خبرنامه داخلی انجمن علمی روانپزشکان استان اصفهان
دو فصلنامه پاییز و زمستان/ ۱۳۹۲

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

عکس روی جلد: مریم سپهری (www.sepehry.com)

آدمی را فربهی هست از خیال
در خیالاتش بود صاحب جمال
ور خیالاتش نماید ناخوشی
می گدازد همچو موم از آتشی

مولوی

انجمن علمی روانپزشکان ایران
شاخه اصفهان

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

با تشکر از همکاران این شماره:
دکتر سیدمرتضی واعظی- دکتر قربانعلی اسدالّهی -دکتر عباس عطاری -دکتر غلامحسین احمدزاده -دکتر صفا مقصودلو -دکتر علی عباسعلی زاده -دکتر مسعود ازهر -دکتر غلامرضا خیرآبادی- دکتر فریدون یداله مقدم-دکتر آرش ناهید - دکتر محمد رضا شیدایی -دکتر سهیلا صلاحی -دکتر مریم رضایی -دکتر مژگان امانت کار-دکتر فاطمه جبلی -دکتر ناهید گرامیان -دکتر آصفه مژده

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

سخن آغازین ۲
اخبار انجمن روانپزشکی اصفهان........ ۳
گزارش سی امین کنگره سالیانه انجمن روانپزشکان ایران........ ۴
پیشکسوت نمونه: دکتر فریدون ضرغام........ ۵
خانم دکتر سید مظفری روانپزشک نمونه سال ۹۲ اصفهان........ ۵
شمعدان نقره........ ۶
کنگرهMS........ ۷
گزارشی از امتحان برد روانپزشکی سال ۹۲........ ۷
مروری بر DSM5........ ۸
نگرش به سالمندی در شعر فارسی........ ۱۰
پاسخ به چالش‌هایی در مطب روانپزشکی........ ۱۳
معرفی یک مورد در گراندراند بیمارستان خورشید اصفهان ۱۶
روان‌پویایی علایم در یک بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا........ ۱۸
جرم و مسئولیت........ ۲۲
خاطرات یک روانپزشک........ ۲۳
اختلالات شناختی در DSM-5........ ۲۴
قاه قاه........ ۲۵
چرا مسافرت باعث تغییر حال ما می‌شود؟........ ۲۶
ستاد ساماندهی بیماران روانی مزمن بهزیستی........ ۲۷
مطالبی‌نوازسایکوفارماکولوژی........ ۳۱
زندگی مشق عاشقی........ ۳۲
گزارش فعالیت واحد سلامت روان........ ۳۳
ای عاشقان ای عاشقان یک لولی‌ای دیوانه شد........ ۳۳
معرفی مجله و کتاب........ ۳۴
دل نوشته بیمار........ ۳۵
مکاتبات انجمن........ ۳۶

سخن آغازین

دکتر علی عباسعلی زاده

دبیر انجمن روانپزشکی اصفهان و مسئول خبرنامه

پیش از هر چیز از اظهار لطف همکاران ارجمند و دوستان گرامی که با بازتاب های مثبت و امیدوار کننده خویش نسبت به این مجله موجب دلگرمی ما برای ادامه کار شده اند سپاسگزاری می کنیم.

جا دارد سپاسگزاری صمیمانه هیئت تحریریه خبرنامه را از دوستان عزیزی که در تهیه مطالب این خبرنامه به ما یاری رساندند ابراز کنیم و امیدواریم کماکان از حمایت و کمک بی شائبه و صمیمانه آنها برخوردار شویم.

ما به خوانندگان گرامی قول داده بودیم تا از تجربیات اساتید پیشکسوت گروه روانپزشکی بیشتر استفاده کنیم و نیز حتی الامکان از گزارش های موردی استفاده کنیم تامطالب جنبه های کاربردی بیشتری داشته باشد و خیلی خوشحالیم که توانستیم که به عهد خود وفا کنیم و امیدواریم بعد از این نیز بتوانیم از تجربیات ارزنده همکاران عزیز استفاده کنیم تا برای مطالب پیچیده کتابهای مرجع مصداق های عملی پیدا کنیم.

سعی شده است تا جنبه های متنوع زیستی–روانشناختی–اجتماعی روانپزشکی در انتخاب مطالب رعایت شود و امیدواریم با کمک و راهنمایی خوانندگان محترم به این مهم دست بیابیم.

با توجه به اینکه 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.

لطفاً مطالب خواندنی خود را برای استفاده دیگر دوستان همکار به یکی از آدرس های زیر ایمیل بفرمایید:

Ravan.pezeshky@gmail.com

aaazboora@yahoo.com

اخبار انجمن روانپزشکی اصفهان

–در تاریخ سوم بهمن ماه امسال کنفرانس باز آموزی با موضوعاتی از روانپزشکی اطفال خواهیم داشت و در تاریخ اول اسفند نیز برنامه بازآموزی خواهیم داشت که جزئیات آن به اطلاع همکاران عزیز خواهد رسید.

انشااله از سال آینده برنامه های بازآموزی سالانه با موضوعات و تاریخ دقیق برای یک سال تدوین خواهد شد.

–قرار شد در آخرین پنجشنبه هر ماه کنفرانس ماهانه روانپزشکی در بیمارستان فارابی برگزار شود. انشااله نخستین برنامه آن روز پنجشنبه ۱۰/۲۶ با عنوان پلی فارماسی در اختلال دوقطبی است که جناب آقای دکتر احمد زاده سخنرانی خواهند داشت و همراه با امتیاز باز آموزی خواهد بود.

– خبرنامه انجمن را می توانید در سایت انجمن نیز مطالعه بفرمایید. انشااله خبرنامه در اختیار انجمن روانپزشکی ایران قرار خواهد گرفت تا از طریق سایت این انجمن قابل دسترسی برای همکاران گرامی باشد.

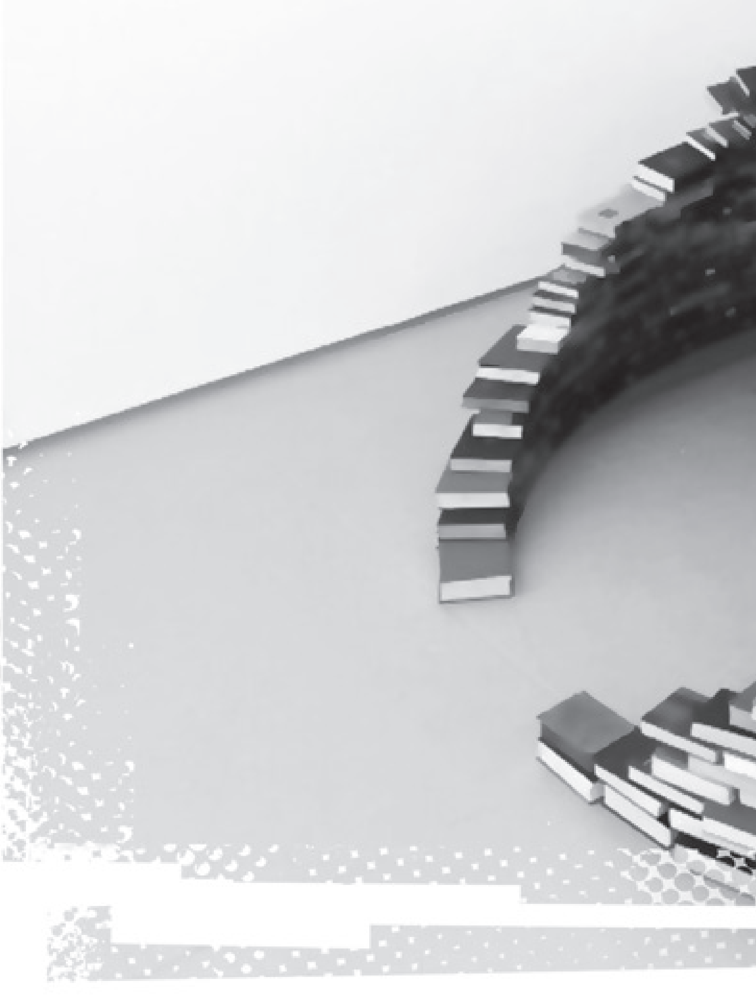
–موردی از تخلف همکاران در کلینیک مشاوره و روانشناسی –نوشتن نسخه برای بیمار توسط فرد غیر پزشک، مشاهده شد که از طریق انجمن روانپزشکی اصفهان و سازمان نظام پزشکی و معاونت درمان مورد پیگیری قرار گرفت تا هرگز شاهد چنین تخلفاتی نباشیم. تصویر نامه های مربوطه با رعایت حفظ حرمت همکاران عزیز در قسمت مکاتبات انجمن در این شماره آمده است.

– از همکاران عزیز تقاضا می شود برای صدور کارت عضویت انجمن روانپزشکان ایران مدارک زیر را در اسرع وقت به آدرس اصفهان، بلوار ارغوانیه ،بیمارستان فارابی، دفتر انجمن روانپزشکی اصفهان سرکار خانم دکتر مقصودلو ارسال فرمایند:

دو قطعه عکس پرسونلی رنگی پشت نویسی شده (فارسی و انگلیسی)، کپی شناسنامه، کپی مدرک تحصیلی و کپی کارت ملی.

– برای ثبت نام روانپزشکان گرامی در سایت انجمن روانپزشکان ایران نیز اطلاعات زیر ضروری است:

اسم و فامیل، شماره نظام پزشکی، آدرس محل کار یا مطب و شماره تماس تلفنی مطب.



گزارش سی امین کنگره سالیانه انجمن روانپزشکان ایران (پزشکی سایکوسوماتیک)

دکتر صفا مقصودلو- روانپزشک

سی امین کنگره انجمن روانپزشکان ایران با محوریت پزشکی سایکوسوماتیک از تاریخ ۹۲/۷/۳۰ لغایت ۹۲/۸/۳ به مدت ٤ روز در بیمارستان میلاد تهران برگزار شد.

دبیری علمی این کنگره جناب آقای دکتر علی اکبر نجاتی صفا و دبیری اجرائی آن را آقای دکتر غلامرضا حاجتی عهده دار بودند.

در کنگره امسال حدود ۸۳۵ نفر از همکاران عمدتاً روانپزشک از نقاط مختلف کشورمان حضور داشتند. این کنگره با ارائه ٦۰ مقاله، ۵۰ پوستر و ١٤ کارگاه در زمینه طب سایکوسوماتیک و روانپزشکی مشاوره مخاطبین خاص خود را جذب کرد.

تعدادی از سخنرانی ها در قالب پانل ارائه گردید که موضوعات متنوعی را شامل می شد که از آن جمله به سمپوزیوم اخلاق در روانپزشکی، ادبیات در روانپزشکی، راهکارهای ارتقاء آموزش، دستیاران روانپزشکی، چاقی و اختلالات خوردن، .... می توان اشاره کرد.

سخنرانی ها در سه سالن همزمان و کارگاه ها نیز به طور جداگانه برگزار می شد.

حضور شرکت های دارویی و ارائه داروهای جدید و نیز حضور انتشارات کتب روانپزشکی و تنوع کتاب های مربوطه رنگ و لعاب بیشتری به کنگره داده بود.

در کنگره امسال مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک اصفهان پانلی را تحت عنوان ((طب روان تنی به عنوان الگوی مراقبت از بیمار)) پیشنهاد کردند که متاسفانه بدلیل مشکلات پیش آمده سرکار خانم دکتر آزاده ملکیان به تنهایی پانل را ارائه کردند و اینجانب به عنوان مسئول پانل با ایشان همکاری نمودم.

گزارش جلسه روسای انجمن روانپزشکان ایران

در سومین روز کنگره جلسه روسای انجمن به مدت یکساعت در سالن شماره ۲ تشکیل گردید. محور جلسه روی مداخلات روانشناسان در درمانهای دارویی روانپزشکی بود و مکاتبات مختلف انجمن بانهادهای مختلف جهت کنترل این وضعیت مورد بررسی قرار گرفت.

برخی از شاخه ها گله مند از کثرت مراکز درمان اعتیاد و کمپ های غیرقانونی بودند و عده ای خواستار توجه همه جانبه به قانون ازدواج پدران با فرزند خوانده هایشان بودند که قرار شد کلیه موارد فوق بطور جدی تری پیگیری شود. به روز شدن سایت انجمن مرکز نیز از پیشنهادات دیگر این جلسه بود.

با توجه به اهمیت موضوع قرار شد روسای انجمن ها به اطلاع اعضا برسانند که هر گونه مداخله روانشناسان را در درمانهای دارویی جدی گرفته و به انجمن مربوطه گزارش دهند و انجمن آن شاخه نیز موظف است مراتب را به سازمان نظام پزشکی، معاونت درمان، رئیس دانشگاه و رئیس انجمن مرکز اطلاع دهد.

به دلیل اینکه متاسفانه زمان کافی برای این جلسه در نظر گرفته نشده بود (که خود موجب گله و شکایت حاضرین گردید) به توصیه برخی شاخه ها پیشنهاد گردید که استانهای مجاور هر چند ماه یکبار جلسات مشترکی داشته باشند و مشکلات و یا پیشنهادات خود را به هیئت مدیره انجمن مرکز اطلاع دهند.

گزارش مراسم اختتامیه کنگره

در بعدازظهر چهارمین روز کنگره جلسه اختتامیه برگزار گردید که طبق روال هر سال برترینها انتخاب و از پیشکسوتان تجلیل بعمل آمد.

ابتدا از آقای دکتر فریدون ضرغام از اصفهان و آقای دکتر بهروز میلانی فر به عنوان پیشکسوتان علم روانپزشکی تجلیل بعمل آمد.

سپس نوبت به انتخاب کمیته برتر و شاخه برتر شد.

امسال مقاله و پوستر برتر انتخاب نشد.

شاخه استان یزد بعنوان شاخه برتر انجمن روانپزشکان ایران و کمیته دستیاری به عنوان کمیته برتر انتخاب شدند.

گزارش انتخابات هیئت مدیره انجمن روانپزشکان ایران

در روز پنجشنبه ۹۲/۸/۲ ساعت ۱۰ صبح در سالن کنگره جلسه انتخابات هیئت مدیره با حضور اکثریت اعضاء انجام گردید.

ابتدا رئیس، دبیر، و خزانه دار و بازرس انجمن گزارشات لازم را فرمودند و پس از آن نوبت به معرفی کاندید ها رسید.

امسال روانپزشکان جوانتر با شعار ((تغییر)) دست به کار شده بودند و شور و حال متفاوتی به انتخابات داده بودند (از ذکر چالش ها و حرف و نقل ها و رفتارهای پسندیده و ناپسند می پرهیزم چون بسیاری از آنها را در شان و منزلت روانپزشکان نمی دانم)

هیچیک از روانپزشکان خانم حاضر نشدند کاندیدا شوند و ذکر کردند که در شرایط کنونی نمی توانیم کاری انجام دهیم.

به هر حال انتخابات انجام شد و افراد زیر انتخاب شدند.
اسامی هیئت مدیره انجمن روانپزشکان ایران به ترتیب آرا:

نام و نام خانوادگی کاندیدها	سمت
دکتر سید احمد جلیلی	عضو هیئت مدیره
دکتر غلامرضا میرسپاسی	عضو هیئت مدیره
دکتر سامان توکلی	عضو هیئت مدیره
دکتر محمدرضا کاظمی	عضو هیئت مدیره
دکتر سید سعید صدر	عضو هیئت مدیره
دکتر مجید صادقی	عضو هیئت مدیره
دکتر فربد فدایی	عضو هیت مدیره
دکتر عباس امید	عضو علی البدل
دکتر رضا دانشمند	عضو علی البدل
دکترسیدمهدی صمیمی اردستانی	بازرس اصلی
دکتر مصطفی حمدیه	بازرس علی البدل

به امید آنکه هیئت مدیره جدید با جدیت بیشتری مسایل علمی و صنفی روانپزشکان را پیگیری کرده و از حقوق این قشر متخصص دفاع کنند به ایشان تبریک گفته و برایشان آرزوی موفقیت می کنیم

پیشکسوت نمونه: دکتر فریدون ضرغام

در کنگره سالیانه انجمن روانپزشکان ایران در سال جاری آقای دکتر فریدون ضرغام از اصفهان به همراه آقای دکتر بهروز میلانی فر به عنوان پیشکسوتان نمونه انتخاب شدند.

جناب دکتر ضرغام بدلیل مشکلات عدیده موفق نشدند در جلسه اختتامیه حضور داشته باشند به همین مناسبت نماینده انجمن روانپزشکان اصفهان تندیس ایشان را طی مراسمی به ایشان رساندند.

در تاریخ ۹۲/۸/۹ همزمان با برنامه بازآموزی روانپزشکان اصفهان در بیمارستان فارابی در حضور بیش از ۱۰۰ نفر از اعضا مراسم تجلیل از آقای دکتر ضرغام انجام گردید.

دراین برنامه شرحی از زندگینامه استاد که در کتابچه خلاصه مقالات کنگره به چاپ رسیده بود قرائت گردید و سپس تندیس پیشکسوت نمونه با دستان آقای دکتر اسدالهی تقدیم استاد گردید. از طرف کلیه اعضای انجمن روانپزشکان اصفهان نیز تابلویی از گل نقره فراهم گردیده بود که توسط آقای دکتر سیدمرتضی واعظی رئیس انجمن شاخه اصفهان به ایشان اهدا شد.

استاد فریدون ضرغام در سال ۱۳۱۱ در هفتم فروردین ماه چشم به جهان گشودند. ایشان زاده شهرستان بروجن – استان چهارمحال و بختیاری می باشند. پدر ایشان، مرحوم رحمت الله ضرغام به دانش اهمیت می دادند و استاد را به مکتب خانه ملاذوالفقار بردند و مقدمات آموزش فراهم شد. سپس دوره دبستان را که شش سال بود در دبستان جمال الدین گذراندند و در پی آن متوسط را در دبیرستان ناصرخسرو تهران و دبیرستان حکیم نظامی قم به اتمام رساندند.

استاد درامتحان کنکور شرکت نمودند و در آموزشگاه عالی بهداری اصفهان پذیرفته شدند و چهار سال به تحصیل پرداختند و به روستای دور افتاده اعزام شدند و بعد از پنج سال وارد دانشکده پزشکی شدند و چهار سال بطول انجامید و دوباره به روستای دورافتاده مراجعت و به خدمت پرداختند که نتیجه آن احداث سه درمانگاه، یکی در خسروآباد گروس بیجار (کردستان)، دومی در خلیفه ملارد (چهارمحال و بختیاری) و نهایتاً در طالخونچه شهرضا بود که با یاری اهالی روستا و تلاش شبانه روزی و مددرسانی وزارت بهداری، مورد بهره برداری قرار گرفتند.

با بازگشت عموزاده استاد، یعنی دکتر جمشید ابوالحسن بختیار از ایالت ویرجنیای آمریکا و شروع تدریس روانپزشکی در دانشگاه شیراز و بعد از آن در دانشگاه اصفهان (بیمارستان نوبنیاد و سپس بیمارستان خورشید) بخش روانی را بنیان نهاد. استاد ابتدا قصد اخذ تخصص در رشته اطفال را داشتند ولی بعدها به روانپزشکی علاقمند شدند و پا در عرصه پهناور این علم بی انتها گذاردند.

استاد فریدون ضرغام طی سالیان متمادی با تسلط مثال زدنی به روانپزشکی، در حال حاضر دوران بازنشستگی خود را می گذرانند و هنوز هم دست از مطالعه و تحقیق و ترجمه مقالات برنداشته اند و برغنای دانش روانپزشکی این مرزو بوم می افزایند.

درکتابی که به قلم استاد ضرغام نگاشته شده «از مکتب ملاذوالفقار تا روانپزشکی» شرح کاملی از دوران طفولیت تا تخصص تجربیات استاد وجود دارد.

امید است وجود سبز استاد ضرغام که قوه محرکه تحصیل برای جوانان است، سالیان دراز در عین صحت و سلامت مستدام باشد و آیندگان را با راهنمودهای سازنده اش چراغ راه باشند.

خانم دکتر سید مظفری روانپزشک نمونه سال ۹۲ اصفهان

با عرض تبریک صمیمانه به سرکار خانم دکتر مظفری که به عنوان روانپزشک نمونه استان اصفهان انتخاب شدند موفقیت ایشان را در همه عرصه های زندگی از خداوند بزرگ خواستاریم.

سرکار خانم دکتر نیره سید مظفری متولد سال ۱۳۴۹ در اصفهان هستند. ایشان در سال ۱۳۸۱ در رشته روانپزشکی از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان فارغ التحصیل شده اند.

از سال ۱۳۸۱ خدمات طرح نیروی انسانی و ضریب کا را در شبکه بهداشت و درمان اردستان، بیمارستان نور و علی اصغر و بیمارستان فارابی گذراندند که تا سال ۱۳۸۴ ادامه داشته است.

از سال ۱۳۸۴ با بیمارستان فارابی اصفهان قرار داد همکاری دارند.

خانم دکتر سید مظفری با گرفتن موافقت اصولی برای تاسیس مرکز توان بخشی روزانه بیماران اعصاب و روان در سال ۱۳۸۶ مرکزی را بدین منظور برای ارائه خدمت به بیماران اعصاب و روان با عنوان مرکز توان بخشی ظفر در شرق اصفهان دایر کرده اند.

خانم دکتر سید مظفری که درسال ۱۳۸۹ به عنوان روانپزشک نمونه سازمان تامین اجتماعی اصفهان برگزیده شده اند از سال ۱۳۹۰ تاکنون در جهت آموزش کارآموزان و کارورزان دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف اباد با این دانشگاه همکاری دارند. ایشان همزمان عهده دار مسئولیت واحد اعتبار بخشی و بهبود کیفیت بیمارستان فارابی از سال ۱۳۹۰ هستند.

موفقیت روز افزون ایشان را در امر آموزش روانپزشکی، خدمات بهداشتی و درمانی آرزومندیم.

شمعدان نقره

دکتر مسعود ازهر- فوق تخصص روانپزشکی اطفال

بیست و هفتم تیرماه است و نهم ماه مبارک رمضان . سالن رستوران مهمانسرای دانشگاه محل ضیافت افطار روانپزشکان است. همه مشغول گفتگو هستند. دقایقی قبل اذان را گفته اند و آب جوش و خرما و سوپ و زولبیا و بامیه در حال تناول . صمیمیت همه جا هست. تازه روانپزشکان، از اینکه پس از مدتی همکلاسهای خود را دیده اند در شعفند و کهنه روانپزشکان، مشغول خوش و بش با خانواده و عروس و دامادهای جدید. یکی قاشق را از دهانش در می آورد و می گوید به به عجب خورشت ماستی راستی از فلانی چه خبر؟ و دیگری با تعجب به فرزندان قد کشیدهٔ همکارش نگاه می کند و می گوید این همان فسقلی سابق است؟ جوانترها در حال ابراز ارادت به استادانشان و مسن ترها در حال عادت کردن به دیدن چهره های جدید.

فرصت کم است و باید هم خورد و هم اختلاط کرد. جای خیلی از همکاران خالی است اگر همه آمده بودند می شد گفت « روی زیبا دو برابر شده است»

تغییرات اقتصادی روی همه چیز تاثیر گذاشته است. ضیافت افطار که سالهای قبل با خوان گسترده و به صورت سلف سرویس اجرا می شد امسال ساده تر برگزار شد. شاید اینطوری بهتر هم باشد و صمیمیت بیشتر و کاهش حس رقابت را در پی داشته باشد.

خبری از تبلیغات دارویی نیست و خوشبختانه بلندگو وجود ندارد. صدای آقای دکتر واعظی همه را آرام می کند. در میان حرفها نام خودم را می شنوم می خواهند از من تقدیر کنند. هدیه ای که خانم دکتر مقصودلو با سلیقه تهیه کرده اند طبق رسم معمول که هر کسی از هیات مدیره انجمن خارج شود هدیه ای به یادگار می گیرد . خوشحالم که این بار خبری از سکه طلا نیست. شمعدانهای کریستان مزین به گلهای نقره که مثل ژانوالژان هر روز می توانم ببینمش و به آن افتخار کنم .

