و شوهرم چاره ای جز انتظار نداشتیم.سه بیمار جراحی شده،یک خانم،یک پیرمرد و یک پسر بچه به ترتیب با فواصل نیم ساعت از Recovery بیرون آورده شدند ولی روژین آخرین بیمار بود.بعد از یکی دو ساعت که برای من مثل یکی دو سال گذشت،روژین هم بیهوش از Recovery خارج شد.بعد از روژین،آقای دکتر شفیعی که من و همسرم تازه او را به نام شناختیم،از اتاق عمل خارج شد و خیلی آرام گفت:شریان اولنار روژین را بستم.چاره ای جز بستن نبود.من در آن لحظه،واقعاَ نمی دانستم چگونه از جراح روژین تشکر کنم فرهنگ لغت مغزم،واژه ای در خور تشکر از جراح نمی دانست.من و همسرم به طور معمول از دکتر تشکر کردیم و او رفت.

بخش جراحی زنان یک بخش کوچک و تاریک با سقف کوتاه بود.رنگ دیوارها به علت فرسودگی در بعضی جاها کنده شده بود.دیوارهای بخش در بعضی جاها ترک خورده بودند.سنگ های کف و پایین دیوارها چرک مرده و بی رمق بودند.در هر اتاق بخش شش تخت قرار داشت.از پرسنل بخش پرسیدم:آیا اتاق یک تخته ندارند؟و آن ها هم پاسخ دادند: نه.

گفتم اینجا اصلاَ اتاق خصوصی ندارد؟وآنها گفتند در بخشهای مردان این اتاق ها به تعداد محدود وجود دارند ولی در بخش زنان،اتاق خصوصی نداریم.این مورد،واقعاَ موردی بود که من تا به حال در بیمارستان های استان اصفهان ندیده بودم.ظاهراَ در قم حتی برای تخت بیمارستان هم بین زنان ها و مردها تفاوت وجود دارد.

بعد از مدتی روژین تکانی خورد و بیدار شد و به من نگاهی کرد. گفت به شمال رسیدیم ؟ گفتم (یادت رفته که ما در قم هستیم) روژین به در و دیوار نگاهی انداخت و ناگهان گفت یادم آمد اینجا بیمارستان است.و بعد گفت: آخ گلویم درد می کند. فکر کردم دکتر بیهوشی در حین عمل کاف لوله تراشه روژین را خیلی محکم کرده است تا از Aspiration و ورود ترشحات معده به تراشه جلوگیری کند و حالا محل فشار کاف در گلوی روژین ملتهب و دردناک است در افکارم از متخصص بیهوشی قدردانی و تشکر می کردم که روژین دوباره خوابید و من فکر کردم که ایران کشور تناقض های بزرگ است. مثلاً خدمات پزشکی و پرستاری با کیفیت بسیار بالا در جایی انجام میشود که امکانات رفاهی بیمارستانی در حد صفر یا حتی پایینتر است. بالاخره روز آغاز شد و فعالیت های روزانه در بیمارستان شروع گردید در ابتدا دادن داروهای صبح بیماران بعد تمیز کاری و دادن صبحانه و در آخر ورود پرسنل شیفت روزکاری بخش. بعد از آن هم منتظر ویزیت پزشک شدیم. حدود ساعت ۱۰/۵ صبح دکتر جراح روژین او را مرخص کرد و عملیات ویژه اداری برای ترخیص بچه تقریباً تا ساعت ۱ بعد از ظهر و بعد از گذراندن چندین صف مربوط به چندین اتاق مختلف حسابداری، بیمه، امور ترخیص و...بالاخره با موفقیت به اتمام رسید و ما به خانه رفتیم. بعد از بحث و تبادل نظر طولانی تصمیم گرفتیم به سفرمان ادامه دهیم و تا برگشتن به خانه پانسمان روژین را باز نکنیم. بعد از ناهار به طرف شمال راه افتادیم.

در طول راه فکر می کردم که مرز بین مرگ و زندگی گاهی به باریکی شریان نازک بچه و گاهی به کوتاهی چند دقیقه است. در زندگی دقایقی وجود دارند که از دست دادن آنها به معنی از دست دادن تمام زندگی است به نظر من شگفت انگیز ترین مرز جهان، مرز بین مرگ و زندگی است.

معرفی کتاب

دکتر سید محمد مسعود ازهر
فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

خوشبختانه همکارانمان کتابهای ارزشمندی به درمانگران و درمان جویان ارائه کرده اند.ابتدا کتابهایی که مخاطب آن درمانگران هستند ارائه می شود.

اثر دارونما و نیروی شفای ناهشیار

تا بحال با چنین وسعت به پلاسبو فکر نکرده بودم.کتابی که با دقت انتخاب و ترجمه شده است به دنیای دارونما پاگذاشته و با خواندن آن به تدریج در می یابیم چقدر از ادیان و فرهنگ ما حاصل دارونما است و هم اکنون با چه وسعتی از دارونما و شفای ناهشیار استفاده می کنیم.این کتاب ترجمه آقای دکتر شهرام رفیعیان است و ویراستاری آقای دکتر فرزاد گلی.از آقای دکتر گلی قبلاً کتابهای مثل (هیچ اینجا می هیچد) و (رهیافت انرژیابی به سلامت) در این خبر نامه معرفی شده است.کتاب حاضر روان و پر محتوا است و باعث تغییر نگرش آدمی می شود.زیرا از پیش از تاریخ تا کنون موضوع دارونما را پیگیری کرده است و نقدهای جالبی ارائه نموده است.

انتشارات فراوان ۷-۴۴۲۴۷۵۱۵-۰۲۱

کاربرد روانکاری

همکار پرکار وتوانمندم جناب آقای دکتر سعید پیر مرادی که روانشناس و خانواده درمانگر می باشند در ادامه کار ترجمه شان از زبان آلمانی دو کتاب به چاپ رسانده اند که هر دو،جلد دوم محسوب می شوند.جلد اول به مبانی پرداخته است و جلد دوم به کاربرد بالینی.

