روانپزشک
خبرنامه داخلی انجمن علمی روانپزشکان استان اصفهان
دو فصلنامه بهار و تابستان/ ۱۳۹۳

از بهاران کی شود سر سبز سنگ
خاک شو تا گل برویی رنگ رنگ
سالها تو سنگ بودی دلخراش
آزمون را یک زمانی خاک باش

"مولوی"

این نشریه به طور رایگان برای جامعه روانپزشکی کشور ارسال می گردد.
شماره دریافت پیامک های شما: ۷۳۳۷- ۳۱۹- ۰۹۳۹
آدرس جدیدخبرنامه: اصفهان، بلوار ارغوانیه، بیمارستان فارابی، دفتر انجمن روانپزشکان اصفهان
پست الکترونیک: ravan.pezeshky@gmail.com
وب سایت: www.isf-psychiatrist.com
تلفن انجمن اصفهان: ۰۹۱۳-۰۷۵-۸۵۳۰

انجمن علمی روانپزشکان ایران
شاخه اصفهان

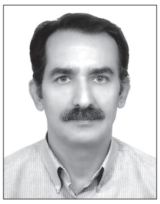
هیأت مدیره انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان
رئیس: دکتر مرتضی واعظی
نایب رئیس: دکتر صفا مقصودلو
دبیر انجمن: دکتر علی عباسعلی زاده
خزانه دار: دکتر غلامرضا بارانی
عضو هیئت مدیره: دکتر آزاده ملکیان
بازرس: دکتر فرزانه رجایی
اعضاء علی البدل: دکتر فریدون یداله مقدم، دکتر حمید محمد بیگی
مدیر اجرایی و امور آگهی ها:
مهندس مجید مختاری(آوای سلامت) / ۰۹۱۳-۳۱۹-۷۳۳۷
گرافیک: (گروه هنری سارنگ) محمد علی خوشکام، سحر محمدیان
مسئول وبسایت انجمن: دکتر مسعود ازهر

با تشکر از همکاران این شماره:
دکتر سید مرتضی واعظی - دکتر عباس عطاری - دکتر غلامحسین احمد زاده - دکتر صفا مقصودلو - دکتر علی عباسعلی زاده - دکتر مسعود ازهر - دکتر حمید افشار - دکتر مجید برکتین - دکتر حمید محمد بیگی - دکتر آرش ناهید - دکتر ترانه تقوی - دکتر مینو هاشمی - دکتر مژگان امانت کار - دکتر فریدون یداله مقدم - دکتر ناهید گرامیان - دکتر امراله ابراهیمی - دکتر شهرزاد مرتضوی - سید مهدی کهنگی - آرزو فرحت - دکتر بهین ناظم رعایا...

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

فهرست:

بهار زیبا خجسته باد ۲
نکاتی چند درباره مراکز مشاوره ۲
اخبار ۳
آثار سم نمایی دارو و پیامد های آن ۴
معرفی یک مورد در گراند راند بخش روانپزشکی ۶
گزارش مختصری ازبرگزاری سمپوزیوم بین‌الملل آموزشی-پژوهشی اختلالات روان‌تنی ۸
بی قراری در بیماران روانپزشکی و نحوه مدیریت آن ۹
تازه های سایکوفارماکولوژی ۱۲
برنامه درمانگاههای گروه روانپزشکی اصفهان ۱۴
دستان شفابخش پزشک ۱۵
خاطرات یک روانپزشک ۱۷
ارتباطات آنلاین ۱۸
جستار هایی از روان پویایی علایم در بیماری با علایم جسمانی ۲۲
رسیدگی به متقاضیان تغییر جنسیت ۲۵
دوره پسا دکتری پزشکی روان تنی ۲۷
عرفان در روان درمانی ۲۸
خودکشی ۳۰
گزارش فعالیت‌های واحد سلامت روان ۳۲
اختلالات خفیف شناختی ۳۳
سنگهای کف رودخانه ۳۴
همانند سازی با پرخاشگری؛ تحلیلی روانکاوانه ۳۵
معرفی کتاب ۳۶
در نسخه نویسی کدام بهتر است، نام تجارتی یا نام ژنریک ۳۷
نوروفیدبک خیابانی ۳۸
هومیوپاتی ۳۹
مکاتبات انجمن ۴۰



دکتر علی عباسعلی زاده
مسئول خبرنامه

بهار زیبا خجسته باد

فصل بهار است خیز تا به تماشا رویم
تکیه بر ایام نیست تا دگر آید بهار

انتظار داریم که در ماه اسفند و قبل از آنکه اداره پست با ترافیک شب عید روبرو شود مجله انجمن به دست همکاران عزیز برسد لذا فرصت پیدا می کنیم تا پیشاپیش فرا رسیدن سال نو و شکوفا شدن طبیعت را حضور همکاران گرامی شادباش بگوییم و سالی پر برکت و همراه با توفیق های روز افزون برای همکاران عزیز و خانواده های گرامی آنان آرزو کنیم.
شروع سال جدید بهانه خوبیست برای اخذ تصمیم های اساسی تازه برای بهتر شدن زندگی.امیدواریم دوستان خواننده مجله ما نیز از این بهانه به خوبی استفاده کنند.
معادل تصمیم اساسی در سال جدید اصطلاح Resolution of the new year است که در غرب مرسوم می باشد. مثلا با شروع سال جدید یکی تصمیم می گیرد که سیگارش را ترک کند. دانشجویی برای بهتر درس خواندن برنامه ریزی می کند. زن و شوهری تصمیم می گیرند تا با شروع سال جدید بجای ایراد و انتقاد های گاه و بیگاه از یکدیگر بعد از این هر هفته در یک ساعت خاص و روزی خاص با هم بنشینند و با آمادگی و حسن نظر یک جلسه انتقادات و پیشنهادات داشته باشند تا انتقادات آنها از یکدیگر نه جنگ اعصاب بلکه اقدامی سازنده باشد. یک پزشک جوان ممکن است تصمیم بگیرد تا در سال جدید ابتکار تازه ای بزند تا خدمت بهتری به بیماران ارائه بدهد. بعضی ها هم تصمیماتی می گیرند که گرچه برای خود آنها بسیار مهم است اما قادر به بیان آن برای دیگران نیستند چون «کلاس ندارد» مثل اینکه چگونه درآمد بیشتری داشته باشند و عده ای هم به همین دلیل تصمیم می گیرند تا بعد از این با خود و دیگران کمی رو راست تر باشند و لذا سعی می کنند با هر آنچه با آن تعارض دارند روبرو شوند و به یک توافق و سازگاری آگاهانه با زندگی برسند.
یکی ممکن است مثل حافظ بگوید:

بر سر آنم که گر ز دست بر آید
دست به کاری زنم که غصه سر آید

حال تصمیم اساسی شما برای سال جدید چیست؟

دکتر مرتضی واعظی
رئیس انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

نکاتی چند در رابطه با مراکز مشاوره

همکاران مطلع هستند که از چندین سال قبل مراکز مشاوره با مجوز سازمان بهزیستی شروع به کار نموده اند و گویا سازمان نظام روانشناسی و مشاوره بر عملکرد آن ها نظارت دارد.
شروع به کار این مراکز را به فال نیک می گیریم که بتوانند گوشه ای از مشکلات جامعه را حل نموده و مراجعه کنندگان را به خوبی راهنمائی نمایند و مشاوره مناسب در اختیار آن ها قرار دهند.
این مراکز جاذبه خوبی هم دارد برای بیمارانی که مایل نیستند به روانپزشکان مراجعه نمایند و ترس از انگ بیماری روانی دارند و گاهی آگاهی از بیماری خودشان ندارند و یا ترس از مصرف دارو های روانپزشکی دارند به خاطر اظهار نظر نا بجای مردم عادی که بیماران را از خوردن دارو های روان پزشکی بر حذر می دارند. اینجاست که این مراکز می توانند این مشکل را بر طرف نمایند و راهنمایی عالمانه آن ها مانع از بروز مزمن شدن بیمار های روانی می گردد یا اینکه مانع شوند که این گونه بیماران به محل های دیگری مثل سر کتاب باز کردن بروند و یا تحت درمان های نا درست توسط دیگران قرار گیرند. به هر حال قدر دان هستیم از آن مراکز مشاوره که کارشان را به خوبی انجام می دهند و گله دارم از معدود مراکز مشاوره که راهنمائی های نادرستی به مراجعه کنندگان می دهند.
همکاری که من به او اعتقاد دارم می گفت که دختر و پسری به یکی از این مرکز مراجعه می نمایند که به هم علاقمند هستند و میخواهند ازدواج نمایند. ولی پدر و مادر دختر مخالف هستند که به دختر پیشنهاد می شود از منزل فرار کن تا پدر و مادرت راضی شوند که تو با پسر مورد علاقه ات ازدواج نمائی.
خانمی که از اختلال افسردگی رنج می برد در بحران بیماری اش که دچار اختلاف با همسرش شده بود راهنمائی می شود که به یکی از مراکز مشاوره مراجعه نماید. راهنمائی که به این زوج می شود طلاق بوده است که آن خانم اظهار می داشت اگر می خواستم از همسرم جدا شوم نیازی به مشاوره نداشتم. می خواستم تا مرا راهنمائی کنند که مشکلات من حل بشود، نه اینکه خیلی راحت جدا شوم!!!
مورد دیگری نقل شده که بیماری که به علت مشکلات زندگی دچار افسردگی شده و افکار خود کشی داشته خیلی راحت به وی گفته شد که می تونی این کار را انجام دهی!
بار ها شنیده شده که متأسفانه به بیمارانی که تحت درمان داروئی هستند، گفته شده که دارو ها را ترک کنند. این موضوع باعث تأسف می باشد.
به هر صورت امید است که این مراکز همدوش و همراه با روانپزشکان بتوانند مقداری از آلام بیماران روان پزشکی را تسکین دهند.

اخبـــار

معرفی روان پزشک نمونه

همکار ارجمند ما جناب آقای دکتر محسن معروفی روانپزشک و دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ، در سال ۱۳۹۳ از سوی انجمن علمی روانپزشکان اصفهان به عنوان روانپزشک نمونه به سازمان نظام پزشکی اصفهان معرفی شدند . ایشان در سال ۱۳۳۹ در اصفهان به دنیا آمدند ودوره عمومی طب را از سال ۱۳۵۷ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان گذراندند و سپس دوره تخصصی روانپزشکی را در سال ۱۳۷۰ از همین دانشگاه فارغ التحصیل شدند. جناب آقای دکتر معروفی دو دوره ریاست انجمن علمی روانپزشکان اصفهان را بعهده داشتند . ایشان بار ها به عنوان روانپزشک نمونه از جانب بیمه تامین اجتماعی و کمیته محترم حضرت امام (ره) نیز انتخاب شده بودند . انتخاب شایسته ایشان را به عنوان روانپزشک نمونه تبریک می گوییم و برای ایشان آرزوی سلامت و توفیق در همه عرصه های زندگی داریم .

گزارش امتحان بورد تخصصی روانپزشکی شهریور ۹۳

با سپاس از جناب آقای دکتر عباس عطاری استاد محترم روانپزشکی

دکتر فاطمه رجبی

دکتر الهام زارعان

بورد تخصصی تمامی رشته های تخصصی بالینی مانند سالهای قبل بصورت متمرکز و در شهریور ماه ۹۳ برگزار گردید. امتحان کتبی بورد در تاریخ ۹۳/۶/۱۳ برگزار شد. داوطلبان رشته روانپزشکی برای امتحان کتبی بیش از صد نفر بودند که در مجموع حدود پنجاه درصد قبول شدند.از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۱۱ نفر شرکت کننده حضور داشتند که هشت نفر از ایشان در امتحان کتبی قبول شدند.امتحانات شفاهی (آسکی و مصاحبه با بیمار) طی روزهای ۱۶و ۱۷ شهریور ماه انجام گردید.امتحان آسکی در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران و مصاحبه با بیمار در بیمارستان ایران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران برگزار شد. در این امتحان هم حدود صد نفر شرکت کردند که تنها ۵۵٪ قبول شدند. خوشبختانه تمامی هفت نفر شرکت کننده از گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در امتحانات شفاهی قبول شدند و از این میان سرکار خانم دکتر فاطمه رجبی موفق به کسب رتبه اول وسرکار خانم دکتر الهام زارعان موفق به کسب مقام پنجم در بورد رشته روانپزشکی گردیدند که این موفقیت را از جانب انجمن روانپزشکان اصفهان به ایشان تبریک می گوییم و برای ایشان آرزوی توفیق در همه عرصه های زندگی از جمله خدمت به بیماران نیازمند داریم.

جناب آقای کتر حمید محمدبیگی متخصص روانپزشکی از مهرماه امسال به سمت سرپرست مرکز آموزشی درمانی مدرس منصوب شدند و جناب آقای دکتر امیرحسین شیرانی (ریاست سابق این بیمارستان) با حفظ سمت سرپرست اداره سلامت روان معاونت درمان، به سمت سرپرست مدیریت نظارت و اعتبار بخشی و صدور پروانه ها نیز منصوب گشتند.

در اولین جلسه بازآموزی در مهرماه سال جاری از سرکارخانم دکتر فاطمه رجبی نفر اول بورد تخصصی روانپزشکی تجلیل و قدردانی بعمل آمد، در این مراسم جوایز و لوح تقدیر توسط ریاست انجمن به ایشان اهدا گردید.

طی فراخوانی که از تعدادی همکاران درخصوص پیشنهاد برای بازآموزی روانپزشکی بعمل آمد، به تعدادی از مباحث درخواست شده اشاره می گردد. از آنجائیکه همواره جلسات بازآموزی مورد تائید یک عده از همکاران و مورد اعتراض عده ای دیگر می باشد، خواهشمندم با پیشنهادات خود اعضای انجمن را در برگزاری هرچه بهتر این برنامه ها یاری فرمائید.

این مباحث شامل:

۱. اختلالات روانپزشکی که مشترک باسایر تخصص هاست.درخواست همکاران برگزاری پانل توسط همکاران سایر رشته ها جهت آگاهی از دیدگاه‌های آنان در درمان اختلالات مشابه بود که یکی از این برنامه ها در مهرماه امسال درخصوص اختلال دمانس با شرکت همکاران نورولوژیست از تهران برگزار شد. در برنامه های آینده پیشنهاد شده اختلالات مشترک با گروه اطفال، زنان، انکولوژی و غدد و... نیز مطرح گردد.

۲. مداخله در بحران: مواردی نظیر مداخله در بحران بیمار در معرض PTSD یا قربانبان پرخاشگری

۳. برگزاری بازآموزی در قالب کارگاههای آموزشی در خصوص درمان بیماران مشکل

٤. جلساتی به صورت پانل با همکاران روانپزشک در نظام وظیفه در خصوص قوانین معافیت و انواع تمارض و اشتباهات شایع روانپزشکان در این خصوص

دکتر حمید افشار
مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

آثار سم نمایی دارو و پیامدهای درمانی آن

بسیاری از عوارض جانبی داروها به دلیل آثار غیر داروشناختی (Non-pharma-cological effects) ایجاد می شود. بعلاوه دربسیاری از کارآزمائی های بالینی عوارض جانبی در بیماران نه تنها بدلیل داروی اصلی بلکه با مصرف دارونما نیز گزارش می شود. همانطور که همه تجربه داریم گاه بیماران با تغییر دارو از یک نام تجاری به فرم ژنریک همان دارو، عوارض جانبی متعددی را گزارش می کنند که حتی منجر به قطع دارو می شود. این مثالها نشان می دهد انتظارات (Expectations) بیمار درباره عوارض جانبی یا تأثیرات دارو، نقش تعیین کننده ای در تجربه عوارض جانبی دارد.

انتظارات منفی (Negative Expectations) از دارو و درمان نه تنها در بروز عوارض ناخواسته تاثیر گذار است، بلکه ممکن است حتی روی آثار و نتایج درمانی هم مؤثر باشد. در یک مطالعه براساس شواهد FMRI، مشخص شد القاء انتظارات منفی از داروی ضد درد (Remifentanil آگونیست قوی رسپتورهای μ) می تواند اثر ضددرد آن را از بین ببرد، چه در سطح رفتاری و چه در سطح نورونی. در کارآزمایی بالینی دیگری مشاهده شد داروی ضد میگرن (Riza-triptan) بعنوان دارونما به بیماران داده شد و اثرات تسکینی آن به شکل چشم گیری کاهش یافت. کارآزمائی های بالینی متقاطع و شواهد تجربی هم نشان داده که انتظارات یا تجارب منفی از مداخلات درمانی قبلی می تواند تأثیرات درمانی بعدی را تحت تاثیر قرارد هد. به همین لحاظ تجویز غیر دقیق داروها و عدم آمادگی بیمار برای پذیرش درمان داروئی، می تواند فرصت درمان مناسب را از پزشک وبیمار بگیرد.

پدیده ضد دارو نما یا سم نمایی (Nocebo effects) عبارتست از بروز آثار منفی بر کیفیت و تحمل پذیری درمان که ناشی از عوامل روانشناختی است. مکانیسم های مرتبط با آثار «نوسبو» کمتر از «پلاسبو» (دارونما) مطالعه شده اند ولی این اثرات فقط ناشی از تورش (bias) در تحلیل نتایج نیست. اگرچه اثرات نوسبو معمولاً بدلیل عوامل روانی- اجتماعی در برنامه های درمانی شروع می شود لیکن پایه های نوروبیولوژیک و فیزیولوژیک و شیمیائی آن در مطالعات متعدد مشاهده شده است.

همانطوریکه می دانیم اثرات جانبی و آزارنده مصرف یک داروی خاص یا شکست درمانی قبلی در پاسخ بیمار در کارآزمائی جدید تأثیر گذار است (مثلاً تجربه علایم جسمی و بیقراری بعد از اولین دوز یک داروی SSRI منجر به نگرانی بیمار از مصرف هر نوع داروی روانپزشکی می شود و احتمالاً در مصارف بعدی هم اگر احتیاط های لازم بکار گرفته نشود ممکن است تجارب قبلی با حالات شدیدتری برای بیمار تکرار شود). البته فرایندهای یادگیری که باعث بروز اثرات نوسبو میشوند تنها براساس تجارب اولیه قبلی شکل نمی گیرد، بلکه می تواند به دلیل سرایت اطلاعات از افراد یا منابع دیگر باشد. مسلماً اطلاع رسانی ها می تواند بر مصرف داروها و تحمل پذیری آنها نقش داشته باشد- اطلاع رسانی از طریق افراد غیرمتخصص، تبلیغات گروه های رسانه ای درباره پاره ای درمانهای غیراستاندارد، مراجعه مستقیم به سایت های غیر معتبر اینترنت و...در این زمینه موثر است.

شیوه ارتباطی پزشک با بیمار نیز می تواند نقش اساسی در بروز این آثار داشته باشد. در مطالعه ای که در بیماران تحت بی حسی اپی دورال انجام شد عباراتی که احتمال وجود ناراحتی و درد شدیدی را در بیماران مطرح می کرد با افزایش و تشدید این احساسات در بیماران همراه بود و برعکس عباراتی که برتحمل و توان فرد در مقابله با عوارض تاکید داشت با تعدیل این احساسات همراه بود. بهر حال پدیده نوسبو می تواند اثرات درمانی و تحمل به داروها را کاهش دهد و روی همکاری و پیگیری درمانی بیماران تأثیر بگذارد و باعث قطع درمانهای لازم و ضروری توسط بیماران شود.

پزشکان بایستی از دلایل ایجاد آثار نوسبو (Nccebo) آگاه باشند و همچنین راههای کاهش یا به حداقل رساندن این اثرات را بدانند.

به طور خلاصه سازوکارهای اساسی ایجاد کننده اثرات نوسبو عبارتند از:

- توقعات یا انتظارات درمانی Expectations
- فرایند یادگیری Learning Process
- رابطه پزشک و بیمار Patient- Doctor communication

مدیریت پدیده:

پزشکان، پرستاران و مراقبین بهداشتی وهمچنین سایر سیستم های درمانی بایستی از مسئولیتشان برای اجتناب و یا کاهش اثرات نوسبو آگاه باشند و اثرات مخرب این پدیده را برتشخیص-درمان و پیش آگهی در نظر داشته باشند. اقدامات کمک کننده در این چارچوب عبارتند از:

- اطلاعات درباره عوارض جانبی دارویی باید همراه با توضیحات مفصل اثرات مفید (درمانی) مورد انتظار از دارو باشد. فواید مصرف یک داروی جدید بایستی همیشه به بیمار اطلاع داده شود (مثلاً اینکه این دارو می تواند تا ۲۰% خطر سکته را در شما کاهش دهد).
- بیماران بیاموزند بجای قطع سریع دارو هنگام بروز عوارض، از روش های مقابله ای و کنترلی استفاده کنند. بخصوص اگر یک عارضه ناخوشایند، اما خوش خیم و قابل برگشت اتفاق افتد.
- اثرات نوسبو ناشی از انتظارات منفی از دارو، با کمک دستورالعمل هایی که در آن بیمار درباره آثار درمانی دارو، عوارض جانبی و شیوه مدارا با آنها اطلاعات و آگاهی کسب کند، قابل تعدیل است. مثلاً اینکه درصورت بروز عوارض خاص

تعدیل دوز یا تنظیم زمانی، کمک کننده است.

● رابطه همدلانه پزشک و بیمار می تواند کمک به جلوگیری از عوارض جانبی نماید. استفاده از ادبیات حرفه ای پزشکی می تواند سبب سوء تفاهم و سوءبرداشت درباره درمان و تشخیص شود. ترس و دلواپسی از درمان میتواند انتظارات منفی را در بیمار ایجاد کند اما توضیحات روشن و ساده می تواند انتظارات منفی از درمان را کاهش دهد. روش ارتباطی بیمار محور Patient– centered برای توضیح درباره ابزارهای تشخیصی، شرح دلایل وجزئیات و نتایج یک مداخله درمانی ضروری است. در دهه های اخیر علیرغم پیشرفت های مهم درگستره ابزارهای تشخیصی و درمانی، تخصص گرائی و ملاقات های درمانی کوتاه و یک بعدی با کاهش همکاری درمانی بیماران همراه شده است. رویکرد ارتباطی همدلانه و مدت زمان کافی و مناسب برای هدایت بیمار در مسیر درمان از اهمیت زیادی برخوردار است.

● درباره شیوه های صحیح ارتباطی و آشنایی با آموزش در باره تأثیرات نوسبو و کسب دانش و مهارت ارتباطی خوب برای داشتن پیامدهای سلامت در برنامه درسی–آموزشی مراقبین بهداشتی درمانی باید مدّ نظر باشد.

● ارتقاء سیستم اطلاعاتی برای بیماران: بروشورهای داروئی بایستی به نحوی طراحی و تهیه شود که باعث کاهش انتظارات منفی درباره درمان و نگرانی درباره عوارض داروئی گردد. درحال حاضر تمام عوارض جانبی بالقوه بایستی از نظر قانونی در بروشورها با استفاده از واژگان استاندارد نگاشته شود لیکن استفاده از واژگان مرسوم و عامیانه و تصویر کردن عوارض خواسته و ناخواسته نبایستی بخشی از بروشورهای داروئی شود. اینها بایستی شامل اطلاعات چکیده ای درباره احتمال بروز عوارض جانبی و راهکارهای پیشگیری و کاهش آنها باشد، نه فقط لیستی خام از تمام عوارض ناخواسته محتمل یا غیر محتمل.

ساز و کارهای احتمالی برای پیشگیری از گسترش عوارض جانبی ناخواسته داروئی

الف: توقعات و مداخلات مبتنی بر یادگیری	
۱	متناسب کردن توقعات درمانی و انتظار بروز عوارض جانبی
۲	بین بروز عوارض جانبی و اثرات مفید داروئی تعادل بوجود آورید
۳	راهبردهای مقابله با عوارض جانبی را به بیمار بیاموزید
٤	راهنمایی بیمار به منابع بهتر علمی (سایت های دارای اطلاعات به روز و مبتنی بر شواهد بجای مطالب اثبات نشده ای که منجر به اضطراب می شود)
۵	تهیه گزارش ها یا برگچه هایی درباره مکانیسم و اثرات درمانی، به زبان ساده با طراحی های ساده و قابل فهم
٦	استفاده از دستورالعمل های کاهش یا قطع دارو (بیمار بایستی از قبل درباره تعدیل دوز دارو آگاه باشد اما نه از مقدار یا سرعت کاهش دوز)
۷	استفاده از Pretreatment و داروهای با عوارض جانبی محدود
۸	استفاده از یادگیری مشاهده ای از جمله کلیپ تصویری و مثال از بیمارانی که با عوارض جانبی کنار آمده اند
ب: شیوه ارتباطی P-P-C Patient Physician Communication	
۱	استفاده از شیوه ارتباطی همدلانه و همراه با اعتماد
۲	ارائه اطلاعات کافی درباره بیماری، تشخیص، درمان و عوارض جانبی
۳	استفاده از پس خوراند سیستمیک برای بیمار
٤	پرسش سؤالات Proactive با بازخورد– برای مثال از بیمار بخواهید اطلاعات دریافت کرده درباره درمان و نتایج آن برای جلوگیری از تورش های ناشی از اطلاعات غلط را جمع بندی کند.
۵	ارزیابی و تعیین اضطراب ها، نگرانی ها و انتظارات بیماران درباره داروها

منابع:

Avoiding Nocebo Effects to Optimize Treatment Outcome
Ulrike Bingel, MD, PhD
Department of Neurology, University
Hospital Essen, University of DuisburgEssen, Essen, Germany;
For the Placebo Competence Team
Medication-attributed adverse effects in placebo groups: implications for assessment of adverse effects
Rief W, Avorn J, Barsky AJ Arch Intern Med.
2006;166(2):155-160.

معرفی یک مورد در گراند راند بخش روانپزشکی

دکتر غلامحسین احمدزاده / دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر شهرزاد مرتضوی/ رزیدنت روانپزشکی

آقای ۲۷ ساله /متأهل //بنّا (کارگر ساختمانی)/بدون سابقه بستری در بخش روانپزشکی.

علایم بیمار از حدود ۳ماه قبل و بدون استرسور مشخصی تشدید شده بدین صورت که از نفخ شکم، احساس عدم توانایی در دفع همراه با انقباض درعضلات تحتانی شکم، درد شکم واحساس ضعف و بی حالی شکایت داشته.

درد شکم ژنرالیزه و با کیفیت کولیکی و بدون تهوع واستفراغ بوده. علایم بیمار تقریباً دائمی بوده و به دنبال ایستادن طولانی , راه رفتن (حتی مسافت ۲۰۰-۳۰۰ متر) و انجام کارهای سنگین یا قرار گرفتن در معرض هوای گرم و معمولاً در اواخر روز تشدید و به دنبال خوابیدن در وضعیت خوابیده به پشت ویا قرار گرفتن در معرض هوای خنک علایم وی تخفیف می یافته. تأکید فراوان به مصرف غذا دقیقاً در سر یک ساعت مشخص داشته و در صورتی که زمان صرف غذا حتی نیم ساعت تأخیر داشته دچار تشدید علایم می شده. وی معتقد است که علایم فوق عارضه ی عمل جراحی قبلی انجام گرفته (عمل هرنیورافی در حدود ۲ سال قبل) می باشد که منجر به ایجاد چسبندگی یا آسیب به عروق و اعصاب ناحیه ی انتهایی روده شده است.او معتقد است که ایستادن و یا انجام کارهای سنگین ونیز قرار گرفتن در معرض هوای گرم باعث کاهش خون رسانی به قسمت انتهایی روده می گردد و موجب بروز نفخ و درد شکمی و عدم توانایی در دفع مدفوع می شود و معتقد می باشد که قرار گرفتن در هوای سرد یا خوابیدن در وضعیت طاق باز، باعث بهبود خون رسانی به این قسمت روده می گردد و باعث تخفیف علایم وی می شود. وی معتقد است که مشکلات وی موجب اختلال در خون سازی در بدن وی شده است.

بیمار در زمان تشدید علایم کم حوصله وگاهاً بی قرار می شده و از شدت درد گریه می کرده ویا از خانه خارج می شده، خواب وی مختل بوده و با مصرف قرص کلونازپام ۳-٤ ساعت می خوابیده ودر زمان خواب مکرراً بیدار می شده. به دنبال این علایم قادر به حضور منظم در سر کار نبوده و روابط بین فردی وی نیز نسبت به قبل کاهش داشته. مراجعات مکرر به متخصص ارولوژی داشته و درخواست جراحی مجدد داشته است ودر حدود ۳ ماه قبل توصیه به بستری در بخش روانپزشکی شده که حاضر به بستری نشده است.

یک ماه قبل توسط ارولوژیست به درمانگاه روانپزشکی ارجاع شده و برای وی سرترالین و ریسپریدن تجویز شده که دارو را مصرف نکرده (به علت سابقه ی درد اپی گاستر به دنبال مصرف دارو). مصرف سیگار وسایر مواد را ذکر نمی کند. افکار یاس و نا امیدی و افکار خودکشی را ذکر نمی کند.

معتقد است که بیماری وی یک بیماری جسمی است و فقط جراحی مجدد باعث بهبود وضعیت وی می گردد.

