

فهرست مطالب

پیش‌گفتار.....	۹
یادداشت.....	۱۱
شکل کامل کوتاه‌نوشتها.....	۱۴
بخش اول: اصول مشاوره روان‌پزشکی در بیمارستان عمومی	
اصول مشاوره روان‌پزشکی در بیمارستان عمومی.....	۱۹
بخش دوم: موارد عمومی مشاوره	
فصل ۱: ظرفیت تصمیم‌گیری و پذیرش درمان.....	۲۷
فصل ۲: مدیریت بی‌قراری و رفتارهای پرخاشگرانه.....	۳۴
فصل ۳: مدیریت دلیریوم.....	۴۰
فصل ۴: مدیریت اختلالات علامت جسمانی.....	۴۷
فصل ۵: مدیریت اختلالات مصرف مواد و درد.....	۵۵
فصل ۶: مدیریت بیماران دشوار.....	۶۳
فصل ۷: مدیریت اختلالات ساختگی و تمارض.....	۷۲
فصل ۸: دادن خبر بد به بیمار و خانواده.....	۸۳
فصل ۹: مدیریت بیمار رو به مرگ.....	۹۴
بخش سوم: موارد اختصاصی مشاوره	
فصل ۱: بخش آنکولوژی.....	۱۰۷
فصل ۲: بخش بیماری‌های گوارشی.....	۱۱۲
فصل ۳: بخش پوست.....	۱۲۱
فصل ۴: بخش پیوند اعضا.....	۱۳۰
فصل ۵: بخش ریه.....	۱۳۸
فصل ۶: بخش زنان و زایمان.....	۱۴۳

فصل ۷: بخش عفونی	۱۴۹
فصل ۸: بخش غدد درون‌ریز و چاقی	۱۵۶
فصل ۹: بخش قلب و عروق	۱۶۹
فصل ۱۰: بخش کلیه	۱۷۶
فصل ۱۱: بخش نورولوژی	۱۸۴

بخش چهارم: درمان

فصل ۱: روان‌درمانی مختصر در بیمارستان	۱۹۷
فصل ۲: تداخلات دارویی	۲۱۲
فصل ۳: درمان دارویی در دوران بارداری و شیردهی	۲۲۰
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۲۳۵
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۲۴۲

فهرست جداول

- جدول ۱. اطلاعات برگه مشاوره..... ۲۰
- جدول ۲. گردآوری اطلاعات از پرونده..... ۲۲
- جدول ۳. برخی از اشتباهات در مواجهه با بیمار پرخاشگر یا به شدت بی‌قرار..... ۳۳
- جدول ۴. ملاک‌های تشخیصی دلیریوم..... ۴۰
- جدول ۵. مقایسه تابلوی بالینی دلیریوم و دمانس..... ۴۲
- جدول ۶. عوامل خطر بروز دلیریوم..... ۴۴
- جدول ۷. مدیریت دلیریوم..... ۴۵
- جدول ۸. مقایسه ویژگی‌های بالینی تشنج غیر صرعی روان‌شناختی و تشنج صرعی..... ۵۲
- جدول ۹. اصول مدیریت تشنج غیرصرعی روان‌شناختی (PNES)..... ۵۴
- جدول ۱۰. شرح حال مصرف مواد..... ۵۹
- جدول ۱۱. تداخلات دارویی متادون..... ۶۱
- جدول ۱۲. شرایط هشداردهنده جعلی بودن تابلوی بالینی روان‌پزشکی..... ۷۴
- جدول ۱۳. ویژگی‌های احتمالی افراد دچار اختلال جعلی استرس پس از سانحه..... ۷۵
- جدول ۱۴. ویژگی‌های احتمالی توهمات جعلی..... ۷۶
- جدول ۱۵. ویژگی‌های احتمالی هذیان‌های جعلی..... ۷۸
- جدول ۱۶. اصول مدیریت افراد متمرکز به توصیف لوبورژوا..... ۸۱
- جدول ۱۷. برخی از دلایل اجتناب پزشکان از دادن خبر بد..... ۸۴
- جدول ۱۸. مقایسه اثر داروهای ضدافسردگی در مهار آنزیم CYP-2D6..... ۱۱۰
- جدول ۱۹. اصول مدیریت اختلال علامت جسمانی..... ۱۱۷
- جدول ۲۰. راهنمای بالینی برخورد با افسردگی ناشی از اینترفرون..... ۱۱۸
- جدول ۲۱. اهداف مصاحبه پیش از پیوند..... ۱۳۱
- جدول ۲۲. گویه‌های مقیاس ارزیابی روانی-اجتماعی افراد کاندیدای پیوند عضو..... ۱۳۲
- جدول ۲۳. نامه‌نگاری میان خانواده اهداکننده عضو و دریافت‌کننده پیوند..... ۱۳۷
- جدول ۲۴. عوامل خطر بروز افسردگی یا سوگ پاتولوژیک پس از سقط..... ۱۴۴
- جدول ۲۵. اقداماتی در مورد خانم دچار سقط..... ۱۴۵

