رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۶، شماره پیاپی ۱۲۳، شهریور ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(6), 2026

سازگاری پارادوکس درمانی به روش PTC با چارچوب‌های اخلاقی و اسلامی

The compatibility of paradox therapy using the PTC model with ethical and Islamic frameworks

رضا پیامی‌گلهین
دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران.
دکتر محمدعلی بشارت (نویسنده مسول)
استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Reza Payami Golhin
Ph.D. Student, Health Psychology, Department Of Psychology, Faculty Of Psychology And Education, University Of Tehran, Tehran, Iran.
Dr. Mohammad Ali Besharat
Professor, Department Of Psychology, Faculty Of Psychology And Education, University Of Tehran, Tehran, Iran. *besharat@ut.ac.ir*

چکیده

پارادوکس درمانی به روش PTC یکی از جدیدترین درمان‌های پارادوکسی است که در سال‌های اخیر مورد استفاده روزافزون درمانگران قرار گرفته است. این مقاله به بررسی این سؤال می‌پردازد که آیا تجویز عین نشانه به عنوان تکنیک اصلی این مدل درمان، با اخلاق و شریعت اسلامی سازگار است یا نه. این تحقیق به روش کیفی- تحلیلی انجام شده است که بر اساس آن ابتدا با استفاده از تحلیل محتوای مضمون، انواع سؤالات و ابهامات در مورد اخلاقی و اسلامی بودن این درمان، بررسی و دسته بندی شد. سپس روش استدلالی- تحلیلی برای پاسخ به این سؤالات به کار بسته شد. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که پارادوکس درمانی به روش PTC نه تنها با اخلاق و شریعت اسلامی ناسازگاری ندارد، بلکه به واسطه رویکرد فراتشخیصی آن، بدون انگ‌زنی، هماهنگی بیشتری با حفظ «حرمت خود» بیمار دارد و می‌توان گفت، این درمان، درمانی اخلاقی و اسلامی است. همچنین احادیثی وجود دارد که برای مدیریت اضطراب‌ها از شیوه‌ای مشابه PTC (یعنی تجویز عین نشانه) استفاده می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: *درمان پارادوکسی، PTC ، اخلاق، اسلام، فرهنگ، روانکاوی عملی، رویکرد فراتشخیصی.*

Abstract

Paradox therapy using the PTC model is one of the newest paradoxical therapies that has been increasingly used by therapists in recent years. This article investigates the question of whether prescribing the same symptom as the main technique of this model of therapy is compatible with Islamic ethics and Sharia. This research was conducted using a qualitative-analytical method, based on which, initially, using content analysis, various questions and ambiguities about the ethical and Islamic nature of this therapy were examined and categorized. Then, a reasoning-analytical method was used to answer these questions. The findings of this research show that paradox therapy using the PTC model is not only not incompatible with Islamic ethics and Sharia, but also, due to its transdiagnostic approach without stigmatization, it is more consistent with preserving the patient's "self-respect", and it can be said that this therapy is ethical and Islamic. Some hadiths use a method similar to PTC (i.e., prescribing the same symptom) to manage anxiety.

Keywords: *Paradox Therapy, PTC, Ethics, Islam, Culture, Practical Psychoanalysis, Transdiagnostic Approach.*

نوع مقاله: تحلیلی	دریافت: بهمن ۱۴۰۴	پذیرش: تیر ۱۴۰۵	ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۵

مقدمه

پارادوکس درمانی به روش PTC[1] یکی از جدیدترین درمان‌های پارادوکسی است که در کلینک‌های روان‌درمانی کشور به شکل گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد. این در حالی است که حتی کلیت درمان‌های پارادوکسی به دلیل ترک راهبرد خاموش‌سازی رفتار و یادگیری‌زدایی در درمان‌های شناختی رفتاری، کمتر شناخته شده است. درمان‌های پارادوکسی یکی از رویکردهای نوآورانه در روان‌درمانی هستند که از دهه ۱۹۵۰ میلادی مورد توجه قرار گرفته‌اند. این رویکرد درمانی بر خلاف روش‌های متداول، به جای مقابله با نشانه‌های بیماری، آن‌ها را تجویز می‌کند. هدف اصلی این است که با ایجاد یک تناقض آشکار، الگوهای ناکارآمد فکری و رفتاری بیمار را به چالش

1 -Paradox + Time table= Cure

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

بکشد و تغییر ایجاد کند. ریشه‌های اولیه درمان پارادوکسی را می‌توان در کارهای آلفرد آدلر، روانشناس اتریشی، در اوایل قرن بیستم یافت. آدلر از تکنیک‌هایی مانند «تجویز علائم» استفاده می‌کرد که بعدها به عنوان یکی از اصول اساسی درمان پارادوکسی شناخته شد (آدلر، ۱۹۵۶). در دهه ۱۹۵۰، ویکتور فرانکل، روانپزشک اتریشی و بنیانگذار لوگوتراپی، مفهوم «قصد پارادوکسی[1]» را معرفی کرد. این تکنیک به بیماران آموزش می‌داد تا عمداً علائمی را که از آن‌ها می‌ترسیدند، ایجاد کنند. فرانکل معتقد بود این رویکرد می‌تواند اضطراب پیش‌بینی را کاهش دهد و به شکستن چرخه معیوب ترس منجر شود (فرانکل، ۱۹۶۰). در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، جِی هیلی و پل واتزلاویک، دو تن از بنیانگذاران مکتب پالو آلتو[2] (مکتبی که بر تعاملات بین‌فردی و نقش زبان در ایجاد و حل مشکلات روانی تأکید دارد)، به طور گسترده‌ای از رویکردهای پارادوکسی در خانواده درمانی و زوج‌درمانی بهره بردند (واتزلاویک و همکاران، ۱۹۶۷؛ هیلی، ۱۹۸۴). آن‌ها با استفاده از تکنیک‌هایی همچون «تجویز نشانه»[3] و «محدود کردن تغییر»[4] تلاش می‌کردند تا الگوهای تعاملی ناسازگار و مخرب در خانواده‌ها و زوج‌ها را شناسایی و اصلاح کنند. این رویکردها بر اساس این فرضیه استوار بودند که گاهی اوقات، تغییر در یک سیستم تعاملی با تشویق موقت رفتاری که قرار است تغییر کند، تسهیل می‌شود (واتزلاویک و همکاران، ۱۹۶۷).

