

فهرست مطالب

- پیش‌گفتار ۹
- نامه‌ای از استاد بر ویرایش اول ۱۱
- پیش‌گفتار ویرایش اول ۱۳
- شکل کامل کوتاه‌نوشت‌ها ۱۷

بخش اول - در باب روان‌پزشک و روان‌پزشکی

بخش دوم - تکنیک‌های مصاحبه با بیمار

بخش سوم - اختلالات اضطرابی (Anxiety Disorders)

- فصل ۱- اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder) ۴۳
- فصل ۲- اختلال پانیک (Panic Disorder) ۴۸
- فصل ۳- فوبیا (Phobia) ۵۲

بخش چهارم - اختلالات وسواسی- اجباری (Obsessive-Compulsive Disorders)

- فصل ۱- اختلال وسواسی- اجباری (Obsessive-Compulsive Disorder) ۵۹
- فصل ۲- اختلال بدریخت‌انگاری بدن (Body Dysmorphic Disorder) ۶۵

بخش پنجم - اختلالات مرتبط با عامل تنش‌زا (Stressor-Related Disorders)

- فصل ۱- اختلال استرس پس از سانحه (Posttraumatic Stress Disorder) ۶۹

بخش ششم - اختلالات خلقی (Mood Disorders)

- فصل ۱- اختلالات افسردگی غیردوقطبی (Non-bipolar Depressive Disorders) ۷۷
- فصل ۲- اختلالات دوقطبی (Bipolar Disorders) ۸۸

بخش هفتم - اختلالات پسیکوتیک (Psychotic Disorders)

بخش هشتم - اختلالات علامت جسمانی (Somatic Symptom Disorders)

بخش نهم - اختلالات مصرف مواد (Substance Use Disorders)

بخش دهم - اختلالات کنش جنسی (Sexual Dysfunctions)

بخش یازدهم - اورژانس‌های روان‌پزشکی (Psychiatric Emergencies)

بخش دوازدهم - اختلالات شخصیت (Personality Disorders)

بخش سیزدهم - درمان دارویی و روان‌درمانی (Pharmacotherapy and Psychotherapy)

فصل ۱- کلیات درمان‌ها و عوارض دارویی ۱۶۷

فصل ۲- درمان دارویی بی‌خوابی ۱۷۷

فصل ۳- روان‌درمانی‌ها ۱۸۶

بخش چهاردهم - روان‌پزشکی کودک و نوجوان (Child and Adolescent Psychiatry)

فصل ۱- اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی و همبودی‌های آن ۱۹۹

ضمیمه ۱: معرفی انجمن‌های روان‌پزشکی ایران ۲۴۷

ضمیمه ۲: معرفی وب‌سایت روان‌پزشکان ۲۴۸

ضمیمه ۳: ملاک‌های تشخیصی DSM-5 ۲۴۹

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۲۶۹

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۲۷۳

منابع ۲۷۷

فهرست جداول

- جدول ۱- نگرش به اختلالات و بیماران روان‌پزشکی..... ۲۴
- جدول ۲- آرایش مناسب اتاق مصاحبه..... ۳۱
- جدول ۳- مکانیسم‌های دفاعی..... ۳۹
- جدول ۴- نمونه‌هایی از علایم اختلالات اضطرابی..... ۴۵
- جدول ۵- نمونه‌هایی از وسواس و اجبار..... ۶۱
- جدول ۶- تشخیص‌های افتراقی افسردگی..... ۷۸
- جدول ۷- داروهای ضدافسردگی..... ۸۳
- جدول ۸- نمونه‌هایی از موارد مناسب برای تجویز داروهای گوناگون در یک بیمار افسرده..... ۸۵
- جدول ۹- نمونه‌هایی از موارد نامناسب یا نیازمند احتیاط برای تجویز داروهای ضدافسردگی..... ۸۷
- جدول ۱۰- برخی از خطاهای رایج در تشخیص اختلال دوقطبی..... ۹۰
- جدول ۱۱- داروهای اصلی دارای اثر تثبیت‌کنندگی خلق و برخی از نقاط قوت و ضعف آنها..... ۹۲
- جدول ۱۲- موارد بالینی اختلال دوقطبی که در آنها بهتر است از تجویز داروی ضدافسردگی خودداری شود..... ۹۳
- جدول ۱۳- توصیه‌هایی برای مدیریت بالینی اختلال علامت جسمانی..... ۱۱۳
- جدول ۱۴- توصیه‌هایی برای مدیریت بالینی اختلال تبدیلی..... ۱۱۴
- جدول ۱۵- نگرش‌های نادرست نسبت به اعتیاد..... ۱۲۳
- جدول ۱۶- داروهای مؤثر برگیرنده‌های آپویدی..... ۱۲۷
- جدول ۱۷- داروهای مورد استفاده در درمان انزال زودرس..... ۱۳۵
- جدول ۱۸- ارزیابی علت اختلال نعوظی..... ۱۳۶

