خبرنامه داخلی انجمن علمی روانپزشکان استان اصفهان
دو فصلنامه بهار و تابستان/ ۱۳۹۲

**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: ۸۵۳۰-۰۷۵-۰۹۱۳

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 علی عباسعلی زاده
**خزانه دار:** دکتر غلامرضا بارانی
**عضو هیئت مدیره:** دکتر آزاده ملکیان
**بازرس:** دکتر فرزانه رجایی
**اعضاء علی البدل:** دکتر فریدون یداله مقدم، دکتر حمید محمد بیگی
**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 عباس عطاری - دکتر صفا مقصودلو دکتر علی عباسعلی زاده - دکتر مسعود ازهر - دکتر آزاده ملکیان دکتر محمد رضا شیدایی - دکتر سید غفور موسوی - دکتر حافظ باجغلی - دکتر مریم رضایی - دکتر حمید محمد بیگی - دکتر آرش ناهید - دکتر ترانه تقوی - دکتر ریحانه خدادادی - دکتر ناهید گرامیان - دکتر امراله ابراهیمی - دکتر محسن امینی

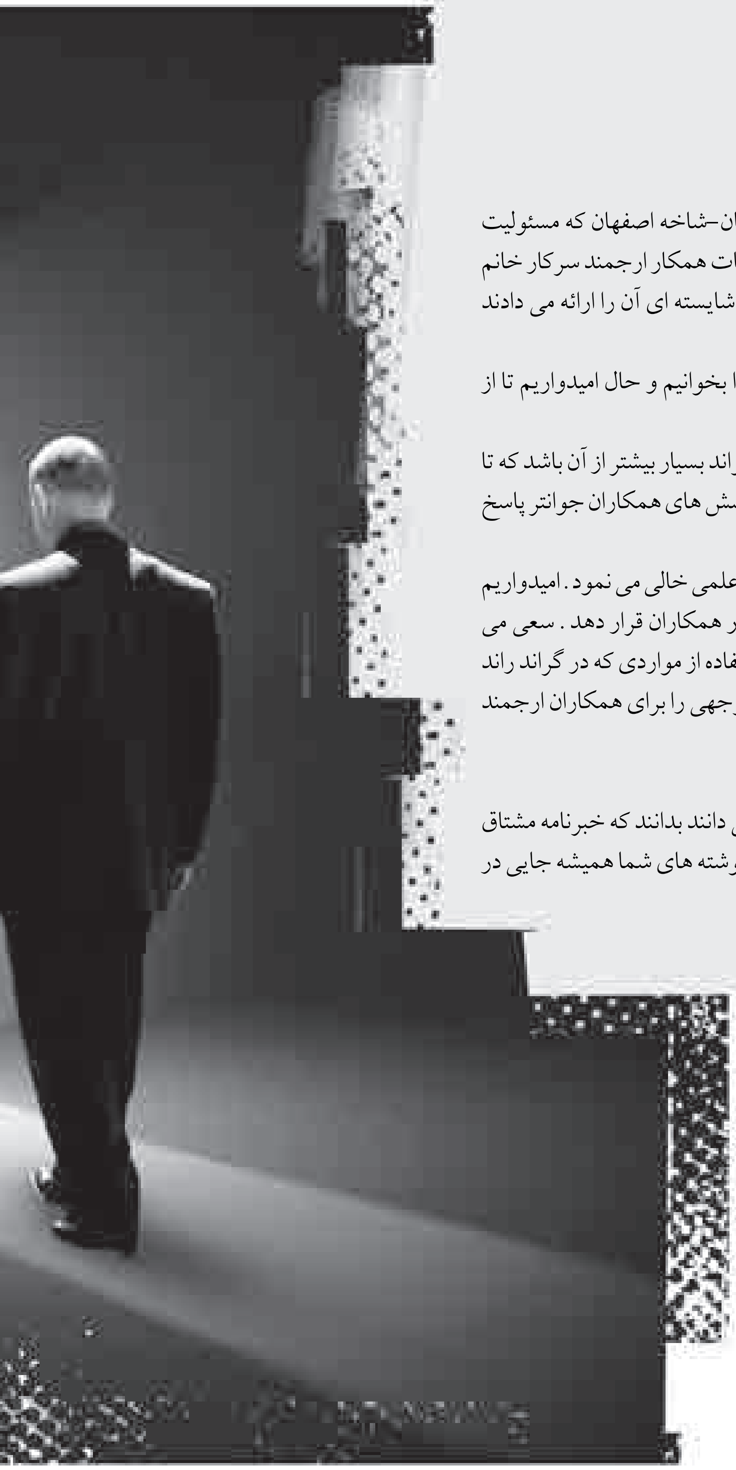
**▪ جامعه روانپزشکی حیطه وسیعی را شامل می شود؛ کسانی که خود را عضو آن می دانند بدانند که خبرنامه مشتاق هر گونه مشارکت ایشان است.**
**▪ برای انتقادات، پیشنهادات، خاطرات، نظرات و نوشته های شما همیشه جایی در خبرنامه وجود دارد.**

انجمن روانپزشکان
استان اصفهان

**شاخه ای شکست**
**اما بلا فاصله روی زمین نیفتاد**
**شاخه های دیگر آن را**
**چند ساعتی نگه داشتند**
**و از آن پرستاری کردند.**

کریستیان بوبن

سخن آغازین ........ ۲
مطلعی برای نقش عرفان در روان درمانی ........ ۳
گزارش انتخابات انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان ........ ۴
چرخه حیات ........ ۵
روان پویایی علایم در یک بیمار مبتلا به اختلال در کنترل تکانه ........ ۶
شرح حال و بحث تشخیصی یک مورد در گراند راند بیمارستان نور اصفهان ........ ۹
چالشهایی در مطب روانپزشکی ........ ۱۱
در مزایای بروکراسی ........ ۱۴
ویژگی دو قطبی ها از قول بیمار ........ ۱۶
تعمیر و نگهداری ........ ۱۷
مطالبی نو از سایکوفارماکولوژی ........ ۱۸
دیوانگی مولانا ........ ۲۰
یک داستان از زندگی روزمره ........ ۲۳
پزشک خانواده ........ ۲۵
پرسش و چالش ........ ۲۶
ریسک ناشی از مصرف داروها در دوران بارداری ........ ۲۷
معرفی فیلم ........ ۳۰
دیدار پیر مرد در مطب ........ ۳۱
گزارش فعالیت واحد سلامت روان ........ ۳۲
مداخلات و توصیه های روانشناختی برای مراقبین افراد مبتلا به دمانس ........ ۳۳
معرفی کتاب ........ ۳۶
اخبار ........ ۳۸
فعالیت های پژوهشی مرکز علوم رفتاری ........ ۴۰
مکاتبات انجمن ........ ۴۴



# سخن آغازین

دکتر علی عباسعلی زاده
روانپزشک و مسئول خبرنامه

با سپاس از حسن نظر همکاران ارجمند در هیئت مدیره انجمن علمی روانپزشکان-شاخه اصفهان که مسئولیت خبرنامه را بعهده اینجانب گذاشته اند قبل از هر چیز وظیفه خود می دانم تا از زحمات همکار ارجمند سرکار خانم دکتر مقصودلو که پیش از این مسئولیت خبرنامه را بعهده داشتند و به نحو بسیار شایسته ای آن را ارائه می دادند قدردانی کنم .

در شماره های قبلی عادت کرده بودیم تا نوشته های عده معدودی از همکاران را بخوانیم و حال امیدواریم تا از تجربیات همه همکاران در قالب نوشته های موجز و مفید بهره مند شویم .

به نظر اینجانب سهم اساتید بزرگوار انجمن روانپزشکی اصفهان در خبر نامه می تواند بسیار بیشتر از آن باشد که تا کنون بوده است . در نخستین قدم از چند نفر از اساتید ارجمند تقاضا کردیم تا به پرسش های همکاران جوانتر پاسخ بدهند که از این شماره بتدریج پاسخ های آنان را خواهیم خواند .

جای گزارش های موردی از موارد مشکل و آموزنده شرح حال بیماران در خبرنامه علمی خالی می نمود . امیدواریم شرح حال های موردی از تشخیص و درمان تجربیات بسیار آموزنده ای در اختیار همکاران قرار دهد . سعی می شود از این پس با همکاری گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و استفاده از مواردی که در گراند راند های این گروه که دربیمارستان خورشید اصفهان برگزار می شود قسمت جالب توجهی را برای همکاران ارجمند در خبرنامه فراهم کنیم .

یک بار دیگر شعار همیشگی خبرنامه را تکرار می کنیم که :

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

دکتر محمدرضا شیدایی، روانپزشک

# مطلعی برای نقش عرفان در روان درمانی

«براعت استهلال این شماره را با شعری از عارف و شاعر مشهور ایرانی مجدودالدین سنایی غزنوی آغاز می کنیم- گرچه حتی بعضی از اهل ادب نام وی را مجدالدین ذکر می کنند. با این امید که در شماره های آتی بحث مفصلی در مورد عرفان و عرفان درمانی داشته باشیم، اشاره به این نکته که این شعر در بازه زمانی هزار سال قبل سروده شده و هنوز موقع خواندن احساس می کنیم در زمان معاصر گفته شده است نشانه غنای بی کران زبان پارسی است.»

تو را دل دادم ای دلبر، شبت خوش باد من رفتم
تو دانی با دل غمخور، شبت خوش باد من رفتم

اگر وصلت بگشت از من، روا دارم روام دارم
گرفتم هجرت اندربر، شبت خوش باد من رفتم

ببردی نور روز و شب بدان زلف و رخ زیبا
زهی جادو، زهی دلبر، شبت خوش باد من رفتم

میان آتش و آبم از این معنی مرا بینی
لبان خشک و چشم تر، شبت خوش باد من رفتم

بدان راضی شدم جانا که از حالم خبر پرسی
از این آخر بود کمتر؟ شبت خوش باد من رفتم

# گزارش انتخابات انجمن علمی روانپزشکی ایران- شاخه اصفهان

دکتر صفا مقصودلو- روانپزشک

انتخابات دوره جدید هیئت مدیره انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان در تاریخ ۹۱/۱۲/۳ با حضور آقای دکتر جلیلی مشاور عالی انجمن و آقای دکتر میر سپاسی رئیس انجمن روانپزشکان ایران در هتل کوثر اصفهان با شرکت اکثریت روانپزشکان این شاخه برگزار گردید.

مراسم از ساعت ۸/۳۰ صبح شروع شد که در ابتدای جلسه جناب آقای دکتر قربانعلی اسدالهی و آقای دکتر آرش قدوسی به بحث در خصوص اخلاق در روانپزشکی پرداختند. بعد از آن آقای دکتر سید محمد مسعود ازهر با ابتکار جالبی که انجام دادند فیلم قدیمی از کلاس درس روانپزشکی به نمایش گذاشتند که بسیاری از حاضرین در جلسه جزو شرکت کنندگان کلاس درس در فیلم بودند و مورد توجه بسیار قرار گرفت.

سپس با شروع جلسه انتخابات ابتدا آقای دکتر سید مرتضی واعظی گزارشی از فعالیت های سه ساله انجمن ارائه نمودند. این فعالیت ها در چند حیطه فعالیتهای فرهنگی، علمی و آموزشی و صنفی تقسیم شده بوده که در هر زمینه به ذکر جزئیات فعالیتها پرداخته شد.

سپس گزارش مالی انجمن توسط رئیس و خزانه دار انجمن ارائه گردید که در این گزارش نیز کلیه هزینه ها و درآمدهای انجمن برای اعضاء توضیح داده شد.

سپس سرکار خانم دکتر فرزانه رجایی بازرس انجمن گزارش کاملی از بررسی عملکرد و دفاتر هزینه ها ارائه نموده و از زحمات اعضای انجمن تشکر و قدردانی به عمل آوردند.

نوبت رسید به کاندید شدن اعضا که طبق معمول همه پرکار بودند و گرفتار و از سایرین انتظار قبول مسئولیت داشتند. از تعارف شروع و به اصرار و تهدید ختم شد و بسیاری از همکاران عزیز با اصرار سایرین کاندیدا شدند.

از میان ۱۰ نفر کاندیدای هیئت مدیره ۵ نفر به عنوان اعضای اصلی و ۲ نفر به عنوان عضو علی البدل انتخاب شدند. از میان کاندیداهای بازرس ۱ نفر به عنوان بازرس اصلی و یک نفر به عنوان بازرس علی البدل انتخاب شدند. از شرکت کنندگان با صرف میان وعده و ناهار پذیرایی شد. همچنین در تاریخ ۹۲/۱/۲۲ اولین جلسه هیئت مدیره برگزار و انتخابات داخلی هیئت مدیره انجمن انجام گردید که نتیجه آن به شرح زیر است.

| | |
|---|---|
| دکتر سید مرتضی واعظی | رئیس |
| دکتر صفا مقصودلو | نایب رئیس |
| دکتر علی عباسعلی زاده | دبیر انجمن و مسئول خبرنامه |
| دکتر غلامرضا بارانی | خزانه دار |
| دکتر آزاده ملکیان | عضو هیئت مدیره |
| دکتر فرزانه رجایی | بازرس |
| دکتر حمید محمدبیگی | عضو علی البدل و مسئول بازآموزی |
| دکتر فریدون یداله مقدم | عضو علی البدل |
| دکتر مرتضی امامی پارسا | بازرس علی البدل |

# چرخه حیات

دکتر مسعود ازهر
فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

افسانه حیات دو روزی نبود بیش
آن هم کلیم با تو بگویم چه سان گذشت
یک روز صرف بستن دل شد به این و آن
روز دگر به کندن دل زین و زان گذشت

بالاخره با زحمت زیاد فیلم ویدئویی به نمایش در آمدآن هم روی یک صفحه تلویزیون کوچک، دستگاههای امروزی زبان یکدیگر را نمی فهمند و ویدئو پروژکتور با دستگاه ویدئو هماهنگی نداشت و شاید این رسم زمانه گرفتار ماهم شده است که حرف یکدیگر را نمی فهمیم. فیلم در سال ۱۳۷٤ تهیه شده بود در کلاس درس روانپزشکی بیمارستان خورشید .اگر چه کلاس درس، صندلیها و در و دکور تازه ای پیدا کرده وخیلی شیکتر از قبل شده ولی تشخیص اینکه اینجا کجاست کار سختی نبود.

دوربین از روی سخنران بطرف حضار چرخید و تصاویر هفده سال قبل روانپزشکانی که در کلاس درس نشسته اند پیدا شد. توضیح دادم کسی که در این گوشه نشسته اند آقای دکتر فلان و دیگری خانم دکتر فلان و اکثراً در جلسۀ امروز هم حضور داشتند. جلسه امروز جلسه خاصی است. روز ۹۲/۱۲/۲۸ انتخابات هیات مدیره انجمن اصفهان و دو میهمان عزیز دارد از تهران و برنامه مدون روانپزشکی است با عنوان اخلاق در روانپزشکی و همه اینها باعث شده تا این بار جلسه در هتل کوثر برگزار شود و همراه باشد با ناهار. اساتید و رزیدنتهای روانپزشکی هم به جمعیت پیوسته اند و سالن شلوغ است . دیدن چهره جوان اساتید  در فیلم خیلی را متعجب کرده است. می خواهند بدانند این سخنران کیست که این قدر مسلط و با تمام وجود صحبت می کند. غم چهرۀ مهمانان تهرانیمان را دگرگون می کند. دکتر میرسپاسی و دکتر جلیلی دزدانه اشکهایشان را پاک می کنند. می گویم او اولین استاد روانپزشکی کودک و نوجوان کشور است. او خانواده درمانگری ماهر و خلاق است .او با دقتی باورنکردنی به مسائل نگاه می کند و نظرات و عقایدش موجی از تفکر را به ذهن شنونده میاورد. او با زیرکی، جثه قوی وصدای با نفوذش کار ده جلسه خانواده درمانی را در یک جلسه انجام می دهد و شاید در چندقیقه . تاثیر او بر روانپزشکی کودک و نوجوان تا سالها ادامه خواهد داشت .

در این زمان دوباره دوربین بطرف سخنران برگشته است و عده ای از گوشه وکنار داد می زنند او دکتر سهامی است. آری او دکتر محمد ولی سهامی است او که دیروز کتاب چرخه حیات را نوشت.امروز به انتهای این چرخه رسید و چقدر زود و نابهنگام .

# روان پویایی علایم در یک بیمار مبتلا به اختلال کنترل تکانه

دکتر علی عباسعلی زاده
روانپزشک

رفتار های تکانشی و به عبارتی باری به هر جهت یا هر چه باداباد به دلایل مختلفی اتفاق می افتد .

یک بیمار افسرده از سر استیصال ، نا امیدی و بی حوصلگی ممکن است رفتار هایی از خود نشان دهد که نشانه فقدان دور اندیشی باشد. یک بیمار مانیک به دلیل خلق بالا ممکن است رفتار هایی داشته باشد که از بی پروایی و عدم حسابگری حکایت می کند و به عبارتی تکانشی و بدون توجه به عواقب آن است . در بیمار وسواسی که سعی فراوان بر کنترل رفتار خود دارد ممکن است شاهد رفتار های پرخاشگرانه ای باشیم که هم خود او و هم دیگران را غافلگیر کند که نشان از مهار ازدست دادن مکانیسم های دفاعی او دارد و تکانشی است . در شخصیت های ضد اجتماعی و مرزی بطور معمول شاهد رفتار های تکانشی هستیم . در اختلالات سایکوتیک به دلیل تسلط تفکر غیر انتزاعی و ضعف شدید عملکرد ایگو شاهد رفتار های تکانشی هستیم. به طریق اولی در بیمارانی که از بهره هوشی پایینی برخوردارند مشاهده رفتار های تکانشی و نسنجیده تعجب کسی را بر نمی انگیزد. رفتار های تکانشی به دلیل ناپخته و فاقد دور اندیشی بودن کودکانه است و در هر بچه سالمی انتظار آن را داریم و امیدواریم در پروسه رشد بتدریج کم رنگ شود و رفتار های عاقلانه و بالغانه جای آن را بگیرد . اما بیمار مورد بحث ما اگرچه همه مشکلات او از اختلال کنترل تکانه ناشی می شود اما در هیچیک از عنوانهای فوق قرار نمی گیرد مگر آنکه بگوییم از اختلال کنترل تکانه ای رنج می برد که به نوع دیگری طبقه بندی نشده است .

بیمار مورد بحث ما خانم جوانی است که با وجود آنکه تحصیل کرده است و مدتی نیز به عنوان کارمند یک شرکت خصوصی مشغول به کار بوده است در حال حاضر فقط به خانه داری مشغول است .

مهم ترین شکایت او که موجب مراجعه به روانپزشکان متعدد شده است فقدان رضایت از زندگی زناشویی است . بیشترین اشتغال ذهنی او چه کنم چه کنم بر سر ادامه زندگی مشترک فعلی یا طلاق است . او که بهنگام تحصیل در دانشگاه مجذوب یکی از کارکنان اداری دانشگاه شده است» اینک از سخت گیری ها

و کنترل بیش از اندازه شوهر خود به ستوه آمده است «. بر خلاف خود او که نسبتاً « آدم سر به هوایی است» شوهرش بسیار مبادی آداب است و اگرچه کنترل کننده و انعطاف نا پذیر است اما در محیط اجنماعی دست از پا خطا نمی کند .
هر چقدر که او هیجان زده و برون گراست همسر او خود دار و در عین حال تو دار و در روابط عاطفی سرد است . هر چقدر که او به راحتی از کوره در می رود شوهرش خویشتن دار است . حتی وقتی که کار به درگیری های لفظی می کشد بیشتر اوست که فحاشی می کند و حتی بیشتر اوست که کار را به درگیری های فیزیکی می کشاند .
او اگرچه بعد از هر بار که رفتار های باری به هر جهت و نسنجیده از او سر می زند پشیمان می شود و خود را ملامت می کند و نیز خلق افسرده پیدا می کند و به گریه می افتد اما خلق افسرده روحیه معمول او نیست و به روال عادی آدم نسبتاً شاد و اجتماعی است و نزدیکان او از معاشرت با او بخاطر روحیه شادی که دارد لذت می برند . او بخاطر منش گرم و پذیرایی که دارد لطف و مراقبت دیگران را جلب می کند اما به دلیل تحریک پذیری افراطی و رفتار های تکانشی همواره مورد هشدار دیگران قرار می گیرد به نحوی که یکی از دوستان بسیار صمیمی او که بسیار هم به او محبت دارد او را «دوست وحشی» خود می نامد .
او از تنش شدید در زندگی زناشویی رنج می برد که فکر طلاق را به جدّ برای هر دو ی آنها مطرح کرده است .
او بار ها در تعاملات معمول اجتماعی از کوره به در رفته است و رفتار های تندی داشته که غالبا موجب پشیمانی اش شده است
اختلال در کنترل تکانه های او به دلیل مشکل روانپزشکی اساسی تری مثل اختلال خلقی یا سایکوتیک و یا اختلال شخصیت و یا اختلال ناشی از مصرف مواد قابل توجیه نیست .
رفتار های تکانشی نشانه بسیار روشنی از عملکرد ضعیف و ناپخته ایگو است .
رفتارهای تکانشی به معنای فقدان دور اندیشی ، عدم خویشتن داری در برابر وسوسه ها و تحریک غرایز ، رفتارهای باری به هر جهت ، فقدان برنامه در مدارا با مشکلات ، رفتار هرچه بادا باد ، رفتار نا سنجیده و ... است که همگی از عدم رشد روانی و نا پختگی ذهنی فرد حکایت می کند . اما بیمار ما مطابق با معیار های معمول جامعه ما آدم نسبتاً موفقی است . او در امر تحصیل بسیار موفق بوده است ، در زندگی اجتماعی انسان مهربان و نسبت به دیگران دلسوز است .حال معما این است که چگونه انسان بالغی که از هوش خوبی هم برخوردار است به دلیل نقصان در بعضی از عملکرد های ذهنی سرنوشتی که سزاوار آن است را از دست می دهد و هم خود و هم دیگران را به زحمت می اندازد و به عبارتی به مکانیسم های دفاعی روانی خاصی متوسل می شود تا خود و دیگران را بفریبد ؟ در این فرد خاص چه زمینه پاتولولوژیکی می توان یافت که او را در کنترل تکانه های خویش نا شکیبا ساخته است و به عبارتی مشکل او با خویشتن داری از کجاست ؟
او در زندگی زناشویی مشکل شدید دارد و در صدد طلاق است . آیا اینکه به قول خودش دیگر نمی تواند به همسرش محبت کند و از « تند خویی ها وسخت گیریهای « همسرش به ستوه آمده است و» حتی از او متنفر شده است « سبب نشده است که به ادامه زندگی مشترک خود امیدوار نباشد ؟ علاوه بر آن همه تردید بیمار ما برای طلاق به این دلیل است که از کرده های خویش خبر دارد و در عین دل بریدن از شوهر خود فکر می کند که مرد صبور تری را برای زندگی مشترک مجدد نخواهد یافت .
طبیعی است که عدم مماشات او به تعهدات زندگی مشترک سبب تنش در رابطه با همسرش می شود که ابتدا کنترل و سختگیری وبه دنبال آن انتقاد و بگو مگو ، تنش های فزاینده ، سردی رابطه ، استیصال ، بی تفاوتی و سر انجام جدایی را به دنبال خواهد داشت .
بنابر این اگر قرار است چیزی تغییر کند و اصلاح شود در مرحله نخست عدم خویشتن داری بیمار است . حتی اگر همه پلهای پشت سر او در این زندگی مشترک خراب شده و چاره ای جز جدایی نداشته باشد برای آنکه این ماجرا در زندگی بعدی تکرار نشود مشکلی که باید حل شود رفتار های تکانشی بیمار در تعامل با دیگران و عملکرد ارتباطات اجتماعی اوست .

**آیا می توان فهمید که رفتار بی محابای بیمار در برابر انگیزه های پرخاشگرانه از کجا ناشی شده است ؟**

رفتار های تکانشی که در واقع مکانیسم دفاعی Acting out می باشند خود به تنهایی هدف نیستند بلکه نوعی منش برای رسیدن به تعادل درونی هستند .خشم و پرخاش گاه خود یک مکنیسم دفاعی است تا آدمی از مواجهه با عواطف و افکار اضطراب انگیز اساسی تر طفره برود . ممکن است بیمار دیگری با همین انگیزه ولی با مکانیسم و راه و روش دیگری در صدد تامین خواسته های خود باشد .
مشکل عمده بیمار اینست که به سرعت تحریک می شود و با کوچکترین تنشی از کوره به در می رود و کار را به جنگ می کشاند و رفتار مخرب از او سر می زند . خویشتن دار نیست و این زندگی او را در همه تعامل های اجتماعی پر تنش می سازد و بویژه زندگی مشترک او را به مرز طلاق کشانده است .
پیداست که خشم فرو خورده ای دارد که با کوچکترین تحریک فوران می کند و مکانیسم دفاعی عمده دیگری که به کار می گیرد جابجایی است .
تنش های زندگی مشترک هردم فزونی می یابد و بگو مگو های لفظی به درگیری های فیزیکی و گواهی پزشکی قانونی منجر شده است . حمایت های به حق و یا نا حق خانواده و دوستان که تنها صورت کبود کتک خورده او را می بینند، شوهر روشنفکری که از سخت گیری ها و رفتار « وحشیانه « گاه بگاه خود عذر خواهی می کند و از همه مهمتر زندگی مشترک که می خواهد بخاطر حضور بچه به هر قیمتی ادامه یابد و... داستان را به شدت پیچیده می کند .
او این اواخر همه چیز را رها می کند و تنها با این شکایت به درمانگر مراجعه می کند که زندگی مشترک آنها پر تنش شده است . درمانگر وقتی می شنود که شوهرش او را کتک می زند از او می خواهد که شوهرش را برای مصاحبه با خود بیاورد و آنگاه با تعجب با مرد روشنفکری مواجه می شود که به شدت کلافه است.او قبول دارد که به همسرش سخت می گیرد ولی کلافه شده است که چرا همه چیز رو به ویرانی نهاده است. او علی رغم همه هیبت مردانه اش به گریه می افتد و مستاصل است که چرا روابط زناشویی و خانوادگی آنها چنین سرد و غیر قابل تحمل شده است و به اندک بهانه ای کار به جرّ و بحث و دعوا می کشد و حال از دعوا هم گذشته است و بتدریج نسبت به هم بی تفاوت می شوند .
اگر نتوانیم ارتباط بین رفتار امروز بیمار را با تاثیرات گذشته زندگی او درک کنیم

تفسیر های ما از علایم بیمار عمق چندانی نخواهد داشت و از آنجا که بیمار از هیجانات عمیق فروخورده که موجب اصلی رفتار های خودشکنانه امروز اوست رهایی نمی یابد انتظار چندانی از بهبودی نمی توان داشت .

شوهر این بیمار آدمی است بسیار فداکار که در عین حال بسیار مراقب همسر خویش است . مراقبت به معنای واقعی کلمه نه آن که فقط مراقب طرز لباس پوشیدن او باشد ، مراقبتی که یک پدر جدی و البته سخت گیر از دختر خود می کند. قشرقهایی هم که خانم می کند هر کسی را به یاد « دختر لجباز بابا» می اندازد که علی رغم سپاسگزاری از مهربانی ها و دلسوزی های پدر از سخت گیری ها و بویژه کنترل ها و ممانعت های پدر عصبانیست .

عصیان بیمار در مقابل کنترل دیگران – بویژه در مقابل آنان که از اتوریته بیشتری برخوردارند ، می تواند پرخاشگری های عصیانگرانه او را توجیه کند

او از خشم فرو خورده ای رنج می برد که هردم او را به عصیان و پرخاش رهنمون می شود. حال شنیدن خاطراتی که او از رابطه با پدر خود دارد برای راز گشایی این معما کمک کننده خواهد بود .

پدر بیمار آدمی است به شدت عصبی و خود رای که هیچکس از اعضای خانواده او را دوست ندارد . از وقتی او به یاد دارد پدرش او را کتک می زده و حتی تا چند سال پیش نیز که او و شوهر داشت یک بار در میان جمع به بیمارسیلی زده است . پدر بچه ها و مادر را به طرز وحشیانه ای کتک می زد . همه بچه ها و نیز مادر به شدت از پدر متنفرند . اخیراً پدر از یک بیماری مهلک « جست » و بچه ها از پزشک او» دلخور شدند « که چرا اجازه نداده است تا بمیرد و همه از شرّ او خلاص شوند . او به شدت از پدر خود متنفر است . او هنوز هم از تحریک پذیری ها ، خشونت و پرخاشگری های وحشیانه پدر می ترسد . می گوید گرچه سنی از پدر گذشته است اما «متاسفانه «کماکان از توان فیزیکی خوبی برخوردار است . هیچ نکته مثبتی در رفتار پدر ندیده است . تنها احساس عاطفی بین آنها نفرت و خشونت بوده است . خشونتی که بار ها و بارها و به طرزی وحشیانه اعمال شسده است و او جز تسلیم و فرو خوردن بغض ، نفرت و خشم خود چاره دیگری نداشته است . خشم فرو خورده او و اینک نیاز به کمترین روزنه دارد تا غلیان کند و بر سر هر موضوعی با جهت و بی جهت خالی شود که مااین تابلورا اختلال انفجاری دوره ای تشخیص می گذاریم .