ادامه(مبانی روانکاری)اثر هلموت تومه و هورست کشله است که از بزرگان علم روانکاوی آلمان محسوب می شوند. در کتاب کاربرد روانکاری به همه مباحث روانکاری با دقت و حوصله پرداخته شده است.مباحثی چون انتقال و رابطه،انتقال متقابل،مقاومت،تعبیر رویا،تداعی آزاد،و ریزه کارهایی مثل نحوه نوبت دهی به مراجعین.این کتاب هشتصد صفحه ای توسط نشر آسیم به چاپ رسیده است

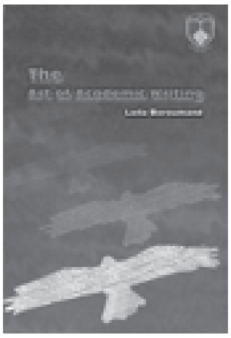
۴-۸۸۷۴۰۹۹۲-۰۲۱

رویکرد سیستمی در اختلالات روانی

ادامه کتاب (آموزش درمان و مشاوره سیستمی) است ولی این بار کاربرد درمان سیستمی را در کمک به مراجعین بخوبی مطرح کرده است.آقای دکتر پیرمرادی که در حال حاضر رئیس و موسس کار گروه(روانشناسی بین فرهنگی)در جامعه درمان سیستمی آلمان هستند کتابهای دیگری نیز در این راستا تالیف و ترجمه کرده اند مثل (مفاهیم و تئوریهای کلیدی در خانواده درمانی)،(آموزش خانواده و سلامت روان). جای آن دارد تشکر قبلی خودم را برای ترجمه این کتابها به ایشان ابراز کنم زیرا در دهه اخیر،کتاب(آموزش درمان و مشاوره سیستمی)تاثیر بسزایی بر عملکرد من داشته است اگر چه متن آن مشکل بود.کتاب حاضر با متنی بسیار روان تر و مفاهیمی بسیار پخته تر است.این کتاب نوشته فون شلیپه و یوخن شواتیزر است که هر دو از سردمداران درمان سیستمی آلمان می باشند.

انتشارات شونار ۶۶۶۰۴۹۸-۰۳۱۱

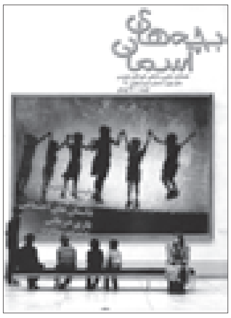
The Art of Academic writing



کتابی است که راهنمای خوبی برای نامه نگاری رسمی به زبان انگلیسی است.خانم مهندس لیلا برومند که تجربه گرانقدری در بخش بین الملل دانشگاه علوم پزشکی اصفهان دارند زحمت تهیه این کتاب جامع و در عین حال خلاصه و کاربردی را کشیده اند.طرز نوشتن نامه از ابتدا تا انتها حتی معرفی لغات و افعال مناسب در نامه های رسمی بخوبی توضیح داده شده است.برای نوشتن CV و دیگر نامه ها نیز راهنمایی مفید و کاملی دارد.

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۶۶۸۳۴۰۵-۰۳۱۱

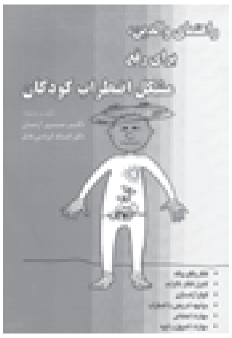
و اما قبل از آنکه به سراغ کتابهایی برویم که جنبه سایکواجوکشین دارد مناسب است از فصلنامه مرکز آموزش و توانبخشی کودکان اصفهان قدردانی شود.



بچه های آسمان

به سر دبیری خانم طیبه صفری حاصل تلاش همکارانمان در مرکز اوتیسم می باشد. مخاطبین آن علاوه بر درمانگران،خانواده ها نیز هستند و همکاری با این فصل نامه می تواند کمک خوبی برای ادامه یافتن این راه باشد.

Autism-iran@yahoo.com www.iranautism.ir



راهنمای والدین برای رفع مشکل اضطراب کودکان

تالیف و ترجمه سرکار خانم دکتر سرور آرمان و سرکار خانم دکتر افسانه کرباسی می باشد. چند سال است خانم دکتر آرمان در زمینه اضطراب کودک و نوجوان کار می کند و دوره هایی را در این زمینه در استرالیا طی نمودند.سخنرانی جامع و پر باری که در سال ۱۳۸۹ در کنگره سراسری روانپزشکان کودک در تهران ایراد شد نشان از پختگی ایشان در زمینه اضطراب کودکان و نوجوانان بود.خانم دکتر کرباسی نیز در زمینه آموزش والدین در این حیطه تجربه خوبی کسب نموده اند.کتابی که حاصل همت و پشت کار ایشان است حدود ۲۵۰ صفحه است و در یازده فصل بطور جامع و با مثالهای متعدد موضوع را روشن نموده است. این کتاب راه گشای درمانگران نیز می باشد.

