خبرنامه داخلی انجمن علمی روانپزشکان استان اصفهان
دو فصلنامه پاییز و زمستان/ ۱۳۹۱

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

آدرس جدید خبرنامه: خیابان شریعتی -نرسیده به حکیم نظامی
مرکز فوق تخصصی روانپزشکی-دفتر انجمن روانپزشکان اصفهان
پست الکترونیک: ravan.pezeshky@gmail.com
وب سایت: www.isf-psychiatrist.com
تلفن انجمن اصفهان: ۰۹۱۳-۰۷۵-۸۵۳۰

انجمن علمی روانپزشکان ایران
شاخه اصفهان

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

با تشکر از همکاران این شماره:
دکتر سید مرتضی واعظی - دکتر صفا مقصودلو - دکتر مسعود ازهر - دکتر محمد رضا شیدایی - دکتر مریم رضایی - دکتر آرش قدوسی - دکتر علی عباسعلی زاده -دکتر ترانه تقوی - دکتر ناصر معزی -منیژه شیخ حسینی -دکتر آرش ناهید- دکتر افشین یداللهی- دکتر حمید محمدبیگی - دکتر ریحانه خدادادی - دکتر ناهید گرامیان -دکتر فریدون یدالله مقدم

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

ای مهربان من، من دوست دارمت
چون سبزه های دشت، چون برگ سبز
درختان نارون
معیارهای تازه زیبایی
با قامت بلند تو سنجیده می شود
با غربت غریب فراوانش مانند شعر من
ای شعر بی قرین !
و این تفاخر از سرشوخی ست،
نازنین ....

شعر از حمید مصدق،
تلخیص دکتر شیدایی

سخن آغازین........................ ۲
بیست و نهمین همایش سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران........................ ۳
پنجمین کنگره روانپزشکی کودک و نوجوان........................ ۴
روان پویایی یک مورد مبتلا به ضعف حافظه سایکوژنیک........................ ۵
چشم ها را باید شست........................ ۷
چالش هایی در مطب روانپزشکی........................ ۸
کلام مولوی، داروی ضد افسردگی........................ ۷
اختلالات روانی ناشی از متامفتامین ها و جرائم و قوانین مربوط به آن........................ ۱۰
اخبار انجمن........................ ۱۳
اخبار کوتاه دارویی........................ ۱۴
شرح حال من در انجمن........................ ۱۶
داروهای ضد افسردگی و استئوپروزیس........................ ۱۷
آسمان آرزو........................ ۱۸
نگاهی به تاریخ بیهقی........................ ۱۸
گزارش واحد سلامت روان مرکز بهداشت استان اصفهان........................ ۱۹
آیا من مادر هستم، سیاه نمایی بود یا سیاه بازی؟........................ ۲۰
پرسش و چالش........................ ۲۱
پاسخ دکتر معزی به پرسش شماره قبل........................ ۲۲
پرسش و چالش این شماره........................ ۲۳
حق نقض رازداری........................ ۲۵
اختلال خلقی دوقطبی در دوران بارداری و درمانهای دارویی........................ ۲۷
واگویه هایی از سردلتنگی........................ ۳۰
مجله علوم رفتاری........................ ۳۲

سخن آغازین

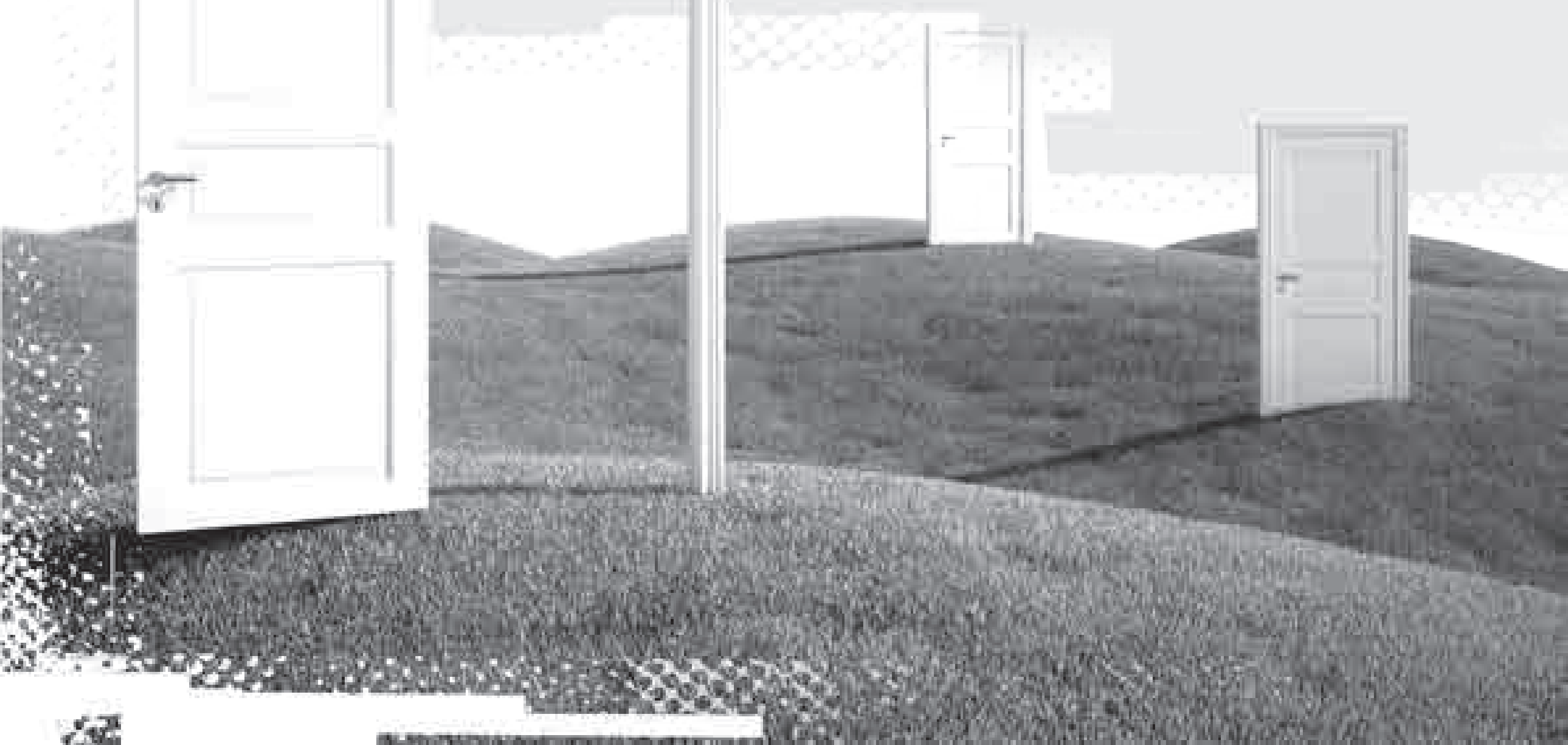
دکتر صفا مقصود لو- روانپزشک و مسئول خبرنامه

احساس سوختن به تماشا نمی شود
آتش بگیر تا که بدانی چه می کشم

انتخابات انجمن نزدیک است. شاید باز هم عده ای نام آشنا نامزد شوند و آخر سر ، شمارش برگه ها نشان از انتخاب آنها داشته باشد. ولی آنچه در عمل می بینیم گوشه گیری اکثریت همکاران از امور انجمن است. سوای هویت حرفه ای که همواره از این انجمن صنفی گرفته ایم ، پیشرفت های لازم شغلی نیز وابسته به عملکرد آن است. امور متعدد زمین مانده نه به دلیل نقصان کارکرد منتخبین بل به دلیل حجم و بزرگی این امور است که اشاره به برخی از آنها خالی از لطف نیست.

از آموزش شروع کنیم که در حال حاضر به بازآموزی ها بسنده شده و بسیار می تواند گسترده تر باشد از جمله دوره های فلوشیپی با همکاری گروه روانپزشکی ، حضور در مجامع بین المللی و بازخورد آموزه ها به همکاران را می توان نام برد. برنامه های هم اندیشی علمی و دعوت از سخنرانان بنام در رشته های مختلف نیز از این دست است. در امور صنفی ، تعامل با بیمه ها ، ایجاد بستر مناسب برای باز تولید مشاغل و بطور خلاصه تمام مشکلات صنفی باید از طریق انجمن حل و فصل شود. آنچه در همه دنیا معمول است «خانه شغلی» روانپزشکان انجمن است ، چه برای بدست آوردن «روانپزشکی نوین» از نظر علمی و چه برای بدست آوردن «روانپزشکی کارآمد» از نظر صنفی. آن روی سکه ، بی تفاوتی به کارکرد انجمن است . رخوت و فتوری که به حرفه ما سایه خواهد افکند نتیجه عملی این رویگردانی است. پسرفت علمی و حرفه ای را نباید با گلایه از زمین و زمان رفع و رجوع نمود که باید با « خود بازنگری» به یافتن ریشه ها پرداخت.

بی شک قدرت هیئت مدیره انجمن در پیشبرد اهداف متعدد و مهم بجز با حمایت و همفکری اعضا میسر نیست. انجمن برای ارتقاء نیاز به فکر و ابتکار جدید دارد. نیار به نیروهای فعال و پر انرژی که روحی تازه در کالبد انجمن بدمند. پس اندیشه ها و تجربیات خود را از انجمن دریغ نکنید و به میدان بیاید...



بیست و نهمین همایش سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران

بیست و نهمین همایش سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران از تاریخ ۱۱ لغایت ۱۳ آبان ۱۳۹۱ در بیمارستان میلاد تهران برگزار شد. این همایش در غالب ۱۶ سمپوزیوم (با ارائه حدود ۱۰۰ مقاله) و ۵ کارگاه و شرکت حدود ۷۲۰ نفر برگزار گردید. محورهای اصلی سمپوزیومها به موضوعاتی نظیر: اخلاق حرفه ای در روانپزشکی، آموزش روان-درمانی به روانپزشکان، ادبیات و روانپزشکی، روانپزشکی و روان تنی، آموزش قوانین حرفه ای روانپزشکی، توانبخشی، روانپزشکی و رسانه، خواب، تازه های اختلالات دوقطبی و روانپزشکی کودک و نوجوان و سایکونورولوژی اختصاص داده شده بود.

همچنین کارگاههای TCDS, TMS, Q-EES، معادلات دوقطبی و کوموربیدیتی در بای پولار برگزار گردید.

مناسبت ویژه این همایش تجلیل از استاد بزرگوار دکتر سید احمد جلیلی بود که در اولین روز کنگره در ساعات اولیه صبح در سالن اصلی همایش برگزار گردید.

این مراسم با پخش کلیپی از زندگینامه استاد شروع شد و سپس دوستان و یاران ایشان به تجلیل و ذکر مقام والای ایشان پرداختند.

در آخر هدایایی از تمام شاخه های انجمن ها و کمیته ها و گروههای روانپزشکی دانشگاهها و بیمارستانها به جناب استاد تقدیم شد.

دکتر جلیلی بعنوان روانپزشک، معلم، مدیر، پژوهشگر و شاعر در بسیاری از صحنه ها حضوری جدی داشتند. و در این میان در انجمن روانپزشکی ایران در تمام دوره ها حضوری چشمگیر و سازنده داشتند. حضوری که از دید انجمن جهانی روانپزشکی نیز پوشیده نمانده و سبب شد به مسئولیت منطقه ای انجمن برگزیده شود. دکتر جلیلی از فعال ترین و مبتکرترین روسای انجمن روانپزشکان ایران بوده است و در دوران او انجمن چه در سطح ملی و چه در سطح جهانی به اوج های تازه دست یافت. و اینها همه، تجلیل از او را معنی دار می کند.

انتخاب کمیته و شاخه برتر در مراسم اختتامیه همایش:

کمیته رسانه با سرپرستی آقای دکتر مجید صادقی بعنوان کمیته برتر انتخاب گردید. همچنین از بین شاخه هایی که کاندید شاخه برتر انجمن بودند، شاخه خراسان به ریاست سرکار خانم دکتر نخجوان بعنوان شاخه برتر انتخاب شد.

پنجمین کنگره روانپزشکی کودک و نوجوان

۱۷ تا ۲۱ مهر ماه ۹۱

دکتر مسعود ازهر- فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

پیدا کردن تالار همایشهای رازی کار سختی نبود اگر چه دستیابی به آن برای منِ شهرستانی مشکل بود. ترافیک تهران و نقشه بزرگ تهران چیزهایی نیستند که به سادگی در ذهن تعلیم ندیدهٔ من بگنجد.

دیدن دوستان قدیمی واستقبال آقای دکتر محمودی قرائی شعفی خاص در دلم ایجاد کرد. او مثل همیشه با احساس مسئولیت زیاد به هر سو سری می کشید و لحظه به لحظه تصمیمی و حل مشکلی .واقعاً خوشحالم که فردی با توانائیهای او در میان روانپزشکان کودک است. آقای دکتر تهرانی دوست نیز از این سالن به آن یکی و ساعتی در مقام هیات رئیسه و ساعتی دیگر در جایگاه مستعمین با اشاره به ساعت نگران درست اجرا شدن سمپوزیومها و سخنرانیها بود.

در گوشه ای از تالار، رادیو سلامت بساط خود را پهن کرده بود وعوامل آن با جدیت در تلاش برای گزارشهای زنده و مصاحبه های جالب بودند و من خوشحال از اینکه در جمع کسانی هستم که هر کدام حرفی برای گفتن دارند و دغدغه بهداشت روانی مردم را.

در گوشه ای دنج خانم دکتر امامی از کرمان هنر بچه های زلزله زده و بی سرپرست را به نمایش گذاشته بود.

استقبال مردم از کنگره برایم عجیب بود ولی تهران است و معجزه های بی شمار. روانشناسان، گفتاردرمانگران، کاردرمانگران و مشاوران عده کمی نیستند. چهارسالن در آن واحد پربود و تالار و راهروها هم .

یکی از سمپوزیومها مربوط بود به رادیو و تلویزیون و بحثهای آتشین در ستایش و کوبش برنامه ها. چه شخصیت جالبی دارد خانم مرضیه برومند که انگار همه این برنامه ها چیده شده بود تا تقدیری در خور و شایسته او انجام شود. مادرِ «مادربزرگه» حرفهای قشنگی داشت و به زیبایی از او قدردانی شد. باز هم بر افتخاراتم افزوده شد وقتی دیدم همکارانم چه دستِ پرتوانی در ادبیات و شعر و هنر دارند و چه با تعصب از آرمانهایشان دفاع می کنند.

نمیدانم توانستم کنگره را توصیف کنم یا نه. وقتی به دخترکم می گویم چه غذایی بخوریم می گوید یک غذای خوشمزه! ولی من تا اسم غذا را ندانم نمی توانم از آن چیزی دریابم. پس کمی اعداد و ارقام هم اضافه می کنم:حدود هزار و هفتصد شرکت کننده. شش کارگاه آموزشی. هزارودویست و پنجاه مقاله رسیده که نهصد وپنجاه تای ان قبول شده و صد و شصت تای ان بصورت سخنرانی و مابقی بصورت پوستر ارائه شد.سمپوزیومهای متعدد.سه سخنران کلیدی خارجی و سه تا ایرانی.برنامه موسیقی تالار وحدت . تور یکروزه کندلوس و دوتا تور داخل شهری. مخلص کلام خوب بود دستشون درد نکنه.

ببینیم سال دیگر در تبریز چگونه خواهد بود.

روان پویایی یک مورد مبتلا به ضعف حافظه سایکوژنیک

دکتر علی عباسعلی زاده ▫ روانپزشک

بیمار مورد نظر ما خانم د ذ دختر جوان مجردی است اهل خوانسار و دانشجوی حسابداری.
شکایت عمده ایشان اینست که فراموشی پیدا کرده است وبه دلیل « ضعف شدید حافظه « در تحصیل پیشرفت نداشته است.
او یکبار بعد از سه سال تحصیل در رشته ای که چندان به آن علاقه ای نداشته است به دلیل عدم پیشرفت تحصیلی انصراف داد و دلیل اصلی عدم موفقیت تحصیلی خود را « ضعف شدید حافظه « می دانست . او سپس در رشته ای که مورد علاقه او بود پذیرفته شد ولی در همان ترم اول با وجود علاقمندی زیاد « به دلیل ضعف شدید حافظه « مشروط شد . اگرچه از قول مادرش همه مشکل حافظه او در امر درس خواندن است اما خود او می گوید که در همه عرصه ها دچار فراموشی شده است . مثلاً اسامی را بخاطر نمی آورد و یا ناگهان در خیابان گم می شود و نمیداند که از کدام طرف برود .

نخستین گام در قبال شکایت از فراموشی اطمینان از وجود یا فقدان یک علت اورگانیک به معنای عرفی آن است وگرنه هیچ مشکل صرف اورگانیک یا غیر اورگانیک نداریم و همه اختلالات رفتاری، شناختی، خلقی و تفکر صرف نظر از اینکه مطابق تعریف و طبقه بندی های قراردادی در حیطه نورولوژی باشد یا روانپزشکی جنبه بیو سایکو سوشیال دارد.
اگر توجیه نورولوژیک برای فراموشی بیمار یافت شد اختلال او در گروه و مجموعه اختلالات شناختی ناشی از یک مشکل طبی قرار می گیرد.
"Amnestic Disorders« اگر توجیه متعارف نورولوژیک برای فراموشی بیمار یافت نشد باید اطمینان یابیم که آیا بیمار واقعاً دچار فراموشی شده است یا خیر . مثلاً در اختلال جسمی شدن بیمار از مشکل حافظه شاکی است ولی معاینه کننده دلیلی برای اینکه قانع شود که بیمار از فراموشی رنج ببرد نمی یابد . در اختلال جسمی شدن هیچ اهمیتی ندارد که ما نکته عینی برای شکایت جسمانی بیمار پیدا نمی کنیم بلکه مهم فقط آن است که بیمار از یک مشکل جسمی شاکی است و اتفاقاً ما نه تنها توجیه اورگانیک برای این شکایت نداریم بلکه به نظر نمی رسد که بیمار بطور کلی مشکل حافظه داشته باشد و به همین دلیل است که بسیاری از همکاران غیر روانپزشک به این بیماران می گویند که « هیچ چیز تان نیست « و موجب تشدید مشکل آنها می شوند. طبیعتاً پیش آگهی این بیماران در درمان به هیچ وجه خوب نیست چون ظاهراً چیزی که تغییر بکند وجود ندارد . اگر مشکل این بیمار اختلال جسمی شدن باشد در نظر اول « اختلال حافظه ای وجود ندارد که بتوان درمان کرد « گرچه برخورد درمانگرانه خاص خود را می طلبد .
اما بر خلاف اختلال جسمی شدن ، در آمنزی سایکوژنیک اگرچه دلیل نورولوژیک کاملا مرتبط با فراموشی بیمار پیدا نمی کنیم و اگرچه اختلال حافظه بیمار متناقض است اما فراموشی – البته بصورت متعارض و متناقض و در بعضی زمینه ها ، وجود دارد .
لذا باید اطمینان یابیم که آیا بیمار از درجاتی – هر چند متناقض و بی تناسب و علی الظاهر غیر قابل توجیه ، از فراموشی رنج می برد یا فقط مدعی است که دچار فراموشی شده است ؟
نکته مهم دیگر در تشخیص گذاری فراموشی بیمار این است که آیا بیمار از اختلال روانپزشکی پایه ای تری رنج نمی برد که موجب فراموشی شده است . مثلاً اختلال تمرکز در ثبت خاطرات و اتفاقات مشکل ایجاد میکند و طبیعتاً اگر مطلبی به درستی به خاطر سپرده نشود به یاد آوردن آن نیز مشکل می شود.
اینگونه فراموشی را در اختلال تمرکز به هر دلیل از جمله در افسردگی ها ، اختلال استرس بعد از سانحه ، اختلال اضطراب منتشر ، اختلال توجه به هر دلیل ، اختلال دو قطبی و ... می توان دید .
در بیمار مورد بحث ما یک نکته بسیار حائز اهمیت از نظر سایکودینامی علامت و بالطبع تشخیص مشکل او وجود دارد و آن اینکه او اصلاً از افسردگی و یا اضطراب شکایت ندارد . او حتی بطور ثانوی نیز از اینکه دچار مشکل حافظه شده و بخاطر آن افت شدید تحصیلی پیدا کرده است خلق افسرده یا اضطراب قابل توجه پیدا نکرده است . او با کمال خونسردی مدعی است که حافظه اش بسیار ضعیف شده است. این بدین معناست که دفاع روانی او در توسل جستن به فراموشی خیلی خوب عمل کرده است. او در واقع به فراموشی و ضعف حافظه پناه برده است تا مشکلی جدی تر را نبیند و یا از مسئولیتی نا خوشایند فرار کند . حال پرسش این است که بیمار از چه چیزی فرار می کند ؟ فراموشی و ضعف حافظه چه امتیاز و ارمغانی برای او دارد ؟ او چه نیازی به فراموشی دارد ؟ او در واقع چه چیزی را می خواهد فراموش کند که در حواشی آن ناگزیر مطالب کم اهمیت تر را نیز فراموش می کند؟
همانطور که مشاهده می کنید وقتی در صدد یافتن پاسخ به پرسش های فوق بر

می آییم به دلیل اینکه برخورد عمیق تری به مشکل می کنیم طبقه بندی های قرار دادی معمول اختلالات روانپزشکی – که هرچند بسیار مفید اما علامت محور هستند، بهم می ریزد.

