روانپزشک
خبرنامه داخلی انجمن علمی روانپزشکان استان اصفهان
دو فصلنامه پاییز و زمستان/ ۱۳۹۴

چو هم پشت باشید با همرهان
یکی کوه کندن ز بن بر توان

فردوسی

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

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) محمد علی خوشکام، سحر محمدیان
مسئول وبسایت انجمن: دکتر مسعود ازهر

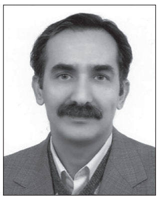
با تشکر از همکاران این شماره:

دکتر سید مرتضی واعظی ، دکتر مهدی حسن زاده ،دکتر یعقوب سپهری، دکتر غلامحسین احمد زاده، دکتر صفا مقصود لو، دکتر حمید افشار، دکتر افشین احمد وند، دکتر آزاده ملکیان، دکتر سعید سمندری ، دکتر علی عباسعلی زاده ، دکتر غلامرضا خیرآبادی ، دکتر مسعود ازهر ، دکتر حمید محمد بیگی ، دکتر حسین زرین، دکتر ترانه تقوی ، دکتر مژگان امانت کار ، دکتر مریم رضایی ، دکتر ناهید گرامیان ، دکتر فاطمه رجبی ، دکتر فاطمه سادات ناجی ، فائزه ضیایی .

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

فهرست:

امید به دست یاری ۲
نام تجارتی یا نام ژنریک ؟ ۳
اخبار انجمن روانپزشکان –شاخه اصفهان ۴
توسعه بیمارستان مدرس ۶
معرفی بیمارستان روانپزشکی و مرکز توانبخشی شهید رجایی ۸
چگونه گروه روانپزشکی اصفهان متولد شد ؟ ۱۰
معرفی بیمار مبتلا به دمانس با تابلوی اولیه سایکوز دیر آغاز ۱۲
طرحواره درمانی ۱۸
تغییرات در کرایتریای تشخیصی اختلالات طیف اسکیزوفرنیا در طبقه بندی جدید ۲۳
رابطه پزشک –بیمار ۲۵
جمع بندی روان پویایی برای درمان جامع اختلالات روانپزشکی ۲۷
روانپزشکی و گستره فعالیتهای آن ۳۰
مگر دکتر ها هم مریض می شوند؟ ۳۲
فرسودگی شغلی پزشکان ۳۴
گروه بالینت چیست ؟ ۳۴
خاطرات یک روانپزشک ۴۱
گزارش واحد سلامت روان ۴۲
خلاصه برخی مقالات روانپزشکی ۴۷
یک گفتار کوتاه ،یک رخداد و بهانه ای برای اندیشیدن ۴۸
معرفی کتاب ۴۸



امید به دست یاری

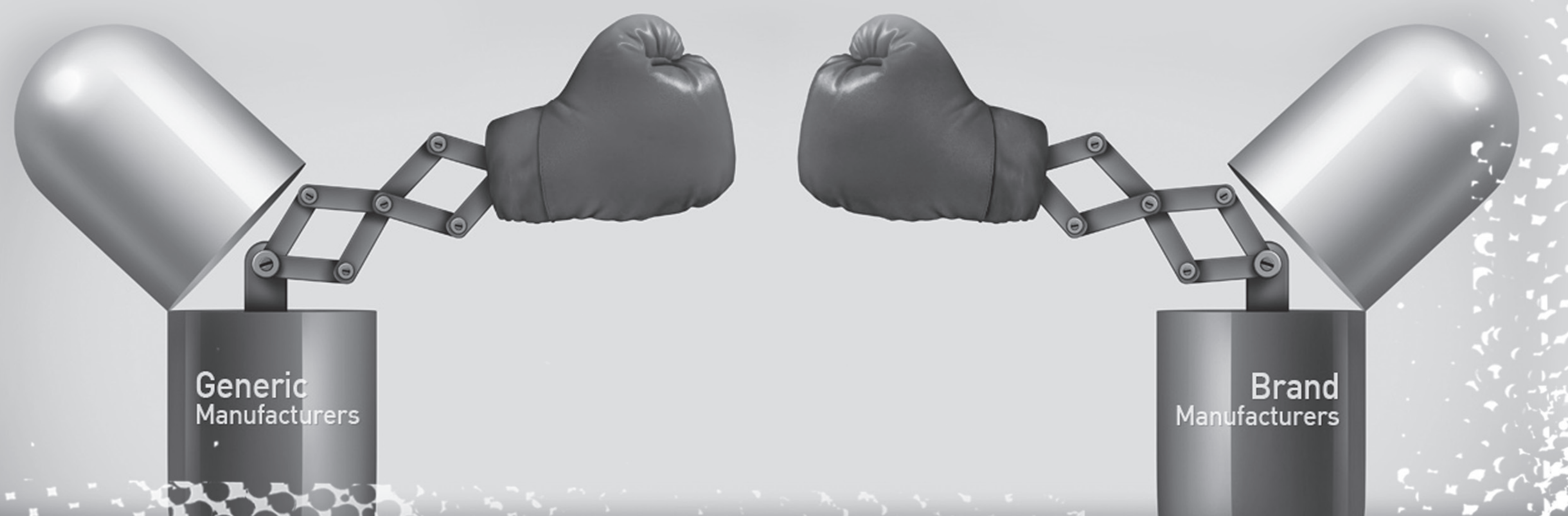
دکتر علی عباسعلی زاده
روانپزشک و مسئول خبرنامه

تداوم
فعالیت انجمن علمی روانپزشکان به
همکاری و مدد همه اعضای انجمن نیاز دارد .
اگر حفظ و فعالیت انجمن منوط به تلاش خستگی نا پذیر جمعی اندک و
کنار نشستن اکثریت اعضا باشد انجمن معنای خود را از دست می دهد .
انجمن علمی روانپزشکان اصفهان مثل هر جمعیت دیگری نیاز دارد تا با همکاری مجدانه همه
اعضای آن بر پا باشد تا اصالت وجودی خود را حفظ کند .
بیست و نهم بهمن ماه امسال انتخابات انجمن ما تجدید می شود و نیاز داریم تا همه اعضای آن با شور و
شوق برای اداره انجمن و عضویت در هیئت مدیره آن شرکت کنند تا انجمن انرژی لازم برای بقا را از درون
و به نحوی شایسته و برحق داشته باشد نه آنکه عده محدودی از اعضای آن بخواهند « به ضرب و زور » انجمن
را حفظ کنند .
انجمن از یکسو نیاز دارد تا از تجربه پیشکسوتان اعضای هیئت مدیره استفاده کند و قدر دان ادامه مشارکت فعال
آنان در هیئت مدیره باشد و از سویی نیازمند شور و انرژی جدید ، ابتکارات و خلاقیت های اعضای جوان است .
امیدواریم در انتخابات پیش روی انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان با استقبال عده بسیاری از اعضا برای نامزدی
انتخابات هیئت مدیره مواجه شویم که نشانه حقانیت وجود انجمن و ضامن بقای آن است . اینکه فقط عده
قلیلی از اعضای انجمن خود را موظف به احساس مسئولیت برای تداوم فعالیت انجمن بدانند و به نوعی «
جور همه را بکشند » هیئت مدیره انجمن را از انرژی لازم تهی می کند و اصالت وجودی انجمن را
که مشارکت فعال همه اعضای خود را طلب می کند به زیر سؤال می برد و از انگیزه اعضای
فعال کنونی می کاهد و آنها را دچار تردید می کند .
فعالیت انجمن همانند ورزش دو امدادی است . امیدواریم شاهد امداد
جدی و شور انگیز همکاران جدید در انتخابات هیئت مدیره
آن باشیم . انشاالله .

دکتر مرتضی واعظی
رئیس انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

نام تجارتی دارو یا نام ژنریک، کدام را در نسخه می نویسید؟

در شماره سال گذشته خبرنامه دست نوشته ای راجع به داروها با نام تجارتی یا ژنریک نوشته بودم. این نوشته بازتاب خودش را در بعضی شرکت های داروئی داشت. منجمله شرکتی که اعلام نمود که داروهای شرکت Actover-CO را از همان ابتدا به صورت تجارتی وارد بازار کرده است و داروهای آنان در رابطه با بیماران روانپزشکی توان مقابله با برندهای خارجی را دارند . سالهاست که Asentera با نام تجارتی در بازار هست و Alventa نیز از ابتدا با همین نام وارد بازار گردید. به هر صورت نگارنده بیشتر تمایل دارد که نوع دارو را باید پزشک تجویز نماید. لذا چنانچه شرکت های دارویی، بخواهنددارویی را به نام تجارتی معرفی کنند خبرنامه مجاز است در جهت معرفی دارو ها با آنها همکاری لازم راانجام دهد .



اخبار انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

دکتر صفا مقصودلو
روانپزشک ، نایب رئیس انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

•انتخابات انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

انتخابات انجمن در تاریخ ۲۹ بهمن ماه ۱۳۹٤ همزمان با یکی از برنامه های بازآموزی این شاخه برگزار خواهد شد .ضمن دعوت از کلیه ی همکاران جهت شرکت در مراسم انتخابات این شاخه،مستدعی است آن دسته از همکاران عزیز که برنامه های جدید و سازنده برای ارتقای انجمن دارند قبول زحمت فرموده و برای انتخابات هیِئت مدیره انجمن کاندیدا شوند.بدیهی است ورود افکار و ایده های جدید میتواند روح تازه ای در کالبد انجمن بدمد.

•تغییر نماینده ی گروه روانپزشکان بیمارستان فارابی اصفهان

همانگونه که بر تمام روانپزشکان این استان آشکار است جناب آقای دکتر مرتضی واعظی در سالیان گذشته ضمن اینکه همواره حکم پدر روانپزشکان این شاخه را برای همه ی ما داشتند ، در بیمارستان فارابی نیز به عنوان نماینده ی گروه روانپزشکان ،دلسوز و پشتیبان روانپزشکان این بیمارستان بودند و همواره شاهد اقدامات سازنده ی ایشان در بیمارستان بودیم.در دیماه ۱۳۹٤ به در خواست جناب آقای دکتر واعظی ،جناب آقای دکتر مرتضی امامی پارسا مسولیت گروه روانپزشکی این بیمارستان را عهده دار شدند.به همین مناسبت مراسم تکریم و بزرگداشت جناب آقای دکتر واعظی با حضور روانپزشکان شاغل در بیمارستان و مسولین محترم بیمارستان جناب آقای دکتر طلایی و جناب آقای دکتر صالحی در محل بیمارستان برگزار گردید و با اهدای هدیه ای از جانب روانپزشکان و لوح تقدیر از سوی ریاست محترم بیمارستان از تلاشهای بی چشمداشت ایشان تقدیر به عمل آمد.

امیدواریم همواره شاهد رهنمودها و حضور پر بار ایشان در تمام عرصه های پیشرفت روانپزشکی استان باشیم .برای ایشان سلامت و عمر با عزت آرزو می کنیم

مکاتبه انجمن روانپزشکان اصفهان با شاخه ی مرکز

در خصوص اصلاحات تعرفه های روانپزشکی در ویراست جدید کتاب ارزش نسبی خدمات، از سوی این انجمن پیشنهاداتی مبنی بر هماهنگ کردن تعرفه های وزارتخانه و نظام پزشکی ، الزام بیمه ها به اجرای کدهای مصوبه در کتاب ارزش نسبی خدمات ، در نظر گرفتن میزان تعرفه های ویزیت روانپزشکی با توجه به زمان ویزیت در مقایسه با سایر رشته ها و .....داده شد.مقرر شد نظرات پیشنهادی سایر شاخه ها نیز جمع آوری و برای ویرایش نهایی آماده شود.

مکاتبه انجمن روانپزشکان ایران با وزیر محترم بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر هاشمی

در اعتراض به درمانهای روانپزشکی بکار گرفته شده توسط روانشناسان ، نامه ای از سوی انجمن روانپزشکان مرکز تنظیم و به امضای روئسای شاخه ها و مدیران گروههای روانپزشکی رسانده شد . در این نامه به وزیر محترم بهداشت به این نکته اشاره شد که بسیاری از روانشناسان حتی بدون اینکه در زمینه بالینی تحصیلی کرده باشند اقدام به تجویز دارو و یا انواع رواندرمانی می کنند. در این نامه خواستار رسیدگی به این موارد شدند .

گزارشی از توسعه بیمارستان مدرس

دکتر حمید محمد بیگی- متخصص روانپزشکی

بیمارستان شهید مدرس در کیلومتر ۱۸ جاده اصفهان – نجف آباد (ابتدای گلدشت) و با فضایی به وسعت ۱۴هکتار و زیر بنای ۱۶۰۰۰ متر مربع قرار دارد. این مرکز قبلاً به عنوان کانون کارآموزی و نگهداری از افراد بی سرپرست فعالیت می کرده ولی از بهمن سال ۱۳۵۸ بعد از خرابی بیمارستان روانی اصفهان (بیمارستان کاوه) با تغییر کاربری جهت بستری و نگهداری بیماران روانی به بهداری سابق واگذار گردید که در ابتدا با پذیرش ۴۰ بیمار و افتتاح دو بخش زنان و دو بخش مردان شروع به کار و سپس در سال ۱۳۶۴ تحت عنوان مرکز توانبخشی شهید مدرس به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تحویل داده شد. با همت مسولین وقت بیمارستان و به دنبال انتقال بیماران مزمن به مراکز بهزیستی از سال ۱۳۸۹ مرکز توانبخشی مدرس به بیمارستان روانپزشکی مدرس تغییر یافت و ضمن بستری بیماران حاد روانپزشکی به عنوان تنها بیمارستان تک تخصصی روانپزشکی استان اصفهان به فعالیت پرداخت. علیرغم همت، سعی و تلاش مسولین مختلف بیمارستان و به دلیل درآمد پایین و بی توجهی مسولین دانشگاه با گذشت زمان بیمارستان دچار مشکلات متعددی از جمله کمبود شدید نیروی پرستاری، فرسودگی ساختمانها و تاسیسات، عدم وجود اورژانس، فقدان مکان استراحت برای پزشکان و... گردید که موجب ایجاد اختلال در ارایه خدمت به بیماران شد.

بعد از شروع طرح تحول سلامت مجموعه ای از طرحهای عمرانی به منظور کاهش مشکلات فوق با هزینه‌ای حدود ۳ملیارد تومان آغاز گردید.

این اقدامات عبارتند از :

۱_بازسازی کلی بخشهای بستری ۱، ۲، و ۵ مردان
۲_بازسازی درمانگاه
۳_احداث سالن کنفرانس
۴_احداث پاویون ویژه پزشکان عمومی و متخصص
۵_محوطه سازی بیمارستان
۶_بازسازی فاضلاب و سپتینگ
۷_بازسازی سالن غذاخوری
۸_دیوارکشی محوطه بیمارستان
۹_بازسازی داروخانه
۱۰_نوسازی انبار ملزومات
۱۱_احداث کلینیک حافظه
۱۲_آسفالت محوطه بیمارستان
۱۳_بازسازی لندری
۱۴_بازسازی واحد مدارک پزشکی
۱۵_بازسازی واحد اداری

پس از انجام موارد فوق چهره بیمارستان از لحاظ شرایط فیزیکی و ساختمانی تغییر کرده وآماده ارائه خدمت به بیماران محروم روانی گردید. به دنبال موافقت ریاست محترم دانشکده پزشکی و مدیر محترم گروه روانپزشکی با حضور همکاران محترم هیات علمی و دستیاران روانپزشکی اورژانس بیمارستان آموزشی گردید و اولین بخش روانپزشکی سالمندان در بیمارستان به صورت آموزشی شروع به کار کرد. با تلاش آقای دکتر سمندری فلوشیپ روانپزشکی سالمندان، آموزش روانپزشکی سالمندی به دستیاران، روانشناسان و پرستاران و با فعالیت کلینیک حافظه و برگزاری جلسات بازآموزی متعدد با جدیت ادامه یافت.

همچنین به دستور ریاست محترم دانشگاه ساخت اورژانس استاندارد روانپزشکی و درمانگاه در دستور کار قرار گرفت. با پیگیری معاونت درمان استقرار روانپزشک مقیم در بیمارستان مورد موافقت وزارتخانه قرار گرفت و با حضور آنها مشکل پذیرش بیماران روانپزشکی در تمامی ساعات شبانه روز حل شد. همچنین بیمارستان با عقد قرارداد با متخصصین محترم داخلی، قلب، و نورولوژی از خدمات آنها در مشاوره استفاده میکند. با همت خیرین یک دستگاه اسپیرومتری، نوروفیدبک و QEEG خریداری شد. در حال حاضر بیمارستان با ۴۱۷ تخت مصوب، ۲۸۰ تخت فعال در ۲ بخش زنان و ۵ بخش مردان، اورژانس روانپزشکی، درمانگاه و با حضور ۱۶ نفر از متخصصین محترم روانپزشکی و ۳۲۰ نفر پرسنل در محیطی با نشاط به ارائه خدمت به بیماران محروم روانی میپردازد. با توجه به طیف گسترده اختلالات روانپزشکی و شرایط متفاوت بیماران سعی گردید بیماران همگن در بخشها بستری گردند. به طور مثال بخشی به منظور بستری بیماران ارجاعی از سیستم قضایی اختصاص یافت و بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در بخشی متمایز از بیماران روانی بدون سابقه مصرف مواد بستری گردیدند تا ضمن تدوین برنامه درمانی جداگانه برای هر بخش، نگرانی خانواده بیماران برطرف گردد. به دلیل نیاز بیماران به مراقبتهای پس از ترخیص، واحدی به این منظور در بیمارستان راه‌اندازی شد تا پس از شناسایی بیماران پرخطر، ضمن آموزش بیماران و خانواده آنها در حین بستری، پس از ترخیص نیز درمان آنها با کمک واحد مددکاری پیگیری گردد و در صورت نیاز هزینه مربوط به ویزیت و یا تهیه دارو تامین گردد.

در حال حاضر بیمارستان شهید مدرس در تمامی ساعات شبانه روز آماده پذیرش بیماران میباشد.

معرفی بیمارستان روانپزشکی و مرکز توانبخشی شهید رجایی

مصاحبه با جناب آقای حیدری ریاست محترم بیمارستان

جناب آقای حیدری

با عرض سلام و سپاس از وقتی که در اختیار ما گذاشتید ، لطفاً مقدمتاً بیمارستان روانپزشکی شهید رجایی را معرفی بفرمایید.

بیمارستان شهیدرجایی ازسال ۱۳۶۳ فعالیت خودرابه عنوان مرکزی جهت مراقبت ازجانبازان با آسیبهای نخاعی شروع کردوازسال ۱۳۷۱ به دنبال بروز اختلالات عصبی ناشی ازعوارض جنگ که رزمندگان رادرگیرکرده بوداین مرکزاقدام به بستری جانبازان اعصاب وروان نمود. ازسال ۱۳۸۲ بادریافت پروانه تأسیس وبهره برداری ازوزارت بهداشت ودرمان رسماًباعنوان بیمارستان تخصصی اعصاب وروان فعالیت خودرابا ۶۰ تخت فعال ادامه داد.درسال ۱۳۸۹ باپیگیریهای فراوان بادانشگاه علوم پزشکی اصفهان،معاونت درمان دانشگاه ووزارت بهداشت،درمان وآموزش پزشکی درتاریخ ۸۹/۷/۲۴ چهل تخت به مجموع تخت های بیمارستان اضافه گردیدو ۱۰۰ تختخوابی شد.

لطفاً در مورد انواع خدماتی که به بیماران روانپزشکی در این مرکز داده می شود بیشتر توضیح بدهید.

بیمارستان شهید رجایی بزرگترین بیمارستان غیر دولتی روانپزشکی در سطح استان و نیز بزرگترین بیمارستان روانپزشکی بنیاد شهید در سطح کشور می باشد که خدمات روانپزشکی،روانشناسی ، روانپرستاری،مددکاری، کاردرمانی، فیزیوتراپی وهیدروتراپی را به جانبازان معزز ، خانواده های محترم شهدا و ایثارگران و نیز سایر آحاد جامعه ارائه می نماید.این بیمارستان همچنین دارای سالن های ورزشی و آمفی تاتر و کاردرمانی می باشد.

لطفاً در مورد فضای محیطی بیمارستان اطلاعات بیشتری بدهید.

بیمارستان دارای مساحتی به اندازه ۷۵۰۰۰ متر مربع و زیر بنای ۱۲۰۰۰ متر مربع می باشد و دارای ۴۰۰۰۰ متر مربع فضای آزاد و ۳۵۰۰۰ مترمربع فضای مورد استفاده است .بیمارستان از سال ۱۳۸۲ تا کنون موفق به کسب درجه یک در ارزشیابی و اعتبار بخشی سالانه شده است .این بیمارستان دارای پنج بخش روانپزشکی (حاد ۱ ، حاد ۲ ، حاد۳ و کرونیک و اورژانس) با ضریب اشغال تخت بالای ۹۰ درصد می باشد.

اخیراً ساختمان جدید بسیار زیبایی به مجموعه قبلی بیمارستان اضافه شده است . لطفاً در این مورد توضیح بدهید.

ساختمان طرح توسعه بیمارستان ظرف مدت ۲۰ ماه، از تاریخ ۹۱/۲/۱۰ لغایت ۹۲/۱۱/۲۰ با زیر بنای ۳۵۰۰مترمربع درسه طبقه، با ظرفیت ۱۵۰تخت ساخته و تجهیز گردید.

هرطبقه شامل ۱۸اتاق است،که ۱۳ اتاق آن جهت بستری بیماربه صورت VIP میباشد.

امکانات هرطبقه شامل :اتاق احیاء،اتاق ایزوله،لنژ تمیزوکثیف،غذاخوری،فضای کاردرمانی،روانشناسی و مددکاری می باشد.

لطفاً در مورد طرح های آتی شما برای توسعه بیمارستان توضیح بدهید .

بیمارستان در سال ۱۳۹۵ آماده راه اندازی بخش زنان و اضافه نمودن ۱۵۰ تخت به مجموع تخت های بیمارستانی پس از کسب مجوز دریافت ۲۵۰ تخت از وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی خواهد شد .

بیمارستان چشم انداز بسیار زیبایی دارد ، چه طرح هایی برای رونق بیشتر بیمارستان دارید ؟

مابرآنیم تا بیمارستان تخصصی روانپزشکی و توانبخشی شهید رجایی بر پایه مدیریت دانایی محور و براساس علم و فناوری روز با محور نظام اعتبار بخشی به سطحی نائل گردد که بیماران مراجعه کننده به این مرکز به جز درد و رنج بیماری مشکل دیگری نداشته باشند و این مرکز در تخصص روانپزشکی به عنوان بیمارستان برتر در ارائه خدمات تشخیصی، درمانی در سطح استان و استان های همجوار شناخته شود و سالانه بتواند به کسب بالاترین درجه در اعتبار بخشی نائل گردد.

ایستگاه پرستاری
Station

در ایران اسلامی روح ورزش،
ایمان، تقوی و پاکدامنی است

دکتر مهدی حسن زاده
عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

چگونه گروه روان پزشکی اصفهان متولد شد؟

تا سال ۱۳۵۷در دانشکده پزشکی اصفهان گروه روان پزشکی وجود نداشت، این دانشکده یکی از هفت دانشکده پزشکی قبل از انقلاب بود ودر سال ۱۳۲۹ تاسیس شده بود.

در سال ۱۳۵٦ دکتر جمشید بختیار که دارای بورد روان پزشکی امریکاوروانکاو یونگین بود به اصفهان آمد.

دکتر جمشید پسر دکتر ابوالقاسم بختیار است.دکتر ابوالقاسم بختیار کسی است که کارگزار یکی از خوانین بختیاری بود وهر روز فرزندان خان را به دبیرستان البرز تهران میرساند.

دکتر جردن موسس دبیرستان البرز،روز ها از دفتر دبیرستان ناظر اعمال ابوالقاسم بوده واز او خوشش می آید ،او را به دفتر خویش میخواند وجویای احوالش میشود،ابولقاسم میگوید من ۳۹ ساله ،عیالوار وبیسوادم.

جردن به او میگوید خودم به تو درس میدهم وپس از مدت کوتاهی ابوالقاسم نابغه دیپلم میگیرد و با خرج جردن به امریکا اعزام ودر آنجا پزشکی میخواند وسپس تخصص جراحی میگیرد وبه ایران برمیگردد.

دکتر ابوالقاسم ٤ پسر داشت که همگی در امریکا پزشکی خواندند،یکی از آنها دکتر سیروس روانکاو بود که متاسفانه در امریکا در دریا غرق شد،واوصیت کرده بود که پس از مرگ پیکرش را در ایران در توس و در آرامگاه خانوادگی بختیار دفن کنند. این حادثه باعث شد دکتر جمشید پس از سالها فراق به میهن بیاید. در هنگام خاک سپاری یکی از بستگان به او گفت«جمشید سرنوشت برادرت را دیدی؟ تا کی زندگی در غربت و فراق . تو الان نزدیک ٤٥ سال سن داری ، چرا نمیایی ایران به وطنت به هم وطنانت خدمت کنی؟»

جمشید پاسخ داد«آخه من که فارسی بلد نیستم . در آمریکا مدرسه ودبیرستان ودانشگاه وسربازی رفتم ، اگر ایران بیام چطوری تو دانشگاه تدریس کنم؟»

به او گفته شد که در ایران یک دانشگاه آمریکایی در شیراز هست که با دانشگاه پنسیلوانیا مرتبط است وکسی در آنجا فارسی تدریس نمی کند وزبانشان انگلیسی است.

دکتر بختیار از شنیدن این خبر بسیار خوشحال شد وپس از سالها دوری از ایران درسال ۱۳۵۳به ایران آمد و در دانشگاه شیراز مشغول بکارشد.

گویا در شیراز با ناهماهنگی بعضی همکاران روبرو شده وبه ناچار شیراز را به قصد اصفهان ترک میکند.

در سال ۱۳۵٦ وارد اصفهان زیبا میشود، سرزمینی بکر از لحاظ روان پزشکی واینجاست که او نقش فیلیپ پینل را به خود میگیرد وزنجیر را از پای بیماران در تیمارستان کاوه باز میکند،اصفهان سرزمین فرصت ها وجایی برای بنیان گذاری یک گروه مهم روان پزشکی کشور می شود – چیزی که من آن را مکتب اصفهان می نامم مثل مکتب روزبه یا مکتب ایران(انستیتو).

تا سال ٥٦ اصفهان فاقد روان پزشک متخصص ، درمانگاه ، بخش وبیمارستان روانپزشکی دانشگاهی بود. البته دوسه مطب ودو بیمارستان کوچک خصوصی روانپزشکی در سطح شهر بود(بیمارستان دکتر چهرازی وبیمارستان دکتر درچه) اما تا آنجا که من میدانم توسط متخصص اداره نمیشد.

در دوره پزشکی عمومی در دانشگاه اصفهان ،استاژر ها در سال ششم پزشکی دوره یک ماهه تئوری روانپزشکی داشتند ویک روز از این دوره را به تماشای تیمارستان(دیوانه خانه)کاوه واقع در محل فعلی ترمینال کاوه می رفتندومن هم همین مراحل آموزشی را طی کردم.طبیعی است که دانشگاه بدلیل نبود گروه ، دستیار روانپزشکی نداشت.فارغ التحصیلان هم بادیدی بد ومنفی نسبت به روان پزشکی وارد بازار کار میشدند وروان پزشکی را دیوانه شناسی میدانستند مثل توده مردم.

دکتر بختیار به عنوان یک پیشگام،یک ناجی یا یک معمار بزرگ میخواست یک پروژه بزرگ را طراحی واجرا کند(پایه ریزی روانپزشکی مدرن ودانشگاهی اصفهان).ابتدا شروع به جذب نیروهای علمی کرد:

دکتر منوچهر صدری روانپزشک از آمریکا،دکتر عبدالحسین انتظاری روانشناس بالینی از آمریکا

،دکتر منعم روانکاو از سویس، دکتر دادگستر روانشناس از آمریکا، دکتر مهدی جواهری روان پزشک از فرانسه ودکتر محمدتقی بهین روانپزشک به عنوان اعضای هیات علمی.

