



انجمن علمی روانپزشکان ایران

خبرنامه

پاییز ۱۳۹۲ - شماره ۳۱

Newsletter

Iranian Psychiatric Association

زیر نظر هیات مدیره انجمن

علمی روانپزشکی ایران

سر دبیر و مسئول کمیته انتشارات:

دکتر مجید صادقی

صفحه آرایبی:

صالح عزیزی

تایپيست:

زهرا خلفی

چاپ:

محمد لایقی

تیراژ:

۱۵۰۰ نسخه که به طور رایگان

برای جامعه روان پزشکی ایران

ارسال می‌گردد

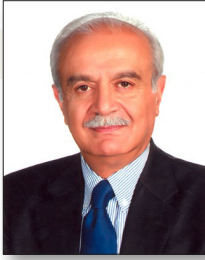
صفحه	فهرست مطالب	عنوان
۲	سخن اول
۳	پیگیری یک موضوع
	عضویت انجمن علمی روانپزشکان ایران در فدراسیون روانپزشکی
۵	انجمن‌های آسیا
۸	یادی از شادروان استاد سهامی
۱۴	یالوم و روان درمانگری وجودی
۱۸	مرثیه‌ای برای DSM
۲۱	معرفی کتاب
۲۲	گزارشی از کنفرانس ایروان- ارمنستان
۲۳	گزارش فعالیت‌های هیأت مدیره انجمن علمی
۲۴	گزارش کمیته‌ها
۲۶	گزارش شاخه‌ها
۳۲	اطلاعیه مجمع عمومی سالانه و انتخابات هیات مدیره

آدرس سایت انجمن روانپزشکی ایران:

www.psychiatrist.ir

ایمیل:

info@psychiatrist.ir



سخن اول

در ماه‌های اخیر جلسات پربار و مفید هیئت مدیره انجمن بطور منظم تشکیل شد و به مسائل روز به ویژه انتقال اعتراضات همکاران به مسئولین در مورد مطالبی که در مطبوعات توسط غیرروانپزشکان در خصوص درمان بیماران دچار مشکلات روانپزشکی توسط آنها مطرح شده بود پرداخته شد. برای ما کاملاً روشن است که براساس ضوابط حاکم در کشور عزیزمان مسئولیت درمان بیمارها با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و این پزشکان هستند که بطور قانونی حق درمان بیماران را دارند و بدیهی است روانپزشکان به سبب ویژگی تخصصی و آموزشی که دیده اند در زمینه درمانهای مختلف چه دارویی و چه غیردارویی توانایی کامل داشته و می توانند به درمان بیماران بپردازند.

همکاران محترم نسخه های متعددی به انجمن ارسال کردند که از تجویز دارو توسط افراد غیرپزشک و با کمال تعجب با مهر غیرپزشک حکایت داشت. انجمن در جلسه های متعدد نسخه ها را بررسی و نتیجه را به مراجع ذیصلاح ارجاع و تقاضای اقدام قانونی کرد. پر واضح است که در چنین مواردی بیشترین آسیب را بیماران دردمند می بینند. انجمن مسئولیت کامل در قبال انتقال چنین رفتارهای بی مسئولانه توسط برخی افراد سودپرست به مراجع قانونی دارد. از همکاران عزیز درخواست می شود موارد مشابه را به انجمن انتقال داده که اقدام رسمی و قانونی انجام پذیرد. به امید روزی که چنین رفتارهایی غیرمسئولانه از جامعه ما رخت بریندد. انشاء اله

دکتر میرسپاسی

رئیس انجمن روانپزشکان ایران

پیگیری یک موضوع

همانگونه که رئیس محترم انجمن علمی روانپزشکان ایران در «سخن اول» خبرنامه متذکر شده اند بدنبال درج خبری در سایت سازمان نظام روانشناسی و مشاوره تحت عنوان این که «هیأت محترم دولت تصویب نموده است از این به بعد صدور هرگونه تاییدیه سلامت روان برای افراد در دستگاهها و سازمانها صرفاً برعهده سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران است، هیأت مدیره انجمن با توجه اعتراض گسترده جامعه روانپزشکی نسبت به این ادعا موضوع را پیگیری نموده و با انجام مکاتباتی به شرح زیر از مقامات مسئول درخواست رسیدگی و احقاق حق جامعه روانپزشکی ایران را نمود.

متن نامه انجمن به مقام محترم ریاست جمهوری ایران به شرح زیر است:

مقام محترم ریاست جمهوری ایران جناب آقای دکتر حسن روحانی

با سلام و احترام

از آنجا که معاینات پزشکی و تعیین سلامت و بیماری افراد که مسائل جسمی و روان آن قابل تفکیک نیست بر عهده پزشکان می باشد، تقاضا دارد در مورد تصحیح بند ج ماده ۵ که در قسمت سوم نامه شماره ۳۷۱۹۰/ت/۴۷۶۷۵ به تاریخ ۹۲/۰۲/۲۱ معاون محترم ریاست جمهوری دولت قبل آمده است دستور به اقدام فرمایید به نحوی که مجدداً عبارت روانپزشک معتمد به جای سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جایگزین شود.

ارادتمند

دکتر غلامرضا میرسپاسی

رئیس انجمن روانپزشکان ایران

هم چنین متن ذیل برای این مقامات ارسال گردید:

با عرض سلام ،

هیئت محترم وزیران دولت دهم اصلاحیه ی "آئین نامه سامان دهی و اعتبار بخشی مراکز مشاوره" را در تاریخ ۹۲/۰۲/۲۱ به شماره ۴۷۶۷۵/ت/۳۷۱۹۰ تصویب کرد که به علت مغایرت آن با قوانین قبلی بخش عمده آن توسط مجلس شورای اسلامی ملغی شد. اما یک بند آن [۳- در بند ج) ماده(۵) عبارت روانپزشک معتمد به عبارت سازمان نظام روانشناسی و مشاوره تغییر داده شده است. از آنجا که تعیین سلامت افراد برعهده پزشک فارغ التحصیل دانشکده پزشکی است و در مورد سلامت روان به طور تخصصی بر حسب وظائف سازمان پزشکی قانونی بر عهده روانپزشک است، تقاضا دارد ضمن لغو بند مذکور، سازمان نظام روانشناسی و مشاوره به علت سوء استفاده و تحریف این موضوع مورد سوال قرار گیرد. زیرا در سایت رسمی این سازمان آمده است: "هیئت محترم دولت مصوب نموده است از این به بعد صدور هرگونه تأییدیه سلامت روان برای افراد در دستگاهها و سازمانها صرفا بر عهده سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران است" این موضوع تحریف آشکار مصوبه مورد اشاره است که صرفا در مورد متقاضیان تاسیس برخی مراکز مشاوره بوده است که البته خود آن مصوبه هم انشاءالله مورد بازنگری و برگشت به وضعیت قبلی قرار گیرد.

باتقدیم احترام

دکتر غلامرضا میرسپاسی

رئیس انجمن علمی روانپزشکان ایران

مقام محترم ریاست مجلس شورای اسلامی	ریاست محترم کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی
وزیر محترم کشور	معاون محترم برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهوری
مقام محترم ریاست قوه قضائیه	معاون محترم روان وزارت بهداشت
ریاست محترم سازمان نظام پزشکی	معاون محترم بهداشت وزارت بهداشت
ریاست محترم سازمان پزشکی قانونی	مدیر کل محترم سلامت روانی-اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزیر محترم تعاون، کار و امور اجتماعی
ریاست محترم کمیسیون بهداشت و روان مجلس شورای اسلامی	سرپرست محترم ورزش و جوانان

هیأت مدیره انجمن مصرا نه پیگیر موضوع است و نتایج بدست آمده را در اسرع وقت به اطلاع جامعه روانپزشکی ایران خواهد رساند. همچنین بدنبال اقدامات هیأت مدیره انجمن در مورد تجویز دارو توسط روانشناسان، رئیس سازمان نظام روانشناسی و مشاوره طی نامه ای به معاون محترم درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام نموده اند که:

«هرگونه مداخله دارویی در ارائه خدمات روان شناسی و مشاوره ممنوع و در صورت تخلف به کمیسیون رسیدگی به تخلفات صنفی-حرفه ای ارجاع خواهد گردید که طبق قانون با خاطیان برخورد خواهد شد.»

جناب آقای دکتر عباسعلی ناصحی، مشاور محترم معاون بهداشت و قائم مقام معاونت درمان در امور سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد نیز طی نامه ای به انجمن درخواست نموده اند که گزارش مستند تخلفات همکاران عضو سازمان نظام روانشناسی و مشاوره در حیطه درمان اختلالات مربوط به روان را جهت اعلام به آن سازمان و پیگیری به دفتر ایشان ارسال شود.



عضویت انجمن علمی روانپزشکان ایران در فدراسیون روانپزشکی انجمن‌های آسیا

به عنوان عضو هیئت مدیره (دبیر آموزش فدراسیون) و عضو برد فدراسیون انتخاب کرده‌اند امیدواریم در فعالیتهای آتی این فدراسیون جامعه روانپزشکی ایران که به حق یکی از معتبرترین انجمن روانپزشکی آسیاست، فعالیت متناسب با ظرفیت و توانایی‌های خود داشته باشند.

همکار عزیز با آقای دکتر بهرنگ شادلو خود از طرف همایش بانکوک به دوره آموزشی روانپزشکان جوان دعوت شده بودند که فعالیت این همایش علمی را در آینده نزدیک به قلم ایشان خواهیم دید.

بیش از یک دهه است که انجمنهای روانپزشکی قاره آسیا تشکیلاتی به نام فدراسیون روانپزشکی انجمن‌های آسیا به وجود آورده‌اند، در ماه گذشته مجمع عمومی این فدراسیون در بانکوک تشکیل شد و ضمن صدور قطعنامه‌ای، راه و روشهای آینده فدراسیون را تشریح و هیئت مدیره و هیئت اجرایی فدراسیون را برگزید که قرار است سال آینده همایش در کشور مالزی و در سال ۲۰۱۵ در ژاپن باشد.

همانطور که ملاحظه می‌فرمایید مجمع عمومی فدراسیون با عنایت به اعتبار جامعه روانپزشکی ایران آقای دکتر احمد جلیلی را نیز



به ترتیب (از چپ به راست): دکتر آشوکا، خانم دکتر موسوی، آقای دکتر فکور، خانم دکتر اسلامی، آقای دکتر احمد جلیلی، دکتر افضل جاوید

AFPA Member Society and Association (2013)

The Asian Federation of Psychiatric Associations (AFPA) is a Federation of national psychiatric societies and associations on the continent of Asia.

ASEAN

Indonesian Psychiatric Association
 Malaysian Psychiatric Association
 *Myanmar Medico-Psychological Society
 *Philippine Psychiatric Association
 Psychiatric Association of Thailand
 Singapore Psychiatric Association
 Mental Health Association of Cambodia (MHAC)
 *Viet Nam Psychiatric Association

Eastern Asia

Chinese Society of Psychiatry
 Hong Kong College of Psychiatrists
 Japanese Society of Psychiatry and Neurology
 Korean Neuropsychiatric Association
 *Mongolian Mental Health Association
 Taiwanese Society of Psychiatry

معرفی اعضا و نمایندگان فدراسیون روان پزشکی انجمن های آسیا

Southern Asia

Bangladesh Association of Psychiatrists
 Indian Psychiatric Society
 *Psychiatrists' Association of Nepal
 *Sri Lanka College of Psychiatrists

Central and Western Asia

*Armenian Psychiatric Association(ArPA)

Iranian Psychiatric Association

Pakistan Psychiatric Society
 Qatar Psychiatric Association

South Pacific

* Papua New Guinea Psychiatric Association
 The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

* To be contacted and invited soon.



