نشریه انجمن روانپزشکان استان اصفهان
فصلنامه شماره ۶/ زمستان ۱۳۸۹

این نشریه به طور رایگان برای جامعه روانپزشکی کشور ارسال می گردد.
شماره دریافت پیامک های شما: ۷۳۳۷- ۳۱۹- ۰۹۳۹

آدرس جدید خبرنامه: اصفهان- سه راه سیمین- خیابان جانبازان- خیابان نســتوه- بن بست شقایق- واحد ۳۱۱- طبقه دوم- دفتر خبرنامه انجمن روانپزشکی /مختاری
پست الکترونیک: ravan.pezeshky@gmail.com
وب سایت: www.isf-psychiatrist.com

انجمن علمی روانپزشکان ایران
شاخه اصفهان

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

با تشکر از همکاران این شماره:
مرتضی واعظی، صفا مقصودلو، مسعود ازهر، علی عباسعلی زاده، ناهید گرامیان، پوربه دانشور، سید بدرالدین نجمی، مهدی مختاری، مجید برکتین، محمد رضا شیدایی، محمد بهداد، ترانه تقوی، حمیدرضا روح افزا، فریدون یدالله مقدم، میترا پورصیرفی، المیرا لایق

▪ 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.

هر کس بر در این سرای آید
نانش دهید
و از ایمانش نپرسید،
چه آن کس که
نزد خدای باریتعالی
به جان ارزد،
البته پیش بوالحسن
به قرصی نان ارزد.

نوشته سردر خانقاه
شیخ ابوالحسن خرقانی
عارف قرن چهارم ه ق

سخن آغازین ۲
دید و بازدید نوروزی روانپزشکان ۳
گزارش سومین همایش بین المللی اختلالات روان تنی ۴
دکتر چهرازی ۶
هم مگر پیش نهد لطف شما گامی چند ۹
گزارش واحد سلامت روان ۹
اخبار گروه روانپزشکی ۱۰
روانپزشکی و هنر ۱۱
ساختمان پزشکان و ما روانپزشکان و روانشناسان ۱۲
از کار افتادگی روانی ۱۴
همایش سایکوسوماتیک و چالش های فرهنگی در روانپزشکی ۱۶
به کجا آمده ام آمدنم بهر چه بود؟! ۱۸
جمع بندی روان پویایی در یک بیمار مبتلا به اختلال شخصیت وابسته ۲۲
بازخوانی پرونده ای به درازای نیم قرن ۲۴
چالش و پرسش ۲۶
جایگاه PET و SPECT در تشخیص زودرس زوال عقل ۲۶
از مکتب ملاذوالفقار تا روانپزشکی ۲۷
درد دلی کوچک با مسئول دستیاران ۲۷
سکوت ۲۷
رویکرد عملگرا به طب روان تنی ۲۸
ساعت مچی ۳۰
کودک آزاری و قوانین مرتبط با آن ۳۲
مصاحبه انگیزشی ۳۴
دو فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری ۳۷
خلاصه طرح ها و پایان نامه ها در مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان ۳۸
برنامه کلینیک فوق تخصصی روانپزشکی ۳۹
برنامه بازآموزی های مدون روانپزشکی سال ۱۳۹۰ .... ۳۹

سخن آغازین

دکتر صفا مقصود لو- روانپزشک و مسئول خبرنامه

مدتی این مثنوی تاخیر شد
مهلتی بایست تاخون شیر شد

تشخیص را بر اساس DSM بگذاریم یا ICD یا همه آن چیزی که طی سالیان سال با آن بزرگ شده ایم؟ گزاره‌ای که هر روز در ذهن روانپزشکان می گذرد.

رشته روانپزشکی علی رغم دیرینگی، بسیار مدرن است تا جائی که شاید جزء آخرین رشته‌های کلاسیک علوم پزشکی باشد که تدریس مدون آن شروع شده است.

ولی در آخرین دهه قرن چهاردهم خورشیدی و دومین دهه هزاره سوم میلادی هنوز باید برای تشخیص متکّی به هنر مصاحبه باشیم.

نه تصویربرداری، نه آزمون شگفت انگیز خونی و نه نواری از جایی که بتواند تشخیص قطعی را بر ما آشکار کند این چه خصیصه ای است؟

برای درک هر چه بیشتر بیماری های روانی، روانپزشکی چند بعدی لازم است که از هنر، فلسفه، جامعه‌شناسی و هر علم مربوط به رفتارهای انسانی بی بهره نباشد. اینجاست که بدون پر شدن کرایتریا بیمار را بستری می‌کنیم یا مداوا را آغاز می‌کنیم و یا گهگاه با وجود پر شدن جدول تشخیصی، اطرافیان را به حمایت می طلبیم.

برای حل چنین درماندگی نیاز به شنیدن و آموختن و انتقال دادن و گرفتن تجارب و دانش سایرین داریم. به قول قدیمی ها نمی توان «عالم جامع علوم زمان خود بود»

اما می توان از گفته بزرگمهر حکیم پیروی کرد که «همه چیز را همگان دانند...»

به این منظور از این شماره در خبرنامه علاوه بر اطلاع رسانی صنفی، ستون های جدیدی تحت عنوان روانپزشکی و هنر را طراحی کردیم تا رنگ و لعاب بیشتری به خبرنامه داده شود، همچنین سعی خواهد شد به تکنیک های پیشرفته علم روز در خصوص تشخیص ها و درمان های روانپزشکی پرداخته شود. ستون جدید دیگری که طراحی شده در خصوص طرح موضوعات مختلف چالش برانگیز در درمان بیماران است که امید داریم همکاران عزیز با شرکت در این ستون ها و بیان دیدگاه ها و تجارب خود به درک بهتر و کمک به بیمارانی که در قالب‌های تنگ تشخیصی نمی گنجند، مؤثر باشند.

دید و بازدید نوروزی روانپزشکان اصفهان

بیست و پنجم فروردین ماه سال ۹۰، باغ گیاهان دارویی و تالار سبز دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پذیرای بیش از ۲۰۰ نفر از روانپزشکان اصفهان و خانواده های آنان بود. دید و بازدید نوروزی امسال هم مانند سالهای گذشته با چهره شاد و خندان همکاران برگزار شد. بعضی از همکاران ذکر می کردند که یکسال در انتظار این روز لحظه شماری می کنند زیرا مشغله های کاری فرصت دیدار خانوادگی دوستان و همکاران را میسر نمی کند و این مراسم دیدارها را تازه می کند در گوشه‌های سالن دستیاران جدید و خانواده هایشان را می بینیم که محجوبانه خود را از دید اساتیدشان مخفی نگهداشته‌اند و دستیاران سال بالاتر که خود را بیشتر متعلق به خانواده روانپزشکان می دانند در سالن در حال احوالپرسی با همکاران هستند و جداً که حضور همکاران جوان شور و نشاطی به این جمع داده بود. همه گرم سلام و احوالپرسی و دید و بازدید و گروهی هم در باغ رستوران در هوای دل انگیز بهاری مشغول قدم زدن هستند.

آقای دکتر واعظی پشت میکروفون قرار می گیرند ولی این جمعیت هیجان زده و پرشور و حال را هیچکس نمی تواند ساکت کند. آقای دکتر واعظی ضمن خوشامدگویی به مهمانان در خصوص مسایل صنفی سخنانی فرمودند: سپس از یکایک اعضای هیئت مدیره انجمن سپاسگزاری نمودند.

پس از آن آقای دکتر ازهر با طرح یک بازی هیجان و جنبش مضاعفی به جمعیت دادند و موجب شدند که خانواده های روانپزشکان نیز در این مهمانی معرفی شوند و خیلی جالب بود که همه متوجه شدیم عده غیر اصفهانیها از اصفهانیها بیشتر است.

شرکت دارویی سانوفی اونتیس نیز با اهدا هدایایی به روانپزشکان، رنگ و لعاب بیشتری به مهمانی دادند و در آخر با صرف شام مهمانی به پایان رسید. به امید آنکه این جمع صمیمی همواره پابرجا باشد.

گزارش سومین همایش بین المللی اختلالات روان تنی

دکتر حمیدرضا روح افزا □ روانپزشک

سومین همایش بین المللی اختلالات روان تنی از تاریخ ٦-٤ خرداد سال ۱۳۹۰ در سالن همایش های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار شد. در این همایش بیش از ۵۰۰ نفر شرکت کننده از سراسر کشور و ۶۰ شرکت کننده خارجی حضور داشتند که ۱۰ نفر از آنان سخنران بودند.

دبیر علمی همایش آقای دکتر محسن معروفی و آقای دکر سعید مشرف دهکردی و دبیران اجرای کنگره نیز دکتر نیز دکتر حمیدرضا روح افزا و آقای دکتر Jan Ilhan Kizilhan بودند. امتیاز بازآموزی شرکت در این همایش از مرکز توسعه و آموزش پزشکی ایران و سازمان نظام پزشکی آلمان تأمین شده بود.

در طول مدت همایش ۱۵ سخنرانی از طرف سخنرانان مدعو انجام شد که ۵ سخنران ایرانی و ۱۰ سخنران دیگر از آلمان بودند.

موضوعات سخنرانی شامل

- وضعیت طب روان تنی در ایران و اصفهان
- سایکوفیزیولوژی و درمان Phantom limb pain
- وابستگی به عنوان مفهوم پایه در طب روان تنی
- دردهای مزمن لگنی در زنان
- سایکو نوروایمیونولوژی در ایران
- مدیریت درد، آنچه روانپزشک باید بداند
- سایکونوروایمونولوژی آسم
- تأثیر حوادث حاد زندگی بر بروز سندروم حاد کرونر
- پالیاتیوتراپی در بیماران سرطانی
- مطالعه هروئین
- آنچه باید از زنبور بیاموزیم، تمرکز به علائم بیمار
- از معتقد بودن به حرفه ای شدن
- تأثیر تکنیک های درمان بر درمان

از سخنرانان برجسته آلمانی می توان به پروفسور لاریسک اشاره کرد که از روانپزشکان و روانکاوان برجسته آلمانی است و در دانشگاه توبینگن آلمان مشغول تدریس می باشد و تألیفات زیادی در زمینه دردهای مزمن دارد. ضمناً از پزشکان صاحب سبک در زمینه کنترل دردهای Fantom limb می باشد. از دیگر سخنرانان می توان به آقای دکتر «کارل ادوارد شاید» اشاره نمود که رئیس دپارتمان سایکوسوماتیک دانشگاه فرایبورک می باشد.

دکتر «شاید» مطالعات فراوان در زمینه سایکوسوماتیک و اختلالات خوردن انجام داده اند، دکتر توماس ساتلر از متخصصین زنان و مامایی که علاوه برآن تخصص روانپزشکی هم دارند و از توانایی خود در هر دو رشته در درمان بیماران استفاده می نماید و تجربیات فراوان در درمان اختلالات سایکوسوماتیک در رشته مربوطه دارد.

آقای دکتر ذکایی از ایرانیان شاغل در آلمان نیز از سخنرانان برجسته این دوره از همایش بوده است که مقاله پژوهشی بسیار جالبی در زمینه مقایسه هروئین و متادون در درمان بیماران معتاد ارائه فرمودند.

آقای دکتر خطیب از متخصصین رفتار درمانی که در زمینه رواندرمانی روشنگرایانه تجربیات فراوان داشت، از دیگر سخنرانان همایش بود که با ارائه سخنرانی خود غنای خاصی به همایش دادند.

متخصصین و محققین کشورمان نیز در بالا بردن کیفیت و سطح علمی همایش نقش بسزایی داشتند.

از آن جمله آقای دکتر نور بالا از اساتید برجسته روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران که تألیفات زیادی در زمینه روانپزشکی و مدیریت درد دارد. آقای دکتر اربابی نیز از اعضای هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی و فوق تخصص Consultation liaison از سخنرانان برجسته همایش بودند.

از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نیز آقای دکتر حمید افشار، دکتر محسن معروفی، دکتر حمیدرضا روح افزا نیز که جزو گروه سایکوسوماتیک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان هستند در حیطه های روانپزشکی گوارش، انکولوژی و قلب مقالاتی را ارائه فرمودند.

آقای دکتر حمید افشار در حال حاضر رئیس مرکز تحقیقات روان تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشند و تجربیات فراوان در زمینه سایکوگاستروانترولوژی دارد. مطالعات آقای دکتر معروفی بیشتر در زمینه سایکوانکولوژی متمرکز است و آقای دکتر روح افزا نیز تمرکز فعالیت‌های علمی و پژوهشی خود را در حیطه اختلالات روان تنی قلب و عروق نهاده است.

از دیگر قسمت های بسیار مهم و برجسته در همایش اختلالات روان تنی تعداد ۲۱ کارگاه بود که موضوعات آن شامل:

- رفتار درمانی در دردهای مزمن
- روان درمانی در عمل
- هیپنوتراپی در دردهای مزمن
- جنبه های سایکوسوماتیک درد و مدیریت آن
- رواندرمانی روشنگرایانه
- عشق بعنوان اختلال وابستگی
- مدیریت اختلالات سایکودرماتولوژی
- اختلالات ارگانیک با تظاهرات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان
- حرکات موزون در درمان درد
- «درد روح» در اختلالات وابسته به مواد
- درمان ترومادر تئوری و عمل
- روان درمانی در زنان معتاد
- فضای درمانی مناسب برای درمان بیماران مشکل
- گروه های بالینت

۵ سالن همزمان به این کارگاه ها اختصاص داشت. که با استقبال بسیار خوب شرکت کنندگان همراه بود.

یکی از کارگاه هایی که مورد استقبال زیاد قرار گرفت کارگاه گروه های بالینت بود که توسط دکتر «نوربرت گونزل» Norbert Gunzel اجرا گردید. ایشان از افراد برجسته و صاحب سبک در این زمینه می باشد که از کشور آلمان مهمان بودند.

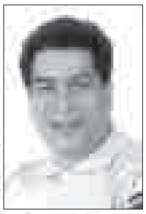
آقای دکتر سعید مشرف نیز علاوه بر دبیری علمی همایش با برگزاری کارگاههای مختلف بر غنای کنگره افزودند.

آلار و اریکا ساندر نیز از رواندرمانگرانی بودند که از کشور آلمان تشریف آورده بودند و در درمانهای Expressive تجربیات خود را با شرکت کنندگان در میان گذاشتند.

آقای دکتر فرزاد گلی نیز از دیگر پزشکانی بودند که در زمینه هیپنوتراپی اقدام به برگزاری کارگاه نمودند. ایشان تألیفات متعددی نیز در این زمینه دارند.

در روز جمعه ٦ خرداد در ساعت ١ بعد از ظهر مراسم اختتامیه برگزار گردید و آقای دکتر معروفی فعالیتهای ۳ روزه همایش را به اطلاع شرکت کنندگان رساندند و در پایان از کلیه دست اندرکاران علمی و اجرای کنگره تشکر نمودند.

دکتر چهرازی



پوربه دانشور - روانشناس بالینی
□□□□□□□□□□□□□□.□□□

ساعت یک بامداد چهاردهم اسفند ماه ۱۳۸۹ در برزخ خواب و بیداری بودم که تلفن همراهم زنگ زد. مخاطب خیلی کوتاه خود را معرفی کرد. «من پرویز چهرازی از واشنگتن، خواب بودید؟» با وجودیکه قرار بود برای یک مسافرت بهاری و بازدید از روستاهای تاریخی ایران با هم هماهنگی کنیم اما بعید به نظر می‌رسید که او اختلاف ساعت محل اقامت خود در آمریکا با ایران را مد نظر نداشته باشد. در جوابش گفتم نه. هنوز خوابم نبرده بود مشکلی پیش آمده؟ با بغض و ناراحتی گفت: «پدر در اثر اشتباه سهوی پرستارش هنگام غذا خوردن دچار مشکل در مسیر تنفسی شده و حالشان اصلاً خوب نیست» و «امکان دارد چند روز آینده آخرین روزهای زندگی ایشان باشد.»

پرویز (دارا) چهرازی فرزند ارشد دکتر چهرازی بود که پس از انقلاب اسلامی برای ادامه زندگی شهر واشنگتن را انتخاب کرده بود. چند ماه پیش تلفنی با دکتر صحبت کرده بودم فقط اصرار داشتند برای من منزلی در باغبادران (روستای زادگاه شادروان مرحوم دکتر سیدابراهیم چهرازی) آماده کنیم «می خواهم هرچه زودتر با پرویز بیایم آنجا» ... «در مملکت غریب راحت نیستیم» ... «دیار غربت به درد من نمی خورد.»

بیش از هشت سال بود که دکتر چهرازی با همسرشان بانو نادره گنجه ای برای درمان بیماریهای ناشی از کهولت سن به ایالتی در کشور آمریکا مهاجرت کرده بودند که سه نفر از پنج فرزندشان یعنی پروفسور بهرام چهرازی (استاد جراحی اعصاب دانشگاه یل آمریکا) و دکتر شهلا چهرازی (فارغ التحصیل رشته روانپزشکی کودکان) و کوچکترین فرزندشان سهیلا چهرازی در آنجا زندگی می کردند.

بعد از این تلفن ناراحت کننده خاطرات چندین ساله خود با این مرد مصمم، پیگیر و سختکوش را مرور کردم.

آنجا که در نود سالگی در صدد بود با تاسیس انجمن «مذهب جهانی» تمام وجه مشترک ادیان الهی شامل توحید، نبوت و اخلاق دینی را جهت وحدت مردم جهان بکار بندد و گویا مقدمات ثبت رسمی و قانونی این فرقه را نیز در آمریکا به انجام رسانیده بود. برخی شبها در زمانی که در ایام دانشجویی در منزل ایشان زندگی می کردم با ایشان شطرنج بازی می کردم و با وجودیکه در این بازی برای خود ادعاهایی داشتم حسرت حتی یک بار شکست ایشان بر دلم نشسته است.

یک روز بعد از تلفن دکتر پرویز چهرازی یعنی پانزدهم اسفند ماه ۱۳۸۹ خبر ناگوار رسید و طبق وصیت او مقرر شد پیکر آن شادروان در مقبره خانوادگی ایشان در شهر باغبادران خاکسپاری شود. البته بدلیل مشکلات ناشی از فقدان پرواز مستقیم از آمریکا به ایران و مساله تحریم‌ها و کنترل مضاعف و بازرسی امنیتی بارهای هوایی که به مقصد ایران حمل می شد انتقال تابوت جسد حدوداً دوازده روز بطول انجامید تا نهایتاً در واپسین روزهای سال ۱۳۸۹ خورشیدی مراسم خاکسپاری دکتر چهرازی با حضور جمع کثیری از همشهریان و دوستداران ایشان در باغبادران انجام گردید.

دکتر میرسپاسی، دکتر چهرازی و دکتر رضایی اولین پزشکانی بودند که هر سه در کشور فرانسه دوره تخصص پزشکی خود را در رشته اعصاب و روان طی نموده و در خلال سالهای ۱۳۱۵ تا ۱۳۱۷ در شهر تهران که در آن زمان کمی بیشتر از پانصد هزار نفر جمعیت داشت مشغول به کار شدند. در آن تاریخ هنوز دانش اعصاب (مغز و پی) یا نورولوژی از دانش روانپزشکی که آن موقع بیماریهای روانی و دماغی نامیده می شد کاملاً تفکیک نشده بود و به همین دلیل این سه نفر تا اواخر دهه ۲۰ خورشیدی و اوایل دهه ۳۰ بیماران ملقب به روانی و بیماران رشته

اعصاب را به طور توام در یک بخش یا درمانگاه که در آن کار می کردند مورد مداوا قرار می‌دادند با این تفاوت که از نظر شخصیتی دکتر رضایی فردی انزواطلب، حساس و درونگرا بود و دکتر میرسپاسی با روحیه دانش دوست، فیلسوف مآبانه و آکادمیک اصولاً در فکر مبارزه برای مقام و مسند و موقعیت‌های ممتاز اجتماعی و حتی مال اندوزی و سیاست ورزی نبود اما به عکس این دو نفر دکتر چهرازی از فعالترین چهره های شاخص پزشکی کشور می‌بوده که ده ها سال عملاً او و بیمارستانش به عنوان نماد درمانگری بیماران روانی کشور ایران مطرح بوده‌اند. او بیش از آنکه پزشک باشد مصلحی بود که در همه عرصه های اجتماعی و به خصوص در انجمهای علمی و مجامع جهانی فعال و پرتلاش بود و پیش از آنکه استاد دانشگاه باشد با بلند پروازی و جسارت و شجاعت مثال زدنی در پی کسب مقام و مسند و مدارج علمی ـ اجتماعی و سیاسی بود.

بررسی نامه‌ها و مدارک کتابخانه شخصی او نشانگر ارتباطات روزمره و عضویت و تعامل مداوم او با مجامع علمی بین المللی و از جمله عضویت در هیئت موسس فدراسیون جهانی سلامت فکر (از ۱۹٤۸)، عضو هیئت موسس کمیته بهداشت روانی سازمان بهداشت جهانی (از ۱۹۵۲)، عضو کمیته اجرایی سازمان بین المللی مبارزه با الکل (از ۱۹۵۳)، عضویت در آکادمی اعصاب آمریکا (از ۱۹۵٦)، عضو کمیته مواد مخدر فدراسیون جهانی روانپزشکی (از ۱۹٦۸)، عضویت در انجمن متخصص اعصاب فرانسه (از ۱۹٦۸) و عضویت در شورای فدراسیون جهانی سلامت فکر و ... می‌باشد.

همچنین چاپ اولین درسنامهٔ فارسی پزشکی قانونی در سال ۱۳۱٦ (کتاب طبیب و جامعه) و چاپ بیش از شصت جلد کتاب علمی و بیش از یکصد مقاله و مشارکت در آموزش و تربیت بیش از سه هزار پزشک در طول ۳۵ سال خدمت دانشگاهی و نهایتاً راهنمایی پنجاه و هفت پایان نامه پزشکی از سال ۱۳۱٦ تا ۱۳٤۷ از خدمات ارزشمند و ماندگار این پزشک ایرانی است.

طیف روابط عمومی و ارتباطات اجتماعی دکتر چهرازی آنقدر وسیع بود که در خلال بیش از یک قرن عمر خود از یکسو آنقدر با روحانیون طراز اول و مراجع تقلید نزدیک بود که مرجع تقلید جهان شیعه مرحوم سیدابوالحسن مدیسه‌ای (اصفهانی) دیانت او را بیش از دانش علمی وی دانسته و در جایی فرزند این مرجع تقلید آقای «حسین ابن ابوالحسن موسوی اصفهانی» عنوان نموده است که «آقای دکتر سید ابراهیم چهرازی از هر جهت مورد احترام جامعه روحانیت می‌باشد.» آیت‌اله خوانساری و آیت‌اله بروجردی در تعریف و تمجید دکتر چهرازی سخنانی ادا نموده‌اند و آیت اله کاشانی در مورد ایشان چنین نگاشته است:

«جناب آقای دکتر سید ابراهیم چهرازی سلمه اله تعالی شخصی است متدین و وطنخواه و خدمتگزار ملت خداوند امثال ایشان را زیاد فرماید» (مختصری از تاریخچه زندگی تحصیلی و اجتماعی آقای دکتر چهرازی ـ نگارش سید مصطفی مدنی ۱۳۳۵) و از سوی دیگر به دلیل آنکه دکتر چهرازی متعاقب قتل تقی ارانی رهبر فرقه کمونیستی موسوم به ۵۳ نفر از صدور گواهی فوت تحمیلی سر پاسبان مختاری امتناع می نماید راد منش از رهبران حزب توده در سخنان خود در مجلس شورای ملی از شخصیت او به نیکی یاد می کند و مدتها این تعریف بهانه‌ای در دست پلیس سیاسی شهربانی بوده است تا از حضور او بعنوان کاندیدای نمایندگی مجلس شورا جلوگیری نمایند.

در اینجا لازم است مروری به زندگینامه دکتر چهرازی از هنگام تولد تا زمان فارغ التحصیلی از دانشگاه پاریس و بازگشت به کشور داشته باشیم و در شماره آتی این نشریه نیز فرازهایی از زندگی شغلی و حرفه‌ای ایشان را یادداشت می کنیم.

