رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۰۷، اردیبهشت ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(2), 2025

پارادوکس درمانی به روش PTC برای درمان مشکلات شخصیتی: یک گزارش موردی

The PTC model of paradox therapy for the treatment of personality problems: A case report

دکتر محمدعلی بشارت
استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Dr. Mohammad Ali Besharat
Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.
besharat@ut.ac.ir

چکیده

ویژگی‌های مشکل‌ساز شخصیتی، همانند اختلال‌های شخصیتی، محدودیت‌ها و هزینه‌های بسیاری را بر فرد، خانواده، اجتماع و نظام بهداشت و سلامت جامعه تحمیل می‌کنند. این دسته از مشکلات و اختلال‌های شخصیتی همواره برای درمانگران چالش‌برانگیز بوده‌اند. در این پژوهش، پارادوکس درمانی به روش PTC برای ویژگی‌های مشکل‌ساز شخصیتی معرفی می‌شود. در این مقاله، پارادوکس درمانی به روش PTC برای یک دختر ۲۸ ساله (KB) که از مشکلات شخصیتی رنج می‌برد به‌طور کامل گزارش می‌شود. مقیاس سلامت روانی (MHI-28)، مقیاس استحکام من (ESS) و مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان (TOSRS) توسط بیمار تکمیل شد. نتایج چهار جلسه پارادوکس درمانی مشکلات شخصیتی خانم KB به روش PTC نشان داد که این مدل درمانی بسیار کارآمد و اثربخش بود. تغییرات و پیشرفت‌های درمانی در حد بالای ۹۰٪ ارزیابی شد. نتیجه پی‌گیری سه ساله نشان داد که تغییرات درمانی در طول زمان رضایت بخش، مستمر و پایدار بوده و عودی هم صورت نگرفته است. بر اساس یافته‌های به دست آمده در مورد درمان مشکلات شخصیتی این مراجع، می‌توان نتیجه گرفت که پارادوکس درمانی به روش PTC برای اختلال‌ها و مشکلات شخصیتی، درمانی کارآمد و اثربخش است. نتایج پی-گیری و تایید پایداری و استمرار تاثیرات درمانی در طول زمان نیز از عمق و گستردگی تاثیرگذاری این روش حمایت می‌کند. پارادوکس درمانی به روش PTC در عین حال درمانی بسیار کوتاه‌مدت و مقرون به‌صرفه است. کاربرد این مدل نوین پارادوکس درمانی برای اختلال‌ها و ویژگی‌های مشکل‌ساز شخصیتی پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: *پارادوکس درمانی، اختلال شخصیت، روانکاوی عملی، PTC.*

Abstract

The problematic personality characteristics as well as personality disorders impose many restrictions and expenses on the person, the family, the society, and the health care system. Personality problems and disorders have always been challenging for therapists. In the present study, the PTC model of paradox therapy for the treatment of personality problems is introduced. The PTC model of paradox therapy for a 28-year-old girl (KB) suffering from personality problems is well reported. The patient completed the Mental Health Inventory (MHI-28), Ego Strength Scale (ESS), and Treatment Outcome Subjective Rating Scale (TOSRS). Four sessions of the PTC model of paradox therapy for the treatment of KB personality problems revealed that this model of paradox therapy was very effective. Therapeutic changes and improvements were rated approximately more than 90%. The result of a three-year follow-up study showed that the therapeutic changes were satisfactory, stable, and permanent, during which no relapse occurred. Based on the therapeutic results for the treatment of KB personality problems, it can be concluded that the PTC model of paradox therapy for personality problems and disorders is an effective and efficient treatment. The follow-up results confirmed the stability of therapeutic changes over time, supporting deep and permanent effects of the PTC model of paradox therapy. Therefore, the PTC model of paradox therapy can be considered as a very short-term yet economical approach for the treatment of personality problems and disorders.

Keywords: *Paradox Therapy, Personality Disorder, Practical Psychoanalysis, PTC.*

نوع مقاله : کاربردی **دریافت : فروردین ۱۴۰۴** **پذیرش: فروردین ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

مقدمه

اختلال شخصیت از منظرهای متفاوت اما تا حدود زیادی همسو، بر اساس نقص و نارسایی در کنش‌وری‌های شخصی و بین‌شخصی تعریف شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا[1]، ۲۰۲۲؛ راهنمای تشخیصی روانپویشی[2]، ۲۰۱۷؛ سازمان جهانی بهداشت[3]، ۲۰۱۸). ثبات و فراگیری نارسایی‌ها در ساحت‌های اندیشیدن، احساس کردن، رفتار کردن و روابط بین‌شخصی؛ به عنوان ویژگی این نارسایی‌ها، محدودیت‌ها و هزینه‌های بسیاری را بر فرد، خانواده، اجتماع و نظام بهداشت و سلامت جامعه تحمیل می‌کند. این دسته از اختلال‌ها و نارسایی‌ها معمولا با دیگر اختلاهای محور دو (برای نمونه، کانکلین و وستن، ۲۰۰۵؛ کریچفیلد و همکاران، ۲۰۰۸) و یک (برای نمونه، اسکادول و همکاران، ۲۰۰۲؛ زلارینی و همکاران، ۱۹۹۸) همزمانی و همبودی[4] دارند (ولکان، ۲۰۱۶). علاوه بر این واقعیت‌های بالینی، فراوانی و شیوع بالای اختلال‌ها و نارسایی‌های شخصیتی (برای نمونه، کوئیرک و همکاران، ۲۰۱۶؛ وینسپر و همکاران، ۲۰۲۰؛ هورن و همکاران، ۲۰۱۵)، ضرورت و اهمیت توجه و اقدام برای درمان آنها را فرا می‌خوانند.

روش‌های غالب و رایج برای درمان اختلال‌ها و نارسایی‌های شخصیتی عمدتاً تابع یکی از دو ریکرد شناختی- رفتاری یا روانکاوی/روانپویشی هستند. شواهد پژوهشی نیز پیشرفت‌های درمانی امیدوار کننده‌ای را برای رویکردهای مختلف روان‌درمانی برای اختلال‌های شخصیت تایید کرده‌اند (برای نمونه، باربر و همکاران، ۲۰۱۳؛ بیتمن و فناگی، ۲۰۰۸؛ تاون و همکاران، ۲۰۱۱؛ دوئرینگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۹؛ عباس و همکاران، ۲۰۰۸؛ کلارکین و همکاران، ۲۰۰۷؛ لوی و همکاران، ۲۰۰۶؛ لیچسنرینگ و لیبینگ، ۲۰۰۳؛ لینهان و همکاران، ۲۰۰۶). در عین حال، محدودیت‌های موجود بر سر راه درمان اختلال‌های شخصیت از پیچیدگی‌ها و دشواری‌های موضوع تغییر یعنی شخصیت گرفته، تا تعدد و تکثر این اختلال‌ها و همزمانی و همبودی آنها با دیگر اختلاهای محورهای یک و دو، تا اندازه اثربخشی رویکردهای درمانی و دامنه کارآیی این رویکردها بعلاوه بار بیماری[5] و هزینه‌های سنگین فردی، خانوادگی و اجتماعی این اختلال‌ها (کوئیرک و همکاران، ۲۰۱۶؛ موران و همکاران، ۲۰۰۵؛ هورن و همکاران، ۲۰۱۵)، ضرورت به کار گیری مدل‌های درمانی کارآمدتر و اثربخش‌تر، فراگیرتر و کوتاه‌مدت‌تر را مسجل می‌کند.

مدل پارادوکس درمانی اختلال‌ها و نارسایی‌های شخصیت به روش PTC[6] (بشارت، ۱۴۰۱)، نوعی روانکاوی عملی است که تغییرات عمیق درمانی را صرفا بر اساس تکالیف عملی پارادوکسی امکان‌پذیر می‌سازد. بر اساس شواهد بالینی و پژوهشی (برای نمونه، بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷الف، ۱۳۹۷ب، ۱۳۹۸، ۱۳۹۹الف، ۱۳۹۹ب؛ بشارت و نقی پور، ۲۰۱۹الف، ۲۰۱۹ب، ۲۰۲۲؛ دهاقین و همکاران، ۲۰۲۳؛ سعیدی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۳؛ طاهرنژاد و همکاران، ۱۴۰۱الف، ۱۴۰۱ب؛ قدیمی نوران و همکاران، ۱۳۹۹؛ محبوبی و همکاران، ۱۴۰۳؛ محمدپور و اسلمی، ۱۴۰۲؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۹)، این مدل نوین روانکاوی، تغییرات عمیق درمانی را در سطوح مختلف کنشی، شبه‌ساختاری و ساختاری برای تمام اختلال‌های روانشناختی، از جمله اختلال‌ها و نارسایی‌های شخصیت، در کوتاه‌ترین زمان ممکن و با کمترین نرخ عود، امکان‌پذیر می‌سازد. این مدل روانکاوی عملی، محدودیت جدی سایر رویکردهای درمانی؛ یعنی محدود بودن به نمونه‌های خاصی از بیماران (برای مثال، افراد با ویژگی‌های دفاعی خاص یا سطوح اضطراب مشخص؛ افراد باسواد، تحصیل کرده، مرفه؛ کسانی که صرفا اختلال شخصیت مرزی داشته باشند؛ و همچنین کسانی که صرفا از ویژگی‌های مشکل‌ساز شخصیتی و/یا اختلال‌های شخصیتی رنج می‌برند و نه سایر اختلال‌های روانشناختی) را ندارد و برای همه بیماران در سطوح مختلف اجتماعی، اقتصادی و تحصیلی؛ و برای کلیه اختلال‌های روانشناختی به سادگی قابل اجرا است (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷الف، ۱۳۹۷ب، ۱۳۹۸، ۱۳۹۹الف، ۱۳۹۹ب، ۱۴۰۱، ۱۴۰۳، ۲۰۲۳؛ بشارت و نقی پور، ۲۰۱۹الف، ۲۰۱۹ب، ۲۰۲۲). در این مقاله، ابتدا پارادوکس درمانی اختلال‌های شخصیت به روش PTC تشریح می‌شود، سپس شیوه اجرای پارادوکس درمانی مشکلات شخصیتی یک مراجع مورد بررسی و تحلیل قرار می‌گیرد.