سپس پذیرش دستیار روانپزشکی آغاز شد. آنروز هاخوشبختانه برخلاف امروز دانشگاه ها مستقل بودند وهر دانشگاه خودش از طریق مصاحبه یاامتحان دستیار میگرفت، لذا دکتر بختیار با استفاده از همین قانون ۷دستیار گرفت که در حقیقت نسل اول روان پزشکان ودانش آموخته مکتب اصفهان هستند که عبارتند از:

دکتر فریدون ضرغام،دکتر یعقوب سپهری، دکتر رضا امیری ،دکتر مهدی رشتیان

،شادروان دکتر بهرام احمد زاده، دکتر غلامحسین مبارکی ودکتر مهدی حسن زاده.
دکتر بختیار بسیار دستیارانش را دوست داشت وآنان را هفت جوانمرد مینامید!
او همزمان در چند جبهه می جنگید،آموزش،درمان ، تاسیس بیمارستان مدرن روانپزشکی فارابی ومدرس باواحدهای روان پرستاری، روان شناسی،کار درمانی و تاسیس بخش روانپزشکی در بیمارستان عمومی خورشید . در سال ۵۷ بیست سال پیش از تاسیس چنین بخشی در دانشگاه ایران، تاسیس در مانگاه های روانپزشکی خورشید،مسعود در خیابان خیام ووحید در خیابان وحید با همت او انجام شد .
همزمان نیروهای صفر کیلومتر روانشناسی و روان پرستاری رانیز شخصا آموزش می داد.آرام آرام تیمارستان کاوه تعطیل وبیمارانش به بیمارستان روانپزشکی فارابی و بیمارستان روانپزشکی مدرس،که هردو دست پرورده خودش بود منتقل شدند وکاوه به تاریخ پیوست.
در سال ۱۳۵۷گروه روان پزشکی را در دانشگاه اصفهان تاسیس کرد واو پایه گذار ونخستین مدیر گروه بود.تااین تاریخ روانپزشکی زیر مجموعه گروه داخلی بود وبه ان گروه روانی! میگفتند.
در سال ۱۳۵۷بخش روان پزشکی را در بیمارستان خورشید بنا نهاد که این بخش مختلط در سال ۱۳۶۰که بنده رییس بخش بودم به دو بخش مجزای مردان وزنان در دوطبقه مجزا تغییر یافت.
تا آن تاریخ حتی در دانشگاه های تهران هم بخش روان پزشکی در بیمارستان عمومی وجود نداشت.
برای تاسسیس این بخش او خون دلها خورد،استادان سایر بخشها مرتبا ایراد می گرفتند که اینجا بیمارستان است یا تیمارستان ؟، دکتر بختیار میخواهد بیمارستان خورشید را که سانتر قلب وکلیه وداخلی استان است تبدیل به دیوانه خانه کند،ما نمی گذاریم «مگر از روی نعش ما رد شود!» .
دکتر بختیار هرروز صبح ساعت هفت ونیم در بخش حاضر می شد وبه بنا، نجار و...... ایده میداد که چگونه بخش راخلق کنند.او انسانی بزرگ،وطن پرست وعاشق بود.
جملاتی تاریخی ومعروف داشت ،مثلا میگفت زندگی سه کلمه بیشتر نیست
Images, Memories, Feelings
یا وقتی میخواست به مراجعی که احساس حقارت دارد فید بک بدهد میگفت» خوبی های درون خودت را ببین»
او هرروز ساعت هفت ونیم صبح ایستاده در بخش راند را شروع میکرد،در راند روانشناسان،پرستاران،دانشجویان ،رزیدنتهای روانپزشکی ورزیدنت های داخلی،اعصاب وپوست شرکت داشتند.
او به دیدگاه کل نگر اعتقادداشت و میگفت «هر بیمار قفلی است که با کلید خودش باز میشود ودر مانگر کسی است که بهترین کلید را برای این قفل بسته بسازد،با یک کلید نمیشود همه قفلها را باز کرد»
او یک وایت بورد در کیفش داشت با ماژیک های رنگی وسر راند از آنها استفاده میکرد،در این کیف کتابها وژورنال های روز را همراه داشت.چون مادرش امریکایی بود فارسی را سخت صحبت می کرد وبه انگلیسی درس میداد ما ۱۳ Textbookداشتیم که کتاب اصلی ما
Kolb Modern Clinical Psychiatry 1977 , Second Edition, Saunders
بودومتاسفانه دیگر این کتاب چاپ نشد،تاکید این کتاب بر مباحث داینامیک بود.
در دوره ما تا سال آخر تنها رزیدنتهای روانپزشکی بودیم وسال پایین یا بالا نداشتیم.
ماصبح ها در بیمارستان های خورشید وفارابی ودرمانگاه های خورشید ،وحید ومسعود(خیابان خیام) مشغول آموزش بودیم.
کلاس تئوری استادان عصرها در بیمارستان خورشید بود.
کلاس دکتر بختیار شبها ساعت ده شب در مطب ایشان وهفته ای یک بار در منزل رزیدنتها بود.
همزمان با این همه فعالیت،دکتر بختیار بیمارستا ن مدرس را در جاده اصفهان به نجف آباد پایه گذاری کرد،او به شاگردانش تنها روان پزشکی نیاموخت،به آنان عشق به مردم ووطن،حرفه،احساس مسئولیت،تلاش،نوآوری،پشتکار،مبار زه با مشکلات بخصوص انگ زدایی آموخت.چیزی که منهم به عنوان یکی از شاگردانش در طول ۳۵ سالی که هیات علمی دانشگاه های علوم اصفهان ،ایران وتهران بودم سعی کردم بکار ببندم . اینکه موفق شدم یا نه همکاران جوانم که دوره ای را بامن گذرانده اند خواهند گفت ونوشت. از دکتر بختیار چیزهای نابی آموختم . ظهر که خسته با دست گچی از کلاس بخش خارج میشد بیماران که به او عشق میورزیدند ناهارشان را به او تعارف میکردند واو ناخنکی میزد ومیخورد وبما می گفت اینکارراپورت وکمپلیانس بیماران را بالا میبرد وسبب تسریع در بهبودی آنان میشود.
هروقت از راهرو وسط بخش میگذشت از شیشه مربعی بالای درب اتاق ها نگاهی به درون اتاق ها می انداخت وبابیماران خوش وبش میکرد،میپرسیدیم این چیست میگفت این Psychological Roundاست واهمیتش از راند اصلی کمتر نیست.
با دانشجویان بسیار گرم میگرفت وآنها را عاشق روان پزشکی میکرد،رزیدنتهای دیگر بحال ما غبطه می خوردند که چنین استادی داریم.کسی را پیدا نمیکنید که خاطره بد از او داشته باشد.
اینک او سالهای پیری را در امریکا با آلزایمر میگذراند ولی خوبیها وخاطرات ویادگارهایش در اصفهان وایران ابدی است.

فاطمه ناجی اصفهانی- روانپزشک

دکتر سعید سمندری: روانپزشک ،
فلوشیپ روانپزشکی سالمندان

فایزه ضیایی- روانشناس

معرفی بیمار مبتلا به دمانس با تابلوی علایم اولیه سایکوز دیر آغاز

بیماران با اختلالات مخرب نورونی (neurodegenerative)ممکن است به ویژه در اوایل سیر بیماری با تشخیص اختلالات روانپزشکی تحت درمان قرار گیرند.مرحله پرودروم این بیماری‌ها ممکن است به صورت اختلالات اولیه روانپزشکی تظاهر یابد، هم چنین علائم عصبی- روانپزشکی (neuropsychiatry) این اختلال می تواند با یک اختلال روانپزشکی اولیه اشتباه گرفته شود. به نظر می رسد این خطای تشخیصی روانپزشکی به ویژه در دمانس فرونتوتمپورال بیشتر است. دمانس فرونتوتمپورال (FTD) دومین علت شایع دمانس‌های نورودژنراتیو در بیماران جوان‌تر از ۶۵ سال است. این اختلال تظاهرات فنوتیپی ناهمگون زیادی را نشان می‌دهد و سه گروه برای آن تعریف شده است: نوع رفتاری (FTD-bv)، آفازی غیر سلیس پیشرونده و آفازی معنایی(۲-۱).درآفازی معنایی تظاهرات اولیه شامل آنومی واختلال در صحبت کردن ثانویه به از دست دادن دانش معنایی است که با آتروفی لوب تمپورال قدامی همراه می باشد. در آفازی غیر سلیس پیشرونده،مشکل اساسی بیمار اختلال شدید در زبان بیانی است (۳).اما نوع رفتاری دمانس فرونتو تمپورال سندرم بالینی است که در نتیجهٔ تخریب نورونی در لوب‌های فرونتال و تمپورال ایجاد می شود. علائم عمدتا به صورت تغیرات رفتاری و شخصیتی است که شامل مهار گسیختگی، اختلال در تعاملات اجتماعی، آپاتی، از دست دادن همدلی، رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری، پرخوری، تغییرات در رژیم غذایی و پرحرفی می گردد(۵-۴).با توجه به علائم، بیماران مبتلا به نوع رفتاری دمانس فرونتوتمپورال معمولاً در مراحل آغازین با تشخیص های اختلال افسردگی اساسی(MDD)،اختلال دو قطبی و یا اسکیزوفرنی تحت درمان قرار می گیرند. یک دورهٔ زمانی دراز مدت بین شروع علائم و تشخیص میتواند دیده شود که هزینه‌های درمانی فزاینده ناشی

ازاقدامات تشخیصی و درمانی را در بر–می گیرد و استرس زیادی را برای بیماران و خانواده آن‌ها به دنبال دارد (۹–۶).

با وجودیکه پژوهش‌های اندکی همراهی بین اسکیزوفرنی و دمانس فرونتوتمپورال (FTD) رانشان داده‌اند، امامشاهدات اخیر بالینی و پاتولوژیک نشان می‌دهد که افراد بادمانس فرونتوتمپورال نشانه‌هایی از سایکوز (۱۱–۱۰)، مهار گسیختگی، آپاتی، رفتارهای نامتناسب اجتماعی، اعمال شبه وسواس و بینشی ضعیف دارند که می تواند منجر به تشخیص اشتباه اسکیزوفرنی با شروع دیررس یا یک اختلال روانپزشکی دیگری شود (۱۳–۱۲).

از طرف دیگر فقدان اختلال حافظهٔ بارز و زودرس تشخیص بالینی دمانس فرونتوتمپورال (FTD) را با توجه به ملاک‌های تشخیصی موجود با مشکل مواجه میکند. با این همه تجربیات بالینی نشان می‌دهد که بعضی از بیماران با وجود تشخیص دمانس فرونتوتمپورال از اوایل سیر بالینی فراموشی نیز دارند و یا این که حتی ممکن است تنها شکایت اولیه فراموشی باشد. پس دمانس فرونتوتمپورال می تواند با دمانس آلزایمر نیز به علت همپوشانی علائم اشتباه شود (۱٤). درواقع با وجودی که تشخیص نادرست و همزمان دمانس فرونتوتمپورال و آلزایمر ندرتا دیده می شود، ولی امکان آن نیز وجود دارد (۱۵).

دراین مقاله بیماری با تشخیص احتمالی دمانس فرونتوتمپورال گزارش می‌شود و در مورد تفاوت تظاهرات بالینی، تغییرات رفتاری و شخصیتی ناهنجار در فرونتوتمپورال و وجود علائم سایکوتیک چون هذیان و افکار پارانوئید در ابتدای اختلال و نیز تفاوت‌های آن با دمانس آلزایمر بحث خواهیم کرد.

معرفی بیمار

بیمار آقای ٥٦ ساله، متاهل دارای سه فرزند، بازنشسته ذوب آهن، با تحصیلات پنجم ابتدایی، اهل و ساکن نجف آباد است. وی از حدود ۳۰ سال قبل دچار بدبینی هایی در حد باورهای بیش بها داده شده (overvalued idea) نسبت به همسر و سایر اعضای خانواده بوده است و فکر می کرده که آن‌ها قصد آزار و اذیت او را دارند. در خلال این مدت باورهای نادرست موجب بروز مشکلات خانوادگی می شده البته باورهای بیمار در حد هذیان نبوده است و پرخاشگری زیادی گزارش نشده است. کارکرد بیمار در بیرون از خانه و در محیط کار و روابط بین فردی مناسب ارزیابی گردید.

بیمار ٤ سال قبل از مراجعه و پس از ابتلای همسرش به سرطان و نگرانی شدید او دراین مورد به تدریج دچار تشدید علائم شده به این صورت که بدبینی‌های وی به همسرش زیادتر شده و گمان می کرده با دامادش روابطی نامشروع دارد و برآن پافشاری می‌کرده و گاهگاه پرخاشگری نیز داشته است اما توهم گزارش نشده است. بیمار افکار خودکشی جدی نیز داشته که در نتیجه علایم یاد شده حدود ۲ سال قبل از مراجعه به ما با تشخیص psychotic disorder (NOS) تحت درمان روزانه با رسپریدون ٤ میلی گرم و آریپی پرازول ۱۰ میلی گرم و نیز آمپول فلوپنتیکسول ماهانه قرار گرفته و پس از یک سال مصرف، داروها را قطع کرده است.

به تدریج نشانه‌های دیگری چون مشکلات رفتاری، تغییرات شخصیتی و علایم شناختی در بیمار ایجاد شده است به طوریکه لباس پوشیدن و مراقبت‌های شخصی بیمار کاهش یافته و لباس پوشیدن او نامرتب شده، از حمام کردن اجتناب می کرده و تنها به اصرار خانواده حاضر به انجام آن می شده است. بیمار بی قرار بوده و دایما تمایل به بیرون رفتن از خانه را داشته و گاهی شب‌ها نیز بر نمی گشته است. کاهش خواب به شکل بیداری صبحگاهی و خروج از منزل و افت مهارت‌های قبلی چون رانندگی و نیز موتورسواری گزارش شده است. با وجودیکه شغل وی در گذشته مکانیکی بوده و مهارت خوبی در انجام آن داشته در حال حاضر بخش عمده این توانایی از دست رفته است. دریک سال گذشته افت عملکرد بیمار به تدریج افزایش یافته و دیگر قادر به مدیریت درست امور مالی خود نبوده است. خریدهای بیمار نامناسب و در مواردی تکراری بوده است، توانایی محاسبه کاهش یافته و نظارت بیمار بر فعالیت‌های شغلی افت چشمگیری پیدا کرده است. رفتارهای مهار گسیخته چون رفتن با لباس زیر در مجالس خانوادگی، بی ربطی در کلام و گاها با شوخی های نابجا در جمع موجب آزار اعضای خانواده می شده است. جمع آوری اشیای بی ارزش و غیر ضروری همچون ابزار فلزی به درد نخور و بدون مصرف از دیگر نشانه‌های بیمار در یکسال اخیر بوده است.

به تازگی مشکلات در حافظه بیمار نیز بارزشده بیمار وسایلی چون کلید منزل یا محیط کار را گم می کرده است. همچنین از اتفاقاتی صحبت می کرده که به نظر خانواده هیچگاه رخ نداده‌اند. در شناخت چهره اعضای خانواده و بستگان نزدیک مشکلی نداشته ولی گاهاًنام آن‌ها را فراموش می کرده است. تشخیص احساسات دیگران بنا به گفته اعضای خانواده کم شده بوده و بیمار بینشی نسبت به مشکلات خود نداشته و تنها نگرانی خود را بیماری همسرش می داند.

در بررسی وضعیت روانی هذیان، توهم، افکار وسواسی و فوبیا به دست نیامد. در بررسی سابقهٔ پزشکی ابتلا به بیماری خاصی یافت نشد. سابقهٔ سوء مصرف موادوسیگار به دست نیامد.

نتایج آزمون های شناختی انجام شده:

در مدت بستری آزمون‌های شناختی ذیل با هدف ارزیابی وضعیت شناختی بیمار انجام شد: این آزمون‌ها شامل آزمون ساعت (CDT)، بررسی توانایی دیداری–فضایی، آزمون خط سیر، آزمون ویس کانسین و آزمون‌های در بستر بیمار (bed side test) مثل آزمون بررسی توالی حرکتی می‌باشد. نتایج کلیه آزمون‌های انجام شده نشان دهنده اختلال بارز به ویژه در عملکردهای اجرایی (executive function) و تکرار (perseveration) بودند که نتایج این آزمون‌ها در اشکال ۱ تا ٦ دیده می‌شود.

در آزمون ویسکانسین نتایج ذیل به دست آمد:

۱. دامنه عملکرد آزمودنی در مقایسه با گروه نرمال در محدوده‌ی متوسط تا شدید می‌باشد. آزمودنی در عملکرد اجرایی و تغییر مجموعه (انعطاف پذیری ذهنی) ضعیف بود.

۲. نمره دانش یادگیری و رتبه درصدی پاسخ‌های مفهومی پایین بود که نشان دهنده پاسخ دهی تصادفی و ضعف بینش نسبت به اصول دسته بندی تصادفی است.

۳. پاسخ‌های تکراری و درجاماندگی زیاد بود که از نشانه‌های کلیدی اختلال لوب فرونتال به ویژه در نیمکره چپ است.

نمره بیمار در آزمون MMSE ۲۱/۳۰ بود. هوش بهر بیمار در آزمون هوش وکسلر بالغین ۷۹ بود، که تفاوت بارزی بین نمره کلامی (۸۰) و عملی (۷۸) مشاهده نشد. نتایج آزمون حافظه وکسلر بیمار، با توجه به مشکلات بارز در تمرکز قابل نمره گزاری نبود. درطی انجام همه آزمون‌ها بیمار حواسپرت بوده و perseveration بارزی مشهود بود.

نتایج تصویربرداری مغزی (Brain MRI) انجام شده آتروفی درجه ۲ در

لوب فرونتال را نشان می دهد و گزارش آن nonspecific white matter high signal fociمی باشد.
نتایج پاراکلینیک بیمار شامل CBC,U/A,LFT,TFT همگی نرمال بود.
با توجه به گزارش خانواده، برادر بزرگتر و عموی بیمار نیز نشانه‌هایی ازفراموشی، گوشه گیری و افت عملکرد را در دهه‌های ۵ و ٦ زندگی داشته‌اند.
بحث
در این مقاله،بیماری معرفی شد که در ابتدا با علائم هذیان پارانویید و حسادت، بی قراری و پرخاشگری و با تشخیص اختلال سایکوتیک تحت درمان بوده و سپس دچار علائم رفتاری مشابه آنچه در دمانس فرونتوتمپورال نوع رفتاری دیده می‌شود،شده است که منجر به اختلال عملکرد واضح و اختلال در عملکرد اجرایی شده ونتایج کلیه آزمون‌های مربوطه نشان دهنده افت در عملکردهای اجرایی و توانایی دیداری فضایی می‌باشد.
اگرچه مبتلایان به اسکیزوفرنیا نیز ممکن است به سطح اختلال عملکرد مشابه آنچه در دمانس دیده می‌شود برسند ولی این موضوع غالبا درسنین بالاتر(۸۰ سال) رخ می‌دهد، در حالی که این بیمار ٥٦ ساله است و طی ٤ سال از شروع علائم سایکوتیک علائم شناختی او شروع شده است (١٦).
شیوع علائم سایکوتیک در شروع دمانس فرونتوتمپورال در مطالعات مختلفی نشان داده شده است. در مطالعه‌ای حدود ۳ درصد از بیماران با تشخیص دمانس فرونتوتمپورال در ابتدا با علائم پارانویید مراجعه کرده و به طور متوسط ۳ سال دیرتر تشخیص دمانس گرفته‌اند که در مورد بیمار ما نیز چنین بود(١٧). این در حالی است که در مطالعات دیگر، چنین بروزی با علائم سایکوتیک مشاهده نشده است(١٩-١٨).
این موضوع می‌تواند به علت تفاوت در خصوصیات نمونه‌های مورد مطالعه باشد اما در مجموع یک مقاله مروری نشان داد که تا ۱۳درصد بیماران فرونتوتمپورال در مطالعات مختلف و در مراحل اولیه با علائم سایکوتیک مراجعه کرده‌اند. با این حال مطالعاتی که شیوع تشخیص گذاری اسکیزوفرنیا یا سایر اختلالات سایکوتیک را در ابتدای این بیماری مشخص کرده باشند محدود است (١٠). در مجموع هر چه سن بیمار در هنگام بروز علائم پایین تر باشد احتمال تشخیص گذاری اسکیزوفرنیا بیشتر می شود(٢٠).
با این وجود باید توجه داشت که یک مورد تیپیک اسکیزوفرنیا به سختی با دمانس فرونتوتمپورال اشتباه می‌شود، که این به خاطر سیر طولانی مدت این اختلال است (۲۱). در مورد این بیمار، علائم سایکوتیک دیرهنگام (بعد از ٤٥سالگی) شروع شده و به دنبال آن با علائم شناختی شدید همراه شده است. و بیمار در هیچ زمانی در طول بیماری توهم و علائم منفی نداشته است. تا ٥٠ درصد بیماران با دمانس فرونتوتمپورال سابقه خانوادگی از بیماری عصبی اضمحلالی دارند که این موضوع در اسکیزوفرنیا دیده نمیشود(۲۲). در مورد این بیمار نیز برادر و عموی وی سابقه بروز اختلال شناختی و افت شدید عملکرد در سن مشابه بیمار داشته‌اند. لذا شروع علائم بعد از دهه سوم و سابقه خانوادگی مثبت شک به بیماری مخرب نورونی را تقویت میکند..
در این بیمار همزمان با شروع علائم رفتاری اختلال حافظه کوتاه مدت نیز به تدریج شروع شده است. این موضوع در دمانس فرونتوتمپورال معمول نیست. اما گروهی اصطلاحfrontal AD را برای مواردی که بیمار اختلال حافظه اپیزودیک را به همراه علائم رفتاری دمانس فرونتوتمپورال دارد به کار می‌برند(١٤). در مطالعه‌ای در انگلستان ٤ مورد از ١٢ مورد اثبات شده برای دمانس فرونتوتمپورال در پاتولوژی، اختلال حافظه شدید داشته اند(۲۳). در مطالعه دیگری نیز ۲ بیمار از ٦ بیمار با تشخیص دمانس فرونتوتمپورال با اختلال حافظه در ابتدای امر بروز کردند و در سال‌های بعدی عمر تشخیص دمانس آلزایمر گرفتند(٢٤).در مورد این بیمار نیز چنین احتمالی وجود دارد.در مجموع مطالعات مختلف نشان می‌دهد که اختلال حافظه در بیماران مبتلا به دمانس فرونتوتمپورال کاملا ناهمگون بوده و در گروه‌های مختلف توضیحات متفاوتی دارد و آنچه تشخیص قطعی را مشخص میکند سیر طولی علائم و در نهایت پاتولوژی است(٢٦-٢٥).
در این بیمار تصویربرداری MRI مغز یافته اختصاصی به شکل آتروفی لوب‌های فرونتال و تمپورال یا آتروفی هایپوکامپ و تمپورال میانی، که به نفع دمانس فرونتوتمپورال یا آلزایمر باشد نشان نداد (٢٧).

نتیجه گیری

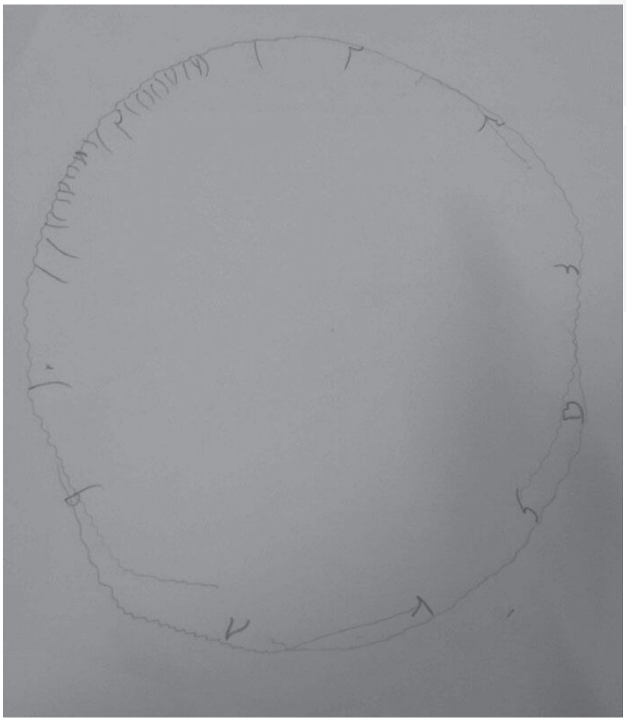
دمانس فرونتوتمپورال می‌تواند به شکل‌های مختلف بروز کند و در مراحل اولیه در مواردی با اختلال سایکوتیک یا سایر انواع دمانس اشتباه می‌شود. در این میان شرح حال دقیق، بررسی سیر طولی علائم و ارزیابی‌های مفصل و دقیق نوروسایکیاتری کمک کننده است.با توجه به موارد ذکر شده لازم است درمانگران از موارد زیر آگاه باشند:
١.علایم مشترک و همپوشی زیادی بین اختلالات روانپزشکی و نورولوژی وجود دارد که توجه بالینی زیادی را برای تشخیص دقیق میطلبد.
٢.شک بالای درمانگر، برای بیماری‌های مخرب نورونی در هر بیمار میان سال و یا سالمندی که دچار علایم روانپزشکی جدید (افسردگی،سایکوز و ...) شده است، لازم است.
٣.علایم افسردگی بیشترین علامت همپوش بوده که می تواند قبل از بروز آلزایمر و یا دمانس فرونتوتمپورال به صورت آپاتی،دوری گزینی اجتماعی ویا علایم نباتی بروز کند.
٤. علایم مانیا دومین علایم شایع می‌باشد که معمولا قبل از شروع نوع رفتاری دمانس فرونتوتمپورالمی تواندیده‌شودوشامل یوفوریا،مهارگسیختگی،تحریک پذیری،تصمیم گیری ضعیف و رفتارهای وسواسی می‌باشد.
٥.علایم زیر در جداکردن دمانس فرونتوتمپورال از مانیا مفید هستند:
الف)شروع پنهانی و پیشرفت کند
ب) حرکات و کلام کلیشه‌ای
ج)مهارگسیختگی بدون احساس پشیمانی
د)از دست دادن شدید ایمپاتی و حساسیت اجتماعی
ر)پرخوری یا رژیم وسواس گونه غذایی
ه)نداشتن نگرانی و فقدان بینش (٢٠)

منابع

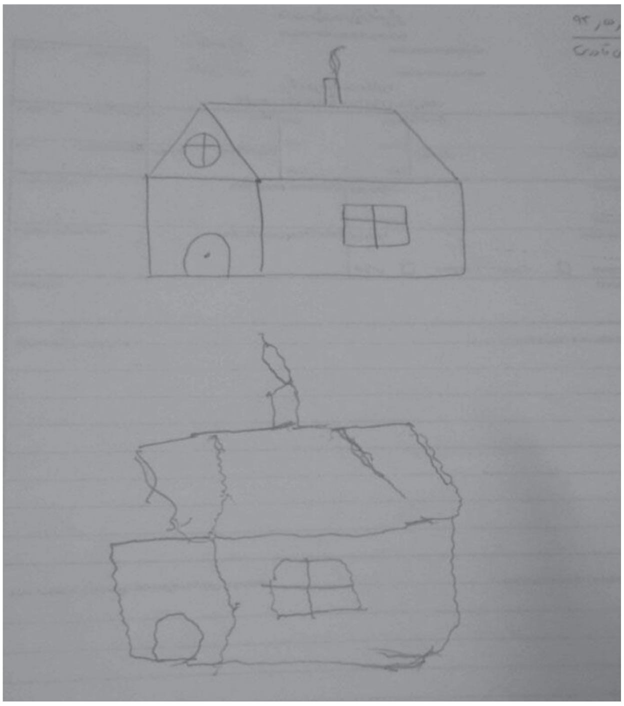
1. Mioshi E, Hodges JR. Rate of change of functional abilities in frontotemporal dementia. Dement GeriatrCognDisord 2009;28:419-426.
2. Ratnavalli E, Brayne C, Dawson K, Hodges JR. The prevalence of frontotemporal dementia. Neurology. 2002; 58(11):1615–1621.
3. Nestor PJ, Graham NL, Fryer TD, Williams GB, Patterson K, Hodges JR. Progressive non-fluent aphasia is associated with hypometabolismcentred on the left anterior insula. Brain 2003; 126: 2406–18.
4. Piguet O, Hornberger M, Mioshi E, Hodges JR. Behaviour-al-variant frontotemporal dementia: diagnosis, clinical staging, and management. Lancet Neurol 2011;10:162-172.
5.Weder ND, Aziz R, Wilkins K, et al. Frontotemporal dementias: a review. Ann Gen Psychiatry. Jan1; 2007 6(15):1–10.
6. Mendez MF, Perryman KM. Neuropsychiatric features of frontotemporal dementia: evaluation of consensus criteria and review. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2002;14(4):424-429.
7. Gigi A, Pirrotta R, Kelley-Puskas M, et al. Behavior disturbances in emergency psychiatry orfronto-temporal dementia diagnosis? A challenge for psychiatrists. Encephale. 2006; 32:775–780.
8. Passant U, Elfgren C, Englund E, Gustafson L. Psychiatric symptoms and their psychosocial consequences in frontotemporal dementia. Alzheimer Dis AssocDisord. 2005;19(suppl 1):S15-S18.
9. Mendez MF, Shapira JS, McMurtray A, Licht E, Miller BL. Accuracy of the clinical evaluation for frontotemporal dementia. Arch Neurol. 2007;64(6):830-835.
10. Velakoulis D, Walterfang M, Mocellin R, Pantelis C, McLean C. Frontotemporal dementia presenting as schizophrenia-like psychosis in young people: clinicopathological series and review of cases.Br J Psychiatry. 2009 Apr;194(4):298-305.
11.Mendez MF, Shapira JS, Woods RJ, Licht EA & Saul RE: Psychotic symptoms in frontotemporal dementia: Prevalence and review. Dement GeriatrCognDisord 2008; 25:206-61.
12. Brewer WJ, Francey SM, Wood SJ, Jackson HJ, Pantelis C, Phillips LJ, et al. Memory impairments identified in people at ultra-high risk for psychosis who later develop first-episode psychosis. Am J Psychiatry 2005; 162: 71–8.
13. Passant U, Elfgren C, Englund E & Gustafson L: Psychiatric symptoms and their psychosocial consequences in frontotemporal dementia. Alzheimer Dis AssocDisord 2005; 19: S15-S18.
14. Graham A, Davies R, Xuereb J, Halliday G, Kril J, Creasey H, et al. Pathologically proven frontotemporal dementia presenting with severe amnesia. Brain. 2005 Mar;128(Pt 3):597-605.
15. Gee J, Ding L, Xie Z, Lin M, DeVita C, Grossman M. Alzheimer's disease and frontotemporal dementia exhibit distinct atrophy–behavior correlates: a computer-assisted imaging study. Acad Radiol 2003;10:1392–1401.
16. Friedman ji, Harvey PD, Cleman T et al. six year follow up study of cognitive and functional status across the lifespan in schizophrenia: a comparesion with Alzheimer disease and normal aging. AM J Psychiatry (2001) 158:1441-8.
17. Ibach B, Poljansky S, Barta W, Koller M, Wittmann M, Hajak G. Patterns of referring of patients with frontotemporal lobar degeneration to psychiatric in- and out-patient services. Results from a prospective ulticenter study. Dement GeriatrCognDisord 2004; 17: 269–73.
18. Lindau M, Almkvist O, Kushi J, Boone K, Johansson SE, Wahlund LO, et al.First symptoms–frontotemporal dementia versus Alzheimer's disease. Dement GeriatrCognDisord 2000; 11: 286–93.
19. Seeley WW, Bauer AM, Miller BL, Gorno-Tempini ML, Kramer JH, Weiner M,et al. The natural history of temporal variant frontotemporal dementia. Neurology 2005; 64: 1384–90.
20. Mercy L, Hodges JR, Dawson K, et al. Incidence of early-onset dementias in Cambridgeshire, United Kingdom. Neurology. Nov 4; 2008 71(19):1496–9.
21. RajkaMarija Liščić1 &Aleš Kogoj2. SOCIAL BEHAVIOUR VS. PSYCHIATRIC FEATURES OF FRONTOTEMPORAL DEMENTIA Clinical report of two cases.PsychiatriaDanubina, 2010; Vol. 22, No. 2, pp 179–182
22. Eaton WW, Kalaydjian A, Scharfstein DO, et al. Prevalence and incidence of depressive disorder: the Baltimore ECA follow-up, 1981–2004. Acta Psychiatr Scand. Sep 1; 2007 116(3):182–8.
23. Janssen JC, Warrington EK, Morris HR, Lantos P, Brown J, Revesz T, et al.Clinical features of frontotemporal dementia due to the intronic tau 10(+ 16) mutation. Neurology 2002; 58: 1161–8.
24. Tsuchiya K, Ikeda M, Hasegawa K, Fukui T, Kuroiwa T, Haga C, et al. Distribution of cerebral cortical lesions in Pick's disease with Pick bodies: a clinicopathological study of six autopsy cases showing unusual clinical presentations. Acta Neuropathol (Berl) 2001; 102: 553–71.
25. Glosser G, Gallo JL, Clark CM, Grossman M. Memory encoding and retrieval in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. Neuropsychology 2002; 16: 190–6.
26. Pasquier F, Grymonprez L, Lebert F, van der Linden M. Memory impairment differs in frontotemporal

dementia and Alzheimer's disease. Neurocase 2001; 7: 161–71.