جدول ۲۶.	روش‌های مداخله برای کنترل ویژگی‌های رفتاری تیپ A	۱۷۰
جدول ۲۷.	برخی از علل اضطراب در بیماران قلبی بستری	۱۷۳
جدول ۲۸.	برخی علل افسردگی در بیماران قلبی	۱۷۴
جدول ۲۹.	علل احتمالی بروز افسردگی در فرد دچار نارسایی کلیه	۱۷۷
جدول ۳۰.	تبعات روان‌شناختی دیالیز	۱۷۸
جدول ۳۱.	مشکلات پزشکی شایع در فرد دچار نارسایی کلیه	۱۷۹
جدول ۳۲.	دوز و عوارض جانبی مهم داروهای ضد افسردگی در نارسایی کلیه	۱۸۲
جدول ۳۳.	تشخیص‌های افتراقی افسردگی، ویژه افراد دچار اپیلیپسی	۱۸۵
جدول ۳۴.	اختلالات و مشکلات روان‌پزشکی شایع در بیماران مبتلا به اپیلیپسی	۱۸۶
جدول ۳۵.	اثر داروهای ضد تشنج در بروز علائم شناختی و روان‌پزشکی	۱۸۶
جدول ۳۶.	مقایسه اثر برخی از داروها در ایجاد تشنج	۱۸۷
جدول ۳۷.	مشکلات روان‌پزشکی فرد مبتلا به بیماری پارکینسون	۱۹۲
جدول ۳۸.	موقعیت‌های وجودی در رویارویی با بیماری	۲۰۰
جدول ۳۹.	برخی از داروهای ضد افسردگی مهارکننده آنزیم CYP-2D6	۲۱۳
جدول ۴۰.	راه‌های دفع یا متابولیسم داروهای مهارکننده گیرنده بتا-آدرنرژیک	۲۱۳
جدول ۴۱.	برخی از داروهای القاکننده، مهارکننده و بی‌اثر بر متابولیسم کبدی	۲۱۷
جدول ۴۲.	تریاد بالینی سندرم سروتونین	۲۱۸
جدول ۴۳.	مدیریت سندرم سروتونین	۲۱۸
جدول ۴۴.	عواقب عدم درمان افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان	۲۲۲
جدول ۴۵.	خطر نسبی داروهای ضد افسردگی در دوران بارداری و شیردهی	۲۲۳
جدول ۴۶.	اصول درمان افسردگی در دوران بارداری	۲۲۶
جدول ۴۷.	راهنمای برنامه‌ریزی پیش از بارداری در اختلال دوقطبی	۲۲۸
جدول ۴۸.	خطرات ادامه یا قطع درمان دارویی اختلال دوقطبی در بارداری	۲۳۰
جدول ۴۹.	پایش مصرف لیتیوم در بارداری و زایمان	۲۳۱
جدول ۵۰.	خطر نسبی داروهای تثبیت‌کننده خلق و آنتی‌پسیکوتیک در بارداری و شیردهی	۲۳۳

پیش‌گفتار

«روان‌پزشکی رابط» شاخه‌ای از رشته روان‌پزشکی است که به موضوع مشاوره در شرایط یک بیمارستان عمومی می‌پردازد. بر این پایه، روان‌پزشک در این حوزه، رابطی میان پزشک معالج اصلی بیمار، پرستاران و سایر پرسنل مرکز، و بیمار و خانواده او است. روان‌پزشک رابط علاوه بر به‌کارگیری دانش، مهارت و تجربه عمومی یک روان‌پزشک، ناچار از تجهیز به دانش، مهارت و تجربه‌ای است که در برقراری ارتباط میان گروه‌های فوق ضروری است. او باید به تشخیص و مدیریت مشکلات و اختلالات روان‌پزشکی در زمینه انواع بیماری‌ها و اختلالات غیرروان‌پزشکی مسلط باشد.

با وجود کتاب‌های مرجعی که به موضوع روان‌پزشکی رابط می‌پردازد، کتاب حاضر که با ارائه نمونه‌های بالینی فضای واقعی‌تری برای کسب مهارت در این زمینه مهیا می‌کند، می‌تواند مکمل کارآمدی برای دانشجویان پزشکی، دستیاران روان‌پزشکی و روان‌پزشکان باشد. پیش از این، دو کتاب با عنوان‌های «آموزش روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی» و «اورژانس روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی» بر پایه سه اصل (۱) تأکید بر تشخیص و درمان، (۲) تقدم ذکر مثال بالینی بر شرح بیماری و (۳) رعایت اختصار، به رشته تحریر درآمد. اینک سومین کتاب این مجموعه با پسوند تکراری «با نمونه‌های بالینی» و موضوع مشاوره روان‌پزشکی یا روان‌پزشکی رابط در اختیار علاقه‌مندان قرار می‌گیرد. از آنجا که آشنایی اولیه با اختلالات روان‌پزشکی ضرورت آغاز مطالعه این کتاب است، و از طرفی ابتدا هر دانشجو یا دستیار روان‌پزشکی لازم است با چگونگی مواجهه با موارد فوریت روان‌پزشکی آشنا باشد، می‌توان مطالعه دو کتاب یاد شده را پیش‌نیاز کتاب «مشاوره روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی» دانست.