1 . American Psychiatric Association (APA)
2 . Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)
3 . World Health Organization (WHO)
4 . comorbidity
5 . disease burden
6 . Paradox + Timetable = Cure (PTC)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

پارادوکس درمانی اختلال‌های شخصیت به روش PTC

پارادوکس درمانی به روش PTC، نوعی روانکاوی عملی بسیار کوتاه‌مدت و بسیار اثربخش است (برای مثال، بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷الف، ۱۴۰۱، ۱۴۰۳، ۲۰۲۳). مبنای هر یک از فنون درمانی در پارادوکس درمانی به روش PTC، نوعی پارادوکس است که همواره در ترکیب با برنامه‌زمانی برای مراجع (مراجعان) تجویز می‌شوند. پارادوکس در مدل PTC به معنی تجویز عین نشانه است و برنامه‌زمانی عبارت است از تعیین زمان مشخص و مدت معین برای انجام تکلیف پارادوکسی تجویز شده. فنون اصلی پارادوکس درمانی اختلال‌ها، ویژگی‌های مشکل‌ساز و نارسایی-های شخصیتی عبارتند از برنامۀزمانی پارادوکسی[۱]، برنامۀزمانی مدیریت نوبتی[۲]، برنامۀزمانی گفت‌وگوی دوجانبۀ پارادوکسی[۳] و بازآفرینی تجربه-های هیجانی بنیادین[۴].

برنامه زمانی پارادوکسی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷الف، ۱۴۰۱، ۱۴۰۳، ۲۰۲۳) اصولاً یک تکنیک فردی است که بر اساس آن فرد نگرانی‌ها، اضطراب‌ها، استرس‌ها، تجربه‌ها و درماندگی‌های هیجانی، خشم‌ها و نفرت‌ها، نقایص عملکردی و نقاط ضعف ادراک شده‌اش را به صورت تجسمی در وقت‌های از قبل تعیین‌شده بازسازی و بازتجربه می‌کند. برای مثال، فردی را در نظر بگیرید که در مقابله با ناملایمات و ناکامی‌های واقعی یا ادراک‌شده محیطی با درماندگی‌های هیجانی و رفتارهای رشدنایافته آشفتگی و گریه و قهر واکنش نشان می‌دهد و پیرو همه این تجربه‌ها آشفته‌تر، درمانده‌تر و ناراضی‌تر می‌شود. در قالب برنامه‌زمانی پارادوکسی، درمانگر از وی می‌خواهد که در یک وقت حداکثر ده دقیقه‌ای عین همین تجربه‌ها و ناکامی‌ها و آشفتگی‌ها و پیامدهای هیجانی منفی آنها را به صورت تجسمی بازسازی کند؛ دقیقاً به همان شکلی که در زندگی معمولش آنها را تجربه می‌کند و بابتشان ناراحت می‌شود. مراجع موظف می‌شود که از فردای جلسه درمان، این تکلیف را روزی چند نوبت؛ که معمولاً روزی سه نوبت یک استاندارد است، در وقت‌هایی که در همین جلسه طبق نظر وی تعیین می‌شوند، اجراء کند. برنامۀزمانی پارادوکسی تغییرات درمانی گسترده و عمیق را به سادگی و به صورت عملی در سطوح مختلف کنشی و ساختاری شخصیت رقم می‌زند. از قطع رابطه بین نشانه‌ها با هیجان‌های منفی گرفته تا تغییر معنای نشانه‌ها و در انتها، استحکام من: چه بر حسب تغییرات ایجاد شده در ویژگی‌های مشکل‌ساز شخصیت؛ چه بر اساس رسیدن به بینش در باب هیجان‌های منفی و تاثیرگذار مربوط به تجربه‌های بنیادین بیمار؛ و چه بر اساس ایجاد تغییرات ساختاری در نسبت بین من و دیگر ساختارهای اصلی شخصیت.

برنامۀزمانی مدیریت نوبتی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷الف، ۱۴۰۱، ۱۴۰۳، ۲۰۲۳) اصولاً یک تکنیک تعاملی است و بر اساس آن مراجع در ارتباط با حداقل یک فرد مهم زندگی (برای مثال فرزند و مادر یا زن و شوهر) نوعی تعامل مخصوص را به عنوان تکلیف درمانی اجراء و تجربه می‌کند. در این برنامه، خانه به عنوان پادگان تصور می‌شود؛ پادگانی که دو نفر نیرو دارد، یکی فرمانده است و دیگری سرباز. هر یک از دو طرف رابطه در نوبت‌های روزانه نقش فرمانده و سرباز را به ترتیب بازی می‌کنند. فرمانده موظف می‌شود که در روز فرماندهی‌اش در این پادگان حداقل ده فرمان به سرباز بدهد و سرباز هم موظف است که بدون چون و چرا تبعیت و فرمان‌ها را اجراء کند. فرمان‌ها باید از امور و کارهای روزمره زندگی، ساده و عملی باشند. فرمان‌ها نمی توانند با هدف تغییرات درمانی از سوی فرمانده به سرباز داده شوند؛ یعنی فرمان‌ها نمی توانند نقش مداخله‌ای داشته باشند و هدفشان حل مشکلات مراجع (سرباز) از سوی فرمانده باشد. روزهای فرماندهی و سربازی برای هر یک از دو طرف در جلسه مطابق نظر هر یک از دو طرف مشخص می‌شود و مقرر می‌گردد که تا جلسه بعد انجام دهند. به دلیل اهمیت و تاثیرگذاری فوق‌العاده آن، این تکنیک درمانی از وقتی که تجویز می‌شود اجرای آن تا پایان درمان ادامه خواهد داشت. نمونه‌ای از این تکنیک را می‌توانید در جلسه سوم خانم KB مشاهده کنید.

برنامۀ زمانی گفت‌وگوی دوجانبۀ پارادوکسی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷الف، ۱۴۰۱، ۱۴۰۳، ۲۰۲۳) نیز اصالتاً یک تکنیک تعاملی است و برای مراجع در رابطه با حداقل یک فرد مهم در زندگی (مثل مادر و فرزند یا زن و شوهر) تجویز می‌شود. بر اساس این تکنیک پارادوکسی، دو طرف رابطه موظف می‌شوند که در یک وقت حداکثر سی دقیقه‌ای یک گفت‌وگوی دوجانبه انتقادی داشته باشند. در این گفت‌وگوی دوجانبه انتقادی، هیچ یک از طرفین حق ندارند که بخواهند به فکر حل مشکل یا مسئله‌ای باشند، حق ندارند که بخواهند تصمیمی بگیرند، حق ندارند که بخواهند روی هم تاثیر مثبت و سازنده داشته باشند، حق ندارند که حرف‌های قشنگ و مثبت بزنند، و حق ندارند که بخواهند انتقاد سازنده کنند! هر کس موظف می‌شود که در این گفت‌وگوی انتقادی به دیگری چیزی بگوید و آن چیز را به گونه‌ای بگوید که اعصاب دیگری به‌هم بریزد؛ یعنی دیگری با شنیدنش برآشفته و خشمگین شود. در این گفت‌وگوی دوجانبه انتقادی، هر کس گوینده است، کسی حق ندارد که بخواهد پاسخ (منطقی و قانع کننده) بدهد، کسی حق ندارد سکوت کند، و اگر کسی چیزی به ذهنش نرسید این حق را دارد که هر چیزی ولو اینکه واقعیت نداشته باشد را به طرف مقابل بگوید فقط با هدف آشفته‌سازی طرف مقابل. وقت اجرای این برنامه هم باید از قبل درون جلسه و مطابق نظر دو طرف مشخص شود. این برنامه به‌طور معمول دو تا سه بار در هفته تجویز می‌شود. این برنامه معمولاً دیرتر از دو برنامه قبلی تجویز می‌شود و معمولا دو تا چهار هفته ادامه پیدا می‌کند و تمام می‌شود. تجویز این تکنیک برای مراجع فعلی لازم نشد، برای مطالعه در مورد این تکنیک می توانید به بشارت (۱۴۰۱) مراجعه کنید.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

