

سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال وسواس فکری- عملی: مطالعه موردی^۱

محمدعلی بشارت^{۲*}

چکیده

این مقاله دو هدف اصلی داشت: هدف اول، معرفی اصول و فنون یک مدل جدید روان‌درمانی برای اختلال‌های روان‌شناختی با عنوان اختصاری PTC (پارادوکس + برنامه زمانی = درمان) بود؛ هدف دوم، سنجش اثربخشی این مدل روان‌درمانی برای درمان اختلال وسواس فکری- عملی بود. پارادوکس درمانی یک مدل روان‌درمانی بسیار کوتاه مدت است و برای طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روان‌شناختی شامل اختلال‌های اضطرابی، وسواس‌های فکری و عملی و اختلال‌های مرتبط، اختلال‌های مرتبط با تروما و استرس، اختلال‌های نشانه‌های بدنی و اختلال‌های خورد و خوراک به کار بسته و تأیید شده است. در این مقاله، فرایند و نتایج درمان این مدل برای یک بیمار مبتلا به وسواس فکری- عملی به‌طور کامل گزارش شد؛ نتایج درمان پنج جلسه‌ای برای این بیمار، نشان می‌دهد که درمان کاملاً موفقیت‌آمیز بوده است. پیگیری ۱۸ ماهه نیز نشان داد که تغییرات رضایت‌بخش درمانی ثبات و استمرار داشته و در این دوره هیچ بازگشتی رخ نداده است. این نتایج، تأثیرات درمانی عمیق و پایدار این مدل روان‌درمانی را در کوتاه‌ترین زمان ممکن تأیید می‌کند. مکانیسم‌های تأثیرگذاری «برنامه زمانی پارادوکسی»، به عنوان فن اصلی روش درمان پارادوکس درمانی، و انطباق آن‌ها با نتایج درمان بیمار در این مقاله شرح داده شده است. مدل روان‌درمانی پارادوکس درمانی، به عنوان رویکردی بسیار کوتاه مدت، ساده، تأثیرگذار و کارآمد، و در عین حال اقتصادی برای درمان وسواس فکری- عملی معرفی و پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی، پارادوکس، برنامه زمانی، اختلال وسواس فکری- عملی

۱. این تحقیق در قالب طرح پژوهشی شماره ۵۱۰۶۰۰۳/۱/۷۸ با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

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

besharat@ut.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷-۱۱-۰۱

تاریخ ارسال: ۲۷-۰۹-۱۳۹۷

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی^۱ (OCD)، بر اساس وجود وسواس‌های فکری (افکار، امیال یا تصاویر مکرر و پایدار که به صورت ناخواسته و مزاحم تجربه می‌شوند) یا عملی (رفتار یا اعمال ذهنی تکراری که فرد احساس می‌کند در پاسخ به یک وسواس فکری یا بر اساس قواعدی اجتناب‌ناپذیر باید به آن‌ها عمل کند) مشخص می‌شود (APA؛ ۲۰۱۳). OCD اختلالی پایدار (مقاوم) است؛ معمولاً با درماندگی شدید، سطوح بالای ناتوان‌مندی، و اختلال در عملکرد خانوادگی، اجتماعی و شغلی فرد همراه است؛ و به شدت بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (اسلید، جانستون، براون، اندروز و وایتفورد، ۲۰۰۹؛ جاکوبی، لئونارد، ریمان و آبرامویتز، ۲۰۱۴؛ سویرامانیم، ابدین، وینگنکر و چونگ، ۲۰۱۲؛ فانتنلی، کوچی، هریسون، شاپیت، دوروساریو و همکاران، ۲۰۱۲؛ کرینو، اسلید و اندروز، ۲۰۰۵؛ ویال و روبرتس، ۲۰۱۴؛ هوپرت، سیمپسون، نیسنسون، لیبویتز، فوآ و همکاران، ۲۰۰۹). OCD در صورتی که درمان نشود، معمولاً سیر^۲ مزمن و تباہ کننده دارد (آیوسو- متئوس، ۲۰۰۲؛ پینتو، منسبو، آیزن، پگانو و راسموسن، ۲۰۰۶)، هزینه‌های استفاده از خدمات سلامت- مراقبت^۳ را افزایش می‌دهد (بابز، گونزالز، بسکاران، ازانگو، سائز و همکاران، ۲۰۰۱)، و به یک نگرانی جدی سلامت عمومی^۴ تبدیل خواهد شد (اولاتونجی، روزنفیلد، تارت، کوتراکس، پاورز و همکاران، ۲۰۱۳الف).

بر اساس شواهد تجربی، درمان شناختی- رفتاری^۵ (CBT) به عنوان درمان ترجیحی OCD پیشنهاد شده است (APA، ۲۰۱۳؛ NICE، ۲۰۰۶). نتایج یافته‌های فراتحلیلی و مروری (برای مثال، آبرامویتز، ۱۹۹۸؛ ادی، دوترا، بردلی و وستن، ۲۰۰۴؛ اولاتونجی، سیسلر و دیکون، ۲۰۱۰؛ اولاتونجی و همکاران، ۲۰۱۳الف، ب؛ روزا- السزار، سنچز- مکا، گومز- کونسسا، و مارین- ماتینز، ۲۰۰۸؛ ویلهلم، استکتی، ریلی- هرینگتون، دکرسبیچ، بوهلیمان و همکاران، ۲۰۰۵) مداخله‌های CBT محور را در کاهش نشانه‌های OCD تأثیرگذار دانسته‌اند. مواجهه

-
1. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)
 2. course
 3. health-care services
 4. public health
 5. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

تدریجی طولانی با محرک‌ها یا موقعیت‌های ترس برانگیز^۱ و ممانعت از پاسخ‌ها و رفتارهای وسواسی، فنون اصلی CBT برای درمان OCD هستند. مؤلفه‌های درمان مواجهه و ممانعت از پاسخ^۲ (ERP) عبارت‌اند از: تعدادی جلسه برای طرح درمان و آموزش درباره نشانه‌های OCD؛ مواجهه‌سازی نظامدار تکراری و طولانی با محرک‌های ترسناک به دو شکل عینی و تجسمی؛ و ممانعت از پاسخ‌های آئینی و اعمال اجباری. برای این مدل درمان شناختی- رفتاری معمولاً بین ۱۲ - ۱۶ جلسه زمان صرف می‌شود (آبرامویتز، بلکی، ریومن و بوچهولز، ۲۰۱۷). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که ERP از سایر مداخلات روان‌شناختی (لیندسی، کرینو و اندروز، ۱۹۹۷)، شناخت درمانی (اولاتونجی و همکاران، ۲۰۱۳ الف) و دارو درمانی (اولاتونجی و همکاران، ۲۰۱۳ الف؛ فوآ، لیویتز، کوزک، دیویس، کمپیس و همکاران، ۲۰۰۵؛ هواگن، وینکلمان، راشه- روچل، هند، کونینگ و همکاران، ۱۹۹۸) برای OCD اثربخش‌تر است.

در کنار شواهد امیدبخش رویکردهای مواجهه درمانی برای OCD، اثربخشی پایدار (مستمر) رویکردهای CBT محور برای OCD (توانایی ایجاد تغییرات نشانه‌ای پایدار) مورد تردید قرار گرفته است (ادی و همکاران، ۲۰۰۴؛ فیشر و ولز، ۲۰۰۵). شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که حدود نیمی از بیماران یا به درمان پاسخ نمی‌دهند، یا ریزش می‌کنند، یا از اجرای دستورات درمانی امتناع می‌کنند (آبرامویتز، ۲۰۰۶؛ آرچ و کراسک، ۲۰۰۹؛ فوآ و همکاران، ۲۰۰۵) و بیش از نیمی از بیماران نیز بعد از تکمیل دوره درمان همچنان از نشانه‌های باقیمانده بیماری رنج می‌برند (آبرامویتز و همکاران، ۲۰۱۷؛ فیشر و ولز، ۲۰۰۵؛ ورولیت، کرسک و هرمنز، ۲۰۱۳). وضعیت نگران‌کننده OCD و پیامدهای گسترده بالینی شخصی، خانوادگی و اجتماعی آن، توجه جدی‌تر به درمان‌های کارآمدتر و حتی الامکان کوتاه مدت‌تر از درمان‌های فعلی را فرا می‌خواند.