تا سال ۱۲٦۰ خورشیدی در روستای باغبادران و در اغلب دهات کشور درمان بیماران بوسیله رمالان و دعا نویسان صورت می گرفت و فقط تعدادی از افراد متمکن می توانستند برای درمان خود به اصفهان بروند. در سال مذکور مرحوم سیدمرتضی حکیمباشی «صدرالاطبا» فرزند مرحوم سیدمحمد پیشوای روحانی روستای باغبادران که حرفه پزشکی را در محضر حافظ الصحه و در شهر اصفهان آموخته بود در باغبادران به طبابت پرداخت و تدریجاً شهرت و آوازه او در سراسر لنجانات (شامل مبارکه، لنجان علیا، و سفلی یعنی زرین شهر و فلاورجان) و قسمتی از چهارمحال و بختیاری را فرا گرفت. سیدمرتضی حکیم باشی در بیش از سی سال زندگی حرفه ای خود همه روزه تعداد کثیری از بیماران راکه از مناطق مختلف به محکمه او و در روستای باغبادران مراجعه می نمودند درمان می نمود. مرحوم حکیمباشی از طرف حکومت وقت در سال ۱۳۰٤ به سمت بهدار لنجان منصوب شد. صدرالاطباء با گذراندن امتحان پزشکی موفق به اخذ دیپلم پزشک مجاز (موسوم به دیپلم طولوزان) گردید و از این نظر باغبادران به یکی از مراکز مهم بهداری در لنجان (اصفهان) و به مرجع بیش از یکصد هزار نفر مردم این منطقه و چهارمحال و بختیاری تبدیل شد. باغبادران روستایی است بسیار زیبا و با طبیعتی دلنواز در مجاورت رودخانه زاینده رود که انواع محصولات کشاورزی در مزارع آن کشت می شود. شاید به همین دلیل پدر مرحوم سیدمرتضی حکیمباشی که از روستای چهراز چهارمحال و بختیاری به این منطقه مهاجرت کرده بود در این روستا سکنی گزید. مرحوم سیدمرتضی حکیم باشی همان گونه که بر سنگ مزارش در مرکز شهر باغبادران نوشته شده «جالینوس و بقراط زمان» خود و به گفته اساتیدش «نابغهٔ دانش پزشکی بوده و همچنین از نظر تفکر اجتماعی نیز روشنفکری دوراندیش وانسانی خدمتگزار» بوده است. او در زمانی که درس خواندن برای اکثریت مردم روستاهای ایران آرزویی دست نیافتنی بوده است و تحصیل سواد دختران از سوی نابخردان ناشایست و نهی شده بود دختران خود را به مکتب خانه فرستاد و برای فرزندان خود یک معلم کلیمی سرخانه خصوصی بمدت دو سال استخدام کرد. تا ایشان زبان و ادبیات فرانسه را یادبگیرند. از قول او روایت شده است که گفته است:

«روزی می رسدکه فرانسویها و خارجیها با بلندگوها و گرامافونهای بزرگ برای شما صحبت می کنند و باید فرزندان من بلد باشند به زبان فرنگی جواب آنها را بدهند».

فرزندان سیدمرتضی حکیمباشی هوش و ذکاوت خود را از پدر به ارث برده بودند. در صفحه سوم جلد اول از مجموعه پنج جلدی خاطرات دختر ارشد حکیمباشی محترم آغاسعیدی (۱۲۷۹–۱۳٦٤) در شرح خانواده حیکمباشی می خوانیم:

پدرم مرحوم آقاسیدمرتضی حکیمباشی ملقب به صدرالاطباء دارای پنج پسر و پنج دختر بود. پسر اولش از نوجوانی هوش سرشار داشت ونابغه بود بنام آقا حسن (که) در سن ۱۸ سالگی در اصفهان مشغول تحصیل علم طب بود. استادان او آقایان مرحوم حافظ الصحه و مرحوم احتشام الملک و مرحوم دکتر عیسی قلی خان بودند. برادرم برای تعطیلات عید آمد باغبادران ولی چون هوا خیلی سرد و برف آمده بود. در راه یکشب و یک روز پیاده آمده بود سرما خورد، وقتی آمد ده مبتلا به گوش درد سخت شد و چون وسیله برای بردن او به اصفهان نبود پدرم خودش به معالجه او پرداخت ولی چون دواهای امروز موجود نبود، روز به روز بدتر شد تا این که با هزار زحمت او را به اصفهان بردند ولی وقتی دکترها به عیادت او می روند دیگر درگذشته بوده است.

برادر دیگرم بنام اسماعیل در سن ۱۲ سالگی مبتلا به دیفتری شد و او را بردند اصفهان به مریضخانه برسانند ولی او هم در راه فوت کرد. یک خواهرم در سن ۱٤ سالگی فوت کرد و یک خواهر (دیگرم) بعداز شوهر کردن سه بچه آورد که سر بچه سوم سر زا رفت و جوان مرگ شد (این خواهر مادر دکتر اکبر دانشور است که در باغبادران مطب دارد) یک پسر و یک دختر هم قبل از دوسالگی فوت کردند و حالا دو خواهر و سه برادریم.

برادر بزرگترم آقای دکتر حسین حکیمی (درسال ۱۳۵۸ در سویس بدلیل ابتلاء به عارضه سرطان فوت شده اند) و دو برادر دیگرم آقای دکتر سیدابراهیم چهرازی (اولین متخصص اعصاب و روان – روانپزشکی ایران) و آقای دکتر حسن چهراز

(اولین دانشیار اعصاب و روان دانشکده پزشکی اصفهان) می باشند.
من و خواهرم برای درس خواندن می رفتیم منزل خاله ام که شوهرش برای ما محرم بود و از علما عصر خود بود. کتابهایی که می خواندیم کتاب ترسّل، کلیله و دمنه، کتاب سعدی، کتاب نصاب و کتاب کفایه المسائل. اما کتاب علم الاشیاء و تاریخ و جغرافیا مخصوص پسران بود والبته (دختران) را از خواندن کتابهای قصه، کتاب امیرارسلان و کتاب حافظ منع می کردند. روزی پدرم به مادرم گفت: بچه ها باید بروند اصفهان درس بخوانند ما هم رفتیم اصفهان و برادرانم رفتند مدرسه گلبهار، اما بعد از شش ماه پدرم با استخدام یک نفر کلیمی که زبان فرانسه را خوب می دانست و اسمش موسیو اسحاق بود و معلم ادبیات فرانسه در مدرسه آلیانس اصفهان بود همه ما را به باغبادران برگرداند.. ما دو دختر هم خیلی دلمان می خواست فرانسه بخوانیم یکی اینکه محیط اجازه نمی داد و یکی حجاب و روگیری... من وقتی فراغت داشتم می رفتم پشت درب اطاقی که بچه ها فرانسه می خواندند و یواشکی گوش می دادم ولی وقتی به پدرم گفتم به فرانسه علاقه دارم گفت مردم دهات خیلی چشم و گوش بسته و امی هستند. وقتی شما پیش کلیمی نشستید مردم برای من مزاحمت ایجاد می کنند ولی من آن موقع نفهمیدم مزاحمت یعنی چه.
زحمات مادی و معنوی و روشن اندیشی و روشنفکری پدر، محیط فرهنگی خانواده، نبوغ و هوش و استعداد و پشتکار و جسارت یکی از فرزندان حکیم باشی بنام سید ابراهیم، یادگیری زبان فرانسه در کودکی و نهایتاً قرار گرفتن در دوره خاصی از تاریخ اجتماعی کشور ایران باعث شد که سرنوشت دکتر سید ابراهیم چهرازی (۱۲۸۷-۱۳۸۹) را از روستای محقر باغبادران خارج سازد و در مسیر تقدیر نقش تعیین کننده ای را در تاریخ دانش اعصاب و روان و روانپزشکی کشور ایران به او محول کند که چون نگارنده بخشی از نامه ها، اسناد و مکاتبات و نوشته های ایشان را در اختیار داشتم لازم دیدم جهت مزید استحضار بخشی از مطالب گزینش شده را به خوانندگان گرامی گزارش نمایم.

دوران تولد و تحصیل

دکتر سید ابراهیم چهرازی در پانزدهم مهرماه ۱۲۸۷ در دهکده باغبادران اصفهان متولد شد. از پنج سالگی تحصیلات خود را در باغبادران در مکتب خانه آقا میرزا و شیخ لطف اله آغاز کرد. دوره دبستان را در مدرسه گلبهار و علمیه اصفهان به پایان برد. او در بخشی از خاطرات دوران تحصیل ابتدایی و متوسطه خود می نویسد: در ریاضیات فوق العاده بودم و هیچکدام از همکلاسی ها قادر به رقابت با من نبودند... در امتحانات نهایی ششم تمام نمرات و معدلم بیست شد و اداره فرهنگ اصفهان کتاب سفرنامه ابراهیم بیگ را با تشریفات خاصی به من اهدا کرد. سپس به مدرسه صارمیه رفتم طی یک سال تحصیل کلاس اول و دوم متوسطه را طی کردم و در کل دوره متوسطه با معدل بیست شاگرد اول شدم.
در سال ۱۳۰۴ برای ادامه تحصیل به دبیرستان دارالفنون تهران رفت و آنجا هم شاگرد اول شد. پس از اخذ دیپلم متوسط از دارالفنون در سال ۱۳۰۷ در امتحانات اعزام به خارج و در دو رشته طبیعی و ریاضی نام نویسی کرد و از بین ۱۲۰۰ داوطلب به صورت خارق العاده در هر دو رشته طبیعی و ریاضی رتبه اول را اخذ نمود.
ولی اله خان نوید مدیر کل تعلیمات عالیه به ایشان عنوان داشته «عجیب است دیشب صحبت شما را با وزیر فرهنگ آقای میرزا یحیی خان قره گوزلو داشتیم چون در بین تمام کسانی که در امتحان شرکت کرده بودند پاسخهای شما و نمراتی که گرفته بودید به واقع ممتاز بود و این به ما مژده می دهد که شما آینده درخشانی خواهید داشت.» (خاطرات و زندگی نامه دکتر سید ابراهیم چهرازی، چاپ دوم، آشیانه کتاب، ۱۳۸۴، صفحه ٤٤)
پس از اعزام به خارج برای تحصیل در رشته پزشکی به دانشگاه تولوز فرانسه رفت و بدلیل اخذ نمره ۹ (از نمره کل ۱۰) موفق شد برای ادامه تحصیل پزشکی به دانشگاه پاریس که در آن زمان دانشگاه طراز اول پزشکی جهان بود انتقال یابد تا اینکه در سال ۱۳۱٤ ابتدا دوره تخصصی خود را در رشته پزشکی قانونی از دانشگاه پاریس اخذ کرد و سپس در سال ۱۳۱۵ پس از اخذ تخصص در رشته اعصاب و روان با رتبه ممتاز به ایران بازگشت. لازم به توضیح است که چون هنگام اتمام دوره عالی تخصص با رتبه ممتاز شاگرد اول شده بود به افتخار ایشان پرچم کشور ایران درهنگام جشن فارغ التحصیلی بمدت ۲٤ ساعت در صحن دانشگاه به اهتزاز در آمد.

دوران کار و فعالیت دانشگاهی (۱۳۱۵-۱۳۵٤)

«در سال ۱۳۱۵ روزی رسید که من با عنوان دکتر چهرازی متخصص اعصاب و روان با مقداری زیاد کتاب واثاثیه و با مبلغ پنجاه پوند انگلیسی و مقداری فرانک وارد تهران شدم» (صفحه ٦۷ کتاب خاطرات -ذکر پیشین)
برای آگاهی بیشتر خوانندگان در شماره آینده این نشریه بخش دوم این مقاله که گزارش پنج رویداد تاثیر گذار یا به عبارت دیگر بخشی از زندگی و نقش آفرینی دکتر سید ابراهیم چهرازی که در ارتباط کامل با تاریخ بیماری های اعصاب و روان و روانپزشکی ایران است به شرح ذیل ارائه می گردد:
۱-همکاری با پروفسور ابرلن در تاسیس دانشکده پزشکی دانشگاه تهران و بخش اعصاب و روان (روانپزشکی) دانشگاه تهران.
۲- افتتاح اولین بیمارستان دولتی بیماران روانی در کشور ایران (تیمارستان شهرداری تهران (بیمارستان روزبه)-۱۳۱٦).
۳-تاسیس اولین بیمارستان خصوصی بیماران روانی در کشور ایران (بیمارستان چهرازی - ۱۳۱۸).
٤-تاسیس اولین تشکل غیر دولتی مبارزه با مواد مخدر در جهان، «انجمن مبارزه با تریاک والکل» (۱۳۲۲).
۵- تاسیس انستیتو اعصاب وروان به مثابه اولین مرکز عالی آموزش تخصصی اعصاب و روانپزشکی کشور ایران.

دکتر مسعود ازهر
فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

هم مگر پیش نهد لطف شما گامی چند

اینکه استادان آلمانی مرحمت می کنند و این همه راه قدم رنجه می کنند و خودجوش، برنامه‌های آموزشی را به اقصی نقاط دنیا از جمله ایران می‌برند بسیار قابل ستایش است. دو هفته قبل از کنگره سایکوسوماتیک دو تن از یلان میدان خانواده درمانی آلمان به مدت چهار روز کارگاه خانواده درمانی دایر نمودند. محدودیتِ چهل نفری مانع از انتشار خبر بصورت عام شد با این حال در میان شرکت کنندگان چندیایی روانپزشک هم دیده می شد با آنکه امتیاز بازآموزی در میان نبود.

خانواده درمانی سیستمیک و نگاه سیستمیک پایه‌ی همه‌ی مباحث این کارگاه بود. تئوریهای مطرح در این زمینه و ذکر نکات تکنیکی و مصاحبه های زنده با چند خانواده، چهار روز پر بار را برای شرکت کنندگان به همراه داشت.

پروفسور ویرشینگ معلمی سخت کوش و جدی در زمینه خانواده درمانی است و همراه با دکتر توما در حال بوجود آوردن یک کتاب جامع خانواده درمانی هستند که حدود چهل نویسنده برجسته دارد.

دکتر حمید افشار و دکتر فرزاد گلی برنامه ریزان و مدیران این کارگاه بودند. تداوم این گونه کارگاهها باعث بهبود نگرش درمانگران به موضوعات روان تنی و گشایش راههای درمانی به روی درمانگران خواهد بود. لطف ایشان مستدام.

گزارش واحد سلامت روان

دکتر ناهید گرامیان
کارشناس مسئول واحد سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد در سه ماهه اول سال جاری در راستای ارتقای سلامت روان جامعه برنامه های زیر را پیگیری کرده است.

۱- اصلاح پرسشنامه AMIS (Assessment Instrument for mental health system) و ارسال آن به مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت روان در استان به منظور جمع آوری آمار از اول تیر ماه.

۲-ارسال داده های جمع آوری شده از طرح پیمایش ملی سلامت روان به وزارتخانه،به این منظورکه تصویر روشنی از تقاضای جامعه برای خدمات سلامت،شیوه اقدام مردم برای یافتن پاسخ به این تقاضا، شیوه پاسخگویی نظام ارائه خدمات به تقاضای جامعه، میزان رعایت حقوق اساسی مردم از سوی نظام ارائه خدمات و و تناسب بار مالی تحمیل شده به خانوارها با درآمد آن ها به دست آید.

۳-برگزاری دوره تربیت مربی(TOT) با همکاری سازمان بهزیستی به منظور تربیت مربی در زمینه مهارتهای زندگی با رویکرد در محیط کار جهت ۳۰ نفر از پرسنل تیم سلامت روان

٤-تهیه متن آموزش مجازی» مهارت های فرزند پروری» و انجام پیگیری های لازمه به منظور راه اندازی مرکز آموزش مجازی حوزه سلامت در فضای اینترنتی به صورت فراگیر و همگانی

۵-تعیین الویت های آموزشی پرسنل درگیر برنامه های سال ۹۰: با توجه به شیوع بالای افسردگی و سوء مصرف مواد در جامعه عمده الویت های آموزشی پرسنل در سال جاری پیشگیری از افسردگی و شناخت مواد اعتیاد آور جدید و راههای پیشگیبری از آن در نظر گرفته شد.

٦-تهیه پیش نویس محتوای آموزشی مهارتهای زندگی ویژه گروه سنی ٦-١٢سال با همکاری گروهی از همکاران روانشناس.

۷-تهیه برنامه عملیاتی پیشگیری از سوءمصرف مواد جهت دانش آموزان شهرستان های با شیوع مصرف بالا.

۸-ارسال ماهیانه آمار فعالیت های پیشگیری از سوء مصرف مواد به شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر.

۹-آموزش پرسنل در گیر طرح سنجش دانش آموزان سه مقطع در زمینه نحوه شناخت و تکمیل شناسنامه سلامت روان دانش آموزان توسط مشاور علمی برنامه های واحد سلامت روان استان.

۱۰-تهیه و تدوین نقشه جامع سلامت استان با همکاری ارگان ها و سازمان های درگیر به منظور تأمین، حفظ توسعه و ارتقاء سلامت و همچنین بهبود شاخص های وضعیت سلامت افراد با تکیه بر اصل همکاری های بین بخشی و مشارکت جامعه در جهت ارتقاء مستمر کمی و کیفی ابعاد سلامت افراد جامعه.

حوزه سلامت روان ضمن تشکر از همکاری صمیمانه روانپزشکان، پذیرای پیشنهادات و راهنمایی های همکاران می باشد.

اخبار گروه روانپزشکی

با اطلاع شدیم که آقای دکتر حمید افشار متخصص روانپزشکی بعد از ٦ سال دوران ریاست بیمارستان نور (خورشید) جای خود را به آقای دکتر منصور سیاوش (فوق تخصص غدد) دارند.

آقای دکتر حمید افشار از سال ١٣٨٤ تا اردیبهشت ١٣٩٠ ریاست بیمارستان نور که مرکز اصلی آموزش روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است را عهده دار بودند. همچنین این بیمارستان مرکز اصلی مسمومین در شهر اصفهان می باشد و بخشهای داخلی و عمدتاً قلب با تجهیزات کامل در این بیمارستان مشغول به کار هستند.

آقای دکتر افشار در این مدت علاوه بر پرداختن به بازسازی و زیبا کردن این بیمارستان بسیار قدیمی جدیت زیادی در افزایش فضای آموزشی روانپزشکی نیز داشتند. اختصاص دادن فضای قابل توجهی به کلینیک روانپزشکی کودک و نوجوان در این بیمارستان در کنار بخشهای روانپزشکی بزرگسالان موجب تمرکز هر چه بیشتر اعضای هیئت علمی روانپزشکی و بهبودی وضعیت آموزشی دستیاران و فلوشیب ها گردید.

راه اندازی درمانگاه های بیماری های روان تنی (اختلالات عملکردی گوارشی، کلینیک سایکودرماتولوژی.

–تلاش برای توسعه و تقویت روابط بین بخشی و روانپزشکی مشاوره–رابط در سطح دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با تأکید بر همکاری با مراکز مختلف درمانی داخل و خارج کشور

–تلاش برای اصلاح فرایندهای درمانی جهت افزایش رضایت مندی مراجعین و بیماران–بخصوص در فضای درمانگاههای خورشیداز دیگر خدمات ایشان در دوران ریاست این بیمارستان بوده است.

همچنین ایشان در اجرا و استانداردسازی اورژانس روانپزشکی کوشش فراوان نمودند و به همت آقای دکتر مجید برکتین و حمایت آقای دکتر افشار امروز اورژانس روانپزشکی بیمارستان نور بعنوان اولین اورژانس استاندارد روانپزشکی در ایران شناخته شده است.

توجه ایشان به دیگر بخش های بیمارستان مانند تجهیز و نوسازی بخش مسمومین و بخش قلب موجب ترقی کیفیت آموزشی و درمانی و خدماتی در این بیمارستان شده است.

آقای دکتر حمید افشار هم اکنون پس از کوشش و همت فراوان مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک را در کلینیک فوق تخصصی روانپزشکی شریعتی راه اندازی کرده و خود مسئولیت آن را به عهده دارند.

هیئت مدیره انجمن روانپزشکان اصفهان ضمن تقدیر و قدردانی از خدمات ایشان موفقیت و سربلندی را در ادامه کار برای ایشان آرزومند است.

■ ■ ■

آقای دکتر مجید برکتین (متخصص روانپزشکی) به عنوان معاون آموزشی بیمارستان نور انتخاب شدند.

ایشان سوابق درخشان از فعالیت های آموزشی و پژوهشی داشته و جدیت ایشان در استانداردسازی اوژانس روانپزشکی بیمارستان نور همواره مورد تقدیر بوده است.

امید داریم با درایت ایشان شاهد پیشرفت چشمگیری در امر آموزش دانشجویی و دستیاری در یکی از مهمترین بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان باشیم.

■ ■ ■

در دسترس بودن منبعی برای دستیابی سریع به مهمترین و پرکاربردترین نکات در تشخیص و درمان اختلالات روانپزشکی همواره نیازی واضح برای کلیه دست اندرکاران حیطه سلامت روان بوده است. در این میان پزشکان جوان بیشتر نیازمند راهنمایی های ساختار یافته در تشخیص و درمان و همکاران با تجربه متقاضی آگاهی از آخرین تغییرات و روش های درمانی مبتنی بر شواهد علمی Evidence Based می باشند.

این مهم با توجه به حجم بالای مطالب مرتبط در کتب مرجع و مقالات منتشره و نیز وجود اختلاف خصوصاًدر رابطه با نحوه درمان بیماران، بیش از پیش نمایان می گردد.

به این منظور مجموعه فشرده ای برای مرور سریع نکات کلیدی و کاربردی در تشخیص و درمان اختلال روانپزشکی برای استفاده روزانه و در عرصه بالینی توسط دکتر برکتین دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دکتر شعربافی زاده دستیار روانپزشکی این دانشگاه در ٤ فصل تدوین گردیده است که به شکل کتاب و CD در شرف ارائه به علاقمندان می باشد.

در فصل اول به عناوین لازم در یک شرح حال روانپزشکی پرداخته شده و تکنیک های مصاحبه به طور مختصر ذکر شده است.

در فصل دوم پرکاربردترین ابزارهای سنجش و بررسی در بالین بیماران روانپزشکی آمده است که شامل Psychiatric Rating Scales objective, Behavioural Assessments و and subjective personality tests می باشند. لازم به ذکر است که هر کجا ممکن بوده است فارسی شده این ابزارها با ذکر منبع و روش استفاده آمده است که می تواند در بسیاری از موارد کارگشای پژوهشگرانی که در جستجوی این ابزارها هستند، باشد.

فصل سوم به تعریف علایم شایع و اصطلاحات روانپزشکی پرداخته است.

در فصل چهارم آخرین دستورالعمل های راهنمای درمان مبتنی بر شواهد Evidence Based برای درمان اختلال افسردگی اساسی و اختلال وسواسی جبری بر اساس American Psychiatric Association Guidelines و برای درمان اختلالات خلقی دو قطبی بر اساس Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment به صورت الگوریتم های درمانی قدم به قدم آمده است.

این کتاب بزودی توسط مرکز مطالعات و توسعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (EDC) در دسترس علاقمندان قرار خواهد گرفت.

با عرض ارادت خدمت همکاران عزیز، در راستای تغییراتی که قرار شده از این پس در خبرنامه روانپزشکی استان اصفهان انجام شود جای خالی ستون در ارتباط با روانپزشکی و هنر احساس می‌شود. البته لازم به ذکر است که مقولهٔ تخصصی روانپزشکی می تواند و باید سایر شاخه های علم مانند فلسفه، تاریخ، جامعه شناسی، مردم شناسی، معماری و ... نیز پیوندهایی داشته باشد و در صورت امکان در آینده به آنها نیز پرداخته خواهد شد.

ولی فعلاً قرار براین است که در هر شماره ستونی داشته باشیم که بهتر است آن را «فیلم هایی که یک روانپزشک باید ببیند و کتاب هایی که بخواند» نام بگذاریم و حداقل توقع این است که سایر همکاران عزیز نیز نظرات) نقدها و پیشنهادهای خود را برای ما بفرستند. تلاش بر این است که از فیلم های روز و کتاب های جدید شروع کنیم و به تدریج دایرهٔ این مطلب را به سایر هنرها مثل نقاشی یا موسیقی نیز تعمیم دهیم.

روانپزشکی و هنر

دکتر محمدرضا شیدایی، روانپزشک

شناسنامه من یک دروغ اجباری است
جهان جنون مرا پاسخی نداده هنوز

هنوز تا متولد شدن مجالم هست
به ناگزیر به دنیا همان سوالم هست

معرفی فیلم

فیلمی که در این شماره دربارهٔ آن می‌نویسیم «جدایی نادر از سیمین» ساختهٔ همشهری‌مان اصغر فرهادی است. حتماً دوستان اطلاع دارند که این فیلم جوایز جشنوارهٔ برلین را درو کرد و نقدهای زیادی نیز راجع به آن نوشته شد. ولی ما از دریچهٔ روان شناختی هم نگاهی به آن می کنیم. اصغر فرهادی کارگردان این فیلم زادهٔ اصفهان و فیلم قبلی او «دربارهٔ الی...» نیز در جشنواره های معتبر جایزه گرفت. خلاصهٔ داستان فیلم بسیار ساده و لایهٔ بیرونی آن برای همه به راحتی قابل فهم است. زن و مردی در آستانهٔ جدایی هستند. زن می خواهد برای همیشه از کشور کوچ کند و مرد عمدتاً بخاطر پدر پیرش که آلزایمر نیز دارد می خواهد بماند. فرزند مشترک آنها که دختری ۱۲ ساله است تصمیم به ماندن با پدر می گیرد. مرد بعد از ترک زن (پیمان معادی و لیلا حاتمی) تصمیم می گیرد کارگری برای کمک به پدرش در لحظاتی که سرکار است استخدام کند و قرعه به یک زن سنتی می خورد که برای امرار معاش مجبور به کارکردن است امّا با توجه به تعصب شوهرش (شهاب حسینی) مخفیانه این کار را می کند... بقیه داستان را بهتر است فیلم را ببینید تا شرح داده شود. امّا چند نکتهٔ روان شناسی در فیلم هست که از هوش و دید درست فرهادی حکایت دارد. لایه عمقی فیلم به تقابل دروغ و حقیقت و ریا و راستی می پردازد. و اینکه حقیقت همیشه واقعیت نیست. کارگردان از تیپ سازی دوری و شخصیت ها را به خوبی پردازش نموده است. (نگاه کنید به کلوزآپ چهرهٔ شهاب حسینی و نوع رفتار او بعد از اینکه سقط جنین فرزندش رامی شنود) دختر نادر (سارینا فرهادی) که پدرش را بعنوان الگوی یک انسان نوع دوست و صادق می داند تا انتها حرف او را می پذیرد و خرد شدن وی پس از فهمیدن واقعیت در انتهای فیلم بدون هیچ شعاری بخوبی نشان داده شده است. استفادهٔ نادر (معادی) از مکانیزم دفاعی intellectualization کاملاً بدون اغراق برای بیننده درک می شود و حتّی رفتار سیمین (لیلا حاتمی) نیز به نظر بیننده غیر منطقی نیست و این همان است که قضاوت کردن را مشکل می کند و فرهادی به ما نشان می دهد که حقیقت و واقعیت را نباید یکی فرض کرد. فیلمنامه، میزانسن، فیلمبرداری و نوع لانگ شات‌ها و کلوزآپ‌ها و بخصوص تدوین فیلم که مانع از دست رفتن ریتم فیلم می شود بی نقص است. دیدن فیلم و کشف نکات روان شناختی آن و مکانیزم های دفاعی بازیگران را به همکاران توصیه می کنم و فعلاً تنها سینمایی که آن را نمایش می دهد مجموعهٔ فرهنگی فرشچیان است. در ضمن با توجه به فاصلهٔ چاپ خبرنامه پیشنهاد می کنم فیلم «جرم» مسعود کیمیایی را که فعلاً روی پرده است. ببینید؛ همچنین فیلم "مرهم" داوودنژاد را که درباره معضل مواد مخدر است. اگر عمری بود در شمارهٔ بعد در موردشان بحث کنیم و نیز تا آن موقع نظرات و پیشنهاد شما را داشته باشیم.

