

آموزش روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی

ویرایش سوم

نویسندگان

دکتر سید وحید شریعت

استاد گروه روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر امیر شعبانی

استاد گروه روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر سید مهدی صابری

دانشیار سازمان پزشکی

قانونی کشور

دکتر زهرا شهريور

استاد گروه روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر امیرحسین جلالی ندوشن

دانشیار گروه روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

ویراستار

دکتر امیر شعبانی



فهرست مطالب

روان‌پزشک، روان‌شناس و مشاور.....	۱۷	بخش اول:
تاریخ روان‌پزشکی.....	۲۹	بخش دوم:
پزشکی مبتنی بر شواهد و استدلال بالینی.....	۴۹	بخش سوم:
سلامت روان و نیک‌زیستی.....	۶۹	بخش چهارم:
تکنیک‌های مصاحبه با بیمار.....	۹۱	بخش پنجم:
اختلالات اضطرابی.....	۱۰۵	بخش ششم:
اختلالات وسواسی-اجباری.....	۱۲۳	بخش هفتم:
اختلالات مرتبط با عامل تش‌زا.....	۱۳۹	بخش هشتم:
اختلالات خلقی.....	۱۵۳	بخش نهم:
اختلالات سایکوتیک.....	۱۷۹	بخش دهم:
اختلالات علامت جسمانی.....	۱۹۵	بخش یازدهم:
اختلالات مصرف مواد.....	۲۰۷	بخش دوازدهم:
اختلالات عملکرد جنسی.....	۲۲۳	بخش سیزدهم:
اورژانس‌های روان‌پزشکی.....	۲۳۹	بخش چهاردهم:
اختلالات شخصیت.....	۲۵۱	بخش پانزدهم:
درمان.....	۲۶۷	بخش شانزدهم:
روان‌پزشکی کودک و نوجوان.....	۳۲۳	بخش هفدهم:
روان‌پزشکی قانونی.....	۳۷۱	بخش هیجدهم:
پیوست ۱: معرفی انجمن علمی روان‌پزشکان ایران.....	۳۹۱	
پیوست ۲: ملاک‌های تشخیصی DSM-5-TR.....	۳۹۲	
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۴۱۳	
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۴۲۰	
فهرست اسامی افراد.....	۴۲۸	
فهرست داروها.....	۴۲۹	
سایر منابع.....	۴۳۱	

فهرست جداول

جدول ۱- برخی از عناوین و رویدادهای برجسته تاریخ روان‌پزشکی جهان.....	۳۳
جدول ۲- بنیان طب اخلاقی / مزاجی.....	۳۵
جدول ۳- بیراهه‌های تاریخی روان‌پزشکی (سوءاستفاده از روان‌پزشکی).....	۳۸
جدول ۴- برخی از درمان‌های منسوخ در روان‌پزشکی.....	۳۸
جدول ۵- علم (science) و فناوری (technology).....	۵۴
جدول ۶- برخی از ویژگی‌های متمایز علم (science) و شبه‌علم (pseudoscience).....	۵۶
جدول ۷- نمونه‌هایی از بیانات علمی و شبه‌علمی.....	۵۸
جدول ۸- نمونه‌هایی از مغالطه (fallacy).....	۵۹
جدول ۹- انواع استدلال.....	۶۰
جدول ۱۰- نمونه‌هایی از سوگیری یا گرایستگی (bias).....	۶۲
جدول ۱۱- اجزای استدلال بالینی.....	۶۴
جدول ۱۲- ابعاد سلامت اجتماعی / جامعه.....	۸۱
جدول ۱۳- چکیده تکنیک‌های مصاحبه.....	۹۵
جدول ۱۴- آرایش مناسب اتاق مصاحبه.....	۹۸
جدول ۱۵- نمونه‌هایی از علائم اختلالات اضطرابی.....	۱۰۹
جدول ۱۶- نمونه‌هایی از وسواس و اجبار.....	۱۲۷
جدول ۱۷- دوز مؤثر داروها در درمان اختلال بدریخت‌انگاری بدن.....	۱۳۷
جدول ۱۸- تشخیص‌های افتراقی افسردگی.....	۱۵۶
جدول ۱۹- داروهای ضدافسردگی.....	۱۶۲
جدول ۲۰- نمونه‌هایی از شرایط ویژه برای تجویز داروهای گوناگون در یک بیمار افسرده.....	۱۶۳
جدول ۲۱- نمونه‌هایی از شرایط «نامناسب» یا «نیازمند احتیاط» برای تجویز داروهای ضدافسردگی.....	۱۶۴
جدول ۲۲- برخی از خطاهای رایج در تشخیص اختلال دوقطبی.....	۱۷۰
جدول ۲۳- برخی از نقاط قوت و ضعف داروهای دارای اثر تثبیت‌کنندگی خلق.....	۱۷۳
جدول ۲۴- شرایط عدم توصیه داروی ضدافسردگی در درمان اختلال دوقطبی.....	۱۷۶
جدول ۲۵- داروهای مورد تأیید FDA در درمان اختلال دوقطبی به تفکیک مانیا، افسردگی و دوره‌ی نگهدارنده.....	۱۷۶