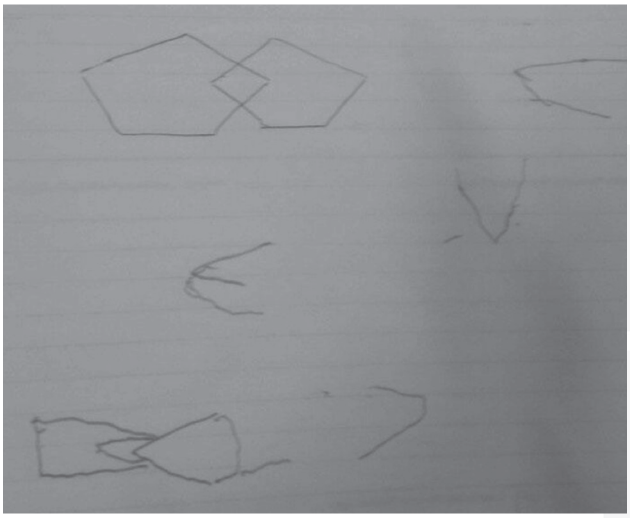
27. Mendez MF, McMurtray A, Chen AK, Shapira JS, Mishkin F & Miller BL: Functional neuroimaging and presentingpsychiatric features in frontotemporal dementia. J NeurolNeurosurg Psychiatry 2006; 77:4-7.



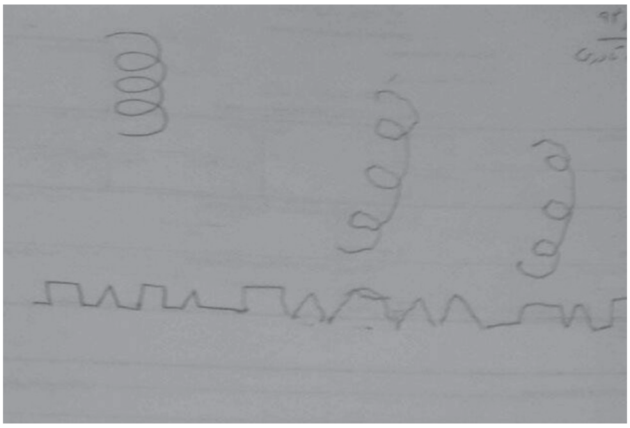
شکل ۱: آزمون ساعت



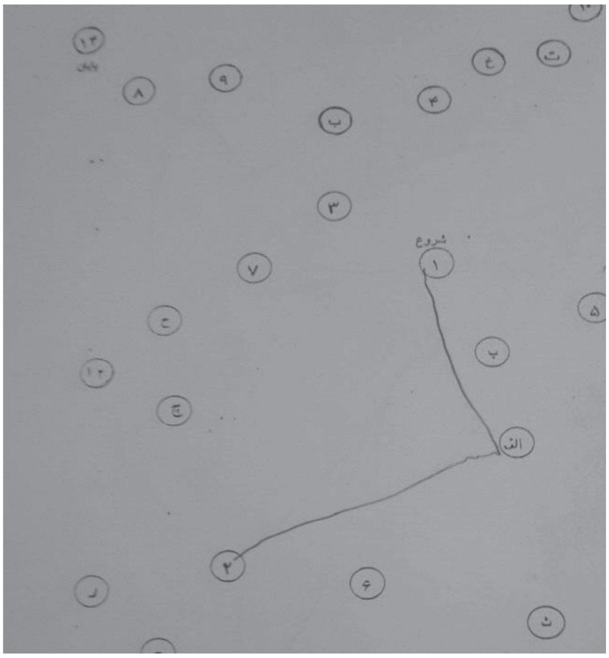
شکل ۳: آزمون بررسی دیداری فضایی



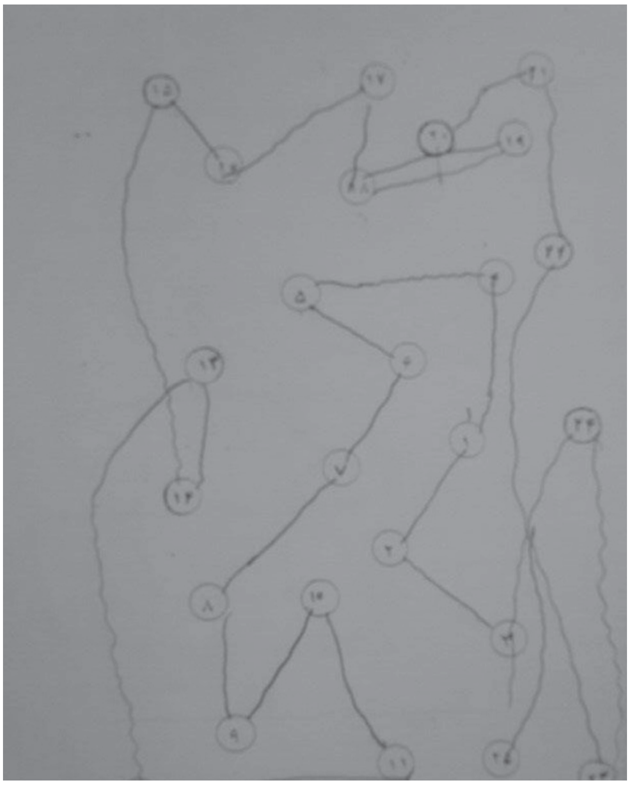
شکل ۲ : آزمون بررسی دیداری فضایی



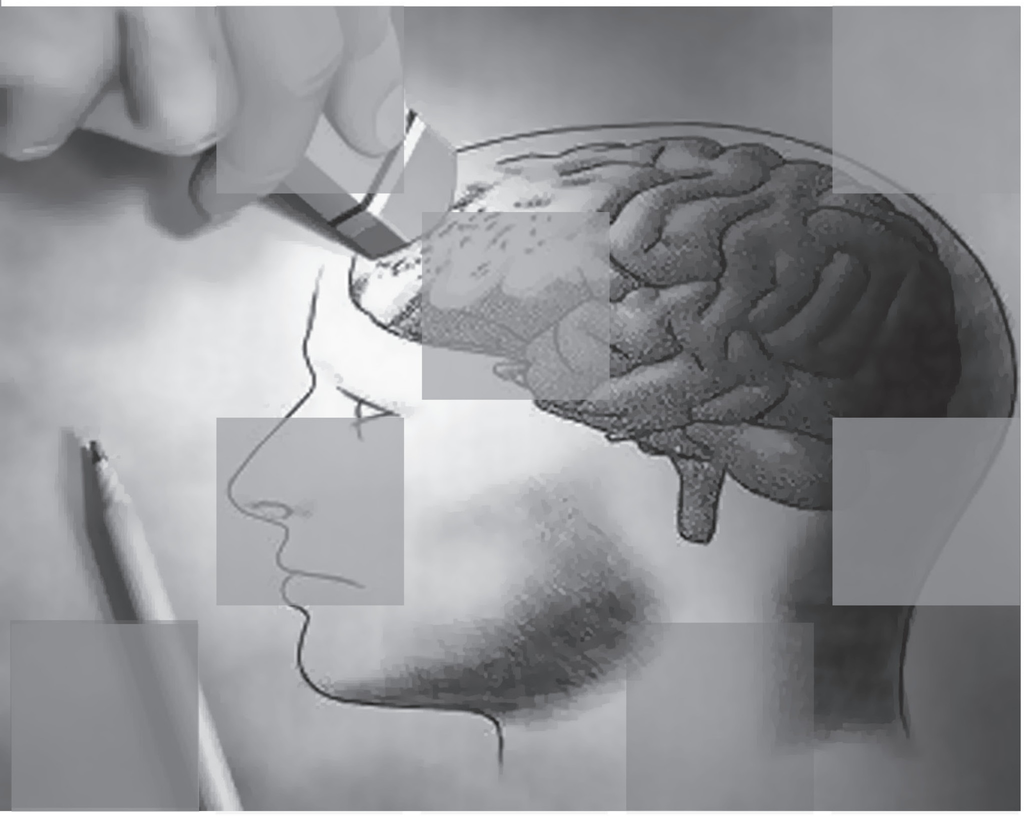
شکل ٤: آزمون بررسی توالی حرکتی (ترسیم)



شکل ۵: آزمون خط سیر(A)



شکل ٦: آزمون خط سیر(B)



SCHEMA THERAPY
(طرحواره درمانی)

دکتر حسین زرین – روانپزشک

طرحواره درمانی بر اساس سنت شناخت درمانی توسط یانگ (Young) و همکاران در سال ۲۰۰۳ میلادی بیان شد. بر اساس سبک شناخت درمانی بک که سالها قبل مطرح شده بود، اما یانگ و همکاران به این کار ساختار دقیق تر و وسعت بیشتری دادند و آن را در درمان اختلالات شخصیت و بیماری های مزمن روانی به صورت ابزاری که چهارچوبهای مشخص دارد بکار بردند. اگر درمانگری بخواهد از تسکین علائم حاد بیماری روانی پارافرتر بگذارد باید به عملکرد فرد پیش از آغاز اختلال و پس از فروکش کردن مرحله حاد توجه کند. یافته های پژوهشی نشان می دهد طرحواره (Schema) نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلالهای روانشناختی همچنین در عود یا بازگشت دوره های بعدی اختلال، بازی می کند.

طرز فکر رایج این است که درمان اختلالات شخصیت دشوار است ولی از نظر شدت اختلالات شخصیت ممکن است ضعیف (در افراد معمولی) متوسط (که تاثیر منفی روی زندگی بگذارد) و شدید که (اختلال عملکرد بارز ایجاد کند) باشد. به این دلیل بررسی و درمان بر اساس طرحواره ها در شرایط زیر آستانه ای در سندرمهای روانی بسیار کمک کننده می باشد.

(Schema therapy) فقط یک درمان نیست بلکه چون بسیار دقیق و سیستماتیزه است می تواند به یکپارچه شدن معلومات ما در مورد بیماریهای روانی به صورت قابل توجهی کمک کند.

تعریف کلی طرحواره

طرحواره به طور کلی به مجموعه ای از باورهای اصلی اشاره می کند که افراد برای سازماندهی دیدگاهشان از خود، جهان و آینده مورد استفاده قرار دهند.

جفری یانگ تکنیکهای مختلف را یکپارچه ساخت و به عنوان اصلی ترین روش، شناخت درمانی کلاسیک را به کار برد در عین حال توجه نسبتاً دقیقی به (Origins) مبدأ اختلالات در دوران کودکی و نوجوانی داشته و در کنار روشهای (C.BT) شناخت رفتار درمانی از تکنیکهای(Emotive) برانگیختگی هیجانی برای درمان استفاده کرده است.

طرحواره درمانی در چه مواردی کاربرد دارد

۱–(Personality Disorder) اختلالات شخصیت

۲–(characterologic feature) اختلالات خصیصه ای

۳–(Marital problem) مشکلات زناشویی

٤–(chronic Depressive and anxiety disorder) اختلالات افسردگی و اضطرابی مزمن

۵– مواردی که بیمار تعریف مشخصی از بیماری خود ندارد ولی احساس نارضایتی می‌کند یا مواردی که احساس پوچی (Emptiness) و مشکل هویتی (Identity) دارد.

در چه مواردی اندیکاسیون ندارد:

۱–(Major crisis) بحرانهای حاد

۲–اختلالات روانپریشی (Psychotic Disorder)

۳–(Severe acute drugs & alcohol Dependency) موارد شدید و حاد وابستگی به الکل و مواد مخدر

٤–(Situational Problem unrelated to schema) شرایط و موقعیتی که مرتبط با طرحواره ها نباشد.

تعریف Schema در طرحواره درمانی: قالب یا ساختاری است که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرد تا به افراد کمک کند که تجارب خود را تبیین کنند. در اوایل کودکی شکل می گیرد وخود را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می کند. هم طرحواره (Schema) مثبت و سازگار داریم و هم طرحواره منفی ناسازگار آنچه در طرحواره درمانی مد نظر است(Early Maladaptive Schemas) یا به اختصار (EMS) طرحواره های ناسازگار اولیه است.

طرحواره ناسازگار اولیه (EMS) درون مایه ی عمیق و فراگیر دارد. از هیجان(

(Emotion) ، شناختواره (Cognition)، احساسات بدنی (Somatic Sensation) و خاطرات (Memories) تشکیل شده است.

در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته و در مسیر زندگی تداوم می یابد. محتوای آن در مورد خود و رابطه با دیگران است. به شدت ناکار آمد (Dysfunctional) بوده و بر روی زندگی فرد تاثیر منفی می گذارد. از خصوصیات آن این است که برای بقاء خود می جنگد و افراد را به سمت وقایعی می کشاند که با طرحواره آنها همخوانی دارد. به صورت ابعادی (Dimensianoal) بوده و از نظر شدت فرق دارند.

EMS چگونه شکل می گیرد؟

بر اساس ۵ نیاز هیجانی اولیه شکل می گیرد.

۱-دلبستگی به دیگران (Attachment)

۲-خودگردانی، کفایت و هویت (Autonomy)

۳-آزادی در بیان نیازها و هیجانهای سالم (Self expression)

٤-خود انگیختگی و تفریح (Spontaneity)

۵-محدودیتهای واقع بینانه و خویشتن داری (Self Control & self limit)

یانگ اعتقاد دارد که نیازهای فوق جهان شمول هستند و در همه ی انسان ها وجود دارند. فردی که از سلامت روان برخوردار است می تواند این نیازهای هیجانی را سازگارانه ارضاء کند.

در EMS این نیازهای هیجانی اولیه رفع نشده یا به طور نا مناسب رفع شده است.

چگونگی شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه EMS

در ارتباط با نیازهای هیجانی اولیه و متاثر از اثر متقابل مزاج (Temperament) و تجربه های اولیه زندگی(Primary life experience) ایجاد می شود.

طرح ناسازگارانه اولیه(EMS)→{مزاج ↔ تجربه های اولیه زندگی

و پاسخهای مقابله ای هم بر اساس مزاج در واکنش به طرحواره های ناسازگار ایجاد می شود.

روشهای مقابله‌ای (Coping style)→مزاج→طرحواره های ناسازگار اولیه (EMS)

در سیر درمان یکی از هدفهای اصلی ما این است که به بیماران کمک کنیم تا راه های سازگارانه برای ارضاء نیازهای هیجانی خود پیدا کنند.

اتفاقات اولیه زندگی

(Nuclear Family) خانواده هسته ای در تشکیل (EMS) نقش اصلی را دارد. و عوامل دیگر مانند همسالان، مدرسه و فرهنگ هم ممکن است با شدت کمتر تاثیر گذار باشند.

٤ عامل اساسی متاثر کننده ی نیازها در ایجاد EMS نقش دارد.

۱-ناکامی ناگوار نیازها (Toxic Frustration Needs) یعنی نقص و کمبودی در محیط فرد وجود دارد که یک یا چند تا از نیازهایش رفع نمی شود.

۲-آسیب دیدن و قربانی شدن (Victimization and Truamatization) در کودکی آسیب شدید دیده است. (, abuse,rape ......)

۳-تجارب بیش از حد خوب (Good Experience) والدین جهت رفاه و آسایش کودک همه کار می کنند ولی در این زمینه زیاده روی کرده و کودک را لوس می کنند یا بیش از حد درگیر زندگی کودک می شوند.

٤-همانند سازی یا درونی سازی والدین یا افراد مهم دیگر (Selective internalization and identification) به طور انتخابی با افکار و احساسات و تجارب و رفتارهای والدین خود همانند سازی کرده یا آنها را درونی می سازند.

مزاج هیجانی (Emotional Temprament)

بعد زیستی شخصیت انسان است و مشخص می کند که هر فرد از ابتدای تولد، شخصیت متمایزی است. یانگ ۷ طیف مزاج هیجانی زیر را مد نظر قرارداد البته جنبه های دیگر مزاجی هم وجود دارد.

پایدار (Non reactive)   بی ثبات(Labile)

خوشبین(Optimistic)   افسرده‌خو(Dysthymic)

خونسرد (Calm)   مضطرب(Anxious)

حواسپرت(Distractible)   وسواسی(obsessive)

پرخاشگر(Aggressive)   منفعل(passive)

بازیگوش (Cheerful)   تحریک پذیر(Irritable)

اجتماعی (Sociable)   خجالتی (Shy)

خلق و خوی هر انسانی ترکیب منحصربه فردی از طیف‌های مختلف فوق است.

طبقه بندی (EMS)

یانگ ۱۸ (EMS) یا طرحواره ناسازگار را تاکنون مشخص کرده است که در ۵ طبقه بندی می گنجد که (Schema domain) برگرفته از نیازهای هیجانی پنجگانه انسان است.

الف) قطع ارتباط و طرد (Disconnection and Rejection SD)

در ارتباط با نیاز هیجانی (Attachment) دلبستگی می باشد. در خانواده های بی عاطفه منزوی و بد رفتار دیده می شود که نیاز فرد برای امنیت، ثبات، محبت و همدلی رفع نمی گردد.

شامل ۵ (EMS) است:

۱-رها شدن و بی ثباتی (Abandonment / Instability)

این افراد همیشه انتظار ترک شدن و عدم حمایت هیجانی دارند. با علائم اضطراب ، افسردگی مزمن و واکنش سوگ خود را نشان می دهد. وابستگی افراطی، کنترل کنندگی و انحصار طلبی و فاجعه سازی در صورت ترک شدن در اینها دیده می شود. در اختلال شخصیت مرزی بارز است.

۲-بی اعتمادی و بد رفتاری (Mistrust/Abuse)

فرد حالت بدبینانه دارد و معتقد است دیگران آزارنده، متقلب و سوء استفاده گر هستند. تاثیرات بد رفتاری گذشته در این افراد ممکن است به صورت علائم PTSD یا حالت درماندگی و کرختی رخ دهد. این EMS در اختلال شخصیت پارانوئید، خودشیفته و اسکیزوئید نقش دارد.

۳-محرومیت هیجانی (Emotional Deprivation)

معتقدند نیازهای هیجانی آنها توسط افراد مهم زندگیشان رفع نمی شود. شایعترین طرحواره است. در این افراد احساس غمگینی، افسردگی و تنهایی، پوچی و بی معنایی به چشم می خورد و گاه به صورت علائم روان تنی بروز می کند نقش محوری در اختلال شخصیت هیستریونیک دارد.

٤-نقص و شرم (Defectiveness / Shame)

معتقدند حقیر و بی ارزشمند و دیگران آنها را دوست ندارند. پرخاشگرند سوء

مصرف مواد و اختلال خوردن در این ها شایع است.
در اختلالات شخصیت اجتنابی،خودشیفته به صورت (جبران افراطی) و مرزی بارز است.
۵-بیگانگی و انزوای اجتماعی (Alienation and Social isolation)
احساس تفاوت و بیگانگی با دیگران می کنند . گوشه گیر و تنها هستند رابطه صمیمانه برقرار نمی کنند در اضطراب اجتماعی و اختلال شخصیت اجتنابی و اسکیزوئید مشاهده می گردد.
ب) خودگردانی و عملکرد مختل
(Impaired Autonomy and Performance S.D)
این افراد در خودگردانی و استقلال و فاصله گرفتن از خانواده ی پدری مشکل دارند. خانواده به شکلی افراطی حمایتگر بوده است.
۱-وابستگی و بی کفایتی (Dependency / Incompetence)
این افراد از پذیرفتن مسئولیت روزمره خود ناتوان هستند و بدون کمک دیگران احساس ناتوانی می کنند. علائم اضطراب، اجتناب هراس گونه یا مشکلات جسمی دارند. اعتماد به نفس آنها پائین است .
این طرحواره در اختلال شخصیت وابسته و مرزی مشاهده می شود.
۲-آسیب پذیری نسبت به صدمه یا بیماری (Vulnerability to harm or illness)
ترس فاجعه آمیز از هر نوع ضربه و ناتوانی (طبی، طبیعی، جنایت ، تصادف) . در این افراد علائم اضطراب غالب است . ممکن است به صورت حملات پانیک، تفکر جادویی آئینهای اجباری(Compulsive Ritual) و علائم ایمنی بخش (Safety signal) خود را نشان دهد.
۳-گرفتار،خود تحول نیافته (Undeveloped self / Enmeshment)
گرفتار والدین یا نماد والدین هستند،فرد حریم خصوصی و فردیت مشخصی ندارد. به صورت احساس پوچی و فقدان هویت فردی خود را نشان می دهد.
٤-شکست (Failure)
این افراد خود را با همتایان خود مقایسه کرده و خود را در زمینه شغلی، مالی منزلت اجتماعی، تحصیلی و ورزش بی استعداد و ناتوان می بینند. بسیاری اوقات با علائم افسردگی مشخص می شود.
پ) محدودیتهای مختل (Realistic limits and self control S.D)
نقض در حد و مرزهای درونی، بی مسئولیتی، عدم رعایت حقوق دیگران و عدم همکاری و همدلی با دیگران است. خانواده های بسیار دخالت کننده و سهل گیر دارند.
۱-استحقاق و خود شیفتگی (Entitlemeat / Grandiosity)
فرد معتقد است از دیگران بالاتر، ارجح تر بوده و سزاوار دریافت حقوق ویژه است. این افراد تاکید اغراق آمیز بر برتری دارند.
در اختلالات شخصیت خود شیفته، هیستریونیک و ضد اجتماعی مشاهده می شود.
۲-خود انضباطی و خویشتن داری ناکافی
(Insufficient self control and discipline)
در این طرحواره افراد به صورت کارآمد نمی توانند خود را کنترل کنند. تحمل ناکامی، در کسب هدفهای فردی برای این افراد بسیار دشوار است. در صورت ناکامی به صورت تکانشی پاسخ می دهند. حواسپرت و از نظر پشتکار ضعیف هستند. سوء مصرف مواد و ADHD در اینها شایع است.
این طرحواره در اختلال شخصیت خود شیفته مشاهده می شود.

ت) دیگر جهت مندی و هدایت توسط دیگران (Other Directedness S.D)
عدم ابراز و درخواست نیاز خود و تاکید بر ارضای نیاز دیگران برای کسب تائید و حفظ ارتباط عاطفی و اجتناب از تنبیه و در خانوادههایی مشاهده می شود که فرد در آن به این باور رسیده است که تحت شرایطی مورد پذیرش قرار می گیرد.
۱-اطاعت (Subjugation)
فرد نیازها و هیجاناتش را فدا کرده و احساس می کند به گونه ای اغراق آمیز تحت کنترل دیگران است و فکر می کند نظراتش برای دیگران ارزشی ندارد.
در این افراد ممکن است خشم و برون ریزی حمله ای مشاهده گردد. حالتهای پرخاشگری و منفعلانه هم بروز می کند . علائم روان تنی ،کناره گیری از مهر و محبت، سوء مصرف مواد در این (EMS) شایع بوده و ضمناً در اختلال شخصیت مرزی بارز است.
۲-ایثار یا قربانی کردن خویشتن (Self Sacrifice)
فرد داوطلبانه در پی ارضای نیازهای دیگران است حتی اگر نیازهای خودش برآورده نشود. از احساس گناه ناشی از خود خواهی اجتناب می کند. به صورت علائم روانی تنی (سر درد، مشکلات گوارشی و درد مزمن و خستگی) خود را نشان می دهد.
نفع ثانویه (Secondary Gain) در این افراد شایع است.
۳-پذیرش جویی و جلب توجه (Approval seeking / Recognition seeking)
تاکید افراطی بر کسب تائید و به رسمیت شناخته شدن و مورد توجه قرار گرفتن از جانب دیگران دارد.
اعتماد به نفس فرد به واکنش های دیگران بستگی دارد.
دور شدن از خویشتن واقعی و احساس پوچی و نارضایتی از علائمی است که در این افراد به چشم می خورد در اختلال شخصیت خود شیفته به خصوص بخش جلب توجه (Recognition) آن وجود دارد.
ث) هشیاری افراطی و بازداری (Over vigilance and inhibition S.D)
ناشی از عدم ارضای نیاز های هیجانی (Spontaniety) می باشد.
سرکوبی احساس های خود انگیخته و تکانه ها، پیروی از قانون های انعطاف نا پذیر و از دست دادن شادی و لذت بیشتر در خانواده های تنبیه گر پر توقع و کمال گرا مشاهده می گردد.
۱-منفی گرایی بدبینی (Negativity / pessimism)
تمرکز مستند بر جنبه های منفی زندگی مانند مرگ، فقدان، گناه، تعارض و خیانت به جنبه های مثبت توجه نمی شود. ترس غیر عادی از خطا کردن دارند.
احتمالاً ریشه ی بیولوژیک مشترک با افسردگی خفیف مزمن (Dysthymic Disorder) دارد.
۲-بازداری هیجانی (Emotional inhibition)
فرد احساس ها و رفتارهای خود انگیخته خود را محدود می کند تا بتواند از عدم تائید دیگران شرم یا از دست دادن کنترل خود جلوگیری کند. علاوه بر این از ابراز خشم و حتی تکانه های مثبت خودداری می کنند و در بیان آزادانه احساس ها و نیازهایشان مشکل دارند. غم انگیز، عبوس، و بی تفاوت هستند. این طرحواره در اختلال شخصیت وسواسی (OCPD) مشاهده می شود.
۳-معیارهای سرسختانه و عیب جویی افراطی (Unrelenting Standards / Hypercriticalness)
فرد تلاش می کند به استانداردهای درونی برسد. انعطاف ناپذیر و کمال گراست.

احساس تحت فشار بودن می کند. رقابت جو و معتاد به کار است این طرحواره نقش محوری در اختلال شخصیت وسواسی دارد. (OC.PD)

٤–تنبیه (Punitiveness)

افراد پرخاشگر بی تحمل و تنبیه گر هستند. در بخشیدن خود و دیگران مشکل دارند.

Schema State (حالتهای طرحواره)

۱–حالت تداوم (Schema Perptuation) حالتی است که باعث تداوم طرحواره می شود. تحریفهای شناختی و سبک های مقابله ای نقش اصلی را در بقای طرحواره دارند.

۲–ترمیم (Schema Healing)

در واقع طرحواره های ناسازگار اولیه (EMS) از بین نمی رود. وقتی بهبود پیدا می کند از میزان فعال شدن و شدت عاطفه همراه آنها کاسته می شود. در درمان، ما به دنبال کسب آن هستیم.

سبکهای مقابله ای ناسازگار (Maladaptive Coping style) یا (MCS)

سه سبک مقابله ای ناسازگار بر اساس واکنش های طبیعی میخکوب شدن (Freeze)، فرار (Flight)، جنگیدن (Fight) در واکنش به طرحواره ناسازگار به ترتیب تسلیم (surrender)، اجتناب (Avoidance) جبران افراطی (Over Compensation) ایجاد می شود. سبک مقابله ای تسلیم یعنی درست بودن طرحواره را تائید و درد هیجانی را تحمل می کند.

سبک مقابله ای اجتناب سعی می کند طرحواره فعال نشود. به الکل، مواد، کار و فعالیتهای دیگر پناه می برد.

سبک مقابله جبران افراطی به صورتی واکنش نشان می دهد که انگار طرحواره متضادی وجود دارد. مثلاً اگر احساس بی ارزشی کند در ظاهر با اعتماد به نفس زیاد برخورد می کند.

پاسخهای مقابله ای به صورت رفتار و راهبردهای خاص در واکنش به طرحواره اتفاق می افتد و جزء طرحواره نیست.

بحث مهم

کرایتریایی تشخیصی

اختلالات شخصیت در DSM از (Coping Response) (پاسخهای مقابله‌ای) تشکیل شده است در حالیکه طرحواره های ناسازگار در ایجاد اختلال شخصیت نقش محوری دارند. هر اختلال شخصیت از چند طرحواره، پاسخ های مقابله ای تشکیل شده است.

در درمان و پاسخ های مقابله ای بدون تغییر طرحواره تغییر نمی کند.

مُدهای طرحواره (Schema Modes)

در مواردی که مشخص کردن طرحواره ی مرکزی کار دشواری است مثلاً در اختلال شخصیت مرزی، از مدهای طرحواره جهت درمان استفاده می شود. مدها حالتهای هیجانی و پاسخهای مقابله ای سازگار یا ناسازگار هستند که مدت کوتاهی بر ذهن فرد غالب شده و بعد چرخش می کند. در درمان سعی می شود مُد بزرگسال سالم را تقویت و غالب کرد تا مُدهای دیگر را کنترل کند.