فهرست جدول‌ها، صفحه‌شکل کامل کوتاه‌نوشت‌ها و واژه‌نامه بخش‌هایی برای تسهیل بهره‌گیری از این کتاب هستند. در فهرست جدول‌ها تعداد ۵۰ عنوان مشاهده می‌شود و به‌کارگیری تعداد نسبتاً زیاد جداول با هدف جمع‌بندی مطالب، ارائه

اطلاعات بیشتر در حجم کمتر و تسهیل یادگیری بوده است. صفحه «شکل کامل کوتاه‌نوشت‌ها» دارای این قابلیت است که خواننده در برخورد با هر مورد کوتاه‌نوشت در متن کتاب، می‌تواند برای آگاهی از معنای آن به این صفحه مراجعه کند. بخش «واژه‌نامه» در انتهای کتاب نیز معادل انگلیسی و فارسی واژه‌های تخصصی یا فرنگی متن کتاب را به ترتیب بر مبنای الفبای فارسی و انگلیسی نشان می‌دهد. لازم به یادآوری است که مطالب این کتاب عموماً در مورد بیماران بزرگسال صدق می‌کند؛ مگر آن‌که ارتباط موضوع با کودکان، نوجوانان یا سالمندان به‌طور خاص قید شده باشد.

همراهی چهار تن از اساتید حوزه روان‌پزشکی رابط در دو دانشگاه علوم پزشکی ایران و تهران، مایه دلگرمی بنده در تدوین این کتاب بود و حضور آن‌ها هر فصل این کتاب را مزین به تجربیات ارزنده خود کرد. در اینجا از همکاران و اساتید گرامی، جناب آقای دکتر علی‌اکبر نجاتی‌صفا، جناب آقای دکتر محمد اربابی و سرکار خانم دکتر عاطفه قنبری جلفایی، که با حوصله و دقتی زیاد در نگارش این کتاب تلاش کردند و از استاد گران‌قدر جناب آقای دکتر مهدی نصر اصفهانی که افتخار همراهی در این مسیر را نصیبم ساختند و همواره مشوق و حامی بوده‌اند صمیمانه قدردانی می‌کنم.

امیر شعبانی، شهریور ۱۳۹۴

تهران، مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی ایران

یادداشت



دکتر شکراله طریقتی

هنگامی که از مشاوره روان‌پزشکی در سایر بیماری‌های پزشکی صحبت می‌شود در حقیقت توجه کردن به نقش جنبه‌های روانی مؤثر در فرایند پیدایش بیماری‌ها و مداخلات درمانی آنها است. اگرچه این رشته در سه دهه اخیر گسترش قابل توجهی داشته و امروزه به عنوان رشته مستقلی با نام پزشکی روان‌تنی شناخته

می‌شود، تاریخچه‌ای طولانی در تاریخ پزشکی دارد. به اعتقاد برخی از پژوهشگران در حدود ۲۵۰۰ سال قبل از میلاد در تمدن آشور و بابل نوعی از طب رایج بوده که می‌توان ریشه‌های اولیه پزشکی روان‌تنی را در آن جست‌وجو نمود. در دوران تمدن یونان باستان نیز بزرگانی همچون بقراط برای درمان‌های پزشکی بر آگاهی کامل از همه جنبه‌های انسانی تأکید کرده‌اند. به جرأت می‌توان گفت که یکی از سردمداران پزشکی روان‌تنی در جهان حکیم ابوعلی سینا است. وی در نوشته‌های خود به نقش عوامل روانی در بروز بیماری‌های جسمی به خوبی اشاره نموده و برای درمان بیماران، روش‌های ویژه‌ای نیز ابداع کرده است.

در طول هزاره دوم مفهوم تن و روان در پزشکی فراز و نشیب‌های گوناگونی را طی کرده که از حوصله این یادداشت خارج است. در سال ۱۸۱۸ میلادی برای اولین بار واژه «پسیکوسوماتیک» توسط هینروث (Heinroth) به کار گرفته شد. امروزه توجه بر جنبه‌های روانی بیماری‌ها گسترش یافته و جایگاه ویژه‌ای در پزشکی مدرن پیدا کرده است. این رشته در سال ۲۰۰۵ توسط بورد روان‌پزشکی و نورولوژی ایالات متحده آمریکا به عنوان یک رشته فوق‌تخصصی به رسمیت شناخته شد.

در کشورمان ایران، تاریخچه پزشکی روان‌تنی مدرن با تلاش‌های دکتر عبدالحسین میرسپاسی آغاز شده است. وی در سال ۱۳۴۱ اولین «سمپوزیوم بررسی مسایل پسیکوسوماتیک، روان‌تنی» را در ایران در بیمارستان روزبه برگزار کرد. به دنبال تلاش‌های این پزشک عالی‌مقام، سایر روان‌پزشکان نیز راه او را ادامه دادند. اولین



دکتر کیومرث فرد

کتاب در این رشته با نام «پسیکوسوماتیک» توسط استاد گرامی دکتر شکراله طریقتی به زبان فارسی تألیف شد. در سال‌های بین دهه ۵۰ تا ۸۰ شمسی این تلاش‌ها شتاب بیشتری گرفت و در دانشگاه‌های مختلف بخش‌های روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی راه‌اندازی شد؛ از جمله می‌توان به بخش روان‌پزشکی در بیمارستان‌های خورشید (اصفهان) توسط دکتر جمشید بختیار در دهه پنجاه، آیت‌اله طالقانی (تهران) توسط دکتر مرتضی مهاجر در دهه شصت، شهید رهنمون (تهران) توسط دکتر کیومرث فرد و حضرت رسول اکرم (ص) (تهران) توسط

