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 جدیدخبرنامه: 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
دبیرعلمی: دکتر حمید افشار زنجانی
خزانه دار: دکتر غلامرضا بارانی
بازرس: دکتر فرزانه رجایی
اعضاء علی البدل: دکتر غلامرضا خیر آبادی، دکتر ویکتوریا عمرانی فرد
مدیر اجرایی و امور آگهی ها:
مهندس مجید مختاری/ ۷۳۳۷-۳۱۹-۰۹۱۳
گرافیک: گروه هنری سارنگ، آذر ابدالی

با تشکر از همکاران این شماره:
مرتضی واعظی، صفامقصودلو، مسعوداز هر، علی عباسعلی زاده، سید غفور موسوی، ناهید گرامیان، فریدون ضرغام، پرویز مظاهری، پوربه دانشور، سید بدرالدین نجمی، مهدی مختاری، پویا دانشور، مهناز رفیع زاده، مجید برکتین، فاطمه رجبی، نازیلا کرمی، محمد بیگی و با تشکر از دوستان عزیز سرکار خانم موسوی و خلفی در انجمن روانپزشکان تهران که همواره با انجمن شاخه اصفهان همکاری صمیمانه داشته‌اند.

▪ 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.

خوش به حال غنچه‌های نیمه باز

بوی باران، بوی سبزه، بوی خاک،
شاخه های شسته، باران خورده، پاک
آسمان آبی و ابر سپید،
برگ های سبز بید،
عطر نرگس رقص باد،
نغمه شوق پرستو های شاد،
خلوت گرم کبوتر های مست...
نرم نرمک می رسد اینک بهار،
خوش به حال روزگار!

خوش به حال چشمه ها و دشت ها،
خوش به حال دانه ها و سبزه ها،
خوش به حال غنچه های نیمه باز،
خوش به حال دختر میخک - که می خندد به ناز

خوش به حال آفتاب.

ای دریغ از تو اگر چون گل نرقصی با نسیم!
ای دریغ از من اگر مستم نسازد آفتاب!
ای دریغ از ما اگر کامی نگیریم از بهار.

فریدون مشیری

سخن سردبیر ۲
تجلیل از دکتر احمد جلیلی ۳
مراسم بزرگداشت شادروان دکتر سید مهدی مدرس ۴
انتخابات مدیر گروه روانپزشکی ۴
فعالیت‌های هیات مدیره انجمن روانپزشکان ایران (از آذر ۸۸ لغایت آذر ۸۹) ۵
فعالیت‌های هیات مدیره انجمن روانپزشکان اصفهان (از آذر ۸۸ لغایت آذر ۸۹) ۶
گزارش انتخابات هیات مدیره انجمن روانپزشکان ایران ۷
گزارش بیست و هفتمین همایش سالیانه و...انجمن علمی روانپزشکان ایران ۸
پانل بهداشت روان در دهمین همایش انجمن روانپزشکان ایران ۹
از کار افتادگی روانی ۱۰
خوشا شیراز ۱۲
سومین کنگره روانپزشکی کودک و نوجوان ۱۲
گزارشی مختصر از امتحان دانشنامه شهریور ۸۹ .... ۱۳
گزارشی از امتحانات گواهینامه و دانشنامه روانپزشکی سال ۸۹ .... ۱۳
دستور العمل شبکه کانادایی در درمان اختلالات خلقی ۱۴
جمع‌بندی روان پویایی در یک بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ۱۶
گزارش گروه سلامت روان ۱۸
در معالجه اطبا به طریق ظرافت ۱۸
سخنی تازه‌بگو ۱۸
یک قدم دیگر در سایکوسوماتیک ۱۹
خلاصه طرح‌ها و پایان‌نامه ها در مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان ۲۰
روانپزشکی و روانشناسی ورزشی ۲۲
CLINICAL MANAGEMENT FROM TREATMENT ۲۳
تریاک و الکل برای مقابله با تریاک ۲۴
شربت تریاک، یک گام به پیش، چند گام به پس ۲۵
ملاحظات روانپزشکی در مادران باردار ۲۶
معرفی کتاب ۲۷
درمان مبتنی بر اصلاح طرحواره‌ها ۲۸
مکاتبات انجمن ۲۹
درد دل ۳۳
نتیجه نظرخواهی از همکاران ۳۴

مسئول خبرنامه □ دکتر صفا مقصود لو

سخن سردبیر

نه از رومم، نه از زنگم، همان بی رنگ بی رنگم
بیا بگشای لب بگشای، دلتنگم

پرسش بسیاری این است که: چه هوده از وجود انجمن؟ چه حاصل از تلاش به گرد آمدن افرادی که قاعدتا به لحاظ شغلی رقیب یکدیگرند! مگر انجمن برای ما چه کرده است؟ چه سود از شرکت در همایش های سالیانه انجمن؟ همدیگر را می شناسیم و خط همدیگر را خوانده ایم و قول همدیگر را می دانیم و نیازی به خود نمایی نداریم. شاید حضور کم فروغ همکاران اصفهان در همایش امسال نیز نمادی از همین تفکر است. آنجا که تعداد اندک روانپزشکان استانمان، پشتگرمی از سخنرانان هم استانی گرفت.
جدای از دستورات دینی که مومنین را بشارت می دهد تا اقوال مختلف را بشنوند و بهترین آنها را انتخاب کنند، تعلق خاطر به صنف شغلی دستمایه ای است که توش و توان کاری را می افزاید و بیان مشکلات مشترک، بدوش کشیدن بار گران تیمار بیماران را آسوده می کند ولی بیش از آن و پیش از آن، تبادل آرا و نظرات و شناخت همکاران، دستمایه پیشبرد اهداف و مراتب صنفی است. چگونه می توان نسل جدید روانپزشکان اصفهان را در سطح کشور مطرح کرد وقتی که سایر همکاران حتی نام پیشکسوتان ما را نمی دانند و از این همه فعالیت‌های علمی که توسط گروه روانپزشکی اصفهان در سطح استاندارد جهانی انجام می‌شود بی خبرند. چطور می توان از پیشرفت ها یا پسرفت ها، کنش ها یا واکنش های حرفه ای سایر شهرهای ایران مطلع بود وقتی با هیچیک از همکاران سایر شهرها همکلام نبوده و نشده‌ایم...
بیائیم، بگوئیم، بنویسیم و بشنویم تا بیایند، بگویند، بنویسند و شنیده شوند.
فرصت ها باقی است، همت را تقویت کنیم.

تجلیل از دکتر احمد جلیلی

دکتر مرتضی واعظی
رئیس انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

بیاد دارم اولین باری که دکتر جلیلی را دیدم در کنگره صرع بود که سالها قبل به همت ایشان برگزار شده بود. پس از آن ۱۶ سال پیش که شاخه اصفهان فعالیتش را آغاز نمود با ایشان از نزدیک آشنا شدم. در آن زمان زنده یاد دکتر هاراطون داویدیان ریاست انجمن را بعهده داشتند و آقای دکتر جلیلی نایب رئیس بودند وجهت تقدیر از پیشکسوتان روانپزشکی اصفهان از این دو بزرگوار دعوت شده بود تا به اصفهان بیایند.

وقار و بزرگواری ایشان بویژه در رابطه با استادش جناب آقای دکتر داویدیان مرا مجذوب وی کرد. سخنان شیوا و دوست داشتنی او در جلسه انجمن نشان از علم و دانش و ظرفیت بالای علمی و ادبی وی داشت و آنروز بود که احساس کردم ایشان چه ذخیره معنوی بزرگی برای انجمن هستند.

ایشان در تمام مدتی که در انجمن روانپزشکان ایران چه بعنوان عضو هیئت مدیره و چه بعنوان رئیس انجمن مشغول به کار بودند از هیچ کوششی دریغ نکردند، زحمات ایشان در زمینه برگزاری همایش های سالیانه، جلسات روسای انجمن، پیشرفت شاخه‌های انجمن و بها دادن به شاخه ها، تلاش برای خرید محلی برای انجمن، دفاع از حقوق روانپزشکان و بیماران در مجامع کشوری و مطرح کردن روانپزشکی ایران در سطح جهانی بر هیچکس پوشیده نیست.

بدیهی است که این همه لطف ایشان به روانپزشکی ایران گرچه برای ما شیرین و دلچسب بوده ولی بدوش کشیدن این همه بار مسئولیت بالاخره دکتر را خسته کرده است. طوری که در روز انتخابات انجمن در کنگره سالیانه امسال ایشان درخواست کردند که در این دوره دیگر کاندید هیئت مدیره نشوند، شنیدن این کلام برای حضار شوکی بود بطوری که همه شرکت کنندگان در جلسه بپاخاستند و با دست زدن های پی در پی خواستار انصراف دکتر از این درخواست شدند ولی گویا ایشان مصّر بودند و در نهایت با اصرار همکاران و موافقت نماینده وزارت خانه ایشان بعنوان مشاور عالی انجمن انتخاب شدند تا انجمن بتواند با استفاده از تجارب ایشان همچنان پیشرفت روز افزون داشته باشد. در اینجا لازم می دانم از الطاف دائمی ایشان نسبت به انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان قدردانی نمایم و امیدوارم که هیئت مدیره جدید انجمن به نحو مطلوبی اهداف انجمن را دنبال نمایند.

هیئت مدیره انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان و کلیه اعضای روانپزشکی اصفهان ضمن سپاس و قدردانی از زحمات استاد گرانقدر آقای دکتر احمد جلیلی، سلامت و موفقیت، شادمانی و سربلندی روز افزون را برای ایشان خواستار است.

مراسم بزرگداشت شادروان دکترسیدمهدی مدرس

در روز ۸۹/۷/۲۹ همزمان با دومین جلسه بازآموزی مراسمی نیز به یاد از دست دادن یکی از پیشکوتان روانپزشکی اصفهان شادروان دکتر سیدمهدی مدرس برگزار گردید. در شروع جلسه آقای دکتر معروفی، اولین سخنران، قبل از آغاز سخنانش درگذشت دکتر مدرس را تسلیت گفت و یاد او را گرامی داشت. سپس رئیس انجمن روانپزشکان اصفهان دکتر مرتضی واعظی در سخنانی، ابتدا شرح حال کوتاهی از زندگی زنده یاد دکتر مدرس بیان داشت و یادآور شد که دکتر مدرس در تمام طول زندگیش هیچگاه از تلاش وکمک به بیماران روانی کوتاهی نکرد و با تمام توان همیشه کوشش می نمود که با تازه های روانپزشکی آشنایی داشته باشد.

حتی با توجه باینکه حال و روز خوبی نداشت در خردادماه امسال در اولین جلسه بازآموزی شرکت نمود و وقتی از حالش جویا شدم گفت که حال خوشی ندارم ولی آمدم همکاران را ببینم شاید این آخرین دیدار باشد. او علاقه خاصی نسبت به آیات قرآنی داشت بخصوص میگفت هروقت گرفتاری داشته باشم سوره ٤ قُل را می خوانم بنابراین انجمن تابلویی تهیه نموده بود که این چهارسوره در آن نگاشته شده بود و توسط رئیس انجمن به برادر ایشان جناب آقای دکتر حسن مدرس که به جلسه دعوت شده بودند تقدیم شد. آنگاه برادر زنده یاد ضمن ذکر ویژگیهای خاص مرحوم دکتر مدرس از انجمن وهمکاران روانپزشک که در مراسم تدفین و ترحیم شرکت نموده بودند تشکر نمود. جلسه با اعلام یک دقیقه سکوت و قیام حضار پایان یافت. یادش بخیر، روحش جاودان.

انتخابات مدیر گروه روانپزشکی

دوره جدید انتخابات مدیر گروه روانپزشکی در مهر ماه سال جاری با شرکت جمعی از اعضای هیئت علمی و نماینده دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار گردید.

در این انتخابات سرکار خانم دکتر شهلا آکوچیان به سمت مدیر گروه روانپزشکی انتخاب شدند. جناب آقای دکتر غلامحسین احمدزاده که در سه سال گذشته این مسئولیت را به عهده داشتند، به دلیل مشغله کاری در دوره جدید کاندیدا نشدند و از سایر همکاران درخواست کردند که این امر مهم را عهده دار شوند. ضمن سپاس فراوان از ایشان بابت زحمات و فعالیت‌های ارزنده در این مدت توفیق ایشان را از درگاه خداوند متعال خواستاریم.

دکتر شهلا آکوچیان در سال ۱۳۷٤ به عضویت هیئت علمی گروه روانپزشکی اصفهان در آمدند و تاکنون علاوه بر پرداختن به امر آموزش دستیاران روانپزشکی و دانشجویان پزشکی مسئولیت‌هایی چون: مسئول بخش روانپزشکی اطفال بیمارستان الزهرا، مسئول بخش روانپزشکی زنان بیمارستان نور، مشاور رئیس دانشگاه اصفهان، نماینده رئیس دانشگاه در کمیسیون امور بانوان استانداری، عضو شورای پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری و عضو کمیته نظارت بر نشریات دانشجویی را عهده دار بودند.

هیئت مدیره انجمن روانپزشکان اصفهان این انتصاب را به سرکار خانم دکتر شهلا آکوچیان تبریک گفته و امید دارد با درایت ایشان گامهای بزرگی جهت ارتقاء گروه روانپزشکی اصفهان برداشته شود.

فعالیت‌های هیات مدیره انجمن روانپزشکان ایران از آذر ماه ۸۸ لغایت آذر ۸۹

دکتر پرویز مظاهری-دبیر انجمن علمی روانپزشکان ایران

•شرکت در انتخابات انجمن های علمی متخصصین علوم پزشکی و انتخاب آقای دکتر جلیلی بعنوان عضو هیات مدیره
•شرکت در کارگاه بررسی پروتکل بستری مبتلایان به سوء مصرف دارو
•اعلام نظر انجمن در مورد داروهای جدید روانپزشکی وهمچنین شرکت در جلسات تصمیم گیری معاونت غذا و دارو
•اعلام فعالیتهای انجمن در سال ۸۸ به مرکز مطالعات وتوسعه آموزش علوم پزشکی
•ادامه فعالیتهای کمیته های انجمن و تاسیس کمیته ورزش وکمیته روانپزشکان جوان
•فعال شدن شاخه های انجمن و برگزاری دوره های بازآموزی خصوصاً در اصفهان ، شیراز ،تبریز و مشهد.
•برگزاری انتخابات شاخه های اصفهان و مازندران با حضور نمایندهٔ هیات مدیره
•برگزاری دوره های بازآموزی برای روانپزشکان وپزشکان عمومی
•تهیه کارتهای عضویت برای تعدادی دیگر از همکاران
•شرکت نماینده انجمن در جلسه تعیین مالیات روانپزشکان
•تشکیل ۱۱ جلسه کمیته علمی و اجرایی همایش سال ۸۹
•شرکت دبیر و نایب رئیس انجمن در جلسه تقدیر از پیشکسوتان استان فارس وتقدیر از دکترپورافکاری
•تشکیل ۲ جلسه مشترک با سایر انجمن های مرتبط با سلامت روان واعلام موضع انجمن در مورد تغییرات حوزه معاونت سلامت وزارت بهداشت
•شرکت در جلسات اداری سازمان نظام پزشکی با حضور ریاست سازمان
•حضور ریاست انجمن همراه با آقای دکتر محیط در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در همین مورد.
•تشکیل جلسه بررسی مقالات ارسالی جهت همایش سال ۸۹
•آغاز همکاری با کرسی یونسکو در ایران جهت برگزاری همایش های یک روزه تحت عنوان سلامت روان رسانه که امسال تحت عنوان انگ زدایی و رسانه در دی ماه برگزار خواهد شد.
•کسب موافقت انجمن جهانی روانپزشکی به برگزاری سمپوزیوم منطقه ای در سال ۲۰۱۲ در ایران
•پیگیری دلیل عدم پرداخت وام بانک ملت به روانپزشکان
•پاسخگویی به نامه های ارسالی از سوی وزارت بهداشت ونظام پزشکی واعلام نظریه کارشناسی

فعالیت‌های هیات مدیره انجمن روانپزشکان اصفهان/ از آذر ماه ۸۸ لغایت آذر ۸۹

۱–مراسم دید و بازدید نوروزی اعضای انجمن به اتفاق خانواده هایشان که در تاریخ نهم اردیبهشت ماه ۱۳۸۹ برگزار گردید که در این جلسه نزدیک به ۱۸۰ نفر شرکت کرده بودند و هیئت مدیره اصفهان مصوب نمود که همه ساله این مراسم انجام شود.

۲– چهار برنامه باز آموزی مدون با ۵ امتیاز برای روانپزشکان و یک کارگاه آموزشی برای بیماران مقاوم به درمان Difficult P.T. و همچنین چهار برنامه بازآموزی مدون برای پزشکان عمومی.

۳–برگزاری جلسات هیئت مدیره هر دو ماه یکبار که در آخرین جلسه مصوب شد که امسال بطور جدی پیگیری بعمل آید تا محلی برای فعالیتهای متمرکز انجمن تهیه گردد. که البته امیدواریم انجمن مرکز، در این زمینه کمک لازم را انجام دهد. در ضمن از اول مهر ماه جهت انجام کارهای انجمن یک نفر خانم به عنوان منشی شروع به کار نموده است.

٤– جهت کسب درآمدهای لازم؛ فعالیت هایی انجام شد که شرکت های دارویی بصورت اسپانسر، بازآموزیهای انجمن را پوشش دهند.

٥– فعالیت در زمینه ارتباط با انجمن های خارج از کشور و همچنین اعزام اعضای انجمن به کنگره های خارج از کشور که در شهریور ماه تعداد ٦ نفر از اعضای انجمن درقالب برنامه های آموزشی و پژوهشی طب روان تنی در یک دوره تابستانی به مدت دو هفته به دانشگاه فرایبورگ درکشور آلمان اعزام شدند و همچنین در آبانماه چهار نفر از اعضای انجمن به کنگره روانپزشکی سنگاپور اعزام شدند.

٦–چاپ و انتشار خبر نامه، که بصورت فصلنامه، شماره ۱ و ۲ آن منتشر شده است. همچنین با شاخه های انجمن های دیگر تماس حاصل شد که چنانچه مایل باشند میتوانند خبرهای انجمن شان را ارسال نمایند تا در خبرنامه اصفهان چاپ گردد.

۷– همکاری و مشارکت در فصل نامه مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشکده پزشکی اصفهان که این فصل نامه دارای رتبه علمی پژوهشی می باشد وبا آرم انجمن منتشر می گردد و در رابطه با کارهای تحقیقاتی مقاله هایی منتشر می نماید.

۸–به علت درگذشت یکی از پیشکسوتان روانپزشکی اصفهان، زنده یاد دکتر سیدمهدی مدرس، مراسمی با حضور خانواده آن مرحوم توسط انجمن برگزار گردید و از وی به خاطر خدماتشان در اصفهان تجلیل به عمل آمد.

۹– همکاری انجمن با دوره های آموزشی جهت پزشکان عمومی به منظور دریافت مدرک برای گذراندن این دوره و اخذ مجوز جهت راه اندازی مراکز ترک اعتیاد که این همکاری در هر دوره برای انجمن مبلغی درحدود پانصدهزار تومان درآمد داشته است.

۱۰–سرمایه انجمن در حد مطلوب میباشد. ضمن آنکه اعضاء در زمینه پرداخت حق عضویت همکاری خوبی دارند هر چند انجمن توانسته با درایت هیئت مدیره در وضعیتی قرار گیرد که کاملاً خودکفا باشد.

۱۱– پیشنهاد شد که از روانپزشکان شهرستانها در کنگره تهران تجلیل به عمل آید و اگر مورد تصویب قرار نگرفت حداقل از بین اعضای فعال هیئت مدیره انجمن ها یک نفر که فعالیت بیشتری داشته مورد تقدیر قرار گیرد که انجمن شاخه اصفهان سرکار خانم دکتر مقصودلو با سمت نایب رئیس انجمن را به این منظور پیشنهاد می نماید، بنابراین بدینوسیله تقاضامندم که در کنگره امسال تهران از ایشان تجلیل به عمل آید.

۱۳– شرکت درکمسیونهای نظام پزشکی که روانپزشکان این کمسیونها توسط انجمن به نظام پزشکی معرفی میگردند.

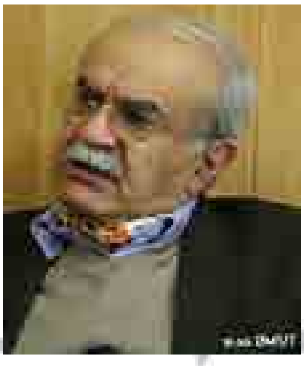
١٤–حضور فعال اعضای انجمن در برنامه های رادیو و تلویزیون در هفته بهداشت روان بعنوان کارشناس و سخنران.

١٥– حضور فعال اعضای انجمن در گراندراندهای گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جهت ارتقاء سطح علمی اعضای انجمن.

١٦–برگزاری سومین کنگره روان تنی در خردادماه سال آینده که با همکاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشگاههای آلمان و انستیتو روانپزشکی تهران در اصفهان برگزار خواهد شد. (دبیر کنگره: جناب آقای دکتر معروفی).

گزارش انتخابات هیئت مدیره انجمن روانپزشکان ایران

دکتر احمد محیط



دکتر غلامرضا میرسپاسی

در سومین روز از کنگره سالیانه انجمن روانپزشکان ایران جلسه مجمع عمومی انجمن راس ساعت ۱۱ صبح مورخ ۸۹/۹/۴ در سالن شمارهٔ ۱ همایش واقع در بیمارستان میلاد تشکیل شد.

در ابتدا جناب آقای دکتر پرویز مظاهری گزارشی از عملکرد انجمن را در سال گذشته به اطلاع حضار رساندند و پس از آن از دو نفر از میهمانان کنگره جناب آقای دکتر سیدنصیر قائمی و جناب آقای پرفسور حمید قدس قدرانی بعمل آمد و ضمن مراسمی این دو عزیز به عضویت افتخاری انجمن روانپزشکان ایران نایل شدند.

سپس جناب آقای دکتر احمد جلیلی ریاست محترم انجمن روانپزشکان ایران به شرح پیشرفت انجمن طی سالهای گذشته پرداختند و خاطر نشان کردند که در ۱۰ سال پیش آنقدر امکانات انجمن ناچیز بود که برای برگزاری همایش ها گاه دبیر انجمن مجبور می شد خودش پوسترهای همایش را در تابلوی اعلانات بیمارستان ها بچسباند و چه بسا یکبار هم توسط حراست بیمارستان دستگیر شد!

