



# خبرنامه

## انجمن علمی روانپزشکان ایران

فروردین ۱۳۹۱ - شماره ۲۷

Newsletter

Iranian Psychiatric Association

زیر نظر هیات مدیره انجمن

علمی روانپزشکی ایران

همکاران این شماره:

(به ترتیب حروف الفبا)

دکتر فرهاد فریدحسینی

دکتر ندا عسکری

صفحه آرایی:

صالح عزیزی

تایپيست:

زهرا خلفی

چاپ:

محمد لایقی

تیراژ:

۱۵۰۰ نسخه که به طور رایگان

برای جامعه روانپزشکی ایران

ارسال می‌گردد

صفحه	عنوان	فهرست مطالب
۲	سخن اول	
۳	یاد استاد دکتر ضرابی	
۵	دکتر طریقتی بنیانگذار مکتب روزبه	
۷	گزارش تصویری همایش سال ۹۰	
۱۰	اخبار انجمن	
۱۱	فعالیت‌های علمی و اجرایی کمیته‌ها	
۲۵	کمیته‌ی روان درمانی	
۲۶	کمیته‌ی خلقی	
۲۷	کمیته‌ی آموزش	
۳۵	گزارش شاخه‌ها	
۳۶	نخستین کنگره بین المللی هیپنوتیزم بالینی و علوم وابسته نشریه تحقیقات علوم رفتاری	

آدرس سایت انجمن روانپزشکی ایران:

[www.psychiatrist.ir](http://www.psychiatrist.ir)

ایمیل:

[info@psychiatrist.ir](mailto:info@psychiatrist.ir)



## سخن اول

فعالیت‌های مستمر و پربار انجمن در سال ۹۰ آشکار است. برگزاری سخنرانی‌های ماهیانه و شرکت فعال همکاران در این سخنرانی‌ها، همکاری با سایر انجمن‌های علمی پزشکی و شرکت برخی از اعضای هیئت مدیره در نشست آنها، برگزاری همایش سالیانه انجمن در آذرماه ۱۳۹۰ و حضور چشمگیر و فعال همکاران محترم در این همایش، همکاری با کرسی یونسکو در سلامت و بحث و تبادل نظر در مورد سلامت روان و برگزاری همایش انگ و رسانه در اسفندماه ۹۰ را می‌توان به عنوان نمونه نام برد.

انجمن با کوشش‌های همکار و برادر ارجمندم جناب آقای دکتر جلیلی بنا بود در بهار ۱۳۹۱، همایش بین‌المللی منطقه‌ای انجمن جهانی روان پزشکان را در تهران برگزار کند. متأسفانه به سبب مشکلاتی که برخی از اعضای هیئت مدیره انجمن جهانی روان پزشکان برای شرکت در همایش داشتند، قرار شد فعلاً برگزاری این همایش را به زمان دیگری بسپاریم.

انتشار این شماره با فرا رسیدن نوروز باستانی همراه است، این فرصت را مغتنم شمرده و سال نو را به همکاران گرامی تبریک می‌گویم. از درگاه پروردگار یکتا سلامت و سعادت همکاران و خانواده‌های محترمشان را خواستارم. امید است که در سال آینده همچون گذشته همکاری نزدیک اعضای محترم انجمن را شاهد بوده و بتوانیم در اعتلای روان پزشکی و کمک به بیماران دردمند کوشا و موفق باشیم.

### دکتر غلامرضا میرسپاسی

رئیس انجمن علمی روانپزشکان ایران

# استاد همیشه دانشجو

## آقای دکتر اصلاان ضرابی

♦ دکتر احمد جلیلی



دکتر اصلاان ضرابی

بسته می‌شوند!

بیمارستان در دو طیف جدا بود از دروازه که می‌گذشتیم حیاطی بود با باغچه ای کوچک گلکاری شده و بعد حال ورودی بود در سمت راست به سوی اتاق رئیس بیمارستان و

کارمندان اداری می‌رفت و حسابداری؛ که زنده یاد محمد مهرداد کوشنده مظلوم و بی‌همتای راه آزادی اجباراً روی تخت آرمیده بود و کارهای حسابداری را انجام می‌داد. راهروی روبرویی به اتاق ناهار خوری و بعد اتاق پزشک کشیک می‌رفت و دست چپ دری بود که به حال دیگری باز می‌شد که در شرق و غرب آن بخش مردانه و زنانه بود و از پله‌های کنار حال که پایین می‌رفتی آشپزخانه و در همان وضع دو بخش دیگر بود که بخش زنانه (شرقی) بخش داخلی بود. یکی از جالب ترین تجربه های من بعدها در همین حال بالایی به دست آمد که بماند برای بعد.

با زنده یاد پاک باز مدیر بسیار جدی و توانای بیمارستان دیداری دست داد و به اتاق ناهارخوری رفتم و ناهار خوردیم که مردی خوش پوش و سمین وارد شد. جثه ای درشت و صورتی چاق و خندان با لبخندی که اغلب بر لب داشت. آقای دکتر مرشد مرا به ایشان معرفی کرد و گفتند که او دکتر اصلاان ضرابی رئیس بخش روانپزشکی آنجاست.

دکتر ضرابی از من پرسیدند تا حالا در بخش روانپزشکی کار کرده

تیرماه ۱۳۴۷ بود، انترن بخش یک بیمارستان هزار تختخوابی بودم. شادیاد دکتر محمد مرشد از بخش طبی ۱ که کنار و همسایه بخش قلب بود، با همان شتاب و سرعتی که در حرکاتشان بود به سراغم آمدند و پرسیدند، برنامه امروزت چیست؟ گفتم برنامه خاصی ندارم. فرمودند پس با من بیا. اتومبیل فولکس واگن مدل ۶۰ داشتند. وقتی سوار شدیم گفتند بیمارستانی است به نام ازگل، بیمارستان روانپزشکی است و برای کشیک شب نیاز به کسی دارند. می‌رویم آنجا اگر خواستی میتوانی تابستان را تا شروع خدمت سربازی آنجا کار کنی، هفته ای ۲ شب. همکاران خوبی آنجا هستند. من هم بیماران داخلی را می‌بینم. به سوی ازگل به راه افتادیم، راه طولانی بود. ازگل خارج از تهران در شمال شرقی شهر بود از سلطنت آباد آن زمان (پاسداران) از کنار خانه‌های سازمانی ارتش در لویزان می‌گذشتیم و دیگر خیابانی نبود و دیگر هیچ، جاده‌ای آسفالتی بود که به طرف شمال می‌رفت به آنجا که الان به بلوار ارتش می‌رسد و آن وقت راه باریکی بود که به لواسان می‌رفت. اواسط راه لویزان به جاده لشکرک یا لواسان خیابان فرعی به طرف غرب می‌پیچید و بیمارستان و راههای آن قرار داشت. بیمارستانی در میان بیابان بود و زمینها و باغها، که حالا اثری از آنها نیست و اتوبانها و خیابانها و پادگانها جای آن را گرفته است. در میان راه آقای دکتر مرشد از من پرسیدند کدام یک از حرکات عادی در رانندگی از همه خطرناک تر است و من نمی‌دانستم؛ فرمودند عطسه چون هر دو چشم با هم

کرد که تا پایان دوره رزیدنتی ادامه داشت و پس از آن هم بعنوان روانپزشک صبح، در آنجا به کار مشغول شدیم و دکتر ضرابی اصرار داشت که برای تمام بیماران قدیم و جدید مرکز روانپزشکی رازی و لو کوتاه و خلاصه، پرونده ای تشکیل شود که قبل از آن، برخی اندک از بیماران دارای پرونده بودند و بعدها در سال ۱۳۵۸ که دکتر ضرابی به ریاست انجمن روانپزشکی رسید، بعنوان دبیر انجمن همکاری نزدیک و صمیمانه، پر بار و آموزنده ای داشتیم و دوستی و آشنایی فقط به حیطه روانپزشکی محدود نشد و از همان ابتدا بحث های شیرینی در زمینه ادبیات و فلسفه و کتاب کتابخوانی داشت. انجمن در آن زمان با هدایت دکتر ضرابی به بالاترین سطح فعالیت های علمی رسید.

دکتر ضرابی عاشق کتاب و مطالعه بود و این جزء جدا نشدنی زندگی روزانه ایشان بود. دکتر ضرابی که بعنوان یکی از استادان روانپزشکی شناخته می شد هیچگاه خصوصیت دانشجویی خود را از دست نداد و او از معدود استادان دانشجوی ایران بود. حتی در سفرهای خارجی تا دهه آخر عمر بارش نیز هم از جهت آموزشی و هم سبک روش دانشجو بود و ماند و عشق به یادگیری و آموختن در او شعله می کشید. دکتر ضرابی انسانی نیک نفس، مهربان، خوش برخورد و به غایت اخلاقی بود. از دیدن بعضی اجحاف ها سخت بر می آشفتم و در آخرین صحبت خود در سال ۱۳۸۷ در جریان جلسه تجلیل از ایشان به آن اشارت داشت و همکاران را به راستی و درستی و رعایت حقوق بیماران هشدار می داد. در جلسات کنگره ها و هر جلسه همایش و سخنرانی قلم و کاغذی به دست داشت و از هر مطلب و صحبتی نوشته برمی داشت و آنها را حفظ می کرد.

دکتر ضرابی «اهل علم» بود و انبوه فرهیختگانی که در در جلسه یادبود او شرکت داشتند او را به این صفت می شناختند. گذشته از این بخاطر سوابق سیاسی و مبارزاتی احترامی مضاعف در جامعه پزشکی و اهل درد داشت. با به ابدیت پیوستن او یکی دیگر از بزرگان بی جانشین روانپزشکی را از دست دادیم. یادش گرامی باد. او استادی بود که همیشه دانشجو ماند و خود نیز این تعبیر را خوش داشت. ■

ای و پاسخ من منفی بود. آثاری از تردید در نگاهی که با دکتر مرشد رد و بدل کردند، دیده شد و اندکی تمجیح و بعد سکوتی آمد و در آخر دکتر ضرابی از من پرسیدند که اگر شب بیماری دچار حالت تحریکی شود چه کار میکنی؟ پاسخ دادم فشار خونش را کنترل می کنیم و اگر مسئله ای نداشت یک آمپول لارگاکیتل عضلانی به او تزریق می کنیم. آن زمان داروی ضد روانپریشی تزریقی فقط لارگاکیتل بود و فنتازین. چشمان درشت دکتر ضرابی در چشم خانه چرخید و سایه لبخند دوباره بر صورتش افتاد که گفت خوب باشد امشب بمان ببینم چه میشود. این اولین آشنایی با این بزرگ مرد روانپزشکی ما بود و بعدها خودش تعریف کرد که قصد داشته یکی از پزشکان بعد از ظهر (زنه یاد دکتر حسن زاده) را در بیمارستان نگاه دارد که برای بیماران احساس اطمینان خاطری داشته باشد و اشاره من به گرفتن فشار قبل از تزریق خیالش را راحت کرده بود. سه ماه تابستان را در آنجا ماندم و گرچه بیمارستان آموزشی نبود و طرف قرارداد بیمه های کارگران بود، اما از نظم و انضباط و آموزش چیزی از آنها کم نداشت. از همکاران خوب آن زمان زنه یادان دکتر عظیم وهاب زاده، دکتر نوذر نیک رو بودند که همگی از پزشکان یا دانشجویان پزشکی زندانی پس از مرداد ۳۲ بودند و پیشنهاد آن روز زنه یاد دکتر مرشد دری از رحمت آشنایی با مردانی فراموش نشدنی بر من گشود.