جدول ۲۶- باورهای نادرست درباره داروهای ضد روان‌پریشی.....	۱۹۰
جدول ۲۷- باورهای نادرست درباره اسکیزوفرنیا.....	۱۹۱
جدول ۲۸- توصیه‌هایی برای مدیریت بالینی اختلال علامت جسمانی.....	۲۰۱
جدول ۲۹- مدیریت حاد اختلال علامت عصب‌شناختی کارکردی (functional) در اورژانس	
.....	۲۰۳
جدول ۳۰- نگرش‌های نادرست نسبت به اعتیاد.....	۲۱۳
جدول ۳۱- داروهای مؤثر بر گیرنده‌های آپوئیدی.....	۲۲۲
جدول ۳۲- داروهای مورد استفاده در درمان انزال زودرس.....	۲۲۸
جدول ۳۳- ارزیابی علت اختلال نعوظ.....	۲۳۰
جدول ۳۴- علل دارویی کمبود میل جنسی.....	۲۳۳
جدول ۳۵- عوارض جنسی داروهای روان‌پزشکی.....	۲۳۶
جدول ۳۶- علائم و نشانه‌های مسمومیت با لیتیوم.....	۲۴۸
جدول ۳۷- ویژگی‌های شخصیت‌های گوناگون.....	۲۵۷
جدول ۳۸- مداخلات درمانی در اختلال شخصیت مرزی.....	۲۶۲
جدول ۳۹- طبقه‌بندی داروهای آنتی‌سایکوتیک.....	۲۷۰
جدول ۴۰- درمان‌های دارویی خط اول برحسب اختلالات روان‌پزشکی.....	۲۷۱
جدول ۴۱- برخی از باورهای «نادرست» رایج در مورد درمان‌های دارویی در روان‌پزشکی	۲۷۲
جدول ۴۲- نمونه‌هایی از تداخلات مهم دارویی در روان‌پزشکی.....	۲۷۵
جدول ۴۳- مدیریت اولیه برخی از عوارض جانبی داروهای روان‌پزشکی.....	۲۷۶
جدول ۴۴- عوارض جدی داروهای روان‌پزشکی.....	۲۷۸
جدول ۴۵- نمونه‌هایی از آشکال غیرخوراکی داروها در روان‌پزشکی.....	۲۸۰
جدول ۴۶- نمونه‌هایی از آنتی‌سایکوتیک‌های طولانی‌اثر (دپو).....	۲۸۱
جدول ۴۷- علل بی‌خوابی.....	۲۸۶
جدول ۴۸- اصول بهداشت خواب.....	۲۸۷
جدول ۴۹- برخی از ویژگی‌های بالینی داروهای بنزودیازپینی.....	۲۹۱
جدول ۵۰- مقایسه اثر داروهای روان‌پزشکی بر خواب.....	۲۹۳
جدول ۵۱- علل پرخوابی.....	۲۹۵
جدول ۵۲- ارزیابی آمادگی روان‌درمانی.....	۳۰۱
جدول ۵۳- نمونه‌هایی از خطاهای شناختی.....	۳۰۵
جدول ۵۴- اصول کلیدی آموزش روانی (psychoeducation) به بیمار.....	۳۱۱