علاوه بر علایم فوق بیمار ازحدود ۳ سال قبل و به دنبال مشکلات مالی علایمی مانند تأکید فراوان بر نظم و ترتیب وسایل خود داشته و بیشتر از قبل به ظاهر و آراستگی خود توجه می کرده، از مادر و خواهر خودش می خواسته که لباس های وی را هرروز اتو کرده و در

سرجای مشخصی قرار دهند و در صورتی که انجام نمی شده، پرخاشگری لفظی داشته.
از حدود ۲ سال قبل دچار تکرر ادرار و احساس درد و سوزش در ناحیه تحتانی کمر شده و به دنبال این علایم به متخصص ارولوژی مراجعه کرده و تحت بررسی قرار گرفته و با تشخیص عفونت ادراری تحت درمان قرار گرفته ولی بعد از ۲ روز و به علت بروز درد اپی گاستر مصرف دارو را قطع کرده. به علت تداوم علایم مراجعات مکرر به متخصص ارولوژی داشته وتحت بررسی های گوناگون تصویربرداری (سونوگرافی، MRI کمر، CT کمر)قرار گرفته و علی رغم اطمینان بخشی های پزشکان مبنی بر عدم وجود پاتولوژی توجیه کننده, علایم وی ادامه داشته و منجر به اختلال عملکرد شغلی وی گردیده (مرخصی و غیبت های مکرر).در این مدت داروهای تجویز شده را نامنظم مصرف می کرده (نام داروها را به خاطر نمی آورد)٦ ماه بعد از شروع این علایم و با تشخیص فتق دو طرفه تحت عمل جراحی قرار گرفته (سال ۹۱) واز روز بعد از عمل جراحی دچار علایم گوارشی به صورت نفخ، درد شکمی و احساس عدم دفع کامل شده و به پزشک جراح خود مراجعه کرده که به وی اطمینان داده شده که علایم وی عارضه ی بیهوشی می باشد و بعد از چند روز برطرف می گردد و برای وی سیلاکس تجویز می شود ولی علایم وی تخفیف نیافته و تقریباً دائمی ولی با شدت متغییر ادامه داشته و همراه با کاهش اشتها و کاهش وزن (در حدود ٥-٦کیلو گرم)بوده.گاهاً از شدت درد بی قرار می شده و گریه می کرده و یا دچار ضعف و بی حالی می شده.
خواب وی کاهش داشته و شب ٤-٥ ساعت می خوابیده. به دنبال این علایم مراجعات مکرر به متخصص گوارش داشته و معتقد بوده که به دنبال جراحی انجام شده، چسبندگی یا آسیب به عروق و اعصاب ناحیه انتهایی روده ایجاد شده، چندین نوبت مراجعه به ارولوژیست معالج خود داشته که منجر به درگیری لفظی گردیده. به علت علایم گوارشی تحت بررسی های گوناگون (گرافی شکم، باریم انما،آندوسکوپی، کولونوسکوپی، سی تی اسکن لگن) قرار گرفته که نکته ی پاتولوژیک توجیه کننده علایم گزارش نشده و به علت تداوم علایم و جهت بررسی تشخیصی تحت عمل جراحی لاپاراسکوپی قرار گرفته (سال ۹۲) و با تشخیص آپاندیسیت مزمن تحت آپاندکتومی قرار گرفته ولی بعد از عمل جراحی علایم وی همچنان ادامه داشته. بیمار به روانپزشک ارجاع می شود و برای وی سرترالین و تیوتیکسن و بی پریدین تجویز می شود که به دنبال چند روز مصرف سرترالین و بروز درد اپی گاستر اقدام به قطع سرترالین نموده و مصرف تیوتیکسن و بی پریدین را ادامه می دهد و با مصرف دارو علایم گوارشی تخفیف و خواب و اشتهای وی بهبود می یابد ولی بعد از یک سال از مصرف دارو دچار تشدید علایم گوارشی شده وسر خود اقدام به قطع مصرف دارو می نماید.
شواهدی به نفع خلق بالا در شرح حال بیمار یافت نشد.
Past.medical h: سابقه ی ضربه به سر در سن ٦ سالگی به دنبال سقوط از دوچرخه که موجب پارگی پیشانی شده ولی کاهش سطح هوشیاری نداشته.
Past.Drug h: سابقه ی مصرف تیوتیکسن (mg15 روزانه)وبی پریدین به مدت یک سال، تا حدود۷ ماه قبل.مصرف کلونازپام۱mg از حدود ۳ ماه قبل.
Past s h : مصرف سیگار و...را ذکر نمی نمایند.

سابقه ی بیماری روانپزشکی در مادر بیمار (افسردگی بعد از زایمان)که تحت الکتروشوک تراپی قرار گرفته.
سابقه ی مشکل روانپزشکی در مادر بزرگ بیمار (دوره های ولخرجی و پرخاشگری، پرحرفی)و با سابقه بستری در بخش روانپزشکی.
روند رشد وتکامل وی نرمال بوده. در دوران کودکی با همسن وسالان دوست می شده ودر بازی های دسته جمعی شرکت می کرده، وضعیت درسی وی متوسط روبه پایین بوده، در سن ۱۰ سالگی به همراه پدرش به کار بنایی می پرداخته، بعد از اخذ دیپلم، خدمت سربازی را در مدت مقرر و بدون مشکل خاصی طی کرده و بعد از آن یک سال به عنوان بنا مشغول به کاربوده و سپس به مدت سه سال در کارگاه صنعتی کار می کرده و به دنبال مشکلات ادراری قادر به حضور منظم در سرکار نبوده و مجدداً به حرفه بنایی روی آورده ولی قادر به انجام کارهای سنگین و همه روز نبوده و به طور متوسط ۱۰-۱۵ روز در ماه به سرکار می رفته یک ماه در یک کارگاه تولیدگاز استریل مشغول بوده ولی بعلت احتمال ابتلاء به بیماری تنفسی آن کار را رها کرده و در حال حاضر کارگر ساختمان است.
روابط اجتماعی خوبی داشته ولی از حدود ۲ سال قبل روابط اجتماعی وی نسبت به قبل کمتر شده است.
در حدود یک سال قبل ازدواج کرده و از حدود ۲ ماه قبل به صورت مشترک با همسرش زندگی می کند.

بحث تشخیصی:

در گراند راند بخش روانپزشکی در مجموع براساس اظهار نظرات و بحثهایی که توسط اساتید و همکاران روانپزشک حاضر در جلسه مطرح شد تشخیص افتراقی های اختلال هذیانی (نوع جسمانی) – اختلال اضطراب سلامتی (هیپوکندریازیس) –اختلال عملکرد دستگاه گوارش (عمدتا علایمی از سندروم روده تحریک پذیر) –و اختلال افسردگی عمده با تابلوی سایکوتیک برای بیمار مطرح گردید. بروز پدیده افزایش آگاهی و هوشیاری نسبت به بدن و علایم جسمانی که بدنبال اعمال جراحی و اقدامات پاراکلینیک در بیمار تشدید یافته عامل اصلی در شکل گیری علایم بیمار بوده است.افزایش حساسیت نسبت به علایم جسمی و تفسیر این علایم به عنوان عارضه عمل جراحی موجب اضطراب در مورد سلامتی اش گردیده و چرخه معیوبی که بدنبال آن رخ داده به مرور زمان باعث شده که این اشتغال ذهنی وسواسگونه نسبت به این علایم از حد یک اضطراب سلامتی فراتر رفته و در مقاطعی از نظر شدت و میزان باور بیمار نسبت به اینکه علایم فوق قطعاً عارضه عمل جراحی بوده و تنها راه رفع ان نیز جراحی مجدد می باشد به حد دیلوژنال برسد.
در حین مصاحبه در جلسه گراند راند نیز بیمار قاطعانه بدون کوچکترین تردیدی علایمش را ناشی از عارضه عمل جراحی می دانست و تنها راه برطرف کردن آن را جراحی مجدد می دانست و سعی در قانع کردن پزشکان در مورد ضرورت انجام این عمل داشت. در نهایت محتمل ترین تشخیص برای بیمار اختلال هذیانی مطرح شد ولی با توجه به سابقه فامیلی اختلالات خلقی در خانواده و وجود علایم افسردگی بارز در خود بیمار پیشنهاد درمان با داروی کوتیاپین برای بیمار شد و آموزش های لازم به خانواده بیمار در مورد نوع علایم و نحوه برخورد و مراقبت خانواده با بیمار و بیماری وی داده شد.

گزارش مختصری از برگزاری سمپوزیوم بین‌المللی آموزشی-پژوهشی اختلالات روان‌تنی

۲۲ و ۲۳ مهرماه ۱۳۹۳ (۱۴ و ۱۵ اکتبر ۲۰۱۴)

به‌انضمام معرفی پروفسور وینفرد ریف (سخنران کلیدی سمپوزیوم)

دکتر امراله ابراهیمی / روانشناس و دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

در راستای توسعه فعالیت های پژوهشی و آموزشی بین دانشگاهی و بدنبال تدوین طرح پژوهشی بین فرهنگی شیوع علایم روان تنی در نمونه های جمعیت ایران و آلمان، سمپوزیوم آموزشی-پژوهشی توسط دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (مرکز تحقیقات روان تنی) و با همکاری دانشگاه فیلیپس ماربورک و انجمن بین المللی طب روان تنی رازی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار شد. در این سمپوزیوم پروفسور وینفرد ریف به همراه ۱۸ نفر از اساتید و پژوهشگران دانشگاه ماربورگ حضور داشتند که از طرف ریاست محترم دانشگاه دعوت شده بودند. سمپوزیوم در طی دو روز به همراه ٦ کارگاه آموزشی برگزار گردید. این برنامه با سخنرانی آقای دکتر حمید افشار رئیس مرکز تحقیقات روان تنی و رئیس سمپوزیوم و اینجانب دکتر ابراهیمی دبیر علمی سمپوزیوم افتتاح شد. در سخنرانی های افتتاحیه رویکرد روان تنی، لزوم گسترش دانش و مهارت های بین رشته ای در طب و اهداف سمپوزیوم بحث شد. این سمپوزیوم شامل برنامه های زیر بود:

الف) سخنرانی‌ها

۱-سخنرانی پروفسور ریف استاد روان شناسی دانشگاه ماربورگ تحت عنوان تازه های پژوهش در اثرات پلاسبو و نوسبو.

۲-کاربرد CBT در اختلالات روان تنی توسط کاترین وامباخ، استادیار روان شناسی بالینی دانشگاه ماربورک.

۳- یافته های نوروسایکیاتری در اختلالات روان تنی توسط دکتر جورج میتز (روان پزشک از آلمان).

همچنین در روز دوم:

٤-سخنرانی پروفسور ریف تحت عنوان آموزش و بازآموزی احساسات در اختلالات خلقی

۵-سخنرانی زنده یاد محسن یزدانی تحت عنوان نقش پرستار در مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی

همچنین در کنار این سمپوزیوم کارگاههای آموزشی زیر نیز برگزار گردید:

ب) کارگاه های آموزشی

۱-جنبه های روانی-تحولی در درمان کودکان و نوجوانان، توسط دکتر کاسپر، استفان یونگ و دکتر محمد طباطبائی (دانشگاه ماربورک آلمان).

۲-گروه بالینت توسط نوربرت گونزل پزشک و رواندرمانگر (آلمان).

۳- آموزش بازآموزی احساسات در اختلالات اضطرابی، توسط پروفسور ریف و کاترین وامباخ.

٤-هیپنوتراپی مقدماتی توسط غلامرضا یگانه (روان درمانگر از فرانکفورت آلمان).

۵-کاربرد هیپنوز در درمان سندرم روده تحریک پذیر توسط دکتر عنایت ا... شهیدی پزشک و هیپنوتراپیست (تهران).

٦- درمان اختلالات PTSD با روش EMDR توسط دکتر موسوی (روان شناس).

ج) نشست کار گروه پژوهشی:

در پایان این سمپوزیوم دو روزه، یک نشست کار گروه پژوهشی بمنظور تدوین طرح مشترک بین فرهنگی و بین دانشگاهی با حضور برخی از مهمانان خارجی منجمله پروفسور ریف، وامباخ، میتز و یگانه و از طرف دانشگاه علوم پزشکی، جناب آقای دکتر ادیبی، دکتر افشار، دکتر ابراهیمی، دکتر روح افزا، دکتر حسینی، دکتر گلی و آقای نصیری، برنامنش و خانم خیر برگزار شد. در این کارگروه پژوهشی عنوان طرح پژوهشی در خصوص مؤلفه های فردی، روان شناختی، بیولوژیکی، اجتماعی و فرهنگی اثرات پلاسبو، نوسبو در طب روان تنی تصویب شد.

معرفی پروفسور وینفرد ریف: شاخص ترین فرد مهمان مدعو پروفسور وینفرد ریف است که خالی از لطف نیست اگر به اجمال معرفی شوند. پروفسور ریف استاد تمام دانشگاه فیلیپس ماربورگ است. وی روان شناس بالینی و روان درمانگر و رئیس کلینیک درمان های روان شناختی آن دانشگاه می باشد. وی لایسنس سوپروایزر CBT را داشته و لاین تخصصی وی شامل پژوهش در اثرات پلاسبو و نوسبو، درمانهای شناختی-رفتاری اختلالات روان تنی و دردهای روان زا می باشد.

پروفسور ریف استاد مهمان در دانشگاههای معتبر دنیا بوده از جمله استاد مدعو دانشکده پزشکی دانشگاه هاروارد- بوستون آمریکا (۵-۲۰۰٤)، دانشکده پزشکی دانشگاه آکلند (۲۰۰۲)، دانشگاه سان دیاگو کالیفرنیا (۱۰-۲۰۰۹) می باشد. دکتر ریف عضو کمیته تخصصی WHO/APA برای بازنگری نسخه DSM جهت تدوین DSM-5 می باشد. همچنین نامبرده در حال حاضر عضو و قائم مقام رئیس گروه تدوین فصل طبقه بندی درد مزمن (Chronic pain Classification) در بازنگری نسخه ICD-11 می باشد.

پروفسور ریف طراح و هماهنگ کننده گرانت بزرگ پژوهشی بنیاد پژوهش های آلمان (GRF) و سخنگوی واحد تحقیقات DFG روی پژوهش های مکانیسم های اثرات پلاسبو و نوسبو است.

وی یکی از پرکارترین روان شناسان بالینی در حیطه روان تنی است. ایشان بیش از ٤۹۸ مقاله در ژورنال های معتبر دنیا به چاپ رسانده که حدود ٤٠ مقاله با IF بین ۵ تا ٢٦ است. ۳ مقاله در ژورنال Nature از ایشان به چاپ رسیده است. نامبرده مؤلف کتاب های متعددی در حیطه های مداخلات روان شناختی در اختلالات روان تنی درد، و علایم روان تنی منجمله تکست اختلالات اضطرابی است. وی هم اکنون با مرکز تحقیقات روان تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در دو طرح بین فرهنگی مشارکت و سرپرستی دارد.

بی قراری در بیماران روانپزشکی و نحوه مدیریت آن

دکتر صفا مقصودلو/ متخصص روانپزشکی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، مرکز درمانی فارابی
سید مهدی کهنگی / کارشناس ارشد روانپرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

بی قراری بصورت ناآرامی حرکتی مشخص میشود و همراه آن تنش روانی وجود دارد که ممکن است به سمت پرخاشگری پیش رود.

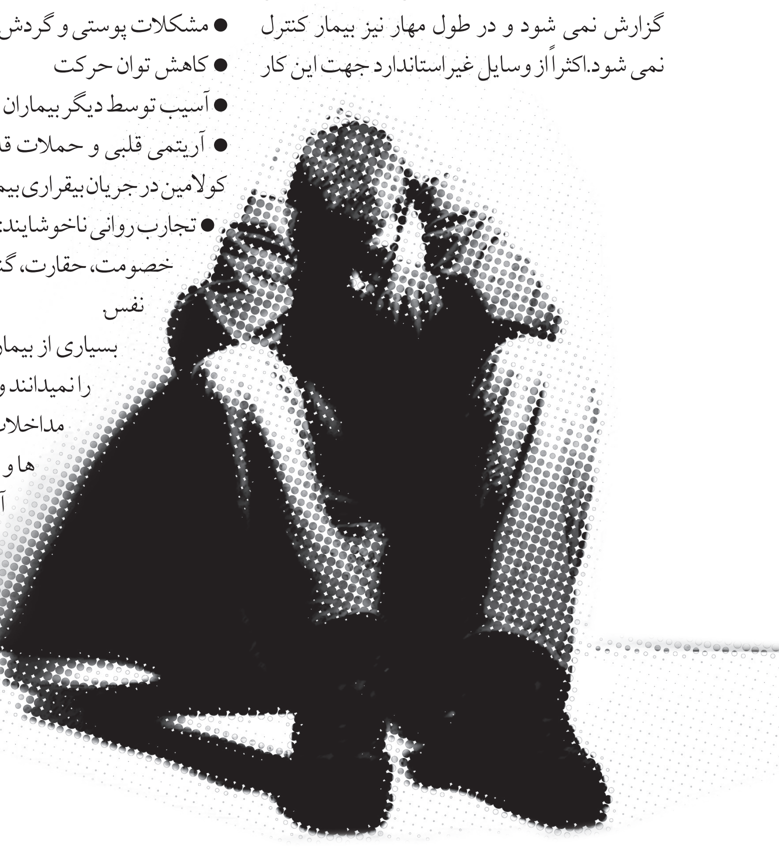
میزان انواع خشونت در بیماران دچار اختلات روانی ،بالاست و در بخشهای روانپزشکی امری متداول است.علیرغم اینکه برخی مهارکردن بیماران را برای کنترل خشونت لازم می دانند، بسیاری متعقدند که مهار بیماران روانی، یک تجاوز به حقوق انسان است.

حدود ۲۰۰ سال پیش فیلیپ پینل در استفاده از مهار فیزیکی، بین ایمنی و حقوق بیمار، تعادل برقرار کرد.وی گفته است که باید بر بیمار بیقرار چیره شد درحالی که حقوق انسانی او حفظ می گردد.نحوه ی مهار فیزیکی بیماران، بیانگر این است که ما هنوز به معیار پینل در حفظ حقوق انسانی دست نیافته ایم. در اکثر بخشهای روانپزشکی برنامه ی مشخصی برای مهار فیزیکی وجود ندارد و نظارتی بر این کار نمی شود، اعضای تیم مهار مشخص نبوده و بعضاً بدلیل کمبود نیرو از بیماران دیگر برای مهار استفاده می شود. پرستاران موارد مهار را ثبت نمی کنند و جزئیات مهار، علت، مدت زمان، عوارض ناشی از آن ها به کسی گزارش نمی شود و در طول مهار نیز بیمار کنترل نمی شود.اکثراً از وسایل غیراستاندارد جهت این کار استفاده می شود، بسیاری اوقات بیمار، در حضور سایر بیماران مهار می شود و توسط سایر بیماران کتک می خورد و توهین می شود و شأن انسانی وی حفظ نمی شود.

کنترل و درمان بیقراری یک هدف اصلی برای پزشکان و یک ضرورت جهت حفظ ایمنی بیمار، بیماران دیگر و پرسنل است. نتایج یک تحقیق در ایالات متحده، نشان داده که بی قراری بیمار در بخش های حاد روانپزشکی بطور متوسط سالانه منجر به ۸ مورد حمله بیمار به پرسنل در هر بیمارستان می شود.بیشتر آنها با آسیب به پرسنل همراه است تا حدی که موجب از کارافتادگی آنها می شود.از طرفی در جریان مهار فیزیکی بیمار پرخاشگر، عوارض بسیاری را ممکن است بیمار متحمل شود که می توان به موارد زیر اشاره کرد:

● معمول ترین علت مرگ در اثر مهار فیزیکی بیمار، خفگی می باشد که بدلیل خواباندن بیمار به شکم، قراردادن پارچه یا حوله دور سر بیمار، خفگی توسط سایر بیماران، آسپیراسیون، رابدومیولیز، ترومبوز وریدی، ضربه ی کند به قفسه سینه و عوارض داروئی.
● از دست دادن آب بدن
● مشکلات پوستی و گردش خون
● کاهش توان حرکت
● آسیب توسط دیگر بیماران
● آریتمی قلبی و حملات قلبی بدلیل افزایش کاته کولامین در جریان بیقراری بیمار
● تجارب روانی ناخوشایند: احساس ترس، تنهایی، خصومت، حقارت، گناه و از دست دادن عزت نفس.

بسیاری از بیماران دلیل مهار شدنشان را نمیدانند و تصور می کنند که این مداخلات به منظور مجازات آن ها و یا به منظور از بین بردن آزادی شان است. شکایت عمده ی بیماران از مهار و حبس شدن، مربوط به عدم امکان برقراری ارتباط با پرسنل، پزشکان، فعالیت کم، داروی اجباری و محیط نامناسب است که نهایتاً می تواند منجر به سلب اعتماد نسبت به درمانگر و فرایند درمان شود.



از طرفی در جریان مهار بیمار، پرستار و سایر پرسنل دخیل در امر مهار نیز فارغ از آسیبهای جسمی و روحی نیستند مثل:

● صدمات کارکنان حین تلاش برای مهار کردن بیمار
● افزایش برخورد فیزیکی بین بیماران و پرسنل حین مهار علیرغم کاهش آسیب مستقیم به پرسنل
● آسیب های روانی به پرسنل ناشی از انجام اعمال و رفتار پرخاشگرانه با بیمار علیرغم میل باطنی آنها، شنیدن فحاشی از بیمارن حین مهار، ایجاد افسردگی بدلیل کار در محیط تنش زا

تعداد موارد مهار فیزیکی و داروئی در بخشهای روانپزشکی یکی از شاخص های بهداشتی است و بدلیل اینکه در عمل هم برای بیماران و هم برای پرسنل زیان آور می باشد، لازم است تمهیداتی بکار رود تا حتی الامکان بدون مهار فیزیکی بتوان بیمار پرخاشگر را آرام کرد.لازمه ی این امر شناسایی عوامل موثر بر پرخاشگری بیمار در بخشهای روانپزشکی و دانستن روشهای مختلف مهار آنها می باشد.

عواملی که با خشونت بیماران بستری مرتبط است را می توان به سه گروه تقسیم کرد که عبارتند از:

۱. عوامل مربوط به بیمار
۲. عوامل محیطی
۳. عامل هدف

● **عوامل مربوط به بیمار:**

–جوان بودن
–داشتن سابقه خشونت
–بستری شدن اجباری
– تشخیص بیماری: که در بین تشخیص های روانپزشکی اسکیزوفرنیا و اختلال در قطبی شایعترند. سایر تشخیص ها شامل: دلیریوم، دمانس، اختلال

هذیانی، اختلالات شخصیت، عقب ماندگی ذهنی، بیماران معتاد،...

– جنس: بعضی از مطالعات دریافتند که زنان در بخشهای بستری، دارای شیوع بالاتری از خشونت هستند ولی احتمال خشونت های منجر به آسیب در مردان بالاتر است.

● **عوامل محیطی:**

– محیط فیزیکی که بیمار در آن قرار دارد

– ملاقات کنندگان و پرسنل

– تجارب و خاطرات بیمار از محیط

– عوامل مرتبط با این موارد از قبیل آموزش و نظارت بر پرسنل، تعداد پرسنل و سیاست های اداره ی محیط بالینی

● **عامل هدف:**

منظور این است که علت درگیری، بیمار است یا پرسنل.

دیده شده برخی از پرسنل ویژگی های خاصی دارند که آنها را بیشتر در معرض خطر قرار میدهد مانند انعطاف ناپذیری، مستبد بودن، گرایش به حبس بیمار و ارزش قائل نشدن برای بیمار.

پیشگیری از خشونت:

۱. عوامل مربوط به بیمار:

– بررسی و شناخت بیمار: گرفتن شرح حال تشخیصی دقیق توسط پزشک و تشخیص نوع بیماری، سابقه خشونت در گذشته، سابقه مصرف مواد، اختلال شخصیت و در یک کلام شناسایی بیمار پرخاشگر.

– شناسایی نیازهای بیمار: به عنوان مثال بیمار معتاد ساعاتی پس از بستری ممکن است به دلیل بروز علائم withdrawal پرخاشگر و بیقرار شود.

– نیاز بیماران به تماس با خانواده

– نیاز به کشیدن سیگار

– نیاز به دلایل سرگرمی برای گذر زمان

– نیاز به غذا و نوشیدنی و... در ساعات خاص

– نیاز به صحبت کردن

۲. عوامل محیطی:

توجه به عوامل محیطی می تواند خطر خشونت بیمار را در واحدهای بستری روانپزشکی کاهش دهد.

–

فراهم کردن یک محیط خوشایند

و خلوت و کاهش سر و صدای بخش

– روال عادی و قابل پیش بینی بخش (عدم استفاده از پرسنل موقت)

– تعداد کافی پرسنل

– فراهم کردن امکان فعالیت ساختار ضد خشونت برای بیماران

– تعریف نقش و وظایف پرسنل بصورت دقیق

۳. عوامل مربوط به هدف:

باید پرسنل آموزش ببینند که به بی احترامی نسبت به بیمار، رفتار مستبدانه و حبس کردن بیماران گرایش نیابند و لازم است روشهای کلامی آرامسازی بیمار را به آنها آموزش داد.

مراحل بروز خشونت در بیمار روانی:

در خشونت بیمار سه مرحله باید در نظر گرفته شود:

● **مرحله اول: مرحله اضطراب**

در این مرحله بیمار پر سرو صداست، با فشار زیاد صحبت می کند، حرکات بدنی از خود بروز می دهد تا انرژی خود را تخلیه کند، انگشتانش را در هم گره می کند و مکرر تغییر وضعیت می دهد. چنین وقایعی ممکن است هیچگاه به خشونت نیانجامد بنابراین کمتر به چشم پرسنل می آید و هیچ گونه رفع تنشی در این مرحله انجام نمی شود.

● **مرحله دوم:**

در این مرحله بیمار فحش و ناسزا می گوید و رفتارهای نامعقول دارد این مرحله یک مرحله سخت است که معمولاً برای پرسنل ناراحت کننده است. در این شرایط باید محدودیت ها ساده و واضح، بدون اعمال زور و سازگار با شرایط بیمار ارائه شود. مثلاً بیمار را به آرامش و گفتگو دعوت کنیم. باید صبور باشیم و با حوصله به بیمار گوش دهیم. به این منظور لازم است بیمار را به جای ساکت و آرامی ببریم در حالیکه تنها نباشیم و راههای فرار را در نظر بگیریم.

بهتر است علت عصبانیت را از بیمار بپرسیم. مثل اینکه چه چیزی تا این حد تو را عصبانی کرده؟ یا من چه کاری می توانم انجام دهم تا تو آرامتر شوی؟ حتی الامکان درخواستهای ممکن را برآورده کنید. مثل اینکه من همین الان می خواهم با مادرم حرف بزنم. باید با بیمار با مهربانی و با لحن آرام و گرم صحبت کرد تا او احساس کند که هدف شما کمک کردن به اوست.

بهتر است هدفمان را با هدف بیمار یکی کنیم. مثل اینکه حق با توست، بیمارستان جای خوشایندی نیست، باید ببینیم چکار می توانیم بکنیم تا زودتر مرخص شوی. پرخاشگری متقابل با بیمار، لحن تهدید کننده و یا تحقیرآمیز گاه باعث تشدید پرخاشگری بیمار می شود. قبل از اینکه برای آرامسازی بیمار به زور متوسل شویم باید به او پیشنهاد دهیم که آیا مایل است از یک آرام بخش استفاده کند یا در اتاقی تنها باشد تا آرامش پیدا کند؟ اگر پرخاشگری ادامه یابد بیمار باید ایزوله شود.

● **مرحله سوم:**

در این مرحله بیمار کاملاً غیر منطقی و غیر قابل کنترل بنظر می رسد و نسبت به خود، دیگر بیماران و پرسنل، اعمال خشونت آمیز انجام می دهد. در چنین شرایطی استفاده از رفع تنش کلامی غیر ممکن است و مهار فیزیکی و یا دارو درمانی غیرقابل اجتناب است. در تمام مدتی که بیمار مهار می شود باید مراقب باشیم که نه بیمار و نه پرسنل آسیبی نبینند و برای او توضیح دهیم که چرا مهار می شود و اینکه همه کارها برای این است که به او کمک شود زودتر به آرامش دست پیدا کند. بیمار باید نزدیک به ایستگاه پرستاری مهار شود تا امکان صحبت کردن با بیمار و کنترل وی در طول مهار میسر باشد.

بنابراین مداخلات رفتاری از قبیل رفع تنش کلامی یا ایزوله کردن بیمار باید بعنوان اولین اقدام در کنترل بیمار بی قرار گیرد. در یک مطالعه مروری، ۲۹ پژوهش در زمینه کاهش استفاده از مهار فیزیکی و حبس کردن بیماران را مورد بررسی قرار داد. در این مطالعه هفت استراتژی که در کاهش استفاده از مهار فیزیکی و حبس کردن بیماران موثر بوده است، استخراج شد که عبارت است از:

۱. تغییر در سیاست و مدیریت

۲. کسب اطلاعات از تحقیقات انجام شده

۳. بکار گرفتن این اطلاعات

٤. آموزش

۵. درگیر نمودن خانواده در فرآیند درمان

٦. افزایش میزان کارکنان و تیم های مداخله در بحران

۷. تغییر در برنامه ها

مدل برگن:

مدل برگن پیش گیری از خشونت غیر تجاوزی و مدیریت برنامه ها ی آموزشی برای کارکنان در بخشهای بستری روانپزشکی است و عواملی را که باعث کاهش منازعات و مهار در بخشهای روانپزشکی است در نظر گرفته است که شامل:

۱. درک مثبت از بیماران که اشاره به یک فلسفه روانی است که ترویج درک روانی از رفتارهای مشکل بیمار و یک تعهد اخلاقی به ارزشهایی مانند انسانیت و عدم قضاوت است.

۲. خود تنظیمی پاسخهای عاطفی که

شامل آگاهی و کنترل احساسات بویژه ترس و خشم است.

۳. ساختار موثر، (روال و قواعد): که مهارتهای کار تیمی، حمایت سازمانی، وضوح قوانین بخش، به رسمیت شناختن اولیه مداخلات مورد نیاز و شیوه سازمان یافته در دست زدن به موقعیتهای چالش برانگیزاست.

مدل برگن پیشگیری اولیه را بر اساس روابط خوب کارکنان و بیماران مقدم میدارد.در این مدل شرکت کنندگان تشویق می شوند تا رویکردهای پنهانی و آشکار خود را نسبت به بیمار و پرخاشگری بیمار و فرهنگ سازمانی بخشها منعکس کنند.در صورت امکان شرکت کنندگان تشویق می شوند تاموقعیتهای درگیری را به زمان دیگری موکول کنند.تلاش برای فهمیدن علت این وضعیت و تلاش برای یافتن راه حل قابل قبول برای هرزمان که درگیر شوند از دیگر اهداف همکاری بین همه کارکنان و بین کارکنان و بیماران در این مدل مهم و حیاتی است.آموزش سه عامل به کارکنان به عنوان اصول هدایت در سه حیطه پیشگیری‌است.

اگر تلاش در جهت سازگار کردن و آگاه ساختن بیمار از نتایج عدم همکاری اش بی نتیجه بماند،باید از مهار فیزیکی استفاده شود.در بسیاری از موارد نیز نیاز به آرام کردن سریع و ایمن بیمار پرخاشگر و خشن است که در این شرایط مهار داروئی لازم الاجراست.

مهار به سه دسته تقسیم می شود:

۱. مهار محیطی (seclusion): یعنی حصاری برا ی بیمار ایجاد شود که امکان حرکت آزادانه اش حفظ شود با شرایطی که خطر آسیب رسانی به بیمار نباشد.

۲. مهار فیزیکی (restraint): مهار فیزیکی نباید بدون در نظر گرفتن روش های دیگر آرام سازی و دارو درمانی به کار رود.باید توجه کرد که مهار فیزیکی به تنهایی نمی تواند احتمال آسیب به خود و دیگران را در بیمار از بین ببرد. اگر نیاز به استفاده از دلایل مهار فیزیکی است باید در زمان محدود استفاده شوند و بیمار هر ۳۰ دقیقه یکبار توسط پرستار مورد ارزیابی قرارگیرد.

۳. –مهار دارویی

اندیکاسیون‌های مهار محیطی وفیزیکی بیمار:

- احتمال جدی آسیب رساندن به خود یا دیگران
- جهت کمک در درمان بعنوان قسمتی از رفتار درمانی
- بیمار بطور داوطلبانه درخواست مهار داشته باشد.

کنترا اندیکاسیون‌های مهار محیطی و فیزیکی بیمار:

- بیماری که بسیار از نظر مدیکال یا وضعیت روانی ناپایداراست.
- بیماران دچار دلیریوم و دمانس که نمی توانند کاهش محرکها را تحمل کنند.
- بیمارانی که بشدت افکار خودکشی دارند.
- بیماران که واکنش های شدید داروئی یا بیش مصرف داروئی دارند و لازم است مدام مانیتورینگ شوند.

