



چهل و دومین همایش سالانه
انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

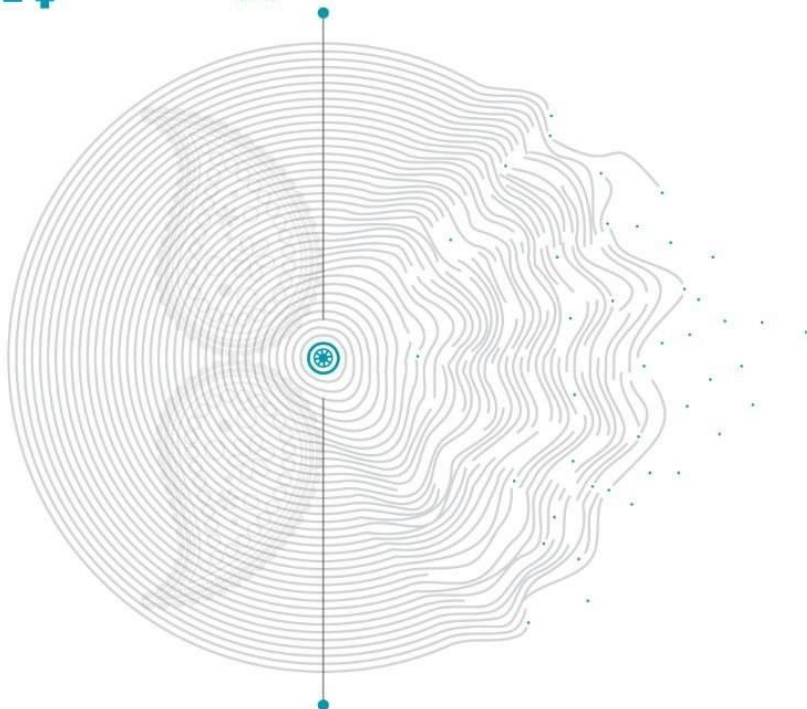
روان‌پزشکی
در زمانه ناپایدار

کتابچه چهل و دومین همایش سالانه انجمن علمی روان‌پزشکان ایران



چهل و دومین همایش سالانه
انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

روان‌پزشکی در زمانه ناپایدار



42nd
Annual Congress of
the Iranian Psychiatric
Association

همراه با:
• دهمین دوره جایزه استاد داویدیان
• هفتمین دوره جایزه افشین یداللهی

۲۴ تا ۲۶ مهرماه ۱۴۰۵

همزمان با هفته سلامت روان

تهران، تالار همایش‌های
غرضی بیمارستان میلاد

www.irpsychiatry.ir





اسامی کمیته علمی:

دکتر شالبافان، محمدرضا	دکتر احمدوند، افشین
دکتر شاهرخی، حسن	دکتر احمدی‌پور، احمد
دکتر شریعت، سیدوحید	دکتر اربابی، محمد
دکتر شعبانی، امیر	دکتر اعتصام، فرناز
دکتر شمسی، علیرضا	دکتر الیاسی، فروزان
دکتر شیرخدا، شهاب	دکتر امینی، همایون
دکتر صحرائیان، علی	دکتر باوند، آیدا
دکتر ضرغامی، مهران	دکتر برون، مهسا
دکتر علیخانی، رزا	دکتر بیدکی، رضا
عیسی‌نظر، عادل	دکتر تاجیک‌اسماعیلی، سوده
دکتر غفاری‌نژاد، علیرضا	دکتر ترابی، غلامرضا
دکتر فریرزی‌فر، ارغوان	دکتر تقوا، ارسیا
دکتر قاسمی، غلامرضا	دکتر جلالی‌ندوشن، امیرحسین
دکتر قدیری‌وصفی، محمد	دکتر جلیلی، سیداحمد
دکتر قریشی، فاطمه‌سادات	دکتر حاجتی، غلامرضا
دکتر کامرانی، مائده	دکتر جهانبخش، فرزانه
دکتر کشاورزی، امیر	دکتر حاج‌سیدجوادی، علیرضا
دکتر کوشا، مریم	دکتر حبیب، سپیده
دکتر محمودی‌قرایی، جواد	دکتر حق‌شناس، مصطفی
دکتر مظاهری، آزاده	دکتر خزایی، حبیب‌اله
دکتر معتمد، مهتاب	دکتر خلخال‌شریفی، محمدرسول
دکتر معتضدیان، سمیه	دکتر دوستی‌زاده، مونا
دکتر ملک، ملک‌فرهاد	دکتر رسولیان، مریم
دکتر مهدوی، نیلوفر	دکتر رفیعی، حسن
دکتر میررمضانی، علی	دکتر رضاپور، مریم
دکتر محمدی، صفورا	دکتر رضایی، بهاره
دکتر ناظری، علی	دکتر زاهدیان، فائزه
دکتر نصیریان، منصوره	دکتر زنگنه‌نیا، نگین
دکتر نکویی، نسیم	دکتر سیفی‌مقدم، نگار
دکتر نقوی، حمیدرضا	دکتر سعید، فهیمه
دکتر همتی، محمدعلی	دکتر سلیمانی، ربابه
دکتر وزیری، شهرام	دکتر سلیمی، زنبیره
دکتر یحوی، سیدطه	



اسامی کمیته اجرایی:

دکتر آقالو، سپیده	دکتر احمدی‌پور، احمد
دکتر ابطحی، گلسا	دکتر ترابی‌پاریزی، غلامرضا
دکتر باشی‌پور، فهیمه	دکتر جلالی‌ندوشن، امیرحسین
دکتر پایکاری، فاطمه	دکتر جلیلی، سیداحمد
دکتر حاجی‌کریم، آرمان	دکتر سعید، فهیمه
دکتر حجتی‌زاده، ناهید	دکتر شالبافان، محمدرضا
دکتر حیدری، فرزانه	دکتر شریعت، سیدوحید
دکتر خاموشی، سیمین	دکتر قدیری‌وصفی، محمد
دکتر فرهادی، بهروز	دکتر همتی، محمدعلی
دکتر فلاحی، زهرا	دکتر یحیوی، سیدطه
دکتر نریمانی، تینا	زهرا خلفی
دکتر نوذری، زینب	زهرا جانباز نیستانی
بحری، مریم	زهرا جانباز نیستانی
جهانگیری، علی	
رستم‌زاده، نسترن	
سلیمی، فرزانه	
شریفی، مسیح	
شیخی، هیرو	
عامی، حسام‌الدین	
عباسی، متین	
عباسی، نیوشا	
کرمی، محبوبه	
فرازنده‌مهر، مهسا	
مسلمی، پارسا	
مکبر، آيسان	
ملک‌فرنود، مانی	
موسوی، نیلوفر	
منصوری، مارال	
نبات، نعیمه	
نعمتی، فاطمه	



پیام رئیس همایش:



درود و احترام خدمت همکاران گرامی،

امسال در حالی همایش سالانه انجمن را برگزار می‌کنیم که جامعه روزهای پرتنش و دشواری را می‌گذراند. ناپایداری‌های اقتصادی، اجتماعی، استرس جنگ، سوگ‌های فروخورده و التیام‌نیافته ردپای خود را بر روان جامعه برجا گذاشته است. عنوان «روان‌پزشکی در زمانه ناپایدار» بر همایش امسال بازتاب همین واقعیت است. در این روزها تجربه تروما به عنوان بخشی معمول از زندگی روزمره این روزهای ما تبدیل شده است. این همایش فرصتی است تا تجربه تخصصی خود را در این زمینه به شکلی علمی تبیین کنیم و به اشتراک بگذاریم. می‌خواهیم با هم بیاندیشیم و روایتی روان‌پزشکانه از تجربه زیسته‌مان به دست دهیم. پاسخ به نیازهای بیماران در این شرایط ناگوار نیازمند درک موشکافانه شرایط است. درکی که امیدواریم در این گردهم‌آیی، فضایی برای شکل‌گیری آن ایجاد کند.

رئیس همایش
دکتر سیدوحید شریعت



پیام دبیر علمی همایش:



همکاران ارجمند، استادان گرانقدر و روان‌پزشکان عزیز

خوشحالم که امسال، بار دیگر در همایش سالیانه انجمن علمی روان‌پزشکان ایران در کنار یکدیگر هستیم. همایش، همیشه فرصتی است برای تبادل اندیشه، آشنایی با تازه‌های علمی و البته دیدار با دوستان و همکارانی که دیدنشان خود، بخشی خوب از زندگی حرفه‌ای ماست. عنوان همایش امسال، «روان‌پزشکی در زمانه ناپایدار» است. وقتی مسئولیت دبیری به من سپرده شد، تصور نمی‌کردم با توجه به وضعیت ناپایدار این دوران بتوانیم همایش را برگزار کنیم و این نگرانی تا همین روزها ادامه داشته است. شاید همین تجربه نشان دهد که شرایط فعلی تا چه اندازه بر ذهن و زندگی همه ما، بر بیمارانمان و بر جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنیم اثر گذاشته است. در چنین فضایی، کار ما به عنوان روان‌پزشک دشوارتر از همیشه است؛ هم پیدا کردن راه‌هایی برای کاستن از رنج کسانی که به ما مراجعه می‌کنند و هم حفظ انگیزه، روحیه و توان خودمان، در حالی که خود ما نیز در همین جامعه زندگی می‌کنیم. در این زمانه، شاید بیش از همیشه لازم باشد میان رنج طبیعی انسان در برابر دشواری‌های زندگی و اختلال روان‌پزشکی تمایز قائل شویم و در عین استفاده از شواهد علمی، بستر زندگی و شرایط اجتماعی بیمار را نیز در نظر بگیریم. در برنامه امسال تلاش کرده‌ایم موضوعاتی را کنار هم قرار دهیم که بخشی از دغدغه‌های امروز روان‌پزشکی را منعکس کنند؛ از مسائل بالینی و پژوهشی گرفته تا تروما، سوگ، مسائل اجتماعی و پرسش‌هایی که درباره آینده حرفه‌مان داریم. امیدوارم حضور همکاران از نسل‌ها و حوزه‌های مختلف، این فرصت را فراهم کند که نه فقط از یکدیگر بیاموزیم، بلکه تجربه‌های متفاوت خود را نیز با هم در میان بگذاریم.

از استادان، همکاران، پژوهشگران، دستیاران و دانشجویانی که برای برگزاری این همایش و مشارکت در آن وقت و انرژی گذاشته‌اند، صمیمانه سپاسگزارم. از ریاست محترم انجمن روان‌پزشکان، اعضای محترم هیات مدیره انجمن، کمیته علمی همایش و همکاران عزیز و گرامی کمیته اجرایی نهایت تشکر را دارم. برگزاری یک همایش علمی حاصل کار یک نفر یا یک گروه نیست؛ حاصل همراهی جامعه‌ای است که با وجود همه دشواری‌ها، همچنان برای یادگیری، پژوهش و ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران تلاش می‌کند.

امیدوارم مباحث و گفت‌وگوهای این همایش، به همه ما کمک کند تا در فهم بهتر این دوران و در کار بالینی خود توانمندتر شویم و شاید با نگاه‌ها و ایده‌های تازه‌تری به کار حرفه‌ای خود بازگردیم. از حضور و همراهی ارزشمند همه همکاران گرامی سپاسگزارم و امیدوارم از این چند روز، علاوه بر آموخته‌های علمی، خاطره‌ای خوب از با هم بودن نیز برایمان باقی بماند.

با احترام و سپاس
دکتر فرناز اعتصام

پیام دبیر اجرایی همایش:



یک سال تلاش، یک همدلی جمعی و یک هدف مشترک

برگزاری یک همایش علمی، فراتر از کنار هم قرار گرفتن سخنرانی‌ها، نشست‌ها و کارگاه‌هاست. آنچه یک رویداد علمی را شکل می‌دهد، مجموعه‌ای از اندیشه‌ها، تلاش‌ها، هماهنگی‌ها و همراهی‌هایی است که بخش عمده آن دور از نگاه شرکت‌کنندگان و در طول ماه‌های متمادی صورت می‌گیرد. چهل و دومین همایش سالانه انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، با محوریت «روان‌پزشکی در زمانه ناپایدار»، حاصل نزدیک به یک سال برنامه‌ریزی مستمر، گفت‌وگو، تصمیم‌گیری و تلاش جمعی است؛ تلاشی که در شرایط دشوار و گاه پیش‌بینی‌ناپذیر، با تعهد حرفه‌ای و احساس مسئولیت همکاران ادامه یافت تا فرصتی برای گردهمایی علمی، تبادل تجربه و تقویت پیوندهای حرفه‌ای جامعه روان‌پزشکی کشور فراهم شود. در این مسیر، افتخار داشتیم که در کنار تیمی نزدیک به سی نفر از همکاران پرتلاش و مسئولیت‌پذیر فعالیت کنیم؛ همکارانی که هر یک در حوزه‌ای از برنامه‌ریزی، هماهنگی، امور اجرایی، پشتیبانی، اطلاع‌رسانی و برگزاری همایش نقش‌آفرینی کردند. تجربه این یک سال بار دیگر به من آموخت که موفقیت یک رویداد بزرگ، بیش از هر چیز، حاصل کار گروهی، اعتماد متقابل و پذیرش مسئولیت مشترک است.

در روزگاری که ناپایداری و عدم قطعیت به بخشی از تجربه روزمره ما تبدیل شده است، استمرار چنین همکاری‌هایی معنایی فراتر از انجام یک وظیفه اجرایی دارد. شاید یکی از مهم‌ترین پاسخ‌های ما به ناپایداری، توانایی کنار هم ماندن، گفت‌وگو کردن و ساختن فرصت‌های مشترک باشد. همان‌گونه که در حرفه روان‌پزشکی بر اهمیت ارتباط انسانی، همدلی و تاب‌آوری تأکید می‌کنیم، در مسیر برگزاری این همایش نیز ارزش این مفاهیم را در عمل تجربه کردیم.

بر خود لازم می‌دانم از جناب آقای دکتر وحید شریعت، رئیس محترم انجمن و رئیس همایش، سرکار خانم دکتر فرناز اعتصام، دبیر علمی همایش، اعضای محترم هیئت‌مدیره انجمن، کمیته همایش، سخنرانان، دبیرخانه و تمامی همکارانی که در مراحل مختلف این رویداد همراه ما بودند، صمیمانه قدردانی کنم.

اما سپاس ویژه من تقدیم اعضای تیم اجرایی همایش است؛ همکارانی که با صبوری، پشتکار و احساس تعلق، بار مسئولیت‌های متعدد را بر دوش کشیدند و حتی در دشوارترین روزها از تلاش بازنايستادند. بسیاری از زحمات آنان شاید در روزهای برگزاری همایش دیده نشود، اما بی‌تردید در کیفیت و موفقیت آن نقشی تعیین‌کننده دارد.

امیدوارم این همایش، علاوه بر دستاوردهای علمی و حرفه‌ای، فرصتی برای تجدید دیدار، تقویت همبستگی و یادآوری این حقیقت باشد که در زمانه ناپایدار نیز می‌توان با اتکا به دانش، گفت‌وگو و همکاری، افق‌های تازه‌ای گشود.

در پایان، از همه شرکت‌کنندگان و همراهان این رویداد سپاسگزارم و امیدوارم حاصل این تلاش جمعی، گامی هرچند کوچک در مسیر ارتقای سلامت روان جامعه و تقویت جایگاه علمی و حرفه‌ای روان‌پزشکی ایران باشد.

دکتر احمد احمدی‌پور

دبیر اجرایی همایش



چکیده سخنرانی کلیدی

تحول مفهوم تروما در گذر زمان

امیر شعبانی، استاد گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مفهوم تروما در طول تاریخ، هم در معنای خود و هم در شیوه‌های تفسیر و به رسمیت شناختن آن، دستخوش تحولات اساسی شده است. رنج روانی ناشی از جنگ، حوادث و خشونت همواره وجود داشته، اما تبیین آن یکسان نبوده است. در دوره‌هایی، این رنج با مفاهیمی چون نوستالژی (دل‌تنگی برای وطن)، بزدلی و ضعف اراده توضیح داده می‌شد؛ در دوره‌هایی دیگر، نبود آسیب جسمانی آشکار، اعتبار تجربه فرد را زیر سؤال می‌برد. در قرن نوزدهم، بحث درباره بیماری‌های قلبی مرتبط با جنگ و سپس «نخاع راه‌آهن» (railway spine) و نوروز غرامت (compensation neurosis)، پرسش از رابطه آسیب جسمانی و پیامدهای روان‌شناختی را مطرح کرد. جنگ‌های جهانی و پدیده Shell Shock این پرسش را به چالشی جدی برای پزشکی و ارتش تبدیل کردند. با این حال، مقاومت در برابر پذیرش آسیب روانی ادامه یافت؛ از تفسیر علائم به عنوان ضعف شخصیتی تا تأکید بر تاب‌آوری نامحدود (unlimited resilience) مغز سالم. مسیر منتهی به تشخیص اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در DSM-III، صرفاً حاصل پیشرفت علمی نبود؛ تجربه سربازان، جنبش‌های اجتماعی، فعالیت بازماندگان جنگ و تغییر نگرش عمومی نیز در آن نقش داشتند.

در دهه‌های بعد، توجه از میدان جنگ به خشونت خانگی، تجاوز جنسی، آزار کودکان و روابط نابرابر قدرت گسترش یافت. این تحول نشان داد که آسیب می‌تواند در روابطی رخ دهد که انتظار می‌رود منشأ امنیت و اعتماد باشند. اما تحول مفهوم تروما تنها به پزشکی و روان‌پزشکی محدود نماند. آلیدا آسمن تحول حافظه فرهنگی را در پیوند با تغییر نگرش جوامع به گذشته بررسی می‌کند. در مراحل اولیه، گذشته عمدتاً از طریق دین و تبارشناسی معنا می‌یافت؛ سپس، با شکل‌گیری دولت-ملت‌های مدرن، تاریخ به منبعی برای افتخار ملی و تقویت هویت جمعی تبدیل شد. در گفتمان پسااستعماری، توجه بیشتری به تجربه سلطه، خشونت و رنج گروه‌هایی معطوف شد که روایت رسمی تاریخ اغلب صدای آنها را نادیده گرفته بود. در دوران معاصر، «فرهنگ حافظه» بر ضرورت یادآوری و بازاندیشی انتقادی گذشته تأکید می‌کند. در این تحول، روایت قهرمانانه و افتخارآمیز تاریخ به تدریج در کنار روایت‌های تراژیک شکست، قربانی شدن و رنج قرار می‌گیرد؛ روایت‌هایی که پیش‌تر ممکن بود به حاشیه رانده شوند. در سطحی دیگر، سیر به رسمیت شناختن تروما را می‌توان از شناسایی پزشکی آن در دهه ۱۹۸۰ به بازشناسی اجتماعی و سیاسی آن در دهه ۱۹۹۰ پی گرفت؛ جایی که رنج دیگر صرفاً مسئله‌ای فردی یا بالینی نیست و به حافظه، هویت و مسئولیت جمعی پیوند می‌خورد.

با این حال، گسترش مفهوم تروما پرسش‌های انتقادی تازه‌ای پدید آورده است: آیا تروما واقعی است یا مفهومی است که در بستر تاریخ و جامعه شکل می‌گیرد؟ تشخیص روان‌پزشکی تا چه حد به فهم رنج کمک می‌کند و چه زمانی به پزشکی‌سازی تجربه‌های اجتماعی و سیاسی می‌انجامد؟ این پرسش‌ها، بدون انکار واقعیت رنج افراد، ضرورت بررسی انتقادی مفاهیم و کاربردهای آنها را یادآور می‌شوند. گسترش مفهوم تروما به ابعاد خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی، تاریخی و بین‌نسلی، امکان فهم صورت‌هایی از رنج را فراهم کرده است که پیش‌تر کمتر دیده یا به رسمیت شناخته می‌شدند. در این چشم‌انداز، حافظه جمعی، انتقال تجربه‌های دردناک، سکوت جمعی قربانیان، بی‌عدالتی معرفتی (epistemic injustice) و خیانت نهادی (institutional betrayal)، همگی در فهم و پیامدهای تروما اهمیت می‌یابند.

اما این گسترش، خطر دیگری نیز در پی دارد: «ابتذال تروما». هرچه این مفهوم فراگیرتر می‌شود، احتمال آن نیز افزایش می‌یابد که به جای روشن کردن ابعاد مختلف رنج، جایگزین نام‌گذاری دقیق آنها شود؛ یا زبان مراقبت، سلامت روان و رفاه، بدون تغییر شرایط مولد رنج، به ابزاری برای پوشاندن واقعیت تبدیل شود. پزشکی‌سازی (medicalization) و روان‌شناسی‌سازی (psychologization) تجربه‌های اجتماعی، برجسب‌زنی (stigmatization)، رفاه‌نمایی (wellbeing-washing) و سوگواری‌نمایی (grief-washing)، از جمله جلوه‌های این خطرند. بنابراین، چالش امروز فقط به رسمیت شناختن تروما نیست؛ بلکه فهم دقیق آن دربرگیرنده حفظ تمایز میان صورت‌های گوناگون رنج و جلوگیری از مصادره زبان مراقبت و رفاه است. زبان تروما زمانی به فهم رنج کمک می‌کند که جایگزین دیدن واقعیت، شنیدن صدای آسیب‌دیدگان و تغییر شرایط آسیب‌زا نشود.



چکیده سمپوزیوم‌ها

سمپوزیوم «آموزش روان‌پزشکی جامعه‌نگر در ایران»
«نقاط قوت، ظرفیت‌های استفاده نشده/نقاط ضعف و چالش‌های موجود»

دکتر همایون امینی، دکتر مریم رسولیان، دکتر محمدرضا شالبافان،
دکتر مریم طباطبایی، دکتر زهرا میرسپاسی

برنامه آموزش روان‌پزشکی جامعه‌نگر از سال‌ها پیش به عنوان یکی از دوره‌های چرخشی دستیاری روان‌پزشکی در ایران تصویب شده و در حال اجراء است. با این حال، پس از سال‌ها اجراء، پرسش اساسی این است: آیا این برنامه به اهداف خود رسیده است؟ برخی معتقدند ظرفیت‌های عظیمی در این برنامه وجود دارد که همچنان استفاده نشده باقی مانده است. برخی دیگر معتقدند موانع ساختاری و ریشه‌ای به گونه‌ای است که بدون رفع آنها، هرگونه تلاش برای بهبود موفقیت‌آمیز نخواهد بود. در این پنل، دو گروه از خبرگان باتجربه و صاحب‌نظر در این حوزه از منظر خود به این پرسش پاسخ خواهند داد.

گروه اول: نقاط قوت موجود و ظرفیت‌های استفاده نشده/ برنامه فعلی، زیرساختی ارزشمند برای آینده است
۱. نقاط قوت موجود

الف) وجود نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

برنامه آموزش روان‌پزشکی جامعه‌نگر ایران بر بستر نظام نسبتاً موفق ادغام سلامت روان در مراقبت‌های اولیه (PHC) طراحی شده است که از سال ۱۳۶۷ آغاز شد و یکی از الگوهای منطقه به شمار می‌رود. این هماهنگی، دستیاران را از همان ابتدا با زبان و منطق نظام سلامت عمومی آشنا می‌کند.

ب) تنوع محیط‌های آموزشی موجود

آموزش عملی برنامه‌های روان‌پزشکی جامعه‌نگر در سراسر جهان بسیار متنوع است و این تنوع تا حد زیادی وابسته به نیازها و خدمات جامعه‌نگر موجود در هر دانشگاه و کشور است. برنامه ایران نیز از این تنوع برخوردار است و دستیاران در مراکز سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC) یا مراکز خدمات جامع سلامت روان و اجتماعی (سراج)، ویزیت در منزل و همکاری با تیم‌های چندرشته‌ای مشارکت دارند.

ج) کار تیمی بین‌رشته‌ای به عنوان یک اصل

در اکثر برنامه‌های موفق جهان، ارائه خدمات به صورت تیمی با همکاری دیگر کارکنان بهداشتی و درمانی یک اصل است. برنامه ایران نیز این تا حدی این اصل را در خود دارد و دستیاران با مددکاران اجتماعی، روانشناسان و کاردرمانگران و گاه پزشکان عمومی همکاری می‌کنند.

د) وجود برنامه درسی نظری مدون

در اغلب برنامه‌های موفق بین‌المللی، دروس نظری مدونی برنامه‌ریزی شده است. برنامه ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست و جلسات آموزشی نظری در کنار کارآموزی عملی ارائه می‌شود.

ه) دستاوردهای قابل توجه در زیرساخت‌ها

ارزیابی عملکرد مراکز سراج یا CMHC در ایران نشان می‌دهد که دستاوردهای قابل توجهی در فراهم‌آوری زیرساخت‌ها و اجرای برنامه سلامت روان جامعه‌نگر فراهم کرده است.



۲. ظرفیت‌های استفاده نشده

الف) ظرفیت شبکه گسترده بهداشتی درمانی

ایران دارای یکی از گسترده‌ترین شبکه‌های بهداشتی در منطقه است. این ظرفیت عظیم می‌تواند به محیطی غنی برای آموزش عملی دستیاران تبدیل شود.

ب) ظرفیت برنامه سراج (خدمات جامع سلامت روان و اجتماعی)

برنامه سراج که در مناطق مختلف ایران اجرا شده، بستر آموزشی گسترده‌ای را برای ارائه‌دهندگان خدمات در سطوح مختلف فراهم کرده است. این برنامه می‌تواند به عنوان بستری برای آموزش دستیاران در سطح منطقه مورد استفاده قرار گیرد.

ج) ظرفیت همکاری بین‌بخشی

با وجود چالش‌ها، ظرفیت قابل توجهی برای همکاری بین دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان بهزیستی، سازمان‌های مردم‌نهاد، آموزش و پرورش وجود دارد که می‌تواند محیط آموزشی غنی‌تری برای دستیاران فراهم کند.

د) ظرفیت پژوهشی

این ظرفیت در برنامه ایران وجود دارد اما به طور کامل استفاده نشده است.

گروه دوم: مشکلات ریشه‌ای، موانع و چالش‌های جدی/موانع ساختاری، برنامه را از رسیدن به اهداف بازمی‌دارد

۱. مشکلات نظام سلامت

الف) موانع جدی پیاده‌سازی برنامه‌های سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه

در کشورهای در حال توسعه، چالش‌هایی مانند منابع محدود، حجم زیاد کاغذکاری، محدودیت در دسترسی و موانع ارتباطی وجود دارد که در ایران نیز قابل مشاهده است. موانع اصلی برای اجرای مؤثر برنامه‌های سلامت روان در نظام PHC شامل محدودیت‌های انسانی، کمبودهای زیرساختی، موانع فرهنگی و اجتماعی و چالش‌های نهادی و سیستمی است.

ب) سیستم‌های اطلاعاتی ضعیف و شاخص‌های عملکرد غیرواقع‌گرایانه

سیستم‌های داده ضعیف و شاخص‌های عملکرد غیرواقع‌گرایانه از موانع نهادی است. همچنین ضعف سیستم غربالگری و ارجاع نیز یکی از محدودیت‌ها است. این مسئله ارزشیابی دقیق عملکرد برنامه‌ها و آموزش دستیاران را با مشکل مواجه می‌کند.

ج) آشفتگی و بی‌ثباتی نظام سلامت در سال‌های اخیر

در سال‌های اخیر، نظام سلامت کشور با سطح قابل توجهی از آشفتگی، بی‌ثباتی مدیریتی، فرسودگی نیروی انسانی، محدودیت منابع و کاهش پیش‌بینی‌پذیری در سیاست‌گذاری و اجرا مواجه بوده است. این شرایط، برنامه‌های طولانی‌مدت و نیازمند هماهنگی بین‌بخشی، از جمله آموزش روانپزشکی جامعه‌نگر، را به شدت تحت تأثیر قرار داده است. آموزش جامعه‌نگر مستلزم تداوم، اعتماد سازمانی، همکاری پایدار میان دانشگاه، شبکه بهداشت، مراکز اجتماعی و نهادهای حمایتی است؛ اما وقتی نظام سلامت درگیر تغییرات مکرر، فشارهای اقتصادی، کمبود نیرو و اولویت‌های فوری‌تر می‌شود، چنین برنامه‌هایی اغلب به حاشیه رانده می‌شوند. در نتیجه، حتی اگر ظرفیت‌های نظری و ساختاری مناسبی وجود داشته باشد، نبود ثبات اجرایی مانع از تبدیل این ظرفیت‌ها به تجربه آموزشی مؤثر و پایدار برای دستیاران می‌شود.

د) فقدان مشوق‌ها و پاداش‌های مالی کافی برای جذب اعضای هیئت علمی جوان

یکی دیگر از چالش‌های مهم، نبود مشوق‌های مالی و حرفه‌ای کافی برای اعضای هیئت علمی جوان جهت ورود و ماندگاری در حوزه روانپزشکی جامعه‌نگر است. فعالیت در این حوزه معمولاً زمان‌بر، چندبعدی و نیازمند حضور در محیط‌های خارج از بیمارستان، هماهنگی بین‌بخشی، کار تیمی، پیگیری بیماران در جامعه و مشارکت در طراحی و ارزشیابی برنامه‌های خدماتی است؛ با این حال، این فعالیت‌ها در بسیاری از موارد بازتاب کافی در نظام پرداخت، ارتقای علمی، امتیازدهی آموزشی یا اعتبار حرفه‌ای ندارند. در چنین شرایطی، اعضای هیئت علمی جوان ممکن است به‌طور طبیعی به سمت فعالیت‌های بیمارستانی، درمان‌های فردمحور یا مسیرهایی حرکت کنند که از نظر مالی، پژوهشی و ارتقای شغلی بازده روشن‌تری دارند. بدون طراحی مشوق‌های مشخص، از جمله حمایت مالی، امتیاز آموزشی و پژوهشی، فرصت‌های ارتقا و به رسمیت شناختن نقش‌های جامعه‌نگر، انتظار گسترش پایدار این حوزه در آموزش روانپزشکی واقع‌بینانه نخواهد بود.



ه) چالش در جذب و همکاری پزشکان عمومی

یکی از چالش‌های موجود در مراکز CMHC در ایران موانع موجود در جذب پزشکان عمومی بیشتر به این برنامه‌هاست. این مسئله مستقیماً بر آموزش دستیاران و نحوه همکاری آنها با پزشکان عمومی تأثیر می‌گذارد.

و) توجه ناکافی در برنامه‌های اعتباربخشی وزارت بهداشت و هیات‌بورد روان‌پزشکی به دوره چرخشی جامعه‌نگر

به نظر می‌رسد معاونت آموزشی وزارت بهداشت و هیات‌ممتحنه روان‌پزشکی در ارزیابی‌های دوره‌ای بخش‌های تربیت‌کننده دستیار و اعتباربخشی آنها به اندازه کافی بر کیفیت ارایه دوره چرخشی جامعه‌نگر در مقایسه با سایر دوره‌های چرخشی تأکید نمی‌کنند. این رویکرد موجب شده برخی گروه‌های روان‌پزشکی نیز به آموزش روان‌پزشکی جامعه‌نگر کم‌توجه باشند.

ز) جریان غالب آموزش روان‌پزشکی مبتنی بر خدمات بیمارستانی است.

در حال حاضر جریان غالب آموزش روان‌پزشکی مبتنی بر خدمات بیمارستانی است و جهت جامعه‌نگر ندارد. این رویکرد در فضای فیزیکی، مدل پرداخت، پوشش بیمه‌ای و نیروی انسانی غلبه و ریشه دارد. تغییر این جریان به آسانی میسر نیست و گرچه در کلام از رویکرد جامعه‌نگر یاد می‌شود ولی در عمل، مقاومت به تغییر، جدی است.

۲. سایر اشکالات

الف) مدت کوتاه دوره و عدم استانداردسازی

اگرچه در اغلب برنامه‌های موفق بین‌المللی دروس نظری مدونی برنامه‌ریزی شده است. برنامه نظری در ایران از ساختار یکپارچه و استاندارد در تمام دانشگاه‌ها برخوردار نیست و این امر کیفیت آموزش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آموزش عملی برنامه‌های روانپزشکی جامعه‌نگر در دانشگاه‌های مختلف بسیار متنوع است، چه در نوع آموزش‌های عملی، چه در مدت و زمان ارائه آن. به نظر می‌رسد دوره سه‌ماهه اجباری برای آموزش جامع مهارت‌های جامعه‌نگر کافی نیست.

ب) فقدان ارزشیابی استاندارد و طولی شایستگی‌ها

روش‌های ارزشیابی در آموزش روانپزشکی عمومی و جامعه‌نگر بسیار متنوع است و فقدان ارزیابی‌های استاندارد و طولی، سنجش شایستگی را با چالش جدی مواجه کرده است. در ایران نیز ابزارهای ارزشیابی معتبر و استاندارد برای سنجش شایستگی‌های کسب‌شده توسط دستیاران به طور نظام‌مند به کار گرفته نمی‌شود.

ج) تمرکز ناکافی بر مهارت‌های رهبری و مدیریت

برنامه‌های موفق بین‌المللی بر آموزش مهارت‌های رهبری و مدیریت در کنار مهارت‌های بالینی تأکید دارند. برنامه درسی باید تکنیک‌های نظارتی، مدیریتی و مشاوره جامعه را در خود بگنجاند. این بخش در برنامه ایران کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

د) انگ اجتماعی و کمبود آگاهی عمومی

انگ اجتماعی و آگاهی عمومی پایین از موانع اصلی اجرای برنامه‌های سلامت روان در جامعه است. دستیاران در محیطی کار می‌کنند که با مقاومت بیماران و خانواده‌ها مواجه است.

ه) تأثیر فرهنگ و نگرش‌های محلی

فرهنگ و نگرش‌های موجود در هر شهر می‌تواند بر اثربخشی برنامه تأثیر گذارد. این تنوع فرهنگی، استانداردسازی برنامه آموزشی را در سطح ملی دشوار می‌کند.

در این پل، دو دیدگاه ارایه شد. از یک سو بر نقاط قوت موجود مانند بستر نظام شبکه بهداشتی، تنوع محیط‌های آموزشی و کار تیمی بین‌رشته‌ای تأکید شد و از ظرفیت‌های استفاده‌نشده‌ای مانند شبکه بهداشتی درمانی و برنامه سراج سخن گفته شد.

از سوی دیگر موانع ریشه‌ای برشمرده شدند، مانند: کوتاهی مدت دوره، فقدان استانداردسازی، ضعف در ارزشیابی شایستگی‌ها، غلبه رویکرد بیمارستانی در آموزش روان‌پزشکی، واکنش‌های منفی دستیاران، کمبود منابع و موانع فرهنگی و سیستمی.

می‌توان نتیجه‌گیری کرد که نقاط قوت موجود و ظرفیت‌های استفاده‌نشده، به شرط رفع موانع ریشه‌ای، می‌توانند برنامه را به سطح قابل قبولی ارتقا دهند. اما بدون توجه جدی به موانع ساختاری، هرگونه تلاش برای بهبود، سطحی و ناکارآمد یا اتر خواهد بود.



چالش‌های آموزش روان‌پزشکی جامعه‌نگر در ایران: شکاف میان اهداف آموزشی و واقعیت نظام سلامت

دکتر مریم طباطبایی مطلق، دانشیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روان‌پزشکی روزه، تهران، ایران
دکتر زهرا میرسپاسی، دانشیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روان‌پزشکی روزه، تهران، ایران

زمینه: روان‌پزشکی جامعه‌نگر بر مراقبت جامع و فردمحور، تداوم درمان، پیشگیری از عود، توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان و همکاری بین‌بخشی تأکید دارد. با وجود این، آموزش نظری این مفاهیم به دستیاران، به تنهایی ضامن به کارگیری آن‌ها نمی‌باشد. هدف: در این ارائه چالش‌های آموزش روان‌پزشکی جامعه‌نگر در جهان و ایران، با تمرکز بر ارتباط میان اهداف آموزشی، ساختار نظام سلامت و ارزیابی توانمندی حرفه‌ای انجام می‌شود.

محتوا: ابتدا، توانمندی مورد انتظار در زمینه مراقبت جامعه‌نگر، پیشگیری و تداوم درمان، همکاری با مراقبت‌های اولیه و تیم‌های چندرشته‌ای، شناخت نیازهای جامعه و طراحی و ارزیابی خدمات مرور می‌شود. سپس، موانعی نظیر محیط آموزشی بیمارستان‌محور، محدودیت فرصت‌های یادگیری عملی در جامعه، ضعف ارتباط بیمارستان و جامعه، کمبود خدمات توان‌بخشی و حمایت اجتماعی، و ابهام در نقش هماهنگ‌کننده مراقبت بررسی خواهد شد. همچنین، بی‌ثباتی نظام سلامت و تأثیر آن بر آموزش مورد توجه قرار می‌گیرد؛ از جمله تغییرات مکرر مدیریتی، کاهش پیش‌بینی‌پذیری سیاست‌گذاری، غلبه اولویت‌های فوری در شرایط بحران، اختلال در تداوم برنامه‌ها و انتقال دانش و تجربه، و دشواری انباشت تجربه و حفظ حافظه سازمانی. ناپایداری همکاری میان دانشگاه‌ها، شبکه‌های بهداشتی، سازمان‌های مردم‌نهاد و انجمن‌ها، در کنار محدودیت منابع انسانی و زیرساختی و فرسودگی کارکنان، از دیگر محورهای بحث است. در نهایت، شکاف میان اهداف آموزشی، امکانات واقعی خدمات و شیوه‌های ارزیابی توانمندی‌ها مطرح می‌شود.

نتیجه‌گیری: تقویت آموزش روان‌پزشکی جامعه‌نگر مستلزم اصلاح محتوای آموزشی و فراهم کردن فرصت‌های یادگیری عملی، نظارت مناسب، همکاری پایدار بین‌بخشی و ارزیابی توانمندی‌های کاربردی است. پرسش محوری این است که چگونه می‌توان آموزش پایدار و اثربخش را در نظامی با منابع محدود و تغییرات مکرر تضمین کرد.

واژگان کلیدی: روان‌پزشکی جامعه‌نگر؛ آموزش دستیار روان‌پزشکی؛ نظام سلامت؛ همکاری بین‌بخشی؛ توانمندی حرفه‌ای.



چهل و دومین همایش سالانه
انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

روان‌پزشکی
در زمانه نابایدار

Challenges in Community Psychiatry Training in Iran: The Gap Between Educational Goals and the Health System

Dr Maryam Tabatabaee, Associate Professor of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Psychiatric Hospital, Tehran, Iran

Dr Zahra Mirsepassi, Associate Professor of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Psychiatric Hospital, Tehran, Iran

Background: Community psychiatry emphasises comprehensive, person-centred care, continuity of treatment, relapse prevention, social determinants of mental health, and intersectoral collaboration. However, teaching these principles does not necessarily ensure that psychiatry residents can apply them in real-world mental health services.

Objective: This presentation examines challenges in community psychiatry training internationally and in Iran, focusing on the relationship between educational objectives, health system structures, and opportunities to acquire and assess professional competencies.

Content: The presentation outlines expected competencies in community-based care, prevention and continuity of care, collaboration with primary care and multidisciplinary teams, community needs assessment, and service planning and evaluation. It then considers barriers such as hospital-centred training, limited practical learning opportunities in community settings, inadequate integration between hospital and community care, challenges regarding rehabilitation and social resources, and unclear role of casemanagers. Particular attention is given to health system instability and its implications for training. Frequent leadership changes, unpredictable policymaking, the dominance of immediate priorities during recurrent crises, and disruptions to programme continuity and knowledge transfer may undermine organisational memory and the accumulation of implementation experience. Unstable collaboration and trust between universities, primary healthcare networks, non-governmental organisations, and professional associations may further constrain institution-building and capacity development. Limited human and infrastructural resources, alongside staff burnout, add to these challenges. The presentation also discusses the mismatch between educational objectives, available educational environments, and approaches to competency assessment.

Conclusion: Strengthening community psychiatry training requires more than curricular revision. It calls for authentic practical learning opportunities, appropriate supervision, sustained intersectoral partnerships, and assessment of applied competencies. A central question is how to ensure consistent and effective training within a health system characterised by resource constraints and recurrent organisational changes.

Keywords: Community psychiatry; psychiatry residency training; health system; intersectoral collaboration; professional competencies.



سمپوزیوم ترومای جمعی و بازتوانی آن از منظر روانپزشکی اجتماعی

دکتر حسن رفیعی، دکتر حسین راغفر، دکتر سعید مدنی،

دکتر فرید فدایی، دکتر حسن فلاح‌پور

ترومای جمعی (mass trauma, collective trauma, population trauma) جمع جبری تروماهای فردی نیست، بلکه مشکلی اجتماعی فراتر از سطح فردی است که آسایش، هویت و پیوندهای درونی جامعه را مختل می‌کند. این سمپوزیوم با هدف روشن‌سازی مرزها و هم‌پوشانیهای ترومای فردی و جمعی، تحلیل تعیین‌کننده‌های اجتماعی و اقتصادی آن، و بحثی در مداخلات کلان برای التیام آن برگزار می‌شود. محورهای نشست از این قرارند:

تعریف، توصیف، و اپیدمیولوژی ترومای جمعی؛

نقش عوامل اقتصادی (مثل فقر، نابرابری، و بی‌کاری) در تشدید آثار ترومای جمعی؛

نقش عوامل اجتماعی (مثل تبعیض، استبداد، و رسانه‌های عمومی) در تشدید آثار ترومای جمعی؛

بررسی پیوند جنگ و خشونت سیستماتیک با خودکشی؛

مداخلات کلان اجتماعی برای بازتوانی جامعه‌ی آزرده از ترومای جمعی (از جمله سیاست‌گذاری، حقیقت‌یابی، بازسازی نهادها، و تسهیل سوگواری جمعی).

سخنرانان از دیدگاههای بین‌رشته‌ای (شامل روانپزشکی اجتماعی، علوم اجتماعی، و اقتصاد کلان) شواهد پژوهشی و تجارب عملی را ترکیب خواهند کرد تا راهکارهایی مبتنی بر شواهد و در سطح کلان اجتماعی برای بازتوانی جامعه‌ی زخم‌دیده از خشونت‌های داخلی و تجاوز خارجی پیشنهاد شود. مداخلات سطح کلان از آن رو اهمیت دارند که بدون آنها اقدامات سطح فردی تنها در حد درمان علامتی مؤثر واقع خواهند شد. این سمپوزیوم برای روانپزشکان و دیگر پژوهشگران، بالینگران، و سیاست‌گذاران مرتبط با سلامت روانی-اجتماعی، فرصتی برای بازاندیشی در این مشکل اجتماعی و راههای کنترل آن فراهم می‌آورد.



سمپوزیوم رویکردهای نوین درمان وسواس و اختلالات مرتبط

دکتر سیدوحید شریعت، دکتر فاطمه رنجبر، دکتر محمدرضا شالبافان
دکتر زهرا میرسپاسی، دکتر زهرا مشایخی

وسواس اجباری و اختلالات مرتبط از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌پزشکی هستند که مدیریت درمانی آن‌ها، به‌ویژه در موارد مقاوم به درمان، همراه با همبودی‌های روان‌پزشکی و در گروه‌های سنی مختلف، همچنان با چالش‌های بالینی متعددی همراه است. پیشرفت شواهد پژوهشی در سال‌های اخیر، افق‌های جدیدی را در دارودرمانی و درمان‌های نوین این اختلالات گشوده است.

این سمپوزیوم با رویکردی مبتنی بر شواهد، به مرور راهبردهای نوین درمان اختلال وسواس اجباری و اختلالات مرتبط بر اساس طبقه‌بندی DSM-5-TR می‌پردازد و ضمن بررسی درمان دارویی اختلالات اصلی این طیف، مدیریت همبودی‌های روان‌پزشکی، ملاحظات درمانی در کودکان و نوجوانان و جایگاه تحریکات مغزی در موارد مقاوم به درمان را مرور خواهد کرد. هدف این سمپوزیوم، ارتقای تصمیم‌گیری بالینی و ارائه به‌روزترین شواهد در مدیریت درمانی این اختلالات است.

دکتر محمدرضا شالبافان

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

درمان دارویی اختلال وسواس اجباری

دکتر فاطمه رنجبر

استاد دانشگاه علوم پزشکی تبریز

درمان دارویی اختلالات مرتبط با وسواس

دکتر زهرا میرسپاسی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

مدیریت دارویی وسواس همراه با اختلالات همبود: تصمیم‌گیری بالینی مبتنی بر شواهد

دکتر زهرا مشایخی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

درمان اختلال وسواس اجباری در کودکان و نوجوانان: شواهد، چالش‌ها و ملاحظات بالینی

دکتر سیدوحید شریعت

استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران

تحریکات مغزی در اختلال وسواس مقاوم به درمان



درمان دارویی اختلالات مرتبط با وسواسی جبری

دکتر فاطمه رنجبر

مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

زمینه: اختلالات مرتبط با وسواسی جبری با اشتغال ذهنی، رفتارهای تکراری و اختلال عملکرد همراه است. با این حال، شواهد دارودرمانی در آن‌ها یکسان نیست. تعمیم پاسخ درمانی اختلال وسواسی جبری به این اختلالات می‌تواند به تجویزهای نامناسب منجر شود. درمان‌های رفتاری همچنان در درمان این اختلالات جایگاهی محوری دارند.

هدف ارائه: مرور کاربردی شواهد دارودرمانی body dysmorphic disorder, trichotillomania, skin-picking disorder, hoarding disorder, olfactory reference disorder, and obsessional jealousy، با تأکید بر انتخاب درمان، محدودیت شواهد، ارزیابی پاسخ و ملاحظات ایمنی می‌باشد.

محتوا: در Body dysmorphic disorder، مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین بیشترین پشتوانه دارویی را دارند و حتی در باورهای هذیانی نیز انتخاب اولیه محسوب می‌شوند؛ کلومیپرامین جایگزینی با نیاز بیشتر به پایش است. در Skin- و Trichotillomania picking disorder، ان‌استیل‌سیستئین دارای شواهد کارآزمایی تصادفی شده است، درحالی‌که نتایج آن در Trichotillomania کودکان مثبت نبوده است. ممانتین برای Trichotillomania امیدوارکننده است، اما شواهد آن محدود و در Skin-picking disorder نااهمگون است. اولانزاپین با کلومیپرامین در Skin-picking disorder مقاوم، پس از سنجش سود و زیان، مطرح می‌شوند. برای Hoarding disorder داروی تثبیت‌شده‌ای وجود ندارد و یافته‌های ونلافاکسین و اتوموکستین مقدماتی‌اند. شواهد Olfactory reference disorder, and Obsessional jealousy عمدتاً محدود است؛ درمان‌های موردی برای فرد با داروهای سروتونرژیک می‌تواند مطرح باشد. بیش ضعیف به‌تنهایی توجیه‌کننده تک‌درمانی با داروهای آنتی‌پسیکوتیک نیست؛ در Obsessional jealousy، افتراق تردید وسواسی از باور هذیانی ضروری است. ارزیابی خطر خودکشی و خشونت، درمان اختلالات همراه و پیگیری علائم اصلی و عملکرد اهمیت دارند.

نتیجه‌گیری: دارودرمانی باید متناسب با تشخیص، کیفیت شواهد و اهداف قابل‌اندازه‌گیری، در کنار درمان رفتاری انتخاب شود. بهبود افسردگی یا اضطراب همراه نباید معادل پاسخ علائم اصلی تلقی شود. تداوم درمان مستلزم سود بالینی مشخص، تحمل‌پذیری مناسب و ارزیابی منظم ایمنی است.

واژگان کلیدی: اختلالات مرتبط با وسواس؛ دارودرمانی؛ بدشکلی بدن؛ وسواس‌کنند مو؛ وسواس‌کنند پوست؛ احتکار



Pharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Related Disorders

Fatemeh Ranjbar

Research center of psychiatry and behavioral sciences,
Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Background: Obsessive-compulsive related disorders involve preoccupations, repetitive behaviors, and functional impairment. Evidence for pharmacotherapy varies considerably across conditions. Extrapolating evidence from obsessive-compulsive related disorder may lead to inappropriate prescribing. Behavioral interventions remain central to management.

Objectives: To provide a practical overview of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder, trichotillomania, skin-picking disorder, hoarding disorder, olfactory reference disorder, and obsessional jealousy, emphasizing evidence limitations, treatment selection, outcome assessment, and safety.

Content: Selective serotonin reuptake inhibitors have the strongest medication support for body dysmorphic disorder and are usual initial choices, including with delusional conviction; clomipramine is an alternative requiring closer monitoring. N-acetylcysteine has randomized trial evidence in adult trichotillomania and skin-picking disorder, whereas pediatric trichotillomania findings were negative. Memantine is promising for trichotillomania, but evidence remains limited and is mixed for skin-picking disorder. Olanzapine or clomipramine may be considered in selected refractory trichotillomania cases after assessing benefits and harms. No medication is established for hoarding disorder; venlafaxine and atomoxetine findings remain preliminary. Evidence for olfactory reference disorder and obsessional jealousy is sparse, supporting individualized consideration of serotonergic treatment rather than firm recommendations. Poor insight alone does not justify antipsychotic monotherapy; obsessional jealousy requires differentiation between obsessive doubt and delusional beliefs. Assessment should address suicidality, partner-directed violence, comorbid disorders, core repetitive symptoms, and functioning.

Conclusion: Pharmacotherapy should be individualized according to diagnosis, evidence quality, and measurable targets, alongside behavioral treatment across all six conditions. Improvement in comorbid depression or anxiety should not be equated with improvement in core symptoms. Treatment continuation requires demonstrable clinical benefit, acceptable tolerability, and regular safety assessment.

Keywords: Obsessive-compulsive related disorders; pharmacotherapy; body dysmorphic disorder; trichotillomania; skin-picking disorder; hoarding disorder; olfactory reference disorder; and obsessional jealousy



درمان اختلال وسواسی - جبری همراه با اختلالات روان‌پزشکی همبود:

چالش‌های بالینی و راهبردهای مبتنی بر شواهد

دکتر زهرا میرسپاسی

گروه روان‌پزشکی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

زمینه: اختلال وسواسی - جبری (OCD) می‌تواند همراه با سایر اختلالات روان‌پزشکی بروز کند. در این شرایط، انتخاب درمان، توالی درمان و مدیریت خطر با پیچیدگی‌های بیشتری همراه می‌شود. اختلالات همبود می‌توانند بر ایمنی، تحمل‌پذیری و امکان اجرای درمان‌های استاندارد و پذیرفته شده در این اختلال تأثیر بگذارند. با این وجود، کیفیت و مستقیم‌بودن شواهد درمانی در اختلالات همبود مختلف یکسان نیست و نمی‌توان توصیه‌های حاصل از مطالعات مربوط به اختلال وسواسی - جبری بدون همبودی را به این بیماران تعمیم داد.

هدف: هدف این سخنرانی، مرور تصمیم‌های مهم بالینی در درمان اختلال وسواسی - جبری همراه با اختلالات روان‌پزشکی همبود، با تأکید بر شرایطی است که وجود اختلال همبود، هدف درمان، ترتیب مداخلات یا ملاحظات ایمنی را تغییر می‌دهد.

محتوای ارائه: در این سخنرانی، ملاحظات درمانی اختلال وسواسی - جبری همراه با اختلالات دوقطبی، تیک، روان‌پریشی، افسردگی و اختلال طیف اوتیسم بررسی می‌شود. در اختلال دوقطبی، اهمیت تثبیت خلق و توجه به خطر تغییر فاز خلقی هنگام استفاده از داروهای سروتونرژیک مطرح خواهد شد. در اختلال وسواسی - جبری همراه با تیک، جایگاه محدود و انتخابی تقویت درمان با آنتی‌سایکوتیک‌ها بررسی می‌شود. در اختلالات روان‌پریشی، افتراق وسواس و اجبار از هذیان، رفتارهای مرتبط با توهم و سایر پدیده‌های روان‌پریشی اهمیت ویژه دارد. همچنین، علائم وسواسی مرتبط با کلوزاپین از نظر مکانیسم‌های احتمالی، رابطه زمانی با درمان، تداخلات دارویی و ضرورت حفظ کنترل روان‌پریشی مورد بحث قرار می‌گیرد. تأثیر افسردگی و ویژگی‌های مرتبط با اوتیسم بر برنامه‌ریزی درمان و اجرای مداخلات روان‌شناختی نیز بررسی خواهد شد. در سراسر ارائه، شواهد مستقیم پژوهشی از اجماع خبرگان و استنباط بالینی تفکیک می‌شود.

نتیجه‌گیری: همبودی زمانی بر روند درمان اختلال وسواسی - جبری اثر بگذارد که هدف، توالی، خطر یا امکان اجرای مداخله را تغییر دهد.

واژگان کلیدی: اختلال وسواسی - جبری؛ اختلالات روان‌پزشکی همبود؛ درمان؛ روان‌پریشی؛ کلوزاپین؛ روان‌پزشکی مبتنی بر شواهد.



Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder with Comorbid Psychiatric Disorders: Clinical Challenges and Evidence-Based Strategies

Zahra Mirsepassi, MD, Department of Psychiatry, Roozbeh Hospital,
Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Background: Obsessive-compulsive disorder (OCD) frequently co-occurs with other psychiatric disorders. Comorbidity may substantially alter treatment selection, sequencing, safety, and the feasibility of psychological interventions. However, the availability and quality of treatment evidence vary across comorbid conditions, and findings from studies of uncomplicated OCD cannot always be directly generalized to these populations.

Objective: This presentation aims to examine how psychiatric comorbidity changes clinical decision-making in OCD, with particular emphasis on treatment priorities, medication-related risks, and the strength and applicability of the available evidence.

Content: The presentation reviews clinically relevant treatment challenges in OCD comorbid with bipolar disorder, tic disorders, psychotic disorders, depression, and autism spectrum disorder (ASD). In bipolar disorder comorbid with OCD, the discussion focuses on mood stabilization, the potential risk of mood switching associated with serotonergic treatment, and the limitations of evidence for specific treatment sequences. For OCD comorbid with tic disorder, the selective role of antipsychotic augmentation in treatment-resistant cases is considered. In psychotic disorders and OCD, particular attention is given to differentiating obsessions and compulsions from delusions, overvalued idea, hallucination-related behaviours, and other psychosis-associated phenomena. Clozapine-associated obsessive-compulsive symptoms are discussed in relation to possible mechanisms, temporal associations, pharmacological interactions, and the challenge of managing these symptoms without compromising effective psychosis treatment. The presentation also considers how depression and autism-related characteristics may influence treatment planning and the delivery of psychological interventions. Throughout, direct evidence from comorbid populations is distinguished from expert consensus and extrapolation from studies of OCD or other disorders separately.

Conclusion: Comorbidity should influence OCD treatment when it changes the treatment target, sequence, risk profile, or feasibility of an intervention.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder; psychiatric comorbidity; treatment decision-making; psychosis; clozapine; evidence-based psychiatry.



سمپوزیوم چرخه معیوب عصب‌زیست‌شناختی: اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و اختلالات مصرف مواد در دوران بحران

رویکرد عصب‌زیست‌شناختی نظام‌مند به تشخیص دوگانه:
همبودی PTSD-SUD در محیط‌های بحرانی
دکتر یوسف سمنانی، دانشیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

زمینه و هدف: اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و اختلالات مصرف مواد (SUD) با نرخ فوق‌العاده بالایی به طور هم‌زمان رخ می‌دهند؛ آسیبی که در جمعیت‌های مواجه‌شده با بحران‌های فراگیر، آوارگی یا بلایای طبیعی به شدت تشدید می‌شود. مدل‌های سنتی روان‌پزشکی این دو اختلال را به صورت متوالی و جداگانه درمان می‌کردند، اما شواهد عصب‌زیست‌شناختی جدید نشان می‌دهند که آن‌ها دارای مسیرهای عصبی و نوروشیمیایی کاملاً درهم‌تنیده‌ای هستند.

هدف ارائه: این سخنرانی یک چارچوب عصب‌زیست‌شناختی نظام‌مند برای تشخیص دوگانه PTSD و SUD در شرایط بحران ارائه می‌دهد و پارادایم تشخیصی را از معیارهای طبقه‌بندی سنتی به سمت درک فراتشخیصی مبتنی بر مدارهای مغزی سوق می‌دهد. محتوا: در این جلسه تعاملات دوجانبه میان تروما و وابستگی به مواد، از جمله مسیر خوددارویی، آسیب‌پذیری عصبی القاشده توسط مواد و زمینه‌های ژنتیکی مشترک (مانند تغییرات ژن FKBP5) بررسی می‌شود. با بهره‌گیری از چارچوب RDoC، سه مدار عصبی اصلی معیوب تحلیل می‌شوند: مدار تهدید/ترس فوق‌فعال (بیش‌فعالی آمیگدال همراه با تضعیف مهار پیش‌پیشانی)، مدار پاداش سرکوب‌شده (آنهدونی استریاتوم شکمی) و اختلال در کنترل شناختی. همچنین آبخارهای نوروشیمیایی حاد در محیط‌های بحرانی به‌ویژه طوفان‌های آدرنرژیک مرکزی و تخلیه پپتیدهای درون‌زاد مهارکننده استرس (GABA) و اندورفین‌ها) مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. در نهایت، یک گردش کار بالینی برای غربالگری دوگانه همگانی و تریاز مبتنی بر عصب‌زیست‌شناسی در مراکز بحران پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری: PTSD و SUD دو جلوه متفاوت از یک سیستم پاسخ به استرس عصب‌زیست‌شناختی مشترک هستند. درک این مدارهای زیربنایی برای بالینگران در محیط‌های بحرانی ضروری است تا از کورگره‌های تشخیصی پرهیز کرده و مراقبت‌های یکپارچه و مبتنی بر شواهد را پایه‌گذاری کنند.

واژگان کلیدی: PTSD، اختلال مصرف مواد، عصب‌زیست‌شناسی، تشخیص دوگانه، RDoC، محور HPA، پاسخ به استرس، محیط‌های بحرانی.



مسیرهای عصب‌زیست‌شناختی مشترک: اختلال در تنظیم HPA، اختلال مدار پاداش، عدم تعادل آمیگدال-پیش‌پیشانی و بیومارکرها

دکتر نسترن سامانی، استادیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

زمینه و هدف: هم‌ابتلائی بالای PTSD و اختلالات مصرف مواد (SUD) منعکس‌کننده مکانیسم‌های زیستی مشترک زیربنایی است. شواهد علمی جدید نشان می‌دهند مواجهه مزمن با تروما و مصرف مداوم مواد، دقیقاً همان مدارهای عصبی-غددی، مزولیمبیک و فرون تولیمبیک را دچار تغییرات ساختاری و کارکردی می‌کنند.

هدف ارائه: این ارائه به مرور جامع مسیرهای عصب‌زیست‌شناختی مشترک بین PTSD و SUD با تمرکز بر تغییرات عصبی-غددی، عدم تعادل مدارهای مغزی و معرفی بیومارکهای ترجمانی کاربردی در بالین می‌پردازد.

محتوا: در این سخنرانی سه محور زیستی اصلی کالبدشکافی می‌شوند: (۱) اختلال در تنظیم محور HPA، مقایسه پارادوکس هیپوکورتیزولمی در PTSD با بار آلوستاتیک در SUD، به همراه فعال‌شدن بیش از حد سیستم CRF در آمیگدال گسترش‌یافته؛ (۲) سرکوب مدار پاداش استریاتوم شکمی که منجر به آنهدونی شدید شده و در عین حال حساسیتی کاذب و وسواس‌گونه به نشانه‌های تروما و مواد ایجاد می‌کند؛ و (۳) تضعیف مهار بالاب‌پایین قشر پیش‌پیشانی (vmPFC) بر آمیگدال فوق‌فعال. علاوه بر این، بیومارکهای عینی زیستی از جمله سیتوکین‌های التهابی محیطی (IL-6, TNF-alpha, CRP)، نوروپپتید (NPY)، فاکتور رشد عصبی (BDNF) و شاخص‌های اتونومیک مانند تغییرپذیری ضربان قلب (HRV) و توان پتانسیل‌های وابسته به رویداد (P300) ارزیابی می‌شوند.

نتیجه‌گیری: رمزگشایی از زیرساخت‌های زیستی مشترک، دیدگاه بالینی را به سمت یک پاتولوژی یکپارچه در سیستم پاسخ به استرس تغییر می‌دهد. شناسایی بیومارکهای عینی، پایه‌ای حیاتی برای درمان‌های هدفمند بر روی مدارهای عصبی و پایش دقیق خطر در محیط‌های پر فشار ایجاد می‌کند.

واژگان کلیدی: PTSD، اختلال مصرف مواد، عصب‌زیست‌شناسی، محور HPA، آمیگدال، قشر پیش‌پیشانی، مدار پاداش، بیومارکرها، سیتوکین‌ها، HRV.



الگوهای مصرف مواد، خوددارویی و دارودرمانی دقیق برای PTSD-SUD

دکتر سید سعید صدر، استادیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

زمینه و هدف: مدیریت دارویی همبودی PTSD و اختلال مصرف مواد (SUD) یک چالش بالینی عمده است. بیماران اغلب برای تسکین علائم آزاردهنده تروما به «خوددارویی» با مواد خاص روی می‌آورند که منجر به شکل‌گیری چرخه تشدیدشونده وابستگی می‌شود. بالینگران در مدیریت دارویی ایمن و موثر این بیماران پرخطر اغلب با ابهام روبرو هستند.

هدف ارائه: این سخنرانی الگوی انتخاب مواد بر اساس خوشه‌های علامتی را مرور کرده و یک الگوریتم دارودرمانی دقیق و مبتنی بر شواهد برای همبودی PTSD-SUD در شرایط بالینی و بحرانی ارائه می‌دهد.

محتوا: فرضیه خوددارویی در خوشه‌های علامتی مختلف تحلیل شده و تسکین حاد با حساس‌شدن بلندمدت نوروشیمیایی مقایسه می‌شود. الگوریتم‌های دارودرمانی دقیق بررسی خواهند شد: خط اول SSRI/SNRI ها برای علائم اصلی خلق و اضطراب، آنتاگونیست‌های آلفا-۱ آدرنژیک (پرازوسین) برای کابوس‌های شبانه و بیش‌انگیختگی، و درمان‌های کاهش تمایل و نگهدارنده (نالترکسون، آکامپروسات، بوپرنورفین/نالوکسون) برای وابستگی به الکل و افیون‌ها. همچنین هشدار جدی دستورالعمل‌ها در منع مصرف بنزودیازپین‌ها به دلیل اختلال در فرآیند خاموشی ترس و خطر بالای سوءمصرف تشریح می‌شود. در نهایت، جریان کاری یکپارچه‌ای برای تثبیت دارویی در کنار روان‌درمانی‌های معطوف به تروما ارائه می‌گردد.

نتیجه‌گیری: دارودرمانی دقیق در همبودی PTSD-SUD به دنبال تعادل نوروشیمیایی، کاهش وسوسه و کنترل علائم بیش‌انگیختگی است تا ثبات فیزیولوژیک لازم را برای ورود و موفقیت بیمار در روان‌درمانی‌های معطوف به تروما فراهم سازد.

واژگان کلیدی: PTSD، اختلال مصرف مواد، خوددارویی، دارودرمانی دقیق، پرازوسین، نالترکسون، بوپرنورفین، بنزودیازپین‌ها، کاهش آسیب.



الگوریتم‌های یکپارچه، درمان‌های معطوف به تروما و مراقبت‌های چندتخصصی در محیط‌های پر فشار با منابع محدود

دکتر شیوا مهدوی سرشت، استادیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

زمینه و هدف: همبودی PTSD و اختلال مصرف مواد (SUD) در نزدیک به نصف بیماران دیده می‌شود، با این حال کمتر از ۲۰٪ آن‌ها درمان یکپارچه دریافت می‌کنند. در محیط‌های بحرانی و کم‌برخوردار (جنگ، آوارگی، بلایا)، نیاز به درمان افزایش یافته اما ظرفیت تخصصی کاهش می‌یابد که سازماندهی درمان را نیازمند الگوریتم‌های کاربردی و یکپارچه می‌سازد.

هدف ارائه: این ارائه به مرور شواهد روز در سازماندهی مراقبت از بیماران همبود می‌پردازد و گذار از مدل‌های قدیمی متوالی/موازی به سمت روش‌های یکپارچه و معطوف به تروما را در محیط‌های کم‌برخوردار بررسی می‌کند.

محتوا: با استناد به راهنماهای بالینی جدید (VA/DoD 2023) و (APA 2025)، تاکید می‌شود که مصرف فعال مواد دیگر نباید مانع یا باعث تاخیر در شروع روان‌درمانی معطوف به تروما شود و پرهیز کامل شرط لازم برای درمان نیست. شواهد چهار رویکرد روان‌درمانی مقایسه می‌شوند: درمان هم‌زمان PTSD و SUD با مواجهه طولانی‌مدت (COPE) که در سال ۲۰۲۵ به عنوان خط اول APA معرفی شد، Searching Safety، درمان پردازش شناختی همراه با پیشگیری از عود (CPT+RP) و مواجهه‌درمانی روایتی (NET). در ادامه، مدل‌های تقسیم وظایف (Task-shifting) و مراقبت‌های چندتخصصی مبتنی بر پروتکل‌های سازمان جهانی بهداشت (PM+ و Step-by-Step) تشریح می‌شوند که امکان ارائه درمان‌های استاندارد توسط نیروهای آموزش‌دیده غیرمتخصص زیر نظر سوپروایزر را در مناطق بحرانی و دورافتاده فراهم می‌کنند.

نتیجه‌گیری: درمان یکپارچه، هم‌زمان و معطوف به تروما بر درمان‌های تک‌بعدی برتری دارد. مدل‌های مقیاس‌پذیر و تقسیم وظایف نشان می‌دهند محدودیت منابع یک چالش تخصیص نیروی کار است نه خلاء علمی، و اجرای این پروتکل‌ها در سخت‌ترین شرایط بحرانی نیز امکان‌پذیر است. واژگان کلیدی: PTSD، اختلال مصرف مواد، همبودی، درمان یکپارچه، COPE، درمان معطوف به تروما، تقسیم وظایف (Task-shifting)، محیط‌های بشردوستانه، مراقبت چندتخصصی.



سمپوزیوم پیامدهای عصب‌روان‌پزشکی تروما و جنگ

دکتر فاطمه السادات میرفاضلی، دکتر زنبیره سلیمی، دکتر طالب بدری، دکتر پژمان هادی‌نژاد

جنگ، درگیری‌های مسلحانه و سایر اشکال تروماهای شدید از مهم‌ترین عوامل ایجاد تغییرات پایدار در ساختار و عملکرد دستگاه عصبی مرکزی و سلامت روان محسوب می‌شوند. شواهد روزافزون علوم اعصاب نشان می‌دهد که مواجهه با استرس‌های شدید و طولانی‌مدت، علاوه بر افزایش خطر ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی، با تغییرات گسترده در شبکه‌های عصبی، تنظیم نورواندوکربین، پاسخ‌های ایمنی و فرآیندهای نوروپلاستیسته همراه است که می‌توانند زمینه‌ساز اختلالات شناختی، هیجانی و رفتاری پایدار شوند. با توجه به افزایش درگیری‌های نظامی، بلایای انسانی و پیامدهای بلندمدت آن‌ها، شناخت سازوکارهای عصب‌روان‌پزشکی تروما و توسعه راهکارهای مؤثر برای پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی این آسیب‌ها، به یکی از اولویت‌های مهم پژوهشی و بالینی در سطح جهان تبدیل شده است.

این پنل با هدف ارائه مروری جامع و مبتنی بر شواهد بر آخرین دستاوردهای علوم اعصاب، روان‌پزشکی و نوروسایکتری در زمینه پیامدهای عصب‌روان‌پزشکی جنگ و تروما برگزار می‌شود و ابعاد پاتوفیزیولوژیک، بالینی، تشخیصی و درمانی این اختلالات را مورد بررسی قرار می‌دهد. در بخش نخست، تغییرات نوروبیولوژیک ناشی از استرس حاد و مزمن، شامل اختلال در محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA)، تغییرات در سیستم‌های نوروترانسمیتری، نوروالتهاب، فعال‌سازی میکروگلیا، اختلال عملکرد میتوکندری، تغییرات اپی‌ژنتیک و اختلال در نوروپلاستیسته و شبکه‌های مغزی مرتبط با تنظیم هیجان، حافظه و عملکردهای اجرایی مرور خواهد شد.

در بخش دوم، طیف اختلالات عصب‌روان‌پزشکی پس از جنگ شامل اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، PTSD پیچیده، افسردگی، اضطراب، اختلالات خواب، اختلالات مصرف مواد، اختلالات شناختی و مشکلات تنظیم هیجان مورد بحث قرار گرفته و به همپوشانی بالینی این اختلالات با آسیب مغزی خفیف، عوامل خطر، نشانگرهای زیستی بالقوه و چالش‌های تشخیص و درمان پرداخته خواهد شد.

بخش سوم به آسیب مغزی تروماتیک (Traumatic Brain Injury) به‌ویژه آسیب‌های ناشی از موج انفجار اختصاص دارد. در این بخش، مکانیسم‌های آسیب منتشر آکسونی، اختلال در سد خونی-مغزی، نوروالتهاب، آسیب‌های آکسونی و پیامدهای شناختی، رفتاری و عصب‌روان‌پزشکی ناشی از Blast Injury بررسی شده و چالش‌های تشخیص افتراقی TBI و PTSD، نقش تصویربرداری‌های پیشرفته، ارزیابی‌های نوروسایکولوژیک و نشانگرهای زیستی مورد بحث قرار خواهد گرفت.

در بخش پایانی، رویکردهای نوین درمان و بازتوانی شامل درمان‌های روان‌شناختی و دارویی مبتنی بر شواهد، نورومدولاسیون غیرتهاجمی (نظیر تحریک مغناطیسی فراجمجه‌ای (TMS) و تحریک الکتریکی فراجمجه‌ای (tDCS))، توان‌بخشی شناختی، مداخلات چندرشته‌ای، پزشکی سبک زندگی، سلامت دیجیتال و فناوری‌های نوین بازتوانی بررسی شده و شواهد مربوط به اثربخشی این مداخلات در بهبود عملکرد شناختی، علائم روان‌پزشکی، کیفیت زندگی و بازگشت به عملکرد اجتماعی و شغلی مرور خواهد شد.

این پنل با گردهم‌آوردن متخصصان حوزه‌های علوم اعصاب، روان‌پزشکی، نوروسایکتری و توان‌بخشی، بستری برای تبادل دانش، ارائه شواهد به‌روز، بحث درباره چالش‌های تشخیصی و درمانی و تبیین مسیرهای آینده پژوهش و مراقبت‌های بالینی در حوزه پیامدهای عصب‌روان‌پزشکی جنگ و تروما فراهم می‌آورد.



War, armed conflicts, and severe psychological trauma are among the leading causes of persistent alterations in brain structure, neural function, and mental health. Emerging evidence from neuroscience indicates that exposure to acute and chronic traumatic stress not only increases the risk of psychiatric disorders but also induces long-lasting changes in neural circuits, neuroendocrine regulation, immune responses, and neuroplasticity, resulting in enduring cognitive, emotional, and behavioral dysfunction. With the growing global burden of armed conflicts and humanitarian crises, understanding the neuropsychiatric consequences of trauma and developing effective strategies for prevention, diagnosis, treatment, and rehabilitation have become major clinical and research priorities.

This panel aims to provide a comprehensive, evidence-based overview of the latest advances in neuroscience, psychiatry, and neuropsychiatry regarding the neuropsychiatric consequences of war and trauma, addressing their pathophysiological mechanisms, clinical manifestations, diagnostic challenges, and therapeutic approaches.

The first presentation will focus on the neurobiological consequences of acute and chronic stress, including dysregulation of the hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis, alterations in neurotransmitter systems, neuroinflammation, microglial activation, mitochondrial dysfunction, epigenetic modifications, impaired neuroplasticity, and disruptions of brain networks involved in emotional regulation, memory, and executive functioning.

The second presentation will review the spectrum of neuropsychiatric disorders following war, including post-traumatic stress disorder (PTSD), complex PTSD, major depressive disorder, anxiety disorders, sleep disturbances, substance use disorders, cognitive impairment, and emotional dysregulation. Particular emphasis will be placed on their clinical overlap with mild traumatic brain injury (mTBI), risk factors, potential biomarkers, and diagnostic and therapeutic challenges.

The third presentation will address traumatic brain injury (TBI), particularly blast-related brain injury, highlighting mechanisms such as diffuse axonal injury, blood–brain barrier disruption, neuroinflammation, and secondary neurodegenerative processes. The session will also discuss the cognitive, behavioral, and neuropsychiatric sequelae of blast exposure, as well as current challenges in differentiating TBI from PTSD using advanced neuroimaging, neuropsychological assessment, and emerging biomarkers.

The final presentation will review contemporary therapeutic and rehabilitation strategies, including evidence-based pharmacological and psychotherapeutic interventions, non-invasive neuromodulation techniques such as repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) and transcranial direct current stimulation (tDCS), cognitive rehabilitation, multidisciplinary care models, lifestyle medicine, digital health technologies, and community-based rehabilitation. Current evidence regarding their effectiveness in improving cognitive function, psychiatric symptoms, functional recovery, quality of life, and social reintegration will be critically discussed. By bringing together experts in neuroscience, psychiatry, neuropsychiatry, and neurorehabilitation, this panel will provide an interdisciplinary forum for reviewing current evidence, discussing emerging diagnostic and therapeutic challenges, and identifying future directions for research and clinical practice in the neuropsychiatric consequences of war and trauma.



پیامدهای نورویبولوژیک جنگ و تروما

دکتر فاطمه‌السادات میرفاضلی
روان‌پزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

جنگ و تروماهای شدید، با فعال‌سازی مکرر سامانه‌های پاسخ به تهدید و استرس، می‌توانند تغییراتی پایدار در عملکرد مغز و بدن ایجاد کنند. این تغییرات تنها به PTSD محدود نیستند و در تعامل با آسیب‌پذیری ژنتیکی، ویژگی‌های پیش از تروما، شدت و تکرار مواجهه، محرومیت از خواب، درد، بیماری‌های جسمی و شرایط اجتماعی - اقتصادی، طیفی از پیامدهای روان‌پزشکی و شناختی را شکل می‌دهند. در این سخنرانی، محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال و سامانه سمپاتیک - آدرنال - مدولاری، تغییرات مرتبط با کورتیزول و پاسخ‌های خودکار، اختلال در ریتم شبانه‌روزی و خواب، و نقش سامانه‌های سروتونرژیک، نورآدرنرژیک و گلوتاماترژیک مرور می‌شود. همچنین شواهد مربوط به التهاب عصبی و محیطی، تغییرات عملکرد میتوکندری، استرس اکسیداتیو، تغییرات سیناپسی و نوروپلاستیسیته مورد توجه قرار خواهد گرفت؛ فرایندهایی که می‌توانند در تداوم برانگیختگی، اختلال تنظیم هیجان، مشکلات حافظه و توجه و تغییرات رفتاری نقش داشته باشند. از منظر شبکه‌ای، تروما با تغییر در تعادل میان شبکه‌های تشخیص تهدید، شبکه پیش‌فرض، شبکه برجستگی و مدارهای پیش‌پیشانی - لیمبیک مرتبط دانسته شده است. با این حال، یافته‌های تصویربرداری و زیستی در سطح گروهی به‌دست آمده‌اند و هنوز نشانگر تشخیصی منفرد و اختصاصی برای PTSD یا پیامدهای عصب‌روان‌پزشکی جنگ وجود ندارد. بنابراین، تفسیر این یافته‌ها باید در چارچوب علائم، سیر زمانی، عملکرد و زمینه فردی انجام شود. در پایان، بر یک مدل زیستی - روانی - اجتماعی و فراتشخیصی تأکید خواهد شد؛ مدلی که تروما را نه یک رویداد منفرد، بلکه فرایندی مؤثر بر مغز، بدن، خواب، شناخت، هیجان و روابط اجتماعی در نظر می‌گیرد. این چارچوب می‌تواند به شناسایی عوامل خطر و محافظ، طراحی مداخلات پیشگیرانه و انتخاب درمان‌های فردمحور کمک کند.

اختلالات نوروسایکوتریک پس از جنگ از تروما تا تغییرات عملکرد شناختی

دکتر زنبیره سلیمی
روان‌پزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

جنگ و مواجهه با تروماهای شدید، پیامدهایی فراتر از اختلال استرس پس از سانحه ایجاد می‌کند و می‌تواند طیفی از اختلالات نوروسایکوتریک پایدار را در افراد در معرض جنگ، نظامیان، مجروحان و جمعیت غیرنظامی ایجاد یا تشدید کند. در این سخنرانی، پیامدهای پس از جنگ با رویکردی فراتر از PTSD بررسی خواهد شد؛ از جمله اختلالات اضطرابی و افسردگی، PTSD و سایر اختلالات مرتبط با تروما، اختلالات خواب، مشکلات شناختی به‌ویژه در توجه، حافظه و عملکرد اجرایی، علائم جسمانی و دردهای مزمن، اختلالات مصرف مواد و مشکلات تنظیم هیجان.

نقش آسیب مغزی تروماتیک، به‌ویژه تروماهای خفیف و تکرارشونده، در بروز یا تداوم علائم شناختی و رفتاری نیز بررسی می‌شود. درک این علائم نیازمند توجه هم‌زمان به تغییرات نورویبولوژیک ناشی از تروما، محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال، فرایندهای التهابی، شبکه‌های مغزی مرتبط با تهدید و تنظیم هیجان، اختلال خواب، درد و عوامل روانی - اجتماعی است. برآیند این عوامل می‌تواند به کاهش تمرکز، کندی پردازش، فراموشی ذهنی، تحریک‌پذیری، کناره‌گیری و بی‌انگیزی و افت عملکرد شغلی و اجتماعی منجر شود.

یکی از چالش‌های اصلی، همپوشانی بالینی PTSD، افسردگی، اختلالات خواب، TBI و علائم نورولوژیک عملکردی است. برای مثال، اختلال تمرکز، اختلال حافظه، خستگی، تحریک‌پذیری و اختلال خواب ممکن است در چندین وضعیت دیده شوند. از این‌رو، تشخیص صحیح مستلزم بازسازی دقیق زمان‌بندی علائم نسبت به مواجهه، بررسی سیر و شدت نشانه‌ها، ارزیابی خطر، معاینه پزشکی و نورولوژیک، بررسی خواب، درد،



مصرف مواد و داروها و در موارد منتخب ارزیابی نوروسایکولوژیک است. استفاده از مصاحبه ساختاریافته و ابزارهای معتبر برای سنجش PTSD و عملکرد شناختی می‌تواند دقت ارزیابی و پایش درمان را افزایش دهد.

در پایان، رویکردهای درمانی مبتنی بر شواهد، شامل روان‌درمانی‌های متمرکز بر تروما، درمان دارویی بر اساس تشخیص و همبودی، توان‌بخشی شناختی هدایت‌شده توسط متخصص، اصلاح خواب، درمان درد و مداخلات مبتنی بر عملکرد مرور خواهد شد. پیام اصلی این است که پیامدهای روان‌پزشکی جنگ نباید صرفاً به PTSD تقلیل یابد؛ بلکه باید به‌عنوان سندرومی چندبعدی و قابل ارزیابی در نظر گرفته شود که می‌تواند سال‌ها پس از پایان مواجهه، شناخت، خواب، خلق، رفتار و عملکرد اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار دهد.

پیامدهای نوروبیولوژیک موج انفجار و آسیب مغزی تروماتیک از Blast Neurotrauma تا علائم نوروسایکیتیک و چالش افتراق از PTSD

دکتر طالب بدری

متخصص روان‌پزشکی، فلوشیپ سایکوسوماتیک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله عج

جنگ و انفجار از علل مهم آسیب مغزی تروماتیک در نیروهای نظامی و جمعیت‌های غیرنظامی مناطق درگیر منازعه هستند. موج انفجار می‌تواند از طریق انتقال مستقیم انرژی، شتاب و کاهش شتاب ناگهانی سر، جابه‌جایی بافت مغز و مکانیسم‌های ثانویه، طیفی از آسیب‌ها را از ضربه مغزی یا concussion و آسیب مغزی تروماتیک خفیف تا آسیب‌های متوسط و شدید ایجاد کند. در سال‌های اخیر، پیامدهای شناختی و نوروسایکیتیک آسیب مغزی مرتبط با انفجار، به‌ویژه در قالب علائم پایدار پس از ضربه، مورد توجه فزاینده قرار گرفته است.

این سخنرانی با رویکرد نوروسایکیتیک، مکانیسم‌های نوروبیولوژیک آسیب ناشی از موج انفجار، پیامدهای شناختی و رفتاری TBI و چالش تشخیص افتراقی آن از PTSD را مرور می‌کند. در آسیب مغزی خفیف، وجود یک مکانیسم بیومکانیکی معتبر همراه با شواهدی از اختلال حاد عملکرد مغز اهمیت دارد؛ با این حال، شدت و تداوم علائم در افراد مختلف ناهمگون است. تظاهرات بالینی می‌تواند شامل سردرد، سرگیجه، اختلال خواب، حساسیت به نور و صدا، کاهش توجه و تمرکز، مشکلات حافظه و سرعت پردازش، تحریک‌پذیری، بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری باشد.

در سطح نوروبیولوژیک، مواجهه با انفجار ممکن است با آسیب آکسونی منتشر، اختلال یکپارچگی ماده سفید، تغییرات میکروساختاری مسیرهای عصبی و اختلال ارتباط میان شبکه‌های مغزی همراه باشد. مطالعات تصویربرداری، از جمله تصویربرداری تانسور انتشار، در برخی نمونه‌ها درگیری مسیرهایی مانند جسم پینه‌ای، سینگولوم، دسته طولی فوقانی و تحتانی، و تشعشعات تالاموسی قدامی را گزارش کرده‌اند؛ اما یافته‌ها ناهمگون‌اند و ارتباط آن‌ها با علائم بالینی هنوز به اندازه‌ای قطعی نیست که به‌تنهایی برای تشخیص یا پیش‌آگهی فردی به کار رود.

یکی از مهم‌ترین چالش‌ها، همپوشانی علائم پایدار پس از ضربه و PTSD است؛ اختلال تمرکز، مشکلات حافظه، تحریک‌پذیری، اختلال خواب، خستگی و سردرد در هر دو وضعیت دیده می‌شوند. بنابراین، ارزیابی باید شامل بازسازی زمان‌بندی علائم نسبت به حادثه، مستندسازی سطح هوشیاری و آمیزی، ارزیابی معیارهای PTSD و سایر اختلالات روان‌پزشکی، بررسی خواب، درد، مصرف مواد و داروها و در موارد منتخب ارزیابی نوروسایکولوژیک باشد. رویکرد بالینی باید از دوگانه‌سازی TBI یا «PTSD» پرهیز کند و همبودی و عوامل تداوم‌دهنده را در نظر بگیرد.

در نتیجه، آسیب مغزی مرتبط با انفجار باید اختلالی بالقوه چندسطحی، شامل تغییرات میکروساختاری، اختلال شبکه‌های مغزی، علائم شناختی و پیامدهای نوروسایکیتیک، تلقی شود؛ در عین حال، نسبت‌دادن ساده و قطعی همه علائم مزمن به آسیب ساختاری مغز نیز علمی نیست. رویکرد تشخیصی چندمحوری و فردمحور می‌تواند به انتخاب مداخلات مناسب‌تر برای آسیب‌دیدگان جنگ کمک کند.