کنگره MS

دکتر مرتضی واعظی – رئیس انجمن روانپزشکی اصفهان

امسال کنگره سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران مصادف شده بود با کنگره سالیانه MS در اصفهان. من هم که نتوانسته بودم در کنگره روانپزشکان در تهران شرکت نمایم فرصتی یافتم تا در کنگره MS شرکت نمایم.

پیامک های کنگره MS از حدود سه ماه قبل از شروع کنگره را دریافت می نمودم – از دعوت به ارسال مقاله تا آخرین آن جهت ثبت نام حضوری در روز سه شنبه ۳۰ مهر ماه جهت جلوگیری از ازدحام در روز کنگره.

به هر حال روز چهار شنبه اول آبان به طرف دانشگاه رفتم و جهت شرکت در کنگره بطرف سالنهای گسترش از پله ها بالا رفتم.

چند نفری را دیدم که دم درب ورودی سالنها ایستاده اند و به شرکت کنندگان خوش آمد می گفتند. با خود گفتم که چه اقدام خوب و قابل تحسینی.

ولی وقتی من به آن محل رسیدم یک مرتبه آن آقایان جلو راه مرا سد کردند به نحوی که من ناخودآگاه یک قدم به عقب برداشتم. یکی از آقایان از من کارت ورودی خواست. گفتم ندارم. مرا راهنمایی نمودند که به محوطه بیرون بروم – جایی که برای ثبت نام تعبیه شده بود. به آن محل رفتم و از خانمی که مسئول بود درخواست ثبت نام نمودم که فرمی به من نشان داد و گفت اگر جزو گروه هایی هستید که در لیست نوشته شده ثبت نام کنید. آن لیست را نگاه کردم که متخصصین نورولوزی، چشم پزشکان، فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان و... را شامل می شد. حتی جالب بود که روانشناسان بالینی نیز در آن لیست بودند ولی متخصصین روانپزشکی را شامل نمی شد. باز گشتم و به آن مسئول گفتم من روانپزشک هستم و روانپزشکان جزو لیست نبودند. جواب داد نمی توانید ثبت نام کنید چون به شما امتیاز باز آموزی نمی دهند. گفتم امتیاز نمی خواهم، آیا باز هم نمی توانم در کنگره شرکت کنم؟ جواب داد: گفته شده که روانپزشکان حق شرکت در کنگره را ندارند. باز گشتم و با خود گفتم چه شده که همکاران نورولوژیست نخواسته اند که ما روانپزشکان در این کنگره شرکت کنیم؟

بعداً که بیشتر کنجکاو شدم فهمیدم گویا گفته شده شرکت روانپزشکان در این کنگره ممکن است همراه باشد با پذیرش و درمان بیماران MS توسط آنها همانطوریکه بیماران اپی لپسی توسط روانپزشکان ویزیت می شوند. باز هم تعجب کردم. به همکارم گفتم: حالا به لطف فرهنگ جامعه و ترس از انگ خوردن بیماران بوسیله دیگران هشتاد درصد بیماران مطب نورولوژیستها را بیماران روانپزشکی تشکیل می دهند و از طرفی با توجه به علایم هیجانی و رفتاری در MS از همان ابتدا در بیماران MS همکاری روانپزشکان ضروری بود، حال چه شده که حضور روانپزشکان در کنگره MS منع می شود؟ من جوابی برای آن پیدا نکردم.

نزدیک ترین رشته به روانپزشکی نورولوژی است و به همین ترتیب روانپزشکی نزدیک ترین رشته تخصصی به نورولوژی است. کمااینکه در ابتدا این دو رشته از هم جدا نبودند و به عنوان نوروسایکیاتری شناخته می شدند.

در حال حاضر نیز در بعضی از کشور ها بورد تخصصی این دو رشته به نوعی در هم ادغام شده است.

غالب بیماران همکاران نورولوژیست ما را مبتلایان به اختلالات روانپزشکی تشکیل می دهند و این امر موجب شده است تا رزیدنتهای نورولوژی اجباراً بخش روانپزشکی را در دوره های موسوم به چرخشی بگذرانند که البته این امر در مورد رزیدنتهای روانپزشکی نیز صادق است که تنها بخش چرخشی آنها در دوره آموزش تخصصی بخش نورولوژی است. نورولوژی و روانپزشکی همسایه های دیوار به دیوار هم هستند.

ما در زمانی طبابت می کنیم که سعی بر کار تیمی است و این امر در مورد موضوع بغرنج اختلالات نوروسایکیاتری بتدریج اجتناب ناپذیر می شود.

این توضیح واضحات برای چیست؟ مگر کسی منکر آن شد؟

همکاران نورولوژیست اصفهان که غالب آنها در دوره آموزش تخصصی خود بخش روانپزشکی اصفهان را گذرانده اند رشته روانپزشکی و همکاران روانپزشک و از جمله اساتید دیروز خود را ندیده اند.

مسئله فقط این نیست که روانپزشکی به عنوان یک رشته تخصصی انکار می شود بلکه مسئله مهم آن است که چه نیازی به این انکار وجود دارد؟ پاسخ به این پرسش نیاز به شنیدن منطق و انگیزه های برگزار کنندگان کنگره دارد و بهتر است تا آن زمان منتظر بمانیم.

گزارشی از امتحان برد روانپزشکی سال ۹۲

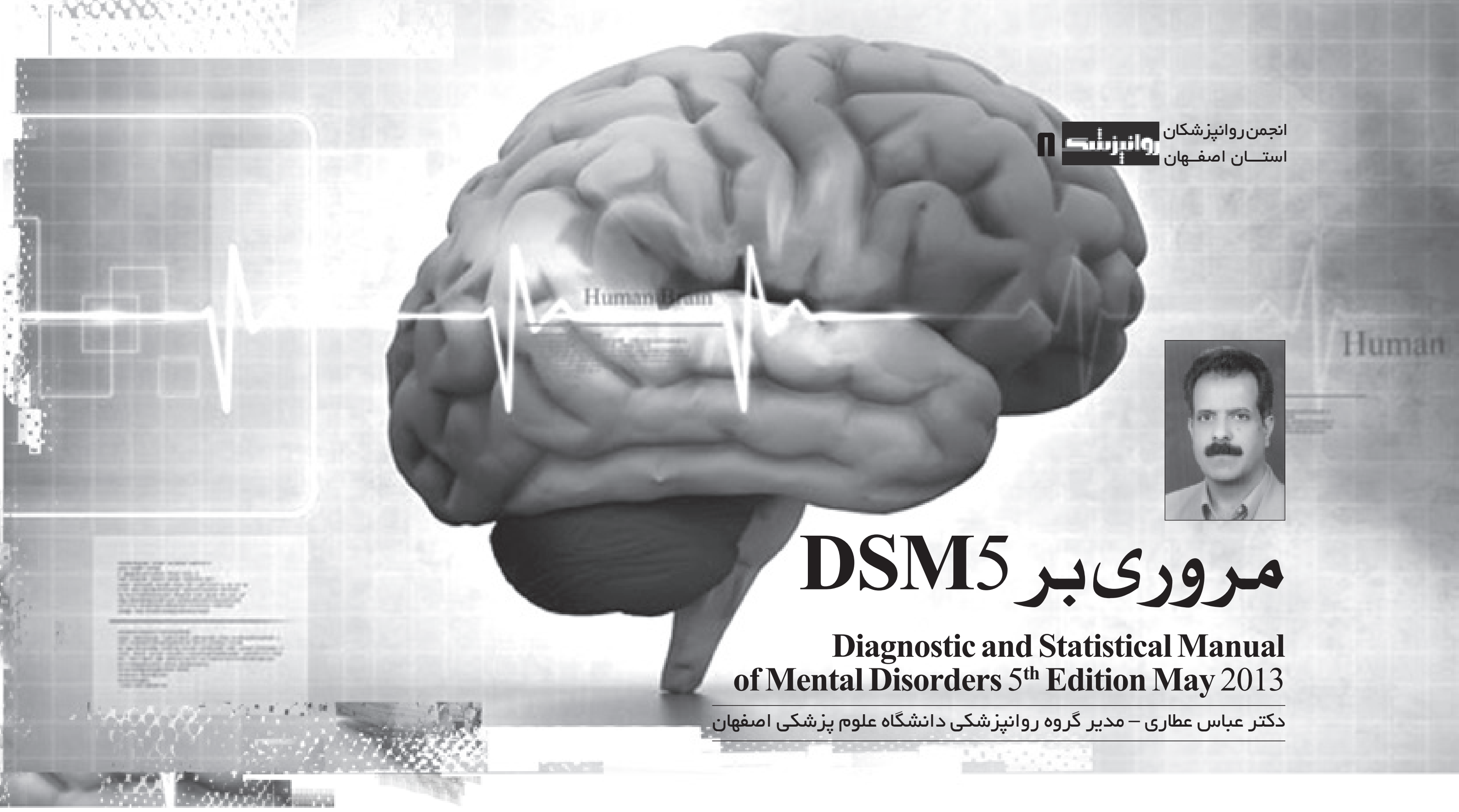
امتحان کتبی برد تخصصی روانپزشکی در تاریخ ۹۲/۶/۱۴ بصورت متمرکز با ۱۵۰ سئوال چهار گزینه ای در تهران برگزار گردید که از میان ۱۰۴ نفر شرکت کننده، ۴۷ نفر پذیرفته شدند. از گروه روانپزشکی اصفهان تنها ۷ نفر شرکت کننده بودند که پنج نفر از آنها در امتحان کتبی موفق شدند.

متعاقب آن در تاریخهای ۱۷ و ۹۲/۶/۱۸ امتحان شفاهی مشتمل بر امتحان آسکی و مصاحبه نیمه ساختار یافته با بیمار واقعی برگزار گردید. در امتحان شفاهی ۶۴ نفر شرکت داشتند که فقط ۳۲ نفر از آنها موفق به قبولی در امتحان شفاهی و نهایتاً موفقیت در برد شدند. از گروه روانپزشکی اصفهان از میان پنج نفر شرکت کننده دو نفر موفق به کسب برد تخصصی روانپزشکی گردیدند.

رتبه اول برد سال ۹۲ ، آقای دکتر شریعتی ، از دانشگاه علوم پزشکی ایران.

رتبه دوم برد سال ۹۲ ، خانم دکتر میر سپاسی ،از دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

رتبه سوم برد سال ۹۲ ، خانم دکتر قدیری ، از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.



مروری بر DSM5

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition May 2013

دکتر عباس عطاری – مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

پیشگفتار: طبقه بندی (Classification) فرایندی است که براساس معیارهای معین به پدیده ها (بیماریها) نظم می بخشد و آنها را براساس ویژگیهای مشترک (معیارهای معین) به گروههای مختلف تقسیم می کند و باعث شناخت و درک بهتر و پیچیدگی کمتر پدیده ها می گردد. هدف از طبقه بندی در روانپزشکی عبارت است از:

الف–زبان مشترک بین متخصصین امر بهداشت روان، روانپزشکان و روانشناس ها

ب–درک بهتر از علت ها، سیروفرمولاسیون اختلالات

ج–استفاده از معیارها برای تحقیقات و گزارشات رسمی کشورهای مختلف

د–یکسان سازی و هماهنگی استراتژیهای آموزشی در کشورهای مختلف

و سرانجام بهبود بخشیدن به امور پیشگیری و درمان اختلالات روانپزشکی

طبقه بندی در روانپزشکی از زمانهای قدیم مطرح بوده است. بقراط در ۴۰۰ سال قبل از میلاد مسیح بیماریهای روانپزشکی را به پنج طبقه تقسیم نمود: اختلالات حاد همراه با تب (دلیریوم)، اختلالات حاد بدون تب (مانیا و سایکوز)، اختلالات مزمن بدون تب (ملانکولیا)، هیستری، Sythian (ترانس و ستیزم).

DSM: اولین بار انجمن روانپزشکی آمریکا در ۱۹۵۲ اختلالات روانپزشکی را بطور کلاسیک طبقه بندی نمود بنام

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder- DSM:

DSMII در ۱۹۶۸، DSMIII در ۱۹۸۰، DSMIIIR در ۱۹۸۷، DSMIV در ۱۹۹٤ و سرانجام DSMIVTR در سال ۲۰۰۰ تدوین گردید.

در DSMIII تشخیص گذاری چندمحوری مطرح گردید. بطور کلی DSM یک طبقه بندی از نوع Categorical است و ضمناً روش توصیفی را هم مدنظر دارد. برای هر اختلال معیارهای تشخیصی، معیار ورود و خروج و معیار زمان را ارائه می دهد.

ICD: باید در نظر داشت که سازمان بهداشت جهانی (WHO) چندین سال قبل از انجمن روانپزشکی آمریکا (سال ۱۹۰۰) تمام بیماریها را طبقه بندی نمود و نام آنرا طبقه بندی بین المللی بیماریها (International Classification ICD) of Diseases نامید. البته تا سال ۱۹۴۵ بیماریهای روانپزشکی بعنوان یک گروه مجزا معرفی نشده بود.

در ICD6 از سال ۱۹۴۵ برای اولین بار یک طبقه خاص برای اختلالات روانپزشکی منظور گردید. آخرین طبقه بندی ICD (دهمین) در سال ۱۹۹۲ ارائه گردیده که فعلاً مورد استفاده می باشد و قرار است سال آینده میلادی (ICD10 ICD10CM (Clinical Modification و در سال ۲۰۱۵ میلادی ICD-11 تدوین گردد. تشخیص گذاری در ICD سه محوری است. در محور I مجموعه اختلالات روانی، شخصیتی و جسمی، در محور ۲ معلولیت ها (Disability)، و در محور ۳ عوامل زمینه ساز و روانی اجتماعی و محیطی مؤثر در محور I تشخیص گذاری می شود.

DSM5: تدوین DSM5 نسبت به چاپ های قبلی با حجم کار بسیار بالاتر و گسترده تری همراه بود. ۱۳ گروه کاری هر کدام روی بخشی از DSM5 کار خود را از حدود ۱۲ سال قبل آغاز کرده اند. متخصصین و صاحبنظران زیادی از سراسر دنیا دست اندرکار تدوین آن بودند. از یک طرف با توجه به انتقادهای زیادی که طی سالهای اخیر به DSM وارد شده بود، از طرف دیگر تحولات شگرف نوروبیولوژی در حیطه روانپزشکی باعث گردید که DSM۵ تفاوت های عمده‌ای نسبت به DSMIV داشته باشد. همچنین براساس توافق بین انجمن روانپزشکی آمریکا (APA) و سازمان بهداشت جهانی مقرر گردیده بود که DSM۵ و بخش اختلالات روانپزشکی در ICD11 بسیار بهم نزدیک گردند و به همین لحاظ DSM5 کدهای ICD11 را انتخاب کرده است و کدگذاری جداگانه ای ندارد.

تغییرات عمده در DSM5

۱– Dimensional approach:

یکی از مهمترین تحولات در DSM۵ نسبت به چاپ های قبلی گرایش به دیدگاه Dimensional است. دیدگاه قبلی DSM یک نگرش Categorical بود. بعبارتی خط بین بیماری و سلامت یک خط مرزی و زمینی مشخص تصور می نمود و در تشخیص گذاریهای بیماری ها با اعداد و ارقام (مثلاً از نظر حداقل تعداد علائم مورد نیاز برای تشخیص گذاری و یا تعیین خط برش زمان برای تشخیص بین دو اختلال) سروکار داشت. در صورتیکه ماهیت بیماریها را نمی توان براساس عددی از یکدیگر تفکیک نمود و خط بین بیماری و سلامت یک خط آبی است. نمونه هایی از نکاتی که بیانگر Dimentional approach در DSM5 است را می توان به موارد زیر اشاره نمود:

الف–تغییر عناوین بعضی از گروهها به «طیف اختلالات» مانند «طیف اختلالات اسکیزوفرنیا» یا «اختلالات طیف اوتیسم»

ب- تشخیص برمبنای توصیف دامنه های اصلی یک اختلال: مثلاً در تشخیص عقب ماندگی ذهنی (در DSM5 کلمه Intellectual disability جانشین MR شده است) بجای ضریب هوشی، سه زمینه Conceptual و Social و Practical تعریف شده است و برای هر زمینه مبنای تشخیص I.D. و شدت آن توصیف گردیده است. ناتوانی هوشی (ID) اینگونه تعریف شده است: نقص عملکرد هوشی و عملکرد سازگاری در زمینه های سه گانه مفهومی –اجتماعی –عملی که در طی دوره رشد شروع شده باشد.

ج- یکی از ایرادات اساسی DSM وجود همبودی (Comorbidity) زیاد بین بعضی از اختلالات روانپزشکی برمبنای تشخیص های DSM بود. مثلاً همبودی زیاد بین اختلالات خوردن (آنورکسیانوروزا و بولیمیا نوروزا و...) یا همبودی بین انواع اختلالات شخصیت. این می تواند نشانه یک ویژگی زیربنای مشترک بین اینگونه اختلالات باشد. لذا سعی شده است تا آنجا که مقدور است اینگونه اختلالات در هم ادغام گردد و یا بصورت طیف دیده شود. مثلاً در مبحث اختلالات شخصیت در پیش نویس اولیه ده اختلال در ٦ اختلال ادغام شده بود و نحوه تشخیص گذاری تغییرات عمده و اساسی داشت بطوریکه تمامی اختلالات شخصیت در دو طبقه Personality Trait و Levels of Personality Functions (بین فردی و سلف) تعریف شده بود ولی با توجه به اینکه این اصلاحات کامل نشده بود و هنوز نواقصی داشت، لذا این الگوی جدید در بخش III کتاب (ضمیمه) آمده است ولی در بخش II که تشخیص گذاریهای بیماریهای اصلی است به همان شکل قبلی ده اختلال شخصیت آمده است

د- براساس DSM تشخیص NOS بوفور استفاده می شود. در صورتیکه این یک مورد مبهم است و بیشتر مربوط به مواردی است که نمی توان به تشخیص قطعی رسید. در DSM5 بجای NOS اصلاحات Other Specified Disorder و Unspecified Disorder آورده شده است.

۲- حذف تشخیص گذاری پنج محوری:

در DSMIII تشخیص گذاری بصورت پنج محوری ارائه گردید. از جمله دلایل این کار یکی اهمیت ویژه دادن به اختلالاتی نظیر اختلالات شخصیت ذکر کرده اند. با توجه به اینکه تا آن زمان به اختلالات شخصیت کمتر اهمیت داده می شد و همردیف اختلالات محور یک شمرده نمی شد. لذا اختلالات شخصیت بصورت یک محور جداگانه (محور II) مدنظر قرار گرفت. در محور III هم بیماریهای جسمی مطرح شد. در حال حاضر اهمیت کافی به اختلالات شخصیت داده می شود و از طرفی در بعضی از موارد نمی توان بین یک اختلال نورولوژیک از سایکولوژیک تفکیک قائل شد (نظیر سردردها–تشنج و...). لذا تدوین کنندگان DSM٥ نتیجه گرفتند که سه محور I و II و III درهم ادغام گردد و در یک سطر (بدون ذکر محور) تمامی اختلالات روانپزشکی، اختلالات شخصیت و بیماریهای جسمی آورده شود و ضمناً بجای محور IV: عوامل روانی اجتماعی و زمینه ساز مهم (مشابه محور III در ICD10) و بجای محور IV: disability (مشابه محور II در ICD10) ذکر شده است:

Diagnoses: Psychiatry Disorders, Personality Disorders, Medical Diseases

Notations: Psychosocial and Contextual Factors Disabilities

۳- اهمیت ویژه مسائل فرهنگی:

در بخش ضمیمه (III) کتاب DSM5، مبحثی تحت عنوان فرمولاسیون فرهنگی در نظر گرفته شده است. این بحث برای ارزیابی بهتر جنبه های فرهنگی اختلالات روانپزشکی ارائه شده است. ضمناً یک پرسشنامه ۱۵ سؤالی تحت عنوان: Cultural Formulation Interview (CFI) مطرح شده است که در فرایند ارزیابی بهداشت روان، به تأثیر فرهنگ بیمار روی جنبه های کلیدی مراقبت می پردازد.

٤- تغییرات در گروههای تشخیصی:

الف- بجای اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان «اختلالات رشد عصبی Neuro developmental» آمده است. در این مبحث بجای عقب ماندگی ذهنی MR اصطلاح Intellectual disability آورده شده است. همچنین بجای PDD اختلالات طیف اوتیسم جانشین گردیده است. همچنین دو اختلال Selective mutism و Separation Anxiety D از این فصل به فصل اختلالات اضطرابی منتقل شده است و Conduct Disorder در کنار اختلال کنترل انگیزه در یک فصل مجزا قرار گرفته است.

ب- اختلالات طیف اسکیزوفرنیا جانشین اختلال اسکیزوفرنیا شده است و در زیر مجموعه آن «کاتاتونیا» و «اختلال (شخصیت) اسکیزوتایپال» هم اضافه شده است. اختلال شخصیت اسکیزوتایپال هم در فصل اختلالات شخصیت آورده شده است و هم در زیر مجموعه طیف اسکیزوفرنیا. چونکه قرار بود از اختلالات شخصیت حذف گردد ولی بدلایلی که قبلاً گفته شد فعلاً اختلالات شخصیت بدون تغییر باقی مانده است.

ج- اختلالات خلقی به دو گروه مجزا تقسیم گردید و اصطلاح «اختلال خلقی» حذف گردید.

a- Bipolar and Related Disorders

b- Depressive Disorders

د- در فصل اختلالات اضطرابی دو اختلال وسواس و PTSD حذف گردیده است و هر کدام بعنوان فصل جداگانه ای ارائه گردیده است.

Obsessive-Compulsive and Related Disorders

Trauma and Stressor-Related Disorders

و دو اختلال «میوتیسم انتخابی» و «اختلال اضطراب جدایی» به فصل اختلالات اضطرابی اضافه شده است.

هـ- اختلالات سوماتیزاسیون (با نام جدید Somatic Symptom D.)، اختلال تبدیلی، اختلالات ساختگی و اختلالات سایکوسوماتیک، مجموعاً در یک فصل تحت عنوان:

Somatic Symptom and Related Disorders جای گرفته اند.

و- بجای GID اصطلاح Gender dysphoria آورده شده است.