- جدول ۱۹- علل دارویی کمبود میل جنسی..... ۱۳۹
- جدول ۲۰- عوارض جنسی داروهای روان پزشکی ۱۴۲
- جدول ۲۱- علایم و نشانه‌های مسمومیت با لیتیوم ۱۵۲
- جدول ۲۲- ویژگی‌های شخصیت‌های گوناگون..... ۱۶۰
- جدول ۲۳- درمان‌های مؤثر در اختلال شخصیت مرزی..... ۱۶۳
- جدول ۲۴- داروهای آنتی‌پسیکوتیک..... ۱۶۸
- جدول ۲۵- اختلالات مهم روان پزشکی و درمان‌های دارویی خط اول..... ۱۶۹
- جدول ۲۶- برخی از باورهای نادرست رایج در مورد درمان‌های دارویی در روان پزشکی..... ۱۷۰
- جدول ۲۷- نمونه‌هایی از تداخلات مهم دارویی در روان پزشکی..... ۱۷۲
- جدول ۲۸- مدیریت اولیه برخی از عوارض جانبی داروهای روان پزشکی..... ۱۷۳
- جدول ۲۹- عوارض جدی داروهای روان پزشکی..... ۱۷۵
- جدول ۳۰- علل بی‌خوابی..... ۱۷۸
- جدول ۳۱- اصول بهداشت خواب..... ۱۸۰
- جدول ۳۲- برخی از ویژگی‌های بالینی داروهای بنزودیازپینی..... ۱۸۱
- جدول ۳۳- مقایسه اثر داروهای روان پزشکی بر خواب..... ۱۸۳
- نمودار ۱- پیوستار انواع رایج روان‌درمانی..... ۱۸۸
- جدول ۳۴- اصول آموزش روانی به بیمار..... ۱۹۵
- جدول ۳۵- نشانه‌های اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی..... ۲۰۱
- جدول ۳۶- نگرش به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی..... ۲۰۷
- جدول ۳۷- توصیه‌هایی برای والدین..... ۲۱۱
- جدول ۳۸- نمونه‌هایی از توصیف‌های شایع بزرگسالان مبتلا به ADHD..... ۲۱۲
- جدول ۳۹- توصیه‌هایی برای کنترل کم‌اشتهایی ناشی از مصرف متیل‌فنیدیت .. ۲۳۹

پیش‌گفتار

مدتی کوتاه پس از چاپ اولین ویرایش این کتاب که منطبق با ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR نوشته شده بود، نسخه پنجم DSM منتشر شد. پس از آنکه همه موجودی کتاب در بازار به پایان رسید و ناشر محترم قصد تجدید چاپ کتاب را داشت، برای تطبیق مطالب کتاب با نسخه پنجم DSM، تصمیم بر آن شد که تجدید چاپ به تأخیر افتد. در این مدت علاوه بر بازنویسی بخش‌هایی از کتاب که برای تطبیق فوق‌لازم بود، بخش مهمی به کتاب افزوده شد که جای آن در ویرایش اول واقعاً خالی به نظر می‌رسید. این بخش توسط سرکار خانم دکتر زهرا شهرپور با عنوان «روان‌پزشکی کودک و نوجوان» نوشته شد و به موضوع اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی و همبودی‌های آن پرداخت. هرچند محور بحث در این بخش اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی است، به بهانه ارزیابی همبودی‌های آن، اختلالات مهم دیگر کودکان و نوجوانان نیز در قالب نمونه‌های متنوع ارائه می‌شود.

