

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

Dr. Mohammad Ali Besharat

Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

besharat@ut.ac.ir

دکتر محمدعلی بشارت

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

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.

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. نتایج 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 عود 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 پی‌گیری 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.

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^۱، ۲۰۲۲؛ راهنمای تشخیصی روانپوشی^۲، ۲۰۱۷؛ سازمان جهانی بهداشت^۳، 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 معمولاً با دیگر اختلال‌های 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^۴ 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 رویکرد شناختی- رفتاری یا روانکاوی/روانپوشی هستند. شواهد پژوهشی نیز پیشرفت‌های درمانی امیدوار کننده‌ای را برای رویکردهای مختلف روان درمانی برای اختلال‌های شخصیت تایید کرده‌اند (برای نمونه، باربر و همکاران، ۲۰۱۳؛ بیتمن و فناگی، ۲۰۰۸؛ تاون و همکاران، ۲۰۱۱؛ دوترینگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۹؛ عباس و همکاران، ۲۰۰۸؛ کلارکین و همکاران، ۲۰۰۷؛ لوی و همکاران، ۲۰۰۶؛ لیچسنرینگ و لیبنگ، 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 تکرار این اختلال‌ها و همزمانی و همبودی آنها با دیگر اختلال‌های محورهای یک و دو، تا اندازه اثربخشی رویکردهای درمانی و دامنه کارایی این رویکردها بعلاوه بار بیماری^۵ و هزینه‌های سنگین فردی، خانوادگی و اجتماعی این اختلال‌ها (کوئیرک و همکاران، ۲۰۱۶؛ موران و همکاران، ۲۰۰۵؛ هورن و همکاران، ۲۰۱۵)، ضرورت به کارگیری مدل‌های درمانی کارآمدتر و اثربخش‌تر، فراگیرتر و کوتاه‌مدت‌تر را مسجل می‌کند.

مدل پارادوکس درمانی اختلال‌ها و نارسایی‌های شخصیت به روش PTC^۶ (بشارت، ۱۴۰۱)، نوعی روانکاوی عملی است که تغییرات عمیق درمانی را صرفاً 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 صرفاً اختلال شخصیت مرزی داشته باشند؛ و همچنین کسانی که صرفاً 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)

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، ۱۳۹۷ الف، 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 نارسایی‌های شخصیتی عبارتند از برنامه‌زمانی پارادوکسی^۱، برنامه‌زمانی مدیریت نوبتی^۲، برنامه‌زمانی گفت‌وگوی دوجانبه پارادوکسی^۳ و بازآفرینی تجربه‌های هیجانی بنیادین^۴.

برنامه زمانی پارادوکسی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷ الف، 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 باز تجربه می‌کند. برای مثال، فردی را در نظر بگیرید که در مقابله با ناملایمات و ناکامی‌های واقعی یا ادراک‌شده محیطی با درماندگی‌های هیجانی و رفتارهای رشدنا یافته آشفته‌گی 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 آشفته‌گی‌ها 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. برنامه‌زمانی 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.

برنامه‌زمانی مدیریت نوبتی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷ الف، 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 نمی‌توانند با هدف تغییرات درمانی از سوی فرمانده به سرباز داده شوند؛ یعنی فرمان‌ها نمی‌توانند 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.

برنامه زمانی گفت‌وگوی دوجانبه پارادوکسی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷ الف، 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 به هم 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 معمولاً دو تا چهار هفته ادامه پیدا می‌کند و تمام می‌شود. تجویز این تکنیک برای مراجع فعلی لازم نشد، برای مطالعه در مورد این تکنیک می‌توانید به بشارت (۱۴۰۱) مراجعه کنید.

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 (معمولاً 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 معمولاً 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- ۵۲۸ (MHI-28؛ بشارت ۱۳۸۸)، مقیاس استحکام من^۶ (ESS؛ بشارت، ۱۳۹۵ الف) و مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان^۷ (TOSRS؛ بشارت، ۱۳۹۵ ب) 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، ۱۳۹۵) 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.