با اعضای هیات مدیره انجمن WPA

(از چپ به راست): آقایان دکتر براکی باما، دکتر آشوکا، دکتر تارک اوکاشا، دکتر احمد جلیلی، دکتر پدرو لوتیز، دکتر افضل جاوید، دبیر آموزشی و یک روانپزشک ارمنی

New AFPA Office Bearers from 2013 to 2015

1. AFPA Executive Committee

President: Pichet Udomratn (Thailand) :
President-elect: Shigenobu Kanba (Japan)
Secretary General: Bakar Abudal Kadir Abu (Malaysia)
Secretary for Finance: Yongyud Wongpiomsarn (Thailand)
Secretary for Sciences: Winston Shen (Taiwan)
Secretary for Education and Training:**Ahmad Jalili (Iran)**
Immediate past president: Naotaka Shinfuku (Japan)

2. AFPA Board Members

Ahmad Jalili (Iran)
Bakar Abudal Kadir Abu (Malaysia)
Cheng Lee (Singapore)
Frank Huang Chih Chou (Taiwan)
Golam Rabbani (Bangladesh)

Kim Savoun (Cambodia)
Linda Lam (Hong Kong)
Min Soo Lee (Korea)
Masatoshi Takeda (Japan)
Mazhar Malik(Pakistan)
Murray Patten (RANZCP)
Tun Kurniasih Bastaman (Indonesia)
Roy Abraham Kallivayalil (India)
Xin Yu (China)
Yongyud Wongpiomsarn (Thailand)
Ziad Kronfol (Qatar)

3. AFPA Council Members

Afzal Javed, (Pakistan and UK)
Issac Mohan (Australia and India)
Maria Tomasic (RANZCP)
Nalaka Mendis (Sri Lanka)
Thirunavukarasu (India WPA ZR)
Norman Sartorius (Switzerland)

آدرس سایت انجمن روانپزشکی ایران:

www.psychiatrist.ir

ایمیل:

info@psychiatrist.ir

یادی از شادروان استاد سهامی

اشاره

دکتر سهامی عزیز در اسفند ۹۱ ما را برای همیشه ترک کرد. نزدیک به یک سال قبل از این سفر، برای او در مطب حادثه ای پیش آمد، حادثه ای شبیه ای شبیه ولی خفیف تر از آنچه ۴ سال پیش برای من پیش آمده بود و شبیه آن برای چند تن از همکاران دیگر که من در مطلبی با عنوان «پیرمرد را اذیت نکن» در خبرنامه آنرا به تفصیل نوشته‌ام.

بعد از این حادثه که کوتاه زمان اما خطرناک می نمود دکتر سهامی بارها با من صحبت کرد. در مورد همه اقدامات ممکن، در آخر او تنها اقدام را نوشتن مطلبی کرد. سرعت اتفاقات پس از آن و بیماری و فوت او مرا از این مطلب بی خبر گذاشت تا آنکه پس از آن دوست نزدیک و صمیمی او آقای مهندس گودرزی که خود آیتی از محبت است این مقاله را در اختیارم گذاشت، مطلبی که بی شک مخاطب آن همه همکاران و دوستان هستند. با گرامیداشت او آنرا با هم مرور می کنیم، بی هیچ تفسیر و تاویلی.

دکتر احمد جلیلی

"در چراگاه نصیحت گاوی دیدم ، سیر"

"سهراب سپهری"

را به ما می فهماند.

می دانم همه ما با چنین افرادی در دوره تحصیل برخورد کرده ایم و این یکی مال من بود.

او ۱۱ سال قبل فوت شد و پسر ارشدش دکتر محمد قوام نصیری که در جوانی رغیب سرسخت من در ورزش بود، اکنون در رشته پزشکی نام پدر را زنده نگاه داشته است. خلاصه مرد بخصوصی بود. مانند سیگار روشنی که روی قالی می افتد ، در محیطش اثر فوری می گذاشت و سوختگی دائمی بود.

روز اول کلاس پاتولوژی بود. بچه ها مشغول ور رفتن با میکروسکوپها بودند و بلا تکلیف، آرام به سبک خود استاد بی صدا وارد شد. او مردی چهارشانه با قدی متوسط، سیبل کوتاه، چهار گوش ، انگار با ماشین شماره ۲ یا ۳ که اندازه اش کم و زیاد می شد ، موها قدری موج داشت و برخلاف رسم زمان پیراهن یخه باز بدون

آنچه می خواهم با همکاران محترم و عزیزم در میان بگذارم ، مشخصاً و محققاً نصیحت نیست .

برای شروع صحبتم مایلم به سالهای قبل برگردم ، ۲۳ ساله در کلاس سوم پزشکی دانشگاه مشهد، شهری که ۱۶ سال در آن نوجوانی و بلوغ را طی و حال دانشجوی طب مثل همه شما با مشکل کرم کتاب شدن، پرخوانی و خر خوانی روبرو بودم . استادی که روی تعداد زیادی از ما و خارج از کلاس ما اثری ماندگار گذارد، نامش دکتر قوام نصیری بود. پیشکشوت و مطرح و مورد تأیید نخبگان در پاتولوژی، شخصیتی جذاب و در حرفه اش خیره بود ، با ترکیبی کیمیاگرانه ، شوخی و جدی را در هم حل می کرد و خلاصه مطلب



کروات داشت. کتتش را در آورد و روی دسته صندلی انداخت و برای کار آماده می شد، هر دو آستین پیراهن را بالا زد. تقریباً همه ما وصف او را شنیده بودیم ولی وقتی بدون اراده ابروهایمان از تعجب بالا پرید آن زمانی بود که متوجه خال کوبی به سبک سنتی که در روی دو بازویش نمایان بود شدیم. همه خیره به بازوها، گرچه آبی رنگ پریده ای کار سالهای قبل بود. دکتر قوام بدون کلامی، مدتی به یک یک ما نگاه کرد.

با صدایی مصمم و رسا گفت: فقط می خواهم گوش دهید. و با تأکید گفت، سخت گوش دهید چون می خواهم بخشی از حقیقت را برایتان روشن کنم. اگر دنبال طبابت هستید بدانید ۸۰ درصد از بیمارانتان در هر حال خوب

می شوند با کمک شما و یا بی کمک شما. ۵ درصد تا ۱۰ درصد بیمارانتان را از دست خواهید داد. من از شما انتظار ندارم به جنگ با مرگ بروید و با او شاخ به شاخ شوید، ولی انتظار دارم به تأخیرش بیاندازید. هر چه بیشتر بهتر و زندگی بیمارانتان را تا حد امکان شیرین نمایید. فقط ۱۰ درصد باقی را اگر بدانید و بکوشید نجات خواهید داد و به جز دانستن به چیز دیگری محتاجید که سلامت خود شماست. حرفم این است که سلامت طیب برای سلامت بیمار ضروری است. ادامه داد که این نظر من است و برخی مخالفند و شما مخالفت را کنار گذارید.

یادتان باشد صحبت این است که اگر ندانید ۱۰ درصد بیمارانتان که قابل علاجه می میرند و دیگر مثل سابق نیست که خاک، اشتباهات ما را بپوشاند. در همین اطاق در زیر این میکروسکوپ محاکمه خواهید شد. تهدید آخر جدی بود و حس شد. شما هم مثل من اندرزهایی در مورد حفظ سلامت خود شنیده اید. ولی شاید همانند خود مخلص فراموش کرده اید.

رشته روان پزشکی و تخصص هایش هر روز بیشتر می شود. روان پزشکی قانونی، روان پزشکی خانوادگی، روان پزشکی کودکان و نوجوانان که دارند به دو تخصص تقسیم می شوند کودکان و نوجوانان، روان پزشکی سالمندان و متدهایی (داروی طبی) و روان درمانی های مکاتب مختلف و ضربه های عاطفی شامل از دست دادن بیمار و حمل استرس، Transence درمانی و

Counter-Transence. درمانی که خود بهتر می دانید و چهارچوب درمانی را نگاه داشتن کار آسانی نیست، پایبندی به سوگندی که خورده بودیم، آنچه شما می کنید، می نویسید در مورد علائم و علل می تواند پایه تئوری آتیه باشد. ما در رشته بسیار جوانی کار می کنیم و شاید به مراحل بلوغش نزدیکیم.

قرن ها باور مسیحیان در علت اختلالات ورود شیاطین به بدن و مغز بیمار بود و بخصوص واتیکان، تکنیک و اسباب کارهایی برای خارج کردن شیاطین را بعهد متخصمین شیطان واگذار می شد. هدف این بود که بدن را دردناک کنند و نامناسب کردن و دستور خروج شیاطین از طرف حضرت مسیح داده می شد. هنوز هم به ندرت این اتفاق می افتد. من، دو نفر پس از شیطان زدائی را با بدنی زخمی و مجروح که در جلوی بیمارستان رها شده بودند معاینه کردم. هر دو بیمار فوق زنان جوان ایرلندی بودند. خوشبختانه در پرتو آموزش های اسلامی، که اختلال روانی بیماری است و محتاج درک بهتر و درمان می باشد ما چنین مسائلی نداشته ایم و این روال درک بیماری روانی، اکنون جهانی است. طولی نکشید به درمان

معمول کار روز حدود ۱۰ الی ۱۲ ساعت است که با مقایسه با کشورهای اروپایی بسیار زیاد است. زمان کمی در خانه و با خانواده می گذرد- نقش همسری و اولیا معمولاً صرف کار و درآمد می شود. برخی به تنهایی و عده ای با تیم کار می کنند. در انگلستان کلیه پیش کسوتان در ۶۰ سالگی بازنشسته می شوند. فقط روان پزشکان مجازند در ۵۵ سالگی بازنشسته شوند. علت آن پژوهشی ۳۰ ساله است که با توجه به فشار کار در این رشته زمان بازنشستگی را پایین آورده است.

بیماری و خودکشی در روان پزشکان بالاترین رتبه را دارد و عدم سلامت یکی از علل پایین آوردن زمان بازنشستگی گردید. رشته ما رشته خطرناکی نیست. من در طی ۲۵ سال کار در تیمارستان های انگلیس با بیماران مشکل دار سروکار داشتم و حتی داخل تیمارستان برای مدت ۱۰ سال زندگی کردم و خانه ای در اختیارم بود. در طی این مدت هیچ بیماری به من نه توهین کرد و نه تهدید و نه در شرایط خطر قرار گرفتم.