رویکردهای نوین درمان و بازتوانی در پیامدهای عصب‌روان‌پزشکی جنگ

دکتر پژمان هادی‌نژاد

فلوشیپ نوروسایکتری و نورولوژی رفتاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

پیامدهای عصب‌روان‌پزشکی جنگ معمولاً حاصل تعامل PTSD، اختلالات خلقی و اضطرابی، آسیب مغزی تروماتیک، اختلال خواب، درد، مصرف مواد، علائم شناختی و عوامل اجتماعی - عملکردی هستند. از این رو، درمان مؤثر نیازمند ارزیابی چندمحوری، تعیین اهداف مشترک با بیمار و طراحی برنامه‌ای مرحله‌ای و بین‌رشته‌ای است؛ برنامه‌ای که علاوه بر کاهش علائم، به بازگشت به نقش‌های خانوادگی، شغلی و اجتماعی توجه کند. در PTSD، روان‌درمانی‌های فردی و ساختاریافته متمرکز بر تروما، از جمله مواجهه طولانی‌مدت، درمان پردازش شناختی، EMDR، درمان شناختی - رفتاری اختصاصی PTSD و درمان مواجهه روایتی، در راهنماهای معتبر درمان‌های خط اول محسوب می‌شوند. هنگامی که روان‌درمانی متمرکز بر تروما در دسترس نیست یا با ترجیح بیمار سازگار نیست، دارودرمانی با گزینه‌هایی مانند سرتالین، پاروکستین، فلوکستین یا ونلافاکسین می‌تواند مطرح شود. در کابوس‌های مرتبط با PTSD، پرازوسین ممکن است در برخی بیماران مفید باشد، اما شدت شواهد و پاسخ فردی باید در نظر گرفته شود.

در بیماران دارای TBI یا علائم شناختی پایدار، ابتدا باید عوامل قابل‌اصلاح مانند اختلال خواب، درد، افسردگی، اضطراب، مصرف مواد، سردرد و اختلالات دهلیزی شناسایی و درمان شوند. توان‌بخشی شناختی باید توسط درمانگر و بر اساس نیازهای واقعی فرد، با آموزش راهبردهای جبرانی، تمرین عملکردی، اصلاح محیط، آموزش فراشناختی و در صورت نیاز توان‌بخشی شغلی انجام شود. شواهد و راهنماهای موجود از یک دوره آزمایشی توان‌بخشی شناختی هدایت‌شده حمایت می‌کنند و استفاده از برنامه‌های رایانه‌ای خوداجرا را به‌عنوان درمان مستقل توصیه نمی‌کنند. مدیریت خواب، درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی، فعالیت بدنی تدریجی و متناسب، درمان هدفمند درد، اصلاح سبک زندگی و مداخلات دیجیتال یا تله‌ریه‌بیلیتی می‌توانند دسترسی و تداوم مراقبت را بهبود دهند. روش‌های نورومدولاسیون مانند rTMS و tDCS از نظر زیستی امیدوارکننده‌اند، اما شواهد فعلی برای توصیه روتین آن‌ها در PTSD کافی نیست؛ بنابراین باید به‌عنوان درمان کمکی در بیماران منتخب یا در چارچوب پژوهشی و همراه با اطلاع‌رسانی دقیق درباره عدم قطعیت شواهد در نظر گرفته شوند.

در نهایت، پایش منظم با ابزارهای معتبر PTSD، ارزیابی شناختی و سنجش عملکرد و کیفیت زندگی، به تصمیم‌گیری درمانی کمک می‌کند. درمان موفق در این گروه، نه مداخله‌ای منفرد، بلکه فرایندی مبتنی بر مشارکت بیمار، تداوم مراقبت، هماهنگی روان‌پزشکی و نورولوژی و بازتوانی هدفمند است.

منابع منتخب

1. Department of Veterans Affairs and Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 4.0. Washington, DC; 2023. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>
2. Department of Veterans Affairs and Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management and Rehabilitation of Post-Acute Mild Traumatic Brain Injury. Version 3.0. Washington, DC; 2021. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/mtbi/>
3. Bayley MT, Janzen S, Harnett A, et al. INCOG 2.0 Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury: Methods, Overview, and Principles. Journal of Head Trauma Rehabilitation. 2023;38(1):7-23. doi:10.1097/HTR.0000000000000838
4. Ponsford J, Velikonja D, Janzen S, et al. INCOG 2.0 Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury, Part II: Attention and Information Processing Speed. Journal of Head Trauma Rehabilitation. 2023;38(1):38-51. doi:10.1097/HTR.0000000000000839
5. Brown R, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for post-traumatic stress disorder in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2024;CD015040.pub2. doi:10.1002/14651858.CD015040.pub2
6. Ahmed SH, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder and depressive symptoms among civilians residing in armed conflict-affected regions: a systematic review and meta-analysis. General Psychiatry. 2024;37:e101438. doi:10.1136/gpsych-2023-101438
7. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-traumatic stress disorder. New England Journal of Medicine. 2017;376:2459-2469. doi:10.1056/NEJMr1612499
8. Current State of Diffusion-Weighted Imaging and Diffusion Tensor Imaging for Traumatic Brain Injury Prognostication. Neurosurgery Clinics of North America. 2023. PMID:36965946.



سمپوزیوم روانپزشکی تکاملی و استراتژی‌های فراداروینی برای سلامت روان

دکتر محمد بینازاده، دکتر عطاالله دلپاک، دکتر حسن رفیعی، دکتر مرتضی نوری خواجهی

در دهه‌های اخیر، درک ما از ذهن انسان به طور فزاینده‌ای از چارچوب‌های تکاملی بهره برده است. یافته‌های علوم اعصاب، روان‌شناسی تکاملی و زیست‌شناسی رفتاری نشان می‌دهد که بسیاری از سامانه‌های شناختی و هیجانی انسان نه برای رفاه پایدار، بلکه برای سازگاری در محیط‌های ناپایدار و تهدیدآمیز گذشته شکل گرفته‌اند. این بینش‌ها به توضیح آسیب‌پذیری‌های مشترک انسانی (از پاسخ‌های استرسی تا سوگیری‌های شناختی) کمک می‌کنند و زمینه‌ای غنی برای فهم ماهیت رنج روان‌شناختی فراهم می‌سازند.

با وجود ارزش بالای این چارچوب‌ها، اهداف تکاملی با اهداف درمانی هم راستا نیستند. انتخاب طبیعی ویژگی‌هایی را تقویت می‌کند که بقای ژنتیکی را افزایش می‌دهند، نه الزاماً شادکامی، ثبات هیجانی یا شکوفایی فردی را. در مقابل، روان‌پزشکی و روان‌درمانی به دنبال ارتقای کیفیت زندگی و کاهش رنج هستند. اهدافی که ریشه در ارزش‌های پساتکاملی و انسان‌گرایانه دارند و نه در منطق انتخاب طبیعی.

این شکاف مفهومی ضرورت رویکردی را برجسته می‌کند که ضمن پذیرش افق تبیینی تکامل، به نیازهای زیستی روانی انسان امروز نیز پاسخ دهد. روان‌پزشکی فراتکاملی در این زمینه دیدمانی نوین ارائه می‌کند. این رویکرد بر آن است که سازوکارهای تکاملی می‌توانند منشأ آسیب‌پذیری‌ها را توضیح دهند؛ اما معیارهای سلامت و بهزیستی باید بر ارزش‌ها، اهداف انسانی و ظرفیت‌های سطوح بالای شناختی استوار باشند؛ و درمان مؤثر مستلزم تنظیم آگاهانه سامانه‌های انگیزشی هیجانی است، نه بازگشت به هرگونه «وضع طبیعی» تکاملی.

با این توضیح و در همین راستا، این ضیافت شامل ۴ بخش خواهد بود:

در بخش نخست به دیدگاه‌های زیست‌شناسی تکاملی که بر پایه یافته‌های داروین شکل گرفته است پرداخته می‌شود و مروری بر تفاوت‌های مکتب‌های مختلفی نوداروینیستی خواهیم داشت. سپس با بازخوانی انتقادی روانپزشکی «موجود»؛ متأثر از زیست‌شناسی تکاملی به پیدایش روانپزشکی تکاملی «مرسوم» و جریان‌های مختلف آن می‌پردازیم تا پنجره‌ای برای فهم جدیدی از سلامت روان گشوده شود.

بخش دوم اختصاص به تبیین تکاملی اختلالات روانی دارد و تلاشی‌شود بر پایه نگاه‌های مختلف در روانپزشکی تکاملی، به برخی از این اختلالات در سطحی انضمامی پرداخته شود. در پرتو این دیدگاه، الگویی سه سامانه‌ای (تهدید، پاداش و آرامش) برای توضیح‌پذیری بیشتر آسیب‌های روانی ارائه می‌شود و روایت‌های مرسوم روانپزشکی را در این باره به چالش می‌کشد.

در بخش سوم این بحث مطرح می‌شود که نظریه تکامل، مدل‌های مبتنی بر کمبود (کاهش مواجهه، درمان، کاهش آسیب و توانبخشی) را به خوبی تبیین می‌کند، اما در توضیح "ارتقاء سلامت" افزایش ویژگی‌های مثبت- انسانی در جمعیت سالم به لحاظ مفهومی با یک تناقض ظاهری (پارادوکس) مواجه می‌شود. از دیدگاه کاملاً انطباق‌گرا، سرمایه‌گذاری منابع متابولیک و شناختی برای پیشبرد آسایش (فراتر از بقای اولیه)، از نظر تکاملی اتلاف منابع به نظر می‌رسد. این بحث با مفهوم سازی ارتقاء سلامت در چارچوب‌های تکاملی کارکردگستری، انتخاب جنسی، و انباشت سرمایه اجتماعی، و ارائه هفت ویژگی مثبت اصلی در ارتقاء سلامت روان این تناقض ظاهری را حل می‌کند. و با چارچوب بندی آن، مبنای تکاملی وحدت بخشی برای مداخلات روانشناسی مثبت گرا ارائه می‌دهد.

بخش چهارم بر طرح استراتژی‌هایی فراداروینی برای سلامت روان تمرکز دارد و به این مسئله مرکزی می‌پردازد که زندگی روزمره‌ی بیشتر انسان‌ها در دنیای امروز با همان قوانین داروینی تکامل حکمرانی می‌شوند. از این رو ریشه بسیاری از رنج‌های انسان امروزی ناشی از عوارضی ست که از همین قوانین سرچشمه می‌گیرند. اما در ادامه مسیر تکامل و با ظهور رویدادی به نام خودآگاهی در انسان، به کمک شناخت استراتژی‌هایی که بر پایه مفهوم پردازی بخش‌های پیشین بنا شده‌اند و تا حدی فرصت عاملیت را در محدوده جبر قوانین داروینی فراهم آورده‌اند؛ امکان بیرون روی از این چرخه قوانین داروینی میسر شده است.



سمپوزیوم پژواک غیاب:

پیامدهای بالینی و زیست‌شناختی خاموشی دیجیتال طولانی‌مدت در ایران

دکتر آلاله بهرامیان، دکتر مریم برزکار، دکتر ندا مسجدی، دکتر فاطمه میرفاضلی

تجربه ایران در جریان جنگ اخیر، هم‌زمانی کم‌سابقه‌ای از یک درگیری نظامی و خاموشی سراسری و طولانی‌مدت اینترنت را رقم زد؛ وضعیتی که نه تنها دسترسی به اطلاعات و ارتباطات، بلکه تداوم خدمات سلامت روان را نیز با چالش‌های بی‌سابقه‌ای مواجه ساخت. در حالی که مطالعات موجود به نقش تله‌سایکاتری در حفظ تداوم درمان و نیز چالش‌های ناشی از اختلالات موقت یا محدود در ارتباطات پرداخته‌اند، پیامدهای روان‌پزشکی و روان‌درمانی قطع طولانی‌مدت زیرساخت‌های ارتباطی در بستر یک جنگ، تاکنون در مطالعات مورد غفلت قرار گرفته است. این سمپوزیوم با تکیه بر تجربه بالینی ایران، به بررسی این پدیده از چهار منظر مکمل می‌پردازد. در نخستین ارائه، مروری بر مطالعات موجود درباره نقش اینترنت در ارائه خدمات سلامت روان و تله‌سایکاتری انجام می‌شود و شکاف‌های موجود در دانش درباره پیامدهای خاموشی‌های گسترده اینترنت تبیین خواهد شد. در ادامه، تجربه روان‌پزشکان از گسست درمان، تعلیق بالینی، چالش‌های اخلاقی، ابهام در تصمیم‌گیری و پیامدهای هیجانی ناشی از ناتوانی در تداوم مراقبت بررسی می‌شود. سومین ارائه به تجربه بیماران از بازگشت به درمان پس از سه ماه قطع کامل ارتباط می‌پردازد و دگرگونی رابطه درمانی، احساس فقدان و ابهام، خودافشایی ناخواسته درمانگر، مفهوم در دسترس بودن ابژه و بازسازی پیوند درمانی را واکاوی می‌کند. در پایان، سازوکارهای نورویبولوژیک مرتبط با استرس مزمن، جنگ و گسست ارتباط درمانی و پیامدهای آن بر عملکرد مغز و تنظیم هیجان مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

این سمپوزیوم می‌کوشد با بهره‌گیری از تجربه‌ای منحصربه‌فرد در ایران، که در آن جنگ و خاموشی سراسری و طولانی‌مدت اینترنت به‌طور هم‌زمان بر ارائه خدمات سلامت روان اثر گذاشتند، چارچوبی برای فهم پیامدهای بالینی، روان‌شناختی و نورویبولوژیک این پدیده ارائه دهد و بر ضرورت برنامه‌ریزی برای حفظ تداوم خدمات سلامت روان در شرایط بحران تأکید کند.



Echoes of Absence: The Clinical and Biological Toll of the Prolonged Digital Blackout in Iran

Iran's recent wartime experience created an unprecedented convergence of armed conflict and a prolonged nationwide internet blackout, disrupting not only access to information and communication but also the continuity of mental health care. While existing research has extensively examined telepsychiatry's role in maintaining continuity of care and the challenges posed by temporary or localized disruptions in digital communication, the psychiatric and psychotherapeutic consequences of a prolonged interruption of communication infrastructure during an active military conflict remain largely overlooked.

Drawing on Iran's unique clinical experience, this symposium examines this phenomenon from four complementary perspectives. The first presentation reviews the literature on the role of internet connectivity in mental health service delivery and telepsychiatry, highlighting current knowledge gaps about the consequences of large-scale, prolonged internet shutdowns. The second presentation explores psychiatrists' lived experience of disrupted care, focusing on clinical suspension, ethical challenges, diagnostic uncertainty, and the emotional burden associated with the inability to maintain continuity of treatment. The third presentation examines patients' return to psychotherapy following a three-month interruption of communication, addressing the transformation of the therapeutic relationship, experiences of loss and ambiguity, involuntary therapist self-disclosure, the concept of object availability, and the reconstruction of the therapeutic alliance. Finally, the fourth presentation reviews the neurobiological mechanisms underlying chronic stress, war-related trauma, and disruption of therapeutic communication, with particular emphasis on their impact on brain function and emotional regulation.

By integrating empirical evidence with clinical observations from a unique contemporary experience in Iran—where armed conflict and a prolonged nationwide internet blackout simultaneously disrupted mental health care—this symposium aims to provide a comprehensive framework for understanding the clinical, psychological, and neurobiological consequences of communication infrastructure failure. It also underscores the need for strategic planning to ensure the continuity of psychiatric and psychotherapeutic services during future crises.



سخنران اول

این ارائه به مرور شواهد موجود درباره نقش زیرساخت‌های ارتباطی دیجیتال در ارائه و تداوم خدمات سلامت روان، با تمرکز بر تله‌سایکاتری، می‌پردازد. طی سال‌های اخیر، و به‌ویژه در دوران همه‌گیری کووید-۱۹، استفاده از خدمات سلامت روان از راه دور به‌طور چشمگیری گسترش یافته است. مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که تله‌سایکاتری در بسیاری از موقعیت‌ها امکان تداوم ارزیابی، درمان و پیگیری بیماران را فراهم کرده و با سطوح قابل‌قبولی از رضایت و پیامدهای بالینی همراه بوده است؛ با این حال، کیفیت و قابلیت اتکای این خدمات به عواملی از جمله دسترسی و کیفیت اتصال، سواد دیجیتال، حریم خصوصی و ملاحظات مربوط به رابطه درمانی وابسته است.

در بخش دوم، شواهد مربوط به اختلالات ارتباطی و خاموشی اینترنت بررسی می‌شود. درباره تله‌سایکاتری، بیشتر موانع ارتباطی در قالب مشکلات فنی، اتصال ناکافی یا دسترسی نابرابر به فناوری مطالعه شده‌اند؛ یعنی شرایطی که در آنها امکان استفاده از یک مسیر ارتباطی جایگزین یا ادامه نسبی مراقبت همچنان وجود دارد. در مقابل، شواهد نوظهور درباره خاموشی اینترنت نشان می‌دهد که قطع گسترده و طولانی‌مدت ارتباطات می‌تواند فرایندهای مختلف مراقبت سلامت، از جمله دسترسی به اطلاعات، ارتباط میان اعضای تیم درمان و انتقال اطلاعات بالینی را مختل کند. برای مثال، یک مطالعه کیفی در مانیپور هند، اختلال در دریافت نظر متخصصان، انتقال گزارش‌های بیماران و فرایند تحویل بیمار را در جریان یک خاموشی طولانی‌مدت اینترنت گزارش کرده است. این یافته‌ها، اگرچه مستقیماً مربوط به روان‌پزشکی نیستند، اهمیت زیرساخت ارتباطی را برای تداوم فرایندهای مراقبت نشان می‌دهند.

در نهایت، به یک شکاف مشخص در پژوهش‌ها پرداخته می‌شود: شواهد موجود درباره تله‌سایکاتری عمدتاً بر امکان ارائه و تداوم مراقبت در شرایطی متمرکز است که زیرساخت ارتباطی، هرچند با محدودیت‌هایی، در دسترس باقی مانده است؛ در مقابل، درباره پیامدهای بالینی از دست رفتن گسترده و طولانی‌مدت این زیرساخت، به‌ویژه هنگامی که با یک درگیری نظامی یا بحران ژئوپلیتیک هم‌زمان شود، شواهد محدودی در دسترس است. از این منظر، تجربه ایران امکان بررسی یک موقعیت متفاوت را فراهم می‌کند که در آن اختلال در زیرساخت ارتباطی، در بستر یک بحران نظامی، مستقیماً با مسئله تداوم مراقبت روان‌پزشکی پیوند می‌یابد.

سخنران دوم

درمانگر در شرایط جنگ: ضرورت تداوم مراقبت

در شرایط جنگ و بحران، توجه بالینی معمولاً معطوف به بیمارانی است که با اضطراب، تروما، سوگ و بی‌ثباتی هیجانی مواجه‌اند؛ در حالی که درمانگر نیز خود در معرض همان فشارهای جمعی قرار دارد و هم‌زمان باید نقش تنظیم‌کننده هیجان و نگهدارنده چارچوب درمانی را حفظ کند.

یکی از چالش‌های مهم این دوره، اختلال در زیرساخت‌های ارتباطی و به‌ویژه قطع اینترنت بود که در برخی موارد تداوم درمان و امکان ارزیابی وضعیت روانی و خطر بیمار را مختل کرد. این وضعیت برای درمانگر با ابهام بالینی، اضطراب و نوعی «فشار اخلاقی» (Moral Distress) همراه بود؛ چراکه نیاز بیمار به مراقبت وجود داشت، اما امکان اقدام مؤثر به دلیل محدودیت‌های ساختاری فراهم نبود.

در مراجعان خارج از کشور، قطع ارتباط کامل، عدم قطعیت و احساس ناتوانی درمانگر را تشدید می‌کرد؛ در حالی که در مراجعان داخل کشور، با وجود امکان تداوم نسبی جلسات، نگرانی درباره ایمنی، تشدید علائم و آمادگی برای بحران و سوگ، همچنان بار روانی قابل توجهی ایجاد می‌کرد.

از منظر روان‌درمانی، دسترسی به درمانگر صرفاً یک امکان ارتباطی نیست، بلکه بخشی از تجربه امنیت و تداوم رابطه درمانی است. بنابراین، اختلال در ارتباط می‌تواند برای درمانگر نیز با فقدان تداوم درمان و کاهش احساس اثربخشی حرفه‌ای همراه شود. هم‌زمانی تجربه شخصی بحران با نقش حرفه‌ای نیز نیازمند تنظیم هیجانی مداوم است و ضرورت حمایت از سلامت روان درمانگران را برجسته می‌کند.



این تجربه نشان می‌دهد که زیرساخت‌های ارتباطی بخشی از زیرساخت نظام سلامت روان هستند. بنابراین، برای تداوم خدمات روان‌پزشکی و روان‌درمانی در بحران، باید مسیرهای ارتباطی جایگزین، پروتکل‌های مشخص تداوم درمان و سازوکارهای حمایت از درمانگران از پیش طراحی شود. حفظ ظرفیت درمانگر برای ادامه مراقبت، بخشی از پاسخ نظام سلامت روان به بحران است.

سخنران سوم

در قسمت بازگشت به درمان در این ارائه به این می‌پردازیم که تجربه‌ی بازگشت پس از سه ماه قطع کامل و ناخواسته‌ی ارتباط اینترنتی در جریان جنگ به گسستی می‌انجامد که نه از سوی درمانگر انتخاب شده بود و نه از سوی مراجع. در این وضعیت، رابطه‌ی درمانی نه به شکل معمول خاتمه یافته بود و نه امکان خداحافظی یا توضیح درباره‌ی غیبت وجود داشت. از این منظر، مفهوم The Paradox of Forced Absence برای فهم وضعیتی مطرح می‌شود که در آن غیبت، نه مقاومت و نه termination است، بلکه پیامد تحمیل‌شده‌ی واقعیت بیرونی است. جنگ و قطع ارتباط همچنین به‌عنوان نوعی Catastrophic Reality Intrusion، واقعیت فاجعه‌بار بیرونی را مستقیماً وارد فریم درمان کردند. بازگشت پس از این وقفه، بنابراین صرفاً از سرگیری جلسات نبود، بلکه مستلزم بازسازی فریم درمانی و مواجهه با پیامدهای رابطه‌ای گسست بود.

این تجربه از منظر مفاهیم Object Availability و Continuity of Attachment در اندیشه‌ی Bowlby نیز قابل تأمل است؛ زیرا در طول این غیبت، نه تنها دسترسی واقعی به درمانگر، بلکه فرض ضمنی در دسترس بودن اثره و تداوم رابطه تحت فشار قرار گرفت. هم‌زمان، واقعیت جنگ به شکلی ناخواسته درمانگر را از جایگاه صرفاً درمانگر به‌عنوان انسانی واقعی و آسیب‌پذیر وارد تجربه‌ی مراجع کرد، بدون آنکه الزاماً self-disclosure عمدی رخ داده باشد. در بازگشت، مضامینی چون شرم، احساس گناه، خودسانسوری، کوچک‌شمردن رنج خود و گاه مراقبت از درمانگر نیز ظاهر گشتند. از این رو، بازگشت به اتاق درمان را می‌توان نه فقط Resumption بلکه فرایندی از Repair دانست؛ تلاشی برای بازسازی فریمی که در اثر یک غیبت اجباری مختل شده بود و برای یافتن شکلی دوباره از تداوم رابطه در شرایطی که شکنندگی آن آشکار شده است.

سخنران چهارم

اثرات انزوای اجتماعی بر مغز: شواهد عصب‌زیستی و پیامدهای روان‌پزشکی

انزوای اجتماعی، به‌عنوان کاهش عینی تماس و مشارکت اجتماعی، از تنهایی که تجربه‌ای ذهنی است متمایز می‌شود؛ هرچند این دو اغلب هم‌زمان رخ می‌دهند. شواهد فزاینده نشان می‌دهد تداوم انزوای اجتماعی با تغییرات ساختاری و عملکردی در مدارهای مرتبط با شناخت، هیجان و پردازش اجتماعی همراه است. مطالعات تصویربرداری عصبی، کاهش حجم یا تغییر فعالیت قشر پیش‌پیشانی، هیپوکامپ، آمیگدال، اینسولا و شبکه حالت پیش‌فرض را گزارش کرده‌اند؛ بالین حال، ناهمگونی روش‌ها و اتکا به سنج‌های خودگزارشی، تفسیر علی این یافته‌ها را محدود می‌کند. انزوای اجتماعی همچنین از طریق افزایش استرس مزمن، اختلال محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال، التهاب عصبی، اختلال خواب، کاهش فعالیت بدنی و افت تحریک شناختی می‌تواند انعطاف‌پذیری عصبی و ذخیره شناختی را تضعیف کند. در مطالعات طولی، ارتباطی پایدار میان انزوای اجتماعی یا تنهایی و افزایش خطر افت شناختی و دمانس مشاهده شده است؛ بالین حال، بخشی از این رابطه ممکن است ناشی از بیماری‌های زمینه‌ای، افسردگی، فقر، ناتوانی و علیت معکوس باشد. از منظر روان‌پزشکی، ارزیابی منظم ارتباط اجتماعی باید در کنار غربالگری افسردگی، اضطراب، اختلال خواب و اختلال شناختی انجام شود. مداخلات چندوجهی، شامل فعالیت گروهی، توان‌بخشی شناختی، ورزش و درمان اختلالات همراه، می‌توانند اهداف بالقوه‌ای برای حفظ سلامت مغز باشند، هرچند اثربخشی اختصاصی آن‌ها به پژوهش‌های مداخله‌ای بیشتری نیاز دارد.



سمپوزیوم ایستادن در میانه زخمی مشترک

دکتر آرش محقق، روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر حسن شاه‌رخی، روانپزشک کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز، گروه روانپزشکی

دکتر آوا محمدزاده، روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز، گروه روانپزشکی

تروما، همیشه تنها زخمی فردی نیست؛ گاه تجربه‌ای است که درمانگر و مراجع، و فراتر از آن، یک جامعه را هم‌زمان در بر می‌گیرد. این سمپوزیوم تلاشی است برای روایت این «زخم مشترک»؛ روایتی از مسیر دشوار گذر از خود، به دیگری و از دیگری، به دیگران. عناوین سه بخش، وام‌گرفته از جملاتی در مقالات شمس هستند و همچون سه منزلگاه، سیر این روایت را شکل می‌دهند. با نگاهی میان‌رشته‌ای و بهره‌گیری از روانکاوی، علوم اعصاب و فلسفه اجتماعی، می‌کوشیم ظرفیت‌های گفتن، شنیدن و ساختن معنا را در مواجهه با تروما بازاندیشی کنیم.

قسمت اول: گفتن جان‌کندن است (ارائه دهنده اصلی: آرش محقق): در تجربه‌ی مشترک تروما، درمانگر- تسهیلگر که خود درگیر تروماست، نمی‌داند. ندانستنی که نه از فقدان دانش، بلکه از نزدیکی بیش از حد به رنج مایه می‌گیرد. برای فهم آن دیگری، باید توان نگریستن به او را داشت. اما حضور بی‌واسطه در دل زخم، این فاصله ضروری برای دیدن را مختل می‌کند. در این وضعیت، همدلی به شدت آسیب‌پذیر است و ممکن است جای خود را به تجربه‌ای خودمحور دهد؛ درمانگر و مراجع هردو، به جای آنکه دیگری را ببینند، در پژواک زخم‌های خویش گرفتارند. حاصل این فرایند، اشکال مختلف اجتناب است؛ درمانگر و مراجع آنجا می‌نشینند، اما گویی هیچکدام حضور ندارند. پیام‌های کلامی و غیرکلامی به مقصد نمی‌رسند، زیرا هر دو سوی رابطه درگیر «جان‌کندن برای گفتن» از زخمی هستند که هنوز به زبان مشترک تبدیل نشده است؛ چون انسان‌هایی که در پای برج بابل می‌گفتند و هیچکس حرف دیگری را نمی‌فهمید؛ همه درگیر خود. جان‌کندن اینجاست، زخم تروما باز تجربه می‌شود و تسکینی نیست.

قسمت اول این سمپوزیوم در کوشش برای روایت رنج گفتنی بی‌مخاطب، به واکاوی روانکاوانه‌ی شکاف پرنشاندنی میان تجربه تروماتیک و ساحت زبان می‌پردازد؛ بزنگاهی که در آن عمل «سخن گفتن» برای سوژه به یک جان‌کندن تمام‌عیار بدل می‌شود. با تکیه بر آرای ژاک لکان، تروما به عنوان مواجهه‌ای سهمگین با «امر واقع» (The Real) بررسی می‌شود که زنجیره دلالتی را پاره کرده و سوژه را در برابر فقدان واژه در «دیگری بزرگ» بی‌دفاع می‌گذارد. هم‌زمان، از منظر ویلفرد بیون، این رنج به عنوان انباشتی از «عناصر بتا» و داده‌های حسی هضم‌نشده‌ای تحلیل می‌شود که پیش از استعاره‌سازی، در قالب مقاومت‌های بالینی نظیر «اجتناب از نگاه»، «لکنت» و «تقاضای شفای جادویی» خود را بر فضای جلسه تحمیل می‌کنند.

قسمت دوم: شنیدن جان‌پروریدن است (ارائه دهنده اصلی: حسن شاه‌رخی): رنج گفتن، اگرچه جان‌فرساست، لزوماً بی‌حاصل نیست. در گذار از این رنج، مراجع و درمانگر هردو از منزلگاهی میانه عبور می‌کنند؛ عزلتی خواب‌گونه که از خودآگاهی نظارت‌گر فاصله می‌گیرد و به ذهن فرصت می‌دهد تا فارغ از ضرورت واکنش فوری، بار دیگر توان خیال‌پردازی و روایت‌سازی را بازیابد. پس از آن است که «صبح شنیدن» سر برمی‌آورد. سکوت این صبح دیگر سکوتی خالی و برآمده از اجتناب نیست؛ سکوتی است سرشار از ناگفته‌هایی که اکنون مجال نشستن بر جان را پیدا کرده‌اند. در این سکوت، تجربه تروماتیک به تدریج از اسارت حس خام رها می‌شود و امکان می‌یابد در قالب روایت و معنا سازمان یابد. به این ترتیب آرام آرام افقی مشترک برای فهم شکل می‌گیرد؛ افقی که در آن نگاه از خویشتن فراتر می‌رود، دیگری دیده می‌شود و گفت‌وگو بیش از تبادل صرف واژه‌ها به تلاشی مشترک برای معناسازی بدل می‌شود.

این بخش از سمپوزیوم، به «شنیدن درمانگرانه» به عنوان فرآیندی خلاق و ظرفیت‌زا خواهد پرداخت. شنیدنی که مستلزم توانایی در خود نگه‌داشتن تجربه هیجانی، تحمل ابهام، تنظیم هیجان، حفظ کنجکاوی و مشارکت در ساختن معنایی است که نه از سوی درمانگر تحمیل می‌شود و نه از سوی مراجع از پیش آماده است؛ بلکه در فضای میان آن دو شکل می‌گیرد. با نگاهی میان‌رشته‌ای و با بهره‌گیری از یافته‌های علوم اعصاب، خواهیم کوشید این تحول را از منظر فرایندهای یگانه‌ی ذهنی و مغزی واکاوی کنیم و نشان دهیم که چگونه مغز، در بستر یک رابطه ایمن، از وضعیت بقا و دفاع، به سوی بازسازی روایت، معناسازی و ارتباط حرکت می‌کند. در این مسیر، نقش شبکه پیش‌فرض مغز (Default Mode Network) در شکل‌گیری روایت، بازاندیشی تجربه و گسترش ظرفیت ذهنی برای دیدن خود و دیگری بررسی خواهد شد. همچنین به پژوهش‌های مربوط به



هم‌آهنگی ذهنی و عصبی میان افراد (Interpersonal Synchrony) پرداخته خواهد شد؛ یافته‌هایی که نشان می‌دهند شنیدن، صرفاً رخدادی در یک مغز نیست، بلکه فرایندی است که در فضای میان دو ذهن شکل می‌گیرد و امکان خلق افقی مشترک برای فهم را فراهم می‌آورد.

قسمت سوم: تمام گفتن می‌باید و تمام شنیدن (ارائه دهنده اصلی: آوا محمد زاده): پس از گذار از گفتن سخت تا شنیدن جانفزا، اکنون افق دیگری پیش روی ما گشوده است. با آگاهی از اینکه بحران‌های اجتماعی، زخم را از ساحت فردی به قلمرو جمعی می‌کشاند، اینک می‌خواهیم از اتاق درمان فراتر برویم و به جامعه‌ای بنگریم که در میانه زخمی مشترک ایستاده است. پس در جستجوی پاسخی به این سوالات خواهیم بود که: چگونه می‌توان گفت‌وگو را از رابطه درمانی به عرصه جامعه گسترش داد؟ چگونه می‌توان از مواجهه فردی با زخم، به ساختن ظرفیت‌های جمعی برای ترمیم رسید؟ و چگونه می‌توان، در دل ناپایداری و بحران، دری از دیگری به دیگران و به جهان گشود و از گسستگی‌های فردی به همبستگی‌های اجتماعی رسید؟

برای واکاوی این پرسش‌ها، از آرای ریچارد رورتی بهره خواهیم گرفت. رورتی روایت‌های ما از جهان را نه حقیقت‌هایی ثابت، بلکه برساخته‌هایی اقتضایی (Contingent) می‌داند که در بستر تاریخ، زبان و روابط اجتماعی شکل می‌گیرند. از این منظر، بحران تنها ویرانگر و زخمی کننده نیست؛ بلکه زبان مشترک، اعتماد و ظرفیت جامعه برای معناسازی را نیز فرسوده می‌سازد و کارآیی روایت‌های پیشین را به چالش می‌کشد. اگر از استعاره بیون در سطح اجتماعی بهره بگیریم، می‌توان گفت همان‌گونه که تجربه هضم‌نشده در فرد به مقاومت و ناتوانی در روایت می‌انجامد، جامعه نیز ممکن است در برابر زخم‌های خود به بی‌اعتمادی، گسست پیوندهای اجتماعی و ناتوانی در «تمام گفتن و تمام شنیدن» گرفتار شود. پس جامعه ناگزیر می‌شود با «بازتوصیف (Redescription)»، زبان و روایت‌های تازه‌ای برای فهم تجربه جمعی بیافریند. در این میان، «همبستگی (Solidarity)» نه از توافق بر یک حقیقت واحد، بلکه از گسترش ظرفیت ما برای دیدن دیگری به مثابه «یکی از ما» پدید می‌آید.

در چنین فضایی، شاید به جای جستجوی یک حقیقت ثابت برای رنج، باید از خود پرسید: چگونه می‌توان به جای دیکته کردن یک روایت واحد، تسهیل‌گر فرآیند «باز-توصیف» واقعیت توسط خود جامعه بود؟ چگونه می‌توان ظرفیت‌های انسانی و اجتماعی را برای ترمیم دوباره فعال کرد؟ از این منظر، شاید وظیفه نظام سلامت روان تنها فرد نباشد، بلکه خدمات یکپارچه و جامعه‌نگر می‌توانند همچون یک «ظرف (Container)» اجتماعی و «ایگوی کمکی»، امکان پردازش رنج‌های مشترک، شکل‌گیری روایت‌های تازه و بازسازی اعتماد را فراهم آورند.

«تمام گفتن و تمام شنیدن» در این معنا، دیگر صرفاً فرایندی میان درمانگر و مراجع نیست، بلکه افقی برای ترمیم جامعه‌ای است که زخمی مشترک را تجربه کرده است؛ جامعه‌ای که در آن، روایت‌های پراکنده می‌توانند دوباره به گفت‌وگویی مشترک بدل شوند، همبستگی مجال ظهور یابد و «من» و «تو» بار دیگر در قالب «ما» معنا پیدا کنند.

فرآیند شکل‌گیری: این سمپوزیوم حاصل تلاش جمعی کارگروه ترومای گروه روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تبریز است. این کارگروه، با اهداف همزمان آموزشی (برای دستیاران روانپزشکی و دانشجویان روانشناسی) و درمانی (برای آسیب دیدگان از تروما) تشکیل شده است. مشکلات مواجهه‌های درمانی در جلسات منظم این کارگروه، مورد بحث قرار می‌گیرد و چاره‌اندیشی می‌شود. عناوین و ساختار این سمپوزیوم برآیند فرایندی مستمر از عمل بالینی، تأمل، گفت‌وگو و بازاندیشی جمعی است.

قالب ارائه: ما تلاش کرده ایم تا قالب ارائه، خود بازتابی از ایده محوری آن باشد؛ بنابراین به جای آغاز از نظریه و حرکت به سوی تجربه، از تجربه زیسته و روایت بالینی آغاز می‌کنیم و نظریه را در پاسخ به پرسش‌هایی که در فضای گفت‌وگو شکل می‌گیرند، به کار می‌گیریم. از همین رو، ارائه‌ها در قالبی ترکیبی از روایت بالینی، اتاق فکر معکوس و گفت‌وگوی نظری طراحی شده‌اند.

هر بخش با یک روایت کوتاه از یک مواجهه درمانی آغاز می‌شود (حدود ۱۰ دقیقه)؛ هدف این روایت، گشودن پرسش‌های اصلی هر بخش و دعوت مخاطب به مشارکت در فرایند اندیشیدن است. در ادامه، شرکت‌کنندگان برداشته‌ها، احساسات و تأملات خود را به صورت پیامک ارسال خواهند کرد. این پیامک‌ها در لحظه توسط تیم برگزارکننده مرور، دسته‌بندی و خلاصه می‌شوند و به عنوان نقطه آغاز گفت‌وگوی اصلی مورد استفاده قرار می‌گیرند (حدود ۱۰ دقیقه). بدین ترتیب، روایت مخاطبان نیز به بخشی از فرایند معناسازی سمپوزیوم تبدیل خواهد شد. در بخش پایانی هر قسمت، ارائه‌دهنده اصلی در قالب گفت‌وگویی هدایت‌شده با مجری، به پرسش‌های محوری پاسخ خواهد داد. پرسش‌ها ترکیبی از ایده‌های از پیش طراحی شده و ایده‌های برآمده از مشارکت مخاطبان خواهند بود و پاسخ‌ها نیز، متناسب با جریان گفت‌وگو، تلفیقی از محتوای علمی از پیش آماده و تأملات بداهه خواهند بود.

ملاحظات اخلاقی: بدیهی است که روایت‌های ارائه شده به شکلی مخدوش بازسازی می‌شوند تا امکان شناسایی و ارجاع به مراجع اصلی وجود نداشته باشد. همچنین اعلام می‌کنیم که هیچ تعارض منافعی در این پروژه وجود ندارد.



Lives on Pause: Waiting, Hope, and Mental Health in Unstable Times

Living Between Worlds The Social Experience of Chronic Uncertainty

دکتر مجید صفاری‌نیا، رییس انجمن روانشناسی اجتماعی ایران

بی‌ثباتی مزمن تنها یک وضعیت اقتصادی یا سیاسی نیست، بلکه تجربه‌ای اجتماعی است که روابط، هویت، اعتماد و احساس تعلق را دگرگون می‌کند. در چنین شرایطی، افراد ممکن است زندگی خود را در وضعیتی «میان گذشته و آینده» یا «در حالت تعلیق» تجربه کنند؛ وضعیتی که با ابهام نقش‌های اجتماعی، تضعیف سرمایه اجتماعی و کاهش انسجام جمعی همراه است. این سخنرانی با مرور یافته‌های جدید روان‌شناسی اجتماعی، جامعه‌شناسی و سلامت روان، نشان می‌دهد چگونه عدم قطعیت مزمن می‌تواند بر ادراک هویت، اعتماد اجتماعی، کیفیت روابط و احساس تعلق اثر بگذارد و زمینه‌ساز پریشانی روان‌شناختی شود. همچنین، نقش سرمایه اجتماعی، تاب‌آوری جمعی و بازسازی پیوندهای اجتماعی به‌عنوان عوامل محافظت‌کننده در برابر پیامدهای روانی زندگی در شرایط ناپایدار مورد بحث قرار خواهد گرفت.

From Isolation to Belonging Social Connectedness and Suicide Prevention in Unstable Times

دکتر حمید پیروی

نایب رییس جمعیت پیشگیری از خودکشی ایران و مسئول مرکز مشاوره دانشگاه ایران

دوره‌های طولانی بی‌ثباتی، از جمله جنگ، بحران‌های اقتصادی، همه‌گیری‌ها، مهاجرت اجباری و تغییرات سریع اجتماعی، می‌توانند احساس تعلق افراد به خانواده، دانشگاه، محیط کار و جامعه را به‌شدت تضعیف کنند. شواهد پژوهشی سال‌های اخیر نشان می‌دهد که تعلق اجتماعی تنها یک عامل حمایتی نیست، بلکه یکی از نیازهای بنیادین انسان و یکی از مهم‌ترین عوامل محافظت‌کننده در برابر اختلالات روانی و خودکشی است. در حالی که رویکردهای سنتی پیشگیری از خودکشی عمدتاً بر عوامل فردی و اختلالات روان‌پزشکی متمرکز بوده‌اند، رویکردهای نوین بر نقش تعیین‌کننده پیوندهای اجتماعی، احساس تعلق و انسجام اجتماعی تأکید دارند.

در این ارائه، با مرور جدیدترین شواهد علمی، ارتباط میان تعلق اجتماعی، تنهایی، ناکامی در احساس تعلق، ناامیدی و خطر خودکشی بررسی می‌شود. همچنین با بهره‌گیری از نظریه بین‌فردی خودکشی، نظریه نیاز به تعلق و یافته‌های جدید حوزه سلامت روان عمومی، مدلی مفهومی برای تبیین نقش بی‌ثباتی مزمن در فرسایش احساس تعلق و افزایش خطر خودکشی ارائه خواهد شد. در پایان، راهکارهای عملی برای تقویت تعلق اجتماعی در خانواده، دانشگاه، مراکز درمانی و جامعه به‌عنوان یکی از ارکان اصلی برنامه‌های جامع پیشگیری از خودکشی معرفی می‌کند.



The Predictive Brain How Chronic Uncertainty Reshapes Perception, Emotion and Decision-Making

دکتر نگین زنگنه‌نیا، روانپزشک و رواندرمانگر
رییس کمیته دستیاران و روانپزشکان جوان ایران

در سال‌های اخیر، نظریه <پردازش پیش‌بینانه> به یکی از مهم‌ترین چارچوب‌های علوم اعصاب شناختی و روانپزشکی محاسباتی تبدیل شده است. بر اساس این دیدگاه، مغز به‌طور مداوم با ساختن مدل‌هایی از جهان آینده را پیش‌بینی کرده و از طریق کاهش <خطای پیش‌بینی>، ادراک، هیجان و رفتار را تنظیم می‌کند. با وجود شواهد گسترده درباره پیامدهای استرس و تروما، تاثیر ناپایداری مزمن بر سازوکارهای پیش‌بینی مغز کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

این سخنرانی با اتکا به شواهد روز، این پرسش را مطرح می‌کند که آیا زندگی طولانی‌مدت در محیط‌های غیرقابل پیش‌بینی، با افزایش مداوم خطای پیش‌بینی، موجب بازآرایی عملکرد شبکه‌های مغزی شامل قشر پیش‌پیشانی، قشر سینگولیت قدامی، اینسولا، آمیگدالا و هیپوکامپ می‌شود؛ تغییری که می‌تواند با افزایش حساسیت به تهدید، اختلال در تنظیم هیجان، دشواری در تصمیم‌گیری، کاهش حس عاملیت و محدود شدن افق آینده همراه باشد.

این ارائه با بهره‌گیری از چارچوب پردازش پیش‌بینانه، پیشنهاد می‌کند که تجربه «زندگی در حالت تعلیق» را بتوان به‌عنوان اختلال در فرایندهای پیش‌بینی و آینده‌نگری مغز مفهوم‌پردازی کرد؛ رویکردی که می‌تواند درک فراتشخیصی جدیدی از رنج روانی در شرایط ناپایداری مزمن ارائه دهد. این سخنرانی پیشنهاد می‌کند که «زندگی در حالت تعلیق» را نه صرفاً به‌عنوان پیامد استرس، بلکه به‌عنوان اختلال در توانایی مغز برای ساختن آینده‌ای قابل پیش‌بینی درک کنیم؛ دیدگاهی که می‌تواند افق‌های جدیدی برای مفهوم‌پردازی و درمان رنج روانی در جوامع ناپایدار بگشاید.

Restoring Agency Rethinking Recovery in Unstable Times

بازسازی عاملیت در کار بالینی: روان‌پزشکی فراتر از کاهش علائم
دکتر لیلا صالحی، روانپزشک و رواندرمانگر، دانشگاه تهران

در شرایط جنگ، بی‌ثباتی اجتماعی و عدم قطعیت مزمن، بسیاری از بیماران حتی پس از بهبود نسبی علائم روان‌پزشکی، همچنان در تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و فعالیت هدفمند ناتوان می‌مانند؛ گویی زندگی را در وضعیت تعلیق تجربه می‌کنند. این وضعیت نشان می‌دهد که کاهش علائم، اگرچه شرطی ضروری برای درمان است، به‌تنهایی برای بازگشت به عملکرد مطلوب فردی و اجتماعی کافی نیست.

در این سخنرانی با تکیه بر یافته‌های نوین روان‌پزشکی، مفهوم عاملیت را به‌عنوان یکی از هدف‌های اصلی درمان در این شرایط بررسی می‌کنیم. عاملیت یعنی همان حس درونی اینکه آدم می‌تواند انتخاب کند، می‌تواند روی مسیر زندگی‌اش اثر بگذارد و هدفمند عمل کند — حتی اگر خیلی چیزها خارج از کنترلش باشند. در این چارچوب، ابتدا به این پرسش پرداخته می‌شود که چگونه عدم قطعیت مزمن می‌تواند ادراک آینده، انگیزش، تصمیم‌گیری و احساس اثرگذاری فرد را تغییر دهد و چرا این تغییرات می‌توانند حتی پس از بهبود نسبی علائم نیز ادامه یابند.

در ادامه، راهبردهای بالینی مبتنی بر شواهد برای بازسازی عاملیت مرور خواهند شد؛ از جمله تصمیم‌گیری مشارکتی، فعال‌سازی رفتاری، هدف‌گذاری تدریجی، تقویت خودکارآمدی و مداخلات مبتنی بر ارزش‌های فردی. این مداخلات نه صرفاً به‌عنوان تکنیک‌هایی برای کاهش علائم، بلکه به‌عنوان ابزارهایی برای بازگرداندن حس اختیار، مسئولیت‌پذیری و مشارکت فعال بیمار در درمان و زندگی روزمره بررسی خواهند شد.

استدلال اصلی این سخنرانی آن است که در جوامع مواجه با عدم قطعیت مزمن، موفقیت درمان را نمی‌توان صرفاً با کاهش علائم سنجید، بلکه باید آن را با توانایی بیمار برای ایفای نقش فعال در ساختن زندگی خود نیز ارزیابی کرد. از این منظر، بازسازی عاملیت می‌تواند به یکی از اهداف محوری روان‌پزشکی بالینی در مواجهه با شرایط عدم قطعیت مزمن تبدیل شود.



سمپوزیوم سه ضلع بحران خاموش:

روانپزشکی ایران در برابر جنگ اقتصادی، تهدید نظامی و نسلی حبس شده در انزوای فضای مجازی

تحریم به مثابه ترومای مزمن: سندرم ناامیدی آموخته شده،
اختلالات تطابق و ازهم‌گسیختگی تصمیم‌گیری در جمعیت تحت فشار تورم و بیکاری

دکتر مهسا برون، هیات علمی روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز

تحریم‌های اقتصادی، فراتر از پیامدهای مادی، می‌توانند به عنوان یک استرسور مزمن، ظرفیت سازگاری فردی و جمعی را فرسوده کنند. تداوم تورم، ناامنی شغلی و کاهش قدرت پیش‌بینی آینده، با افزایش احساس بی‌اختیاری، ناامیدی آموخته شده، علائم اضطرابی و افسردگی و اختلالات تطابق همراه است. در این شرایط، فشار مزمن می‌تواند با تضعیف کنترل اجرایی، انعطاف‌پذیری شناختی و ارزیابی پیامدها، به ازهم‌گسیختگی تصمیم‌گیری و افزایش رفتارهای اجتنابی یا تکانشی منجر شود. این سخنرانی با رویکردی روان‌پزشکی، مسیرهای احتمالی میان فشار اقتصادی، فرسودگی روانی و اختلال عملکرد را بررسی کرده و بر ضرورت مداخلات پیشگیرانه، تقویت حمایت اجتماعی، دسترسی عادلانه به خدمات سلامت روان و پایش مستمر پیامدهای روانی-اجتماعی تأکید می‌کند.

شیوع اختلال استرس پس از سانحه و اضطراب فراگیر
در مواجهه با حملات هوایی و هشدارهای مداوم

بهاره رضائی، عضو هیئت علمی روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز

این ارائه مروری است بر اپیدمیولوژی، مکانیسم‌های عصبی-زیستی، علائم بالینی بر اساس DSM-5 و پروتکل‌های درمانی مدرن PTSD در شرایط جنگی. حدود ۷۰٪ از مردم جهان حداقل یک رویداد آسیب‌زا در طول زندگی تجربه می‌کنند. طبق برآورد WHO، نرخ ابتلا به اختلالات روانی متوسط تا شدید در مناطق جنگی حدود ۲۲٪ و نرخ PTSD در مناطق جنگی درازمدت حدود ۱۵.۳٪ است؛ این در حالی است که نرخ بروز PTSD در شرایط عادی تنها ۳.۹٪ می‌باشد. غیرنظامیان نسبت به نظامیان اضطراب بیشتری نشان می‌دهند و نرخ PTSD در زنان ۳ تا ۴ برابر مردان است. نوجوانان و جوانان ۱۰ تا ۲۴ ساله در معرض جنگ نیز از گروه‌های پرخطر محسوب می‌شوند. وضعیت اقتصادی پایین، معلولیت، تجرد یا طلاق و سکونت شهری نیز با شیوع بالاتر مرتبط‌اند. در دوران فعال جنگ، افسردگی ۳۸.۷٪ و اضطراب ۴۳.۴٪ است و در دوران پساجنگ این ارقام به ترتیب به ۲۹.۱٪ کاهش می‌یابد. نکته مهم این است که علائم PTSD، برخلاف اضطراب عمومی، ممکن است ۲ تا ۶ ماه پس از پایان جنگ افزایش یابد، زیرا علائم سرکوب شده پس از فروکش بحران حاد بروز می‌کنند.

از منظر عصبی-زیستی، مغز افراد مبتلا به PTSD قادر به خاموش‌سازی پاسخ‌های ترس شرطی شده نیست. بیش‌فعالی آمیگدال همراه با کاهش فعالیت تنظیمی قشر پیش‌پیشانی، تفکیک محیط امن از ناامن را دشوار می‌کند. مدار ترس شامل آمیگدال برای پردازش سریع تهدید، هیپوتالاموس برای تنظیم واکنش‌های بدنی، هیپوکامپ برای ایجاد زمینه و حافظه، و قشر پیش‌پیشانی برای ارزیابی و مهار پاسخ ترس است. این مدار قابلیت یادگیری دارد، به همین دلیل فرد ممکن است در موقعیت‌های مشابه، پیش از وقوع خطر واقعی احساس ترس کند.

اغلب افرادی که رویداد تروماتیک را تجربه می‌کنند، یعنی ۶۰٪ تا ۸۰٪ آنان، به PTSD مزمن مبتلا نمی‌شوند. ابتلا حاصل تعامل عوامل پیش از تروما، حین تروما و پس از تروماست. از نظر بیولوژیک و ژنتیک، افراد مبتلا به PTSD معمولاً کورتیزول پایه پایین‌تر و حساسیت بالاتر گیرنده‌های گلوکوکورتیکوئیدی دارند و حدود ۳۰ تا ۴۰٪ واریانس ابتلا پایه ژنتیکی دارد که ژن‌های سروتونین، BDNF و FKBP در آن نقش دارند. افراد تاب‌آور آمیگدال متعادل‌تر، قشر پیش‌پیشانی کارآمدتر و هیپوکامپ با حجم طبیعی دارند. نبود اثر خطر ریسک PTSD را بیش از ۲ برابر و نبود پناهگاه در هشدار کوتاه ۱۵ تا ۳۰ ثانیه تا ۳ برابر افزایش می‌دهد. سابقه روانی خانوادگی، ترومای دوران کودکی و جنسیت زنانه از عوامل پیش از تروما هستند.



شدت و ماهیت رویداد، خشونت بین‌فردی، تجزیه حاد و درک تهدید جانی از عوامل حین تروما محسوب می‌شوند. پس از تروما نیز حمایت اجتماعی قوی‌ترین عامل محافظتی است و استرسورهای ثانویه مانند بیکاری، بی‌خانمانی و مسائل حقوقی خطر را افزایش می‌دهند. علائم بالینی بر اساس DSM-5 شامل هشت معیار تشخیصی است: مواجهه با عامل استرس‌زا، نشانه‌های مزاحم مانند فلش‌بک، اجتناب مداوم، تغییرات منفی شناخت و خلق، برانگیختگی مفرط و گوش‌به‌زنگی، تداوم علائم بیش از یک ماه، افت عملکرد فردی، شغلی یا اجتماعی، و عدم وابستگی علائم به دارو یا مواد. در حوزه درمان، روان‌درمانی‌های متمرکز بر تروما شامل مواجهه طولانی‌مدت، درمان پردازش شناختی و EMDR با اثربخشی بسیار بالا هستند. در درمان دارویی، خط اول SSRIs مانند سرتالین و پاروکستین و ونالفاکسین به‌عنوان داروی کمکی به کار می‌رود. برای کابوس شبانه پروازوسین، ترازودون یا سوروکسانت ترجیح داده می‌شود و بنزودیازپین‌ها به دلیل خطر وابستگی توصیه نمی‌شوند. مداخلات طولانی‌مدت برای افراد ناپایدار یا در آستانه آوارگی نباید آغاز شود. تکنولوژی‌های نوین نیز شامل نوروفیدبک، rTMS، بازتکیم حافظه با موشن روایت تروما همراه با پروپرانولول، کمک‌های اولیه روان‌شناختی به‌جای Debriefing اجباری، بلوک گانگلیون ستاره‌ای، سیستم‌های هشدار انسان‌محور و مراقبت از امدادگران در برابر استرس تروماتیک ثانویه است.

روان‌پزشکی در میدان چندبحرانی:

مداخلات جامعه‌نگر و خانواده‌محور برای بازسازی امید،

پیوند اجتماعی و تاب‌آوری در نسل درگیر با فقر، ترس و انزوا

دکتر رحیم بدرفام، متخصص روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز

در شرایطی که بحران‌های اقتصادی و سیاسی به بخشی از واقعیت زندگی روزمره تبدیل شده‌اند، نقش روان‌پزشکی از درمانگری فردی به معماری اجتماعی و مداخله در بستر جامعه تغییر می‌یابد. شواهد بین‌المللی نشان می‌دهند که نابرابری اقتصادی، مستقیم‌ترین عامل شیوع اختلالات روانی در جمعیت است و فقر، نه یک زمینه، بلکه عامل اتیولوژیک اصلی استرس مزمن محسوب می‌شود. نظریه «کمیابی شناختی» بیان می‌کند دغدغه‌های مالی، پهنای باند شناختی فرد را کاهش می‌دهد و درمان دارویی صرف را در غیاب توانمندسازی اقتصادی ناکارآمد می‌سازد. همچنین، تهدید نظامی و امنیت وجودی از طریق «نظریه مدیریت وحشت» به اضطراب مرگ دامن می‌زند و واکنش‌های محافظه‌کارانه یا پرخاشگرانه را برمی‌انگیزد. انزوای ناشی از فضای مجازی نیز به عنوان یک «پناهگاه ضدگلوله» روانی عمل می‌کند که خود به عاملی برای بلعیدن نسل جوان تبدیل شده است.

در پاسخ به این وضعیت، مداخلات جامعه‌نگر پیشنهاد می‌شود که درمان را در بستر زندگی روزمره و با همکاری نهادهایی چون شهرداری، آموزش و پرورش و وزارت کار ارائه می‌دهند. مدل‌های کلیدی شامل «مدل بازسازی امید» (ترکیبی از عاملیت و مسیر)، «نسخته‌ی نشاط» (تجویز ارتباط اجتماعی به جای دارو)، خانواده‌محوری سیستمی، پروتکل «امید در دل طوفان» مبتنی بر ACT، روان‌درمانی گروهی برای مادران، بازآفرینی «فضای سوم»، توانبخشی شغلی، ادغام سلامت روان در مدارس، همکاری با متولیان مذهبی، مدل «همیاران سلامت روان» و تقویت خطوط تلفن بحران است. در این چارچوب، روان‌پزشکان به عنوان سرمایه‌داران اجتماعی و معماران امید، باید از مطب‌ها به دل محله‌ها، مدارس و خانواده‌ها گام بگذارند.



نسل حبس شده در انزوای مجازی: تحلیل بالینی از دست رفتگی مهارت‌های اجتماعی، زوال تاب‌آوری و اپیدمی گوشه‌گیری در دانش‌آموزان و دانشجویان پس از یکسال آموزش تمام‌مجازی

دکتر عاطفه زندی‌فر، متخصص روان‌پزشکی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی البرز

آموزش تمام‌مجازی در دوران پاندمی، پنجره‌های رشد اجتماعی نسل متولد ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۵ را به‌اجبار بست و درپچه‌های مجازی را جایگزین آن ساخت. اصطلاح «Covid Generation» نه فقط به بیماری، بلکه به محرومیت از تجربه زیسته چهره‌به‌چهره در سنین طلایی شکل‌گیری قشر پیشانی مغز اشاره دارد. داده‌های بین‌المللی حاکی از افزایش ۶۷ درصدی اختلالات اضطرابی نوجوانان و کاهش ۴۲ درصدی تعاملات چهره‌به‌چهره است. مطالعات بومی در ایران نیز نشان می‌دهند که نمره احساس تنهایی دانشجویان علوم پزشکی در سطح متوسط (۴۵ از ۱۰۰) قرار دارد و بین اعتیاد به اینترنت و تنهایی، رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. متاآنالیزها شیوع افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی ایران را ۳۴.۱ درصد گزارش کرده‌اند که در رشته‌های پیراپزشکی و پزشکی عمومی بالاترین میزان را دارد.

از منظر عصب‌شناختی، انزوای اجتماعی به کاهش میلین‌سازی در مسیرهای دوپامینرژیک پاداش، کاهش اتصال عملکردی بین آمیگدال و قشر پیش‌پیشانی (OFC و DLPFC)، کاهش حجم هیپوکامپ در اثر فقر حرکتی، و سرکوب ترشح مالتونین در اثر نور آبی صفحه‌نمایش منجر می‌شود. این تغییرات، زمینه‌ساز اضطراب اجتماعی، دشواری در تنظیم هیجانات، اختلال در یادگیری فضایی و «سندرم فاز خواب تأخیری» هستند. افزایش ترشح دوپامین در پاسخ به «لایک»، مشابه پاسخ به کوکائین، تحمل‌پریشانی را به شدت کاهش می‌دهد.

پیامدهای بالینی این وضعیت شامل زوال تاب‌آوری و «پارادوکس شکنندگی» (حذف سریع افراد در مواجهه با کوچک‌ترین بازخورد منفی)، اپیدمی گوشه‌گیری (Hikikomori) به‌ویژه در غرب آسیا، بحران هویت (خودسایبری قوی اما خود واقعی شکننده)، مواجهه با محتوای خودآزارگرایانه، و شکل‌گیری دلبستگی ناایمن در نتیجه والدین غایب عاطفی است. در ایران، این وضعیت با «تریپل شوک» اقتصادی، کرونا و قطعی‌های مکرر اینترنت تشدید می‌شود.

مداخلات پیشنهادی شامل برنامه‌های مدرسه‌محور برای بازآموزی تعاملات چهره‌به‌چهره (الگوبرداری از برنامه Re-socialization انگلستان)، روان‌درمانی پویایی برای بازسازی «خود واقعی» از خلال رابطه درمانی امن، قوانین هوشمندانه برای محدودسازی گوشی در مدارس (با الگوگیری از فرانسه و هلند)، و تبدیل کلینیک‌ها به «پایگاه‌های ارتباط انسانی» است. راه‌حل نهایی، ممنوعیت نیست، بلکه جایگزینی و دعوت نسل حبس شده به زندگی واقعی است.



سمپوزیوم خواب و سلامت روان در زمانه ناپایدار

دکتر حبیب اله خزایی، دکتر پانته‌آ آریا، دکتر مشیت محمدزاده، دکتر جواد ستاره، دکتر محبوبه خوزان

پیامدهای روانی ناشی از فشارهای اجتماعی و ناپایداری‌های اخیر در جامعه ایران، بیش از هر زمان دیگری بر الگوهای خواب افراد جامعه سایه افکنده و سلامت روان را در ابعاد گسترده‌ای به چالش کشیده است. سمپوزیوم پیشنهادی کمیته خواب با عنوان «خواب و سلامت روان در زمانه ناپایدار»، با رویکردی کاربردی و مبتنی بر واقعیت‌های جامعه امروز، به بررسی چالش‌هایی نظیر بی‌خوابی، کابوس‌های شبانه و به‌هم‌ریختگی چرخه خواب و بیداری در شرایط بحران می‌پردازد. این سمپوزیوم فرصتی خواهد بود تا ضمن ارائه گزارشی از وضعیت خواب جامعه ایرانی در طی بحران‌های اخیر، راهکارهایی جهت بهبود کیفیت خواب در این شرایط ارائه دهد. اقدامی که به‌طور مستقیم به ارتقای دانش بالینی همکاران در مواجهه با مراجعین آسیب‌پذیر کمک خواهد کرد.

اختلالات خواب در ایران در سایه جنگ و بحران؛ از واقعیت آماری تا ضرورت مداخله روانپزشکی

دکتر حبیب اله خزایی، استاد روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

زمینه: ایران پانزده ماه آمادگی رزمی، دوازده روز جنگ با اسرائیل و چهل روز جنگ با آمریکا را پشت سر گذاشته است که همگی بر بستر آسیب‌پذیری بالای قبلی اختلالات خواب در جامعه ایرانی رخ داده است.

هدف: مرور شیوع، عوامل خطر و پیامدهای اختلالات خواب در جمعیت‌های درگیر جنگ با تأکید بر تجربه خاص ایران و ارائه راهکارهای مداخله روان‌پزشکی.

روش‌ها: این مطالعه تلفیقی است از داده‌های پایه ملی (خزایی و همکاران، ۲۰۲۴، با حجم نمونه ۶۰۱۳ نفر)، مرور نظام‌مند ۱۴ مطالعه بین‌المللی معتبر، و یافته‌های پژوهش‌های اخیر ایران درباره اختلال خواب، گوش‌به‌زنگی پایدار و نتایج مداخلات درمانی.

یافته‌ها: شیوع اختلالات خواب در ایران پیش از جنگ ۴۴ درصد برآورد شد. در مناطق جنگی جهان، این میزان بین ۳۵ تا ۸۹ درصد متغیر است که بالاترین میزان مربوط به نظامیان (۸۹٪) و غیرنظامیان فلسطینی (۷۴٪) می‌باشد. پژوهش‌های ایرانی حاکی از گوش‌به‌زنگی مزمن، «اضطراب آتش‌بس شکننده» و نقش میانجی‌گری اختلال خواب در تشدید اضطراب و افسردگی روز بعد است. آموزش تاب‌آوری توانست علائم اختلال خواب را در نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تا ۵۸ درصد کاهش دهد. زنان، کودکان، سالمندان و افراد دارای سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی آسیب‌پذیرترین گروه‌ها محسوب می‌شوند.

نتیجه‌گیری: اختلالات خواب، خط مقدم آسیب روانی در بحران طولانی در ایران به شمار می‌رود. غربالگری نظام‌مند، مداخلات غیردارویی زودهنگام، توانمندسازی درمانگران و هماهنگی بین‌بخشی، برای پیشگیری از مزمن شدن اختلال استرس پس از سانحه و انتقال بین نسلی آسیب‌های خواب امری فوری و ضروری است.

واژگان کلیدی: اختلالات خواب، جنگ، ایران، اختلال استرس پس از سانحه، گوش‌به‌زنگی، مداخله روان‌پزشکی



چهل و دومین همایش سالانه
انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

روان‌پزشکی
در زمانه ناپایدار

Sleep Disorders in Iran in the Shadow of War and Crisis: From Statistical Reality to the Necessity of Psychiatric Intervention

Habibolah Khazaie, Professor of Psychiatry, Kermanshah University of Medical Sciences,
Kermanshah, Iran

Background: Iran experienced 15 months of combat readiness, a 12-day war with Israel, and a frothy-day war with the US, exacerbating an already vulnerable sleep health baseline.

Objective: To review the prevalence, risk factors, and consequences of sleep disorders in war-affected populations, with a focus on Iran's unique experience, and to propose psychiatric interventions.

Methods: A synthesis of baseline national data (Khazaie et al., 2024; n=6,013), a systematic review of 14 international studies on sleep in conflict zones, and findings from recent Iranian studies on war-related sleep disruption, hypervigilance, and intervention outcomes.

Results: Pre-war prevalence of sleep disorders in Iran was 44.1%. In war zones globally, prevalence ranges from 35–89%, with highest rates among military personnel (89%) and civilians in Palestine (74.1%). Iranian studies reveal persistent hypervigilance, "fragile truce anxiety," and significant sleep disruption mediating next-day anxiety-depression. Resilience training reduced sleep disorder symptoms by 58% in adolescents with PTSD. Women, children, the elderly, and those with prior psychiatric history are most vulnerable.

Conclusion: Sleep disorders are the frontline of psychological damage in Iran's prolonged crisis. Systematic screening, early non-pharmacological interventions, capacity building, and intersectoral coordination are urgently needed to prevent chronic PTSD and intergenerational transmission of sleep pathology.



بی‌خوابی؛ آینه آسیب‌پذیری روانی

دکتر جواد ستاره

دانشیار روان‌پزشکی، فلوشیپ پزشکی خواب

مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

مقدمه: پاسخ همه افراد در مواجهه با بحران‌ها و رویدادهای استرس‌زا یکسان نیست. در برخی افراد، خواب یکی از نخستین کارکردهایی است که تحت تأثیر استرس قرار می‌گیرد. از این دیدگاه، بی‌خوابی را می‌توان فراتر از یک علامت شبانه، به‌عنوان پهنجره‌ای به تفاوت‌های فردی در آسیب‌پذیری نسبت به استرسورها و استحکام و تاب‌آوری روان در نظر گرفت.

هدف: هدف بررسی چگونگی ارتباط بی‌خوابی با آسیب‌پذیری روانی و تبیین این موضوع است که چرا بروز و تداوم اختلال خواب در مواجهه با استرس می‌تواند اطلاعاتی درباره میزان آسیب‌پذیری فرد و خطر پیامدهای بعدی سلامت روان فراهم کند.

بحث: آسیب‌پذیری روانی حاصل تعامل عوامل زیستی، شناختی، هیجانی و تجربیات پیشین است. این عوامل بر نحوه پاسخ فرد به استرس تأثیر می‌گذارد. یکی از تظاهرات این تفاوت فردی، میزان واکنش‌پذیری خواب به استرس (Sleep Reactivity) است. افرادی که واکنش‌پذیری خواب بالاتری دارند، در مواجهه با رویدادهای تنش‌زا بیشتر مستعد اختلال خواب و بی‌خوابی هستند. افزایش برانگیختگی (Hyperarousal)، نگرانی، نشخوار فکری و دشواری در کاهش برانگیختگی شناختی و هیجانی هنگام شب می‌تواند این آسیب‌پذیری را آشکارتر کند. شواهد طولی نشان می‌دهند که واکنش‌پذیری بالاتر خواب می‌تواند پیش از بروز بی‌خوابی وجود داشته و احتمال ایجاد و تداوم آن را افزایش دهد. از سوی دیگر، این رابطه دوسویه است؛ تداوم بی‌خوابی نیز می‌تواند با اختلال در تنظیم هیجان، افزایش حساسیت به استرس و کاهش ظرفیت مقابله‌ای، زمینه را برای بروز یا تشدید اختلالات روان‌پزشکی از جمله افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه فراهم کند.

نتیجه‌گیری: در شرایط بحران و ناپایداری، بی‌خوابی را نباید صرفاً پیامدی گذرا از تجربه استرس تلقی کرد. نحوه بروز، شدت و به‌ویژه تداوم بی‌خوابی می‌تواند پهنجره‌ای به آسیب‌پذیری فرد در برابر استرس باشد. در عین حال، خود بی‌خوابی ممکن است این آسیب‌پذیری را تشدید کند و خطر پیامدهای بعدی سلامت روان را افزایش دهد. بنابراین، شناسایی و درمان زودهنگام بی‌خوابی می‌تواند علاوه بر بهبود خواب، فرصتی برای شناسایی افراد آسیب‌پذیر و پیشگیری از پیامدهای روان‌پزشکی بعدی فراهم سازد.

واژگان کلیدی: بی‌خوابی، آسیب‌پذیری روانی، واکنش‌پذیری خواب، استرس، برانگیختگی بیش‌ازحد، سلامت روان

Insomnia: A Mirror of Psychological Vulnerability

Javad Setareh

Associate Professor of Psychiatry, Fellowship in Sleep Medicine
Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute,
Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Introduction: Individuals do not respond uniformly to crises and stressful life events. In some people, sleep is among the first functions to be affected by stress. From this perspective, insomnia can be viewed not merely as a nighttime symptom, but as a window into individual differences in vulnerability to stressors, as well as psychological resilience and robustness.

Objective: This presentation aims to examine the relationship between insomnia and psychological vulnerability and to explain why the onset and persistence of sleep disturbance in response to stress may provide valuable information about an individual's vulnerability and the risk of subsequent adverse mental health outcomes.

Discussion: Psychological vulnerability arises from the interaction of biological, cognitive, emotional, and prior experiential factors, all of which influence how an individual responds to stress. One manifestation of these individual differences is sleep reactivity, referring to the degree to which sleep is disrupted by stress. Individuals with higher sleep reactivity are more susceptible to sleep disturbance and insomnia when



exposed to stressful events. Hyperarousal, worry, rumination, and difficulty downregulating cognitive and emotional arousal at night may further reveal this underlying vulnerability.

Longitudinal evidence suggests that heightened sleep reactivity may precede the onset of insomnia and increase the likelihood of its development and persistence. At the same time, this relationship is bidirectional. Persistent insomnia may impair emotion regulation, increase sensitivity to stress, and reduce coping capacity, thereby contributing to the onset or exacerbation of psychiatric disorders, including depression, anxiety disorders, and post-traumatic stress disorder.

Conclusion: During periods of crisis and instability, insomnia should not be regarded merely as a transient consequence of stress. Its onset, severity, and particularly its persistence may provide a window into an individual's vulnerability to stress. At the same time, insomnia itself may amplify this vulnerability and increase the risk of subsequent adverse mental health outcomes. Therefore, early identification and treatment of insomnia may not only improve sleep but also provide an opportunity to identify vulnerable individuals and help prevent subsequent psychiatric consequences.

Keywords: Insomnia; Psychological vulnerability; Sleep reactivity; Stress; Hyperarousal; Mental health

خواب امن در روزگار ناامن

دکتر محبوبه خوزان، روانپزشک

فلوشیپ پزشکی خواب. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

شرایط بحرانی مانند جنگ، بلایای طبیعی و همه‌گیری‌ها، با افزایش احساس تهدید، عدم قطعیت، عدم ثبات در برنامه روزانه و افزایش برانگیختگی، می‌توانند خواب را به‌طور قابل توجهی مختل کنند. اهمیت این مسئله تنها به افزایش علائم بی‌خوابی محدود نمی‌شود؛ اختلال خواب می‌تواند به افزایش اضطراب و افسردگی، تشدید واکنش‌های استرس‌زا، کاهش تنظیم هیجانی و افت عملکرد روزانه منجر شود و در مقابل، خواب مناسب می‌تواند یکی از عوامل مهم حفظ تاب‌آوری روانی در شرایط بحرانی باشد. در چنین شرایطی، هدف مداخله لزوماً بازگرداندن خواب به وضعیت ایده‌آل نیست، بلکه حفظ یک «فرصت امن برای خواب منظم و ترمیم‌کننده» است.

نخستین گام در مدیریت خواب طی بحران، کاهش عوامل محیطی قابل تغییر و ایجاد بیشترین میزان ممکن از امنیت، ثبات و نظم روزانه است. حفظ زمان نسبتاً ثابت خواب و بیداری، دریافت نور در طی روز، فعالیت جسمانی متناسب با شرایط، محدودکردن مصرف کافئین و نیکوتین، کاهش چرت‌های طولانی و استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی از مداخلات ساده و کم‌هزینه‌ای هستند که می‌توانند حتی در شرایط دشوار قابل اجرا باشند. راهکارهای مبتنی بر درمان شناختی رفتاری برای بیخوابی (CBT-I)، به‌ویژه در قالب‌های کوتاه‌مدت و از راه دور یا دیجیتال می‌توانند در شرایطی که دسترسی به درمانگر محدود است مفید باشند. مطالعات انجام‌شده در دوران کووید-۱۹ نشان داده‌اند که مداخلات دیجیتال و کوتاه‌مدت رفتاری می‌توانند علائم بی‌خوابی و نیز برخی علائم اضطرابی و افسردگی را کاهش دهند و حتی با افزایش تاب‌آوری در برابر استرس ارتباط داشته باشند. از نظر دارویی، اصل مهم انتخاب درمان بر اساس هدف بالینی، حداقل دوز لازم برای اثربخشی و کوتاه‌ترین مدت ممکن است. در بی‌خوابی حاد پس از یک رویداد بالقوه آسیب‌زا، بنزودیازپین‌ها نباید به‌صورت روتین تجویز شوند؛ سازمان جهانی بهداشت مصرف آنها را تنها در شرایط خاص، زمانی که مداخلات روان‌شناختی امکان‌پذیر نبوده و بی‌خوابی عملکرد فرد را به‌شدت مختل کرده باشد، برای دوره‌ای بسیار کوتاه توصیه می‌کند. در بی‌خوابی مزمن، CBT-I همچنان درمان خط اول است و دارودرمانی در صورت ناکافی‌بودن یا عدم دسترسی به CBT-I می‌تواند به‌صورت کوتاه‌مدت مورد استفاده قرار گیرد.

در بیماران دچار کابوس‌های مرتبط با PTSD نیز باید کابوس را به‌عنوان یک هدف درمانی مستقل در نظر گرفت؛ شواهد مربوط به پرازوسین همچنان ناهمگون است، اما راهنماهای بالینی معتبر استفاده از آن را برای کابوس‌های مرتبط با PTSD به‌صورت مشروط پیشنهاد می‌کنند. در مجموع، در شرایط ناامن همیشه نمی‌توان محیط را امن کرد، اما می‌توان با مداخلات ساده، انعطاف‌پذیر و مبتنی بر شواهد، خواب را تا حد امکان امن‌تر کرد.



Safe Sleep in Unsafe Times

**Mahboobeh Khoozan, MD, Psychiatrist, Sleep Medicine Fellowship
Faculty Member of Iran University of Medical Sciences**

Crisis situations, including wars, natural disasters, and pandemics, can substantially disrupt sleep through increased perceptions of threat and uncertainty, disruption of daily routines, and heightened arousal. The significance of this problem extends beyond an increase in insomnia symptoms. Sleep disturbances may contribute to greater anxiety and depression, exacerbation of stress responses, impaired emotional regulation, and reduced daytime functioning. Conversely, adequate sleep may play an important role in maintaining psychological resilience during times of crisis. Under such circumstances, the goal of intervention is not necessarily to restore sleep to an ideal state, but rather to preserve a safe opportunity for regular and restorative sleep.

The first step in managing sleep during a crisis is to reduce modifiable environmental factors and establish as much safety, stability, and daily structure as circumstances permit. Maintaining relatively consistent sleep and wake times, obtaining adequate daytime light exposure, engaging in physical activity appropriate to the circumstances, limiting caffeine and nicotine intake, avoiding prolonged daytime naps, and using relaxation techniques are simple, low-cost strategies that may remain feasible even under challenging conditions. Interventions based on cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I), particularly brief, remote, or digital formats, may be useful when access to therapists is limited. Studies conducted during the COVID-19 pandemic have shown that brief behavioral and digital interventions can reduce insomnia symptoms as well as some symptoms of anxiety and depression, and may also be associated with greater resilience to stress.

From a pharmacological perspective, an important principle is to select treatment according to the clinical objective, use the lowest effective dose, and prescribe it for the shortest feasible duration. In acute insomnia following a potentially traumatic event, benzodiazepines should not be routinely prescribed. The World Health Organization recommends their use only in specific circumstances, when psychological interventions are not feasible and insomnia is causing severe functional impairment, and then only for a very short period. In chronic insomnia, CBT-I remains the first-line treatment, while pharmacotherapy may be considered for short-term use when CBT-I is insufficient or unavailable.

In patients with PTSD-related nightmares, nightmares should also be considered an independent treatment target. Although evidence regarding prazosin remains heterogeneous, clinical guidelines conditionally recommend its use for PTSD-associated nightmares.

Overall, although it is not always possible to make the environment safe during times of insecurity, it is possible to make sleep as safe as possible through simple, flexible, and evidence-based interventions.



دکتر مشیت محمدزاده، روان‌پزشک

ساعت اصلی زیستی در هسته سوپراکایاسماتیک چرخه خواب و بیداری و ریتم‌های هورمونی، و همچنین مجموعه گسترده‌ای از سایر ریتم‌های شبانه‌روزی را کنترل می‌کند. ساعت زیستی هسته سوپراکایاسماتیک، فعالیت و زمان‌بندی ساعت‌های زیستی متعدد موجود در مغز و بافت‌های محیطی را هماهنگ می‌کند تا سازمان‌یافتگی زمانی شبانه‌روزی حفظ شده و با تغییرات روزانه محیط سازگار شود.

در نتیجه ارتباطات متقابل میان ساعت‌های شبانه‌روزی و متابولیسم درون‌سلولی، شرایطی که موجب ناهمزمانی شبانه‌روزی می‌شوند، مانند نشانگان خوردن شبانه، کار شیفتی و جت‌لگ، هموستاز خواب را مختل کرده و عوامل خطر متابولیک، از جمله چاقی، اختلال تحمل گلوکز و پرفشاری خون را افزایش می‌دهند.

ریتم‌های شبانه‌روزی جزء حیاتی سلامت انسان هستند و نشان داده شده است که اختلال در تنظیم آن‌ها می‌تواند در ایجاد تغییرات نامطلوب در عملکرد قلبی-عروقی، متابولیک و سیستم ایمنی نقش داشته باشد.

شایع‌ترین شکل اختلال تنظیم ریتم‌های شبانه‌روزی در جامعه مدرن، ناهمزمانی ریتم‌های محیطی و/یا رفتاری با سیستم شبانه‌روزی درون‌زاد است که در نتیجه عواملی مانند کار شیفتی، جت‌لگ، مواجهه با نور در طول شب یا خوردن غذا در ساعات پایانی شب ایجاد می‌شود. چنین شرایطی همچنین می‌تواند به نوعی ناهماهنگی در عملکرد ساعت شبانه‌روزی در سطح سلولی یا سیستمیک، در ساعت مرکزی یا بافت‌های محیطی، منجر شود.

ریتم‌های شبانه‌روزی توسط شبکه‌ای پیچیده تنظیم می‌شوند که هسته سوپراکایاسماتیک در هیپوتالاموس و ساعت‌های مولکولی موجود در سراسر بدن را دربرمی‌گیرد. اختلالات خواب-بیداری مرتبط با ریتم شبانه‌روزی می‌توانند در نتیجه سه مکانیسم اصلی ایجاد شوند:

تغییر در چرخه روشنایی-تاریکی نسبت به ساعت درونی بدن

تغییر در ساعت درونی بدن نسبت به چرخه روشنایی-تاریکی

اختلال در مکانیسم‌های عملکرد ساعت زیستی

اختلالات خواب-بیداری مرتبط با ریتم شبانه‌روزی را می‌توان با ترکیبی از مداخلات رفتاری و استفاده از نوردرمانی و ملاتونین با زمان‌بندی دقیق و هدفمند درمان کرد.

خواب به‌شدت نسبت به عوامل استرس‌زای محیطی حساس است. متأسفانه، این مؤلفه مهم سلامت تحت تأثیر شدید رویدادهایی قرار گرفته است که امروزه در نقاط مختلف جهان شاهد آن‌ها هستیم. نتایج بسیاری از مطالعات و گزارش‌های سال‌های اخیر، از وجود اختلالات خواب در شهروندان کشورهای که درگیر بحران یا جنگ هستند، حکایت دارد.

در چنین محیط‌هایی، غیرنظامیان اغلب به‌صورت آوارگان داخلی یا پناهندگان درمی‌آیند و به دلیل عواملی مانند صدای مداوم پهپادها و حملات هوایی، ازدحام در پناهگاه‌ها و ترس فراگیر از به خطر افتادن امنیت شخصی، دچار خواب گسسته یا کاهش مدت خواب می‌شوند.

درگیری‌های مسلحانه، بی‌ثباتی سیاسی، جابه‌جایی اجباری و استرس طولانی‌مدت ناشی از شرایط اجتماعی-اقتصادی، میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده‌اند و نگرانی‌های جدی درباره پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت آن‌ها بر سلامت خواب ایجاد کرده‌اند.

مواجهه با جنگ و بحران‌های اجتماعی موجب بروز استرس مزمن، ترس، عدم قطعیت و تجارب تروماتیک در افراد می‌شود. این شرایط پاسخ‌های نورویولوژیک پایدار و مداومی را فعال می‌کنند که شناخته شده است می‌توانند شروع و تداوم خواب را مختل کنند. بی‌خوابی، کابوس‌های شبانه، خواب گسسته و اختلالات ریتم شبانه‌روزی از جمله شایع‌ترین مشکلات خواب گزارش‌شده در جمعیت‌های متأثر از مناقشه و جنگ هستند.



The master clock in the suprachiasmatic nucleus (SCN) controls the sleep- wake cycle and hormonal rhythms, as well as a multitude of other circadian rhythms. The SCN clock conducts the multitude of brain and peripheral clocks to ensure circadian temporal organization and its adjustment to the daily variations of the environment.

As a consequence of the reciprocal connections between circadian clocks and intracellular metabolism, situations of circadian misalignment, such as night- eating syndrome, shift work, and chronic jet lag, disrupt sleep homeostasis and increase metabolic risk factors, including obesity, impaired glucose tolerance, and hypertension.

Circadian rhythms are a vital component of human health, and their dysregulation has been shown to contribute to adverse changes in cardiovascular, metabolic, and immune function.

The most common form of circadian dysregulation in modern society is the misalignment of environmental and/or behavioral rhythms with the endogenous circadian system resulting from factors such as shift work, jet lag, light at night, or late- night eating. Such conditions may also lead to a mismatch of circadian clock function at the cellular or systems level in the central clock or peripheral tissues.

Circadian rhythms are regulated by a complex network, including the suprachiasmatic nucleus in the hypothalamus and molecular clocks throughout the body. Circadian rhythm sleep- wake disorders can result from (1) changes in the light- dark cycle in relation to the internal clock, (2) changes in the internal clock in relation to the light- dark cycle, and (3) dysfunction in the clock mechanisms. Circadian rhythm sleep- wake disorders can be treated with a combination of behavioral interventions and carefully timed light and melatonin.