مهار داروئی:

- هدف از مهار داروئی مراقبت و پیشگیری از رفتارهای خاص مثل پرخاشگری است.
- کاربرد آن در مواقعی است که نیاز به آرام سازی سریع بیمار است، یا زمانی که امکان خستگی بیمار در واکنش علیه مهار فیزیکی وجود دارد.
- مهار داروئی عوارض ناشی از مهار فیزیکی نظیر افزایش دمای بدن، از دست دادن آب بدن، رابدومیولیز و اسیدوزمتابولیک را کم می کند.
- امکان آسیب به خود و دیگران را در بیمار پرخاشگر کاهش می دهد.
- امکان ارزیابی تشخیصی را فراهم می کند.
- علائم سایکوز را کاهش داده و نیاز به مهار فیزیکی را نیز کم می کند.
- امکان مراقبت بهتر از بیمار فراهم می شود.
- هدف آرام ساختن بیمار است نه خواباندن بیمار.

قبل از تجویز دارو برای مهار بیقراری و پرخاشگری باید به بررسی علت آن پرداخت چه بسا بیمار بدلیل شروع یک ماده آنتی کولینرژیک، استروئید یا مسمومیت داروئی یا دلیریوم، ترک ماده یا علائم سایکوز دچار این حالت شده باشد.

دو دسته داروئی هستند که تقریباً در اکثر حالات بی قراری می توان از آنها استفاده کرد که شامل آنتی سایکوتیکهاو بنزودیازپین هامی شوند.

۱. بیقراری در اثر مسمومیت با مواد:

الف) مسمومیت داروئی:

در مسمومیت با محرکها درمان عبارتست از بنزودیازپین اگر سایکوز هم و جود داشته باشد آنتی سایکوتیکهادر ترکیب بابنزودیازپین هاموثرند.

ب) مسمومیت با الکل:

- اجتناب از بنزودیازپین بدلیل ایجاد دپرسیون تنفسی
- درمان با آنتی سایکوتیک در این موارد توصیه می شود.

ج) محرومیت از الکل: بنزودیازپین ها موثرند.

۲. بیقراری بدلیل اختلال روانپزشکی:

آنتی سایکوتیکها نسبت به بنزودیازپین ارجحیت دارند، چون عامل بیقراری را هم رفع می کند.

اگر اولین دوز موثر نبود، استفاده از بنزودیازپین مثل لورازپام نسبت به تکرار آنتی سایکوتیک ارجح است.

۳. بیقراری بدلیل دلیریوم:

اگر دلیریوم علت خاصی دارد باید حتماً عامل رفع شود مثل دلیریوم محرومیت از موادکه باید داروی مشابه تجویز شود.

دلیریوم ترک الکل: بنزودیازپین

دلیریوم باعلل دیگر: هالوپریدول

داروهای متداول در درمان بیقراری:

۱. هالوپریوول: ۱۰–۲/۵ میلی گرم تزریق عضلانی دوز مجدد ۶۰– ۳۰ دقیقه بعد تا حداکثر ۳ دوز برای رسیدن به اثر مطلوب.

FDA تزریق وریدی را مجاز نشمرده است.

کلرپرومازین: آنتی سایکوتیک دارای اثرات سداتیو زیاد است و قبل از هر نوع تزریقی بایدفشار خون اندازه گیری شود.

۲. لورازپام: بیشتر بعنوان آنتی دوت عوامل سمپاتومی متیک نظیر کوکائین است. در بیماران وابسته به الکل و سیروزکبدی مفیداست.(تزریق آهسته وریدی ٤–۲ میلی گرم در مدت ۲ دقیقه)

۳. پرومتازین:

- اثر آرام بخشی قوی
- اثر آنتی کولینرژیک و ضد تهوع
- آمپول ۲۵ و ۵۰ میلی گرم
- در ترکیب باهالوپریدول موجب افزایش اثر تسکینی آن و کاهش واکنش دیستونیک می شود.

٤. میدازولام:

- به روشهای عضلانی و وریدی استفاده می شود.
- شروع اثر سریع (۱۸ دقیقه) و طول اثر(۳۰ تا ۱۲۰ دقیقه)
- شروع اثر سریع، تاثیر بالا و سمیت کم
- اثری شبیه ترکیب هالوپریدول و لورازپام دارد ولی طول اثر کمتر است.
- از عوارض تزریق وریدی افت فشارخون است.

بدنبال تزریق دارو به قصد آرام سازی بیمار گاهی برای پیشگیری از عوارضی همچون عدم تعادل و خواب آلودگی و آسیبهای جسمی احتمالی، لازم است بیمار مهار فیزیکی شود. شرح مهار فیزیکی، شرایط مهار، نحوه‌ی مهار و مراقبت های لازم در طول مهار در شرح وظایف پرستاری و تیم مهار است که باید به این جهت آموزش های لازم را ببینند.

دکتر مژگان امانتکار– روانپزشک

تازه‌های سایکوفارماکولوژی

Journal of clinical psychiatry – 2014 September

آنتی دپرسانت با عوامل ضد التهابی

استراتژی الحاق آنتی دپرسانت ها در بیمارانی که به مونوتراپی پاسخ نمی دهند همیشه مورد بحث و نظراست. مکانیسم التهاب نورونی دردپرشن وجود دارد و مصرف داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی در مدل حیوانی دپرشن به شکل مونوتراپی یا به منظور تقویت اثر آنتی دپرسانت موثر می باشد.به‌هر حال صرف بهبود اولیه بعنوان پیشگوئی کننده پاسخ به درمان با انتی دپرسانت در بیماران با مصرف داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی در مدل انسانی نتایج چند گانه ای داشته است که دپرشن در برخی موارد بهتر یا بد تر شده است. تقویت آنتی دپرسانت با سلکسیب بمدت ٦–٤هفته در گروه کنترل راندومایز با حجم نمونه ١٦٠ نفر دپرشن را بهتر کرده است اما یافته ها استفاده از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی را در بیماران مقاوم به درمان تائید نمی کند. همچنین نگرانی از عوارض جانبی مصرف داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی و تداخل آن با داروهای مهار کننده سروتوئین وجود دارد. یک نتیجه گیری منطقی در حال حاضر مصرف داروهای ضد التهابی غیر استرئیدی به عنوان تقویت کننده آنتی دپرسانت ها در بیماران افسرده غیر مقاوم بهترین شیوه استفاده از این داروهاست.

Psychopharmacology Berl (2014 oct 23)

بهبود اولیه بعنوان پیشگوئی کننده پاسخ به درمان با آنتی دپرسانت در بیماران با افسردگی شدید

بطور روتین اثرات درمانی انتی دپرسانت معمولاً چند هفته طول می کشد بهرحال شواهد نشان می دهد که پاسخ اولیه در خلال ٢هفته اول درمان ممکن است پیشگوئی کننده سرانجام واقعی درمان باشد.

نتایج: از ٦٤ بیمار که پاسخ اولیه داشتند ٣٨ بیمار یا ٥٩٪ پاسخ درمانی داشتند در حالی که ٨٥ بیماری که پاسخ اولیه نداشتند تنها٢٧٪ آنها یا ٢٣ نفر در هفته های بعد پاسخ به درمان داشتند.

خلاصه:اگر چه حساسیت پاسخ اولیه کم است اما پزشکی که بیماری بادپرشن شدید را درمان می کند باید گزینه تغییر درمان را در بیماری که در مراحل اولیه پاسخ نمی دهد مد نظر داشته باشد

Clinical psychotherapy. Jan 2014

پاسخ درمانی در بیماران تیپ دو دیابت مبتلا به افسردگی

اختلال افسردگی اساسی شیوع بیشتری در افراد دیابتیک نسبت به جمعیت عمومی دادرد.

مقایسه ای بین پسیکوتراپی و دارو درمانی انجام می شود تا انتخاب ارجح بین این دو سنجیده شود.

متد: ٣٤بیمار مبتلا به دیابت تیپ دو تحت درمان با سرتالین و گروه دیگر تحت درمان رواندرمانی بین فردی قرار گرفتند.نتیجه تفاوت معنی داری بین درمان با سرتralین و رواندرمانی بین فردی دیده نشد. و (١٧بیمار از هر گروه) و ٨نفر از بیماران هر دو گروه نیز هیچ گونه پاسخ درمانی نداشتند.

نتیجه:این تحقیق نشان می دهد که رواندرمانی بین فردی یک گزینه مناسب برای درمان بیماران مبتلا به دیابت تیپ دو می باشد و رواندرمانی بین فردی در این تحقیق بادرمان دارویی برابری می کند.از محدودیت های این تحقیق حجم نمونه کم و نبود گروه کنترل می باشد.تعداد فایل توجهی از بیماران باافسردگی اساسی همراه بادیابت صرفنظر از نوع درمان بهبود کامل نمی یابند که دراین صورت باید پسیکوتراپی یا درمان دارویی را به درمان قبلی بیمار الحاق کنیم.

Psychopharmaglagy (Berl) 2014 Nov

آیا تک دوز پروپرانولول بر فعالیت هیجانی یا پسیکولوژیک ناشی از مواجهه با سرنخ های منجر به سیگار کشیدن اثر می گذارد؟

مواجهه با سرنخهای یادآور سیگار حافظه مرتبط با سیگار کشیدن را فعال می کند که سبب ولع به مصرف سیگار می شود فنومنی که باعث تداوم مصرف سیگار می شود.

بتا بلوکر مثل پروپرانولول پاسخ دهی پسیکولوژیک که متعاقب حوادث تروماتیک رخ می دهد را کاهش می دهد. این فرایند از طریق جلوگیری کردن از تحکیم حافظه مرتبط با حادثه می باشد که به آن مهار تثبیت حافظه گویند.

متد: ٥٥فرد سیگاری یک دوز پراپرانولول دریافت کردند و در گروه دیگر پلاسبود مصرف شد. قبل از این که سرنخهای یادآور کننده سیگار به بیمار نشان داده شود الکترومیوگرافی، ضربان قلب و بیان حالت هیجانی توسط فرد و هدایت پوستی و ولع به سیگار سنجیده شد.

نتیجه:افرادسیگاری هردوگروه‌افزایش فعالیت درضربان‌قلب،الکترومیوگرافی، هدایت الکتریکی پوست و ولع به مصرف سیگار داشتند و پراپرانولول تاثیری در کاهش عکس العمل های سپیکولوژیک و هیجانی نسبت به سیگار نداشت.

Psychopharmaglagy (Berl) 2014 Jan

آیا محرکهای دوپامینرژیک سبب افزایش رفتارهای خودخواهانه در نبود تهدیدهای بازدارنده می شود؟

این مطالعه اثرات داروهای دوپامینرژیک را روی رفتارهای پاداش طلبانه ای که بدون مجازات و تنبیه می باشد در تعاملات اجتماعی می سنجد.
متد: ۲۰۰ مرد سالم که سیصد میلی گرم ال دوپا یا پلاسبو مصرف کردند در بازی باتم معاملات اقتصادی شرکت کردند. در یک گروه رفتارهای متهورانه با مجازات روبرو گشت و در گروه دیگر این رفتارهای متهورانه مجازاتی در پی نداشت.
نتیجه: در غیاب تنبیه گروه مصرف کننده ال دوپا رفتارهای خودخواهانه بیشتری داشتند شبیه موقعیتی که فرد در جستجوی هرچه بیشتر پاداش می باشد. اما مصرف ال دوپا اثر بارزی در افزایش رفتارهای بی باکانه در گروهی که بامجازات روبرو می شوند نداشت.
نتیجه:این مطالعه نقش سیستم دوپامین جستجوی پاداش را در تعاملات اجتماعی نشان می دهد. حتی یک دوز واحد داروی دوپامینرژیک ممکن است رفتارهای خودپسندانه را در پی داشته باشد و این می تواند ارتباط بین سیستم دوپامینرژیک و بعضی از رفتارهای مستقر (چون خودخواهی و خودپسندی) را در بعضی جوامع نشان دهد.

Psychopharmaglagy (Berl) 2014 Jul

نقص حافظه پروسپکتیو در مصرف کننده های طولانی مدت اپیوئید

اوپیوئید همراه با نقائص شناختی و نورولوژیک است . در این مطالعه ارزیابی تناقص شناختی مربوط به توانایی عملکرد حافظه مربوط به آینده (حافظه پروسپکپیور) سنجیده می شود. کاهش توان حافظه پروسپکتیو می تواند ناشی از اختلال حافظه اپیزودیک و اختلال عملکرد اجرایی باشد.
متد: ۲۶مصرف کننده هروئین و ۳۰نفر کنترل تست شدند حافظه ر ترواسپکتیو و عملکرد اجرایی نیز ارزیابی گردیدند.
نتایج: در مصرف کننده های درازمدت اپیوتید به طرز معناداری عملکرد حافظه پروسپکتیو نقص داشتند . این یافته ها هم چنین نشان می دهد که اشکال حافظه رتروسپکتیو سهمی در نقص حافظه پروسپکتیو دارد اما عملکرد اجرائی کمتر تاثیر پذیرفته است.
خلاصه: حافظه پروسپکتیو در مصرف کنندگان دراز مدت اپیوئید مختل است.

Aus NZ Journal of psychiatry 2014 Mars

پیش آگهی بیمارهای خلقی قبل از اجرای سیستم درمان دارویی جدید

این تحقیق پیش آگهی بیماریهای خلقی را که قبل از استفاده از طیف وسیع داروهای جدید درمان شده اند را بررسی می کند. هدف آن برآورد کردن میزان بهبودی کامل و مداوم برای ارزیابی اثر داروهای جدید و تغییر پیش آگهی طولانی مدت بیمارهای خلقی است.
این مطالعه ۱٤۰۰۰بیمار را بررسی می کند که قبل از سال ۱۹۷۰ درمان شده اند. بیمارانی که عمدتاً بستری و زن هستند اکثریت آنها از دپرشن رنج می برند.این تحقیق به شکل کوهارت ۳۰سال پیگیری شد.
میزان متوسط بهبود ٦۹%، زمان بهبود عمدتاً چندماه بود و میزان تداوم بهبود ۵۱% بود.
نتیجه: میزان معمول بهبود کمتر از مطالعات آینده نگر جدید است و زمان رسیدن به بهبودی طولانی تر است. بهرحال این بررسی سیستم درمان داروئی جدید در بهبود پیش آگهی طولانی مدت بیماران خلقی را تائید نمی کند.

Psychopharmacology (Berl) 2014 Oct

آیا اثرات اختصاصی اولانزاپین در درمان وابستگی به الکل وجود دارد ؟

اثرات پاداش دهنده الکل توسط سیستم دوپامینرژیک مزولیمبیک می باشد آنتاگونیست رسپتور D2 دوپامینی می باشد که سبب کاهش ولع به مصرف الکل می شود.
نتایج: همه این آنالیزها نشان دهنده تاثیر اولانزاپین در کاهش مصرف الکل وولع به مصرف وافزایش کنترل بر مصرف الکل در طول مصرف ا ولانزاپین می باشد. آنالیز پاسخ وابسته به دوز نشان می دهد که دوز ۲/۵ تا۵ میلی گرم اولانزاپین سبب کنترل بهتر در مصرف الکل می شود که این کنترل حتی ٦ ماه بعد از پایان درمان دیده شد.
خلاصه: نتایج حاکی از این است که مصرف اولانزامین در کاهش مصرف الکل موثر است بهرحال تحلیل سود و زیان استفاده کلینیکی اولانزاپین را در درمان وابستگی به الکل پیشنهاد می کند.

Psychopharmacology (Berl) 2014 Jun

آیافعالیت ورزشی ازمهار نوروژنز.هیپو کامپ جلوگیری می کند و نقائص شناختی ناشی از شیمی درمانی در موشهای صحرائی را کاهش می دهد؟

در این تحقیق به موشهای صحرایی ۳ تزریق از داروهای شیمی درمانی انجام شد. سپس تست شناختی نظیر حافظه فضایی و انجام بازی های آبی و یادگیری انجام گردید. نوروژنز هیپوکامپ نیز توسط شمارش سلولهایی در شیار دندانه ای تست گردید.کموتراپی سبب کاهش نوروژنز هیپوکامپ و نقص عملکرد اجرایی می شود. در موش هایی که شیمی درمانی دریافت کرده بودند وفعالیت بدنی در قفس انجام می دادند نوروژنز در آنها مهار نشده و عملکرد شناختی شبیه به گروه کنترل بود.
نتیجه:فعالیت ورزشی می تواند نقایص شناختی را کاهش دهد که منتج از شیمی درمانی است که توسط جلوگیری از مهار نوروژنز می باشد.این نتایج فواید فعالیت های ورزشی را درپیشگیری از نقائص شناختی نشان می دهد.

Biopsychiatry 2014 Mar

عملکرد سیستم دوپامینرژیک در مصرف کنندگان کانابیس و ارتباط آن با علائم سپیکوز ناشی از مصرف کانابیس

متد: ۱۹ بیمار مصرف کننده کانالیس که علائم سپیکوز را تجربه کرده اند.۱۹ نفر گروه کنترل افرادی که مصرف کننده نیستند و از نظر سن و جنس با گروه اول هماهنگ هستند در این دو گروه توان سنتز دوپامین بوسیله PETاندازه گیری شد.
نتیجه: یافته ها نشان می دهد که مصرف کنندگان مزمن کانابیس همراه با کاهش قابلیت سنتز دوپامین می باشند. این نشان می دهد که کانابیس بوسیله تغییرات سیستم دوپامینرژیک ریسک سایکوز را افزایش می دهد.

برنامه درمانگاه‌های گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

روز	درمانگاه	اساتید	مکان
شنبه	روانپزشکی عمومی	آقای دکتر احمدزاده	بیمارستان نور–درمانگاه صبح
	روانپزشکی اجتماعی	آقای دکتر قاسمی	بیمارستان نور–درمانگاه صبح
	روانپزشکی کودک و نوجوان	آقای دکتر نجفی	بیمارستان نور–درمانگاه کلینیک کودک و نوجوان
	نوروسایکیاتری	آقای دکتر برکتین	بیمارستان کاشانی
	سالمندان	خانم دکتر عمرانی فرد	درمانگاه شریعتی
	روان درمانی	آقای دکتر ابراهیمی	درمانگاه شریعتی
یکشنبه	درمان اعتیاد	آقای دکتر صالحی	بیمارستان نور–درمانگاه ترک اعتیاد
	درماتولوژی	خانمها دکتر شفیعی و دکتر ندا ادیبی	درمانگاه شریعتی
	روانپزشکی کودک و نوجوان	خانم دکتر کرباسی	بیمارستان نور–درمانگاه کلینیک کودک و نوجوان
دوشنبه	وسواس	خانم دکتر آکوچکیان	درمانگاه شریعتی
	روان تنی (سایکوسوماتیک)	آقای دکتر افشار	درمانگاه شریعتی
	روانپزشکی عمومی	آقای دکتر احمدزاده	بیمارستان نور–درمانگاه صبح
	روانپزشکی اجتماعی	آقای دکتر قاسمی	بیمارستان نور–درمانگاه صبح
	روانپزشکی کودک و نوجوان	خانم دکتر کاراحمدی	بیمارستان نور–درمانگاه کلینیک کودک و نوجوان
	روان درمانی	آقای دکتر باقریان	درمانگاه شریعتی
	درمان اعتیاد	آقای دکتر صالحی	بیمارستان نور–درمانگاه ترک اعتیاد
	نوروسایکیاتری	آقای دکتر برکتین	بیمارستان کاشانی
	درمانگاه حافظه	آقای دکتر سمندری	بیمارستان مدرس
سه شنبه	روانپزشکی کودک و نوجوان	خانم دکتر آرمان	بیمارستان نور–درمانگاه کلینیک کودک و نوجوان
	روان درمانی	آقای دکتر ابراهیمی	درمانگاه شریعتی
چهارشنبه	روانپزشکی عمومی	آقای دکتر احمدزاده	بیمارستان نور–درمانگاه صبح
	روانپزشکی اجتماعی	آقای دکتر قاسمی	بیمارستان نور–درمانگاه صبح
	روانی –جنسی	آقای دکتر صالحی	درمانگاه شریعتی
	روان درمانی	آقای دکتر باقریان	درمانگاه شریعتی
	روانپزشکی کودک و نوجوان	خانم دکتر شکیبایی	بیمارستان نور–درمانگاه کلینیک کودک و نوجوان
پنجشنبه	روانپزشکی کودک و نوجوان	آقای دکتر نجفی	بیمارستان نور–درمانگاه کلینیک کودک و نوجوان

دکتر ترانه تقوی، روانپزشک

دستان شفابخش پزشک

پرده نخست:
دانش آموز دبیرستان بودم و آدمی آرمان گرا. دوست داشتم برای هموطنانم چاره ساز باشم. دلم می خواست پیشه‌ای را برگزینم که در آن بزرگ منشی، دانش و انسان دوستی گنجانده شده باشد و این گونه بود که "پیشه پاک پزشکی" را برگزیدم و به گروه سپیدپوشان درمانگر پیوستم.

پرده دوم:
دانشجوی دوره بالینی پزشکی و پس از آن اینترن بودم، به روشنی می دیدم که در بسیاری از بخش‌های اورژانس، جراحی، مامایی، کودکان و... با بیماران به صورت "مکانیکی" برخورد می شود. بیشتر پزشکان در پی یافتن تشخیص درست بر اساس چارچوب‌های نوشته شده و آنگاه انجام درمانی از پیش تعیین شده بودند. در بیشتر جاها از گفتن تشخیص و پیش آگهی برای بیمار خبری نبود. پزشک به خودش سختی نمی داد که راه‌های درمانی گوناگون را به بیمار پیشنهاد کند و به او نیز در فرآیند تصمیم گیری درمان نقش بدهد و دیدگاهش را برای گزینش یکی از راه‌های درمان جویا شود. یکی از تراژدی‌هایی که هر بامداد می دیدم انجام راندی بود که بر بالین بیمار انجام می شد و اتند، رزیدنت، اینترن، دانشجوی بالینی و گاه پرستار در آن نقشی داشتند اما بیمار هیچکاره بود. گویا ماشینی بود که تعمیرکاران برای تعمیر سراغ آن آمده‌اند! هنگام پایان راند از دیدن چشمان نگران و پرسشگر بیمار دلم به درد می آمد. تا پایان روز بیمار و همراهانش می ماندند با یک دنیا پرسش بی پاسخ و دلهره‌های بی‌پایان. البته گاهی هم اتند یا رزیدنتی داشتیم که به معنای حقیقی "طبیب" و "حکیم" بود-درد بیمار را می فهمید و با لبخند و واژه‌های ساده و امید بخش او را هم سهیم می کرد. در دوره اینترنی بیشتر دانشجویان پزشکی درباره رشته تخصص خود می اندیشند. آنچه بازگو کردم مرا برآن داشت که "روانپزشکی" را برگزینم. در سال نخست آزمون رزیدنتی با فاصله اندکی در رشته روانپزشکی پذیرفته نشدم از آنجایی که امتیاز رشته روانپزشکی وسط جدول رشته‌ها بود، نیمی از رشته‌ها را می توانستم برگزینم، اما من همچنان برآن بودم که تنها و تنها "روانپزشک" شوم و یکسال دیگر برای پذیرفته شدن در این رشته کوشیدم.

پرده سوم:
هنگامی که رزیدنت روانپزشکی بودم بارها و بارها از علت‌های چندگانه بیماری‌های روانپزشکی سخن می رفت، علت‌های زیستی، روانی اجتماعی و گاه معنوی (بیوسایکوسوشیال) اما بیشتر آنچه رزیدنت روانپزشکی برای آن آموزش می دید، نگرش زیستی (بیولوژیک) بود و در برخی دانشگاه‌ها به روان-درمانی نیز پرداخته می شد اما بعد اجتماعی و معنوی همچنان به فراموشی سپرده می شد.
من داشتم دچار سرخوردگی می شدم اما کوتاه نیامدم.

پرده چهارم:
در آزمون بورد رتبه هفتم شدم و ضریب کارا به عنوان یک روانپزشک آغاز نمودم. همزمان بامدادان در درمانگاه دولتی و پسین در مطب تازه گشایش یافته به درمان بیماران می پرداختم و باز هم با همه وجودم نیاز به نگرش فراگیر بیوسایکوسوشیال را حس کردم، اما برای بسیاری از جنبه‌های این نگرش آموزش ندیده بودم.

پرده پنجم:
پس از چند سال آموختن را از سر گرفتم. علاوه بر بازآموزی‌ها، در کارگاه‌هایی که روانشناسان برای دانشجویان و دانش آموختگان روانشناسی بالینی برگزار می کردند شرکت می کردم. در بیشتر کارگاه‌ها حضور یک روانپزشک غیر معمول بود چرا که بیشتر روانپزشکان تنها در حیطه دارودرمانی کار می-کنند و حیطه روان‌درمانی را به روانشناسان واگذار کرده‌اند! با شرکت در این کارگاه‌ها و همایش‌ها سعی در بهبود آموزه‌هایم در زمینه روان‌درمانی داشتم.

پرده ششم:
در نشست ماهیانه روانپزشکان در بیمارستان فارابی، خانم دکتر مقصودلو از خانم کارگردان مستندسازی دعوت کردند که یک فیلم کوتاه با نام "بیست دقیقه" ساخته بود. در این فیلم کوتاه، در طول مدت "بیست دقیقه" که اشاره به زمان مصاحبه یا ویزیت روانپزشک داشت و با یک ساعت رومیزی با صدای تیک تیک هشدار دهنده و گوش خراش که مانند موزیک متن بود، نشان داده شده بود، بازیگر که نقش یک بیمار مراجعه کننده به روانپزشک را

داشت رو به دوربین (روانپزشک) فریاد دادخواهی سر داده بود. او گلایه می‌کرد از اینکه چرا "خودش" در مصاحبه "دیده" نمی‌شود و سخنانش "شنیده" نمی‌شود، اینکه دل‌نگران است که از فرصت بیست دقیقه (که البته در دنیای واقعی اغلب کمتر است) آنچه در ماه گذشته و پیش از آن برایش رخ داده را بازگو کند، اما فرصت کافی نیست، اندوهگین است که دردش فهمیده نمی‌شود و پس از مصاحبه او می‌ماند و همان کوله‌بار سنگین درد و اندوهش که با خود نزد روانپزشک آورده بود با این امید که چیزی از آن کاسته شود و نشده بود. او گلایه می‌کرد که چرا روانپزشک سرش پایین است و به "کار خودش" (نوشتن) مشغول است، چرا او را "نمی‌بیند" و چرا به حرفش "گوش" نمی‌دهد...

پس از آن من به اندیشه‌ای ژرف فرو رفتم، اگر بیمار من جای آن هنرپیشه نشسته بود چه می‌گفت؟؟ آیا داشتن "دانش" کافی در زمینه بیوسایکوسوشیال کافی است که روانپزشک خوبی باشم؟ کوتاه سخن آنکه مدتی سوژه این فیلم ذهن مرا به خود مشغول کرده بود.

پرده هفتم:

فرصتی پیش آمد که دوباره دانشجویی را از سر بگیرم. مهر ماه امسال در دوره‌ی سایکوسوماتیک (روان‌تنی) ثبت‌نام کردم و پاسخ برخی از پرسش‌هایم را در آغاز دوره یافتم و البته پرسش‌های نوینی هم برایم پیش آمد. پاسخ این پرسش همیشگی را یافتم که چرا بیماران دستان برخی پزشکان را شفابخش و نفسشان را مسیحایی می‌دانند؟! چرا می‌توانند با برخی پزشکان و روانپزشکان رابطه خوبی برقرار کنند و درمان را اثربخش بدانند و با برخی دیگر نه؟

آیا تنها اثر دارونما (placebo effect) بود که بیماری از فردای روز آمدن نزد یک روانپزشک بهبود چشمگیر و سریعی در بیماریش احساس می‌کرد، بهبودی خیلی سریع‌تر از آنچه از شروع اثر درمان‌های بیولوژیک (دارو درمانی) چشم داشت داریم؟

در آغاز این دوره با واژه doctor as medicine (doctor as drug) (درمان‌گر به‌عنوان درمان) آشنا شدم، دریافتم بودن یک پزشک (be-ing) و نه کاردرمانی که انجام می‌دهد (doing) به خودی خود نقش درمانی دارد. از این دریافت شگفت زده شدم.

دکتر بالینت روانپزشکی که پایه گذار گروه‌های بالینت است بودن پزشک را در درمان اثربخش می‌داند. به خود آمدم، آرام گرفتم و پس از بازگشت از این سیر و سلوک دست از تکاپوی زیاد (doing) برداشتم و کوشیدم که بودن (being) خوبی داشته باشم، در بود پزشک، منش او، باورهای او از جمله نگرش او به زندگی، روانپزشکی وانسان و بیماری که نزد او آمده اثر گذار است.

پس کوشیدم دوباره به خودشناسی و خودسازی روی آورم تا بودن شفابخش‌تری برای بیمارانم داشته باشم، کوشیدم پاک سرشت، نیک اندیش، نیک گفتار، مهربان و دلسوز، آرام و شکیبا و با نشاط باشم. کوشیدم......

پرده پایانی:

به پایان آمد این دفتر حکایت همچنان باقی است.

