

\*این مقاله بیانگر آراء نویسندگان می باشد، تازه‌های روان‌درمانی از اعلام نظر سایر اندیشمندان برای درج در فصلنامه استقبال می‌نماید.

## روانشناسان بالینی و امتیاز تجویز دارو

بهمن نجاریان / سیامک خدارحیمی<sup>۱</sup>

### چکیده:

این مقاله ادعاها، پیشنهادها و دیدگاه‌های مختلف در خصوص اعطای امتیاز تجویز دارو به روانشناسان بالینی را به طور بیطرفانه و حتی‌المقدور همه جانبه‌ای بررسی می‌کند. در این راستا، عوامل متعددی که موجب تسهیل یا بازداری این تغییر در حوزه اختیارات و برنامه‌های درمانی روانشناسان بالینی هستند، به اختصار مورد بحث قرار می‌گیرند. با توجه به اینکه در صورت اعطای حق تجویز دارو به روانشناسان بالینی، ایجاد برخی تغییرات در دوره‌های آموزش نظری و عملی آنان ضرورت خواهد داشت، مطالبی در این رابطه، به ویژه در مقایسه با سایر تخصصها مثل دندانپزشکی و داروشناسی نیز ارائه شده‌اند.

برخی از روانشناسان بالینی به تازگی اظهار امیدواری کرده‌اند که ممکن است سرانجام آنان نیز همانند روان‌پزشکان از امتیاز تجویز دارو بهره‌مند شوند. آنها به‌خصوص خواهان تجویز داروهای موسوم به روانگردان هستند که بر فعالیت ذهنی، خلق یا هیجانات تأثیر می‌گذارند (فیز، ۱۹۹۲) در یک نظر سنجی، ۶۸٪ روانشناسان نظامی

۱- دکتر بهمن نجاریان، دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز- سیامک خدارحیمی، عضو هیأت علمی گروه روانشناسی جهاد دانشگاهی خوزستان.

ایالات متحده با آموزش اضافی روانشناسان برای تجویز داروهای روانگردان به بیمارانشان موافق بوده‌اند (یانگستروم، ۱۹۹۱). وزارت دفاع ایالات متحده در برنامه آموزشی روانشناسان نظامی، به آنها اجازه داده است که داروهای مؤثر بر حالات روانی (یا سایکو اکتیو) را تجویز کنند. در انجمن روانشناسی آمریکا و در سنای آمریکا نیز موضوع حق تجویز دارو برای روانشناسان بالینی در دهه گذشته موضوع بحث انگیزی بوده است. در کشور انگلستان، بالعکس تجویز نسخه به وسیله روانشناسان بالینی مورد توجه اندکی قرار گرفته است و سازمانهای حرفه‌ای روانشناسان به ندرت در این مورد به بحث پرداخته‌اند. در هر حال، بحث‌های گسترده‌ای در تایید و رد واگذاری امتیاز تجویز دارو به روانشناسان بالینی از ابعاد متفاوتی ارائه شده‌اند که در این مقاله به اختصار مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### موضوعات مهم در تجویز داروهای روانگردان:

موضوعات مختلفی مسئله تجویز نسخه به وسیله روانشناسان بالینی را تحت تأثیر قرار داده‌اند، که از جمله مهمترین آنها می‌توان به عوامل ذیل اشاره نمود: کارآمدی روش ترکیبی استفاده از درمان دارویی و روانشناختی، اهمیت منافع بیمار، تأثیر این امتیاز بر کارآمدی پژوهشی در حیطه روانشناسی علمی، و همچنین تأثیر آن در تحت پوشش قرار دادن آن دسته از نیازهای بهداشت روانی جامعه که بوسیله متخصصین مسایل روانشناختی یا سیاست‌گذاران جامعه نادیده گرفته شده است. هر کدام از این جنبه‌ها در زیر به طور مختصر مورد بحث قرار می‌گیرند:

#### ۱- استفاده ترکیبی از درمانهای دارویی و روانشناختی:

امروزه دیدگاه ترکیبی دارو درمانی و شناخت درمانی در درمان اختلالات روانشناختی رشد چشمگیری یافته است (ماوی ساک کالیان و میکلسون، ۱۹۸۶، جارویس، ۱۹۸۹، آزرین، سیسونز و میر و همکاران، ۱۹۸۲). چنانچه نقش روانشناسان بالینی ارائه مداخلاتی باشد که بهترین شانس بهبودی را به مریض بدهد، پس مبادرت به تجویز و به‌کارگیری یا کنار گذاشتن داروهای روانگردان برای آنان موضوعی حیاتی است. از طرف دیگر، چنانچه نقش روانشناسان بالینی بر حسب یک رویکرد درمانی ویژه تعریف

شده باشد، بایستی گفت که روش‌های روان‌درمانی (در مفهوم گسترده) مناسب‌ترین روش‌ها هستند. بنابراین ارزش درمان به وسیله روانشناسان بالینی ممکن است با سنت‌های درمانی دارویی پزشکی مرسوم صرف متفاوت باشد.

## ۲ - اهمیت منافع بیمار:

چنانچه بهتر باشد که درمان یک بیماری روانی از طرف یک متخصص بهداشتی منفرد انجام گیرد پس بهتر است که درمان دارویی و روانشناختی که اکنون مستقل از یکدیگر هستند به وسیله روانپزشکان یا روانشناسان بالینی آموزش دیده، ارائه شوند.

## ۳ - پیشرفت پژوهش‌های درمانی:

روانشناسان بالینی نقش با اهمیتی در درمان‌های نوین ایفا کرده‌اند و به ویژه از طریق آموزش ارزیابی کارآمدی درمان ماهر هستند. همچنین در تکوین الگوهای تبیین اختلال روانشناختی نقش به‌سزایی داشته‌اند، و در راستای پیشرفت‌های علم عصبی پل بین مغز و رفتار به صورت روز افزون قوی‌تر شده‌است. چنانچه درمان‌های نوین دهه بعد ترکیب دارودرمانی و روان‌درمانی باشند، پس روانشناسان بالینی برای ارزیابی آنها در موقعیت خوبی قرار دارند.

## ۴ - عدم توجه به سطوح مختلف نیازهای بهداشت روانی:

چنانچه روانپزشکان کافی برای مقابله با نیازهای بهداشت روانی جمعیت عمومی وجود نداشته باشد و چنانچه اعضای حرفه‌ای دیگر بخواهند و بتوانند نقش کامل‌تری را انجام دهند، در این صورت بایستی برای ایفای این مسئولیت مهیا گردند.

## اهمیت دستیابی به درمان‌های ترکیبی (یا جامع):

در دهه گذشته، ترکیب درمان دارویی و درمان روانشناختی بارزترین و مهمترین پیشرفت را در حیطه بهداشت روانی نشان داده است. برای نمونه، افراد اندکی می‌توانند ادعا کنند که ترکیب داروهای ضد افسردگی و شناخت درمانی برای بیماران افسرده سودمند نیست (بلاکبری، بیشاپ، گلن، والی و کریستی، ۱۹۸۱). همچنین، در کنترل اختلال اسکیزوفرنی مزمن ترکیبی از تجویز مشتقات داروهای نورولپتیک و درمان‌های روانشناختی به طور یقین مؤثر است (هیرش، ۱۹۸۶)، چرا که طبق شواهد موجود،

محیط روانی - اجتماعی نیز نقش فوق‌العاده‌ای در بازده درمانی دارد و لذا درمان دارویی و روانشناختی به طور همزمان مطرح گردیده است (همسلی، ۱۹۸۷).