دکتر مهدی نصر اصفهانی در دهه هفتاد، و امام خمینی (ره) (تهران) توسط دکتر احمدعلی نوربالا در دهه هشتاد اشاره کرد. این فرایند گسترش در حال حاضر در بسیاری از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ادامه دارد. با گسترش خدمات روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی، کاریکولوم روان‌پزشکی در اوایل دهه هشتاد در حوزه معاونت آموزشی وزارت بهداشت بازنگری شد و علاوه بر چهارساله شدن رشته روان‌پزشکی، یک دوره سه ماهه روان‌پزشکی مشاوره-رابط برای دوره دستیاری به تصویب رسید. در ادامه در سال ۱۳۸۸ با تلاش‌های آقای دکتر احمدعلی نوربالا از دانشگاه علوم پزشکی تهران و خانم دکتر نرگس بیرقی از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، فلوشیپ رشته طب روان‌تنی به تصویب وزارت بهداشت رسید و راه‌اندازی شد. هم‌اکنون نیز تعدادی از فارغ‌التحصیلان آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به تدریس این رشته اشتغال دارند. این فرایند گسترش، خیر از نویدی روشن در آینده‌ای نزدیک می‌دهد.

کتاب حاضر که با همت آقای دکتر امیر شعبانی و با کمک همکاران ایشان تألیف شده است در ادامه تلاش‌هایی است که از پنجاه سال پیش در این کشور آغاز شده و هم‌اکنون ادامه دارد. کتاب در چهار بخش، بسیار روان و با زبانی ساده به رشته تحریر درآمده و از ویراستاری مطلوبی برخوردار است. مطالعه این کتاب ضمن آشنایی خوانندگان با مفاهیم کلیدی، آگاهی آنان را با موارد اختصاصی مشاوره و درمان در

زمینه‌های مختلف افزایش داده و می‌تواند تسلط آنان را در مواجهه با مشاوری‌های روان‌پزشکی در سایر بخش‌ها بهبود بخشد. اینجانب ضمن تشکر و قدردانی از زحمات طاقت‌فرسایی که ایشان در تدوین این کتاب کشیده‌اند، مطالعه آن را به همه پزشکان به‌ویژه روان‌پزشکان توصیه می‌کنم.

مهدی نصر اصفهانی، مهر ۱۳۹۴
تهران، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)

شکل کامل کوتاه‌نوشت‌ها

[به ترتیب الفبا]

ACOG	American college of obstetricians and gynecologists
AIDS	acquired immune deficiency syndrome
ALL	acute lymphoblastic leukemia
ALS	amyotrophic lateral sclerosis
ASD	acute stress disorder
BP	blood pressure
BPD	borderline personality disorder
BUN	blood urea nitrogen
CANMAT	Canadian network for mood and anxiety treatments
CBC	complete blood count
CBT	cognitive behavioral therapy
CCU	cardiac care unit
CD	cluster of differentiation
CMV	cytomegalovirus
CNS	central nervous system
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
CPS	complex partial seizure
CRF	corticotropin-releasing factor
CVA	cerebrovascular accident
CYP	cytochrome P450 enzyme
DSM-5	fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders
DSM-IV-TR	diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision
ECG	electrocardiography
ECT	electroconvulsive therapy
EEG	electroencephalography
EF	ejection fraction
eGFR	estimated glomerular filtration rate
ENT	ears, nose and throat
ES	epileptic seizure
ESRD	end stage renal disease
FDA	food and drug administration
FGA	first generation antipsychotic
FTT	failure to thrive
GAD	generalized anxiety disorder
GFR	glomerular filtration rate
GTCS	generalized tonic-clonic seizure

HAART	highly active antiretroviral therapy
Hb	hemoglobin
HIV	human immunodeficiency virus
IAD	illness anxiety disorder
IBS	irritable bowel syndrome
ICD	international classification of diseases
ICU	intensive care unit
IDD	interictal dysphoric disorder
IHDS	international HIV dementia scale
LBW	low birth weight
LP	lumbar puncture
MAOI	monoamine oxidase inhibitor
MDD	major depressive disorder
meq	Milliequivalent
M-FAST	Miller forensic assessment of symptoms test
MI	myocardial infarction
MMPI-2	Minnesota multiphasic personality inventory revised
MMSE	mini-mental state examination
MRI	magnetic resonance imaging
MS	multiple sclerosis
MSAS	memorial symptom assessment scale
NA	narcotics anonymous
NG-tube	nasogastric tube
NMDA	N-methyl-D-aspartate
NPO	nil per os [nothing by mouth]
OCD	obsessive-compulsive disorder
PACT	psychosocial assessment of candidate for transplant
PBA	pseudobulbar affect
PCA	patient controlled analgesia
PML	progressive multifocal leukoencephalopathy
PNES	psychogenic nonepileptic seizure
PPV	positive predictive value
PRN	pro re nata [= as the circumstance arises]
PSP	progressive supranuclear palsy
PTSD	posttraumatic stress disorder
QTc	corrected QT interval
RNA	ribonucleic acid
SGA	second generation antipsychotic
SGOT	serum glutamic oxaloacetic transaminase
SIRS-2	structured interview of reported symptoms, 2nd edition
SLE	systemic lupus erythematosus
SNRI	serotonin norepinephrine reuptake inhibitor
SSD	somatic symptom disorder
SSRD	somatic symptom and related disorders

SSRI	selective serotonin reuptake inhibitor
T	temperature
TCA	tri/tetra-cyclic antidepressant
TDP	torsades de pointes
TNG	nitroglycerin
TSH	thyroid-stimulating hormone
WBC	white blood cells

بخش اول

اصول مشاوره روان‌پزشکی در بیمارستان عمومی



اثری از وینسنت ون گوگ (۱۸۵۳-۱۸۹۰)

اصول مشاوره روان پزشکی در

بیمارستان عمومی

عاطفه قنبری جلفایی

روان پزشکی روان تنی و مشاوره- رابط به مهارت و دانش ارزیابی و درمان مشکلات هیجانی، رفتاری و شناختی بیماران جسمی و مطالعه ارتباط ذهن و بدن اشاره دارد. درمان مشکلات روان پزشکی بیماران جسمی بستری اگرچه در بسیاری از جنبه‌ها با درمان بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روان پزشکی در اشتراک است، تفاوت‌های ظریفی میان این دو وجود دارد.