خاطرات یک روانپزشک

دکتر مژگان امانت کار _ روانپزشک

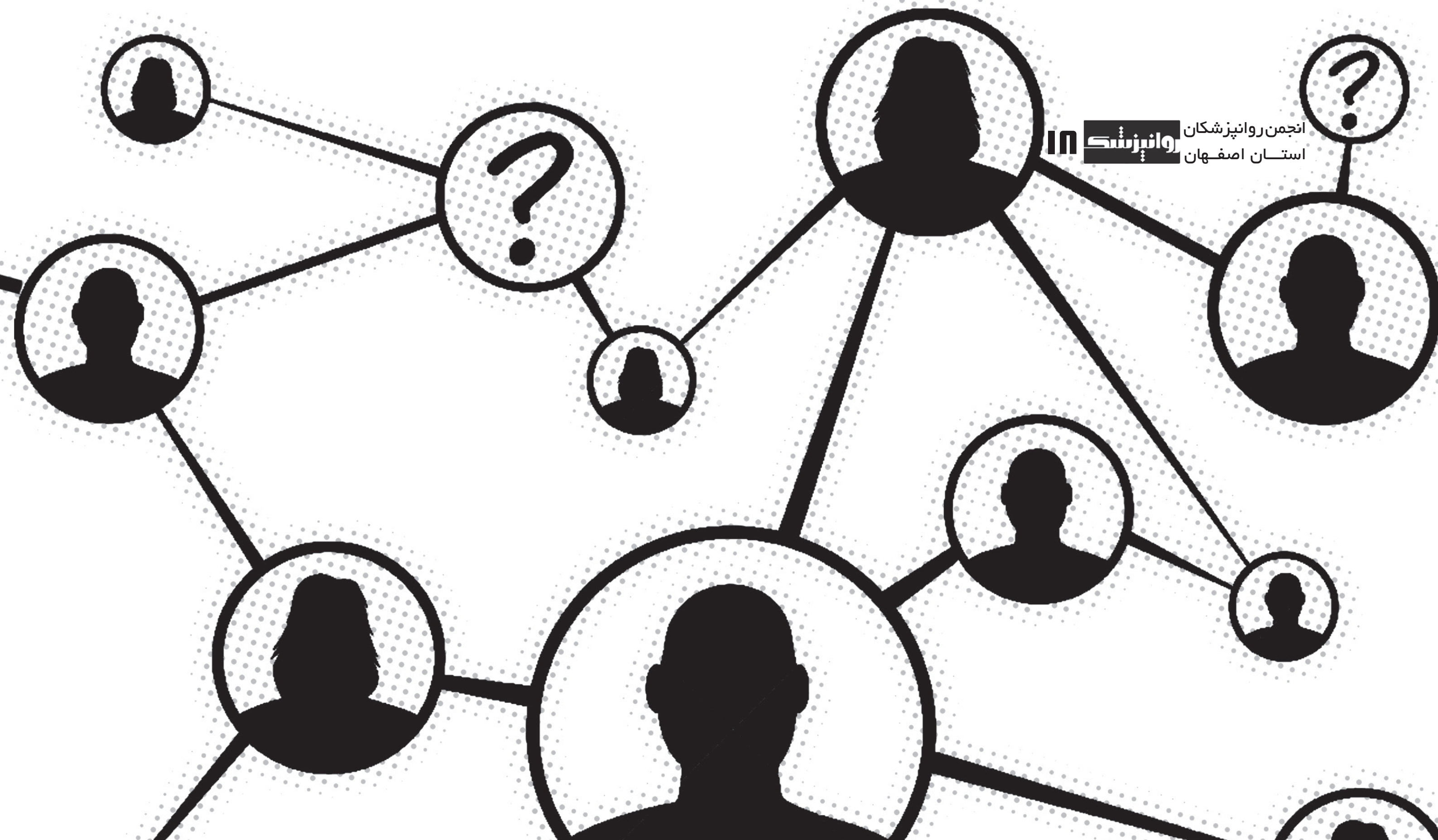
۱- ماه مبارک رمضان نزدیک افطار و ساعت هیپوگلیسمیک خانمی به مطب مراجعه کردند و مشکلشان این بود هر وقت قرآن یا نماز می خوانم به خمیازه می افتم طوری که از چشمانم اشک می ریزه خواستم ببینم برای درمان این مشکل قرصی دوایی هست یا نه؟ اصلاً این نوعی افسردگی است که من دارم یا نه؟ بعد از گرفتن شرح حال نکته ای دال بر اختلال روان پزشکی در بیمار پیدا نکردم بعد از آن با مقدمه چینی برای بیمار توضیح دادم که این مشکل شما ناشی از ضعیف بودن سیم اتصال شماست و ربطی به اعصاب و روان شما ندارد شما برو به فکر تقویت ارتباطت با خداباش جانم!!!!!!!!!!

۲- خاطره هایی از دوران رزیدنتی

دختری جوان با کاتاتونی مراجعه به اورژانس روان پزشکی داشتند. خانواده اصرار شدیدی به بهبود سریع بیمار داشتند. وقتی علت این همه عجله را پرسیدم مادر بیمار گفت این دختر ۳ روز دیگه عقدشه شما یک کاری کنید که بتونه سر سفره عقد فقط بله را بگه دیگر مشکل ما حل میشه و ما کار دیگه ای نداریم. جالب این که داماد پسر خاله ایشان بود و بیمار سالها با تشخیص اسکیزوفرنی تحت درمان بود اما خانواده داماد یا در جریان بیماری عروس خانم نبودند یا این که در مورد بیماری های اعصاب و روان اطلاعات و آگاهی لازم را نداشتند!!! بگذریم که تا ایشان توانست بله را بگوید ۱۰ روزی گذشت!!!!!

۳- خانمی با کاتاتونیا و وضعیت مات مثل آدم آهنی وارد مطب شد خانواده شرح حالی در مورد بیماری ایشان به این گونه دادند که: این خانم ساکن آمریکا می باشد و در آمریکا یک اپیزود دپرشن حاد همراه با پرخاشگری شدید داشته است. این گونه که خانواده شرح حال دادند ابتدا آمبولانس بیمار را به اورژانس منتقل کرد و بعد که مطمئن شدند پرخاشگری ایشان ناشی از مشکل ارگانیک نمی باشد بیمار را پس فرستادند (راست و دروغ این گفته به گردن خودشان). بیمار تحت درمان با فلوگزیتن و هالوپریدول بود و در اثر مصرف هالوپریدول مبتلا به پارکینسون شدیدی شده بود. به خانواده بیمار توضیح دادم که این حالت عارضه جانبی یکی از داروهاست و با یک قرص برطرف می شود. چرا زودتر مراجعه نکردید اظهار کردند: بهرحال دکتر آمریکا یه چیزی سرش می شود هرچی باشد از دکترهای ایرانی بیشتر بلد است. خلاصه این که در یک سال گذشته حاضر نشده اند حتی یک بار به مطب روانپزشک ایرانی مراجعه کنند. وقتی دارو را نوشتم باز هم با تردید و دل چرکینی نسخه را گرفتند و رفتند و من به این نتیجه رسیدم مرغ همسایه غازه مخصوصا اگر از نوع آمریکایی اش باشد!!!!!!

۴- آقایی آخر وقت به درمانگاه دولتی مراجعه کرد. من که کارم تمام شده بود از پله ها پائین می آمدم که این آقا با عجله آمدند و تقاضا کردند که من ایشان را ویزیت کنم. بخاطر این که کارمند یکی از نهادهای دولتی بودند ویزیت رایگان داشتند. وقتی که از ایشان پرسیدم بفرمائید مشکل چیست ؟ ایشان گفتند راستش من سالهاست با خانمم در طلاق عاطفی بسر می بریم با این که زیر یک سقف زندگی می کنیم اما جدا از هم هستیم. اخیراً به دکتر اورلوژیست برای معاینه پروستات مراجعه کردم و آقای دکتر گفتند برای سلامت پروستات فکری به حال زندگی زناشوئیت بکن حالا من آمده ام که شما با خانم مشاوره کنید تا این زندگی زناشوئی ما تغییر کند. در این لحظه ناخوادآگاه به یاد فرشته مهربان داستان سیندرلا و چوب دستی معروفش افتادم!! گاهی مراجعان ما چنین تصوری از ما روان پزشکان دارند که با طرفه العینی معجزه کنیم و یک عمر اختلاف و پسیکوپاتولوژیهای موجود در فرد و خانواده را درمان کنیم. موضوع جالب این که این آقا طوری صحبت کردند که اصلا طرف مشاوره او نیست و خانمش باید اصلاح شود. وقتی من به آنها گفتم این مشکل شما با یک ویزیت حل نمی شود و زمان بر است، آقا نه چندان محترمانه گفتند حالا خانم دکتر نمی شه یک کاریش بکنی من امروز از اون کله شهر آمده ام حالا یه فکریش بکن! من دیگه فرصت مراجعه مجدد ندارم. شما تصور کنید در آن لحظه چقدر باید صبور بود!! ایشان خودش از در اتاق بیرون رفت و همسرش نیز به دنبال او از در اتاق بیرون رفت و من..............!!!



دکتر مینو هاشمی/روانپزشک

ارتباطات آنلاین

Online Relationships

در زمانهای قدیم سرویس های پستی امکان ارتباط آدمها را بدون حضور فیزیکی در کنار یکدیگر برقرار می ساخت. بعدا"تلفن آمد که مزیتی بر پست داشت و آن این که امکان برقراری ارتباط بین دو نفر را بصورت همزمان ایجاد کرد. این زمان "اینترنت" آمده که مزایای هر دو سرویس قبلی را بعلاوه مزایا و معایب زیاد دیگری دارد. اینترنت کاراکتر نوشتاری است و در عین حال ارتباط سریع و همزمان تلفن را داراست.

در واقع اگر دقیقتر نگاه کنیم ارتباطات آنلاین به هر دو فرم همزمان و غیر همزمان امکان پذیر است. در نوع آسینکرونوس افراد نوشته یا ویدیو یا عکسی را آنلاین می گذراند و در زمانی دیگر افرادی آنرا مشاهده می کنند و اظهار نظر می کنند. این چیزیست که در Face book and You tube رخ می دهد.

در نوع ارتباط همزمان دو یا چند شرکت کننده در زمان مشابه از طریق نوشتاری یا صوتی با یکدیگر ارتباط برقرار می کنند و این چیزی است که در وایبر، تویترو.... رخ می دهد. به هر حال، تمام انواع ارتباطات آنلاین مورد اقبال گسترده عمومی قرار گرفته است. در بررسی علل این گرایش،نخست باید با رشته ای بعنوان سایبرسایکولوژی آشنا شویم. سایبرسایکولوژی یک فیلد در حال گسترش است که به بررسی سایکولوژیک همراه یا متاثر از رشد پدیده های تکنولوژی می پردازد.

ازیک دیدگاه، اینترنت را می توان بازاری جهت تبادل داده ها در نظر گرفت که افراد در آن به دادو ستد مشغولند و این تجارت اطلاعات جذابیت خاصی برای عده ای از استفاده کنندگان دارد.از دیدگاه دیگر اینترنت را می توان یک ذهن مشترک که افراد در پردازش داده ها در آن با یکدیگر شریکند در نظر گرفت و از آنجا که انسان موجودی اجتماعی است داشتن هر آنچه که قابل اشتراک است برای وی لذت بخش است و سوم آنکه می توان اینترنت را یک جامعه درحال ساخت در نظر گرفت و هر گروه و قومی با علائق متفاوتی که دارد در این فضای مجازی جامعه اش را به دلخواه خود می سازد.

مجازی در لغت نامه اینطور تعریف می شود:تاثیر آنچه مشخص شده را دارد اما فاقد شکل واقعی آن است و جالب آنکه دو معنای دیگر نیز برای آن وجود دارد: توانایی –عملاً موثر بودن واقعیت مجازی، یعنی آنچه فضای اینترنت با آن تعریف می شود به این ترتیب از نظر لغتنامه ها اینگونه معنا خواهد شد:واقعیتی که تاثیر واقعیت واقعی را دارد ولی دارای شکل اصیل آن نیست. نوعی شبیه سازی یا جایگزینی که البته توانایی و صحت دارد و با توجه به تاثیری که روی افراد دارد عملاً واقعی محسوب می شود.

تیپ‌های ارتباطات اینترنتی:

۱. Internete dating (ملاقات‌های اینترنتی):

یک استفاده از آن برای match making است پدیده ای که از سالهای ۱۸۰۰ میلادی (نه بافرم اینترنتی) و با واسطه افرادی برای آشنا شدن و معرفی دو نفر به هم با هدف برقراری رابطه یا ازدواج و از طریق برقراری مهمانی ها یا گردش ها رخ می داده است.

از سال ۲۰۰۸ میلادی که ویدیوها از طریق یوتیوب براحتی قابل آپلود و اشتراک شد، این شکل آشنایی‌ها بیشتر گسترش یافت و بتدریج تکنیک های بسیار راحت‌تر و قابل استفاده‌تری به بازار آمد. عده ای بر آن انتقاد می کنند که گاه شکلی از خودنمایش گری و یا رفتارهای شهوانی به خود می گیرد ولی واقعیت این است که یک سود آن کاهش(Prostitution) روسپیگری می باشد.آنها که بدنبال مشتری می گردند مجبور نیستند در خیابانها و درملاءعام خود را عرضه کنند.

۲. Social networking relationship یا ارتباطات در شبکه‌های اجتماعی:

مردم قادرند از طریق این شبکه ها با هم ارتباط داشته باشند.شبکه های مثل فیس بوک، وایبر، توییتر، انستاگرام، لاین، وی چت و........گاه آدمهایی که قبلاً با هم آشنایی داشته اند شبکه ای آنلاین تشکیل می دهند و گاه همین شبکه جایی می شود برای "اد" "add" شدن افراد و آشنا شدن آنها با یکدیگر به هر حال برای تشکیل هر گروه در یک شبکه نیاز به وجه مشترکی بین افراد هست. این وجه مشترک از محل زندگی، شغل، محل تحصیل می تواند باشد و نیز تجربیات یکسان قبلی و فعلی، نسل،سن،جنس، تفریحات و سرگرمیها.

۳. Online gaming (بازیهای آنلاین):

در این بازیها افراد کاراکتری برای خود انتخاب می کنند و با کاراکترهای منتخب از طرف افراد دیگر در مکانهای مختلف بصورت آنلاین بازی می کنند.در خیلی از این بازیها افراد به جز بازی کردن با یکدیگر chat می کنند و یا گروههای بازی تشکیل می دهند و به هر حال تعاملات بین فردی گسترده ای برقرار می گردد.

٤. انجمن‌های آنلاین و اتاقهای گفتگو:

یک انجمن اینترنتی (online forums & chatroom) (Internet forum) و بسایتی است که شامل مکالمات و گفتگوها بصورت جنرال یا با تاپیکها و عناوین خاص میگردد و افراد در آن رابطه نظراتشان را پست می کنند.هر انجمن Lingo و Jargon خود را دارد یعنی افراد با زبان و اصطلاحات مخصوص به آن باهم حرف می زنند.

۵. Professional relationships (ارتباطات تخصصی و حرفه ای):

بخصوص در مورد ارتباطات تجاری و علی امروزه اینترنت یکی از راحت ترین، سریعترین و در دسترسترین وسایل ارتباطی است.

٦. بلوغ و فضای مجازی:

نمی توان متذکر نشد که جذابیتی که فضای مجازی برای نوجوانان دارد چیزی فراتر از آن است که برای افرادی در دوره های دیگر زندگی ایجاد می کند.شاید چند توجیه در این مورد وجود داشته باشد:

۱. صمیمیت و احساس تعلق: طی بلوغ،شور و هیجانی در روابط صمیمی خصوصاً در آشنایی به جنس مخالف تجربه می شود.نوجوانان بدنبال گروهی می گردند که به آن احساس تعلق کنند و به این ترتیب به هویت فردی خود برسند و اینترنت وسیله ای است در دسترس و آسان و پرخطاب و آنها گروه و یارو یاوران خود را می یابند.

۲. جدایی از خانواده: نوجوانان می خواهند مستقل باشند. اینترنت جایی برای ماجراجوئیهاست بدون آنکه مخاطرات ترک خانه را داشته باشد.اینترنت وسیله‌ای است برای سیاحت دنیا در حالیکه در خانه مانده اید.

۳. تخلیه ناکامی‌ها: اینجا (در اینترنت) شکل جدیدی از گذرگاه‌ها، پیاده روها و پاتوقها شکل می گیرد. جایی که آدمهایی می ایستندو یا گردهم می آیند و آنچه می گویند و می پراکنند در واقع راهی است برای تخلیه هیجاناتشان

مزایای ارتباطات اینترنتی

تحقیقات نشان داده بازشدن و خودافشاگری افراد حس صمیمیت بیشتری به ارمغان می آورد. حس اعتماد و برابری که افراد در یک رابطه به دنبال آن می گردند و خودافشاگری چیزهایی است که در رابطه آنلاین راحت تر از رابطه رو در رو رخ می دهد.گرچه همیشه پاسخ به این خود افشاگری و بازشدن مثبت نخواهد بود.

در ارتباط آنلاین افراد می توانند افکار،احساسات و عقایدشان را به اشتراک بگذارند و کمتر با برخوردهای حاکی از عدم پذیرش از طرف دیگران مواجه شوند. محققی به نام کوپر این تیپ از ارتباط را "Triple A Engine" نامید که شرحی است بر ۳ خصلت ارتباط اینترنتی Accessible , Affordable Anonymous, به معنای در دسترس بودن، قابل تهیه و بی نام.

در یک رابطه اینترنتی سدهایی که می تواند رابطه را مهار کند یا به انحراف ببرد حذف می شود مثلاً: حضور جذابیت های جنسی مثبت یا منفی –اضطراب اجتماعی –لکنت زبان که فاکتورهایی هستند که در یک رابطه رو در رو و فیزیکی مخدوش کننده بحساب می آیند.

بعلاوه استیگما کمترنقش در تعیین کیفیت رابطه دارد و نیزنژاد،نحوه لباس پوشیدن و ظاهر افراد،مارکرهاو نشان های تعیین کننده درجه و مقام افراد.

باتوجه به طولانی تر بودن تعامل در رابطه آنلاین، افراد فرصت فکر کردن و ارزیابی دارند و این به شخص اطمینان بیشتری می دهد که پاسخ مطلوب خود را داده بعلاوه فوکوس توجه بیشتر روی گفتمان است تا ظاهر فیزیکی افراد.

ویژگی‌های منحصر به فرد ارتباط اینترنتی از دیدگاه جان سولر:

جان سولر پروفسور روان شناسی در دانشگاه ریدر که در زمینه روان شناسی اینترنت تخصص دارد و در مورد رفتارهای مردم تحقیقات بسیاری کرده این ویژگیها را به شمرده است.

۱. کسب هویت دلخواه: می توانید هر بخشی از خودتان یا حتی یک آدم تخیلی و فرضی را در رابطه آنلاین بروز دهید. این ناشناخته بودن در رابطه آنلاین یک شمشیر دولبه است. شما از طرفی فرصت دارید خود واقعی تان را که در رابطه‌های رودررو به خاطر تعارف‌های معمول یا اضطراب اجتماعی و یا محدودیت‌های محیطی رو نکرده اید نشان دهید و از طرف دیگر می توانید با کسب یک هویت جعلی نیازهای ارضا نشده و یا عاطفه های ناخوشایند خود را بروز دهید.

۲. محیط سورئال: وقتی آرام نشسته و به مانیتور خیره شده ایم داریم یک سطح آگاهی متفاوت از هوشیاری کامل را تجربه می کنیم،نوعی تجزیه،چیزی شبیه خواب دیدن و ترانس . بعضی آدمها وقتی چت می کنند این حس را

تجربه می کنند که ذهنشان با ذهن دیگرانی که آنطرف خط هستند یکی شده،انگار در دنیای عجایب با تغییر شکل آدمها و محیط زندگی می کنند این حالتی شبیه نئشگی ایجاد می کند و امروزه فعالیت سیستم دوپامینرژیک که در فعالیتهای لذت بخش افزایش می یابد در این وضعیت نیز ثابت شده که می تواند عاملی برای اعتیاد به اینترنت محسوب گردد.

۳. دموکراسی در شبکه: در یک جامعه مجازی نوعی برابری اعضاء وجود دارد البته خوب در نهایت آنها که مهارت های نوشتاری بیشتر و یا پشتکار حضور بالاتری دارند و یا آشنایی بیشتری با تکنولوژی دارند و یا ایده های بهتری در رابطه ارائه می کنند برتری خواهند یافت.

٤. ضدجغرافیا بودن: آدمها از هرکجای این دنیا می توانند یکدیگر را پیدا کنند. این هم یک تیغ دولبه بحساب می آید.این همگرائی گاه برای نیاز های مثبت افراد به کار می آید ولی از طرفی آدمهای باانگیزه های خطرناک بشری نیز راحت تر یکی می شوند.

٥. زمان انعطاف پذیر: در هر لحظه می توانید سخن بگوئید و آنطرف خط در هر زمان دیگری قادر خواهد بود به شما جواب بدهد.

٦. روابط تکثیرشده: همزمان با چندین نفر حرف می زنیم و رد حرفهایمان را هم داریم.می توانید همزمان با کامپیوترتان گفتگو کنید و کار دیگری هم انجام دهید. بعلاوه می توانید یکبار بنویسید و چندین بار توسط چندین نفر خوانده شود.مثل یک چاپخانه کار می کنید.

۷. ثبت می کنیم:موبه موی مکالمه ها را ثبت می کنیم.می توانیم حرفهای قبلی دیگران را نقل قول کنیم یا بعد از مدتها یک رابطه را بررسی کنیم.این گاهی ترس آور است.

۸. Errors:گاه حرف می زنیم ولی طرف مقابل خاموش است.آنلاین نیست و یا مایل به ادامه نیست و ارتباط بدون اینکه شما متوجه شوید یکطرفه می شود. اینترنتهای کم سرعت ومشکل دار هم یک عامل مخدوش شدن رابطه دو طرفه است.تایپ غلط،برچسبهای نابجاو ناخواسته می تواند برشکل رابطه تاثیر بگذارد

دلایل روانشناختی نیز برای گرایش مردم به شبکه های اجتماعی ذکر شده است از جمله:

۱.احساس کنترل و تاثیر گذاری: افراد در بیان نظرات و مخالفت با نظرات دیگران راحت ترند. فرد احساس آزادی عمل و حس کنترل و اراده فردی بیشتری در ابراز نظرات خود دارد.

۲. نوجویی و هیجان خواهی: افراد با طرح موضوعات شگفت انگیز و جدید و یا ارائه و دریافت اطلاعات جدید و یا باخلق صحنه های اعجاب آور یا تماشای این صحنه ها،حس نوجویی خود را ارضا می کنند.

۳. میـل بـه محبوبیـت و خودشـیفتگی: می گوینـد Face book بهشـت نارسیسیستیکهاسـت. چرا که اینجا شـما می توانید تعداد زیادی رابطه موهوم دسـت و پا کنید و محبوبیت شـما براسـاس کمیت و تعداد دوسـتانتان سنجیده می شـود و در عیـن حـال ملـزم بـه داشـتن روابط عمیق دوسـتانه نیسـتید.

٤. تمایل به انزوا و دوری گزینی: آنها که از جمع ها بدلیل تمایلات فردی یا اضطراب و بی حوصلگی دوری می کنند،راهی دارند که درعین تنهایی ارتباط خود را با دیگران حفظ کنند.اجتنابی ها (avoidants)و اسکیزوئیدها گاه این ارتباط را به ارتباطات رودررو ی فیزیکی ترجیح می دهند.

٥. میل برای فرار از محرک های تنش آور و تغییر نقش مسئولیت آفرین: شما در شبکه های مجازی نه رئیس اداره اید و نه والد و نه استاد و معلم،شما می توانید در هر شبکه و با هر ارتباط وارد هر نقشی که مایلید و احساس راحتی می کنید بشوید.

٦.دریافت حمایت اجتماعی:افراد با گروهی که وجه مشترکی دارند،دردمشترکی هم می توانند داشته باشند و این راهی برای کاهش رنج و درد است.بعلاوه براحتی همدردی و توجه و یا کمک برای یافتن راه حل را بدست می آورند.

۷.ایجاد حس پیشرفت و غرور:وقتی به دنیای تکنولوژی قدم می گذارید،احساس یک تجربه جدید علمی می کنید و درروابط مجازی، حس فعال بودن می کنید،هر روز یک تجربه جدید خواهید داشت و به گونه ای پاداش دریافت می کنید.

۸. اضطراب اجتماعی: افراد در ارتباط مجازی کمتر نگران ارزیابی دیگران می شوند.این سوال اضطراب برانگیز که "اگر اشتباه کنم چه ؟اگر ظاهرم خوشایند دیگران نباشد چه ؟و بسیاری نگرانیهای دیگر در این دست از روابط یا کمتر شده و یا اصلاً وجود ندارد.

۹. ارضای نیازهای روانی و شناختن آنها: افراد در دنیای مجازی به اطلاعات گسترده ای دسترسی دارند و در این دنیای جدید گاه استعداد و هنرجدیدی در خود کشف می کنند بعلاوه فرصت دارند آنرا ابراز کنند و فیدبک بگیرند.

در این دنیا گاه آدمها با ابعاد پنهان و متفاوتی از شخصیت خود آشنا می شوند.آدمها فرصت می یابند تا توانائیهای بالقوه ذهنی خود را به فعل درآورند.گرچه همیشه این توانائیها مثبت نخواهد بود و نفعی برای فرد یا دیگران بدنبال نخواهد داشت ولی توجیهی است برای شیفتگی افراد نسبت به فضای مجازی.

جان سولر در این رابطه نظریه ای داده:افراد از آن رو شیفته یک شیئی یا فرد یا فعالیت خاص می شوند که نیازی در آنها ارضا می شود.

انتقادات:

ارتباطات اینترنتی احتمال سوئ تفاهم و تعبیر های نا درست را بخصوص در مراحل اولیه یک رابطه دارد.

خطر این وجود دارد که افراد اطلاعات صادقانه ندهند و یا یک پرسونای دیگری از خود بروز دهند (معمولاً چیزی که فرد آرزو داشته باشد.)

هویت آنلاین با پرسونای اینترنتی: یک هویت اجتماعی است که کار براینترنت در ارتباطات و اجتماعات اینترنتی و در وبسایتها برای خود انتخاب میکند.مفهوم هویت آنلاین زمینه تحقیقات آکادمیک بسیاری شده است.گاه از آن بعنوان هویت ماسکه یاد می شود و برخی اعتقاد متافوری از هویت واقعی فرد است.

براساس یکی از نظرسنجی های موسسه پیو ٤/۱ کاربران اینترنت نظرهای خود را بصورت ناشناس منتشر کرده اند.در این مطالعات مشخص شده هرچه سن کاربر کاهش می یابد عدم تمایل به نوشتن نام واقعی در اظهار نظرهای آنلاین افزایش می یابد.٪٤٠ افراد گروه سنی ۱۸-۲۹ سال نظراتشان را بصورت ناشناس منتشر کرده اند.یکی از نقدهای وارده به پدیده کامنت گذاشتن آنلاین به این مسئله اشاره می کند که هیچ ارتباطی بین هویت نظردهنده و آنچه که وی می گوید وجود ندارد.گرچه این مسئله باعث تعجب است ولی جان سولر نظریه ای در توجیه آن دارد."درهمان آن که فرد هویت خود را کنار می گذارد محدودیتهای مرسوم به رفتار فرد هم ناپدید می شود."این نظریه به عنوان Online disinhibition effect یا اثر مهارگسیختگی آنلاین یکی از معروفترین تاثیرات ارتباط آنلاین به کیفیت روابط است.

پیتراستیز در سال ۱۳۹۳ کاریکاتوری باشرح "دراینترنت،هیچکس نمی داند شما یک سگ نیستید" کشید که در دنیا جنجال زیادی به پا کرد.

بی نامی:

تحقیقات نشان داده که ٪۵۳ از نظر دهندگان بی نام نظرهای بی ادبانه ثبت می کنند.آرتور سانتانا استاد ارتباطات دانشگاه هیوستن نتیجه می گیردکه بی نامی به بی نزاکتی میدان می دهد.

طرف مثبت قضیه این است که بی نامی مشوق مشارکت است. به حس قوی تری از هویت اجتماعی میدان می دهد و بعلاوه افراد نگران انگشت نماشدن نخواهند بود.

همچنین بی نامی شکل خاصی از خلاقیتهای ذهن را تقویت می کند.نام شما قالبی را طراحی می کند که شما درآن قرار می گیرید و بی نامی خروج از این قالب است و منجر به پیشرفت هایی در حل مسئله می گردد.تحقیقی در دانشگاه ویسکانسین مدیسین بر این مسئله متمرکز بود که آیا نظرهای مبتذل مردم را بی نزاکت تر می کند؟

نتیجه این بود که هرچه نظرها مبتذل تر بودند،نظردهندگان بیشتر در مورد محتوای بحث دردو قطب مخالف قرار می گرفتند.پدیده ایکه آنها آرا اثر ابتذال یا "Nasty effect" نامیدند.

لوث شدن مسئولیت:

پدیده دیگری است که در رفتارهای آنلاین مردم یافت می شود.یعنی فرد کمتر در قبال رفتار خود احساس مسئولیت می کند ولذا بیشتر احتمال دارد رفتارهای غیراخلاقی از خود بروز دهد. زمانی که مردم فکر نمی کنند که باید بلافاصله در برابر حرفهایشان پاسخگو باشند احتمال بیشتری دارد که در تفکر و نوشتارشان در دام میانبرهای ذهنی گرفتار شوند و اطلاعات را بادقت کمتری پردازش می کنند.

درضمن فیلیپ تلتاک در مطالعاتی نشان داده که افراد بیشتر تمایل به ارزیابی ساده انگارانه از مسائل پیچیده دارند.

Shared reality پدیده واقعیت اشتراکی:

یکی از مهمترین دلایل گرایش مردم به شبکه های اجتماعی میل آنها به نظر دادن یا به اشتراک گذاشتن افکار و علاقمندی هایشان است. آنها منتظرند دیگران ایده‌های آنها را بخوانند و به آن واکنش نشان دهند - چیزی که گاه پاسخ یا مخاطب مورد نظر فرد را نمی یابد.

در فرهنگ اینترنتی،افرادی که دنبال نا راحت کردن دیگران، ایجاد تشنج و بیان مطالب محرک و توهین آمیز هستند را به نام اوباشان اینترنتی یا Troll می گویند و کسانی که با رفتارهای خصمانه و توهین آمیز و عموماً با ناسزا گویی قصد ایجاد اختلاف و دشمنی دارند را فتنه گر یا Flamer نام می گذارند.

Pseudo community:

یا اجتماع کاذب -این تئوری می گوید که در یک اجتماع اینترنتی افراد صداقت لازم را ندارند تا آنها را یک جمع واقعی بدانیم.بعلاوه در این ارتباط کلیدهای زبان بدن وجود ندارد. آدمها حواسشان محدود می شودوفقدان گرامر صحیح و تن مناسب می تواند باعث برداشت اشتباه شود.بعلاوه احتمال دارد افراد با حضور در این شبکه های اجتماعی در روابط اجتماعی واقعی ضعیف تر گردند و خطر تنهایی و دپرشن در آنها بیشتر شود.مطالعاتی که بصورت Longitudinal انجام شده نشان می دهد که در بررسی طولانی، شرکت در اجتماعات آنلاین کمک به احساس حال خوب در افراد کرده و حتی کسانی که مهارت کافی برای تماس اجتماعی نداشتند با برقراری اولین ارتباطات بصورت آنلاین مهارت های بیشتری در برقراری رابطه های واقعی پیدا کردند. بعلاوه با کمکی که به کشف خود واقعی آنها شده،اعتماد به نفس بیشتری در روابط واقعی از خود نشان می دهند.