یافته‌ها

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 هفته 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)

به دنیا اومدم، آزادم و حق دارم اون جور که دلم می خواد زندگی کنم (حالت گریه). ولی خب خانواده ام اینو نمی پذیرن و هرچی که من می گم، می گن ازدواج کن برو خونه خودت انجام بده. حتی به من اجازه نمی دن که موهامو رنگ کنم، می گن وقتی رفتی خونه خودت موها تو رنگ کن. الانم هرچی می شه، مامانم با من دعوا می کنه، به من حمله می کنه، منو می زنه که باید ازدواج کنی بری خونه خودت! این رفتارها برا من آزار دهنده س.

د- خب در مورد موضع گیری های خانواده تا اینجا مطالبی گفته شد، بعدا اگر لازم بشه باز می پرسم. حالا فرض کنیم والدین اینجا بودند و من ازشون می پرسیدم به نظر اونا مشکل چیه که باید حل بشه، چی می گفتن؟ و خودت چی می گی؟

ب- من خیلی آدم عصبانی ای هستم و سریع واکنش نشون می دم. احساس می کنم حرفمو نمی فهمن، سرشون داد می کشم. معمولا وقتی با ناراحتی صحبت می کنم، گریه ام می گیره و وقتیتم با پدرم صحبت می کنم، گریه می کنم (گریه شدید توی جلسه). اونا بهم می گن تو نقطه ضعفت چیه که گریه می کنی؟ چه آسیبی دیدی که داری گریه می کنی، بگو تا ما حلش کنیم. می گم من اصلا بحثم آسیب نیست، من بحثم اینه که تو سن ۲۸ سالگی می خوام آزاد باشم؛ شما مثل یه برده با من رفتار می کنید! 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 همین طوره. توی رفتارهاشونم مشخصه؛ مادرم برادرمو بیشتر دوس داره و پدرم، خواهرمو. من این وسط زیادی ام! واقعا جوری رفتار کردن که من از مامانم و داداشم متنفرم، یه حس تنفر نسبت بهشون دارم. بعد این قدر 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 می کنی دیگه مشکلی نیست؟
 ب- من پنج سال مستقل بودم و آزاد بودم، نمی گم مشکلی نیست؛ ولی اون موقع شاید با خودم درگیر باشم.
 د- منم می خوام تکلیف خودت رو با خودت بدونم؟ منظورم سختی کار و زندگی و این چیزایی که همه دارن نیست؛ منظورم اون مشکلاتیه که خودت حس می کنی در خودت هست، سوای اختلافات خانوادگی؟

ب- من از خودمم خیلی ناراضیم. من یه دختر خیلی کمال گرام، مثلا می خوام یه صفحه درس بخونم، اون یه صفحه رو اون قدر می خونم تا حفظ شم؛ شاید صد صفحه درس باشه ولی من فقط اون یه صفحه رو خیلی می خونم. یا موقع خرید چیزی، خیلی می گردم، یا مثلا وقتی می خوام یه کاری رو انجام بدم باید بهترین مدل اون کار رو انجام بدم. همیشه هم از خودم ناراضیم چون اون چیزی که می خواستم نشدم و خیلی وقته که واسه زندگیم تلاش نمی کنم. همهش می گم از فردا، ولی اون فردا هیچ وقت نمی آد! الان سه چهار ساله که اون فردا تو زندگی من نیومده.

د- و خودت فکر می کنی این فردا که نمی آد و این پا و اون پا که می کنی به خاطر کمال گراییته؟
 ب- شاید. شاید به خاطر تنبلیم باشه. نمی دونم. مثلا من درسم تموم شده، فوق لیسانسم، سه ساله که پایان نامه ام مونده. همهش می گم من یه پایان نامه خفن انجام می دم که از توش مقاله آی اس آی در بیاد بعد پذیرش بگیرم از ایران برم، ولی کاری نکردم. حالا جدیدا پروپوزالمو نوشتم. همش تو این فکرم که حالا که اینا این قدر منو اذیت می کنن، 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 نمی کنم!