ولی بحمدالله در حال حاضر این انجمن با تلاش اعضای انجمن، اعضای هیئت مدیره و فعالیت شاخه های انجمن جایگاه خود را پیدا کرده است. ایشان سپس از اعضای هیئت مدیره قبلی تشکر وقدردانی کردند و از تلاشهای خالصانه آنان برای ارتقای انجمن تجلیل نمودند.

با کمال تاسف آقای دکتر احمد جلیلی که ذکر خوش خلقی،انسانیت و تلاش خالصانه ایشان همه جا زبانزد می باشد از سمت خود خداحافظی کرده واز اعضای انجمن خواهش کردند که اجازه دهند ایشان در دورهٔ جدید کاندید نشوند زیرا که بسیار کارهای ناتمام دارند که باید وقتی هم برای رسیدگی به آنها داشته باشند.

با اصرار اعضا و موافقت نماینده وزرات خانه ایشان به عنوان مشاور عالی انجمن روانپزشکان ایران انتخاب شدند تا ضمن استفاده از تجارب ارزشمند ایشان در پیشبرد اهداف انجمن ، به درخواست ایشان مبنی بر عدم مسئولیت مستقیم انجمن جامهٔ عمل پوشانده شود.

سپس کاندیداها خود را معرفی کردند که عبارت بودند از :

دکتر احمد محیط، دکتر محمد صنعتی، دکتر غلامرضا میرسپاسی، دکتر فرید فدائی، دکتر پرویز مظاهری، دکتر مجید صادقی، دکتر سعید صدر، دکتر علی احمدی ابهری، دکتر غلامرضا حاجتی، دکتر محمدعلی شهرکی، دکتر بهنام اوحدی و کاندیدای بازرس انجمن: دکتر مهدی صمیمی اردستانی، دکتر نسرین امیری و دکتر سهیل معنوی

پس از جمع آوری رای ها اعضای منتخب هیئت مدیره به ترتیب آرا عبارت بودند از :

دکتر غلامرضا میرسپاسی
دکتر احمد محیط
دکتر مجید صادقی
دکتر پرویز مظاهری
دکتر سیدسعید صدر
دکتر محمد صنعتی
دکتر فربد فدایی

اعضای علی البدل

دکتر علی احمدی ابهری
دکتر غلامرضا حاجتی
دکتر سیدمهدی صمیمی اردستانی بعنوان بازرس و خانم دکتر نسرین امیری بعنوان بازرس علی البدل انتخاب شدند.

در اولین جلسه رسمی هیئت مدیره مسئولیت ها به شرح زیر به اعضا تفویض گردید

رئیس: دکتر غلامرضا میرسپاسی
نائب رئیس دکتر احمد محیط
خزانه دار دکتر سعید صدر
دبیر دکتر پرویز مظاهری
دکتر فربد فدایی، دکتر محمد صنعتی و دکتر مجید صادقی اعضای هیئت مدیره

همچنین مقرر گشته است که جناب آقای دکتر میرسپاسی و جناب آقای دکتر محیط هر یک ۱/۵ سال ریاست انجمن را عهده دار شوند.

انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان ضمن تبریک به اعضای هیئت مدیره جدید و قدردانی از خدمات ارزنده اعضای هیئت مدیره سابق توفیق روز افزون ایشان را از درگاه خداوند متعال خواستار است.

گزارش بیست و هفتمین همایش سالیانه و دهمین همایش پیاپی انجمن علمی روان پزشکان ایران

بیست و هفتمین همایش سالیانه انجمن علمی روان پزشکان ایران از ۵-۲ آذر ماه ۱۳۸۹ در بیمارستان میلاد تهران برگزار شد. در این همایش ۷۹۰ نفر شرکت داشتند که ۱۷۸ نفر آنان را سخنرانان تشکیل میداد. همایش بطور همزمان در ٤ سالن برگزار شد و ۱۵ سمپوزیوم ،٦۷ سخنرانی مقالات پژوهشی، ۱۰ کارگاه آموزشی و ۳۵ پوستر ارائه گردید. همچنین ۲ جلسه ویژه سخنرانان مدعو خارجی بود و ٦ سخنرانی به زبان انگلیسی انجام شد. طبق گزارش دبیر علمی انجمن دکتر همایون امینی در سالهای اخیر تعداد مقالات چه بصورت سخنرانی و چه بصورت پوستر سیر صعودی داشته بطوری که مجبور شده اند که ٤ روز صبح و بعدازظهر را به این همایش اختصاص دهند.

سمپوزیوم ها بصورت برنامه های ۲ ساعته به برنامه های برگزیده کمیته ها یا شاخه های انجمن اختصاص یافته بود که شامل:

- دیابت و روانپزشکی
- چرا ادبیات و روانپزشکی
- روان درمانی های افسردگی
- آموزش روانی
- مروری بر اختلال تبدیلی،علامت شناسی،تشخیص و درمانی
- معضلات تشخیصی در اختلالات خلقی
- نقش بهداشت روانی مدارس در بهداشت روانی جامعه
- روان پزشکی مشاوره-رابط
- بهداشت روان
- اختلال خلقی در کودکان
- ناتوانی جنسی
- A glance at the future

همچنین کارگاههای آموزشی با تنوع در مطالب در سالن شماره ٤ و۳ همایش برگزار می شد که عبارت بودند از:

- آموزش روان شناختی واختلال دوقطبی
- طرحواره درمانی
- رواندارو‌ژنومیکس

مصرف شیشه و سایکوز ناشی از آن و برخورد با تست مثبت در MMT

- آموزش مهارت چگونگی مدیریت عدم تبعیت از درمان در بیماران غیر روانپزشکی
- آموزش روانی خانواده در اختلال شخصیت مرزی
- اعتیادوافسردگی
- ازدواج سنتی ، ازدواج مدرن ،کدام ؟ چرا؟
- پلی فارماسی در روانپزشکی
- بی خوابی ،پرخوابی ،روش های نوین تشخیص و درمانی

و نیز ٦۷ سخنرانی مقالات پژوهشی که بطور همزمان درسالن های دیگر همایش برگزار گردید و با استقبال خوبی روبرو شد.

مراسم اختتامیه

در ساعت ٤ بعدازظهر روز جمعه پنجم آذر مراسم اختتامیه در سالن شماره ۱ برگزار گردید.

ابتدا جناب آقای دکتر همایون امینی شرح کاملی از برنامه های همایش را به سمع و نظر حضار رساند و سپس نوبت شد به تجلیل از پیشکسوتان !

از آقای دکتر عزالدین معنوی ،دکتر اصغر عرب شاهی ودکتر سپهریان بعنوان پیشکسوتان روانپزشکی تجلیل فراوان بعمل آمد.

شنیدن شرح شخصیت و خدمات ارزنده و بی چشم داشت آنان واقعاً لذت بخش بود و مایه ی مباهات چرا که مانیز به نوعی قطره ای از دریای آنانیم. لوح تقدیر وهدایایی جهت سپاس از این عزیزان تقدیم آنان گشت.

معرفی نفرات بر تر بورد تخصصی

به رسم هر سال از نفرات برتر در امتحان بورد تخصصی روانپزشکی تجلیل بعمل آمد

آقای دکتر حسین جلالی ندوشن/ رتبه اول

خانم دکتر ساناز آزاد فروز / رتبه دوم

آقای دکتر کاوه علوی /رتبه سوم

که هر سه نفر از دانشگاه علوم پزشکی ایران (تهران) بودند!

معرفی شاخه بر تر انجمن روانپزشکان

در شروع مراسم مربوط به انتخاب شاخه برتر جناب آقای دکتر مظاهری دبیر انجمن ضمن قدردانی از شاخه اصفهان (شاخه برتر سال گذشته)

ذکر کردند که این شاخه همچنان فعال باقی مانده است و به مناسبت برگزاری منظم بازآموزی ها و داشتن خبرنامه فعال همچنان جزو شاخه های برتر است ولی سه شاخه دیگر که در سال گذشته فعالیت های خود را ارتقا داده بودند بعنوان کاندیدا اعلام شدند: شاخه استان یزد ، شاخه استان فارس، شاخه آذربایجان شرقی و در نهایت شاخه فارس به لحاظ برگزاری مراسم بزرگداشت پیشکسوتان و سایر فعالیت ها به عنوان شاخه برتر انتخاب شد.

انتخاب کمیته برتر

همانگونه که مستحضر هستید کمیته های متعددی جهت فعالیت در جنبه های مختلف در علوم روانپزشکی تشکیل شده و مشغول فعالیت هستند از بین آنان سه کمیته کاندید شدند:

کمیته روان تنی / با سرپرستی دکتر نصر اصفهانی

کمیته آموزش / با سرپرستی دکتر احمدی ابهری

کمیته نوروسایکیاتری / با سرپرستی دکتر اربابی

و در نهایت کمیته آموزش به مناسبت فعالیت های متعدد آموزشی به رتبه برتر دست یافت .

انتخاب مقاله و پوستر برگزیده

آقای دکتر مسعود احمدزاده اصل با ارائه پوستر تحت عنوان « درمان مبتنی بر جامعه در اعتیاد» بعنوان پوستر برگزیده و آقای دکتر ونداد شریفی با ارائه مقاله پژوهشی یا عنوان اثربخشی خدمات مراقبت در منزل به بیماران دچار اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی یک مطالعه تصادفی شده شاهددار با پیگیری ۱۲ ماهه» بعنوان مقاله برگزیده انتخاب گشتند.

در پایان از اعضای اجرایی همایش قدردانی بعمل آمد.

پانل بهداشت روان در دهمین همایش انجمن روانپزشکان ایران

پانل بهداشت روان امسال توسط انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان در سالن شماره ۱ همایش برگزار شد.

این پانل در ٤ بخش جدا طراحی شده بود که شامل: «سلامت روان در روانپزشکان و سیستم پزشکی»، «استیگما و بهداشت روان»، «فرهنگ و ساختار اجتماعی در بهداشت روان» و «روشهای انضباطی خانواده و بهداشت روان» بود.

که به دلیل مشکلاتی که برای تعدادی از سخنرانان جهت سفر به تهران پیش آمد بحث های این پانل روی ۲ موضوع: نقش فرهنگ و ساختار اجتماعی در بهداشت روان و استیگما متمرکز گردید.

این پانل به ریاست دکتر سید مرتضی واعظی و نایب رئیس دکتر مهدی حسن زاده برگزار شد در ابتدا خانم دکتر صفا مقصودلو به بررسی جنبه‌های مختلف فرهنگی و ساختار اجتماعی بر بهداشت روان پرداخته و به بررسی نقش فرهنگ پزشک ، فرهنگ بیمار و ساختار جامعه بر روی بهداشت روانی به طور جداگانه پرداختند.

سپس خانم دکتر ناهید زارعی مبحث استیگما و بهداشت روان را ارائه فرمودند و تأثیرات سوء استیگمای روانی را از جنبه‌ای مختلف بررسی کردند.

سپس آقای دکتر حسن زاده که در بحث استیگما صاحب نظر می‌باشند به شرح چند مثال و پیامدهای سوء ناشی از آن پرداخته و رنگ و لعاب بیشتری به این پانل دادند.

امیدواریم که در سالهای آینده شاهد فعالیت‌های بیشتری چه در زمینه ارائه پانل و چه ارائه کارگاه و مقالات پژوهشی از همکاران اصفهانی باشیم.

از کار افتادگی روانی

(قسمت‌سوم)

دکتر صفا مقصودلو

منبع: اصول تعیین نقص عضو وارش

انتشارات سازمان پزشکی قانونی کشور

نقص عضو روانی

ارزیابی اختلالات روانی شامل تهیه تاریخچه روانپزشکی یا اختلالات رفتاری، تهیه و بررسی سوابق و مستندات، بررسی وضعیت بالینی جاری و تشخیص است. سپس این بررسی روانی تحلیل شده و میزان نقص عضوی تعیین می‌شود.

تعیین میزان نقص عضوی روانی

جهت تعیین میزان نقص عضوی در اختلالات روانی ـ رفتاری بررسی موارد زیر صورت می‌گیرد:

فعالیت‌های روزانه، عملکرد اجتماعی، تمرکز، پایداری، استمرار و تطابق.

فعالیت‌های روزانه

شامل کلیه جنبه‌های رفتاری از قبیل خوردن، خوابیدن، لباس پوشیدن، خرید کردن، ارتباط با دیگران، مسافرت، مدیریت مالی و عملکرد جنسی است. بیماری روانی ممکن است در این فعالیت‌ها نقص ایجاد نماید. به عنوان مثال شخصی که افسرده است ممکن است دچار بی‌اشتهایی، بی‌خوابی و کاهش میل جنسی شود. شخص دچار اضطراب شدید ممکن است قادر به خروج از منزل، خرید، مسافرت یا سایر فعالیت‌ها نباشد.

مثال ۱

اختلال در انجام فعالیت‌های روزانه

خانم ٤٦ ساله مستخدمی پس از این که حین کار مورد آزار جنسی قرار گرفت، دچار افسردگی شدید شد که این موضوع منجر به از دست دادن اشتها، اختلال در خواب با بیدار شدن‌های مکرر و عدم احساس رضایت جنسی از ارتباط با همسر خود شد. علاقه خود را به خانه‌داری از دست داد و منزل وی که سابقاً بسیار پاکیزه بود مبدل به خانه‌ای نامرتب گردید.

عملکرد اجتماعی

شامل رفتار مرتبط متقابل با دیگری است. وجوه خاصی که به عنوان عملکرد اجتماعی مورد بررسی قرار می گیرند اغلب شامل ارتباط با اعضای خانواده، دوستان و وابستگان است؛همچنین عملکرد مقتضی با همکاران، رؤسا و عامه باید مورد بررسی قرار گیرد. یک بیمار روانی می تواند در مدیریت یک شرکت اختلال ایجاد نماید به عنوان مثال قادر به دادن راه کارهای مناسب نباشد (قابلیتی که شاید مورد نیاز سایر کارمندان نباشد).

مثال ۲

اختلال در عملکرد اجتماعی

آقای ۳۷ ساله جواهر فروشی بعد از فرود اضطراری هواپیمای حامل وی دچار اختلال اضطرابی شد. از لحاظ جسمی آسیب ندید اما به دنبال این اتفاق وی که فردی خوش مشرب بود، به فردی تحریک پذیر مبدل گردید. روابط خوب ده ساله با همسرش رفته رفته تخریب شد و به طور مکرر با یکدیگر به مجادله می پرداختند.

تمرکز، پایداری، استمرار و حافظه

به میزان توجه و توانایی های شناختی به طور کلی اشاره دارند. موضوعات مورد بررسی در ارزیابی نقص عضوی در این گروه، شامل توانایی انجام فعالیت های روزمره،داشتن حافظه مناسب جهت یادگیری طرز عمل وسایل و به یاد آوردن مکان ها می شود. یک فرد افسرده ممکن است قادر نباشد روز کاری خود را بدون دوره های بیشتر استراحت به دلیل احساس خستگی زیاد، به پایان برساند.

مثال ۳
اختلال در تمرکز، پایداری و استمرار

راننده تاکسی ۳۲ ساله ای که در حادثه رانندگی دچار آسیب جدی شده بود و پس از آن علائم اختلال اضطراب پس از تروما را به صورت اضطراب شدید در هنگام رانندگی بروز داد.
همچنین در مواردی هم هنگام سعی در یافتن خیابان های ناآشنا گم شد. او به دلیل عدم توانایی در توجه لازم به جهت خیابان ها و ناتوانایی در ادامه تمرکز کافی برای استفاده از نقشه، مجبور شد تا از شغل خود دست بردارد.

سازگاری

به معنای توانایی انجام وظایف و در صورت لزوم همکاری با دیگران هنگام مواجهه با دگرگونی شرایط محل کار است، که شامل توانایی تصمیم گیری و قضاوت به صورت مستقل، نظارت بر دیگران، پاسخ مناسب به تغییرات و توانایی انجام وظایف پیچیده یا گوناگون است. برای مثال شخص مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است به عنوان دربان تمام وقت در یک مدرسه با ارتباط اندک با سایرین به خوبی انجام وظیفه نماید اما در صورت هرگونه تغییر در وضعیت جاری یا اعمال فشار از مقام بالاتر ممکن است دچار حملات سایکوتیک شود.

مثال ۴
اختلال در سازگاری

منشی ٤٦ ساله ای چندین سال برای رؤسای متعدد کار کرده و هر یک همزمان کارهای مختلفی را به وی واگذار می نمودند. ارباب رجوعی عصبی به اداره مراجعه نموده و کارکنان را با چاقو تهدید نمود،گرچه منشی مزبور آسیبی ندید اما دچار عارضه اضطراب وسواسی اجباری گردید و نتوانست تغییر در کارهای محوله را بیش از آن تحمل نماید و قادر به تطابق با استرس مدیریت کار قبلی خود نبود.

علائم تشخیصی - روانی

تشخیص های روانپزشکی در پنج محور با فهرست خاص محورهای یک و دو مطرح می شود. محور یک عمدتاً شامل سندرم های بالینی، محور دو شامل اختلالات شخصیتی و محور سه شامل شرایط پزشکی موجود یا شرایط به دنبال درمان اختلالات روانی می شود. این مطلب به ویژه زمانی که موضوع، تفکیک تشخیص میان اختلال روانی و شرایط عمومی پزشکی (مانند درد مزمن) باشد، حائز اهمیت است. محور چهار شامل مشکلات محیطی و روانی -اجتماعی است که به خودی خود اختلال روانی نبوده اما ممکن است در درک و مدیریت، اختلالات محورهای یک و دو نیز تأثیر گذار باشند. محور پنج نشان دهنده اختلال عملکرد روانی -اجتماعی است.

تشخیص سایکوپاتولوژی نه تنها در ارزیابی نقص عضوی روانی اهمیت دارد، بلکه بر میزان از کارافتادگی ناشی از این نقص عضوی نیز مؤثر است. موضوعات سایکولوژیک همچنین ممکن است با ارزیابی صحیح عملکرد فیزیولوژیک تداخل نماید.
باید توجه داشت که نقص عضوی روانی به صورت کامل با تشخیص مرتبط نیست چرا که میزان نقص عضوی ناشی از بیماری های روانی فقط تا حدودی تابع نوع بیماری روانی است که خود دارای طیف متنوعی از نظر شدت است. تشخیص خاص بیشتر مرتبط با نقائص شدیدتر است. برای مثال اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک بیشتر مرتبط با اشکالات عملکردی در کلیه سطوح هستند. اختلالات سازگاری بیشتر مرتبط با نقائص کوچک بوده و زمانی که از کارافتادگی روانی وجود داشته باشد معمولاً گذرا هستند. تشخیص از مجموعه ای از علائم و نشانه ها نتیجه می شود. این علائم به دسته های اختلالات هوشیاری، حافظه،احساسات، تفکر، ادراک، سخن گفتن، رفتار حرکتی، بینش و قضاوت طبقه بندی می‌شوند. طبق تعریف علائم باید از نظر بالینی مهم باشند تا بخشی از اختلال روانی محسوب شوند.
دو مثال زیر نشان می دهند که بیماران با تشخیص مشابه از نظر تأثیر عملکردی متفاوت‌هستند:

مثال ۵

مرد مسنی با اسکیزوفرنی مزمن تمایز نیافته که دچار توهم شنوایی است، گفتار غیر منطقی و غیر قابل درک دارد. دوستی ندارد و از مردم دوری می کند و در قسمتی از خانه که غذا تهیه می شود، زندگی می کند. اوقات خود را به تنهایی سپری می کند و اغلب اوقات تلویزیون تماشا می کند و سیگار می کشد. فعالیت های روزانه وی به طور مشخص دچار اختلال شده به گونه ای که به صورت مشخص قادر به برآوردن نیازهای خود به تنهایی نیست. خود، لباسهایش را می پوشد اما آنها را نمی شوید. به تنهایی قادر به دور شدن از حوالی خانه نیست چرا که احتمال گم شدن وی می رود. روابط اجتماعی وی به شدت محدود شده است. توهمات شنوایی اش مانع هرگونه تمرکز می گردد. قادر به انطباق با تغییرات رایج نبوده و نمی تواند کار کند.

مثال ۶

برخلاف مثال ۵، مرد مسن دیگری مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن تمایز نیافته که به خوبی به درمان پاسخ داده است. وی توهم شنوایی دارد اما صداهای غیر واقعی را تشخیص می دهد و بیشتر وقت قادر است آنها را نادیده بگیرد. سه دوست دارد، روابط آنها سطحی اما بامعنی است. وی قبل از شروع بیماری تعمیرکار ساعت بوده و با مهارت قبلی به شغل خود ادامه می‌دهد و سطح درآمد خوبی نیز دارد. کلیه اعمال روزانه خود را به صورت مستقل انجام می‌دهد. عملکرد اجتماعی وی مختل است به صورتی که قادر به گسترش روابط صمیمانه نیست. هنگام انجام مهارت شغلی خود در حد قابل قبولی قادر به تمرکز است. مشکلی از نظر تمرکز در زمان‌های شلوغ در محل کار خود بروز نمی‌دهد. داروهای خود را روزانه مصرف می‌کند و ماهانه نزد روانپزشک خود می‌رود.

در قسمت بعد جنبه های دیگری از کارافتادگی روانی را بررسی خواهیم کرد.

خوشاشیراز

روز آخر کنگره سالیانه ، با آنکه امسال هزینه‌ی سفر پرداخت نمی‌شود عده زیادی از راههای دور و نزدیک میهمان همکارانِ تهرانی شده‌اند! قرار است از نفرات برگزیده تقدیر به عمل آید. این سنت نیکو که از سال گذشته توسط انجمن تهران بنا نهاده شد شور و شوقی در دلِ انجمن های شهرستانی به وجود آورد تا نامشان را در لیست برترین شاخه‌ها جای دهند و امسال شیرازی ها را مفتخر به داشتن تندیس شاخه برتر نمود. شاید بهتر باشد بگویم تندیس، افتخار پیدا کرد در دستان شیرازی ها قرار گیرد. شیرازی هایی که با گوشه چشمی، خاک را کیمیا کنند و هر پارسی زبان در هر کجای عالم، چون در گرداب غم افتد به دیوانِ خواجهٔ آنها متوسل شود.