ز- فصل جدید

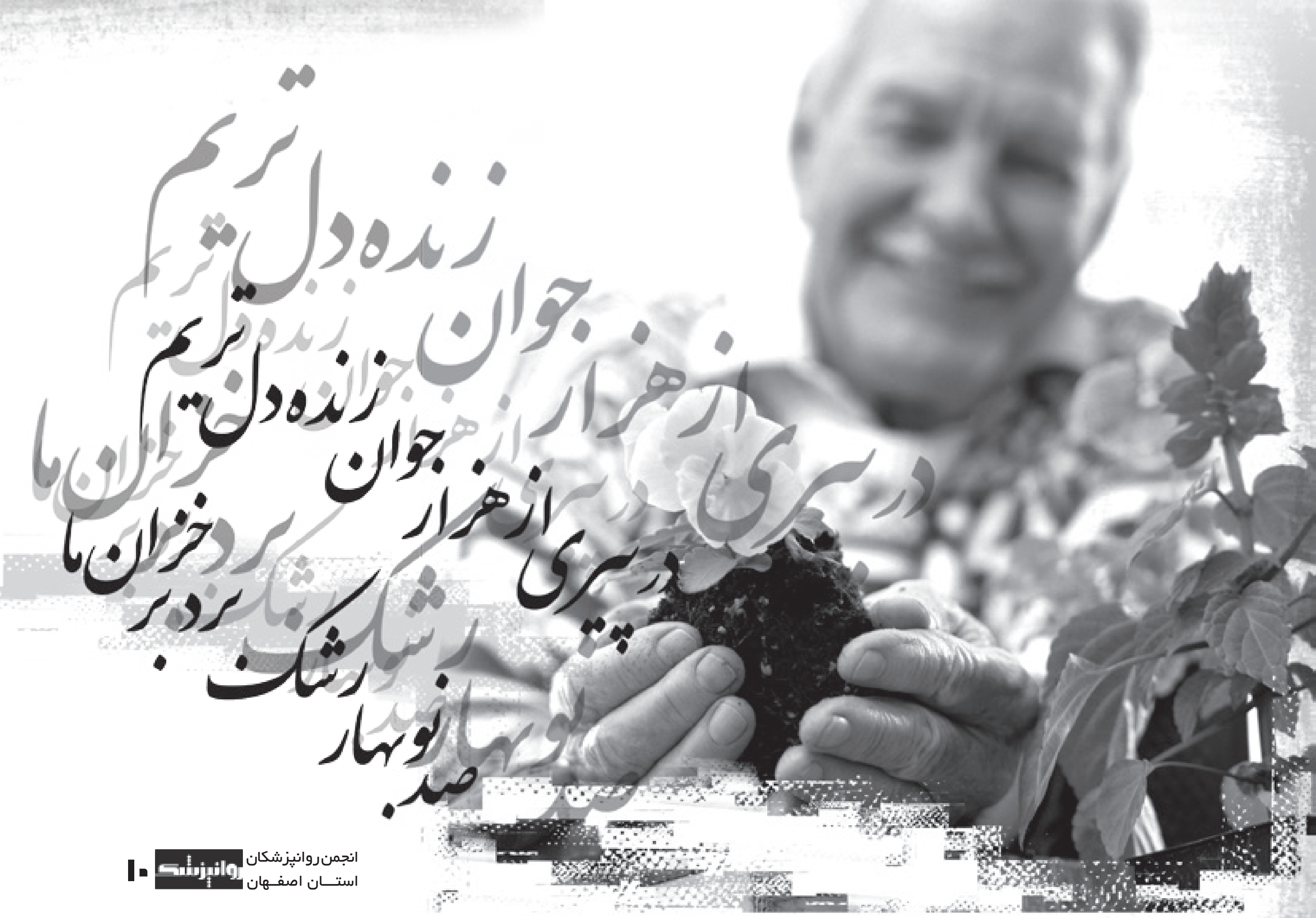
Disruptive, Impulse-control and Conduct Disorders جانشین اختلال کنترل انگیزه و اختلال سلوک گردیده است. قبلاً اختلال سلوک و ADHD در یک فصل در اختلالات Disruptive قرار گرفته بود.

ح- بجای دمانس، دلیریوم و اختلال فراموشی فصل اختلالات Neurocognitive D. آورده شده است. این فصل با دلیریوم شروع می شود و سپس بجای دمانس NCD ماژور و خفیف آورده شده است و در زیرمجموعه آن علل هر کدام ذکر شده است. مثلا Major NCD due to Alzheimer's Diseases.

منابع:

- www.Psychiatry.Org/DSM5

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition 2013.



نگرش به سالمندی در شعر فارسی

دکتر غلامحسین احمدزاده- روانپزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

افزایش روزافزون تعداد سالمندان در دنیا که از آن به عنوان «خاکستری شدن جمعیت» نام برده می شود، پدیده نوظهوری است که حاصل توسعه و پیشرفت جوامع بخصوص در زمینه مراقبت های بهداشتی و درمانی می باشد. پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۵۰ جمعیت افراد بالای شصت سال در دنیا به دو میلیارد نفر برسد. در کشور ما نیز براساس آخرین سرشماری انجام شده در سال ۸۵ تنها ۷درصد جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می دادند، در حالیکه طی سی سال آینده این رقم به ۲۵درصد خواهد رسید. اگرچه افزایش طول عمر و به تبع آن افزایش جمعیت سالمندان از دست آوردهای مثبت و امیدوارکننده توسعه به شمار می رود ولی در صورتیکه راهکارهای مناسب برای مواجهه با مسائل و مشکلات این افراد پیش بینی نشده باشد عوارض و تبعات منفی را بدنبال خواهد داشت.

نگرش جامعه به سالمند و سالمندی به میزان قابل توجهی تحت تأثیر عوامل فرهنگی و قومی می باشد. در این میان اشعار و ضرب المثل ها به علت کوتاه، پرمغز و آهنگین بودن شان از ماندگاری و تأثیرگذاری فرهنگی ویژه ای برخوردارند و می توان با تعمق در محتوای آنها به شیوه تفکر و نگرش پیشینیان در این مورد پی برد.

علیرغم تأکیدات فراوان که در مورد حفظ حرمت و ارزش سالمندان در فرهنگ اسلامی ایرانی وجود دارد، مروری بر اشعار قُدما در مورد سالمندی حاکی از وجود طرحواره های ذهنی منفی در مورد پیری و سالمندی نیز می باشد و بعضاً نهادینه شدن محتوای پاره ای از این اشعار در نگرش و رفتار جامعه و خود فرد سالمند بی تأثیر نبوده است. مترادف دانستن پیری با بیماری و ازکارافتادگی و انتظار مرگ را کشیدن مسئله ای است که به صُور و درجات مختلفی در گفتار و رفتار بعضی از سالمندان دیده می شود و بعضاً در مواردیکه صحبت از مقایسه سالمندانمان با افراد پیر سایر مناطق دنیا می شود کم نیستند کسانی که به خمودگی و کم نشاط بودن افراد سالمند در جامعه ما اشاره دارند.

مقاله حاضر سعی در مروری اجمالی بر محتوای اشعار فارسی در مورد سالمندی دارد. به این امید که با اصلاح و تغییر نگرش جامعه دیدگاه و نگرش مثبت تری در این مورد حاصل شود.

کوتاه بودن امید به زندگی در گذشته و فقدان امکانات بهداشتی درمانی موجب می گردیده که افراد به محض رسیدن به سنین چهل تا پنجاه سال احساس به آخر عمر رسیدن را داشته باشند.

نشاط عمر باشد تا چهل سال
چهل رفته فرو ریزد پروبال
پس پنجه نباشد تندرستی
بصر کندی پذیرد عقل سستی

و یا

گر بر سر ماه برنهی پایه تخت
ور همچو سلیمان شوی از دولت و بخت
چون عمر تو پنجه گشت بربندی رخت
کان میوه که پخته شد بیفتد ز درخت

اشاره به گذر سریع عمر و حسرت جوانی از دست رفته به نحوی موجب بروز تفکر دوقطبی در مورد زندگی در بعضی افراد می شده به نحوی که زندگی را به دو بخش دوران قدرت و توانایی و لذت از زندگی یعنی جوانی و دوران ضعف

و ناتوانی و دلسرد شدن از زندگی یعنی پیری تقسیم می کرده اند.
ز روزگار جوانی خبر چه می پرسی؟
چون برق آمد و چون ابر نو بهار گذشت
و یا
تا به روی چشم سنگین عینک پیری نهادم
می نماید محو و روشن چون یکی رؤیا جوانی
حسرت و افسوس بر جوانی از دست رفته نوعی حس فقدان و سوگ دائمی را در فرد ایجاد می نماید که زمینه ساز افسردگی است.
جوانی گفت با پیر دل آگاه
که خم گشتی چه می جویی در این راه
جوابش داد پیر خوش تکلم
که ایام جوانی کرده ام گم
و یا این شعر نظامی
خمیده قد از آن گشتند پیران جهان دیده
که اندر خاک می جستند ایام جوانی را
و یا این بیت از صائب
بدان خرسندم از نسیان روزافزون پیری ها
که برد از خاطرم یاد شباب آهسته آهسته
این حسرت و افسوس زمانی به اوج خود می رسد که به گفته اریکسون شخص در مرحله ارزیابی گذشته خود احساس رضایت نداشته باشد و نکته مثبتی در آن نبیند.
چون نای در خروشم و هر دم ز بند بند
با لحن دل خراش برآید خروش من
دستم ز کار ماند که با حکم سرنوشت
سودی نداشت این قدم سخت کوش من
«نصرت» حیات من همه عیب است بعد از این
جز مرگ کیست آنکه شود عیب پوش من
و یا این شعر سعدی
پیری و جوانی پی هم چون شب و روزند
ما شب شد و روز آمد و بیدار نگشتیم
تفکر دوقطبی و سیاه و سفید دیدن دوران پیری و جوانی نیز موجب می گردیده که همه چیز جوانی را خوب و همه چیز پیری را بد ببینند.
چشم بگشودم و دیدم ز پس صبح شباب
روز پیری به لباس شب تار آمده بود
گاهی ترس و وحشت از پیری چندان بر فرد غلبه می کرده که از همان دوران جوانی نیز دغدغه آن را داشته است.
چو آن مرغی که در هر برگ گل نقش خزان بیند
تبه کردم به خود از وحشت پیری جوانی را
حال اگر خود فرد نیز به علت افسردگی و نگرش نومیدانه اش آمادگی چنین مسئله ای را داشته باشد، تصور منفی تری از پیری دارد.
یکی گفتاز دوران ناامیدم
که می روید به سر موی سپیدم
فلک هر چین که از مویم گشاید
دگر چینی بر ابرویم فزاید
نه تن از محنت پیری غمین است
بلای تن دل اندوهگین است
چو دل در کوی نومیدی گذر کرد
جوانی از در دیگر سفر کرد

اشعاری که به نحوی غمگین بودن سالمند و یا ناپسند دانستن شادی را برای آنان امری بدیهی تلقی می کند نیز کم نیست.
شوخی مکن ای پیر که هر موی سپیدی
شمشیر زبانی است ز بهر ادب تو
گَرم پیرانه سر بودی دماغی
دماغ از باده می شستم به باغی
ولی پیری چنان ام برده از کار
که نشناسم می از خون و گل از خار
بهار عمر را وقت دگر نیست
چو فصل گل دو روزی بیشتر نیست
به پیران کهن غم سازگار است
تو شادی کن تو را با غم چه کار است!
و یا این شعر سعدی
هیچ دانی که آب دیده پیر
از دو چشم جوان چرا نچکد؟
برف بر بام سالخورده ماست
آب در خانه شما نچکد
و یا
شما راست نوبت بر این خوان نشست
که ما را از تنعم بشستیم دست
چو بر سر نشسته ز پیری غبار
دگر چشم عیش از جوانی مدار
گلستان ما را طراوات گذشت
که گل دسته بندد چون پژمرده گشت
مرا تکیه جان پدر بر عصاست
دگر تکیه بر زندگانی خطاست
و یا این شعر نظامی
شاهد باغ است درخت جوان
پیر شود بشکندش باغبان
شاخ تر از بهر گل نوبر است
هیزم خشک از پی خاکستر است
فاجعه بار تلقی کردن پیری نیز از دیگر طرحواره های منفی و غلط در بعضی اشعار است.
من موی خویش را نه از آن می کنم سیاه
تا باز نوجوان شوم و نو کنم گناه
چون جامه ها به وقت مصیبت سیه کنند
من موی از مصیبت پیری کنم سیاه
و یا این بیت از فردوسی
مبادا که در دهر دیر زیستی
مصیبت بود پیری و نیستی
بزرگ نمایی و مبالغه در مورد بسیاری از محدودیت هایی که پاره ای از آنها در سیر طبیعی سالمندی رخ می دهد نیز در این اشعار دیده می شود.
سنگین نمود چرخ سبک گرد گوش من
گشته است گوش، بار گرانی به دوش من
یا
این سطرهای چین که ز پیری به روی ماست
هر یک جدا جدا خط مغرولی قو است
و یا

پیمانه ام ز رعشه پیری به خاک ریخت
بعد از هزار دور که نوبت به ما رسید
و یا احساس درماندگی و وابستگی و باری بر دوش سایرین بودن.
منت ز دستگیر کشیدن کشنده است
ضعف آنچنان خوش است که نتوان عصا گرفت
و یا
با وجود ضعف پیری بار بردن مشکل است
پا به دامن کش چه منت از عصا باید کشید
گاهی هجوم مشکلات به حدی بوده که شخصی مانند شیخ بهایی که از جاه و جلال نیز برخوردار بوده می گوید:
عهد جوانی گذشت در غم بود و نبود
نوبت پیری رسید صد غم دیگر فزود
احساس یأس و ناامیدی و سیری از زندگی نیز شواهد فراوانی در اشعار دارد.
یأس پیری قطع کرد از ما امید زندگی
بس که خم گشتیم افتاد از سرما، بارها
یا
ریخت چون دندان، امید زندگی بی حاصل است
مهره چون برچیده شد بازی به آخر می رسد
یا
پیر شدم پیر و زین جهان عدم سیر
سیر شود از حیات هر که شود پیر
یا
در کمین راحت مرگیم و پندارند خلق
بار پیری قامت فرسوده را خم می کند
و یا این شعر صائب
مرگ را آماده شو هر گاه گردد مو سپید
زندگی بر طاق نسیان نِه، چو شد ابرو سپید
یا
خواهی بگوی پیری، خواهی بگوی مرگ
معنی یکی است گرچه دو لفضند آن و این
یا
موی سپید از اجل آرد پیام
پشت خم از مرگ رساند سلام
یأس از درمان و بی فایده تلقی کردن بیماریهای این دوران نیز در این بیت به چشم می خورد.
در طینت پیران اثری نیست دوا را
از دست نوازش نشود پشت کمان راست
تمایل به انزوا و گوشه گیری در فرد سالمند و عدم تحمل پاره ای خصوصیات آنها از جانب اطرافیان ایجاد چرخه معیوبی می کند که گاه در ارتباط با سالمند با نزدیک ترین افراد زندگی اش بالاخص همسر نیز تأثیر می گذارد و بعضاً موجب طرد سالمند از جمع می گردد.
جوانی گفت پیری را چه تدبیر
که یار از من گریزد چون شوم پیر
جوابش داد پیر نغز گفتار
که در پیری تو خود بگریزی از یار
آنچه در زمان حاضر به عنوان سن زدگی یا نگاه تبعیض آمیز به سالمندان در جوامع مختلف وجود دارد و شامل مواردی مانند استهزا و یا نسبت دادن خصوصیات ناپسند به سالمندان است نیز تا حدی ریشه فرهنگی دارد. جملاتی مانند اینکه طرف مثل پیرزن ها غرغر می کند و یا نسبت دادن خصلت هایی مانند طمع و آز و دنیاپرستی به آنان نیز نمونه هایی در شعر دارد.
تازه جوانی ز سر ریشخند
گفت به پیری که کمانت به چند؟
پیر بخندید و بگفت ای جوان
چرخ تو را نیز دهد رایگان
یا
ریشه نخل کهن سال از جوان افزون تر است
بیشتر دلبستگی باشد به دنیا پیر را
یا
حرص را گفتم به پیری قطع کن تار امید
گفت دندان ها پی آوردن نان رفته اند
یا
گرچه جوانی همه چون آتش است
پیری تلخ است و جوانی خوش است
عیب جوانی نپذیرفته اند
پیری و صد عیب چنین گفته اند
البته پاره ای از رفتارهای غیرمعمول و بعضاً مرضی نیز در این دوران از چشم شعرا دور نمانده است.
پیرم و عادت طفلان دارم
به من این شوخی طبع ارزانی
گاه از خنده کنم گل ریزی
گاه از گریه گلاب افشانی
گر کنم خنده نه از بی خردی است
و گر کنم گریه نه از نادانی
اولم خنده ز بی دردی بود
آخرم گریه ز بی درمانی!
و یا
پیری و طفل مزاجی به هم آمیخته ایم
تا شب مرگ به پایان نرسد بازی ما
اشعار و حکایاتی نیز که اشاره به سالمند آزاری بخصوص از نوع کلامی اش دارد کم و بیش وجود دارد. که معروف ترین آنها این حکایت در گلستان سعدی است که «وقتی به جهل جوانی بانگ بر مادر زدم دل آزرده به کناری نشست و گریان همی گفت مگر خُردی فراموش کردی که درشتی می کنی؟»
اگرچه احترام و تکریم سالمندان از ویژگی های برجسته فرهنگ ماست ولی اصلاح و تغییر باورها و نگرش های نادرست در این زمینه را نباید از نظر دور داشت و با تأکید بیشتر بر نگاه مثبت به این مرحله از زندگی از منابع فرهنگی با این دیدگاه استفاده کرد. مواردی از این دست:
گرچه پیریم از جوانان جهان دلخوش تریم
خنده ها بر صبح دارد موی چون کافور ما
یا
قامت خم گشته پیران نشان مرگ نیست
یک کمان صد تیر را در خاک پنهان می کند
یا
در پیری از هزار جوان زنده دل تریم
صد نوبهار رشک برد بر خزان ما

پاسخ به چالش‌هایی در مطب روانپزشکی

قسمت اول

دکتر قربانعلی اسدالهی – استاد روانپزشکی

در یکی از شماره های خبرنامه همکار ارجمند سرکار خانم دکتر تقوی بخشی از چالشهایی که در مطب پیش می آید را مطرح فرمودند که اینک توجه همکاران ارجمند را به پاسخ های استاد ارجمند جناب آقای دکتر اسدالهی به بعضی از این چالشها جلب می کنیم.

نا گفته پیداست که وارستگی ستودنی و منش انسان دوستانه استاد ارجمند در پاسخ های ایشان هویداست.

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

پاسخ –چه خوب بود که بین بیمار و پزشک رابطه مستقیم مالی وجود نمی داشت و از طرفی نظام ارائه خدمات پزشکی به شکلی بود که بیماران نیازی به طرح مشکل مالی خود به منظور گرفتن تخفیف نداشتند، ولی در شرایط فعلی بهتر است فرض را بر راست بودن حرف بیمار و صداقت او بگذاریم و در "حدی " که لازم است از نظر مالی ملاحظه او را بنماییم. تعریف "حد "عبارت است از میزانی که به همکاری درمانی بین پزشک و بیمار لطمه وارد نسازد و بیمار فرایند درمانی خود را نا خود آگاه یا آگاهانه به میزان تخفیف و غیره وصل نکند.

چالش دوم –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 خواهر شان از سربازی معاف شوند!"

خانم ... از دبیرستان ... یا مرکز مشاوره ... زنگ می زنند و پیام می دهند که دانش آموز یا مراجع ایشان مشکل مالی دارد، لطفاً رایگان یا با تخفیف ویژه او را ویزیت کنید.

پاسخ –در مورد صدور گواهی شرایط بیمار و تلاش در راستای دستیابی به اهداف درمانی و باز توانی ملاک تصمیم گیری باشد. اینکه بیمار در چه فازی از بیماری می باشد و صدور گواهی تا چه حد در رسیدن به اهداف درمانی موثر می باشد بایستی مد نظر باشد و سفارشات دیگران که اطلاعی از کم و کیف بیماری ندارند نبایستی مورد توجه باشد.در مورد مشکل مالی بیماران در پاسخ به چالش قبلی توضیح داده شد.

چالش سوم – بیمارانی که ویزیت می شوند و قرار است سه هفته دیگر دوباره ویزیت شوند چند هفته می گذرد، خانم منشی با آزمایشی در دست وارد می شود و می گوید: خانم دکتر بیمارتان می خواهد جواب این آزمایش را به او بگویید. 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 می شود.

پاسخ –ارزیابی آزمایش های بیمار در هر زمانی مفید می باشد و چه بسا نکاتی را مطرح سازد که در ارزیابی تشخیص افتراقی و درمان بیمار مهم باشد. در روانپزشکی تعیین فواصل ویزیت در اختلالات مختلف تعریف شده است که اکثر بیماران رعایت می کنند. اگر بیماری زودتر از موعد مراجعه نمود لازم است دلیل و یا دلایل آن بررسی شود. بیشتر این مراجعین به خاطر عوارض دارویی و یا انتظار زود هنگام در بهبود بیماری و یا بروز علایم جدید و یا تشدید علایم قبلی نگران می شوند. رفع این نگرانی ها چندان وقت گیر نمی باشد و نیازی به هزینه مجدد برای بیمار ندارد و اگر در مواردی ضروریست که بیمار با صرف وقت قابل توجه ویزیت شود پزشک می تواند مطالبه بخشی و یا تمام حق ویزیت را بنماید. امید است ما جزو آن دسته از روانپزشکان نباشیم که در حسرت دیناری "آه "بکشیم. مطمئناً اگر عشق به خیر مایه خدمت مان باشد مشکلات به آسانی حل می شود.

پاسخ به چالشهایی در مطب روانپزشکی

قسمت دوم

دکتر غلامرضا خیرآبادی - روانپزشک وعضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

در قسمت دوم این بخش در پاسخ به پرسش های همکار ارجمند سرکار خانم دکتر تقوی که پرسیدند

" راهکار های پیشنهادی شما چیست ؟ " سعی کردیم تا به روال قبل نظر اساتید محترم و همکاران پیشکسوت و با تجربه را جویا شویم.

اینک به پاسخ هایی که جناب آقای دکتر خیرآبادی عضو محترم گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به برخی از "چالشهایی در مطب روانپزشکی "داده اند توجه فرمایید.

چالش اول –" با بیمارانی که پس از ویزیت به دلیل وسواس ، اضطراب شدید یا اختلال شخصیت و ... و به محض کوچکترین عوارض یا عدم بهبود سریع ، وقت و بی وقت و بدون هماهنگی در مطب حاضر می شوند و یا با تلفن پشت تلفن منشی را کلافه می کنند و یا با قیافه ای حق به جانب از شما گلایه دارند که چرا خوب نمی شوند و چرا شما برای آنها کاری نمی کنید چگونه مدارا می کنید ؟ "

پاسخ چالش اول –از اصول اولیه مدیریت بیماران توضیح جامع در خصوص طرح درمانی شما برای بیمار در کوتاه مدت و در صورت عدم حصول نتایج درمانی در دراز مدت است ، این توضیحات حتما" باید در اولین جلسه درمان داده شده و انتظارات ذهنی بیمار از زمان احتمالی شروع بهبودی، مدت زمان احتمالی برای رسیدن به بهبود کامل و در صد احتمال عدم پاسخ تعدیل و اصلاح شود. در همان جلسه اول باید عوارض احتمالی و نحوه رویکرد به این عوارض(تحمل، کاهش دوز یا قطع دارو و مراجعه زودتر از موعد) و اینکه گاهی بروز این عوارض نشانه ای از شروع تاثیرات درمانی است برای بیمار روشن شود. این توضیحات بویژه برای بیماران با خصوصیات اضطرابی،وسواسی و بیماران با سابقه مراجعات مکرر به پزشکان مختلف بسیار اساسی است.با این وجود در صورت تماس تلفنی یا مراجعه حضوری دو باره یا چند باره علی رغم توضیحات اولیه شما، لازم است مجددا" همان توضیحات با صبر و حوصله به بیمار داده شده و حمایتهای لازم در این خصوص که شما نسبت به نگرانیهای وی حساس هستید را به وی منتقل کنید. این رویکرد باعث احساس اطمینان بیمار به تقیّد شما به مراقبت همه جانبه، با دقت و دلسوزانه از طرف بیمار شده و رابطه درمانی مستحکمی را برقرار خواهد کرد و باعث تغییر در رفتار و نگرش وی در مقابل شما و دستورات درمانی و توضیحات جنبی شما خواهد شد.

چالش دوم – "بیمارانی هستند 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 نا امید و یا خشمگین و گاهی هم بی تفاوت و تا حدی رندانه به شما می گویند که حتی سر سوزنی بهبودی نیافته اند که هیچ حتی بد تر هم شده اند . با آنها چگونه مدارا می کنید ؟ "

پاسخ چالش دوم–لازم است در اولین ویزیت چک لیست دقیقی از علائم عینی و ذهنی بیمار تهیه و در روند درمان با همکاری خود بیمار در هر جلسه میزان تغییر این علائم (تشدید یا تخفیف) با یک در صد تخمینی ثبت و پی گیری شود.