برخی از رایج‌ترین تکنیک‌های پارادوکسی عبارتند از: تجویز علائم که در آن درمانگر از بیمار می‌خواهد علائم خود را عمداً ایجاد یا تشدید کند (ویکز و لِ‌آباته، ۱۹۸۲)، محدود کردن تغییر که بر اساس آن درمانگر به شکلی پارادوکسی از بیمار می‌خواهد تغییر نکند یا آهسته‌تر تغییر کند (سلوینی پالاتزولی و همکاران، ۱۹۷۸)، اغراق که در آن درمانگر مشکل بیمار را بزرگنمایی می‌کند تا آن را به سطح آگاهی بیاورد (هیلی، ۱۹۸۴)، تغییر چهارچوب که به معنای بازتعریف مشکل به شیوه‌ای که معنای جدیدی به آن بدهد (واتزلاویک و همکاران، ۱۹۷۴) و نهایتاً قصد پارادوکسی که بر اساس آن بیمار به انجام عمدی رفتاری که از آن می‌ترسد تشویق می‌شود (فرانکل، ۱۹۹۱).

چندین نظریه برای توضیح چگونگی اثربخشی درمان‌های پارادوکسی ارائه شده است. اولینِ آن‌ها، مبتنی بر «شکستن چرخه معیوب» است. براساس این تبیین، با تجویز علائم، چرخه خودتقویت‌کننده ترس و اجتناب شکسته می‌شود (آشر و ترنر، ۱۹۸۰). راسکین و کلین (۱۹۷۶) «کنترل پارادوکسی» را به عنوان تبیین‌گر اثربخشی درمان‌های پارادوکسی معرفی می‌کنند. بر این اساس، وقتی از بیمار خواسته می‌شود علائم را ایجاد کند، احساس کنترل بیشتری بر آن‌ها پیدا می‌کند. این تبیین، متناظر با یکی از چهار مکانیزم اثربخشی PTC است که بر اساس آن با دستوری‌سازی علائم، معنای آن‌ها برای بیمار تغییر می‌کند به نحوی که علائمی که سابقاً غیرارادی بودند و علی‌رغم اجتناب بیمار، ایجاد می‌شدند، حالا ارادی هستند و بیمار بر وجود یا نبود آن‌ها کنترل دارد و به این ترتیب این علائم دیگر جزء بیماری محسوب نمی‌شوند؛ چه، بیماری امری غیرارادی است (بشارت، ۱۳۹۶، ۲۰۲۳). در تبیینی دیگر، اُمر (۱۹۸۶) بیان می‌دارند که رویارویی عمدی با علائم می‌تواند نگرش بیمار نسبت به آن‌ها را تغییر دهد. به بیان دیگر رویارویی عمدی با علائم، معنای آن‌ها را از بیماری به تجویزهای درمانگر تغییر می‌دهد (بشارت، ۱۳۹۶، ۲۰۲۳). همچنین با ادامه تمرینات و ایجاد نشانه‌ها و حذف اضطراب، رابطه بین نشانه‌ها و اضطراب حذف می‌شود (بشارت، ۱۳۹۶، ۲۰۲۳). از نظر مدانز (۱۹۸۱)، برجسته شدن الگوهای ناکارآمد و افزایش خودآگاهی موجب اثربخشی درمان‌های پارادوکسی می‌شود. همچنان که تمرین‌های پارادوکسی با تقویت استحکام من در برابر فشارهای نهاد و فرامن، موجب تثبیت اقتدار من بر آن دو شده و از اختلال روانی جلوگیری می‌کنند (بشارت، ۱۳۹۶، ۲۰۲۳). همچنین دی‌شازر (۱۹۸۵)، «حذف فشار برای تغییر» را موجب کاهش مقاومت بیمار می‌داند. اقدامی که به عنوان مکمل، در PTC مورد استفاده قرار می‌گیرد (بشارت، ۱۳۹۶، ۲۰۲۳). پارادوکس درمانی به روش PTC؛ که نوعی روانکاوی عملی محسوب می شود، جدیدترین درمان پارادوکسی با مبانی نظری، فنون درمانی و شیوه های تجویز تکالیف درمانی اختصاصی این مدل است. این مختصات نظری و عملی توانسته اند PTC را در جایگاهی متفاوت از رویکردهای پارادوکسی پیشین، به عنوان درمانی بسیار کارآمد، سریع التاثیر، بسیار کوتاه مدت، اقتصادی و اخلاقی معرفی کنند (برای مثال، بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷، ۱۴۰۱، ۱۴۰۳، ۲۰۲۳).

«اخلاق» همواره از اهمیتی ویژه برخوردار بوده است. اخلاق در رواندرمانی نقشی اساسی در ایجاد یک رابطه درمانی موثر و حفظ سلامت روانی بیمار دارد. رعایت اصول اخلاقی توسط درمانگر نه تنها به حفظ حقوق بیمار کمک می‌کند، بلکه می‌تواند اثربخشی درمان را

1 -paradoxical intention

۲ - Palo Alto: مکتب پالو آلتو به یک گروه غیررسمی از پژوهشگران و درمانگرانی اطلاق می‌شود که در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ در منطقه پالو آلتو کالیفرنیا گرد هم آمدند. آن‌ها به مطالعه تعاملات انسانی، به ویژه در خانواده‌ها و زوج‌ها، علاقه‌مند بودند و رویکردهای جدیدی در درمان روان‌شناختی ارائه دادند.

3 -prescribing the symptom

4 -limiting change

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

نیز افزایش دهد (سانچز- مارتین و همکاران؛ ۲۰۲۳). زمانی که بیمار احساس کند درمانگر به اصول اخلاقی پایبند است، راحت‌تر می‌تواند مشکلات خود را بیان کند و در فرآیند درمان مشارکت فعالتر داشته باشد (نورکراس و لمبرت، ۲۰۱۸). رعایت اصول اخلاقی در رواندرمانی همچنین می‌تواند به کاهش آسیب‌های احتمالی ناشی از درمان کمک کند. درمانگر باید همواره منافع بیمار را در اولویت قرار دهد و از هرگونه اقدامی که ممکن است به بیمار آسیب برساند، خودداری کند (بارلو و همکاران؛ ۲۰۱۷).