همسر او اگرچه بسیار مبادی آداب است اما کنترل کننده و در روابط عاطفی سرد است .

آیا رابطه هیجانی زن و شوهر ، عواطف رابطه پر تنش پدر و دختر را در بیمار بر انگیخته است و او اینک نه فقط با شوهر خود بلکه با پدر خود نیز که در جلد همسرش رفته است لجبازی می کند و در این راه برای اینکه به خود ثابت کند که در کنترل همسرش نیست در دام رفتار های نوروتیبک خود شکنانه گرفتار شده است ؟. در این صورت او در دوره های انفجاری در عدم کنترل تکانه های پرخاشگرانه نه تنها کسی را مورد پرخاشگری فیزیکی قرار می دهد و یا به کسی فحاشی می کند و اموال و اثاثیه خانه را تخریب می کند بلکه پرخاشگری های او که از سر لجبازی با هر کسی است که به او امر و نهی آزار دهنده بکند متوجه حیثیت و آبروی خود او نیز می شود .

بیمار باید بتواند خود را از تاثیر عواطف شدید و در عین حال عمیقاً واپس رانده شده منفی خود به آدمهای مهم گذشته که به شدت بر رفتار های امروز او اثر می گذارد رهایی بخشد . ترکیبی از عصبانیت از دست هر کسی که امر و نهی و کنترل آزار دهنده به او داشته باشد و عطش وابستگی های مثبت که پدر آن را از او دریغ کرده بود او را به وادی رفتار های نوروتیک مخرب کشانده است .بیمار نیاز دارد تا بجای آنکه با خشم و پرخاشگری و یا تسلسم و انفعال شتابزده از مواجهه با احساسات عمیق طفره برود با احساسات مربوطه روبرو شود تا حل شوند و از تاثیرات مخرب آنها رهایی یابد .

بیمار نیاز دارد بداند و درک کند که رفتار های تکانشی گرچه ممکن است موقتاً تنش درونی انسان را کم کند اما به دلیل ماهیت باری به هر جهت و هر چه باداباد آن نتیجه ای جز ملامت خویشتن ندارد و « شب شراب نیرزد به بامداد خمار « و گذشته از آن « چرا عاقل کند کاری که باز آرد پشیمانی » .

از آن مهمتر بیمار نیاز دارد بداند و عمیقاً درک و تجربه کند و نیز تمرین کند که لذت خویشتن داری و تسلط بر نفس و متانت و وارستگی که از آن به دست می آید به مراتب بیشتر از لدتهای آنی و پر تناقض است .

بیمار می آموزد و تمرین می کند که در مقابل هر مشکل بجای آنکه آتشی شود و فوراً دست به اعمال مخرب بزند و همه چیز را به آخر برساند خویشتن داری کند و با گفتگو و باز هم گفتگو، تعقّل و چاره جویی منطقی در صدد حل مشکل بر آید .

به عنوان مثال آنها بار ها حرف طلاق را زده بودند– ولی هر بار « وسط دعوا و فحش و فضیحت « ، که هیچیک از آنچه گفته می شد قابل دفاع نبود زیرا بهنگام هیجانات شدید قدرت تعقّل آدمی در اختیارش نیست . بعد از دعوا هردو از هم معذرت می خواستند و از نسبت هایی که به هم داده بودند شرمنده بودند.

به بیمار توصیه کردم بعد از این اگر به هر دلیل تنشی بین آنها پیش آمد مدت کوتاهی صبر کنند تا عصبانیت ها فرو کش کند سپس بساط چای را فراهم کند و آنگاه با خونسردی درباره اینکه بدرد هم نمی خورند و بهتر است جدا شوند با هم صحبت کنند . در این حالت هر دو به شدت به گریه می افتادند و همسرش مدعی می شد که غافلگیر شده است و بخاطر فقدانی که هنوز شروع نشده بود هر دو عزا دار می شدند و هر یک نگران آن دیگری می شد که مبادا از غصّه جدایی کار دست خودش بدهد .

نا گفته نماند که صرف نظر از اینکه رفتار های تکانشی ممکن است به دلیل اختلالات روانپزشکی ناشی از بیماری های عرفاً اورگانیک باشد در غالب بیماران مبتلا به اختلالات تکانشی نشانه هایی از ضایعات خفیف سیستم اعصاب مرکزی دیده می شود و داروهای مختلفی در درمان اختلالات تکانشی مورد استفاده قرار می گیرند که در این بیمار نیز امتحان شده بودند . از میان این داروها در این بیمار بیشتر از همه یکی از داروهای آنتی اپیلپتیک کمک کننده بوده است.

# شرح حال بیمار در گراند راند

دکتر محسن امینی - رزیدنت روانپزشکی

ID: بیمار آقای ۲۰ ساله اهل و ساکن اصفهان – مجرد – دانشجوی ترم دوم مهندسی صنایع
می باشد که تا کنون سه بار سابقه بستری در بیمارستان را داشته است.

CC: گیج می شوم و هوشیاری ام کم می شود.

PSH.PI: مشکلات روانپزشکی بیمار از حدود ۱۵ ماه قبل بدون استرسور خاص و بطور ناگهانی شروع شده و تدریجاً افزایش یافته است. اولین حمله بیمار بصورت تعریق – بی قراری – دلهره – اضطراب – ترس از مردن و طپش قلب و گزگز شدن اندامها بوده که طی چند ساعت به حداکثر رسیده از غروب تا روز بعد ادامه داشته و با خوابیدن دیروقت بیمار صبح از بین رفته لیکن بیمار روز بعد حس می کرده بدنش طور دیگری شده توجه اش به اطراف کمتر شده بوده و ارتباط برقرار نمی کرده ولی با صدا زدن پاسخ می داده و متوجه اطراف بوده که حمله به صورت فوق فقط یکبار رخ داده است. بیمار انتظار حمله مشابه را هیچگاه نداشته ولی از روز بعد حملات به شکل دیگری رخ داده که بیمار دچار درد گیجگاه تاری دید– سبکی سر و احساس سرگیجه–احساس از دست دادن هوشیاری و بیهوشی قریب الوقوع می شده ولی هیچگاه بیهوشی کامل نداشته و حتی در صورت عدم توانایی پاسخ و منگی اطراف را متوجه می شده است. حالت منگی و عدم توجه شدید به اطراف چند دقیقه طول کشیده است، حملات بیشتر بصورت (dizziness ) و سبکی سر بوده و طبق بررسی اظهار سرگیجه واقعی نمی کند. در حین حملات زمین افتادن – حرکات دست و پا – بی اختیاری ادراری – آسیب دیدن در اثر افتادن یا ... را نداشته است. از آن روز به بعد روزهای متوالی و مدت زیادی از روز بیمار حملات مشابه داشته و کم اتفاق می افتاده که بی علامت باشد.

در طی این مدت از حملات ناراحت بوده و کمی خلق گرفته داشته است. خواب واشتها و انرژی بدنی تغییری نداشته است. افکار مکرر مرگ و خودکشی داشته ولی در حد فکر بوده است._تمرکز بیمار کم شده بوده است و نمی توانسته مطالعه دروس خود را انجام دهد. دوره خلق گشاده و تحریک پذیری نداشته است.علامتی از هذیان_توهم_افکار وسواس– ترس مرضی نداشته و مصرف سیگار–مواد مخدر –الکل...را ذکر نمی کند.

این حملات در مکان خاصی رخ نمی داده و اغلب روز طول می کشیده است ،لیکن بیمار تمایلی به حضور در دانشگاه نداشته و تحمل ماندن آنجا را نداشته و بیشتر تمایل داشته به منزل برگردد بطوری که یک ترم مرخصی می گیرد. نظافت شخصی و ارتباطات وی همچنان ادامه داشته ولی به مرور زمان تا زمان بستری اول یعنی ۸–۹ ماه بعد رو به کاهش رفته است.

در این مدت به پزشکان متعدد عمومی ومتخصص مغز و اعصاب مراجعه می کند،MRI,EEG نرمال بوده و دارو دریافت می کند، لیکن پاسخ مناسبی نمی گیرد در آخر پس از ۷–۶ ماه به روانپزشک مراجعه می نماید و دارو شامل: پرفنازین –بی پریدین –کلونازپام دریافت می کند، علائم و تواتر حملات کمتر و کمتر می شود و ضمناً بیمار وابستگی به کلونازپام پیدا می کند و روزانه ۳ بار مصرف می کرده و تا حدودی راضی بوده است.

آبانماه سال ۹۱ حملات مشابه شدید ایجاد می شود و بیمار با خلق گرفته –افکار مرگ وخودکشی و مشکل تمرکزدرفارابی بستری و۷–۸ جلسه ECTمی گیرد وپس از یکماه ترخیص می شود.لازم به ذکراست بنا به اظهار بیماروهمراه وی حملات سرگیجه دربیمارستان قطع می شود.

داروهای هنگام ترخیص پرفنازین، گاباپنتین، ایمی پرامین، بای پریدین، وکلونازپام بوده و حملات بیمار برای چند هفته قطع می شود ولی مجدد به مقدار کم شروع می شود.

دراسفند ۹۱ باتهدید خانواده با چاقوو پرخاشگری که فقط یکبار تکرار شده ،گیجی ،عدم پاسخ به اطراف وتمرکز حتی چند ساعت عدم توجه به سوالات در بیمارستان خورشید بستری می شود.بیمار در چند روز اول بستری گاه بمدت چند ساعت روی تخت دراز میکشیده با دیگران ارتباط برقرار نمیکرده ونگاتیویسم و میوتیسم داشته–MRIوEEG انجام شده در حد طبیعی است و مشاوره نورولوژی مسئله خاصی را برای وی مطرح نمی کند واحتمال seizure را بسیار کم میداند.دربیمارستان حملات بسیار کم و تمام می شود وبیمار تحت درمان الانزاپین ، پرفنازین، بی پریدن وگاباپنتین بوده است.با رضایت شخصی مرخص و۸ روز بعد مجدد بستری و اواخر فروردین ۹۲ مرخص می شود. چندروز پس از بستری دوم حملات بسیار کم می شود .۲–۳ هفته است که مشکلی نداشته است.فعلا تحت درمان با الانزاپین ۲۰ میلی گرم وکلونازپام شبی ۱/۲ قرص می باشد.

P.MH: سابقه ضربه به سر ،بیهوشی و تشنج و بیماری جسمی را ذکر نمی کند.

PDH: مصرف بی پریدین، کلونازپام، پرفنازین ، گاباپنتین و ایمی پرامین حدود ۶ ماه قبل تا قبل از بستری شدن در بیمارستان خورشید داشته که اثرقابل توجهی بر علایم وی داشته است.

آخرین داروی مصرفی الانزاپین وکلونازپام است که درحال حاظر بیمار علامتی ندارد.

PSH: مصرف سیگار – مواد مخدر – الکل یا سایر موارد را ذکر نمی کند.

FH: پدر بیمار ۲ سال قبل بدلیل سکته قلبی در ۶۳ سالگی فوت نموده است. ۲ سال قبل از فوت شرح حالی از مشکل روانپزشکی که منجربه بستری در فارابی شده در وی می دهند ولی از کل بیماری فقط قصد و افکار خودکشی و احساس خطر از جانب دیگران و تعقیب توسط دیگران را به یاد دارند که قبل از ۲ سال نداشته است و از آن زمان تا زمان مرگ تحت درمان داروئی (که نام آنرا نمی دانند) بوده است.

یک برادر بزرگتر که ازدواج نموده و خواهر کوچکتر دارد. در سایر افراد خانواده مادر و خواهر و برادر ایشان سابقه ای از بیماری روانپزشکی ذکر نمی کند.

CSES: خانه مسکونی در محل نسبتاً شلوغ و متوسط شهر_تک اطاقه می باشد و هزینه زندگی از طریق بازنشستگی پدر تامین می گردد. رابطه نسبتاً صمیمی و بدون درگیری بین اعضای خانواده را ذکر می کند و خانواده بیماری ایشان را تا حد زیادی قبول دارند و درصدد رفع آن و کمک به وی هستند.

# بحثی در مورد بیماران با علائم منفی

دکتر سید غفور موسوی - روانپزشک
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

بیمار مورد نظر نوجوانی است که از حدود ۱۵ ماه قبل مشکلاتش با علائم اضطرابی بارز گردیده و در مسیر پیشرفت خود، گهگاهی بدنبال درمان، شدت وضعف هایی داشته است. اما بتدریج علائم جسمی اضطراب( از قبیل: کاهش انرژی، سبکی سر، سرگیجه و تاری دید) و علائم روانی اضطراب( از قبیل: احساس کاهش توانایی بذل انرژی و توجه به اطراف، احساس قریب الوقوع بودن بیهوشی و مسخ واقعیت< Derealization >)هم در وی ظاهر شده است. همچنین دچار اختلال عملکرد تحصیلی، گوشه گیری و در نهایت اختلال عملکرد شخصی (مراقبت از خود) گردیده است. در نهایت و در اوج شدت سایکوپاتولوژی، بیمار دست به یک تهاجم زده و اعضاء خانواده را با چاقو تهدید نموده، ودر همان شب در بدو پذیرش اورژانس روانپزشکی وسایل را بهم ریخته است.

پس از بستری در معاینات روانپزشکی این موارد مشاهده شد: عاطفه کند(Blunted affect)، کاهش تولید تفکر، تکلم غیر خودانگیخته(Nonspontaneous)، اختلال در مراقبت از خود و تفکر غیر منطقی (Illogical). به این ترتیب با احتمال سایکوز آتیپیک ، برای بیمار آنتی سایکوتیک شروع شد. پس از چند روز آرامش بارزی در بیمار ایجاد شده و غالب علائم مثبت وی ( بحز تفکر غیر منطقی) فروکش نمود، ولی همچنان علائم منفی بیمار (یعنی اختلال در مراقبت از خود، محدودیت تولید تفکر، عاطفه کند، و ناتوانی در برنامه ریزی برای آینده) باقیماند. علیرغم توصیه پزشک معالج، در تعطیلات نوروز، بیمار با رضایت خانواده ترخیص گردید، ولی یک هفته بعد بدلیل تشدید علائم، مجدداً» بستری گردید. این بار نیز پس از بررسی مجدد و تقویت تشخیص سایکوز، آنتی سایکوتیک برای بیمار شروع ودوز آن بالا برده شد. پس از آن علائم بیمار بتدریج رو به فروکشی نهاد ودر حال حاضر فاقد علائم مثبت میباشد و مجدداً» شروع به تحصیل نموده وتا حدود زیادی روابطش ترمیم شده است، ولی همچنان تولید تفکر وی محدود میباشد.

معمول اینست که اختلالات سایکوتیک را با علائم مثبتی از قبیل هذیان، توهم، ورفتاربوضوح آشفته میشناسند و تشخیص گذاری میکنند ولی بنظردانشمندان صاحب نظر در زمینه سایکوزها( کرپلین، اشنایدر، بلولر، و....)علائم منفی بیشترین اهمیت را در تشخیص اسکیزوفرنیا دارند. درزمانهای گذشته این دانشمندان ابهام عاطفی(Emotional dullness)، گوشه گیری عاطفی(E. withdrawal)، وخامت عاطفی (E.deterioration) و فقدان همدلی را بعنوان خط مقدم تظاهرات اسکیزوفرنیا می دانستند.

علائم منفی موجود در بیمار مورد بحث عبارت بودند از: فقر تولید تفکر، اختلال در عملکرد تحصیلی -اجتماعی (بصورت گوشه گیری) وشخصی، وعاطفه کند(Blunt).

علائم مثبت بیمار عبارت بودند از: اضطراب، مسخ واقعیت، افکار مرگ و خودکشی، و در نهایت دونوبت خشونت(Violence). واز علائم بی سامانی (Disorganized) در این بیمار میتوان به فقر محتوای تفکر بیمار اشاره نمود.

درارزیابی بیمار ممکنست تشخیص های افتراقی دیگری نیز به ذهن خطورکند. از آنجمله میتوان به موارد زیر اشاره نمود:

۱.اختلالات دوقطبی: عمده علائم و تظاهرات بیمار علائم منفی بودوعلائم خلقی بارز و پایداری نداشته است. اختلال خواب واشتهای پایداری گزارش نشده است و علائم بیمار با هیچیک از تابلوهای مانیک، هیپومانیک، افسرده ویا مختلط سازگاری ندارد.

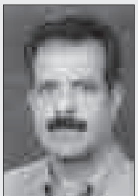
۲.اختلال اضطرابی منتشر: اضطراب بیمار در ابتدای شروع شدید بوده ولی بسرعت وطی زمان کوتاهی( کمتر از چند ماه) با علائم منفی جایگزین شده است. بدیهی است از آنجاییکه اساس وپایه اغلب اختلالات روانپزشکی اضطراب میباشد در این بیمار هم درجاتی از اضطراب در ابتدا وجود داشته است ولی علائم جسمی اضطراب از قبیل تعریق، برافروختگی، تاکیکاردی، تاکی پنه و...در بیمار مشاهده ویا گزارش نشده است و مهمتر از آن اینکه بیمار هیچگونه احساس نگرانی در مورد مسائل مختلف را مطرح نمیکرد.

۳.اختلالات شبه جسمی(Somatoform): احساس گیجی و احساس کاهش هشیاری دو شکایتی هستند که ممکنست تشخیص اختلالات شبه جسمی را در ذهن زنده کنند.. ولی آنچه احتمال این تشخیص را کمتر میکند اختلال عملکرد تحصیلی، اجتماعی و شغلی بیمار میباشد بنحوی که باعث گوشه گیری و اختلال در مراقبت از خود در بیمارمورد بحث می شد.

٤.اختلالات روانی با منشاء عضوی: با توجه به فقدان هر گونه یافته فیزیکی در معاینات جسمی، نرمال بودن نتایج بررسی های پاراکلینیک از قبیل: MRI,CBC, LFT, TFT, Ca/P,U/A این احتمالات نیز رد شد.

لذا با توجه به علائم منفی و نیز سامان نایافته فوق الذکر تشخیص سایکوز برای بیمار مطرح گردید. ولی از آنجائیکه ضوابط تشخیصی DSM-٤-TR برای اسکیزوفرنیا، اسکیزوفرنیفرم، اختلال هذیانی، وسایکوزهای ارگانیک را کامل نمیکرد با تشخیص سایکوز آتیپیک (Psychotic D.NOS) تحت درمان قرار گرفت.

# چالش هایی در مطب روانپزشکی



دکتر عباس عطاری
مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

در شماره قبلی این مجله سرکار خانم دکتر ترانه تقوی همکار محترم روانپزشک چالش هایی را در مطب روانپزشکی مطرح کردندو پرسیدند "راهکارهای پیشنهادی شما چیست "؟حال ما منتظر هستیم تا پاسخ همکاران محترم را بشنویم و نیز سعی کردیم تا نظر اساتید محترم و همکاران پیشکسوت و با تجربه را بشنویم.

اینک به پاسخ هایی که جناب آقای دکتر عباس عطاری استاد ارجمند و مدیر محترم گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به برخی از این چالشها داده اند توجه فرمایید.

**چالش اول** – گاهی در مطب با بیمارانی مواجه می شویم که تا حدی آشفته و تحریک پذیر هستند و با گفتگوی چند جلسه ای سایکوتیک بودن یا حد اقل مختل بودن قضاوت آنها معلوم می شود. شرایط وقتی پیچیده می شود که آنها همراهی ندارند که به نیابت از بیمار انجام راهکار های درمانی مانند مصرف دارو یا بستری در بیمارستان را به آنها بسپاریم و یا همراهان بیمار از نظر فرهنگی ،اجتماعی یا سطح سواد در حد پایینی هستندو بیماری ، خطرات و عوارض آن یا راهکار های درمانی را نمی پدیرند و خطر پرخاشگری ، خودکشی و یا دگرکشی وجود دارد.

تا چه اندازه ویزیت این بیماران را ادامه بدهیم ؟آیا باید از ابتدا انها را به اورژانس های روانپزشکی معرفی کنیم ؟در شهرستانهایی که اورژانس روانپزشکی وجود ندارد چه کنیم ؟ آیا مراجعی وجود دارد که جهت جلوگیری از خشونت و... آنها را در جریان قرار دهیم ؟

پاسخ سؤال ۱–ابتدا لازم می دانم تعریفی از «مطب» در این مبحث داشته باشید. بنظر اینجانب منظور از مطب در این بحث مجموعه کلینیک های روانپزشکی خصوصی و دولتی و آموزشی و همچنین ادمیت اورژانس روانپزشکی را هم شامل می گردد.

اما در مورد چالش اول. بیماری که سایکوتیک بودن وی محرز شده و ضمناً تحریک پذیر، پرخاشگر و یا آشفته و بیقرار و هیجان زده شدید است (نظیر بسیاری از بیماران دوقطبی در فاز مانیا و یا اختلالات هذیانی و انواعی از اسکیزوفرنیا) نکته اساسی که در درجه اول باید مدنظر داشت ارتباط صحیح پزشک و بیمار است، بگونه ای که رفتار بیمار باعث نگردد از چهارچوب رابطه پزشک – بیمار مطابق استانداردهای تعریف شده در کتب معتبر روانپزشکی خارج شویم. مثلاً گاهی مشاهده گردیده است که پزشک با کانتر ترانسفرانس منفی در مقابل چنین بیمارانی به عکس العمل و برخوردهای غیراصولی متوسل می گردد. در اغلب موارد هم نیمه خودآگاه اتفاق می افتد.

نمونه ای از این برخوردهای غیراصولی شایع، عصبانیت پزشک است. چنین رفتارهایی از جانب پزشک وضعیت را بغرنج تر می سازد بطوریکه پزشک قادر نخواهدبود تصمیم پزشکی (روانپزشکی) صحیحی اتخاذ نماید. بنابراین در وهله اول باید بخاطر داشته باشیم که ما پزشک هستیم و در مقابل ما بیماری قرار دارد که جهت کمکهای روانپزشکی به ما مراجعه کرده است و تمام رفتارهای بیمار را بحساب علائمی از بیماری بگذاریم.

نکته دوم اینکه رفتارهای منفی در بیماران سایکوتیک نظیر پرخاشگری، تحریک پذیری، عدم همکاری و... عمدتاً ناشی از تفکر هذیانی و یا تغییرات خلقی و یا اختلال درک بیمار می باشد. لذا با خویشتنداری و حوصله و دقت نظر (و ضمن دعوت بیمار به آرامش) سعی می کنیم علل و انگیزه اینگونه رفتارها را جویا شویم و برمبنای آن راهکار مناسب جهت کنترل رفتارهای بیمار پیدا کنیم. مثلاً از بیماری که نسبت به خانواده بشدت بدبینی دارد و آنها را علیه خود می داند نمی توان توقع داشت که با یکی از اعضای خانواده مراجعه نماید شاید بیمار بهتر بپذیرد که با یک دوست صمیمی مراجعه کند. افکار هذیانی بیمار را محکوم نمی کنیم (البته تأیید هم نمی کنیم – شنونده خوبی باشیم تا بیمار احساس کند یک گوش شنوا وجود دارد که او را محکوم نکرده و بر علیه او نیست). برای چنین بیمارانی ضمن این توضیح که نیاز به صحبت بیشتر در جلسات آتی می باشد، شاید بتوان داروهایی بعنوان آرامبخش، اصلاح خواب بیمار و کنترل هیجان های شدید را تجویز نمود و یا با این توضیح که شرایط فعلی بیمار و مشکلات وی منجر به عوارضی نظیر اضطراب و بی خوابی و... شده است و برای بهتر برخورد کردن با چنین شرایطی نیاز به آرامش می باشد.

•نکته ای که در اینجا می تواند گاهی مفید واقع شود اینکه برای بیمار اینگونه توضیح دهید که: «بهر حال حداقل یکی از اطرافیان وی که ممکن است بهتر شما را درک کند لازم است مراجعه نماید تا از آنها بخواهیم که چگونه با شما مدارا کرده و برخوردهای منفی نداشته باشد. شرایط شما را برایشان توضیح دهیم شاید گفتار ما بعنوان پزشک مؤثر واقع شود». در هر صورت برحسب زمینه سایکوز بیمار شاید پاره ای توضیحات بتواند همکاری بیشتر بیمار را برای مراجعه با یک همراه و یا مصرف دارو و مراجعات بعدی فراهم سازد. تا زمانیکه بیمار مراجعه می کند ما

موظف به ویزیت بیمار براساس اصول علمی و ارتباطی می باشیم و مجاز به طرد بیمار نیستیم. اندیکاسیونها و شرایط بستری در اورژانس روانپزشکی مشخص است و ضوابط خاص خود را دارد. صرفاً به لحاظ اینکه بیمار پرخاشگر است نمی توان دستور بستری صادر نمود. گاهی دستور بستری برای چنین بیمارانی باعث می شود که بیمار از مراجعه به پزشک بطور کلی امتناع کرده و بیماری وی وخیم تر گردد. بهرحال مهمترین مرجع برای آگاه ساختن وضعیت خطرناک بیمار، خانواده وی می باشند.

در صورتیکه بطور غیرمستقیم و براساس مصاحبه یا بررسی مدارک بیمار بتوانیم شماره تلفنی بدست آوریم بهتر است با آنها تماس گرفته و آنها را در جریان بگذاریم. مرجع بعدی محل کار یا محل تحصیل و دوستان و همکاران بیمار هستند. اگر بیمار حالت خطرناک برای خود یا دیگران پیدا نمود قطعاً نیاز به اقدامات جدی تر می باشد. همیشه این نکته را بخاطر داشته باشیم از جهت قانونی، مجاز به بستری کردن اجباری بیمار بدون اجازه بیمار یا ولی، قیم، سرپرست وی (یا حداقل والدین –همسر –برادر بزرگتر) یا بدون مجوز مراجع قضایی نمی باشیم.

**چالش دوم** – گاه افرادی به مطب مراجعه می کنند و شرح حال سایکوز ،پرخاشگری، افکار خودکشی، فرار از مدرسه و رفتار های پر خطرو ...در یکی از اعضای خانواده گزارش می کنند و از شما جهت آوردن چنین بیمارانی به مطب و یا درمان بیمار بدون مراجعه او یا چگونگی بردن او به اورژانس و بستری کردن کمک می خواهندو یا به شما اصرار می کنند که برای ویزیت به منزل آنها بروید. در این موارد آیا از نظر قانونی روانپزشک در مورد چنین بیمارانی مسئولیت دارد و به فرض اگر این بیمار اقدام به خودکشی یا دگر کشی کرد خانواده او می توانند اظهار کنند که ما از روانپزشک کمک خواستیم و ایشان کوتاهی کردند ؟ در این موارد به همراه بیمار چه راهکارهایی پیشنهاد می کنید ؟

پاسخ سؤال ۲– اگر بیمار را قبلاً ویزیت کرده ایم و کاملاً او را می شناسیم و تشخیص بیماری را می دانیم و یا پرونده روانپزشکی نزد ما دارد تصمیم گیری برای هر گونه اقدام درمانی یا بستری بمراتب راحت تر است. اگر هیچگونه شناخت قبلی از بیمار نداریم و تاکنون او را ویزیت نکرده ایم قدر مسلم ما اجازه نداریم بدون ویزیت حضوری برای بیمار دارویی تجویز کنیم و یا دستور بستری صادر کنیم. گاهی برای بعضی از همکاران این مشکل پیش آمده است که براساس اتکاء و اعتماد به گفته های همراهان بیمار و بدون ویزیت بیمار، دستور بستری برای بیمار نوشته اند و پس از آن بیمار از پزشک شکایت کرده است. در چنین مواردی پزشک مقصر شناخته می شود. بنابراین در وهله اول باید همراهان بیمار را از موارد و مقررات نظام پزشکی مطلع سازیم. ارجاع بیمار از منزل به مراکز درمانی بعهده پزشک نمی باشد. یکی از موارد ارجاع اورژانس های سیار می باشند. اخیراً مراکز و مؤسساتی هم تشکیل گردیده است که ویژه بیماران روانپزشکی است. بصورت تیمی و با حضور مددکار، روانپرستار و احیاناً پزشک به محل زندگی بیمار مراجعه کرده و از نزدیک وضعیت را بررسی می کنند و جهت آرامسازی بیمار و یا انتقال وی به بیمارستان یا اورژانس اقدام می کنند. گاهی گزارشاتی تهیه کرده و براساس آن گزارشات و مطالب پزشکی، از طریق همکار روانپزشک دستور بستری را دریافت می کنند. در حال حاضر چنین تیم هایی در مراکز پزشکی مدرس، فارابی و خورشید حضور دارند.

ویزیت بیماران اورژانسی در منزل در درجه اول بعهده مرکز اورژانس شهری می باشد و رفتن روانپزشک به منزل جهت ویزیت موارد اورژانسی داوطلبانه است نه اجباری. تا زمانیکه بیمار توسط پزشک ویزیت نشده باشد هیچگونه مسئولیتی بعهده پزشک نمی باشد (به استثناء مواردی که پزشک در صحنه حضور داشته باشد یا از وضعیت بیمار مطلع باشد).