۲۰ سال اخیر زندگی حرفه من با کار در بیمارستان روزبه شروع شد و مدتی در بیمارستان امام حسین و بیمارسان نواب صفوی، (دانشگاه علوم پزشکی ایران) چند جلسه در هفته کار می کردم. تجربه بسیار خوبی برای آشنا شدن با همکاران و ایجاد سرویس درمانی پزشکی کودک بود که در سال ۱۳۷۰ فقط در بیمارستان

اختلال روانی پس از پذیرش بیماری در اروپا توجه شد و در پاریس بیمارستان پینل نالی ایجاد شد و بیمار روانی بصورت گناه کار حامل شیاطین دیده نشد. آتش زدن شیاطین بعنوان جادوگر خاتمه یافت. من با باور به کلام افلاطون به خود اجازه دادم مطالب فوق را بنویسم. با باور و تکیه این جمله معلم اول، که گفت فقط چیزی را می آموزید و می فهمید، که بدانید. لذا از تکرار مکررات معذرت می خواهم.

آنچه بر من گذشت: یک مدت ۲۵ سال در دوران پزشکی در خارج کشور کار کردم. ۲۰ سال اول در یک بیمارستان بسیار بزرگ که طریق اروپایی درمان بود تعداد بیماران گاهی به ۲۰۰۰ نفر می رسید. درها بسته و کنترل بسیار بالا و نظارت مدام وجود داشت، سپس فضا بازتر شد. کار در مزرعه - ایجاد واحدهای تولید در بیمارستان که با موافقت سازمان های کارگری، بیمار می توانست حقوقی دریافت کند و با باز شدن بخش های قفل شده، فضای بهتری تولید گردید. بخش هایی که هنوز کاملاً قفل باقی مانده. بیمارانی هستند که از طرف وزارت کشور (Home office) به بیمارستان سپرده می شدند. هرگونه آزادی بیشتر در اختیار وزارتخانه بود. در ۱۵ سال اخیر در اروپا سیاست کلی پخش کردن بیماران زن در خانه هایی با تعداد محدود، ۴ تا ۶ نفر اغلب با نظارت پرستار و گاهی بدون آن شروع شده و به زندگی عادی نزدیک تر شده و از یکدیگر کمک می گیرند. هدف اینکه عملاً یک خانواده مصنوعی برایشان ایجاد شود و در بین اهالی شهر زندگی با کیفیت خوب را ارائه دهند. در کشور ما گروه طبیعی (خانواده) نقشی اساسی بازی می کند و مقدار بستری کردن را تقلیل می دهد. در سالهای کار در تیمارستان بزرگ یادم می آمد انگار در این محیط، تعدادی آدم عادی و معقول روزگار می گذرانیدند و رفتار غیرعادی را بیشتر در خیابان می دیدم، افرادی مخمل و اختلال زا. به عبارت دیگر در تیمارستانی بزرگ، محیطی منظم و تکراری بدون رشد وجود داشت که عملاً فلسفه غرب ایجاد این پناهگاه های دائمی بود.

زندگی ما پزشکان چگونه می گذرد؟

گذشته از کارهای اجرایی و تدریس و درمان، عملاً درآمد اکثر ما پزشکان در مطب پس از کار صبح هاست. بطور کلی زمان





آخرین سؤال من این بود:

یک بخش حاد و مشکل که عده ای از بیماران به دستور وزارت دادگستری بستری شده اند بدین معنی که مجرم شناخته و محکوم می باشند ولی به علت بیماری روانی به جای زندان در بیمارستان جایگزین شده و تصمیم گیری های غیردرمانی (مانند محدودیت های آزادی های مختصر فردی که فقط باید مورد تأیید وزارت دادگستری باشد)، آیا اگر مسئولیت این کار را به شما واگذار کردند می توانید وظیفه را قبول کنید؟ قاطعاً بلی.

سؤال ادامه یافت بدین صورت، اکنون خود را در این بیمارستان بزرگ پشت میز رئیس بخش مجسم کنید - که سعی کردم این کار را نکنم - متحن دیگری پرسید اگر تلفن زنگ خورد و اطلاع یافتید که وضع بخش به علت دعوا بین یک نرس و مریض بهم خورده و قوانین شکسته شده و زد و خورد ادامه دارد و... و باید کاری کرد مسئول این بیماران خود شما هستید و یک عضو پانل ادامه داد، منشی اداری شما زنگ زده و اطلاع می دهد همسرتان حدود یک ساعت قبل زمین خورده، کمی ترسیده و شوک شده، آمبولانس به درخواست همسایه آمده و مشکل بر طرف شده و او کاملاً سالم فکر می کند. چون درخانه تنها بوده و شما ۷ ساعت دیگر باز می گردید، از او جویا شدیم مایلی به خانه بازگردی یا اطاقی برایت بگیریم در بیمارستان تا همسرت بازگردد. ولی او ترسیده

امام حسین فعال بود. به همت همکاران با یک گروه ۵ نفره فوق تخصص اطفال شروع به کار کردیم. تدریس آن بسیاری را جلب کرد. اکنون از نظر آماری ما بیشتر از هر کشور آسیایی به جز چین با روسیه روان پزشک اطفال داریم و حال که دانشیار افتخاری علوم پزشکی دانشگاه تهرانم و خوشبختانه در رشته خود و در رشته خود گاه گاه رابطه را با آنها حفظ می کنم. در طول زندگی حرفه ای یک روان پزشک ایرانی که حدود ۵۰ سال یا بیشتر طول می کشد معمولاً با آسیب ها و ضربه هایی، برخی مرئی و بعضی بصورت نامرئی روبرو می شوند. چند مورد را یادآوری میکنم:

Burn out syndrome - مانند چراغی که فتیله آن سوخته تمام باشد معمولاً زیاد کاری و عملاً فداکاری و احساس عاطفی شدید و حس مسئولیت بالا، این صفات همه پسندیده است. ولی بهائی گران دارد. علائم سندرم بصورت شدید در ۴۰ و اغلب ۵۰ سالگی ظاهر می شود. رفتار، اتوماتیک و روباتیک می شود. علائم یک افسردگی mild مزمن، رابطه اجتماعی محدود، اغلب اوقات تنها و لذت های فردی هر انسان که زندگی را معنی میدهد به حداقل می رسد. از این سندرم دوری کنید. اسم کوچک و فامیل شما و عملاً خود شما مهم تر از حرفه تان یعنی دکتر بودن شماست. ما شغل شریفی داریم. مردم با اعتماد زندگی خود را، داستان خود را برایمان می گویند، حتی رازهایشان را ابراز می کنند.

شخصیت حرفه ای ما جزئی از کل وجود ماست. به **trait** یا ویژگی های دیگر شخصیت خود، که من آنرا خرده شخصیت هایمان می خوانم توجه کنید. به نظر من هویت خود را تنها در دکتر بودن دیدن، کم احترامی به خود ماست. یک تجربه خود را عنوان می کنم تا مطلب روشن تر شود و شاید روزی بدردتان بخورد. پشت امتحان M.R.C psy در قسمت آخر مانده بودم در آن زمان فقط ۴ بار اجازه شرکت بود. بار سوم با اضطراب و هراس به آخرین مرحله بیمار دیدن و شفاهی با سؤالات پانل ۴ یا ۵ نفر روبرو شدم. عادت متحن های انگلیسی معمولاً در امتحانات سرنوشت ساز - که من در ایران شاهد آن نبودم - در طی این جلسه چند ساعته اگر جواب های شما مناسب باشد ممتحن ها اخموتر می شوند و فضا سرد و جدی می شود.

یافت. خاطره تلخی دارم همکاری بنام دکتر Alex در شرق U.K Well's داشتم که به خاطر دریافت متادون رویش اسلحه کمری کشیدند. احساس خطر در او به حالتی رسید که با خود اسلحه به کلینیک می برد و بابت حمل اسلحه در محیط درمانی کارش را از دست داد. من خود نمی دانم در شرایط Alex چه می کردم.

ضربه های نامرئی یا عاطفی

عملاً آمار نشان می دهد هر روان پزشک سالی ۵ مریض از دست می دهد و اغلب علت، خودکشی است. چاره ای نمی بینم که این ضربه عاطفی را روی شانه پهن خود حمل کنید. خودکشی در کودکان و نوجوانان خوشبختانه به مراتب کمتر است. ولی در طی ۳۰ سال خدمت در سرویس کودکان و خانواده یکی یا ۲ یا ۳ خودکشی را ناظر خواهید بود. خودکشی کودک ضربه ایست سخت بر روان پزشک. دیگر دوا نمی خورد - شخصیت بدی داشت - حرف نمی زد، از خانواده بی توجه آمده بود و اینگونه دلیل تراشی ها جواب وجدان اجتماعی و فرد فرد ما را و مسئولیت فرد فرد ما را پاک نمی کند. مرگ یک پسر ۹ ساله با دلیل و منطقی حل نمی شود.

ما چه روان پزشک و چه روان پزشک اطفال باشیم در این مقطع احتیاج به حمایت و کمک داریم. با یکی از همکارانم تلفنی صحبت می کردم که مدت ها در این رشته بوده و فعال در درمان و حمل مسئولیت اجرائی حتی تا این زمان حاضر، می گفت در حدود ۵۰ سال کار به او یک مریض با چاقو حمله کرده است. احساس همدردی بیشتری با او کردم چون خودم نیز پس از حدود ۵۰ سال سعی در کمک و درمان، با یک حمله بی دلیل توسط فردی ناشناس بدون درک منطق وی یا فهمی از شرایط عاطفی او با این هجوم روبرو شدم. حمله بسیار غیرعادی بود و امکان تکرارش برای خوانندگان این نوشته بسیار کم است ولی عاقبت در این حرفه کم خطر من هم نیش خوردم.

عاقبت می خواهم اصل مطلب در تحریر این نوشته را عنوان کنم. در خواست دارم در موردش فکر کرده و نظراتان را ابراز کنید، چه در مقاله، پیغام، مکالمه با رئیس انجمن روان پزشکان جناب آقای دکتر احمد جلیلی یا تماس با من. از نظراتان بسیار برای رسیدن به هدف استفاده می کنم. حالا چه درخواستی و چه هدفی.

و قرار شد با آمبولانس به بیمارستان رفته و کمی استراحت کند تا شما ساعت ۹ بیاید با هم به خانه بروید، ضربه سطحی است و درد رفته و خطری در کار نیست. هشت چشم به من خیره شده و با عجله از من تصمیم می خواستند که چگونه با اورژانس بخش و استراحت همسر مسئله را حل کنم. درخواست کمتر از یک دقیقه برای فکر کردن و تصمیم گیری کردم که با دل خوری اجازه دادند. با ترکیبی از حس و عقل درگیر بودم، با خود گفتم که تو یک زن داری و بسیار دوستش داری. در بخش فوق الذکر ۳۲ مریض و تعداد کامل کادر پرستار مرد و زن وجود دارد و در این بیمارستان دکترهایی در سطح من کار می کنند. با کلامی قاطع شاید برای پوشاندن شکم در جواب گفتم: من بلافاصله سوار ماشینم خواهم شد و مستقیم به دیدار همسر در هر بیمارستان که باشد خواهم رفت. از منشی ام خواهم خواست مسئله بخش را با همکاران و مدیران اطلاع دهد. گرچه لجنهدی در کار نبود ولی جواب درست از کار درآمد. در ۳۵ سالگی آخرین جواب امتحان تمام شد و تمام امتحانات تمام شد. خارج شدن از آن اطاق از لذت بخش ترین خاطراتم است.