از سوی دیگر نقش فرهنگ در رواندرمانی نیز باید در نظر گرفته شود. فرهنگ نقش مهمی در شکل‌گیری هویت، باورها و رفتارهای افراد دارد. بنابراین، توجه به فرهنگ بومی در رواندرمانی می‌تواند به افزایش اثربخشی درمان و بهبود نتایج آن کمک کند (سانچز- مارتین و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات نشان داده‌اند که انطباق مداخلات روانشناختی با فرهنگ بومی می‌تواند منجر به افزایش پذیرش درمان و کاهش نرخ ترک درمان شود (تورینی و همکاران، ۲۰۲۴). هماهنگی درمان با چارچوب‌های فرهنگی جامعه نه تنها به افزایش اثربخشی درمان کمک می‌کند، بلکه می‌تواند به کاهش انگ مرتبط با بیماری‌های روانی نیز منجر شود. این امر به ویژه در جوامعی که دارای ارزش‌های سنتی قوی هستند، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. تکنیک‌های درمانی باید با ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی جامعه انطباق داده شوند. به عنوان مثال، در برخی فرهنگ‌ها، رویکردهای غیرمستقیم ممکن است موثرتر از رویکردهای مستقیم باشند (تورینی و همکاران، ۲۰۲۴). در جامعه ایرانی که ارزش‌های اسلامی ایرانی نقش مهمی در فرهنگ و هویت مردم دارد، توجه به این ارزش‌ها در رواندرمانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

از این رو بررسی سازگاری پارادوکس درمانی به روش PTC با اخلاق و فرهنگ اسلامی، ضرورت پیدا می‌کند. این بررسی، با توجه به اثربخشی بالای این درمان (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷، ۱۴۰۱، ۱۴۰۳، ۲۰۲۳) و گسترش استفاده از آن به عنوان رویکرد ترجیحی رواندرمانگران، اهمیتی بیشتر پیدا می‌کند. در شرایطی که بیمار برای کاهش و یا حذف نشانه‌های اختلال مراجعه کرده است، درمانگر PTC، بر او تکلیف می‌کند تا این نشانه‌ها را به شکل خودخواسته تولید کند. این راهبرد پارادوکسی در تجویز عین نشانه‌ها، موجب شکل‌گیری تردیدهایی در سازگاری این درمان با اخلاق و دین شده است. به عنوان مثال برخی منتقدان نگرانند که تشدید عمدی علائم ممکن است به بیمار آسیب برساند (فورمن، ۱۹۹۰) یا احتمال داشته باشد که وضعیت بیمار بدتر شود (میلان و کولکو، ۱۹۸۳). شایان توجه است که تجویز نشانه اختلال، صرفاً یک تکنیک فرعی نیست، بلکه اساساً گوهر درمان PTC، «تجویز عین نشانه» است (بشارت، ۱۳۹۶، ۲۰۲۳).

از منظر فقه اسلامی نیز ممکن است انجام تکالیف پارادوکسی و ایجاد خودخواسته علائم آزاردهنده، نوعی «اضرار به نفس» تلقی شود. بنابراین با توجه به حرام بودن ضرر زدن عمدی به خود، این سؤال پیش می‌آید که آیا درمان پارادوکسی غیرشرعی نیست؟ همچنین به‌طور خاص در مورد وسواس‌های فکری و رفتارهای جبری، از آنجا که این افکار و رفتارها ممکن است خلاف شرع باشند، تجویز عین آن‌ها ممکن است نامشروع تلقی شود. به عنوان مثال در وسواس تمییزی (و یا طهارت شرعی)، فرد بارها به شستشوی بدن یا شیئی مشخص می‌پردازد؛ این شستشوی چندباره می‌تواند مصداق «اسراف» تلقی شود. و یا در خصوص افکار وسواسی، فرد ممکن است با شکل‌گیری ناخواسته تصاویر غیراخلاقی از آزار کودک مواجه باشد و تجویز تصور عمدی و خودخواسته‌ی آزار کودک، می‌تواند مصداقی از ایجاد افکار گناه‌آلود باشد. این مقاله با بررسی و پاسخ به این پرسش‌ها بر آن است تا نشان دهد پارادوکس درمانی به روش PTC نه تنها غیراخلاقی و غیراسلامی نیست، بلکه از قضا درمانی سازگار با اخلاق و دین است.

روش

در پژوهش حاضر، برای بررسی سازگاری درمان‌های پارادوکسی با اخلاق و فرهنگ اسلامی، از یک رویکرد کیفی- تحلیلی با تأکید بر تجربه‌های بالینی درمانگران و یافته‌های پژوهشی استفاده شده است. این روش ترکیبی از تحلیل محتوای کیفی، رویکرد تفسیری و روش استدلالی- تحلیلی است که امکان بررسی عمیق و چندبعدی موضوع را فراهم می‌کند. تحلیل محتوای کیفی یکی از روش‌های اصلی مورد استفاده در این پژوهش است که امکان استخراج معانی و مفاهیم عمیق از داده‌های کیفی را فراهم می‌کند (پیامی و فراهانی، ۱۴۰۱). در این پژوهش، تجربیات و دانش پیشین پژوهشگران از منابع مختلف به عنوان داده‌های کیفی مورد استفاده قرار گرفته است. نزدیک به سه دهه تجربه در زمینه درمان به روش PTC و برگزاری ده‌ها دوره آموزشی تربیت درمانگر PTC توسط یکی از پژوهشگران این تحقیق، موجب گردآوری مجموعه‌ای کامل از سؤالات و ابهامات وارده در خصوص اسلامی و اخلاقی بودن این درمان شده است؛ در مرحله بعد و با

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

تکیه بر تحصیل و دانش‌آموختگی دیگر پژوهشگر این تحقیق در سطوح عالی حوزوی، تلاش شد تا نقدها و سؤالات به شکلی فنی و تخصصی صورت‌بندی شوند؛ هر چند حتی المقدور از کاربست اصطلاحات تخصصی فقه اسلامی پرهیز شده است.

برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، از روش تحلیل مضمون استفاده شده است. این روش امکان شناسایی الگوها و مضامین اصلی در داده‌های کیفی را فراهم می‌کند (براون و کلارک، ۲۰۰۶). رویکرد تفسیری در این پژوهش به پژوهشگران امکان می‌دهد تا معانی عمیق‌تر و پنهان در داده‌ها را کشف کنند. این رویکرد با توجه به ماهیت پیچیده و چندبعدی موضوع پژوهش، یعنی سازگاری درمان پارادوکسی با اخلاق و فرهنگ اسلامی، بسیار مناسب است (پیامی و فراهانی، ۱۴۰۱). پژوهشگران با استفاده از مبانی نظری و عملی درمان‌های پارادوکسی و اصول فقه اسلامی، به تحلیل و پاسخگویی به سؤالات و ابهامات پرداخته‌اند. این فرآیند شامل مطالعه عمیق منابع علمی مرتبط با درمان‌های پارادوکسی و تطبیق آن با اصول اخلاقی و فقهی بوده است. در پایان و برای افزایش اعتبار نتایج پژوهش، یک دور بازبینی مجدد در دستور کار قرار گرفته است.

یافته ها

یافته‌های این تحقیق در دو بخش ارائه می‌شود: بخش نخست مربوط است به ابهامات در خصوص اخلاقی و اسلامی بودن PTC و پاسخ به آن‌ها؛ در بخش دوم، امتیازات این درمان از منظر هماهنگی با اخلاق و اسلام در مقایسه با سایر رویکردهای درمانی تشریح می‌شود.

۱- آیا تجویز عین نشانه، اخلاقی و اسلامی است؟

تجویز عین نشانه در پارادوکس درمانی به روش PTC اساساً تهاجمی نیست، اما مسئله‌ای نیست که ابتدا فرض کنیم تهاجمی است! پاسخ این سوال مثب است؛ بله! نخست باید در نظر داشت که صرف تهاجمی بودن یک عمل به معنای غیراخلاقی و غیرشرعی بودن یک عمل نیست. همچنانکه پزشک جراح، برای درمان بیماری به ایجاد برش و شکاف عمدی بر اعضای بدن بیمار مبادرت می‌ورزد. در PTC هم «تجویز عین نشانه» صرفاً برای بهبودی بیمار است و نه آزار عمدی او. از این پاسخ شکلی ظاهربینانه که بگذریم، پارادوکس درمانی به روش PTC اساساً درمانی تهاجمی نیست. عین نشانه، با رعایت شرایطی که در PTC تجویز می‌شود، گرچه به ظاهر عین نشانه‌ی بیماری است، در واقع ضد آن است! نشانه‌ی بیماری امری غیرارادی و غیراختیاری است، در حالی که تکلیفی که بیمار قرار است انجام دهد کاملاً اختیاری و ارادی است. بیمار می‌رود تا نشانه‌های بیماری‌اش را که غیرارادی هستند به شکلی ارادی بازسازی کند؛ کاری شبیه بازی نقش، بازی یک بازیگر بر صحنه تئاتر. در فرایند اجرای تکالیف پارادوکسی دو وضعیت قابل پیش‌بینی است؛ یکی این احتمال که در وقت از پیش تعیین شده برای اجرای تکلیف، نشانه‌های بیماری هم فعال باشند (همپوشانی) و احتمال دوم اینکه نشانه‌های بیماری در آن وقت فعال نباشند (ناهمپوشانی). در وضعیت نخست نشانه‌های بیماری بر بیمار تحمیل می‌شوند و اختیار و اراده بیمار کأن لم یکن می‌شود کما اینکه خاصیت و تعریف بیماری روانی همین است. در وضعیت دوم اما بیمار به صورت ارادی و اختیاری نشانه‌های بیماری را بازسازی می‌کند. در وضعیت اول بیمار تحت کنترل و اراده بیماری است و در وضعیت دوم بیماری تحت کنتزل و اراده بیمار! تعیین وقت قبلی برای اجرای تکالیف پارادوکسی و تعیین وقت‌های متعدد، همه برای افزایش احتمال بازسازی ارادی نشانه‌های بیماری به کار بسته می‌شوند.

۲- آیا تجویز تکالیف پارادوکسی برای ایجاد عمدی نشانه‌ها، بیشتر کردن آلام بیمار نیست؟

اولاً که اگر بهبودی منوط به افزایش مقطعی آلام بیمار باشد، تجویز آن معقول و اخلاقی است. ثانیاً باید در نظر داشت که اساساً به خاطر مصنوعی و ساختگی بودن هیجان‌ها و دردهای روانی شکل گرفته به هنگام اجرای تکالیف، این هیجان‌ها ماهیتاً عاری از جوهر پاتولوژیک هستند و آزار دهنده بودنشان محال و منتفی است (به پاسخ اصلی پرسش اول دقت کنید). پارادوکس درمانی به روش PTC گرچه درمانی است از جنس درد، اما این درد مطلوب است و عین درمان؛ دقیقاً مشابه جوهر اصلی درمانبخش تمامی واکسن‌ها. در واکسیناسیون اخیر برای پیشگیری/درمان کرونا، واکسن‌هایی ساخته و به بدن تزریق شدند که از جنس ویروس کووید ۱۹ بودند. در این روش، با تزریق ویروس بیماری و ایجاد نوعی کرونای مصنوعی و کنترل شده، با کرونای اصلی مقابله شد؛ درمانی کاملاً معقول و اخلاقی. بیمار در هنگام انجام تمرین‌های پارادوکسی مانند یک بازیگر است که نقشی دردناک و رنج‌آور ایفا می‌کند. هر چند ممکن است اشک هنرمند نیز بر اثر هیجان‌های ناشی از بازی، جاری شود ولی این اشک و این غم، نه تنها هرگز مشابه اشک‌ها و غم‌های واقعی نیستند که به اشک شوق می‌مانند (بشارت، ۱۳۹۶، ۲۰۲۳). ثالثاً برون‌ریزی این هیجان‌های آزار دهنده بیمار، می‌تواند با پدیده کاتارسیس در برخی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

دیگر از رویکردهای درمانی که عاملی شفابخش توصیف شده، مقایسه شود. البته تغییرات درمانی‌ای که در فرایند درمان به روش PTC صورت می‌گیرند بسیار فراتر از صرف کاتارسیس است (به بشارت ۱۴۰۱ مراجعه شود).