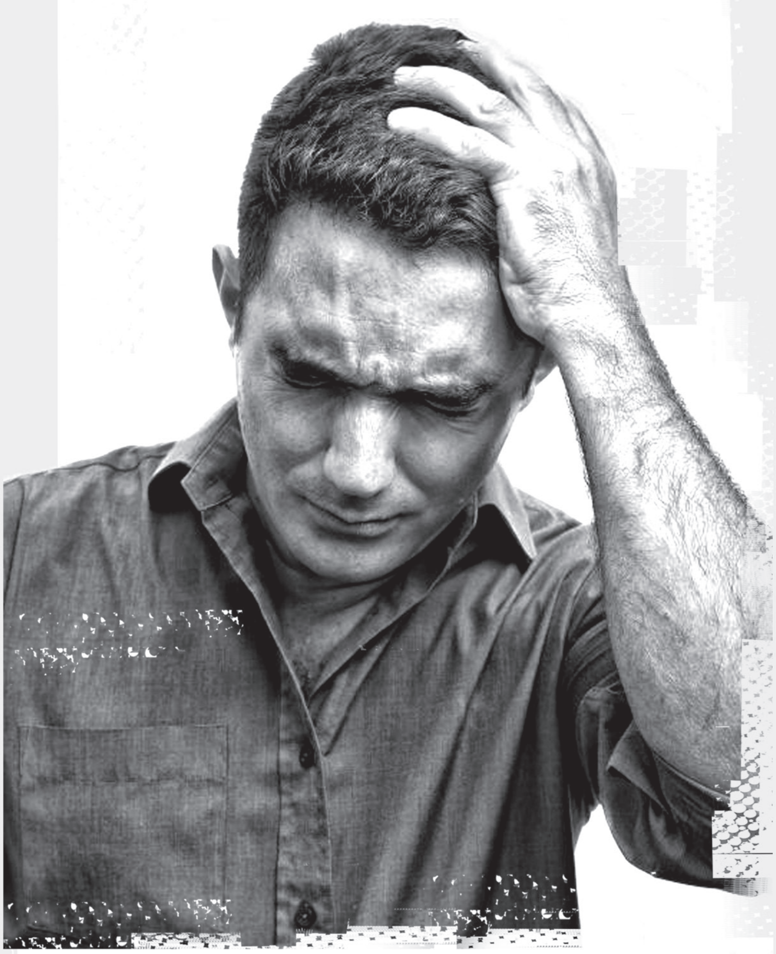
Internet use/Abuse & addiction:

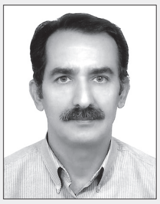
اخذ هویت های جعلی را می توان به نوعی سوء استفاده از رابطه آنلاین به حساب آورد. چون هنوز کنتراورسی برسرشکل حضور رفتارهای تکراری وجود دارد برخی اختلالات روانپزشکی مربوط به استفاده بی رویه ازاینترنت را جزء اختلالات (تکانشی)وبرخی جزء اختلالات (وسواسی جبری) تلقی می‌کنند. ترمهایی مثل pathological internet use ویا internet gaming disorder، internet addiction و internet compulsion جایی در اختلالات به گونه دیگر طبقه بندی نشده بازکرده و مشخصاتی نیز برای آنها برشمرده شده است. در مجموع با حضور ACE model که ترکیبی است از Anonymity+convenience+Escape اینترنت را می توان مکانی برای ظهور سایکوپاتولوژیها مطرح کرد.

منابع:

۱. آرشیو "هفت روز"-الهام آزاد نام -کارشناس ارشد روان شناسی
۲. ۲۰۱۳ The psychology of online comments ماریا کونیکوا-روزنامه نگار و فارغ التحصیل دکترای روانشناسی دانشگاه کلمبیا
۳. Comprehensive Text book of psychiatry- Kaplan and Sadock
۴. طریقه آنلاین (۰۴/۱۱/۱۳۸۹) -روانشناسی اینترنت

جستارهایی از روان پویایی علایم در بیماری با علایم جسمانی





دکتر علی عباسعلی زاده / روانپزشک

یکی از همکاران جراح بعد از جراحی موردی که از مشکل شدن عمل جراحی آن بشدت کلافه و عصبی شده بود در جمع دوستان به شوخی گفته بود: آیا تا حالا شده که دلت بخواد در اتاق عمل و بهنگام جراحی کسی برایتان خبر بیاورد که جراحی را بسپار به یکی از همکارانت - بابات فوت کرده بیا ؟!

اختلالات روانپزشکی با علایم جسمانی در طب و طبابت با تناقضهای فراوانی همراه است از جمله اینکه نه روانپزشکان از این گونه بیماران استقبال می کنند و نه سایر متخصصین زیرا اینها بیماران "بد پروگنوزی" هستند اما همین بیماران هستند که مطب پزشکان را "پر رونق" می کنند و از مطبی به مطب دیگر سرگردانند. از جمله تناقض ها ی دیگر این که در حالیکه روانپزشکان خود بطور روز افزونی به درمان‌های صرف سوماتیک علاقه نشان می دهند از سوماتیزاسیون علایم بیماران خود "کلافه" می شوند. وقتی ما علاقه ی چندانی به جنبه های سایکو سوشیال مشکلات بیماران نشان نمی‌دهیم آنها را مجبور می کنیم تا با زبان "سوماتیک" از مشکلات سایکو سوشیال خود حرف بزنند.

بیماران با علایم سوماتیک سایکوژنیک از برچسب روانی بودن بیزارند و یا به دلیل ملاحظات فرهنگی ناچارند با علایم سوماتیک به طبیبان مراجعه کنند و اگر چه ناخودآگاهانه اما چه بسا بسیار هنرمندانه مشکل سایکو سوشیال خود را بیان جسمانی می دهند و به عبارت دیگر آنها را به مشکلات جسمانی تبدیل می کنند.

البته از جمله "خدمتی" که این بیماران به پزشکان می کنند اینست که نه تنها خود از مطبی به مطب دیگر دکتر گردی می کنند بلکه به پزشکان نیز فرصت می دهند تا این بیماران را به راحتی از سر خود باز کنند. روانپزشک به راحتی با توسل به اینکه مشکل بیمار فیزیکی است او را به سایر متخصصین ارجاع می دهد و متخصصین دیگر با این دلیل که در معاینه و بررسی های پاراکلینیک چیزی نیافتند و به اصطلاح بیمار چیزیش نیست و "مشکل بیمار عصبی است" او را به روانپزشک ارجاع می دهند. این بیماران بد پروگنوز هستند و نتیجه چندانی از طب و طبابت نمی گیرند اما از خیر سر آنها مطب همه پزشکان شلوغ می شود. بقول معروف" اگر این چاه برای صاحبش آب ندارد برای چاه کن نان دارد". بقولی با کمی مسامحه می توان گفت که "اختلالات سوماتوفرم نقطه کور طبابت است".

اقدام اساسی در درمان این بیماران کار تیمی است. پزشکان مراقبت اولیه باید با بینش بیو سایکوسوشیال همه بیماران را ویزیت کنند و روانپزشکان نیز باید به عنوان مشاور بسیار نزدیک به تیم مراقبت های اولیه به این پزشکان یاری برسانند تا بیمار بخاطر ترس از روانی بودن از خدمات روانپزشکی محروم نشود. هر چه زود تر مداخلات سایکو سوشیال با خدمات مدیکال صرف همراه شود از بروز اختلالات سوماتوفرم که طبیعت بسیار مزمن دارند پیشگیری می شود. امروزه همه بیماریها چه در حیطه سنتی روانپزشکی و چه در حیطه سایر تخصص ها جنبه بیو سایکو سوشیال دارد و همه بیماران به نوعی به خدماتی در قالب تیم های پزشکی جامع نیاز دارند. به همین دلیل برای تشخیص اختلالات سوماتوفرم عبارت "فقدان توجیه اورگانیک" حذف شده است.

در تغییراتی که در DSM-5 در مورد اختلالات جسمی شدن رخ داده نکات زیر قابل توجه است:

"حذف مفهوم "فقدان توجیه اورگانیک" در تشخیص گذاری اختلالات جسمی شدن به معنای فقدان مرز سوماتیک یا سایکوژن بودن بیماریها و تاکید بر جنبه های بیو سایکو سوشیال در اتیولوژی همه بیماریها.

تاکید بر دیسترس برای بیمار و اختلال در عملکرد یا اشتغال ذهنی بیش از حد یا واکنش رفتاری -احساسی -شناختی نا متناسب با بیماری در تشخیص گذاری.

ضرورت تداوم شش ماهه علایم برای تشخیص گذاری.

حذف تشخیص های قبلی جسمی شدن از جمله هیپوکندریازیس- اختلال درد سایکوژنیک -اختلال جسمی شدن -اختلال تبدیلی -اختلال جسمی شدن نا مشخص و... و بجای آن تشخیص اختلالات با علایم جسمی و وابستگان آن (SOMATIC SYMPTOMS AND RELATED DISORDERS) که اختلالات سایکو سوماتیک قبلی را نیز شامل می شود.

مقابله با مرزبندی بین جسم و روان و بر خورد کل نگرانه با اتیولوژی بیماریها.

توجه به برنامه ریزی همه جانبه بیو سایکو سوشیال برای درمان همه بیماریها با اجزای گوناگون جسمی -رفتاری -احساسی -فکری و اجتماعی آن. "

برای درک بهتر مفهوم اختلالات جسمی شدن از تجربیاتی که از آن آگاهی هایی داریم کمک می گیریم. یک تجربه بسیار آشنا در همگان ظهور علایم جسمی است با تنش های روانی مثل درد سینه بهنگام جر و بحث زناشویی -کور شدن اشتها بهنگام تعامل

نا خوشایند – بروز سر درد بهنگام خود خوری و خود داری و رعایت بعضی ملاحظات در تنش های روزمره بین فردی.

از رفتارهای آگاهانه جسمی سازی روانزا می توان تمارض –دروغ مصلحت آمیز و کسب معذوریت با توسل به مشکلات جسمانی را نام برد. گاه آرزوها و حسرت هایی داریم که اگرچه بیانی شاعرانه است اما فاصله اندکی با اختلال تبدیلی دارد مثل اینکه کاش دستم می شکست و امضا نمی کردم و یا کاش کور می شدم و نمی دیدم و یاکاش زبانم لال می شد و بله را نمی گفتم. رفتار هایی از این قبیل فقط آگاهانه ترند و علایم جسمانی سایکوژنیک نا خود آگاهانه تر.

حملات گذرای اختلال تبدیلی بسیار شایع است و خوشبختانه بدون مداخله درمانی بر طرف می شوند اما اختلال تبدیلی که مزمن شود همان پروگنوز بسیار بد و فرساینده سایر اختلالات جسمی شدن را دارد.

حال بعد از این مقدمه نسبتاً طولانی به معرفی بیمار مورد بحث می پردازیم.

خانم د-ذ ۳۱ ساله –با یک فرزند دختر ۷ ساله –از شهر کرد–مدرس دانشگاه– فوق لیسانس میکروب شناسی که از جانب یکی از همکاران محترم نورولوژیست معرفی شده است. بیمار بعد از شروع بیماری فعلاً خانه داری می کند. او از "غش کردن و بی هوشی های هیستریک و حملات کاذب تشنجی "از سه سال پیش رنج می برد . بررسی های نورولوژیک وپاراکلینیک نرمال بود. با یافته های غیر اختصاصی در الکتروانسفالوگرافی با تشخیص نوعی صرع تحت درمان با کاربامازپین و داروهای دیگر بود که ابتدا بهتر شد ولی فعلاً علی رغم مصرف کاربامازپین هکزال " تشنج های" مکرر ادامه دارد.حملات بصورت پرش های شدید عضلانی و باز شدن دستها وبازو ها و"بی هوشی "است. در تنهایی طبیعی است و حملات بصورت بی حالی شدید و خواب رفتن است که دو تا سه ساعت طول می کشد ولی پرش های شدید را ندارد. بهنگام حملات تپش قلب –درد شصت پا –سر گیجه و رنگ پریدگی لبها همراه با پرش های شدید و اختلال هوشیاری دارد. در اثنای مصاحبه نیز با تلقین تابلوی " غش و بی هوشی " بیمار تکرار می شد.همسرش پسر خاله اوست که بعد از کشف رابطه مخفی او با یک زن دیگر بیماری خانمش شروع شده است.همسرش رفیق بازی زیاد و مصرف تفننی تریاک نیز داشته است که بعد از بیماری خانم قطع شده است.بیمار از علایمی از افسردگی واضح خلق همراه با گریه –یاس و نا امیدی –اختلال در خواب و اشتها و احساساتی شدن شدید بخاطر مشکل اطرافیان رنج می برد.

برای بیمار زاناکس و سیتالوپرام تجویز شد و کاربامازپین تی پر شد. بعد از دو ماه علایم هیستریک بیمار تقریباً قطع شد و بقول خود او "از آسمان به زمین آمد ". خیلی بهتر شده است. هم او و هم شوهرش از روند درمان بسیار راضی بودند.

تعارض اساسی او علاقه شدید به زندگی مشترک و در عین حال عصبانیت از دست همسرش است. او در ارتباط پیامکی همسرش با یک زن دیگر هیچ تردیدی ندارد و به هیچ وجه توان بخشش همسرش را ندارد. انکار همسر و سفسطه او خانم را راضی نمی کند و صداقت همسرش را به شدت زیر سؤال برده است.

چنانچه مشاهده می فرمایید صرف نظر از تغییرات حسی و حرکتی که خاص اختلال تبدیلی است بیمار از علایم جسمانی دیگری نیز رنج می برد که نشانگر فقدان مرزی روشن در اختلالات مختلف سوماتوفرم و یکی از دلایل تجدید نظر در طبقه بندی جدید این نوع اختلالات در یک دسته کلی تر و یک کاسه است.

در توجیه سایکوپاتولوژی علایم نخستین دلیل تغییرات بیولوژیک در بیمار است. علایمی مثل اختلال در هوشیاری –پرش های عضلانی –سرگیجه –حرکات شدید غیر طبیعی –درد شصت پا – " تشنج های مکرر " و...بویژه همراه با تغییراتی در الکتروانسفالوگرافی بیمار تداعی کننده یک اختلال نورولوژیک است .ممکن است در آینده شاهد کشف یک بیماری نورولوژیک باشیم که همه علایم بیمار را توجیه کند و یک آنتیته تشخیصی خاص باشد. در حال حاضر نیز ممکن است در کنار اختلال رفتاری از نوع روانپزشکی با توجه به الکتروانسفالوگرافی غیر طبیعی و درمان ضد اپیلپسی توسط همکار نورولوژیست بیمار واقعاً از نوعی اپی لپسی هم رنج ببرد. حضور همزمان اپیلپسی و صرع هیستریک نه تنها مغایر هم نیست بلکه بیماری که سابقه صرع دارد حملات هیستریک شبه اپیلپسی در او بیشتر از معمول دیده می شود. درواقع با تئوری رفتار گرایانه حملات اپیلپسی او مدلی می شود تا حملات هیستریک پیدا کند. مجموع این دلایل سبب شده است تا داروهای آنتی اپی لپسی بیمار ناگهان قطع نشود. گذشته از آن در بیماری که حملات مکرر و مزمن حملات شبه صرع دارد و نیز از علایم بارز افسردگی مقاوم رنج می برد داروهای آنتی کانوالسانت می تواند در درمان بکار آید.

از دیدگاه رفتار گرایانه در شرایط محیطی بیمار اتفاقی دردناک رخ داده است که موجب ناراحتی او شده است.باز تاب آن در بیمار با شناختی که از حملات اپیلپسی دارد و با استفاده از این مدل حملات شبه صرعی است. توجه خانواده و بویژه همسر او سبب تقویت علایم او می شود. بیماری او سبب شده است تا ارتباطات خارج از خانواده شوهرش از جمله جلسات دور همی گهگاهی او با جمع رفقا و مصرف تریاک و بویژه رابطه پیامکی او با فرد مورد نظر کنترل شود. وقتی رفتار شوهر با بیماری خانم کنترل می شود بیماری او تقویت می شود و تداوم می یابد.

تئوری های مختلف در توجیه علایم این بیمار توضیحات متنوعی می دهند که اتفاقاً نه تنها مغایرتی با هم ندارند بلکه مکمل هم هستند و ما نیز در کار درمان غالباً از همه این تئوری ها استفاده می کنیم چیزی که این روز ها Integrative psychotherapy گفته می شود.

از جمله تئوری هایی که از قضا جامع تر –عمیقتر و جذاب تر و بالطبع باریسک خطای بیشتری علایم این بیمار را توضیح می دهد سایکوآنالیز است. حال با این دیدگاه سعی می کنم علایم بیمار را توضیح دهم.

بیمار خانمی است که به دلایل سرشتی و ساختار نورولوژیک و تجربیات تاثیر گذار خاص در گذشته زندگی و شرایط فرهنگی و اجتماعی که در ان رشد یافته و زندگی می کند قادر به بیان صریح احساسات عمیق خود نیست. حال اگر این احساسات و عواطف با انگیزه های جنسی همراه شود محدودیت هایی که شرایط محیط زندگی او و نیز ساختار روانی او ایجاب می کند دو چندان می شود. ساختار روانی او چنان برنامه ریزی شده است که شوهر را باید بهر قیمت یا حد اقل تا آنجا که امکان دارد حفظ کند. شوهر نه فقط آقا بالاسر بلکه تاج سر اوست. حال این تاج سر به شکلهای مختلف شیطنت کرده است.رفیق بازی داشته است –گهگاه تریاک مصرف کرده است و... که خانم او کم و بیش توانسته است واکنش نشان دهد و چیز زیادی را در خود فرو نداده است که تنش فوق العاده ای را موجب شود اگرچه تا حدی فشار روانی بی پاسخی را موجب شده است که بخشی از انرژی روانی خانم را گرفته و او را نسبت به استرس های بعدی حساس ساخته است. حال اتفاقی که نباید می افتاد رخ داده است. خانم همه گونه فشاری را تحمل کرده است تا تاج سر خود را حفظ کند اما شوهر با خیانتی که به اوکرده است او را دچار تناقض شدید کرده است. آیا بیمار می تواند چنین جفایی را بی پاسخ بگذارد. مطمئناً خیر.

حال چگونه پاسخی ممکن است تا بیمار بتواند مجدداً تعادل درونی خود را بدست آورد و به نوعی با شوهرش بی حساب شود و زندگی خود را حفظ کند ؟

اگر پاسخ خانم به استرس مناسب و در خور باشد و به اصطلاح بی حساب شوند همه چیز به حالت اول بر می گردد و تعادل درونی مجدداً حفظ می شود.اما پاسخ در خور در قبال خیانت همسر این خانم چه می توانست باشد ؟ خانم ممکن بود از خانه اش قهر کند و به خانه پدرش برود که نه تنها پاسخی هم سنگ نیست بلکه

رسوایی مشکلی که بین آها پیش آمده را چگونه می بایست "به سر و همسر و فک و فامیل "توضیح بدهد ؟او می توانست در خانه بماند و با شوهرش کج خلقی کند و احیاناً وظایف خانه داری را انجام ندهد ولی آنها بچه دارند و وقتی شوهر که پدر خانواده است چندان در قید و بند خانواده نیست مادر مسئولیت بیشتری نیز پیدا می کند—بچه ها چه گناهی کردند ؟ گذشته از این حرفها اقداماتی این چنینی چنان هولناک نیست که فکر و انگیزه آنها زنی را از هوش ببرد. پس باید فکری و انگیزه ای به سر این زن زده باشد که نه تنها به هیچ وجه قادر به بیان آن نیست بلکه هوش از سرش می برد. او را از دنیای واقعی منفک می کند و به شدید ترین وجه ممکن دچار تشنج می سازد و شدیداً تنش را به لرزه می اندازد و چه بسا انگیزه ای عمیقاً نا خود آگاه است و هر آنچه اتفاق می افتد دور از هوشیاری بیمار رخ می دهد. حال باید دید این انگیزه که شدیداً با ساختار روانی آگاهانه زن تعارض دارد و " اگر بگوید زبان سوزد و اگر نگوید تا مغز استخوان سوزد "چیست؟.

طبیعی ترین —غریزی ترین —فوری ترین —فطری ترین و در عین حال نا بخردانه ترین —مخرب ترین و مهلک ترین فکر و انگیزه ای که در قبال خیانت همسر از نهاد این زن بر می خیزد اینست که انتقام بگیرد و بعبارتی تلافی کند و چنین انگیزه شیطانی برای زنی که عمری با عزت و در محیطی سنتی زندگی و آبرو داری کرده است نه فقط هولناک بلکه کشنده است که در تابلوی بالینی بیمار هم شاهد صحنه هایی از "غش و بی هوشی "و مردن سمبولیک هستیم. بیمار آنچه که نمی تواند به زبان آورد را با زبان جسمانی بیان می کند همانگونه که یک هنرمند نقاش یا مجسمه ساز یک مفهوم و یا اندیشه را به طرزی هنرمندانه تجسم می بخشد.

ایگوی بیمار که به عبارتی همه توانایی های ذهنی بیمار است در مقابل چنین انگیزه های مهلکی به فریاد بیمار می رسد و اجازه می دهد تا آنچه از نهاد فرد برخاسته به نحوی تحریف شده —نمادین و تغییر شکل یافته و در فازی از هوشیاری همراه با تجزیه از واقعیت بترتیبی که کسی قادر به تشخیص آن نباشد ارضا شود و در عین حال او را کنترل می کند تا به نوعی عمل نکند که اجرای یک خواسته شیطانی همه زندگی او را نابود سازد. این ارضای خیال پردازانه و رویاگونه انجام شده در زر ورق گمراه کننده مکانیسم های دفاعی عدیده روانی را در تابلوی بالینی بیمار می توان دید که در حالتی افتاده است که نشان از تسلیم محض دارد و پرش های شدید بازوان او حرکت سمبولیک کسی است که آغوش خود را گشوده است.

ایگوی بیمار در صدد راضی کردن خواسته های نهادین بیمار و در عین حال تلاش برای نجات او برای ادامه زندگی در میان دیگران است. در عین حال وجدان بیمار نیز بی کار ننشسته است. او بیمار را بخاطر شکستن چنین حرمتی —بی وفایی به همسر حتی به عنوان رفتاری تلافی جویانه —نمی بخشد. ایگوی بیمار که باید همه را راضی کند و در عین حال مصلحت اندیش و آینده نگر باشد وجدان بیمار را نیز راضی می کند که ببیند بخاطر این حرمت شکنی بیمار به چه عذاب الیمی دچار شده است —"بیمار به خاطر این فکر مرده است "که در تابلوی "بی هوشی "بیما ر پیداست و چه جزایی بالاتر از این.

آنچه در یک علامت هیستریک (تبدیل ابعاد گوناگون کشمکشهای روانی اجتماعی به یک معضل جسمانی) می بینیم از نظر فشردگی معانی آن بی شباهت به یک پرده نقالی نیست که چندین داستان بسیار مفصل را در یک پرده یک صفحه ای نشان می دهد.

مکانیسم های متعدد دفاعی و انگیزه های گوناگون روانی در یک تابلوی بسیار فشرده در یک یا چند علامت بیماری خود را نشان می دهند که -Condensa tionگفته می شود و این علامت مختصر که حاوی نکته های بسیاری از انواع انگیزه های روانی است بیان سازشی از اجزای مختلف روان است که -Com promise formation خوانده می شود.

همه مکانیسم های گفته شده در مورد ذکر شده در خدمت احیای تعادل روانی از دست رفته به دنبال یک حادثه است -برای تسکین تنش و اضطراب ناشی از یک تعارض -که این عملکرد را هدف اولیه(PRIMARY GAIN)

علایم روانی می خوانیم. علایم روانی هدف ثانویه نیز دارد که در این بیمار توضیح داده می شود.

بیمار با تابلویی مثل "غش کردن و مردن "همسرش را مجبور به احساس گناه می کند —او را وا می دارد تا کار های خانه را انجام دهد و بجای زن که خود را از تکالیف خانه راحت کرده است خانه داری کند. شوهر حالا مجبور می شود وقت خود را صرف خانه و زن و بچه خود بکند و دست از رفیق بازی و تفریح های مجردی بردارد. او بیمار شده است و شوهر باید همه هم و غم خود را صرف او بکند و از این دکتر به آن دکتر ببرد. با این ترتیب او خوب نخواهد شد چون اگر خوب شود بازی های نا مطلوب شوهرش از سر گرفته خواهد شد. او نه تنها همسر خود را کنترل می کند بلکه همه خانواده نیز حالا مطابق میل او رفتار می کنند بهر حال "او مریض شده و باید مراعات حالش را کرد ". او نه تنها از کار خانه داری بلکه موقتاآز تکالیف شغلی خود نیز معاف است و در مرخصی استعلاجی طولانی مدتی بسر می برد.

در این میان مکانیسم هایی مثل پرخاشگری منفعلانه نیز عمل می کند که از یکسو در خدمت هدف اولیه بیمار است که آزار دادن شوهر و بی حساب شدن با اوست برای رسیدن بیمار به تعادل درونی و از سویی در خدمت هدف ثانویه با جلب توجه و حمایت بیشتر شوهر به وسیله نقشی که به عنوان بیمار به خانم داده می شود. البته بتدریج ازمان بیماری عوارض نا خواسته ای بهمراه می آورد که ممکن است دلیل بهبودی او شود. مرخصی طولانی مدت ممکن است شغل او را به خطر بیندازد. مزمن شدن بیماری ممکن است بتدریج بقیه را خسته کند. "بالاخره هر چیزی حدی دارد. ".

در این بازی های پیچیده روانیست که درمانگر هم باید سهم خود را داشته باشد. طبیعتاً هر چه عمیق تر از آنچه در کشمکش روانی بیمار و همراهان او جریان دارد بدانیم بیشتر می توانیم به آنها یاری برسانیم.

در این گزارش بالینی سعی شده است تا حتی الامکان از بکار گیری اصطلاحات علمی و فنی که همکاران محترم با آنها آشنایی دارند اجتناب شود و بجای آن سعی شده است سایکو دینامی علایم به نحوی درک و بیان شود که بهتر بتوان در خدمت بیمار قرار داد —در خدمت درک همدلانه و عمیق تر بیمار به امید انعکاس مفید آن برای بهبودی او.

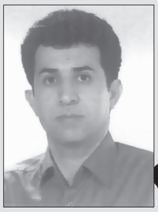
در کنار اقدامات رواندرمانگرانه از دارو نیز استفاده شده است. علاوه بر کاربامازپین که به آن اشاره شد به دلیل علایم آشکار افسردگی از سیتالوپرام نیز استفاده شد.

هر بار سعی شده است تا در کنار رواندرمانی حمایتگرانه که شیوه عمده مداخله درمانگرانه در بیمار بوده است تا آنجا که در حد تحمل بیمار و برای او مفید باشد از تفسیر علایم برای روشنگری و انتخاب مکانیسم های سازنده تر برای مقابله با استرسی که حادث شده است استفاده شود.

بیمار بهتر شده است و بقول خودش "از آسمان به زمین آمده است "اما من نگران عود علایم او در مواجهه با استرس های بعدی او هستم.

در بیماران هیستریک بهبودی نیز دراماتیک است که در ابتدا بیش از حد انتظار درمانگر است که بیش از هر چیز به دلیل تلقین پذیری بیمار و تلاش او برای راضی کردن درمانگر و جلب حمایت اوست و از آنجا که "باد آورده را باد می برد "اعتبار چندانی برای پاسخ های درمانی خیره کننده ابتدایی بیمار نمی توان قائل بود و به همین دلیل من به جد نگران عود علایم او هستم .

رسیدگی به متقاضیان تغییر جنسیت



دکتر فریدون یداله مقدم – روانپزشک قانونی

مطلبی در مورد اختلال هویت جنسی تهیه کرده بودم. قبل از ارسال جهت چاپ در مجله با موردی مرتبط با موضوع روبرو شدم که لازم دیدم شرح آن را قبل از مطلب اصلی به عنوان مقدمه بیاورم.

مورد موردنظر ۱۸ سال سن داشت و مذکر بودبا ظاهری پسرانه، وبرخی حالات و اطوارهای دخترانه. به طور خلاصه و خیلی منسجم و با بیانی واضح شروع به صحبت کرد. به نظر می رسید از قبل، مسائل خودش را برای ارائه فرموله کرده باشد:

«در کودکی یادم می آید که همیشه لباس دخترانه می پوشیدم. موی بلند می گذاشتم. حتی از خواهرم بیشتر عروسک بازی می کردم. اون موقع هیچ شناختی از خودم نداشتم. در کلاس دوم راهنمایی کم کم آثار بلوغ ظاهر شد و متوجه جسم خودم شدم و جو مدرسه آزارم می داد. احساس می کردم با ظاهر جنسی خودم بیگانه هستم ولی شرایط راغیر قابل تغییر احساس می کردم. مرتباً توسط پسرها اذیت می شدم. تا اینکه به واسطه فردی با کسی آشنا شدم که تجارب زیادی در این زمینه داشت و از اتفاق خودش تغییر جنسیت داده بود و روانشناس هم بود. تازه وارد دبیرستان شده بودم. شروع به تحقیق درباره مسئله جنسیت کردم تا اینکه خودم را شناختم و اینکه چه می خواهم. زیر نظر همان روانشناس دو سالی است که تحت درمانهای فردی و گروهی قرار دارم و مرتب مشاوره می شوم. گروه درمانی کمک زیادی به من کرد. این گروه متشکل از پسران و دخترانی است که مشکل هویت جنسی دارند. با هم اردو می رویم با دنیای همدیگر آشنا می شویم. حتی به صورت دسته جمعی به امامزاده یکی از شهرستانها می رویم و یک نوع پالایش مذهبی انجام می دهیم.»

شرح حال مادر: «قرص پروژسترون می خوردم که فهمیدم حامله شدم. ناخواسته باردار شدم. بیمار ما از کودکی بازیهای دخترانه داشت و تقریباً شبیه دخترها رفتار می کرد. آخر دبستان بود که این حالات تمام شد.

تا دو سال قبل که با یک روانشناس آشنا و از این رو به اون رو شد. در این مرکز همگی با هم اردوی خصوصی می روند، حد و مرزی بین هم قائل نیستند. مثل بت اون روانشناس را می پرستند و همین باعث شده اصرار به تغییر جنسیت پیدا بکند. هیچ روانشناس دیگه و یا روانپزشک دیگری را قبول ندارد. پدرش مخالف است و من هم نمی دونم چکار کنم.:

در DSM5 دیگر خبری از اختلال برای هویت جنسی نیست و اختلال هویت جنسی در چاپ جدید جدید به ملال جنسیتی تغییر نام داده است و تعریف آن این چنین است:

«ناهمخوانی بین جنسیت مورد تجربه و یا مورد نمایش با جنسیتی که در زمان تولد برای فرد تعیین شده است»

هویت جنسیتی: احساس عمیق و خصوصی فرد در مورد جنسیت خویش است و معمولاً مطابق با چیزی است که هنگام تولد به فرد اختصاص داده می شود.

در نگاه اول به نظر می رسد جنسیت دوقطبی است و فقط مؤنث و مذکر داریم. در صورتی که در جوامع مختلف و از جمله در ایران می بینیم که این طور نیست. افرادی وجود دارند که گویی قطبیت جنسیتی را به طیف تبدیل کرده اند. به طور کلی در مورد این افراد از دگرباشان جنسیتی یا جنسی یاد می شود. نظیر:

1-Transgender 2Lezbian 3Gay 4- Bisexual

اینکه این پدیده (سر برآوردن دگرباشان جنسی) بیمارگونه است و یا طبیعی و نتیجه قابل انتظار تحولات اجتماعی و آزادی های فردی جوامع است جای تامل و تحقیق و بررسی دارد ولی موضوع مهم تر حضور واقعی آنها و چالشهایی است که این گروهها در جامعه ما از نظر اجتماعی، فقهی، قانونی و روانپزشکی ایجاد کرده اند.

موضوع این مقاله مسائل و چالشهایی است که مراجعین با مشکل هویت جنسیتی پیش پای جامعه روانپزشکی و روانپزشک قانونی قرار می دهند.