در این مقاله یک مدل جدید روان‌درمانی پارادوکسی^۳ برای درمان OCD معرفی می‌شود. این مدل روان‌درمانی پارادوکسی، که به اختصار^۴ PTC نامیده می‌شود (بشارت، ۱۳۹۶)، روشی

-
1. fear-eliciting
 2. Exposure and Response Prevention (ERP)
 3. Paradoxical Psychotherapy (PT)
 4. Paradox + Timetable = Cure (PTC)

از درمان اختلال‌های روان‌شناختی است که بسیاری از محدودیت‌ها و مشکلات فوق‌الذکر را برطرف کرده است. این روش با موفقیت درباره تعداد کثیری از اختلال‌های روان‌شناختی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) شامل طیف گسترده اختلال‌های اضطرابی^۱، طیف وسواس‌های فکری و عملی و اختلال‌های مرتبط^۲، اختلال‌های مرتبط با تروما و استرس^۳، اختلال‌های نشانه‌های بدنی^۴ به کار بسته شده است (بشارت، ۱۳۹۶). نتایج مربوط به درمان PTC برای اختلال‌های خورد و خوراک^۵ و اختلال‌های شخصیت^۶ نیز به زودی منتشر می‌شود. نتایج درمان اختلافات و مشکلات زوجین بر اساس مدل PTC برای زوجین^۷ (PTCC؛ بشارت، ۱۳۹۷) نیز موفقیت چشمگیر این روش را تأیید کرده است.

معرفی مختصر مدل روان‌درمانی PTC - پروتکل درمان

مدل درمان PTC، از جهت نظری ریشه در نظریه‌های روان‌پویشی، روان‌کاوی و سیستمی دارد، اما در عمل و اقدامات درمانی به فنون رفتاری وفادار است. درمان PTC از دو مؤلفه، یا دو تکنیک، تشکیل شده است: پارادوکس و برنامه زمانی^۸. بر اساس این تکنیک ترکیبی دوگانه، عین نشانه‌های بیماری برای بیمار تجویز می‌شود (پارادوکس) و بیمار مکلف می‌شود این نشانه‌ها را، طبق دستورالعملی که درمانگر با نظر و همکاری خود بیمار برایش تجویز می‌کند، در وقت‌های معینی از شبانه روز و طی مدت زمان مشخصی بازسازی و تجربه کند (برنامه زمانی). در مدل روان‌درمانی PTC، این دو تکنیک همواره با هم تجویز می‌شوند و تابع اصل جدایی‌ناپذیری هستند. ترکیب این دو تکنیک، اصل جدایی‌ناپذیری پارادوکس و برنامه زمانی، و تجویز عین نشانه از مشخصه‌های مدل روان‌درمانی PTC هستند. برای مثال، درباره وسواس نظم و ترتیب و وسواس چک کردن، برنامه زمانی پارادوکسی به این صورت است که بیمار در

-
1. Anxiety disorders
 2. obsessive-compulsive and related disorders
 3. trauma- and stress-related disorders
 4. somatic symptom and related disorders
 5. feeding and eating disorders
 6. personality disorders
 7. PTC for Couples (PTCC)
 8. timetable

سه وقت معین از شبانه روز (ساعت های ۱۱، ۱۶ و ۲۰) هر نوبت به مدت ۵ دقیقه، رفتار وسواسی نظم و ترتیب و چک کردن را عیناً انجام دهد. این تکلیف با این توضیحات برای بیمار تجویز می شود: «شما قرار است که از فردا عین رفتارهایی را که الان مدتی است در زندگی معمولت به صورت ناخواسته و اجباری و مزاحم برات تحمیل می شوند، در وقت هایی که مشخص کردیم، انجام دهید. یعنی در این وقت ها، در جای مناسب قرار می گیرید و آن رفتارها را بازسازی و تجربه می کنید؛ مثل بازی نقش روی صحنه تئاتر. این تمرین باید برایت خیلی ساده باشه چون الان مدت هاست که داری اون رو تجربه می کنی؛ با این تفاوت که در زندگی معمولت این رفتارها برات تحمیل می شوند و تو آن ها را نمی خواهی، اما طبق این برنامه تو خودت رو آماده می کنی که در این وقت ها آن ها را انجام دهی!»

وقتی جزئیات تکلیف و نحوه و زمان انجام آن مشخص شد، لازم است درمانگر اتفاقاتی را توضیح دهد که حین انجام تمرین ها ممکن است برای هر بیمار پیش آید. خطاب به بیمار: آنچه وظیفه توست این است که این رفتارها را در وقت های تعیین شده، عین وقت های دیگر تکرار کنی با همه احساسات و هیجان های منفی همراه این رفتارها. توجه داشته باش که این تمرین ها را باید الزاماً در همین وقت ها که تعیین شده انجام دهی، نه زودتر و نه دیرتر. به عبارت دیگر، این تمرین ها یا انجام نمی شوند یا اگر بخواهند انجام شوند باید در همین وقت ها باشد. این بدان معناست که اگر به هر دلیلی نشد و نتوانستی در این وقت ها تمرین رو انجام بدی (به دلیل نبودن در مکان مناسب، خواب موندن، فراموشی یا هر دلیل دیگر)، تمرین آن نوبت می سوزد و در وقت دیگری جبران نمی شود. وقتی موفق شدی که تمرین رو انجام بدی، چند حالت ممکنه برات پیش بیاد: یک حالت اینه که تو موفق میشی تمرین رو صددرصد مشابه نمونه وسواسی آن انجام بدی؛ این حالت عالیه و ما در این حالت بهترین نتیجه رو خواهیم گرفت. اما این احتمال هم وجود دارد که در هر نوبت این اتفاق نیافتد و تمرین ها به درجات کمتر مشابه رفتارهای وسواسی و احساسات و هیجان های مرتبط با آن ها باشند (برای بیمار مثال زده می شود از حالت های مختلف، مثلاً از ۱۰ درصد - ۹۰ درصد). در همه این حالت ها تو موفق شده ای و تمرین را انجام داده ای، فقط به این شرط که تمام تلاش صادقانه ات را برای تکرار عین رفتارها به کار برده باشی! با این توضیحات می بینی که کار تمرین ها خیلی ساده است. فقط توجه داشته باش که قرار شد از فردا این تمرین ها را شروع

کنی، برای امروز هیچ تمرینی انجام نمی‌دهی. یک نکته مهم دیگر هم این است که تو فعلاً فقط تمرین‌ها را انجام می‌دهی و هیچ اقدامی برای ممانعت از رفتارهای وسواسی خودت انجام نمی‌دهی؛ تحت هیچ شرایطی، این یک دستور است و تا پایان دوره درمان باید رعایت شود. علاوه بر اصل جدایی‌ناپذیری پارادوکس از برنامه زمانی و تجویز عین نشانه، شروع تأخیری تمرین‌ها (یک روز بعد از تجویز آن‌ها در اولین جلسه درمان) و ممنوعیت ممانعت از نشانه‌ها و رفتارهای وسواسی نیز از دیگر اصول مدل روان‌درمانی PTC محسوب می‌شوند.

جلسه اول درمان با این دستورالعمل‌ها به پایان می‌رسد و به طور معمول دو هفته دیگر برای جلسه دوم وقت تعیین می‌شود. کوتاه‌تر شدن فاصله بین جلسه اول و دوم تحت شرایطی ممکن و در بعضی موارد حتی توصیه هم می‌شود (در حد یک هفته)، اما به دلیل سریع‌التأثیر بودن این روش درمان، فاصله دو هفته، زمان مناسبی برای ارزیابی‌های خود بیمار از تغییرات و باور به آن‌ها است. در فاصله دو هفته، زمان کافی برای انجام دادن تمرین‌ها در اختیار بیمار قرار می‌گیرد، فرصت کافی برای انجام دادن یا انجام نشدن تمرین‌ها هست تا دو حالت انجام دادن و ندادن تمرین‌ها از سوی بیمار مقایسه شود، و اینکه چون PTC یک درمان خیلی کوتاه مدت است و لازم است با سرعت فاصله جلسات بعدی بیشتر شود (در حد چهار هفته)، بهتر است که فاصله جلسه اول و دوم دو هفته تعیین شود. ابتدای هر جلسه در قالب نوعی تحلیل رفتار، از نحوه اجرای تکالیف و تغییرات احتمالی گزارش گرفته می‌شود. این گزارش هم چگونگی انجام شدن یا نشدن تمرین‌ها را مشخص می‌کند، هم محدودیت‌ها و مشکلات احتمالی شکل تکالیف تجویز شده، و هم نتایج به دست آمده. همه این‌ها نوع و مقدار تکالیف آینده را مشخص می‌کنند. تکالیف تجویزی برای بیمار به‌طور معمول سیر کاهشی دارند. برای مثال، اگر مقرر شد که بیمار در هفته اول روزی سه نوبت تمرین پارادوکسی انجام دهد، هفته دوم این تعداد به روزی دو نوبت، در هفته سوم به روزی یک نوبت، و در هفته چهارم به یک روز در میان کاهش می‌یابد. سیر کاهشی تمرین‌های پارادوکسی هم از ویژگی‌های مدل روان‌درمانی PTC است. در مواردی که بیماری مزمن و بدخیم باشد، ممکن است لازم شود که برای دو یا سه جلسه پیاپی تعداد دفعات تمرین روزانه افزایش یابد. در این گونه موارد هم به سرعت سطح و تعداد تمرین‌ها به حد سایر موارد تقلیل می‌یابد.