در واقع با یک مشکل مشابه بسته به اینکه کدام مکانیسم های دفاعی بیشتر به کار گرفته شود یک بیمار ممکن است تشخیص اختلال جسمی شدن و بیمار دیگری اختلال آمنزی سایکوژنیک بگیرد.

البته اگر تشخیص آمنزی سایکوژنیک بگیرد پیش آگهی بهتری دارد و برنامه رواندرمانی او تحلیلی تراست و اگر تشخیص اختلال جسمی شدن باشد پیش آگهی بد تری در انتظار اوست و برنامه درمان
او نیز عمدتاً حمایتی و مدارا با علایم است.

حال به پرسش هایی که مطرح کردیم بر می گردیم.

آیا اختلال حافظه بیمار توجیه نورولوژیک دارد؟

بیمار هیچ نقص نورولوژیک نداشته است. توسط همکاران نورولوژیست نیز بررسی شده است
و نکته پاتولوژیکی یافت نشده است. در بررسی های پاراکلینیک از جمله MRI یافته غیر طبیعی مشاهده نشد.

آیا بیمار به راستی از فراموشی رنج می برد و یا فقط خود او چنین احساسی دارد؟ او نه تنها از فراموشی رنج می برد بلکه احساس می کند در حالت رویا گونه ای بسر می برد که دریافت خواب آلوده ای از اعضای خود و نیز محیط پیرامون خود دارد.(Trance like state – Depersonalization)

که گهگاه از این حالت خارج می شود و درک طبیعی و واقع بینانه ای از خود و محیط پیرامون خود پیدا می کند که با احساس خوب واقع بینی همراه است.

او درحالیکه وصف کاملی از سالن انتظار مطب که بیست دقیقه قبل آن را دیده است می کند و یا کلمات مشابه چندی با معنای خانه بیان می کند که حکایت از حافظه خوب بصری و کلامی او دارد اما فراموش کرده است که آخرین مهمانی که رفته است پنجشنبه هفته قبل بوده است یا جمعه؟. او می گوید که از بعضی لحظه ها هیچ چیز در ذهن او ثبت نشده است و انگار ذهن او از خاطرات بعضی لحظه ها خالیست. او به خاطر نمی آورد که آخرین بار کی و به کجا سفر کرده است. او حتی از روزهای بسیار پر هیجان و خاطره انگیز انتخابات ریاست جمهوری خرداد سال ۸۸ چیزی به یاد نمی آورد و می گوید «چیزی در ذهن من ثبت نشده است«.

آنچه بیمار با بیانی شاعرانه می گوید بیشتر از همه تجربه ای Dissociative را تداعی می کند.

بیمار چه نیاز نوروتیکی به فراموشی دارد؟ او چه چیزی را می خواهد فراموش کند؟

از شیوه های متداول در مصاحبه درمانی که در عین حال تشخیص و روان پویایی اختلالات تجزیه ای را نیز روشن می سازد هیپنوتیزم است. هیپنوتیزم عوارض خاص خود را دارد و از جمله اینکه ممکن است با ترانسفرانس مثبت شدیدی همراه شود که کار قطع درمان را مشکل سازد و من بیشتر از همه به این دلیل که مایل بودم بیمار بینش عمیق تری نسبت به بیماری خود پیدا کند نه آنکه فقط تحت تاثیر القائات بهبودی گذرا پیدا کند و بعد از مدتی با علایم دیگر برگردد و نیز بتوانم روان پویایی مشکل او را درک کنم و بیمار بتواند در آگاهی کامل نگرش سازنده تری با مشکلات خود بیابد از هیپنوتیزم گذشتم.

شیوه متداول دیگر در درمان اختلالات تجزیه ای تداعی آزاد است. بیمار می گوید ضعف حافظه هیچ سودی برای او نداشته است و نیز هیچ معنای سمبلیکی برای او ندارد. فقط می خواهد حافظه اش برگردد. وقتی به حال خود رها می شود هیچ حرفی برای گفتن ندارد. ضمن گفتگو با بیمار و تمرکز بر سر خاطرات غیر قابل انکار و واداشتن او به اینکه سعی کند تا خاطرات معمول زندگی خود را به یاد آورد به من گفت که از تمرکز برای یاد آوری خاطرات سر درد می گیرد و نیز عصبانی می شود. تقریباً برای من تردیدی نماند که بیمار سعی چندانی برای یادآوری مطالب فراموش شده نمی کند بلکه بر عکس سعی می کند با تاکید بر اینکه چیزی در ذهن او ثبت نشده است خود را از تکلیف یادآوری موضوعات خلاص کند و با این ترتیب به نظرم رسید با مجبور کردن بیمار برای یادآوری خاطرات مهم و غیر قابل انکار گره مسئله باز خواهد شد. در واقع نوعی تداعی آزاد کنترل شده را انتخاب کردم.

با کمک مادر بیمار در یاد آوری خاطرات و ضمن حمایت همدلانه از بیمار و با توجه به میزان تحمل او سعی کردیم تا مقاومت بیمار را برای رو در رو شدن با مشکل فراموشی او خنثی کنیم.

از بیمار پرسیدم از انتخابات ریاست جمهوری سال ۸۸ آنچه به یاد دارد بازگو کند. در جواب گفت هیچ چیز از آن روز ها به یاد ندارد. این شروع نخستین چالش جدی برای مواجهه بیمار با اختلال حافظه او بود که با توجه به شرحی که گذشت بی شک هیچ تشخیص دیگری جز Dissociative amnesia نمی توانست مطرح باشد.

در جلسه بعدی بیمار خاطرات قابل توجهی از خرداد ۸۸ بیان کرد. او هر بار می گفت چیزی به یاد نمی اورد و با کمک من و مادر و مطالب زیادی را بخاطر آورد اما کماکان خاطره فوق العاده ای که با تخلیه هیجانی شدیدی همراه باشد بیان نشد. با مختصری توضیح پیرامون خاطرات تلخی که هرگز فراموش نمی شوند و هر کسی بدون استثنا از این نوع خاطرات دارد قرار گذاشتیم در جلسه آینده ایشان خاطرات تلخ گذشته خود را بیان کند.

پیشرفت کار در جهت رفع فراموشی با مقاومت او همراه می شود. از شایع ترین نوع مقاومت عدم همکاری در درمان و غیبت در جلسات درمانی است. پیشداوری من از دینامیسم فراموشی او عدم توفیق ایشان در درس خواندن است. او یکبار به دلیل اینکه رشته تحصیلی خود را دوست نداشته است ترک تحصیل کرده است و این بار در رشته « مورد علاقه « خود نیز توفیقی نداشته است و به نظر من به فراموشی پناه برده است. داشتن فرضیه اولیه برای کشف هر معمایی اجتناب نا پذیر است و در عین حال قضاوت عجولانه دشمن اصلی کشف حقیقت است و تعادل در این امر یکی از وظایف عمده کار درمانی است.

بهر حال مشکل اصلی بیمار در مصاحبه کاوشگرانه که در عین حال حمایتگرانه است با استفاده از تکنیکهای روشن سازی، مواجهه و تفسیر مشخص می شود.
.

وقتی نیاز بیمار به فراموشی صرفا یک نیاز نوروتیک است باید دید آیا راه بهتری که سازنده تر و پخته تر باشد برای مواجهه با مشکل اصلی او وجود دارد؟ چه مکانیسم روانی دیگری در قبال مشکلی که دارد می توان به او پیشنهاد کرد که کارآیی بهتری داشته، آبرومندانه تر باشد، انطباقی و انعطاف پذیرانه، منطقی تر و سازنده باشد؟

باید به بیمار کمک شود که اگر مشکل اصلی او نا توانی در امر تحصیل یا هر مشکل دیگری است شیوه سازنده و مناسبی برای مقابله با آن پیدا کند نه آنکه خود را با مکانیسم های دفاعی نوروتیک به زحمت بیندازد.

چشمها را باید شست

ترمیم کژی‌های شناختی با کلام مولوی

دکتر آرش ناهید- روانپزشک

ای برادر تو همه اندیشه ای — مابقی خود استخوان و ریشه ای
گر بود اندیشه ات گل گلشنی — ور بود خاری تو هیمه گلخنی
گر گلابی بر سر و جَیبَت زنند — گر تو چون بولی برونت افکنند

این ابیات ارزش انسان را معادل اندیشه اش بیان می کند. هر چه اندیشه سالمتر، انسان سالمتر و هر چه اندیشه مخرب تر بنای سلامتی ویرانتر است و حتی ارزش ما در دیدگاه دیگران نیز تحت تاثیر افکار ما قرار دارد.

همانطور که می دانید دیدگاه شناختی رفتاری اینطور بیان می کند که: تفکر ما موجب ایجاد احساس و احساس باعث ایجاد عمل می شود (تفکر← احساس ← عمل). هنگامی که ما با یک اتفاق روبرو می شویم باورهای زیرین ما به صورت ناخودآگاه موجب بوجود آمدن افکار اتوماتیک (خودآیند) می شوند، این افکار اگر منفی باشند موجب ایجاد احساس منفی و در نتیجه عمل منفی می گردند. پس چنانچه بخواهیم آب را از سرچشمه ببندیم چاره ای جز بازنگری این باورهای زیرین نداریم.

آدمی را فربهی هست از خیال — گر خیالاتش بود صاحب جمال
ور خیالاتش نماید ناخوشی — می گدازد همچو موم از آتشی
در میان مار و کژدم گر تو را — با خیالات خوش آن دارد خدا
مار و عقرب گر تو را مونس شود — آن خیالات کیمیای مس شود

این ابیات نیز تاکید بر تغییر تفکر دارد. افکار خوش نه تنها در احوال خود ما تاثیر می گذارد بلکه مانند کیمیایی در روابط بین فردی ما عمل کرده و بدترین و بدزبان ترین اطرافیان ما را نیز تحت تاثیر قرار می دهد. چقدر تلاش کردیم تا اطرافیان خود را تغییر دهیم و عاقبت متوجه شدیم این کار جز آب در هاون کوبیدن نیست.

هر کسی کو عیب خود دیدی ز پیش — کی بُدی فارغ خود از اصلاح خویش
غافلند این خلق از خود ای پدر — لاجرم گویند عیب یکدگر

باور زیرین که ما را به سمت تغییر دیگران سوق می دهد ریشه در افسانه خوشبختی پس از ازدواج با شاهزاده اسب سوار دارد. در واقع این دست باورها نیز از حقایقی سرچشمه می گیرد اما مولوی به ما کمک می کند تا حد امکان آنها را اصلاح کنیم.

یار بد نیکوست بحر صبر را — چونکه صبرت می گشاید صدر را

بسیاری از کژیهای شناختی ما در دوران کودکی شکل گرفته، همانهایی که تا سن پنج سالگی همچو وحی منزل بر ما باریده است و نمی دانیم چند درصد از آنها هنوز به شکل قانون لایتغیر در ذهن تُرکتازی می کنند.

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

مولوی از ما می خواهد هر انچه آموخته ایم را مورد ارزیابی مجدد قرار دهیم و آن را به بوته آزمایش بسپاریم، پس تعصبهایمان را چه کنیم؟

سختگیری و تعصب خامی است — تا چنین کار خون آشامی است

پس بهتر است از رَحِم باورهای خود به دنیای حقیقت بیاییم تا درک بهتر و روشنتری از جهان داشته باشیم.

یکی از فعالیتهای ذهن این است که اتفاقات را به دو دسته خوب و بد تقسیم می کند. جدای از درست یا غلط بودن این کار (که انشاءالله بعداً با جزئیات بیشتر در مورد آن صحبت خواهیم کرد) کار بعدی ذهن این است که به صورت وسواس گونه ای می خواهد اتفاقات یکی پس از دیگری به صورت مثبت به وقوع بپیوندد. ولی مشکل این است که اتفاقات از فرمان ما پیروی نکرده و راه خود را می روند در نتیجه ما لب به گله از زمین و زمان می گشاییم.

زین سبب نبود ولی را اعتراض — هر چه بستاند فرستد اعتیاض (جایگزین)
گر بسوزد باعث انگورت دهد — در میان ماتمی سورت دهد

هر گاه زندگی چیزی از ما می گیرد آنقدر دلگرفته و ناراحت می شویم که هر آنچه تا به حال به ما داده و خواهد داد را فراموش می کنیم، سوالی که برای ما پیش می آید این است، اصلاً چرا باید مشکلی پیش بیاید؟ یکی از باورهای زیرین این فکر آن است که چون من آدم خوبی هستم هر آنچه برای من پیش می آید هم باید خوب باشد- مولوی به شوخی می گوید اوضاع آنطور که ما می خواهیم پیش نخواهد رفت:

آن یکی خر داشت پالانش نبود — یافت پالان گرگ خر را در ربود
کوزه بودش آب می نامد به دست — آب را چون یافت خود کوزه شکست

آشتی با زندگی کلید لذت بردن از گنج زندگی است، داستانهای مثنوی هم به ما کمک می کند تا به درک این حقیقت نزدیکتر شویم:

سواری بر اسب می آمد و از دور مردی را در زیر درخت خفته یافت. مرد خفته دهانش گشوده بود و ماری فرصت را غنیمت دانست و به گمان آنکه لانه ای گرم و نرم یافته آرام آرام به دهان مرد خفته خزید. مرد سوار به تاخت آمد اما هنگامی که به زیر درخت رسید مار کاملاً وارد بدن مرد شده بود. او سراسیمه به اطراف نگریست و چیزی جز تعدادی میوه گندیده نیافت. او مرد خفته را بیدار کرد و به زور شلاق او را به خوردن میوه ها واداشت. مرد همانطور که میوه ها را می خورد ناله می کرد و از مرد سوار می خواست: اگر قصد جان او را دارد این کار را سریعتر انجام دهد و او را از این درد و رنج برهاند ولی مرد سوار گوشش بدهکار نبود تا آنکه میوه های گندیده کار خود را کرد و مرد هر آنچه در معده داشت به علاوه مار بالا آورد.

تا بدید از خود برون آن مار را — سجده آورد آن نکو کردار را

اگر به این باور برسیم که سختیهای زندگی گنجی گرانبهاست، خداوند را به خاطر این نعمت نیز سپاس می گوییم.

از خدا یابی جزاها ای شریف
قدرت شکرت ندارد این ضعیف

چالش‌هایی در مطب روانپزشکی

راهکارهای پیشنهادی شما چیست؟

دکتر ترانه تقوی- روانپزشک

گاهی در مطب به مواردی چالش برانگیز بر می خوریم که نیاز است جهت جلوگیری از آسیب احتمالی روانپزشک، منشی و سایر بیماران، حفظ آرامش و امنیت در مطب، رعایت شدن حقوق و حرمت روانپزشک و منشی او و در عین حال ارائه بهترین راهکارهای درمانی که نیازهای بیمار و خانواده او و جامعه را برآورده کند، چاره اندیشیهای خردمندانه انجام دهیم و اینکار افزون بر دانش پزشکی و روانپزشکی به بهره بردن از خرد جمعی (که هدف این نوشتار است)، در نظر گرفتن مسائل حقوقی، اجتماعی و فرهنگی دارد. به برخی از این موارد چالش برانگیز اشاره می کنم و امیدوارم همکاران گرامی راهکارهای پیشنهادی خود را ارائه دهند و موارد دیگری از این چالشها و تجربه های شخصی خود را بازگو نمایند.

۱) گاهی در مطب با بیمارانی مواجه می شویم که تا حدی آشفته و تحریک پذیر هستند و با گفتگوی چند جلسه ای سایکوتیک بودن یا حداقل مختل بودن قضاوت آنها معلوم می شود. شرایط وقتی پیچیده می شود که آنها همراهی ندارند که به نیابت از بیمار انجام راهکار درمانی مانند مصرف دارو یا بستری کردن را به آنها بسپاریم و یا همراهیان بیمار از نظر فرهنگی، اجتماعی یا سطح سواد در حد پایینی هستند و بیماری، خطرات و عوارض آن یا راهکارهای درمانی را نمی پذیرند و خطر پرخاشگری شدید، خودکشی، دیگرکشی وجود دارد.

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

۲) گاه افرادی به مطب مراجعه می کنند و شرح حال سایکوز، پرخاشگری، افکار و یا اقدام به خودکشی، فرار از مدرسه و رفتارهای پرخطر و ... در یکی از اعضای خانواده گزارش می کنند و از شما جهت آوردن چنین بیمارانی به مطب و یا درمان بیمار و بدون مراجعه او یا چگونگی بردن او به اورژانس و بستری کردن کمک می خواهند و یا به شما اصرار می کنند که برای ویزیت به منزل بروید. در این موارد آیا از نظر قانونی روانپزشک در مورد چنین بیمارانی مسئولیت دارد و به فرض اگر این بیمار اقدام به خودکشی یا دیگرکشی کرد خانواده او می توانند اظهار کنند که ما از روانپزشک کمک خواستیم و ایشان کوتاهی کردند؟
در این موارد به همراه بیمار چه راهکار یا راهکارهایی پیشنهاد می کنید؟

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

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

۵) با بیمارانی که بیان می کنند مشکل مالی دارند (درست یا نادرست) و می خواهند بدون پرداخت ویزیت یا با تخفیف زیاد ویزیت شوند چه کنیم؟

٦) با بیماران سفارش شده چه کنیم؟ پسرم دیروز به دلیل ..... مدرسه نرفته آقای دکتر ..... سلام رساندند و گفتند برایش گواهی بنویسید!!!، آقای .... مدیر بخش ....اداره .... سلام رساندند و خواستند گواهی بنویسید تا پسر خواهرشان از سربازی معاف شود!!
خانم .... از دبیرستان .... یا مرکز مشاوره .... زنگ می زنند و پیام می دهند که دانش آموز یا مراجعشان مشکل مالی دارد، لطفاً رایگان یا با تخفیف ویژه او را ویزیت نمایید!
نمی دانم انها اگر اندیشه ای انسان دوستانه در سر می پرورند چرا خودشان دست به جیب نمی شوند و هزینه ویزیت را در اختیار دانش آموز قرار نمی دهند؟! و می خواهند روانپزشکان همه مشکلات جامعه را حل کنند! گاهی بدتر از آن می گویند این دانش آموز، یا دختر همسایه یا نوه عموی ما را ویزیت کنید، خیلی بدبخت است بعداً! خدمت می رسیم هزینه را تقدیم می کنیم! و این در بعداً هرگز رخ نمی دهد. اگر ریاکار نیستند و واقعاً می خواهند هزینه ویزیت را بپردازند چرا پیش از ویزیت شدن بیمار یا دست کم پس از آن اینکار را نمی کنند؟!