به طور کلی، سؤال مناسب این است که چگونه برای درمان یک اختلال روانی به بهترین تعادل بین دو رویکرد در طول زمان دست بیابیم. برای نمونه، در زمینه اضطراب موقعیت پیچیده‌تر است و فواید درمان دارویی قوی توسط بسیاری از منحصمان رد شده است، و تاریخچه استفاده از داروهای ضد اضطراب مسئله‌زا بوده است. اگر چه اولین بار باربیتورانها و پس از آن بنزودیازپین‌ها به عنوان راه حل اضطراب مطرح شدند، اما امروزه نشان داده شده است که به آن اندازه که در ابتدا فکر می‌شد، این قبیل داروها مؤثر نیستند (هیوارد، واردل و هیگت، ۱۹۹۰). ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای نیز به صورت گسترده به منزله داروی انتخابی هراس معرفی شده‌اند (زترین، کلاین و ورنر، ۱۹۸۳). اما با اینکه اکنون آنتاگونیستهای گیرنده  $5-HT_3$  به عنوان یک داروی ضد اضطراب جدید معرفی شده‌اند (جونز، کاتسال، دامنی و همکاران، ۱۹۸۸)، لیکن قراین رو به افزایشی در مورد افت کارآمدی درمان دارویی اضطراب وجود دارد، و پژوهش در این حیطه از اضطراب فقط می‌تواند از همکاری، نه رقابت، بین شکل‌های درمانی بهره جوید (واردل، ۱۹۹۰). داروهایی از قبیل فلومازنیل که اثرات ضد اضطرابی دارند، می‌تواند برای رویارویی کنترل شده با اضطراب مورد استفاده قرار گیرد. در این دارو به بیمار فرصتی می‌دهد تا راهبردهای مناسب را برای کنترل اضطراب در زندگی روزمره بیاموزد.

شواهدی در مورد کارآمدی همزیست مداخله‌ای روانشناختی و دارویی در دیگر اختلالات روانی نیز وجود دارد (وودز و ایمس، ۱۹۸۸). برای نمونه، کارآمدی ترکیب رفتار درمانی و کاربامازپین<sup>۱</sup> در درمان مشکلات رفتاری پس از ضربه مغزی شدید، گزارش شده است، در حالیکه در این مورد هیچکدام از درمانها به تنهایی خیلی مؤثر نیستند. در درمان بیش فعالی کودکان نیز درمان دارویی نقش عمده‌ای دارد اما این کودکان باید به وسیله یک تیم درمانی متخصص تحت نظر قرار بگیرند (تایلر و شاجار، ۱۹۸۶)، همینطور استفاده از داروهای ضد تشنج می‌تواند اثر نامطلوبی بر عملکرد شناختی داشته باشد و ارزیابی منظم پاسخهای شناختی به درمان دارویی، برای درمان

1- Hemsley

2- Hayward, Wardle & Higett

4- Jones, Costall, Damney et al.

6- Carbamazepine

3- Zitrin, Klein & Woerner

5- Woods and Eames

7- Taylor & Schachar

موفقیت آمیز صرع اهمیت زیادی دارد (اوستین، ۱۹۸۸) و اهمیت درمان دارویی تجویز شده به وسیله یک درمانگر دارای تخصص در ارزیابی شناختی و رفتاری را نشان می‌دهد.

یکی از مهمترین درمانهای ترکیبی، درمان رفتارهای اعتیادی مانند سوء استفاده از دارو و الکل و اعتیاد به مواد مخدر و سیگار است. این رفتارها به دلیل خطرات قابل توجهی که برای سلامتی دارند مورد چالش اساسی روانشناسان قرار گرفته‌اند. الگوی مقاوم و پایدار این اختلالات، منعکس کننده این حقیقت است که هیچ رژیم اجتماعی، پزشکی یا روانشناختی برای این مشکلات به تنهایی کارآمدی ندارد، لیکن ترکیبی از آنها تا حدی سودمندتر است. برای نمونه، ترک الکل مستلزم این است که با درمان دارویی کوتاه مدت جایگزین، از بروز صرع در این افراد جلوگیری شود یا در دراز مدت چنانچه بیمار به صورت مکرر به استفاده از الکل بازگشت کند، ممکن است استفاده از بنزودیازپین‌ها قابل قبول باشد لیکن جایگزین کم خطرتری نیز وجود دارد.

استفاده از دیولفیرام به عنوان درمان کمکی الکلیسم می‌تواند با پیشگیری از پاسخ بازگشت، میزان موفقیت درمان را بالاتر ببرد (بروئر، ۱۹۹۲). هر چند نقش جایگزین داروها در درمان سوءاستفاده از هروئین مجادله انگیز است، اما حمایت رو به افزایشی را به خود جلب کرده است. تجویز متادون از هنگام انتقال ویروس HIV از طریق سرنگ که بر خطرات سوء استفاده از داروهای تزریقی افزوده است، مورد پذیرش بیشتری واقع شده است. با وجود این، جا دارد که به جای جنبه‌های پزشکی به جنبه‌های روانشناختی مشکل بیمار نیز اشاره شود (استیتز، بیکل، بیگلو و لیبسون، ۱۹۸۰). ایده‌آل آن است که دارو به وسیله کسانی تجویز شود که فهم و درک کاملی از فرآیندهای پیدایش، نگهداری و بازگشت دریافت دارو داشته باشند و درمانهایی را توصیه کنند که یکپارچه کننده فهم و درک پیچیده فرآیندهای روانی - زیستی زیر بنای تغییر رفتار است. باید باشد این گروه از متخصصان می‌توانند برای کنترل این نوع مشکلات، رژیم درمانی بهتری را تجویز، ارائه و ارزیابی کنند.

یکی از اثرات جانبی داروهای روانگردان وابستگی در هنگام بازگیری از دارو است (اورتن، ۱۹۶۶). سوانسون و کینزبرن (۱۹۷۶) وابستگی کودکان بیش فعال را به داروی

متیل فنیدیت مورد مطالعه قرار دادند و ملاحظه کردند که صرف نظر از وضعیت وابستگی، اثرات اختصاصی آن بیشتر بر اسناد بیمار در مورد بهبودی مبتنی است. چنانچه بیمار بهبودیش را به دارو نسبت دهد (به درست یا غلط) این اسناد می‌تواند موجب بازگشت بیماری پس از بازگیری دارو شود. اما بایستی این موضوعات را دوباره مورد کنکاش و مطالعه قرار داد.

امروزه نگرانی زیادی در خصوص عوارض جانبی داروها بر عملکرد شناختی وجود دارد. متخصصان حرفه‌های پزشکی می‌توانند دارویی تجویز کنند که بر عملکرد شناختی اثر بگذارد در حالی که اندکی از آنان در زمینه ارزیابی عملکرد شناختی ناشی از دارو مهارت دارند. گاهی بدون اینکه پزشک معالج از این مشکلات آگاه باشد، این دوزهای دارویی باعث اثرات جانبی بدی در بین بیماران سالمند می‌شوند و آسیب‌دیدگی در پردازش اطلاعات می‌تواند پیامدهای عاطفی و رفتاری زیادی داشته باشد. چنانچه این مسئله به خوبی فهمیده نشود ممکن است با بسیاری از نشانه‌های اختلالات روانی اشتباه گردد و برای این اختلالات کاذب دارو تجویز شود. به عنوان مثال، پرتحرکی، مشکلات تمرکز و افزایش اضطراب از عوارض جانبی بنزودیازپین‌ها هستند (پاراگا، سیموندز و باترفیلد، ۱۹۸۲). همچنین نشان داده شده است که دیازپام و بسیاری از داروهای روان فعال‌ساز می‌توانند موجب آسیب‌دیدگی عملکرد حافظه شوند و از طریق کاهش اعتماد به نفس منجر به اضطراب ثانویه گردند (کوران، ۱۹۸۶). همچنین داروهای ضد اضطرابی بر توانایی مقابله رفتاری با فشار روانی تأثیر می‌گذارند (گری، ۱۹۸۷). در همین رابطه، تغییر در نوع داروهای ضد تشنج می‌تواند موجب بهبودی سطح شناختی بیمار شود بدون اینکه کنترل حمله‌هایش را از دست بدهد. تامسون و تریمل (۱۹۸۲) دریافتند که جایگزینی کاربامازپین برای بهبود خلقی و شناختی بیماران مبتلا به صرع، بر سایر داروهای ضد تشنج ارجحیت دارد (واردل و جکسون، ۱۹۹۵).