۱- شرایط نامطلوب و خطرناک:

بطور کلی تجربه نشان می دهد به تنهایی کار کردن بدون همکار تیم، ایجاد ایزولاسیون کرده و این تنهایی و عدم حمایت بیشتر تبدیل اعتماد بنفس غیرواقعی و احساس بالا رفتن کاذب اعتماد بنفس می شود. تصور توانایی مطلق، احتمال زیاد اشتباه در تصمیم گیری و عدم تمایل از کمک خواستن موجب اختلال خواهد شد. تا حد امکان خود را ایزوله نکنید.

۲- شرایط با احتمال خطر:

همکارانی که با اختلال شخصیت سروکار دارند و بخصوص با معتادین، معمولاً با دشواری اصرار بیمار، خواهش، التماس، دروغ و خشم و بالاخره تهدید بسیار روبرو می شوند.

در این شرایط خود بهتر می دانید تنها در مطب نباشید و شرایط فیزیکی اطاق اجازه دور شدن را بدهد اگر تهدید یا اسلحه سرد و گرم به میان آمد. اگر چنین شرایطی پیش آمد توصیه می کنم هر چه می خواهد به او بدهید. چون او عقلش از شما کمتر و زورش از شما بیشتر است. (قهرمانی نکنید) در هر حال پلیس او را خواهد

می رسید گفت. روان پزشک مناسب را مردی لاغر ، موهایی پریشان پر پشت و پر از احساس با روپوش طی سفید ، حرکات سریع و دقیق دست و پا ، مدام درحال یادداشت برداشتن در دست راستش پیپ را اجباری و کتاب ها زیاد و قطور در پشت میز او و چند کتاب جلد کلفت نیمه باز روی میز ، درحین گوش دادن به داستان غم انگیز بیمار و یادداشت کردن دقیق گاهی چشمانش مرطوب و کمی اشک ، طول جلسه نامحدود . و خلاصه تجسم فکری که هیچ ربطی به حرفه ما نداشت .



شما می دانید در این رشته فردی با شخصیتی محکم که به بیمار امید دهد، به وی دروغ نگوید، حساسیت خود را گاهی با دلیلی نشان دهد، کنترل جلسه و روش صحبت را انتخاب کند، رهبری رفتارش به فرمان عقل باشد و از تواناییهای بیمارش برای کمک به او استفاده کند.

در طول زمان تفکر ، خانه اش که پشت پیشانی است سخت مشغول کار و راه هایی بوده که با در نظر داشتن داروها ، آنچه به نظرش بهترین است پیشنهاد کند. با احترام خداحافظی و مریض را با روحیه بهتر از مطب خارج کند و هرگز گریه نمی کند. این دید و تصور از درمان پزشک ، انشاءالله با آنچه هست در طی زمان مطابق شود. سعی نمایم مردم عادی ما را و کاری که می کنیم بهتر بشناسند.

در خاتمه یاد ضرب المثلی افتادم ، "می گویند : آدم عاقل حرف می زند ، وقتی حرفی برای گفتن داشته باشد . آدم کم عقل حرف می زند ، برای اینکه باید بزند."

امیدوارم در آنچه گفتم حرف و مطلبی برای شنیدن وجود داشته باشد.

شما چه فکر می کنید؟

دکتر محمد ولی سهامی

خرداد ۹۱

هر پزشک در درجه اول یک انسان است و مثل هر آدمی آسیب پذیر. تکلیف یک پزشک بیمار چیست. به کجا مراجعه کند. از کی درخواست کمک کند. بخصوص مسئله سرراست مثل جراحی نباشد. بلکه گرفتاری قابل ابراز به علت آبرومندانه نبودن باشد. چنانچه هر روز بیماران شما داستان زندگی خود چه با مسائل آبرومندانه چه غیرآبرومندانه با هریک از شما درمیان می گذارند و شما این اطلاعات را در خود حفظ می کنید. یک پزشک با انتظارات و شرایطی که اجتماع و بیمارانش در او می بینند ، توانا ،

خیرخواه ، دوست داشتنی است . او از کدام سازمان کمک گیرد و یا حتی تقاضا کند و بداند مسئله بیماری و رازش در این درمانگاه ، مطب یا پناهگاه خواهد ماند . و مورد قضاوت عوام قرار نخواهد گرفت. پیشنهاد تشکیل گروههایی کوچکی در انجمن روان پزشکان با اعضاء با تجربه و ایجاد یک اطاق فکر (Think tank) می باشد که چگونه با این بن بست درمانی پزشکان روبرو شویم.

افکارشان انشاء الله از قوه به فعل در آید. ایجاد سرویسی درمانی برای پزشکان کاملاً رازدار ، مطمئن ومطمئن کننده و فقط برای پزشکان . این ساختار درمانی به هر اسمی ، چه بهتر آنچه هست نامیده شود. کلینیک برای پزشکان بیمار

تا پزشک درمان شود و سالم و توانا به حرفه باز گردد. ولی آنچه اغلب ناظر هستیم ، بدون دسترسی به کمک ، بیماری باقی و بصورت نوعی یا روالی از زندگی در می آید و عملاً کوزه گر از کوزه شکسته آب می خورد . انتظار دارم مطلب عنوان شده را جدی بگیرد.

چندی قبل کارگردانی از من خواست توصیه هایی از رفتار ، نوع برخورد، حرف زدن و لباس پوشیدن و غیره از یک روان پزشک به او بگویم تا وی به بازیگری که نقش روان پزشک را در فیلم ایفا می کند راهنمایی و کمک بکند. ابتدا کارگردان آنچه به نظر او

یالوم و روان درمانگری وجودی

با نگاهی بر وقتی نیچه گریست

■ دکتر علی نیک جو
دستیار روانپزشکی



یکم) "وقتی نیچه گریست"؛ یکی از به یادماندنی ترین آثار "پروفسور اروین یالوم" - (۱۹۳۱) - مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه استنفورد است. دکتر سپیده حبیب و دکتر مهشید معزی ترجمان لطیف و البته دقیقی از این اثر بزرگ مرد عرصه روان کاری اگزستانسیالیستی به بازار نشر ایران ارائه کرده اند.

دوم) پروفسور "یوزف بروئر" (۱۸۴۲-۱۹۲۵) از پیشگامان طب نوین در تاریخ پزشکی اروپاست. استاد دانشکده پزشکی زوریخ، کاشف نقش گوش داخلی در ایجاد تعادل و مفسر فیزیولوژی تنفس. او از نخستین پزشکانی است که به شناخت و درمان بیماران روانپزشکی همت گماشت. و به تدوین و انتشار تجارب و مشاهدات و تجویزهای خود پرداخت. دکتر بروئر پیش از دکتر "زیگموند فروید" (۱۹۳۹-۱۸۵۶) ترم Talking cure - درمان از راه صحبت کردن - را مطرح کرد. این فرضیه بعدها به وسیله شاگرد او - فروید - به Psychoanalysis / روانکاری ارتقاء پیدا کرد.

سوم) پروفسور ویلهلم نیچه - (۱۸۴۰-۱۹۰۰) استاد فلسفه و تاریخ دانشکده باسل. بنیانگذار فلسفه نوین. مردی که در تاریخ اندیشگی بشریت خود به تنهایی به یک مدرسه و یک نهاد بدل شد.

چهارم) "چه کسی رنج های مرا، شبهای بی خوایی و بازی کردن با فکر خود کشی را درک می کند؟ آیا من تمام آن چیزهایی را ندارم که بسیاری آرزویش را دارند؟ ثروت، شهرت، اعتبار، محبوبیت، یک زن فوق العاده زیبا و البته فرزندان سالم و مهربان. بر لب های چه کسی در سوئیس این پرسش نیست که تو دیگر از زندگی چه می خواهی؟"

این جملات گفتگوی تنهایی دکتر یوزف بروئر است.

نوع نگاه بروئر به زندگی اش آنقدر عجیب می نمود که فروید جوان خطاب به استادش می گوید: "دکتر بروئر! شما و افسردگی؟! شما که همه چیز دارید. همکاران ما در این شهر به شما حسد می ورزند؛ تمام اروپا شیفته شما هستند. دانشجویان پزشکی بی شماری چشم به دهان شما دوخته اند. نتیجه تشخیص و درمان هایتان بکر و فوق العاده بوده اند. همسرتان دلفریب ترین و مهربان ترین زن در سراسر قلمرو پادشاهی اتریش است. شما و افسردگی؟! آن هم زمانی که در اوج موفقیت هستید!؟"

پنجم) پرسش محوری که اروین یالوم در این کتاب طرح می کند و داستان حول آن می گردد این است که "رضامندی از زندگی در



چیست؟ چه عاملی باعث شد دکتر بروئر در ۴۰ سالگی وقتی به پشت سرش نگاه می کند احساس رضامندی از حیات نداشته باشد؟ کدام سبک از زیستن است که باعث می شود بروئر در برابر حیرت فروید جوان بگوید: "آدمی در چهل سالگی زندگی را طوری می بیند که در بیست و پنج سالگی اصلاً تصویری از آن ندارد."

آن کدام عامل محرک بود که باعث شد بروئر پس از کش و قوس فراوان با نیچه و البته با خودش راهی دیگر برگزیند: "راهی به رهایی." آن چیست که به قول حضرت "مولانا"، روح ریچی می ستاند و روحی می دهد.

آیا او از مسئولیت حرفه ای، معلمی، شوهری و پدری خود خسته شده بود؟ آیا او می خواست و می توانست که دیگر طبیب آلام مردمان رنجور نباشد؟ آیا راه کردن دانشگاه و بیمارستان و مطب و بیمارستان پرشمار و زن و فرزندان نوعی پز روشنفکران و نوعی عمل انتلکچوئلی از سر شکم سیری محسوب می شد؟ آیا این ها ادا و اطوار طبقه آریستوکراس و بورژواهای بی درد محسوب می شد؟

ششم) این همان راهی است که بروئر را از شادکامی و شادخواری به

رنج هجران و درد غربت و تنهایی بی انتها دچار می کند. آنچنان که به "ماتلیده" - همسرش - می گوید: "من رفتم." حتی نمی گوید من می روم. گو اینکه می روم فعل مضارعی است که احاله به آینده ای موهوم می دهد که شاید اتفاق بیافتد یا نیافتد. اما رفتم آینده ای است که در گذشته حادث شده است: "ماتلیده، من رفتم. نمی توانم بگویم به کجا. خود نیز هنوز نمی دانم. همه چیز را برای تو و فرزندانمان می گذارم: جز لباس هایی که بر تن دارم؛ چمدانی کوچک و کمی پول برای غذا."