ارزیابی و تشخیص در طرحواره درمانی

در ابتدا برروی مشکل فعلی بیمار، تاریخچه ی زندگی و بررسی الگوهای ناکارآمد زندگی که باعث عدم ارضاء نیازهای هیجانی اساسی شده اند تمرکز می گردد، انجام پرسشنامه ها به عنوان تکالیف خانگی از جمله پرسشنامه (YSQ) (Young Schema Quoestionare) پرسشنامه طرحواره یانگ در جلسات اولیه صورت می گیرد. به علاوه از رابطه ی درمانی و تصویر سازی ذهن هم برای شناخت مشکل استفاده می شود. در مرحله ی بعد مفهوم سازی و آموزش بیمار انجام می شود. بایستی طرحواره های ناسازگار، سبکهای مقابله ای سازگار، بُعد زیستی (مزاج) و (Schema Origin) ریشه ی طرحواره ها مشخص و در جهت بیمار مفهوم سازی و آموزش داده شود.

درمان

چهارچوب درمان از چهار روش زیر تشکیل شده است.

۱–درمان تجربی : تصویر سازی ذهنی (Imagery)

که به کمک این روش طرحواره ها شناخته می شود و ریشه ی آنها در گذشته ی بیمار برانگیخته می گردد. طرحواره ها به مشکلات فعلی بیمار ارتباط داده شده و به بیمار کمک می شود تا هیجانهای مرتبط با آنها را تجربه کند.

۲–روش شناختی

شامل : بررسی شواهد رد کننده و تائید کننده طرحواره های ناسازگار

–ارزیابی مزایا و معایب سبکهای مقابله ای بیمار

–برقراری گفتگو بین جنبه ی سالم و جنبه ی طرحواره (تکنیک صندلی خالی)

–تدوین و ساخت کارت آموزشی که خلاصه ای از پاسخهای سالم به موقعیتهای فعالساز طرحواره در آن ذکر می گردد.

به بیماران آموخته می شود که به طرحواره به عنوان یک حقیقت بیرونی نگاه کنند تا بتوانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آن بجنگند.

۳–الگو شکنی رفتاری

شاید طولانیترین و سخت ترین مرحله ی درمان باشد. الگوهای رفتاری را به سبکهای مقابله ای سالمتر تغییر می دهند. ابتدا باید دو مرحله درمانی قبلی طی شده باشد.

توصیف رفتارهای مشکل آفرین صورت گرفته و مشکل سازترین رفتارها مد نظر قرار می گیرد. سپس بازنگری و معایب ادامه رفتار ارزیابی می شود.

و بعد تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش انجام می گردد.

٤–رابطه ی درمانی (Interrelation therapy) در این بخش از دو روش استفاده می شود.

۱–رویاروسازی همدلانه (Empathic Confrontation)

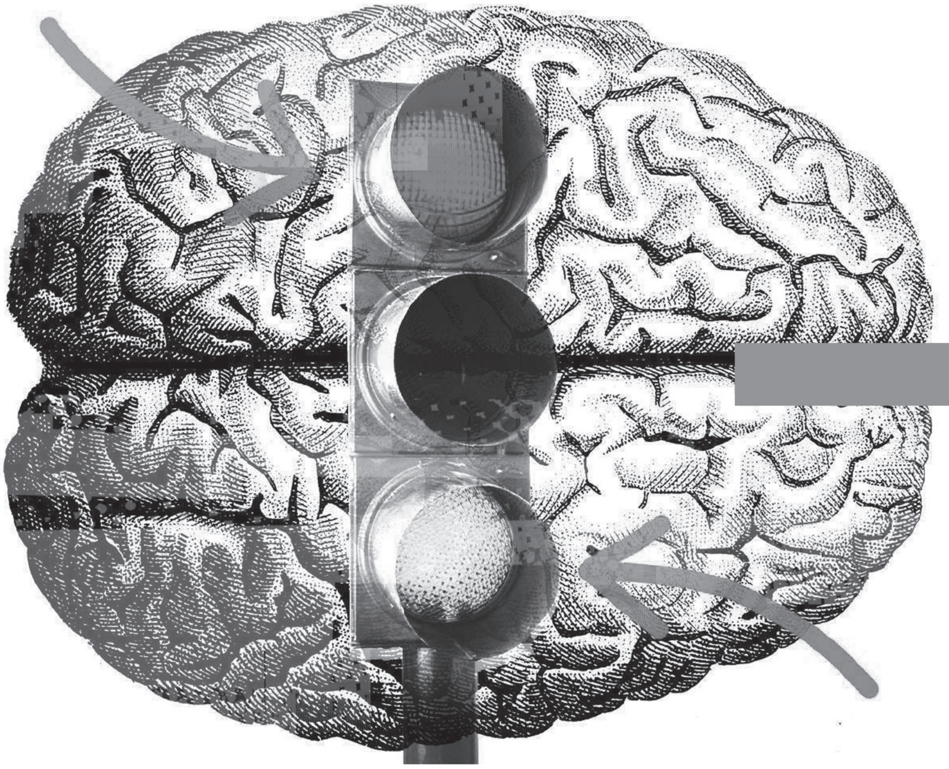
۲–باز والدینی حدود مرزدار (Limited reparenting)

در رویاروسازی همدلانه بیان و درک دلایل تداوم طرحواره های بیمار و همزمان رویارو سازی برای تغییر صورت می گیرد. ضمناً مُد بزرگسال سالم تقویت می شود.

باز والدینی حد و مرزدار، در واقع نوعی تجربه هیجانی اصلاحی است که نیاز رفع نشده بیمار در دوران کودکی مورد توجه قرار می گیرد.

تغییرات در کرایتریای تشخیصی اختلالات طیف اسکیزوفرنیا در طبقه بندی جدید

دکتر غلامرضا خیرآبادی
روانپزشک و عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



تغییرات عمده در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه جدید به طور کلی در سه سطح صورت گرفته اند:

الف- سطح کلی

- الگوی ابعادی به جای الگوی طبقه ای
- حذف نظام چند محوری
- حذف عنوان و طبقه تشخیصی "اختلالاتی که برای اولین بار در دوران نوباوگی، کودکی و نوجوانی روی می دهند"

ب- سطح بین بخشی

الف) استقلال یافتن قسمتی از اختلالات از یک طبقه تشخیصی پیشین مثل وسواس یا اختلال تروما و فشارزاها
ب) اضافه شدن اختلالاتی نو و خاص مثل اختلال احتکار یا ...

ج- سطح درون بخشی

- تغییر در معیارهای اختلالات خاص
- کم کردن یا افزودن معیار یا بخشی از معیارهای موجود

اختلالات طیف اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک در DSM-5:

عمده کرایتریاهای مرتبط با تشخیص اسکیزوفرنیا در DSM-5 مشابه DSM-IV-TR است ولی
دو تغییر در معیارها روی داده است:
انتساب خاص هذیان های عجیب و غریب و علایم درجه اول اشنایدری(دو یا چند صدا که با هم صحبت می کنند) حذف شده است. در کتاب قبلی وجود یکی از این علایم کافی بود تا معیار A اسکیزوفرنیا محقق شود ولی در کتاب نو برای هر گونه تشخیص اسکیزوفرنی دو علامت معیار A لازم است.
تغییر دوم در معیار A این است که افراد باید حداقل یکی از سه علامت هذیان ها، توهمات و کلام آشفته را دارا باشند. بنابراین برای تشخیص معتبر اسکیزوفرنیا حداقل وجود یکی از این علایم مثبت اصلی ضرورت دارد.

معیارهای تشخیصی DSM-5 برای اسکیزوفرنیا:

A: وجود ۲ یا بیشتر از موارد زیر در قسمت عمده یک دوره یک ماهه (یا کمتر در صورت درمان موثر)، وجود یکی از موارد ردیف ۱-۳ برای تشخیص گذاری الزامی است.

۱-هذیانها

۲-توهمات

۳-کلام آشفته(مانند Derailment or Incoherence)

٤-آشفتگی رفتاری بارز یا رفتار کاتاتونیک. ٥-علائم منفی (مانند کاهش ابراز هیجانات یا نداشتن اراده برای انجام امور روزمره زندگی)

B: اختلال کارآئی (افت عملکرد یا نرسیدن به عملکرد مورد انتظار) در قسمت عمده طول دوره بیماری.

C: تداوم حد اقل ٦ ماهه بیماری (که حداقل یک ماه آن مربوط به دوره فعال بیماری باشد)

D: علائم و نشانه های فوق با اختلالات خلقی واسکیزو افکتیو قابل توجیه نباشد

E: علائم و نشانه های فوق با اثرات فیزیولوژیک سایر بیماریها و مصرف مواد قابل توجیه نباشد.

F: اگر فرد سابقه ابتلاء به آتیسم یا اختلالات ارتباطی دیگر را دارد، بروز حد اقل یک دوره یک ماهه (یا کمتر در صورت درمان موثر)، هذیانها و توهمات آشکار را باید بروز دهد.

موارد فوق برای تشخیص اسکیزوفرنیا بر مبنای DSM-5 کفایت می کند، اما تعیین سیر بیماری پس از گذشت حداقل یک سال از شروع بیماری در این سیستم طبقه بندی الزامی است که بر اساس دفعات عود مرحله حاد بیماری و وضعیت فعلی بیمار با موارد زیر قابل کد گذاری است.

- First episode currently in acute episode.
- First episode currently in partial remission.
- First episode currently in full remission.
- Multiple episodes currently in acute episode
- Multiple episodes currently in partial remission.
- Multiple episodes currently in full remission.
- Continuous

فرد در قسمت عمده دوره بیماری دارای کرایتریای کامل تشخیص بیماری است و دوره های تخفیف یا رفع علائم در مقایسه با طول کل دوره بیماری بسیار گذرا است.

- Unspecified

از الزامات دیگر در تشخیص اسکیزوفرنیا در DSM-5 ذکر with catatonia اگر بیمار دارای علائم کاتاتونیک باشد.

تعیین شدت بیماری بر مبنای یک سیستم کمی نمره دهی ۰-٤ به علائم بیماری توصیه شده ولی بدون تعیین آن هم تشخیص گذاری معتبر است و الزامی به تعیین شدت نمی باشد.

Schizoaffective Disorder:

در اختلال اسکیزوافکتیو در معیار اول گفته شده که یک دوره خلق عمده باید در بخش اعظم مدت کلی دوره اختلال و به همراه علایم معیار A اسکیزوفرنی وجود داشته باشد. در کتاب قبلی آمده بود گاهی باشند.

معیارها:

A: دوره مداومی از بیماری که طی آن یک اپیزود افسردگی اساسی یا مانیک همزمان با نشانه‌های معیار A اسکیزوفرنیا وجود دارد(توجه: در اپیزود افسردگی باید معیار A افسردکی اساسی یعنی خلق افسرده وجود داشته باشد).

B: در طول کل بیماری، هذیان یا توهم حداقل برای دو هفته در غیاب علایم خلقی برجسته وجود داشته باشد.

C: در بخش قابل توجهی از کل زمان دوره‌های فعال و باقی‌مانده بیماری، علایم معیارهای یک اپیزود خلقی وجود داشته باشند.

D: اختلال به‌دلیل اثر فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (مثلاً ماده‌ای که سوءمصرف می‌شود، یا یک دارو)، یا به‌دلیل یک بیماری طبی عمومی نباشد.

تعیین نوع افسرده یا دو قطبی، تعیین سیر بیماری با الگوئی مشابه اسکیزوفرنیا و تعیین نوع کاتاتونیک در صورت وجود کاتاتونیا از الزامات و تعیین شدت با الگوی مشابه اسکیزوفرنیا اختیاری است.

Schizophreniform Disorder:

تغییرات قابل ملاحظه ای نسبت به چاپ قبلی مشاهده نمیشود.

معیارها: نشانه‌ها مشابه اسکیزوفرنی است، به‌جز اینکه طول دوره بیماری بین ۱-٦ ماه است در عرض ٦ ماه بهبود می‌یابد و عملکرد طبیعی بازمی‌گردد.

ـ یک اپیزود اختلال (شامل مرحله‌های پیش‌درآمدی ‹prodromal›، فعال و باقی‌مانده) حداقل یک ماه ولی کم‌تر از شش ماه طول می‌کشد (اگر تشخیص بدون انتظار برای بهبود گذاشته می‌شود، آن را باید موقتی ‹provisional› تلقی کرد). مشخص شود نوع:

۱-با خصایص مربوط به پیش‌آگهی خوب: که با وجود حد اقل دو مورد زیر (یا بیشتر) مشخص می‌شود : شروع علایم برجسته پسیکوتیک ظرف ٤ هفته از اولین تغییر قابل توجه در رفتار یا عملکرد معمول ، Confusion یا سردرگمی و کلافگی (perplexity) در طول اپیزود پسیکوتیک، عملکرد خوب اجتماعی و شغلی پیش‌مرضی، نداشتن عاطفه کند یا سطحی

۲-بدون خصایص مربوط به پیش‌آگهی خوب: که با عدم وجود ۲ یا بیشتر از موارد مربوط به پیش آگهی خوب مشخص میشود.

۳-با تابلوی کاتاتونیک: در صورت وجود علائم حرکتی کاتاتونیک.

تعیین شدت با الگوی مشابه اسکیزو فرنیا و اختیاری است.

Delusional Disorder:

تفاوت عمده و اساسی در این مورد اینست که بر خلاف DSM-IV-TR وجود هذیانهای Bizarre ناقض تشخیص اختلال هذیانی نیست بلکه در صورت وجود چنین هذیانهائی لازم است نوع with bizarre content مشخص شود.

سایر موارد تشخیصی مربوط به اختلالات سایکوتیک مشابه DSM-IV-TR است و تفاوت قابل ذکری در DSM-5 ایجاد نشده است.

رابطه پزشک-بیمار آمیزه‌ای از هنر، دانش و اخلاق

دکتر ترانه تقوی، روانپزشک

آبان ماه، پروفسور ویرشینگ متخصص پزشکی روان تنی و سرپرست گروه پزشکی روان تنی دانشگاه فرایبورگ آلمان به همراه گروه استادان شان به اصفهان آمدند.

در سفر ایشان که به هدف آموزش دانشجویان پسادکترای روان تنی بود، در یکی از روزها در مرکز انتخاب که مرکزی برای درمان بیماران دچار سرطان می باشد کارگاه سایکوآنکولوژی برگزار گردید. ایشان پس از سخنرانی خود، طی هماهنگی که انجام شده بود با خانمی دچار سرطان و همسرش مصاحبه‌ای بر پایه مصاحبه سیستمی (روان تنی) انجام داد که در این نوشتار بر آنم که به چگونگی آن بپردازم.

در اتاقی که نشست در آن انجام شد نزدیک چهل نفر از روانپزشکان، پزشکان و روانشناسان حضور داشتند.

خانم دچار سرطان و همسرش وارد این اتاق شدند و خانم روانشناسی که روان درمانی ایشان را از ماه پیش آغاز کرده بود آن ها را همراهی کرد تا در جای خود بنشینند. در ترجمه همکار روانپزشکی خانم روانشناس را یاری می رساند. نخست پنداشتم که قرار است خانم روانشناس مصاحبه را انجام دهد و پروفسور ویرشینگ نقش سوپروایزر را بر عهده دارند و ما قرار است یک نشست سوپرویژن را داشته باشیم. اما دیدم که پروفسور گفتگو را با خوش آمد گویی به بیمار و همسرش آغاز کرد و روانشناس و همکار روانپزشک هم ترجمه را انجام می دادند.

در آغاز مصاحبه دچار پیشداوری شدم به خودم گفتم این بیمار که از طبقه اجتماعی پایینی هم بود با دیدن جو مصاحبه (حضور چند استاد آلمانی و حدود چهل نفر دیگر و مصاحبه گر آلمانی) نمی تواند ارتباط درمانی خوبی را تجربه کند و مصاحبه پرباری نخواهد بود. اما گویا قرار بود روند مصاحبه به گونه‌ای دیگر پیش برود.

بیمار با وجود بیماری سرطان، سرماخوردگی و گرفتگی صدا و سطح سواد و طبقه اجتماعی نسبتاً پایین بسیار هوشیار و دقیق به گفته ها و سرنخ های غیر کلامی پروفسور توجه کرده و به خوبی پاسخ می داد. همسر بیمار نخست تا حدی مقاوم بود. به نظر می رسید به اصرار همسرش تن به آمدن به این نشست داده که البته در گفته ها هم آشکار شد که این فرضیه درست است همچنین گفتگو درباره بیماری همسر و مشکلات در خانواده و رابطه آن ها در فضایی که گفته شد برایش مشکل بود.

اما پرفسور ویرشینگ با وجود مشکل دوگانه بودن زبان با ارتباط غیر کلامی زیبا و ژرفی که برقرار کرد خیلی زود یخ بیمار و همسرش را آب کرد.

فضای شلوغ اتاق را سکوتی فرا گرفت و همه به مصاحبه دلنشین دکتر گوش جان سپرده بودند. من که به عنوان یک روانپزشک رابطه انسان‌ها و به ویژه رابطه پزشک-بیمار همواره برایم مهم بوده است با دیدن و شنیدن دیدنی ها و گفتنی های این نشست شگفت‌زده شده بودم. آنچنان قطار این مصاحبه نرم و آرام بر ریل رابطه پزشک-بیمار پیش می رفت که من سر تا پا شگفتی و شوق شده بودم.

گاهی حس می کردم پیش از اینکه خانم دکتر گفته‌های پروفسور را برای بیمار و همسرش به فارسی برگرداند بیمار با نشانه‌های غیر کلامی و گاه کلامی به پرسش پروفسور پاسخ می دهد گویی رابطه غیر کلامی آنچنان قوی بود که او بدون دانستن واژه انگلیسی پرسش دکتر را می فهمید. (پس از مصاحبه این را از او و همسرش پرسیدم و آن ها هم تأیید کردند). چهره همسر دیدنی تر بود. نخست دست به سینه، با چهره‌ای کمی دلخور و نگاه ناباورانه کم کم به جلو خم شده، دقیق به گفته های پروفسور گوش می داد و حتی یکبار پیش از بازگردانده شدن به فارسی پاسخ داد yes yes که ناخواسته حاضرین به خنده افتادند و جالب اینکه از خنده آن‌ها برداشت توهین نشد چون فضای مصاحبه آنقدر صمیمی و گرم بود که خود آقا هم خندید.

پروفسور نام خانوادگی شوهر را فراموش می کرد و به شوخی گفت خوب است شما را yes man بنامم (و جالب اینکه فیلمی هم به همین نام ساخته شده است) و از خانم دکتر پرسید شما به yes در فارسی چه می گویید و کوشید واژه «بله» را یاد بگیرد و گفت مستر بله و همین واژه رابطه را نزدیک تر کرد.

کم کم مصاحبه به روال مصاحبه سیستمی از بیماری خانم به سوی رابطه زن و شوهر پیش رفت و خانم از سردی شوهر و ناتوانی او در ابراز علاقه‌اش گفت. شوهر بیان کرد که به همسرش علاقه دارد اما نمی تواند آن را ابراز کند و در میان گفتن این واژه ها قطره اشکی کنار چشمش درخشید (البته همکاران دیگر آن را ندیده بودند و من بابت نگاه کاوشگرم به خود شادباش گفتم).

خانم بیان کرد که همسرش «جوگیر» شده و هنگامی که خانم دکتر این واژه را به انگلیسی به پروفسور گفت او خندید و سر تکان داد و گفت نه من سال هاست که در مصاحبه تجربه دارم و او (شوهر) از ته دل این گفته را بیان کرد (و این گفته پروفسور باز هم کمک مهمی به این زوج بود).

کم کم در بخش پایانی گفتگو پروفسور کوشید که نکته های قوت بیمار و خانواده و رابطه همسری آن‌ها را بزرگ نمایی کند و توانایی ها و امکانات نویدبخشی که از دید آن‌ها پنهان مانده بود را آشکار نماید. بیمار و همسرش با دستی پر، با ارمغان امید و آرامش مصاحبه را ترک کردند.

پس از مصاحبه هنگام پذیرایی بود. به طبقه بالا رفتیم. در ضمن پذیرایی دیدم که رابطه پزشک–بیمار باز هم ادامه یافت. خانم و همسرش هم برای پذیرایی دعوت شده بودند پروفسور باز هم آنجا با آن‌ها گفتگو کرد و لبخندی سرشار از شادی و امید در چهره آن‌ها پدیدار بود (چیزی که با خود به خانه می برند و شاید اثری سرنوشت ساز نه تنها در روند بهبود بیماری که در رابطه همسری آن‌ها داشت).

در بسیاری از گراند راندها من نگران بیمار و همراهش بودم که با هزار امید، رنج آمدن به آن نشست و گفتن رازهای خود را جلوی حدود چهل نفر به جان می خرید و در پایان چندان به او پرداخته نمی شد. همکاری که او را برای نشست فراخوانده و درمانگرش بود گفتگوی کوتاهی پشت در با او و همراهش می کرد و همین!!!

من در بیشتر زمان‌ها می‌اندیشیدم که اگر جای آن بیماران بودم احساس طردشدگی و موش آزمایشگاهی بودن می کردم.

البته بی گمان پس از آن نشست درمانگر بیمار به بینش تازه‌ای دست می یافت که برای بیمار کمک کننده بود و از طرفی آموزش دانشجویان ناگزیر تا حدی این جو را می آفریند اما در نشستی که مصاحبه توسط پروفسور ویرشینگ انجام شد با وجود چندین عامل مخدوشگر برای یک مصاحبه خوب و رابطه آرمانی پزشک– بیمار به من ثابت شد که اگر درمانگر آمیزه‌ای از دانش مصاحبه و هنر رابطه را به همراه چاشنی اخلاق و انسان دوستی داشته باشد آن رابطه آرمانی پزشک–بیمار که جلوه گر نفس مسیحایی و دستان شفابخش است پدیدار می گردد. (بدون نیاز به هیچ تکنیک پیچیده یا امکانات ویژه با وجود همه عامل های مخدوشگر) .

در این مصاحبه مهم ترین عامل مخدوشگر دوگانگی زبان بیمار و مصاحبه گر و به بیان روشن تر سه گانه بودن زبان بود.

بیمار و همراهش فارسی می دانستند مترجمین فارسی زبانانی بودند که انگلیسی می دانستند و پروفسور ویرشینگ آلمانی زبانی بود که انگلیسی می دانست. و همه نیک می دانیم که برگرداندن بیان احساس به زبان دیگر گاه ممکن است حتی برای قوی ترین مترجمین هم مشکل باشد و حق مطلب ادا نشود. حال در نظر بگیرید که پروفسور با دو واسطه پاسخ کلامی بیمار را دریافت می کرد. گفته بیمار فارسی زبان به انگلیسی برگردانده می شد و او در ذهنش که به آلمانی خو گرفته آن را تجزیه تحلیل می کرد و برعکس. و اینجا بود که هنر رابطه غیر کلامی پروفسور به یاری آمد و من برای نخستین بار درک کردم که مهم ترین بخش رابطه، بخش غیر کلامی است یعنی چه؟!

پیچیدگی دوم تفاوت فرهنگی اجتماعی میان پزشک و بیمار بود که پروفسور به خوبی برای این تفاوت هم چاره‌اندیشی کرد. او نخست از بیمار پرسید که آیا دوست دارد با نام کوچک یا نام خانوادگی نامیده شود. می دانست که نباید با بیمار خانم دست دهد و تفاوت های فرهنگی را هنگام ارزیابی رابطه همسران و همچنین هنگام بررسی و آشکارسازی منابع آن‌ها در نظر گرفت.

سومین عامل مخدوشگر حضور چهل نفر دیگر در اتاق مصاحبه بود که ممکن بود مصاحبه را تبدیل به یک گفتگوی رسمی خشک و کلیشه‌ای کند اما رابطه غیر کلامی خوب پروفسور و همچنین مترجمین که روانشناس و روانپزشک بودند و همچنین روانشناس درمانگر بیمار هم بود که همه و همه سبب برطرف شدن این عامل مخدوشگر شد.

چهارمین عامل مخدوشگر این بود که پروفسور بیش از آنکه روی مصاحبه و رابطه با بیمار تمرکز کند ناچار بود روی نکته‌های آموزشی این مصاحبه سیستمی تأکید کند تا چهل نفری که جهت آموزش حضور داشتند آموزش خود را دریافت کنند. اما ایشان با برقراری موازنه این عامل را هم خنثی کرد.

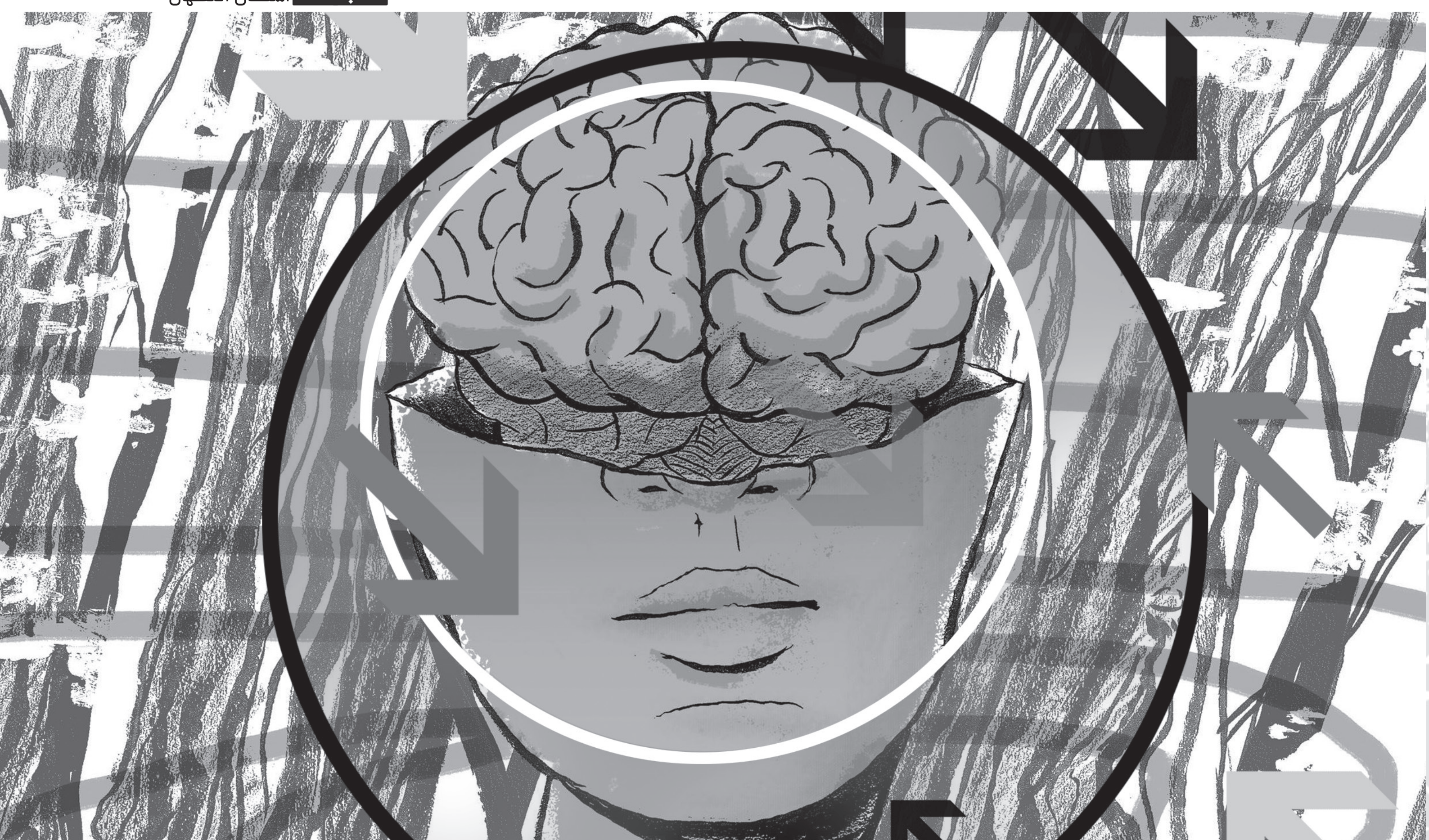
در پایان به بخش مهمی از گفته های بیمار اشاره می کنم که برای من بسیار آموزنده بود و امید دارم که با همکاری بین بخشی و پیشرفت رویکرد سیستمی (روان تنی) در پزشکی ایران و جایگزینی آرام آرام به جای رویکرد سنتی، نگاه مکانیک وار به بیمار به عنوان یک تن و روان که حامل یک بیماری است و پزشک باید آن «بیماری» را با بیشترین دانش و بهترین امکانات درمان کند به نگاهی انسانی تر بدل شود نگاهی که سمت و سویش خود بیمار، نگرش او به بیماری، رنج بیماری، چرایی بیماری و نقش بیمار و نگرش بیمار به درمان باشد.

بیمار در میانه مصاحبه ناگاه پوزش خواست و نگاهش را از پروفسور به سمت جمعیت کرد گویا او حس کرد به او فرصتی داده شده که پیام و درد دل همه بیماران دردمند به ویژه بیماران دچار سرطان را از این تریبون به گوش درمانگران که آن چهل نفر را نماینده آن‌ها می دانست برساند. او فضای بیمارستانی (که مرکزی برای درمان بیماران دچار سرطان است) را سرد، بدون رابطه انسانی و خالی از همدلی و راهنمایی کارکنان دانست.

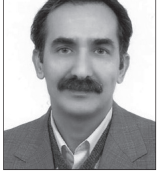
او نمونه آورد که به تازگی بخش های بیمارستان جابجا شده و برای او که پیش از این به سیستم پیشین بیمارستان عادت داشته اکنون یافتن هر مکان (اتاق ویزیت، آزمایشگاه و ...) مشکل شده است. او گفت باز من سواد دارم و به کمک تابلوهایی که آن‌ها هم اندک و ناکافی هستند به سختی راه خود را می یابم. اما یک بیمار رنجور از سرطان و بی‌سواد که راه و چاه را نمی‌داند و کارکنان هم حاضر به راهنمایی درست او نمی شوند در بیمارستان دچار سرگیجه و سردرگمی می‌شود. او افزود بیمار دچار سرطان از جهت جسمی خسته و دردمند و از نظر روانی نگران و گاه افسرده است و نیاز به همدلی، امید و رفاه در درمان دارد چیزی که اکنون جای آن در بیمارستان–هایی که نگاهی «بیماری محور» و نه «بیمار محور» دارند خالی است.