دغدغه اصلی بنده به عنوان روانپزشک قانونی، فقدان پروسه با کیفیتی است که باید مراجعین با ملال جنسیتی بگذرانند– پروسه ای که از تشخیص اولیه در پزشکی قانونی شروع می شود. به طور مطلوب بایستی این افراد با هماهنگی با اساتید گروه سایکوسکشوال دانشگاه وارد چرخه ای شوند که پس از اقدامات جامع تشخیصی و درمانی، افراد واجد شرایط تغییر جنسیت، به درستی انتخاب و به پزشکی قانونی معرفی شوند. در حال حاضر پیوند و ارتباط بین بخشی قوی وجود ندارد و طبیعی است در این خلا موجود مراکز و افراد فاقد صلاحیت علمی مدعی شده و این افراد را به سمت خود سوق داده و نه تنها کمک به آنها نمی کنند بلکه با سوگیری که دارند چه بسا افراد هموسکشوال را برای فرستادن و طی مراحل قانونی تغییر جنسیت آماده کنند و چه بسا اطلاعات کاملی در اختیار آنها بگذارند تا روانپزشکان را مجاب کنند تا به هدف خود برسند.

آمار دقیقی از شیوع آن در ایران وجود ندارد ولی از گذشته افرادی به عنوان خنثی و یا دو جنسی وجود داشته اند که با مراجعه به امامان جمعه و ائمه جماعات به تعیین جنسیت خود می پرداخته اند که در کتب فقهی این مسئله مطرح شده است که البته این موضوع با مسئله تغییر جنسیت متفاوت است.

امام خمینی در کتاب تحریر الوسیله مسئله تغییر جنسیت را مطرح کرده و آن را حرام ندانسته است. اولین عمل در سال ۱۳۶۵ و صدور مجوز قانونی جهت تغییر جنسیت از پزشکی قانونی از سال ۱۳۸۰ آغاز شد. البته اینکه منظور امام هرمافرودیت ها بوده و یا ترانس سکسوالها مورد بحث و اختلاف است.

در کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی سبک زندگی همجنس گرایی جرم محسوب نمی گردد و افرادی که دچار اختلال هویت جنسی هستند مشابه افراد همجنس گرا هر طور بخواهند لباس می پوشند و زندگی می کنند و فشارهای

اجتماعی زیادی برای تغییر جنسیت به آنها وجود ندارد. به طوری که نیمی از بیماران با درمان هورمونی و استفاده از پوشش و نقش جنسی دلخواه به رضایتمندی نسبی می رسند و از عمل جراحی چشم پوشی می کنند، ولی در کشورهای اسلامی مثل ایران که همجنس گرایی جرم محسوب می گردد و از نظر فرهنگی هم پذیرفته نیست فشار روانی اجتماعی زیادی بر روی این بیماران وجود دارد که آنها را به سمت عمل جراحی تغییر جنسیت می کشاند.

وقتی می بینیم ایران بعد از تایلند بیشترین عمل تغییر جنسیت را انجام می دهد و سالانه بیش از تمام کشورهای اروپائی مجوز می گیرند چندین سئوال به ذهن متبادر می شود. آیا به صورت واقعی شیوع در این کشور خیلی بالاست؟ و تمام افرادی که عمل جراحی می کنند واقعاً اندیکاسیون داشته اند؟ آیا به غلط و بیش از حد تشخیص گذاری می شود؟ و یا همجنسگراها از مخفیگاههای خود بیرون آمده و از مفر قانونی که برای مبتلایان به ترانس سکسوالها ایجاد شده سوءاستفاده می کنند؟ تا با توجه به ممنوعیت های اخلاقی و اجتماعی موجود با گرفتن مجوز راهی برای زندگی راحتتر پیدا کنند. یا به خاطر اینکه افراد ترانس آزاد نیستند با نقش جنسی مطلوب خود در جامعه ظاهر شوند و نقشی ایفا کنند آمار بالا نشان می دهد؟ و یا عیب از آنجاست که مجوز تغییر جنسیت طیف وسیعتری از مراجعین با ملال جنسی را در بر گرفته و در این امر تساهل به خرج داده می شود؟

تمام سئوالات فوق قابل تامل و تفکر است. شاید مجموعه ای از عوامل فوق مؤثر باشند. اهمیت سئوالات فوق آنجا مشخص می شود و اهمیت پیدا می کند که قرار است تصمیم غیر قابل برگشت برای بیمار گرفته شود: عمل جراحی تغییر جنسیت دو هدف عمده ای که فرد واجد شرایط تغییر جنسیت به دنبال آن می گردد شامل:

۱-عمل جراحی و احساس هماهنگی و یکی شدن هویت جنسی با نقش جنسی مطلوب

۲-بهره گیری از حمایتهای اجتماعی و قانونی (تغییر شناسنامه، کار، تحصیل و...)

بعد از اینکه بیماری در پزشکی قانونی و از طریق مصاحبه و تستهای لازم تشخیص داده شد و یا تشخیص قبلی مورد تایید قرار گرفت، بایستی در مرحله بعد به یکی از مراجع معتبر علمی از نظر پزشکی قانونی (کلینیک تخصصی سایکوسکشوال وابسته به دانشگاه علوم پزشکی) معرفی گردد. هدف از ارجاع به این مراکز گذراندن مراحل و اقدامات زیر می باشد:

۱-انجام تستهای روانشناختی تکمیلی

۲-رد سایر علل (جسمی و روانشناختی)

۳-درمان اختلالات روانپزشکی همراه

۴-انجام مشاوره گروهی و انفرادی جهت آماده سازی بیماران برای زندگی در نقش جنسی مطلوب

۵-خانواده درمانی

۶-زندگی در نقش جنسی مطلوب حداقل به مدت یکسال

لازم به ذکر است برخی افراد حتی با تشخیص قطعی اختلال هویت جنسی و در عین واجد شرایط بودن برای تغییر جنسیت، آمادگی لازم برای عمل جراحی ندارند. بین واجد شرایط بودن و آمادگی داشتن برای عمل تفاوت وجود دارد. قبل از انجام عمل شرایط زیر الزامی است نظیر: ۱- حداقل سن قانونی، ۲- هورمون درمانی موفق، ۳-زندگی در نقش جنسی جدید به مدت یکسال و بدون بازگشت، ۴-بررسی هزینه های درمانی

ولی علاوه بر داشتن شرایط فوق باید فرد آمادگی مقابله با مشکلات و عملکرد مناسب را در نقش دلخواه داشته باشد.

بنابراین نظارت دقیق روانپزشک و یا روانشناس مجرب در زندگی در نقش مقابل ضروری به نظر میرسد.

به نظر می‌رسد مهمترین قسمت کار، فرآیندی است که بعد از تشخیص شروع می‌شود و تا صدور مجوز قانونی تغییر جنسیت ادامه پیدا می کند.

تقریبا در تمام پرونده هایی که از این بیماران بررسی کرده ام و در کمیسیون روانپزشکی به وضوح دیده ام طی نکردن درست و علمی این فرآیند به چشم می خورد.

در واقع فاصله بین مراجعه یک فرد با مشکل هویت جنسی تا عمل جراحی ورطه ای است که نیاز به چالش دارد و مهمترین عرصه‌ای است که باید تیم درمانی مجرب به آن وارد شده و شروع به کار کند. اقداماتی نظیر مشاوره خانواده، روان درمانی انفرادی و گروهی، خانواده درمانی، درمان اختلالات روانپزشکی همراه و اختلال شخصیت و مهم تر از همه نظارت بر زندگی در نقش مقابل فقط محدود به پوشش و ظاهر نیست و باید در خصوص شغل، تعامل با دیگران و نحوه سازگاری با شرایط جدید را نیز شامل شود.

معمولاً زندگی در نقش جنسی مقابل یا به درستی مورد توجه قرار نمی گیرد و یا از کیفیت مناسبی برخوردار نیست و همه جنبه های زندگی فردی را در بر نمی گیرد. زندگی در نقش جنسی مقابل علاوه بر اینکه بیمار را برای مراحل بعدی درمان آماده می کند امکان ارزیابی توانایی وی را در سازگاری با شرایط نقش جنسی جدید فراهم می کند و عدم توجه به این مسئله میزان رضایتمندی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد.

پس از طی فرآیند فوق الذکر توسط تیم درمانی در کلینیک سایکوسکشوال نتیجه کار و اقدامات انجام شده طی یک گزارش روانپزشکی به پزشکی قانونی اعلام می شود.

گزارش روانپزشکی موارد زیر را باید شامل شود:

۱-اطلاعات هویتی

۲- خلاصه ای از شرح حال و سوابق شخصی و درمانی مراجع

۳-نتایج آزمونهای انجام شده (هورمونی، کروموزومی، آزمایشهای روانشناختی و...)

۴- خلاصه ای از اقدامات درمانی انجام شده (دارودرمانی، روان درمانی فردی و گروهی و...)

۵-اقدامات انجام گرفته جهت اختلالات همراه

۶-نتایج مشاوره با خانواده یا والدین، آموزش خانواده، مداخله در بحران و بررسی نقش حمایتی خانواده در آینده

۷-ارزیابی نتایج حاصل از زندگی در نقش جنسی مخالف (حداقل یکسال)

۸- بررسی طرح ذهنی مراجعه کننده برای زندگی آینده (خانوادگی، تحصیلی، شغلی و...)

در مرحله بعد گزارش روانپزشکی به پزشکی قانونی ارائه می شود تا در کمیسیون روانپزشکی مطرح و تصمیم نهایی برای صدور مجوز تغییر جنسیت از طریق جراحی برای وی به عمل آید.

بدیهی است در صورتی که مراحل فوق به درستی و کارشناسانه و با بصیرت انجام گیرد افرادی که اندیکاسیون واقعی داشته باشند بهتر مشخص شده و طبیعتاً خطرات بعد از عمل، نارضایتی و ریسک خودکشی کاهش خواهد یافت. همچنین هرچند تشخیص افراد همسکشوال و بقیه دگرباشان جنسی مشکل است، ولی میتوان تا میزان بالایی از ورود این افراد به جریان تغییر جنسیت جلوگیری به عمل آورد.

دوره پسا دکترای پزشکی روان تنی

با سپاس از جناب آقای دکتر حمید افشار مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

متنی که در زیر آمده است نشست خبری سلامت نیوز با دکتر فرزاد گلی و دکتر حمید افشار زنجانی مسئولین دورۀ پسادکترای پزشکی روان‌تنی در مرکز تحقیقات روان‌تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. خالی از لطف ندیدیم که برای آشنایی همکاران، این رویداد علمی را در اینجا بازتاب دهیم. امید داریم که این حرکت گامی برای تحقق یک الگوی زیست ـ روان ـ اجتماعی در نظام سلامت ما باشد.

نشست خبری پیرامون برگزاری
نخستین دورۀ پسادکترای روان‌تنی در ایران
مسوولین دوره:

دکتر حمید افشار زنجانی، روان‌پزشک و فلوشیپ پزشکی روان‌تنی، دانشیار گروه روان‌پزشکی علوم پزشکی اصفهان، رییس گروه روان‌پزشکی و رییس مرکز تحقیقات روان‌تنی، پژوهشگر مهمان دانشگاه فرایبورگ آلمان.

دکتر فرزاد گلی، پزشک، فلوشیپ پزشکی روان‌تنی، مدیر موسسه علمی تحقیقاتی دانش تندرستی، هیئت علمی دانشگاه انرژی مدیسین، کالیفرنیا، آمریکا، پژوهشگر مهمان دانشگاه فرایبورگ آلمان و دانشگاه اوهایو امریکا.

خبر:

۱۹ مهرماه نود و سه نخستین دورۀ پسادکترای پزشکی روان‌تنی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با همکاری مؤسسه دانش تندرستی و زیر نظر پزشکی روان‌تنی دانشگاه فرایبورگ آلمان آغاز شد.

این دورۀ دو سالۀ بالینی برای پزشکان عمومی، متخصصین و روان‌شناسان بالینی با هدف گسترش یک دیدگاه سیستم‌اندیش و کل‌نگر در نظام خدمات سلامت ایران طراحی و اجرا شده است.

• ممکن است پیش از هر چیز به اختصار این دوره را معرفی کنید؟

گلی: این دوره نخستین دورۀ میان‌رشته‌ای بالینی در این زمینه در منطقه است و از سال آینده احتمالاً دانشجویانی از کشورهای همسایه در این دوره خواهیم داشت.

پزشکی روان‌تنی در شکل گستردۀ خود نه یک تخصص یا فوق تخصص پزشکی بلکه یک رویکرد زیست ـ روان ـ اجتماعی به تمام دستگاه‌های سلامت و در هر سه سطح پیشگیری، درمان و بازتوانی ـ نوتوانی است.

• آیا این دوره پیشینه‌ای در ایران داشته است؟

افشار: خوشبختانه پیش از این دوره‌های دانشگاهی ارزشمندی در جهت تحقق این آرمان در دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی در قالب فلوشیپ پزشکی روان‌تنی جهت روان‌پزشکان تدوین و اجرا شده اند که به مداخلات زیستی و رفتاری در بیماران مزمن جسمانی می پردازند. رویکرد سیستمی اما به پزشکی به اینجا ختم نمی‌شود چراکه در واقع آرمان آن تغییر الگوی زیستی به الگوی زیست ـ روان ـ اجتماعی است.

گلی: در تکمیل صحبت دکتر افشار تأکید می کنم که در واقع پزشکی روان تنی یک الگوی نوین تفکر، استدلال و تدبیر بالینی است که سعی دارد دانش، فن و هنر پزشکی را بر پایۀ نظریه عمومی سیستم‌ها بازساماندهی کند.

• چه عواملی باعث رشد این نگرش در جهان شده است؟

افشار: مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می دهد که طی چند دهۀ اخیر به علت موفقیت نسبی پزشکی زیست‌شناختی در درمان بیماری‌های حاد و عفونی از سوی دیگر بیماری‌های مزمن جسمی و روانی به شدت افزایش یافته است.

• یعنی به واقع تغییر مسایل ما را وادار به تغییر الگوی سلامت کرده است؟

گلی: وقتی از بیماری مزمن مانند دیابت، فشار خون، بیماری‌های خودایمنی و مانند آنها سخن می گوییم صحبت از کنترل و نه درمان قطعی و البته سال‌های طولانی زیستن با بیماری است پس پاسخ بیمار به ناخوشی‌اش و نحوۀ مدارای او به مراتب مهم‌تر می‌شود. اینجاست که تدبیرهای روان‌تنی Psychoimmune Modulation؛ یعنی تقویت سیستم ایمنی با روش‌های روان‌شناختی، بسیار اهمیت پیدا می کند.

• وقتی از اختلالات روان‌تنی سخن می گوییم مشخصاً راجع به چه گروهی از بیماران حرف می زنیم؟

افشار: طبق آمارهای رسمی در کشورهای توسعه‌یافته بیش از ۵۰ درصد از تمام مراجعات و نزدیک به ۸۰ درصد مراجعات مکرر به همۀ مراکز درمانی مختلف غیر اورژانس، روان‌تنی هستند و به همین دلیل با درمان‌های دارویی صرف و نگرش تک‌ساحتی درمان نمی شوند. این بیماران نه تنها درمان مناسبی دریافت نمی کنند بلکه به دلیل برخورد تک‌رشته‌ای و غیرفعال با آنها متحمل هزینه‌ها و آسیب‌های بسیاری نیز می شود.

• یعنی نگرش تخصصی و فوق تخصصی به تنهایی برای مراقبت از این بیماران کافی نیست؟

گلی: بله همین‌طور است. و نیاز به این است که مسایل انسان نه فقط با یک نگاه جامع به دستگاه‌های حیاتی بلکه با نگاهی ژرف‌تر به زمینۀ روانی اجتماعی‌ای که در آن شکل می گیرند، دیده شوند. تفکر سیستمی به عنوان بنیان پزشکی روان‌تنی زبان مشترکی است که بخش‌های تجزیه شدن انسان در گفتمان پزشکی را می تواند دوباره گرد هم آورده و چهرۀ انسان را در آینۀ پزشکی دوباره بازنمایاند.

• آیا این رویکرد با پزشکی سنتی ما هم ارتباط دارد؟

گلی: البته، در واقع پزشکی روان‌تنی بدنبال پرورش حکیمان عصر نو است. حکیمانی که به کیفیت انسان و نه فقط درمان بیماری آنها می اندیشند.

اگر به متون حکیمان باستان مانند بقراط، جالینوس، رازی و یا ابن‌سینا نگاه بکنیم درمی یابیم آنها نیز نه تنها به بیماری بلکه به زمینۀ شخصیتی، روان‌شناختی، شغلی، خانوادگی و حتی اقلیمی فرد به جد می‌پرداخته‌اند و در تصمیم‌گیری بالینی آنها این عوامل روانی اجتماعی و زیست‌محیطی نقشی تعیین کننده داشته است.

با گسترشی که علوم پزشکی در دهه‌های اخیر یافته است دیگر کلمۀ "حکیم"، اگر به معنایی که رازی یا ابن‌سینا بودند گرفته شود، در یک نفر نمی تواند محقق شود ولی با رویکرد سیستمی می توان کلمۀ "حکیم" را بار دیگر محقق کرد اگر نه در یک نفر مانند عهد باستان بلکه در نظام خدمات سلامت. البته هر یک از متخصصین در این نظام در عین شناخت تدبیرهای زیست ـ روان ـ اجتماعی در حوزۀ تخصص خود می داند چگونه با بخش‌های دیگر نظام سلامت ارتباط بگیرد. و این نگرش گل‌نگر در عین برخورد تخصصی کیفیتی حکیمانه به پزشکان آینده خواهد بخشید.

• آیا برنامه‌های دیگری نیز برای گسترش این نگاه انسان‌گرا به پزشکی در دست دارید؟

افشار: بله، خوشبختانه فعلاً نزدیک به ۵۰ ساعت برنامۀ آموزش پزشکی روان‌تنی را برای پزشکان خانواده نیز تدوین کرده‌ایم که افرادی که در هستۀ شبکۀ سلامت هستند با این نگاه بیماران را تدبیر کرده و بتوانند از متخصصین گوناگون در جهت ارتقای سلامت بیماران بهره بگیرند.

• ممکن است برای متخصصان سلامت که بیشتر در این مورد جویا هستند بگویید که محتوای آموزشی این برنامه‌ها چیست؟

گلی: دانش پژوهان این دوره‌ها در زمینۀ درمان و مشاورۀ سیستمی و رویکردهای درمان شناختی ـ رفتاری، روان‌پویشی، خانواده‌درمانی و نیز روان‌درمانی تن ـ مبنا، بر پایۀ یک نظام درمانی هماهنگ و سیستمی آموزش می بینند.

دکتر آرش ناهید / روانپزشک

عرفان در روان درمانی

در یادداشت قبلی خود در این مجله سعی کردم با کمک گرفتن از پاره ای اشعار به یک دید جامع از زندگی برسم تا بتوانم این نکته را بیان کنم که عرفان نه یک امر لوکس و شیک بلکه ضرورت سلامت روان است.در اینجا می خواهم هویت و شخصیت موقت خود را بیشتر بشناسیم.

هویت موقت(personality)

هویت موقت ما در قالب عملکرد ذهن(mind) سیستم بسیار جالبی دارد به این صورت که چیزهای مختلف را به خود اضافه می کند، مانند آهنربایی که قطعات مختلف فلزی را دور خود جمع کرده و به شکل توده‌ای درمی آید و با این توده خودساخته ی ذهنی همهویت(Identification)می شود، مثلاً کودک سه ساله اسباب بازی خود را برای مدتی جزء خود می کند و در این زمان اگر کسی بخواهد آن اسباب بازی را از او بگیرد با مقاومت او روبرو می‌شود، به همین صورت اگر به شوخی به او بگویی پدرت مال من است شدیداً عصبانی می‌شود. در ادامه‌ی این روند او در سن چهل سالگی اسم، شهرت، پدر، مادر، شهر، کشور، شغل، همسر، فرزند، موقعیت اجتماعی و مالی و هزاران چیز دیگر را به خود افزوده و به کمک همه آنها حس وجود می کند. این کاری است که هر انسانی انجام می دهد و مانند زمانی که ما در رحم هستیم تا مدّتی اشکالی ندارد، ولی اگر بخواهیم بیش از حد در این رحم بمانیم دچار آسیب جدی می‌شویم زیرا: هر کدام از این چیزهایی که آهنربای ما جذب کرده است ممکن است از بین برود یا دچار اشکالی شود و در این زمان است که تار و پود هویت موقت دچار از هم گسیختگی می‌شود. گاهی هویت موقت سعی می کند با اضافه کردن چیز دیگری این احساس نقص را فراموش کند، مانند کودکی که پس از از دست دادن یکی از دوستانش با دیگری طرح دوستی می ریزد و جای خالی او را با دوست جدید پر می کند ولی مشکل این است که او را نیز ممکن است در آینده از دست بدهد. و این نقطه‌ی ضعف همه اجزائی را که آهنربای ما گرد هم آورده تهدید می‌کند. البته بعضی از آنها مانند زمین در ذهن ما چیزهای ماندگاری به نظر می‌رسند و در نتیجه در مقایسه با پول یا اشیاء که قابل سرقتند و یا خراب می‌شوند احساس آرامش بیشتری به ذهن می‌دهند، ولی کم کم انسان متوجه می‌شود آنها نیز ممکن است از چنگش خارج شوند و یا ارزش مالیشان به شدت دچار نوسان شود. به خاطر همین ذهن انسان به فکر چیزی از بین نرفتنی می‌افتد تا آنرا در کیسه حس وجودش قرار دهد تا به وسیله آن بر ترس ناقص شدن هویتش غلبه کند. این جستجو عاقبت انسان را به مفهوم ذهنی خدا و مفهوم ذهنی دین می‌رساند، ولی

این دو مفهوم اشکالشان این است که حقیقتش برای ذهن قابل درک نیست، در واقع آنها لقمه‌ای بزرگ برای دهان ذهن هستند و در کیسه‌ی کوچک حس وجود نمی‌گنجند و عملکرد آنها برای ذهن قابل پیش‌بینی نیست. مثلاً در حالی که انسان به نظر خودهمه ی کارهای لازم جهت خوشحال کردن و راضی نگه داشتن خدای ذهنیش را انجام داده و از او انتظار مهربانی دارد، ناگهان می‌بیند او با کمال بی‌رحمی یکی از نزدیکانش را گرفت و یا ضررمالی قابل توجهی به او وارد کرد، در این زمان است که روابط انسان با این تصویر ذهنی دچار مشکل جدی می‌گردد. در این میان عده‌ای از ترس از دست دادن چیزهای دیگر همچنان به روابط مشکلدار خود با آن تصویرذهنی ادامه می‌دهند و عده‌ای هم قید آنرا می‌زند و منکر اصلش می‌شوند.

"و بی‌گمان شما را به گونه‌ای از ترس و گرسنگی و زیان مالی و جانی و کمبود محصول می‌آزماییم و صابران را مژده ده، همان کسانی که هرگاه مصیبتی بدانان رسدگویند: ما از خداییم و بسوی او باز می‌گردیم" (سوره بقره – آیه ۱۵۷–۱۵۵)

درد آمد بهتر از ملک جهان
تا بخوانی مر خدا را در نهان
خواندن بی‌درد از افسردگیست
خواندن با درد از دلبردگیست
(مولوی)

یکی دیگر از عملکردهای جالب ذهن این است که خود را در مقایسه با دیگران تعریف می‌کند، یعنی ما توده آهنربای خود را با توده آهنربای دیگران مقایسه می‌کنیم و اگر احساس کنیم متعلقات ما نسبت به دیگری کمتر است احساس حقارت می‌کنیم. بنابراین سعی می‌کنیم یا چیز دیگری به توده خود اضافه کنیم یا در ذهن خود چیزی از توده دیگران کم کنیم یعنی تلاش می‌کنیم تا عیب و ایرادی در زندگی آنها پیدا کنیم و به این ترتیب احساس حقارت خود را از بین ببریم. تلاش برای اضافه کردن گاهی باعث می‌شود چیزهایی را به توده خود اضافه کنیم که اصلاً لازم نبوده و فقط دست و پایمان را گرفته است و تلاش برای کم کردن از دیگران موجب انواع رذایل اخلاقی مانند غیبت و تهمت خواهد شد که درنهایت به اعتبار خودما آسیب می‌رساند.

یکی دیگر از مواردی که عملکرد ذهن و هویت ذهنی را به صورت جدی به چالش می‌کشد، مرگ است. ترس از مرگ زیربنای بسیاری از اختلالات روانپزشکی است. هنگامی که افکار بیمار بصورت لایه لایه کنار زده می‌شود ناگهان در زیر همه آنها ترس از مرگ خودنمایی می‌کند. حال دیگر مرگ، هسته مرکزی توده‌ای که آهنربای ذهن برای خود ساخته بود هدف گرفته است. روان سعی می‌کند با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی مانند انتقال توجه به موضوع دیگر و انکار و همچنین تصور موضوع در زمانی دوردست برای خود آرامش بخرد. منتها به ناگاه فوت یکی از نزدیکان که سنی کمتر از ما دارد خواب خوش ذهن را بر هم می‌زند. در این شرایط کاری که از دست هویت موقت برمی‌آید همان هم هویت شدن است و این بار با مفهوم ذهنی جهان پس از مرگ ولی باز این حقیقت نیز مشکل عدم جایگیری در ظرف ذهن را دارد و بعضاً خودش ترسهای جدیدی را دامن می‌زند و به خاطر همین عده‌ای به دلیل مشکلات فوق کلاً قید این حقیقت را می‌زنند.

خیام در نقد چنین نگرشی می‌گوید:

گویند کسان بهشت با حور خوش است
من می‌گویم که آب انگور خوش است
این نقد بگیرد و دست از آن نسیه بدار
کاواز دهل شنیدن از دور خوش است

همانطور که از مطالب ذکر شده بر می‌آید ظاهراً هویت موقت نمی‌تواند سلامت روان مورد نظرما را تأمین کند و ما قصد داریم در این نوشته به راه دیگری آشنا شویم که البته بزرگانی چون مولوی و حافظ به نظرمن به آن دست یافته بودند. مشکل این است که ذهن، عادت کرده برای پیشرفت باید از قانون هر چه بیشتر بهتر استفاده کند و بر این اساس چیزهای مختلف را به خود اضافه کند و بعد توده‌ای که جمع آورده را با دیگران مقایسه کند و به این ترتیب متوجه شود که چه مقدار موفق بوده است. طبق آموزه‌های عرفانی اولاً عدم هم هویت شدن با چیزها به معنای عدم پیشرفت از نظر مالی و علمی و ... نیست بلکه ما در فضای عرفان با آزادی اراده و براساس عشق و علاقه خود و فارق از فشارهای دیگران به پیشرفت در ابعاد مختلف ادامه می‌دهیم، این باعث می‌شود که مقدار زیادی از انرژی ما که قبلاً صرف کارهای بیهوده می‌شد صرف استعدادهای ذاتی ما شود و در نتیجه پیشرفت متوازنی را برای ما فراهم کند. ولی اگرما اسیر ذهن باشیم و با شتاب زندگی انرژی خود را صرف اضافه کردن این چیز و آن چیز به خود کنیم و بعد با مقایسه خود با دیگران حس وجود بگیریم، آن زمانی که می‌خواهیم به سلامتی! این دنیا را ترک کنیم، هر آنچه را جمع کرده‌ایم درحال نابودی می‌بینیم و آنگاه متوجه می‌شویم کل زندگی خود را به بیگاری گذرانده‌ایم.

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 آن گذشت

در اینجا لازم است مقداری نیز در مورد هویت جمعی یا من جمعی توضیح دهیم، انسانها برای احساس امنیت بیشتر تشکیل گروههای مختلفی تحت عناوین گوناگون مذهبی، سیاسی، نژادی، علمی و... را می‌دهند. تشکیل این گروه‌ها نیز مانند تشکیل هویت موقت در اصل خطا نیست ولی مشکل از آنجا به وجود می‌آید که هم هویت شدگی‌های جمعی با مفاهیم مذهبی، سیاسی، نژادی و حتی علمی گاهاً موجب بروز خشونتهای دست جمعی و جنگ می‌گردد. بررسی روانشناختی جنگهای صلیبی و جنگهای جهانی نقش هویت جمعی را در کشورکشایی‌ها، جهت اضافه کردن سرزمینهای دیگر و نقش برداشتهای تنگنظرانه مذهبی و هم هویت شدن با مفهوم ذهنی مقدسات را برای ما روشن می‌کند. گویا این افراد فکر کرده‌اند که اگر شمشیر نکشند و خون همنوعان خود را نریزند ذات اقدس خداوند دچار خلل می‌شود.

جنگ خلقان همچو جنگ کودکان
جمله بی‌معنی و بی‌مغز و مُهان
جمله باشمشیرچوبین جنگشان
جمله در لایَنفَعی آهنگشان

مشکل اضافه‌ای که هویت جمعی نسبت به هویت موقت فردی دارد این است که خرابکاریهای شخص که درهویت جمعی پذیرفته است توسط دیگران تشویق می‌شود و این کار را سخت‌تر می‌کند.

خودکشی

دکتر مسعود ازهر/ روانپزشک و فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان
مرکز جامع توانبخشی کودک و نوجوان برنا

صبح زود است هوا تاریک و روشن. پسر ۱۲ ساله از خانه بیرون می آید. روستایی در کنار شهر؛ ساختمانهای یک طبقه با آجرهای زمخت. چنددقیقه بعد مادرش هراسان بدنبال او می گردد. مادر حس کرده حال پسربد است. انتهای کوچه, مدرسه قرار دارد.هنوز درش بسته است. یک کوچه آن طرف تر زمینهای کشاورزی شروع می شود. زمینهایی که دیوار کاهگلی آن را احاطه کرده است. مادر نگران است می داند اتفاق بدی قرار است بیفتد. باید عجله کند. هیچکس نیست. همه جا را می گرددد. هیچ خبری نیست. انگار زمین دهان باز کرده و پسر را بلعیده است. روز بعد نیز همین کار را میکند. پسر را در حالی می یابند که خود را در زمین کشاورزی حلق آویز کرده است. خبر به سرعت پخش می شود. مدرسه تعطیل می شود. چندروز بعد پافشاری مدیرمدرسه همه چیز را عادی نشان می دهد. هنوز التهاب روستا فروکش نکرده است که خبری دیگر همه را برآشفته می کند. در روستای دیگر هم پسری خود را حلق آویز کرده است. همه با نگرانی می گویند شنیده ای؟ آنها دلواپس فرزندانشان هستند.

سایکوپاتولوژی خودکشی ۱: نوجوان ۱۲ ساله, پسری است در خانه ای بحران زده. دو سه هفته قبل برادر بزرگترش به جرم داشتن مواد به زندان افتاده است. از این رو همه خانواده در عذابند. در محله کسی نیست که این ماجرا را نداند و پسرهای دیگر از این خبر برای سربسر گذاشتن دوستشان استفاده میکنند. پدر فردی مجزا از خانواده است و چندان در این مورد دخالت نمی کند. او کارگر است و برخلاف او, مادر همه داستان را مدیریت میکند. اگر چه با همه قهر است و نمی خواهد کسی از خانه اش خبر داشته باشد و راههای ارتباطی را بسته است ولی مادر هم دیگر توان کنترل اوضاع را ندارد یک بار گفته «شیطان می گوید شیر گاز را باز کن و کبریت بزن تا همه بروند توی هوا» او نمی خواهد کسی برایش دل بسوزاند. « پدرم مرده؛ سر سلامتیش می کشدم». یعنی ترحم شما مرا اذیت می کند. از این رو دسترسی درمانگران به او سخت است.