معرفی کتاب

به همکارانی که تک بعدی نیستند و به جز کتابهای روانپزشکی و چرخیدن در سایت‌های پزشکی اینترنت مطالعه غیر درسی هم دارند تمایل دارند کتابهایی را بخوانند که در عین لذت مطالعه به کشف و شهود معلومات روان شناسی خود با متن کتاب هم نائل شوند. برای این دوستان کتاب «نگران نباش» نوشتهٔ مهسا محبعلی را معرفی می کنیم.

مهسا محبعلی از نویسندگان نسل دوّم و متولد دهه پنجاه است، قبل از این رمان کوتاه داستا نهای کوتاهی را نیز به چاپ رسانده است، ولی رمان «نگران نباش» که جایزه کتاب سال را هم گرفته است حکایت سردرگمی و بی هویتی نسل جدید است که نویسنده شناخت خوبی از آنها داشته است. خلاصهٔ داستان در مورد زلزله‌ای است که در تهران رخ می‌دهد و همه چیز به هم ریخته و هیچ چیز سرجایش نیست. شهر در دست جوان هاست و هرکس که زنده مانده کوچ کرده است. در این میانه قهرمان داستان که دختری از طبقهٔ مرفه است تنها نگرانیش این است که قادر به یافتن ساقی‌های همیشگی مواد مخدرش نیست و ترس از خماری برایش از زلزله یا هر چیز دیگر مهم تر است و در این میان دوستانی دارد که آنها نیز مثل خودش در اختلال هویت، سردرگمی، بی هدفی و باری به هر جهت بودن به سر می برند. نویسنده نسل سوم و دغدغه‌های آنها را به خوبی تشریح کرده است. جوان هایی که خود هم نمی‌دانند از زندگی چه می‌خواهند و تنها «امروز» برای آنها مهم است و لو زلزله ای قوی شهری چون تهران را در هم کوبیده باشد. «نگران نباش» در کنار «برف و سمفونی ابری» و «کوچه سی و سوم یوسف آباد» هر سه مشکلات روانی نسل جدید و انگیزه های آنها به مواد مخدر و روانگردان و مشکل اختلال هویت آنها را به خوبی نشان داده است و در این میان کتاب محب علی سرشار از نکات ظریف روانشناختی است. نوع دیدگاه نسل جدید و تلقی آنها از مقولهٔ عشق، زندگی، وفاداری و ... را در جای جای سطور این رمان خوشخوان می توان دید. کتاب حجم کمی دارد و چند ساعته قابل خواندن است. باز هم از دوستان و همکاران می خواهم اگر نظر، نقد یا پیشنهادی در ارتباط با فیلم یا کتاب خاصی دارند مطرح کنند و نقش فعال تری در خبرنامه ایفا کنند.

ساختمان پزشکان
و ما روانپزشکان و روانشناسان

گپی با سروش صحت کارگردان سریال ساختمان پزشکان

دکتر محمدرضا شیدایی، روانپزشک

در این شب های گرم تابستان که به خاطر سترونی زاینده رود هم تشدید شده است (بهتر است هر چه زودتر به یک کلینک باروری مراجعه کند یا حداقل این پیشوند زاینده را از جلوی اسمش حذف کند.)

یکی از سرگرمی های گروه کثیری از مردم تماشای سریال ساختمان پزشکان است که هر شب حدود ساعت ۹ از شبکه ۳ سیما پخش می شود و ظاهراً طبق نظر سنجی صدا و سیما پربیننده ترین سریال این شبکه است.سریال ساختمان پزشکان عمدتاًبه زندگی و کار یک روانشناس (و به قول خود دکتر نیما افشار دکتری روانشناسی) می پردازد. در این بین همسر سابق دکتر نیز یک خانم دکتر روانپزشک است و همسر فعلی او از بیماران سابقش است. پخش این سریال با واکنش ها و سوال هایی از طرف همکاران روبرو شد که هر چند شدت زیادی نداشت اما ظاهراً ابهاماتی ایجاد کرده بود. برای همین و با توجه به موضوع سریال که بیماران روانی هستند برآن شدیم تا با آقای سروش صحت کارگردان سریال وهمشهری خودمان گفتگویی داشته باشیم که خلاصه آن در ذیل می آید.

با تشکر از شما آقای صحت که وقتتان را برای گفتگو و گپی در مورد این سریال گذاشتید دکتر شیدایی روانپزشک هستم و به نیابت همکاران روانپزشک و روانشناس پرسش هایم را مطرح می کنم. ابتدا به جنبه های هنری کار بپردازیم . در مقایسه با کارگردانی سریال قبلی شما (چارخونه)، که پر از بازیگران مشهور کمدی و طنز بود اما متاسفانه در عمل پر از نقاط ضعف بود، این سریال چندین گام به جلو نسبت به سریال قبلی شما محسوب می شود با اینکه تیم بازیگران اکثراً از ساختار تئاتر آمده اند و بخصوص شخصیت اصلی آقای بهنام تشکر سابقه بازی در تلویزیون را نداشته و تنها تئاتر بین های حرفه ای تئاتر ایشان را می شناختند ،دلیل این موفقیت را در چه می دانید؟

کارگردانی سریال چارخونه اولین کار من در مقام کارگردانی بود و بسیار تجربه کمی در این مورد داشتم در حالیکه بعد از آن با چند تله فیلم وکسب تجربه بیشتر بهتر می توانستم کارگردانی کار را انجام دهم. در مورد بازیگران هم با اینکه با تائید حرف شما همه سابقه تئاتریشان بیشتر بود، اما خوشبختانه هماهنگی تیم سازنده سریال، اعم از نویسندگان متن، فیلمبردار، صدابردار و همه باعث شد تا کار یکدست و قوی از کار در بیاید.

با توجه به اینکه پیمان قاسم خانی بدون شک قویترین طنز نویس فعلی در زمینه فیلم و سریال است حضور و سرپرستی وی بر تیم نویسندگان را چقدر در موفقیت آن دخیل می دانید؟

در اینکه پیمان از قدرت خلاقانه ای برای طنز نویسی برخوردار است تردیدی نیست، اما نوع کار و ضبط آن بصورتی بود که کمی قبل از ضبط متن به دست بازیگران می رسید و قطعاً هماهنگی آن ها و سایر عوامل هم در این جذب مخاطب موثر بوده اند.

به نظر می رسید لوکیشن فیلمبرداری ثابت است و همهٔ میزانس ها و چیدمان ها در یک فضا صورت می گرفت، فکر نمی کنید این امر تا حدی باعث کندی ویکنواختی ریتم سریال می شود؟

بله ، لوکشین ما ثابت بود، حتی کلانتری و ساختمان پزشکان و منزل دکتر نیما همه در یک فضا دکور بندی می شد اما کلاً برای سریال هایی از این دست که به ۹۰شبی معروف هستندو حداقل باید روزی ۲۰ دقیقه ضبط صورت بگیرد، از نظر بودجه بندی برای تهیه کننده سریال جابجایی این همه عوامل و وسایل عملاً هزینه بسیار سنگینی را مطالبه می کرد و عملی نبود.

می دانیم در ایران شوخی با مشاغل افراد همیشه دردسر ساز بود و واکنش هایی را به دنبال داشته حتی در مورد حرفه های پایین هم شوخی با شغل خود را اهانت می دانند و معترض می شوند، در این مورد شما با اعتراضاتی از طرف

روانپزشکان و روانشناسان روبرو شدید؟

جالب است که قبل از پخش سریال، مدیران شبکه و سایر عوامل هم همین را می گفتند و ما منتظر اعتراضات و شکایات درمانگران روانی بودیم، اما بجز چند مورد محدود اصلاًدر این رابطه مشکلی نداشتیم.

البته این به سعه صدر روانپزشکان و روانشناسان بر می گردد واینکه انسانها را مطلق سیاه و سفید نمی بینند و در طیفی خاکستری آنها را نگاه می کنند پس بدیهی است که یک روانشناس یا یک روانپزشک هم مثل همه مردم دیگر نقاط ضعف خود را داشته باشد و این تعارضی با شغل وی ندارد، هرچند که شاید در نزد عوام به دامن زدن به تفکر قدیمی اینکه «خود روانشناس ها و روانپزشک ها بیشتر از همه مشکل روانی دارند» کمک کند.

دقیقا همین طور است و جا دارد اینجا من از سعه صدر درمانگران بیماران روانی تشکر کنم که با دیدی واقع گرا نسبت به سریال برخورد کردند و دقیقاً متوجه قرارداد نانوشته فاصله گذاری در کار طنز شدند .چون اغراق جزئی از کار طنز است و تماشاگر باید این فاصله گذاری با دنیای واقعی را متوجه باشد.

با توجه به استقبال زیاد مردم از این سریال قصد ادامه آن را ندارید؟

چون ضبط سریال خیلی زودتر از پخش آن شروع شده بود و ما آن را در ۵۷ قسمت تمام کردیم دیگر امکان ادامه آن تا ۹۰ شب نیست علاوه بر اینکه با شروع ماه رمضان، سریال های خاص این ماه در باکس پخش شبکه ها قرار می گیرد.

خود شما تاکنو ن به روانپزشک یا روانشناس مراجعه کرده اید؟

بله، معتقدم که همۀمردم کم و بیش مشکلاتی دارند که باید این توسط افراد صاحب نظر حل شود و هنوز این فرهنگ کاملاًجا نیفتاده است.

بله بقول فروید«ایگوی نرمال ایگوی افسانه ای است»، یکی از سوالاتی که همکاران داشتند در مورد شخصیت زن سابق دکتر افشار است که روانپزشک سریال است، اما در اکثر رفتارهای وی ما او را مانند بچه ای لجباز، لوس و حسود می بینیم .علاوه بر اینکه هیچ فلاش بکی به گذشته زندگی اینها نمی شود که چرا یک روانپزشک و روانشناس نتوانستند با هم زندگی کنند و نهایتاً جدا می شوند و در حقیقت قادر به حل مشکل خودشان هم نیستند؟

البته در قسمت های بعدی که هنوز پخش نشده ما اشارات بیشتری به زندگی گذشته این زوج خواهیم داشت، امّا همانطور که گفتم بیننده درک می کند که سریال طنز است و در حقیقت ما به ازای شخصیت‌ها، صد در صد مطابق واقعیت نیست و برای افزایش بار طنز سریال از این موضوع استفاده می‌شود.

بازی خانم شقایق دهقان نشاندهندۀ توانمندی فوق العادۀ ایشان در بازی در نقش های کمدی است، آیا این پر رنگ بودن نقش خانم دهقان بواسطۀ رانت آقای مهراب قاسم خانی همسرایشان و یکی از نویسندگان اصلی متن ها نیست؟

نه، در اصل زمانیکه شخصیت خانم شیرزاد منشی مطب طراحی شد خانم دهقان سرِ کار دیگری بودند و ما اصلاً فکر نمی کردیم که ایشان این نقش را بازی کنند، ولیِ خوشبختانه زودتر کارشان تمام شد و به این سریال رسیدند، ولی این کاراکتر با همین خصوصیات از قبل نوشته شده بود که خوشبختانه خانم دهقان هم به بهترین وجه آن را بازی کردند.

و بالاخره اینکه بعضی همکاران روانشناسی از تأکیدی که روی دکتر نبودن شخصیت نیما افشار توسط دیگران می شود ناراضی بودند و با توجه به اینکه یکی از بازیگران سریال شما یعنی آقای امید روحانی که منتقد سینما نیز هستند در اصل پزشکند، آیا مشورتی در مورد این قضیه داشته‌اید؟

اتفاقاً در متن های اولیه این تأکید روی دکتر نبودن نیما افشار بیشتر بود که بعداً آن را کمتر کردیم، چون از نظر جامعه دکتر کسی است که دورۀ پزشکی را گذرانده امّا دکتر روانشناسی اصلاً پزشکی نخوانده و دکتری خود را در رشتۀ روانشناسی گرفته است.

با تشکر از وقتی که به ما دادید و با تبریک موفقیت سریال ساختمان پزشکان، انشاالله با چاپ گفتگوی شما در مجلّۀ روانپزشک که بولتن خبری روانپزشکان استان اصفهان است، یک نسخه از آن را برای شما هم ارسال می کنیم.

من هم از شما همکاران تان و به خصوص سعه صدرشان تشکر می کنم و آرزوی موفقیت تان را دارم.

از کار افتادگی روانی

(قسمت چهارم)

دکتر صفا مقصود لو- روانپزشک

گزارش معاینه بالینی نقص عضوی روانی
نحوه گزارش نویسی در اختلالات روانی

محتویات گزارش بر اساس مرجع درخواست کننده متفاوت است، اما اساس کار به شرح زیر است:

الف-مقدمه:

گزارش روانی نه تنها باید نشان دهنده علائم، نشانه‌ها، یافته‌های آزمایشگاهی و تشخیصی باشد، بلکه میزان تاثیر اختلال روانی بر عملکرد فرد در زمینه های فردی-اجتماعی و شغلی را نیز باید نشان دهد.

۱. تخصص: معاینه باید توسط روانپزشک صورت گیرد.

۲. بررسی کلی شامل موارد:

-چگونه فرد برای معاینه مراجعه نموده است.

۱. تنها یا با همراه.

۲. مسافت طی شده یا نحوه انتقال.

۳. اگر با اتومبیل مراجعه کرده چه کسی رانندگی نموده است.

-ظاهر عمومی:

۱. نحوه لباس پوشیدن.

۲. آراستگی

۳. معلولیت، ناخوشی ظاهری.

-رفتار و میزان همکاری.

-طرز ایستادن و راه رفتن.

-حرکات غیر ارادی

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

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

-تاریخ و چگونگی بروز.

- تاریخی که طبق اظهار فرد، شرایط ایجاد شده با کار وی تداخل پیدا کرده و چگونگی این تداخل.

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

-اقدام برای بازگشت به کار و نتایج آن.

-ارزیابی های سرپایی و درمان مشکلات روانی شامل:

۱. نام منابع درمانی.

۲. تاریخ های درمان.

۳. نوع درمان (نام و دوز داروها در صورت تجویز).

۴. پاسخ به درمان.

-بستری برای مشکلات روانپزشکی که شامل:

۱. نام بیمارستان ها

۲. تاریخ های بستری

۳. درمان و پاسخ به درمان.

-اطلاعات شخصی شامل:

۱. فعالیت های روزانه[1].

۲. عملکرد اجتماعی.

۳. توانایی به اتمام رساندن وظایف در زمان و شرایط مناسب و به نحوه مقتضی.

۴. اپیزودهای اختلال و تاثیرات آن.

۵. تاریخچه: بررسی زندگی شخصی فرد در طول زمان شامل: وضعیت تحصیلی، درمانی، اجتماعی، قانونی، نظامی، تأهل اطلاعات شغلی و مشکلات تطابق.

جزئیات (تاریخ، مکان و ...) در مورد هرگونه تاریخچه درمان سرپایی یا بستری در خصوص مشکلات روانی.

تاریخچه سوء مصرف مواد (در صورت وجود) و سابقه ترک اعتیاد و حضور در مراکز بازپروری.

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

-اطلاعات شخصی به تفصیل و با ذکر جزئیات

-ظاهر، رفتار و نحوه سخن گفتن (اگر در جای دیگری از گزارش ذکر نشده باشد)

-فرآیند فکر (مانند پرش افکار)

-محتوای فکر (مانند هذیان)

-اختلالات ادراک (مانند توهم)

---

۱ Activities of Daily Living (ADL)

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

–قضاوت و بینش

۷. **تشخیص:** بر اساس استاندارد تشخیصی موجود صورت می گیرد.

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

ب–اطلاعات تکمیلی:

۱. اسکیزوفرنی، پارانوئید، اسکیزوافکتیو و سایر اختلالات سایکوتیک

گزارش باید بیانگر نکات زیر باشد:

–دوره های اقامت در ساختارهایی نظیر ساختمان های نیمه کاره یا خانه‌های گروهی.

– تواتر و مدت زمان اپیزودهای بیماری و دوره های بهبودی

–عوارض جانبی داروهای مصرفی

۲. اختلالات روانی– جسمانی [۲]

گزارش باید بیانگر نکات زیر باشد:

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

۱. داشتن فرآیند حاد یا مزمن

۲. ثابت یا پیشرونده بودن

۳.تغییرات در طول زمان

–نتیجه آزمایشات روانی یا عصبی–روانی که می تواند نشانگر مرحله بیماری جسمی و شدت آن باشد.

–اطلاعات مربوط به نتایج ارزیابی های عصبی

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

۳. عقب ماندگی ذهنی:

– نتیجه آخرین آزمون IQ که با معیارهای استاندارد و شناخته شده انجام شده است با میانگین تقریبی ۱۰۰ و انحراف معیار ۱۵ در جمعیت عمومی که می تواند طیف گسترده ای از عملکرد حسی–حرکتی و شناختی را در برگیرد (مثل معیار Wechsler).

–قابلیت صحبت کردن و امتیازات IQ همراه با سایر امتیازات شخصی

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

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

قدم بعد توانایی روانپزشک در تخمین درصد از کار افتادگی روانی است که در شماره بعدی به ذکر مثال هایی از آن می پردازیم.

---

۲ Organic-Mental

همایش سایکوسوماتیک و چالش‌های فرهنگی در روانپزشکی

دکتر ترانه تقوی، روانپزشک

شرکت در همایش سایکوسوماتیک فرصتی بود که درباره بیماران Chronic pain, Conversion و somatoform بیشتر بیندیشیم و نکاتی در ذهنم نقش بندد که در میان گذاشتن آنها را با همکارانم مفید دانستم.

همیشه کلیشه وار ابعاد biopsychosocial را در شکل گیری و درمان بیماریهای روانپزشکی مطرح می‌کنیم. ولی همگی خوب می دانیم که بیشتر ما تنها به جنبه بیولوژیک می‌پردازیم. از زمان رزیدنتی تاکنون چهار سال و اندی است که به عنوان روانپزشک مشغول به کار هستم، کوشیده ام مولتی فاکتوریال بودن بیماریهای روانپزشکی را در نظر داشته باشم و رواندرمانی از جمله شناخت درمانی و آموزش را در درمان بیماران به کار بندم، اما جنبه فرهنگی اجتماعی بیماریها چه می شود؟ در همایش نخست سایکوسوماتیک وقتی دربارهٔ Conversion از پروفسور شاید (Scheidt) پرسیدم، پاسخ داد موارد Conversion در آلمان کم است و تجربه زیادی دربارهٔ آن ندارد و دکتر سعید مشرف ادامه داد البته در ایران فراوان رخ می دهد.

مقاله پروفسور کیزلحان (KIZILHAN) در همایش سوم درباره رواندرمانی در درمان بیماران از فرهنگهای محدود سنتی که دچار درد منتشر هستند ، بود و در آن بر جنبه های فرهنگی تاکید شد بود. حتی در کارگاه LOVE پروفسور شایدت به گوناگونی فرهنگی LOVE و نحوه برخورد با آن در جامعه های شرقی و غربی اشاره کرد و باز هم جنبه های فرهنگی اجتماعی بیماریهای روانپزشکی مطرح شد.

دوباره به بیماران اندیشیدم، زنان میانسال و گاه جوان که به مطب می آیند و یک یا چند علت جسمی یا درد مزمن را مطرح می کنند. با شرح حال بیشتر در می یابیم که کوله باری از تعارضهای حل نشده و خشمهای فرو خورده، ابراز وجودهای سرکوب شده و دردهای روحی باز گو نشده را به دوش می کشند، و وقتی از آنها می خواهم که «کوله بار» خود را از زمین بگذارند و «بارهای آنرا نشانم دهند»، پاسخ می دهند «باری که در کار نیست!! تنها یک تک یا چند علامت جسمی را بیان می کنند و گویا این داستان هنوز قدیمی نشده که «بیماری روحی عیب است و شکایت روانی نشانه ضعف!» روانپزشک می ماند با یک کوله بار سنگین که بیمار بدش نمی آید آنرا بر دوش پزشک بگذارد و برود!

و امّا داستان شوهر این خانم، او در مسیر زندگی نمی خواهد و نمی تواند زنش را با این کوله سنگین و پای لنگان تنها بگذارد و به راهش ادامه دهد، پس به ناچار او هم از قافله زندگی جا می ماند و چه ایستایی جانکاه و توانفرسایی! ولی چه کسی باید همراهی حقیقی همسر را به او گوشزد کند و راهنمای آنها در این راه پر فراز و نشیب باشد؟

مرد سنتی از جامعه ما آموخته که «مرد» باشد و مرد یعنی کسی که در این کلیشه ها جا دارد: کسی که رئیس است. قافله سالار است، یک کلام است، کسی روی حرفش حرف نمی‌زند و تصمیمها را او می گیرد. پس از چندین سال این آقا می‌بینند که زنش دچار «ناسازگاری و بهانه‌جویی شده و هر چه مرد می کوشد با مردانگی پدر گونه اش زن را راهنمایی کند و به راه آورد نمی شود که نمی شود! آنها در نهایت و پس از طی هفت خوان رستم سر از مطب روانپزشک در می آورند و مرد با خشم آمیخته به ناله می گوید: دکتر زنم دیوانه شده دارد مرا هم دیوانه می کند!» و امّا زن سنتی در جامعه ما چه آموخته؟ زن در کلیشه هایی مانند این گرفتار است: زن خوب کسی است که گوش به فرمان و بله قربان گو و تسلیم شوهر است و در همهٔ مشکلات شکیباست خم به ابرو نمی آورد و وظیفه های خانه داری، شوهرداری و بچه داری را به خوبی انجام می دهد.

مدّتی از ازدواج می گذرد و از طرفی قافلهٔ «جامعه رو به گذار» هم به پیش می رود و دوگانگی بین سنت و کلیشه های آن و مدرنیته و نگاه نو به جایگاه انسانها بیشتر می شود، کشمکشها زیاد می گردد و در آمار تنها افزایش تعداد طلاق آن هم از نوع رسمی و قانونی نمود پیدا می کند ولی داستان بیماریهای سایکوماتیک مانند کوه یخی است که بیشتر آن پنهان می‌ماند بیمار به همراه شوهرش و گاه فرزندان سرگردان از این مطب به آن مطب انواع تخصصها را سر می زنند و با انجام انواع آزمایشها و پیچیدن نسخه های گران و پردارو و حتی گاهی تن دادن به جراحی در پس رهایی از این درد پایان ناپذیر بر می آیند و وقتی به شما می رسند که هر دوخسته و نیمه جان هستند با کیسه ای پر از داروهای اغلب مصرف نشده و پوشه های لبریز از آزمایشهای گرانبهای نرمال و پاسخ پزشکان که «بیمار چیزیش نیست و نگرانی بیمار از اینکه دکترها نمی فهمند من چه مشکلی دارم. (و واقعاً هم نفهمیده اند!) و خشم شوهر و کم کم شک او که نکند همسرش ادا درآورده و واقعاً چیزیش نیست! ...

و زن برای اینکه ثابت کند چیزیش هست! که واقعاً هم هست و هنوز کسی دردش را نفهمیده و هر روز بیمارتر و بدحالتر می شود و افت عملکرد، اختلال خلق و اضطراب و مشکلات زناشویی نیز به این داستان اضافه می شود.