۷) بیمارانی که ویزیت می شوند و قرار می شود سه هفته دیگر دوباره ویزیت شوند چند هفته می گذرد، خانم منشی با آزمایشی در دست وارد می شود و می گوید خانم.... بیمارتان می خواهد جواب این آزمایش را به او بگویید! برگه زیراکسی در جلسه نخست در اختیار بیمار قرار داده اید و ذکر نموده اید که پاسخ آزمایش در ویزیت بعدی دیده می شود. از تاریخ آزمایش می فهمید که امروز همان سه هفته موعود است! و بیمار فکر می کند زرنگی کرده و اگر بدون نوبت و پرداخت ویزیت به مطب بیاید و شما پاسخ آزمایش را به او بگویید ویزیت آن جلسه او بی خرج و زحمت انجام شده گویی شما یک جراحی کرده و یک بیوپسی به آزمایشگاه فرستاده اید و مرگ و زندگی بیمار به پاسخ این پاتولوژی بستگی دارد! برای همین است که خیلی از همکاران با یک آه بلند می گویند ای کاش جراح شده بودیم و با کارد به جان بیماران و جیبشان افتاده بودیم!!!

۸) بیمارانی هستند که شما را با روانشناسان که ویزیتهای سی یا چهل و پنج دقیقه ای دارند اشتباه می گیرند و می خواهند در زمان ویزیت داستان هزار و یک شب از عشقهای نافرجام و تراژدیهایی از ستمدیدگیهای بی پایان تعریف

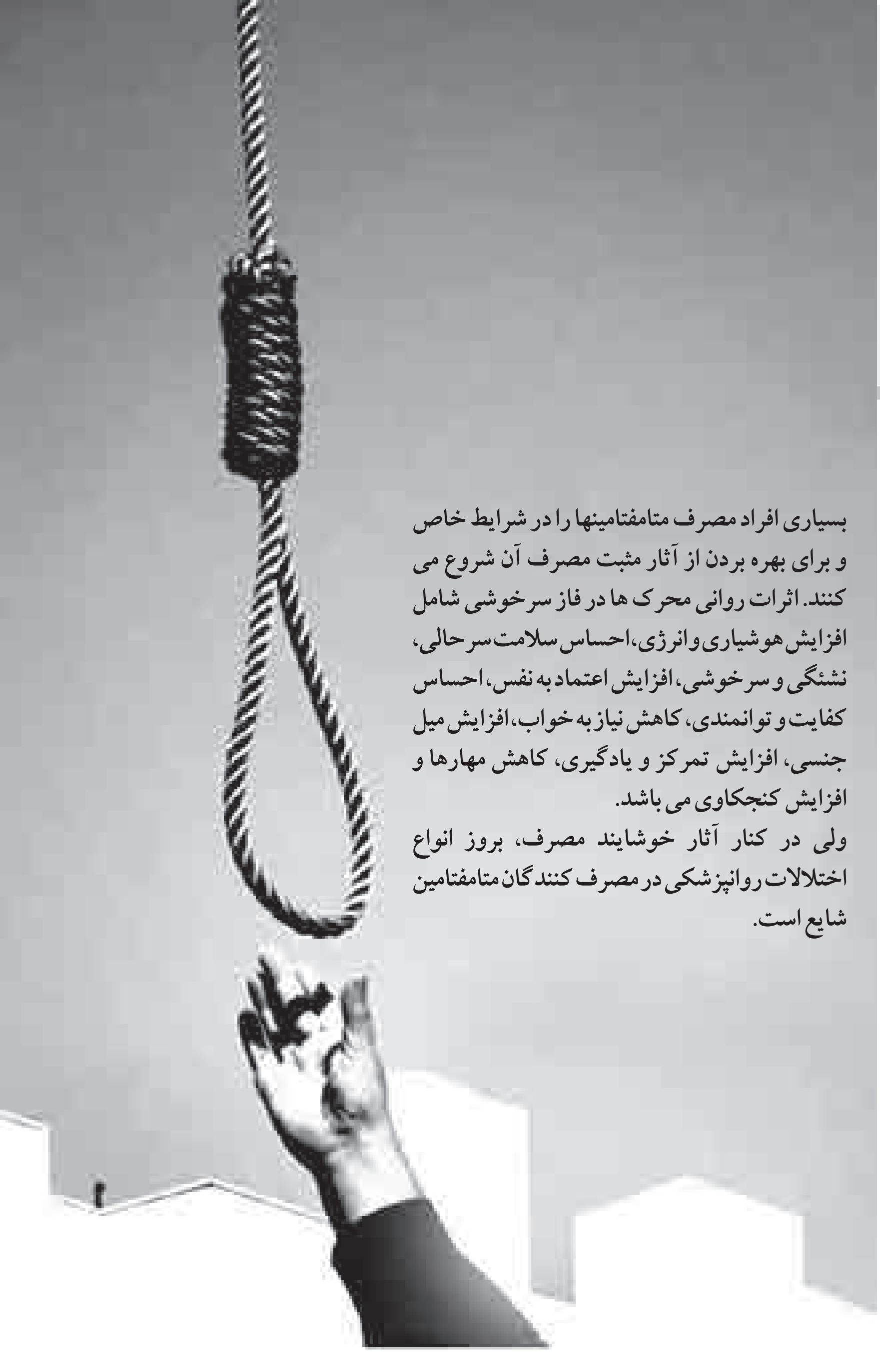
کنند و یا شرح حال بیماری ۲۰ ساله بستریهای بی شمار و هر بار رفتن از مطب این روانپزشک به آن نرولوژیست و گاه پناه بردن به همیوپاتی و طب سوزنی و دعانویسی و ؟؟ را بیان کنند و از شما می خواهند کیسه های دارویی آنها که به یک داروخانه سیّار شباهت دارد و پاکتهایی که پر از پاسخ گرافی و آزمایش خون و ... را ببینند.
وقتی هم که همدلی کردید، در حدی که امکان پذیر بود داروها و سابقه بیماری را بررسی کردید، درباره تشخیص و درمان توضیح دادید باز هم راضی نمی شوند و فکر می کنند شما آنها را درک نکرده اید و فقط می خواسته اید از آنها پول ویزیت بگیرید و به سرعت بیمار بعدی را ببینید! نمی دانم چرا هنگامی که این بیماران برای رینوپلاستی یا ارتودنسی، یا عمل زیبایی دیگری نزد جراح می روند و او با وجود گرفتن حق عملهای آنچنانی به سختی حاضر میشود ۵ دقیقه به آنها درباره عمل جراحی و فرجام آن توضیح دهد، گلایه ای ندارند و خیلی هم راضی و خوشنود هستند و زمانی که همکاران رشته های داخلی و وابسته به آن در مدت ۳ دقیقه یک بیمار را می بینند و حتی برخی از متخصصین به ویژه همکاران متخصص زنان ۳ یا ٤ بیمار را با هم داخل اتاق پزشک می فرستند و اولیه ترین حقوق بیمار (اصل رازداری و حفظ حریم شخصی و فراهم نمودن محیطی امن و آرام برای ویزیت) را زیر پا می گذارند، باز هم شکایتی ندارند ولی انتظار دارند ما روانپزشکان با ویزیت تقریباً همسان سایر متخصصین مدتی طولانی و نامحدود گوش و چشم و روان و همه انرژیمان را در اختیارشان بگذاریم و در آخر اگر نسخه ننویسیم و تنها به گوش سپردن و صحبت کردن (روان درمانی) بسنده کنیم بیمار فکر می کند کاری برای او نکرده ایم!!

۹) بیمارانی که پس از ویزیت به دلیل وسواس، اضطراب شدید یا اختلال شخصیت و ... به محض کوچکترین عوارض یا عدم بهبود سریع، وقت و بی وقت بدون هماهنگی در مطب حاضر می شوند یا با تلفن پشت تلفن منشی را کلافه می کنند و با قیافه ای حق به جانب از شما گلایه دارند که چرا خوب نمی شوند و چرا شما کاری برایشان نمی¬کنید!! بیشتر این بیماران و خانواده آنها رژیمهای درمانی دارویی و غیر دارویی را به درستی انجام نمی دهند و فقط انتظار معجزه از روانپزشک دارند.

۱۰) بیمارانی که در زمان ویزیت خود مراجعه می کنند و انواع داروها و راهکارهای روان درمانی خانواده درمانی، ورزش درمانی، هنر درمانی و ... را برای آنها انجام داده اید و آنها باز هم با چهره ای ناامید و یا خشمگین گاهی هم بی تفاوت و تا حدی رندانه به شما می گویند که حتی سرسوزنی بهتر نشده اند که هیچ روز به روز بدتر می شوند!

۱۱) در مورد بیماران VIP، پزشک، آموزگار دوران مدرسه، همکلاسی دوران دبیرستان، همسایه، رئیس اداره ....، فامیل دور یا نزدیک چه می کنید؟
متاسفانه این عالی مقامان! علاوه بر این که چشمداشت دارند که رایگان ویزیت شوند، حاضر به گرفتن نوبت و رعایت زمان ویزیت هم نیستند و می خواهند هر زمان که پایشان را به مطب گذاشتند بی درنگ و رایگان ویزیت شوند و هر چه می خواهد دل تنگشان تا هر زمان که اراده کنند بگویند اگر هم که در پذیرایی از این بزرگواران کوچکترین کوتاهی از شما سر بزند، هزاران صفت ناپسند را به شما نسبت می دهند!!!
به پایان آمد این دفتر، حکایت همچنان باقی است.
چشم به راه تجربه های خوب و راهکارهای ارزنده همکاران گرامی هستیم.

اختلالات روانی ناشی از متامفتامین‌ها و جرائم و قوانین مربوط به متامفتامین



بسیاری افراد مصرف متامفتامینها را در شرایط خاص و برای بهره بردن از آثار مثبت مصرف آن شروع می کنند. اثرات روانی محرک ها در فاز سرخوشی شامل افزایش هوشیاری و انرژی، احساس سلامت سرحالی، نشئگی و سرخوشی، افزایش اعتماد به نفس، احساس کفایت و توانمندی، کاهش نیاز به خواب، افزایش میل جنسی، افزایش تمرکز و یادگیری، کاهش مهارها و افزایش کنجکاوی می باشد.
ولی در کنار آثار خوشایند مصرف، بروز انواع اختلالات روانپزشکی در مصرف کنندگان متامفتامین شایع است.

دکتر صفا مقصودلو: متخصص روانپزشکی
دکتر آرش قدّوسی:
متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت ها

اثرات جسمانی حاد در جریان مصرف متامفتامین ها بصورت افزایش ضربان قلب و طپش قلب، بالا رفتن فشار خون، کاهش اشتها، گشادی مردمکها، عرق ریزش، خشکی دهان، لرزش اندامها، افزایش دمای بدن و امکان عوارض حاد ناشی از موارد فوق مانند سکته و خونریزی مغزی می باشد.

با ادامه مصرف فرد به اثرات ماده تحمل پیدا کرده، احساس اجبار شدید به مصرف، ولع زیاد، افسردگی، رفتارهای اجبارگونه و تکرار شونده، افت عملکرد و انرژی، کاهش تمرکز و حافظه و رفتارهای تکانه ای و ناگهانی پیدا میکند. پرخاشگری و بیقراری، نوسانات عاطفی و خلقی، بدبینی، توهم و هذیان، گوشه گیری و انزوا طلبی نیز به دنبال ادامه مصرف شایع است.

بـه دنبال ترک متامفتامین ها، خسـتگی زیـاد، پرخوابی بیمارگونـه، رویاهـای واضـح، افزایش اشـتها، کندی سایکوموتور یا بیقراری و خلق پایین ایجاد می گردد.

اختلالات خلقی و بویژه افسردگی در تمام مراحل چه در دوره های مصرف و چه دوره های ترک اتفاق می افتد که گاهاً به حدی شدید می گردد که منجر به افکار خودکشی و دیگر کشی می گردد.

انواع اختلالات اضطرابی به دنبال مصرف متامفتامین رخ می دهد که از آن جمله می توان به اختلالات پانیک و وسواس اشاره کرد.

اختلال وسواس بویژه بصورت وسواسهای عملی (شستشو، چک کردن و ...) و وسواسهای فکری می باشد. گاهاً اطرافیان گزارش می کنند که فرد معتاد ساعتهای طولانی را به شستشوی اتومبیل یا تمیز کردن منزل اختصاص می دهد و یا ساعتها را به تعمیر وسایل منزل اختصاص میدهد و چسبندگی به انجام کارها دارد. کاهش خلاقیت و رفتارهای کلیشه ای، احتکار وسایل، گیر کردن و توقف در انجام امور، کندن پوست و لباس و واکنش غیر عادی به محرکها از سایر علائم می باشد. انواع تیک و شکلک درآوردن در صورت و یا حرکات اضافی در اندامها گاه به حدی جلب توجه می کند که اطرافیان با شروع این حرکات متوجه مصرف مجدد در فرد معتاد می شوند.

اختلالات خواب بصورت بیخوابی های طولانی مدت در حین مصرف گزارش شده است. بسیاری از محصلین از این تاثیر متامفتامین برای افزایش عملکرد درسی استفاده می کنند ولی با ادامه مصرف افت عملکرد را به دنبال خواهد داشت. به دنبال قطع مصرف متامفتامین حتی برای چند روز پرخوابی های بیمارگونه روی می دهد و برخی خانواده ها گزارش می کنند که فرزندشان ۳ شبانه روز را خوابیده است.

اختلالات جنسی

گرچه بسیاری از افراد برای بهبود عملکرد جنسی مصرف متامفتامین را شروع می کنند اما در اثر ادامه مصرف انواع رفتارهای جنسی را می توان در آنها مشاهده نمود.
تنوع طلبی جنسی، ارتباطات جنسی impulsive و compulsive، روابط جنسی گروهی، بهره کشی جنسی، رابطه جنسی پولی، محوریت و اولویت مسایل جنسی در زندگی، انواع فانتزی های جنسی، ارتباط جنسی تصادفی و فقط برای یکبار، ارتباط جنسی با اتصال عاطفی پایین، عدم اختصاصی بودن شریک جنسی و بی توجهی به عوارض رابطه جنسی و ... از جمله رفتارهای جنسی در مصرف کنندگان متامفتامین است.

سایکوز در مصرف کنندگان متامفتامین

در مصرف کنندگان متامفتامین سایکوز به چند شکل دیده می شود.

سایکوز مسمومیتی (Intoxication Psychosis)

این نوع سایکوز بعد از مصرف سنگین و ناخالص متامفتامین شروع می شود و با قطع مصرف بعد از ۳ روز فروکش می کند. عملکرد بیمار در سایر حوزه ها آسیب جدی می بیند، جنبه های توکسیتی بالا و مشهود است، توهم، هذیان، اختلال توجه و حافظه و کلام نامربوط دیده می شود، پرخاشگری کور، بارز است و رفتارهای اجباری و تکرار زیاد دیده می شود.

Substance induced psychosis یا سایکوزی که توسط متامفتامین القا می شود

این نوع از سایکوز با قطع مصرف ماده و شروع داروهای آنتی سایکوتیک به مدت چند ماه بهبودی می یابد. تمام علائم سایکوز از جمله انواع توهمات و هذیانها بویژه هذیانهای حسادت و گزند و آسیب و کنترل را می توان در آنها ملاحظه نمود.

Prolonged psychotic illness likely triggered by substance use

سایکوزی که با مصرف یک یا چند بار ماده محرک آغاز میشود ولی بعداً سیر مستقل خود را طی می کند. در این سایکوز حتی با قطع مصرف متامفتامین و شروع آنتی سایکوتیک بیماری وارد سیری میشود که شبیه بیماری اسکیزوفرنیا است و باید تمهیدات درمانی درازمدت انجام شود.

Relapse of mental illness related to substance use and or non-compliance

بیماری که به سایکوز اولیه مبتلا است (مثل بیمار اسکیزوفرنیا یا اسکیزوافکتیو، ...) اما با مصرف مواد محرک بیماری عود می کند.
سایکوز معمولاً بصورت توهم و هذیان است امکان سایر حالات از جمله از هم گسیختگی تداعی ها و رفتارهای نابسامان منتفی نیست.
علائم منفی نیز گاهی مشهود هستند ولی اکثراً مورد غفلت قرار می گیرند.
در جریان سایکوز توهمات شنوایی ۷۵ درصد و بینایی ۲۵درصد شیوع دارد، و درصدی از بیماران بصیرت نسبی به سایکوز دارند. از جمله مواردی که باید توسط روانپزشکان مورد اهمیت قرار گیرد شدت دیلوژنها و شدت باور و اقدام بر روی باورها می باشد که می تواند منشا بسیاری از جرائم در این افراد باشد.

مسایل حقوقی و قانونی مصرف متامفتامین

به مجموعه رفتارهای یک فرد معتاد برای تهیه و استفاده مواد، مخفی نگه داشتن آن، اعمال بزهکارانه برای به دست آوردن و تغییرات شخصیتی مرتبط با آن، رفتارهای اعتیادی می گویند.
یک معتاد با سهولت بیشتری قوانین اجتماعی را زیر پا می گذارد و در زمان سندرم محرومیت برای ارتکاب هر جرمی آمادگی دارد.
در خصوص مصرف کنندگان متامفتامین انواع جرائم ممکن است اتفاق بیفتد که از آن جمله به جرائم مربوط به حمل، استعمال و تولید متامفتامین، جرائم تحت تاثیر متامفتامین و سبک زندگی معتاد گونه میتوان اشاره نمود.

نمونه هایی از این جرائم شامل جرائم علیه اموال از جمله سرقت (لوازم منزل، خودرو و کارتهای بانکی و ...) و جرائم علیه افراد از جمله تجاوز به عنف، خشونتهای خانگی، روابط نامشروع و قتل می باشد.
در مصرف کنندگان متامفتامین، زمانیکه اثرات یوفوریک متامفتامین کاهش می یابد مصرف کننده وارد فازی می شود که اصطلاحاً به آن (Tweaking) می گویند، در این مرحله حالات پارانویا و انواع دیلوژنها و خشونت شایع است و احساس دیسفوریای شدید و تهی بودن به فرد دست میدهد. فرد به حد زیادی تحریک پذیر می شود و به ویژه نسبت به هر فرد یونیفرم پوشی (اعم از پزشک، پرستار، پلیس، گارد بیمارستان و ...) حساسیت زیادی پیدا می کند و اگر احساس گیر افتادن کند بسیار خطرناک میشود.