انجمن روانپزشکی اصفهان که اولین تندیس شاخه برتر را در کارنامه خود دارد درود مخلصانه خود را نثار انجمن روانپزشکان استان فارس و بالاخص آقای دکتر تدین ریاست محترم انجمن می نماید و برای تک تک همکاران روانپزشک این شاخه آرزوی موفقیت دارد .

دکتر مسعود ازهر
فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

سومین کنگره روانپزشکی کودک و نوجوان

ماجرای اشک و دود

هنوز از انتخابات جدید هیأت مدیره روانپزشکی کودک و نوجوان ایران یکسال نگذشته است که شاهد راه اندازی کنگره هستیم. باید به عزم و همت ایشان درود فرستاد. کنگره در سه روز اجرا شد و با استقبال خوبی از روانپزشکان کودک مواجه شد. تالارهای دانشکده بهزیستی تهران پذیرای فرهیختگان از سراسر ایران بود. کارگاههای متعددی نیز برگزار شد که بر غنای علمی و کاربردی کنگره افزود. دیدارها تازه شد و شوق یادگیری و یاد دادن به عمل در آوردن آموخته ها زبانه کشید. برای مزاح بگوییم که کنگره با دود آغاز و با اشک پایان یافت. روز اول در مراسم آغازین، کم کم سالن اصلی مملو از دود شد. دودی که احتمالاً منشأ آن سیمهای برق بود و متصدیان امور فنی سعی در یافتن علت و رفع آن می‌نمودند. چشم، چشم را نمی دید و اکثر شرکت کنندگان برای حفظ حیات به حیاط! پناه برده بودند و جالب اینکه، سخنرانانی که نیت کرده بودند خیرمقدم بگویند چشمشان را بستند و دود را هم نادیده گرفتند و بدون اعتنا به شرایطی که پیش آمده بود کار خود را انجام دادند و عده‌ای نیز مشتاقانه نشستند و گوش دادند! ساعتی بعد دود برطرف شده بود ولی مبحث اعتیاد آغازگر سخنرانی های کنگره بود. این از دود ولی بشنوید از اشک روز آخر.

این اشک برای جدا شدن دوستان از هم نبود بلکه از سخنان آقای دکتر مهدی بینا بود که در روز آخر با ذکر مقدمه‌ای بیان داشتند رزیدنتی روانپزشکی کودک و نوجوان که سالها برای به ثمر نشستن آن خون دلها خورده‌اند در حال انقراض است. امسال با وجود ظرفیت هشت نفری برای این رشته تنها یک نفر مشغول به تحصیل شده است و جای آن دارد که خون بگرییم و کاری کنیم تا این رشتهٔ نوپا زمین نخورد.

یادم می آید چند سال قبل که پس از سالها، خط تولید پیکان متوقف شد، آخرین اتومبیل را به موزه منتقل کردند. امیدوارم برای دوست و همکار عزیزم که آخرین بازماندهٔ نسل روانپزشکان کودک است این اتفاق نیفتد!

گزارشی مختصر از امتحان دانشنامه شهریور ۱۳۸۹

دکتر محمد بیگی / متخصص روانپزشکی (فارغ التحصیل سال ۸۹)

همانند سالهای گذشته امتحان دانشنامه و گواهینامه رشته های تخصصی پزشکی در تاریخ های ۲۵، ۲۷ و ۲۸ شهریور ماه برگزار گردید و دستیاران رشته های مختلف در رقابتی فشرده اندوخته های خود را در دوران تحصیل مورد آزمون قرار دادند. امتحان کتبی پنجشنبه ۲۵ شهریور ماه بصورت متمرکز در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و امتحان شفاهی رشته روانپزشکی بصورت OSCE در دو روز (۲۷ و ۲۸ شهریور ماه) در دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران برگزار گردید. با توجه به اهمیت امتحانات مربوطه و رقابت فشرده بین شرکت کنندگان و دانشگاههای مختلف جهت کسب رتبه های برتر، وزارت بهداشت و درمان، هیاتهای محترم بورد تمام تلاش خود را جهت برگزاری امتحان استاندارد و با ضریب امنیتی بالا به کار برد. علیرغم تمام تلاشها و زحمات مسئولین، دستیاران به نحوه برگزاری امتحان انتقاداتی داشتند که به برخی از آنها اشاره می گردد.

با توجه به تلاقی مرداد ماه با ماه مبارک رمضان امتحان نسبت به سال گذشته با ۴۰ روز تاخیر و بلافاصله بعد از ماه مبارک رمضان برگزار گردید. به دلیل سختی و مشقت روزه داری در فصل گرم تابستان و اهمیت روزهای پایانی نزدیک به زمان امتحان، متاسفانه شاهد افت کیفیت مطالعه بودیم. امید است با دقت بیشتر در سال آینده زمان مناسب تری جهت برگزاری امتحان انتخاب گردد.

امتحان کتبی در فضای آرام با تعداد ۱۵۰ سوال تستی برگزار شد. با وجود تاکید زیاد وزارت بهداشت مبنی بر انتخاب سوالات بصورت توکسونومی ۲ و ۳ تعداد زیادی از سوالات بر اساس توکسونومی ۱ انتخاب شده بود. که اینگونه سوالات بیشتر از آنکه قدرت استنتاج و استدلال و آموخته های دستیاران را مورد ارزیابی قرار دهد، بیشتر محفوظات آنها را بررسی می کند. پس از انتشار کلید اولیه پاسخ سوالات با توجه به ایراد و اشکال، ۹ سوال - جواب آنها به صورت ۲ یا چند گزینه ای تغییر کرد. که این تغییرات می تواند به نحوه ارزیابی دستیاران، انتخاب نفرات اول را مخدوش نماید.

علیرغم اشکالات متعدد برگزاری امتحان شفاهی رشته روانپزشکی بصورت OSCE و اعتقاد اغلب اعضاء هیات محترم بورد مبنی بر نامناسب بودن این شیوه امتحان و موافقت وزارت محترم بهداشت با برگزاری امتحان شفاهی بصورت مصاحبه، امسال نیز امتحان بصورت OSCE برگزار گردید. با توجه به تعداد کم اعضای هیات بورد و به منظور افزایش تعداد Rater های ایستگاههای امتحان به دو نفر، امتحان در دو روز برگزار گردید. [در هر روز ٤ ایستگاه (۲ ایستگاه کتبی و ۲ ایستگاه مصاحبه) در مدت زمان ۱۰ دقیقه برای هر ایستگاه]. ایستگاه های امتحان عبارت بودند از: ۱-مصاحبه با بیمار PTSD ۲-مصاحبه با بیمار مبتلا به اختلال خستگی مزمن ۳-مسمومیت با لیتیم و سندرم سروتونین ٤-کنترل علائم ترک ناشی از بنز و دیازپین ٥-کنترل بیمار بی قرار ٦-مصاحبه با بیمار مشکل (وسواسی - جبری) ۷-نوشتن دستورات بستری و معاینه بیمار مبتلا به بی اشتهائی عصبی ۸-فرمولاسیون

علیرغم آنکه نام امتحان شفاهی میباشد نیمی از آن بصورت کتبی برگزار شد که تنها محفوظات دستیاران را ارزیابی می کند و فقط ٤ ایستگاه به صورت محدود قدرت و توانایی آنها را در مصاحبه بالینی بصورت چک لیستی و نه کامل مورد امتحان قرار می دهد.

در نهایت پس از تصحیح و جمع بندی نهایی فقط ۳ نفر از حدود ۹۰ نفر شرکت کننده توانستند نمره قبولی دانشنامه (۱۰۵) را کسب کنند. که پس از بازبینی مجدد و افزایش نمرات توسط هیات بورد در نهایت تعداد ۵۰ نفر نمره قبولی را بدست آوردند. با توجه به دقت بر روی نتایج اولیه امتحان OSCE این سوال مطرح می شود که آیا از بین افراد شرکت کننده از دانشگاههای مختلف که توانسته بودند از امتحان کتبی نمره لازم را بدست آورند فقط ۳ نفر از دانش لازم برای قبولی در امتحان شفاهی برخوردار بودند؟ آیا آنچه در امتحان OSCE مورد ارزیابی قرار می گیرد با آنچه که در دانشگاه ها مورد تدریس قرار می گیرد متفاوت است؟ و یا آنکه این شیوه برگزاری امتحان شفاهی بصورت OSCE روش غیر استاندارد، نا مطمئن، و بدون امنیت لازم جهت ارزیابی تواناییهای دستیاران روانپزشکی می باشد؟ لازم به یادآوری است در امتحان شفاهی سال گذشته نیز پس از جمع بندی نمرات اولیه هیچ کدام از دستیاران نمره قبولی را کسب نکردند. که به لطف و ارفاق اعضای محترم بورد تعدادی نمره قبولی را به دست آوردند.

امید است که با ارزیابی نتایج امتحانات OSCE در سالهای گذشته و دقت در کاهش توانایی های دستیاران روانپزشکی بر انجام مصاحبه های نیمه ساختار یافته تشخیصی به دلیل تمرکز آنها بر حفظ مطالب جهت ارائه آیتم های چک لیست های امتحان OSCE شیوه امتحان شفاهی مورد بازبینی قرار گیرد.

امتحانات گواهینامه و دانشنامه روانپزشکی سال ۸۹

دکتر سید غفور موسوی
عضو هیئت بورد تخصصی روانپزشکی ایران

امتحان کشوری گواهینامه و دانشنامه روانپزشکی در سه روز (یک روز کتبی و دو روز اسکی) در دهه سوم شهریور ماه ۸۹ برگزار شد. اعضا هیئت بورد از ۲۲ لغایت ۲۸ شهریور ماه بطور تمام وقت مشغول انتخاب سوالات از پیش طراحی شده- رسیدگی به اعتراضات- طراحی ایستگاههای امتحان اسکی- اجرای امتحان اسکی - جمع بندی نمرات ایستگاهها و انجام سایر امور مربوط به هئیت بورد بودند. سوالات امتحان کتبی امسال نسبت به سال قبل اصولی تر بود و اعتراضات داوطلبین هم در این رابطه چندان زیاد نبود. امتحان آسکی برای کلیه داوطلبان در دو روز متوالی ودر هشت ایستگاه برای هر نفر(هر روز ٤ ایستگاه) برگزار شد و در هر ایستگاه دو عضو هئیت بورد بعنوان ارزیاب حضور داشتند واز این جهت امتحان بورد امسال نسبت به سال قبل دارای جنبه های مثبت بیشتری بود.

تمامی(۸ نفر) دستیاران شرکت کننده از گروه روانپزشکی اصفهان در امتحان گواهینامه(پره بورد) موفق شدند ولی متاسفانه دو نفر آنها بعلت مشکلات حاد ایجاد شده برای کودکانشان نتوانستند صاحب دانشنامه گردند.

اولین دستورالعمل درمان اختلال دوقطبی در سال ۱۹۹٤ توسط جامعه روانپزشکی آمریکا(APA) منتشر شد و پس از آن مطالعات زیادی در زمینه درمان دارویی اختلال دو قطبی انجام شده است. از سوی دیگر، در دو دهه اخیر کارایی داروهای ضد تشنج جدید، آنتی سایکوتیک های آتیپیک و درمان های روانی- اجتماعی به طور وسیع جهت درمان اختلال دو قطبی مورد مطالعه قرار گرفته است. برای استفاده بالینی از نتایج این مطالعات درعرض پانزده سال گذشته گروههای تخصصی متعددی اقدام به انتشار دستور العمل هایی در این زمینه نموده اند. شبکه کانادایی درمان اختلالات خلقی و اضطرابی(CANMAT) نیز برای اولین بار در سال ۱۹۹۷ اقدام به انتشار دستورالعملی در زمینه درمان اختلال دوقطبی نمود که ویرایش جدید این دستورالعمل در سالهای ۲۰۰۵ و ۲۰۰۷ مجدداً منتشر شد. این دستورالعمل شامل هشت قسمت می باشد. اولین قسمت شامل مقدمه می باشد. در قسمت دوم به مبانی اداره این اختلال ازجمله تشخیص سریع و به موقع، ملازمات غربالگری، چگونگی آموزش بیمار و نزدیکان وی، به کار گیری راهبردهای روانی- اجتماعی و ارائه الگوی اداره بیماریهای مزمن(Chronic Disease Management Model) پرداخته شده است. درمان مانیای حاد، افسردگی دوقطبی حاد و درمان نگهدارنده به ترتیب در قسمتهای ۳، ٤ و ۵ مورد بحث قرار گرفته است. مبحث درمان نه تنها شامل اداره اورژانسی حمله ها می باشد بلکه الگوریتم درمانی بر اساس درمان های انتخاب شده پیشین و میزان پاسخ دهی بیمار به درمان های قبلی ارائه شده است.

به علاوه در مورد راهبرد درمان طولانی مدت نیز توضیح داده شده است. در قسمت ٦، به درمان اختلال دوقطبی در خانم های سنین باروری، باردار یا پس از زایمان و درمان اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان و همراهی اختلال دوقطبی با اختلالات طبی یا روانی همبود توجه شده است. در قسمت ۷ به درمان مبتنی بر شواهد در اختلال دوقطبی نوع دو و در قسمت ۸ به پایش بیمار از نظر عوارض ناخواسته پرداخته شده است.

امتیاز قابل توجه این دستورالعمل در مقایسه با سایر دستورالعمل های موجود، رعایت دستورالعمل های «پزشکی مبتنی بر شواهد» Medicine Based Evidence و استفاده از سطح شواهد (Level of Evidences) در مراحل درمان است. به این ترتیب که در هر قسمت، شواهد پژوهشی موجود به سطوح یک تا چهار تقسیم بندی شده اند. (جدول۱) به همین ترتیب، با توجه به سطح شواهد موجود، در مرحله بندی درمان نیز خطوط درمانی به صورت

دستورالعمل شبکه کانادایی درمان اختلالات خلقی و اضطرابی(CANMAT) برای درمان اختلال دوقطبی

ترجمه و تلخیص:
دکتر مجید برکتین، دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر فاطمه رجبی، دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

منبع:
Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. Bipolar Disorder 2006; 8:721-739.

جدول ۱. معیارهای سطوح شواهد

۱	متاآنالیزها یا کارآزمایی بالینی تکرار شده دوسوکور تصادفی شده که شامل پلاسبو (DBRCT Replicated) باشد.
۲	وجود حداقل یک کارآزمایی بالینی تصافی شده (DBRCT) که شامل پلاسبو یا مقایسه فعال باشد.
۳	کارآزمایی آینده نگر بدون شاهد با حداقل ۱۰ سوژه
٤	گزارش ها یا نظر متخصص (Opinion Expert)

جدول ۲. توصیه های درمانی

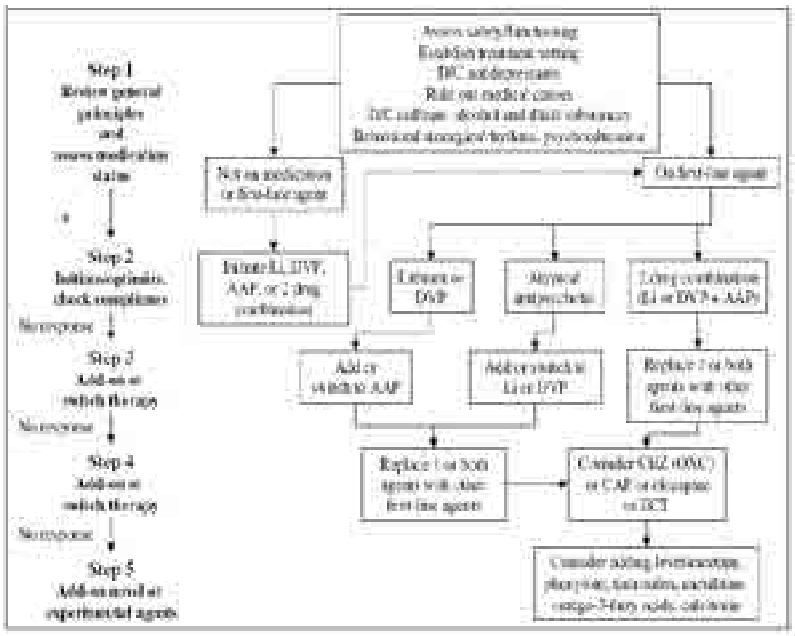
خط اول	سطوح اول یا دوم شواهد به همراه مدارک بالینی مبنی بر کارایی و بی خطر بودن
خط دوم	سطح سوم یا بالاتر از شواهد به همراه مدارک بالینی مبنی بر کارایی و بی خطر بودن
خط سوم	سطح چهارم یا بالاتر از شواهد به همراه مدارک بالینی مبنی بر کارایی و بی خطر بودن
پیشنهادنشده	سطوح یک یا دو شواهد برای فقدان کارایی

سطوح اول، دوم، سوم و «پیشنهاد نشده»، ارائه شده اند. (جدول ۲)

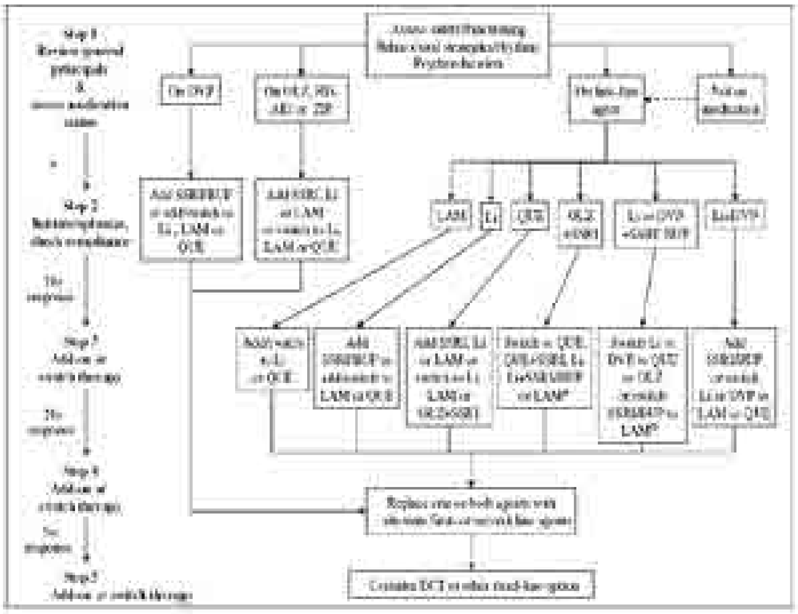
به طور خلاصه می توان گفت در خط اول درمان حمله مانیا داروهای لیتیوم، والپروات و آنتی سایکوتیک های آتیپیک (نظیر الانزاپین، ریسپریدون، کیوئتیاپین، آریپیپرازول و زیپراسیدون) قرار گرفته اند. (الگوریتم ۱) طبق مطالعات جدید، در خط اول درمان افسردگی دوقطبی درمان تک دارویی با کیوئتیاپین، لیتیوم یا لاموتریژین، مصرف همزمان الانزاپین با SSRI و تجویز همزمان لیتیوم یا والپروات به همراه SSRI یا بوپروپیون توصیه شده است. (الگوریتم ۲) داروهای خط اول در درمان نگهدارنده اختلال دوقطبی لیتیوم، لاموتریژین، والپروات و الانزاپین معرفی شده اند و ترکیب الانزاپین و فلوگزتین به عنوان خط دوم درمان نگهدارنده اختلال دوقطبی در نظر گرفته شده است. از طرف دیگر درمان تک دارویی با کیوئتیاپین برای درمان دوره حاد افسردگی دوقطبی نوع دو نیز پیشنهاد شده است.

در این راهنمای درمان مراحل درمانی ب الگوریتم های ساده و روشن نمایش داده شده و در رویکرد درمانی همواره علاوه بر درماز فارماکولوژیک، استراتژی های رفتاری و ریتم ها از نظر دور نشده اند.

الگوریتم ۱. الگوریتم درمان مانیای حاد



الگوریتم ۲. الگوریتم درمان افسردگی دوقطبی حاد



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

عذاب س رگشتگی

دکتر علی عباسعلی زاده ▯ روانپزشک

بیمار ما ف.ق یک دختر جوان بیست و سه ساله است . او دانشجوی سال آخر دوره لیسانس در یکی از رشته های علوم انسانی است. نخستین بار که به مطب مراجعه می کند بی قراری شدید او جلب توجه می کند . آنقدر بی قرار که می خواهد ایستاده حرف بزند .

با هیجان زیاد و ایستاده با صدای نسبتاً بلند و تا حدودی با سرعت زیاد حرف خود را می زند. پیداست که حرفهای زیادی برای گفتن دارد و به تجربه دریافته است که وقت کافی برای شنیدن حرفهایش به او داده نمیشود و لذا عجول تر از معمول جلوه می کند .

عجول و مضطرب و در عین حا ل از فشار حرفهای زیادی که در مدت کم باید بزند کلافه است و با قضاوتی که از پیش مبنی بر اینکه وقت کافی به او داده نمیشود دارد ،عصبانی است .

در نخستین قدم برای آنکه ازاضطراب او در بیان شرح حالش واز دست پاچگی اوکه با احساس تنگی وقت پیدا کرده است کم شود در پاسخ او که خواسته بود ایستاده حرف بزند موافقت کردم و گفتم : « خواهش می کنم . بفرمایید».

او مطالب زیادی برای گفتن آماده کرده بود و لذا نیازی نبود تا مطالب اساسی را با پرسش های مزاحم بیان کند . مطالبی را که به نظر او مهم بود – هر چند اسرار آمیز و خجالت آور ، به راحتی بیان می کرد . او با خود فرض را بر آن گذاشته بود که اگر بخواهد از کمک پزشک خود بهره مند شود باید بتواند همه آنچه که مهم می داند را در فرصت بسیار کمی که به او داده می شود اظهار کند . او برای بیان مطالب اساسی از تاریخچه و حال خود نیاز به طرح پرسش های متعدد نداشت. کافی بود با دقت و توجه به حرفهای او گوش داده شود تا شرح حال کاملی از مشکل خود ابراز نماید . او به سرعت و هیجان شرح حال خود را می گفت و ترجیع بند اظهاراتش این بود که :

« می خواهم خودم را پیدا کنم».

در حالیکه من فقط با اشاراتی –غالباً غیر کلامی ، توجه خود را به شنیدن بیانات او نشان می دادم و در عین حال سعی می کردم با اجتناب از پرسش های کلیشه ای تسلسل افکار او را قطع نکنم او کماکان ایستاده مطالبی را که پیدا بود تنظیم کرده بود تا در وقت کم اظهار کند با هیجان ، صدای نسبتاً بلند و سریع اما منظم و کاملاً منسجم بیان می کرد .