مرکز انتخاب و مرکزهایی از این دست هم میتوانند کمک زیادی برای این بیماران باشند و به همکارمان که از گردانندگان این مرکز هستند پیشنهاد میکنم در نوشتاری این مرکز را به همکاران بشناسانند.

با امید به اینکه رویکرد سیستمی (روان تنی) در سیستم درمانی ایران آرام آرام جایگاه خود را پیدا کند و همانطور که پزشک ایرانی از دید دانش خوش درخشیده است از دید رابطه پزشک–بیمار نیز مانند زمان پورسینا دستانی شفابخش و نفسی مسیحایی داشته باشد.



جمع بندی روان پویایی برای درمان جامع اختلالات روانپزشکی



دکتر علی عباسعلی زاده
روانپزشک و مسئول خبرنامه

برای مدیریت تشخیص و درمان بیماران ابتدا نیاز داریم مصاحبه همه جانبه ای با مدل زیستی – روانی – اجتماعی از بیمار بعمل آید .بعد از مصاحبه پنج اقدام مشخص صورت می گیرد. نخست تهیه لیستی از علایم و مشکلات بیمار، سپس تشخیص اختلالی که بیمار دارد که در کشور ما بر اساس تقسیم بندی انجمن روانپزشکان آمریکا از اختلالات روانپزشکی انجام می شود. در مرحله سوم یک جمع بندی از سایکوپاتولوژی برای درک و تفسیر مشکلات بیمار صورت می گیرد که در خدمت دو گام بعدیست که عبارتند از تعیین پیش آگهی بیماری و برنامه جامع درمانی که برای هر بیمار طراحی می شود.

آنچه در این مقاله مد نظر است جمع بندی روان پویایی در هر مورد است تا بتوان بر اساس آن بیمار را تحت درمان قرار داد. بی تردید این بخش از کار روانپزشکی مشکل ترین و در عین حال تخصصی ترین کار روانپزشکی است. بدون داشتن تصویر جامعی از چرایی و چگونگی مشکلات بیمار نمی توان تخمینی جدی از سیر و پیش آگهی بیماری داشت و از آن مهمتر نمی توان برنامه ای جامع و تخصصی برای درمان بیمار تنظیم کرد .برای جمع بندی روان پویایی بیمار در عمل با دشواری های فراوانی روبرو می شویم و ساده ترین و معمول ترین شیوه ای که برای مقابله با این امر دشوار اتخاد می کنیم انکار و حذف این مرحله از ارزیابی بیمار است. به امید آنکه تمرین کنیم تا تفسیر همه جانبه ای از امر پیچیده ی اختلالات روانپزشکی داشته باشیم و متناسب با آن برای درمان بیمار اقدام کنیم سعی می کنم بتوانم در حد بضاعت اندک خود باب بحث مفصلی را باز کنم واز ادامه بحث توسط همکاران گرامی بهرهمند شویم.

مشکلات روانپزشکی بطور خلاصه ابعاد زیستی – روانشناختی – اجتماعی دارد. عوامل بیماری زا در اختلالات روانپزشکی سه گانه اند، عواملی که به استعداد

سرشتی و زمینه ای مربوط هستند، عواملی که موجب بروز بیماری در فرد مستعد می شوند و نیز عواملی که موجب تداوم بیماری می شوند. بیمار نسبت به بخش کوچکی از علایم و مشکلاتی که از خود نشان می دهد آگاهی عمیق دارد و به بخش کوچک دیگری از آن می تواند آگاهی و بینش پیدا کند و نسبت به بخش بزرگی از علایم و مشکلات خود نه تنها آگاهی ندارد بلکه در مقابل بینش به آنها مقاومت نشان می دهد و به عبارتی با علایم و مشکلاتی که از خود بروز می دهد مشکلی عمیق تر را می پوشاند. طبیعی است که بدون توجه به این مکانیسم ها با بیماران بسیاری مواجه خواهیم شد که نسبت به درمان های معمول مقاوم هستند. ساختار روانی آدمی به گونه ایست که بخشی از کارکرد سالم و ناسالم او از انگیزه های صرفاً غریزی او ناشی می شود، برخی از رفتار های او تحت تاثیر باید ها و نباید های بزرگتر های او و عرف و اجتماع است که بدون رعایت آنها به عذاب وجدان دچار می شود و در عین حال در هر رفتار سالم و نا سالم او قدرت تعقل و توانایی های او ونیز کاستی های او برای سازگاری با محیط زندگی و بهرهمندی بی درد سر از گذر عمر را می بینیم.

حال با چند مثال ساده سعی می کنم مفهوم مورد نظر را باز تر کنم و تاکید کنم که در عمل بهیچوجه داستان بیماران ما ساده نیستند.

مثلاً بیماری با تابلوی افسردگی مراجعه می کند و در شرح حالی که از او می گیریم می بینیم که یکی از بستگان درجه یک او از اختلال خلقی با دوره های مانیا رنج می برده است. به دلیل یک عامل مستعد زمینه ای ژنتیک و زیست شناختی او در معرض ابتلای به اختلال دو قطبی قرار دارد و در تجویز داروی ضد افسردگی باید به استعداد تغییر خلقی شدید او با داروهای معمول ضد افسردگی توجه داشت.

بیماردیگری با سابقه اختلال خلقی به کاری با تغییرات شیفت شغلی و کار در شیفتهای شبانه اشتغال دارد. بی خوابی های شبانه ممکن است کنترل علایم مانیای او را با مشکل مواجه سازد. بیمار نیاز دارد تا به او کمک شود تا شیفت کاری خود را اصلاح کند. اینجا با یک عامل پاتولوژیک اجتماعی و برانگیزاننده مواجه هستیم که در برنامه درمانی باید مورد ملاحظه قرار گیرد.

یا با بیماری مواجه هستیم که به دلیل فقدان پدر روزگار کودکی سختی داشته است. اینجا با یک عامل زمینه ساز از نوع روانزاد مواجه هستیم، یا کسی که در کودکی به دلیل حادثه ای تروماتیک از اضطرابی مزمن رنج می برد، اینجا نیز یک عامل زمینه ای روانزاد وجود دارد. او علاوه بر دارو نیاز به رواندرمانی دارد تا از تاثیر مخرب آن حادثه تروماتیک رها شود و دارو به تنهایی قادر به حل مسئله نخواهد بود.

یک نفر را می بینید که راننده تاکسی است، با علایم افسردگی مراجعه کرده است و نسبت به درمان دارویی مقاومت نشان می دهد. پنجاه و پنج سال از عمر او گذشته است و هنوز در خانه اجاره ای زندگی می کند. دو دختر و یک پسر مجرد دارد که همه دانشجویان دانشگاههای غیر دولتی هستند. او با همین ماشین تاکسی و در خانه اجاره ای تا حال بقول خودش «به هر جان کندنی بود» امورات خود را گذرانده است. بتدریج از پس این زندگی بر نمی آید. امکان و توان تغییر شغل و درآمد بیشتر ندارد. فرزندان خوبی دارد اما از پس انجام توقعات بسیار معمول آنها بر نمی آید. وقتی خواستگار زنگ خانه را می زند بجای آنکه شادمان شود که دخترش به خانه بخت می رود دچار اضطراب می شود که چگونه هزینه عروسی و جهیزیه را جور کند؟ کار رانندگی نیز بسیار استرس زا و توان فرساست و عمری از او گذشته است و بتدریج ترافیک شلوغ و ساعات شب کاری و ...

برای او غیر قابل تحمل می شود. وقتی ماشین تاکسی او به هر دلیل به «پت و پت» می افتد قلب خودش نیز «ریپ می زند». اخیراً قند و چربی خون او نیز کمی بالا رفته است. خیلی زود به گریه می افتد و دلشوره پیدا می کند. بد خواب شده است و حوصله کار ندارد. از هیچ چیز لذت نمی برد. تمرکز حواس ندارد و فراموش کار شده است. ابتدا در مورد آینده فرزندانش نگران بود و حالا نا امید و تسلیم شده است. آنقدر ناتوان و افسرده شده است که فعلاً بزرگترین نگرانی همه خانواده سلامت خود او شده است. چند روز پیش که در خانه تنها مانده بود خواست خود را حلق آویز کند که همسرش به دادش رسید. حال کسی او را بخاطر کاستی ها در انجام مسئولیتهایش به عنوان پدر خانواده ملامت نمی کند و فعلا همه سلامت او را می خواهند. با این توصیف «آیا او راحت تر نیست که افسرده بماند و بجای مسئولیت ها و مشکلات عدیده خانوادگی – شغلی و اجتماعی فقط یک مشکل داشته باشد و آن افسردگی باشد؟» این «راه حلی است» که نا خود آگاه در مقابل مشکلات بظاهر لاینحل خود پیدا کرده است. عوامل متعددی که بر شمردیم از جمله عوامل نگهدارنده اجتماعی هستند که موجب ازمان بیماری و مقاومت بیمار در برابر درمان می شوند. بتدریج احساس غیر قابل حل بودن مشکلات بیمار به پزشک نیز منتقل می شود. درمانگر نیز احساس ناتوانی می کند و از تجویز های گوناگون داروهای ضد افسردگی خسته و مایوس می شود. طبیعی است در چنین مواردی بدون توجه همه جانبه به مشکلات بیمار و کمک به بیمار که راه حل های بهتری برای مقابله با مشکلات و مسئولیتهایش پیدا کند از داروی تنها معجزه ای عاید نمی شود و بیمار با برچسب افسردگی مقاوم به درمان در میان مطب های مختلف سرگردان می شود.

یکی از مبحث های مشکل در فهم روان پویایی علایم، اختلال وسواسی جبری است. حال با شرح بیشتر یک مورد به موضوع می پردازیم. مثلاً گفته می شود که یکی از مکانیسم های عمده دفاعی روانی در این اختلال «کنش نمایی» یا reaction formation است. معنای چنین مکانیسمی این است که فرد به گونه ای رفتار می کند که مغایر ذهنیات عمیق اوست و به عبارتی بر عکس احساسات و منویات درونی خود رفتار می کند.

فهم چنین پدیده ای به راستی مشکل است و انتقال دادن آن به بیمار به امید آنکه درمان یابد به مراتب مشکل تر و گاه چنان مشکل که آدم ترجیح می دهد عطای آن را به لقایش ببخشد. راستی چگونه می توان تصوّر کرد کسی که بار ها یک بسته اسکناس را می شمارد که اشتباه نکند در واقع می خواهد رقم غلطی را جا بیندازد یا آدم مومنی که روزانه هزار بار با تسبیح ذکر می گوید به افکار کفر آلودی دچار شده است و یا کسی که بسیار شمرده و کتابی حرف می زند در واقع می خواهد که به همه کس ناسزا بگوید و یا کسی که صد بار بیشتر از دیگران نگران نجس و پاکی است می خواهد که همه چیز را به کثافت بیالاید؟

پی بردن به چگونگی و چرایی رفتار ها و توجه به مکانیسم های بروز عواطف و افکار بیمار کمک می کند تا درمانگر در سطح علایم نماند و بینشی تخصّصی و عالمانه پیدا کند و از آن مهمتر به او کمک می کند تا بیمار خود را بهتر بفهمد و بهتر بتواند او را درک کند و به طبع آن ارتباط درمانی مفید تر و سازنده تری داشته باشد و در نتیجه از وقت و انرژی ای که صرف میکند بهره بیشتری ببرد و در نهایت به رضایتمندی از کار و حرفه خود دست یابد.

خانم میان سالی به دلیل علایمی از افسردگی و اضطراب مراجعه می کند. دلیل افسردگی و اضطراب او را می پرسم. می گوید از دست وسواس بیش از حدّی که به سلامت کودک خردسال خود دارد به ستوه آمده است. کودک او چهارساله

است. می گوید کافی است کودک او تب مختصری پیدا کند تا او تعادل روحی خود را از دست بدهد ، هر روز او را نزد پزشک می برد تا روزی که تب او قطع شود. نگرانی وسواسی و افراطی او موجب می شود تا او را نزد پزشکان مختلف ببرد تا مطمئن شود که اشتباهی در معالجه کودک او اتفاق نیفتاده است . دم به ساعت درجه تب گیر در دهان کودکش می گذارد تا تب او را کنترل کند و در عین حال می ترسد که کودکش دماسنج را گاز بگیرد. داروهای مختلفی از پزشکان مختلف گرفته است ولی می ترسد که اگر کودکش از آنها استفاده کند به عوارض دارویی مبتلا شود . از بس که سئوالات مکرّر و متعدد از پزشکان درباره سیر بیماری و نحوه معالجه کودک خود می پرسد حوصله آنها را سر می برد و خجالت می کشد و مجبور می شود پزشک او را عوض کند . هر بار که کودکش خود را خیس می کند مدت ها او را می شوید و بالاخره او را زیر دوش می گیرد تا مطمئن شود که تمیز شده است . اگر کودکش اجابت مزاج داشته باشد روز گار هر دوی آنها سیاه می شود. عذر خواهی می کند و می گوید گاهی علی رغم جیغ و داد کودک و عذاب خودش چشمش را می بندد و انگشت در مقعد کودکش می کند تا «آنجا» را تمیز کند . او می داند که هیچکس دیگری مثل او نگران کودک خود نیست و این چنین بچّه خود را به اسم مراقبت آزار نمی دهد امّا قادر به کنترل وسوسه های بیمار گونه خود نیست . او می داند که رفتارش افراطیست ولی قادر به اجتناب از آن نیست . تا کنون چند بار به مطب های روانپزشکی نیز مراجعه داشته است و از داروهای مختلف ضد وسواس هم استفاده کرده است و هیچکس تشخیص جنون برای او نگذاشته و داروی ضد جنون برای او تجویز نکرده است . شبها ناگهان از خواب می پرد و سراغ بچه اش می رود تا از سلامت او با خبر شود. رفت و آمد های خود را با دیگران به حد اقل رساننده است تا از هر گونه بیماری واگیر دار در بچه اش جلوگیری کند ...

راستی چرا باید سلامت کودک او این چنین در خطر باشد ؟
در گفتگوی منطقی بیمار خود نیز می پذیرد که نگرانی او بی مورد است . حتّی می پذیرد که به دلیل رفتارهای وسواسی و مراقبت های افراطی نه تنها از بیماری کودک خود پیش گیری نمی کند بلکه سلامت کودک خود را به خطر می اندازد.
پس این پندار که سلامت کودک او بیش از معمول در خطر است از کجا می آید ؟
برای روشن سازی (clarification) مشکل اندکی به مختصات امور پیرامونی زندگی او می پردازیم. او خانمی خانه دار است و فقط همین بچه را دارد و در زندگی مشترک با همسر خود شدیداً مشکل دارد. بارها به دنبال در گیری و تنش از شوهرش کتک خورده است و به خانه مادرش پناه برده است . حال خانواده او نیز در جریان مشکلات زندگی او قرار گرفته اند و مخالفتی با جدایی او و طلاق ندارند ولی می گویند که در آنصورت سرپرستی بچه را باید به پدرش بسپارد ...
تا اینجا می توان دلیل نا خودآگاه وسواس او را حدس زد . او می خواهد از همسرش جدا شود ولی نمی تواند از بچه اش جدا شود و نیز نمی تواند مراقبت بچه اش را به مردی بسپارد که اورا صاحب صلاحیّت نمی داند. لذا «زبانم لال «اگراین بچه را نداشت می توانست به راحتی از همسر خود که زندگی را به کام او زهر کرده است جدا شود وبه قول او « به این زندگی نکبتی » خاتمه دهد .
انگیزه های سرکوب شده درونی که با آنها تعارض داریم همانا « شیطان » درون ما هستند . ما که در کنار گود نشسته ایم می گوییم زبانم لال اگراین بچه را نداشت ، او که مادر کودک است چگونه می تواند بگوید که اگراین بچه را نداشت و از آن بد تر چگونه می تواند بپذیرد که این بچه را نداشته باشد و «خدای نا کرده »در صدد آن بر آید که نداشته باشد و ...
برای آنکه مطمئن شویم که به هسته مشکل او دست یافته ایم در این مورد نیاز به یک عبارت برای تعبیر و تفسیر (interpretation) داریم تا به او کمک کند تا راحت تر بتواند مکنونات قلبی خود را بیان کند . می گویم : « راست راستی بچّه داشتن هم عجب درد سری دارد ». با این عبارت انگار نیشتر به آبسه خورده باشد بغض او می ترکد و به شدت به گریه می افتد و می گوید اگر این بچه را نداشتم خیلی راحت از همسر خود جدا می شدم .
او فقط می گوید که اگر این بچه را نداشتم که به هیچ وجه به معنای آن نیست که حال که این بچه را دارد درصدد آن باشد که نداشته باشد . اما انگیزه ای نا خود آگاه که جز راحتی و آسایش خود و لذت بردن از زندگی به هر قیمت و فقط برای خود نمی خواهد و به عبارتی فکری شیطانی و عمیقاً نا خود آگاه و غریزی در او در صدد بر می آید که این بچه را نداشته باشد . در واقع همه دفاع روانی او برای آنکه بچه را از هر گونه خطر حفظ کند تلاشی است برای خنثی ساختن امیال شیطانی خود او . تلاشی است برای محافظت در مقابل انگیزه های شرر بار خود او . تمایلات درونی نا خود آگاه هر از چند گاهی به صور مختلف سرک می کشد و او را می ترساند مثلاً در خواب به صورت کابوسی هولناک که جان بچه اش در خطر است ظاهر می شود . او سراسیمه از خواب بیدار می شود و به سراغ بچه اش می رود تا از سلامت او مطمئن شود . «افکارشیطانی»خود را به شکل های مختلف بزک می کند و به سراغ او می آید مثل این که مبادا بچه اش با یک بیماری یا با عارضه یک دارو و یا به دلیل عدم رعایت بهداشت از بین برود و مادر برای خنثی کردن(undoing) چنین اتفاق هایی مجبور می شود به طرز افراطی و وسواسی از کودک خود مراقبت کند که مکانیسمی است دفاعی ونا خود آگاه.
بتدریج ، با حوصله ، با دوگام به پیش در جهت روشنگری و یک گام به پس در جهت حمایت از بیمارو درک همدلانه مکانیسم های دفاعی او ، با توجّه به مکانیسم های روانی متعدّد بویژه مقاومت و ترانسفرانس و... می توان بیمار را از انگیزه های پنهانی آگاه کرد و او را با مشکل اصلی مواجه ساخت (confrontation) . او بعد از این با آگاهی با مشکل خود در زندگی مشترک و آینده بچّه اش روبرو می شود و آگاهانه راه حل های مختلف را می سنجد و راه مناسب و هوشمندانه ای را بدون توسّل به مکانیسم های بیمار گونه روانی انتخاب می کند .
باید بخاطر داشته باشیم که در هر مورد با عوامل بیولوژیک برای ابتلای به یک اختلال روانپزشکی مواجه هستیم چه بتوانیم با امکانات تشخیصی که داریم آنرا ثابت کنیم و چه نتوانتیم . سهم زیست شناختی از عوامل اتیولوژیک ممکن است ساختاری و یا کارکردی باشد . این عامل می تواند در کنار بقیه عوامل اتیولوژیک به عنوان عاملی زمینه ای، برانگیزاننده و یا نگهدارنده در تداوم علایم دخیل باشد.
یافتن دلیلی آناتومیک و یا کارکردی بیولوژیک در یک اختلال روانپزشکی به هیچ وجه به معنای دلیل قطعی توضیح دهنده علایم نیست، بلکه در کنار عوامل دیگر روانشناختی و یا اجتماعی دست در دست هم موجب تابلوی بالینی بیمار می شوند. چه بسا زمینه مسجل موجود بیولوژیک به دلیل فقدان عوامل بیماری ساز روانی اجتماعی لازم فرصت بروز برای ایجاد بیماری پیدا نمی کند و یا یک زمینه خفیف بیولوژیک به دلیل عوامل پاتوژن قوی روانی اجتماعی موجب بروز بیماری می شود.
امیدوارم با ادامه بحث پیرامون موضوع مورد نظر توسط همکاران عزیز به روشنایی بیشتری بر این موضوع بغرنج دست یابیم .

روانپزشکی و گستره فعالیت های آن

دکتر افشین احمدوند – دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان
واحد روانپزشکی جامعه نگر و بازتوانی روانی اجتماعی

تقریبا همه دست اندرکاران معالجه و درمان بیماریهای حوزه روانپزشکی متفق القولند که ماهیت برخی از بیماریهای روانی بصورت مزمن بوده و ممکن است تمام جنبه های زندگی ویا برخی از آنها را در فرد مبتلا برای تمام عمر تحت تاثیر قرار دهد.

سؤالی که برای بیمار و خانواده و تیم درمان همیشه مطرح بوده است اینست که سرنوشت اینگونه بیماران چه خواهد شد؟

آیا آنها نیز می توانند به زندگی عادی بازگردند و مانند سایر انسانها از مواهب حیات برخوردار گردند؟

برای پاسخ به این پرسش فعالان این حوزه تلاشهای بسیاری برای کمک به این بیماران انجام داده اند. تلاشهایی که با نتایج متفاوتی توام بوده است. این تلاشها همچنان ادامه دارد اما براساس دانش موجود بهبودی هرچه بیشتر برای بالابردن کیفیت زندگی این دسته از بیماران بدون انجام اقدامات متنوع درحوزه ها ی گوناگون امکان پذیر نیست.

تمام درمانگران در حوزه بیماریهای روانی مزمن وشدید(sever mentally illness) میدانند که بهبودی تنها منوط به درمانهای دارویی و کنترل علائم نیست، چراکه این بیماران مشکلات مختلفی در حوزه های گوناگون ازجمله فعالیتهای شغلی، روابط اجتماعی و خانوادگی، مشکلات اقتصادی، مراقبت از خود، تحصیل و حتی سرپناه دارند، که بدون توجه به این حوزه ها عملا امکان درمان و در نهایت بالا بردن کیفیت زندگی آنها وجود ندارد.

سوال مهم دیگری که برای درمانگر مطرح می باشد این است که راه رسیدن به اهدافی که پیشتر اشاره شد چیست؟

شواهد و داده های محکمی وجود دارد که کمک به بیماران برای بازگشت به زندگی طبیعی و بالاترین عملکرد برای زندگی در اجتماع نیازمند فعالیتهای گوناگون است که ما می توانیم آنها را تحت عنوان بازتوانی روانی اجتماعی(psychosocial rehabilitation) مورد بررسی قرار دهیم.

بازتوانی روانی اجتماعی:

بازتوانی روانی اجتماعی شامل کلیه اقداماتی است که به فرد کمک می کند تا در حد امکان عملکرد طبیعی خود را بازیابد و نیازمند سرویسها و خدماتی است که در حوزه های گوناگون به مبتلایان و مراقبین آنها ارائه می گردد:

۱–خدمات مورد نیاز دارویی و کنترل علائم حاد
۲–خدمات اجتماعی
۳–خدمات شغلی
٤–خدمات مورد نیاز در زمینه بازتوانی رفتاری
۵–خدمات مورد نیاز در زمینه بازتوانی شناختی
٦–خدمات مورد نیاز در زمینه آموزش

ارائه خدمات دارویی و درمانی

این سرویسها باید در دسترس بوده و از توزیع جغرافیایی مناسبی در سطح یک منطقه برخوردار باشد. اینکه ارائه خدمات در یک یا دو بیمارستان بزرگ در شهر متمرکز گردد و بیشتر معطوف به کنترل علائم حاد بیماری گردد نیاز درمانی دراز مدت مبتلایان را برطرف نمی کند بلکه لازم است این خدمات در سطح یک منطقه جغرافیایی توزیع شده تا همه افراد در موقع لزوم و همچنین برای پیگیری به آن دسترسی داشته باشند. لذا ایجاد مراکز متعدد در نقاط گوناگون با امکانات دارویی و خدمات آموزشی و مشاوره ها و مددکاری جزء مهمی از این سیستم بشمار می رود.

البته چنین مراکزی لزوما نیاز به داشتن امکان بستری بیماران ندارند چراکه بیشتر نیازهای بیماران بصورت سرپایی قابل رفع شدن است.

ارائه خدمات اجتماعی

این دسته از بیماران مانند همه مردم نیاز به خدمات اجتماعی و حمایتهای اجتماعی دارند که شاید حتی در مورد این بیماران بیشتر هم باشد. تمام سازمانهای ارائه کننده حمایت های اجتماعی در ایران شامل کمیته امداد، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، سازمانهای مردم نهاد و ... باید در زمینه بازتوانی بیماران فعال بوده و فعالیتهای مشخصی در این زمینه انجام دهند. تعیین متولی خاص در این زمینه همیشه راه گشا نبوده و بار سنگینی برای آن ایجاد می کند. در حالیکه بار بیماریهای مزمن باید تقسیم شده و همه نهادها و سرویسهای خدمات عمومی مسئولیت بپذیرند. به عنوان مثال حمایت یابی (Advocacy) برای نیازمندیهای گوناگون بیمار باید جزئی از وظایف این نهادها قرار گیرد. بیماران باید برای رفع مشکلات و پیدا کردن منبع حمایتی مناسب راهنمایی شوند که در اینجا نقش مددکاران اجتماعی بسیار پررنگ می شود.

خدمات شغلی

خوشبختانه بسیاری از بیماران قادر به انجام میزانی از فعالیتهای شغلی مفید می باشند و کنار گذاشتن آنها از چرخه اشتغال در جامعه آسیب های زیادی هم به روند درمان وهم به اقتصاد جامعه و خانواده وارد می کند. این اشتغال نمایشی و تصنعی نیست بلکه واقعی بوده و جنبه های یک اشتغال حقیقی را در بردارد.

اشتغال یک ضرورت قطعی در ایجاد احساس مفید بودن فردی و حضور در جامعه می باشد. ما در زمینه اشتغال بیماران نیاز به کارشناسان متخصص در این حوزه داریم و هم اکنون در کشورهای پیشرفته مانند ایتالیا متخصصینی برای سنجش تواناییهای شغلی و به کارگیری بیماران مزمن روانی وجود دارند و نتایج بسیار خوبی از این نظر بدست آمده است. لذا تربیت کارشناسان متخصص در این زمینه می تواند کمک بزرگی برای حل مشکل اشتغال در این گروه باشد. البته در زمینه اشتغال و بکار گیری این بیماران طرحهای گوناگونی می توان ارائه کرد که یک نمونه آن

اختصاص مشاغل ساده مانند کارهای خدماتی و اپراتوری در واحد ها می باشد .

خدمات مورد نیاز رفتاری شناختی

ماهیت بیماریهای مزمن به گونه ای است که ممکن است آسیب های جدی به رفتارهای اجتماعی و شناختی و طبیعی فرد وارد کند .بیماران ممکن است برای اصلاح رفتار نیاز به آموزشهای ویژه ای داشته باشند شواهد نشان می دهد این اصلاح رفتار بخوبی امکان پذیر است .همچنین نقایص شناختی مانند حافظه ، تمرکز و دقت با مداخلات روانشناختی و بکارگیری تکنیک های موثری که در این زمینه وجود دارد امکان پذیر است .
داده های مقدماتی حاکی از بکار گیری موثر تکنولوژی در توانبخشی شناختی این بیماران دارد و امیدها ی فراوانی در فعالان این حوزه بوجود آمده است .

خدمات آموزشی

از بحث نیازهای آموزشی در بازتوانی روانی اجتماعی سالها گذشته است ، از زمانی که بیماریهای روانی نتیجه سحر و جادو فرض میشد (متاسفانه هر چند هنوز هم رگه هایی از این تفکر در جوامع دیده می شود) .ولی اکنون ما بر اساس تحقیقات دقیق و گوناگون می دانیم که بیماری محصول تعامل عوامل اجتماعی –زیستی –فرهنگی و روانی می باشد .تفهیم این موضوع به جامعه ، خانوده و خود بیمار و در پاره ای از موارد حتی درمانگر، اهمیت حیاتی در نوع نگرش و اقدامات بعدی دارد.این موضوع بویژه در انگ زدایی اهمیت حیاتی دارد. انگ بیماریهای روانی تبعات فراوانی برای خود بیمار و خانواده وی خواهد داشت. انگ موجب تبعیض اجتماعی و بی عدالتی ازیکسو و همچنین موجب مقاوت بیمار یا خانواده برای مراجعه جهت دریافت خدمات درمانی می گردد. با آموزش عمومی از طریق رسانه ها برای آحاد مردم موضوع انگ باید رفع شود . همچنین آموزش باعث ایجاد مهارتهای مقابله ای با انگ بیماری روانی می گردد. علاوه بر آن آموزش در حوزه های گوناگون مانند مهارتهای ارتباطی و مهارتهای زندگی ، مراقبت از خود، شناخت علائم بیماری و نحوه مقابله با مشکلات بیمار ، هم خود بیمار وهم خانواده وی می تواند نقش عمده ای در پیش آگهی مثبت برای سیر این بیماریها داشته باشد .