انتشارات کنکاش ۰۳۱۱-۶۲۵۸۰۴۹

فکر خوب،احساس خوب

کتابیست کاربردی برای کاهش اضطراب نوجوانان از طریق درمان شناختی رفتاری. این کتاب که در قطع A4 چاپ شده راهنمای خوبی برای کاربر افکار و احساسات ناخوشایند است. ترجمه خوب و روان این کتاب را همکارانمان سرکار خانم ها مژگان امینی،دکتر نیره سید مظفری و دکتر شهلا آکوچکیان انجام داده اند. این کتاب از تصاویر کاربردی خوبی استفاده کرده است

انتشارات فرهنگ پژوهان دانش ۰۹۱۳۱۱۳۴۹۸۵

و اما نوبت رسید به خودم

مهارتهای فرزند پروری برای همه

بخصوص کسانی که کودک پر تحرک دارند

از این کتاب هر چه بگویم کم گفته ام!کتابی که قبلاً برای آموزش پدر و مادرها در زمینه ADHD نوشته بودم را وسعت دادم و تجربه چند ساله را به آن اضافه نمودم و در دو جلد ارائه کردم.جلد اول در مورد ADHD است و هنگامی که از چاپ در آمد درباره آن می نویسم.جلد دوم با ارائه ده مهارت اصلی در تربیت کودک،تاکید به روش قاطعانه یا جرات مندانه کرده ام.حرف نشنیدن،قشقرق،لجبازی،عصبانیت،تنبیه،تشویق همگی مطرح شده اند. در انتها نیز مشکلات مدرسه و تکلیف خانه را مطرح نموده ام.امیدوارم کمکی باشد به رشد سلامت روان و اجتماعمان و ابزار موثری در دست همکاران برای راهنمایی پدر و مادرها. در این کتاب ۱۲۰ صفحه ای از ۶۰ نقاشی استفاده شده تا مفاهیم ساده و سریع منتقل شود.

انتشارات آسیم ۰۲۱-۸۸۷۵۰۳۸۳

بازهم نیمه خالی لیوان

دکتر مریم رضایی ـ روانپزشک

همکار ارجمندم جناب آقای دکتر بهداد

از آنزمان که اولین دست نوشتهٔ شما را در خبرنامه خواندم علاقمند به مطالعه پی در پی بقیه نوشته های شما شدم. از حق نگذریم قلم خوبی دارید هر خواننده ای را بر آن می دارد که نوشته های شما را اگر فرصت ایجاب کند دست کم دو بار بخواند. ولی آخرین بار که مقاله شما را خواندم از تندرویتان در بعضی موارد قدری تعجب کردم و به هیئت مدیره انجمن گفتم لازم است اساس نامه انجمن را برای این همکار عزیز بفرستید تا متوجه شوند تا چه میزان دست انجمن در انجام بعضی امور باز است. به قول یک ضرب المثل خارجی گاهی بجای اینکه به راه رفتن دیگران ایراد بگیریم بهتر است مدتی با کفش دیگران راه برویم.

همکار گرامی حدود اختیارات انجمن محدود است و این امر از نام انجمن، که انجمن علمی روانپزشکی می باشد (شاخه ای از انجمن علمی روانپزشکی تهران) مشخص است و در نتیجه نباید انتظار وظایف توبیخی، تنبیهی، اجرائی و... را از انجمن داشته باشیم و این که کدام متخصص اجازه نوشتن چه نوع داروئی را داشته باشد سازمان دیگری معین می کند و همچنین نمی توان به همکاران پزشک عمومی بخاطر علاقه شان به مطالعه و کار در زمینه سایکوتراپی خرده گرفت وقتی که همکاران روانپزشک علاقه زیادی به فعالیت در این حیطه نشان نمی دهند. و همچنین این سوال برای من پیش آمده که چرا ما متأسفانه طبق معمول به نیمه خالی لیوان توجه می کنیم و نیمه پر در دید ما حقیر به نظر می رسد. بیایید یکبار هم زحماتی که اعضاء انجمن برای هماهنگ کردن بازآموزیها ـ گردهمایی ها ـ اطلاع رسانی ها ـ هماهنگی تعرفه ها و... می کشند را در نظر بگیریم فکر کنم دست کم لایق شنیدن باشند. با توجه به اینکه بارها از همکاران درخواست شده که نظرات و پیشنهادات خود را در مورد بهبود عملکرد انجمن به انجمن منتقل نمائید ولی کاملاً بی توجه و بی تفاوت بوده اند و هیچ همکاری در این زمینه نداشته اند فقط زبان انتقاداتشان بلند می باشد اینجانب خود بارها شاهد بوده ام که جهت جمع آوری مطالب برای خبرنامه، تعیین سخنران برای بازآموزیها و.... اعضا انجمن حتی دست به التماس همکاران برداشتند که متأسفانه بدون پاسخ بوده است و جز تعداد انگشت شماری از همکاران بقیه کنار گودنشین بوده اند. بدیهی است زمانی که همفکری لازم موجود نباشد رکود ایجاد می شود. پس چه خوب است که به جای گوشه کنایه با همفکری و کمک های اجرایی به انجمن هیئت مدیره را در اداره بهتر انجمن یاری دهیم.

خلاصه طرح ها و پایان نامه های مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان

عنوان: فعالیت نظامهای مغزی مهار کننده و فعال کننده رفتاری بین بیماران سندروم روده تحریک پذیر (IBS) و گروه کنترل

مجری: دکتر رضا باقریان ـ دکتر کلانتری ـ دکتر مریم بابائی پور
با همکاری مرکز تحقیقات علوم رفتاری

مقدمه:

با توجه به شواهد موجود در مورد رابطه بین ویژگی های شخصیت و ابتلا به بیماریهای روان تنی از یک سو و نقش عوامل شخصیتی در اتیولوژی سندرم رودهٔ تحریک پذیر از سوی دیگر، مطالعهٔ حاضر با هدف مقایسهٔ فعالیت سیستم های مغزی رفتاری افراد مبتلا به (IBS) و افراد سالم انجام گرفت.

مواد و روش ها:

۸۰ بیمار با تشخیص قطعی (IBS) از بین افراد مراجعه کننده به دو کلینیک گوارش در شهر اصفهان و ۸۰ فرد سالم که از نظر متغیرهای سن و جنس و تحصیلات با گروه مورد همسان شدند، وارد مطالعه شدند. هر دو گروه پرسشنامهٔ روانشناختی نظامهای مغزی ـ رفتاری کارور و وایت را تکمیل کردند. داده های حاصل از طریق آزمون آنالیز کوواریانس تحلیل شد.