چنانچه این تغییرات ثبت شده گویای عدم تغییر مورد انتظار یا بدتر شدن در زمان مورد انتظار شما باشد، مرور مجدد تشخیص و رویکرد درمانی را باید مد نظر قرار داده و آنچه را که انجام می دهید صادقانه با بیمارتان در میان بگذارید.

در صورتی که تغییرات ثبت شده گویای روند بهبودی باشد باید پسخوراند محترمانه به بیمار در مورد تک تک علائم اولیه و میزان تغییر در فرایند درمان داده شود و به وی اطمینان داده شود که بیماری شما روند بهبودی را هرچند کند طی می کند. و در صوتی که خود شما در مورد تشخیص و روند درمان مطمئن نیستید لازم است صادقانه بیمارتان را به هم کاری با تجربه تر معرفی و درخواست راهنمائی داشته باشید.

چالش سوم – " در مورد بیماران خیلی مهم – پزشک ، آموزگار دوران مدرسه، همکلاسی دوران دبیرستان، همسایه ، رئیس اداره ، فامیل دور و نزدیک و ... ، چه می کنید ؟ متاسفانه بسیاری از آنان علاوه بر آنکه انتظار دارند که رایگان ویزیت شوند حاضر به گرفتن نوبت نیستند . آنها انتظار دارند که رایگان و بدون نوبت ویزیت شوند و هر چه می خواهد دل تنگشان و تا هر زمان که اراده کنند بگویند و اگر هم در پذیرایی از این بزرگواران کوچکترین کوتاهی از شما سر بزند هزاران صفت نا پسند را به شما نسبت می دهند . "

پاسخ چالش سوم – اینکه دیگران چه توقعی از ما داشته باشند یا رویکرد رفتاریشان نسبت به ما چه در حوزه زندگی شخصی و یا حرفه ای چگونه باشد تا حدود زیادی برخاسته از رفتار خود ما و توقعی است که ما در آنها ایجاد می کنیم و در این مورد نگرانی که در مورد قضاوت دیگران داریم امری تعیین کننده است.

اگر ما همان رویکرد علمی مطرح شده در کتب و مقالات را در این خصوص در پیش گرفته و رویه همیشگی ما در این مورد بشود، آنگاه فارغ از اینکه دیگران چه قضاوتی بکنند رفتارو توقعشان را با این رویکرد ما تنظیم خواهند نمود.

ویزیت گرفتن یا نگرفتن یک امری کاملا" شخصی شماست و به کم و کیف رابطه شما با آن فرد خاص مربوط می شود ولی در هر صورت روشن و تعریف شده باشد که شما تعارف میکنید یا مصمم به نگرفتن ویزیت هستید. اما نوبت مال شما نیست که به کسی ببخشید یا نبخشید، نوبت از آن مراجعین است و شما هم باید به صراحت و محترمانه به این افراد این موضوع را یاد آوری کنید. مدت زمان ویزیت هدفمند مهارتی است که در اختیار شماست و نباید بیمار آنرا به شما تحمیل کند. شما با مهارت باید مسیر گفتگوی بیمار را به موضوع مورد بحث و ضروریاتی که باید بیان شود هدایت کنید و در این مورد نباید منفعلانه عمل نمائید و کنترل را دست مراجع بدهید.

چالش چهارم – " بیمارانی هستند که انتظار دارند در زمان ویزیت داستانهای هزار و یک شب از عشقهای نا فرجام و تراژدی هایی از ستمدیدگیهای بی پایان تعریف کنند و یا شرح حال بستری های بی شمار و هر بار رفتن از مطبی به مطب دیگر و گاه پناه بردن به همیوپاتی و طب سوزنی و دعا نویس و ... را بیان کنند و از شما می خواهند که کیسه دارویی آنها را که به یک داروخانه سیار شباهت دارد و پاکت های پر از پاسخ های رادیو گرافی و آزمایش ها را ببینید . وقتی هم که همدلی کردید و در حد امکان داروها و سابقه بیماری را بررسی کردید ، درباره تشخیص بیماری و پروسه درمان توضیح دادید باز هم راضی نمی شوند و فکر می کنند شما او را درک نکردید و فقط می خواسته اید از آنها پول ویزیت بگیرید و به سرعت زمایش ها را ببینیبیمار بعدی را ببینید . با اینگونه بیماران چگونه مدارا می کنید ؟ "

پاسخ چالش چهارم – اینکه اینگونه بیمارانی وجود دارند و به ناچار شما هم مجبور به اختصاص وقت بیشتری برای این بیماران هستید شکی نیست . ولی مدیریت این بیماران به عنوان یکی از انواع بیماران مشکل مهارتی است کسب شدنی–هدایت مصا حبه به سمت اینجا و الان در ابتدای مصاحبه و حرکت از حال به گذشته در فرایند گرفتن شرح حال و یاد آوری مکرر و محترمانه به محدود بودن وقت و عدم نیاز به طرح برخی مسائل حاشیه ای و طرح سوالاتی مشخص و تا حدودی بسته پاسخ. مرور انتخاب شده بررسیهای پاراکلینیکی مربوط به ماههای اخیر و توضیح قاطعانه به عدم اهمیت موارد مشابه مربوط به سالهای گذشته نکاتی است که در این موارد راه گشا خواهد بود و در نهایت قبول محدودیتها و قبول همه کار توان نبودن و عدم امکان به برقراری رابطه محکم درمانی با همه مراجعین امری اجتناب ناپذیر است.

معرفی یک مورد در گراند راند بیمارستان خورشید اصفهان

آقای ۳۳ ساله ،اهل و ساکن اصفهان ، مجرد ،فوق دیپلم مدیریت،بیکار با سابقه یک بار بستری در بیمارستان

نحوه مراجعه : توسط خانواده :

(بیمار)مشکلی ندارم.....(پدر و مادر): خسیس است. CC

مشکلات روانپزشکی بیمار از حدود سه ماه پیش ، تدریجاً به دنبال نامزد کردن خواهرش تشدید شده است.به این صورت که خلق و روحیه تحریک پذیر پیدا کرده و به دنبال خرید کردن مواد غذایی و مایحتاج منزل از طرف خانواده، پرخاشگری لفظی (داد و فریاد) و فیزیکی (خودش را کتک میزند و یا به در دیوار لگد میزند) داشته است . در این مدت الگوی خوابش تغییری نکرده و حدود ۷–۸ ساعت در طول شب می خوابد.اشتهایش نسبت به قبل کمتر شده و حتی اصلا میوه نمی خورد و علت آن را صرفه جویی اقتصادی مطرح می کرده است. گوشه گیر و منزوی شده است، تمایلی به رفت و آمد خانوادگی ندارد، هنگامی که مهمان به منزل ایشان می آید با پذیرایی با چند نوع میوه و یا دعوت مهمان به صرف شام شدیداً مخالفت می کند و مجلس را ترک می کند ولی اگر اقوام و آشنایان را در کوچه و خیابان ببیند برخورد گرمی دارد . در این مدت ۱–۲ ماه یکبار حمام می رفته ،و حمام را هدر دادن آب میدانسته و علت آن را صرفه جویی در قبض آب می دانسته.از حدود یکسال پیش سر کار نمی رود چون به دنبال شغلی با در آمد بالا بوده است. در این مدت رفتار هایی انجام می داده که باعث آزار می شده است مثلاً گونی برنج را قایم می کرده که مادرش برنج کمتری برای غذا بپزد ،داخل مایع ظرفشویی آب می ریخته که زیاد مصرف نشود ،کفش و سوغاتی که دوستانش برای او هدیه خریده اند را فروخته است ولباس های کهنه می پوشد . حتی به دیگران نیز ایراد می گیرد که چرا لباس نو می پوشند ،شعله گاز زیر غذا را کم می کند،شیر آب حمام را می بندد که دیگران نیز حمام نروند،با جشن گرفتن و مراسم نامزدی خواهرش شدیداً مخالفت کرده و باعث مشاجره بین اعضای خانواده شده است و بهمین علت توسط خانواده در ۹۲/۲ به بیمارستان خورشید مراجعه کرده و به مدت یک هفته بستری و تحت نظر بوده است.در مدت بستری تست MMPI انجام شده که گزارش شده: بیمار حالت دفاعی داشته و با انکار علائم خود،سعی در ارائه ی چهره ای مثبت از خود داشته، که همین امر باعث عدم اعتبار آزمون شده و پروتوکل قابل تفسیر نیست و با دستور دارویی قرص ریسپریدون ۱ میلی گرم و کپسول فلوکستین ۲۰ میلی گرم مرخص شده است .پس از ترخیص، دارو هایش را منظم مصرف می کند وعلائم به گفته پدرش حدود ۳۰درصد کمتر شده و پرخاشگری های بیمار کمتر و نسبت به خرج کردن پول کمتر حساس می باشد.

در این مدت شرح حالی از دوره های خلق بالا ، انرژی زیاد ، پرحرفی و یا دوره های خلق گرفته و گریه کردن و نا امیدی ، افکار مرگ و خود کشی و دیگر کشی نداشته، توهم و هذیان نداشته و شرح حالی از وسواس چک کردن، قرینگی ،نظم و ترتیب و شست و شوی غیر معمول نمی دهند. شرح حالی از مصرف سیگار ، الکل و سایر مواد مخدر و محرک ندارد. شرح حالی از حرکات تکراری خاراندن صورت در کنار بینی به صورت تیک از چند ماه پیش می دهند .

Past Psychiatric Hx:.

مشکلات از حدود ۱۰ سال پیش(۲۰ سالگی) تدریجا بدون استرسور خاصی شروع شده است ، به این صورت که دانشگاه را در سال سوم کارشناسی مدیریت (میمه) رها می کند وبه قصد کسب در آمد مشغول به کار شده است. چندین بار تاکنون شغلش را به علت نداشتن در آمد بالا رها کرده ،خلق و روحیه تحریک پذیر داشته و به دنبال خرج کردن پول با خانواده مشاجره می کرده ،با اقوام و آشنایان رفت و آمد نداشته و گاهی کارتون یا کاغذ باطله نگهداری می کرده است . هیچ گاه وسواس نداشته و دوره های خلقی را ذکر نمیکنند.سابقه مصرف هیچ گونه موادی نداشته ، هیچ گاه به پزشک مراجعه نکرده اند و تا قبل از بستری اش دارویی مصرف نمی کرده است.

PMH : سابقه ضربه به سر ، بیهوشی ، تشنج ،مشکلات اندوکرین و بیماری ماژور داخلی و جراحی نداشته است .

Past drug Hx: قرص ریسپریدون ۱ میلی گرم و کپسول فلوکستین ۲۰ میلی گرم روزانه از زمان بستری –یکماه پیش –که منظم مصرف می کند.

منفی: Past Substance

Family Hx : پدر ۵۵ ساله و مادر ۵۰ ساله ،پدر دو سال پیش بعلت مشکلات قلبی آنژیو شده ، سابقه استعمال تریاک به مدت ۲۰ سال داشته که از ۹ سال پیش ترک کرده .دو خواهر کوچکتر از خود دارد و شرح حالی از مشکلات روانپزشکی در خانواده درجه ۱ و ۲ و ۳ نمی دهند.

Personal Hx:فرزند اول خانواده، رشد دوران کودکی نرمال بوده، در مدرسه ،درس خوان و منضبط بوده و حتما باید نمره ۲۰ می گرفته و شاگرد اول مدرسه بوده ،۱–۲ دوست صمیمی داشته و دوستی هایش پایدار بوده ، فرار از مدرسه و حیوان آزاری و آتش افروزی نداشته ، بعلت علاقه به کسب در آمد درس را نیمه کاره در مقطع فوق دیپلم رها کرده ،مذهبی و پایبند به اعتقادات دینی است ،خدمت سربازی اش را در سن ۱۹ سالگی خریده اند (خرید خدمت).تا کنون چند بار در کارگاه طلا سازی و زر گری و خرید و فروش سکه هر بار به مدت ۷–۸ ماه غعالیت کرده ،آخرین بار در یکسال پیش فروشندگی رنگ ساختمان داشته که به علت نداشتن درآمد مطلوب بیشتر از یکماه ادامه نداده است و اخیراً از ۳–۴ ماه پیش قصد خرید و فروش منازل کلنگی را دارد که هنوز معامله ای انجام نداده .مجرد است و تا کنون قصد ازدواج نداشته .

SES: در منطقه شمال شهر اصفهان، محله نسبتا شلوغ، در منزل سه طبقه پدرش بهمراه پدر و مادر و خواهرش زندگی می کند و اتاق مجزا دارد و تامین هزینه‌های زندگی به عهده پدرش می باشد که ایشان تعمیرکار و صافکار اتومبیل می باشند و در آمد مکفی دارند.

MSE : نرمال

هدف از معرفی : بررسی تشخیصی

معرف : جناب آقای دکتر عطاری

شرح حال گیرنده: خانم دکتر مژده

بحث تشخیصی

دکتر عباس عطاری– روانپزشک ، استاد گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

این قسمت، از مباحث طرح شده در گراندراند ۹۲/۳/۱۲ منتج گردیده است.
شکایت اصلی خانواده بیمار پرخاشگری و خسیس بودن ذکر گردیده است و به این علت برخلاف خواسته بیمار وی را جهت بستری به اورژانس روانپزشکی ارجاع می دهند و با توجه به «پرخاشگری»، «بصیرت نداشتن نسبت به بیماری» و «افت عملکرد شغلی» با تشخیص اولیه سایکوز در اورژانس بستری می شود.
جهت تشخیص قطعی و تشخیص افتراقی بیمار لازم است به نکات زیر توجه کنیم:

الف– پرخاشگری علل متعددی دارد و همیشه نشانه سایکوز نمی باشد، گاهی روابط بین فردی، رفتار دیگران، اختلال شخصیت یا اختلالات نوروتیک هم می تواند منجر به پرخاشگری گردد.

ب–در بسیاری از اختلالات شخصیت و همچنین در طیف اختلالات وسواسی ممکن است فرد نسبت به بیماری خود بصیرت نداشته باشد و لذا «بینش نداشتن» نسبت به بیماری، فقط اختصاص به اختلالات سایکوتیک یا شناختی ندارد.

ج–افت عملکرد جزء معیارهای تشخیصی اغلب اختلالات محور یک و دو می باشد .بیمار مورد نظر. علت رهاکردن تحصیل و یا رهاکردن شغل را ، «انتخاب شغل با درآمد بالا» عنوان می کند.

د– در طی مصاحبه های متعدد با بیمار هیچ علامتی از معیارهای "آ"ی اسکیزوفرنی اعم از توهم یا هذیان یا کلام آشفته یا رفتار آشفته بصورت قطع و یقین یافت نشد (البته در مورد رفتارهای آشفته و هذیان متعاقباً بحث خواهد شد).
از معیار ها و علایم منفی اسکیزوفرنیا در این بیمار می توان به افت عملکرد شغلی و روابط اجتماعی محدود اشاره نمود.

چند نکته کلیدی در شرح حال بیمار وجود دارد که می تواند راهگشای تشخیص باشد:

۱– شروع اولیه بیماری از حدود اواخر نوجوانی (۲۰ سالگی) ذکر شده است.

۲– تا چندماه قبل (بیش از ۱۰ سال) نیازی به درمان از جانب خانواده مشاهده نشده است و فقط از چندماه قبل با تشدید تنش بین بیمار و خانواده در زمینه رفتارهای ناشی از خسیس بودن بیش از حد بیمار، خانواده در صدد درمان برآمده اند.

۳– به گفته والدین، وی اغلب اینگونه بوده است و هیچ دوره ای از بهبودی (خسیس نبودن) نداشته است.

٤– اشکال در روابط بین فردی ناشی از رفتارهای بیمار در زمینه خسیس بودن دارد.

این نشانه ها برمبنای جدول معیارهای کلی تشخیص اختلال شخصیت منطبق است لذا می توان چنین استنباط نمود که بیمار از یک اختلال شخصیت رنج می برد.

برای اینکه بخواهیم نوع اختلال شخصیت را مشخص سازیم لازم است یکبار دیگر شرح حال بیمار را با هم مرور کنیم. علایم زیر را می توان از شرح حال و مصاحبه (در گراندراند) استنباط نمود:

الف) دقت و حساسیت نسبت به نظم و مرتب بودن .

ب) وقت شناسی.

ج) سعی در کنترل دیگران براساس ایده های شخصی .

د) اشتغال ذهنی به جزئیات (جزء نگری به جای کل نگری).

ه–)کمال طلبی (همیشه بدنبال شغل با درآمد بسیار بالا است).

و) مواد زائد را دور نمی اندازد و گاهی اقدام به جمع آوری مواد بازیافتی جهت فروش می کند.

ز) انعطاف ناپذیری.

ح) خسیس بودن.

این علایم با معیار های تشخیصی اختلال شخصیت وسواسی جبری منطبق است .

این اختلال شخصیت در فرزندان اول شایعتر است؛ شروع آن از اوایل بزرگسالی است و معمولاً این بیماران رفتارهای خود را طبیعی می پندارند و نیازی به مشاوره و درمان احساس نمی کنند.

با توجه به شرح حال بیمار در محور یک از جمله اختلالی که می تواند مطرح گردد، اختلال هذیانی از نوع غیر اختصاصی است.شرح حال بیمار در زمینه خسیس بودن را می توان از بعد دینامیک اینگونه توجیه نمود که هسته اصلی و مرکزیت مجموعه رفتارهای بیمار « نگرانی و ترس از فقر » است بحدی که با اعتقاد به درستی رفتار خود، و با توجیه اقتصادی و نگرانی از آینده بداقتصادی، خسیس بودن خود را توجیه می کند و کاملاً اینگونه سخت گیری ها را منطقی می داند. البته باید در نظر داشت که اختلال هذیانی در زمینه فقر عمدتاً بصورت اعتقاد به فقیر بودن است (هیچی ندارم، مال و ثروت ندارم، غذا برای خوردن ندارم، لباس ندارم بپوشم، یخچال خالی است و ...) لذا ترس از فقر در این بیمار نمی تواند هذیان تلقی گردد.

سرانجام از جمله تشخیص های افتراقی مطرح شده برای این بیمار» اختلال سایکوتیکی است که به نوع دیگری مشخص نشده» است و دلایل این تشخیص انزواطلبی، لجبازی، عصبانیت و پرخاشگری، بدبینی نسبت به والدین (نه در حد هذیان)، افت عملکرد و رفتارهای عجیب و غریب (در زمینه خسیس بودن) می باشد. سایکوز یک واژه کلی است و محدوده کاملاً تعریف شده ای برای آن وجود ندارد و برداشت متخصصین در این زمینه متفاوت است. براساس معیار های تشخیصی معمول برای تشخیص سایکوز بیمار باید یکی از علایم "آ"ی اسکیزوفرنی (بجز علایم منفی) را داشته باشد. براساس دلایلی که در ابتدای بحث ارائه گردید بنظر نمی رسد که این تشخیص در این بیمار صدق کند. " اختلال سایکوتیکی که به نوع دیگری مشخص نشده "است ، در صورت تداوم و عدم درمان سیر پیشرونده ای داشته و سرانجام منجر به بروز یکی از اختلالات سایکوتیک خاص می گردد. این بیمار طی ده سال وضعیت ثابتی داشته است .

روان پویایی علایم در یک بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا

دکتر علی عباسعلی زاده – روانپزشک

از سالها پیش در صدد بودم تا کشمکش درونی یک بیمار اسکیزوفرنیا را بر روی کاغذ بیاورم . نوشتن از دنیای درون آدمی که ارتباط معمولی برقرار نمی کند اگر عملی نباشد بسیار مشکل است . نگرانی از اینکه استنباط های غیر قابل اثبات نگارنده بجای مکنونات درونی بیمار بنشیند همواره مانع اصلی این کار بود. دوستانی که تفسیر های روان پویایی اینجانب را در شماره های قبلی خبرنامه انجمن روانپزشکی در مورد بیماران مختلف خوانده بودند و به من اظهار لطف داشتند تشویقم کردند و به من جرئت بخشیدند تا روان پویایی علایم در یک مورد مشخص بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا را بیان کنم.حال نیز امیدوارم از نظرات اصلاحی همکاران ارجمند در تصحیح این

مقاله برخوردار شوم.

بیمار مورد بحث را نخستین بار بیست سال قبل وقتی که رزیدنت سال آخر روانپزشکی بودم دیدم . مرد ی در حدود چهل ساله، قوی جثه، بسیار عصبانی و پر تبختر، با گارد شدید نسبت به هر کس که بخواهد به او نزدیک شود در تراس بخش روانپزشکی نشسته بود و کسی جرئت نمی کرد که به او نزدیک شود . او منتظر کوچکترین برخورد از جانب هرکسی بود تا بر سر او فریاد بکشد و البته حمله کند . روزی یکی از دانشجویان پزشکی از من پرسیده بود که "شما از بیماران روانی نمی ترسید ؟" این بیمار مصداق بارز منظور آن دانشجوی عزیز از این پرسش بود . در جواب پرسش آن دانشجوی محترم گفته بودم که البته بعضی وقتها این بیماران خیلی ترسناک می شوند اما وقتی به ما مراجعه می کنند ما امکانات زیادی داریم . نگهبان و محافظ داریم، پرستار هست، داروهایی داریم که هر بیماری را آرام می کند و تازه هر از چند گاهی چنین بیماری

به ما مراجعه می کند . اما همین بیمار شبانه روز در خانواده خود چه بسا توسط مادر یا پدر پیرخود نگهداری و مراقبت می شود . لذا اگرچه این بیماران گاهی ترسناک می شوند اما در مقابل فشار روانی که خانواده های این بیماران تحمل می کنند ما خجالت می کشیم که از این بیماران بترسیم .

من دو دلیل اصلی برای مدارا با این بیمار داشتم . نخست اینکه با اتفاق استاد ارجمندم جناب آقای دکتر اسدالهی مشغول نوشتن "کتاب راهنما برای خانواده های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا" بودم و اگر نمی توانستم پرخاشگری این بیمار را مدیریت کنم مطمئناً به سهم خود از ادامه نگارش این کتاب منصرف می شدم زیرا اعتقاد دارم که "دو صد گفته چون نیم کردار نیست" . دلیل دوم من این بود که آن روز ها به شدت در صدد دریافت درک عمیق تری از اختلال اسکیزوفرنیا و به ویژه در صدد فهم روان پویایی این اختلال بودم و مبحث INTERPRETATION OF SCHIZOPHRENIA از کتاب AMERICAN HANDBOOK OF PSYCHIATRY ذهنیت عمده تحصیلی من بود.

همکار رزیدنت عزیزی که مسئول این بیمار بود و هنوز هم یکی از بهترین و صمیمی ترین همکاران من است با توجه به دغدغه ذهنی آن روزهای من مسئولیت این بیمار را بعهده من گذاشت .

با اطمینان از اینکه پرسونل بخش و همکاران رزیدنت مراقب اوضاع هستند و در صورت لزوم برای کنترل بیمار و تزریق آرام بخش به کمک من خواهند آمد آن روز به تراس بخش که این بیمار نشسته بود رفتم .اصلاً به روی خود نیاوردم که باا و کاری دارم .روی نیمکت دیگری در نزدیکی او نشستم.این رفتار من یک پیام خاص برای او داشت و آن اینکه از نظر من او آدم ترسناکی نیست .

کارکنان بخش همه از او می ترسیدند و "دم پر او نمی رفتند" . همه از او دوری می کردند . تفسیری که از گارد ، اخم ، جبین در هم کشیده و وضعیت آماده به جنگ او داشتم این بود که او حالت تدافعی به خود گرفته است . او می خواست به بقیه بفهماند که اگر کسی قصد آزار او را داشته باشد بد می بیند . او حال گربه ای را داشت که از ترس به سه کنجی فرار کرده بود و حال راه فراری هم نداشت و می ترسید که کسی به او حمله کند ، ناگزیر چنان گارد گرفته و عصبانی نشان می داد که کسی نزدیک او نشود و البته اگر کسی نزدیک او بشود مورد حمله نیز قرار خواهد گرفت .