مطالب مهمی که در چند دقیقه و بسرعت از شرح حال خود گفت چنین است:

« ما خانواده بسیار متشنجی داشتیم وداریم .پدر و مادرم بارها با هم کتک کاری می کرده اند . وقتی مادر از دست پدر کتک می خورد دق و دلی خود را سر من خالی می کرد و مرا به باد کتک می گرفت . وقتی مادر از دست من عصبانی می شد مرا در زیر زمین تاریک خانه حبس می کرد. مادر در وسط دعوای خود با پدر مرا سپر قرار می داد و خدا میداند وقتی دو تایی شان عصبانی بودند و به هم حمله و اهانت می کردند من در وسط آنها چقدر می ترسیدم .پدرم مادرم را دوست ندارد و به عنوان همسر آدمی منحرف و خلافکار است . یادم می آید که پدرم نسبت به من تمایلات جنسی داشت و وقتی مدرسه راهنمایی می رفتم سه بار به من تجاوز کرده است .پدر هنوز هم وقتی به هر بهانه ای مرا در آغوش می گیرد لبهای مرا می بوسد که من چندشم می شود ولی اگر ممانعت کنم پول توجیبی مرا قطع می کند . وضع مالی پدر خوب است و از دارایی خود سوء استفاده می کند .پیش از این از پدر می ترسیدم و حال هم از او می ترسم و هم متنفرم ولی به خاطر پول توجیبی با او در نمی افتم . پدر بزرگ من نیز آدم دائم الخمری بوده است و بارها پدر مرا به باد کتک گرفته بود . پدرم نیز سابقه اقدام به خودکشی داشته است .همیشه اضطراب دارم و بی قرارم و گاهی دچار حملات وحشت می شوم . حملات وحشت من با اضطراب شدید ، تنگی نفس ، درد قفسه صدری و درک غیر واقع بینانه و ترسناک از محیط و نیز درک غیر عادی از جسم خودم که بسیار وحشتناک است همراه است . از ۱۸ سالگی دوستان پسر داشته ام که هیچیک با من وفادار نبوده است . من با سکس مشکلی ندارم و با سه نفر از دوستان پسرم رابطه جنسی داشته ام . سیگار می کشم و چون از خانواده ام مخفی می کنم اذیت می شوم .حشیش می کشم و مشروب هم می خورم . از دست خودم کلافه شدم و مدام از دست رفتار های بی محابای خودم احساس ندامت می کنم ولی در عین حال از اخلاقیات بیزارم و با معصومیت تعارض دارم . بارها خود زنی کرده ام و از دست زندگی بیزار و خسته شده ام . مشکلات مختلف جسمی مثل حالت تهوع ، درد سینه و تنگی نفس هم دارم ولی هروقت به دکتر ها مراجعه می کنم می گویند به خاطر اعصابت است . خواب های آشفته دارم . اعتقادات مذهبی ندارم و خدا را قبول ندارم و در خواب های آشفته و کابوس های زیادی که دارم خدا را به صورت هیولای وحشتناک می بینم. رویاهای من بسیار دراماتیک است . از دست زندگی کلافه شدم و مدام به مرگ فکر می کنم . از دست دیگران بسیار می رنجم و خیلی زود به گریه می افتم . گرچه ظاهراً دوستان زیادی دارم ولی هیچکس با من صمیمی نیست و احساس تنهایی می کنم . سه تا برادر دارم که با آنها هم حال نمی کنم.»

فقدان محیط حمایتگری که در عین حال منضبط هم باشد مانع از شکل گیری الگویی برای همانند سازی پایدار و یافتن هویتی مستقل و با ثبات شده است و همراهی» نوروز» های مختلف از جمله بی ثباتی خلقی ، رفتارهای تکانشی ، سوماتیزاسیون ، حملات پانیک ، وابستگی به مواد ، رفتار های خلاف عرف و ضد اجتماعی ، دوره های بارز افسردگی ،فقدان یک سیستم پایدار از ارزشهای اخلاقی و اجتماعی ، مشکل در روابط بین فردی و فقدان روابط عاطفی پایدار ، تجربیات شبه سایکوز مثل درالیزاسیون و دپرسونالیزاسیون و... حکایت از یک سایکوپاتولوژی عمیق و گسترده می کند .

در آنچه بیمار از شرح حال خود گفت در کنار مکانیسم های عدیده دفاعی یک نکته شگفت انگیز از نظرنوع و شدت مکانیسم دفاعی روانی که به کار می گیرد وجود دارد و آن اینکه از نظر او هر بلایی که بر سرش آمده است فقط تقصیر دیگران بوده است (Externalization) .

او به بد رفتاری دیگران با خود عادت کرده است . بد رفتاری دیگران اگرچه او را آزار می دهد اما برایش مانوس است . او بی آنکه آگاه باشد دیگران را تحریک می کند تا با او بد رفتاری کنند (identification Projective) و سپس از زندگی می نالد که همواره با او بد تا کرده است. فقدان پایبندی به اصولی استوار موجب می شود تا رفتار های آنی ، تکانشی و باری بهر جهت داشته باشد و در نتیجه بی آنکه بخواهد همه را از خود می راند و سپس شکایت می کند که کسی به او وفادار نیست . او با ملامت دیگران و مسئول دانستن دیگران در سرنوشت بدی که پیدا کرده است خود را تسکین می دهد . او به بد کردن دیگران با وی نه تنها خو گرفته است بلکه به آن معتاد شده است .

این بیماران نه تنها همه گناه آنچه را که بر سر شان رفته است را به گردن دیگران می اندازند بلکه در بازی استادانه و نا خودآگاهی دیگران را مجبور می کنند تا با آنها رفتار های بد و قابل انتقاد داشته باشند (identification Projective) تا اگرچه به خود آنها سخت می گذرد ولی فرصتی می یابند تا از دست دیگران

عصبانی باشند تا هم بتوانند در نقش قربانی داستان جذاب تری پیدا کنند و هم بهانه ای برای کینه توزی و ملامت دیگران پیدا کنند و به بازی سرزنش دیگران و مقصر جلوه دادن آنان ادامه دهند(Externalization).

آنها نیاز دارند تا ثابت کنند که هر چه بر سر آنها آمده است تقصیر دیگران بوده است.

پیداست که این بیمار در تلاطم وابستگی و دل کندن از بی ثباتی خلقی رنج می برد. او در حالیکه یکی را ملامت میکند و سعی میکند تا او را تخریب کند و آبرویش را ببرد(Devaluation) تا بتواند افسردگی خود را تسکین دهد به شخص دیگری نیاز دارد تا پای درد دل او بنشیند و به او حق بدهد که چگونه مورد ظلم و ستم دیگران قرار گرفته است و طبیعتاً چنین آدمی که محرم راز او می شود محبوب ایده آل او نیز خواهد شد (Idealization) و چنین رابطه ای شوق و شعف آنها را بر می انگیزد تا وقتی که بتدریج حوصله دوست تازه را با رفتار های تکانشی و باری بهر جهت و بویژه با بازی استادانه « identification Projective « سر می برد و هم او را فراری می دهد و هم خود از او متنفر می شود. روابط الاّ کلنگی وابستگی مفرط و بیزاری شدید که مکرراً پیش می آید نه فقط بی ثباتی خلقی که یک تلاطم خلقی را برای او موجب می شود. دوره های افسردگی و سرخوشی خلق او آنقدر تکرار می شود که نه تنها دیگران از شناخت و پیش بینی خلق و روحیه او عاجز می شوند که خود او نیز از دست روحیات خود کلافه می شود و صبح که از خواب بلند می شود نمی داند که « از کدام دنده بلند شده است» .

بی ثباتی خلقی، کنجکاوی های مرضی، عدم پایبندی به ارزشهای متعارف، عادت به رفتارهای نسنجیده و باری بهر جهت و نیز احساس کلافگی این بیماران را به سوی مصرف مواد جلب می کند تا شاید مستی و نشئگی درد آنها را درمان کند. بیزاری از این و آن و سپس بیزاری از خود آنها را بسوی اقدامات مکرر به خود کشی می کشاند و از آنجایی که در هیچ کاری جدی و» با برنامه» نیستند اقدامات انتحاری آنها نیز « مسخره « جلوه می کند و هرگز به این سادگی ها « کار را به آخر نمی رسانند» و در حالیکه نزدیکان و همراهان خود را « جان به لب می رسانند « ولی خود شان را نمی کشند.

برای رسیدن به یک ثبات رفتاری – اخلاقی – فکری و به عبارتی برای کسب یک هویت پایدار نیاز داریم تا الگوی قابل اعتمادی داشته باشیم– مادر و پدری که مهربان و فداکار باشند و در سایه محبت و لطف محرومیت های قابل قبولی را نیز برای تربیت فرزند اعمال کنند و نیز جامعه ای که از ثبات ارزشی قابل دفاعی برخوردار باشد و ظاهر و باطن حتی الامکان یکسانی داشته باشد و از فساد و ریاکاری به دور باشد که در غیر این صورت نه با تک تک افراد سرگشته و بی هویت بلکه با فوج فوج آدمهایی روبرو خواهیم شد که از بی ثباتی اخلاقی ، تموج خلقی و بلا تکلیفی در زندگی رنج خواهند برد و اختلال شخصیت مرزی چون طاعون و وبا همه گیر خواهد شد.

در پروسه درمان این بیماران در کنار استفاده از داروهای روانپزشکی برای کنترل علایم بیمار، از شیوه های مختلف رواندرمانی استفاده می شود. در هر نوع رواندرمانی که به کار گرفته می شود با توجه به سایکو پاتولوژی و دینامیسم علایم بیمار باید به نحو مناسبی به او آموزش داده شود که با تقویت واقع بینی بتدریج از تاثیر گذشته رها شود و سعی کند تا با پذیرش مسئولیت سرنوشت خود و اجتناب از تحمیل مسئولیت زندگی خود به عهده دیگران و با رفتاری دور اندیشانه و سنجیده دریابد که علی رغم همه نیروها و عواملی که دور از دسترس ما و بدون اجازه ما در تعیین سرنوشت ما دخیل بوده و هستند کماکان ما را اراده ای هم هست و می توانیم به سهم خود تاثیر قابل ملاحظه ای در شکل گیری سرانجام خود داشته باشیم. در بستر تلاش و تمرین برای پذیرش مسئولیت رفتار خود، بیمار می آموزد که گام به گام در عرصه های مختلف زندگی به ثبات و نظم پسندیده ای برسد. رسیدن به آرامش و ثبات در کنار داشتن هدف های روشن در زندگی و نیز رسیدن به منش های رفتاری با دوام و انگیزه های پایدار و لذت بخش برای کار کردن و عشق ورزیدن پاداش تلاش طولانی مدت بیمارو درمانگراست که می تواند نصیب بیمار شود و تلاش بیمار را برای اینکه « خود را پیدا کند» به پایانی دلچسب رهنمون گردد.

گرچه هرگز اضطراب بیمار پایان مطلق نخواهد یافت اما تنش های ملایم بخوبی قابل تحمل خواهد بود و این بار بیمار با خونسردی و خوشرویی کم و کاستی های خود را می پذیرد و بی آنکه زحمت پنهان کاری به خود بدهد و درعین پذیرش خود و رضامندی از خود خواهد گفت که بقول حافظ:

چو قسمت ازلی بی حضور ما کردند
گراندکی نه به وفق رضاست خرده مگیر

پیداست که آنچه در این مختصر آمده است به هیچ وجه شرح مفصل سایکو پاتولوژی و سایکو دینامی اختلال شخصیّت مرزی نیست بلکه فقط بیان تلاشی است که اینجانب برای یافتن سایکو دینامیسم علایم یک بیمار خاص و درک رنج و عذابی که او متحمل می شود داشته است که امید است برای همکاران جوانی که در حیطه سایکودینامی علایم بیماران روانپزشکی علاقمند هستند مفید واقع شود و نیز امیدوارم از نظرات سازنده این عزیزان و به ویژه اساتید ارجمندم در درک بهتر و صحیح تر روان پویایی این گونه بیماران بهره مند شوم.

گزارش گروه سلامت روان

دکتر ناهید گرامیان

کارشناس مسئول واحد سلامت روان مرکز بهداشت استان اصفهان

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

با توجه به اینکه بیش از ۸۰ درصد موارد اولین مراجعه بیماران روانپزشکی به پزشکان عمومی است، کلیه پزشکان خانواده استان (۲۰۰ نفر) با همکاری گروه انجمن روانپزشکی در چهار کارگاه دو روزه در مورد اختلالات شایع روانپزشکی آموزش داده شدند.

خوشبختانه نقش مداخلات روانی اجتماعی در بسیاری از برنامه های سلامت روان شناخته شده است . از این بین توجه به نقش این مداخلات در پیشگیری از بیماری ایدز می باشد . یکی از این مداخلات پیشگیرانه برگزاری برنامه های آموزش تقویت ساختار خانواده به منظور پیشگیری از رفتارهای پر خطر به والدین می باشد . لذا جهت رسیدن به این هدف واحد سلامت روان و مبارزه با بیماری های حوزه معاونت بهداشتی استان طی برنامه مشترکی کلیه پرسنل تیم سلامت روان و کارشناسان مسئول مبارزه با بیماری ها ، پزشکان اپیدمیولوژیست و کارشناسان مسئول بهداشت مدارس را در این زمینه آموزش داده اند . در نهایت این آموزش ها به والدین دانش آموزان با همکاری آموزش و پرورش انتقال داده می شود .

جمع آوری اطلاعات اساسی در مورد ابزار و امکانات موجود در سیستم سلامت روان امکان برنامه ریزی بهتر و استفاده بهینه از شرایط موجود را فراهم می سازد . براین اساس پرسشنامه AMIS تهیه و واحد سلامت روان در حال جمع آوری این اطلاعات می باشد . (Assessment Instrument for mental health system)

اجرای طرح پیمایش ملی سلامت روان در کل کشور:

این مطالعه توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به دانشگاه علوم پزشکی تهران و با همکاری تمام دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور انجام می شود هدف از این مطالعه بررسی موارد زیر است :

تعیین شیوع و میزان شدت مشکلات اعصاب و روان ۱۲ ماه گذشته در جمعیت ٦٤-١٥ سال کشور

تعیین میزان استفاده از خدمات سلامت روان و انواع آنها

تعیین هزینه های ابتلاء به مشکلات اعصاب و روان و نحوه پرداخت آن

با انجام این مطالعه ، 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 تناسب بار مالی تحمیل شده به خانوارها با درآمد آن ها مشخص می شود .

در معالجه اطبا به طریق ظرافت

دکتر فریدون ضرغام (روانپزشک)

مردی نزد طبیب رفت که ۳ روز است بیمارم و ضعف دارم علاج کن مرا، طبیب نبض او گرفت و گفت امروز چه خورده‌ای؟ گفت امتلاء معده داشتم و بیماری ، ۳ روز چیز نخورده‌ام، گفت باری بگو که چه خورده‌ای؟ گفت آنقدر نیست که کرای گفتن کند، گفت آن چه باشد، گفت حالی که به جهت استعلاج نزد تو می آمدم بدر دکان کلّه پزی رسیدم و او سر دیگ بگشاد. بوی کلّه مرا خوش آمد، از او ٦ کلّه خریدم و خوردم تو سه کلّه گیر، ٤ من نان تُفک (نان لباش) با کلّه خوردم، تو دو من گیر، بعد از آن خاطرم به شرینی کشید ده من حلوا بادام بر روی آن خوردم تو پنج من گیر، چون از آنجا بگذشتم به سبد انگور رسیدم خاطرم به آن کشید. ۲۰من انگور گرفتم و خوردم، تو ده من گیر، بعد از آن بد کان خربزه فروش رسیدم و دلم از شیرینی سوخته بود. ٦۰ من خربزه خریدم و خوردم تو سی من گیر طبیب که آن شنید گفت تو نیز حساب نگاهدار تا من بگویم. ٦ سال سرسام شوی تو سه سال گیر، بعد از آن ٤ سال دق کنی، تو ۲ سال گیر بعد از آن هر دو چشمت کور شود، تو یک چشم گیر، بعد از آن هر دو پایت شل شود، تو یک پا گیر، بعد از آن بدرد شکم بمیری، و چون ترا در قبر نهند و ۱۰۰خروار خاک بر بالای تو ریزند تو ۵۰ خروار گیر!

سخنی تازه بگو

میترا

من هم اکنون به کمی عاطفه ات محتاجم
برزخم، دیده فرو بسته و سرگردانم
صورتم غرق نیاز
روحم آزرده ز درد
رو مگردان از من
مگذار سرد شود خاطر من
روی دیوار ترک خورده احساس دلم
می توان ابر کشید باران ساخت
من نیازمند به لبخند توام
تا شوی مرهم من

کاغذم نم دار است
قلمم نوک تیز است
می خراشد دل من
تو توانا هستی
کمکی کن
آدمی تازه بکش
روی دیوار اتاق ذهنم
نقشی از خاطر امروز بکش
که دگر بغض نباشد در کلامم پیدا
گر نباشد سخنت مرهم من
روی پرچین دلم
می شود شاخه خشکیده همه احساسم
سخنی تازه بگو

همه گویند توانگر هستی
توسخاوتمندی
سخنت هست جوانه
می زند شاخه و برگ
می شود مرهم درد
می کنم درد و دلی
می چکد شبنم اشکی ز رخم
فرصتی ده
کمکی کن
شاید آن روز رسد
که دگر غرق نیازی نشوم
و شود خاطر من آسوده
و توانمند شوم.

یک قدم دیگر در مسیر سایکوسوماتیک

در پی اقداماتی که طی چند سال اخیر برای ترویج رشته سایکوسوماتیک در اصفهان آغاز شده است یک تیم بیست و چهار نفری به فرایبورگِ آلمان اعزام شد و کارگاه دو هفته‌ای را طی نمود. این تیم مشتمل بر روانپزشکانِ صاحب نظر در این رشته و روانشناسان و متخصصان پزشکی بودند که در رابطه با اختلالات سایکوسوماتیک کار می‌کردند. کارگاه در شهر فرایبورگ آلمان که عقد خواهر خواندگی آن با اصفهان را آقای دکتر محمد صلواتی خوانده‌اند برگزار شد. پرفسور شاید و پروفسور ویرشینگ گردانندگان این کارگاه بودند. موضوعات مطرح شده در کارگاه متنوع بود و شامل روانپزشکی بین فرهنگی، گروه درمانی، خانواده درمانی، موسیقی درمانی، ورزش درمانی، بدن درمانی body Therapy، روش تحقیق، روش تدریس و بازدید از مراکز سایکوسوماتیک فرایبورگ بود.
قدم بعدی در این راستا، سومین کنگره سایکوسوماتیک است که در بهار سال آینده در اصفهان تشکیل خواهد شد.

فراخوان اول سومین کنگره بین‌المللی اختلالات سایکوسوماتیک

جنبه‌هـــای روانشـــناختی و مدیریـــت بالینی درد

۶-۴ خرداد ماه ۱۳۹۰

The3 rd International Congress of Psychosomatic Medicine
Psychosomatic Aspect of Pain & Pain Management 25-27 May2011

محل برگزاری کنگره:
مرکز برگزاری کنگره‌های علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

آدرس دبیرخانه همایش:
اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، حوزه معاونت پژوهشی
صندوق پستی: ۳۱۹-۸۱۷۴۵
تلفن: ۲-۷۹۲۳۰۸۱-۰۳۱۱ دورنگار: ۶۶۸۷۸۹۸-۰۳۱۱

آدرس اینترنتی کنگره جهت ثبت نام و ارسال خلاصه مقاله:
www.seminars.mui.ac.ir/psm$_3$

هوالعلیم

پژوهشگران گرامی، اساتید محترم ارجمند

گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان افتخار دارند با همکاری مراکز تحقیقاتی و دانشگاهی داخل و خارج کشور سومین همایش بین‌المللی اختلالات سایکوماتیک (روان تنی) را به مدت سه روز از تاریخ چهارم لغایت ششم خرداد ماه ۱۳۹۰ برگزار می‌نمایند. هدف از برگزاری این همایش علاوه بر مباحث قبلی بر طب روان تنی، تأکید بر اهمیت و نقش همکاری تیمی در مدیریت بالینی درد است. امید است این همایش بستر مناسب برای تبادل نظر متخصصان و صاحب نظران رشته‌های مختلف پزشکی را فراهم آورد و در راستای بهبود و ارتقاء سلامتی جامعه مفید باشد.
این همایش بر اساس تفاهم نامه منعقد شده بین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه بن آلمان برگزار می‌شود. **www.Psychosomatic-iran.com**
از اساتید، پژوهشگران، دانش پژوهان و متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی، علوم پایه، توانبخشی، روانشناسی، روانپرستاری و سایر علاقمندان دعوت به عمل می‌آید، مقالات تحقیقی و مروری خود را در راستای محورهای این همایش در قالب سخنرانی و یا پوستر صرفاً به زبان انگلیسی، حداکثر تا تاریخ ۱۳۸۹/۱۱/۳۰ منحصراً به صورت Online به آدرس اینترنتی زیر ارسال نمایند.
www.seminars.mui.ac.psm3

عناوین مورد بحث در همایش

پاتوفیزیولوژی درد
سیستم های عصبی مرکزی و محیطی دخیل در درد
جنبه های روانشناختی درد
جنبه های فرهنگی اجتماعی درد
دردهای مزمن (سردرد، کمردرد، ...)
دردهای جسمی در سندرم های روانپزشکی (اضطراب، افسردگی و ...)
دردهای جسمی در بیماریهای طبی
دردهای جسمی بدون توجیه طبی
مصاحبه با بیمار مبتلا به درد
ارزیابی های طبی در بیماران مبتلا به درد
ارزیابی های روانشناختی در بیماران مبتلا به درد
مدیریت بالینی بیماران مبتلا به درد
نقش کار گروهی (Team Work) در مدیریت بالینی درد
روانپزشکی مشاوره ـ رابط (با تأکید بر بیماران مبتلا به درد
سایر جنبه‌های مرتبط با درد

دکتر محسن معروفی
دبیر علمی همایش

دکتر حمیدرضا روح افزا
دبیر اجرائی کنگره

خلاصه طرح‌ها و پایان‌نامه‌ها در مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان

عنوان:

بررسی اثربخشی بوپروپیون بر اختلال عملکرد جنسی در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون

مجری: دکتر قربانعلی اسدالهی، دکتر مجید برکتین، دکتر محمدرضا مرآثی، دکتر فریبا فغانی

مقدمه: متادون یک آگونیت رسپتور μ است که منجر به فرونشینی علائم ترک در وابستگان به مواد مخدر می‌شود. کاهش لیبدو اختلال در عملکرد جنسی از معمول‌ترین عواقب مصرف طولانی مدت متادون است و با توجه به افزایش تعداد افرادی که تحت برنامه درمان نگهدارنده با متادون قرار دارند، به نظر می‌رسد که جمع کثیری از وابستگان به اپیوئیدها از هیپوگنادیسم درمان نشده، رنج می‌برند. بوپروپیون یک مونوسکلیک آمینوکتون است که به عنوان درمان برای افراد غیرافسرده مبتلا به Hypoactive sexual desire disorder کمک کننده می‌باشد.