مقدمه، افزون بر متن شد. این آشنایی که بعد به دوستی عمیق و همکاری نزدیک انجامید، از نقاط روشن زندگی من بود. ظهرها در بیمارستان از گل ضمن صرف ناهار بحث های روانپزشکی می شد و چون بیماران مشکل دار را در آخر دکتر ضرابی می دید و رهنمود می داد، من یادداشت های او را که مربوط به کار من هم نبود می خواندم و دنبال می کردم. تابستان هم تمام شد و من به خدمت سربازی رفتم و پس از تمام شدن خدمت و بازگشت به تهران و آغاز دوره دستیاری روانپزشکی در بیمارستان روزبه تماس ها ادامه یافت تا ایشان به ریاست بیمارستان روانپزشکی رازی رسید و از اینجانب و جمعی دیگر از همکاران (آقایان دکتر مهرابی، دکتر حسین واحدزاده، دکتر هوشمند تیرانداز) دعوت به همکاری

# تجلیل از مقام بنیانگذار مکتب روزبه جناب آقای دکتر شگرا... طریقتی



■ دکتر فرید فدائی

مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

چهل سال پیش رفت که من لاف می‌زنم

کز چاکران پیر مغان کمترین منم

گرچه چهل سال پیش نیست اما به آن نزدیک است: در تالار این سینای دانشکده پزشکی تهران در درس روانشناسی پزشکی منتظر ورود استاد بودیم. سر ساعت، مردی جوان با چهره‌ای خوش و گشاده با حرکاتی باوقار وارد شد. با لحنی که مهربانی و اعتماد به نفس هر دو در آن متجلی بود با نام خدا و سلام به دانشجویان، چیزی که در آن سال‌ها خیلی هم معمول نبود، درس را آغاز کرد. آیا سحر کلام او، رفتار و گفتار باوقار و پزشکوار، یا محتوای درسی او بود که سکوتی عمیق را در حین تدریس او بر آن تالار بزرگ حاکم کرد؟ سکوتی که آن‌هم در کلاس‌های شلوغ و پر سر و صدای دانشجویان سال‌های استاژ معمول نبود.

پس از پایان گفتار با لحن پرطنین خویش از دانشجویان خواستند پرسش و نظریات خود را عنوان کنند. تعداد اندکی از استادان چنین رویه‌ای را داشتند. پرسش‌ها و نظرهای متعدد دانشجویان نشان داد که آن درس تأثیری بر اندیشه آنان داشته است. از آن جمع یکصد نفری که نیمی از دانشجویان پزشکی دانشگاه تهران در آن سال بودند هشت نفر در ایران یا خارج

به دنبال روانپزشکی رفتیم. من هم از آنان بودم که می‌اندیشیدم چه رشته خوبی می‌تواند باشد روانپزشکی که چنین کسی به دنبال آن رفته است. یادداشتهای آن روز خود را از درس استاد طریقتی هنوز دارم. او در آن سال‌های دور برای ما از دیدگاه زیستی- روانی- اجتماعی، انسان به عنوان یک منظومه بین منظومه‌های دیگر زیستی، و اهمیت احترام به اصول معنوی و احترام به بیمار و اعتقادات و شأن آن دختر سیزده ساله بی پناه خجالت زده‌ای گفت که در بخش داخلی ابزار شنیدن سوفل درجه یک قلبی برای دانشجویان پزشکی شده است. فکر می‌کنم پس از آن درس دوساعتی ذهنیت و دیدگاه‌های نوینی در ما شکل گرفت. چند سال بعد در سال پنجم پزشکی، روزبه را در دوره روانپزشکی دیدیم و آن را در وجود استادان عزیز دکتر بهرامی، دکتر معنوی و بازهم دکتر طریقتی باز شناختیم.

هر مکتب اندیشه و رفتار برای نفوذ در جان و روان مخاطب نیاز به سرمشق و مصداق دارد. این نمونه‌های عینی هستند که معرف هر مکتب و اندیشه‌اند یعنی کسانی که قول و فعل در آنان همراه و همگام باشند، تنها گفتن کافی نیست. به گفته سعدی: "طریق عشق به گفتن نمی‌توان آموخت".

استاد دکتر طریقتی به این ترتیب خود بهترین نمونه مکتب

نویسی کرده و خط کشیده است و سپس در پاسخ به پرسش دانشجویی به او اهداء کرده است. از این کتابها فراوان دارم. در ویزیتها کلام او همیشه پاکیزه و روان با نقل قولهایی بجا از بزرگان و بویژه از حافظ و مستند به آخرین مقالات و منابع روز بود. همکاران من تایید می‌فرمایند که برای تشخیص و درمان نه تنها بهترین توصیه‌ها را داشتند بلکه همیشه از کتابخانه دفتر خود مناسب‌ترین منبع را هم ارائه می‌کردند. و چنین بود که سیاهی ناآگاهی را در ذهن دستیاران خود به روشنی سپیده دم تبدیل می‌کردند:

ز دوستان تو آموخت در طریقت مهر

سپیده دم که صبا چاک زد شعار سیاه

با این تفصیل شگفت نیست که همگان او را نه تنها به عنوان یک پزشک عالیقدر بلکه یک انسان که راه به سوی کمال دارد دوست می‌دارند. این واقعیتی است که استاد دکتر طریقتی مصداق و نمونه عینی مکتب روزبه هستند و آنچنان که در تقدیرنامه کتاب روانپزشکی، انسان، و جامعه نوشته‌ام:

تقدیم به استاد ارجمندم جناب آقای دکتر شکرآ... طریقتی: مردی با دانش گسترده و شخصیت والا، آنچنان که یک "روانپزشک" باید باشد.

خداوند می‌فرماید: آدمی را جز حاصل کارش بهره‌ای نیست و استاد فردوسی سروده است:

نگر تا چه کاری همان بدروی

سخن هرچه گویی همان بشنوی

و چنین است که استاد دکتر طریقتی جز مهر نمی‌درود و جز سپاس نمی‌شنود. ■

روزبه، سرمشق شاگردان و عامل پویایی دانشجویان و پزشکان بوده و هستند.

عالمی را که گفت باشد و بس

سخن او نگیرد اندر کس

بعدها که افتخار دستیاری استاد طریقتی را در روزبه یافتیم دیدیم که نخستین ممیزه او وقار و مهربانیست. استاد به همه امور دستیاران خویش اعم از درسی و اجتماعی و خانوادگی برحسب ضرورت توجه داشت، مهر خود را به تساوی میان همه تقسیم می‌کرد. در آن دفتر کوچک اما پر رونق که در بخشی از روزبه داشتند از کثرت علاقمندان جای سوزن انداختن نبود. درس عشق و دوستی و نظم و دقت و احساس مسؤولیت و اخلاق می‌داد و به زبان حال می‌گفت:

تو کز سرای طبیعت نمی‌روی بیرون

کجا به کوی طریقت گذر توانی کرد

به خاطر دارم روزی از ناسپاسی ناموجهی از سوی بزرگی رنجیده بودم و تنها توانستم گله از او را به استاد ببرم. ایشان با خط زیبای خود برگ کاغذی که روی میزشان بود نوشت:

وفا کنیم و ملامت کشیم و خوش باشیم

که در طریقت ما کافر نیست رنجیدن

آرام شدم، آن یادگار با ارزش را نگه داشته‌ام و هر زمان که از ناملایمی و ناسپاسی و بی‌مهری ناموجهی می‌رنجم به آن مراجعه می‌کنم. نمی‌دانم در عصر رسانه‌های الکترونیک و دیجیتال و اتوماسیون اداری دیگر چنین فرصتی برای دانشجویان فراهم می‌شود که چنین یادگارهای ماندنی و ارزشمندی داشته باشد؟ چه کتابهای گرانقدری که استاد طریقتی آنها را حاشیه

# گزارش دبیر اجرایی همایش سال ۹۰



عکس دسته جمعی شرکت‌کنندگان در همایش سال ۹۰

برخلاف سالهای قبل دانشجویان و رزیدنت های همکار که کمیته اجرایی یک هفته قبل از همایش معرفی و شروع به کار نمودند ولی خوشبختانه علاقمندی و همکاری خوبی از خود نشان دادند و نظم خاصی در تمامی جلسات برقرار نمودند.

در این همایش جمعاً ۱۰۲ سخنرانی بطور همزمان و در سه سالن برگزار شد که ۵۸ مقاله ۹ سخنرانی جامع و ۳۵ سخنرانی نیز در قالب ۸ سمپوزیوم را شامل میشد. برای ۴ کارگاه نیز برنامه‌ریزی شده بود که یکی از کارگاهها بدلیل عدم استقبال شرکت کنندگان برگزار نگردید. ضمناً ۲۹ مقاله نیز بصورت پوستر پذیرفته شده بود.

به روال سالهای قبل امسال نیز از پیشکسوتان یعنی آقایان دکتر

بیست و هشتمین همایش سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران از تاریخ ۲۴ لغایت ۲۶ آبانماه ۱۳۹۰ در هتل المپیک تهران برگزار شد. کمیته اجرایی از اسفندماه ۸۹ فعالیت خود را به موازات و هماهنگ با کمیته علمی شروع نمود. با توجه به اینکه برای اولین مرتبه این همایش در هتل المپیک برگزار میشد، امور اجرایی و برنامه‌ریزی آن با سالهای قبل متفاوت بود و در حقیقت تجربه نو محسوب میشد. یکی از اقداماتی که برای اولین مرتبه بایستی انجام میشد، اخذ مجوز از اداره اماکن نیروی انتظامی بود که شخصاً با چندین مراجعه و پر کردن فرمهای مختلف و دادن تعهد انجام دادم (برگزاری هر نوع مراسم در هتل نیاز به اخذ مجوز از اداره اماکن دارد).

سرکار خانم دکتر رحیمی موقر، خانم دکتر رسولیان همچینین از رزیدنت‌های عزیز خانمها دکتر انصاری، دکتر کاشانی، دکتر امیدواری و آقای دکتر سیدابراهیمی و دانشجویان محترم پزشکی خانمها دکتر مرتضوی، دکتر حیدری، دکتر شاه خواه و آقایان دکتر مقصودی، دکتر شیخی، دکتر شفاهی، دکتر محسنی، دکتر خاکی، دکتر آذری، دکتر احمدپناه این همایش امکان برگزاری نداشت مگر با تلاشهای چند ماهه منشی‌های محترم انجمن سرکار خانم خلفی و سرکار خانم یزدانی که با توجه به سابقه چند ساله و تجربه بیشتر، مدیریت و برنامه‌ریزیهای خانم خلفی بود و صبورانه دستورات وقت و بیوقت بنده و بقیه همکاران را بدون هیچگونه شکایت انجام میداد و خانم یزدانی نیز با توجه به تجربه اول، به وی در این زمینه یاری میرساند.

دکتر پرویز مظاهری

دبیر انجمن و دبیر اجرایی

همایش سال ۹۰

محرری، دکتر خوشنویس و دکتر نصرت اله خاقانی در روز پایانی تجلیل بعمل آمد و لوح و تندیس اهدا گردید.

۱۵ شرکت دارویی نیز با برپایی غرفه و نمایشگاه دست آوردهای دارویی خود را در معرض دید شرکت کنندگان قرار دادند و انتشارات ارجمند نیز به روال سالهای قبل آخرین کتب روانپزشکی خود را به حاضرین معرفی نمود. به ۶ NGO (سازمان مردم نهاد) نیز میز داده شد که فعالیتهای خود را مطرح نمودند.

پذیرایی میان وعده و همچنین نهار نیز با کیفیت عالی و نظم خاص انجام و مورد رضایت شرکت کنندگان قرار گرفت.

در پایان لازم میدانم از اعضای کمیته اجرایی که مرا در این امر مهم یاری دادند تشکر و سپاسگزاری نمایم. آقایان دکتر جلیلی، دکتر میرسپاسی، دکتر محیط، دکتر امینی، دکتر اربابی، دکتر حاجتی، دکتر شریفی، دکتر شعبانی، دکتر صابری، دکتر صادقی، دکتر صدر، دکتر صمیمی، دکتر نجاتی صفا، دکتر یداللهی و



نمایی از بنر همایش



مراحل ثبت نام



گزارش دکتر جلیلی رییس کمیته همایش‌ها



سخنرانی دکتر میرسپاسی رییس محترم انجمن





گزارش دکتر رحیمی دبیر علمی همایش



گزارش دکتر مظاهری دبیر اجرایی همایش



تجلیل از شاخه برگزیده (استان فارس)



گزارش دکتر صمیمی بازرس انجمن



تجلیل از پیش کسوتان (دکتر خاقانی)



تجلیل از پیش کسوتان (دکتر خوشنویس)



عکس دسته جمعی دست اندرکاران همایش



تجلیل از کمیته برگزیده (کمیته روان درمانی)

## تصویب تغییر در اساسنامه انجمن

### جلسه مجمع عمومی عادی سالیانه برگزار و تغییر در اساسنامه انجمن تصویب شد

مددکار اجتماعی روانپزشکی) و سایر دارندگان مدرک دکتری که با تیم درمانی روانپزشکی همکار هستند.

۳. تعداد اعضای هیأت مدیره از ۷ نفر به ۹ نفر افزایش یابد.

۴. تعداد بازرس علی البدل یک نفر پیشنهاد شد.

