

تاریخچه، الگوهای ارائه خدمات در پزشکی روان‌تنی و مروری اجمالی بر وضعیت کنونی این رشته در ایران و آلمان

غلامحسین احمدزاده^۱، آزاده ملکیان^۲، حمید افشار^۳، محسن معروفی^۴،
محمد اربابی^۵، علی اکبر نجاتی صفا^۶

چکیده

این مقاله ابتدا به مروری بر تاریخچه پزشکی روان‌تنی و روان‌پزشکی رابط- مشاور در جهان و ایران می‌پردازد و سپس الگوهای مختلف ارائه خدمات پزشکی روان‌تنی و روان‌پزشکی رابط- مشاور به صورت کوتاه ارائه می‌کند. همچنین پس از نگاهی اجمالی به وضعیت کنونی این رشته در دنیا به شرح مفصل‌تری پیرامون خاستگاه، شکل‌گیری و وضعیت کنونی پزشکی روان‌تنی در کشور آلمان به عنوان یکی از کشورهای اروپایی فعال در این حوزه ارائه می‌دهد. کشور آلمان با ارائه مدلی دوگانه و متفاوت در این زمینه با بسیاری از کشورهای جهان متفاوت است.

واژه‌های کلیدی: آلمان، ایران، پزشکی روان‌تنی، روان‌پزشکی رابط-مشاور.

نوع مقاله: مروری

دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۲۸

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۲

مثل جن‌گیری، احضار روح و غیره بود که هنوز هم برخی از این روش‌ها توسط شفادهندگان بومی و شمن‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند (۱، ۲).

در سال‌های بین ۲۵۰۰ تا ۵۰۰ سال قبل از میلاد که دوران تمدن‌های آشوری و بابل بود، پزشکی تحت سیطره کامل مذهب بود و روش‌های درمان نیز از مذهب سرچشمه می‌گرفت. این نوع طب که در منطقه بین‌النهرین رایج بود، به اعتقاد برخی محققین نوعی طب پسیکوسوماتیک بوده است (۱، ۲).

در دوران تمدن یونان نیز نوعی پزشکی کل‌نگر رایج بود.

تاریخچه پزشکی «پسیکوسوماتیک» در جهان و ایران

اگر چه تاریخچه واژه «پسیکوسوماتیک» به اوایل قرن نوزدهم باز می‌گردد، اما مفهوم و نگرش به بیماری‌های «پسیکوسوماتیک» از قرن‌ها قبل و حتی در جوامع اولیه وجود داشته است. به عنوان مثال در جوامع اولیه در حدود ۱۰ هزار سال قبل از میلاد مسیح معتقد بودند که بیماری‌ها به دلیل نیروهای غیر مادی ایجاد می‌شوند، بنابراین راه درمانی که برای آن‌ها پیشنهاد می‌دادند، نیز غیر مادی و با روش‌هایی

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- روان‌پزشک، مرکز تحقیقات اختلالات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات اختلالات روان‌تنی، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۵- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۶- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

مجدد منجر به تأکید روی جنبه‌های روانی بیماری‌ها شد. اولین جنبش تحت تأثیر جنبش رمانتیسم رخ داد که معتقد بود تصورات انسان یکی از عوامل مهم است که در بیماری‌ها نقش دارد. در این دوران بود که واژه «پسیکوسوماتیک» توسط Heinroth استاد روان‌پزشکی دانشگاه لایپزیک و رهبر مکتب روان‌پزشکی ذهنی و معنوی در آلمان (سال ۱۸۱۸) به کار برده شد. وی این اصطلاح را به عنوان منشأ بی‌خوابی مورد استفاده قرار داد. اما واژه «پزشکی پسیکوسوماتیک» در سال ۱۹۲۲ که برای نخستین بار توسط Deutsch معرفی گردید (۴، ۳، ۱).

دومین جنبش، جنبش استفاده از هیپنوتیزم در درمان بیماری‌های به ویژه هیستریا بود که توسط افرادی مانند Charchot, Bernheim, Liebau و Ellioston پایه‌گذاری شد. سومین جنبش، نظریه روان‌تحلیلی Freud بود که صورت‌بندی جدیدی را برای هیستریا ارائه می‌داد (۳، ۱).

در قرن بیستم حرکت‌های مختلفی در پزشکی پسیکوسوماتیک ایجاد شد و در هر دوره غلبه با یک مکتب بود. در اوایل قرن بیستم تا نیمه این قرن مکتب روان‌تحلیلی غالب بود که با فروید آغاز و توسط افرادی مانند Freud, Alexander و Dunbar دنبال شد. اولین کتاب با عنوان «پزشکی پسیکوسوماتیک» در سال ۱۹۵۰ توسط Alexander نوشته شد. در اواخر این دوره نوعی افراطی‌گری پیش آمد؛ به طوری که علت بسیاری بیماری‌ها حتی بیماری‌هایی که علت کامل شناخته شده جسمی داشتند، مشکلات روان‌شناختی می‌دانستند. اما برخی از این فرضیات در پژوهش‌های علمی تأیید نشد و تغییراتی در این نگرش به وجود آمد که منجر به ایجاد مکاتب جدیدتری شد (۴، ۳).

مکتب رایج بعدی مکتب پسیکوفیزیولوژی بود که توسط افرای مانند Cannon, Wolf و Selye پی‌ریزی و دنبال شد. در این مکتب فکری تأکید روی نقش سیستم اعصاب اتونوم در ایجاد بیماری‌های سایکوسوماتیک بود (۴، ۲).

مکتب دیگر مکتب اجتماعی-فرهنگی (سوشیوکالچرال) بود. افرادی مانند Horney, Holiday و Mead بر روی

به عنوان مثال بقراط معتقد بود که برای درمان بیماری‌های انسان، پزشک باید اطلاعات کاملی از همه جنبه‌ها داشته باشد. افلاطون (۴۲۹-۳۴۷ ق. م) نیز در یکی از کتب خود نوشته است که: «یکی از نقص‌های اساسی در درمان بیماری‌ها این است که ما پزشکانی برای جسم و پزشکانی برای ذهن داریم؛ در حالی که این جسم و ذهن را نمی‌توان از هم جدا ساخت». سقراط نیز می‌گوید: «همان طور که نمی‌توان چشم‌ها را بدون توجه به سر و سر را بدون توجه به بدن درمان کرد، بدن را نیز بدون توجه به ذهن نمی‌توان بهبود بخشید.» (۲، ۱).