در اواخر کتاب سه ضمیمه در نظر گرفته شده است. در اولی انجمن‌های روان‌پزشکی ایران معرفی می‌شود. ضمیمه دوم به معرفی وب‌سایتی به زبان فارسی که برای گسترش آگاهی مردم از مفاهیم روان‌پزشکی گام‌هایی برداشته است می‌پردازد. سومین ضمیمه خلاصه‌ای است از ملاک‌های تشخیصی نسخه پنجم DSM که بیشتر اختلالات مهمی که در این کتاب مطرح شده‌اند را شامل می‌شود.

«واژه‌نامه» بخش جدیدی است که در انتهای کتاب جای گرفته و خواننده می‌تواند معادل انگلیسی یا فارسی برخی از واژه‌های به کار رفته در متن کتاب را بیابد.

در فاصله انتشار ویرایش‌های اول و دوم این کتاب، دو کتاب با عنوان‌های «اورژانس روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی» و «مشاوره روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی» به نشر سپرده شد. کتاب حاضر را می‌توان پیش‌نیاز دو کتاب یاد شده دانست و اینک با

وجود این سه کتاب، مجموعه‌ای با نام «روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی» در اختیار است و می‌تواند بخش عمده‌ای از مباحث روان‌پزشکی را به شیوه خاص خود به مخاطبان تقدیم کند.

امیر شعبانی، خرداد ۱۳۹۵

تهران، مرکز آموزشی - درمانی روان‌پزشکی ایران

نامه‌ای از استاد بر ویرایش اول

به قلم دکتر مهدی نصر اصفهانی، رییس بخش روان‌پزشکی
بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)



من کتاب آموزش روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی که توسط شما عزیزان تألیف شده است را از ابتدا تا انتها مطالعه کردم. بدون اغراق باید بگویم کتاب بسیار ارزنده و آموزنده است، به خصوص که با سبک و سیاق کتاب‌های معمول پزشکی به گونه‌ای متفاوت نوشته شده است. به نظر اینجانب شیوه نگارش که مبتنی بر ارائه نمونه بالینی و بحث و توضیح پیرامون آن است، کتاب را بسیار سودمند

کرده است. نوشتن این قبیل کتاب‌ها جسارت علمی می‌خواهد و شما عزیزان به شیوه باور نکردنی این جسارت را از خود نشان داده و از عهده آن برآمده‌اید. از این رو من بر خود می‌بالم که همکاران جوانم کتابی علمی را با چنین شیوه‌ای بسیار روان و با زبانی ساده به رشته تحریر در آورده‌اند. کتاب با حجمی محدود مطالب ارزشمندی را ارائه داده و از ویراستاری مطلوبی برخوردار است. نکات کلیدی آموزشی به گونه‌ای تدوین شده است که به راحتی در ذهن خواننده می‌نشیند و او را با موارد بالینی آشنا می‌سازد. من از خواندن آن لذت برده و برایم آموزنده بود و به سهم خود در معرفی آن به فراگیران دریغ نخواهم کرد. یقین دارم این کتاب اگر به خوبی معرفی شود مورد استقبال فراگیران قرار خواهد گرفت.

در پایان ضمن سپاس و قدردانی از تألیف کتاب، از شما اساتید گرامی انتظار دارم که در آینده با همین شیوه کتاب‌های تکمیلی دیگری ببینم.

مهدی نصر اصفهانی، ۱۳۹۲/۳/۱۴

تهران، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)

پیش‌گفتار ویرایش اول

دستیابی به بهترین شیوه آموزش، همواره دغدغه آموزگاران بوده و این دغدغه در آموزش دانشجویان پزشکی نیز همواره وجود داشته است. هرچند فناوری‌های جدید در حیطه آموزش دانشجویان پزشکی تأثیرگذار بوده، در ایران به دلایل گوناگون، اندازه این تأثیر به میزان اثربخشی بالقوه شیوه‌های جدید آموزشی نزدیک نشده است. دلایل و مشکلات متنوعی را در این زمینه می‌توان نام برد که البته مستندکردن برخی از آنها نیاز به پژوهش دارد:

«کافی نبودن تعداد استاد به نسبت تعداد دانشجو؛ مشغله زیاد اساتید و کمبود وقت آموزشی؛ اولویت‌دادن آموزش دستیاران تخصصی بر آموزش دانشجویان پزشکی؛ اولویت‌دادن پژوهش بر آموزش از جانب مسئولان برنامه‌ریز و یا از جانب اساتید به دلایل حرفه‌ای یا شخصی؛ در دسترس نبودن امکانات آموزشی مطابق با پیشرفت‌های روز تکنولوژی؛ اجبار به آموزش هم‌زمان کارآموز، کارورز و دستیار تخصصی؛...».

