



انجمن علمی روانپزشکان ایران

خبرنامه

انجمن علمی روانپزشکان ایران

بهار و تابستان ۱۴۰۱ / شماره ۵۳

irpsychiatry.ir

■ گفت و گو با دکتر محمدتقی یاسمی

■ گزارش بیست و دومین کنگره جهانی

■ روانپزشکی - بانگوک + گزارش تصویری

■ یادى از مرحوم دکتر محمود بهفر



BACK TO YOU AGAIN

Naltrexone extended-release

POWDER AND DILUENT FOR SUSPENSION FOR INJECTION

EXOPIO



تزریق ماهیانه یک ویال اگزوپو (۳۸۰ میلی گرم نالترکسون) داخل عضله گلوئتال

پیشگیری از بازگشت به وابستگی به مواد مخدر (اوپیوئیدها)

درمان وابستگی به الکل

PM-EXP-AD-2106-V03-D01



www.EXOPIO380.com
instagram: nano.daru
linkedin: nano daru
site: nanodaru.com





Ezipam[®] Escitalopram

The most selective SSRI¹

The fastest onest of action among SSRIs²

The lowest drug-drug interaction and adverse effect^{3,4}

Effective for:

- MDD⁵
- GAD⁶
- OCD⁷
- SAD⁸
- Panic disorder⁹



انجمن علمی روانپزشکان ایران

<http://irpsychiatry.ir>

بهار و تابستان ۱۴۰۱ / شماره ۵۳

خبرنامه

انجمن علمی روانپزشکان ایران

خبرنامه بولتن خبری و فصلنامه انجمن علمی روانپزشکان ایران است که به طور رایگان به اعضای این انجمن ارسال می‌شود.

آدرس: تهران، خیابان کارگر (امیرآباد) شمالی، خیابان ۲۰، بین فجر ۲ و جانبازان، خیابان ۲۱، پلاک ۶۱ واحد ۲

رایانامه: info@psychiatristf.ir

تلفن: ۸۸۲۳۲۹۲، ۸۸۳۳۶۷۲۶

سردبیر: دکتر محمدرضا شالباقان

دبیر تحریریه: دکتر خدیجه محسن پوریان

سایر همکاران این شماره (به ترتیب الفبا): دکتر زینب امیری مقدم، دکتر الهام حسن نیا، خانم زهرا خلفی، دکتر زهرا دخیلی بادی، دکتر حسن رفیعی،

دکتر مهدیه سعیدی، دکتر حورا نوربخش

طراح و صفحه آرا: ابوالفضل آقوردی

اعضای هیأت مدیره انجمن: دکتر مجید صادقی (رئیس)، دکتر حسن رفیعی (نایب رئیس)، دکتر امیر شعبانی (دبیر)، دکتر محمدرضا شالباقان (خزانه‌دار)، دکتر مریم رسولیان، دکتر محمد قدیری وصفی، دکتر غلامرضا ترابی پاریزی

بازرس انجمن: دکتر سید مهدی صمیمی اردستانی

اعضای علی‌البدل هیأت مدیره انجمن: دکتر ارسیا تقوا، دکتر محمدعلی همتی

بازرس علی‌البدل انجمن: دکتر مهدی پورنامداری

شرایط عضویت در انجمن علمی روانپزشکان ایران [بر اساس فصل سوم اساسنامه‌ی انجمن]

ماده ۸- عضویت در انجمن به طرق زیر می‌باشد:

۸-۱- عضویت پیوسته: هیأت مؤسس انجمن و کلیه افرادی که حداقل دارای درجه گواهینامه تخصصی در رشته‌ی روانپزشکی (اعصاب و روان) باشند می‌توانند طبق ضوابط مذکور در این اساسنامه به عضویت انجمن درآیند. **۸-۲- عضویت وابسته:** دستیاران روانپزشکی **۳- ۸- عضویت افتخاری:** شخصیت‌های ایرانی و خارجی که مقام علمی، فرهنگی و اجتماعی آنان حائز اهمیت خاص باشد و یا در پیشبرد اهداف انجمن کمک‌های مؤثر و ارزنده‌ای نموده باشند می‌توانند به عضویت افتخاری پذیرفته شوند.

ماده ۹- هر یک از اعضای انجمن سالانه مبلغی را که میزان آن توسط هیأت‌مدیره تعیین و به تصویب مجمع عمومی خواهد رسید به عنوان حق عضویت پرداخت خواهد کرد.

مبلغ حق عضویت سالانه = ۱۵۰ هزار تومان

شماره حساب انجمن = ۴۰۹۸۱۰۰۴۹۰۶۴۲۱؛ بانک پاسارگاد، شعبه برج تهران؛ به نام مؤسسه انجمن علمی روانپزشکان ایران

شماره کارت = ۵۰۲۲۲۹۷۰۰۰۰۱۴۲۵؛ به نام مؤسسه انجمن علمی روانپزشکان ایران

فهرست

۱ یادى از مرحوم دكتر محمود بهفر

۳ اخبار و گزارش‌ها

۳ گزارش تصویری بیست و دومین کنگره جهانی روانپزشکی - بانگوك

۵ گزارش بیست و دومین کنگره جهانی روانپزشکی - بانگوك

۶ معرفی مرکز Austen Riggs ماساچوست

۱۰ گفت‌وگو

۱۰ گفت‌وگو با دكتر محمدتقی یاسمی

۱۷ مقاله‌ها

۱۷ پیگیری طولانی‌مدت اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان متولد شده با استفاده از تکنیک‌های

کمک باروری، در سوئد

۲۰ نتایج یک برنامه پیشگیری از دلیریوم در افراد مسن پس از جراحی های الکتیو

۲۲ معرفی کتاب

۲۳ فعالیت‌های انجمن

۲۳ گزارش فعالیت‌های هیئت‌مدیره‌ی انجمن در چهار ماه ابتدای ۱۴۰۱

۲۵ گزارش فعالیت سه‌ماهه کمیته‌ی پیشگیری از خودکشی - بهار ۱۴۰۱

۲۶ گزارش فعالیت سه ماهه کمیته‌ی پیشگیری از خودکشی- تابستان ۱۴۰۱

۲۷ گزارش فعالیت کمیته نروسایکیاتری

۲۸ گزارش فعالیت کمیته درمان‌های زیست‌شناختی

۲۹ گزارش فعالیت کمیته روانپزشکی سالمندان

۳۰ تعدادی از مکاتبات مهم انجمن در بهار و تابستان ۱۴۰۱



دکتر محمود بهفر نفر میانه

شادروان دکتر محمود بهفر، روانپزشک بیمارستانی-اجتماعی

دکتر جعفر بوالهروی
روانپزشک

چه لذتبخش، زیبا و امیدبخش بود اولین دیدار با شادروان دکتر محمود بهفر استاد روانپزشکی انستیتو روانپزشکی تهران در تابستان ۱۳۶۱ در اتاق اساتید بیمارستان آموزشی روانپزشکی اسماعیلی در قلعه تپه گیشا. این یک دیدار ساده نبود، شروع برنامه دستگیری روانپزشکی بود که برایم همراه علم «دلپستگی، شادمانگی، شیفتگی، صلح، سازگاری، امید، احترام، و بودن با تلاش» را به کلاس و برای بالین بیمار به ارمغان آورده بود. تپه گیشا آن روزها با داشتن بهفر و «تکرار هرروزه بهترین فر، فرزاندگی، و فروزندگی» می‌رفت که با یکی دو دستیار روانپزشکی، و آموزش‌های عمیق انسان‌گرایانه (humanistic) او همه این ویژگی‌های متعالی روانپزشکی بیمارستانی و اجتماعی را که پس از مرگ انجمن توان‌بخشی در سال ۱۳۵۷ می‌رفت که نابود شود، به معدود دستیاران و روان‌شناسانش آموزش می‌داد؛ اما چه دردناک که دیری نپایید که مهاجرتش در

سال ۱۳۶۴ و هجوم شبانه شهرداری به بیمارستان و مرکز جامع روانپزشکی او با بیرون کردن بیماران باهدف برپایی برج میلاد؛ همه اهداف و آرزوهایش با خاک یکسان شد.

استاد بهفر در آموزش‌ها، گفته‌ها و ویزیت بیمارانش چنین بود یا این چنین می‌آموخت:

- استاد بهفر از سال ۵۸ و بعد که برنامه توان‌بخشی روانی اجتماعی بیماران روان و تمرکززدایی از بیمارستان‌های بزرگ روانی در کشور تعطیل و همه برنامه‌ها به رکود کشیده شد، در انجمن توان‌بخشی یا انستیتو روانپزشکی جدید با روی آوردن به دکتر کاظم سامی روانپزشک قدیمی که حالا وزیر بهداشتی شده بود با دادن نامه‌ای مجوز راه‌اندازی اولین مرکز جامع روانپزشکی در کشور در تپه گیشا را گرفته و در کنار هدایت دکتر ایرج سیاسی افتخار این مرکز که ویژگی انسان‌گرا، جامع‌نگر، اجتماع‌محور، بستری کوتاه، با تیم فعال روانپزشک، روان‌شناس و مددکار راه‌اندازی کرد.

- او با غرور از شیشه‌های تمام‌قد اتاق بیماران، فضای وسیع و سبز، دیوارهای کوتاه مشرف به جنگل تپه گیشا، ورزش‌های صبحگاهی، گروه مددکاری و روان‌شناس بالینی فعال تأکید داشت و خوشحال بود که توانسته چنین دربیچه نجات‌بخشی را به‌سوی نجات بیماران از مراکز مزمن و در بسته باز کند.

- او با هیجان و لذت تمام از رفتن مکرر و بیشتر موارد هر دو هفته به رشت می‌گفت، از راه‌اندازی مرکز جامع روانپزشکی استان گیلان یا شمال ایران، از بردن روان‌شناسان و دستیارانی چون خانم ربابه اثنی‌عشری و دکتر قنبری با خود - از دستگیری که بعد روانپزشک و رئیس دانشگاه در رشت شد - و اینکه مکرر با تیم خود پیاده در دل جنگل‌هایی شمال می‌رفتند و آموزش مراقب روان در جنگل می‌دادند و همان جا مانند تهران طرح تزریق فلوفنازین دیو یا مدیکیت تراپی را اجرایی می‌کردند که مانع عود بیماری و بستری مجدد شوند. کاری که دیگر نمی‌توانست باز هم برود. چرا که با انقلاب "بیمار باید بیاید تو نباید بروی!!". خدای من چه راه دراز و پررنجی برای بیمار و چه رنجی بیشتر برای کسی چون استاد بهفر که از آن دوران او می‌دانست عدالت در سلامت و سلامت روان چیست و دیگران هنوز نمی‌دانستند!! مگر می‌شود عدالت در سلامت با مدیکیت؟

- استاد بهفر می‌گفت این کفش - که به‌خاطر دارم بیشتر پوتین بود - صبح که می‌پوشم تا شب بیرون نمی‌آید از بیمارستان آموزشی تا بیمارستان خصوصی از آنجا تا مطب اما شب شاد و پرانرژی به‌طرف خانه.

- روزهای اول دستگیری در سال ۶۱ که شوق مراقبت‌های اولیه بهداشتی، پیشگیری در بهداشت روان و ادغام بهداشت روان در شبکه را داشتم و هیچ خبری از این موارد در کشور نبود و ۶۷ بود که شروع آزمایشی شد؛ وقتی او را استاد بدون تردید روانپزشکی جامعه‌نگر دیدم پرسیدم که من برای این موارد چکار کنم؟ عالمانه و قاطعانه گفت فقط خوب درست رو بخوان و بیمار رو ببین!! او «خواندن کتاب جامع روانپزشکی کاپلان را همراه خواندن بیمار، جامع همه علوم می‌دانست و چگونه خواندن بیمار را یاد می‌داد».

- او بسیار تأثیرگذار مهربان، دلسوز و همیشه خندان و دوست‌داشتنی بود. عمده کار مؤثر او مدیکیت تراپی در منزل بیمار و در دی سنتر (مرکز روزانه) برای اولین بار در ایران بود. گرچه رئیس مرکز آقای دکتر تهرانی بود؛ ولی ایشان بیشتر فعال بودند درحالی‌که مرکز تحت پوشش انجمن توان‌بخشی بود و همه خدمات حتی دارو رایگان (به نقل از ربابه اثنی‌عشری روان‌شناس تیم او تیرماه ۱۴۰۱).

- آخرین دیدار و خداحافظی با او در سال ۱۳۶۵ بود. امضا که تأیید ماندگارش را بر پایان‌نامه نوین بهداشت روانی اجتماعی من گذاشت، مهاجرت کرد؛ اما ایده، عشق، ایمان و انسان‌دوستی جامعه‌نگرش در کشور ماندگار شد.

گزارش تصویری بیست و دومین کنگره جهانی روانپزشکی- بانگوک

با تشکر ویژه از دکتر علی ناظری آستانه





گزارش بیست و دومین کنگره جهانی روانپزشکی-بانگوک

دکتر علی ناظری آستانه
روانپزشک



● بیست و دومین کنگره جهانی روانپزشکی از ۳ تا ۶ آگوست در بانکوک تایلند توسط انجمن جهانی روانپزشکی برگزار شد. امسال نمایندگانی از ایران نیز در این کنگره با ارائه سمپوزیوم‌ها و مقالات و سخنرانی‌ها و پوستر حضور داشتند. امسال دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی و بیمارستان آموزشی درمانی روانپزشکی رازی با حضور ۴ نفر از اساتید و اعضای هیئت‌علمی و دستیاران در این کنگره حضور پررنگی داشتند. دکتر علی ناظری دانشیار و عضو گروه روانپزشکی این دانشگاه به‌عنوان یکی از اعضای کمیته سازماندهی کنگره انتخاب شده بود و دو سمپوزیوم بین‌المللی در مورد "تجارب گروه‌های بالینت آنلاین در فعالان مراقبت‌های بهداشتی در طول کووید ۱۹" و "فقدان همدلی در زندگی دیجیتال"؛ به ترتیب با همراهی دکتر منصوره کیانی دهکردی (روانپزشک و روان‌درمانگر) و دکتر ندا علی بیگی (دکترای روان‌شناسی بالینی و عضو هیئت‌علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی) و با حضور سخنرانان از کشورهای آمریکا، استرالیا، هند، نیوزلند اجرا کردند. شایان‌ذکر است که همکاران مذکور در این سمپوزیوم‌ها به‌عنوان سخنران و عضو هیئت‌رئیس فعال بودند، همچنین یکی از دستیاران روانپزشکی این دانشگاه، دکتر سبا مختاری هم اقدام به ارائه e-poster در مورد مداخلات آموزش شناختی برای ارتقای عملکرد شناختی در بیماران بالغ مبتلا به OCD، نمود. همچنین از سایر همکاران، دکتر سعیده زنوزیان هیئت‌علمی دپارتمان روان‌شناسی بالینی و روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زنجان با ارائه e-poster در مورد یک آمایه تصادفی کنترل شده شناختی رفتاری گروه‌درمانی و در مقابل فراشناختی گروهی درمانی در دانشجویان ایرانی با اختلال اضطراب اجتماعی، در کنگره حاضر بود. همچنین دکتر محمدرضا شالیبافان عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران امسال با شرکت در پانل روانپزشکان جوان یک مورد سخنرانی در خصوص برنامه جایه‌جایی دستیاران و روانپزشکان جوان در ایران داشت و همچنین یک مورد سخنرانی در قسمت oral presentation با موضوع اثر گرانیسترون در درمان OCD برگزار کرد و در قسمت سخنرانی‌های آنلاین نیز یک مورد ارائه مطلب با موضوع آموزش روان‌درمانی در ایران داشتند. امسال همچنین دکتر مریم معصومی موفق به کسب جایزه فلوشیپ روانپزشکان جوان شد و با حضور در کنگره جایزه خود را از ریاست انجمن دریافت نمود.



معرفی مرکز

AUSTEN RIGGS

ماساچوست

■ مرکز آستن ریگز یک مرکز درمانی روانپزشکی در استاکبریج، ماساچوست است. این مؤسسه توسط آستن فاکس ریگز در سال ۱۹۱۳ به‌عنوان مؤسسه استاکبریج برای مطالعه و درمان سایکونوروزها تأسیس شد و سپس در ۲۱ ژوئیه ۱۹۱۹ به‌افتخار آستن ریگز تغییر نام داد.

آستن فاکس ریگز، متخصص داخلی شهر نیویورک که مبتلا به سل بود در استاکبریج، یک رژیم‌درمانی ایجاد کرد که هم‌ظهور پزشکی روان‌تنی و روان‌درمانی را پیش‌بینی می‌کرد و هم مسیر جدیدی را برای مراقبت‌های بستری ایجاد کرد. ریگز تحت‌تأثیر جنبش بهداشت روانی (که به‌عنوان جنبش بهداشت اجتماعی هم شناخته می‌شود) قرار گرفته بود.

ریگز به‌سرعت رشد کرد. تا سال ۱۹۲۴ دارای ۱۰۰ بیمار بود که میانگین اقامت آنها بین ۴ تا ۶ هفته بود. هر پزشک بیش از ۱۰ بیمار را اداره نمی‌کرد و پزشکان جلسات و کنفرانس‌های منظم آموزشی با کارکنان داشتند.