در دوران تمدن رم (صد سال قبل از میلاد مسیح تا ۴۰۰ سال پس از میلاد مسیح) طب جالینوسی که یک طب «کل‌نگر» بود، به صورتی فراگیر رایج شد. جالینوس معتقد بود که احساسات انسان در کنار عواملی مانند هوا، آب و غذا، کار، ورزش و تفریح، خواب و بیداری و گرسنگی و دفع از عوامل مهم تأثیرگذار در بیماری‌ها هستند (۲).

در قرون وسطی (سال‌های ۵۰۰ تا ۱۴۵۰) پزشکی تحت سلطه «کلیسا» بود و «گناه» به عنوان علت بیماری‌های جسمی و روانی مطرح می‌شد. در همین دوران و در کشورهای اسلامی از جمله ایران طب جالینوسی توسط افرادی مانند ابن‌سینا، رازی و دیگران گسترش و توسعه زیادی یافته بود و هنوز هم طب کل‌نگر رایج بود (۲).

در دوران رنسانس (۱۵۰۰ تا ۱۷۰۰) مجدد تمایل به علوم طبیعی و کاربرد آن‌ها در پزشکی افزایش یافت و پیشرفت‌های زیادی در زمینه آناتومی، اتوپسی و اختراع میکروسکوپ رخ داد. در این دوران تأثیر ذهن روی جسم به طور کامل رد شد و «ارزیابی ذهن به مذهب و فلسفه سپرده شد» (۲، ۱).

در اوایل قرن نوزدهم «پزشکی مبتنی بر آزمایشگاه» که توسط Virchow و Pastor معرفی شده بود، غالب بود. در این دوران این اعتقاد رایج شد که منشأ تمام بیماری‌ها در سلول است. در این دوران «تمام توجه پزشکان به درمان بیماری معطوف بود نه خود بیمار» (۱).

در اواخر قرن نوزدهم چند جنبش در پزشکی روی داد که

پزشکی پسیکوسوماتیک نیز در دانشکده‌های پزشکی وجود دارد. در این دیپارتمان‌ها بیماران دچار اختلالات پسیکوفیزیولوژیک درمان می‌شوند. درمان‌ها شامل روش‌های پزشکی مکمل مانند یوگا و مدیتیشن نیز می‌شود (۵).

در امریکا اصطلاح پزشکی پسیکوسوماتیک و روان‌پزشکی رابط- مشاور با هم عجین هستند و گاه به جای هم به کار برده می‌شوند و بسیاری از روان‌پزشکان رابط- مشاور در بیمارستان‌های عمومی به درمان جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی می‌پردازند. پژوهش در زمینه جنبه‌های روان‌شناختی بیماری‌های مدیکال منجر به بروز رشته‌های جدیدی مانند «پسیکونفرولوژی»، «پسیکوانکولوژی» و «پسیکودرماتولوژی» شده است (۵).

در سال ۲۰۰۳ هیأت‌بورد روان‌پزشکی و نورولوژی آمریکا (ABPN)، به طور رسمی پزشکی پسیکوسوماتیک را به عنوان فوق تخصصی برای روان‌پزشکی تصویب کرد (۵).

ایران

مفهوم پزشکی پسیکوسوماتیک در طب قدیم ایرانی و اسلامی و نیز در آیات و فرهنگ ما وجود داشته است. پزشکان معروف ایرانی مانند ابن‌سینا و رازی را در گذشته حکیم می‌خواندند، چون علاوه بر تسلط بر دانش پزشکی در سایر علوم که برای شناخت انسان و جهان لازم بود، نیز مسلط و شهره روزگار خود بودند. رویکردهایی که این پزشکان به کار می‌بردند، نیز نشان دهنده اعتقاد آن‌ها به جنبه‌های روان‌شناختی و رفتاری در سبب‌شناسی و درمان بیماری‌ها بوده است. از آن جمله می‌توان به نحوه درمان یکی از شاهزادگان ایرانی توسط ابن‌سینا اشاره کرد. این شاهزاده می‌پنداشت که تبدیل به گاو شده، رفتاری شبیه به این حیوان را در پیش گرفته بود و ابن‌سینا با روشی که شبیه به رفتار درمانی امروزی است، او را درمان کرده است. داستان معروف کنیزک عاشق و پادشاه که در مثنوی ذکر شده، نیز نشان از توجه به جنبه‌های روان‌شناختی در درمان بیماری‌هاست (۶).

«پزشکی پسیکوسوماتیک» در مفهوم مدرن آن در ایران

نقش فرهنگ در ایجاد بیماری‌های پسیکوسوماتیک تأثیر داشتند. Holmes و Rahe نیز روی نقش استرسورهای اجتماعی در ایجاد بیماری تأکید می‌کردند (۱).

مکتب دیگر مکتبی کل‌نگر بر مبنای «نظریه سیستم‌ها» بود که توسط Meyer برای نخستین بار مطرح شد و در واقع مبنایی برای ارائه نظریه زیستی- روانی- اجتماعی توسط Engel در سال ۱۹۷۷ شد. از جمله افراد معروف دیگر در این مکتب فکری Lipowski است که معتقد است داشتن رویکرد پسیکوسوماتیک به همه بیماری‌ها ضروری است. او عوامل خارجی (عوامل بوم‌شناختی، عفونی، فرهنگی، محیطی) عوامل داخلی (هیجانی)، ژنتیکی، جسمی، سرشتی و نیز تاریخچه کنونی و گذشته را از جمله عواملی می‌داند که باید در بررسی بیماران توسط پزشکان و نیز پژوهشگران مد نظر قرار بگیرند. این دیدگاه در واقع مبنای پزشکی پسیکوسوماتیک مدرن است که شاخه‌های مختلفی مانند «پسیکونورواندو کرینولوژی» و «پسیکونوروایمونولوژی» دارد (۱).

پزشکی پسیکوسوماتیک در واقع یک حوزه بین رشته‌ای بین رشته‌های مختلف مانند طب داخلی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی، انکولوژی و ... است. «روان‌پزشکی رابط- مشاور»، اما یک حوزه در درون روان‌پزشکی است. سازمان‌ها و انجمن‌های مختلف کشوری و بین‌المللی پسیکوسوماتیک تأسیس شده است، از آن جمله می‌توان به انجمن پسیکوسوماتیک امریکا، آکادمی پزشکی پسیکوسوماتیک، انجمن اروپایی پزشکی پسیکوسوماتیک و کالج بین‌المللی پسیکوسوماتیک اشاره کرد.