بازآفرینی تجربه‌های هیجانی بنیادین معمولاً آخرین تکنیک در پارادوکس درمانی اختلال‌ها و ویژگی‌های مشکل‌ساز شخصیتی به روش PTC است. گرچه هدف همه تکنیک‌های پارادوکسی، فراهم کردن فرصت برای تجربه هیجان‌های منفی و درمانده‌ساز مراجع است، این تکنیک اما به شکلی عمیقتر این مهم را برای مراجع محقق می‌سازد. این تکنیک در اصل یک تکنیک فردی است، گرچه می‌تواند به صورت تعاملی هم تجویز شود. بر اساس این فنّ پارادوکسی، مراجع موظف می‌شود که عین تجربه‌های سخت، تلخ، دردناک و آسیب‌زای گذشته‌اش (معمولا مربوط به دوره کودکی) را بازآفرینی، بازسازی و بازتجربه کند. این بازآفرینی در سطوح مختلف و با ترتیبی از ساده‌تر به دشوارتر تجویز می‌شود، و معمولا از مرور افکار و خاطرات مربوط به تجربه‌های هیجانی تروماتیک بنیادین شروع می‌شود؛ با بازسازی احساسات و عواطف مربوط به آن تجربه‌ها ادامه می‌یابد؛ و باز در صورت ضرورت، با بازآفرینی عین تجربه‌های هیجانی تروماتیک بنیادین به منزله جراحی عمیق روانی به پایان می‌رسد. هر یک از این سطوح مداخله، بر اساس و مطابق ضوابط فنّ درمانی برنامه زمانی پارادوکسی تجویز و اجراء می‌شوند. تجویز این تکنیک برای خانم KB در این مقاله ضرورت نداشت، برای مشاهده نمونه‌های مختلف به بشارت (۱۴۰۱) مراجعه کنید.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه موردی بالینی بر اساس طرح خط پایه- مداخله- پی‌گیری است. در این نوع از طرح‌های پژوهشی، ابتدا در خط پایه، ارزیابی‌های روانشناختی از شاخص‌های بالینی صورت می‌گیرد؛ ارزیابی‌هایی که پس از مداخله و پایان درمان و همچنین در دوره‌های پی‌گیری، تکرار می‌شوند. نتایج درمان نیز در هر جلسه و در مراحل پی‌گیری، بر اساس گزارش بیمار بررسی می‌شود. خانم KB، ۲۸ ساله و مجرد با شکایت اصلی تعدادی از ویژگی‌های مشکل‌ساز شخصیتی در یک کلینیک رواندرمانی دانشگاهی پذیرفته شد. پس از توضیحات کامل در مورد روش کار درمان در این کلینیک و هدف‌های ویژه آموزشی این مرکز برای مراجع، رضایت‌نامه برای ضبط ویدیویی جلسات درمان برای استفاده‌های آموزشی، پژوهشی و انتشار نتایج درمان به شکل مقاله و یا کتاب به صورت کاملاً محرمانه و ناشناخته، توسط خانم KB امضا شد. برای ارزیابی اولیه، مراجع ضمن شرکت در یک مصاحبه تشخیصی مخصوص PTC (بشارت، ۱۴۰۱)، مقیاس سلامت روانی- ۲۸[5] (MHI-28؛ بشارت ۱۳۸۸)، مقیاس استحکام من[6] (ESS؛ بشارت، ۱۳۹۵الف) و مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان[7] (TOSRS؛ بشارت، ۱۳۹۵ب) را تکمیل کرد. مجموعه نشانه‌های مراجع، مشکلات شخصیتی را تایید کرد. علاوه بر برآورد درصدهای تغییرات و پیشرفت‌های درمانی در هر جلسه بر اساس گزارش بیمار و تخمین درمانگر، اندازه و درصد تغییرات و پیشرفت‌های درمانی از طریق مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان (TOSRS؛ بشارت، ۱۳۹۵ب) نیز سنجیده شد که ذیل عنوان "ارزیابی نتیجه درمان و پی‌گیری"، گزارش شده است. نمره‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی در خط پایه به ترتیب ۳۳ و ۶۲ محاسبه شد. نمره استحکام من در خط پایه ۵۳ محاسبه شد. ارزیابی مراجع از شدت نشانه‌های نارسایی‌ها و مشکلات شخصیتی بر حسب مقیاس درجه‌بندی ذهنی در جلسه اول درمان ۱۰۰ از ۱۰۰ بود. این ارزیابی در جلسه آخر درمان و بعد از پی‌گیری سه ساله توسط بیمار، به ترتیب ۱۰ و ۵ از ۱۰۰ برآورد شد (شکل ۱). نمره‌های بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی و استحکام من مراجع در جلسه آخر درمان به ترتیب ۵۹، ۲۷ و ۱۰۴ بود. شیوه اجرای اصول و فنون مدل رواندرمانی PTC، در قالب شرح فرایند جلسه به جلسه درمان، برای خانم KB به این شرح است.

یافته ها

کاربرد پارادوکس درمانی مشکلات شخصیتی به روش PTC- خانم KB

جلسه اول

د- بعد از سلام و صحبت‌های اولیه و مرحله اجتماعی مصاحبه، بفرمایید اینجا برای چی مراجعه کرده‌اید؟

ب- پدرم آدم شکاکیه، به من بدبین شده و الان حدود شش هفت ماه می‌شه که خیلی منو اذیت می‌کنه جوری که من توی این مدت مدام گریه می‌کردم و به خودکشی فکر می‌کردم. بعد رفته‌رفته بهتر شد، اما هیچ آزادی‌ای به من نمی‌دن. من خودم تصورم اینه که یه بار

1. paradoxical timetable
2. timetable for periodical management
3. timetable for paradoxical reciprocity negotiation
4 . recreating fundamental emotional experiences
5 . Mental Health Inventory (MHI)
6 . Ego Strength Scale (ESS)
7 . Treatment Outcome Subjective Rating Scale (TOSRS)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

به دنیا اومدم، آزادم و حق دارم اون‌جور که دلم می‌خواد زندگی کنم (حالت گریه). ولی خب خانواده‌م اینو نمی‌پذیرن و هرچی که من می‌گم، می‌گن ازدواج کن برو خونه خودت انجام بده. حتی به من اجازه نمی‌دن که موهامو رنگ کنم، می‌گن وقتی رفتی خونه خودت موهاتو رنگ کن. الانم هرچی می‌شه، مامانم با من دعوا می‌کنه، به من حمله می‌کنه، منو می‌زنه که باید ازدواج کنی بری خونه خودت! این رفتارها برا من آزار دهنده‌س.

د- خب در مورد موضع گیری‌های خانواده تا اینجا مطالبی گفته شد، بعدا اگر لازم بشه بازم می‌پرسم. حالا فرض کنیم والدین اینجا بودند و من ازشون می‌پرسیدم به نظر اونا مشکل چیه که باید حل بشه، چی می‌گفتن؟ و خودت چی می‌گی؟

ب- من خیلی آدم عصبانی‌ای هستم و سریع واکنش نشون می‌دم. احساس می‌کنم حرفمو نمی‌فهمن، سرشون داد می‌کشم. معمولا وقتی با ناراحتی صحبت می‌کنم، گریه‌ام می‌گیره و وقتیم با پدرم صحبت می‌کنم، گریه می‌کنم (گریه شدید توی جلسه). اونا بهم می‌گن تو نقطه‌ضعفت چیه که گریه می‌کنی؟ چه آسیبی دیدی که داری گریه می‌کنی، بگو تا ما حلش کنیم. می‌گم من اصلا بحثم آسیب نیست، من بحثم اینه که تو سن ۲۸ سالگی می‌خوام آزاد باشم؛ شما مثل یه برده با من رفتار می‌کنید! من یه برادر بزرگتر از خودم دارم و همیشه مادرم این احساس رو به من القا کرده که برادرمو بیشتر از من دوست داره، و واقعا هم همین‌طوره. توی رفتارهاشونم مشخصه؛ مادرم برادرمو بیشتر دوس داره و پدرم، خواهرمو. من این وسط زیادی‌ام! واقعاً جوری رفتار کردن که من از مامانم و داداشم متنفرم، یه حس تنفر نسبت بهشون دارم. بعد این‌قدر آزادی منو سلب کردن، که دوست دارم سرطان بگیرم، بعد بهشون بگم حالا که قراره بمیرم لااقل آزادم بذارید. حتی وقتی آزمایش معمول زنانه دادم برا تست سرطان سینه، از اینکه جواب آزمایشم منفی بود خیلی ناراحت شدم به جای اینکه خوشحال بشم؛ دوست داشتم سرطان داشته باشم تا حداقل برای یه مدت کوتاه هم که شده آزاد باشم.

د- حالا اگه فرض کنیم مستقل بشی و برا خودت آزاد باشی، آیا فکر می‌کنی دیگه مشکلی نیست؟

ب- من پنج سال مستقل بودم و آزاد بودم، نمی‌گم مشکلی نیست؛ ولی اون موقع شاید با خودم درگیر باشم.

د- منم می‌خوام تکلیف خودت رو با خودت بدونم؟ منظورم سختی کار و زندگی و این چیزایی که همه دارن نیست؛ منظورم اون مشکلاتیه که خودت حس می‌کنی در خودت هست، سوای اختلافات خانوادگی؟

ب- من از خودمم خیلی ناراضیم. من یه دختر خیلی کمال‌گرام. مثلا می‌خوام یه صفحه درس بخونم، اون یه صفحه رو اون‌قدر می‌خونم تا حفظ شم؛ شاید صد صفحه درس باشه ولی من فقط اون یه صفحه رو خیلی می‌خونم. یا موقع خرید چیزی، خیلی می‌گردم، یا مثلا وقتی می‌خوام یه کاری رو انجام بدم باید بهترین مدل اون کار رو انجام بدم. همیشه هم از خودم ناراضیم چون اون چیزی که می‌خواستم نشدم و خیلی وقته که واسه زندگیم تلاش نمی‌کنم. همه‌ش می‌گم از فردا، ولی اون فردا هیچ وقت نمی‌آد! الان سه چهار ساله که اون فردا تو زندگی من نیومده.

د- و خودت فکر می‌کنی این فردا که نمی‌آد و این پا و اون پا که می‌کنی به خاطر کمال‌گراییته؟

ب- شاید. شایدم به خاطر تنبلیم باشه. نمی‌دونم. مثلا من درسم تموم شده، فوق‌لیسانسم، سه ساله که پایان‌نامه‌ام مونده. همه‌ش می‌گم من یه پایان‌نامه خفن انجام می‌دم که از توش مقاله آی اس آی در بیاد بعد پذیرش بگیرم از ایران برم، ولی کاری نکردم. حالا جدیدا پروپوزالمو نوشتم. همش‌م تو این فکرم که حالا که اینا این قدر منو اذیت می‌کنن، بخونم از ایران برم. همیشه هم آرزوم این بوده که از نظر تحصیلی خیلی موفق بشم؛ این آرزویی بوده که از قدیم داشتم، ولی خیلی برام عجیبه که تلاش نمی‌کنم!

د- پس یکی از ویژگی‌هات اینه که، هم شخص خودت رو اذیت می‌کنه؛ برای نمونه معطلی سه ساله بر سر پایان‌نامه رو گفتی، و هم که در ارتباط با دیگران برات مشکل‌ساز شده. الان گفتی داری تلاش می‌کنی، چون مجبور شدی یا چون؟

ب- چون مجبور شدم، ترجیح می‌دم هر فشاری رو تحمل کنم که برم از این کشور. قبلا کلاس زبان ثبت نام کردم ولی نرفتم، باشگاه ثبت نام کردم ولی نرفتم، ولی الان سرم بره کلاسمو باید برم؛ رفتم کتابخونه ملی نشستم پروپوزالمو نوشتم.

د- خب، گفتید که یکی از ویژگی‌هاتون کمال‌گرایی‌تونه، به همین خاطر کارهاتو همه‌اش به تاخیر می‌ندازی.

ب- بله.

د- ممنون، داشتیم راجع به این صحبت می‌کردیم که اگر بابا این جا بود و من ازش می‌پرسیدم دخترتون چشه، چی می‌گفت؟

ب- می‌گفت مریضه، عصبیه، حسوده.