لیکن مشکل این است که این داروها در تمام موارد به صورت یکسان عمل نمی‌کنند و به متخصصان بالینی توصیه می‌شود که برای استفاده از این داروها نظارت دقیق و ارزیابی انفرادی داشته باشد. فواید درمان بوسیله روانشناسان بالینی در پرتو اصلاح یا

تغییر دارو در این موارد محرز گردیده است و این اقدام می‌تواند موجب ارتقای خدمات درمانی ارائه شده به مراجع گردد (واردل و جکسون، ۱۹۹۵).

### پرسشهای اساسی ناشی از امتیاز تجویز دارو:

چنانچه شخصی صلاحیت توصیه، مسئولیت و به عهده‌گیری کاری را داشته باشد عدم انجام آن کار نوعی اغماض و سلب مسئولیت است. می‌توان گفت که مراجعین در موضعی نیستند که بتوانند به درستی در مورد بد بودن یا خوب بودن توصیه‌های درمانی ارائه شده به آنان قضاوت کنند، بنابر این جامعه برای حمایت از این آسیب پذیری نیازمند به قوانینی است. لیکن قانون نیز نمی‌تواند ابزار مسئول یا قابل دسترسی برای ارائه چنین حمایتی باشد، مگر اینکه از آن در فعالیتهای مشخص محدود و منظم استفاده شود، چرا جامعه بر داروها به عنوان یک انتخاب اعمال کنترل می‌کند؟ در واقع چرا ما به طور کلی داروها را کنترل می‌کنیم؟

اما تخصص‌گرایی معمول در حرفه‌های وابسته به پزشکی موجب افزایش توان تخصص و کاربردی پرستاران، داروشناسان و روانشناسان بالینی شده است، اینها نیز مثل یک تومورشناس پزشکی، از لحاظ کیفیت تخصص حرفه‌ای در رشته عمل خودشان امتیاز خاصی دارند. پس این ایده‌آل غیر منطقی نیست که به جراحان اجازه دهیم داروهای روانگردان را تجویز کنند اما این حقیقت را نباید انکار کرد که داروشناسان روان‌پزشکی، پرستاران روانپزشکی و روانشناسان بالینی در دانش و تخصص روز متخصص‌تر و خبره‌تر هستند. ارزش این خبرگی زمانی آشکار می‌شود که به تأثیر و کارآمدی پر قدرت داروها در طول ۵۰ سال گذشته توجه کنیم. چون داروها در بهداشت روان و مراقبت بهداشتی کنونی به قدرتی مسلط تبدیل شده‌اند، و بخش زیادی از توانایی هر پزشک هنر قابلیت حرفه‌ای و اجتماعی او در کنترل نسخه و دارو است (گرین، ۱۹۹۵).

شاید در راستای پیچیده‌تر شدن دارو درمانی کنونی هر متخصص باید فرمول محدود خودش را داشته باشد. بنابر این دسته بندی اینکه چه طبابتی برای اغلب متخصصان حرفه‌ای پزشکی خوب است ساده نیست، علاوه بر این تعداد معدودی از

جراحان شکسته‌بندی از داروهای روانگردان در طبابت استفاده می‌کنند. تعیین جایگاه داروها در قانون نسخه نویسی غالباً به وسیله عوامل نامرتبط با سنت‌های زیست - شیمیایی داروها شکل گرفته است، به طوری که از این جایگاه به عنوان مبنای غیر داروشناختی درمانهای دارویی نامبرده شده است. تجویز دارو با عواملی مانند نقش بیمار، کنترل کردن و پایان دادن درمان و حفظ رابطه بیمار - نسخه نویس، مرتبط است. قانون تجویز دارو ممکن است نیازهای شخصی نسخه‌نویس را از طریق تأیید توانایی او برای مراقبت از بیمار برآورده سازد.

تردیدی نیست که توانایی تجویز دارو، نقش روانشناسان بالینی و حرفه‌های پرستاری و داروشناسی را تغییر می‌دهد. چنانچه نقش روانشناسان بالینی به عنوان مشاورین متخصص و درمانگر با مانع روبرو شود آنگاه ارائه توصیه دارویی بر سرعت پایداری این رشته مؤثر می‌گردد. نسخه نویسی حتی اگر چیز بدی نباشد می‌تواند این حرفه را به دو قسمت تقسیم کند: یکی کسانی که می‌دانند و دیگری کسانی که نمی‌دانند. در یک حرفه نسبتاً جوان این خطر وجود دارد که تجویز کننده دارو به عنوان شخصی بهتر یا دارای جایگاه بالاتر از غیر نسخه نویس قرار بگیرد. اگر واقعاً نیازهای عمومی حمایتگر باشند و نقش‌های متخصصان مراقبت بهداشتی در نتیجه انقلاب داروشناسی تغییر کرده باشد، آنگاه می‌توان مشاجره فلسفی مربوط به نسخه‌نویسی را بیشتر مورد بحث قرار داد. باید توجه کنیم که آیا شرایط و زمان مقتضی برای نسخه‌نویسی تمام متخصصان حرفه‌ای فرارسیده است یا خیر، یا اینکه باید این حق را محدود کرد و بر اساس شایستگی و صلاحیت و باز نگری منظم اعطاء شود (کرین، ۱۹۹۵).

موضوع مهم در این بحث امنیت بیمار است. بیرچوود (۱۹۹۵) در این رابطه می‌پرسد: "آیا مشترک کردن مهارتها به نفع بیمار است؟" در این مورد انجمن روانشناسی آمریکا در جمع‌آوری شواهد حمایت کننده از حق تجویز نسخه به انگیزه‌های حرفه‌ای و اقتصادی در بین دیگران اشاره می‌کند. به همین دلیل گفته می‌شود که انجمن پزشکی آمریکا خواهان در جازدن و توقف روانشناسان بالینی است، چون مراقبت بهداشتی در آمریکا تحت سیطره فرهنگ تجاری است که در آن روانشناسان بالینی و روانپزشکان به صورت متخصص بالینی و مستقل در یک فضای تجاری آزاد بطور



گسترده عمل می‌کنند. از طرف دیگر، ارزش و پرستیژ برای روانشناسان آمریکایی بی‌معنا است هر چند کمپانیهای مراقبت بهداشتی برای مشتریانشان درمانهای پزشکی و دارویی مجزایی توصیه می‌کنند.