ریگز معتقد بود که احساس باید تحت نظارت و کنترل دائمی عمل باشد. بیمارستان او دارای یک کاردرمانی مجهز به بافندگی، نجاری، نقاشی و سایر صنایع‌دستی و اتاق‌هایی برای بازی و تفریح بود. هرچند او آنچه را «ژیمناستیک ذهنی» فروید می‌نامید، محکوم کرد و تأکید پزشکان وین بر درگیری‌های جنسی را به‌عنوان ریشه روان‌نژندی مورد انتقاد قرارداد، اما شیوه‌های ریگز دارای اشتراکاتی با حوزه نوظهور روانکاوی بود. او بر این باور بود که روان‌رنجورها توسط «بقایای تجربیات گذشته» مشکل دارند و تا حدی با خودشناسی و سازگاری با واقعیت‌های عملی بهبود می‌یابند. زمانی که فروید از مکانیسم‌های دفاعی صحبت می‌کرد، ریگز یک‌بار گفت که یک بیمار "نمی‌تواند از محافظت از روان‌رنجورهای خود محروم شود." در جایی که فروید از برخورد با ناراحتی معمولی جهان صحبت می‌کرد، ریگز از



دکتر الهام حسن نیا
روانپزشک



مشکل "بزرگ‌نمایی رنج با ایجاد نزاع شخصی با درد" صحبت می‌کرد. مجله آمریکایی روانپزشکی سیستم ریگز را "یک سیستم مفهومی کاملاً یکپارچه از ایگو سایکولوژی" نامیده است که ده سال قبل از توجه زیگموند فروید به این حوزه ایجاد شده بود. کتاب‌های ریگز شامل بازی: تفریح در زندگی متعادل، زندگی هوشمند و فقط اعصاب بود. نیویورک‌تایمز او را به‌عنوان یک "روانپزشک شناخته شده بین‌المللی" توصیف کرد که به‌خاطر کتاب‌هایش برای عموم مردم شناخته شده بود.

۱۹۴۷-۱۹۶۷

■ در سال ۱۹۴۷، دکتر رابرت پی نایت، رئیس سابق کارکنان بنیاد میننجر، مدیر مرکز پزشکی ریگز شد. نایت که یکی از دوستان آنا فروید بود و در دنیای روبه‌رشد روانکاوی آمریکایی شناخته شده بود، بر گفتاردرمانی و توان‌بخشی تأکید کرد و از اعمال رایج در بیمارستان‌های روانپزشکی آن زمان، از جمله شوک الکتریکی، کمای انسولین و لوبوتومی اجتناب نمود. نایت داروها را برای «کاهش پریشانی، بهبود رفتار بیمار و افزایش دسترسی او به روان‌درمانی» مفید می‌دانست، اما معتقد بود که در نهایت مشکلات بیمار «اگر اصلاً می‌خواهند برطرف شوند، باید در درمان برطرف شوند».

نایت که رئیس انجمن روانپزشکی آمریکا و بنیاد روانکاوی آمریکا بود، یک مرجع در زمینه اختلال شخصیت مرزی به‌حساب می‌آمد و گفته‌های او به بیمارانی اشاره داشت که «کاملاً بیمار بودند، اما صراحتاً روان‌پریش نبودند». تحت هدایت او آستن ریگز شروع به پذیرش بیمارانی نمود که به‌شدت بیمار بودند و راه‌هایی را برای عملی کردن ایده‌های نایت مبنی بر اینکه بیماران مرزی برای بهبود به ترکیبی از ساختار و آزادی نیاز دارند، کشف کرد.

■ در سال ۱۹۴۸، نایت چیزی را با خود آورد که محقق لارنس جی فریدمن آن را «هسته خلاق بخش روان‌شناسی بالینی میننجر» نامید و کارکنان تحقیقاتی آن، از جمله دیوید راپاپورت، روی شافر، و مرتون گیل (که متن تست روان‌شناسی تشخیصی را نوشت) و مارگارت برنمن گیسون، (اولین غیرپزشکی که آموزش کامل روانکاوی بالینی و تحقیقاتی را در ایالات متحده دریافت کرد)، بودند.

■ در سال ۱۹۵۱، اریک اریکسون به کارکنان Riggs ملحق شد و تیمی را تکمیل کرد که طبق مقاله‌ای در روزنامه هاروارد، "تجربه بزرگ درمان بیماران بسیار مشکل را در یک جامعه‌درمانی باز به عصر طلایی خلاقیت مفهومی و بالینی تبدیل کرد."

در طول اقامت اریکسون‌ها در استاکبریج، جوان اریکسون، هنرمند و رقصنده، برنامه فعالیت‌های ریگز را کارگردانی کرد که این برنامه را به تئاتر، رقص، نقاشی، مجسمه‌سازی، کار با چوب، باغبانی و موسیقی گسترش داد. او همچنین یک مهدکودک رسمی مونتسوری را برای خانواده‌های محلی تأسیس کرد که در آن بیماران ریگز می‌توانستند کارآموز شوند (برنامه‌ای که تا امروز نیز ادامه دارد). به گفته دانیل برستون، زندگی‌نامه‌نویس اریکسون، برنامه فعالیت‌ها «تجربه‌ای منحصربه‌فرد، جذاب و عمیقاً شفاف‌بخش برای بیماران شد که در تضاد کامل با انفعال، کسالت، ویا خود جذبی مطلق که در بسیاری از محیط‌های درمانی غالب

است، قرار داشت. " برنامۀ تئاتر در آستن ریگز نیز تحت نظر ویلیام گیسون، نمایشنامه‌نویسی بود که با عنوان معجزه‌گر شناخته می‌شد. زمانی که گیسون در استاکبریج بود، رمانی به نام تار عنکبوت نوشت که در یک بیمارستان روانی اتفاق می‌افتد و به فیلمی با بازی ریچارد ویدمارک و لورن باکال تبدیل شد. اریکسون اشاره کرد که برنامه فعالیت‌ها نقش مهمی در جلوگیری از تسلیم‌شدن بیماران به یک هویت محدود و منفی که با غوطه‌ور شدن در "نقش بیمار" ایجاد می‌شود، ایفا می‌کند. اریکسون همچنین از تجربیات خود در ریگز استفاده کرد تا ایده‌هایی را که در کتاب کودکی و جامعه ارائه داده بود و شامل مجموعه‌ای از هشت بحران اصلی در هر زندگی، با پتانسیل رشد و ادغام سالم و یا رشد پاتولوژیک و بیماری‌های روانی در هر مرحله پیشنهاد می‌کرد، دنبال کند.

۱۹۶۷-۱۹۹۱

■ در سال ۱۹۶۷، پس از مرگ نایت، دکتر اتو آلن ویل جونپور، مدیریت آستن ریگز را بر عهده گرفت. او یکی از معدود روانکاوانی بود که کار خود را وقف تلاش برای درک بیماران روان‌پریش از طریق روابط طولانی، فشرده و درمانی با آنها کرد. ویل در بیش از ۸۵ مقاله توضیح داد که چگونه می‌توان حالت‌های فکری سایکوتیک را تنها با استفاده از روان‌درمانی تغییر داد. ویل در سال ۱۹۷۸ به‌عنوان مدیر پزشکی در آستن ریگز بازنشسته شد اما تا زمان مرگش در هیئت‌مدیره بیمارستان باقی ماند. دکتر دانیل پی. شوارتز، مدیر سابق بیمارستان روانپزشکی ییل، مدیریت آستن ریگز را از سال ۱۹۷۸ تا ۱۹۹۱ بر عهده داشت و در دورانی که هم مراقبت‌های مدیریت شده و هم روانپزشکی بیولوژیک بر این حوزه تسلط یافته، و بیمارستان‌های بسیاری - از جمله چستنت لژ، بیمارستان مک لین، بخش وستچستر بیمارستان پرسبیتریان نیویورک، تیمبرلاون، شپرد پرت، و مننیگر - بر روان‌درمانی طولانی‌مدت تمرکز داشتند، بیمارستان را اداره کرد. در این زمان (۱۹۸۵-۱۹۸۸) بود که کریستوفر بولاس، دکتر، صدای برجسته در نظریه روانکاوی معاصر، به‌عنوان مسئول آموزش در مرکز آستن ریگز خدمت می‌کرد.

۱۹۹۱-۲۰۱۱

■ در سال ۱۹۹۱، ادوارد R. Shapiro مسئولیت آستن ریگز را بر عهده گرفت. شاپیرو که در خانواده و سیستم‌های سازمانی تخصص دارد، تمرکز ریگز را بر کار با اعضای خانواده برای تسهیل درمان بیماران توسعه داد و تعداد مددکاران اجتماعی در کارکنان را از یک به هشت افزایش داد. شاپیرو همچنین بر ریگز به‌عنوان محلی برای افراد «مقاوم به درمان» تأکید کرد، افرادی که قادر به درمان موفقیت‌آمیز در جاهای دیگر نبودند. تحت رهبری شاپیرو، ظرفیت بستری ریگز افزایش یافت و برنامه‌هایی برای کاهش هزینه مقرون‌به‌صرفه‌تر ارائه شد. شاپیرو در ژوئن ۲۰۱۱ بازنشسته شد.

۲۰۱۱-۲۰۱۵

■ دونالد روزن، در جولای ۲۰۱۱ به‌عنوان مدیر منصوب شد. پس از خروج روزن از مرکز در مارس ۲۰۱۳، دکتر جیمز ال. ساکستدر نقش مدیر پزشکی آستن ریگز را بر عهده گرفت. دکتر ساکستدر، روانپزشک دارای گواهی هیئت‌مدیره، کار خود را در مرکز آستن ریگز به‌عنوان همکار در روانپزشکی آغاز کرد و بخش عمده‌ای از زمان خود را به‌عنوان مسئول مراقبت از بیمار خدمت کرد. او چهار دهه به ریگز خدمت کرد و به‌عنوان رهبر سازمان به اوج رسید. دکتر ساکستدر بیش از بیست مقاله و فصل کتاب در مورد درمان بی‌اشتهایی عصبی، روان‌درمانی روانکاوی بلندمدت بیماران مبتلا به اختلالات شدید، نارسسیسم، نظریه روابط با ابژه و ایگو سایکولوژی نوشت. او به همراه دانیل پی. شوارتز و یوشیهارو آکابان، ویرایشگر دلبستگی در فرآیند درمانی است. (انتشارات دانشگاه بین‌المللی، ۱۹۸۷). دکتر ساکستدر بیش از بیست سال در دانشکده مددکاری اجتماعی کالج اسمیت، مدرس بود. ساکستدر در ژوئن ۲۰۱۵ بازنشسته شد.

۲۰۱۵-۲۰۱۸

■ اندرو جی گریبر، در جولای ۲۰۱۵ مدیرعامل پزشکی مرکز آستن ریگز شد. او به‌عنوان مدیر برنامه تحقیقاتی MRI در مؤسسه روانپزشکی ایالت نیویورک، مدیر تحقیقات مرکز آموزش و تحقیقات روانکاوی دانشگاه کلمبیا و استادیار روانپزشکی در بخش روانپزشکی کودکان و نوجوانان در مرکز پزشکی دانشگاه کلمبیا خدمت کرد. دکتر گریبر همچنین زمانی که در نیویورک بود یک مطب خصوصی روانکاوی داشت. دکتر گریبر در طول تصدی خود در آستن ریگز، در ایجاد چندین ابتکار استراتژیک در زمینه‌هایی از جمله توسعه انسانی، تحقیقات خودکشی و آموزش نقش اساسی داشت.

۲۰۱۸-کنون

■ اریک پلاکون، روانپزشک در مرکز آستن ریگز برای بیش از ۴۰ سال، در نوامبر ۲۰۱۸ به‌عنوان مدیرعامل پزشکی انتخاب شد. در سال ۲۰۱۹، مرکز آستن ریگز صدمین سال تأسیس خود را جشن گرفت. این مؤسسه با موزه نورمن راکول در نمایشگاهی در مورد رابطه راکول و اریک اریکسون همکاری کرد، نمایشگاهی را درباره تاریخچه مرکز و تاریخچه مراقبت از سلامت روان در آمریکا افتتاح کرد و نیز کنفرانسی بین‌المللی در مورد بحران سلامت روان در آمریکا برگزار نمود.

سایر کارکنان قابل توجه

■ مرلین چارلز، ۲۰۱۴-۲۰۱۵ رئیس بخش ۳۹ انجمن روان‌شناسی آمریکا (روانکاوی) یکی از کارکنان درمانی در آستن ریگز است.

رویکرد درمانی

■ در دوران کاهش سریع روان‌درمانی (فقط ۲۹ درصد از مراجعات به مطب روانپزشکان شامل روان‌درمانی در سال‌های ۲۰۰۴-۲۰۰۵ بود، در مقایسه با ۴۴ درصد در سال‌های ۱۹۹۶-۱۹۹۷)، مرکز آستن ریگز درمان خود را بر اساس روان‌درمانی روان‌پوشی فشرده با یک روان‌شناس بالینی یا روانپزشک چهار بار در هفته



سازمان‌دهی می‌کند. ریگنز از یک مدل درمان اقامتی بلندمدت حمایت می‌کند که بر بستری شدن کوتاه‌مدت در بیمارستان و درمان سرپایی برای بیماران بدحال روانی تأکید دارد.

در سال ۲۰۰۸ یک بررسی فرا مروری از ۲۳ مطالعه گزارش شده در مجله انجمن پزشکی آمریکا، نشان داد که روان‌درمانی، اغلب سه بار در هفته، علائمی از جمله اضطراب و اختلال شخصیت مرزی را بهتر از بسیاری از درمان‌های کوتاه‌مدت‌تر تسکین می‌دهد. اگرچه دارو برای اکثریت قریب به اتفاق بیماران ریگنز تجویز می‌شود، ریگنز از اصول «سایکوفارماکولوژی سایکودینامیک» پیروی می‌کند که به روش‌های نشان داده‌شده‌ای توجه می‌کند که در آن روابط بین بیماران و متخصصان سلامت روان بر اثربخشی دارو تأثیر می‌گذارد.

ریگنز یک برنامه آزاد و داوطلبانه ارائه می‌دهد. حداقل اقامت شش هفته و میانگین اقامت شش ماه است. پس از سازماندهی مجدد بنیاد میننگر در سال ۲۰۰۳، نیویورک تایمز، ریگنز را به عنوان آخرین "بیمارستان خصوصی نخبه" توصیف کرد، جایی که بیماران می‌توانند "ماه‌ها یا سال‌ها را برای سر و سامان دادن به زندگی خود" با درمان‌هایی از جمله روان‌درمانی فشرده و طولانی مدت بگذرانند.

مرکز آستن ریگنز توجه خود را بر روی افراد مبتلا به بیماری‌های روانی جدی متمرکز می‌کند که درمان‌های مکرر در محیط‌های سرپایی برای آنها بی‌اثر بوده است.

مؤسسه اریکسون

■ مؤسسه آموزشی و تحقیقاتی اریکسون، بخش جدایی‌ناپذیر مرکز آستن ریگنز که به نام اریک اریکسون نام‌گذاری شد، در سال ۱۹۹۴ تأسیس شد. مؤسسه اریکسون میزبان دانش‌پژوهان در محل اقامت است، کنفرانس و سخنرانی برگزار می‌کند، از تحقیقات بالینی حمایت می‌کند، و به تسهیل مشارکت جامعه (مانند نمایش فیلم و بحث‌های میزگرد) و مشارکت‌های سازمانی کمک می‌کند. مؤسسه اریکسون هر سال جایزه مؤسسه اریکسون را برای تعالی رسانه‌های سلامت روان، "برای شناسایی و تشویق نویسندگان، روزنامه‌نگاران، و کارشناسان رسانه‌ای که آثار پیچیده و قابل دسترس در مورد مسائل بهداشت روانی تولید کرده‌اند" اعطا می‌کند.

منابع:

Austen Riggs Center - Wikipedia

https://en.wikipedia.org/wiki/Austen_Riggs_Center#:~:text=The%20Austen%20Riggs%20Center%20is,Riggs%20on%20July%202021%2C%201919

Austen Riggs Center History | Austen Riggs

<https://www.austenriggs.org/about/history>

گفت و گو با دکتر محمد تقی یاسمی، استاد روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مسئول سابق پیشگیری و درمان اختلالات روانی در ستاد سازمان جهانی بهداشت، ژنو و نائب رئیس سابق انجمن علمی روانپزشکان ایران - قسمت اول

علاقه ام به مسائل انسانی مرا به سمت روانپزشکی برد

تهران، بیمارستان طالقانی - زمستان ۱۴۰۰

مصاحبه: دکتر حسن رفیعی و دکتر محمدرضا شالبافان

تهیه و تنظیم: دکتر حورا نوربخش دستیار روانپزشکی

منابع مختلف می‌خواندم و می‌نوشتیم؛ ولی جدول کلمات متقاطع را کامل خودم طراحی می‌کردم و این یک تفریح جالب برایم بود. یک سینما توی انباری درست کرده بودم با یک ذره‌بین و لامپ، قطعات فیلم‌ها را می‌گذاشتیم و روی دیوار می‌انداختیم. در حیاطمان با آجرهای اضافه آزمایشگاه ساخته بودم، و یک مدت هم گلخانه پدرم را آزمایشگاه کرده بودم، برای آزمایش‌های شیمی و فیزیک، مثلاً باز و بسته‌شدن درش را با قرقره و وزنه به شکل اتوماتیک درست کرده بودم. اسباب‌بازی نداشتم و خودم درست می‌کردم، عمدتاً با گل و چوب. کنجکاو بودم؛ مثلاً گنجشک مرده‌ای یافتیم آن را زیر خاک گذاشتم هر هفته نگاه می‌کردم بینم این چه می‌شود. یا زمین را می‌کندم و چیزهای جالبی را که می‌یافتیم نگاه‌داری می‌کردم، اسباب‌بازی‌هایم را هم خودم می‌ساختم، به دو دلیل، یکی دلیل مادی، یکی هم اینکه لذت‌بخش بود، مثلاً با خاک و گل، تپه و جاده درست می‌کردم، با قوطی کبریت، چوب و گل، اتومبیل یا کامیون می‌ساختم از این تپه بالا بروم. من فکر می‌کنم اصلاً یکی از آموزش‌های کودکان، باید با گل یا خمیر باشد. به‌رحال فکر می‌کنم در شرایط فعلی، پدر و مادرها وقتی بچه دست

دکتر رفیعی: اگر ممکن است در مورد زندگی خودتان بگویید از کودکی تا کنون.