همه اینها و مواردی دیگر، حل‌نشده باقی‌مانده و مانع از ارتقای بیشتر سطح آموزش دانشجویان پزشکی در ایران شده‌اند. «آموزش پزشکی» حیطه‌ای نسبتاً دست‌نخورده در فضای پژوهشی کشور و نیازمند بررسی‌های دقیق برای ارزیابی موانع موجود و ارائه راه‌حل‌های مؤثر است.

اندیشه ابتدایی نگارش کتاب حاضر، از استقبال دانشجویان پزشکی از شنیدن نمونه‌های بالینی در کلاس‌های درس روان‌پزشکی شکل گرفت. هم‌اکنون کتاب‌های مفیدی برای آموزش روان‌پزشکی به زبان فارسی در بازار ایران موجود است؛ حتی کتاب‌هایی که بتواند نیاز دانشجویان پزشکی را در دوره یک‌ماهه چرخشی روان‌پزشکی (که هدف اصلی کتاب حاضر است) تا اندازه‌ای برطرف کند. با این حال، این کتاب ویژگی‌هایی دارد که آن را از بسیاری متمایز می‌کند:

۱- «تأکید بر تشخیص و درمان»: تشخیص و درمان اساس کار هر پزشک بر بالین بیمار است. بدیهی است که سایر جنبه‌های هر بیماری مانند اتیولوژی، فیزیوپاتولوژی و پیش‌آگهی از اهمیت زیادی برخوردارند، اما هدف این کتاب ارائه مکملی بر کتاب‌های

مفصل مرجع است تا دانشجوی بتواند با تابلوی بالینی اختلالات در مدت کوتاه دوره چرخشی روان‌پزشکی بهتر آشنا شود و بتواند تصویر ملموس‌تری از فضای کار روان‌پزشکی بیابد.

۲- «تقدم ذکر مثال بالینی بر شرح بیماری»: یادگیری و درک مفهوم تعاریف، تنها پس از ذکر مثال است که ممکن می‌شود. تجربه نویسندگان کتاب در تدریس روان‌پزشکی، نشان‌دهنده نیاز دانشجویان به شنیدن نمونه‌های واقعی است تا به‌خوبی آنچه در کتاب می‌خوانند را بفهمند. در این کتاب برای افزایش گیرایی آموزش، سعی شده تا شرح بالینی بیمار- تا جایی که مقدور بوده- مقدم بر تعریف و توضیح اختلال آورده شود.

۳- «رعایت اختصار»: همان‌گونه که اشاره شد، هدف نگارندگان، ایجاد قابلیت استفاده از کل کتاب در مدت کوتاه دوره چرخشی کارآموزی و کارورزی روان‌پزشکی در کنار کتب مرجع امتحانات رسمی بود. بنابراین، سعی بر پرهیز از ارائه اطلاعات حاشیه‌ای شد. در واقع، نویسندگان از هر مطلبی که فکر می‌کردند می‌شد گذشت و نگفت، گذشتند! تردیدی هم در این نیست که حتماً مطالبی بوده که می‌شد از آنها گذشت و نویسندگان کتاب نگذشتند یا نمی‌شد گذشت و گذشتند! فرهیختگان گرامی و دوست‌داران کتاب منت خواهند گذاشت و این موارد را به ما گوشزد خواهند نمود.

در راستای رعایت اختصار، در فصل‌های مختلف کتاب، استناد مکرری به ضمیمه DSM-IV-TR شده که در انتهای کتاب قرار گرفته است. خواننده می‌تواند پس از مطالعه هر بخشی از کتاب که در آن به این ضمیمه ارجاع شده، با مطالعه ملاک‌های تشخیصی در ضمیمه، اطلاعات خود را کامل کند. صفحه‌ای از کتاب نیز به ذکر شکل کامل کوتاه‌نوشت‌ها اختصاص یافته و در برخورد با هر مورد کوتاه‌نوشت در متن کتاب، می‌توان به این صفحه مراجعه کرد.