اصول و ویژگی‌های اختصاصی مدل روان‌درمانی PTC، زمینه را برای اصل کاهش یا

حذف اضطراب (اضطراب اجرای تمرین و حین تمرین)، فراهم می‌کنند که اصل‌الاصول این روش درمانی است. همه این تدابیر و اصول و تکنیک‌ها، طول دوره درمان را تا حد ممکن کوتاه می‌کنند؛ خیلی کوتاه! تعداد جلسات درمان مورد نیاز برای هر بیمار مختص خود اوست، از پیش تعیین نمی‌شود، در مورد یک بیمار ممکن است دو جلسه باشد و برای بیمار دیگر ۵ جلسه. مداخله و مدیریت درمانگر تا جایی که لازم باشد ادامه می‌یابد. پایان جلسات درمان را وضعیت بیمار تعیین می‌کند: زمانی که بیمار دیگر از مشکل و اختلالی که برای درمانش مراجعه کرده بود، رنج نبرد؛ وقتی که بیمار احساس کند دیگر بیمار نیست؛ وقتی که توان مدیریت شرایط بیماری‌زا را کسب کرده باشد؛ و وقتی که بیماری دیگر وجود نداشته باشد. پایان درمان را تجربه مستقیم شخص بیمار تعیین می‌کند.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه موردی بالینی بر اساس طرح خط پایه- مداخله- پیگیری است. در این طرح، ابتدا در خط پایه، ارزیابی‌های روان‌شناختی از شاخص‌های بالینی صورت می‌گیرد؛ این ارزیابی‌ها، پس از مداخله و پایان درمان و همچنین در دوره‌های پیگیری تکرار می‌شوند. نتایج درمان نیز در هر جلسه و در مراحل پیگیری، ارزیابی می‌شوند. خانم ف. ۴۴ ساله و خانه‌دار است و با همسر و دو فرزندش زندگی می‌کند. خانم ف. به همراه همسرش برای درمان وسواس فکری- عملی به کلینیک مشاوره دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی مراجعه کردند. پس از امضای رضایت نامه برای ضبط ویدیوئی جلسات درمان با هدف استفاده‌های آموزشی و پژوهشی، فرایند ارزیابی‌های روان‌شناختی، مصاحبه بالینی و درمان روان‌شناختی آغاز شد. مقیاس وسواس فکری- عملی یل- بروان^۱ (Y-BOCS)؛ گودمن، پرایس، راسموسن، مازور، فلیشمن و همکاران، ۱۹۸۹)، مقیاس افسردگی بک- دو^۲ (BDI-II)؛ بک، استیر و براون، ۱۹۹۶)، مقیاس شدت و آسیب اضطراب کلی^۳ (OASIS)؛ کمپل- سیلس، نورمن، کراسک، سالیون، لنگ و همکاران، ۲۰۰۹) و مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان^۴ (TOSRS)؛ بشارت،

-
1. the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)
 2. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
 3. the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)
 4. Treatment Outcome Subjective Rating Scale (TOSRS)

۱۳۸۲) توسط بیمار تکمیل شد. مصاحبه بالینی، معیارهای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روان‌شناختی^۱ (DSM-V؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) برای وسواس فکری- عملی خانم ف. را تأیید کرد. نمره کلی وسواس فکری- عملی بیمار در خط پایه بر اساس مقیاس وسواس فکری- عملی یل- بروان، ۲۹/۵ (شدید) به دست آمد. نمره‌های کلی افسردگی و اضطراب بیمار به ترتیب ۱۲/۳ و ۱۴/۷ محاسبه شد. ارزیابی بیمار از شدت نشانه‌های وسواس بر حسب مقیاس درجه‌بندی ذهنی در جلسه اول درمان ۱۰۰ از ۱۰۰ بود. این ارزیابی در جلسه آخر درمان و بعد از پیگیری ۱۸ ماهه توسط بیمار، ۱۰ از ۱۰۰ برآورد شد (شکل ۱). نمرات کلی وسواس، افسردگی و اضطراب بیمار در جلسه آخر درمان به ترتیب ۱، ۷/۵ و ۶/۸ به دست آمد. شیوه اجرای اصول و فنون مدل روان‌درمانی PTC، در قالب شرح فرایند جلسه به جلسه درمان، برای بیمار به این شرح بود.

فرایند درمان PTC برای بیمار مبتلا به OCD

جلسه اول

د- (بعد از سلام و صحبت‌های اولیه و مرحله اجتماعی مصاحبه)، بفرمایید این جا برای چی مراجعه کرده‌اید؟

ب (زن)- خدارو شکر من زندگیم خوبه، بچه‌هام خوبند، همسرم خیلی درکم می‌کنه و با من توی این شش سال که مشکل داشتم همکاری کرده. همه‌ش مربوط می‌شه به نماز. از نماز این مشکلاتم پیدا شد.

د- از شش سال پیش چی شده، چه مشکلی بوده و تا الان چه سیری داشته که الان دیگه خیلی اذیت شده‌اید و مراجعه کرده‌اید؟

ب (زن)- اولش از وسواس شروع شد. یعنی جوری شده بود که حتی اگه می‌خواستم بشینم روی راحتی، حتماً باید به روزنامه می‌ذاشتم زیرم. دست هیچ‌کس نباید به من می‌خورد. وقتی از حمام در می‌اومدم، بچه کوچکم هم حتی حق نداشت بیاد پیش من. همه کلافه بودند، خودم بدتر. وقتی دستم خیس بود همین جوری باید می‌ایستادم تا خشک بشه. دستشویی

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)

می‌رفتم پاهامو اون قدر می‌شستم، دستامو اون قدر می‌شستم، روی فرش نمی‌تونستم بشینم حتماً باید زیرانداز می‌انداختم. یک کمی تو این‌ها بهتر شده‌ام، اما در مورد نماز هر روز بدتر از روز قبل.

د- از اول که شروع شد فقط اونها بودند، نماز نبود؟

ب (زن)- آره بیشتر همون وسواس‌هام بود، نماز بعداً شروع شد. من الان با مهر شکیات نماز می‌خونم، ولی دیگه به اون هم اطمینان ندارم. سر نماز برا خودم یه نشونه‌هایی گذاشته‌ام که اون نشونه‌ها رو باید مرور کنم و خدا نکنه که شک کنم، مجدد باید بخونم. خیلی کلافه شده‌ام.

همسر- نمازهای دوباره و چند باره.

ب (زن)- حالا وضو هامم هی حس می‌کنم باطل می‌شه! هیچ موردی نیست، ولی خودم هی شک می‌کنم و فکر می‌کنم باید وضوی مجدد بگیرم.

د- یعنی نماز قطع می‌شه ...؟

ب (زن)- نه نه! قطع نمی‌کنم، سلام می‌دم تموم می‌کنم، بعد دوباره چون شک می‌کنم وضو می‌گیرم و نماز می‌خونم. گاهی شده تا ده بار هم نمازمو تکرار می‌کنم.

د- هر بارش برای نمازها وضو می‌گیرید؟

ب (زن)- هر بارش وضو می‌گیرم، تازه بعضی وقت‌ها وضومم دو سه بار تکرار می‌شه.

همسر- (با کنایه و لحن انتقادی) حالا برای من سؤال پیش میاد که وضو رو برای چی می‌گیری؟ می‌گه احساس کردم شکمم قار و قور کرد. می‌گم بابا اصلاً ارتباطی به باطل شدن وضو نداره! هیچی هم نمی‌خوره که نکنه شکمش قار و قور کنه.

ب (زن)- یعنی دو سه ساعت مونده به نماز من چیزی نمی‌خورم.