د- پس یکی از ویژگی هات اینه که، هم شخص خودت رو اذیت می کنه؛ برای نمونه معطلی سه ساله بر سر پایان نامه رو گفتی، و هم که در ارتباط با دیگران برات مشکل ساز شده. الان گفتی داری تلاش می کنی، چون مجبور شدی یا چون؟

ب- چون مجبور شدم، ترجیح می دم 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 ویژگی هاتون کمال گرایی تونه، به همین خاطر کارها تو همه اش به تاخیر می ندازی.
 ب- بله.

د- ممنون، داشتیم راجع به این صحبت می کردیم که اگر بابا این جا بود و من ازش می پرسیدم دخترتون چشه، چی می گفت؟
 ب- می گفت مریضه، عصبیه، حسوده.

د- ازش می پرسم عصبیه یعنی چی؟ چیکار می کنه؟ چی می گه؟
 ب- یعنی هر چی می شه داد می کنه، پر خاشگری می کنه، توهین می کنه (توی خونه واقعیت م همینه)، و حسودی برادرشو می کنه.

- د- آیا شما این ویژگی‌ها رو داری.
- ب- نمی‌گم دارم، من حسودی برادرمو نمی‌کنم، من فقط سر اینکه بین ما فرق می‌دارن 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 همین جوریه؛ دقیقا پدرمم سریع از کوره در می‌ره.
- د- وقتی از کوره در می‌ری چیکار می‌کنی؟
- ب- داد می‌کشم.
- د- درگیری فیزیکی هست؟
- ب- نه، من داد می‌کشم، بابام 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، شکلت همین جوری بوده؟
- ب- یعنی همین بغض کردن و اینا؟
- د- آره، یعنی همین جوری که این جا هم گریه می‌کنی؟
- ب- آره.
- د- اگر یه دوره رو در نظر بگیری که دعوای 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 بحث 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 خودش و اصلا دیگرانی مطرح نیستند، آیا توی یه همچو شرایطی هم گریه هست؟
- ب- یعنی اینکه آدم حالش بد باشه، هورموناش به هم ریخته باشه؟
- د- نه اینا منظورم نیست. مثلاً این که توی خلوت خودش غم و اندوه بیاد سر دلش و به این خاطر گریه‌اش بگیره؟
- ب- خب من که کاملاً 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 می‌داشتن، مخصوصاً 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 دعوایمون 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 این قدر حالم بده که اصلاً نمی‌تونم ازدواج کنم. به زور به من می‌گن ازدواج کن، این "باید" رو من نمی‌فهمم (حالات‌های گریه مداوم ب) کی گفته که همه آدم‌ها باید ازدواج کنند؟! شاید بعضیا بگن بزرگتر می‌شی پشیمون می‌شی، ولی الان تصمیم من اینه، اون موقع هم به تصمیم الانم احترام می‌ذارم.