اولین تفاوت در محیط ارزیابی است. محیط مطب یا کلینیک معمولاً شرایط مصاحبه خصوصی و محرمانه را به راحتی فراهم می‌کند ولی فراهم کردن چنین شرایطی برای مصاحبه با بیمار بستری مشکل است. از طرفی بیماران بستری اغلب از شرایط ناراحت‌کننده جسمی و درد در رنجند و همین امر ممکن است جریان مصاحبه را مختل کند. به علاوه در بسیاری از موارد، درخواست مشاوره از قبل به اطلاع بیمار نرسیده و بیمار ممکن است از حضور روان‌پزشک بر بالینش احساس ناراحتی و آزرده‌گی کند و این امر نیز روند برقراری ارتباط درمانی را سخت‌تر می‌کند.

موضوع مهم دیگر در درمان این بیماران، طراحی درمان مناسب با توجه به عملکرد کلیه و کبد، بیماری جسمی زمینه‌ای و سایر داروهای بیمار است.

نکته دیگر توجه به اورژانسی و غیر اورژانسی بودن مشاوره‌هاست. مشاوره‌های اورژانسی بهتر است در فاصله چند دقیقه تا چند ساعت انجام شود و مشاوره‌های غیر اورژانسی نیز حداکثر تا ۷۲ ساعت باید پاسخ داده شود.

اولین مرحله مشاوره، مطالعه دقیق متن درخواست مشاوره است. هنگامی که

مشاوره از بخشی دیگر به دست روان‌پزشک می‌رسد، پس از مطالعه برگه درخواست مشاوره باید اطلاعات جدول ۱ به دست آید. متأسفانه گاهی همه این موارد به صورت اصولی در برگه درخواست مشاوره نوشته نمی‌شود. یکی از شایع‌ترین مشکلات، ابهام در خود سؤال مشاوره است که به جای آن که اختصاصی، روشن و واضح باشد به صورت کلی نوشته می‌شود. نمونه یک، چنین مشاوره‌ای است.

جدول ۱. اطلاعات برگه مشاوره

سن و جنس بیمار	۱
شماره تخت بیمار	۲
تاریخ پذیرش	۳
تاریخ و ساعت درخواست مشاوره	۴
نام بخش بستری	۵
نام پزشک درخواست‌کننده مشاوره	۶
اورژانسی یا غیر اورژانسی بودن مشاوره	۷
علت بستری	۸
علت درخواست مشاوره یا سؤال مشاوره	۹

نمونه ۱:

نام: ب نام خانوادگی: الف تاریخ تولد: ؟ شماره تخت: ۶
 نام پزشک درخواست‌کننده: سرویس داخلی
 درخواست مشاوره از: سرویس روان‌پزشکی اورژانسی غیر اورژانسی
 تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۲۶ تاریخ درخواست مشاوره: ۹۳/۵/۳۰ ساعت: ؟
 با سلام
 بیمار آقای الف که به علت بی‌اشتهایی و تهوع در بخش گوارش بستری شده است سابقه مشکلات روان‌پزشکی و مصرف دارو دارد. لطفاً بیمار را از نظر روان‌پزشکی ویزیت فرمایید.

توضیح نمونه ۱:

برگه درخواست مشاوره نمونه ۱ ناقص پر شده و سؤال آن واضح نیست. در چنین مواردی بهتر است با پزشک درخواست‌کننده مشاوره به شکل حضوری و یا در صورت عدم دسترسی، تلفنی صحبت شود تا سؤال مشاوره شفاف گردد. مرحله دوم

انجام مشاوره شامل گردآوری اطلاعات لازم به هنگام ورود به بخش و پیش از ملاقات با بیمار است. صحبت کردن با پزشک مسؤول بیمار و پرسنل بخش و مطالعه پرونده می‌تواند اطلاعات ارزشمندی در اختیار روان‌پزشک بگذارد (جدول ۲). البته مطالعه پرونده باید سریع و در عین حال با دقت انجام شود.

در مشاوره نمونه ۱، پس از تماس با دستیار بخش داخلی مشخص شد که بیمار از نظر گوارشی بررسی شده و بیماری گوارشی توجیه‌کننده بی‌اشتهایی و تهوع بیمار یافت نشده است. با توجه به سابقه مراجعه به روان‌پزشک و مصرف دارو، علت درخواست مشاوره بررسی علل روانشناختی احتمالی علائم جسمی بیمار بود.