یک پرسش خودمانی ولی اساسی، وقتی موارد این چنینی به مطب شما می آیند دلتان بیشتر به حال چه کسی می سوزد؟!!! (هر چند به ما یاد داده اند که دلمان نسوزد ولی به هر حال ما روانپزشکان سنگ که نیستیم، آدمیم!) ۱) به حال خودتان، با این وقت کم، ویزیت ناکافی و نیاز به شنیدن داستان بی پایان بیمار ۲) بیمار ۳) شوهر بیمار. به گمان من حال شوهر بیمار از همه نزارتر است او که شروع کننده و ادامه دهنده داستان است و با پرخاشگری مانع ابراز وجود assertion زن شده و او را سالها قربانی کرده حال خود قربانی passive aggression و انواع gain های خانم شده است که به مراتب عذاب آورتر از پرخاشگری واضح و

رو در رو و مانند خنجر از پشت خوردن است! از طرفی آن سرویس دهنده سالیان سال که بدون مزد و پاداش و سپاسگزاری انواع سرویس دهی از نظافت و پخت و پز و مدیریت خانه تا زایمان و تربیت و رسیدگی به فرزندان و انجام وظیفه زناشویی و حمایت عاطفی مرد را یک جا انجام می داد و همزمان خانه دار، همسر و مادر بود حالا زمین گیر شده و برای هر کدام از سرویسهایی که او می داده نیاز به چند نفر می باشد، همه اهل خانه، زن برادر، خواهر خانم به علاوه نظافت چی و پرستار بسیج شده اند و باز هم چون مدیریت دلسوزانه او نیست (البته مدیریتی بدون گرفتن پاداش مدیران) این کارها بی نظم و بی هدف انجام می شود. از طرفی ناله‌ها و شکوه های جانسوز او در مرد ایجاد احساس گناه می کند و مردانگی مرد زیر سوال می رود که زنش را خوب دوا و دکتر نکرده واز طرفی کم کم مادر زن و برادر زن هم از راه می رسند و این احساس گناه و کم کاری مرد را به رخ او می کشند و حتی گاهی انگشت اتهام «مستقیم به سوی مرد نشانه می رود. تو دختر منو مریض کردی! دخترم خانۀ پدرش که چنین نبود از وقتی پا تو خونه تو گذاشت همیشه مریضه، و این قصه سر دراز دارد ...»

و یک پرسش ، چگونه می شود به این تراژدی و شاید کمدی پایان داد؟

اگر در این آرزو باشیم که جامعه ما به سرعت راه صدساله را یک شبه رود الگوهای مرد سالاری به سرعت پایان پذیرد که امکان پذیر نیست. اگر به این امید که جامعه‌شناسان و مددکاران اجتماعی ما را یاری دهند هم که توقع زیادی است. پس ما به عنوان سرپرستان سلامت روان جامعه باید تنها به نوشتن نسخه و تجویز دارو بسنده کنیم؟

به گمان من گامهایی هر چند کوچک می تواند برای بهبود جنبۀ social بیماریهای روانپزشکی یاری رسان و چاره ساز باشد. از جمله Family therapy و آموزش شوهر و دادن آگاهی به او درباره احساسی که زنش دارد و فشاری که تحمل می کند و اینکه او همسر می خواهد و شریک زندگی نه شوهر و آقابالاسر پدر گونه، و اینکه قایق زندگی با دو پارو و پارو زن که با هم هماهنگ باشند به پیش می رود و اگر یکی پارو را زمین بگذارد قایق در راه می ماند و به ساحل نمی رسد. آموزش روشهای حل مشکل و جرات مندی و بهبود اعتماد به نفس و ... به زنان می تواند از راهکارهای مناسب باشد.

البته این مسیر دراز ، به پیش نیاز وابسته است. نخست اینکه آقایان پزشک سری به خود بزنند و ببینند آیا هنوز از مردسالاری در جامعه خوشحالند یا فراجنسیتی می اندیشند و خانمهای پزشک مراقب باشند که دچار واکنش مرد ستیزی نشوند و قضاوت گرایانه مردان را ستمگر و زنان را ستمدیده پندارند و دوم اینکه ما روانپزشکان به این باور برسیم که نقش مهمی در سلامت روان جامعه و خانواده و شادی و خوشبختی انسانها داریم، نقش بسیار کلیدی تر و سرنوشت ساز تر از نوشتن یک نسخه گران دهان پر کن . چشم به راه نوشتارهای همکاران گرامی دربارۀ این موضوع مهم هستم.

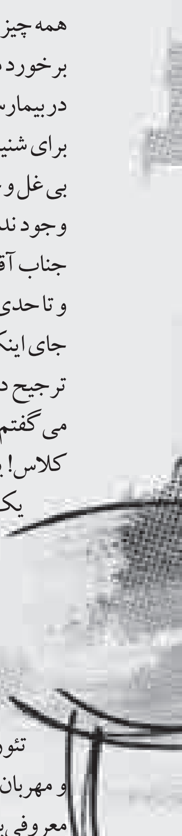
به پایان آمد این دفتر حکایت همچنان باقی است.

دکتر محمد بهداد- روانپزشک

به کجا آمده ام، آمدنم بهر چه بود؟!

الان ساعت ۶/۵ بعدازظهر است و در محل کسب (مطب) نشسته‌ام و به دلیل این که از مشتری یا همان مریض خبری نیست مشغول فکر کردن می باشم و طبق معمول که وقتی آدمیزاد می خواهد فکر کند به جای آنکه به جزئیات مشغول شود و ببیند که اگر فلان کار را انجام دهم بهتر است یا اگر از آن راه بروم زودتر می رسم و یا با این حرف همسرم را خوشحال می کنم و از این دست فکرها؛ بلافاصله یک فکر فلسفی گنده از راه می رسد و بقیه افکار مادی روزمره را قورت می دهد؛ من هم ناگهان یک فکر گنده از راه رسید و مغزم را تکان داد!! راستی تا یادم نرفته خدمتتان عرض کنم که مدتی است که از تبعید برگشته‌ام! (طرحم تمام شده است) و انجمن مجازات پایشان را از کفشم به ظاهر بیرون کشیده اند. البته به نظر می رسد که براساس ناله و نفرین های من خود مشغول شده اند و فعلاً یک کمیته انتقالی بر سر کار است!! (الهی خدا خود مشغولت کند یکی از بدترین نفرین های ما اصفهانی ها می باشد که می توانید با کمی تأمل به عمق آن پی ببرید!)

ولی از گوشه و کنار هنوز هم رابطان هزاردستان هر وقت که مرا می بینند با گوشه و کنایه از من می پرسند که دیگر نمی نویسی؟! یا دلت می خواهد بنویسی؟! و بعد بلافاصله جملهٔ خبری نیز اضافه می کنند که هوای هرمزگان هم خیلی گرم است!! و یا در سیستان و بلوچستان هم خوب سر می برند!! و من هم اشک در چشمانم حلقه می زند و قلمم را که شکسته‌اند و من پنهانی آن را همیشه در جیبم همراه خود دارم می فشارم و زیر لب (نه ببخشید در دل، چون اگر بشنوند باید بروم جاسک یا ایرانشهر) یواشکی در دلم التماس دعایی به آنها می کنم!! خلاصه باعث عود سردردتان نشوم؛ داشتم راجع به آن فکر گنده صحبت می کردم که تیترش به بزرگی صفحه اول روزنامه اطلاعات بود: به کجا آمده‌ام، آمدنم بهر چه بود؟! یادم می آید که در زمان اینترنی هر کدام از اینترن ها براساس اتفاقاتی که برای آنها می‌افتاد، به یک رشته تخصصی علاقمند می شدند. مثلاً یکی در کشیکش می توانست آپاندیسیت حاد را تشخیص دهد و به ناگاه در خود استعداد عجیبی از جراحی می یافت و یا یک نفر که تمام دوران بلوغ را از آکنه (یا همان غرور جوانی) رنج می برد علاقه وافری به تخصص پوست از خود نشان می داد و یا کسی که ماشینش دو روز متوالی در پارکینگ بیمارستان کنار اتند ارتوپدی پارک می شد بصورت مسری خود را ارتوپد مادرزاد فرض می کرد و به همین ترتیب از آن خیل عظیم اینترن کسی در رویاهایش پزشک عمومی نمی ماند. اما داستان من حقیر و روانپزشکی هم شنیدنی است. در آن سالها ما کاملاً از سلولهای خاکستری استفاده چندانی نمی کردیم و



همه چیز را Divert کرده بودیم به قسمتی از بدنمان به نام قلب و عموماً احساساتی برخورد می کردیم! از خانه تا بیمارستان با راننده تاکسی رفیق می شدیم. با نگهبان در بیمارستان ساعت ها درددل می کردیم. غمخوار بیماران بودیم و گوشی مجانی برای شنیدن درد دلهای رفقای عاشق شکست خورده بودیم. خلاصه خیلی ساده و بی غل و غش بودیم و این راه راه های فعلی که روزگار بر چهره مان حک کرده قبلاً وجود نداشت! در آن سال ها مدیر گروه روانپزشکی بیمارستان شریعتی اصفهان جناب آقای دکتر مومنی بودند. مردی بسیار جدی، موقر، خوش لباس، با نگاه نافذ و تا حدی خشن. در عین حال دلسوز و مهربان نسبت به دانشجویان. نمی دانم چرا به جای اینکه وقتی ایشان را می دیدم مانند بقیه بچه ها قالب تهی کنم و فرار را بر قرار ترجیح دهم، مانند مسخ شدگان، خشکم می زد و در دلم غنج می زدم و به خودم می گفتم ای ول! عجب ابهتی، جانم به این همه جلال و جبروت! جانم به این همه کلاس! یادم می آید که ایشان با نگاه از مریض ها حرف می کشید. یک مرتبه از یک بیمار راجع به خالکوبی روی بازویش سؤال کردند و بیمار انکار می کرد و می گفت من خالکوبی ندارم. وقتی استاد اصرار کردند و طرف آستینش را بالا زد چشمهای ما داشت از حدقه درمی آمد و آب گلویمان خشک شده بود و دو دستی صندلی را چسبیده بودیم و ما فکر می کردیم که نگاه استاد از پارچه هم رد می شود. خلاصه بدجور در کف استاد بودیم از آن طرف در کلاسهای تئوری روانپزشکی یکی از استادانمان مردی خوش رو همیشه خندان، ملیح و مهربان، دوست داشتنی با ظاهری ساده و موقر سر به زیر بنام جناب آقای دکتر معروفی بودند.

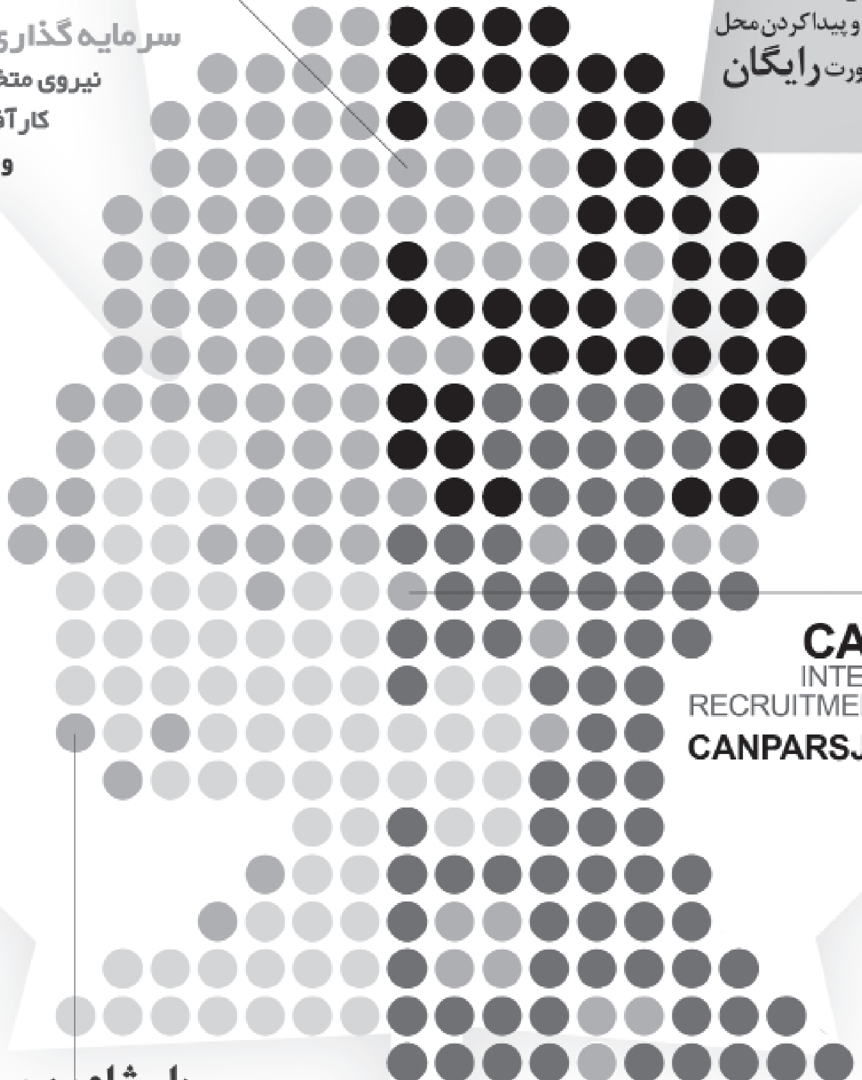
همیشه نکاتی شیرین و زیبا همراه با خاطراتی دلنشین از روانپزشکی برای ما تعریف می کردند که ما را یاد قصه های ظهر جمعه می انداخت، استاد همیشه خرامان خرامان قدم برمی داشت و ما نیز نشئه و خراب با چشمهای خسته مان استاد را تعقیب می کردیم هیچ نقصی در حرکات دلفریب استاد وجود نداشت و این جمله بین ما دهان به دهان می گشت: بار الهی یعنی میشه یه روز منم...! اما گذشت و در آن سالها افتخاری دیگر نصیب ما شد و استادی گرانقدر و وارسته بنام جناب آقای دکتر میرزایی مدتی در بیمارستان شریعتی مسئولیت آموزش ما اینترنها را بر عهده گرفتند. استاد بسیار مهربان، خوش تیپ، خوش صدا با موهایی نقره ای رنگ، باسواد و با سخاوت در انتقال دانش بودند. هر تردستی که استاد سپید مو انجام می داد ما را بیشتر عاشق خود و علم روانپزشکی می کرد. تازه یکسری هم افسانه از فک و فامیل و دانشجویان قدیمی و در اتوبوس و تاکسی راجع به ایشان می شنیدیم که داغ دلمان را تازه تر می کرد. شبها در پاویون بچه هایی که در خواب حرف می زدند فقط حرفشان این بود که خدایا یعنی می شود یه روز موهای من هم این رنگی بشود! بله در آن سالها عشق روانپزشکی حرف اول را می زد البته موزیک متن این فیلم داخل مغزمان هم صدای دلنشین و ترنم مانند سرکار خانم دکتر هاشمی بود!!

بعد از گذشت مدتی فارغ التحصیل شدیم و سالهای درس خواندن برای امتحان رزیدنتی از راه رسیدند و ما هم مانند بقیه بچه ها یکی دو سالی مشغول امتحان دادن بودیم تا بالاخره نمره لازم جهت قبولی را آوردیم. موقع انتخاب رشته امکان انتخاب رشته های دیگری نیز وجود داشت. اما در آن لحظهٔ سرنوشت ساز عشق خاکسترها را کنار زد و یکدفعه احساس کردم مغزم دارد می سوزد می خواستم که مغزم را فشار دهم ناگهان دیدم بطور ناخودآگاهی دستم بر روی برگهٔ انتخاب رشته رفت و روانپزشکی اصفهان را به عنوان اولین رشته انتخاب کردم (البته لازم به ذکر است که در آن روزها روانپزشکی اصفهان بروبیایی داشت و آرزوی خیلی افراد بود، تقریباً یه چیزی شبیه به خودروی مرسدس بنز در میان بقیهٔ ماشینها!!) و قبول شدم. دوران رزیدنتی شروع شد. سال اول همچون عریضه نویسان دم عدلیه فقط شرح حال می نوشتیم. از دورهٔ نوزادی و قبل از تولد فرد تا دم آمدنش به اورژانس خورشید. یا کشیک بودیم و یا خواب بعد از کشیک. سال دوم هم آمد و تمام شد و سال سوم هم که کنج کتابخانه مشغول مطالعه جهت امتحان رزیدنتی بودیم. در این سالها هر آستینی را که بالا زدیم زیرش خالکوبی نبود که نبود بعدها فهمیدیم که استاد همهٔ مریضهای روانپزشکی اصفهان را حداقل دو سه باری ویزیت کرده بودند و می دانستند که زیر کدام آستین چه چیزی هست! هرچه زور زدیم یکی دو تار مویمان بیشتر سفید نشد و با کله ای سیاه مانند واکس شفق روز را شب می کردیم (یک فکر ناراحت کننده از نوع افکار مزاحم همیشه در ذهنمان بود که نکند استاد موهایش را رنگ نقره ای می زد؟!!) و در طول آن سالها و پس از آن هم هیچگاه نتوانستیم آرام و متین و خرامان خرامان راه برویم و قدم بزنیم و فقط داشتیم می دویدیم هر بار هم که استاد را می دیدیم ایشان هم عجله داشتند و سرآسیمه می دویدند که به کارهایشان برسند!! خلاصه بعد از دوران رزیدنتی به دورهٔ طرح رفتم که داستان آن هم شهرهٔ آفاق است و دیگر سرتان را درد نمی آورم و کسانی که نشنیده اند می توانند دو سه شماره قبل مجله را مطالعه نمایند. اما حالا که طرحمان تمام شده و کسب و کار را شروع کرده ایم نمی دانیم که اگر کسی از ما پرسید که شما چکاره هستید چه بگوییم یک لحظه شک می کنیم که خود را متخصص اعصاب و روان، مغز و اعصاب، روانشناسی، روانکاو، مشاور، خانواده درمانگر هیپنوتراپیست، متخصص ترک اعتیاد، مشاور تحصیلی، مشاور ازدواج و یا درمانگر مشکلات زناشویی وغیره معرفی کنیم! یادم می آید یک روز با استاد عزیزم جناب آقای دکتر مبارکی در بیمارستان الزهرا برای مشاوره به بالین پیرزنی ۹۰ ساله رفته بودیم. استاد اجازه دادند من پشت فرمان بنشینم و من خواستم که خودمان را معرفی کنم، گفتم: ما متخصصان اعصاب و روان هستیم و استاد سقلمه‌ای به من مرحمت فرمودند و فرمان را از دستم گرفتند و خودشان نشستند پشت رل و فرمودند البته من روانپزشکم و این چیزی که آقای دکتر گفت را اصلاً نمی‌دانم چه رشته ای است! البته آن عزیز که بر روی تخت خوابیده بود فکر کنم اصلاً نمی شنید که ما چه می گوییم و اگر هم می شنید اصلاً نمی فهمید که ما راجع به چه چیزی صحبت می کنیم. خلاصه الان هم که می خواهم عنوان رشته ام را روی تابلوی مطبم بنویسم از ترس دکتر مبارکی خواب و خوراک ندارم! می دانم که اگر بنویسم روانپزشک حداقل ۹۸ درصد مشتری هایم را از دست می دهم و دو درصد باقیمانده هم کلیه امور درمانیشان را در اروپا و آمریکا انجام می دهند و فقط جهت امور دندانپزشکی به ایران می آیند!! البته در طی دوران رزیدنتی هم الگوهای زیادی پیدا می کردم ولی دیگر توانی برایم باقی نمانده بود تا برای رسیدن به خضوع و فروتنی و دانش دکتر اسداللهی، مردانگی و صداقت دکتر احمدزاده، دلسوزی و جدیت و پشتکار دکتر موسوی، هوش و ذکاوت و حاضرجوابی های دکتر برکتین، قدرت بدنی دکتر افشار، زرنگی و فرزی دکتر صالحی و متانت و صبوری دکتر خیرآبادی و... خیز بردارم و بلافاصله در همان پله اول می خوابیدم! تا یادم نرفته بگویم از آن انترنهای هم دورهٔ من حدود یه ده نفری بر اثر جوگیر شدن روانپزشک شده‌اند که هیچکدام هم حال و روز خوشی ندارند! الان یه دو ساعتی هست که دارم می نویسم و اصلاً خبری از مشتری یا همان مریض نیست! از مان دادن اجاره مطب نزدیک است. منشی هم حقوقش را می خواهد. یارانه ها هم به حساب ریخته نشده! پول آب و گاز و برق هم که سر به فلک می کشد. چراغ بنزین ماشین هم که روشن شده! تازه دختر دار هم شده‌ام! هزینه جهیزیه و کلاس پیانو و خرج قر و فر دختره هم که هست!!

خدایا چیکار کنم؟!!

متقاضیانی که تا پایان شهریور ماه
اقدام به پرداخت تمامی مبلغ قرارداد خود نمایند،
افزون بر ۱۵ درصد تخفیف:
از خدمات پس از ورود کنپارس
که شامل استقبال در فرودگاه و پیدا کردن محل
اسکان موقت می باشد،به صورت رایگان
بهره مند خواهند شد.

مهاجرت به کانادا از طریق:
سرمایه گذاری فدرال و کبک
نیروی متخصص فدرال و کبک
کارآفرینی فدرال و کبک
و برنامه های استانی



CANPARS
INTERNATIONAL
RECRUITMENT AGENCY
CANPARSJOBS.COM

با مشاورین ما گفتگو کنید
۲۲۰۲۵۰۸۴

کانادا به تخصص شما نیاز دارد

دفتر مشاوره شغلی و کاریابی بین المللی
کنپارس
نماینده رسمی شرکت خدمات مهاجرتی کنپارس کانادا
با مجوز رسمی از وزارت کار و امور اجتماعی/ شماره ثبت: ۱۹۹۳۸
دفتر مرکزی در تهران: بلوار آفریقا، خیابان تور، پلاک ۶۶

روانشناسان، پزشکان عمومی،
دندانپزشکان، داروسازان،
فیزیوتراپیست ها، پرستاران، متخصصین پرتوپزشکی
پرتودرمانی و رادیولوژی، بهداشت کاران دهان و دندان،
بهیاران و کمک پرستاران، مددکاران اجتماعی و ...

پربیننده ترین سایت فارسی زبان در زمینه مهاجرت؛
کار و زندگی در کانادا با اخبار و مقالات روزانه
PARSCANADA.COM

ما به موفقیت شما در سرزمین جدید می اندیشیم

انجمن علمی درمانگران اعتیاد

استان اصفهان

با مشارکت موسسه ایرسا تهران
و اساتید مرکز ملی مطالعات اعتیاد
برگزار می کند

- کارگاه درمان های غیردارویی در درمان سوء مصرف مواد مخدر محرک (الگوی ماتریکس)
- کارگاه مشکلات جنسی و اعتیاد
- کارگاه مکمل درمان نگهدارنده با متادون (مکمل MMT)

ثبت نام محدود

زمان نیمه دوم مهرماه و نیمه اول آبان ۱۳۹۰

لطفا جهت کسب اطلاعات بیشتر با شماره های

۶۴۱۱-۹۲۸-۰۹۱۳ و یا ۷۳۳۷-۳۱۹-۰۹۱۳ تماس حاصل فرمایید

انجمن علمی درمانگران اعتیاد استان اصفهان عضو می پذیرد

مدارک مورد نیاز:

۱ – تکمیل فرم عضویت انجمن

۲ – فیش ۳۰۰/۰۰۰ حق عضویت سال ۱۳۹۰ به حساب ۷۹ /۳۳۰۱۷۶۹ بانک ملت به نام انجمن درمانگران اعتیاد اصفهان

۳ – دو قطعه عکس ۴*۳

۴ – فتوکپی کارت نظام پزشکی

۵ – فتوکپی مجوز مرکز ترک اعتیاد یا مجوز دوره MMT

متقاضیان می بایست حداکثر تا پایان شهریور ماه ۱۳۹۰ مدارک را در ساعات اداری به جناب آقای زارع (تلفن: ۲-۶۶۹۲۸۵۱) در ساختمان نظام پزشکی اصفهان خانه پزشک تحویل نمایند

جمع بندی روان پویایی در یک بیمار مبتلا به اختلال شخصیت وابسته

«عطش سیری نا پذیر و بی سرانجام وابستگی»

«رشته ای بر گردنم افکنده دوست   می کشد هر جا که خاطر خواه اوست»

دکتر علی عباسعلی زاده ▫ روانپزشک

آدمی از زمانی که از « بهشت رحم مادر» به بیرون رانده می شود انگار برای «وصل مجدد» دائماً در تکاپوست .او تا مدتها در زمان نوزادی و اوایل شیرخوارگی هنوز باور ندارد که وجودی مستقل از مادر دارد . بتدریج و با حزن و اندوه می فهمد که اگرچه « پاره تن » مادر است اما در واقع وجودی جدا از مادر دارد . پس از آن تنشی مزمن آغاز می شود ، از یک سو تلاش برای استقلال و از سویی سعی برای حفظ وابستگی .کودک بدون اطمینان از اینکه همواره حمایت مادر را خواهد داشت نمی تواند به استقلال دست یابد . کودک به نوعی « با اجازه بزرگتر ها » برای استقلال تلاش می کند و همواره در کنار شوق و شعف ناشی از کسب استقلال نگران آنست که مبادا دیگر « پسر نور چشم خانواده» و یا « دختر لوس بابا » نباشد . آدمها هر چقدر بزرگ می شوند وقتی به والدین می رسند دوست دارند « بچه » باشند . حتی آن زمان که از مادر پیر خود مراقبت می کنند به تایید های عاطفی او پشتگرم و نیازمندند .بچه ها در عین تلاش برای کسب استقلال همواره نیم نگاهی به والدین دارند تا با تایید آنها زندگی مستقل خود را بسازند .حال اگر خدای ناکرده از این تایید و تمجید محروم شوند در صدد یافتن « سرابی » خواهند رفت که جایگزین منبع اصلی حمایت ، تحسین و تایید آنها گردد . کم نیستند بزرگتر های مهربان دیگر در خانواده که کم لطفی پدر یا مادر را جبران می کنند ، اما اگر فرزند نه تنها از حمایت والدین مهربان برخوردار نباشد بلکه گرفتار بزرگتری شود که جز ملامت و عیب جویی از فرزند خود مهارتی ندارد آنگاه عطش سیری ناپذیر برای تامین وابستگی و جلب بی سرانجام حمایت دیگران است که گریبانگیر او خواهد شد و این تلاش بی سرانجام و پایان ناپذیر رفتار های عصبی به ظاهر متناقضی ایجاد می کند که مجموعه آن را اختلال شخصیت وابسته می شناسیم .