این خانواده هفت فرزند دارد. کوچکترین آنها همین پسر ۱۲ ساله است که شرحش داده شد. دخترهای خانواده هر دو مجردند و سابقه خودکشی دارند. دو ماه قبل یکی از آنها با خوردن متادون و دوسال قبل دیگری با خوردن سم. دو تا از برادرها اعتیاددارند.

و اما سابقه خانوادگی باز هم قوی تر است و نشان از الگوی خودکشی در این فامیل است.

۱۸ روز قبل دخترعمه خود را دار زده و فوت شده است. او ۲۲ ساله بوده و ازدواج ناخواسته داشته است. شش ماه قبل نیز یکی از اقوام دور, برادر شوهرخاله" خود را دار زده وفوت شده است. او نیز ۲۲ ساله بوده است.

این الگوی خودکشی همراه با دوری از مشاور و امدادگر, خانواده را بسیار پرخطر ساخته است.

از سه روز قبل پسر به مدرسه نمی رود. احتمالاً به علت اختلال یادگیری ریاضی. او اضطراب خود را ازدرس ریاضی به یکی از همکلاسها ابراز کرده است.

به گفته اطرافیان او فردی آرام , کمک کننده , بدون خصومت واحتمالاً مضطرب است. زیرا فاصله سی متری خانه تا مدرسه را به همراه مادرش می آمده است.

بعد از خودکشی, مداخله هایی که صورت گرفته بود دو وجه داشت. عده ای خواسته بودند به موضوع جدی پرداخته شود واز این رو هشدار داده بودند و خواستار تعجیل در امدادرسانی شده بودند که البته موفقیت آمیز هم بود ولی باعث شده بود سیستم بهداشتی کمی مضطرب شود و در ضمن خانواده نیز مقاومتش بیشتر شده بود و در را به روی درمانگران بسته بود.

عده دیگر مثل مدیر مدرسه برخلاف گروه اول, سعی در عادی جلوه دادن ماجرا کرده بودند و تا حدودی هم موفق بودند. مدرسه به کار خود ادامه داده بود و موضوع «انگار نه انگار» تلقی شده بود. به مراسم سوگواری چندان آب و تاب نداده بودند و حرف زدن در این باره خودبخود سانسور شده بود. خوشبختانه نزدیک به تعطیلات تابستان بود و جو مدرسه خودبخود التیام می یافت.

ادامه مداخله:

همانطور که دیدید تا جایی که امکان داشت اطلاعات کسب شد. بعضی از نیروهای درمانگر به شدت نگران خودکشی دیگران بودند. چیزی که به آن واگیری خودکشی یا سرایت خودکشی Suicide contagion می گویند. مخصوصاً خبر خودکشی بعدی؛ یک هفته پس از اولی, با روش مشابه, آنها را ترسانده بود. احساس مسئولیت آنها قابل قدردانی است.

به ایشان توضیح داده شد که خطر تقلید خودکشی یا سرایت خودکشی به دیگران بسیار کم است. فقط ۱ تا ۵٪ خودکشیها در سال حاصل خودکشی سرایتی یا واگیری است.

با دانستن این اطلاعات خیالشان راحت شد. دومین نگرانی درمانگران این بودکه می خواستند علت خودکشی را بدانند.

آمار نشان داده ۹۰٪ کسانی که خودکشی میکنند همراه با بیماریهای روانی بوده

اند. دانش آموزانی که خودکشی می کنند در کنار آمدن با Coping مسائل ضعف دارند. مهارت درکمک گرفتن از دیگران را ندارند و مهارت حل مشکل یا Problem solving اینها کم است.

این دانش آموز نیز اختلال یادگیری ریاضی داشته است. آشفتگی خانه و نزدیک بودن امتحانات باعث شده مدرسه نرود و همه راهها را به روی خود بسته ببیند. علاوه بر آن همراهی هر روزه مادر با او در راه مدرسه چند چیز را مطرح میکند. اضطراب جدایی، اضطراب مادر، امتناع از مدرسه رفتن.

البته احتمال آزار دیدن در راه مدرسه هم بود که رد شد.

وقتی این موارد مطرح شد به فکر دانش آموزانی افتادیم که آنها هم احتمال خطر خودکشی دارند. چهار نفر از کسانی که خطر بالایی داشتند خواسته شدند و بررسی شدند. تحقیقات نشان داده است پرسش در مورد خودکشی باعث نمی شود ایده خودکشی در فرد ایجاد شود. همچنین سوال مستقیم در این مورد از نوجوانان، جواب صادقانه آنها را همراه خواهد داشت. بنابراین در طی مصاحبه براحتی در این باره پرسش شد. البته با مهارتهایی که باعث عادی شدن مصاحبه می گردد.

به درمانگران گفته شده بود خیلی سریع بعد از خودکشی اقدامات لازم را انجام دهند ولی آنها به درستی نمی دانستند چه کاری باید انجام شود. در مدرسه ای که یکی از دانش آموزان خودکشی کرده است همان ساعت و روز اول باید همه پرسنل مدرسه از موضوع اطلاع پیدا کنند. بهتر است یک جلسه مشترک گذاشته شود و هر سوالی دارند پاسخ گفته شود. ابراز Debrifing احساساتشان هم در همین جلسه صورت گیرد و سیاست درمان در مدرسه به آنها گفته شود. قرار نیست سکوت کنیم ومحتاطانه عمل کنیم از طرف دیگر نباید بیش از حد در مورد خودکشی توضیح بدهیم و ماجرا را دراماتیزه و بزرگ کنیم. اجرای مراسم بزرگداشت نیز باید خیلی معمولی باشد. از متوفا قهرمان نسازیم.

باز کردن و باز گذاشتن دریچه هایی که دانش آموزان بتوانند مشکلاتشان را مطرح کنند و مشورت بگیرند خیلی خوب است. مطالعات نشان داده ایجاد خط تلفن برای این موارد (Hotline) چندان موثر نبوده است. همچنین اسکرین کردن نوجوانان هم فقط ۱۰٪ پرخطرها را پیدا کرده است. زیرا افکار خودکشی در نوجوانان کم و زیاد می شود (Flactuation). توضیح مختصری درباره اینکه علت خودکشی مشکلات روانی است که ممکن است کاملا پنهان باشد و دیگران از آن خبر نداشته باشند داده شود. باز باز کردن و باز گذاشتن دریچه هایی که دانش آموزان بتوانند مشکلاتشان را مطرح کنند و مشورت بگیرند خیلی خوب است. مطالعات نشان داده ایجاد خط تلفن برای این موارد (Hotline) چندان موثر نبوده است.

آنچه مهم است جو مدرسه است. هیجان حاکم بر مدرسه باید دائم ارزیابی شود همچنین روحیه دانش آموزان و کارکنان مدرسه. قرار است مدرسه به آرامی این موضوع را هضم کند و در این میان کمترین آسیب را ببیند. در مواردی که قلدری بر علیه دانش آموزان اتفاق میافتد مداخله سریع لازم است. آموزش به همه دانش آموزان در این باره کمک کننده است تا همگی بتوانند در جلوگیری از پرخاشگری نقش داشته باشند. نه فقط درس خوانها بلکه همه دانش آموزان بتوانند شرکت کنند و کاره ای باشند. مثلاً یاری رساننده در کوچه وحیاط، و ناظر سالن یا حیاط مدرسه.

در صحبتی که با مدیر و معلم مدرسه انجام شد روش آنها تائید شد و از آنها قدرانی شد که توانسته اند با بی اعتنایی از افزایش هیجان جلوگیری کنند و به آنها یادآوری شد تا چشم و گوششان را باز نگه دارند و جو مدرسه را چشم بسته کنترل نکنند. نگرانی والدین نیز بصورت موردی بررسی شد و چندمادر مضطرب درمان شدند. با توجه به وضعیت خانواده قرار شد دو دختر خانواده که سابقه اقدام به خودکشی داشتند فوری ارزیابی شوند و منابع حمایتی برای آنها پیدا شود.

۲- خودکشی دوم در روستایی با فاصله زیاد از روستای اول اتفاق افتاده بود ولی گوش بزنگی روستای اول باعث شده بود این دو واقعه به هم ربط داده شود ونگرانی ایجاد کند. پسر ۱۳ ساله خود را از درخت خانه حلق آویز کرده بود. توسط همسایه دیده شده بود و مادر با بغل کردن وکاهش فشار طناب او را نجات داده بود. سه روز در کما و حالا به ظاهر سالم با خطی بدور گردن در بیمارستان بود. همه ماجرا را انکار می کرد. روحیه اش خوب بود و علت بستریش را عمل لوزه می دانست (چندسال قبل عمل لوزه کرده بود).

با توجه به نبود افکار خودکشی اجازه ترخیص از بیمارستان داده شد. احترام به انکار یا فراموشی او توصیه شد و قرار شد چندروز بعد ویزیت شود و طی این مدت مراقبت از او انجام شود.

طی ویزیتهای بعدی معلوم شد انکار او حاصل خجالت از کاری است که انجام داده است. سلامتی روانی او تائید شد و احتمال اقدام مجدد خیلی کم ارزیابی شد. برای مدیر مدرسه نوشته شد که مشکل برطرف شد و خیلی جدی نبوده و می تواند به تحصیل ادامه دهد. مدرسه هم واکنش شدیدی نشان نداده بود و جو مدرسه موضوع را بی اهمیت تلقی کرده بود. علت اقدام به خودکشی او در خواست چیزی بود و خواسته بود خانواده را متاثر کند که موفق هم شده بود. سعی شد روشهای ارتباطی در خانه بهتر شود تا بجای چنین اقداماتی با هم حرف بزنند و مشکل را حل کنند. در ضمن از باج دادن خانواده جلوگیری شد تا تاثیر خودکشی کم شود. امیدوارم این تجربه که در کنار همکاران مشتاق و سخت کوشم در مرکز بهداشت استان سرکار خانمها دکتر گرامیان و دکتر اخوان کسب کردم مفید واقع شود. همچنین از استادم خانم دکتر داوری آشتیانی سپاسگزارم که در این رابطه کمکم نمودند.

گزارش فعالیت های واحد سلامت روان

دکتر ناهید گرامیان
مسئول واحد سلامت روانی اجتماعی و
اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با رسالت ارتقاء شاخص های سلامت روان، سلامت اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد، از دیر باز از همکاری روانپزشک و روانشناس در ارائه فعالیت ها بهرمند شده است. فرصت حاضر برای ارائه فعالیت ها نه تنها برمبنای اطلاع رسانی، بلکه جهت جلب همکاری اساتید و دوستان محترم می باشد. عمده فعالیت های این حوزه در ماههای اخیر به شرح زیر می باشد.:

– برگزاری همایش" سلامت روان،خانواده و دیجیتال "در تاریخ ۲۶/۷/۹۳ با حضور کلیه ارگان ها،نهادها،دانشگاهیان،دانشجویان و مدیران شبکه ها، کارکنان بهداشتی کل استان و مجمع خیرین و...... در تالار لقمان از مجموع مرکز همایش های علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و با سخنرانی اساتید محترم آقایان دکتر فرامرزی عضوء هئیت علمی دانشگاه اصفهان و دکتر رادفر مشاور برنامه کاهش آسیب معاونت بهداشتی

– اجرای برنامه زنده رادیویی با موضوع "علل و عوامل ایجاد کننده اختلالات روانپزشکی "در تاریخ ۲۹/۷/۹۳ با حضور سرکار خانم دکتر شکیبایی فوق تخصص روانپزشکی اطفال

–برگزاری جلسه آموزشی "سلامت روان و خانواده "با حضور سرکار خانم دکتر آکوچکیان در تاریخ ۲۷/۷/۹۳ در سالن اجتماعات معاونت بهداشتی ویژه کلیه علاقمندان

–برگزاری جلسه آموزشی "پیشگیری از خودکشی ویژه کلیه کارکنان معاونت بهداشتی "در تاریخ ۲۹/۷/۹۳ به مدت ٤ ساعت

– توزیع متن آموزشی "آنچه خانواده فرد مبتلا به اختلالات روانپزشکی باید بداند"در بین گروههای مختلف هدف و بار گذاری برروی سایت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

–ارسال فایل الکترونیکی "کتاب ارتقاء آگاهی همگانی در خصوص سلامت روان "به ۲۳ شهرستان جهت استفاده و بهره برداری

–آغاز پیمایش ملی "سلامت روان و سرمایه اجتماعی "با هدف تعیین وضعیت سلامت روان وسرمایه اجتماعی افراد بالای ۱۵ سال همزمان با سراسر کشور در اصفهان از نیمه دوم آبان ماه با همکاری معاونت پژوهشی و اداره کل سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت که گزارش مبسوط آن بعداً ارسال می گردد.

–برگزاری کارگاه سایکو سوماتیک در تاریخ ٤/۹/۹۳ و ۱۸/۹/۹۳ ویژه جمعی از پزشکان سلامت روان شهرستان ها با همکاری اساتید گروه روانپزشکی در سالن اجتماعات حوزه معاونت بهداشتی

– همکاری در اجرای پایلوت طرح پزشک خانواده ویژه شهرهای ۲۰–۵۰ هزار نفر و حاشیه شهرها در اصفهان،فلاورجان و خمینی شهر (در این طرح جذب نیروی روانشناس با استفاده از آزمون و مصاحبه حضوری انجام شد.)

با توجه به حضور روانشناس در طرح پزشک خانواده امید داریم برنامه های ارتقاء سلامت با پوشش و کیفیت بهتری ارائه شود. همانگونه که سرکار خانم دکتر تقوی به ضرورت آموزش مهارت های زندگی به گروههای مختلف مردم اشاره نمودند به اطلاع همکاران می رسانم آموزش این مباحث در سطح استان توسط کارشناسان سلامت روان انجام می شود و در شهر اصفهان به صورت متمرکز در مراکز بهداشتی درمانی قائدی (دروازه دولت) و مرکز بهداشتی درمانی نواب (احمد آباد) انجام می شود. ولی برای رسیدن به این توانمندی ها ارائه آموزش ها از زمان کودکی ضروری است و قطعاً منابع انسانی و مالی متناسبی برای این منظور لازم است.

طبیعتاً ارائه راهکارهای سازنده همکاران راهنمای ما خواهد بود.

اختلالات خفیف شناختی

MILD NEUROCOGNITIVE DISORDER

دکتر مجید برکتین

فلوشیپ نوروسایکیاتری وعضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

درسال ۱۹۷۹ لئوناردبرگ از دانشگاه واشنگتن براساس درخواست موسسه ملی سلامت آمریکا مطالعه ای را برای بررسی وجود و شروع بیماری آلزایمر یا شروع زودرس آغاز نمود.این مطالعه آغازگر مطالعات عمیقی بود که برای تفکیک سالمندی طبیعی از آلزایمر یا به عبارت عمومی تر زوال عقل انجام گرفته است.لئوناردبرگ و همکارانش طی دهه هشتاد میلادی مقالات متعددی را در باب تشخیص بیماری آلزایمر با شروع زود آغاز منتشر کردند که نتیجه آن افزوده شدن مشخصه با شروع زود آغاز with early on set specifier در DSM-IV گردید.از طرف دیگر این مطالعات منجر به توصیف حالتی واسط بین زوال عقل بارز و سالمندی طبیعی گردید.

باوجود تغییرات شگرف در درک ما از بیماری زوال عقل و پیشرفت‌های فناورانه‌درجستجوی‌زیست‌نشانه‌های‌زوال عقل نظیر نشانه‌اصلی بیوشیمائی،تصویر برداری یاعصب روانشناختی،قضاوت‌بالینی‌روانپزشکان،نورولوژیست‌ها و روانشناسان بالینی همچنان حرف اول را در تشخیص زوال عقل می زند.این مهم در مورد مرحله پیش آیند زوال عقل یا آنچه که امروزه عموماً به نام اختلال خفیف شناختی مطرح می شود دوچندان می باشد.مطالعاتی که در اواخر دهه نود میلادی انجام شد نشان داد که بطور مثال اگر اطرافیان بیمار از افت شناختی و خصوصاً افت حافظه وی شکایت داشته باشند بیمار مورد بررسی جدی قرار می گیرد ولی اگر خود بیمار حتی اگر سالمند هم باشد از افت شناختی شکایت داشته باشد و اطرافیان شکایتی نداشته باشند این شکایت چندان جدی تلقی نمی شود. بیمار صرفاً به روانپزشک ارجاع می شد و با احتمال اختلال روانی رفتاری دیگری به جز زوال عقل تحت بررسی و درمان قرار می گرفت.این در حالی بود که وقتی این دسته از بیماران نیز تحت بررسی های دقیق عصب روانشناسی Neuropsychology قرارمی گرفتند نزدیک به ۷۵٪ آنان علائم جدی براثر کاهش شناخت نشان می دادند.

پیشرفت چشمگیر بعدی در زمینه جلب توجه به اختلال خفیف شناختی در پایان دهه نود میلادی توسط رونالدپترسون صورت گرفت،پترسون و همکارانش با بررسی دقیق بیمارانی که تشخیص اختلال خفیف شناختی دریافت کرده بودند برای آن معیارهای مشخصی را توصیف کردند.این معیارها عبارت بود از:

الف)شکایت از افت حافظه ب)فعالیتهای روزمره طبیعی ج)عملکردعمومی شناختی طبیعی د)کاهش حافظه برای سن بیمار غیرطبیعی باشد ه)زوال عقل وجودنداشته باشد تاکید این تعریف بر شکایت فرد از کاهش حافظه و وجودافت شناختی علیرغم عملکرد طبیعی در فعالیتهای روزمره در حقیقت اشاره ای به مسیر تدریجاً پیشرونده افت شناختی تا رسیدن آن به مرحله ای است که بیماری یا به تعبیر DSM اختلال به معنای افت عملکرد رخ دهد.در دنباله معرفی مقوله MCI پترسون و همکارانش به تبیین زیر گونه های آن پرداختند. در این رابطه زیرگونه اختلال خفیف شناختی بدون اختلال حافظه تعریف شد.

نکته حائز اهمیت در مورد برخورد با بیماری که از افت حافظه شکایت می کند آن است که تنها به وجود یا عدم آن پرداخته می شود.این درحالی است که وقتی با یک نوروسایکیاتریست در مورد افت حافظه صحبت می کنیم مانند آن است که با یک نورولوژیست متخصص دراختلالات حرکتی در مورد ترمورTremor صحبت کنیم چنین متخصصی وقتی بیمارش از ترمور شکایت می کند سوالات متعددی در ذهن وی شکل می گیرد از کی شروع شده است؟ ترمور از نوع Resting است یا از نوع Intention؟دیگرچه کسی در خانواده چنین مشکلی دارد؟ بیمار دارویی که منجر به ترمور شود مصرف نمی کند؟ آیا این یک علامت پیشایند پارکینسون است؟ چنین سوالاتی منجر به تعیین نقشه راهی برای متخصص مربوطه در طرح ریزی اقدامات تشخیص و درمانی بعدی می شود.

درپایان این بخش از نوشتار سوالات مفیدی که برای تخمین شدت و کیفیت افت حافظه بیمار می توان از خانواده بیمار پرسید می آید.

سنگ‌های کف رودخانه

نوشته: آرزو فرحت (روان شناس)

–سنگ ها را گذاشتم کنار ستون آجری پایه ی پل. ظهر بود و آفتاب مستقیم می‌تابید. پارک هر دو طرف حاشیه ی رودخانه خلوت بود و صدای خنده از جایی دور میان درختها می آمد.

یاسمن گفته بود:سطح سنگها باید صاف باشه و صیقلی.

کف رودخانه تا انتهای پیچ پل بعدی خشک بود و ترک خورده.موج گرما از زمین بلند می شد و خیسی عرق از بالای پیشانی وزیردسته موهای بافته ام سرازیر می شد تا گودی پشت گردن. پره ی شال را کنار زدم تا نسیمی که گه گاه می وزید، زیر موها و گردنم را خنک کند.

سنگهای تفتیده را با دو انگشت بلند کردم و گذاشتم توی کیسه. چشمها را بستم و فکر کردم به زلالی آبی که سنگها را یک وقتی با خودش آورده بود تا آنجا.از کنار پایه ی پل بالا آمدم و راه افتادم به طرف خانه.

صدای خنده با حرف های در هم از جایی نزدیک می آمد. مردی روی نیمکت زیر سایه ی خنک درختها خوابیده بود. کمی آنطرفتر پشت ردیف شمشادهای حاشیه ی پارک چیزی تکان می خورد. پیچیدم توی کوچه ی باریک انتهای پارک.

چند خانه آنطرفتر نرده های آهنی در رنگ و رو رفته ی خانه ی خانم جان بود که دو ماهی می شد یک اتاقش را اجاره کرده بودم.

پری قبل از آنکه برسیم جلو در دانشکده رژ لبش را با دستمال پاک کرده و گفته بود:عجب شانسی داری یه اتاق تکنفره اونم وسط شهر،نزدیک رودخونه؟

انسیه تنها بچه ی خانم جان گفته بود: فقط دانشجو،اجاره هم کمتر می گیرم!

شرط گذاشته بود تا قابلمه ی لعابی کوچکی که جابه جا لعابش پریده بود را هر صبح بگذارم روی اجاق. یک تکه کوچک گوشت از یخدان بیرون بیاورم،با یک سیب زمینی و یک پیاز کوچک.ماجرایی که هر روز برای من و خانم جان تکرار می شد.

کلید را که انداختم،بنظرم رسید که صدای زمزمه ی خانم جان می آید.عادت داشت با خودش حرف بزند.کیسه ی سنگها را گذاشتم روی طاقچه ی کوچک توی هال،کنار تلفن سیاه وپراز لک آلمانی ومانتو و شال را هم انداختم روی صندلی چوبی کنارش،رفتم توی ایوان.خانم جان ژاکت پشمی کلفتی راکه چند روز پیش از توی کمد بزرگ چوبی پیدا کرده بود،پوشیده و نشسته بود روی سنگفرش داغ ایوان. هرم گرما از زمین بالا میزد.پرسیدم –: خانم جان گرمتون نیست؟

–نه تازه بخاری گیروندم!

خانم جان هم فصل ها را گم کرده بود،هم روز و شب را. شب ها راه می افتاد و توی تاریکی خانه می گشت.

نگاهم کرد و باز پرسید:–شوما دختر کوچیکه ی سلطنت خانومین؟

–نه خانم جون من اون اتاق رو اجاره کردم. یادتون نیست؟

نگاه انداخت به اتاقی که پنجره ی قدی رو به حیاط داشت و پرده های کلفتش را کیپ تا کیپ کشیده بودم.

–اون که اتاقی انسیه خانومه؟

–نه خانم جان انسیه خانم شوهر کرده و رفته خونه ی خودش یه دخترم داره.

از گوشه ی چشمهای سبزش نگاهی به من انداخت و گفت: شوور خدابیامرزم دکونو تو بازار تیمچه ی عطاالملک اجاره دادن برا خرج و مخارج جشنی عروسی، هفت شبانه روز ریختن آ پاشیدن. دس و دلشون باز بود.برا خودی منم عینک اسده بودن با قابی مطلا.

موهای سفید و ژولیده ی خانم جان را که از زیر روسری ریخته بود بیرون سیاه کردم و جمع کردم و بردم بالای سرش،عینک قاب مطلا را گذاشتم روی چشمهای سبز میشی و سیر نگاهش کردم: خانم جون، جوونی خوشگل بودینا؟

–خب حرفی من نبود،همه میگفتن دختر حج رضا عکاف خیلی مقبولس. غروبا که میشد میرفتیم لبی آب آ میشستیم تا شب.همونوقتا عینک قاب مطلا رو گذاشتن رو چشام. تمومی قلوه سنگای لبی رودخونه رو می انداختن تو آبی که ته نداشت.گفتن می خوام خب ببینی کوجا میافته؟

–مگه لب آب قلوه سنگ داشت اون روزا؟

نگاهم کرد و بازمثل اینکه برای اولین بار بود که من را می دید.پرسید: شوما دختر کوچیکه ی سلطنت خانومی؟

اشاره کردم به پنجره ی اتاق و گفتم: خانم جون من درس میخونم توی اون اتاق که از انسیه خانوم اجاره کردم.

برای واحد طراحی روی اشیا به یاسمن گفته بودم: این شهر پر از سنگه از اون کوه بگیر تا سنگفرشهای زیر پل های قدیمی همه اشونم کلی حرف دارن برای گفتن!

یاسمن گفته بود: با این وضع نمیتونی کار کنی نقاشی روی سنگ تمرکز میخواد و سکوت. باید مدتها چشماتو ببندی و دست بکشی رو سطح سنگ. باید با تمام رگه های سنگ ارتباط برقرار کنی. حس کنی که چه روزگاریو گذررونده تا حالا که رسیده کف دست تو؟

خندیده بودم: این همه کار اونم برا یه نقاشی رو سنگ؟

همانندسازی با پرخاشگری؛ تحلیلی روانکاوانه

دکتر مسعود ازهر

نوشتن در خبرنامه انجمن از آن کارهایی است که هم سخت است و هم آسان. طوری که هر که می نویسد می گوئیم کار ساده ای کرده است و از طرف دیگر دست خودمان را در جیبمان نگه می داریم مبادا آلوده به نوشتن شود. شاید ایده آل گرائی و شخصیت وسواسی ما پزشکان است که مانع حضور خودبخودی و سهیم شدن در نوشته های خبرنامه میشود. این ماجرا را طی سالها کارگردانی در این خبرنامه با تمام وجود دریافته ام. گاه مجبوری خواهش کنی و چانه بزنی و طرف را در رودربایستی قرار دهی و کم کم با شوخی وجدی دست به تهدید بزنی تا مطلبی بنویسد. جانت به لب می رسد و از زمین و زمان خشمگین و سرخورده می شوی.

این مطلب بماند بپردازیم به آقای دکتر عباسعلی زاده که تا یاد دارم مطالب خواندنی ایشان جز لاینفک خبرنامه بود. از «گفتگوی همسران» که بعدها تبدیل به کتاب شد گرفته تا این سالهای آخر که تحلیلی روانکاوانه از بیماران ارائه می دادند.

در چندشماره آخر خبرنامه که با مسئولیت وهمت عالی ایشان به چاپ رسیده است نیز روال نوشته های ایشان ادمه داشت و ناگهان در شماره آخری جایش خالی شد.

فوری تلفن زدم و احوال را جویا شدم. شکوه کردند از بدقولی همکاران در ارائه مطالب و آنچه خواندی ودانی. آنقدر که دل و دماغ از ایشان گرفته شده بود و دستشان به قلم نرفته بود. من هم این مطلب را نوشتم تا به شوخی تحلیلی باشد بر رفتارشان و تشویقی باشد بر ادامه کارشان.

یاسمن چشمهای درشت براقش را انداخته بود توی چشمم:این که ساده نیست،تا گذشته اش رو نشناسی چطور می فهمی چی باید بکشی روش؟ چطور می فهمی باهاش چکار باید بکنی؟

بلند شدم وپنکه ی پایه کوتاه را از اتاق تو در تو و بزرگ خانم جان که یک وقتی مهمانخانه بود،همراه با کیسه ی سنگهایی که از توی هال برداشتم، بیرون آوردم. سیم پنکه را زدم به پریز توی ایوان، رویش را چرخاندم به سمتی که خانم جان نشسته بود. خودم هم نشستم کنارش و سنگها را از کیسه بیرون آوردم.

پرسیدم:خانم جان هوا که خنک شد میای بریم کنار رودخونه؟

انسیه خانم گفته بود دکترشون گفته نباید تو محیط جدید قرار بگیرن می ریزن به هم و بدتر می شن مغزشون کوچیک شده!

پری تا شنیده بود گفته بود: زرنگا !اینا باید پرستار میگرفتن نه مستاجر!

سنگ ها را که یکی یکی به خانم جان نشان دادم. پرسید: اینا رو از کجا آوردین؟

–از کف رودخونه جمع کردم.

بر گشت و جوری نگاهم کرد که انگار از یک کره ی دیگر آمده باشم: مگه شوما شنا بلدین؟

–نه خانم جون رودخونه آب نداره.چند وقته خشک شده. خشک خشک.

فکر کردم به اینکه این را می توانستم نگویم.یا خانم جان چطور میتواند تصور کند که رودخانه ای که همیشه همانجا بوده و همیشه پر آب بوده و می دیده که پر از آب است حالا خشک شده باشد؟

باز هم با چشمهای سبز جوری نگاهم کرد انگار دیوانه شده باشم. خودم هم فکر کردم باید دیوانه شده باشم از گرما یا ژاکت پشمی خانم جان یا سنگهایی که مدام می گشتم و پیدا می کردم و گم می شدند.

خانم جان بعد از من به سنگها نگاه کرد. دست دراز کرد و با انگشتهای خشک استخوانی چند تایی را برداشت و گذاشت روی دامن لباسش.یکی را گذاشت کف دست و با پوست خشک سر انگشتهای دست دیگر، کشید روی سطح سنگ.گفت: غیر بیشه تمامی لبی آب پره از همین قلوه سنگا.

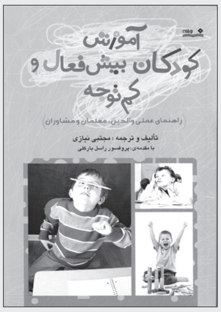
گفتم:حالا خیابون ساختن خانم جان، خیابونای باریک سیمانی. مردم روش راه میرن.

دیگر نگاهم نکرد،تمام حواسش به تکه سنگها بود و با دقت انگشت می کشید روی رگه های باریک و سفیدی که روی سطح خاکستری سنگ مثل رود پیچ و تاب خورده و پیش رفته بود.فکر کردم شبیه رودخانه های کوچکی که توی نقشه میکشند باشد، نمی دانستم رودخانه های خشک را هم توی نقشه ها می آورند یا نه؟ خانم جان سنگها را گذاشت زیر ژاکتش. بعد بلند شد و از راه باریک میان دو باغچه که فقط چند بوته گل سرخ با برگهای جا به جا خشک و تنها درخت کاجی که چند شاخه با برگهای پرسوزنی انتهای تنه ی بلندش بود، رفت تا آخر حیاط. بلند شدم و روی هاون سنگی بزرگ گوشه ی ایوان نشستم. خانم جان رفت پشت شیشه های خالی آبغوره ای که ته حیاط روی هم تلنبار شده بود، زانو زد کنار شیشه ها، دست برد و تکه سنگها را از زیر ژاکت بیرون آورد و به دور و برش نگاه انداخت و یکی یکی سنگها را همانجا پشت شیشه های خاک گرفته قایم کرد.