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

ب- یعنی رابطه عاطفی؟

د- دوست داشتن عاطفی، رابطه صمیمی؟

ب- من به نفر رو دوست دارم. اولین دوستم ۱۸ سالگی بود، مادرم می‌دونست. وقتی ایشون رفت خارج و نشد، خیلی گریه کردم، حالم خیلی بد شد. بعدش به سفر رفتم خارج از کشور با به 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 می‌زدم. هیچ وقت نمی‌خوام رابطه‌مو باهاش از دست بدم؛ و می‌دونم این آقا اگر بیاد اصلا باهاش خوشبخت نمی‌شم چون به آدمیه که کل بدنش خال کوبیه، طرز فکرش اصلا ازدواج نیست، گل مصرف می‌کنه؛ یعنی هیچ‌وقت این آدم حالت عادی نداره، ولی من بازم دوستش 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. اون وقت 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 به امتیاز بود. اون موقع که تنها زندگی می‌کردم، اگر اینا (خانواده) اذیت می‌کردن فوقش به روز ناراحت می‌شدم و گریه می‌کردم. اون موقع درگیر این آقا بودم و خانواده می‌گفتن داری زندگی تو هدر می‌دی برو درستو بخون. حال الانم، از شش ماه پیش که خواستگار پیدا شد و من زیر بار نفرت 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 هنوزم، برادر و مادرم توی دعوایا همیشه به هیکلم توهین می‌کنند. پدرم همیشه تیکه می‌ندازه: بابا من به خاطر خودت می‌گم، به 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 این جور 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 صحبت‌ها مسائل 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 به مشکلاتی وجود داره؛ مثل ویژگی‌های به نفر که اونو اذیت می‌کنه، مثل کمال‌گرایی که توی درس خودشو خیلی نشون داده و عموما باعث شده کارهاش 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 به آدم خاصی باشه، یا فرض کن به 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 به شرایطی‌ام پیش اومده مثل اینکه مادر رابطه‌ش با بچه‌هاش چه جوهره، پدر رابطه‌ش با بچه‌ها چه جوهره؛ چرا به بچه توی خانواده 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 روشن به 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 به تصمیم‌گیری 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

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

مانع کار و برنامه‌های زندگی‌اش 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 سعی می‌کنم که پذیرش بگیرم برم، یا ممکنه به فکر برسه که یه راه حل دیگری پیدا کنی. این‌ها کار مشاور نیست. اینا تصمیم‌گیری‌هایی است که افراد و خانواده‌ها 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 به وجود 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 مباحث یا پدره یا مادر. به همین دلیل اگه بتونید با هم بیایید کارها بهتر پیش می‌ره، چون شما سه عضو یه خانواده 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 مننه 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 معمولاً 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، اخیراً خیلی کتاب می‌خونم، یه مقدار با گوشیم ور می‌رم. بعدش ام 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- اون وقت 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- قبلاً 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. مثلاً 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

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 به جای مناسب و خلوت مثل اتاق خودت بشینی و تمرکز کنی و به 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 احيانا چیزهایی که ممکنه بوده و يادت نبوده که اینجا برا من تعریف کنی، برا خودت یادآوری کنی به شکلی و تاحدی که بتونند ناراحت کنند. مثل یه قرص خیلی بد مزه و تلخ.

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

د- درسته.

ب- مثلاً مث یه وقتی 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 تحصیل.

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 احيانا خواب باشی). هر ساعت یا هر دو ساعت که وقت تمرینت 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 بعدی مونه.