پیداست که اشاره من به دینامیسم روان پویایانه اختلال شخصیت وابسته هرگز به این معنا نیست که این تنها شیوه تفسیر چگونگی ابن اختلال است بلکه مجموعه ای از عوامل بیولوژیک-روانی-اجتماعی در پیدایش این اختلال ، شدت و ضعف علایم آن و نحوه پاسخ به درمان این بیماری دخیل هستند . آنچه اینجانب به آن اشاره دارد تنها بیان تلاشی است که برای درک درد و رنج بیماری خاص انجام شده است به امید آنکه بتوان با درک عمیق تر و همدلانه عذابی که بیمار تحمل می کند ارتباط درمانی سازنده تری با او برقرار کرد و با اتکا به آن از همه شیوه های ممکن و مفید درمان دارویی و غیر دارویی بهره مند شد و امیدوارم برای همکاران جوانی که در حیطه سایکوداینامی علایم بیماران روانپزشکی علاقمند هستند مفید واقع شود و نیز از نظرات سازنده این عزیزان و به ویژه اساتید ارجمندم برای درک بهتر و صحیح تر روان پویایی این گونه بیماران بهره مند شوم .

حال بعد از این مقدمه توجه شما را به شرح حال مورد خاصی از اختلال شخصیت وابسته جلب می کنم.

بیمار ما ع.غ خانمی است سی ساله ، متاهل، فوق لیسانس حسابداری که در یک شرکت خصوصی مشغول کار است .

او می گوید :

--» احساس خوبی ندارم ، افسرده ام و آرامش ندارم .همه مشکل من اینست که با اینکه خیلی به دیگران آوانس می دهم و سعی می کنم که همه را از خود راضی نگهدارم اما از رابطه با دیگران لذت نمی برم .هر بار بخاطر اینکه علی رغم همه تلاشی که برای جلب رضایت دیگران می کنم احساس می کنم که کسی از من دلخور شده است دچار بی خوابی می شوم و آرامش خود را از دست می دهم . در محیط کار هر کس کمک بخواهد به من خواهد گفت چون همه میدانند که نه از دهان من در نمی آید .اما دیگران برای جلب رضایت من خود را به زحمت نمی اندازند ، انگار می دانند که من در هر حال دل کسی را نخواهم شکست .همسرم از اینکه نمی توانم حق خودم را بگیرم و بیش از اندازه به دیگران لطف می کنم به من ایراد می گیرد ولی خود او نیز مثل بقیه از نا توانی من در احقاق حق خود و از کم توقعی من در ارتباط با دیگران سوءاستفاده می کند . گاهی احساس می کنم که کسی تره برایم خرد نمی کند .انگار همه مرا دست کم می گیرند و حتی وقتی می بینم کمک وخیر خواهی مرا حمل بر گدایی محبت می کنند به خود می گویم :

بد بخت اگر مسجد آیینه بسازد   یا سقف فرو ریزد و یا قبله کج آید

گاهی چنان از دست کم گرفتنم توسط دیگران می رنجم که امیدم را به زندگی و بهتر شدن اوضاع از دست می دهم .احساس می کنم در ارتباط با دیگران مورد سوء استفاده قرار می گیرم .انگار همه عادت کرده اند که از من بیش از آنچه حق آنهاست بخواهند . البته خود من هم به این توقع بیش از حد دیگران از من دامن می زنم . انگار هیچ جا نمی توانم دست خالی بروم وبی جهت برای دیگران کادو می برم . انگار می گردم تا ببینم چه کمکی یا لطفی می توانم به کسی بکنم. آیا براستی من گدای محبتم .حال که نگاه می کنم می بینم که خانواده گرم و با محبتی نداشتم. پدر و مادر مرتب با هم دعوا داشتند .من از پدرم متنفرم و با مادر هم میانه خیلی خوبی ندارم .پدرم در هر حال به من انتقاد دارد ، او کوچکترین فرصت را برای ملامت من از دست نمی دهد .او چنان به ضعف های من حساس شده است که خیلی وقتها غافلگیرم می کند . جالب اینکه من همه عمر سعی کرده ام که توجه مثبت پدر را جلب کنم . حال به نوعی با پدرم همکار هستم و علی الظاهر در کار خود موفق هستم اما دریغ از کمترین توجه پدر !.من به سعی بی ثمر خود برای جلب توجه مثبت پدرعادت کرده ام و در عین حال که از او بیزارم بی آنکه آگاه باشم سعی در کسب رضایت او دارم . حال می بینم که در روابط دیگر زندگی من با دیگران نیز چنین است . گرچه خیلی سعی می کنم که به دیگران سرویس بدهم و ظاهراً به همه هم لطف می کنم اما از رابطه با دیگران لذت نمی برم .انگار از خود گذشتگی و ایثار من نسبت به دیگران یک راه یک طرفه است . آیا بالاخره کسی را خواهم یافت که لطف و محبت دو طرفه با او داشته باشم یا با این اخلاقی که من دارم

کسی نیازی نمی بیند که به خود زحمت دهد که رضایت مرا جلب کند؟ البته همیشه آدم خوش اخلاقی نیستم . گاهی از دست بی توجهی و بی انصافی دیگران شدیداً می رنجم و بیشتر وقتها دق دلی خود از دیگران را سر شوهر بیچاره ام خالی می کنم ، گرچه در عین حال بیش از هر کسی به او محبت می کنم و به او سرویس می دهم .من از تنها شدن می ترسم .گرچه آدم فداکاری هستم ولی همیشه نیاز دارم تا کسی باشد که مرا راه ببرد .آیا همه ایثار و از خودگذشتگی من بهایی است که برای فرار از تنهایی می پردازم؟ نیاز من به اینکه کسی را داشته باشم که کارهای مرا تایید کند و ترس پنهان من از اینکه خودم برای امور مهم زندگی تصمیم بگیرم سبب می شود که هر که از راه می رسد مرا نصیحت کند . هم می خواهم کسی باشد که برای تصمیم گیری در امور مهم زندگی به من کمک کند وهم از اینکه بعضی ها از اعتماد به نفس زیادی برخوردارند عصبی ام می کند و این سبب می شود تا گاهی بی جهت مخالفت کنم . گاهی از دست اخلاق عجیب و غریب خود کلافه می شوم .

من تاب عدم رضایت کسی را ندارم .بارها خود را به زحمت می اندازم تا کسی از من نرنجد .تکالیفی بر عهده من گذاشته می شود که وظیفه من نیست . هرکس به نوعی از اخلاق من سوء استفاده می کند .راستی اگر دیگران از من برنجند چه اتفاقی خواهد افتاد که اینهمه بخاطر آن از خود مایه می گذارم ؟ .از طرفی چون بیش از آنچه حق دیگران است از خود انرژی و گذشت بخرج می دهم از روابط اجتماعی خود لذت عمیق نمی برم و با همه تلاشی که میکنم ، با همه گذشتی که دارم که ممکن است به نظر دیگران آدم خیلی مهربان و خوبی باشم اما خودم از زندگی ام راضی نیستم .»

گرچه غالباً مراقبت بیش از حد والدین موجب اختلال در رشد روانی نرمال برای کسب استقلال در زندگی کودک می شود ، بی توجهی والدین نیز کودک را تشنه توجه دیگران می کند و انگیزه های بیمارگونه برای جلب وابستگی و کسب حمایت و توجه دیگران در او ایجاد می کند .در مواردی نیز کودک به دلیل وجود یکی از والدین که بیش از حد حمایتگر است و والدی دیگر که بیش از حد ایراد گیر ، عطشی سیری نا پذیر برای کسب وابستگی پیدا میکند .حمایت و توجه از جانب والدین چه بیش از معمول و افراطی و چه کمتر از معمول و با تفریط باشد در هر دو حالت روند کسب استقلال طبیعی کودک مختل می شود و در کنار سایر عوامل بیو سایکو سوشیال خطر بروز اختلال شخصیت وابسته در فرزند را تشدید می کند .

گفته ها و نا گفته های بیمار اعم ازوابستگی بیش از معمول و اتکای افراطی او به دیگران، انفعال و تسلیم پذیری ، دلبستگی نا مطمئن، همکاری افراطی در روابط اجتماعی که سبب می شود مورد سوء استفاده دیگران قرار گیرد و کسی پاسخ محبت های او را ندهد و هر بار با خود بگوید که « الهی بشکنه این دست که نمک نداره » ، انتظار بیش از حد از دیگران که مراقب او باشند و حق او را بگیرند ، فقدان اعتماد به نفس ،اضطراب در موقعیت های اجتماعی ، رفتار چسبنده و گاه مزاحم برای دیگران ، لطف و کمک بی اجازه به دیگران که گاه رنگ مزاحمت می گیرد تا لطف ، نیاز به توصیه و تایید دیگران برای اتخاذ تصمیم در زندگی روتین ،ترس از اینکه با نظر کسی مخالفت کند – هر چند در دل مخالف باشد ، نا توانی در ابراز وجود در موقعیت های بین فردی و اجتماعی که موجب می شود از یک سو فرصت های زیادی را برای بهبود زندگی خود از دست بدهد و از سویی بخاطر رو در بایستی های بیجا تکالیف و شرایط دشواری را بر خود هموار سازد ، نیاز به اینکه همواره کسی را داشته باشد تا تنها نماند و در عین حال همواره از این بترسد که مبادا تنها بماند و بد تر از آن این حس دایمی که انگار همیشه تنهاست و کسی او را بخاطر خود او دوست ندارد و هر کس به نوعی از تسلیم پذیری او سوء استفاده می کند و بالاخره اینکه هر بار زخم روانی تازه ای بخاطر شکست در روابط بین فردی پیدا می کند که اضطراب و افسردگی ملایم و مداوم او را تشدید می کند و او را با بحران های مکرر و تمام نشدنی مواجه می سازد همه از یک سایکو پاتولوژی بنیانی حکایت می کند و آن این که:

« او در پروسه رشد روانی خود به استقلال ، خودمختاری و خود کفایی طبیعی دست نیافته است »

آیا می توان این نقص اساسی و پایدار در پروسه رشد روانی را درمان کرد ؟ آیا می توان زنگار عمیق و ضخیم روان او را که می گوید او نمی تواند به تنهایی تصمیم بگیرد و به تنهایی از پس مسائل زندگی خود بر آید را زدود ؟پیداست که داروهای روانپزشکی کمک شایانی برای تسکین درد و رنج اضطراب و افسردگی او در دوره های حاد و بحرانی خواهد کرد اما برای حل اساسی مشکل او می توان اقدامی کرد ؟ آیا می توان امیدوار بود که علی رغم سایکو پاتولوزی عمیق و مزمن ،فقدان اعتماد به نفس و احساس عدم کفایت او که پایه همه مشکلات هیجانی و رفتاری اوست درمان شود و به استقلال روانی طبیعی دست یابد ؟ آیا با وجود سختی کار و نتایج نسبتاً اندک علی رغم تلاش بسیار ، می توان به این دل خوش کرد که : «به راه بادیه رفتن به از نشستن باطل ؟»

ارتباط درمانی سازنده اساس کار درمان است . بیمار ابتدا باید وابستگی و اعتماد لازم را به درمانگر پیدا کند و درمانگر با اتکا به آن او را تشویق کند تا افکار غیر واقع بینانه را که القا گر عدم کفایت اوست تصحیح کند و نیز مهارتهای رفتاری لازم را برای تصمیم گیری مستقل و ابراز وجود بیاموزد و تمرین کند و در پایان و بتدریج رابطه درمانی را با موفقیت قطع کند. وقتی درباره کشف ریشه مشکلات هیجانی بیمار با او گفتگو می شود ترانس فرانس خاص این بیماران با درمانگر برقرار می شود که از یک سو موجب وابستگی شدید او به درمانگر می شود که لازمه درمان است و از سویی بیمار سعی می کند برای پوشاندن عیوب خود که به زعم او تاثیر منفی در رابطه او با درمانگر می گذارد تلاش کند و به عبارتی در جهت کشف دقیق تر مشکلات هیجانی خود مقاومت به خرج می دهد . همه افت و خیز هایی که بیمار در زندگی معمولی خود به دلیل وابستگی پاتولوزیک در ارتباط با دیگران پیدا می کند در فضای درمانی نیز پیش می آید و مدارا و مدیریت سالم و صحیح این کشمکش ها به معنای درمان بیمار و اصلاح تجربیات هیجانی آزارنده اوست. مدیریت نا درست این کشمکش ها به شکست پروسه درمان و تجربه ای هر چند آموزنده اما تلخ منجر خواهد شد . صبوری ، سلامت نفس ، وارستگی درمانگر و عدم نیاز او به وابستگی های فریبنده بیمار در کنار درک عمیق روان پویایی مشکل بیمار و تفسیر عالمانه سایکو دینامی کشمکش های رابطه درمانی ، اهرم های لازم را برای ارتباط درمانی سازنده و سالم در اختیار همکاران ارجمند قرار خواهد داد . خوشبختانه درک غم و رنج این بیماران کار سختی نیست زیرا هیچکس نیست که شور و شعف و نیز درد و رنج وابستگی را تجربه نکرده باشد .

از اشاره به یک نکته اساسی ناگزیرم و آن اینکه در کار با بیماری که از اختلال شخصیت وابسته رنج می برد از هر شیوه درمانی که استفاده کنیم ترانسفرانس خاص این بیماران ایجاد خواهد شد و اینکه علاقه ای به درمان سایکودینامیک نداریم سبب نمی شود که مدارا با ترانسفرانس مربوطه را ندانیم و اتفاقاً برای اینکه درگیر ترانس فرانس مشکل سازی نشویم و بتوانیم شیوه های درمانی مورد نظر خود را اعمال کنیم باید بتوانیم ترانسفرانس خاص بیماران وابسته را بشناسیم و به نحو درستی مدیریت کنیم.

بازخوانی پرونده ای به درازای نیم قرن
(با حاشیه ای اتوبیوگرافیک)

دکتر محمدرضا شیدایی- روانپزشک

زمان بهار ۱۳۴۰ خورشیدی – مکان شهر اصفهان:

هنوز این بنده عاصی پا در این جهان پرمعاصی نگذاشته است، امّا بعدها می شنود در این زمان بیمارانی که مشکل روانی دارند را تحت نام کلی «دیوانه» در محلی در خیابان مدّرس اصفهان در محلّه سرچشمه با غل و زنجیر می بندند و در بدترین شرایط بهداشتی نگه داشته و در حقیقت زیر شکنجه ای بنام درمان قرار می گیرند. تعداد روانپزشکان شهر به انگشتان یک دست نمی رسد. و از این میان دو برادر بنام «چهرازی» یکی در اصفهان و دیگری در تهران در زمینه روانپزشکی فعالیت می کنند. در قلعه مانند این مکان نگهداری «دیوانگان!!» و کشوی چشمی آن یادآور شکنجه خانه های قرون وسطی و حتی بچه ها می ترسند از نزدیک آن رد شوند. بدیهی است که هیچ خانوادهٔ معمولی شهر اگر مشکل عصبی داشته باشد هرگز به روانپزشک مراجعه نمی کند و ترس از بستری در آن مکان با همه کسانی که مشکل اعصاب دارند همراه است.

همان زمان – مکان شهر تهران:

دکتر چهرازی در تهران معروف و حتّی ضرب المثل می شود و هرکس می خواهد به دیگری بگوید مشکل دارد از جمله: «یک سری به دکتر چهرازی بزن» استفاده می کند. در همان زمان دکتر چهرازی که وضعیت بستری مریض ها را در امین آباد شهر ری و بیمارستان روزبه می بیند به فکری می افتد که برای مردمی که مایل به بستری بیمار خود در این مکان ها نیستند، فضایی فراهم کند و برای این امر در تپه های امانیه تهران اولین کلینیک خصوصی را راه اندازی می کند که البته تعداد محدودی تخت دارد.

کات به بهار ۱۳۶۰ – اصفهان:

با ورود دکتر بختیار و دکتر بهین و تعدادی دیگر از روانپزشکان که تحصیلات خود را در کشورهای خارجی گذرانده اند، سعی می کنند که حتی برای سایر پزشکان توضیح دهند که بیمار روانی هم بیمار است و ذهن انسان هم می تواند مثل جسم او بیمار شود. با تلاش های دکتر جمشید بختیار، بخشی در بیمارستان خورشید اصفهان به بیماران روانی اختصاص یافته و اورژانس هم در چهارراه نظر راه اندازی می شود. اولین رزیدنت‌های روانپزشکی شروع به کار می‌کنند و البته این حقیر نیز وارد رشته پزشکی شده است و متأسفانه دکتر بختیار مجدداً به آمریکا برمی گردد.

همان زمان – شهر تهران:

کلینیک خصوصی دکتر چهرازی گسترش یافته و با بزرگ شدن شهر در یکی از نقاط مرغوب شهر یعنی در تقاطع خیابان ولی عصر و اتوبان پارک وی قرار گرفته و کاملاً شکل یک بیمارستان خصوصی روانپزشکی به خود گرفته است.

همزمان در دیگر نقاط شهر تهران شروع به ساخت بیمارستان های روانپزشکی خصوصی مثل میمنت، مهرگان، آزادی و ... می شود.

کات به بهار ۷۰ – اصفهان:

بالاخره پل مشترک علائق خود یعنی ادبیات و هنر و فسلفه را با پزشکی در تخصص روانپزشکی یافته و زیرنظر اساتید وقت دورهٔ تخصصی را در روانپزشکی می گذراندم. در شهر و استان اصفهان و ۵ استان همجوار آن خدمات روانپزشکی به دو بخش زنان و مردان خورشید و بیمارستان فارابی محدود می شود. البته در جاده نجف آباد بیمارستان دیگری به نام «مدرس» هم راه اندازی شده که روانپزشک و نویسنده خوب کشورمان بهرام صادقی در داستان کوتاه زنجیر از مجموعه «سنگر و قمقمه های خالی» فضای ملال آور آن را به خوبی تشریح کرده است هیچ بیمارستان خصوصی روانپزشکی در کار نیست و همیشه با بیماران در نوبت بستری روبرو هستیم. بالاخره با کسب رتبه در امتحان بورد فارغ التحصیل می شوم.

کات به بهار ۷۵ – شهر اصفهان:

پس از طرح در کاشان به عضویت هیئت علمی دانشگاه اصفهان در می آیم. در بر همان پاشنه می چرخد. بیمارستان جدید، چه خصوصی و چه دولتی به استثنای بخشی در بیمارستان الزهرای اصفهان به روانپزشکی اضافه نشده است. در همین سال دانشگاه اصفهان را به قصد دانشگاه علوم پزشکی ایران ترک می کنم و به تهران می روم.

کات به بهار ۱۳۹۰ – شهر اصفهان:

بعد از ۱۵ سال که در حیاط بیمارستان فارابی قدم می زنم و به درمانگاه آن می روم هنوز بیماران زیادی چه در مطب، چه در درمانگاه خواستار بستری بیمارشان در یک بیمارستان خصوصی روانپزشکی هستند و هنوز بعد از ۵۰ سال در دومین شهر ایران و استان معین پایتخت کشور بیمارستان خصوصی روانپزشکی وجود ندارد.

برادران چهرازی به امانت دار همیشگی یعنی این خاک پیوسته اند، ما هم بزودی به آنها خواهیم پیوست امّا علامت سئوالی در ذهنم بزرگ می شود: آیا این شهر به بیمارستان خصوصی روانپزشکی با این همه جمعیت نیاز ندارد؟

پاسخ را به همکاران محترم می سپارم و از گمانه زدن می پرهیزم.

کات به بهار ۱۴۰۰ – شهر اصفهان: ؟؟؟

Quetiapine monotherapy for bipolar depression;

Janicak PG, Rado JT; Expert Opinion on Pharmacotherapy (May 2011)

Source: Expert Opin Pharmacother
Tags: Depression quetiapine

Introduction: Depression, in the context of bipolar disorder, is more prevalent than hypomania or mania and accounts for most of the disability. Furthermore, the treatment of bipolar depression is more complicated than the treatment of unipolar major depression. Finally, the evidence base for pharmacotherapy of bipolar depression is much smaller than for unipolar depression or hypomania/mania.
Areas covered: The article examines the mechanism of action and pharmacokinetics of quetiapine, its evidence base as a treatment for bipolar depression and related issues of safety and tolerability. **Expert opinion:** In the context of bipolar disorder, quetiapine is the only monotherapy approved for the treatment of hypomania/mania, depression and as an adjunctive maintenance therapy. In addition to its antipsychotic properties, this broad mood stabilizing potential may uniquely benefit and simplify the management of some bipolar patients who can tolerate this agent.

http://www.docguide.com/quetiapine-monotherapy-bipolar-depression
© All Content Copyright 1995 - 2011 Doctor›s Guide Publishing Limited. All Rights Reserved

Galantamine and behavior in Alzheimer disease: analysis of four trials

Kavanagh S, Gaudig M, Van Baelen B, Adami M, Delgado A, Guzman C, Jedenius E, Schäuble B Acta Neurol Scand. 2011 May

Objectives Many individuals with Alzheimer's disease (AD) experience behavioral and neuropsychiatric symptoms, which may cause caregiver distress and lead to the institutionalization of the patient. This analysis characterized behavioral symptoms and caregiver distress in trials of galantamine and their response to treatment.
Materials and methods Data were pooled from four randomized, placebo-controlled clinical trials of galantamine in patients with mild to moderate AD (three studies) or AD plus cerebrovascular disease (one study) (n = 2177). Behavior and associated caregiver distress were assessed in each study using the Neuropsychiatric Inventory (NPI) and NPI distress (NPI-D), respectively.
Results After 5/6 months, but not after 3 months, NPI score was significantly improved with galantamine vs placebo (P = 0.013). The benefit was particularly pronounced in patients categorized as having advanced moderate AD. At 5/6 months, there was a numerical benefit of galantamine over placebo in terms of caregiver distress; the difference was statistically significant in patients with moderate or advanced moderate AD.
Conclusions Galantamine reduces behavioral symptoms in patients with mild to moderate AD, leading to reduced caregiver burden. The reductions were greatest in patients with moderate or advanced moderate disease.

© All Content Copyright 1995 - 2011 Doctor›s Guide Publishing Limited. All Rights Reserved

چالش و پرسش

دکتر محمدرضا شیدایی - روانپزشک

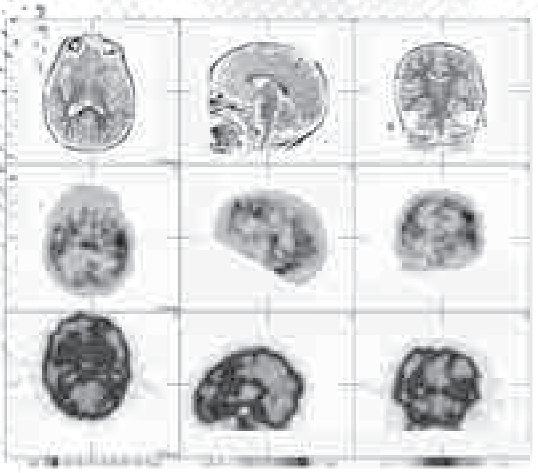
■ برای اینکه همکاران و دوستان مجبور شوند نقش فعال تری در خبرنامه داشته باشند تصمیم گرفتیم در هر شماره یک چالش و یک پرسش را با همکاران در میان بگذاریم و منتظر پاسخ‌ها باشیم و پاسخ‌های برگزیده را نیز چاپ کنیم.

امّا «چالش این شماره»: حتماً همهٔ همکاران تاکنون بیمارانی داشته اند که در شروع شرح حال از جمله «من کلاً بد شانسم دکتر» استفاده می کنند. پدیده شانس می تواند مورد قبول شما باشد یا نباشد. می توانید به بیمار خود بگوئید شانس چیزی نیست جز استفادهٔ صحیح از فرصت‌ها و در مقابل بدشانسی در حقیقت فرصت سوزی هایی است که با این کلمه توجیه می کنیم.