بهرحال در مواردیکه خانواده اصرار به دستور داروئی یا بستری بدون حضور بیمار را دارند باید آنها را از موارد قانونی مطلع نمود و آنها را به اورژانس ها، اورژانس ۱۱۵ (سیار شهری) مرکز اورژانس اجتماعی بهزیستی، تیم های مستقر در مراکز روانپزشکی جهت اعزام بیماران، پلیس ۱۱۰ و... راهنمایی نمود.

از طرفی نحوه متقاعد کردن بیمار برای مراجعه به مراکز درمانی (برحسب وضعیت بیمار) از وظایف مسلم هر روانپزشک می باشد. بارها اینجانب با مواردی مواجه شده ام که خانواده اصرار دارند که «بیمار به هیچ عنوان حاضر به مراجعه نمی باشد و ما نمی توانیم او را بیاوریم ولی پس از یک گفتگوی کوتاه و ارائه روشهای ساده توانسته اند بیمار را ارجاع دهند». نمونه ای از این موارد شامل:

–مراجعه فرد مورد نظر جهت ارائه اطلاعات بیشتر در مورد بیماری سایر اعضای خانواده
–جهت مشاوره نه ویزیت روانپزشکی
–برای درمان سردرد، بدخوابی و...،
–ویزیت در محلی خارج از مطب و اورژانس های غیرروانپزشکی
–کمک خواستن از بزرگترها و یا دوستان و آشنایانی که بیمار از آنها حرف شنوی بیشتری دارد
–صدور معرفی نامه برای مشاوره از محل کار یا محل تحصیل و یا سازمانهای مربوطه نظیر بنیاد شهید، بیمه با این توضیح که جهت ادامه کار یا فعالیت یا همکاری چنین مشاوره هایی ضروری است. (بهتر است مشاوره بصورت خانوادگی ذکر گردد نه فردی)
–ارجاع بیمار به پزشک عمومی یا سایر تخصص های غیر روانپزشک برای شکایات جسمی و سپس دستور ارجاع از ایشان برای ویزیت یا مشاوره روانپزشکی.
–تنظیم صورتجلسه و استشهاد محلی و ارائه آن به مراجع قضایی یا انتظامی و صدور حکم قضایی جهت ارجاع بیمار به اورژانس.

**چالش سوم** – بیمارانی ( مراجعانی ) که درخواستهای غیر معقولی دارند و با اصرار و تحت فشار قرار دادن روانپزشک و حتی تهدید او سعی در رسیدن به خواسته خود دارند، درخواستی مانند گواهی استعلاجی یا از کار افتادگی بدون شواهد و مدارک کافی از وجود بیماری در گذشته یا بدون علایم واضح بیماری در حال حاضر یا درخواست دارویی مانند ریتالین ، آمی تریپتیلین ، کلونازپام و یا آرتان که معلوم می شود بیمار در حال سوء مصرف آن می باشد . آیا ویزیت را متوقف کنیم و آن فرد را با جدیت به بیرون از مطب بفرستیم ؟ آیا با وجود وقتی که صرف کرده ایم ویزیت او را برگردانیم ؟اگر به تهدید و پرخاشگری ادامه داد چه کنیم ؟

پاسخ سؤال ۳– درخواستهای غیرقانونی و غیراخلاقی از جانب ارباب رجوع خاص روانپزشکی نیست و در هر حرفه ای مشاهده می شود. ما باید به وظایف علمی، اخلاقی و قانونی خود عمل کنیم. در برخورد با چنین مراجعینی ضمن حفظ خونسردی خود لازم است توضیح علمی کافی به زبان ساده برای بیمار داده شود و با قاطعیت (نه خشونت) و حفظ احترام نظر تخصصی خود را ابراز داریم و تا آنجا که از نظر پزشکی جایز است به خواسته های بیمار توجه کنیم.

در اینجا به چند نمونه اشاره می کنم. بیمار با تشخیص افسردگی تحت درمان شما است و از شما می خواهد که یکماه یا بیشتر برایش استعلاجی بنویسید و به نظر شما وی بیش از چند روز نیاز به استراحت پزشکی ندارد. لذا با توضیح کافی سعی کنید که بیمار را متقاعد سازید که فعلاً یک هفته یا ۲ هفته استراحت می نویسم و پس از آن مراجعه نماید. در صورتیکه نیاز داشت مجدداً برایش استراحت پزشکی نوشته خواهد شد. یا مثلاً برای بیماری لورازپام برای خواب

بیمار تجویز می کنید. بیمار اصرار دارد که کلونازپام برایش بهتر است لذا ضمن توضیح علمی به زبان ساده مبنی بر تفاوت این دو دارو و در صورتیکه تجویز کلونازپام منعی نداشته باشد کلونازپام تجویز می کنید. البته طرح مورد سوم از چالش های روانپزشکی چنین موارد ساده و پیش پا افتاده نبوده است. بعضی از بیماران اختلال شخصیت دارند و یا رفتارهای غیراخلاقی از جانب بعضی مراجعین مشاهده می شود که براحتی نمی توان آنها را متقاعد کرد. لذا پس از ویزیت و علی رغم توضیح کافی به بیمار و اصرار بیمار بر خواسته خود، ضروری است ویزیت بیمار را برگردانده و توسط منشی یا نگهبان او را به بیرون راهنمایی نمود و یک گزارش مکتوب به سازمان نظام پزشکی و انجمن روانپزشکی ارسال کنیم. اگر بیمار شروع به پرخاشگری نمود بمانند سایر موارد پرخاشگری بیماران عمل می کنیم که در پاسخ به سؤال ٤ به تفصیل بیان خواهد شد.

نکته بسیار مهم در این مورد رفتار و منش کلی پزشک است. اکثریت مراجعین پزشکان را می شناسند و می دانند که کدام پزشک بیشتر با ارباب رجوع مدارا می کند. قدر مسلم در میان روانپزشکان نمی توان همکاری را یافت که با تهدید و ارعاب تسلیم خواسته غیراخلاقی مراجع گردد. از قدیم گفته اند پیشگیری مقدم بر درمان است. لذا از روز اول شروع طبابت باید به گونه ای با مراجعین و بیماران برخورد کنیم که حتی جرئت ابـراز خواسـته غیـرمنطـقی را نداشته باشنـد. باید:

الف–اصرار و پافشاری بر درستکاری ضمـن احتـرام متـقابل

ب–قاطعیت در تصمیم گیریهای بالینی

ج–مدارانکردن باافراد سودجو و منفعت طلب و اختلال شخصیت ضداجتماعی و غیره

د- حفظ رابطه صحیح پزشک – بیمار و خارج نشدن از چهارچوب رابطه پزشک –بیمار.

در اینجا لازم می دانم که به یکی از مواردی که برای بنده اتفاق افتاد اشاره کنم. بیماری بدون علائم سایکوز تحت نظر همکاران روانپزشک و اینجانب با تشخیص اختلال استرس بعد از سانحه تحت درمان بود. یکبار به اتفاق یکی از نزدیکانش مراجعه نمود که درخواست گواهی مبنی بر ابتلا به اسکیزوفرنیا را داشت و ضمناً ۲ گواهی از همکاران روانپزشک مبنی بر ابتلا به اسکیزوفرنیای مزمن و ازکارافتادگی کلی را ارائه نمود و اصرار داشت که عین همان متن را برایش بنویسم. ابتدا پرونده روانپزشکی وی در کلنیک را بررسی نمودم و هیچگونه شواهدی مبنی بر سایکوتیک بودن یا علائم و معیارهای تشخیصی اسکیزوفرنیا در طی سالهای گذشته ذکر نشده بود. در مصاحبه روانپزشکی با بیمار هم علائمی به نفع تشخیص اسکیزوفرنیا مشاهده نگردید. لذا برای بیمار توضیح دادم که ضمن احترام به نظر همکاران خودم از نظر اینجانب بیماری شما اختلال استرس بعد از سانحه است نه اسکیزوفرنیا. پس از توضیح و مجادله علمی به دلیل اصرار بیمار بر صدور چنین گواهی و پرخاشگری شدید از جانب او، سرانجام به کمک نگهبان کلنیک و منشی و تعدادی از بیماران، وی از محل کلنیک خارج گردید. جالب توجه اینکه همراه بیمار را هم می شناختم. او هم که با تشخیص اختلال استرس بعد از سانحه و موج انفجار جانباز اعصاب و روان شناخته شده بود و درصد جانبازی به وی تعلق گرفته بود با تشخیص اسکیزوفرنیا از کارافتادگی دریافت کرده بود.

**چالش چهارم** – در مواردی که بیمار شروع به پرخاشگری لفظی شدید می کند و احتمال دارد که پرخاشگری فیزیکی نیز شروع شود چه کنیم؟ اگر بیرون همراه نداشت چه کنیم؟ در چه مواردی از پلیس کمک بگیریم؟ اگر فرصت کافی جهت کمک از پلیس نداشتیم چه کنیم؟ آیا باید با قاطعیت به بیمار هشدار بدهیم؟ یا سبب تشدید پرخاشگری می شود؟

پاسخ سؤال ٤– مجدداً تأکید می گردد که پیشگیری مقدم بر درمان است لذا تا آنجا که مقدور است باید مانع پیشرفت بی تابی و خشم بیمار شویم. برخورد با هر نوع پرخاشگری بستگی به تشخیص بیماری زیربنایی دارد. خشم یک علامت از یک بیماری تلقی می گردد. بنابراین براساس اصول کلی نگری باید توجه ما به بیماری باشد تا خشم به تنهایی. یکی از نکات ضروری در پیشگیری از پرخاشگری، آموزش دادن منشی مطب می باشد. منشی باید توانایی تشخیص میزان خشم در رفتار و چهره بیمار را داشته باشد. برخورد منشی می تواند در تخفیف یا افزایش خشم بیمار بسیار مؤثر باشد. مثلاً بعضی از بیماران پارانوئیدی (اعم از اختلال شخصیت پارانوئید، اختلال هذیانی و یا حتی اسکیزوفرنیای تیپ پارانوئیدی) نسبت به کوچکترین رفتار و کلام مُنشی حساس هستند. خنده های بیجا، تلفن های طولانی، پاسخ سربالا دادن، خارج از نوبت فرستادن بیمار داخل مطب و... هر کدام می تواند منجر به پرخاشگری چنین بیمارانی گردد. بیمارانی که بشدت مضطرب هستند تحمل ماندن طولانی در اتاق انتظار را ندارند. بیماران وسواسی از بی نظمی در مطب بشدت برآشفته می شوند. اینها نمونه هایی است از اینکه منشی مطب نقش بسیار اساسی می تواند در کنترل خشم مراجعین داشته باشد. طرز گفتگوی منشی با بیماران، احترام گذاشتن، تفکیک موارد اورژانسی و تا حدی مدارا کردن می تواند مفید باشد.

گاهی بعضی از پرخاشگری ها بعلت خطای پزشکی است. مثلاً بروز عوارض جانبی شدید داروهای روانپزشکی بدون اینکه از قبل بیمار را از احتمال چنین عوارضی آگاه کنیم و یا دوز اولیه مناسب تجویز نکرده باشیم. بعضی از همکاران نمی خواهند در حضور بیمار قصور خود را بپذیرند و گناه را بگردن بیمار می اندازند که همین امر سبب پرخاشگری بیمار می گردد.

سوای از موارد ذکر شده فوق برای برخورد با بیمار پرخاشگر یک سری اصول کلی را باید مدنظر قرار دهیم: استراتژی بالینی اساسی برای مدیریت پرخاشگری بیمار استفاده از استراتژیهای بین فردی با تکیه بر تکنیک های مداخله ای کلامی است که در کتب معتبر روانپزشکی به تفصیل در مورد آنها توضیح داده شده است. کم کردن ترسها، نگرانیها و اضطراب بیمار با شیوه های رفتاری ساده می تواند به کنترل خشم بیمار کمک کند. همدلی، صداقت، خویشتنداری، حوصله و احترام ابزارهای مهمی هستند که دیدگاه بیمار را نسبت به پزشک معالج مثبت کرده و در بیمار این باور شکل می گیرد که پزشک سعی در کمک کردن به او را دارد. دعوت به آرامش بیمار و نشستن روی صندلی و گوش دادن به رنج بیمار، تعارف کردن آب یا نوشیدنی با لیوان غیرشیشه ای و استفاده از تکنیک های گوش دادن مؤثر در کاهش تنش نقش بسیار مفیدی دارد.

نکات ایمنی که باید در چنین شرایطی در نظر گرفت:

۱– زودتر از سایر بیماران به داخل مطب هدایت گردند. هیچوقت نباید چنین بیمارانی را بعنوان بیمار آخر ویزیت کنید و منشی (مرد) هم باید آگاه باشد که بهمراه بیماربداخل مطب آمده و در آنجا حضور داشته باشد.

۲–نحوه قرار گرفتن پزشک در پشت میز باید بگونه ای باشد که از هر دوطرف میز راه عبور به سمت در خروجی وجود داشته باشد.

۳–در صورتیکه بیمار روی صندلی ننشیند بهتر است پزشک هم بایستد.

٤–اشیاء خطرناک و قابل پرتاب از روی میز جمع آوری گردد.

٥–از نصب شیشه روی میز مطب روانپزشکی اجتناب شود.

٦–منشی سریعاً از نگهبان کلنیک یا آن مرکز کمک بخواهد.

۷– از هر گونه رفتاری که موجب تحریک بیشتر یا پرخاشگری بیمار شود اجتناب کنید.

۸–در نهایت به بهانه ای از داخل مطب خارج شویم (در کمال خونسردی).

# در مزایای بروکراسی

کارتان در اداره ای گیر کرده و مشغول درد دل کردن با دوستتان هستید که می گوید من یک آشنا دارم کارت را راه می اندازد. و همان موقع تلفن می زند به یک دوست قدیمی و چه سلام و احوال با حالی می کنند این دو، زیرا چند سال است صدای هم را نشنیده اند و پس از این تعارفات می روند سر اصل مطلب و مشکل شما ناگهان حل میشود. مشکلی که حل شدن آن ناممکن می نمود یا نیاز به بارها مراجعه به ادارات مختلف داشت.

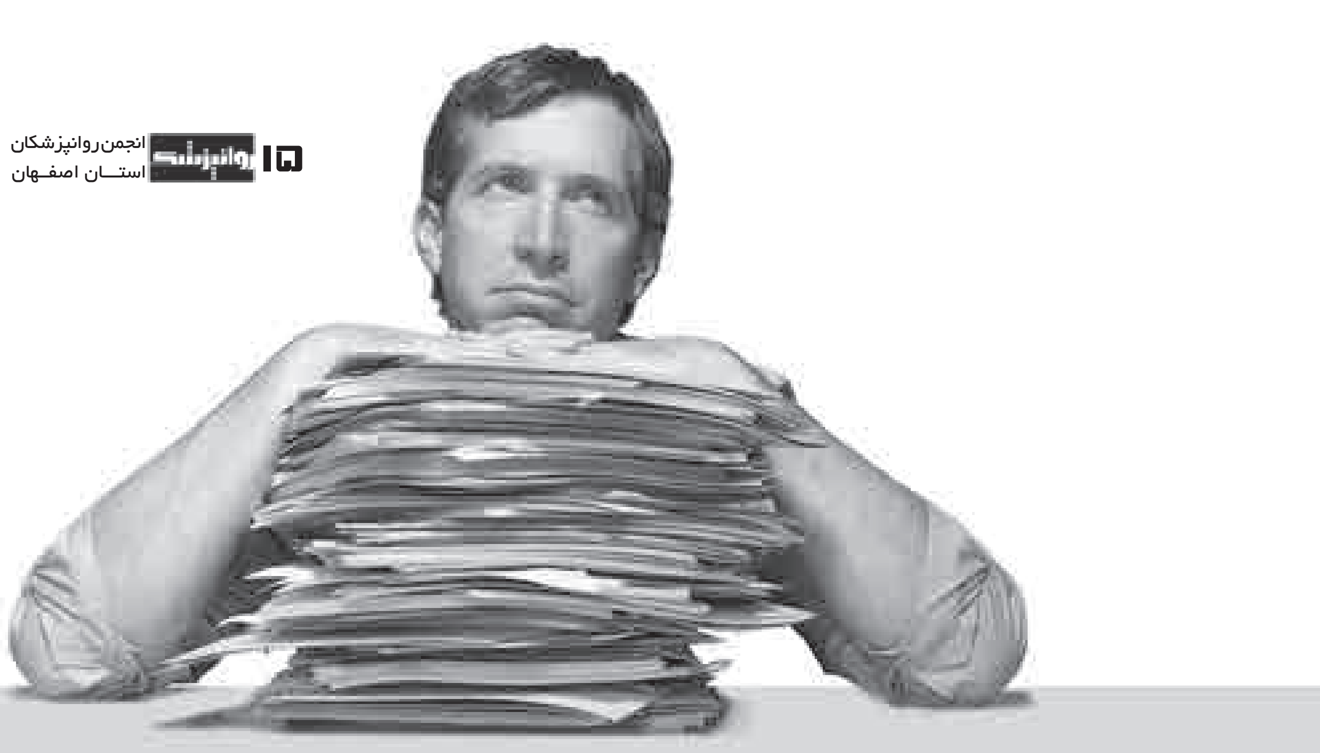
واقعاً چه اتفاق میمون و مبارکی است این بروکراسی. بیایید نگاهی دوباره به واقعه ای که مطرح شد بیندازیم آن هم با دیدی مثبت. اول آنکه موضوعی گیر آورده اید تا درباره آن با دوستتان درد دل کنید. درد دل کردن چقدر آدمها را به هم نزدیک می کند ، یاد اریک برن بخیر که می گفت معضل اصلی بشر امروز این است که نمی داند چگونه وقتش را پر کند. درد دل از مشکلات اداری موضوع بهتری از آب و هوا است. می توانیم ساعتها درباره مشکلات اداری صحبت کنیم و با سر تکان دادن نشان دهیم چقدر در این موضوع که وضع ادارات خراب است با هم توافق نظر داریم. یک رابطه والد–والد که دائم یکدیگر را تصدیق می کنیم و بدون آنکه همدیگر را بیازاریم.

ناگهان یک نفر ناجی می شود و از سرداب خاطراتش یک بطر حلال مشکلات در می آورد و دمی به پیمانه می زند. صحبت با یک دوست قدیمی که مدتهاست از هم خبر ندارند و حالا بهانه ای برای احوال پرسی پیدا کرده اند. چه رابطه زیبایی که در آن «درشتی و نرمی به هم در به است». ملاحظه کنید چه مکالمه سرشار از طعنه و قربان صدقه ای به میان آمده است: چه عجب سراغی از ما گرفتید قربان. امروز دوست فردا آشنا. خانم، بچه ها خوبند. دیگر باید بیائیم برای پسرمان خواستگاری کوچولویتان. راستی اسمش چه بود؟ به سلامتی، من در خدمتم...

بعد از این تلفن دوستتان به شما می گوید «آقا حل شد». و اینطوری ارادت و قدرتش را به شما نشان می دهد و شما در دلتان می گویید چه دوست خوبی دارید. واقعاً این بروکراسی نعمت بزرگی است . روز بعد این آبشار نعمت در بوستان اداره به حرکت در می آید و شما با دست پر نزد کسانی می روید که تا بحال قفلی بودند بر در و با گفتن نام آشنا مثل کلمه عبور پنجره ها را برویتان می گشایند. همه در یک فضای رمزآلود با شما ارتباط برقرار می کنند. زبانی که فقط شما و طرف مربوطه از آن خبر دارید همانی که روانشناسها به آن gargon میگویند و چقدر باعث نزدیکی دو طرف به هم می شود. صلح و صفا و ابراز ارادت و احترام چاشنی کار شما میشود و بدون معطلی در صف و کمیسیون و نوبت و هزار دست انداز دیگر، به نتیجه می رسید. نتیجه ای که اگر بروکراسی نبود و براحتی و بدون زحمت بدست می آمد اصلاً کیفی نداشت. با پیدا کردن آشنا احساس میکنید چقدر قدرت دارید یا چه راحت می توانید قدرتمندان را دور بزنید. قدرتی که بروکراسی به آدمها داده است.

اجازه دهید درباره این جنبه از مزایای بروکراسی، یعنی قدرت بیشتر صحبت کنیم. البته این کار به یک نگاه طولی نیاز دارد. یک فارغ التحصیل را در نظر آورید که به هر دری زده است تا کار پیدا کند و هیچ دری به رویش باز نشده و نادم و نا راحت به کنج خانه خزیده است ، مادر یا پدرش از رنج فرزندشان در عذابند و چون سرد و گرم دنیا را چشیده اند به یک آشنارو می اندازند این اولین روزنه نور است که از خورشید ابدی بروکراسی بر زندگی می تابد و فرزند از گوشه عزلت بر کرسی کارمندی می نشیند.

اگرچه این کرسی هیچ ربطی به تحصیلات او ندارد و اغلب ابعاد آن برای نشیمنگاه صاحبش نامتناسب است ولی مهم نیست زیرا در جلو آن میزی وجود دارد که size free است و هر کس می تواند قلمش را روی آن بگذارد. این میز پر است از پرونده ها و کاغذهای نظام بروکراسی. هر ناظری با یک نگاه می فهمد این کارمند چقدر کار دارد و دلش به حال او کباب می شود ولی نگران نشوید زیرا کارمند از همان روزهای اول متوجه می شود که بی جهت نباید به این پرونده ها دست بزند. او هر پرونده ای را که پیگیری کند همکارانش با زبان بی زبانی به او چنین خواهند گفت: کار چه کسی را داری راه می اندازی؟ چه چیزی این وسط گیر تو می آید؟ طرف آشنایت است یا سبیلت را چرب کرده است؟ سهمی از آن به ما میرسد؟ امروز ما برایت کاری می کنیم فردا نوبت توست.



بنابراین وقت گرانبهایش را صرف ور رفتن به پرونده ها نمی کند و این پرونده ها روزها و ماهها و گاه سالها روی میز می مانند و هر روز بر آنها افزوده می شود. گاه لازم می شود یک طبقه از ساختمان را بنام بایگانی به این کار اختصاص دهند. این سوال پیش می آید که کارمند مورد نظر با این وقت گرانبها چه می کند. جواب ساده است به انواع حیله آن را تلف می کند زیرا هر چه وقت از بین برود گرانبهاتر می شود. هر چه کار مراجعین طولانی تر بشود قدر و قیمت آدم آشنا، بیشتر و بیشتر می شود.

هرچه مشکل بزرگتر باشد حلال مشکل ارزشمند تر خواهد شد. بنابراین یک روز جلسه است و یک روز ماموریت، یک ساعت رفته نماز و یک ساعت رفته بانک، امروز مرخصی است پس فردا بین التعطیلین، امروز سیستم قطع است فردا رئیس نیست. [1]

از طرفی ارباب رجوع که انتظار دارد هر چه زودتر به مقصد برسد به تدریج متوجه می شود ترافیک شدیدی مانع جریان یافتن امور است و کارمند مورد نظر هم هر چه قانون و تبصره بلد است به عنوان سرعت گیر به میان میکشد و کار را سخت تر می کند. [2]

بالاخره ابر و باد و مه و خورشید و فلک در کارند تا کارت را گیر بیندازند و تو از برکت آشنا غافل نشوی. چه اعتماد به نفسی در کارمند به وجود می آید وقتی می فهمد گره ای چنین سخت فقط با انگشتان او گشوده میشود. چقدر کارش ارزشمند می شود. چه احساس خوبی پیدا می کند وقتی کلید حل مشکلات تلقی می شود و می تواند منتی بگذارد یا ابراز ارادتی کند و تو به عنوان ارباب رجوع احساس پیروزی می کنی وقتی کاری چنین مشکل را با زرنگی حل می کنی و این باعث افتخار توست و سالها درباره آن لاف خواهی زد.

این معامله ای بُرد-بُرد است. در این معامله آنچه از دست می رود انرژی و زمان است یعنی همانها که اریک برن گفته بود معضل بزرگ بشریت.

اشتغال زایی یکی دیگر از مزایای بروکراسی است.[3] فکرش را بکنید اگر خدای نکرده، بروکراسی کم شود چقدر مردم بیکار می شوند. عده زیادی بطور مستقیم درگیر بروکراسی هستند و از آن نان می خورند و عده کثیری نیز در نقش ارباب رجوع خود را مشغول می یابند. این میان افرادی هم به عنوان کاتالیزور عمل می کنند و نام حرفه ای آنها «کار چاق کن» است. [4] آنها بدون آنکه خود کارمند باشند یا ارباب رجوع، نقش بازی می کنند و وجودشان لازم و کلیدی است با درآمدی هنگفت که نوش جانشان باشد زیرا ارزشش را دارد.

در بروکراسی همه ارزشمندند چه آن کارمندی که بالاخره کار را راه می اندازد و خدا عمرش دهد، چه آن آشنایی که قرار است روزی ما هم آشنایش شویم، چه ارباب رجوعی که زرنگی کرده و کارش را راه انداخته است. همه و همه احساس پیروزی و ارزشمندی می کنند و حتی کسانی که کار شما را گیر نمی اندازند و برخلاف نظام بروکراسی، سعی می کنند موانع را نادیده بگیرند و کارتان را حل کنند. آنها به عنوان آدم خیلی خوب و درست کار مطرح می شوند. این در حالی است که اگر بروکراسی شدید نبود کار کردن او به چشم نمی آمد و کسی نمی گفت خدا پدرش را بیامرزد!

هر چه بیشتر درباره بروکراسی فکر کنیم بر لزوم آن بیشتر پی می بریم. واقعاً در جاهایی که بروکراسی کمتری دارند چقدر از این نعمتها بی بهره اند.

۱- [یک بار هم کارها نیمه تعطیل شده بود چون منشی رفته بود اعتکاف!]

۲- [یکی از شعارهای رایج در این زمینه این است که «کار از محکم کاری عیب نمی کند» و مجبور می شوی مدارک متعددی را تهیه و ارائه کنی که فقط برای محکم کاری است. چندی پیش از یکی از پرونده ها، هشت قطعه از عکسهای بیست و چهار سال قبل مرا پس دادند که البته شباهتی به من فعلی نداشت و فقط برای این گرفته بودند که شاید به کارشان بیاید!]

۳- [یک کارخانه دار که روزگار عرصه را بر او تنگ کرده بود می گفت هر تعداد کارخانه تعطیل شده بجای آن چند برابر بانک افتتاح شده است]

٤- [خود کارچاق کنها دچار بروکراسی نیستند و هنوز نظام صنفی خاصی ندارند اگرچه عده شان کثیر است]

# ویژگی دوقطبی‌ها

## از زبان بیمار

دو چهره در یک چهره
گاهی خیلی شادشادند
وقتی که خیلی شادند
گاهی خیلی لجبازند
در دوران غمگینی واندوهی
به سختی میرند به حمام
نمیروند به اصلاح
گاه در عمل افراط ،گاه تفریط
گاه در عبادت افراط
گاه نمی خوانند نماز
گاه پر خوابند، گاه کم خواب
در دوران شیدایی
پرحرف وروده دراز
گاه میشوند افروخته
گاه میکنند اشتباه
گاهی عذاب وجدان
گاه ساده دل ،گاه مغرور
لرزش شدید دست
گاه به یک نظر خیره
گاه بیش ازحد،دست دل باز
این رفتارهای بی محابا
گاه جو گیر وپر خروش
گاه ساده دل وبی آلایش
دودلند وبی نظر
به سرنوشت بی اعتقاد
گاه بد بین اند ،گاه حساس
خدایا خسته شدم از وسواس
تا کی دارو نیازه
می دانم مدت درمان طولانیست
با مصرف نکردن دارو
میره بیمارستان
نام نیکو نداره

دلشوره ودلهره
گاهی هم بی نشاطند
مثل گل خندانند
گاهی بلند پروازند
هست مشکل همچون کوهی
استفاده نمی کنند مام
خوشگل بشند مثل ماه
گاه دچار ترس و تردید
گاه اندوهناک ،گاه بانشاط
با خدا راز ونیاز
گاه بیقراروبی تاب
هست نشانه ومعنایی
بهانه گیر ولجباز
گاه مثل شمع سوخته
گاهی احساس گناه
از رفتارها پشیمان
گاه اندوهگین ،گاه مسرور
بزرگترین مشکل است
گاه روی یک موضوع چیره
گاه درفکر پس انداز
دارد معایب ومشکل ها
گاه ساکتند وخموش
گاه بیش از حد آرایش
از آینه بی خبر
به خود ندارند اعتماد
گاه اضطراب ،گاه وسواس
از پوچی های احساس
این بیماری می تازه
نیاز به دارو اساسی است
بیمار میشه از این رو به انرو
بد نام میشه درجهان
چون مبتلا به مشکل روانی است

# تعمیر و نگهداری

دکتر مسعود ازهر
فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

واژه ای ناآشنا تا زمان سربازی. وقتی برای اولین بار آن را شنیدم و هر روز تکرارش می کردند و من که پر از خلاقیت و انرژی بودم نمی دانستم اینقدر تاکیدبخاطر چیست.

واژه ای که هیچ پیشرفتی در آن نیست واژه ای که حکایت از ایستایی دارد. واژه‌ای که هم طراز بود با روغن کاری اسلحه هایی که بندرت به هدف می زد. تعمیر حکایت از خراب شدن دارد و نگهداری، از دست دادن را تداعی می کند. هر دو سایه ای از مرگ و هراس از آن .