مجلات معروفی نیز در این حوزه منتشر می‌شود که می‌توان به مجلات زیر اشاره کرد:

Psychosomatic Medicine, Psychosomatics
Journal of Psychosomatic Research
International, Psychotherapy and Psychosomatic
General, Journal of Psychiatry and Medicine
Hospital psychiatry

در ژاپن و اروپا غیر از دیپارتمان روان‌پزشکی یک دیپارتمان

در سال‌های بعد اگر چه در تعدادی از بیمارستان‌های عمومی سراسر کشور بخش روان‌پزشکی دایر شد، اما فعالیت در زمینه روان‌پزشکی رابط- مشاور و پزشکی پسیکوسوماتیک محدود بوده است.

در دانشگاه علوم پزشکی ایران و در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) بخش روان‌پزشکی رابط- مشاور از چندین سال پیش ایجاد و کارهای بسیار خوبی در حوزه پزشکی روان‌تنی انجام شده است.

در دانشگاه علوم پزشکی تهران از سال‌ها پیش تاکنون سرویس‌های سرپایی خدمات روان‌پزشکی رابط- مشاور در بیمارستان‌های عمومی ارایه می‌شود. از سال ۱۳۸۹ با فراهم شدن ایجاد بخش و دپارتمان روان‌تنی دوره فلوشیپ فوق تخصصی روان‌تنی در بیمارستان امام خمینی (ره) دانشگاه علوم پزشکی تهران راه‌اندازی شد تا علاوه بر ارایه خدمات بستری و سرپایی به بیماران روان‌تنی زمینه برای آموزش نیروی انسانی متخصص در این رشته فراهم شود. در همین سال و به طور همزمان دوره فلوشیپ روان‌تنی در بیمارستان طالقانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز راه‌اندازی شد. گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نیز علاوه بر داشتن بخش روان‌پزشکی رابط- مشاور و آموزش اختصاصی دستیاران روان‌پزشکی در این بخش در دهه اخیر، در پنج سال اخیر اقدام به برگزاری چندین کنگره بین‌المللی با عنوان پسیکوسوماتیک نموده، کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی در حوزه‌های مختلف روان‌تنی با همکاری صاحب‌نظران طب روان‌تنی کلینیک دانشگاهی طب روان‌تنی و روان‌درمانی شهر فرایبورگ در اصفهان و فرایبورگ اجرا نموده، همکاری‌های آموزشی پژوهشی فراوانی را با دانشگاه فرایبورگ در حوزه طب روان‌تنی توسعه داده است. در راستای همین فعالیت‌ها، مرکز تحقیقات روان‌تنی تأسیس شده، کلینیک‌های فوق تخصصی اختلالات روان‌تنی در حوزه‌های اختلالات گوارشی، قلبی- عروقی، پوست و ... با همکاری متخصصین شاخه جسمی مورد نظر که در حوزه روان‌تنی آموزش دیده‌اند و روان‌پزشکان آموزش دیده اختلالات

برای اولین بار در اسفند ماه سال ۱۳۴۱ در سمپوزیومی با نام «سمپوزیوم برای مسایل پسیکوسوماتیک، روان‌تنی» در بیمارستان روزبه مطرح شد. مرحوم استاد دکتر عبدالحسین میرسپاسی در دیباچه کتاب این سمپوزیوم در سال ۱۳۴۱ نوشته‌اند:

«مسأله عوارض پسیکوسوماتیک که در ده ساله اخیر همه جا شیوع یافته و مورد بحث می‌باشد، اولین مرتبه است که به پیشنهاد کادر فنی بیمارستان روزبه در کشور ما مورد بحث قرار می‌گیرد. افتخار ترتیب و تمشیت امور این بحث و تنظیم برنامه به اینجانب واگذار شده است. در تنظیم برنامه به طور عمد سهم بیشتری برای همکاران غیر روان‌پزشک و غیر روان‌شناس تخصیص داده شده است، زیرا به عقیده ما، این مسأله باید از حدود محدود و محصور رشته خاص تخصصی معینی تجاوز نماید. همه گیر و همه جانبه و شامل کلیه رشته‌های تخصصی پزشکی شود.

استاد میرسپاسی در همین کتاب واژه‌های «روانتنایی» و «تن‌روانی» را به عنوان معادل پسیکوسوماتیک در فارسی پیشنهاد کرده، ذکر کرده‌اند که این دو واژه را با همکاری جمعی از صاحب‌نظران دستور زبان فارسی از جمله استاد جلال همایی انتخاب نموده‌اند. جالب این که در همان زمان با گذاشتن خط فاصله بین کلمات «روان» و «تن» موافق نبوده‌اند، چون به نوعی نشان دهنده جدایی این دو از هم است (۷).

از دیگر پیشکسوتان این حوزه در ایران جناب استاد دکتر شکراله طریقتی هستند که تلاش‌های زیادی برای مطرح شدن و جا افتادن مفهوم پزشکی پسیکوسوماتیک در بین سایر پزشکان داشتند. اولین کتاب با عنوان «پسیکوسوماتیک» به زبان فارسی در سال ۱۳۶۷ توسط ایشان تألیف گردید (۸).

از افراد پیشرو دیگر در رشته پزشکی پسیکوسوماتیک می‌توان به جناب آقای دکتر مرتضی مهاجر اشاره نمود که راه اندازی بخش روان‌پزشکی در بیمارستان طالقانی حاصل تلاش‌های چند ساله ایشان بود.

پزشکی، رزیدنت‌ها، فلوها، پرستاران و مددکاران اجتماعی برگزار می‌نماید.

- مدل Bridge: در این مدل روان‌پزشک عضوی از یک دپارتمان روان‌پزشکی است که بخشی از وقت خود را صرف آموزش کارکنان یک مرکز مدیکال می‌کند، ولی عضو رسمی آن مرکز محسوب نمی‌شود. این آموزش در مورد موضوعات خاصی که مورد نیاز کارکنان مرکز طبی است، انجام می‌شود.

- مدل Hybrid: در این مدل آموزش سلامت روان توسط یک روان‌پزشک، یک متخصص علوم رفتاری (روان‌شناس، مددکار اجتماعی یا جامعه‌شناس) و یا یک پزشک عمومی که شاغل در یک مرکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه هستند، انجام می‌شود. موضوعات آموزشی نیز بسته به تخصص فرد ارائه دهنده متفاوت است.