از جمله جرائم شایع در این بیماران دزدی خشونت بار برای هزینه مواد است که شامل زورگیری از افراد، سرقت اتومبیل و یا سرقت اجزای آن می باشد.
انواع خشونتهای خانگی از جمله کودک آزاری، همسر آزاری و سالمند آزاری در این افراد اتفاق
می افتد. گزارش شده که تا ۸۰درصد به میزان خشونتهای خانگی به دلیل مصرف متامفتامین اضافه شده است و شدت خشونت نیز بیشتر از حد عادی است.
رانندگی های خطرناک از دیگر جرائم شایع در این افراد است که در دو حالت رخ می دهد. یکی در زمان مصرف که شخص به دلیل مصرف بالا دچار هالوسنیاسیون می شود و تصاویر وحشتناکی را در سر راهش می بیند که برای خلاصی از آنها اقدام به رانندگی های مارپیچی و با سرعت می کند و دوم در مرحله crush که دچار خستگی و خواب آلودگی بسیار شدید میشود که باز هم مخاطره آمیز است.
در محیط کار غیبت های مکرر، عدم بهره وری، سرقت از همکاران و ... موجب نارضایتی از این افراد می گردد.

انواع جرایم جنسی

افزایش شدید میل جنسی و کاهش مهارها این افراد را مستعد اقدام به تجاوزات جنسی می کند. همراهی مصرف متامفتامین با اختلال شخصیت نیز بر افزایش این ریسک می افزاید.
نمونه هایی از جرائم جنسی شامل: رفتارهای جنسی impulsive و compulsive رابطه جنسی گروهی، روابط جنسی تصادفی، روابط جنسی پولی، مهاجمین جنسی بهره کش، تنوع طلبی جنسی و روابط خارج از محدوده زناشویی، بی توجهی به عوارض رابطه جنسی مانند ایدز، حاملگی، مسئولیت اجتماعی، استفاده از پورنوگرافی و تجاوز به عنف همگی در مصرف کنندگان متامفتامین اتفاق می افتد. در تمام موارد فوق فرد مسئولیت کیفری دارد و مجازات میشود.
و اما اقدام به قتل یکی از مسایل بحث برانگیز و مورد مناقشه در مصرف کنندگان متامفتامین می باشد.
بعضی از بیماران به دنبال سایکوز و یا در جریان به دست آوردن هزینه مواد (از جمله سرقتهای مسلحانه) اقدام به قتل می کنند.
نمونه هایی از قتل به دنبال سایکوز شامل قتل همسر ناشی از هذیانهای حسادت، قتل فرزندان ناشی از هذیانهای پارانوئید و گزند و آسیب (نظیر اینکه اینها فرزندان من نیستند، یا اینها شیاطین هستند و ...)، قتل افراد غریبه مانند رهگذران یا همسایگان ناشی از هذیانهای پارانوئید، کنترل یا رفرانس، قتل به دنبال توهمات شنوایی و دستور دهنده و غیره
از سوالات قانونی مهم در این بیماران این است که آیا بیمار تحت تاثیر متامفتامین مسئولیت کیفری دارد؟ و آیا میتوان آنرا معادل مستی که در قانون شخص را مسلوب الاراده می خوانند قلمداد کرد؟

ماده ۵۱ قانون مجازات اسلامی

● جنون در حال ارتکاب جرم به هر درجه که باشد رافع مسئولیت کیفری است. برای مسئول شمردن فرد مجرم:

● باید جرم از میل و اراده منشا بگیرد.

● باید با آگاهی تحقق یابد و حاکی از سوء نیت مجرم باشد.

● قابل انتساب به مجرم باشد.

● فعل ارتکابی جرم باشد و در قانون تعریف شده باشد.

● شخص فاقد قوه تشخیص نفع و ضرر و حسن و قبح باشد.

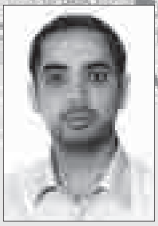
دیدگاه‌های مختلف مسئولیت کیفری جرائم ناشی از سایکوز مواد

دیدگاه لیبرال: مانند قانون ایالت ویکتوریا استرالیا "دلیل سایکوز مهم نیست و اگر بیمار در لحظه ارتکاب فعل سایکوتیک بوده، جهت رفع مسئولیت کیفری کافی است."

دیدگاه محافظه کارانه: "رفتارهای بیمار قبل از وقوع سایکوز و مسئولیت و نقش وی در بروز علائم مدنظر قرار می گیرد." (مفهوم meta–responsibility)

دیدگاه حد وسط: در ایران در حال حاضر دیدگاه حد وسط اجرا می شود بدین معنی که اگر فردی در حین مسمومیت با متامفتامین (ناشی از مصرف زیاد و ناخالص متامفتامین) دچار سایکوز شده و یا بدون سابقه قبلی سایکوز دچار سایکوز ناشی از متامفتامین شده و در این شرایط جرم مرتکب شود مسئولیت کیفری دارد.

ولی گاهی فرد سابقه اختلالات سایکوتیک عمده داشته که با مصرف متامفتامین تشدید می گردد و یا به دنبال مصرف متامفتامین دچار سایکوزی میشود که علیرغم قطع مصرف و شروع درمان باز هم برای مدتهای طولانی ادامه دارد، اگر فرد در این شرایط مرتکب جرم شود معافیت یا تخفیف در مسئولیت کیفری دارد.
نظر به افزایش جرائم و مسئولیت کیفری در اکثر موارد مصرف کنندگان متامفتالین، کنترل مصرف و درمان سریع و به موقع سایکوز اهمیت ویژه پیدا می کند.



اخبار انجمن

دکتر حمید محمد بیگی ▯ روانپزشک و عضو کمیته خلقی شاخه اصفهان

تشکیل کمیته روانپزشکی سالمندان در انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان

به پیشنهاد آقای دکتر سعید سمندری، و با موافقت انجمن کمیته روانپزشکی سالمندان شاخه انجمن روانپزشکان اصفهان فعالیت خود را آغاز کرد. اعضای فعلی کمیته سرکار خانم دکتر ویکتوریا عمرانی فرد و جناب آقای دکتر غلامحسین احمدزاده، می باشند. هدف از تشکیل این کمیته تمرکز بر فعالیت های آموزشی و پژوهشی خاص اختلالات روانپزشکی سالمندان و ارتباط با شاخه روانپزشکی سالمندان انجمن مرکز می باشد. امیدواریم که با پیوستن سایر همکاران به این شاخه شاهد پربارتر شدن این کمیته باشیم.

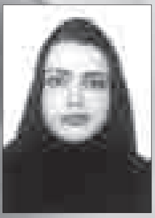
گزارش کمیته اختلالات خلقی انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان

به اطلاع همکاران محترم می رساند به دنبال موافقت انجمن علمی روانپزشکی اصفهان و تشکیل کمیته خلقی انجمن در شهرستان، جلسات این کمیته به صورت منظم در پنج شنبه های اول و سوم هر ماه در محل مرکز تحقیقات علوم رفتاری واقع در بیمارستان نور برگزار گردید. که تاکنون شش جلسه با موضوعات:

۱. همبودی اختلال دوقطبی و اختلالات اضطرابی
۲. همبودی اختلال دوقطبی و سندرم متابولیک
۳. درمان افسردگی اختلال دوقطبی
۴. مفهوم طیف اختلال دوقطبی
۵. درمان اختلال دوقطبی در دوران بارداری
۶. مفهوم اختلال دوقطبی مقاوم به درمان

برگزار گردیده است که با استقبال همکاران محترم و دستیاران روانپزشکی همراه بوده است. از کلیه همکاران دعوت می شود با شرکت خود در این جلسات باعث ارتقاء این انجمن گردند.

اخبار کوتاه دارویی



دکتر مریم رضایی - روانپزشک

تاثیر اضافه نمودن داروهای Antipsychotic (آنتی سایکوتیک) به داروهای SSRI در درمان وسواس مقام به درمان.

Dold M, Aigne M. Lanzenberger International Journal of europsycho pharmacology 1-18 (Aug 2012)

تعداد بیماران مبتلا به اختلال وسواسی که به درمان مونوتراپی به SSRI جواب نمی دهند زیاد است به همین علت ارزیابی های زیادی در مورد داروهایی که برای کمک به درمان به داروهای SSRI اضافه می شوند انجام گرفته است. آنتی سایکوتیکهای Quetiapine (کوئیتاپین)، risperidone (ریسپریدون)، olanzapine (اولانزاپین)، Aripiprazole (آریپیپرازول) و Haloperidol (هالوپریدول) به داروی SSRI ۳۹٤ بیمار مبتلا به OCD اضافه شد.

مقیاس سنجش Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale به بیمارانی که به آنها داروی آنتی سایکوتیک اضافه شده بود نسبت به پلاسیو پاسخ درمانی بیشتری داشتند.

- تاثیر بسیار مشخص برای risperidone مشاهده شد.
- Quetiapine و Olanzapine تاثیر زیادی نداشتند.
- تاثیر Aripiprazole و Haloperidol متوسط بود.

در نتیجه بیماران وسواس مقاوم به SSRI از اضافه شدن داروهای آنتی سایکوتیک سود می برند. Risperidone می تواند انتخاب اول باشد که به olanzapine و quetiapine ترجیح داده می شود.

تاثیر اضافه نمودن Memantine (ممانتین) به درمان دارویی وسواس متوسط و شدید

Ghaleiha A, Entezari N, Modabbernia AJournal of Psychiatric Research (Oct 2012)

به ٤۲ بیمار که با معیار OCD , DSM -IV-TR تشخیص داده شده بودند و Yale- Brown OC Scale بیش از ۲۱ داشتند بطور تصادفی داروی ممانتین ۱۰ mg/day در هفته اول که در هفته دوم به ۲۰mg/day افزایش یافت و پلاسبو به مدت ۸ هفته اضافه شد. بیماران از قبل داروی Fluvoxamine دریافت می کردند تمام بیمارانی که به آنها داروی ممانتین اضافه شده بود و ۸ بیمار که پلاسبو دریافت نموده بودند بطور نسبی یا کامل به دارو پاسخ دادند و ۸۹درصد بیماران گروه ممانتین و ۳۲درصد بیماران گروه پلاسبو remission داشتند. عوارض دارویی بین دو گروه زیاد متفاوت نبود. در نتیجه اضافه نمودن داروی ممانتین به Fluvoxamine نتیجه درمانی را در کوتاه مدت در بیماران مبتلا به OCD متوسط تا شدید بهبود می بخشد.

نقش داروهای ضد افسردگی در درمان سندرم فیبرومیالژیا Fibromyalgia

Hauser W, WolfeF , Tolle T, Uceyler NCNS Drugs. 26(4), 297-307 (Apr2012)

در این مطالعه عده ای بیمار با تشخیص فیبرومیالژیا در سنین مختلف در نظر گرفته شدند و تاثیر دارو روی حداقل یکی از علائم (خواب-درد--Fatigue health- related quality of life) بررسی شد.

متدولوژی بر اساس Van Tulder Score انجام شد. تاثیر داروهای SNRIS روی خواب- درد- Fatigue- افسردگی و کیفیت زندگی بسیار چشمگیر بود. در نتیجه در بین داروهای ضد افسردگی (،Duloxetine (SNRIS Amitriptyline، milnacipran انتخاب اول برای بیماران با تشخیص سندرم فیبرومیالژیا می باشند البته در مقدار کمی از بیماران عوارض دارویی اندکی نیز مشاهده شد.

مصرف دوز بالای ویتامین D با کاهش خطر ابتلا به بیماری آلزایمر مرتبط می باشد.

Annweiler C, Rolland Y, Schott Am Journal of Gerontology: Series A (Apr 2012)

۴۹۸ خانم که میانگین سنی آنها بین (۳/۸±۷۹/۸) سال بود و به ۳ گروه ۱-بدون دمانس ۲-مبتلا به آلزایمر (AD) و ۳-مبتلا به سایر انواع دمانس تقسیم شده بودند در نظر گرفته شدند و به مدت ۷ سال به آنها مکمل ویتامین D داده شد (در دوزهای متفاوت). خانمهایی که دریافت ویتامین دی کمی داشتند در طی ۷ سال دمانس آنها گسترش بیشتری پیدا کرد. در نتیجه دریافت رژیمی با دوز خیلی بالای ویتامین D با کاهش خطر گسترش دمانس در خانمهای مسن ارتباط دارد. (هیچ تفاوتی در این مورد بین انواع دمانس مشاهده نشد).

کاربرد درمانی داروی Escitalopram در درمان بیماران اسکیزوفرنیا که علائم وسواسی دارند.

StrygerR, Dambinsky Y, Timinsky I.International Clinical Psychopharmacology (Dec 2012)

بعضی تحقیقات نشان داده که حدود ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا علائمی از وسواس را در کنار علائم سایکوز خود دارند.
هدف از این مطالعه بررسی تاثیر Escitalopram (قویترین مهار کننده باز جذب سروتونین) در درمان بیماران اسکیزوفرنیایی است که علائم وسواس نیز دارند.
به مدت ۱۲ هفته ۲۰ میلی گرم داروی escitalopram به داروهای آنتی سایکوتیک بیماران اضافه شد. درصد بهبودی با Yale – Brown OC Scale سنجیده شد به طور مشخصی بهبودی در اضطراب، تنش، افسردگی، و درگیری ذهنی وسواسی در بیماران مشاهده شد. هیچ عارضه خاصی از دارو گزارش داده نشد. بعد از ۱۲ هفته علائم وسواس بیماران بطور چشمگیری بهبود یافت.

درمان دارویی در کودکان مبتلا به وسواس

Stewart SE, Hezel D. Stuchon AC - Drugs 72(7), 881-93 (May 2012)

وسواس در بچه ها اختلال تقریباً شایعی در بین بیماریهای روانپزشکی می باشد.
علائم ممکن است بعلت سن پایین بچه ها مخفی بماند یا بطور صحیح تشخیص داده نشود تا اینکه شدت بیماری افزایش یابد.
وسواس در بچه ها معمولاً همراه ADHD,Tic، اضطراب و افسردگی می باشد.
یک روش درمانی تجویز داروهای SSRI به همراه درمان cognitive- behavior therapy (شناختی - رفتاری) میباشد (که هم برای خود بیمار و هم برای خانواده وی (CBT)) انجام می گیرد.
برای موارد شدید می توان آنتی سایکوتیکهای آتی پیک به درمان فوق اضافه نمود. البته ممکن است بهبودی کامل مشاهده نشود.

اختلال وسواس پیش بینی کننده پاسخ ضعیف به درمان در بیماران مبتلا به میگرن مزمن می باشد

Carone M, D'Amico D,Bussone G. Neurological Sciences 33 Suppl-1 211-3 (May 2012)

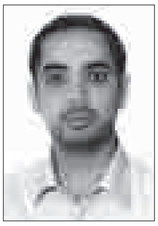
بیماران مبتلا به میگرن مزمن ممکن است دچار سایر اختلالات روانپزشکی یا سایکوپاتولوژیهای مختلف باشند که روی پاسخ به درمان و احتمال بازگشت بیماری در آنها موثر می باشد.
سوءمصرف داروهایی که بطور علامتی میگرن را درمان می کنند Risk Factor مهمی است که میگرن را از نوع اپیزودیک میگرن به نوع مزمن تبدیل می کند.
مصرف زیاد دارو به علت ترس از بازگشت سردرد در بیماران میگرنی ممکن است یک رفتار وسواسی باشد.
در این مطالعه دو گروه بیمار میگرنی یک گروه همراه با علائم وسواس و گروه دیگر بدون علائم وسواس به مدت ۵ سال بررسی شدند.
نتایج نشان داد که همراهی وسواس با بیماری میگرن اگر درمان نشود ممکن است موجب مصرف زیاد داروهای مسکن شود و ممکن است باعث تبدیل میگرن اپیزودیک به میگرن مزمن شود.
در نتیجه اختلال OCD در بیماران میگرنی حتماً باید در نظر گرفته و درمان شود.

شرح حال من در انجـــمـــن

دکتر مسعود ازهر
فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

به یاد می آورم روزی را که آقای دکتر سیروس صادقی توصیه کردند از روانپزشکان کودک هم کسی در هیات مدیره انجمن باشد گفتم به روی چشم. چقدر پرانرژی و پرانگیزه بودم . همکاران لطف نمودند و من شدم دبیرانجمن. از همان ابتدا دو هدف اصلی برای خودم در نظر گرفتم. احیای خبرنامۀ انجمن و ایجاد تعرفه برای روانپزشکان فوق تخصص. برای هر دو زحمت زیادی متحمل شدم و تجربه های فراوانی کسب نمودم. خبرنامه انجمن سالها با کوشش همکارانم منتشر شده بود ولی بصورت چندبرگ کپی شده وگاه با اشتباهات فراوان که چندان شایسته نبود. یادم می آید اولین خبرنامه با جلد آبی رنگ و بسیار شیک تر و پرمحتوی تر از خبرنامه های قبل از کاردرآمد و من در پوست خود نمی گنجیدم تا آن را به دست همکارانم برسانم. برای چاپ خبرنامه دوم، یک ماه از دانشگاه مرخصی گرفتم تا کار به پایان رسید و برای روانپزشکان سراسر کشور ارسال شد. در دوره پنجم انجمن هشت خبرنامه به چاپ رسید و از آقای مهندس مختاری که کمک گرفتیم صفحه پردازی حرفه ای به کارمان افزوده شد و مصیبت پیدا کردن اسپانسر برای خبرنامه نیز بر دوش ایشان قرار گرفت.
درآن زمان از زحمات سرکار خانم جنتیان نیز در تهیه خبرنامه و لیست بلند بالای آدرس همکاران استفاده شد.آنقدر ماجراهای خبرنامه سخت و تاثرآور است که به فراموشیش سپرده ام ولی جا دارد از کسانی که قبول همکاری می کردند تشکر نمایم آن هم با من که تجربه ای در این زمینه نداشتم. ایجاد هیات نویسندگان از رشته های مختلف مربوط به روانپزشکی و ارگانهای مرتبط با آن از جمله کارها بود که نتیجه چندانی نداد.
ولی در کل خبرنامه توانست هویتی به انجمن ببخشد و آن را در سراسر ایران مطرح نماید. کارهای انجمن در آن سه سال منجر به دریافت تندیس برترین انجمن در سال ۱۳۸۸ شد. این اولین دوره ای بود که انجمن تهران یکی از انجمنها را به عنوان برترین معرفی کرد.
در دوره ششم نیز خانم دکتر مقصودلو قبول زحمت کردند و سکان داری خبرنامه را به عهده گرفتند و هفت خبرنامه حاصل تلاش ایشان است که با کیفیت رو به رشدی مواجه است.
دومین هدفی که بدنبال آن بودم ایجاد تعرفه برای فوق تخصص روانپزشکی بود که در دوره پنجم تا حد زیادی به نتیجه رسید و با توجهات مرحوم دکتر سیادتی در نظام پزشکی تهران، بالاخره جایی در تعرفه بخش خصوصی باز کرد. در دوره ششم انجمن، باز هم پیگیری انجام گرفت و اگر چه بنظر آب در هاون کوبیدن بود ولی طی دو سال اخیر در تعرفه بخش دولتی هم جایی برای فوق تخصص روانپزشکی باز شد.
بسیار دودل بودم که در ششمین دوره انجمن شرکت نمایم ولی بالاخره تصمیم کبری بر آن شد که انقلابی در عرصه انجمن برپا نمایم! قبل از آنکه درباره انقلاب حرف بزنم باید از همکارانی که به من رای دادند و اجازه دادند بازهم در هیات مدیره انجمن بمانم و سایت انجمن را راه اندازی کنم تشکر نمایم. سایت انجمن که با پیگیری طولانی مدت وهمکاری مثبت هیات مدیره و زحمات و هنر آقای مهندس شجاعی به نتیجه رسید از افتخارات من در انجمن محسوب می شود و مطمئن هستم در آینده هویت جدیدی به انجمن اعطا خواهد کرد. در این سایت www.isf_psychiatrist.com عکس و آدرس همه اعضای انجمن آورده شده تا هم اعضاء یکدیگر را بشناسند هم مردمی که بدنبال آدرس روانپزشک مورد نظرشان می گردند او را پیدا کنند. به نوعی اعتبار روانپزشکان هم محسوب می شود تا روانپزشکان از دیگر تخصصها و نامهای مشابه مجزا شوند. کتابخانه و معرفی کتاب و قسمتی برای خبرنامه های انجمن واخبار جدید و مهمتر از همه توانایی گسترش بخشهای جدید از نکات مثبت سایت است.
در این سایت هر کس یک آدرس اینترنتی جدید دارد که او را منصوب به انجمن روانپزشکی می کند و برای هر کدام از ما اعتبار محسوب می گردد.
امیدوارم با استفاده از این سایت و رونق دادن به آن جایگاه انجمن از این هم بالاتر رود.
واما انقلابی که تصور می کردم در دو حیطه بود یکی شرکت کردن اعضای انجمن در کارهای انجمن ودیگری تحول در بازآموزیها که هر دو برآب خندید. امیدوارم آیندگان به این اهداف دست یابند. زیرا من هر چه این در و آن در زدم سردرنیاوردم همکاران روانپزشک را چگونه میتوان به همکاری واداشت. و تحول در بازآموزیها نیز هنوز نیاز به دستیابی کشور به تکنولوژیهای جدیدتر دارد.
و اما هرکسی را چند روزه نوبت اوست
نوبت به آن رسید که این جایگاه شریف را به از من بهتران بسپارم تا کاری کنند کارستان.آرزوی موفقیت هرچه بیشتر برای هیات مدیره جدید دارم و از همکاران خوبم در هیات مدیره انجمن طی این شش سال سپاس گزارم .