همسر- خودش می‌فهمه که اشکالی نداره. می‌گم خودت باید به خودت کمک کنی. بارها و بارها من می‌رم بالای سرش که مواظب باشم درست بخونه، بهش می‌گم درسته اشتباه نخوندی، ولی می‌گه نه باید دوباره بخونم. پنج شش ساله دارم باهاش همکاری می‌کنم.

ب (زن)- یه زمان باورش داشتم (اشاره به شوهرش) ولی دیگه قبولش ندارم. برام عادی شده. یکی که اولین بار گوش می‌کنه قبولش دارم. خودم اینا رو می‌دونم، ولی دیگه این دوروبری هامو قبول ندارم.

همسر- مسافرت دیگه ممنوعه. می‌خواهیم بریم مهمونی حتماً باید بعد اذان بریم. نمازش تموم بشه بریم مهمونی. حالا شام دعوتیم یا شب‌نشینی، بعد که برگشتیم دیگه بعدش نماز نیست، ولی فردا صبحش باید حتماً دوش بگیره، غسل بکنه و وضو بگیره دوباره نمازشو بخونه.

ب (زن)- هر روز باید غسل کنم.

د- حالا وضو گرفته شد، غسل روی نمازه؟ یعنی می‌خوام ببینم آیا ...؟

همسر- احساس می‌کنه نجس شده.

ب (زن)- من اصلاً شکاکم. چون شکاکم احساس می‌کنم قبل از نماز باید برم یه غسل بگیرم. باید پاک پاک باشم. دیگه به خودم هیچ اطمینانی ندارم. حتی نمی‌تونم صحبت کنم. یعنی برای صحبت کردن هم باید برم غسل بکنم. یعنی می‌خوام راحت باشم صحبت کنم (د- منظور بیمار این است که حتی صحبت کردن با همسر غسل را بر او واجب می‌کند)، و این شده برای من یه معضل.

د- یعنی فکر می‌کنی با صحبت کردن هم نجس شدی، باید بری غسل کنی؟

ب (زن)- بله.

د- این حمام‌ها روزی چند نوبته؟

ب (زن)- روزی یه بار، بعضی وقت‌ها دو بار. صبح که حتماً می‌رم. بعضی وقت‌ها بعد از خواب ظهر هم یک بار می‌رم. می‌گم چون خواب بودم شاید غسل برم واجب شده باشه.

د- ولی بین نمازها دیگه حمام نیست، فقط تکرار وضو هست و نماز؟

ب (زن)- نه حمام نیست، فقط وضو تکرار می‌شه و نماز.

د- خب الان به صورت جدی و شدید روزی یک تا دو بار حمام است، چندین نوبت

وضوها و نمازهای تکراری؟

ب (زن)- بله.

د- دیگه؟

ب (زن)- دیگه، مثلاً من یک هفته دیگه دعوتم، از حالا اعصاب ندارم، که من اون روز چه جوری برم دوش بگیرم، نمازمو بتونم از عهده‌اش بر پیام بخونم که سر وقت برسیم به اون مهمونی. یعنی واقعاً روانی‌ام. گفتنش راحت، ولی خدا شاهده گریه‌ام می‌گیره که چه غذایی من

دارم میاکشم.

همسر- بعضی وقت ها سر نماز می شینه گریه می کنه.

ب (زن)- بعد نماز گریه می کنم، به مشکلات خودم گریه می کنم. سر هیچی اومد به سرم. من اصلاً دلم می سوزه، می گم چرا فقط من! دوروبری هام رو نگاه می کنم، ریلکس نمازشونو می خونن! شاید اون کارهایی رو که من می کنم اونا اصلاً هیچ وقت نکنند. می گم چرا اونا که اصلاً رعایت نمی کنن می تونن ولی من نمی تونم.

د- از شش سال پیش که شروع شده، سیرش چه جوری بوده؟ یکسان بوده، کم شده، زیاد شده؟

ب (زن)- روز به روز بیشتر شده.

د- اون وقت دیگه وسواس هایی که حالا دست بچه بخوره یا نخوره یا برای نشستن، هست یا نیست؟

همسر- کمتر شده.

د- کمتر شده، ولی هست؟

همسر- بله. یه مثالی براتون بزنم. من دست بردم موی روی لباسشو بردارم؛ اعتراض کرد که دستت به کفشت خورده بود، چرا به لباس من زدی، در حالی که اصلاً با این لباس نماز نمی خونه.

د- درسته. اونوقت شما برای این مشکل تو این چند ساله، جایی مراجعه کرده اید، اقدام خاصی انجام داده اید؟

ب (زن)- جایی نه، ولی یه بار دعا گرفتیم و چون اعتقاد دارم به دعا، ده پانزده روزی خیلی خوب بودم، عالی بودم. حتی با این که توی خونه بنایی داشتیم، اصلاً برام مهم نبود صدا باشه یا نباشه. آهان! (شرح وضعیت فعلی)، ضمناً باید موقع نماز تلفن رو بکشم، تلویزیون باید صداش کم باشه، باید مطمئن باشم که موقع نماز کسی نیامد، اگه پسر بیرون باشه بهش زنگ می زنم می گم یک ساعت دیگه بیا من می خوام نماز بخونم. این چیزها هم هست. من مهمون نمی توانم دعوت کنم، الآن داماد داریم، من نمی تونم دخترم رو دعوت کنم. در ماه فقط یک هفته استراحت دارم؛ هم از نظر روحی، هم از نظر اعصاب. مهمونی هامو، کارهامو همه رو توی اون یک هفته باید انجام بدم، چرا چون نماز نمی خونم.

د- یک هفته‌ای رو که پریود هستید.

ب (زن)- بله فقط توی اون یک هفته راحتم.

د- اون یک هفته نماز که نیست، مسائل دیگه چطور، حمام، نجس و پاکی و ...

ب (زن)- هیچی، راحت راحتم، هیچی برام مهم نیست. خودم می‌دونم از نمازه.

همسر- در ایام پاکی، اگه صدای همسایه بیاد، ماشین بوق بزنه، صدای زنگ بیاد، هر اتفاق

کوچکی که بیافته، اصلاً به ما ارتباطی نداشته باشه، ایشون فکر می‌کنه نمازش باطل شده.

ب (زن)- آره، می‌خوام برم نماز بخونم، تپش قلب شدید می‌گیرم...

همسر- اصلاً نفس نمی‌تونه بکشه.

ب (زن)- با یک هول و ولایی نماز می‌خونم، اضطراب و استرس منو خفه می‌کنه. یه

وقت‌هایی هم که واقعاً حالم خراب می‌شه.

همسر- مشکلش فقط نمازه.

د- غیر از مسأله دعا، دیگه، اقدام دیگه‌ای؟

ب (زن)- هیچی، فقط دعا و چندین بار هم به دفتر آقایون (مراجع تقلید) زنگ زدم و

سؤال‌های شرعی پرسیدم (د- و اونا هم هرچی گفته‌اند به خرجت نرفته. زن: نمی‌ره).

د- اون وقت حمام‌ها چقدر طول می‌کشه؟

ب (زن)- (خنده زن) خیلی مسخره است. شاید شده زیر دوش ده بار غسل کردم، ولی

قبول نداشتم. هی همین جور می‌گم یه بار دیگه، یه بار دیگه، آیم همین جور داره می‌ره، که

می‌دونم گناهه.

همسر- حالا من یه سؤال بکنم؛ غسلی که می‌کنی چه غسلیه (با طعنه)!

ب (زن)- غسل جنابته دیگه.

همسر- غسل جنابت که این‌جا واجب نشده که!

ب (زن)- خوب من فکر می‌کنم گردنمه دیگه.

د- یکی از غسل‌های ما غسل جنابته. فرض می‌کنیم شما سه روز قبل غسل جنابت براتون

واجب شده و غسل کرده‌اید، از سه روز قبل تا الآن جنب نشده‌اید، ولی غسل می‌کنید. سؤال

همسرتون اینه که این غسل برای چیه؟ جواب شما اینه که حس می‌کنید اون غسل سه روز

پیش درست نبوده؟ این جوریه؟

سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال وسواس فکری- عملی: مطالعه موردی ۱۹

ب (زن)- نه من فکر می‌کنم مثلاً شاید خواب بودم اتفاقی افتاده، شک احتیاط می‌کنم و می‌رم غسل می‌کنم.

د- خوب، پس در واقع برای این غسل یک جنابت واقعی وجود ندارد، و حتی باور داری که غسل سه روز پیش صحیح بوده، اما شک می‌کنی که شاید بعدش هم جنب شده‌ای و می‌ری غسل می‌کنی.