چیزی که در جوانی براحتی می توانستم از آن بگریزم. هر روز مطلبی نو یاد می گرفتم. هر روز کار جدیدی و افقی روشن در آینده . بتدریج دسته کلیدم سنگینتر شد و مسئولیتهایم افزایش یافت. کلید دوچرخه و اتومبیل، کلید درخانه، کلید در پشت بام، کلید خانه پدری، کلید مطب و کلیدهایی که در دسته کلید اطرافیانم است همگی ربطی به من دارد و هر روز باید به آنها رسیدگی کرد.

از خرابیهایی که هر کدام دارند تا حوادث که از بس تکرار شده اند دیگر به آن غیرمترقبه گفته نمی شود و حتی اگر هیچ اتفاقی نیفتد همگی آنها احتیاج به نگهداری دارند. هر روز صبح که بیدار می شوم دقایقی به کارهایی که باید انجام دهم می اندیشم . لیستی از آنها تهیه می کنم ریز و در شت.

چیزهایی که مسئولیتش را به عهده دارم و فهمیده ام اگر انجام ندهم به لیست روزهای آینده به شدت اضافه خواهد شد.

مثل قایق سوراخی می ماند که هر دم باید از انباشت آب جلوگیری کرد. یک سطل آب را دائم پر و خال کردن بهتر از این است که در دریا دست و پا بزنی و بدنبال پاره چوبی بگردی.

لیست امروز هشت قلم است. شاید هم بیشتر است ولی از یادم رفته است. خرید نان . پیگیری اداره بیمه، جمع کردن بخاریها، راه اندازی کولرها، احوالپرسی از مادر که روز قبل پایشان درد گرفته و پیگیری بیشتر در صورت نیاز، بردن لپ تاپ برای تعمیر چون سه روز ست هر کاری می کنم به اینترنت وصل نمی شود، خرید پلاستیک برای سطل زباله ، خرید دارو برای کاهش میگرن(این را در اولویت می گذارم) چون یک هفته است در لیستم قرار گرفته و دیشب واقعا قرص هایم تمام شد)

آب دادن باغچه (این هم سه روز است در لیستم است )

همسرم می پرسد چه می نویسی، این را هر روز می پرسد ولی نه .هر روز می‌پرسد امروز چه کار می‌خواهی بکنی و من با اشاره به لیستی که نوشته ام می گویم چهل تا کار نکرده دارم که امیدوارم به چهارتای آن برسم. و سوالش به من یادآوری می کند که او هم برای لیستی که در ذهنش دارد بدنبال کسی می گردد تا یاریش دهد و شاید می خواهد بداند آیا خودش را در لیست من می تواند پیدا کند. بعضی وقتها ناخودآگاه یا آگاهانه از طرز پرسیدنش می فهمم که رابطه مان هم نیاز به تعمیر و نگهداری دارد آنوقت اولویت‌ها را جابجا می کنم تا جایی برای رابطه در لسیتم باز کنم . امروز اوضاع زیاد وخیم نیست و می توانم به کارهایی که در جوانی آنها را بیهوده و غیرضروری می دانستم و حالا حیاتی می پندارم برسم.

روزم را با کارهایی شروع می کنم که در لیست نیامده ولی هر روز انجامش می‌دهم و آنها هم تعمیر ونگهداری است. غذا خوردن، تمیز کردن خود، واکس زدن کفش، مسواک زدن و ... هنوز لباس پوشیدنم به اتمام نرسیده که تلفن خبر فوت یکی از آشنایان را می دهد متاسف می شوم و به لیستم شرکت در مراسم را هم اضافه می کنم. اگر چه آن آشنا نیاز به تعمیر و نگهداری ندارد ولی نزدیکشان نیازشان صدالبته افزون شده است و رابطه ها هم نیاز به نگهداری دارد. از خانه که می خواهم خارج شوم کاغذی را لای در می بینم اخطار قطع برق است از من خواسته شده اگر پول را هم واریز کرده ام فیش آن را همراه با برگه اخطار به اداره برق ببرم و عجب مصبیتی. باز می گردم و از میان پوشه های متعددی که بایگانیم را تشکیل داده اند بدنبال قبضها و پرداختها می گردم هر بار که این کار را می کنم و بدنبال چیزی می گردم به خودم می گویم نیمی از عمرم را به بایگانی کردن یا منظم کردن گذرانده ام و نیمی دیگر را به پیدا کردن آنها. ولی اغراق می کنم چون هزار تا کار دیگر هم انجام داده ام . البته همگی مثل بایگانی و پیدا کردن ، جزء تعمیر و نگهداری محسوب شده اند.

عجله می کنم زیرا امروز اولویتهایم شده شرکت در مراسم، ماجرای قطع برق، خریدنان و مهمتر از همه اینکه تا شب باید داروی میگرنم را تهیه کنم. عجله برای اینکه بعدازظهر باید رفت به مطب، مطب یعنی جایی که مردم می آیند برای «تعمیر ونگهداری»!

آری، بیست سال از زمان سربازی من می گذرد و زندگی من بدون این واژه هیچ مفهومی ندارد . واژه ای که آن روز بسیار بی اهمیت بود امروز لحظه به لحظهٔ مرا پر کرده است . ولی گاه زیرکانه دقایقی از آن می دزدم تا به چیزی دیگر بپردازم . چیزی که دیگر تعمیر و نگهداری نیست . چیزی که مفهومی از زائیدن را در خود داشته باشد چیزی مثل همینکه می خوانید.

# مطالبی نو ازسایکوفارماکولوژی

دکتر مریم رضایی - روانپزشک

۱- مطالعه روی دوز و مدت زمان مصرف داروهای ضد دمانس
Europian Journal of Clinical Pharmacology Feb 2013

داروهای آنتی کولین استراز و ممانتین (memantine) برای درمان دارویی اختلالات شناختی در بیماران مبتلا به دمانس استفاده می شوند. در این مطالعه تعدادی از بیماران با سن بالاتر از ۷۰ سال که حداقل برای آنها ۲ دارو از داروهای (Memantine, Donepezile, Galantamine, rivastigmine) تجویز شده بود در نظر گرفته شدند.

بیمارانی که داروی دونپزیل به همراه ممانتین دریافت کرده بودند مدت زمان بیشتری نسبت به بیمارانی که سایر داروها را مصرف کرده بودند به درمان ادامه داده بودند و درمان برای آنها کاملتر بود و گروهی که ریواستیگمین و دونپزیل دریافت می کردند مدت زمان کمتری درمان دارویی را ادامه داده بودند.

۲- مصرف زیاد بنزو دیازپین در بیماران دچار COPD
Toronto Feb 2013

بنزودیازپینها در بیماران دچار COPD بعلت عوارض تنفسی که ایجاد می نمایند نباید مصرف شوند. تحقیقات نشان می دهد مصرف بنزودیازپینهای جدید در حدود از افراد بزرگسال رواج دارد در صورتیکه این داروها برای بیمارانی که دچار مشکلات تنفسی می باشند مضر می باشد. اگرچه این داروها روی بهبود خواب بیماران موثر هستند ولی روی قدرت دستگاه تنفسی و سطح اکسیژن خون در شب تاثیر منفی می گذارند.

۳- تاثیر مصرف داروهای ضد فشار خون روی اعمال شناختی بیماران
Revue Medical Suisse (Jan 2013)

تاثیر و ارتباط بین افزایش فشار خون و کاهش اعمال شناختی از مدت ها قبل مورد توجه قرار گرفته است. افزایش فشار خون بیشتر از حد طبیعی در افراد میانسال risk factor برای دمانس شناخته شده است و به نظر می رسد درمان بیماران مبتلا به فشار خون آنها را از نظر ابتلا به اختلالات شناختی محافظت می نماید.

اما در بیماران مسن خطر اختلالات ذهنی ممکن است با کاهش شدید فشار خون دیاستولیک ارتباط مستقیم داشته باشد (بعنوان مثال اگر فشار خون دیاستولیک به زیر ۷۰mmHg برسد بیمار در معرض اختلالات ذهنی قرار می گیرد.

۴- داروهای ضد فشار خون، آنژیو تا سنین، گلوکز و بیماری آلزایمر
Expert Review of Neuro therapeutic (May 2013)

ارتباط بین اختلالات عروقی نظیر افزایش فشار خون و بیماری آلزایمر نشان می دهد که افزایش فشار خون خطر ابتلا به آلزایمر را بیشتر می نماید. نقش داروهایی ضد فشار خون در درمان اختلالات شناختی نیز بررسی شده است. بعضی از داروهای ضد فشار خون ممکن است اختلالات شناختی را (جدا از تاثیر آنها روی تنظیم BP) بهبود بخشند ولی تعدادی از این داروها از blood brain barrier عبور می نمایند و ممکن است روی نوروترانسمیتری که در مسائل شناختی درگیر هستند تاثیر منفی بگذارند البته در این زمینه بررسی بیشتری لازم است.

۵- تاثیر ECT برای درمان پارکینسونیسم ناشی از دارو در بیماران مسن
Journal of ECT (Mar 2013)

پارکینسونیسم ناشی از دارو بعد از پارکینسونیسم ایدیوپاتیک دومین رتبه را در بیماران مسن دارد.

در این مطالعه تعدادی مرد مسن که مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید بوده و دارو

مصرف می کردند و دچار علائم پارکینسونیسم دارویی شده بودند در نظر گرفته شدند. بعد از انجام ۸ جلسه ECT دو طرف علائم اسکیزوفرنیا و پارکینسونیسم دارویی بهبود یافت و اثر درمانی روی پارکینسونیسم دارویی ٦ ماه ادامه داشت.
در نتیجه: ECT ممکن است برای درمان بیماران مسن با علائم سایکوز و پارکینسونیسم دارویی که به درمانهای متداول جواب نداده اند موثر باشد.

٦- داروهای سایکوتروپیک بخصوص بنزو دیازپینهای کوتاه اثر به شدت بر روی ازدیاد سقوط بیماران مسن موثر می باشد.

Maturitas (Jan 2013)

سقوط در بیماران سالمند شایع می باشد. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین استفاده از داروهای سایکوتروپیک بخصوص بنزودیازپینهای کوتاه اثر و تعداد سقوط در افراد سالمند می باشد. این مطالعه روی ٤٠٤ نفر بیمار انجام شده است.
نتیجه: این مطالعه نشان داد که استفاده از داروهای سایکوتروپیک از جمله بنزودیازپینهای کوتاه اثر دفعات سقوط در بیماران سالمند را بطور جدی افزایش می دهند و این مورد باید زمان تجویز نسخه برای اینگونه بیماران در نظر گرفته شود و تا امکان دارد از تجویز اینگونه داروها اجتناب شود.

۷- تاثیر سطح سرمی لیتیوم روی عملکرد کلیه افراد مسن

Rej S, Looper K, Segal M ; Drugs & Aging (Mar 2013)

لیتیوم درمان مهمی در بیماران دو قطبی می باشد ولی سطح سرمی بالای لیتیوم به مدت طولانی در افراد مسن ممکن است برای کلیه ها مشکلات ناشناخته ایجاد نماید. مطالعات نشان داده است که در افراد سالمند بهتر است سطح خونی لیتیوم زیر ۰/mmol/L٦ (۰/٦ میلی مول در لیتر) نگهداشته شود تا اثر روی کلیه ها کم شود.

در این مطالعه حین ٤-۲ سال follow up تعدادی بیمار مسن که لیتیوم مصرف می کردند نتیجه گیری شد که اگر سطح خونی لیتیوم برای سالمندان زیر ۰/۸ mmol/lit (۰/۸ میلی مول در لیتر ( نگهداری شود تاثیری روی eGFR (estimated glomerular filtration rate)) ندارد. (در نتیجه سطح لیتیوم اگر در این سطح نگهداشته شود بدون افزایش خطر chronic renal failure برای استفاده طولانی مدت افراد مسن مناسب میباشد.

۸- اعمال شناختی و استفاده از داروهای آنتی کولینرژیک

Drugs & Aging (Jan 2013)

بعضی از داروهای تجویز شده برای سالمندان عوارض آنتی کولینرژیک دارند و ممکن است برای آنها مضر بوده و مشکلات شناختی ایجاد نماید.
٤۰۰ نفر که سن آنها مابین ۹۰-۷۵ سال بود و علائم بالینی دمانس نداشتند و از نظر سابقه بیماریهای Atherosclerotic طبیعی بودند در نظر گرفته شدند. میزان شناخت آنها بر اساس آزمون CERAD (Consortium to Establisia Registry for Alzheimer's Disease) سنجیده شد.
نتیجه: روانی در گفتار و یادآوری نامها در افرادی که هر گونه دارویی با عوارض آنتی کولینرژیک مصرف میکردند ضعیف تر از گروهی بود که این داروها را مصرف نمی کردند.
ولی CERAD test (که برای تشخیص آلزایمر زودرس بیشترین حساسیت را دارد) بین دو گروه تفاوتی نشان نداد.

۹- اختلال خلقی و افزایش خطر دمانس (Dementia)

British Journal of Psychiatry (Mar 2013)

در این زمینه ٥۱ مطالعه انجام شده است که بیشتر آنها افزایش خطر دمانس را در بیماران مبتلا به افسردگی نشان داده اند. شدت و تعداد پریودهای بیماری افسردگی خطر دمانس را افزایش می دهد. بررسی های انجام شده نشان داده است دمانس در افراد BMD (دو قطبی) بیشتر از افراد افسرده می باشد.

۱۰- خطر شکستگی در افرادی که در مراکز نگهداری ساکن هستند و داروهای آنتی سایکوتیک مصرف می کنند افزایش می یابد.

Journal of the American Geriatrics Society (Apr 2013)

این مطالعه بررسی کرده است که آیا خطر شکستگی در افرادی که در مراکز نگهداری زندگی می کنند با شروع مصرف آنتی سایکوتیک افزایش می یابد و آیا در این مورد بین آنتی سایکوتیکهای نسل اول و دوم تفاوت وجود دارد.
در این مطالعه ساکنین مراکز نگهداری که بالاتر از ٦٥ سال سن داشتند در نظر گرفته شدند و هر نوع شکستگی بخصوص شکستگی استخوان هیپ در آنها بررسی شد. داروهایی مصرفی نسل اول و دوم آنتی سایکوتیکها بخصوص هالوپریدول، ریسپریدون، اولانزاپین و کوئتیاپین بودند.
نتیجه: شروع آنتی سایکوتیک ها در افراد ساکن در مراکز نگهداری با افزایش خطر شکستگی همراه بود و در این مورد بین آنتی سایکوتیک های نسل اول و دوم اختلافی مشاهده نشد.

۱۱- مطالعه تاثیر و safe بودن تغییر دارو از risperidone به Paliperidone (پالی پریدون) در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

Psychiatry and Clinical Neurosiences (Feb 2013)

۲۷ بیمار که طبق DSM-IV تشخیص اسکیزوفرنیا برای آنها مطرح بود در نظر گرفته شدند.
نتیجه: تغییر داروی آنتی سایکوتیک بیماران مسن از risperidone به paliperidone ممکن است برای بیمار بی ضررتر باشد بخصوص که در داروی دوم بی پریدین با دوز کمتر لازم است و دوز مصرفی بی پریدین کاهش میابد.

# دیوانگی مولانا

## تحلیل روانشناختی مولانا و نگاهی نو به اختلالات روانی [۱]

حافظ باجغلی، روانپزشک و عضو کمیته بهداشت و سلامت جنسی انجمن روانپزشکی ایران

**چکیده**

در این مقاله به چند ساحتی بودن واژه دیوانگی پرداخته شده است که یکی از علتهای بدفهمی و در نتیجه انگ آمیز بودن آن است. از طرفی از نظر نگارنده شباهت هایی بین احوالات خاص عارفان و اختصاصا در این مقاله مولانا با اختلال دوقطبی با افزایش عملکرد وجوددارد. دریک نگاه سطحی اختلال دوقطبی و افزایش عملکرد جمع اضداد به نظر می رسد. این مقاله یک رویکرد انتقادی به این نگرش دارد.

**واژه های کلیدی:**

مولانا، دیوانگی، اختلال دوقطبی

«دیوانگی» برای خودش عالمی دارد. واژه ای است چند ساحتی، با معانی متفاوت و حتی متضاد[۲]. لغت نامه دهخدا «دیوانه» را صفت نسبی منتسب به «دیو» می داند به معنی دیوزده؛ درست همانطور که «مجنون» اسم مفعول از «جن» است یعنی «جن زده» این واژه ها در استفاده معمولی بار عاطفی منفی و انگ آمیز دارند. این بار عاطفی منفی نه فقط در زبان عامیانه، بلکه گاهی در ادبیات شاعرانه هم نمود دارد.

ناصرخسرو می گوید:

آنکه گوید های هوی و پای کوبدهر زمان
اوبه حق دیوانه ای باشد مخوان آن راطرب

همانطور است کاربرد واژه «رند» در تاریخ بیهقی وقتی می گوید: «مشتی رند را سیم دادند که سنگ زنند ....». «رند» در اینجا یعنی «سفله»، «حیله گر»، و «دغلباز».

ابو سعید ابوالخیر، به عنوان اولین شاعر عارف ایرانی موجب تطوری اساسی در ادبیات فارسی شد. واژگانی مانند «دیوانه» و «رند» که تا دیروز معنی و بار عاطفی منفی داشتند کاربرد متفاوتی پیدا کردند. کاربرد چهار کلمه «میخواره»، «سرگشته»، «رند» و «نظرباز» در زبان معمولی بی روح، معانی منفی و «انگ آمیز» را به ذهن متبادر می کنند ولی وقتی حافظ می گوید «میخواره و سرگشته و رندیم و نظرباز» گویی تمام این واژگان از ساحتی متفاوت متجلی می شوند و یادآور مقام های عرفانی هستند. واژه «دیوانگی»، نیز از این دست است. مولانا دیوانگی را تقدیس می کند و خودش را دیوانه خطاب می کند:

–پس مرا هر دم جنونی دیگر است
–چاره ای کو بهتر از دیوانگی
–آزمودم عقل دوراندیش را
بعدازاین این دیوانه سازم خویش را
–حیلت رها کن عاشقا دیوانه شو دیوانه شو
واندر دل آتش درآ پروانه شو پروانه شو

### واعظ منبر یا عاشق کف زنان؟

چه اتفاقی از یک واعظ منبر و زاهد کشور، عاشقی کف زنان ساخت که در بازار سماع می کرد؟ چه نیرویی توانست تمام ناز و کبریای فقیهانه را از یک مفتی و مدرس موقر و سنگین بگیرد؛ او را به تمام مناسبات اجتماعی و مکتب پسند زمانه اش بی اعتنا کند، آتش در وجودش در اندازد و از او یک عارف از قید رسته بسازد؟ همه چیز پس از دیدار با شمس آغاز شد. از دیدگاه روانشناسی، اهمیت چندانی ندارد که این تأثیر شگرف ناشی از طرح آن سوال گستاخانه از جانب شمس بود که برتری محمد (ص) و بایزید بسطام را به چالش کشید یا یکی از آن قصه های افسانه ای که نقل کرده اند اتفاق افتاد

نظیر اینکه شمس کتابهای مولانا را در آب می اندازد و آنها خیس نمی شوند؛ یا اینکه مولانا بدون این واسطه ها مجذوب وارستگی بازتاب یافته در چهره و سکنات شمس می شود. رویکرد روانشناسی برای اتفاقی که درون اشخاص می افتد اصالت بیشتری قائل است. عوامل بیرونی فقط به عنوان شرایط لازم و نه کافی مورد ارزیابی قرار می گیرند.

آنچه از زندگی نامه مولانا برمی آید: بیانگر آن است که مولانا به زبان روانپزشکی امروزی «افت عملکرد اجتماعی و شغلی» پیدا کرده است. مولانا از همان اولین روزهای دوستی با شمس خانه و مدرسه خود را رها کرد و به خانه صلاح الدین زرین کوب رفت و در آنجا با شمس خلوت کرد . پس از خلوت سه ماهه با شمس، رفتار اجتماعی مولانا به کلی تغییر یافت و دیگر به مریدان و طالبان علم توجهی نشان نمی داد. از نظر عموم مردم تغییر رفتار مولانا به حدی غیرطبیعی تصور می شد که آنرا به جنون نسبت دادند. البته جنون با ادبیات عوامانه به معنی اختلال مشاعر و نه با ادبیات عمیق عرفانی. و برای قابل فهم شدن این جنون، آن را به حلوافروشی نسبت دادند که به مولانا حلوای شکرین داد و عقل را از او ربود. داستان جنون ناگهانی او که سال ها بعد از زبان اهل قونیه برای ابن بطوطه، جهانگرد مغربی نقل شد تصویری بود که ازاین احوال او در اذهان نسلهای بعد باقی مانده بود[5].

مجالس سماع هم در تمام شهر به چشم یک بدعت ناپسند نگریسته می شد و برپا کردن آن در بین یاران هم با ناخرسندی تلقی می گشت[6]. ماجرای سماع در بازار زرکوبان که آهنگ تاق تاق پتک و سندان و بازتاب آن زیر سقف بازار مولانا را به وجد و سماع آورد که از ظهر تا غروب طول کشید حکایتی دیگر از این دست است[7]. نیاز به سندیت تاریخی برای ارزیابی قضاوت عامه مردم وجود ندارد. کاملا مشخص است که اکثریت مردم در یک جامعه سنتی، نسبت به وجد و سماع یک مجتهد در بازار چه واکنشی نشان می دهند. فراموش نکنیم که حقانیت و اصالت مولانا راتاریخ اثبات کرده است و نه مردم زمانه اش.

یکی دیگر از رفتارهای عجیب مولانا ولخرجی بیش از حد او در ارتباط با خبری است که در مورد شمس شنید: «یکی به او خبر د اد که شمس را در دمشق دیده بود، مولانا که نقدینه ای در دسترس نداشت جامه خود و تمام آنچه را به تن داشت از دستار و فرجی و کفش و موزه مژدگانی داد. چون او برفت یکی از حاضران گفت که او خبر دروغ داد. خودش به دمشق نرفته بود. مولانا گفت من برای خبر دروغش دستار و فرجی بدو دادم. اگر خبرش راست بودی به جای جامه، جان خویش فدای او کردمی»[8]

## دیدگاه روانپزشکی

اکنون ببینیم روانپزشکی نسبت به واژه «دیوانگی» چه دیدگاهی دارد. می دانیم که روانپزشکی با پیشینه ای تاریخی همیشه تلاش در انگ زدایی از اختلالات روانی داشته است و همیشه با کاربرد واژه «دیوانه» مشکل داشته و به آن واکنش نشان می داده است. وقتی روانپزشکان عبارت هایی نظیر اینها را از مردم می شنوند که «مگر من دیوانه ام که پیش روانپزشک بروم؟» یا «آقای دکتر شما روانپزشکید، یعنی همان دکتر دیوانه ها؟!» تمام تلاششان بر این است که چگونه زیرساخت های فرهنگی جامعه را در جهت افزایش آگاهی مردم وانگ زدایی از اختلالات روانی تغییر دهند. کاربرد واژه «دیوانه» از طرف شخصیت بزرگی مثل مولانا برای روانپزشکان که همیشه با این واژه سر مخالفت داشته اند و بدون توجه به چند ساحتی بودن این واژه و معانی عمیق تر آن می تواند گیج کننده باشد.از طرفی یکی از خطاهای شناختی در روانپزشکی فرهنگی «اثر هاله مقدس» "halo effect" است.

این خطای شناختی مانع آن می شود که قهرمانان فرهنگی و ملی را مانند سایر مردم مورد ارزیابی و تحلیل روانشناختی قرار دهیم. هرچند این خطا جهان شمول است ولی در جوامع سنتی بیشتر دیده می شود.

موارد یاد شده، از موارد محدود کننده تشخیص است که برای یک روانپزشک در تشخیص گذاری مقاومت ایجاد می کند. از طرف دیگر اهمیت بیش از اندازه به افت عملکرد اجتماعی و شغلی به عنوان یک معیار لازم برای تشخیص روانپزشکی می تواند ما را از سر دیگر بام پایین بیندازد. به نظر می رسد که روانپزشکی مدرن به افت عملکرد اجتماعی و شغلی در تشخیص گذاری بیش از اندازه اهمیت می دهد و ممکن است در نظر نداشته باشد که این وضعیت که به اختلال در روابط بین فردی و عملکرد اجتماعی و شغلی فرد منجر شده ممکن است باعث افزایش عملکرد او در خلاقیت شده باشد. مشکل وقتی پیچیده تر می شود که این افزایش در عملکرد خلاقانه برای اکثر افراد زمانه که روانپزشک هم جزوی از آنهاست قابل درک نباشد و از چشم آنها پنهان بماند و گذشت سالها لازم باشد تا نبوغ هنرمند توسط آیندگان کشف شود. گفتنی است که عامل «افت عملکرد اجتماعی و روابط بین فردی» که روانپزشکان امروزی سنگ آنرا به سینه می زنند معیاری کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری ۳ (DSM III) وجود نداشته است و صرفاً به علت افزایش شیوع اختلالات روانی، این معیار به کتابچه راهنمای تشخیص و آماری ٤ ) DSM IV) اضافه شده است .[9]

## آیا مولانا اختلال دوقطبی داشته است؟

خلق یک احساس فراگیر و پایدار در فرد است که به صورت درونی تجربه می‌شود و روی رفتار فرد و درک او از جهان تأثیر می گذارد. خلق می تواند نرمال، بالا، یا افسرده باشد. بیماران با خلق بالا می توانند علایمی مثل پرحرفی، پرش افکار، کاهش نیاز به خواب، ولخرجی، افزایش فعالیت، مخصوصا افزایش اشتغال به فعالیت های لذت بخش، و خود بزرگ بینی داشته باشند. که به آن دوره «شیدایی» گفته می شود. بیمارانی که دوره های شیدایی و افسردگی دارند و همچنین آنها که صرفا دوره شیدایی دارند مبتلا به اختلال دوقطبی هستند.[10]

اختلال دوقطبی می تواند خود به خودی یا به دنبال یک اتفاق در زندگی ایجاد شود؛ که یکی از مهمترین آنها عشق است. مطالعات زیادی نشان داده اند که عاشق شدن در بسیاری از افراد منجر به بروز دوره شیدایی می شود. [11]

تغییر وضعیت مولانا در سن ۳۸ سالگی به دنبال عشق به شمس ایجاد شد. شواهد بسیاری از خلق بالای مولانا موجود است که سماع در بازار زرگران یکی از آنهاست. فشار کلام ناشی از خلق بالای مولانا وجه مشخصه غزلیات اوست که به این شکل در هیچ جای تاریخ ادبیات ایران نظیر ندارد.

بیت زیر نمونه ای از خلق بالاست:

زشورمن بشوریدست دریا
زسرمستی من مستست عالم

یا در این بیت:

چونک من از دست شدم در ره من شیشه منه
ور بنهی پا بنهم هر چه بیابم شکنم

بیت زیر نشان دهنده خودبزرگ بینی است:

ای کیمیا ای کیمیا در من نگر زیرا که من
صد دیر را مسجد کنم صد دار را منبر کنم
ای کافران ای کافران قفل شما را وا کنم
زیرا که مطلق حاکمم مؤمن کنم کافر کنم
تو نطفه بودی خون شدی وانگه چنین موزون شدی
سوی من آ ای آدمی تا زینت نیکوتر کنم

مصراع زیر نشان دهنده کاهش نیاز به خواب است:

– نانم مده، آبم مده، آرامش و خوابم مده

مصراع زیر نشان دهنده تداعی آوایی است:

– توقی قی و من قاقا، تو هی هی و من هوهو

بیت زیر نشان دهنده پرش افکار است:

آمده ام که سر نهم عشق تورا به سربرم　　　ور تو بگوئیم که نی، نی شکنم شکر برم

این نشانه ها را که کنار داستان ولخرجی مولانا در ارتباط با شنیدن خبر از شمس و همچنین افت عملکرد اجتماعی و شغلی او می گذاریم می توانیم تشخیص احتمالی اختلال دوقطبی را برای او مطرح کنیم.

البته لازم به ذکر است که مطرح کردن اختلال دوقطبی به این معنا نیست که نگارنده معتقد است مولانا قطعاً اختلال دوقطبی داشته است. ما در مورد بیمارانی که به ما مراجعه می کنند پس از یک مصاحبه تشخیصی کامل از خودشان و افراد خانواده آنها، در موارد زیادی دچار مشکل تشخیصی می شویم. واضح است که این مشکل در مورد فردی که به او دسترسی نداریم و صرفاً براساس زندگینامه و اشعارش قضاوت می کنیم چندین برابر بیشتر است. رویکرد منطقی و واقع گرایانه در تشخیص گذشته نگر روانپزشکی، با توجه به دقت پایین تشخیصی آن، مطرح کردن تشخیص و نه تثبیت و تاییدآن است.