واحد بازتوانی روانی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی کاشان:

با توجه به ضرورت احساس شده برای ارائه خدمات حوزه بازتوانی به بیماران نیازمند در فروردین سال ۱۳۸۷ با تلاشهای ریاست وقت بیمارستان اخوان کاشان دستور تشکیل واحد بازتوانی روانی اجتماعی صادر گردید و در ابتدا تیمی مرکب از واحدهای مختلف بیمارستان نظیر روانشناسی ،کاردرمانی ،مددکاری و همچنین افراد علاقمند و داوطلب در بیمارستان تشکیل شد واین تیم مسئولیت پیگیری موضوع رابه عهده گرفت، بعدا با حضور دستیاران رشته روانپزشکی واحد بازتوانی به واحد روانپزشکی جامعه نگر و بازتوانی روانی اجتماعی تغییر نام داد و فعالیتهای آن گسترش یافت . با رایزنیهایی که با ریاست محترم دانشگاه صورت گرفته امید فراوانی برای توسعه مستقل واحد روانپزشکی جامعه نگر و خدمات توانبخشی روانی اجتماعی بوجود آمده است . همانطور که می دانیم دانش بازتوانی روانی اجتماعی عمر چندانی ندارد و لذا واحد جامعه نگر و بازتوانی اقدامات زیادی را برای فعالیت های علمی و پژوهشی و ارائه خدمات در این زمینه انجام داده است که شامل تشکیل کنفرانس های علمی برای بهره برداری از تجربیات سایر دست اندر کاران بوده است . مجموعه این اقدامات شامل موارد زیر می باشد :

۱- ایجاد مرکز درمانی مستقل برای ارائه خدمات سرپایی و مشاوره ای برای بیماران ارجاعی
۲-ایجاد درمانگاه پیگیری برای بیماران تحت پوشش واحد بازتوانی
۳-خدمات پیگیری بصورت پیگیری تلفنی ، ویزیت در منزل
٤-خدمات مشاوره ای و مددکاری برای رفع نیازمندیهای گوناگون بیماران مانند نیازهای حقوقی و حمایت یابی و ...
۵- برگزاری کلاسهای آموزشی گوناگون برای خانواده ها و بیماران از جمله آموزش روانی ، مهارتهای مقابله با انگ و...
٦-فعالیتهای آموزشی برای گروههای مختلف اجتماعی و مردم در زمینه شناخت بیماریها و نحوه برخورد با آنها
۷-ارتباط با گروههای مردم نهاد در زمینه شناخت بیماری
۸- برقراری جلسات منظم هفتگی تیم بازتوانی برای بررسی و پیشگیری مشکلات بیماران و سیاست گذاری مناسب در این زمینه
۹-جلسات بین بخشی در شهرستان در زمینه توانبخشی بیماران مزمن

خوشبختانه باهمکاری مسئولین فرادستی و بویژه حمایتهای موثر ریاست دانشگاه علوم پزشکی کاشان برنامه های واحد روانپزشکی جامعه نگر و بازتوانی روانی اجتماعی دانشگاه در حال گسترش می باشد .

خلاصه سخن:

دانش بازتوانی روانی اجتماعی می رود تا سهم و نقش خود را هر چه بیشتر در جهت ارائه خدمات به نیازمندان این حوزه ایفا کند. این ایفای نقش مستلزم تلاش همگانی از دست اندر کاران مستقیم درمان بیماران شامل روانپزشکان، پرستاران ،مددکاران اجتماعی ، روانشناسان و کاردرمانگران گرفته تا حمایت مسئولین رده های گوناگون از دانشگاه علوم پزشکی تا نهادهای دیگر و همچنین مشارکت عموم جامعه در این زمینه می باشد .
تردیدی وجود ندارد که هر قدمی برای بهبودی و توانبخشی بیماران برداشته شود نه تنها به ارتقاء کیفیت زندگی آنان منجر خواهد شد بلکه باعث افزایش سلامت اجتماعی و روانی جامعه خواهد شد و همچنین نفع اقتصادی اجتماعی بسیار زیادی برای جامعه در برخواهد داشت.

دکتر فاطمه رجبی –استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر غلامحسین احمدزاده، دانشیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مگر دکتر ها هم مریض می شوند؟

«مگر دکتر ها هم مریض می شوند؟ » جمله ای است که بارها از زبان بیماران در هنگامی که حتّی کوچکترین نشانه ی کسالت ساده ای مانند سرماخوردگی داشته ایم، شنیده ایم. اگرچه در این نوع پرسش نوعی اغراق و ناباوری غیر منطقی وجود دارد، ولی پیش زمینه های باور به رویین تن بودن پزشکان در فرهنگ ما چندان دور از ذهن نیست.

تصویر اسطوره گونه ای که طی قرون متمادی از حکیم و طبیب در فرهنگ ما وجود داشته است تا حدّی آنان را انسانی کامل و به دور از هرگونه نقایص جسمی، روانی و ضعف های اخلاقی مجسّم نموده است.

اگرچه این تصوّر نیز، مانند بسیاری از باورهای اساطیری در عصر مدرنیسم رنگ باخته است، ولی هنوز در بسیاری از جوامع بخصوص در مواردی که هنوز پایبندی به سنّت وجود دارد، کم و بیش شاهد چنین تصویر سازیهای ایده آلی از پزشکان به عنوان «انسان کامل» هستیم.

در واقع آنچه در سوگند نامه ی بقراط، که قرنهاست به عنوان پیمان و میثاقی که هر پزشک خود را متعهّد و ملزم به اجرای آن می داند، آمده به نوعی این دیدگاه را در پزشک و جامعه تقویت نموده است؛ با ورود به حرفه ی پزشکی، با ادای سوگند بقراط، فرد پایبندی خود را به داشتنِ مجموعه ای از صفات آرمانی در زندگی شخصی و شغلی اعلام می نماید: ویژگیهایی نظیر از خودگذشتگی، خیرخواهی، وفاداری، رازداری، تشخیص دقیق، درمان صحیح، اخلاق مداری وعشق به حیات. صفاتی که گرچه حتّی تصوّر دستیابی به آن فرد را به وجد می آورد و در او احساس غرور و فخر ایجاد می کند، اما از سوی دیگر بار سنگینی به دوش وی می گذارد؛ چون پزشک شدن در واقع مصونیتی در قبال جایزالخطا بودن بالقوه ی بشر ایجاد نمی کند. طبیعت حرفه ی پزشکی به گونه ای است که ساعات کار متوالی و طولانی، همراه با فشار جسمی و روانی زیاد، خواب ناکافی و عادات تغذیه ای نامناسب را دربردارد. در این نظام کاری، بظاهر کسانی موفق هستند که با سرعت و دقّت کار می کنند و تا دیر وقت و حتی در ایّام تعطیل مشغول حرفه ی خود هستند؛ و از آنجا که کار با جان و زندگی انسانهاست تقریباً هیچ خطایی پذیرفته نیست و در موارد عدم موفقیت، حتّی زمانی که قانوناً خطا یا قصوری اتفاق نیافتاده، باز پزشک، در بیم و امید، آگاه یا ناخودآگاه، به سر می برد.علی رغم شخصیت ایده آلی که از پزشک انتظار می رود، مواجهه ی طولانی با موقعیت ها و شرایط پر تنش، گاه حتّی خوش نیّت ترین افراد را هم دچار خستگی و فرسودگی، عصبانیّت و رفتار مقابله ای، یا عبور از خط قرمزها می کند. بنابراین، این دیدگاه مطرح می شود که دربرابر وجوه آرمانی که برای طبیب تصویر شده و مورد انتظار است، یک پزشک ممکن است غیرآرمانی عمل کند، ببُرد، بشکند یا نیاز به کمک داشته باشد؛ بعبارتی، پزشکی که قرار است خود درمانگر باشد، ممکن است نیاز به درمان پیدا کند.

در مقاطعی از تاریخ نیز، ایده آل سازی و شاخص نمودن پزشکان بعنوان یک گروه اجتماعی ممتاز، موجب برانگیخته شدن کینه و حسادت پاره ای طبقات دیگر که این مسأله را تهدیدی برای موقعیت اجتماعی خود می دانستند، گردیده و بعضاً از طریق سعی در مشوّش و مسموم نمودن اذهان جامعه در مورد پزشکان و ارایه ی تصویری متضاد از آنان، سعی در منفی کردن نگرش جامعه به پزشکان داشته اند.

حرفه ی پزشکی با عوامل خطر منحصر به فردی برای سلامت روان همراه است. مواجهه ی مکرر با مرگ یا فرایند مردن، بعضاً می تواند در فرد موجب واکنش سوگ مستمر شود. محدودیت های موجود در درمان یا عدم پاسخدهی درمانی ، در بسیاری از بیماریها بخصوص در اختلالات روانی، می تواند باعث القای حس درماندگی در درمانگر شود. ساعات کار طولانی و فرساینده، و محرومیت از خواب می تواند شرایط را وخیم تر نماید. از طرف دیگر روابط و تعاملات با همکاران در سیستمی رقابتی و کمالگرایانه و اداره کردن بیمار یا همراهان متوقع همه از چالش های این حرفه هستند.

از جهت دیگر، درپس انتخاب حرفه ی پزشکی ممکن است دلایل زیادی نهفته باشد. یکی از این دلایل سابقه ی ترومااست. سابقه ی بیماری و بستری در کودکی یا در خویشاوندان نزدیک، در زندگی بسیاری از پزشکان به چشم می خورد. بسیاری از متخصصین قلب، یک بیمارقلبی در خانواده دارند یا بسیاری از روانپزشکان علت انتخاب این رشته را ابتلای یکی از بستگان

نزدیک به بیماری روانی ذکر می کنند. مطالعات وجود معنی دار یک یا چند مورد از موارد زیر را در سوابق پزشکان مطرح می کند: رقابت با والد پزشک، سابقه ی بیماری، بستری یا جراحی در کودکی، از دست دادن والد، خواهر یا برادر در کودکی، سابقه ی مهاجرت صدمه زا، سابقه ی ناتوانی جسمی یا یادگیری، ترس از مورد سوء استفاده واقع شدن، بی توجهی عاطفی یا روابط سرد در خانواده ی اولیه، و انتظار والدین برای احراز درجه ی بالای اجتماعی– فرهنگی. گرچه موارد فوق از طرفی می تواند موجب سوق فرد به دستیابی موقعیت بالاتر شود، از جهت دیگر می تواند جنبه هایی از آسیب پذیری روانی در فرد ایجاد کند.

برخی مطالعات که بر مصاحبه یا پرسش از پزشکان مبتنی بوده حاکی از آن است که پزشکان از قرار گرفتن در موقعیت هایی که منجر به ایجاد حس وابستگی، ناتوانی یا فقدان کنترل می شود، بیشتر از سایرین، آشفته می شوند.

گلن گابارد به برخی صفات که می تواند منجر به آسیب پذیری روانشناختی در پزشکان شود، اشاره کرده است: کمال گرایی و ویژگیهای وسواسی–جبری بین پزشکان شیوع بالایی دارد، گرچه ممکن است این خصایص تحت بالینی باشند و هیچ گاه شکل یک سندرم بالینی واضح به خود نگیرند. بعلاوه شک و تردیدهای مکرر در هنگام تصمیم گیری در موقعیت های مخاطره آمیز، احساس گناه یا احساس مسؤولیت اغراق آمیز، علاقه به دریافت تأیید از جانب همکاران و بیماران، و تمایل به کنترل شرایط از ویژگیهای شایع پزشکان است.

در حرفه ی روانپزشکی، سبک ارتباط بین پزشک و بیمار و ماهیت دلیل مراجعه ی بیمار به پزشک، با سایر تخصّص های پزشکی متفاوت است. اختلالات روانی و درمان آنها پیچیدگی خاصی دارد؛ در اختلالات روانی، عوامل در هم تنیده ی زیستی–روانی– اجتماعی در ایجاد و تداوم بیماری دخیل هستند و در مقابل، قدرت و توان پزشک در مداخله و اداره ی این عوامل محدود می باشد. بعلاوه، بسیاری از بیماریهای روانپزشکی سیری مزمن دارند و احتمال مقاومت به درمان در این بیماران نسبتاً بالاست. به نظر می رسد موارد فوق، آسیب پذیری مضاعفی را در روانپزشکان در برابر فرسایش، خستگی و استهلاک شغلی ، در مقایسه با سایر متخصصین، ایجاد کند.

حتّی زمانی که یک پزشک به این نتیجه رسیده است که خود نیاز به کمک درمانگر دیگری دارد، باز تا مراجعه به یک منبع درمانی راه زیادی در پیش است؛ برنامه ی کاری معمولاً آنقدر فشرده است که به سختی می شود زمانی برای رسیدگی به مشکلات شخصی در آن پیدا کرد. بعلاوه برخی رگه های نارسیستیک باعث می شود که فرد تلاش نماید خود مشکل خود را درمان کند و از قرار گرفتن در یک رابطه ی پزشک– بیمار طفره رود. از طرفی ترس از استیگما، بخصوص در مواردی که پزشک دچار اختلال روانی گردیده، مانع مهمی در این راه است.

گرچه پزشکان اغلب تمایل به تجویز دارو برای بیماران دارند، خود آنها علاقه ای به مصرف دارو ندارند و ترجیح می دهند حتی اگر بیماری وجود دارد سیر معمول خود را طی کند؛ شاید به همین جهت مدام در مورد عوارض جانبی داروی نسخه شده جستجو می کنند، یا به دلخواه خود نوع یا دوز تجویز شده را تغییر می دهند.

در کنار موارد بالا، برای درمانگری که یک پزشک را مداوا می کند، قضیه ی انتقال متقابل یا کانترترانسفرنس، اهمیت زیادی دارد. بعنوان مثال این خطر وجود دارد که درمانگر با بیمار، همانند سازی نماید و ناخودآگاه تلاش کند با توسّل به انکار و دلیل تراشی، بیماری همکارش را توجیه نموده و تشخیص خفیف تری مطرح نماید، و به این شکل با خواست بیمار هم راستا شود. همین خطر در زمینه ی نحوه ی درمان نیز ممکن است رخ دهد و احتمال تجویز داروی ضعیف تر یا غیر مؤثر یا دوز ناکافی وجود دارد.

سخنی که رفت شاید مختصر اشاره ای برای توجّه هرچه بیشتر به مسأله ی سلامت جسم و روان در پزشکان باشد، کسانی که اغلب زیر ذره بین انتقادات و سرزنش ها هستند و بیشتر از هر قشر دیگری در قبال عدم موفّقیت یا خطاهای سهوی خود بازخواست می شوند. مسلّماً توجّه به تأمین و حفظ سلامت و منزلت اجتماعی در این قشر در نهایت به سود کلّ جامعه خواهد بود.

در راستای بسط این سخن، پذیرای نظرات همکاران عزیز هستیم. مشتاقیم دیدگاه ها و تجربیات فردی شما گرامیان را در این باره دریافت کنیم.

دکتر حمید افشار
مدیر گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فرسودگی شغلی پزشکان

شاغلین حرفه پزشکی در معرض فرسودگی روانی و جسمانی هستند.سالهای طولانی تحصیل، مطالعه، امتحانات دشوار و متعدد، کشیک های شبانه و مسؤلیت حرفه ایی پر تنش، انتظارات بالای فردی–خانوادگی و اجتماعی و شاید مهمتر از همه دشواری برقراری رابطه درمانی با بیماران سبب افزایش روز افزون استرس در پزشکان و پیراپزشکان می گردد.آمارهای فرسودگی جسمانی ، افسردگی و خودکشی در پزشکان قابل چشم پوشی نیست.

از حدود ٦ سال قبل با شروع همکاری مرکز تحقیقات روان تنی با دپارتمان روان تنی دانشگاه فرایبورگ دوره های آموزشی –پژوهشی مشترک گروههای بالینت(Balint- groups) مورد توجه و تأکید بود. در ابتدای کار موضوع به نظر بخش فرعی و زینتی در کار پزشکی می آمد. اما با تحقیق، تعمق و تمرین در این عرصه به گواهی بسیاری از صاحبنظران یکی از مدل های کارای مدیریتی برای کاهش آسیب های روانی و تنی در شاغلین گروه پزشکی است.

در اینجا لازم می دانم از دو تن از همکاران گرامی سرکار خانم دکتر آزاده ملکیان و جناب آقای دکتر فرزاد گلی که دانش آموخته پزشکی روان تنی هستند به جهت جدیت در امر آموزش و ترویج این راهکار ارزشمند برای بهبود کیفیت پایه های پزشکی نوین و بالاخص راه اندازی جلسات درمان (بالینت) سپاسگزاری کنم.

دوستانی که مایل به آشنایی بیشتر با این موضوع هستند می توانند با مراجعه به وب سایت psrc@mui.ac.ir از منابع بیشتر در این زمینه اطلاع پیدا کنند.

گروه بالینت چیست؟

گروههای بالینت: گرد هم نشستن به تماشای رابطه پزشک - بیمار از چشم اندازهای تازه

دکتر آزاده ملکیان
روانپزشک ، فلوشیپ روانپزشکی روان تنی

در یک معرفی ساده،گروه بالینت، گروهی است که توسط یک روانپزشک،روانشناس یا پزشک خانواده کارآزموده در حوزه طب روان-تنی و آشنا به رویکردهای روان تحلیلگری و آموزش دیده برای سرپرستی گروههای بالینت،رهبری می شود و در آن اعضای گروه که ۸تا۱۲نفر پزشک عمومی یا متخصص رشته های مختلف، روانشناس، روانپزشک،پرستار یا دیگر شاغلین حرف درمانی هستند،طبق روال منظمی گردهم می آیند تادرباره نمونه های واقعی و روزمره صحنه های رابطه پزشک-بیمار در تعاملات حرفه ای خود به شکل ساختارمندی از منظر ادراک ، احساس و تجربه، گفت و گو کنند و بینش و مهارت خود را درارتباط درمانی با بیمارافزایش دهند.

درهمین جا شاید بی مناسبت نباشد که به واژه های اصلی مرتبط با این بحث اشاره ای کنیم:آنچه در گروه بالینت یا«Balint Group»انجام می شود،اصطلاحاً کار بالینت یا«Balint Work» نامیده می شود و عبارات «گروه بالینت» و«کار بالینت» گاهی می توانند کاربرد مترادف داشته باشند. اصطلاح بالینت درمانی یاBalint therapyاصطلاح اشتباهی است که گاهی به گوش می خورد. در واقع یکی از موضوعات تاکیدشده درباره گروه بالینت که مایکل بالینت نیزخود به آن اشاره داشت این است که رویکرد گروههای بالینت، رویکرد درمانی نیست؛ ازسوی دیگر، مایکل بالینت،تغییرات خفیف شخصیت رایکی از پیامدهای مثبت شرکت درازمدت در گروههای بالینت می دانست.

هدف از شرکت در گروه بالینت چیست؟

شرکت کنندگان گروه بالینت با هدایت رهبر و کمک-رهبر گروه «group leader» و «co-leader»از راه تبادل عمیق احساسات،تجربه ها و ادراکات درونی و تصاویر ذهنی خود درباره نمونه هایی از تجربیات متمرکز بر رابطه پزشک-بیمار که در گروه ارائه می شود،در طی زمان به درکی عمیقتر از دنیای درونی خود و بیماران خود دست پیدامی کنند. نتیجه بارز شرکت مستمر در جلسات (هفتگی،دو هفتگی یاماهانه) گروه بالینت درطول یک دوره (ازنظر آکادمیک حداقل یک ونیمساله) به استناد مطالعات معتبر، حفظ سرزندگی شغلی پزشک، کاهش فرسودگی حرفه ای او، افزایش توانایی درک و افزایش علاقه مندی به تلاش برای درک مشکلات بیمار، بهبود مهارتهای ارتباط پزشک- بیمار و افزایش رضایتمندی طرفین این رابطه است. شرکت در گروهای بالینت،منجر به افزایش بینش، ظرفیت احساسی ، گستره ی ادراکات و تصاویر ذهنی پزشکان درباره رخدادها و فرآیندهای رابطه پزشک-بیمار می شود و با تحکیم امنیت عاطفی پزشک باعث افزایش ظرفیت درک همدلانه دنیای خویش و بیمار و بهبود مهارتهای لازم برای برقراری رابطه درمانی موفق می شود. تعامل گروهی هدایت شده در گروه بالینت، با شیوه های معمول بحثهای آموزشی و تشخیصی در آموزش پزشکی تفاوتی اساسی دارد و در آن احساسات پزشک نیز به عنوان یکی از دو طرف رابطه انسانی، بخش برابری از دنیای رابطه درمانی دانسته می شود که نادیده گرفتن آن، چشم پوشی از نیمی از دیالوگ لزوما دوجانبه و همبسته درمان است و هیچگاه منجر به پیشروی یکسویه به سمت مقصود و آرمان نیمه دیگر نخواهد شد و هر دو طرف را از ناکامی درمان متاثر می سازد. بااین حال، هر چند بازتابهای داینامیک بیمار-محور و یا سوالات درباره زندگی شخصی بیمار (بارعایت گمنامی)می تواندبه مکالمات گروه راه یابد، ولی تحلیل روان پوياییهای پزشک راوی و یا ورود گفت و گوها یا پرسشهای اعضای گروه به حوزه های تحلیلی خانواده، کودکی و ... در مورد پزشک، با اهداف

گروه بالینت مغایرت دارد و توسط رهبر گروه، مسدود می گردد. تعمیق بینش پزشک راوی و سایرین درباره داینامیک مشکلات رابطه ای پزشک در رابطه پزشک-بیمار از راه بحث درباره رابطه با بیمار و نه اطلاعات زندگی خصوصی وی حاصل می شود، در کار بالینت، ورود به مشکلات شخصی پزشک در برقراری ارتباط با همکاران، خانواده یا تاریخچه روان شناختی شخصی وی در نظر نیست و اگر گاهی هم تماس با چنین موضوعاتی برقرار شود، به صورت عمیق دنباله گیری نخواهد شد.

به مبانی نظری بالینت در بخش دیگری از این گفتار اشاره خواهدشد.در نگاهی کوتاه به پیشینه مطالعاتی در نیاز سنجی وفلسفه بالینت،مستندات پژوهشی نشان داده اند که احساس عدم امنیت و بی حفاظ بودن در تعامل دائمی با درد و رنج بیماران، پزشک را به تعریض و تحکیم ناخودآگاه دیواره ای از خویشتن حرفه ای به دور خویشتن شخصی سوق می دهد. مشکلی که معمولاً پس از این سنگرسازی رخ می دهد، این است که پناه گیری های پزشک در سنگر دیواره حرفه ای معمولاً به شکلی پیش بینی نشده، ناگهانی و سریع روی می دهد و نه فقط بیمار را دچار احساس ناهمدردی و فهمیده نشدن می کند، بلکه پزشک را نیز در پناهگاه نا امنی قرار می دهد، چون تنها راه رهایی از فشار ناشی از تماس با رنجهای انسانی، پذیرفتن و تایید وجود اجتناب ناپذیر این رنجها و درک خویشتن و بیمار خویش و برخوردارساختن خویش از حمایتهای عاطفی ممکن در محیطهای امن و برخوردار از همدلی، بینش عمیق و درک متقابل خواهد بود که در درازمدت موجب افزایش ظرفیت تحلیل و تدبیر رابطه هایی از این دست خواهد شد. رویکردهای معمول آموزشی دوره پزشکی نیز فاصله گرفتن پزشک را از خویشتن شخصی تقویت می کند و این می تواند دسترسی پزشک را به درکی ناب و خالص از تجربیات خود و بیمار درهنگام تعامل با بیماران تضعیف کند و مانع از حفظ یا رشد قوای پزشک برای دریافت همدلانه و انسانی نیازها و احساسات مراجعین و به تبع آن کاهش بازده درمانی و افزایش فرسودگی شغلی وی شود.

چه کسانی می توانند عضوو یا رهبر گروه بالینت باشند؟

اعضای گروههای بالینت در نوع اولیه و اصلی خود، پزشکان عمومی بودند و در سالیان بعد، گروههای همگن و ناهمگن پزشک متخصص، روانپزشک و روان شناس رواج یافت. امروزه شرکت کننده گروه بالینت می تواند هر کسی باشد که در حرفه خود پیوسته با افرادی سروکار دارد که برای درمان، مراقبت، حل مشکل، آموزش و مشورت از وی کمک حرفه ای می خواهند. به این صورت امروزه معلمین، پرستاران، وکلا، قضات، روحانیون، مددکاران، روان شناسان و مشاورین و همینطور دانشجوهای کارورز این رشته ها که در تعامل با مراجع هستند نیز علاوه بر پزشکان عمومی و متخصصین رشته های طب و روانپزشک در گروههای بالینت شرکت می کنند. پزشکان رشته های تخصصی مختلف و پزشکان عمومی ممکن است گروههای جداگانه و همگن تشکیل دهند،ولی ضرورت ندارد که گروه بالینت از نظر عنوان شغلی اعضا کاملا همگن باشد و بسیاری از پرسابقه ترین گروههای بالینت، متشکل از پزشکان رشته های مختلف طب و پرستاران و سایر اعضای تیم درمان بوده و هستند. همچنین گروه روانپزشکان می تواند گروهی همگن باشد ولی روانپزشکان می توانند با پزشکان سایر رشته های طب یا با روان شناسان وروان پرستاران و مشاورین و... گروه ناهمگن تشکیل دهند.(اعضای گروههای ناهمگن نیز کسانی هستند که در یک گستره حرفه ای بازتر همکار یکدیگرند، مثلا تشکیل گروه بالینت واحد برای معلمین و پزشکان کارکرد ندارد). از این جا به بعد تا پایان گفتار پیش رو، برای سهولت، از گروههای بالینت پزشکان سخن گفته می شود ولذا کلمات پزشک وبیمار به کار می رود، ولی همین الگو قابل تعمیم به سایر گروهها نیز هست.

هر چند تشکیل گروههای همگن امتیازاتی دارد، حداقل مزیت گروه های ناهمگن این است که موجب ایجاد پلی ارتباطی بین افراد مختلف تیم درمان و تبادل تجربیات و احساسات بین افرادی می شود که ضمن فرهنگ پذیرفتگی از فرهنگ عمومی خاص نهادهای پزشکی، در خرده فرهنگهای گوناگونی از این فرهنگ عمومی رشد و نما یافته اند.

رهبر گروه در نوع اصلی گروههای بالینت، روانکاوان و مدتی بعد خانواده درمانگرانی با رویکردهای تحلیلی و آموزش دیده در طب روان تنی بودند، ولی امروزه رهبر گروه بالینت با معیارهای آکادمیک، پزشک، روان شناس یا روان پزشکی است که علاوه بر پیشینه آموزشی در طب روان تنی حداقل طی یک دوره سه ساله برای سرپرستی گروههای بالینت آموزش دیده باشد؛ کمک-رهبر فردی با همین زمینه های شغلی است که در حال آموزش دیدن رهبری گروه بالینت است.

رهبر گروه نقش اساسی در تحقق اهداف گروه دارد و کمک-رهبر نقشی شبیه به دستیاررهبر دارد. کمک-رهبر به دلیل میدان عمل بازتر، می تواند فرآیندهای گروه را پایش و تنظیم کند، ساختار و زمانبندی را یادآوری کند، به فرآیندهایی مانند ساکت ماندن برخی اعضای گروه و... توجه داشته باشد و با رهبر گروه تبادل اطلاعات کند و اگر مواردی مطرح می شود که نیاز به پیگیری دارد یادداشت کند.

شرکت در گروههای بالینت داوطلبانه است،ولی در کاریکولوم آموزشی دانشجویان پزشکی در کشور آلمان و چندین کشور دیگر اروپایی ودر برخی دانشکده های پزشکی امریکا،دانشجویان پزشکی ملزم به شرکت در حدنصابی از ساعات جلسات بالینت شده اند و باز در آلمان و برخی دیگر کشورها همگام با فراگیر شدن سیستمهای طب روان تنی و گسترش نوع تفکر و شیوه مراقبتی طب روان تنی به سطوح اولیه مراقبت از بیماران، آموزش بالینت، در مورد پزشکان عمومی، متخصصین زنان و اخیراً سایر متخصصین، روانپزشکان و روان شناسان، جزو آموزشهای اجباری مداوم بعد از پایان تحصیلات نیز قرار دارد؛ دیده می شود که بیش از نیمی از پزشکان حتی بعد از ایفای کامل تعهدات آموزشی و حرفه ای و رهایی کامل از قید و بند مقررات، علیرغم تنگناهای زمانی و تعددوظایف شغلی، به ادامه شرکت در این جلسات پایبند می مانند و آن را مورد نیاز خود و مرهمی برای تسکین فشارهای روانی ناشی از حرفه خود می دانند.

در گروه بالینت چه فعالیتهایی انجام میشود؟در یک جلسه معمولی گروه بالینت چه می گذرد؟

مدت زمان هر جلسه بالینت بین شصت تا نود دقیقه است که برحسب ضرورت قابل تغییر و تعدیل است.محرمانه بودن اسرار و نام و مشخصات شخصی و اطلاعات مطرح شده درباره بیماران،قانون صریح گروه است که در ابتدای هر جلسه توسط رهبر گروه یادآوری می شود. یکی از قواعد دیگر مورد تاکید، پرهیز از یادداشت برداری و عدم استفاده از کاغذ و قلم است. کمک-رهبر تنها کسی است که در گروه در موارد لزوم از قلم و کاغذ استفاده می کند. قبل از شرکت در گروه بالینت، شرکت کننده باید حداقلی از آموزشهای نظری را دریافت کرده باشد.