۳- پارادوکس درمانی به روش PTC برای درمان وسواس شستشو، اسراف عمدی تجویز می‌کند!

فرد وسواسی علی‌رغم اینکه تمام تلاش خود را برای اجتناب از اسراف آب به کار بسته، همچنان وسواس او ادامه دارد و بعضاً بیشتر هم می‌شود. اگر فردی بتواند بدون رواندرمانی همانند جماعت نرمال، از اسراف آب پرهیز کند، اساساً کارش به اتاق درمان نمی‌کشد. اتاق درمان برای کسی است که به شیوه‌های عمومی جماعت نرمال نتوانسته شک و تردیدهای خود را مدیریت کند. پس این فرد دچار نوعی اضطرار است. کما اینکه از منظر فقهی هم شکِ فردِ کثیرالشک، نامعتبر است؛ یعنی کسی که زیاد شک می‌کند، از لحاظ شرعی نباید به شک خود اعتنا کند. یعنی فقه اسلامی هم چنین فردی را از جماعت نرمال متفاوت می‌داند و احکامی خاص او دارد. مضافاً، قاعده اهم و مهم؛ به عنوان قاعده‌ای عقلی و نقلی، پیش و بیش از هر چیز به نفع سلامت روان فرد حکم می‌کند تا ریختن یک سطل آب به جای دو سطل! نکته مهمتر اما در جوهر دستوری/مصنوعی بودن تجویز عین نشانه از سوی درمانگر و عمل به این تجویز از سوی بیمار است: عطف به پاسخ اصلی پرسش اول، تا جایی که به این تکنیک مربوط می‌شود، در وضعیت ناهمپوشانی، عمل و رفتار بیمار حین اجرای تکلیف، ارادی و اختیاری می‌شود. وقتی رفتار وسواس شستشو ارادی و اختیاری شد، بیمار بلافاصله حس می‌کند که می‌تواند بیشتر از ضرورت نشورد و آب نریزد (یعنی درمان)! تکمله پاسخ به پرسش سوم را با تامل بیشتر در پاسخ به پرسش چهارم بخوانید.

۴- پارادوکس درمانی به روش PTC برای درمان وسواس‌های فکری، افکار گناه آلود تجویز می‌کند!

صرف وجود فکر (فکر گناه)؛ مادام که منجر به عمل نشده باشد، گناه نیست[۱]، بلکه از جدی‌گرفتن آن نیز نهی شده است[۲] (حر عاملی، ۱۴۰۰)؛ فکری که به ذهن فرد مبتلا به وسواس تحمیل می شود و به دلایل آسیب شناختی هرگز به عمل تبدیل نخواهد شد و غایت هدف وسواس فکری هم همین است؛ آزار بیمار در حد فکر و نه عمل به آن فکر! تجویز پارادوکسی افکار وسواسی؛ در عمل، به بازی گرفتن آنها است (بازی نقش) برای حذف جدیتشان و برای درمان خصلت پاتولوژیکشان. در این مورد و موارد مشابه بسیار و بلکه در تمامی موارد، تجویز تکالیف پارادوکسی در درمان به روش PTC، برای توانمندسازی بیمار در فکر کردن و عمل کردن به سبک جماعت و به شیوه نرمال است؛ یعنی تحقق سلامت روانی. اساساً، اصالتاً، هم در مبدا و در هم در منتها، احکام انسانی، اخلاقی، شرعی و عقلی تماماً تابع سلامت فرد (و البته اجتماع) هستند؛ چه سلامت جسمی و چه سلامت روانی! فکر گناه که سهل است، عمل گناه هم اگر تنها چاره سلامت فرد باشد، دین آن را تایید می کند ولو خلاف بعضی از اصولش (و در اصل فروعش) باشد!

بحث و نتیجه‌گیری

*امتیازات پارادوکس درمانی به روش **PTC** در هماهنگی با اخلاق و احکام دینی*

اثربخشی درمان، یکی از اصلی‌ترین مؤلفه‌های اخلاقی بودن یک درمان است. بیمار به امید بهبود حال خود به رواندرمانگر مراجعه می‌کند. درمانگر وظیفه دارد بهترین و اثربخش‌ترین شیوه درمان را برای کاهش رنج‌های بیمار به کار ببندد. به بیان دیگر رویکرد درمانی باید به نفع بیمار باشد و هدف آن بهبود وضعیت روانی و کیفیت زندگی او باشد (وامپولد و امل، ۲۰۱۵). از این نظر، با توجه به اثربخشی بسیار بالاتر و سریعتر PTC نسبت به سایر رویکردهای درمانی، این درمان، اخلاقی‌تر و اسلامی‌تر محسوب می‌شود.

یکی دیگر از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند به ارتقاء اخلاقی یک رویکرد درمانی کمک کند، استفاده از مداخلات کوتاه‌مدت و فشرده است. درمان‌های کوتاه‌مدت نه تنها از نظر اقتصادی به نفع بیمار هستند، بلکه می‌توانند اثربخشی درمان را نیز افزایش دهند. مطالعات نشان داده‌اند که در بسیاری از موارد، درمان‌های کوتاه‌مدت می‌توانند به اندازه درمان‌های طولانی‌مدت مؤثر باشند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). پارادوکس درمانی به روش PTC به دلیل جوهر پارادوکسی و ماهیت عملی‌اش، یکی از کوتاه‌مدت‌ترین روش‌های رواندرمانی است. به عنوان مثال، در حالی که مداخله‌های شناختی رفتاری برای اختلال‌های وسواسی ۲۰ جلسه طول می‌کشد (لیهی و همکاران، ۱۴۰۲) پارادوکس درمانی به روش PTC این اختلال‌ها را در ۳ تا ۵ جلسه درمان می‌کند.