جالب است که عین همین متن مشاوره برای بیمار دیگری نیز درخواست شده بود و پس از صحبت رو در رو با دستیار مسؤول، مشخص شده بود که علت کم‌اشتهایی و تهوع بیمار که دچار سیروز کبدی بود روشن شده و در حال درمان است. هدف از درخواست آن مشاوره، تنظیم داروهای روان‌پزشکی فعلی بیمار با توجه به اختلال عملکرد کبد و تداخل با سایر داروهای بیمار بود!

مرحله سوم، ملاقات با بیمار است. پزشک هنگام ورود به اتاق بیمار بهتر است در بزند و اعلام ورود کند. بیشتر بیماران همراه دارند که می‌تواند از اعضای خانواده یا پرستار خصوصی بیمار باشد. پزشک بهتر است پس از سلام و احوال‌پرسی و معرفی خود، مدتی را به برقراری ارتباط با فرد همراه بیمار بگذراند و سپس مؤدبانه از او بخواهد که فرصتی بدهد با بیمار تنها صحبت کند. او می‌تواند به فرد همراه بیمار توضیح دهد که پس از پایان مصاحبه، در صورت رضایت بیمار حتماً با او نیز صحبت خواهد کرد. پزشک سپس باید به فراهم کردن شرایط محرمانه برای مصاحبه بپردازد؛ اگر بین تخت‌ها پرده هست پرده‌ها را بکشد؛ اگر تخت بیمار کنار دیوار است پشت به دیوار بایستد تا بیمار در حالی که پشت به سایر هم‌اتاقی‌هاست با او صحبت کند و احساس امنیت بیشتری داشته باشد. گاهی می‌توان از همراهان سایر بیماران یا خود بیماران خواست که چند دقیقه‌ای بیرون از اتاق باشند، ولی در بیشتر مواقع به علت وضعیت جسمی بیماران چنین تقاضایی ممکن نیست. استفاده از پارازیت‌های صوتی مانند بلندکردن صدای تلویزیون و رادیو نیز کمک‌کننده است.

برای برقراری ارتباط درمانی با بیمار باید به علائم جسمی او و نیز تنظیم تخت او برای راحت‌تر شدن وضعیت بدنی هنگام مصاحبه، تنظیم سرم و نکاتی از این دست

دقت کرد. اولین اشتغال ذهنی بیمار بستری در بیمارستان عمومی، بیماری جسمی‌اش است و توجه به این نکات و شروع مصاحبه با پرسش از آن، می‌تواند نقش مؤثری در برقراری ارتباط درمانی داشته باشد.

جدول ۲. گردآوری اطلاعات از پرونده

شرح حال	۱
سیر و پیش‌آگهی	۲
دستورات	۳
میزان فعالیت بیمار	
رژیم غذایی	
داروها (قطع، شروع)	
علایم حیاتی	۴
سایر مشاوره‌ها	۵
تست‌های آزمایشگاهی	۶
شمارش افتراقی سلول‌های خون	
الکترولیت‌ها و عملکرد کلیه	
عملکرد تیروئید	
سطح خونی داروها	
غربال‌گری توکسیکولوژی	
آنالیز و کشت ادرار	
سایر آزمایشات اختصاصی	

نمونه ۲:

برای درمان بی‌خوابی و علایم اضطرابی بیماری که به منظور تنظیم قند خون در بیمارستان بستری شده، درخواست مشاوره روان‌پزشکی می‌شود. روان‌پزشک پس از حاضر شدن بر بالین بیمار، خود را معرفی می‌کند:

روان‌پزشک: «سلام، من دکتر الف هستم. روان‌پزشک. پزشک‌تان از من خواسته شما را ویزیت کنم.»

بیمار: (با تعجب و کمی ناراحتی) «سلام، گفتید روان‌پزشک؟»

ر: «بله. شما از درخواست این مشاوره اطلاع داشتید؟»

ب: «نه، کسی به من نگفت.»

ر: «احساس می‌کنم تعجب کردید.»

ب: «راستش... بله.»

ر: «ممکن است دلیل تعجب‌تان را بگویید؟»

ب: «آخر من برای تنظیم قند خون آمدم؛ چه ارتباطی به روان‌پزشک دارد؟!»

ر: «می‌فهمم... بهتر بود به شما گفته می‌شد. من هم جای شما بودم جا می‌خوردم.»

احساس می‌کنم از این موضوع ناراحت شدید.»

ب: «نه، ناراحت نشدم.»

ر: «الان دارید به چه فکر می‌کنید؟»
ب: «نمی‌دانم. نمی‌دانم دکتر چه از من دیده که چنین مشاوره‌ای درخواست کرده.»
ر: «الآن چه فکری کردید؟ این که "در من چه دیده که چنین مشاوره‌ای درخواست کرده" چه فکری به ذهن شما آورد؟»
ب: (با ناراحتی) «چه بگویم...!»
ر: «اجازه بدهید کمکتان کنم. مثلاً این فکر که "من که دیوانه نیستم. چرا روان‌پزشک باید من را ببیند!"»
ب: (با لبخند و کمی مردد) «تقریباً همین فکر.»
ر: (به شوخی و بدون قضاوت) «پس فکر می‌کنید من دکتر دیوانه‌ها هستم؟»
ب: «نه، اختیار دارید! ولی نمی‌دانم چرا باید من را ویزیت کنید.»