د- ازش می‌پرسم عصبیه یعنی چی؟ چیکار می‌کنه؟ چی می‌گه؟

ب- یعنی هر چی می‌شه داد می‌کشه، پرخاشگری می‌کنه، توهین می‌کنه (توی خونه واقعیت‌م همینه)، و حسودی برادرشو می‌کنه.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

د- آیا شما این ویژگی‌ها رو داری.
ب- نمی‌گم دارم، من حسودی برادرمو نمی‌کنم، من فقط سر اینکه بین ما فرق می‌ذارن همیشه اعتراض می‌کنم.
د- همیشه اعتراض می‌کنی؛ عصبانی شدنت درسته؟
ب- آره، آره، خیلی عصبانی می‌شم.
د- عصبانی می‌شی و زود از کوره در می‌ری.
ب- خیلی. البته پدرمم همین‌جوریه؛ دقیقا پدرمم سریع از کوره در می‌ره.
د- وقتی از کوره در می‌ری چیکار می‌کنی؟
ب- داد می‌کشم.
د- در گیری فیزیکی‌م هست؟
ب- نه، من داد می‌کشم، بابامم داد می‌کشه، بعد من می‌ذارم میرم تو اتاق؛ جدیدا مامانم حمله می‌کنه منو می‌زنه!
د- گفتی طبق معمول، این گریه کردنت از کی بوده از طرف شما؟
ب- از بچگی بوده؛ هر وقتم گریه می‌کردم، مامانم می‌گفت چقد ضعیف‌النفسی!
د- از بچگی که این گریه کردن‌ها رو داشتی، شکلش همین‌جوری بوده؟
ب- یعنی همین بغض کردن و اینا؟
د- آره، یعنی همین‌جوری که این جا هم گریه می‌کنی؟
ب- آره.
د- اگر یه دوره رو در نظر بگیری که دعواهای خانوادگی نبوده باشه، مثل او چند سالی که شهرستان زندگی می‌کردی، آیا اون جاها هم همین وضعیت بوده؟
ب- اگه همکاران و اطرافیان اعصابمو خورد می‌کردن، آره، اما اگر کسی کاری به کارم نداشت، نه. شاید تو اداره بحثم می‌شد، به حال خودم گریه می‌کردم، یا پول کم می‌آوردم کمکم نمی‌کردند گریه می‌کردم، یا گاهی زنگ می‌زدند که چرا شب دیر رسیدی خونه و حرصمو در می‌آوردند گریه می‌کردم، ولی در غیر این صورت نه، گریه نمی‌کردم.
د- گاهی گریه‌های آدم مال حرفا و رفتارای دیگران یا تاثیری است که دیگران روی آدم می‌ذارن؛ گاهی اما آدم توی حال خودشه و اصلا دیگرانی مطرح نیستند، آیا توی یه همچه شرایطی هم گریه هست؟
ب- یعنی اینکه آدم حالش بد باشه، هورموناش به هم ریخته باشه؟
د- نه اینا منظورم نیست. مثلا این که توی خلوت خودش غم و اندوه بیاد سر دلش و به این خاطر گریه‌اش بگیره؟
ب- خب من که کاملا افسردگی رو دارم.
د- افسردگی داری؟
ب- آره، دارم.
د- از کی؟
ب- از دوران کنکورم.
د- چون وقتی سوال کردم، گفتی از بچگی گریه‌هایی بوده.
ب- آره از بچگی همیشه گریه رو داشتم به خاطر اینکه از همون بچگی بین من و برادرم فرق می‌ذاشتن، مخصوصا مادرم.
د- بعد از کنکور یه جور دیگه شده؟
ب- از کنکور، مادر پدرم خیلی به من فشار وارد کردند، خیلی؛ و اینکه من نتونستم پزشکی قبول شم، چون دلم می‌خواست پزشکی قبول بشم، بعد از اون دیگه نتونستم خوب درس بخونم، دیگه اون آدم سابق نبودم. بعد چند شب پیش توی یکی از دعواهامون پدرم اصرار می‌کرد که ازدواج کنم، گفتم بابا من نمی‌خوام ازدواج کنم، حداقل الان نمی‌خوام ازدواج کنم. گفت باشه ازدواج نکن، ولی تا آخر عمر که نمی‌تونی خونه من بمونی! من این‌قدر حالم بده که اصلا نمی‌تونم ازدواج کنم. به زور به من می‌گن ازدواج کن، این "باید" رو من نمی‌فهمم (حالت‌های گریه مداوم ب)! کی گفته که همه آدما باید ازدواج کنند!؟ شاید بعضیا بگن بزرگتر می‌شی پشیمون می‌شی، ولی الان تصمیم من اینه، اون موقع هم به تصمیم الانم احترام می‌ذارم.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

د- حالا که حرف ازدواج شد، اگر برگردیم به اوایل بلوغ به این طرف که بچه‌ها یه تمایلاتی به هم پیدا می‌کنند، این گذشته در مورد شما چه‌جور بوده؟

ب- یعنی رابطه عاطفی؟

د- دوست داشتن عاطفی، رابطه صمیمی؟

ب- من یه نفر رو دوست دارم. اولین دوستم ۱۸ سالگی‌م بود، مادرمم می‌دونست. وقتی ایشون رفت خارج و نشد، خیلی گریه کردم، حالم خیلی بد شد. بعدش یه سفر رفتم خارج از کشور با یه خواننده معروف رپ آشنا شدم و عاشقش شدم و باهاش رابطه هم داشتم، اولین رابطه‌ام بود. بعد از اون کسای دیگه‌ای هم اومدن و رفتند، ولی من همه رو با اون (خواننده) مقایسه کردم، همیشه چشمم دنبالش بوده، حتی ازدواج کرد و البته الان از همسرش جدا شده، و من همیشه باهاش حرف می‌زنم. هیچ وقت نمی‌خوام رابطه‌مو باهاش از دست بدم؛ و می‌دونم این آقا اگرم بیاد اصلا باهاش خوشبخت نمی‌شم چون یه آدمیه که کل بدنش خال کوبیه، طرز فکرش اصلا ازدواج نیست، گل مصرف می‌کنه؛ یعنی هیچ‌وقت این آدم حالت عادی نداره، ولی من بازم دوسش دارم.

د- پس از گذشته این روابط رو داشتی و از نظر صمیمی هم فعال بودی (ب: خیلی)، منتهی دلت پیش ایشونه.

ب- دلم پیش ایشونه، رابطه‌های صمیمی دیگه هم داشتم، ولی خانوادم نمی‌دونند. من از نظر رمانتیک خیلی دختر داغی بودم، ولی الان یک ساله که رابطه صمیمی ندارم.

د- قبلا داشتی، یک ساله که نداری. اون‌وقت این حال بدی که الان داری، از کی درت بوده، آیا همیشه همین‌طور بوده، یا شدت و ضعف داشته؟

ب- فکر می‌کنم قبلا که رابطه صمیمی داشتم حالم بهتر بود. تنها زندگی می‌کردم، این خودش یه امتیاز بود. اون‌موقع که تنها زندگی می‌کردم، اگرم اینا (خانواده) اذیتم می‌کردن فوقش یه روز ناراحت می‌شدم و گریه می‌کردم. اون‌موقع درگیر این آقا بودم و خانواده می‌گفتن داری زندگی‌تو هدر می‌دی برو درستو بخون. حال الانم، از شش ماه پیش که خواستگار پیدا شد و من زیر بار نرفتم شدید شد و دیگه دلم می‌خواد که زندگی نکنم، دوست دارم زودتر بمیرم. من از بچگی تا الان‌م به خاطر هیکل درشتی که داشتم همیشه مورد تمسخر خانوادم بودم! هنوزم که هنوزه، برادر و مادرم توی دعواها همیشه به هیکلم توهین می‌کنند. پدرمم همیشه تیکه می‌ندازه: بابا من به خاطر خودت می‌گم، یه کمم لاغر شی بد نیست، ولی مادر و برادرم فشنگ توهین می‌کنند! سری آخر که دعوامون شد، مادرم گفت تو حسودی برادرتو می‌کنی، چون خوش تیپ و خوش هیکله، تو حسودی‌شو می‌کنی؛ خودت شبیه زنایی هستی که سه تا شکم زایدن! از این‌جور توهین‌ها!

د- الان این جا بیشتر برا چی اومدی؟

ب- می‌خوام با پدرم صحبت کنی، چون اون می‌گه خودش مشکلی نداره، من مشکل دارم؛ شاید واقعا من مشکل داشته باشم. اینکه آزادی بخوام؛ اینکه اجازه بدن راحت باشم؛ اینکه خودم آرامش ذهنی داشته باشم؛ اینکه بدونم از این زندگی چی می‌خوام، برا چی به این دنیا اومدم.

د- اینکه پرسیدم برا این بود که در قسمتی از صحبت‌هات مسایلی مطرح شد که حکم تصمیم‌گیری رو دارن: اینکه کی کجا بره، کجا نره؛ کی ازدواج بکنه یا نکنه؛ کی درس بخونه یا نخونه؛ کی خارج بره یا نره؛ و امثال این‌ها به ما و کار ما ربطی نداره، مسئولیتش با خود آدماست. اما یه مشکلاتی وجود داره؛ مثل ویژگی‌های یه نفر که اونو اذیت می‌کنه، مثل کمال‌گرایی که توی درس خودشو خیلی نشون داده و عموما باعث شده کارهات به تاخیر بیوفته و گاه اصلا انجام نشه؛ شما خودت به درس بیشتر اشاره کردی ولی در همه زمینه‌ها تاثیر می‌ذاره. همین مسئله ازدواج هم شاید تحت تاثیر همین باشه، که حتما یه آدم خاصی باشه، یا فرض کن یه آدم خاصی رو گیر آوردی و دیگه ولشم نمی‌کنی، حتی اگه اون، آدم تو نباشه! همین‌طور اون ویژگی دیگرت که زود عصبانی می‌شی و یکی از عوامل درگیری با اطرافیان می‌شه خودش. بعد دست بر قضا یه شرایطی‌ام پیش اومده مثل اینکه مادر رابطه‌ش با بچه‌هاش چه جوره، پدر رابطه‌ش با بچه‌ها چه جوره؛ چرا یه بچه توی خونواده داره حس می‌کنه تمسخر می‌شه، تحقیر می‌شه؛ و بعد می‌بینه که یکی دیگه مدام تکریم و تمجید می‌شه. این‌ها مجموعه‌ای از مشکلات هستند که باید روشون یه مقدار کار بشه.