بروئر به تمام "داشتن" هایش پشت می کند، فی الواقع راهی که یوزف بروئر می رود از "علم صورت" به "علم معنا" ست چنان که مولانا افاده می کند:

علم صورت پیشه آب و گل است علم معنا رهبر جان و دل است
این راه پاسخ به یک درد است. اگرچه خود نیز دردناک است. این درد همان دردی است که مولانا را از یک فقیه عالی مقام و به تعبیر خودش "از یک سجاده نشین باوقار" آواره کوی و بیابان می کند. همان دردی است که "شمس تبریزی" را چنان ملتهب و بی قرار می کند که پس

از قرن‌ها همچنان جان آدمی را به آتش می‌کشد:

آتش است این بانگ نای و نیست باد

هر که این آتش ندارد نیست باد

این همان دردی است که "شاهزاده بودا" را از کاخ مجلل خانوادگی بیرون می‌کشد و هم نشین افتادگان و پابرهنگان می‌سازد. همان دردی است که اشراف زاده‌ای به نام "گاندی" را از کنار رود تیمز لندن به ظلمت آپارتمان آفریقای جنوبی و از آنجا به بیغوله‌های بمبئی و کراچی می‌کشاند و از او "مهاتما" - روح بزرگ قرن - می‌سازد. این همان دردی است که رحمة للعالمین - محمد امین - را از اوج تجارت و شهرت به تنهایی هولناک حراء می‌کشاند. این همان دردی است که "چمران" را از اوج عافیت و نعمت در مقام استادی دانشگاه برکلی به هیاهوی بی‌انتهای اضطراب و اضطراب در جنوب لبنان می‌کشاند. این همان دردی است که امیر مومنان - علی - را در نیمه‌های شب مأنوس با چاه‌های مدینه می‌کند و همان دردی است که فیلسوف بی‌همتای اومانیسم و اگزیستانسیالیسم - سارتر - را به جای پرداختن به امور بی‌خطر و صرفاً آکادمیک روانه جریان رنج آور حیات اجتماعی می‌کند. این درد یکی است: "درد بودن". بی‌جهت نبود که مرحوم "شریعتی" درد "سارتر" و "درد علی" را یکی می‌دانست. "بودن" به مثابه نخ تسبیحی است که این بزرگان تاریخ بشریت را فارغ

از ایدئولوژی و مذهب و سنت و جغرافیا و تاریخ به هم مربوط کرده است.

هفتم) نسبت درد و بی‌دردی با مکاتب روانشناختی چیست؟ نیک می‌دانیم کسب لذت / pleasure غایت روان‌درمانی کلاسیک است. آیا Pleasure با بی‌دردی و کم‌دردی و Anesthesia و by pass کردن درد نسبتی دارد؟

"روان‌درمانی وجودی/ Existential psychotherapy" خلاف سنت روان‌درمانی کلاسیک، درد را به رسمیت می‌شناسد سایکو‌تراپی اگزیستانسیالیستی درد را لازم و حتی ضروری برای بلوغ /

maturity حیات آدمی می‌داند.

"دکتر اروین یالوم" آموزه اساسی خود را از زبان "فرد ریش نیچه" می‌گوید: "برای یک روانشناس رنج خود نوعی دعای خیر و آموزگار بزرگ جنگیدن در زندگی است." رنج از کلید واژه‌های اساسی در مفاهیم قرآنی هم محسوب می‌شود: "خلق الانسان فی کبد". اساساً حیات آدمی با رنج آمیخته شده است و این رنج و این قبض در ذات خود نشاط و بسط دارد؛ "ان مع العسر یسرا فان مع العسر یسرا". دقت در این آیه آموختنی است؛ "نمی‌فرماید که بعد از سختی آسانی است، می‌گوید همانا در خود سختی آسانی نهان شده است. این زهر کامی شیرین تر از عسل دارد. عُسْر آبتن یُسْر است. این دلتنگی خود طرب‌زا است به شرطی که تسلیم آن نشویم.

مرد را دردی اگر باشد خوش است درد بی‌دردی علاجش آتش است این زمین خوردن‌ها از آن روست که حضرت باری می‌خواهد بنده اش را از بارهایی که بر دوش دارد: بار قدرت و بار ثروت و بار شهرت برهاند و حیات بر پایه "بودن" - به مفهوم اریک فرومی کلمه - عطایش کند.

و این همان راهی بود که بروئر به مدد تأملات نیچه و Hypnosis / هیپنوز فروید طی کرد؛ راهی از زندگی به "مثابه داشتن" به سوی زندگی "به مثابه بودن". راهی دردآور و البته طرب‌زا برای همه عمر. (نگاه کنید به دو اثر جاودانه اریک فروم؛

داشتن یا بودن و هنر بودن)

هشتم) روان‌درمانی اگزیستانسیالیستی به مرگ هم می‌اندیشد. نه تنها مرگ را مخفی نمی‌کند، دور نمی‌زند، by pass نمی‌کند، فراموش نمی‌کند و در پی انکارش بر نمی‌آید بلکه تمام قد آن را در برابر چشمان آدمی می‌نشانند و نه تنها این، بلکه مرگ اندیشی را توصیه و تجویز می‌کند. چه، مرگ اندیشی هم چون رنج کارکرد دوگانه و حتی پارادوکسیکال دارد. همچون شمشیر داموکلوس می‌ماند که می‌تواند تن خسته نزار رنجوری را نابود سازد و یا جان شیفته



که پروفیسور یالوم به تمام روانپزشکان و روان درمانگران می دهد آن است که در تعامل / interaction میان روان درمانگر / Psychotherapist و مراجع / client هیچ تکنیکی مهم تر از ایجاد اتحاد درمانی و برقراری راپو / Rapport نیست. و از این مهم ترن آن که باید چنان دینامیسمی از راپو شکل بگیرد که از منظر ناظر بیرونی بسان رقص تانگو به نظر آید. رابطه ای دو سویه که در آن هیچ یک غالب / dominant و هیچ یک منفعل / Passive نیست. تو گویی مدام جایشان را با هم عوض می کنند.

به راستی در "وقتی نیچه گریست"؛ دکتر بروئر که پانسمان سرد بر چشمان نیچه می نهاد طبیب بود یا پروفیسور نیچه که فلسفه و ادبیات را در خدمت بهبود بروئر به کار بست؟ آیا بروئر شفاگر نیچه شد یا نیچه جان بروئر را شکوفا کرد؟ نگاهی به سایر آثار یالوم هم ما را به این نکته می رساند. در "درمان شوپنهاور" به راستی مشخص نیست که دکتر ژولیوس به مثابه درمانگر جمع / group therapy درمانگر است یا گروهی که آمده اند تا از دکتر ژولیوس بیاموزند. تعمد یالوم در آثار مذکور و نیز مصرحات او در مصاحبه هایش ما را به این فهم بنیادین از روان درمانی اگزیستانسیالیستی می رساند که خط فاصل پررنگ و ضخیمی که میان تراپیست و مراجع در روانکاوی کلاسیک وجود دارد باید کم رنگ و نازک شود. یالوم پاک کنی در دست گرفته، به دقت در حال پاک کردن خطوط قرمزی است که برای دهه ها اصل خدشه ناپذیر و تابوی نزدیک نشدنی سنت روانی درمانی ارتودوکس بوده است.

حالا دیگر روانپزشک - روان درمانگر - به مثابه آموزنده صرف صواب ها و نُرْم ها و هنجارها رفتار نمی کند. بلکه در طی این "شدن"؛ خود نیز می آموزد که چگونه طی طریق کند. فی الواقع سیر تکامل و تطور این هر دو با هم صورت می گیرد تا هر دو از maturity / بلوغ عقلانی - هیجانی بیشتری در پشت جلسات روان درمانی برخوردار گردند.

این گونه است که نیچه پس از بروئر آبتن زرتشت می شود و بروئر پس از نیچه پزشک معناگرایی می شود که تا همیشه مهر خود را بر تارک تاریخ طب می کوبد. والسلام

(ایروین یالوم)
(جوزف برویر و نیچه)

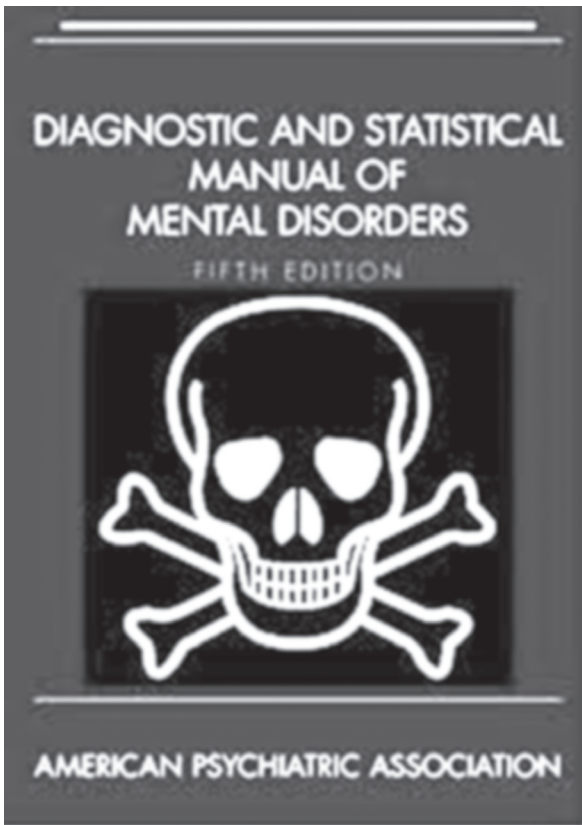


شیدایی را شکوفا سازد و حیات مجددی ببخشد. یالوم بر این رأی است که نگرستن به چهره مرگ همان چیزی است که ما برای زیستن و برای کاهش آلام و رنج هایمان به آن نیازمندیم. "علی مصفا" هم در واپسین اثر سینمایی اش - پله آخر - به خوبی نشان می دهد که چگونه حضور شفابخش مرگ می تواند درمانگر افسردگی عمیق و اضطراب های عظیمی باشد که به یک عمر دارو درمانی و روان درمانی پاسخ نداده است.

ما انسان های عصر مدرن به مرگ نمی اندیشیم در حالی که سالها پیش از رسیدن مرگ، مرده ایم. بی جهت نبود که حضرت رسول مشفقانه و طبیبانه توصیه می کرد به وقت شادکامی و نیز به وقت شکست و نومیدی سری بر آستان گورستان ها بساییم و بینیم همه آنهایی که بسیار بیش از ما پیروزی و شکست داشته اند امروز در کجای جهان جای گرفته اند. یالوم به ما می آموزد که انسان مدرن به جای آنکه از مرگ بترسد باید از "ناتمام زیستن" بترسد.

ما به جای ترس از مرگ باید از زندگی نازیسته / unlived life بترسیم و اینگونه است که نیچه می گوید: "اگر می خواهی به موقع بمیری، به موقع هم زندگی کن." آدمی که کامل زندگی کند ترسی از مرگ ندارد. به موقع زیستن یعنی در لحظه زیستن. با بودن خویش زیستن؛ آنچنان که مولانا می گوید:

صوفی ابن الوقت باشد ای رفیق نیست فردا گفتن از شرط طریق نهم) و در آخر آن که درس بزرگ و چه بسا بزرگترین درسی



مرثیه‌ای برای DSM

■ دکتر نصیر قائمی

Psychiatrist, MPH, MD
 واستاد روانپزشکی دانشگاه هاروارد

■ ترجمه: دکتر حمید طوفانی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

■ دکتر مونا هاشم زاده

دستیار روانپزشکی

رهبران آن DSMها باور ندارند که حقایق علمی در تشخیص‌های روانپزشکی وجود دارند - بلکه فقط توافق دوجانبه‌ای بر روی اکاذیب دارند و آن را قابلیت اطمینان یا reliability می‌نامند. چندان بد نمی‌بود اگر همانگونه که پایه‌گذاران DSM-III آرزو داشتند، قابلیت اطمینان راهی به سوی صحت و اعتبار مطالب می‌داشت. اولاً، بهتر است بر سر آنچه مطالب می‌خوانیم توافق کنیم، سپس می‌توانیم آنها را بهتر مورد مطالعه قرار داده و تعاریف را تغییر دهیم تا به تدریج به حقیقت نزدیکتر شویم.