خلاصه گزارش نتایج و فرایند درمان در جلسات دوم تا چهارم

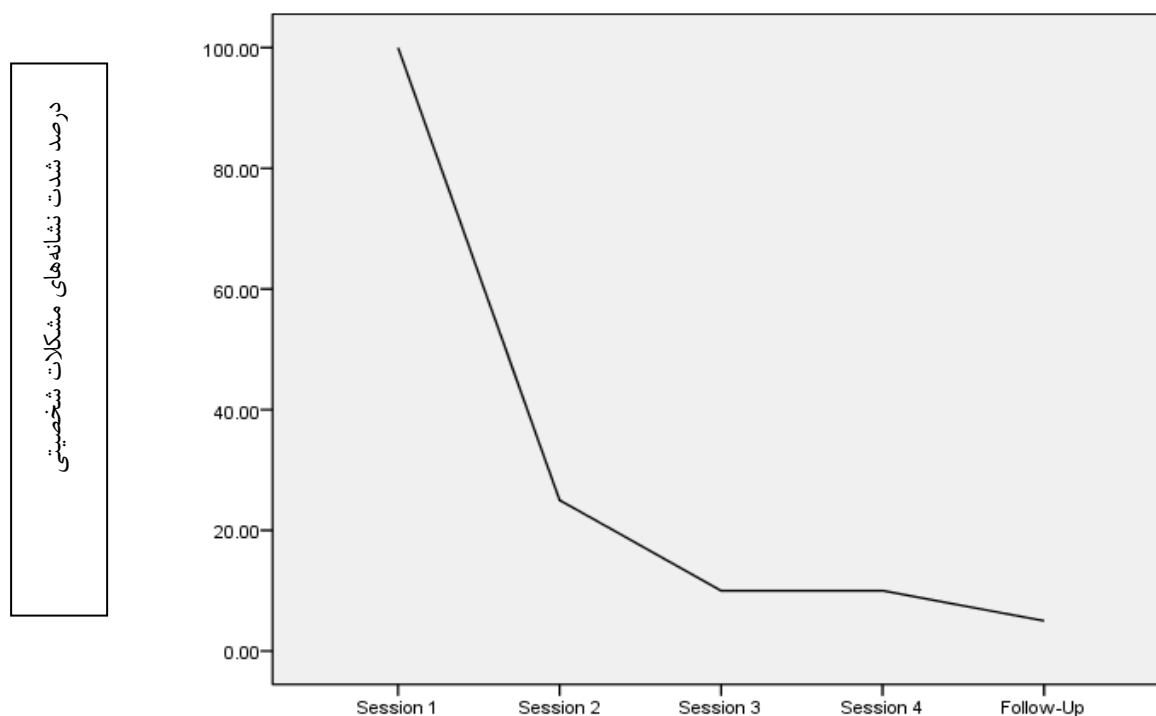
مراجع در آغاز جلسه دوم گزارش داد که تکالیف پارادوکسی جلسه اول را انجام داده، موارد متعددی از تجربه‌های ناراحت کننده و آشفته‌ساز را در تمرین‌های مختلف روزهای مختلف طی فاصله دو هفته‌ای بین جلسه اول و دوم بازسازی و بازتجربه کرده است. نتیجه کار را این‌طور بیان کرد: "احساس می‌کردم که انگار تخلیه درونی شده بودم، یه آرامشی پیدا کرده بودم و اون موضوعاتی که قبلاً 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 کلاً 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 متأسفانه 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، مخصوصاً 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: "روزی 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 جواری رفتارم مشخص شده که همکاری اداره هم بهم می‌گن تو خیلی آروم‌تر از قبل شدی. حتی همکاری مردم هم که اصلاً 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 (خواهر 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 اطرافیانم بهم می‌گن. قرار بود من و

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

خواهرم برنامه فرمونه 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 به اتفاقی می‌افتاد که ناراحتم می‌کرد توی اون تمرین‌ها بهش فکر می‌کردم. حساسیت 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 نمی‌دونم من می‌آم مشاوره، همه بهم می‌گن چقدر آرام شدم. خیلی نسبت به قبل بهتر شدم؛ در مورد درس خوندنم که قبلا اصلا نمی‌خوندم، الان شاید چند روز لغتش بدم ولی می‌خونم، با این حال بازم فکر می‌کنم که بی‌اراده‌م. حاشیه‌های ذهنم قشنگ یک‌دهم شده. خانواده‌م 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 هنوز 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 نتیجه 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 پی‌گیری 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

بحث و نتیجه گیری

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 روانکاو 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 رشدنیافته 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 رشدنیافته 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 آشفته‌گی‌های 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 تعیین شده، 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، ۱۳۹۷ الف، ۱۳۹۷ ب، 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 نداشته باشد، از تکنیک صندلی خالی برای اجرای آن استفاده می‌شود؛ جهت اطلاع کامل از شکل‌های مختلف این تکنیک به بشارت، ۱۳۹۷ الف، ۱۳۹۷ ب، ۱۴۰۱، ۱۴۰۳، ۲۰۲۳ مراجعه کنید). با اجرای این تکنیک

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 هیجانی شدن 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 دمانده 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 نآرامی‌های 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 تأثیرات عمیقی را هم در سطح کنش‌وری‌های شخصیت و هم در سطح ساختارهای شخصیتی ایجاد کند (بشارت، ۱۴۰۱).