توضیح نمونه ۲:

در اینجا باید روان‌پزشک بگوید که فقط بیماران دچار اختلالات روانی را نمی‌بیند، بلکه بیماران جسمی که لزوماً سابقه روان‌پزشکی هم ندارند ممکن است مشکلاتی داشته باشند که روان‌پزشک بتواند به آن‌ها کمک کند. از طرفی وضعیت سلامت روان افراد بر سلامت جسمانی آن‌ها هم تأثیر می‌گذارد.

نمونه ۳:

(ادامه نمونه ۲) ر: «خوب، حالا فکر می‌کنید علت این مشاوره چه بوده؟ کمی به این فکر کنید. دیابت و روان‌پزشکی چه ارتباطی ممکن است با هم داشته باشد؟»
ب: «نمی‌دانم. من یک کم استرسی هستم و دکترم می‌گوید علت کنترل نشدن قندت می‌تواند این هم باشد. شاید برای این موضوع بوده.»

توضیح نمونه ۳:

روان‌پزشک باید همین موضوع را پیگیری کند و با کمک خود بیمار بین علایم اضطرابی و جسمانی‌اش ارتباط برقرار کند و از این راه بیمار را به درمان علایم روان‌پزشکی ترغیب کند. مصاحبه باید به شکلی هدایت شود که در انتها بتوان به سؤال مشاوره پاسخ داد.

مرحله نهایی، نوشتن پاسخ مشاوره است. پاسخ مشاوره باید تاریخ و ساعت داشته باشد. همچنین متن آن باید ساده باشد و در آن از اصطلاحات روان‌پزشکی که برای سایر متخصصان ناآشناست پرهیز شود. پاسخ مشاوره باید خوش‌خط نوشته شود و نباید خیلی طولانی باشد. اصطلاحات اختصاری نیز نباید به هیچ‌وجه در درخواست و پاسخ مشاوره استفاده شود.

پاسخ مشاوره بهتر است با چند خط شرح خصوصیات جمعیت‌شناختی (دموگرافیک) و وضعیت جسمی و بیماری زمینه‌ای بیمار شروع شود و سپس به توضیح نتیجه ارزیابی‌های روان‌پزشکی مرتبط با سؤال مشاوره پردازد. در نهایت تشخیص، تشخیص‌های افتراقی، تست‌های درخواستی (در صورت لزوم) و برنامه درمانی نوشته می‌شود. دستورات دارویی و غیر دارویی و برنامه پیگیری‌های آینده باید صریح و واضح باشد. در آخر، مهر و امضا و شماره تماس (پیج) پزشک مشاوره‌دهنده باید درج شود.

منابع

بلومن فیلد م، تیامسون م. ترجمه عزیزه افخم ابراهیمی، مهدی نصرافهانی، شبنم نوحه‌سرا. روان‌پزشکی مشاوره ارتباط. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۸۴.

Amos JJ, Robinson RG. Psychosomatic medicine: an introduction to consultation-liaison psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.

Dimsdale J. Psychosomatic medicine. Philadelphia, Pa.: Saunders; 2011.

Kornfeld D. Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. AJP. 2002;159(12):1964-72.

Levenson J, Gitlin D, Crone C. Psychosomatic medicine. Philadelphia: Saunders; 2007.

Levenson J. Essentials of psychosomatic medicine. Washington, DC: American Psychiatric Pub.; 2007.

Levenson J. The American psychiatric publishing textbook of psychosomatic medicine: psychiatric care of the medically ill. Washington, DC: American Psychiatric Pub.; 2010.

Stem TA, Fricchion GL, Cassem NH, Jellinec M, Rosenbaum J. Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2010.

بخش دوم

موارد عمومی مشاوره



اثری از هانری ژول ژان (۱۸۵۳-۱۹۲۴)

فصل ۱

ظرفیت تصمیم‌گیری و پذیرش درمان

عاطفه قنبری جلفایی

نمونه ۴:

خانم ب ۵۸ ساله، مبتلا به اسکیزوفرنیا و از ۳۱ سالگی تحت درمان با داروهای آنتی‌پسیکوتیک است. اکنون به علت پای دیابتی و جهت آمپوتاسیون پا بستری شده و برای او از نظر ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری و صلاحیت رضایت به جراحی، مشاوره روان‌پزشکی درخواست شده است.

روان‌پزشک در مصاحبه با بیمار، خانمی میانسال با ظاهری به نسبت مرتب را ملاقات می‌کند. بر پایه شرح حال، خانم ب سابقه دوبار بستری روان‌پزشکی با تشخیص اسکیزوفرنیا به ترتیب در ۱۲ و ۱۰ سال پیش دارد و پس از آن تا کنون مراجعه سرپایی به روان‌پزشک داشته و تحت درمان با قرص فلوپنازین (پنج میلی‌گرم سه بار در روز) و آمپول فلوپنازین دکانات (Modecate) (تزریق عضلانی ماهانه) بوده است. او مبتلا به دیابت قندی بوده ولی از آن‌جا که تا به امروز از آن آگاه نبوده و با بی‌توجهی به زخم پایش بسیار دیر به پزشک مراجعه کرده، اکنون کاندیدای قطع عضو است. از طرفی توهم شنوایی و هذیان نسبی انتساب (partial reference delusion) دارد («هذیان نسبی» به معنای وجود بینش، و آگاهی از ارتباط این باورها با بیماری روانی). بررسی‌های روان‌پزشک نشان می‌دهد که خانم ب در مورد پای دیابتی، علت نیاز به قطع عضو و عواقب عدم رضایت، کاملاً مطلع است و بر این اساس، رضایت به عمل دارد.