جدول ۵۵- باورهای نادرست درباره تشنج درمانی الکتریکی (ECT).....	۳۱۶
جدول ۵۶- برخی مزایا و معایب تشنج درمانی الکتریکی (ECT).....	۳۱۷
جدول ۵۷- علائم اختلال کم توجهی / بیش فعالی (ADHD).....	۳۲۸
جدول ۵۸- باورهای نادرست درباره ی اختلال کم توجهی / بیش فعالی.....	۳۳۳
جدول ۵۹- نمونه هایی از توصیف های شایع بزرگسالان مبتلا به ADHD در ایران.....	۳۳۷
جدول ۶۰- توصیه هایی برای کنترل کم اشتها یی ناشی از مصرف متیل فنیدیت در کودک.....	۳۶۵
جدول ۶۱- نکاتی که باید در نگارش گواهی در نظر داشت.....	۳۸۹

پیش‌گفتار ویرایش سوم

به نام خداوند جان و خرد

از این‌که مجالی دیگر برای به‌روزرسانی و توسعه‌ی کتاب «آموزش روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی» یافتیم شکرگزارم و با خوشوقتی بسیار همراه با همکاران گران‌قدری که در تدارک این مجموعه مشارکت کردند این اثر را به تلاشگران حوزه سلامت روان متواضعانه تقدیم می‌کنیم.

در ویرایش سوم، علاوه بر بازبینی کامل کتاب و تلاش برای تطبیق تمامی بخش‌ها با یافته‌های علمی جدید، چند تغییر عمده نیز اعمال شده است:

۱- بخش «در باب روان‌پزشک و روان‌پزشکی» (از ویرایش دوم) با عنوان جدید «روان‌پزشک، روان‌شناس و مشاور» تألیف شده و در آن فهرستی از ویژگی‌های روان‌پزشک خوب و مطلبی درباره انگ و انگ‌زدایی آمده است.

۲- بخش‌های دوم تا چهارم از جمله افزودنی‌های جدید این ویراست هستند. در بخش دوم، «تاریخ روان‌پزشکی»، سیر تحول این رشته و زمینه‌های علمی، تاریخی و اجتماعی آن به اختصار مرور شده است. بخش سوم، «پزشکی مبتنی بر شواهد و استدلال بالینی»، خواننده را با روش‌های تصمیم‌گیری بالینی آشنا می‌کند. و بخش چهارم با عنوان «سلامت روان و نیک‌زیستی»، حوزه‌ی پیشگیری در روان‌پزشکی را معرفی کرده و این دانش را فراتر از درمان بیماران، به‌عنوان ابزاری برای ارتقای تاب‌آوری و کیفیت زندگی افراد در سطح جامعه مورد توجه قرار می‌دهد.

۳- به بخش «اختلالات مرتبط با عامل تنش‌زا»، قسمتی درباره‌ی کمک‌های اولیه روان‌شناختی در بحران‌ها افزوده شده که راهنمایی برای داوطلبانی است که قصد دارند در مدیریت سلامت روان افراد آسیب‌دیده در شرایط بحرانی و فجایع مشارکت کنند.

۴- در بخش درمان، علاوه بر اضافه شدن برخی از داروهای جدید، عنوان پرخوابی به فصل درمان دارویی بی‌خوابی افزوده شد، فصل روان‌درمانی‌ها توسعه یافت و فصل

جدیدی با عنوان «درمان‌های ابزاری» برای معرفی روش‌های ابزاری نوظهور روان‌پزشکی آماده شد.

۵- جای روان‌پزشکی قانونی در ویرایش‌های گذشته کتاب خالی بود و این بار به‌عنوان یک بخش مستقل ارائه شده است. این بخش توسط جناب آقای دکتر سید مهدی صابری که در این ویرایش به جمع نویسندگان کتاب پیوسته‌اند، نوشته شده است.