این مطلبی است که پیشگامانی همچون Gerald klerman از هاروارد در دهه ۱۹۷۰ مدعی آن بودند. رابرت اسپیتزر، کسی که در رأس امور DSM-III بود، زمانی که در سال ۱۹۷۸ معیارهای تشخیصی پژوهشی را با سران گروه روانپزشکی دانشگاه معروف واشنگتن واقع در سنت لوئیس منتشر کرد نیز احتمالاً آن را قبول داشت. بعد از حدود یک یا دو دهه تحقیق، آنها بهترین معیارهای تشخیصی به دست آمده بر پایه تحقیقات را برای حدود دو جین از تشخیص‌های روانپزشکی ارائه کردند. این نشانه اوج علم در روانپزشکی آمریکا بود.

آرزوی من بعنوان روانپزشک این است که تا یک نسل دیگر، حرفه ما حرکت به فراسوی DSM یعنی به سمت حقایق علم را بیاموزد. حدود ۲ دهه قبل، زمانی که از رشته روانپزشکی فارغ‌التحصیل شدم، DSM IV منتشر شد. در زمانی که این مقاله به دست شما می‌رسد، همزمان چاپ جدید و پر زرق و برق DSM-5 نیز به دستتان خواهد رسید. من یک آرزو برای شما دارم. زمانی که ۲۰ سال یعنی یک نسل دیگر گذشت، امیدوارم این آخرین سری انتشار DSMها باشد. آرزویم این است که تا یک نسل دیگر، حرفه‌ی ما حرکت به واری DSM یعنی به سمت حقایق علم را بیاموزد.

یک نسل قبل که فارغ‌التحصیل شدم، DSM IV را به عنوان حقیقت پذیرفتم. این گمان را داشتم که پیشکسوتان من در ابتدا حقیقت را پایه قرار می‌دهند آنگاه برای اهداف عملی جایی که حقیقتی برای پیروی ندارند، مصالحه می‌کنند. ۲ دهه طول کشید تا به حقیقت دردناکی پی بردم و اکنون می‌توانم با آنانی که DSM III را در زمانی که رونالد ریگان انتخاب شده بود و DSM-IV را هنگام ریاست جمهوری بیل کلینتون ارائه کردند، به طور صریح صحبت کنم.

محققان دانشگاه واشنگتن با منتقد آلمانی کرپلین، کارل لئونارد هم عقیده شدند که دوره‌های افسردگی راجعه و شدید از دوره‌های عودکننده مانیا که متناوباً با افسردگی جایگزین می‌شود، متفاوت است. بنابراین این نظر را پذیرفتند که اولی باید افسردگی تک قطبی و دومی اختلال دوقطبی نامیده شود.

اصطلاح اختلال دوقطبی سال ۱۹۸۰ در DSM-III رسمیت یافته و از آن پس تغییرات اندکی پیدا کرد. مشاهده خواهید کرد اصطلاح «تک قطبی» هیچ کجا در DSM یافت نمی‌شود. نویسندگان DSM-III متوجه شدند که APA با حذف مفهوم «افسردگی نوروتیک» که از کدهای اصلی بیمه برای پرداخت به روانکاوان بود، موافقت نخواهد کرد. به این ترتیب اصطلاح افسردگی فرعی یا مینور به عنوان جایگزین مطرح شد و افسردگی تک قطبی به عنوان افسردگی اصلی یا ماژور تعریف شد. مینور و ماژور: به معنی اصلی و فرعی و یا بزرگ و کوچک پیشنهاد شدند.

در نهایت کلمه «مینور» نیز به علت نگرانی‌های روانکاوان APA از بابت احتمال بازپرداخت مینور بیمه حذف شد.

اصطلاحات «دیس تایمی» و «اختلال اضطراب منتشر» برای جایگزین شدن افسردگی مینور به وجود آمدند. و تعریف افسردگی عمده یا ماژور گسترش بیشتری پیدا کرد تا نه فقط دوره‌های افسردگی شدید که مفهوم اصلی تک قطبی بودن و بلکه تمام اشکال خفیف تا متوسط از نظر شدت و مدت افسردگی را نیز در بر گیرد.

محققان دانشگاه واشنگتن تحت رهبری الی رابینز از این روند دچار انزجار شده و از فرآیند DSM-III جدا شدند چرا که شاهد جابجایی علم با انبوهی از مصالحه‌های سیاسی شدند. عالمترین آسیب‌شناس روانی اروپا شخصی مانند سرمارتین راشا، هشدار داد که ادغام افسردگی نوروتیک با MDD اشتباه بزرگ بالینی و علمی بود. این هشدارهای خردمندانه نادیده گرفته شدند و گروه کاری DSM-III به تخریب خود ادامه داد.

ما با این تعریف غیرعلمی اختلال افسردگی ماژور یا عمده برای تقریباً دو نسل زندگی کرده‌ایم و هیچ کس جرأت تغییر آن را ندارد. با روی کار آمدن باراک اوباما همزمان DSM-5 به بقای غیرمنصفانه DSM-III که از زمان انتخاب رونالد ریگان آغاز شده، تداوم

اما بلافاصله این برنامه از مسیر خود منحرف شد. اسپیترز معیارهای تشخیصی پژوهشی را اساس DSM-III قرار داد. او گروه‌های کاری برای DSM تشکیل داد و دو جین تشخیص به صد عدد رسید. او سپس نتایج کار گروه‌ها را برای انجمن روانپزشکی آمریکا (APA) که اکثراً متشکل از روانکاوان هستند فرستاد که البته این مشابه فرستادن لایحه توسط رئیس جمهور به مجلس است. تشخیصها متعدد و مفید بودند. هیأت امنای APA باید با نهایی کردن یافته‌ها، DSM-III را تصویب می‌کرد.

جایی در این بین، دو جین تشخیص تبدیل به ۲۶۵ مورد شد بدون اینکه هیچ شواهد علمی جدید و جداگانه برای ۲۴۱ مورد جدید مطرح شده باشد.

پیشنهاد می‌کنم، کتابهای تاریخی جدید را که به دقت صورت جلسات گروه‌های کار DSM-III را به همراه سایر مدارک بررسی کرده‌اند، مطالعه کنید. متوجه خواهید شد که چرا حدوداً ۹۰ درصد (۲۴۱ از ۲۶۵ مورد) تشخیص‌های DSM-III غیرعلمی هستند. همچنین پی خواهید برد که چگونه همان دو جین تشخیص که شواهد علمی نیز داشته‌اند، تحریف شده و تغییر شکل پیدا کرده‌اند.

اصطلاح بی‌معنای اختلال افسردگی اصلی یا عمده را در نظر بگیرید. هیچ وقت فکر کرده‌اید که چرا «اصلی یا عمده» خوانده شده است؟ تاریخ دانی به نام ادوارد شورتر بیان کرده که هدف اولیه این بود که افسردگی شدید را به عنوان تشخیص روانپزشکی علمی و معتبر مطرح نمایند چرا که بسیاری از تظاهرات خفیف تر افسردگی (که قبلاً افسردگی نوروتیک نامیده می‌شد) می‌توانند فقط به دنبال استرس‌های زندگی یا به علت مزاج شخصیتی ایجاد شوند. در هر مورد، این تظاهرات خفیف و مزمن افسردگی اضطرابی (که قبلاً به عنوان نگرانی اجتماعی نامیده می‌شد) کاملاً با دوره‌های شدید افسردگی که زمان شروع و پایان دارند و متناوباً با دوره‌های طولانی بدون افسردگی یا با علائم ناچیز آن همراه هستند تفاوت دارند.

افسردگی‌های شدید دوره‌ای قبل از DSM-III به عنوان بخشی از بیماری‌های مانیک-دپرسیو در نظر گرفته می‌شد و در مقابل افسردگی نوروتیک به عنوان یک حالت شخصیتی یا واکنشی نسبت به استرس‌های زندگی مطرح بود. بر اساس ژنتیک و بررسی سیر بیماری،

می‌بخشد. جایی در میانه این مسیر، هدف اعتبار علمی داشتن معیارهای تشخیصی به دور انداخته شد. تصمیمی که در سال ۱۹۸۰ گرفتیم نزد ما به قدری عزیز شد که جرأت نداریم حتی کلمه‌ای از آن را تغییر دهیم.

آیا تا بحال دقت کرده‌اید که چرا دو نسل از مطالعات نورویولوژی و ژنتیک و حتی فارماکولوژی در روانپزشکی به طور عمده شکست خورده‌اند؟ زیرا آنها توسط یک سیستم تشخیصی که به طور عملی برای کار و نه اهداف علمی ساخته شده بود، محکوم به شکست بودند. چرا طبیعت باید در زمینه ژنتیک آن گونه تصمیم بگیرد که ما از شرکتهای بیمه می‌خواهیم تا به ما پول پرداخت کنند؟

انتقادهای سرسختانه از DSM که اغلب توسط روانشناسان انجام می‌شود، نادرست هستند: آنها می‌خواهند ادعا کنند که هیچ بخشی از روانپزشکی، حتی قسمت کوچکی از آن وجود ندارد که از نظر طبی مشرع باشد. در روانپزشکی، افسردگی وجود ندارد. اما بیماریهای روانپزشکی مثل اسکیزوفرنیا و مانیک و دپرسیو وجود دارند هرچند که تعدادشان به ۲۰۰ مورد هم نمی‌رسد.

آیا کسی می‌تواند این نظر را قبول کند؟ اینکه DSM، ۱۰۰ درصد ساختگی نیست بلکه ۹۱/۹ درصد این طور است که بر اساس دو جین تشخیص اولیه با معیار RDC از ۲۹۷ مورد DSM-IV تفکیک می‌شوند و بنابر این ۱۰۰ درصد واقعی نیست. چرا که در روانپزشکی نیز مشابه بقیه طب بیماری وجود دارد اما اغلب تصاویر بالینی در طب مانند روانپزشکی بیماری نیستند.

کل سیستم DSM منجر به این سردرگمی و بحث می‌شود. سیستم سخت و استخوانی شده است مانند کمیته اجرایی شوروی سابق که از تغییر سر باز می‌زد. بنابراین اصلاحات دیگر یک گزینه نیرومند نیست. DSM-5 می‌توانست یک تغییر باشد اما نتوانست حتی اضافه شدن ابعاد مختلف به ویژگیهای شخصیتی که یکی از واقعتهای علمی قویاً اثبات شده در روانشناسی است را به اجرا درآورد. زمانی که هیأت امضاء APA، ویژگیهای شخصیتی را به عنوان بخشی از DSM-5 رد کرد، ما فرصت گورباچف برای اصلاح سیستم را نیز از دست دادیم. در حال حاضر فقط

می‌توانیم منتظر یک تغییر همه جانبه باشیم مثل رئیس جمهور یلتسین که بر روی تانک ایستاد و اعمال تغییر کرد یا در غیر این صورت، ما به خواب زمستانی برای نسلهای بعد در حرفه خود تسلیم خواهیم شد.