نتایج:

میزان فعالیت سیستم مهار کننده رفتاری در گروه بیمار به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود (شاخص های آماری با وجود بالاتر بودن نمره سیستم فعال کننده رفتاری در گروه کنترل نسبت به گروه بیمار، این تفاوت معنادار نبود).

سایر مطالعات:

– هانس ایزینگ در سال ۲۰۰۵ بیان نمود در میان ابعاد شخصیتی بعد نورتیسم حساسیت بیشتری نسبت به محرکهای محیطی دارد و عدم تعادل عاطفی در آن بیشتر است یعنی نمره بالاتر در نوروتیسم،بیانگر ارجحیت عاطفهٔ منفی در فرد است.

–مطالعات در سال ۲۰۶۶ همبودی افسردگی با سندرم روده تحریک پذیر را نشان می دهد.

– فرنام و همکارانش در سال ۲۰۰۷ نشان دادند بیماران مبتلا به(IBS) در نوروتیسم نمره بالاتری نسبت به سایر جنبه های شخصیتی دارند.

نتیجه گیری :

نتایج حاضر نشان می دهد که افراد مبتلا به (IBS)، از نظر شخصیتی بیشتر گرایش به تجربه عواطف منفی دارند.

عنوان: بررسی تأثیر آموزش متابعت از درمان بر کیفیت زندگی و عملکرد کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بیمارستان نور اصفهان

مجری: دکتر عمرانی فرد – دکتر مرآتی ـ دکتر جانثاری
با همکاری مرکز تحقیقات علوم رفتاری

مقدمه:

اسکیزوفرنی یک بیماری مزمن روانی است که بر روی کیفیت زندگی بیماران و عملکرد آنها اثر قابل توجهی می گذارد. هدف از این مطالعه ارزیابی تأثیر آموزش متابعت از درمان بر کیفیت زندگی و الگوی عملکرد کلی در طی یک دوره بیماری در بیماران اسکیزوفرنی بود.

مواد و روش ها :

در این کارآزمایی کنترل شده تصادفی تعداد ۷۶ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا در زمان ترخیص از بیمارستان نور در سال
۸۸–۸۷ به روش متوالی انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۳۸ نفره مداخله و کنترل اختصاص داده شدند. گروه مداخله تحت مداخلات آموزش متابعت درمانی در ۸ جلسه قرار گرفتند و گروه کنترل درمان دارویی را طبق برنامه ای معمول دریافت می کردند. برونداد در این مطالعه کیفیت زندگی و عملکرد کلی بیماران بود که در شروع مطالعه، ۳ ماه و ٦ ماه بعد از مداخله مورد ارزیابی قرار گرفت. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها :

میانگین یافته های نمره کیفیت زندگی در ٦ ماه پس از مطالعه در گروه مداخله ۱۷/۲ ± ۱۰۱/۲ و در گروه شاهد ۱۵/٦ ± ٤٤/۸ که بر اساس تحلیل آزمون واریانس با تکرار در بین دو گروه و در بین مراحل پیگیری دارای تفاوت معنی داری بود ($p \leq$ ۰/۰۰۱). میانگین نمره عملکرد کلی در مقیاس درصد در ٦ ماه پس از مطالعه در گروه مداخله ۱۱/٤ ± ۷۲/٤ و در گروه شاهد ۱۳ ± ٤٤/۳ که بر اساس آزمون مذکور در بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشت ($p \leq$ ۰/۰۰۱).

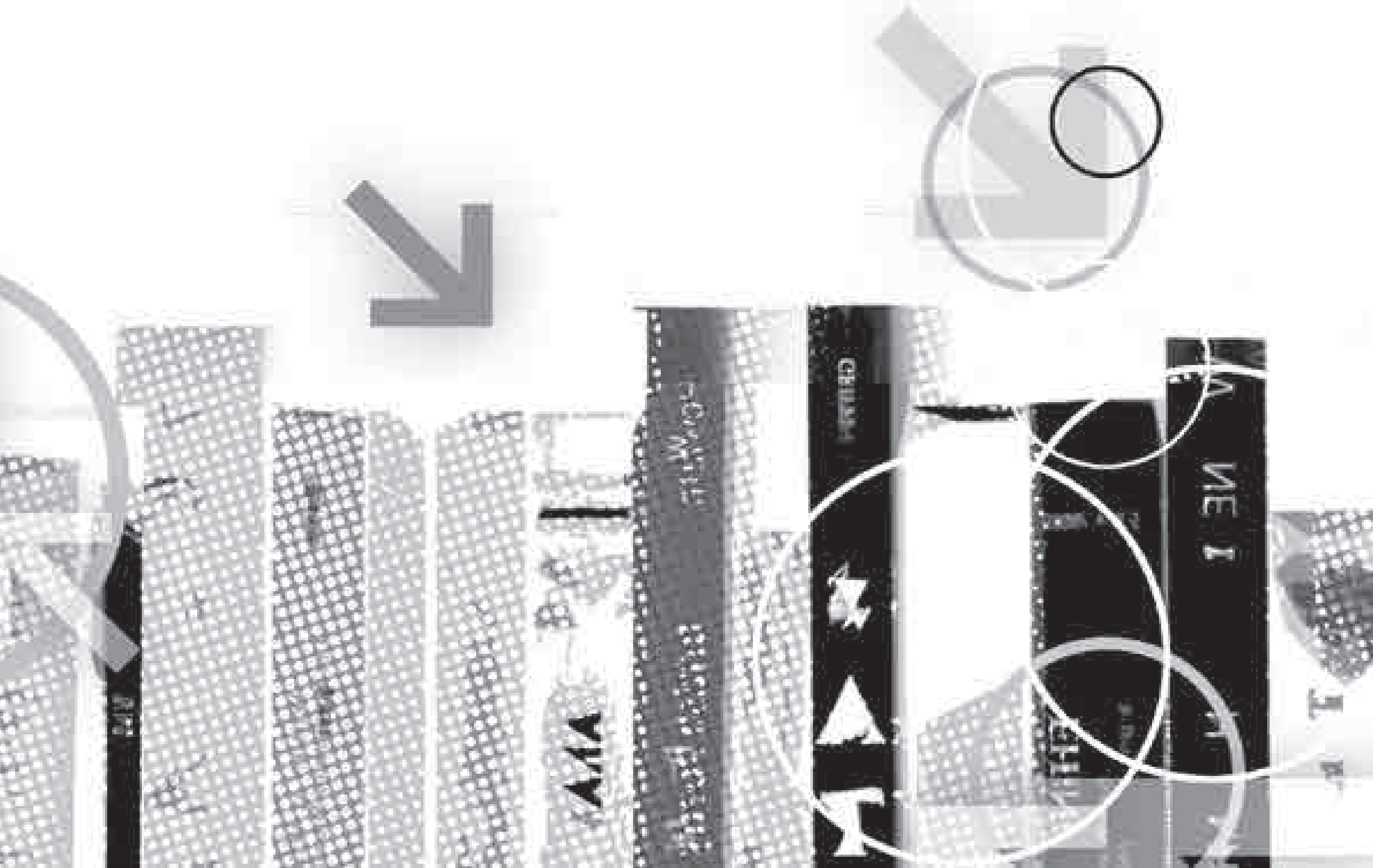
سایر مطالعات:

– در سال ۲۰۰۱ مطالعه ای توسط Corrigan و همکارانش انجام شد و نتایج نشان داد که عدم تبعیت از رژیم درمانی یک عامل مهم پیشگویی کننده عود و بستری مجدد در این بیماران می باشد.

– در سال ۲۰۰۷ Tay و همکارانش آموزش متابعت از درمان را برای بیماران اسکیزوفرنی مفید توصیف کردند. آنها این روش درمانی را بوسیله روانپرستاران به بیماران انتقال دادند و نتایج بهتری از روند بهبودی بیماران کسب کردند.

نتیجه گیری :

آموزش متابعت از درمان سبب بهبود کیفیت زندگی و عملکرد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می گردد. لذا به نظر می رسد انجام این قبیل مداخلات شامل آموزشهای روانی – اجتماعی و پیگیریهای طولانی تر ضروری است.



طرح های پژوهشی مصوب
مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان در سال ۱۳۹۰

لیست پایان نامه های اینترنی سال ۹۰

ردیف	شماره طرح	مجری	عنوان	گزارش	چاپ مقاله
۱		دکتر خیر آبادی دکتر باقریان سارا قانعی فر	بررسی رابطه ای متغیرهای روانشناختی (خصوصیات شخصیتی، اضطراب، افسردگی و استرس) با وضعیت خود مراقبتی در بیماران همودیالیزی در اصفهان		
۲	۳۹۰۱۹۹	دکتر عمرانی فرد دکتر افشار ناهید فرزادی	بررسی رابطه برخی ویژگیهای جمعیت شناختی با تظاهرات بالینی در بیماران گوارشی مراجعه کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک ۸۴-۸۹	۹۰/۵/۲۷	مجله دانشکده پزشکی اسفند ۹۰
۳	۳۹۰۶۱۰	دکتر باقریان دکتر خیرآبادی سوده طالبی	بررسی نقش واسطه ای ادراک بیماری در ارتباط بین متغیرهای شخصیتی و کیفیت زندگی در بیماران MI	در حال اجرا	
٤		دکتر موسوی آرمیتا صفاریان	بررسی فراوانی پرخاشگری و ارتباط آن با خصوصیات دموگرافیک و عملکرد تحصیلی در دانشجیان سال ۵ پزشکی اصفهان		
۵	۳۹۰۶۱۲	دکتر باقریان دکتر خیرآبادی مریم ملک محمد	بررسی مقایسه ای عملکرد بطن چپ افراد با و بدون تیپ شخصیتی D بستری شده بعلت اولین نوبت انفارکتوس میوکارد در زمان ترخیص از بیمارستان		
٦	۳۹۰۵۸٦	دکتر موسوی بهروز اولیاء	بررسی مقایسه ای ویژگی های دموگرافیک، سابقه ابتلاء به اختلالات روانی، بیماریهای فیزیکی و ابزار اقدام کنندگان به خودکشی نوبت اول و مکرر		
۷		دکتر نجفی دکتر آکوچکیان ندا ابراهیمی	بررسی هوش هیجانی و وضعیت روانی در فرزندان ۱۲-۱۸ ساله جانبازان در مقایسه با گروه شاهد		
۸		دکتر نجفی دکتر آکوچکیان زهرا ابراهیمیان	بررسی مقایسه ای رابطه نگرش مذهبی و هوش معنوی با میزان فرسودگی شغلی در مراقبین مراکز اوتیسم		
۹	۳۹۰۵۸۵	دکتر عطاری مسطفی نور بخش	مقایسه اثر پرو پرانولول باریلاکسیشن بر علائم استرس قبل از امتحان در دانش آموزان دوره دبیرستان	در حال اجرا	
۱۰		دکتر عمرانی فرد دکتر باقریان عقیق	برسی فراوانی و شدت علائم افسردگی و اضطراب و فرسودگی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس		
۱۱	مشترک با سایکوسوماتیک	دکتر شفیعی دکتر ندا ادیبی بهروز ایزدی	برسی نیمرخ روانشناسی مبتلایان به ضایعات پوستی بر مبنای پرسشنامه HADS-GHQ۲۸ و کیفیت زندگی بر مبنای DIQI در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه های پوست		
۱۲		دکتر صالحی مریم کریمی خوزانی	بررسی مقایسه ای عملکرد جنسی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون وشربت تریاک و رضایتمندی جنسی همسران آنان		
۱۳	۳۹۰۵۸۷	دکتر برکتین دکتر احمد زاده خزر گرجانی	برسی میزان انطباق درمان در بیماران بستری شده در بیمارستان نور با تشخیص اسکیزوفرنی در اپیزود اول بیماری باراهنماهای درمانی معتبر و EBM در سال های ۸۴-۸۹	در حال اجرا	
۱٤	مشترک با سایکوسوماتیک	دکتر افشار مرتضی مولودی- مهرداد عقیلی	برسی انواع علائم گوارشی در معتادین مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد در اصفهان و مقایسه ی آنان با افراد غیر معتاد		
۱۵	مشترک با سایکوسوماتیک	دکتر افشار فائزه صابری-ستاره روحانی	مقایسه شدت نارسائی هیجانی، راهبرد های مقابله ای وسلامت عمومی در بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی مراجعه کننده به درمانگاه های پوست دانشگاه و افراد سالم در سال ۹۰-۹۱		