## آیا اختلال روانی از مقتضیات خلاقیت در هنرمندان است؟

از نقطه نظر تاریخی، ارسطو معتقد است کسانی که در فلسفه، سیاست، شعر، و هنر برگزیده و مشخص می گردند دارای طبع مالیخولیایی هستند. [۱۲] جفری کاتلردر کتاب دیوانگی الهی به افشای اختلالات روانی هنرمندان بزرگی مثل ارنست همینگوی، ویرجیناولف، و سیلویا پلات می پردازد. [۱۳]

مطالعات روانپزشکی زیادی ارتباط خلاقیت با اختلالات روانی را تأیید می کنند. در یک مطالعه نشان داده شد که ۱۰درصد هنرمندان (با تعریف گسترده آن) اختلال دوقطبی دارند[۱۴] مطالعاتی که روی زندگینامه هنرمندان انجام شده نشان می دهد که اختلال دوقطبی به شکل معنی داری در نمونه های نویسندگان[۱۵]، شاعران و هنرمندان تجسمی [۱۶] بیشتر از افراد عادی بوده است. یک مطالعه فراتحلیلی که روی ۳۶ مطالعه صورت گرفته نشان داده که افزایش خلق با افزایش سیلان ذهنی همراهی دارد. همچنین این مطالعه نشان می دهد که ارتباط معنی دار و قابل توجهی بین اختلال روانی و تفکر واگرا وجود دارد. [۱۷]

## آیا بین اختلال روانی و خلاقیت رابطه علیتی برقرار است؟

مطالعاتی که در بالا به آنها اشاره شد صرفا ارتباط را مطرح کرده اند. سوالی که اینجا مطرح می شود این است که آیا بین اختلال روانی و خلاقیت فقط نوعی هم آیندی وجود دارد و یا اینکه فراتر از آن، یک رابطه علیتی برقرار است؟

یک مطالعه نشان داده که هم در خلاقیت و هم در اختلال دوقطبی بدتنظیمی دوپامین وجود دارد. پس منشاء زیستی ایجاد هر دو وضعیت، یکسان است [۱۸]

مسأله دیگر تکانشگری است که در افراد با خلق بالا وجود دارد. هرچقدر تکانشگری بیشتر شود، خودسانسوری کمتر می شود. و به دنبال آن خلاقیت بیشتر می شود. واضح است که زمان خلاقیت زمان خاصی است که با خودسانسوری در تعارض است. در زمان خلاقیت مهارها و عاقبت اندیشی ها برداشته می شود. در اینجا تفاوت اساسی که یک هنرمند خلاق با یک فرد عادی دارد این است که در فرد عادی برداشته شدن مهارها و از بین رفتن خودسانسوری ناشی از تکانشگری منجر به رفتارهای مهارگسیخته و نابهنجار اجتماعی می شود ولی در یک هنرمند با توان ذهنی قوی، خلق بالا و تکانشگری ناشی از آن در جهت تولید خلاقانه و به صورت نامرئی در کنترل هنرمند است. این خلق بالا به مانند ثروتی است که همه کس ظرفیت آن را ندارد و اگر به دست آورد به بیراهه کشیده می شود. فقط افراد توانمند و خاصی هستند که ظرفیت هدایت خلق بالا و تکانشگری را در جهت خلاقیت دارند. گویی خلق بالا و تکانشگری اگر نصیب نابغه ای مثل مولانا بشود به خلاقیت منجر می شود و اگر نصیب افراد معمولی بشود به رفتارهای نابهنجار اجتماعی. غزل زیر مثال عینی تکانشگری هدایت شده در جهت تولید خلاق در مولاناست:

هشیار شدم ساقی دستار به من واده　　　یا مشک سقا پر کن یا مشک به سقا ده

نیمی بخور ای ساقی ما را بده آن باقی　　　والله که غلط گفتم نی نی همه ما را ده

ای فتنه مرد و زن امشب در من بشکن　　　رخت من و نقد من بردار و به یغما ده

خواهی که همه دریا آب حیوان گردد　　　از جام شراب خود یک جرعه به دریا ده

خواهی که مه و زهره چون مرغ فرود آید　　　زان می که به کف داری یک رطل به بالا ده

نظریه دیگری که در این باره مطرح است «نظریه ارتباطی آیزنک است. "Eysenck's associational hypothesis" آیزنک معتقد است که ذهن افراد به صورت طبیعی مهار مخفی یا latent inhibition دارد طبق این نظریه ذهن به جزئیات نامرتبط اجازه ورود نمی دهد و آنها را غربال گری می کند. اگر این «مهار مخفی» کم شود؛ بیش توجهی به جزئیات ایجاد می شود که در اختلال دوقطبی، اختلال وسواسی – جبری و اسکیزوفرنیا دیده می شود. کارسون در مطالعه اش نشان داد که کاهش مهار مخفی در ذهن افراد خلاق هم ایجاد می شود. [۱۹]

کار هنرمند برقراری ارتباط با جزءهای نامرتبط است که از ترکیب آنها پدیده های بدیع به دست می آید. ذهن هنرمندان بیشتر به جزئیات نامرتبط اجازه ورود می دهد. یافته های فوق مطرح کننده یک رابطه علیتی بین خلاقیت و اختلال دوقطبی است.

در اینجا نگاهی نو و دریچه ای دیگر به اختلالات روانی گشوده می شود. درواقع این سوال مهم مطرح می شود که آیا در مواردی اختلالات روانی می تواند به جای افت عملکرد منجر به افزایش عملکرد در بعضی زمینه های خاص بشوند. حال چه این زمینه های خاص برای ما قابل درک باشد چه نباشد.

### پی نوشت ها:

۱. این مقاله با عنوان»دیوانگی مولانا»در سمپوزیوم «روانپزشکی و ادبیات» کنگره سالیانه روانپزشکان ایران سال ۱۳۹۰ به صورت سخنرانی ارائه شد.
۲. برگرفته از مقاله «درستایش شهرستان»نوشته احمداخوت درشماره۳۲مجله سینما و ادبیات.
۳. عبدالحسین زرین کوب، پله پله تا ملاقات خدا، انتشارات علمی، ۱۳۸۹، ص ۱۰۵.
٤. همان ص ۱۱٤
٥. همان ص ۱٦۲
٦. همان ص ۱۲٤
۷. همان ص ۱۷۰
۸. همان ص ۱٦۳

9-Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Williams & Wilkins, 2009, P 1110.
10-Kaplan & Sadock's Synopsis of Ssychiatry, Williams & Wilkins, 2007, P 527.
11 -Serge Brand, Romantic Love, Hypomania, and Sleep Pattern in Adolescents, Journal of Adolescent Health, 2007, 41(1):73.
12- Aristotle, Problemata, 30, I.
13- Jeffrey A. Kottler, Divine Madness: Ten Stories of Creative struggles. 2005.
14- Charlotte Waddel, Creativity and Mental Illness: Is there a Link? Canadian Journal of Psychiatry, 1998, 43:170.
15- Arnold M.Ludwig, Mental Illness and Creative Activity in Female Writers, The American Journal of Psychiatry. 1994, 151(11).1654.
16- Parker, Creativity and Psychic Distress in Artists, Writers, and Scientists. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 1998, 5(2):115.
17- Mark A. Davis, Understanding the Relationship between Mood and Creativity: A Meta-Analysis. Organizational Behavior and Human Decision Process. 2009, 108(1):30.
18- Soghra Akbari Chrmahini, The Link between Creativity and Dopamine, Cognition, 2010, 115(3):461.
19- Shelley H. Carson, Decreased Latent Inhibition in High-Functioning Individuals, Journal of Personality and Social Psychology, 2003, 85(3):502.

دکتر ترانه تقوی، روانپزشک

# یک داستان از زندگی روزمره

## هنگامی که در سناریوی زندگی به روانپزشک، نقش همراه بیمار داده می شود

چندین سال پیش، بعدازظهر مشغول خرید بودم که گوشی همراهم زنگ خورد. مادرم بودند، شرح حال درد شکمی در پدر می دادند، چون می دانستم اگر قضیه جدی نباشد به من زنگ نمی زنند نگران شدم، کوشیدم در حافظه ام تشخیص های افتراقی را مرور کنم، نخستین مورد اورژانسی بیماری های قلب بود که به صورت درد اپیگاستر خودش را نشان داده باشد. به مادرم پیشنهاد کردم به بیمارستان قلب و داخلی بروند، کمی پس از آن پدر گوشی را گرفتند و در حالی که آشکار بود خیلی درد دارند واژه ای را به کار بردند که مانند خیلی موارد آنتن دهی گوشی خوب نبود و من نشنیدم، پدر هجی کردند «ف، ت، ق» ! چشمتان روز بد نبیند، دود از سرم بلند شد! با این که چندین سال از گذراندن دوره اینترنی جراحی گذشته بود، به یاد داشتم که فتقی که به درد شکمی بینجامد نیاز به جراحی اورژانسی دارد، پیش از آن که روده بخت برگشته گیر افتاده در فتق، گانگرن شود و به برداشتن روده و آناستوموز و .... برسد. نمی دانستم چطور به آن ها بگویم که پدر نیاز به جراحی اورژانسی و حتی بسیار اورژانسی دارند در حالی که آن ها را نگران نکنم، راهی نبود و سلامتی پدر بسیار مهم تر از آشفته شدنشان بود. به آن ها گفتم آب دستشان است زمین بگذارند و سریع خود را به بیمارستان سجاد که مرکز جراحی شهرستان شهرضا در آن زمان بود برسانند. (مرکز جراحی امروز شهرضا بیمارستانی نوساز و دارای اتاق عمل مجهز، ICU و ..... می باشد ولی آن زمان یک بیمارستان قدیمی با امکانات کم بود). خوشبختانه خیلی منطقی برخورد کردند و سریع دست به کار شدند. حال، نگرانی های پس از آن اغاز شد. جراح آنکال چه کسی است؟ آیا مهارت کافی دارد؟ آیا پدر ناشتا هستند؟ روشن است که کسی بعدازظهر ناشتا نیست!! و نگرانی بدتر، پدر سال ها بود که برادیکاردی داشتند آیا ممکن است یک عمل اورژانسی برایشان مشکل آفرین باشد؟ همانطور که سریع خرید ها را داخل ماشین می گذاشتم مراقب بودم آرامشم به هم نخورد و موقع رانندگی سبب تصادف نشوم. به خانه رسیدم، سریع آماده شدم و با آژانس راهی شهرضا شدم. در مسیر به شوهر عمه ام که متخصص اطفال هستند، جراحی اورژانسی و سابقه برای برادیکاردی را توضیح دادم، با دکتر متخصص قلب هماهنگ کردند، او پدر را سریع ویزیت کرد و اجازه عمل داد. باز هم برای اطمینان به دوستم که شوهرش متخصص قلب هستند زنگ زدم، از همسرش پرسید و ایشان هم ریسک عمل را متوسط گزارش کردند، تا حدی خیالم راحت شد. به شهرضا که رسیدم مادر، عمه و شوهر عمه ام را در بیمارستان پیدا کردم، پدر در اتاق عمل بودند! به یاد ندارم از تلفن پدر به من تا آن زمان چقدر طول کشید ولی همه چیز خیلی سریع تر از آن چه می پنداشتم پیش رفت. دو دل بودم که به اتاق عمل بروم و خودم را معرفی کنم یا مانند یک همراه بیمار عادی در بخش چشم به راه پایان جراحی باشم؟ در همین حال دکتر بیهوشی از آمدن من آگاه شد و پیغام داد که به اتاق عمل بروم در همان زمان تیم احیا هم با شتاب به اتاق عمل آمدند یک لحظه فکر کردم پدر ایست قلبی کرده اند که دکتر بیهوشی مرا دید و خیالم را راحت کرد که تیم احیا برای بیمار دیگری آمده است. دکتر می خواست عکسی را که با گوشی همراهش هنگام عمل جراحی از روده گیر افتاده در فتق گرفته بود، نشانم دهد. می گفت دکتر جراح گفته است اگر نیم ساعت دیر تر شده بود روده گانگرن می شد و باید قسمتی از آن برداشته می شد و ...... مرا به ریکاوری دعوت کرد و با مهربانی و خوشرویی حال پدر را خوب گزارش کرد. هنوز هم زمزمه های اطمینان بخش او که به راستی پزشکی نمونه است در گوشم طنین انداز است.

خستگی، دلهره و نگرانی ها تا حد زیادی رفع شد. پدر به ریکاوری آورده شدند. به دلیل برادیکاردی زمینه ای دستگاه مرتب بوق هشدار می زد که تکنسین بیهوشی صدای بوق را قطع کرد و اطمینان داد که به دلیل برادیکاردی زمینه ای است و سعی کردم به او اطمینان کنم. او به من گفت: خانم دکتر از شما بعید است! چرا صبر کردید که فتق پدرتان اینقدر بزرگ و پر عارضه شود؟! و نیاز به عمل اورژانسی پیدا کند؟! و من مانده بودم چه پاسخی به او بدهم، هم حق داشت این پرسش برایش پیش بیاید هم حق نداشت درباره چیزی که آگاهی از آن ندارد قضاوت کند که به گمان من قضاوت تنها و تنها شایسته خداست و بس. پاسخ دادم من درباره بیماری پدر هیچ اطلاعی نداشتم، آقایان را که می شناسید! آنقدر پیگیری درمان بیماری ها را پشت گوش می اندازند که کار به جای باریک بکشد. خدا را شکر که حلقه فتق آنقدر باریک نبود که روده را کاملاً در خود خفه و حلق آویز کند و در آخرین لحظه، جراح مانند فرشته نجات طناب دار را از گردن روده باز کرد و آن را زنده رهانید!پدر دو روز پس از آن با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شدند. همانطور که پیش بینی می شد و جراح هم در پاسخ به پرسش پدر گفت به دلیل اورژانسی بودن عمل و عدم امکان گذاشتن مش، حدود دو سال پس از آن فتق عود کرد اما پدر زود خبر دادند و توسط یکی از استادان جراحی زبر دست به صورت الکتیو جراحی شدند و این درس شد برای پدر گرامی و اما درس هایی که من از این رویداد گرفتم و می خواستم با همکاران ارجمندم در میان بگذارم:

۱.همه انسان ها باید مدیریت بحران را بیاموزند. بحران همیشه و همه جا در کمین است. یک تصادف ماشین ناگهانی، یک زلزله، بمباران جنگی، بیماری حاد و ...... و برای هر کسی ممکن است پیش بیاید. نمی گویم همیشه نگران بحران باشیم اما باید آمادگی رویارویی با مشکلات پیش بینی نشده را داشته باشیم و به آشنایان و بیمارانمان هم بیاموزیم.

اگر در آن شرایط پدر یا مادر فکر کرده بودند یک درد شکمی ساده است و با من تماس نگرفته بودند، یا من در دوره اینترنی جراحی مانند بسیاری از همکاران مشغول نوشتن پایان نامه بودم و از هر فرصتی برای فرار از زیر درس و حضور در بخش و اورژانس بهره می بردم! و مبحث هرنی را به یاد نداشتم، اگر دچار کمال گرایی شده بودم و پیشنهاد آمدن پدر به اصفهان را می دادم تا در بیمارستان مجهز تری مانند الزهرا جراحی شوند یا پدر را به مطب یکی از استادان جراحی می بردم و خلاصه ایشان را دچار سندروم سفارشی می کردم، اگر پزشک عمومی

کشیک متوجه وخامت اوضاع نبود و پیشنهاد مسکن و ..... می داد و جراح را دیر خبر می کرد، اگر پرسنل اورژانس و اتاق عمل در آماده کردن پدر و اتاق عمل سریع نبودند و اگر خدای نکرده پزشک جراح یا بیهوشی در بیمارستان نبودند یا مشغول جراحی دیگری بودند و ...... تنها و تنها نیم ساعت درنگ کافی بود که آن چه نباید بشود، بشود. و صد البته پشت همه این ها حضور پنهان پروردگار مهربان و یاریگر هویدا بود که برای دیدنش چشمی روشن بین و دلی عارف می خواست.

۲.آموختم که آقایان درباره سلامتی خود، مانند بسیاری از کارهای دیگر! توجه چندانی ندارند و نیاز است خانم ها برای این که پدران، همسران و پسرانشان در اثر کوتاهی در انجام معاینه های دوره ای پزشکی و بررسی علایم و نشانه های بیماری ها دچار عوارض اورژانسی نشوند، کارآگاهانه و گاه وسواس گونه سلامت آن ها را زیر نظر داشته باشند و آن ها را با خواهش راهی بررسی درمان های پزشکی نمایند!!

۳.دریافتم در بیشتر زمان ها همراهان بیماران به ویژه در مورد های اورژانسی سردرگم، دستپاچه و نگران هستند و گاهی احساس بی پناهی و نا امیدی زیادی دارند در این هنگام تمرکز کافی برای تصمیم گیری درست و به موقع جهت کمک به بیماران را از دست می دهند به ویژه اگر از نظر شخصیتی خیلی پخته نباشند، پیش زمینه بیماری های اضطرابی یا افسردگی داشته باشند، دارای سطح اقتصادی اجتماعی پایین و سواد کم باشند و مهم تر از همه روش های حل مسأله (Problem solving) و مدیریت بحران را نیاموخته باشند. بسیار مهم است که پزشکان، منشی آن ها، پرستاران و همه کادر پزشکی حتی بیمار بران و کارکنان انتظامات بیمارستان ها، آگاهی و آموزش کافی درباره شرایط روحی بیماران و همراهیان آن ها به ویژه در موارد اورژانسی داشته باشند و راه همدلی و آرام کردن آن ها را بدانند. بسیاری از برخوردهای نا مناسب در ورودی اورژانس ها، بی نظمی ها، سردر گمی بیماران و همراهیان در راهروهای بیمارستان ها به دلیل نبودن این آگاهی است هنگامی که فردی دچار بیماری می گردد، نخستین نکته مهم دسترسی آسان به سیستم های درمانی است ولی بدبختانه در بسیاری از موارد شماره تلفنی از پزشک مورد نظر در راهنمای ۱۱۸ وجود ندارد! اگر هم باشد کسی پاسخگوی تلفن نیست و تنها راه برای گرفتن نوبت، نه ویزیت شدن حضور در مطب است هنگامی که بیمار یا همراهش به مطب می رسد ممکن است روزی باشد که مطب تعطیل است، یا منشی با بی حوصلگی سریع پاسخ می دهد فردا ساعت ۲ بعدازظهر اینجا باشید تا نوبت بدهم. ۲ بعدازظهر فردا که مراجعه کنند ممکن است در میان انبوهی که با خواهش خواهان گرفتن نوبت هستند، موفق به گرفتن نوبت نشوند و اگر بتوانند نوبت بگیرند ساعت ویزیت در بیشتر موارد نا مشخص است و نمی توان بیمار بد حال را در خانه نگه داشت و در زمان تخمینی به مطب آورد. گاهی هم هنگام ورود به مطب و در خواست نوبت، منشی با سردی پاسخ می دهد نخستین نوبت سه ماه دیگر است و اگر بیمار اصرار نماید با پرخاشگری روبه رو می شود! این که بیماران ما در هر رشته دست روی چند پزشک متخصص سر شناس می گذارند و خودشان هم در پدید آمدن این رویداد های غیر انسانی و آزار دهنده نقش دارند نیاز به نوشتاری دیگر و بررسی کامل جنبه–های روانشناسی و جامعه شناختی این مشکل دارد اما تا آن جا که من می دانم درمانگاه عصر بیمارستان الزهرا سیستم نوبت دهی تلفنی خوبی دارد که هم بیماران را از سر در گمی می رهاند هم از شلوغی بی–رویه درمانگاه و افزایش ترافیک، سرایت بیماری های واگیر، خستگی مفرط کادر درمانی می کاهد.

از طرفی بسیاری از بیماران حتی در موارد اورژانسی اعتماد زیادی به پزشکان اورژانس ندارند (به دلیل تازه کاری یا معروف نبودن آن ها)، و از طرفی گیر افتادن در سیستم پیچیده ای مانند اسکرین بیمارستان الزهرا بیمار و همراهیان را دچار فرسودگی، کلافگی می کند و گاه زمان طلایی درمان می گذرد و ...... در هر حال برای سامان دهی به مطب ها، کلینیک ها و بیمارستان ها نیاز به چاره اندیشی اساسی می باشد که بیمار دردمند و همراهیان نگران او پیش از پیش آزار نبینند.

٤.آموختم که همراهیان بیمار را برای کوتاهی بیمار در مراجعه به موقع، مصرف داروها، بستری نشدن و ..... سرزنش نکنم، چه بسا بیمار سال ها بیماریش را از خانواده مخفی نگه می دارد یا آنرا مهم نمی داند یا می ترسد که بیماری بد فرجامی باشد و از مکانیسم انکار و سر زیر برف کردن کبک بهره می برد! و در هر حال خانواده خود را از بیماریش آگاه نمی کند یا این که خانواده در جریان بیماری هستند اما هر چقدر در آوردن بیمار به مطب یا درمانگاه کوشش می کنند، باز هم بیمار از آمدن سرباز می زند، در این شرایط همدلی با بیمار و همراهیان و راهنمایی های لازم به آن ها مهم است.

۵.فهمیدم که در بیمارستان های کم امکانات شهرستان ها، همکارانی که تازه درسشان تمام شده و دوران طرح پزشکی عمومی یا ضریب K پس از تخصص را می گذرانند یا همکارانی که امکان کار در شهر–های بزرگتر را نیافته اند و گاهی بسیار گمنام هستند به همراه تیم پزشکی گاهی به راستی دست مسیحایی و واسطه شفا بخشی خدایی هستند و بی انصافی است که نقش پرستاران، پرسنل اورژانس ۱۱۵، اورژانس بیمارستان ها، اتاق عمل ها و پزشکان عمومی و متخصص را در بیمارستان های شهرهای کوچک و حتی بهورزان و پزشکان در خانه های بهداشت روستایی را دست کم بگیریم. بی گمان آن ها نقش بسیار ارزشمندی در بهبود بهداشت و سلامتی در جامعه و درمان بیمارها دارند.

٦.یاد گرفتم که یاد بگیرم، یاد بگیرم و باز هم یاد بگیرم و همیشه در زندگی دانشجو بمانم، هم در زمینه روانپزشکی هم در زمینه سایر رشته های پزشکی (برادرم که رزیدنت رادیولوژی است گاهی به شوخی در حضور من و خواهرم که که هر دو روانپزشک هستیم پزشکی را به دو بخش روانپزشکی و پزشکی واقعی بخش بندی می کند! و هرگاه در مورد مطلبی که مربوط به رشته داخلی یا تخصص دیگری است نظر می دهم می گوید آفرین هنوز از پزشکی واقعی یادت مانده است؟! من در مطب برای بیمارانم آزمایش های روتین را درخواست می کنم، اگر هایپوتیروئیدیسم یا بیماری دیگری داشتند و نیاز دیدم با همکاران رشته های دیگر مشورت می کنم هم به بیمارانم در اسکرین بیماریشان کمک می کنم هم خودم از پاسخی که همکاران برایم می نویسند مطالب جدیدی می آموزم. اما این هم کافی نیست و باز هم باید بیاموزم، درباره علوم اجتماعی، اقتصادی و حقوقی و معنوی و...... در این سال ها آموزه های حقوقیم را کمی افزوده ام و گاهی شگفت زده می شوم که برخی بیماران از نخستین حقوق خود آگاهی ندارند. و باز هم می کوشم از رخدادها، نوشتارها، گفتمان ها در رادیو و تلویزیون و مهم تر از همه از داستان زندگی بیمارانم بیاموزم. در آستانه چهل سالگی و با ۲۳ سال تحصیلات رسمی به این مرحله رسیده ام که «آنرا که نداند و «بداند» که نداند.....» و یونگ چه نیکو می گوید که روند رشد تا پایان زندگی ادامه دارد و من می گویم که روند آموختن نیز.

به یاری پروردگار دانا در راه فرزانگی و اندیشمندی کوشا و پرتوان باشید.

# پزشک خانواده

دومین ویراست طرح پزشک خانواده با نام ۰۲ (صفر، دو) آماده اجرا است. آنچه می خوانید برداشتی اشتباه از این طرح و پیش بینی پر اشتباه تر از زمانی است که چند ماه از اجرای طرح گذشته است. شالوده طرح پزشک خانواده، پول است. در این طرح هزینه درمان بسیار کم و در اکثر موارد به صفر خواهد رسید. چه ارگانی هزینه ها را پرداخت خواهد کرد؟ بیمه.

کسانی از این طرح استفاده خواهند کرد که بیمه باشند. هر پزشکی که به عنوان پزشک خانواده شناخته شود بین ۵۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر را تحت پوشش می گیرد و به ازای هر نفر از کسانی که تحت پوشش او هستند ماهیانه مبلغی از بیمه دریافت می کند. او نه تنها مسئول سلامتی این عده است مسئول سلامتی محیط و بیماریهای قابل پیشگیری و عفونی و ... هم هست که تا حدودی رویایی بنظر می رسد و بهتر است وارد آن نشویم تا از موضوع اقتصادی دور نیفتیم.

وقتی مراجعی نزد پزشک خانواده می رود ویزیت و دارویش رایگان خواهد بود. اگر لازم باشد به متخصص هم ارجاع داده خواهد شد و در این صورت هم فقط ۱۰٪ ویزیت پزشک متخصص را پرداخت خواهد کرد و هزینه دارویش همچنان رایگان خواهد بود. می دانم دارید وسوسه می شوید که بیمار شوید و از این امکانات عالی استفاده نمایید. تازه می توانید در ساعات کاری به پزشکان تلفن بزنید و او مسئول است به شما پاسخ دهد.

او برای این کارهایش از پیش پول گرفته و چه شما نزدش بروید چه نروید حقوقش را می گیرد. اگر چه شما میتوانید سالی دو بار پزشک خانواده تان را عوض کنید و بروید به کسی که خدمات بهتری به شما می دهد. مثلاً با ادب تر است هوایتان را دارد. دستش شفاست و برای آنها که دوست دارند داروی بیشتری در نسخه شان باشد نسخه های چندین قلمی می نویسند. البته احتمالاً با نظارتی که روی آنهاست مجبورند انتخاب کنند رضایت شما را بدست آورند و شما و خانواده تان را تحت پوشش خود حفظ کنند و یا بخاطر نسخه هایشان از طرف منبع پول، توبیخ شوند.

اگر چه هر مشکلی راه حلی دارد. شما می توانید دفترچه همه اعضای خانواده تان را همراه ببرید و هر چند روز یک بار برای خودتان مقدار زیادی دارو بگیرید. با این کار نسخه ها یکی دو قلمی خواهد بود و نه سیخ سوخته نه کباب. آنها که راه ناصواب دزدی از بیمه را در پیش داشته اند و با یک داروخانه آشنا دستشان در یک کاسه بوده است نیز بهتر از قبل می توانند نسخه های گران قیمت به داروخانه تحویل دهند و بجایش صابون و شامپو بگیرند. به این ترتیب بار دیگر رکورد دار خواهیم شد و رتبه اول مصرف یا بهتر است بگویم تحویل دارو از داروخانه نصیب کشورمان خواهد شد.

و اما سیستم ارجاع که متخصصین از آن پول در می آورند. پزشک خانواده می تواند ده درصد مراجعینش را به متخصص ارجاع دهد. شما می توانید به پزشک خانواده تان مراجعه کنید و بگویید مرا به فلان پزشک متخصص ارجاع کن او هم بلافاصله این کار را خواهد کرد ولی به شما می گوید لطفاً چند دفترچه بیمه از افراد خانواده برایش ببرید تا اگر نظارت قوی باشد، همه افراد خانواده یک سری به او بزنند تا جا برای ارجاع شما باز شود. ارزشش را دارد.

ما کسانی هستیم که تا چندی پیش صفهای طولانی شیر یارانه ای را چند روز در هفته تحمل می کردیم و خوشمان بود که منفعتی در کارمان است. حالا بجای کنار خیابان، در مطب دکتر هستیم و هم محله ای هم هستیم و با هم اختلاط خواهیم کرد. هم سالم می مانیم هم از این یارانه ای که در اختیارمان قرار داده اند استفاده می کنیم. البته چون قرار است یارانه ها هدفمند شود بهتر است لطف این سیستم را یارانه نگوییم و بگوییم حق بیمه داده ایم پس حق داریم رایگان درمان شویم.

حالا که می شود وارد جرگه مراجعین به متخصصین ها شد دیگر خیالتان راحت باشد. همین که یک بار نزد متخصص ارجاع داده شدید از او بخواهید به متخصص دیگری هم ارجاعتان دهد تا مجبور نباشید هر بار مزاحم آن ۱۰٪ ارجاعات پزشک خانواده تان شوید. بنابراین بین متخصصین و فوق تخصصها سیر خواهید کرد و از این دکتر به آن دکتر خواهید رفت تا هر گونه بیماری ناشناخته را در شما تشخیص دهند و هر دارویی که لازم است به رایگان در اختیارتان قرار دهند. خیال نکنید آنها دارند به شما لطف می کنند درست است که شما فقط ۱۰درصد ویزیت را به متخصص پرداخت می کنید ولی اداره بیمه بیش از قبل به او پول خواهد داد بنابراین سرتان را بالا بگیرید و دفترچه بیمه تان را با برگه ارجاع به رُخ آنها بکشید. البته در خواهید یافت که مطب آنها بسیار شلوغ تر شده است و ممکن است ساعتها در صف بمانید. زیرا همه آمده اند از حق بیمه شان استفاده کنند و این اشتغال زایی به نفع سلامتشان هم هست. متخصصین هم با خیال راحت بین خود پاسکاری خواهند کرد و پس از یک رفت و برگشت که برای شما چندان هزینه ای نخواهد داشت دوباره شما را ویزیت می کنند.