۱- نَه خصلت از امّت من برداشته شده است (نه عمل هستند که ارتکاب آن‌ها توسط مسلمانان عقوبت ندارد)، و آنها: خطا است و فراموشی، و آنچه ندانند، و آنچه نتوانند، و آنچه به سوی آن ناچار شده باشند، و آنچه بر آن اکراه شده باشند، و طِیَره (تأثّر نفس به فال‌های بد)، و وسوسه در تفکّر در خلق، و نهم، حسد است، مادام که ظاهر نشود به زبان یا به دست (کلینی، ج۴، ص ۲۸۷، ۱۳۸۸).

۲- إذا کثُرَ عَلیک السَّهْوُ فَامْضِ عَلی صَلاتِک فَإنَّهُ یوشَک أنْ یدَعَک إنَّما هُوَ مِنَ الشَّیطانِ: همانا این شک‌های زیاد در نماز از جانب شیطان است. بنابراین با بی‌اعتنایی به آن نمازت را تمام کن.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

علاوه بر این، کوتاه‌مدت بودن این مدل درمان می‌تواند به افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان کمک کند. با توجه به محدودیت منابع و افزایش تقاضا برای خدمات سلامت روان، استفاده از درمان کوتاه‌مدت PTC می‌تواند امکان ارائه خدمات به تعداد بیشتری از افراد را فراهم کند. این امر از منظر اخلاقی حائز اهمیت است، زیرا به عدالت در دسترسی به خدمات سلامت روان کمک می‌کند (تورنیکرافت و همکاران، ۲۰۱۶).

از سوی دیگر مداخلات کوتاه‌مدت می‌توانند به کاهش وابستگی بیمار به درمانگر کمک کنند. در درمان‌های طولانی‌مدت، گاهی بیمار به درمانگر وابسته می‌شود و این امر می‌تواند مانعی برای بهبود واقعی و استقلال وی باشد. درمان‌های کوتاه‌مدت نظیر PTC با تمرکز بر اهداف مشخص و محدود، می‌توانند این خطر را کاهش دهند (سانچز- مارتین و همکاران، ۲۰۲۳).

تمرکز بر درمان اختلال به جای پرداختن به سایر جنبه‌های زندگی بیمار، یکی از اصول اساسی اخلاقی در رواندرمانی است. این رویکرد به درمانگر اجازه می‌دهد تا با دقت بیشتری بر مشکلات اصلی بیمار تمرکز کند و از ورود به حوزه‌های غیرضروری که ممکن است منجر به تعارض یا سوءتفاهم شود، اجتناب ورزد (سانچز- مارتین و همکاران، ۲۰۲۳). تمرکز بر درمان اختلال به جای پرداختن به نصیحت‌گری، آموزش یا توصیه‌گری، می‌تواند به ارتقاء اخلاقی رواندرمانی کمک کند. تمرکز درمانگر PTC بر درمان اختلال‌ها و ناتوانی‌های روانشناختی بیمار، به جای پرداختن به نصیحت‌گری، آموزش یا توصیه‌گری نه تنها به حفظ استقلال و خودمختاری بیمار کمک می‌کند، بلکه می‌تواند اثربخشی درمان را نیز افزایش دهد (بشارت، ۱۳۹۶، ۲۰۲۳). با این حال، اجرای موفق این رویکرد نیازمند دقت، حساسیت و مهارت درمانگر است (بشارت، ۱۳۹۶، ۲۰۲۳؛ نورکراس و وامپولد، ۲۰۱۹). تمرکز PTC بر کار درمان و شروع از اساسی‌ترین علائم آزارنده بیمار، موجب افزایش انگیزه بیمار برای پیگیری جلسات و در نتیجه تکمیل درمان می‌شود. از سوی دیگر، رعایت اصل ایجاز در این درمان، فرصتی برای حاشیه‌پردازی‌های مضر باقی نمی‌گذارد.

پارادوکس درمانی به روش PTC از آنجا که تشخیص محور نیست، ملزم به زدن انگ و برچسب به بیمار هم نیست. انگ‌زدن به بیماران روانی یکی از چالش‌های اساسی در حوزه سلامت روان است که می‌تواند پیامدهای منفی جدی برای افراد مبتلا به اختلال‌های روانی داشته باشد. انگ‌زنی می‌تواند منجر به محدودیت در فرصت‌های اجتماعی و شغلی برای بیماران روانی شود. این افراد ممکن است در روابط اجتماعی و دوستی‌ها با مشکلات بیشتری مواجه شوند. این محدودیت‌ها می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی و مشکلات اقتصادی شود.

انگ‌زنی می‌تواند باعث افزایش استرس و فشار روانی در بیماران روانی شود. این افراد ممکن است دائماً نگران قضاوت شدن توسط دیگران باشند و تلاش کنند تا بیماری خود را پنهان کنند. این استرس مداوم می‌تواند بر سلامت جسمی و روانی آنها تأثیر منفی بگذارد و روند بهبودی را با چالش مواجه کند.

یکی از پیامدهای منفی انگ‌زنی، کاهش اعتماد به خود و حرمت خود در بیماران روانی است. زمانی که افراد با برچسب‌های منفی مواجه می‌شوند، ممکن است این برچسب‌ها را درونی کرده و خود را کم‌ارزش یا ناتوان تلقی کنند. این امر می‌تواند احساس ناامیدی به بیمار دهد و روند بهبود وی را به تأخیر اندازد. در مقابل، PTC فارق از تشخیص و ملاحظات بسیار مربوط به آن، تمرکزش بر توانمندسازی بیمار است؛ پدیده‌ای که جوهر درمانبخش پارادوکس درمانی به روش PTC است و تمایزش با سایر مداخله‌های آموزشی را برجسته ساخته. آن تمرکز و این تمایز که ریشه در مبانی نظری رویکرد PTC و سایر رویکردهای غیرروانکاوانه؛ چه در حیطه آسیب شناسی روانی و چه در حوزه عمل رواندرمانگری (برای آشنایی بیشتر با این ویژگی های منحصر به فرد پارادوکس درمانی به روش PTC به بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷، ۱۴۰۱، ۱۴۰۳ مراجعه کنید).