نگارندگان بر این باورند که کتاب حاضر، جز آنکه برای دانشجویان پزشکی قابل استفاده است، برای پزشکان عمومی و روان‌شناسان بالینی نیز مفید خواهد بود و دستیاران تخصصی روان‌پزشکی هم دست‌کم در سال‌های اول دوره آموزشی خود از آن بهره می‌برند.

باید یادآور شد که این کتاب به‌هیچ‌عنوان برای پزشک یا روان‌شناسی که می‌خواهد نسبت به جنبه‌های گوناگون هر یک از اختلالات روان‌پزشکی آگاهی کاملی پیدا کند، کافی نخواهد بود. این کتاب را باید مکمل و نه جایگزین کتب مرجع دانست. در پایان، از همکاران عزیز و دانشمندم - جناب آقای دکتر سید وحید شریعت و جناب آقای دکتر امیرحسین جلالی - که دعوت بنده را برای همکاری در نگارش این کتاب پذیرفتند و در تلاش خود مضایقه نکردند بسیار سپاسگزارم.

امیر شعبانی، مرداد ۱۳۹۱

تهران، مرکز آموزشی - درمانی روان‌پزشکی ایران

شکل کامل کوتاه‌نوشت‌ها

[به ترتیب الفبا]

BD	Bipolar Disorder
BID	Bipolar Disorder type I
BIID	Bipolar Disorder type II
BPD	Borderline Personality Disorder
CBC	Complete Blood Count
CNS	Central Nervous System
DPA	Dopamine Partial Agonist
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECT	Electroconvulsive Therapy
FGA	First Generation Antipsychotic
GAD	Generalized Anxiety Disorder
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD	International Classification of Diseases
MAOI	Monoamine Oxidase Inhibitor
MDD	Major Depressive Disorder
MDE	Major Depressive Episode
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NMS	Neuroleptic Malignant Syndrome
NSAID	Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs
OCD	Obsessive-Compulsive Disorder
PDD	Premenstrual Dysphoric Disorder
PDD	Persistent Depressive Disorder
PRN	Pro re nata [= as the circumstance arises]
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
RIMA	Selective Reversible Inhibitor of MAO _A
SDA	Serotonin Dopamine Antagonist
SGA	Second Generation Antipsychotic
SNRI	Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor

SSD	Somatic Symptom Disorder
SSRD	Somatic Symptom and Related Disorder
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
TCA	Tri/Tetra-Cyclic Antidepressant
VLF	Venlafaxine

بخش اول

در باب روان‌پزشک و روان‌پزشکی

امیر شعبانی، امیر حسین جلالی

روان‌پزشک، روان‌شناس، مشاور، متخصص مغز و اعصاب، متخصص اعصاب و روان و روانکاو واژگانی هستند که شاید از یک حیث کمتر بتوان در زبان فارسی نمونه آنها را سراغ گرفت. به این جهت که کمتر کلمه یا مجموعه کلماتی در فارسی می‌توان یافت که تا این اندازه به اشتباه و به جای هم به کار رفته باشد. این واژه‌گزینی نادرست تنها محدود به عوام نیست، بلکه حتی در میان اقشار تحصیل‌کرده نیز دیده می‌شود. نمونه‌های بسیاری را از میان مقالات روزنامه‌ای یا دیالوگ‌های فیلم‌های سینمایی می‌توان آورد که در آن چنین خطاهای رایجی وجود دارد.

در یک وبلاگ فارسی می‌خوانیم: «وقتی که اسم روان‌پزشک، روان‌شناس بالینی یا مشاور به گوش ما می‌خورد، خیلی از ما در ذهنمون، آخرین دیوانه‌ای که دیده‌ایم به خاطر می‌آوریم، و هیچ‌وقت در صدد برنیامده‌ایم که حس کنجکاو خود را در این مورد ارضا کنیم!».

اهمیت موضوع

اما چه اهمیتی دارد که این واژه‌ها را معنا کنیم و تفاوت آنها را بدانیم؟ از منظر یک پزشک چیزی که در رابطه با بیمار اهمیت دارد این است که بیمار از خدمات مناسب تشخیصی و درمانی بهره‌مند شود. بسیار پیش می‌آید که نامشخص‌بودن تعاریف و شرح وظایف شغلی افرادی که نام آنها آورده شد، سبب می‌شود بیمار مدت‌ها سردرگم ملاقات با فرد مناسبی شود که برای ارائه خدمات به وی ذی‌صلاح است.