پس، راه‌حل منطقی برای روانشناسان بالینی این است که فقط در مواردی دارو تجویز نمایند که هر دو مداخله دارویی و روانی مورد نیاز بیمار باشد. از آنجا که مداخلات روانی و پزشکی به صورت یکنواخت در طیف اختلالات تعامل ندارند این موقعیت بسیار پیچیده است، مانند استفاده از شناخت درمانی و ضد افسردگی سه‌حلقه‌ای در برخی از افسردگیها. روانشناسان بالینی می‌توانند با یک آموزش کوتاه مدت در بخش بهداشتی، جایگاه بهتری برای اجرای هر دو روش درمان دارویی و روانشناختی، به منظور اطمینان بیمار از مورد توجه دقیق بودن، به عهده گیرند. اما موضوعی که باقی می‌ماند این است که آیا می‌توان روانشناسان را برای تجویز متناسب و ایمن آموزش داد یا خیر؟

به طور کلی استقلال مورد نظر در نسخه‌نویسی مستلزم آموزش بیشتر روانشناسان به منظور دستیابی به برخی از جنبه‌هایی است که روان‌پزشکان در آنها آموزش کافی دیده‌اند و ایجاد یک نظام نظارتی برای نسخه‌نویسی آنان است. اما بازهم در عمل علیرغم آشنایی با داروهای مختلف، فارماکوکنتیک و عوارض جانبی آنها تجویز نسخه برای اختلالات شدید روانی مشکل است. برای مثال کلروپرومازین تنها یک داروی ضد روان‌پریشی نیست که بر روی مغز عمل می‌کند، بلکه اثرات خیلی شدید و جدی نیز بر کبد، خون و پوست می‌گذارد. این دارو با داروهای دیگر کنش متقابل دارد و می‌تواند به اختلال عصب شناختی بارز منجر شود و برای تجویز به چیزی بیشتر از حرکت قلم بر روی کاغذ نیاز است و تجویز آن مستلزم آموزش پزشکی طولانی و سیاست تضمین درمانی است (بیرچوود، ۱۹۹۵).

### دفاعیات مخالفین حق تجویز به وسیله روانشناسان بالینی:

مخالفین اعطای امتیاز به روانشناسان بالینی می‌گویند حق تجویز در وهله اول شامل روان‌شناسان بالینی نیست چون این افراد در ارزیابی ترکیبات داروهای روانگردان بطور مستقیم درگیر نیستند. اما همانگونه که به پزشکان عمومی در تجویز داروها توصیه‌هایی

می‌شود و پرستاران روان‌پزشکی جامعه (CPN) نیز این کار را به طور معمول انجام می‌دهند (هیلی، ۱۹۹۵). تجویز داروهای روانگردان نیز به صورت روز افزون موضوع رهنمودهایی بوده است که به وسیله بسیاری از متخصصان گوشزد گردیده است. از آنجا که آسیب‌های شناختی ناشی از داروهای روانگردان معمولاً در سطح بیماران سرپایی هستند و می‌توان آنها را به راحتی در این بیماران تشخیص داد، پس در مورد پرسش تجویز دقیق دلیلی وجود ندارد که معتقد باشیم روان‌شناسان بالینی کمتر از روان‌پزشکان مستعد توفیق سرفرازانه در این زمینه هستند (هیلی، ۱۹۹۵). عده‌ای می‌گویند موضوع اصلی این نیست که آیا روان‌شناسان بالینی می‌توانند نسخه تجویز کنند یا خیر؟ چون به سادگی می‌توان آنها را در زمینه جنبه‌های نظری دارو شناختی روانی آموزش داد، و در این زمینه نیازی به یک دوره آموزش طولانی (مثل دوره‌ای به اندازه پزشکان و روان‌پزشکان در داروشناسی روانی) وجود ندارد، لیکن سؤال اساسی این است که چرا روان‌شناسان بالینی و دیگران نمی‌توانند دارو تجویز کنند با این که در اغلب کشورهای جهان بسیاری از داروها به صورت آزاد از داروخانه‌ها خریداری می‌شوند. به طوری که در بریتانیای کبیر تا چند سال قبل این کار مرسوم بود، و در هر جایی از اروپا می‌توان آرام‌بخش‌ها و خواب‌آورها را به این طریق تهیه کرد. اما با پیدایش زنجیره کمپانی‌های دارویی و اختصاصی شدن معیارهای عملیاتی و کاربردی، این اصل مطرح شد که هر کدام از بیماری‌های خاص می‌تواند کانون پژوهش و درمان باشند. بر اساس همین اصل، حق تجویز هر دسته از داروها به گروهی از متخصصین محدود گردید و پیشرفت صنعتی امروزی نیز با تأکید بر تخصص‌گرایی این نوع پیشرفت‌ها را تقویت می‌کند (پرنیک، ۱۹۸۵).

### پاسخ روان‌شناسان بالینی به مخالفین:

می‌توان گفت که بهترین تجویز کننده دارو کسی است که از مشکلات بیمار و ترکیبات دارویی آگاهی کافی داشته باشد. به همین دلیل برخی می‌گویند می‌توان دستگاهی ساخت که به وسیله آن افراد بتوانند برای خودشان دارو تجویز کنند. اما فایده پزشکی نوین این است که افراد امروزی در مقایسه با قرن قبل در تجویز دارو اطمینان

بیشتری دارند. لیکن با این شرایط نیز بایستی ظرفیت نسخه گیرنده نسبت به اثرات یک داروی خاص در مقایسه با سایر داروها مورد توجه قرار بگیرد. بنابر این متخصصان مراقبت بهداشتی، بایستی تجویز دارو را به صورت نظام داری محدود سازند اما آیا تجویز کردن منظم دارو ساختار روانشناسی بالینی را تغییر خواهد داد؟ برخی از روانشناسان بالینی در پاسخ به این پرسش، هیچ وقت دارو تجویز نمی‌کنند، لیکن نظرشان را در این مورد برای پزشک معالج بیمار می‌نویسند، زیرا این کار را رهایی از مسئولیت تجویز دارو می‌دانند. چون ممکن است شخص ترکیباتی را برای حالت‌های دیگری دریافت کند که با داروی روانگردان کنش متقابل داشته باشد. به نظر این عده مشارکت پزشکان عمومی نیز در این زمینه مطلوب است چون بسیاری از عوارض جانبی داروها مانند خالهای پوستی، دردهای مفصلی و اسهال بیشتر مورد توجه و تشخیص آنان قرار می‌گیرد. این عده علاوه بر نوشتن توصیه به پزشک عمومی، توصیه‌ها را برای بیمار کپی می‌کنند و جزئیات درمان دارویی پیشنهاد شده و منطق نسخه‌نویسی را به او تفهیم می‌کنند. همچنین شرح ضد افسردگیها یا نورولپتیک‌ها و منطق تجویز آنها و دوز مطلوب و دوره احتمالی مورد استفاده و به صورت کلی عناوین عوارض جانبی احتمالی را برای بیماران توضیح می‌دهند. (هیلی، ۱۹۹۵).

اما نظرات برخی از روانشناسان با دیدگاه توضیح داده شده متفاوت است. طبق نظر کودی (۱۹۹۵)، روانشناسان بالینی نیاز به معلومات خیلی دقیقی در مورد داروهای روانگردان دارند، و باید قبل از حق نسخه‌نویسی به دانش عصب شناختی زیر بنای تجویز داروهای روانگردان‌ها مجهز شوند. وی به عنوان نمونه به داروهای ضد اضطراب اشاره می‌کند، چون روانشناسان بالینی به صورت معمول با بیمارانی روبرو هستند که به چنین داروهایی نیاز دارند. با وجود اثرات منفی بنزودیازپین‌ها در سالهای اخیر، پیشرفت نسبتاً زیادی در داروشناسی ضد اضطراب به وجود آمده است. ولی ضرورت آشنایی دقیق با داده‌های آزمایشی بالینی آنتاگونست‌های 5-HT<sub>2</sub> را برای روانشناسان بالینی مطرح می‌کند. به نظر کودی، روانشناسان باید با متون جاری دارودرمانی اختلال روانی بیش از پزشکان عمومی آشنایی داشته باشند.