۶- به جز اینها، تصاویری در چند بخش کتاب گنجانده شده است. همچنین در انتهای هر بخش یا فصل، فهرستی از منابع پیشنهادی برای مطالعه بیشتر درج شده که مکمل فهرست منابع پایانی کتاب است. فهرست واژگان انتهای کتاب نیز بازبینی و افزوده شده و علاوه بر آن، دو فهرست جدید با عناوین «فهرست اسامی افراد» و «فهرست داروها» به کتاب اضافه شده است.

در پایان، یادآوری سه نکته ضروری است:

- ۱) بخش عمده مطالب این کتاب به اختلالات روان‌پزشکی در سنین بزرگسالی اختصاص دارد. بنابراین، در مواردی که به گروه سنی بیمار اشاره نشده است (به‌ویژه در مورد دوز داروها)، منظور بیماران بزرگسال است.
- ۲) حروفی که در نمونه‌های بالینی به‌عنوان کوتاه‌نوشت نام افراد به‌کار رفته‌اند، هیچ‌گونه اشاره‌ای به اشخاص حقیقی ندارند.
- ۳) نویسندگان کتاب عدم وجود هرگونه تعارض منافع را در تهیه و نگارش این اثر اعلام می‌کنند.

امیر شعبانی، دی ۱۴۰۴

تهران، مرکز آموزشی - درمانی روان‌پزشکی ایران

نامه‌ای از استاد

به قلم دکتر مهدی نصر اصفهانی



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، به‌خصوص که با سبک و سیاق کتاب‌های معمول پزشکی به گونه‌ای متفاوت نوشته شده است. به‌نظر 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 به‌خوبی 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 دوم

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 آن که 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 فوق لازم 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 شهریور 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 به‌کار 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

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؛ اولویت دادن آموزش دستیاران تخصصی بر آموزش دانشجویان پزشکی؛ اولویت دادن 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، حل نشده باقی مانده 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 به خوبی 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 نگذاشتند 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 به‌هیچ عنوان 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 ندوشن - 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

بخش اول

روان‌پزشک، روان‌شناس و مشاور

امیر حسین جلالی ندوشن، امیر شعبانی

روان‌پزشک (psychiatrist)، روان‌شناس (psychologist)، مشاور (counselor)، متخصص مغز و اعصاب (neurologist)، متخصص اعصاب و روان (psychiatrist)، و روان‌کاو (psychoanalyst) 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 تحصیل کرده نیز دیده می‌شود. نمونه‌های بسیاری را از میان مقالات روزنامه‌ای یا دیالوگ‌های فیلم‌های سینمایی می‌توان آورد که در آن چنین خطاهای رایجی وجود دارد. این خطاها می‌تواند باعث سردرگمی بیمار و تأخیر در دریافت درمان مناسب شود.

روان‌پزشک کیست؟

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA)، روان‌پزشک را پزشکی می‌داند که متخصص تشخیص، درمان و پیشگیری از اختلالات روانی، رفتاری و شخصیتی است. روان‌پزشکان صلاحیت تجویز دارو و ارائه مداخلات درمانی روان‌شناختی (مانند روان‌درمانی) را دارند. از دید فرهنگ لغت آکسفورد «روان‌پزشک یک پزشک متخصص است که بر اختلالات ذهنی و عاطفی تمرکز دارد و مجاز به تجویز دارو و ارائه درمان‌های روانی است». در تعریفی دیگر در نگاه انجمن جهانی روان‌پزشکی (WPA) روان‌پزشکان متخصصانی هستند که به بهبود سلامت روان افراد، کاهش انگ (استیگما) و ارتقای دانش در مورد اختلالات روانی از طریق پژوهش، آموزش و مداخلات بالینی کمک می‌کنند.

دکتر غلامرضا میرسپاسی استاد فقید روان‌پزشکی، در کتاب «درسنامه روان‌پزشکی بالینی و علوم رفتاری»، روان‌پزشکی را شاخه‌ای از پزشکی دانسته است که به سبب‌شناسی، علامت‌شناسی، طبقه‌بندی، تشخیص، درمان، پیشگیری و پیش‌آگهی بیماری‌های روانی می‌پردازد.