لازم به ذکر است که دبیر محترم کمیسیون انجمن‌های گروه پزشکی در پاسخ به درخواست انجمن مبنی بر تغییرات اساسنامه‌ای، انجام این تغییرات را مستلزم تشکیل مجمع عمومی فوق العاده نموده و پیشنهاد کرده‌اند در مجامع عمومی آتی انجمن اصلاحات اساسنامه‌ای مورد نظر در جریان مجمع فوق العاده با حضور نماینده این کمیسیون تشکیل و تصمیم‌گیری شود.

این جلسه در تاریخ ۹۰/۱۲/۱۱ در محل بیمارستان روزبه تهران تشکیل گردید.

پس از ارائه گزارش فعالیت‌های انجمن طی سال گذشته و گزارش مالی انجمن تغییرات اساسنامه که به تصویب هیأت مدیره انجمن رسیده بود مطرح گردید. اهم این تغییرات عبارتست از:

۱. نام رشته: روانپزشکی یا اعصاب و روان

۲. اعضای وابسته انجمن شامل: کلیه کسانی که دارای دکترای حرفه‌ای در یکی از رشته‌های پزشکی (بویژه دستیاران روانپزشکی) و کلیه افرادی که دارای عنوان رسمی دانشجوی پزشکی و دارندگان درجه دکتری در رشته‌های پیراپزشکی (از قبیل روانشناسی بالینی، روان پرستار، کاردرمانگر و

آدرس سایت انجمن روانپزشکی ایران:

[www.psychiatrist.ir](http://www.psychiatrist.ir)

ایمیل:

[info@psychiatrist.ir](mailto:info@psychiatrist.ir)



انجمن علمی روانپزشکان ایران

## سمپوزیوم روان‌درمانی اختلالات شخصیت

ششم تا هشتم اردی‌بهشت سال ۱۹۳۱

### محورهای جلسات:

مروری بر دیدگاه‌های نظری مختلف به شخصیت و اختلال شخصیت

روان‌درمانی اختلالات شخصیت کلاستر A

روان‌درمانی اختلالات شخصیت کلاستر B

روان‌درمانی اختلالات شخصیت کلاستر C

فرهنگ و شخصیت

موضوعات ویژه در روان‌درمانی اختلالات شخصیت

مسایل جنسی

اعتیاد و سوء‌مصرف مواد

مسایل قانونی

خانواده

اطلاعات بیشتر درباره‌ی جزییات برنامه و نحوه‌ی نام‌نویسی به زودی  
در سایت کمیته‌ی روان‌درمانی اعلام خواهد شد:

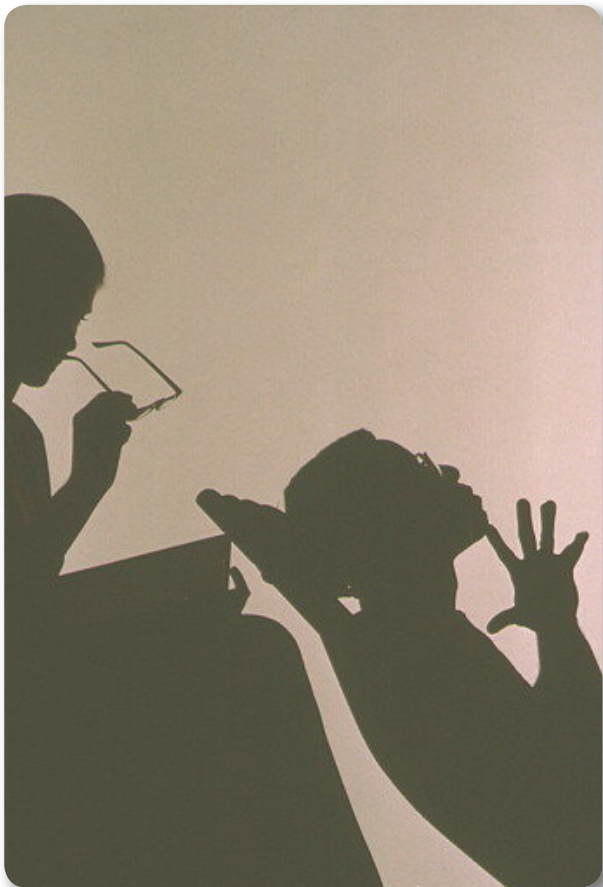
[www.iranianpsychotherapy.ir](http://www.iranianpsychotherapy.ir)

[www.iranianpsychotherapy.com](http://www.iranianpsychotherapy.com)

[www.iranianpsychotherapy.org](http://www.iranianpsychotherapy.org)

# پیشگیری از رها کردن روان‌درمانی با استفاده از گرفتن باز خورد از آنها

■ ترجمه: دکتر ندا عسکری  
دستیار روان‌پزشکی بیمارستان روزبه



یک درمانگر مبتدی موفقیت خود را در استفاده از Session Rating Scale برای پیشبرد کار خود با شما به اشتراک می‌گذارد: جملاتی مثل «شما در ۳۰ درصد موارد را درک می‌کنی» «من غمگین بودم و شما صحبت‌م را قطع کردی».

مراجعین این عبارات ناشی از عدم رضایت را به من گفته‌اند. شنیدنش آسان نبود ولی روش کار روان‌درمانی مرا تغییر داد میزان ترک درمان را به صورت واضحی کم کرد.

ان: پیگ بیطالنه ووردی

من ان را درمان می‌کردم. او یک خانم اهل آمریکای لاتین بود که در اوایل دهه سوم زندگی به سر می‌برد و ۶ ماه بود که روان‌درمانیش آغاز شده بود. او حملات هراس هفتگی، خودزنی‌های روزانه، اختلالات شدید خواب، طیفی از علائم جسمی که به اضطرابش نسبت می‌داد و مشکلات پایدار بین فردی بود. او به عنوان فردی با دقت و دوست داشتنی ظاهر شد اما زیر نقاب خوشرویی و خوش خلقی دردی عظیم را پنهان کرده بود. او تاریخچه‌ای از سوء استفاده جنسی توسط اعضا مختلف خانواده، که قبل از ۴ سالگی شروع شده بود و

بیش از ۶ سال به طول انجامیده بود، در گذشته خود داشت. در بیشتر مدت زندگی او، مادرش روسپیگری می‌کرد و هم پدر بیولوژیک وی و هم ناپدری او به دلیل آزار جنسی در

زندان بودند.

علیرغم تمام این مسائل، ان، علیرغم تمام این مسائل انعطاف زیادی از خود نشان داده بود و با نمره بالایی از کالج فارغ التحصیل شده بود.

بخش زیادی از دوران کودکی و نوجوانی او به روان‌درمانی انفرادی و گروه درمانی گذشته بود اما به گفته خودش هرگز واقعاً تلاشی جهت موثر بودن این درمانها نکرده بود. بعد از فارغ التحصیلی به این نتیجه رسیده بود که می‌خواهد راه حلی برای اضطرابش پیدا کند لذا درمان انفرادی را در نظر قرار داده و به من مراجعه کرده بود.

درمان وی در ابتدا رو به پیشرفت بود. در چند ماهه اول، حملات هراس متوقف شد، اضطراب عمومی کاهش یافت، خودزنیها متوقف شد، علائم جسمانی کاهش یافت و وضعیت خوابش به تدریج بهتر شد. با این حال مشکلات بین فردی او همچنان پا برجا باقی ماند. ما چندین ماه به این مساله پرداختیم و آن را واکاوی کردیم ولی پیشرفت در این زمینه ناچیز بود. در واقع زندگی اجتماعی و رومانتیک او رو به بدتر شدن داشت. ان بیقرار و خسته بود. من از روشهای مورد علاقه‌ام مثل گروههای مشاوره و سایر روشها استفاده کردم تا بر مشکل پیش آمده غلبه کنم اما موفق نشدم. به عنوان یک روان‌درمانگر تحلیلی می‌دانستم آنچه که قرار بود انجام دهم، کار کردن روی ترانسفرنس، ایجاد بینش نسبت به تحلیلها در اتاق درمان، ارزیابی کانترا ترانسفرنس خودم و فوق همه اینها، حفظ چارچوبها بود. این چارچوبها از این محکم تر نمی‌توانست باشد ولی می‌دیدم که از درون رو به تلاشی هستند.

#### تهدید وجودی

در طی یک هفته دو مراجع من بعد از یک جلسه، درمان را ترک کردند. این اتفاق در همان ماهی رخ داد که درمان ان به مشکل برخورد بود. من در مورد نتایج بررسیهایی که عنوان می‌کردند ممکن است تعداد جلسات روان‌درمانی درمانگر تازه کار که در تلاش است تا کارش را در طی دوران رکود اقتصادی پیش ببرد،

کاهش یابد و این که دو مراجع جدید در طی هفته درمان را رها کنند، یک تهدید وجودی محسوب می‌شد، لذا به این نتیجه رسیدم که چیزی باید تغییر کند.

یک بعدازظهر در آن هفته به سخنرانی اسکات میلر در کنفرانس تکامل روان‌درمانی که در سال ۲۰۰۹ انجام شده بود گوش دادم. او با گرفتن بازخورد، پیشگام این کار در روان‌درمانی شده بود. آنجا که او به ترک درمان به عنوان بزرگترین تهدیدی که سلامت رفتاری در ایالات متحده و کانادا با آن مواجه است اشاره کرد، توجه مرا جلب نمود.

او داشت درباره کار من صحبت می‌کرد. دریافتم که من تنها درمانگری نیستم که با این مشکل مواجهم و دلیلی ندارد که از شر ماری آن را پنهان کنم. لذا تصمیم گرفتم از همکاران و استادانم کمک بگیرم.

#### تأییدیه‌ای برای همه

در نخستین سال دشوار تاسیس مطب خصوصی، من از برقراری ارتباطات در این صرف ناهار لذت می‌بردم. زیرا جذابیت ملاقات با پزشکان با سابقه و شنیدن خاطرات آنها را به همراه داشت. این افراد عموماً خونسرد، آرام و مطمئن هستند و می‌توانند به راحتی هزینه از دست دادن یک مراجع را تأمین کنند. اگر می‌خواهید کاری کنید که این ستونهای جامعه روان‌درمانی از غذا خوردن دست بردارند و حتی کمی عرق کنند کافی است از آنها در مورد آمار ترک درمان توسط مراجعینشان سوال کنید! عین این می‌ماند از ازشان پرسیده باشید که ممکن است مبتلا به کدام بیماریهای منتقله از طریقه جنسی باشند! اصلاً مودبانه نیست. مهم نیست که ترک درمان توسط مراجع یک واقعیت همگانی در حرفه ماست و در همه روشهای درمانی و همه تشخیصها دیده می‌شود. این امر راز کثیف ماست رازی که همه دارند ولی هیچ کس نمی‌خواهد راجع به آن صحبت کند. اگر از بعضی موارد استثنایی چشم پوشی کنیم، میزان ترک درمان، علیرغم دهه‌ها درمان و تحقیقات و تأییدیه‌های مختلف، امروز به همان بدی ۵۰ سال قبل است.

چه چیزی ترک درمان شمرده می‌شود؟

کاهش دهم تمرکز می‌کردم.

در سال ۲۰۱۰، آمار ترک درمان در مطب خصوصی من ۳۷ درصد بود. متأسفانه نمی‌توان فهمید که این میزان خوب، متوسط یا بد است زیرا هیچ برداشت عمومی در مقالات در مورد آمار دقیق ترک درمان وجود ندارد. میزان متوسط آن در روان‌درمانی، بسته به این که توصیف شما از این واژه چیست این که ختم درمان بدون توافق درمانگر است یا تعاریف دیگر، بین ۱۵ تا ۶۰ درصد یا حتی متفاوتتر است.

بافشاری روی گرفتن بازخورد

همه درمانگران معتقدند که از مراجع باز خورد می‌گیرند: «البته که من از مراجعینم بازخورد می‌گیرم. این کار را هر جلسه انجام می‌دهم» در مورد شما هم این جمله صدق می‌کند؟ پس به من بگوئید سه مورد آخر ترک درمان از سوی مراجعینتان به چه دلیلی رخ داده. ما مطمئناً در مورد بازخورد سوال می‌کنیم ولی به همان روشی که دندانپزشک قبلیم می‌پرسید: «خوب بود؟» یعنی به عنوان یک جمله فرمالیته و تنها برای ختم کلام. اطلاعاتی راهم که در پاسخ به این سوال می‌گیریم، به همان اندازه غیر کاربردی است: «بله خیلی عالی بود.» «شما درمانگر فوق العاده ای هستید.» «من واقعاً الان احساس بهتری دارم» مبهم و کلی و حتی بدتر: مودبانه. فقط به این درد می‌خورد که مراجع فکر کند درمانگر را راضی کرده و درمانگر فکر کند که توانسته خطر رها کردن درمان توسط مراجع را دور نگاه دارد.