● دکتر یاسمی: من در شهر قوچان به دنیا آمدم در خانواده‌ای که از نظر درآمدی زیر متوسط بود و در مجموع در رفاه نبودیم. یک پدربزرگ و مادربزرگ من فارس زبان بودند. مادربزرگ دیگرم از کردهای کرمانی قوچان و همسر ایشان از ترک‌های قوچان بودند. پدر و مادرم با اینکه سطح تحصیلاتشان بالا نبود خیلی خلاق بودند. از اشیای ابتدایی ابزار یا اسباب‌بازی درست می‌کردند، گل پیوند می‌زدند و غیره. وضع تحصیلی من به‌طور کلی هم دوره ابتدایی و هم دوره متوسطه خوب بود، بخصوص سال‌های آخر متوسطه آشکارا اوج گرفت. به‌طوری‌که در امتحان نهایی نفر اول شهر شدم. در بچگی درون‌گرا و آرام بودم و دوستان محدود و نسبتاً دایمی داشتم. با وجود این خیلی علاقه داشتم چیزهای نو پیدا کنم و تجربه‌های نو داشته باشم. از همان سنین کودکی، مثلاً در اواخر ابتدایی، من با کاربن مجله درست می‌کردم و به دوستانم هدیه می‌دادم یا می‌فروختم. تمام مطالبش را خودم از



به خاک و گل می‌زند، فوری می‌گویند برو دستت را بشوی، اجازه دست‌کاری یا مانیپولاسیون طبیعت را به بچه‌ها نمی‌دهند. در زندگی آپارتمانی هم به‌دشواری می‌توان چنین کرد. ما در آن زمان زندگی‌مان غیر از مواقعی که مدرسه بودیم، یا در حیاط می‌گذشت یا در کوچه، در کوچه انواع و اقسام بازی‌های محلی بود. ولی من وقت اندکی را بیرون از منزل می‌گذراندم، به‌طور کلی بچه آرام یا به‌قول معروف مظلومی بودم. خیلی درون‌گرا بودم. مهارت‌های اجتماعی کم بود. ولی از اوایل جوانی سریعاً جبران کردم. بر مبنای پرسش‌نامه ایزنک درون‌گرای جبران شده هستم.

دکتر رفیعی: چند تا بچه بودید؟

● دکتر یاسمی: قبل از من سه نفر بودند که یکی‌شان فوت کرده بود، بعد از من هم سه نفر بودند که باز یکی‌شان فوت کرد. یک خواهرم قبل از من با سرخک فوت کرده بود، یک برادر من که دو سال از من کوچک‌تر بود، با مننژیت فوت کرد و وقتی من ۷ساله بودم شاهد مرگش بودم. بچه خیلی شیرینی هم بود و من خیلی دوستش داشتم. مرگ کودکان در آن سال‌ها پدیده رایجی بود بخصوص در شهرستان‌های کوچک. پزشک کم بود، ولی خاطره خوبی هم از همین تعداد اندک پزشک‌های شهرمان دارم. آن زمان، شهر ما یک یا دو پزشک داشت که در مواقع ضروری به خانه هم می‌آمدند و با مبلغ اندکی مریض‌ها را می‌دیدند و حتی اگر تزریقی لازم داشت انجام می‌دادند. عصرها مطب می‌رفتند. روزها به بیمارستان شیر و خورشید که حالا شده هلال‌احمر، سر می‌زدند. جراح هم در شهر نداشتیم. این زنجیره پزشکان در سلامت و تا حدی در زندگی اجتماعی مردم بسیار مؤثر بودند که آخرینشان آقای دکتر فرخی بودند که هنوز هم در قید حیات و مشغول کار در خیریه قوچانی‌ها هستند.

دکتر رفیعی: در همه دنیا همین بوده، پدر داروین هم همین‌طور بوده، طیب دوار ...

● دکتر یاسمی: بله فقط در مطب نبودند، می‌توانستند بروند منزل. یک سنت مفید بوده. در شهرهای کوچک مردم پول زیادی هم نداشتند که بدهند. برای پول نبوده است.



دکتر رفیعی: برگردیم به مرگ برادر و خواهر. من چون شرح حال زیاد می‌خوانم، بعضی جاها دیدم که تجربه ویژه‌ای بوده، اثرات ویژه‌ای داشته، برای شما هم اثری داشت؟

● دکتر یاسمی: در آن سن نمی‌دانم چقدر؛ احساسم را یادم هست که تأسف بود و نوعی دل‌تنگی، بخصوص آن صحنه‌ای که جنازه‌اش را روی بالشتکی گذاشته بودند و پیاده به طرف گورستان می‌رفتند، نمی‌دانم چرا پیاده ... و خانواده نگذاشتند من بروم.

دکتر رفیعی: راه خیلی دور بود؟

● دکتر یاسمی: شاید نیم ساعت پیاده، ولی شاید هم آن موقع بخشی از سنت بوده است. ولی من آن صحنه یادم هست که پدرم می‌گریست و این جنازه روی یک متکا روی دستش بود. آن موقع یادم هست که متأثر شدم، الان هم که یادم می‌آید متأثر می‌شوم. برادر من به دلیل فقر مرد، به‌خاطر اینکه پزشک گفته بود که این مننژیت است و کار تخصصی فوری می‌خواهد و ما در قوچان امکانات درمانش را نداریم، اما اگر مشهود بود شاید می‌شد کاری کرد. آن زمان هم اتوبوس فقط روزی یک‌بار از قوچان به مشهد می‌رفت و ۴ ساعت هم در راه بود و احتمالاً پدرم گشته بود، ماشین شخصی که بتواند ببرد پیدا نکرده بود و یادم هست برادرم داشت تشنج می‌کرد. البته مطمئن نیستم اگر رفته بود نجات پیدا می‌کرد.

دکتر رفیعی: آیا مرگ برادر در انتخاب رشته شما اثر داشت؟

● دکتر یاسمی: اگر هم بوده باید ناخودآگاه بوده باشد. اولاً در مورد پزشک شدن، یادم هست انشای که می‌دادند اکثراً می‌گفتند ما می‌خواهیم دکتر بشویم تا به مردم خدمت کنیم. ولی صادقانه من هدفم این بود که پزشک بشوم به دو دلیل، یکی اینکه خانواده‌ام از فقر بیرون بیایند و موقعیت اجتماعی پیدا کنند، و دیگر اینکه به مردم خدمت کنم، احساس لذت می‌کردم که کاری برای مردم بکنم. شبیه آن تصویری که از پزشک داشتیم و پیشگیری از تصویر مرگ‌هایی که دور و برم می‌دیدم و بتوانم مانند پزشکانی که می‌دیدم با مردم نزدیک باشند و به آن‌ها با استفاده از آخرین پیشرفت‌های علمی کمک کنند. یک داستان شیرینی مادرم تعریف می‌کرد. می‌گفت تو خیلی مؤدب بودی، فحش نمی‌دادی، یک‌بار مریض شده بودی با تب شدید، دکتر آمد یک آمپول پنی‌سیلین بهت زد، آن قدر حالت بد بود که واکنشی نشان ندادی. فردا که آمد تو هوشیار بودی. این بار عصبانی شدی و فحش هم از دهانت درآمد. پزشک خندیده بود، گفته بود دیروز اصلاً جان نداشتی فحش بدهی خوشحالم حالت این قدر بهتر شده است. بعد مادرم که شرمنده شده بود کلی از آن پزشک عذرخواهی کرد. پزشکان خوبی داشتیم.

دکتر رفیعی: پس تجربه‌های خوبی از پزشکی بودن داشتید که دوست داشتید پزشک شوید. نظر خانواده چه بود؟

• دکتر یاسمی: آن موقع شأن اجتماعی پزشکی بسیار بالا بود. در عین حال یک مادر بزرگم که خیلی مذهبی‌تر از بقیه بود آن زمان می‌گفت تو باید آیت‌الله و علامه بشوی. محبوبیت و موقعیت اجتماعی یک عالم دینی هم در آن زمان خیلی بالا بود. مادر بزرگم برای من بهترین را می‌خواست و روی من خیلی حساب می‌کرد. علاوه بر این وقتی چیزی را به من می‌گفت من سریع یاد می‌گرفتم و مباحثه هم می‌کردم. سؤال زیاد می‌پرسیدم، خیلی کتاب می‌خواندم، هر چیزی که گیر می‌آمد، آن قدر به کتابخانه شهرداری شهرمان می‌رفتم که گاهی کتابدار آنجا کار را به من می‌سپرد و می‌رفت. دکه‌ای هم بود که کتاب اجاره می‌داد و من رمان‌های مختلف کرایه می‌کردم، از کلاسیک گرفته تا رمان پلیسی. در مورد مجلات از کیهان بچه‌ها شروع کردم تا به مجله دانشمند و آشنایی با ریاضیات رسیدم. مادر بزرگم این‌طور احساس می‌کرد که من استعداد دارم. از نظر اخلاقی هم آرام بودم و از نظر او خوب و متین. ولی به دانش تجربی علاقه ویژه‌ای داشتم. وقتی شنیدم می‌خواهم دکتر بشوم، پذیرفت. گفت پس باید مثل پروفیسور صادقی بشوی. پروفیسور صادقی یک جراح قلب خیلی معروف و دارای شهرت جهانی بود که در زمینه‌های زیاد این رشته پیش‌تاز بود و در لوزان سویس رئیس بخش و مدیر گروه بود. او همشهری ما بوده، اهل روستای چکنه بین قوچان و نیشابور که ما یک آشنایی خانوادگی با ایشان داشتیم. من یک سعادت پیدا کردم سوییس که بودم، به دیدارش رفتم و ایشان تا حدی برخی اجداد و مادربزرگ من را می‌شناخت. چون ایشان خانواده‌اش در چکنه بودند و پدرشان انسانی فرهیخته و مردم‌دوست بوده و مدرسه‌ساز هم بودند.

دکتر رفیعی: قوچان از همه اقوام داشته پس؟

• دکتر یاسمی: بله از همه‌جا شاید اصلاً اینکه من راحت می‌توانم طرفدار تنوع فرهنگی و در عین حال بسیار میهن‌دوست و طرفدار وحدت ملی باشم بی‌تأثیر از این زمینه نبوده باشد. این تجارب باعث شده یک مقدار الان کردی بفهمم، البته کردی آنجا یک مقدار متفاوت هست. ترکی هم یک مقدار بلدم، ولی خب ما همگی در خانه فارسی صحبت می‌کردیم.

دکتر رفیعی: اولین مواجهه‌هایی که با مسائل روانپزشکی، روان‌شناسی یا سلامت روان داشتید، کی بود؟

• دکتر یاسمی: یادم هست در دوران دبیرستان یک هم مدرسه‌ای داشتیم که دچار سایکوز شد و الان که به عقب برمی‌گردم می‌بینم مبتلا به حالت مانیک شده بود. ما فکر می‌کردیم او به قول معروف "دیوانه" شده و دیگر سرنوشتش تباه می‌شود؛ ولی حدود یک ماه بعد آمد مدرسه، گفتند رفته مشهد، با قرص درمانش کردند، یک مقدار خواب‌آلود بود، ولی می‌آمد مدرسه، و باعث تعجب من شد که چطوری این بیماری روانی دارو و قرص دارد.

دکتر رفیعی: چه سالی بود و کدام بیمارستان؟

• دکتر یاسمی: اواخر دهه ۴۰ مثلاً سال ۴۷ یا ۴۸. من اسم بیمارستان را نمی‌دانم. گفتند بردند مشهد دوا درمان شده. ولی تصور اینکه با یک تغییر شیمیایی بشود یک بیماری روانی را درمان کرد، آگاهی بزرگی به من داد.

دکتر رفیعی: هنوز هم در فاصله قوچان و جایی که الان ورودی مشهد هست بیمارستان روانپزشکی هست، بیمارستان شفا. یعنی به نظرم خارج از شهر بوده.

• دکتر یاسمی: بله احتمال دارد. این بود که من یک تصور مثبتی پیدا کردم که پزشکی آن قدر پیشرفت کرده که حتی بیماری روانی را قادر است درمان کند. من شاید یک تصور ایده آلیستی از پزشکی مشهد داشتم، و اینکه فکر می‌کردم حالا که مشهد این‌طور است، بین تهران پزشکی‌اش چطور است، و چقدر پزشکی شغل جالبی هست.

دکتر رفیعی: دانشگاه تهران بودید؟

• دکتر یاسمی: بله شیرین‌ترین دوران زندگی من بود. تعامل هرروزه با هم‌کلاسی‌های پرانرژی و باهوش و اساتید فرهیخته بسیار جذاب بود. علاوه بر پزشکی مطالعه خارج از درس هم می‌کردم. گرچه می‌خواستم پزشک بشوم، در دوره علوم پایه خیلی هم وضع درسیم خوب بود، ولی همیشه مطالعه خارج درسی هم می‌کردم، ورزش هم زیاد می‌کردم و در رشته‌های مختلف ورزشی فعال بودم.

دکتر رفیعی: برای قبولی در کنکور چه کردید؟

• دکتر یاسمی: خب وضع مالی ما خوب نبود، ولی من شاگرد ممتازی بودم و در شهرمان نمره اول بودم. آن زمان پزشکی تهران خیلی معروف بود و این همه هم تنوع در تعداد دانشگاه‌ها نبود. یادم هست که خودم به خودم انگیزه می‌دادم و تلاش می‌کردم که وقت تلف نکنم. بین امتحان نهایی با کنکور یک فاصله دو سه ماهه بود. کلاس کنکور تازه دو سه سال بود که به‌طور جدی مطرح شده بود. قوچان کلاس کنکور نداشت، ولی مشهد داشت. یک عده که متمکن بودند، می‌رفتند تا مشهد، و دو سه ماهی آنجا کلاس می‌رفتند. من اصلاً چنین انتظاری از خانواده نداشتم. از طرفی ماندن در قوچان باعث می‌شد دوستان نگذارند درس بخوانم. رفتم توی یک روستایی که یکی از مادربزرگ‌های من ریشه‌اش در آن روستا

بود. خیلی هم به من احترام گذاشتند، اتاقتی در اختیار من گذاشتند، و من دو سه ماه بکوب آنجا درس خواندم و پزشکی تهران قبول شدم. روزی که من قبول شدم واقعاً خیلی روز بزرگی بود. هم برای من، هم خانواده و آشنایان و دوستان.

دکتر رفیعی: سال چند بود؟

• دکتر یاسمی: مهر سال ۵۰ من وارد پزشکی تهران شدم. تعدادمان مثل این روزها زیاد نبود و کیفیت آموزش بالا بود. مثلاً در سالن آناتومی، هر شش نفر یک جنازه در اختیار داشتند. خودمان کار تشریح را انجام می‌دادیم. مثلاً عصب‌ها را باید تمیز درمی‌آوردیم اگر عصبی حتی کوچک بریده می‌شد از نمره ما کم می‌شد و این طوری یک نوع مهارت جراحی هم آدم پیدا می‌کرد که چطور اینها را جدا کند. آناتومی و بیوشیمی و فیزیولوژی را خیلی دوست داشتیم، و خیلی علاقه داشتیم درس‌ها را بفهمیم تا اینکه حفظ کنیم. گرچه هنوز وارد دوره بالینی نشده بودم، ولی می‌رفتم جستجو می‌کردم بینم دانستن آناتومی و علوم پایه به‌طور کلی چه کاربردهای بالینی دارد. مثلاً اگر با بالینی‌ها گپی می‌زدیم در این موارد سؤال می‌کردم. یا می‌رفتم کتاب‌های داخلی و جراحی را در کتابخانه دانشگاه پیشاپیش مطالعه می‌کردم. اساتید آناتومی ما هم خودشان اکثراً جراح بودند. بعد از علوم پایه هم بیشتر اوقات بیمارستان امام خمینی بودم. اسم رسمی‌اش پهلوی بود؛ ولی ما می‌گفتیم هزار تختخوابی. توی بخش‌ها وقتی به اینترنی رسیدیم، انتخاب داشتیم که برویم داخلی یا عفونی. شش ماه جراحی بود، شش ماه داخلی بود و اگر اشتباه نکنم؛ چون پزشکی هفت‌ساله بود. اگر می‌رفتیم بخش عفونی می‌توانستیم مریض داخلی هم بخوابانیم. این ابتکار آقای دکتر یلدا بود. ولی اگر داخلی هم بودیم می‌توانستیم بیمار عفونی در بخش بستری کنیم. اختیار اینترن‌ها خیلی زیاد بود. بیشتر کارهای جاری را هم اینترن‌ها انجام می‌دادند؛ ولی با نظارت خوب و احساس مسئولیت بسیار بالا، آن هم با عشق و علاقه. مثلاً من یادم هست ما استاژر بودیم، می‌رفتیم بیمارستان سینا. آن موقع کاباره‌ها باز بود، مست‌ها دعوا و چاقو‌کشی می‌کردند، آستانه دردهایمان هم خیلی بالا بود، می‌گفتند برای ما بی‌حسی نزدیک کسی آن زمان از پزشک جماعت شکایت نمی‌کرد، توقع مردم کم بود، اما ما هم از نظر اخلاقی واقعاً رسیدگی می‌کردیم. البته آن موقع اینترن‌ها به استاژرها نظارت می‌کردند. رزیدنت‌ها به هر دو نظارت می‌کردند. در زمان اینترنی، ما حتی در دوختن تاندون هم کمک می‌کردیم، خیلی هم شلوغ بود. مثلاً من یادم هست که یک بیماری را دیالیز صفاقی می‌کردم و یک پروسه پیچیده داشت (از اینکه با کمک دستیاران جراحی به پریوتن راه پیدا کنی و شستشو با سرم انجام بدهی و مایعات برود داخل و بیاید بیرون ...) این کارها را ما انجام می‌دادیم. من خودم داوطلبانه می‌رفتم بخش داخلی. دنبال کسب مهارت بودم و این رویکرد عمومی بود، اکثر دانشجویان این‌طور بودند. در اتاق کزاز بخش عفونی هر استاژر یا اینترن ۴ ساعت می‌نشست تا در صورت آینه بیمار احیا انجام دهد و ما ۲۴ ساعت را با رغبت پوشش می‌دادیم. دکتر یلدا می‌گفت آمار مرگ‌ومیر کزاز‌های ما از جان‌هاپکینز کمتر است.