- مدل Autonomouse: در این حالت یک روان‌پزشک یا متخصص علوم رفتاری که ارتباطی با دپارتمان روان‌پزشکی یا گروه‌های آموزشی دانشگاهی و رسمی ندارد، با مرکز مراقبت‌های اولیه همکاری می‌کند و به کارکنان آن جا آموزش می‌دهد.

- مدل Postgraduate specialization: در این حالت پزشکان عمومی به مدت ۱ تا ۳ سال در زمینه سلامت روان آموزش می‌بینند و دوباره به مرکز مراقبت‌های اولیه یا بیمارستان باز می‌گردند و کار خدمات رسانی به بیماران و آموزش کارکنان را به عهده می‌گیرند.

- مدل Double-board training: در این مدل پزشک عمومی علاوه بر تخصص در یکی از رشته‌های داخلی یا جراحی در زمینه روان‌پزشکی نیز تخصص می‌گیرد و بر اساس تجربه‌های خود در این دو حوزه خدمات رسانی می‌کند (۹-۱۲).

از دیگر انواع دسته‌بندی سامانه‌های روان‌پزشکی رابط-مشاور تقسیم‌بند بر اساس روش عملی ارائه خدمات است. در این تقسیم‌بندی که توسط Greenhill در سال ۱۹۷۷ ارائه شده، مدل‌های مختلفی به شرح زیر وجود دارد:

روان‌تنی مشغول به کار هستند.

دانشگاه علوم پزشکی یزد و دانشگاه علوم پزشکی مازندران نیز از جمله دانشگاه‌هایی هستند که در سال‌های اخیر در زمینه پزشکی پسیکوسوماتیک و روان‌پزشکی رابط-مشاور برنامه‌های علمی داشته‌اند.

تدوین و تصویب نهایی برنامه چهار ساله دستیاری روان‌پزشکی در چند سال اخیر تحولی جدید در این عرضه ایجاد نمود. طبق این برنامه دانشگاه‌هایی که دستیاری روان‌پزشکی تربیت می‌کنند، موظف به ایجاد دوره چرخشی روان‌پزشکی رابط-مشاور شده‌اند و این موضوع موجب توجه بیشتر گروه‌های روان‌پزشکی دانشگاه‌های مختلف به ایجاد امکاناتی برای آموزش پزشکی روان‌تنی و روان‌پزشکی رابط-مشاور به دستیاران روان‌پزشکی شده است.

در سال ۱۳۸۷ کمیته‌ای با عنوان «پزشکی روان‌تنی» در انجمن روان‌پزشکی ایران با هدف هماهنگی فعالیت‌های علمی در زمینه روان‌پزشکی رابط-مشاور و پزشکی پسیکوسوماتیک در سطح کشور تشکیل شد.

الگوهای گوناگون سامانه‌های روان‌پزشکی رابط-مشاور جهان

الگوهای سامانه‌های روان‌پزشکی رابط-مشاور جهان از جنبه‌های مختلف تقسیم‌بندی شده‌اند. یکی از انواع تقسیم‌بندی‌ها بر اساس ماهیت آموزشی (Pedagogical) و ارتباط روان‌پزشک با سایر کارکنان سرویس است. بر این اساس مدل‌های زیر ارائه شده است:

- مدل Consultation: در این حالت روان‌پزشک تنها برای انجام مشاوره‌ها در بخش یا مرکز طبی حضور می‌یابد و آموزش به سایر کارکنان در حد خیلی محدود و در رابطه با همان بیماری است که مشاوره شده است.

- مدل Liaison: در این حالت روان‌پزشک جزیی از تیم درمان می‌شود که در راندهای بخش شرکت می‌کند، جلسات آموزشی رسمی هفتگی یا ماهیانه با کارکنان دارد و کنفرانس‌های ماهیانه با حضور دانشجویان

ایالات متحده همچنان در این زمینه پیشتاز است. ۷/۵ درصد از اعضای انجمن روان‌پزشکان امریکایی حداقل ۲۵ درصد از اوقات خود را به مطالعه روان‌پزشکی رابط می‌پردازند و حدود پنجاه درصد از آن‌ها بیش از سی درصد از وقت خود را در زمینه روان‌پزشکی رابط کار می‌کنند (۱۲).

وضعیت روان‌پزشکی رابط در کانادا مشابه ایالات متحده است. ۱۳ درصد از اعضای انجمن روان‌پزشکان کانادا پروژه‌های مختلفی در رابطه با روان‌پزشکی رابط انجام می‌دهند. آموزش رسمی در زمینه روان‌پزشکی رابط در کانادا از حدود ۳۰ سال پیش آغاز به کار نموده است. در یک نظرسنجی نزدیک ۵۰ درصد از پاسخ‌دهندگان بیان کردند که حداقل ۲۵ ساعت در ماه به مراقبت از بیمارانی می‌پردازند، که همزمان دارای بیماری جسمی یا عمل جراحی هستند (۱۲).

در میان کشورهای اروپای غربی، هر چند تفاوت‌های بسیاری میان کشورها موجود است، چندین مورد مشترک در آن‌ها نمایان است. پزشکان در یک نظرسنجی منابع ناکافی، کمبود شناخت همکاران روان‌پزشک از روان‌پزشکی رابط و مشکلات ادغام سرویس‌های روان‌پزشکی رابط با سیستم‌های مراقبت جامع را به عنوان کاستی‌های موجود بیان کردند. فعالیت‌های روان‌پزشکی رابط به طور کلی یک کار نیمه وقت برای روان‌پزشکان عمومی محسوب می‌شود. در میان کشورهای مورد تحقیق ۷ کشور دارای سازمان‌های روان‌پزشکی رابط بودند و ۷ کشور دیگر نیز آن را به رزیدنت‌های روان‌پزشکی آموزش می‌دادند. تنها ۳ کشور سیستم‌های بازپرداخت برای مشاوره داشتند و فقط ۳ کشور دارای خدمات روان‌پزشکی رابط در مراقبت‌های اولیه بودند (۱۴، ۱۳).

انجمن روان‌پزشکی رابط- مشاور اروپا در سال ۲۰۰۰ تأسیس شد و با گسترش مدل امریکایی روان‌پزشکی رابط در اروپا، آموزش‌های کلینیکی روان‌پزشکی رابط برای رزیدنت‌ها و فلوهای روان‌پزشکی، هر چه بیشتر فراهم شد (۱۴، ۱۳).

بر اساس تحقیقات انجام شده نزدیک به ۶۰ درصد از خدمات روان‌پزشکی رابط در اروپای غربی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه ارایه می‌شود. ساختار خدمات روان‌پزشکی

- Basic liaison model: در این مدل یک روان‌پزشک عضو دپارتمان روان‌پزشکی در بخش‌های داخل و جراحی با اهداف آموزشی فعالیت می‌کند.