رهبران DSM، دروغ نگفتند: آنها خودشان را فریب دادند که این بدتر است. چرا که در این صورت می‌توانستند به صورت صادقانه بقیه ما را گمراه کنند. منتقدان سرسخت ضد روانپزشکی ما دروغ نمی‌گویند، آنها نیمی از حقیقت را به عنوان کل آن اشتباه می‌گیرند که این بدتر است چرا که حقایق غیرعقلانی از خطاهای مستدل خطرناک تر هستند.

نیت‌های خوب به فراوانی در اطرافمان دیده می‌شوند، بنابراین با هر کس که با ما همراه نیست احترام بگذاریم ولی فراموش نکنیم که عدم موافقت خود را ادامه دهیم. نیت خوب به تنهایی کافی نیست. اگر می‌خواهیم به اعتبار علمی برسیم، باید جرأت شروع مجدد را داشته باشیم. بگذاریم ICD-10 کدهای بیمه را تعریف کند تا نه فقط هزینه بیماریهای جسمی بلکه بیماریهای روانی را نیز پرداخت نماید. اجازه دهیم محققان معیارهای تحقیقاتی خالص را برای تعریف تشخیصهای روانپزشکی به کار ببرند و بعد کسانی را که کار بالینی می‌کنند آزاد بگذاریم تا از بهترین چیزهایی که آموخته‌اند استفاده کرده، تشخیص‌گذاری کنند و یا تشخیص نگذارند نه به این علت که در DSM توصیه به چنین کاری شده بلکه به بهترین روش با تکیه بر قضاوت بالینی خودشان از هنر و علم روانپزشکی. این روش به خوبی در مورد سایر تخصص‌های پزشکی پاسخ می‌دهد و برای ما نیز می‌تواند به خوبی عمل کند و این پیشرفت بزرگی خواهد بود تا اینکه تظاهر به این کنیم که اختلالات ساختگی DSM گونه‌ای از واقعیت است.

من به کسانی که کار بالینی می‌کنند اعتماد می‌کنم؛ اما رهبران DSM این کار را نمی‌کنند. من به رهبران DSM اعتماد ندارم. من به شما اعتماد دارم.

بیا بید کاری کنیم تا DSM-6 وجود نداشته باشد.

منتشر شده در (http://www.psychiatrictimes.com) Psychiatric Times
۱۷ جولای ۲۰۱۳

معرفی کتاب



بازتوانی در روان پزشکی

دکتر حمید طاهرخانی

با مقدمه دکتر جعفر بوالهری



توجه به حوزه بازتوانی و پیشرفت آن، در واقع به دلیل وجود بخش عظیمی از افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی است که به واسطه بیماری، ناتوانی طولانی مدت را تجربه می‌کنند. بازتوانی روانی-اجتماعی، فرایندی است که در آن فرصت برای افرادی که به واسطه اختلال روانی دچار معلولیت و نقصان شده‌اند، فراهم می‌آید تا به سطح مناسبی از عملکرد مستقل در اجتماع برسند.

این فرایند توسط متخصصان سلامت روان و با همکاری بیماران، خانواده‌هایشان و جامعه شروع شده و به وسیله برنامه ریزان سیاسی حمایت می‌شود و هدف آن به حداکثر رساندن توانایی‌های فرد است. بسیاری از بیماران با دستیابی به خدمات مبتنی بر شواهد با کیفیت بالا و با ایجاد رابطه درمانی مناسب همراه با توانمندسازی و واقع بینی می‌توانند نقش قابل قبولی در زندگی اجتماعی داشته باشند.

این کتاب تلاشی برای پاسخ به این سوال است که برای افرادی که به واسطه بیماری‌های شدید روانپزشکی دچار آسیب شده‌اند، چه می‌توان کرد.

گزارشی از کنفرانس ایروان- ارمنستان

۲۹-۳۱ اوت ۲۰۱۳

۹۲/۰۶/۰۷ و ۹۲/۰۶/۰۶



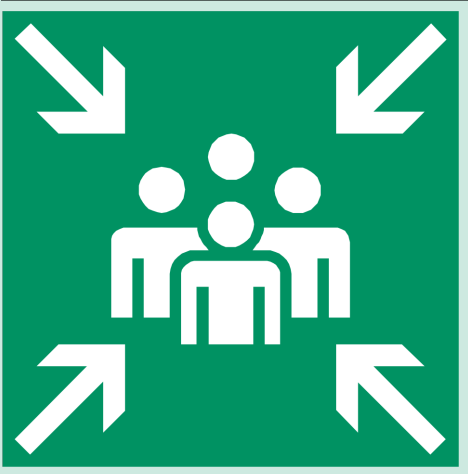
♦ دکتر احمد جلیلی

کنفرانس بهداشت و بیماریهای روانی انجمن جهانی روان پزشکی با تمرکز بر منطقه اوراسیا در ایروان ارمنستان برگزار شد و فرصتی دست داد که با تعدادی از همکاران ایرانی در آن شرکت کنیم. آنچه در برنامه آمده بود حکایت از شرکت و ارائه مقاله این همکاران می کرد و خانمها دکتر مهین اسلامی و دکتر زهرا موسوی، آقایان دکتر جمشید احمدی، دکتر ارسیا تقوی، دکتر علی جواد پور، دکتر حبیب الله خزایی، دکتر یوسف فکور، دکتر آزاد معروفی، دکتر عباس موسوی. بعضی از این دوستان موفق به سفر نشده اند، حضور و ارائه مطلب همکارانی که آمده بودند پر بار و خوشحال کننده و امید بخش بود.

آقای دکتر آرمن سوگویان رئیس کنگره تسهیلاتی برای حضور ایرانیان فراهم کرده بود. سخنرانی پروفیسور پدرو لوتیز رئیس WPA، پروفیسور تارک اوکاشا، پروفیسور دریموسایی از اعضای بورد WPA و مقالات ارائه شده بوسیله همکاران ایرانی جالب و آموزنده بود.

فرصتی دست داد که در جلسه هیات مدیره انجمن جهانی شرکت کردم، آقای پرفیسور پدرو لوتیز یکبار دیگر علاقه شدید به برگزاری همایش در تهران صحبت کرد. مجدد مشکلاتی که در دو مورد تلاش ما را برای برگزاری همایش بین المللی عقیم گذاشت، را یادآور شدم و گفتم در حال حاضر مشکل اساسی، تحریم ها است. با اصرار و اشتیاق آنها فکر اولیه برگزاری یک برنامه آموزشی ده روزه برای ایران مطرح شد و در پی گیریهای این مطلب پس از اتمام کنگره و به خصوص با علاقه خاصی آقای دکتر AFZAL JAVED روانپزشک پاکستانی الاصل عضو هیات مدیره WPA میسر شد و امید است که در اردیبهشت ۱۳۹۳ در تهران تشکیل شود.

کمیته همایش انجمن پیشنهاد کرد که کنگره سالیانه برای سال ۹۳ زودتر و همزمان با IRAN EDUCATIONAL PROGRAMME برگزار شود و هیات مدیره WPA با آن موافقت کرد. حالا کار فشرده و بزرگی در پیش داریم که در این راه نیاز به کمک و همراهی شماست. باشد که این سومین تلاش به بار نشیند.



گزارش فعالیت‌های هیأت مدیره انجمن علمی روانپزشکان ایران در ۵ ماه گذشته

۱- پاسخ به استعلام رئیس محترم انجمن شاخه فارس در مورد تعرفه rTMS

۲- پاسخ مثبت به اجرای کارگاه‌های رواندرمانی، زوج درمانی توسط آقای دکتر سامرند سلیمی

۳- شرکت در جلسه کمیته راهبردی به سرپرستی آقای دکتر صابری زفرقندی

۴- کارگاه درمان مسمومیت با متانول به دعوت آقای دکتر ناصحی

۵- موافقت درخواست آقای دکتر شهیدی رئیس شاخه انجمن قم جهت افتتاح حساب بانکی

۶- تأیید داروی آکامپروسات در درمان اعتیاد به الکل

۷- بررسی درخواست خانم صالحی رئیس انجمن آلازیمر جهت تغییر نام آلازیمر به یک عنوان فارسی موافقت نشد

۸- شرکت آقای دکتر میرسپاسی در هفتمین جلسه فرهنگستان علوم پزشکی

۹- شرکت در افتتاحیه کنگره دانش اعتیاد

۱۰- ارسال نامه به رئیس جمهور، مقامات کشوری در خصوص اصلاح آئین نامه ساماندهی و اعتباربخشی مراکز مشاوره و خصوصاً جایگزینی روانپزشک معتمد بجای سازمان نظام روانشناسی در بخشنامه جدید

۱۱- شکایت نامه به دادستان انتظامی نظام پزشکی در مورد تجویز دارو توسط روانشناسان و ارسال چهار نمونه نسخه تجویزی.

۱۲- معرفی آقای دکتر نوروزی به کمیته درمان و حمایت های اجتماعی وزارت بهداشت بعنوان نماینده انجمن

۱۳- حضور نمایندگان هیأت مدیره جناب آقای دکتر میرسپاسی، جناب آقای دکتر احمدی ابهری و جناب آقای دکتر مظاهری در انتخابات شاخه های انجمن مازندران، البرز و قم

۱۴- ارسال نامه اعتراض به آقای دکتر امامی رضوی در خصوص تجویز دارو برای کودک ۶ ساله توسط گفتار درمانگر

۱۵- نامه در خصوص کمبود دارو و درخواست چاره اندیشی به معاون درمان وزارت بهداشت.

دکتر سیدسعید صدر

دبیرانجمن علمی روانپزشکان ایران



گزارش کمیته اخلاق و حقوق

گزارشی از فعالیت‌های کمیته اخلاق و حقوق انجمن

کمیته اخلاق و حقوق انجمن پس از جلسات مستمر بیش از ۳۰ جلسه و طی بیش از پنج سال فعالیت خود، سرانجام پیش نویس "منشور اخلاق حرفه‌ای در روانپزشکی ایران"، که دو بار هم از اعضای انجمن روانپزشکی نظر خواهی شده بود را در جلسه مورخ ۱۳۹۲/۵/۱۷، هیات مدیره انجمن روانپزشکی مطرح نمود و پس از بحث و بررسی، با اصلاحاتی به تصویب هیات مدیره رسانید و مقرر شد در جلسه مجمع عمومی انجمن در سال جاری که در طول کنگره سالیانه روانپزشکی برگزار می‌گردد به تصویب مجمع برساند و به همین جهت پیش نویس مصوب هیات مدیره روی سایت انجمن قرار داده شد تا اگر چنانچه اعضای محترم انجمن، نظراتی دارند برای اعمال آن به کمیته اخلاق و حقوق انجمن ارسال نمایند.



گزارش کمیته روان‌درمانی

همچنین چندین کارگاه آموزشی نیز توسط اساتید و مدرسان مشارکت کننده ارائه خواهد گردید. این همایش امتیاز بازآموزی نیز برای روانپزشکان خواهد داشت. اطلاعات بیشتر در مورد همایش و نحوه ثبت نام به زودی از طریق سایت انجمن و نیز وب سایت کمیته روان درمانی در اختیار علاقمندان قرار خواهد گرفت.