مواد و روش ها:

این مطالعه یک کارآزمائی بالینی بود که در سال ۸۸ در کلینیک ترک اعتیاد بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع) انجام گرفت. بیماران در دو گروه ۳۰ نفری دریافت کننده بوپروپیون و پلاسبو قرار گرفتند. ارزیابی میزان شدت اختلال عملکرد جنسی بر اساس پرسشنامه Arizona sexual experience scale و ارزیابی میزان شدت افسردگی بر اساس پرسشنامهٔ بک صورت گرفت در گروه دریافت کننده بوپروپیون، روزانه قرص بوپروپیون mgr۱۰۰ یکبار در روز به مدت ۳ روز و از روز چهارم ۲ بار در روز به مدت ۸ هفته تجویز شد. گروه دریافت کننده پلاسبو نیز به همان صورت تا هشت هفته دارونما دریافت کردند. در نهایت کلیهٔ داده‌ها با نرم افزار SPSS بوسیله آزمونهای Repeated Measure of ANCOUA آنالیز گردید.

نتایج:

میانگین سنی بیماران در گروه تحت درمان با بوپروپیون ۴۱/۵ سال با انحراف معیار ۹/۵ و در گروه تحت درمان با دارونما ۴۳/۱ سال با انحراف معیار ۹/۳ بدست آمد.

همه شرکت کنندگان در این مطالعه را مردان تشکیل می‌دادند. داده‌های این مطالعه نشان داد بوپروپیون می‌تواند سبب کاهش اختلال عملکرد جنسی در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون شود ولی تجویز این دارو تأثیری در شدت افسردگی این بیماران نداشت.

سایر مطالعات

Brwon در سال ۲۰۰۵ رابطه‌ای بین سطوح تستوسترون سرمی و طول مدت مصرف ماده مخدر بدست نیاورد.

در سال ۲۰۰۹ نتایج پژوهشی نشان داد که پس از ۱۲ هفته درمان با بوپروپیون شدت اختلال عملکرد جنسی به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل می‌باشد.

در سال ۲۰۰۰ مطالعه‌ای در ایالات متحده انجام و نتایج نشان داد بوپروپیون آهسته رهش می‌تواند در درمان تأخیر ارگاسم و احتمالاً تهییج جنسی مفید واقع گردد.

در سال ۱۹۸۷ مطالعه‌ای بر روی هر دو جنس انجام شد و نتایج نشان داد ۶۳ درصد از بیمارانی که به مدت ۱۲ هفته با بوپروپیون تحت درمان قرار گرفته بودند شرایطشان را بهبود یافته یا بسیار بهبود یافته توصیف کرده اما این میزان در گروه پلاسبو تنها ۳ درصد گزارش شد.

نتیجه گیری

داده های مطالعهٔ اخیر نشان می‌دهد افزودن داروی بوپروپیون به درمان معمول بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون ارزشمند است. بوپروپیون با کاهش اختلال عملکرد جنسی می‌تواند منجر به تحمل بهتر درمان گروه و میزان موفقیت ترک را افزایش دهد.

عنوان:

تعیین و مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی و آرام سازی و کنترل قند خون و تغییر برخی شاخص های سلامت روان در بیماران دیابتی نوع ۲

مجری: محمدحسن دوازده امامی، دکتر عطاری، دکتر روشن

مقدمه: دیابت یک بیماری شایع با ماهیتی مزمن و عوارض خطرناک است. علاوه بر مشکلات جسمی، این بیماری با مشکلات روانشناختی، بویژه استرس نیز همراه است. هدف پژوهش حاضر، تعیین و مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت استرس به دو روش شناختی ـ رفتاری و آرام سازی بر کنترل قند خون و تغییر برخی شاخصهای سلامت روان در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

مواد و روشها

این مطالعه یک پژوهش بالینی تصادفی بود که بر روی ۹۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم که عضو مؤسسه خیریه دیابت اصفهان بودند انجام شد. این تعداد به صورت نمونه گیری داوطلبانهٔ در دسترس انتخاب و علاوه بر گرفتن آزمایش HbA1C خون، مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس در مورد آنها اجرا شد. پس از آن شرکت کنندگان به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی شناختی ـ رفتاری (n=۳۰) و آرام سازی (n=۳۰) و یک گروه کنترل (n=۳۰) گمارده شدند. گروه شناختی ـ رفتاری به مدت ۱۲ جلسهٔ ۲ ساعته در دو دوره آموزش مدیریت استرس به شیوهٔ شناختی ـ رفتاری و گروه آرام‌سازی در ۱۰ جلسه آموزش آرام‌سازی به دو روش برنشتاین و بورکوک شرکت کردند. پس از پایان مداخله و شش ماه بعد از آن، مقیاس DASS توسط هر سه گروه تکمیل گردید. آزمایش HbA1C خون نیز سه ماه پس از پایان مداخلات و سه ماه بعد از آن در مورد آنها اجرا و داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل واریانس برای اندازه گیری های مکرر مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در مورد شاخص کنترل دراز مدت قند خون HbA1C، تفاوت دو گروه آزمایشی و گروه کنترل در پس آزمون و پس از کنترل نمرات پیش آزمون، و در پیگیری سه ماهه در جهت مورد نظر معنی‌دار بود. همچنین در مورد افسردگی، اضطراب و استرس، تفاوت بین گروهها در جهت موردنظر معنی‌دار و این معنی‌داری در پیگیری شش ماهه نیز پا بر جا باقی ماند. لیکن، تفاوتی میان دو روش، شناختی ـ رفتاری و آرام‌سازی از لحاظ تأثیر بر شاخص‌های مورد نظر، مشاهده نشد.

سایر مطالعات

ون درون و همکارانش در سال ۲۰۰۵ آموزش گروهی شناختی ـ رفتاری و مدیریت استرس را در کاهش هیجانات منفی و افزایش احساس خودکار آمدی بیماران دیابتی با کنترل ضعیف و مبتلا به عوارض قلبی ـ عروقی را مؤثر می‌دانند.

حیدری در سال ۱۳۸۰ اثر درمان شناختی ـ رفتاری را دو گروه آزمایش (n=۹) و کنترل (n=۸) از نوجوانان مبتلا به دیابت نوع اول بررسی کرد. در مقایسه با گروه کنترل، نتایج تست قند خون افراد گروه آزمایش پس از مداخله، نمایانگر رسیدن به سطح کنترل بهینه بود و سطح اضطراب پیش آزمون و پس آزمون نیز تفاوت معناداری را نشان دادند.

محرابی نیز در پژوهش خود نشان داد پس از مداخله، میانگین نمرات HbA1C، افسردگی و استرس آزمودنی های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، بطور معنی داری کاهش یافت.

در مطالعهٔ فروغی آموزش روش آرام سازی بنسون به بیماران مبتلا به دیابت کاهش معنی‌داری را در سطح قند خون به همراه داشته است.

نتیجه گیری: آموزش مدیریت استرس می تواند بر تغییر برخی شاخص‌های سلامت روان و حتی کنترل قند خون در بیماران دیابتی نوع ۲ اثربخش باشد. ارائه این نوع آموزش‌ها بعنوان بخشی از درمان و مراقبت جامع دیابت توصیه می‌شود.

روانپزشـکی و روانشناسـی ورزشی

دکتر پویا دانشور/ پزشک ورزشی ـ دبیرهیأت پزشکی ورزشی استان اصفهان

بازی های المپیک است، قهرمان ملی تکواندوکشورمان روی تشک می رود ولی کلاه ایمنی بر سر ندارد. درهمان مسابقات وزنه بردار ملی پوشمان پشت وزنه می رود و درحالیکه زمان زیادی از وقتش باقی نمانده یادش می افتد که به دستانش گچ نزده ، وقتی علت را از هردو می پرسیم پاسخشان یکی است، استرس زیاد. مسابقات آسیایی است ودوچرخه سواران روی خط استارت ، دوربین پخش زنده روی پاهای دوچرخه سوارتیم ملی زوم می کند. پا هایش روی رکاب می لرزد. مسئول کمیته پزشکی هیأت شطرنج استان با من تماس می گیرد ومی گوید شطرنج بازان استان هفته دیگربرای مسابقات انتخابی تیم ملی عازم هستند ولی روحیه مناسبی ندارند. می پرسد به نظر تو چه کاری برایشان انجام دهیم. به تنهایی نمی توانم کمکش کنم. به یاری یک روانشناس آنهم از نوع ورزشیش نیاز دارم.

برنامه نود را می بینم. موضوعش اعتیاد در ورزشکاران است. چهره قهرمانانی را روی صفحه جادویی می بینیم. همانهایی که روزگاری برایشان کف می زدم وهورا می کشیدم. همانهایی که بارها قلب میلیونها هموطنشان را شاد می کردند حالا نگریستن به چهره معتاد آنها غمی جانکاه بردلم می نشاند سراغ منابع ومقالات علمی می روم. آنها هم تأیید می کنند که ورزشکاران بازنشسته از گروههای مستعد به اعتیاد هستند. از گوشه وکنار می شنوم که ورزشکاران پیشکسوت زیادی هستند که آلوده به مواد مخدرهستند و ورزشکاران جوانی که مصرف کننده محرکها وروان گردانها می باشند. همه آنها نیاز به یاری روانپزشکان وروانشناسانی دارند که با پزشکی ورزشی هم آشنایی داشته باشند. اینها اخبار بدبود ولی خبرهای خوبی هم هست.

مرکز روانشناسی ورزشی آکادمی ملی المپیک وپارا المپیک فعالانه در حال ارائه خدمات مشاوره ای بوده و موضوعات مرتبط با روانشناسی و روانپزشکی ورزشی را نیز جزو اولویتهای اصلی برای محققین قرار داده است. در روزنامه می خوانم که در آزمون کارشناسی ارشد برای رشته روانشناسی ورزشی هم پذیره نویسی می کنند آنهم درهمین اصفهان خودمان. برای اولین بار کمیته ای مستقل با عنوان روانشناسی درفدراسیون پزشکی ورزشی کشور تشکیل گردیده وبه تبع آن کمیته ای مشابه نیز درهیأت پزشکی ورزشی اصفهان تشکیل گردیده که مسئول آن نیز یکی از دکترای روانشناس معروف شهر تعیین شده است. جالب است که رئیس هیأت پزشکی ورزشی نیز از روانپزشکان منتخب شهرمان درانجمن متخصصین روانپزشکی است وبالاخره اینکه باتوجه به نیاز روز افزون به آشنایی هرچه بیشتر همکاران روانشناس وروانپزشک مقرر گردیده که در آغاز تیر ماه سال ۱۳۹۰ حداقل ۳ برنامه مدون ویژه متخصصین روانپزشکی با رویکرد مشکلات روانی ورزشکاران برگزار گردد. بنابراین با تأکید براین نیاز وافر وظرفیتهای بالای موجود جهت همکاری روانپزشکان وروانشناسان محترم درعرصه ورزش واعلام آمادگی مجموعه پزشکی ورزشی استان دراین زمینه ، ازفرصت بدست آمده بهره جسته واشاره مختصری خواهیم داشت به مفاهیم کلی روانشناسی ورزشی :

درواقع روانشناسی ورزشی محدوده ای از موضوعات شامل انگیزه پایداری وموفقیت ، ملاحظات روانشناختی دربرخورد با آسیبهای ورزشی و توانبخشی ، روشهای مشاوره با ورزشکاران ، ارزیابی وضعیت روانی ، ارزیابی استعدادها ، خود باوری برای موفقیت ، روشهای خود تنظیمی و بالا بردن کارآیی و ... است واگر بخواهیم یک تعریف برای روانشناسی ورزشی کاربردی داشته باشیم باید آنرا دانشی دانست که اقدام به شناسایی ودرک نظریه های روانشناختی وفنون کاربردی ارائه شده دراین نظریه ها جهت استفاده درمحیط ورزش می نماید تا سبب توسعه ، بهبود وتضمین عملکرد ورزشکاران وشرکت کنندگان درفعالیتهابدنی هدفمند گردد.

روانشناسی ورزشی تنها محدود به ورزشکاران حرفه ای نیست ، چنانکه دریک تقسیم بندی دو زمینه اصلی برای حیطه عملکرد آن قایل شده اند :

نقش روانشناسی در ورزش

نقش ورزش برسلامت روانی وعمومی :

بعضی مزایای مطالعه وآشنایی با روانشناسی ورزشی برای مربیان وورزشکاران شامل :

بدست آوردن توانایی توصیف رفتار درموقعیت های یاد گیری ، تمرین ومسابقه.

بدست آوردن قدرت تشخیص علت واقعی بروز برخی از رفتارها.

افزایش قدرت تشخیص علت واقعی برخی از رفتارها

توانایی اعمال نفوذ در رفتار (دستکاری وکنترل رفتار) به منظور ارتقای عملکرد.

تشخیص زیر ساخت های شخصیتی افراد واشراف به تفاوتهای فردی ورزشکاران :

اهم کاربردهای روانشناسی درمحیط ورزش وفعالیت بدنی هم می تواند

شامل موارد زیر باشد :
توسعه دانش های وابسته در یادگیری ، آموزش ، تمرین و گزینش ورزشکاران.
ایجاد خود باوری و اعتماد به نفس.
ایجاد انگیزه و انرژی روانی مناسب.
کاهش برانگیختگی و اضطراب.
افزایش توجه و تمرکز.
تنش زدایی و آرامش بخشی.
وبعنوان یک تجربه از همکاری با کادرپزشکی تیمهای ورزشی دومشخصه یک روانشناس ورزشی راشامل ۱) ترجیحا"دارای سابقه ورزشی یا علاقمند به حیطه ورزش بودن و ۲) آمادگی برای کارگروهی درکنار دیگراعضای کادرپزشکی تیم (پزشک ، پزشکیار ، فیزیوتراپ و کارشناس تغذیه) والبته تمرین دهنده وکادرفنی می دانم.
درپایان امیدوارم که درتمام شماره های آتی این نشریه وزین شاهد مقالات مرتبط با روانشناسی وروانپزشکی ورزشی به قلم اهل فن و اساتید این علوم باشم باشد تا ندای هل من ناصر جامعه ورزش ، اینجانب وهمکارانم درحوزه پزشکی ورزشی بگوش رسیده و پاسخ داده شود.

CLINICAL MANAGEMENT FROM TREATMENT FOR ADOLESCENCE WITH DEPRESSION STUDY (TADS)

دکتر مهناز رفیع زاده

American journal psychiatry 2009

افسردگی ماژور در نوجوانان شایع است و باعث ایجاد موربیدیتی واضح و مشکلات خانوادگی می‌شود. مورتالیتی قابل توجهی هم دارد زیرا با suicide در ۵۰ درصد نوجوانان همراه است به همین دلیل مرکز بین‌المللی سلامت روانی NIMH در سال ۱۹۹۹، TADS یا Treatment of Adolescence with depression study را بنا نهاد. که یک مطالعه randomized placebo control است و به ارزیابی و درمان نوجوانان افسرده و اثربخشی طول دوره درمان کوتاه مدت ۱۲ هفته و طولانی مدت ۳۶ هفته با follow up یک ساله با ٤ نوع درمان فلوکستین، CBT، ترکیب فلوکستین و CBT ، پلاسبو می‌پردازد. در این مطالعه نوجوانان با سنین مختلف، از هر دو جنس که از نظر سوشیو آکونومیک متفاوت بودند و ۹٦درصد از آنها افسردگی متوسط تا شدید داشتند و ۵۱/۹ درصد یک مشکل روان پزشکی همراه داشتند مورد مطالعه قرار گرفتند. بعد از ۱۲ هفته از درمان، پاسخ به ترکیب فلوکستین و CBT، ۷۱درصد، فلوکستین تنها ٦۱درصد و CBT تنها ٤۳درصد و پلاسبو ۳٤درصد بود بنابراین TADS واضحاً نشان داد که درمان ترکیبی نسبت به CBT و فلوکستین تنها فواید بیشتری دارد. در ضمن ترکیب فلوکستین و CBT پاسخ زودتری می‌دهد و در اصلاح عملکرد ، کیفیت زندگی، بهبود نسبی علائم و پذیرش درمان نقش بهتری دارد . سپس چون فقط ۲۳درصد بیماران بهبود نسبی پیدا کرده بودند TADS درمان را تا ۳٦ هفته ادامه داد که میزان بهبودی نسبی علائم برای درمان ترکیبی به ٦۰ درصد ، برای فلوکستین ۵۵درصد و CBT ٦٤درصد رسید که نشان می‌دهد درمانهای طولانی تر نسبت به درمانهای کوتاه‌تر بهتر است. در ضمن در بیمارانی که در هفتهٔ ۱۲ به پاسخ ثابتی نرسیدند میزان پاسخ در هفتهٔ ۳٦ از ۳۹/۳درصد در هفته ۱۲ به ۸۰ درصد برای درمان ترکیبی، ٦۱/۵درصد برای فلوکستین و ۷۷/۳درصد برای CBT رسید. میزان عود در بیمارانی که درمان را ادامه ندادند زودتر بود. در TADS میزان پاسخ بعد از یک سال از قطع درمان برای درمان ترکیبی ۸۲درصد، فلوکستین ۷۵/۲درصد و CBT ۷۰ درصد بود که نشان می‌دهد درمانهای طولانی مدت بهبودی چشم‌گیر بالینی حتی بعد از قطع درمان دارند. خطر خودکشی ناشی از درمان یکی از مشکلات بهداشت عمومی است. TADS در طی ۳٦ هفته درمان نشان داد که بیمارانی که با فلوکستین تنها درمان شده‌اند نسبت به بیمارانی که با ترکیب فلوکستین و CBT یا CBT تنها درمان شده اند هم افکار خودکشی و هم اقدام به خودکشی ۲ برابر بود (فلوکستین ۱٤/۷درصد ، ترکیب فلوکستین و CBT ۸/٤درصد ، CBT تنها ٦/۳درصد) و مشخص شد درمان با CBT خطر افزایش خودکشی ندارد و اضافه کردن CBT به درمان دارویی اثر حفاظتی و پیشگیری کننده از خودکشی دارد. افزایش ریسک خودکشی با فلوکستین نمی‌تواند به تنهایی ناشی از بهبودی باشد چرا که ترکیب CBT و فلوکستین بهبودی بیشتری از فلوکستین تنها نشان می‌دهد و بنابراین بر اساس موارد فوق TADS شروع درمان افسردگی را با درمان ترکیبی و به مدت حداقل ۹-٦ ماه توصیه می‌کند و درمانهای گذرا برای دپرشن متوسط تا شدید کافی نیست.

تریاک و الکل برای مقابله با تریاک

پوربه دانشور / روانشناس بالینی

ششصد سال قبل از میلاد مسیح هومر شاعر رومی در کتاب اودیسه از منطقه‌ای نام برد که ساکنان آن گرفتار مواد نشئه آوری گردیده که نجات از آن به سادگی میسر نمی باشد.

قیاس نظری نوشته هومر در مورد مواد نشئه آور و مخدر در چند سده گذشته تاریخ ایران و جهان نمود واقعی پیدا کرده است و متقابلاً و بی شک سیاستمداران نیز در هر کشور بنا به اقتضاء وضعیت اجتماعی، اقتصادی کشورها، راهکار و راه چاره‌ای برای برخورد با مسئله اعتیاد و معتادان کشور خود پیدا می کنند.

موفقیت چند کشور در منطقه خاورمیانه و آسیا برای جلوگیری از توسعه استفاده از مواد مخدر و وابستگی دارویی به مواد اعتیاد آور می تواند مثال زدنی باشد. در سال ۱۹۴۹ که انقلاب چین به رهبری مائو به پیروزی رسید چین بیش از پنجاه میلیون معتاد داشت به عبارت دیگر از نظر تعداد معتادان، سابقه تولید و مصرف تریاک در جهان سرآمد سایر کشورها بود ولی در مدت کوتاهی (البته با روش مائوئیستی) توانست در ریشه‌کنی این معضل اقدامات بایسته‌ای را انجام دهد یا تجربه ترکیه که سالها عملاً جزء محوری‌ترین کشورها در ترانزیت مواد مخدر به اروپا بوده ولی از نظر آماری تعداد معتادان آن بسیار کم می باشد و یا حتی تجارب هند و یا کشورهای حاشیه جنوبی خلیج فارس که با وضع قوانین سخت گیرانه از گسترش اعتیاد در کشور خود جلوگیری نمودند در این زمینه مثال زدنی می باشد.

در کشور ما ایران اقدام علیه توسعه مصرف مواد اعتیادآور در مقاطع ذیل خلاصه می شود.

دوره صفویه: اولین مبارزه وسیع در مورد مصرف تریاک توسط شاه عباس صفوی انجام گرفت که در سال ۱۰۰۵ هـ. ق به دشمنی با مصرف تریاک برخاست و این اقدام را با اخراج و تصفیه کارکنان دولت و دربار آغاز نمود.

اولین قانون رسمی ممنوعیت مصرف در سال ۱۲۹۰هجری شمسی به عنوان قانون تحدید (محدود کردن) تریاک تصویب شد.

رضا شاه پهلوی در سال ۱۳۱۰و در شرایطی که تریاک و سوخته یکی از عمده‌ترین صادرات کشور ایران بود قانون انحصار تریاک و مجازات ارتکاب قاچاق مواد افیونی و تولید و توزیع غیرقانونی را وضع نمود.