ابتدا رهبر گروه با توضیح کوتاهی درباره فرآیند کار، از شرکت کنندگان می پرسد که چه کسی یا کسانی مایلند به معرفی بیمار خود یا روایت یکی از تجارب روزمره ارتباط پزشک-بیمار در کار خود بپردازند و طبق قاعده، تجربه هایی با گروه در میان گذاشته می شود که ازحیث رابطه ی پزشک- بیمار، برای پزشک روایت کننده نوعی احساس تاثر، تاسف، خشم، تعجب، سردرگمی، استیصال، ناخرسندی به دنبال داشته است؛ این احساسات منفی پزشک می تواند بدون مصداق های مشهود و در زمینه ای مبهم شکل گرفته باشد و یا براثر تجربه آشکاری از مورد ناسپاسی، بی مهری و یا انتقاد واقع شدن پدید آمده باشد.
اگر بیش از یک نفر داوطلب روایت داستانی از تجارب خود باشد، همه داوطلبان ابتدا خیلی کوتاه درحد چند عبارت، به مورد بیمار خود و جنبه ارتباطی مهم مورد نظرشان اشاره می کنند و رهبر گروه بسته به نیازها و اهداف گروه، یکی را برای کار بالینت گروه در آن جلسه انتخاب می کند .
سپس رهبر گروه از فرد روایتگر، دعوت می کند تاروایت خود را نقل کند و ازاعضای گروه می خواهد تا حین شنیدن روایت نقل شده از رابطه پزشک-بیمار، به احساسات و ادراکات، تصاویر و رویاها، تکانه ها و هیجانات خود توجه داشته باشند.
سپس نوبت به فرد راوی می رسد تا داستان بیمار خود و جنبه هایی از موضوع ارتباطی را روایت کند که برایش دشوار، مشکل آفرین،ابهام آور، نگران کننده و یا همراه با احساسات منفی بوده است؛ در ادامه شاید درباره پرسشهای ذهنی ، احساسات منفی یا دلایل در میان گذاشتن این تجربه با گروه بالینت نیز توضیحی دهد. تمام اطلاعات مربوط به بیمار لازم نیست ارایه شود و تمرکز بر جنبه ای از ارتباط است که پزشک در آن احساس دشواری، ابهام و سردرگمی و استیصال کرده است. در واقع فرصت پزشک روایتگر برای روایت کل داستان و ارایه سایر اطلاعاتی که لازم به ذکر می داند، مانند مشخصات شغلی یا خانوادگی بیمار،در این مرحله ده تا بیست دقیقه است.
گاهی بر حسب شرایط ، رهبر گروه پس از آن که پزشک روایتگر داستان خود را نقل کرد، از شرکت کنندگان دعوت می کند که اگر برای درک تصویر بهتری از روایت ارائه شده از رابطه پزشک بیمار نیاز به اطلاعات خاص دیگری دارند، خیلی کوتاه از پزشک روایت کننده پرسشهایی بپرسند و پزشک راوی هم تلاش می کند درحد اطلاعات خود به این پرسشها پاسخ دهد. با این کار، صورت داستان ومشکل در ذهن ها روشن تر می شود و شرکت کنندگان با پرسشهای کوتاهی از فرد روایت کننده ، برداشت و ادراک کلی خودشان را از روایت به محک تاییدوی می زنند و نیز به صورتی مقدماتی، فرمولاسیون خود را از مشکل تجربه شده توسط پزشک راوی، تکمیل و رفع اشکال می کنند. زمان این مرحله حداکثر پنج دقیقه است. تاکید می شود که برخلاف گروههای سوپرویژن، در اینجا ارائه شرح حال کامل بیمار و بیماری مورد نظر نیست.
سپس رهبر گروه سخنان پزشک روایت کننده و رویداد و مشکل مربوط به آن را جمع بندی می کند.با این کار ضمن ارائه بازخوردی به پزشک روایتگر و سایرین، چارچوبی ایجاد می کند تا توجه افراد گروه را به محدوده ی معینی از ارتباط پزشک-بیمار درداستان نقل شده جلب کند و بحث گروه را بر کانون دشوار یا مبهم ارتباط پزشک-بیمار همگرا می سازد.
از این جا به بعدبه تقاضای رهبر گروه، پزشک روایت کننده، موقتا از گروه خارج می شود و از خارج از گروه به مشاهده گروه می نشیند؛ مثلا صندلی خود را بیرون از دایره گروه قرار می دهد و از این پس شرکت کنندگان با او حرفی نمی زنند و فقط با یکدیگر گفت وگومی کنند، چنانکه گویا پزشک راوی دیگر در جمع آنان حضور ندارد.
در مرحله بعد، رهبر گروه از شرکت کنندگان می خواهد تا هیجانات، تکانه ها، اندیشه ها و تصاویری را که هنگام شنیدن روایت همکارشان احساس یا تجربه کرده اند داوطلبانه و با کسب اجازه،به گروه بازتاب دهند.در واقع بیشتر کارکردهای گروه بالینت بستگی زیادی به درک شرکت کنندگان از تجربه خویش و بازتاب آن و هدایت موثر این مرحله دارد.
اعضای گروه یک به یک احساسات، تجربیات و تصاویر ذهنی خود را به گروه بازتاب می دهند. زمان این مرحله سی دقیقه است و بزرگترین قسمت کار بالینت را تشکیل می دهد. در واقع طبق آنچه قبلاً به شرکت کنندگان آموزش داده شده،شرکت کنندگان گروه، در حین شنیدن روایت و تجربه فرد راوی،تلاش کرده اند تا فارغ از نقش های حرفه ای خود، به عنوان یک شخص و یک انسان، با خود شخصی وغیرحرفه ای خود، داستان را بشنوند و با احساسات و ادراکات آزاد و تصاویر ذهنی خود آن را در ذهنشان تا جای ممکن تصور و تجسم کنند. شرکت کنندگان سعی داشته اند به این موضوع توجه کنند که هنگام شنیدن روایت همکارشان، چه احساسات، هیجانات، اندیشه ها و تصاویری در درون خودشان برانگیخته شده است. در مرحله بازتاب، شرکت کنندگان می کوشند تا همان احساسات، تجربیات، هیجانات، اندیشه ها، تخیلات و تصوراتی را که در هنگام شنیدن روایت در خود احساس و تجربه کرده اند و نیز احساسات و ادراکات پی آیند مرتبط با روایت را با یکدیگر در میان بگذارند و به گروه بازتاب دهند.
در مرحله بعد پزشک روایت کننده دوباره در جمع گروه می نشیند و رهبر گروه از راوی درباره برداشت کلی خودش از انعکاس و تبادل تجربیات در گروه می پرسد و نیز از او می پرسد که از میان شنیده هایش از بازتاب گروه، چه چیزهایی بیشتر نظرش را جلب کرده یا برایش مهم بوده است؟ و یا این که اگر چیزی را در میان بازتابها و بحث گروهی برای خود مفید یافته است برای گروه بازگو کند. زمان این مرحله حداکثر ده دقیقه است. گاهی بنا به زمینه های مختلف برخی از احساسات و تجارب بازتابیده اعضای گروه بویژه برای پزشک راوی خوشایند، تسکین دهنده، راهگشا یا مفید بوده است. گاهی پزشک راوی از همخوانی برخی از احساسهای بیان شده با احساس شخصی و تجربه خودش حرف می زند و گاهی از میان احساسات، تصویرها یا تجربه های بازتابیده در گروه یکی یا برخی را به دلیلی برای خود نو، الهام بخش یا مفید می داند و یا معتقد است برخی از بازتابها از نظر اونوری بر بخشهای تاریک و ندیده ارتباط تابانده اند. پزشک راوی آزاد است که تجربه خود را در گروه هر طور که هست مطرح سازد.ناهمخوانی و ناسازگاری تجربه شده در برخی بازتابها موضوعی است که گاهی پزشک راوی تمایل دارد بازگو کند. این کار با رویکردهای گروه همسویی ندارد، هرچند خلاف قواعد گروه هم نیست؛ ولی هدایت آن به سمت اهداف گروه و یا کنترل آن چالش مهمی برای رهبر گروه محسوب می شود.
در آخرین مرحله که پنج دقیقه طول می کشد رهبر گروه از پزشک روایت کننده، از کمک-رهبر و از اعضای گروه سپاسگزاری می کند و از فرایندهای جلسه بازخوردی کلی، هدفمند و تحلیلگرانه به گروه ارایه می کند. مثلا شاید درباره طیف گسترده احساسات و تصویرهای بازتاب شده صحبت کند و یا درباره آن

که تا چه اندازه و به چه صورت بازتابها توانسته است گستره مشترک تصویر ذهنی رویداد روایت شده را در ذهن شرکت کنندگان فراختر کند، یا درباره اجزایی که اینک بازتابها توانسته است به تصویرذهنی و تجربیات احساسی خود وی از رویداد بیفزاید. همچنین به فرآیندهای گروه نیزممکن است اشاره کند. مثلاً از تغییرات آهنگ و روند بازتابها صحبت کند، این که برای مثال طبق مشاهده او از فرآیندها، در ابتدا بیشتر بازتابها از جایگاه تجربه بیمار طرح شده ولی در ادامه بازتابهای بیشتری از جایگاه تجربه پزشک در گروه به میان آمده یا برعکس و یا ممکن است اشاره به بازتابهایی داشته باشدکه از جانب اشخاص مهم ولی غایب در صحنه ارتباط مثل مادر یا همسر بیمارتجربه شده است. در پایان نقاط قوت مشاهده شده در فرآیندها و تعاملات جلسه را برای گروه خاطرنشان می کند و گاهی نیز سعی می کند از جمع بندی بازتابها دستاوردی راهبردی استخراج و ارایه کند که می تواند برای پزشک راوی راهگشا باشد.

منظور از گروه بالینت درون تنگ ماهی «Fish bowl balint group» چیست؟

شکلی است از اجرای گروه بالینت که شباهت زیادی با شیوه های آموزش گروهی واجد تیمهای بازتابگر«Reflecting Team» دارد. گروههای بازتابی در آموزش مهارتهای عملی مصاحبه و رواندرمانی در طب سایکوسوماتیک و تمرین عملی فنون درمان با بیمار واقعی وبسیاری از دیگر موقعیتهای آموزش بالینی به کار می رود. این شیوه فرصت های ارزشمندی از تجربه ی خود در هر دو جایگاه مصاحبه گر و مشاهده گر، تمرینگر و مربی و ناظر و نظارت شونده برای گروه مورد آموزش فراهم می کند و اجازه می دهد در آموزش گروههای پرجمعیت، دسترسی بخشی از جمعیت شنونده به مرکز کمتر نشود و مشارکت فعال آنان به حضوری کمرنگ در حاشیه تبدیل نشود.

شیوه ای از کار بالینت با تیم بازتابی به نام گروه بالینت «تنگ ماهی» یا «Fish bowl»برای شرکت جمعیتهای بزرگتر پزشکان در جلسات کار بالینت طراحی شده و نمونه ای کامل از کار بالینت و گروه بالینت (ونه فقط آموزش کار بالینت) است. تفاوت اجرای آن با گروه بالینت معمولی این است که در اینجا،هشت تا دوازده نفر به عنوان گروه شرکت کننده بالینت، در دایره کوچکتر درونی در کنار رهبر و کمک رهبر گروه می نشینند و افراد باقیمانده مثلا بیست یا سی نفر دیگر به عنوان گروه بازتابش بالینت«Reflecting team»،دایره بزرگتری بیرون دایره گروه بالینت تشکیل می دهند و مانند آن است که از دورتادور یک تنگ ماهی به تماشای وقایع درون آن مشغولند. این گروه هم متعهد به قوانین اصلی گروه است. گاهی رهبر گروه اعضای گروه بازتابش بازتابها را قبل از شروع گفت و گوهای گروه بالینت اصلی، به دو یا سه دسته تقسیم بندی می کند و ازهر دسته می خواهد که مشاهدات خود را بر جنبه خاصی متمرکز کنند؛ مثلا از یک گروه می خواهد که بر محتوای گفت و گوها و بازتابهای گروه بالینت تمرکز کنند و از دسته دیگر می خواهد که بر مشاهده فرآیند بازتابها و یا فرایند کار بالینت تمرکز بیشتری داشته باشند. همچنین گاهی نیزبه تجویز رهبر،افراد گروه بازتابش بازتابهامی توانند در صورت داشتن احساسات و یا تکانه های قوی درباره داستان روایت شده پزشک راوی، آن را با گروه خود در میان بگذارند ولی معمولا این گروه بعد از گروه داخل تنگ، به بازتاب احساسات و تجاربی می پردازند که با شنیدن تجربه های بازتاب شده درباره صحنه رابطه پزشک بیمار در خود تجربه و احساس کرده اند. این گروه تا پایان مرحله بازتابهای شرکت کنندگان پس از شنیدن روایت ساکت می مانند و بعد از آن رهبر گروه از آنان می خواهد که در گروه خود مشاهداتشان را درباره ی محتوا و فرآیند بازتابهای گروه اصلی و یا احساسات و تصوراتی که با شنیدن بازتابهای آنان، درون خود تجربه کرده اند، ظرف حدود ده تا پانزدهدقیقه بازتاب دهند. فرآیند بازتاب در گروه بازتابش نیز شبیه فرآیند بازتاب در گروه شرکت کنندگان است،یعنی هر کس هنگام ارایه بازتابهای خود درباره مشاهداتش از محتوا و فرایند بحث و گفت و گوی گروه بالینت،با اعضای گروه خودش یعنی گروه بازتابش بالینت به گفت و گو می پردازد، طوری که گویا پزشک راوی، شرکت کنندگان بالینت یا رهبر گروه بالینت درآنجا حضور ندارند. وقتی گروه بالینت در تنگ ماهی تشکیل شود، ساختار اجرایی گروه به این صورت تغییر می کند که دو مرحله بازگشت راوی به گروه و بیان دستاوردها و تجربه و برداشت خود از بازتابها و مرحله جمع بندی رهبر گروه از جلسه بالینت، بعد از گفت و گوی افراد خارج از تنگ ماهی یا گروه بازتابش بازتاب اجرا می شود.

در گروههای بالینت پرجمعیت هر یک از شرکت کنندگان فرصت می یابد که با شرکت در جلسات بعدی، در برخی جلسات داخل وگاهی بیرون تنگ ماهی قرار گیرد تا به تجربه کاملی از گروه بالینت دست پیدا کند.

پویاییهای گروه بالینت:

احساسات و تصاویر ذهنی افراد شنونده روایت،به هیچ وجه نمی توانندبا واقعیت رویداد از نگاه حقیقت محض یا از نگاه پزشک وبیمار منطبق باشد؛ بلکه تنها می تواند یکی از تصاویر، نقشها، تکانه ها، پنداشتها و احساسات متعددی باشد که با شنیدن توصیف روایت در ذهن و احساسات و اندیشه ها و خیالات انسانی دیگر بیدار، تداعی و آفریده شده است. واقعیت ماجرا نه مهم است و نه قابل دستیابی؛ حتی به تعبیری واقعیت رویدادهای ارتباطی، چیزی جز آنچه درهمه احساسات و مجموع تصاویر،ادراکات، رویاها و خیالاتی که درباره آن در تصور آحاد انسانها می گنجد نیست. روایت رویداد ارتباطی و احساسی خود پرده ای از حقیقت است و گروه بالینت با باید و نباید و چون و چرایی درباره آنچه در این پرده به نمایش گذاشته شده به چالش نمی پردازد. حتی نبود برخی اطلاعات که پزشک راوی مثلا به دلیل محدودیت زمان، در روایت خود مطرح نکرده است و اطلاعاتی نیزکه تا پایان در صحنه این روایت خاص در بازتابهای آن طرح نخواهد شد، کارکردهایی در پویایی گروه و ارزشهایی برای شرکت کنندگان بویژه در تجربه های طولانی مدت بالینت خواهد داشت (مثلا برخی اطلاعات گفته نشده، بعدها در شرایطی با تجربه ذهنی پزشک از بازتابهاآمیخته و بازخوانی می شود؛ یا در هنگام شنیدن روایتهای دیگر و بازتابهای دیگر نیز تجارب راویان قبلی تغییراتی می کند.) . هدف گروه بالینت تلاشی برای تغییر نقشها و رویدادها نیست، بلکه تلاشی برای دیدن صحنه از زوایای دید مختلف و گسترش عرصه تجربه های حسی و ذهنی پویا و تمام عیار است. به همین دلیل در گروه بالینت، هیچگاه نحوه رویکرد درمانی پزشک زیر نگاه و پرسش قرار نمی گیرد و از گفتمان های پدرسالارانه مرسوم آکادمیک برای نقد عملکرد و مهارت پزشک و یافتن خطاها، تقصیرات و نکات مورد غفلت او اکیدا پرهیز می شود. آنچه در کار بالینت مهم و تاثیر گذار است، تماس یافتن پزشکان با احساسات بلافاصله، تکانه ها و هیجانات، احساسات بعدی و تصاویر ذهنی خود است.

دانش و حرفه پزشکی مانند هر دانش و پیشه کهن، فرهنگ ویژه ای دارد که مثل هر فرهنگ اصیل و دیرپای دیگر، به انتظارات و نیازها و رفتارهای بیماران، پزشکان و مردم درباره رویدادهای این حرفه سمت و سو می دهد. یکی از موضوعات فرهنگی در پزشکی، نگاه داورانه به تعاملات درمانی است. هر بیمار بهبود نیافته و هر پزشک ناخرسندی، به سرعت در ذهن مردم و در ذهن پزشکان قضاوتهای زیادی برمی انگیزد. در بازتابهای گروه بالینت، پزشکان در طول زمان، به ایستادگی ذهنی دربرابر وسوسه داوری و داورانه برانداز کردن عادت می کنند و این اولین فرصت دوباره برای بازگشت به تجربیات عینی و فارغ از انتزاعات محو کننده اصل تجربه است. فرصتی که به درک عینی تجربه دیگران نیز کمک می کند. تماشای خالص رابطه پزشک و بیمار از بیرون گود، مستلزم کنارزدن صافیهای متعدد نگاه است. بر حسب مقتضیات آموزش پزشکی، معمولا در اولین دفعات شرکت در گروههای بالینت، تمایل قوی به ادامه استقرار در حوزه امنیت عاطفی و ناتوانی در لمس تجربه درونی و تمرکز بر آن وجود دارد. معمولاً پیش از لمس تجربه روایت شده، ذهن شرکت کننده ناخودآگاه به سوی اندیشه ها و قضاوتهایی معطوف می شود که با آن بتوان خویشتن حرفه ای را همچنان شیرین کام نگاه داشت ونوازش و تحسینش کرد که» اگر او بود، این مشکل پیش نیامده بود». به همین دلیل معمولا وسوسه ابراز برداشتهایی در مورد نادیده های تشخیصی و یا ناکرده های درمانی، بر تمایل به نگاه کردن و تصویر کردن و ادراک و تجربه خالص، پیشی می گیرد. شرکت مستمر در گروه های بالینت کم کم به تواناییهای بیشتری برای تماشا و آفرینش خالص و تصور ناب رویداد دست می یابند تا فارغ از هر گونه داوری»اگر چنین بود، چنان نمی شد» یا «چنین بود اگر چنان نشده بود»خود را به دست موجهای تجربه و احساس و تصوربسپارند. در مشاهده خالص و غوطه ورانه یا موج سوارانه بر امواج رابطه پزشک و بیمار، مشاهده گر گاهی بیمار را غریق می بیند و پزشک را منجی غریق و در نیاز به نجات یافتن، خود را در تجربه بیمار شریک می کند و در نیاز به نجات دادن با تجربه ی تقلای پزشک همراه می شود. گاهی هم پزشک را غریق می بیند و برای

نجات او در گوشه و کنار صحنه رابطه به دنبال منجی مناسب می گردد و اگر پیدا نکند دست وپای بیشتری می زند و تصوراتش از تجربه ی غریق ملموس تر و قویتر می شود. در پایان، هنگام باز تاباندن تجربه اش در گروه، دوباره از ساحل به تجربه خود نگاه می کند و نقش یا نقشهای تجربه شده را از یک نقطه از صحنه یا جاهای مختلف، برای گروه روایت می کند.

گروه بالینت، در آموزش پزشکی هر گز جایگزین گروههای سوپرویژن و گروههای گزارش بیماران یا موارد مشکل و ... نیستند، بلکه به عنوان گروهی متفاوت از نظر ساختار و اهداف و فلسفه وجودی، به نیاز بزرگ و فراموش شده دیگری از نیازهای بنیادی آموزش پزشکی پاسخ می دهد. همچنین گروه بالینت، ماهیتی کاملا متفاوت با گروههای حمایتی پزشکان دارد؛ در گروه های حمایتی، اهداف سیستمیک و دراز مدت مشخص کمتری دنبال می شود و نقش روان تحلیلگرانه رهبر در پویاییهای گروه در گروههای بالینت محوریت بسیار بارزتری دارد.

رهبر گروه نقش اساسی در هدایت و تسهیل پویاییهای گروه و تحقق اهداف گروه دارد. وی در پویایی های گروه معمولا مثل یک الگوی نقش عمل می کند. رهبر گروه، همچنین پویاییهای گروه را ساماندهی می کند و پایش مستمری برای جلوگیری از خارج شدن گروه از مسیر اهداف کار بالینت وافراد گروه را از قرار گرفتن در معرض هجمه های سایرین محافظت می کند و پزشک معرفی کننده بیمار را از تخطئه شدن محافظت می کند و نیز در طول زمان کمک می کند که درسایه تجربه هدایت شده تعاملات گروهی، شرکت کنندگان بتوانند بدون آن که این موضوعات مستقیما» به بحث گذاشته شود، به درک روشن تر و توانایی تحلیل عمیقتری از تکانه های خویشتن برای انتقاد از راوی و یا تجربه های خود از مورد هجمه واقع شدن دست یابند و نقش حمایتی افراد گروه و مهارتهای گفت و گو، شنیدن، همدلی و تنظیم هیجانات درونی و بیرونی در آنان بتدریج با الگوگیری از شخصیت و شیوه ارتباط رهبر گروه تقویت می شود.

تاریخچه گروه بالینت:

پدر گروه بالینت، دکتر مایکل بالینت (۱۹۷۰–۱۸۹۶)، روانکاو مجارستانی تباری بود از مریدان الکساندر (ساندور) فرنچی (۱۹۳۳–۱۸۷۳) بود. ساندور فرنچی، خود از شاگردان و دوستان فروید بود و در زمان آشناییش با مایکل بالینت، روانکاوان به فرنچی لقب «نوپای وحشتناک روانکاوی» داده بودند. مایکل بالینت همچنین از علاقه مندان آثار ویلهلم رایش بود. بالینت در بافتار ارتباط درمانی با ساندور فرنچی که روانکاو وی و استادش بود، با تأثیرات نافذ و فنون روان تحلیلگری آشنایی کامل پیدا کرد. درچهل وسه سالگی ناچار شد برای حفظ جانش در نسل کشی های جنگ جهانی به انگلستان فرار کند؛ در پنجاه و سه سالگی کار خود را به عنوان روانپزشک در کلینیک تاویستوک لندن آغاز کرد و بزودی به عنوان یکی از ارکان علمی این درمانگاه شناخته شد؛ با استفاده از دیدگاههای فرنچی (که معتقد بود تصور درمان بیمار بدون داشتن شفقت نسبت به او، تصوری واهی است.) و نیز دیدگاههای فروید، جنبشی برای انسانی کردن رابطه پزشک–بیمار و رویکرد کل نگر (Holistic approach) نسبت به بیمار راه اندازی کرد و خوانشی از طب روان– تنی را برای استفاده پزشکان عمومی اقتباس کرد. در آن زمان، در چاره اندیشی برای مدیریت بیماران دشوار به این راه حل رسیده بودند که آموزشهایی طراحی شود تا به وسیله آن پزشکان عمومی، به رواندرمانگرانی برای بیماران ویژه افزایش کاربری دهند. مایکل بالینت، توانست نگاه اندیشمندان را به جای تدبیر راهی برای تربیت پزشکان با قابلیت رواندرمانگری به سمت لزوم فهم بنیادین گفتمان های روزمره درپزشکی عمومی سوق دهد. وی معتقد بود بیماران دشوار، در گفتمان رایج پزشکی عمومی، دشوار دیده می شوند و یا دچار دشواری می شوند و در طراحی مدیریت بیماران دشوار در این سیستم، اولین گام، تدبیر شیوه هایی برای نایل شدن پزشکان عمومی به درک عمیقتری از گفتمان روزمره پزشکی عمومی ودرک سیرگذار بیماران دراین سیستم است. درک بیمار از دیدگاه بالینت معادل رنج بردن با او نیست، بلکه پزشک از راه تماس با احساسات واقعی خود وبیمار می تواند از رنجهای گریزنا پذیر خود در این ارتباط انسانی بکاهد.

شکل گیری این اندیشه درذهن مایکل بالینت از جایی آغاز شدکه از خودپرسید: «مورداستفاده ترین دارودرپزشکی چیست؟» وبه خودپاسخ داد : «دارویی که بیش ازهمه مورداستفاده بیماران قرارمی گیرد، خودپزشک است.» بالینت بعدازمعرفی مفهوم پزشکِ «دارو–مقام» یا «دارو–خصال» یادارویی بانام پزشک «the drug doctor» قوانین تجویزاین دارورادرذهنش موردپرسش قرارداد. دوزبارگیری؟، دوزنگهدارنده؟دفعات مصرف روزانه، هفتگی؟عوارض جانبی؟پدیدههای ایدیوسینکراتیک؟خسته شدن بیمارازاین دارو؟حاصل خردورزی‌های اودراین اندیشه ها، انتشارمشهورترین کتاب وی باعنوان «پزشک، بیماروبیماری «The doctor, his patient and the illness» شد که درآن مبانی نظری وعملی گروههای بالینت به تفصیل شرح داده شده است. سایراندیشه های مشهورمایکل بالینت، یکی با اصطلاح «تبانی برسرگمنامی» «The collusion of anonymity» شناخته شده است که حکایت مراجعه ویاارجاع بیمارازپزشکی به پزشک دیگراست، در حالی که هیچ یک ا زاین پزشکان مایل نیست به عنوان پزشک اصلی بیمارمعرفی شودودرنتیجه هیچیک مسئولیت بیماررابه عنوان یک شخص ویک کل برعهده نمی گیردوهریک فقط باقسمتی ازبیماری او «ونه خوداو» تعامل می کند.

مایکل بالینت همراه باانیدبالینت–که همسروی بود و به پرستاری اشتغال داشت ولی بعد ازازدواج بابالینت، تحصیل روانکاوی کردوروانکاوشد– درسفرهای متعدد، گروههای بالینت رادرتعدادی ازکشورهابنیانگزاری کرد. ازآنجاکه بالینت، معلم محبوب و پرجذبه ای بود، کاروی بااستقبال پزشکان عمومی درسراسرجهان روبه روشد. سپس انجمنهای بالینت درکشورهای مختلف برای پیشبرد تشکیل گروههای جدیددرآنکشورهاشروع به کارکردند. درسال ۱۹۷۲فدراسیون بین المللی بالینت ازانجمنهای بالینت کشورهای انگلیس، فرانسه، بلژیک، هلندوآلمان غربی تشکیل شد. در حال حاضر بیش از بیست انجمن ملی در کشورهای مختلف فعالیت می کنند و فدراسیون بالینت، تا کنون نوزده کنفرانس بین المللی بالینت برگزار کرده است. درهیجدهمین کنگره بین المللی بالینت در سال ۲۰۱۳، در بخش دانشجویان پزشکی مقاله خانم دکتر شیرین صادقپور از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، موفق به دریافت یکی از جوایز بین المللی بالینت و راهیابی به همایش بین المللی بالینت درهایدلبرگ آلمان شد. یک گروه بالینت نیز در حال حاضر در مرکز تحقیقات روان تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان فعالیت می کند و توسط یکی از جوامع بالینت مرتبط با انجمن ملی بالینت کشور آلمان ازنظرآموزشی، حمایت و سرپرستی (سوپرویژن) می شود.

دکتر مژگان امانت کار – روانپزشک

خاطرات یک روانپزشک

در مطب باز شد و پیر زنی همراه با عروسش وارد شدند. پیر زن همانند بچه های بیش فعال از در و دیوار بالا می رفت و وسایل روی میز را بهم می ریخت. بی وقفه حرف می زد و بی قرار بود. عروسشان شرح حال داد که راستش خانم دکتر: « چند سال پیش دیدیم دیگه خرفت شده و همه چی یادش رفته، رفتیم پیش سر کتابی، سرکتابی وقتی مادر شوهرم را دید گفت این مریضه و باید ببریدش پیش دکتر (باز هم به انصاف دعا نویس !) ،. خلاصه بردیمش دکتر و دکتر تشخیص داد آلزهایمر دارد. داروها را که رفتیم از داروخانه بگیریم همه شان خارجی و گران بودند و هزینه اش برای ما سنگین بود. من به شوهرم پیشنهاد دادم این دارو ها را نگیر، من مادر تو را می کنم توی یک اتاق و در روی اون می بندم، دارو هم دیگر احتیاج ندارد (مصداق کامل مادر شوهر آزاری). بعد که این کار را کردیم بعد از مدتی دیدیم کار خیلی خرابه و کم مونده سقف اتاق کنده بشه. بگذریم که تمام اتاق رو به نجاست کشونده، حالا دیگر به این نتیجه رسیدیم که بیاریمش دکتر، خانم دکتر این مادر شوهرم دست شما را می بوسه. این شما و اینهم مادر شوهر من !! « .