امّا بعد از این سخنرانی ؟؟؟، وقتی بیمار شرح حال زندگی خود را می گوید، می‌بینیم که در ته دل تصدیق می کنیم و چطور این همه اتفاق را جز با بدشانسی توجیه کنیم و اینجا مجبوریم به تقدیر و مصلحت متوسل شویم که اغلب برای بیمار قانع کننده نیست.

حالا از همکاران می خواهیم روش برخورد خود را با این دسته بیماران و نوع توجیه خود را برای ما بنویسند. بدیهی است که پاسخ های منطقی تر می تواند برای همه همکاران بخصوص در روان‌درمانی‌ها مؤثر واقع شود و چاپ آن برای همه ما مفید خواهد بود.

■ **امّا پرسش این شماره :** دوستان از (Vipassana) ویپاسانا چه می دانند و کدامیک در این زمینه مطالعات یا کار عملی دادند. پاسخ را (البته بدون Search کردن در اینترنت) برای ما بفرستند.



جایگاه PET و SPECT در تشخیص زودرس زوال عقل

دکتر مجید برکتین، دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جلسه آموزشی کاربرد Nuclear Medicine در روانپزشکی روز سه شنبه ۹۰/۳/۳ در مرکز تحقیقات علوم رفتاری با سخنرانی جناب آقای دکتر مدرس فر از دانشگاه Tennesy state university برگزار گردید.

در این جلسه جناب دکتر مدرس فر در مورد کاربردهای PET Scan در تشخیص پیش از موقع Dementia سخنرانی مبسوطی ارائه نمودند. بر اساس یافته‌های اخیر PET Scan با استفاده از FDGP توانایی مناسبی در تشخیص زوال عقل دارند که در برخی موارد نظیر آلزایمر و بیماری پیک زوال عقل تشخیص داده شده تا ۹۰ درصد با مطالعات اتوپسی پس از مرگ بیماران هم خوانی داشته است، اما در مورد اختلالاتی نظیر Dementia of Lewy Body این مقدار به ۷۵ درصد کاهش می‌یابد. استفاده از رادیوایزوتوپهای جدیدتر این توانایی را تا حدود ۹۵ درصد بالا برده است و چشم انداز بسیار هیجان برانگیزی از تشخیص زودرس زوال عقل را گشوده است.

در ادامه آقای دکتر مدرس فر در رابطه با کاربردهای SPECT در تشخیص زودرس زوال عقل مطالبی را ارائه نمودند.

از مکتب ملا ذوالفقار تا روانپزشکی

دکتر علی عباسعلی زاده □ روانپزشک

کتاب "از مکتب ملاذوالفقار تا روانپزشکی "نوشته همکار پیشکسوت ارجمند و دوست عزیز جناب آقای دکتر فریدون ضرغام را خواندم و از آن درباره موضوعات بسیاری از جمله تاریخچه طب معاصر ایران و فراز و نشیب های زندگی شخصی و شغلی انسانی وارسته و مردم دوست آموختم . اطمینان دارم که همه همکاران عزیز از مطالعه این کتاب لذت خواهند برد . آقای دکتر ضرغام با حد اقل یکسال تاخیر دبستان را شروع کرد و حد اقل بعد از یکسال انتظار توانست شرایط ادامه تحصیل در دبیرستان را پیدا کند . با تاخیر دانشگاه را شروع کرد و در سی و چهار سالگی توانست مدرک دکترای طب عمومی را که یکی از آرزوهای بزرگ او بود بدست آورد . بعد از سی سالگی که در زمان ایشان سن بالایی بود با دختر مور د علاقه خود ازدواج کرد ، در سی و پنج سالگی گواهینامه رانندگی گرفت و جالب تر از همه اینکه بعد از چهل و شش سالگی رزیدنتی روانپزشکی را شروع کرد و در پنجاه و نه سالگی پدر آخرین فرزند خود شد .از خداوند بزرگ و مهربان مسئلت داریم تا سایه این همکار وارسته، خیر اندیش و خوش قلب را بر سرمان نگهدارد و او را که شمع محفل و برکت انجمن روانپزشکی اصفهان است سر فراز و پاینده بدارد .

درد دلی کوچك با مسئول دستیاران

المیرا لایق ، دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

به قربانت فروید و یونگ و کاپلان
غم کامپر[1] به هر جان ریشه کرده
از آن سو آسکی[2] و کتبی هیاهو
از این سو استرس زان سو حکایت
چنان با بورد[5] و آسکی حیله کردند
شنیدی آن فلان بی بورد و مدرک
نصیب بهترین هامان ... ثمر کو؟
اگر ما را رسد یک بخش کامپر[6]
نه ما را فکر و خوابی از اتندی[7]
چه حاجت آخرش ما را ز رتبه
چنان پیشینیان گفتند و هستیم

کمی آهسته تر ما را بگردان
کشیک اندرکمین اندیشه کرده
تز و ژورنال[3] و میجر[4] در تکاپو
روایت در روایت در روایت
که ما را بی رگ و انگیزه کردند.
مطب دارد تو گوئی در ولنجک
مطب در بانه و طوس و ابرقو!
همین باشد کفایت تا به آخر
نه همراهی نه دلگرمی ز رِندی
که بی پارتی کسی سودی نبرده
که ما از خیر هر بوردی گذشتیم

---

۱ منظور Comprehensive کتاب مرجعی است بالغ بر ۴۵۲۰ صفحه که حفظ تمامی سطور، جداول و پاورقی هایش الزامی است.
۲ امتحانی است بالینی که در ابتدا در وصف آن سخن بسیار رود و چون به پایان رسد غیر استاندارد بودن آن به تایید بزرگان رسد.
۳ فرآیندی است بسیار وقت گیر که نه به درد دنیا می خورد و نه آخرت
٤ رجوع شود به دایره المعارف دستیاری روانپزشکی
٥ آزمونی است همگانی که در قدیم از رؤیاهای دستیاران بوده و اکنون نام آن جز تزئینات مطب پزشکان می باشد.
٦ منظور بخش ترجمه شده می باشد که به شدت به آن نیازمندیم «گروه دستیاران روانپزشکی
۷ استاد فرنگی

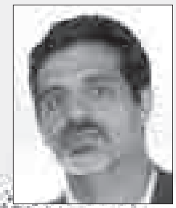
سکوت

میترا

شیشه ها نم زده است
و سکوتی، که به اندازه‌ی فریاد پر است
ناله بر در زده است
آسمان می غرد و در این لحظه شود موجی سرد
در فراسوی وجودم جاری
و وجودم لبریز ز هیاهو و غمی
که فقط می خواهد کمکی، سخن ناچیزی

مثل این می ماند،
که خدا به وجود سردم مثل یک خواب خوشی سر زده است
تابش نور خدا آرام است
و رهاننده‌ی درد است و سپیدار گل لبخندی روی هر خاطره ای
و خدا دریا است
و من و تو همگی قطره ای ناچیزیم که به الطاف خدا محتاجیم

رویکردی عملگرا به طب روان تنی و روان پزشکی مشاور_ رابط در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



حمید افشار
دانشیار گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
المیرا الیق
دستیار روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

رشد صنعتی و پدیده جهانی شدن باعث ایجاد تغییرات سریعی در جوامع مختلف شده است. توسعه فزاینده این پدیده با افزایش استرس و فشار روانی همراه است و به شکل چشمگیری باعث افزایش بیماری های روانی و روان تنی در جوامع شده است. شیوع بالای اختلالات روان تنی بروز همزمان انواع بیماریهای طبی واختلالات روانپزشکی و نقش استرس در بروز بیماریهای مختلف جسمی گواه این مطلب است.

افسردگی، اضطراب، دردهای مزمن و علایم جسمی غیرقابل توضیح طبی از شایع ترین بیماریهای غیر کشنده جوامع است که عمدتاً باعث ناتوانی و از دست رفتن سال های فعال زندگی میشود. این ناخوشیهاازعلل شایع مراجعه مکرر به پرشک در کشورهای در حال توسعه و جهان سوم و قرار گرفتن این گونه بیماران جزء بیماران مشکل و صعب العلاج، لزوم توجه دقیق تری را گوشزد می-کند. در این بیماران به دلیل همراهی و همبودی بیماری های جسمی با اختلالات روانی، مشکلات بیشتری ایجاد می شود و بررسی های طبی غیرضروری در این بیماران هزینه زیادی به نظام های بهداشتی و درمانی تحمیل میکند. به علاوه عدم بهبودی علایم در اثر درمان های علامتی باعث ایجاد اضطراب سلامتی و حتی «خود بیمار انگاری» می شود. به علاوه عدم آشنایی کافی متخصصین با نحوه برخورد با این بیماران شرایط پیچیده ایی را ایجاد می کند.

اقدامات اولیه:

با توجه به مطالب فوق از سال ۱۳۸۵ قدم هائی برای گسترش طب روان تنی با همت گروه روان پزشکی و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و همکاری دانشگاه بن آلمان برداشته شد. از اهداف اولیه آن تغییر در نگرش و فراگیر شدن درمان های روانپزشکی و روان تنی در بین متخصصان رشته های مختلف بالینی و همچنین پزشکان عمومی بود.

از آنجا که بیماری های مختلف عملکردی و بیماری های روان تنی بار سنگینی بر دوش بیماران، خانواده ها، پزشکان و نظام درمانی تحمیل میکند، برای توسعه شاخه های بین رشته ای و چند رشته ای در طب گفتگوهایی بین متخصصان روانپزشکی، داخلی، روانشناسان و کارشناسان آموزش پزشکی صورت گرفت. به علاوه برای گسترش ارتباط با مراکز پیشرفته روان تنی خارج از کشور، تفاهم نامه هائی بااهداف آموزشی، درمانی و پژوهشی در فرآیندهای کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت تدوین و برنامه ریزی شد.

هم زمان اولین درمانگاه بیماریهای روان تنی در بیمارستان خورشید با همکاری اساتید گروه روانپزشکی، داخلی و دستیاران مربوطه تشکیل شد که پذیرایی بیماران ارجاعی بوده است. از زمان شروع به کار این درمانگاه تا کنون بیش از ۲۰۰۰ پرونده بالینی تشکیل وعلاوه بر اقدامات تشخیصی درمانی برای بیماران، چندین پروژه پژوهشی نیز طراحی و اجرا شده است.

در همین راستا برای شروع ارتباط کاری و آشنایی بیشتر، اولین همایش بیمار های روان تنی با حضور اساتید دانشگاه های داخل و خارج از کشور (بن، فرایبورگ، کلن، اولم و ...) در تاریخ ۳ خرداد۱۳۸٦ برگزار شد. در این همایش تأکید بر کلیات و پایه های طب روان تنی بود.

در ادامه برای تمرکز بیشتر بر پروژه های روان تنی ، از ۱۸ تا ۲۰ اردیبهشت ۱۳۸۷ همایش دوم بیماری های روان تنی با تأکید بر اختلالات کارکردی گوارشی و جنبه های درمانی آن، در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار شد. از نکات جالب همایش فوق استقبال قابل توجه همکاران مختلف؛ پزشکان عمومی، متخصصان، روانشناسان و روانپرستاران از همایش بود به طوری که با حدود ۲۰۰ مقاله پژوهشی و حضو هزار شرکت کننده برگزار و به پایان رسید. در پایان بر بار سنگین بیماریهای کارکردی گوارش، جنبه های روانشناختی وروان تنی وشیوه های برتر درمانی در این گروه از اختلالات تأکید شد.

علاوه بر اقدامات فوق برای واحدهای روانپزشکی مشاوره -رابط (Consultation-liaison Psychiatry) در مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س)و خورشیدباارائه برنامه های مشاوره و آموزش در بخش های مختلف ودرمانگاه های پیگیری با حضور اساتید و دستیاران روانپزشکی فعالیت های خود را گسترش دادند.

اقدامات پایه ای آموزشی:

در سال ۱۳۸۸ برای توسعه آموزش های بالینی علاوه بر بهره گیری از اساتید دانشگاه های ایران، تفاهم نامه هائی بین گروه روانپزشکی و معاونت تحقیقات و فناوی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از یک سو و دپارتمان روان تنی دانشگاه فرایبورگ از سوی دیگر امضاءشد.

براساس تفاهم نامه فوق برنامه های آموزشی برای تربیت و آموزش مربیان و متخصصان تدوین شد. ساختار پیشنهادی دراین پروژه با حمایت (Deutscher Akademischer Austausch (DAAD Dienst در دانشگاه فرایبورگ به شرح زیر طراحی شد:

الف) دوره های تابستانی (Summer School):

بازدید از مراکز و بیمارستانهای روان تنی و بخش های روانی درمانی

و روانپزشکی و شرکت در برنامه های درمانی به صورت مشاهده گری.

ب) تبادل محققین و دانشجویان(Research Grant):

طراحی و اجراء پروژه های مشترک پژوهشی بین دانشگاهی.

ج) طراحی برنامه مدون مشترک آموزشی در زمینه مهارت های روان تنی براساس ساختارفرهنگی.

گروه های هدف در این پروژه آموزشی براساس نیازسنجی به عمل آمده برای آشنایی با زمینه‌های ساختاری و کاری بخش های روان تنی و روانپزشکی مشاوره شامل روانپزشکان، سایر متخصصان، روانشناسان، روانپرستاران، پزشکان عمومی و پژوهشگران هستند که از این گروه ها۱۲ نفر انتخاب و در اولین دوره تابستانی شرکت نمودند.

در این دورهٔ آموزشی که دو هفته در فرایبرگ آلمان به طول انجامید، برنامه های آموزشی و مشاهده گری جهت افزایش تجربیات و توانایی های گروه اعزامی تدوین گردید.

از جمله ایجاد زمینه ای برای آشنایی نزدیک افراد اعزامی با مراکز پزشکی و درمانی شامل دپارتمانهای سایکوانکولوژی، سایکوکاردیولوژی، سایکو درماتوژی، روانپزشکی اطفال، بالغین و سالمندان بود و طی این مشاهدات امکان بهرهگیری بیشتر افراد گروه از دستاوردهای تخصصی و برنامه های آموزشی از قبل تدوین شده فراهم گردید.

گروه با شرکت در برنامه های تئوری و عملی با روش های درمانی غیرداروئی اختلالات سایکوسوماتیک همچون گروه درمانی، خانواده درمانی، هنردرمانی، ورزش درمانی و موسیقی درمانی بر حجم یافته ها و تجربیات خود افزودند.

امکان مشاهده و آشنایی با عملکرد مراکز توان بخشی در زمینه اختلالات سایکوسوماتیک از دیگر دستاوردهای این دورهٔ آموزشی بود.

سایر برنامه های آموزشی که به صورت تئوری پیشنهاد شده اند شامل عناوین زیر می باشد:

۱- آموزش روشها و فنون مهم و مؤثر روان درمانی در طب روان تنی شامل :

الف) مداخلات روان تنی کوتاه مدت (۳-۵ جلسه) و طولانی مدت (۲۵-۴۰ جلسه)

ب) هیپنوتراپی بالینی

ج) Bio feedback

د) درمان های پیشرفته در بیماران دچار تروماهای روانی

۲- آموزش پایه ای روان تنی مصاحبه با بیماران و تکنیک های درمانی:

الف) شیوهٔ هدایت مصاحبه های پزشکی در حیطهٔ روان تنی

ب) شیوهٔ صحیح روابطه درمانی بیمار_پزشک

ج) جمع آوری اطلاعات لازم سه محوری (جسمی - روانی و اجتماعی)

د) شیوهٔ مناسب در میان گذاشتن تشخیص (دادن خبر بد، توضیح دربارهٔ نتایج منفی و مثبت)

هـ) شرکت دادن بیمار در تصمیم گیری

و) همراهی و برخورد درمانی با بیمار برای حل مشکلات

ز) مصاحبه با بستگان بیمار و گفتگوهای مشاوره ای روان تنی

۳- اصول مراقبت های روان درمانی و روان تنی :

الف تحلیل و شناسایی بیماریهای روانی در رشته های مختلف طبی و رابطه آن با سایر بیماریها

ب) اختلالات روانی و روان تنی در رشته تخصصی مربوطه

ج) اختلالات شخصیتی

د) آشنایی با فضای درمانی سایکوسوماتیک و ایجاد آن در روند درمان در کلینیک و مطب

۴- جلسه های بالینی و آشنایی عملی با آن در درمان بیماریهای روان تنی

۵- شرکت در جلسات اختصاصی سرپرستی، ارزیابی، انتقادی در کار بالینی

اقدامات عملی:

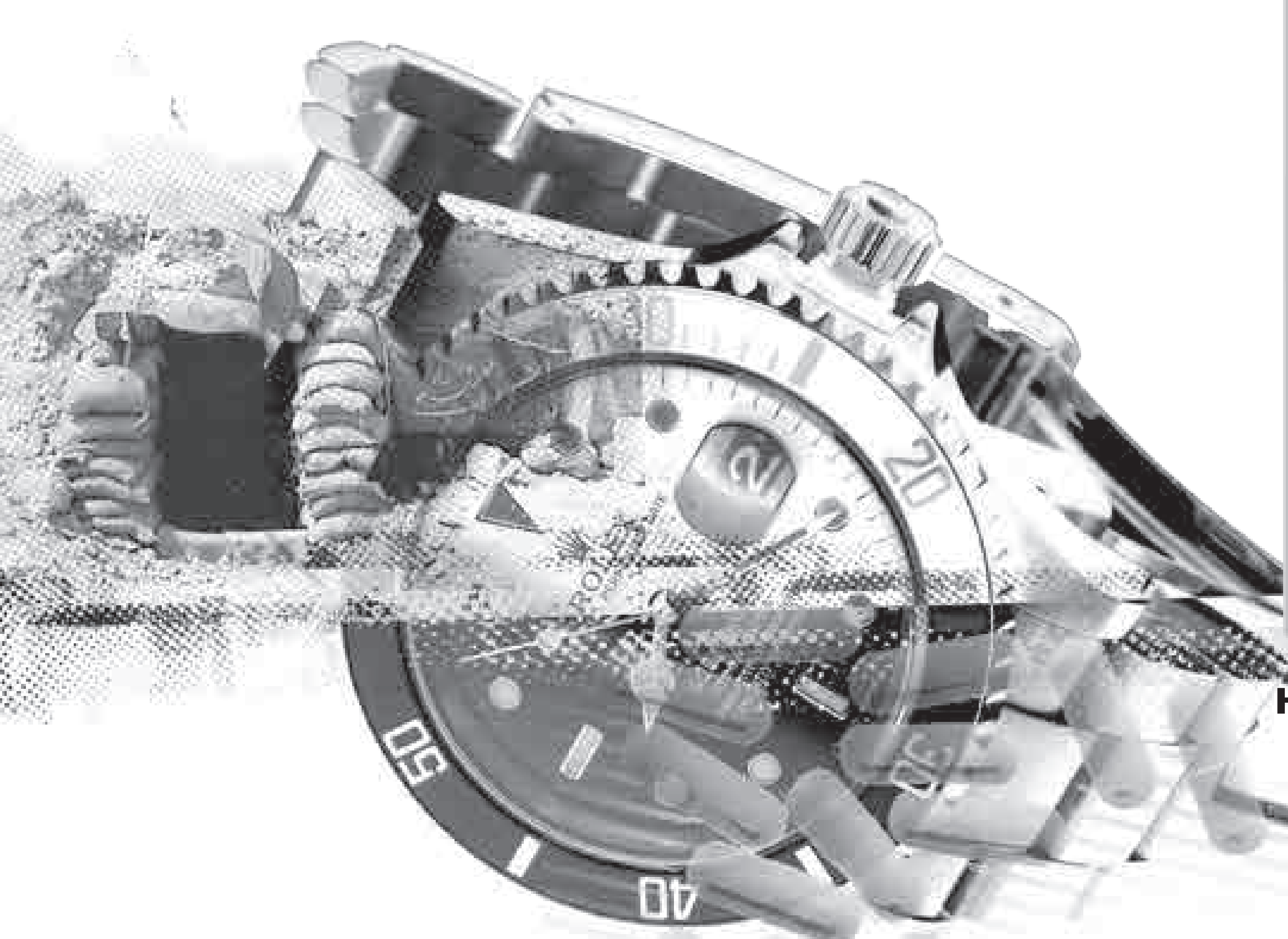
به دنبال برنامه های آموزشی تئوری و عملی پایه ای انجام گرفته در دورهٔ تابستانی شهریور ۸۹ برای توسعه کلنیک های روان تنی طراحی و برنامه ریزی آغاز شد و در این راستا کلنیک های سایکودرماتولوژی ،سایکوانکولوژی و سایکوکاردیولوژی شروع به کار کردند.بعلاوه با حضور فعال همکاران ودستیاران، مرکز سلامت گوارش و درمانگاه‌های سایکوگاستروانترولوژی فعالیت خود را گسترش دادند.این مهم با همکاری متخصصین روانپزشکی وروانشناسی با سایر متخصصان پوست ،گوارش، قلب و داخلی صورت گرفت و از نیروهایی چون روانشناس متبحر در زمینه فعالیت مربوطه، مددکار اجتماعی و متخصصین تغذیه استفاده شده است.در همین راستا با همکاری متخصصان روانپزشکی و روانشناسی فلوچارتهایی جهت هدایت بیماران وارد شده به درمانگاه سایکوسوماتیک طراحی گردید که جایگاه هر بیمار را پس از ورود به این سیستم نشان می دهد. برنامه های مدون جهت آموزش دستیاران درخصوص امکان استفادهٔ آموزشی از درمانگاههای مذکور تدوین گردید.این درمانگاهها که تقریباهمه روزه در مراکزدرمانی بیمارستان نور و کلنیک فوق تخصصی اصفهان دائر می باشد هم اکنون در حال ارائه خدمات درمانی مانند درمان دارویی و مشاوره های روانشناسی شامل روان درمانی های فردی،زوجی،خانوادگی،کلاس های گروه درمانی،شناختی،آموزش مهارتهای زندگی و مدیریت استرس می باشند.از طرفی دستیاران روانپزشکی این امکان را دارند که با شرکت در این درمانگاهها بر آموخته های خود بیفزایند.

خلاصه و چشم انداز آینده:

بهر حال گروه روانپزشکی و معاونت تحقیقات دانشگاه در طی چند سال اخیر تمام تلاش خود را برای توسعه و توجه به عوامل روانی اجتماعی در حوزه های مختلف بالینی و همچنین اهمیت درمانهای روانشناختی و روانپزشکی در ارتقاء سلامت به کار برده است.خوشبختانه با تغییر دیدگاه بالینگران به این موضوع شاهد رشد شناخت و بینش پزشکان و مردم در باره بیماریهای روان تنی هستیم .

راه اندازی و توسعه کاری درمانگاه های روان تنی در این زمینه نتایج مفیدی به همراه داشته است.

تلاش می کنیم با همت و همکاری اساتید گروه های مختلف بالینی دانشکده پزشکی و سایر دانشکده ها و همچنین مراکز درمانی غیر دولتی (بخش خصوصی) برای پیشبرد اهداف فوق فضای علمی آموزشی و تحقیقاتی فراهم آوریم که نه تنها دستیاران و متخصصان بلکه پزشکان عمومی پرستاران روانشناسان و سایر دست اندرکاران سلامت بتوانند مهارتهای علمی و بالینی خود را ارتقاء دهند.



دکتر میترا پورصیرفی، متخصص مغز و اعصاب

ساعت مچی

سیزده سال قبل، در حال گذراندن دورهٔ طرح به عنوان متخصص مغز و اعصاب در بیمارستان شهدای لنجان زرین شهر بودم. از روزهای اوّلی که در درمانگاه بیمارستان کار می کردم، طبقِ معمولِ همهٔ بیمارستان ها و درمانگاه ها، هر از گاهی یکی از پرسنل با دفترچهٔ بیمه برای دریافت نسخه های تخصصی مراجعه می کرد. به علتِ خلوت بودنِ درمانگاه، من علت مصرف دارو و شرح حال افراد مراجعه کننده را معمولاً می پرسیدم. یکی از روزها مرد بلند قامتی برای دریافت نسخه مراجعه کرد و معلوم شد، که او از پرسنل درمانگاه است و درخواستِ نوشتنِ چند قلم دارو در دفترچهٔ بیمه اش را دارد. لیست داروهای مورد تقاضایش را به من داد. این لیست شامل چند قلم داروی تثبیت کنندهٔ خلق، ضد افسردگی و ضد جنون با دوزهای بسیار زیاد بود. از او پرسیدم این داروها را چه کسی مصرف می کند؟ بی درنگ گفت: «خودم».

با تعجّب بیشتر پرسیدم: «مگر چه مشکلی داری؟»

گفت که: «من جانباز هستم و مشکلات عصبی و روحی شدید دارم.»

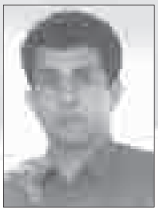
به او گفتم: «این داروها با این دوز مصرفی می تواند، عوارض زیادی داشته باشد، من فکر می کنم که باید داروهایت را تعدیل کنی و حداقل با دوز کمتری مصرف نمایی.»