پس از جنگ دوم جهانی انجمن مبارزه با تریاک و الکل که با همت و پشتکار یک روانپزشک یعنی دکتر سید ابراهیم چهرازی تشکیل گردیده بود با وجود مخالفت چهره‌های سرشناس کشوری و لشگری و حتی دربار و با سیاست‌ورزی مناسب توانست قانون منع کشت خشخاش را در سال ۱۳۳۲ به تصویب مجلس شورا و سنا برساند.

رژیم پهلوی در نیمه اول دهه پنجاه خورشیدی برای مقابله با پدیده قاچاق مواد مخدر سیاست توزیع قانونی تریاک از طریق داروخانه ها و مراکز مجاز را پیش گرفت که تحلیل فواید و مضار این سیاست را به فرصت دیگری وا می نهیم.

پس از انقلاب اسلامی ایران در سال ۱۳۵۷ رهبر انقلاب ایران امام خمینی فتوای منع کشت خشخاش و نابودی سی و سه هزار هکتار زمین‌های زیر کشت خشخاش را صادر نمودند و توزیع هروئین را توطئه دشمنان انقلاب دانسته و قاچاقچیان را مفسد فی الارض و محکوم به مجازات اعلام نمودند.

در سال ۱۳۵۹ قانون تشدید مجازات مرتکبین قاچاق و ... به تصویب شورای انقلاب رسید و در ۱۹ خرداد ۱۳۵۹ مجازات کشت خشخاش، واردات، فروش، مخفی کننده، دایر کننده مرکز مصرف مواد مخدر و حمل بیش از یک کیلو تریاک و ۵ گرم هروئین و کوکائین و مرفین اعدام تعیین شد که متاسفانه این اقدامات نیز نتوانست از رشد لجام گسیخته مصرف کنندگان مواد اعتیاد آور در کشور جلوگیری کند و نهایتاً ستاد مبارزه با مواد مخدر به عنوان نهاد هماهنگ کننده مقابله با اعتیاد کشور تشکیل شد ولی نقطه عطف مقابله با پدیدۀ اعتیاد در سالهای بعد از انقلاب اسلامی از تابستان سال ۱۳۷۷

است که برنامه پنج ساله کاهش تقاضای مصرف کشور تدوین شد و به پدیدهٔ اعتیاد نه به عنوان یک مشکل تنها سیاسی امنیتی و انتظامی بلکه به عنوان یک مشکل چند وجهی و با تاکید رویکرد علمی و خصوصاً پزشکی و قابل درمان نگریسته شد و اتفاقاً درست از این زمان است که ما شاهد آغاز فعالیت مراکز درمان معتادان در سراسر کشور بوده و از سوی دیگر و برای اولین بار در تاریخ بعد از انقلاب اسلامی شاهد درمان قطعی بسیاری از معتادان و کاهش روند تصاعدگونه تعداد معتادان در کشور به واسطه اقدامات صحیح دولت و بالاخص متولی اصل و محوری این طرح یعنی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌باشیم.

از این تاریخ به بعد پدیده اعتیاد نه به عنوان جرم بلکه به عنوان بیماری اجتماعی قابل درمان و به معتادان نه به عنوان مجرم بلکه به عنوان درمان جو نگریسته می شود. مراکز مجاز درمان سوء مصرف مواد که از ابتدای دهه ۸۰ از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجوز فعالیت گرفتند و هم اکنون تعداد آن ها در سراسر کشور به بیش از ۲۳۰۰ واحد و در استان اصفهان به بیش از ۱۸۰ مرکز رسیده است برای دومین بار در تاریخ کشور مهر تاییدی بر سیاست درست علمی مبارزه با مواد مخدر با رویکرد پزشکی و درمانی گردیده است.

واقعیت آن است که فقط در دو برهه تاریخی یک بار توسط انجمن مبارزه با تریاک و الکل و با همت و استقامت یک روانپزشک و یک بار در ابتدای دهه ی حاضر خورشیدی در عمل با همت پایه گذاران مرکز ملی مطالعات اعتیاد مقابله واقعی با پدیده اجتماعی اعتیاد و توقف افزایش تصاعد گونه شمار معتادین مواد افیونی در کشور را شاهد بوده ایم.

ولی بی شک می‌بایست تاریخ اعلام تنتوراپیوم یا شربت تریاک به عنوان یکی از داروهای تایید شده برای فارماکوپه کشور که در واقع داروی تک نسخه‌ای ایرانی درمان وابستگی به مواد اپیوئیدی در جهان می باشد را نقطه عطف تاریخی در بررسی وضع اعتیاد و درمان معتادین کشورمان بدانیم و به دلایل بسیار زیاد در تجویز این دارو جانب احتیاط را رعایت کنیم.

توجه کنیم که عرضه مواد تریاکی برای مقابله با اعتیاد به مواد تریاکی در شرایطی که امکان غربالگری علمی وجود ندارد ولی امکان تلخیص تریاک خالص از تنتوراپیوم به راحتی فراهم است می تواند منجر به سونامی اعتیاد به خصوص در بین طبقه فرودست جامعه، قشر جوا ن و حتی دانشجویان باشد که به همین دلیل عرضه وسیع شربت تریاک را نیازمند بررسی و مطالعات بیشتر می کند.

شربت تریاک، یک گام به پیش، چند گام به پس

تنتوراپیوم موضوع سومین سمینار تخصصی انجمن علمی درمانگران اعتیاد استان اصفهان بود که خبر مسرت بخش نهایی شدن ثبت رسمی انجمن نیز در روز سمینار توسط دکتر آرش قدوسی متخصص پزشک قانونی و مسمومیتها و نائب رئیس انجمن که اولین سخنران در جلسه مذکور بودند عنوان شد. دکتر قدوسی طی سخنان خود از مسئولیت هر یک از اعضاء هیئت رئیسه و زحمات آنها مطالبی بیان نمود و نهایتاً با اعلام تشکیل یک مرکز پژوهشی اعتیاد در دانشگاه آزاد اسلامی ـ واحد خوراسگان و آمادگی این مرکز برای حمایت از کلیه پژوهشهای علمی مرتبط با موضوع اعتیاد که مطمئناً می تواند در شناخت و تعامل با مشکلات مواد مخدر و اعتیاد کشور نقش سازنده ایفاء نماید سخنرانی افتتاحیه جلسه را به اتمام رسانید.

سخنران اصلی سمینار دکتر حامد اختیاری بود موقعیت و تجربیات و سوابق پژوهشی و علمی دکتر حامد اختیاری در زمینه اعتیاد ایشان را در زمره پزشکان طراز اول و صاحب نظر در زمینه اعتیاد کشور قرار داده است. دکتر اختیاری بعنوان سخنران اصلی بیش از سه ساعت از وقت سمینار را به تنتوراپیوم اختصاص دادند ایشان در ابتدا در مورد تاریخچه استفاده از تنتوراپیوم و opium ledanum – tincture شربت تریاک سخنانی را ایراد کردند وی عنوان داشت که شخصیت آلمانی پاراسلسوس از ترکیب پودر خالص تریاک با الکل و اضافه کردن آب از قرن ۱۶ میلادی تنتوراپیوم را به دنیا معرفی کرد که این دارو برای بیماران در موارد اسهال و تسکین درد استفاده می شد. در ادامه ایشان مباحث مفید و اساسی را در موارد توصیه شده برای استفاده درمانی از شربت تریاک عنوان نمودند:

- مواردی که بیمار از سایر درمانها پاسخ مناسب بدست نیاورده است.
- بیمارانی که در پیشینه بیماری خود سابقه سندرم محرومیت دراز مدت دارند.
- بیمارانی که موفق به اخذ پاسخ مناسب درمانی پس از مصرف متادون یا بوپرنورفین نبوده‌اند.
- بیمارانی که در روشهای اجتماع محور مثل معتادان گمنام شرکت کرده‌اند اما موفق نبوده‌اند.

چه کسانی نباید تحت درمان با داروی تنتوراپیوم قرار گیرند:

- مراجعین با اختلالات شدید روانپزشکی
- مراجعین با افکار خودکشی
- بیماران قلبی و عروقی
- زنان باردار

موارد منفی پزشکی و اجتماعی برای شربت تریاک:

مثبت بودن تست مواد مخدر در کل دوره ترک (عدم امکان غربالگری معتادین)

نیمه عمر کوتاه دارو (مراجع روزانه دو تا چهار بار باید از دارو استفاده کند).

امکان وابستگی دارویی مراجع به شربت تریاک (امکان پاداش مثبت گرفتن و شرطی شدن مراجع به دارو)

دایورژن شربت تریاک (امکان جداسازی پودر تریاک خالص از شربت و ساخت غیرقانونی تریاک با توجه به مقدار زیاد پودر خالص تریاک موجود در شربت).

قانونمند شدن مصرف تریاک (قانونمند شدن توزیع غیرقانونی تریاک)

قانونمند شدن و پیدایش بازار سیاه تریاک (با توجه به عدم امکان غربالگری معتادان و امکان بدست آوردن پودر تریاک از شربت تریاک)

دکتر اختیاری با تسلط کامل به موضوع در مورد هر یک از موارد ذکر شده توضیحات کاملی را ارائه دادند.

سخنران بعدی آقای دکتر حمید میرزایی متخصص روانپزشکی بودند که در مورد تداخل دارویی الکل و اپیوم (تریاک) بعنوان مواد اصلی تشکیل دهنده تنتوراپیوم و همچنین تداخلات دارویی انواع داروهای روانپزشکی با تنتور اپیوم (شربت تریاک) ضمن ارائه موارد منع مصرف دارویی و مواد خوراکی یا دارویی که سطح اپیوم در بدن را بالا یا پایین می آورد گزارش کاملی ارائه نمودند. آخرین سخنران آقای دکتر غلامرضا (سعید) منشئی دارای درجه علمی دکترای روان شناسی عمومی بوده و استاد دانشگاه آزاد اسلامی نائین و علوم تحقیقات اصفهان بودند و در ارتباط با روشهای غیردارویی درمان معتادین سخنرانی نمودند که مورد توجه حضار قرار گرفت.

در انتهای جلسه آقای دکتر بابک کاویان یکی دیگر از اعضاء هیئت رئیسه انجمن علمی درمانگران اعتیاد اصفهان جلسه پرسش و پاسخ را هدایت نمودند. لازم به ذکر است که نظم اداره سمینار و جلسه و همچنین نهایی شدن مراحل ثبت رسمی انجمن نشانگر انگیزه بسیار زیاد هیئت رئیسه، انجمن درمانگران اعتیاد در ادامه راه انجمن بوده که در این جلسه به وضوح مشخص بود.

ملاحظات روانپزشکی در مادران باردار

دکتر نازیلا کرمی
متخصص زنان و زایمان

روزی نیسـت که بعنوان یک متخصص زنان ، اهمیت بهداشت روان در دوران بارداری ونیاز به ارتقاء سـطح دانش در رابطه با مشـکلات روانپزشکی مادران باردار را تجربه ننمایم . بدون شـک دیگر همـکاران محترم بویژه متخصصین روانپزشکی ، کارشناسان مامایی وروانشناسان نیز تجربه مشابهی دارند . حاملگی ونفاس گاه به اندازه ای پر استرس است که می تواند باعث ایجاد ، عود یا تشدید بیماریهای روانی شـود . شیوع اختلالات روحی درطی حاملگی ١٤درصد است . درواقع زنان باردار بسـیار شکننده وآسیب پذیرهستند ونیاز به حمایت روحی دارند ولی واقعیت این اسـت که اغلب مورد حمایت کافی ازطرف همسرانشان قرار نمی گیرند وسیسـتمهای حمایتی تخصصی نیز دراین زمینه بسیارضعیف وناکارآمد هستند واکثر توجهات متمرکز برمراقبت های فیزیکی دوران بارداری اسـت. نقش عوامل اقتصادی واجتماعی نیز دربهداشـت روان دوران بارداری درمقیاس وسیعی موردتوجه قرار گرفته است. وخامت وضعیت اقتصادی ممکن اسـت موجب ناخواسته شـدن حاملگی وایجاد تنش واضطراب شدید درزن باردارشود وهمین عامل می تواند موجب تشدید و وخامت استفراغ های دوران بارداری نیز باشد .

مطالعات متعدد نشـان داده اند که وضعیت روانی مادر در دوران بارداری تأ ثیر بسیار زیادی در سلامت جسمی و روانی نوزاد دارد . بررسیها نشان می دهند که وجود سـطح بالای اضطراب وآشفتگی درمادر باردار ، احتمال ابتلا کودکان این مادران را به اختلالات بیش فعالی وکمبود توجه افزایش می دهد .

جنین چنین مادرانی هم با احتمال بیشـتری دچار وزن کم درموقع تولد ونارسی می شوند واین عارضه نوزاد را مستعد آسیبهای زمان زایمان می نماید .

آسـیبهای روانی وعدم وجود سیستم حمایت مناسـب در دوران بارداری ، زمینه را برای ابتلای مادربه بسیاری از مشکلات دیگر مثل اعتیاد ومصرف مواد مخدر فراهم می کند . وابسـتگی مادربه مواد مخدر خود می تواند زمینه سـاز مشکلات رفتاری کودک در دوران بعد از تولد وهمچنین نا رسی وکم وزنی جنین درزمان زایمان باشد .

درواقع نیاز به خدمات بهداشت روان از پیش ازحاملگی آغاز می شود . آنجا که بایستی نه تنها یک زن بلکه زوج او را نیزبرای فرآیند حاملگی وبچه دارشدن آماده نمود . تجربه نشان می دهد اگر یک زن برای حاملگی وبارداری آماده باشد ، نقش مادری خود را درکمال آرامش وشادمانی انجام می دهد وبرعکس درصورت عدم آمادگی ، امکان بروز آسـیبهای روانی وتظاهرات مربوطه وجود دارد .

یکی از مشـکلات شـایع همراه با حاملگی ، استفراغهای حاملگی اسـت کـه گرچه زمینه فیزیولوژیـک دارد ولی مطالعات متعدد نشانگر نقش غیر قابل انکار وضعیت روانی مادر در دوران قبل وحین بارداری برکاستن یا افزودن علایم این ناراحتی است ، بعنوان مثال بارداری ناخواسته بخصوص درصورت عدم حمایت روانی همسر وخانواده تاحد زیادی می تواند باعث تشدید علائم استفراغهای حاملگی گردد . موضوعی که عکس آن نیز درمطالعات متعدد ثابت شـده اسـت . خیلی از مادرها نگران آن هسـتند که بچه آن ها سالم نباشد به خصوص اگر شانس بیشتری برای ناهنجاری مادرزادی درجنین آنها وجود داشته باشد . نگرانی در مورد نگهـداری از کودک وتغییر وضعیت زندگی وترس از درد زایمان ممکن است وجود داشته باشد . میزان این استرس درمادرانـی کـه دچارعوارض مامایی وپزشـکی درطول بارداری شـده اند به مراتب بیشتر است ومتخصصین زنان دراین شـرایط مسئولیت مضاعفی دارند که ضمن توجه به مشکلات ارگانیک مادروجنین ، درکنترل استرسهای روحی نیز به مادرکمک نمایند.

ابتلای مادربه انواع مختلف اختلالات روانپزشـکی ازمسایل مهم بهداشت روان دوران بارداری است . دوران بارداری زمانی است که به دلیل وجود جنین در رحم مادر، امکان مصرف داروهای روانپزشـکی محدود است چراکه احتمال آسیب جنین مـطرح بوده وبه همین دلیل بهتر است که ازطریق ارتقای کیفیت وکمیت سیسـتم های حمایتی وتخصصی برای زن بـاردار بویژه بهره گیری از خدمات گروهی وتعامل میان متخصصین زنان و روانپزشکی ازبروز یا تشدیدی اختلالات روانپزشکی دراین افراد پیشگیری نمود .

بطورقطع کاهش میزان درگیری های خانوادگی ، کاهش تنشـها وفشارهای اقتصـادی ، افزایـش محبـت و حمایت همسـر وخانـواده از زن باردار، همگـی عواملی هسـتند که می توانند زمینه شـروع یا تشـدید اختلالات وبیماریهـا روانپزشـکی را در دوران بارداری کاهش دهنـد یا از بین ببرند .نقش سیسـتم ارائه خدمات بهداشـتی درتأمین بهداشت روانی زنان بادار بسـیاربا اهمیت اسـت . درهر ملاقات زن باردار با پزشـک ، باید به او فرصت داده شود تا درمورد ترس ها ونگرانی های خود که براثر صحبت ورفتارهای بستگان یا همسایگان به وجود آمده ویا با مطالعه مقالات روزنامه ها وامثال آن ایجاد شده اند ، صحبت کند . همچنین درپاسخگویی به سئوالات او ، باید وقت کافی صرف کرد. پیشـترگفتیم که توجه به بهداشـت روانی مادران باردار پیش از حاملگی آغاز می گردد ودراینجا تأکید می نماییم که این رسـالت با پایان دوره بارداری خاتمه نمی یابد وتا بعد از آن ادامه خواهد یافت . درواقع دردوره نفاس به علت بیشـتر شدن تنش روحی ، شانس بیماری روانی افزایش می یابد(به عنوان مثال ٢٠-١٠درصد ظرف مدت ٦ ماه از زایمان دچار اختلال افسـردگی غیر سایکوتیک می شوند). درگروه دیگر سـایکوز شـدید روحی که معمولا" دوقطبی (مانیک – دپرسیو) اسـت ایجاد می شـود . کتاب مرجع بارداری وزایمان ویلیامز به نقل از یکی از محققین شـهیر عنوان می کند کـه: **اختلالات افسردگی طی حاملگی درست به اندازه ی نفاس شایعند.**

مطلب فوق که با کسب اجازه از اساتید ارجمند روانپزشک به رشته تحریر درآوردم، اشـاره ای بود به اهمیت موضوع بهداشـت روان درمادران بادار که انشاءا... فتح بابی باشـد برای ادامه بحث درشماره های بعدی این نشریه یا اختصاص ستونی به این مقوله مهم .

معرفی کتاب

دکتر مسعود ازهر
فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

سخنران ها و کسانی که بالای منبر می‌روند همین که دیدند مردم چشم هایشان خمار شده است و دهانشان باز، می‌فهمند که باید بحث جدیدی به میان آوردند و مستمعین را بیش از این خسته نکنند. متأسفانه برای خبرنامه چنین بازخوردی به دست اندرکاران داده نمی‌شود و نمی‌دانیم خوانندگان از کدام قسمت بیشتر خوششان می‌آید و از کدام قسمت کمتر. بخصوص قسمت معرفی کتاب که حجم زیادی از خبرنامه را اشغال می‌کند به طوری که طی چند شماره اخیر، هر بار قسمتی از آن انتخاب و به چاپ رسید و مابقی ماند برای شماره‌های بعدی. این مرتبه مطالبی که به عنوان نمونه از کتابها چاپ می‌شد را حذف نمودم تا کم حجم‌تر شود. در عوض در سایت انجمن اصفهان جایی برای معرفی کتاب و نمونه‌یی از متن آن و حتی فروش آن در نظر گرفته شده است تا فرصتی باشد برای کسانی که می‌خواهند کتاب را بیشتر بشناسند و آن را بخرند و درباره آن مطلبی بنویسند و نظر بدهند.

همکار ارجمند روانشناسان آقای دکتر سید بدرالدین نجمی (دکترای روانشناسی) کتابی تحت عنوان «**دیابت نوجوانی**» تالیف نموده‌اند که به خاطر چاپ آن به ایشان تبریک می‌گویم. این کتاب برای متخصصین نوشته شده است و در آن به مباحثی پرداخته شده همچون: «روانشناسی سلامت، خصوصیات روانشناختی نوجوانی، مصاحبه انگیزشی، برخوردهای روانشناسی با بیماریهای مزمن نوجوانی، رویکرد شناختی ـ اجتماعی. سبک کتاب کاملاً علمی بوده و بیش از دویست منبع ارجاع حکایت از مطالعهٔ وسیع ایشان در این زمینه می‌باشد. متن روان و قابل فهم از مشخصات خوب این کتاب است.

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۶۶۸۳۴۰۵-۰۳۱۱

جای بسی شادمانی است که پس از انتشار چندین شماره از خبرنامه شاهد پیدایش کتاب «**گفتگوی همسران**» هستیم. مقالاتی که همکار روانپزشک، آقای دکتر علی عباسعلی زاده برای هر شماره آماده می‌نمودند همراه با مقالات مشابه دیگر در کنار هم گرد آمدند و خود کتابی شدند در خورِ ستایش. این مقالات قبلاً توسط خبرنامه مورد تقدیر قرار گرفته بود و لوح سپاس به ایشان اهداء شده بود. خوشبختانه در هر شماره‌ی خبرنامه از قلم ایشان مطلبی خواندنی وجود دارد که اغلب از روی تامل و تفکر نگاشته شده و به معنای واقعی تألیف خوانده می‌شود.

تهران: انتشارات قطره

و اما باز هم کتابی دیگر از همکار پرکار و پرتلاشمان آقای دکتر احمد پدرام.
که به همراه آقای دکتر محسن معروفی و خانم رقیه منصوری بنی (فردوسی)، خوشبختی را از ما دریغ کرده‌اند! کتاب «**خوشبختی یافتنی نیست دریافتنی است**» هر چه دلیل برای نیافتن خوشبختی است را مطرح نموده و هر روش برای دریافتنِ آن را به ما خاطر نشان کرده است. از درمانهای طبی و رواندرمانی افسردگی و اضطراب و وسواس گرفته تا نگاه به «انسان سالم» «شادکامی» و ریزه کاریهای کمال گرایی.

مرکز پخش: کتابسرای اسلام ۳۳۶۴۷۴۷-۰۳۱۱

امسال اتیسم در اصفهان با استقبال فراوان روبرو شد. علاوه بر سمینار دو روزه‌ی اتیسم که یک روز به متخصصین و روز دیگر به خانواده‌های مبتلایان اختصاص داشت دو کتاب با یک نام در این زمینه منتشر شد. کتاب اول با نام «**اوتیسم**» تألیفی است از مهدی فولادگر، منصور بهرامی پور و مجتبی انصاری شهیدی که هر سه در زمینه اوتیسم مشغول به کار می‌باشند. این کتاب علاوه بر رویکرد علمی که آن را شبیه یک پایان نامه‌ی مفصل کرده است، رویکرد آموزش به خانواده را نیز دارد.

انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان ۶۶۸۰۰۶۲-۰۳۱۱

و اما دومین کتابی که با نام «**اوتیسم**» معرفی می‌شود ترجمه‌ای است تخصصی توسط همکاران گفتار درمانگرمان فرانک صالحی و پگاه انصاری.
مؤلفین این کتاب سؤالاتی که برای پدر و مادرها پیش می‌آید را پیگیری کرده و مجموعه‌ای از دغدغه‌های ایشان را مطرح نموده‌اند. سؤالاتی که پدر و مادرها دارند همراه با جوابهای قانع کننده‌ی ایشان، ویژگی این کتاب است.

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۷-۷۹۲۳۰۶۶-۰۳۱۱

درمان مبتنی بر اصلاح طرحواره ها (طرحواره درمانی)

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

در الگوی درمان شناختی-رفتاری، پیشرفت درمانی به دنبال تغییر در طرحواره‌های شناختی روی می‌دهد. به ویژه هنگامی که بطور مستقیم باورهای نادرست بیمار اصلاح گردند و یا با بهره گیری از طرحواره‌های دیگر غیر فعال شوند. اصلاح طرحواره ها یا باورهای نهادین در کنار تصحیح شناخت های نا کارآمد و قوانین حاکی از بایدها و نبایدها جزو اهداف درمان شناختی-رفتاری به شمار می رود. بارلو(۲۰۰۲) می‌نویسد: درمان کارآمد، درمانی است که هدفش تغییر شناختهای ناکارآمد به کمک مداخله‌های شناختی باشد.

طرحواره‌ها همیشه باعث ایجاد سوگیری هایی در تفسیر ما از وقایع می‌شوند و این سوگیری ها به صورت سوء تفاهم‌ها، نگر شهای تحریف شده، فرض‌های غلط، اهداف و انتظارات غیر واقع بینانه تجلی می‌یابند. بنابراین باورهای غلط، محصول طرحواره‌ها هستند. طرحواره‌ها که در واقع در کودکی شکل گرفته اند و مبنایی برای نحوهٔ تفکر، احساس، رفتار و نوع روابط ما با دیگران می‌باشند در تمام حوزه‌های زندگی حضور دارند. باورهای نهادین، اطلاعات ورودی را پردازش و بدین وسیله نحوه ادراک ما از وقایع را تعیین می کنند. به عبارتی، ما تنها می توانیم آنچه را باور نهادین در اختیارمان می گذارد، ببینیم.

طرحواره ها یا به تعبیر استاد دکتر محمود منصور[1] روان بنه ها(schema)، ساختارهای ذهنی هستند که به ما در سازماندهی اطلاعات اجتماعی کمک می کنند و فرایند پردازش این اطلاعات را هدایت می کنند. طرحواره ها چون یک صافی عمل کرده و باعث می شوند ما به اطلاعات همخوان با آن ها توجه نموده و رمزگردانی کنیم. علاوه بر این پژوهش ها حاکی است که افراد اطلاعات همخوان با این چهارچوب ذهنی را بیش از اطلاعات ناهمخوان از حافظه بازیابی می کنند. طرحواره ها وقتی شکل گرفتند، اثرات نیرومندی بر آنچه ما به آنها نظر می کنیم (توجه)، آن ها را وارد حافظه می نماییم(رمزگردانی)، و بعد آن ها را به خاطر می آوریم(بازیابی) اعمال می نمایند. طرحواره ها به ما کمک می کنند تا اطلاعات دریافتی را پردازش کنیم، اما این چهارچوب های ذهنی حتی در برابر اطلاعات مخالف نیز دوام می آورند و در نتیجه درک ما را از جهان اجتماعی تحریف می کنند

طرحواره ها چونان تیغی دو لبه هستند:که از یک سو به ما کمک می کنند تا به جهان اجتماعی اطراف خود معنی بخشیم و اطلاعات دریافتی را به سرعت و با حداقل کوشش پردازش کنیم، اما از طرف دیگر، می توانند ما را در درک جهان به شیوه هایی که در واقع درست نباشند گیر بیاندازند. این وجه طرحواره ها به ماهیت خود تأییدکنندگی self-confirming nature آنها اشاره دارد. طرحواره ها رفتارها را به شکلی تحت تأثیر قرار می دهند که منجر به تأیید آن ها می شود. برای مثال طرحواره های یک فرد افسرده منجر به تشکیل انتظارات شکست در وی شده و این انتظارات با تأثیر بر باورهایش نسبت به خود، عملکردش را متأثر می سازد.

طرحواره ها، ایده های کلی ما نسبت به جهان، چگونه بودن چیزها و چگونگی کارکرد آن ها است. از دید روان شناسی گشتالت، طرحواره دانش سازمان یافته ای است که فرایند ادراک فعلی ما را شکل می دهد. این میانبرهای ذهنی برای ما امکان شناخت جهان بیرون و در نتیجه احساس پیش بینی و کنترل وقایع را فراهم می سازد. ما بدون طرحواره های شناختی، توانایی برخورد با موقعیتهای جدید را نداریم و در برخورد با چنین موقعیت هایی است که چهارچوب های ذهنی، امکان تحول می یابند. وقتی طرحواره ها شکل گرفتند متأسفانه در برابر تغییر بسیار مقاوم هستند و حتی در برابر اطلاعات مخالف خود نیز، بدون تغییر باقی می مانند.

باورهای نهادین (طرح واره ها) به ۳ شیوه عمده تداوم می یابد:

[1] استاد ممتاز دانشگاه تهران

۱- فرایندهای ابقای طرحواره (maintenance schema). به انواع تفکر و رفتارهای حفظ کننده باورهای نهادین گفته می شود.
۲- اجتناب از طرحواره(avoidance schema). به راهبردهای رفتاری، شناختی و هیجانی اشاره دارد که مراجع برای اجتناب از فعال شدن باور زیربنایی و آشفتگی هیجانی شدید همراه آن به کار می برد.
۳- جبران طرحواره (compensation schema). شامل افکار و رفتارهایی است که می کوشند با یک باور نهادین منفی مبارزه کنند یا به طور افراطی آن را جبران نمایند.

ممکن است مراجعان هر سه فرایند طرحواره ای را از خود نشان دهند، اما ویژگی های برخی را بارزتر نمایان سازند.

درمان مبتنی بر اصلاح طرحواره ها یا به عبارت مصطلح شده طرحواره درمانی یکی دیگر از الگوهای برخاسته از رویکرد شناختی-رفتاری است که نخستین بار توسط یانگ [2] و همکارانش در سالهای ۱۹۹۹-۱۹۹۰ برای اختلالات شخصیت، افسردگی مزمن و دیگر افراد دچار مشکل و مشکلات زوجی پیشنهاد شد. مطابق تعریف یانگ طرحواره های ناسازگار اولیه الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته، در سیر زندگی تداوم دارند، درباره رابطه خود با دیگران هستند و به شدت ناکارآمدند.

این درمان که مفاهیم و درمانهای شناختی – رفتاری سنتی را توسعه می دهد، دربردارنده عناصری از مکاتب روان تحلیل گری، شناختی-رفتاری، دلبستگی و روابط موضوعی است. یک نظام روان درمانی جدید که به ویژه مناسب بیماران درگیر مشکلات روان شناختی مزمن است. این روش تلفیقی است از عناصر شناخت درمانی، رفتاردرمانی، روابط موضوعی و گشتالت درمانی در یک بسته واحد و رویکرد نظام دار به درمان، که اخیراً با مراقبه توام با مراقبت ذهنی برای مراجعینی که می خواهند ابعاد معنوی را در زندگی خود دخیل کنند آمیخته شده است.

در این الگوی درمانی رفتار نتیجه ی تعامل میان آن چیزی است که ما اعتقاد داریم و آنچه ما احساس می کنیم. چنانچه قصد تغییر رفتار را داشته باشیم باید باورها و احساسات زیربنایی مرتبط با آن رفتار را تغییر دهیم. برای تغییر رفتار در موقعیت های واقعی زندگی فرد عوامل نافذ زیادی وجود دارد، که یکی از این عوامل باورهای بنیادین و ارزش آن ها است.

پرداختن به طرح واره ها (باورهای نهادین) پس از پاسخ دهی به افکار خودکار منفی و اصلاح قوانین و فرض های ناکارآمد هدف دیگر اقدام درمان شناختی رفتاری است. این باورها، ارزیابی های بنیادینی هستند که ما درباره خود (من بی ارزشم)، دیگران (نمی توانی به کسی اعتماد کنی) و جهان (همه چیز بر علیه من است) می سازیم.

معمولاً ترجیح داده می شود که کار کردن بر طرحواره در اوایل درمان شناختی انجام نگیرد، زیرا تصور می شود، به چالش کشیدن زودهنگام باورهای دوست داشتنی بیمار در درمان، نتیجه معکوس خواهد داد، چرا که ممکن است بیمار احساس کند مورد تهدید قرار گرفته و در نتیجه او را در برابر تغییر مقاوم نماید. آموزش باورهای نهادین (طرح واره ها) به مراجعان، مقدمه ای بر اصلاح این باورهاست.

باورهای نهادین؛ معمولاً در پرتو یادگیری های اولیه شکل می گیرند. آن ها می توانند مثبت (من ارزشمندم) یا منفی (کسی به من علاقه ای ندارد) باشند؛ اکثر افراد هر دو شکل را دارند. باورهای نهادین منفی غیرفعال، اغلب فعال می شوند و از این طریق گه گاه به هنگام آشفتگی هیجانی به آگاهی ما راه می یابند. به دلیل غلبه باورها در نحوه تفکر فرد، احتمال ردّ، تحریف یا نادیده گرفتن هر گونه اطلاعات یا تجربه ای که در تضاد با این طرحواره ها باشد وجود دارد؛ مراجع اطلاعات را هر چه فعالانه تر برای تأیید این باور پردازش می کند.

تمرکز اساسی توجه بالینی، بر ایجاد و تقویت باورهای جدید است نه اصلاح باورهای غیرانطباقی قدیمی. ممکن است برخی درمانگران معتقد باشند قرار دادن یک باور نهادین ناکارآمد در معرض بررسی تجربی، بطور طبیعی آن را تضعیف می کند و مراجع را از چنگ آن می رهاند.

با این وجود، همانطور که دی جولینی (۱۹۹۱) اشاره می کند، به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد برای تغییر دادن آنها کافی نیست.

انسان ها بدون داشتن شواهد علیه باورهای خود، از آن ها دست نمی کشند، مگر اینکه باور جایگزینی داشته باشند.

کار کردن بر باور نهادین می تواند نسبتاً ساده یا دشوار باشد. درمانگر نباید انتظار داشته باشد که طرح واره جدید مراجع در آغاز کار بر روی طرح واره ها کاملاً شکل گرفته و مستحکم باشد؛ درجهٔ اعتقاد مراجع به باور جدیدش تدریجاً با جمع آوری شواهدی که از آن حمایت می کنند تقویت خواهد شد. در حالی که درجه ایمان به باور قدیمی، با بازآزمایی شواهدی که آن را تأیید می کرده اند، تضعیف می شود. یک تغییر کوچک که طرحوارهٔ جدید را تقویت می کند، معمولاً برای مراجع امیدوار کننده تر از تغییر کوچکی است که طرحواره قدیمی را تضعیف می کند. (پادسکی و گرین برکر ۱۹۹۵)

درمان طرحواره محور، برای کمک به بیماران و به منظور تغییر در الگوهای دراز مدت از جمله شیوه های تعامل با دیگران به وجود آمد. یانگ در پژوهش های خود اذعان می دارد که فنون این الگوی درمانی به وفور برای درمان اختلالات شخصیت به کار گرفته شده و در جلوگیری از عود افسردگی، اختلال های اضطرابی، سوء مصرف مواد، مجرمان جنایتکار، اختلالات خوردن، درد مزمن، آسیب دیدگی های دوران کودکی و زوجین مشکل دار به کار گرفته شده است. ایشان در پژوهشی دریافتند که آمادگی روان شناختی و طرحواره ها پیش بینی کننده سازگاری فرد است.

2 -Jeffrey Young

مکاتبات انجمن

به نام خدا

همکار ارجمند (متخصص اعصاب و روان)

با سلام

هم زمان با روز ملی صرع(۸۹/۱۱/۱) بدین وسیله از جنابعالی به عنوان متخصص و صاحب نظر درامور درمان دعوت می گردد در جلسه ای که به منظور بحث و تبادل نظر در خصوص چگونگی راه اندازی کلینیک تخصصی صرح برگزار می شود، شرکت فرمائید.

حضور گرم شما در این جلسه سرمایه ای با ارزش جهت گسترش فعالیت های خیرخواهانه انجمن صرع اصفهان خواهد بود

با تشکر □ دکتر سید جلال ضیایی

رئیس هیات مدیره انجمن صرع اصفهان

مکان جلسه : بلوار کشاورز- بعد از سه راه سیمین نرسیده به بزرگراه شید حبیب اللهی جنب مسجد المعصوم(ع)-کلینیک تخصصی صرع مسیح

زمان جلسه : روز جمعه مورخه ۸۹/۱۱/۱ از ساعت ۱.:۳. الی ۱۲ همراه با صرف ناهار

گزارش افتتاح مرکز انجمن صرع اصفهان

درروز جمعه اول بهمن ماه انجمن صرع از تعدادی نورولوژیستها و روانپزشکان استان دعوت نموده بودکه در افتتاح این مرکز حضور بهم رسانند.

محل این انجمن توسط خیری در اختیار انجمن قرار گرفته بود.

در ابتدای جلسه جناب آقای دکتر ضیایی رئیس انجمن صرع ضمن خوشامد گویی به شرکت کنندگان توضیح داد که اهداء کننده فردی است فرهنگی که فرزندی داشته مبتلا به بیماری صرع یک روز فرزندش در منزل تنها بوده که پس از حمله صرع بعلت خفگی فوت می کند و پس از از دست دادن فرزند، این فرد خیر بخاطر اینکه عملی نیکو برای بیماران مصرع انجام دهد منزل مسکونی اش را که ۳ طبقه می باشد ۲ طبقه آنرا بنام انجمن صرح بطور رسمی و قانونی انتقال می دهد که البته هر دو طبقه را تجهیز هم نمود و این مرکز آماده است که خدمات لازم را به بیماران صرعی ارائه دهد.

افتتاح این مرکز را به انجمن صرع اصفهان تبریک می گوییم و امیدواریم که این انجمن بتواند با در اختیار داشتن این امکانات خدمات شایسته ای به افراد نیازمند مصروع ارائه دهند. انجمن علمی روانپزشکان اصفهان نیز اعلام می دارد که در صورت نیاز در این مرکز همکاریهای لازم را بعمل خواهد آورد.

ماجرای نامه رئیس انجمن اصفهان به هئیت مدیره جدید انجمن علمی روانپزشکان ایران

از همایش تهران بازگشته بودم و بر آن شدم که نامه ای به هئیت مدیره انجمن که بتازگی انتخاب شده بودند بنویسیم چون هنوز رئیس انجمن انتخاب نشده بود لذا نامه را جهت هئیت مدیره ارسال داشتم و پس از آن جواب نامه را دریافت نمودم تقریباً تمام پیشنهادها بصورت محترمانه رد شده بود و فقط یک مورد آن تایید شده بود آنجا که پیشنهاد کرده بودم یکی از اعضای هیئت مدیره بعنوان مسئول شاخه ها انتخاب گردد تا شاخه ها بتوانند ارتباط بهتری با انجمن مرکز داشته باشند شاید بسیاری از مشکلات شاخه ها قبل از طرح در جلسات روسای انجمن ها قابل حل و فصل باشد.

تجلیل از پیشکسوتان بالای ۸۰ سال بسیار پسندیده است اگر در گذشته از پیشکسوتان شاخه ها نیز تجلیل شده قابل تقدیر است ولی نباید فراموش شود که علاوه بر تهران شهرستانها نیز هستند. امسال از ۳ پیشکسوت که از تهران بودند تجلیل شد. بجا بود در کنار آنان از پیشکسوتان شهرستان هم تقدیر می شد.

وقتی پیشنهاد شده بود زمان سخنرانیها در همایش بیش از ۱۵ دقیقه باشد جواب داده شده بود که سخنرانی بیش از ۱۵ دقیقه موجب کسالت و خستگی شنوندگان خواهد شد.

حال اگر سخنران نتواند سخترانیش را جمع بندی کند و نتیجه مطلوب را ارائه دهد ایرادی نیست . بهرصورت تشکر می کنم از اینکه پیشنهادهای اینجانب مورد بررسی قرار گرفت و امیدواریم در سال آینده مراسم اختتامیه آنطور که شایسته انجمن هست برگزار گردد.

دکتر مرتضی واعظی

ریاست انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

روانپزشک

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

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

با سلام و احترام

بازگشت به نام شماره ۲۵۳ مورخه ۸۹/۹/۱۵ مفاد نامه در حضور هیات مدیره قرائت و بشرح زیر تصمیم گیری گردید.
تصمیمات مربوط به شاخه های انجمن در جلسات هیات مدیره اتخاذ می گردد.بدیهی است نظارت اعضای هیات مدیره نتیجه بهتری خواهد داشت. در حال حاضر در همایش ها، مدت سخنرانی حداکثر ۱۵ دقیقه تعیین می گردد واز نظر علمی-سخنرانیهای نیم ساعته موجب کسالت و خستگی مستمعین خواهد شد.

در مورد برنامه جلسه اختتامیه، ایراد شما وارد می باشد وکمیته همایش و هیات مدیره در مورد زمان آن تصمیم مقتضی خواهند گرفت. در رابطه با تجلیل از پیشکسوتان، کمیته همایش ها از افرادی که سن ۸۰ سال به بالا دارند تجلیل بعمل آورد و قبلاً آقایان دکتر پورافکاری از تبریز، دکتر محوری از شیراز نیز تجلیل شده است.

در مورد انتخابات شاخه برتر ضمن تایید ایراد جنابعالی فعالیتهای شاخه شیراز در سال جاری تا حدود زیادی همپایه شاخه اصفهان بوده است و آقای دکتر مظاهری در جلسه مذکور قصد تقدیر مجدد از شاخه اصفهان را داشته است.

در مورد جلسه روسای شاخه ها هیات مدیره معتقد به تکراری بودن آن نمی باشد ولی از بیان طرحها و پیشنهاد و برنامه های جدید نیز استقبال می کند.

غلامرضا میرسپاسی
رئیس انجمن علمی روانپزشکان ایران

بسمه تعالی

ریاست محترم انجمن روانپزشکان اصفهان

با سلام و احترام

به پیوست تصویر نامه قائم مقام رئیس کل و معاون نظارت و برنامه ریزی سازمان مرکزی در خصوص ارسال لیست مالیات حقوق منشی و سایر کارکنان خود به واحد مالیاتی ارسال می گردد.

لذا خواهشمند است ترتیبی اتخاذ گردد تا اعضاء محترم آن انجمن از مفاد نامه مطلع گردند.

دکتر عباسعلی جوادی
رئیس سازمان نظام پزشکی اصفهان

قابل توجه متخصصین محترم رشته های روان پزشکی، مغز و اعصاب، داخلی، پزشکی اجتماعی و پزشکان عمومی

نشریه علمی- پژوهشی تحقیقات علوم رفتاری بر اساس مجوز شماره ۶۳۳ صادره از اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی، در نظر دارد در شماره دوم از دوره هشتم(پی در پی۱۶) خود، مقاله ای با عنوان « تشخیص و درمان افسردگی سالمندان» با ۱ امتیاز جهت بازآموزی به چاپ می رساند. علاقمندان می توانند با مراجعه به آدرس اینترنتی نشریه www.jrbs.ir و یا مراجعه به دفتر مجله، در بهار سال ۱۳۹۰ جهت تهیه مقاله اقدام و مراحل ثبت نام و ارسال پاسخ نامه های خود را طی نمایند.

سردبیر نشریه
دکتر غلامحسین احمدزاده

بسمه تعالی

ریاست محترم سازمان نظام پزشکی شهرستان اصفهان

سلام علیکم

احتراماً، به موجب ماده ۱۹۷ قانون مالیاتهای مستقیم کلیه مطب ها و دفاتر کار اعضای سازمان (تمامی پزشکان، دندانپزشکان و...) همچنین بیمارستانها، درمانگاهها،مراکز تصویربرداری، آزمایشگاهها،داروخانه ها و سایر مراکز تشخیصی و درمانی؛ می بایست لیست مالیات حقوق منشی و سایر کارکنان خود را حتی اگر مشمول مالیات نباشند،هرماهه به واحدمالیاتی مربوطه ارائه نمایند. در غیر این صورت معادل ۲درصد حقوق پرداختی به کارکنان، جریمه خواهند شد.

همچنین طبق ماده ۱۹۹ قانون مالیاتهای مستقیم در صورتیکه کارکنان مشمول مالیات حقوق گردند.علاوه بر جریمه فوق مشمول جریمه معادل ۲.درصد پرداخت نشده نیز خواهند گردید.

خواهشمند است موضوع به نحو مقتضی برای کلیه مطبها، دفاتر کار و سایر مراکز تشخیصی ،درمانی شهرستان اطلاع رسانی گردد.

دکتر علیرضا زالی
قائم مقام رئیس کل و معاون نظارت و برنامه ریزی

بسمه تعالی

ریاست محترم انجمن علمی روانپزشکان اصفهان
جناب آقای دکتر واعظی

موضوع: اعلام آغاز فعالیت

با سلام و احترام

به استحضار میرساند انجمن علمی درمانگران اعتیاد استان اصفهان به شماره ثبت ۲۸۶۶ از مورخ ۱۳۸۹/۱۰/۲۹ با اهداف و هیات مدیره بشرح پیوست در محل سازمان نظام پزشکی آغاز فعالیت نموده است.

مراتب جهت بهره برداری ایفاد می گردد.

دکتر اکبر دانشور
رئیس انجمن علمی درمانگران اعتیاد استان اصفهان

آگهی تاسیس موسسه انجمن علمی درمانگران اعتیاد استان اصفهان

موسسه فوق در تاریخ ۱۳۸۹/۱۰/۲۹ تحت شماره ۲۸۶۶ و شناسه ملی ۱۰۲۶۰۶۰۷۳۳۰ در این اداره به ثبت رسیده و در تاریخ ۱۳۸۹/۱۰/۲۹از لحاظ امضا ذیل دفاتر تکمیل گردیده و خلاصه آن به شرح زیر جهت اطلاع عموم در روزنامه رسمی آگهی می شود.