داروهای ضدافسردگی و استئوپروزیس



دکتر حمید محمد بیگی- متخصص روانپزشکی

تعداد زیادی از افراد در جوامع امروزی مبتلا به اختلالات روانپزشکی به خصوص اضطراب و افسردگی می باشند.برای درمان این اختلالات به طور وسیع داروهای موثر بر سروتونین استفاده میگردد.در برخی از پژوهش های اخیر،تاثیر داروهای مهرکننده بازجذب سروتونین بر سلامت استخوان مورد توجه قرار گرفته است. قبل از ارزیابی وبررسی تاثیرداروهای ضدافسردگی بر استخوان لازم است به نقش بیماری افسردگی بر سلامت استخوان صرفنظر از مصرف و تاثیر دارو دقت گردد .

رابطه بین افسردگی و شکستگی استخوان بعد از سال ۱۹۹۰ در مطالعات مورد توجه قرار گرفته است.به طورمثال،دریک مطالعه که به صورت آینده نگر در مورد۷۴۱۴ خانم سفیدپوست افسرده انجام شد،نشان داد که افسردگی خطر شکستگی مهره ها و شکستگی غیرمهره ای(Non vertebral fracture) را افزایش میدهد.بخشی از این افزایش خطر با افزایش سقوط افراد افسرده و کاهش (BMD(Bone Mineral Density قابل توجیه است.یک متاآنالیز با تحلیل ۲۰ مطالعه،رابطه بین افسردگی واستئوپورز را مورد بررسی قرار داد.نتایج آن نشان داد که BMD در مهره ها،گردن فمورواستخوان فمور در افراد افسرده نسبت به گروه کنترل کاهش می یابد.به غیر از کاهش BMDعواملی مانند مصرف سیگار والکل،سوء تغذیه،کاهش وزن وکاهش توده بدنی،بی حرکتی، کاهش فعالیت فیزیکی،به مقدار کافی درمعرض نور خورشید قرار نگرفتن،کاهش سطح ویتامینD،افزایش میزان کوتیزول ثانویه به استرس،افزایش کاتکول آمینها،کاهش استروئید گونادال و همبودی با بیماریهای جسمی مانند (مشکلات قلبی عروقی،دیابت و...)نیز خطر شکستگی را افزایش می دهند.

داروهای ضدافسردگی وBMD ممکن است تاثیر داروهای ضد افسردگی برشکستگی استخوان ناشی ار تداخل آنها با BMDباشد.در یک مطالعه که بر روی ۵۰۰ بیمار انجام شد کاهش معنادار در BMDدر استخوان فمور در گروه دریافت کننده SSRIنسبت به گروه کنترل گزارش گردید.

در مطالعه دیگر ۳۰۰۰ خانم در سه گروه مصرف کننده SSRI،مصرف کننده TCAوغیر مصرف کننده به مدت ۵سال مورد ارزیابی قرار گرفتند.پس از ۵ سال گروه غیر مصرف کننده ،کاهش به میزان ۰/۰۵درصد در BMDدراستخوان ران به ازاءهرسال گزارش کردند.که با گروه دریافت کننده TCAتفاوت معنادار نداشت.اما در گروه دریافت کننده SSRI،این مقدار ۰/۰۸درصد میباشد که تفاوت معنادار است.

داروهای ضد افسردگی و خطر شکستگی

همراهی بین مصرف داروهای ضدافسردگی و شکستگی استخوان در تعدادی از مطالعات مور ارزیابی قرار گرفته است.در بزرگترین مطالعه تعداد ۱۲٤٦۵۵ بیمار مبتلا به شکستگی و ۳۷۳۹٦۲ نفر کنترل مقایسه گردید.مصرف داروی SSRIو TCAهمرا با افزایش خطر شکستگی در استخوان فمور وشکستگی مهره ها در مقایسه با گروه کنترل می باشد که این تاثیر در گروه SSRI نسبت به گروه TCA برجسته تر میباشد.همچنین در این مطالعه نشان داده شد با افزایش دوز دارو،خطر شکستگی نیز افزایش می یابد.

مطالعه ای دیگر نشان داد حداکثر خطر شکستگی بعد از یک ماه دریافت TCA وهشت هفته دریافت SSRI میباشد.وپس از آن این خطر کاهش می یابد.اگر چه این خطر تا زمان دریافت دارو به حد پایه باز نمیگردد.

پژوهشی دیگر نشان داد با قطع داروی ضدافسردگی،به تدریج خطر شکستگی نیزکاهش می یابد.این خطر درصورت مصرف SSRI۲۳۵ درصد میباشد. یک تاسه ماه بعد از قطع به ۱٤۸درصد وبعد از سه ماه به ۱۲۳درصدکاهش می یابدواین خطر بعد از یکسال به حد پایه باز میگردد.

با توجه به نتایج فوق به نظر میرسد یک رابطه قطعی بین مصرف داروهای ضد افسردگی وافزایش خطر شکستگی استخوان وجوددارد.و در برخی از مقالات به منظور جلوگیری از کاهش BMDوافزایش خطر استئوپورز توصیه میشود مکمل های تغذیه ای حاوی کلسیم وویتامین Dبه خصوص به خانم های سالمند مبتلا به افسردگی که کاندیدای دریافت SSRIوTCAمی باشند تجویز گردد.

آسمان آرزو

میترا

گاه اندیشه ام را تا سکوتم می برم
تا همان جایی که احساس خموشم می شود، فریادها
آرزوهایم همه بر باد رفت
می زنم پلکی، غلطان می شود اشکم
انگار گرداب است
در درون حوض چشمان خمارم
آرزوهایم همه بر باد رفت
من ندارم هیچ نقشی، هیچ حسی
زندگی در کل همه افسانه است
گاه همچون کودکی هستم
مملو از شادی، غرق در بازی
گاه قهر کردن، شوق تشویق، ترس تنبیه
دنیای مرا آباد یا که ویران می کند
اما باز، آرزوهای دلم بی انتهاست
کاش می شد نردبانی تا بهشت آرزوهایم کشم
پا گذارم روی آن
ناگه به دشت آرزوهایم رسم
کاش بودند آدمها و می دیدند امروز مرا
پله پله رو به سوی نردبان آرزوها می روم
دیگر از ویرانه های سستِ احساسِ شکست
من نمی گیرم خبر
من کنون در جاده ای از جنس نور
می گذارم پای و می بینم
حال را، آینده را
من کنون در شوق پروازم
ای پریزادم
آرزوهای دلم را چگونه پر وراندی، نقش دادی
تا که امروز، سرفراز از نام خود
حس بودن را درونم زنده می یابم
ای خدای مهربانم
فرصتی هر چند کوتاه می خواهم
آرزوهایم بلند است
زندگی نقش در نقش است
زندگی رنگین کمان است
آسمان امشب، انگار غرق نور است
در کنارم ماه، نقره فام است
ماه امشب می زند سرنای عشق
نور باران می کنند صدها ستاره، آسمان را
گویی امشب، کاروانی از فرشته میهمانند در آسمان آرزویم
غرق نورند
نازنینم
من امشب، تا سحر بیدار می مانم
تا در این دشت وسیع آرزویم
آرزومند آرزوهای تو باشم
بهترینم.

این شعر شاید نثر ساده باشد ولی سطر سطر آن نشانگر زحمات یک انسان والا در قالب یک پزشک است که توان بودن را در من زنده کرد تا بنگارم آنچه را در اندیشه دارم و من تا زنده ام سپاسگزار او و قدردان زحمات او هستم.

نگاهی به تاریخ بیهقی

دیدگاه بیهقی به اختلالات روانپزشکی

استخراج: دکتر صفا مقصود لو متخصص روانپزشکی

گاهی بیهقی در تاریخ خود به میدان فلسفه گام می گذارد. جای پای افلاطون را بی شک در این ملاحظات فلسفی مشاهده می توان کرد. در برخی از زمینه ها، نواندیشی و پیشتازی فکری بیهقی بی بدیل است. مثلاً می نویسد: مردمان را، خواهی پادشاه و خواهی جز پادشاه، هر کسی را نفسی است و آن را روح گویند، سخت بزرگ و پر مایه، و تنی است که آن را جسم گویند، سخت خرد و فرومایه. و چون جسم را طبیبان و معالجان اختیار کنند تا در بیماری که افتد زود آن را علاج کنند و داروها و غذاهای آن بسازند تا به صلاح باز آید، سزاوارتر که روح را نیز طبیبان و معالجان گزینند تا آن آفت را نیز معالجت کنند، که هر خردمندی که این نکند بداختیاری که او کرده است که مهمتر را فرو گذاشته است و دست در نامهمتر زده و چنان که آن طبیبان را داروهاست و عقاقیر است از هندوستان و هر جا آورده، این طبیبان را نیز داروهاست و آن خرد است و تجارب پسندیده، چه دیده و چه از کتب خوانده.

وقتی به تاریخ روانشناسی در غرب توجه می کنیم، وقتی به یاد می آوریم که در آن جا تا آغاز عصر نوزایش (رنسانس)، مصائب روانی هنوز نوعی جن زدگی تلقی می شود و درمانش هم به عهده جن گیران و مفتشان کلیسا بود، و بالاخره وقتی به یاد می آوریم که حتی تا به امروز بسیاری از مردم هنوز بیماری روانی را بالمان عارضه ای شرم آور می دانند و به جای درمان آن اغلب در کتمانش می کوشند، آن گاه صراحت بیان و صلابت نظر بیهقی حیرت آورتر جلوه می کند.

گزارش واحد سلامت روان مرکز بهداشت استان اصفهان

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

با توجه به طرح نقشه جامع علمی سلامت کشور از سوی مقام معظم رهبری، دانشگاه علوم پزشکی استان بر آن شد که در این راستا پیش نویس نقشه جامع سلامت روان استان را تهیه کند.

هدف از تهیه این پیش نویس استفاده و به کار گیری توان ارگانهای مختلف استان (استانداری – بهزیستی – ستاد مبارزه با مواد مخدر– آموزش و پرورش و...) در زمینه ارائه خدمات سلامت روان به همشهریان و جلوگیری از فعالیت های موازی این ارگانها می باشد.

پیش نویس اولیه نقشه جامع با همکاری گروه محترم روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی استان تهیه گردید وسپس با برگزاری جلسات برون بخشی از نظرات سایر ارگانها در این زمینه نیز استفاده شد و به این ترتیب پیش نویس نهایی نقشه جامع سلامت استان تهیه گردید

۲) با توجه به نیاز جامعه به آموزش در زمینه مهارت های فرزند پروری، متن آموزشی در این زمینه تهیه شد و در سایت آموزش مجازی با آدرس WWW.phc.mui.ac.ir وارد گردید. عموم جامعه با وارد شدن دراین سایت به صورت رایگان می توانند از آموزش لازمه استفاده کنند. وبا وارد شدن در تالار گفتمان، سؤالات مورد نظر خود را مطرح کرده و ازنظرات کارشناسی سرکار خانم دکتر نحوی زاده روانپزشک و مشاور علمی واحد سلامت روان استان استفاده کنند.

۳) برگزاری کارگاه ٤ روزه تربیت مربی مهارت های زندگی (TOT) ویژه تیم سلامت روان استان به منظور توانمند سازی تیم در اجرای برنامه مداخلاتی پیشگیری از سوءمصرف مواد در دانش آموزان استان.

٤) با توجه به شیوع بالای افسردگی در جمعیت زنان استان و با توجه به اهمیت موضوع، دوره های آموزشی در زمینه شناخت تغییرات و نیازهای روانی مادران در دوران بارداری، شناخت افسردگی و راههای پیشگیری از آن، ویژه پرسنل بهداشت خانواده شهرستانها برگزار گردید.

آیا «من مادر هستم» سیاه‌نمایی بود یا سیاه بازی؟؟

دکتر محمد رضا شیدایی - روانپزشک

معرفی فیلم:

بالاخره جناب فریدون جیرانی پس از کناره گیری از برنامه «هفت» آخرین ساخته خود را اکران کردند. فیلم جنجالی «من مادر هستم» هر چند از ابتدای اکران فیلم و بحث پایین آوردن فیلم از اکران و نمایش مانند «گشت ارشاد» و دامن زدن خود جناب جیرانی و تهیه کننده به آن و جنجالی که به دنبال داشت باعث شد «این مردم نازنین» به قول آقای رضا کیانپور هرچه سریعتر برای تماشا بروند و فروش فیلم به باشگاه میلیاردی ها بپیوندد، اما آنچه که ما می خواهیم از آن دریچه به فیلم نگاه کنیم جنبه های روانشناختی فیلم و مسائل مطرح شده در آن است. پس ابتدا کوتاه اشاره ای به داستان و بعد تحلیل آن «آوا با بازی باران کوثری تنها حاصل زندگی بظاهر طبیعی و در عمق ویران دو وکیل دادگستری است، در این میان دوست و همکلاس پدر آوا که با او ارتباط صمیمی دارد، همزمان با بازگشت همسرش از خارج از کشور (پانته آ بهرام) طی جریاناتی خط قرمزهایی را پشت سر می گذارد که نتیجه آن قتل دوست پدرش و بارداری اوست، همسر مقتول که در قدیم از پدر آوا ضربه های احساسی جبران ناپذیر خورده است به ظاهر برای قصاص آوا و در حقیقت برای انتقام از پدرش، وکیلی را استخدام می کند که با پدر آوا (فرهاد اصلانی) مشکل دارند. نهایتا آوا در زندان دچار سقط جنین شده و حکم قصاص وی هم صادر و اجرا می شود. تمام فیلم به صورت فلاش بک از این زمان شروع می شود، (پانته آ بهرام) داستان را برای یک روانپزشک (چنگیز جلیلونه) روایت می کند. در اینکه فیلمنامه و بازی بازیگران واقعا نفسگیر و تاثیر گذارنده است تردیدی نیست، البته بجز آقای جلیلونه که به نظر نمی رسد به عنوان روانپزشک جز گوش کردن بازی دیگری هم داشته باشند!) . فیلم در کلیت خود بی هویتی، سردرگمی، و معلق بودن نسل جوان فعلی را از طرفی و از سوی دیگر شکسته شدن حرمت ها ، خدشه دار شدن اخلاقیات، تاثیرات دراز مدت زندگی ریاکارانه و تربیت ناقص والدین و حس انتقام و کینه توزی یک زن از ۲۰ سال قبل را به خوبی نشان می دهد. در سکانس های پایانی ویران شدن و متلاشی شدن کامل روان پانته آ بهرام را شاهد هستیم، اما شاهکار بازیگری باران کوثری و فرهاد اصلانی در لحظات قبل از اعدام و صحنه رو در رو شدن باران کوثری و پانته آ بهرام در سحرگاه اعدام و بادی که می وزد و نگاهی که به هم می کنند و .... باید حتما خودتان ببینید یا دیده باشید، مطمئنا تا مدت ها ذهن تان را درگیر خود می کند. نکته ای که لازم می دانم حتما ذکر کنم این است که پلان هایی از فیلم ممیزی شده که اگر بود تاثیر گذاری فیلم واقعا بیشتر بود، هرچند عده ای از طریق اینترنت آنها را دیده اند!! مثل ازدواج باران در زندان و سکانس کامل صحنه اعدام، و انداختن چارپایه توسط پانته آ بهرام که واقعا تکان دهنده است. در مورد فیلم نقدهای مثبت و منفی زیادی نوشته شد، عده ای آنرا سیاه نمایی جامعه و عده معدودی هم کل این جریان از اکران برداشتن را سیاه بازی برای فروش بیشتر می دانستند. اما حداقل من و همکارانم چه در بیمارستان یا مطب سرو کار بیشتری با این نسل جدید داریم، می دانیم احساس بی هویتی (همانکه در چالش شماره قبل هم مطرح شد) از میان رفتن قبح بسیاری مسائل و گرفتار بودن آنها در برزخ آینده و شرایط فعلی چه اضطراب و مشکلات روانی متعددی را برای آنها ایجاد کرده است. ناتوانی در تطابق با شرایط حاکم بر جامعه ، مقایسه خود با دیگر همسن و سالانشان و ده ها علل متعدد دیگر که نیاز به بازشکافی و بحث های روانشناسی و جامعه شناسی دارد از این مجال خارج است. اگر فیلم را در اکران ندیده اید ، توصیه می کنم حتما بعد از ورود به شبکه خانگی بیش از یکبار ببینید، قطعا با دیدن آن درک و هضم بسیاری از تئورهای فروید، یونگ، آدلر و دیگران برایتان راحت تر می شود. فقط یک سوال؟ روانپزشکی که حدود ۲ ساعت به مشکل بیمار آن هم آخر شب گوش می دهد و نهایتا توصیه وی بستری او در بیمارستان روانی است، چقدر باید حق ویزیت بگیرد؟؟؟

در انتها با توجه به اشاره شماره قبل به صد فیلمی که یک روانپزشک باید دیده باشد و استقبال تعدادی از همکاران از معرفی آنها اجمالا به یکی دیگر از این فیلم ها یعنی **«دختر از هم گسیخته Girl Interrupted»** بطور مختصر می کنم. فیلم با بازی آنجلینا جولی و وفینونا رایدر در مورد مرکز نگهدارانی است که مشکل عمده روانی دارند، سوزانا با ابتلا به MDD در این مرکز بستری و ما شاهد سایر شخصیت های فیلم که دچار مشکلات گوناگون هستند می شویم.