گفت: «خانم دکتر اگر حتی یک نصفه از هر کدام را کم کنم، امکان زندگی کردن از من گرفته می‌شود. سالهاست که من این داروها را مصرف می‌کنم و متخصصان روانپزشک و متخصصانِ متعدد دیگری مرا ویزیت کرده اند، بیمار دائمی بیمارستان امیرالمؤمنین اصفهان هستم، به علت دوریِ راه و چون این داروها را فقط با مهر متخصص مغز و اعصاب یا روانپزشک می‌دهند، امروز آمده ام، تا شما آنها را برای من نسخه کنید.» به او گفتم: «آیا می توانی داستان جانبازی ات را برای من تعریف کنی؟» در پاسخ گفت: «اگر بخواهید همهٔ خاطراتم از جبهه و جنگ را برای شما می گویم ولی مشکلات روحی من بعد از یک بمباران شروع شد.» و ادامه داد که: «یک بعدازظهر گرم در جبههٔ جنوب با همرزمانم در سنگر مشغولِ وقت گذرانی بودیم. وضعیت نبرد در آن روز خیلی بحرانی نبود. در حال حمله یا دفع ضد حمله نبودیم. من و برادر دو قلویم در آن سنگر همرزم بودیم.» بعد با دست های لرزان کیف پولش را باز کرد، یک عکس سه در چهار قدیمی که با گذرِ زمان تیره و تار شده بود، از جیبِ کیفش درآورد و گفت: «این برادر دو قلویم است. شکلِ هم نبودیم ولی دوقلو بودیم، با هم بزرگ شدیم و با هم به جبهه رفتیم. در آن بعدازظهر گرم، برادرم به طرف من آمد و ساعت مچی‌اش را که به تازگی از طرف یکی از دوستانش هدیه گرفته بود، به من داد و گفت می‌خواهم این ساعت را به تو بدهم.» بعد

دست چپش را جلو آورد و گفت همین ساعت سیکو پنج است که به مچ دستم بسته ام. او یک ساعت مچی مردانهٔ قدیمی با صفحهٔ گرد و بزرگی را که طراوت و تازگی نداشت، به من نشان داد.
در لابه لای خاطراتم به یاد ساعت های سیکو پنج معروف در سالهای دههٔ شصت شمسی افتادم. ساعت‌هایِ مچی که مُدِ روز آن زمان بودند. به خوبی به یاد داشتم که در سال ۱۳۶۱ در سوغاتی‌هایی که مادرم از مکّه برای من آورده بود، یک ساعت مچی سیکوپنج هم بود. البته یک ساعت سیکو پنج اصلیِ ژاپنی. چون در آن زمان دو نوع از این ساعت ها وجود داشت، یک نوعِ اصلیِ ژاپنی و یک نوعِ تقلّبی کره ای.
یادم هست که مادرم با افتخار می گفت: «این ساعت، ژاپنیِ اصل است. فکر نکنی که کره‌ای باشه؛ من این ساعت را از یک فروشگاه معتبر و به قیمت گران خریده ام.»
به خاطر می آورم که چند سال بعد، فروشنده های ساعت مچی در مغازه‌هایِ ساعت فروشی وقتی ساعتی را به عنوانِ نوع خوب معرفی می کردند، می گفتند: «خانم این ساعت کره‌ای اصل است، فکر نکنید بازار مشترکی یا چینی باشه، ها.»
و باز هم بعد از گذشت چند سال حالا می گویند: «درست است که این ساعت چینی است ولی موتور پرسی ندارد، موتور ژاپنی دارد. این ساعت از کالاهای کلاس A چینی است و فکر نکنید که از آن ساعت های چینی الکی باشه، ها.»
و باز هم به یاد می آورم که مادرم می گفت در زمانی که جوانتر بود، حینِ خرید پارچه، پارچه فروش ها می گفتند: «خانم این پارچه سوئیسی، فرانسوی یا انگلیسی است، فکر نکنید که از این پارچه های ژاپنی باشه، ها.»
به هر حال با دیدنِ ساعتِ سیکوپنج قدیمی، خاطرهٔ ساعتِ سیکو پنج خودم که تمام دبیرستان و دانشگاه تا انترنی با من بود، برایم زنده شد. در خاطرهٔ ساعت غوطه ور بودم که صدای بریده بریده و لرزان او ادامه داد: «خانم دکتر برادرم می‌دانست، که خیلی زود شهید می‌شود و برای همین ساعتش را به من داد. وقتی ساعت مچی را از برادرم گرفتم، در آن هوایِ گرم احساسِ تشنگی می کردم، پس به طرف ظرفِ آب خوری که یک بشکهٔ دویست و بیست لیتری بود و در خارجِ سنگر قرار داشت، رفتم. وقتی که از سنگر بیرون آمدم و به طرف بشکهٔ آب رفتم، ناگهان صدایِ مهیبی آمد، باور کنید خانم دکتر بشکهٔ دویست و بیست لیتری دو متر به هوا رفت و برگشت روی زمین. من به یک گوشه پرتاب شدم، وقتی به خودم آمدم، دیدم که یک بمب تمام سنگر ما را ویران کرده است. به طرف سنگر راه افتادم، دریغ از یک جو حسِ زندگی، همه خون آلود دراز به دراز افتاده بودند. انگار که صد سال است، مرده‌اند. به طرفِ جسد برادرم رفتم، دیدم که سر، گردن و قسمت بالای سینه اش از تنه کاملاً جدا شده، سر و گردنش در یک طرف و بقیّهٔ تنه اش در یک طرف دیگر افتاده اند. آن وقت بود که فهمیدم چرا ساعتش را به من داد و حالا بعد از سالها من هنوز ساعت او را به دستم می‌بندم و عکس اش هم همیشه همراهم است.»
بعد از شنیدن داستانِ او، داروهایش را نوشتم و او رفت. بعد از آن هر از گاهی برای نوشتن نسخه به من مراجعه می کرد. بالاخره سالهای انجام وظیفهٔ من به شکل طرح و ضریب k در بیمارستانِ شهدای لنجان تمام شد و با بیمارستان خداحافظی کردم. بعد از رفتن من از بیمارستان، کارمند قبض فروشِ درمانگاه برای نوشتنِ نسخه هرگز به من مراجعه نکرد.
چند سال بعد بیمارستان شهدای لنجان درخواست همکاری مجدد از من کرد و من که خستگی طرح و ضریب k بعد از گذشتِ چند سال از تنم خارج شده بود، تصمیم گرفتم به درخواست بیمارستان پاسخ مثبت بدهم. بنابراین مجدداً در درمانگاهِ مغز و اعصابِ بیمارستانِ شهدای لنجان مشغول به کار شدم. ماه‌ها از شروع به کار مجدد من در بیمارستان شهدای لنجان گذشت ولی خبری از آقایِ فتاحیانِ قبض‌فروش برای نوشتن نسخه‌اش نشد. بیشتر پرسنل درمانگاه عوض شده بودند. یک روز تصمیم گرفتم، از او خبری به دست آورم. پس، از پرسنل درمانگاه راجع به او پرسیدم ولی کسی او را نمی‌شناخت یا به خاطر نمی‌آورد. بالاخره یک روز که در بخش مردان مشغول ویزیت بیمار بودم، از پرسنل قدیمی‌بخش راجع به آقای فتاحیان پرسیدم، یکی از پرسنل بخش گفت: «همان فتاحیان که در درمانگاه قبض می‌فروخت؟»
گفتم: «بله» و او ادامه داد که «خانم دکتر، مُرد!» با تعجّب پرسیدم: «مُرد؟» در پاسخ شنیدم که: «دو، سه سال قبل سکتهٔ وسیع قلبی کرده بود و در همین بیمارستان در ccu فوت کرد.» پس حالا او هم مثلِ عکس سه در چهار همراهش و ساعت مچی سیکوپنج‌اش به خاطرات پیوسته است.
گه گاه فکر می کنم، اگر همسر و فرزندانش به من مراجعه کنند و مثلاً از من بخواهند که برای آن ها بنویسم که شوهر و پدرشان به علت مشکلات ناشی از جانبازی فوت کرده و در واقع باید شهید محسوب شود، من حتماً به درخواست‌شان پاسخ مثبت می‌دهم. چرا که همیشه در اعماق مغزم یک رابطهٔ منطقی بین دوز بالای داروهایی که مصرف می کرد و عوارض قلبی و در اعماقِ قلبم یک رابطهٔ واقعی بین استرس دائمی‌ناشی از خاطرهٔ شهادت برادرش و بیماری قلبی می‌بینم.

جوامع از قرن ها قبل از طریق انکار گسترده و عمومی از کنار کودک آزاری می گذشتند. مرتب منکر سوء رفتار خود می‌شدند و قربانی در خیلی از موارد از افشای آن خودداری می‌کرد. قیم، دوستان و بستگان قربانی ممکن است این موضوعات را سهواً و یا عمداً گزارش نکنند. تقریباً تمام جوامع واقعیت سوء رفتار کودکان را انکار می کنند چون از طریق انکار، خود را نسبت به این وجه وحشتناک زندگی محافظت می کنند.

کودك آزاری و قوانین مرتبط با آن



دکتر فریدون یداله مقدم ▢ روانپزشك قانونی

روانپزشکان در کنار سایر گروههای تخصصی در تشخیص، مراقبت، ارزیابی و درمان بچه های قربانی شرکت می کنند. روانپزشک ممکن است در چند نقش ظاهر شود.

۱. عواقب هیجانی و رفتاری ناشی از سوء رفتار را درمان کند.

۲. به ارزیابی و درمان مرتکبین بپردازد که خود ممکن است در گذشته مورد سوء رفتار قرار گرفته باشند.

۳. ممکن است از روانپزشک اطفال در خصوص کفایت و اعتبار اظهارات قربانی برای شهادت در دادگاه اظهارنظر خواسته شود.

٤. از روانپزشک اطفال خواسته شود در خصوص جراحات روانشناختی از نظر میزان، ماهیت و وسعت آسیب نظر بدهند.

۵. روانپزشکان می توانند در آموزش قضات و قانونگذاران درباره وجوه روانشناختی کودک آزاری و نیازهای رشدی بچه ها و اثراتی که سوء رفتار می تواند بر جامعه بگذارد نقش داشته باشند.

مسئله کودک آزاری به عنوان یکی از اولویت های بهداشت روان در ذهن روانشناسان، روانپزشکان ، حقوقدانان و جامعه شناسان جای ویژه ای داشته است و بسیاری از کشورهای جهان قوانین خاصی برای رسیدگی و مقابله با این جرایم تدوین کرده اند.

در کشور آمریکا پزشکان ملزم به گزارش کودک آزاری هستند. پزشکی که مشکوک به کودک آزاری و یا دلیلی برای باور این مسئله دارد بایستی موضوع را گزارش کند و در بسیاری از ایالت ها علاوه بر پزشک گروههای دیگری مثل پرستاران، روانشناسان، پلیس، مسئولین مدارس نیز ملزم به گزارش این موارد هستند. در ایران هر چند ماده قانونی مشخصی وجود ندارد که پزشکان را ملزم به گزارش کودک آزاری کند ولی پزشک با علم به این موضوع که کودک آزاری از مواردی است که می توان رازداری را نقض نمود، می تواند موضوع را به مراجع ذیصلاح گزارش نماید. در ماده ٤ قانون حمایت از کودکان و نوجوانان که در سال ۱۳۸۱ در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسیده، آمده است. «هرگونه صدمه و اذیت و آزار و شکنجه جسمی و روحی کودکان و نادیده گرفتن عمدی

سلامتی و بهداشت روانی و جسمی و ممانعت از تحصیل آنان ممنوع و مرتکب به سه ماده و یک روز تا شش ماه حبس و یا تا ده میلیون ریال جزای نقدی محکوم می گردد» بنابراین از نظر قانونی کودک آزاری جرم است و مجرم مستوجب مجازات می‌باشد.

در ماده ٦ همان قانون (قانون حمایت از کودکان و نوجوانان) گزارش کودک آزاری تکلیف شده است البته این تکلیف متوجه افراد و مؤسسات و مراکزی است که به نحوی مسئولیت نگهداری و سرپرستی کودکان را به عهده دارند.

ماده ٦ قانون حمایت از کودکان و نوجوانان: «کلیه افراد و موسسات و مراکزی که به نحوی مسئولیت نگهداری و سرپرستی کودکان را برعهده دارند مکلف هستند به محض مشاهده موارد کودک آزاری مراتب را جهت پیگرد قانونی مرتکب و اتخاذ تصمیم مقتضی به مقامات صالح قضایی اعلام نمایند. تخلف از این تکلیف موجب حبس تا شش ماه یا جزای نقدی تا پنج میلیون ریال خواهد بود.»

البته در ماده قانونی فوق ذکری از کادر درمانی و پزشکان و از جمله روانپزشکان در میان نیامده است ولی با توجه به قوانین موجود که کودک آزاری را جرم دانسته و مجازاتی برای آن تعیین کرده و یا در نظر گرفتن ماده ۵ قانون حمایت از کودکان و نوجوانان که کودک آزاری از جرائم عمومی است و احتیاج به شکایت شاکی خصوصی ندارد پزشک در صورت مشاهده چنین مواردی می تواند به وظیفه اخلاقی خود عمل کند و موارد کودک آزاری را گزارش نماید.

اینکه چه تعداد و چند درصد از موارد کودک آزاری گزارش می شود معلوم نیست ولی آنچه مسلم است عوامل ممانعت کننده برای چنین گزارشهایی وجود دارند که لازم است مورد توجه قرار گیرد و برطرف شود. اولین و مهمترین مسئله انکار است. علت دیگر این است که کودک آزاری جزو تشخیص‌های افتراقی قرار نمی‌گیرد. دلیل دیگر می تواند عدم تجربه و ترس از دردسرهای قضایی باشد که فکر می کنند ممکن است پیدا کنند.

در برخی موارد پزشک خوش نیت به اشتباه می‌خواهد خودش مسئله را حل و فصل کند بدون اینکه مراجع ذیصلاح را درگیر کند و در موارد نادر بعضی پزشکان فکر می کنند بالاتر از قانون هستند.

عواقب ناگوار عدم گزارش این است که کودک و همتاهای وی در یک محیط خطرناک رها شده تا مورد سوء رفتار جسمی یا جنسی قرار گیرند. بنابراین از وظیفه اخلاقی است که موارد انواع کودک آزاری (فیزیکی– روانی– غفلت و سهل انگاری– تجاوز به محارم) گزارش شوند و همانقدر که به درمان اختلالات روانی پرداخته می شود به علت آن توجه و از امکانات قانونی و اجتماعی موجود در جهت رفع مشکل استفاده گردد.

در حال حاضر خط تلفنی اورژانس اجتماعی به صورت شبانه روزی و سیار آماده دریافت گزارش های کودک آزاری، خشونت خانوادگی، خودکشی و مسائل دیگر می باشد. پس از دریافت گزارش اکیپی متشکل از مددکار و روانشناس از محل بازدید و صحت گزارش تایید می‌شود و سپس موضوع به دادستان و یا دفتر حمایت از کودکان دادگستری اعلام تا مسیر قانونی آن طی شود. در صورت آزار شدید و احتمال خطر، کودک جداسازی و اقدامات قانونی لازم از طریق مشاور حقوقی مطابق مقررات و قوانین پیگیری می شود و تا ایجاد محیط امن، کودک در مراکز بهزیستی نگهداری می شود. در صورتی که محیط امن با مداخلات درمانی و اجتماعی مهیا نشود تیم تخصصی در خصوص حضانت کودکان طلاق یا بد سرپرست گزارش خود را به مقام قضایی اعلام می‌کند. مقام قضایی ممکن است از والدین سلب حضانت کند و یا حضانت را به یکی از والدین بسپارد.

سلب حضانت به استند ماده ۱۱۷۳ قانون مدنی ایران اعمال می شود. بر اساس این ماده قانونی چنانچه در اثر عدم مواظبت یا انحطاط اخلاقی پدر و مادری که طفل تحت حضانت اوست وضعیت جسمانی و یا تربیتی اخلاقی طفل در معرض خطر باشد دادگاه می‌تواند به تقاضای نزدیکان و بستگان طفل یا به تقاضای قیم او یا به تقاضای رئیس حوزه قضایی هر تصمیمی را که برای حضانت طفل مقتضی بداند اتخاذ نماید موارد فوق عبارتند از:

اعتیاد زیان آور به الکل، مواد مخدر و قمار

اشتهار به فساد اخلاقی و فحشا

ابتلا به بیماریهای روانی به تشخیص پزشکی قانونی

سوء استفاده از طفل یا اجبار او به ورود در مشاغل غیراخلاقی مانند فساد و فحشاء، تکدی گری و قاچاق

تکرار ضرب و جرح خارج از حد متعارف

علی‌رغم کوششهائی که در زمینه تأمین حقوق کودکان حاصل شده است ولی نواقصی وجود دارد که شایسته اصلاح می‌باشد: هنوز تعریف مشخصی از کودک آزاری در قانون ذکر نشده است و با آن به طور خاص و در دادگاه‌های ویژه اطفال برخورد نمی‌شود. در بند ۵ ماده قانونی فوق ضرب و جرح در حد متعارف مجاز دانسته شده ولی مشخص نشده که حد متعارف یعنی چه و تا چه میزانی حد متعارف می‌باشد. قانونی مشخص برای برخورد و مجازات پدر و مادر قهری کودک وجود ندارد. در مواردی که کودک آزاری منجر به مرگ کودک می‌شود و مرتکب پدر باشد او مشمول تخفیف قانونی است ولی مادر در صورت ارتکاب باید قصاص شود چون طبق ماده ۲۲۰ قانون مجازات اسلامی پدر یا جد پدری که فرزند خود را بکشد قصاص نمی شود و به پرداخت دیه قتل به ورثه مقتول و تعزیر محکوم خواهد شد. اگر ضارب غیرپدر باشد مسئله در قالب شکایت ضرب و جرح و ایراد صدمه در قالب قوانین عام بررسی می گردد.

اگر ضارب غیرپدر باشد مسئله در قالب شکایت ضرب و جرح و ایراد صدمه در قالب قوانین عام بررسی می گردد. در برخی موارد که پرونده کودک آزاری شاکی خصوصی دارد، قضات در بیشتر موارد با بیان ناکافی بودن ادله پرونده را مختومه می‌کنند و کودکان دوباره به خانواده برمی‌گردند. در خصوص آزار جنسی نیز قاضی با احتیاط رای صادر می‌کند چون مطابق ماده ٤٧ قانون مجازات اسلامی نیاز به شاهد وجود دارد. طبیعی است زنای با محارم هیچ گاه آشکار انجام نمی‌شود که بتوان شاهدی برای آن یافت و این عمل قبیح را هیچ مرتکبی آشکارا انجام نمی‌دهد. البته در صورتی که زنای با محارم اثبات شود حد آن طبق ماده ۸۳ قانون مجازات اسلامی اعدام است.

علی رغم خلاء های قانونی، مواد قانونی موجود از پتانسیل‌های قابل قبولی جهتِ اعمال برخوردارهستند. اگر چه قانونی وجود ندارد که از گزارش کودک آزاری حمایت کند ولی با توجه به این که موضوع کودک آزاری جرم عمومی است و نیاز به شاکی خصوصی ندارد و این که گزارش کودک آزاری افشاء نمی‌شود وظیفه اخلاقی حکم می کند هرگونه کودک آزاری جدی فیزیکی – روانی و جنسی که سلامت کودک را شدیداً به خطر می اندازد را گزارش کرد.

منابع:
جامع روانپزشکی کاپلان
مجموعهٔ قوانین مدنی دکتر حسن امامی
روانپزشکی قانونی دکتر مهدی صابری

مصاحبه‌ی انگیزشی

دکتر بدر الدین نجمی،
دکترای روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری

الگوهای معاصر مطرح در حوزه ی ارتقای سلامت به خوبی با باورها و طرحواره های مرتبط با سلامتی و بیماری و این که چگونه باورها با رفتار مرتبطند، سروکار دارند. بخش وسیعی از مداخله‌های متمرکز بر ایجاد تغییر در رفتار بهداشتی در سطح جمعیت در حوزه تغییر رفتارهای پرخطر به ویژه در رابطه با بیماری های مزمن انجام می پذیرد.

نیاز به تغییر و مدیریت رفتار در ارتباط با مشکل بهداشتی از پیچیدگی خاصی برخوردار است. بسیاری از افراد فرض می کنند که تشخیص یک مشکل بهداشتی انگیزه کافی برای کاهش رفتارهای پرخطر مرتبط با بیماری ایجاد می کند، در حالی که همیشه این گونه نیست. بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری های مزمن که ناتوانیهای جسمانی و مشکلات روانی را تحمل می کنند، اما نه همه آن ها، نیازمند درجه ایی از مدیریت خویشتن هستند که بتوانند سطح انگیزش خود را بالا نگه دارند. بنابراین ترکیب فشارهای روانی قابل ملاحظه بیماری مزمن و ضرورت های رو به تزاید، بطور فعال با مدیریت رژیم درمانی درآمیخته و بدین ترتیب شرایط ایده آلی را برای حفظ تغییر رفتار فراهم نمی کند.

فقدان مشارکت مراجعان، عدم آمادگی آنان برای تغییر، برگشت مجدد مشکل یا اختلال، عدم حضور مرتب در جلسات درمانی، انگیزه و تعهد پایین برای استمرار تغییر، سطح بالای دوسوگرایی، مقاومت، ترس و نگرانی از فنون درمانی، عدم انجام تکالیف درمانی، سطح پایین انتظار موفقیت، در برنامه های درمانی معمول، از جمله مواردی است که در مراجعین مختلف دیده می شود.

بهترین شیوه برای مقابله با اسطوره ی مراجعان بی انگیزه برای تغییرات رفتاری، مشاوره ی انگیزشی[1] است که در یکی دو دهه ی اخیر در حوزه های بهداشتی یادشده، مورد استفاده قرار گرفته است. مصاحبه انگیزشی[2] یکی از فنون شناختی – رفتاری جدید است که پایه‌های نظری آن در الگوی فرانظری است، و به طور معمول به عنوان الگوی مراحل تغییر شناخته می‌شود. روش بالینی مصاحبه انگیزشی اولین بار در سال ۱۹۸۳ به عنوان مداخله و نوعی درمان کوتاه مدت برای درمان معتادان به مشروبات الکلی که در آن انگیزه ی بیمار، مانع اساسی در بهبودی محسوب می گردد، طراحی گردید. در آغاز سال ۱۹۹۰ در سایر اختلالات مربوط به سلامتی بویژه بیماری های مزمن که در آن ها تغییر رفتار و انگیزه بیمار، چالشی معمول است مورد آزمایش قرار گرفت.

۱ Motivational Counseling
۲ Motivational Interviewing (MI)

به تعبیر میلر و رولنیک[۳] (۱۹۹۱) انگیزش حالتی است که بر اشتیاق و آمادگی فرد برای تغییر دلالت دارد. موضوع انگیزه یکی از نکات بسیار مهم در درمان انواع اختلالات روانی و جسمانی است. میلر و رولنیک (۲۰۰۲)معتقدند، تغییر مانند پازلی است که متشکل از چند قطعه است. یکی از راه هایی که می توان قطعات را کنار هم چید، این است که انگیزه را به عنوان اساس فرآیند تغییر تصور نمود.

مشاوره ی انگیزشی ،روشی مراجع محور و رهنمودی به منظور تقویت و افزایش انگیزه درونی برای تغییر از طریق کشف، شناسایی و حل تردیدها و دوسوگرایی است. به استناد تحقیقات انجام شده در جهان، استفاده از مصاحبه ی انگیزشی به منظور ارتقای سطح میل به تغییر یکی از گزینه های مناسب است. کاربست مصاحبه ی انگیزشی در دنیا به سرعت پیشرفت می کند به طوری که در طی سه سال، تعداد انتشارات در این زمینه تقریباً دو برابر شده است.این رویکرد به سرعت از مسئله اعتیاد، به حوزه نظام های سلامت، ارتقاء بهداشت، و اختلالات روان شناختی و اخیراً به حیطه های اصلاح و تربیت هم سرایت کرده است.

در مبحث مصاحبه ی انگیزشی و اختلالات روانی، انگیزه و تعهد در خصوص رعایت رژیم های درمانی، موضوع مهم کار روان پزشکی امروز است. این دو، سنگ بنای نتایج درمانی بیمار را تشکیل می دهند، زیرا اگر بیمار آمادگی پذیرش نداشته باشد، قوی ترین درمان هم مؤثر نخواهد بود. بکارگیری رویکردی ساختار یافته، انعطاف پذیر و گام به گام که با ترجیحات بیمار قابل انطباق باشد، می تواند مؤثر واقع شود و به نظر می رسد کاربست درست مصاحبه ی انگیزشی برای برآوردن این نیازها به خوبی پاسخگو باشد.

مصاحبه ی انگیزش یک رویکرد مشاوره ایی است به منظور یاری رساندن به بیمار برای تشخیص و تغییر رفتارهای خطرناکی که می تواند مشکل بهداشتی را پیچیده تر کند، تا با این مدیریت مطلوب از شدت مشکل تا حدّی پیشگیری کند.این منظور از طریق یک گفتگوی تصریح کننده و حمایتی که مبتنی بر اصول درمان شناختی–رفتاری است حاصل می گردد. در مصاحبه ی انگیزش پرسشها غیر رویاروی بوده و با استفاده از فنونی چون حل مسئله و هدف گزینی بر رویکردهای شناختی–رفتاری یک تمرکز عملی دارد. بیماران ترغیب می گردند جنبه‌هایی از رفتارشان را که با شرایطی که قصد تغییرش را دارند تشخیص دهند. در این روش نقش درمانگر تسهیل فرایند کمک به بیمار برای تسخیر افکار و غلبه بر سختی ها و تنظیم مجموعه‌هایی از اهداف واقعی برای تغییر است.