دکتر رفیعی: این پیشینه‌ای که شما دارید می‌گویید به آدم القا می‌کند که شما یا باید می‌رفتید جراحی یا داخلی یا عفونی. چه شد رفتید روانپزشکی؟ اولین بار چطوری علاقه‌مند شدید؟

• دکتر یاسمی: ما دانشجویان علایق انسانی داشتیم. من و اکثر دانشجویان مطالعه خارج از درس هم زیاد می‌کردیم. رمان می‌خواندیم، جامعه‌شناسی زیاد می‌خواندیم. من توجه به این که در جامعه فقیری زندگی کرده بودم، تأثیر مسائل اجتماعی را به‌وضوح می‌دیدم. اساساً ترکیب جمعیتی دانشجویان بسیار فقیرتر از الان بود. بنابراین جنبه‌های اجتماعی سلامت برایم مهم بود. مثلاً تن من در مورد وبا بود، اخیراً که یک‌بار به تز پزشکی عمومی‌ام نگاه کردم، دیدم خیلی به جنبه‌های اجتماعی توجه کردم. این را یک همکار فلسفه پزشکی که در بررسی پایان‌نامه‌ها به مورد من هم برخورد کرده بود به من یادآوری کرد. کنترل وبا امری اجتماعی است. مثلاً کارهای اسنو را مفصل نوشته بودم که در مورد چاه‌ها چطور برنامه‌ریزی کرده بود. علاوه بر این، یک دلیل دیگر علاقه من به عفونی، بخش عفونی بود، با مدیریت عالی شخص جناب آقای دکتر یلدا، و شخصیت استثنایی خود آقای دکتر.

دکتر رفیعی: کمی از ایشان بگویید.

• دکتر یاسمی: دکتر یلدا اولاً بسیار آدم دانا و فرهیخته‌ای بود، درک اجتماعی عمیقی داشت، عدالت‌طلب بود بدون اینکه صراحتاً از واژگان سیاسی استفاده کند، درک خوبی از رابطه مسائل اجتماعی با پزشکی داشت.

دکتر رفیعی: اکتیویست هم بود؟

• دکتر یاسمی: نه ابداً. حتی ما جزو دانشجویایی بودیم که مجله دانشکده پزشکی را قبل انقلاب اداره می‌کردیم و به قول

شما فعال اجتماعی هم بودیم عدالت‌خواه بودیم، و یک‌بار رفتم آقای دکتر را تشویق کنیم که شما که این قدر بزرگوار هستید، بیایید وارد فعالیت اجتماعی هم بشوید. خدا رحمتش کند می‌گفت ببینید شما جوانید، دنیا را مثل یک گل سرخ می‌بینید که به‌راحتی باز می‌شود، ولی دنیا به این آسانی نیست که شما می‌بینید. آدم باید ببیند چه کاری از دستش برمی‌آید، همان قسمت را برود خوب انجام دهد. شاید آن دوره ما خیلی جوان بودیم و با تحلیل ایشان موافق نبودیم، ولی از احترام ما به دکتر یلدا کم نشد. اصلاً آدم سیاسی کاری نبود، ولی کار اجتماعی می‌کرد، هوای فقرا را داشت، مثلاً به ما اختیار داده بود که هر بیماری را که حس می‌کنیم لازم هست بخوابانیم. یک‌بار وقتی درمانگاه عفونی بودم، زمانی بود که تازه افغان‌ها داشتند به ایران مهاجرت می‌کردند. یک جوان افغانی آمد و من تشخیص بروسولوز برایش مطرح کردم. صبح اول وقت آزمایشش را هم دادیم تست‌هایش هم مثبت شد، نسخته‌اش را هم دستش دادم. گفتم دارویت را هر وعده با غذا بخور. بعد از یک ساعت رفتم توی راهرو ایستاده، گفتم یک سؤال دارم: "می‌شه یک دارو بنویسید که روزی یکبار بخورم؟" گفتم: "چطور؟" در گوشم گفتم: "بخشید من روزی یکبار غذا می‌خورم." دیدم خیلی هم لاغر است و راست می‌گفت. یک لحظه فکر کردم اگر بخوابانمش می‌توانم هم بهش غذا برسانم، و هم دارو. ولی اندیکاسیون بستری نداشت. تلفن زدم به دکتر یلدا. گفتم اندیکاسیون بستری ندارد، ولی هم گرسنه هست و هم نمی‌تواند دارو تهیه کند، اجازه می‌دهید بستری کنیم؟ گفتم پسرم خوشحالم که تو تشخیص دقیق دادی و راه‌حل خوبی پیدا کردی و مریض خوابید، و در عرض دو سه هفته، ۶-۷ کیلو اضافه‌وزن پیدا کرد. ببینید چقدر گرسنگی کشیده بود. من مطالعات اجتماعی هم می‌کردم، در مورد درد مردم و رنجشان زیاد خواندم. گفتم باید یک‌رشته‌ای بروم که بتوانم وقت مطالعه داشته باشم، در عین حال بهتر بتوانم وظایف اجتماعی را انجام بدهم. اگر جراح شوم، وقت سر خاراندن هم پیدا نخواهم کرد، بعد هم خب دیگر انقلاب شروع شد و تعداد روان‌پزشکان پس از انقلاب بسیار بسیار اندک بود (چون من سال ۵۷ فارغ‌التحصیل شدم). دوره اینترنتی من دوره داغ دانشگاه‌ها بود و با خودم می‌گفتم اگر من بخوام وظایف اجتماعی را در این دوران انجام بدهم، در صورت دستیار جراح شدن باید بروم در اتاق عمل زندانی بشوم و کشیک بدم.

دکتر رفیعی: به درآمد فکر نکردید؟

● دکتر یاسمی: راستش فداکاری بزرگی نبود، من هر رشته تخصصی را می‌توانستم مستقیم "استریت" بروم. ولی آن موقع یک پزشک عمومی هم زندگی‌اش می‌چرخید. در طی هفت سال تحصیل حتی یک مورد نبود که ما توی نهارخوری یا کافی‌شاپ یا دیدارهای بیرون، از یک دانشجوی پزشکی بشنویم که کدام رشته تخصصی در آمدش بیشتر هست. نمی‌گویم دانشجویان زمان ما از نظر اخلاقی ذاتاً بهتر بودند، ولی خیالشان راحت بود که اگر پزشک عمومی هم شوند می‌توانند در عرض دو سه سال یک آپارتمان کوچک و یک ماشین پیکان داشته باشند. ولی برای من مهم این بود که می‌خواستم فرصت داشته باشم مطالعه کنم. مسئله بعدی هم چندرشته‌ای بودن علائقم بود. دیدم اگر بخوام؛ مثلاً چشم‌پزشک بشوم، خیلی به رشته‌های دیگر و نیز عرصه‌های غیرپزشکی مرتبط نمی‌شود. بین همه رشته‌ها یکی عفونی بود که می‌توانست به رشته‌های دیگر مرتبط شود، مثلاً بهداشت مردم و سلامت اجتماعی و... یکی هم روان‌پزشکی. اما تعداد روان‌پزشک بسیار اندک و نیاز به وجود آن‌ها بیشتر بود.

دکتر رفیعی: پس بهداشت عمومی برایتان مهم بود.

● دکتر یاسمی: بله برایم خیلی مهم بود، بخصوص در آن زمان، زمان اینترنتی ما، یک اپیدمی وبا آمد که ترم را هم در مورد همین نوشتیم، و یکی از action های اجتماعی ما این بود که دانشجویهای پزشکی و اینترنتن‌ها داوطلبانه بیماران و بایستی را می‌دیدند، بیماران می‌آمدند زیرستون‌ها در بیمارستان امام خمینی، یک اتاق مخصوص اینها بود که فاضلاب خوبی داشت، تخت‌ها هم زیرشان سوراخ بود، ما چهارتا رگ می‌گرفتیم و چهار سرم را تا آخر باز می‌گذاشتیم تا از دهیدراتاسیون نمیرند و پس از تثبیت علائم حیاتی آن‌ها را به بیمارستان بوعلی که برای این منظور آماده شده بود منتقل می‌کردیم. بعد از یک مدت دستور از طرف وزارت بهداشتی آن زمان آمد که همه را از اول بفرستید بوعلی، چون آنجا در دید مردم بودند و دولت نمی‌خواست شایع شود که وبا هست. این برای بیمار خطرناک بود و ممکن بود با این دهیدراتاسیون شدید جان‌ش را از دست بدهد و به بوعلی نرسد. ما کماکان کارمان را ادامه دادیم. آن اتاق را گرفتند و بستند، ما هم زیر ستون‌ها داخل حیاط، (تابستان هم بود) تخت‌ها را همان جا گذاشتیم، و همان روش را ادامه دادیم.

دکتر رفیعی: اجازه این قدر دخل و تصرف داشتید؟

● دکتر یاسمی: استادان بخش عفونی و برخی مسئولین بیمارستانی به طور ضمنی حمایت می‌کردند.

دکتر رفیعی: خب حالا از روانپزشکی چه تصور داشتید که رفتید روانپزشکی؟

• دکتر یاسمی: از ابتدا به این برداشت رسیدم که درک عمیق و همه‌جانبه‌ای از بیمار صورت می‌گیرد و هم در مان‌های غیردارویی و هم درمان‌های دارویی مطرح است. دوره دانشجویی (استاژ) و دوره اینترنی روان‌پزشکی را به طور داوطلبانه گذرانده بودم. در دوره اینترنی نقاشی بیماران خیلی توجهم را جلب می‌کرد، و این نقاشی‌ها را می‌بردم پیش شادروان استاد هاراطون داویدیان و ایشان آن‌ها را تفسیر یونگی می‌کرد، همچنین یادم هست که آن موقع تک‌نگاری اهل هوای غلامحسین ساعدی را خوانده بودم. یونگ برای من چهره جذابی بود هنوز هم هست، و جالب است در یک سخنرانی اخیراً گفتم که برای یونگ احترام خیلی بیشتری قائلم تا فروید، همکارمان عصبی شد. اما شما الان ببینید ناخودآگاه جمعی پهلوی می‌زند به مسئله اپیژنتیک یا نظریه میم‌ها یا یاده‌ها. خیلی از نظر علمی راحت‌تر شما می‌توانید ناخودآگاه جمعی را بپذیرید تا ناخودآگاه فردی به سیاق فرویدی را. الان مشخص شده اینکه فویباها نسبت به پدیده‌های طبیعی اتفاق می‌افتد، مثلاً به خون، جراحی، ارتفاع، حیوانات و غیره توجیه علمی قوی‌تری دارد. در شهر نیویورک که الان مار نیست، ولی اگر کسی فویبا به مار داشته باشد، کسی تعجب نمی‌کند، یا همین توی تهران ما فویبا نسبت به موتورسیکلت نداریم؟ ولی فویبا به مار هنوز هست.

دکتر رفیعی: ولی فویبای هواپیما هم داریم

• دکتر یاسمی: مربوط به هواپیما نیست، مربوط به ارتفاع است یا فضای بسته ... برای اینکه ارتفاع در قدیم هم خطر داشته، سقوط ممکن بوده اتفاق بیفتد، یا سقوط صخره‌ای کسی را در غار محبوس کند. یک آمادگی برای فویبا نسبت به خطرات طبیعی هنوز در بشر هست، این خیلی بیشتر با ناخودآگاه جمعی جور درمی‌آید تا مثلاً ناخودآگاه فردی و ادیپال و ... آن موقع هم یونگ برایم شخصیت جالبی بود، کارهای هسه را هم خوانده بودم. خیلی جالب بود، و بعد در دوره دانشجویی با بیماران روانپزشکی که صحبت می‌کردم، دنیایشان برایم جالب بود.

دکتر رفیعی: دانشگاه تهران رزیدنت بودید؟

• دکتر یاسمی: بله، روزبه بودم.

دکتر رفیعی: ورودی چند بودید آقای دکتر؟

• دکتر یاسمی: مهر ۵۷

دکتر رفیعی: یعنی انقلاب نشده بود؟

• دکتر یاسمی: نه هنوز انقلاب نشده بود. یک تجربه دیگر هم داشتم، من از وقتی دانشجویی سال ۴ پزشکی بودم و تازه آموزش بالینی را شروع کرده بودم، به مدت دو سال شب‌ها در بیمارستان چهارازی کار می‌کردم به‌عنوان کار دانشجویی.

دکتر رفیعی: چرا؟

• دکتر یاسمی: پزشک نداشتند، دانشجو می‌گرفتند.

دکتر رفیعی: چهارازی، بیمارستان روانپزشکی بود؟

• دکتر یاسمی: بله بغل یک خیابانی بود که توی باغ‌وحش بود. دکتر چهارازی نوروسایکتریست بود، آنجا هم تجربه خیلی جالبی بود، و دیدم که چقدر می‌شود به مریض‌ها کمک کرد. بیماری روی زندگی خودشان و خانواده و عملکردشان چقدر اثر می‌گذارد و وقتی درمان می‌شوند، چقدر مؤثر هست. یادم هست که به روان‌درمانی هم علاقه داشتم. مثلاً در آن موقع که دانشجو بودم یادم هست که ساعت یازده دوازده شب یک نفر زنگ زد به بیمارستان که آقای دکتر هستند؟ گفتم من اینجا به‌جای دکتر هستم، دانشجوی پزشکی‌ام. گفت من هم دانشجوی پزشکی هستم. می‌خواهم خودم را بکشم. کلی باهاش حرف زد و گفتم بیا اینجا با هم حضوری گپ بزنیم (چون تنها بود). دانش روانپزشکی من هم خیلی محدود بود، ولی خیلی انسانی برایم درد دل می‌کرد. یک سری مسائل خانوادگی داشت و می‌گفت نمی‌خواهد برگردد خانه. حاضر شد در بیمارستان بماند؛ ولی پول نداشت. گفتم توی اتاق من بخواب، توی همان اتاق پزشک کشیک خوابید. تا صبح نگهش داشتم (الان که به گذشته نگاه می‌کنم، حالت دوقطبی mixed داشته). صبح تحویل دکتر چهارازی دادمش، بستری شد و به خانواده اطلاع دادند. بعدها زمانی که متخصص شده بود یک‌بار توی خیابان دیدمش، مرا در آغوش گرفت و خیلی از من تشکر کرد، گفت من فلان تخصص را دارم و موفقم. تحت درمان هم بود.

ادامه دارد...

پیگیری طولانی مدت اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان متولد شده با استفاده از تکنیک‌های کمک باروری، در سوئد

ترجمه و گردآوری: دکتر زهرا دخیلی
دستیار روانپزشکی



نکته کلیدی:

• این یافته‌ها نشان می‌دهد که نوجوانانی که با ART متولد شده‌اند، در مقایسه با جمعیت عمومی در معرض بیشتر ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی نیستند، به جز خطر بالای OCD که ممکن است با تفاوت در ویژگی‌های والدین ایشان توضیح داده شود.

• افرادی که با روش‌های کمک باروری (ARTs) متولد می‌شوند، به دلیل اثرات نامطلوب احتمالی خود این روش‌ها، یا به این دلیل که این ویژگی‌ها یا عوامل خطر آنها ممکن است در زوج‌های مبتلا به ناباروری شایع‌تر باشد، ممکن است در معرض خطر بالای اختلالات روانپزشکی باشند.

این مطالعه به صورت کوهورت آینده‌نگر بر روی کودکان سوئدی متولد شده از ۱ ژانویه ۱۹۹۴ تا ۳۱ دسامبر ۲۰۰۶ انجام شده است. پیگیری در ۳۱ دسامبر ۲۰۱۸، زمانی که شرکت‌کنندگان ۱۲ تا ۲۵ سال سن داشتند، تکمیل شد.

مواجهه: در معرض لقاح آزمایشگاهی یا بدون تزریق اسپرم داخل سیتوپلاسمی و انتقال جنین‌های تازه یا منجمد ذوب شده.

تشخیص‌های بالینی اختلال خلقی، از جمله افسردگی اساسی، اضطراب، اختلال وسواسی - جبری (OCD)، یا رفتار خودکشی، از

سوابق بیمارستانی و مراقبت‌های تخصصی سرپایی شناسایی شدند. علاوه بر این خودکشی بر اساس درج در گواهی فوت نیز ثبت شد. استفاده از داروهای ضدافسردگی هم از توزیع داروهای تجویز شده مشخص شد. مجموعاً ۱۲۲۱۸۱۲ کودک (۴۸٫۶٪ زن، ۵۱٫۴٪ مرد) که بین سال‌های ۱۹۹۴ و ۲۰۰۶ متولد شدند تا سن متوسط ۱۸ سال پیگیری شدند. از میان این شرکت‌کنندگان، ۳۱۵۶۵ (۲٫۶٪) با ART متولد شده بودند. در مقایسه با سایرین، نوجوانانی که با ART متولد شده بودند، خطر ابتلا به OCD را داشتند (نسبت خطر [1.35، 95%]، اما این ارتباط پس از تعدیل ویژگی‌های والدین، از نظر آماری معنی‌دار نبود. نوجوانانی که با ART متولد شده بودند در مقایسه با سایر نوجوانان (بدون توجه به ناباروری والدین) در معرض خطر افسردگی یا رفتار خودکشی قرار نداشتند. نوع لقاح (لقاح استاندارد آزمایشگاهی یا تزریق داخل سیتوپلاسمی اسپرم) هیچ ارتباطی با پیامد نداشت. مقایسه با کودکانی که از زوج‌های نابارور که با روش ART باردار نشده‌اند، انتقال جنین تازه، اما منجمد نشده، با خطر کمتر اختلالات خلقی همراه بود (0.90، 95% CI 0.83-0.97) که باعث می‌شود به نظر برسد انتقال جنین منجمد زمانی که به طور مستقیم با انتقال جنین تازه در تضاد باشد، سود کمتری دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که نوجوانانی که با ART متولد شده‌اند، در مقایسه با جمعیت عمومی در معرض خطر سلامت روانی ضعیف نیستند، به جز خطر بالای OCD که ممکن است با تفاوت در ویژگی‌های والدین توضیح داده شود.