ب- یعنی آقای دکتر اینکه من الان ازشون بخوام اجازه بدن من تنها برم مسافرت، آیا این خواسته زیادیه؟ یا اجازه آرایش کردن رو به من نمی‌دن. منظورتون ایناس؟

د- این موارد، مثل اینکه والدین به فرزندشون اجازه فلان کار رو می‌دن یا نه؛ این یه تصمیم‌گیریه که کار ما نیست که توی این امور دخالت کنیم. اما اینکه این فرزند توی این خونه راحت زندگی کنه؛ این درگیری‌ها نباشه؛ این فرزند بتونه عصبانیتش رو کنترل کنه؛ کمال‌گراییش

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

مانع کار و برنامه‌های زندگی‌ش نباشه؛ وگرنه خانواده‌های زیادی هستند که به فرزندشون اجازه بعضی از کارها رو نمی‌دن، آیا همه گریه می‌کنند؟ آیا همه درگیر می‌شن؟ یا که راه حل مناسبی پیدا می‌کنند، مثل همین که خودت گفتی سعی‌مو می‌کنم که پذیرش بگیرم برم، یا ممکنه به فکرت برسه که یه راه حل دیگری پیدا کنی. این‌ها کار مشاور نیست. اینا تصمیم گیری‌هایی است که افراد و خونواده‌ها باید خودشون مسئولیت گرفتنشونو بر عهده بگیرن. حالا یکی مثل شما که به من مراجعه کرده، من باید ببینم تا اونجایی که به خودت مربوط می‌شه، ضعف کارت کجاست که کمک کنم اون ضعف یا اون مشکل برطرف بشه تا بعدش با توانمندی بتونی تصمیم مناسبی یا بهتری بگیری. باید کمک کنیم ببینیم این دختر چطور می‌تونه از پس خودش و مشکلاتش بر بیاد؛ چه تغییراتی باید درش به‌وجود بیاد تا بتونه راضی‌تر، خوشحال‌تر، موفق‌تر باشه؛ اینکه چه‌جوری می‌خواد زندگی کنه به خودش مربوطه.

ب- حالا چکار باید بکنم؟

د- ببینید شما الان توی این خونه زندگی می‌کنید و یه پای همه این مباجث یا پدره یا مادر. به همین دلیل اگه بتونید با هم بیایید کارها بهتر پیش می‌ره، چون شما سه عضو یه خونواده هستید و توی یه خونه دارید زندگی می‌کنید و مشکلات هر سه نفرتونم مال اینه که با همید.

ب- اما اینا قبول ندارند، می‌گن مشکل از منه نه خودشون.

د- خب، تکلیف من باید روشن بشه. آیا اونا می‌آن؟

ب- نه!

د- شما الان تایم کارت چه‌جوریه؟

ب- من شش صبح از خونه می‌رم بیرون و معمولا نه شب بر می‌گردم؛ یعنی از هفت بر می‌گردم نه می‌رسم خونه.

د- چه روزایی تعطیلید؟

ب- پنج‌شنبه و جمعه.

د- اون وقت نه که می‌رسی خونه، تا وقتی که بخوابی چند ساعت طول می‌کشه و چه اتفاقی می‌افته؟

ب- نه که می‌رسم یه دوش می‌گیرم، شام نمی‌خورم، سعی می‌کنم باهاشون صحبت نکنم؛ مقداری کتاب می‌خونم، اخیرا خیلی کتاب می‌خونم، یه مقدار با گوشیم ور می‌رم. بعدش‌ام ساعت یازده و دوازده می‌گیرم می‌خوابم.

د- پس وقتی‌ام می‌رسی خونه سعی می‌کنی زیاد باهاشون تماسی نداشته باشی.

ب- آره، ولی بعضی وقتا مجبور می‌شم زودتر برم خونه، چون مامانم کار خونه نمی‌کنه و من باید زودتر برم کارا رو انجام بدم.

د- کارا رو مامان نمی‌کنه، شما باید بکنی؟

ب- من خیلی کم انجام می‌دم، همشو هم با غر انجام می‌دم؛ بیشتر کارا رو بابام انجام می‌ده.

د- اون‌وقت خوابت چه‌جوره؟

ب- من وقتی خیلی ناراحت باشم توی خونه دو تا اتفاق برام می‌افته: یکی اینکه خیلی می‌خورم و دو خیلی می‌خوابم؛ یعنی یه‌جوری که بی‌هوش می‌شم و هیچی رو متوجه نمی‌شم.

د- حالا از نظر خودت میانگین خواب و خوراکت چطوره؟

ب- بد نیست.

د- دارویی، چیزی، مصرف می‌کنی؟

ب- قبلا فلوکستین می‌خوردم، چون منو می‌برد توی یه حالت خواب آلودگی، دیگه نخوردم.

د- دارو رو برا چی می‌خوردی؟

ب- پیش روانپزشک رفتم، اون زمان که اعصابم زیاد خورد شده بود، خوابم زیاد شده بود، همه‌ش دلم می‌خواست بخوابم؛ توی اداره هم خوابم می‌برد. فلوکستین که خوردم خوابمو کم کرده بود؛ وسواس‌های فکری که همه‌ش می‌اومد اینو خوب انجام بدم، اونو خوب انجام بدم رو ازم گرفته بود؛ ولی حالت کندی بهم داده بود، ذهنم کند شده بود، هنوزم این احساس رو دارم. مثلا کتاب که می‌خوندم، هیچی نمی‌فهمیدم، در حالی که خودم می‌دونم دختر نسبتاً با هوشی هستم.

د- ببینید الان تا اینجا من برات یه برنامه می‌ریزم، اما اگر نکات دیگری بود که اذیتت می‌کرد رو جلسه بعد مطرح می‌کنی. یه تمرین‌هایی من برات تعیین می‌کنم، لازمه همشون انجام بشن چون وقت زیادی نداریم و نباید وقتی رو از این جلسه به اون جلسه با انجام ندادن

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

تمرین‌ها از دست بدیم. باید کارهایی رو که ازت می‌خوام دقیق و کامل انجام بدی. واحد کاری که باید تا جلسه بعد انجام بدی اینه که برای حداکثر ۱۰ دقیقه یه جای مناسب و خلوت مثل اتاق خودت بشینی و تمرکز کنی و یه سری چیزهای ناراحت کننده‌ای که اصلی‌هاشو برا من تعریف کردی و وقتی هم که داشتی تعریف می‌کردی بابتشون ناراحت می‌شدی و گریه می‌کردی فکر کنی: از نحوه برخورد پدر و مادر؛ از نحوه نگاهشون؛ از برخورد تبعیض آمیزشون؛ و حداقل از همه چیزهایی که این جا برای من تعریف کردی و همشون ناراحت کننده بود برای شما. شما برای عزا گرفتن سوژه کم نداری. حرفی که این زده، کاری که اون کرده. باید توی اون ۱۰ دقیقه همه این‌ها رو، و احیانا چیزهایی که ممکنه بوده و یادت نبوده که اینجا برا من تعریف کنی، برا خودت یادآوری کنی به شکلی و تاحدی که بتونند ناراحتت کنند. مثل یه قرص خیلی بد مزه و تلخ.

ب- که حالت تهوع بیاره، سرگیجه بیاره، گریه بیاره، حالت‌های عصبی بیاره.

د- درسته.

ب- مثلا مث یه وقتایی که از دست خودم عصبانیم، به خودم می‌گم خاک بر سرت اگر توی اون پنج سال مثل آدم می‌نشستی درستو می‌خوندی الان رفته بودی برا ادامه تحصیلت.

د- فقط توی تمرینت از این حرفا نمی‌زنی؛ از این جور استدلال‌ها نباید بکنی.

ب- تحلیل نکنم، فقط خاطرات بد رو یادآوری کنم.

د- آفرین، هیچ استدلال و تحلیلی نباید بکنی. فقط مرور تجربه خاطرات بده. هر واحد تمرینت ۱۰ دقیقه است. این کارو باید از فردا شروع کنی و با توجه به وقت‌های کار و آزادت، از هفته اول از ساعت ۱۶ هر ساعت یک بار این تمرین رو انجام می‌دی و در هفته دوم هر دو ساعت یک‌بار؛ همه این‌ها منهای وقت‌هایی که به هر دلیل نتونی انجام بدی (جای مناسبی نباشی، کسی پیشت باشه و یا احیانا خواب باشی). هر ساعت یا هر دو ساعت که وقت تمرینته اگر نشد، می‌سوزه تا وقت بعدی، مابین وقت‌ها مورد از دست رفته رو انجام نمی‌دی، باید بسوزه تا وقت بعدی تمرین. تا دو هفته دیگه که جلسه بعدی‌مونه.