هنرپیشه معروفی در پاسخ به منتقدی به یک خبرگزاری گفته است که «آقای... گفتند من متوهم هستم، من هم می‌گویم که حاضرم با هم پیش یک روانکاو برویم تا مشخص شود که چه کسی متوهم است».

تعریف‌ها

استاد دکتر غلامرضا میرسپاسی در تعریف روان‌پزشکی، در کتاب «درسنامه روان‌پزشکی بالینی و علوم رفتاری» مجموعه تعاریف این حرفه را بدین صورت خلاصه نموده است: «روان‌پزشکی شاخه‌ای از پزشکی است که به سبب‌شناسی، علامت‌شناسی، طبقه‌بندی و تشخیص، [درمان،] پیش‌گیری و پیش‌آگهی بیماری‌های روانی که عمده علایم آن اختلال در رفتار انسانی است، می‌پردازد». روان‌پزشک نیز پزشکی است که به امور فوق می‌پردازد و در میان اعضای تیم سلامت روان شامل روان‌شناس بالینی، روان‌پرستار، مددکار اجتماعی، کارشناس مشاوره و کاردرمانگر، واجد صلاحیت تجویز دارو و تفسیر آزمون‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری است. به‌علاوه، روان‌پزشکان بسته به علاقه و آموزش‌هایی که می‌بینند می‌توانند انواع روان‌درمانی‌ها را انجام دهند. روان‌شناسی نیز دانش مطالعه ذهن و رفتار است. روان‌شناسان بالینی که مراحل دانش‌اندوختگی خود را از مقطع کارشناسی تا دکترا به صورت ناپیوسته طی می‌کنند، بسته به مقطع تحصیلی و آموزشی که می‌بینند قادر به انجام آزمون‌های روان‌شناختی و روان‌درمانی هستند. روان‌شناسی را در قیاس با روان‌پزشکی می‌توان در نگاه اول با نسبت میان فیزیولوژی و پزشکی مقایسه کرد. چنان‌که فیزیولوژی به مطالعه و توصیف فرآیندهای بهنجار می‌پردازد، نگاه روان‌شناسی نیز در گام نخست به کارکردهای ذهن بهنجار است. البته شاخه‌ای از روان‌شناسی نیز به روان‌درمانی می‌پردازد که کارکرد درمانی می‌یابد.

روان‌درمانی تنها یکی از درمان‌های مورد استفاده در اختلالات روانی است و از انواع آن می‌توان به شناخت‌درمانی، روان‌درمانی تحلیلی و روانکاوی اشاره کرد. روانکاوی نیز روان‌پزشک یا روان‌شناسی است که روش اخیر را به کار می‌گیرد.

بسته به تشخیص مطرح برای بیمار، درمان مناسب انتخاب می‌شود. توجه به این نکته مهم است که پایه انتخاب هر درمانی تشخیص درست و دقیق است. در واقع، تشخیص‌گذاری امری پیچیده است و با اطلاعات ناقص یا تجربه کم به‌درستی انجام‌پذیر نیست. حتی تشخیص روان‌پزشک ممکن است همیشه معتبر نباشد.

کاربری فارسی زبان در یک شبکه اجتماعی مجازی چنین درخواستی را مطرح کرده است: «من دنبال یک روان‌شناس خوب می‌گردم که هم از نظر قیمت مناسب باشد و هم کاربلد باشد. آیا کسی را می‌شناسید؟ ترجیحاً در مسایل زناشویی و سکس تراپی سررشته داشته باشد».

سهم تمایل بیمار در انتخاب نوع درمان چه اندازه است؟

ناآگاهی، انگ (stigma) مراجعه به روان‌پزشک و یا باورهای نادرستی که منجر به بی‌میلی به مصرف دارو می‌شود، سبب می‌گردد بیمار به‌جای آن‌که در آغاز به روان‌پزشک مراجعه کند، به دیگر اعضای تیم سلامت روان و یا حتی به متخصص مغز و اعصاب یا نورولوژیست مراجعه کند. پرسشی که در اینجا مطرح می‌شود این است که سهم تمایل بیمار در انتخاب نوع درمان تا چه اندازه است؟