Sleep is highly sensitive to environmental stressors. Unfortunately, this important component of health has been greatly affected by the events that we are witnessing in every corner of the world today. The results of many studies and reports in recent years indicate sleep disorders in citizens of countries involved in crisis or war. In these environments, civilians frequently become internally displaced or refugees, experiencing fragmented or reduced sleep due to factors such as constant noise from drones and airstrikes, overcrowded shelters, and pervasive fear for personal safety. Armed conflicts, political instability, forced displacement, and prolonged socioeconomic stress have affected millions of people worldwide, raising serious concerns about their short- and long-term impact on sleep health. Exposure to war and social crises causes chronic stress, fear, uncertainty, and traumatic experiences in individuals. These conditions activate sustained neurobiological responses, which are known to disrupt sleep initiation and maintenance. Insomnia, nightmares, fragmented sleep, and circadian rhythm disturbances are among the most commonly reported sleep problems in conflict-affected populations.



سمپوزیوم واکاوی ابعاد تجربه پزشکان و رزیدنت‌های مواجهه یافته با جنگ: از آسیب روانشناختی تا بازتعریف هویت حرفه‌ای و معناسازی

پزشکان و رزیدنت‌ها در شرایط جنگ، علاوه بر مواجهه با تروماهای مستقیم و غیرمستقیم، با چالش‌های اخلاقی، حرفه‌ای، سازمانی و اجتماعی پیچیده‌ای روبه‌رو می‌شوند. مواجهه مکرر با مرگ، رنج گسترده، محدودیت منابع، تصمیم‌گیری‌های دشوار و اختلال در ساختارهای معمول ارائه خدمات، میتواند سلامت روان، عملکرد حرفه‌ای و برداشت آنان از هویت پزشکی خود را تحت تأثیر قرار دهد. پیامدهای این تجربه به اختلالات مرتبط با تروما محدود نمی‌شود و ممکن است به شکل فرسودگی، آسیب اخلاقی، احساس گناه و درماندگی، کاهش احساس کارآمدی حرفه‌ای، دشواری در کمک‌خواهی و افزایش خطر پیامدهای شدیدی مانند خودکشی ظاهر شود. در مقابل، عوامل محافظت‌کننده فردی، بین فردی، گروهی، سازمانی و اجتماعی می‌توانند در کاهش آسیب‌ها و بازیابی ظرفیت حرفه‌ای پزشکان نقش مهمی ایفا کنند.

این سمپوزیوم با رویکردی چندسطحی، تجربه‌های پزشکان و رزیدنت‌های مواجهه یافته با جنگ را از منظر پیامدهای روانشناختی و آسیب اخلاقی، عوامل اجتماعی و سازمانی مؤثر بر سلامت روان، خطر خودکشی و راهبردهای پیشگیری، عوامل محافظت‌کننده و مداخلات حمایتی و در نهایت رشد پس از سانحه، معناسازی و بازتعریف هویت حرفه‌ای بررسی می‌کند.

این سمپوزیوم با اهداف زیر برگزار میشود:

- *تبیین پیامدهای روانشناختی و حرفه‌ای مواجهه پزشکان و رزیدنت‌ها با جنگ؛
- *بررسی مفهوم آسیب اخلاقی و ارتباط آن با تصمیم‌گیری حرفه‌ای در شرایط بحرانی؛
- *تحلیل عوامل اجتماعی، سازمانی و نظام‌مند مؤثر بر سلامت روان پزشکان؛
- *شناسایی عوامل خطر و راهبردهای پیشگیری از خودکشی در پزشکان طی بحران‌های جمعی؛
- *معرفی عوامل محافظت‌کننده و نقش حمایت هم‌تایان، گروه‌ها و شبکه‌های حرفه‌ای؛
- *بررسی امکان رشد پس از سانحه، معناسازی و بازتعریف هویت حرفه‌ای پس از جنگ.

پیامدهای روان‌شناختی و آسیب اخلاقی در پزشکان و رزیدنت‌های مواجهه‌یافته با جنگ

دکتر آناهیتا رحمنی، روان‌پزشک، فلوشیپ روان‌درمانی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

مقدمه:

جنگ، پزشکان و رزیدنت‌ها را هم‌زمان در معرض تهدید مستقیم، مشاهده رنج و مرگ، فشار کاری و کمبود منابع قرار می‌دهد و آنان را گاه با تصمیم‌هایی مواجه می‌کند که با ارزش‌های حرفه‌ای‌شان ناسازگار است. در چنین شرایطی، پزشک ممکن است نتواند آن‌گونه که از نظر حرفه‌ای درست می‌داند عمل کند. پیامد این مواجهه می‌تواند از واکنش‌های قابل انتظار به استرس تا اختلالات بالینی و آسیب اخلاقی گسترش یابد. آسیب اخلاقی تشخیص روان‌پزشکی مستقلی نیست، بلکه مفهومی برای توصیف نوعی رنج روان‌شناختی و اخلاقی است که می‌تواند در پی انجام دادن، انجام ندادن، مشاهده یا قرار گرفتن در موقعیت‌هایی شکل گیرد که با ارزش‌ها و باورهای اخلاقی عمیق فرد در تعارض قرار گرفته‌اند.

هدف:

این سخنرانی طیف پیامدهای روان‌شناختی و حرفه‌ای مواجهه با جنگ را بررسی کرده و به مفهوم آسیب اخلاقی، ویژگی‌های آن و تمایز و همپوشانی آن با اختلال استرس پس از سانحه و فرسودگی شغلی می‌پردازد.

محورهای

محورهای بحث

محورهای بحث شامل مواجهه مستقیم و نیابتی با تروما، تعارض میان وظیفه حرفه‌ای و ایمنی خود یا خانواده، تصمیم‌گیری اخلاقی در شرایط محدودیت منابع، ناتوانی در ارائه مراقبت مطلوب، و تجربه تعارض یا خیانت در رابطه با ساختارهای حرفه‌ای و سازمانی است. در چنین شرایطی، گاه پزشک با این پرسش مواجه می‌شود که «من در این موقعیت چه کردم و چه نتوانستم انجام دهم؟» شرم، گناه، خشم، بی‌اعتمادی، درماندگی



و گسست از معنای حرفه‌ای ممکن است در کنار نشانه‌های اضطراب، افسردگی، فرسودگی شغلی یا استرس پس از سانحه ظاهر شوند. این همپوشانی نباید موجب تقلیل آسیب اخلاقی به یک اختلال فردی شود؛ زیرا منشأ بخشی از رنج در محدودیت‌های واقعی و تصمیم‌های سازمانی قرار دارد. واکنش‌های پزشکان همچنین بر رابطه با بیمار، همکاری تیمی و احساس شایستگی حرفه‌ای اثر می‌گذارند.

جمع‌بندی:

هدف، بیماری تلقی کردن واکنش‌های انسانی به بحران نیست؛ بلکه جدی گرفتن این تجربه و فراهم کردن امکان پرداختن به پیامدهای آن، پیش از آن است که رنج به بخشی پایدار از رابطه پزشک با خود و حرفه‌اش تبدیل شود. از این رو، شناسایی این تجربه و فراهم کردن امکان گفت‌وگوی اخلاقی و حمایت تخصصی، در کنار توجه به شرایط کار، اهمیت دارد.

کلیدواژه‌ها:

جنگ، پزشکان، آسیب اخلاقی، استرس پس از سانحه، فرسودگی شغلی

سلامت روان‌پزشکان در بحران‌های جنگی: رویکردی جامعه‌نگر

دکتر رزا علی خانی، روان‌پزشک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

بحران‌های جنگی و مخاصمات مسلحانه علاوه بر تهدید مستقیم جان و امنیت افراد پیامدهای عمیقی بر سلامت روان پزشکان، دستیاران و سایر کارکنان نظام سلامت دارند. کادر درمان در چنین شرایطی ممکن است همزمان با مواجهه با مرگ و آسیب، خشونت ناامنی و تهدیدهای مکرری تجربه کنند و با افزایش بار کاری، کمبود نیروی انسانی و تجهیزات، اختلال در خدمات درمانی و فشارهای اقتصادی و اجتماعی مواجه شوند. شواهد حاصل از مناطق درگیر جنگ از جمله اوکراین، افزایش اضطراب افسردگی، علائم پس از سانحه و مشکلات جسمانی و روانی را در میان کارکنان سلامت نشان داده است.

در این سخنرانی، سلامت روان، پزشکان در بحران‌های جنگی با رویکردی جامعه‌نگر، سازمان محور و نظام محور بررسی میشود. ابتدا عوامل اجتماعی و محیطی مؤثر بر سلامت روان پزشکان و رزیدنتها، از جمله شرایط کاری مواجهه با خشونت، ناامنی بار کاری، نابرابری در دسترسی و توزیع منابع و اختلال در تداوم خدمات مورد بحث قرار می‌گیرد. سپس نقش دانشگاه‌ها، سازمان‌های حرفه‌ای، مدیران و نظام سلامت در ایجاد محیط‌های کاری حمایتگر، کاهش آسیب‌های روانی و حفظ نیروی انسانی بررسی خواهد شد.

بخش مهمی از سخنرانی به مفهوم تاب‌آوری اختصاص دارد. در این چارچوب، تاب‌آوری صرفاً یک ویژگی فردی یا توانایی پزشک برای تحمل شرایط دشوار تلقی نمی‌شود؛ بلکه شرایط محیط کار، حمایت سرپرستی، انسجام تیمی، فرهنگ سازمانی، توانمندسازی کارکنان و ظرفیت سازمان برای سازگاری با بحران نیز بررسی می‌شود.

در نهایت بر ضرورت گذار از رویکردهای صرفاً فرد محور به سوی مداخلات چندسطحی، حمایت‌های سازمانی، سیاست‌های سلامت، مداخلات جامعه محور و تقویت تاب‌آوری نظام سلامت تأکید خواهد شد؛ رویکردی که هدف آن نه تنها حفاظت از سلامت روان پزشکان، بلکه حفظ کیفیت و تداوم خدمات سلامت در شرایط بحران است. شواهد جدید نیز بر اهمیت ادغام حمایت از سلامت روان در ساختارهای سازمانی، سیاست‌های نیروی انسانی و حکمرانی نظام سلامت تأکید دارند.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان پزشکان بحران‌های جنگی کارکنان سلامت تاب‌آوری سازمانی، تاب‌آوری نظام سلامت حمایت سازمانی، مداخلات جامعه محور



خودکشی پزشکان در شرایط بحران از شناخت عوامل خطر تا راهبردهای پیشگیری دکتر فهیمه سعید، روان‌پزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

مقدمه: پزشکان و رزیدنت‌ها در شرایط جنگ و بحران‌های جمعی، به دلیل مواجهه با تروما، مرگ و رنج، فشار کاری، محدودیت منابع و تعارض‌های اخلاقی و حرفه‌ای، در معرض افزایش آسیب‌های روان‌شناختی و خطر خودکشی قرار دارند. ویژگی‌های خاص حرفه پزشکی، از جمله انگ مرتبط با اختلالات روانی و نگرانی از پیامدهای حرفه‌ای کمک‌خواهی، می‌تواند دسترسی به مراقبت را نیز محدود کند. هدف: هدف از این سخنرانی تبیین عوامل خطر خودکشی در پزشکان و رزیدنت‌ها در شرایط بحران و بررسی رویکردهای مؤثر در شناسایی زودهنگام و پیشگیری است.

محورهای بحث: در این سخنرانی، عوامل فردی، حرفه‌ای و سازمانی مرتبط با خطر خودکشی، از جمله افسردگی، فرسودگی شغلی، آسیب اخلاقی، احساس شکست، انزوای حرفه‌ای و پیامدهای مواجهه با جنگ بررسی می‌شوند. همچنین نقش عوامل محافظت‌کننده، حمایت هم‌تایان، کاهش انگ و ایجاد مسیرهای محرمانه و در دسترس برای دریافت خدمات سلامت روان مورد بحث قرار خواهد گرفت. پیشگیری باید شامل آموزش مسئولانه، شناسایی زودهنگام، آموزش همکاران برای پرسش مستقیم و ارجاع، ارزیابی بالینی، برنامه ایمنی، کاهش دسترسی به وسایل کشنده، درمان مبتنی بر شواهد، پیگیری فعال و مداخلات پس از خودکشی یک همکار باشد. نتیجه‌گیری: پیشگیری از خودکشی در جامعه پزشکی نیازمند رویکردی چندسطحی است که هم‌زمان بر شناسایی و مداخله زودهنگام، حمایت فردی و هم‌تایان و اصلاح عوامل سازمانی و ساختاری مؤثر بر سلامت روان تمرکز داشته باشد. غربالگری بدون مسیر درمان کافی نیست و نظام سلامت باید هم عوامل خطر شغلی قابل اصلاح را کاهش دهد و هم امکان مراقبت تخصصی پیوسته را فراهم کند. کلیدواژه‌ها خودکشی پزشکان، پیشگیری، کمک‌خواهی، محرمانگی، بحران جمعی

گروه‌درمانی حمایتی و حمایت هم‌تایان در حفاظت از سلامت روان درمانگران، پزشکان و رزیدنت‌ها در بحران‌های اجتماعی و جنگ

دکتر بنت‌الهدی موسوی، روان‌پزشک، روان‌درمانگر تحلیلی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

مقدمه: درمانگران، پزشکان و رزیدنت‌ها در بحران‌های اجتماعی و جنگ هم ارائه‌دهنده مراقبت‌اند و هم ممکن است خود، خانواده و جامعه‌شان در معرض تهدید باشند. فرهنگ حرفه‌ای حوزه سلامت اغلب ادامه‌دادن کار، کنترل هیجان و خوداتکایی را تشویق می‌کند؛ بنابراین رنج ممکن است به جای بیان و پردازش، به انزوا، فرسودگی یا اختلال در عملکرد تبدیل شود. گروه‌درمانی حمایتی و حمایت هم‌تایان می‌توانند فضایی فراهم کنند که تجربه فردی در یک زمینه مشترک دیده و قابل فکر کردن شود.

هدف: هدف این سخنرانی، توضیح کارکردهای درمانی گروه، اصول طراحی گروه‌های حمایتی برای درمانگران، پزشکان و رزیدنت‌ها، و جایگاه آنها در یک نظام حمایت روانی چندلایه است.

محورهای بحث: گروه می‌تواند احساس تنهایی و استثنایی بودن رنج را کاهش دهد، تجربه‌ها را بدون کوچک کردن آنها به رسمیت بشناسد، تنظیم هیجان را تقویت کند و امکان تبدیل تجربه خام به روایت و معنا را فراهم سازد. حمایت هم‌تایان همچنین زبان مشترک حرفه‌ای و دسترسی کم‌مانع‌تری ایجاد می‌کند. با این حال، هر گردهمایی‌ای گروه‌درمانی نیست. هدف، تخلیه هیجانی اجباری یا بازگویی یک‌باره جزئیات تروما نیست. گروه مؤثر به قرارداد روشن، محرمانگی، عضویت داوطلبانه، تسهیل‌گر آموزش‌دیده، مرزبندی نقش‌ها، توجه به امنیت روانی، امکان سکوت، و مسیر ارجاع برای ارزیابی و درمان فردی نیاز دارد. سوپرویزن و حمایت از تسهیل‌گران نیز بخشی از مداخله است. تجربه‌های بومی گروه‌های حمایتی برای پزشکان، رزیدنت‌ها و درمانگران پس از بحران می‌تواند برای تطبیق برنامه با زبان، فرهنگ و ساختارهای حرفه‌ای ایران به کار رود، مشروط بر آنکه مشاهده بالینی جای ارزیابی نظام‌مند اثربخشی را نگیرد.

جمع‌بندی: گروه جایگزین اصلاح شرایط کار یا درمان تخصصی نیست؛ حلقه‌ای میان حمایت طبیعی همکاران و خدمات بالینی است. ارزش اصلی آن در بازسازی پیوند، کاهش انزوا و حفظ ظرفیت فکر کردن زیر فشار است. ادغام گروه‌ها با حمایت سازمانی، سوپرویزن و مسیر ارجاع، ایمنی و تداوم آنها را افزایش می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی حمایتی، حمایت هم‌تایان، درمانگران، بحران اجتماعی، جنگ



رشد پس از سانحه و بازتعریف هویت حرفه‌ای پزشکان پس از جنگ دکتر فاطمه سادات باطنی، روان‌پزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

مقدمه: تجربه جنگ می‌تواند پیش‌فرض‌های پزشک درباره امنیت، کنترل، عدالت، توان درمان و معنای وظیفه حرفه‌ای را مختل کند. بازگشت به کار لزوماً به معنای بازگشت به همان هویت پیشین نیست. برخی افراد در جریان پردازش تجربه، تغییراتی در روابط، اولویت‌ها، احساس توانمندی، معنای زندگی یا جهت‌گیری حرفه‌ای گزارش می‌کنند که با مفهوم رشد پس از سانحه توصیف می‌شود. این رشد با نبود رنج برابر نیست و می‌تواند هم‌زمان با نشانه‌های پایدار استرس رخ دهد.

هدف: این سخنرانی مفهوم رشد پس از سانحه را از تاب‌آوری و بازیابی عملکرد متمایز و نقش معناسازی را در بازتعریف هویت حرفه‌ای پزشکان بررسی می‌کند.

محورهای بحث: فرایند معناسازی ممکن است شامل بازنگری در حدود مسئولیت، پذیرش محدودیت‌های پزشکی، شناخت وابستگی متقابل اعضای تیم، تغییر در رابطه با بیماران و بازتعریف تعهد حرفه‌ای باشد. شواهد موجود در کارکنان سلامت نشان می‌دهد که عوامل فردی، کاری، بین‌فردی و محیطی با رشد پس از سانحه ارتباط دارند، اما کیفیت مطالعات و زمینه‌های فرهنگی متفاوت است. فرصت روایت کردن و تأمل، حمایت اجتماعی، احساس عاملیت، به رسمیت شناختن رنج از سوی سازمان و دسترسی به حمایت تخصصی می‌توانند پردازش تجربه را تسهیل کنند. آموزش پزشکی نیز می‌تواند با وارد کردن اخلاق بحران، محدودیت، سوگ، کمک‌خواهی و مراقبت از تیم، تجربه جنگ را به یادگیری نهادی تبدیل کند. جمع‌بندی: رشد نباید به تکلیف اخلاقی، معیار سلامت یا روایتی برای پوشاندن آسیب تبدیل شود. برخی افراد رشد را تجربه می‌کنند، برخی عمدتاً رنج یا بازیابی تدریجی را، و برخی هر دو را هم‌زمان. حمایت حرفه‌ای باید امکان معناسازی را فراهم کند، بی‌آنکه از پزشک انتظار داشته باشد برای معتبر شدن رنج خود حتماً قوی‌تر یا بهتر از پیش شود.

کلیدواژه‌ها: رشد پس از سانحه، هویت حرفه‌ای، معناسازی، پزشکان، جنگ



سمپوزیوم خوابم یا بیدارم؟ زیستن درمانگر در تعلیق ترومای مزمن؛ میان گسستگی، خواب و بازسازی هویت

سخنرانی‌ها

۱. روان‌درمانی در سرزمین مرزی (psychotherapy in the borderland)

دکتر نسیم نکویی شجاع، روانپزشک، فلوشیپ روان‌درمانی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مسئول سمپوزیوم

۲. گسستگی جمعی (collective dissociation)

دکتر علی پوررمضانی، روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۳. پناهگاه خواب در میانه طوفان (sleep as sanctuary amid the storm)

دکتر ساغر فاطمی، روانپزشک، دستیار فلوشیپ خواب دانشگاه علوم پزشکی ایران، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۴. ماترنسنس؛ بازسازماندهی هویت در مادری (matrescence: identity reorganization in motherhood)

دکتر مریم ناصری علوی، روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

در دورانی که بحران، ناامنی و فقدان دیگر رویدادهایی گاه به گاه و پایان‌یافتنی نیستند، انسان ممکن است در وضعیتی از تعلیق مزمن میان گذشته‌ای ناتمام، اکنونی ناپایدار و آینده‌ای دشوار برای تصور زندگی کند؛ وضعیتی که می‌توان آن را «سرزمین مرزی» نامید. در چنین شرایطی، تروما تنها به مجموعه‌ای از نشانه‌های پس از یک رویداد محدود نمی‌شود، بلکه می‌تواند تجربه‌ی زمان، ظرفیت سوگواری، نمادسازی، رویاپردازی و امکان اندیشیدن را دست‌خوش تغییر کند. مرز میان واقعیت و خیال ممکن است شکننده و نفوذپذیر شود و تجربه «خوابم یا بیدارم؟» به تعبیری از وضعیت روانی فرد در مواجهه با جهانی تبدیل شود که دیگر به‌سادگی قابل پیش‌بینی و قابل اتکا نیست.

در این میان، درمانگر و بیمار در دو جهان کاملاً جدا از یکدیگر قرار ندارند. واقعیت تروماتیک مشترک می‌تواند در رابطه‌ی درمانی نفوذ کند و اضطراب، فقدان و ناامنی بیرونی در تجربه‌ی متقابل آنها حضور یابد. در چنین بستری، خطر آن وجود دارد که رابطه یا به اطمینان‌بخشی شتاب‌زده و انکار واقعیت سوق پیدا کند، یا در ناامیدی مشترک گرفتار آید. بنابراین مسئله اساسی روان‌درمانی تنها کاهش نشانه‌ها نیست؛ بلکه بخش مهمی از کار درمان صرف حفظ امکان فکر کردن، باقی ماندن در رابطه، تحمل نادانستن و تبدیل تجربه و وحشت خام و نام‌گذاری نشده به تجربه‌ای قابل نمادسازی و قابل اندیشیدن، می‌شود.

این مسئله در امتداد مفاهیمی از سنت روان‌کاوانه قابل پیگیری است: از تصور فروید از شکسته شدن سپر محافظ در برابر محرک‌ها و دشواری سوگواری، تا موضع پارانوئید - اسکیزوئید، دوپاره‌سازی و اضطراب‌گزند در آثار کلاین؛ از «محیط نگهدارنده» و «بقای ایژه» در اندیشه وینیکات تا تمایز میان عناصر بتا و عملکرد آلفا، ظرف و مظروف و ظرفیت رویاپردازی در نظریه بیون. در اندیشه اوگدن، استولورو و فرنترزی نیز بر ابعاد رابطه‌ای و بینادذهنی تروما و اهمیت حضور دیگری در بازسازی تجربه قابل تحمل تأکید می‌شود. در این چارچوب، پرسش «خوابم یا بیدارم؟» می‌تواند به پرسشی درباره‌ی این توانایی بنیادی بدل شود: آیا ذهن هنوز می‌تواند تجربه کند، فکر کند و رؤیا ببیند، یا در برابر فشار واقعیت به گسست، بی‌حسی یا ناباوری پناه برده است؟

از همین منظر، گسستگی جمعی نیز قابل بررسی است. در مواجهه با بحران‌های مکرر، فقدان‌های انباشته و تهدیدهای پایدار، گسستگی می‌تواند از یک سازوکار دفاعی فردی فراتر رفته و به تجربه‌ای جمعی تبدیل شود. بی‌حسی هیجانی، عادی شدن بحران، احساس غیرواقعی بودن جهان و اشکال گوناگون گریز روانی ممکن است در کوتاه‌مدت امکان بقا را فراهم کنند، اما در بلندمدت می‌توانند ظرفیت سوگواری، اندیشیدن و کنش اجتماعی را محدود سازند. از این منظر، گسستگی نه فقط یک اختلال در تجربه فردی، بلکه شیوه‌ای از بازسازمان‌یافتن ذهن فردی و جمعی برای تحمل واقعیتی طاقت‌فرستاست. اگر گسستگی یکی از راه‌های فاصله‌گرفتن ذهن از واقعیت طاقت‌فرسا باشد، خواب می‌تواند سویه دیگری از همین مسئله را آشکار کند: نیاز ذهن و بدن به فاصله‌ای برای تنظیم، ترمیم و پردازش تجربه. خواب یکی از نخستین پناهگاه‌هایی است که در شرایط بحران آسیب می‌بیند. برانگیختگی مداوم، بیش‌هشیاری، اختلال در ریتم شبانه‌روزی، بی‌خوابی، خواب گسسته و کابوس‌ها می‌توانند خواب را از یک بستر ترمیمی به بخشی از چرخه بحران تبدیل کنند. در چنین شرایطی، مداخلاتی مانند درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی، تثبیت ریتم شبانه‌روزی، نوردرمانی صبحگاهی، کاهش مواجهه با نور آبی در



ساعات شب و imagery rehearsal therapy برای کابوس‌های مکرر، در کنار انتخاب درمان دارویی متناسب با الگوی خواب و شرایط فرد، اهمیت پیدا می‌کنند.

اما «خوابم یا بیدارم؟» فقط به مرز میان بیداری و خواب مربوط نیست؛ می‌تواند پرسشی درباره هویت نیز باشد: وقتی تجربه‌ای عمیق زندگی را تغییر می‌دهد، «من» پیشین چه می‌شود و چگونه «من» تازه‌ای شکل می‌گیرد؟ در ماترنس، گذار به مادری صرفاً پذیرش یک نقش اجتماعی جدید نیست، بلکه می‌تواند با بازسازماندهی عمیق بازنمایی‌های خود و دیگری، تنظیم هیجانی و رابطه با گذشته و تصویر «مادر خوب» همراه شود. تعارض میان استقلال و وابستگی، خود و دیگری، زن و مادر، نیازهای مادر و نیازهای کودک، و مادر واقعی و مادر آرمانی می‌تواند بخشی از این گذار باشد. این بحران الزاماً آسیب‌شناختی نیست؛ زمانی اهمیت بالینی پیدا می‌کند که فرایند گذار متوقف یا منجمد شود و به پریشانی قابل توجه یا اختلال در عملکرد و روابط بینجامد. در اینجا هدف روان‌درمانی بازگرداندن زن به خود پیش از مادری نیست، بلکه کمک به شکل‌گیری روایتی تازه از خویش است که در آن بتواند هم مادر باشد و هم خود خویش.

در مجموع، این سمپوزیوم یک پرسش مشترک را از چهار مسیر دنبال می‌کند: وقتی جهان بیرونی دیگر به‌سادگی امکان امنیت، پیش‌بینی‌پذیری و تداوم را فراهم نمی‌کند، ذهن چگونه برای بقا و تداوم خود بازسازماندهی می‌شود؟ گاهی با گسست، گاهی در خواب، گاهی از خلال دگرگونی هویت، و گاهی در رابطه‌ای که تلاش می‌کند آنچه هنوز قابل فکرکردن نیست را قابل فکرکردن کند. در چنین «سرزمین مرزی»، کار روان‌درمانی نه بازگرداندن ساده وضعیت پیشین، بلکه حفظ ظرفیت اندیشیدن، نمادسازی، سوگواری، رابطه و معنا و فراهم کردن امکان شکل‌گیری سازمانی تازه برای زیستن در شرایط عدم قطعیت است.

****رویکردهای به‌کاررفته در این سمپوزیوم شامل روانکاوی معاصر، روان‌درمانی روان‌پوی، روان‌پزشکی، طب خواب و روان‌شناسی تحولی است.**

کلیدواژه‌ها: ترومای مزمن، سرزمین مرزی، گسستگی جمعی، خواب، ماترنس، بازسازی هویت، بحران، نمادسازی



روان‌درمانی در سرزمین مرزی (Psychotherapy in the Borderland)

دکتر نسیم نکویی شجاع

روانپزشک، فلوشیپ روان‌درمانی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

وقتی زیست در جهان پیرامون با تعلیق و ترومای مزمن همراه می‌شود، جایگاه روان‌درمانی کجاست؟

این ارائه با پیشنهاد مفهوم «**سرزمین مرزی**» (Borderland)، چارچوبی روانکاوانه برای فهم زندگی روانی معاصر در شرایط ناامنی مزمن و تروماهای مکرر عرضه می‌کند. با تکیه بر گذار نظری از روان‌رنجوری مبتنی بر تعارض در آثار فروید به سازمان‌یافتگی‌های مرزی در روان‌پاتولوژی معاصر (کرنبرگ)، استدلال می‌شود که بحران‌های پایدار، علاوه بر عملکرد ایگو، ظرفیت تداوم زمانی، آینده‌مندی روانی و نمادسازی را نیز مختل می‌کنند. با بهره‌گیری از مفهوم «فضای بالقوه» وینیکات و نظریه «ظرفیت تحمل نادانستن» بیون، نشان داده می‌شود که ناامنی مزمن، تجربه انتقالی و فرآیند اندیشیدن را به سمت بقا و دفاع سوق می‌دهد. همچنین، با اتکا به روانکاوی رابطه‌ای و میدانی (میچل، فرو و آگدن)، اتاق درمان به مثابه میدان مشترک تجربه مفهوم‌پردازی می‌شود؛ جایی که درمانگر نیز در متن عدم اطمینان حضور دارد. نظریه‌های زمان‌مندی تروما (کاروت و لاکاپرا)، نشان می‌دهد که تروما موجب اختلال در آینده‌نگری روانی می‌شود و فرد را میان گذشته‌ای ناتمام، اکنونی ناپایدار و آینده‌ای فرو بسته و غیرقابل تصور معلق نگه می‌دارد. در پایان این ارائه با تکیه بر موارد گفته شده و با بیان گوشه‌ای از تجربیات زیسته خود درمانگر و نویسنده متن در ماه‌های گذشته پیشنهاد می‌کند که وظیفه اصلی روان‌درمانی معاصر، بیش از تفسیر، حفظ ظرفیت اندیشیدن و نمادسازی است و روان‌درمانی در سرزمین مرزی به کنشی اخلاقی و بالینی برای پاسداری از امکان تفکر در جهانی تبدیل می‌شود که خود با خطر فروپاشی این ظرفیت‌ها مواجه است.

گسستگی جمعی (Collective Dissociation)

دکتر علی پوررمضانی

روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

وقتی رنج دیگر قابل اندیشیدن نیست، آیا گسستگی تبدیل به راهی برای بقا می‌شود؟

در مواجهه با بحران‌های مکرر، فقدان‌های انباشته و تهدیدهای پایدار، گسستگی می‌تواند از یک سازوکار دفاعی فردی به تجربه‌ای جمعی تبدیل شود. بی‌حسی هیجانی، عادی‌سازی بحران، احساس غیرواقعی بودن جهان و اشکال گوناگون گریز روانی، گرچه در کوتاه‌مدت به بقا کمک می‌کنند، اما در بلندمدت ظرفیت سوگواری، اندیشیدن و کنش اجتماعی را محدود می‌سازند.

این سخنرانی با بهره‌گیری از مفاهیم ترومای مزمن و گسستگی جمعی، پیامدهای روان‌شناختی بحران‌های اجتماعی را بررسی کرده و نشان می‌دهد چگونه ذهن فردی و جمعی برای تحمل واقعیتی طاقت‌فرسا، خود را بازسازماندهی می‌کند.



پناهگاه خواب در میانه طوفان (Sleep as Sanctuary Amid the Storm)

دکتر ساغر فاطمی

روانپزشک، دستیار فلوشیپ خواب دانشگاه علوم پزشکی ایران، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

وقتی جهان آرام نمی‌گیرد، آیا خواب هنوز پناهگاهی برای ترمیم است؟

خواب تنها یک نیاز زیستی نیست، بلکه یکی از بنیادی‌ترین بسترهای تنظیم هیجان، پردازش تجربه، تثبیت حافظه و بازسازی تعادل روانی است. خواب در حالی که نقش اساسی در حفظ و ترمیم سلامت روان و تاب‌آوری دارد، در بحران‌های روانی، اجتماعی و اقتصادی و ترومای مزمن یکی از نخستین قربانیان است. فعال شدن محور استرس (HPA)، افزایش کورتیزول و نوراپی‌نفرین و اختلال در ریتم شبانه‌روزی، موجب تأخیر در ترشح ملاتونین، کاهش خواب عمیق، افت کیفیت خواب، بیداری‌های مکرر و کابوس‌های شبانه می‌شود. تداوم این وضعیت، تصمیم‌گیری، تنظیم هیجان، عملکرد ایمنی و توان مقابله با استرس را مختل کرده و خطر افسردگی و PTSD را افزایش می‌دهد. یکی از مداخلات مهم درمانگر در این وضعیت می‌تواند مدیریت اختلالات خواب باشد که بر سه محور استوار است:

مداخلات شناختی-رفتاری، تثبیت ریتم شبانه‌روزی با نوردرمانی صبحگاهی، کاهش نور آبی در شب و استفاده از *Imagery Rehearsal Therapy* برای کاهش کابوس‌ها.

درمان دارویی هدفمند: انتخاب دارو بر اساس نوع اختلال خواب، شدت و تداوم بحران؛ استفاده کوتاه‌مدت از خواب‌آورها در بحران حاد و در موارد مزمن، بهره‌گیری از داروهای تعدیل‌کننده سروتونین و نورآدرنالین به جای اتکای صرف به خواب‌آورها.

پایش زیستی: در موارد مزمن، استفاده از بیومارکرهایی مانند کورتیزول شبانه و متابولیت‌های ملاتونین برای هدایت درمان بر اساس ریتم زیستی فرد. خواب یک فرایند منفعل نیست، بلکه سازوکاری حیاتی برای بقا و تاب‌آوری است. حفظ و بازسازی آن با ترکیب مداخلات رفتاری، درمان دارویی مبتنی بر نوروبیولوژی و اصلاح ریتم شبانه‌روزی امکان‌پذیر است و به تقویت توان فرد در مواجهه با بحران‌های مکرر کمک می‌کند. این سخنرانی با رویکردی بین‌رشته‌ای، نقش خواب در تنظیم روان در شرایط بحران را بررسی کرده و راهکارهای مبتنی بر شواهد برای بهبود کیفیت خواب را مرور می‌کند.

ماترسنس؛ بازسازماندهی هویت در مادری

(Matrescence : Identity Reorganization in Motherhood)

دکتر مریم ناصری علوی

روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

اگر پدیده‌ای جهان زیسته‌ی انسان را دگرگون کند، هویت چگونه خود را از نو می‌سازد؟

مادری به‌عنوان یک گذار روانی عمیق (matrescence)، فراتر از یک نقش اجتماعی، مستلزم بازسازماندهی هویت فردی است. این فرایند با فعال شدن تعارض‌های بنیادین، بازنگری در بازنمایی‌های درونی از خود و دیگری، و تغییر در تنظیم هیجانی همراه است. در برخی موارد، این گذار می‌تواند به اختلال در تطابق و بروز آسیب‌شناسی منجر شود. در این ارائه، با رویکردی سایکودینامیک، به بررسی ابعاد تحولی، تعارضی و آسیب‌پذیری‌های این مرحله پرداخته می‌شود. همچنین مرز میان تحول طبیعی و اختلال در گذار به مادری مورد بحث قرار خواهد گرفت.



Am I Asleep or Awake? Living in a Liminal Condition of Chronic Trauma: Between Dissociation, Sleep, and the Reorganization of Identity

Symposium Abstract

In contemporary times, the question “Am I asleep or awake?” is no longer merely an existential metaphor of astonishment; rather, it has become a description of the human psychological condition in the face of recurrent crises, social traumas, cumulative losses, chronic insecurity, and the erosion of futurity. In such a condition, the boundaries between safety and threat, reality and the sense of unreality, hope and despair are persistently destabilized. Not only patients, but also psychotherapists themselves live and practice within the same socio-cultural reality, sharing anxieties, mourning processes, and existential uncertainties. As the predictability and stability of the external world diminish, core psychological functions—including symbolization, dreaming, temporal experience, future orientation, and reflective thinking—are increasingly affected by chronic traumatic conditions.

Within this framework, dissociation may emerge as a survival strategy, sleep as a potential sanctuary for psychic regulation and repair, and identity transitions as complex and vulnerable processes of reorganization. Accordingly, the aim of psychotherapy extends beyond interpretation of conflict or symptom reduction, toward the preservation of the capacity to think, tolerate ambiguity, maintain connection with reality, and sustain psychic life, relationality, and hope. Drawing on contemporary psychoanalysis, psychiatry, sleep medicine, and developmental psychology, this symposium addresses a fundamental question: **How does the human mind maintain survival, meaning, and continuity when the external world can no longer contain it—and what becomes the role of psychotherapy in such a context?**

The four presentations offer a continuous narrative of this question: from the concept of the “borderland” and the transformation of the psychotherapist’s position, to collective dissociation, sleep as a restorative refuge, and the reorganization of identity in motherhood. Together, these contributions outline an integrated perspective on the human psyche in times of chronic crisis and change, highlighting psychotherapy as an effort to preserve thinking, relationality, hope, and psychic transformation.



Psychotherapy in the Borderland **Dr. Nasim Nekouei**

Psychiatrist, Psychotherapy Fellowship, Assistant Professor, Gilan University of Medical Sciences

When psychic life is suspended between uncertainty and chronic trauma, what becomes the place of psychotherapy?

This presentation introduces the concept of the “Borderland” as a psychoanalytic framework for understanding contemporary psychic life under conditions of chronic insecurity and repeated trauma. Moving from Freudian models of conflict-based neurosis toward borderline organizations (Kernberg), it is argued that persistent crises disrupt not only ego functioning but also temporal continuity, future orientation, and symbolic capacity.

Drawing on Winnicott’s notion of the transitional space and Bion’s concept of “negative capability” (the capacity to tolerate not-knowing), chronic insecurity is shown to shift both the analytic field and the capacity for thinking toward survival-based defensive modes. Furthermore, relational and field theories (Mitchell, Ferro, Ogden) conceptualize the therapeutic encounter as a shared experiential field in which the analyst is also embedded within uncertainty.

The temporality of trauma (Caruth, LaCapra) further demonstrates how trauma disrupts psychic futurity, suspending the subject between an unprocessed past, an unstable present, and an unimaginable future.

Ultimately, it is proposed that contemporary psychotherapy is defined less by interpretation than by its ethical and clinical function of preserving the capacity for thinking, symbolization, and psychic continuity in a world where these very capacities are under threat.

Collective Dissociation **Dr. Ali Pourramezani**

Associate Professor, Gilan University of Medical Sciences

When suffering becomes unthinkable, does dissociation become a mode of survival?

In the context of repeated crises, cumulative losses, and persistent threat, dissociation may evolve from an individual defense mechanism into a collective psychological process. Emotional numbing, normalization of crisis, a pervasive sense of unreality, and various forms of psychic withdrawal can function as adaptive responses in the short term, yet they may also restrict mourning, reflective capacity, and social agency in the long term.

This presentation examines collective dissociation through the lens of chronic trauma, exploring how individual and social psychic systems reorganize themselves in order to tolerate overwhelming and continuous adversity.



چهل و دومین همایش سالانه
انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

روان‌پزشکی
در زمانه ناپایدار

Sleep as Sanctuary in the Midst of the Storm

Dr. Saghar Fatemi

Psychiatrist, Sleep Medicine Fellow, Assistant Professor, Gilan University of Medical Sciences

When the external world no longer remains calm, can sleep still function as a sanctuary for psychic restoration?

Sleep is not merely a biological necessity but a fundamental system for affect regulation, experiential processing, memory consolidation, and psychic restoration. However, in the context of chronic trauma and repeated crises, sleep itself becomes one of the earliest casualties.

Activation of the hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis, increased cortisol and norepinephrine secretion, and circadian disruption lead to insomnia, fragmented sleep, nightmares, and reduced restorative sleep phases. These disturbances, in turn, impair emotional regulation, decision-making, immune function, and resilience, increasing vulnerability to depression and PTSD.

This presentation reviews evidence-based interventions for sleep disturbances in crisis conditions, including cognitive-behavioral approaches, circadian rhythm stabilization, imagery rehearsal therapy for nightmares, and pharmacological strategies tailored to acute versus chronic sleep disruption. It also highlights the role of biological markers such as cortisol and melatonin metabolites in guiding treatment.

Sleep is conceptualized not as a passive state but as an active mechanism of psychic survival and resilience

Matrescence: Identity Reorganization in Motherhood

Dr. Maryam Nasser Alavi

Assistant Professor, Gilan University of Medical Sciences

If lived experience transforms the world of the subject, how does identity reorganize itself?

Matrescence refers to the profound psychological transition into motherhood, extending beyond a social role to a deep restructuring of identity. This process involves shifts in self-representation, relational configurations, and affect regulation. While adaptive in many cases, it may also be associated with psychological vulnerability and maladaptation. From a psychodynamic perspective, this presentation explores matrescence as a developmental transformation characterized by internal conflicts, reorganization of object relations, and shifts in identity coherence. It further examines the boundary between normative transition and psychopathology.



سمپوزیوم نوجوانان در عصر نااطمینانی مزمن: رویکردهای نوین روان‌پزشکی به آسیب‌پذیری، تاب‌آوری و مداخله

دکتر کتایون رازجویان

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

زیستن در نااطمینانی مزمن: سازوکارهای عصب‌زیستی و روان‌پزشکی آسیب‌پذیری نوجوانان

دکتر رزیتا داوری

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تظاهرات بالینی نااطمینانی مزمن در نوجوانان: از اضطراب آینده تا رفتارهای پرخطر

دکتر حنا صفرزاده

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چرا برخی نوجوانان دچار آسیب‌های روان‌پزشکی می‌شوند، اما برخی دیگر تاب می‌آورند؟ نقش عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده در نااطمینانی مزمن

دکتر زهرا مشایخی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

رویکردهای مبتنی بر شواهد برای پیشگیری و مداخلات زودهنگام روان‌پزشکی در نوجوانان در معرض نااطمینانی مزمن

در دنیای امروز، نوجوانان بیش از هر زمان دیگری در معرض نااطمینانی‌های مزمن ناشی از بحران‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، زیست‌محیطی و سایر شرایط ناپایدار قرار دارند. شواهد روزافزون نشان می‌دهد که قرار گرفتن طولانی‌مدت در چنین شرایطی، فراتر از یک عامل استرس‌زا، می‌تواند بر رشد عصب‌روانی، تنظیم هیجان، شکل‌گیری هویت و مسیر سلامت روان نوجوانان اثر گذاشته و خطر بروز طیفی از اختلالات روان‌پزشکی را افزایش دهد.

این سمپوزیوم با رویکردی مبتنی بر شواهد، به بررسی مفهوم «نااطمینانی مزمن» از منظر روان‌پزشکی کودک و نوجوان می‌پردازد و ضمن مرور سازوکارهای عصب‌زیستی و روان‌پزشکی آسیب‌پذیری، تظاهرات بالینی، عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده، جدیدترین راهبردهای پیشگیری و مداخلات زودهنگام را در این حوزه ارائه می‌کند. هدف این سمپوزیوم، فراهم آوردن چارچوبی جامع برای درک پیامدهای روان‌پزشکی نااطمینانی مزمن و تقویت رویکردهای بالینی و پیشگیرانه در ارتقای سلامت روان نوجوانان در «زمانه ناپایدار» است.



ارتباط درد مزمن و تروما

دکتر عاطفه قنبری جلفایی

استاد روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

درد مزمن و تروما دو پدیده پیچیده و چندبعدی هستند که ارتباط میان آن‌ها در شرایط اجتماعی پرتنش و بحران‌های جمعی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. مواجهه با جنگ، خشونت، ناامنی، بحران‌های اقتصادی، فقر، از دست دادن شغل یا منابع مالی، مهاجرت و آوارگی و سایر فشارهای اجتماعی می‌تواند با فعال‌سازی مداوم سیستم‌های پاسخ به استرس، بر پردازش درد و تداوم علائم جسمانی اثر بگذارد. این شرایط با افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک، تغییر در ادراک تهدید و کاهش ظرفیت سازگاری فرد می‌توانند زمینه را برای تشدید یا مزمن شدن درد فراهم کنند. از سوی دیگر، درد مزمن، ناتوانی و محدودیت عملکردی نیز می‌تواند احساس ناامنی، درماندگی و آسیب‌پذیری فرد را تشدید کنند و چرخه‌ای متقابل میان استرس، اختلالات روانی و درد ایجاد نمایند. در این سخنرانی، ارتباط میان تروما و درد مزمن از دیدگاه روان‌پزشکی و سایکوسوماتیک بررسی خواهد شد و نقش اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، استرس مزمن، حساس شدن مرکزی، تغییرات سیستم عصبی خودکار، اختلالات خواب و تنظیم هیجانی در شکل‌گیری و تشدید درد مورد بحث قرار می‌گیرد. همچنین نقش اضطراب، افسردگی، اجتناب، گوش‌به‌زنگی مفرط و کاهش فعالیت‌های روزمره در تداوم چرخه درد بررسی خواهد شد. به مفهوم ترومای جمعی و ناامنی مزمن و تأثیر آن‌ها بر تجربه درد، کیفیت زندگی و عملکرد فردی، خانوادگی و اجتماعی نیز پرداخته خواهد شد. شناخت زمینه‌های اجتماعی و تروماتیک زندگی بیمار می‌تواند به درک بهتر علائم، کاهش خطر ناپدیدگرفتن عوامل مؤثر روانی و اجتماعی و انتخاب رویکرد درمانی مناسب کمک کند. در این چارچوب، مدل زیستی-روانی-اجتماعی و رویکرد تروما-آگاه، با توجه هم‌زمان به درد، وضعیت روانی، خواب، استرس و شرایط اجتماعی-اقتصادی بیمار، اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. چنین رویکردی می‌تواند زمینه‌ساز ارزیابی جامع‌تر، برنامه‌ریزی درمانی فردمحور و همکاری مؤثرتر میان متخصصان حوزه‌های مختلف باشد.

کلمات کلیدی: درد مزمن، تروما، ترومای جمعی، استرس مزمن، PTSD

نورویبولوژی تروما و بیماری‌های روان‌تنی

دکتر رویا پویان‌فرد

دستیار فلوشیپ روان‌تنی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران

وجود استرسور تعادل ارگانیسم را برهم می‌زند و پاسخ به استرس، شامل شروع سازگاری‌های فیزیولوژیک در جهت پاسخ‌های انطباقی و بازگرداندن هموستاز و کاهش تأثیر استرسور هستند. استرسورها آزاد شدن نوراپی نفرین، دوپامین و سروتونین را فعال می‌کنند. در مقایسه با استرس حاد که تغییرات گذرای سریع در آزادسازی کاتکول آمین‌ها را ایجاد می‌کند، استرس مزمن باعث اثرات پایدار بر نورون‌ها و فعال شدن ژن می‌شود. علاوه بر این که نوع استرسور بر نواحی متفاوتی از مغز موثر است، زمان وقوع استرس نیز اثری متفاوت بر مسیرهای عصبی خواهد داشت. به طور مثال، تروما‌های اولیه زندگی بر آزادسازی نوروترانسمیترها از کورتکس پره فرونتال تأثیر می‌گذارد و باعث تغییرات پایدار در بزرگسالی می‌شود. سیستم‌های عصبی مرکزی و ایمنی توسط دو سیستم فیزیولوژیکی اصلی یعنی سیستم عصبی اتونوم و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال با هم مرتبط هستند. توجه به این نکته مهم است که سلول‌های ایمنی می‌توانند پپتیدهای نورواندوکرین تولید کنند، که نشان می‌دهد مغز، محور نورواندوکرین و سیستم ایمنی از سیگنال‌های مولکولی یکسانی برای برقراری ارتباط با یکدیگر استفاده می‌کنند. از سوی دیگر، استرس مزمن باعث افزایش تولید سایتوکاین‌های پیش التهابی می‌شود که با علایم بیماری از جمله خستگی و درد مرتبط است. در این سخنرانی، ارتباط نورویبولوژیک تروما و بیماری‌های روان‌تنی بررسی خواهد شد که در درک بهتر علایم بیماری‌های روان‌تنی نقش بسزایی دارد.

کلمات کلیدی: تروما، استرس، روان‌تنی، نورویبولوژی



ردپای تروما در بیماری‌های گوارشی: از زیست‌شناسی استرس مزمن تا تظاهرات بالینی اختلالات عملکردی و التهابی گوارش

دکتر سوده تاجیک اسماعیلی
روان‌پزشک، فلوشیپ سایکوسوماتیک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه:

در بستری از بی‌ثباتی‌ها و تکانه‌های محیطی و اجتماعی که جهان امروز را درگیر خود ساخته، مفهوم «استرس مزمن» از یک تجربه گذرای روانی فراتر رفته و به شکل اثرات پایدار زیستی در بدن متبلور می‌شود. دستگاه گوارش به عنوان وسیع‌ترین سطح ارتباطی درون و بیرون بدن و واجد یک سیستم عصبی انتریک گسترده، حساس‌ترین و آسیب‌پذیرترین ارگان در مواجهه با تجارب تروماتیک (اعم از تروماهای دوران رشد و تروماهای حاد و مزمن بزرگسالی) به‌شمار می‌رود.

مبانی نوروبیولوژیک و فیزیوپاتولوژی:

تروماهای اولیه و استرس مزمن با ایجاد بدتنظیمی در محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA axis) و بیش‌فعالی سیستم سمپاتیک، آشناری از تغییرات پاتوفیزیولوژیک را رقم می‌زنند. این مسیرها از طریق محور مغز-روده (Gut-Brain Axis) منجر به افزایش نفوذپذیری سد مخاطی روده (Gut Permeability)، فعال‌سازی سلول‌های ماستوسیت، آزادسازی سایتوکین‌های پیش‌التهابی، اختلال در ترکیب میکروبیوتای روده (Dysbiosis) و در نهایت پدیده «بیش‌حسی احشایی» (Visceral Hypersensitivity) می‌شوند.

تظاهرات بالینی و همبستگی‌ها:

شواهد اپیدمیولوژیک و بالینی ارتباط محکمی میان تجارب تجمعی تروما با بروز و تشدید دو طیف عمده بیماری‌های گوارشی نشان می‌دهند:

- **اختلالات تعامل روده-مغز (DGBIs):** نظیر سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) و سوءهاضمه عملکردی که در آنها ادراک درد و موتیلیتی به‌شدت تحت تأثیر تاریخچه تروما دچار تغییر می‌شود.
- **بیماری‌های التهابی روده (IBD):** از جمله کرون و کولیت اولسراتیو که در آنها استرس مزمن ناشی از تروما از طریق سازوکارهای ایمونولوژیک می‌تواند جرقه‌ای برای عود حملات بالینی یا کاهش پاسخ به درمان‌های سرکوب‌کننده ایمنی باشد.

رویکرد مداخله‌ای و افق درمانی:

در مواجهه با بیماری‌های گوارشی مرتبط با تروما در شرایط ناپایدار کنونی، تفکیک سنتی جسم و روان کارآمدی ندارد. ادغام مداخلات سایکوفارماکوتراپی هدفمند تنظیم‌کننده اعصاب مرکزی و محیطی (نظیر مدولاتورهای نورومغزی) همراه با روان‌درمانی‌های تروما-محور (از جمله درمان‌های رفتاری-شناختی متمرکز بر تروما و ذهن‌آگاهی)، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر در ارتقای پاسخ درمانی و شکستن چرخه معیوب درد، التهاب و آسیب‌های روانی به‌شمار می‌رود.

واژگان کلیدی: تروما، محور مغز-روده، استرس مزمن، سندرم روده تحریک‌پذیر، بیماری‌های التهابی روده، طب سایکوسوماتیک.



The Imprint of Trauma on Gastrointestinal Disorders: From the Biology of Chronic Stress to Clinical Manifestations of Functional and Inflammatory Gut Disorders

Soode Tajik Esmaeeli, MD

Psychiatrist, Psychosomatic Medicine Fellowship,
Faculty Member at Iran University of Medical Sciences

Introduction:

Against the backdrop of environmental and social instabilities and crises that dominate today's world, the concept of "chronic stress" transcends a transient psychological experience, manifesting as enduring biological signatures within the human body. As the body's most expansive interface between the internal and external environments and housing an extensive enteric nervous system, the gastrointestinal tract represents the most vulnerable and sensitive organ system in response to traumatic exposures—ranging from developmental trauma in childhood to acute and cumulative adversities in adulthood.

Neurobiological and Pathophysiological Foundations:

Early life trauma and chronic stress drive sustained dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis alongside persistent sympathetic hyperactivity, initiating a cascade of downstream pathophysiological alterations. Mediated through the bidirectional gut-brain axis, these pathways culminate in compromised intestinal mucosal barrier integrity (increased gut permeability), mast cell activation, mucosal release of pro-inflammatory cytokines, disruptions in gut microbial composition (dysbiosis), and ultimately the induction and maintenance of visceral hypersensitivity.

Clinical Manifestations and Correlations:

Substantial epidemiological and clinical evidence demonstrates a robust association between cumulative trauma exposure and the onset and exacerbation of two major categories of gastrointestinal disorders:

- **Disorders of Gut-Brain Interaction (DGBIs):** Such as irritable bowel syndrome (IBS) and functional dyspepsia, wherein pain perception, central nociceptive processing, and gastrointestinal motility are profoundly dysregulated following traumatic experiences.
- **Inflammatory Bowel Disease (IBD):** Including Crohn's disease and ulcerative colitis, in which trauma-induced chronic stress—acting via neuroimmunological pathways—serves as a potent trigger for clinical relapses and diminishes responsiveness to immunosuppressive regimens.

Interventional Approaches and Therapeutic Horizons:

When managing trauma-associated gastrointestinal pathology amidst contemporary environmental instability, traditional mind-body dualism falls short. Integrating targeted psychopharmacological interventions acting on central and peripheral neural pathways (such as central neuromodulators) with trauma-informed psychotherapies (including trauma-focused cognitive behavioral therapy and mindfulness-based interventions) is imperative to enhance treatment response and disrupt the self-perpetuating cycle of visceral pain, chronic inflammation, and psychological suffering.

Keywords: Trauma, Gut-Brain Axis, Chronic Stress, Irritable Bowel Syndrome, Inflammatory Bowel Disease, Psychosomatic Medicine.



گرختی جمعی، خشونت و جرم Collective numbness, Violence and Crime

دکتر سیدمهدی صابری
روان‌پزشک، عضو هیئت علمی سازمان پزشکی قانونی

سکوت ناگهانی و درازمدت افرادی که معمولاً از نظر احساسی برون‌گرا و ابراز‌گرند می‌تواند نگران‌کننده باشد اما اگر این وضعیت در یک جامعه اتفاق بیفتد ترسناک است.

یک جامعه در اثر مواجهه طولانی و تکرارشونده با جنگ و اخبار دردناک مرگ، خشونت و فاجعه به تدریج واکنش عاطفی خود را نسبت به این وقایع از دست می‌دهد. چیزی که ابتدا شوک‌آور و غیرقابل تحمل بود، بعد از مدتی به یک موضوع عادی و بخشی از زندگی تبدیل می‌شود. این وضعیت به عنوان یک مکانیسم دفاعی عمل می‌کند که در آن افراد برای محافظت از خود در برابر استرس و فشارهای روانی، به نوعی کرختی عاطفی دچار می‌شوند. این احساسات و واکنش‌ها به طور معمول به طور مشترک در میان اعضای یک جامعه یا گروه وجود دارد و ناشی از فشارهای اجتماعی و روانی است که به صورت جمعی تجربه می‌شود.

دیدن مکرر وقایع تلخ و فاجعه‌آمیز در رسانه‌ها و زندگی روزمره می‌تواند به خستگی همدلی منجر شود. نقش تکرار اخبار منفی و بحران‌های پیاپی و فشار رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی را در این میان نباید از یاد برد. افراد ممکن است به دلیل این بمباران اطلاعاتی، نسبت به وقایع مهم بی‌احساس شوند و توانایی خود را برای واکنش عاطفی به حوادث از دست بدهند. در چنین شرایطی جامعه ممکن است به سمت نوعی بی‌تفاوتی عاطفی برود و افراد احساس ناتوانی و درماندگی آموخته شده داشته باشند.

کندی احساسات تا انزوای اجتماعی، واکنش کمتر از حد انتظار به اخبار فاجعه، بی‌انگیزگی نسبت به فعالیت‌های اجتماعی و سیاسی، بی‌تفاوتی نسبت به شادی و موفقیت، فروپاشی پیوندهای انسانی و تسهیل پذیرش خشونت یا ظلم از نشانه‌های این وضعیت و هشدار برای دست اندرکاران سلامت روان جامعه است. از طرفی، تهدید آزادی‌ها و سرمایه اجتماعی، و نیز افزایش رفتار خشونت‌آمیز و به ویژه خشونت‌های خانگی از پیامدهای ناگوار این وضعیت است. گویی اخبار کشتار و بحران‌های پایان‌ناپذیر، دستاویزی برای اعمال خشونت می‌شود.

نمونه‌هایی از آثار مخرب این پدیده در تاریخ وجود دارد. وضعیت روانی مردم در طی حکمرانی ۴ ساله‌ی خمرهای سرخ که بیش از دویلمیون نفر به قتل رسیدند و یا جنگ‌های یوگسلاوی، آنجا که مردم سال‌ها در کنار یکدیگر با آرامش زندگی کرده بودند و در شرایط فروپاشی اجتماعی و جنگ، وارد چرخه‌ای از خشونت قومی شدند.

مشاهدات و تجربیات نشان داد که پس از جنگ نیز علاوه بر آمار بسیار بالای PTSD فردی؛ اعتماد اجتماعی، همزیستی و روابط بین گروه‌ها در آنان آسیب دیده بود. هم‌چنین در جنگ ویرانگر قومی در رواندا که در طی ۱۰۰ روز حدود ۸۰۰ هزار نفر کشته شدند و به صدها هزار زن تجاوز جنسی شد، تبلیغات رادیویی با مضامین تحقیر و انسان‌زدایی از قربانیان، زمینه روانی مشارکت مردم عادی در خشونت را فراهم کرد.

خطرناک‌ترین نتیجه از کرختی جمعی طول کشیده "گسست اخلاقی" است: "من هم اگر خشونت کنم، کسی مرا محکوم نمی‌کند." این جاست که کاهش بازدارندگی اخلاقی جامعه، کرختی جمعی را به خشونت بینفردی، انتقام و جرم تبدیل می‌کند.

این پدیده می‌تواند به دلایل زیر محیط روانی و اجتماعی مساعدتری برای خشونت ایجاد کند:

- حساسیت اخلاقی جامعه نسبت به خشونت کاهش می‌یابد.
- دیدن یا شنیدن قتل و آزار، کمتر موجب شوک و اعتراض می‌شود.
- خشونت به تدریج یک موضوع عادی و روزمره می‌شود.
- احساس همدلی با قربانی کاهش می‌یابد.
- تحمل رفتارهای پرخاشگرانه و قانون‌شکنانه بیشتر می‌شود.

در شرایطی ممکن است مردم به جای اعتماد به قانون، به انتقام، خشونت متقابل یا اجرای خودسرانه عدالت گرایش پیدا کنند. هر چند این پدیده موجب نگرانی شدیدی است اما به نظر می‌رسد بازگشت به ارتباطات انسانی واقعی، مانند ملاقات‌های رو در رو، گفتگوهای عمیق و برقراری مجدد ارتباطات عاطفی گسسته شده، برگزاری رویدادها، جلسات گروهی و فعالیت‌های اجتماعی می‌تواند به تقویت همبستگی اجتماعی و کاهش بی‌حسی جمعی کمک کند.



هوش مصنوعی، جرائم سایبری و چالش‌های نوین روانپزشکی قانونی

دکتر عالیشاه، روانپزشک

گسترش اینترنت، شبکه‌های اجتماعی و فناوری‌های ارتباطی، صرفاً شیوه ارتکاب برخی جرائم را تغییر نداده، بلکه محیط تازه‌ای برای شکل‌گیری، تشدید و ابراز رفتار انسانی ایجاد کرده است. تهدید، تعقیب، آزار، فریب، انتشار اطلاعات خصوصی و بسیاری از رفتارهای مجرمانه‌ای که پیشتر در فضای واقعی رخ می‌دادند، اکنون می‌توانند با سرعت، گستردگی و سهولت بسیار بیشتری در فضای دیجیتال انجام شوند. در این میان، اهمیت موضوع برای روانپزشکی قانونی تنها به ماهیت جدید جرائم سایبری محدود نمی‌شود؛ مسئله اساسی‌تر آن است که ویژگی‌های محیط دیجیتال می‌توانند بر فرایندهای روانشناختی دخیل در رفتار، از جمله هیجان، تکانشگری، قضاوت، ادراک پیامد و کنترل رفتار اثر بگذارند.

کاهش فاصله روانشناختی میان مرتکب و قربانی، امکان ناشناس ماندن، کاهش بازخورد عاطفی مستقیم، سرعت بالای ارتباط و احساس نسبی مصونیت در پشت صفحه نمایش، می‌توانند برخی رفتارها را تسهیل یا تشدید کنند. فردی که در تعامل چهره به چهره ممکن است به دلیل مشاهده ترس یا ناراحتی قربانی از ادامه رفتار خودداری کند، در فضای مجازی ممکن است با قربانی تنها به شکل یک نام کاربری، تصویر یا متن مواجه باشد. به همین دلیل، مفهوم کاهش مهار رفتاری در فضای مجازی برای فهم برخی رفتارهای دیجیتال اهمیت پیدا می‌کند. با این حال، یکی از نکات اساسی در ارزیابی روانپزشکی قانونی آن است که کاهش مهار رفتاری ناشی از ویژگی‌های محیط دیجیتال با کاهش کنترل رفتاری ناشی از یک اختلال روانی یکسان نیست. رفتار سریع، هیجانی یا تکانشی، به خودی خود به معنای فقدان اختیار یا اختلال روانی نیست.

این تمایز ما را به یکی از مهمترین اصول ارزیابی روانپزشکی قانونی می‌رساند. اینکه نباید از نوع رفتار مستقیماً به تشخیص روانپزشکی رسید. تهدید اینترنتی، تعقیب سایبری، انتشار تصاویر خصوصی، کلاهبرداری دیجیتال یا رفتار جنسی نامناسب، هر یک می‌توانند از مسیرهای روانشناختی کاملاً متفاوتی ناشی شوند. تهدید ممکن است محصول خشم و انتقام‌جویی باشد، با هدف کنترل قربانی انجام شود، بخشی از یک رفتار حسابشده و برنامه‌ریزی شده باشد یا در شرایطی ناشی از یک باور هذیانی شکل گرفته باشد. تعقیب سایبری نیز ممکن است ریشه در حسادت، وابستگی عاطفی، کنترل‌گری، وسواس، بدگمانی یا روانپریشی داشته باشد. بنابراین، رفتار مجرمانه نقطه آغاز ارزیابی است.

در ارزیابی چنین پرونده‌هایی باید سه سطح از یکدیگر تفکیک شود. نخست، رفتار مشخصی که فرد انجام داده است؛ دوم، وضعیت روانی او در زمان ارتکاب رفتار؛ و سوم، اثر آن وضعیت روانی بر ظرفیت‌هایی که از نظر معیار قانونی برای مسئولیت کیفری اهمیت دارند. وجود یک اختلال روانپزشکی به تنهایی تعیین‌کننده مسئولیت کیفری نیست. فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا ممکن است در زمان ارتکاب جرم از نظر روانی پایدار باشد و رفتاری کاملاً برنامه‌ریزی شده و آگاهانه انجام دهد. در مقابل، ممکن است همین فرد در دوره فعال بیماری و تحت تأثیر یک باور هذیانی مشخص، رفتاری را انجام دهد.

که ارتباط مستقیم و معناداری با اختلال او داشته باشد. آنچه اهمیت دارد، بازسازی رابطه میان علامت یا فرایند روانی فعال و رفتار مورد بررسی است.

در این میان، فضای دیجیتال می‌تواند خود وارد ساختار تجربه روانی فرد شود. برای مثال، فردی که دچار باور هذیانی گزند و آسیب است ممکن است حساب‌های ناشناس، تبلیغات شخصی شده، پیشنهادها یا رویدادهای عادی اینترنتی را به عنوان شواهدی از تعقیب یا توطئه تفسیر کند. در چنین شرایطی، اینترنت دیگر صرفاً ابزار ارتکاب جرم نیست، بلکه می‌تواند بخشی از محتوای تجربه روانپریشانه فرد شود. بنابراین، یک پیام یا جستجوی اینترنتی به تنهایی معنای روانپزشکی مشخصی ندارد و باید در کنار مصاحبه بالینی، سوابق درمانی، اظهارات اطرافیان، رفتارهای قبل و بعد از حادثه و خط زمانی علائم تفسیر شود.

اهمیت این مسئله در مورد اختلالات خلقی نیز آشکار است. در دوره مانیا، افزایش انرژی، کاهش نیاز به خواب، شتاب فکری، بزرگ منشی و اختلال قضاوت ممکن است در فضای دیجیتال به افزایش شدید فعالیت، ارسال تعداد زیادی پیام، تصمیم‌های مالی پرخطر، افشای اطلاعات شخصی یا ارتباطات غیرمعمول منجر شود. با این حال، افزایش فعالیت اینترنتی به تنهایی معادل مانیا نیست. ارزش شواهد دیجیتال زمانی افزایش می‌یابد که تغییر ناگهانی و معنادار در الگوی فعالیت آنلاین با سایر نشانه‌های بالینی و زمانی یک دوره خلقی همخوان باشد. به همین ترتیب،



ویژگی‌های شخصیتی مانند حساسیت به طرد، کنترل‌گری، بدگمانی یا ویژگی‌های ضداجتماعی ممکن است در فضای دیجیتال فرصت بیشتری برای بروز پیدا کنند، اما بدیهی است که یک رفتار منفرد نمی‌تواند مبنای تشخیص اختلال شخصیت قرار گیرد. مصرف مواد، اختلالات شناختی، آسیب‌های مغزی و اختلالات پارافیلیک نیز باید با همین رویکرد بررسی شوند. مصرف ماده ممکن است تحریک‌پذیری، تکانشگری یا علائم روانپریشانه را تشدید کند، اما اثبات مصرف ماده به تنهایی برای تحلیل مسئولیت کیفری کافی نیست و باید وضعیت فرد در زمان دقیق رفتار، فاصله زمانی مصرف تا رفتار، علائم بالینی و توالی فعالیت‌های دیجیتال بازسازی شود. در سوی دیگر، فضای دیجیتال محیطی برای قربانی شدن نیز هست. افراد مبتلا به اختلالات شناختی یا سایر شرایطی که قضاوت و ارزیابی خطر را مختل می‌کنند، ممکن است در برابر فریب‌های اینترنتی آسیب‌پذیرتر باشند. بنابراین، در برخی پرونده‌ها بررسی روانشناختی تنها به وضعیت مرتکب محدود نمی‌شود و ظرفیت شناختی و تصمیم‌گیری قربانی نیز اهمیت پیدا می‌کند.

در چنین شرایطی، ردپای دیجیتال می‌تواند به یکی از منابع مهم بازسازی وضعیت روانی گذشته تبدیل شود. پیام‌های متنی، فایل‌های صوتی، تاریخچه جست‌وجو، زمان ایجاد یا حذف حساب‌ها، تغییر در میزان فعالیت آنلاین، الگوی ارتباط با دیگران، محتوای منتشرشده و حتی گفت‌وگوهای ثبت شده با سامانه‌های هوش مصنوعی می‌توانند تصویری از سیر زمانی رفتار و گاه از تغییرات روانشناختی فرد ارائه کنند. اما این داده‌ها آزمون تشخیصی نیستند. تعداد زیاد پیام‌ها لزوماً نشانه مانیا، متن عجیب لزوماً نشانه روانپریشی و تکرار جست‌وجو لزوماً نشانه وسواس نیست. ارزش شواهد دیجیتال زمانی آشکار می‌شود که در یک مدل بالینی منسجم و همراه با سایر شواهد تفسیر شوند.

ورود هوش مصنوعی، این مسئله را وارد مرحله‌ای جدید کرده است. در فناوری‌های سنتی، انسان معمولاً تصمیم را اتخاذ می‌کرد و فناوری وسیله اجرای آن تصمیم بود. اما سامانه‌های هوش مصنوعی می‌توانند در تولید محتوا، انتخاب گزینه، پیش‌بینی پیامد، پردازش اطلاعات و حتی شکل‌گیری تصمیم نقش داشته باشند. بنابراین پرسش جدید روانپزشکی قانونی این است که هوش مصنوعی در کدام بخش از زنجیره شناخت، تصمیم و رفتار وارد شده و سهم تصمیم‌گیری انسانی در آن رفتار تا چه اندازه باقی مانده است.

در ساده‌ترین وضعیت، فرد تصمیم خود را گرفته و از هوش مصنوعی صرفاً برای ویرایش یا تسریع اجرای آن استفاده می‌کند. در سطح بعد، هوش مصنوعی می‌تواند رفتار را تسهیل و مقیاس آن را افزایش دهد؛ برای مثال تولید تعداد زیادی پیام، ساخت تصاویر جعلی یا تهیه محتوای متقاعدکننده. وضعیت پیچیده‌تر زمانی ایجاد می‌شود که سامانه در انتخاب گزینه‌ها یا شکل‌گیری خود تصمیم نیز نقش پیدا کند. با این حال، انتقال بخشی از فرایند تصمیم‌گیری به یک سامانه، به معنای انتقال مسئولیت روانشناختی از انسان به ماشین نیست. همچنان باید بررسی شود که فرد هنگام استفاده از سامانه چه می‌داند، چه هدفی داشت، تا چه اندازه از نحوه عملکرد آن آگاه بود، پیامدهای قابل پیش‌بینی را چگونه ارزیابی می‌کرد و آیا توانایی ارزیابی، پذیرش یا رد خروجی سامانه را داشت.

از همین جا مفهوم برونسپاری تصمیم‌گیری Outsourcing of decision making اهمیت پیدا می‌کند. انسان‌ها همواره برای تصمیم‌گیری از دیگران یا ابزارها کمک گرفته‌اند، اما هوش مصنوعی می‌تواند حجم زیادی از اطلاعات را در زمانی کوتاه پردازش کرده و پاسخی ارائه کند که ظاهری بسیار مطمئن و تخصصی دارد. برای فردی با قضاوت سالم، این استفاده ممکن است صرفاً یک کمک شناختی باشد؛ اما در فردی که دچار اختلال شناختی، اختلال شدید قضاوت یا روانپریشی است، ممکن است توانایی ارزیابی انتقادی پاسخ سامانه کاهش یافته باشد. در چنین مواردی، اعتماد زیاد به هوش مصنوعی به خودی خود نشانه اختلال روانی نیست، اما اگر در بستر یک اختلال شناختی یا روانپریشانه رخ دهد، می‌تواند بخشی از شواهد مربوط به نحوه عملکرد شناختی فرد باشد.

این موضوع در بیماران دارای باورهای هذیانی اهمیت ویژه‌ای دارد. فردی که از پیش معتقد است دیگران او را تعقیب می‌کنند ممکن است از هوش مصنوعی بخواهد پیام‌ها، تصاویر یا رفتار افراد را تحلیل کند و سپس پاسخ سامانه را به صورت انتخابی در جهت تأیید باور خود تفسیر نماید. در اینجا باید پرسید فرد پیش از استفاده از سامانه چه باوری داشت، پاسخ آن را چگونه فهمید، چه نقشی برای آن قائل شد و این فرایند چگونه در



تصمیم‌نهایی او وارد شد. ممکن است هوش مصنوعی در چنین شرایطی یک عامل تقویت‌کننده باشد، در حالی که فرایند اصلی تصمیم‌گیری همچنان در بستر اختلال روان‌پزشانه فرد شکل گرفته است.

هوش مصنوعی همچنین می‌تواند فاصله میان تکانه و عمل را کوتاه‌تر کند. فردی که در شرایط هیجانی قرار دارد ممکن است برای نوشتن پیام از یک سامانه کمک بگیرد و بلافاصله متن تولیدشده را ارسال کند. در دوره مانیا نیز افزایش انرژی، کاهش خواب و اختلال قضاوت ممکن است با استفاده افراطی از فناوری و تولید حجم زیادی از محتوا همراه شود و هوش مصنوعی این فرایند را سرعت بخشد. با این حال، افزایش توانایی فنی برای اجرای یک رفتار با اختلال در ظرفیت روانی مرتبط با مسئولیت کیفری یکسان نیست. آنچه اهمیت دارد، رابطه زمانی میان تغییرات روانی و تغییر الگوی استفاده از فناوری و سپس رابطه این تغییرات با رفتار مورد بررسی است.

در نهایت، مهمترین چالش روان‌پزشکی قانونی در عصر هوش مصنوعی، پرهیز از دو افراط است. نخست، روان‌پزشکی کردن جرم، یعنی نسبت دادن رفتار مجرمانه به اختلال صرفاً به دلیل وجود یک تشخیص؛ و دوم، فناوری کردن جرم، یعنی تصور اینکه چون رفتار در فضای دیجیتال یا با کمک هوش مصنوعی رخ داده است، باید اصول متفاوتی برای ارزیابی مسئولیت کیفری اعمال شود. هیچ یک از این دو رویکرد کافی نیست. آنچه هوش مصنوعی بیش از همه تغییر می‌دهد، ماهیت بنیادین مسئولیت کیفری نیست، بلکه پیچیدگی مسیر میان انسان، داده، فناوری و رفتار است. روان‌پزشک قانونی باید بتواند از میان این مسیر، فرایند ذهنی منتهی به رفتار را بازسازی کند.

فرد چه می‌داند، چه باوری داشت، چگونه اطلاعات را تفسیر می‌کرد، چه گزینه‌هایی را میدید، پیامد رفتار را چگونه ارزیابی می‌کرد و تا چه اندازه قادر به تغییر یا توقف رفتار خود بود. در این چارچوب، هوش مصنوعی نه جایگزین انسان در مسئولیت کیفری است و نه سپری برای گریز از آن؛ بلکه متغیری جدید در زنجیره تصمیم و رفتار انسانی است که باید نقش آن، در کنار وضعیت روانی فرد، به‌دقت تحلیل شود.

آینده روان‌پزشکی قانونی در حوزه جرائم سایبری و هوش مصنوعی، بیش از آنکه به ایجاد تشخیص‌های جدید یا قواعد کاملاً متفاوت وابسته باشد، به توانایی متخصص در تحلیل تعامل میان انسان و فناوری وابسته خواهد بود. نقطه قوت ارزیابی نیز در حفظ مرز میان داده و تفسیر، میان رفتار غیرمعمول و رفتار مرضی، میان تکانش‌گری و فقدان کنترل، و میان استفاده از فناوری و اختلال در تصمیم‌گیری است. در نهایت، حتی در عصر سامانه‌های هوشمند، پرسش محوری روان‌پزشکی قانونی همچنان درباره انسان باقی می‌ماند: فرد در لحظه تصمیم چه می‌داند، چه می‌فهمید، چه باوری داشت، چگونه تصمیم گرفت و وضعیت روانی او چه نقشی در شکل‌گیری رفتار مورد رسیدگی ایفا کرد؟



ملاحظات اخلاقی استفاده از شواهد علمی و فناوری‌های نوین در زمانه‌ای ناپایدار

دکتر غلامرضا ترابی، روان‌پزشک

فناوری‌های نوین روان‌پزشکی با امید به افزایش اثربخشی، دقت و دسترسی به خدمات وارد عرصه پزشکی شده‌اند. با این حال، برخورداری از پشتوانه پژوهشی، انتشار مقاله، تأیید در مرورهای نظام‌مند یا حتی اخذ مجوز از سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA)، به‌تنهایی تضمین‌کننده اخلاقی بودن استفاده از یک فناوری نیست.

در این سخنرانی، سطح و کیفیت شواهد علمی مربوط به فناوری‌های نوین از منظر اخلاقی بررسی خواهد شد. محورهای بحث عبارتند از: سودمندی، پرهیز از آسیب، احترام به خودمختاری بیمار و عدالت.

پرسش محوری آن است که آیا هر مداخله‌ای که از شواهد علمی یا تأیید نهادهای تنظیم‌گر برخوردار است، لزوماً باید در عمل بالینی به کار گرفته شود؟ این مسئله به‌ویژه در جوامعی اهمیت می‌یابد که مردم در سایه جنگ، تحریم، ناامنی اقتصادی، اختلال در زنجیره تأمین و نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت زندگی می‌کنند.

هدف این سخنرانی، ارائه چارچوبی انتقادی برای گذار از پرسش «آیا این فناوری‌ها مؤثر است؟» به پرسشی جامع‌تر است: «استفاده از این فناوری‌ها، برای بیماران ایرانی، در این زمان و در این بستر اجتماعی و سیاسی، تا چه اندازه اخلاقی، عادلانه و مسئولانه است؟»

دکتر مهدی هرمزپور، روان‌پزشک

اختلالات خواب، به‌ویژه پاراسومنیاه‌ها، در موارد نادر می‌توانند با رفتارهای پیچیده و حتی خشونت‌آمیز همراه شوند و در برخی پرونده‌های کیفری به‌عنوان مبنایی برای ادعای فقدان مسئولیت کیفری مطرح شوند. مسئله اصلی در این موارد، تعیین میزان هوشیاری و آگاهی فرد در لحظه وقوع رفتار و تمایز میان یک اپیزود واقعی مرتبط با خواب و رفتار آگاهانه یا تمارض است.

پاراسومنیاه‌ها شامل اختلالاتی مانند خواب‌گردی، اختلال رفتار خواب REM، بیداری‌های نسبی NREM، سکس‌سومنی‌ها و برخی رفتارهای مرتبط با داروهای خواب‌آور هستند. ویژگی‌هایی مانند شروع رفتار از خواب عمیق، وقوع ناگهانی و تکانشی، فقدان انگیزه آشکار، فراموشی کامل یا نسبی و گیجی پس از بیداری می‌توانند از وجود یک اپیزود واقعی حمایت کنند. در مقابل، وجود شواهدی مانند برنامه‌ریزی، قصد قبلی، حافظه مربوط به رفتار، تعامل اجتماعی هدفمند و تلاش برای پنهان کردن عمل، با فقدان هوشیاری کامل سازگاری کمتری دارد.

از نظر پزشکی قانونی، تشخیص صرفاً بر اساس پلی‌سومنوگرافی (PSG) امکان‌پذیر نیست؛ زیرا این آزمایش ممکن است اپیزود نادر موردنظر را ثبت نکند و بررسی پس از حادثه نیز تنها گرایش‌های فعلی فرد را نشان می‌دهد و نمی‌تواند وضعیت هوشیاری او را در زمان وقوع جرم به‌طور قطعی اثبات کند. بنابراین، شرح حال دقیق، سابقه اختلالات خواب، اطلاعات خانواده و شریک خواب، سوابق پزشکی و اجتماعی، معاینه بالینی و عصبی و در موارد لازم PSG باید در کنار یکدیگر بررسی شوند.

در حوزه حقوقی، مفاهیمی مانند «عنصر مادی جرم» (actus reus) و «عنصر معنوی جرم» (mens rea) اهمیت اساسی دارند. کارشناس پزشکی قانونی یا روان‌پزشکی باید بر اساس شواهد علمی درباره وضعیت هوشیاری و اختلال احتمالی فرد اظهارنظر کند، اما تصمیم نهایی درباره مسئولیت یا بی‌گناهی بر عهده دادگاه است. همچنین تمارض باید در تمام پرونده‌ها به‌عنوان یک تشخیص افتراقی جدی مورد توجه قرار گیرد.

در مجموع، ارزیابی پرونده‌های جنایی مرتبط با اختلالات خواب نیازمند همکاری نزدیک متخصصان طب خواب، روان‌پزشکان و کارشناسان پزشکی قانونی است. رویکرد مناسب باید مبتنی بر شواهد بالینی، بی‌طرفی علمی، بررسی دقیق شواهد و پرهیز از نتیجه‌گیری فراتر از محدودیت‌های علم باشد.



سمپوزیوم دوران اولیه زندگی در عصر عدم قطعیت

عدم قطعیت که بر اثر درگیری‌های مسلحانه، مهاجرت‌های اجباری، بی‌ثباتی اقتصادی، بحران‌های اقلیمی و تغییرات سریع اجتماعی شکل گرفته، به ویژگی تعیین‌کننده دوران کودکی معاصر بدل شده است. شواهد حاصل از علوم اعصاب تکاملی، سلامت روان نوزادان، آسیب‌شناسی روانی رشد و پژوهش‌های دلبستگی به‌طور مداوم نشان می‌دهند که مواجهه طولانی‌مدت با عدم قطعیت در مراحل اولیه زندگی می‌تواند باعث تغییر در رشد عصبی، تنظیم استرس، تکامل خواب، رشد عاطفی و مسیر سلامت روان در بلندمدت شود. با این حال، شواهد فزاینده نشان می‌دهد که روابط اولیه ایمن، پاسخگو و پرورش‌دهنده می‌تواند این مخاطرات را کاهش داده و با تقویت تاب‌آوری، از انطباق سالم تکاملی حمایت کند.

این سمپوزیوم با بهره‌گیری از بینش‌های علوم تکاملی و تجربیات بالینی، به بررسی تأثیر عدم قطعیت بر رشد اولیه از دیدگاه‌های عصب‌شناختی، روان‌شناختی، رابطه‌ای و بالینی می‌پردازد. در بخش نخست، تأثیرات تکاملی عدم قطعیت مزمن با تمرکز بر فیزیولوژی استرس، رشد مغز و آسیب‌پذیری‌های رشدی بررسی می‌شود. بخش دوم، خواب را به عنوان یک فرآیند تکاملی بسیار حساس در نظر می‌گیرد که از طریق آن، سختی‌های محیطی در بدن نهادینه شده و سلامت جسمی و روانی را در طول عمر شکل می‌دهند. بخش سوم به پارادوکس تکاملی عدم قطعیت می‌پردازد و نشان می‌دهد که چگونه مراقبت‌های تأملی، ذهنی‌سازی و مقابله سازگارانه، ظرفیت کودکان را برای تحمل ابهام، حفظ امنیت عاطفی و تداوم رشد در مواجهه با نامایمات تقویت می‌کند. در نهایت، امنیت به عنوان یک تجربه رابطه‌ای چندبعدی بازتعریف شده و با تلفیق دانش دلبستگی، سلامت رابطه‌ای اولیه، مبانی تکاملی سلامت و بیماری (DOHaD) و سلامت روان نوزاد مبتنی بر تروما، نشان داده می‌شود که چگونه مراقبت پاسخگو و تنظیم مشترک، از استرس‌های سمی جلوگیری کرده و تاب‌آوری را ارتقا می‌بخشد.

این سمپوزیوم با بحثی تعاملی پیرامون اولویت‌های حفاظت از سلامت روان شیرخواران در دوران ناپایداری پایان می‌یابد تا دانش علمی را به استراتژی‌های مبتنی بر رابطه برای پیشگیری، مداخلات زودهنگام و تدوین سیاست‌هایی تبدیل کند که از نوزادان، کودکان، مراقبان و جوامع در برابر عدم قطعیت‌های طولانی‌مدت محافظت می‌کنند.



Early Life in an Era of Uncertainty

Uncertainty has become an increasingly defining feature of contemporary childhood, shaped by armed conflict, forced migration, economic instability, climate-related emergencies, and rapid societal change. Evidence from developmental neuroscience, infant mental health, developmental psychopathology, and attachment research consistently demonstrates that sustained exposure to uncertainty during the earliest stages of life can alter neurodevelopment, stress regulation, sleep maturation, emotional development, and long-term mental health trajectories. At the same time, growing evidence shows that secure, responsive, and nurturing early relationships can mitigate these risks, fostering resilience and supporting healthy developmental adaptation.

Drawing on complementary insights from developmental science and clinical practice, this symposium explores how uncertainty influences early development through neurobiological, psychological, relational, and clinical perspectives. The opening presentation examines the developmental impact of chronic uncertainty, with particular attention to stress physiology, brain development, and developmental vulnerability. The second considers sleep as a highly sensitive developmental process through which environmental adversity becomes biologically embedded, shaping both physical and mental health across the lifespan. The third explores the developmental paradox of uncertainty, demonstrating how reflective caregiving, mentalization, and adaptive coping strengthen children's capacity to tolerate ambiguity, maintain emotional security, and sustain developmental continuity despite adversity. The final presentation reframes safety as a multidimensional relational experience, integrating evidence from attachment science, Early Relational Health, the Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD), nurturing care, and trauma-informed infant mental health to illustrate how responsive caregiving, co-regulation, and relational safety buffer toxic stress and promote resilience.