مقدمه:

● در طول ۴۰ سال توسعه مداوم، تکنیک‌های کمک باروری (ARTs) به زوج‌ها کمک کرده است تا بر ناباروری از طریق لقاح آزمایشگاهی (IVF) غلبه کنند که منجر به بیش از ۹ میلیون تولد توسط ART در سراسر جهان تا سال ۲۰۱۹ شده است. به دلیل بروز بارداری‌های چندقلویی در این روش، عوارض ناشی از بارداری شیوع بیشتری دارد. اگرچه در بررسی‌های به‌عمل‌آمده نشان‌داده شده است که بارداری‌های تک‌قلویی با ART نیز نسبت به بارداری خودبه‌خودی پرعارضه‌تر است. این عوارض پری‌ناتال با اختلال رشد عصبی شناختی و مشکلات سلامت روانی در آینده مرتبط است. بروز بیشتر اختلالات توارثی نادر مانند سندرم‌های آنجلمن و بکویت-وایدمن پس از ART نیز این نگرانی را ایجاد کرده است که این تکنیک‌ها می‌توانند کنترل اپی‌ژنتیک کروماتین را در طول رشد اولیه جنینی مختل کنند. از آنجایی که افزایش خطرات مشاهده شده در میان کودکانی که با ARTها باردار می‌شوند، می‌تواند به دلیل عوامل مرتبط با ناباروری زمینه‌ای والدین باشد تا مداخله فی‌نفسه، جداکردن تأثیر ARTها از ویژگی‌های والدین، از جمله ناباروری و سلامت روانی، ضروری است. علاوه بر این، نیاز فوری به درک پیامدهای درازمدت روش‌های خاص ART وجود دارد، زیرا پیشرفت‌های فنی مانند تزریق داخل سیتوپلاسمی اسپرم (ICSI)، کشت طولانی‌مدت جنین در آزمایشگاه، و انجماد و ذوب جنین‌ها در حال حاضر به طور متداول و گسترده وجود دارد. با افزایش تعداد کودکانی که با ART به سنین نوجوانی و جوانی می‌رسند، این مطالعه برای ارتقای درک ما از سلامت روانی این گروه انجام شد. در این مطالعه کوهورت مبتنی بر ثبت داده‌ها در سراسر سوئد، هدف این بود که (۱) تعیین میزان وقوع اختلالات روانپزشکی، استفاده از داروهای ضدافسردگی و رفتار خودکشی را در بین کودکان و نوجوانان متولد شده توسط ARTs و (۲) ارزیابی اینکه آیا ارتباط ARTs با این پیامدها در سال‌های پیش از نوجوانی، نوجوانی و اوایل بزرگسالی توسط ویژگی‌های والدین ایشان توجیه می‌شود و یا خیر؟ علاوه بر فاکتور ناباروری والدین، عوامل مخدوش‌کننده متعددی در انجام این مطالعه در نظر گرفته شده است؛ از جمله (۱) اطلاعات دموگرافیک والدین (سن مادر و پدر در هنگام زایمان، بالاترین سطح تحصیلات و کشور مبدأ) به‌دست‌آمده از آمار سوئد. (۲) ویژگی‌های مادر در شروع بارداری (مرتب‌ه بارداری، منطقه محل سکونت، وضعیت زندگی مشترک، سیگار کشیدن و اضافه‌وزن یا چاقی). (۳) سابقه سلامت مادر (سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و اندومتریوز)؛ و (۴) تاریخچه‌ی خلاصه‌ای از سوابق روانپزشکی والدین و ابتلای ایشان به اختلالات خلقی یا سایکوز در زمینه‌ی اختلالات غیر خلقی (عمدتاً متکی به بستری شدن در بیمارستان است، بنابراین شرایط شدیدتر را ثبت می‌کند). از آنجایی که این مطالعه بر پیامدهای کلی استفاده از ART متمرکز بود، عوامل مداخله‌کننده احتمالی مانند حاملگی چندقلو، زایمان زودرس، یا وزن کم هنگام تولد را در نظر گرفته نشده است. نتایج: از ۱۲۲۱۸۱۲ کودکی که تا سن متوسط ۱۸ سال سال پیگیری شدند، ۱۲۲۱۲۳ (۱۰٫۴٪) از زوج‌های دارای ناباروری و ۳۱۵۶۵ (۲٫۶٪) با ARTs متولد شده بودند. در مقایسه با زوج‌هایی که ناباروری نداشتند، مادران نابارور سن بالاتری داشتند (به‌عنوان مثال، ≤ 40 سال، [۵٫۰٪] در مقابل [۲٫۴٪]) و به نسبت بیشتری بارداری اول بودند. باگذشت زمان استفاده از جنین‌های منجمد رایج‌تر شد، اما هیچ تفاوت قابل‌توجهی در ویژگی‌های والدین بین آنهایی که از طریق جنین‌های منجمد و تازه، باردار شده بودند مشاهده نشد. در میان کودکانی که از زوج‌های بدون ناباروری متولد می‌شوند، میزان بروز تجمعی تخمین زده شده در پایان بلوغ (۱۸ سالگی)

برای اضطراب ۵٫۶ درصد، برای خودکشی کامل یا اقدام به خودکشی ۰٫۹ درصد و برای استفاده از داروهای ضدافسردگی ۷٫۰ درصد بود. بروز تجمعی اختلالات خلقی ۴٫۴ درصد بود که افسردگی اکثریت قریب به اتفاق را به خود اختصاص داد (۴٫۲ درصد). در میان کودکانی که با ARTs متولد شده بودند، بروز تجمعی مربوطه به‌طور کلی در تمام سنین قابل مقایسه یا کمتر بود. کودکان زوج‌های ناباروری که با ART باردار نشدند، در معرض خطر کلی اضطراب و اختلالات خلقی کمی بالا بودند. در مقایسه رگرسیون با همه کودکان دیگر (صرف‌نظر از ناباروری والدین)، کودکانی که با ARTها باردار شده بودند باتوجه‌به پیامدهای مورد مطالعه، به جز میزان کمی افزایش اضطراب که عمدتاً در زمینه‌ی OCD ایجاد شده بود، در خطر ابتلا به بیماری روانپزشکی دیگری نبودند. در ارزیابی بیشتر از روش‌های خاص ART، بچه‌هایی که با ICSI متولد شدند، تفاوتی با فرزندان زوج‌های ناباروری که بدون ART یا IVF استاندارد باردار شدند، نداشتند. کودکانی که با انتقال جنین تازه، اما منجمد نشده متولد شدند، در مقایسه با فرزندان زوج‌های ناباروری که بدون ART متولد شدند، خطر کمتری برای اختلالات خلقی داشتند. هم چنین، انتقال جنین منجمد با افزایش خطر اختلالات خلقی و استفاده از داروهای ضدافسردگی مرتبط است. در نهایت ارزیابی استفاده از SSRI و غیر SSRI هم نتایج مشابهی را نشان داد.

بحث:

- در پایان، این مقاله نتیجه‌گیری می‌کند که نوجوانانی که با ARTها متولد شده بودند، در مقایسه با سایر کودکان، کمی بیشتر در معرض خطر اضطراب و مصرف داروهای ضدافسردگی بودند، اما خطر ابتلا به اختلالات خلقی و رفتار خودکشی کمتری داشتند. مهم‌تر از همه، تفاوت‌های مشاهده شده در خطر با تفاوت در ویژگی‌های والدین، از جمله ناباروری زمینه‌ای، به‌جای خود مداخله ART توضیح داده شد. نوع لقاح (IVF استاندارد یا ICSI) هیچ ارتباطی با پیامد نداشت. انتقال جنین تازه، و نه جنین منجمد شده، در مقایسه با کودکان زوج‌های ناباروری که بدون ART باردار شده بودند با خطر کمتر اختلالات خلقی همراه بود که باعث می‌شود انتقال جنین منجمد در مقایسه با انتقال جنین تازه کمتر سودمند به نظر برسد.

این مطالعه کوهورت بر اساس اطلاعات ثبت شده در سوئد، بررسی پیامدهای سلامت روانپزشکی را بر اساس تشخیص بالینی و استفاده از دارو، با پیگیری تا نوجوانی و اوایل بزرگسالی امکان‌پذیر کرد. مشخص شد کودکانی که با ART متولد شده‌اند در مقایسه با سایر کودکان در معرض خطر کمی بالاتر برای ابتلا به اضطراب قرار دارند که عمدتاً ناشی از خطر بیش از حد OCD است. پس از تعدیل ویژگی‌های والدین، احتمال تجویز داروهای ضدافسردگی برای کودکانی که با ART متولد شدند، نیز کمی بیشتر بود. در حال حاضر، SSRIها هنوز هم رایج‌ترین دسته از داروهای ضدافسردگی تجویز شده برای افسردگی و اضطراب هستند، درحالی‌که تجویز داروهای ضدافسردگی غیر SSRI ممکن است نشان‌دهنده یک اختلال افسردگی شدیدتر باشد. با این حال، زمانی که این مقایسه فقط در میان افرادی که والدینشان ناباروری را تجربه کرده بودند، انجام شد، خطرات کمی بالا دیگر مشاهده نشد. برای اختلالات خلقی و رفتار خودکشی، نوجوانانی که با ART متولد شده بودند در مقایسه با سایر نوجوانان در معرض خطر کمتری بودند، و به نظر می‌رسد که این با تفاوت در ویژگی‌های پس‌زمینه والدین توضیح داده می‌شود. افسردگی که بیشترین اختلالات خلقی را در کودکان و نوجوانان به خود اختصاص می‌دهد، در نتیجه از همین الگو پیروی می‌کند. قبل از این مطالعه، تحقیقات در مورد اختلالات روانپزشکی در کودکان متولد شده با ART کمیاب بود و یافته‌ها متناقض بودند.

در مقایسه با فرزندان خودبه‌خودی زوج‌های مبتلا به ناباروری، هیچ تفاوت قابل توجهی در پیامدهای مورد مطالعه برای بچه‌هایی که با ICSI، IVF استاندارد یا انتقال جنین منجمد باردار شده‌اند، پیدا نشد، اما خطر کمتر اختلال خلقی را برای کودکانی که با انتقال جنین تازه باردار شده‌اند مشاهده شد. در مقایسه مستقیم انواع انتقال جنین، گروهی که با جنین منجمد حامله شده بودند، در معرض خطر افسردگی و استفاده از داروهای ضدافسردگی ظاهر شدند.

منبع:

Wang C, Johansson ALV, Rodriguez-Wallberg KA, Landén M, Almqvist C, Hernández-Díaz S, Oberg AS. Long-term Follow-up of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents Conceived by Assisted Reproductive Techniques in Sweden. *JAMA Psychiatry*. 2022 Feb 1;79(2):133-142. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.3647. PMID: 34910092; PMCID: PMC8674804.

نتایج یک برنامه پیشگیری از دلیریوم در افراد مسن پس از جراحی های الکتیو

ترجمه و گردآوری: دکتر زهرا دخیلی
دستیار روانپزشکی

خلاصه

دلیریوم به طور قابل توجهی نتایج و هزینه های جراحی انتخابی را بدتر می کند. خطر دلیریوم در جمعیت های مسن که مصرف منابع مراقبت های بهداشتی جراحی (۵۰٪) از نسبت جمعیت شناختی آنها (۱۵٪ تا ۱۸٪) در کشورهای پر درآمد، بالاتر است. پیشگیری از دلیریوم غیر دارویی مؤثر می تواند مراقبت را در این بیماران آسیب پذیر به طور ایمن بهبود بخشد، اما داده های حاصل از مطالعات برای تغییر در نحوه انجام این جراحی ها ناکافی است.

در این کارآزمایی تصادفی خوشه ای stepped-wedge، ۱۴۷۰ بیمار ۷۰ سال و بالاتر را که تحت عمل جراحی الکتیو ارتوپدی، عمومی یا قلب قرار می گرفتند، از ۵ مرکز پزشکی اصلی آلمان انتخاب شدند. ابتدا، آموزش دلیریوم به صورت ساختاریافته به مراقبان بالینی در هر مکان ارائه شد. سپس، تیم پیشگیری از دلیریوم این مطالعه، عوامل خطر و علائم دلیریوم را روزانه ارزیابی کردند. اقدامات پیشگیرانه متناسب با نیازهای فردی بیمار طراحی شد که شامل: تحریک شناختی، حرکتی و حسی، همراهی در زمان صرف غذا؛ همراهی در طی مراحل تشخیصی؛ آرامش استرس؛ و بهبود خواب بود. از ۱۴۷۰ بیمار، ۷۶۳ نفر (۵۱/۹٪) مرد و میانگین سنی ۷۷ سال بود. به طور کلی، مداخله بروز دلیریوم پس از عمل (نسبت شانس، ۰.۸۷) و درصد روزهای همراه با دلیریوم (مداخله، ۵.۳٪، کنترل، ۶.۹٪) را کاهش داد. این اثر در بیماران تحت عمل جراحی ارتوپدی یا شکم (نسبت شانس، ۰.۵۹) و نه جراحی قلب مشاهده شد. این مداخله چندوجهی پیشگیری، وقوع دلیریوم پس از عمل و روزهای همراه با دلیریوم را در بیماران مسن تری که تحت روش های مختلف جراحی الکتیو قرار می گیرند، (اما نه جراحی قلبی) را کاهش داد. این نتایج نشان می دهد که اجرای این برنامه پیشگیری از دلیریوم، مراقبت و

نتایج را در بیماران مسن‌تری که تحت جراحی‌های جنرال و ارتوپدی الکتیو قرار می‌گیرند، بهبود می‌بخشد.

دلیریوم بعد از عمل در بیماران مسن‌تر شایع است. ارتباط آن با مرگ‌ومیر بیشتر، اختلال شناختی، ازدست‌دادن خودمختاری، و افزایش بستری شدن در بیمارستان مرتبط است. بر اساس این عدم تناسب جمعیتی، استفاده از مراقبت‌های بهداشتی جراحی در آینده بیشتر خواهد شد زیرا انتظار می‌رود تعداد افراد ۶۵ سال و بالاتر تا سال ۲۰۵۰ دو برابر شود. در بیماران پزشکی، یک‌سوم موارد دلیریوم با مداخلات غیردارویی چندوجهی قابل پیشگیری در نظر گرفته می‌شود. هنگامی که دلیریوم رخ می‌دهد، هیچ درمانی روند و یا نتیجه آن را تغییر نمی‌دهد که اهمیت پیشگیری از هذیان پس از عمل را برجسته می‌کند.

ضعف بیمار، مربوط به سن بالاتر از ۶۵ سال است و به بهترین شکل خطر دلیریوم را پیش‌بینی می‌کند. مطالعات مربوط به خطر، عوامل تشدیدکننده، و تمرکز شیوع بر روی انواع منفرد جراحی است. جراحی اورژانسی شکستگی هیپ، بیشترین خطر بروز دلیریوم را در مطالعات نشان داده است. مطالعات در مقیاس بزرگ شامل مداخلات جراحی الکتیو مختلف منتشر نشده است.

این مطالعه اثربخشی یک مداخله چندوجهی، چندرشته‌ای و غیردارویی را در بیماران ۷۰ سال و بالاتر که تحت روش‌های مختلف جراحی الکتیو قرار گرفتند، را مقایسه کرده است. فرض این مطالعه بر این است که مداخله چندوجهی مبتنی بر بهترین عملکرد فردی، باعث کاهش بروز دلیریوم پس از عمل (نتیجه اولیه) و کوتاه شدن مدت‌زمان دلیریوم می‌شود.

برای انجام این مطالعه ۵ مرکز درمانی در آلمان انتخاب شدند. معیار ورود به این مطالعه انجام حداقل ۹۰۰ جراحی ماژور در افراد مسن در طول سال بوده است. یک دوره‌ی ۱۲ هفته‌ای هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. سپس هر ۱۲ هفته یک خوشه به مدت ۱۲ هفته در پروتکل پیشگیری شرکت کرد.

بیماران ۷۰ سال و بالاتر که تحت عمل جراحی ماژور الکتیو با زمان مورد انتظار جراحی (برش تا بخیه) ۶۰ دقیقه یا بیشتر قرار می‌گرفتند، واجد شرایط بودند. ورود به مطالعه توسط یک متخصص پزشکی مستقل مستقر در محل انجام شد. بیمارانی که نیاز به جراحی اورژانسی داشتند، بیمارانی که رضایت ندادند، و بیمارانی که بقای مورد انتظار آنها ۱۵ ماه یا کمتر بود، از مطالعه خارج شدند.