لیست پایان نامه های دستیاران روانپزشکی در مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان ۹۰

ردیف	شماره طرح	دانشجو	عنوان	دفاع	چاپ مقاله
۱		دکترابراهیمی،دکتر عمرانی فرد پوریافرانی	انطباق،آماده سازی و ارزیابی ویژگیهای روانسنجی نسخه فارسی مقیاس ارزیابی شناختی KICA در سالمندان	در حال اجرا	
۲		دکتر موسوی شعر باف	بررسی اثر بخشی NAC در کاهش ولع بیماران مبتلا به وابستگی به مت آمفتامین(شیشه)	در حال اجرا	
۳		دکتر موسوی احمد کرمی	بررسی مقایسه ای مفهوم عقل در منابع اسلامی و منابع روانشناسی و روانپزشکی		
٤		دکتر احمد زاده علی شاهین	مقایسه فراوانی نسبی اختلالات عملکرد جنسی در بیماران بستری در بخشهای روانپزشکی و سایر بخشهای تخصصی	در حال اجرا	
۵		دکتر افشار، دکتر آکوچیان الهام زارعان	بررسی اثر بخشی افزودن توپیرامات به درمان اختلال وسواسی-جبری مقاوم به درمان		
٦		دکتر شکیبائی محمود علیخانی	بررسی سیر بیماری افسردگی دانش آموزان مدارس راهنمائی شهر اصفهان در سالهای ۸۷-۹۰ (فاز چهارم طرح گرانت مصوبه دانشگاه)		
۷		دکتر آرمان طاهره صادقیه(فوق تخصص)	بررسی عوارض متابولیک آنتی سایکوتیکهای آتیپیک و ارتباط آن با عوامل سن،فعالیت فیزیکی و کیفیت زندگی بیمار و سایر عوارض جانبی		
۸	مشترک با مرکز سایکو سو ما تیک	دکتر برکتین هدیه عسگر پور فائزه زاهدیان	بررسی ارتباط شاخص های انژیوگرافی قلبی،اپولیپوپروتئینE٤,MRI مغزی با اختلال شناختی و گروه کنترل در افراد بالای ٦٠ سال		

لیست طرحهای آزاد در سال ۹۰

ردیف	شماره طرح	مجری	عنوان	گزارش	چاپ مقاله
۱		دکترباقریان-دکتر ایزدخواه	بررسی اکتشافی رابطه متغیرهای روانشناختی(خصوصیات شخصیتی،اضطراب،افسردگی و استرس)با وضیعت خود مراقبتی در بیماران همودیالیزی در اصفهان در سال ۹۰		
۲	۳۵۲۹۱۰	دکتر باقریان-دکتر ایزد خواه	بررسی اکتشافی رابطه طر حواره های شناختی بر اساس مدل یانگ با ادراک بیماری،کیفیت زندگی و تنظیم هیجانی در بیماران مبتلاMS	در حال اجرا	
۳		دکتر عطاری-دکتر مهدی ژیان پور	بررسی فراوانی شنیداری موسیقی رپ و تاثیر آن بر اسکیمای جنسیت و جنس در میان نوجوانان		
۴		دکترابراهیمی-دکتر آکوچیکیان و آقای علیپور	تبین و ارائه سبک زندگی سالم رضوی		
۵	۲۹۰۳۱۵مشترک با پزشکی قانونی	دکترقشلاقی-دکتر عطاری	بررسی پنج ساله الگوی قتل در اجساد ارسالی به مرکز پزشکی قانونی در سالهای ۸۶-۹۰	در حال اجرا	
٦	۲۹۱۰٤٤	دکتر نجفی	بر اضافه وزن ناشی از دارو در کودکان بیش Kinect-xbox بررسی تاثیر استفاده از کنسول های بازی Kinect-xboxبر اضافه وزن ناشی از دارو در کودکان بیش فعال	در حال اجرا	
۷		دکتر نجفی	بررسی استفاده از بازیهای رایانه ای دندانپزشکی بر کاهش اضطراب و ترس کودکان مراجعه کننده به درمانگاههای دندانپزشکی اصفهان		
۸	۲۹۱۰۵٦	دکتر کاراحمدی محمد موسوی	بررسی متیلاسون پروموتر ژن های RORA,BCL۲ در دوقلوهای تک تخمکی ناهمسان اتیسمی و نیز دوقلوهای دو تخمکی اوتیسمی و مقایسه با سایر دو قلوهای جمعیت سالم عمومی	در حال اجرا	
۹	۲۹۱۰۵۱	دکتر کار احمدی محمد موسوی	بررسی متیلاسیون پروموتر ژن RORA در دوقلوهای تک تخمکی همسان اتیسمی و نیز خانواده های واجد دو فرزند مبتلا به اوتیسم و مقایسه آن با سایر افراد سالم خانواده و جمعیت عمومی	در حال اجرا	
۱۰	۲۹۱۰۵۰	دکتر کار احمدی محمد موسوی	بررسی متیلاسیون ژن BCL۲ بعنوان یک اثر اپی ژنتیکی در کودکان اوتیسمی و مقایسه آن با خواهر و برادرهای سالم و جمعیت عمومی	در حال اجرا	
۱۱		مهین امین الرعایا دکتر خیرآبادی	طراحی،اجرا و ارزشیابی کارگاه آموزشی (اختلالات روانپزشکی)پرستاران در بخشهای روانپزشکی بیمارستانهای شهر اصفهان در سال ۹۰		
۱۲		مهین امین الرعایا دکتر عطاری	طراحی،اجرا و ارزشیابی کارگاه آموزشی(مراقبتهای داروئی و غیر داروئی) پرستاران در بخشهای روانپزشکی بیمارستانهای شهر اصفهان در سال ۹۰		
۱۳		مهین امین الرعایا دکتر خیرآبادی	طراحی،اجرا و ارزشیابی کارگاه آموزشی(مراقبتهای پرستاری)پرستاران در بخشهای روانپزشکی بیمارستانهای شهر اصفهان در سال ۹۰		
۱٤		دکتر کار احمدی مریم رضائی	مقایسه اثربخشی(آموزش گروهی)باروش استاندارد در بهبود اختلال یادگیری املاء دانش آموزان دوم ابتدائی و گروه کنترل		
۱۵		عارفه عرفان دکتر یوسفی	تاثیر آموزش مهارتهای زندگی بر هوش معنوی در دانشجویان پیام نور شهرضا		