- Critical care model: در این حالت کارکنان سلامت روان، از جمله روان‌پزشکان در بخش‌های مراقبت‌های بحرانی (CCU) فعالیت می‌کنند. هدف فعالیت آن‌ها خدمت‌رسانی به بیماران و نیز مشاوره با کارکنان چنین بخش‌هایی است. آموزش‌هایی که در زمینه سلامت روان داده می‌شود، در زمینه‌های مختلف روان‌پزشکی بیولوژیک روان‌شناسی و موضوعات اجتماعی است.

- Biological model: در این مدل روان‌پزشک به عنوان عضوی از تیم تشخیصی و درمانی و بیشتر بر اساس مبانی بیولوژیک عمل می‌کند (مانند روان‌پزشکانی که در کلینیک‌های درد فعالیت می‌کنند).

- Milieu model: این مدل بیشتر روی محیط ارایه خدمات و روابط بین کارکنان بخش مدیکال با یکدیگر و با بیماران تأکید می‌کند. این مدل که بر اساس نظریه‌های Interpersonal شکل گرفته، بیشتر به فرایند گروهی ارایه خدمات می‌پردازد.

- Integral model: این مدل به دلیل فشارهای اجتماعی بر سیستم پزشکی پیشنهاد شد. این مدل ارایه خدمات سلامت روان را به شکل معمول و موجود در بیمارستان‌ها را کافی نمی‌داند و معتقد به یک سیستم سازمان یافته است که خدمات مختلفی را به افراد دارای مشکلات روانی- اجتماعی ارایه دهد (مانند ویزیت و مراقبت در منزل، خدمات حمایتی و مددکاری اجتماعی و سایر خدمات برای رضایت بیماران). این مدل روی هزینه اثربخشی مداخلات تأکید می‌کند (۱۲-۹).

نگاهی گذرا به وضعیت روان‌پزشکی رابط- مشاور

در جهان

روان‌پزشکی رابط به طور جامع در ایالات متحده آغاز به کار کرد. اگر چه امروز این مدل در تمام دنیا گسترش یافته است،

در دهه ۱۹۲۰ بخش‌های روان‌پزشکی وجود داشت، در آلمان تأسیس چنین بخش‌هایی در بیمارستان‌های عمومی تا سال‌های دهه ۱۹۶۰ عملی نشد. در دهه ۱۹۷۰ تنها ۲۱ بخش از این دست در بیمارستان‌ها به وجود آمده بود. وضعیت بیمارستان‌های روانی بزرگ رضایت‌بخش نبود، تا زمانی که با تأسیس دولت فدرال، کمیته کارشناسی برای رسیدگی به وضعیت بیماران روان‌پزشکی در جمهوری فدرال آلمان تشکیل شد و این کمیته پیشنهاداتی برای بهبود این وضعیت ارائه داد. این کمیته مکان دور افتاده بیمارستان‌های روان‌پزشکی را مورد انتقاد قرار داد، زیرا مانع همکاری آن‌ها با سایر شاخه‌های پزشکی می‌شد. حدود یک سوم از بیماران روان‌پزشکی بستری به بیماری‌های جسمی نیز دچار بودند و این موضوع معالجات را دچار مشکل می‌کرد. به منظور حل این مشکل کمیته کارشناسی تأسیس فوری بخش‌های روان‌پزشکی را در بیمارستان‌های عمومی پیشنهاد کرد. در ادامه، در هر بیمارستان بزرگی که بیماران اقدام کننده به خودکشی نیز در آن بستری می‌شدند، ایجاد خدمات دائمی روان‌پزشکی رابط الزامی شد (۱۶، ۱۷).

اقدام مهم دیگر صورت گرفته توصیه برای فراهم آوردن مقدمات گسترش «اقدامات پیش‌گیرانه اولیه روان‌پزشکی و روان‌درمانی برای گروه‌های اجتماعی در معرض خطر و یا در معرض موقعیت‌های روانی-اجتماعی استرس‌زا در حوزه بیماری‌های جسمی» بود. مراقبت از کودکان و بزرگسالان بستری، بیماران سانحه دیده، بیماران دارای بیماری‌های مزمن و یا بیماران از کار افتاده در این محدوده قرار می‌گیرد. مشکلات روان‌پزشکی جدی در مورد بیماران دیالیزی، بیماران تحت درمان با دستگاه تنظیم کننده ضربان قلب، بیمارانی که عمل پیوند انجام داده‌اند و مجروحان سوختگی که برای جلوگیری از عفونت ایزوله شده‌اند، نیز محتمل است. با پیشرفت تکنولوژی در پزشکی به شکل ایجاد واحدهای مراقبت‌های ویژه، وابستگی مداوم بسیاری از بیماران به دستگاه‌های پیچیده‌ای که چیزی از آن نمی‌دانند، تنها شدن و جدا ماندن و عدم تحرک اجباری آن‌ها موجب ایجاد فشارهای

رابط به صورت چندتخصصی و یا تنها شامل روان‌پزشکان حرفه‌ای است و تعداد آن‌ها به طور متوسط از ۱ تا ۵ متخصص متغیر است (۱۴، ۱۳).

همچنین روان‌پزشکی رابط به خوبی در استرالیا و نیوزلند راه‌اندازی شده است. در دهه‌های اخیر بسیاری از روان‌پزشکان استرالیایی در امریکای شمالی به تحصیل پرداخته، سپس با تأثیرپذیری از مدل روان‌پزشکی رابط امریکای شمالی به استرالیا بازگشته‌اند. بسیاری از بیمارستان‌های آموزشی در استرالیا بودجه فعالیت‌های روان‌پزشکی رابط را از عمل‌های جراحی عمومی و تسهیلات مربوط به بیمه سلامتی بیماران که به این مشاوره‌های روان‌پزشکی دسترسی داشته‌اند، تأمین می‌کنند. در دوره ۵ ساله آموزش روان‌پزشکی در استرالیا حداقل زمان برای بخش روان‌پزشکی رابط ۶ ماه است و نرخ میانگین مراجعه بیماران بستری به این سرویس‌ها ۱/۹ درصد است (۱۵).