The symposium concludes with an interactive discussion focused on contemporary priorities for protecting infant mental health in uncertain times. By integrating perspectives from neuroscience, developmental psychology, sleep medicine, infant mental health, and clinical psychiatry, it translates emerging scientific knowledge into evidence-informed, relationship-based strategies for prevention, early intervention, and policy development that strengthen infants, young children, caregivers, families, and communities living with prolonged uncertainty.



سمپوزیوم روان‌پزشکی در عصر ابزارها؛ میان شواهد، نیاز بالینی و بازارگرایی

دکتر مهران ضرغامی، دکتر احمد خسروی، دکتر جواد ستاره، دکتر سیدعباس موسوی، دکتر سیدمهدی صمیمی اردستانی

در دهه‌های اخیر، روان‌پزشکی شاهد رشد شتابان ابزارهای نوین در حوزه‌های تشخیص، پایش و درمان بوده است. از فناوری‌های دیجیتال و هوش مصنوعی گرفته تا روش‌های نورومودولاسیون و سایر فناوری‌های نوظهور، این ابزارها به تدریج در حال تغییر چهره عمل بالینی هستند. همزمان با این تحول، نوعی دوگانگی در مواجهه جامعه حرفه‌ای با این ابزارها شکل گرفته است؛ از یک سو، مقاومت و بی‌اعتمادی نسبت به فناوری‌های نوین، حتی در مواردی که شواهد علمی مناسبی از اثربخشی آن‌ها وجود دارد، و از سوی دیگر، استقبال شتاب‌زده از برخی ابزارها پیش از آنکه جایگاه واقعی، میزان اثربخشی، هزینه‌اثربخشی و ارزش افزوده بالینی آن‌ها به‌طور کافی مشخص شده باشد. هر دو رویکرد می‌توانند به تصمیم‌گیری نامناسب، اتلاف منابع و در نهایت آسیب به بیماران منجر شوند. بنابراین پرسش اصلی امروز، پذیرش یا رد فناوری نیست؛ بلکه این است که چه ابزارهایی، برای کدام بیماران، در چه شرایطی و بر پایه چه سطحی از شواهد، شایسته ورود به عمل بالینی هستند؟

این سمپوزیوم با بهره‌گیری از دیدگاه‌های تخصصی و حتی انتقادی، می‌کوشد چارچوبی متوازن و مبتنی بر شواهد برای ارزیابی، انتخاب و به‌کارگیری ابزارهای نوین در روان‌پزشکی ارائه کند.

محورهای علمی سمپوزیوم

- ابزارهای نوین؛ فرصت یا چالش؟
- پزشکی مبتنی بر شواهد در عصر فناوری
- اعتبارسنجی ابزارهای نوین
- پزشکی دقیق و انتخاب بیمار مناسب
- مرز میان نوآوری، تبلیغات و ارزش واقعی بالینی
- آینده روان‌پزشکی در عصر ابزارها

پیام محوری سمپوزیوم

رد ابزارهای مؤثر، به اندازه پذیرش ابزارهای فاقد شواهد کافی، می‌تواند به بیماران آسیب برساند. هدف استفاده مسئولانه، نقادانه و مبتنی بر شواهد از ابزارهای نوین در روان‌پزشکی است.



چه زمانی یک ابزار شایسته‌ی ورود به حیطه‌ی درمان‌های روان‌پزشکی است؟

دکتر مهران زرغامی

استاد روان‌پزشکی، فلوشیپ اعتیاد، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری پژوهشکده‌ی اعتیاد،
و گروه روان‌پزشکی دانشکده‌ی پزشکی؛ دانشگاه علوم پزشکی مازندران

در بسیاری از موارد، کمبود وقت، ضرورت نیاز به ابزارهایی که داده‌های عینی تری نسبت به معاینات یا مصاحبه‌های تشخیصی یا گزارش‌دهی شخصی بیمار ارائه کنند را مطرح می‌سازند. اما خطری که وجود دارد، «اثر تازگی» (Novelty Effect) و «نشانگان شیء درخشان» (The Shiny Object Syndrome) است؛ یعنی خطر به کارگیری زود هنگام ابزارهایی که «جذاب» هستند اما «اثربخش» نیستند. وضعیتی که در آن افراد توجهی بیش از حد به ایده‌های جدید و مد روز نشان می‌دهند، اما به محض اینکه چیز تازه‌ای جایگزین آن می‌شود، آن ایده را به کلی رها می‌کنند. برای پی بردن به اینکه چه زمانی یک ابزار (از یک پرسشنامه گرفته تا یک آزمایش، تا یک ابزار الکترونیک) برای به کارگیری مناسب است، می‌توان از این چهار فیلتر زیر استفاده کرد:

۱. روایی و پایایی (Reliability & Validity): آیا این ابزار مورد نظر به طور دقیق همان چیزی را می‌سنجد که ادعا می‌کند؟ آیا در محیط‌های بالینی گوناگون، نتایج ثابتی به دست می‌دهد؟
۲. کاربرد بالینی (Clinical Utility): تشخیص با کمک یک ابزار ممکن است از نظر آماری معنادار باشد، اما آیا در عمل موجب تغییری در روند درمان بیمار می‌شود؟ (به عنوان مثال: آیا تشخیص این ابزار باعث تغییر در راهبرد درمان دارویی یا روان‌درمانی می‌شود؟)
۳. ایمنی و اخلاق (Safety & Ethics): به‌ویژه در خصوص ابزارهای دیجیتال و هوش مصنوعی؛ مسائلی همچون حریم خصوصی، سوگیری الگوریتمی، امنیت داده‌ها، و تحمیل مخارج غیر ضروری به مددجو یا بیمار مطرح است.
۴. تأثیر بر رابطه‌ی درمانی (Impact on Therapeutic Alliance): آیا این ابزار مانع از شکل‌گیری یا تداوم ارتباط انسانی میان درمانگر و بیمار می‌شود؟

کلید واژه‌ها: ابزارها، روایی، پایایی، کاربرد بالینی، ایمنی، اخلاق

When an instrument is considered suitable for inclusion in the realm of psychiatric treatments?

Dr. Mehran Zarghami

Professor of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center,
Addiction Research Institute AND Department of Psychiatry, Faculty of Medicine;
Mazandaran University of Medical Sciences

In many instances, time constraints create a need for instruments that provide more objective data than diagnostic examinations, interviews, or patient self-reports. However, there is a risk associated with the «Novelty Effect» and «Shiny Object Syndrome»—specifically, the danger of prematurely adopting instruments that are «appealing» but not «effective». This refers to a situation in which people pay excessive attention to a new, trendy idea but abandon it completely as soon as something new takes its place. To determine when an instrument (ranging from a questionnaire to an experiment or an electronic device) is suitable for use, the following four filters can be applied:

1. Validity and Reliability: Does the instrument accurately measure what it claims to measure? Does it yield consistent results across various clinical settings?
2. Clinical Utility: Diagnosis aided by an instrument may be statistically significant, but does it clinically alter patient treatment? (For example: Does it lead to a change in the therapeutic or psychotherapeutic strategy?)
3. Ethics and Safety: Particularly regarding digital instruments and artificial intelligence, issues such as privacy, algorithmic bias, data security, and the imposition of unnecessary costs on the service recipient or patient come into play.



4. Impact on Therapeutic Alliance: Does this tool hinder the human connection between the clinician and the patient?

Keywords: Instruments, validity, reliability, clinical utility, safety, ethics.

از نوآوری تا شواهد- روش‌شناسی و ارزیابی روش‌های نورومدولیشن در روانپزشکی ابزاری

دکتر احمد خسروی

استاد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

مقدمه: ارزیابی روش‌های نوین نورومدولیشن در روان‌پزشکی مداخله‌ای، تنها به اثربخشی یک فناوری محدود نیست و باید ابعاد روش‌شناختی، ایمنی، اقتصادی، قابلیت اجرا و کیفیت شواهد را نیز دربرگیرد.

روش‌شناسی: مطالعات پیش‌بالینی با استفاده از مدل‌های سلولی، بافتی و حیوانی بدن‌بال بررسی مکانیسم اثر، ایمنی، دوز-پاسخ و پارامترهایی مانند شدت، فرکانس، مدت و محل تحریک هستند. در مرحله بالینی، گزارش مورد و مطالعات مقطعی عمدتاً برای فرضیه‌سازی و بررسی بیومارکرها به کار می‌روند؛ مطالعات کوهورت برای شناسایی عوامل پیش‌آگهی، پاسخ به درمان و پیامدهای طولانی‌مدت مناسب‌اند. با این حال، برای ارزیابی اثربخشی و ایمنی، کارآزمایی تصادفی‌شده شاهددار (RCT) به‌ویژه با طراحی موازی، متقاطع یا فاکتوریال، طراحی محوری محسوب می‌شود. در نورومدولیشن، کیفیت sham و کورسازی از چالش‌های مهم روش‌شناختی هستند. همچنین انتخاب پیامد باید بیمارمحور و چندبعدی باشد و علاوه بر علائم، عملکرد، کیفیت زندگی، رضایت، تبعیت از درمان و عوارض را در برگیرد.

ارزیابی شواهد: برای تعیین قطعیت شواهد و قدرت توصیه، استفاده از چارچوب GRADE اهمیت اساسی دارد. در این چارچوب، قطعیت شواهد برای هر پیامد به‌صورت جداگانه در چهار سطح بسیار پایین، پایین، متوسط و بالا ارزیابی می‌شود. یک روش نورومدولیشن می‌تواند برای یک پیامد شواهد با قطعیت بالا و برای پیامدی دیگر قطعیت پایین داشته باشد. برای نمونه، در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان، rTMS برای پاسخ به درمان دارای قطعیت بالا، ولی برای پیشگیری از عود دارای قطعیت پایین‌تر گزارش شده است؛ زیرا شواهد مربوط به عود معمولاً از مطالعات کمتر و با پیگیری کوتاه‌تر حاصل شده‌اند.

چارچوب‌های IDEAL، SPRIT-iNeurostim، PRECIS-2، RE-AIM و CONSORT-iNeurostim نیز می‌توانند برای ارزیابی بلوغ فناوری، طراحی، کاربرپذیری، پیاده‌سازی و گزارش‌دهی استاندارد مطالعات نورومدولیشن به کار روند.

نتیجه‌گیری: قضاوت درباره نورومدولیشن باید بر اساس ترکیب نوع مداخله، جمعیت، پیامد، زمان پیگیری و قطعیت شواهد انجام شود، نه صرفاً عنوان فناوری.

کلید واژه‌ها: نورومدولیشن، روانپزشکی مداخله‌ای، قطعیت شواهد، کارآزمایی بالینی

Innovation to Evidence: Methodology and Evaluation of Neuromodulation Approaches in Interventional Psychiatry

Dr. Ahmad Khosravi

Professor of Epidemiology, Center for Health Related Social and Behavioral Sciences, Shahroud
University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

Introduction: The evaluation of novel neuromodulation approaches in interventional psychiatry extends beyond assessing the efficacy of a given technology and should encompass methodological, safety, economic, implementation, and evidence-quality considerations.

Methodology: Pre-clinical studies use cellular, tissue, and animal models to investigate the biological mechanisms of action, safety, dose-response relationships, and stimulation parameters such as intensity, frequency, duration, and stimulation site. In the clinical phase, case report and cross-sectional studies are primarily useful for hypothesis generation and investigation of biomarkers, whereas cohort studies are appropriate for identifying prognostic factors, treatment response, and long-term outcomes. Nevertheless,



randomized controlled trials (RCTs), particularly parallel-group, crossover, and factorial designs, remain the cornerstone for evaluating the efficacy and safety of neuromodulation interventions. In neuromodulation research, the quality of sham procedures and the feasibility and effectiveness of blinding are major methodological challenges. Outcome assessment should also be patient-centered and multidimensional, encompassing not only symptom severity but also functioning, quality of life, treatment satisfaction, adherence, and adverse effects.

Evidence Assessment: The GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) framework is essential for assessing the certainty of evidence and informing the strength of recommendations. GRADE rates the certainty of evidence separately for each outcome across four levels: very low, low, moderate, and high. Thus, the same neuromodulation intervention may be supported by high-certainty evidence for one outcome but low-certainty evidence for another. For example, in patients with treatment-resistant depression (TRD), the evidence supporting response to repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) may be considered high-certainty, whereas evidence for relapse is of lower certainty, largely because relapse-related evidence is based on fewer studies and shorter follow-up periods.

The IDEAL, SPRIT-iNeurostim, PRECIS-2, RE-AIM, and CONSORT-iNeurostim frameworks can further support the assessment of technology maturity, study design, applicability, implementation, and standardized reporting of neuromodulation research.

Conclusion: The evaluation of neuromodulation should be based on the integrated consideration of the intervention, target population, outcome, follow-up duration, and certainty of evidence, rather than on the technology itself.

Keywords: Neuromodulation; Interventional Psychiatry; Certainty of Evidence; Randomized Controlled Trial; Treatment-Resistant Depression

ابزارهای نوین در پزشکی خواب؛ میان نوآوری و شواهد

دکتر جواد ستاره

دانشیار روان‌پزشکی، فلوشیپ پزشکی خواب

مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده‌ی اعتیاد،

و گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی؛ دانشگاه علوم پزشکی مازندران

چکیده

مقدمه: فناوری‌هایی مانند ابزارهای پوشیدنی و حس‌گرهای بدون تماس، هوش مصنوعی، آزمون‌های خواب در منزل، درمان‌های دیجیتال و روش‌های نورومودولاسیون به سرعت وارد پزشکی خواب شده‌اند. با این حال، نوآوری یا استقبال گسترده از یک فناوری لزوماً به معنای ارزش بالینی آن نیست.

هدف: مرور نقادانه ابزارها و فناوری‌های مورد استفاده در پزشکی خواب و بررسی شواهد و دانش بالینی لازم برای استفاده صحیح از آنها. بحث: ارزش هر ابزار به انتخاب مناسب بیمار، اندیکاسیون درست و تفسیر صحیح یافته‌ها بستگی دارد. پلی‌سومنوگرافی نمونه‌ای روشن است؛ درخواست آن در بیمار نامناسب یا اتکای صرف به اعداد و نتیجه نهایی گزارش، بدون توجه به متغیرهای فیزیولوژیک و زمینه بالینی، می‌تواند به خطا منجر شود.

ابزارهای پوشیدنی و حسگرهای بدون تماس امکان پایش طولانی‌تر خواب در محیط طبیعی را فراهم کرده‌اند، اما دقت و اعتبار آنها در جمعیت‌ها و اختلالات مختلف یکسان نیست. هوش مصنوعی نیز در مرحله‌بندی خواب، تحلیل سیگنال‌های فیزیولوژیک و کمک به تشخیص کاربرد روزافزون دارد، در حالی که اعتبارسنجی، سوگیری، محرمانگی داده‌ها و نظارت متخصص همچنان اهمیت دارند. همچنین ساعت‌ها، حلقه‌های هوشمند و برنامه‌های پایش خواب ممکن است در کنار افزایش آگاهی، زمینه تفسیر نادرست داده‌ها و نگرانی بیش از حد درباره خواب را فراهم کنند.

در حوزه درمان، CBT-I دیجیتال نمونه‌ای از کاربرد فناوری برای افزایش دسترسی به درمان مبتنی بر شواهد است. نورومودولاسیون نیز طیفی از روش‌ها را شامل می‌شود؛ از تحریک عصب هیپوگلو سال در بیماران منتخب مبتلا به آپنه انسدادی خواب و تحریک عصب فرنیک در آپنه مرکزی



خواب تا روش‌های نوظهورتر مانند «TMS»، «DCS»، «tACS» و تحریک عصب واگ از راه پوست (taVNS) در بی‌خوابی و اختلالات خواب. با این حال، سطح شواهد، انتخاب بیمار و آمادگی برای کاربرد بالینی در این روش‌ها یکسان نیست. نتیجه‌گیری: پرسش اصلی این نیست که یک ابزار جدید است یا قدیمی، بلکه این است که برای کدام بیمار، با چه اندیکاسیونی، با چه هدفی، بر پایه چه شواهدی و با چه شیوه‌ای از تفسیر به کار می‌رود. فناوری زمانی به بهبود مراقبت از بیمار منجر می‌شود که در کنار دانش و قضاوت بالینی و بر پایه شواهد استفاده شود. کلید واژه‌ها: پزشکی خواب؛ پلی‌سومنوگرافی؛ هوش مصنوعی؛ ابزارهای پوشیدنی؛ درمان‌های دیجیتال؛ نورومودولاسیون

Novel Tools in Sleep Medicine: Between Innovation and Evidence

Dr. Javad Setareh, MD

Associate Professor of Psychiatry, Fellowship in Sleep Medicine

Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, AND Department of Psychiatry, Faculty of Medicine; Mazandaran University of Medical Sciences

Background: Technologies such as wearable devices and contactless sensors, artificial intelligence, home sleep testing, digital therapeutics, and neuromodulation techniques are rapidly entering sleep medicine. However, novelty or widespread adoption does not necessarily indicate clinical value.

Objective: To critically review tools and technologies used in sleep medicine and the evidence and clinical knowledge required for their appropriate use.

Discussion: The value of any tool depends on appropriate patient selection, a clear indication, and accurate interpretation of findings. Polysomnography is a clear example; inappropriate testing or reliance solely on numerical indices and the final report, without considering physiological variables and the clinical context, may lead to errors.

Wearable devices and contactless sensors enable longer-term sleep monitoring in the natural environment, but their accuracy and validity vary across populations and sleep disorders. Artificial intelligence is increasingly used in sleep staging, physiological signal analysis, and diagnostic support, while validation, bias, data privacy, and expert oversight remain important concerns. Likewise, smartwatches, smart rings, and sleep-tracking applications may increase awareness of sleep but can also contribute to misinterpretation of data and excessive concern about sleep.

In treatment, digital CBT-I is an example of using technology to improve access to evidence-based care. Neuromodulation includes a spectrum of approaches, ranging from hypoglossal nerve stimulation in selected patients with obstructive sleep apnea and phrenic nerve stimulation in central sleep apnea to more emerging approaches such as rTMS, tDCS, tACS, and transcutaneous auricular vagus nerve stimulation (taVNS) for insomnia and other sleep disorders. However, the level of evidence, patient selection criteria, and readiness for routine clinical use differ considerably across these techniques.

Conclusion: The key question is not whether a tool is new or old, but for which patient, for what indication and purpose, based on what evidence, and how its findings should be interpreted. Technology is most valuable when integrated with clinical knowledge, sound judgment, and evidence-based practice.

Keywords: Sleep Medicine; Polysomnography; Artificial Intelligence; Wearable Devices; Digital Therapeutics; Neuromodulation



نورومدولاسیون؛ نوآوری مسئولانه یا شتاب فناوری؟

دکتر سید عباس موسوی

فلوشیپ روان‌پزشکی مداخله‌ای و نورومدولاسیون

استادروان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری

پژوهشکده‌ی اعتیاد، و گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی؛ دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تا قبل از این عمده مداخلات روانپزشکی در دو دسته جای می‌گرفت: درمان‌های مبتنی بر شیمی مغز و اعصاب و روان‌درمانی. امروزه باید ظهور دسته سوم از درمان‌ها را که عمدتاً مبتنی بر روش‌های فیزیکی هستند را نیز در نظر گرفت. (پارادایم شیفت از نوروترانسمیترها به شبکه‌های مغز). نورومدولاسیون به سرعت در حال تغییر چشم انداز درمان در اختلالات روانپزشکی است. اگر چه درمان با ایجاد تشنج بوسیله الکتریسیته ECT نزدیک به یک قرن است که با تغییرات اندکی – مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما توسعه انواع روش‌های نورومدولاسیون و شتاب در استفاده از آنها، در سال‌های اخیر اتفاق افتاده است. تحریک مغناطیسی مکرر مغز rTMS در کنار ECT اکنون از شواهد معتبری در تاثیر درمانی برخوردار است. روش‌های متنوعی در حال توسعه و تحقیق است مانند: tDCS، tACS، تحریک عمقی مغز (DBS)، تحریک عصب واگ (VNS) و اولترا سوند متمرکز (FUS) و روش‌های متنوع نوظهور دیگر. قطعاً نگاه افراطی مثبت یا منفی به این مقوله خطاست. بلکه باید میان سرعت نوآوری و تولید ابزارها، سطح شواهد، ایمنی بیمار و توانایی نظام سلامت در ترجمه یافته‌های پژوهشی و کاربرد بالینی آنها، تناسب ایجاد کرد. به عبارتی اکنون دیگر پرسش این نیست که آیا می‌توان از نورومدولاسیون در درمان‌های روانپزشکی استفاده کرد؟ بلکه موضوع این است که کدام بیمار، مناسب کدام روش است و در چه شبکه یا مدار مغزی و با چه پارامترهایی و در چه سطحی از شواهد باید مورد مداخله قرار گیرد؟ کلید واژه‌ها: نورومدولاسیون، روان‌پزشکی مداخله‌ای، شبکه‌های مغز

Neuromodulation: Responsible Innovation or Acceleration of Technology?

Dr. Seyed Abbas Mousavi

Fellowship in Interventional Psychiatry and Neuromodulation

Professor of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, AND

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine; Mazandaran University of Medical Sciences

Until recently, psychiatric interventions generally fell into two categories: treatments based on neurochemistry and psychotherapy. Today, however, we must also consider the emergence of a third category of treatments based primarily on physical methods (representing a paradigm shift from neurotransmitters to brain networks). Neuromodulation is rapidly transforming the treatment landscape for psychiatric disorders. Although electroconvulsive therapy (ECT) has been used—with only minor modifications—for nearly a century, the development and accelerated adoption of various neuromodulation techniques have occurred primarily in recent years. Alongside ECT, repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) is now supported by robust evidence regarding its therapeutic efficacy. A variety of other methods are currently under development and investigation, including tDCS, tACS, deep brain stimulation (DBS), vagus nerve stimulation (VNS), focused ultrasound (FUS), and other emerging techniques. Clearly, viewing this field with either excessive optimism or undue skepticism is a mistake; instead, a balance must be struck between the pace of innovation and device development, the strength of the evidence base, patient safety, and the healthcare system's capacity to translate research findings into clinical practice. In other words, the question is no longer whether neuromodulation can be used in psychiatric treatment; rather, the focus has shifted to determining which patient is suitable for which method, and identifying the specific brain network or circuit to be targeted, the optimal stimulation parameters, and the required level of evidence.

Keywords: Neuromodulation; Interventional Psychiatry; Brain Networks



آیا هر نوآوری، ارزش بالینی می‌آفریند؟ نگاهی انتقادی به گسترش ابزارهای نوین در روانپزشکی

دکتر سیدمهدی صمیمی اردستانی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

در سال‌های اخیر، گسترش فناوری‌های نوین در روانپزشکی با امید به بهبود تشخیص و درمان اختلالات روانپزشکی همراه بوده است. بسیاری از این فناوری‌ها با عنوان‌هایی همچون «نوآورانه»، «پیشرفته» و «شخصی‌سازی‌شده» معرفی می‌شوند.

با این حال، نوآوری به تنهایی به معنای ایجاد ارزش بالینی نیست و ارزیابی اثربخشی واقعی این ابزارها باید فراتر از امکان‌پذیری فنی آنها باشد. در این سخنرانی، برخی از ابزارهای نوین تشخیصی و درمانی در روانپزشکی با رویکردی انتقادی مورد بررسی قرار خواهند گرفت. در حوزه درمان، به‌طور مشخص به روش‌هایی مانند تحریک مغناطیسی مغز از طریق جمجمه (rTMS) پرداخته خواهد شد. اگرچه rTMS در برخی اختلالات روانپزشکی شواهدی از اثربخشی نشان داده است، اندازه اثر در بسیاری از مطالعات در حد متوسط یا کوچک گزارش شده و میزان پاسخ فردی نیز متغیر است. بنابراین، سؤال مهم تنها این نیست که آیا یک مداخله از نظر آماری مؤثر است، بلکه باید مشخص شود که میزان این اثر تا چه اندازه از نظر بالینی معنادار و برای بیمار قابل توجه است.

در حوزه تشخیص نیز استفاده از ابزارهایی مانند نقشه‌برداری مغزی و روش‌های مبتنی بر EEG با ادعای کمک به تشخیص اختلالات روانپزشکی رو به افزایش است.

با وجود جذابیت نظری این رویکردها، محدودیت حساسیت و ویژگی، ناهمگونی یافته‌ها و همپوشانی زیستی میان اختلالات مختلف، کاربرد آنها را به‌عنوان ابزار تشخیصی مستقل محدود می‌کند.

در این سخنرانی، تفاوت میان statistical significance، clinical significance و clinical utility مورد تأکید قرار خواهد گرفت. همچنین نشان داده خواهد شد که اندازه اثر، حساسیت و ویژگی، ارزش اخباری، تکرارپذیری و قابلیت تعمیم از معیارهای ضروری برای ارزیابی فناوری‌های نوین هستند.

هدف، رد فناوری‌های جدید یا مخالفت با نوآوری نیست؛ بلکه تأکید بر ضرورت عبور از «نوآوری فناورانه» به سوی «ارزش بالینی اثبات‌شده» است. در نهایت، پیشنهاد خواهد شد که پذیرش گسترده هر ابزار جدید در روانپزشکی باید بر اساس شواهدی باشد که نشان دهند استفاده از آن واقعاً موجب بهبود تصمیم‌گیری بالینی و پیامد بیماران می‌شود.

Does Every Innovation Create Clinical Value? A Critical Look at the Expansion of Novel Tools in Psychiatry

In recent years, the rapid development of novel technologies in psychiatry has raised expectations for improving both diagnosis and treatment.

Many of these technologies are introduced as innovative, advanced, or personalized approaches. However, technological innovation does not necessarily translate into meaningful clinical value, and the clinical usefulness of such tools should be evaluated beyond their technical feasibility. This presentation will critically examine selected novel diagnostic and therapeutic technologies in psychiatry.

In the therapeutic domain, particular attention will be given to repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS).

Although rTMS has demonstrated efficacy in several psychiatric conditions, the effect sizes reported in many studies are modest, and considerable variability in individual treatment response remains.



Therefore, the critical question is not simply whether an intervention produces a statistically significant effect, but whether the magnitude of that effect is clinically meaningful and relevant to patients.

In the diagnostic domain, the increasing use of brain mapping and EEG-based approaches will also be critically discussed.

Despite their theoretical appeal, limitations in sensitivity and specificity, heterogeneity of findings, and substantial biological overlap between psychiatric disorders restrict their application as stand-alone diagnostic tools.

The presentation will emphasize the distinction between **statistical significance, clinical significance, and clinical utility**.

Key criteria for evaluating novel technologies will include effect size, sensitivity, specificity, predictive values, reproducibility, generalizability, and impact on clinical decision-making. The purpose is not to reject new technologies or discourage innovation, but to emphasize the need to move from **technological innovation to demonstrated clinical value**.

Ultimately, the widespread adoption of a novel psychiatric tool should depend on evidence that its use provides meaningful improvements in clinical decision-making and patient outcomes.



سمپوزیوم بازخوانی روانشناختی جامعه زخم‌خورده ایران: میراث تروما

دکتر آلاله بهرامیان، روانپزشک و روان‌درمانگر تحلیلی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

دکتر صالحه عباسیان، روانپزشک و روان‌درمانگر تحلیلی

دکتر علی فیروزآبادی، روانپزشک و روان‌درمانگر تحلیلی، استاد بازنشسته دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دکتر عاطفه کمالو، روانپزشک و روان‌درمانگر تروما

در سال‌های اخیر، جامعه ایران به‌طور مستمر در معرض مجموعه‌ای از بحران‌های جمعی و استرسورهای مزمن اجتماعی، اقتصادی و سیاسی قرار داشته است. اگر همه‌گیری کووید-۱۹ در سراسر جهان به‌عنوان یک بحران جمعی تجربه شد، در ایران تنها یکی از امواج مجموعه‌ای از بحران‌های هم‌زمان بود که با تشدید تورم و نااطمینانی اقتصادی، تغییرات گسترده در سبک زندگی، اختلال در روابط اجتماعی و شبکه‌های حمایتی در بستری جمع‌گرا (collectivistic)، تحریم‌های بین‌المللی، قطع مکرر اینترنت، تعطیلی‌های متناوب مدارس، آلودگی هوا، کمبود آب و برق، سرکوب سیاسی و رویدادهای آسیب‌زایی همچون سقوط هواپیمای مسافربری همراه شد. در یک سال گذشته نیز، علاوه بر تداوم این شرایط، تجربه دو جنگ بر شدت و پیچیدگی این فشارها افزوده است.

شواهد نشان می‌دهد که مواجهه طولانی‌مدت با چنین شرایطی، فراتر از بروز اختلالات روان‌پزشکی، می‌تواند پیامدهای پایدار زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی بر جای بگذارد. از این‌رو، نقش روان‌پزشکان تنها به تشخیص و درمان اختلالات محدود نمی‌شود، بلکه پیشگیری اولیه و ثانویه، شناسایی زودهنگام پیامدهای ناشی از تروماهای جمعی، و به‌کارگیری مداخلات مبتنی بر شواهد برای کاهش بار بیماری را نیز در بر می‌گیرد.

این سمپوزیوم با تکیه بر یافته‌های علمی، به بررسی پیامدهای زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی تروماهای جمعی می‌پردازد. محورهای این نشست شامل انتقال بین‌نسلی تروما، پیامدهای سایکوسوماتیک استرس مزمن، سوگ‌های به‌رسمیت شناخته نشده در بحران‌های جمعی و بازسازی معنا، امید و آینده پس از بحران‌های جمعی است. هدف این سمپوزیوم، ارائه چارچوبی جامع برای فهم میراث تروما در جامعه ایران و ارتقای آمادگی متخصصان سلامت روان برای پیشگیری، شناسایی و مداخله مؤثر در مواجهه با پیامدهای آن است.

Over the past several years, Iranian society has been continuously exposed to multiple, cumulative, and chronic social, economic, and political stressors. While the COVID-19 pandemic represented a major global crisis, in Iran it constituted only one wave within an ongoing sequence of overlapping adversities, including economic instability, disruption of social support networks within a collectivistic culture, international sanctions, recurrent internet shutdowns, repeated school closures, environmental challenges, political repression, and other traumatic public events. More recently, the experience of two military conflicts has further intensified these cumulative stressors.

Growing evidence from psychiatry, neuroscience, and trauma research suggests that prolonged exposure to chronic adversity has consequences extending beyond the immediate psychological impact of discrete traumatic events, resulting in enduring biological, psychological, and social sequelae. Accordingly, the role of psychiatrists extends beyond the diagnosis and treatment of established psychiatric disorders to include prevention, early recognition of trauma-related consequences, and the implementation of evidence-based interventions aimed at reducing the long-term burden of collective adversity.

Drawing upon current scientific evidence, this symposium examines the biological, psychological, and social consequences of collective trauma. The sessions focus on the intergenerational transmission of trauma, psychosomatic consequences of chronic stress, disenfranchised grief in the context of collective crises, and the reconstruction of meaning, hope, and future orientation following collective trauma. The symposium aims to provide a comprehensive framework for understanding the legacy of trauma in contemporary Iran and to enhance mental health professionals' preparedness for prevention, early identification, and effective intervention.



میراث تروما در نسل‌ها: انتقال بین‌نسلی رنج و تروما

دکتر علی فیروزآبادی، روانپزشک

در مراحل اولیه تکوین شخصیت، این والدین هستند که احساسات کودک را بازتاب داده، در بر گرفته و به آنها اعتبار می‌بخشند. اما نیاز انسان به این پاسخ آینه‌ای به دوران کودکی محدود نمی‌شود. در دوران بزرگسالی نیز، ما نه تنها به روابط موثر و کارا، بلکه به محیطی نیازمندیم تا وجودمان را بازتاب داده و احساسات ما را در خود جای دهد. نقش این محیط آینه‌ای و مادرانه در تعبیر و تفسیر فرد از تجارب خود و این که چه تجربه‌ای برایش آسیب‌زا باشد اهمیت پیدا می‌کند.

در موارد آسیب‌های اجتماعی، هم از نظر تأثیرات درازمدت روانشناختی و هم از بابت فرصت‌هایی که برای ترمیم و درمان پیش می‌آید، یک عامل مهم، اشتراک تمامی افراد اجتماع در تجربه آسیب است. اگر آسیب موجب همدردی و اتحاد شود و جامعه تروما را به رسمیت بشناسد فرایند ترمیم تسهیل می‌شود. اما هرگاه آینه اجتماع کور و بی‌حس باشد و فراتر از آن جامعه خود در مقام مرتکب ظاهر شود، فرد یا گروه آسیب‌دیده احساس رهاشدگی و درماندگی می‌کند و در ادامه اگر پردازش اجتماعی آسیب و فرایند سوگواری با اختلال روبرو شود، احتمال زیادی می‌رود که آسیب به نسل بعدی منتقل شده و نه تنها قربانیان بلکه تمامی جامعه را برای نسل‌ها تحت‌تأثیر قرار دهد.

در این مجال، تلاش بر این خواهد بود که مقوله انتقال بین‌نسلی تروما را بر پایه یافته‌های نوین تبیین کرده و به این پرسش پاسخ دهیم که چگونه جامعه می‌تواند با پردازش بهنجار آسیب از تداوم و تکرار آن در نسل‌های بعد پیشگیری کند.

میراث تروما بر خودانگاره:

از تنظیم اشتها تا تنظیم هیجان با داروهای GLP-1RI

دکتر عاطفه کمالو، روانپزشک

جامعه ایرانی از چند ماه قبل به صورت مداوم در معرض استرسورهای فزاینده قرارداد بدون اینکه فرصتی برای ترمیم پیدا کند. ترومای جمعی که در پی رویدادهایی مانند جنگ، نسل‌کشی، جابه‌جایی گسترده جمعیت و خشونت ساختاری ایجاد می‌شود، بسیار فراتر از رنج روان‌شناختی است و می‌تواند به تغییرات قابل توجه و اغلب پایدار در سلامت جسمانی منجر شود.

یافته‌های اصلی در مرور مقالات نشان می‌دهند که بازماندگان ترومای جمعی، میزان به‌مراتب بالاتری از بیماری‌های قلبی-عروقی، اختلالات متابولیک (از جمله دیابت نوع ۲) و اختلالات درد مزمن را تجربه می‌کنند. شواهد نورویبولوژیکال بر نقش اختلال در تنظیم محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و بار آلوستاتیک در ایجاد این پیامدها تأکید دارند.

به‌طور مشخص، مواجهه طولانی‌مدت با استرس شدید به التهاب سیستمیک، تغییرات اپی‌ژنتیک و تغییرات ساختاری مغز، از جمله کاهش حجم هیپوکامپ و تغییر فعالیت قشر پیش‌پیشانی، منجر می‌شود.

در این ارائه به انتقال بین‌نسلی خطرات جسمانی مرتبط با تروما نیز پرداخته خواهد شد. شواهد نشان می‌دهند که "خاطرات" زیستی تروما می‌توانند از طریق استرس دوران پیش از تولد و سازوکارهای اپی‌ژنتیک به نسل‌های بعد منتقل شوند و در نتیجه، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های مزمن را در نسل‌های بعدی افزایش دهند.

بنابراین پرداختن به نیازهای پزشکی جمعیت‌های دچار تروما مستلزم رویکردی یکپارچه است که پیوند ناگسستنی میان سلامت روان و سلامت جسم را به رسمیت بشناسد.



میراث تروما در سوگ: سوگ‌های ناممکن در بحران‌های جمعی امروز

دکتر صالحه عباسیان

سخن گفتن از سوگ ناممکن، آن‌گونه که تجربه می‌شود، صدا البته ناممکن است. با این حال، راهی جز ایجاد نوعی آشفتگی در این نظم نمادین وجود ندارد؛ آشفتگی‌ای که بتواند اشباح سرگردانی را که در روز و شبمان در رفت‌وآمدند و سنگینی حضورشان را، بی‌آنکه نام و نشان‌شان را بدانیم، حس می‌کنیم، از بی‌نامی بیرون بیاورد. ما ملزم به یادآوری و نگاه کردن به گذشته و حالی هستیم که می‌دانیم چیست، اما نمی‌توانیم یا نمی‌خواهیم به آن نگاه کنیم. ما نیازمند عریان کردن سوگِ ناسوگوار هستیم؛ سوگی که امنیت مرزی و چندپاره‌ی زمانه‌ی ما را بر هم زند و فضایی فراهم کند که نامِ مرده‌ها زنده شود و پس از آن، زنده‌ها جانی دوباره بگیرند.

در این ارائه، به عنوان بازماندگان فقدان‌های جمعی، به تبیین مفهوم سوگِ ناممکن در ایران امروز، تعبیرهای تحمیل‌شده بر سوگواری و چگونگی تأثیر آن بر جامعه خواهیم پرداخت.

میراث تروما در معنا: بازسازی معنا، امید و آینده پس از بحران‌های جمعی

دکتر آلاله بهرامیان

تجربه تروما تنها با بروز علائم روان‌شناختی و اختلال در تنظیم هیجانی همراه نیست، بلکه می‌تواند نظام‌های بنیادی معنا را نیز دستخوش اختلال کند. رویدادهای تروماتیک، به‌ویژه هنگامی که ناگهانی، غیرقابل کنترل و ناسازگار با باورهای پیشین فرد درباره امنیت، عدالت، پیش‌بینی‌پذیری جهان و آینده باشند، می‌توانند میان معنای کلی زندگی و معنایی که فرد به رویداد می‌دهد شکافی ایجاد کنند. این گسست در نظام معنایی می‌تواند با آشفتگی روان‌شناختی، نشخوار فکری، احساس بی‌معنایی و اختلال در جهت‌گیری نسبت به آینده همراه شود.

در مدل‌های معاصر معناپردازی، سازگاری پس از تروما صرفاً به معنای کنار آمدن با علائم نیست، بلکه شامل فرایندی است که طی آن فرد می‌کوشد تجربه تروماتیک را در نظام باورها، ارزش‌ها و اهداف خود ادغام کند. این فرایند ممکن است از طریق بازتفسیر معنای رویداد، بازنگری در برخی باورهای بنیادی و یا بازتنظیم اهداف و اولویت‌های زندگی صورت گیرد. موفقیت در این فرایند با کاهش شکاف میان معنای کلی و معنای موقعیتی و در نتیجه، سازگاری بهتر پس از تروما همراه دانسته شده است.

در سطح جمعی، این فرایند پیچیده‌تر می‌شود؛ زیرا بحران‌های جمعی نه تنها زندگی افراد، بلکه روایت‌های مشترک درباره هویت، گذشته و آینده یک جامعه را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند. تروماهای جمعی می‌توانند به بحران معنا در سطح اجتماعی منجر شوند و در ادامه، از طریق حافظه جمعی و بازسازی روایت‌های مشترک، بر احساس هویت، ارزش‌ها، تعلق و تصور جامعه از آینده اثر بگذارند.

از این منظر، بازسازی معنا را نباید به معنای یافتن یک «معنای مثبت» برای رنج یا انکار ابعاد ویرانگر تروما دانست. مسئله اصلی، امکان ایجاد روایتی قابل تحمل و منسجم است که در آن تجربه آسیب‌زا بتواند در کنار فقدان، عدم قطعیت و محدودیت‌های واقعی، در ساختار زندگی فرد و جامعه جای گیرد. در این چارچوب، امید نیز نه خوش‌بینی ساده‌انگارانه، بلکه نوعی جهت‌گیری به سوی آینده و حفظ امکان تعریف اهداف معنادار تلقی می‌شود.

این سخنرانی با مرور مدل‌های نظری و شواهد موجود درباره معناپردازی پس از تروما، به بررسی نقش معنا، روایت، امید و جهت‌گیری آینده در سازگاری با بحران‌های جمعی می‌پردازد و با توجه به تجربه معاصر جامعه ایران، بر اهمیت بازسازی ظرفیت فردی و جمعی برای تصور آینده، بدون نفی واقعیت رنج و فقدان، تأکید می‌کند.



سمپوزیوم مراقبت معنوی در روان‌پزشکی بحران: فرصت‌ها، مرزها و چالش‌ها

دکتر سید حمزه حسینی
استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

خلاصه ضرورت و اهداف: در عصر حاضر، جوامع بشری به طور فزاینده‌ای با بحران‌های کلان و پیش‌بینی‌ناپذیری همچون جنگ، مهاجرت‌های اجباری، ثبات‌زدایی اجتماعی-اقتصادی و سوگ‌های جمعی روبرو هستند. این ناپایداری‌های محیطی مستقیماً پذیرش معنایی، پیش‌بینی‌پذیری جهان و امنیت وجودی انسان‌ها را مخدوش کرده و منجر به بروز وضعیتی بالینی به نام رنج معنوی (Spiritual Distress) می‌شود. از آنجا که رویکردهای صرفاً زیست-پزشکی (Biomedical) پاسخگوی بحران‌های وجودی و معنایی بیماران در زمانه ناپایداری نیستند، این سمپوزیوم تلاش دارد تا با رویکردی چندرشته‌ای، جایگاه، روش‌های ارزیابی، مداخلات کاربردی و مرزهای اخلاقی مراقبت معنوی را در روان‌پزشکی بحران تبیین کند. هدف اصلی این پنل، انتقال از بحث‌های انتزاعی به سمت راهکارهای بالینی بیمارمحور، مبتنی بر شواهد و فرهنگ‌حساس است.

موضوع: وقتی جهان ناپایدار می‌شود: چرا معنویت وارد مراقبت روان‌پزشکی می‌شود؟

دکتر رحمت‌الله مرزبند
دانشیار عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی

محورها: تبیین اضطراب وجودی در مواجهه با جنگ، مهاجرت و ناامنی؛ تمایز ساختاری معنویت، دین‌داری و اخلاق؛ چرایی فعال شدن نیازهای معنوی در بحران‌ها.

موضوع: ارزیابی رنج معنوی و منابع معنوی در مصاحبه روان‌پزشکی

دکتر سید حمزه حسینی
استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

محورها: ابزارهای سنجش امید و باورها در اتاق ویزیت؛ تشخیص تفریقی رنج معنوی از پاتولوژی‌های روانی؛ شناسایی معنویت آسیب‌زا؛ پروتکل‌های ارجاع به مشاوران معنوی.

بخش سوم: مراقبت معنوی در بحران‌های باروری و پری‌ناتال: ۲۰ دقیقه.

موضوع: درمانگر در دل بحران: تجربه‌های معنوی و وجودی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باروری و ماماها در مواجهه با رنج مادران، تبلور رنج و بازسازی معنا در خط مقدم حیات: مراقبت معنوی در تروماهای باروری و سوگ پریناتال در دوران بحران



دکتر زینب حمزه گردشی
استاد بهداشت باروری و مامایی
مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

محورها: تحلیل بحران معنا در نقطه صفر حیات (اتاق زایمان، سقط‌های ناشی از استرس بحران، تولد نوزاد نارس در مهاجرت)؛ مدیریت سوگ مبهم و بی‌صدا (Perinatal Grief) از طریق آیین‌های معنوی بیمارمحور؛ صلح با بدن‌مندی تروما در زنان آسیب‌دیده (بدن به‌عنوان محل تروما، بدن به‌عنوان محل معنا و بدن به‌عنوان محل بازسازی امید).

موضوع: مراقبت معنوی یا مداخله آسیب‌زا؟ مرزهای اخلاقی در روان‌پزشکی

دکتر علیرضا شیرزاد
روانشناس و استادیار گروه معارف اسلامی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

محورها: پیشگیری از تحمیل باور، نصیحت و قضاوت؛ اصول برخورد با مراجعین بی‌دین یا شکاک؛ تشخیص افتراقی باورهای معنوی سالم از محتوای روان‌پریشانه (سایکوتیک)؛ مدیریت جملات سرزنش‌گرانه مذهبی.

موضوع: نقش مراقبت معنوی در تاب‌آوری

دکتر طاهره یعقوبی
دانشیار و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

محورها: مدیریت خستگی شفقت (Compassion Fatigue) و آسیب اخلاقی (Moral Injury) در پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به عنوان شاهدان رنج؛ معنویت به عنوان منبع تاب‌آوری حرفه‌ای.

موضوع: از تئوری تا اتاق ویزیت: گفت‌وگوی موردی (Case-Based Discussion)
محورها: بررسی ۳ سناریوی واقعی (مانند مادر داغدار در بحران اجتماعی، بیمار PTSD با خشم شدید از خدا، و درمانگر فرسوده)؛ پرسش و پاسخ پایانی و جمع‌بندی دبیر پتل.

پیام کلیدی و دستاورد سمپوزیوم برای مخاطبان (Key Takeaways)

شرکت‌کنندگان در پایان این سمپوزیوم قادر خواهند بود:

۱. رنج معنوی را به عنوان یک متغیر تاثیرگذار در سیر درمان‌های روان‌پزشکی و مراقبت‌های مامایی شناسایی کنند.
۲. بدون ورود به حوزه‌های ممنوعه بالینی یا تحمیل باورهای شخصی، پتانسیل معنوی خود بیمار را برای افزایش تاب‌آوری فعال نمایند.
۳. در تروماهای شدید حاد (مانند سوگ مادران در بحران‌ها)، مداخلات اولیه معنا محور را اعمال کنند.



سمپوزیوم صدای خاموش کودکان در جنگ

آثار جنگ بر مغز در حال رشد کودکان

دکتر نسترن حبیبی

فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

استادیار دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

جنگ می‌تواند در یکی از حساس‌ترین دوره‌های تحول زیستی، یعنی زمانی که مغز کودک هنوز در حال شکل‌گیری و سازمان‌یابی است، مسیر رشد عصبی را تحت تأثیر قرار دهد. مغز در دوران کودکی و نوجوانی از طریق فرایندهایی مانند سیناپتوژنز، هرس سیناپسی، میلین‌سازی و بازآرایی شبکه‌های عصبی به‌طور مداوم تغییر می‌کند؛ از این‌رو، زمان، شدت و تداوم مواجهه با تهدید و استرس اهمیت ویژه‌ای دارند. قرار گرفتن مکرر در معرض خطر، فقدان، بی‌ثباتی، آوارگی و استرس مزمن می‌تواند تنظیم محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال، پاسخ‌های سمپاتیک و خودکار، بار آلوستاتیک و مسیرهای ایمنی و التهابی را تغییر دهد. این تغییرات، به نوبه خود، با عملکرد مدارهای مغزی شامل آمیگدال، هیپوکامپ، قشر پیش‌پیشانی و قشر سینگولیت قدامی ارتباط دارند؛ مدارهایی که در یادگیری تهدید، پردازش زمینه، حافظه و تنظیم پاسخ‌های هیجانی نقش اساسی ایفا می‌کنند. افزون بر این، شواهد از تغییرات احتمالی در اتصال عملکردی شبکه سالیانس، شبکه پیش‌فرض و شبکه‌های اجرایی، و نیز در رشد ماده سفید و فرایند میلین‌سازی حکایت دارند. پیامدهای جنگ ممکن است حتی پیش از تولد آغاز شوند. مواجهه جنین با استرس ناشی از جنگ می‌تواند از طریق مسیرهای هورمونی، ایمنی و جفتی بر رشد او اثر بگذارد. در همین راستا، مطالعات اپی‌ژنتیک نیز تغییراتی را در تنظیم بیان ژن، از جمله در الگوهای متیلاسیون DNA، گزارش کرده‌اند. باین‌حال، آثار جنگ را نمی‌توان جدا از عواملی مانند سوء‌تغذیه، اختلال خواب، فقر، استرس والدین و محرومیت محیطی بررسی کرد؛ زیرا این عوامل اغلب هم‌زمان با تجربه جنگ رخ می‌دهند و می‌توانند بر شدت پیامدهای آن بیفزایند. در نهایت، تغییرات مغزی مشاهده‌شده لزوماً به معنای آسیب ثابت یا غیرقابل برگشت نیستند. نوروپلاستیسته، زمان‌بندی رشد و تفاوت‌های فردی می‌توانند مسیرهای بعدی تحول را تعدیل کنند. بنابراین، اثر جنگ بر مغز در حال رشد حاصل تعامل پیچیده میان مرحله رشد، شدت و تداوم مواجهه و شرایط محیطی است.

War and the Developing Brain in Children

War can affect neurodevelopment during one of the most sensitive periods of biological maturation, when the child's brain is still undergoing extensive structural and functional organization. Throughout childhood and adolescence, the brain continues to change through processes such as synaptogenesis, synaptic pruning, myelination, and reorganization of neural networks. Consequently, the timing, intensity, and duration of exposure to threat and stress are particularly relevant.

Repeated exposure to danger, loss, instability, displacement, and chronic stress may alter regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, sympathetic and autonomic responses, allostatic load, and immune and inflammatory pathways. These alterations are associated with the function of neural circuits involving the amygdala, hippocampus, prefrontal cortex, and anterior cingulate cortex, which play central roles in threat learning, contextual processing, memory, and regulation of emotional responses. Evidence also suggests possible alterations in functional connectivity within the salience, default mode, and executive networks, as well as in white-matter development and myelination.

The effects of war may begin even before birth. Prenatal exposure to war-related stress can influence fetal development through hormonal, immune, and placental pathways. Epigenetic



studies have also reported alterations in the regulation of gene expression, including patterns of DNA methylation. However, the effects of war cannot be considered independently of factors such as malnutrition, sleep disruption, poverty, parental stress, and environmental deprivation, which frequently coexist with conflict and may amplify its developmental consequences.

Observed brain alterations do not necessarily represent fixed or irreversible damage. Neuroplasticity, developmental timing, and individual differences can modify subsequent trajectories. The effects of war on the developing brain therefore emerge from a complex interaction among developmental stage, intensity and duration of exposure, and the surrounding environment.

تأثیرات شناختی و رفتاری جنگ بر کودکان و نوجوانان

دکتر نسرین دودانگی

فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

استادیار دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

از آنجایی که جنگ‌های معاصر بیشتر در میان غیرنظامیان انجام می‌شوند، کودکان به‌طور فزاینده‌ای هدف مستقیم خشونت قرار می‌گیرند. در جنگ، خشونت بخشی از زندگی روزمره کودکان است؛ بسیاری از کودکان شاهد ترسیدن، شکنجه یا مرگ افراد نزدیک به خود یا افرادی هستند که می‌شناسند؛ برخی دیگر افرادی را در حال آسیب دیدگی شدید در جریان تیراندازی‌های بی‌رویه یا کشته شدن در هجوم‌های خونین می‌بینند. ظاهر شدن واکنش‌های استرسی یا رفتارهای مشکلزای کودکان پس از تجربیات ترسناک و دردناک امری طبیعی است. بیشتر تجربیات جنگی تغییراتی را در زندگی روزمره کودکان ایجاد می‌کنند؛ این تغییرات باعث می‌شود کودکان ترسیده، ناراحت و عصبانی شوند. اگر کودکان این تغییرات را درک نکنند یا از سوی والدینشان برای مقابله با شرایط جدید کمکی دریافت نکنند، این احساسات تشدید می‌شوند. همه کودکان به شکل یکسانی به رویدادهای استرس‌زا واکنش نشان نمی‌دهند؛ واکنش‌های کودکان به حوادث استرس‌زا به عوامل متعددی بستگی دارد، از جمله نوع رویداد، مزاج کودک، سن، محیط خانه و رابطه‌اش با خانواده. سن عامل مهمی است که باید جداگانه در نظر گرفته شود؛ زیرا سن بر نحوه درک کودک از رویداد، نحوه واکنش او و همچنین نحوه استفاده او از کمک‌های ارائه‌شده تأثیر می‌گذارد. دستاوردهای رشدی خاص هر گروه سنی، چه در زمینه شناخت، احساسات و روابط اجتماعی، همگی بر واکنش کودک به یک تجربه بسیار استرس‌زا تأثیر خواهند داشت. لذا شناخت ویژگی‌های شناختی هر سن و واکنش‌های مورد انتظار در برابر تروماها موجب می‌شود که خانواده و والدین هم بتوانند کمک موثرتری انجام دهند و هم موارد مورد نیاز برای کمک‌های تخصصی را بشناسند و به موقع ارجاع دهند.

Cognitive and Behavioral effects of WAR on children and adolescents

Nasrin Dodangi

Child and Adolescent Psychiatrist, Assistant Professor at University of
Social Welfare and Rehabilitation Sciences

As more contemporary wars are fought among civilian populations, children increasingly become direct targets for violence. Some children witness the death of parents or friends; some are forced to separate from their parents or close family members.



There is no doubt that the experiences children face during wartime vary widely, and each child is affected differently.

It is NORMAL for children to show stress reactions or exhibit problem behaviors after scary and painful experiences. These feelings are exacerbated if children do not understand the changes or do not receive help from their parents in coping with their new circumstances.

Children's stress reactions depend on many variables, including the type of event, the child's temperament, age, home environment and relationship with his or her family.

Age is an important factor to consider separately and affects the way a child understands an event, the way he or she reacts to it and the way he or she will absorb the help that is offered .

The developmental achievements specific to each age group, whether in areas of cognition, emotions, or social relationships, will all influence the child's reaction to a very stressful experience.

Therefore, understanding the cognitive characteristics associated with each age group and the expected reactions to trauma enables families and parents to provide more effective support, as well as to recognize when professional help is needed and arrange for timely referrals.

حمایت از سلامت روان شیرخواران در بحران‌های انسانی

دکتر ارغوان فریبرز فر، فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان

بیمارستان حضرت علی اصغر (ع)، گروه روان پزشکی

دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

بحران‌های انسانی، شیرخواران و مراقبان آن‌ها را با خطراتی نظیر گسست در روابط، تضعیف محیط‌های مراقبتی و کاهش دسترسی به خدمات ضروری بهداشتی و روانی-اجتماعی مواجه می‌سازد. با این حال، در واکنش‌های اضطراری که ضرورتاً بر بقای فوری، حفاظت و نیازهای پزشکی مبرم متمرکز هستند، ممکن است توجه صریح و کافی به سلامت روان شیرخواران صورت نگیرد. رویکردهای معاصر در حوزه سلامت روان شیرخواران تأکید دارند که محافظت از شیرخواران مستلزم توجه هم‌زمان به خود کودک و روابط مراقبتی است که بستر شکل‌گیری امنیت، تنظیم هیجانی و رشد را فراهم می‌کنند.

این ارائه به بررسی راهکارهای عملی برای ادغام حمایت‌های سلامت روان متمرکز بر شیرخوار و مراقب در پاسخ‌های بشردوستانه به جنگ و نامایمات طولانی‌مدت می‌پردازد و با بهره‌گیری از دستورالعمل‌های مرتبط از سوی «انجمن جهانی سلامت روان شیرخوار» (WAIMH)، «سازمان جهانی بهداشت» (WHO) و «یونیسف» (UNICEF)، بررسی می‌کند که چگونه می‌توان حمایت‌های متمرکز بر شیرخوار و مراقب را در خدمات موجود سلامت، حفاظت، تغذیه و خدمات جامعه‌محور ادغام کرد؛ به‌نحوی که به تداوم رابطه‌ای (relational continuity) و شناسایی زودهنگام خانواده‌هایی که به حمایت‌های مضاعف نیاز دارند، توجه شود.

در این ارائه توجه ویژه‌ای به تقویت سلامت هیجانی مراقبین، حمایت از مراقبت پاسخ‌گو (responsive caregiving) در شرایط استرس حاد، پیشگیری از جدایی‌های غیرضروری، و ایجاد نظام‌های مراقبتی چندسطحی و حساس به فرهنگ (culturally responsive) معطوف شده است. همچنین نقش آموزش نیروی انسانی، نظارت تأملی، همکاری چندرشته‌ای و مسیرهای ارجاع در گسترش حمایت متمرکز بر سلامت روان شیرخواران فراتر از خدمات تخصصی را مد نظر قرار می‌دهد.



حوزه سلامت روان شیرخواران با قرار دادن شیرخواران و مراقبان آن‌ها در کانون برنامه‌ریزی‌های سلامت روان و حمایت‌های روانی-اجتماعی در بحران‌های انسانی، می‌تواند به ارائه پاسخ‌هایی متناسب‌تر با نیازهای رشدی، رابطه‌محور و پایدارتر در مواجهه با آسیب‌های ناشی از جنگ کمک کند.

این ارائه استدلال می‌کند که حفاظت از روابط اولیه باید در برنامه‌ریزی‌های آمادگی، پاسخ‌دهی و بازتوانی در بحران‌های بشردوستانه گنجانده شود؛ چرا که تداوم رابطه‌ای یک ملاحظه کلیدی در مراقبت از شیرخواران و مراقبین آن‌ها محسوب می‌شود.

Supporting Infant Mental Health in Humanitarian Crises

Arghavan Fariborzifar, MD

Child & Adolescent Psychiatrist

Aliasghar Hospital, Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Humanitarian crises place infants and their caregivers at risk of disrupted relationships, compromised caregiving environments, and reduced access to essential health and psychosocial services. Yet infant mental health may receive limited explicit attention within emergency responses that are necessarily focused on immediate survival, protection, and urgent medical needs. Contemporary Infant Mental Health approaches emphasise that protecting infants requires attention to both the child and the caregiving relationships through which safety, regulation, and development are supported.

This presentation examines practical strategies for integrating infant- and caregiver-focused mental health support into humanitarian responses to war and prolonged adversity. Informed by relevant guidance from WAIMH, WHO, and UNICEF, the presentation considers how infant- and caregiver-focused support can be integrated into existing health, protection, nutrition, and community-based services, with attention to relational continuity and the early identification of families requiring additional support.

Particular attention is given to strengthening caregivers' emotional wellbeing, supporting responsive caregiving under conditions of acute stress, preventing unnecessary separation, and developing culturally responsive, tiered systems of care. The presentation also considers the role of workforce training, reflective supervision, multidisciplinary collaboration, and referral pathways in extending infant-focused support beyond specialist services.

By positioning infants and their caregivers within humanitarian mental health and psychosocial support planning, Infant Mental Health can contribute to more developmentally appropriate, relationship-centred, and sustainable responses to war-related adversity.

The presentation argues for incorporating the protection of early relationships into humanitarian preparedness, response, and recovery planning, recognising relational continuity as an important consideration in the care of infants and their caregivers.



فرزندپروری در شرایط جنگ فرسایشی

دکتر جواد محمودی قرائی

فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

جنگ فرسایشی می‌تواند کودکان و خانواده‌ها را برای مدت طولانی در معرض تهدید، نااطمینانی و اختلال در زندگی روزمره قرار دهد. یکی از پیامدهای مهم این وضعیت، افزایش رفتارهای چالش‌برانگیز کودکان و نوجوانان است؛ رفتارهایی که ممکن است به شکل تحریک‌پذیری، پرخاشگری، نافرمانی، قشقرق، رفتارهای تکانشی، چسبندگی، اختلال خواب، پسرفت و دشواری در تنظیم هیجان بروز کنند. در چنین شرایطی، تفسیر این رفتارها صرفاً به‌عنوان «بدرفتاری» می‌تواند چرخه‌ای از تنبیه، تعارض والد-کودک و تشدید مشکلات رفتاری ایجاد کند.

این سخنرانی با رویکرد روان‌پزشکی کودک و نوجوان، به این پرسش می‌پردازد که چگونه می‌توان میان رفتارهای طبیعی و گذرای ناشی از استرس جنگ، تشدید اختلالات رفتاری پیشین و بروز یا تشدید اختلالات روان‌پزشکی افتراق قائل شد. همچنین، نقش استرس مزمن، احساس ناامنی، اختلال خواب، مواجهه مکرر با اخبار و تصاویر جنگ و اضطراب والدین در شکل‌گیری رفتارهای چالش‌برانگیز بررسی خواهد شد.

در بخش فرزندپروری، بر جایگزین کردن تنبیه و برچسب‌زنی با تنظیم هیجان، مرزبندی روشن و قابل پیش‌بینی، حفظ روتین‌های روزمره، ارتباط متناسب با سن و تقویت رفتارهای سازگارانه تأکید می‌شود. همچنین، راهکارهایی برای والدینی که خود در شرایط استرس و فرسودگی ناشی از جنگ قرار دارند ارائه خواهد شد.

هدف، ارائه چارچوبی عملی برای روان‌پزشکان است تا به خانواده‌ها کمک کنند رفتار کودک را نه صرفاً به‌عنوان «بدرفتاری»، بلکه به‌عنوان پیام احتمالی یک کودک تحت فشار درک کرده و در عین حفظ اقتدار والدین، رابطه ایمن و ظرفیت تاب‌آوری خانواده را تقویت کنند. کلید واژه‌ها: جنگ، بحران، فرزند پروری، مدیریت رفتار

Parenting During Protracted War

Javad Mahmoudi-Gharaei

Child and Adolescent Psychiatrist, Associate Professor of Psychiatry
Tehran University of Medical Sciences

Protracted warfare can expose children and families to persistent threat, uncertainty, disruption of daily routines, and prolonged psychological stress. One important consequence may be an increase in challenging behaviors in children and adolescents, including irritability, aggression, oppositional behavior, tantrums, impulsivity, clinginess, sleep disturbances, regression, and difficulties with emotional regulation. In such circumstances, interpreting these behaviors simply as “misbehavior” may lead to increased punishment, parent-child conflict, and further deterioration of the child’s emotional and behavioral functioning.

From a child and adolescent psychiatric perspective, this presentation will explore how to distinguish transient and developmentally understandable stress responses from the exacerbation of pre-existing behavioral disorders or the emergence of clinically significant psychiatric conditions. The potential contribution of chronic stress, loss of perceived safety, sleep disruption, repeated exposure to distressing news and war-related images, and parental anxiety to challenging behaviors will also be discussed.



The presentation will emphasize practical parenting strategies that can be used during prolonged conflict, including emotional co-regulation, predictable and consistent boundaries, preservation of daily routines, developmentally appropriate communication, positive reinforcement, and avoidance of excessive punishment or labeling. Particular attention will be given to parents who are themselves experiencing significant stress, exhaustion, or fear.

The goal is to provide child and adolescent psychiatrists with a practical framework for helping families understand challenging behaviors not merely as “misbehavior,” but potentially as a child’s way of communicating distress, while maintaining appropriate parental authority, strengthening the parent–child relationship, and promoting family resilience.

Key words: war, crisis, parenting, behavior management



سمپوزیوم مغز سالمند در دوران ناپایدار

دکتر زهرا وهابی، دکتر زهرا امجد، دکتر فهیمه احمدی، دکتر مینا دهقانی

سالمندان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی، نسبت به پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی شرایط ناپایدار آسیب‌پذیری بیشتری دارند. سلامت مغز در دوران سالمندی تنها تحت تأثیر بیماری‌های نورودژنراتیو قرار نمی‌گیرد، بلکه حاصل تعامل پیچیده‌ای میان عوامل عصبی، روان‌شناختی، اجتماعی و سبک زندگی است. استرس‌های مزمن، تنهایی، کاهش حمایت‌های اجتماعی، تغییرات ساختار خانواده و سایر چالش‌های زندگی معاصر می‌توانند بر عملکرد شناختی، سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان تأثیر قابل توجهی داشته باشند. در مقابل، شواهد علمی نشان می‌دهند که عواملی نظیر تاب‌آوری شناختی، فعالیت‌های ذهنی مستمر، مشارکت اجتماعی، کنترل عوامل خطر عروقی و اتخاذ سبک زندگی سالم می‌توانند در حفظ عملکرد مغز و کاهش خطر افت شناختی نقش محافظتی ایفا کنند. شناخت این عوامل و به‌کارگیری راهبردهای مؤثر برای تقویت سلامت مغز، از مهم‌ترین الزامات مراقبت از سالمندان در دنیای امروز به شمار می‌رود. این پنل با نگاهی میان‌رشته‌ای به بررسی چالش‌ها و فرصت‌های سلامت مغز سالمندان در شرایط ناپایدار پرداخته و بر مفهوم «تاب‌آوری شناختی» به عنوان یکی از کلیدی‌ترین راهبردهای حفظ استقلال عملکردی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان تأکید خواهد کرد.



سمپوزیوم سوگ پیش‌بینانه و فقدان مبهم؛ از رنج تا معنا، از بالین تا جامعه

Farnaz Ghannadi, M.D.

Student Committee of Iranian Psychiatric Association
Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Amirhossein Behroozeh, M.D.

Student Committee of Iranian Psychiatric Association
Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Saba Yaghoublou, Medical Student

Student Committee of Iranian Psychiatric Association
Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
Reyhaneh Khakbaz Moghaddam, Medical Student

Student Committee of Iranian Psychiatric Association

Faculty of Medicine, Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran

۱. سوگ پیش‌بینانه و فقدان مبهم: از مفهوم تا بالین

سوگ همواره پس از وقوع یک فقدان قطعی آغاز نمی‌شود. گاه آگاهی از فقدانی محتمل یا قریب‌الوقوع، پیش از وقوع آن با واکنش‌های سوگ همراه می‌شود و گاه فرد با فقدانی مواجه است که در آن مرز میان حضور و غیاب یا تداوم و پایان روشن نیست. «سوگ پیش‌بینانه» به تجربه سوگ در انتظار فقدانی در آینده اشاره دارد؛ در حالی که «فقدان مبهم» وضعیتی است که در آن، به دلیل نبود قطعیت، امکان دستیابی به پایانی روشن برای تجربه فقدان محدود می‌شود.

این تجربه‌ها می‌توانند با اندوه، اضطراب، درماندگی، دوسوگرایی و دشواری در معنا بخشیدن به تجربه همراه باشند. با این حال، وجود چنین واکنش‌هایی به‌خودی‌خود به معنای اختلال روان‌پزشکی نیست و توجه به زمینه، شدت، تداوم و میزان اختلال در عملکرد برای ارزیابی بالینی اهمیت دارد. در بیماری‌های پیش‌رونده، در پی تغییر روابط و نقش‌ها، و نیز در موقعیت‌های اجتماعی همراه با عدم قطعیت، این مفاهیم می‌توانند چارچوبی برای فهم تجربه‌هایی فراهم کنند که در الگوی متعارف «فقدان قطعی و سپس سوگ» به‌طور کامل توضیح داده نمی‌شوند. این ارائه با تبیین تمایزها و هم‌پوشانی‌های سوگ پیش‌بینانه و فقدان مبهم و مرور مصادیق بالینی آنها، چارچوب مفهومی سمپوزیوم را برای بررسی ابعاد معنایی، خانوادگی و مداخلات مرتبط با این اشکال فقدان فراهم می‌کند.

۲. معنای سوگ پیش‌بینانه و فقدان مبهم: نگاهی میان‌رشته‌ای به رنج در سایه فقدان

سوگواری برای فقدانی که هنوز رخ نداده یا سرنوشت آن نامعلوم است، پرسش‌هایی فراتر از توصیف بالینی سوگ ایجاد می‌کند. در سوگ پیش‌بینانه، فرد با آینده‌ای مواجه است که امکان فقدان در آن حضور دارد؛ در فقدان مبهم نیز نبود قطعیت درباره حضور، غیاب یا سرنوشت موضوع فقدان می‌تواند فرایند معنا دادن به تجربه را دشوار سازد. این وضعیت را می‌توان در خانواده فرد مبتلا به بیماری‌های تحلیل‌برنده شناختی، که با وجود حضور جسمانی شاهد تغییر تدریجی برخی ویژگی‌های آشنای او هستند، یا در مواجهه با مفقودشدن فردی با سرنوشت نامعلوم مشاهده کرد.

این اشکال فقدان پرسش‌هایی بنیادین درباره نسبت انسان با زمان، آینده و عدم قطعیت مطرح می‌کنند: چگونه می‌توان برای آینده‌ای که هنوز محقق نشده سوگواری کرد؟ چرا فقدانی که هنوز قطعی نیست می‌تواند منشأ رنجی واقعی باشد؟ و زندگی بدون امکان دستیابی به پاسخ یا پایانی روشن چگونه تجربه فرد از امید، هویت و معنا را دگرگون می‌کند؟ این ارائه با رویکردی میان‌رشته‌ای، ابعاد روان‌شناختی و انسان‌شناختی این پرسش‌ها را بررسی می‌کند و به چگونگی مواجهه انسان با فقدان در شرایطی می‌پردازد که قطعیت و حل‌وفصل نهایی ممکن است دست‌نیافتنی باقی بماند.



۳. سوگ پیش‌بینانه در بیماری‌های پیش‌رونده: تجربه بیمار، خانواده و مراقبین

بیماری‌های تهدیدکننده حیات و پیش‌رونده می‌توانند بیمار، خانواده و مراقبین را پیش از وقوع فقدان نهایی با طیفی از تجربه‌های سوگ مواجه کنند. در کنار نگرانی آینده‌محور درباره مرگ یا جدایی، فقدان‌های جاری ناشی از بیماری - از جمله کاهش استقلال، توانایی‌های جسمی یا شناختی، تغییر نقش‌های اجتماعی و خانوادگی و دگرگونی روابط - نیز می‌توانند منشأ رنج باشند. از این رو، تجربه سوگ در مسیر بیماری پدیده‌ای چندبعدی است و ممکن است عناصر سوگ پیش‌بینانه، فقدان‌های مرتبط با بیماری و در برخی شرایط فقدان مبهم را همزمان دربرگیرد. این تفکیک برای فهم دقیق‌تر تجربه بیمار و خانواده اهمیت دارد. بیمار ممکن است همزمان با سازگاری با محدودیت‌های جدید، با نگرانی درباره آینده و تغییر تصویر خود مواجه شود؛ در حالی که خانواده و مراقبین با تغییر رابطه، بازتعریف نقش‌ها و افزایش مسئولیت‌های مراقبتی روبه‌رو می‌شوند. این فرایند می‌تواند با ترکیبی از اندوه، امید، خشم، احساس گناه و فرسودگی همراه باشد و شیوه متفاوت مواجهه اعضای خانواده با بیماری بر روابط و فرایند مراقبت اثر بگذارد. شناسایی این تجربه‌ها و توجه همزمان به نیازهای روان‌شناختی بیمار، خانواده و مراقبین می‌تواند به ارزیابی جامع‌تر و ارائه حمایت متناسب با مرحله و سیر بیماری کمک کند.

۴. از سوگ تا سازگاری: مداخلات در سوگ مبهم و سوگ پیش‌بینانه

در سوگ مبهم و سوگ پیش‌بینانه، هدف مداخله لزوماً حذف هیجان‌های دشوار، دستیابی به قطعیت یا رسیدن به حل‌وفصلی نهایی نیست؛ بلکه کمک به فرد و خانواده برای سازگاری و ادامه زندگی معنادار در حضور فقدان و عدم قطعیت است. در چارچوب فقدان مبهم، نام‌گذاری و اعتباربخشی به تجربه، تعدیل نیاز به کنترل، پذیرش دوسوگرایی، بازسازی هویت و روابط و شکل‌دهی امیدی واقع‌بینانه از محورهای مهم مداخله‌اند. این رویکرد، منشأ ابهام را الزاماً در آسیب‌شناسی فرد یا خانواده جست‌وجو نمی‌کند و بر افزایش ظرفیت زیستن با پرسش‌هایی که ممکن است پاسخ قطعی نداشته باشند تأکید دارد. در سوگ پیش‌بینانه، مداخلات می‌توانند بر شناخت و پردازش تجربه سوگ، معناسازی، آمادگی هیجانی برای تغییرات احتمالی، بازتعریف نقش و هویت و تقویت منابع فردی و بین‌فردی متمرکز شوند. شواهد موجود درباره مداخلات روانی اجتماعی، به‌ویژه در مراقبین افراد مبتلا به دمانس، امیدوارکننده اما ناهمگون است؛ از این رو، تفسیر و تعمیم نتایج نیازمند احتیاط است. در بسترهای اجتماعی ناپایدار نیز توجه به خانواده، شبکه‌های حمایتی و منابع اجتماعی در کنار مداخلات فردی اهمیت دارد. در نهایت، ارزیابی بالینی باید میان رنج قابل فهم در زمینه فقدان و عدم قطعیت و اختلال روان‌پزشکی نیازمند درمان تمایز قائل شود.



سمپوزیوم هنر روانپزشکی سالمندان

تشخیص و درمان افسردگی در سالمندی

دکتر مریم پورشمس؛ فلوشیپ روانپزشکی سالمندان؛ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

افتراق دلیریوم، دمانس و افسردگی

دکتر فریبا فغانی؛ فلوشیپ روانپزشکی سالمندان؛ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

روان‌داروشناسی در سالمندان

دکتر علی‌اکبر اسماعیلی؛ فلوشیپ روانپزشکی سالمندان؛ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مدیریت علائم رفتاری و روان‌شناختی دمانس

دکتر زبیره سلیمی؛ روانپزشک؛ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

روانپزشکی سالمندان عرصه‌ای است که در آن پزشک باید فراتر از راهنماهای بالینی عمل کرده و شواهد علمی را با قضاوت بالینی، تجربه و مراقبت فردمحور تلفیق کند. سالمندان اغلب با مجموعه‌ای از مشکلات پیچیده و هم‌پوشان روان‌پزشکی، شناختی و جسمی مراجعه می‌کنند که تشخیص و درمان را با چالش‌های ویژه‌ای مواجه می‌سازد.

این سمپوزیوم بر چهار حوزه کلیدی در روانپزشکی سالمندان تمرکز دارد: افسردگی در سالمندی، تشخیص افتراقی دلیریوم، دمانس و افسردگی، اصول روان‌داروشناسی در سالمندان و مدیریت علائم رفتاری و روان‌شناختی دمانس (BPSD). سخنرانان در ارائه‌هایی با رویکردی کاربردی و بالینی، به چالش‌های رایج در عمل روزمره پرداخته و راهکارهای عملی برای مواجهه با آن‌ها را بررسی خواهند کرد. این نشست بر نقش محوری خرد بالینی و هنر پزشکی در بهینه‌سازی مراقبت‌های سلامت روان و بهبود پیامدهای درمانی سالمندان تأکید دارد.

Geriatric psychiatry is a field in which clinicians must often go beyond guidelines, integrating scientific evidence with clinical judgment, experience, and person-centered care. Older adults frequently present with complex and overlapping psychiatric, cognitive, and medical conditions that create significant diagnostic and therapeutic challenges.

This symposium focuses on four key domains of geriatric psychiatric practice: the diagnosis and management of late-life depression, the differentiation of delirium, dementia, and depression, psychopharmacological treatment in older adults, and the management of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). Through clinically oriented presentations, speakers will address common challenges encountered in everyday practice and discuss practical approaches to improving assessment, treatment, and outcomes in older adults. The symposium highlights the essential role of clinical wisdom and the art of medicine in delivering high-quality mental health care for the aging population.

روانپزشکی سالمندان عرصه‌ای است که در آن، پزشکی فراتر از به‌کارگیری صرف راهنماهای بالینی و الگوریتم‌های درمانی معنا پیدا می‌کند. سالمندان اغلب با مجموعه‌ای پیچیده و درهم‌تنیده از علائم روان‌پزشکی، اختلالات شناختی، بیماری‌های جسمی، تغییرات عملکردی و عوامل اجتماعی مواجه‌اند؛ به‌گونه‌ای که مرز میان علل جسمی و روان‌پزشکی علائم همیشه روشن نیست و یک نشانه واحد می‌تواند حاصل تعامل چندین عامل باشد. از این رو، تشخیص و درمان در این گروه سنی نیازمند تلفیق شواهد علمی با قضاوت بالینی، تجربه پزشک، شناخت ویژگی‌های فردی بیمار و توجه به زمینه خانوادگی و اجتماعی اوست.

در روانپزشکی سالمندان، تصمیم‌گیری بالینی اغلب با پرسش‌هایی همراه است که پاسخ آن‌ها صرفاً در کتاب‌ها و راهنماها یافت نمی‌شود: چه زمانی یک تغییر رفتاری را باید نشانه یک اختلال روان‌پزشکی دانست و چه زمانی باید به دنبال یک علت جسمی یا دارویی گشت؟ چگونه می‌توان میان دلیریوم، دمانس و افسردگی تمایز گذاشت، در حالی که علائم آن‌ها ممکن است به‌طور قابل‌توجهی هم‌پوشانی داشته باشند؟ چگونه می‌توان در



شرایطی که سالمند هم‌زمان چند بیماری و چندین دارو دارد، تعادل میان اثربخشی و ایمنی درمان را برقرار کرد؟ و در مواجهه با علائم رفتاری و روان‌شناختی دمانس، چگونه می‌توان پیش از توسل به مداخلات دارویی، معنا و علت رفتار را درک کرد؟ این سمپوزیوم با تمرکز بر چهار حوزه کلیدی در روانپزشکی سالمندان، تلاش می‌کند به این چالش‌های روزمره از منظری کاربردی و بالینی بپردازد: افسردگی در سالمندی، تشخیص افتراقی دلیریوم، دمانس و افسردگی، اصول روان‌داروشناسی در سالمندان، و مدیریت علائم رفتاری و روان‌شناختی دمانس (BPSD). در هر یک از این حوزه‌ها، علاوه بر مرور شواهد و اصول علمی، بر نحوه تبدیل دانش به تصمیم بالینی و مواجهه با موقعیت‌های واقعی تأکید خواهد شد.

هدف این نشست، صرفاً انتقال مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها نیست؛ بلکه تأکید بر این نکته است که مراقبت از سالمند، در کنار دانش و شواهد علمی، به خرد بالینی، انعطاف‌پذیری در تصمیم‌گیری، شناخت فرد و شرایط زندگی او و هنر برقراری ارتباط درمانی نیاز دارد. در نهایت، این سمپوزیوم تلاش می‌کند نشان دهد که «هنر روانپزشکی» نه در مقابل علم، بلکه در امتداد آن قرار دارد؛ جایی که شواهد علمی، تجربه بالینی و مراقبت فردمحور در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند تا تصمیمی متناسب با نیازها، ارزش‌ها و شرایط هر سالمند اتخاذ شود.

این سمپوزیوم با مشارکت چهار سخنران و با تمرکز بر چهار محور کلیدی روانپزشکی سالمندان طراحی شده است و تلاش دارد با رویکردی کاربردی و مبتنی بر شواهد، پیوندی میان دانش علمی، تجربه بالینی و هنر تصمیم‌گیری در مراقبت از سالمندان ایجاد کند. سخنرانان در هر یک از محورهای تخصصی، ضمن مرور شواهد و اصول علمی، به چالش‌های رایج در تشخیص و درمان پرداخته و راهکارهای عملی برای مواجهه با موقعیت‌های پیچیده بالینی ارائه خواهند کرد.

تشخیص و درمان افسردگی در سالمندی

دکتر مریم پورشمس

فلوشیپ روانپزشکی سالمندی

دانشیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

افسردگی دوران سالمندی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در میان سالمندان است. شیوع افسردگی در دوران سالمندی ممکن است کمتر از افسردگی در سایر مراحل چرخه زندگی باشد، با این حال متعجبانه به تحمیل بار اقتصادی کلی می‌شود. در مقایسه با سالمندانی که به افسردگی مبتلا نیستند، مجموع هزینه‌های درمانی برای این بیماران (شامل مراقبت‌های سرپایی و بستری) به میزان یک‌سوم افزایش می‌یابد. از طرفی باید به خاطر داشت که افسردگی به میزان زیادی به درمان پاسخ می‌دهد و همچنین بخشی طبیعی از روند پیری محسوب نمی‌شود. فنوتیپ‌های بالینی افسردگی دوران سالمندی در مقایسه با افسردگی بزرگسالان، از نظر علائم، بیماری‌های جسمانی هم‌زمان و اختلالات شناختی همراه، تفاوت دارند. این بیماری می‌تواند پس از فقدان، مانند سوگواری یا از دست دادن استقلال، یا بدون استرس‌های آشکار و زمینه‌ساز رخ دهد. افسردگی می‌تواند در کنار درد مزمن یا بیماری‌های مزمن پزشکی یا همراه با زوال شناختی و زوال عقل ایجاد شود. این بیماری می‌تواند به صورت یک دوره عودکننده در فرد مسنی با سابقه چندین دوره افسردگی قبلی یا به صورت اولین دوره در سالمندی در فردی بدون سابقه قبلی در طول زندگی بروز کند.

در این سخنرانی، اپیدمیولوژی، عوامل خطر، سیر بالینی، اتیولوژی، عوارض و پیامدهای افسردگی در سالمندی، هم‌ابتلائی‌های پزشکی و روان‌پزشکی؛ افسردگی عروقی، نقش التهاب، افسردگی مرتبط با اختلالات نورودژنراتیو، تشخیص‌های افتراقی، اقدامات تشخیصی و درمان افسردگی در سالمندان شرح داده می‌شود.

کلید واژه‌ها: افسردگی، سالمندان، تشخیص، درمان



Diagnosis and Treatment of Depression in Old Age

Maryam Pourshams, M.D.

Fellowship in Geriatric Psychiatry

Associate Professor of Psychiatry

Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Depression in old age is one of the most common mental disorders among older adults. Although the prevalence of depression in this age group may be lower than in other stages of life, it nevertheless imposes a significant overall economic burden. Compared to older adults without depression, the total medical costs of these patients—including outpatient and inpatient care—are one-third higher. On the other hand, it is important to remember that depression is largely treatable and is also not a normal part of the aging process.

The clinical phenotypes between late-life depression and adult depression differ in terms of symptoms, comorbid physical diseases, and coexisting cognitive impairments. Late life depression may occur following a loss—such as bereavement or the loss of independence—or occur without any precipitating stressors. It can develop alongside chronic pain or chronic medical conditions, or in conjunction with cognitive decline and dementia. This disorder can occur as a single episode in an elderly person with several previous episodes of depression or as a first episode in old age in a person with no previous history throughout life.

Here, the epidemiology, risk factors, clinical course, etiology, complications and consequences of late-life depression, medical and psychiatric comorbidity, vascular depression, the role of inflammation, depression related to neurodegenerative disorders, differential Diagnosis, diagnostic workup and treatment of depression in older adults are explained.

Key words: depression, older adults, diagnosis, treatment

مدیریت علائم رفتاری و روان شناختی در دمانس

دکتر زنبیره سلیمی

دانشیار روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

علائم نوروسایکیتریک یا Neuropsychiatric Symptoms یا عنوان قبلی ان یعنی علائم رفتاری و روانشناختی در دمانس (BPSD) به مجموعه‌ای از علائم متنوع در بیماران مبتلا به دمانس اشاره دارند که در اغلب این بیماران و در مراحل مختلف بیماری دیده می‌شود. این علائم شامل افسردگی، اضطراب، بی‌قراری، پرخاشگری، توهم، هذیان، بی‌خوابی، بی‌انگیزگی، فریاد زدن، رفتارهای جنسی نابجا، پرخاشگری و سایر اختلالات روانی- رفتاری هستند.

بیش از ۸۰ درصد و به گفته بعضی منابع، بیش از ۹۰ درصد از بیماران دمانس در دوره‌ای از بیماری خود، دست‌کم یک مورد از علائم عصب روانپزشکی را تجربه می‌کنند. این علائم اغلب بیش از خود اختلال شناختی، موجب آزار بیمار و اطرافیان می‌شود و یکی از دلایل اصلی برای ارجاع به مراکز نگهداری، خانه سالمندان، بستری شدن، یا استفاده از داروهای آرام‌بخش هستند. هم چنین این مشکلات با افزایش استرس وارد بر خانواده و احتمال سوءرفتار با سالمند و کاهش کیفیت مراقبت از آنها همراه‌اند و در صورت عدم مداخله مناسب، با افزایش سرعت پیشرفت بیماری و مرگ و میر زودرس مرتبط هستند.



بنابراین، مدیریت مناسب و متناسب این علایم، می‌تواند گام مهم و موثری در کاهش چالش‌های مطرح شده در این بیماران باشد.