وقتی روی نیمکت دیگری در کمال خونسردی در نزدیکی او نشستم این حرکت من پیام دیگری نیز داشت و آن اینکه حضور او در آن تراس و روی نیمکت کناری من برای من هیچ معنای خاصی ندارد .

پیام رفتار من این بود که در واقع هر یک از ما دو نفر برای خود روی نیمکت ها نشسته بودیم بی آنکه کاری به هم داشته باشیم یا مزاحم هم باشیم . او تصور می کند که هرکس که به او نزدیک می شود قصد آزار او را دارد ، پس به خود "حق "می دهد که بد اخلاقی کند ، بی اعتنایی نشان دهد ، عبوس باشد ، چپ چپ نگاه کند ، غر و لوند کند و...

پاسخ معمول آدمها در برخورد با چنین آدم عبوس و کج خلق که آماده جنگ است اینست که صحنه را ترک می کنند یا آنکه خود را آماده مقابله نشان می دهند و احیاناً از کسان دیگری می خواهند تا نزدیک آنها شوند و بالاخره به این سوء تفاهم دامن می زنند . اما آن روز من این کارها را نکردم . با آرامی در جای خود نشستم . او همچنان عبوس و بد اخم و در عین حال پر تبختر نشسته بود . سعی من برای حفظ خونسردی و آرامش این پیام را داشت که اگر ایشان به هر دلیلی عصبانیست مشکل شخصی خود اوست و به من ربطی ندارد پس دلیلی ندارد که من نگران عصبانیت او باشم . وقتی من با رفتار خود به او نشان دادم که بین ما سوء تفاهمی وجود ندارد بتدریج این احساس به او نیز منتقل شد که اگر من از بد اخلاقی او نمی ترسم لابد از حساب خود اطمینان دارم . رفتار من این پیام را داشت که من چون قصد بدی نسبت به ایشان ندارم پس دلیلی ندارد که از او بترسم . بتدریج یک پندار نا خود آگاه در او شکل می گیرد که اگرچه در این بیمارستان یا جامعه همه نسبت به او سوء قصد دارند استثنائاً این آدمی که روی نیمکت کناری او نشسته قصد بدی به او ندارد و این نخستین قدم برای شروع رابطه درمانی با بیمار اسکیزوفرنیای پارانوئید است .

بیمار که شب قبل با حالت بسیار آشفته و تهاجمی توسط اطرافیان خود به اورژانس منتقل شده بود از برخورد ناچاراً تهاجمی متقابل پرسونل اورژانس که چند نفری دست و پای او را گرفته بودند و با تزریق آنتی سایکوتیک او را مهار کرده بودند شدیداً دلخور بود و به همین دلیل با پرسونل بخش قهر بود و به کسی اجازه نمی داد که به او نزدیک شود .

بعد از حدود نیمساعت از من که خود را با پرونده مریض دیگری مشغول کرده بودم پرسید رئیس بخش اینجا کیه ؟

گفتم آقای دکتر احمد زاده . آن زمان استاد ارجمندم جناب آقای دکتر احمد زاده رئیس بخش روانپزشکی بود .

گفت اینجا با آدم مثل حیوان رفتار می کنند . او گفت که پیش از این در یکی از بخشهای روانپزشکی در آمریکا بستری شده بود . ضمن صحبت از اصطلاحات انگلیسی استفاده می کرد و ضمناً تجربه بستری او در یک بخش روانپزشکی در آمریکا برای من جالب و آموزنده بود . بتدریج صحبت ما گل کرد . ایشان اهل شهر کرد بود و من هم چند سالی در شهر کرد کار کرده بودم و بعضی از اهالی آنجا را می شناختم . از او خواهش کردم به زبان انگلیسی که کاملاً مسلط بود داستان بیماری خود را بگوید . تعریف کرده بود که در امریکا برایش تشخیص بیماری بای پولار داده بودند ولی اینجا می گویند که اسکیزوفرنی دارد و او از این تشخیص ناراضی بود . از آنجایی که خود را آدم برجسته ای می دانست و نیز قصد شکایت از پرسونل اورژانس شب گذشته را داشت از من خواهش کرد که توسط رئیس بخش ویزیت شود . او که تا آن موقع تن به گفتگو با کسی نمیداد حاضر شده بود توسط رئیس بخش ویزیت شود . از آقای دکتر احمدزاده خواهش کردم و ایشان بیمار را ویزیت کردند .در جلسه مصاحبه با آقای دکتر احمد زاده بیمار کماکان با تبختر صحبت می کرد و بیش از آنکه شرح حال خود را بگوید بحث و جدل می کرد . بدین ترتیب رابطه درمانی من با ایشان شروع شد و تا کنون ادامه دارد .

از علایم جالب توجه او سکوت طولانی است که قبل از پاسخ به هر پرسشی دارد . او از یک سو به دلیل ازمان بیماری و دوره های بهبود نسبی تا حدودی به علایم خود بینش پیدا کرده است . او نمی خواهد داروی زیادی مصرف کند و از سویی نمی خواهد پزشک خود را از دست بدهد . رفتار دودلانه دلیل عمده تاخیر و تعلل او در پاسخ به پرسش هاست . گاه آنقدر سکوت و تامل او در پاسخ به پرسش طولانی می شود که مخاطب را نگران می سازد که مبادا به او بر خورده است و ممکن است عصبانی شود ولی با تعجب می بینید که بعد از مکثی طولانی به آرامی جواب پرسش را می دهد .

او از یک سو نگران بدخواهی دیگران است و از سویی به حمایت دیگران شدیداً نیاز مند است . در نتیجه همه رفتار های او دودلانه است . او از تنهایی می ترسد و از سویی نمی تواند به کسی اعتماد کند در نتیجه در دو دلی فلج کننده ای گرفتار می شود. آنچنان فلج کننده که ممکن است کار را به شکلهایی از کاتاتونیا بکشاند. هذیانها بزرگ منشانه و گزند و آسیب موجب انزوای اجتماعی او می شود . تا وقتی مادر خدا بیامرز او زنده بود از او مراقبت می کرد و او تنها نبود . گرچه هذیانهای گزند و آسیب او بیش از همه مادر را شامل می شد اما حمایت مادر از او بی قید و شرط بود . تا وقتی مادر زنده بود لطف و حمایت بقیه فرزندان که

شامل حال مادر می شد بیمار ما را بی نصیب نمی گذاشت . بعد از فوت مادر دیگر کسی نبود که او را در همه حال نگهداری کند . از آنجایی که وضع مالی خانواده خوب بود وابستگان نزدیک او سعی کردند از نظر مالی او را حمایت کنند اما امکان نگهداری او را در میان خانواده ها نداشتند. لذا سعی کردند از مراکز نگهداری متنوعی برای مراقبت از او استفاده کنند . اما هذیانهای گزند و آسیب و بویژه هذیانهای بزرگ منشی او موجب می شد که نه او مراقبین خود را قبول داشته باشد و نه مراقبین او تحمل درخواستها و ایراد گیری ها و بویژه داستانهایی که هر روز بخاطر سوء ظن های هذیانی نسبت به سایرین می ساخت را داشتند . بالاخره هیچ موسسه ای پیدا نشد که قادر به نگهداری او شود. البته او در بعضی زمینه ها و در بعضی اوقات بینش و واقع بینی خوبی دارد و آنگاه سعی می کند تا با دیگران مدارا کند اما وقتی طغیانهای هذیانها بزرگ منشی و گزند و آسیب فرا می رسد همه آنچه که رشته شده بود را پنبه می کند .

او ناگزیر می شود در خانه کوچکی که بی شباهت به یک پناهگاه نیست زندگی کند . تک و تنها . او از تلویزیون استفاده نمی کند چون " پیامهایی از تلویزیون دریافت می کند که آزار دهنده است " . او اگرچه یک خط تلفن در خانه خود دارد اما پاسخ تلفن را نمی دهد چون "دشمنان " او از تلفن او "سوء استفاده می کنند و تحت نظرش می گیرند".

پارک نسبتاً زیبایی در نزدیک خانه او وجود دارد ولی او بندرت به پارک می رود زیرا "از پچ پچ دیگران "اذیت می شود. او بتدریج پیر تر می شود و توان جسمی خود را نیز از دست می دهد و تنها راهی که برای مقابله با "گزند و آسیب و نیز قدر نا شناسی " دیگران برای او میماند انزوای مطلق اجتماعی است . بتدریج علایم منفی اسکیزو فرنیا در او غالب می شود .

او در عین حالیکه از نزدیکان خود شاکیست که از او مراقبت نمی کنند ، پاسخ تلفن های آنها را هم نمی دهد. نه می تواند از خدمات عمومی برای قوت لایموت خود استفاده کند و نه خود مهارت و حوصله پخت و پز برای خود دارد .

بتدریج سوء تغذیه مزمن او را نحیف می کند . لاغر و تکیده ، منزوی و بدبین و عبوس ، همیشه سیگاری در گوشه لب،دندانهایی که هر روز بیشتر از قبل پوسیده می شوند ، گریزان از جماعت و همواره خزیده در کنام خویش ، آدم عجیب و غریبی را در نظر همسایگان می آورد که هم از او گریزانند و هم به حال او دل می سوزانند. بتدریج غرابت رفتار او سبب می شود که پچ پچ دیگران واقعی تر شود. بچه های محل که تک تک از او می ترسند در جمع او را مسخره می کنند و گزند و آسیب هم چهره واقعی پیدا می کند. دور باطل و در عین حال پیشرونده ای از رفتار غریب و انزوای اجتماعی پیش می آید . او بتدریج تنها چاره کار را در پناه آوردن به دنیای آتیستیک خود می بیند .

پناه آوردن به دنیای آتیستیک دور باطلی از تشدید علایم را به همراه دارد . او هر روز بیشتر از قبل از دنیای واقعیات فاصله می گیرد . همه آنچه را که در واقعیت وجود ندارد در دنیای افسار گسیخته خیال پیدا می کند . انزوای اجتماعی سبب می شود که نیازی به اینکه ادّعا های خود را برای کسی توضیح بدهد ندارد . کسی نیست که نسبت به اظهارات او باز تابی نشان دهد . خیال پردازی بی هیچ مهاری دامن می گستراند . اگر تا حال تصور مبهمی از توانایی های فوق العاده در خود می دید حال به آن ایمان می آورد . می گوید اگر اجازه میدادند می توانست ستاره های آسمان را به وقت دلخواه روشن و خاموش کند . از زمان بیماری ، بینش نسبی و نیز دانشی که از مطالعات جسته و گریخته دارد سبب می شود که همه چیز را نگوید . می گوید خیال نکنید که من دیلوژن دارم "بلکه واقعاً بر جاذبه ستاره ها اثر می گذارم " . می گوید اگر فرصت می دادند می توانست اسلحه اتمی بسازد و حتی نیازی به سانتریفوژ هم نداشت . او تنها به آرزوهای خود میدان خیال پردازی بی حد و حصر نمی دهد بلکه ترس های خود را نیز تجسم می بخشد . تنها در گوشه وهم آلودی نشسته و نگران انواع توطئه های "دشمنان "است ، بتدریج ترس و اضطراب او بالا می گیرد و آماده شنیدن توهمات می شود . سپس صداهایی را می شنود که اورا تهدید می کنند . "دشمنان " یکی دو تا نیستند ، درباره اینکه چگونه او را کنترل کنند و یا چگونه به او آسیب برسانند با هم بحث می کنند . او هراسان از توطئه "دشمنان "کمین می کند ، سنگر می گیرد ، فرار می کند ، اما هر جا می رود "آنها "نیز می آیند . کلافه می شود و کسی هم حرف او را باور نمی کند و لذا بتدریج یاد می گیرد که کمتر با دیگران حرف بزند ، "آخر وقتی کسی حرف آدم را نمی فهمد گفتن ندارد".

وقتی با من که سالهاست پزشک او هستم حرف می زند بسیاری از حرفها را نیمه تمام می گذارد . هم می ترسد که داروهای او زیاد تر شود و هم می ترسد که موجب تعجب من شود و مرا از دست بدهد . سری از کلافگی و زبان نفهمی دیگران تکان می دهد و باز همان سکوت طولانی که از سر دودلی است بروز می کند .

اوایل از سکوتهای طولانی او نگران می شدم . نگران بودم که پرسش من موجب دلخوری او شده است. اما بعد از سکوتی طولانی با خونسردی و البته با دیپلماسی مخصوص خود پاسخ می داد. اوایل سعی می کردم تا سکوت های طولانی او را بشکنم چون نگران واکنش های برخورنده او بودم اما بتدریج آموختم که انتظار بکشم و اجازه بدهم او به شیوه خود پرسش مرا پردازش کند و آنگاه جواب بدهد .

رفتار های غریب بیمار با همه غرابت آن بیانی سمبولیک است و برای کسی که سعی در درک بیمار داشته باشد قابل فهم است. تجربه من در فهم بیان فرزندان کرولال توسط مادران آنها بسیار آموزنده بود . مادران این فرزندان بمراتب بهتر از مردم عادی زبان کودک کرو لال خود را می فهمند . جالب اینکه مادران بیماران اسکیزوفرنیک نیز خیلی بیشتر از مردم عادی زبان بیمار خود را می فهمند . بیمار ما هرگز آشفتگی بیش از حد در کلام و یا سستی شدید تداعی ها در بیان نداشت . اما غرابت او در رفتار و گفتار سمبولیک و "شاعرانه "بود. اگر با تعجب در کلام و رفتار او نمانی و سعی در درک حالات ذهنی او داشته باشی درک همدلانه او آنقدر که در نظر اول می نماید سخت نیست . وقتی از کونفیکون شدن دنیا می گوید حدت و شدت آشفتگی درون متلاشی خود را بیان می کند—شبیه مورچه ای که آب در لانه اش افتاده است و فکر می کند دنیا را سیل خواهد برد . یکی از برادران این بیمار که البته مورد غضب فراوان بیمار است سعی بسیار دارد که او را درک و کمک کند – گرچه با تاسف و آمیخته به شوخی می گوید که "یارب مباد کس را مخدوم بی عنایت " . وقتی بیمار می گوید که کسی پشت پنجره کمین کرده است این برادر بیمار مثل بقیه آن را فقط انکار نمی کند بلکه ابتدا با خونسردی با او همدلی می کند . به او می گوید بیا با هم برویم کنار پنجره ببینیم چه کسی است . ابتدا بنا را بر تایید حرف بیمار می گذارد . با هم کنار پنجره می روند و سعی در دیدن "دشمنان "بیمار می کنند . او با خونسردی و جدیت با بیمار همراهی می کند تا "دشمنان " را پیدا کنند . بتدریج بیمار هم با برادرش هم داستان می شود که انگار خیالاتی شده بود . سپس بیمار آرام می شود و توهم او نیز موقتا رنگ می بازد . برادر بیمار فهمیده است که هر گاه بیمار دچار توهم شدیدی می شود از درون آشفته و مضطرب است و چاره کار نه جرّ و بحث بلکه همراهی مدبرانه و آرامش بخشی به بیمار است. توهمات و هذیانهای بیمار اگرچه واقعیت بیرونی ندارد اما بی شک "بیان شاعرانه "ای از تلاطم درونی اوست .

بجای آنکه بیمار را بخاطر غرابت رفتارش طرد و محکوم کنیم می توان مثل مادری که سعی می کند زبان الکن کودک کرولال خود را بفهمد او را درک کنیم و با او ارتباط برقرار کنیم .گرچه گفتن این حرفها آسان است و در عمل بسیار مشکل ولی در عین حال مادران فداکار بسیاری را دیدم که با منشی صبورانه

و سعی در درک بیان سمبولیک رفتار های غریب بیمار سالهای طولانی از فرزندان بیمار خود مراقبت کرده اند . یکی از اساتید محترم روانپزشکی به من گفته بود که "برای روانپزشکی که سعی در درک علایم بیمار دارد رفتارهای غریب بیمار آنقدر که در نظر اول می رسد چندان هم غریب نیست ".

دراین مقاله در تبیین علایم بیمار از آنجایی شروع کردم که بیماری ظاهر شده است . از دینامیسم علایم و سایکو پاتولوژی مطالبی هر چند به اختصار و البته جسته و گریخته در حد حجم این مجله گفته شد اما از اتیولوژی و سایکو پاتوژنز بیماری هیچ نگفتم . دقیق ترین پاسخی که در جواب به پرسش علت بیماری داریم آنست که نمیدانیم . مجموعه ای از عوامل بیوسایکوسوشیال در تعاملی بسیار در هم تنیده و در هر فرد بیمار به طرزی خاص موجب می شوند تا علایم اسکیزوفرنیا در هر کس به نحوی خاص بروز کند . تاکید این مقاله در میان جنبه های بسیار متنوع اسکیزوفرنیا تنها توجه به گوشه ای خاص از آن است و آن تلاش برای درک روان پویایی علایم بیمار به امید برقراری ارتباط درمانی بهتراست.

پردازش اطلاعات در بیمار اسکیزو فرنی طبیعی نیست . او به دلیل پردازش غلط اطلاعات به دریافت های غیر منطقی و غلط از جمله ایلوژن ، توهم ، دیلوژن و ... می رسد .

تاخیر در واکنش بیمار از جمله به دلیل اشکال در پروسه پردازش اطلاعات است .

نگاه من به علایم این بیمار عمدتاً از منظر سایکودینامیک و به امید درک عمیق تر وبویژه همدلانه دنیای درون بیمار است که نه تنها مغایرتی با سایر دیدگاهها ندارد بلکه از نظر من دیدگاههای مختلف در روانپزشکی نگاهها به منشور کثیرالوجهی است که از جوانب مختلف به حقیقتی واحد صورت می گیرد که با کمک هم می توانند شناخت دقیق تری از دنیای ذهن انسان داشته باشند که کماکان به غایت ناشناخته است .

از منظر سایکودینامیک هیجانات شدید تفکر انسان را بهم می ریزد و نوعی تفسیر غیر واقع بینانه را موجب می شود و منشا عمده هیجانات غیر طبیعی روابط مختل با ادمهای بیسار نزدیک زندگیست .

می توان با ساختار جدیدی از روابط سالم انسانی هیجانات سالمتر و به طبع آن اندیشه ورزی سالم تر را جایگزین تفسیر های غلط و جنون آفرین کرد .

از دیدگاه بیولوژیک تر نیز این هیجانات شدید و غیر طبیعی است که پردازش غلط اطلاعات و به دنبال آن مفاهیمی مثل ایلوژن ، توهم و هذیان را می سازد و داروهای آنتی سایکوتیک در درجه اول هیجانات و عواطف را کنترل می کند و رفع توهمات و هذیانها به طبع آن حاصل می شود .

تغییرات بیولوژیک کماکان عامل عمده بروز بیماری محسوب می شود و عوامل روانی و اجتماعی در شکوفایی بیماری یا سیر آن تاثیر می گذارند . استفاده از داروهای آنتی سایکوتیک مهمترین وسیله ایست که برای کمک به بیمار و خانواده او در اختیار داریم . در این بیمار نیز از انواع داروهای آنتی سایکوتیک از داروهای نسل قدیم و جدید _ داروهای تیپیک و آتیپیک ، استفاده شده است و همواره دارویی که بیشتر از همه در این مورد خاص کمک کننده بوده است هالوپریدول بوده است .

بیمار هر از چندگاهی از من ناامید می شود و به همکاران دیگر مراجعه می کند و داروهای مختلف و البته همکاران محترم مختلفی را امتحان می کند و معمولاً مجدداً پیش من بر می گردد و من نیز داروهای مختلفی را برای ایشان آزمودم و کماکان دارویی که بیش از بقیه داروها به او کمک می کند هالوپریدول است .

توجه به مشکلات عدیده طبی که بخاطر مصرف طولانی مدت دارو ، تغذیه بد ، عدم مراقبت از خود و کهولت سن پیش می آید بسیار مهم است . بیمار حال دیگر پیر مردی شده است و از انواع اختلالات دژنریتیو رنج می برد . تغییرات دژنریتیو مفاصل با درد های عدیده اسکلتال همراه شده است . پروسه کاتاراکت مدتهاست که در او شروع شده بیمار را با مشکل جدی بینایی رو بروساخته است . دندانهای او پوسیده شده و نیاز به مراقبت و مداخله درمانی جدی دارد . مشکل سایر همکاران پزشک ما اینست که نظر خوبی نسبت به بیماران شدید روانی ندارند و سعی می کنند همه مشکلات آنها را به اختلال روانی آنها نسبت بدهند و از سویی بخاطر ترسی که از بیماران شدید روانی دارند سعی می کنند تا آنجا که ممکن است خود را در گیر این بیماران نکنند . مثلاً کافیست بیمار بگوید که تحت درمان دارو های روانپزشکی است تا بعضی از همکاران محترم دندانپزشک از مداخله درمانی پرهیز کنند . بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا مثل هر انسان دیگری ممکن است به بیماری های مختلف دیگری مبتلا شود و نیاز به مراقبت طبی مربوطه پیدا کند .

دوره هایی پیش می آید که بیمار بینش نسبی به علایم خود پیدا می کند که فقط اثر خوب ندارد و گاه آگاهی بیمار از آنچه در فاز حاد سایکوز از او سرزده است او را شرمنده و آگاهی او از سرانجام بیماری او را افسرده می کند و گاه آن چنان نا امید که ممکن است دست به خود کشی بزند و یا نا خود آگاه به فاز حاد جنون پناه ببرد و از خیر بهبودی بگذرد . حمایت خانواده و جامعه از بیمار و پذیرش او با همه کم و کاستی های آنها و سعی در کمک به آنها در عین رعایت بی قید و شرط حرمت انسانی آنها شرط لازم برای بهبودی این بیماران است .

جرم و مسئولیت

دکتر فریدون یداله مقدم – روانپزشک قانونی

صفحات روزنامه ها پر است از شرح وقایع و ماجراهای مجرمانه که اغلب هم با اشتیاق خوانده میشوند.از مشاجرات ساده‌ای که به نزاع و گاهاً به قتل منجر میشوند تا قتل های از پیش برنامه ریزی شده به قصد انتقام ،قتلهای ناموسی، قتلهای زنجیره ای و یا با علت و انگیزه نامعین. این وقایع انقدر شایع هستند که برای خواننده عادی تلقی می شوند و فقط زمانی که این حوادث فجیع باشد و یا برای افراد مشهور اتفاق بیافتد توجه عموم را به خود جلب میکند مثل قتل قویترین مرد ایران. بسیاری ممکن است این تصور را داشته باشند که کسانی که مرتکب چنین جنایاتی میشوند حتما باید بیمار باشند. گاهاً چنین رفتاری را جنون آنی تلقی می کنند و فردی که چنین جنایتی مرتکب شده است را بی گناه می پندارند و همین مسئله یعنی ادعای جنون آنی ممکن است مستمسکی باشد که وکلای مدافع و یا مجرمان از آن در دفاع از خود در دادگاه استفاده کنند. در پاره ای از این اتفاقات رد پای اختلالات شدید روانی را میتوان یافت مثلاً در حوادث فجیع، غریب، وبا انگیزه نامعین احتمال اختلالات سایکوتیک و در خودکشی های خانوادگی احتمال افسردگی سایکوتک و در قتلهای به اصطلاح ناموسی احتمال اختلال هذیانی مطرح است. ولی علت اکثر قریب به اتفاق این جنایات اختلال شدید روانپزشکی نیست بلکه ریشه در مسائل تربیتی و اجتماعی و مشکلات شخصیتی دارد و رفتار جنایی ناشی از حالت تحریک پذیری و آستانه تحمل پایین و ضعف در کنترل تکانه میباشد.