خلاصه گزارش نتایج و فرایند درمان در جلسات دوم تا چهارم

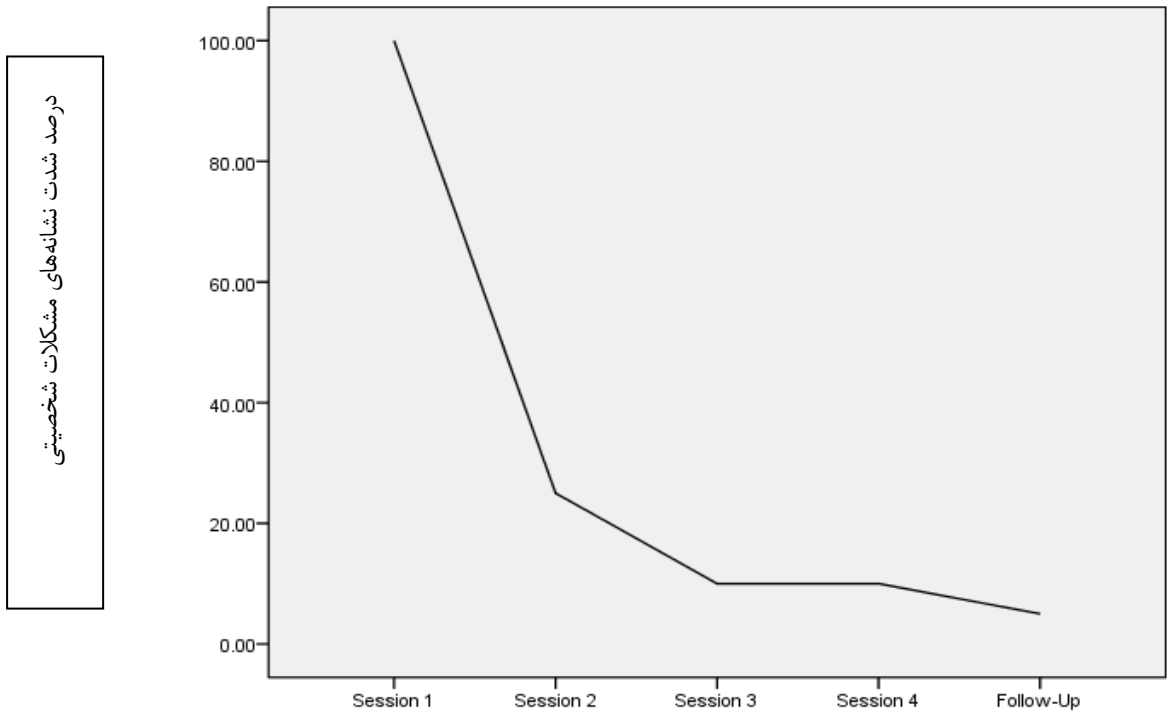
مراجع در آغاز جلسه دوم گزارش داد که تکالیف پارادوکسی جلسه اول را انجام داده، موارد متعددی از تجربه‌های ناراحت کننده و آشفته‌ساز را در تمرین‌های مختلف روزهای مختلف طی فاصله دو هفته‌ای بین جلسه اول و دوم بازسازی و بازتجربه کرده است. نتیجه کار را این‌طور بیان کرد: "احساس می‌کردم که انگار تخلیه درونی شده بودم، یه آرامشی پیدا کرده بودم و اون موضوعاتی که قبلا ناراحتم می‌کردن، دیگه ازشون ناراحت نمی‌شدم. توی هر تمرین به یک تا دو موضوع فکر می‌کردم، دفعه بعدش دیگه در مورد اونا نمی‌تونستم فکر کنم، می‌رفتم سراغ یکی دو تا موضوع دیگه و کلا سعی کردم از بچگی‌ام تا الان نه تنها خانوادم، هر موضوعی که ناراحتم کرده بود، هر برخوردی که آزارم داده بود، رو بهش فکر می‌کردم. الان راحت می‌تونم بگم از یه تایمی به بعد نه دیگه گریه کردم و نه موضوعی بود که بهش فکر کنم؛ انگار همه اون موضوعات برام حل شد. البته هنوزم متاسفانه عصبانیتم رو دارم." در این جلسه، میزان تغییرات درمانی در این قسمت از مشکلات در حد بالای ۷۵٪ برآورد شد و مقرر گردید که تکلیف جلسه اول را همچنان روزانه دو نوبت ادامه دهد. با توجه به برون‌ریزی‌های مراجع در قالب گریه کردن‌های افراطی و پرخاشگری و ناسازگاری با دیگران، مخصوصا درون خانواده با مادر و پدر، تکلیف جدید ایفای نقش‌های دوگانه دختر خوب- دختر بد را طی دو هفته آینده در چهارچوب خانه و در رابطه باوالدین اجراء کند. در ابتدای جلسه سوم، مراجع گزارش داد که تکالیف را انجام داده، تغییرات و پیشرفت‌های درمانی گزارش شده در جلسه دوم در سطحی پیشرفته‌تر ادامه داشته و تکلیف ایفای نقش‌های دوگانه نیز به خوبی اجراء شده و نتایج بسیار خوبی داشته: "روزایی که دختر بده بودم، سعی می‌کردم بد باشم، ولی جالب بود که دختر خوبه می‌اومد تو ذهنم و نمی‌تونستم مثل قبل بد باشم. رفتارم خیلی بهتر شده؛ حتی جوری رفتارم مشخص شده که همکارای اداره هم بهم می‌گن تو خیلی آروم‌تر از قبل شدی. حتی همکارای مرد هم که اصلا نمی‌دونند می‌آم مشاوره، می‌گن چقدر اخلاقت بهتر شده!" میزان تغییرات درمانی کلی در این جلسه در حد ۹۰٪ برآورد شد. در پایان جلسه سوم مقرر شد تکلیف پارادوکسی شخصی مربوط به جلسات قبل همچنان روزی دو نوبت ادامه پیدا کند؛ تکلیف بازی نقش‌های دو گانه متوقف شود؛ تکلیف برنامه‌زمانی مدیریت نوبتی تجویز شد که تا جلسه بعد، یعنی دو هفته دیگر بین مراجع و خواهرش اجراء گردد (خو.اهر به این دلیل انتخاب شد که والدین همکاری نمی‌کردند). در جلسه چهارم که به منزله جلسه پایانی بود مراجع این پیشرفت‌ها را گزارش کرد: "توی این ۲۸ سال عمرم هیچ وقت تا این حد احساس سبکی و آرامش نکرده بودم و اینو مدیون شمام و اینو همه اطرافیانمم بهم می‌گن. قرار بود من و

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

خواهرم برنامه فرموده و سرباز رو اجرا کنیم. خوب بود، مواردی پیش اومد که خودم می‌خواستم بگم نه، ولی چون سرباز بودم می‌گفتم چشم و انجام می‌دادم. خواهرمم کلا انجام می‌داد و خیلی تو این کار کمکم کرد. تمرین فکر کردنه هم خوب بود و این اواخر احساس می‌کردم که دیگه هیچ موضوعی نیست که بهش فکر کنم، ولی وقتی یه اتفاقی می‌افتاد که ناراحتم می‌کرد توی اون تمرین‌ها بهش فکر می‌کردم. حساسیتم به خانواده می‌تونم بگم یک‌دهم شده، دیگه مثل قبل حساسیت ندارم؛ خیلی موضوعات رو می‌شنوم ولی دیگه حرص نمی‌خورم، جدل نمی‌کنم، جنگ نمی‌کنم؛ حتی با اطرافیانم. توی اداره که نمی‌دونن من می‌آم مشاوره، همه بهم می‌گن چقدر آروم شدی. خیلی نسبت به قبل بهتر شدم؛ در مورد درس خوندنم که قبلا اصلا نمی‌خوندم، الان شاید چند روز لفتش بدم ولی می‌خونم، با این حال بازم فکر می‌کنم که بی‌ارادم. حاشیه‌های ذهنم قشنگ یک‌دهم شده. خانوادم هنوزم همونان، هیچ تغییری نکردند، نسبت به رفتارهاشون شاید یک‌دهم گذشته حرص بخورم، سریع از ذهنم می‌ره و درگیر نمی‌شم. این آرامشی که به دست آوردم باعث شده دیگه چیزی رو فراموش نکنم، چون قبلا همه چی یادم می‌رفت. تمرکزمم بیشتر شده. اینا همه خیلی خوب شده، ولی اون بی‌ارادگی رو هنور دارم، چه توی درس خوندن و چه توی رژیم گرفتن." در این جلسه، میزان تغییرات درمانی کلی در حد بالای ۹۰٪ برآورد شد. ضمن اعلام خاتمه درمان، مقرر شد مراجع همچنان یک نوبت تمرین شخصی ۱۰ دقیقه‌ای را روزانه برای مدتی انجام دهد و برنامه فرماندهی- فرمانبری را هم تا مدتی ادامه دهند.

ارزیابی نتیجهٔ درمان و پی‌گیری

دوره پارادوکس درمانی مشکلات شخصیتی به روش PTC خانم KB طی ۴ جلسه، جمعا ۱۲۵ دقیقه در یک بازه ۲ ماهه فعال و مستمر کامل شد. بهبودی بیش از ۹۰٪ درصد برآورد شد. پی‌گیری ۳ ساله نشان داد که پیشرفت‌های درمانی ادامه داشته، عودی هم صورت نگرفته، حتی میزان تغییرات درمانی طی دوره پی گیری سه ساله بیشتر شده و به حد ۹۵٪ رسیده است. نتایج تغییرات درمانی در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱- درجه‌بندی شدت نشانه‌های مشکلات شخصیتی توسط بیمار در جلسات درمان و پی‌گیری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پارادوکس درمانی مشکلات شخصیتی به روش PTC خانم KB نشان داد که با اجرای تکالیف مختلف پارادوکسی طی چهار جلسه، نارسایی‌های شخصیتی به‌طور نسبتاً کامل تعدیل و درمان شدند. شاخص‌های درمان با شروع انجام تکالیف متمرکز بر نارسایی‌های شخصی مراجع در قالب برنامه‌زمانی پارادوکسی برای بازسازی ناراحتی‌ها و هیجان‌های مربوط به نحوه برخورد پدر و مادر، نگاه آنها، رفتارهای تبعیض آمیزشان، حرف‌ها و کارهای دیگران که همه به نحوی برای وی ناراحت کننده بودند؛ در جلسه دوم بررسی و گزارش شدند. میزان تغییرات درمانی در این زمینه در حد بالای ۹۰٪ گزارش شد. در دو جلسه بعدی هم شاخص‌های تغییرات درمانی عبارت بودند از: ادامه اجرای تکالیف مربوط به ناراحتی‌ها و نارضایتی‌های شخصی و نشخوارهای فکری مرتبط با این ناراحتی‌ها و استمرار و تکمیل پیشرفت‌های درمانی در این زمینه؛ تغییرات مثبت در سطح سازگاری بیشتر با دیگران، مخصوصاً اعضای خانواده؛ حذف کامل نگرانی‌ها و دغدغه‌های شخصی؛ پایان برون‌ریزی‌های افراطی در قالب گریه‌های مکرر؛ ، رضایت نسبتاً کامل از تعاملات رشدیافته و سازگاری با دیگران در روابط خانوادگی، اجتماعی و شغلی؛ و در نهایت احساس آرامش در زمینه‌های درون‌شخصی و بین‌شخصی. ارزیابی تغییرات و پیشرفت‌های درمانی در هر جلسه و در جلسه پایانی و در یک دوره پی‌گیری سه ساله نشان داد که در کل بهبودی بیش از ۹۰٪ محقق شده، این تغییرات درمانی در طول زمان، به مدت سه سال، پایدار مانده و هیچ گونه عودی نیز گزارش نشده است. پارادوکس درمانی به روش PTC، درمانی است بسیار کوتاه‌مدت، بسیار تاثیرگذار و مطالعات پی‌گیری نیز نشان داد که تغییرات در طول زمان با دوره‌های پی‌گیری طولانی مدت استمرار داشت؛ واقعیتی که تایید کننده تغییرات عمیق و بنیادین درمانی در این مدل روانکاوی عملی است (بشارت، ۱۴۰۱). این تغییرات و نتایج درمانی چشمگیر و سریع و پایدار چگونه تبیین و تفسیر می‌شوند؟ شرح مکانیسم‌های تاثیرگذاری فنون پارادوکس درمانی به روش PTC، ، به این سوال پاسخ می‌دهد.