لذا در این فرصت کوتاه، تلاش می‌کنیم، نکات برجسته و موثر از جمله لزوم توجه به، تاثیر سبب شناسی این علایم، مدیریت دارویی (تجویز به هنگام، با احتیاط و مناسب داروهای در دسترس، مدیریت کاهش یا قطع داروهای پرخطر و توجه به تداخلات دارویی مهم)، مدیریت غیردارویی (مانند بازاریابی محیط و حفظ روال نسبتاً باثبات محیطی برای بیمار و درمان‌های غیردارویی جدید مانند موسیقی درمانی و...)، ایجاد رویکرد چند وجهی و فرد محور، توجه به عوامل تاثیرگذار محیطی، آموزش و حمایت مستمر از خانواده درگیر در مراقبت و توسعه آموزش روانشناختی و راهبردهای مبتنی بر فرهنگ جامعه را بررسی و ارایه دهیم.

Managing Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia(BPSD)

Dr. Zanireh Salimi, Associate Professor of Psychiatry, Mashhad University of Medical Sciences

Neuropsychiatric symptoms—formerly referred to as Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)—encompass a diverse range of symptoms observed in the majority of dementia patients across various stages of the disease. These symptoms include depression, anxiety, agitation, aggression, hallucinations, delusions, insomnia, apathy, shouting, inappropriate sexual behavior, and other psycho-behavioral disturbances.

More than 80%—and according to some sources, over 90%—of dementia patients experience at least one neuropsychiatric symptom at some point during the course of their illness. These symptoms often cause more distress to the patient and their caregivers than the cognitive impairment itself and are among the primary reasons for referral to long-term care facilities or nursing homes, hospitalization, or the use of sedative medications. Furthermore, these issues are associated with increased caregiver stress, a higher risk of elder abuse, and reduced quality of care; without appropriate intervention, they are linked to accelerated disease progression and premature mortality.

Therefore, the appropriate and tailored management of these symptoms can be a significant and effective step toward mitigating the challenges faced by these patients.

In this brief overview, we aim to highlight key and effective strategies, including the importance of understanding the etiology of these symptoms; pharmacological management (timely, cautious, and appropriate prescribing of available medications, managing the reduction or discontinuation of high-risk drugs, and monitoring for significant drug interactions); and non-pharmacological management (such as environmental modification and maintaining...). We aim to examine and present strategies such as maintaining a relatively stable environmental routine for the patient and utilizing new non-pharmacological therapies (e.g., music therapy); adopting a multifaceted, person-centered approach; addressing influential environmental factors; providing continuous education and support to families involved in care; and developing psychoeducation and culturally grounded strategies.



افتراق دلیریوم، دمانس و افسردگی دکتر فریبا فغانی

فلوشیپ روانپزشکی سالمندان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جمعیت سالمندان جهان رو به افزایش است. فوت همسر، انزوا، از دست رفتن نقش اجتماعی و ابتلا به بیماری‌های مختلف سبب می‌شود سالمندان بیشتری در معرض ابتلا به افسردگی قرار گیرند. این اختلال تقریباً تمام جنبه‌های زندگی فرد سالمند را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به یکی از چالش‌های دنیای امروز تبدیل شده است. تابلوی بالینی متفاوت و همراهی با بیماری‌های جسمی، تشخیص را دشوار می‌کند و در بسیاری از موارد تشخیص افسردگی به موقع صورت نمی‌گیرد و بیمار از درمان مناسب محروم می‌ماند. عدم درمان افسردگی در همه گروه‌های سنی به ویژه سالمندان عواقب بسیاری را به همراه دارد که می‌توان به خطر آسیب به خود، افت عملکرد فردی و اجتماعی، افت عملکرد شناختی و نهایتاً افزایش خطر ابتلا به دمانس اشاره کرد. در بسیاری از موارد، ابتلا به افسردگی مرحله آغازین ابتلا به دمانس است. افسردگی دیر آغاز (Late life Depression) می‌تواند یک عامل خطر یا نشانه‌ی پیش درآمد یک فرآیند نورودژنراتیو باشد. پس از دهه‌ها مطالعه، بسیاری از پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که نه تنها افسردگی و دمانس می‌توانند همزمان وجود داشته باشند بلکه افتراق آنها از یکدیگر دشوار است. دمانس‌های نورودژنراتیو با کاهش تدریجی و پیشرونده عملکردهای شناختی همراهند و اختلال توجه معمولاً در مراحل اولیه بیماری کمتر برجسته است. بیماران مبتلا به دمانس بیش از سایر سالمندان در معرض ابتلا به دلیریوم قرار دارند. در بیماران مبتلا به دلیریوم نیز اختلال در توجه دیده می‌شود و از این رو گاهی بیماران مبتلا به دلیریوم به اشتباه دمانس تشخیص داده می‌شوند. هرچند در دلیریوم شروع حاد و سیر نوسان دار علائم به تشخیص کمک می‌کند. افسردگی، دمانس و دلیریوم سه سندرم شایع در سالمندی هستند که همپوشانی زیادی با هم دارند و تشخیص به موقع و درمان مناسب آنها می‌تواند نقش به سزایی در بهبودی و افزایش طول عمر بیماران سالمند داشته باشد.

Distinguishing Delirium, Dementia, and Depression

Fariba Faghani, M.D.

Fellowship in Geriatric Psychiatry

Assistant Professor of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences

The global elderly population is steadily increasing. The death of a spouse, social isolation, loss of social roles, and the presence of various medical illnesses place a growing number of older adults at higher risk of developing depression. This disorder affects nearly every aspect of an older person's life and has become one of the major challenges of the modern world. The atypical clinical presentation of late-life depression, together with its frequent comorbidity with physical illnesses, often makes diagnosis difficult. As a result, depression is frequently not diagnosed in a timely manner, and many patients are deprived of appropriate treatment. Untreated depression in all age groups—particularly in the elderly—carries serious consequences, including increased risk of self-harm, decline in personal and social functioning, cognitive deterioration, and ultimately a higher risk of developing dementia. In many cases, the onset of depression represents an early stage of dementia. Late-life depression (LLD) may act either as a risk factor for dementia or as a prodromal sign of an underlying neurodegenerative process. After decades of research, many investigators have concluded that depression and dementia not only frequently coexist but are also often difficult to differentiate from one another. Neurodegenerative dementias are characterized by a gradual and progressive decline in cognitive functions, with attentional impairment usually less prominent in the early stages of the disease. Patients with dementia are at substantially higher risk of developing delirium compared with other older adults. Because inattention is also a core feature of delirium, patients with delirium are sometimes mistakenly diagnosed as having dementia. However, the acute onset and fluctuating course of symptoms in delirium usually help in making the correct diagnosis.

Depression, dementia, and delirium are three common syndromes in late life that show considerable clinical overlap. Timely diagnosis and appropriate treatment of these conditions can play a significant role in improving outcomes and prolonging the lifespan of elderly patients.



سمپوزیوم چالش‌های بیمارستان‌های روان‌پزشکی در میانه بحران

دکتر امیرحسین جعفری، روان‌پزشک و عضو هیئت علمی گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر امیرعباس کشاورز اخلاقی، روان‌پزشک و عضو هیئت علمی گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر محمدرضا خدایی، روان‌پزشک و عضو هیئت علمی گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
دکتر ابراهیم مقیمی، عضو هیئت علمی گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

وضعیت سخت در بیمارستان روان‌پزشکی

بیمارستان‌های تک تخصصی در کنار مزایا و ارزش‌های که از نظر علمی و درمانی داشته‌اند، چالش‌ها و سختی‌هایی نیز به همراه دارند. به صورت خاص تر، بیمارستان‌های تک تخصصی روان‌پزشکی در کنار ارزش آفرینی و افق گشایی‌های قابل توجهی که با خود آوردند، دشواری‌هایی نیز در دل خود باقی گذاشته‌اند.

ارائه خدمات سلامت روان به در جوامعی که بیماری‌های روان‌پزشکی با انگ قابل توجه همراه هستند و بعضاً این قبیل از بیماران با محرومیت‌های اجتماعی و اقتصادی مواجه می‌شوند، طبیعتاً ناملايمات فراوانی خواهد داشت. از سویی، نهادهای متولی حمایت‌های اجتماعی آن زمانی که نقش خود را به درستی ایفا می‌کنند می‌توان امید داشت سلامت روان نیز مورد توجه قرار گیرد و نقصان‌های آن در قالب یک شبکه وسیع و جامع به سمت و سوی بهبودی برود. اما اگر اینچنین نباشد و نهادهای اجتماعی فرسوده و ناتوان شده باشند و بلکه بر این مشکلات دامن بزنند، بهبود سلامت روان نیز چندان در دسترس نخواهد بود. همچنین اگر روان‌پزشکی و روان‌پزشکان خود را محصور در محیط درمانی خود ببینند و از تغییر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت غافل باشند، طبیعی است که درهای بیمارستان‌های روان‌پزشکی هم بر همان پاشنه قبلی می‌چرخد. سوال مهم این است که در چنین وضعیت سختی، یک بیمارستان روان‌پزشکی در رفع چالش‌های خود و در قدم بعد زدودن چالش‌های مراجعین خود بایستی چه راهکارهایی را در پیش بگیرد.

چالش‌های آموزشی در دوران بحران در بیمارستان‌های روان‌پزشکی آموزشی

در دوران بحران، بیمارستان‌های روان‌پزشکی با چالش‌های آموزشی چندلایه برای بیماران، کارکنان و دستیاران روان‌پزشکی مواجه می‌شوند. در بیماران، تشدید علائم روان‌پزشکی، اضطراب، کاهش تمرکز، محدودیت در ارتباطات و تفاوت در سطح سواد سلامت، دریافت و تداوم آموزش‌های درمانی را دشوار می‌سازد. در کارکنان، فشار کاری بالا، کمبود نیرو، فرسودگی شغلی و تغییر سریع دستورالعمل‌ها، آموزش مستمر و انتقال موثر اطلاعات را با اختلال مواجه می‌کند. در دستیاران روان‌پزشکی نیز افزایش بار خدماتی، کاهش فرصت آموزش ساختارمند، محدودیت سوپرویزن و فشار روانی ناشی از مواجهه با شرایط پرتنش، کیفیت یادگیری و عملکرد بالینی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. کاهش تنوع تجربه آموزشی: در بحران، تمرکز بخش بیشتر روی کنترل وضعیت حاد و حفظ ایمنی است، بنابراین دستیاران کمتر با روند کامل ارزیابی، روان‌درمانی، بازتوانی و پیگیری بیماران آشنا می‌شوند.

در مورد دستیاران در شرایط بحران بخصوص جنگ غلبه خدمت بر آموزش ایجاد می‌شود. بین نیازها و استرس‌هایی فردی بامسئولیت اجتماعی و آموزشی تداخل ایجاد می‌شود. حجم کار، کشیک‌ها و مسئولیت‌های اجرایی بیشتر می‌شود و آموزش ساختارمند، بحث موردی و بازخورد آموزشی کاهش می‌یابد.

فرصت نظارت مستقیم و اصلاح عملکرد دستیار توسط اتند کمتر می‌شود.

در فضای پرتنش، فرصت کافی برای تمرین آموزشی کمتر و کاهش آموزش بین‌رشته‌ای دیده می‌شود
مواجهه بیشتر با بیماران پرخطر: دستیاران با مواردی مثل خشونت، خودکشی، بی‌قراری شدید یا سایکوز حاد بیشتر روبه‌رو می‌شوند، بدون اینکه همیشه آموزش عملی و تدریجی کافی دیده باشند.

فرسودگی و افت یادگیری: استرس، خستگی، کم‌خوابی و فشار روانی باعث افت تمرکز، حافظه و توان یادگیری دستیار می‌شود.

اختلال در برنامه آموزشی رسمی: راندها، ژورنال کلاب، کنفرانس‌ها و کلاس‌ها ممکن است لغو، کوتاه یا نامنظم شوند.



دشواری ارزشیابی: در بحران، ارزیابی واقعی مهارت‌های دستیاران سخت‌تر می‌شود و ممکن است بیشتر بر حضور و انجام کار تأکید شود تا شایستگی آموزشی.

کاهش فرصت پژوهش و رشد علم
ابهام نقش‌ها: در بحران ممکن است مرز بین نقش آموزشی و نقش اجرایی دستیار مشخص نباشد و این موضوع هم فشار شغلی را زیاد می‌کند و هم کیفیت آموزش را کم می‌کند.
ولی این نکته را باید یادآوری کرد که در طرف مقابل این چالش‌ها، دستیاران بصورت خودآموز مهارت انطباقی و مدیریت بحران را بصورت عملی فرا می‌گیرند که خود رشد پس از سانحه محسوب می‌شود.
برای کاهش این چالش‌ها، پیشنهاد می‌شود آموزش‌ها به صورت کوتاه، هدفمند و متناسب با شرایط بحران طراحی شوند، پروتکل‌های آموزشی به‌روز و شفاف در اختیار کارکنان قرار گیرد، و برای کارکنان و دستیاران جلسات منظم حمایت روانی، بازخورد و سوپرویزن پیش‌بینی شود و برای ایجاد همدلی حضور اساتید و مسئولین اجرایی در بیمارستان بیشتر و موثرتر گردد.

تجربیات بیمارستان‌های روانپزشکی در دوران جنگ در سطح جهان

بروز جنگ‌ها در طول تاریخ همواره با صدمات جسمی و روانی متعدد همراه بوده است. از زمان شکل‌گیری اولین بیمارستان روانپزشکی در قرن ۱۵ در اسپانیا، پذیرش و درمان بیمارانی که به دنبال ترومای روحی ناشی از جنگ دچار بیماری‌های روانپزشکی شده بودند از مهمترین حیطه‌های چالش برانگیز اداره این بیمارستان‌ها به شمار می‌رفت. بیمارستان‌های روانپزشکی در دوران جنگ با مشکلات بسیاری مواجه هستند که این امر خدمت‌رسانی به بیماران روانپزشکی را دشوار مینماید. تجربه جنگ و تروماهای وابسته به آن از جمله آوارگی، از دست دادن عزیزان، آسیب‌های متعدد جسمی و روانی مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات وابسته به تروما در سیر جنگ و حتی تا سال‌ها بعد از خاتمه جنگ بار بسیاری بر بیمارستان‌های روانپزشکی وارد میکنند. افزایش تعداد مراجعین سرپایی و همچنین بیماران بستری در طی دوران جنگ و حتی پس از آن به طور چشمگیری افزایش می‌یابد. ناکافی بودن ظرفیت تخت‌های بستری، کمبود نیروهای متخصص از جمله روان‌پرستاران، روان‌پزشکان و روان‌شناسان ارائه خدمت به بیماران را دچار چالش جدی می‌کند.

همچنین در طی دوران جنگ دسترسی به داروهای تخصصی روانپزشکی کاهش یافته به طوریکه داروهای کارآمد به طور روزافزون از دسترس خارج می‌شوند. آسیب به زیرساخت‌های شهری و بیمارستان‌ها در طی جنگ‌ها به شدت افزایش یافته و تامین امکانات ضروری را دچار مشکل می‌نماید.

در یک بررسی در اوکراین نشان داده شد که تعداد روانپزشکان در جنگ با روسیه به طرز چشمگیری کاهش یافته به نحوی که از هر ۴۰ روانپزشک در هر مرکز به تعداد ۳۰ نفر در هر مرکز کاهش یافته است. در جنگ غزه تنها مرکز روانپزشکی آن از کار افتاد و خدمت‌رسانی به بیماران دچار مشکل اساسی شد.

به طور کلی می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تجربیات بین‌المللی نشان می‌دهد که بیمارستان‌های روانپزشکی در طی دوران جنگ حتی بعد از جنگ نیازمند برنامه‌ریزی مناسب، تامین منابع، حمایت از کادر درمان، حفظ زنجیره دارو و پرسنل و ارائه خدمات مطلوب سلامت روان در سطح جامعه است که از گسترش پیامدهای نامطلوب جنگ پیشگیری کند.



سمپوزیوم فراتر از DSM: گسترش مرزهای روانپزشکی معاصر Beyond DSM: Expanding the Boundaries of Contemporary Psychiatry

این سمپوزیوم با هدف پرداختن به برخی از حوزه‌های نوظهور و مبتنی بر شواهد در روانپزشکی معاصر، شامل ژئوپسیکیاتری، درد اجتماعی، چالش‌های توجه در جهان امروز و هویت اجتماعی در بستر مهاجرت اجباری، طراحی شده است و تلاش دارد با رویکردی میان‌رشته‌ای، ارتباطی روشن با محور اصلی کنگره، «روانپزشکی در زمانه ناپایدار» برقرار کند.

معرفی سمپوزیوم

روانپزشکی معاصر در حال تجربه یک تغییر پارادایم است. در حالی که نظام‌های طبقه‌بندی تشخیصی همچنان سنگ‌بنای تصمیم‌گیری بالینی هستند، به‌تنهایی برای تبیین پیچیدگی‌های سلامت روان در جهان امروز کافی نیستند. تغییرات ژئوپلیتیک، مهاجرت، تحولات اجتماعی، اقتصاد توجه، فناوری‌های نوین و دگرگونی در روابط انسانی، زمینه‌هایی را ایجاد کرده‌اند که درک سلامت روان را فراتر از مدل‌های سنتی بیماری‌محور سوق می‌دهند.

امروزه روانپزشکان بیش از گذشته با پیامدهای این تحولات در اتاق درمان مواجه‌اند؛ پیامدهایی که در قالب تغییر در هویت، تعلق اجتماعی، عملکرد شناختی، تنظیم هیجان و حتی پاسخ‌های زیستی بدن بروز می‌کنند. در چنین شرایطی، روانپزشکی نیازمند گسترش مرزهای خود و بهره‌گیری از یافته‌های علوم اعصاب، روانپزشکی اجتماعی، علوم شناختی و سلامت روان جهانی است.

سمپوزیوم «Beyond DSM: Expanding the Boundaries of Contemporary Psychiatry» با رویکردی میان‌رشته‌ای، چهار حوزه نوظهور و مبتنی بر شواهد را معرفی می‌کند که افق‌های جدیدی را برای فهم سلامت روان در دنیای معاصر می‌گشایند. هدف این سمپوزیوم، ارائه نگاهی فراتر از تشخیص اختلالات و تأکید بر تعامل پویا میان مغز، بدن، شناخت، هویت و محیط اجتماعی در شکل‌گیری تجربه انسان از سلامت و بیماری روانی است.



ژئوپسیکیاتری: تعیین‌کننده‌های ژئوپلیتیک سلامت روان

دکتر مینو هاشمی
متخصص روانپزشکی

این سخنرانی به معرفی حوزه نوظهور Geopsychiatry می‌پردازد و نشان می‌دهد چگونه عواملی مانند جنگ، مهاجرت، تغییرات اقلیمی، بی‌ثباتی اقتصادی، تحولات سیاسی و سایر پدیده‌های ژئوپلیتیک، به‌عنوان تعیین‌کننده‌های نوین سلامت روان، بر آسیب‌پذیری، تاب‌آوری و عملکرد روانی افراد و جوامع اثر می‌گذارند.

درد اجتماعی؛ مغز و بدن چگونه پاسخ می‌دهند؟

دکتر محمدرضا شعرافچی‌زاده
متخصص روانپزشکی، فلوشیپ سایکوسوماتیک

این سخنرانی مروری بر یافته‌های جدید نوروساینس درباره درد اجتماعی خواهد داشت و سازوکارهای مغزی، عصبی، غدد درون‌ریز و ایمنی مرتبط با طرد اجتماعی، تنهایی و فقدان تعلق را بررسی می‌کند. همچنین نقش این فرایندها در اختلالات روانپزشکی و بیماری‌های سایکوسوماتیک مورد بحث قرار خواهد گرفت.

بحران توجه: چالش‌های شناختی در زمانه ناپایدار

دکتر فرناز گل‌محمدی
متخصص روانپزشکی، فلوشیپ روانپزشکی کودک و نوجوان

اقتصاد توجه، محیط‌های دیجیتال و هجوم مداوم اطلاعات، شیوه توجه، یادگیری و تنظیم هیجان را دگرگون کرده‌اند. این سخنرانی به بررسی پیامدهای شناختی این تغییرات، به‌ویژه در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان جوان، و تأثیر آن‌ها بر سلامت روان و عملکرد روزمره می‌پردازد.

هویت در گذار: پیامدهای روانپزشکی مهاجرت اجباری

دکتر محبوبه بهرامی
متخصص روانپزشکی، فلوشیپ سایکوسوماتیک

مهاجرت اجباری تنها جابه‌جایی جغرافیایی نیست؛ بلکه تجربه‌ای عمیق از دگرگونی هویت، تعلق، روابط اجتماعی و سازگاری روانی است. این سخنرانی با تکیه بر شواهد علمی، چالش‌های روانپزشکی مرتبط با بازسازی هویت و انطباق با محیط جدید را بررسی خواهد کرد.



سمپوزیوم Personalized Medicine in Mood Disorder

با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در درمان اختلالات خلقی، تشخیص و انتخاب درمان همچنان عمدتاً بر اساس ارزیابی‌های بالینی و رویکردهای یکسان برای همه بیماران انجام می‌شود. در سال‌های اخیر، پزشکی شخصی‌سازی شده (Personalized Medicine) با بهره‌گیری از بیومارکرهای زیستی، داده‌های ژنتیکی، فنوتایپینگ دیجیتال و هوش مصنوعی، افق جدیدی را برای تشخیص دقیق‌تر، پیش‌بینی سیر بیماری و انتخاب درمان متناسب با ویژگی‌های هر بیمار فراهم کرده است. هدف این سمپوزیوم، مرور مفاهیم پایه، معرفی فناوری‌های نوین و بررسی کاربردهای بالینی پزشکی شخصی‌سازی شده در اختلالات خلقی و چشم‌انداز آینده این رویکرد در روان‌پزشکی است.

1. Personalized Medicine: Principles, Applications, and Future Directions

در این سخنرانی، مفهوم پزشکی شخصی‌سازی شده، سیر تحول آن در رشته‌های مختلف پزشکی، تفاوت آن با رویکردهای سنتی درمان، و چشم‌اندازهای آینده این حوزه مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

سخنران: جناب آقای دکتر سید مهدی صمیمی اردستانی؛ دانشیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

2. Biomarkers for Personalized Care in Mood Disorders

این سخنرانی به نقش بیومارکرهای ژنتیکی، التهابی و نورویماژینگ در بهبود تشخیص، افتراق زیرگروه‌های بالینی و پیش‌بینی سیر اختلالات خلقی خواهد پرداخت.

سخنران: سرکار خانم دکتر نرگس عادل؛ استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

3. Digital Phenotyping and Artificial Intelligence in Mood Disorders

در این بخش، کاربرد داده‌های دیجیتال حاصل از تلفن‌های هوشمند، ابزارهای پوشیدنی و الگوریتم‌های هوش مصنوعی در پایش بیماران و پیش‌بینی پیامدها بررسی می‌شود.

سخنران: سرکار خانم دکتر مهشید ناصری؛ استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

4. Personalized Treatment in Mood Disorders

این سخنرانی به رویکردهای نوین درمان فردمحور شامل فارماکونومیکس، پیش‌بینی پاسخ درمانی و انتخاب مداخلات درمانی متناسب با ویژگی‌های هر بیمار اختصاص خواهد داشت.

سخنران: دکتر مجید برکتین؛ استاد دانشگاه پزشکی اصفهان



Personalized Medicine: Principles, Applications, and Future Directions

پزشکی شخصی سازی شده رویکردی است که با استفاده از تفاوت‌های فردی در ویژگی‌های زیستی، بالینی، روان‌شناختی و محیطی، در پی بهینه‌سازی تشخیص، پیش‌بینی و انتخاب درمان برای هر بیمار است.

در روانپزشکی، و به‌ویژه در اختلالات خلقی، اهمیت این رویکرد از ناهمگونی قابل توجه بیماران، پاسخ متفاوت به درمان‌ها و محدودیت رویکردهای مبتنی بر تشخیص‌های سندرمی ناشی می‌شود.

در این سخنرانی، اصول اساسی پزشکی شخصی سازی شده و تفاوت آن با رویکردهای سنتی و «یک درمان برای همه» مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

نقش عوامل بالینی، فنوتیپ‌های دقیق‌تر، نشانگرهای زیستی، ژنتیک، تصویربرداری مغزی، داده‌های طولی و عوامل محیطی در پیش‌بینی سیر بیماری و پاسخ به درمان مورد بحث قرار می‌گیرد.

در حوزه درمان، نمونه‌هایی از pharmacogenomics، پیش‌بینی پاسخ به داروهای ضدافسردگی و تثبیت‌کننده‌های خلق، و همچنین استفاده از داده‌های چندوجهی برای انتخاب درمان بررسی خواهند شد.

با این حال، وجود یک ارتباط آماری یا یک biomarker امیدوارکننده الزاماً به معنای قابلیت استفاده از آن در تصمیم‌گیری بالینی نیست. بنابراین، اعتبارسنجی خارجی، قابلیت تکرار، تعمیم‌پذیری، اندازه اثر، کالبراسیون مدل‌ها و clinical utility از الزامات اساسی انتقال یافته‌های پژوهشی به practice خواهند بود.

همچنین چالش‌هایی مانند ناهمگونی اختلالات خلقی، همپوشانی فنوتیپی، تغییرپذیری علائم در طول زمان و تعامل پیچیده عوامل ژنتیکی و محیطی مورد توجه قرار خواهند گرفت.

در بخش پایانی، مسیرهای آینده پزشکی شخصی سازی شده، از جمله artificial intelligence، machine learning، digital phenotyping و مدل‌های پیش‌بینی چندوجهی بررسی خواهد شد.

هدف نهایی این رویکرد، جایگزین کردن قضاوت بالینی با فناوری نیست، بلکه افزایش دقت تصمیم‌گیری و انتخاب درمان مناسب برای بیمار مناسب در زمان مناسب است.

در نهایت، حرکت از population-based psychiatry به سوی data-informed, patient-centered and clinically validated personalized psychiatry می‌تواند یکی از مسیرهای مهم آینده در درمان اختلالات خلقی باشد.

Personalized Medicine: Principles, Applications, and Future Directions

Personalized medicine is an approach that seeks to optimize diagnosis, prognosis, and treatment selection by incorporating individual differences in biological, clinical, psychological, and environmental characteristics.

In psychiatry, and particularly in mood disorders, the need for personalized approaches arises from substantial clinical heterogeneity, variable treatment response, and the limitations of purely syndromic diagnostic classifications.



This presentation will review the fundamental principles of personalized medicine and contrast them with traditional “one-size-fits-all” approaches to psychiatric care.

The potential contributions of clinical characteristics, refined phenotyping, biomarkers, genetics, neuroimaging, longitudinal data, and environmental factors to predicting illness trajectories and treatment response will be discussed.

In the therapeutic domain, examples will include pharmacogenomics, prediction of response to antidepressants and mood stabilizers, and the integration of multimodal data to inform treatment selection.

However, a statistically significant association or a promising biomarker does not necessarily translate into a clinically useful tool.

External validation, reproducibility, generalizability, effect size, model calibration, and clinical utility are therefore essential requirements for translating personalized approaches from research settings into routine clinical practice.

The presentation will also address major challenges, including the heterogeneity of mood disorders, phenotypic overlap, temporal variability of symptoms, and complex interactions between genetic and environmental factors.

Future directions will include artificial intelligence, machine learning, digital phenotyping, longitudinal monitoring, and multimodal predictive models.

Rather than replacing clinical judgment with technology, the ultimate goal of personalized medicine should be to improve clinical decision-making and identify the right treatment for the right patient at the right time.

Ultimately, the transition from **population-based psychiatry** toward **data-informed, patient-centered, and clinically validated personalized psychiatry** may represent an important direction for the future management of mood disorders.



سمپوزیوم بازاندیشی در پیشگیری از خودکشی در عصر بحران‌های مزمن

دکتر امیر بذرافشان، روانپزشک، رئیس کمیته پیشگیری از خودکشی انجمن روانپزشکان ایران
دکتر بهاره اوجی، روانپزشک، فلوشیپ سایکوسوماتیک و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
دکتر مریم محقق، روانپزشک، دبیر کمیته پیشگیری از خودکشی انجمن روانپزشکان ایران
دکتر آیدا باوند، روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر حامد چراغعلی، روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۱. بحران‌های مزمن چگونه خطر خودکشی را تغییر می‌دهند؟
۲. فراتر از عوامل خطر؛ امید، تعلق و معنا به‌عنوان عوامل محافظت‌کننده
۳. ارزیابی خطر خودکشی در بستر بحران؛ آیا به رویکرد جدیدی نیاز داریم؟
۴. از اتاق درمان تا جامعه؛ مداخلات مؤثر برای حفظ زندگی
۵. پیشگیری از خودکشی در شرایط بحران؛ از شواهد علمی تا سیاست‌گذاری سلامت

پیشگیری از خودکشی در دهه‌های اخیر عمدتاً بر شناسایی عوامل خطر فردی، تشخیص اختلالات روانپزشکی و مداخله در موقعیت‌های حاد متمرکز بوده است. با این حال، گسترش بحران‌های مزمن در سطوح ملی، منطقه‌ای و جهانی، از جمله جنگ، بی‌ثباتی اقتصادی، نااطمینانی اجتماعی، قطبی‌شدن فرهنگی و تجربه سوگ‌های جمعی، ضرورت بازنگری در چارچوب‌های مفهومی و رویکردهای عملی پیشگیری از خودکشی را برجسته کرده است. در چنین بستری، رفتارهای خودکشی را نمی‌توان صرفاً در سطح آسیب‌شناسی فردی فهم کرد، بلکه باید آن را در پیوند با زمینه‌های اجتماعی، ساختاری و بین‌فردی بررسی نمود.

این سمپوزیوم با تمرکز بر پنج سخنرانی به‌هم‌پیوسته، می‌کوشد چشم‌اندازی جامع‌تر برای فهم و پیشگیری از خودکشی در عصر بحران‌های مزمن ارائه دهد.

در سخنرانی نخست، تأثیر بحران‌های مزمن بر تغییر الگوهای خطر خودکشی بررسی می‌شود و این پرسش طرح می‌گردد که چگونه تجربه مستمر تهدید، ناامنی، محرومیت، سوگ، جابه‌جایی و بی‌افقی می‌تواند بر افکار و رفتارهای خودکشی اثر بگذارد. در سخنرانی دوم، با عبور از رویکردهای صرفاً مبتنی بر عوامل خطر، بر مفاهیمی چون امید، احساس تعلق، معنا و پیوندمندی به‌عنوان عوامل محافظت‌کننده تأکید می‌شود؛ مفاهیمی که در نظریه‌های معاصر، جایگاهی اساسی در تبیین تاب‌آوری و حفظ زندگی یافته‌اند. سخنرانی سوم به چالش‌های ارزیابی خطر خودکشی در بستر بحران‌های مزمن اختصاص دارد؛ شرایطی که در آن بحران از یک رویداد حاد فراتر رفته و به وضعیتی پایدار و فراگیر بدل می‌شود. در چنین موقعیت‌هایی، محدودیت ابزارهای رایج، ناپایداری پیش‌بینی کوتاه‌مدت، تغییر مداوم شرایط زندگی افراد و ضرورت اتکال بیشتر بر قضاوت بالینی زمینه‌مند، همگی نشان می‌دهند که رویکردهای متعارف ارزیابی خطر ممکن است برای پاسخ‌گویی به پیچیدگی‌های جدید کافی نباشند.

در سخنرانی چهارم، دامنه مداخلات مؤثر از فضای درمان فردی فراتر می‌رود و راهبردهای چندلایه برای حفظ زندگی مورد توجه قرار می‌گیرد. در این بخش، مداخلات مبتنی بر شواهد، از جمله Caring Contacts، Safety Planning، مداخلات خانواده‌محور، مداخلات جامعه‌محور و نیز نقش رسانه در بازنمایی مسئولانه خودکشی و تقویت پیام‌های حمایتی، مرور می‌شوند. این دیدگاه بر آن است که پیشگیری مؤثر از خودکشی تنها در چارچوب درمان فردی محقق نمی‌شود، بلکه مستلزم فعال‌سازی هم‌زمان شبکه‌های حمایتی خانوادگی، اجتماعی و حرفه‌ای است.

سخنرانی پنجم به پیوند میان شواهد علمی و سیاست‌گذاری سلامت می‌پردازد و بر ضرورت بازتعریف نقش نظام سلامت، انجمن‌های علمی و برنامه‌های ملی در شرایط بحران تأکید دارد. در این چارچوب، اولویت‌هایی چون تدوین سیاست‌های حساس به زمینه، تقویت خدمات سلامت روان، ادغام رویکردهای جامعه‌نگر در برنامه‌های پیشگیری، آموزش حرفه‌ای مستمر و توسعه همکاری‌های بین‌بخشی برجسته می‌شود. این سمپوزیوم می‌کوشد با تلفیق دیدگاه‌های نظری، بالینی، اجتماعی و سیاستی، زمینه‌ای برای گفت‌وگو درباره اولویت‌های آینده پیشگیری از خودکشی در ایران فراهم آورد؛ گفت‌وگویی که در آن، حفظ امید، پیوند انسانی و مسئولیت جمعی، به همان اندازه شناسایی خطر، اهمیت می‌یابد.



فرا‌تر از عوامل خطر: نقش امید، تعلق و معنا در پیشگیری از خودکشی

دکتر بهاره اوجی

استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، ایران، شیراز

خودکشی یکی از علل مهم مرگ زودرس در سراسر جهان و یکی از چالش‌های عمده سلامت عمومی است. طی دهه‌های گذشته، پژوهش‌ها و مداخلات پیشگیری از خودکشی عمدتاً بر شناسایی عوامل خطر و ارزیابی احتمال رفتارهای خودکشی متمرکز بوده‌اند. اگرچه این رویکرد به درک بهتر پدیده خودکشی کمک کرده است، اما عوامل خطر به تنهایی قدرت پیش‌بینی محدودی دارند و نمی‌توانند به‌طور کامل توضیح دهند که چرا برخی افراد در مواجهه با ناملایمات دچار افکار یا رفتارهای خودکشی شده، در حالی که برخی دیگر همچنان به زندگی پایبند می‌مانند. در سال‌های اخیر، توجه فزاینده‌ای به عوامل محافظت‌کننده‌ای معطوف شده است. عوامل محافظت‌کننده می‌توانند آسیب‌پذیری افراد را نسبت به خودکشی کاهش داده و سازگاری آن‌ها را با شرایط دشوار تقویت کنند. در این ارائه، شواهد نوظهور درباره عوامل محافظت‌کننده، با تأکید بر تاب‌آوری، امید، احساس تعلق، معنا در زندگی و ارتباطات اجتماعی مرور خواهد شد. تاب‌آوری، به‌عنوان ظرفیت فرد برای مواجهه با ناملایمات و غلبه سازگارانه بر آن‌ها، می‌تواند به ویژه در شرایط استرس طولانی‌مدت و بحران‌های مزمن اهمیت ویژه‌ای داشته باشد. امید می‌تواند احساس امکان‌پذیر بودن آینده را تقویت کند، در حالی که معنا در زندگی می‌تواند احساس هدفمندی و دلایلی برای ادامه زندگی ایجاد کند. تعلق و ارتباط اجتماعی نیز با ایجاد پیوندهای بین‌فردی و منابع حمایت، نقش مهمی در حفظ زندگی داشته باشند. همچنین، کاربرد این عوامل در ارزیابی خطر و راهبردهای نوین پیشگیری از خودکشی، از جمله برنامه‌ریزی ایمنی، تقویت حمایت اجتماعی و مداخلات خانواده‌محور و جامعه‌محور، مورد بحث قرار خواهد گرفت.

Beyond Risk Factors: The Role of Hope, Belonging, and Meaning in Suicide Prevention

Bahare Oji^a

^a Assistant Professor of Psychiatry, Fellowship in Psychosomatic Medicine, Research Center for Psychiatry and Behavioral Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Suicide remains a leading cause of premature death worldwide and a major public health challenge. For decades, suicide prevention research and clinical practice have focused primarily on identifying risk factors and assessing the likelihood of suicidal behavior. Although this approach has contributed substantially to our understanding of suicide, risk factors alone have limited predictive value and do not fully explain why some individuals exposed to significant adversity develop suicidal thoughts or behaviors, while others maintain a commitment to life.

In recent years, increasing attention has been directed toward protective factors that may reduce vulnerability to suicide and support adaptation in the face of adversity. This presentation will review emerging evidence on protective factors, with particular emphasis on resilience, hope, belongingness, meaning in life, and social connectedness. Resilience, broadly defined as the capacity to cope with and overcome adversity, may be particularly relevant in the context of prolonged stress and chronic crises. Hope may foster a sense of possibility for the future, while meaning in life may provide a sense of purpose and reasons for living. Belongingness and connectedness can strengthen interpersonal bonds and provide sources of support during periods of distress.

The presentation will also discuss how these protective factors can be incorporated into contemporary suicide risk assessment and prevention strategies. Particular attention will be given to their clinical application through safety planning, strengthening social support, family- and community-based interventions, and recovery-oriented approaches. Moving beyond a predominantly risk-focused framework may provide a more comprehensive understanding of suicide prevention, particularly in populations exposed to persistent social, economic, and psychological stressors.



بازاندیشی در ارزیابی خطر خودکشی در بحران‌های جمعی مزمن

دکتر مریم محقق، دبیر کمیته پیشگیری از خودکشی

ارزیابی خطر خودکشی در شرایط بحران‌های جمعی مزمن، مانند جنگ، ناامنی و بی‌ثباتی اجتماعی و اقتصادی، با چالش‌هایی همراه است که در شرایط معمول بالینی کمتر با آن‌ها مواجه می‌شویم. در چنین موقعیت‌هایی، احساس ناامیدی، درماندگی، ترس از آینده و فقدان کنترل بر زندگی ممکن است بازتابی از واقعیت بیرونی باشند، نه صرفاً نشانه‌هایی از آسیب‌شناسی روانی. با این حال، قابل درک بودن این واکنش‌ها در بستر بحران، لزوماً به معنای پایین بودن خطر خودکشی نیست. چالش اصلی برای درمانگر، تشخیص معنای بالینی این تجربیات و ارتباط آن‌ها با افکار و رفتارهای خودکشی در هر فرد است. بحران‌های طولانی‌مدت می‌توانند هم معنای عوامل خطر و هم میزان اثربخشی عوامل محافظتی را تغییر دهند. برای مثال، ناامیدی نسبت به آینده کشور لزوماً با ناامیدی فرد نسبت به ادامه زندگی شخصی خود یکسان نیست. همچنین احساس گرفتار بودن در شرایط دشوار ممکن است از محدودیت‌های واقعی ناشی شود، اما زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که فرد مرگ را تنها راه رهایی از آن شرایط بداند. از سوی دیگر، حمایت خانوادگی، روابط اجتماعی و دسترسی به خدمات درمانی، حتی اگر ظاهراً وجود داشته باشند، ممکن است در شرایط بحران در دسترس یا قابل اتکا نباشند. موضوع دیگری که ارزیابی خطر را پیچیده می‌کند، تجربه مشترک بحران توسط بیمار و درمانگر است. درمانگری که خود نیز در معرض ناامنی و فشارهای مشابه قرار دارد، ممکن است ناخواسته شدت خطر را کمتر یا بیشتر از واقعیت برآورد کند. عادی‌سازی رنج بیمار به دلیل فراگیر بودن آن، یا تفسیر واکنش‌های قابل انتظار به عنوان نشانه قطعی خطر بالا، هر دو می‌توانند قضاوت بالینی را تحت تأثیر قرار دهند. در چنین شرایطی، اتکای صرف به فهرست عوامل خطر یا ابزارهای استاندارد ارزیابی کافی نیست. این ابزارها می‌توانند به شناسایی عوامل خطر کمک کنند، اما به تنهایی قادر به روشن کردن معنای فردی آن‌ها و تغییرات خطر در طول زمان نیستند. رویکرد مناسب‌تر، تدوین یک فرمول‌بندی بالینی پویا و متناسب با زمینه زندگی فرد است؛ فرمول‌بندی‌ای که وضعیت فعلی بیمار، تغییرات اخیر، منابع حمایتی واقعاً در دسترس و رویدادهایی را که ممکن است در آینده نزدیک خطر را تغییر دهند، در نظر بگیرد. در این رویکرد، هدف پیش‌بینی قطعی رفتار خودکشی نیست، بلکه شناخت دقیق‌تر عوامل مؤثر بر خطر، پذیرش عدم قطعیت و اتخاذ تصمیم‌های بالینی مؤثر برای پیشگیری از خودکشی است.

Rethinking Suicide Risk Assessment in Chronic Collective Crises

Dr maryam mohagheghi

Secretary of the Suicide Prevention Committee, Iranian Psychiatric Association (IPA)

Assessing suicide risk during chronic collective crises, such as war, prolonged insecurity, and social or economic instability, presents challenges that are less common in routine clinical practice. In these circumstances, feelings of hopelessness, helplessness, fear about the future, and loss of control may reflect people's actual living conditions rather than psychiatric symptoms alone. However, the fact that these reactions are understandable does not necessarily mean that suicide risk is low. The main challenge is to understand what these experiences mean for each individual and how they relate to suicidal thoughts and behaviors. Prolonged crises can change both the meaning of risk factors and the effectiveness of protective factors. For example, hopelessness about the future of one's country is not necessarily the same as hopelessness about one's personal life. Similarly, feeling trapped may reflect real external restrictions, but it becomes particularly concerning when death seems like the only possible escape. Protective factors also need to be reconsidered. Family support, social relationships, and mental health services may still exist but may no longer be accessible or reliable. Another challenge arises when clinicians and patients are living through the same crisis. Clinicians may experience similar fears, losses, and uncertainties, which can influence their clinical judgment. Shared experiences may improve understanding but can also lead to underestimating or overestimating suicide risk. When distress becomes widespread, serious warning signs may be dismissed as normal reactions, while understandable emotional responses may be interpreted as evidence of high suicide risk. In these circumstances, relying



سمپوزیوم از نشانه‌های بالینی تا شبکه‌های مغزی: رویکردهای نوین شبکه‌محور در درمان‌های روان‌پزشکی

مقدمه

روان‌پزشکی معاصر در کنار رویکردهای مبتنی بر نشانه‌ها و طبقه‌بندی‌های تشخیصی، به‌طور فزاینده‌ای از یافته‌های علوم اعصاب شبکه‌ای برای فهم سازوکارهای اختلالات روان‌پزشکی و توسعه مداخلات درمانی بهره می‌گیرد. پیشرفت‌ها در تصویربرداری عصبی، نورومدولاسیون، جراحی فانکشنال مغز و روش‌های محاسباتی، امکان مطالعه و هدف‌گیری مدارها و شبکه‌های مغزی را بیش از گذشته فراهم کرده است. با وجود این پیشرفت‌ها، چگونگی ترجمه یافته‌های علوم اعصاب شبکه‌ای به تصمیم‌گیری‌های بالینی و انتخاب درمان همچنان یکی از چالش‌های مهم روان‌پزشکی امروز محسوب می‌شود. این سمپوزیوم با رویکردی میان‌رشته‌ای تلاش می‌کند نقش شبکه‌های مغزی را در بازاندیشی مداخلات درمانی روان‌پزشکی مورد بررسی قرار دهد و پلی میان علوم اعصاب پایه و عمل بالینی ایجاد کند. تمرکز اصلی برنامه بر این پرسش است که آیا شناخت شبکه‌ها و مدارهای مغزی می‌تواند به بهبود تصمیم‌گیری درمانی، به‌ویژه در بیماران پیچیده و مقاوم به درمان، کمک کند؟

اهداف آموزشی

آشنایی با مفهوم شبکه‌ها و مدارهای مغزی در روان‌پزشکی معاصر
بررسی نقش فرایندهای تکاملی اعصاب در شکل‌گیری شبکه‌های مغزی و آسیب‌پذیری‌های روان‌پزشکی
مرور کاربردهای بالینی نورومدولاسیون در چارچوب مدل‌های شبکه‌ای
بررسی جایگاه جراحی فانکشنال و تحریک عمقی مغز در مداخلات مدارمحور
آشنایی با ظرفیت‌ها و محدودیت‌های هوش مصنوعی و تحلیل سیگنال‌های عصبی در شناسایی و پایش شبکه‌های مغزی
بررسی کاربرد رویکردهای شبکه‌محور در تصمیم‌گیری درمانی، به‌ویژه در اختلالات مقاوم به درمان

شکل‌گیری شبکه‌های مغزی: از تکامل عصبی تا آسیب‌پذیری روان‌پزشکی

سخنران: فوق تخصص نورولوژی کودکان (آقای دکتر حامد روحانی زاده، استادیار دانشگاه ع پ مازندران)
خلاصه: مروری بر تکامل شبکه‌های مغزی در دوران رشد و نقش آنها در شکل‌گیری آسیب‌پذیری یا تاب‌آوری نسبت به اختلالات روان‌پزشکی. تأکید بر این مفهوم که بسیاری از تظاهرات بالینی بزرگسالی ریشه در سازمان‌یافتگی اولیه شبکه‌های مغزی دارند.

از نشانه به شبکه: نورومدولاسیون در روان‌پزشکی امروز

سخنران: فلوشیپ روان‌پزشکی مداخله‌ای (Interventional Psychiatrist and Neuromodulation)

(آقای دکتر سید عباس موسوی، استاد دانشگاه ع پ مازندران)

خلاصه: بررسی تغییر نگاه از درمان مبتنی بر نشانه‌ها به مداخلات هدفمند بر مدارها و شبکه‌های مغزی. مرور کاربردهای بالینی نورومدولاسیون در اختلالات روان‌پزشکی و چالش‌های موجود در انتخاب بیمار، زمان مداخله و پیش‌بینی پاسخ درمان.

هدف‌گیری شبکه‌ها در درمان، جراحی فانکشنال در روان‌پزشکی

سخنران: جراح مغز و اعصاب، فلوشیپ استریوتاکسی و جراحی فانکشنال

(آقای دکتر سجاد شفیعی، استادیار دانشگاه ع پ مازندران)

خلاصه: مروری بر تحول پسابکوسرجری به جراحی فانکشنال مدرن و نقش تحریک عمقی مغز و سایر مداخلات استریوتاکتیک در هدف‌گیری مدارهای مرتبط با اختلالات روان‌پزشکی مقاوم به درمان.

از سیگنال تا پیش‌بینی: هوش مصنوعی و آینده روان‌پزشکی شبکه‌محور



سخنران: پسادکتری مهندسی پزشکی

(سید محسن سادات شهابی، دانشگاه ع پ شهید بهشتی)

خلاصه: بررسی کاربرد تحلیل شبکه‌های مغزی، بیومارکرهای عصبی، یادگیری ماشین و هوش مصنوعی در شناسایی الگوهای مغزی، پیش‌بینی پاسخ درمان و حرکت به سوی روان‌پزشکی دقیق.

آیا رویکردهای شبکه‌محور می‌توانند تصمیم‌گیری تشخیصی و درمانی در روان‌پزشکی را متحول کنند؟

محورهای بحث:

کاربرد عملی علوم شبکه‌های مغزی در تشخیص و درمان بیماران

بیماران مقاوم به درمان و انتخاب مداخلات نوین

فرصت‌ها و محدودیت‌های نورومدولاسیون و جراحی فانکشنال

نقش هوش مصنوعی در تشخیص و تصمیم‌گیری درمانی

چالش‌های توسعه رویکردهای شبکه‌محور در ایران

خلاصه سمپوزیوم

این سمپوزیوم به بررسی گذار از رویکردهای مبتنی بر نشانه‌ها به مدل‌های مبتنی بر شبکه‌ها و مدارهای مغزی در روان‌پزشکی می‌پردازد. سخنرانان با نگاه تکامل عصبی، نورومدولاسیون، جراحی فانکشنال مغز و علوم محاسباتی، شواهد موجود درباره نقش شبکه‌های مغزی در فهم و درمان اختلالات روان‌پزشکی را مرور خواهند کرد. هدف برنامه بررسی ظرفیت‌ها، محدودیت‌ها و کاربردهای بالینی رویکردهای شبکه‌محور در تشخیص و درمان‌های روان‌پزشکی و بهبود تصمیم‌گیری، به‌ویژه در بیماران پیچیده و مقاوم به درمان است.



سمپوزیوم چالش‌های نوظهور روان‌جنسی در عصر تحولات

تحولات درمان در طب روان‌جنسی؛ از سلامت دیجیتال تا درمان‌های نوین

در سال‌های اخیر، درمان اختلالات روان‌جنسی از رویکردی عمدتاً تشخیص محور و علامت محور به سمت رویکردی biopsychosocial، individualized، formulation-based و multimodal حرکت کرده است. در این مدل، تشخیص نقطه شروع است و انتخاب درمان بر اساس مکانیسم‌های زیستی، روانشناختی و بین فردی ایجادکننده و تداوم‌بخش مشکل انجام می‌شود. از این منظر، یک تشخیص واحد می‌تواند در بیماران مختلف به formulation و برنامه درمانی متفاوتی منجر شود. درمان‌های دارای جایگاه بالینی و شواهد تثبیت شده‌تر: درمان‌های دارویی همچنان بخش مهمی از طب روان‌جنسی را تشکیل می‌دهند؛ از درمان‌های اختصاصی اختلال نعوظ و اختلالات مرتبط با عملکرد جنسی تا داروهای هدفمندتر برای اختلال میل جنسی کم در زنان. در کنار درمان دارویی، CBT، رفتاردرمانی جنسی، Sensate Focus، درمان‌های زوجی و مداخلات روان‌پویشی در بیماران منتخب، بر اساس formulation بالینی، مورد استفاده قرار می‌گیرند.

در این میان، رویکردهای روان‌پویشی بیشتر در بیمارانی اهمیت پیدا می‌کنند که تعارض‌های درون‌روانی، attachment، shame یا الگوهای رابط‌های در تداوم مشکل نقش دارند. رویکردهای دارای شواهد رو به رشد:

درمان‌های نسل سوم، به ویژه Mindfulness و Acceptance and Commitment Therapy (ACT)، در سال‌های اخیر به درمان‌های روان‌جنسی افزوده شده‌اند. این رویکردها با هدف کاهش experiential avoidance، افزایش psychological flexibility، بهبود body awareness و کاهش self-monitoring و فشار عملکردی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. همچنین درمان‌های آنلاین مبتنی بر CBT و mindfulness در مطالعات تصادفی شده، به ویژه در اختلال میل جنسی زنان، نتایج امیدوارکننده‌ای نشان داده‌اند.

Digital Therapeutics؛ گذار از تله‌تراپی به درمان دیجیتال: یکی از تحولات مهم، حرکت از Tele-sexology به سمت Digital Therapeutics است؛ یعنی مداخلات نرم‌افزاری ساختاریافته‌ای که خود برنامه دیجیتال بخشی از مداخله درمانی را ارائه می‌کند. نمونه قابل توجه، mylovia است که در یک RCT در سال ۲۰۲۶ روی ۲۵۲ زن، به صورت self-guided و مبتنی بر CBT و mindfulness بررسی شد.

این برنامه از محتوای تعاملی، گفت و گوهای متنی از پیش طراحی شده، تمرین‌های متناسب با پاسخ کاربر، فایل‌های صوتی و homework استفاده می‌کند و جلسات همزمان منظم با درمانگر ندارد. در سه ماه، بهبود عملکرد جنسی با اندازه اثر متوسط گزارش شد (Cohen's d=0.51) و اثر کلی در پیگیری شش ماهه حفظ شد.

Emerging therapies؛ درمان‌های نوظهور: در حوزه neuromodulation، روش‌هایی مانند rTMS در اختلالات جنسی، از جمله برخی مشکلات انزال و اختلال عملکرد جنسی همراه با افسردگی، در حال بررسی هستند. همچنین pelvic-floor biofeedback و فناوری‌های مرتبط با بازخورد فیزیولوژیک، امکان تبدیل فرایندهای غیرقابل مشاهده بدن به اطلاعات قابل استفاده در درمان را فراهم می‌کنند. با وجود نتایج اولیه امیدوارکننده، این مداخلات هنوز برای بسیاری از اختلالات جنسی در مرحله توسعه قرار دارند.

Psychedelic-assisted therapy نیز حوزه‌های نوظهور است. پژوهش‌های اخیر بیشتر بر اثر psychedelics بر پردازش هیجانی، intimacy، ارتباط، body image و sexuality متمرکز بوده‌اند. یک مرور سیستماتیک ۲۰۲۵، ۱۹ مطالعه را درباره psychedelics و intimacy بررسی کرد و نتایج امیدوارکننده‌ای در برخی شاخص‌های ارتباط و صمیمیت گزارش نمود؛ با این حال، ناهمگونی مطالعات و محدود بودن شواهد درمانی اختصاصی برای اختلالات جنسی، مانع از قرار دادن این روش‌ها در گروه درمان‌های تثبیت شده می‌شود. فناوری‌های آینده‌نگر (VR) : می‌تواند محیطی کنترل شده برای exposure، تمرین مهارت‌ها و مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اضطراب‌زا فراهم کند. با این حال، مرور سیستماتیک ۲۰۲۵ تنها هشت مطالعه واجد معیار را شناسایی کرد و بر محدودیت حجم و کیفیت شواهد تأکید داشت؛ بنابراین VR در حال حاضر در گروه مداخلات emerging قرار می‌گیرد. در نهایت، Artificial Intelligence (AI) می‌تواند در آینده در ارزیابی، psychoeducation، شخصی‌سازی، پایش و حمایت از درمانگر نقش داشته باشد؛ اما باید میان AI و AI-assisted psychosexual care تمایز قائل شد، زیرا شواهد بالینی برای درمان به عنوان درمان مستقل مستقل هنوز محدود است. تحول معاصر در طب روان‌جنسی صرفاً معرفی درمان‌های جدید نیست؛ بلکه تغییر در منطق انتخاب به سمت درمان «یک تشخیص، یک درمان، درمان است: حرکت از individualized، formulation-based، multimodal و استفاده هدفمند از دارو، روان‌درمانی، neuromodulation و



فناوری‌های دیجیتال. در این مسیر می‌توان درمان‌ها را به صورت طیفی از Established/Evidence-supported → Growing evidence → Emerging/Experimental در نظر گرفت؛ رویکردی که به متخصص اجازه می‌دهد ضمن استفاده از نوآوری‌های درمانی، سطح شواهد هر مداخله را نیز در تصمیم‌گیری بالینی لحاظ کند.

تحولات هویت جنسی و جنسیتی؛

چالش‌های نوین در ارزیابی و مداخلات روانپزشکی

دکتر آناهیتا عربی، روانپزشک

فلوشیپ طب روان جنسی و زوج درمانی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تحولات سال‌های اخیر در مفهوم‌پردازی هویت جنسی و جنسیتی و گسترش اصطلاحاتی مانند «Bigender، Agender، Gender-fluid، Non-binary، Asexual و Pansexual»، چالش‌های جدیدی را برای روانپزشکان ایجاد کرده است. در این زمینه، نخستین گام، تفکیک مفاهیمی مانند جنس زیستی، جنس تعیین شده هنگام تولد، هویت جنسیتی، بیان جنسیتی، گرایش جنسی و رفتار جنسی است؛ زیرا این مفاهیم الزاماً بر یکدیگر منطبق نیستند. اصل مهم بالینی آن است که هویت یا گرایش جنسی به‌خودی‌خود اختلال روانپزشکی نیست. در ICD-11، «ناهمخوانی جنسیتی» از فصل اختلالات روانی خارج و در گروه شرایط مرتبط با سلامت جنسی قرار گرفته است. در DSM-5-TR نیز «اختلال ملال جنسیتی» زمانی مطرح می‌شود که ناهمخوانی جنسیتی با رنج یا اختلال قابل توجه در عملکرد همراه باشد. بنابراین، هدف ارزیابی روانپزشکی، تشخیص بیماری بر اساس یک برچسب هویتی نیست؛ بلکه باید مشخص شود آیا رنج روان‌شناختی، اختلال عملکرد یا اختلال روانپزشکی همبود وجود دارد یا خیر.

از نظر بالینی، ارزیابی باید از تجربه فرد و معنای آن برای او آغاز شود، نه از نامی که برای هویت خود انتخاب کرده است. لازم است زمان شروع و سیر تجربه، میزان ثبات یا تغییر آن، احساس فرد نسبت به بدن، میزان ناراحتی یا اختلال عملکرد، روابط عاطفی و خانوادگی، شرایط اجتماعی و عوامل فرهنگی بررسی شود. هم‌زمان باید اختلالات همراه مانند افسردگی، اضطراب، OCD، PTSD، اختلال دوقطبی، اختلال بدرختی بدن، مشکلات رابطه‌ای و پیامدهای تروما به‌طور مستقل ارزیابی شوند. برای مثال، تغییرپذیری هویت جنسیتی نباید بدون شواهد بالینی به‌عنوان بی‌ثباتی خلقی تلقی شود و تردید درباره هویت جنسیتی نیز نباید بدون بررسی دقیق، صرفاً به OCD نسبت داده شود.

در مواجهه با فرد دارای تنوع جنسیتی یا جنسی، دو خطای بالینی باید هم‌زمان مورد اجتناب قرار گیرد: آسیب‌شناسی تنوع انسانی از یک سو و نادیده گرفتن اختلال روانپزشکی واقعی از سوی دیگر. همچنین افزایش مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب یا افکار خودکشی در برخی از این جمعیت‌ها نباید به‌عنوان پیامد ذاتی هویت آنان تفسیر شود؛ عواملی مانند انگ، تبعیض، طرد خانوادگی، پنهان‌سازی هویت و تعارضات اجتماعی می‌توانند از طریق فشار اقلیت بر سلامت روان اثر بگذارند.

درمان نیز باید بر نیاز بالینی فرد متمرکز باشد. در صورت وجود اختلال روانپزشکی، درمان استاندارد آن باید مستقل از هویت یا گرایش فرد ارائه شود. روان‌درمانی می‌تواند برای کاهش رنج، تنظیم هیجان، افزایش خودشناسی، مدیریت تعارضات خانوادگی و رابطه‌ای، مقابله با انگ و درمان اختلالات همراه به کار رود. در مواردی که فرد درباره تغییرات مرتبط با جنسیت تصمیم‌گیری می‌کند، ارزیابی جامع، بررسی انتظارات و اهداف، وضعیت روانی و جسمی، شرایط خانوادگی و اجتماعی و تصمیم‌گیری مشترک اهمیت دارد. پذیرش و احترام به هویت فرد به معنای حذف ارزیابی بالینی نیست و ارزیابی بالینی نیز به معنای زیر سؤال بردن هویت فرد نیست.

در بافت فرهنگی ایران، ارزیابی باید علاوه بر عوامل فردی، به نقش خانواده، ازدواج، وابستگی اقتصادی، ارزش‌های دینی و فرهنگی، احتمال طرد اجتماعی و ملاحظات ایمنی توجه داشته باشد. در این شرایط، «فرمول‌بندی فرهنگی» می‌تواند به روانپزشک کمک کند تا میان هویت فرد، منبع رنج و عوامل محیطی تمایز قائل شود و مداخله‌ای واقع‌بینانه و فردمحور طراحی کند.

در نهایت، چالش اصلی روانپزشک، حفظ تعادل میان احترام به تنوع هویتی و تشخیص دقیق آسیب‌شناسی است. رویکرد مناسب را می‌توان در یک مسیر ساده خلاصه کرد: برچسب → معنای آن برای فرد → تجربه بالینی → رنج و عملکرد → زمینه فردی و فرهنگی → اختلالات همراه → فرمول‌بندی → مداخله. هدف، حفظ فهرستی از اصطلاحات جدید نیست؛ بلکه دیدن انسان پشت این اصطلاحات و ارائه مراقبتی علمی، فردمحور و متناسب با زمینه فرهنگی اوست.



کلیدواژه‌ها: هویت جنسیتی، گرایش جنسی، تنوع جنسیتی، اختلال ملال جنسیتی، ناهمخوانی جنسیتی، ارزیابی روان‌پزشکی، فشار اقلیت، فرمول‌بندی فرهنگی.

تحولات آموزش جنسی در عصر رسانه‌های دیجیتال: نیازها، چالش‌ها و رویکردهای نوین

دکتر الهام روحی، روانپزشک
و فلوشیپ طب روان جنسی و زوج درمانی

آموزش جنسی در دهه‌های اخیر از انتقال اطلاعات درباره آناتومی و تولیدمثل، به رویکردی جام‌عتر با تمرکز بر سلامت جنسی، روابط سالم، مهارت‌های ارتباطی، رضایت، پیشگیری از آسیب و سواد رسانه‌های تحول یافته است. اهمیت این تحول در شرایطی دوچندان شده است که کودکان و نوجوانان بخش قابل‌توجهی از اطلاعات مرتبط با جنسیت و روابط را از اینترنت و رسانه‌های دیجیتال دریافت میکنند؛ در حالیکه کیفیت، دقت و تناسب سنی این اطلاعات همواره قابل اطمینان نیست. یک مرور نظاممند از ۴۸ مطالعه نیز نشان داده است که اینترنت در کنار خانواده، دوستان و مدرسه از منابع اصلی کسب اطلاعات جنسی نوجوانان است و موضوعاتی مانند رابطه جنسی، پیشگیری از بارداری و روابط عاطفی از مهمترین موضوعات مورد جست‌وجوی آنان هستند. شواهد پژوهشی جدید نیز بر اثربخشی آموزش جنسی جامع تأکید دارند. بر اساس جمع‌بندی اخ‌ی WHO، برنامه‌های باکیفیت و متناسب با سن می‌توانند دانش و نگرش‌های مرتبط با سلامت جنسی را بهبود بخشیده و با افزایش رفتارهای محافظتی، از جمله استفاده از روش‌های پیشگیری، همراه باشند؛ همچنین شواهدی وجود ندارد که آموزش جنسی جامع موجب افزایش فعالیت جنسی یا رفتارهای پرخطر شود. مرورهای جدید همچنین نشان می‌دهند که مداخلات دیجیتال می‌توانند دانش و نگرش نوجوانان را بهبود بخشند، هرچند تغییر پایدار در رفتار، نسبت به تغییر دانش و نگرش، دشوارتر است و احتمالاً به مداخلات تعاملی و ترکیب آموزش دیجیتال با آموزش حضوری نیاز دارد. بر این اساس، این پ‌نل به بررسی تحول آموزش جنسی از آموزش بدن و اطلاعات پایه تا آموزش رابطه، مهارت‌های ارتباطی و سواد سلامت جنسی می‌پردازد و نقش خانواده، مدرسه و محیط دیجیتال را در این مسیر بررسی می‌کند.

همچنین جایگاه آموزش جنسی در روابط زوجین و نقش آن در ارتقای سلامت و پیشگیری از مشکلات جنسی مورد توجه قرار خواهد گرفت. در بخش دیگری از پ‌نل، ضرورت ارتقای شایستگی متخصصان سلامت جنسی، از دانش نظری و مهارت‌های ارتباطی تا توانایی گفت‌وگوی حرف‌های درباره مسائل جنسی و اخذ شرح حال جنسی، بررسی می‌شود. در نهایت، با توجه به گسترش سریع فناوری‌های دیجیتال و هوش مصنوعی، فرصت‌ها و چالش‌های این فناوری‌ها در آموزش و دسترسی به اطلاعات سلامت جنسی مورد بحث قرار خواهد گرفت. هدف پ‌نل، ارائه تصویری از مسیر تحول آموزش جنسی و تأکید بر ضرورت حرکت از انتقال اطلاعات به سوی آموزش مهارت محور، مبتنی بر شواهد، متناسب با سن و فرهنگ، و همراه با ارتقای شایستگی متخصصان است.

کلیدواژه‌ها:

آموزش جنسی، سلامت جنسی، سواد سلامت جنسی، آموزش جامع جنسی، آموزش زوجین، شایستگی بالینی، رسانه‌های دیجیتال، هوش مصنوعی



پیامدهای بحران‌های اجتماعی، اقتصادی و انسانی بر سلامت جنسی بر اساس مدل Good Enough Sex

دکتر امین امیری، روانپزشک
فلوشیپ طب روان جنسی

مک کارتی: بحران‌های اجتماعی، اقتصادی و انسانی، از جمله ناامنی، مهاجرت، فقدان منابع اقتصادی، خشونت، جابه جایی اجباری و تجربه مداوم استرس، می‌توانند سلامت روانی و جنسی افراد و کیفیت روابط صمیمانه را تحت تأثیر قرار دهند. در چنین شرایطی، مسائل جنسی صرفاً به عنوان اختلالات عملکرد جنسی قابل درک نیستند، بلکه باید در بستر فشارهای روانی، بین فردی و اجتماعی مورد ارزیابی قرار گیرند. مدل Good Enough Sex مک کارتی با فاصله گرفتن از نگاه کمال‌گرایانه و عملکرد محور به رابطه جنسی، بر انعطاف پذیری، صمیمیت، ارتباط زوجین، لذت متقابل و پذیرش تنوع طبیعی در تجربه جنسی تأکید می‌کند.

بر اساس این رویکرد، در شرایط بحرانی کاهش میل جنسی، اختلال در برانگیختگی یا ارگاسم، مشکلات نعوظ، اجتناب از رابطه جنسی و کاهش رضایت جنسی می‌توانند بخشی از پاسخ طبیعی فرد و زوج به فشارهای محیطی باشند و الزاماً به معنای وجود یک اختلال پایدار جنسی نیستند. استرس مزمن، اشتغال ذهنی با بقا و امنیت، مشکلات اقتصادی، تغییر نقش‌های خانوادگی و کاهش فرصت برای خلوت و ارتباط عاطفی می‌توانند چرخه‌ای از کاهش صمیمیت، افزایش فشار عملکردی و تشدید مشکلات جنسی ایجاد کنند.

مدل Good Enough Sex در این زمینه امکان بازتعریف هدف مداخلات جنسی را فراهم می‌کند؛ به گونه‌ای که به جای تمرکز صرف بر عملکرد، دفعات رابطه یا رسیدن به یک بهاندازه کافی خوب «الگوی اید هال، بر ایجاد رابطه‌ای»، انعطاف پذیر و متناسب با شرایط زندگی زوج تأکید شود. در این چارچوب، مداخلات می‌توانند بر کاهش فشار عملکردی، تقویت ارتباط زوجین، بازسازی صمیمیت، توجه به نیازهای هیجانی و جنسی متقابل و ایجاد انتظارات واقع‌بینانه متمرکز شوند.

نتیجه‌گیری:

در مواجهه با بحران‌های اجتماعی، اقتصادی و انسانی، حفظ سلامت جنسی نیازمند رویکردی فراتر از درمان علامت محور اختلالات جنسی است. استفاده از مدل Good Enough Sex می‌تواند چارچوبی برای فهم تأثیر بحران بر عملکرد و رضایت جنسی و همچنین طراحی مداخلات زوج محور، انعطاف‌پذیر و مبتنی بر صمیمیت فراهم کند. این رویکرد، سلامت جنسی را به عنوان بخشی از سلامت روان و کیفیت رابطه در شرایط دشوار مورد توجه قرار می‌دهد.

سلامت روان جنسی در عصر اطلاعات نادرست: چالش‌های ناشی از رسانه‌های اجتماعی، اینفلوئنسرها و شبه‌علم

دکتر شیوا ایلیایی، روانپزشک

در دورانی که بیماران پیش از هر پزشک یا درمانگری، نخستین پاسخ نگرانی‌های جنسی‌شان را از شبکه‌های اجتماعی می‌گیرند، مرز میان اطلاعات معتبر، بازاریابی و شبه‌علم به شدت کم‌رنگ شده است. این سخنرانی، با تکیه بر شواهد به‌روز، نشان می‌دهد که چگونه انگیزه‌های الگوریتمی، فرهنگ اینفلوئنسری و اطلاعات نادرست سلامت جنسی می‌تواند باورهای بیماران را تحریف کرده، اضطراب عملکرد و مقایسه‌ی اجتماعی را دامن زده، و مسیر کمک‌خواهی آگاهانه را به تأخیر بیندازد. با مروری بر سه سناریوی بالینی ترکیبی — از نوجوانی تا زوج‌درمانی و خودتشخیصی‌های تأخیرآفرین — و ارائه‌ی یک چارچوب عملی شش‌پرسی برای ارزیابی ادعاهای آنلاین، این ارائه به دنبال آن است که روان‌پزشکان را نه در جایگاه داور اخلاقی رفتار جنسی، بلکه در جایگاه حافظ خودمختاری، کرامت و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد بیماران، توانمند سازد.



هوش مصنوعی و آینده روابط عاطفی و جنسی: فرصت‌ها، تهدیدها و چالش‌های نوظهور در سلامت روان جنسی

دکتر آذین احمدزاده

روانپزشک، فلوشیپ طب روان جنسی و زوج درمانی

هوش مصنوعی به سرعت در حال ورود به لایه‌های عمیق‌تری از زندگی انسان‌ها به ویژه زندگی عاطفی و جنسی آنها است؛ از چت‌بات‌های همراه و اپلیکیشن‌های شبیه‌سازی رابطه گرفته تا پلتفرم‌های مشاوره روان جنسی مبتنی بر هوش مصنوعی. این فناوری‌ها، دیگر صرفاً ابزار سرگرمی یا تشخیص و درمان نیستند، بلکه برای بسیاری از کاربران، به منبعی برای همراهی عاطفی، تمرین مهارت‌های ارتباطی، و حتی جایگزینی موقت یا دائم برای رابطه انسانی تبدیل شده‌اند. این تحول، پرسش‌های بنیادینی درباره ماهیت صمیمیت، دلبستگی و نیاز انسان به ارتباط واقعی مطرح می‌کند.

از منظر فرصت‌ها، هوش مصنوعی می‌تواند نقشی مؤثر در حوزه سلامت روان جنسی ایفا کند. افرادی که به دلیل اضطراب اجتماعی، تجربه‌های آسیب‌زا، انزوای جغرافیایی یا محدودیت‌های فرهنگی به منابع تخصصی دسترسی ندارند، می‌توانند از طریق پلتفرم‌های هوشمند اطلاعات دقیق‌تر، فضای امن‌تر برای گفت‌وگو، و حتی ابزارهای تمرین مهارت‌های ارتباطی و جنسی بدون قضاوت به دست آورند. این ابزارها همچنین می‌توانند به عنوان مکملی برای درمان‌های روان‌شناختی سنتی عمل کنند و دسترسی به آموزش‌های جنسی مبتنی بر شواهد (البته با نظارت درمانگر) را گسترش دهند.

در کنار این فرصت‌ها، تهدیدهای جدی نیز وجود دارد. وابستگی عاطفی به موجودیت‌های غیر واقعی و دیجیتال، می‌تواند مهارت‌های ارتباطی انسانی را تحلیل ببرد و برخی افراد را از روابط واقعی که پیچیدگی، تعارض و رشد متقابل را در خود دارند، دور کند. همچنین با دیدگاهی کمی بدبینانه، نگرانی‌هایی درباره طراحی این سیستم‌ها برای حداکثر کردن تعامل و وابستگی کاربر، به جای بهبود واقعی سلامت روانی او، مطرح است. مسائل مربوط به حریم خصوصی داده‌های بسیار حساس جنسی و عاطفی، احتمال سوءاستفاده تجاری از آسیب‌پذیری‌های عاطفی کاربران، و تأثیر این فناوری‌ها در ایجاد انتظارات غیرواقعی از رابطه انسانی حقیقی نیز، از چالش‌های نوظهور این حوزه‌اند.

در نهایت، چالش اصلی پیش روی متخصصان سلامت روان و سیاست‌گذاران، یافتن مرزی متعادل میان بهره‌گیری مسئولانه از این فناوری‌ها و حفاظت از سلامت روانی و عاطفی کاربران است. این امر مستلزم پژوهش بیشتر، چارچوب‌های اخلاقی روشن برای طراحان این سیستم‌ها، و آموزش عمومی درباره تفاوت میان همراهی مصنوعی و ارتباط انسانی واقعی است تا هوش مصنوعی به جای جایگزینی صمیمیت انسانی، در خدمت تقویت آن قرار گیرد.



سمپوزیوم روانپزشکی در آینه تاریخ

روانپزشکی و تاریخ نگاری بحران

دکتر علیرضا شمسی، روانپزشک

فلوشیپ سایکوسوماتیک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

در دنیای معاصر، روانپزشکی با واقعیتی فراتر از فرآیندهای زیستی-روانی فردی مواجه است؛ واقعیتی که ریشه در چرخه‌های احساسی و ساختاری تاریخ دارد. این سخنرانی با هدف معرفی و تبیین رویکرد «تاریخ‌نگاری بحران» در حوزه علوم رفتاری طراحی شده است. هدف اصلی، فراتر رفتن از نگاه سنتی و گذار از مدل‌های تک‌بعدی به سمت مدلی چندجانبه است که در آن، بحران‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی، نه صرفاً به عنوان محرک‌های استرس‌زا، بلکه به عنوان «رویدادهای بازتعریف‌کننده هویت و سلامت» در تاریخ جوامع مورد بررسی قرار می‌گیرند. در بخش نخست این ارائه، به تحلیل مفهوم «بحران» از منظر تاریخ‌نگاری خواهیم پرداخت. تلاش خواهیم کرد نشان دهیم که چگونه تروماهای جمعی و گسست‌های تاریخی، با عبور از مرزهای فردی، در لایه‌های زیرین فرهنگ و ساختار اجتماعی رسوب کرده و در نهایت، الگوهای پدیدارشناختی تجربه «بیماری» و «سلامت» را تغییر می‌دهند. این نگاه تاریخی، به ما کمک می‌کند تا بفهمیم چرا در دوران‌های گذار، تعریف ما از اختلالات روانی و پاسخ‌های بیولوژیک-روانی، همواره در حال بازآفرینی است. در بخش دوم، با نگاهی به سیر تکامل علم روانپزشکی، به بررسی تقاطع این علم با تاریخ خواهیم پرداخت. مسئله اصلی این است که چگونه تغییر در ساختارهای قدرت و ناپایداری در سیستم‌های اجتماعی، بر شیوه تشخیص، درمان و حتی تعریف «نرمال بودن» در جوامع تأثیر می‌گذارد. در نهایت، این سخنرانی با هدف پیوند دادن مباحث نظری به واقعیت‌های موجود در سمپوزیوم، بستری را فراهم می‌آورد تا در ادامه نشست، در محورهایی نظیر «بازسازی نهادهای روانپزشکی»، «تحلیل سوگ جمعی» و «تکامل مداخلات درمانی»، بتوانیم از منظر تاریخ‌نگارانه به این چالش‌های ملموس پاسخ دهیم. این رویکرد، تلاش می‌کند تا به متخصصین کمک کند تا از دیدگاهی افقی به وقایع گذرا، به دیدگاهی عمودی و تاریخی در مواجهه با بحران‌های پیش رو دست یابند.

نهادهای روان‌پزشکی در ادوار گذار؛ بقا یا تحول؟

دکتر شیرین جلال‌الدینی، روانپزشک

دانشگاه علوم پزشکی بم

بحران‌های اجتماعی، جنگ‌ها، پاندمی‌ها و فروپاشی‌های اقتصادی می‌توانند به‌طور همزمان تقاضا برای خدمات سلامت روان را افزایش داده و دسترسی به نیروی انسانی، زیرساخت‌ها و منابع درمانی را محدود کنند. در چنین شرایطی، تداوم عملکرد نهادهای روانپزشکی مستلزم بازنگری در ساختارها و شیوه‌های ارائه خدمات است. مطالعه تجربه تاریخی نظام‌های سلامت روان در دوره‌های بحرانی نشان می‌دهد که واکنش نهادهای روانپزشکی همواره صرفاً معطوف به حفظ ساختار موجود نبوده، بلکه در برخی موارد بحران به نقطه آغاز تحول و بازسازمان‌دهی خدمات تبدیل شده است.

در این ارائه، با مرور نمونه‌هایی از تحول خدمات روانپزشکی در بستر جنگ، پاندمی و بحران‌های اجتماعی، تغییرات ساختاری در بیمارستان‌های روانپزشکی، حرکت به سوی خدمات جامعه‌محور، ادغام با مراقبت‌های اولیه، استفاده از فناوری‌های نوین و بازطراحی شبکه‌های مراقبت بررسی می‌شود.

همچنین مفهوم «تاب‌آوری سازمانی» در نظام سلامت روان مورد توجه قرار می‌گیرد؛ مفهومی که فراتر از توانایی مقاومت در برابر بحران، بر ظرفیت سیستم برای سازگاری، یادگیری و در صورت لزوم تحول ساختاری تأکید دارد.

تجربه بحران‌های گذشته نشان می‌دهد که حفظ کارکردهای اساسی روانپزشکی، از جمله تداوم مراقبت، دسترسی به درمان، حفاظت از بیماران آسیب‌پذیر و حفظ ظرفیت نیروی انسانی، لزوماً به معنای حفظ شکل سنتی نهادهای درمانی نیست. در این چارچوب، نهاد روانپزشکی تاب‌آور، نهادی



است که می‌تواند ضمن حفظ مأموریت اصلی خود، متناسب با شرایط جدید، ساختار و شیوه ارائه خدمات را بازطراحی کند. بررسی این تجربه‌ها می‌تواند چارچوبی برای اندیشیدن به انعطاف‌پذیری و ظرفیت تطبیقی نظام سلامت روان در دوره‌های ناپایدار فراهم آورد.

تحلیل سوگ جمعی؛ درس‌هایی از اپیدمیولوژی بحران‌ها

دکتر پگاه منجزی

روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

روانپزشکی بالینی در روزگار ما، بیش از آنکه دانش درمان یک فرد باشد، به ضرورت فهم «رنج یک جمع» بدل شده است. امروز کلینیک‌های ما بیش از هر زمان، پژواک دردهای ناگفته جامعه‌اند؛ جایی که مراجعین با انبوهی از تنش‌های ساختاری مراجعه می‌کنند که در فرمول‌بندی‌های کلاسیک نمی‌گنجند. ما در مراجعین امروز، شاهد نمودهای رفتاری نوظهوری هستیم؛ از «حالت آماده‌باش روانی-جسمانی مزمن» که فرد را مدام در وضعیت دفاعی قرار می‌دهد، تا «فرسایش عمیق پیوندهای اعتماد اجتماعی» که باعث شده مراجعین در برقراری ارتباطات صمیمانه و امن دچار گسست شوند. این بیماران، فراتر از علائم اضطرابی، با «تخریب نقشه‌های ذهنی» خود روبه‌رو هستند؛ به این معنا که جهان پیرامون و آینده خویش را دیگر جایی قابل پیش‌بینی یا امن نمی‌بینند؛ حالتی که به ناامیدی عمیق و نوعی «بی‌ثباتی بنیادین» در مسیر زندگی منجر شده است. این نشانه‌ها، تجلی پدیدارشناختی «سوگ‌های جمعی» هستند؛ تروم‌هایی که از بحران‌های گذشته به جا مانده و چون غباری بر لایه‌های زیرین روان نسل‌ها نشسته و به شکلی خاموش، در حال بازتولید خود هستند. این انتقال بین‌نسلی، در بطن زیست‌جهان مراجعین ما جریان دارد و درمانگر را در موقعیت دشوار مواجهه با آسیب‌های اخلاقی قرار می‌دهد؛ چرا که ما نیز بخشی از همین بستر پرتلاطم هستیم. هدف این سخنرانی، گذار از مدل‌های تقلیل‌گرا به سمت مفهومی از «تاب‌آوری آگاهانه» است. ما در این واکاوی، به دنبال آن نیستیم که صرفاً علائم را خاموش کنیم، بلکه می‌کوشیم فضای امنی برای «دیدن» تروم‌های خاموش فراهم آوریم. این رویکرد، دعوتی است برای بازگشت به معنای اصیل روانپزشکی؛ جایی که درمانگر نه تنها شاهد درد، بلکه تسهیل‌گر فرآیند پردازش تاریخ زیسته‌ای است که همگی در آن سهیم هستیم. در این نگاه فرا-فردی، اتحاد درمانی نه برای اصلاح یک نقص، بلکه برای التیام رنجی مشترک بازسازی می‌شود تا بتوانیم در میانه این بی‌ثباتی، مدل‌های درمانی نوین را برای مواجهه با سوگ‌های جمعی بازتعریف و بومی‌سازی کنیم.

تکامل تکنیک‌های روان‌درمانی و مداخلات کوتاه مدت در شرایط بحران و محدودیت منابع

دکتر امین صلیحی

روانپزشک، فلوشیپ روان‌درمانی

بحران‌های اجتماعی، جنگ، بلایای گسترده و سایر موقعیت‌های ناپایدار، هم‌زمان با افزایش نیازهای سلامت روان، ظرفیت نظام درمانی را نیز با محدودیت زمان، نیروی متخصص و دسترسی به مراقبت مستمر مواجه می‌کنند. در چنین شرایطی، مسئله صرفاً کوتاه‌کردن مدت روان‌درمانی نیست، بلکه بازاندیشی در اهداف، چارچوب و تکنیک درمان ضرورت می‌یابد.

این سخنرانی با مرور سیر تحول روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت و مداخلات مبتنی بر بحران، به بررسی چگونگی انطباق تکنیک روان‌درمانی با شرایط محدودیت منابع می‌پردازد. در این مسیر، گذار از درمان‌های طولانی‌مدت و بازپایان به مداخلات زمان‌مند و متمرکز و ساپورتیو، افزایش نقش فعال درمانگر، اولویت‌یافتن تثبیت روان‌شناختی و بازبایی عملکرد مورد توجه قرار خواهد گرفت. همچنین، با مرور نمونه‌هایی از مداخلات مقیاس‌پذیر در شرایط بحران، از جمله نقش راهبردهایی چون مدیریت استرس، حل مسئله، فعال‌سازی رفتاری و تقویت حمایت اجتماعی بررسی می‌شود.



در پایان، بر این نکته تأکید خواهد شد که انطباق روان‌درمانی با شرایط بحران به معنای تقلیل درمان به مداخله‌ای سطحی نیست؛ بلکه مستلزم شناسایی و حفظ عناصر ضروری درمان، تنظیم سطح و شدت مداخله متناسب با نیاز بیمار و طراحی الگویی انعطاف‌پذیر برای ارائه مراقبت مؤثر در شرایط محدودیت منابع است.

آسیب اخلاقی (Moral Injury) در کادر درمان

دکتر فاطمه کاظمی خالدي، روانپزشک دستیار فلوشیپ روان‌درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

آسیب اخلاقی به رنجی اشاره دارد که در پی مواجهه با موقعیت‌هایی شکل می‌گیرد که در آن فرد ناچار به انجام، مشاهده یا تحمل امری می‌شود که آن را در تعارض جدی با ارزش‌ها و تعهدات اخلاقی خود می‌داند. در کادر درمان، این تجربه می‌تواند از محدودیت منابع، کمبود نیروی انسانی، فشار برای ترخیص، مداخلات اجباری، اولویت‌بندی بیماران و سیاست‌های سازمانی ناشی شود. در محیط‌های روانپزشکی، این تعارض به دلیل تنش همیشگی میان مراقبت، خودمختاری بیمار، کنترل و ایمنی پیچیدگی و اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. این سخنرانی با مرور ادبیات اخیر، آسیب اخلاقی را از فرسودگی شغلی و moral distress متمایز می‌کند و نشان می‌دهد که برخی از موقعیت‌های اخلاقی اساساً فاقد راه‌حلی هستند که همه ارزش‌های درگیر را حفظ کند. از این منظر، رنج اخلاقی همیشه نشانه اختلال یا ضعف تاب‌آوری نیست و گاه بازتاب تداوم حساسیت اخلاقی درمانگر است. در عین حال، تکرار تعارض میان آنچه درمانگر باید انجام دهد و آنچه سیستم امکان انجامش را فراهم می‌کند، می‌تواند به احساس گناه، شرم، بدبینی و آسیب به هویت حرفه‌ای منجر شود. در پایان، بر این نکته تأکید خواهد شد که پیشگیری و ترمیم آسیب اخلاقی، علاوه بر حمایت فردی، مستلزم به رسمیت شناختن مسئولیت سازمانی، ایجاد فضای گفت‌وگوی اخلاقی و حفظ امکان عاملیت حرفه‌ای درمانگر است.