احتمالا هیچ چیزی سریعتر از اعمال پرخاشگر انه و تکانه ای غیر قابل توجیه و بی دلیل که در ملاء عام انجام می شود باعث ارجاع روانپزشکی نشده است و مردم عادی نیز هیچ رفتاری را به اندازه آن بر چسب روانی نمی زنند.در عمل هم معمولا چنین رفتارهایی با ناراحتی روانی همراه است و تشخیص آن کار چندان دشوار ی نیست و قضاوت در مورد این که شخص مسوول عمل خود بوده یا نه چندان پیچیده نیست.در اینگونه موارد معمولا توهمات ، هذیان ها وانواع از دست دادن کنترل، عامل رفتار جنایی است .در اینگونه موارد سوابق درمانی ومدارک پزشکی برای احراز بیماری کمک کننده است .

مشکل وقتی است که تنها دلیل ومدرک همین تکانه هاست و دشوارتر ین حالت تصمیم گیری در مورد " دیوانگی تکانه ای " است،حالتی که نزد مردم و گاهاً وکلا جنون آنی نامیده میشوند.در چنین حالت فرد کنترل خودش را از دست داده و مرتکب عملی میشود که تمامی جز پیات آن را به خاطرمی آورد ولی میگوید قادر به جلوگیری از آن رفتار نبوده است و در اکثر موارد نیز درست می گوید.تکانه به مانند طوفان می آید و روح وروان فرد را در می نوردد .

رفتارهای تکانه ای بدون هیچ فکر و اندیشه ای و تحت تاثیر فشارهایی که فرد را وادار به انجام آن کرده با قدرت انجام می شود. از آنجا که هیچ گونه کنترل هوشمندانه ای وجود ندارد فرد به پیامدهای آن توجهی نمیکند .

. البته این پدیده همه یا هیچ نیست و بازداری کامل تا تعدیل یا تاخیر ویا عدم وجود هر گونه بازداری ممکن است دیده شود

بخشی از معاینات رونپزشکی قانونی شامل معاینه همین افراد است ، افرادی که مرتکب جرم شده اند و مدعی هستند که در زمان ارتکاب جنایت (که ممکن است قتل باشد) مسوول عمل خود نبوده اند ودرآن لحظه اراده ای بر عمل خود نداشته اند.در ارزیابی روانپزشکی باید مشخص شود در خصوص جرم انجام گرفته مسوول است یا خیر .

. در ماده ۵۱ قانون مجازات اسلامی اعلام شد ه جنون به هر درجه رافع مسوولیت کیفری است

با علم به این موضوع ادعای جنون آنی ممکن است از طرف وکلای مدافع ویا مجرمان در دفاعیه دادگاه مطرح شود و در صورتی که بتوانند این ادعا را اثابت کنند از مجازات رهایی می یابند .

همانطور که در بالا اشاره شد اگر جرم در غالب یک اختلال شدید روانی انجام گرفته باشد(نظیر اسکیزوفرنی یا اختلال خلقی دوقطبی) معمولاً سوابق درمانی و مدارک پزشکی وجود دارد و اظهار نظر خیلی مشکل نیست. همچنین در مورد اختلال شخصیت عدم مصداق چنین ادعاهایی را به راحتی میتوان پاسخ داد .

ولی در مورد اختلال هذیانی و همچنین دوره های میکرو سایکوز که در اختلال شخصیت روی می دهد موضوع مسئولیت کیفری چالش بر انگیز می شود .

از منظر روانپزشکی دوره های کوتاه و گذرا را میتوان از مصادیق جنون آنی بر شمرد مثل دوره هایی کوتاه از سایکوز که در اختلال شخصیت پارانوئید و در اختلال شخصیت مرزی دیده می شود. در این دوره ها بیمار قدرت اراده و قضاوتش را از دست داده و مرتکب عملی میشود که ممکن است چند دقیقه تا چند ساعت طول بکشد. بعد از آن دوره ممکن است نسبت به آن حادثه تیرگی هوشیاری داشته باشد اگر صرفا بر اساس تشخیص روانپزشکی بخواهیم نظر دهیم وسایکوز را به جنون ترجمه و معنی کنیم بایست مجرم را فاقد مسوولیت اعلام کنیم ولی در اظهار نظر های قانونی نمیتوان به تشخیص بیماری بر اساس معیارهای طبقه بندی تشخیصی بیماریها بسنده کرد و لازم است علاوه بر تشخیص گذاری کیفیات و پارامترهای دیگری را نیز مورد توجه قرار داد.تقلیل مفهوم جنون به سایکوز و جنون آنی به میکروسایکوز ساده انگارانه است . تشخیص جنون آنی به معنای نداشتن کنترل در حدی که مرتکب جرم قادر به تشخیص ، شناخت و تصمیم گیری نباشد و نتیجه عمل خودرا نداند بسیار مشکل است ولی عوامل وحالاتی هستند که کمک کننده اند و باید در ارزیابی مسوولیت کیفری مورد لحاظ قرار گیرند مثلا اگر شخص حادثه را کاملاً به خاطر می اورد به عمل خود آگاه بوده است و در صورت وجود سابقه حالت گیجی وپریشانی ورفتار مختل احتمال فقدان کنترل وجود دارد و یا اگر آلت جرم وسیله ای سهل الوصول و دم دستی نباشد و برای برداشتن آن تلاش کرده باشد به نفع این است که میتوانسته خود را کنترل کند.

کسی که مدعی است به دلیل حالت جنون اقدام به جنایت کرده سعی در مخفی کردن آلت جرم و یا فرار از محل وقوع جرم نمی کند و قادر به تعویق انداختن تکانه خشم نمی باشد .

خاطرات یک روانپزشک

دکتر مژگان امانت کار – روانپزشک

خانمی افسرده با گریه و آه فراوان در مطب شرح حال می دهد ، منشی مطب ناگهان در را باز می کند و می گوید خانم دکتر یکی از مریض های شما سئوال دارند لطفاً تلفن را جواب بدهید . تلفن را بر می دارم ، خانم پشت خط می گوید :
ببخشید شما مدرک تان چیست ؟ اسم و فامیل شما پیست ؟! (دنیا عوض شده) ، از او می پرسم سئوال تان چیست می گوید یک دختری دارم که کلاس پنجم ابتدایی است ، امروز که به خانه آمده اصلاً با من حرف نمی زند ، خواستم از پشت تلفن با او مشاوره کنید !.

خانمی با همسرش با مشکلات زناشویی مراجعه می کنند ، شوهر شرح حالی از سوء ظن پاتولوژیک همسرش می دهد ، خانم همان لحظه با حالت تعجب سرش را تکان می دهد و همه را منکر می شود و در عوض شرح حال مفصلی از هرزه گری شوهر را تعریف می کند ، از جمله اینکه این شوهر من به مردمکهای خانمها که نگاه می کند همان لحظه رنگ مردمک چشمش عوض می شود ، همین الان که به شما نگاه کرد رنگ مردمک چشم هایش به رنگ چشم شما درآمد . باور کنید من می توانم همین را ثابت کنم . حالا به من بگویید من با این شوهر فاسد چکار کنم ؟ وقتی دیدم که این خانم مرا نیز وارد حوزه هذیان های خود کرده است به شوهر شان پیشنهاد کردم که او را نزد یک روانپزشک مرد ببرد و دیگر پیش من نیاورد !

خانمی با شرح حال وسواس آلودگی مراجعه می کند . از او درباره تاریخچه درمانی اش می پرسم ، می گوید پیش دعا نویس رفته ام ، یک دعا داده به صد هزار تومان و بعد هم گفته نجاست سگ را روی سرت بریز تا خوب شوی ، حالا خانم دکتر تا حالا خرج دوا و درمان من زیاد شده شما لطفاً یک تخفیفی در ویزیت بدهید .

زن و شوهری با مشکل زناشویی مراجعه می کنند . شوهر اختلال خلقی و پرخاشگری انفجاری دارد ، بعد از دادن همه قلم دارو های تثبیت کننده خلق به وی آنتی سایکوتیک دادم . بعد از مدتی زن و شوهر مراجعه کردند . خانم با چهره خندان گفت خانم دکتر همین جوری خیلی خوب است ، دست به ترکیب داروهایش نزنید – غافل از اینکه همسرش بر اثر مصرف آنتی سایکوتیک مبتلا به پارکینسونیسم دارویی شده بود و مثل یک مجسمه ساکت و بی حرکت شده بود .

خانمی مبتلا به وسواس مراجعه کردند . برای وی یک داروی ضد وسواس تجویز کردم ، بعد از داروخانه تماس گرفت و گفت ببخشید این داروهایی که شما نوشتید داروخانه نوع خارجی اش را به من داده ، این داروهای خارجی که نجس است و الکل دارد حالا بعد از خوردن این دارو دهانم را آب بکشم یا نه ؟

آقایی متشخص و با پالتوی گران قیمت وارد مطب می شود و می گوید من سئوال دارم اگر دیدم مشکل مادرم مربوط به حوزه کاری شما بود بعد پول ویزیت را می دهم . مادرم از یک ماه پیش علایم روحی روانی پیدا کرده است و بعد از آن کل علایم خلقی را با شرح و تفصیل فراوان بیان می کند و بعد می پرسد می خواستم از شما بپرسم تشخیص شما چیست و درمان بیماری مادرم چیست ؟

خانمی میان سال پسر ۲۵ ساله اش را که مهندس است به مطب می آورد . از آقای مهندس می پرسم مشکلتان چیست جواب می دهد به خدا مشکلی ندارم که مادرش وسط حرف او می پرد و می گوید خانم دکتر شلخته است ، جورابهایش را این ور و اون ور می اندازد ، من می دونم این قضیه مربوط به اعصاب و روان آدم است . حالا یه قرصی بدهید این بی نظمی بچه من خوب بشه . بعد از کلی زیر و رو کردن و پرسیدن در مورد اختلالات شخصیت هیچ چیزی دستگیرم نشد . به مادرش اعلام کردم که مشکل عمده ای که نیاز به دارو باشد در بچه شما پیدا نکردم . با ظاهر غمگینی جواب داد حیف این پولی که بابت ویزیت دادم ، کاشکی لااقل یک قرصی می نوشتید تا پول ویزیت سوخت نمی شد !.

در درمانگاه دولتی مشغول ویزیت هستم ، خانمی با لباس شیک و تر و تمیز به داخل اتاق می آید و شرح حال اضطراب می دهد . می خواهم برای او دارو تجویز کنم با عجله می گوید خانم دکتر حلق و گوی مرا هم ببینید از دیروز گلو درد دارم برای گلو دردم هم دارو بنویسید ، قربون دستت یک فشار خون هم عجالتاً از من بگیرید !.

بیمار با افسردگی به یکی از همکاران نورولوژیست مراجعه کرده (سوء تفاهم نشود – یکی از همکاران) ، پزشک نیز الکتروانسفالی انجام می دهد و به بیمار می گوید نوار شما نشان می دهد که شما افسردگی دارید ، داروی سیتالوپرام برای بیمار تجویز می کند و بعد از شروع دارو یک روز بعد مجدداً از بیمار نوار مغز می گیرد و به بیمار می گوید که نوارت نشان می دهد که دارو جواب داده است . حالا این بیمار به شدت به این پزشک معتقد است و می گوید کارش حرف ندارد و از روی حساب و کتاب تشخیص می دهد و دارو تجویز می کند !.

اختلالات شناختی در DSM-5

forget the term “dementia”

دکتر فاطمه جبلی دستیار روانپزشکی

اختلالات شناختی در DSM-V با هدف کاربرد بهتر در کلینیک ،تعیین اهداف درمانی متناسب با نیاز بیماران و ترمینولوژی همسو با نوروسایکیتری ,تغییراتی داشته است.هدف نهایی از ایجاد این تغییرات شناسایی بیماری در مراحل اولیه,درمان و جلوگیری از پیشرفت آن می باشد.شاید جالب توجه ترین تغییر در DSM-V حذف واژه دمانس ,به دلیل برخی تابوهای فرهنگی ایجاد شده در نقاط مختلف جهان می باشد.

برای بررسی هدفمند عملکرد شناختی ,حوزه های شناختی (Cognitive Domain) تعریف شده است.این حوزه ها شامل attention, executive function, learning, language, visuconstruction ,social cog-nition, می باشد.توجه به این حوزه های شناختی و میزان اختلال در کارکرد فرد ,زیر بنای تشخیص اختلالات شناختی خواهد بود.

در حوزه شناختی attention, ۴ زیر گروه تعریف می شود:توانایی حفظ توجه در طول زمان(sustained attention) توانایی حفظ توجه علی رغم محرک های مداخله کننده(selective attention)توانایی توجه به دو محرک همزمان(di-vided attention) و سرعت پردازش (processing speed).

توانایی های اجرایی شامل حیطه های زیر است:توانایی برنامه ریزی(مثل پیدا کردن مسیر مارپیچ) ،توانایی تصمیم گیری ، توانایی به خاطر سپردن گروهی از اعداد یا کلمات,تصحیح اشتباهات و پاسخ مناسب به بازخورد ها ,غلبه بر عادت های آموخته شده (برای مثال گفتن رنگ کلمه نوشته شده با رنگ مخالف)و توانایی انعطاف پذیری ذهنی.

در حوزه شناختی زبان ارزیابی ها بر اساس یکسری ملاک ها صورت می گیرد. از جمله توانایی فرد برای نام بردن اشیاء ,قدرت بیان یک داستان مشخص از روی یک لوح استاندارد شده و صحبت کردن بر اساس قواعد درست دستور زبان و درک کلمات فاخر.

توانایی های visuconstructional نیاز به هماهنگی بینایی و حرکتی دارد که از ساختن یک بلوک خانه ای تا توانایی رانندگی و... گسترده است.

شناخت اجتماعی به معنی توانایی فرد در شناخت هیجانات دیگران می باشد.به عبارتی پی بردن به احساسات دیگران بر اساس سرنخ هایی بیرونی (theory of mind).در نتیجه این توانایی فرد قادر خواهد بود با درک احساسات اطرافیان در برخوردهای اجتماعی واکنش های متناسب با احساسات دیگران نشان دهد.

سالم بودن کلیه توانایی های ذکر شده در نهایت منجر به یک behavioral regulation می شود تا فرد بتواند در جامعه عملکرد مناسبی داشته باشد.

در DSM-V ,دیلریوم به عنوان یکی از اصلی ترین اختلالات تغییرات اندکی دارد.در جهت یکسان سازی واژه های استفاده شده,از واژه awareness به جای consciousness استفاده شده است.علاوه بر نقص حافظه ,موقعیت سنجی وزبان،نقص در visuospatial و Executive function نیز به عنوان علامت کلیدی در تشخیص دلیریوم کرایتریای B پیشنهاد گردیده است . مدت زمان بیماری نیز در دو گروه کوتاه مدت(short term) و پایدار(persistent) طبقه بندی می شود.بر خلاف DSM-IV که سیر بیماری را نوسان دار می دانست,در DSM-V سیر شدت بیماری نوسان دار بیان شده و نوع دیلریوم نیز به سه زیر گروه هیپو اکتیو,هیپر اکتیو و mixed تقسیم می شود

در DSM-IV وجود نقص در حافظه شرط لازم برای تشخیص دمانس ذکر گردیده بود.بر اساس این نوع تقسیم بندی برخی از انواع دمانس به دلیل عدم وجود اختلال حافظه، کرایتریای لازم برای کدگذاری اختلال دمانس را کامل نمیکردند. (مانند Primary progressive aphasia)

کمیته تدوین کننده DSM-V با حذف شرط لازم برای اختلال در حافظه وجود نقص در هر کدام از عملکردهای شناختی به شرط ایجاد اختلال در عملکرد فرد را برای تشخیص اختلال عصبی شناختی اساسی کافی میداند.

بر این اساس اختلالات شناختی در دو گروه اختلالات شناختی ماژور و اختلالات شناختی مینور طبقه بندی میشوند.اساس تفاوت این دو گروه شدت اختلال عملکرد فرد می باشد.ضمن اینکه به جای واژه نقص (deficit) از واژه کاهش (decline)استفاده شده است. کرایتریای تشخیص اختلالات شناختی در DSM-V به شرح ذیل می باشد:

کاهش مشخص در افت عملکرد فرد نسبت به قبل در یک یا بیش از یک حوزه

شناختی که بر اساس ملاک های زیر تدوین می شود:
۱ شرح حال خود فرد,همراه معتبر فرد و یا پزشک معالج
۲ :کاهش عملکرد شناختی فرد بر اساس تستهای نوروسایکولوژیک و یا ارزیابی های دقیق کلینیکی
ضمن اینکه نقص مورد نظر نباید صرفا در طی یک دوره دیلریوم باشد و بیماری دیگر توجیه بهتری برای نقص شناختی نباشد.
در صورت وجود اختلال در حوزه های شناختی,اگر فرد قادر باشد فعالیت های روزانه خود را انجام داده و زندگی مستقلی داشته باشد در گروه اختلالات شناختی مینور طبقه بندی میشود(معادل Mild cognitive impairment در ورژن های قبلی) و در غیر این صورت تشخیص اختلال شناختی ماژور را دریافت می کند.
پس از تعیین نوع اختلال شناختی(ماژور یا مینور)مرحله بعدی در نامگذاری بر اساس DSM-V ,تشخیص بیماری است.در این مرحله بر اساس تست ها,تصوری برداری ها,مارکر ها و ژن ها تشخیص بیماری زمینه ای به عنوان علت اختلال شناختی بیان می شود.
برای مثال به نامگذاری زیر بر اساس DSM-V توجه نمایید

Major or Mild neurocognitive disorder due to Alzheimer's disease

برای نامگذاری فوق لازم است فرد در مرحله اول کرایتریای اختلال شناختی ماژور یا مینور را داشته باشد.
کرایتریای probable یا possible الزایمر را داشته باشد. تشخیص probable در صورتی مطرح می شود که موتاسیون ژنی آلزایمر در سابقه خانوادگی یا بررسی ژنتیکی یافت شود و در غیر این صورت بر اساس وجود هر سه مورد زیر,تشخیص possible مطرح میشود:۱-شواهد بارزی از کاهش در حوزه حافظه و یادگیری و کاهش در حداقل یکی از حوزه های شناختی دیگر ۲ شروع تدریجی و پیشرفت تدریجی داشته باشد.۳-فقدان شواهدی مبنی اتیولوژی های)mixed برای مثال فقدان بیماری های عروق مغزی و سایر بیماری های سیستمیک و نورولوژیک).

در DSM-IV دمانس فرونتو تمپورال داشتیم که اکنون در DSM-V به شکل زیر نامگذاری میشود:

Major or Mild frontotemporal neorocognitive disorder

علاوه بر وجود کرایتریای اختلال شناختی ماژور یا مینور,وجود سیر آرام و پیشرونده نیز لازم است.
این بیماری به دو نوع تقسیم می شود:واریانت رفتاری که شامل مهار گسیختگی رفتاری,آپاتی,کاهش سیمپاتی یا ایمپاتی,رفتارهای تکراری یا کلام تکراری,هیپر اورالیتی یا تغییر در رژیم غذایی,همراه با تغییرات واضح نسبت به قبل در زندگی میباشد.و نوع دیگر آن به شکل واریانت زبانی که شامل مشکلاتی در تکلم,نامیدن ,گرامر و... می باشد.
در این اختلال حداقل تا مراحل آخر مشکلی در حافظه بیمار مشاهده نمی شود.برای این تشخیص نیز کرایتریای **probable یا possible تعریف شده** است.
برای سایر اختلالات حوزه شناختی شامل اختلالت ناشی از تروما,ایدز,حوادث عروقی و...نیز مشابه آنچه ذکر شده کرایتریا در نظر گرفته شده است.

Major or Mild Neurocognitive Disorder With Lewy Bodies
Major or Mild Vascular Neurocognitive Disorder
Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Traumatic Brain Injury
Substance/Medication-Induced Major or Mild Neurocognitive Disorder
Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to HIV Infection
Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Prion Disease
Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Parkinson's Disease
Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Huntington's Disease
Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Another Medical Condition

به این ترتیب در مبحث اختلالات شناختی, DSM-V تغییراتی بنیادین داشته است.تغییراتی که همگام با رشد اطلاعات در حوزه نوروسایکیتری گامی رو به جلو تلقی شده واز یک سو با افزایش جمعیت سالمندان و طبیعتا افزایش مشکلات ناشی از کهولت سن ,در جهت بهبود خدمات بهداشتی و درمانی کمک کننده خواهد بود.

قاه‌قاه

دکتر مسعود ازهر – فوق تخصص روانپزشکی اطفال

رفته بودم معاونت درمان .کناردیوار نشسته بود و قاه قاه می خندید. گفتم دکتر سلام چه خبر شده ؟ گفت سلام. قاه قاه .رفته ام اجازه مرکز جامع بگیرم .قاه قاه .چند ماهه دارند می دوانندم. قاه قاه. حالا می گویند چهارتا دستشویی باید داشته باشی. قاه قاه. یکی برای پرسنل یکی برای مراجعین یکی برای خانمها و یکی برای آقایان .تازه یک توالت فرنگی هم برای معلولین. قاه قاه.
فکر کردم روی تابلوش جای مرکز جامع بنویسم: توالت عمومی همراه با مشاوره. قاه قاه.

چرا مسافرت باعث تغییر حالِ ما می‌شود؟

دکتر مسعود ازهر – فوق تخصص روانپزشکی اطفال

اینکه مسافرت باعث عوض شدن حال ما می شود آنقدر بدیهی است که نیاز به اثبات ندارد. درمان عوامانه خیلی از اختلالات روانی، مسافرت است و این سوال پیش می آید که مسافرت چگونه باعث تغییرات درونی ما می شود. می توان علل گوناگونی را درآن دخیل دانست و در اینجا می خواهم به موضوع توجه، خوگیری و انطباق نگاهی بیندازیم تا از این منظر ماجرای مسافرت را ارزیابی کنم. برای خود من وقتی به مسافرت چند روزه در کوه و بیابان می روم چنین اتفاق می افتد، سه روز اول خیلی پرحرفم و ذهنم پر است. بعد ناگهان خاموش می شوم. اگر مسیری که در سه روز اول رفته ام را بازگردم می فهم در راه رفت خیلی از چیزهای مسیر را ندیده ام و متوجه نشده ام. این خاموش شدن مثل خاموش شدن موتور یخچال است که وقتی صدای آن قطع شد آدم می گوید:«آخیش خوب شد خاموش شد، و هنگامی که کار می کرد اصلاً صدای آن را نمی شنیدیم ولی بنظر می رسد انرژی روانی ما را مشغول به خود می کند. چون وقتی صدا قطع می شود احساس آرامش به آدم دست می دهد.

بنظر می رسد در مسافرت با تغییر محیط قسمتهایی که به روان ما فشار می آورد خاموش می شود و احساس رضایتی حاصل می گردد.

پس از مدتی که در سفر هستیم باز نیاز داریم برگردیم به خانه و کاشانمان و همینکه رسیدیم به خانه می گوئیم« هیچ جایی بهتر از خانه آدم نیست».

پس از مسافرت انرژی و انگیزه و ایده های جدید برای کار خواهیم داشت دوباره به اطرافمان نگاه می کنیم و متوجه چیزهایی می شویم که مدتها به آن نگاه نمی کردیم . انگار حسهایمان تازه شده اند.