نتیجه‌گیری

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 تأیید 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 به صرفه 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 می‌پردازد. از این جهت، مزیت‌های رویکردهای روانپوشی 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؛ مخصوصاً 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، ۸۷-۹۱. URL:

<http://sjfm.ir/article-1-185-fa.html>

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

- 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 زوج درمانی 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، ۷-۳۶. DOI: [10.22051/psy.2019.23631.1801](https://doi.org/10.22051/psy.2019.23631.1801)
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۸). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه موردی. *مجله علوم روانشناختی*، ۷۶، ۳۸۳-۳۹۵. DOI: [20.1001.1.17357462.1398.18.76.12.3](https://doi.org/10.1001.1.17357462.1398.18.76.12.3)
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۹الف). کاربرد پارادوکس درمانی برای درمان اختلال بدشکلی بدنی: مطالعه موردی. *مجله علوم روانشناختی*، ۹۵، ۱۳۷۱-۱۳۸۷. DOI: [20.1001.1.17357462.1399.19.95.13.9](https://doi.org/10.1001.1.17357462.1399.19.95.13.9)
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۹ب). سنجش اثربخشی زوج درمانی پارادوکسی بر مشکلات زوجین: مطالعه موردی. *روانشناسی خانواده*، ۷، ۱-۱۸. <https://doi.org/10.52547/ijfp.7.1.1>
- بشارت، م. ع. (۱۴۰۱). پارادوکس درمانی اختلال های شخصیت: راهنمای عملی، جلد اول. انتشارات روانکاو: تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۴۰۳). پارادوکس درمانی افسردگی: راهنمای عملی. انتشارات روانکاو: 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 روان شناسی*، ۱۰۰، ۷۰-۶۱. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-5627-fa.html>
- طاهرزاد، ز.، بشارت، م. ع.، بلیاد، م. ر.، حسین زاده تقوایی، م.، و پیوندی، پ. (۱۴۰۱الف). اثربخشی پارادوکس درمانی بر نشانه های استحکام من، خودشناسی و افسردگی اضطراب استرس در افراد دارای ضایعه نخاعی: مطالعه موردی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۲(۱۳۵)، ۱۰-۱. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-2408-fa.html>
- طاهرزاد، ز.، بشارت، م. ع.، بلیاد، م. ر.، حسین زاده تقوایی، م.، و پیوندی، پ. (۱۴۰۱ب). سنجش و مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی و واقعیت درمانی بر نشانه های استحکام من و خودشناسی انسجامی در زنان ۲۰-۴۰ ساله دارای ضایعه نخاعی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۲(۲۱۴)، ۱۱-۱. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-2545-fa.html>
- قدیمی نوران، م.، شفیع آبادی، ع.، خدابخشی کولایی، آ.، و عسگری، (۱۳۹۹). تدوین پروتکل درمانی مبتنی بر مدل برنامه زمانی 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 مؤلفه های بهزیستی روانشناختی زوجین متعارض. *فصلنامه ایده های نوین روان شناسی*، ۱۸، ۲۴-۱. URL: <http://jnir.ir/article-1-812-fa.html>
- محمدی، ز.، سلیمانی، ع.، فتیحی 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، ۷-۱. DOI: [10.29252/mejds.10.0.70](https://doi.org/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](https://doi.org/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.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1348/014466507X240731)

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

- 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1002/cpp.1904)
- Leichsenring, F., & Leibling, 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.532)
- PMD-2 (2017). *Psychodynamic diagnostic manual*. New York: The Guilford Press. DOI:[10.1002/wps.20233](https://doi.org/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](https://doi.org/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](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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166)
- World Health Organization (2018). *International Classification of Diseases*. 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](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90038-4)