توضیح نمونه ۴:

در مورد ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری، توجه به این نکته لازم است که این مقوله یک مفهوم همه یا هیچ نیست؛ بدین معنی که فرد می‌تواند در بعضی امور صلاحیت تصمیم‌گیری داشته و در برخی نداشته باشد، یا حتی در ساعاتی از شبانه‌روز صلاحیت تصمیم‌گیری داشته و در ساعاتی نداشته باشد. به‌عنوان مثال خانم ب با اینکه از بیماری اسکیزوفرنیای خود مطلع است و در این مورد منطقی نتیجه‌گیری می‌کند، ممکن است در زمینه‌های خاصی که مرتبط با هذیان‌ها و توهماتش است نتواند تصمیمی منطقی بگیرد. بنابراین، ابتلا به اسکیزوفرنیا به خودی خود دلیل بر عدم صلاحیت فرد در همه انواع تصمیم‌گیری نیست. هم‌چنین بیمار مبتلا به دلیریوم در ساعاتی از شبانه‌روز که سطح هوشیاری و وضعیت شناختی بهتری دارد می‌تواند در مورد وضعیت جسمانی خود و انجام یا عدم انجام اقدامات درمانی تصمیم بگیرد، ولی در ساعاتی که وضعیت شناختی او تحلیل می‌رود صلاحیت تصمیم‌گیری نخواهد داشت.

نمونه ۵:

«آقای پ ۴۸ ساله مشکوک به مننژیت و کاندیدای انجام پونکسیون کمری (LP=lumbar puncture) است ولی رضایت به این کار نمی‌دهد. لطفاً بیمار را از نظر ظرفیت تصمیم‌گیری ویزیت فرمایید.» آقای پ به دلیل درخواست این مشاوره از طرف بخش عفونی، به وسیله روان‌پزشک ویزیت می‌شود. او کارگر ساختمانی و دارای تحصیلات پنجم دبستان است. پس از برقراری ارتباط درمانی، روان‌پزشک متوجه باور بیمار در مورد احتمال فلج‌شدن با LP و وحشت او از این روش می‌شود. آقای پ خواهی دارد که مبتلا به فلج مغزی است و خانواده وی معتقدند علت این فلج، LP بوده که در زمان نوزادی انجام گرفته است!

توضیح نمونه ۵:

در عمل، مشاوره‌های «ارزیابی ظرفیت» معمولاً زمانی درخواست می‌شود که بیمار در مقابل تصمیمات درمانی یا تشخیصی کادر درمانی مقاومت می‌کند و یا بر خلاف نظر پزشکان قصد ترخیص از بیمارستان دارد. در واقع، در صورت رضایت بیمار و موافقت

بی‌چون و چرای او در برابر تصمیمات پزشکان، کمتر چنین مشاوره‌هایی درخواست می‌شود و عدم صلاحیت بیمار در موارد راضی‌بودن به تصمیمات پزشک ممکن است از دید پزشک پنهان بماند؛ مگر آن‌که بیمار سابقه مشکلات جدی روان‌پزشکی داشته باشد و در مورد صلاحیت او برای دادن رضایت آگاهانه از روان‌پزشک سؤال شود. در ارزیابی ظرفیت، معمولاً وضعیت شناختی بیمار، توانایی او برای برقراری ارتباط و دریافت اطلاعات و توانایی حلاجی اطلاعات، سبک و سنگین کردن آن‌ها و رسیدن به تصمیم منطقی باید ارزیابی شود. اشکال در هر یک از این مراحل به هر علتی که باشد، می‌تواند به اشکال در فرآیند تصمیم‌گیری منطقی بینجامد. جالب است که گاهی این اشکال به راحتی قابل رفع است. مشکل آقای پ نیز داشتن اطلاعات غلط در مورد LP بود که پزشک او با برقراری ارتباط درمانی، صرف کمی وقت و دادن اطلاعات صحیح می‌توانست از ابتدا این مشکل را برطرف کند.

نمونه ۶:

آقای ت ۳۸ ساله، دیپلمه و دارای شغل آزاد، از یک هفته پیش در بخش خون بستری است. در برگه درخواست مشاوره روان‌پزشکی او چنین آمده: «بیمار مبتلا به آنمی همولیتیک و اسپلنومگالی است و با وجود خطری که او را تهدید می‌کند و بر خلاف توصیه پزشک متخصص، تمایل به ترخیص با رضایت شخصی دارد. لطفاً بیمار را ویزیت فرمایید».

آقای ت در مصاحبه عصبانی است و تمایل به صحبت ندارد. تنها می‌گوید «بروید روی بقیه بیماران آزمایش کنید. برای من دیگر کافی است. شما ما را موش آزمایشگاهی کرده‌اید که دکتر بشوید!». روان‌پزشک پس از برقراری راپورت متوجه می‌شود که در مدت بستری، دانشجویان پزشکی بارها و بدون اجازه به لمس طحال او پرداخته‌اند. هم‌چنین چندین بار در حالی که خواب بوده از او خون گرفته شده است. او شکایت دارد که پزشکانش مدام عوض می‌شوند و خود را معرفی نمی‌کنند.

توضیح نمونه ۶:

انجام هرگونه معاینه و مداخله تشخیصی - درمانی باید با اجازه بیمار باشد و افراد کادر درمانی وظیفه دارند نام و سمتشان را به بیمار بگویند و هدف از انجام معاینه یا