سمپوزیوم خانواده در بحران

مراقبت از کودکان در بحران

دکتر مریم کوشا

فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

در روزگاری که ناپایداری‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی و انواع بحران‌ها بخش قابل توجهی از زندگی انسان‌ها را تحت تأثیر قرار داده‌اند، خانواده‌ها نیز به اشکال مختلف با پیامدهای این شرایط مواجه می‌شوند. بحران ممکن است در سطح فردی و خانوادگی، مانند ابتلای کودک یا یکی از اعضای خانواده به بیماری جدی، فقدان و سوگ، یا تغییرات ناگهانی در ساختار خانواده رخ دهد؛ یا در سطح گسترده‌تر، ناشی از حوادث و بحران‌های اجتماعی مانند بلایای طبیعی، مهاجرت اجباری و جنگ باشد.

در این میان، کودکان و نوجوانان به دلیل مرحله رشدی، وابستگی بیشتر به خانواده و محدودیت در توانایی شناخت، پردازش و بیان هیجانات، از گروه‌های آسیب‌پذیر در شرایط بحرانی محسوب می‌شوند. مواجهه با بحران‌ها و پیامدهای آن، از جمله احساس ناامنی، ترس از آسیب یا مرگ، جدایی از اعضای خانواده، اختلال در زندگی روزمره و مواجهه مکرر با اخبار و تصاویر تهدیدکننده، می‌تواند بر احساس امنیت، تنظیم هیجانی، خواب، رفتار، عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی آنان تأثیر بگذارد. نوع و شدت این پیامدها به سن و مرحله رشدی کودک، میزان و نوع مواجهه با بحران، واکنش والدین و مراقبان و میزان حمایت خانوادگی و اجتماعی بستگی دارد.

هدف از این ارایه بررسی اثرات بحران‌های اجتماعی ناشی از جنگ در کودکان و ارائه راهکارهای ساده برای کاهش اثرات منفی ناشی از آن می‌باشد.

رسانه‌های اجتماعی و سلامت روان

دکتر حسن فرهی، روانشناس بالینی

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

رسانه‌های اجتماعی به بخش جدایی ناپذیری از زندگی روزمره تبدیل شده‌اند و در کنار فرصت‌هایی مانند تسهیل ارتباطات، دسترسی به اطلاعات و ایجاد شبکه‌های حمایتی، می‌توانند با پیامدهای قابل توجهی برای سلامت روان همراه باشند. در این سخنرانی، ابعاد مختلف رابطه میان رسانه‌های اجتماعی و سلامت روان بررسی خواهد شد و به پیامدهایی مانند اضطراب، افسردگی، تنهایی و انزوای اجتماعی، استرس، ترس از دست دادن فرصت‌ها (FOMO)، مقایسه اجتماعی و نارضایتی از تصویر بدن پرداخته می‌شود. همچنین، نقش استفاده افراطی از رسانه‌های اجتماعی، رفتارهای شبه اعتیادی، مواجهه مداوم با محتوای هیجانی و ایده‌آل سازی شده و پدیده‌هایی مانند قلدری سایبری و دوم‌اسکرولینگ در این زمینه مورد بحث قرار خواهد گرفت. در این میان، کودکان و نوجوانان به دلیل ویژگی‌های رشدی و آسیب‌پذیری بیشتر در برابر مقایسه اجتماعی، محتوای نامناسب و تهدیدهای مرتبط با حریم خصوصی، اهمیت ویژه‌ای دارند. سخنرانی همچنین به نقش رسانه‌های اجتماعی در شکل‌گیری یا تشدید برخی مشکلات سلامت روان و چالش‌های نوظهور ناشی از تحول فناوری و هوش مصنوعی خواهد پرداخت. در نهایت، ضمن تأکید بر ضرورت پرهیز از نگاه ساده‌انگارانه به این روابط، پیامدهای این یافته‌ها برای پیشگیری، شناسایی زودهنگام و مداخلات سلامت روان و نیز جهت‌گیری‌های آینده پژوهش بررسی خواهد شد.



قطب‌بندی سیاسی-اجتماعی و سلامت روان؛ تجربه‌های اخیر از جامعه جهانی

دکتر محمد رسول خلخالی، متخصص روانپزشکی
عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

قطب‌بندی سیاسی-اجتماعی فرایندی است که طی آن فاصله روانی، عاطفی و ایدئولوژیک میان گروه‌های اجتماعی افزایش یافته و مرزبندی «ما» و «آنها» تشدید می‌شود. گسترش رسانه‌های اجتماعی، شکل‌گیری حباب‌های اطلاعاتی، ادراک افراطی از گروه مقابل و رفتار قطبی نخبگان از عوامل مؤثر در تقویت این پدیده‌اند. شواهد سال‌های اخیر نشان می‌دهد پیامدهای قطب‌بندی از حوزه سیاسی و جامعه‌شناختی فراتر رفته و با ابعاد مختلف سلامت روان ارتباط یافته است. مطالعات انجام‌شده در جوامع مختلف، ارتباط قطب‌بندی و تنش‌های سیاسی را با استرس، اضطراب، اختلال خواب، افسردگی، افکار خودکشی و اختلال در روابط بین‌فردی گزارش کرده‌اند. قطب‌بندی عاطفی، که با بی‌اعتمادی و نگرش منفی نسبت به اعضای گروه مقابل مشخص می‌شود، می‌تواند مستقل از شدت اختلافات ایدئولوژیک با پریشانی روان‌شناختی همراه باشد. همچنین، کاهش اعتماد اجتماعی و علمی و تضعیف برخی رفتارهای محافظتی سلامت از دیگر پیامدهای گزارش‌شده در جوامع قطبی است. جوانان و جمعیت‌های مواجه با نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی ممکن است در برابر این پیامدها آسیب‌پذیری بیشتری داشته باشند. در مقابل، انسجام اجتماعی و احساس تعلق می‌توانند نقش محافظتی در سلامت روان ایفا کنند، هرچند انسجام مبتنی بر فشار هنجاری و طرد گروه‌های دیگر ممکن است خود به منبع فشار روانی تبدیل شود. از این رو، کیفیت روابط اجتماعی و ظرفیت گفت‌وگو میان گروه‌ها، در کنار میزان انسجام درون‌گروهی، اهمیت ویژه‌ای دارد. این ارائه با مرور تجربه‌های اخیر جهانی، دلالت‌های این یافته‌ها را برای متخصصان سلامت روان در جامعه ایران و در بستر بحران‌ها و تنش‌های اجتماعی مورد بحث قرار می‌دهد.

زوجین در بحران

دکتر ربابه سلیمانی، روانپزشک
فلوشیپ روان جنسی و زوج درمانی
عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

بحران‌های اجتماعی مانند مشکلات اقتصادی، بیکاری، مهاجرت، بلایای طبیعی، جنگ و ناامنی می‌توانند تعادل روانی و رابطه زوج را تحت تأثیر قرار دهند. در شرایط بحران، افزایش اضطراب، تحریک‌پذیری، ناامیدی و کاهش تحمل می‌تواند موجب تشدید تعارض‌های زوج شود. فشارهای بیرونی معمولاً زمانی به بحران رابطه تبدیل می‌شوند که ارتباط مؤثر، حمایت متقابل و مهارت حل مسئله کاهش یابد. یکی از مهم‌ترین عوامل محافظت‌کننده، حفظ ارتباط عاطفی و ایجاد احساس "ما در برابر مشکل" است. زوج باید درباره نگرانی‌ها، نیازها و انتظارات خود به صورت شفاف، محترمانه و بدون سرزنش گفت‌وگو کنند. تقسیم واقع‌بینانه مسئولیت‌ها و تصمیم‌گیری مشترک می‌تواند احساس کنترل و همکاری را افزایش دهد. خواب کافی، حفظ فعالیت‌های روزمره، ارتباط با شبکه حمایت اجتماعی و پرهیز از مصرف مواد می‌تواند به کاهش آسیب‌های روانی کمک کند. تداوم تعارض شدید، خشونت، افکار خودکشی، قطع ارتباط، علائم افسردگی یا اضطراب شدید، سوءمصرف شدید مواد و اختلال جدی در عملکرد، نیازمند ارزیابی و مداخله تخصصی است. هدف مداخله در بحران، حذف فوری مشکلات نیست، بلکه کمک به زوج برای حفظ امنیت، ارتباط، همکاری و سازگاری تا عبور از شرایط بحرانی است. در برخورد با زوج در بحران باید به موارد زیر توجه نمود: ارزیابی ایمنی، تشخیص اختلال روانپزشکی، تنظیم هیجان، مداخله ارتباطی کوتاه و تصمیم برای ارجاع یا درمان تخصصی



سمپوزیوم اختلالات روان‌پزشکی، تروما و سردرد

سردرد ثانویه به اختلالات خواب: مورد انتظار یا به علت دارو؟

سردرد از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک است که بسیاری از افراد را در دنیا تحت تاثیر قرار می‌دهد. سردرد می‌تواند باعث مشکلات جدی و اختلال در فعالیت‌های روزانه شود. باور رایج این است که کیفیت پایین خواب می‌تواند باعث ایجاد یا بدتر شدن سردرد شود و مطالعاتی هم وجود دارند که این مورد را نشان می‌دهند. با افزایش مصرف داروهای خواب چه به صورت تجویز شده و چه به صورت مصرف خودسرانه، این سوال ایجاد می‌شود که آیا خود داروهای خواب می‌توانند باعث سردرد یا باعث تشدید سردرد شوند؟ در این جلسه با بررسی دقیق‌تر داروهای خواب شایع به این سوال جواب می‌دهیم.

Headache due to sleep disorders: expected or drug-induced?

Headache affects many individuals worldwide. It can cause distress in everyday activities and decrease daily functioning. The common belief is that poor sleep quality can cause or exacerbate headaches, and there are studies reinforcing this fact as well. With the rising usage of prescription and over-the-counter sleeping pills, there arises the question: can sleeping and sedative pills cause or worsen sleep quality over time? We go over this question by examining popularly used sleeping pills and their adverse effects.

سردرد و اختلال استرس پس از سانحه مسیرهای پاتوفیزیولوژیک مشترک و یک رابطه دوسویه

دکتر محمدرضا شگرف نخعی

دانشیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار بیمارستان واسعی سبزوار ایران

مقدمه: اختلالات، سردرد به ویژه، میگرن و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) اغلب به صورت همزمان بروز می‌کنند و با ناتوانی قابل توجهی همراه هستند شواهد فزاینده نشان می‌دهند که این ارتباط ممکن است صرفاً ناشی از همبودی نباشد بلکه حاصل مکانیسم‌های نوروبیولوژیک مشترک باشد هدف این مرور بررسی مسیرهای پاتوفیزیولوژیک مشترک میان سردرد و PTSD است. روش: مطالعات اپیدمیولوژیک طولی و نوروبیولوژیک اخیر در زمینه، میگرن، PTSD سردرد پس از تروما استرس مزمن و پردازش درد مرور شدند و تمرکز اصلی بر مکانیسم‌های مشترک قرار گرفت.

یافته‌ها: یک مرور نظام مند اخیر شامل ۱۱ مطالعه ارتباط پایدار میان PTSD و میگرن را نشان داده است به طوری که شیوع میگرن در افراد مبتلا به PTSD به طور قابل توجهی بیشتر گزارش شده است. شواهد طولی نیز از وجود یک رابطه دوسویه حمایت می‌کنند؛ به این معنا که میگرن ممکن است آسیب‌پذیری فرد را نسبت به PTSD افزایش دهد و از سوی دیگر PTSD نیز ممکن است خطر بروز متعاقب میگرن را افزایش دهد چندین مکانیسم همگرا می‌توانند این ارتباط را توضیح دهند.

اختلال در محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) ممکن است موجب پاسخ‌های ناهنجار به استرس و نوروپلاستیسته نامتناسب در هر دو اختلال شود اختلال عملکرد سیستم عصبی خودکار و بیش‌فعالی پایدار سمپاتیک که از ویژگی‌های PTSD است می‌تواند تعدیل درون‌زاد درد را مختل کرده و استعداد بروز سردرد را افزایش دهد. التهاب عصبی از طریق تعامل میان هورمون‌های استرس فعالیت سیستم خودکار و میانجی‌های پیش التهابی نیز ممکن است در تداوم درد و علائم روان‌پزشکی نقش داشته باشد. همچنین حساس‌شدگی مرکزی و اختلال در مهار نزولی درد



می‌توانند به عنوان مسیر مشترکی عمل کنند که از طریق آن استرس مکرر و سردرد عودکننده یکدیگر را تقویت می‌کنند. اختلال خواب بیش مراقبتی و بینظمی هیجانی نیز ممکن است این چرخه استرس - درد را تشدید کنند.

نتیجه‌گیری ارتباط میان سردرد و PTSD ممکن است بازتاب یک شبکه نورویولوژیک مشترک استرس -درد- باشد که شامل اختلال محور HPA، بیش‌فعالی سیستم عصبی خودکار التهاب عصبی و حساس‌شدگی مرکزی است شناسایی این بستر پاتوفیزیولوژیک مشترک می‌تواند به تشخیص بهتر PTSD در بیماران مبتلا به سردرد مزمن یا پس از تروما و نیز طراحی رویکردهای درمانی یکپارچه برای اختلالات مرتبط با تروما و درد کمک کند.

کلیدواژه‌ها: سردرد، میگرن، اختلال استرس پس از سانحه، حساس‌شدگی مرکزی، محور HPA، التهاب عصبی، اختلال عملکرد سیستم عصبی خودکار

Headache and Post-Traumatic Stress Disorder: Shared Pathophysiological Pathways and a Bidirectional Relationship

Mohammad Reza Shegarf Nakhaei, MD

Associate Professor of Psychiatry, Sabzevar University of Medical Sciences;
Vasei Hospital, Sabzevar, Iran

Background: Headache disorders, particularly migraine, and post-traumatic stress disorder (PTSD) frequently coexist and contribute substantially to disability. Emerging evidence suggests that their association may reflect shared neurobiological mechanisms rather than simple comorbidity. This review explores the common pathophysiological pathways linking headache and PTSD.

Methods: Recent epidemiological, longitudinal, and neurobiological studies examining migraine, PTSD, post-traumatic headache, chronic stress, and pain processing were reviewed, with particular emphasis on shared mechanisms.

Results: A recent systematic review of 11 studies demonstrated a consistent association between PTSD and migraine, with migraine prevalence substantially higher among individuals with PTSD. Longitudinal evidence further supports a bidirectional relationship, suggesting that migraine may increase vulnerability to PTSD, while PTSD may increase the subsequent risk of migraine.

Several convergent mechanisms may explain this relationship. **Hypothalamic–**

pituitary–adrenal (HPA) axis dysregulation may lead to abnormal stress responses and maladaptive neuroplasticity in both conditions. **Autonomic dysfunction and persistent sympathetic hyperarousal**, characteristic of PTSD, may alter endogenous pain modulation and increase susceptibility to headache. **Neuroinflammation**, involving interactions between stress hormones, autonomic activity, and pro-inflammatory mediators, may further contribute to persistent pain and psychiatric symptoms. Finally, **central sensitization and impaired descending pain inhibition** may provide a common pathway through which repeated stress and recurrent headache reinforce one another. Sleep disturbance, hypervigilance, and emotional dysregulation may further amplify this stress–pain cycle.

Conclusion: The relationship between headache and PTSD may reflect a shared **stress–pain neurobiological network** involving HPA-axis dysfunction, autonomic hyperarousal, neuroinflammation, and central sensitization. Recognition of this common substrate may improve identification of PTSD in patients with chronic or post-traumatic headache and support integrated therapeutic strategies addressing both trauma-related psychopathology and pain.



Keywords: Headache; Migraine; PTSD; Central sensitization; HPA axis; Neuroinflammation; Autonomic dysfunction.

Fibromyalgia Syndrome

Dr Zahra Rezasoltani
Full Professor of Physical Medicine and Rehabilitation
AJA University of Medical Sciences

Fibromyalgia is a condition affecting the central nervous system that causes widespread pain as well as other symptoms such as sleep disruptions, fatigue, and difficulty concentrating that adversely affect the patient's quality of life.

Increased connectivity between different brain areas is a known phenomenon in FMS. Currently, there are no specific diagnostic tests for fibromyalgia, but a review of the patient's medical history, physical examination, X-rays, and blood work can help rule out other causes of widespread pain.

Treatment of fibromyalgia needs a multidisciplinary approach. Both pharmacologic and nonpharmacologic approaches to treatment are recommended depending on the patient's signs and symptoms.

Treatment with complementary modalities, including cognitive behavioral therapy (CBT), aerobic and strengthening physical training, and even meditative movement therapies.

Options include antidepressant use, sleep management, exercise, fibromyalgia support group participation, acupuncture, and stress-reduction activities. Only three drugs, pregabalin (a gabapentinoid that acts by blocking calcium channels), duloxetine, and milnacipran (both are serotonin-noradrenaline reuptake inhibitors), have been approved for use in the treatment of FMS by the FDA.

There is no cure for fibromyalgia at present, but treatments are available that can reduce symptoms.



سمپوزیوم بازتاب سایکوسوماتیک استرس‌های اجتماعی در بالین

از استرس اجتماعی تا بدن

دکتر عادلہ عیسی‌نظر، روانپزشک

و فلوشیپ سایکوسوماتیک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

سوماتیزاسیون یکی از شایع‌ترین پیامدهای روان‌تنی بحران‌های اجتماعی مانند جنگ، آوارگی و ناامنی است و معمولاً با دردهای منتشر، سردرد، خستگی، اختلالات خواب و علائم گوارشی تظاهر می‌یابد. این علائم اغلب بیان جسمانی رنج روانی در شرایط استرس مزمن هستند. شدت مواجهه با تروما، از جمله از دست دادن عزیزان، مشاهده خشونت و جابه‌جایی اجباری، با افزایش شدت علائم جسمانی ارتباط مستقیم دارد. شواهد نشان می‌دهد که علائم اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، به‌ویژه برانگیختگی و اجتناب، نقش مهمی در تبدیل تجربه تروما به شکایات جسمی دارند. زنان، افراد مبتلا به PTSD یا افسردگی، و کسانی که از حمایت اجتماعی و اقتصادی کمتری برخوردارند، بیش از سایر گروه‌ها در معرض سوماتیزاسیون قرار می‌گیرند. همچنین استرس‌های پس از بحران مانند فقر، بیکاری، ناامنی مسکن و انزوای اجتماعی می‌توانند تداوم یا تشدید علائم را توضیح دهند. در مجموع، سوماتیزاسیون حاصل تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است و ارزیابی و درمان آن باید با رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی انجام شود.

چهره‌های بالینی اختلالات سایکوسوماتیک در بحران‌های اجتماعی

دکتر الهام شرفی، روانپزشک

و فلوشیپ سایکوسوماتیک دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

اختلالات سایکوسوماتیک در بستر بحران‌های اجتماعی از جمله جنگ، صرفاً مجموعه‌ای از علائم جسمی بدون توضیح پزشکی نیستند؛ بلکه بازتاب «حافظه دردمند» بدن از ترومای حل‌نشده‌ای هستند که کلام قادر به بیان آن نبوده است. شواهد بالینی نشان می‌دهد، "ادراک ذهنی از تروما" به‌طور مستقل با جسمی‌سازی و ناتوانی جسمی و روانی مرتبط است، حتی پس از کنترل علائم PTSD. الگوهای بالینی شایع شامل دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی، خستگی مفرط، تپش قلب و درد قفسه سینه غیرقلبی، و اختلالات گوارشی کارکردی است که اغلب با اضطراب و افسردگی همبودی دارند. در بستر بحران‌های اجتماعی، این علائم نه‌تنها در افرادی که مستقیماً درگیر بوده‌اند، بلکه خانواده آنها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند در قالب «زبان بدن» بصورت علایم روان‌تنی مختلفی بروز کند. مطالعات نشان داده است که درگیری در بحران‌های شدید مثل جنگ، خطر تشخیص سوماتیزیشن و اختلالات با علایم جسمانی را تا سه برابر افزایش می‌دهد. مداخلات مؤثر می‌تواند شامل رویکرد چندرشته‌ای، آموزش بیمار درباره ارتباط ذهن-بدن، درمان شناختی-رفتاری و مدیریت استرس باشد.



چه کسانی در بحران‌ها بیشتر بدن‌مند می‌شوند؟

دکتر فیروزه فرشچیان، روان‌پزشک
و فلوشیپ سایکوسوماتیک، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

سوماتیزاسیون یکی از شایع‌ترین پیامدهای روان‌تنی بحران‌های اجتماعی مانند جنگ، آوارگی و ناامنی است و معمولاً با دردهای منتشر، سردرد، خستگی، اختلالات خواب و علائم گوارشی تظاهر می‌یابد. این علائم اغلب بیان جسمانی رنج روانی در شرایط استرس مزمن هستند. شدت مواجهه با تروما، از جمله از دست دادن عزیزان، مشاهده خشونت و جابه‌جایی اجباری، با افزایش شدت علائم جسمانی ارتباط مستقیم دارد. شواهد نشان می‌دهد که علائم اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، به‌ویژه برانگیختگی و اجتناب، نقش مهمی در تبدیل تجربه تروما به شکایات جسمی دارند. زنان، افراد مبتلا به PTSD یا افسردگی، و کسانی که از حمایت اجتماعی و اقتصادی کمتری برخوردارند، بیش از سایر گروه‌ها در معرض سوماتیزاسیون قرار می‌گیرند. همچنین استرس‌های پس از بحران مانند فقر، بیکاری، ناامنی مسکن و انزوای اجتماعی می‌توانند تداوم یا تشدید علائم را توضیح دهند. در مجموع، سوماتیزاسیون حاصل تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است و ارزیابی و درمان آن باید با رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی انجام شود.

مدیریت بالینی اختلالات سایکوسوماتیک در بحران‌های اجتماعی

دکتر نفیسه صفوی
روان‌پزشک و فلوشیپ سایکوسوماتیک

بحران‌های اجتماعی و فجایع جمعی می‌توانند از طریق استرس شدید و اختلال در سازوکارهای تنظیم هیجانی و فیزیولوژیک، موجب بروز یا تشدید علائم سایکوسوماتیک و اختلالات روان‌پزشکی شوند. مدیریت بالینی این بیماران نیازمند رویکردی مرحله‌ای و مبتنی بر مداخلات زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است. در مرحله حاد، تأمین ایمنی، ارزیابی وضعیت جسمی و شناسایی شرایط اورژانسی، برقراری ارتباط حمایتی و استفاده از کمک‌های اولیه روان‌شناختی اهمیت دارد. هدف اولیه، کاهش برانگیختگی، حفظ عملکرد و پیشگیری از مزمن شدن علائم است و مصرف روتین بنزودیازپین‌ها با هدف پیشگیری از PTSD توصیه نمی‌شود. پس از عبور از بحران، مداخلاتی مانند درمان شناختی-رفتاری، بازسازی شناختی و مواجهه تدریجی می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند. در اختلالات پایدار، درمان‌های اختصاصی PTSD و اختلالات سایکوسوماتیک، همراه با ایجاد رابطه درمانی مستمر، اعتباربخشی به علائم، کاهش بررسی‌های غیرضروری و تقویت راهبردهای سازگاران، محور اصلی مدیریت درمان را تشکیل می‌دهند.



سمپوزیوم رحم اجاره‌ای، فناوری تولید مثل یا بازنویسی معنای مادری؟

عنوان: ارزیابی روان‌شناختی خانم کاندید رحم اجاره‌ای

دکتر مهشید ناصری

استادیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، مازندران، ایران

رحم اجاره‌ای یا حاملگی جایگزین یکی از روش‌های پیچیده در درمان ناباروری است که علاوه بر ملاحظات پزشکی و حقوقی، با مسائل مهم روان‌شناختی و بین‌فردی همراه است. ارزیابی روان‌شناختی کاندیدای حاملگی جایگزین، بخشی اساسی از فرایند انتخاب و آماده‌سازی وی محسوب می‌شود و با هدف بررسی آمادگی روانی، توانایی تصمیم‌گیری آگاهانه، منابع حمایتی، ثبات فردی و خانوادگی و چگونگی مواجهه با پیامدهای احتمالی این فرایند انجام می‌شود. در این سخنرانی، رویکردهای موجود برای ارزیابی روان‌شناختی کاندیدای رحم اجاره‌ای بر اساس توصیه‌های انجمن پزشکی باروری آمریکا (ASRM) بررسی خواهد شد. ابتدا جایگاه و اهداف ارزیابی روان‌شناختی در کنار ارزیابی‌های پزشکی و مشاوره حقوقی مطرح می‌شود و سپس اجزای اصلی ارزیابی شامل مصاحبه بالینی، بررسی سابقه روان‌پزشکی و روان‌شناختی، ارزیابی شخصیت با استفاده از ابزارهای استاندارد و معتبر، وضعیت روابط بین‌فردی و شبکه حمایت اجتماعی، سابقه سوءمصرف مواد، تجربه‌های آسیب‌زای جسمی یا جنسی، سابقه رویدادهای نامطلوب باروری و وضعیت شغلی و خانوادگی مورد بحث قرار خواهد گرفت.

بخش مهمی از این ارزیابی به بررسی انگیزه فرد برای پذیرش نقش حامل بارداری، میزان داوطلبانه بودن تصمیم و احتمال وجود اجبار مالی، شخصی یا خانوادگی اختصاص دارد. همچنین نگرش فرد نسبت به بارداری، توانایی ایجاد مرز عاطفی میان خود و جنین و کودک، انتظارات وی از رابطه با والدین موردنظر و نحوه استفاده از جبران مالی بررسی می‌شود. توانایی فرد در مدیریت تعارض، انعطاف‌پذیری، قضاوت، بلوغ روان‌شناختی و همدلی نیز از موضوعات مهم در ارزیابی محسوب می‌شوند.

در ادامه، پیامدهای روان‌شناختی احتمالی بارداری جایگزین و موضوعاتی مانند دلبستگی به جنین، تجربه جدایی پس از تولد، احتمال سوگ یا احساسات متناقض، تأثیر بارداری بر روابط خانوادگی و اجتماعی و چگونگی مدیریت رابطه با والدین موردنظر مورد بررسی قرار خواهد گرفت. همچنین آمادگی کاندیدا برای مواجهه با موقعیت‌های پیچیده پزشکی، از جمله فقدان بارداری، تشخیص‌های دوران بارداری، کاهش چندقابلی و تصمیم‌گیری درباره ختم بارداری، مورد توجه قرار می‌گیرد.

در نهایت، معیارهایی که می‌توانند نشان‌دهنده نامناسب بودن فرد برای پذیرش نقش حامل بارداری باشند، از جمله اختلال روان‌پزشکی درمان‌نشده، مصرف مشکل‌ساز مواد، بی‌ثباتی قابل توجه در روابط یا محیط زندگی، فقدان حمایت کافی، وجود اجبار یا فشار مالی و عاطفی، ناتوانی در جدایی عاطفی از کودک و وجود مسائل حل‌نشده مرتبط با تجربه‌های باروری، مرور خواهند شد. هدف این سخنرانی، ارائه یک چارچوب جامع برای ارزیابی روان‌شناختی کاندیدای رحم اجاره‌ای و تأکید بر نقش متخصص سلامت روان در ارتقای ایمنی، تصمیم‌گیری آگاهانه و آمادگی روانی فرد پیش از ورود به فرایند حاملگی جایگزین است.



مرزهای بدن و بازتعریف مادری در رحم اجاره‌ای فروزان الیاسی

مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشکده پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

از دیدگاه روان‌کاوانه، بارداری تنها یک فرایند بیولوژیک نیست، بلکه به‌عنوان تجربه‌ای بدنی، عاطفی و سمبولیک است که در آن، زن قادر است با بدن خود، جنین و به‌مرور زمان با موقعیت مادری، ارتباط برقرار کند. در واقع، بارداری نوعی بحران رشدی است که طی آن مواردی مانند روابط ابژه، هویت زنانه، بازنمایی بدن و ظرفیت مادری مجدداً سازمان‌دهی خواهند شد. جنین در ابتدا در قلمرو بدن مادر تجربه می‌شود و سپس به مرور زمان به‌عنوان موجودی متمایز در دنیای ذهنی او شکل می‌گیرد. مواردی در شکل‌گیری جنین به‌عنوان موجودی متمایز نقش دارند که از آن موارد می‌توان به حرکات جنین، تغییرات رخ داده در بدن، احساس وجود داشتن موجودی در بدن و شکل‌گیری تصویری از کودک در ذهن زن، اشاره داشت. از این دید، بارداری فرایندی است که طی آن مرز میان خود و ابژه به‌طور پیوسته شکل می‌گیرد، امتحان می‌شود و بازسازی می‌گردد. اما آنچه حائز اهمیت است، محدود نبودن بارداری به تجربه مستقیم بدن است. این به آن معناست که بارداری به تجاربی مانند خیال‌پردازی درخصوص کودک، دیدن تصاویر جنین و شنیدن ضربان قلب آن، انتظار برای تولد کودک و مشارکت عاطفی نیز مرتبط است. این تجارب، باعث بازنمایی ذهنی جنین و ایجاد ارتباط با او خواهند شد. از این‌رو، نبود تجربه‌ای بدنی را نمی‌توان به معنای نبود کارکرد روانی مرتبط با آن دانست، زیرا بعضی از این کارکردها از شیوه‌هایی نمادین، خیالی، رابطه‌ای و همانندسازی، به‌وجود می‌آیند. درک رحم اجاره‌ای، از نظر روان‌کاوانه، به این تفاوت موجود بین تجربه زیستی و کارکرد روانی بستگی دارد. رحم اجاره‌ای موقعیتی است که پیشرفت دانش تولیدمثل، پیش روی زوجها قرار داده است و موجب شده تا برخی از مفاهیم قبلی روان‌کاوی درخصوص بدن، بارداری و حس مادری با مسائلی نوین روبه‌رو شوند. در بارداری معمول، ماده ژنتیکی، بدن باردار، تجربه حرکات جنین، انتظار برای تولد و شکل‌گیری بازنمایی کودک عمدتاً در یک بدن گرد هم قرار دارند. در رحم اجاره‌ای، این موارد از همدیگر تفکیک می‌شوند. بدن حامل، والد ژنتیکی و جنین در جایگاه‌های متفاوت قرار می‌گیرند و تجربه‌ای که در بارداری معمول در یک بدن متمرکز است، میان چند بدن و چند ذهن توزیع می‌شود. از دیدگاه سایکوسوماتیک، این جابه‌جایی صرفاً تغییر در سازمان زیستی تولیدمثل نیست؛ بلکه می‌تواند در معنای روانی بدن نیز مداخله کند. باید توجه داشت که بدن فرد باردار فقط محلی برای رشد جنین نبوده، بلکه بخشی از فرایند شکل‌گیری ارتباط با جنین و سازمان‌یابی نقش مادری هم است. وقتی بارداری در رحم اجاره‌ای اتفاق می‌افتد، مادر ژنتیکی نمی‌تواند مواردی مانند تغییرات بدن، حرکات جنین و حضور او را تجربه کند. همین امر موجب می‌شود بعضی از کارکردهای روانی دوره بارداری، از طریق خیال‌پردازی، همانندسازی، دیدن نتایج سونوگرافی، انتظار برای تولد و ارتباط داشتن با مادر جانشین سازمان پیدا کنند. آنچه در اینجا حائز اهمیت است، نه فقط عدم تجربه بارداری، بلکه شیوه بازسازی و توزیع مجدد کارکردهای روانی بارداری است. در این حالت، مرزهای میان مادر و ابژه پیچیده خواهد شد. مادر ژنتیکی ممکن است با مادر جانشین همانندسازی کند یا تجربه‌های بدنی او را در خیال خود بپروراند. مادر جانشین نیز ممکن است کودک را هم‌زمان به‌عنوان موجودی درون بدن خود و کودکی متعلق به دیگری تجربه کند. این‌ها موجب می‌شوند که کودک میان شبکه‌ای از ارتباط خود ابژه قرار گیرد که در آن احساساتی مانند تعلق، مالکیت، جدایی، همانندسازی و فقدان، همگی به‌طور هم‌زمان حضور دارند. رحم اجاره‌ای را نمی‌توان تنها جایگزینی برای رحم از نظر مکانیکی دانست، بلکه در واقع رحم اجاره‌ای نوعی بازآرایی روابط بین بدن، ابژه و مادری است. وینیکات معتقد است که مادری را نمی‌توان صرفاً پیامد بارداری دانست. ظرفیت فراهم کردن یک محیط نگهدارنده، حفظ تداوم، پاسخ‌گویی و فراهم آوردن امنیت روانی برای کودک، همگی از عناصر اساسی تجربه مادرانگی هستند. لذا، نمی‌توان گفت که اگر تجربه بارداری در فردی رخ ندهد، فرد فاقد ظرفیت مادری است. باین‌حال، اگر از دیدگاه بیون به این مسئله نگاه شود، می‌توان پرسید که چگونه ذهن مادر ژنتیکی، مادر جانشین و اعضای دیگر خانواده می‌توانند دریافت‌کننده تجارب خام و اضطراب‌های به وجود آمده از رحم اجاره‌ای باشند و این تجارب چگونه قابل فکر خواهند شد. در صورت ناکافی بودن این ظرفیت، ممکن است تجربه در قالب فانتزی‌های مربوط به مالکیت، رقابت، گناه، محرومیت یا اضطراب جدایی ظاهر شود. با این حال، نباید پیامدهای روانی رحم اجاره‌ای را تنها از نوع روش تولیدمثل نتیجه‌گیری کرد. معنا و پیامد این تجربه به تارخچه فردی، سازمان روابط ابژه، نوع دلبستگی و کیفیت آن، فانتزی‌های ناخودآگاه، ارتباط بین والدین ژنتیکی و مادر جانشین و زمینه فرهنگی بستگی دارد. روان‌کاوی در این مورد نه به دنبال یافتن مادر واقعی است و نه می‌تواند یک نتیجه روانی واحد را پیش‌بینی کند. بلکه سؤالی که از منظر روان‌کاوانه مطرح می‌شود، به چگونگی سازمان‌یابی فانتزی‌ها، همانندسازی، احساس مالکیت، اضطراب جدایی، گناه، دلبستگی و سوگواری میان مادر حامل و والدین ژنتیکی اشاره دارد. بنابراین، می‌توان رحم اجاره‌ای را فرصتی برای تفکر مجدد درخصوص مفهوم مادری دانست. مادری تنها پدیده‌ای زیستی



نیست، بلکه رابطه‌ای نمادین است که بدن، فانتزی و ایجاد ارتباط با فردی دیگر را به هم پیوند می‌دهد. شاید فناوری و علم بتواند فرایندهای لقاح، بارداری و تولد را در چند بدن تفکیک کند، اما هرگز قادر نیست معنای روانی این فرایندها را نیز از هم جدا کند. لذا، مقوله روان‌کاوی در تولیدمثل می‌تواند بسیار سازنده باشد. هرچند این مقوله به دنبال یافتن «مادر واقعی» نیست، بلکه سعی در این دارد نشان دهد که چگونه چند بدن و جایگاه‌های رابطه‌ای مختلف قادر هستند به روایتی مستقل از حس تعلق، جدایی و عشق در دنیای روانی کودک و والدینش تبدیل شوند. مادری تنها پدیده‌ای زیستی نیست، بلکه فرایندی تحولی، رابطه‌ای و نمادین است که در آن بدن، فانتزی و ایجاد ارتباط با فردی دیگر به یکدیگر پیوند می‌خورند. شاید فناوری جدید و دانش بتواند فرایندهای لقاح، بارداری و تولد را در چند بدن تفکیک کند، اما هرگز توان آن را ندارد معنای روانی این فرایندها را هم از هم جدا کند. لذا، مبحث روان‌کاوی در تولیدمثل می‌تواند بسیار آموزنده باشد. هرچند این مقوله به دنبال یافتن مادر واقعی نیست، بلکه سعی در این دارد نشان دهد که چگونه چند بدن و چند جایگاه رابطه‌ای می‌توانند در جهان روانی کودک و والدینش به روایتی منسجم از تعلق، جدایی و عشق تبدیل شوند.

کلمات کلیدی: تولیدمثل، جنین، رحم اجاره‌ای، روانکاوانه، مادرانگی

ارزیابی سیستم خانواده در رحم اجاره‌ای: همسر و فرزندان فرد جایگزین، حلقه‌های مفقوده سلامت روان

دکتر سیده نسیم ساداتی

استادیار روان‌پزشکی و فلوشیپ طب روان-جنسی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، مازندران، ایران

در دهه اخیر، افزایش استفاده از فناوری‌های کمکی باروری (ART) و به‌ویژه روش رحم اجاره (Surrogacy)، شواهد علمی نوینی را درباره پیامدهای روانی-اجتماعی آن بر سیستم خانواده مطرح کرده است. برخلاف کلیشه‌های منفی رسانه‌ای و فرضیات آسیب‌شناختی اولیه، یافته‌های پژوهش‌های طولی ۱۰ تا ۱۵ ساله (از جمله مطالعه Golombok et al., 2013 و Jadva et al., 2015 نشان می‌دهند که اکثر زنان جایگزین از سلامت روان مناسب، عزت نفس خوب و روابط زناشویی پایدار برخوردارند و هیچ‌گونه پشیمانی یا سوگ پایدار ناشی از واگذاری نوزاد را تجربه نمی‌کنند. کلید اصلی این ثبات روانی، ایجاد «مرزبندی‌های شناختی و روانی» از ابتدای بارداری و شکل‌گیری نگرش مبتنی بر کمک نوع‌دوستانه است.

با این حال، موفقیت روانی-اجتماعی این فرایند کاملاً وابسته به ارزیابی‌های جامع و غربالگری‌های چندبعدی پیش از درمان در «سیستم خانواده فرد جایگزین» شامل خود فرد، همسر و فرزندان او است:

۱. **ارزیابی فرد جایگزین:** شامل غربالگری اختلالات خلقی و شخصیت، سنجش انگیزه‌های نوع‌دوستانه در برابر اجبار مالی، توانایی جداسازی عاطفی و بررسی سوابق بارداری‌های موفق قبلی است.

۲. **ارزیابی همسر فرد جایگزین:** از آنجا که همسر منبع اصلی حمایت روانی و عملی است، ارزیابی رضایت واقعی (عدم وجود اکراه پنهان)، سنجش کارکرد و ثبات زناشویی، سلامت روان، غربالگری مصرف مواد، و آزمایش‌های کامل بیماری‌های عفونی جهت پیشگیری از انتقال به جنین الزامی است.

۳. **ارزیابی و آموزش فرزندان فرد جایگزین:** برای پیشگیری از ابهام در مرزبندی‌های خانوادگی و اضطراب جدایی، فرزندان بر اساس سطح رشد شناختی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. آموزش به والدین بر اصل عدم پنهان‌کاری، ارائه توضیحات صادقانه و متناسب با سن (از استعاره «مامان شکمی» در کودکان خردسال تا توضیحات علمی در نوجوانان) و پرهیز از درگیری عاطفی کودک با جنین تأکید دارد.

در نهایت، شواهد طولی نشان می‌دهند که فقدان پیوند ژنتیکی یا بارداری لزوماً به اختلال در سازگاری روانی کودک یا خانواده منجر نمی‌شود؛ بلکه کیفیت روابط عاطفی، شفافیت متناسب با سن و مرزبندی‌های روشن روانی و حقوقی، ضامن سلامت روان تمامی ذی‌نفعان در این فرایند است.

واژگان کلیدی: رحم اجاره‌ای، حامل بارداری، سلامت روان، ارزیابی روان‌شناختی، سیستم خانواده، سازگاری روانی



اثرات روانشناختی رحم اجاره‌ای بر زوج نابارور

دکتر بهاره حکیمی

استادیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، مازندران، ایران

باروری در جوامع مختلف منبع مهمی از کسب موقعیت اجتماعی برای زنان و مردان است. و به عنوان یک شاخص اجتماعی و فرهنگی در بسیاری از جوامع عملی فراتر از یک مسئله زیستی، به عنوان نمادی از توانمندی و صلاحیت اجتماعی عمل می‌کند، بنابراین ناباروری سبب می‌شود خانواده یکی از مهم ترین کارکردهای خود را از دست داده و سبب بروز نارضایتی در آن سیستم شود.

بر اساس امار سازمان جهانی بهداشت ناباروری به معنای عدم توانایی باروری طبیعی بعد از یک سال مقاربت مداوم و بدون پیشگیری است. طبق گزارشات سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۳ از هر ۶ زوج ۱ زوج با ناباروری مواجه است. بر اساس آخرین امار های موجود این رقم در ایران طیفی بین ۷.۵ تا ۲۰ درصد است.

یکی از موضوعات مورد مناقشه در این زمینه استفاده از خدمات و درمان های کمک باروری است. یکی از این روش ها استفاده از رحم جایگزین یا مادری جایگزین است که در اصطلاح عامه به آن (رحم اجاره‌ای) می‌گویند. مادری جایگزین یا رحم جایگزین به فرایندی اطلاق می‌شود که طی آن یک زن بارور جنینی را برای یک زوج نابارور که قصد داشتن فرزند دارند را حمل کرده و متعهد می‌شود پس از تولد آن را به زوج نابارور تحویل دهد. جایگزینی دو نوع کامل و ژنتیکی است.

نظرات و نگرش‌های گوناگونی به موضوع رحم جایگزین و باروری از طریق آن در زوجین نابارور، مادر جایگزین و جامعه در جهان و ایران وجود دارد. مطالعات فراوانی ابعاد حقوقی، فرهنگی و اجتماعی آن را بررسی کرده‌اند. همچنین تأثیرات روان‌شناختی و پزشکی این روش بر روی مادر جایگزین به کرات بررسی شده اما اثرات این روش بر زوجین نابارور مغفول مانده است.

بر اساس نتایج پژوهش‌های پیشین عواملی مانند: تجربه ناباروری، قومیت، شغل، احساس تعلق طبقاتی، مدت ازدواج، تعداد فرزند، تحصیلات، درآمد، سرمایه فرهنگی و ... در نگرش زوجین به مسئله رحم جایگزین نقش دارد.

در مطالعات موجود اکثراً در خصوص تأثیرات این روش بر زنان نابارور صحبت شده و همچنان اثرات آن بر روی مردان مغفول است از جمله این تأثیرات به: فقدان حس مادری و احساس مادری مغشوش و ناقص، سلب نشدن استیگمای نازایی از زوجین و خصوصاً زنان نابارور حتی پس از تولد نوزاد، اختفای این امر از خانواده و دوستان و جامعه به درجات مختلف، احساس اضطراب ناشی از سو استفاده روانی و مالی از سوی مادر جایگزین، تجربه و حس کالایی شدن باروری، فشارهای اقتصادی بالای این امر، تجربه پروسه‌چرها و عمل‌های متعدد در روند باروری، ترس از بروز مشکلات جسمانی و روانی در فرزند و عدم پذیرش مادر را ذکر می‌کنند.

البته تمامی این تجربیات منفی نبوده و برخی از زوجین به احساس مثبت از داشتن یک فرزند بعد از سال ها تجربه ناباروری، رضایت کافی در هر دو طرف خصوصاً در نوعی که هیچ ارتباطی پس از تولد وجود نداشته، رضایت از تجربه والدگری و افزایش روز افزون مقبولیت این روش در جامعه را نیز عنوان کرده‌اند.

بنابراین با توجه به اهمیت این پدیده و شیوع روز افزون آن در جهان و ایران با توجه به افزایش شیوع ناباروری نیاز به پژوهش‌های گسترده‌تر خصوصاً در حجم نمونه بالاتر، مدت زمان طولانی تر ناباروری و داشتن فرزند حاصل از این روش، خانواده‌هایی با سطوح متفاوت اقتصادی، جوامع مختلف با فرهنگ متفاوت و خصوصاً تجربه هر دو والد از این امر را توضیح می‌دهد.



سمپوزیوم وقتی شبکه‌ها خاموش می‌شوند، ذهن چه می‌کند؟ گسست ارتباطی و مواجهه با ذهن تنها در عصر اتصال دائمی

در عصر اتصال دائمی، ارتباطات دیجیتال به بخشی از تجربه روزمره انسان، تنظیم هیجان، تعاملات اجتماعی و احساس حضور تبدیل شده‌اند. در چنین بستری، اختلال یا گسست اجباری ارتباطات دیجیتال صرفاً یک محدودیت فناورانه نیست، بلکه تجربه‌ای چندبعدی با پیامدهای نوروبیولوژیک، شناختی، روانشناختی و اجتماعی محسوب می‌شود. اگرچه ابعاد مختلف این پدیده در حوزه‌های گوناگون مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، هنوز چارچوبی یکپارچه برای فهم واکنش ذهن انسان در مواجهه با گسست ارتباطی وجود ندارد. این سمپوزیوم با رویکردی میان‌رشته‌ای تلاش می‌کند این پدیده را از سطح مدارهای مغزی تا تجربه زیسته، فرایندهای شناختی، سازوکارهای روانپوشی و پیامدهای اجتماعی مورد بررسی قرار دهد.

اهداف آموزشی

در پایان این سمپوزیوم، شرکت‌کنندگان قادر خواهند بود:

- سازوکارهای نوروبیولوژیک مرتبط با اتصال مداوم و گسست ارتباطی را تبیین کنند.
- جربه زیسته فرد در مواجهه با قطع ارتباط و نقش درون‌حسی، خود و آگاهی از خویشتن را تحلیل کنند.
- واکنش‌های شناختی و هیجانی به گسست ارتباطی و شیوه‌های تنظیم هیجان را بررسی کنند.
- واکنش‌های روانپوشی ذهن به فقدان ارتباط، تنهایی و اضطراب‌های اولیه را تبیین کنند.
- پیامدهای اجتماعی گسست ارتباطی را در چارچوب سلامت روان و جامعه شبکه‌ای تحلیل کنند.
- با نگاهی بایو-سایکو-سوشال، فهمی یکپارچه از پیامدهای روانی گسست ارتباطی در عصر دیجیتال به دست آورند.

مغز متصل، مغز محروم: نوروبیولوژی گسست ارتباطی در عصر دیجیتال

دکتر گیتا صدیقی، روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

محورهای اصلی

سیستم پاداش و نقش دوپامین در اتصال مداوم
شبکه پیش‌فرض مغز (Default Mode Network) نوروساینس تنهایی
استرس ناشی از گسست ارتباطی
FOMO و سازوکارهای مغزی آن

خود مضطرب در گسست اجباری ارتباط دیجیتال: اختلال در شبکه پی شغرض مغز و بدتنظیمی درون حسی

دکتر نرگس رادمان، روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

محورهای اصلی

تجربه زیسته گسست ارتباطی
خود، درون‌حسی (Interoception) و خودآگاهی
نقش شبکه پی شغرض مغز در تجربه خویشتن
بدتنظیمی درون حسی در شرایط قطع ارتباط
پیوند میان یافته‌های نوروبیولوژیک و تجربه ذهنی فرد

وقتی آنلاین نیستیم: واکنش‌های شناختی و هیجانی به قطع ارتباط دیجیتال

سخنران: دکتر ندا علیبیگی، روانشناس، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

محورهای اصلی

افکار خودکار در مواجهه با قطع ارتباط



ترس از جا ماندن (FOMO) و باورهای مرتبط با دسترس‌پذیری دائمی
تحمل پریشانی و عدم قطعیت
راهبردهای شناختی-رفتاری تنظیم هیجان
سازگاری شناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی در شرایط گسست ارتباطی

ذهن در مواجهه با گسست ارتباطی: خوانشی روان‌پویشی از فقدان، تنهایی و تنظیم هیجان

سخنران: دکتر فاطمه محمدپور، روان‌پزشک، فارغ‌التحصیل دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

محورهای اصلی

وقتی ارتباط قطع می‌شود، ذهن چه چیزی را از دست می‌دهد؟
گسست ارتباطی و فعال شدن اضطراب‌های اولیه
اتصال مداوم به عنوان تنظیم‌کننده هیجان و کارکردهای دفاعی آن
مواجهه با سکوت، خلأ و ظرفیت تنها بودن
بازسازی خود و تنظیم هیجان در مواجهه با فقدان ارتباط

از جامعه‌ی شبکه‌ای تا گسست اجباری: پیامدهای اجتماعی و سلامت روان در شرایط گسست دیجیتال

سخنران: دکتر روناک میهن، روان‌پزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

محورهای اصلی

جامعه شبکه‌ای و دگرگونی الگوهای ارتباط
سرمایه اجتماعی، احساس تعلق و هویت اجتماعی
انزوای اجتماعی و سلامت روان
تاب‌آوری اجتماعی در مواجهه با گسست ارتباطی
بازاندیشی مفهوم حضور، ارتباط و همبستگی در عصر دیجیتال



سمپوزیوم روان در محاصره ابهام: چالش‌های نقش روان‌پزشکی در شرایط بی‌ثباتی مزمن

ناپایداری اجتماعی و سلامت روان: چرا به بازنگری در تشخیص‌ها و مداخلات نیاز داریم؟

دکتر کاوه علوی

روانپزشک و هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه: در سال‌های اخیر، جامعه ایران با تلاقی بی‌سابقه‌ای از بحران‌های مزمن، مانند همه‌گیری کووید-۱۹، جنگ‌های منطقه‌ای، بی‌ثباتی اقتصادی و خشونت‌های اجتماعی مواجه بوده است. پرسش بالینی اساسی این است: آیا تشخیص‌های مرسوم روانپزشکی، نظیر اختلال افسردگی اساسی، اختلال سوگ مزمن و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) که مبتنی بر رویدادهای منفرد و خاص هستند، برای تبیین پریشانی روانی ناشی از این استرس‌های مزمن و چندوجهی کارایی دارند؟

آثار تروماهای متعدد با تجمع خاموش استدلال بالینی: آنچه امروز با آن مواجهیم، یک تروما یا سندرم مجزا نیست؛ بلکه شدت‌های مختلف است که ممکن است به تنهایی برای یک تشخیص رسمی، مانند PTSD، کافی نباشند، اما کنار هم، ذخایر می‌انجامند. این فرایند به روان‌درماندگی آموخته شده روانی-اجتماعی فرد را کاهش می‌دهند و به پدیده‌های فراگیر به نام محدود نیست و مدارهای عصبی-هورمونی، سیستم قلبی-عروقی و ایمنی بدن را نیز درگیر می‌کند. مفاهیم نوظهوری مانند اختلال استرس ناشی از فشار طولانی مدت و خشم جمعی، سوگ جمعی (Prolonged Duress Stress Disorder)؛ PDSD ممکن است این وضعیت را بهتر توصیف کنند.

چالش‌های روش‌شناختی و تشخیصی: در جامعه‌ای که با تبعیض، سرکوب، فقر، بیکاری و خشونت اجتماعی ساختاریافته مشخص می‌شود، تغییرات هنجاری و رفتاری گسترده‌ای رخ می‌دهد: کاهش انطباق‌پذیری اجتماعی (به ویژه در کودکان و نوجوانان)، تغییر الگوی مصرف مواد، افزایش خشونت خانگی و بروز خوسه‌های خودکشی. این پدیده‌ها در طبقه‌بندی‌های رسمی، مانند DSM-5-TR مفاهیم فرهنگی پریشانی، یا دیده نمی‌شوند و یا در قالب (Cultural Concepts of Distress) به حاشیه رفته‌اند. این امر، روایی تشخیصی (diagnostic validity) بسیاری از اختلالات را در بستر فرهنگی-اجتماعی ایران زیر سؤال می‌برد و آستانه تشخیص (diagnostic threshold) را مبهم می‌سازد. نتیجه‌گیری و پیشنهاد: با توجه به ناکارآمدی مداخلات فردمحور صرف در چنین شرایطی، ضروری است که به سمت مدل‌های یکپارچه (integrated) و اجتماع محوری حرکت کنیم که بر تقویت سرمایه اجتماعی، تابآوری جمعی و بازسازی معنا تأکید دارند. بازنگری در نظام تشخیصی و طراحی بسته‌های مداخلاتی متناسب با بافت فرهنگی ایران، نه یک انتخاب آکادمیک، بلکه یک ضرورت بالینی و اخلاقی در روانپزشکی امروز است.



چالش‌های بالینی و اخلاقی روانپزشکی در بستر بی‌ثباتی مزمن: از کمبود منابع تا فرسودگی درمانگر

دکتر حدیث مهرگان نسب
روانپزشک و روان‌درمانگر

بحران‌های طولانی مدت انسانی و اقتصادی، روانپزشک را در موقعیتی قرار می‌دهد که تصمیم بالینی دیگر صرفاً بر اساس شواهد علمی گرفته نمی‌شود، بلکه در سایه کمبود دارو، ناپایداری نظام درمانی و محدودیت‌های مالی بیمار شکل می‌گیرد. قطع یا نوسان دسترسی به داروهای روانپزشکی، ناتوانی مالی بیماران، و از دست رفتن پیوستگی درمان، بخشی از واقعیت روزمرهای است که در چنین شرایطی تصمیم‌گیری درمانی را به یک چالش مداوم بدل می‌کند.

درمانگر خود نیز بیرون از این واقعیت نیست. او همزمان با ناامنی، دغدغه خانواده، و فشار اقتصادی زندگی می‌کند و در همان حال موظف است کیفیت مراقبت را حفظ کند. این همزمانی زمینه‌ساز آسیب مشترک می‌شود، یعنی تجربه مستقیم همان تهدیدهایی که بیمار نیز با آن مواجه است؛ رنج اخلاقی نیز شکل می‌گیرد وقتی درمانگر میدانند چه مراقبتی درست است اما امکان ارائه آن را ندارد. در ادامه این فرسایش، آسیب اخلاقی و فرسودگی شغلی نیز بروز می‌کند و مرز میان تجربه شخصی و نقش حرف‌های کمرنگ می‌شود. این سخنرانی به این چالش‌ها از منظر بالینی، اخلاقی و حرف‌های می‌پردازد؛ در شرایطی که خود درمانگر نیز در دل همین طوفان ایستاده است.

تاب‌آوری نظام سلامت روان در بحران: درس‌هایی از تجربه‌های بین‌المللی

دکتر فاطمه محبی
روانپزشک و هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

جنگ، بحران‌های انسانی، فروپاشی اقتصادی و بی‌ثباتی مزمن، تنها بار اختلالات روانپزشکی را افزایش نمی‌دهند؛ بلکه خود نظام ارائه خدمات سلامت روان را نیز با چالش مواجه می‌کنند. در چنین شرایطی، پرسش اصلی تنها این نیست که چگونه از بیماران مراقبت کنیم، بلکه این است که چه عواملی باعث می‌شوند یک نظام سلامت روان در بحران تاب‌آور بماند و چرا برخی سیستم‌ها کمتر دچار فروپاشی می‌شوند؟ تجربه کشورهایی که سالها با جنگ، اشغال، مهاجرت اجباری یا بحرانهای اقتصادی روبه‌رو بوده‌اند نشان می‌دهد که تاب‌آوری نظام سلامت روان صرفاً به میزان منابع وابسته نیست. حفظ پیوستگی درمان، انعطاف در ارائه خدمات، اولویت‌بندی بیماران، ساده‌سازی مداخلات، استفاده از خدمات از راه دور، تقویت مراقبت‌های جامعه محور، حمایت از سلامت روان درمانگران و تصمیم‌گیری تیمی، از مهمترین ویژگی‌های نظام‌های تاب‌آور بوده‌اند.

این سخنرانی با مرور تجربه‌های بین‌المللی، به بررسی راهبردهایی می‌پردازد که به روانپزشکان و نظام‌های سلامت کمک کرده‌اند در شرایط بی‌ثباتی مزمن، کیفیت مراقبت را حفظ کنند و از فرسایش نیروی انسانی و گسست خدمات پیشگیری نمایند. هدف، استخراج درس‌های قابل انتقال و بررسی امکان انطباق آنها با نظام‌های سلامت روان در کشورهایی است که با بحران‌های طولانی مدت روبه‌رو هستند.



مراقبت از خود، مراقبت از جامعه دکتر ندا مسجودی روانپزشک

در شرایط جنگ و بحران، هدف اصلی حفظ عملکرد درمانگر و پیشگیری از فرسودگی است. مداخلات را میتوان در سه سطح خلاصه کرد:

۱. سطح فردی

پایش علائم فرسودگی، خستگی همدلی و تروما ثانویه
محدود کردن مواجهه غیرضروری با اخبار و doom scrolling
حفظ خواب، تغذیه و استراحت به‌عنوان بخشی از مراقبت حرفه‌ای
استفاده از سوپرویزن و حمایت همکاران برای پردازش هیجانات

۲. سطح تیمی

برگزاری جلسات کوتاه Debriefing

ایجاد فضایی امن برای بیان احساسات بدون قضاوت
تقسیم متعادل بیماران پرریسک و تصمیم‌گیری تیمی
نرمالسازی تجربه اضطراب، احساس گناه و خستگی همدلی

۳. سطح سیستمی

تدوین پروتکل‌های مشخص برای ارائه خدمات در بحران
پیشبینی راه‌های جایگزین ارتباط با بیماران در زمان اختلال زیرساخت‌ها
تعریف شفاف نقش‌ها و توزیع مسئولیت‌ها
توجه سازمانی به سلامت روان درمانگران و پیشگیری از فرسودگی
جمع‌بندی: حمایت از سلامت روان روانپزشکان، یک موضوع رفاهی نیست؛ بلکه پیش شرط حفظ کیفیت مراقبت و تداوم عملکرد نظام سلامت روان در شرایط بحران است.



سمپوزیوم بهداشت روان، روانپزشکی و سلامت دیجیتال در زمانه ناپایدار: هدایت علمی و اخلاقی فناوری‌های نوظهور

در شرایط ناپایدار، هم نیاز به حمایت و خدمات سلامت روان افزایش می‌یابد و هم گرایش به استفاده سریع‌تر از فناوری‌های نوظهور بیشتر می‌شود. این سمپوزیوم به جای طرح پرسش ساده «فناوری خوب است یا بد؟»، بررسی می‌کند که روان‌پزشکی چگونه می‌تواند استفاده از فناوری را با شواهد، اخلاق، ایمنی، مرزهای حرفه‌ای و نیاز واقعی جامعه هدایت کند. مسیر علمی نشست از مسئولیت حرفه‌ای و جایگاه فناوری در نظام سلامت روان آغاز می‌شود، سپس به سلامت روان جامعه‌نگر در بحران، حمایت زود هنگام از کادر درمان، تجربه‌های پژوهش‌محور فناوری در تروما، الزامات تبدیل ایده‌های سلامت دیجیتال به پژوهش دانشگاهی قابل دفاع و در نهایت فرصت‌ها و خطرات اختصاصی هوش مصنوعی در سلامت روان می‌رسد. هدف، ایجاد تصویری متوازن از ظرفیت فناوری و محدودیت‌های آن و تاکید بر استفاده مسئولانه، مبتنی بر شواهد و همراه با حفظ نقش متخصص انسانی است.

چرا فناوری‌های نوظهور در بهداشت روان نیازمند مرزبندی اخلاقی و حرفه‌ای است

دکتر مرتضی ناصر بخت

دانشیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، پژوهشکده پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

در شرایطی که نیاز به خدمات و حمایت‌های سلامت روان افزایش می‌یابد و فناوری‌های نوظهور با سرعت بیشتری وارد زندگی مردم و خدمات سلامت می‌شوند، ضرورت مرزبندی علمی، اخلاقی و حرفه‌ای اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. محور این سخنرانی، تفکیک میان «امکان فنی» و «مجوز استفاده حرفه‌ای یا ادعای بالینی» است. فناوری در حوزه سلامت روان در یک فضای خالی به کار نمی‌رود، بلکه وارد نظام مراقبت، روابط حرفه‌ای و مسیرهای ارجاع می‌شود. از این منظر، پرسش اصلی آن است که روان‌پزشکی برای بهره‌گیری مسئولانه از نوآوری، بر چه مرزهایی باید تاکید کند تا پیشرفت فناوری با شواهد، مسئولیت حرفه‌ای و حفظ مراقبت انسانی همراه بماند.

جایگاه سلامت روان جامعه‌نگر در مواجهه با بحران‌ها، فناوری‌های نوظهور و نیازهای جدید جامعه

دکتر جعفر بوالهیری

استاد روانپزشکی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

شرایط ناپایدار و بحران‌ها، علاوه بر افزایش نیازهای سلامت روان، الگوی دسترسی برابر، کمک‌خواهی و ظرفیت نظام سلامت را نیز دستخوش تغییر می‌کنند. این سخنرانی جایگاه فناوری‌های نوظهور را از منظر سلامت روان جامعه‌نگر و پزشکی سیاسی بررسی می‌کند؛ جایی که فناوری می‌تواند به عنوان ره‌آوردی نوین در ارائه خدمات انسانی، بیرون از بیمارستان‌ها و مراکز پرهزینه و در خانه و محیط زندگی مردم، نقشی اساسی در تسهیل دسترسی، پایش، پیگیری و تداوم مراقبت عادلانه ایفا کند. با این حال، ابزارهای دیجیتال به‌تنهایی جایگزین نیروی انسانی متخصص، مسیرهای ارجاع موثر یا خدمات محلی نخواهند شد. در عین حال، بهره‌گیری از این فناوری‌ها می‌تواند هزینه‌ها را برای حاکمیت، بیمه‌ها و گروه‌های کم‌درآمد کاهش داده و دسترسی عادلانه‌تری فراهم کند. ویژگی اصلی این تحول، ادغام فناوری‌های نوین دیجیتال در یک مدل واقعی خدمت‌رسانی با رویکرد سلامت روان جامعه‌نگر و پزشکی سیاسی است؛ مدلی که ضمن مهار حکمرانی ناعادلانه، ارتباط با خدمات انسانی، دسترسی گروه‌های مختلف و مسئولیت نظام سلامت را حفظ می‌کند.



سلامت دیجیتال و حمایت زودهنگام از کادر درمان و متخصصان سلامت روان؛ با تمرکز بر موانع کمک‌خواهی، ظرفیت ابزارهای دیجیتال برای حمایت زودهنگام و مرزبندی میان خودیاری و درمان تخصصی

دکتر شبنم اسدی

استادیار روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران

کادر درمان و متخصصان سلامت روان ممکن است در شرایط فشار و پریشانی، با فاصله‌ای میان «نیاز به کمک» و «دریافت کمک» مواجه شوند. این سخنرانی به جایگاه سلامت دیجیتال در این فاصله می‌پردازد و بررسی می‌کند که ابزارهای دیجیتال در چه بخش‌هایی از مسیر حمایت زودهنگام، خودمراقبتی و تسهیل کمک‌خواهی می‌توانند نقش مکمل داشته باشند. محور مهم بحث، مرزبندی میان حمایت اولیه و نیاز به ارزیابی یا درمان تخصصی است. فناوری در این چارچوب جایگزین رابطه درمانی و قضاوت بالینی نیست؛ ارزش آن زمانی بیشتر می‌شود که جایگاه و محدودیت ابزار روشن باشد و ارتباط آن با مسیر واقعی مراقبت و ارجاع حفظ شود.

تجربه‌های بین‌المللی در استفاده پژوهش‌محور از فناوری، واقعیت مجازی و ابزارهای دیجیتال در حوزه تروما؛ فرصت‌ها و احتیاط‌ها

دکتر آرشی جوانبخت

روان‌پزشک و عصب‌پژوه، مدیر کلینیک تحقیقات استرس، تروما و اضطراب، دانشکده پزشکی دانشگاه ایالتی وین، دیترویت، آمریکا

فناوری، واقعیت مجازی و سایر ابزارهای دیجیتال در سال‌های اخیر وارد پژوهش‌های حوزه تروما شده‌اند و فرصت‌های تازه‌ای برای مطالعه و ارائه مداخلات ایجاد کرده‌اند. این سخنرانی بر تجربه‌های پژوهش‌محور بین‌المللی تمرکز دارد و به فاصله میان نوآوری فناورانه و شواهد بالینی می‌پردازد. در این چارچوب، امکان‌پذیری و پذیرش یک فناوری با اثربخشی بالینی قطعی یکسان تلقی نمی‌شود و محدودیت‌های شواهد، بافت اجرا و نقش متخصص انسانی اهمیت دارند. همچنین انتقال تجربه‌های پژوهشی از یک محیط یا جمعیت به بافت‌های دیگر نیازمند توجه به شرایط نظام سلامت، منابع و زمینه فرهنگی است. هدف، ترسیم تصویری متوازن از فرصت‌ها و احتیاط‌های استفاده پژوهش‌محور از فناوری در حوزه تروماست.



الزامات پژوهشی، اخلاقی، داده‌ای و اجرایی برای تبدیل ایده‌های سلامت دیجیتال به مطالعات قابل دفاع دانشگاهی

دکتر سیدمحمد ایوب‌زاده

دکتری انفورماتیک پزشکی، استادیار گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
تبدیل یک ایده سلامت دیجیتال به مطالعه‌ای دانشگاهی و قابل دفاع، نیازمند طراحی پژوهشی منسجم از ابتدای مسیر است. این سخنرانی به منطق این تبدیل می‌پردازد: تعریف روشن مسئله و کاربرد مورد انتظار، صورت‌بندی سوال پژوهش متناسب با مرحله بلوغ فناوری، استفاده از داده و اندازه‌گیری معتبر و طراحی مطالعه متناسب با ادعای مورد آزمون. اخلاق، حاکمیت داده، مستندسازی و قابلیت بازتولید نیز باید از ابتدا بخشی از طراحی پژوهش باشند، نه ملاحظات که در پایان به مطالعه اضافه شوند. پیام اصلی آن است که ارزش علمی فناوری تنها با عملکرد فنی تعیین نمی‌شود؛ بلکه به تناسب میان مسئله، ادعا، داده، روش پژوهش و امکان ارزیابی شفاف نتایج وابسته است.

فرصت‌ها و خطرات هوش مصنوعی در سلامت روان؛ از ادعاهای بیش‌ازحد تا ضرورت نظارت انسانی، اخلاق داده و مرزبندی علمی

دکتر زینب برزگر

دکتری مهندسی کامپیوتر-هوش مصنوعی، استادیار و مدیر گروه هوش مصنوعی در علوم پزشکی،
دانشکده فناوری های نوین پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

ورود هوش مصنوعی به سامانه‌های سلامت روان، در کنار فرصت‌های جدید، پرسش‌های متفاوتی درباره قابلیت اتکا و استفاده مسئولانه ایجاد می‌کند. این سخنرانی به تفاوت میان یک خروجی الگوریتمی جذاب و یک سامانه هوش مصنوعی قابل اتکا در محیط سلامت می‌پردازد. محورهای اصلی شامل کیفیت و سوگیری داده، اعتبارسنجی، تفسیرپذیری، خطاهای مدل و ضرورت نظارت انسانی است. نوع فناوری نیز بر ماهیت ریسک اثر می‌گذارد و الزامات یک سامانه هوش مصنوعی می‌تواند فراتر از یک نرم‌افزار معمولی باشد. هدف، بررسی فرصت‌ها و محدودیت‌های هوش مصنوعی در سلامت روان با تاکید بر مرزبندی علمی، ارزیابی مسئولانه و روشن‌بودن نقش انسان در استفاده از خروجی سامانه است.



چهل و دومین همایش سالانه
انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

روان‌پزشکی در زمانه ناپایدار

سمپوزیوم نقش هنر در کاستن از ابتلائات روانی و درمان آنها در زمانه ناپایدار

هسته پایدار ما در زمانه ناپایدار

دکتر فرزاد پروا، روانپزشک

هنر و امرناگفتنی در روانپزشکی معاصر

دکتر امیر حسین جلالی، روانپزشک

شوالیه تاریکی و ناپایداری

دکتر شهرام خرازیها، پزشک

خشونت در سینمای ایران؛ تصویری از زمانه؟

دکتر رضا رضایی، روانپزشک

نقش روانشناختی جنگ و انقلاب در آثار نقاشی

دکتر عادلہ عسکری، روانپزشک

پایداری و ناپایداری در هنر و روانپزشکی.

تاثیر زمانه ناپایدار بر رابطه روانپزشکی و هنر

دکتر فرید فدایی، روانپزشک

عضو هیأت علمی بازنشسته دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

زمانه ناپایدار اهمیت روانپزشکی اجتماعی را آشکار تر می‌کند. زمانه ناپایدار راهیست از روانپزشکی فرد به روانپزشکی جامعه. در این میان هنر واسطه ای مهم بین فرد، جامعه و روانپزشکی است. آثار هنری می‌توانند نشان دهند چگونه یک جامعه رنج خود را حس می‌کند، بازنمایی می‌کند و به خاطر میسپارد. در زمانه ناپایدار هنر و روانپزشکی هردو شیوه‌های متفاوتی برای فهم یک واقعیت مشترک است: تجربه انسان در جهانی که امنیت، معنا و پیش‌بینی پذیری آن کاهش یافته است.



سمپوزیوم روان‌پزشکی در زمانه ناپایدار: از استرس مزمن تا اختلالات سایکوسوماتیک

انواع تروما و طیف بیماری‌های قلبی-عروقی: تجارب Adverse Childhood Experiences (ACEs) با بیماری‌های قلبی-عروقی رابطه دوز-پاسخ دارند. مرور سیستماتیک نشان می‌دهد ACEs از طریق تغییرات ژنومی، سلامت عروقی و ساختار قلب خطر CVD را افزایش می‌دهند. مطالعه‌ای بر پایه بانک زیستی بریتانیا با ۱۰۴,۹۳۹ شرکت‌کننده (۲۰۲۲) نشان داد تروماهای شدید کودکی و بزرگسالی هر دو با CVD مرتبط هستند (OR بین ۱.۰۷ تا ۱.۳۳) و پیری فنوتیپی تا حدی این ارتباط را میانجی‌گری می‌کند. استرس زندگی اولیه همچنین از طریق تغییرات اپی‌ژنتیکی بر سلامت عروقی در طول عمر اثر می‌گذارد.

خشونت شریک جنسی (IPV) به عنوان شکل شایع تروما در بزرگسالی، پیامدهای قلبی-عروقی قابل توجهی دارد. مرور سیستماتیک ۳۹ مطالعه ارتباط مثبت یکنواخت بین IPV و پیامدهای نامطلوب قلبی-عروقی را نشان داد. در زنان کنیایی، تجربه خشونت عاطفی با خطر بالاتر فشار خون مرتبط بود (OR تعدیل‌شده=۱.۵۱). تعقیب و آزار (stalking) به عنوان شکل extended IPV، در مطالعه‌ای منتشرشده در Circulation ۲۰۲۵ (نشان داد زنانی که گزارش تعقیب داشتند ۴۱٪ و زنانی که حکم منع گرفته بودند ۷۰٪ خطر بیشتر CVD داشتند. تبعیض نژادی به عنوان تروما مزمن اجتماعی نیز با تفاوت‌های سلامت قلبی-عروقی مرتبط است. مروری بر ۳۷ گزارش تجربی نشان داد تبعیض در سطوح مختلف با افزایش خطر CVD بالینی و زیربالینی در بزرگسالان سیاه‌پوست مرتبط است. داده‌های Jackson Heart Study نیز ارتباط تبعیض بر اساس رنگ پوست با بروز بیماری عروق کرونر را نشان داد (HR بین ۱.۲۳ تا ۱.۴۳).

PTSD به عنوان عامل خطر مستقل: مطالعه بزرگ نظامی (۲۰۲۵) با ۸۶.۲٪ مرد و ۹۳.۷٪ زیر ۴۰ سال نشان داد PTSD فشار خون را با $OR=۳.۰$ و CVD آترواسکلروتیک را با $OR=۲.۷$ پیش‌بینی می‌کند؛ پس از تعدیل بیماری‌های همراه، OR به ترتیب ۱.۹ و ۱.۴ باقی ماند. مطالعات ژنتیکی با تصادفی‌سازی مندلی تأیید کردند PTSD به طور علی خطر بیماری عروق کرونر ($OR=۱.۵۳$)، نارسایی قلبی ($OR=۱.۴۴$) و فشار خون ($OR=۱.۲۵$) را افزایش می‌دهد؛ بی‌خوابی، سیگار و التهاب تا حدی میانجی‌گر هستند.

کاربرد بالینی: بر اساس چارچوب لونسون، خطر قلبی-عروقی انواع تروما باید در ارزیابی روتین روان‌پزشکی وارد شود. پیشنهاد می‌شود برای افراد با سابقه ACEs بر شاخص‌های متابولیک و پیری، برای بیماران PTSD بر عوامل خطر سنتی قلبی-عروقی، و برای افراد مواجهه‌یافته با IPV و تبعیض هشدار خطر قلبی-عروقی داده شود. طبقه‌بندی خطر قلبی-عروقی مبتنی بر آگاهی از تروما یک جهت بالینی مهم در تقاطع روان‌پزشکی و طب روان‌تنی است.

واژگان کلیدی: تروما؛ PTSD؛ بیماری قلبی-عروقی؛ ACEs؛ خشونت شریک جنسی؛ تبعیض؛ روان‌تنی لونسون



تروما و اختلالات فانکشنال

دکتر راضیه صالحیان

متخصص روانپزشکی، فلوشیپ روان‌تنی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان رسول اکرم

پژوهش‌های چند دهه اخیر به‌طور فزاینده‌ای تروما را به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیری معرفی کرده‌اند که در طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌پزشکی، جسمانی فانکشنال و جسمانی نقش دارد. هم‌بدرفتاری در دوران کودکی و هم تروماهای روانی در مراحل بعدی زندگی، با افزایش آسیب‌پذیری در برابر بیماری‌های روان‌پزشکی، افزایش بار علائم جسمانی و مشکلات پایدار سلامت مرتبط دانسته شده‌اند. اگرچه تروما به‌طور قابل‌توجهی در اختلالاتی مانند اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی نقش دارد، شواهد فزاینده‌ای نیز تجربه‌های تروماتیک را با اختلالات جسمانی فانکشنال مرتبط می‌دانند.

گرچه بر اساس DSM-5-TR برای تشخیص اختلال فانکشنال نورولوژیک وجود سابقه تروما، تعارض روان‌شناختی یا عامل استرس‌زای قابل‌شناسایی دیگری ضروری نیست، اما تروما یا استرس حاد ممکن است به‌عنوان عاملی آغازگر یا تداوم‌بخش عمل کند. به همین ترتیب، تروماهای روانی با طیفی از سندرم‌های جسمانی فانکشنال، از جمله فیبرومیالژیا (FM)، سندرم خستگی مزمن (CFS)، اختلال مفصل گیجگاهی - فکی (TMD) و سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS)، ارتباط نشان داده‌اند و افراد با تجربه‌های تروماتیک احتمال بیشتری برای ابتلا به این سندرم‌ها داشته‌اند. باین‌حال، شدت این ارتباطات بر اساس نوع تروما، سندرم فانکشنال مورد بررسی و روش ارزیابی تجربه‌های تروماتیک متفاوت بوده است. شواهد کنونی از یک مفهوم‌سازی زیستی - روانی - اجتماعی و مبتنی بر مدل «آسیب‌پذیری - استرس» حمایت می‌کنند که در آن، تجربه‌های نامطلوب دوران اولیه زندگی، تروماهای روانی، استعداد زیستی و عوامل استرس‌زای بعدی ممکن است با یکدیگر تعامل داشته و بر شروع و تداوم علائم تأثیر بگذارند.

بنابراین رابطه میان تروما و علائم جسمانی، پیچیده به نظر می‌رسد و نه یک مسیر علی ساده. تروما باید به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های یک مسیر چندعاملی در نظر گرفته شود که می‌تواند در مستعدسازی، آغاز یا تداوم علائم فانکشنال نقش داشته باشد و تجربه‌های تروماتیک و نامطلوب در کنار استعداد زیستی، همبودی‌های روان‌پزشکی، عوامل شناختی و رفتاری، فرایندهای خودمختار و نورویولوژیک و عوامل محافظتی نقش دارند.

تروما و بیمار یهای قلبی-عروقی

دکتر جابر دریجانی

Department of Psychiatry, School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences,
Shahid Beheshti Hospital, Kerman, Iran

دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پزشکی، گروه روان‌پزشکی، بیمارستان شهید بهشتی، کرمان، ایران

انواع تروما و طیف بیماری‌های قلبی-عروقی: تجارب Adverse Childhood Experiences (ACEs) با بیماری‌های قلبی-عروقی رابطه دوز-پاسخ دارند. مرور سیستماتیک نشان می‌دهد ACEs از طریق تغییرات ژنومی، سلامت عروقی و ساختار قلب خطر CVD را افزایش می‌دهند. مطالعه‌ای بر پایه بانک زیستی بریتانیا با ۱۰۴,۹۳۹ شرکت‌کننده (۲۰۲۲) نشان داد تروماهای شدید کودکی و بزرگسالی هر دو با CVD مرتبط هستند (OR بین ۱.۰۷ تا ۱.۳۳) و پیری فنوتیپی تا حدی این ارتباط را میانجی‌گری می‌کند. استرس زندگی اولیه همچنین از طریق تغییرات اپی‌ژنتیکی بر سلامت عروقی در طول عمر اثر می‌گذارد.

خشونت شریک جنسی (IPV) به عنوان شکل شایع تروما در بزرگسالی، پیامدهای قلبی-عروقی قابل توجهی دارد. مرور سیستماتیک ۳۹ مطالعه ارتباط مثبت یکنواخت بین IPV و پیامدهای نامطلوب قلبی-عروقی را نشان داد. در زنان کنیایی، تجربه خشونت عاطفی با خطر بالاتر فشار خون مرتبط بود (OR تعدیل‌شده=۱.۵۱). تعقیب و آزار (stalking) به عنوان شکل extended IPV، در مطالعه‌ای منتشرشده در Circulation ۲۰۲۵ (نشان داد زنانی که گزارش تعقیب داشتند ۴۱٪ و زنانی که حکم منع گرفته بودند ۷۰٪ خطر بیشتر CVD داشتند).

تبعیض نژادی به عنوان تروما مزمن اجتماعی نیز با تفاوت‌های سلامت قلبی-عروقی مرتبط است. مروری بر ۳۷ گزارش تجربی نشان داد تبعیض در سطوح مختلف با افزایش خطر CVD بالینی و زیربالینی در بزرگسالان سیاه‌پوست مرتبط است. داده‌های Jackson Heart Study نیز ارتباط تبعیض بر اساس رنگ پوست با بروز بیماری عروق کرونر را نشان داد (HR بین ۱.۲۳ تا ۱.۴۳).



PTSD به عنوان عامل خطر مستقل: مطالعه بزرگ نظامی (۲۰۲۵) با ۸۶.۲٪ مرد و ۹۳.۷٪ زیر ۴۰ سال نشان داد PTSD فشار خون را با $OR=3.0$ و CVD آترواسکلروتیک را با $OR=2.7$ پیش‌بینی می‌کند؛ پس از تعدیل بیماری‌های همراه، OR به ترتیب ۱.۹ و ۱.۴ باقی ماند. مطالعات ژنتیکی با تصادفی‌سازی مندلی تأیید کردند PTSD به طور علی خطر بیماری عروق کرونر ($OR=1.53$)، نارسایی قلبی ($OR=1.44$) (و فشار خون $OR=1.25$) (را افزایش می‌دهد؛ بی‌خوابی، سیگار و التهاب تا حدی میانجی‌گر هستند.

کاربرد بالینی: بر اساس چارچوب لونسون، خطر قلبی-عروقی انواع تروما باید در ارزیابی روتین روان‌پزشکی وارد شود. پیشنهاد می‌شود برای افراد با سابقه ACEs بر شاخص‌های متابولیک و پیری، برای بیماران PTSD بر عوامل خطر سنتی قلبی-عروقی، و برای افراد مواجهه‌یافته با IPV و تبعیض هشدار خطر قلبی-عروقی داده شود. طبقه‌بندی خطر قلبی-عروقی مبتنی بر آگاهی از تروما یک جهت بالینی مهم در تقاطع روان‌پزشکی و طب روان‌تنی است.

واژگان کلیدی: تروما؛ PTSD؛ بیماری قلبی-عروقی؛ ACEs؛ خشونت شریک جنسی؛ تبعیض؛ روان‌تنی لونسون



چهل و دومین همایش سالانه
انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

روان‌پزشکی
در زمانه نابایدار

سمپوزیوم روان‌پزشکی جامعه‌محور با رویکرد معطوف به تروما

دکتر حمید رحمانیان

رویکردهای متمرکز بر تروما در خدمات سلامت روان، به‌ویژه در بستر خدمات جامعه‌محور

دکتر محمد اربابی

تظاهرات جسمانی و اختلالات نورولوژیک عملکردی مرتبط با تروما

دکتر شریف الیشی

ارزیابی روان‌شناختی و مدیریت اختلالات مرتبط با تروما و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در خدمات جامعه‌نگر

Trauma-Informed Approaches in Community Mental Health Services: From Understanding Trauma to Transforming Care

Dr Hamid Rahmanian, FRCPsych, MD, FHEA
Consultant Psychiatrist

Honorary Senior Lecturer at St George's University of London

Trauma and adverse life experiences are highly prevalent among people accessing mental health services and are increasingly recognised as key determinants of psychological distress, service engagement, and recovery outcomes. Trauma-Informed Approaches (TIA) provide a framework for understanding mental health difficulties through the lens of adversity, focusing on the question, "What happened to you?" rather than "What is wrong with you?". This presentation explores the principles and practical application of trauma-informed care within community mental health services.

Drawing on NHS guidance and contemporary trauma theory, the presentation examines the impact of trauma across the lifespan, including childhood adversity, abuse, neglect, discrimination, migration, loss, and violence. It reviews common trauma responses, the Power Threat Meaning Framework, and the relationship between trauma and severe mental illness, including psychosis, mood disorders, personality difficulties, substance misuse, and self-harm. Particular attention is given to the four Rs of trauma-informed practice (Realise, Recognise, Respond, and Resist Re-traumatisation) and the six core principles of safety, trustworthiness, choice, collaboration, empowerment, and cultural responsiveness.

The session also explores practical strategies for trauma-informed assessment, community care, and service development, highlighting the role of stabilisation, recovery-oriented practice, and psychologically safe environments. Through clinical examples and reflection on implementation challenges, the presentation demonstrates how trauma-informed approaches can improve service user engagement, reduce restrictive practices, enhance therapeutic relationships, and support staff wellbeing.

The aim is to equip clinicians, managers, and multidisciplinary teams with practical knowledge and skills to embed trauma-informed principles into everyday mental health practice, fostering compassionate, person-centred, and recovery-focused services.

Keywords: Trauma-Informed Care, Mental Health Services, Adverse Childhood Experiences, Recovery, Community Psychiatry, Trauma, Power Threat Meaning Framework, NHS, Service Development, Person-Centred Care.



**Functional Neurological Disorders: The Role of Trauma,
Mechanisms and Clinical Management**
Dr Mohammed Al Babi
Consultant Psychiatrist, Senior Lecturer, City St George's Medical School

Functional neurological disorder (FND) presents with neurological symptoms arising from alterations in nervous system functioning rather than structural neurological damage. Although trauma has historically been closely associated with functional symptoms, contemporary understanding recognises FND as a heterogeneous disorder in which trauma is neither necessary nor sufficient for diagnosis. This presentation examines the relationship between trauma and FND through psychological, neurobiological and integrative perspectives, including predictive-processing models, and considers how acute stress, hypervigilance, avoidance and illness experience may contribute to symptom development and persistence.