وضعیت پزشکی روان‌تنی و روان‌پزشکی رابط - مشاور در کشور آلمان

در آلمان نیز مانند هر کشور دیگری وجود خدمات روان‌پزشکی به عنوان بخشی از بیمارستان‌های عمومی راه را برای در نظر گرفتن روان‌پزشکی به عنوان یک شاخه پزشکی برای پزشکان و جراحان و همچنین بیماران هموار ساخته است. این یک‌پارچگی اساس روان‌پزشکی رابط را تشکیل می‌دهد. اگر چه در سایر کشورها تنها یک تخصص پزشکی برای ارائه چنین خدماتی وجود دارد، در آلمان از سال ۱۹۹۲ دو تخصص برای این کار وجود دارند، که یکی «روان‌پزشکی و روان‌درمانی» و دیگری «طب روان‌تنی و روان‌درمانی» نام دارد. آن چه در این بخش بیشتر مورد بررسی قرار می‌گیرد، این ویژگی منحصر به فرد آلمان است (۱۶، ۱۷).

ایجاد خدمات روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی در آلمان

برخلاف ایالات متحده که در بیمارستان‌های عمومی آن

مشکلات مغزی داشته باشند و بیمارانی که مورد سوء استفاده جسمی قرار گرفته باشند، را معاینه نمی‌کنند. هنگامی که تعداد بخش‌های روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی از ۶۱ عدد در سال ۱۹۷۹ به ۱۲۵ عدد در سال ۱۹۹۵ رسید، خدمات روان‌پزشکی رابط کم‌کم تبدیل به شاخه‌ای از روان‌پزشکی شدند که کار تشخیص بیماری و ارائه درمان‌های ممکن برای آن را تنها برای کسانی که از لحاظ جسمی بیمار بودند، انجام می‌دادند. همچنین تلاش شد که تعصبات موجود در برابر بیماران روانی و نادیده گرفتن موفقیت‌های درمان روان‌پزشکی را کاهش دهند و از بیماران روان‌پزشکی در جامعه انگ‌زدایی شود. گروه مسؤولین بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌های عمومی جایگاهی تحت عنوان روان‌پزشکی رابط در جلسات سالیانه خود تعیین نمودند و از سال ۱۹۹۲ عنوان روان‌پزشکی رابط در جلسات علمی سالیانه انجمن روان‌پزشکی، روان‌درمانی و نورولوژی آلمان به طور رسمی جا گرفت (۱۶، ۱۷).

روان‌پزشکی و روان‌درمانی و طب روان‌تنی و روان‌درمانی: الگوی ویژه کشور آلمان

در رابطه با روان‌پزشکی و علم روان‌تنی در آلمان چندین ویژگی وجود دارد.

نخست آن که همان طور که می‌دانیم، بر سر نحوه تعریف مفهوم طب روان‌تنی هیچ توافق بین‌المللی وجود ندارد. در آلمان حداقل از سه تعریف استفاده می‌شود. همان گونه که به تازگی Malt جمع‌بندی کرده است:

۱- به معنی طب کل‌نگر یا در نظر گرفتن کلیه جنبه‌های شخصیت بیمار دارای نشانه‌های جسمی به جای آن که تنها نشانه‌های بیماری را در نظر بگیریم.

۲- به معنی طب مرتبط با ناسازگاری‌های روان‌شناختی که منجر به ایجاد یا تشدید معلولیت جسمی یا بیماری می‌شود.

۳- به طور کلی به معنی درمان روان‌شناختی در مشکلات فیزیکی و روان‌شناختی است.

روانی‌جدی می‌شود. در نتیجه مراقبت‌های پیش‌گیرانه الزامی خواهد بود که بخش‌های روان‌پزشکی- روان‌درمانی یا روان‌تنی در بیمارستان‌های عمومی به بهترین وجه از عهده اداره چنین موقعیت‌هایی بر می‌آیند (۱۶، ۱۷).

برای استفاده از پیشرفت حاصل شده و استفاده از روش‌های جدیدتر، در سال ۱۹۷۹ برنامه‌ای در قالب یک مدل روان‌پزشکی توسط دولت آلمان شروع به کار کرد. کمیسیون ویژه در آخرین گزارش خود در این رابطه بر مراقبت از بیماران روانی در بیمارستان‌های عمومی تأکید کرد:

در بیمارستان‌های عمومی که با روان‌پزشکان همکاری دارند، پذیرش بیماران در مقایسه با بیمارستان‌های روانی با موانع کمتری رو به‌رو است و این موضوع از اهمیت بسیاری برخوردار است، زیرا بسیاری از بیماران اقدام کننده به خودکشی، اعتیاد به الکل یا مواد مخدر و همچنین سالمندان دارای اختلالات روان‌پزشکی در بخش‌های پزشکی و جراحی بیمارستان‌های عمومی تحت درمان قرار می‌گیرند.

با توجه به مشاهده شیوع اختلالات روان‌شناختی در بخش‌های پزشکی و جراحی، کمیته ویژه قصد تشکیل واحدهای مجزای بستری روان‌درمانی در بیمارستان‌های عمومی نداشت، بلکه الگوهای دیگری از همکاری را به صورت سه مدل مشاوره‌ای (Consultation)، مدل رابط (Liaison) و مدل گروه کاری (Work Group)، نوع توسعه یافته مدل رابط که همراه با تداوم خدمات است، پیشنهاد کرد (۱۶، ۱۷).

روان‌پزشکی رابط در آلمان: پیشرفت‌های اخیر

با آغاز دهه ۱۹۹۰ توجه جامعه روان‌پزشکی آلمان به روان‌پزشکی رابط بیشتر شد و گزارش‌هایی در مورد فعالیت‌های سرویس‌های روان‌پزشکی رابط در آلمان منتشر شد.

وضعیت مراجعه به سرویس‌های روان‌پزشکی رابط در آلمان مشابه با وضعیت آن در سایر نقاط جهان است، با این تفاوت که در واقعیت، سرویس روان‌پزشکی رابط در آلمان بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده باشند، بیمارانی که

تعریف آخر مبهم‌ترین تعریف در مقایسه با تعاریف رایج بین‌المللی محسوب می‌شود و طبق آن یک روان‌پزشک که در بخش خصوصی و تنها با بیماران نوروتیک کار کرده، به ندرت از دارو استفاده کند، می‌تواند خود را درمانگر طب روان‌تنی بنامد!