در اینجا هم مهم‌ترین چیزی که نوع درمان مطلوب را تعیین می‌کند «تشخیص» است، نه گرایش بیمار یا درمانگر به یک شیوه خاص درمان. گرایش بیمار به دارو خوردن یا دارونخوردن یا تمایل او به سایر روش‌های درمانی، در مرحله بعدی اهمیت است؛ هرچند واضح است که در عمل روشی اجرا می‌شود که با توافق مراجع انتخاب شده باشد. در این مورد، توضیح بیشتری لازم است:

مثلاً در فوبیای اجتماعی (جمع‌هراسی) فراگیر، در مجموع شاید نوعی از پسیکو تراپی (روان‌درمانی) مؤثرتر باشد و دارو در وهله اول قرار نگیرد. اگر هم مراجع بگوید که فقط می‌خواهم دارو بخورم، وظیفه روان‌پزشک است که میزان اثربخشی آن را توضیح دهد و بیمار را از مؤثرترین درمان‌های موجود آگاه کند. از طرف دیگر یک افسردگی جدی که با قصد خودکشی همراه شده را نمی‌توان بدون درمان دارویی رها کرد و احتمال اقدام به خودکشی را نادیده گرفت، در حالی که نیاز به یک درمان جدی و فوری وجود دارد و شاید بستری کردن بیمار یا استفاده از تشنج‌درمانی الکتریکی (ECT) لازم شود. مواردی نیز وجود دارد که برای بهبودی سندرمی مانند افسردگی، درمان مشکل داخلی مانند اختلال غدد درون‌ریز ضروری است. در مواردی هم برتری

روش دارویی یا روان‌درمانی بر یکدیگر زیاد روشن نیست و بر مبنای چنین تشخیصی، گرایش مراجع به یک شیوه درمان اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.

جدول ۱- نگرش به اختلالات و بیماران روان‌پزشکی

باور نادرست	باور جایگزین
مصرف دارو به درمان بیماری‌هایی که منشأ روانی دارند، کمکی نمی‌کند.	بیماری روان‌پزشکی نتیجه تغییر در وضعیت ترکیب شیمیایی مغز است و مصرف دارو آن را اصلاح می‌کند.
بیماری روان‌پزشکی نشانه ضعیف‌بودن فرد و ضعف شخصیت اوست.	جسم بیمار می‌شود و روان نیز. کسی به سبب فشار خون یا دیابت، ضعیف شمرده نمی‌شود. پس ابتلا به بیماری روان‌پزشکی نیز نمی‌تواند نشانه ضعف و ناتوانی باشد.
نیاز به مراجعه به روان‌پزشک نیست. شخصاً می‌توانم از پس مشکلاتم بر بیایم.	اختلال روان‌پزشکی یک وضعیت پزشکی است. برای درمان بیماری‌های جسمانی دیگر مانند پرکاری تیروئید، کسی شخصاً اقدام نمی‌کند. اختلال روان‌پزشکی نیز از این قاعده مستثنا نیست.
بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی، خطرناک و خشن هستند.	فراوانی اقدام به خشونت یا قتل در میان بیماران بیش از فراوانی این سنخ رفتارها در دیگر افراد جامعه نیست. بزرگ‌نمایی رسانه‌ها این موضوع را چنین جلوه داده است.
مصرف داروهای روان‌پزشکی سبب می‌شود دارو به جای خود فرد، کنترل زندگی او را به‌دست بگیرد.	تقریباً در هیچ وضعیتی نیست که ما کنترل صد در صد بر پیرامون خود داشته باشیم. وقتی برای تردد به وسیله نقلیه نیاز داریم، بدان معنا نیست که کنترل ما در دست ابزار است. برعکس، عدم درمان سبب می‌شود کنترل فرد در دست بیماری و پیامدهای آن باشد.
اگر کسی داروی اعصاب مصرف کند، دیوانه قلمداد می‌شود.	«دیوانه» واژه‌ای غیرعلمی و عوامانه است. بیماری روان‌پزشکی تفاوتی ذاتی با بیماری‌های جسمانی دیگر ندارد و در اثر تغییراتی در مغز رخ می‌دهد. اتفاقاً مصرف داروی اعصاب نشان‌دهنده آگاهی فرد به وضعیت خود است!