Effective clinical management requires a positive diagnosis based on recognised clinical features, validation of symptoms as genuine and potentially reversible, clear explanation, and identification of modifiable biological, psychological and social factors. Psychiatric comorbidity, including anxiety, depression and post-traumatic stress disorder, should be recognised without assuming that psychological factors explain every case. A distinction is made between trauma-focused treatment, where trauma-related psychopathology becomes a specific therapeutic target, and trauma-informed care as a broader framework for routine FND management. A compassionate approach that listens, validates, explains and collaborates can support engagement while minimising unnecessary re-traumatisation.

Keywords: Functional neurological disorder; trauma; predictive processing; trauma-informed care; psychiatric comorbidity; clinical management.

**Psychological assessment and management of trauma-related
disorders and PTSD in community services**
Dr Sharif Elleithy
Consultant Clinical Psychologist
Lead of Trauma Service
South West London and St George's NHS Trust

Effective management of post-traumatic stress disorder (PTSD) in community mental health services requires more than diagnosis alone. This presentation will outline a practical framework for moving from identification to assessment, formulation, and treatment planning. With reference to NICE guideline principles for recognising and treating PTSD, it will consider the key areas that should be explored in clinical assessment, including trauma history, current symptoms, functional impact, dissociation, comorbidity, risk, substance use, social and practical circumstances, previous treatment, and readiness to engage in trauma-focused therapy. These domains can help clinicians determine whether PTSD is the primary problem, identify barriers to treatment, and select the most appropriate level of care. The presentation will then review the main evidence-based psychological treatments for PTSD, including trauma-focused CBT approaches, cognitive processing therapy, prolonged exposure, narrative exposure therapy and EMDR, with consideration of treatment selection and adaptation for more complex presentations.



سمپوزیوم چگونه هنوز ادامه می‌دهیم؟ رسانه، همدلی، امید و سلامت روان در زمانه ناپایدار

چگونه هنوز ادامه می‌دهیم؟ در زمانه‌ای که بی‌ثباتی اجتماعی، هم‌شیوه روایت واقعیت را تغییر داده و هم بر امید، ارتباط و سلامت روان اثر گذاشته است، چگونه هنوز ادامه می‌دهیم؟ این سمپوزیوم مسیری را از رسانه و امکان ترمیم تروما، به حفظ واقعیت مشترک و انسانیت مشترک، سپس به فرسایش رؤیا و امید در زندگی جمعی و در نهایت به حدود ظرفیت همدلی دنبال می‌کند؛ چهار نگاه به این پرسش که در شرایط ناپایدار، چگونه می‌توان ارتباط با واقعیت، دیگری و آینده را حفظ کرد.

فرسودگی همدلی The Limits of Empathy

دکتر سید محسن ضمیر، روانپزشک و عضو هیأت علمی دانشگاه

وقتی یک جامعه برای مدت طولانی با فقدان، خشونت، ترس، ناامنی و فشار اقتصادی زندگی می‌کند، فقط میزان رنج افزایش نمی‌یابد؛ ممکن است به تدریج ظرفیت ما برای دیدن و تحمل رنج دیگری نیز کاهش پیدا کند. شاید بخشی از بی‌تفاوتی، تحریک‌پذیری، خستگی از شنیدن اخبار بد و فاصله گرفتن از درد دیگران را بتوان از این منظر فهمید.

این فرسودگی به اتاق درمان هم راه پیدا می‌کند. بیمار، علاوه بر علائم و تشخیص خود، بخشی از تجربه جمعی جامعه را با خود می‌آورد؛ و روانپزشک نیز بیرون از این تجربه نایستاده است. بنابراین آنچه در رابطه درمانی اتفاق می‌افتد، گاهی فقط حاصل بیماری فردی یا فرسودگی شغلی درمانگر نیست، بلکه می‌تواند بازتابی از وضعیت روانی جامعه‌ای باشد که هر دو در آن زندگی می‌کنیم.

در این سخنرانی، «فرسودگی همدلی» از همین زاویه بررسی می‌شود؛ از فرسایش ظرفیت همدلی در جامعه تا تغییراتی که ممکن است در نحوه مراجعه و رابطه بیمار با روانپزشک ایجاد شود، و سپس تأثیر همین وضعیت بر خود درمانگر.

سؤال نهایی شاید ساده باشد، اما پاسخ آن ساده نیست: چگونه ادامه بدهیم، بی‌آنکه برای دوام آوردن، بی‌حس شویم؟

رسانه: از تخریب تا ترمیم Trauma-informed journalism

دکتر عاطفه کمالو، روانپزشک و روان‌درمانگر تروما

توجه فزاینده حرفه‌مندان سلامت روان به «تروما» و اثرات عمیق و طولانی آن در سه دهه اخیر، منجر به شکل‌گیری نگاه معطوف به تروما در حیطه‌های مختلف آموزش، مراقبت و هرگونه تعامل با افراد جامعه شده است.

امروزه رسانه نه تنها از شکل سنتی انتقال از یک منبع به تعداد زیادی مخاطب خارج شده، تأثیرات و کارکردهای آن نیز روزبه‌روز متنوع‌تر و وسیع‌تر می‌شود.

حوزه trauma-informed journalism را محل تقاطع تولد خبر و رنج انسانی می‌دانند. ژورنالیسم سنتی بار ایموشنال گزارش درباره مرگ، خشونت و فاجعه را نادیده می‌گرفت، اما امروزه «سواد تروما»، هم از سلامت روان خبرنگاران محافظت می‌کند و هم به دنبال اطمینان از این است که گزارش‌ها و سایر محتوای رسانه باعث آسیب بیشتر به قربانیان و بازمانگان نمی‌شود.

در دنیای امروز که هر مصرف‌کننده محتوا می‌تواند تولیدکننده محتوا هم باشد، شرایط پیچیده‌تر است. در این میان، اصحاب سلامت روان که مسئولیتی هم برای آموزش جامعه دارند تا چه حد از ارکان ژورنالیسم آگاه به تروما می‌دانند؟



سمپوزیوم بیمارستان روانپزشکی در میانه بحران

دشواری‌های اداره بیمارستان روانپزشکی

دکتر امیرحسین جعفری

روانپزشک و عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

بیمارستان‌های تک تخصصی در کنار مزایا و ارزش‌های که از نظر علمی و درمانی داشته‌اند، چالش‌ها و سختی‌هایی نیز به همراه دارند. به صورت خاص تر، بیمارستان‌های تک تخصصی روانپزشکی در کنار ارزش آفرینی و افق گشایی‌های قابل توجهی که با خود آوردند، دشواری‌هایی نیز در دل خود باقی گذاشته‌اند.

ارائه خدمات سلامت روان به در جوامعی که بیماری‌های روانپزشکی با انگ قابل توجه همراه هستند و بعضاً این قبیل از بیماران با محرومیت‌های اجتماعی و اقتصادی مواجه می‌شوند، طبیعتاً ناملايمات فراوانی خواهد داشت. از سویی، نهادهای متولی حمایت‌های اجتماعی آن زمانی که نقش خود را به درستی ایفا می‌کنند می‌توان امید داشت سلامت روان نیز مورد توجه قرار گیرد و نقصان‌های آن در قالب یک شبکه وسیع و جامع به سمت و سوی بهبودی برود. اما اگر اینچنین نباشد و نهادهای اجتماعی فرسوده و ناتوان شده باشند و بلکه بر این مشکلات دامن بزنند، بهبود سلامت روان نیز چندان در دسترس نخواهد بود. همچنین اگر روانپزشکی و روانپزشکان خود را محصور در محیط درمانی خود ببینند و از تغییر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت غافل باشند، طبیعی است که درهای بیمارستان‌های روانپزشکی هم بر همان پاشنه قبلی می‌چرخد. سوال مهم این است که در چنین وضعیت سختی، یک بیمارستان روانپزشکی در رفع چالش‌های خود و در قدم بعد زدودن چالش‌های مراجعین خود بایستی چه راهکارهایی را در پیش بگیرد.

چالش‌های آموزشی در دوران بحران در بیمارستان‌های روانپزشکی آموزشی

دکتر محمدرضا خدایی

روانپزشک و عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

در دوران بحران، بیمارستان‌های روانپزشکی با چالش‌های آموزشی چندلایه برای بیماران، کارکنان و دستیاران روانپزشکی مواجه می‌شوند. در بیماران، تشدید علائم روانپزشکی، اضطراب، کاهش تمرکز، محدودیت در ارتباطات و تفاوت در سطح سواد سلامت، دریافت و تداوم آموزش‌های درمانی را دشوار می‌سازد. در کارکنان، فشار کاری بالا، کمبود نیرو، فرسودگی شغلی و تغییر سریع دستورالعمل‌ها، آموزش مستمر و انتقال موثر اطلاعات را با اختلال مواجه می‌کند. در دستیاران روانپزشکی نیز افزایش بار خدماتی، کاهش فرصت آموزش ساختارمند، محدودیت سوپرویزن و فشار روانی ناشی از مواجهه با شرایط پرتنش، کیفیت یادگیری و عملکرد بالینی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. کاهش تنوع تجربه آموزشی: در بحران، تمرکز بخش بیشتر روی کنترل وضعیت حاد و حفظ ایمنی است، بنابراین دستیاران کمتر با روند کامل ارزیابی، روان‌درمانی، بازتوانی و پیگیری بیماران آشنا می‌شوند.

در مورد دستیاران در شرایط بحران بخصوص جنگ غلبه خدمت بر آموزش ایجاد می‌شود. بین نیازها و استرس‌هایی فردی بامسئولیت اجتماعی و آموزشی تداخل ایجاد می‌شود. حجم کار، کشیک‌ها و مسئولیت‌های اجرایی بیشتر می‌شود و آموزش ساختارمند، بحث موردی و بازخورد آموزشی کاهش می‌یابد.

- فرصت نظارت مستقیم و اصلاح عملکرد دستیار توسط اتند کمتر می‌شود.
- در فضای پرتنش، فرصت کافی برای تمرین آموزشی کمتر و کاهش آموزش بین‌رشته‌ای دیده می‌شود



- مواجهه بیشتر با بیماران پرخطر: دستیاران با مواردی مثل خشونت، خودکشی، بی‌قراری شدید یا سایکوز حاد بیشتر روبه‌رو می‌شوند، بدون اینکه همیشه آموزش عملی و تدریجی کافی دیده باشند.
 - فرسودگی و افت یادگیری: استرس، خستگی، کم‌خوابی و فشار روانی باعث افت تمرکز، حافظه و توان یادگیری دستیار می‌شود.
 - اختلال در برنامه آموزشی رسمی: راندها، ژورنال کلاب، کنفرانس‌ها و کلاس‌ها ممکن است لغو، کوتاه یا نامنظم شوند.
 - دشواری ارزشیابی: در بحران، ارزیابی واقعی مهارت‌های دستیاران سخت‌تر می‌شود و ممکن است بیشتر بر حضور و انجام کار تأکید شود تا شایستگی آموزشی.
 - کاهش فرصت پژوهش و رشد علم
 - ابهام نقش‌ها: در بحران ممکن است مرز بین نقش آموزشی و نقش اجرایی دستیار مشخص نباشد و این موضوع هم فشار شغلی را زیاد می‌کند و هم کیفیت آموزش را کم می‌کند.
- ولی این نکته را باید یادآوری کرد که در طرف مقابل این چالش‌ها، دستیاران بصورت خودآموز مهارت انطباقی و مدیریت بحران را بصورت عملی فرا می‌گیرند که خود رشد پس از سانحه محسوب می‌شود.
- برای کاهش این چالش‌ها، پیشنهاد می‌شود آموزش‌ها به صورت کوتاه، هدفمند و متناسب با شرایط بحران طراحی شوند، پروتکل‌های آموزشی به‌روز و شفاف در اختیار کارکنان قرار گیرد، و برای کارکنان و دستیاران جلسات منظم حمایت روانی، بازخورد و سوپرویزن پیش‌بینی شود و برای ایجاد همدلی حضور اساتید و مسئولین اجرایی در بیمارستان بیشتر و موثرتر گردد.

تجربیات بیمارستان‌های روانپزشکی در دوران جنگ در سطح جهان

دکتر ابراهیم مقیمی

عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

بروز جنگ‌ها در طول تاریخ همواره با صدمات جسمی و روانی متعدد همراه بوده است. از زمان شکل‌گیری اولین بیمارستان روانپزشکی در قرن ۱۵ در اسپانیا، پذیرش و درمان بیمارانی که به دنبال ترومای روحی ناشی از جنگ دچار بیماری‌های روانپزشکی شده بودند از مهمترین حیطه‌های چالش برانگیز اداره این بیمارستان‌ها به شمار می‌رفت. بیمارستان‌های روانپزشکی در دوران جنگ با مشکلات بسیاری مواجه هستند که این امر خدمت‌رسانی به بیماران روانپزشکی را دشوار مینماید. تجربه جنگ و تروماهای وابسته به آن از جمله آوارگی، از دست دادن عزیزان، آسیب‌های متعدد جسمی و روانی مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات وابسته به تروما در سیر جنگ و حتی تا سال‌ها بعد از خاتمه جنگ بار بسیاری بر بیمارستان‌های روانپزشکی وارد میکنند. افزایش تعداد مراجعین سرپایی و همچنین بیماران بستری در طی دوران جنگ و حتی پس از آن به طور چشمگیری افزایش می‌یابد. ناکافی بودن ظرفیت تخت‌های بستری، کمبود نیروهای متخصص از جمله روان‌پرستاران، روان‌پزشکان و روان‌شناسان ارائه خدمت به بیماران را دچار چالش جدی می‌کند.

همچنین در طی دوران جنگ دسترسی به داروهای تخصصی روانپزشکی کاهش یافته به طوریکه داروهای کارآمد به طور روزافزون از دسترس خارج می‌شوند. آسیب به زیرساخت‌های شهری و بیمارستان‌ها در طی جنگ‌ها به شدت افزایش یافته و تامین امکانات ضروری را دچار مشکل می‌نماید.

در یک بررسی در اوکراین نشان داده شد که تعداد روانپزشکان در جنگ با روسیه به طرز چشمگیری کاهش یافته به نحوی که از هر ۴۰ روانپزشک در هر مرکز به تعداد ۳۰ نفر در هر مرکز کاهش یافته است. در جنگ غزه تنها مرکز روانپزشکی آن از کار افتاد و خدمت‌رسانی به بیماران دچار مشکل اساسی شد.

به طور کلی می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تجربیات بین‌المللی نشان می‌دهد که بیمارستان‌های روانپزشکی در طی دوران جنگ حتی بعد از جنگ نیازمند برنامه‌ریزی مناسب، تامین منابع، حمایت از کادر درمان، حفظ زنجیره دارو و پرسنل و ارائه خدمات مطلوب سلامت روان در سطح جامعه است که از گسترش پیامدهای نامطلوب جنگ پیشگیری کند.



وضعیت سخت در بیمارستان روانپزشکی

دکتر امیر عباس کشاورز اخلاقی

عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

اداره یک بیمارستان روان‌پزشکی در شرایط جنگی، چالشی فراتر از معیارهای مرسوم مدیریت درمان است که در آن، مدیر نه تنها با بحران‌های زیرساختی، بلکه با هجوم واکنش‌های بقا در کادر درمان روبرو می‌شود. هدف از این سخنرانی آرایه تجربه زیسته مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی ایران در دو جنگ ۱۲ روزه و ۴۲ روزه سال ۱۴۰۴ است. شرایط جنگی بیمارستان را به سمت استقلال و خودمختاری کامل می‌برد. در چنین شرایطی برای افزایش تاب‌آوری باید مانورپذیری بیمارستان را افزایش داد و کارکنانی که خود درگیر واکنش‌های بقا هستند را به گونه‌ای بکار گرفت که در هر لحظه متناسب با نیاز در مرکز حضور داشته باشند. در مرکز روانپزشکی ایران برای اجرای این سیاستها با استفاده از تجربه جنگ ۱۲ روزه، قبل از جنگ ۴۲ روزه زمینه‌های لازم برای ترخیص تمام بیمارانی که اندیکاسیون مطلق بستری نداشتند فراهم شده بود و بنابراین بیمارستان توانست در عرض ۷۲ ساعت از شروع جنگ به ضریب اشغال ۲۵ درصد دست پیدا کند. کاهش تعداد بیماران امکان هر نوع تصمیمی مانند تخلیه بیمارستان، تجمع در مکانهای امن، امکان بقا در صورت حمله مستقیم و ... را فراهم می‌کند. بعلاوه امکاناتی مانند داروهای حیاتی، ذخیره آب و غذا و سوخت برای تاب‌آوری ۱ تا ۲ هفته فراهم شده بود.

در چنین شرایطی باید به کارکنان کمک کرد تا بتوانند به جای واکنش‌های بقا نوعی عملگرایی را اجرا و تمرین کنند. در این میان، وظیفه رئیس بیمارستان نه اجرای دستورالعمل‌های خشک، بلکه ایفا کردن نقش «قشر پیش‌پیشانی کمکی» برای سازمان و تزریق امید برای پذیرش واقعیت توأم با عمل‌گرایی است. تجربه ما در بیمارستان ایران نشان می‌دهد که در شرایط بحرانی هرچقدر تصمیم‌گیریها مشارکتی‌تر و شفاف‌تر شوند نتایج بهتر خواهند بود. تلاش بر برقراری تعادل بین نیازهای بیماران و کارکنان و قوانین بالادستی از پیچیدگیهای موقعیتهای این چنینی هستند. بعد از به اتمام رسیدن جنگ مشکلات مالی ایجاد شده بدلیل جنگ کارکنان را تحت فشار گذاشت و حتی کارکنانی که پیشنهادهای مکرر برای ترک بیمارستان را داشتند با چالشهای عدم پرداخت مواجه شده بودند و این یکی از سخت‌ترین آزمون‌های عدالت سازمانی را رقم زد. تجربه این دوران نشان داد که تداوم خدمت در بحران، نیازمند تصمیم‌گیری مشارکتی، تاب‌آوری زیرساختی و حفظ عاملیت انسانی در بحرانی‌ترین لحظات است.



چهل و دومین همایش سالانه
انجمن علمی روان‌پزشکان ایران

روان‌پزشکی در زمانه ناپایدار

سمپوزیوم وقتی بدن هنوز در خطر است: از ترومای جنسی تا بازسازی صمیمیت

دکتر آزاده مظاهری میبیدی

عنوان سخنرانی:

ترومای جنسی در زمانه ناپایدار: از خشونت و ناامنی تا پیامدهای روان‌پزشکی

دکتر شیوا ایلپائی

عنوان سخنرانی:

وقتی بدن خطر را به یاد می‌آورد: گسستگی، شرم و اختلالات سایکوسکشوال پس از تروما

دکتر امین امیری

عنوان سخنرانی:

اولین افشا، اولین فرصت: ارزیابی تروما محور بدون بازترومازایی

سخنران چهارم:

دکتر فرزانه ردایی

عنوان سخنرانی:

از بقا تا صمیمیت: درمان مرحله‌ای ترومای جنسی و بازپس‌گیری بدن و لذت



چکیده مقالات سخنرانی

نگرش روانپزشکان ایرانی نسبت به اختلال مصرف متامفتامین و الگوی تجویز دارو: یک مطالعه مقطعی

شیوا تریا^۱، مریم رفیعیان^۲، کاوه علوی^۳، الهام شیرازی^۲، سحر سادات شریفی^{۳*}

زمینه: اختلال مصرف متامفتامین به یکی از دغدغه‌های عمده سلامت عمومی در ایران بدل شده؛ روندی که ناشی از تغییر الگوی مصرف مواد از مواد افیونی بهسوی متامفتامین است. با وجود افزایش شیوع این اختلال، داده‌های موجود درباره رویکردهای درمانی روا‌نپزشکان ایرانی در این زمینه اندک است. هدف از این مطالعه، بررسی شیوه‌های تجویز دارو و نگرش روا‌نپزشکان نسبت به مدیریت این اختلال بود.

روش‌ها: مطالعه مقطعی در سال ۲۰۲۴ بر روی ۱۵۰ روا‌نپزشک ایرانی از طریق نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از شبکه‌های اجتماعی، انجام شد. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های ساختاریافته را تکمیل کردند که شامل چهار سناریوی بالینی نمایانگر موارد همراه با این اختلال (روانپزشکی ناشی از متامفتامین، مسمومیت حاد، ولع مصرف، و روانپزشکی عودکننده) بود. این سناریوها توسط هیئتی متشکل از چهار عضو هیئت علمی روانپزشکی، بر مبنای معیارهای DSM-5 طراحی و سپس توسط هیئت جداگانه‌ای متشکل از پنج متخصص از نظر وضوح و ارتباط محتوایی بازبینی و اصلاح شد.

یافته‌ها: در مواجهه با روانپزشکی ناشی از متامفتامین، ۸۸٪ از شرکت‌کنندگان دارو تجویز کردند که عمدتاً داروهای ضدروانپزشکی آتپیک بودند (۵۵.۳٪). در مدیریت پرخاشگری، ۵۰٪ داروهای کمکی تجویز کردند که بیشتر شامل آرامبخش‌ها (۲۸٪) و تشبی‌ت‌کننده‌های خلق بود (۲۰٪). در مدیریت ولع مصرف، دارودرمانی در ۶۶.۷٪ موارد بهکار رفت که بوپروپیون (۵۰٪) و پرهگابالین/گاباپنتین (۲۷.۹٪) پرکاربردترین داروها بودند. در مورد مسمومیت حاد، نیمی از شرکت‌کنندگان دارو تجویز کردند که عمدتاً بنزودیازپینها بودند (۲۸٪). در روانپزشکی عودکننده، ۸۰٪ ترکیب رواندرمانی و دارودرمانی را توصیه کردند، در حالی که ۳۵.۳٪ داروهای ضدروانپزشکی طولانی‌اثر تجویز کردند. الگوهای تجویز بر حسب سن، وابستگی دانشگاهی و محل فعالیت بالینی تفاوت معناداری نشان داد. برای نمونه، روا‌نپزشکان مستتر و اعضای هیئت‌علمی گرایش بیشتری به درمان‌های ترکیبی و بلندمدت داشتند. در حالی که تفاوت‌های جنسیتی محدود و عمدتاً غیرمعنادار بود؛ با این حال، روانپزشکان مس‌نتر، زن، و عضو هیئت‌علمی غالباً رویکردهای جامع‌تری را برگزیدند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان‌دهنده تنوع قابل‌توجه در مدیریت اختلال مصرف متامفتامین در میان روا‌نپزشکان ایرانی است که به‌طور معناداری متأثر از سن، وابستگی دانشگاهی و محل فعالیت بالینی است. هرچند تجویز داروهای ضدروانپزشکی آتپیک (برای روا‌نپزشکی و بوپروپیون) برای ولع مصرف تا حدی با شواهد علمی موجود همخوانی دارد، استفاده‌ی اندک از داروهایی نظیر میرتازاپین و بوپرنورفین، حاکی از شکاف میان دانش و عملکرد بالینی است. یافته‌ها بر ضرورت تدوین راهنماهای درمانی منطقه‌ای، طراحی مداخلات آموزشی هدفمند برای رفع ناهمخوانی‌های میان شواهد و عملکرد، و انجام پژوهش‌های تکمیلی به‌منظور بهین‌سازی راهبردهای درمانی تأکید دارند.

کلیدواژه‌ها: اختلالات مرتبط با آمفتامین؛ دانش سلامت؛ نگرشها؛ عملکرد؛ تجویز دارو؛ روانپزشکان؛ اختلالات مرتبط با مواد

1. Research Center for Addiction and Risky Behaviors, Psychosocial Health Research Institute, Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. MD, Resident of Psychiatry, Department of psychiatry, School of medicine, Iran university of medical sciences, Tehran, Iran

3. Mental Health Research Center Psychosocial Health Research Institute, Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran



Iranian Psychiatrists' Attitudes toward Methamphetamine Use Disorder and Prescribing Patterns: A Cross-Sectional Survey

Shiva Soraya¹, Maryam Rafieian², Kaveh Alavi³, Elham Shirazi⁴ and Sahar SadatSharifi^{2*}

1. Research Center for Addiction and Risky Behaviors, Psychosocial Health Research Institute, Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran 2. MD, Resident of Psychiatry, Department of psychiatry, School of medicine, Iran university of medical sciences, Tehran, Iran 3. Mental Health Research Center Psychosocial Health Research Institute, Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Background: Methamphetamine Use Disorder (MUD) has emerged as a major public health concern in Iran, driven by a shift in substance use patterns from opioids to methamphetamine. Despite its rising prevalence, there is scarce data on Iranian psychiatrists' therapeutic approaches.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2024 among 150 Iranian psychiatrists, recruited via convenience sampling through social media platforms. The participants completed a structured questionnaire featuring four clinical scenarios representing MUD cases (methamphetamine-induced psychosis, intoxication, craving, and recurrent psychosis). Scenarios were developed by a panel of four psychiatrist faculty members, based on DSM-5 criteria, and refined by a separate panel of five experts for clarity and relevance.

Results: For methamphetamine-induced psychosis, 88% prescribed medications, primarily atypical antipsychotics (55.3%). For aggression, 50% prescribed adjunctive medications, predominantly sedatives (28%) and mood stabilizers (20%). Craving management involved pharmacotherapy in 66.7% of the cases, with bupropion (50%) and pregabalin/gabapentin (27.9%) most frequently prescribed. Half prescribed medication for intoxication, primarily benzodiazepines (28%). For recurrent psychosis, 80% recommended combining psychotherapy with pharmacotherapy, while 35.3% prescribed long-acting antipsychotics. Prescribing patterns varied significantly by age, academic affiliation, and practice location. Seniors and faculty favored long-term/combined therapies, with modest, mostly non-significant gender differences; senior, female and faculty psychiatrists often favored more comprehensive approaches.

Conclusion: The study identifies substantial variability in MUD management among Iranian psychiatrists, influenced significantly by age, academic affiliation, and practice location. While prescription of atypical antipsychotics (for psychosis) and bupropion (for craving) align with partial evidence, underutilization of medications like mirtazapine and buprenorphine highlights knowledge-practice gaps. Findings emphasize the need for regional treatment guidelines, targeted educational interventions addressing evidence-practice discrepancies, and further research to optimize therapeutic strategies.

Keywords: Amphetamine-related disorders; Health knowledge; Attitudes; Practice; Drug prescriptions; Psychiatrists; Substance-related disorders



علائم افسردگی، اضطراب و استرس پس از جنگ ۱۲ روزه در کودکان و نوجوانان ایرانی: یک مطالعه مقطعی

کتایون رازجویان^۱، زهرا مشایخی^۲

^۱دانشیار روان‌پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲استادیار روان‌پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه و هدف

کودکان و نوجوانان از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در برابر پیامدهای روانی جنگ هستند. مواجهه با تهدید، اخبار نگران‌کننده، اختلال در احساس امنیت، و نگرانی درباره سلامت اعضای خانواده می‌تواند با افزایش علائم افسردگی، اضطراب و استرس همراه باشد. با وجود اهمیت این موضوع، داده‌های نظام‌مند درباره پیامدهای روان‌پزشکی جنگ اخیر در کودکان و نوجوانان ایرانی، به‌ویژه در جمعیت‌های بالینی، محدود است. این مطالعه با هدف بررسی علائم افسردگی، اضطراب و استرس در کودکان و نوجوانان ایرانی دریافت‌کننده خدمات روان‌پزشکی پس از جنگ ۱۲ روزه، و ارزیابی ارتباط این علائم با عوامل جمعیت‌شناختی، بالینی و خانوادگی انجام شد.

روش

این پژوهش یک مطالعه مقطعی بر روی ۲۱۹ کودک و نوجوان ۷ تا ۱۸ ساله بود که پس از جنگ ۱۲ روزه، خدمات روان‌پزشکی دریافت می‌کردند. علائم افسردگی، اضطراب و استرس با استفاده از نسخه فارسی **Depression Anxiety Stress Scales-Youth (DASS-Y)** ارزیابی شد. اطلاعات جمعیت‌شناختی، ویژگی‌های بالینی، متغیرهای خانوادگی و عوامل مرتبط با تجربه استرس ناشی از جنگ نیز گردآوری شدند. متغیرهای کمی به‌صورت **median (IQR)** و متغیرهای کیفی به‌صورت فراوانی و درصد گزارش شدند. با توجه به توزیع غیرنرمال داده‌ها، برای مقایسه پیامدها بین دو گروه از **Mann-Whitney U test**، برای مقایسه بین بیش از دو گروه از **Kruskal-Wallis test**، و برای بررسی ارتباط متغیرهای کمی با پیامدها از **Spearman's correlation test** استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع، ۲۱۹ کودک و نوجوان وارد مطالعه شدند. **Median (IQR)** نمرات افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب **8 (14)**، **10 (14)** و **18 (14)** بود. نوجوانان در مقایسه با کودکان کم‌سن‌تر، نمرات افسردگی و اضطراب بالاتری داشتند؛ به‌ترتیب با مقادیر **p=0.02** و **p=0.008**، نمره افسردگی همچنین بر اساس منبع اصلی استرس تفاوت معناداری داشت و بالاترین نمرات افسردگی در شرکت‌کنندگانی مشاهده شد که نگرانی‌های مرتبط با خانواده را به‌عنوان عامل اصلی استرس گزارش کرده بودند؛ **(p=0.01)**.

جنسیت، محل سکونت، تشخیص روان‌پزشکی، وضعیت مصرف دارو و سابقه بستری با نمرات افسردگی، اضطراب یا استرس ارتباط معناداری نداشتند. در بررسی ویژگی‌های سرپرست خانوار، تحصیلات مادر با نمرات افسردگی و اضطراب، و تحصیلات پدر با نمره استرس ارتباط معنادار داشت. تعداد اعضای خانواده و سن سرپرست خانوار با هیچ‌یک از پیامدهای مورد بررسی ارتباط معناداری نشان ندادند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که نوجوانان دریافت‌کننده خدمات روان‌پزشکی ممکن است پس از جنگ، به‌ویژه از نظر علائم افسردگی و اضطراب، آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به کودکان کم‌سن‌تر داشته باشند. همچنین نگرانی‌های مرتبط با خانواده و برخی ویژگی‌های آموزشی والدین، بیش از متغیرهایی مانند جنسیت، محل سکونت، تشخیص روان‌پزشکی یا وضعیت مصرف دارو، با شدت علائم هیجانی پس از جنگ ارتباط داشتند. این نتایج بر ضرورت طراحی مداخلات سلامت روان پس از جنگ با رویکرد رشدی، خانواده‌محور و متناسب با زمینه فرهنگی تأکید می‌کند؛ به‌ویژه برای نوجوانان و کودکانی که پیش‌تر نیز تحت مراقبت روان‌پزشکی بوده‌اند.

کلیدواژه‌ها

جنگ؛ کودکان؛ نوجوانان؛ افسردگی؛ اضطراب؛ استرس؛ ایران



Depression, Anxiety, and Stress Symptoms Following the 12-Day War in Iranian Children and Adolescents: A Cross-Sectional Study

Katayoon Razjouyan¹, Zahra Mashayekhi²

¹ Associate Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Background and Objective

Children and adolescents are among the most vulnerable groups to the mental health consequences of war. Exposure to threat, distressing news, disruption of perceived safety, and concerns about family members may contribute to increased symptoms of depression, anxiety, and stress. Despite the clinical importance of this issue, systematic data on the psychiatric impact of the recent war on Iranian children and adolescents, particularly in clinical populations, remain limited. This study aimed to assess symptoms of depression, anxiety, and stress among Iranian children and adolescents receiving psychiatric care following the 12-day war, and to examine their associations with demographic, clinical, and family-related factors.

Methods

This cross-sectional study included 219 children and adolescents aged 7–18 years who were receiving psychiatric care after the 12-day war. Symptoms of depression, anxiety, and stress were assessed using the Persian version of the **Depression Anxiety Stress Scales-Youth (DASS-Y)**. Demographic information, clinical characteristics, family-related variables, and war-related stress factors were also collected. Continuous variables were reported as **median (IQR)**, and categorical variables as frequencies and percentages. Given the non-normal distribution of the data, between-group comparisons were performed using the **Mann–Whitney U test** for two-group comparisons and the **Kruskal–Wallis test** for comparisons across more than two groups. Associations between continuous variables and outcomes were examined using **Spearman's correlation test**.

Results

A total of 219 children and adolescents were included in the study. The **median (IQR)** scores for depression, anxiety, and stress were **8 (14)**, **10 (14)**, and **18 (14)**, respectively. Adolescents had significantly higher depression and anxiety scores than younger children, with $p=0.008$ and $p=0.02$, respectively. Depression scores also differed significantly according to the main source of stress, with the highest scores observed among participants who reported family-related concerns as their primary stressor ($p=0.01$). Sex, place of residence, psychiatric diagnosis, medication status, and history of hospitalization were not significantly associated with depression, anxiety, or stress scores. Among household characteristics, maternal education was significantly associated with depression and anxiety scores, while paternal education was significantly associated with stress scores. Family size and the age of the head of household were not significantly associated with any of the assessed outcomes.

Conclusion

The findings suggest that adolescents receiving psychiatric care may be particularly vulnerable to depressive and anxiety symptoms following war. Family-related concerns and certain parental educational characteristics appeared to be more closely associated with the severity of post-war emotional symptoms than sex, place of residence, psychiatric diagnosis, or medication status. These results highlight the need for developmentally informed, family-centered, and culturally sensitive mental health interventions after war, especially for children and adolescents who were already under psychiatric care.

Keywords



War; Children; Adolescents; Depression; Anxiety; Stress; Iran

ارزیابی اثر کانا‌بیدیول بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری

بهاره رضائی، مهناز مجیدی، نازلی زاهدی

زمینه: اختلال وسواسی جبری، اختلالی عصبی-روانی به صورت وسواس‌ها و اجبارهای مکرر، مشکلات زیادی را برای افراد درگیر این اختلال ایجاد می‌کند. کانا‌بیدیول با اثرات محافظت‌کنندگی و آنتی‌اکسیدانی، امروزه جهت درمان در برخی از اختلالات عصبی و روانی مورد توجه قرار گرفته است که از جمله آنها علائم ناشی از اختلال وسواسی جبری می‌باشد.

هدف: این مطالعه با هدف ارزیابی تاثیر کانا‌بیدیول بر علائم بیماران اختلال وسواسی-جبری در ایران، شهر قزوین انجام گردید.

روش‌ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل‌شده، ۳۰ بیمار به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه روزانه ۲۵ میلی‌گرم قطره CBD دریافت کرد، در حالی که گروه دیگر ۲۵ میلی‌گرم دارونما به شکل قطره دریافت کرد. در بدو مطالعه و در هفته‌های چهارم و هشتم، از بیماران خواسته شد تا مقیاس ییل-براون را تکمیل کنند تا تغییرات در روند بیماری بررسی شود. تمام تجزیه و تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران در گروه‌های کانا‌بیدیول و دارونما به ترتیب ۳۲.۵۳ و ۴۰.۶ سال بود که نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی معنادار بین دو گروه بود ($P < 0.05$). همچنین نمره اختلال وسواس فکری-عملی در ابتدای مطالعه بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان نداد. آزمون RM-ANOVA نشان داد که میانگین نمره اختلال وسواس فکری-عملی در بین گروه‌های مورد مطالعه در زمان‌های اندازه‌گیری شده پس از مداخله از نظر آماری معنی‌دار بوده است ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر، استفاده از CBD در بیماران مبتلا به OCD منجر به کاهش میانگین نمره OCD در طول دوره مطالعه شد. این اثر از نظر آماری بین گروه‌های مداخله و کنترل در طول زمان معنی‌دار بود.

کلمات کلیدی: کانا‌بیدیول، اختلال وسواسی جبری، اختلالات روانی، کانا‌بیس

Evaluation of the effect of cannabidiol on symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder

Bahare Rezaei, Mahnaz Majidi, Nazli Zahedi

Introduction: Obsessive-compulsive disorder (OCD), a neuropsychiatric disorder characterized by recurrent obsessions and compulsions, causes many problems for people affected by this disorder. Cannabidiol, with its protective and antioxidant effects, has been considered today for the treatment of some neurological and mental disorders, including symptoms caused by obsessive-compulsive disorder.

Objective: The present study was conducted to investigate the effect of CBD on OCD symptoms in patients from Qazvin Province, Iran.

Methods: In the randomized controlled clinical trial study, 30 patients were randomly divided into two groups. One group received 25 mg of CBD drops daily, while the other group received 25 mg of placebo in the form of drops. At the beginning of the study and at the 4th and 8th weeks, the patients were asked to complete the Yale-Brown Scale to examine changes in the disease process. All analyses were carried out using SPSS software version 20.

Results: The mean age of patients in the cannabidiol and placebo groups was 32.53 and 40.6 years, respectively, which displayed the significant difference between the two groups ($P < 0.05$). Also, the score of OCD at the beginning of the study did not show any significant difference between the two groups. The RM-ANOVA test indicated the mean score of OCD among the studied groups at the measured times after the intervention was statistically significant ($P < 0.05$).

Conclusion: In the current study, the use of CBD in patients with OCD led to a decrease in the mean OCD score during the study period. This effect was found to be statistically significant between the intervention and control groups over time.

Keywords: Cannabidiol, Obsessive-Compulsive Disorder, Mental Disorders, Cannabis



بررسی تاثیر کمکی داروی امپاگلیفلوزین در بهبود علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری متوسط تا شدید، یک کارآزمایی بالینی تصادفی، دوسوکور، کنترل شده با دارونما

رحیم بدرفام، متخصص روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز
عاطفه زندی، متخصص روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز

مقدمه: اختلال وسواسی-جبری OCD یک بیماری روانپزشکی شایع و ناتوان کننده با بار اقتصادی-اجتماعی قابل توجه است. با وجود اثربخشی درمان‌های استاندارد، بخش قابل توجهی از بیماران به درمان پاسخ کامل نمی دهند که لزوم اکتشاف درمان‌های کمکی جدید با مکانیسمهای عمل نوین را پررنگ می‌سازد. شواهد جدید، نقش اختلالات متابولیک و التهاب سیستمی ک را در پاتوفیزیولوژی این اختلال برجسته کرده اند. امپاگلیفلوزین، یک مهارکننده ناقل سدیم-گلوتریک نوع ۲ (SGLT2) با دارا بودن خواص ضدالتهابی و نوروپروتکتیو اثبات شده، کاندیدای جدیدی برای بررسی اثرات روان‌پزشکی محسوب می‌شود. این مطالعه با هدف ارزیابی تاثیر درمان کمکی امپاگلیفلوزین بر شدت علائم بیماران مبتال به OCD متوسط تا شدید طراحی شد.

روش اجرا: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده، دوسوکور و کنترل شده با دارونما بود. ۴۵ بیمار مبتال به OCD بر اساس معیارهای DSM-5 انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله، فلووکسامین (تا دوز ۲۰۰ میل ی گرم روزانه) به همراه امپاگلیفلوزین (۲۵ میل ی گرم روزانه) و گروه کنترل، فلووکسامین به همراه دارونما دریافت کردند. دوره درمان ۱۲ هفته بود. شدت علائم OCD با مقیاس ییل-براون (BOCS-Y) و عملکرد شناختی با آزمون ارزیابی شناختی مونترال (MoCA) در ابتدا، هفته‌های ۴، ۸ و ۱۲ ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از مدل‌های اثرات مختلط خطی در نرم افزار SPSS انجام گرفت.

یافته‌ها: دو گروه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی پایه همگن بودند. تحلیل‌ها نشان‌دهنده کاهش معنی دار نمرات وسواس، اجبار و نمره کل BOCS-Y در طول زمان در هر دو گروه بود ($P < 0.001$). با این حال، اثر تعامل زمان و گروه معنی دار بود، که نشان دهنده کاهش بیشتر و با الگوی بهبودی سریع‌تر در گروه دریافت کننده امپاگلیفلوزین نسبت به گروه دارونما بود. در پایان هفته ۱۲، میانگین کاهش نمره کل BOCS-Y در گروه مداخله ۹ چشمگیرتر بود. همچنین، بهبود عملکرد شناختی کلی (نمره MoCA) در گروه امپاگلیفلوزین با الگوی مطلوب‌تری همراه بود.

نتیجه گیری: یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که افزودن امپاگلیفلوزین به عنوان درمان کمکی به رژیم دارویی استاندارد فلووکسامین، می‌تواند منجر به بهبودی بالینی معنی دار و بیشتری در علائم بیماران مبتال به OCD متوسط تا شدید گردد. این اثر احتمالاً از طریق مکانیسمهای فراتر از کنترل قند خون، مانند خواص ضدالتهابی و نوروپروتکتیو دارو قابل تبیین است. این نتایج، گامی اولیه و امیدوارکننده در معرفی امپاگلیفلوزین به عنوان یک گزینه درمانی کمکی جدید در OCD محسوب می‌شود که نیازمند تایید در مطالعات بزرگ‌تر و با دوره پیگیری طولانی‌تر است.

کلمات کلیدی: اختلال وسواسی-جبری، امپاگلیفلوزین، درمان کمکی، کارآزمایی بالینی تصادفی شده، مقیاس ییل-براون

**Study of the adjunctive effect of empagliflozin in improving symptoms in patients
with moderate to severe obsessive-compulsive disorder,
a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial**



Rahim Badrafam. Psychiatrist. Alborz University of Medical Sciences. Karaj. Alborz. Iran

Atefeh Zandifar. Psychiatrist. Alborz University of Medical Sciences. Karaj. Alborz. Iran

Introduction: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a common and debilitating psychiatric disorder with a significant socioeconomic burden. Despite the effectiveness of standard treatments, a significant proportion of patients do not respond fully to treatment, highlighting the need to explore new adjunctive therapies with novel mechanisms of action. Emerging evidence has highlighted the role of metabolic disorders and systemic inflammation in the pathophysiology of this disorder. Empagliflozin, a sodium-glucose cotransporter type 2 (SGLT2) inhibitor with proven anti-inflammatory and neuroprotective properties, is a novel candidate for investigating psychiatric effects. This study was designed to evaluate the effect of empagliflozin adjunctive treatment on the severity of symptoms in patients with moderate to severe OCD.

Methods: This study was a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. 40 patients with OCD were selected based on DSM-5 criteria and randomly assigned to two intervention and control groups. The intervention group received fluvoxamine (up to 200 mg daily) plus empagliflozin (25 mg daily) and the control group received fluvoxamine plus placebo. The treatment period was 12 weeks. OCD symptom severity was assessed with the Yale-Brown Scale (BOCS-Y) and cognitive function with the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) at baseline, weeks 4, 8, and 12. Data analysis was performed using linear mixed-effects models in SPSS software.

Results: The two groups were homogeneous in terms of baseline demographic and clinical characteristics. Analyses showed a significant decrease in obsessive-compulsive, compulsion, and BOCS-Y total scores over time in both groups ($P\text{-value} < 0.001$). However, the interaction effect of time and group was significant, indicating a greater decrease and a more rapid pattern of improvement in the empagliflozin group than in the placebo group. At the end of week 12, the mean The reduction in the total BOCS-Y score was more striking in the intervention group (9). Also, the improvement in global cognitive function (MoCA score) was associated with a more favorable pattern in the empagliflozin group.

Conclusion: The findings of this study indicate that the addition of empagliflozin as an adjunctive therapy to the standard fluvoxamine drug regimen can lead to clinically significant and greater improvement in symptoms in patients with moderate to severe OCD. This effect is likely explained by mechanisms beyond glycemic control, such as the anti-inflammatory and neuroprotective properties of the drug. These results are a promising first step in introducing empagliflozin as a new adjunctive treatment option in OCD, which requires confirmation in larger studies with longer follow-up periods.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, empagliflozin, adjunctive therapy, randomized clinical trial, Yale-Brown scale



استخراج شاخص یکپارچه بار روانی: تحلیل مؤلفه‌های اصلی سندروم های بالینی

مهدی کریمی، آریا شاکو، معین اسقایی

دپارتمان علوم و مهندسی کامپیوتر، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

پیش‌زمینه: ارزیابی بار روانی، مستلزم ترکیب و تلفیق چندین سندروم بالینی هم‌پوشان است. پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون (MCMI) ابزار ارزیابی جامعی است که برای دسته بندی نظام‌مند اختلالات شخصیت و آسیب‌شناسی روانی بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. با این حال، تحلیل‌های سنتی اغلب این مقیاس‌ها را به‌طور مستقل در نظر می‌گیرند و به احتمال زیاد مؤلفه‌های پنهان زمینه‌ای را که محرک بار شناختی و روانی کلی است، نادیده می‌گیرند. برای رفع این مشکل، پژوهش حاضر از تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PCA)، به عنوان یک تکنیک کاهش ابعاد، استفاده می‌کند تا این معیارهای متنوع MCMI-IV را به یک شاخص واحد و قابل کمی‌سازی تبدیل کرده و از این طریق، یک متغیر هدف بهینه را برای مدل‌سازی‌های نوروفیزیولوژیک آینده ایجاد نماید.

روش‌ها: ما داده‌های مربوط به سندروم های بالینی اولیه را که از یک گروه ۲۸۱ نفره از آزمودنی های ایرانی جمع‌آوری شده بود، مورد تحلیل قرار دادیم. تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PCA) بر روی ۱۰ سندروم کلینیکال (اضطراب، اختلالات جسمانی، دوقطبی، افسرده‌خویی، وابستگی به الکل، وابستگی به مواد مخدر، استرس پس از سانحه، اختلال تفکر، افسردگی اساسی و اختلال هذیانی) اعمال شد تا یک نمره فشار روانی یکپارچه استخراج گردد. وزن‌های بارگذاری (Loading weights) هر نشانگان برای تعیین سهم نسبی آن‌ها محاسبه شد.

نتایج: سه مؤلفه اصلی اول در مجموع ۷۶.۴۴٪ از ساختار زیربنایی مجموعه داده را توضیح دادند؛ به طوری که PC1، PC2 و PC3 به ترتیب ۴۴.۰۵٪، ۱۹.۷۹٪ و ۱۲.۶۰٪ از واریانس را به خود اختصاص دادند. تحلیل بارگذاری‌های PC1 نشان داد که نشانگان وابستگی به الکل (وزن: ۰.۴۱)، استرس پس از سانحه (۰.۳۹) و افسردگی اساسی (۰.۳۸) بیشترین تأثیر را بر فشار روانی کلی داشته‌اند. در مقابل، اختلال دوقطبی (۰.۲۰) و اختلال هذیانی (۰.۲۲) کمترین سهم نسبی را نشان دادند. توزیع نمرات PC1 به یک منحنی نرمال نزدیک بود.

نتیجه‌گیری: روش PCA یک چارچوب قوی و قابل تفسیر برای مدل‌سازی بار روانی ارائه می‌دهد. این رویکرد با کاهش ۱۰ سندروم کلینیکال به یک معیار واحد، محرک‌های اصلی فشار روانی را برجسته می‌سازد و یک متغیر هدف قابل اعتماد برای استفاده در وظایف یادگیری ماشین و مدل‌سازی پیش‌بینی‌کننده در آینده ایجاد می‌کند.

واژگان کلیدی: تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PCA)، فشار روانی، سندرم‌های بالینی، کاهش ابعاد، مدل‌سازی نوروفیزیولوژیک.



Derivation of a Unified Psychological Strain: A Principal Component Analysis of Clinical Syndromes

Mahdi Karimi¹, Aria Shakoo¹, Moein Esghaei¹

¹Department of Computer Science and Engineering, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Background & Objective: Evaluating cumulative psychological strain requires synthesizing multiple overlapping clinical profiles. The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-IV) is a comprehensive assessment tool utilized to systematically profile these personality disorders and clinical psychopathology. However, traditional analyses often treat these syndrome scales independently, potentially missing the underlying latent construct that drives overall cognitive and psychological strain. To address this, this study applies Principal Component Analysis (PCA), a dimensionality reduction technique, to distill these diverse MCMI metrics into a singular, quantifiable index, thereby establishing an optimized target variable for future neurophysiological modeling

Methods: We analyzed primary clinical syndrome data collected from a cohort of 281 Iranian subjects. Principal Component Analysis (PCA) was applied to 10 clinical syndromes (Anxiety, Somatoform, Bipolar, Dysthymia, Alcohol Dependence, Drug Dependence, Post-Traumatic Stress, Thought Disorder, Major Depression, Delusional Disorder) to extract a unified psychological strain score. The loading weights of each syndrome were calculated to determine their relative contributions.

Results: The first three principal components cumulatively explained 76.44% of the dataset's underlying structure, with PC1, PC2, and PC3 accounting for 44.05%, 19.79%, and 12.60% of the variance, respectively. Analysis of the PC1 loadings revealed that Alcohol Dependence syndrome (weight: 0.41), Post-Traumatic Stress (0.39), and Major Depression (0.38) exerted the highest impact on the overall psychological strain. Conversely, Bipolar (0.20) and Delusional Disorder (0.22) demonstrated the lowest relative contributions. The distribution of PC1 scores approximated a normal curve.

Conclusion: PCA provides a robust and interpretable framework for modeling psychological strain. By reducing 10 clinical syndromes into a single metric, this approach highlights the core drivers of psychological strain and establishes a reliable target variable to be utilized in future machine learning and predictive modeling tasks.

Keywords: Principal Component Analysis (PCA), Psychological Strain, Clinical Syndromes, Dimensionality Reduction, Neurophysiological Modeling.



به سوی سایکوتروماتولوژی جمعی نامالایمات مزمن اجتماعی-سیاسی: هفت سازه نظری

سحر سادات شریفی

زمینه: چارچوب‌های رایج تروما بر پایه رویدادهایی مجزا و زمانمند شکل گرفته‌اند که پس از آن، دوره‌های از ثبات نسبی برای بهبودی و بازسازی معنا در اختیار فرد قرار می‌گیرد. جمعیت‌هایی که نامالایمات مزمن و پایدار اجتماعی-سیاسی را تجربه می‌کنند، با پدیده‌هایی بالینی روبه‌رو هستند که این چارچوب‌ها به درستی قادر به تبیین آنها نیستند، چرا که چنین دوره ثباتی برای این مداوم و جاری رخ می‌دهند. «حال جمعی» تنها فراهم نمی‌شود و تروما، آسیب اخلاقی و سازگاری در یک

روش: مروری روایتی در پایگاه‌های PubMed، PsycINFO و Google Scholar انجام شد که ادبیات مربوط به نظریه تروما، استرس تروماتیک مداوم، آسیب اخلاقی، معناسازی و تاب‌آوری جمعی را دربر می‌گرفت. شکاف‌های ساختاری با بررسی مفروضات زمانی و سطح تحلیل اصلی نهفته در هر چارچوب، بررسی شد. سپس سازه‌های پیشنهادی تدوین و از طریق تحلیل مفهومی بر اساس چهار معیار بررسی شدند: تمایز از صورت‌بندی‌های موجود، انسجام درونی، اهمیت بالینی و قابلیت عملیاتی‌سازی تجربی در آینده.

یافته‌ها: هفت سازه پیشنهاد می‌شود. ترومای نوع دوم جمعی، پیامدهای سطح جمعیتی نامالایمات مزمن را توصیف می‌کند، که از طریق حافظه جمعی، انتقال میان‌نسلی و تضعیف اعتماد نهادی تداوم می‌یابد. آسیب شاهد ناگزیر، یک زیرنوع آسیب اخلاقی که از مشاهده طولانی مدت با درماندگی در شرایطی ناشی می‌شود که هیچ پاسخ مؤثری ممکن نبوده. گناه وجودی زمان حال، احساس گناه مستمر ناشی از ادامه زندگی روزمره، در حالی که دیگران هم زمان در رنج اند، را توصیف می‌کند، که از نظر سازوکار از گناه بازماندگی کلاسیک متمایز است. کمبود دائمی معنا، اضافه بار ساختاری معناسازی را در شرایطی توصیف می‌کند که هیچ دوره پایداری برای بهبودی فراهم نیست. انباشت ناامیدی، به انتقال میان نسلی چرخه‌های امید و ناامیدی نسبت به تغییرات اجتماعی سیاسی اشاره می‌کند. نگهداشت مقاومتی، حفاظت روانشناختی فعال و آینده‌نگر از ارزش‌ها و پیوندهای اجتماعی را، در شرایطی که امکان تغییر در حال حاضر وجود ندارد، توصیف می‌کند. خشونت بازتاب شده، خطری را در دوره‌های گذار اجتماعی شناسایی می‌کند که در آن، آسیب اخلاقی بی پاسخ‌مانده و انباشته، ممکن است به شکلی تخلیه شود که الگوهای پیشین آسیب را باز تولید کند.

نتیجه‌گیری: این هفت سازه، معماری به هم پیوسته‌ای را شکل می‌دهند. سازه‌های آسیب اخلاقی و مرتبط با معنا، آسیب‌هایی را مشخص می‌کنند که سازه‌های تاب‌آوری باید در برابر آنها عمل کند؛ و انباشت بی پاسخ مانده‌ی همین آسیب‌ها، سازوکار زیربنایی خطر گذار را که در سازه‌ی پایانی شناسایی شده، ترسیم می‌کند. هر یک از این سازه‌ها، سازوکاری از آسیب یا محافظت را مشخص می‌کند که چارچوب‌های موجود آنها را با یکدیگر خلط کرده یا نادیده گرفته‌اند؛ که پیامدهای مستقیمی برای صورت‌بندی تشخیصی، برنامه‌ریزی درمانی، و مداخلات تاب‌آوری‌محور در جمعیت‌های دارای نامالایمات مزمن دارد. عملیاتی‌سازی و اعتباریابی تجربی این سازه‌ها به‌عنوان اولویت برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها

ترومای جمعی؛ آسیب اخلاقی؛ استرس تروماتیک مداوم؛ تاب‌آوری؛ معناسازی؛ سایکوتروماتولوژی



Toward a Collective Psychotraumatology of Chronic Sociopolitical Adversity: Seven Theoretical Constructs

Sahar SadatSharifi

MD, Resident of Psychiatry, Department of psychiatry, School of medicine, Iran university of medical sciences, Tehran, Iran

Background: Conventional trauma frameworks were largely developed around discrete, time-limited events followed by a relatively stable phase in which recovery and meaning-reconstruction can occur. Populations exposed to chronic, sustained sociopolitical adversity present clinical phenomena that these frameworks do not adequately capture, because no comparable stable phase is available to them and trauma, moral injury, and adaptation unfold in an ongoing present tense.

Method: A narrative search was conducted across PubMed, PsycINFO, and Google Scholar, covering trauma theory, continuous traumatic stress, moral injury, meaning-making, and collective resilience literatures. Structural gaps were identified by examining the temporal and level-of-analysis assumptions underlying each framework. Candidate constructs were then developed and tested against four criteria: distinctiveness from existing formulations, internal coherence, clinical relevance, and amenability to future empirical operationalization.

Results: Seven constructs are proposed. *Collective Type II trauma* describes population-level analogues of chronic individual trauma, propagated through collective memory, transgenerational transmission, and erosion of institutional trust. *Compelled witness injury* names a moral injury subtype arising from prolonged, helpless witnessing under conditions in which no effective response was structurally possible. *Present-tense existential guilt* captures ongoing guilt about continuing daily life while others currently suffer, distinct in temporal structure and mechanism from classical survivor guilt after past events. *Perpetual meaning deficit* denotes the structural overload and frustration of meaning-making when no stable recovery phase is available. *Disappointment accumulation* refers to the multigenerational transmission of cyclical hope and disappointment in sociopolitical change. *Resistive maintenance* describes the active, future-oriented psychological preservation of values and social connection under conditions that currently preclude overt change. *Mirrored violence* identifies a risk during periods of social transition, in which accumulated and previously unaddressed moral injury may discharge in ways that reproduce earlier patterns of harm.

Conclusion: These seven constructs form an interconnected architecture rather than functioning as isolated labels: the moral injury and meaning-related constructs specify the injuries that the resilience constructs must work against, while their unaddressed accumulation delineates the mechanism underlying the transitional risk identified by the final construct. Together, they specify distinct mechanisms of injury or protection that existing trauma and moral injury frameworks tend to conflate or omit, with direct implications for diagnostic formulation, treatment planning, and resilience-oriented interventions in populations living under chronic adversity. Empirical operationalization and validation of these constructs are proposed as priorities for future research in psychotraumatology.

Keywords: Collective trauma; moral injury; continuous traumatic stress; resilience; meaning-making; psychotraumatology.



رفتارها و ابراز هیجانات نامتعارف (وارونگی هیجانی - رفتاری) در زمانه ناپایدار از دیدگاه زیست-روان - اجتماعی

دکتر مسعود موسوی نسب (استاد بخش روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

دکتر ابراهیم مقیمی سرانی (استادیار بخش روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

دکتر نسرین دانش (متخصص روانپزشکی)

هیجانات و رفتارهای پذیرفته شده و به هنجار در عرف جامعه را هیجانات و رفتار قابل انتظار یا متعارف می‌گویند و این معنا زمانی محقق است که یک محرک، بتواند پاسخی به شکل هیجانات متناسب و متناظر ایجاد کند. در برابر این مفهوم، طیفی از رفتارهای متفاوت، نامتعارف و ناهنجار قرار می‌گیرد. این تغییرات اغلب تدریجی و احتمالاً در نتیجه ی رویدادهایی از قبیل پیشرفت تکنولوژی و نفوذ آن در زندگی مردم بوده و گاه به شکلی برق آسا و غیر قابل باور نمود یافته و به تغییر زمینه‌های ایدئولوژیک و مناسک مربوطه، ارتباطات اجتماعی در گروه‌های سنی مختلف و نیز فرهنگ غالب رفتار و گفتار نسل جوان آن جامعه منجر شده است. در این بحث، تلاش شده تا رفتارهای ظاهراً متناقض با انتظارات پیشین (رفتارهای نامتعارف) در یک جامعه راه، در مقایسه با تحولات جهانی مشابه، از منظر زیستی - روانی و اجتماعی بررسی و تشریح نماییم.

طرح موضوع:

رفتار به شدت نامتعارف در سطح وارونگی رفتارهای مشهود در یک جامعه، می‌تواند مبنای زیستی، روانی و اجتماعی داشته و از هر زمان و مکان به دیگری، متفاوت باشد. مبانی تغییرات شگرف هیجانی - رفتاری احتمالاً چنین پیش زمینه‌هایی را در خود جای داده است :

- ۱- مبانی زیستی : شامل نسل مورد پژوهش، ژنتیک، سن، جنس، تغییرات هورمونا، آسیب‌های احتمالی مغزی، تاثیر مواد روانگردان و....
- ۲- مبانی روانشناختی : شامل هوش فردی و اجتماعی، مکانیزم‌های دفاعی، تیپ شخصیتی، گرایش‌های معنوی افراد جامعه، کهن الگوها و...
- ۳- مبانی اجتماعی : شامل تغییرات جامعه سنتی به مدرن، فرهنگ غالب در آن جامعه، تم سیاسی - اجتماعی غالب، نقش مذهب و دیدگاه‌های ایدئولوژیک، نقش جنگ و استرسورهای بزرگ و...

بحث و نتیجه گیری :

رفتار انسان محصول و برآیند ترکیبی از ویژگی‌های ژنتیک، روانی، اجتماعی اوست و در زمانه ای ناپایدار، همراه با عوامل فشار و استرسورهای بزرگی مانند جنگ، مشکلات وسیع اقتصادی یا اختلافات سیاسی - اجتماعی، می‌تواند در یک دوره زمانی کوتاه، تغییرات شگرف و غیر منتظره نشان دهد. این تغییرات ممکن است زمینه ساز تحولات بزرگ در بافت اجتماعی، تصمیمات کلان و آینده ی یک کشور باشد که از موارد انگشت شمار تدریجاً شروع شده و به فراگیری رفتار مشهود به نوعی غیر متعارف خود را بروز داده و تثبیت کند. مشاهده و بحث بر روی چنین مواردی می‌تواند در شناسایی عوامل و رسیدن به الگوهای پیش رو، بسیار تاثیر گذار باشد.

واژه‌های کلیدی : رفتارشناسی، ابراز هیجانات نامتعارف، وارونگی، روان - زیست - اجتماعی



Unconventional(Reversal) Expressed Emotions and Behaviors in Unstable Times (A Bio-Psycho-Social Aspect)

Dr.Masoud Mousavi Nasab (M.D./Psychiatrist/Professor in SUMS)

Dr.Ebrahim Moghimi Sarani((M.D./Psychiatrist/Assistant Professor in SUMS)

Dr.Nasrin Danesh (M.D./Psychiatrist)

Expressed emotions and behaviors that are accepted and considered normal in society are called expected or conventional emotions and behaviors, and this meaning is achieved when a stimulus can create a response in the form of appropriate and corresponding emotions. In contrast to this concept, a range of different, unusual and abnormal behaviors is placed. These changes are often gradual and probably the result of events such as technological progress and its influence on people's lives, and sometimes they appear in a lightning-fast and unbelievable way, and have led to changes in the ideological contexts and related rituals, social communications in different age groups, as well as the dominant culture of behavior and speech of the young generation of that society. In this discussion, an attempt has been made to explain behaviors that appear to contradict previous expectations (unconventional behaviors) in a society, in comparison with similar global developments, from a bio-psycho-social perspective.

Topic:

Extremely unusual behavior at the level of inversion of behaviors evident in a society can have a biological, psychological, and social basis and vary from time and place to another. The basis of dramatic emotional-behavioral changes probably includes the following background:

- 1- Biological basis: including the generation under study, genetics, age, gender, hormonal changes, possible brain damage, the effect of psychotropic substances, etc.
- 2- Psychological basis: including individual and social intelligence, defense mechanisms, personality type, spiritual tendencies of individuals in society, archetypes, etc.
- 3- Social basis: including changes from traditional to modern society, dominant culture in that society, dominant socio-political theme, religion and ideological views, war and major stressors, etc.

Discussion and Conclusion:

Human behavior is the product and outcome of a combination of genetic, psychological, and social characteristics, and in an unstable time, accompanied by major pressure and stressors such as war, widespread economic problems, or socio-political disputes, it can show dramatic and unexpected changes in a short period of time. These changes may pave the way for major developments in the social context, macro-decisions, and the future of a country, which gradually begin with a handful of cases and manifest and stabilize in an unusual way by becoming visible behavior. Observation and discussion of such cases can be very effective in identifying factors and reaching future patterns.

Keywords: Behaviorism, Unusual Expressed Emotions, Inversion, Bio-Psycho-social



قطب‌بندی سیاسی-اجتماعی و سلامت روان؛ تجربه‌های اخیر از جامعه جهانی

دکتر محمد رسول خلخالی

دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گروه روان‌پزشکی

قطب‌بندی اجتماعی فرآیندی است که در آن افراد به گروه‌های با دیدگاه‌های متضاد تقسیم می‌شوند و همگرایی به حداقل می‌رسد. این پدیده با گسترش رسانه‌های اجتماعی پیچیده‌تر شده است. قطب‌بندی فراتر از اختلاف نظر ساده، فاصله‌ی روانی و ایدئولوژیک میان گروه‌ها را افزایش می‌دهد و تقسیم‌بندی طبیعی «ما» و «آنها» را به دشمنی عمیق تبدیل می‌کند. سه عامل کلیدی این فرآیند را تشدید می‌کنند: نخست، شکاف ادراکی که در آن هر دو طرف، دیگری را افراطی‌تر از واقعیت می‌بینند. دوم، محیط اطلاعاتی که با الگوریتم‌های تأییدکننده، حباب‌های فیلترشده می‌سازد و مواجهه با مخالفان را به تشدید دشمنی می‌کشاند. سوم، نخبگان سیاسی که رفتار قطبی‌شده‌ی آن‌ها، الگویی برای شهروندان می‌شود. نتایج هشداردهنده‌ی از مطالعات بدست آمده است:

قطب‌بندی هزینه‌های روانی و اجتماعی سنگینی به همراه دارد. تحقیقات نشان می‌دهد که این پدیده می‌تواند به اندازه یک نگرانی جدی در حوزه سلامت عمومی به ویژه سلامت روانی باشد. رخدادهای اجتماعی-سیاسی دهه اخیر نشان می‌دهند که روابط سیاسی-اجتماعی قطبی شده دیگر فقط یک مسئله‌ی جامعه‌شناختی نیستند، بلکه به یک **تعیین‌کننده‌ی جدی سلامت روان و جسم** تبدیل شده‌اند.

پژوهش‌های انجام شده در آمریکا و اروپا افزایش استرس و اضطراب (۴۰٪ آمریکایی‌ها استرس سیاسی و ۲۰٪ بی‌خوابی)، تشدید اختلالات روانی مانند افسردگی و رفتارهای خودکشی، خستگی مداوم، افزایش مصرف مواد آپیویدی، پیامدهای فیزیولوژیک قابل اندازه‌گیری مانند افزایش کورتیزول گزارش کرده‌اند. در بعد روابط بین فردی قطب‌بندی به تخریب دوستی‌ها و تنش‌های شغلی و خانوادگی منجر شده است. در عمیق‌ترین سطح، پدیده‌ی «دگرسازی» - نسبت دادن ویژگی‌های مثبت به خود و منفی به گروه مقابل - فضای احترام و گفت‌وگوی متقابل را از بین می‌برد و جامعه را به سمت دشمنی پایدار سوق می‌دهد. دیگر می‌توان گفت که قطب بندی هزینه دارد و این هزینه قابل اندازه گیری است.

در آمریکا، وابستگی سیاسی به یک پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت تبدیل شده است. مطالعه‌ی در Nature Human Behaviour نشان داد محافظه‌کاران نرخ مرگ‌ومیر بالاتری از دموکرات‌ها دارند. به نظر می‌رسد دو مکانیسم این شکاف را توضیح می‌دهند: جابه‌جایی جمعیتی (پیوستن افراد ناسالم‌تر به محافظه‌کاران) و افت اعتماد به پزشکان (کاهش مراجعه، بدبینی به درمان، حتی در بیماری‌های غیرمرتبط با کووید) اما پیامدهای روانی مانند استرس سیاسی، بی‌خوابی، پرخاشگری افکار خودکشی منتسب به سیاست (در ۴ درصد افراد) گسترده‌تر است. این آمار فراتر از اختلاف نظر در یک بحران سلامت عمومی است. مطالعه‌ای با استفاده از داده‌های چهار پل ملی از **هلند، سوئیس، بریتانیا و آمریکا** نشان داده است که قطب‌بندی عاطفی - (affective polarization) یعنی دشمنی و بی‌اعتمادی نسبت به اعضای گروه سیاسی مقابل - با **پیشانی‌روانی** در همه‌ی این کشورها مرتبط است. نکته‌ی کلیدی این است که این رابطه فراتر از اختلافات ایدئولوژیک صرف است: این دشمنی عاطفی است که هزینه‌ی روانی دارد. مرور نظام‌مندی که بر روی ۶۱۱ مقاله از ۴۴ کشور انجام شده، نشان می‌دهد که این الگو در سراسر اروپا نیز تکرار می‌شود: **افراد با گرایش راست‌گرا، به‌طور مداوم رفتارهای محافظتی سلامت کمتری در دوران کووید نشان دادند، اعتماد کمتری به علم داشتند و بیشتر در معرض باور به نظریه‌های توطئه بودند** جالب اینجاست که در ۹۰٪ مقالاتی که رابطه‌ای معنادار یافته‌اند، راست‌گرایی با کاهش رفتارهای محافظتی سلامت همراه بوده است. داده‌های یک مطالعه‌ی بین‌کشوری نشان می‌دهد که اگرچه آمریکا بالاترین نرخ رشد قطب‌بندی عاطفی را داشته، اما **بریتانیا، دانمارک، آلمان و هلند نیز افزایش معناداری را تجربه کرده‌اند** اروپا در حال نزدیک شدن به مدل آمریکایی دشمنی حزبی است، هرچند با سرعتی کمتر.

در بریتانیا، قطب‌بندی به رادیکال‌سازی و افراط‌گرایی گره خورده است. عواملی مانند سلطه‌جویی اجتماعی، خودشیفتگی جمعی و بیگانگی، از طریق باورهای پوپولیستی به نگرش‌های افراطی می‌انجامد. رسانه‌ها با روایت «ما در برابر آنها»، این روند را تشدید می‌کنند. پژوهش مک‌منوس و ولنداس (۲۰۲۶) نشان داد وابستگی حزبی در بریتانیا به پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتارهای سلامت در کووید تبدیل شده است. پیام نهایی این است که هویت گروهی در مواجهه با طرد، از پناهگاه به منبع آسیب تبدیل می‌شود.



جوانان به‌عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در برابر قطب‌بندی شناخته شده‌اند. تحقیقات نشان می‌دهد که جمعیت جوان، تأثیرپذیرتر هستند و در جوامع قطبی‌شده به‌آسانی رادیکالیزه می‌شوند. در برخی کشورها که جمعیت جوان بخش بزرگی از جامعه را تشکیل می‌دهد، این مسئله می‌تواند به فاجعه‌ای برای سرمایه اجتماعی و سلامت روان جامعه تبدیل شود.

علاوه بر این، جوامعی که با نابرابری اقتصادی و تبعیض مواجه هستند، آسیب‌پذیری بیشتری در برابر تأثیرات منفی قطب‌بندی دارند. تحقیقات نشان می‌دهد که محله‌هایی با تمرکز بالای جمعیت فقیر و اقلیت‌های نژادی، نرخ بالاتری از مشکلات سلامت روانی دارند و در عین حال دسترسی کمتری به خدمات درمانی دارند.

برای درک بهتر این پدیده، باید مفهوم انسجام اجتماعی را نیز در نظر بگیریم. انسجام اجتماعی به معنای احساس تعلق، همبستگی و ارزش‌های مشترک در درون یک گروه است. انسجام اجتماعی می‌تواند عاملی محافظتی در برابر مشکلات سلامت روان باشد و افرادی که در جوامع منسجم زندگی می‌کنند، سطوح پایین‌تری از افسردگی، استرس درک‌شده و افکار خودکشی را تجربه می‌کنند. اما نکته جالب اینجاست که انسجام اجتماعی می‌تواند در برخی شرایط تأثیر معکوس داشته باشد. تحقیقات نشان می‌دهد که در جوامع با انسجام بالا، نگرانی درباره شهرت و پایبندی به هنجارهای اجتماعی می‌تواند فشار روانی ایجاد کند و حتی به افسردگی منجر شود، به‌ویژه در میان افراد با تحصیلات پایین‌تر. این پارادوکس نشان می‌دهد که نه فقدان انسجام و نه انسجام افراطی به‌تنهایی پاسخگو نیست، بلکه نوع و کیفیت روابط اجتماعی اهمیت دارد.

ارایه حاضر هرچند به تأثیرات قطبی شدن جامعه و پیامدهای آن برای سلامت روان فرد و جامعه در کشورهایی که دارای مطالعاتی در این زمینه هستند می‌پردازد ولی دارای نکات مفهومی و کاربردی برای دست‌انداران سلامت روان در جامعه ایرانی که درگیر بحران‌های اجتماعی ویژه‌ای است دارد.



Political-Social Polarization and Mental Health; Recent Experiences from the Global Community

Dr. Mohammad Rasoul Khalkhali

Guilan University of Medical Sciences, Department of Psychiatry

Social-political polarization is a process in which individuals divide into groups with opposing views, and convergence is minimized. This phenomenon has become more complex with the expansion of social media. Polarization goes beyond simple disagreement, increasing the psychological and ideological distance between groups, and transforming the natural division of "us" and "them" into deep-seated hostility. Three key factors intensify this process: First, the perceptual gap, where both sides perceive the other as more extreme than reality. Second, the information environment, which, through confirmatory algorithms, creates filtered bubbles and turns exposure to opponents into intensified hostility. Third, political elites, whose polarized behavior serves as a model for citizens.

Polarization carries high psychological and social costs. Research shows that this phenomenon can be as serious a concern in the field of public health, especially mental health, as any major health threat. The socio-political events of the last decade demonstrate that polarized political-social relations are no longer merely a sociological issue but have become a serious determinant of mental and physical health.

Studies conducted in the United States and Europe have reported increased stress and anxiety (40% of Americans report political stress and 20% report insomnia), exacerbation of mental disorders such as depression and suicidal behaviors, chronic fatigue, increased opioid use, and measurable physiological consequences such as elevated cortisol levels. In terms of interpersonal relationships, polarization has led to the destruction of friendships and increased occupational and familial tensions. At the deepest level, the phenomenon of "othering"—attributing positive traits to oneself and negative traits to the opposing group—destroys the space of mutual respect and dialogue, driving society toward lasting hostility. It can now be said that polarization has a cost, and this cost is measurable.

In the United States, political affiliation has become a predictor of health. A study published in *Nature Human Behaviour* found that conservatives have higher mortality rates than Democrats. Two mechanisms appear to explain this gap: demographic displacement (unhealthier individuals gradually joining the conservative camp) and declining trust in physicians (reduced healthcare seeking, skepticism toward treatment, even for non-COVID-related illnesses). However, the psychological consequences—such as political stress, insomnia, aggression, and suicidal ideation attributed to politics (in 4% of individuals)—are even more widespread. These statistics go beyond mere disagreement, representing a public health crisis.

A study using data from four national panels from the Netherlands, Switzerland, the United Kingdom, and the United States demonstrated that affective polarization—hostility and distrust toward members of the opposing political group—is associated with psychological distress in all these countries. The key point is that this relationship goes beyond mere ideological differences; it is this emotional hostility that carries the psychological cost.

A systematic review of 611 articles from 44 countries shows that this pattern is replicated across Europe: individuals with right-wing orientation consistently exhibited fewer protective health behaviors during COVID-19, had less trust in science, and were more susceptible to conspiracy theories. Interestingly, in 90% of articles that found a significant relationship, right-wing orientation was associated with reduced protective health behaviors.



Data from a cross-country study show that while the United States has the highest rate of growth in affective polarization, the United Kingdom, Denmark, Germany, and the Netherlands have also experienced significant increases. Europe is approaching the American model of partisan hostility, albeit at a slower pace.

In the United Kingdom, polarization is linked to radicalization and extremism. Factors such as social dominance orientation, collective narcissism, and alienation, through populist beliefs, lead to extremist attitudes. The media, with its "us versus them" narratives, exacerbates this trend. Research by McManus and Vlandas (2026) showed that partisan affiliation in the UK became a predictor of health behaviors during COVID-19. The ultimate message is that group identity, when faced with rejection, transforms from a sanctuary into a source of harm.

Young people are recognized as one of the most vulnerable groups to polarization. Research shows that the youth population is more impressionable and is easily radicalized in polarized societies. In some countries where the youth population constitutes a large segment of society, this issue can become a disaster for social capital and community mental health.

Furthermore, societies facing economic inequality and discrimination are more vulnerable to the negative effects of polarization. Research indicates that neighborhoods with high concentrations of impoverished populations and racial minorities have higher rates of mental health problems while having less access to treatment services.

The Paradox of Social Cohesion

To better understand this phenomenon, we must also consider the concept of social cohesion. Social cohesion—meaning a sense of belonging, solidarity, and shared values within a group—can be a protective factor against mental health problems. People living in cohesive communities experience lower levels of depression, perceived stress, and suicidal thoughts. However, interestingly, social cohesion can have paradoxical effects in some circumstances. Research shows that in highly cohesive communities, concerns about reputation and adherence to social norms can create psychological pressure and even lead to depression, especially among those with lower education. This paradox suggests that neither the absence of cohesion nor excessive cohesion alone is the answer; rather, the type and quality of social relationships matter.

Implications for Iran

Although the present presentation addresses the effects of societal polarization and its consequences for individual and community mental health in countries that have conducted relevant studies, it carries conceptual and practical implications for mental health professionals in Iranian society, which is grappling with unique social crises.



Short-Term Psychological Consequences of Open Globe Injury: A Cross-Sectional Study at a Tertiary Referral Center (2023–2024)

Aghalou sepideh

Dadkhah romina, Mirzaie arash, Eghbalnia sina ,yahyavi seyyed taha

Corresponders: Mehrabi bahar mohammadreza

Psychological Impact of Open Globe Injury

Objectives

To evaluate psychological impact, functional limitations, and sociodemographic predictors in adults with open-globe injuries (OGIs), and to examine links between visual acuity, disfigurement, and psychosocial outcomes

Methods

This cross-sectional observational study, conducted between 2023 and 2024, included adult patients with a history of OGI. Participants underwent structured psychiatric evaluations based on DSM-5 criteria and completed validated quality-of-life (QoL) instruments. Clinical variables (e.g., visual acuity, injury severity), functional status (e.g., driving ability, work productivity), and sociodemographic data were collected

Results

High rates of psychiatric morbidity were observed: PTSD (43%), major depressive disorder (MDD) (30.5%), Unspecified anxiety disorder (Unspecified anxiety disorder (16.5%), and suicidality (17%). Worse baseline visual acuity (logMAR) was significantly associated with PTSD ($p=0.004$) and adjustment disorder ($p=0.006$). Suicidality correlated strongly with phthisic eye ($p<0.001$), leading to a 34.3% reduction in vitality scores. Work impairment ($p=0.004$) and driving limitations (61.3%) were associated with increased distress. Pain severity, particularly with facial or lid injuries, further exacerbated depressive symptoms. Lower socioeconomic subgroups (e.g., illiteracy) reported worse psychological outcomes, though education level alone was not a significant predictor. Comparison with pediatric and interventional cohorts highlighted age-specific vulnerabilities and the need for systemic mental health integration.

Conclusion

OGIs impose a significant psychological and social burden beyond visual loss, including high rates of PTSD, depression, suicidality, and functional disability. Disfigurement, chronic pain, and loss of autonomy were key mediators of distress. Findings support integrating psychiatric care into ophthalmology and highlight the need for prevention, early intervention, and multidisciplinary rehabilitation

Keywords:

Adjustment Disorders, Anxiety, Depression, Eye Injuries, Mental Health, Ocular Trauma, Pain, Post-Traumatic Stress Disorders, Quality of Life, Suicide, Visual Acuity, Vocational Rehabilitation.



چکیده مقالات ارائه پوستر

توسعه و ارزیابی سامانه هوشمند غربالگری سلامت روان در بخش بستری و ارجاع خودکار به پزشک معالج جهت درخواست مشاوره روان‌پزشکی، یکپارچه‌شده با سامانه اطلاعات بیمارستانی (HIS)

سید حمزه حسینی^{*}، مهلا زارع^۱، مائده زارع^۲

^{*} استاد روانپزشکی، مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

^۱ دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

^۲ دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه و هدف: شواهد بالینی نشان می‌دهد که تقریباً نیمی از بیماران بستری در بخش‌های پزشکی-جراحی، با اختلالات قابل توجه سلامت روان از جمله افسردگی، اضطراب و تروما مواجه هستند؛ با این حال، به دلیل اتکای سیستم‌های فعلی به مدل‌های «واکنشی» و ارجاعات اختیاری پزشکان، بخش بزرگی از این نیازهای روان‌پزشکی شناسایی نشده باقی می‌مانند. این نقص در شناسایی زود هنگام، نه تنها نتایج درمانی را تخریب می‌کند، بلکه بار شناختی پزشکان را افزایش داده و منجر به طولانی شدن مدت بستری می‌گردد. در «زمانه ناپایدار» فعلی، گذار از روش‌های دستی به سامانه‌های تصمیم‌یار هوشمندی که با استانداردهای مدرن سلامت دیجیتال همسو باشند، برای کاهش خطاهای مستندسازی و تضمین ایمنی بیمار، یک ضرورت حیاتی است. هدف این مطالعه، توسعه سامانه هوشمند غربالگری سلامت روان یکپارچه با سامانه اطلاعات بیمارستانی (HIS)، برای تحلیل بلادرنگ داده‌ها، شناسایی بیماران پرخطر و ارجاع خودکار آن‌ها به روان‌پزشکی است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه در هفت گام متدولوژیک اجرا خواهد شد؛ در گام‌های نخست، ارزیابی نیازها، نگاشت گردش کارهای بالینی و طراحی معماری فنی بر اساس منطق تطبیقی و قوانین بالینی (Rule-based) انجام می‌پذیرد. در مراحل بعدی، توسعه نرم‌افزاری شامل طراحی موتور استنتاج، داشبوردهای مدیریتی و پیاده‌سازی استانداردهای تبادل داده (HL7/FHIR) صورت خواهد گرفت. سپس در فاز یکپارچه‌سازی، سیستم در قالب نسخه آلفا بر روی سرورهای بیمارستان استقرار یافته و از طریق سناریوهای شبیه‌سازی شده، صحت جریان داده‌ها و دقت طبقه‌بندی ریسک اعتبارسنجی خواهد شد. در نهایت، مطالعه در قالب یک استقرار آزمایشی (Pilot) اجرا شده و اثرات آن بر اساس شاخص‌های کمی (KPIs) و ارزیابی‌های کیفی پزشکان مورد سنجش قرار می‌گیرد.

یافته‌ها: پیاده‌سازی این پلتفرم در زیرساخت HIS، منجر به شناسایی سریع و دقیق بیماران پرخطر در بیمارستان‌ها می‌شود. این سیستم با جایگزینی فرآیندهای سنتی با ارجاع خودکار، علاوه بر کاهش خطاهای انسانی و بار کاری پزشکان، منجر به کاهش زمان انتظار برای مشاوره روان‌پزشکی شده و دقت در شناسایی موارد نیازمند مداخله را به‌طور چشم‌گیری افزایش می‌دهد.

نتیجه‌گیری: توسعه سامانه‌های ارجاع خودکار و هوشمند، تحولی در رویکرد «روان‌پزشکی جامع» ایجاد می‌کند. این سیستم با ارائه یک ابزار بومی‌سازی شده و مقیاس‌پذیر، شکاف‌های موجود در شناسایی زود هنگام اختلالات روانی در بیمارستان‌های ایران را پوشش داده و با همسویی با استانداردهای سلامت دیجیتال، استانداردهای جدیدی را برای ایمنی بیمار و حاکمیت بالینی در محیط‌های درمانی تعریف می‌کند.

کلمات کلیدی: سامانه هوشمند، سلامت روان، غربالگری، مشاوره روان‌پزشکی، سامانه اطلاعات بیمارستانی (HIS)



Development and evaluation of an intelligent mental health screening system in the inpatient ward and automatic referral to the attending physician for psychiatric consultation, integrated with the Hospital Information System (HIS)

Seyed Hamzeh Hosseini*, Mahla Zare¹, Maede Zare²

*Professor of Psychiatry, Psychosomatic Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

¹Medical Student, Student Research Committee, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

²PhD Student in Health Information Management, Faculty of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Introduction and Objective: Clinical evidence indicates that approximately half of the inpatients in medical-surgical wards experience significant mental health disorders, including depression, anxiety, and trauma. However, due to the reliance on "reactive" models and voluntary physician referrals, a substantial portion of these psychiatric needs remains unidentified. This deficiency in early identification not only compromises therapeutic outcomes but also increases the cognitive load on physicians and prolongs hospital stays. In the current "volatile era," transitioning from manual methods to intelligent decision-support systems aligned with modern digital health standards is a critical necessity to reduce documentation errors and ensure patient safety. The objective of this study is to develop an intelligent mental health screening system integrated with the Hospital Information System (HIS) for real-time data analysis, identification of high-risk patients, and their automated referral to psychiatric services.

Materials and Methods: This study will be implemented in seven methodological steps. Initially, needs assessment, clinical workflow mapping, and technical architecture design will be conducted based on adaptive and rule-based clinical logic. Subsequent phases will involve software development, including the design of an inference engine, administrative dashboards, and the implementation of data exchange standards (HL7/FHIR). During the integration phase, an alpha version of the system will be deployed on hospital servers, where data flow accuracy and risk classification precision will be validated through simulated scenarios. Finally, the study will be executed as a pilot implementation, and its effects will be evaluated based on quantitative Key Performance Indicators (KPIs) and qualitative physician assessments.