از دیدگاه روانشناسی شناختی موضوعاتی وجود دارد که می تواند توجیه کنندهٔ این تجربیات باشد. Habituation «خوگیری» یعنی توجه نکردن به چیزی و همینکه آن چیز کمی تغییر کرد دوباره توجه ما را به خودش جلب می کند. مثلاً ما به نور توجه نمی کنیم ولی همینکه نور کم یا زیاد شد حواسمان به آن جلب می شود. اخبار گوناگونی می شنویم و کم کم نسبت به آن بی تفاوت می شویم . ۴۰ نفر در فلان جا غرق شدند. بمب باعث کشته شدن هفتاد نفر شد ، سیل جان سیصد نفر را گرفت . ما نسبت به این اخبار خوگیری پیدا می کنیم . مانند بندبازی می مانیم که اگر بخواهد به چیزهای اطرافش توجه کند ممکن است تعادلش را از دست بدهد. بنابراین خوگیری پیدا می کنیم و حواسمان را به موضوعی که دلمان می خواهد یا موضوعات واجب متمرکز می کنیم. آیا برای این بی توجه شدن انرژی مصرف می کنیم؟ آیا بندبازی در یک جای ساکت و بدون محرک راحت تر است؟ جواب این سوال با نظرات متفاوتی همراه است . دراینکه خوگیری باعث بقای ما شده است شکی وجود ندارد.

ظرفیت توجه ما محدود است و باید هر لحظه توجه را به یک موضوع اختصاص دهیم تا کارآیی در آن موضوع بیشتر شود و خوگیری بطور ناخودآگاه این کار را انجام می دهد. وقتی مسافرت می رویم خیلی از محرکها عوض می شود و دیگر نیاز به خوگیری به محرکهای قبلی نیست.

انرژی زیادی ذخیره می شود که صرف محرکهای جدید می شود که در مسافرت به آن بر می خوریم و احساس در زمانِ حال بودن به آدم دست می دهد که به همه چیز توجه می کنیم و همین است که در راه بازگشت از سفر به چیزهایی پی می بریم که درراه رفت ندیده بودیم .

خوگیری باعث می شود تمرکزمان روی موضوعات مهم باقی بماند و در عوض باعث می شود خیلی از حسهایمان کند شود. بنظر می رسد ما برای ایجاد خوگیری، انرژی مصرف می کنیم هر بار که مسافرت می رویم یک خانه تکانی انجام می شود. حسهایمان گردگیری می شود و انرژی که صرف خوگیری کرده‌ایم را باز می یابیم. زیرا موضوعات مهم زندگی تغییر می کنند و نیاز به تمرکز ندارند. یک نو شدن و تازه شدن در مسافرت هست و تغییر محل زندگی، تغییر شغل و تغییرات عمده زندگی هم مثل مسافرت انرژی صرف شده در خوگیری را به آدم باز می گرداند و طرحی نو در می اندازد. پس بهتر است موقع مسافرت تا می توانیم از زندگی معمولی خویش بی خبر بمانیم و کم ارتباط

ستاد ساماندهی بیماران روانی مزمن بهزیستی

دکتر سهیلا صلاحی – روانپزشک

این ستاد با هدف فعالیت در زمینه ی درمان،آموزش و توانبخشی بیماران روانی مزمن تأسیس گردیده و ساماندهی بیماران روانی را به عهده دارد و با نظارت و ارزیابی مراکز جامع توانبخشی اعصاب و روان و مراکز روزانه در جهت ارتقاء بهداشت روان حرکت می نماید.

مراکز جامع توانبخشی با اقداماتی هدفمند در جهت قادرسازی بیماران به منظور دستیابی به سطح نهایی عملکرد روانی اجتماعی و حفظ این توانایی ها با مجوز بهزیستی تأسیس گردید تا در راستای دستیابی به استقلال،هم آمیختگی اجتماعی،کیفیت بهتر زندگی و خودیاری افراد معلول روانی حرکت نماید.

مجوز این مراکز از طریق سازمان بهزیستی تحت عنوان مراکز جامع توانبخشی بیماران روانی مزمن به افراد حقیقی و حقوقی واگذار گردید و استان اصفهان بعنوان پیشتاز این امر مجوز اولین مرکز را در خردادماه سال ۱۳۸۱ در ویلاشهر نجف آباد صادر نمود.

- **جامعه هدف**

افرادی که به یکی از اختلالات روانپزشکی (اسکیزوفرنی،افسردگی اساسی مزمن، اختلال خلقی دوقطبی مزمن،اختلال اسکیزوافکتیو ...) مبتلا بوده بیش از دو سال از شروع بیماری آنها گذشته باشد یا بیش از یکبار بستری در یکی از بیمارستان های روانپزشکی را داشته باشند و بیماریشان تمایل به عود داشته و منجر به افت عملکرد اجتماعی – شغلی، خودیاری و ایجاد ناتوانی یا معلولیت شود جامعه هدف می باشند.

هم چنین بیماران روانی مزمن فاقد سرپناه،فاقد قدرت انطباق لازم با سایر اعضاء خانواده و نیز دسته ای از آنان که مهارت لازم برای اداره مستقل امور زندگی خود را دارا نمی باشند تحت درمان، مراقبت و آموزش مهارت های اجتماعی –شغلی– خودیاری در جهت بازگرداندن هر چه سریعتر به جامعه و خانواده قرار می گیرند.

- **خدمات مراکز شبانه روزی**

– توانبخشی پزشکی: اقداماتی که در جهت پیشگیری از عود یا پیشرفت بیماری انجام می شود که شامل مداخلات درمانی و ویزیت می باشد.

– توانبخشی حرفه ای: مجموعه اقداماتی است که در جهت حرفه آموزی فرد به منظور اشتغال و به کارگیری فرد معلول به گونه ای که بتواند از طریق آن کار ضمن کسب درآمد و تأمین معاش به منزلت شخصی و اجتماعی مناسب دست یابد.

– توانبخشی روانی،اجتماعی : تیم تخصصی موظف است با ایجاد بستر مناسب تا حد امکان شرایط حضور بیماران روانی در جامعه را فراهم آورد.

– توانبخشی آموزشی : آموزش مهارت های زندگی،ارتباط با دیگران،آموزش به خانواده و تهیه بروشور های اطلاع رسانی در زمینه ی بیماری روانی و درمان.

- **پذیرش**

فرآیندی است که در آن بیماران ارجاعی از سوی مراجع بهداشتی،مراجع قانونی،خانواده یا مراجعه شخصی از سوی کمیسیون های ساماندهی بیماران روانی مزمن مورد بررسی واقع شده و در صورت تشخیص و تائید بیماری روانی مزمن از سازمان بهزیستی برای این بیماران پرونده تشکیل می گردد.

- **نحوه ارائه خدمات جهت تشکیل پرونده :**

۱–مراجعه متقاضی به مجتمع بهزیستی نزدیک محل سکونت.

۲– تشکیل پرونده توسط کارشناس ساماندهی بیماران روانی مزمن یا اداره بهزیستی شهرستان مربوطه.

۳–ارجاع متقاضی به کمیسیون بیماران روانی مزمن سازمان در استان.

٤–ارجاع بیمار جهت بهره مندی و دریافت خدمات براساس اولویت های تعیین شده در کمیسیون استانی.

- **ضوابط عمومی پذیرش**

الف: بیمار روانی باید فاقد تحریکات روانی و علائم حاد باشد.

ب : بیمارانی که بیماری عفونی و مسری (ایدز–هپاتیت–سل و ...) داشته باشند پس از کنترل مرحله مسری و تأیید متخصص امر پذیرش می شوند.

پ : کلیه بیماران روانی معتاد شش ماه پس از سم زدایی و برطرف شدن مشکلات حاد جسمی و روانی در مراکز مذکور پذیرش خواهند شد.

ت : بیماران سالمندی که بیماری آنان پس از ٦٠ سالگی بروز کرده باشد و نیز سالمندانی که دچار معلولیت جسمی باشند در این مراکز پذیرش نمی شوند.

ث : حداقل سن پذیرش ١٦ سال و حداکثر ٦٠ سال می باشد.

- **شرایط ترخیص**

–فقدان علائم نسبی بالینی به تشخیص و تأیید تیم درمان و روانپزشک مرکز.

–رسیدن به سطحی از توانمندی جهت زندگی در سطح خانواده، اجتماع.

– فراهم نمودن بستر مناسب در خانواده از طریق ارتباط فعال و مؤثر آن برای بازگشت و تداوم حضور بیمار در خانواده.

–فراهم کردن شرایط تداوم توانبخشی و درمان از طریق مراکز روزانه، توانبخشی در منزل و کارگاه های حمایت شده تولیدی.

– حداکثر حضور در مرکز ٦ ماه و در صورت نداشتن شرایط ترخیص مراتب در کمیسیون استانی مطرح و تمدید خواهد شد.

پرستو – مرکز جامع درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمن

مرکز جامع درمان و توانبخشی بیماران مزمن روانی پرستو اولین مرکز شبانه روزی در استان اصفهان می باشد که در خرداد ماه ۱۳۸۱ با مجوز رسمی از سازمان بهزیستی فعالیت خود را به منظور توانمندسازی بیماران اعصاب و روان آغاز کرد.

این مرکز در زمینی به مساحت ۱۴۰۰ متر مربع و ساخت ۱۵۰۰ متر مربع در ویلاشهر نجف آباد بنا گردیده است.

واحد شبانه روزی این مرکز با ظرفیت ۸۰ نفر، واحد روزانه ۱۰ نفر و واحد ویزیت در منزل با ظرفیت ۸۰ نفر ارائه خدمت می نماید.

روز های خاصی جهت ویزیت روان پزشک اختصاص داده شده و یک تیم درمانی شامل پزشک عمومی، روان شناس، مددکار، پرستار و کاردرمانگر به طور هفتگی در منزل بیماران حضور پیدا کرده و به کلیه ی امور توانخواه رسیدگی می کنند.

• سیر توانبخشی

در مرکز توانبخشی پرستو این روند پیش بینی شده است که بیمار بعد از بستری تحت درمان های داروئی قرار می گیرد تا علائم حاد بیماری کنترل گردد. بـه تدریج درمان های غیر داروئی و روانشناختی و مشاوره فردی برای وی انجام گرفته و وارد فعالیتهای کـاردرمانی وکارگاهی می شود. در اینجاست که به فرد مهارت های اولـیه ای آموخته می شـود که بسته به علاقه، وی می تواند در بعضی از این فعالیت ها در حد حرفه ای به کار مشغول شود. در همین حیـن و با کنترل علائم بیماری مددجو با هماهنگی خانواده به مرخصی موقت فرستاده می شود. البته هدف اصلی ونهائی، بازگرداندن این عزیزان به اجتماع و محیط خانوادگی خواهد بود. بسیاری از بیماران اعصاب و روان بعد از کنترل علائم بیماری، با مصرف منظم دارو وتحت مراقبت خانواده می توانند همانند یک فرد عادی فعالیت های کاری و اجتماعی داشـته باشند. از طرفی عده ای از این بیماران به علل مختلف از جمله عدم پاسخ کافی به درمان، داشتن عملکرد محدود و یا عدم توانائی خانواده ها بـرای مراقبت از آنها نیاز به بستری های طولانی مدت خواهند داشت که سعی براین است با درمان های داروئی وغیر داروئی و انجـــام توانبخشی مناسب این گروه نیز امکان حفظ ارتباط با اجتماع را بیابند.در راستای آماده سازی ، بیماران جهت بازگشت به اجتماع در کارگاه های آموزشی متنوع برحسب توانایی طبقه بندی می شوند. کار درمانی با هدف افزایش توجه، حافظه و فعالیت شناختی و در قالب گروه های شعر، قصه و فعالیت های گفتاری، آموزش کامپیوتر، موسیقی درمانی، عروسک بافی، سوزن دوزی، احکام قرآنی، کریستال بافی، نقاشی، گلیم بافی، فرش بافی و تابلو فرش، از جمله آموزش های بیماران می باشد.

• نیم نگاهی به فعالیت های مرکز پرستو

-برگزاری کارگاه های آموزشی

–کاردرمانی ذهنی با هدف : افزایش توجه،حافظه و فعالیت های شناختی، شعر و قصه و فعالیت های گفتاری .

–آموزش کامپیوتر –عروسک بافی –بافتنی –کریستال بافی –گلیم و فرش – موسیقی درمانی –احکام و قرآن –سوزن دوزی –نقاشی

-انجام فعالیت های ورزشی

-تنیس روی میز -والیبال -کوهگردی -ایروبیک

-انجام فعالیت های تفریحی

برگزاری جشن های مناسبتی

برگزاری جشن های تولد

برگزاری اردو های ماهیانه

برگزاری برنامه های کتاب و کتاب خوانی

تماشای فیلم و سینما

کارگاههای کاردرمانی مرکز توانبخشی پرستو در راستای اهدافی چون افزایش استقلال وکسب مهارتهای زندگی مستقل برگزار شده است. لذا بر لزوم انجام ارزیابی عملکردی شخص مبتلا به آسیب های روانی تأکید می شود. کاردرمانگر پس از ارزیابی توانایی های عملکردی، سطح شناختی ، بررسی علائق بیمار و تاریخچه شغلی وی، نوع فعالیت را متناسب با عوامل مذکور و تشخیص بیماری مشخص می نماید.

از آنجائی که آراستگی و بهداشت فردی یکی از مهارتهای زندگی مستقل است که بر ارتباطات اجتماعی مددجو تأثیر بسیار زیادی دارد، فعالیتهای آراستن شامل چگونگی لباس پوشیدن، اصلاح صورت ، بکار بردن وسایل بهداشتی و... نیز به مددجویان آموزش داده می شود. همچنین عده ای از مددجویان که در امور شخصی خود مستقل تر عمل می کنند، در این امور به سایرین یاری می رسانند.

سایر فعالیتها شامل آموزش رفتار های مربوط به مصرف مواد غذایی(آداب سر میز غذا، استفاده مناسب از ظروف و...) ، تحرک در اجتماع، رفتارهای ضامن سلامتی (مراقبت از دندان، مصرف دارو، بهداشت فردی، تمرینات ورزشی و...)،آموزش مهارتها و رفتارهای اجتماعی از طریق برگزاری جلسات گروه درمانی و برنامه ریزی برای اوقات فراغت مددجویان می باشد که برنامه های تفریحی ،شرکت در مسابقات ورزشی، استفاده از کتابخانه که بالغ بر بیش از ۵۰۰ جلد کتاب و نمایش فیلم را شامل می شود.

شناسنامه مراکز شبانه روزی و مراقبت در منزل			
ردیف	شهرستان	نام مرکز	نشانی و شماره تلفن
۱	اصفهان	پرتو	خ احمد آباد-ایستگاه پل بلند-جنب اداره پذیرش-تلفکس: ۲۲۵۳۹۵۱
۲	اصفهان	قایم	خ وحید-خ حسین آباد-روبه روی نان وایی-تلفکس: ۶۲۵۹۷۲۲
۳	اصفهان	ظفر	خ سروش-چهارراه عسکریه-نرسیده به فلکه دشتستان-سمت چپ-جنب لوازم التحریر محمد حسین-تلفکس: ۲۲۸۰۹۲۱
۴	اصفهان	نورالمهدی	خ گلستان-ابتدای شهرک کاوه-خ سعدی-نبش خ نظامی-تلفن: ۴۵۰۸۰۰۵-فکس: ۴۵۲۵۰۰۶
۵	نجف آباد	پرستو	ویلاشهر-بلوار منتظری شرقی-نرسیده به منتظری نهم-تلفکس: ۹-۲۲۵۸۱۳۸
۶	اصفهان	پرستار	خ هفتون-پل تمدن-مقابل پمپ بنزین-تلفکس: ۵۵۵۵۳۰۰
۷	اصفهان	پردیس	خ امام خمینی-کیان پارس-کوچه یاس-پلاک ۳۰-تلفن: ۳۲۲۰۰۱۸ فکس: ۳۲۲۰۰۵۱
۸	شهرضا	پراور	بلوار پاسداران-جنب مرکز توانبخشی مدرس ۳۲۱۴۹۶۶ فکس: ۳۲۱۵۵۵۴۰۳۲۱
۹	شاهین شهر	پرواز	خ طالقانی-فرعی ۱۳پ ۱۰۱-تلفکس: ۵۲۵۰۷۳۷
۱۰	زرین شهر	پرورش	زرین شهر-سده-خ امام خمینی-بعد از کلانتری-تلفن: ۲۴۳۳۱۶۸ فکس: ۲۴۳۲۹۱۸
۱۱	کاشان	پرهام	خ امیر کبیر-کوچه روبه روی رستوران بوف-جنب سیتو-تلفکس: ۵۳۱۰۵۲۰
۱۲	فلاورجان	شفا	قهدریجان-خ شریعتی-خ بهشتی-کوچه صالح-تلفن: ۷۵۰۰۹۹۰ فکس: ۷۵۰۴۰۱۰
۱۳	خمینی شهر	امید	درچه-خ نواب صفوی-روبه روی کلانتری ۱۴-تلفن: ۳۷۶۷۶۸۸ فکس: ۳۷۶۶۸۶۰
۱۴	اصفهان	آفتاب	بهارستان-خ ایثار-خ فرات-پلاک ۱۸-تلفن: ۶۸۱۲۴۲۵
۱۵	نجف آباد	پارسا	چهارراه شهرداری-خ امام مقابل داروخانه دکتر رستمی-تلفکس: ۰۳۳۱۲۶۲۵۹۷۴
۱۶	دهاقان	نور	بلوار انقلاب-جنب پمپ بنزین عباسپور-تلفن: ۲۶۲۸۲۸۹-۰۳۲۲ فکس: ۲۶۲۸۲۸۸-۰۳۲۲
۱۷	دولت آباد	باران	بلوار طالقانی-خ سجاد-انتهای بلوار-تلفکس: ۰۳۱۲۵۸۲۰۵۴۵
۱۸	اصفهان	امید فردا	بهارستان بلوار ایثار-ایثار شمالی-کوچه بوستان-پ ۲۸۲-تلفکس: ۶۸۱۵۱۶۳
۱۹	فلاورجان	رها	میدان دفاع مقدس-خ فردوسی-کوی شهیدمحبوب رحیمی-تلفکس: ۷۴۲۲۵۷۳
۲۰	مبارکه	سلامت	قهدریجان-خ شریعتی-خ بهشتی-کوچه صالح-تلفن: ۷۵۰۰۹۹۰ فکس: ۷۵۰۴۰۱۰

مطالبی نو از سایکوفارماکولوژی

دکتر مریم رضایی- روانپزشک

1-The clinical psychopharmacology – May 2013

تاثیر درمان با کوتیاپین آهسته رهش بصورت مونوتراپی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی .

در این مطالعه از کوتیاپین آهسته رهش با دوز ۵۰ تا ۳۰۰ میلی گرم در روز استفاده شده است .

بیماران مدت ٦ تا ۸ هفته تحت درمان قرار گرفتند و نتیجه درمان بر اساس تست زیر سنجیده شد .

Montgomery Asberg Depression Rating Scale

نتیجه: مونوتراپی توسط کوتیاپین آهسته رهش اثر ضد افسردگی در بیمارانی که از شدت های مختلف افسردگی اساسی رنج می برده اند داشته است .

2-Journal of Clinical Psychiatry – Jan 2013

تاثیر و ایمن بودن کوتیاپین در بچه ها و نوجوانان بیماران مبتلا به دو قطبی نوع اول – فاز مانیا

در این مطالعه بیمارانی با سن ۱۰ تا ۱۷ سال در نظر گرفته شدند که طبق معیار های استاندارد تشخیصی تشخیص اختلال دو قطبی فاز مانیا داشته اند .مدت درمان سه هفته و دوز کوتیاپین ۴۰۰ تا ٦۰۰ میلی گرم بوده است. بهبودی چشمگیری در اختلال مانیای آنها بر اساس تست زیر مشاهده شد .

Young Mania Rating Scale

میانگین تغییر وزن ۱/۷ کیلو گرم بود و افزایش کلسترول و تریگلیسرید بیشتر از پلاسبو بود .

عوارض درمان با کوتیاپین خفیف تا متوسط تخمین زده شد.

بعد از سه هفته درمان نتیجه درمان با کوتیاپین بطور مشخص موثر تر از پلاسبو در بهبودی بیماران نو جوان بود و درمان با این دارو بخوبی تحمل شده بود .

3-Journal of Clinical Psychiatry – Feb 2013

اثر تدخین سیگار روی کارایی نوروسایکولوژیکال در بیماران با اختلالات خلقی یک صد بیماری که طبق تقسیم بندی های استاندارد تشخیص اختلال خلقی داشتند در نظر گرفته شدند . ۴۵ نفر از آنها سیگاری هایی بودند که بطور منظم مصرف سیگار داشتند و ۵۵ نفر از آنها اصلاًسیگار مصرف نمی کردند .

در شروع و خاتمه مداخله حافظه گفتاری و بینایی آ نها ، توجه، حافظه کاری ، درک مفاهیم و روانی زبانی آنها سنجیده شد .

نتیجه : بهبودی در حافظه کلامی و حافظه کاری بیماران سیگاری نسبت به بیماران غیر سیگاری مشاهده شد که ممکن است در اثر نیکوتین باشد . سیگار کشیدن ممکن است فرمی از خود درمانی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی باشد . در این زمینه نیاز به مطالعه بیشتری وجود دارد .

4-American Journal of Psychiatry – Mar 2013

آیا قرار گرفتن مادران باردار در معرض داروهای مهار کننده اختصاصی سروتونین در رشد جنین اثر می گذارد ؟

هدف از این مطالعه مقایسه وزن یک سال اول نوزادان متولد شده از مادران با تشخیص اختلال افسردگی اساسی بود که در حین بارداری داروهای مهار کننده اختصاصی سروتونین مصرف کرده بودند با وزن نوزادانی که از مادران غیر افسرده متولد شده بودند .

نتجه مطالعه این بود که مصرف داروهای مورد بحث در ضمن بارداری هیچ تاثیری روی رشد وزن ، قد و دور سر در نوزادان این مادران در ۱۲ ماه اول زندگی ندارد .

5-Journal of clinical Psychiatry – Jan 2013

افسردگی ریسک فاکتور برای دیابت محسوب می شود

در این زمینه ۲۳ مطالعه که حدود ۸ سال بطول انجامیده است انجام شده است و نتیجه گیری شده است که علایم افسردگی با افزایش خطر دیابت ارتباط دارد و این ارتباط وابسته به استفاده از داروهای ضد افسردگی یا افزایش وزن بیمار نمی باشد . افسردگی باید جزو ریسک فاکتور های بیماری دیابت محسوب شود .

6-Journal of Clinical Psychiatry –Jan 2013

مصرف داروهای آنتی سایکوتیک و تثبیت کننده خلق و افزایش خطر پنومونی در بیماران دو قطبی .

نسل دوم داروهای آنتی سایکوتیک و نیز داروهای تثبیت کننده خلق در بیماران دوقطبی بطور گسترده ای استفاده می شود .

نتیجه مطالعات نشان داده است که خطر پنومونی در بیماران مصرف کننده الانزاپین ۲/۹۷ درصد ، کلوزاپین ۲/۵۹ درصد و هالوپریدول ۳/٦۸ درصد (البته بسته به دوز مورد مصرف) افزایش می یابد .

لیتیوم بصورت وابسته به دوز اثر حفاظتی بر روی پنومونی دارد و الانزاپین اگر بهمراه کاربامازپین مصرف شود بیشترین خطر برای بروز پنومونی را دارد و مصرف کلوزاپین بهمراه سدیم والپروات در رده دوم خطر قرار دارد . نتیجه اینکه آنتی سایکوتیک ها خطر پنومونی را بالا می برند

کلوزاپین

با سپاس از توجه و اظهار نظر استاد ارجمند جناب آقای دکتر عطاری مدیر محترم گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نظر اصلاحی ایشان را در مورد شماره قبلی خبرنامه نقل می کنیم:

در رابطه با مطلبی که در صفحه ۲۹ نشریه (دو فصلنامه بهار و تابستان ۹۲) ذکر شده است نکات زیر لازم به توضیح است :

در مقاله ریسک ناشی از مصرف داروها در طول بارداری به قلم سرکار خانم دکتر خدادادی، راجع به کلوزاپین آمده است که : "البته در گاید لاین که در سال ۲۰۰۹ عنوان شده کلوزاپین نباید در بارداری شروع شود " . نظریات در مورد مصرف داروهای روانپزشکی ضد و نقیض می باشد ولی در مورد کلوزاپین به دو منبع زیر اشاره می کنم :

الف– در سایت Med scape کلوزاپین در گروه B از PC قرار گرفته است و منعی برای مصرف آن در حاملگی ذکر نشده است .