پس با تکیه بر چند تعریفی که در بالا آوردیم می‌شود گفت که **روان‌پزشک**، پزشکی است که دوره تخصصی در روان‌پزشکی را گذرانده است، و قادر به تجویز دارو، درمان‌های ابزاری و انجام روان‌درمانی و تفسیر آزمون‌های آزمایشگاهی است؛ یا به عبارتی در میان اعضای تیم سلامت روان شامل روان‌شناس بالینی یا سلامت، روان‌پرستار، مددکار اجتماعی، کارشناس مشاوره و کاردرمانگر، واجد چنین صلاحیت‌های حرفه‌ای است. از سوی دیگر، **روان‌شناس تخصصی** در مطالعه ذهن و رفتار دارد. 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. اما رشته روان‌شناسی در دنیا گرایش‌های مختلفی مانند بالینی، سلامت، عمومی، تربیتی، صنعتی و سازمانی، رشد، شخصیت، اجتماعی، ورزشی، شناختی، قانونی، روان‌سنجی، محیط و اقلیم، کودکان استثنایی، و ... دارد. در این میان، روان‌شناسان بالینی که مراحل دانش‌اندوختگی خود را از مقطع کارشناسی تا دکترا به صورت ناپیوسته طی می‌کنند، بسته به مهارت و مدرک تحصیلی قادر به انجام روان‌درمانی هستند. صلاحیت انجام «مداخله‌ی درمانی» توسط روان‌شناسان در ایران محدود به گرایش‌هایی چون بالینی و سلامت در مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری و در صورت دارا بودن پروانه فعالیت حرفه‌ای از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره است.

روان‌درمانی تنها یکی از درمان‌های مورد استفاده در اختلالات روانی است و از انواع آن می‌توان به رفتار درمانی، شناخت‌درمانی، روان‌درمانی تحلیلی و روانکاوی اشاره کرد. روانکاوی نیز روان‌پزشک یا روان‌شناسی است که روش اخیر را به کار می‌گیرد، و البته باید دوران آموزشی طولانی مدتی را پشت سر بگذارد تا صلاحیت این کار و استفاده از این عنوان را بیابد. با توجه به فقدان آموزش دانشگاهی و خارج دانشگاهی در زمینه روانکاوی در ایران، دانش‌آموختگان داخل ایران طبعاً نمی‌توانند صلاحیت به کارگیری چنین عنوانی را داشته باشند. بیشتر افرادی که در ایران از نظریه و تکنیک روانکاوانه استفاده می‌کنند، روان‌درمانی روانکاوانه یا تحلیلی انجام می‌دهند

که شکلی کوتاه‌تر و ساده‌تر از روان‌کاوی است.

فارغ‌التحصیلان رشته مشاوره هم در ایران از مقاطع کارشناسی تا دکترا آموزش دیده‌اند و تمرکز اصلی کاری آنان بر ارائه راهکارهای عملی برای مسائل روزمره و تنگناهای زندگی است. آنها در ارتباط نزدیک با مراجعان خود به شناسایی مشکلاتی از قبیل مسائل خانوادگی، تحصیلی و شغلی و ارائه راهنمایی می‌پردازند. تشخیص و درمان اختلالات روان‌پزشکی خارج از حیطه‌ی این رشته است.

در این میان نمی‌توان از نقش **پزشکان عمومی** و مدل ایرانی‌شده‌ی ارائه خدمات سلامت در سطح اول نظام شبکه یعنی **بهورزی** در ارتقای سلامت روان جامعه و افزایش سطح دسترسی عمومی به خدمات درمانی روان‌پزشکی چشم پوشید. پاتل و همکاران (۲۰۱۸) تأکید می‌کنند که با وجود بار بالای اختلالات روانی در سراسر جهان، بیشتر افراد مبتلا به این اختلالات، به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط، به خدمات درمانی مناسب دسترسی ندارند. آنها رویکردی مبتنی بر سیستم‌ها را برای کاهش این شکاف پیشنهاد می‌کنند که شامل ادغام خدمات سلامت روان در سیستم‌های بهداشت عمومی است. آنها معتقدند خدمات سلامت روان باید در سیستم‌های بهداشت اولیه و اجتماع‌محور (community-based) گنجانده شود تا دسترسی به آنها به‌ویژه در مناطق با منابع محدود تضمین بیشتری پیدا کند. این امر شامل آموزش کارکنان غیرتخصصی بهداشتی برای ارائه مداخلات سلامت روان مبتنی بر شواهد است. به‌عنوان نمونه رویکرد تفویض وظایف (task-shifting) به معنی واگذاری وظایف مرتبط با سلامت روان به کارکنان بهداشتی جامعه و ارائه‌دهندگان غیرتخصصی به‌عنوان یک راهبرد مقرون‌به‌صرفه برای افزایش پوشش خدمات مطرح می‌شود. در این میان آنان جایگاه روان‌پزشک را در چنین سیستمی در مدیریت اختلالات پیچیده تعریف می‌کنند و معتقدند ترکیب دارو، روان‌درمانی و مداخلات اجتماعی توسط روان‌پزشک، بهترین نتایج را برای بیماران با اختلالات روانی شدید به همراه دارد.