ب (زن)- بله.

همسر- یا فرض بفرمایید با من صحبت کرده، ترشچی داشته به خاطر این غسل می‌کنه. و

این سؤال پیش میاد که این غسل چه غسلیه (خنده و طعنه همسر)؟!

ب (زن)- خب من خودم برای این که خیالم راحت بشه باید غسل کنم.

د- این غسل‌ها چند بار تکرار می‌شن و زمانشون چقدره؟

ب (زن)- گاه تا پانزده بار هم می‌شه. زمانشون زیاد نیست، حدوداً ۱۵ دقیقه.

د- یعنی از زمانی که حمام شروع می‌شه تا آخرش ۱۵ دقیقه طول می‌کشه؟

ب (زن)- آره ۱۵ الی ۲۰ دقیقه چون خیلی تند تند غسل می‌کنم، نیست که استرس دارم.

حالا نمازم رو هم خیلی تند می‌خونم. البته خودم فکر می‌کنم همه الفاظ رو صحیح ادا می‌کنم، ولی همه می‌گن خیلی تند می‌خونی. برای اینکه نگرانم نکنه اشتباه بگم، سریع می‌خونم.

همسر- آقای دکتر یکی از اشتباهات ایشون که بارها هم بهش گفته‌ام اینه که موقع نماز طوطی‌وار کلمات عربی رو پشت سر هم می‌گه (لحن انتقادی همسر)! من اگه بخوام دو رکعت نماز بخونم، ایشون ده رکعت خونده! طوطی‌وار کلمات رو بلغور می‌کنه. می‌گم بابا این کلمات عربی رو بلغور کردن معنا نداره، یه بار بخون به جای اون معنی شو بفهم!

د- پس حمام‌های روزانه که یک یا دو باره بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه طول می‌کشه و ۱۰ تا ۱۵

بار غسل تکرار می‌شه؟

ب (زن)- بله.

د- نماز به طور متوسط چقدر طول می‌کشه؟

ب (زن)- یه وقت می‌رم تو اتاق در رو هم می‌بندم، اگه ایشون (اشاره به همسر) توی

خونه باشه، چون اخیراً با من مبارزه می‌کنن، نیم ساعت؛ اما اگر بهم گیر بده، اون چیزی که باید گیر بده (اشاره به وسواس خودش است)، دو ساعت تا دو ساعت و نیم نماز می‌خونم.

د- نمازت رو از کی شروع می‌کنی؟

ب (زن)- اول وقتشم حتماً برام واجبه. اگر اول وقت نخونم که اصلاً مریضم. اون قدر استرس منو می‌گیره که می‌خوام زود از این استرس خلاص شم.

د- هر پنج نوبت نماز رو اول وقت و با این شرایط می‌خونید.

ب (زن)- بله، فقط نماز صبح رو چون وقت حمام نیست، بدون غسل می‌خونم می‌گم ایشالله درسته، ولی حتماً باید قضاشو هم با غسل بخونم چون فکر می‌کنم شاید اشکال داشتم.

د- این مدل قضا کردن‌ها فقط برای نماز صبحه؟

ب (زن)- بله چون وقت صبح کمه، نمازهای دیگه رو اون قدر می‌خونم تا برا خودم قابل قبول باشه؛ نمی‌ذارم به قضا بکشه.

د- قبل از شش سال پیش وضعیت چطور بود، اون موقع مشکلی نبود؟

همسر- اصلاً مشکلی نداشت، خیلی راحت بودیم. من فکر می‌کنم ایشون توی زندگی هیچ کم و کسری نداره. همیشه بهش می‌گم خدا رو شکر کن بچه‌هامون سالمند، خودمون مشکلی نداریم، زندگیت راحتی، من کسی نیستم که بخوام اذیتت کنم. آقای دکتر خیلی مراعاتشو می‌کنم، خیلی به زندگیم علاقه دارم.

د- توی خانواده شما کسی مشابه شما هست؟

ب (زن)- هیچ کس، اصلاً همه‌شون منو مسخره می‌کنن، می‌گن خجالت بکش این کارها چیه، کارهامو اشتباه می‌دونن.

همسر- آقای دکتر مادر ایشون که خاله منم هست، خیلی اهل نماز و عبادته، ولی کارهای ایشونو اصلاً نمی‌کنه؛ نماز زیاد می‌خونه، ولی نمازهای قضا، مستحبی، برای کسایی که فوت شده‌اند از بستگان و روضه و این جور چیزها.

د- پدرشون چطور؟

همسر- پدرشون هم آدم مؤمنیه اما نه به اندازه مادرشون. من فکر می‌کنم ایشون تحت تأثیر مادرشونه.

ب (زن)- مادرم دوست داره چون من دخترشم از این ثواب‌ها بی‌نصیب نمونم. مثلاً می‌گه

نماز امام زمان بخون...

همسر- من دیگه از نماز خوندن‌های ایشون خسته شدم. بعضی وقت‌ها شده بچه‌ها دو

ساعت گرسنه موندن تا ایشون نمازش تمام بشه بعد به بچه‌ها غذا بده. یه بار که اومدم خونه از حرصم هر چه مُهر و جانماز بود برداشتم که یه ذره ایشون به خودش بیاد. بعد یه کاغذی دیدم داخل کشوی ایشون که نوشته بود برای خشنودی امام زمان هزار و دویست تا صلوات بفرست. بعضی از این کارها پیشنهادهاییه که از طرف مادرشون به ایشون می‌شه. من می‌گم بابا ایشون خودش به قدر کافی مشکل داره، دیگه اینا رو نگید، بذارید فقط توی نمازهای خودش بمونه!

د- آیا برای این مشکلات دارو مصرف می‌کنید؟

ب (زن)- اصلاً.

د- بچه‌ها در چه سنی هستند؟

ب (زن)- پسر کوچکم الان کلاس پنجمه، ۱۲ سالشه، پسر بزرگ‌ترم ۱۷ سالشه، از اون

بزرگ‌تر هم دخترمه که ازدواج کرده.

د- خیلی ممنون، ببینید من اول یه توضیحاتی بدم. خوب توجه کنید! در خصوص مشکل، قدری لازمه برداشتتون اصلاح بشه و بعدش برنامه درمان مشکل رو براتون می‌ریزم. از ویژگی‌های این مشکل که خودتون هم گفتید نوعی وسواسه، اینه که خود فرد مبتلا می‌دونه که غسل و وضو و نمازش درست، می‌دونه که شک‌هاش بی‌مورده و می‌خواد و آرزو می‌کنه که مثل بقیه بتونه با نماز و وضو و غسل و نجس و پاکی راحت کنار بیاد؛ خود فرد بیش از هر کس دیگه داره از این وضعیت زجر می‌کشه، ولی نمی‌تونه؛ یعنی دست خودش نیست؛ دوست داره که این مشکل رو نداشته باشه، ولی مشکل بر او تحمیل می‌شه و او راه‌گیزی نداره. این‌طور نیست که خودش بخواد که این طوری باشه. این طوری نیست که خودش نخواد خوب بشه؛ می‌خواد، ولی نمی‌تونه. می‌خوام جفتتون به این نکته توجه کنید که ایشون بیشتر از شما که همسرشون هستید و بیشتر از هر کس دیگه روی این کره خاکی مایله که این مشکل رو نداشته باشه، ولی دست خودش نیست؛ یعنی اراده و اختیاری نداره. ایشونم مثل شما دوست داره که بتونه راحت نمازشو بخونه، ولی بیماری وسواس میاد می‌افته به جونش، درش شک و تردید ایجاد می‌کنه و نمی‌ذاره مثل شما عمل کنه. عقل و فکر ایشونم مثل شما به ایشون حکم می‌کنه که وضو و غسل و نمازش درست، ولی وسواس درش آن‌چنان تردیدی رو ایجاد می‌کنه که نمی‌تونه به حکم عقلش عمل کنه؛ انگار به حکم وسواس مجبوره که هی تکرار کنه.