در کار خودم من آن را این طور تعریف کردم که هرگاه یک مراجع درمان را بدون آن که من به او بگویم که درمان را متوقف کند چون به نتایج مثبت کافی دست یافته است، ختم کند، ترک درمان صورت گرفته است. من این تعریف را برگزیدم زیرا فکر می‌کنم این مستقیماً به مشکلی که می‌خواهم حل کنم، یعنی مراجعینی که می‌توانند از درمان سود بیشتری ببرند ولی این را برمی‌گزینند که دیگر به درمان با من ادامه ندهند، می‌پردازد. مطمئناً این تعریف چیزی نیست که برای همه درمانگران کاربرد داشته باشد. اگر مراجعی به دلیل عواملی که ادامه درمان را غیرممکن می‌سازند مثل مهاجرت به شهری دیگر درمان را قطع کند، من آن را جزء ترک درمان محاسبه نمی‌کنم اما اگر دلیلی که مطرح می‌کند این باشد که دیگر نمی‌تواند هزینه درمان را تقبل نماید، اما تمایلی ندارد در مورد کاهش هزینه درمان صحبت کند، آن را جزء این آمار محسوب می‌کنم.

مطمئناً بعضی مراجعین همه تلاش خود را می‌کنند تا به شما بازخورد دهند. گاهی شما نمی‌توانید جلوی بازخورد را بگیرید اما اینها آن مراجعینی نیستند که من نگران رها کردن درمان توسط آنها هستم. شاید بعضی درمانگران بتوانند اطلاعات ارزشمندی با سوالات غیررسمی برای اخذ بازخورد به دست آورند ولی من دریافته‌ام که اگر این کار را به صورت رسمی انجام ندهم، در انتها فقط اطلاعاتی مبهم و کلی کسب خواهم کرد.

مسلماً دلایل متعددی برای رها کردن درمان از سوی مراجع وجود دارد. بیشتر تحقیقات انجام شده روی آنچه ما عوامل مربوط به مراجع می‌خوانیم مثل تشخیص، ویژگیهای دموگرافیک. میزان پیشرفت درمانی و امثالهم تمرکز کرده‌اند اما این موارد به مشکل من در مورد رها کردن درمان از سوی بیمارانی کمک نکردند من در ابتدای کار بودم و نمی‌توانستم انقدر شیک رفتار کنم که مواردی را که ریسک بالایی از نظر ترک درمان دارند، نپذیرم. در عوض باید روی عوامل مربوط به درمانگر یعنی آنچه می‌توانستم با کارکردن روی آنها آمار ترک درمان از سوی مراجعینم را

یک جلسه بی ثمر دیگر با ان پایان یافت و من تقریباً مطمئن بودم که او هم درمان را ترک خواهد کرد. یک فرم بازخورد به دستش دادم و از او خواستم آن را پر کند. او به برگه نگاهی انداخت و گفت «با من شوخی دارید؟» به عنوان یک درمانگر مبتدی من تلاش زیادی می‌کردم که اضطرابم را مخفی کنم. پاسخ دادم «من به این بازخورد برای آگاهی از این که چطور می‌توانم بهتر بهت کمک کنم نیاز دارم. البته ضمناً این کار کمک می‌کند که درمانگر بهتری هم باشم. پس از این که وقت می‌گذاری و اینها را پر می‌کنی

تفاوت‌های فرهنگی: من یک مرد هتروسکسوال سفیدپوست میانسال هستم. ان یک زن بایسکسوال لاتین است. من انتظار داشتم در مورد عدم درک ناشی از این تفاوتها چیزی بگویند. در این صورت مضطرب نمی‌شدم و راحت تر با آن کنار می‌آمدم. ولی عدم درک اندوه یا گسستن از جلسه برایم قابل تصور نبود.

آن گروه از بازخوردهایی که من از مراجعین می‌گیرم و برایم گیج کننده بوده و یا به نظرم نادرست آمده، بهترین بازخوردهایی بوده که گرفته ام. چرا ما به سوپروایزرهایمان اعتماد داریم که نقاط کور ما را آشکار کنند اما به کسی که واقعاً با ما در اتاق حضور دارد اعتماد نداریم؟! این واقعاً عجیب است که ما تلاش زیادی می‌کنیم و پول فراوانی خرج می‌کنیم تا از همکاران و پیشکسوتان این رشته فیدبک بگیریم ولی تقریباً تلاشی برای گرفتن بازخورد رسمی از مراجعینمان نمی‌کنیم.

من به این نتیجه رسیدم که در نحوه استفاده من از فیدبکها، دو شکل وجود دارد. اول این که من فیدبک را تفسیر می‌کردم. من فکر می‌کردم که این بخشی از روند درمان است که معنیش این بود که در بهترین حالت چیزی مربوط به مراجع است و نه من. البته گرفتن بازخورد و استفاده از آن، روند درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لازم بود من پیاموزم که یک لحظه پروسه درمان را کناری بگذارم و واقعاً بازخورد مربوطه را دقیقاً بشنوم. از آن زمان من یک قانون چهار مرحله ای بازخورد تهیه کردم. یک فرم کاغذی به کار می‌برم چون عمل ارائه کاغذ و خودکار به صورت یک شیفت سمبولیک در انتقال پروسه از مراجع به سوی من است. اگر مراجع همیشه به من نمرات بالایی بدهد یا چیزهایی در قالب «تونی، همه چیز عالی» بگوید، می‌گویم «خوب در واقع همیشه چیزهایی هست که بتونم بهتر کنم. می‌شه به من یکی دو مورد خاص رو بگی که به نظرت می‌تونم بهتر انجام بدم، در طی درمان، همه چیز درباره مراجع است و در طی بازخورد همه چیز درباره من.

متشکرم. ان دوباره غرولندی کرد چشمهایش را گرداند و Session Rating Scale را که ابزاری بسیار خلاصه شده برای سنجش اتحاد درمانی در ۴ زمینه است پر کرد و به من برگرداند.

من دریافتم که اتحاد درمانی ما همان طور که من حدس می‌زدم، یک کشتی در حال غرق شدن است. پرسیدم چه کار خاصی می‌توانم برای بهبود وضع انجام دهم. او پاسخ داد: «می‌تونم به من گوش بدی» من گفتم: «به طور اختصاصی تر بگو که چگونه گوش نمی‌دهم و چه طور بهتر می‌تونم بهت کمک کنم.»

او به من همان طوری نگاه انداخت که مراجعین وقتی مطمئن نیستند که آیا شما واقعاً منظورتان همان چیزی است که بیان می‌کنید یا نه به شما نگاه می‌کنند و با عصبانیت گفت: «شما در ۳۰ درصد مواقع منو درک می‌کنی» از او خواستم مثالی بزنند. او گفت: «وقتی داشتم در مورد دختر عمویم حرف می‌زدم حرفم رو قطع کردی اون مساله برام مهم بود». من به خاطر نمی‌آوردم که ان چیزی در مورد دخترعمویش گفته باشد. پرسیدم دیگر چی؟ همیشه وقتی این ساعت روز همدیگر رو ملاقات می‌کنیم، خسته ای، این جلسه، دو سه بار حواست اصلاً به من نبود. من فکر می‌کردم که توانسته‌ام خستگی عصر خود را پنهان کنم.

«دیگه چی؟» زمانهایی هست که من غمگینم و شما واقعاً متوجه احساسات من نمی‌شید در حالی که فکر می‌کنی متوجه می‌شی. هیچکدام از بازخوردهای ان به نظرم درست نمی‌آمدند. علاوه بر اینها من همیشه به همدلی خوب و دقیقم مباحثات می‌کردم. چه جور درمانگری می‌توانم باشم اگر حتی غمگینی مراجع را حس نکنم.

#### چهار قانون دریافت بازخورد

ما همه ضعفهایی داریم که آنها را می‌شناسیم. به عنوان مثال

قانون دوم این است که تفسیر نکنم. اگر من بازخورد را در قالب روند درمانی دریافت و تفسیر کنم، در واقع بازخورد واقعی را از دست داده‌ام. به عنوان یک درمانگر تحلیلی، همه آموزشها تنها به من می‌گفت که پاسخهای آن را به عنوان ترانسفرنس یا فرانکنی تفسیر کنم و این که او داشت وابستگیهای پاتولوژیک گذشته خود را دوباره در ارتباط با هم تجربه می‌کرد. اما من متقاعد شدم که این رویکرد منجر به رها کردن درمان از سوی او خواهد شد زیرا او به درستی مشاهده کرده بود که من او را نادیده می‌گیرم. اسکات میلر این نوع رویکرد را «انتقال بار» می‌نامد. وقتی که ما اشتباهات خود را به عوامل مربوط به مراجع نسبت می‌دهیم. انجمن روانشناسی آمریکا به این رویکرد رسیده که کارآموزان بیاموزند که چگونه اطلاعات مربوط به نتایج بالینی را جمع آوری کنند. متشابهاً مایکل لامبرت و همکارانش ابزارهایی جهت پیش بینی و کاهش موارد قطع درمان از طریق پیگیری جلسه به جلسه پیشرفت بالینی مراجع در طی درمان ارائه کرده است. این اطلاعات ارزشمندند اما هنوز هم روی عوامل مربوط به مراجع متمرکزند و بنابراین ممکن است اطلاعات مهمی را که فقط مراجع در مورد اشتباهات درمانگر در حین کار می‌داند، نداشته باشند. لازم است من نقش خودم را در داستان بدانم تا یک گام جلوتر از ترک بالقوه درمان باشم. بدون بازخورد جلسه به جلسه و زمانی که مراجع درمان را رها کند خیلی برای پیدا کردن علت دیر شده است.

به عنوان درمانگران ما ادعا می‌کنیم که از درمانهای تأیید شده استفاده می‌کنیم. ما با افتخار تأییدیه‌هایی را که اخذ کرده ایم تبلیغ می‌کنیم اما همان قدر هم اطلاعات مربوط به کار بالینی خود از جمله آمار رها کردن درمان از سوی مراجعین خود را که در گنج پنهان می‌کنیم، ..... لوتز و ساندوز عنوان کرده‌اند که به جای درمانهای تأیید شده باید درمانگران تأیید شده داشته باشیم. به عنوان تامین کنندگان سلامت عمومی ارزیابی نتیجه کار یک مسئولیت اخلاقی است. اگر ما به پنهان

کردن خرابکاریهایمان ادامه دهیم بقیه آنها را رد خواهند کرد.

#### بازخورد جامع

در واقع چگونه از بازخورد استفاده می‌کنیم؟ گاهی ساده است. به عنوان مثال در پاسخ به بازخورد آن من وقت جلسه را به زمان دیگری از روز که خسته نباشم منتقل کردم. (حالا من وقت قبلی او را به چرت نیمروزی اختصاص داده‌ام در نتیجه سایر مراجعین هم از این باخورد ان سود بردند) استفاده از بعضی بازخوردها دشوارتر است. بخصوص وقتی درباره رفتارهای ناخودآگاه من است. ان اصرار داشت که وقتی داشت در مورد دخترعمویش صحبت می‌کرد من حرفش را قطع کردم ولی من چنین چیزی را به خاطر نمی‌آورم. همان طور که من هیچ آگاهی نسبت به پرهیز از غمگینی او نداشتم. در حالی که می‌خواستم نظراتش را جدی بگیرم نمی‌خواستم بپذیرم که آنچه او درک کرده حقیقت دارد.

با این حال بازخوردهایی که به رفتارهای ناخودآگاه من اشاره دارند ارزشمندترین آنها هستند. سومین قانون فیدبک که رعایتش از همه سخت تر است این است: بیشتر از همه روی بازخوردی که به نظرت نادرست گیج کننده یا مضطرب کننده می‌آید تمرکز کن. این همان جایی است که گنج پنهان شده.

وقتی در مورد صحت بازخوردی که می‌گیرم مطمئن نیستم از استراتژی استفاده می‌کنم که اسمش را «مثلت دیدگاه» گذاشته‌ام. اول از جلساتی که با مراجع دارم فیلم می‌گیرم آن را نگاه می‌کنم و سپس در گروههای مشاوره با همکارانم مرور می‌کنم. مقایسه نظرات مراجع، خودم و همکارانم معمولاً نتیجه را به دست می‌دهد.