همانگونه که لئونارد (۱۹۹۲) به تازگی داروشناسی روانی را به عنوان یکی از

سریع‌ترین حیطة‌های در حال پیشرفت پزشکی معرفی کرده است، کودی (۱۹۹۵) این حقیقت را با مشخص کردن پیشرفت‌های اخیر در روانشناسی دارویی ضد اضطراب مطرح می‌نماید. به نظر وی پژوهش‌های دهه ۱۹۷۰ گیرنده‌های اختصاصی بنزودیازپین‌ها را کشف کردند و با تفکیک دو زیر گروه از چنین گیرنده‌های (*BZ1* و *BZ2*) دنبال گردیدند. اثرات دارویی داروهای *BZ* بر کنش‌های گیرنده‌های *GABA* است. هر چند زیست‌شناسی مولکولی جاری حاکی از این است که گیرنده *GABA* فوق‌العاده پیچیده اند. تقریباً ۱۵۰ هزار گیرنده *GABA* در مغز وجود دارند (برت و کاماچی، ۱۹۹۱) لیکن داروهای ضد اضطرابی موجود در بازار (یعنی آلپیدم) یا در حال رشد بالینی (یعنی ابیکامیل) به طریق ناشناخته‌ای بر مجموعه زیر گروه‌های گیرنده *GABA* تأثیر می‌گذارند. روشن است که این داروها، داروشناسی بسیار پیچیده‌ای دارند و برای تجویز کارآمد آنها به دانش دقیقی از علم عصبی دستگاه *GABA* نیاز است. بسیاری از ضد اضطراب‌های نوع *BZ* در حال توسعه، شامل آگونیست‌های شبه ترکیباتی هستند که بر خلاف دیازپام که فقط در هنگام اشغال تعداد زیادی از گیرنده‌های *BZ* اثرات داروشناسی دارد، به نظر می‌رسد توان درمانی قابل توجهی دارند.

فهم و درک داروشناسی ضد اضطراب در آینده بدون تردید مستلزم دانش دقیق در مورد علم عصبی اضطراب است. به طوری که افراد تجویز کننده دارو باید بتوانند بین مغز و رفتار پلی ایجاد نمایند که واردل و جکسون (۱۹۹۵) خواهان آن هستند و مطمئن شویم که دانش افراد در مورد داروها فقط از کمیانیهای دارویی گرفته نشده است بلکه به صورت قانونی و بر اساس علاقه آنها به تجویز انواع داروهای خاص است.

البته واضح است که مشکلات مربوط به همگام بودن با پژوهش‌های جاری در مورد اغلب داروها مصداق دارد. برای مثال، کشف تازه پنج نوع متفاوت گیرنده‌های دوپامینی در مغز به انقلابی فکری در مورد نورولپتیک‌ها منجر شده است. موضوع حائز اهمیت به نظر واردل و جکسون، آموزش است. آنها معتقدند که بایستی روان‌پزشکان در زمینه داروشناسی روانی آموزش متناسب داشته باشند در حالیکه ممکن است روان‌پزشکان از

این انفجار پژوهشی آزرده خاطر شود. به همین دلیل آنها روشهای محدود کردن نسخه‌نویسی و تخصصی کردن آموزش دارویی را برای روانشناسان بالینی مطرح می‌کنند (برای هر گروه از افراد یا هر نوع دارو). لیکن بایستی دید که آیا چنین روشهایی در عمل امکان پذیر هستند یا خیر؟ (کودی، ۱۹۹۵).

چنانچه ممکن باشند بایستی گفت که این محدودیت‌های نسخه نویسی را بایستی برای روان‌پزشکان نیز به کار گرفت. پس ایده‌آل آن است که داروها به وسیله افرادی تجویز شود که در هر دو علم عصبی پایه و داروشناسی روانی بالینی، خبره باشند و دستیابی به این امر به طور کلی آسان نیست.

### روانشناسان بالینی و آموزش داروشناسی روانی:

یکی دیگر از موضوعات حائز اهمیت این است که چه کسی بایستی آموزش داروشناسی روانی و علم عصبی مبنای تجویز را به روانشناسان بالینی ارائه دهد؟ برای نمونه، در انگلستان داروشناسی روانی آکادمیک یک رشته در حال رشد نیست و به صورت بخش مرکزی و اصلی برنامه آموزش فارغ‌التحصیلی روانشناسی بالینی مطرح نشده است. بنابراین، چنین آموزشی اگر به وسیله داروشناسان ارائه شود آنها روش متفاوتی برای آموزش داروشناسی روانی به روانشناسان بالینی خواهند داشت و چنین آموزشی بسیار شبیه آنچه خواهد بود که به روان‌پزشکان توصیه می‌شود (کودی، ۱۹۹۵). سرانجام باید گفت که با توجه به حیطه‌های پژوهشی در حال گسترش، باز آموزی شغلی مداوم روانشناسان بالینی در راستای داروهای نوین و به موازات رشد علوم عصبی ضرورت دارد. اینکه چه کسی باید این بازآموزیها را ارائه دهد، نیز اهمیت فراوان دارد.

از طرف دیگر تقسیم کار دهه‌های اخیر در حرفه بهداشت روانی بزرگسال بین روان‌پزشکان (که غالباً با بیماران روان‌پریش و با استفاده از درمانهای دارویی کار می‌کنند) و روانشناسان بالینی (که غالباً با بیماران روان نژند و با استفاده از درمان‌های روانشناختی کار می‌کنند) نیز باید در راستای این آموزش‌ها مورد تجدید نظر قرار بگیرد. این تقسیم کار در دهه ۱۹۷۰ پیدا شد، یعنی هنگامی که روانشناسان بالینی از بیمارستانهای روانی بزرگتر بیرون آمدند.

اما اکنون این تقسیم کار پاسخگوی نیازها نیست، چون به نظر واردل و جکسون، علاقه پژوهشی اکنون به سوی ترکیب درمانهای دارویی و روانی معطوف شده است.

هرچند بقایای الگوهای کنش متقابل بین این دو نوع درمان هنوز باقی مانده است، اما به نظر می‌رسد که اغلب بیماران از نوعی از این ترکیب درمانی سود می‌برند. از طرفی روانشناسان امروزی به صورت روز افزون به مراقبت از بیماران شدیداً آشفته پرداخته‌اند و در مورد درمان دارویی، به ویژه در مورد پاسخ به دارو، عوارض جانبی و تعیین کننده‌های همکاری بیمار در رژیم دارویی، دانشی را اندوخته‌اند. سوم هرگاه که ترکیب درمانهای روانی و دارویی به صورت مجزا از یکدیگر مورد استفاده قرار گیرند، ارتباط بین این دو نوع درمان غالباً به صورت غیر قابل قبولی ضعیف می‌شود و این عمدتاً به این دلیل است که روانشناسان بالینی و روان‌پزشکان کافی به تعداد بیماران درخواست کننده مراقبت روانی در دسترس نیست. سرانجام این تقسیم کار به وسیله روان‌پزشکانی تهدید می‌شود که مشتاق کسب مهارت‌های روانشناختی هستند و لذا ممکن است به روانشناسی بالینی روی آورند. در مجموع که وقتی بنتال و دی (۱۹۹۵) این مسائل را برای دوره روانشناسی بالینی دانشگاه لیورپول مطرح کرده‌اند روانشناسان بالینی خواستار گذراندن دوره‌های تخصصی داروشناسی روانشناسی بالینی، و کسب شایستگی در سطوح مختلف آن شده‌اند. بنتال و دی، آموزش در زمینه داروشناسی بالینی را برای روانشناسان بالینی در پنج سطح مطرح کرده‌اند:

- ۱ - **فقدان هرگونه مهارت داروشناسی روانی:** این سطح مخصوص آن دسته از روانشناسان بالینی است که به آموزش و کسب دانش در مورد داروشناسی روانی علاقه‌مند نیستند. این دسته کسانی هستند که به تعداد محدود واحدهای درسی دوره‌های رایج روانشناسی بالینی در زمینه درمانهای عضوی و دارویی اکتفا می‌کنند.
- ۲ - **معلومات زمینه‌ای داروشناسی روانشناسی بالینی:** در این سطح روان‌شناسان می‌توانند به جستجوی آموزش دانش بنیادین لازم برای ارتباط حرفه‌ای مسئولانه در درمان دارویی اختلالات روانپزشکی بپردازند. هرچند اغلب دروس این دوره شامل این زمینه‌هاست اما روانشناسان بالینی در جستجوی استاندارد مشهوری برای آشنایی با داروها هستند و در این زمینه به آموزش تخصصی تازه‌ای توجه دارند (برای مثال، آزمون ملی در این زمینه).