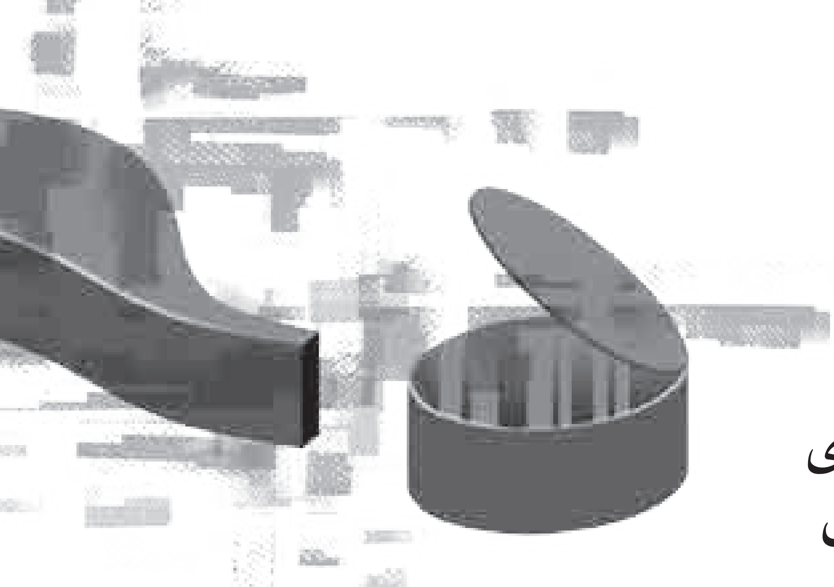
زنان Antisocial، دختران Borderline، اسیکزوفرن، سندرم آسپرگر و ... فیلم دارای چند لایه است و قطعا برای همکاران دیدن آن مفید خواهد بود و اولین سوالی که در ذهن مطرح می شود این است که چرا در فیلمنامه های مربوط به مشکلات روانی در خارج از اینجا اینقدر دقیق و قطعا با مشورت روانپزشک و روانشناس ساخته می شود؟ در اینجا هرگاه بیمار روانی را بخواهند نمایش دهند، شخصیتی کاریکاتور گونه و کلیشه ای ، بدون هیچ مشورتی با متخصص این رشته به نمایش گذاشته می شود. آنجلینا جولی برای بازی در نقش «لیزا» اسکار بهترین نقش مکمل را گرفت.

پرسش و چالش

دکتر محمد رضا شیدایی - روانپزشک

مقدمه

با درود خدمت همکاران، در شماره قبل پرسشی درباره بیماری به نام «سندرم استکهلم» پرسیده شد، باز هم طی روال گذشته پاسخگوی اصلی ما جناب آقای دکتر معزی بودند که شرح مفصلی هم درباره سندرم استکهلم و هم چالش شماره قبل نوشته اند. با توجه به پاسخ تفصیلی جناب آقای دکتر معزی مجددا به علت محدودیت صفحات مجبور به تلخیص مطالب ایشان شدیم فقط بعنوان مقدمه تصحیح کوچکی را با اجازه از آقای دکتر معزی بر مطالب ایشان انجام می دهم ، آنچه را که در مورد «پتی هرست» دختر رانه ولف هرست ناشر میایونر آمریکایی و وارث امپراتوری «ویلیام راندلف هرست» بزرگترین ناشر آمریکایی و صاحب روزنامه های زنجیره ای آمریکا و انتشارات اصلی آن و شبکه های تلویزیونی آورده اند کاملا درست است و اشاره به این نکته بهترین فیلم تاریخ سینمای جهان از دید همه منتقدین یعنی فیلم «همشهری کین» ساخته اورسن دلز درحقیقت با الهام از زندگی او ساخته شده است، باید بگویم دزدیده شدن Patty Hearst در سال ۱۹۷٤ اتفاق افتاد و البته در کشور آمریکا، ولی سندرم استکهلم یک سال قبل از آن در ۱۹۷۳ و در سوئد رخ داد و خلاصه آن به این شرح است. در سال ۱۹۷۳ از یک بانک در استکهلم سوئد سرقتی صورت گرفت و سارقان برای نجات خود چند تن از کارمندان را گروگان گرفته و با خود بردند. پس از مدتی سارقان دستگیر و گروگان ها آزاد شدند، اما برخلاف انتظار هیچ یک حاضر به شهادت علیه سارقان در دادگاه نشدند. در مصاحبه روانپزشکان با گروگان ها، متوجه شدند آنها دچار یک بیماری روانی ناشناخته شده اند که باعث ایجاد وابستگی به سارقان شده است. قبل از این مسئله ارتباط عاطفی زندان بان و زندانی مشخص شده بود اما این مورد تفاوت عمده ای با آن وابستگی داشت، یعنی خود گروگان تبدیل هویت به سارق یا بزهکار را پیدا می کند و در نتیجه اعمال او را انجام داده و درحقیقت در شخصیت گروگان گیر خود حل می شود و البته شرح ماجرای «پتی هرست» دقیقا موید این بیماری است. این نکته صرفا در این جهت نگاشته شده علت نامگذاری به نام «استکهلم» روشن شود هرچند همانطور که آقای دکتر اشاره کرده اند نمونه کامل آن در ماجرای «پتی هرست» است. گمان می کنم همکاران عزیز قرابت آنرا با وابستگی پاتولوژیک بیمار به درمانگرش و حتی بطور ناخودآگاه گرفتن خصوصیاتی از وی را تجربه کرده اند، هرچند که قیاس مع الفارق بوده و نه روانپزشک بزهکار و زندانبان است و نه بیمار گروگان و زندانی.



پاسخ آقای دکتر معزی به پرسش شماره قبل

جناب آقای دکتر شیدایی با سلام در مورد پرسش و چالش طرح شده در (روان پزشک فصل نامه تابستان و بهار ۹۱) سخنانی دارم که اگر موافقت فرمائید استفاده شود :

۱–نخست سندرم استکهلم STOCKHOLM چیست؟ قرابت با کدام پدیده روان پزشکی؟ و درمان؟

اول (متعاقب یک سرقت بانکی در استکهلم سال ۱۹۷۳، بزهکاران دختر میلیونری (PATTY HEARST) را دزدیدند که بعد در باند دزدان همکاری کرد. کلیه آن چیزی که من می دانم همین است. چون تعریف سندرم (مجموعه علائمی است که وجود یک بیماری را ثابت می کند)، معتقدم به سختی می توان این واقعه را سندرم نامید، ولی شاید دیگران علائمی افزون یافته اند که من نمی دانم – ائتلاف حماسی – غنایی هالوها

دوم – آنالیز : به عقیده من این یک (درام تروریستی) اکران شده در صحنه بانک است . یک (بحران هویت)، که بازیگران صحنه یک (اتحاد متناقض وارونه) ساخته اند CORRELATIVE LOVE-TERROR EVENT

اما چرا وارونه؟ چهره های متضاد از دو کلاس متفاوت اجتماعی یک ائتلاف جنائی – حماسی – عشقی یا بزمی غنایی (INVERSED IDENTIFIED EPIC) به وجود آوردند – مرکب متضاد وارونه

انطباق روانی یک هنرپیشه از دسته پولدار با گروه گانگ دزدان پول ، این صحنه دارای دوسو است.

در یک سو (ترور – خشونت – گروگان گیری – اکتیو یسم)

در سوی دیگر (انقیاد – پاسیویسم) یک زن که مشابه این صحنه در تاریخ قضائی جنایی جهان کم نیست.

سوم، شناخت پرسوناژها از تیپ روانی، متجانس و متضاد از راه دور و در غیبت کاری است دشوار. تفسیر یک EPISODE رزمی – بزمی در شرایط هیجانی – حماسی که یک شاخه بزمی به خود پیوند کرده وآنرا می توان (تروریسم با لذت) نامید– دزدان علیرغم اصل (کبوتر با کبوتر باز با باز)، پرده تضاد طبقاتی را دریدند و یک انطباق جنائی–عاطفی نشان داده اند.

که به شکل هیستریک ظاهر شده:

(AFFECTIVE IDENTITY CONFORMITY)

چهارم، تفسیر : تیپ شخصیت بزهکاران از قدیم چنین تعریف شده : آنتی سوشیال – سایکوپات، حاشیه ای BORDERLINE – کژخو PERVERSE – اسکیزوئید یا پارانوئید یا مخلوطی از این ها. لذا تکلیف تحلیل روانی بزهکاران دزد در این صحنه تقریبا روشن است.

دکتر لمبروزو (LOMBROSO) جرم شناس ایتالیایی (۱۹۰۹–۱۸۳۵ م) آنان را (جانیان بالفطره) نامیده که جای بحث دارد.

می ماند تجسس در احوال PATTY HEARST:

گروه بندی شخصیتی دقیق یک زن پولدار در این ائتلاف حماسی–غنایی (EPIE-LYRIC) که نام سندرم گرفته، قدری تامل لازم دارد. برای توجیه اطلاعاتی دیگر لازم است : سن، IQ، سوابق خانوادگی، ضربات کهنه عاطفی در کودکی و بزرگسالی ، شرایط تربیتی تحصیلی، کیفیت سکسوآل، وجود یا عدم حالات سادیسمی، مازوخیستی، کیفیت ساختمان جسمی روانی قبل از اتصال به دزدان، وجود سابقه تجاوز جنسی به عنف یا غیرعنف RAPE قبل از این صحنه دراماتیک و بسیاری اطلاعات دیگر که شاید من نمی دانم، لذا در تشخیص افتراقی موارد زیر به نظر من مطرح می شود :

۱–DID (DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER). (اختلال تجزیه ای)

۲–DEPERSONALISATION مسخ شخصیت (GENETIC OR EDUCATIONAL)

۳–DEREALIZATION مسخ واقعیت (INSTANT MISS OR CONFUSION OF PLAEB & TIME)

۴–BORDERLINE; ANTISOCIAL ; PERVERSIVE PERSONALITY

۵–PTSD

۶–LYMBIC SYSTEME DISORDER

۷–AUTOMATISM

۸–MARITAL & / OR SEXUAL PROBLEMS

۹–SELF PRESENTATION VIA PLEASURE SATURATION

۱۰–HYSTERIC PSYCHODYNAMIC IMPULSIVE ATTAEK

۱۱–SADO-MASOSHISM

۱۲–HEROISATION قهرمان نمائی

یادمان باشد ، بسیاری از جهانیان مستقیم یا غیر مسقیم تابع و تسلیم زورند ، برخی زنان که لباس ارتشی و نظامی را به مثابه ی پوست شیر ، سمبل قدرت می ستایند، شاید ناخودآگاه شان قدرت را دوست دارند و همین زور گرایی کم خردان ضربه‌های زیادی به بشریت زده.

قرنهاست پیرامون درصد علت ارثی یا تربیتی بزهکاری اختلاف نظر هست. دکتر لمبروزو و سعدی قویا فرضیه (جانیان بالفطره) را علت بزهکاری دانسته‌اند – از آن به بعد هم محافل علمی در اثر تربیت پذیری به تفاوت سخن می گویند . سعدی در قرن ۷ هجری بین دو علت سرگردان است – از یک سو گفت (سگ اصحاب کهف روزی چند – پی نیکان گرفت و مردم شد)– و در ادامه به فطری بودن تاکید ورزیده (عاقبت گرگ زاده گرگ شود – گرچه با آدمی بزرگ شود) یا صراحت فرموده (هرگز از شاخ بید بر نخوری) یا (تربیت نااهل را چون گردکان بر گنبد است).

نتیجه و خلاصه:

تصور می کنم دختر از تیپ روانی پاسیو مسحور و شیفته اکیتویسم و بزن بهادری دزدان شده، شاید با IQ کم خود را تسلیم آنان نموده (پدیده جذب و انطباق روانی)

آیا می توان این فیلم اکشن ACTION را (تجلی قدرت در بزه) تصور کرد و با ARCHTYPE یونگی و جهش استحاله ای DEGENERATIVE CONVERSION توجیه کرد؟

تفسیر رفتار شناسانه این واقعه از دیدگاه PRAEXOLOGY؟ (شاید یک انجذاب سکو آل) که شرطی شده باشد یعنی انحلال شخصیت پاسیویتی دختر از تبار سرمایه داری در بطن رفتار نمایش دزدان

یا انقلابی درونی حاصل طغیان هورمونی سروتونرژیک واکسی تو سیک که علت کردار جهشی ترذیلی بزهکاران را در تقابل با (پتی) توجیه کند؟

یا دراماتیزاسیون DRAMATIZATION شبیه آنچه در رویا اتفاق می افتد؟ آیا با صحنه سازی براساس عقیده های احتمالی دوران خردسالی دختر فرصت نمایش خشم درون خود را پیدا کرده و بوسیله خود تطبیقی و انطباق با بزهکاران و توسل به جامعه ستیزی، توانایی کاستن از خشم و هیجان درونی خود را یافته؟ و پس از مدتی مباشرت با دزدان مسحور آنان گشته و هدف را دنبال نموده – دختر طبق تئوری مورتون فرصت خودنمایی و هدف یابی را پیدا کرده – تئوری مورتون: (انسانها در شرایطی هدف دارندولی وسیله ندارند...)، شاید دختر خواسته نقشی در درام جنجالی حیات داشته باشد. در این واقعه فکر نمی کنم:

طرح واره درمانی SCHEMTHERAPY در جلسات متعدد یا RETدرمانی RATIONAL EMOTIVE THERAPY و یا CBT (درمان شناختی رفتاری)موثر واقع شوند.

باز تاکید می کنم تغییر (عنصر عادت و شرطی شدن) به شرارت در خوی مردمان با وعظ و پند و دارو بسیار مشکل است زیرا تغییرات محیطی افراد ساده نیست

هست برپای دلم از عشق بند
سودکی دارد مرا این وعظ و پند

با احترام دکتر معزی

اما پرسش و چالش این شماره

پرسش

حتما همکاران با تجربه مراجعه بیماران(TS (Transe sexualism را در مراحل اولیه و قبل از دوره تزریق هورمون و عمل به مطب داشته اند. سوال این است اگر بیماری بعنوان TS به شما مراجعه کرد و خانواده وی می خواهند بدانند براستی TS است یا یک میل موقتی چون هزینه سنگینی چه از نظر مالی و چه جسمی و روحی باید تحمل کنند چه معیارهایی برای قطعیت تشخیص و ابراز آن به خانواده بیمار دارید؟

چالش این شماره

پسر و دختر جوانی وارد مطب شدند. پسر حدود ۲۶ ساله که بتازگی مهندس شده و دختر خانم حدود ۲۳ ساله. هر دو بسیار آرام و موقر و محجوب. پسر شروع می کند:

خانم دکتر من در واقع برای مادرم مراجعه کردم و دچار مشکل اساسی با او شده ام. من در سن ۷ سالگی پدرم را از دست دادم و مادرم تاکنون ازدواج نکرد و مرا بزرگ کرد.

مادرم در یک دبیرستان دخترانه مشاور است و همه همکاران و خانواده از او حرف شنوی داشته و به او معتقدند.

در این سالها مادرم وابستگی بسیار زیادی به من داشت. بیش از اندازه از من مراقبت می کرد، مثل سایه دنبالم بود، بدون اجازه او آب نمی خوردم کاملاً بر روی من سلطه داشت. مرا مجبور می کرد شب ها کنار او بخوابم و بدون من خوابش نمی برد. بعد از اینکه دانشجو شدم خجالت می کشیدم کنار او بخوابم و هر بار که امتناع می کردم او قهر می کرد و عصبانی می شد و می گفت تو دیگر مرا دوست نداری.

در سالهای اخیر هر بار فامیل می گفتند که باید عروس بیاوری عصبانی می شد و می گفت انشاءا... ۹۹ سال دیگر!!!

تا یک سال پیش:

که من به این خانم علاقمند شدم. وقتی موضوع را با مادرم در میان گذاشتم بسیار عصبانی شد، مرا به شدت کتک زد، با چاقو به من حمله کرد و گفت اگر یکبار دیگر حرفش را بزنی تو و آن دختر را می کشم. از رفتار او متعجب شدم و گفتم مادر این چه عکس العملی است؟ او گفت تو مثل همسر منی باید برایم خانه بخری، با هم مسافرت های زیاد برویم و من را کاملاً راضی کنی.

از آن روز انگار من شوهری بودم که به زنش خیانت کرده، دائم تلفن مرا چک می کرد، مرا تعقیب می کرد، به محل کارم سر زده می آمد، مرتب گریه می کرد، شبها مرا از خواب بیدار می کرد و می گفت که باید همه چیز را تمام کنی. ولی من عاشق شده بودم، واقعاً این خانم را بعنوان همسر انتخاب کرده بودم.

موضوع را با پدر بزرگ و مادر بزرگ و دائی هایم مطرح کردم. آنها با دختر آشنا شدند و او را تایید کردند و قرار شد با مادرم صحبت کنند. شبی که با مادرم صحبت کردند مادرم آنقدر فریاد کشید و به بستگانش حمله ور شد که پدر بزرگم همان شب راهی CCU شد و سکته کرد.

دائی ام به من گفت که مشکل مرا حل می کند. با هم به خواستگاری رفتیم و پدر و مادر ایشان به من علاقمند شده بودند قبول کردند که من با حضور سایر بستگانم عقد کنم. به محض اینکه مادرم متوجه این موضوع شد، به منزل دائی ام رفت و گفت که بچه هایت را می کشم اگر پسرم را از من بگیری!!

سپس به در خانه این خانم رفت و پدرش را تهدید کرد که اگر دخترت به عقد پسرم درآید او را شب اول می کشم و خانه شما را هم آتش می زنم. قابل ذکر است که مادرم اصلاً حاضر به دیدن این خانم نشده است و با ایشان مشکل ندارد هر کس دیگری بود هم همین کارها را می کرد. مادرم در محل کار بسیار نرمال و منطقی است و کسی باور نمی کند که او این کارها را می کند.

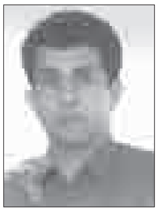
بارها از او خواهش کردم که با هم نزد مشاور یا روانپزشک برویم هر چه آنها گفتند من همان کار را می کنم ولی می گوید من خودم به همه مشاوره می دهم و من مشکلی ندارم.

همه فامیل از او ترسیده اند و خود را کنار کشیده اند، نمی دانم چکار کنم لطفاً مرا راهنمایی کنید.

حال سوال این است:

۱) چه تشخیصی برای مادر مطرح می باشد؟

۲) چه راه حل عملی پیشنهاد می کنید؟



دکتر فریدون یداله مقدم
روانپزشک قانونی

خبرنامه انجمن روانپزشکان اصفهان علاوه بر چاپ گزارشهای خبری، با انعکاس نظرات همکاران و ذکر مشکلاتی که در کار حرفه ای و صنفی با آن مواجه هستند می تواند پل ارتباط خوبی ایجاد کند.
قبل از ورود به بحث لازم است از اساتید محترم و همکاران گرامی که با اظهار نظرهای کارشناسانه و ارائه سوابق بیمارانشان به پزشکی قانونی به حل دعاوی مربوط به این گروه از بیماران در دادگاه و نهایتاً اجرای عدالت کمک می کنند تشکر کنم.