معرفی کتاب

دکتر مسعود ازهر

آموزش کودکان بیش فعال و کم توجه



آقای مجتبی نیازی چهره شناخته شده ای در آموزش و پرورش و روانپزشکی کودک است. او بنیان مرکز مشاوره آموزش و پرورش را گذاشت که سالهاست در زمینه اختلالات یادگیری فعالیت می کند. پای صحبتش که بنشینی از هوش و ذکاوت و نکته بینیش لذت می بری. شعر و خاطره فراوان به یادش می آید و اهل ذوق است. امیدوارم کتابی هم در زمینه اختلال یادگیری ارائه نماید. اما کتاب «آموزش کودکان بیش فعال و کم توجه» پراست از تجربه و نکته های گوناگون در این زمینه. این کتاب برای مشاوران و معلمان و والدین نوشته شده است. کسی که در این حیطه فعالیت میکند چیزهای جالبی در آن خواهد یافت -از جمله مکاتبات آقای نیازی با طلایه داران این رشته مثل مقدمه جامعی از دکتر بارکلی. وقتی درباره یک اختلال کتابهای زیادی باشد؛ نوشتن کتاب جدید باید برتری قابل ملاحظه ای نسبت به قبلیها داشته باشد و کتاب آقای نیازی این خصوصیت را دارد و می ارزیده به زحمت نوشتنش.

نشر نوشته تلفن ۰۳۱۳۲۲۶۴۴۵

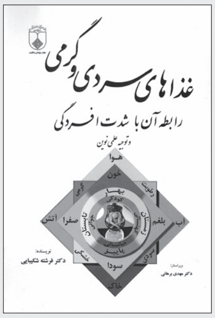
راهنمای متخصصین بالینی برای سایکودراما (روان نمایشگری)

سایکودراما؛ موضوعی است که در ادبیات درمانگری ایران کمتر بدان پرداخته شده است. سرکار خانم دکتر فریبا یزدخواستی که قبلاً هم سه تا از کتابهایشان در خبرنامه معرفی شده بود همراه با خانمها سولماز و ساناز جوکار کتابی را با این نام ترجمه کرده اند نوشته «اوالوتون»

ایـن کتـاب پراسـت از تکنیک‌هایی کـه در روند درمان‌هـای گروهـی کاربـرد دارد و درمانگرانـی کـه در ایـن حیطه مشـغولند مطالب جالبـی در آن خواهند یافت. نویسـنده از همـه جا خوشـه چینی کـرده و کتابـی کاملاً کاربـردی را بوجود آورده اسـت.

ناشر: پیام علوی. دانشگاه اصفهان - دانشکده علوم تربیتی

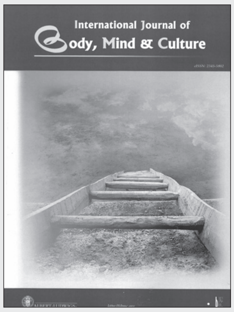
غذاهای سردی و گرمی، رابطه آن با شدت افسردگی و توجیه علمی نوین



سالهاست حسرت دیدن این کتاب را از خانم دکتر فرشته شکیبایی داشتم. خیلی از پزشکان یا آنهایی که دلشان می خواهد طبابت کنند سری به کتابهای طب سنتی زده اند و آن کتابها را عجیب و نامفهوم یافته اند. کتاب حاضر علاوه بر بیان سلیس و راحت اصطلاحات طب سنتی آن را با علم پزشکی توجیه کرده است که در نوع خودکاری کم نظیر است. زیرا هم اکنون نیز متخصصین طب سنتی کشور معتقدند نباید طب سنتی را با علم نوین توجیه کرد و آن را با فلسفه خود طب سنتی توجیه می کنند. قسمت پایانی کتاب نتیجه تحقیقی را نشان میدهد که نویسنده در رابطه با غذاهای سردی و گرمی روی افسردگی انجام داده است.

انتشارات چوکان ۶۶۴۰۶۴۷۷ -۰۲۱ www.choogan.com

Body Mind&Culture



مجله بین المللی و انگلیسی زبان بدن ذهن و فرهنگ افتخاری برای اندیشمندان ایرانی است که در سطح بین المللی به ارائه مقالات قوی خود در این حیطه پرداخته اند. این مجله که لوگوی دانشگاه البرت لودویگ فرایبورگ (آلمان) و موسسه دانش تندرستی را روی خود دارد یکی از نتایج چند ساله خواهرخواندگی اصفهان و فرایبورگ است. دکتر فرزاد گلی، دکتر علیرضا منجمی، دکتر محمد صلواتی، دکتر محبوبه فرزانگان، دکتر میکائیل ویرشینگ و دکتر کارل شاید از دست اندرکاران این مجله اند. احتمالا لوگوی مرکز تحقیقات روان تنی دانشگاه اصفهان نیز روی شماره بعدی مجله یعنی شماره سوم خواهد بود.

مجله را می توان از مرکز تندرستی تهیه کرد. تلفن ۰۳۱۳۶۶۷۱۹۱۷

http://ijbmc.org

مهارت‌های پیشگیری از استرس

مهارتهای پیشگیری از استرس تالیف و ترجمه همکاران روانشناسمان در مرکز تحقیقات روان تنی خانم مینا مظاهری وخانم نرگس محمدی است. ویراستاری کتاب توسط اقای دکتر افشار انجام شده است. این کتاب همانگونه که از نامش بر می اید سعی در پیشگیری در همه سطوح دارد. کتابی اموزشی برای درمانگران و مبتلایان.

انتشارات نقش نگین ۰۳۱۲۲۳۶۲۶۰

مرکز تحقیقات روان تنی: اصفهان خیابان شریعتی

در نسخه نویسی کدام بهتر است؟ نام تجارتی یا نام ژنریک؟

دکتر مرتضی واعظی – رئیس انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان

پزشکانی که قبل از انقلاب طبابت می کردند به خوبی به یاد دارند که تمام دارو های موجود در داروخانه ها با نام تجارتی آن عرضه می شد. مثلاً لورازپام با نام تجارتی Ativan از شرکت داروئی عرضه می شد. اگر شرکت داروئی دیگری این دارو را تولید می کرد نام تجارتی خودش را برای آن دارو انتخاب می نمود. بعد از انقلاب با توجه به وضعیت داروئی کشور و خروج شرکت های داروئی چند ملیتی از کشور، وزارت بهداری آن زمان صلاح دید که دارو ها در شرکت های دارو سازی به صورت ژنریک تولید گردد و پزشکان نیز آرام آرام با نام ژنریک دارو ها آشنا شدند و نسخه ها با نام ژنریک به داروخانه ها می رفت. گاهی به علت کمبود دارو بخصوص در زمان جنگ تحمیلی، کلمه مشابه در داروخانه ها متداول شد. به یاد دارم که چندین سال پیش در کنگره سایکوفارموکولوژی که در اصفهان برگزار گردید، در آخرین جلسه کنگره نماینده ای از وزارت بهداشت و درمان در کنگره حضور داشت و در آن زمان اعلام نمود سیاست داروئی کشور جهت سامان دهی دارو ها به گونه ای است که شرکت های داروئی هر کدام دارو های خودشان را با کیفیت های مختلفی ارائه می دهند. بنابراین لازم است که هر شرکت دارو های تولیدی را با نام تجارتی به بازار ارائه دهد که باید گفت در این زمینه موفقیتی حاصل نگردید. هنوز شرکت های داروئی با نام ژنریک داروی خود را روانه بازار می نمایند. پزشک نمی تواند تعیین نماید که دارو از چه شرکتی به بیمار داده شود و آن داروخانه است که دارو را انتخاب می کند. در این رابطه همکاران می دانند که مثلاً Venlafaxin توسط چندین شرکت تولید می گردد، من روانپزشک نیز این دارو را تجویز می نمایم. بیمار در اولین نسخه این دارو را که محصول فلان شرکت است از داروخانه دریافت می کند. بیمار پس از یک دوره درمان نتیجه خوبی با مصرف دارو پیدا می کند. در مراجعه بعدی همان دارو تجویز می شود، ولی بیمار یا به داروخانه دیگری مراجعه کرده یا اینکه همان داروخانه قبلی این دارو را از آن شرکت ندارد و از شرکت دیگری دارو را تحویل بیمار می دهد. بیمار شما چند روز بعد مراجعه می نماید و اعتراض می کند که چرا دارویش را عوض کرده اید. شما پس از بررسی دارو و نسخه متوجه می شوید که دارو را عوض نکرده اید، بلکه نسخه دوم داروی مثلاً Venlafaxin از شرکت دیگری گرفته شده که به صورت کپسول است و مشخص نیست به چه علت بیمار با Venlafaxin نسخه اولی بهتر شده و یا Venlafaxin نسخه دوم برایش مناسب نبوده است.

شما همکاران نیز در این زمینه مورد های مشابهی داشته اید. البته هر چند بعضی شرکت های داروئی اقدام به عرضه تولیداتشان به صورت تجارتی نموده اند، ولی باز هم این داروخانه ها هستند که تصمیم می گیرند از کدام شرکت دارو را به بیمار بدهند. چندی پیش گفتگویی با نماینده یک شرکت داروئی داشتم و به او پیشنهاد دادم جهت عرضه محصولاتشان با انجمن همکاری نمایند. جواب شنیدم این امر ضرورتی ندارد. وقتی ما برای تبلیغ و فروش بهتر دارو هایمان به داروخانه ها جایزه در نظر می گیریم داروخانه ها داروی ما را خریده و به بیماران عرضه می دارند. حتی گاهی نیز آن ها برای نسخه ها که داروی اختصاصی تجویز شده از شرکت دیگری به بیمار می دهند.

حال جای سوال این جاست که شما کدام روش را ترجیح می دهید، نسخه ها با نام تجارتی دارو نوشته شود یا با نام ژنریک؟

تجربه من پس از ۳۰ سال طبابت نشان می دهد که نوشتن نسخه با نام تجارتی آن بهتر است که بیان دلایل آن از حوصله این مقاله خارج است. لذا وقتی شما نام تجارتی دارو را می نویسید مطمئن هستید که داروی مورد نظر شما به بیمار داده خواهد شد. اخیراً شرکت کوبل دارو که وابسته به شرکت داروئی دکتر عبیدی می باشد، اقدام به عرضه دارو هایش با نام تجارتی کرده است. لذا اگر من بخواهم Venlafaxin تجویز کنم آن را به صورت Venabid می نویسم که مطمئن باشم بیمار این دارو را از این شرکت دریافت نموده و ماجرائی که قبلاً توضیح دادم اتفاق نخواهد افتاد و یا اگر بخواهم Fluvaxamin تجویز نمایم Luvixam می نویسم. اگر هم بخواهم داروئی تجویز نمایم که اسم تجاتی نداشته باشد نام دارو را همراه با شرکت داروئی می نویسم که من تصمیم گیرنده در رابطه با درمان بیمارم باشم نه همکار داروسازم. لازم به ذکر است که داروخانه هائی را که همکاری بسیار خوبی با پزشکان داشته اند باید تحسین کنم. بار ها اتفاق افتاده که همکار دکتر داروساز به صورت تلفنی سئوال کرده که این دارو را از آن شرکت مورد نظر نداریم و میتوانیم از شرکت دیگری این دارو را تحویل بدهیم؟ به هر صورت با توجه به همکاری خوب شرکت کوبل دارو با انجمن و کمک های این شرکت اگر مایل به تجویز دارویی هستید که این شرکت دارد تجویز نمائید قدر دان همکاری این شرکت با انجمن خواهید بود.

به هر صورت امیدوارم که این وضعیت داروئی سر و سامان پیدا کرده و ما پزشکان دغدغه این وضعیت را در آینده نداشته باشیم.

منتظر اظهار نظر شما همکاران هستیم.

نورفیدبک خیابانی!

دکتر مسعود ازهر- فوق تخصص روانپزشکی اطفال

چهارسال پیش به هیات مدیره انجمن گفتم روانپزشکان باید عنان کار را در دست بگیرند و از بی بندو باری نوروفیدبک جلوگیری کنند. همکاران گفتند مگر ما از نوروفیدبک چه میدانیم که متولی آن شویم؟

در خرداد ۱۳۹۰ یکی از بازآموزیهای مدون روانپزشکان را به نوروفیدبک و QEEG وERP وTMSاختصاص دادیم. باز هم جرات متولی گری در روانپزشکان ایجاد نشد. کم کم تکنسینهای سه روز دوره دیده نوروفیدبک دل شرکت تجاری را شاد کردند و هرکس توانست دستگاهی خرید و درمانگر شد. نادانی مراجعان مستاصل همراه با زودباوری درمانگران بازار نوروفیدبک را داغ کرد و کار به جایی رسید که عده ای از روانپزشکان هم جوگیر شدند و تکنسین وار به آیات شریفه ای که طی سه روز نازل شده بود قناعت کردند و هرکس از در مطب وارد شد را کاندید نوروفیدبک کردند. نوروفیدبک شد حلال همه مشکلات. از طرفی نوروفیدبک جزو اولین وسایلی است که روانپزشکان بعنوان Procedure از آن درآمد کسب می کنند و کارآندوسکوپی و اسپیرومتری و EEG را برایشان انجام می دهد. اگر چه همه را نباید با یک چوب راند. در کشور عده ای را می شناسم که بسیار علمی مشغول این کارند. و این عده خونشان بجوش می آید وقتی می بینند چگونه از نوروفیدبک سوءاستفاده می شود تا از بی اطلاعی مردم جیب عده ای پر شود.

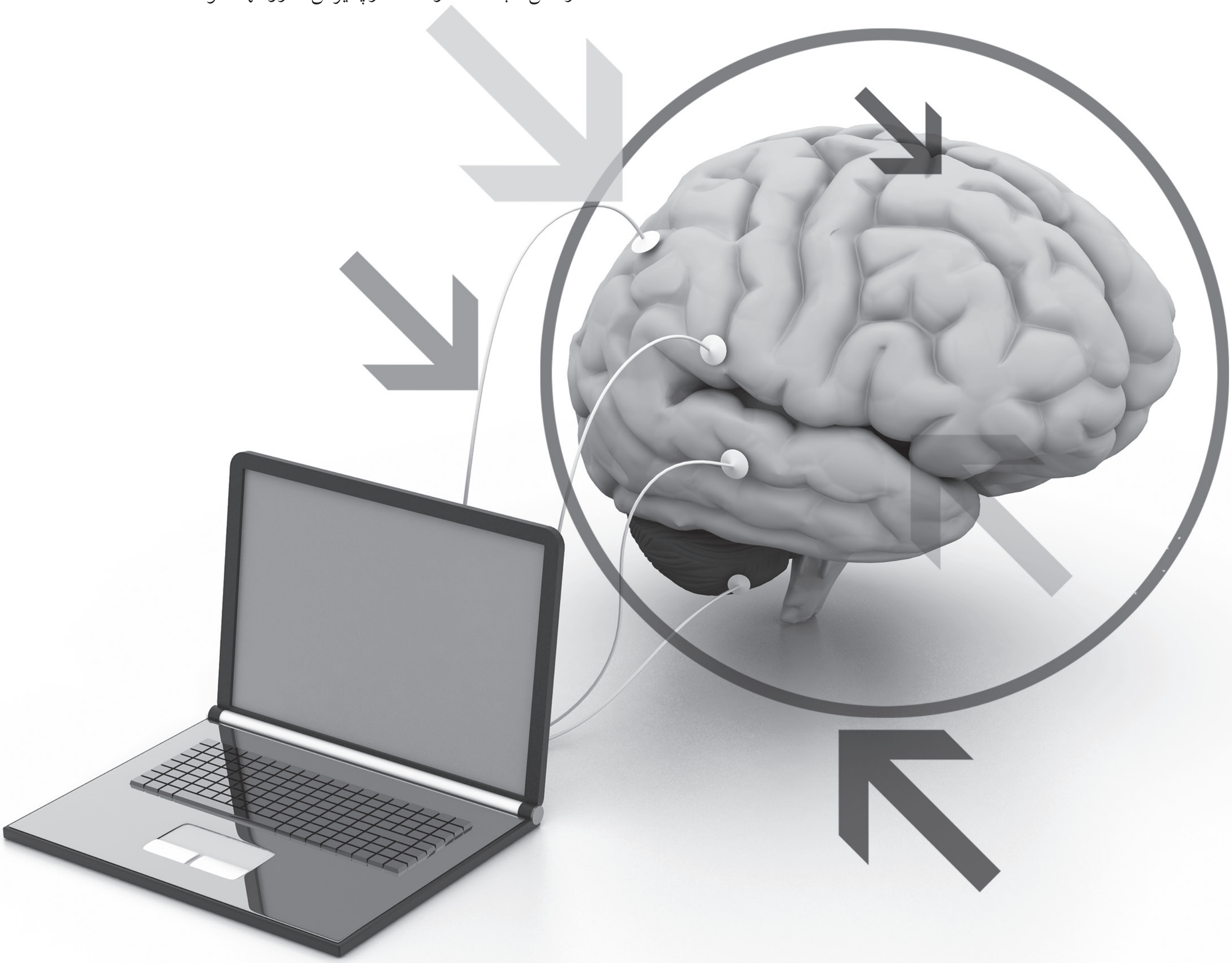
جامعه روانپزشکان مثل اغلب موارد سکوت کرده است تا بتدریج خود مردم بهفمند نوروفیدبک همچون امگا۳ و جینسین معجزه ای نخواهد کرد و دست مدعیان دروغین خودبخود رو شود. ولی این روش در مورد نوروفیدبک مناسب نیست. زیرا مسئول آگاه کردن درمانگران ما هستیم و سکوت ما باعث می شود آیات سه روزه را باور کنند و نادانسته بر کار اشتباه پافشاری کنند.

در حقیقت آگاهی ندادن به آنها خیانت به جامعه روانپزشکی است. منظور از جامعه روانپزشکی همه کسانی است که در این حیطه فعالند و با آمدن نوروفیدبک وسعت زیادی هم پیدا کرده اند. امروز شاهدیم مشاوران و روانشناسان تازه فارغ التحصیل این کار را ساده تر از کار خویش یافته اند و با ادعای زیاد وارد بازار شده اند. فیزیوتراپ و گفتاردرمانگر هم کار خود را رها کرده اند و صاحب نوروفیدبک شده اند.

اگر دیر بجنبیم کنار خیابان هم نوروفیدبک راه خواهد افتاد و درکنار رمالی و فال قهوه نوروفیدبک هم انجام میدهند ! و این همه برای آن است که نوروفیدبک متولی ندارد.

دومین دلیل برای اشتباه بودن «روش سکوت» در مقابل نوروفیدبک؛ ضایع نشدن نام این درمان است. می دانیم که اگر با تدبیر و علمی بسراغ نوروفیدبک برویم و سطح انتظارمان را از این درمان واقعی کنیم میتواند به عده ای کمک نماید. به لجن کشیده شدن نام نوروفیدبک باعث می شود عده ای نتوانند از این درمان استفاده کنند و ما هم یکی از ابزارهایمان را در درمان از دست بدهیم.

در آینده نزدیک روشهای عینی و آزمایشگاهی همچون QEEGوERP تشخیص گذاری و درمان را متحول خواهد کرد و کمک بزرگی در روانپزشکی خواهد بود.امیدوارم کدر شدن نام نوروفیدبک در
در ذهن ما باعث مقاومت ما در پذیرش آن روشها نشود.



هومیوپاتی

دکتر بهین ناظم رعایا

هومیوپاتی(Homeopathy) یک روش درمانی است که قریب به ۲۰۰ سال پیش توسط پزشک و شیمیدان آلمانی دکتر ساموئل هانمن (Samuel Fredric Hahnemann ۱۷۵۵–۱۸۴۳) ابداع شده است.

مجموعه آزمایشاتی که او با مصرف داروی کینین(Cinchona officinalis) و نیز بسیاری از داروهای طبیعی دیگر بر روی خود و شاگردانش انجام داد او را متقاعد کرد که درمان صحیح و پایدار بکمک دارویی می تواند ایجاد شود که علائمی مشابه با علائم بیماری را در فرد سالم ایجاد کند نه با دارویی که بر ضد علائم بیماری تجویز می گردد. او تئوری خود را چنین بیان کرد:

«Similima Similibus curenture» یا «مشابه مشابه را درمان می کند» و روش درمانی خود را هومیوپاتی (درمان با مشابه بیماری) نامید. او معتقد بود که بجای تجویز دارو بر ضد علائم بیماری، با تجویز دارویی مشابه میتوان سیستم حیاتی بدن را به مقابله با بیماری تحریک و از این طریق بیماری را بطور پایدار درمان کرد.

اصول هومیوپاتی:

۱–اصل مشابهت که در بالا توضیح داده شد.

۲– اصل کلی نگری (Holistic View) بدین معنا که بایستی بیمار درمان شود و نه بیماری. هومیوپاتی معتقد است که بیماری حاصل یک عدم تعادل در سیستم حیاتی بیمار است که خود در بسیاری از موارد حاصل تاثیرات بجا مانده از یک بیماری عفونی است. اگر چه شرایط بسیار گوناگون دیگر نظیر سبک زندگی (Life style) استرس ها، تروماها و... نیز می تواند چنین عدم تعادل پایداری را در فرد ایجاد کند. این عدم تعادل در سیستم حیاتی بدن(Vital Force) می تواند علائم خود را در یک و یا چند ارگان بدن بروز دهد. بعبارتی علائمی که در طب رایج است و نسبت به هم بی ارتباط در نظر گرفته شوند، از نظر هومیوپاتی می توانند کاملا بهم مرتبط بوده، کلید تشخیص و انتخاب دارو را در اختیار پزشک قرار دهند.

۳–استفاده از داروهای بسیار رقیق شده:

البته این مورد اخیر از اصول هومیوپاتی نیست و صرف مشابهت برای تجویز دارو کافی است ولی هانمن پس از مدت کوتاهی دریافت که داروهایی که به روش هومیوپاتی طی چندین مرحله و به روش استاندارد شده، رقیق و تکان داده شوند اولاً می توانند علائم گسترده‌تری را در فرد سالم ایجاد و به همین ترتیب علائم گسترده‌تری را در فرد بیمار درمان کنند و ثانیاً امکان مسمومیت های دارویی بخصوص در داروهای سمی مثل آرسنیک منتفی می گردد. به‌همین علامت داروهای هومیوپاتی تقریباً همیشه بصورت بسیار رقیق مورد استفاده قرار گرفته اند.

تشخیص بیماری و انتخاب دارو:

همانطور که اشاره شده هومیوپاتی یک روش کل نگر (Holistic) است و ثانیاً درمان را بر اساس مشابهت دارو و علائم بیمار انجام می‌دهد. اما چگونه چنین مشابهتی تشخیص داده می‌شود؟

جواب این سوال در سیستم امتحان دارویی (Proving) نهفته است. دکتر هافمن در زمان خود تعداد بسیار زیادی از داروهای گیاهی و معدنی آن زمان و نیز تعداد زیادی از مواد ظاهراً خنثی (نظیر سیلیس، طلا، آهن و....) را به روش هومیوپاتی بصورت دارو تهیه و روی خود، شاگردان و یا داوطلبین کاملاً سالم امتحان کرد و کلیه علائمی را که در اثر مصرف هر دارو در آنها بروز می کرد راثبت نمود. (برای مثال قهوه باعث بروز علائمی همچون طپش قلب، بی خوابی، بیقراری، حساسیت به صدا، حساسیت به درد و تحریک پذیری و... می شد و همینطور دیگر داروهای هومیوپاتی علائم خاص خود را بروز می دادند) اینکار پس از او توسط پیروانش نیز ادامه یافت و اینک مجموعه‌ای از علائم بیش از دو هزار داروی هومیوپاتی بصورت مکتوب در دسترس است.

این علائم در دو کتاب عمده ثبت شده اند.

۱– کتاب داروشناسی (Materia Medica) که در آن علائم بی شمار هر دارو در ذیل نام آن دارو ثبت شده است.

۲– کتاب مجموعه علائم (Repertory) که علائم بر حسب ارگان و یا سیستم درگیر ثبت شد.

در ذیل هر علامت داروهایی که می توانند آن علامت را ایجاد کنند ثبت گردیده است.

پزشک هومیوپات به کمک یک شرح حال بسیار جامع از کلیه علائم جسمی، ذهنی و هیجانی بیمار به مجموعه ای از علائم دست می یابد و حالا به کمک دو کتاب فوق الذکر یک داروی هومیوپاتی را که بیشترین پوشش را بر مجموعهٔ علائم بیمار دارد برای او انتخاب وتجویزمی کند.

هومیوپاتی و ADHD

همانطور که پیشتر گفته شد، هومیوپاتی یک روش درمان کل نگر است و لذا تجویز دارو نه بر حسب نام بیماری بلکه بر اساس مجموعه علائم بیمار انجام می‌شود. بنابراین برای بیماری که مبتلا به ADHD است بر اساس اینکه چه علائم دیگری علاوه بر علائم اختصاصی ADHD در او یافت شود دارو انتخاب و تجویزمی‌شود.

برای مثال داروی کودکی که مبتلا به ADHD است و همزمان از یبوست و شب ادراری نیز شکایت دارد با داروی کودک دیگری با همین بیماری ولی با مشکلات دیگر نظیر اگزمای پوستی، سردرد و ضعف بینایی است کاملاً متفاوت است. خوشبختانه بسیاری از علائم مرتبط با ADHD را می توان در کتب داروشناسی هومیوپاتی یافت. برخی از این علائم ثبت شده عبارتند از:

Low Atention

Difficult Concentration

Lack of concentration

Fruitless Activity (جنب و جوش مدام و بی هدف)

Restlessness

Restlessness in children

Distructiveness

Instability

پزشک هومیوپات با توجه به اینکه چه تعداد از علائم فوق الذکر را در بیمار بیابد و نیز جمع بندی این علائم با علائم احتمالی ذهنی و جسمی دیگر یک داروی هومیوپاتی راانتخاب و تجویز می کند.

ازداروهایی که عموماً پوشش بیشتری بر روی علائم ADHD دارند می توان به داروهایی نظیر Belladonna , Cina, Taberculinum, Tarentula, Sulphue و...اشاره کرد.

تجارب کلینیکی و نیز برخی پژوهشهای بالینی بر موثر بودن هومیوپاتی در تخفیف و یا کنترل علائم فوق الذکر در بسیاری از بیماران دلالت دارند.

مکاتبات انجمن

با سپاس از جناب آقای دکتر جلیلی ریاست محترم انجمن علمی روانپزشکان ایران

از ابتدای طرح کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت سال ۱۳۹۳ هیأت مدیره به طور فعال در بخش روانپزشکی آن درگیر بحث و گفتگوی مداوم با وزارت بهداشت بوده است، در پی فراخوان برای اطلاع از نظرات همکاران در مورد این طرح، اظهارنظر دو شاخه شیراز و کرج به یاری هیات مدیره رسید و بعضی همکاران نیز به طور فردی نقطه نظرات خود را ارسال کردند که جای سپاس است.
واقعیت امر این است که در تعرفهگذاری خدمات روانپزشکی کم‌لطفی کلانی صورت گرفته بود و به همین دلیل در چند جلسه پیاپی در خدمت دبیر محترم انجمن و چند تن از اعضاء هیأت مدیره و همکارانی خارج از هیأت مدیره در جلسات پرباری در وزارتخانه به نتایجی دست یافته‌ایم که در آینده به اطلاع خواهد رسید.
توافق حاصله با هیأت پی گیری این امر در وزارت بهداشت باید در شورایعالی بیمه مطرح گردد و پس از تصویب ابلاغ شود.
چون قرار است باز هم اگر مسئولین وزارت بهداشت لازم دیدند انجمن در جلسات مربوطه به آن حضور داشته باشد.اگر اصلاح و نکته و مطلبی در مورد کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت سال ۱۳۹۳ وجود دارد استدعا دارد هیأت مدیره راه مطلع فرمائید.
هیأت مدیره در این راه از تمام امکانات ممکن برای احقاق حق روانپزشکان استفاده کرده است.

دکتر احمد جلیلی

در تاریخ ۹۳/۹/۸ نامه ای از انجمن علمی روان روانپزشکان ایران و از طرف سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران جهت امضا ی همکاران ارسال شد. با توجه به تسریع امر همکارانی که در دسترس بودند نامه را امضا کردند و فوراً به انجمن تهران جهت پیگیری فکس شد.
این نامه از سوی سازمان نظام پزشکی خطاب به جناب آقای دکتر سر افراز رئیس سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی نوشته شد که مضمون آن بشرح زیر بود.
جناب آقای دکتر سرافراز
ریاست محترم سازمان صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران
با سلام و احترام
همانگونه که مستحضرید و بر فرد فرد جامعه سربلند و پر افتخار ایرانی روشن است این کشور همواره در طول تاریخ با تلاش و دانش متعهد مردان بزرگ و زنان فرزانه ای که از متن این ملت سرافراز بیرون امده و در کنار انان به بشریت خدمت نموده اند در آسمان علم و معرفت جهان درخشیده و بر خود بالیده است. این مهم از گذشته تا کنون از برزویه ها و ابو علی سینا ها تا قریب ها... در زمینه طبابت و دانش پزشکی درخشش دو چندان و آمیختگی ویژه ای در حکمت و معرفت داشته است. رشادت ها واز جان گذشتگی های جامعه پزشکی در سالهای جنگ تحمیلی، افزایش کمی و کیفی در دسترس عادلانه آحاد هم میهنان در اقصی نقاط و محروم ترین مناطق کشور در سخت ترین سالهای جنگ و سازندگی کشور و جهشی علمی غیر قابل انکار در حوزه دانش و فناوری پزشکی در سالهای فشار و تحریم همگی گواهی بر تداوم این همت و اندیشه و اعتقاد در جامعه خدمتگزار پزشکی دارد.
پخش ویژه برنامه غیر منصفانه و اهانت آمیز ثریا در چهار شنبه مورخ ۹۳/۸/۲۸ موجی از نارضایتی و التهاب را در جامعه پزشکی به وجود آورده است.
ما امضا کنندگان این بیانیه خواستار اهتمام جدی و موثر جنابعالی و سایر مسئولین صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران برای جلوگیری از تولید و پخش این گونه برنامه ها و بویژه برخورد قاطع با کلیه افراد مسئول در پخش برنامه سراسر وهن مزبور می باشیم. امید است جدیت جنابعالی در رفع این معضل و برخورد با مسببان ان موجب کاهش تکدر خاطر و احیای امید در خدمتگزاران و دلسوزان واقعی مردم و کشور گردد.
امید است با پی گیری های مکرر سازمانهای مربوطه از پیشرفت این روند جلوگیری بعمل آید تا رابطه پزشک و بیمار که رابطه ای مقدس است با تنگ نظری برخی افراد بیش از این خدشه دار نگردد.

بدنبال اعلام پرداخت هزینه پسماند عفونی مطب پزشکان اصفهان برای انجمن روانپزشکان، نامه ای از سوی رئیس انجمن روانپزشکان اصفهان به معاونت درمان جناب آقای دکتر طلوعی نوشته شد و از ایشان درخواست گردید که با توجه به اینکه روانپزشکان پسماند عفونی ندارند از پرداخت این هزینه معاف باشند. با توجه به موافقت اولیه سازمانهای ذی ربط این موضوع درحال پیگیری می باشد.