دوم آن که به نظر می‌رسد که بسیاری از افرادی که در خارج از آلمان زندگی می‌کنند، هنوز به خوبی نمی‌دانند که در کشور آلمان از سال ۱۹۹۲ به بعد «روان‌پزشکی و روان‌تنی» و طب روان‌درمانی دو تخصص جداگانه پزشکی در نظر گرفته می‌شوند. در این سال بر اساس تصمیم انجمن پزشکان آلمان دو تخصص پزشکی مجزا برای بیماران که اختلالات روان‌شناختی داشتند، به وجود آمد که اولی پزشک متخصص روان‌پزشکی و روان‌درمانی و دومی پزشک متخصص طب روان‌درمانی نام دارد، که این مورد دوم معادل پزشکی روان‌تنی است.

این سیستم دو معیاری تاریخچه‌ای طولانی دارد. در آلمان، درست برخلاف ایالات متحده، تفکر پسیکوسوماتیک اگر چه فقط خارج از حوزه روان‌پزشکی آکادمیک نبوده، اما اغلب با همکاری متخصصان طب داخلی شکل گرفته است. پیش از سال ۱۹۹۲ پزشکی که با بیماران روان‌پزشکی کار می‌کردند، بیشتر روان‌پزشک یا نورولوژیست بودند. اکثریت آن‌ها در مطب‌ها و مؤسسات خصوصی که برای درمان بیماران دچار علائم روان‌پزشکی و نورولوژی تأسیس شده بود، کار می‌کردند. به علاوه روان‌پزشکان، نورولوژیست‌ها و در واقع تمام پزشکان متخصص می‌توانستند مدرک روان‌درمانی و یا روان‌کاوی را نیز کسب کنند، پزشکان عمومی یا پزشکان خانواده نیز می‌توانستند چنین دوره‌هایی را بگذرانند و به روان‌درمانی بیماران خود بپردازند. حتی افراد غیر پزشک از جمله روان‌شناسان و حتی معلمان و مربیان علوم دینی نیز می‌توانستند این دوره‌های آموزشی خصوصی را بگذرانند. این آموزش‌ها به افراد حق معالجه بیماران با استفاده از روان‌درمانی را می‌داد و آن‌ها از سازمان خصوصی تأمین اجتماعی آلمان حقوق دریافت می‌کردند (۱۶، ۱۷).

به طور تقریبی از اوایل دهه نود به دلیل پیچیده شدن بیش از پیش محدوده روان‌پزشکی و نورولوژی چند قانون انتقالی وضع شد و هیأت مدیره انجمن پزشکان آلمان این دو تخصص وابسته به یکدیگر را به دو تخصص جداگانه تقسیم کرد: نورولوژی و روان‌پزشکی. اکنون روان‌پزشکان می‌بایست دوره‌های آموزشی یکی از روش‌های رفتاردرمانی یا روان‌درمانی‌های با گرایش روان‌کاوی را می‌گذرانند.

مدت زمان اندکی پس از شکل‌گیری روان‌پزشکی به عنوان شاخه‌ای از علم پزشکی، در سال ۱۹۹۲ به پزشکی که دوره‌های روان‌درمانی را طی کرده، مدتی نیز با آن تکنیک‌ها کار کرده بودند، عنوان «پزشک روان‌درمانگر» داده شد. در سال ۲۰۰۳ انجمن پزشکان آلمان تصمیم گرفت تا نام این تخصص را به «پزشک طب روان‌تنی و روان‌درمانی» تغییر دهد. طبق آمار، بیشتر این پزشکان به طور خصوصی کار می‌کنند، نه در بیمارستان‌های عمومی (۱۶، ۱۷).

دوره آموزشی در هر یک از این دو تخصص پزشکی ۵ سال است که شامل یک سال آموزش اجباری نورولوژی برای تخصص «روان‌پزشکی و روان‌درمانی» و یک سال آموزش اجباری طب داخلی و روان‌پزشکی و روان‌درمانی برای رشته «طب روان‌تنی و روان‌درمانی» است. در سال ۲۰۰۰ تعداد دستیاران تخصصی رشته «روان‌پزشکی و روان‌درمانی» ۳۷۹۶ نفر و تعداد دستیاران رشته «طب روان‌تنی و روان‌درمانی» تنها ۱۵۳ نفر بود. این دو تخصص حدود ۹۰ درصد هم‌پوشانی دارند و این موضوع به جهت سردرگمی بیماران و دستیاران هر رشته مورد انتقاد قرار گرفته است (۱۶، ۱۷).

روان‌پزشکی رابط و پزشکی روان‌تنی در آلمان: جدا از یکدیگر ولی معادل؟

سال‌های بسیاری در خارج از آلمان این تصور وجود داشت که متخصصان روان‌تنی آلمانی مسؤول ارائه سرویس‌های روان‌پزشکی رابط در بیمارستان‌های عمومی هستند. در واقعیت این طور نبود.

حوزه همکاری میان طب روان‌تنی و پزشکان عمومی

سرویس‌های مشاوره‌ای کنونی بیمارستان‌های عمومی به وسیله روان‌پزشکان و ۲۰ درصد از آن‌ها توسط متخصصان طب روان‌تنی انجام می‌شود، که همان طور که مشاهده می‌شود، تا حدی نیز هم‌پوشانی دارند. باید این موضوع را نیز در نظر گرفت که با آن که در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه برای هر یک از این تخصص‌ها یک بخش وجود دارد، تعداد بخش‌های روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی بسیار بیشتر از بخش‌های روان‌تنی است. با پذیرش هر دو این تخصص‌ها در سال ۱۹۹۲ تعداد بخش‌های روان‌تنی بیمارستان‌های عمومی در برخی مناطق آلمان مثل جنوب این کشور افزایش یافت، اما برنامه‌هایی که در نظر داشت، هر دو این بخش‌ها را در بیمارستان‌ها در کنار هم به خدمت بگیرد، به صورت معلق باقی ماند. طبق آمارها هنوز هم بیماران دچار علائم بدون توجیه از لحاظ فیزیکی بیشتر توسط متخصصین طب روان‌تنی مورد درمان قرار می‌گیرند (۱۶، ۱۷).

مشکل می‌توان گفت که آیا سیستم روان‌پزشکی رابط-مشاور دارای استاندارد دوگانه ویژه کشور آلمان می‌تواند برای کشورهای دیگر الگو باشد یا خیر، اما تا آن جا که شواهد نشان می‌دهد، سیستم موجود در نوع خود در این کشور بسیار کارآمد بوده است.

سپاسگزاری

لازم است که از جناب آقای دکتر طریقتی استاد پیشکسوت گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران که در تهیه بخش تاریخیچه پزشکی روان‌تنی در ایران ما را راهنمایی نمودند، سپاسگزاری نماییم.