همایش سالیانه روان درمانی از تاریخ ۲۰ آذرماه به مدت سه روز در آمفی تئاتر بیمارستان روزبه برگزار خواهد شد. در این همایش سمپوزیوم های مختلفی با موضوعات متنوع برگزار می شود و سعی خواهد شد که شیوه های مختلف روان درمانی مانند روان درمانی تحلیلی، شناختی رفتاری، خانواده درمانی، زوج درمانی، هیپنوتیزم و گروه درمانی مطرح گردند.



گزارش انجمن علمی روانپزشکان ایران



شاخه استان مازندران

انتخابات انجمن روانپزشکان-شاخه ی مازندران در تاریخ ۹۲/۰۳/۹ در مرکز روانپزشکی و سوختگی شهر ساری برگزار گردید. در ابتدا آقای دکتر ستاره رئیس انجمن ضمن خیر مقدم به ارائه گزارش مالی پرداخته و در ادامه دکتر پور اصغر دبیر انجمن فعالیتهای آموزشی انجمن در طول سه سال گذشته را ارائه نمودند و نهمین انتخابات با نتیجه زیر برگزار گردید. (صورت جلسه پیوست)

۱- آقای دکتر مهدی پور اصغر

۲- آقای دکتر جواد ستاره

۳- آقای دکتر عبدالکریم احمدی

۴- خانم دکتر فروزان الیاسی

۵- آقای دکتر غلامرضا ناطقی به عنوان اعضای اصلی و علی البدل
۶- آقای دکتر فرامرز جعفریان
۷- آقای دکتر محسن فضل علی به عنوان بازرس

سپس در جلسه ی ۹۲/۰۴/۹ اولین جلسه ی انجمن با حضور اعضای اصلی و علی البدل و بازرس برگزار شد و آقایان دکتر پور اصغر به عنوان رئیس انجمن، دکتر ستاره به عنوان دبیر انجمن، دکتر احمدی خزانه دار، دکتر جعفریان بازرس و خانم دکتر الیاسی به عنوان مسئول کمیته آموزش انتخاب شد.

گزارش انجمن علمی روانپزشکان ایران



شاخه استان اصفهان

پرخاشگری برگزار گردید.

این شاخه در نظر دارد تا در نیمه دوم سال ۴ برنامه مدون دیگر برای روانپزشکان و ۲ برنامه برای پزشکان عمومی داشته باشد.

-ضیافت افطاری در تاریخ ۹۲/۰۴/۲۷ با شرکت اکثر روانپزشکان این شاخه و دستیاران روانپزشکی همراه با خانواده های محترمشان در مهمانسرای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار گردید.

-فصل نامه بهار و تابستان خبر نامه انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان که در اوایل مرداد ماه آماده پست بود به دلیل تعلیل و ایجاد مشکلات متعدد در اداره پست بلاخره در هفته آخر شهریور ارسال گردید که امیدوارم به دست همکاران عزیز رسیده باشد.

مسئولیت خبرنامه از این پس به آقای دکتر عباسعلی زاده واگذار گردیده تا این امر همچنان به نحو احسن پیگیری گردد.

از این پس سعی بر این است که اساتید و پیشکسوتان بیشتر درگیر مطالب خبرنامه شوند و مواردی مانند معرفی و بحث پیرامون بیماران مطرح شده در گراندراند و مقالات مطرح شده در ژورنال کلاب جای عمده ای در خبرنامه داشته باشند.

خبرنامه این شاخه بی صبرانه منتظر مطالب خواندنی و متنوع از همکارانمان در سراسر کشور می باشد.

انتخابات این شاخه بهمن ماه سال گذشته با حضور جناب آقای دکتر میرسپاسی و جناب آقای دکتر جلیلی و حضور اساتید و پیشکسوتان و جامعه روانپزشکان این استان در هتل کوثر اصفهان برگزار شد، که نتایج آن به شرح زیر است:

رئیس آقای دکتر سید مرتضی واعظی

نایب رئیس سرکار خانم دکتر صفا مقصودلو

خزانه دار آقای دکتر غلامرضا بارانی

آقای دکتر علی عباسعلی زاده / عضو هیئت مدیره و مسئول خبرنامه

سرکار خانم دکتر آزاده ملکیان عضو هیئت مدیره

سرکار خانم دکتر فرزانه رجائی بازرس

آقای دکتر حمید محمد بیگی / عضو علی البدل و مسئول باز آموزی

آقای دکتر فریدون یدالله مقدم عضو علی البدل

و آقای دکتر مرتضی امامی پارسا به عنوان بازرس علی البدل انتخاب شدند.

-همچنین در جلسات داخلی هیئت مدیره کمیته های خبرنام و باز آوزی تشکیل گردید تا به نحو احسن امور مربوطه به باز آموزی ها و خبرنامه انجام شود.

-در تاریخ ۹۲/۰۴/۰۳ باز آموزی برای روانپزشکان

با عنوان اورژانس های مواد و همچنین در تاریخ

۹۲/۰۴/۱۰ باز آموزی برای پزشکان عمومی با عنوان

گزارش انجمن علمی روانپزشکان ایران



شاخه استان فارس

در سوگ تندیس بردباری و استقامت
همکار گرانقدر سرکار خانم دکتر مرجان انوار

همواره میان دانستن و توانستن، بصیرت و طریقت، بینش و منش فاصله ای نه چندان کوتاه وجود دارد که اگرچنین نبود آگاهی و بصیرت روانپزشکان انسانهایی بس تواناتر از آنی که هستیم از آنها می ساخت. اما به جرات می توان از استثنایی سخن گفت که اینک در غم فقدانش به سوگ نشسته ایم. همکاری والا که دانایی خود را در سلوک و منشش در مدت زمان عمر کوتاهش متجلی ساخت. با بیماری MS از سالها پیش پنجه در پنجه انداخت و این همواره میان دانستن و توانستن، بصیرت و طریقت، بینش و منش فاصله ای نه چندان کوتاه وجود دارد که اگرچنین نبود آگاهی و بصیرت روانپزشکان انسانهایی بس تواناتر از آنی که هستیم از آنها می ساخت. اما به جرات می توان از استثنایی سخن گفت که اینک در غم فقدانش به سوگ نشسته ایم. همکاری والا که دانایی خود را در سلوک و منشش در مدت زمان عمر کوتاهش متجلی ساخت. با بیماری MS از سالها پیش پنجه در پنجه انداخت و این

بیماری نتوانست قامت کوچکش را خم کند و شگفت آنکه سرطان و پیامدهای گوناگون حاصل از گسترش آن در جسمش نیز قادر نشد لحظه ای لبخند را از چهره اش دور کند. همچنان به تیمار بیماران و راهنمایی دانشجویان ادامه داد. تا آخرین روزها و آخرین نفسها. ما روانپزشکان استان فارس در برابر این الگوی صبور و پایداری سر تعظیم فرود می آوریم. جایگاه او و لبخندهای صبورانه اش همیشه در یاد و خاطره ما باقی است.

گزارش انجمن علمی روانپزشکان ایران

شاخه استان خراسان



با عرض سلام و احترام

- ۱- راه اندازی سایت انجمن روانپزشکان شاخه خراسان با نام www.khpsa.ir
- ۲- چاپ و انتشار خبرنامه انجمن بصورت دو فصلنامه بهار و تابستان ۹۲ که بصورت رایگان جهت روانپزشکان کل کشور ارسال گردید.
- ۳- برگزاری بازآموزی در تاریخچه‌های ۹۲/۰۴/۰۶ و ۹۲/۰۴/۱۳ تحت عنوان: (۱) اختلالات خلقی ۲- تداخل دارویی - با همکاری شرکتهای دارویی
- ۴- برگزاری سمینار بازآموزی تا پایان سال ۹۲ که دو سمینار جهت روانپزشکان و یک سمینار جهت پزشکان عمومی خواهد بود.



گزارش انجمن علمی روانپزشکان ایران

شاخه استان قم

- انتخابات انجمن روانپزشکان شاخه قم در سالن اجتماعات سازمان نظام پزشکی قم، مورخ ۹۲/۰۳/۳۰ با حضور جناب آقای دکتر مظاهری، نماینده انجمن روانپزشکان ایران تشکیل و راس ساعت ۱۴ اولین جلسه هیئت مدیره منتخب روانپزشکان قم تشکیل و افراد زیر به سمت‌های تعیین شده انتخاب گردیدند.
- ۱- آقای دکتر عباس شهیدی / رئیس هیات مدیره
 ۲- آقای دکتر حسین فاکر / عضو هیئت مدیره
 ۳- آقای دکتر محمد کیهانی / عضو هیئت مدیره
 ۴- آقای دکتر احمد معصومی / عضو علی‌البدل
 ۵- خانم دکتر شیرین معلمی / بازرس
- ۶- آقای دکتر مهدی هدایت‌شده / بازرس علی‌البدل
 در حال حاضر دفتری به عنوان محل انجمن علمی قم در نظر گرفته شد و اقدامات اولیه شامل مهر و سربرگ و افتتاح حساب انجام گردید.
 با همکاری مرکز جامع پزشکی اعصاب و روان باور، چند کارگاه برگزار گردید، کارگاه‌هایی که انجمن برگزار کرد شامل ۲ دوره مهارت‌های زندگی شامل ۱۰ هفته و کارگاه مدیریت زمان، کارگاه ریلکسیشن، کارگاه آشنایی با داروهای روانپزشکی جهت آشنایی دانشجویان روانشناسی بوده است.

گزارش انجمن علمی روانپزشکان ایران

شاخه استان البرز



در روز پنجشنبه مورخ ۹۲/۵/۲۴ با حضور استاد ارجمند جناب آقای دکتر احمدی ابهری و با استقبال همکاران محترم روانپزشک جلسه انتخابات دوره جدید هیئت مدیره انجمن علمی روانپزشکان شاخه استان البرز برگزار گردید. ضمناً اعضا در همان روز پس از انجام انتخابات در کنار بحث و تبادل نظر علمی و حرفه ای در ضیافت ناهار هم شرکت نموده و لحظات

خاطره انگیزی را با هم گذراندند. اعضای هیئت مدیره جدید به شرح زیر میباشند:

۱- آقای دکتر ناصر حاجیان مطلق- رئیس انجمن

۲- آقای دکتر وهداد ورزقانی- دبیر

۳- خانم دکتر نیلوفر رستگار- خزانه دار

۴- آقای دکتر حمید تاجدار- بازرس



اطلاعیه

مجمع عمومی سالانه و انتخابات هیئت مدیره

به اطلاع همکاران محترم روانپزشک می‌رساند با توجه به اینکه ممکن است تعدادی از روانپزشکان از نحوه اعلام کاندیداتوری که برای اطلاع رسانی کاندیداها به اعضای محترم انجمن در نظر گرفته شده است با خبر نشده باشند، امکان ثبت نام جهت عضویت در هیئت مدیره تا روز رأی‌گیری وجود دارد.

دکتر میرسپاسی

رئیس انجمن علمی روانپزشکان ایران