**۳ - مهارت‌های مشاوره‌ای داروشناسی روان‌شناسی بالینی:** در این مرحله روانشناسان بالینی نمی‌توانند بدون جستن حق نسخه نویسی بدنبال فهم و درک داروشناسی روان‌شناسی بالینی باشند و بصورت آشکار بر فرآیند نسخه نویسی تأثیر بگذارند. سطح دانش لازم برای این کار دادن اجازه کار در زمینه داروهای روانگردان به روانشناسان بالینی است (برای مثال توضیح دادن فواید داروی ضد اضطراب برای بیماران تا تشخیص عوارض جانبی نورولپتیک‌ها و پیشنهاد تغییرات اختصاصی در داروی تجویز شده به وسیله روانپزشک معالج یا درخواست تجویز یک ضد افسردگی به خصوص به وسیله پزشک عمومی).

**۴ - مهارت‌های تجویز نسخه:** در این سطح از شایستگی، واردل و جکسون، اجازه دسترسی روانشناسان بالینی به فهرست محدودی از داروهای روانگردان را مطرح می‌سازند.

**۵ - مهارت‌های مشترک کامل:** این سطح سرانجام به ترکیب و یکپارچه‌سازی دو حرفه روانشناسی بالینی و روانپزشکی منتهی می‌شود. در این سطح با توجه به تغییرات حرفه‌ای روانشناسی بالینی و پیشرفت این علم نوپا، کاربرد داروهای مؤثر بر روان و رفتار و امتیاز نسخه نویسی به عنوان یکی از مسایل جاری این رشته در سطح جهانی مطرح می‌گردد. (واردل و جکسون، بنتال و دی) و به احتمال قطعی این امتیاز را خواهد گرفت (فیرز، ۱۹۹۲)، زیرا که روانشناسی بالینی در طی دهه گذشته تغییرات زیادی را پشت سر گذاشته است که این تغییرات بنیان علمی این حرفه را مستحکم‌تر ساخته‌اند.

### **چه کسی باید نسخه بنویسد؟**

افرادی که حرفه روانشناسی بالینی را برمی‌گزینند، ممکن است خودشان را در معرض مداوم با روانپزشکی ببینند. الگوی "متخصص دانشمند" امروزه سنی را پشت سر گذاشته است و یکی از خصوصیات متمایز کننده روانشناسی بالینی شده است. از سال ۱۹۷۴ که پیشنهاد شد که روانشناسان باید جایگاه حرفه‌ای مستقلی داشته باشند. بسیاری از روانشناسان از جایگاه سنتی در تیم روان‌پزشکی بیمارستانی کناره گرفتند و به سوی ارائه خدمات به مراجعین ارجاع شده از طرف پزشکان عمومی، مددکاران اجتماعی و پزشکان حرکت کردند. با این وجود در این تیم، مسئولیت پزشکی بیمار بر عهده یک پزشک بود و تمام نسخه‌های دارویی نیز به وسیله او تجویز می‌شدند. این نوع

تمایز و عملکرد اعضای تیم، بر اساس تفاوت‌های ما بین ابعاد روانشناسی و زیست‌شناسی اختلال روانی استوار بود که اکنون به صورت رو به افزایشی نامتمایز شده‌اند.

مشاجرات قدیمی بر سر الگوهای پزشکی در مقابل الگوهای روانشناختی امروزه در مباحث اختلالات روانی جای اندکی دارند و تلاش همکارانه بیشتر در جهت روانشناسی، نه زیست‌شناسی اختلال روانی هستند. در این دیدگاه علمی نوین و در پرتو پیشرفتهای جدید درمانی، تفکیک این رو حیطة درمانی، بهترین راه برای پیشرفت علمی نیست. چون درمان دارویی به وسیله دکتری ارائه می‌شود که ممکن است دانش تخصصی در مورد دارودرمانی اختلال روانی را نداشته یا نداشته باشد و درمان روانشناختی به وسیله روانشناسی بالینی ارائه می‌شود که در زمینه درمان دارویی به طور همزمان و به موازات دانش روانشناختی، مهارت دارد. بسیاری از روانشناسان بالینی بیش از پزشکان عمومی با نوشته‌های جاری دارودرمانی اختلالات روانی آشنا هستند. اما ارائه درمان دارویی به وسیله روانشناسان بالینی می‌تواند فقط با توجه به در نظر گرفتن حساسیت‌های پزشکان باشد. اجبار غیر رسمی روانشناسان بالینی به توصیه در زمینه دارو درمانی، آنها را بر آن می‌دارد که توصیه‌هایی در این باب به پزشکان عمومی، دستیاران روان‌پزشکی یا سایر همکاران ارشد روان‌پزشکی ارائه کنند که تجربه بیشتر روانشناس بالینی را در آن حیطة خاص تصدیق می‌کنند. این توصیه‌ها غالباً در مواردی مثل موارد زیر است: افزایش دوز ضد افسردگیها، تغییر دادن ضد افسردگیها، بازگیری از ضد افسردگیها، شروع یا کاهش لیتیموم کربنات، کاهش یا افزایش داروهای نورولپتیک، جایگزین کردن ضد افسردگیها با ضد اضطرابها.

بنابراین، آیا بهتر نیست که روانشناسان بالینی به صورت مناسب برای ارائه این توصیه‌ها به شکل مستقیم به بیماران آموزش داده شوند. صرف نظر از ضرورت توصیه در مورد درمانهای دارویی، مشاهده متداول روانشناسان بالینی این است که استفاده نادرست داروها به وسیله بیماران ناشی از عدم توجیه متناسب به آنها یا عدم درک توصیه‌های ارائه شده و یا تردید آنان در مورد کارآمدی داروهای روانگردان است.

یکی از رایج‌ترین اشکال استفاده نادرست داروها، استفاده نامنظم از ضد افسردگیها بر طبق برنامه درمانی است. بسیاری از بیماران فقط هنگامی از این داروها استفاده می‌کنند که خیلی افسرده باشند و گاهی اوقات شکل تأخیری و تراکمی عمل این داروها را درک نمی‌کنند چون از اعتیاد به آنها می‌ترسند. پس توصیه به بیماران برای استفاده



متناسب از ضد افسردگیها، بنزودیازپین‌ها یا سایر داروهایی که تجویز شده‌اند ضرورت دارد. با این وجود طبق اصول اخلاقی و راهنمایی جامعه روانشناسی بریتانیا (۱۹۹۱)، روانشناسان بالینی بایستی 'مرزهای شایستگی خود را بشناسند'.