تحقیقات علوم رفتاری

(علمی – پژوهشی) دو فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری
۱۳۹۱، دوره ۱۰، شماره ۲ (پی در پی ۲۳)

مقاله های پژوهشی

۷۹-۸۹ مقایسه تأثیر فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی همراه و بدون حمایت خانوادگی بر کاهش اضطراب در بیماران کرونری قلب
ضیاء قائم مقام فراهانی، اسحق رحیمیان بوگر، محمود نجفی، اکبر فروغ‌الدین عدل، سولماز دبیری

۹۰-۹۸ مقایسه سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، بیماران مبتلا به اختلال‌های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار
مهدی طاهری، جعفر حسنی، محمد مولوی

۹۹-۱۰۷ مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان
حسن یعقوبی، فرامرز سهرابی، علی محمدزاده

۱۰۸-۱۱۳ مقایسه کودک‌آزاری در بیماران مبتلا به اختلال وابستگی به مواد و افراد غیره وابسته در شهر اصفهان
اصغر زره‌پوش، جواد کبریایی‌زاده، مهدی ربیعی، امیرحسین صادقی حسنیجه

۱۱۴-۱۲۳ اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و کیفیت روابط در خانواده بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی
امیرحسین مجرد کاهانی، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی، مرتضی مدرس غروی

۱۲۴-۱۳۲ اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش علایم افسردگی دانش‌آموزان
سید محمود میرزمانی، فتاح آزور، بهروز دولتشاهی، علی عسگری

۱۳۳-۱۴۳ نیازسنجی آموزشی پرستاران شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌های شهر اصفهان
مهین امین الرعایا، عباس عطاری، محمد رضا مراثی، کاظم هادی پور، ویکتوریا عمرانی فرد

مقاله مروری

۱۴۴-۱۵۳ فراتحلیل اثربخشی دارو درمانی بر میزان نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری: (ایران ۱۳۷۹-۱۳۸۹)
محبوبه کیانی، احمد عابدی، سالار فرامرزی

Original Articles

89 The comparison of group behavioral activation with and without familial support effectiveness on anxiety reduction in coronary heart disease
Ziaeh Ghaem-magham Farahani, Isaac Rahimian Boogar, Mahmood Najafi, Akbar Forooeddin Adl, Solmaz Dabiri

98 Psychological health among patients with irritable bowel syndrome, patients with organic gastrointestinal disorders, and normal individuals: A comparative study
Mehdi Taheri, Jafar Hasani, Mohammad Molavi

107 The comparison of cognitive behavior therapy and Islamic based spiritual religion psychotherapy on reducing of student's overt anxiety
Hassan Yaghubi, Faramarz Sohrabi, Ali Mohammadzadeh

113 The comparison of child abuse in patients with substances dependence and non-dependent persons in Isfahan, Iran
Asghar Zerehpoush, Javad Kebreiaeizadeh, Mehdi Rabiei, Amir Hosien Sadeghi Hosni-jeh

123 The efficacy of group psycho educational interventions in promoting quality of life and quality of relationships on family of patients with bipolar disorders
Amir Hossein Mojarrad Kahani, Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi, Morteza Modares Gharavi

132 Efficacy of life skills training on reduce depressive symptoms in student population
Seyed Mahmoud Mirzamani, Fatah Azvar, Behrouz Dolatshahi, Ali Askari

143 Assessment of educational needs of nurses working in psychiatric wards of hospitals in Isfahan, Iran
Mahin Aminoroaia, Abbas Attari, Mohammad Reza Maracy, Kazem Hadipour, Victoria Omranifard

Review Article

153 A meta-analysis on the effectiveness of drug therapy in improving obsessive-compulsive disorder symptoms
Mahboobeh Kiani, Ahmad Abedi, Salar Faramarzi