می‌پرسید این همه پول از کجا می آید که به داروخانه و پزشک خانواده و متخصصین بدهند. لابد یک فکری برایش کرده اند. از همین حالا آنقدر برشور رنگی با کاغذ گلاسه چاپ شده که پیداست بودجه خوبی در میان است. آن رگ بدبینانه که متاسفانه اکثراً هم واقع بین بوده می گوید طبق معمول چند ماه اول نیمی از پزشکان عمومی که در این طرح جایی ندارند فعلاً استراحت کنند و خیال نکنند به فکر آنها نیستند. در این طرح برای آینده آنها برنامه ریزی شده است. یکی از موانع بچه دار شدن، هزینه های درمان بود، بنابراین پس از چند سال تعداد زیادی کودک خواهیم داشت که نیاز به پزشک خانواده دارند. آنهایی هم که پزشک خانواده شده اند هم در این راستا بکوشند تا بر تعداد بیمه شدگان افزوده گردد در ضمن از هزینه مکان و پرستار و مامایی که باید در کنارشان باشد نترسند خدا بزرگ است و پول بسیار، چند وقت که بگذرد یارانه و کمکهای بلاعوض و معافیت مالیاتی مشکلات را رفع خواهد کرد.

پرداختها به موقع خواهد بود و بعد سکوتی در بین رؤسا پیش خواهد آمد که یعنی کفگیر به ته دیگ خورده است و برای حفظ آبروی نظام هم که شده – منظورم نظام ارجاع است، هر طور شده دسته اش را در می کنند و ورشکستگی شرکتهای بیمه را به پای «خر خوردن بیمار» می اندازند. به قول دایی جان دست انگلیسیها در کار بوده است و اتفاقاً این طرح برگرفته از سیستم بهداشتی انگلیس است.

**سخن آخر:**

آنچه مطرح شد نیز حاصل نظام ارجاع انگلیسی بعلاوه فرهنگ بومی ما است. من تا همین حد توانستم از آینده تصور ضد اجتماعی داشته باشم. برنامه ریزان سلامت و کشور تخیلی بسیار پرتوان تر دارند و فکر همه چیز را کرده اند تا اتفاق بدی نیفتد آنها از همین حالا می گویند ممکن است بارها این طرح تصحیح شود و به نسخه صفر– صد هم برسد.

منِ کوته فکر هم دائم نگران این صفر هستم که قرار است قبل از تمام این ویراستها بیاید.

# پرسش و چالش

پرسش این شماره در مورد معدود بیمارانی است که تا کنون من نیز چند نفر از آنها را دیده ام. این گروه از بیماران به شدت معتقدند که عضوی از اعضای بد نشان بیگانه است و مال آنها نیست و در این باور تا آنجا پیش می روند که بدنبال قطع این عضو هستند. اکثر موارد این مورد در سمت چپ بدن و بیشتر مربوط به دست چپ و پای چپ است. این بیماران هیچگونه علائمی از بیماری روانی دیگری نداشته، تست واقعیت و عملکرد آنها طبیعی است و هیچ نوع هذیان یا توهم دیگری ندارند. به نظر می رسد که در مغز این گروه این عضو خودی شمرده نشده، و ذهن شدیداً به دنبال واپس زدن آن است. این اشتغال ذهنی آنقدر بر آنان تأثیر دارد که گاه خود به قطع عضو، یا آسیب رساندن جدی به آن تا حدی که جراح مجبور به قطع آن بشود، اقدام می کنند. حال سؤال اینجاست که این اختلال آیا یک هذیان تثبیت شده است، یا باید آن را در جزء گروه Body dysmorfic disorder قرار داد؟ و از همه مهمتر برای درمان آن، با توجه به اینکه در اکثر موارد داروهای Anti Psychotic بی تأثیرند چه باید کرد؟ و آیا می توان مجوز قطع عضو را صادر کرد چون در اکثر مواردی که عضو قطع شده پس از آن بیمار احساس آرامش کرده و عملکرد طبیعی خود را حفظ می کند.

منتظر پاسخ هایتان هستیم.

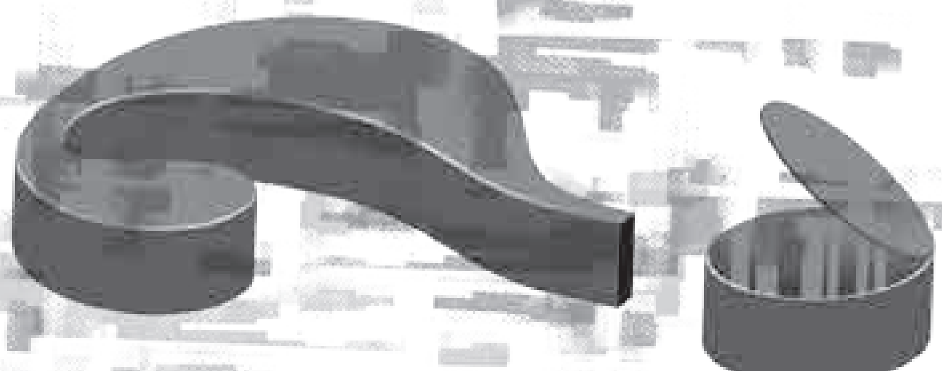
و اما چالش این بار : بیمار آقای ا . ج به مطب مراجعه کرده است، سرتا پا سیاه پوشیده و حالت بی قراری دارد، در طول مصاحبه بارها گریه می کند، در شرح حال مشخص می شود که نامبرده حدود ۱۲ سال قبل علی رغم مخالفت خانواده خود و خانواده همسرش ازدواج کرده و صاحب ۲ فرزند است. خانواده های طرفین ایشان را طرد کرده و طی این سالها ارتباطی با آنها نداشته اند. پس از اینکه از صفر و با کمک هم بتدریج زندگی خود را می سازند، در یکی از شهرهای استان ساکن شده و یک ماه قبل برای کنکور کارشناسی ارشد مرد به اصفهان آمده و طبق معمول بدون دیدار خانواده در راه برگشت به شهر خود هستند. مرد شب قبل بخاطر امتحان نخوابیده و خسته است، همسر وی کنار دستش در ماشین نشسته و چون کمی سرعت بالایی دارند به شوهرش متذکر می شود که آرامتر براند به گفته مرد وی که امتحان خوبی نداده و عصبی است برای اولین بار با پشت دست چند بار توی دهن زن زده و به وی ناسزا می گوید. همسرش که متعجب شده درخواست می کند که نگهدارد تا به صندلی عقب نزد بچه ها برود این کار انجام می شود

دکتر محمدرضا شیدایی، روانپزشک

و مرد به رانندگی خود ادامه می دهد، باز به گفته خودش برای چند لحظه خوابش می برد و ناگهان ماشین از جاده خارج شده و چند معلق می زند. مرد سراسیمه ولی سالم بعد از توقف ماشین پیاده شده و می بیند بچه ها از ماشین بیرون افتاده اما در آغوش مادرشان هستند، خوشبختانه بچه ها سالمند، اما زن که دچار ضربه مغزی شده در آغوش شوهرش جان می دهد. پس از این تراژدی خانواده های طرفین در مراسم سوگواری حاضر می شوند- هرچند که ارتباط سردی با مرد دارند. اکنون بیمار ما به شدت دچار عذاب وجدان است چرا که بعد از ۱۲ سال اولین برخورد فیزیکی را با همسرش داشته در حالیکه عاشقانه وی را دوست داشته است. حال با پایان مراسم سوگواری وی باید به تنهایی و با ۲ فرزندش به خانه و محل کارش در شهرستان برگردد، اما حال روحی وی بد است و توان اینکه تنها وارد خانه ی مشترکشان شود را ندارد، از طرفی شدت عذاب وجدان در حدی است که ابتدا تصمیم به خودکشی خود گرفته و بعد چون می بیند بچه ها دیگر کسی را نخواهند داشت تصمیم جدی گرفته که ابتدا بچه ها را کشته و سپس خودکشی کند. چالش اینجاست که اولاً از نظر تشخیصی آیا باید وی را در زمرهء Pathologic Grief دانست یا Depression با علائم سایکوتیک و یا اینکه سیر طبیعی یک سوگواری و ثانیاً از نظر درمانی باید چه درمانی را ارجح دانست و از همه مهمتر چگونه مرد را با این عذاب وجدان و تنهایی قانع کرد. باز هم منتظر پاسخ هایتان هستیم.

و اما در مورد پرسش و چالش شماره ی قبل (زمستان ۹۱) پاسخ های مفصلی از جناب آقای دکتر ضرغام و همچنین آقای دکتر معزی داشتیم و باز طبق معمول همکاران جوان تر و دستیاران پاسخی ندادند. متأسفانه به علت مفصل بودن پاسخ ها و کمبود جا در این شماره انشاء ا... سعی می کنیم در شماره بعد خلاصه ای از آنها را بیاوریم.. روز و روزگارتان خوش باد.

هر روز از این دیر غم آباد می روند
جمعی که هفتهء دگر از یاد می روند
این زندگانی حلال آنان که چون سرو
آزاد زیست می کنند و آزاد می روند



# ریسک ناشی از مصرف داروها در طول دوران بارداری- قسمت دوم

دکتر ریحانه خدادادی - روانپزشک

**- داروهای Mood stabilizer:**

به طور کلی ریسک ناشی از این داروها، به خصوصیات دارو و دوره زمانی تماس جنین با این داروها وابسته می باشد.

• تماس دارو حداکثر تا ۳۲ روز بعد از بارداری، اثر روی رشد و بسته شدن Neural Tube دارد.

• تماس با دارو ۵۶-۲۱ روز بعد از بارداری، اثر روی تشکیل قلب دارد.

• تماس در طول روزهای ۶۳-۴۲ ممکن است روی لب و کام تاثیر داشته باشد.

• آنومالی کرانیوفاشیال و Neurobehavioral می تواند بعد از تریمستر اول هم اتفاق بیفتد.

**- لیتیوم کربنات:**

سطح لیتیوم در سرم مادر با سطح آن در سرم جنین تقریباً برابر است. در مطالعات اولیه در سال ۱۹۷۳ که بر روی lithium babies انجام شده بود، میزان وقوع اختلال جنینی مخصوصاً آنومالی ابشتین ۴۰۰ برابر جمعیت عمومی گزارش شده بود بخصوص اگر تماس با لیتیوم در بین هفته های دوم تا ششم بارداری اتفاق افتاده باشد. اما مطالعات اخیر نشان داده اند که ریسک وقوع آنومالی ابشتین بدنبال لیتیوم حدود ۰/۱-۰/۰۵% میباشد که این ریسک ۴۰-۲۰ برابر جمعیت عمومی می باشد. در یک مطالعه systematic review در سال ۲۰۰۸ تاکید شده که لیتیوم احتمال وقوع مالفورماسیونهای ماژور را افزایش نمیدهد و فقط مختصر ریسک مالفورماسیونهای قلبی-عروقی را بالا می برد. مواردی از تولد نارس، دیابت بی مزه، هیدرآمینوس، سندرم Floppy baby (شامل سیانوز و هیپوتونوسیتی) و هیپوتیروئیدی نئوناتال نیز با مصرف این دارو گزارش شده که میزان شیوع آنها نامشخص است.

لذا در صورت دریافت لیتیوم در تریمستر اول بهتر است در هفته های ۲۰-۱۶ بارداری اکو کاردیوگرافی و سونوگرافی high resolution انجام شود تا بتوان در مورد ادا مه بارداری تصمیم گیری نمود و در صورت نیاز به ادامه لیتیوم در طول بارداری، بهتر است مصرف دارو بطور مکرر (روزی ۳ تا ٤ بار) باشد تا مانع از پیک دارو شود. در زمان زایمان نیز به منظور جلوگیری از اثرات توکسیک ناشی از سطح بالای لیتیوم (بعلت کاهش ناگهانی حجم عروقی)، کاهش دوز تا ۷۵-۵۰% توصیه شده است و در صورت زایمان طول کشیده نیز، بیمار باید از نظر سطح لیتیوم و علایم توکسیسیتی و نیز دریافت مایع کافی بطور IV مانیتور گردد.

**- داروهای ضد تشنج:**

تماس با این داروها میزان مالفورماسیونهایی مانند نقص لوله عصبی، آنومالی کرانیوفاشیال، میکروسفالی، نقص قلبی و اختلال رشد را به میزان ۳-۲ برابر افزایش میدهند.

Anticonvalsant face که با هیپوپلازی قسمت میانی صورت، بینی کوتاه و لب بالایی بلند و پره های بینی برگشته مشخص می شود، بدنبال تماس جنین با کاربامازپین و سدیم والپروات دیده شده است.

این ریسک تراتوژنسیتی در موارد پلی ترایی بیشتر از منوترایی دیده می شود.

در مقابل، لاموتریژین با میزان کمتری از مالفورماسیون همراه است و بعنوان داروی انتخاب اول در بیماران با تشنج در سنین باروری مطرح شده است. با این وجود میزان سقط و تولد بچه مرده در افردیکه از داروهای ضد تشنج استفاده کرده بودند، در مقایسه با آنهاییکه استفاده نکرده بودند ١٤% در مقابل ٤% گزارش شده است.

**- والپروات سدیم:**

خطر مالفورماسیون های جدی بدنبال سدیم والپروات طبق مقالات مختلف بین ۲ تا ٦ برابر (میزان ۲۰%) در مقایسه با جمعیت عمومی (٤-۱%) افزایش پیدا می کند. از آن جاییکه لوله عصبی تا روز بیست و پنجم بعد از لقاح بسته می شود که تقریباً زمانی است که فرد از حاملگی خود مطلع می گردد، در صورت امکان باید در طول بارداری و یا حداقل سه ماهه اول، از مصرف آن جلوگیری کرد. ریسک مالفورماسیون های ناشی از والپروات سدیم به استفاده از روزهای آن بعد از بارداری و نیز دوز آن وابسته است. بطوریکه در روزهای ۳۰-۱۷ بعد از بارداری و با دوز بالاتر از ۱۰۰۰ mg/day (یا سطح سرمی بیش از ۷۰µg/mL) احتمال خطر بیشتر است.

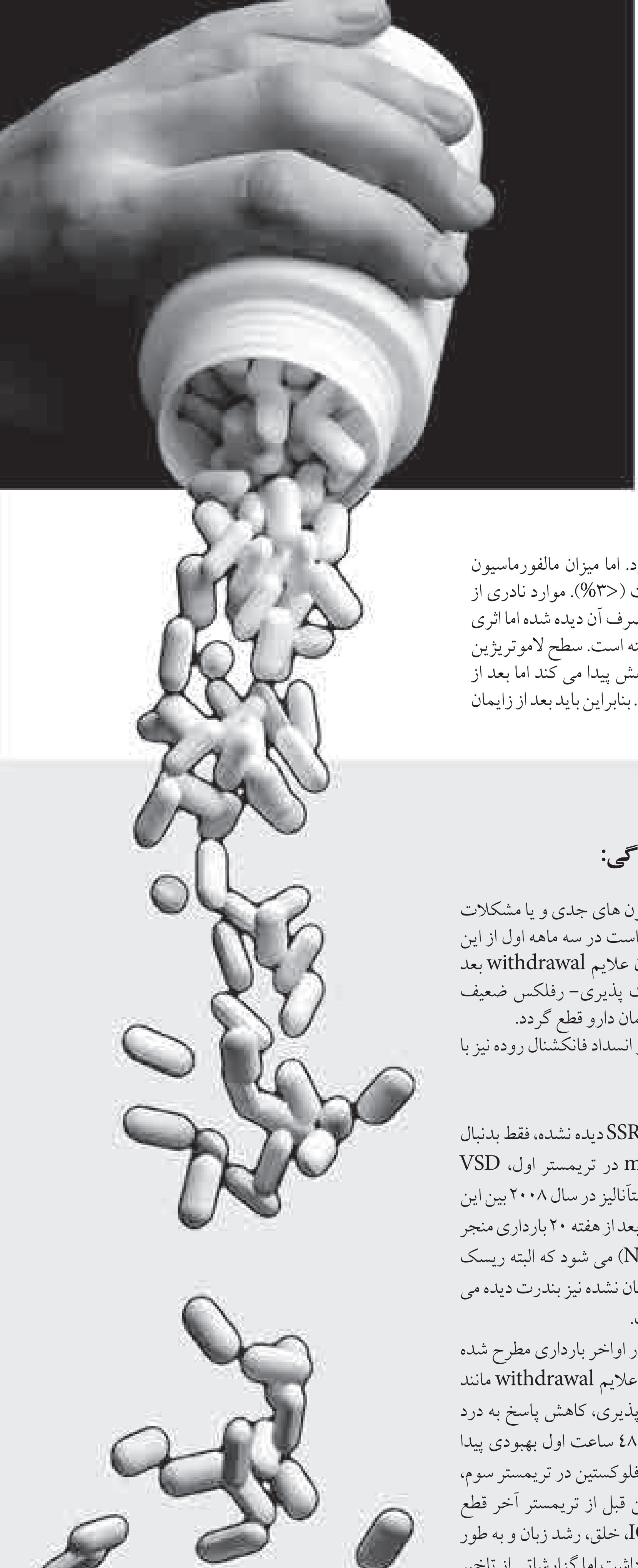
مواردی از کاهش IQ و MR و نیز تاخیر رشدی و اختلال در رشد شناختی، بدنبال مصرف این دارو گزارش شده اما مدارک قطعی موجود نیست. از طرفی مصرف آن نزدیک زایمان با افت ضربان قلب نوزاد و علایم withdrawal دارو (مانند تحریک پذیری، مشکلات تغذیه و تون غیر نرمال) و گاه توکسیسیتی کبدی و هیپوگلسیمی نوزاد همراه بوده است.

در صورت مصرف دارو در طول بارداری، استفاده از مکمل فولات با دوز ٥mg-٤ در روز جهت کاهش ریسک نقص لوله عصبی توصیه شده است.

**کاربامازپین:**

ریسک مالفورماسیون ناشی از مصرف کاربامازپین ۳-۲ برابر جمعیت عمومی گزارش شده است. در یک مطالعه آینده نگر بر روی ۳۵ زن باردار که در طول تریمستر اول، کاربامازپین گرفته بودند، ۲٦% هیپوپلازی ناخن انگشت، ۲۰% تاخیر رشد و تکامل، ۱۱% اختلال کرانیوفاشیال و ۱-۰/۵% نقص لوله عصبی در نوزاد گزارش شده است که احتمالاً بعلت غلظت متابولیتهای اپوکسید است. در مطالعه ای، اکس کاربازپین که متابولیت اپوکسید ندارد کمتر تراتوژن بوده است.

اثر کاربامازپین بر روی رشد داخل رحمی، بصورت کاهش وزن، افزایش سقط خودبخودی و کاهش دور سر بوده و مواردی از توکسیسیتی جنینی بصورت توکسیسیتی کبدی گذرا و هیپربیلی روبینمی مستقیم نیز گزارش شده است. بنابراین فقط در صورتیکه نتوان از داروی دیگری استفاده کرد باید آنرا برای بیمار تجویز نمود. در مواردیکه دارو بعد از بارداری شروع شده باشد، خطرات آگرانو لوسیتوز، استیون جانسون و نارسایی کبد بیشتر از افرادی بوده که دارو را قبل از بارداری شروع کرده اند زیرا این عوارض در طول ۸ هفته اول شروع دارو بیشتر دیده می شود. از آنجاییکه کاربامازپین باعث کاهش ویتامین k می شود، توصیه شده در ماه آخر بارداری mg/ ۲۰day ویتامین k بصورت خوراکی به مادر داده شود و به نوزاد متولد شده نیز ۱mg ویتامین k بصورت عضلانی تزریق گردد. در طول بارداری نیز مصرف فولات با دوز بالا توصیه می شود.



## لاموتریژین

در مورد لاموتریژین مدارک زیادی وجود ندارد. اما میزان مالفورماسیون ناشی از آن بیشتر از جمعیت عمومی نبوده است (<۳%). موارد نادری از انانسفالی و VSD و شکاف کام و لب بدنبال مصرف آن دیده شده اما اثری روی وزن و یا رشد عصبی- رفتاری نوزاد نداشته است. سطح لاموتریژین در طول بارداری به علت افزایش کلیرانس، کاهش پیدا می کند اما بعد از زایمان سریعاً به میزان قبل از بارداری بر می گردد. بنابراین باید بعد از زایمان دوز را سریعاً تغییر داد.

## داروهای ضد افسردگی:

ضد افسردگی های سه حلقه ای:
مصرف این داروها همراه با افزایش مالفورماسیون های جدی و یا مشکلات رفتاری در نوزاد نبوده اند. اما با این وجود بهتر است در سه ماهه اول از این داروها استفاده نشود. از طرفی بعلت دیده شدن علایم withdrawal بعد از زایمان (از جمله سیانوز- تاکی پنه- تحریک پذیری- رفلکس ضعیف مکیدن) در نوزاد بهتر است یک هفته قبل از زایمان دارو قطع گردد.
در برخی مطالعات، مواردی از احتباس ادراری و انسداد فانکشنال روده نیز با مصرف TCA گزارش شده است.

### SSRI ها:

هیچ ابنرمالیتی در تریمستر اول بدنبال مصرف SSRI دیده نشده، فقط بدنبال مصرف پاروکستین با دوز بیش از ۲۵mg/day در تریمستر اول، VSD گزارش شده که در یک مطالعه کوهورت یک و متآنالیز در سال ۲۰۰۸ بین این دو ارتباط مهمی پیدا نشده است. مصرف SSRI بعد از هفته ۲۰ بارداری منجر به افزایش فشار پولمونری مقاوم نوزاد (NPPH) می شود که البته ریسک مطلق آن بسیار اندک می باشد و در جمعیت درمان نشده نیز بندرت دیده می شود و ریسک آن خیلی متفاوت از جامعه نیست.
عوارض دیگری که بدنبال مصرف این داروها در اواخر بارداری مطرح شده شامل زایمان زودرس، وزن پایین موقع تولد و علایم withdrawal مانند آپگار پایین، استرس تنفسی، سیانوز، تحریک پذیری، کاهش پاسخ به درد و گریه غیر نرمال میباشد که البته این علایم تا ٤٨ ساعت اول بهبودی پیدا خواهند کرد. این عوارض مخصوصاً با مصرف فلوکستین در تریمستر سوم، بیشتر دیده می شود، لذا توصیه شده فلوکستین قبل از تریمستر آخر قطع شود. مصرف این داروها هیچ تاثیری بر روی IQ، خلق، رشد زبان و به طور کلی neurodevelopement نوزاد نخواهد داشت اما گزارشاتی از تاخیر رشد حرکتی وجود دارد.

### SNRI:

استفاده از ونلافاکسین با افزایش ریسک نقصهای ماژور همراه نبوده اما منجر به سندرم withdrawal و تطابق ضعیف نوزاد می شود. در مطالعه ای در سال ۲۰۰۶ تشنج نوزاد نیز دیده شده است.

### MAOI:

این داروها در طول بارداری به دلیل تاخیر رشد، افزایش ریسک هایپرتنشن بارداری و در نتیجه هیپوپرفیوژن جفت و نوزاد و تداخل با داروهایی که در زایمان پره ماچور استفاده می شود، کنترا اندیکه اند. بنابراین در صورت وقوع بارداری این دارو باید قطع گردد.

### آنتی سایکوتیکهای نسل اول:

کلرپرومازین در طول دهه ۱۹۵۰ با دوز کم برای درمان hyperemesis gravidarum تجویز می شد. اما در مطالعات مختلف که بر روی کلرپرومازین انجام شد نتایج مختلفی حاصل گردید. در مطالعه ای افزایش میزان مالفورماسیونها بدنبال مصرف آن (۳/۶%) در مقایسه با مصرف نکردن آن (۱/۶%) گزارش شده و در چند مطالعه هیچ افزایشی در میزان مالفورماسیونهای فیزیکال دیده نشده است. اما در نهایت توصیه می شود فنوتیازین ها به دلیل افزایش مختصر ریسک آنومالی (۰/۴%) در تریمستر اول داده نشوند. استفاده از این داروها در تریمستر دوم و به احتمال کمتر سوم منجر به افزایش ریسک آنومالی میشود و در دراز مدت نیز هیچ تفاوتی از نظر IQ و فانکشن رفتاری دیده نشده است. در عین حال بعلت عوارض هیپوتنشن بدنبال داروهای low-potent و هیپوپرفیوژن جفت ناشی از آن بهتر است از داروهای high-potent در این دوران استفاده گردد. از عوارض جنینی پس از زایمان می توان علایم اکستراپیرامیدال به شکل هیپرتونوسیتی، ترمور، اسپاتستیسیتی، مشکل در تغذیه و بی قراری موتور را نامبرد که اغلب در طی چند روز از بین میروند اما در موارد نادر ممکنست تا ۱۰ ماه باقی بماند.

### آنتی سایکوتیکهای نسل دوم:

بدنبال مصرف این داروها بخصوص الانزاپین افزایش وزن، مقاومت به انسولین، دیابت بارداری و پره اکلامپسی دیده شده، بنابراین بیمار باید از نظر افزایش وزن، فشار خون و قند خون کاملاً مورد بررسی قرار گیرد. در مورد اثر آنتی سایکوتیکهای نسل دوم بر روی نتایج بارداری، نتایج بحث برانگیزی بدست آمده است. از یک طرف وزن و سایز بالای نوزاد موقع تولد بخصوص با مصرف الانزاپین و کلوزاپین ذکر شده و از طرفی مواردی نیز از کاهش وزن موقع تولد مطرح شده است. اما بطور کلی هیچ نقص مادرزادی در استفاده از این داروها گزارش نشده است. البته در گایدلاینی در سال ۲۰۰۹ عنوان شده کلوزاپین نباید در بارداری شروع شود و قبل از بارداری نیز بهتر است حتی الامکان به داروی دیگری تغییر داده شود.

### بنزودیازپین ها:

هیچ گزارشی از مالفورماسیون با مصرف لورازپام و کلونازپام داده نشده، اما در مورد دیازپام کنتراورسی وجود دارد. گزارشات اولیه، مطرح کننده افزایش ریسک شکاف کام و لب در جنین های در معرض دیازپام در طول تریمستر اول بود اما مطالعات اخیر این همراهی را حمایت نمی کنند. اگرچه ریسک آنومالی فیزیکی خیلی بالا نیست این ریسک برای آنتی سایکوتیکهای high-potent کمتر است و بنابراین این داروها با دوز کم بر بنزودیازپین ها ترجیح داده می شوند.

### ECT:

در کل عوارض ناشی از ECT در طول بارداری غیر شایع و گذرا هستند. مصرف آتروپین، باعث تاکی کاردی ضربان قلب جنین می شود لذا با اجتناب از مصرف آتروپین و اکسیژناسیون کافی و پیشگیری از هیپرونتیلاسیون بیش از حد و بالا بردن هیپ راست مادر باردار می توان از آریتمی جنین در طول ECT جلوگیری کرد.

مانیتور قلبی جنین در طول ECT، جهت ارزیابی هر گونه تغییر ضربان قلب جنین و پیشگیری از آن لازم است.ECT باعث انقباض عضلات صاف رحمی نمی شود اما در موارد نادری انقباض رحمی بعد از ECT دیده شده که منجر به زایمان زودرس شده است. این انقباضات در افراد دهیدره و دارای سوء تغذیه بیشتر دیده شده است. آستانه تشنج با استروژن، کاهش و با پروژسترون افزایش پیدا می کند. تغییرات در نسبت استروژن به پروژسترون در طول بارداری می تواند این آستانه را تغییر دهد.

در طول حاملگی با توجه به بالا بودن ریسک ریفلاکس و آسپیراسیون پنومونی، بهتر است فرد انتوبه شود و بعلت ادم و هیپرواسکولاریتی این نواحی، ترجیحاً از لوله تراشه اطفال استفاده می شود تا مانع خونریزی گردد اما در صورت نیاز به ECT مکرر، بهتر است بجای انتوباسیون از آنتی اسید مانند سدیم سیترات قبل از ECT استفاده کرد.

عوامل آنتی کولینرژیک مانند آتروپین و گلیکوپیرولات، جهت کاهش ترشحات و جلوگیری از برادیکاردی اغلب در افراد غیر باردار داده می شوند اما با توجه به اینکه هر دو دارو با کاهش تون اسفنکتر تحتانی مری خطر ریفلاکس را افزایش میدهند، مصرف این داروها در ECT بارداری توصیه نمی شوند.