بیماران روانپزشکی از طیف های مختلف و به دلایل گوناگون از طرف مراجع قضایی جهت معاینه به روانپزشک قانونی ارجاع می شوند از بیماران شدیداً سایکوتیک تا مراجعین کاملاً متمارض، از بیماران با سابقه چندین بار بستری تا بیمارانی که علیرغم وجود سایکوز حتی یک بار هم به روانپزشک مراجعه نکرده اند.
برای تشخیص درست موارد فوق مصاحبه و شرح حال به تنهایی کفایت نمی کند (بخصوص در مورد متمارضین و یا بیمارانی که به دلیل منافع شخصی شرح حال درستی نمی دهند). بنابراین یکی از مهمترین ابزارهای تشخیصی مستندات پزشکی است. در مورد بیمارانی که سابقه بستری شدن دارند پرونده بیمارستانی راهگشا خواهد بود. ولی در مورد بیمارانی که علیرغم وجود تشخیص های عمده بستری نشده اند و سالهاست سرپایی درمان می شوند نظر روانپزشک معالج و محتویات موجود در پرونده مطب مغتنم است. البته گواهی روانپزشک مفید است ولی مستندات پزشکی برای مقاصد قانونی اهمیت بیشتری دارد.
در مسائل قانونی مستندات برای رد یا اثبات یک ادعا نقش اساسی دارد. چه بسا به دلیل عدم ارائه مدارک مستند حقیقت روشن نشود و جای حق و باطل عوض شود.
این موضوع در خصوص پزشکی قانونی و در رابطه با بیماران روانپزشکی نیز صادق است در اینجاست که توجه به بُعد قانونی بیماران اهمیت پیدا می کند اگر قرار است نگرش جامع نگر و چند بعدی به انسان و

حق نقض رازداری

بخصوص به بیماران وجود داشته باشد جنبه قانونی و حقوقی نیز باید در نظر گرفته شود. جنبه ای که توجه آن از طرف روانپزشک معالج می تواند به کمک بیمار بیاید و گاهاً در تصمیم گیری های قضایی برای بیماران بسیار حیاتی باشد و چه بسا بی توجهی به آن باعث تضییع حقوق بیماران یا اشخاص ثالث شود. متاسفانه درگیر شدن در درمان بیولوژیک اختلالات محور یک ممکن است باعث غفلت از این جنبه شود. برای مثال فرض کنید شخصی که به دلیل ابتلا به نوعی اختلال شدید روانی تحت درمان و کنترل است ازدواج می کند بدون این که موضوع را به همسرش گفته باشد پس از سپری شدن چند ماه بیماری شدت گرفته یا عود می کند. اگر همسر قصد کند فریب در ازدواج را مطرح کند نیاز به مستندات پزشکی دارد. از آنجا که به احتمال زیاد وجود بیماری را در قبل از عقد نکاح انکار میکند، مستندات پزشکی (پرونده بیمارستانی، پرونده مطب، نسخ و ...) می تواند به کشف حقیقت کمک کند. این موضوع وقتی اهمیت بیشتری پیدا می کند که بیمار فقط به صورت سرپایی درمان شود. در این صورت فقط از سوابق موجود در پرونده مطب بیمار است که می توان زمان شروع بیماری را تعیین و به مراجع قضایی اعلام کرد. در صورت فقدان چنین سابقه ای، رجوع به حافظه و صدور گواهی و ذکر زمان شروع بیماری نمی تواند سندیت داشته باشد و در اینجاست که احتمالاً حق همسر بیمار ضایع خواهد شد چون وجود بیماری قبل از زمان عقد را نتوانسته اثبات کند و روانپزشک قانونی هم نمی تواند صرفاً بر اساس اعلام نظر روانپزشک معالج و بدون ارائه مستندات پزشکی زمان شروع بیماری را احراز و به دادگاه اعلام کند.

یا بیمار اسکیزوفرنی را در نظر بگیرید که پدرش فوت می کند و قرار است از طرف موسسه محل خدمت پدرش تحت پوشش قرار گرفته و تا آخر عمر از حقوق مستمری برخوردار شود (توجه شود به نقش ساپورت سیستم در درمان و بازتوانی این بیماران از دیدگاه چند بعدی). شرط پوشش برخی سازمانها شروع بیماری قبل از سن ۱۸ سالگی است اگر نتواند بر اساس مستندات پزشکی این موضوع را ثابت کند از حق قانونی خود ممکن است محروم شود. در کسر قابل توجهی از بیماران اسکیزوفرن، اختلال قبل از ۱۸ سالگی شروع می شود. بنابراین اهمیت ثبت و نگهداری سوابق بیمار در مطب بیشتر روشن می شود. در این موارد ارسال سوابق درمانی از طرف پزشک معالج نقش اساسی در روشن شدن موضوع دارد.

توجه به این موضوع مهم است که همانگونه که رازداری از حقوق بیماران است افشاگری به موقع و موجه نیز از حقوق بیماران است. اینجاست که رازداری در مقابل افشاگری قرار می گیرد و پزشک مسئولیت اخلاقی و قانونی دارد همانگونه که رازدار است در مواقعی که قانون اجازه می دهد به افشای حقایق بیماری بپردازد.

اگرچه حق فیزیکی پرونده پزشکی بیمار متعلق به پزشک است ولی محتوای اطلاعاتی آن از حقوق بیمار است در یکی از بندهای بیانیه منشور حقوق بیماران در ایران آمده است بیمار

می تواند به کلیه اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت کند. این حق بر اساس دو مفهوم پایه گذاری شده است:

۱- بیمار حق دارد جزئیات درمان خود را طبق قوانین عرفی بداند.

۲- بیمار حق دارد اطلاعات موجود در پرونده اش را بداند چون هزینه درمان را می پردازد.

البته این موضوع را نمی توان در تمام پرونده های بیماران روانپزشکی تعمیم داد زیرا به دلیل ماهیت این گونه اختلالات و بخصوص در بیماران سایکوتیک دادن اطلاعات درون پرونده به آنها عاقلانه نیست ولی در پاسخ به استعلام مراجع قانونی ارسال پرونده حقی است که بایستی به جا آورد.

تشکیل پرونده برای بیماران در مطب و ثبت علائم روانپزشکی و درمانهای اتخاذ شده نه تنها برای بیمار که برای روانپزشک نیز مفید است. برای مثال وقتی بیمار علیرغم دستور بستری و توصیه های لازم بعد از ترک مطب اقدام به خودکشی می کند و از روانپزشک معالج به دلیل قصور پزشکی شکایت می شود تلاشی که در خصوص بستری نمودن وی انجام داده و در پرونده ثبت کرده است در دادگاه به کمک وی می آید.

امید است این گفتار توانسته باشد به درک یکی از جنبه های قانونی بیماران روانپزشکی کمک کند.

اختلال خلقی دو قطبی در دوران بارداری و درمان‌های دارویی

قسمت اول

دکتر ریحانه خدادای ▫ متخصص روانپزشکی

اختلال خلقی دو قطبی به طور یکسان در مرد و زن دیده می شود (۱). شیوع آن در آمریکایی ها، بین ۱/۵-۰/۵درصدگزارش شده است (۱) و در مطالعات مختلف اشاره شده که شیوع آن بین ۰/۹ تا ۱/۷درصدمتفاوت بوده (۲) و نسبت شیوع طیف اختلالات دو قطبی در طول زندگی ٦درصدگزارش شده است (۳). اما با توجه به اینکه سن شروع این بیماری در خانمها در سنین نوجوانی و اوایل دهه ۲۰ می باشد، این موضوع آنها را در طول سنین باروری در ریسک اپیزودهای خلقی قرار می دهد (۱). به بیان دیگر خانمها در سنین بلوغ و پری ناتال و منوپوز، بعلت عوامل مختلفی از جمله تغییرات هورمونی، تغییرات نقش تحول های احساسی و تغییرات بدنی در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به افسردگی هستند و این تغییرات خلقی شدید، بعلت انتظار طبیعی از پیدایش آنها در دوره های پراسترس، توسط بیمار مورد توجه قرار نمی گیرند و درمان نمی شوند.

به طوریکه در یک مطالعه در سال ۲۰۰٦ دیده شده که ۸٦درصدخانمهای بارداری که در برنامه غربالگری، افسردگی داشتند درمان نمی گرفتند. از طرفی ناآشنایی برخی پزشکان از علایم اختلالات روانی در دوران پری ناتال، منجر خواهد شد تا علایم افسردگی شامل تحریک پذیری، فقدان لذت، کاهش انرژی، افزایش اضطراب، مشکلات خواب و نامنظمی اشتها، بعنوان علایم نرمال یا تطابقی در طول بارداری در نظر گرفته شده و این مسئله به under treatment افراد منجر شود و یا گاه پزشکان جهت جلوگیری از مواجهه جنین با مواد تراتوژن، از دوز کم داروها استفاده کرده و این مسئله خود منجر به مقاومت به درمان می گردد، در حالیکه در طول دوران بارداری علیرغم درمان موثر ممکن است افسردگی به علت همبودی با اضطراب، سوماتیزاسیون، مصرف مواد، بیماری دوقطبی ناشناخته و وجود استرسها و تروماهای شدید سایکوسوشیال، مقاوم بماند (٤).

در مورد این مطلب که آیا اختلال دوقطبی در بارداری بهتر می شود یا نه، اختلاف نظر وجود دارد، اما در هر حال حاملگی برای همه زنان مبتلا به این بیماری protective نیست (۱ و ۵) و ریسک عود در طول بارداری و بعد از زایمان در بعضی افراد بخصوص افراد جوانتر، افراد با حاملگی بدون برنامه، افراد با سابقه قبلی اختلال خلقی دو قطبی یا سابقه قبلی اختلال خلقی پری ناتال و افراد با سابقه فامیلی BMD بیشتر است (٦). در زمینه میزان عود در مقالات مختلف آمارهای متفاوتی ذکر شده است. بین ١٤ تا ۲۳درصدخانمهای باردار بیماری افسردگی را در طول بارداری تجربه می کنند (۷) و حدود ۱۰درصدافرادی که زایمان می کنند دچار post partum depression می شوند (۸).

ریسک عود در افراد با سابقه بیماری Bipolar به دنبال زایمان ۲۵درصدگزارش شده (۹) و در نهایت در مطالعه ای که در بین سالهای ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۹ بر روی ۷۸ خانم با BMD انجام شده بود، ٤۷درصدزنان با سابقه BMD که در طول بارداری ارجاع داده شده بودند از عود بعد از زایمان رنج می بردند (٦). این میزان عود در افرادیکه قبلاً بر روی درمان بوده اند و درمان را در طول این دوره قطع کرده اند افزایش داشته، بطوریکه در مقاله ای مطرح شده در زنانی که در دوره نفاس لیتیوم را قطع کرده اند ریسک عود ۳ برابر افراد غیر باردار و یا افرادی که در دوره ای به جز نفاس قرار داشته اند، بوده است (۱).

در مطالعه ای دیگر ۵۲درصداز خانمهایی که لیتیوم را قطع کرده بودند، در طول بارداری دچار عود شدند و از خانمهایی که بعد از قطع لیتیوم کربنات، stable باقی مانده بودند، ۷۰درصدشان در دوران بعد از زایمان دچار عود شده اند (۹). در جای دیگر عنوان شده افرادی که mood stabilizer را قطع کرده بودند در مقایسه با افرادی که دارو را ادامه داده بودند، ریسک عودشان ۲ برابر و متوسط زمان عود زودتر بود و قطع ناگهانی و سریع دارو با خطر بالاتری از عود همراه بوده است. حدود ۷٤درصداز موارد عود، از نوع depressive یا mixed و ٤۷درصدعودها در طول سه ماهه اول اتفاق افتاده بود (۹).

در مطالعه ای که اخیراً بر روی ۲۰۱ خانم باردار افسرده انجام شده بود، ٦۸درصدافرادی که دارو را قطع کرده بودند در مقایسه با ۲٦درصداز افرادی که روی درمان مانده بودند، دچار علایم افسردگی شدند (٤). بنابراین حاملگی در افراد با سابقه بیماری و تحت درمان، با توجه به احتمال عود بیشتر، بهتر است همراه با برنامه ریزی بوده و بر اساس میزان ریسک عود بیماری در ارتباط با بارداری و زایمان، تصمیم گیری لازم صورت گیرد (۹).

تشخیص ریسک فاکتورها ما را قادر می سازد تا برای هر فرد ریسک عود را تخمین بزنیم (۹) و سپس در مورد خطرات عدم درمان بیماری و خطرات درمان و برنامه درمانی موجود توضیحات کامل را در اختیار بیمار قرار دهیم.

ریسک فاکتورهای سایکوپاتولوژی پری ناتال:

موارد زیر از جمله ریسک فاکتورهای مطرح شده می باشند که فرد را در ریسک بیشتر بیماری قرار می دهند:

- حاملگی در طول نوجوانی
- تشخیص قبلی افسردگی، اضطراب، سایکوز یا اختلال دو قطبی
- سابقه تروما شامل ترومای جسمی و هیجانی یا آزار جنسی
- سابقه قبلی یا فعلی مصرف یا وابستگی به مواد مانند مصرف سیگار
- نداشتن حمایت اجتماعی
- تک والدی بودن (single parent hood)
- وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین
- سابقه sexual assault و خشونت خانگی
- محیط ناپایدار خانه
- قطع آنتی دپرسانت در طول بارداری
- مشکلات مالی
- تردید و دودلی در مورد بارداری (٤).

تصمیم گیری در مورد درمان:

تصمیم گیری برای برنامه های درمانی، نتیجه یک ارزیابی فوری است و با در نظر گرفتن risk-benefit صورت می گیرد (۹). در هر صورت جنین یا در معرض اثرات بیماری درمان نشده قرار می گیرد و یا در معرض دارو (٤) و هیچ اقدامی risk-free نخواهد بود. اگرچه درمان همراه با ریسک است اما همیشه دارو ندادن انتخاب بهتری نیست، زیرا خود بیماری درمان نشده اثرات چشمگیری بر روی مادر، جنین یا نوزاد و افراد مهم فامیل خواهد داشت (۱۰). برای مثال، عواقب شایع افسردگی و اضطراب درمان نشده در مادر باردار

شامل مواردی مانند، افزایش وزن ناکافی، LBW، پره اکلامپسی، مرگ جنین، زایمان زودرس، عدم پیگیری مراقبتهای بارداری توسط مادر و از طرفی افزایش نیاز به مراقبتهای بعد از زایمان، bonding نامناسب مادر با جنین متولد نشده و افزایش ریسک suicide خواهد بود (۴و ۱۰).

و از طرفی افسردگی بعد از زایمان درمان نشده در دوران بعد از زایمان نیز، بسیاری از جنبه های رشد و نمو کودک را تحت تاثیر خود قرار خواهد داد، این اثرات شامل اختلال در attachment مادر- نوزاد، اختلال رشد شناختی کودک و اختلالات رفتاری بوده است (۸).

با توجه به مسائل مطرح شده و با توجه به اینکه هدف، به حداقل رساندن ریسک احتمالی برای مادر و جنین میباشد، با در نظر گرفتن موارد زیر در هر فرد می توان برای درمان بیمار تصمیم گیری نمود:

- زمان مراجعه بیمار (قبل از اقدام جهت بار دار شدن یا پس از آن)
- سابقه بیماری
- ترجیح بیمار
- ریسک داروها (۱ و ۹)

زمان مراجعه بیمار:

پاسخ موفقیت آمیز ، به بررسی و تشخیص اولیه و شروع مراقبت فوری وابسته است. افرادی که در ارتباط با بهداشت و مراقبت خانمها قرار دارند، نقش اصلی را در بررسی های اولیه دارند. استفاده از scaleهایی جهت اسکرین بیماران توسط متخصصین زنان-زایمان در ارزیابی اولیه بیماران نقش بسزایی داشته (۴) و پیشرفت به سمتی بوده که اسکرین افسردگی بعد از زایمان (PPD) به طور جهانی اجرا شده است. از جمله scaleهایی که با این هدف مورد استفاده قرار گرفته اند، (EPDS) Edinburgh Postnatal Depression Scale می باشد که شامل ۱۰ سوال self rated است. البته مطالعات بر روی برنامه های اسکرین PPD اثبات نکرده اند که اسکرین به تنهایی، تمایل به درمان و نیز outcome را بهبود دهد و فاکتورهای زیادی شامل قابلیت دسترسی به روشهای درمانی و ترجیح مادر برای نوع خاصی از درمان، تعیین می کنند که آیا مادران با PPD درمان می گیرند یا نه (۴ و ۸)

با توجه به اهمیت این موضوع، بیماران با سابقه اختلالات خلقی که تحت درمان دارویی قرار دارند باید در مورد اهمیت پیشگیری موثر از باروری مورد توصیه پزشکان قرار گیرند و در صورت تصمیم گیری برای بارداری با پزشک خود در زمینه روشهای درمانی مختلف مشاوره نمایند. روشهای مختلف شامل ادامه درمان در طول بارداری، switch به داروی آلترناتیو با عوارض کمتر و یا قطع بعضی یا همه داروها و شروع مجدد آن بعد از سه ماهه اول یا بعد از تولد کودک می باشد. (۹)

بیمارانی که قبل از اقدام جهت بارداری مراجعه می نمایند، در صورتی که بیماری برای مدت حداقل ۶ ماه و یا بیشتر کنترل بوده باشد، می توانند قبل از باردار شدن داروی خود را کاهش و قطع نمایند (۴ و ۷) البته لازم به ذکر است که طول زمان خوب بودن قبل از بارداری با خطر کمتر بیماری بعد از زایمان نیست (۶) لذا این افراد لازم است از نظر علایم عود، مانیتورهای نزدیک به هم داشته باشند (۴ و ۷).

قطع درمان maintenance بخصوص اگر ناگهانی باشد، با احتمال بیشتر عود همراه است. بنابراین باید داروی بیمار به آرامی taper و قطع گردد. این مشکل که نمی توان پیش بینی کرد فرد چقدر زمان برای باردار شدن نیاز دارد، در حالیکه داروی‌ش را قطع کرده، ماهها او را در شرایط پر مخاطره قرار میدهد و ریسک عود را بالا خواهد برد، اما یک ترایال قبل از بارداری برای taper داروها و بررسی پاسخ بیمار، به پزشک و بیمار در تعیین طرح درمانی کمک خواهد کرد. عود علایم باعث می شود فرد قبول کند که باید درمان را در طول بارداری ادامه بدهد (۱)، اما اگر فردی با قطع دارو یا در اوایل بارداری دچار عود نشود می توان تصمیم گرفت که دارو در صورت بروز علایم اولیه عود برای بیمار مجدداً شروع شود. (۱) در صورتی که فردی بخواهد در طول بارداری داروی‌ش را ادامه بدهد یا نیاز به درمان داشته باشد بهتر است که

۱) رژیم دارویی را ساده نگه دارید و در صورت امکان از منو تراپی استفاده کنید

۲) از حداقل دوز موثر ممکن استفاده نمایید

۳) در صورت امکان دارو را در طول بارداری تغییر ندهید. داروهای قدیمی تر بر اساس cohort data بهتر از داروهای جدید می باشند (۱ و ۴).

در صورت نیاز به تغییر دارو به داروی آلترناتیو، خانمهایی که قبل از بارداری درمانشان به یک آنتی سایکوتیک قدیمی یا ریسپریدون switch می شود. احتمال بارداری به علت افزایش پرولاکتین ناشی از این داروها کاهش پیدا می کند، بنابراین در این دوران داروهایی که کمتر اثر روی پرولاکتین داشته باشند، ترجیح داده می شوند (۱).

در صورتی که فردی حین مصرف دارو با حاملگی بدون برنامه مراجعه نماید، که حدود ۵۰درصدبارداری ها را تشکیل می دهند، با توجه به اینکه اغلب حاملگی وقتی تشخیص داده می شود که دوره ریسک بعضی از داروها گذشته و قطع دارو در این موقع فقط خوب بودن بیمار را در خطر قرار می دهد و فایده کمی دارد، برای تغییر و یا adjust کردن برنامه درمانی مواردی از جمله stable بودن بیمار، هفته بارداری، نوع دارو و ترجیحات درمانی باید مد نظر گرفته شوند (۱).

در خانم‌هایی که در طول سه ماه اول بارداری داروهای تراتوژن گرفته‌اند، باید بیمار به متخصص زنان-زایمان ارجاع داده شود و توصیه به اسکرین- آلفا فیتوپروتئین جهت بررسی NTD (Neural Tube Defect) و یک اولتراسونداسکن با رزولاسیون بالا در هفته های ۲۰-۱۶ بارداری و در صورت نیاز بررسی مایع آمینوتیک در هفته ۱۶ بارداری انجام گیرد و نیز دوز بالای فولات به میزان ۴-mg۵ برای افرادی که والپر وات سدیم و کاربامازپین دریافت کرده اند، توصیه می شود (۹).