یکی دیگر از عواملی که می‌تواند به ارتقاء اخلاقی یک رویکرد درمانی کمک کند، محدودسازی نیاز به خودآشکارسازی کامل بیمار است. در بسیاری از رویکردهای درمانی سنتی، از بیمار انتظار می‌رود که تمام جزئیات زندگی و تجربیات خود را با درمانگر در میان بگذارد. چنین نگاهی می‌تواند مشکلات اخلاقی متعددی را به همراه داشته باشد (کوهلنبرگ و تسای، ۱۹۹۱). محدودسازی خودآشکارسازی می‌تواند به حفظ حریم خصوصی بیمار کمک کند و خطر نقض حریم خصوصی را کاهش دهد. بسیاری از افراد ممکن است از آشکارسازی کامل تجربیات و احساسات خود احساس ناراحتی یا شرم کنند. با محدود کردن نیاز به خودآشکارسازی کامل، می‌توان فضای امن‌تری برای بیمار ایجاد کرد که در آن احساس راحتی بیشتری برای مشارکت در فرآیند درمان داشته باشد (کوریگان و همکاران، ۲۰۱۶). در اواخر جلسه اول درمان PTC، درمانگر به مراجع می‌گوید که اگر افزون بر نشانه‌های بیان شده توسط او، نشانه‌های دیگری نیز وجود داشته که مراجع فرصت بازگو کردن آن‌ها را نداشته، می‌تواند عین آن نشانه‌ها را نیز در تمرینات خود بازسازی کند. پارادوکس درمانی به روش PTC از طریق «نپرداختن به حواشی» و تمرکز بر «تجویز عین نشانه»، تکنیکی ساده در اختیار بیمار قرار می‌دهد که بر اساس آن بیمار ماموریت

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

پیدا می‌کند که نقش خودش (خود بیمارش) را که خود بیشتر به جزئیات آن آگاه است را بازی کند؛ نقشی که بیمار مسئولیت کامل آن را از ابتدا تا انتهای فرایند درمان بر عهده دارد و به این شکل است که در پارادوکس درمانی به روش PTC «بیمار به درمانگر تبدیل می شود» (بشارت، ۱۳۹۶، ۲۰۲۳). با این روش، استقلال و خودمختاری بیمار حفظ می‌شود؛ امری که می‌تواند همزمان اعتماد به خود و خودکارآمدی وی را افزایش دهد (بشارت، ۱۳۹۶، ۲۰۲۳؛ ریان و دسی، ۲۰۱۷).

اما شاید مهم‌ترین امتیاز اخلاقی PTC این باشد که در این درمان، حرمت خود بیمار، در مقابل درمانگر تضعیف نمی‌شود. PTC به عنوان یک روانکاوی عملی نه به مانند رویکردهای شناختی از فوران و میدان گرفتن هیجان‌ها پرهیز دارد و نه به مانند روانکاوی کلاسیک و یا درمان هیجان‌مدار، بیمار را به بروز هیجان‌ها در حضور شخصی دیگر (درمانگر) مجبور می‌کند. در PTC بیمار این فرصت را دارد که اشک‌ها، اضطراب‌ها و بدحالی‌های خود را در خلوت و به هنگام انجام تکالیف درمانی تجربه کند. بنابراین در این روش مراجع می‌تواند بدون تصریح تمام افکار و خاطراتی که از بیانشان شرم دارد و ممکن است در آینده برای او تبعاتی به دنبال داشته باشد، مسائل خود را حل و فصل کند.

در پایان شایان ذکر است که امام علی (ع) در روایتی اصلی‌ترین واکنش به اضطراب‌ها را به میان آن‌ها افکندن خود می‌داند[1] (شریف الرضی، ۱۴۱۴ق). این جَست ناگهانی و شیرجه زدن به درون اضطراب‌ها، تفاوتی ماهوی با تکنیک «حساسیت‌زدایی منظم» دارد. بنابراین تکنیک‌های مواجهه تدریجی که در درمان‌های شناختی رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرند، هماهنگ با این حدیث نیستند. بعلاوه نکته دیگر حدیث آن است که این جست زدن باید توسط خود بیمار و به شکل ارادی انجام شود و نه توسط دیگری. بنابراین در تکنیک «غرقه‌سازی» در درمان شناختی رفتاری، هر چند مواجهه‌ای یکباره و غیر تدریجی داریم، اما اگر این مواجهه توسط درمانگر انجام شود، چیزی غیر از سفارش این حدیث می‌شود. بماند که غرقه‌سازی، غرق کردن بیمار در چیزی است که توان اجتناب از آن را دارد، اما تجویز عین نشانه در تکالیف پارادوکسی، بازسازی تمامی نشانه ها است؛ چه قابل اجتناب و چه غیر قابل اجتناب! در تکالیف پارادوکسی به روش PTC، فرد آنقدر «جَستن‌های یکباره» را تکرار و تجربه می‌کند تا چیزی از آن ترس مرضی باقی‌نماند.

نتیجه گیری

مجموعه نشانه‌های اختلال روانی؛ اعم از افکار و اعمال وسواسی، حمله‌های وحشتزدگی، خودبیمارپنداری و هر اختلال روانشناختی دیگری، اساساً تابع اختیار و اراده بیمار نیستند. اساس مشکل بیمار مبتلا به اختلال روانی، نه دانستن و ندانستن است (فرد به ندانستن جاهل می شود، نه بیمار) ، و نه خواستن و نخواستن (هیچ کس نمی خواهد که بیمار باشد و بیمار بماند). اساس مشکل بیمار، نتوانستن است و بس؛ ناتوانی در مقابله با تجربه‌های هیجانی آسیب‌زای نهفته در مبنای اختلال روانی! مجری حکم شرعی مکلف مختار و توانمند است نه مجبور ناتوان. بیمار وسواسی؛ همچون هر بیمار روانی دیگر، مجبوری است ناتوان و اعمال و افکار وی اساساً از شمول حکم شرعی خارج است. اساسی‌تر اینکه قواعد و احکام انسانی و اخلاقی و شرعی و حقوقی به بیمار بی‌اختیار نمی‌رسند و در مورد وی نافذ نیستند. دو صد گفته چون نیم کردار نیست! پارادوکس درمانی به روش PTC سراسر تمسک به عمل است و اجتناب از حرف. درمانگری مقام عمل است نه حرف، و پارادوکس درمانی به روش PTC روانکاوی عملی است نه همچون روانکاوی سنتی، حرف درمانی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷، ۱۴۰۱، ۱۴۰۳، ۲۰۲۳).