دو رویکرد اصلی مداخله در نظر گرفته شد: AKTIVER (فعال‌تر) و رویکرد دیگر که با تحریک بیشتر شناختی، حسی و حرکتی و همراهی در زمان صرف غذا و زمان عمل و همچنین بهبود خواب و کاهش استرس می‌پردازد. ترجیح و نیاز بیمار در انتخاب رویکرد تعیین‌کننده است. برای انجام این مطالعه پرستاران روانپزشکی در زمینه‌ی تشخیص دلیریوم، عوامل خطر، نظارت بر دارو، ارزیابی روزانه و ارائه روش‌های پیشگیری آموزش دیدند. در کل نمونه، دلیریوم در ۳۱۸ بیمار (۲۱٫۶٪)، (۱۹۰ نفر (۳۵٫۷٪) از افرادی که تحت عمل‌های قلبی قرار می‌گرفتند و ۱۲۸ نفر (۱۳٫۶٪) از افرادی که تحت عمل‌های غیر قلبی قرار می‌گرفتند) رخ داد. مداخله پیشگیرانه به‌طور کلی منجر به کاهش نسبت‌های جدید دلیریوم شد (۱۹٫۹٪ در مقابل ۲۳٫۴٪؛ RR، ۰٫۸۵). تفاوت نتایج قابل توجه بین گروه‌ها منجر به طبقه‌بندی بر اساس نوع جراحی شد. نرخ دلیریوم در بیماران تحت عمل جراحی غیر قلبی

(n=938) در گروه مداخله به طور قابل توجهی کمتر از گروه کنترل بود. (۱۰٫۹٪ در مقابل ۱۶٫۳٪؛ RR، ۰٫۶۷). ارتباط معکوس معنی‌داری بین مداخله و بروز دلیریوم یافت شد (OR، ۰٫۸۷) که نشان‌دهنده کاهش قابل توجه خطر دلیریوم است که در تحلیل اولیه پیش‌بینی شده بود. ضعف (بر اساس نمره CSHA-CFS اندازه‌گیری شد؛ OR، ۱٫۵۲) یا جنسیت مرد (OR، ۱٫۹۳) به طور معنی‌داری مرتبط با بروز بیشتر دلیریوم بعد از انجام جراحی قلب بود. (OR، ۲٫۱۶). از عوامل خطر اصلی، سن و دمانس با دلیریوم مرتبط بودند. درحالی‌که نمرات MOCA با دلیریوم ارتباط معکوس داشت. مداخله و دلیریوم در بیماران تحت عمل جراحی قلب ارتباطی نداشت. برای بیمارانی که تحت عمل جراحی غیر قلبی قرار می‌گیرند، مداخله با بروز دلیریوم ارتباط معکوس معنی‌داری داشت (OR، ۰٫۵۹). افزودن بای‌پس قلبی ریوی به‌عنوان یک متغیر کمکی به گروه جراحی قلب، نتایج را تغییر نداد در مقایسه با بیماران گروه کنترل، بیماران گروه مداخله روزهای دلیریوم کمتری را تجربه کردند (میانگین، ۰٫۷ در مقابل ۱٫۰؛ میانگین تفاوت، ۰٫۳ روز و درصد کمتری از روزهای با دلیریوم (۵٫۳٪ در مقابل ۶٫۹٪). هنگامی که دلیریوم رخ داد، طول آن بر حسب روز بین گروه‌ها تفاوتی نداشت و درصد روزهای مبتلا به دلیریوم (۳٫۰٪ در مقابل ۴٫۷٪؛ در گروه مداخله به طور قابل توجهی کمتر از گروه کنترل بود. هیچ تفاوتی در بیمارانی که تحت عمل‌های قلبی قرار می‌گرفتند، شناسایی نشد.

این مداخله چند جزئی روزانه به طور قابل توجهی خطر نسبی دلیریوم را تا ۳۳٫۲ درصد و مدت آن را به طور کلی ۱۳۹ روز کاهش داد (۱۷۱ در مقابل ۳۱۰ روز با دلیریوم، میانگین، ۰٫۴ در مقابل ۰٫۷ روز) در بیمارانی که تحت انواع بسیاری از روش‌های جراحی قرار می‌گرفتند.

این کارآزمایی بزرگ‌ترین مطالعه چند مرکزی است که پیشگیری مؤثر از دلیریوم را در جراحی انتخابی در بزرگسالان مسن نشان می‌دهد و تنها مطالعه‌ای است که طیف وسیعی از روش‌های جراحی را بررسی می‌کند. برنامه پیشگیری از هذیان AKTIVER، مؤلفه‌های بهترین عملکرد مبتنی بر شواهد را از ارزیابی‌های مستمر طبقه‌بندی خطر، قبل از پذیرش و پیگیری در هنگام ترخیص از بیمارستان ترکیب می‌کند. نمونه‌های دیگری از بسته‌های پیشگیری از هذیان، ۶۲ مدیریت درد، کاهش دارو، و تعاملات انسانی به طور روزانه و سیستماتیک توسط متخصصان پرستار در طول دوره‌های روزانه مورد بررسی قرار گرفت. از آنجایی که پیشگیری از هذیان AKTIVER داوطلبان و اعضای خانواده را مشارکت می‌دهد، ثبات ارائه مداخله در عین به‌حداقل رساندن هزینه‌ها حفظ می‌شود.

منبع:

Deeken F, Sánchez A, Rapp MA, Denkinger M, Brefka S, Spank J, Bruns C, von Arnim CAF, Küster OC, Conzelmann LO, Metz BR, Maurer C, Skrobik Y, Forkavets O, Eschweiler GW, Thomas C; PAW-EL Study Group. Outcomes of a Delirium Prevention Program in Older Persons After Elective Surgery: A Stepped-Wedge Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg*. 2022 Feb 1;157(2):e216370. doi: 10.1001/jamasurg.2021.6370. Epub 2022 Feb 9. PMID: 34910080; PMCID: PMC8674802.



گردآوری: دکتر مهديه سعیدی
دستیار روانپزشکی

کتاب «اختلال دوقطبی»

نویسنده: پروفسور لاکشمی یاتام

مترجم: دکتر علی فخرایی

انتشارات: ارجمند



اختلال دوقطبی، بیماری شناخته شده و شایعی در روانپزشکی است که هر پزشکی در هر حوزه‌ای در طول دوران طبابت خود با آن سروکار خواهد داشت، از این رو آشنایی با علائم و نشانه‌ها، سیر و روش‌های درمانی دارویی و غیردارویی برای پزشکان مخصوصاً پزشکان عمومی که در مناطق مختلف و گاهی دور از دسترس مراکز تخصصی روانپزشکی، امری واجب است.

کتاب حاضر سعی کرده برخلاف بسیاری از کتب روان‌پزشکی به‌دوراز زیاده‌گویی و حاشیه‌پردازی به صورتی خلاصه، مباحث مختلف بیماری را در اختیار خواننده قرار دهد. همچنین سعی شده که با توضیحات ساده و قابل‌فهم کتاب مفیدی برای بیمارانی که خود علاقه‌مند به همکاری برای کنترل بیماری‌شان هستند باشد و این کتاب را می‌توان به بیماران نیز توصیه کرد تا از آخرین اطلاعات روز در زمینه بیماری خودآگاه شوند.

گزارش فعالیت‌های هیئت‌مدیره‌ی انجمن در چهار ماه ابتدای ۱۴۰۱

دکتر امیر شعبانی

روانپزشک

دبیر انجمن علمی روان‌پزشکان ایران



❖ هیئت‌مدیره‌ی انجمن علمی روان‌پزشکان ایران در طول بهار ۱۴۰۱ سه جلسه‌ی رسمی برگزار کرد که براین اساس تعداد کل جلسات رسمی این دوره هیئت‌مدیره به ۵۹ می‌رسد. در این مدت بیشتر بحث‌های هیئت‌مدیره در فضای مجازی و خارج از جلسات رسمی انجام می‌شد. در ادامه‌ی گزارش‌هایی که در شماره‌های پیشین خبرنامه تقدیم شده است، برخی از فعالیت‌های انجام‌شده به استحضار اعضای محترم انجمن می‌رسد:

۱- ارسال نامه به آقای دکتر سید موسی طباطبایی لطفی، مدیرکل محترم دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت در خصوص متن پیشنهادی اخیر وزارت بهداشت برای استانداردهای خدمت روان‌درمانی و اعلام مواردی که انجمن با آنها موافقت ندارد؛ ۱۴۰۱/۱/۲۱.

۲- تهیه نامه‌ی مشترک انجمن‌های علمی به وزیر بهداشت جهت اعتراض به‌اجبار پزشکان به بستن قرارداد با بیمه‌ها و محدودکردن فعالیت پزشکان؛ فروردین ۱۴۰۱.

۳- نشست دبیر انجمن با آقای دکتر سلیمان حیدری، سرپرست محترم مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت، جهت بررسی معضل نسخه‌نویسی داروهای روان‌پزشکی توسط افراد غیرپزشک، استفاده غیرمجاز از عنوان متخصص در تبلیغات درمانی (از جمله مواردی که مدرک تحصیلی PhD است و نه مربوط به پک‌رشته بالینی؛ مانند دکترای مطالعات اعتیاد یا طب ایرانی) و تبلیغات غیرعلمی در مورد روش‌هایی مانند rTMS و نوروفیدبک؛ ۱۴۰۱/۱/۲۴.

۴- حضور اعضای هیئت‌مدیره انجمن در جلسه‌ای با آقای دکتر محمد رئیس‌زاده، رئیس محترم سازمان نظام پزشکی و آقای دکتر بابک شکارچی، معاون محترم آموزش و پژوهش این سازمان (جهت مواجهه با مداخلات شبه‌علمی مقرر



- ۴- شد کارگروهی با مشارکت انجمن در سازمان تشکیل شود؛ ۱۴۰۱/۱/۲۹.
- ۵- ارسال نامه به آقای دکتر بهرام عین‌اللهی، وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص ترجمه‌ی کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت (کالیفرنیا، ۲۰۱۸)؛ ۱۴۰۱/۱/۲۹.
- ۶- برگزاری گردهمایی اعضای انجمن در بیمارستان روان‌پزشکی ایران؛ ۱۴۰۱/۲/۸.
- ۷- نشست رئیس و دبیر انجمن با دکتر بابک شکارچی و دکتر محمدرضا عزیزی (به ترتیب معاون آموزشی و پژوهشی و مدیر آموزش همگانی سازمان نظام‌پزشکی) جهت بررسی تشکیل کارگروهی برای مقابله با مداخلات و تبلیغات پزشکی غیرمجاز؛ ۱۴۰۱/۲/۲۱.
- ۸- برگزاری حضوری انتخابات شاخه اصفهان با نظارت آقای دکتر حسن رفیعی؛ ۱۴۰۱/۲/۲۲.
- ۹- شرکت نمایندگان انجمن در جلسات هم‌اندیشی انجمن‌های علمی گروه پزشکی، مجمع انجمن‌های علمی گروه پزشکی ایران و نشست دبیران انجمن‌های علمی گروه پزشکی؛ اردیبهشت و خرداد ۱۴۰۱.
- ۱۰- تعیین حق عضویت جدید انجمن به مقدار سه میلیون ریال، جهت پیشنهاد به مجمع عمومی انجمن؛ ۱۴۰۱/۳/۶.
- ۱۱- نشست دبیر انجمن با نمایندگان فراجا و وزارت بهداشت برای بررسی راهنمای ارزیابی سلامت روان رانندگان در بیمارستان امام سجاد (ع)؛ ۱۴۰۱/۳/۲۲.
- ۱۲- برگزاری انتخابات شاخه خوزستان با نظارت آقای دکتر محمدرضا شالبافان جهت تشکیل مجدد شاخه در این استان؛ ۱۴۰۱/۳/۲۵.
- ۱۳- برگزاری حضوری انتخابات شاخه مازندران با نظارت آقای دکتر محمد قدیری وصفی؛ ۱۴۰۱/۳/۲۶.
- ۱۴- پیگیری اجرای توافقات اخیر انجمن با مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت با ارسال نامه‌ای به سرپرست محترم مرکز؛ ۱۴۰۱/۴/۶.
- ۱۵- ارسال نامه به آقای دکتر احمد حاجبی، مدیرکل محترم دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، در خصوص همکاری برای تهیه‌ی کلیپ‌هایی جهت افزایش آگاهی عمومی در پیشگیری از خودکشی؛ ۱۴۰۱/۴/۷.
- ۱۶- پاسخ به نامه آقای دکتر حمیدرضا اینانلو، مدیرکل محترم امور دارو و مواد تحت کنترل، جهت اعلام نظر انجمن درباره‌ی داروی Ramelteon، ۱۴۰۱/۴/۱۱.
- ۱۷- نامه به آقای دکتر بهرام دارایی، رئیس محترم سازمان غذا و دارو، جهت اعلام مجدد کمبودهای دارویی روان‌پزشکی در بازار دارویی کشور؛ ۱۴۰۱/۴/۱۱.
- ۱۸- پاسخ به نامه آقای سردار دکتر محمدرضا حسینی، معاون محترم بهداشت، امداد و درمان ف. انتظامی ج.ا.ا، در ارتباط با غربالگری متقاضیان گواهینامه رانندگی از نظر مشکلات سلامت روان؛ ۱۴۰۱/۴/۱۱.
- ۱۹- همراهی انجمن در امضای نامه اعتراضی انجمن‌های علمی گروه پزشکی به دستورالعمل جدید غربالگری ناهنجاری‌های جنینی؛ ۱۴۰۱/۴/۳۰.

گزارش فعالیت سه‌ماهه کمیته‌ی پیشگیری از خودکشی – بهار ۱۴۰۱

دکتر مریم معصومی
دبیر کمیته



◀ فعالیت‌های کمیته به‌منظور افزایش آگاهی عموم

- وینار ارتقا سواد سلامت روان با موضوع "شناسایی خطر خودکشی و نحوه‌ی مراقبت از خود و دیگری" به تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۲۵ توسط دکتر امیرحسین جلالی، رئیس کمیته برگزار شد.
- با همکاری مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی ایران و جمعیت پیشگیری از خودکشی وینار "پیشگیری و مداخله در بحران خودکشی" با حضور دکتر جلالی، دکتر ملکوتی و آقای پیروی - عضو وابسته کمیته به تاریخ ۱۴۰۱/۰۳/۱۰ برگزار شد. در همین راستا، مصاحبه‌هایی توسط اعضا کمیته با پایگاه‌های خبری مختلف انجام شد:
- مصاحبه دکتر اردشیر بهرامی با موضوع - "خودکشی" - به تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۱۰ با خبرگزاری ایلنا
- مصاحبه دکتر جلالی با موضوع "نشانه‌هایی که خبر از قصد خودکشی در دیگران می‌دهد" در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۰۱ با خبرگزاری ایرنا
- و همچنین تهیه یک پادکست تحت عنوان "مروری بر خودسوزی در ایران" در گفت‌وگویی با دکتر کاظم ملکوتی که در فضاهای مجازی از جمله آپارات و تلگرام منتشر شد.
- از آنجایی که گزارش ارسالی قبلی کمیته دوهفته آخر سال ۱۴۰۰ را در بر نگرفت، از فعالیت‌های مهم آن بازه زمانی می‌توان اشاره کرد به:
- انتشار اطلاعیه‌ی مشترک انجمن علمی روانپزشکان ایران و جمعیت پیشگیری از خودکشی در واکنش به بازتاب رسانه‌ای اخبار پیرامون دو مورد خودکشی آن روزها که به میزان چشمگیری باز نشر پیدا کرد.
- برنامه زنده اینستاگرام در تاریخ ۱۴ اسفند با عنوان "دست یكدیگر را بگیریم" در مورد بازتاب رسانه‌ای خودکشی، با حضور دکتر امیرحسین جلالی، دکتر کاظم ملکوتی، دکتر مریم معصومی و خانم الناز محمدی - روزنامه‌نگار برگزار شد.

گزارش فعالیت سه ماهه کمیته‌ی پیشگیری از خودکشی- تابستان ۱۴۰۱

دکتر مریم معصومی

دبیر کمیته

فعالیت‌ها ی کمیته به مناسبت روز جهانی پیشگیری از خودکشی

- تدریس دکتر جلالی، رییس کمیته در کارگاه کشوری آموزش روسای مراکز مشاوره دانشگاه‌های سراسر کشور با موضوع "مداخلات مبتنی بر شواهد پیشگیری از خودکشی با تاکید بر مدل بومی بتا" به تاریخ ۱۰ شهریور
 - سخنرانی دکتر جلالی، رییس کمیته پیشگیری از خودکشی در نشست "خودکشی در ایران، دلایل و راهکارهای مقابله" با همکاری انجمن جامعه شناسی ایران ۱۵ شهریور
 - وبینار علمی-تخصصی "آگاهی بخشی، مسئولیت اجتماعی، پیشگیری از خودکشی" با مشارکت گروه‌های علمی مختلف و با حضور دکتر جلالی به تاریخ ۱۶ شهریور
 - برنامه زنده اینستاگرامی مشترک با کرسی سلامت روان یونسکو، تاریخ ۱۷ شهریور
 - نشست آنلاین انجمن‌های علمی سلامت روان با رسانه‌ها با موضوع "اهمیت موضوع پیشگیری از خودکشی" و با حضور ریاست محترم انجمن جناب آقای دکتر مجید صادقی، رییس و دبیر کمیته، نمایندگان جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی، انجمن علمی روانپزشکی کودک و نوجوان و نماینده روزنامه‌نگاران اجتماعی به تاریخ ۱۹ شهریور
 - برنامه زنده اینستاگرام با حضور دکتر مریم معصومی، نماینده انجمن جامعه شناسی ایران، نماینده انجمن مددکاران اجتماعی ایران و مشارکت شبکه کمک با عنوان "تاب آوری در بحران‌ها و مساله خودکشی" به تاریخ ۱۹ شهریور
 - برنامه زنده اینستاگرام با حضور دکتر فهیمه سعید، عضو کمیته و با مشارکت کمیته سلامت روان شهری به تاریخ ۲۰ شهریور
 - تولید محتوا برای افزایش آگاهی عموم با انتشار در فضا مجازی به مدت هفت روز به مناسبت روز جهانی پیشگیری از خودکشی
- در راستای افزایش آگاهی عموم، مصاحبه‌هایی توسط اعضا کمیته با پایگاه‌های خبری مختلف انجام شد:
- مصاحبه دکتر اردشیر بهرامی با موضوع "مرگ‌هایی به تلخی فقر" به تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۱ با خبرگزاری شبکه شرق
 - مصاحبه دکتر اردشیر بهرامی با موضوع -"هیس اینجا کسی از خودکشی نمی‌گوید" - مجله موفقیت، مرداد ۱۴۰۱
 - مصاحبه دکتر جلالی به مناسبت روز جهانی پیشگیری از خودکشی با خبرگزاری ایسنا
 - مصاحبه دکتر مریم معصومی به مناسبت روز جهانی پیشگیری از خودکشی با خبرگزاری شرق
- سایر فعالیت‌های مهم کمیته:
- انتشار اطلاعیه مشترک انجمن علمی روانپزشکان ایران و جمعیت پیشگیری از خودکشی در مورد مساله سوگواری برای افرادی که در اثر خودکشی از دست می‌روند، در واکنش به انتشار تصویر نامه‌ای در فضای مجازی که محتوای آن محدودیت‌هایی برای خاکسپاری و سوگواری در مورد کسانی که به علت خودکشی از دنیا می‌روند، بود.
 - وبینار "اهمیت خودمراقبتی در پیشگیری از خودکشی" به درخواست انجمن گوش گلو بینی و جراحی سر و گردن ایران، به تاریخ ۲۷ مرداد ماه با حضور رییس و دبیر کمیته و با مشارکت دکتر آذرخش مگری و دکتر حمیدرضا توفیقی