آیا این اصول مانع توصیه در دارودرمانی نمی‌شوند؟ زیرا موقعیت کنونی روانشناسان دارای یک شاخه از این مهارت است. روانشناسان تخصص روانشناسی دارند نه آموزش در دارودرمانی. پزشکان حق تجویز دارند اما فقط روانپزشکان در بین آنها آموزش مناسب را برای دارو درمانی روانی دارند و بسیاری از آنها نیز در روانشناسی و روان‌درمانی آموزش بسیار اندکی دیده‌اند (واردل و جکسون).

چنانچه بخواهیم به مهارتهای کامل برای درمان اختلال روانی مجهز شویم. پس مهمترین کار این است که تمام این مهارتها را در یک شخص جمع کنیم و این مستلزم آموزش هرچه بهتر پزشکان، روان‌پزشکان یا روانشناسان بالینی است. از آنجا که آموزش روانشناختی بیشتر برای پزشکان عمومی مقدور نیست، آنها برای نوشتن نسخه در اکثر داروهای روانگردان در انگلستان و ایالات متحده آمریکا به صورت آشکار نیازمند دسترسی به توصیه مناسب از طرف سایر متخصصان هستند. از طرف دیگر، در روان‌پزشکی مشکلات شغلی جدی وجود دارد و به نظر می‌رسد که افزایش آموزش در این حیطه از تخصص باعث شود که حتی تعداد فعلی آنان بیش از این نیز کاهش یابد (بیرچنل، ۱۹۸۷، توری، اردمن، ولف و فلین، ۱۹۹۰)، اما روانشناسان بالینی از لحاظ مرحله آموزش مشکلات شغلی ندارند و در واقع تمام منابع آموزشی را چندین بار به صورت مجدد در روند آموزشی مطالعه می‌کنند. بنابراین می‌توان به روانشناسان بالینی آموزش داد تا در خصوص تجویز نسخه و توصیه دارویی به پزشکان عمومی کارآمدتر شوند (واردل و جکسون، ۱۹۹۵).

شواهد موجود حاکی از این است که طبق یک نظر سنجی از ۱۱۲۳ نفر از اعضای شاخه عصب روانشناسی انجمن روانشناسی آمریکا ۵۱/۶ درصد آنها آموزش روانشناسان بالینی را در زمینه مهارتهای نسخه نویسی مطلوب دانسته‌اند (شاتل، لامبرتی و بیلیا سکاس، ۱۹۹۳) همچنین در همین راستا، اسمیر، بلاستر، ایگلی، جانسون، و همکاران (۱۹۹۳) ضمن بررسی امتیازات نسخه نویسی برای روانشناسان بالینی معیارهای ضروری

شایستگی برای آموزش آنان را در ارائه خدمات به بیماران دریافت کننده دارو و ایجاد الگوهای برنامه ریزی آموزش مورد توجه قرار داده‌اند. در نهایت آنها بر یکپارچگی متناسب بین دانش داروشناسی روانی و کاربرد آن در برنامه ریزی آموزشی و فعالیت حرفه‌ای روانشناسی بالینی تاکید کرده‌اند.

### تجویز نسخه به وسیله غیر پزشک:

برخی اظهار کرده‌اند که روانشناسان بالینی چون پزشک نیستند نمی‌توانند واجد شرایط تجویز نسخه باشند. اما موضوع تجویز نسخه توسط غیر پزشک به صورت گسترده و با توجه به حرفه‌های خاصی که جویای اکتساب امتیاز نسخه نویسی هستند، مورد بحث قرار گرفته است. در ایالات متحده و انگلستان تمام امتیازات نسخه نویسی تا اوایل این قرن محدود به پزشکان بود. تا آن زمان بین حرفه‌های داروشناسی و پزشکی، هیچگونه مشارکت و تعاونی ترسیم نشده بود. با اینکه محدودیتهایی برای داروها و توصیه‌هایی برای استفاده از آنها در نظر گرفته شده است، گروه‌های خاصی از غیر پزشکان حق نسخه نویسی دارند. لیکن این گروهها از لحاظ شیوه عمل و جایگاه یا موقعیت محدود شده‌اند. مثلاً جراحان دامپزشکی ممکن است هر نوع دارویی را تجویز کنند اما این کارشان فقط مربوط به حیوان است. دندانپزشکان نیز اجازه تجویز دارو برای بیماران تحت درمانشان را دارند. امروزه تغییرات قابل توجهی در آموزش دندانپزشکان از لحاظ داروشناسی و دارو درمانی رخ داده است (انجمن دندانپزشکی عمومی، ۱۹۹۰). داروشناسان می‌توانند در موارد اضطراری تا ۵ دوز دارویی مورد استفاده قبلی را برای مریض تجویز کنند، اما برخی از داروها نیز فقط به وسیله داروشناسان عرضه می‌گردند. داروشناسان در طبابت بیمارستانی ممکن است از داروهای ژنریک استفاده کنند که در این موارد باید پزشک را از اسامی ژنریک آگاه سازند. افزون بر این، داروشناسان وظیفه دارند که نسخه‌هایی را که به بیماران عرضه می‌کنند از لحاظ مفایرت داروشناختی بررسی کنند.

جالب توجه است که عینک سازان نیز حق استفاده از داروها را در مراقبت از بیمارانشان دارند. اما حق تجویز نسخه ندارند. پرستاران نیز با توجه فعال به وضعیت کنونی بیمار نسخه می‌نویسند. اما پرستاران اجتماعی در دامنه محدودی از داروها حق

تجویز نسخه دارند (بخش بهداشت، ۱۹۸۹، کارلایل، ۱۹۹۰). پرستاران نیز در جستجوی حق تغییر دوز داروها در محدوده‌های از قبل تدوین شده هستند و پاسخ پزشکان به نسخه نویسی پرستاران به طور گسترده مثبت بوده است (دانشکده سلطنتی پزشکان عمومی، ۱۹۹۱). داروشناسان نیز هرچند که بر اقتدار نهایی خودشان و مسئولیت کلی خودشان تاکید کرده‌اند، از حرکت پرستاران برای نسخه نویسی حمایت کرده‌اند و به آنها فرصت داده‌اند تا حقوق نسخه نویسی بیشتری برای خودشان بدست آورند (انجمن سلطنتی داروشناسان، ۱۹۹۰). در آمریکا امتیازات نسخه نویسی برای داروشناسان، پرستاران متخصص و دستیاران پزشک وجود دارد. موضوع نسخه نویسی برای روانشناسان بالینی هم در درون این حرفه و هم در سطح ایالتی و دولتی مطرح بوده است (دیلون، ۱۹۸۶، فاکس، ۱۹۸۸). در حقیقت از مدتها قبل امتیازات نسخه نویسی به روان‌شناسان بالینی شاغل در خدمات بهداشتی نظامیان ایالات متحده و مدیریت کهنه سربازان واگذار شده است.

موضوع نیازهای بهداشت روانی مورد توجه قرار نگرفته نیز منشاء مشاجرات اخیر در مورد اعطای امتیازات نسخه نویسی به روانشناسان بالینی در سایر موقعیت‌های بیمارستانی یا در مطب خصوصی بوده است (توری و همکاران ۱۹۹۰). در ارتش ایالات متحده ۱۸۰ روان‌پزشک در ازای ۷۰۰ هزار نفر وجود دارد در حالی که در آنجا مشکلات سوء استفاده از مواد، حالتهای پس از ضربه و مشکلات بهداشت روانی دیگر شایع هستند. در پاسخ به این کمبود کنگره آمریکا در قانون دفاعی تصویب کرد که بخش دفاع یک برنامه مقدماتی برای آموزش روانشناسان نظامی در تجویز دارو ترتیب دهد.