دکتر محمدرضا شیدایی، روانپزشک

شنیده ام که بهشت، آن کسی تواند یافت
که آرزو برساند به آرزومندی
مرا به جان تو سوگند و صعب سوگندی
که از تو روی نپیچم، نه بشنوم پندی

# فیلم «گذشته» ساخته اصغر فرهادی

بالاخره بعد از کش و قوس های فراوان آخرین فیلم اصغر فرهادی کارگردان برنده اسکار کشورمان، اینجا هم اکران شده و شاید بتوان این فیلم را با فیلم های «درباره‌ء الی ...» و «جدایی نادر از سیمین» یک تریلوژی خواند که درآن خانواده محور فیلم و تقابل واقعیت و حقیقت درون مایه‌ء اصلی آنهاست. گرچه فیلم در فرانسه ساخته شده و فعلاً با زیرنویس نمایش داده می شود و هرچند موفق نشد به نخل طلای کن دست پیدا کند، اما بازیگر زن فیلم یعنی «برونیس بژو» عنوان بهترین بازیگر زن را در جشنواره بدست آورد. در مورد فیلم های فرهادی از «شهر زیبا» تا «گذشته» مؤلفه های ثابتی وجود دارد که تقریباً در همه‌ء آنها تکرار شده است. اصلی ترین این موتیف ها را می توان اینها دانست : خانواده های فروپاشیده، دروغ که تم اصلی فیلم هاست و با دروغی کوچک شروع و به غافلگیری بزرگی در انتهای فیلم می رسد، تفاوت میان واقعیت و حقیقت، اینکه همه‌ء آدم ها در زندگیشان یک چیز یواشکی دارند که بعنوان راز فقط خودشان می دانند، اینکه آدم ها طیفی خاکستری اند و بیننده تا انتهای فیلم ناتوان از قضاوت کردن در مورد پرسوناژ هاست و اینکه اصلاً قضاوت کردن چقدر کار پیچیده و مشکلی است.

تنها بازیگر ایرانی فیلم یعنی علی مصفا بازی در خور توجهی دارد، سکانس غافلگیری پایان فیلم مثل فیلم های قبلی فرهادی از «چهارشنبه سوری» تا «جدایی ...» و ... اینجا هم وجود دارد. اینکه فیلم سازی در کشوری غریبه و با زبانی بیگانه چقدر سخت است اهمیت کار فرهادی را نشان می دهد، هرچند که به باور من هنوز بهترین فیلم وی «درباره‌ء الی...» است. اینجا عناصر تکراری اکثر فیلم های فرهادی مثل خانه های ویران، بچه های کوچک ریل راه آهن، چمدان و ... را باز مشاهده می کنیم. اما بهرحال فیلمنامه آنقدر کشش دارد که تا مدتها بعد از دیدن فیلم به آن فکر کنیم. اکثر عناصر روان شناختی طبق معمول سایر فیلم ها وجود دارد، اینکه آدم ها هر کدام در جایگاه خود محق هستند، اینکه پیچیدگی ذهن انسان بیشتر از آن است که تصور می کنیم، اینکه روابط عاطفی میان آدمها با گذشت زمان دستخوش چه تغییرات عمده ای می شود و نهایتاً به جمله‌ء معروف زیگمونه فروید می رسیم که «ایگوی بهنجار ایگوی افسانه ای است» در مورد داستان فیلم بیشتر از این نمی گویم تا لذت دیدن گره ها و غافلگیری ها برای شما بماند، بخصوص در سکانس پایانی.

اما فیلم سرشار از نکته های ظریف روانشناسی است، گذشته ای که ما چندان از آن آگاهی نداریم و بتدریج گره های فیلم باز می شود. برای این کارگردان موفق و همشهری عزیز آرزوی موفقیت بیشتر و تبدیل شدن به یک فیلمساز بین المللی را داریم.

## درسهایی در مطب

شبی زمستانی در مطب مشغول ویزیت بیماران بودم . پیرمردی به همراه خانمی جوان وارد اتاق معاینه شدند آنها همراهان یکی از بیماران بودند که به علت وضعیت وخیم روانی- جسمی قادر به مراجعه به مطب نبود. ابتدا خانم جوان(عروس بیمار)در مورد وخامت حال او توضیح داد. بیمار خانمی میانسال با ضربه مغزی شدید بود که پس از جراحی مغز دچار علائم فراموشی ، هذیان وتوهم شده و مجموع علائم فوق وضعیت ناگواری را درمنزل ایجاد کرده بود.من سعی کردم در فرصت ویزیت علائم هذیانی بیمار را( که به شکل بدبینی شدید به همسرش بود) برای ایشان توضیح دهم تا به این ترتیب از فشار عاطفی آن کم کنم. در حال صحبت بودم که عروس بیمار گفت:دکتر این آقا هیچ مشکلی ندارد وخودش به ما مشاوره می دهد و ما را آرام می کند، درحالی که یکی از فرزندانش شهید ودیگری هم چند سال پیش فوت شده ایشان هنوز مانند کوه استوار است وشبانه روز همچون پروانه به دور همسرش می گردد و با وجود حرفهایی که بیمار می زند دستان او را می بوسد. ناگهان به خود آمدم واز پیرمرد رازاین شکیبایی را پرسیدم. او به سادگی گفت:چون خدا خواست من هم خواستم . ومن فردای آن روز این شعر را تحت تاثیر این بزرگمرد سرودم .

دکتر آرش ناهید
روانپزشک

دید سالک پیرمردی را بگفت — درد تو باشد به یار خویش جفت
درد تو بندی است اندر دست او — کی توانی تو رهی از شست او
آن شهیدت از ره وی بوده است — او خودش آن بنده را بر بوده است
آن یکی کودک که رفت از پیش تو — خویش یار دیگر است نی خویش تو
ناگهان بانگی بیامد ای ضعیف — یاوه می گویی برای این حریف
او همانا عین قرآن آمدست — کم قرائت کن که مر او را بد است
همسرش خفته است اندر بستری — او به دورش همچو پروانه پری
اشک می ریزد ببوسد دست او — عاشقی پیداست اندر هست او
او به تسلیم آمده نی پند ده — او که اسلام است را نی قند ده
گر که عشق یار با دیگر بود — پس چرا او خانه اش ویران شود
گر که لیلی بر غریبی چشم داشت — در شکستن کوزه وی را چرا ست
آن دهان بر بند و گوشت باز کن — باز آن ایمان خود آغاز کن
در درون جان جانها ریشه کن — کمتر از این دردها اندیشه کن
صبر باشد کیمیای جان تو — تا که مس را زر کند ایمان تو
درد چون تیر است بر نفس لعین — پس بیا ای درد با لذت قرین

# دیدار پیر مرد در مطب

# گزارش فعالیت های واحد سلامت روان حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر ناهید گرامیان
کارشناس مسئول واحد سلامت روان مرکز بهداشت استان اصفهان

واحد سلامت روان مرکز بهداشت استان بر اساس رسالت سازمانی و اهداف مرتبط با گروه های مختلف هدف، فعالیت هایی را به شرح زیر برنامه ریزی و اجرا نموده است:

در راستای ارتقاء سلامت مادران ضمن بررسی سیر ارائه خدمات به مادران باردار بر آن شدیم تا با همکاری گروه سلامت خانواده به غربالگری و آموزش مادران توجه ویژه گردد. بدین منظور پرسشنامه ای به همراه دستورالعمل مربوطه طراحی شد که توسط بهورز، کاردان، کارشناس بهداشت خانواده و یا ماما در هر بار مراجعه تکمیل می شود و در صورت وجود حتی یک پاسخ بلی ، مادر جهت بررسی دقیق تر به پزشک اجاع داده شده و مراحل تأیید تشخیص و ارائه خدمات لازم توسط پزشک و تیم تخصصی انجام می شود. ارزیابی کیفیت ارائه خدمات بر اساس این پرسشنامه در حال انجام می باشد و از نتایج آن برای خدمت رسانی بهتر استفاده خواهد شد. همچنین به منظور ارتقاء سطح آگاهی خانواده ها کتابچه ی آموزشی سلامت روان دوران بارداری تهیه و چاپ شده و ضمن توزیع گسترده در سطح استان و مراکز ارائه دهنده خدمت در اختیار مراجعین قرار می گیرد. پرسنل بهداشت خانواده و مامایی نیز با هدف شناسایی به موقع و هدایت درمانی مادران و ارائه خدمات مطلوب، آموزش های لازم در خصوص شناخت اختلالات خلقی و اضطرابی در دوران بارداری را دریافت کردند.

در خصوص فعالیت هایی برای گروه سنی جوانان و نوجوانان ، کارگاه آموزشی تغییرات روحی روانی در دوران نوجوانی برای کل تیم سلامت روان استان برگزار شد. همچنین در شهرستان فلاورجان ۹۰ نفر از مربیان و مشاوران مقطع راهنمایی کارگاه آموزشی مهارت های زندگی را گذراندند و این آموزش ها به گروه سنی مربوطه ( بصورت کارگاهی و با هدف تغییر رفتار) انتقال داده می شود.

جهت ارائه بهتر خدمات سلامت روان پس از بحران کارگاه باز آموزی حمایت های روانی اجتماعی در بلایا با استفاده از اساتید مجرب برای کلیه پرسنل شاغل در تیم سلامت روان برگزار شد. تهیه ٦ بسته آموزشی حمایت های روانی اجتماعی در بلایا ویژه گروه های مختلف به تفکیک مدیران اجرایی (شامل پروتکل اجرایی)، کودک و نوجوان ( شامل بسته آموزشی ویژه والدین و مراقبین، معلمین و مشاوران و متخصصین بهداشت روان)، و بزرگسال ( شامل بسته آموزشی ویژه ارائه دهندگان خدمت و متخصصین بهداشت روان) با هدف کاربرد سریع در حوادث در قالب کتابچه هایی با قطع جیبی که در دست اقدام می باشد، همچنین آزمون غیر حضوری حمایت های روانی اجتماعی در بلایا ویژه ۲۰۰۰ نفر از پرسنل بهداشتی کل استان اصفهان برگزار گردید.

با توجه به سیاست وزارت بهداشت در جهت اجرای طرح پزشک خانواده شهری ، طی جلساتی با حضور اساتید محترم گروه روانپزشکی و بررسی نسخه ۰۲ این برنامه، پروتکل های مربوط به شیوه ارائه خدمت سلامت روان در شهر و سیر ارجاع تهیه شد. تدوین پروتکل آموزشی نیروهای درگیر در برنامه نیز با همکاری کارشناسان مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی انجام شد. آموزش توجیهی ۲۰۰۰نفر از پزشکان متقاضی به همراه جمع بندی پیشنهادات و نظرات آنان اولین گام در این برنامه بود.

با توجه به تدوین نقشه جامع سلامت و برنامه راهبردی سلامت روان استان،تیم مشترکی از معاونت بهداشتی و گروه روانپزشکی در خصوص تحقق اهداف از جمله تدوین استانداردهای نشاط اجتماعی و برنامه ریزی جهت برگزاری دوره آموزشی اورژانس های روانپزشکی ویژه پزشکان خانواده تشکیل شد.

واحد سلامت روان حوزه معاونت بهداشتی با هدف ارتقاء سلامت روان جامعه پذیرای پیشنهادات همکاران محترم می باشد.

# مداخلات و توصیه های روانشناختی برای مراقبین افراد مبتلا به دمانس

دکتر امراله ابراهیمی - روانشناس
عضو هیئت علمی

بیماری آلزایمر یکی از شایع ترین بیماری های دوره ی سالمندی است و دارای چهار مشخصه ی زیر است:

۱ –اختلال حافظه

۲ –اختلال شناختی حداقل به صورت یکی از موارد زیر:

• آفازی (اشکال در یادآوری نام اشیا، افراد و نیز اشکال در یافتن لغات در حین صحبت کردن)

• آپراکسی (کاهش توانایی اجرای اعمال حرکتی هماهنگ مثل لباس پوشیدن و غذا خوردن)

• آگنوزی (ناتوانی در تشخیص محرک های حسی، به عنوان مثال نمی تواند کلیدی را در کف دست خود تشخیص دهد)

• اختلال در عملکرد اجرایی (نقص عملکرد در حل مسایل پیچیده، طراحی، برنامه ریزی و تفکر انتزاعی (آشپزی، کشاورزی، خرید روزانه، تفسیر ضرب المثل ساده و ...)

۳ –اختلال قابل ملاحظه در عملکرد شغلی و بین فردی

٤ –فقدان علایم و نشانه های نورولوژیک فوکال و یا هر بیماری زمینه ای دیگر که منجر به هر یک از موارد فوق شده باشد.

## رویکرد به بیمار

هر بیمار را بعنوان یک فرد درمان کنید. بیمار آلزایمر را بعنوان یک فرد و انسان با ارزش با نیاز های عاطفی و معنوی نگاه کنید.
از صحبت کردن و انتقاد درباره بیمار با شخص دیگر اجتناب کنید مثلا "دیشب تا صبح مرا بیدار نگه داشته" یا "مشکلات زیادی برای من ایجاد کرده".
بعد از تشخیص گذاری دمانس، لازم است پزشک خانواده نسبت به طراحی مدیریت درمانی اقدام نماید که شامل موارد ذیل است: پیگیری درمان اختلالات شناختی، درمان بیماری های جسمانی همراه، درمان علایم رفتاری و خلقی توأم و در نهایت مداخلات خانوادگی.
اعضای خانواده باید اطلاع داشته باشند که فرآیند رو به وخامت بیماری با درمان فروکش نمی کند ولی درمان مناسب سیر بیماری را کند می کند. لذا هشدار به موقع و مناسب به آنها کمک می کند تااین مسأله را بپذیرند و با آن کنار بیایند.
توصیه می شود هر شش ماه یک بار فرد یا افرادمراقب سالمند، از نظر سلامت روانی مورد بررسی قرار گیرند. به سالمند توصیه کنید که از سوال کردن و گفتن این که چیزی را فراموش کرده است خجالت نکشد و سپس راه های تقویت حافظه را به او آموزش دهید.

## مقابله با فراموشکاری

گذاشتن چیز هایی را که همیشه از آن استفاده می کند مثل عینک یا کلید در یک جای مشخص.
یادداشت کردن مطالبی را که ممکن است فراموش کند و همچنین شماره تلفن های اقوام و دوستان
همراه داشتن دفتر یادداشت و یا تقویم در همه جا
قرار دادن یک دفتر جه یادداشت در کنار تلفن برای یادداشت کردن پیام های تلفنی
در معرض دید قرار دادن دارو های مصرفی (دور از دسترس نوه ها) و برای اینکه زمان مصرف دارو را فراموش نکند می تواند به تعداد وعده هایی که باید دارو بخورد شیشه های کوچکی تهیه کند و داروهای هر وعده را در این شیشه ها بریزد.
از درمان صحیح افسردگی اطمینان حاصل کنید.

## راه های تقویت حافظه

گوش دادن به اخبار رادیو و تلویزیون هر روز و بازگو کردن آن در جمع دوستان.
سعی در مورد یاد گیری یک چیز جدید هر روز.
مطالعه کردن کتاب یا روزنامه.
تعریف کردن خاطرات گذشته در جمع دوستان و یا خانواده.
نگاه کردن به آلبوم عکس های قدیمی و یادآوری نام افراد و خاطرات گذشته
نوشتن خاطرات.
مشاعره کردن با دوستان.
انجام بازی های فکری مثل شطرنج.
حل کردن جدول

## توانبخشی در دمانس، فعالیت و تمرین

اغلب برای افراد دچار بیماری دمانس فعالیت منظم و تمرین مفید است . این فعالیت ها برای سلامتی آنها خوب است و حتی می تواند باعث کاهش پیشرفت علایم در آنها شود .
سعی کنید قسمتی از روز را به ایجاد فعالیت هایی اختصاص دهید و سعی کنید که آن فعالیت ها از جمله فعالیت هایی باشد که ذهن بیمار را درگیر کند . در زیر یکسری از فعالیت ها پیشنهاد می شود :

## مقابله با تغییراتی در رفتار و شخصیت :

افراد دچار دمانس ممکن است لحظاتی به طور کامل نرمال به نظر برسند و در مواقع دیگر ،آنها ممکن است بدگمان ،عصبانی یا هراسان عمل کنند . آنها ممکن است آشفته شوند یا چیزهایی را ببینند که وجود ندارند . اگر این اتفاق بیفتد ،سعی کنید آنها را درک کنید . برای آنها ،جهان می تواند مکان خیلی پر استرس باشد ،به هر حال اگر این تغییرات ناگهانی و شدید هستند با دکتر صحبت کنید ،همچنین شما باید به هر علامتی از افسردگی که شامل کناره گیری ،کمبود علاقه به فعالیت ها یا غذا ،خستگی مفرط یا گریه می شود ،اشاره کنید .

## راهکارهایی برای بهبود و اصلاح ارتباط (شیوه های مقابله با مشکلات ارتباطی)

ساده بگویید : بهترین شیوه برای صحبت کردن با بیمار تان ،این است که از لغات ساده و جملات کوتاه استفاده کنید . مطمئن باشید شما توجه او را جلب کرده اید و در طول یک زمان در مورد یک موضوع صحبت کنید .
از تن صدای آرام و مثبت استفاده کنید و تنظیم سرعت کلام نیز مهم است . در مورد فعالیت هایی که ممکن است ساعات زیادی وقت و انرژی نیاز داشته باشند ، اطلاعاتی بدهید . مثلا به جای اینکه بگوئید بیرون سرد است پس مراقب باشید که کلاه و کت خود را بپوشید بگویید :لطفا کت خود را بپوشید و اکنون کلاه خود را بگذارید .
روی احساسات بیشتر تمرکز کنید تا حقایق.
روی تن صدا توجه بیشتری معطوف کنید.
خودتان را معرفی کنید ( مثلا: مادر، من دختر شما اقدس هستم).
از کلمات و عبارت کوتاه ، ساده و با لغات آشنا استفاده کنید.
در هر زمان فقط یک سوال ساده بپرسید.
زمان کافی برای پاسخ بدهید.
استدلال ، انتقاد و مجادله نکنید.
حرفهای معماگونه ، عبارات منفی شده با ضمائر بکار نبرید.
از زبان غیر کلامی هم استفاده کنید.
از آنچه که زبان بدنیتان دارد انتقال می دهد آگاه باشید.
در مورد وی صحبت نکنید.
آرام و حمایتی باشید.

## ارتباط کلامی، آرام صحبت کنید.

آرام و آهسته رابطه برقرار کنید. در سطح بالغ –بالغ صحبت کنید. چون این بیماران در جهت یابی زمان مشکل دارند، لذا بجای اینکه بگویید"احمد ۲ ساعت دیگر می آید" بگویید احمد بعد از اینکه شما حمام گرفتی می آید.

ارتباط Communication انتقال ایده ها اطلاعات و عواطف است و از این طریق است که ما با دیگران رابطه برقرار می کنیم و افکار ، خواسته ها و احساساتمان را انتقال می دهیم . ارتباط چیزی فراتر از شنیدن و گفتن است و شامل نگرش ها، تن صدا، بیان چهره ای و زبان بدنی هم می شود. از آنجائیکه در بیمار الزایمر تغییرات بشکل زیر ممکن است دیده شود: اشکال در پیدا کردن لغات، استفاده مکرر از برخی کلمات آشنا، از بین رفتن سازماندهی منظم لغات. لذا شما از عبارات راحت و نه کنترل کننده استفاده کنید، سعی کنید احساسات را شناسایی کنید بجای اینکه در مورد حقایق بحث کنید. مثلا موقعی که بیمار اصرار بر بیرون رفتن دارد بجای اینکه در مورد بیرون رفتن بحث و مبادله کنید بگویید بله جالب است بریم بیرون ولی بعد فعالیت دیگری را جهت دهی کنید. برای کار و موفقیت های کوچک بیمار پاداش کلامی بدهید. مثلا بگویید"واقعاجالب است شماواقعا بخوبی آنرا انجام دادید".

## صبور باشید:

افراد دچار بیماری دمانس، اغلب حافظه کوتاه مدت را از دست می دهند این بدین معنی است که آنها ممکن است سئوال یکسانی را بارها و بارها بپرسند. اگر چه که این می تواند نا امید کننده باشد اما آرامش خود را حفظ کنید. سعی کنید موضوع را تغییر دهید یا توجه بیمار را به تکلیف جدید متمرکز کنید یا سعی کنید بفهمید که چرا سئوال پرسیده می شود .

## از روش حواسپرتی استفاده کنید:

بیمار شما ممکن است سعی کند کارهایی انجام دهد که غیر منتظره یا خطرناک هستند. در این مواقع یک تکنیک خوب استفاده از تکنیک حواسپرتی است. سعی کنید توجه بیمار را به چیزهای جدید ی متمرکز کنید، بیمار شما ممکن است فراموش کند که چه کاری را می خواسته انجام دهد . مثلا به جای اینکه بگوئید :چه کاری انجام می دهی الان شما نمی توانید بیرون بروید .بگوئید "ممکنه به من در آماده کردن شام کمک کنی؟"

## از بحث کردن درباره واقعیت و حقیقت اجتناب کنید

افراد دچار دمانس، ممکن است توانایی تمیز گذشته از حال را نداشته باشند. اگر این اتفاق بیفتد روی تفسیرتان از واقعیت اصرار نکنید. ممکنه بهتر باشد که موضوع را تغییر دهید . همچنین از کاربرد کلمات زننده و ناملایم یا رفتارو ژست های عصبی خودداری کنید. بیمار شما ممکن نیست که شما را درک کند اما هنوز می تواند با اشارات و سخنان هیجانی شما نگران شود. اگر بیمار تان خیلی ناراحت شد، آرام بمانید و سعی کنید توجه او را به فعالیت یا موضوعات دیگری جلب کنید . مثلا بیمار ممکن است در مورد ملاقات او با پدرش صحبت کند.

به جای گفتن : "شما نمی توانید با پدرتان صحبت کنید زیرا او سالها پیش مرده است" بگویید :"بیایید بعضی عکس های او را با هم نگاه کنیم ".

سعی کنید جملات را توضیح دهید تا اینکه سئوال بپرسید

بیمار شما ممکن است نخواهند که فعالیت های خاصی را انجام دهد، درخواست خود را بیان کنید به جای اینکه سئوال بپرسید . مثلا به جای سوال از اینکه :"شما می خواهید الان حمام کنید"؟ بگویید "زمان حمام شماست ،بگذارید کمکتون کنم تا آماده بشوید".

## مراقبت روزانه

مراقبت روزانه به این معناست که فعالیت ها برنامه ریزی شوند و به نیازهای شخصی بیمار توجه شود .

برای اجتناب از استرس، از برنامه روزمره استفاده کنید. از خانواده یا دوستان بخواهید که در انجام کارها همکاری کنند و در ضمن آگاه باشید که توانایی های بیمار از روزی به روز دیگر می تواند تغییر کند .

اگر شما مشکلاتی در مواجهه با نیازهای بیمار دارید از دیگران کمک بگیرید و با مددکار اجتماعی یا سازمانهای حمایت کننده صحبت کنید .

## فعالیت و تمرین

فعالیت منظم برای بدن و ذهن بیمار خوب است. حتی ممکن است باعث کاهش پیشرفت بیماری شود. اگر این امکان وجود دارد برنامه قدیمی و گذشته بیمار را همچنان حفظ کنید .

در زیر راهکارهایی توصیه می شود :

۱. کارها را با همدیگر انجام دهید: به پیاده روی یا پارک بروید ،یا با همدیگر آشپزی کنید . به طور کلی ،فعالیت های تکراری گزینه های خوبی هستند .

۲. تا جایی که ممکن است فعال باشید: این فعالیت ها انرژی محصور را آزاد می کند و می تواند بی قراری را کاهش دهد و باعث بهبود در خواب شوند.

۳. فعالیت های اجتماعی انجام دهید: بیمار تان را به دیدن دوستان و خانواده و آشنایان ببرید اما سعی کنید که شرایط ساده و کنترل شده باشد. صداهای بلند، ازدحام و شلوغی و یا اینکه افراد زیادی در آن واحد با همدیگر صحبت کنند می تواند نتیجه عکس دهد و برای بیمار ناراحت کننده باشد.

## چهار راهکار ساده برای مقابله با فرایند دمانس:

۱. هر روز کار جدیدی انجام دهید، این می تواند شامل هر کاری باشد حتی کارهای ساده

۲. در طول هفته، حداقل یکبار بنویسید، مهم نیست چه می نویسید این نوشتن می تواند حتی نوشتن خاطرات روزانه باشد .

۳.به موعظه گوش دهید، به مسجد، کلیسا یا جلسات علمی و معنوی بروید یا از طریق رسانه ها (تلویزیون ،رادیو) می توانید این کار را انجام دهید .

٤. سعی کنید در طول روز مقداری با اعداد سرو کار داشته باشید. این می تواند شامل سروکار داشتن با شماره های تلفن و حفظ انها باشد یا شمارش معکوس را انجام دهید .

# معرفی کتاب

## سفر هکتور، داستان سفر یک روانپزشک

نویسنده: فرانسوا للورد

مترجم: کیاندخت نوبخت نصیری نژاد ناشر: نشر ژاله

معرفی کتاب: دکتر آزاده ملکیان

کتاب "سفر هکتور، سفر یک روانپزشک" ترجمه ای است از زبان آلمانی با عنوان اصلی: «سفر هکتور یا جستجوی خوشبختی». کتاب، به سیاق سفر نامه ای نوشته شده که در آن رویدادها، اندیشه ها و گفتگوهای درونی هکتور با بیانی ساده گزارش می شود. هکتور، روانپزشک جوانی است که مطب شلوغی دارد و آوازه کارش به خوبی در شهر پیچیده، اما از خودش راضی نیست، چون به روشنی می بیند که نمی تواند در انسانها احساس خوشبختی را بیافریند. هکتور برای کشف راز خوشبختی به این سو و آن سوی دنیا سفر می کند و مانند کودکی ماجراجو، درسهایی را درباره خوشبختی گردآوری و فهرست می کند.

استقرای ساده و ناب داستان و گویش کودکانه اش، ما را به یاد اثر جاودانه «شازده کوچولو» می اندازد. سفر هکتور، طنزی نهفته، بینشی عمیق، زبانی ساده و پایانی خوش و بی فاجعه دارد. خواننده - بویژه اگر روانپزشک باشد- از همان صفحه نخست با لبخندی کنجکاوانه، در سفر دور و دراز هکتور به دور دنیا و به درون آدمی با او همسفر می شود.

## ملکوت

نویسنده: بهرام صادقی

معرفی کتاب: دکتر محمد رضا شیدایی

در ساعت یازده شب چهارشنبه آن هفته جن در آقای(«مورت» حلول کرد)

این جملهء آغازین رمان ملکوت از بهرام صادقی است که به سیاق آن می توان حدس زد این رمان کوتاه چه عناصر بدیع و جالبی دارد. بهرام صادقی که پزشکی و تا حدودی روانپزشکی خوانده بود از نویسنده های کمتر شناخته شده معاصر است- بخصوص که جز رمان «ملکوت» و مجموعه داستانهای کوتاه «سنگر و قمقمه های خالی» کتاب دیگری از او چاپ نشده است. اما همین دو کتاب سرشار از متن های طنز تلخ و گروتسک و نوآوری است و بخصوص رمان ملکوت که می توان آن را یکی از ۵ بهترین رمان های معاصر فارسی دانست. تلخی حاکم بر کتاب از روحیهء خود ویرانگر صادقی می آید که در ۴۸ سالگی فوت شد و یکی از بهترین استعدادهای نویسندگی معاصر بود.

«دکتر حاتم» و شخصیت پیچیده بیماری که در خانه وی ساکن است «م.ل»، نوع برخورد و یا شاید روان درمانی دکتر حاتم، غرابت حاکم بر شخصیت ها، همه و همه تا مدتها بعد از خواندن کتاب ذهن انسان را درگیر می کند. اگر عمری باقی باشد قصد آن داریم که در شماره های بعد بتدریج به پزشکان و بخصوص روانپزشکان ادیب معاصر مانند آقایان دکتر محیط، دکتر صنعتی، دکتر معتمدی، دکتر ساعدی و ... بپردازیم. «ملکوت» رمانی نیست که بتوان آن را توصیف کرد، باید آن را خواند و هرکس به تناسب دیدگاهش در مورد آن اشتغال ذهنی خواهد داشت. هرچند فضای تلخی بر سراسر کتاب حاکم است که برگرفته از روح تلخ اندیش خود بهرام صادقی است. بهرام صادقی متولد نجف آباد اصفهان بود و پزشکی را در دانشگاه تهران گذارند و با غلامحسین ساعدی، هوشنگ گلشیری و سایر اعضای «جنگ اصفهان» آن زمان در ارتباط بود.

آن روز که کار همه می ساخت خداوند ما دیر رسیدیم و به جایی نرسیدیم

# حضور ناب

نویسنده: کریستیان بوبن
ترجمه : حسین صدقی
معرفی و گردآوری: دکتر آزاده ملکیان

دکترآزاده ملکیان - روانپزشک

«به مناسبت روز جهانی سالمند»

تقدیم به: پدر و مادرهای سالخورده که روزگاری نور بودند و امروز... دورند. (مترجم کتاب)

حضور ناب خود گویه های فرزندی است که پدر سالخورده اش به بیماری آلزایمر مبتلاست، چندی است به خانه سالمندان کوچیده است و پسر می داند که پدرش زنده از آن جا بیرون نمی آید؛ اکنون پسر هر روز پدر را در سرایی با کهنسالانی سرشار از رویا و وهم و خیال و خاطره دیدار می کند، در تجربه ناب آنان غوطه ور می شود و زندگی و مرگ را با نگاهی تازه مرور می کند.