گزارش فعالیت کمیته نوروسایکیاتری

دکتر سید مرتضی جعفرزاده
دبیر کمیته



- ۱- برنامه سومین کنگره ملی نوروسایکیاتری با تأکید بر مسائل قانونی این حوزه توسط دبیر علمی کنگره، دکتر بدری ارائه شده است و کمیته علمی کنگره شامل دکتر اربابی، دکتر صابری، دکتر هرمزپور، دکتر بدری، دکتر اعتصام، دکتر میرفاضلی، دکتر زبیره سلیمی، دکتر کیانی مهر، دکتر حاجتی و دکتر جعفرزاده خواهند بود. دکتر حاجتی دبیری اجرایی کنگره را برعهده خواهد داشت. پیشنهاد شد ترجیحاً کنگره به صورت مجازی و احتمالاً در تاریخ ۲۷ و ۲۸ مرداد آتی برگزار شود.
- ۲- برنامه سمپوزیوم‌های کمیته نوروسایکیاتری در سی و نهمین همایش سالانه انجمن مشخص شده است و دبیر این سمپوزیوم‌ها دکتر میرفاضلی و دکتر رجبی خواهند بود.
- ۳- مشارکت همکاران جهت جلسات ماهانه و یا فصلی کمیته از طریق فراخوان به همکاران فلوشیپ نوروسایکیاتری توسط دکتر کیانی مهر انجام خواهد شد. وی همچنین پیگیر امور صنفی فلوشیپ نوروسایکیاتری است.
- ۴- گردآوری استاندارد توان‌بخشی اسکیزوفرنی با مشارکت همکاران انجام گرفته است و توسط دکتر میرفاضلی متن نهایی در حال تنظیم است.
- ۵- پیشنهاد فعالیت حوزه پژوهشی کمیته از طریق فراخوان به سایر همکاران توسط دکتر میرفاضلی پیگیری خواهد شد.
- ۶- شاخه خراسان کمیته نوروسایکیاتری در جهت فعالیت‌های آموزشی کمیته و برگزاری کارگاه‌ها در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ با همکاری دکتر جعفرزاده و دکتر کامرانی و دکتر زبیره سلیمی فعال خواهند بود.
- ۷- پس از مذاکرات اولیه دکتر الین جویس و دکتر محمد اربابی، عضویت کمیته نوروسایکیاتری در انجمن بین‌المللی نوروسایکیاتری مورد تأیید و توافق هیئت‌مدیره انجمن علمی روان‌پزشکان ایران و انجمن بین‌المللی نوروسایکیاتری قرار گرفت.

گزارش فعالیت کمیته درمان‌های زیست‌شناختی

دکتر همایون امینی
دبیر کمیته



- باتوجه‌به ماده ۹ شیوه‌نامه داخلی کمیته‌های اجرایی انجمن، گزارش عملکرد یک‌ساله کمیته درمان‌های زیست‌شناختی به شرح زیر تقدیم می‌شود:
 ۱. تشکیل پنج جلسه رسمی به‌صورت آنلاین و ارسال صورت‌جلسات به دبیرخانه انجمن
 ۲. تهیه پاسخ نامه‌های ارجاعی از سوی رئیس و دبیر محترم انجمن
 ۳. برگزاری سمپوزیوم «تازه‌های درمان دارویی در اختلالات روان‌پزشکی» در همایش سالانه انجمن با دبیری دکتر میرفرهاد قلعه‌بندی
 ۴. برگزاری همایش یک‌روزه «مدیریت دارویی موارد مقاوم به درمان» با دبیری دکتر زهرا میرسپاسی و همکاری دکتر عالیا شکیبا
 ۵. برگزاری مراسمی جهت بزرگداشت رئیس فقید کمیته جناب استاد دکتر غلامرضا میرسپاسی
 ۶. برنامه‌ریزی برای سمپوزیوم دوساعته «تجویز داروهای سایکوتروپ در شرایط خاص» در همایش سالانه ۱۴۰۱ انجمن با دبیری دکتر فاطمه رجبی

گزارش فعالیت کمیته روانپزشکی سالمندان



دکتر مریم پورشمس

دبیر کمیته

- جلسات آنلاین کمیته روانپزشکی سالمندان در تاریخ‌های ۱۴۰۱/۱/۲۵ و ۱۴۰۱/۳/۱۹ برگزار شد. در این جلسات در مورد برنامه‌ریزی جهت اجرای برنامه‌ها و فعالیت‌های مشترک با سایر سازمان‌ها (شهرداری، بهزیستی) برای روز جهانی سالمند، همکاری با سایر کمیته‌های انجمن روانپزشکی، برگزاری وبینار و برنامه‌ریزی جهت اجرای حداقل دو وبینار در سال جاری بحث و گفتگو انجام شد و تقسیم وظایف صورت گرفت.
- همچنین برگزاری جلسات ژورنال کلاب به صورت ماهانه با همکاری تمام اعضا کمیته سالمندی مورد تبادل نظر قرار گرفت و برنامه‌ریزی‌های اولیه صورت گرفت.
- در مورد ارائه سمپوزیوم توسط کمیته سالمندی در همایش کشوری سالانه انجمن روانپزشکی بحث و تبادل نظر صورت گرفت و مقرر گردید سمپوزیومی با دبیری دکتر فرید فدایی پیشنهاد شود که این امر با همکاری سایر اعضای کمیته در موعد مقرر و در تاریخ اعلام شده از طرف مسئولین همایش انجام شد.

تعدادی از مکاتبات مهم انجمن در بهار و تابستان ۱۴۰۱

نامه انجمن در خصوص متن پیشنهادی اخیر وزارت بهداشت برای استانداردهای خدمات روان‌درمانی

جناب آقای دکتر سید موسی طباطبایی لطفی

سرپرست محترم دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

با سلام و احترام

◀ در مورد متن پیشنهادی اخیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای استانداردهای خدمات روان‌درمانی، در چند مورد انجمن علمی روان‌پزشکان ایران موافقت ندارد که به شرح زیر اعلام می‌شود:

۱. در خصوص حذف کد ۹۰۰۰۴۵ از متن استانداردها (که اشاره به ویزیت روان‌پزشکی هم‌زمان با روز جلسه روان‌درمانی دارد)، انجمن مخالف است. در واقع، با اجرایی شدن متن پیشنهادی وزارت بهداشت که به دفتر انجمن ارسال شده، بیمه‌ها هزینه دو خدمت متفاوت در یک روز که توسط یک نفر ارائه شود را پرداخت نخواهند کرد که این از نظر انجمن قابل قبول نیست؛ بنابراین بهتر است در متن استانداردها امکان ارائه‌ی این دو خدمت در یک روز توسط یک درمانگر فراهم شود.

۲. در خصوص اضافه کردن «فقط گروه الف» در ادامه مورد ۳ در ذیل گروه الف و ب در قسمت «ارزیابی قبل از انجام پروسیجر»، انجمن مخالف است. طرح‌ریزی درمان دارویی که مورد ۳ به آن اشاره دارد هم برای بیماران گروه الف و هم برای بیماران گروه ب مطرح است و بنابراین در این بخش از متن، نیازی به اشاره کردن به «فقط گروه الف» نیست.

۳. در خصوص افزودن عبارتی در بخش ۴ همین قسمت («در صورت ارجاع اولیه توسط درمانگر دیگر حتماً باید به درمانگر اولیه ارجاع شود») هم انجمن مخالفت است. روان‌پزشک ارزیابی‌کننده باتوجه‌به نتیجه ارزیابی باید توانایی ارجاع به هر درمانگری را داشته باشد و محدود کردن روان‌پزشک در این خصوص بلاوجه است.

دو نکته دیگر نیز لازم به ذکر است:

۱. در جدول انتهایی، تناقضی با متن قسمت «ژ» (مدت‌زمان ارائه هر واحد خدمت) وجود دارد. در قسمت «ژ»، تعیین طول مدت درمان و فاصله بین جلسات، برعهده درمانگر گذاشته شده و «به طور معمول» یک تا دو بار در هفته دانسته شده است. درحالی‌که در جدول مذکور تواتر جلسات «کلاً» یک تا دو بار در هفته نوشته شده که نادرست است.

۲. پیشنهاد می‌شود برای دستیاران رشته روان‌پزشکی هم استاندارد خدمت در نظر گرفته شود.

امید است در اسرع وقت استاندارد جدید خدمات روان‌درمانی به مرحله اجرایی برسد.

دکتر مجید صادقی

رئیس انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

نامه در خصوص ترجمه‌ی کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت (کالیفرنیا، ۲۰۱۸)

جناب آقای دکتر عین‌اللهی

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

با سلام و احترام

بر اساس اطلاعات منتشر شده باهدف تحقق عدالت بین‌رشته‌ای، ترجمه‌ی کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت (کالیفرنیا سال ۲۰۱۸) در شورای عالی بیمه مورد تأیید قرار گرفته است و جهت بررسی مشکلات و چالش‌های پیشرو در جلسات آتی شورای عالی بیمه مورد بحث قرار خواهد گرفت.

همان‌طور که مستحضرید در کشور ما پرداخت حق‌الزحمه‌ی خدمات سلامت به روشی دوگانه انجام می‌شود. یعنی یک نوع نظام پرداخت بر اساس ویزیت است که سالانه از سوی شورای عالی بیمه پیشنهاد می‌شود و در هیئت وزیران تصویب می‌شود و دیگری ارزش نسبی خدمات که به‌صورت معادل ریالی «کا» تعیین می‌شود. تا کنون ارزش این دو به‌صورت مجزا از هم تعیین می‌شده است.

لذا درآمد برخی از رشته‌های پزشکی که پروسیجر کمی دارند بیشتر به ارزش ویزیت وابسته است. با آغاز طرح تحول سلامت در جهت کاهش تبعیض بین‌رشته‌ای تغییراتی در میزان «کا» این رشته‌ها ایجاد شد. بررسی‌های انجمن علمی روان‌پزشکان نشان داده است که با نسخه‌ی جدید کتاب ارزش نسبی خدمات رشته‌هایی که درآمدشان به ویزیت وابسته است به علت کاهش «کا» خدمات یا حذف برخی از خدماتشان، دچار افت درآمد خواهند شد و تبعیض بین‌رشته‌ای افزایش خواهد یافت.

باید توجه داشت سازوکارهای پرداخت در ایالات متحده آمریکا نمی‌تواند برای همه‌ی کشورها من جمله ایران، بدون بومی‌سازی مناسب باشد. زیرا کشور ما دارای نظام‌های پرداخت و سیاست‌های اقتصادی متفاوتی است.

در نهایت باتوجه‌به اهمیت بالای خدمات رشته‌های فاقد جراحی در ارتقای سلامت همگانی، اجرایی‌شدن ترجمه‌ی جدید می‌تواند باعث آسیب به جامعه و افزایش بی‌عدالتی بین رشته‌ها شود. یعنی کاهش ضرایب خدمات روان‌پزشکی در کتاب جدید به‌صورت غیرعادلانه‌ای موجب افت درآمد و اختلاف بیش‌ازپیش آن با درآمد سایر رشته‌ها خواهد شد.

باتوجه‌به موارد فوق ضمن درخواست توقف اجرایی‌شدن ترجمه‌ی جدید کتاب ارزش نسبی خدمات و تأکید بر تداوم استفاده از کتاب فعلی و اعمال اصلاحات در صورت نیاز، پیشنهادهای زیر را تقدیم می‌کنیم:

۱. با مشارکت انجمن‌های علمی، مدل‌سازی اقتصادی دقیق از درآمد رشته‌های مختلف بر اساس پروفایل طبابت این رشته‌ها در ایران و ارزش‌های پیش‌بینی‌شده در کتاب کالیفرنیا برای بررسی تأثیر آن بر تبعیض بین‌رشته‌ای انجام شود.

۲. متن فعلی و ارزش‌های نسبی پیش‌بینی‌شده برای اطلاع و نظرخواهی در اختیار کلیه‌ی انجمن‌ها و متخصصان قرار گیرد.

۳. در صورتی که رعایت موارد فوق‌الذکر باعث کاهش تبعیض بین‌رشته‌ای شود، مصوبه‌ی قانونی لازم برای لغو سیستم دوباره‌ی پرداخت (تعرفه‌ی سالانه‌ی مصوب هیئت دولت برای ویزیت و هتلینگ، و نظام پرداخت مبتنی بر پروسیجرها) گرفته شود؛ و نظام پرداخت کلیه‌ی خدمات پزشکی (اعم از ویزیت‌ها، مداخلات پیشگیری، و مداخلات و پروسیجرهای تشخیصی، درمانی و توان‌بخشی) یک‌پارچه شود.

۴. در صورت تحقق موارد فوق‌الذکر، با مشارکت انجمن‌های علمی در جهت اجرای آزمایشی آن اقدام شود.

دکتر مجید صادقی

رئیس انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

نامه انجمن در زمینه ارتقای برنامه درمان اعتیاد در کشور

جناب آقای دکتر امیر حسام علیرضایی

رئیس محترم مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری‌ها

با سلام و احترام

پیرو مکاتبه شماره ۷۷/۳۳۹۴۹ مورخ ۱۴۰۰/۱۱/۴ انجمن علمی روان‌پزشکان به معاونت محترم درمان در خصوص طرح برخی نکات از سوی این انجمن در زمینه ارتقای برنامه درمان اعتیاد در کشور و بازگشت به نامه ۴۰۰/۲۶۳۲۹ مورخ ۱۴۰۰/۱۲/۴ در خصوص دعوت به جلسه هم‌اندیشی درباره پیش‌نویس پروتکل درمان اختلال مصرف مواد افیونی با بوپرنورفین، ضمن تشکر از زحمات کشیده شده نظرات انجمن در خصوص پروتکل مذکور به شرح زیر ارسال می‌گردد:

اولویت‌دهی به درمان با بوپرنورفین

درمان با بوپرنورفین در درمان اختلال مصرف مواد افیونی در بیمارانی که جهت شروع درمان مراجعه نموده، تمایل به درمان با رویکرد آگونیستی داشته و کتراندیکاسیونی برای این درمان ندارند، اولویت داده شود. لازم به توضیح است به‌موازات بازبینی پروتکل لازم است سایر موانع دسترسی به درمان همچون هزینه بالای دارو موردتوجه قرار گیرد.

مهیا نمودن زمینه استفاده از ظرفیت روان‌پزشکان در سراسر کشور به‌عنوان تخصصی‌ترین گروه درمان‌گر اعتیاد که متأسفانه در سال‌های اخیر به دلیل موانع اداری قادر به ارائه خدمات نبوده‌اند.

درمان اعتیاد بخشی از اقدامات تخصصی روان‌پزشکان بوده و بسیاری از متخصصان روان‌پزشکی علاقه‌مند به فعالیت به حوزه درمان اعتیاد به‌صورت مجزا یا ادغام‌یافته در کنار ارائه مداخلات روان‌پزشکی هستند. باتوجه‌به این که اختلال مصرف مواد در ۹۰ درصد موارد با اختلالات روان‌پزشکی همراه است، به نظر می‌رسد لازم است همه‌ی افراد دچار اختلال مصرف مواد از خدمات روان - پزشکی برخوردار شوند و لذا پیشنهاد می‌شود از این‌پس مجوز مراکز درمان نگهدارنده با آگونیست در درجه اول به روان‌پزشکان داده شود و تنها پس از آن که نیاز شهر یا منطقه جغرافیایی با روان‌پزشکان علاقه‌مند به دریافت مجوز تأمین نشد، آن‌گاه به پزشکان عمومی مجوز داده شود و تمهیدی اندیشیده شود که این دسته از مراکز نیز از خدمات روان‌پزشکی با عقد قرارداد با روان‌پزشکان برخوردار شوند.

بر اساس دستورالعمل راه‌اندازی مراکز درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست، متخصصان روان‌پزشکی مجاز به ویزیت بیماران روان‌پزشکی عمومی در کنار بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی نبوده و باید یک نوبت‌کاری مجزا به این منظور اختصاص دهند. این موضوع می‌تواند باعث دلسردی روان‌پزشکان برای فعالیت در حوزه درمان اعتیاد گردد. به‌منظور کاهش این مانع پیشنهاد می‌گردد، برای ارائه درمان اختلال مصرف مواد افیونی با بوپرنورفین به‌صورت ادغام‌یافته مجوز مجزایی برای متخصصان روان‌پزشکی فاقد مجوز مرکز/واحد درمان با داروهای آگونیست تحت عنوان «واحد ادغام‌یافته

درمان با بوپرنورفین با مدیریت طبی «پیش‌بینی گردد که در قالب آن به روان‌پزشکان اجازه داده می‌شود در کنار سایر بیماران روان‌پزشکی خدمات درمان با بوپرنورفین را به‌صورت ادغام‌یافته ارائه دهند. این موضوع از یک سو از طریق کاهش انگ و ادغام خدمات می‌تواند منجر به تسهیل مراجعه برخی بیماران به درمان شده و امکان دریافت خدمات درمان اعتیاد و خدمات روان‌پزشکی به‌صورت هم‌زمان را فراهم می‌نماید.

لازم به توضیح است، این مورد صرفاً در چارچوب پروتکل درمان اختلال مصرف مواد افیونی با بوپرنورفین نبوده و لازم است از طریق بازبینی در دستورالعمل تأسیس و مدیریت مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب به‌عنوان سند بالادستی موردتوجه قرار گیرد.