■ ■

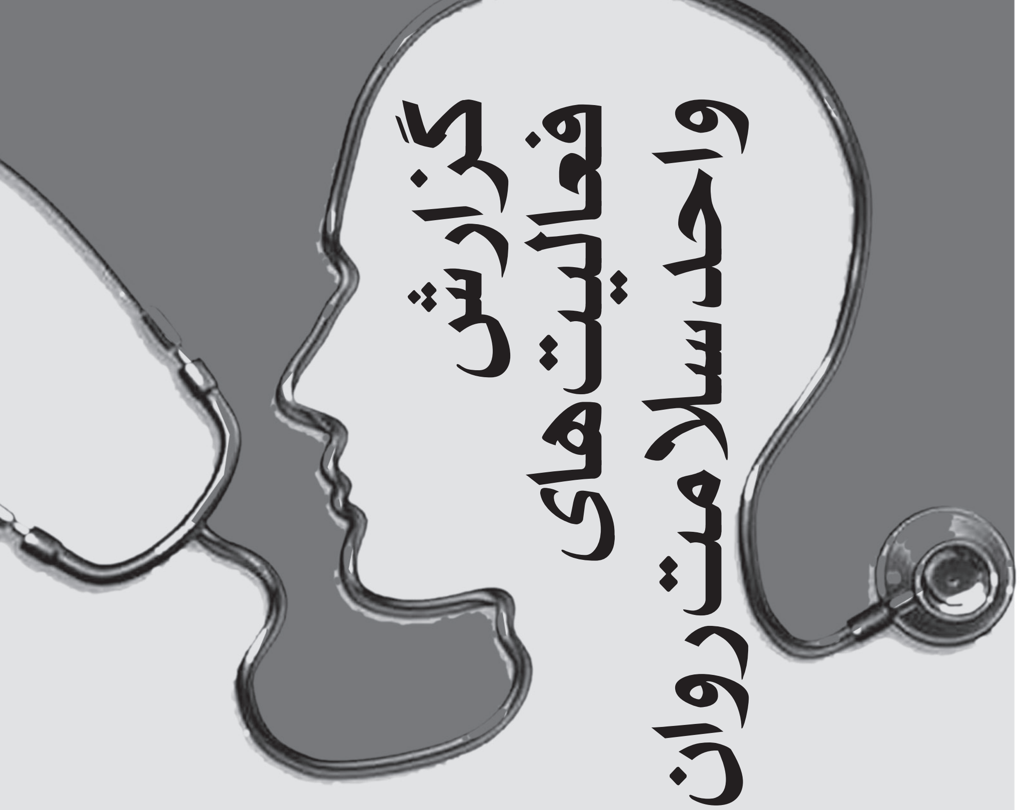
یکی از دوستان روانپزشک اطفال تعریف می کردند که چندی پیش در مطب بودم که خانمی عصبانی وارد اتاق شدند و با حالت حق به جانب گفتند: « خانم دکتر شما به دختر پنج ساله من قطره هالوپریدول دادی، مگر نرفتی در اینترنت عوارض اون را بخونی؟ تو نمی دونستی این دارو چقدر عوارض داره؟ چطور این دارو را دادی؟ این دارو دست و پا را چلاق می کنه، و حالت سکته ای به بچه می ده، « . خلاصه قرار شد از این به بعد برویم اینترنت عوارض داروها را بخونیم و دیگر نیازی به کتابهای مرجع مان نداریم، همان سه خط مرقوم شده در اینترنت کافیست. اصلاً چرا این کار؟ بهتر است بیماران بجای دکتر آمدن و این همه هزینه کردن به کافی نت بروند و یک جستجو در اینترنت بکنند و همان جا داروی خود را انتخاب کرده و مصرف کنند یا حد اکثر به داروخانه سر کوچه بروند و همان جا داروی مورد نظر خود را انتخاب کرده و مصرف کنند، دیگر نه شکایتی می ماند و اگر فرضاً مشکلی پیش آید خود کرده را تدبیر نیست! ما هم دیگر نیازی نیست اینهمه امتحان پره بورد و بورد بدهیم!

■ ■

چندی پیش آقای جوانی جهت ویزیت آمدند، وقتی وارد اتاق شدند و نشستند بدون هیچ صحبتی زل زدند. به ایشان گفتم مشکل تان چیست؟ فرمودند شما درس این کار را خوانده اید و با نگاه کردن به من باید بفهمید مشکلم چیست و با یک نگاه باید مرا روانکاوی کنید! خلاصه از این به بعد در درسهای دوران رزیدنتی مان باید غیب گویی، پیش گویی، چهره خوانی و کمی تا قسمتی ژانگولر بازی باید گنجانده شود تا بیماران مان هم از هر جهت راضی از مطب بیرون بروند. شاید کف بینی و از این قسم هم بکار آید!

■ ■

خانمی با دپرشن شدید آمده بود. در شرح حال گفتند: « خانم دکتر من رفتم سرکتابی. سرکتابی به من گفت که تو شوهرت زیر سرش بلند شده و برای همین حالت بده (یک مشکل به مشکل بیمار اضافه کرده بود)، خلاصه استاد دعا نویس یک سری اشربه به من داد که هم خودم بخورم و هم به شوهرم بخورانم. راستش از وقتی خوردم خیلی بهترم. » بعد بیمار با لحن جدی از من پرسید: راستی خانم دکتر شما به دعا نویس اعتقاد دارید؟ منهم در دلم گفتم شما به روان اعتقاد دارید؟ قبل از اینکه جوابی به او بدهم گفت: « اما من خیلی از آنها معجزه دیدم. « به ذهنم رسید حالا که مذاکرات ۵+۱ با اینهمه پیچیدگی و چالش به نتیجه رسیده خوب است ما هم یک نشست و مذاکراتی با دعا نویسان و سر کتاب بازان داشته باشیم تا به جای خوراندن سم کهنه اسب و چربی گرگ و چشم راست مار این بیماران را ارجاع دهند و اینقدر این بیماران مستاصل دنبال چیزهای عجیب و غریب نگردند (البته بعضی از درمانهای خاص این جناب آنقدر مستهجن بود که در این مجله جای گنجاندن انها نیست). لازم به ذکر است که این مورد خاص مبلغ نا چیز هفتصد هزار تومان به دعا نویس تقدیم کرده بودند!



گزارش فعالیت های واحد سلامت روان

دکتر ناهید گرامیان

مسئول واحد سلامت روانی اجتماعی و

اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

گزارش فعالیت های گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

برنامه تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت ، از سال ۹۳ در استان اصفهان با اجرای برنامه مراقبت های اولیه در حاشیه شهرها آغاز شد. همانگونه که در شماره قبل اشاره شد در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد ، تحولات چشمگیری اتفاق افتاد که از مهمترین آنها حضور روانشناس در مراکز سلامت جامعه است. در فاز اول برنامه کلیه مناطق حاشیه شهر استان تحت پوشش برنامه قرار گرفت و شهرستان های شهرضا، نواحی دو گانه اصفهان، خمینی شهر ، فلاورجان، شاهین شهر و نجف آباد با جذب نیروی روانشناس بالینی مجری این برنامه بودند.

فاز دوم برنامه در شهرستان های با جمعیت ۵۰-۲۰ هزار نفر شامل سمیرم، شهرضا، بهارستان، شاهین شهر، برخوار، نایین، فلاورجان، لنجان، مبارکه، نجف آباد، خوانسار، گلپایگان، و خمینی شهر در حال اجرا می باشد.

در این فرایند کلیه کارشناسان قبل از ورود به سیستم و شروع کار ملزم به طی دوره آموزشی با احتساب ۱۲۶ ساعت و کسب گواهی پایان دوره می باشند.

ارائه فعالیت های گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد این معاونت در برنامه تحول نظام سلامت به صورت مختصر به شرح زیر می باشد:

–غربالگری سلامت روان: این غربالگری توسط مراقب سلامت در پایگاه های سلامت با استفاده از پرسشنامه ۶ سوالی برای رده سنی ۱۵ سال به بالا انجام می شود. این پرسشنامه اختلالات شایع روانپزشکی یعنی اختلالات خلقی و افسردگی را بررسی می کند و مواردی که مشکوک تشخیص داده می شوند جهت بررسی و اخذ شرحال به پزشک ارجاع داده می شوند و مراحل کار بر اساس فلوچارت مربوطه انجام می گردد.

* پرسشنامه مذکور و دستورالعمل آن جهت استحضار همکاران ضمیمه می گردد.

پرسشنامه غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان

مقدمه سؤالات غربالگری در حوزه سلامت روان

قبل از پرسشگری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که «**در این بخش می خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روانشناختی و استرسهای شما بپرسم.**»

برای خدمتگیرنده توضیح دهید: «**هدف از این پرسشگری شناسائی زودرس ناراحتی های اعصاب و روان در مراجعین است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می شوند و بدین ترتیب می توان از بروز ناراحتی های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.**»

در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «**مطالبی که در این جلسه مطرح می گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما**

می باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می ماند.»
به خدمتگیرنده یادآور شوید: «**این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام میشود.»**
به خدمت گیرنده توضیح دهید: «**پاسخگویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک میکند.»**
سپس به خدمت گیرنده بگویید: «**سوالاتی که از شما پرسیده می شود، در مورد حالت هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سوال می توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.»**
نمره گذاری:

نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ های اصلاً، بندرت، گاهی اوقات، بیشتراوقات و همیشه به ترتیب اعداد ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ تعلق می گیرد. مجموع امتیازات هر پرسشنامه می تواند از حداقل صفر تا حداکثر ۲۴ باشد. افرادی که نمره ۱۰ یا بالاتر را کسب می کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک ارجاع می گردد.

اصلاً	بندرت	گاهی اوقات	بیشتراوقات	همیشه
صفر	۱	۲	۳	۴

پرسشگر گرامی: از آزمودنی سوالات زیر را بپرسید. بر روی جملاتی که زیر آن خط کشیده شده و کلماتی که برجسته شده اند، تأکید کنید.

نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد: شماره خانوار:

پاسخگوی گرامی، سوالاتی که از شما پرسیده می شود، در مورد حالتهایی است که **در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید**. در پاسخ به هر سوال می توانید بگوئید **همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت** یا **اصلاً**.

۱- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید، **مضطرب و عصبی** هستید؟
۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ۴) بندرت ☐ ۵) اصلاً ☐ ۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐

۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته **احساس ناامیدی** می کردید؟
۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ۴) بندرت ☐ ۵) اصلاً ☐ ۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐

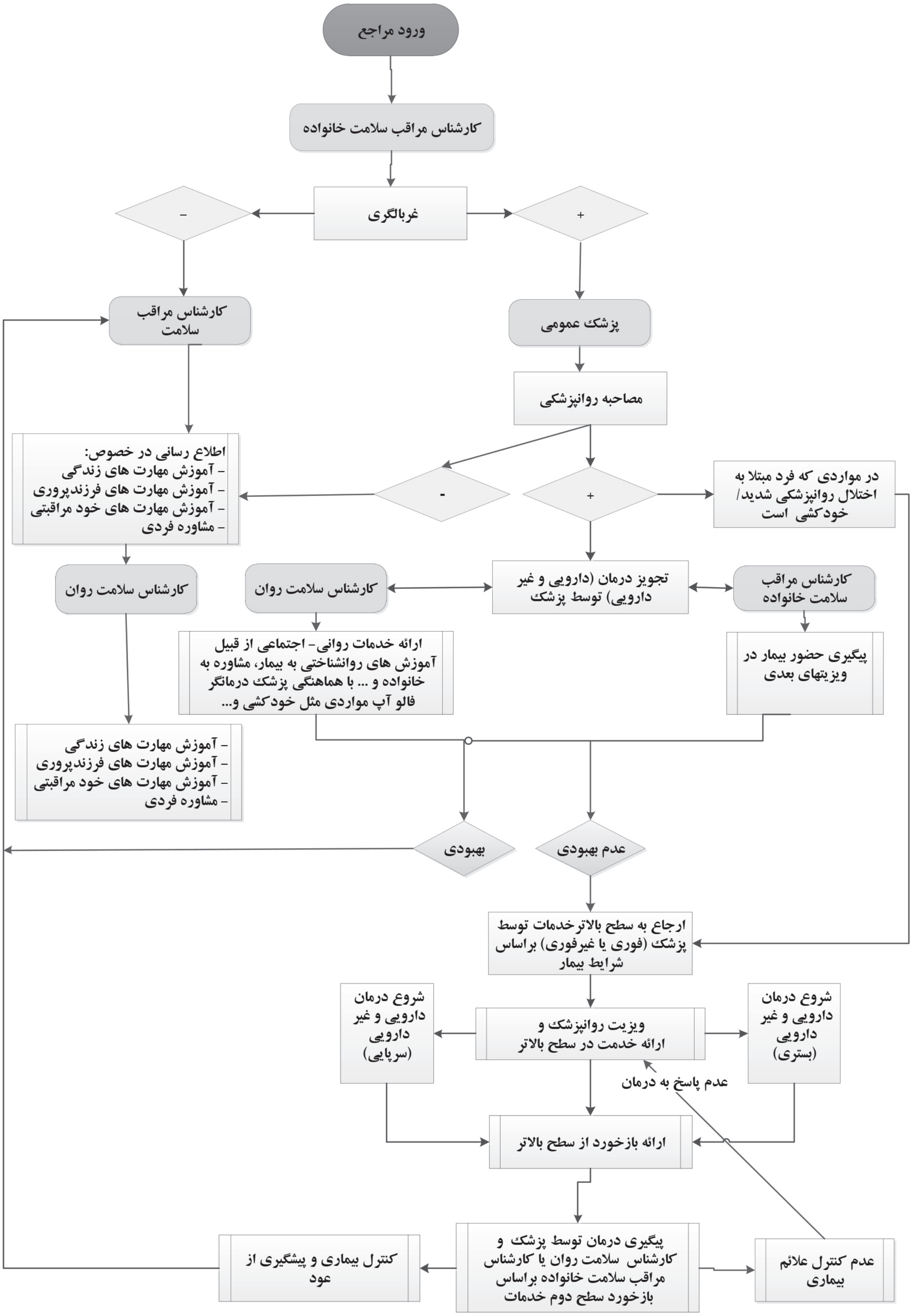
۳- چقدر در ۳۰ روز گذشته **احساس ناآرامی و بی قراری** می کردید؟
۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ۴) بندرت ☐ ۵) اصلاً ☐ ۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐

۴- چقدر در ۳۰ روز گذشته **احساس افسردگی و غمگینی** می کردید؟
۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ۴) بندرت ☐ ۵) اصلاً ☐ ۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐

۵- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که **انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟**
۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ۴) بندرت ☐ ۵) اصلاً ☐ ۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐

۶- چقدر در ۳۰ روز گذشته **احساس بی ارزشی** می کردید؟
۱) همیشه ☐ ۲) بیشتر اوقات ☐ ۳) گاهی اوقات ☐ ۴) بندرت ☐ ۵) اصلاً ☐ ۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐

فلوچارت ارائه خدمات سلامت روان در مرکز سلامت جامعه شهری



-غربالگری اولیه اعتیاد: این غربالگری توسط مراقب سلامت در پایگاه های سلامت با استفاده از پرسشنامه Assist برای رده سنی ۶۰–۱۸ سال انجام می شود. این پرسشنامه ۸ سوالی است که مراقب سلامت فقط سوال ۱ و ۲ آن را از مراجع پرسیده و در صورت پاسخ مثبت به آن، مراجع جهت غربالگری تکمیلی و پاسخ به سوالات بعدی و تعیین سطح خطر و ارائه راهکارهای متناسب، به روانشناس ارجاع داده می شود.

* پرسشنامه مذکور و دستورالعمل آن جهت استحضار همکاران ضمیمه می گردد.

پرسشنامه غربالگری اولیه در حوزه اعتیاد

نام و نام خانوادگی مصاحبه کننده: **استان:** **نام مرکز:**

نام و نام خانوادگی: **تاریخ:** **شماره خانوار:**

مقدمه(لطفاً برای مراجع بخوانید)

از این که پذیرفتید در این مصاحبه کوتاه در باره مصرف انواع تنباکو، مواد و الکل شرکت کنید از شما متشکرم. می خواهم چند سوال در بازه تجربه شما از مصرف این مواد در طول عمر و سه ماه گذشته بپرسم. این مواد را می توان به صورت تدخینی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی، یا خوردن قرص مصرف کرد (کارت مواد را نشان دهید). برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام بخش، داروهای ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می کنید ثبت نمی کنیم. اما، اگر شما این دارو ها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید. گر چه می خواهیم درباره مصرف مواد غیر مجاز مختلف توسط شما بدانیم، به شما اطمینان می دهیم اطلاعاتی که در این مورد به ما می دهید، کاملاً محرمانه خواهد بود.

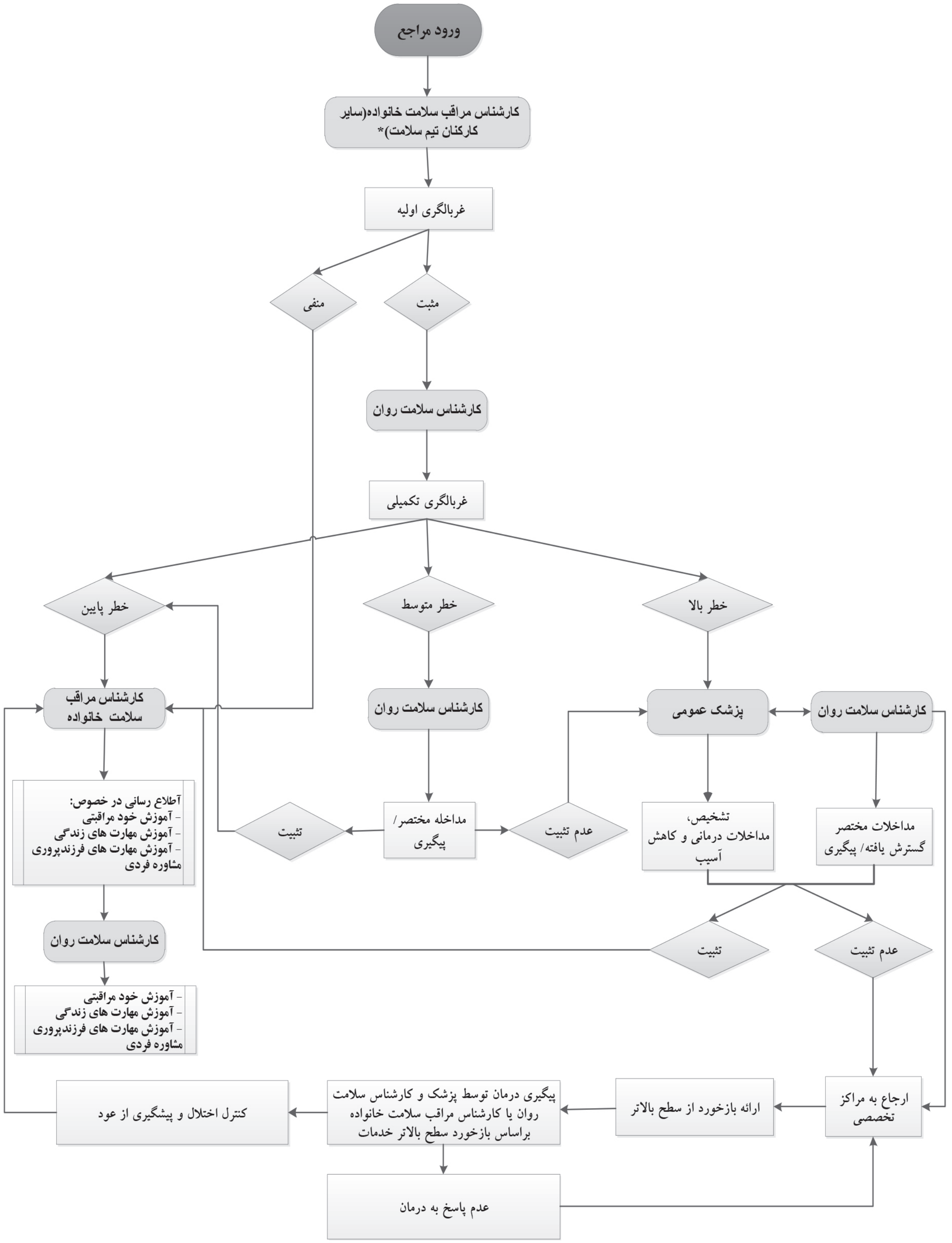
پرسش ۱

در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده اید؟ **(فقط مصرف غیر پزشکی)**	خیر	بله
الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)		
ب- ترکیبات افیونی(تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک، آمپول نورجیزک، تمجیزک، مورفین، متادون، بوپره نورفین ، کدیین ، ترامادول، غیره)		
ج- حشیش(سیگاری ، ماری جوانا، جوینت، گراس، بنگ، غیره)		
د- محرک های آمفتامینی(شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، کریستال، غیره)		
ه- آرام بخش ها یا قرص های خواب (دیازپام، والیوم، لورازپام، آلپرازولام ، فنوباربیتال، غیره)		
و- نوشیدنی های الکلی(آبجو، شراب، عرق، الکل سفید، غیره)		
ز- مواد استنشاقی(چسب، بنزین، تینر، غیره)		
ح- توهم زاها (ال اس دی ، گرد فرشته، غیره)		
ط- کوکایین(کوک ، غیره)		
ی- سایر- مشخص کنید:		

پرسش ۲

در سه ماه گذشته، موادی را که اشاره کردید **(ماده اول، ماده دوم، غیره)** چند وقت یک بار مصرف کردهاید؟	هرگز	یک یا دو بار	ماهانه	هفتگی	هر روز یا تقریباً هر روز
الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)					
ب- ترکیبات اَفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک، آمپول نورجیزک، تمجیزک، مورفین، متادون، بوپرهنورفین، کدیین، ترامادول، غیره)					
ج- حشیش (سیگاری، ماری جوانا، جوینت، گراس، بنگ، غیره)					
د- محرکهای آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، کریستال، غیره)					
ه- آرامبخشها یا قرصهای خواب (دیازپام، والیوم،لورازپام، آلپرازولام، فنوباربیتال، غیره)					
و- نوشیدنیهای الکلی (آبجو، شراب، عَرَق، الکل سفید، غیره)					
ز- مواد استنشاقی (چسب، بنزین، تینر، غیره)					
ح- توهمزاها (الاسدی، گرد فرشته، غیره)					
ط- کوکایین (کوک، غیره)					
ی- سایر- مشخص کنید:					

فلوچارت خدمات پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در مرکز سلامت جامعه شهری



*** غربالگری اولیه اعتیاد با توجه به اینکه به صورت فرصت طلبانه انجا می شود می تواند توسط کلیه پرسنل بهداشتی و درمانی مرکز شامل کارشناس مراقب سلامت خانواده، پزشک، دندانپزشک، ماما و .... انجام شود**
*** غربالگری روتین برای زنان باردار**

- غربالگری سلامت اجتماعی در حال حاضر در قالب برنامه ارتقاء سلامت اجتماعی در ۱۰۰ درصد مناطق حاشیه شهر در حال اجرا می باشد.
غربالگری سلامت اجتماعی پس از تکمیل فرایند اجرای آن برای گرو ها سنی مختلف اجرا خواهد شد که در قسمت بعدی به جزئیات آن اشاره خواهد شد.

خلاصه برخی مقالات روانپزشکی

دکتر مریم رضایی – روانپزشک

Capgras syndrome in a very late onset , treatment resistant schizophrenia

International psychogeriatrics –May 2015

در این مقاله موردی گزارش شده است که آقایی در سن ۷۳ سالگی دچار علایم مثبت اسکیزوفرنی شده که شامل علایم کپگراس نیز بوده است .معاینه فیزیکی و آزمایش های خون طبیعی بود و در سی تی اسکن مغز آتروفی وابسته به سن نشان داده شده بود .

در برسی نوروسایکولوژیک آسیب احتمالی نیمکره راست مطرح شد . البته حافظه و عملکرد هوشی بیمار طبیعی بود .

تجویز نورولپتیک های متعدد از جمله چند مرتبه تزریق نورولپتیک طولانی اثر مفید واقع نشد .

بالاخره علایم مثبت و کپگراس بیمار توسط کلوزاپین کنترل شد .

Co-morbidity of bipolar mood disorder and borderline personality disorder

Comprehensive psychiatry – April 2015

این مطالعه ارتباط بین اختلال بای پولار و اختلال شخصیت مرزی را در طولانی مدت مورد بررسی قرار داده است .

طبق این مطالعه شیوع همزمان اختلال شخصیت مرزی با اختلال دو قطبی تیپ یک ۲۹ درصد و با اختلال دو قطبی تیپ دو ۲۴ درصد گزارش شده است . تروما در دوران کودکی ارتباط قوی و مثبتی با درصد بیشتری همراهی اختلال دو قطبی و اختلال شخصیت مرزی داشته است . بیمارانی که به اختلال دوقطبی همراه با اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند علایم شدید تری نسبت به بیمارانی که تنها از اختلال دوقطبی رنج می برند دارند . بعضی از نتایج مطالعه نشان می دهد که ابتلای به اختلال شخصیت مرزی می تواند پیش گویی کننده ابتلا به اختلال دوقطبی در آینده باشد .

Relationship between behavioral symptoms and sleep problems in children with anxiety disorders .

Pediatrics international – May 2015

اختلال خواب ارتباط زیادی با اختلالات رفتاری و بیماریهایی نظیر اختلالات اضطرابی در کودکان دارد . برای مشخص کردن اهداف درمانی برای کودکان دچار اضطراب در این مطالعه ارتباط بین اختلالات خواب و اختلالات رفتاری بررسی شده است .

طبق این مطالعه افسردگی در این کودکان ارتباط ضعیفی با تاخیر در شروع خواب ، خواب گردی و همچنین اختلال کلی خواب دارد .

در این مطالعه دیده شد که اضطراب با خواب گردی و اختلال کلی خواب ارتباط دارد .

اختلال بی اعتنایی مقابله ای با تاخیر در شروع خواب و خواب آلودگی روزانه و مقاومت بهنگام خواب ارتباط دارد و نیز ارتباط قوی با اختلال کلی خواب دارد.

CNS Drugs- Feb 2015

افزایش وزن بعد از قطع توپیرامات در بیماران دچار میگرن

طبق این مطالعه کاهش وزن اثر برگشت پذیر درمان با توپیرامات است . در طی شش ماه بعد از قطع توپیرامات وزن بیمار به وزن اولیه خود بر می گردد .

Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry – Apr 2015

مطالعه تاثیر دولوکستین برای درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال اضطرابی منتشر

طبق نتایج این مطالعه دولوکستین در درمان اختلال اضطرابی کودکان و نوجوانان موثر و کم عارضه بوده است .

البته عوارض گوارشی ، دهانی حلقی ، سرگیجه ، سرفه و تپش قلب با درصد کمی داشته است .

Acta psychiatrica Scandinavica – Jan 2015
Association between serum lipids and membrane fatty acids and clinical characteristics in patients with schizophrenia

در این مطالعه ۵۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی با ۵۱ فرد سالم از نظر سطح سرمی LDL , HDL, TG, and Erythrocyte polyunsaturated fatty acids (pufa) مقایسه شدند . بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بطور مشخص سطح بالاتری از تری گلیسرید و سطح پایین تری HDL در مقایسه با افراد سالم گروه کنترل داشتند . HDL همچنین در زیر گروهی که داروهای آنتی سایکوتیک دریافت نکرده بودند پایین تر گزارش شده بود .

این مطالعه می تواند بیان کننده نقش بیولوژی لیپید در پاتولوژی اسکیزوفرنیا باشد .

Acta Psychiatrica Scandinavica – Jan 2015
Do eating disorders in parents predicts eating disorder in children ?

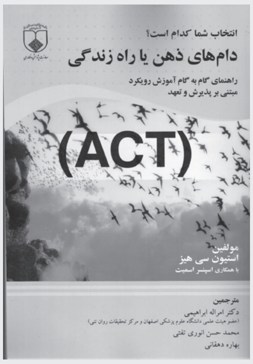
این مطالعه تئوری اینکه اختلالات خوردن در هر دو والد با اختلالات خوردن در فرزندان آنها بخصوص فرزندان دختر مرتبط است را حمایت کرد و همچنین گزارش کرد که اختلالات خوردن در مادران ارتباط بیشتری با بروز این اختلال در دختران آنان دارد .

یک گفتار کوتاه، یک رخداد و بهانه ای برای اندیشیدن

دکتر ترانه تقوی، روانپزشک

در خرداد ماه در سیتی سنتر اصفهان با ریزش سقف پارگینگ به راحتی یک بحران تمام عیار رخ داد. درباره چرایی و داوری درباره آن سخن نمی گویم. می خواهم از «مدیریت بحران» مثال زدنی این رخداد ستایش کنم. مدیریتی که به هماهنگی میان سازمان های مربوط به مدیریت بحران استان از یک سو و مدیریت خود مجموعه سیتی سنتر از یک سو و فروشندگان و مشتری های مجموعه از سوی دیگر نیاز داشت. یک کار گروهی حساب شده، سریع، عملگرا و هدف مدار شایسته رخ داد. این می تواند یک نمونه عملی برای بحران های انسانی و حادثه- های طبیعی باشد و از سویی به ما این هشدار را بدهد که بحران هر جا و در هر زمان بدون اینکه پیش بینی پذیر باشد رخ می دهد و نیاز است که شهروندان و همچنین کودکان و نوجوانان در آموزش وپرورش و دانشجویان در دانشگاه ها مهارت مدیریت بحران و حل مسأله را بیاموزند. یک پرسش، چقدر آمادگی برای مدیریت بحرانهای پیش بینی نشده داریم؟

معرفی کتاب



انتخاب شما کدام است؟
دامهای ذهن یا راه زندگی

عنوان کتابی است که همکار روانشناسمان اقای دکتر امراله ابراهیمی و اقای محمدحسن انوری تفتی و خانم بهاره دهقانی همت به ترجمه آن کرده اند و به حق ترجمه روان ویکدستی حاصل آورده اند. آقای استیون سی هیزنامی اشنا در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (Act) است. او این کتاب را برای کسانی نوشته که میخواهند این روش را در زندگی خود بکار گیرند. کتابی که به آرامی و با توضیح زیاد برای ساده کردن مطالب موضوع را جا می اندازد.

کتاب در ۴۰۰ صفحه واز انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است ۰۳۱۳۷۹۲۳۰۶۶

در به در بدنبال شادی

اقای دکتر احمد پدرام که تقریبا همیشه جایی در معرفی کتاب به خود اختصاص میدهند خاطرات خود را منتشر کرده اند. خاطرات یک روانشناس. خاطراتی پر از احساس، تجربه و خودافشایی. تاثیر گذارو خواندنی.

تلفن ۰۳۱۳۶۶۴۱۴۲۲

روسریهای عاشقانه

نوروز
طفلک گنجشکها
که پی دانه آمده اند و تو نیستی
امروز زمستان. باغچه را به بهار سپرده است
بچه های شکوفه
دارند کفشهایشان را پای چمن می کنند
من به دنبال جای پای لبهای تو
بر شکوفه های پار و پیرارم
کنار زاینده رود بود که از تو عکس گرفتم
روسری ات زیباتر از بهار می نمود
عروس دیرسال و هر سال
یک پیام کوتاه برایت میفرستم
:: باغچه و گنجشکها چشم انتظار تواند
و روسری ات در دستهای من بی قراری میکند
با موهایت تابم بده::

مجموعه شعر از اقای دکتر احمد پدرام
تلفن ۰۳۱۳۶۶۴۱۴۲۲