... در راهروهای خانه سالمندان، انسانها ساعتها چشم به راه مرگ یا فرا رسیدن وقت غذا به سر می برند. زندگی شان مثل پرنده ای که روی شاخه های درهم شکسته درختی، لانه اش را جست و جو می کند، بال می زند.

... سالمندان دوست دارند دستی را که به سوی شان دراز می شود بفشارند و آن را مدتها در میان دست هایشان نگه دارند و باز هم آن دست را بفشارند. این زبان، برای ایجاد رابطه، زبانی بی نقص است ...

ملال دائمی و نزدیکی به مرگ، از آنها شاهانی بی دربار ساخته است...

... دو سال پیش، پدرم با تاکیدی بر روی هر کلمه می گفت که خود را بیرون از زمان حس می کند و همه چیز، حتی پیش پا افتاده ترین چیزها را «کاملاً نو» می بیند. بزرگترین عارفان نیز همین گونه احساساتشان را بیان می کنند...

... مصیبت بزرگ آن است که آدم خیال برش دارد که چیزی می داند.

... دنیا با چشم های ما متولد می شود و آن چه به چشم می آید و آن که نگاه می کند، به یک باره با هم پدیدار می شوند...

... درخت پیر، جلوی پنجره اتاق سر برافراشته است، با آن که بیشتر برگ هایش را از دست داده هنوز هم نفس می کشد. هر روز صبح از او می پرسم: «تازه چه خبر؟»، صدها برگ بی درنگ به سوال من پاسخ می دهند: «یک دنیا»، «یک دنیا»، «یک دنیا». گاهی اوقات، زمستان چندان سخت گیر نیست، مانند وقتی که معلم در آخرین روزهای کلاس، دیگر چندان سخت گیر نیست...

... او دیگر حتی خودش را هم در عکس ها نمی شناسد. اطرافیانش را هم در عکسها نمی شناسد. وقتی نام آنها را به او یادآور می شویم، چشم هایش از شادی برق می زند و از شناسایی فرزندانش شگفت زده می شود. انگار آنها تازه به دنیا آمده اند.

... برای پدرم، ظاهر بیماران اهمیتی ندارد. بارها دیده ام که با رغبت در برابر کسانی که وضعی نابهنجار دارند، خم می شود و به آنها می گوید: "شما چهره فوق العاده زیبایی دارید، من هرگز این زیبایی را فراموش نمی کنم". این صحنه بارها حالم را دگرگون کرده و مرا به این فکر انداخته است که من بیمارم نه پدرم ...

... زن سالخورده ای که بلند بلند حرف می زند، در راهرو مرا به اسم کوچک پسرش صدا می زند؛ وقتی به او میگویم که من پسر او نیستم و اسمم را به او می گویم، بی اعتنا به جواب من، با حرکت دست به من می فهماند که: "می دانم، ولی چه اهمیتی دارد. تو هم پسر منی. چرا که از دیدنت خوشحال می شوم، جزییات چندان اهمیت ندارند ".

... گنجشک ها، سنجاب ها، کلاغ ها و درخت هر روز پیغام های تازه به تازه دریافت می کند.

... من در دنیایی زاده شدم که در آغاز نمی خواست یک کلمه درباره مرگ بشنود و تا به امروز که به آخر خط رسیده است درنیافته است که در اصل محکوم به نشنیدن یک کلمه مهرآمیز است ...

... در دنیایی که تنها گرم رویای زیبایی و جوانی است، مرگ تنها حضوری پنهانی دارد، مانند خدمتکاری که دست و دلش به کار نمی رود ...

... نام آلزایمر، دیوانه و بی رحم در گوشم طنین می اندازد. نام آلزایمر برای پزشکان مجوزی است که فکر کنند می دانند چه می کنند حتی وقتی که هیچ کاری از دست شان ساخته نیست...

... هنگام گردش روزانه، پدرم دوست دارد که دستش را بگیرم. راه رفتن او مثل راه رفتن کودکانی است که در زمین بازی با ترس و لرز روی یک تیرک باریک راه می روند و خیالشان راحت است، چرا که سنگینی دستی پر محبت را در دست خود حس می کنند...

... این انسان هایی که جسم و جان شان زخمی عمیق برداشته، چنان عظمتی دارند که انسان های سالم و کسانی که از زندگی افتخارآمیزی بهره ورند به آن دسترسی ندارند.

**... شاخه ای شکست،**
**اما بلافاصله روی زمین نیفتاد**
**شاخه های دیگر آن را چند ساعتی نگه داشتند**
**و از آن پرستاری کردند.**

## اخبار انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

**دکتر صفا مقصود لو**

۱) بدنبال تشکیل اولین جلسه هیئت مدیره انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان جهت بهبود کیفیت وضعیت بازآموزی ها و خبرنامه انجمن، ۲ کمیته تشکیل گردید:

کمیته بازآموزی: هدف از تشکیل آن، برنامه ریزی جلسات مدون بازآموزی بر اساس تازه های علم روانپزشکی و نیاز همکاران می باشد. اعضای این کمیته دکتر حمید محمدبیگی، دکتر حمید افشار، دکتر عباس عطاری، دکتر غلامحسین احمدزاده، دکتر سید غفور موسوی، دکتر صفا مقصود لو، دکتر آزاده ملکیان و دکتر مجید برکتین می باشند.

کمیته خبرنامه: هدف از تشکیل این کمیته ارتباط وسیع تر با اعضای انجمن روانپزشکان اصفهان، تهران و سایر شاخه ها جهت تنوع و ابتکار مطالب خبرنامه می باشد.

اعضای این کمیته دکتر علی عباسعلی زاده، دکتر صفا مقصودلو، دکتر آرش ناهید، دکتر محمدرضا شیدایی، دکتر آزاده ملکیان، دکتر سید محمد مسعود ازهر و دکتر مریم رضایی می باشند.

۲) تا پایان سال ۹۲، ٤ برنامه مدون برای روانپزشکان خواهیم داشت که یکی در تیرماه و ۳ تای دیگر در نیمه دوم سال خواهد بود. همچنین ۲ برنامه مدون نیز برای پزشکان عمومی خواهیم داشت.

۳) قرار است در دومین پنجشنبه ماه مبارک رمضان ضیافت افطاری برگزار گردد.

## اخبار گروه روانپزشکی

بسمه تعالی

پس از حمد خدا و سلام و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)

۱- برگزاری گراند راند روزهای یکشنبه از ساعت ۸ الی ۱۱ می باشد و جهت ثبت نام اینترنتی حتماً باید به سایت آموزش مداوم www.ircmi.ir مراجعه کرد و در صورتی که ثبت نام ننمایند امتیازی به آنها تعلق نمی گیرد. هر برنامه یک امتیاز دارد.

۲- با عنایت به بند ۱۲ کمیته سلامت روان مورخ ۹۱/۱۲/٦ و همکاری مرکز پزشکی نور باستحضار می رساند که خوشبختانه به همت اعضای گروه روانپزشکی درمانگاه درمان وابستگی به الکل به سرپرستی و هدایت جناب آقای دکتر مهرداد صالحی عضو محترم هیئت علمی گروه روانپزشکی از ابتدای سال ۹۲ راه اندازی گردید.

مکان درمانگاه: محل واحد درمان اعتیاد بیمارستان نور

زمان: روزهای سه شنبه از ساعت ۸ الی ۱۲ صبح

۳- در پاسخ به نامه شماره ۲٤/۳۷۹٤/د مورخ ۹۱/۱۰/۱۸ در خصوص همکاری گروه روانپزشکی با مرکز پزشکی آیت الله کاشانی، درمانگاه نور و سایکیاتری روزهای زوج در آن مرکز راه اندازی شد.

## اخبار بازآموزی ها

| بازآموزی متخصصین | | پزشکان عمومی | |
|---|---|---|---|
| ۹۲/٤/٦ | اورژانس های مواد | ۹۲/٤/۱۳ | پرخاشگری |
| ۹۲/۷/۱۱ | جزئیات برنامه یکماه قبل از تاریخ برنامه در سایت اعلام میگردد | ۹۲/۸/۳۰ | متعاقباً در سایت اعلام میگردد |
| ۹۱/۹/۲۱ | | | |
| ۹۲/۱۲/۱ | | | |

-به اطلاع همکاران عزیز می رسانیم که جلسات گراند راند بیمارستان نور هر روز یک امتیاز بازآموزی دارد که درصورت ثبت نام به آنها تعلق می گیرد. با توجه به اینکه جلسات معمول بازآموزی بجای پنج امتیاز که تا حال متداول بوده است بعد از این فقط سه امتیاز خواهد داشت ضروریست همکاران ارجمند از کنفرانس های آموزشی متنوع تری استفاده کنند.

- با توجه به امکانات بیشتری که در بیمارستان فارابی فراهم است بعد از این کلیه کنفرانس ها و جلسات باز آموزی انجمن روانپزشکی شاخه اصفهان حتی الامکان در بیمارستان فارابی برگزار خواهد شد.

# سی امین همایش پیاپی سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران

**زمان برگزاری همایش ۳۰ مهرماه الی ۳ آبان ۱۳۹۲**

موضوعات مرتبط با روان پزشکی پسیکوسوماتیک در اولویت می باشند که عناوینی مانند موارد زیر را پوشش می دهد:

۱.روانپزشکی در بیمارستانهای عمومی
۲.ارائه خدمات روانپزشکی رابط-مشاوره
۳.آموزش و روانپزشکی پسیکوسوماتیک
٤.سایکوفارماکولوژی در بیماران طبی
۵.روان درمانی در اختلالات پسیکوسوماتیک
٦.همه گیر شناسی اختلالات پسیکوسوماتیک
۷.سبب شناسی در اختلالات پسیکوسوماتیک
۸.اختلال های شبه جسمی
۹.اضطراب سلامتی
۱۰. نقش عوامل رفتاری در سلامت و بیماری
۱۱.روانپزشکی و سرطان
۱۲.روانپزشکی و پیوند اعضا
۱۳.روانپزشکی و جراحی
١٤.روانپزشکی و چاقی و اختلالات خوردن
۱۵.دلیریوم
١٦.نوروپسیکیاتری
۱۷. روانپزشکی در بیماران رو به مرگ
۱۸. جنبه های فلسفی رابطه ذهن و جسم
۱۹.روانپزشکی پسیکوسوماتیک در کودکان و نوجوانان
۲۰. اختلالات خواب
۲۱. ناباروری و اختلالات زنان و زایمان
۲۲. اختلالات روانی-جسمی
۲۳.روانپزشکی و بیماریهای قلبی، بیماریهای اندوکرین، بیماریهای کلیوی، بیماریهای روماتولوژی، بیماریهای نورولوژیک و بیماریهای گوارشی.

**تلفن دبیرخانه انجمن: ۸۸۳۳٦۷۲٦ و ۸۸٦۳۳۲۹۲**

**www.Iran-Psychiatrists-Congress.ir**

# برنامه کلینیک فوق تخصصی روانپزشکی شریعتی

| شنبه | یکشنبه | دوشنبه | سه شنبه | چهارشنبه | پنجشنبه |
|---|---|---|---|---|---|
| **درمانگاه سایکوسکچوال** (دکتر مهرداد صالحی) | **درمانگاه سایکودرماتولوژی** (دکتر ندا ادیبی و دکتر کتایون شفیعی) | **درمانگاه و کلاس وسواس** (دکتر شهلا آکوچکیان) | **درمانگاه سایکوسکچوال** (دکتر کتایون شفیعی | **درمانگاه سایکوسکچوال** (دکتر مهرداد صالحی) | **کلاس های آموزشی و برگزاری کارگاه های تخصصی** |
| **درمانگاه سالمندان و حافظه** (دکتر سعید سمندری) | **درمانگاه روان تنی** (دکتر حمید افشار) | | **درمانگاه روان تنی** (دکتر حمیدرضا روح افزا) | **درمانگاه روان تنی** (دکتر حمید افشار و دکتر حامد دقاق زاده) | |
| | | | **درمانگاه سالمندان** (دکتر ویکتوریا عمرانی فرد) | | |

# مقالات چاپ شده در مجلات فارسی سال ۱۳۹۱ (BSRC)
# مرکز تحقیقات علوم رفتاری
# دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

| ردیف | عنوان | نام مجله | نویسنده | نوع | نمره |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | نقش عوامل انسانی در تصادفات جاده ای<br>Role of human factors in road accidents | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰- شماره ۱<br>۷۸-۶۹ (خرداد) | غلامرضا خیرآبادی (مسئول)<br>جعفر بوالهری | ISC<br>مروری | |
| ۲ | نیاز سنجی آموزشی پرستاران شاغل در بخشهای روانپزشکی بیمارستانهای شهر اصفهان<br>Assessment of educational needs of nurses working in psychiatric wards of hospital in Isfahan, Iran | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰- شماره ۲<br>۱۴۳-۱۳۳ (شهریور) | مهین امین الرعایا (مسئول)<br>عباس عطاری<br>محمدرضا مرآثی<br>کاظم هادی پور<br>ویکتوریا عمرانی فرد | ISC<br>پژوهشی | |
| ۳ | ارزش بررسی های عصب روان شناختی در تشخیص پیش رس زوال عقل<br>Neuropsychological assessments in early diagnosis of dementia | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰ - شماره ۳<br>۲۳۸-۲۲۸ (آبان) | مجید برکتین (مسئول)<br>ماهگل توکلی | ISC<br>مروری | |
| ۴ | بررسی ویژگی های روان سنجی پرسش نامه اختلالات خلقی در اصفهان<br>Psychometric properties of the mood disorder questionnaire in Isfahan, Iran | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰ - شماره ٤<br>۲۵۷-۲۵۰ (دی) | نسرین مسائلی (مسئول)<br>حمید افشار<br>حسین مولوی<br>آزاده ملکیان<br>مجید برکتین | ISC<br>پژوهشی | |
| ۵ | فراوانی اقدام به خودکشی در ماه های مختلف قمری - مطالعه ده ساله<br>Comparison of suicide attempt rates during different lunar months | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰ - شماره ٤<br>۲۷۵-۲۶۹ (دی) | سید غفور موسوی<br>محمد یعقوبی<br>مهدی تذهیبی<br>سیده حکیمه موسوی | ISC<br>پژوهشی | |
| ٦ | ارتباط سلامت معنوی و ابعاد آن با استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان سینه<br>The Relationship between Spiritual Wellbeing and Stress, Anxiety, and Depression in Patients with Breast Cancer | مجله دانشکده پزشکی اصفهان<br>سال ۳۰ - شماره ۱۹۵<br>هفته اول شهریور ۱۳۹۱<br>۱۰-۱ | امیر موسی رضایی<br>.........<br>امراله ابراهیمی (پنجم | ISC<br>پژوهشی | |
| ۷ | نیازسنجی آموزشی از دستیاران روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در زمینه خودکشی: یک پژوهش کیفی<br>Educational need assessment in psychiatry residences of Shahid Beheshti University of Medical Scientses on suicide: a qualitative study | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰ - شماره ٤ - دی ۱۳۹۱<br>۲۴۹-۲٤۱ | سید مهدی صمیمی اردستانی<br>مهین امین الرعایا (مسئول)<br>مجید برکتین | ISC<br>پژوهشی | |

| ردیف | عنوان | نام مجله | نویسنده | نوع | نمره |
|---|---|---|---|---|---|
| ۸ | نیازسنجی آموزشی از دستیاران روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان درباره خودکشی: یک پژوهش کیفی<br>Assessment of Educational need on Suicide prevention in residents of psychiatry at Isfahan University of Medical Sciences: A qualitative study | مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هجدهم<br>شماره ۲، تابستان ۱۳۹۱<br>۱۱۴-۱۰۸ | مهین امین الرعایا (مسئول)<br>مجید برکتین<br>عباس عطاری | ISC<br>پژوهشی | |
| ۹ | اختلال عملکرد جنسی در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون و رابطه آن به دوز مصرف متادون، سطح خونی تستوسترون و پرولاکتین<br>Sexual Dysfunction of Men on Methadone Maintenance Treatment MMT and Its, Relation with Methadone Dose and Blood Level of Testosterone and Prolactine | مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دوره ۳٤، شماره ٤<br>مهر و آبان ۱۳۹۱<br>۷۳-٦۸ | غلامرضا خیرآبادی (مسئول)<br>مهرداد صالحی<br>ناصر گل افشان<br>محمدرضا مرآثی | پژوهشی | |
| ۱۰ | ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر<br>Relationship between Illness Perceptions and Quality of life in Patients with Irritable Bowel Syndrome | مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره بیست و دوم<br>شماره ۹۰، تیر ۱۳۹۱<br>٤۱-۳۳ | حمید کلانتری<br>رضا باقریان (مسئول)<br>حمید افشار | Scopus<br>پژوهشی | |
| ۱۱ | پیگیری سیر ٦ ماهه شدت علایم و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیا پس از ترخیص از بیمارستان<br>Six months trend of symptom severity and quality of life in schizophrenia patients | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ۵، بهمن ۱۳۹۱<br>۳۲٤-۳۱۷ | هاجر براتیان<br>مجید برکتین (مسئول)<br>حسین مولوی<br>نوشین موسوی مدنی<br>الهام فروزنده | ISC<br>پژوهشی | |
| ۱۲ | موج سوم رفتار درمانی با تأکید بر رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش<br>The third wave of behavior therapy with emphasis on acceptance-based behavior therapy | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ۵، بهمن ۱۳۹۱<br>۳۹۰-۳۸۳ | فاطمه زرگر<br>ابوالفضل محمدی<br>عبداله امیری<br>رضا باقریان (مسئول) | ISC<br>مروری | |
| ۱۳ | ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امیدواری صفتی در دانشجویان ایرانی<br>Psychometric properties of the Trait Hope Scale in Iranian Students | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ٦<br>ویژه نامه سلامت روان<br>اسفند ۱۳۹۱ | محسن احمدی<br>طهور سلطانی<br>رضا باقریان<br>زهرا مولوی | ISC<br>پژوهشی | |
| ۱٤ | بررسی شیوع مصرف سیگار در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان و ارتباط آن با برخی خصوصیات دموگرافیک و علایم روان‌پزشکی<br>The prevalence of cigarette smoking and some demographic and psychological characteristics in students of Islamic Azad University of Khorasgan, Iran | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ٦<br>ویژه نامه سلامت روان<br>اسفند ۱۳۹۱ | آرش قدوسی<br>مهین امین الرعایا (مسئول)<br>عباس عطاری<br>محمدرضا مرآثی<br>صفا مقصودلو | ISC<br>پژوهشی | |
| ۱۵ | ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی سلسله مراتبی فرم کوتاه مقیاس زمینه‌یابی سلامت (SF-۳٦) در گروه نمونه غیر بلینی<br>Psychometric properties and hierarchical factor structure of short form health survey scale (SF۳٦-) in a non-clinical sample | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ٦<br>ویژه نامه سلامت روان<br>اسفند ۱۳۹۱ | مجتبی حبیبی<br>ابراهیم خدایی<br>علی مقدم زاده<br>سلوی شمس الدین<br>مجید برکتین | ISC<br>پژوهشی | |

| ردیف | عنوان | نام مجله | نویسنده | نوع | نمره |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱۶ | رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی<br>Relationship between spiritual and emotional intelligence | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ٦<br>ویژه نامه سلامت روان<br>اسفند ۱۳۹۱ | احمدرضا حاجیان<br>محمود شیخ الاسلامی رضا همایی<br>فیض اله رحیمی<br>مهین امین الرعایا | | |
| ۱۷ | رابطه بین شفافیت نقش با سازگاری شغلی<br>Relationship between role clarity and job adjustment | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ٦<br>ویژه نامه سلامت روان<br>اسفند ۱۳۹۱ | احمد رضا حاجیان<br>محمود شیخ الاسلامی رضا همایی<br>سمیه محمدی<br>غلامرضا خیر آبادی | ISC<br>پژوهشی | |
| ۱۸ | رابطه سلامت عمومی و پایگاه هویتی در دانشجویان<br>Relations between general health and identity situations of undergraduate students | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ٦<br>ویژه نامه سلامت روان<br>اسفند ۱۳۹۱ | سید محمود طباطبائی مجید حسین آبادی<br>سامیه پناهنده<br>فرناز روشنی<br>رضا باقریان (مسئول) | ISC<br>پژوهشی | |
| ۱۹ | تأثیر اصلاح حرکات تنفسی بر شب ادراری کودکان، یک رویکرد نوین درمانی<br>Influence of respiratory training on childhood enuresis: a new therapeutic approach | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ۷<br>ویژه نامه طب رفتاری<br>اسفند ۱۳۹۱ | شهناز خالقی پور<br>شیما مصری پور<br>محسن معروفی (مسئول) | ISC<br>پژوهشی | |
| ۲۰ | بررسی نقش ادراک بیماری در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سطح ناتوانی حرکتی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس<br>Investigating the effect of illness perception on the relationship between early maladaptive schemas and level of motor disability in multiple sclerosis patients | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ۷<br>ویژه نامه طب رفتاری<br>اسفند ۱۳۹۱ | افسانه اخانی<br>زهرا ایزدی خواه<br>رضا باقریان (مسئول)<br>فریبرز خوروش | ISC<br>پژوهشی | |
| ۲۱ | رابطه علی تیپ زمانی، خستگی مزمن با سطح IgM سرم کارکنان شیفتی<br>Casual relationship circadian type, chronic fatigue and serum IgM level in the shift workers | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ۷<br>ویژه نامه طب رفتاری<br>اسفند ۱۳۹۱ | شهناز خالقی پور<br>رضا باقریان سرارودی | ISC<br>پژوهشی | |
| ۲۲ | بررسی تأثیر ورزش در آب بر کیفیت زندگی بیماران پانیک<br>Effect of aquatic exercise on quality of life of patients with panic disorder | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ۷<br>ویژه نامه طب رفتاری<br>اسفند ۱۳۹۱ | شیوا اعلمازاده<br>فرزانه تقیان<br>مجید برکتین | ISC<br>پژوهشی | |
| ۲۳ | آیا شخصیت افراد چپ برتر، راست برتر و دوسو توان متفاوت است؟<br>Personality and handedness; does the personality of left-handed, right-handed and ambidextrous individuals differ? | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ۷<br>ویژه نامه طب رفتاری<br>اسفند ۱۳۹۱ | احمد علی پور<br>زهره صادقی<br>علی محمدبیگی<br>زهرا مردانی ولندانی<br>رضا باقریان | | |
| ۲۴ | ارزیابی دانش و نگرش دانشجویان و دانش آموختگان حرف پزشکی در مورد طب رفتاری: مطالعه مقدماتی طراحی برنامه آموزشی<br>Assessment of knowledge and attitudes of medical students and graduate students on behavioral medicine: Preliminary study of curriculum design | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ۷<br>ویژه نامه طب رفتاری<br>اسفند ۱۳۹۱ | عبداله امیدی<br>ابوالفضل محمدی<br>فاطمه زرگر<br>غلامعباس موسوی<br>عباس عطاری | ISC<br>پژوهشی | |

| ردیف | عنوان | نام مجله | نویسنده | نوع | نمره |
|---|---|---|---|---|---|
| ۲۵ | عوامل مؤثر در گرایش به استعمال سیگار در دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان<br>Factors affecting medical students' tendency to smoke cigarettes | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ۷<br>ویژه نامه طب رفتاری<br>اسفند ۱۳۹۱ | مهین امین الرعایا<br>عباس عطاری (مسئول)<br>محمدرضا مرآثی | ISC<br>پژوهشی | |
| ۲۶ | مقایسه میانگین سطح لیپوپروتئین‌ها و آپولیپوپروتئین‌های سرم بیماران مبتلا به افسردگی اساسی با گروه شاهد<br>The serum level of lipoproteins and apolipoproteins in patients with major depression disorder in comparison with control group | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰، شماره ۷<br>ویژه نامه طب رفتاری<br>اسفند ۱۳۹۱ | حمید افشار<br>حمیدرضا روح افزا<br>نسرین مسائلی (مسئول) | ISC<br>پژوهشی | |
| ۲۷ | رابطه ی بین ذهن آگاهی و عملکرد جسمانی و روان شناختی زنان مبتلا به کمردرد مزمن: بررسی نقش واسطه ای اضطراب<br>The relationship of Mindfulness and physical and Psychological functioning among women with chronic low back pain: the mediating role of anxiety | مجله دانشکده پزشکی<br>هفته دوم اسفند ۱۳۹۱<br>۱۱-۱ | سجادیان<br>نشاط دوست<br>مولوی<br>باقریان (نویسنده مسئول) | Scopus<br>پژوهشی | |
| ۲۸ | بررسی ارتباط بین شدت بیماری درماتیت آتوپیک در کودکان مبتلا با وضعیت سلامت روان مادران آن ها<br>The relationship between the severity of atopic dermatitis in children and psychological characteristics of mothers | مجله دانشکده پزشکی<br>هفته اول دی ماه ۱۳۹۱<br>۱۸۰۵-۱۷۹۴ | مریم کلاته (پایان نامه دانشجویی)<br>حمید افشار | Scopus<br>پژوهشی | |
| ۲۹ | ارتباط التزام و اولویت به فریضه نماز با میزان شیوع افسردگی و برخی پارامترهای جمعیت شناختی دانشجویان<br>Relationship between commitment and priority to prayer with depression and some demographic parameters | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰ شماره ۶<br>ویژه نامه سلامت روان | رضایی<br>ناجی<br>خسروی<br>مؤمنی<br>نسرین مسائلی | ISC<br>پژوهشی | |
| ۳۰ | رابطه ابعاد مثبت و منفی کامل گرایی با استرس<br>Relations between stress and positive and negative perfectionism | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰ شماره ۶<br>ویژه نامه طب رفتاری | نرگس محمدی<br>نیک نشان<br>مظاهری<br>حمید افشار (مسئول) | ISC<br>پژوهشی | |
| ۳۱ | بررسی ارتباط جهت گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان<br>Relationship between religious orientation, anxietyand depression of students in Isfahan University of Medical Sciences | مجله تحقیقات علوم رفتاری<br>دوره ۱۰ شماره ۶<br>ویژه نامه سلامت روان | امیر موسی رضایی<br>همایون ناجی<br>طاهره مؤمنی<br>مهین امین الرعایا | ISC<br>پژوهشی | |
| ۳۲ | فراوانی اختلال افسردگی اساسی و اختلال طیف دوقطبی در بیماران مبتلا به نفروپاتی دیابتی در شهر اصفهان<br>Prevalence of major depression and bipolar disorders in patients with diabetic nephropathy in Isfahan, Iran | مجله دانشکده پزشکی اصفهان<br>سال ۳۰، شماره ۲۰۶<br>هفته چهارم آبان ۱۳۹۱ | عبدالامیر عطاپور<br>حمید افشار<br>امیرحسین نواله<br>محمدرضا نجارزادگان<br>زیبا فرج زادگان | Scopus | |

# مکاتبات انجمن

**بسمه تعالی**

**ریاست محترم شورای عالی مبارزه با مواد مخدر**

**با عرض سلام و احترام**

بیماران وابسته به مواد از اختلالات متعدد روانپزشکی مانند افسردگی ،اختلال شخصیت ،اضطراب و... رنج میبرند. اختلالات نه تنها درشروع مصرف مواد نقش بارزی ایفا میکنند بلکه درمان اعتیاد بدون توجه به آنها درمانی ناموفق وناقص خواهد بود.

متاسفانه در سالهای اخیر تاسیس مراکز متعدد ترک اعتیاد توسط افرادی که ازصلاحیت علمی لازم برای درمان این افراد برخوردار نیستند موجب ایجاد مشکلات برای بیماران وخانواده های آنها گردیده است.

روانپزشکان با به پایان رساندن دوره تخصصی خود و گذراندن امتحان های مربوطه صلاحیت خود را برای تشخیص و درمان انواع اختلالات مربوط به مواد مخدر و محرک به اثبات رسانده اند و باید از مهارت و کارآیی خود در خدمت رسانی به بیمارانی که به نوعی از مشکلات مربوط به مواد رنج می برند استفاده کنند.

اخیرا معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به بهانه وجود مرکز ترک اعتیاد کافی در شهر اصفهان از ارائه مجوز تاسیس مرکز ترک اعتیاد به روانپزشکان خودداری میکند.این در حالیست که در حال حاضر تعدادی از روانپزشکان جوان علاقمند به فعالیت در این حوزه وکمک به بیماران وخانواده های آنها میباشند.

به نظر این انجمن معاونت درمان میبایست درسیاست خود در مورد ارائه مجوز تاسیس مرکز ترک اعتیاد تجدید نظر کرده ودرمان تعداد زیاد افراد وابسته به انواع مواد مخدر ومواد صنعتی جدید را از پشتوانه غنی علمی وتخصصی روانپزشکان محروم ننماید و با توجه به اینکه درمان وابستگی به مواد(بویژه مواد محرک) اغلب فرایندی پیچیده وکاملا تخصصی میباشد،مانند برخی از دانشگاههای علوم پزشکی کشور، روانپزشکان محترم را از این محدودیت مستثنی کرده وبا ارائه مجوز به روانپزشکان کمکی شایان به درمان این بیماران نماید.

**رئیس انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان**

**دکتر مرتضی واعظی**