مکانیسم‌های تاثیرگذاری پارادوکس درمانی مشکلات شخصیتی به روش PTC

پارادوکس درمانی مشکلات شخصیتی خانم KB به روش PTC با تجویز تکنیک برنامه‌زمانی پارادوکسی شروع شد (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۴۰۱). در این برنامه شخصی مقرر شد که مراجع موقعیت‌هایی که وی در آنها هیجان‌های منفی، ناراحتی و برون‌ریزی‌هایی مانند گریه‌های افراطی و مداوم را تجربه می‌کند، عیناً بازسازی و بازتجربه کند. با بازسازی و بازتجربه کردن ارادی و اختیاری یک نشانه نااختیاری و ناارادی، نشانه و مجموعه نشانگان پاتولوژیک دیگر خاصیت تحمیلی و غیرقابل کنترل بودن نشانه‌های یک اختلال را ندارند. وقتی که مراجع توانست با اجرای این تکنیک که بر اساس آن صحنه مبارزه بیمار با بیماری به گونه‌ای مهندسی شده است که یک پدیده پاتولوژیک ناارادی، ارادی شود؛ رابطه نشانه‌ها (نارسایی‌ها و مشکلات‌ها) با هیجان‌های منفی مربوط به آنها گسسته می‌شود. این نشانه‌های خودساخته بیمار در قالب تکالیف پارادوکسی و مخصوصاً در وقت‌های از قبل تعیین شده، دیگر آن ناراحتی‌ها، برون‌ریزی‌ها و رفتارهای رشدنایافته و آن درماندگی‌های هیجانی نشانه‌های اصلی پاتولوژیک را ندارند. به عبارت دیگر و بر اساس مکانیسمی دیگر، معنی این نشانه‌ها تغییر کرده است. این نشانه‌های ساختگی دیگر آن معنی منفی و آشفته‌ساز نشانه‌های پاتولوژیک اصلی را ندارند. در امتداد این تجربه‌های جدید بیمار در مصاف با بیماری؛ یعنی تغییرات درمانی، من ضعیف و رشدنایافته و مستاصل بیمار در مواجهه و مقابله با چنین شرایطی توانمند می‌شود؛ نوعی توانمندی که جوهر اصلی درمان در پارادوکس درمانی به روش PTC است.

در ادامه فرایند درمان در جلسات بعدی، با ادامه اجرای همین تکنیک برنامه‌زمانی پارادوکسی، هم بقایای این نارسایی‌ها و آشفتگی‌های درون‌شخصی پاکسازی می‌شوند، هم توانمندی من بیمار بیشتر و بیشتر تقویت می‌شود. در عین حال با اجرای تکنیک روزهای خوب و بد؛ یعنی روزهای دختر خوب و دختر بد (بشارت، ۱۴۰۱)، مراجع این فرصت را به دست می‌آورد که برخی دیگر از ویژگی‌های مشکل‌ساز شخصیتی‌اش را در تعامل با اعضای خانواده و در یک برنامه از پیش تعیین‌شده، به صورت ارادی بازسازی و بازتجربه کند. در این خط درمان، تعاملات تعارضی و مشکل‌ساز فرد در رابطه با دیگران؛ در درجه اول با دیگران مهمتر، یعنی اعضای خانواده، در دام درمان گرفتار می‌شوند و خاصیت هیجانی تعارضی‌شان را از دست می‌دهند. با این تجربه‌ها، هم فضای تعاملات بین‌شخصی تعدیل و تنش‌زدوده می‌شود و هم توانمندی بیمار در مدیریت چنین شرایطی و کنترل بیشتر بر چنین شرایط تنش‌زایی بیشتر می‌شود. این پدیده در پارادوکس درمانی به روش PTC، استحکام من نامیده می‌شود؛ تغییری عمیق در سطح ساختارهای شخصیت (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۴۰۱).

مجموعه این تغییرات لازم است با تغییرات درمانی دیگری تقویت و تکمیل شوند: تکنیک برنامه‌زمانی مدیریت نوبتی (بشارت، ۱۳۹۷الف، ۱۳۹۷ب، ۱۴۰۱، ۱۴۰۳، ۲۰۲۳)؛ یعنی همان ایفای نقش فرمانده- سرباز در رابطه بین مراجع و عضوی دیگر از اعضای خانواده (این عضو ترجیحاً باید مهمترین عضو یعنی یک یا هر دو نفر والدین باشند، اما در صورتی که والدین به هر دلیل نباشند یا باشند و حاضر به همکاری نباشند، می‌تواند عضوی دیگر از سیستم خانواده باشد و اگر چنین عضوی هم وجود ندشته باشد، از تکنیک صندلی خالی برای اجرای آن استفاده می‌شود؛ جهت اطلاع کامل از شکل‌های مختلف این تکنیک به بشارت، ۱۳۹۷الف، ۱۳۹۷ب، ۱۴۰۱، ۱۴۰۳، ۲۰۲۳) مراجعه کنید). با اجرای این تکنیک

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

درمانی تعاملی، هر یک از دو طرف رابطه (اینجا مراجع و خواهر) در تعاملات روزمره‌شان در پنجاه درصد مواقع نقش فرمانده دارند و در پنجاه درصد دیگر نقش سرباز. کسی که نقش سرباز را بازی می‌کند موظف است که بدون چون و چرا از دستورات فرمانده تبعیت کند. سرباز (مراجع) در این نقش، در واقع قرار است در ارتباط با فرمانده (دیگری مهم) خودش را صفر ببیند و امر و فرمان و اراده و اختیار تماماً از آن فرمانده باشد. با پذیرش و ایفای چنین نقشی، این توانمندی در سرباز (مراجع) ایجاد می‌شود که در تعاملات روزمره، خودش را نبیند و در واقع خودش را به نحوی زیر پا بگذارد. این خود یعنی همان منی که وقتی وجود داشته باشد می‌تواند از رفتار دیگری ناراحت و برآشفته و دمانده شود. در واقع اگر کسی بتواند به شکل عملی در رابطه با دیگری خودش را نبیند و به حساب نیاورد، دیگر جایی برای اینکه تصور کند دیگری با او چه می‌کند، آیا او را به حساب می‌آورد یا نه، آیا بر او تبعیض روا می‌دارد یا نه، اصلاً عملکردش چگونه است، و همچنین جایی برای آشفته و هیجانی‌شدن باقی نمی‌ماند! در این فرایند؛ یعنی با انجام این تکلیف، در کوتاه‌ترین زمان ممکن، سرباز شکل‌های جدیدی از روابط بین‌شخصی و فعالیت‌های روزمره را تجربه می‌کند که فاقد استرس‌های تعارضی معمول هستند. این فعالیت‌ها در این شکل از تعامل برنامه‌ریزی شده، توانمندی‌های سرباز (مراجع) برای مدیریت تعاملات را به سرعت افزایش می‌دهد و این تغییرات سطح سازگاری و رضایت فرد از خود و از دیگران را بالا می‌برد. در این خط درمان هم استحکام من از تغییرات اساسی درمان است؛ توانمندی یک من مستاصل و درمانده و گرفتار آمده در کمند مشکلات شخصیتی و پیامدهای آسیب‌زای آن از تعارضات بین شخصی گرفته تا واکنش‌های هیجانی در قالب برون‌ریزی‌های گریه و درماندگی‌های بین‌شخصی.

بر اساس گزارش مراجع در جلسه چهارم، قدرت مدیریت و کنترل وی بر خودش در دو ساحت درون‌شخصی و بین‌شخصی بیشتر شده؛ احساس آرامش جای ناآرامی‌های روزمره بیمار را گرفته؛ دیگر از هیجان‌های گریه افراطی مکرر روزمره بیمار خبری نیست؛ و مراجع توانسته با آرامش بیشتر زندگی و کارهای روزمره‌اش را مدیریت کند و بسیار رشدیافته‌تر و سازش‌یافته‌تر از گذشته رفتار کند؛ تغییراتی که در ساحت بین‌شخصی تا آنجا مشهود بوده که در محیط‌های اجتماعی و کاری نظر دیگران را هم جلب کرده و به مراجع فیدبک داده‌اند. در این جلسه، میزان تغییرات درمانی و بهبودی در زمینه‌های مختلف در حد بالای ۹۰٪ برآورد شد و به عنوان جلسه پایانی مقرر شد در قالب یک برنامه درازمدت، یک نوبت تمرین شخصی را روزانه ادامه دهد و برنامه فرماندهی و فرمانبری را هم تا هر جا که خواهرش توانست همراهی کند، ادامه دهد. پی‌گیری سه ساله نشان داد که پیشرفت‌های درمانی ادامه داشته و عودی نیز صورت نگرفته است. این استمرار و ثبات تغییرات درمانی در طول زمان بیانگر این است که این مدل پارادوکس درمانی؛ همان‌طور که گفته شد به عنوان نوعی روانکاوی عملی، توانسته تاثیرات عمیقی را هم در سطح کنش‌وری‌های شخصیت و هم در سطح ساختارهای شخصیتی ایجاد کند (بشارت، ۱۴۰۱).