مدون روانپزشکی

جایگاه انواع روشها در درمان اختلال دو قطبی

اجرا: اعضای کمیته اختلافات خلقی انجمن روانپزشکان ایران

زمان : ۹۱/۷/۲۰

مکان: بیمارستان نور در سالن کنفرانس

زمان	عنوان	سخنران	رتبه علمی
۹-۹/۵	تلاوت آیاتی از کلام ا...مجید		
۹/۵-۹/۲۰	کلیات درمان اختلال دو قطبی	دکتر امیر شعبانی	روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
۹/۲۰-۹/۵۰	جایگاه اختلال دو قطبی و کارگاه MOZEPIN در درمان اختلال دو قطبی	دکتر یوسف سمنانی	روانپزشک دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۹/۵۰-۱۰/۲۰	جایگاه لاموتوژین و داروهای ضد تشنج جدید در درمان اختلال دو قطبی	دکتر سید مهدی صمیمی اردستانی	روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۱۰/۲۰-۱۰/۳۵	جایگاه داروهای ضد افسردگی در درمان اختلا دو قطبی	دکتر همایون امینی	روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۰/۳۵-۱۱/۵	پانل پرسش و پاسخ		
۱۱/۵-۱۱/۳۰	استراحت و پذیرایی		
۱۱/۳۰-۱۲	جایگاه لیتیوم و داروهای ضد سایکوز در درمان اختلال دو قطبی	دکتر امیر شعبانی	
۱۲-۱۲/۳۰	جایگاه رواندرمانی در درمان اختلال دو قطبی	دکتر امرالله ابراهیمی	دکترای روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی صفهان
۱۲/۳۰-۱۲/۴۵	جایگاه مواد مکمل و مغذی در درمان اختلال دو قطبی	دکتر همایون امینی	
۱۲/۴۵-۱۳/۱۵	TMS,ECT در درمان اختلال دو قطبی	دکتر مجید برکتین	روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۱۳/۱۵-۱۴	پانل پرسش و پاسخ		

بازآموزی های مدون

پزشکان عمومی	متخصصین روانپزشکی
۹۱/۷/۱۳ -دانشگاه اصفهان/ دانشکده داروسازی/ تالار خرازی ۹۱/۱۰/۷ دانشگاه اصفهان/دانشکده داروسازی/ تالار خرازی عناوین در سایت EDC یک ماه قبل از تاریخ برنامه ها اعلام می گردد.	۹۱/۷/۲۰ - بیمارستان نور/ ساکن کنفرانس ۹۱/۹/۲۳ -بیمارستان فارابی ۹۱/۱۲/۳ بیمارستان نور/ سالن کنفرانس این برنامه به همراه انتخابات هیئت مدیره انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان می باشد. عناوین در سایت EDC یک ماه قبل از تاریخ برنامه ها اعلام می گردد.

بسمه تعالی

جناب آقای دکتر واعظی
ریاست محترم انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان
با عرض سلام و احترام

با توجه به شیوع اختلالات خلقی و تأثیر این بیماری بر کیفیت زندگی بیماران و وابستگان آنها، لزوم تشکیل کمیته خلقی در شهرستان اصفهان بیش از پیش محسوس می باشد. اهداف اولیه تشکیل این کمیته عبارت است از :

برگزاری نشستهای علمی ماهیانه با محوریت موضوع اختلالات خلقی توسط اعضاء به منظور آگاهی از آخرین اطلاعات و دستاوردهای علمی

برگزاری کنگره علمی و یا جلسات بازآموزی توسط این کمیته برای روانپزشکان محترم و پزشکان عمومی

برنامه ریزی به منظور آموزش وابستگان بیماران خلقی و افزایش میزان آگاهی آنها از ماهیت بیماری و نحوه برخورد و تعامل با بیماران.

همکاری با کمیته اختلالات خلقی انجمن روانپزشکان ایران به منظور انجام طرح های پژوهشی.

لازم به یادآوری است در صورت لزوم امکان تعیین اهداف ثانویه و برنامه ریزی جهت دسترسی به آنها وجود دارد.

اعضاء اولیه این کمیته به ترتیب حروف الفبا عبارتند از :

دکتر قربانعلی اسدالهی، دکتر مهدی اسلامی،دکتر حمید افشار، دکتر مجید برکتین، دکتر ریحانه خدادادی، دکتر حمید محمد بیگی

لذا خواهشمند است در صورت امکان با تشکیل این کمیته در شهرستان اصفهان موافقت نموده و دستور فرمائید اقدامات لازم در این خصوص به عمل آید.

با تشکر
دکتر حمید محمد بیگی

به نام خدا

جناب آقای دکتر محمد بیگی همکار گرامی
با سلام

درخواست جنابعالی مبنی بر تشکیل کمیته اختلالات خلقی شاخه اصفهان در جلسه هیئت مدیره انجمن قرائت و با تشکیل آن موافقت بعمل آمد. با توجه به شیوع اختلالات خلقی به ویژه در استان اصفهان تشکیل چنین کمیته های شایسته و ضروری بنظر می رسد. هر حرکتی که موجب خدمات و سرویس دهی بهتر و علمی تر به بیماران عزیز گردد مورد حمایت انجمن قرار خواهد گرفت. امیدواریم همکاران عزیز فعال ما در انجمن اصفهان نیز آمادگی خود را برای عضویت در این کمیته اعلام نمایند. انجمن علمی اصفهان نیز آمادگی خود را برای هر نوع همکاری با آن کمیته اعلام می دارد.

با آرزوی موفقیت

دکتر سید مرتضی واعظی
رئیس انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان

انتخاب روانپزشک نمونه

به دنبال درخواست سازمان نظام پزشکی اصفهان از انجمن روانپزشکان این استان مبنی بر معرفی ۵ نفر از روانپزشکان جهت انتخاب روانپزشک نمونه، طی مشورت اعضای هیئت مدیره و نظر سنجی از چندین تن از اعضای هیئت علمی ۵ نفر از همکاران عزیزمان به سازمان معرفی شدند تا به انتخاب سازمان نظام پزشکی از یک نفر آنها در روز پزشک تجلیل به عمل آید.

اسامی پیشنهادی به ترتیب :

دکتر سید رضا امیری

دکتر علی عباسعلی زاده

دکتر ویکتوریا عمرانی فرد

دکتر محسن معروفی

دکتر نیره سید مظفری

با آرزومندی موفقیت برای تمام پزشکان که برای تسکین آلام مردم کوشش می کنند.