نکته: پیش از ورود به بحث بعدی، توضیحی کوتاه درباره معادل‌گزینی واژه‌های

community و society لازم به نظر می‌رسد. همان‌طور که ملاحظه شد در اصطلاح اجتماع محور، واژه‌ی «اجتماع» معادل community نهاده شده است، در حالی که برای society واژه‌ی «جامعه» را در نظر می‌گیریم. این دو اصطلاح در علوم اجتماعی معانی متفاوتی دارند و مفهوم آنها بر اساس نوع روابط میان افراد تعریف می‌شود. واژه‌ی «اجتماع» یا «جماعت» معمولاً به گروهی از افراد اطلاق می‌شود که با یکدیگر روابط نزدیک‌تر، تعامل‌های مستقیم و احساس تعلق دارند؛ مانند اجتماع یک محله، صاحبان یک حرفه یا اعضای یک فرهنگ. اما «جامعه» ساختاری گسترده‌تر است و گروه‌های مختلف اجتماعی را دربرمی‌گیرد. روابط در جامعه عمدتاً غیرمستقیم بوده و از طریق نهادهای قانونی، اقتصادی و فرهنگی تنظیم می‌شود.

«روان‌پزشک خوب» یا «روان‌پزشک به اندازه کافی خوب»؟

بقراط معتقد بود «پزشک خوب کسی است که نه تنها بیماری را درمان کند، بلکه بیمار را با مهربانی و شفقت درک کند». انجمن جهانی پزشکی باور دارد «پزشک خوب باید اصول اخلاقی مانند احترام به استقلال بیمار، عدم آسیب، سودمندی و عدالت را رعایت کند». از این رو روان‌پزشک خوب باید برای رعایت این ویژگی‌های اخلاقی تلاش نماید.

اصطلاح «روان‌پزشک به اندازه کافی خوب» (good enough) از مفهوم «والد به اندازه کافی خوب» دونالد وینیکات الهام گرفته شده است. این اصطلاح تأکید می‌کند که کمال در عمل بالینی نه قابل دستیابی است و نه ضروری. در عوض، تمرکز بر شایستگی، همدلی و توانایی تطبیق با نیازهای بیمار در محدودیت‌های نظام سلامت و بافت فرهنگی است. روان‌پزشک به اندازه کافی خوب کسی است که بین تخصص علمی، حساسیت اخلاقی، ارتباط مؤثر و شایستگی فرهنگی تعادل برقرار کند.

اصطلاح «روان‌پزشک به اندازه کافی خوب» اهمیت برآورده کردن نیازهای بیمار را بدون تلاش برای یک ایده‌آل دست‌نیافتنی برجسته می‌کند. این اصطلاح

محدودیت‌های ناشی از موانع سیستمی، مانند محدودیت منابع و فشار زمانی، را در نظر می‌گیرد و در عین حال شفقت، شایستگی و تطبیق‌پذیری را اولویت می‌دهد. تمرکز بر ویژگی «به اندازه کافی خوب»، به روان‌پزشکان کمک می‌کند تا از فرسودگی شغلی اجتناب کرده و یک رویکرد پایدار و مراجع‌محور ایجاد کنند که اعتماد و بهبودی را ارتقا دهد. در این‌جا معیارهای تکامل‌یافته‌ی این مفهوم مرور می‌شود:

۱- توانایی تشخیص صحیح

تشخیص صحیح اساس مراقبت مؤثر روان‌پزشکی است. روان‌پزشک «به اندازه کافی خوب» باید فرآیند تشخیص خود را بر اساس چارچوب‌های مبتنی بر شواهد، مانند DSM-5-TR یا ICD-11 انجام دهد تا دقت قابل قبولی در شناسایی اختلالات ایجاد شود. تشخیص صحیح نه تنها راهنمایی برای درمان مناسب فراهم می‌کند، بلکه اعتماد بیمار را جلب کرده و خطر درمان بیش از حد یا ناکافی را به حداقل می‌رساند. از طرفی روان‌پزشک باید انعطاف‌پذیری بالینی داشته باشد و شرایط هم‌زمان، عوامل روانی اجتماعی و جلوه‌های فرهنگی بیماری روانی را در نظر گیرد، که ممکن است نیاز به تطبیق معیارهای تشخیصی با بافت فردی داشته باشد.

۲- رعایت اخلاق حرفه‌ای

- یکپارچگی اخلاقی در روان‌پزشکی به دلیل آسیب‌پذیری بیماران دچار شرایط روانی، ضروری است. اصول اخلاقی کلیدی عبارت است از:
- حفظ رازداری: حفاظت از اطلاعات بیمار اعتماد را تقویت می‌کند و تبعیت از درمان را بهبود می‌بخشد.
- احترام به استقلال: مراقبت روان‌پزشکی باید حق بیماران برای تصمیم‌گیری آگاهانه درباره درمان را محترم بشمارد، که این امر با بهبود نتایج و رضایت بیماران مرتبط است.
- اجتناب از تبعیض: روان‌پزشک خوب بی‌طرفی خود را نشان می‌دهد و مراقبتی عادلانه ارائه می‌کند؛ صرف نظر از عواملی چون جنسیت، قومیت، وضعیت

اجتماعی-اقتصادی یا نوع بیماری. سوگیری‌های ضمنی می‌توانند به کیفیت پایین‌تر مراقبت روان‌پزشکی منجر شوند.

۳- ارتباط مؤثر

«ارتباط» مهارتی حیاتی برای ایجاد اتحاد درمانی است. روان‌پزشک به اندازه کافی خوب در موارد زیر مهارت دارد:

- گوش دادن فعال و همدلانه: تحقیقات نشان داده‌اند بیمارانی که احساس کنند شنیده و درک می‌شوند، احتمال بیشتری برای پای‌بندی به برنامه‌های درمانی دارند و نتایج بهتری کسب می‌کنند.
- توضیحات واضح و قابل فهم: ساده‌سازی مفاهیم پیچیده روان‌پزشکی به بیماران کمک می‌کند تا انتخاب‌های آگاهانه داشته باشند و اضطراب کمتری تجربه کنند.

۴- رویکرد جامع به بیمار

با پیروی از مدل زیستی-روانی-اجتماعی، روان‌پزشک به اندازه کافی خوب عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی وضعیت بیمار را ارزیابی می‌کند. برای نمونه:

- عوامل زیستی مانند استعدادهای ارثی/ژنتیکی، عدم تعادل نوروشیمیایی و نقص در مدارهای عصبی (neural circuits)

- عوامل روان‌شناختی مانند تروما، تحریف‌های شناختی و تاب‌آوری عاطفی
 - تعیین‌کننده‌های اجتماعی مانند وضعیت اجتماعی-اقتصادی، نابرابری، سرمایه اجتماعی (social capital)، پویایی خانواده و هنجارهای فرهنگی
- روان‌پزشکی که رویکردی جامع را به کار می‌گیرد، توصیه‌هایی واقع‌بینانه، حساس به فرهنگ و متناسب با زمینه خاص بیمار ارائه می‌دهد. این رویکرد با رضایت بیشتر بیمار و بهبود نتایج بلندمدت در ارتباط است.

۵- به‌روز بودن

روان‌پزشکی حوزه‌ای است که به سرعت در حال تحول است. «روان‌پزشک به اندازه