چرا برخی مردم از مراجعه به روان‌پزشک پرهیز می‌کنند؟

چنان‌که اشاره شد به‌نظر می‌رسد حتی اگر مردم جامعه تفاوت واژه‌هایی چون روان‌پزشک، روان‌شناس، مشاور، متخصص مغز و اعصاب، متخصص اعصاب و روان و روانکاو را بدانند و برای‌شان محرز هم باشد که به روان‌پزشک (متخصص اعصاب و روان) نیاز دارند، باز هم تمایل دارند به دیگر اعضای تیم سلامت روان یا دیگر

متخصصان مراجعه کنند. «انگ» باوری است منفی و کلیشه‌ای در مورد یک شخص یا یک موضوع که منجر به واکنش نامناسب به آن می‌شود. تصور کنید مردم شهری باور داشته باشند که عیب انکساری چشم مسری است. به این ترتیب، احتمالاً افرادی که عینک ندارند از معاشرت با عینکی‌ها پرهیز خواهند کرد! ناآگاهی و باورهای نادرست جامعه در مورد اختلالات و بیماران روان‌پزشکی سبب می‌شود زمانی که خود نیز دچار بیماری شوند از بیم برچسب خوردن به روان‌پزشک مراجعه نکنند.

متأسفانه پاره‌ای از این باورهای نادرست و ناکارآمد در میان برخی اعضای کادر پزشکی هم وجود دارد و این سبب می‌شود از ارجاع بیمارانی که به خدمات روان‌پزشکی نیاز دارند پرهیز نمایند. تعدادی از این باورهای نادرست در جدول ۱ آمده است. همچنین برخی دیگر از این‌گونه باورها در مورد درمان‌های روان‌پزشکی و اعتیاد در جدول ۱۵ (بخش نهم) و جدول ۲۶ (بخش سیزدهم - فصل ۱) دیده می‌شود.

در دانشنامه آزاد ویکی‌پدیا، در مورد مفهوم واژه استیگما می‌خوانیم: «استیگما نشانه یا علامتی است که برای شناسایی یک حیوان یا برده به کار می‌برده‌اند. این‌گونه نشانه‌ها را بر روی صورت یا دست برده‌ها نقش می‌کردند. همچنین نشانه‌های مشخصی را برای شناسایی و تمایز با دیگران، پیروان فرقه‌های دینی چون کاتولیک‌ها بر پیشانی خود نقش می‌کردند.»

بخش دوم

تکنیک‌های مصاحبه با بیمار

امیرحسین جلالی

روان‌پزشکان از دو شیوه در مصاحبه با بیمار استفاده می‌کنند: مصاحبه علامت‌گرا (توصیفی) و مصاحبه بینش‌گرا (روان‌پویایی). مبنای مصاحبه توصیفی این واقعیت است که اختلالات روان‌پزشکی به صورت مجموعه‌ای از علائم، نشانه‌ها و رفتارها بروز می‌کنند، دوره زمانی مشخصی دارند و پاسخی معین به درمان نشان می‌دهند؛ در حالی که تمامی عوامل سبب‌شناختی این اختلالات روشن نیست. در نتیجه، سبب‌شناسی ملاک قابل اعتمادی برای طبقه‌بندی نیست و از ملاک‌های بالینی برای تشخیص و دسته‌بندی استفاده می‌شود.

هدف مصاحبه بینش‌گرا، آشکارکردن تعارض‌های ناخودآگاه بیمار است. تعارض‌هایی که به عنوان عامل سبب‌ساز رنج بیمار شناخته می‌شوند.

نمونه ۱: آغاز مصاحبه توصیفی

م: امیدوارم اینجا را راحت پیدا کرده باشید.
ب: راحت نبود، اما خوشحالم به موقع رسیدم تا زمان ملاقات با شما را از دست ندهم.
م: من دکتر ج هستم. شما جناب آقای؟
ب: الف هستم.
م: جناب آقای الف، به چه کاری مشغول هستید؟

توضیح نمونه ۱:

مصاحبه روان‌پزشکی با اخذ اطلاعات هویتی بیمار چون نام و نام خانوادگی، سن، تحصیلات، شغل و... آغاز می‌شود. پیش از آن البته پزشک خود را معرفی و عنوان خود را صادقانه بیان می‌کند. به عنوان نمونه، دانشجوی پزشکی نباید خود را دکتر معرفی کند و نباید از گفتن اینکه دانشجوی است پرهیز نماید. بیماری که برای بار اول

۱- در تمام این فصل از کوتاه‌نوشت م به جای مصاحبه‌کننده و ب به جای بیمار استفاده شده است.