براساس تجربه من دریافت مراجع حداقل در دو سوم موارد درست است و در نتیجه منجر به تصحیح روشم در درمان آنها می‌شود. با این حال مهم است که به این نکته توجه کنم که



حتی وقتی فکر می‌کنم که دریافت او غلط است باز هم باید به بازخورد او واقعاً اشاره کنم وگرنه ریسک ترک درمان از سوی او بالا می‌رود.

وقتی دوباره فیلم را نگاه کردم دیدم که بله حرفش را قطع کردم. همکارانم در یک گروه مشاوره فیلم را دیدند و مثالهای متعدد از مواردی آوردند که اندوه ان داشت بالا می‌آمد ولی من آن را متوقف کردم و مجدداً روی خشمش تمرکز نمودم. (در جلسات بعدی معلوم شد که این دو در حقیقت به هم مرتبط بودند زیرا در واقع اندوه او به این خاطر بود که نتوانسته بود از دخترعمویش در برابر سوء استفاده محافظت کند) این سخت‌ترین بازخوردی بود که می‌گرفتم اگر این امر را در فیلم به روشنی ندیده بودم هرگز باور نمی‌کردم. بررسی فیلمها برایم روشن ساخت که من با سایر مراجعین هم علاوه بر آن به طور ناخودآگاه بحث را از صحبت درباره اندوه به مسائل دیگر می‌کشانم. این چیزی بود که اگر روی گرفتن بازخورد اصرار نمی‌کردم هرگز در نمی‌یافتم. گام چهارم در روند بازخورد، برگرداندن آن به مراجع است. اگر با نظرات آنها موافقم در کارمان اصلاحات مناسب انجام می‌دهم. اگر موافق نیستم در مورد نظرات متفاوتمان بحث می‌کنیم در هر دو حالت اطمینان حاصل می‌کنم که بدون پیش زمینه و سوگیری عمل می‌کنم و اجازه می‌دهم مراجعین بدانند که من بازخورد آنها را جدی گرفته‌ام. لذا در این مورد ان و من با هم در مورد

بازخورد بحث کردیم. من موافقت کردم که توجه بیشتری داشته باشم که او را از صحبت درباره اندوهش منحرف نکنم و او پذیرفت که اگر در زمانی دید که من چنین کاری می‌کنم، به من بگوید. من آموزش دیده بودم که ضعفهای بالینیم را از سوپروایزرهایم بپرسم و با آنها را مرور کنم. الان من آنها را از مراجعینم هم کسب می‌کنم. آنها به من هدیه ای جالب داده اند: یک فهرست معتبر از ضعفهای بالینیم. من منبع بهتری برای جلوگیری از رها کردن درمان از سوی مراجعین نمی‌شناسم. حالا شش ماه گذشته، ان در مسائل بین فردی پیشرفت آشکاری کرده. او ارتباطاتش با دوستان، هم اتاقیها و کارفرماهای خود را بهبود بخشیده. او محدودیتهای محکمی در ارتباط با اعضا خانواده اش که او را در گذشته مورد سوء استفاده قرار داده‌اند گذاشته است. خواب، اضطراب و علائم جسمی او رو به بهبودی است. هر جلسه او به من می‌آموزد که چگونه می‌توانم بهتر به او کمک کنم. قبل از استفاده از بازخورد هر ماه یک تا ۳ مورد از بیمارانم درمان را ترک می‌کردند. از وقتی بازخورد را جدی گرفتم، در هر ۳ ماه تنها یک مورد ترک درمان دارم. اگر چه هنوز خیلی زود است که نتیجه گیری قطعی بکنم ولی نتایج به دست آمده تاکنون خیلی امیدوار کننده اند. مراجعی که مقابلم نشسته چیزی درباره مشکل من با ترک درمان از سوی او می‌داند که من از آن آگاه نیستم. کافی است بپرسم و گوش بسپارم. ■

# کمال‌جویی افراطی؛ چالشی پیش روی درمانگران (۱)

■ ترجمه: دکتر فرهاد فریدحسینی

(روان‌پزشک و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، عضو کمیته‌ی روان‌درمانی)

انتقاد از خود و احساس نارضایتی افزایش می‌یابد. بنابراین، کمال‌جویی افراطی می‌تواند مانعی جدی بر سر راه احساس شادمانی درونی و رضایتمندی باشد، فرد را در تنش و اضطراب دائمی نگاه دارد و به علاوه به طور متناقض (paradoxical) می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد، عدم موفقیت و اهمال‌کاری (procrastination) شود که این امر خود باعث افزایش نارضایتی فرد و احساس بی‌ارزشی در او می‌شود.

کمال‌جویی افراطی بیشتر در حوزه‌ی کار و موفقیت مورد بحث قرار گرفته است؛ در حالی که در حوزه‌های مختلف زندگی نیز می‌تواند نمود داشته باشد، از جمله در ظاهر جسمانی، وضعیت هیجانی به طوری که فرد از داشتن احساسات منفی شرمگین و خجل است و اعتقاد دارد که همیشه باید شاد باشد (طرحواره‌های هیجانی که توسط لیبی مورد بحث و پژوهش قرار گرفته است) و روابط بین‌فردی (که منجر به اشتغال خاطر فرد با عیوب و نواقص دیگران می‌شود). بنابراین، رد پای کمال‌جویی افراطی را می‌توان در بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی و مشکلات روان‌شناختی مانند بی‌اشتهایی عصبی، عزت نفس پایین، افسردگی، اهمال‌کاری، تعارضات بین‌فردی، اضطراب عملکرد و اختلال

کمال‌جویی افراطی ترجمه‌ی بهتری برای اصطلاح انگلیسی perfectionism است و بر ماهیت افراطی و ناکارآمد اصرار بر بی‌نقص بودن و رسیدن به اهداف و استانداردهای غیرقابل حصول و غیرواقع‌بینانه دلالت دارد. بنابراین، لازم است که در همان ابتدا درمانگر میل طبیعی هر فرد به پیش‌رفت را از کمال‌جویی افراطی افتراق و تمییز دهد. کمال‌جویی افراطی با سه ویژگی زیر مشخص می‌شود:

۱- تلاش بی‌وقفه برای رسیدن به استانداردهای بالا که از دیدگاه بقیه ممکن است غیرواقع‌بینانه یا نامتناسب با منابع درونی و بیرونی فرد باشد.

۲- ارزشیابی فرد از خودش صرفاً بر اساس موفقیت و حصول به اهدافی بلندپروازانه و سخت‌گیرانه است. معمولاً افراد کمال‌طلب معتقدند که تنها با برجسته بودن است که می‌توانند عشق و احترام دیگران را به دست آورند و سیستم ارزشی خود را به افراد دیگر هم تعمیم می‌دهند.

۳- غلبه‌ی احساس تنش و سرخوردگی. با توجه به این که فرد اکثراً در تلاش برای تحقق آن اهداف است و هزینه‌ی روانی زیادی را برای رسیدن به اهدافش صرف می‌کند، ولی به آن‌ها دست نمی‌یابد؛ و در صورت عدم تحقق اهداف به طور کامل،

که به رفتارهای بیمار جهت می‌دهند، می‌توانند میانجی رفتارهای کمال‌جویانه باشد. این باورها، استانداردها را تعیین و قواعدی را که فرد خود را ملزم به رعایت آن‌ها می‌داند، تعیین می‌کنند و اکثراً با عبارات «باید» و «اگر...، آن‌گاه...» بیان می‌شوند. نمونه‌ای از این قواعد در زیر می‌آید:

- ۱- باید هر کاری را به بهترین نحو انجام دهم.
  - ۲- هیچ جنبه‌ی مثبتی در شکست وجود ندارد.
  - ۳- من همان چیزی هستم که انجام می‌دهم.
  - ۴- اگر کاری را نتوانم درست انجام دهم، بهتر است از خیر انجام دادن آن کار بگذرم.
  - ۵- به‌ندرت خودم را تشویق می‌کنم، چون می‌دانم می‌توانستم آن را بهتر انجام دهم.
- این باورها اکثراً حول موضوع کفایت و لزوم بی‌عیب و نقص بودن هستند. باورهای میانجی، اکثراً برای جبران طرحواره‌های ناسازگار اولیه به وجود می‌آیند و تا دوره‌ای از زندگی برای کاهش درد و رنج این طرحواره‌ها، ارزش انطباقی داشته‌اند. طرحواره‌ها سازه‌های شناختی هستند که از باورها، احساسات بدنی، هیجانات و خاطرات تشکیل شده‌اند. به عبارتی، طرحواره‌ها قالب‌هایی ذهنی برای فرد فراهم می‌کند که فرد از خلال آن، تجارب زندگی را تفسیر و تبیین می‌کند. طرحواره‌ها شامل باورهای عمیقی در مورد خود فرد، ارزش و کفایت وی و همچنین در خصوص دنیا و دیگران (به ویژه افراد مهم زندگی) هستند. افراد کمال‌طلب، ممکن است طرحواره‌هایی ناکارآمد در خصوص احساس ارزشمندی یا کفایت خود داشته باشند، به طوری که به طور افراطی، با اتخاذ باورهای میانجی که ذکر شد، در صدد جبران باور بی‌کفایتی یا بی‌ارزشی خود باشند.

ریشه‌های تحولی کمال‌جویی افراطی

چگونه یک فرد می‌تواند دچار کمال‌طلبی افراطی شود؟ برخی تجربیات در زندگی و در حین تکوین و تحول شخصیت می‌توانند فرد را به کمال‌جویی افراطی سوق دهند:

- ۱- تشویق شدن و مورد توجه قرار گرفتن تنها به خاطر

وسواسی - اجباری شناسایی کرد، نکته‌ای که روان‌درمانگران باید هنگام مفهوم‌پردازی مشکلات مراجعان خود در نظر داشته باشند.

تبیین شناختی - رفتاری کمال‌جویی افراطی:

از دیدگاه رفتاری، رفتارهای دال بر کمال‌جویی افراطی (perfectionistic behaviours) می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- ۱- اختلال در تصمیم‌گیری حتی برای امور روزمره.
  - ۲- تقاضای اطمینان بخشی از جانب اطرافیان در خصوص تصمیمات اتخاذ شده
  - ۳- نظم یا آشفتگی افراطی در اتاق کار یا منزل
  - ۴- دست کشیدن زود هنگام از جست‌وجو و تلاش برای رسیدن به اهداف
  - ۵- عوض کردن زیاد شغل‌ها و مسؤولیت‌های شغلی با ارتکاب اولین اشتباه
  - ۶- جر و بحث با دیگران و سعی در اصلاح اشتباه آن‌ها
  - ۷- عدم واگذار کردن مسؤولیت‌ها به دیگران
  - ۸- کندی در پیش رفتن، مثلاً در خواندن روزنامه و کتاب
- مثال‌ها بیشتر از موارد فوق است. هرگونه رفتاری که دلالت بر گونه‌ای اجتناب یا اهمال‌کاری باشد، یا عملکرد وسواس‌گونه و با تأکید زیاد بر جزئیات، باید ظن به کمال‌جویی را در ذهن درمانگر برانگیزد. رفتارها و نگرش بیمار به درمان و درمانگر هم می‌تواند دلالت بر نگرش کمال‌جویانه داشته باشد. معمولاً این بیماران تأکید زیادی بر بهبود و پیش‌رفت درمانی در هر جلسه دارند و، قبل از تحکیم رابطه‌ی درمانی، درمانگر را تحت فشار می‌گذارند تا برای وی «کاری» انجام دهد. اهمال‌کاری در انجام تکالیف خانگی، قطع درمان یا غیبت از جلسات به دلیل عدم انجام تمام و کمال تکالیف خانگی، یا عدم مطابقت درمانگر با استانداردهای کمال‌جویانه‌ی بیمار می‌تواند دلالت بر کمال‌جویی افراطی در بیمار داشته باشد.

از دیدگاه شناختی، باورهای واسطه‌ای، شامل فرضیات و قواعدی

دست‌آوردها و موفقیت‌ها، به طوری که فرد به طور مشروط مورد تأیید و محبت قرار گیرد. این تأیید مشروط و تأکید زیاد روی موفقیت و دست‌آوردهای فردی، می‌تواند از جانب خانواده یا محیط‌های آموزشی یا هر دو باشد.