این روش غیررویاروی nonconfrontational ترکیبی از فنون شخص مدار person–centered (توجه مثبت نامشروط و همدردی ابراز شده) با فنون گوش کردن مؤثر effective listening (تکرار، خلاصه نمودن، انعکاس احساسات و انعکاس تعارض ها) و مداخله های شناختی – رفتاری (گوش کردن فعال انتخابی و بازسازی شناختی)است. در این رویکرد مراجع از طریق یک فرایند تصمیم گیری راهنمایی می شود. درمانگر بیشتر متمرکز بر فرایند تصمیم گیری است و کمتر روی محتوای تصمیم ها تمرکز می شود. این رویکرد برای انواع رفتارهای اعتیادآمیز در افراد جوان مؤثر شناخته شده است.

مصاحبه ی انگیزشی، یک رویکرد درمانی است به منظور افزایش انگیزه مراجع برای تغییر، و مبتنی بر این عقیده است که انگیزش برای تغییر یک فرایند چرخشی (revolving door) است، که می تواند در چند مرحله مفهوم سازی شود. با مرحله precontemplation شروع می شود (من مشکلی ندارم) و به مرحله contemplation حرکت می کند (شاید مشکلی وجود داشته باشد) و سپس به مرحله تصمیم برای عمل action deciding می رسد(آیا نیاز به تغییر دارم یا نه؟) در مرحله بعد مراجع فعالانه در رفتارش تغییر ایجاد می کند. و بعد از عمل مرحله ی ابقاء maintenance و احتمالاً عود فرا می رسد.

میلر و همکاران (۱۹۹۱،۱۹۹۵) فرایند مصاحبه ی انگیزشی را در یک چهارچوب مداخله ایی ۳ مرحله ای معرفی می کند:

۱– مرحله ی واخواندن :

درمانگر رابطه درمانی اولیه را با مراجع برقرار می کند. مراجع باید برای بازگشت نزد درمانگر برانگیخته شود و علاقمند به گفتن برای درمانگر و جستجو در موقعیت خود به منظور اخذ یک تصمیم به این که در هر حال مشکل هست، گردد.

۲– مرحله ی اطلاعات:

هم درمانگر و هم مراجع طالب اطلاعاتی هستند که حقایقی را راجع به موقعیت مراجع روشن سازد. این اطلاعات در یک بسته ی اختصاصی و جامع توسط درمانگر سازمان داده می شود و به مراجع برگردانده می گردد. درمانگر هیچ نتیجه گیری نمی کند اما به مراجع کمک می کند که این حقایق را حس کرده و به یک تصمیم برای تغییر مورد نیاز برسد.

۳– مرحله ی گفتگو:

که مراجع و درمانگر بر سر اهداف و راهکارهای درمانی برای دستیابی به این اهداف به گفتگو می نشینند. این گفتگو مبتنی بر ترجیحات مراجع، حقایق اشاره شده در فوق و مداخله های در دسترس است.

در این روش مداخله ای اصول کمک به بیمار عبارتند از:

۱– فهم فرایندهای فکری بیمار که در ارتباط با مشکل است.

۲– تشخیص و اندازه گیری واکنشهای هیجانی بیمار به مشکل.

۳– تشخیص نحوه ی تعامل افکار و احساسات تولیدکننده الگوهای رفتاری.

٤– چالش با الگوهای فکری و بکار بستن شقوق دیگر رفتار.

به تعبیری دیگر، میلر و رولنیک(۲۰۰۲) اصول اولیه مصاحبه ی انگیزشی که شرایط را برای تغییر فراهم می‌نماید را مشتمل بر موارد زیر می داند:

۳- Miller & Rollnick

۱-ابراز همدردی[٤] (یکی از اصول بنیادین روان درمانگری است که اشاره به فهم وضع ناگوار بیمار و ابلاغ واقعیت ها دارد. پذیرشی به دور از هر گونه قضاوت درباره شخص. این پذیرش به بیمار فرصت می‌دهد که به شقوق دیگر رفتار عمل کند).

۲-اجتناب از بحث[٥] (مصاحبه ی انگیزشی بیشتر یک روش مواجهه سازی و چالش توسط خود بیمار است. چنانچه درمانگر فعالانه موقعیت بیمار را به چالش بکشد شاهد یک رفتار دفاعی از سوی بیمار و در نتیجه عدم تغییر خواهد بود).

۳-حمایت از خودکارآمدی[٦] (باور به توانایی خود به تغییر، اساس تغییر است. تشویق بیمار به استفاده از عبارتهای مثبت آشکار، احساس خودکارآمدی را به همراه خواهد داشت که به پالایش افکار او کمک می کند).

٤-درهم پیچیدن مقاومت[٧] (هدف این مهارت که دشوارتر از دیگر موارد است بحث درباره عبارت ها و اظهارات بیمار نیست بلکه چالش مستقیم با فرایندهای فکری می باشد که زیربنای رفتاری به شمار می رود که فرد قصد تغییر آن را دارد).

٥-بسط فاصله و ناهمخوانی[٨] (شخص برای حرکت نیاز به هدف دارد و لازم است بداند که موقعیت جاری وی پیامدهایی دارد. اهداف باید توسط بیمار انتخاب شود بدون آنکه به وی تحمیل گردد. وقتی که اهداف مناسب به اجرا گذاشته شدند سپس درمانگر شروع به تشخیص تفاوت میان وضعیت جاری و ایده آل می کند. این عمل تعارضهایی را در ذهن بیمار ایجاد می کند. ناهمخوانی، تفاوت بین آنچه بیمار هست و آنچه می خواهد باشد را تشریح می کند.

باندی(۲۰۰٤).راهبردهای انگیزشی را در هشت مؤلفه، که به منظور افزایش سطح انگیزش شخص برای تغییر رفتار خاص طراحی شده است خلاصه می کند. مؤلفه‌های مزبور شامل:

-دریافت توضیح و پیشنهاد (درباره ی رفتار خاصی که آماج تغییر است)
-جابجایی موانع (اغلب برای دسترسی به کمکهای ویژه)
- انتخاب کردن (انتخاب تغییر توسط فرد بدون آنکه توسط درمانگر به وی تحمیل شود)
-کاهش میل (حذف احساس دوگانه نسبت به تغییر و خلاصی خود از وضعیت برزخی)
-همدردی نمودن
-فراهم کردن پسخوراند (از خانواده، دوستان، متخصصین بهداشتی به نحوی که مراجع تصویر دقیقی از وضعیت جاری خود بدست آورد. پسخوراند زمینه ی مقایسه معیارها را فراهم می نماید.)
-تصریح کردن اهداف (در تصریح گفته می شود ایده آل می تواند در مسیر اهداف تعریف شود.)
-یاری رسانی فعال (ابراز مراقبت و تسهیل ارجاعات و علاقمندی واقعی به یاری رساندن به شخص برای تغییر).

به گفته ی رولنیک و ویلیامز (۱۹۹۵)، هدف کلی مصاحبه ی انگیزشی تشخیص این نکته است که چه رفتاری باید پایدار باقی بماند. این امر در قالب یک رویکرد حمایت گرانه که طی آن درمانگر منظر بیمار را می‌پذیرد و بیش از این که با وی چالش نماید، انعکاس می دهد، انجام می‌پذیرد. چالش باید بیمار را کمک کند تا شقوق رهایی از وضعیت برزخی را شناسایی کند. گفته شد، در مصاحبه ی انگیزشی از روش های رویارویی [٩] توأم با همدردی استفاده می‌شود که با سبکهای تهاجمی رویارویی تفاوت اساسی دارد. در این روش درمانگر از بحث با بیمار خودداری کرده و از شیوه‌های اجباری و تنبیهی اجتناب نموده، از برچسبهای تشخیصی استفاده نمی نماید و از یک سبک حمایت گرانه و قاطعانه[١٠] استفاده می کند تا بیمار نقش منفعلانه نداشته باشد، و بیمار به انتخاب راه حلها تشویق می‌شود.

از جمله روش های مداخله ایی اختصاصی مشتق از مصاحبه انگیزشی می توان به مداخله ی مختصر[١١] با هدف ارتقای انگیزش[١٢] اشاره نمود. میلر و سانچز[١٣] (١٩٩٤) یک روش مداخله ایی مختصر و مؤثر را که مبتنی بر مؤلفه‌های پسخوراند[١٤]، مسئولیت[١٥] برای تغییر، جستجوی راهنمایی و توصیه[١٦]، تدارک طرحی برای تغییر[١٧] و سبک مشاوره ی توأم با همدردی[١٨] است را با عنوان FRAMES پیشنهاد داده اند.

همانطور که در آغاز این نوشتار آمد، بسیاری از شواهد علمی مرتبط با مصاحبه ی انگیزشی برخاسته از ادبیات پژوهشی معتبری است که در دهه‌های اخیر آغاز کاربست آن را در مدیریت بیماری های مزمن نشان می‌دهد.

از جمله اولین پژوهش‌های مرتبط با اثربخشی مصاحبه ی انگیزشی روی افراد مبتلا به این دسته از بیماری ها می توان به مقاله (اسمیت، هکه مایر، کرات و ماسون، ۱۹۹۷) در خصوص تأثیر مصاحبه ی انگیزشی بر بهبود پیروی از برنامه‌های رفتاری مهار وزن اشاره کرد که روی زنان چاق و سالمند مبتلا به دیابت غیروابسته به انسولین اجرا شده است. نتایج این پژوهش نشان داد که اضافه کردن مصاحبه ی انگیزشی به برنامه رفتاری مهار وزن برای افراد چاق و مسن مبتلا به دیابت نوع دو، موجب افزایش پیروی از توصیه‌های درمانی برای مهار بیشتر قند می‌شود.

اگرچه همیشه انتقال یک روش درمانی از بزرگسالان به کودکان و نوجوانان مناسب نیست اما با کمی جرح و تعدیل می توان این الگوی مداخلهیی را برای این گروه سنی به کار بست. روش شناختی در مصاحبه ی انگیزشی، با مراحل رشد نوجوانی موافق و سازگار است. آمادگی برای تغییر، انتخاب اهداف و فرآیند دسترسی به آن ها منعکس کننده ظهور استقلال در مراقبت از خویشتن است. کانن(۲۰۰۳) در یک مطالعه ی مقدماتی اعلام می دارد که مصاحبه ی انگیزشی می تواند برای نوجوانان در بهبود مهار قند خون یک مداخله مفید محسوب شود، که در قالب یک طرح کارآزمایی بالینی کنترل شده این سودمندیها بهتر می تواند مشخص شود.

٤- express empathy
٥- avoid argumentation
٦- support self-efficacy
٧- roll with resistance
٨- develop discrepancy

٩- confrontation
١٠- authoritative
١١- brief intervention
١٢- Motivational Enhencement Therapy(MET)
١٣- San Chez
١٤- feedback
١٥- responsibility
١٦- advice-giving
١٧- menu of change
١٨- empathic counseling style

تحقیقات علوم رفتاری

(علمی- پژوهشی)

دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری

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

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

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

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

Research in Behavioural Sciences

2010; 8, 1 (No. 15)

Owned and Published by: Isfahan University of Medical Sciences

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

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

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

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

Original Articles

12 A study on the effectiveness of relationship enhancement on marital coping strategies
[illegible]

23 Comparing the effectiveness of group cognitive behavior therapy and its integration with motivational interviewing on symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder
[illegible]

32 Comparison of schizotypal dimensions according to the attachment patterns in students of Tabriz University
[illegible]

43 Demographic factors, relying on the Islamic religion and family functioning in prediction of students' happiness in Tabriz University of Medical Sciences
[illegible]

55 The relation between mood and effect with organizational citizenship behavior (OCB) and job absenteeism in four industrial factory personnel; a multiple level of analysis approach
[illegible]

Short Communications

62 The relationship of job burnout and occupational factors in managers of governmental organizations in Lorestan province, Iran
[illegible]

69 Evaluation of memory in refractory temporal lobe epilepsy
[illegible]

Review Article

82 Application of meta-analysis in social and behavioral science: A review of advantages, disadvantages, and methodological issues
[illegible]

مقاله‌های پژوهشی

۱۲-۱ بررسی اثربخشی ارتقای روابط بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای زناشویی [illegible]

۲۳-۱۳ مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان تلفیقی با مصاحبه انگیزشی بر علایم بیماران وسواسی- جبری [illegible]

۳۲-۲۴ [illegible]

۴۳-۳۳ [illegible] دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز [illegible]

۵۵-۴۴ [illegible]

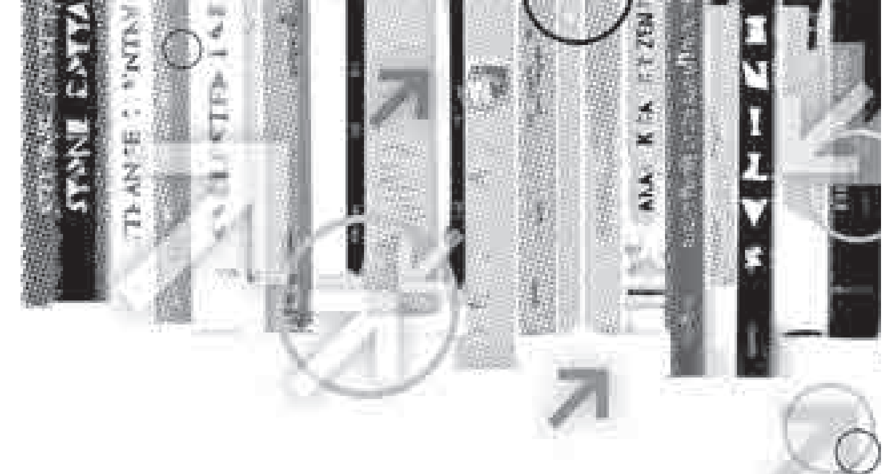
مقاله‌های کوتاه

۶۲-۵۶ [illegible]

۶۹-۶۳ [illegible]

مقاله مروری

۸۲-۷۰ [illegible] روان‌شناسی [illegible]



خلاصه طرح‌ها و پایان‌نامه‌های انجام‌شده در مرکز تحقیقات علوم رفتاری

بررسی سطح هورمونهای زنانه در زنان اقدام کننده به خودکشی بستری شده در اورژانس مسمومین بیمارستان نور اصفهان در سال ۸۹

مجری: دکتر سیدغفور موسوی- دکتر محمدرضا مرآثی - دکتر فرحناز مردانیان-دکتر شیما باطنی
با همکاران مرکز تحقیقات علوم رفتاری - ۱۳۸۹

مقدمه:
بر اساس برخی مطالعات شیوع اقدام به خودکشی در فازهای مختلف قاعدگی متفاوت می‌باشد. مطالعات اندکی به بررسی تفاوتهای هورمونی در فازهای قاعدگی و ارتباط آن با اقدام به خودکشی پرداخته‌اند. هدف از این مطالعه تعیین سطوح هورمونهای زنانه در اقدام کنندگان به خودکشی بستری در اورژانس مسمومین نور بوده است.

مواد و روش ها:
این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی- تحلیلی است که بر روی زنان ارجاع شده به اورژانس مسمومین شهر اصفهان به علت اقدام به خودکشی در ٦ ماده دوم سال ۸۹ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۴۹-۱۵ سال، اقدام به خودکشی طی ٢٤ ساعت گذشته از طریق مسمومیت، دارا بودن توانایی و همکاری لازم برای درک سئوالات پرسیده شده توسط محقق و موافقت برای شرکت در مطالعه و معیارهای خروج شامل یائسگی، نامنظم بودن سیکل ماهانه و عدم تمایل برای شرکت در مطالعه بود. نمونه گیری به روش غیراحتمالی آسان انجام شد. اندازه‌گیری غلظت استروژن و پروژسترون به روش Immunoassay صورت گرفت. نتایج بدست آمده بوسیله آزمونهای توصیفی و تحلیلی با استفاده از نرم افزار SPSS ١٦ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج:
مجموعاً ۱۱۱ نفر با میانگین سنی ۷±۲۵/۲ سال وارد مطالعه شدند. ۶۲/۲ درصد بیماران برای اولین بار و ۳۷/۸ درصد بیماران در فاز لوتئال مراجعه کرده بودند اما بر اساس سطح پروژسترون ۴۰/۵ درصد بیماران در فاز لوتئال مراجعه کرده بودند. تفاوت معناداری بین بیماران با دفعات مختلف اقدام به خودکشی در غلظت استروژن مشاهده نشده (P=۰.۷۵). اما تفاوت معناداری بین بیماران با دفعات مختلف اقدام به خودکشی در غلظت پروژسترون مشاهده شد (P=۰.۰۰۱). بطوری که در بیمارانی که برای سومین بار و بیشتر اقدام به خودکشی نموده بودند غلظت پروژسترون نسبت به سایر بیماران بیشتر بود که با آنالیز کوواریانس نتایج تأیید شد.

سایر مطالعات:
Lester در سال ۱۹۹۰ ادعا نمود که اثر استروژن بر دوپامین می تواند بر خلق و خوی زنان اثر گذارد و بنابراین رفتارهای خودکشی را تغییر دهد.

Glass و همکارانش و Tonks و همکارانش این گونه مطرح نمودند که قبل از قاعدگی زمانی است که اقدام به خودکشی در زنان مستعد بالا می‌رود. این در حالی است که دیگران فاز قبل از قاعدگی را دارای اثر محافظتی برای اقدام به خودکشی می‌دانند.
گراسیا و همکاران و همچنین کایکویلو و همکاران تفاوت معنی داری را در سطح پلاسمائی هورمونهای FSH، LH، استرادیول و پروژسترون در افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند در مقایسه با گروه کنترل ذکر نکردند.

نتیجه‌گیری:
طبق نتایج مطالعه حاضر، غلظت بالاتر پروژسترون با تعداد بیشتر اقدام قبلی به خودکشی همراه است اما ارتباطی بین سطح استروژن با دفعات اقدام به خودکشی وجود ندارد. فاز سیکل قاعدگی در زمان خودکشی براساس گفته بیمار و بر اساس سطح پروژسترون تفاوت داشت و در مورد اینکه بیماران در حقیقت در کدام فاز مراجعه کرده بودند نمی توان نتیجه گیری قطعی داشت. بر اساس این نتایج لازم است که اقدامات پیشگیرانه و حمایتی بیشتری در افراد در معرض خطر اقدام به خودکشی صورت گیرد و ضروری است پزشکان در خصوص تغییرات خلقی بیماران زن در سیکل ماهانه و به خصوص قبل از قاعدگی بیشتر مطلع شوند.

بررسی ارتباط تیپ شخصیتی D و شدت علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (IBS)

مجری: دکتر رضا باقریان-دکتر حمید افشار-دکتر فرزانه طالبیان
با همکاران مرکز تحقیقات علوم رفتاری - ۱۳۸۹

مقدمه:
تحقیقات در زمینه اثرات متقابل مغز-روده در دهه گذشته افزایش یافته و موضوعات جدیدی همچون شخصیت، علاوه بر موضوعات کلاسیک به عنوان فاکتورهائی که می توانند فیزیولوژی روده را تحت تاثیر قرار دهند و همچنین بر چگونگی تجربه و تفسیر علائم نقش داشته باشند، مطرح گردیده است.

مواد و روش‌ها:
در یک بررسی مقطعی ۱۹٤ بیمار با تشخیص قطعی IBS از بیمارانی که به صورت پی در پی از زمستان ۸۷ تا تابستان ۸۸ به درمانگاه گوارش و درمانگاه روان تنی مرکز نور اصفهان مراجعه نموده بودند، بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده ها از مقیاس تیپ شخصیتی D و مقیاس شدت علائم بیماران مبتلا به IBS استفاده شد. با استفاده از مقیاس تیپ شخصیتی D بیماران به دو گروه با تیپ شخصیتی D و بدون تیپ شخصیتی D تقسیم شدند. داده ها با استفاده از آزمونهای X^2 و t-test و رگرسیون چندگانه تحلیل شد.

نتایج:
با در نظر گرفتن نقطه برش ۱۲ برای هر یک از ابعاد تیپ شخصیتی D (عواطف منفی و بازداری اجتماعی)، ۴۶/۳۹درصداز بیماران واجد خصوصیات تیپ شخصیتی Dبودند.
تفاوت معناداری بین گروه دارای تیپ شخصیتی D و گروه بدون تیپ شخصیتی D در مورد ویژگیهای جمعیت شناختی، اقتصادی- اجتماعی و طبی دیده نشد. آنالیز رگرسیون چندگانه نشان داد بین متغیرهای جنس، سن، میزان تحصیلات، طول مدت بیماری، طول مدت درمان، تیپ شخصیتی D، عواطف منفی و بازداری اجتماعی تنها متغیرهای عواطف منفی و طول مدت درمان به طور مستقل با شدت علائم IBS ارتباط معنی دار داشتند. همچنین ارتباط معنی داری بین شدت علائم IBS با تیپ شخصیتی D وجود نداشت.

سایر مطالعات:
در سال ۲۰۱۰ مطالعه ای بر روی ۵۶ بیمار مبتلا به IBS انجام گرفت و نتایج نشان داد بیماران مبتلا به IBS بیشتر مستعد تأثیر فاکتورهای روانی –اجتماعی بر علائم خود هستند، عصبانیت بیشتری را تجربه می کردند و روان نژند خو ئی بیشتری داشتند.
فرنام و همکاران مطالعه ای بر روی ۱۶۲ بیمار مبتلا به IBS انجام دادند و نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به IBS نمره بیشتری در ابعاد روان نژند خوئی و با وجدان بودن و نمره کمتری در ابعاد تجربه پذیری و همسازی نسبت به جمعیت عمومی داشتند.
در یک مطالعه در سال ۲۰۱۰ ارتباط بین تیپ شخصیتی D و شدت علائم در بیماران مبتلا به بیماریهای عملکرد روده با استفاده از پرسشنامۀ GISSI مورد بررسی قرار گرفته که در آن شدت علائم در بیماران با تیپ شخصیتی D در تمام زیرمقیاسها بیشتر از بیماران بدون تیپ شخصیتی D گزارش شده است.

نتیجه گیری:
تنها عواطف منفی (یکی از زیرمقیاسهای تیپ شخصیتی D) پیش گوئی کننده شدت علائم IBS می باشد.

برنامه کلینیك فوق تخصصی روانپزشکی

شنبه	روانپزشکی سالمندان	مرکز فوق تخصصی روانپزشکی (خیابان شریعتی)
یکشنبه	پوست- روانپزشکی گوارش- روانپزشکی	بیمارستان نور مرکز فوق تخصصی روانپزشکی(خیابان شریعتی)
دوشنبه	درمانگاه مذهبی وسواس	مرکز فوق تخصصی روانپزشکی(خیابان شریعتی)
سه شنبه	سایکوسکچوال قلب- روانپزشکی	مرکز فوق تخصصی روانپزشکی(خیابان شریعتی) مرکز فوق تخصصی روانپزشکی(خیابان شریعتی)
چهارشنبه	گوارش – روانپزشکی	مرکز فوق تخصصی روانپزشکی(خیابان شریعتی)

مرکز فوق تخصصی روانپزشکی: خیابان حکیم نظامی، ابتدای خیابان شریعتی، روبروی سیمان سپاهان- تلفن: ۶۲۴۱۰۸۱

برنامه باز آموزی های مدون روانپزشکی ویژه پزشکان عمومی سال ۱۳۹۰	برنامه باز آموزی مدون روانپزشکی ویژه روانپزشکان سال ۱۳۹۰
۹۰/۷/۱۴ انواع افسردگی (تشخیص و درمان) مکان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، تالار زیتون	۹۰/۴/۲ (پانل) افسردگی مقاوم به درمان مکان: بیمارستان فارابی
۹۰/۱۰/۸ سایکوفارماکولوژی مکان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تالار زیتون	۹۰/۷/۲۸ مداخلات بایکوسایکوسوشیال در مصرف کنندگان متامفتامین مکان: بیمارستان نور
	۹۰/۹/۲۴ سایکوفارموکولوژی مکان: بیمارستان نور
	۹۰/۱۱/۲۷ پانل (اختلالات سایکوسکچوال) مکان: بیمارستان نور

شرکت ویلاسازان خزر کنار (سهامی خاص)

فروش ویژه تعداد محدودی ویلا به مناسبت روز پزشک

شرایط فروش:

۲۰ درصد نقد، ۸۰ درصد در اقساط ۵ ساله

ویژگی ها:

فاصله با ساحل دریا، ۲۰۰ متر

با تمامی امکانات، مبله، دارای رستوران در مجموعه

نشانی پروژه:

بین تنکابن و رامسر، شیرود

اصفهان، خیابان کاوه، روبروی ترمینال کاوه، نبش اشراق، سختمان دلتا ۱، طبقه ۳، واحد ۵

تلفن: ۴۵۹۷۳۰۹-۰۳۱۱ مدیریت: ۰۹۱۳۷۱۲۹۶۰۰