۱ موضوع موسسه:

۱) تقویت هویت و تعلق حرفه ای حول محور درمان اعتیاد و بهره گیری از آن در جهت تعالی اخلاق حرفه ای و قانون مداری اعضا

۲) مشارکت در جهت ارتقا برنامه ها – قوانین و مقررا ت جاری در حوزه پیشگیری – درمان و بازتوانی اعتیاد از طریق ارائه پیشنهادات کاربردی

۳) همکاری در جهت استقرار یک نظام جامع رتبه بندی و اعتبار بخشی – در زمینه های کیفی کمی با رعایت اصل اقتصادی بیشینه سازی منافع عامه و تعیین تعرفه خدمات درمانی مراکز

٤) پشتیبانی و یا اجرای پژوهش های علمی / کابردی در زمینه اعتیاد و همچنین انتشار نتایج آنها با اخذ مجوز از مراجع ذیربط قانونی

٥) تامین بستر لازم برای هماهنگ و استاندارد نمودن – همراه با تضمین کیفیت و ایمنی عملیات بالینی مراکز بویژه در حوزه مداخلات غیر دارویی با تدوین دستور العملها – خطوط راهنمای عملی و منشور اخلاق حرفه ای

٦)ارتقای دانش و مهارت دست اندرکاران این حرفه – مبتنی بر شواهد علمی در مشارکت با دانشگاهها و مراکز معتبر

۷) تلاش در جهت حمایت از حقوق درمانگران اعتیاد و همچنین بیماران مراجعه کننده به آنها

۸) تقویت همکاری و هماهنگی بین نهادهای قانونی فعال در زمینه اعتیاد

۹) تلاش در جهت بسط و تعمیق آگاهی جامعه در زمینه مدلهای علمی در امور پیشگیری درمان و بازتوانی

۱۰) تقویت و هدایت فعالیتهای مددکاری در زمینه درمان و بازتوانی اعتیاد

۲ مدت موسسه: از تاریخ ثبت به مدت نامحدود

۳ مرکز اصلی موسسه: استان اصفهان – شهر اصفهان – خیابان شیخ صدوق جنوبی – میدان برج – سازمان نظام پزشکی

٤ سرمایه موسسه: مبلغ ۱/۱۰۰/۰۰۰ ریال می باشد

٥ اولین مدیران موسسه:

۱–٥ آقای اکبر دانشور باغبادرانی به سمت رئیس هیئت مدیره

۲–٥ آقای آرش قدوسی به سمت نائب رئیس هیئت مدیره

۳–٥ آقای خلیل مومنی به سمت عضو هیئت مدیره

٤–٥ آقای بابک کاویان به سمت عضو هیئت مدیره

٥–٥ آقای آیت اله سهرابی به سمت عضو هیئت مدیره

٦–٥ آقای عباس غلامی حسین آبادی به سمت عضو هیئت مدیره (بعنوان عضو علی البدل)

۷–٥ آقای حمید میرزایی به سمت عضو هیئت مدیره (بعنوان عضو علی البدل)

۸–٥ آقای حبیب الله صادقیان به سمت خزانه دار

۹–٥ آقای خلیل امیرزاده ایرانق به سمت دبیر

۱۰–٥ آقای خلیل مومنی به سمت مدیر عامل به مدت ۳ سال انتخاب گردیدند.

٦ دارندگان حق امضا: کلیه اوراق و اسناد مالی و تعهدات موسسه با امضای رئیس هیئت مدیره و خزانه دار و با مهر موسسه ودر غیاب رئیس با امضا نائب رئیس هیات مدیره و خزانه دار و با مهر موسسه معتبر است.

۷اختیارات مدیر عامل: طبق اساسنامه

۸بازرس اصلی و علی البدل:

۱–۸ آقای هومن منشئی به عنوان بازرس اصلی

۲–۸ آقای علیرضا کفاشیان به عنوان بازرس علی البدل

رونوشت به: معاونت درمان اصفهان بازگشت به شماره ۱۲پ/۱۱/۷/٤٦۸۷۸ مورخ ۱۳۸۹/۱۰/۲۱

درد دل

جمشید هادی

ما زیاران چشم یاری داشتیم　　خود غلط بود آنچه ما پنداشتیم
تا درخت دوستی کی بر دهد　　حالیا رفتیم و تخمی کاشتیم

به نام و یاد حضرتی آغاز می کنم که نامش دواء دردها و ذکرش شفاء آلام است و چیزی غیر از ذکر و یاد او نمی تواند موجب آرامش و اطمینان قلوب گردد، و با اعتقاد راسخ به دار باقی و گیتی موعود که حق وعده کرده است. باز هم خداوند را سپاس بیکران و شکر هزاران گویم که این توفیق را یافته ام که خدمت گذار مظلومترین و معصوم ترین قشر بیمار در جامعه باشم و به پاس این انعام الهی سجده شکر می گذارم که در طول مدت بیست و نه سال که بخاطر دارم در بوته آزمایش الهی قرار گرفته و انشاء ا... به فیوضات الهی نائل گشته باشم.
حقیر جمشید هادی پرسنل مرکز پزشکی فارابی، که قبل از آن در صنعت نفت و سپس در سازمان تربیت بدنی و بعد از آن به استخدام بهداری و بهزیستی سابق در آمدم. در سال ۱۳۶۱ در شهرستان سمیرم با امکانات بسیار کم و محدود طرح خود را گذرانده و سپس علی رغم میل باطنی به مرکز روانپزشکی اصفهان انتقال یافتم. سال ۱۳۶۲ با افتتاح اولین اورژانس روانپزشکی (ملاصدرا) در سطح کشور به عنوان مسئول پرستاری انتخاب و همزمان با جنگ تحمیلی در زندان مرکزی اصفهان و در پست سوپروایزر بیمارستان سینا انجام وظیفه می نمودم و هر چند گاه نیز عازم مناطق جنگی می گردیدم. تجربه اینجانب با توجه به کمبود نیروی پزشک و پرستار و محدود بودن داروهای روانپزشکی شروع کار در کنار روانپزشکان و همکاران محترم بالاخص آشنائی با استادگرانقدر جناب دکتر واعظی تکمیل گردید. در زمان بمباران هوائی اورژانس روانپزشکی به محل فعلی بیمارستان حضرت امیرالمومنین (ع) (رحیم زاده سابق) انتقال یافت، که در این مرکز در حادثه با برخورد با بیماران دچار نقص عضو گردیدم که هنوز پس از گذشت سالها آثار آن بیماری صعب العلاج باقی می باشد و جهت درمان مرتبا عازم تهران بوده و هزینه های گزاف را متحمل گشته ام و مسئولین قضایا را به سخره گرفته و خود را به تجاهل و تغافل زدند. بخشهای روانپزشکی در آن زمان بصورت سنتی اداره می گردید. روانپزشکی اصفهان پذیرای بیماران از استانهای شرق، جنوب، هرمزگان... بوده که اورژانس روانپزشکی ملاصدرا با ۱۴ تخت مردان و زنان فعال جوابگوی بعضی اوقات حدود بیش از یکصد نفر بوده که اجبارا بیشتر اوقات چندین شیفت متوالی را بدون هیچ مزایا و پاداشی می گذراندم. می توان گفت متاسفانه و یا خوشبختانه انسانها همیشه بعد از کسب تقریبا تمام تجارب علمی و عملی و فیوضات، دار فانی را باید وداع گویند. اکنون با گذشت ۲۹ سال سابقه معتقدم که کادر روانپزشکی باید که یا عاشق و یا دیوانه بوده باشند تا بتوانند به نحو احسن انجام وظیفه نمایند. با این وصف چه توجیهی برای دستمزد پائین، سختی کار، ساعات کار بالا، کمبود مرخصی سالیانه، صعوبت و عدم امنیت شغلی هست؟!! مضافا اینکه انتقال پرسنل به بخشهای روانپزشکی به ندرت با میل شخصی انجام می گیرد و هنوز هم بصورت اجباری است، اشکالات اساسی نشان از کم اهمیت دانستن این حرفه و بی توجهی به آن می باشد. علیهذا باز هم همکاران شایسته، صبور، دلسوز و کاردان با تمام مشکلات با عشق و علاقه در حال انجام وظیفه بوده و هستند. باشد که خداوند سلامتی و سعادت به آنان عطا فرمایند که بزرگترین ثروت الهی است. در پایان کلام بزرگی را یادآور می شوم که فرمود اگر پیامبر اکرم (ص) بر دستان کارگری بوسه زد بلحاظ ارزش و برکت شغل آنهاست.
ضمنا از زحمات سرکار خانم دکتر مقصود لو که مشوق اینجانب در نوشتن به مختصر وضعیت خدمت اینجانب بودند کمال تشکر و قدردانی را دارم.

نتیجه نظر خواهی از همکاران

دکتر مسعود ازهر
دبیر انجمن روانپزشکان اصفهان

اوایل دی ماه در یکی از بازآموزیهای مدون روانپزشکی ، انجمن اصفهان اقدام به نظر خواهی از همکاران نمود تا راهنمای برنامه ریزیهای آتی باشد کلا شصت پرسشنامه توزیع شد و نیمی از برگه ها بازگشت . و اما نتیجه و بحث نظرات همکاران :

۱ – اطلاع رسانی (SMS): همگی به اتفاق آن را ضروری و مناسب دانسته اند . پس از اولین کنگره سایکوسوماتیک که نحوه اطلاع یافتن همکاران از کنگره ارزیابی شد و نتایج آن نیز در خبرنامه آورده شد انجمن متوجه شد شایعترین روش انتقال اطلاعات شنیدن از یکدیگر است . در آن زمان هنوز پیام کوتاه با این وسعت به کار گرفته نمی شد . انجمن شروع به جمع آوری آدرس اعضا کرد و با تلاش بسیار لیست جامعی تهیه شد . ارسال پیام کوتاه از طریق موبایل روشی موفق برای اطلاع رسانی در مورد برنامه های آموزش مدون و مراسمی که مربوط به انجمن بوده شد.
با انتقال تجربیات در جلسات روسای انجمن ها ، انجمن تهران نیز از این روش استفاده کرد . باید از خانم دکتر مقصودلو که به موقع و مسئولانه ، این مهم را پیگیری می کنند تشکر نمائیم.

۲ – مراسم دید و بازدید عید: تقریبا نیمی از همکاران یا از مراسم خبر نداشتند و یا شرکت نکرده بودند و حتی یک نفر نوشته بود امکان پذیر نیست ! ما بقی ابراز رضایت کرده بودند و بعضی ها خواسته بودند برنامه متنوع تر و بیشتر باشد. سالهاست که یک بار در سال ضیافت برقرار می شود . ابتدا فقط همکاران بودند و به صرف افطار بود . کم کم از خانواده ها نیز دعوت به عمل آمد و همکاران رزیدنت نیز به این مجلس راه پیدا کردند . از سال گذشته نیز مانند انجمن تهران عمل شد و جلسه عنوان دید و بازدید عید را به خود گرفت . وجود همکاران با خانواده شان باعث ایجاد صمیمیت و آشنایی بیشتر می شود و تاثیر مثبتی در روابط کاری نیز داشته است . در جلسات هیات مدیره به این موضوع اهمیت داده می شود و نظرات متنوعی از یک روز گردهمایی در باغ تا سفرهای برون مرزی مطرح می گردد .

۳ – خبرنامه: تعدادی از همکاران نوشته بودند خبرنامه به دستشان نمیرسد و مابقی ابراز رضایت از آن داشتند و تقاضای ماهنامه شدن نیز مطرح شده بود . خبرنامه مشخصه انجمن اصفهان است و در تمام کشور توزیع می شود . جای تاسف است که با این همه تلاشی که می شود تا خبرنامه به وجود آید به علت مشکلات ناشی از پست و تغییر آدرس ، بعضی از آن بی بهره می شوند . امیدوارم با راه اندازی سایت اینترنتی انجمن ، بتوانیم ادرسها را دقیق تر کنیم . با این حال یادتان نرود که شب عید حتما عیدی پست چی را بپردازید !

۴ – سایت اینترنتی: تقریبا همه با علامت سوال به این پرسش پاسخ داده بودند .
www.isf-psychiatrist.com

۵ – تذکر خطاهای علمی و عملی از طرف انجمن به همکاران: این سوال بیشترین حجم پاسخ را دریافت کرده بود . در مجموع آن را ضروری و لازم دانسته بودند و نحوه ابلاغ آن را محترمانه و محرمانه خواسته بودند. این که در این زمینه شورایی عمل شود یا استاندارد سازی شود نیز مطرح شده بود. در این رابطه در یکی از مصوبات هیات مدیره انجمن متنی تهیه شد که در آن به موارد زیر پرداخته شده است. انجمن از نظر قانونی حقی برای توبیخ یا تنبیه ندارد ولی این را وظیفه خود می داند که اعضا خود را درقبال اتهاماتی که به آنها وارد می شود حمایت کند. بنابراین بهتر دانسته است قبل از آنکه دیگران شاکی شوند خودمان را اصلاح کنیم و همچنین محرمانه از طرف رئیس انجمن تذکری دوستانه داده شود تا فرصت اصلاح را داشته باشیم و قافلگیر نشویم.
بنابراین اگر همکاران متوجه ی خطایی فاحش در کار دیگر همکار خود شدند لطفا قبل از آنکه مشکل جدی ایجاد شود آن را به هیات مدیره انجمن اطلاع دهند تا علاج واقعه را قبل از وقوع انجام دهیم .

۶ – بازآموزی ها: اکثراً آن را مناسب توصیف کرده اند و در ضمن خواسته اند متنوع تر باشد یا درمورد انتخاب نموضوع از همکاران نظر سنجی شود . همچنین از اعضای غیر هیئت علمی نیز دعوت به عمل آید . آخرین بازآموزی بصورت پانل اجرا شد و مورد تحسین عده ای قرار گرفته بود . با این حال یکی از مشکلات عمده انجمن در زمینه بازآموزی های مدون این است که بار ارائه مطالب بردوش اعضای هیات علمی است، کسانی که از نظر قانونی هیچ نیازی به شرکت در این بازآموزیها ندارند . امیدوارم همکاران دیگر به این خود باوری برسند که بتوانند پا پیش گذاشته و ارائه مطلب کنند. کما اینکه بارها از انان دعوت شده ولی نپذیرفته اند.

۷ – ارتباط با هیئت مدیره: معدود افرادی که به این پرسش پاسخ داده بودند تقاضای شماره تلفن یا محلی برای مراجعه و صحبت با هیات مدیره را داشتند . هیات مدیره باید فکر جدی تری برای این موضوع بکند. اگر چه مدتها یک تلفن با ماشین پاسخ گو و یک شماره موبایل برای ارسال پیام کوتاه در اختیار اعضا بوده است ولی هوا بس ناجوانمردانه سرد بوده و سلام انجمن را کسی پاسخ نگفته است.

۸ – ارتباط با دیگر همکاران : در این زمینه همه ابراز نارضایتی کرده اند و خواسته اند ترتیبی اتخاذ شود که همکاران بتوانند همدیگر را بشناسند و از هم بیشتر بدانند و مراوده ی بیشتری داشته باشند . انجمن با ایجاد مراسم برای دید و بازدید، خبرنامه برای خواندن مطالب همکاران و بزودی سایت اینترنتی ، قصد بهبود ارتباط همکاران را بایکدیگر دارد.
کلام آخر اینکه نظرات شما ارزشمندند . از ابراز آنها دریغ نکنید .

برنامه کلینیک فوق تخصصی روانپزشکی

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

شنبه	روانپزشکی سالمندان	مرکز فوق تخصصی روانپزشکی (خیابان شریعتی)
یکشنبه	پوست-روانپزشکی	بیمارستان نور
	گوارش-روانپزشکی	مرکز فوق تخصصی روانپزشکی (خیابان شریعتی)
دوشنبه	روانپزشکی-سرطان	بیمارستان سیدالشهدا
	وسواس	مرکز فوق تخصصی روانپزشکی (خیابان شریعتی)
سه شنبه	قلب-روانپزشکی	بیمارستان نور
	گوارش-روانپزشکی	بیمارستان نور
	سایکوسکچوال	مرکز فوق تخصصی روانپزشکی (خیابان شریعتی)
پنجشنبه	داخلی-روانپزشکی	بیمارستان نور

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

انجمن متخصصین روانپزشکی شاخه اصفهان با همکاری هیئت پزشکی ورزشی استان اصفهان برگزار می نماید:

مجموعه برنامه های مدون روانپزشکی و روانشناسی ورزشکاران ویژه متخصصین روانپزشکی

۳۱ خرداد لغایت ۲ تیر ۱۳۹۰

مکان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، باغ گیاهان دارویی تالار سبز

اطلاعیه تکمیلی متعاقبا اعلام خواهد شد.

برنامه بازآموزی های مدون روانپزشکی ویژه پزشکان عمومی سال ۱۳۸۹

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

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

۸۹/۰۹/۱۸ اختلالات رفتاری کودکان
تالار زیتون دکتر ازهر، دکتر نجفی، دکتر صفوی، دکتر شکیبایی

۸۹/۱۱/۲۸ آموزش مهارت های زندگی
دکتر ابراهیمی، دکتر یعقوبی،

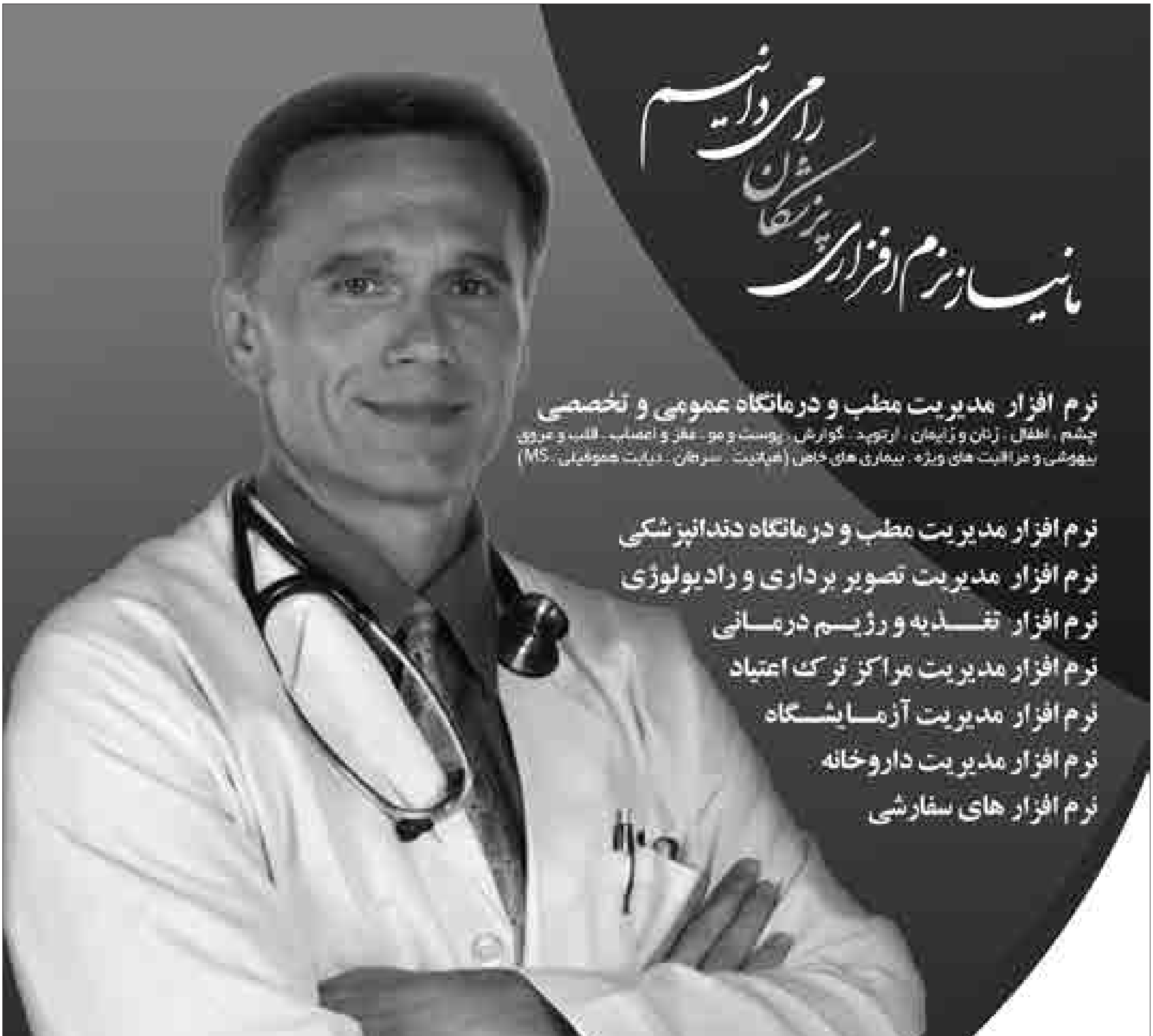
برنامه بازآموزی های مدون روانپزشکان سال ۱۳۸۹

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

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

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

۸۹/۱۱/۲۱ روانپزشکی سالمندی (تازه های دمانس و درمانهای دارویی)
سالن کنفرانس بیمارستان نور دکتر سمندری، دکتر برکتین، دکتر احمد زاده، دکتر ابراهیمی



ما نیاز نرم افزاری پزشکان را می دانیم
نرم افزار مدیریت مطب و درمانگاه عمومی و تخصصی
چشم . اطفال . زنان و زایمان . ارتوپد . گوارش . پوست و مو . مغز و اعصاب . قلب و عروق
بیهوشی و مراقبت های ویژه . بیماری های خاص (هپاتیت . سرطان . دیابت هموفیلی . MS)
نرم افزار مدیریت مطب و درمانگاه دندانپزشکی
نرم افزار مدیریت تصویر برداری و رادیولوژی
نرم افزار تغذیه و رژیم درمانی
نرم افزار مدیریت مراکز ترک اعتیاد
نرم افزار مدیریت آزمایشگاه
نرم افزار مدیریت داروخانه
نرم افزار های سفارشی
٥٠٪ تخفیف ویژه پزشکان
نماینده رسمی ADSL 2+
اینترنت پر سرعت برای تمامی خطوط
طب هوشمند
طرح امداد رایانه معین اصفهان
ارائه کلیه خدمات رایانه در محل شما
۶۲۶۵۱۶۳
۰۹۱۳۱۱۴۰۴۰۹