تأکید بر خدمات روان‌پزشکی

پیشنهاد می‌گردد باتوجه‌به شیوع گسترده اختلالات روان‌پزشکی که هم عامل و هم معلول اعتیاد می‌باشند تمام بیماران مراکز سرپایی درمان با داروهای آگونیست با مسئول فنی پزشک عمومی به‌صورت دوره‌ای توسط روان‌پزشکان ویزیت و خدمات ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری‌های روانی دریافت کنند. این امر به ارائه درمان جامع و دستیابی به موفقیت درمان کمک می‌کند.

در خاتمه لازم به ذکر است انجمن علمی روان‌پزشکان در کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر عضو نبوده و قابلیت ایفای نقش انجمن به‌عنوان بازوی علمی وزارت بهداشت در کار کارشناسی محدود است؛ لذا خواهشمند است دستور فرمایید موضوع بررسی و در صورت صلاحدید طی مکاتبه‌ای با معاونت کاهش تقاضای ستاد مبارزه با مواد مخدر افزوده شدن انجمن علمی روان‌پزشکان ایران به فهرست اعضای حقوقی کمیته مذکور ارائه گردد.

در صورت صلاحدید جنابعالی، انجمن آمادگی دارد با حضور تعدادی از اعضای فعال کمیته‌های اعتیاد و صنفی جهت توضیح مسائل و ارائه راهکارها جهت کاهش معضلات مرتبط با اعتیاد طی جلسه‌ای حضورتان شرفیاب شوند.

پیشاپیش از حسن توجه و عنایت شما کمال تشکر را داریم.

دکتر مجید صادقی

رئیس انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

نامه انجمن در ارتباط با غربالگری متقاضیان گواهینامه رانندگی از نظر مشکلات سلامت روان

جناب آقای سردار دکتر محمدرضا حسینی

معاون محترم بهداشت، امداد و درمان ف. انتظامی ج.ا.ا.

با سلام و احترام

مطالب زیر در پاسخ به نامه مورخ ۱۴۰۱/۴/۲ جناب عالی (به شماره ۳۳/۸۵/۹۷۰/۱۰/۳۰) در ارتباط با غربالگری متقاضیان گواهینامه رانندگی به استحضار می‌رسد. لازم به یادآوری است در سال ۱۳۹۸ نماینده این انجمن به دعوت سازمان اورژانس کشور و با حضور نمایندگان «دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد» و «مرکز سلامت و محیط کار» وزارت بهداشت و نیروی انتظامی در جلساتی برای تدوین «راهنمای بررسی سلامت روان رانندگان» شرکت نمود و در نهایت متن راهنما از نظر کارگروه مربوطه نهایی شد (متن پیوست). در این ارتباط، توجه به نکات زیر ضروری است:

۱. برخلاف برخی از دستورالعمل‌های گذشته، در حد امکان، تکیه بر نوع اختلال روان‌پزشکی نباید عامل تعیین‌کننده صلاحیت فرد برای رانندگی باشد. در واقع، یک فرد مبتلا به یک اختلال «مشهور به شدید» ممکن است در شرایطی صلاحیت رانندگی داشته باشد و فرد دیگر مبتلا به یک اختلال «مشهور به خفیف» فاقد چنین صلاحیتی باشد. به بیان دیگر، «آنگ و نوع» ابتلا به این اختلالات نباید در تعیین صلاحیت و حقوق مبتلایان مؤثر باشد.

۲. به جای تکیه بر نوع اختلال روان‌پزشکی، صلاحیت فرد برای رانندگی باید بر اساس «وضعیت کنونی» او از نظر شاخص‌هایی مانند توانایی‌های شناختی و ادراکی، توجه و تمرکز، کارکرد اجرایی، توان تصمیم‌گیری و تکانشگری؛ و نیز شاخص‌هایی چون پایداری به قانون و سوابق رفتاری فرد تعیین شود؛ بنابراین:

(الف) صلاحیت یا عدم صلاحیت رانندگی اغلب امری موقتی است و تعیین آن نیازمند بازنگری دوره‌ای توانایی فرد است.

(ب) بررسی سطحی برخی از علائم روانی/ذهنی شیوهی نادرستی در تعیین صلاحیت فرد برای رانندگی است و تعیین چند علامت برای بررسی در مطب پزشکان عمومی راه‌حل مناسبی نیست.

با عنایت به نکات بالا، موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

۱. همان‌گونه که در راهنمای تدوین‌شده سال ۱۳۹۸ مشخص شده است (متن پیوست) و باتوجه به متقاضیان زیاد دریافت گواهینامه، غربالگری از نظر سلامت روان تنها برای رانندگان پرخطر (بر اساس سوابق) و نیز برای متقاضیان گواهینامه رانندگی که ۵ بار در امتحان نظری یا ۴ بار در امتحان عملی مردود شده‌اند انجام شود.

۲. غربالگری توسط روان‌پزشک آموزش‌دیده (روان‌پزشکی که کارگاه ویژه ارزیابی سلامت روان رانندگان را به تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذرانده باشد) انجام شود.

۳. امکان اعتراض به نتیجه معاینه به شکلی که در راهنمای پیوست آمده، وجود داشته باشد.

انجمن علمی روان‌پزشکان ایران کماکان آماده است تا به‌عنوان مشاور علمی این طرح همکاری نماید؛ بنابراین آقای دکتر امیر شعبانی، دبیر محترم انجمن، به‌عنوان نماینده انجمن در این موضوع معرفی می‌شوند.

دکتر مجید صادقی

رئیس انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

نامه انجمن علمی روانپزشکان ایران به رئیس جمهور

جناب آقای حجت‌الاسلام دکتر ابراهیم رئیسی

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران

با سلام و احترام

پیرو رویداد تأسفبار درگذشت مرحومه مهسا امینی در جریان برخورد نیروهای انتظامی و بازتاب گسترده‌ی آن در ایران و جهان و نیز بروز رفتارهای همراه با خشونت از سوی پلیس امنیت اخلاقی در برخورد با بانوان لازم است نکات مهمی در ارتباط با تبعات این روند به استحضار برسد:

۱- ادراک ناامنی: یکی از مؤلفه‌های تعیین‌کننده‌ی سلامت روانی-اجتماعی جامعه و افراد آن، احساس امنیت است. این احساس به‌ویژه زمانی خدشه‌دار می‌شود که آسیبی از سوی نمایندگان حکومت که علی‌الاصول باید حامی مردم و حافظ امنیت و حقوق آنها باشند پدیدار شود. در این صورت پیش‌فرض‌های بدیهی و متداولی که آحاد مردم برای ادامه‌ی زندگی امن و سالم خود به آنها نیازمندند از میان می‌رود و متأسفانه پس از تغییر نگرش مردم، بازگشت آن بسیار دشوار خواهد بود. در جست‌وجوی علل زمینه‌ساز واقعیت ویرانگر مهاجرت گسترده و رو به افزایش نخبگان از کشور نیز باید به عواملی از این دست نگاهی ویژه داشت. بازنگری در مفهوم امنیت اجتماعی یکی از ضروریات کنونی در سیاست‌گذاری‌های کشور ماست.

۲- بی‌اعتمادی: مؤلفه مهم دیگر اعتماد است. بررسی‌های سال‌های گذشته و اخیر نشان‌گر کاهش اعتماد عمومی در سطح جامعه بوده و رویداد اخیر نیز ضربه‌ی دیگری بر پیکر نحیف‌شده‌ی اعتماد اجتماعی وارد کرده است. این بی‌اعتمادی اگر تبعات جدی حادی نداشته باشد، در ادامه با کاهش درازمدت مشارکت اجتماعی مردم همراه خواهد بود و برنامه‌های گوناگون دولت که اغلب نیازمند همراهی مردم هستند را عقیم خواهد گذاشت.

۳- افزایش خشونت: اجرای قانون با اعمال خشونت، به تشدید خشونت در جامعه دامن می‌زند و این گستره محدود به موضوعی خاص نخواهد ماند. به بیان دقیق‌تر رفتار خشونت‌آمیز مأموران قانون به عنوان یک کلاس آموزشی عمل می‌کند و باب چنین رفتاری را در عمل برای بسیاری از افراد باز می‌کند. این اثر به‌خصوص در شرایط کنونی ما که سطح پایه‌ی خشونت در جامعه رضایت‌بخش نیست برجسته‌تر می‌شود و از آن مهم‌تر این که اجرای خشونت‌آمیز قانونی که مورد پذیرش و حمایت بخش بزرگی از مردم نیست می‌تواند تبعات غیرقابل‌جبرانی داشته باشد. لازم به ذکر است کارایی روش‌های خشونت‌آمیز برای تغییر سبک زندگی مردم فاقد پشتوانه‌ی علمی است.

از سوی دیگر، اعمال چنین روش‌هایی تنش و درگیری میان گروه‌های اجتماعی مخالف و موافق حجاب را افزایش داده است که این می‌تواند با دوقطبی‌سازی در جامعه، منجر به از دست رفتن اتحاد ملی و ایجاد تفرقه در میان ایرانیان شود.

۴- ادراک بی‌عدالتی: یکی از مؤلفه‌های تعیین‌کننده‌ی سلامت فردی و اجتماعی، «ادراک عدالت» است. به این معنا که جدا از مفهوم انتزاعی عدالت و عادلانه بودن یا نبودن واقعی قوانین و اجرای آنها، این «ادراک» عدالت از سوی مردم است که تعیین‌کننده‌ی سلامت روانی و اجتماعی آنهاست.

۵- تسریع روند نزولی سلامت روان مردم: پژوهش‌های موجود، سطح سلامت روان مردم را که متأثر از عوامل مختلف اقتصادی، اجتماعی، سیاست‌گذاری و مدیریتی است رو به کاهش نشان می‌دهد. برنامه‌ریزی و مدیریت در عرصه‌های گوناگون از سال‌ها پیش تا کنون چشم‌انداز روشنی برای تغییر این روند نشان نمی‌دهد و اضافه شدن بار اتفاقات فاجعه‌باری چون مورد اخیر، آینده‌ای نگران‌کننده برای سلامت مردم ایران تصویر می‌کند.

به جز عوارض زیان‌بار اجتماعی، اثرات فردی خشونت را نیز نباید نادیده گرفت. اموری چون جلب افراد، انتقال اجباری آنها و گرفتن تعهد به خودی خود از نظر روانی فرایندی آسیب‌رسان است که به ویژه در کنار احساس بی‌عدالتی و بی‌حمایتی می‌تواند اختلالی جدی، ناتوان‌کننده و درازمدت در ذهن و رفتار آنها به یادگار بگذارد.

۶- آشکارسازی ناکارآمدی و زیان‌باری گشت ارشاد و اجباری بودن حجاب: تجربه‌ی ۴۴ سال اجبار حجاب به ویژه از طریق سازوکار اجرایی موسوم به گشت ارشاد، شکست این سیاست در توسعه‌ی حجاب در کنار عوارضی چون هتک حرمت زنان و تضعیف سلامت روانی-اجتماعی جامعه و افزایش روزافزون شکاف میان مردم و حاکمیت را آشکارا نشان داده است. بازنگری در اصل قانون یا دست‌کم روش‌های اجرایی آن حداقل رفتار مدبرانه است. دیگر در چه شرایطی باید پذیرفت که روش‌های اجباری همراه با خشونت برای اجرای قانون، شکست خورده است و نیاز به بازنگری دارد؟

ابراز همدلی ریاست محترم جمهور با خانواده محترم امینی را به عنوان آغازی برای پیمودن راهی نو به فال نیک می‌گیریم. انجمن علمی روان‌پزشکان ایران ضمن هم‌دردی با خانواده محترم مهسا امینی و هم‌وطنان گرامی اعلام می‌دارد همان‌گونه که پیش از این بارها راهکارها و پیشنهادهای خود را برای ارتقای سلامت روانی-اجتماعی مردم به وزارت بهداشت اعلام کرده، کماکان آماده است در این مسیر نقش مشورتی خود را ایفا کند و هنوز امید دارد با اصلاح نگرش‌های منتهی به سیاست‌گذاری‌های ناکارآمد و روش‌های منتج به نارضایتی مردم، زمینه‌ی رشد و بالندگی بیشتر جامعه فراهم شود.

دکتر مجید صادقی

رئیس انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

نامه انجمن علمی روانپزشکان ایران به وزیر آموزش و پرورش و ابراز نگرانی در مورد وضعیت دانش آموزان

جناب آقای دکتر یوسف نوری

وزیر محترم آموزش و پرورش

با سلام و احترام

در پی اعتراضات گسترده‌ی لایه‌های مختلف جامعه، به‌ویژه نسل نوحاسته، شیوه‌ی برخورد با این اعتراضات کشور را در بحرانی تمام‌عیار قرار داده است. در این میان، گروهی از دانش‌آموزان نیز به جریان معترض پیوستند که در این باره از قول جناب‌عالی در رسانه‌ها چنین منتشر شده است: «دانش‌آموزی در زندان نداریم و مواردی هم اگر بازداشت باشند برای بحث اصلاح و تربیت است که در مرکز روان‌شناسی هستند و دوستان کارشناس کارشان را انجام می‌دهند تا بعد از اصلاح به محیط مدرسه برگردند ... در این شرایط و مرحله ممکن است این دانش‌آموزان به شخصیت‌های ضداجتماعی تبدیل شوند که می‌خواهیم آنها را اصلاح کنیم.»

بر مبنای این اظهارات موارد زیر نیاز به تأکید دارد:

۱- از وزارت آموزش و پرورش انتظار می‌رود تصور دانش‌آموزان، خانواده‌ها و جامعه از مدرسه را به‌عنوان مکان امنی برای تحصیل و پرورش استعدادها و خانه‌ی دوم مخدوش نکند و از سرمایه‌ی اجتماعی اعتماد به نظام آموزشی که در صورت تنزل به‌سادگی قابل بازگشت نیست، با همه‌ی توان حفاظت کند.

۲- از وزارت آموزش و پرورش انتظار می‌رود به «پیمان‌نامه‌ی حقوق کودک» که نظام جمهوری اسلامی ایران نیز به آن متعهد است، پای‌بند باشد. بر اساس ماده‌ی ۱۹ این پیمان‌نامه کشورهای عضو باید «کلیه اقدامات قانونی، اجرایی، اجتماعی و آموزشی لازم» را به عمل آورند تا از کودک در برابر کلیه‌ی اشکال خشونت جسمی یا روانی، صدمه یا آزار، بی‌توجهی یا رفتار توأم با سهل‌انگاری و سوءرفتار حمایت کنند. بازداشت دانش‌آموزان معترض به قصد اصلاح و تربیت، مصداقی از خشونت است که در کنار عدم حمایت مسئولان آموزش و پرورش کشور تبعات بسیار ناگواری دارد:

الف) احساس درازمدت ناامنی در دانش‌آموزان و خانواده‌ها، شکل‌گیری بی‌اعتمادی عمیق به نظام آموزشی و پرورشی، و گسست نسل نو با نظام آموزشی کشور؛

ب) ابتلای دانش‌آموزان به انواع مشکلات سلامت روان از قبیل اختلالات افسردگی و اضطرابی؛

پ) باقی‌ماندن اصل موضوع مورد اعتراض، پوشاندن موقت صورت مسئله و بقای خطر بروز بحران‌ها در آینده؛

ت) گسترش نارضایتی عمومی و تداوم یا تشدید افت شاخص‌های سلامت روانی-اجتماعی مردم

۳- از وزارت آموزش و پرورش انتظار می‌رود توجه به کارکرد اصلی این نهاد را که تربیت و اجتماعی کردن نسل آینده به‌گونه‌ای که قادر به ایفای نقشی سازنده در اداره‌ی امور جامعه‌ی فردا باشد، از یاد نبرد. در کنار آموزش علوم و فنون مورد نیاز جامعه، ضروری است همانند جوامع مدرن، آموزش مهارت‌هایی چون ابراز وجود، کار گروهی، تفکر نقاد و تفکر خلاق نیز در دستور کار این نهاد قرار گیرد. برخورد سلبی با کنش‌های اجتماعی دانش‌آموزان معترض نتیجه‌ای برخلاف روند توسعه‌گرای فوق به بار می‌آورد. بنابراین از وزارت آموزش و پرورش انتظار می‌رود بر اساس ماده ۲۹ «پیمان‌نامه حقوق کودک»، کودکان را «برای یک زندگی مسئولانه در جامعه‌ای آزاد و با روحیه تفاهم، صلح، مدارا، مساوات بین زن و مرد، و دوستی میان همه مردم و گروه‌های قومی، ملی، مذهبی و بومی» آماده کند.

۴- از وزارت آموزش و پرورش انتظار می‌رود از کارشناسان خبره‌ی این نهاد برای جمع‌بندی و تفسیر وقایع و پیگیری اقدامات متناسب علمی، اخلاقی و مؤثر بهره‌گیری. مطرح کردن احتمال بروز شخصیت ضداجتماعی در دانش‌آموزان معترض مطابق با شواهد علمی نیست و علاوه بر این، مصداق بارز سوءاستفاده از روان‌پزشکی در برخورد با معترضان محسوب می‌شود.

انجمن علمی روان‌پزشکان ایران به عنوان یک انجمن تخصصی امیدوار است شرایطی فراهم شود که نوجوانان بتوانند در مسیر هموار شکوفایی علمی، اجتماعی و روانی، آزادانه دل‌مشغولی‌ها، مطالبات و اعتراضات خود را اعلام نمایند و برای این کار نیازی به قرار گرفتن ناگزیر در موقعیت‌های پرخطر نداشته باشند.

از آن‌جا که این انجمن خود را موظف به کمک به ارتقا و حفظ سلامت روانی-اجتماعی مردم می‌داند، از جناب‌عالی تقاضا دارد در پاسخ به نکات مطروحه‌ی فوق، توضیحی روشن‌تر به مردم و جامعه‌ی علمی برای تضمین حمایت از دانش‌آموزان و اجرای «پیمان‌نامه حقوق کودک» ارائه کند.

دکتر مجید صادقی

رئیس انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

 **Lexatal**[®]
Escitalopram 10 , 20 mg F.C. Tablet

Create joy for others



SOBHAN DAROU