Results: The implementation of this platform within the HIS infrastructure is expected to result in the rapid and accurate identification of high-risk patients in hospital settings. By replacing traditional manual processes with automated referrals, this system is predicted to reduce human error and the workload of physicians, decrease the waiting time for psychiatric consultations, and significantly improve the accuracy of identifying cases requiring immediate intervention.

Conclusion: The development of intelligent and automated referral systems represents a paradigm shift toward "Comprehensive Psychiatry." By providing a localized and scalable tool, this system addresses the critical gaps in the early identification of mental disorders in Iranian hospitals. Aligned with digital health standards, it defines new benchmarks for patient safety and clinical governance in healthcare environments.

Keywords: Intelligent system, mental health, screening, psychiatric consultation, Hospital Information System (HIS).



آرامش از منظر فلسفه و هنر بازخوانی راهبردهای روان‌شناختی برای کاهش اضطراب در زندگی معاصر

دکتر گیتا صدیقی، دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

در سال‌های اخیر اضطراب، فشارهای شغلی، تعارض‌های بین‌فردی و فرسودگی روانی به بخشی از تجربه روزمره انسان معاصر تبدیل شده‌اند. در بسیاری از رویکردهای رایج، آرامش به مجموعه‌ای از تکنیک‌های کوتاه‌مدت مانند تنفس، مدیتیشن یا مدیریت هیجان تقلیل یافته است؛ در حالی که سنت‌های فلسفی و هنری، آرامش را حاصل نوعی بازسازی نگرش انسان نسبت به خود، دیگران، زمان و جهان پیرامون می‌دانند. این سخنرانی با رویکردی میان‌رشته‌ای، بر پایه اندیشه‌های فلسفی معاصر، روان‌شناسی و تاریخ هنر، به بررسی ظرفیت هنر و تجربه‌های زیبایی‌شناختی در کاهش اضطراب و ارتقای سلامت روان می‌پردازد.

در این ارائه نشان داده می‌شود که چگونه عناصر حسی نظیر معماری، نقاشی، موسیقی، طبیعت، فضاها، آرام، تجربه «امر والا»، و حتی مطالعه تاریخ می‌توانند به عنوان ابزارهایی روان‌شناختی در تنظیم هیجان، کاهش آشفتگی ذهنی و ایجاد احساس معنا مورد استفاده قرار گیرند. همچنین با مرور نمونه‌هایی از سنت‌های هنری و فلسفی غرب، از جمله دیدگاه‌های کاتولیکی و پروتستانی درباره نقش محیط بصری، اسطوره ارفئوس، موسیقی شوپن و شوبرت، مفهوم امر والا در اندیشه کانت، و کارکرد درمانگر تاریخ، نشان داده می‌شود که تجربه زیبایی نه صرفاً امری هنری، بلکه مداخله‌ای مؤثر در سلامت روان است.

این رویکرد می‌تواند افق جدیدی برای طراحی مداخلات ارتقای سلامت روان، آموزش مهارت‌های زندگی و توسعه محیط‌های درمانی و آموزشی فراهم سازد و بر اهمیت توجه به عوامل فرهنگی و زیبایی‌شناختی در کنار مداخلات شناختی و رفتاری تأکید کند.

Beyond Coping Techniques Philosophical and Aesthetic Pathways to Psychological Calm in Contemporary Life

Anxiety, occupational stress, interpersonal conflict, and psychological exhaustion have become defining characteristics of contemporary life. Current approaches to stress reduction often emphasize short-term coping techniques such as breathing exercises, mindfulness, or emotion regulation strategies. In contrast, philosophical traditions and the arts have long viewed inner calm as the outcome of a deeper transformation in how individuals perceive themselves, others, time, and the surrounding world. This presentation adopts an interdisciplinary perspective, integrating philosophy, psychology, and the history of art to explore the therapeutic potential of aesthetic experience in promoting psychological well-being.

The presentation examines how sensory and environmental experiences—including architecture, painting, music, natural landscapes, the experience of the sublime, and even historical reflection—can contribute to emotional regulation, reduce psychological distress, and foster resilience. Drawing upon examples from Western philosophical and artistic traditions, including the Catholic and Protestant perspectives on visual environments, the myth of Orpheus, the music of Chopin and Schubert, Kant's concept of the sublime, and the psychological function of historical consciousness, the lecture argues that artistic experience should not be regarded merely as cultural enrichment but also as a meaningful psychological resource.

Rather than presenting calm as the absence of anxiety, this perspective conceptualizes it as an active psychological capacity cultivated through thoughtful engagement with one's physical, cultural, and symbolic environment. The presentation highlights practical implications for health promotion, educational settings, workplace well-being, and therapeutic interventions, suggesting that aesthetic and philosophical resources may complement conventional cognitive and behavioral approaches to mental health. By reconnecting psychology with philosophy and the arts, this framework offers



a broader and more humanistic understanding of psychological resilience and emotional well-being.

بررسی نگرش بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی یک بیمارستان آموزشی-درمانی در ایران نسبت به دوربین‌های مداربسته

عاطفه قنبری جلفایی، محمد پیرحیاتی*

- استاد روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده پزشکی، تهران، ایران
- *نویسنده مسئول، دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده پزشکی، تهران، ایران

مقدمه: استفاده از دوربین‌های مداربسته در بخش‌های روان‌پزشکی در سال‌های اخیر رو به افزایش بوده است. این دوربین‌ها با هدف ارتقای امنیت بیماران و کارکنان، پیشگیری از رفتارهای خشونت‌آمیز و بهبود پایش محیط بخش به کار می‌روند. با این حال، نگرانی‌هایی در زمینه حریم خصوصی، کرامت بیماران و پیامدهای روان‌شناختی استفاده از این فناوری وجود دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی نگرش بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) تهران نسبت به دوربین‌ها و همچنین ارزیابی ارتباط این نگرش با وضعیت روان‌شناختی آنان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۰۰ بیمار بستری در بخش روان‌پزشکی انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس صورت گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه نگرش به دوربین‌های مداربسته با سه زیرمقیاس عملکرد پرستاری، محیط بخش و احساس امنیت، و نیز پرسشنامه SCL-90-R بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری تی، کای دو و همبستگی اسپیرمن تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران 32.8 ± 1.2 سال بود و ۶۲ درصد آنان را مردان تشکیل می‌دادند. بر اساس نتایج پرسشنامه SCL-90-R، ۸۷ درصد بیماران در حداقل یکی از ۹ حیطه مورد بررسی دارای اختلال بودند. میانگین نمرات نگرش به دوربین‌های مداربسته در زیرمقیاس‌های عملکرد پرستاری، محیط بخش و احساس امنیت به ترتیب 2.2 ± 32.5 ، 2.0 ± 36.1 و 2.3 ± 41.4 بود. بیشترین نگرش مثبت مربوط به احساس امنیت بیماران بود. بین بیماران دارای علائم روان‌پزشکی و بیماران بدون علامت، از نظر نمره کلی نگرش و زیرمقیاس‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین بین نگرش بیماران و سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات رابطه معناداری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی، دوربین‌های مداربسته را بیشتر به عنوان عاملی برای افزایش احساس امنیت درک می‌کنند و نگرش منفی بارزی نسبت به آن ندارند. به نظر می‌رسد در صورت اطلاع‌رسانی مناسب درباره محل نصب و هدف استفاده از دوربین‌ها، می‌توان از این فناوری به عنوان ابزاری حمایتی برای ارتقای ایمنی در بخش‌های روان‌پزشکی بهره برد.



Investigating the Attitudes of Patients Hospitalized in the Psychiatric Department of a Tertiary Care Hospital in Iran Toward Security Cameras

Atefeh Ghanbari jolfaei*, Mohammad Pirhayati**

- *Professor of psychiatry, Mental Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, School of Medicine, Tehran, Iran
- ** MD, MPH, Mental Health Research Center, Iran university of medical sciences, school of medicine, Tehran, Iran

Background: The use of closed-circuit television (CCTV) in psychiatric wards has increased in recent years, mainly to improve safety, reduce violence, and support ward monitoring. Despite these potential benefits, important concerns remain regarding privacy, dignity, and the psychological impact of surveillance on patients. This study aimed to investigate the attitude of psychiatric inpatients at Hazrat Rasool Akram Hospital in Tehran, Iran, toward security cameras and to examine the relationship between these attitudes and patients' psychological symptomatology.

Methods: In this cross-sectional study, 100 patients admitted to the psychiatric ward were recruited through convenience sampling. Data were collected using a demographic questionnaire, a researcher-developed CCTV Attitude Survey with three subscales (Nursing Performance, Ward Environment, and Security Assurance), and the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Statistical analysis was performed using SPSS, applying t-test, chi-square test, and the Spearman correlation coefficient.

Results: The mean age of participants was 32.8 ± 1.2 years, and 62% were male. Based on the SCL-90-R, 87% of patients had symptomatology in at least one of the nine domains. Mean attitude scores were 32.5 ± 2.5 for Nursing Performance, 36.1 ± 2.0 for Ward Environment, and 41.4 ± 2.34 for Security Assurance, indicating that the most positive attitude was related to the feeling of security. No statistically significant differences were found between patients with and without psychological symptomatology regarding total attitude score or any of the three subscales. In addition, no significant associations were observed between attitude scores and age, gender, marital status, or educational level.

Conclusion: Psychiatric inpatients in this study generally viewed security cameras more positively in terms of enhancing their sense of safety than as a threat to their privacy. These findings suggest that, when patients are adequately informed about the purpose and placement of cameras, CCTV may be used as a supportive tool to improve safety in psychiatric wards without significantly compromising patients' psychological comfort.



وقتی گفت‌وگو از کار می‌افتد: چارچوبی روان‌پویشی-شناختی برای فهم شکست ارتباط در زمانه‌ی ناپایدار

دکتر مریم نجفی

مقدمه و هدف:

گفت‌وگو در روان‌درمانی یکی از مسیرهای اصلی تغییر روانی محسوب می‌شود. با این حال، شواهد بالینی نشان می‌دهد که در زمینه‌های مواجهه با بی‌ثباتی مزمن چندسطحی، تنش‌های اجتماعی و فشارهای روانی پایدار، صرف وجود ارتباط کلامی لزوماً به تحول منجر نمی‌شود. در چنین شرایطی، گفت‌وگو ممکن است به الگوهای دفاعی، تکراری و قطبی‌شونده تبدیل گردد و ظرفیت ذهنی‌سازی و تحمل ابهام کاهش یابد. هدف این مطالعه، ارائه یک چارچوب مفهومی برای فهم شرایط روان‌شناختی مؤثر بر امکان یا امتناع گفت‌وگوی تحول‌آفرین است.

روش

این مطالعه یک تحلیل نظری-مفهومی است که با بهره‌گیری از روان‌کاوی کلاسیک و معاصر، نظریه دلبستگی، نظریه ذهنی‌سازی (Fonagy and colleagues) مدل‌های روان‌شناسی اجتماعی تعارض‌های حل‌ناپذیر انجام شده است.

یافته‌ها

گفت‌وگو نه صرفاً یک مهارت ارتباطی، بلکه دستاوردی رشدی و بین‌فردی است که نیازمند تنظیم هیجان، نمادسازی، ذهنی‌سازی و اعتماد معرفتی است. در شرایط ناپایداری مزمن، این ظرفیت‌ها به‌طور معناداری تضعیف شده و نظام روانی به سمت حالت‌های پیش‌ذهنی‌سازی و اشکال ابتدایی عملکرد دفاعی سوق پیدا می‌کند. در نتیجه، شکافی میان تبادل کلامی و تجربه درونی شکل می‌گیرد که مانع تحول روانی می‌شود.

نتیجه‌گیری

این چارچوب می‌تواند به فهم بهتر شکست ارتباط در زمینه‌های بالینی و اجتماعی کمک کند و پیامدهایی برای روان‌پزشکی بالینی و مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی در شرایط بحران، مهاجرت و فشارهای روانی مزمن دارد.

کلیدواژه‌ها: گفت‌وگو، ذهنی‌سازی، اعتماد معرفتی، بی‌ثباتی مزمن، تنظیم هیجان



When Dialogue Breaks Down: A Psychodynamic–Cognitive Framework for Understanding Communication Failure in Turbulent Times

Introduction:

Dialogue is widely regarded as a central mechanism of psychological change in psychotherapy. However, clinical evidence from societies experiencing chronic multi-level instability, social tensions, and persistent psychosocial stress indicates that verbal communication alone does not necessarily lead to transformation. Under such conditions, dialogue may become defensive, repetitive, and polarized, while the capacity for mentalization and tolerance of ambiguity declines. This study proposes an integrative conceptual framework for understanding the psychological conditions that enable or inhibit transformative dialogue.

Method:

This theoretical-conceptual synthesis draws on classical and contemporary psychoanalytic theory, attachment theory, Mentalization-Based Theory (Fonagy and colleagues), and socio-psychological models of intractable conflict.

Findings:

Dialogue is not merely a communicative skill but a developmental-affective achievement requiring affect regulation, symbolization, mentalization, and epistemic trust. In chronic instability, these capacities become significantly compromised, leading the psyche toward pre-mentalizing modes and primitive forms of defensive functioning. Consequently, a disconnect emerges between verbal exchange and internal experience, hindering psychological change.

Conclusion:

This framework offers a clinically applicable model for understanding communication breakdown and guiding mentalization-based interventions in contexts of chronic psychosocial stress and instability, with significant implications for psychiatric practice in settings of crisis, displacement, and collective upheaval.

Keywords: Dialogue, Mentalization, Epistemic Trust, Chronic Instability, Affect Regulation



مروری بر مدل‌های نظری و رویکردهای درمانی اختلال بی‌خوابی: از عصب‌زیست‌شناسی تا درمان‌های شناختی-رفتاری نوین

زمینه و هدف:

اختلال بی‌خوابی مزمن از شایع‌ترین مشکلات خواب در بزرگسالان است و پیامدهای گسترده‌ای بر عملکرد شناختی، تنظیم هیجان و سلامت جسمی دارد. مرور حاضر با هدف تلفیق مدل‌های زیستی، شناختی و هیجانی بی‌خوابی و بررسی درمان‌های نوین دارویی و غیردارویی انجام شده است.

روش مرور:

این مطالعه به روش مرور روایتی انجام شد. مقالات کلیدی منتشرشده در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۵ در پایگاه‌های PubMed، Scopus و Google Scholar با استفاده از کلیدواژه‌های “Insomnia”، “CBT-I”، “Hyperarousal”، “Emotion Regulation” جستجو و به صورت کیفی تحلیل شدند.

یافته‌ها:

مدل‌های زیستی، سه‌عاملی، شناختی و هیجانی در پدیدآمدن و تداوم بی‌خوابی نقش دارند. CBT-I به‌عنوان مؤثرترین درمان مبتنی بر شواهد شناخته می‌شود، در حالی که ACT-I و نسخه‌های دیجیتال (dCBT-I) افق‌های جدیدی در ارتقای پایداری درمان و کاهش نرخ عود فراهم کرده‌اند.

نتیجه‌گیری:

رویکرد تلفیقی زیستی-شناختی-هیجانی و بهره‌گیری از درمان‌های شخص‌محور و داده‌محور مبتنی بر هوش مصنوعی، جهت‌گیری آینده مدیریت بی‌خوابی مزمن را تشکیل می‌دهد و زمینه‌ساز طراحی درمان‌های دقیق‌تر و پایدارتر خواهد بود.

واژگان کلیدی:

بی‌خوابی؛ درمان شناختی-رفتاری؛ درمان دارویی؛ تنظیم هیجان؛ ذهن‌آگاهی



A Review of Theoretical Models and Therapeutic Approaches to Insomnia: From Neurobiology to Contemporary Cognitive-Behavioral Treatments

Background and Aim:

Chronic insomnia disorder is one of the most prevalent sleep problems in adults and is associated with substantial consequences for cognitive functioning, emotion regulation, and physical health. The present narrative review aimed to integrate biological, cognitive, and emotional models of insomnia and to examine contemporary pharmacologic and non-pharmacologic treatment approaches.

Methods:

This study was conducted as a narrative review. Key articles published between 2000 and 2025 were identified through searches of PubMed, Scopus, and Google Scholar using the keywords *Insomnia*, *CBT-I*, *Hyperarousal*, and *Emotion Regulation*. Eligible studies were qualitatively analyzed and thematically synthesized.

Results:

Biological, three-factor (3P), cognitive, and emotional models play complementary roles in the development and maintenance of insomnia. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) is recognized as the most effective evidence-based first-line treatment. In addition, Acceptance and Commitment Therapy for Insomnia (ACT-I) and digitally delivered CBT-I (dCBT-I) have opened new avenues for enhancing treatment durability, accessibility, and reducing relapse rates.

Conclusion:

An integrative bio-cognitive-emotional framework, combined with personalized and data-driven interventions supported by artificial intelligence, represents a promising future direction for the management of chronic insomnia and may facilitate the development of more precise and sustainable treatments.

Keywords:

Insomnia; Cognitive-Behavioral Therapy; Pharmacotherapy; Emotion Regulation; Mindfulness.



ارزیابی تأثیر تحریک جریان مستقیم فراجمجمه‌ای دوطرفه بر ولع القاشده با نشانه‌های سیگار و پاسخ قشری در افراد سیگاری جویای درمان مهسا ناهیدی

دانشیار روانپزشکی

مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسندگان: مهسا ناهیدی^۱، فاطمه عزیزی^۱، مجید خادم رضائیان^۲، محبوبه اسلام‌زاده^۱، فرزاد اکبرزاده^۱، رضا عارفی
شیروان^۳، سارا هنری^۱، مازیار فتحی^۱، علیرضا خالصی^۱

^۱ مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳ گروه مهندسی پزشکی، واحد بردسکن، دانشگاه آزاد اسلامی، بردسکن، ایران

هدف: ولع مصرف و واکنش‌پذیری به نشانه‌های سیگار از سازوکارهای مهم عود در اختلال مصرف تنباکو هستند و قشر پیش‌پیشانی پشتی‌جانبی یکی از اهداف بالقوه برای تعدیل کنترل اجرایی و پردازش نشانه‌های مرتبط با سیگار محسوب می‌شود. این مطالعه اثر جلسات مکرر تحریک جریان مستقیم فراجمجمه‌ای دوطرفه (tDCS) را بر ولع مصرف، شدت وابستگی به نیکوتین و پاسخ قشری ثبت‌شده با طیف‌نگاری نزدیک مادون قرمز عملکردی (fNIRS) در افراد سیگاری جویای درمان بررسی کرد.

روش: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی‌شده، سه‌سوکور و کنترل‌شده با تحریک ساختگی بود. در تحلیل نهایی، داده‌های ۲۰ فرد سیگاری جویای درمان (۱۰ نفر در گروه مداخله و ۱۰ نفر در گروه کنترل) بررسی شد. گروه مداخله ۱۰ جلسه تحریک جریان مستقیم فراجمجمه‌ای دوطرفه با شدت ۲ میلی‌آمپر دریافت کرد. ارزیابی‌ها در خط پایه، پس از جلسات اول، پنجم و دهم و یک ماه پس از پایان مداخله انجام شد. پیامدهای مورد بررسی شامل پرسشنامه تمایل به مصرف مواد (DDQ)، آزمون شدت وابستگی به نیکوتین (FTND) و پاسخ قشری به نشانه‌های سیگار بر اساس fNIRS بود.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در نمرات DDQ و FTND در خط پایه، پس از جلسه اول و پس از جلسه پنجم مشاهده نشد. با این حال، در پایان جلسه دهم و نیز در پیگیری یک‌ماهه، گروه مداخله کاهش معنی‌داری در ولع مصرف و شدت وابستگی به نیکوتین نسبت به گروه کنترل نشان داد ($P < 0.05$). در ارزیابی‌های اولیه fNIRS نیز تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد، اما در پایان درمان و به‌ویژه در پیگیری یک‌ماهه، پاسخ قشری به نشانه‌های سیگار در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری با گروه کنترل تفاوت داشت.

نتیجه‌گیری: تحریک جریان مستقیم فراجمجمه‌ای دوطرفه بر قشر پیش‌پیشانی پشتی‌جانبی می‌تواند با کاهش ولع مصرف، کاهش شدت وابستگی به نیکوتین و تعدیل پاسخ قشری به نشانه‌های سیگار همراه باشد. الگوی زمانی نتایج، به‌ویژه عدم مشاهده تفاوت در ارزیابی‌های اولیه و آشکار شدن اثرات در پایان درمان و پیگیری کوتاه‌مدت، از ماهیت تدریجی و تجمعی اثر این مداخله حمایت می‌کند. با این حال، برای تأیید این یافته‌ها انجام مطالعات با حجم نمونه بزرگ‌تر ضروری است.



Effects of Bilateral Transcranial Direct Current Stimulation on Cue-Induced Craving and Cortical Responses in Treatment-Seeking Smokers

Mahsa Nahidi

Associate Professor of Psychiatry

Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Authors: Mahsa Nahidi¹, Fatemeh Azizi¹, Majid Khadem-Rezaiyan², Mahboubeh Eslamzadeh¹, Farzad Akbarzadeh¹, Reza Arefi Shirvan³, Sara Honari¹, Maziar Fathi¹, Alireza Khalesi¹

¹ Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Department of Biomedical Engineering, Bardaskan Branch, Islamic Azad University, Bardaskan, Iran

Objective: Cue-induced craving and cue reactivity are important mechanisms underlying relapse in tobacco use disorder, and the dorsolateral prefrontal cortex is a potential target for modulating executive control and smoking cue processing. This study investigated the effects of repeated bilateral transcranial direct current stimulation (tDCS) on craving, nicotine dependence, and cortical responses measured by functional near-infrared spectroscopy (fNIRS) in treatment-seeking smokers.

Methods: This triple-blind, randomized, sham-controlled clinical trial included 20 treatment-seeking smokers in the final analysis (10 active stimulation, 10 sham stimulation). Participants in the active group received 10 sessions of bilateral tDCS at an intensity of 2 mA. Assessments were conducted at baseline, after sessions 1, 5, and 10, and at one-month follow-up. Outcomes included the Desire for Drug Questionnaire (DDQ), the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), and cortical responses to smoking cues measured by fNIRS.

Results: No significant between-group differences were observed in DDQ or FTND scores at baseline, after session 1, or after session 5. However, participants receiving active tDCS demonstrated significantly lower craving and nicotine dependence scores at the end of treatment and at one-month follow-up compared with the sham group ($P < 0.05$). Similarly, no significant differences in fNIRS measures were observed during the early assessments, whereas significant differences in cortical responses to smoking cues emerged at the end of treatment and became more pronounced at follow-up.

Conclusion: Repeated bilateral tDCS over the dorsolateral prefrontal cortex was associated with reduced craving, lower nicotine dependence, and modulation of cortical responses to smoking-related cues. The delayed emergence of these effects supports a cumulative mechanism of action. Larger studies are warranted to confirm these findings.



ارتباط کرونوتایپ و رفتار خوردن در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک جراحی چاقی بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۴۰۲

دکتر راضیه صالحیان، روانپزشک و فلوشیپ طب روان تنی، دانشیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران
نویسندگان: دکتر راضیه صالحیان^۱، دکتر فاطمه کاشانی نسب^۲، دکتر پارسا آقا محمدی^۳

مقدمه و هدف: با توجه به شیوع بالای چاقی در جوامع امروزی و وجود ارتباط احتمالی بین آن با کرونوتایپ و رفتار خوردن، این مطالعه برای یافتن ارتباط بین کرونوتایپ و رفتار خوردن در افراد چاق کاندید جراحی چاقی طراحی شد تا در جهت کاهش چاقی و عوارض ناشی از آن کمک کند.

مواد و روش‌ها: این پژوهش روی ۱۸۰ بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک جراحی چاقی بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم (ص) و حضرت فاطمه زهرا (س) تهران انجام شد. داده‌های دموگرافیک با استفاده از چک لیست و مصاحبه بدست آمد. کرونوتایپ و رفتار خوردن به ترتیب با استفاده از پرسشنامه‌های MEQ و TFEQ-R ۱۸ ارزیابی شد. جهت آنالیز آماری از نرم افزار SPSS استفاده شد و برای تحلیل نتایج، تست‌های T-test، Pearson correlation، ANOVA و test و رگرسیون خطی بکار گرفته شدند.

نتایج: شاخص توده بدنی (BMI) ارتباط معناداری با کرونوتایپ و انواع رفتار خوردن نشان نداد. بین رفتار خوردن کنترل‌نشده و کرونوتایپ ارتباط معنادار یافت شد ($P=0.01$) که با توجه به $r = -0.208$ نشان از همبستگی منفی و ضعیف دارد. همچنین رفتار خوردن احساسی ارتباط معناداری را با کرونوتایپ نشان داد ($P > 0.01$) که با توجه به $r = -0.287$ نشان‌دهنده یک همبستگی منفی و متوسط می‌باشد. با این وجود کرونوتایپ با رفتار خوردن خویشتن‌دارانه ارتباط معناداری نشان نداد.

نتیجه‌گیری و بحث: در مطالعه ما همچون چند مطالعه دیگر ارتباطی بین کرونوتایپ و BMI یافت نشد. این نتیجه با برخی مطالعات پیشین همسو است که نشان داده‌اند در سطوح بالای چاقی، شدت اختلالات متابولیک و رفتاری ممکن است باعث کاهش حساسیت روابط خطی ساده بین شاخص‌های زیستی و رفتاری شود و در این گروه، BMI نتواند تغییرات ظریف در الگوهای رفتاری یا ریتم شبانه‌روزی را منعکس کند. از طرفی برخلاف برخی مطالعات دیگر که ارتباط مثبت اما ضعیف بین BMI با رفتار خوردن کنترل‌نشده و احساسی را نشان داده بودند، ارتباطی بین رفتار خوردن و BMI یافت نشد که این تفاوت می‌تواند ناشی از ویژگی خاص نمونه مورد بررسی (افراد در آستانه جراحی چاقی) باشد که همگنی بالایی BMI و شدت بالای اختلالات خوردن در آن‌ها، دامنه تغییرات را محدود کرده و قدرت تشخیص روابط آماری را کاهش می‌دهد. صبح‌گاهی شدن کرونوتایپ ارتباط معکوس با رفتار خوردن کنترل‌نشده و احساسی نشان داد؛ اما ارتباطی بین کرونوتایپ و رفتار خوردن خویشتن‌دارانه یافت نشد. از منظر بالینی، یافته‌ها نشان می‌دهد که توجه به کرونوتایپ می‌تواند در طراحی مداخلات رفتاری پیش از جراحی باریاتریک اهمیت داشته باشد. به‌ویژه، تنظیم الگوهای خواب-بیداری و هم‌راستاسازی زمان‌بندی وعده‌های غذایی با ریتم شبانه‌روزی ممکن است به کاهش رفتارهای خوردن کمک کند.

در مجموع، این مطالعه نشان می‌دهد که اگرچه BMI در این گروه نقش پیش‌بینی‌کننده واضحی نداشت، اما کرونوتایپ با برخی ابعاد کلیدی رفتار خوردن، به‌ویژه خوردن احساسی و کنترل‌نشده، ارتباط معنادار دارد که می‌تواند در تبیین بخشی از مکانیسم‌های رفتاری مرتبط با چاقی نقش داشته باشد.

واژگان کلیدی: کرونوتایپ، رفتار خوردن، خوردن کنترل‌نشده، خوردن خویشتن‌دارانه، خوردن احساسی، چاقی



Association Between Chronotype and Eating Behavior Among Patients Referred to the Bariatric Surgery Clinics of Teaching Hospitals Affiliated with Iran University of Medical Sciences in 2023

Razieh Salehian, Associate Professor of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences

Background and Objective

Given the high prevalence of obesity worldwide and the potential association between chronotype and eating behavior, this study was conducted to investigate the relationship between chronotype and eating behavior among obese patients who were candidates for bariatric surgery, to provide evidence to help reduce obesity and its associated complications.

Materials and Methods

This cross-sectional study included 180 patients referred to the bariatric surgery clinics of Hazrat Rasool Akram and Hazrat Fatemeh Zahra hospitals in Tehran. Demographic characteristics were collected using a structured checklist and face-to-face interviews. Chronotype and eating behavior were assessed using the Morningness–Eveningness Questionnaire (MEQ) and the Three-Factor Eating Questionnaire-Revised 18 (TFEQ-R18), respectively. Statistical analyses were performed using SPSS software. Independent t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and linear regression analysis were used for data analysis.

Results

Body mass index (BMI) was not significantly associated with chronotype or any dimension of eating behavior. A significant association was observed between uncontrolled eating and chronotype ($P = 0.01$), with $r = -0.208$, indicating a weak negative correlation. Emotional eating was also significantly associated with chronotype ($P < 0.001$), with $r = -0.287$, indicating a moderate negative correlation. However, no significant association was found between chronotype and restrained eating.

Conclusion and Discussion

Consistent with several previous studies, no significant association was observed between chronotype and BMI in the present study. This finding is consistent with reports suggesting that in individuals with severe obesity, the magnitude of metabolic and behavioral disturbances may attenuate the simple linear relationships between biological and behavioral indicators, thereby limiting BMI's ability to reflect subtle differences in behavioral patterns or circadian rhythms.

In contrast to previous studies that reported weak positive associations between BMI and uncontrolled or emotional eating, no significant relationship was found between BMI and eating behavior in our study. This discrepancy may be explained by the specific characteristics of our study population, which consisted exclusively of candidates for bariatric surgery. The relatively homogeneous BMI distribution and the greater severity of eating-related disturbances in this population may have reduced variability and consequently limited the statistical power to detect such associations.

Greater morningness was inversely associated with uncontrolled and emotional eating behaviors, whereas no significant association was observed between chronotype and restrained eating. From a clinical perspective, these findings suggest that considering chronotype when designing preoperative behavioral interventions may be beneficial. In particular, optimizing sleep–wake schedules and aligning meal timing with circadian rhythms may help reduce impulsive eating behaviors.

Overall, although BMI did not demonstrate a clear predictive role in this population, chronotype



was significantly associated with key dimensions of eating behavior, particularly emotional and uncontrolled eating. These findings suggest that chronotype may contribute to the behavioral mechanisms underlying obesity and may represent a relevant target for future behavioral interventions.

Keywords: Chronotype; Eating behavior; Uncontrolled eating; Restrained eating; Emotional eating; Obesity



بررسی تاثیر داروی جم فیبروزیل به عنوان درمان کمکی در بهبود علائم وسواس جبری در یک مطالعه تصادفی کلینیکال تریال با کنترل دارویی

عاطفه زندی فر، متخصص روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، البرز، ایران
رحیم بدرفام، متخصص روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، البرز، ایران

مقدمه: اختلال وسواسی جبری علی رغم شیوع بالا کمترین میزان پاسخ درمانی را در بین بیماری‌های اضطرابی نشان می‌دهد. با توجه به شیوع اختلال وسواس جبری (OCD) که در حقیقت چهارمین اختلال شایع روان پزشکی است و علی رغم درمان‌های خط اول شناخته شده شامل کلومیپرامین و مهارکننده‌های بازجذب سروتونین، حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران یا مقاوم به درمان بوده یا پاسخ‌های رضایت بخش به درمان نشان نمی‌دهند. بنابراین هدف این مطالعه تعیین تاثیر داروی جم فیبروزیل به عنوان درمان کمکی در بهبود علائم وسواس جبری می‌باشد.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر به صورت یک مطالعه‌ی بالینی تصادفی و دوسوکور با کنترل دارویی انجام شد. ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس جبری به صورت تصادفی در قالب دو گروه مداخله (۲۰ نفر) جم فیبروزیل (۳۰۰ میلی‌گرم در روز) و سرتالین (روزانه ۱۰۰ میلی‌گرم) برای ۸ هفته دریافت کردند. در انتها اطلاعات دموگرافیک جمع آوری شده و امتیازات به دست آمده براساس مقیاس وسواسی - جبری یل براون و نمره شدت وسواس و اجبار قبل و بعد از شروع درمان در هر دو گروه مورد ارزیابی و مقایسه با یکدیگر قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های این پژوهش، نمرات مقیاس یل براون و شدت وسواس و اجبار در گروه مداخله به طور واضحی در هفته‌های ۴ و ۸ پس از شروع درمان، کمتر از گروه کنترل بود. هم چنین میان دو گروه در هفته‌ی ۲ پس از شروع درمان از لحاظ آماری تفاوت معناداری یافت نشد.

نتیجه گیری: در این مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی شاهد تأیید تاثیر جم فیبروزیل به عنوان درمان کمکی بر بهبود علائم بیماری در افراد با اختلال وسواس جبری بوده ایم و همچنین میتوان گفت این دارو در کاهش شدت علائم وسواس و اجبار در این بیماران نیز اثر دارد.

واژگان کلیدی:

جم فیبروزیل - اختلال وسواس جبری - مقیاس یل براون



Investigating the effect of gemfibrozil as an adjunctive treatment in improving symptoms of obsessive-compulsive disorder in a randomized, drug-controlled clinical trial

Atefeh Zandifar. Psychiatrist. Alborz University of Medical Sciences. Karaj. Alborz.Iran

Rahim Badrafam. Psychiatrist. Alborz University of Medical Sciences. Karaj. Alborz. Iran

Introduction: Obsessive Compulsive Disorder, despite its high prevalence, shows the lowest treatment response rate among anxiety disorders. Regarding the prevalence of obsessive-compulsive disorder (OCD), which is actually the fourth most common psychiatric disorder, despite first-line treatments, including clomipramine and serotonin reuptake inhibitors, about 40 to 50 percent of patients are either resistant to treatment or do not show satisfactory responses to treatment. Therefore, this study aims to determine the effect of Gemfibrozil as an adjunctive treatment in improving the symptoms of OCD.

Materials and methods: The present study was conducted as a randomized, double-blind clinical study with a drug control. 40 patients with obsessive-compulsive disorder were randomly divided into two intervention groups (20 people) and received Gemfibrozil (300 mg per day) and Sertraline (100 mg per day) for 8 weeks. At the end, demographic information was collected, and the scores obtained based on the Gabriel Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and the intensity score of obsession and compulsion before and after the treatment were evaluated and compared with each other in both groups.

Findings: Based on the findings of this research, the Yale-Brown scale scores and intensity of obsession and compulsion in the intervention group were clearly lower than those in the control group in the 4th and 8th weeks after the start of treatment. Also, no statistically significant difference was found between the two groups in the 2nd week after the start of treatment.

Conclusion: In this clinical trial study, we have witnessed the confirmation of the effect of Gemfibrozil as an adjunctive treatment on the improvement of disease symptoms in people with obsessive-compulsive disorder, and it can also be effective in reducing the severity of obsessive-compulsive symptoms in these patients.

Keywords:

Gemfibrozil-Obsessive Compulsive Disorder-Yale Brown scale



اختلالات شدید خوردن و عوارض روان‌پزشکی پس از جراحی باریاتریک: گزارش پنج بیمار

عاطفه قنبری جلفایی، آرام یزدانی*

- استاد روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پزشکی، تهران، ایران
- *نویسنده مسئول، استادیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پزشکی، تهران، ایران

مقدمه: جراحی باریاتریک یکی از مؤثرترین روش‌های درمان چاقی شدید است، اما می‌تواند با عوارض روان‌پزشکی پس از عمل، از جمله اختلالات خوردن و علائم خلقی، همراه باشد. این مطالعه به صورت گزارش سری موارد، بروز اختلالات شدید خوردن و مشکلات روان‌پزشکی پس از جراحی باریاتریک را بررسی می‌کند و بر اهمیت پیگیری چندرشته‌ای تأکید دارد.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی در بیمارستان رسول‌اکرم ایران طی سال‌های ۲۰۱۹ تا ۲۰۲۵ انجام شد. پنج بیمار زن که پس از جراحی باریاتریک دچار کاهش وزن شدید شده بودند وارد مطالعه شدند. همه بیماران پیش از جراحی توسط تیمی شامل روان‌پزشک، روان‌شناس، فوق‌تخصص گوارش و متخصص تغذیه ارزیابی شده و پس از عمل نیز به‌طور منظم پیگیری شده بودند. بیماران مبتلا به کاهش وزن شدید برای ارزیابی روان‌پزشکی ارجاع شدند. تشخیص‌ها بر اساس مصاحبه بالینی و معیارهای PSEAD و SCID انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران ۳۹ تا ۵۸ سال بود و همگی زن بودند. در سه بیمار، پیش از عمل سابقه علائم مرتبط با اختلال خوردن شامل، پرخوری هیجانی و بولیمیا وجود داشت. پس از جراحی، همه بیماران دچار استرس قابل توجه و رفتارهای غیرطبیعی خوردن شدند؛ از جمله ترس از افزایش وزن، محدودیت غذایی، علائم افسردگی، اضطراب، اختلال سازگاری و ویژگی‌های وسواسی. کاهش وزن شدید مهم‌ترین علت ارجاع به روان‌پزشک بود. دو بیمار بر اثر عوارض غیرروان‌پزشکی جان خود را از دست دادند: یکی به علت ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریه، و دیگری به دنبال عوارض بای‌پس. سایر بیماران زنده ماندند اما به مراقبت مداوم روان‌پزشکی و پزشکی نیاز داشتند.

نتیجه‌گیری: اختلالات شدید روان‌پزشکی و خوردن ممکن است پس از جراحی باریاتریک ایجاد یا تشدید شوند، به‌ویژه در بیمارانی که آسیب‌پذیری روانی قبلی دارند. جنس مؤنث، سابقه اختلالات خوردن، ترس از بازگشت وزن و استرس‌های روانی می‌توانند در بروز این عوارض نقش داشته باشند. پایش طولانی‌مدت و همکاری تیم چندتخصصی برای تشخیص زودهنگام، پیشگیری از کاهش وزن شدید و بهبود پیامدهای بیماران ضروری است.



Severe Eating Disorders and Psychiatric Complications After Bariatric Surgery: A Case Series of Five Patients

Atefeh Ghanbari jolfaei*, Aram Yazdani**

*Professor of psychiatry, Iran university of medical sciences, school of medicine, Tehran, Iran

**Assistant Professor of psychiatry, Iran university of medical sciences, school of medicine, Tehran, Iran

Background: Bariatric surgery is an effective treatment for severe obesity, but postoperative psychological complications, including eating and mood disorders, may occur and can adversely affect outcomes. This case series describes cases of severe anorexia nervosa following bariatric surgery and highlights the importance of close multidisciplinary follow-up.

Methods: This descriptive case series was conducted at Rasool-Akram Hospital, Iran, between 2019 and 2025. Five female patients with extreme weight loss after bariatric surgery were included. All patients had undergone preoperative psychiatric, psychological, gastrointestinal, and nutritional assessment, and were followed regularly after surgery. Patients with marked weight loss were referred for psychiatric evaluation. Diagnoses were based on clinical interviews, SCID and the PSEAD guidelines.

Results: All five patients were women aged 39 to 58 years. Three had a history of preoperative eating-related symptoms, including emotional eating and grazing. After surgery, all patients developed significant psychological distress and abnormal eating behaviors, including fear of weight regain, restrictive eating, anorexia nervosa, depression and anxiety and obsessive features. Extreme weight loss was the main clinical trigger for referral. Two patients died from non-psychiatric medical complications: one from deep venous thrombosis and pulmonary embolism, and one after bypass-related complications. The remaining patients survived but required ongoing psychiatric and medical management.

Conclusion: Severe psychiatric and eating disorders may emerge or worsen after bariatric surgery, particularly in patients with prior psychological vulnerability. Female sex, preoperative eating disorders, fear of weight regain, and psychological stressors may contribute to postoperative risk. Careful long-term monitoring by a multidisciplinary team is essential to identify early warning signs, prevent severe weight loss, and improve patient outcomes.



نوجوانان در عصر جنگ رسانه‌ای: بررسی اثر مواجهه با اخبار بحران و شبکه‌های اجتماعی بر سلامت روان

هادی پردل^۱

زمینه و هدف: جنگ‌های معاصر تنها به میدان‌های نظامی محدود نمی‌شوند، بلکه از طریق رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی به بخش جدایی‌ناپذیری از زندگی روزمره افراد، به‌ویژه نوجوانان، تبدیل شده‌اند. نوجوانان به دلیل ویژگی‌های رشدی، حساسیت هیجانی و وابستگی بیشتر به فضای دیجیتال، ممکن است در معرض پیامدهای روان‌شناختی ناشی از مواجهه مکرر با تصاویر خشونت، اخبار ناگوار و اطلاعات بحران قرار گیرند. تداوم پیگیری اخبار جنگ و حضور طولانی‌مدت در شبکه‌های اجتماعی می‌تواند با افزایش اضطراب، احساس ناامنی، آشفتگی هیجانی و کاهش بهزیستی روان‌شناختی همراه باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه مواجهه با اخبار بحران و میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی با سلامت روان نوجوانان انجام شد.

روش: این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی و با طرح مقطعی انجام شد. جامعه پژوهش شامل نوجوانان بود که نمونه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از ابزارهای سنجش سلامت روان، میزان مواجهه با اخبار بحران و الگوی استفاده از شبکه‌های اجتماعی جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های تحلیلی مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد مواجهه بیشتر با اخبار جنگ و بحران و استفاده طولانی‌تر از شبکه‌های اجتماعی با افزایش نشانه‌های اضطراب، نگرانی، احساس ناامنی و کاهش شاخص‌های سلامت روان نوجوانان همراه است. همچنین، پیگیری مداوم اخبار منفی، مواجهه با محتوای خشونت‌آمیز و نبود محدودیت در مصرف رسانه‌ای می‌تواند به افزایش بار روانی ناشی از بحران منجر شود. در مقابل، حمایت خانوادگی، گفت‌وگوی والدین با نوجوانان، سواد رسانه‌ای و توانایی تنظیم هیجان به عنوان عوامل محافظت‌کننده شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: در شرایط جنگ و بحران، فضای رسانه‌ای می‌تواند به عاملی مهم در شکل‌گیری تجربه روان‌شناختی نوجوانان تبدیل شود. مدیریت مواجهه با اخبار بحران، ارتقای سواد رسانه‌ای، تقویت نقش حمایتی خانواده و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند در حفظ سلامت روان نوجوانان نقش مؤثری داشته باشد. توجه به مفهوم «جنگ رسانه‌ای» در برنامه‌های سلامت روان نوجوانان، ضرورتی مهم در عصر بحران‌های نوین محسوب می‌شود.

کلیدواژه‌ها: نوجوانان؛ جنگ رسانه‌ای؛ اخبار بحران؛ شبکه‌های اجتماعی؛ سلامت روان؛ اضطراب؛ سواد رسانه‌ای؛ تنظیم هیجان



Adolescents in the Era of Media Warfare: Examining the Impact of Exposure to Crisis News and Social Media on Mental Health

Hadi Pordel²

Background and Objective: Contemporary wars are no longer confined to physical battlefields; through media platforms and social networks, they have become an inseparable part of individuals' daily lives, particularly among adolescents. Due to developmental characteristics, heightened emotional sensitivity, and greater reliance on digital environments, adolescents may be vulnerable to psychological consequences resulting from repeated exposure to violent images, distressing news, and crisis-related information. Continuous monitoring of war-related news and prolonged engagement with social media may be associated with increased anxiety, feelings of insecurity, emotional distress, and reduced psychological well-being. The present study aimed to examine the relationship between exposure to crisis-related news, social media use, and adolescents' mental health.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted using a cross-sectional design. The study population consisted of adolescents, and participants were selected through convenience sampling. Data were collected using measures assessing mental health status, exposure to crisis-related news, and patterns of social media use. The collected data were analyzed using descriptive statistics and appropriate analytical tests.

Results: The findings indicated that greater exposure to war and crisis-related news, as well as prolonged social media use, was associated with increased symptoms of anxiety, worry, feelings of insecurity, and lower levels of mental health among adolescents. Furthermore, continuous exposure to negative news, violent content, and the absence of regulation in media consumption may contribute to increased psychological burden during crises. Conversely, family support, parent-adolescent communication, media literacy, and emotion regulation skills were identified as protective factors.

Conclusion: During periods of war and crisis, the media environment can become a significant factor shaping adolescents' psychological experiences. Managing exposure to crisis-related news, promoting media literacy, strengthening the supportive role of families, and teaching emotion regulation strategies may play an important role in protecting adolescents' mental health. Addressing the concept of "media warfare" within adolescent mental health programs represents a critical necessity in the era of contemporary crises.

Keywords:

Adolescents; Media Warfare; Crisis News; Social Media; Mental Health; Anxiety; Media Literacy; Emotion Regulation

² . PhD in Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.



رابطه روش آموزش معکوس با میزان اختلال اضطراب و وسواس فکری-عملی دانش- آموزان پسر دوره‌های متوسطه اول ناحیه یک اراک

دکتر فائزه حیدر بگی-متخصص اعصاب و روان
ابراهیم عباسی-ارشد جامعه‌شناسی

اهداف: اختلال اضطراب و وسواس فکری-عملی دو نوع اختلال عصبی-روانی شایع در دانش‌آموزان نوجوان می‌باشد. از آنجا که روش آموزش معکوس یکی از همین روشهای آموزش فعال می‌باشد، لذا هدف اصلی این پژوهش، تعیین رابطه روش آموزش معکوس با میزان اختلال اضطراب و وسواس فکری-عملی دانش‌آموزان پسر دوره‌های متوسطه اول ناحیه یک اراک می‌باشد.

روشها: روش تحقیق توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه معلمان مرد و دانش‌آموزان پسر دوره‌های متوسطه اول ناحیه یک شهرستان اراک در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ می‌باشد با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و از طریق جدول کرجسی-مورگان، ۳۵ معلم و ۲۱۰ دانش‌آموز به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه استاندارد استفاده شده است. برای سنجش میزان اختلال وسواس فکری-عملی از پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی که توسط هاجسون و راجمن (MOCI) ساخته و طراحی شده بود، استفاده شده است برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از شاخصهای آمار توصیفی، آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها، بررسی همگنی واریانس و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده است.

یافته‌ها: نتایج تحلیل آماری نشان داد که؛ رابطه منفی و معناداری بین متغیر پیشین یعنی روش آموزش معکوس و دو متغیر (اختلال اضطراب و وسواس فکری-عملی) وجود دارد. طبق نتایج به دست آمده میتوان پیش‌بینی کرد که با به کارگیری روش آموزش معکوس، میزان اختلال اضطراب و وسواس فکری-عملی در دانش‌آموزان کاهش می‌یابد.

نتیجه‌گیری: نتایج بیان میدارد که روش آموزش معکوس میتواند تا حدی میزان اضطراب و وسواس فکری-عملی را در دانش‌آموزان کاهش داده و به این طریق فرایند یادگیری را بهبود بخشد.

واژگان کلیدی: روش آموزش معکوس، اختلال اضطراب، اختلال وسواس فکری-عملی



The relationship between the flipped learning method and the level of anxiety and obsessive-compulsive disorder in male students in the first year of high school in Arak Region 1

Faeze Heydarbagi, Ebrahim Abbasi.

Objectives: Anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder are two common types of neuropsychiatric disorders in adolescent students. Since the reverse teaching method is one of these active teaching methods, the main objective of this study is to determine the relationship between the reverse teaching method and the rate of anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder in male students in the high school in Arak region¹.

Methods: The research method is descriptive and correlational. The statistical population includes all male teachers and male students of the first high school in Arak city in the academic year 1403-1404. Using a simple random sampling method and through the Krejci-Morgan table, 35 teachers and 210 students were selected as samples. Three standard questionnaires were used to collect data. To measure the level of obsessive-compulsive disorder, the Maudsley Obsessive-Compulsive Disorder Questionnaire, which was created and designed by Hodgson and Rachman (MOCI), was used. Descriptive statistics indicators, normality test of data distribution, homogeneity of variance and Pearson correlation coefficient, and multivariate regression analysis were used to analyze the data.

Findings: The results of statistical analysis showed that there is a negative and significant relationship between the predictor variable, i.e. the reverse education method, and two variables (anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder). According to the results obtained, it can be predicted that by using the reverse education method, the level of anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder in students will decrease.

Conclusion: The results indicate that the flipped learning method can partially reduce anxiety and obsessive-compulsive disorder in students and thus improve the learning process.

Keywords: Reverse learning method, anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder



تاثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر بهبود افسردگی، اضطراب، افکار خودکشی، استیگما، کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی شدید (دوقطبی، اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو) مراجعه کننده به مرکز سراج و مراقبان آنها

رحیم بدر فام، متخصص روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، البرز، ایران
عاطفه زندی فر، متخصص روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، البرز، ایران

مقدمه: اختلالات روانپزشکی مزمن مانند اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو، نه تنها خود بیماران، بلکه خانواده و مراقبان آنان را نیز با چالش‌های فراوان روانی، اجتماعی و اقتصادی مواجه می‌سازند. افسردگی، اضطراب، افکار خودکشی، انگ اجتماعی، کاهش کیفیت زندگی و افت سرمایه اجتماعی از جمله مهم‌ترین پیامدهای این اختلالات به شمار می‌روند. با وجود اثربخشی درمان‌های دارویی، بسیاری از بیماران و مراقبانشان همچنان از مشکلات روان‌شناختی قابل توجهی رنج می‌برند. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری گروهی بر بهبود این متغیرها در بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی و مراقبان آنان انجام شد.

روش کار: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی مداخله‌ای همراه با پیگیری سه‌ماهه با حجم نمونه ۸۰ نفر (۴۰ بیمار و ۴۰ مراقب) به روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه مداخله و کنترل (شامل ۲۰ بیمار و ۲۰ مراقب در گروه مداخله و تعداد یکسان از بیماران و مراقبین در گروه کنترل) بود. گروه مداخله طی ۶ جلسه هفتگی و ۲ جلسه یادآور، مداخله شناختی-رفتاری گروهی را (علاوه بر درمان‌های استاندارد بیماری در گروه بیماران) دریافت کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های استاندارد افسردگی بک، اضطراب بک، افکار خودکشی بک، استیگما، کیفیت زندگی (-SF36) و سرمایه اجتماعی (اونیس و بولن) بودند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله شناختی-رفتاری گروهی در گروه مداخله (هم در بیماران و هم در مراقبین) نسبت به گروه کنترل، به طور معناداری باعث کاهش افسردگی ($p < 0.001$)، کاهش اضطراب ($p < 0.001$) و کاهش افکار خودکشی ($p < 0.001$) در بیماران و مراقبین شد. اثرات مداخله در پیگیری سه‌ماهه نیز پایدار بود.

نتیجه‌گیری: مداخله شناختی-رفتاری گروهی یک روش مؤثر و پایدار در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی و مراقبان آنان است. پیشنهاد می‌شود این مداخله به عنوان یک رویکرد تکمیلی در همراهی با درمان‌های دارویی در بیماران دارای اختلالات شدید روانپزشکی و مراقبین آنها، به کار گرفته شود تا ضمن ارتقای سلامت روان بیماران، بار روانی مراقبان نیز کاهش یابد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری گروهی، اختلال شدید روانپزشکی، افسردگی، اضطراب، افکار خودکشی، استیگما، کیفیت زندگی، سرمایه اجتماعی



The effect of group cognitive behavioral therapy on improving depression, anxiety, suicidal thoughts, stigma, quality of life and social capital in patients with severe psychiatric disorders (bipolar, schizophrenia and schizoaffective) referred to the Siraj Center and their caregivers

Rahim Badrafam. Psychiatrist. Alborz University of Medical Sciences. Karaj. Alborz. Iran
Atefeh Zandifar. Psychiatrist. Alborz University of Medical Sciences. Karaj. Alborz. Iran

Introduction: Chronic psychiatric disorders such as bipolar disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder, not only affect patients themselves but also their families and caregivers with numerous psychological, social and economic challenges. Depression, anxiety, suicidal thoughts, social stigma, reduced quality of life and loss of social capital are among the most important consequences of these disorders. Despite the effectiveness of drug treatments, many patients and their caregivers continue to suffer from significant psychological problems. Therefore, the present study was conducted to determine the effectiveness of group cognitive-behavioral intervention on improving these variables in patients with severe psychiatric disorders and their caregivers.

Methods: This study was an interventional clinical trial with a three-month follow-up with a sample size of 80 people (40 patients and 40 caregivers) using the convenience sampling method in two intervention and control groups (including 20 patients and 20 caregivers in the intervention group and the same number of patients and caregivers in the control group). The intervention group received group cognitive-behavioral intervention (in addition to standard disease treatments in the patient group) during 10 weekly sessions and 2 reminder sessions. The research instruments included standard Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Beck Suicidal Ideation Inventory, Stigma Inventory, Quality of Life Inventory (SF-36), and Social Capital Inventory (Onis and Bolen). Data were analyzed using repeated measures analysis of covariance in SPSS software.

Result: The results showed that group cognitive-behavioral intervention in the intervention group (both in patients and caregivers) significantly reduced depression ($p < 0.001$), anxiety ($p < 0.001$), and suicidal thoughts ($p < 0.001$) in patients and caregivers compared to the control group. The effects of the intervention were also stable at the three-month follow-up.

Conclusion: Group cognitive-behavioral intervention is an effective and sustainable method in improving psychological indicators of patients with severe psychiatric disorders and their caregivers. It is suggested that this intervention be used as a complementary approach in conjunction with drug treatments in patients with severe psychiatric disorders and their caregivers to improve the mental health of patients and reduce the psychological burden of caregivers while also improving the mental health of patients.

Keywords: Group cognitive-behavioral therapy, severe psychiatric disorder, depression, anxiety, suicidal thoughts, stigma, quality of life, social capital



دانش و نگرش روانپزشکان تازه‌کار و دستیاران روانپزشکی نسبت به رویکردهای کاهش آسیب و پرهیزمدار در درمان اختلال مصرف مواد افیونی مهسا ناهیدی

دانشیار روانپزشکی

مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسندگان: مهسا ناهیدی^۱، محمد محبی^۱، مریم عمادزاده^{۲،۳}، حسین محدث اردبیلی^۱، پریسا قاسمی نوقابی^۱، آیدا
غفرانی یوری^۱، آرشی خجسته زنوزی^۱

^۱ مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ مرکز تحقیقات سندرم متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳ واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان قائم (عج)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

هدف: اختلال مصرف مواد افیونی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی است و کاهش آسیب به عنوان یکی از رویکردهای مبتنی بر شواهد در کنار درمان‌های پرهیزمدار مطرح شده است. نگرش و دانش درمانگران می‌تواند نقش مهمی در به‌کارگیری این رویکردها در عمل بالینی داشته باشد. این مطالعه با هدف بررسی دانش و نگرش روانپزشکان تازه‌کار و دستیاران روانپزشکی نسبت به رویکردهای کاهش آسیب و پرهیزمدار انجام شد.

روش: این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۴ بر روی تمامی دستیاران روانپزشکی و روانپزشکان تازه‌فارغ‌التحصیل (حداکثر ۷ سال پس از فراغت از تحصیل) دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه الکترونیک محقق‌ساخته شامل ۱۳ سؤال دانش و ۲۰ سؤال نگرش جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام گرفت.

یافته‌ها: از ۱۱۰ فرد واجد شرایط، ۹۳ نفر در مطالعه شرکت کردند (نرخ پاسخ‌دهی ۸۴.۵٪). میانگین نمره دانش 10.69 ± 1.70 از ۱۳ و میانگین نمره نگرش 86.21 ± 8.30 از ۱۰۰ بود که نشان‌دهنده سطح مطلوب دانش و نگرش مثبت شرکت‌کنندگان بود. اگرچه ۸۳.۹٪ افراد سابقه آموزش رسمی در زمینه کاهش آسیب داشتند، تنها ۱۴٪ این آموزش‌ها را کافی ارزیابی کردند. بین نمرات دانش و نگرش همبستگی مثبت و معنادار مشاهده شد ($r_s=0.313$, $P=0.002$). متغیرهایی مانند جنسیت، سال دستیاری، تجربه بالینی در حوزه اختلال مصرف مواد و کفایت ادراک‌شده آموزش رسمی با نمرات دانش و نگرش ارتباط معناداری نداشتند.

نتیجه‌گیری: روانپزشکان تازه‌کار و دستیاران روانپزشکی از دانش و نگرش مطلوبی نسبت به رویکردهای کاهش آسیب و پرهیزمدار برخوردار بودند. با این حال، شکاف میان دریافت آموزش رسمی و ادراک کفایت حرفه‌ای نشان می‌دهد که تقویت آموزش‌های عملی و مهارت‌محور در حوزه کاهش آسیب می‌تواند به ارتقای آمادگی درمانگران در مدیریت بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی کمک کند.



Knowledge and Attitudes of Early-Career Psychiatrists and Psychiatry Residents Toward Harm Reduction and Abstinence-Based Approaches in the Treatment of Opioid Use Disorder

Mahsa Nahidi

Associate Professor of Psychiatry

Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Authors: Mahsa Nahidi¹, Mohammad Mohebbi¹, Maryam Emadzadeh^{2,3}, Hossein Mohaddes Ardabili¹, Parisa Ghasemi Noghabi¹, Aida Ghofrani Youri¹, Arash Khojasteh Zonoozi¹

¹ Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Metabolic Syndrome Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Clinical Research Development Unit, Ghaem Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Objective: Opioid use disorder (OUD) is a major public health challenge, and harm reduction has emerged as an evidence-based approach alongside abstinence-based treatment strategies. Clinicians' knowledge and attitudes may influence the implementation of these approaches in clinical practice. This study aimed to assess the knowledge and attitudes of early-career psychiatrists and psychiatry residents toward harm reduction and abstinence-based approaches in OUD treatment.

Methods: This cross-sectional study was conducted among psychiatry residents and early-career psychiatrists (≤ 7 years since graduation) affiliated with Mashhad University of Medical Sciences. Data were collected using a researcher-developed electronic questionnaire consisting of 13 knowledge items and 20 attitude items. Statistical analyses were performed using SPSS version 25.

Results: Of 110 eligible participants, 93 completed the survey (response rate: 84.5%). The mean knowledge score was 10.69 ± 1.70 out of 13, and the mean attitude score was 86.21 ± 8.30 out of 100, indicating favorable levels of knowledge and positive attitudes toward harm reduction and abstinence-based approaches. Although 83.9% of participants had received formal training in harm reduction, only 14% considered such training sufficient. A significant positive correlation was observed between knowledge and attitude scores ($r_s = 0.313$, $P = 0.002$). Gender, residency year, clinical experience in substance use disorders, and perceived adequacy of training were not significantly associated with knowledge or attitude scores.

Conclusion: Early-career psychiatrists and psychiatry residents demonstrated adequate knowledge and positive attitudes toward harm reduction and abstinence-based approaches. However, the discrepancy between formal training and perceived professional preparedness highlights the need for more practical and skills-based educational programs to improve competency in the management of patients with opioid use disorder.



درمان‌های دارویی اختلال اضطراب اجتماعی: مرور کوتاه بر شواهد موجود و چشم‌اندازهای آینده محمدامین فتوحی

زمینه:

اختلال اضطراب اجتماعی (Social Anxiety Disorder; SAD) یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است که با ترس از ارزیابی منفی در موقعیت‌های اجتماعی تعریف می‌شود. درمان‌های دارویی این اختلال عمدتاً بر محور تعدیل انتقال سروتونرژیک و تقویت نوروپلاستیسته متمرکزند.

روش:

این مرور نظام‌مند با استفاده از پایگاه داده اختصاصی شامل بیست‌وپنج مقاله منتشرشده بین سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۵ انجام شد؛ از میان آن‌ها، ۱۷ مطالعه بالینی تصادفی یا مرور نظام‌مند مرتبط با دارودرمانی اختلال اضطراب اجتماعی برای تحلیل نهایی انتخاب گردید.

یافته‌ها:

داروهای SSRI و SNRI به‌ترتیب مؤثرترین درمان‌های خط اول باقی می‌مانند و به‌ویژه در ترکیب با CBT بیشترین اثر بالینی و کاهش نمرات HAM-A و LSAS را نشان می‌دهند. درمان‌های کمکی مبتنی بر تنظیم گلوتامات و گیرنده α_7 نیکوتینی نیز با افزایش نوروپلاستیسته و تسهیل خاموشی ترس همراه بودند. مطالعات جدید بر نقش مدار آمیگدال-هیپوکامپ-پرکونئوس (بخش میانی لوب آهیانه، مرتبط با خودآگاهی اجتماعی)^۳ و تعدیل هم‌زمان SERT/DAT تأکید دارند.

نتیجه‌گیری:

یافته‌ها حاکی از آن است که مسیر آینده درمان SAD نیازمند تمرکز بر شخصی‌سازی درمان دارویی و ادغام رویکردهای نورویولوژیک با مداخلات شناختی-رفتاری است. ترکیب داروهای تعدیل‌کننده نوروپلاستیسته با درمان‌های مبتنی بر مواجهه، امیدبخش‌ترین چشم‌انداز برای تثبیت پایدار بهبودی در SAD است.

کلمات کلیدی:

اختلال اضطراب اجتماعی؛ درمان دارویی؛ نوروپلاستیسته، شواهد بالینی

^۳ Amygdala-Hippocampus-Precuneus Functional Circuit



Medical student syndrome, a real syndrome or not: A cross-sectional study about health anxiety among medical and non-medical students in Ardabil province, Iran

Ehsan Adib ¹ Amirhossein Poraman ¹, Firouz Amani ², Shokofeh Banaei ³, *

¹ Students Research Committee, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

² Department of Community Medicine and Biostatistics, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

³ Department of Physiology, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Background: It is widely believed that medical students (MSs) are more likely than the general population to suffer from health anxiety (HA), a condition known as medical student syndrome (MSS), in which MSs repeatedly experience anxiety and fear of having or contracting the diseases they are studying. This study aimed to assess and compare HA among medical and non-medical students (NMSs).

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted during the 2024–2025 academic year among MSs at Ardabil University of Medical Sciences and NMSs at the University of Mohaghegh Ardabili in Ardabil province, northwestern Iran. A total of 283 MSs and 282 NMSs participated by completing an online questionnaire, which included the Short Health Anxiety Inventory (SHAI) and socio-demographic information. Data were analyzed using SPSS V27 and GraphPad Prism V10. Chi-square tests, independent-samples t-test, and Pearson's correlation coefficients were utilized for statistical analysis. For all analyses, a p-value <0.05 was considered statistically significant.

Results: Among MSs, 19 (6.8%) and among NMSs, 22 (7.8%) reached the threshold for clinically significant HA on the SHAI (score ≥ 27), and no significant relationship was observed between HA and field of study in these groups ($p = 0.618$). In both groups, there was no significant difference between those with and those without HA in terms of gender, age, financial condition, current housing situation, originality, being an only child in the family, sleep duration, and smoking. In NMSs, HA was statistically significantly higher in second-year students ($p = 0.005$) and also in students who had alcoholic beverages ($p = 0.008$). Also, in MSs, HA was statistically significantly higher among married students ($p = 0.035$) and also among students with average study hours ($p = 0.041$). In the MSs group, no significant relationship was observed between HA and the number of medical visits. However, in NMSs, students with HA have more medical visits than those without HA ($p < 0.001$). Also, MSs had significantly more medical visits than NMSs ($p = 0.019$). In both groups, there was a significant relationship between the SHAI score and the number of medical visits. Also, students in both groups stated that they were most afraid of cancer, followed by infectious diseases and neurological diseases.

Discussion: Some studies have reported that HA is common among MSs, while others have reported it as rare among them. A reasonable explanation for the contradictory results observed in these studies may be due to variations in research methodologies, distinct education systems, psychometric scales employed, the selection of control groups, possible limitations and operational errors, as well as differences in the instruments and scales utilized to assess HA or HC among students.

Conclusion: This research aimed to examine HA and the factors that influence it among MSs and NMSs. An important finding that we reached in this study was that the evidence for the medical student syndrome, which means that MSs have more HA than other students, is weak. Of course, we should also note that this was a cross-sectional study with a small sample; therefore, we need larger studies to further discuss this syndrome. This discrepancy in results across studies highlights the need to investigate further the factors affecting HA among medical students and to develop appropriate measures to assess and control this problem.



Keywords: Health anxiety, Medical student syndrome, Hypochondriasis, Short Health Anxiety Inventory

Ethical approval: IR.ARUMS.REC.1404.246

Treatment-Emergent Changes in EEG Non-Linear Dynamics: A Sex-Specific Indicator of Duloxetine Efficacy in Depression

Atena Fallah¹, Vahid Asayesh^{1,2}, Majid Torabi^{1,2}, Mehdi Dehghani¹, Sepideh Akhtari-Khosroshahi¹, Maedeh Akhtari-Khosroshahi¹
NPCindex Research Company, Tabriz, Iran.
Asayesh Psychiatric Clinic, Tabriz, Iran

Major depressive disorder (MDD) is characterized by impaired neuroplasticity and rigid, maladaptive cortical dynamics. Traditional linear biomarkers often fail to capture the complex functional reorganization induced by antidepressants. This study evaluated the neurophysiological mechanisms of the serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI) duloxetine using electroencephalography (EEG), focusing on how it modulates fronto-temporal and cortico-limbic networks to restore optimal neural flexibility.

Twenty MDD patients underwent resting-state eyes-closed EEG recordings and Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) evaluations at baseline and after four weeks of duloxetine pharmacotherapy (40-60 mg/day). Clinical response was defined as a $\geq 50\%$ reduction in HAM-D scores. Following artifact rejection and signal preprocessing, we analyzed treatment-induced changes (Δ EEG) in frontal alpha asymmetry (FAA), prefrontal theta power, and sample entropy across standard frequency bands using non-parametric statistics.

While traditional metrics (FAA and prefrontal theta power) and sample entropy in other bands did not significantly differentiate responders from non-responders, an early increase in theta sample entropy was robustly associated with clinical improvement in the total sample ($r=1.29$, $pFDR=0.05$). Notably, this modulation of cortical complexity was significantly stronger within the female subgroup ($r=1.54$, $pFDR=0.0059$), indicating a distinct sex-specific trajectory of targeted neurobiological recovery.

These findings suggest that theta sample entropy serves as a precise, sex-specific indicator of duloxetine efficacy. Specifically, the observed increase in theta entropy signifies a break from maladaptive, rigid cortical states. This rise in complexity reflects the restoration of flexible, adaptive neural dynamics within fronto-temporal networks—enhancing cognitive-emotional integration—and cortico-limbic circuits critical for mood regulation. Ultimately, by demonstrating that duloxetine actively engages large-scale monoaminergic network plasticity, incorporating these advanced EEG measures provides a critical functional window into antidepressant-induced circuit remodeling, accelerating the transition toward mechanism-based personalized psychiatry.

1. Arns, Martijn, et al. "EEG alpha asymmetry as a gender-specific predictor of outcome to acute treatment with different antidepressant medications in the randomized iSPOT-D study." *Clinical neurophysiology* 127.1 (2016): 509-519.
2. Van Der Vinne, Nikita, et al. "Frontal alpha asymmetry as a diagnostic marker in depression: Fact or fiction? A meta-analysis." *Neuroimage: clinical* 16 (2017): 79-87.
3. Hosseini-fard, Behshad, Mohammad Hassan Moradi, and Reza Rostami. "Classifying depression patients and normal subjects using machine learning techniques and nonlinear features from EEG signal." *Computer methods and programs in biomedicine* 109.3 (2013): 339-345.



4. Richman, Joshua S., and J. Randall Moorman. "Physiological time-series analysis using approximate entropy and sample entropy." *American journal of physiology-heart and circulatory physiology* 278.6 (2000): H2039-H2049.

از مادران تا دختران: کاوشی کیفی در تغییرات بین‌نسلی تنظیم هیجان در میان زنان ایرانی زهرا طاهری فر^۱، نیلوفر فارسی جانی^۲، مرضیه نوروزپور^۳، مبینا الماسیان^۴

۱. استادیار گروه آموزشی روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳. دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه آموزشی روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۴. کاندیدای دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

زمینه و هدف: تنظیم هیجان یکی از عوامل تعیین‌کننده و حیاتی در سلامت روان است، با این حال بیشتر پژوهش‌ها در این زمینه در بافت‌های غربی انجام شده‌اند. این مطالعه به بررسی راهبردهای تنظیم هیجان در میان دو نسل از زنان ایرانی (مادران و دختران) می‌پردازد تا چگونگی شکل‌گیری تجارب هیجانی تحت تأثیر عوامل فرهنگی و نسلی را در یک جامعه‌ی در حال گذار غیرغربی مورد واکاوی قرار دهد.

روش پژوهش: این مطالعه کیفی با استفاده از مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته با ۲۰ شرکت‌کننده (۱۰ مادر و ۱۰ دختر) در ایران انجام شد. داده‌ها با روش تحلیل مضمون استقرایی و بر اساس چارچوب براون و کلارک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و تأییدیه اخلاقی پژوهش نیز از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های علوم رفتاری ایران دریافت گردید.

یافته‌ها: هشت مضمون اصلی شناسایی شد: (۱) هیجان به عنوان یک تجربه زیسته و پیچیده، (۲) هیجان‌های مثبت به عنوان منابع رابطه‌ای و بدنمند، (۳) هیجان‌های منفی به عنوان پدیده‌های شکل‌یافته در بافت و محدودشده در سطح اجتماعی، (۴) تنظیم هیجان‌های مثبت: بین خودانگیزگی و عاملیت (تعمدی بودن)، (۵) تنظیم هیجان‌های منفی: شکاف نسلی در دانش و عمل، (۶) هیجان‌ها در گذر زمان: رشد، فقدان و بازسازی خود، (۷) پیامدهای تنظیم هیجان بر خود و رابطه، و (۸) انتقال بین‌نسلی و دگرگونی هیجان. یافته‌ها نشان داد که دختران از طیف وسیع‌تری از راهبردهای سازگاران (مانند حواس‌پرتی، ورزش، موسیقی، حمایت‌طلبی از مادر و بازارآیابی شناختی) استفاده می‌کنند؛ در حالی که مادران در گذشته بیشتر به راهبردهای ناسازگاران (رویارویی کلامی، ابراز خشم) متکی بودند، اما در سال‌های اخیر به کمک مشاوره‌های تخصصی به سمت راهبردهای سازگاران روی آورده‌اند.

نتیجه‌گیری: تنظیم هیجان در میان زنان ایرانی، فرآیندی رابطه‌ای و وابسته به بافت است که توسط هنجارهای جنسیتی و فرهنگی شکل می‌گیرد. شکاف نسلی در دانش و راهبردهای هیجانی، نشان‌دهنده تأثیر تحولات اجتماعی-تاریخی بر تجربه هیجانی است. این یافته‌ها بر ضرورت طراحی مداخلات بالینی و آموزشی حساس به فرهنگ تأکید می‌کند که بافت‌های خانوادگی، نسلی و اجتماعی را مد نظر قرار می‌دهند.

واژگان کلیدی: تنظیم هیجان؛ تفاوت‌های بین‌نسلی؛ زنان ایرانی؛ پژوهش کیفی؛ روان‌پزشکی فرهنگی؛ سلامت روان.



From mothers to daughters: a qualitative exploration of integrational shifts in emotion regulation among Iranian women

Background: Emotion regulation is a critical determinant of mental health, yet most research has been conducted in Western contexts. This study explores emotion regulation strategies across two generations of Iranian women -mothers and daughters- to examine how cultural and generational factors shape emotional experiences in a non-Western, transitional society.

Methods: A qualitative study was conducted using in-depth, semi-structured interviews with 20 participants (10 mothers, 10 daughters) in Iran. Data were analyzed using inductive thematic analysis based on Braun and Clarke's framework. Participants were selected through purposive sampling, and ethical approval was obtained from the National Ethics Committee for Behavioral Sciences Research in Iran.

Results: Eight main themes were identified: (1) Emotion as a Lived and Complex Experience, (2) Positive emotions as relational and embodied resources, (3) Negative Emotions as Contextually Shaped and Socially Constrained, (4) Regulating Positive Emotions: Between Spontaneity and Intentionality, (5) Negative Emotion Regulation: A Generational Gap in Knowledge and Practice, (6) Emotions over Time: Growth, Loss, and Reshaping the Self, (7) Consequences of Emotion Regulation: Self and Relationship, (8) Intergenerational Transmission and Transformation of Emotion. Daughters used a broader range of adaptive strategies (distraction, exercise, music, seeking maternal support, cognitive marketing). At the same time, mothers had previously relied on more maladaptive strategies (verbal confrontation, anger) and, in recent years, have turned to adaptive strategies with the help of professional counseling.

Conclusion: Emotion regulation among Iranian women is a relational, context-dependent process shaped by gender and cultural norms. The generational gap in emotional knowledge and strategies reflects the influence of socio-historical developments on emotional experience. The findings underscore the need to design culturally sensitive clinical and educational interventions that account for family, generational, and social contexts.

Keywords: Emotion regulation; Intergenerational differences; Iranian women; Qualitative research; Cultural psychiatry; Mental health



بررسی دانش و نگرش دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد نسبت به سیگارهای الکترونیکی

ارائه دهنده: مهسا ناهیدی

دانشیار روانپزشکی

مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسندگان: مهسا ناهیدی^۱، مهرداد هاشمی^۱، مریم عمادزاده^{۲،۳}

^۱ مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ مرکز تحقیقات سندرم متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳ واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان قائم (عج)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

هدف: مصرف سیگارهای الکترونیکی در سال‌های اخیر، به‌ویژه در میان جوانان، روندی رو به افزایش داشته و نگرانی‌های فزاینده‌ای در مورد پیامدهای سلامت آن مطرح شده است. از آنجا که دانشجویان پزشکی در آینده نقش مهمی در آموزش، پیشگیری و مشاوره بیماران در زمینه مصرف دخانیات خواهند داشت، آگاهی از سطح دانش و نگرش آنان نسبت به سیگارهای الکترونیکی اهمیت ویژه‌ای دارد. این مطالعه با هدف بررسی دانش و نگرش دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد نسبت به سیگارهای الکترونیکی انجام شد.

روش: این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۳ به‌صورت آنلاین بر روی ۳۲۷ دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه دانش و نگرش نسبت به سیگارهای الکترونیکی گردآوری شد. نسخه فارسی پرسشنامه پس از ترجمه و بازترجمه، از نظر روایی و پایایی ارزیابی و تأیید شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان 21.75 ± 2.26 سال بود و ۵۲٪ آنان را مردان تشکیل می‌دادند. اگرچه ۸۴.۱٪ دانشجویان با سیگارهای الکترونیکی آشنایی داشتند، میانگین نمره دانش 2.95 ± 1.68 از ۶ بود که نشان‌دهنده سطح نسبتاً پایین دانش در این زمینه است. میانگین نمره نگرش 6.26 ± 1.85 از ۱۰ گزارش شد. دانشجویان مرد نمره دانش بالاتری نسبت به زنان داشتند ($P=0.017$)، اما تفاوت معناداری در نگرش بین دو جنس مشاهده نشد ($P=0.984$). همچنین، بین مقاطع تحصیلی مختلف از نظر دانش ($P=0.527$) و نگرش ($P=0.754$) تفاوت معناداری وجود نداشت. وضعیت مصرف دخانیات با نگرش نسبت به سیگارهای الکترونیکی ارتباط معنادار داشت ($P<0.001$). تنها ۲۳.۲٪ شرکت‌کنندگان توانایی ارائه مشاوره در زمینه سیگارهای الکترونیکی را گزارش کردند.

نتیجه‌گیری: با وجود آشنایی گسترده دانشجویان پزشکی با سیگارهای الکترونیکی، سطح دانش تخصصی آنان درباره مخاطرات و جنبه‌های بالینی این محصولات ناکافی به نظر می‌رسد و با پیشرفت تحصیلی نیز بهبود معناداری نشان نمی‌دهد. این یافته‌ها بر ضرورت تقویت آموزش‌های ساختاریافته درباره سیگارهای الکترونیکی، اصلاح نگرش‌ها، و ارتقای مهارت‌های مشاوره‌ای دانشجویان پزشکی در حوزه پیشگیری و کنترل مصرف دخانیات تأکید دارد.



Knowledge and Attitudes of Medical Students at Mashhad University of Medical Sciences Toward Electronic Cigarettes

Presenter: Mahsa Nahidi

Associate Professor of Psychiatry

Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences,
Mashhad, Iran

Authors: Mahsa Nahidi¹, Mehrdad Hashemi¹, Maryam Emadzadeh^{2,3}

¹ Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Metabolic Syndrome Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Clinical Research Development Unit, Ghaem Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Objective: The use of electronic cigarettes has increased substantially in recent years, particularly among young adults, raising concerns regarding their health consequences. As future healthcare providers, medical students play an important role in tobacco prevention and patient counseling. This study aimed to assess the knowledge and attitudes of medical students toward electronic cigarettes.

Methods: This online cross-sectional study was conducted in 2024 among 327 medical students at Mashhad University of Medical Sciences. Data were collected using a demographic questionnaire and a validated questionnaire assessing knowledge and attitudes toward electronic cigarettes. Statistical analyses were performed using SPSS.

Results: Participants had a mean age of 21.75 ± 2.26 years, and 52% were male. Although 84.1% reported familiarity with electronic cigarettes, the mean knowledge score was 2.95 ± 1.68 out of 6, indicating relatively limited knowledge. The mean attitude score was 6.26 ± 1.85 out of 10. Male students demonstrated significantly higher knowledge scores than females ($P=0.017$), whereas no significant gender difference was observed in attitude scores ($P=0.984$). No significant differences in knowledge ($P=0.527$) or attitude ($P=0.754$) scores were observed across different stages of medical training. Smoking status was significantly associated with attitudes toward electronic cigarettes ($P<0.001$). Only 23.2% of participants reported being able to provide counseling regarding electronic cigarettes.

Conclusion: Despite widespread awareness of electronic cigarettes, medical students demonstrated insufficient knowledge regarding the risks and clinical implications of these products, and this knowledge did not improve significantly across advancing stages of medical training. These findings highlight the need for structured educational interventions to improve knowledge, modify attitudes, and strengthen counseling competencies related to electronic cigarette use and tobacco control.



ارزیابی تأثیر تحریک جریان مستقیم فراجمجمه‌ای دوطرفه بر ولع القاشده با نشانه‌های سیگار و پاسخ قشری در افراد سیگاری جویای درمان

ارائه دهنده: مهسا ناهیدی

دانشیار روانپزشکی

مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسندگان: مهسا ناهیدی^۱، فاطمه عزیزی^۱، مجید خادم رضائیان^۲، محبوبه اسلام‌زاده^۱، فرزاد اکبرزاده^۱، رضا عارفی
شیروان^۳، سارا هنری^۱، مازیار فتحی^۱، علیرضا خالصی^۱

^۱ مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳ گروه مهندسی پزشکی، واحد بردسکن، دانشگاه آزاد اسلامی، بردسکن، ایران

هدف: ولع مصرف و واکنش‌پذیری به نشانه‌های سیگار از سازوکارهای مهم عود در اختلال مصرف تنباکو هستند و قشر پیش‌پیشانی پشتی‌جانبی یکی از اهداف بالقوه برای تعدیل کنترل اجرایی و پردازش نشانه‌های مرتبط با سیگار محسوب می‌شود. این مطالعه اثر جلسات مکرر تحریک جریان مستقیم فراجمجمه‌ای دوطرفه (tDCS) را بر ولع مصرف، شدت وابستگی به نیکوتین و پاسخ قشری ثبت‌شده با طیف‌نگاری نزدیک مادون قرمز عملکردی (fNIRS) در افراد سیگاری جویای درمان بررسی کرد.

روش: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی‌شده، سه‌سوکور و کنترل‌شده با تحریک ساختگی بود. در تحلیل نهایی، داده‌های ۲۰ فرد سیگاری جویای درمان (۱۰ نفر در گروه مداخله و ۱۰ نفر در گروه کنترل) بررسی شد. گروه مداخله ۱۰ جلسه تحریک جریان مستقیم فراجمجمه‌ای دوطرفه با شدت ۲ میلی‌آمپر دریافت کرد. ارزیابی‌ها در خط پایه، پس از جلسات اول، پنجم و دهم و یک ماه پس از پایان مداخله انجام شد. پیامدهای مورد بررسی شامل پرسشنامه تمایل به مصرف مواد (DDQ)، آزمون شدت وابستگی به نیکوتین (FTND) و پاسخ قشری به نشانه‌های سیگار بر اساس fNIRS بود.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در نمرات DDQ و FTND در خط پایه، پس از جلسه اول و پس از جلسه پنجم مشاهده نشد. با این حال، در پایان جلسه دهم و نیز در پیگیری یک‌ماهه، گروه مداخله کاهش معنی‌داری در ولع مصرف و شدت وابستگی به نیکوتین نسبت به گروه کنترل نشان داد ($P < 0.05$). در ارزیابی‌های اولیه fNIRS نیز تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد، اما در پایان درمان و به‌ویژه در پیگیری یک‌ماهه، پاسخ قشری به نشانه‌های سیگار در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری با گروه کنترل تفاوت داشت.

نتیجه‌گیری: تحریک جریان مستقیم فراجمجمه‌ای دوطرفه بر قشر پیش‌پیشانی پشتی‌جانبی می‌تواند با کاهش ولع مصرف، کاهش شدت وابستگی به نیکوتین و تعدیل پاسخ قشری به نشانه‌های سیگار همراه باشد. الگوی زمانی نتایج، به‌ویژه عدم مشاهده تفاوت در ارزیابی‌های اولیه و آشکار شدن اثرات در پایان درمان و پیگیری کوتاه‌مدت، از ماهیت تدریجی و تجمعی اثر این مداخله حمایت می‌کند. با این حال، برای تأیید این یافته‌ها انجام مطالعات با حجم نمونه بزرگ‌تر ضروری است.



Effects of Bilateral Transcranial Direct Current Stimulation on Cue-Induced Craving and Cortical Responses in Treatment-Seeking Smokers

Presenter: Mahsa Nahidi

Associate Professor of Psychiatry

Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Authors: Mahsa Nahidi¹, Fatemeh Azizi¹, Majid Khadem-Rezaian², Mahboubeh Eslamzadeh¹, Farzad Akbarzadeh¹, Reza Arefi Shirvan³, Sara Honari¹, Maziar Fathi¹, Alireza Khalesi¹

¹ Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Department of Biomedical Engineering, Bardaskan Branch, Islamic Azad University, Bardaskan, Iran

Objective: Cue-induced craving and cue reactivity are important mechanisms underlying relapse in tobacco use disorder, and the dorsolateral prefrontal cortex is a potential target for modulating executive control and smoking cue processing. This study investigated the effects of repeated bilateral transcranial direct current stimulation (tDCS) on craving, nicotine dependence, and cortical responses measured by functional near-infrared spectroscopy (fNIRS) in treatment-seeking smokers.

Methods: This triple-blind, randomized, sham-controlled clinical trial included 20 treatment-seeking smokers in the final analysis (10 active stimulation, 10 sham stimulation). Participants in the active group received 10 sessions of bilateral tDCS at an intensity of 2 mA. Assessments were conducted at baseline, after sessions 1, 5, and 10, and at one-month follow-up. Outcomes included the Desire for Drug Questionnaire (DDQ), the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), and cortical responses to smoking cues measured by fNIRS.

Results: No significant between-group differences were observed in DDQ or FTND scores at baseline, after session 1, or after session 5. However, participants receiving active tDCS demonstrated significantly lower craving and nicotine dependence scores at the end of treatment and at one-month follow-up compared with the sham group ($P < 0.05$). Similarly, no significant differences in fNIRS measures were observed during the early assessments, whereas significant differences in cortical responses to smoking cues emerged at the end of treatment and became more pronounced at follow-up.

Conclusion: Repeated bilateral tDCS over the dorsolateral prefrontal cortex was associated with reduced craving, lower nicotine dependence, and modulation of cortical responses to smoking-related cues. The delayed emergence of these effects supports a cumulative mechanism of action. Larger studies are warranted to confirm these findings.