البته گزارشاتی در سال ۲۰۰۱ از خانم‌هایی که والپروات به همراه دوز بالای فولیک اسید مصرف کرده بودند، شده که بچه های با NTD متولد کرده اند، بنابراین نامشخص است که فولات آیا هیچ اثر محافظت کننده ای دارد یا فقط محافظت نسبی در برابر خطر NTD دارد (۹).

سابقه بیماری:

توجه به سابقه بیماری فرد شامل شدت بیماری، پاسخ قبلی به داروهای مختلف، طول مدت یوتایمی با مصرف و قطع دارو، مدت زمان عود بعد از قطع دارو و زمان بهبود با مصرف مجدد دارو از مهمترین فاکتورهای کلینیکی است که بر روی برنامه درمانی موثر خواهد بود (۱). برای مثال اگر فردی سابقه عود یا سابقه علایم شدید مانند اقدام به خودکشی یا آسیب به خود، بستری روانپزشکی، آگاهی مختل و سیستم حمایتی ناکافی داشته باشد توصیه می شود صرفنظر از بارداری داروی‌ش را ادامه دهد حتی اگر فعلاً بدون علامت باشد و یا علایم خفیفی داشته باشد (۱ و ۴ و ۷). اما بیماران stable می توانند mood stabilizer را قطع کنند (۱).

ترجیح بیمار:

برای پیشنهاد درمان open mind باشید. بعضی خانمها درمانهای قدیمی مانند فارماکوتراپی یا سایکوتراپی را بعلت عوارض جنینی رد می کنند و

بعضی مایل به کار کردن روی تعارضات گذشته و حال نیستند. بعضیها ممکن است فکر کنند که تنها درمانشان دارویی است و بعضی ها ممکن است از اینکه به اجبار باید آنتی دپرسانت مصرف کنند ترس داشته باشند. آنها اغلب ارجاعات را پیروی نمی کنند حتی اگر واقعاً تشخیص داده شده که در ریسک هستند. بنابراین یک مدل مراقبتی multi disciplinary و همکارانه برای نتایج بهتر بارداری لازم است (٤).

ریسک داروها:

وقتی تصمیم به بارداری گرفته می شود، مهم آن است که ریسک درمان دارویی را با توجه به زمینه خود فرد و نیز با توجه به ریسک زمینه ای مالفورماسیونهای ماژور مادرزادی در جمعیت عمومی که در حدود ٤-۲درصدمیباشد، برای بیمار توضیح داد و در نظر گرفت (۹و ۱۰).

در ادامه راجع به ریسک ناشی از مصرف داروهای مختلف در طول بارداری (در فصلنامه بعدی) به تفصیل شرح داده خواهد شد.

منابع:

1) Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, Leibenluft E, Cohen L, Miller Manber R, Viguera A, Suppes T, Altshuler L: Management of Bipolar Disorder During Pregnancy and the Postpartum Period. An J ?? Psychiatry, 2004; 161: 608-620.
2) Guloksuz S, Akdeniz F, İnce B, Oral ET: The Treatment of Bipolar Disorder during Pregnancy and Post Partum Period. Turkish j of Psychiatry, 2010; 21(2): 155-166.
3) Good win FK, Jamison KR: Manic Depressive Illness, 2nd ed: New York, Oxford University Press sy, 2007: 175-6.
4) Muzik M, Hamilton S: Psychiatric illness during pregnancy. Current psychiatry, 2012; 11: 23-32.
5) Freeman M, Smith K, Freeman S, McElrog S, Kmetz G, Wright R, Keek P: The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. j clin psychiatry, 2002; 63: 284-287.
6) Doyle K, Heron J, Berrisford G, Whitmore J, Wainscolt G, Oyebode F: The management of bipolar disorder in the perinatal period and risk factors for post partum relapse. Eur Psychiatry, 2012; 27 (8): 563-9.
7) Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, Ramin S, Chaudron L, Lock Wood C: The management of depression during pregnancy: a report from The American Psychiatric Association and The American College of Obstetricions and Gynecologists. Gen Hosp Psychiatry, 2009; 31 (5): 403-413.
8) Free man MP, Joffe H, Cohen LS: Post Partum depression: Help patients find the right treatment. Current Psychiatry, 2012; 11: 14-21.
9) Goodwin GM: Evidence –based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition recommendations from the British Association for Psycho pharmacology. J of Psycho pharmacology, 2009; 23 (4): 346-388.
10) Austin M-P, Highet N and the Guidelines Expert Advisory Committee. Clinical Practice guidelines: Depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis- in the perinatal period. A guide line for primary care health professionals. Melbourne: beyond blue; 2011.

واگویه هایی از سر دلتنگی

«طنز» : از دکتر محمدرضا شیدایی و هیپنوتیزور

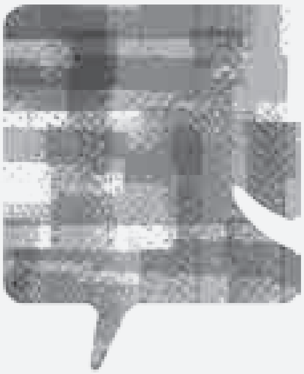
آنچه در این ستون نگاشته می شود نوعی ابراز مشغله های ذهنی است که شاید بیشتر جنبه تخلیه و Ventilation داشته باشد، این که ادامه دار باشد یا به گونه‌ای وصیت ذهنی، نمی دانم، ولی امیدوارم همکاران عزیزم، روانشناسان، دستیاران و کلیه گروه های دست اندرکار مسائل بهداشت روان اگر اشتغال ذهنی با مسائلی کوچک یا بزرگ از این دست یا نوعی دیگر دارند این را با ما به اشتراک بگذارند، شاید برای بعضی راه حلی یا کمکی بتوان یافت؟ این مطالب اگر جدی یا طنز دلتنگی هایی است که از اعماق دل برمی خیزد و کاش که بر دل بنشیند...

۱)هرگز از ارتفاع نترسیدم، اما همیشه از سقوط می ترسم!
هرگز از آتش نترسیدم، اما از سوختن می ترسم!
هرگز از تاریکی نترسیدم، اما از طولانی و بی پایان شدن آن و عدم طلوع روشنایی می ترسم!
هرگز از آب نترسیدم، اما از غرق شدن هنوز می ترسم!
هرگز از تنهایی نترسیدم، اما از بی کسی می ترسم!
هرگز از خزندگان کوچک نترسیدم، اما از آنها که آسیب جدی وارد می کنند می ترسم!
هرگز از شلوغی و جمعیت وحشت نکردم، اما از آشوب و هرج و مرج هنوز می ترسم!
هرگز از مرگ نترسیدم، اما از ذلیل شدن و محتاج ترحم دیگران شدن می ترسم!
هرگز ....این لیست می تواند خیلی بلند بالا باشد، بدانیم که قسمت اول آن Phobia و غیرمنطقی و قابل درمان است، اما قسمت دوم آن .... شما بگویید؟

۲)انگار بعضی وقتها به یک سری آدم ها باید شماره تلفن پینوکیو را داد تا ازش بپرسند چکار کرده که توانسته است آدم بشود، آنها هم همین کار را بکنند!!!

۳)وثوق الدوله نخست وزیر بعد از مشروطیت و عقد قرارداد ۱۹۱۹ در تاریخ ایران خوشنام نیست. کار ما قضاوت کردن نیست، بنابراین به سوابق تاریخی او اشاره نمی کنم اما اخیرا به شعری که بعد از آن ماجراها سرود (و جدا از شخصیت تاریخیش طبع شعر موزونی داشت) بیش از پیش به دلم نشسته است:

چون بد آید هرچه آید بد شود
یک بلا ده گردد و ده صد شود
مهر از گرمی فتد، مه از فروغ
فلسفه باطل شود منطق دروغ



۴)وقتی به نفس خود غلبه کرده ای و دیگر وسوسه مصرف مواد را نداری که بتوانی یک تکه لواشک را گوشه لپت بگذاری و تا آخر نجویش.

۵)در مورد خودم نمی دانم چه حکایتی است که از بچگی ۹ ماه مدرسه را تمرین می کردم صبح خیلی زود بیدار بشم ولی باز هم عادت نمی کردم، امان از سه روز تعطیلی که دیر بیدار می شدم و زود عادت می کردم.

گاهی حس می کنی همه چی آرومه (حالا چه احساس خوشبختی بکنی یا نه!!!) یکدفعه در مدت کوتاهی حس می کنی همه چیز روی سرت آوار شده، مگر روانپزشک یا روانشناس باشی طاقت بیاری! اگر عمری بود یکبار مفصل در مورد قوانین «مورفی» صحبت می کنیم، فقط همین اشاره را بکنم که مورفی دانشمند فیزیکدان یکبار در آزمایشگاهش از دستیارش خواست که یک سیم را وصل کند و او دقیقا در اشتباه ترین محل از سیم استفاده کرد!! و کل آزمایشگاه را تخریب نمود، مورفی فقط به زحمت به دوستش گفت: هرکاری که از این دستیار بخواهی به بدترین وجه ممکن به انجام می رساند!! حالا این همین حکایت پشت سر هم سه پلشک آمدن است.

۶)صحبت از وثوق الدوله شد، برادر کوچک تر وی قوام السلطنه شاید از آخرین نسل های رجل سیاسی استخونه ای مشروطیت بود، شطرنج سیاسی که وی با استالین رهبر وقت اتحاد جماهیر شوروی برای بازگشت آذربایجان کرد ، یکی از شاهکارهای سیاست بود می توان از روی آن سناریوی یک فیلم معمایی زیبا طراحی کرد هرچند بعد ها عنوان «حضرت اشرف» را شاه از وی گرفت ولی خودش همیشه این شعر ابوالقاسم فراهانی (میرزای کوچک) و معلم امیرکبیر را که او هم از نادر مردان با سیاست قاجار بود و لقب قائم مقام داشت زمزمه می کرد که : روزگار است انگه گه عزت دهد گه خوار دارد

چرخ بازیگر از این بازیچه ها بسیار دارد

و دریغا که این شعر را در آخرین لحظات عمر خود در باغ لاله زار وقتی به ستور محمدشاه قاجار کشته می شد سرود. (راستی در مورد تاریخ اخیرا متوجه شده ام که مهم نیست تاریخ را چه کسی می سازد یا چه کسی می نویسد، مهم آن است که چه کسی تعریف می کند!!)

۷)صحبت فیلم شد، به سلامتی جشنواره فیلم فجر هم آغاز شد، گرچه جای بسیاری پیشکسوت ها در این دوره خالی است، اما هنوز فیلم هایی از کارگردان های جوان تر هست که ارزش دیدن دارد. اگر واقعا فیلم های جشنواره در شهرستان های دیگر از جمله اصفهان پخش شود، توصیه می کنم از دیدن «حوض نقاشی» مازیار میری – «دربند» پرویز شهبازی – «چه خوبه که برگشتی» داریوش مهرجویی – و «چ» ابراهیم حاتمی کیا غافل نشوید. (تبصره : اگر فیلم «زندگی مشترک آقای محمودی و بانو» روح اله حجازی و «آسمان زرد کم عمق» بهرام توکلی هم نمایش داده شد حتما ببینید.)

در ضمن حتما خبردار شده اید که سیمرغ بلورین جشنواره تاکنون اسماً بلورین و رسما فلزی بود از امسال با طراحی جدید بلورین شد! خیلی سال بود نگران این موضوع بودیم بحمدا... رفع شد!!

۸)کمی جدی تر بخواهیم حرف بزنیم باید اشاره ای هم به اعدام در ملاء عام دو زورگیر تهرانی آن هم در پارک هنرمندان خیابان ایرانشهر بکنیم. اولا سرعت کار قوه قضائیه در ۵۰ روز از جرم تا اعدام سریعا مراحل را طی کرد قابل قدردانی است، ولی آیا اعدام در ملاء عام دو جوان زیر ۲۵ سال آن هم در محوطه پارکی که کودکان و بزرگان از آن استفاده می کنند چه بازخوردی خواهد داشت؟ و آیا این والدین کودکان که ۲ تا ۱۲ ساله خود را آن هم مانند پیک نیک با زیرانداز و میوه و خوراکی برای تماشای جان دادن یک انسان آورده اند می دانند چه تاثیر روانی تا پایان عمر روی این کودک خواهد گذاشت، جان کندن انسانی و تکان خوردن هایش از طناب اعدام؟؟ و آیا اصولا این شیوه برخورد باعث کاهش آستانه خشونت و بی تفاوتی نسل جدید و آینده به زجر، مرگ و جان کندن انسان ها نخواهد شد؟ و اصولا آیا این اعدام های در ملاء عام تا چه حد باعث کاهش خشونت و درس عبرت دیگران شده است؟؟؟ امیدواریم آمار مستندی در این مورد داشته باشیم اما هرچه باشد توجیه حضور کودکان با این تعداد زیاد در مراسم اعدام علنی امکان پذیر نیست و خسارتی که به شخصیت آینده او خواهد خورد جبران ناپذیر است.

۹)یادمان باشد پس از هر فرودی فرازی است و بعد از هر فرازی فرودی، پس نه در سخت ترین بحران ها تسلیم شویم و نه در بهترین موقعیت ها مغرور!!

۱۰)و بالاخره اینکه در همه جای دنیا دیگر برای هر تخلفی ولو هرچقدر کوچک «درحد نبستن کمربندهای سرنشینان عقب» جریمه ای وجود دارد، اما هنوز در هیچ جا برای «شکستن دل آدم ها» هیچ مجازاتی در کار نیست، هرچند که این خسارت هم بسیار شایع تر از هر چیز دیگر است و هم متاسفانه اسکار زخم آن یا داغ آن هرگز خوب شدنی نیست.

در پایان سخنی دارم با همکاران عزیزم، همکار گرامی ، آن که آن سوی میز (یا با زاویه ۴۵ْ!) نشسته است یک انسان است، با همه خوبی و به یقین یک انسان است، کار من و تو قضاوت نیست کار ما کاهش آلام این انسان است، چرخ روزگار می تواند هر آن تو را هم در سمت دیگر بنشاند این را خودم به عینه دیده ام ، پس قبل از اینکه به مریض بعدی، طول مدت ویزیت، هزینه ای که خواهی گرفت، مشکلات شخصی خودت و ..... فکر کنی ، یک لحظه فقط با خود بیندیش این انسان اکثرا به ته خط رسیده که به تو پناه آورد ، او فقط دارو نمی خواهد ، می خواهد او را درک کنی ، بفهمی و گوش کنی. او همدلی تو را می خواهد ، می دانم بلافاصله مقایسه سنجش زمانی ؟ و هزینه ای که می گیری پیش می آید. اما آیا همه چیز پول است؟ تو تمام این زحمات را کشیدی، شب ها بیدار ماندی، سال ها امتحان دادی فقط برای پول؟؟؟ دوست من از اول حجره بازار را انتخاب می کردی و خودت و دیگران را به زحمت نمی انداختی و به خواسته خود هم رسیده بودی. این را به عنوان نه توصیه ، وصیتی بپذیر، ما تمام هنرمان در این است که همدلی بیماران را داشته باشیم و بدانیم خیلی راحت ما هم می توانیم هر آن سوی دیگر میز باشیم. پس قبل از هر چیز کرامت انسانیت را پاس بدار و شان خود را به عنوان مرهمی برای زخم هایی که شاید هرگز بهبودی نیابند.

اگر عمری باقی بود بیشتر از این با هم خواهیم گفت، هرجا که هستید موفق و پایدار باشید.

به پایان آمد این دفتر حکایت همچنان باقی است   به صد دفتر نشاید گفت شرح درد مشتاقی

تحقیقات علوم رفتاری

دوره ۱۰؛ شماره ۵: (۱۳۹۱)

مقاله های پژوهشی

پیگیری سیر ۶ ماهه شدت علایم و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیا پس از ترخیص از بیمارستان
هاجر براتیان، مجید برکتین، حسین مولوی، نوشین موسوی مدنی، الهام فروزنده
ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس طراحی یک قصه در کودکان ۶ تا ۱۱ ساله
راضیه نصیرزاده، نرجس عرفان‌منش
بررسی رابطه بین استفاده از شبکه‌های اجتماعی بر اعتیاد به اینترنت و افسردگی در دانشجویان دانشگاه‌های پیام نور شهر اصفهان
نگین برات دستجردی، سمیه صیادی
اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقای ابعاد مختلف کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد
نگار کریمیان
اعتیاد به اینترنت و خطر بروز اختلال خواب در نوجوانان
ابراهیم مسعودنیا
بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی
زهرا پاداش، مریم فاتحی زاده، محمدرضا عابدی، زهرا ایزدیخواه
تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر میزان سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به سوگ نابهنجار
سالار فرامرزی، کریم عسگری، فاطمه تقوی

مقاله مروری

موج سوم رفتاردرمانی با تأکید بر رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش
فاطمه زرگر، ابوالفضل محمدی، عبدالله امیدی، رضا باقریان سرارودی

دوره ۱۰؛ شماره ۶: ویژه نامه سلامت روان: ۱۳۹۱

مقاله های پژوهشی

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امیدواری صفتی در دانشجویان ایرانی
محسن احمدی طهور سلطانی، رضا باقریان سرارودی، زهرا مولوی،
بررسی شیوع مصرف سیگار در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان و ارتباط آن با برخی خصوصیات دموگرافیک و علایم روان‌پزشکی
آرش قدوسی، مهین امین الرعایا، عباس عطاری، محمدرضا مرآثی، صفا مقصودلو
رابطه بهزیستی معنوی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روانی سالمندان
عیسی جعفری، نادر حاجلو، رامین فغانی، کاظم خزان
پیش‌بینی نشانه‌های مرضی بر اساس مفهوم خدا در دانشجویان علوم پزشکی
علی اکبر حدادی کوهسار، باقر غباری بناب
بررسی نقش صفات شخصیتی دلسوزی به خود و بخشایش در پیش‌بینی شدت افسردگی دانشجویان
سجاد بشرپور، علی عیسی زادگان
ارتباط التزام و اولویت به فریضه نماز با میزان شیوع افسردگی و برخی پارامترهای جمعیت‌شناختی دانشجویان
امیر موسی رضایی، همایون ناجی اصفهانی، نرجس خسروی، طاهره مومنی قلعه قاسمی
رابطه ابعاد مثبت و منفی کامل گرایی با استرس
نرگس محمدی، شکوفه نیک نشان، مینا مظاهری، حمید افشار
ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی سلسله مراتبی فرم کوتاه مقیاس زمینه‌یابی سلامت (SF-36) در گروه نمونه غیر بالینی
مجتبی حبیبی، ابراهیم خدایی، علی مقدم زاده، سلوی شمس الدینی
بررسی رابطه سلامت عمومی و رضایتمندی زناشویی در کارمندان دانشگاه فردوسی مشهد
سید محمود طباطبائی، سامیه پناهنده، مجید حسین آبادی، فرناز روشنی، عباس عطاری
رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی
احمدرضا حاجیان، محمود شیخ الاسلامی، رضا همایی، فیض اله رحیمی
رابطه بین شفافیت نقش با سازگاری شغلی
احمد رضا حاجیان، محمود شیخ الاسلامی، رضا همایی، سمیه محمدی

مقاله مروری

فراتحلیل تحقیقات انجام شده درباره میزان رابطه سلامت روانی و حمایت اجتماعی در ایران
اعظم مرادی، صغری طاهری، فاطمه جوانبخت، عقیل طاهری