ب– در صفحه ۳۲۱۴ و ۲۵۵٦ کتاب

Comprehensive Text Book of Psychiatry 2009

بوضوح ذکر شده است که کلوزاپین تراتوژن نمی باشد و مصرف آن در حاملگی مانعی ندارد .

زندگی مشق عاشقی

دکتر آرش ناهید - روانپزشک

از شبنم عشق خاک آدم گل شد
صد فتنه و شور در جهان حاصل شد
صد نشتر عشق بر رگ روح زدند
یک قطره از آن چکید و نامش دل شد

منظور از عاشقی در کلام مولوی و حافظ، یک زنگ تفریح یا مساله‌ای حاشیه‌ای در زندگی انسان نیست. بلکه منظور، فلسفه‌ی اصلی خلقت و راه تعالی انسان است.

هر که شد محرم دل در حرم یار بماند
وانکه این کار ندانست در انکار بماند
اگراز پرده برون شد دل من عیب مکن
شکر ایزد که نه در پرده‌ی پندار بماند
از صدای سخن عشق ندیدم خوش تر
یادگاری که در این گنبد دوار بماند

داستان عاشقی چنین می گوید که شعور حاکم بر زندگی قصد تعالی و سعادت همه‌ی مخلوقات خود را دارد و از طریق عشق‌ورزی همچون باغبانی گلهای باغ زندگی را آبیاری می کند. مولوی می گوید:

عاشقی پیداست از زاری دل
نیست بیماری، چو بیماری دل
علت عاشق، ز علتها جداست
عشق اضطرلاب اسرار خداست
عاشقی گر زین سر و گر زان سر است
عاقبت ما را بدان شه رهبر است
تو نگو ما را بدان شه بار نیست
با کریمان کارها دشوار نیست

حال چگونه اضطرلاب زندگی را بشناسیم و کجا پیدایش کنیم.

غازی بدست پور خود شمشیر چوبین می دهد
تا او در آن استا شود شمشیر گیرد در غزا
عشقی که بر انسان بود شمشیر چوبین آن بود
آن عشق بر یزدان شود چون آخر آید ابتلا

زندگی روابط بین فردی را هم بر همین اساس بنا نهاده تا زمینه تکامل فراهم گردد. این یک بازی است، اما یک بازی بسیار جدی، عشق دامی است که همه‌ی ما را گرفتار خواهد کرد. از همان ابتدایی که بدنیا می آییم، عشق به پدر و مادر خود را تجربه می کنیم و بعدها عشق به جنس مخالف. همه‌ی اینها فرصتهایی است برای تمرین عاشقی. ولی ما وقتی این بازی را می‌بازیم که آئینه‌ی زلال عشق را آلوده به غبار غرور و منیت می کنیم.

عشق می گوید بکوشم پست پست
صید بودن خوشتر از صیادی است
گول من کن خویش را و غره شو
آفتابی را رها کن ذره شو
بردرم ساکن شو و بی خانه باش
دعوی شمعی مکن پروانه باش
تا ببینی چاشنی زندگی
سلطنت بینی نهان در بندگی

مادری که رابطه‌ی عاشقانه ناب را با کودکش برقرار می کند، در آن بستر مناسب فارغ از رعایت یا عدم رعایت اصول تربیتی که البته لازم است، نتیجه می گیرد. چون بندی محکم از جنس احساس آن دو را به هم متصل می کند.

جز محبت کی گشاید چشم را
جز عنایت کی نشاند خشم را

ولی مادر دیگری که به شکل وسواس گونه سعی در کنترل کودکش دارد و مقاومت‌های مکرر کودک را برای بدست آوردن استقلال خنثی می کند، این بند را باریک کرده و آنرا آماده‌ی گسستن می کند و در چنین بستری علمی‌ترین روش های تربیتی نیز نتیجه‌ای نخواهد داد.

یک زوج هنگامی می توانند زندگی سالم و رو به تعالی داشته باشند که چراغ عشق در منزل آنها افروخته گردد. گاهی ابتدا بر اساس نیازها و تصورات واهی احساساتی بینشان شکل می گیرد، ولی چون این شبه عشق با واقعیت سازگار نیست، با بروز اولین مشکل در زندگی رو به خاموشی می رود و عنان ارتباط بین این دو را غرور و منیت بدست می گیرد و آنگاه احساس جدایی جای خود را به احساس عشق می دهد.

گفت لیلی را خلیفه کان تویی
کز تو مجنون شد پریشان و غوی
از دگر خوبان تو افزون نیستی
گفت خامش چون تو مجنون نیستی
با خودی تو لیک مجنون بی خود است
در طریق عشق بیداری بد است
دیده‌ی مجنون اگر بودی تو را
هر دو عالم بی خطر بودی تورا

ما برای زیستن به این دیده‌ی مجنون نیاز داریم، در غیر این صورت خودمان را از همه جدا می بینیم و در چنین دنیایی همه چیز ترسناک است و هر اتفاقی می تواند زندگی ما را تهدید کند، اما در بستر یگانگی ناشی از عشق هیچ چیز ترسناک نیست. بیخودی شاه کلید گنج عاشقی است و گرنه از دید هیچ خلیفه یا فرعونی لیلی زیبانیست.

زندگی مشق عاشقی کردن
خویش با دیگری یکی کردن
سایه از سایه بان رهانیدن
چاره اش نور ایزدی کردن
خود به دریای نیستی دادن
غرق درغرق بی خودی کردن
در تمنای عاشقی و وصال
هفت شهرش به پای طی کردن
با تمام خضوع و صبر و خوشی
آن خود آن دیگری کردن
این همه میوه های شیرینش
غرق در شهد عاشقی کردن
بوسه چیدن ز روی محبوبت
زندگی را زندگی کردن

گزارش فعالیت های واحد سلامت روان

دکتر ناهید گرامیان مسئول واحد سلامت روان
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

واحد سلامت روان حوزه معاونت بهداشتی در ادامه فعالیت ها و در راستای اجرای نقشه جامع سلامت استان ، استراتژی آموزش جامعه و ارتقای سطح سواد سلامت عموم جامعه در خصوص سلامت روان و استراتژی غربالگری اختلال افسردگی در جامعه و انجام مداخلات درمانی به منظور کاهش بار بیماری را در اولویت برنامه ها قرار داد.

به دنبال تصمیم فوق طی هماهنگی با گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پرسشنامه PHQ۹ جهت غربالگری افسردگی انتخاب شد. این پرسشنامه استاندارد بوده و توسط خود فرد تکمیل می گردد.

کلید ارزیابی نتایج حاصل از تکمیل پرسشنامه در اختیار افراد قرار خواهد گرفت و بر اساس نتایج آن اقدامات پیشنهادی لازم به اطلاع آنها رسانده می شود. این پرسشنامه در دو مرحله با حفظ اصل راز داری در حوزه معاونت بهداشتی بین کارکنان توزیع شد وضمن بررسی وضعیت پرسنل شاغل در این اداره مداخلات لازم در راستای پیشگیری در دستور کار قرار گرفت و مواردی که نیاز به مراجعه به روانپزشک داشته اند از وضعیت خود مطلع شدند.

به دنبال این برنامه پرسشنامه و دستور العمل تکمیل آن به کارگروه بانوان استانداری ارائه شد.

با توجه به گزارشی که در خصوص بیماری افسردگی و راه های پیشگیری از آن در جلسه ارائه شد نماینده سازمان ها در خصوص انجام غربالگری و ارائه آموزش های لازم اعلام آمادگی کردند .

با توجه به انجام فعالیت های آموزشی توسط سازمان ها با محتواهای مختلف، پس از هماهنگی با گروه روانپزشکی مقرر شد بسته آموزشی با عناوین مختلف مثل ازدواج و تشکیل خانواده ، حاملگی و زایمان ، دوره بدو تولد تا سالمندی ، اختلالات خواب ، اختلالات جنسی ، اختلالات روان تنی ، بیماری صرع ، فرزند پروری، حمایت های روانی اجتماعی در بلایا ، کودک آزاری ، علل گرایش به مواد اعتیاد آور و شناخت مواد اعتیاد آور ، عقب ماندگی ذهنی ، شناخت مراکز مشاوره و....... توسط همکاران روانپزشک و روانشناس زیر نظر مدیر گروه روانپزشکی تدوین گردد. پس از تدوین نهایی بسته های مذکور به عنوان رفرنس آموزشی ویژه عموم جامعه مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

از جمله فرصت ها و مناسبت هایی که می تواند متولیان سلامت روان را یاری کند هفته سلامت روان در هفته پایانی مهر ماه می باشد. شعار امسال روز جهانی بهداشت که از سوی سازمان بهداشت جهانی اعلام شده عبارت بود از سلامت روان و سالمندان و بالطبع عناوین روزهای هفته سلامت روان هم در راستای این شعار نامگذاری شده بود از جمله شیوه زندگی در سالمندی، سالمندان و خانواده ، نقش سالمند در جامعه ، اختلالات سالمندان ، توانمند سازی سالمندان ، تعامل جسم و روان در سالمندی ، سالمندان و نقش روابط اجتماعی. برنامه هایی در این هفته در کل شهرستان ها اجرا شد.

از جمله بازدید از خانه های سالمندان در اصفهان و کلیه شهرستان ها، برگزاری همایش ، سمینار، جلسات سخنرانی و کارگاه های آموزشی ، مصاحبه با رسانه ها و صدا و سیما ، نشست خبری و ارائه گزارش در این خصوص ، سخنرانی با تأکید بر تکریم سالمند در خطبه های نماز جمعه ، برگزاری مسابقه های مختلف ، پیاده روی خانوادگی و..... همچنین با توجه به عناوین اعلام شده در روزهای هفته متون آموزشی مختلف در اختیار کلیه کارشناسان ، مدرسان و علاقه مندان قرار گرفت. همچنین این متون برای استفاده عموم بر روی سایت معاونت بهداشتی قرار گرفت. این برنامه ها هدف حساس سازی و توجه به سلامت روان سالمندی را با جدیت و اثر گذاری بیشتری پیگیری کرد.

در نهایت تأکید می گردد ارائه گزارش فعالیت های واحد سلامت روان به منظور جلب همکاری کلیه صاحب نظران و متولیان سلامت روان می باشد. لذا ارائه نظرات پیشنهادی در راستای ارتقاء سلامت روان جامعه مزید امتنان خواهد بود.

ای عاشقان ای عاشقان یک لولی ای دیوانه شد

دکتر مسعود ازهر

در شماره قبلی خبرنامه انجمن مطلبی آورده شده بود درباره مولانا و شواهدی آورده بود بر اختلال خلقی دو قطبی در ایشان که خشم عده ای از خوانندگان را بر انگیخته بود .از دوستان دور و نزدیک به من تذکر دادند که این چه بوده که چاپ کرده اید ؟ و منتظر بودم شماره فعلی پر باشد از جوابیه و نقد مقاله .

جناب آقای دکتر عباسعلی زاده مسئول خبرنامه لطف کردند و قبل از چاپ خبرنامه را نشانم دادند . خبری از آن همه قلیان و غیرت نبود . انگار پای قلم چوبین است .

سری به کامپیوتر و اینترنت زدم بلکه مولانا خودش پاسخی داده باشد. تقریباً هر چه بود در مزایای دیوانگی بود و عاقل ملامت شده بود .گفتم نکند همه همین کار را کرده اند و چیزی ننوشتند .

معرفی مجله و کتاب

دکتر مسعود ازهر

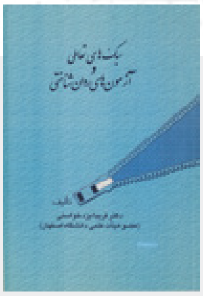
فصلنامه تن، روان و فرهنگ سال نخست، دفتر نخست،

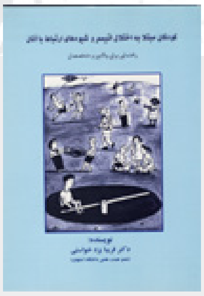
نوشتن درباره این مجموعه از مقالات برای من کار دشواری است. زیرا ادبیاتی دارد که با ذهن من غریب است و برای آنکه این غریبی از بین برود متن مجبور است خودش را تعریف کند آن هم با کلماتِ غریب دیگر . روی صحبت نویسندگان با افراد و ذهنهای خاص است- کسانی که در جستجوی معنای زندگی، تغییر نگرشها و جهان بینی و تاثیر آن بر سلامت و روشهای درمانی هستند. حرف سرِ پزشکی زندگی گرا و دهکده های سلامت است. از موضوعات مطرح شده در این فصلنامه می توان اشاره کرد به شناخت درمانی بهوشیاری، درمان با پذیرش و پایبندی، رهیافت سامانه ای، تحلیل روانکاوانه گوته، مصاحبه با آقای دکتر محمد صنعتی با عنوان روانکاوی در ایران.

موسسه علمی تحقیقاتی دانش تندرستی، سابقه فعالیت گسترده در زمینه های فراشناختی و درمانهای مبتنی بر ارتباط با مراجع و تصحیح سبک زندگی دارد. این موسسه که به همت آقای **دکتر فرزاد گلی** بنا شده است قبلا هم نشریاتی داشته و این بار با توانی افزونتر از قبل به حیات پربار خود ادامه می دهد. فصلنامه تن، روان و فرهنگ نیز حاصل همین موسسه است.

اصفهان –خیابان میر، کوی مسعود کیانی ، پلاک ٦

کدپستی ۸۱۶۳۷۳۳۶۹۵ تلفن : ۶۶۷۱۹۱۷- ۰۳۱۱





چهارکتاب از دستاوردهای **خانم دکتر فریبا یزدخواستی** است. ایشان دکترای روانشناسی خود را از ژاپن اخذ نموده اند و هم اکنون در دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان مشغول تدریس می باشند. سابقه کار کلینیکی باعث شده نوشته هایشان کاربردی و پر از تجربه باشد.

کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم و شیوه های ارتباط با آنان

کتابی است که برای والدین و متخصصان نوشته شده. خصوصیت بارز این کتاب اعتقاد به همگن نبودن کودکانی است که تشخیص اوتیسم دارند و از این دیدگاه بسیار شبیه تقسیم بندی جدید اختلالات روانپزشکی می باشد. بطوری که شیوه ای متفاوت برای ارتباط با هر کدام در نظر گرفته می شود.

استفاده از نقش بازی کردن و روش «دوسا» از اجزای اصلی این کتاب است.

مهارت آموزی به کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری

روشهای خوبی را به صورت پروتوکل به خانواده و درمانگر ارائه می دهد. این کتاب سعی کرده است جامع باشد و از ابعاد درمان فردی، آموزش روانی و خانواده درمانی به موضوعات نگاه کرده است. حجم و طرز نگارش کتاب نشان میدهد که روی سخن نویسنده با درمانگران بوده است ولی از تصاویر و جدولهای کتاب می توان در جلسه درمانی استفاده خوبی کرد.

این کتاب ترجمه شده است و در قطع آ چهار و حدود ۲۰۰ صفحه است.

سبک های تعاملی و آزمونهای شناختی

کتابی است که پرسشنامه های بسیاری را در خود دارد و به درد محققین می خورد. پرسشنامه هایی در زمینهٔ: طرد و پذیرش والدین، کنترل والدین، مهارتهای اجتماعی، پرخاشگری، شخصیت، مزاج، سبک رفتاری و مشکلات رفتاری.

کتاب چهارم در ارتباط با سایکودرام است. که در شماره بعدی از آن خواهم نوشت.

تنها آدرسی که برای تهیه این کتابها در اختیار دارم دفتر کار خانم دکتر یزدخواستی است که در دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان است. یک شماره تلفن هم از چاپ خانه وجود دارد. ۷۹۳۲۱۳۹- ۰۳۱۱

مقدمه ای بر پزشکی روان تنی
تالیف دکتر رضا جوهری فرد

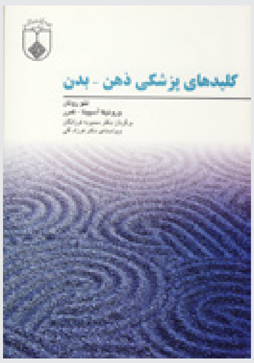
همکار روان شناس مان آقای دکتر جوهری فرد در اهواز مشغول تدریس به دانشجویان می باشد. او تالیفات دیگری هم دارد که سعی در نوآوری در درمان اختلالات سایکوسوماتیک است مثل کتاب «تم درمانی» که تاثیر ضرب آهنگ را در درمان مطرح کرده است.

کتاب«مقدمه ای بر پزشکی روان تنی» بر خلاف نامی که برخود دارد کتاب جامع و در خور توجهی است . تالیف کتاب فارسی با این وسعت قابل ستایش است و مانند یک کتاب جامع و مرجع می توان از آن استفاده کرد. از فلسفه و نگرش های مختلف نوشته تا انواع اختلالات و نحوه درمان . در قسمت مبانی فلسفی و تاریخی، دید آدم به پزشکی تغییر می کند. مبانی متعددی که توسط تاثیر گذارانِ فلسفی و علمی مطرح شده اند. هر کدام بطور خلاصه و قابل فهم در این کتاب بیان شده است. سپس به سراغ استرس و بعد به سراغ اختلالاتی مثل آنورکسیا، زخم معده، آسم، بیماریهای قلبی، فشارخون، سردرد، بیماری مفاصل، دیابت، مشکلات تیروئید و... رفته است در انتها به درمان پرداخته است که از رواندرمانیهای مختلف، هیپونیزم و یوگا گرفته تا انواع هنر درمانی مثل سفالگری و موسیقی درمانی توضیح داده شده است. این کتاب در ۳۵۰ صفحه و در قطع وزیری است.

ناشر: اهواز—دانشگاه آزاد اسلامی

کلیدهای پزشکی ذهن-بدن

این کتاب ترجمه شیوا و قوی از سرکارخانم دکتر محبوبه فرزانگان است که سالهاست در حیطه سایکوسوماتیک، هیپنوتراپی و رواندرمانی کار می کند. این کتاب بطور شگفت آوری ماجرای سایکوسوماتیک را تبدیل به یک رویکرد ملموس و عینی می کند. با مثالهای متعددی که آورده است و طرز بیان ساده ای که دارد خواننده را توانمند می کند تا بیمار را بخوبی ارزیابی و تحلیل کند و برایش برنامه درمانی بریزد.



بنابراین واقعاً مطابق با نام کتاب، کلیدی به دست درمانگر می دهد تا قفل مشکلات رابگشاید.

این کتاب ویراستاری دکتر فرزادگلی را دارد و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با همکاری انتشارات فراوان آن را چاپ کرده اند.

تلفن : ۶۶۹۲۱۳۷۸-۰۲۱

هفت کتاب از آقای دکتر احمد پدرام و خانم رقیه منصوری بنی (فردوسی)

با کتابهای آقای دکتر پدرام آشنا بوده ایم. این روانشناس پرکار در زمینه رواندرمانی و سخنرانی و برنامه های زنده رادیویی هیچوقت صفحه معرفی کتاب را تنها نمی گذارد و این بار کتابهای کوچک خود را منتشر نموده است. به قول خودشان این کتابها Fast book هستند. تا پدر و مادرها بتوانند سریع آنها را مطالعه کرده و به کار گیرند. عنوان این کتابها از این قرار است:

۱–با لجبازی فرزندم چگونه رفتار کنم؟
۲–آنچه باید پدر ومادر از بلوغ و نوجوانی بدانند.
۳–با فرزند خود چگونه نباشیم!
٤–چگونه ترس در کودک و نوجوان را به آرامش تبدیل کنیم.
٥–اگر فرزند توانمند واجتماعی می خواهید.
٦–اعتماد به نفس در کودکان و نوجوانان.
۷–اگر فرزند کمر و خجالتی نمی خواهید.

تلفن ٦٦٤١٤٢٢-۰۳۱۱

دل نوشته بیمار

الف– ر

تغییر همیشه لازمه زندگی انسان بوده و البته با استرس همراه است ، بطور مثال اسباب کشی از یک خانه به خانه ای دیگر ، ازدواج ، سفر و مهاجرت به یک شهر دیگر ، به یک کشور دیگر و حتی مهاجرت از یک قاره به قاره دیگر . اگر تعداد تغییر هایی که در زندگی انسان وجود دارند زیاد شود ممکن است استرس به بیماری تبدیل شود.

مهم ترین گام آهسته و پیوسته پیمودن راه برای تغییر و در درجه دوم پذیرفتن فشار و استرس است، یعنی اینکه به خود بقبولانیم که یک تغییر بزرگ استرس و فشار زیاد به همراه دارد. به عنوان مثال من هنگامی که مهاجرت کردم چون با کشور بیگانه نا آشنا بودم ضربات روحی شدیدی را متحمل شدم، اما اگر بتوانیم به خود بقبولانیم که این یک امر طبیعی است با این مسئله راحت تر کنار خواهیم امد .

مکاتبات انجمن

به تاریخ ۹۲/۶/۱۸ براساس شکوائیه آقای .... از یکی از مراکز مشاوره و بدلیل تجویز نسخه توسط روانشناس مراتب به اطلاع نظام پزشکی رسانده شده و در نظام پزشکی این موضوع توسط معاونت محترم جرائم دادگستری، ریاست محترم سازمان نظام پزشکی و معاونت درمان پیگیری گردید.

تاریخ :

شماره :

انجمن علمی روانپزشکان

شاخه اصفهان

Iranian Psychiatry Association

Isfahan Branch

ریاست محترم دانشگاه اصفهان جناب آقای دکتر شیرانی

باسلام و احترام

بدینوسیله به استحضار میرسانیم که اخیراً مشاهده شده است که جهت تائید سلامت روان کارمندان ، پرسنل بیمارستان و پزشکان در روند آزمایشات استخدامی از روانشناسان استفاده می شود. بدینوسیله که یک روانشناس با انجام تست MMPI و مصاحبه ، سلامت روان افراد را تائید یا رد می کنند و این موضوع بویژه در مورد تائید سلامت روان روانپزشکان (توسط روانشناس) غیرمنطقی بنظر می رسد. در حالیکه به لحاظ علمی تائید سلامت روان تنها با مصاحبه تخصصی روانپزشکان و توسط روانپزشک معتمد قابل انجام است و بعد از مصاحبه تخصصی در صورت طرح تشخیص های افتراقی جهت تائید و راهنمای تشخیصی می توان از این تست ها استفاده نمود. در حالیکه متاسفانه در روند آزمونهای استخدامی این موضوع برعکس شده است. با توجه به اینکه انجمن علمی روانپزشکان ایران به شدت در این موارد موضعگیرانه رفتار می کند و مکاتبات متعدد با وزیر و مجلس داشته اند ، خواهشمندیم دستور فرمائید که تائید سلامت روان تنها تحت گواهی روانپزشک معتمد صورت گرفته تا ازآزمونهای پرهزینه و غیرتخصصی جلوگیری گردد. خواهشمندیم اینجانبان را از نتیجه مطلع فرمائید.

مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه اصفهان

دکتر عباس عطاری

رئیس انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

دکتر سید مرتضی واعظی

رونوشت :

- ریاست انجمن روانپزشکان ایران
- آقای دکتر سید مرتضی واعظی
- آقای دکتر عباس عطاری

اصفهان – بلوار ارغوانیه – بیمارستان فارابی

Farabi hospital , Arghavanie st , Isfahan, Iran

تلفن : ۵۳۱۱۴۶۷-۰۳۱۱

Tel : 0098311 5311467

فکس : ۵۳۱۱۴۶۰-۰۳۱۱

Fax : 0098311 5311460