پس از تأخیری طولانی، این آموزش در علوم پایه و کاربردی انجام گرفت. این برنامه با آموزش دو روانشناس که یک دوره دو ساله را گذرانیدند شروع گردید. این دوره شامل یک سال تمرین بالینی تحت نظارت بود. همچنین به دلیل مشکلات بهداشت روانی نادیده گرفته شده، یک سناتور دمکرات از ایالت هاوایی با نام اینوولی از پاتریک دیلون حمایت کرده است که معتقد بود روانشناسان بالینی می‌توانند و بایستی بدنبال حق تجویز باشند. این سناتور نیز توانست به برنامه مقدماتی برای کسب مجوز نسخه نویسی توسط روانشناسان بالینی در هاوایی دست بیابد (دیلون، ۱۹۹۰). در مجموع حمایت از

نسخه نویسی روانشناسان اکادمیک به شدت با چنین پیشرفتی مخالفت کرده‌اند (واردل و جکسون).

هرچند طرح امتیاز نسخه نویسی روانشناسان بالینی در آمریکا مورد مخالفت شدید انجمن روانپزشکی آمریکا قرار گرفت و پاسخ آنها به درخواست روانشناسان بالینی صرفاً بر اساس اظهار نظرات ساده‌ای بوده است (مانند آموزش مناسب برای نسخه نویسی، آموزش پزشکی است). همچنین در این زمینه به مشکلات تشخیص افتراقی بین حالت‌های عصبی شناختی یا درون‌ریز و حالت‌های روانپزشکی، و خطرات کنش‌های متقابل خطرناک یا عوارض جانبی داروها اشاره کرده‌اند و گفته‌اند که این اهداف جز با آموزش پزشکی مقدور نیست. لیکن این پاسخ‌ها مورد مخالفت طرفداران امتیاز نسخه نویسی به وسیله روانشناسان بالینی قرار گرفته‌اند و خاطر نشان ساخته‌اند که مطالعه گسترده حق نسخه نویسی غیر پزشک در کالیفرنیا هیچکدام از این مشکلات خاص را نشان نداده است (قانون ایالت کالیفرنیا، ۱۹۸۲).

بنابراین بایستی نظام‌های آموزشی نسخه نویسی برای روانشناسان بالینی را ابداع، اجرا و ارزشیابی کرد و نتیجه این آموزش باید به گونه‌ای باشد که موضوعی برای بحث باقی نگذارد (واردل و جکسون، ۱۹۹۵، همچنین به اسلیک، ۱۹۹۶، فاولر، ۱۹۹۶ و سپا مراجعه شود).

منابع:

- 1- Bental, R. & Day, J. (1995). *Prescribing Skills: Skills to do what. The Psychologist*, 8 (4).
- 2- Birchwood, M. (1995). *Safe for the Patient? The Psychologist*, 8 (4)
- 3- Birtchnell, J. (1987). *Recruitment into Psychiatry. SCP Report no. 14. British Journal of Clinical and Social Psychiatry*, 5; Supplement 1-22.
- 4- Blackburn, I.M. , Bishop, S. Glen, I.M., Whaley, L.J. & Christie, J.E. (1981). *The Efficacy of cognitive therapy on depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189
- 5- Brewer, C. (1990). *Combining pharmacological antagonists and behavioral Psychotherapy in treating addictions: Why it is effective but unpopular. British Journal of Psychiatry*, 157, 34-40
- 6- British Psychological Society, *The 1991 Code of Conduct Ethical Principles and Guideline*.
- 7- Carlisle, D. (1990). *Just what the nurse Orderd? Nursing Times*, 86, 29.
- 8- Chatel, D.M. , Lamberty, G.J. & Bieliauskas, I.A. (1993). *Prescription privileges for Psychologists: A Professional affairs Committee Survey of Division 40 members. Clinical Neuropsychologist*, 7 (2)
- 9- Fowler, R.D. (1996). *A forum for debating Prescription Privileges. Monitor, APA*, 26 (5), 3.
- 10- Goudie, A. (1995). *A question of training. The Psychologist*, 8 (4).
- 11- Green, P. (1995). *The Prescription of Prescription. The Psychologist*, 8 (4).
- 12- Curran, H.V. (1986). *Tranquilizing memories: A review of the effects of benzodiazepines on human memory. Biological Psychology*, 23, 179-213.
- 13- Delon, P.H. (1986). *Increasing the societal contribution of organised Psychology. American Psychologist*, 41, 466-474.
- 14- Department of Health. *Management Advisory services to the NIS (1989). Review of Clinical Psychology Services*.
- 15- Fox, R. E. (1988). *Prescription Privileges: Their Implications for practice of Psychology. Psychotherapy*, 25, 501-507.
- 16- General Dental Council (1990). *Recommendations concerning the Dental Curriculum*.
- 17- Gray, J.A. (1987). *Interactions Between Drugs and Behavior Therapy. Newyork; Plenum*
- 18- Hayward, P. Wardle, J. & Higgitt, A. (1989). *Benzodiazepine Research: Current findings and practical consequences. British Journal of clinical Psychology*, 28, 307- 327.
- 19- Healy, D. (1995). *The Prescription of Prescription. The Psychologist*, 8(4).
- 20- Hemsley, D.R. (1987). *The treatment of Schizophrenia. In, S. Lindsay & G. Powell (eds). Handbook of Adult Clinical Psychology. Guilford; Gower.*

- 21- Hirsh, S.R.(1986). *Clinical Treatment of Schizophrenia*. In P.B. Bradely & S.R. Hirsch (Eds). *The Psychopharmacology and Treatment of Schizophrenia*. Oxford; Oxford University Press.
- 22- Javris, M.J. Raw, M. Russel, M.A.H & Feyer-Abend, C.(1982). *Randomised controlled trial of nicotine chewing-gum*. *British Med. Jour.* 285, 537-540.
- 23- Jones, B.P. Costall, B. Domney, A.M. Kelly, M.F. Naylor, R.J. Oakley, N.R & Tyers, M.B. (1988). *The Potential Anxiolytic activity of GR38032F, a 5-HT<sub>3</sub> receptor antagonist*. *British Jour. of Pharma*, 93, 985- 993.
- 24- Mavissakalian, M. Michelson, L. (1986) *Relative and combined effectiveness of therapist-assisted in vivo exposure and Imipramine treatment of Agoraphobia*. *Amer. Jour. Psychiatry*, 143, 1106- 1112.
- 25- *Medecines Act 1968. Licences and Certificates relating to medicinal products.*
- 26- Osstien, J.(1988). *Methods and Problems in the assessment of Cognitive functions in Epileptic patients*. In M.R. Trimble and E.H. Reynolds (Eds). *Epilepsy, Behaviour and Cognitive Functions*. Chichester; J. Wiley.
- 27- Overton, D.A. (1966). *State-dependant learning produced by depressant and Atropine like drugs*. *Psychopharmacological*, 12, 6-31.
- 28- Parraga, H.C. Simond, J.F & Butterfield, P.T.(1982). *Iatrogenic Behavioural and Psychiatric Symptoms in children with Partial Complex Siezures*. *Jour. developmental and Behavioural Pediatrics*; 3, 25-28
- 29- Phares, E.J. (1992). *Clinical Psychology, Methods and Profession (4Th ed.)*. Brookscole pub. Comp: pacific grove, California.
- 30- Royal Pharmaceutical society (1990). *Proposals on Nurse prescribing*. *The Pharmaceutical journal*, Feb 17, 20.
- 31- Seppa, N.(1996). *Prescribing pioneers off to good start*. *Monitor, APA*, 26(5), 28.
- 32- Sleek, S. (1996). *Shifting the Paradigm for Prescribing drugs*. *Monitor, APA*, 26(5), 1&9.