۲- انتقاد زیاد والدین، وضع معیارهای سرسختانه (unrelenting standards) از جانب آنان و عدم بخشش به خاطر اشتباهات، و تنبیه و انتقاد زیاد به دلیل ارتکاب اشتباهات یا نرسیدن به استانداردی که مورد نظر والدین است. کمبود تشویق هم می‌تواند منجر به فقدان احساس کفایت در کودک به حد کافی شود. (بیماری تعریف می‌کرد که به دنبال گرفتن نمره‌ی ۲۰ در امتحان، پدرش زیر پرگه می‌نوشت: «بیشتر دقت شود!» و توجیه وی این بود که نباید به خودت مغرور شوی). در بزرگسالی، معیارهای سخت‌گیرانه‌ی والدین و انتقادات بی‌شمار آنها و در واقع ذهنیت «والد پر توقع» (جفری یانگ، ۲۰۰۲) در فرد درونی‌سازی می‌شود.

۳- الگوبرداری مستقیم از رفتار والدین، در صورتی که یک یا هر دو والد هم رفتارهای کمال‌جویی افراطی داشته باشند، به عنوان مثال به نوعی معتاد به کار باشند.

۴- سرشت کودک (temperament) به عنوان سوگیری زیستی - عصبی بدن با اساس ژنتیکی که از دوران کودکی، شیوه‌ی تعامل کودک با محیط اطراف را تعیین می‌کند، در شکل‌گیری طرحواره‌ها نقش دارد. افراد با پشت‌کار بالا و نوجویی پایین، اگر در محیط تربیتی متناسب با این الگوی سرشتی قرار گیرند، بیش‌تر در معرض شکل‌گیری کمال‌جویی به عنوان یک طرحواره خواهند بود.

در قسمت دوم این مقاله به راهبردهای شناختی و درمانی تغییر

و تعدیل کمال‌طلبی می‌پردازیم. ■

#### منابع:

- شناخت درمانی: ۱۰۰ نکته، ۱۰۰ تکنیک. مایکل نینان، ویندی درایدن. ترجمه‌ی حمید یعقوبی و معصومه کریمی. نشر ارجمند.
- شناخت‌درمانی: مبانی و فراتر از آن. جودیت بک. ترجمه‌ی لادن فتی و فرهاد فرید حسینی. نشر دانژه.
- طرحواره‌درمانی: جفری یانگ، ژانت کلوסקو، مارجوری ویشار. ترجمه‌ی حسن حمیدپور و زهرا اندوز. نشر ارجمند.

- Antony, M. M. & Swinson, R. P. (1998) When Perfect Isn't Good Enough. New Harbinger Publications, Oakland, Ca.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., & Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. Archives of General Psychiatry, 50, 975-990.
- Kearns, H., Forbes, A., & Gardiner, M. (2007). A cognitive behavioural coaching intervention for the treatment of perfectionism and self-handicapping in a nonclinical population. Behaviour Change, 24, 157-172.
- Fursland, A., Raykos, B. and Steele, A. (2009). Perfectionism in Perspective. Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions.

## اخبار روان‌درمانی

■ دکتر فاطمه دهقانی  
 ■ دکتر عالیا شکبیا  
 ■ دکتر علی‌رضا عطارزاده

### تجربه‌های تروماتیک می‌تواند انسان را محکم‌تر کند

«هر چیزی تو را نکشد، قوی‌ترت می‌کند». بسیاری از تحقیقات روان‌شناسی نشان داده‌اند که تجربه‌های دشوار زندگی، مثل مرگ فرزند یا والد، بلایای طبیعی، سوءاستفاده‌ی جنسی، و جدا شدن قهری از خانواده، می‌تواند باعث مشکلات روانی شود. در واقع، برخی مطالعات مؤید این است که راه داشتن بهترین عملکرد در زندگی این است که هیچ وقت هیچ اتفاقی برای فرد نیفتاده باشد. اما به اعتقاد دکتر سیری (Seery) از دانشگاه بوفالو نیویورک این موضوع نه تنها غیرممکن است بلکه لزوماً بهترین حالت هم نیست.

او معتقد است افراد در مواجهه با پدیده‌های دشوار زندگی فرصت پیدا می‌کنند توانایی‌های تطابقی خود را ارتقا دهند و مهارت مدیریت کردن در زمان بروز مشکلات آتی را کسب نمایند. همچنین، می‌توانند از این فرصت برای ارزیابی شبکه‌های اجتماعی خود و کمک گرفتن از دیگران در حین مشکلات استفاده کنند.

مسلماً این امر، هرگز بدین معنی نیست که والدین با فرزندان خود بدرفتاری کنند تا آن‌ها توانایی تطابق بیش‌تری به دست بیاورند. به هر حال اتفاقات منفی پی‌آمدهای منفی به دنبال دارند. شاید بتوان به این مسأله به عنوان یک نگرش دیگر به

مشکلات نگاه کرد: «در ناامیدی بسی امید است».



### توانایی عشق ورزیدن ریشه در دوران کودکی دارد

توانایی اعتماد کردن، عشق ورزیدن و حل تعارض‌ها با افراد مورد علاقه از زمان کودکی فرد آغاز می‌شود. نقطه‌ای که شاید هرگز به فکرتان نرسیده باشد! این نکته نتیجه‌ی استخراج‌شده از مرور مطالعات پیشین است که اخیراً توسط انجمن علوم روان‌شناختی منتشر شده است. به استناد این مقاله، تجارب بین‌فردی شما با مادران در ۱۲ تا ۱۸ ماه اول زندگی، رفتار شما را در روابط عاشقانه‌ی ۲۰ سال بعدتان مشخص می‌کند. این متخصصان معتقدند که پیش از آن دوران که شما قادر به یادآوری آن باشید و پیش از آن زمان که شما زبانی برای توصیف آن داشته باشید و به طرقی که شما از آن آگاه نیستید، نگرش‌های تلویحی‌ای در ذهن شما کدگذاری می‌شوند که تعیین می‌کنند شما در آینده چه شکل از رابطه‌های عاشقانه و عاطفی را برقرار خواهید کرد. در عین حال که این نگرش‌ها از خلال روابط جدید، درون‌نگری و درمان قابل‌تغییر و اصلاح هستند، در زمان استرس همان الگوهای قدیمی خود را نشان می‌دهند.

نوزادی که مورد سوء رفتار قرار می‌گیرد، در آینده مشاجره‌گری تدافعی می‌شود؛ کودکی که مادری مراقب و حمایتگر داشته است، روی مشکلات کار می‌کند و به حسن‌نیت طرف مقابلش اعتماد می‌کند. بر اساس این دیدگاه سازمانی درباره‌ی رشد اجتماعی انسان، افراد به دنبال بهترین راه بسامان و سازگاری هستند که بر اساس وقایع و تجارب گذشته‌شان به تجارب محیط کنونی پاسخ دهند. آنچه در کودکی بر شما گذشته، بزرگ‌سالی شما را شکل می‌دهد. گرچه این یافته در علم روان‌شناسی یافته‌ای جدید نیست، اما سیسون و همکارانش در دانشگاه مینه‌سوتا، در یک مطالعه‌ی طولی ۳۰ ساله با بررسی روابط اولیه‌ی مادر-نوزاد در ۷۵ کودک و نیز روابط عاشقانه و نزدیک آن‌ها در آینده و بزرگ‌سالی، اولین شواهد را در تأیید این یافته ارائه نموده‌اند. این متخصصین ابتدا در ایام کودکی با استفاده از موقعیت ناآشنا نوع دل‌بستگی و رابطه‌ی این کودکان را با مادران‌شان سنجیده و سپس در سال‌های آتی، انعطاف‌پذیری، مهارت و سبک‌های مقابله با تعارض‌ها را در خلال روابط این افراد با همکلاس‌ها، همسالان، دوستان نزدیک و نهایتاً در روابط عاشقانه ارزیابی کرده‌اند. نتایج این تحقیق حاکی از ارتباط تنگاتنگ تجارب ارتباطی اولیه با مادر با میزان مهارت و سازگاری در روابط آینده‌ی افراد بوده است. خبر خوب این که: اگر بتوانید آن الگوهای قدیمی را شناسایی کرده، به کلام درآوردید، و چنانچه قادر باشید در رابطه‌ای با یار و شریکی متعهد و قابل‌اعتماد درگیر شوید، قادر خواهید بود الگوهای قدیمی خود را بازبینی نموده و رفتار خود را به شکلی متفاوت تنظیم و اصلاح نمایید! فایق آمدن بر الگوهای قدیمی امکان‌پذیر است! نوزاد محروم از عشق می‌تواند عشق ورزیدن را بیاموزد!



روان‌درمانی، مداخله‌ای اثربخش در بهبود عملکرد بیماران  
دچار اسکیزوفرنیا  
«متخصصان سلامت روان در مواجهه با بیماران دچار

اسکیزوفرنیایی که عملکرد پایین دارند، اغلب تسلیم شده و بر این باورند که این بیماران قابلیت بهبودی ندارند.» دکتر گرانت، مدیر پروژه‌ی مطالعاتی «اثربخشی روان‌درمانی در بهبود عملکرد بیماران اسکیزوفرنیک شدید» با ابراز تأسف از این باور نادرست، تأکید می‌کند که: «نتایج مطالعه‌ی ما نشان داده است که شناخت‌درمانی قادر به بهبود کیفیت زندگی، کاهش نشانگان، و افزایش سرعت بهبود این بیماران است. شناخت‌درمانی می‌تواند به این بیماران کمک کند از نقطه‌ای که هستند به مرحله‌ی بالاتری از عملکرد روانی - اجتماعی دست یابند. برای مثال از شرایط بی‌کاری به مرحله‌ی اشتغال پاره‌وقت ارتقا یابند؛ در صورت عدم اشتغال، به تحصیل در کلاس‌های شبانه ثبت‌نام کنند، و از حالت انزوای اجتماعی به شرایط تعامل اجتماعی هفتگی و پیدا کردن یک یا دو دوست پیش‌رفت نمایند.» با در نظر گرفتن شیوع و نیز هزینه‌های سنگین اقتصادی و اجتماعی - روانی اسکیزوفرنیا، «مطالعه‌ی حاضر به عنوان یک ارزیابی نویدبخش در این حوزه، نشان داده است که شناخت‌درمانی می‌تواند ابزاری باشد برای کاهش هزینه‌های سلامت عمومی و در عین حال ارتقای کیفیت زندگی خود بیماران»؛ این گفته‌ی آرون بک، پدر شناخت‌درمانی و نویسنده‌ی ارشد این مطالعه، حاکی از اهمیت نتایج مطالعه‌ی حاضر و لزوم توجه متخصصان سلامت روان بر این نتایج است. در این مطالعه‌ی تصادفی با گروه کنترل، با تکیه بر یافته‌های مطالعات پیشین، ۶۰ بیمار بزرگ‌سال دچار اسکیزوفرنیا، وارد شناخت‌درمانی شدند. این درمان با هدف اصلاح باورهای پایه به منظور دستیابی به اهداف روشن در زندگی و روابط، افزایش کیفیت زندگی و استقرار مجدد در جامعه ترتیب یافته است. پس از یک دوره‌ی ۱۸ ماهه، بیماران گروه شناخت‌درمانی وارد «چرخه‌ی پویای بهبودی» شدند. درمان، بیماران را تشویق کرد که اهدافی مرتبط با عملکرد روزمره‌شان تنظیم کنند و به انجام تکالیفی بپردازند که آن‌ها را از حالت دورافتاده و منزوی بیرون آورد. این امر منجر به تماس بیش‌تر بیماران با واقعیت و در نتیجه کاهش توهم‌ها

افسردگی از طریق آموزش مهارت‌های مورد نیاز افراد برای تفکر مثبت‌تر درباره‌ی آینده و انجام اقدامات مورد نیاز برای داشتن تجارب مثبت در آینده، شکل گرفته است. زمانی که افراد تنها درباره‌ی تجارب منفی زندگی‌شان سخن می‌گویند بیشتر توجه‌شان بر چیزهایی متمرکز می‌شود که آنها را ناشاد می‌کند و این نمی‌تواند مولد الگوهای تفکر یا عملی باشد که جهت افزایش بهبودی و ساختن آینده‌ی مثبت‌تر مورد نیاز هستند؛ لذا درمان آینده‌نگر توجه افراد را به سمت تصورات مربوط به آنچه برای آینده‌شان می‌طلبند تغییر داده و این به آنها کمک می‌کند تا مهارت‌های مورد نیاز برای رسیدن به این تصورات را به دست آورند. در این مطالعه، مقایسه‌ی نتایج قبل و بعد از ۲۰ جلسه‌ی روان‌درمانی آینده‌گرای گروهی بر روی یک گروه ۱۶ بیمار افسرده و شناخت‌درمانی گروهی در گروه کنترل حاکی از پیش‌رفت بالاتر گروه درمان آینده‌گرا در مقایسه با گروه شناخت‌درمانی در مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بوده است.