شما که همسر ایشون هستید مثل سایر آدم‌ها، اگر هم حتی یه تردیدی در نماز براتون پیش بیاد می‌تونید اونو نادیده بگیرید و فرض رو بر این می‌ذارید که نماز و همه چیز درست بوده، ولی ایشون چون وسواس داره و وسواس بهش این اجازه رو نمی‌ده. پس مانع کار، این جا نخواستن یا ندونستن نیست، مشکل نتونستن و نه چیز دیگه. به همین دلیل هم هرچی که مراجع در خصوص احکام عملی راجع به نماز گفته‌اند به خرج ایشون نرفته و از این پس هم نخواهد رفت. چون اونها اومده‌اند چیزایی رو گفته‌اند که خودش می‌دونه؛ قبلاً از همون مراجع شنیده، یاد گرفته، حتی قبل از ابتلا به وسواس هم به آن‌ها عمل کرده. اون‌ها حرف تازه‌ای نمی‌زنند و هیچ کمک عملی برای حل مشکل وسواس نمی‌کنند و لذا تأثیری هم نداره، چرا؟ چون اون نتونسته سر جاشه. مشکل، اون نتونسته است!

حالا وقتی که یه کسی در توانش نیست (خطاب به همسر) مثلاً جناب‌عالی با این سن و قد و وزن می‌تونن یه وزنه ۲۰ کیلویی رو برداری، ولی ۱۰۰ کیلو رو نمی‌تونن. دوست داری برداری؛ می‌دونن اگه برداری مدال طلا می‌گیری، ولی نمی‌تونن. حالا اگه من هی به شما بگم تلاشتو بکن، سعی کن، باید بخوای، اگه بخوای می‌تونن؛ حرف من درسته؟ نه! قطعاً درست نیست. با این توضیحات می‌خوام شما در این تفاهم و صمیمیت و زندگی خوشبخت و خوبی که دارید، انتظار بی‌جایی از هم نداشته باشید و خدای ناکرده همو به خاطر مشکلی که به یکی تحمیل شده و خارج از اراده و کنترل اوست سرزنش نکنید. بنابراین، توجه داشته باشید که ایشون بیش از شما دوست داره به بچه‌ها همین‌طور به شما به موقع غذا بده، بیش از شما دوست داره نماز و وضو و غسلش رو راحت انجام بده، اما نمی‌تونه. یعنی کسی نیست که بخواهیم یادش بدیم چون خودش بلده؛ کسی نیست که بخواهیم تشویقش کنیم چون خودش آرزو داره؛ تنها تفاوتش اینه که نمی‌تونه. حالا کسی که نمی‌تونه اصلاً تکلیفی نداره. این رو می‌خوام خوب درک کنید چون برای عمل به روش صحیح حل مشکل لازمه. کار و برنامه ما

۱. یکی از مفروضه‌های مدل درمان PTC این است که تداوم نشانه‌های بیماری و اختلال، نه به دلیل ندانستن، که به دلیل نتوانستن بیمار است. این مفروضه، در کنار مفروضه دیگر این مدل؛ یعنی نقش بنیادین هیجان‌ها و عواطف در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی، به درمانگر PTC حکم می‌کند که در فرایند درمان بر این اصل پای‌بند بماند؛ به شعور مراجع احترام بگذارد؛ از تکنیک‌های تسکینی پرهیزد؛ به بازی‌های آموزش‌محور و دانش‌بنیان سرگرم نشود؛ و زرناب برنامه زمانی پارادکسی را به ناسره‌های شناختی آلوده نسازد. آموزه‌های شناختی و استدلال‌های منطقی کجا و تجربه هیجانی شفابخش کجا!

این جا اینه که کمک کنیم تا یواش یواش این توان رو پیدا کنه^۱.

شما تا الان یک مدل خاص زندگی کردن داشته‌اید. از این جا هم رفتید همان‌جور به زندگی‌تون ادامه می‌دید؛ به مختصری من می‌خوام اضافه کنم. یعنی شما بناست توی هفته آینده مثل هفته گذشته زندگی کنید؛ منظورم از نظر وضو گرفتن و غسل کردن و نماز خوننده که مشکل دارید وگرنه بقیه چیزها اصلاً مورد بحث و نظر ما نیست؛ فقط این برنامه‌ای رو که من می‌دم، اضافه می‌کنید. پس شما از این جا که رفتید بنا نیست در وضو و نماز و غسلت تغییری بدی، کمش کنی، یا تردید نکنی؛ نه، عین دیروز باشک و تردید نماز بخون؛ نمازتو عین دیروز هر چی لازم بود تکرار کن؛ هر چقدر لازم بود غسل می‌کنی؛ اصلاً و ابداً در این موارد بنا نیست کار متفاوتی بکنی. فقط و فقط این کاری رو که من می‌گم اضافه می‌کنی. بازم تکرار می‌کنم بنا نیست هیچ چیزی رو کم کنی.

اول اینکه شما (خطاب به همسر بیمار) از این جا که رفتید تا پایان برنامه هیچ مداخله‌ای در خصوص نماز و غیره نمی‌کنید. نیازی نیست که نظر بدهید به هر دلیلی، حتی همسر شما هم مجاز نیست که بخواهد که نظری بدهید یا نظارتی بکنید؛ شما در طول دوره درمان مرخصید. از هیچ‌کس دیگری چه به نفر تازه وارد چه از بستگان هم حق ندارید کمکی و نظری بخواهید، فقط تابع دستورات من باشید. اما شما (خطاب به زن): شما جایگاه نمازهای روزانه‌تون که مشخصه، می‌تونید بگید که وقت حمام‌هاتون کجاست؟

ب (زن)- حمام اول بین ۱۰/۳۰ و ۱۱ و دومی اگر لازم بشه بین ۱۶/۳۰ و ۱۷.

د- شما باید از فردا علاوه بر نمازها و حمام‌هاتون، یک‌سری نماز اضافه کنید و یک نوبت حمام. به این صورت که پس از نماز واجب صبح، یک نماز صبح هم برای من، به دستور من و به نیت من بخوانید؛ و همین کارو برای نمازهای ظهر و عصر پس از ادای نماز واجب؛ و

۱. در این مورد که زوجین با هم مراجعه کرده‌اند و مخصوصاً نارضایتی و انتقادهای مرد از زن آشکارا مطرح می‌شود، درمانگر PTC بر اساس مبانی سیستمی این رویکرد درمانی، سعی می‌کند معنی نشانه (یعنی وسواس زن) را بر حسب آموزه‌های روان‌شناختی و بالینی اصلاح کند و تغییر دهد. تغییر معنی نشانه، به سیستم کمک می‌کند تا مشارکت و همکاری سازنده‌ای در فرایند درمان داشته باشد. تغییر معنی نشانه با حذف انتقاد از عضو نشان‌بند سیستم، فشار اضطراب مضاعف را از دوش او بر می‌دارد. هم‌زمان، نگرش مثبت سایر اعضای سیستم (در این مورد همسر)، باعث اتحاد اعضا و همکاری آنها برای حل مشکل می‌شود و تعامل اعضای سیستم را چه برای حل مشکل و چه در زمینه‌های دیگر، که ممکن است مشکلی وجود نداشته باشد (مثل حوزه روابط زناشویی این زوج)، پویاتر و پربارتر می‌کند.

برای نماز مغرب و عشاء پس از ادای نماز واجب طبق دستور من بخوانید. برای این نمازهای اضافی هم شما لازم است که هر کاری که برای نمازهای واجب می‌کنید، مثل غسل و وضو و تعداد رکعات نماز و همین‌طور ارکان و اذکار نماز؛ همه باید مثل هم باشند فقط این‌ها رو به دستور من و به نیت من به جا می‌آورید. همین‌طور یک تا دو بار حمام معمول خودتون رو انجام بدید، یه حمام اضافه هم به دستور من انجام می‌دید، این هم دقیقاً مثل حمام‌های خودت. حالا همه این برنامه‌ها باید زمان براشون تعیین بشه. زمان‌های نماز و غسل خودت که معلومه، زمان‌هایی برای نمازها و غسل من هم باید تعیین بشه (با مشورت سه جانبه وقت تمرین‌ها برای نمازها و غسل اضافی تا دو هفته مشخص شد).