نتیجه گیری

نتایج پارادوکس درمانی مشکلات شخصیتی خانم KB به روش PTC نشان داد که این مدل از پارادوکس درمانی بسیار کارآمد، اثربخش و نوید بخش است. نتایج پارادوکس درمانی خانم KB همچنین نشان داد که این نوع درمان، در عین حال که بسیار اثربخش است، این اثربخشی بسیار عمیق و گسترده است و به همین دلیل کمترین نرخ عود را دارد؛ واقعیتی که در دوره پی‌گیری سه ساله تایید شد. واقعیت بالینی دیگر در خصوص پارادوکس درمانی اختلال‌ها و مشکلات شخصیتی به روش PTC این است که تغییرات درمانی بسیار سریع و در کوتاه‌ترین زمان ممکن در نوع خود صورت می‌گیرند. این ویژگی‌های اختصاصی پارادوکس درمانی اختلال‌ها و مشکلات شخصیتی به روش PTC، آن را به عنوان روشی اقتصادی و بسیار مقرون به‌صرفه برای مراجعان تبدیل کرده است. از مختصات منحصر به فرد پارادوکس درمانی اختلال‌ها و مشکلات شخصیتی به روش PTC این است که از دیدگاهی روانکاوانه به درمان این اختلال‌ها می پردازد. از این جهت، مزیت‌های رویکردهای روانپویشی را دارد با این تفاوت که PTC نوعی روانکاوی عملی است و از حاشیه‌پردازی‌های روانکاوی‌های سنتی و حرف درمانی‌های رایج در امان است. در پایان، پارادوکس درمانی اختلال‌ها و مشکلات شخصیتی به روش PTC به عنوان نمونه‌ای موفق از یک رویکرد درمانی جدید به جامعه رواندرمانگران پیشنهاد می‌شود. در عین حال، فقدان شواهد پژوهشی بیشتر؛ مخصوصا در چهارچوب کارآزمایی‌های کنترل شده تصادفی از جمله محدودیت‌های این پژوهش است.

منابع

بشارت، م. ع. (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سولی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی، ۵۴*، ۹۱-۸۷. URL: http://sjfm.ir/article-1-185-fa.html

بشارت، م. ع. (۱۳۹۵الف). ساخت و درستی آزمایی مقیاس استحکام من: یک مطالعه مقدماتی. *مجله علوم روانشناختی، ۶۰*، ۴۶۷-۴۴۵. URL: http://psychologicalscience.ir/article-1-163-fa.html

بشارت، م. ع. (۱۳۹۵ب). *ویژگی‌های روانسنجی مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان (TOSRS)*. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

بشارت، م. ع. (۱۳۹۶). *پارادوکس + برنامه زمانی = درمان: مدل کامل درمان اختلال های روانشناختی- راهنمای عملی*. انتشارات رشد: تهران.
بشارت، محمدعلی (۱۳۹۷الف). پارادوکس + برنامه زمانی = درمان: مدل کامل زوج‌درمانی به روش PTC - راهنمای عملی. انتشارات رشد: تهران.
بشارت، م. ع. (۱۳۹۷ب). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال وسواس فکری- عملی: مطالعه موردی. *مطالعات روانشناختی، ۱۴*، ۳۶-۷. DOI: 10.22051/psy.2019.23631.1801
بشارت، م. ع. (۱۳۹۸). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه موردی. *مجله علوم روانشناختی، ۷۶*، ۳۹۵-۳۸۳. DOI: 20.1001.1.17357462.1398.18.76.12.3
بشارت، م. ع. (۱۳۹۹الف). کاربرد پارادوکس درمانی برای درمان اختلال بدشکلی بدنی: مطالعه موردی. *مجله علوم روانشناختی، ۹۵*، ۱۳۸۷-۱۳۷۱. D)I: 20.1001.1.17357462.1399.19.95.13.9
بشارت، م. ع. (۱۳۹۹ب). سنجش اثربخشی زوج‌درمانی پارادوکسی بر مشکلات زوجین: مطالعه موردی. *روان‌شناسی خانواده، ۷*، ۱۸-۱. https://doi.org/10.52547/ijfp.7.1.1
بشارت، م. ع. (۱۴۰۱). *پارادوکس درمانی اختلال‌های شخصیت: راهنمای عملی*، جلد اول. انتشارات روانکاوان: تهران.
بشارت، م. ع. (۱۴۰۳). *پارادوکس درمانی افسردگی: راهنمای عملی*. انتشارات روانکاوان: تهران.
سعیدی نژاد، ن.، فروزنده، ا.، بشارت، م. ع.، نیکورز، م.، و بنی طبا، م. (۱۴۰۳الف). اثربخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب و استحکام من مادران دارای نوزاد نارس. *رویش روان‌شناسی، ۱۰۰*، ۷۰-۶۱. URL: http://frooyesh.ir/article-1-5627-fa.html
طاهرنژاد، ز.، بشارت، م. ع.، بلیاد، م. ر.، حسین‌زاده تقوایی، م.، و پیوندی، پ. (۱۴۰۱الف). اثربخشی پارادوکس درمانی بر نشانه‌های استحکام من، خودشناسی و افسردگی اضطراب استرس در افراد دارای ضایعه نخاعی: مطالعه موردی. *مجله مطالعات ناتوانی، (۱۳۵)۱۲*، ۱۰-۱. URL: http://jdisabilstud.org/article-1-2408-fa.html
طاهرنژاد، ز.، بشارت، م. ع.، بلیاد، م. ر.، حسین‌زاده تقوایی، م.، و پیوندی، پ. (۱۴۰۱ب). سنجش و مقایسه اثربخشی پارادوکس‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر نشانه‌های استحکام من و خودشناسی انسجامی در زنان ۲۰-۴۰ ساله دارای ضایعه نخاعی. *مجله مطالعات ناتوانی، (۲۱۴)۱۲*، ۱۱-۱. URL: http://jdisabilstud.org/article-1-2545-fa.html
قدیمی نوران، م.، شفیع آبادی، ع.، خدابخشی کولایی، آ.، و عسگری، م. (۱۳۹۹). تدوین پروتکل درمانی مبتنی بر مدل برنامه‌زمانی پارادوکسی و تعیین اثربخشی آن بر اختلال پرخوری زنان. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۴*، ۹۴-۸۱. URL: http://rph.khu.ac.ir/article-1-3869-fa.html
محبوبی، ا.، شاکر دولق، ع.، خادمی، ع.، و آسایش، م. ح. (۱۴۰۳). تأثیر پارادوکس درمانی بر تن انگاره و هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بد شکلی بدن. *نشریه پژوهش پرستاری، ۱۹*، ۸۲-۷۲. URL: http://ijnr.ir/article-1-2939-fa.html
محمدپور، م.، و اسلمی، ا. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی زوجین متعارض. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی، ۱۸*، ۲۴-۱. URL: http://jnip.ir/article-1-812-fa.html
محمدی، ز.، سلیمانی، ع.، فتحی آشتیانی، ع.، اشرفی، ع.، و مخبری، ک. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان برنامه زمانی پارادوکسی بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهم آمیختگی فکر- عمل و علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری. *مجله مطالعات ناتوانی، ۷۰*، ۹-۱. DOI: 10.29252/mejds.10.0.70

Abbass, A., Sheldon, A., Gyra, J., & Kalpin, A. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*, 211-216. DOI:10.1097/NMD.0b013e3181662ff0
American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association. https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787
Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S., & Keefe, R. J. (2013). Research on psychodynamic therapies. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's *Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 443-494). New York, NY: Wiley.
Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry, 165*, 631- 638. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.07040636
Besharat, M. A. (2023). *Paradoxical Psychotherapy: A practitioner's guide* (2023). Springer Nature: Switzerland AG
Besharat, M. A., & Naghipoor, M. (2019a). The application of a new model of paradox therapy for the treatment of illness anxiety disorder: A case report. *Clinical Case Report International, 3*, 1-3.
Besharat, M. A., & Naghipoor, M. (2019b). Paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. *Journal of Systems and Integrative Neuroscience, 6*, 1-5. http://clinicalcasereportsint.com/
Besharat, M. A., & Naghipoor, M. (2022). The application of paradox therapy for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case study. *Journal of Clinical Case Reports and Studies* 3(4), *DOI: https://doi.org/10.31579/2690-8808/106*
Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *The American Journal of Psychiatry, 164*, 922-928. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.6.922
Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry, 162*, 867-875. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.867
Critchfield, K. L., Clarkin, J. F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2008). Organization of co-occurring Axis II features in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 185-200. DOI:10.1348/014466507X240731

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

Davidson, K., Tyrer, P., Tata, P., Cooke, D., Gumley, A., Ford, I., . . . Crawford, M. J. (2009). Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: An exploratory randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, *39*, 569-577. DOI:10.1017/S0033291708004066

Dehaqin, V., Besharat, M. A., Gholamali Lavasani, M., & Naghsh, Z. (2023). The effectiveness of paradoxical therapy on relational practical obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, *4*, 118-133. DOI:10.61186/jayps.4.4.164

Doering, S., Horz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., . . . Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *196*, 389-395. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177

Horn, E. K., Bartak, A., Meerman, A. M. M. A., Rossum, B.V., Ziegler, U. M., Thunnissen, M., . . . Verheul, R. (2015). Effectiveness of psychotherapy in personality disorders not otherwise specified: a comparison of different treatment modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *22*, 426-42. DOI:10.1002/cpp.1904

Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1223-1232. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.7.1223

Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 1027-1040. DOI:10.1037/0022-006X.74.6.1027

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., . . . Lindenboim, N. (2006). Two year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 757-766. DOI:10.1001/archpsyc.63.7.757

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic diagnostic manual (PMD-2)*. New York: The Guilford Press. DOI:10.1002/wps.20233

Muran, J. C., Safran, J. D., Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating an alliancefocused treatment for personality disorders. *Psychotherapy*, *42*, 532-545. DOI:10.1037/0033-3204.42.4.532

PMD-2 (2017). *Psychodynamic diagnostic manual*. New York: The Guilford Press. DOI:10.1002/wps.20233

Quirk, S. E., Berk, M., Chanen, A. M., Koivumaa-Honkanen, H., Brennan-Olsen, S. L., Pasco, J. A., & Williams, L. J. (2016). Population prevalence of personality disorder and associations with physical health comorbidities and health care service utilization: A Review. *Personality Disorders*, *7*, 136-146. DOI:10.1037/per0000148

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J. & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity and personality structure. *Biological Psychiatry*, *51*, 936-950. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01324-0

Town, J. M., Abbass, A., & Hardy, G. (2011). Short-term psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A critical review of randomized controlled trials (Meta-analysis review). *Journal of Personality Disorders*, *25*, 723-740. DOI:10.1521/pedi.2011.25.6.723

Volkan, K. (2016). Personality disorders: A review of the current state of knowledge. *Psychology*, *7(4)*: WMC005089. https://researchgate.net/publication/301687580

Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., . . . Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *216*, 69-78. DOI:10.1192/bjp.2019.166

World Health Organization (2018). *International Classification of Disesases*. 11th ed. (ICD-11). Geneva: World Health Organisation. Available at: https://icd.who.int/.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *39*, 296-302. https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90038-4

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]