**مداخلات روان‌شناختی منجر به تسریع بهبودی در بیماران مبتلا به بیماری‌های پزشکی می‌شود**

مطالعات بسیاری گویای این حقیقت بوده است که مداخلات روان‌شناختی در زمینه‌های پزشکی کارآمد و اثربخش هستند؛ و لذا بر کاربرد آنها در تدبیر بیماری‌ها و به منظور تسریع بهبود آنها تأکید می‌شود. این امر در حوزه‌ی «روان‌شناسی سلامت» جای می‌گیرد.

در سال‌های اخیر، مطالعات بسیاری در این زمینه به ویژه درباره‌ی بیماری‌های مزمن پزشکی مشاهده می‌شود. برای نمونه، اخیراً در مطالعه‌ای (منبع: مجله‌ی «آرتریت و روماتیسم» کالج آمریکایی روماتولوژی) مشاهده شده است که درمان شناختی-رفتاری (CBT) علایم ناتوانی و افسردگی را در نوجوانان مبتلا به فیبروما لژیا کاهش می‌دهد.

و هذیان‌ها و کلام سازمان‌نیافته‌ی آنان شد. این چرخه تا بدان‌جا ادامه می‌یابد که بیماران درگیر در فعالیت‌هایی می‌شوند که منجر به نتایج عملکردی و انگیزش بهتر و متعاقب آن تسهیل بهبود علایم اختلال می‌شود. این مطالعه گویای آن است که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا پتانسیل‌هایی دارند که فراتر از چیزی است که مراقبان و اعضای خانواده‌ی آنها تصور می‌کنند. به اعتقاد بک و گران، پس از دستیابی به این باور و بینش، آنچه ضروری خواهد بود آموزش درمان‌گران برای شناخت‌درمانی مبتنی بر بهبودی، در مراکز خدمات سلامت روان است.



**روان‌درمانی نوین آینده‌گرا در مقایسه با روان‌درمانی سنتی در درمان افسردگی**

مطالعه‌ی محققان در Cedars-Sinai نشان داده است بیماران دچار افسردگی با یادگیری ایجاد یک دورنمای مثبت درباره‌ی آینده، بهبود بیش‌تری نشان می‌دهند، تا با تمرکز بر افکار منفی درباره‌ی تجارب گذشته‌شان. درحالی که بیماران افسرده در شیوه‌های سنتی تحت درمان شناختی-رفتاری برای تغییر افکار غیرمنطقی و منفی‌شان درباره‌ی تجارب گذشته قرار می‌گرفتند، بیماران که در این مطالعه تحت درمان با روش نوین روان‌درمانی آینده‌گرا (future-directed psychotherapy) قرار گرفته‌اند، بهبود معناداری را در افسردگی و اضطراب و همچنین کیفیت زندگی‌شان نشان داده‌اند.

مطالعه‌ی مذکور اولین پژوهشی است که برای نشان دادن اثربخشی این مداخله تدوین و اجرا شده است. فرض اساسی این مطالعه این بوده است که افزایش انتظارات مثبت بیماران افسرده درباره‌ی آینده می‌تواند منجر به کاهش نشانگان اختلال افسردگی شود.

به توصیف این محققین، درمان آینده‌گرا، به منظور کاهش

«ما» همانی هستیم که تجربه می‌کنیم!

تجارب زندگی ما، فراز و فرودها و هرآنچه در میانه‌ی آنها است، همواره با ما می‌مانند، هیجان‌ات ما را به عنوان یک انسان متأثر ساخته و خلاصه آن که: «مام را، آن‌گونه که هستیم، می‌سازند. این یافته‌ای است که اخیراً محققان در مطالعه‌ای در دانشگاه ویرجینیا بدان دست یافته‌اند. این مطالعه گویای آن است که علاوه بر ژن‌ها و عوامل زیست‌شیمیایی، «تجارب زندگی» ما نیز بر سطوح اضطراب و افسردگی ما اثرگذار هستند. این مطالعه بر روی ۱۲۰۰۰ دوقلوی همسان دارای مشکلات افسردگی و/یا اضطراب و در یک دوره‌ی زمانی ۶ - ۵ ساله صورت گرفته است. در این بررسی طولی، با در نظر گرفتن تشابه ژنتیکی تقریباً کامل دوقلوهای همسان، آنچه به عنوان عامل تعیین‌کننده‌ی تفاوت شدت و میزان افسردگی و اضطراب میان دوقلوها شناخته شده است «تجارب زندگی» متفاوتی است که هر یک از آنها پشت سر نهاده‌اند.



درمان شناختی- رفتاری و ورزش می‌تواند باعث کاهش دردهای مزمن شود  
جان مک‌بث (John McBeth) و همکارانش در نشریه‌ی Archives of Internal Medicine گزارش کردند که در مبتلایان به درد مزمن، درمان شناختی- رفتاری از طریق

تلفن پنج برابر، و ورزش چهار برابر مؤثرتر از درمان معمولی علایم گزارش‌شده بوده است. آنان متوجه شده‌اند که ترکیب این روش‌ها، در مقایسه با هر یک از این روش‌ها به‌تنهایی، فقط اندکی تأثیرگذارتر بوده است. محققان تعداد ۴۲۴ بیمار مبتلا به درد مزمن را طی شش ماه، در یکی از این چهار گروه مورد درمان قرار داده‌اند: (۱) درمان شناختی- رفتاری از طریق تلفن، (۲) تمرینات ورزشی، (۳) ترکیبی از این دو، (۴) روش‌های معمول درمان. در مجموع، یافته‌های این محققان نشان می‌دهد که نسبت بیمارانی که از درمان خود نتایج مثبت گزارش کرده‌اند، به شرح زیر است (به ترتیب در شش و نه ماه بعد):

الف- درمان شناختی- رفتاری همراه با ورزش: ۳۷ درصد و ۳۷ درصد

ب- درمان شناختی- رفتاری از طریق تلفن به‌تنهایی: ۳۰ درصد و ۳۳ درصد

ج- ورزش به‌تنهایی: ۳۵ درصد و ۲۴ درصد

د- شیوه‌ی معمول درمان: ۸ درصد و ۸ درصد

پس از بررسی‌های بیش‌تر، محققان گزارش کرده‌اند که هیچ‌یک از این درمان‌ها در طول شش ماه مقرون‌به‌صرفه‌تر از درمان‌های دیگر نبوده‌اند و در طول نه ماه، درمان شناختی- رفتاری از طریق تلفن ۷۰ درصد بیش از روش‌های معمول درمان مقرون‌به‌صرفه بوده است.



## کمیته‌ی خلقی

## گزارش فعالیت‌های کمیته‌ی خلقی در سال ۱۳۹۰

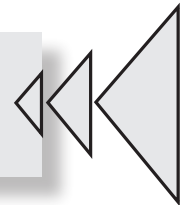
فعالیت‌های کمیته‌ی خلقی انجمن علمی روانپزشکان ایران در سال ۱۳۹۰

۱. جلسات هفتگی پنجشنبه‌ها
۲. برگزاری دوره آموزشی اختلال افسردگی دوقطبی در جلساتی از پنجشنبه‌ها
۳. برگزاری ۴ بازآموزی مدون با همکاری مرکز تحقیقات علوم رفتاری بیمارستان امام حسین (ع)
۴. برگزاری سمپوزیوم اختلال افسردگی دوقطبی در کنگره سالیانه انجمن در آذرماه
۵. همکاری در سمپوزیوم طیف اختلالات دوقطبی (بیمارستان حضرت رسول (ص))
۶. شرکت برخی اعضاء در کنگره بین‌المللی اختلالات دوقطبی اسفندماه، استانبول (گزارش کنگره متعاقباً ارائه خواهد شد).



## کمیته‌ی آموزش

# گزارش فعالیت‌های کمیته آموزش



کمیته آموزش انجمن علمی روانپزشکان ایران  
همایش شناختی رفتاری انجمن روانپزشکان ایران

قرار گرفت. دبیری علمی همایش را آقای دکتر ابهری استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران و مسئول کمیته آموزش انجمن بعهده داشتند.

### انتخاب روانپزشکی پیشکسوت

سیزدهمین جشنواره ابن سینا در تاریخ ۱۵ بهمن ۹۰ در تالار ابن سینا دانشگاه علوم پزشکی تهران برگزار شد و جناب آقای دکتر ابهری استاد گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران بعنوان استاد منتخب دانشگاه، لوح تقدیر، تندیس یادبود و جایزه ارزشمند استاد پیشکسوت دانشگاه را از آن خود کرد. براساس آئین نامه دانشگاه جایزه مذکور به پاس قدردانی از خدمات آموزشی پژوهشی اعضای هیات علمی دانشگاه در مرتبه استادی که سابقه طولانی فعالیت‌های شاخص آموزشی و اثرگذار علمی داشته باشند اعطا می‌گردد. این موفقیت و انتخاب را به همکار گرامی جناب آقای دکتر ابهری استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران و مسئول کمیته آموزش انجمن تبریک می‌گوئیم.

دومین همایش سالیانه شناختی رفتاری (CBT) در تاریخ های ۱۲ تا ۱۴ بهمن ماه ۹۰ در سالن آمفی تئاتر بیمارستان روزبه برگزار شد. در این همایش که برای دومین بار توسط کمیته آموزش انجمن برنامه ریزی و اجرا گردید با حضور و استقبال تعداد زیادی از متخصصین و دستیاران روانپزشکی، همچنین برخی تخصص‌های دیگر و روانشناسان بالینی روبرو شد. در سه روز برگزاری همایش صبح‌ها اساتید شناخته شده دانشگاهی کشور در زمینه فوق و نیز خانم دکتر ملیحه شمس محقق و عضو هیات علمی انستیتو روانپزشکی و روانشناسی پادووا ایتالیا به سخنرانی و طرح آخرین فنون در خصوص CBT پرداختند. بعدازظهرها نیز کارگاه‌های متعددی در زمینه درمان وسواس، اختلالات روانی جنسی، زوج درمانی و Image Therapy برگزار و مورد استقبال شایان علاقمندان

## گزارش انجمن علمی روانپزشکان ایران

## شاخه کرمانشاه



با سلام

انجمن روانپزشکان کرمانشاه در زمستان سال ۱۳۹۰ جلسات دوره ای با همکاران روانپزشک عضو انجمن با هدف بررسی مشکلات روانپزشکی استان و تلاش جهت مرتفع نمودن این مسائل در حد توان برگزار نمود. این انجمن برای دومین بار متوالی طی سال جاری در دیماه اقدام به برگزاری "دومین گردهمایی متخصصین علوم اعصاب غرب کشور" با موضوع "جنبه های مختلف صرع و تشنج" نمود. این همایش با دعوت

از متخصصین روانپزشکی - نورولوژی و جراحی مغز و اعصاب غرب کشور برگزار گردید که با استقبال خوب شرکت کنندگان همراه شد و این انجمن قصد دارد سلسله همایشهای فوق را با موضوعات مختلف طی سال آینده بصورت دوره ای ادامه دهد.

**دکتر وحید فرنیآ**

**رئیس انجمن علمی روانپزشکان کرمانشاه**

# گزارش انجمن علمی روانپزشکان ایران

## شاخه خراسان



آموزش مدون مورخه ۹۰/۱۲/۸

۵. شرکت هیئت مدیره در جلسه مشترک انجمن های پزشکی خراسان به دعوت سازمان محترم نظام پزشکی با حضور آقای دکتر زالی (نماینده محترم سازمان نظام پزشکی ایران) و ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی مشهد برگزار گردید و از روانپزشک منتخب انجمن جناب آقای دکتر سلطان پور قدردانی بعمل آمد.

**دکتر شعله نخجوانی**

**رییس انجمن روانپزشکان خراسان**

فعالیت های این انجمن در سه ماهه سوم زمستان ۱۳۹۰ بشرح ذیل اعلام میگردد:

۱. برگزاری ۲ جلسه سمینار بازآموزی مدون جهت متخصصین روانپزشکی با عناوین اختلالات سایکوتیک (۹۰/۹/۳) - سوء مصرف مواد (۹۰/۱۲/۴)

۲. تشکیل کمیته های علمی و انتخاب مسئولین آنها

۳. تقدیر از ۴ نفر پیشکسوتان روانپزشکی استان در جلسه آموزش مدون مورخه ۹۰/۹/۳

۴. تقدیر از ریاست سابق انجمن جناب آقای دکتر میلانی که به افتخار بازنشستگی از خدمات دولتی نائل گردیده در جلسه

# گزارش انجمن علمی روانپزشکان ایران

## شاخه آذربایجان غربی



طی دعوت قبلی جلسه انتخابات هیأت مدیره ساعت ۱۰ صبح روز جمعه مورخ ۹۰/۱۱/۲۸ در محل سالن اجتماعات سازمان نظام پزشکی شهرستان ارومیه برگزار گردید.