منابع

بشارت، م. ع. (۱۳۹۶). *پارادوکس + برنامه زمانی = درمان: مدل کامل درمان اختلال‌های روانشناختی- راهنمای عملی*. تهران: انتشارات رشد.

بشارت، م. ع. (۱۳۹۷). *پارادوکس + برنامه زمانی = درمان: مدل کامل زوج‌درمانی به روش PTC - راهنمای عملی*. تهران: انتشارات رشد.

بشارت، م. ع. (۱۴۰۱). *پارادوکس درمانی اختلال‌های شخصیت: راهنمای عملی*، جلد اول. تهران: انتشارات روانکاوان.

بشارت، م. ع. (۱۴۰۳). *پارادوکس درمانی افسردگی: راهنمای عملی*. تهران: انتشارات روانکاوان.

پیامی، ر. و فراهانی، ح. (۱۴۰۱). تبیین ویژگی‌های سرشتی روان انسان در قرآن. *مطالعات اسلام و روانشناسی، (۳۰)۱۶*، ۸۸-۷۱. https://doi: 10.30471/psy.2022.8287.1943

حر عاملی، م. ح. (۱۴۰۰). *وسائل الشیعه* (جلد ۵). قم: مؤسسه آل‌البیت.

شریف الرضی، م. ح. (۱۴۱۴ق). *نهج البلاغه (تصحیح صبحی صالح)*. قم: هجرت.

۱- إِذَا هِبْتَ أَمْراً فَقَعْ فِيهِ، فَإِنَّ شِدَّةَ تَوَقِّيهِ أَعْظَمُ مِمَّا تَخَافُ مِنْهُ. هنگامی که از چیزی ترسیدی، به درون آن جست بزن. چرا که قطعاً تبعات احتیاط و پرهیز از آن، شدیدتر از خود واقعی‌اش است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

کلینی، م. ی. (۱۳۸۸). *اصول کافی (تحفه الاولیاء)*، (ترجمه محمد وفادار مرادی و عبدالهادی مسعودی). قم: دارالحدیث.

لیهی، ر.، هولند، س. ج.، و مک‌گین، ل. (۱۴۰۲). *مداخلات و طرح‌های درمانی برای افسردگی و اختلال‌های اضطرابی* (ترجمه مهدی اکبری و مسعود چینی فروشان). تهران: انتشارات ارجمند.

Adler, A. (1956). The individual psychology of Alfred Adler: A systematic presentation in selections from his writings. Basic Books.

Ascher, L. M., & Turner, R. M. (1980). *Paradoxical intention and symptom prescription in behavior therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48(4),* 579-588.

Besharat, M. A. (2023). *Paradoxical Psychotherapy: A practitioner's guide*. Springer Nature: Switzerland AG.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3(2),* 77-101.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 74(9),* 875-884. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Oxford University Press.

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2016). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest, 15(2),* 37-70. https://doi.org/10.1177/1529100614531398

de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy.* New York: W.W. Norton & Company

Foreman, D. M. (1990).The ethical use of paradoxical interventions in psychotherapy. *Journal of Medical Ethics, 16(4),* 200-205. doi: 10.1136/jme.16.4.200. PMID: 2287016; PMCID: PMC1375912.

Frankl, V. E. (1960). Paradoxical intention: A logo therapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy, 14(3),* 520-535.

Frankl, V. E. (1991). Paradoxical intention. In G. R. Weeks (Ed.), *Promoting change through paradoxical therapy* (pp. 99-110). New York: Brunner/Mazel.

Haley, J. (1984). *Ordeal therapy: Unusual ways to change behavior.* San Francisco: Jossey Bass.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships.* Springer Science & Business Media.

Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy.* San Francisco: Jossey Bass.

Milan, M. A., & Kolko, D. J. (1983). Paradoxical intention. In M. Hersen, & A. S. Bellack (Eds.), *Dictionary of Behavior Therapy Techniques* (pp. 149-151). Pergamon Press.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy, 55(4),* 303-315.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA Clinical Practice Guideline. *Psychotherapy, 56(3),* 391-399.

Omer, H. (1986). Integrating paradoxical interventions in the normal course of therapy: A nonspecific approach. *American Journal of Psychotherapy, 40(4),* 572-581.

Raskin, D. E., & Klein, Z. E. (1976). Losing a symptom through keeping it: A review of paradoxical treatment techniques and rationale. *Archives of General Psychiatry, 33(5),* 548-555.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness.* Guilford Publications.

Sánchez-Martín, M., Bernal-Celestino, R. J., Pérez-Corrales, J., Heras-Mosteiro, J., Hernantes, N., & Rodríguez-Rey, R. (2023). Humanising care in acute psychiatric units: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing, 32(2),* 417-428. https://doi.org/10.1111/inm.13101

Selvini-Palazzoli, M., Ceccin, G., Prata, G., & Boscolo, L. (1978). *Paradox and counterparadox.* New York: Jason Aronson.

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet, 387(10023),* 1123-1132. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6

Turrini, G., Tedeschi, F., Cuijpers, P., Del Giovane, C., Kip, A., Morina, N., ... & Barbui, C. (2024). Cultural Adaptations, Efficacy, and Acceptability of Psychological Interventions for Mental Health in Adults with Refugees and Asylum-Seeker Status: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 21(1),* 413.

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work.* Routledge.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication.* New York: W. W. Norton.

Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and resolution.* New York: W. W. Norton.

Weeks, G. R., & L'Abate, L. (1982). *Paradoxical psychotherapy; Theory and practice with individuals, couples and families.* New York: Brunner/Mazel.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]