خلاصه گزارش نتایج و فرایند درمان در جلسات دوم تا پنجم درمان

بیمار در ابتدای جلسه دوم که با فاصله یک هفته از جلسه اول برگزار شد، گزارش داد که تمرین‌ها را انجام داده^۱، پیشرفت ۲۰ درصدی داشته، اما انتظارش بیشتر بوده. گرچه انتظارات شخصی مربوط به بهبودی فوری حق بیمار است، اما توضیح واقعیت‌های بیماری و پذیرش حداقل دوره درمانی در تعارض با انتظارات آرمانی بیمار، به وی کمک می‌کند که تمرکزش فقط بر اجرای تکالیف باشد. در انتهای جلسه دوم، مقرر شد که بیمار به تمرین‌های مشابه جلسه اول ادامه دهد با این توضیح که او حق ندارد برای کم شدن رفتارهای وسواسی به صورت ارادی تلاشی انجام دهد (مکمل اول؛ برای توضیح این تکنیک به بشارت، ۱۳۹۶ مراجعه کنید). گزارش جلسه سوم، که با فاصله دو هفته از جلسه دوم تشکیل شد، نشان داد که بیمار تکالیف را دقیق‌تر انجام داده و رفتارهای وسواسی در نماز و وضو و حمام از ۱۰ تا ۱۵ بار تکرار به ۲ الی ۳ بار تکرار (در مورد نماز عشا) کاهش یافته است! در انتهای جلسه سوم،

۱. درمانگر PTC خود را متعهد می‌داند که در انتهای هر جلسه درمان، تکالیف درمانی برای مراجع تعیین کند. به همین دلیل، از جلسه دوم به بعد، در هر جلسه، ابتدا لازم می‌داند که گزارش مفصل و دقیقی از نحوه اجرای تکالیف توسط مراجع و پیامدهای احتمالی آن دریافت کند. لازم است به مراجع کمک شود که گزارشش دقیق باشد. این گزارش‌گیری، که نوعی تحلیل رفتار محسوب می‌شود، به درمانگر نشان می‌دهد که آیا مراجع تکالیف را صحیح دریافت و اجرا کرده است یا نه؛ اگر نه چرا؟ و چگونه باید تکلیف توضیح داده شود، اصلاح گردد، و مجدداً در دستور کار تجویز قرار گیرد. در صورتی که مراجع اشتباهی در دریافت یا اجرای تمرین داشته باشد، تحلیل رفتار به وی کمک می‌کند که متوجه شود و جبران کند. تحلیل رفتار، همچنین توجه زوج درمانگر و بیمار را به تغییرات درمانی جلب می‌کند؛ این تغییرات به هر میزان که باشند معتنم شمرده می‌شوند، تشویق می‌گردند، و به منزله راهبرد صحیح اتخاذ شده برای درمان اختلال و حل مشکل تعبیر و تفسیر می‌شوند.

مقرر شد که بیمار به تکالیف پارادوکسی در مورد نماز و وضو و حمام کردن ادامه دهد، با این توضیح که اگر حتی توانست با کمتر از ۲ یا ۳ بار نماز عشا را تمام کند، فعلاً این اجازه را ندارد و موظف است که تا مدتی نماز عشاء را با همین تعداد بخواند (مکمل دوم؛ برای توضیح این تکنیک به بشارت، ۱۳۹۶ مراجعه کنید)! گزارش جلسه چهارم، پس از گذشت دو هفته فاصله بین جلسه سوم و چهارم، نشان داد که نماز و وضو و حمام‌های مرتبط با پاک‌سازی لازم برای نماز به صورت معمولی و راحت و روان ادامه داشته؛ در عین حال، بر اساس توضیحات بیمار مشخص شد که پیش از نماز عشاء دچار استرس می‌شود و این استرس وی را نگران می‌کند که آیا می‌تواند از پس نماز عشاء برآید یا نه. بر این اساس، در این جلسه تکلیف مخصوص برنامه زمانی پارادوکسی برای حل مشکل استرس قبل از نماز تجویز شد تا بیمار از فردا طبق این برنامه که فقط متمرکز است بر حذف استرس عمل کند. پس از یک دوره یک ماهه (به دلیل تعطیلات نوروزی)، در جلسه پنجم، بیمار گزارشی از درمان کامل وسواس‌هایش ارائه کرد و درمان، با این توضیحات در مورد احتمال عود بیماری، خاتمه یافت: دو احتمال وجود دارد: یکی اینکه بیماری دیگر سراغتان نیاید، این آرزوی ماست؛ اما این احتمال هم وجود دارد که به هر دلیل دوباره برگردد. اگر زمانی علائم بیماری برگشت، ابتدا اجازه دهید ۵ روز تا یک هفته بگذرد؛ شاید خود به خود از بین برود. اگر بعد از ۵ تا ۷ روز همچنان ادامه پیدا کرد، شما می‌توانید در صورت تمایل مجدداً مراجعه کنید و اگر مایل نبودید یا نشد که مراجعه کنید، خودتان خودتان را درمان کنید. برای این کار کافیست که عین همین برنامه ساده‌ای را که من برای شما ریختم و عین همین تکلیفی را که من برای شما تعیین کردم، برای خودتان تعیین کنید و از فردای آن روز در وقت‌های از قبل تعیین شده توسط خودتان، اجرا کنید.

ارزیابی نتیجه درمان در جلسه آخر و پس از دوره پیگیری

نتایج ارزیابی درمان، مبتنی بر نظر بیمار بر حسب یک مقیاس درجه‌بندی صفر تا صد رتبه‌ای و یک سؤال بازپاسخ، نشان داد که بهبودی حاصل از درمان PTC برای این بیمار، در انتهای دوره درمان و همین طور پس از یک دوره پیگیری ۱۸ ماهه، در حد ۱۰۰٪ ادامه داشته است (شکل ۱) و هیچ گونه نشانه عودی نیز گزارش نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج درمان: در این مقاله، اثربخشی مدل روان‌درمانی PTC برای درمان OCD نشان داده شد. پس از شرح مختصر پروتکل درمان (برای شرح مفصل پروتکل PTC به بشارت، ۱۳۹۶ مراجعه کنید) و روش پژوهش، جلسه اول درمان بیمار به‌طور کامل گزارش شد. بر اساس گزارش جلسه اول، جزئیات بیماری از زمان شروع آن از شش سال قبل تا زمان مراجعه برای درمان به‌طور کامل ارائه شد. گزارش جلسات بعدی، به اختصار شرح داده شد. نتایج درمان این بیمار نشان داد که تا جلسه چهارم درمان، تردیدهای وسواسی مرتبط با صحت نماز و رفتارهای اجباری مرتبط با تکرار دفعات نماز و وضو و غسل‌های مرتبط با نمازها، از ۱۰ الی ۱۵ بار برای هر نماز به ۲ الی ۳ بار فقط برای نماز عشاء تقلیل یافته و مابین جلسه چهارم تا پنجم (آخر)، به فاصله یک ماه، برای عشاء نیز به حد نرمال رسیده و بهبودی و رضایت کامل حاصل شده است. فاصله بین جلسات درمان (غیر از جلسه دوم) مطابق مدل روان‌درمانی PTC، دو هفته بود. کل دوره درمان ۹ هفته طول کشید، پیگیری نتایج درمان پس از ۱۸ ماه نیز نشان داد که بهبودی ادامه داشته و عود نیز صورت نگرفته است. چه چیزی بر اثر این مدل درمان و اقدامات بیمار تغییر کرده است؟ آیا تغییرات درمانی، آن‌طور که در رویکردهای سنتی شناختی- رفتاری مطرح هستند، صرفاً متوجه کاهش و کنترل نشانه‌ها بوده (کراسک و بارلو، ۲۰۰۷)؛ یا آن‌طور که رویکردهای بهینه‌سازی یادگیری بازداشتی^۱ معتقدند، تغییرات درمانی صرفاً ناظر بر تحمل نشانه‌ها بوده (کراسک، کیرکانسکی، زلیکوسکی، میستکوسکی، چاودوری و همکاران، ۲۰۰۸)؛ یا مطابق رویکردهای پذیرش و تعهد محور^۲ فقط توان پذیرش نشانه افزایش یافته است (ایفرت و فورسایت، ۲۰۰۵؛ هایس، استروسهال و ویلسون، ۱۹۹۹)؟ این تغییرات تمام عیار درمانی در چه سطوحی و چگونه با این سرعت محقق شدند؟ راز ماندگاری تغییرات درمانی در مدل PTC، چیست؟ در ادامه بحث، ضمن شرح مکانیسم‌های تأثیرگذاری برنامه زمانی پارادوکسی مطابق مدل درمان PTC، به پاسخ این سؤالات می‌پردازیم. در مدل روان‌درمانی PTC چهار مکانیسم اصلی یا مرتبه بالاتر، تغییرات درمانی را تبیین می‌کنند و

-
1. inhibitory learning
 2. Acceptance and Commitment Therapy-based (ACT)

توضیح می‌دهند: الف) دستوری‌سازی- مصنوعی‌سازی؛ ب) قطع رابطه نشانه و اضطراب؛ ج) تغییر معنی نشانه؛ د) استحکام من.