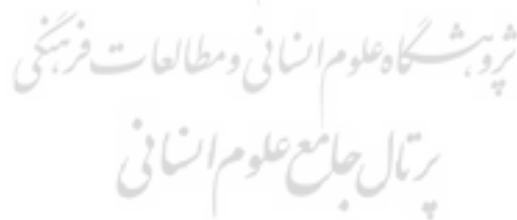
کلینیکی تنها در اواخر دهه ۱۹۸۰ پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشت. اختلاف بین روان‌پزشکان رابط و همکاران متخصص روان‌تنی آن‌ها در این دهه نیز کم و بیش وجود داشت. افراد روان‌پزشک در تلاش بودند که به بیان رابطه خود با طب روان‌تنی بپردازند تا به طریقی روان‌پزشکی را به عنوان زیرمجموعه‌ای از حوزه وسیع طب روان‌تنی مطرح نمایند، ولی این موضوع باعث ایجاد هیچ گونه همکاری بین این دو قشر نگردید (۱۶، ۱۷).

هر دو نوع این تخصص‌ها برای بیماران دچار مشکلات روان‌شناختی مناسب بودند. روان‌پزشکان به این دلیل که از لحاظ تعداد فراوان‌تر بودند، بیشتر خدمات مشاوره‌ای را در بیمارستان‌های عمومی ارائه می‌دادند و در حوزه تشخیص بیماری پشیمان بودند. متخصصان طب روان‌تنی بیشتر بر مواردی تمرکز داشتند که بیمار با علائم فیزیکی ناشناخته و غیر قابل توجیه مراجعه می‌کرد. هر چند برای این گروه از بیماران و نیز بیمارانی که از افسردگی رنج می‌برند، هنوز نیز بین این دو گروه ارائه‌کنندگان خدمات روان‌پزشکی هم‌پوشانی وجود دارد. الگوریتمی برای تفکیک مراجعات وجود ندارد و به دنبال آن این سردرگمی مطرح می‌شود که آیا برای مثال بیماران دچار افسردگی اغلب به عنوان بیماران بخش روان‌پزشکی رابط درمان کاملی شامل ترکیبی از معالجات روان‌درمانی و داروهای ضد افسردگی دریافت می‌کنند و یا به عنوان بیماران بخش روان‌تنی تنها روان‌درمانی می‌شوند. چنانچه یک مطالعه جامع در مورد نتایج ارائه هر یک از این سرویس‌ها در مورد هر کدام از بیماری‌ها انجام می‌شد، به نتایج قابل توجهی می‌رسید، ولی چنین مطالعه‌ای تاکنون انجام نگرفته است. تخمین زده می‌شود که ۹۰ درصد از

References

1. Stoudmire A, Mc Daniel JS. History, classification, and current trend in psychosomatic medicine. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
2. Martin MJ. Psychosomatic medicine: A brief history. *Psychosomatics* 1978; 11(19): 697-700.
3. Alexander F. *Psychosomatic Medicine*. New York: Norton; 1950
4. Mizrahi N. From causation to correlation: the story of psychosomatic medicine 1939-1979. *Cult Med Psychiatry* 2001; 25(3): 317-43.

5. Blumenfield M, Strain JJ. Psychosomatic medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
6. Davidian H. The history of new psychiatry in Iran. Tehran: Arjmand; 2009. [In Persian].
7. Mirsepasi AH. History, definition, framework and concepts of psychosomatic medicine. In: Mirsepasi AH, editor. A symposium for psychosomatic disorders. Tehran: Faculty of Medicine Publication; 1963. [In Persian]
8. Tarighati S. Psychosomatic disorders. Tehran: University of Tehran Publication; 1989. [In Persian]
9. Bourgeois JA, Hilty DM, Servis ME, Hales RE. Consultation-liaison psychiatry: Advantages for healthcare systems. *Disease Management & Health Outcomes* 2005; 13(2): 93-106.
10. Hammer JS, Lyons JS, Bellina BA, Strain JJ, Plaut EA. Toward the integration of psychosocial services in the general hospital. The human services department. *Gen Hosp Psychiatry* 1985; 7(3): 189-94.
11. Strain JJ, George LK, Pincus HA, Gise LH, Houpt JL, Wolf R. Models of mental health training for primary care physicians: a validation study. *Psychosom Med* 1987; 49(1): 88-98.
12. Strain JJ. Liaison psychiatry. In: Wise MG, Rundell JR, editors. *The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry: Psychiatry in the Medically Ill*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002. p. 33-48.
13. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23(3): 124-32.
14. Leentjens AF, Rundell JR, Wolcott DL, Guthrie E, Kathol R, Diefenbacher A. Reprint of: Psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry: scope of practice, processes, and competencies for psychiatrists working in the field of CL psychiatry or psychosomatics. A consensus statement of the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) and the Academy of Psychosomatic Medicine (APM). *J Psychosom Res* 2011; 70(5): 486-91.
15. Wright M, Samuels A, Streimer J. Clinical practice issues in consultation-liaison psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry*. 1996; 30(2): 238-45.
16. Diefenbacher A. Psychiatry and psychosomatic medicine in Germany: lessons to be learned? *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39(9): 782-94.
17. Herzog T, Scheidt C. Consultation/liaison psychiatry and psychosomatics in Germany: Separate or united? *Nordic Journal of Psychiatry* 1999; 45(6): 423-31.



History and models of psychosomatic medicine and a brief review of Its current status in Iran and Germany

Gholam-Hossein Ahmadzadeh¹, Azadeh Malekian², Hamid Afshar³,
Mohsen Maroufi⁴, Mohammad Arbabi⁵, Ali-Akbar Nejatiasafa⁶

Abstract

This review tried to describe the historical development of consultation-liaison (CL) psychiatry and psychosomatic medicine in the world and Iran. It also aimed to present a classification of different models of patient care and service delivery in CL psychiatry. It finally provided some explanation about the status of psychosomatic medicine and CL psychiatry in Germany as a different model in comparison with other parts of the world.

Keywords: Consultation-liaison psychiatry, Germany, Iran, Psychosomatic medicine.

Type of article: Review

Received: 18.01.2012

Accepted: 21.02.2012



1. Associate Professor, Behavioral Research Center, Department of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. Psychiatrist, Psychosomatic Disorders Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. Associate Professor, Psychosomatic Disorders Research Center, Department of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4. Associate Professor, Behavioral Research Center, Department of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

5. Assistant Professor, Department of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

6. Associate Professor, Department of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: nejatiasafa@tums.ac.ir