پس از بحث و تبادل نظر و سخنان شرکت کنندگان و تبیین اهداف جلسه و ضرورت تشکیل شاخه انجمن در آذربایجان غربی و ثبت نام داوطلبان هیأت مدیره اخذ رأی بعمل آمده و نتیجه انتخابات باتفاق آراء به شرح پیوست استخراج و به تأیید و امضاء حاضرین.

جناب آقای دکتر منصور قوام رئیس

جناب آقای دکتر کورش ساکی نایب رئیس

جناب آقای دکتر رامین نیافر دبیر

جناب آقای دکتر محمدرضا آقامحمدی خزانه دار

جناب آقای دکتر امیر مختارزاده بازرس

جناب آقای دکتر جنگ گو عضو علی البدل

سرکار خانم دکتر عایشه مینایی عضو علی البدل

انجمن روانپزشکان آذربایجان غربی

# گزارش انجمن علمی روانپزشکان ایران

## شاخه آذربایجان شرقی



### فهرست فعالیتهای انجمن از زمان انتخاب هیأت مدیره جدید

پس از ساماندهی اداری شامل ایجاد Yahoo group، ایمیل و خط تلفن اختصاصی و اختصاص محلی به عنوان دفتر انجمن و قرارداد با منشی برای انجام امور اداری اقدامات زیر انجام شده است:

۱- انتشار خبرنامه که تا کنون ۳ شماره از آن به چاپ رسیده است.

۲- اجرای سمپوزیوم خشونت در بیست و هشتمین نشست سالانه انجمن علمی روانپزشکان

۳- کارگاه دو روزه مصاحبه بالینی جهت روانشناسان، رزیدنتهای روانپزشکی و پرستاران

۴- کارگاه دو روزه پیشگیری از خودکشی جهت پزشکان

عمومی، روانشناسان و کارشناسان مراکز بهداشتی (با همکاری مرکز بهداشت استان)

۵- کارگاه دو روزه نوجوانی جهت پزشکان عمومی، روانشناسان، کارشناسان مراکز بهداشتی (با همکاری مرکز بهداشت استان)

۶- اجرای اولین نشست مشترک با انجمن علمی روانشناسان با موضوع Emotion (هیجان) و سخنرانی و بحث در مورد موضوعات زیر:

ذهن هیجانی / فرایندهای شناختی در هیجان / تجربه هیجان در مغز / اندازه گیریهای سایکوفیزیولوژیک هیجان

۷- اجرای برنامه مدون روانپزشکی سالمندان

### انجمن روانپزشکان شاخه آذربایجان شرقی

## گزارش انجمن علمی روانپزشکان ایران

## شاخه اصفهان



## اخبار انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

۱. در سال گذشته توانستیم مانند سالهای گذشته ۳ شماره از نشریه روانپزشک را منتشر نمائیم و تقریباً برای کلیه روانپزشکان ایران ارسال نمائیم.

۲. جهت معرفی روانپزشک نمونه به سازمان نظام پزشکی اصفهان، هیئت مدیره باتفاق آراء آقای دکتر یعقوب سپهری از پیشکسوتان روانپزشک اصفهان را معرفی نمود که در روز پزشک از ایشان در جلسه ای که بمناسبت روز پزشک برگزار شده بود تجلیل بعمل آمد.

۳. در سالی که گذشت ۴ جلسه بازآموزی مدون برای روانپزشکان برگزار گردید که در آخرین جلسه، شرکت کنندگان بنا بدعوت

بیمارستان فارابی پس از بازدید از بخشهای بیمارستان نهار را صرف نمودند و اعضاء توانستند در زمینه های مختلف تبادل نظر نمائید.

۴. مصوب شد که در اردیبهشت ماه سال ۹۱ مراسم دید و بازدید عید نوروز همراه با خانواده روانپزشکان ضیافت شامی برگزار گردد و در این جلسه از همکارانی که با انجمن همکاری خوبی داشته اند تجلیل بعمل خواهد شد.

**دکتر مرتضی واعظی**

**رئیس انجمن اصفهان**

# گزارش انجمن علمی روانپزشکان ایران

## شاخه فارس



۱- جلسات منظم هیئت مدیره انجمن، در پنج شنبه ابتدای هر ماه تشکیل گردید و نامه‌های رسیده از نظام پزشکی و... مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت و در صورت نیاز پاسخ داده شد.

۲- تدریس درس بلاک دانشگاه آزاد پزشکی کازرون توسط همکاران روانپزشک تدریس شد و وجه حق التدریس به حساب انجمن روانپزشکان فارس واریز گردید. در همین راستا از همکاری صمیمانه سرکار خانم‌ها دکتر نسرین دانش و دکتر معصومه موسوی به همراه جناب آقایان دکتر علی انصاری و سعید فروزش که در این امر به عنوان سخنران ما را یاری نموده‌اند سپاسگزاری و قدردانی می‌گردد.

۳- در تاریخ ۲۹ آبان ماه ۹۰ سمینار یک روزه روانپزشکی و بیوتکنولوژی برگزار گردید.

۴- در تاریخ ۱ آذر ماه ۹۰ سمینار یک روزه روانپزشکی اطفال برگزار گردید که شرکت داروئی ACTOVERCO ما را یاری نموده‌اند.

۵- در تاریخ ۲۷ لغایت ۲۹ دی ماه سمینار سه روزه مدون روانپزشکی با عنوان‌های: روز اول: اختلالات شناختی، روز دوم: اختلالات جنسی، روز سوم: دارو و روان‌درمانی برگزار گردید که در این میان دو شرکت داروئی NOVARTIS و

COBEL DAROU ما را یاری نموده‌اند.

۶- در تاریخ ۲۵ و ۲۶ بهمن ماه سمینار دو روزه جنایت و کتابچه راهنمای تشخیصی برگزار گردید.

۷- بنا به درخواست ریاست محترم دانشگاه و مرکز بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی سیمانار یکروزه خودکشی در تاریخ ۲ اسفند ماه ۹۰، برگزار گردید.

دکتر غلامرضا تدینی

رئیس انجمن روانپزشکان فارس



## گزارش انجمن علمی روانپزشکان ایران

## شاخه مازندران



مجموعه عملکرد تابستان تا زمستان ۱۳۹۰ انجمن علمی روانپزشکان شاخه مازندران، جهت اطلاع به شرح زیر اعلام می‌گردد:

۱. برگزاری کارگاه دو روزه CBT برای روان شناسان (با همکاری مرکز تحقیقات روان پزشکی)

۲. برگزاری کارگاه ۶ روزه MMT برای پزشکان عمومی (با همکاری گروه روان پزشکی و مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه مازندران)

۳. برگزاری کارگاه نوروفیدبک برای روانپزشکان استان مازندران (با همکاری گروه روان پزشکی و

مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران)

۴. برنامه مدون متخصصین روان پزشکی با احتساب ۱۰ امتیاز آموزش مدون با مبحث: اختلالات شخصیت و روان پزشکی سالمندی (با همکاری گروه روان پزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران)

۵. برگزاری کارگاه دو روزه فرزندپروری (با همکاری گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل)

۶. برگزاری کارگاه شیر مادر (با همکاری گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل)

۷. برنامه یک روزه بازآموزی مدون اعتیاد (با همکاری گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل)

۸. برنامه یک روزه بازآموزی اختلالات سایکوتیک (با همکاری

گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل)

۹. شرکت در برنامه های آموزشی رادیویی و تلویزیونی (با

همکاری اعضای محترم انجمن روانپزشکان)

الف) ترس در کودکان

ب) مهارتهای ارتباطی در خانواده (در ۲ برنامه)

پ) مهارتهای فرزندپروری

ت) مهارتهای ارتباطی با نوجوانان

ث) مباحث روان پزشکی

ج) اختلالات مختلف روان پزشکی: اضطراب، اعتیاد و ...

**دکتر جواد ستاره**

**رئیس انجمن علمی روانپزشکان شاخه مازندران**

# گزارش انجمن علمی روانپزشکان ایران

## شاخه گیلان



صورت جلسه انتخابات انجمن روانپزشکی شاخه گیلان

زمان: ۹۰/۱۲/۱۸ ساعت ۱۰ صبح

جلسه با حضور نماینده محترم انجمن روانپزشکی ایران، جناب آقای دکتر صادقی ساعت ۱۰ صبح با حضور اعضای انجمن روانپزشکی، به شرح ذیل شروع گردید:

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| ۱- آقای دکتر سیگارودی   | ۱۲- آقای دکتر وارسته     |
| ۲- آقای دکتر مدبرنیا    | ۱۳- آقای دکتر پیرنیا     |
| ۳- آقای دکتر موسوی رینه | ۱۴- آقای دکتر رحیمی      |
| ۴- آقای دکتر مسیحا      | ۱۵- خانم دکتر نکویی      |
| ۵- آقای دکتر بخشنده     | ۱۶- آقای دکتر آدمیت      |
| ۶- آقای دکتر نجفی       | ۱۷- آقای دکتر موسوی آزاد |
| ۷- خانم دکتر ضرابی      | ۱۸- آقای دکتر خلخالی     |
| ۸- خانم دکتر کوشا       | ۱۹- آقای دکتر شبابی      |
| ۹- آقای دکتر قنبری      | ۲۰- آقای دکتر برنا       |
| ۱۰- آقای دکتر اسدی      | ۲۱- آقای دکتر عیوضی      |
| ۱۱- آقای دکتر نصیری     | ۲۲- خانم دکتر سلیمانی    |

هیئت مدیره انجمن روانپزشکی گیلان، به شرح زیر اعلام و رای گیری انجام و نتیجه آن به شرح گردید:

- |                             |               |        |
|-----------------------------|---------------|--------|
| ۱- آقای دکتر کیومرث نجفی    | عضو اصلی      | ۲۱ رای |
| ۲- خانم دکتر هما ضرابی      | عضو اصلی      | ۱۵ رای |
| ۳- آقای دکتر عنایت سیگارودی | عضو اصلی      | ۱۴ رای |
| ۴- آقای دکتر هادی رحیمی     | عضو علی البدل | ۱۳ رای |
| ۵- خانم دکتر نسیم نکویی     | عضو علی البدل | ۳ رای  |

بنابراین با اتفاق آراء، جناب آقای دکتر مسعود مسیحای اکبر نیز بعنوان بازرس انجمن روانپزشکی شاخه گیلان انتخاب گردیدند.

**هیئت مدیره انجمن علمی روانپزشکی گیلان**

پس از بحث و گفتگو پیرامون مسائل انجمن و روانپزشکی، در سطح استان و کشور و تبادل نظر حاضرین کاندیدهای اعضای

## نخستین کنگره بین‌المللی هیپنوتیزم بالینی و علوم وابسته

**اولین کنگره بین‌المللی هیپنوتیزم بالینی و علوم وابسته  
توسط گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با همکاری  
انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران و جمعی از انجمن‌های  
علمی معتبر دنیا از جمله انجمن بین‌المللی هیپنوتیزم و  
انجمن اروپایی هیپنوتیزم در هفتم و هشتم اردیبهشت ماه  
۱۳۹۱ در شهر مقدس مشهد برگزار خواهد شد.**

دبیرخانه: مشهد، بیمارستان امام رضا (ع)، دپارتمان بیهوشی

تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۲۵۲۰۹

آدرس سایت: [www.mums.ac.ir/hypnosiscong](http://www.mums.ac.ir/hypnosiscong)

## ریاست محترم انجمن روانپزشکان ایران

### با عرض سلام و احترام

به استحضار نظر به اینکه نشریه تحقیقات علوم رفتاری وابسته به

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ([www.jrbs.ir](http://www.jrbs.ir)) از جمله منابع

بورد تخصصی روانپزشکی است لذا هیات تحریریه نشریه در نظر

دارد تناسب منطقی در چاپ مقالات روانپزشکی و سایر حوزه

های علوم رفتاری برقرار نماید، لذا تقاضا می‌گردد که

همکاران و پژوهشگران به نحو مقتضی اطلاع رسانی شود که در

حال حاضر مقالات روانپزشکی توسط نشریه مذکور از اولویت

چاپ برخوردار است.

دکتر رضا باقریان

سردبیر نشریه