دستوری‌سازی- مصنوعی‌سازی: بر اساس تکلیف برنامه زمانی پارادوکسی، درمانگر از بیمار می‌خواهد نشانه‌ها و رفتارهایی را که از کنترل و اراده بیمار خارجند، یا در وقت‌های معمولاً نامشخص و از پیش تعیین نشده بر بیمار تحمیل می‌شوند، یا تقریباً در همه اوقات شبانه روز به بیمار هجوم می‌آورند و با حضور خود وی را مستاصل و درمانده می‌سازند؛ با اراده خود در وقت‌های از پیش تعیین شده، بازسازی و تجربه کند. این تکلیف الف) متضمن دستوری‌سازی است؛ یعنی نشانه‌هایی را که در زندگی روزمره بیمار بدون امر و فرمان و خواست و اراده کسی در سطح سازمان روانی بیمار ظاهر می‌شوند و به فعالیت‌آزاددهنده خود ادامه می‌دهند، بیمار به دستور درمانگر بازسازی و تجربه می‌کند (دستوری‌سازی)؛ و ب) متضمن مصنوعی‌سازی است؛ یعنی نشانه‌ها و رفتارهایی را که واقعی هستند، طبق تجویز درمانگر به صورت مصنوعی و به عنوان نقش بازی و تجربه می‌کند (مصنوعی‌سازی). این مکانیسم، در کنار اصل تجویز عین نشانه، و اصل شروع تأخیری اجرای تکلیف برنامه زمانی پارادوکسی، اضطراب انجام تکلیف را کاهش می‌دهد یا حذف می‌کند و شانس بازسازی مصنوعی نشانه بیماری را افزایش می‌دهد. گزارش بیمار نشان داد که توانسته از دستورات درمانگر تبعیت کند و تکالیف تجویز شده را بدون هیچ مشکلی انجام دهد. در چنین شرایطی، نشانه‌ها بازسازی می‌شوند، اما علی‌رغم تذکرات درمانگر و تلاش صادقانه بیمار، این نشانه‌ها هرچند از نظر شکلی مشابه و عین نشانه‌های بیماری باشند، از نظر محتوا (احساسات و هیجان‌های منفی همراه نشانه‌های بیماری) اصلاً شباهتی به محتوای نشانه‌های بیماری ندارند. بیمار در جلسه دوم به این نکته اشاره کرد که تکالیف تجویزی و دستوری را بدون هیچ مشکلی انجام داده است: «آقای دکتر من نمازی رو که برای شما می‌خوندم خیلی راحت می‌گرفتم، خیلی راحت می‌خوندم؛ اصلاً مشکلی نداشتم. مثلاً می‌گفتم بچه‌ها آماده بشین می‌خوام شامو بیارم، بعد می‌دیدم وقت نماز شماست می‌گفتم تا شما آماده بشید من نمازمو بخونم، ده دقیقه نمی‌شد تموم می‌کردم». و همین نکته را در جلسه سوم تکرار کرد: «نمازهای تجویز شما رو اصلاً مشکلی نداشتم و ۵ دقیقه‌ای می‌خوندم». در نتیجه اجرای برنامه زمانی پارادوکسی، و تأثیرگذاری مکانیسم دستوری‌سازی- مصنوعی‌سازی، بیمار می‌تواند نشانه یک

بیماری واقعی را به نشانه‌ای مصنوعی تبدیل کند! در نتیجه رابطه نشانه با اضطراب قطع می‌شود؛ یعنی مکانیسم دوم.

قطع رابطه نشانه و اضطراب: نشانه بدون اضطراب؛ یعنی رفتاری عادی بدون خاصیت پاتولوژیک، نشانه‌ای که دیگر بار نگرانی و هیجان‌های منفی را ندارد، بودن و نبودنش فرقی نمی‌کند. این نشانه با این ویژگی‌ها، دیگر نمی‌تواند تحمیلی و اجباری باشد و برای فرد مزاحمت ایجاد کند، بلکه در کنترل فرد است و فرد می‌تواند آن را به راحتی از رفتار و زندگی خودش حذف کند. برای مثال، در این بیمار با وسواس خاص مذهبی، نشانه‌های تجویز شده برای نماز و وضو و حمام عاری از هر گونه اضطرابی ضمن انجام تکلیف، تجربه شده‌اند: (به نقل قول‌های بیمار در جلسه دوم و سوم، ذیل عنوان دستوری‌سازی - مصنوعی‌سازی توجه کنید). در تجویز برنامه زمانی پارادوکسی از بیمار خواسته شد عین نشانه‌های بیماری را با همان شدت و با همان کیفیت بازسازی کند. در مدل روان‌درمانی مخصوص PTC، از بیمار خواسته نمی‌شود نشانه‌ها را کنترل و مدیریت کند؛ از بیمار خواسته نمی‌شود نشانه‌ها را تحمل کند؛ از بیمار خواسته نمی‌شود نشانه‌ها را بپذیرد؛ بلکه از بیمار خواسته می‌شود مثل روزها و هفته‌های گذشته زندگی کند، و فقط در وقت‌های از پیش تعیین شده در جلسه درمان، تکالیف تجویز شده را اجرا کند؛ همین و بس! تکرار تکالیف در مدت زمان فاصله بین دو جلسه، فرصت کافی در اختیار بیمار قرار می‌دهد تا این فرضیه و این واقعیت تجربی را بازآزمایی و باور کند. این تجربه‌های عملی هیجانی، بدون هیچ تلاشی از سوی درمانگر و بیمار به منظور تغییرات احتمالی شناختی و باورهای بیمار، چه درون جلسه و چه مابین جلسات درمان، به ساده‌ترین شکل به صورت عملی شناخت‌ها و باورها و انتظارات بیمار را تغییر می‌دهد و اصلاح می‌کند.

تغییر معنی نشانه: قطع رابطه بین نشانه و اضطراب، که بر اساس یک تکلیف رفتاری صورت می‌گیرد، به خودی خود شناخت‌های بیمار را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. همین که بیمار بر حسب تجربه عملی شخصی خودش متوجه می‌شود که نشانه‌ها دیگر خاصیت پاتولوژیک ندارند، معنا و ارزش آن نشانه‌ها تغییر می‌کند. همین که با تکرار تکالیف، بی‌اثر بودن نشانه‌ها را بازآزمایی و باز تجربه می‌کند، باورهای قبلیش نسبت به نشانه‌ها تغییر می‌کنند. مکانیسم تغییر معنی نشانه، به این تغییرات محدود نمی‌شود، همین که درمانگر عین نشانه‌ها را

تجویز می‌کند، معنای نشانه هم برای شخص بیمار و هم برای سیستمی که بیمار در آن زندگی می‌کند (عمدتاً خانواده)، تغییر می‌کند. در جلسه اول بیمار، که به همراه همسر مراجعه کرده بود، درمانگر گفت:

«من اول لازمه یه توضیحاتی بدم، خوب توجه کنید! در خصوص مشکل، قدری لازمه برداشتتون اصلاح بشه و بعدشم برنامه درمان مشکل رو براتون می‌ریزم. از ویژگی‌های این مشکل که خودتون هم گفتید نوعی وسواسه، اینه که خود فرد مبتلا می‌دونه که غسل و وضو و نمازش درسته، می‌دونه که شک‌هاش بی‌مورده و می‌خواد و آرزو می‌کنه که مثل بقیه بتونه با نماز و وضو و غسل و نجس و پاکی راحت کنار بیاد؛ خود فرد بیش از هر کس دیگه داره از این وضعیت زجر می‌کشه، ولی نمی‌تونه؛ یعنی دست خودش نیست؛ دوست داره که این مشکل رو نداشته باشه، ولی مشکل بر او تحمیل می‌شه و او راه‌گیزی نداره. این طور نیست که خودش بخواد که این طوری باشه. این طوری نیست که خودش نخواد خوب بشه؛ می‌خواد، ولی نمی‌تونه. ...» به منظور تکمیل توضیحات مربوط به تغییر معنای نشانه، جلسه اول درمان بیمار را مرور کنید.

این تغییر معنای نشانه، پیش از اجرای تکالیف پارادوکسی، تأثیرگذاریش با اضطراب زدایی از نشانه‌ها شروع می‌شود. بخشی از اضطراب بیمار، برخاسته از معنای منفی‌ای است که بیماری، چه برای شخص بیمار و چه برای سیستمی دارد که بیمار در آن زندگی می‌کند. این معنا با تجویز عین نشانه درون جلسه اول دستخوش تغییر می‌شود؛ تغییری مثبت که مستقیماً باعث کاهش اضطراب نشانه‌ها می‌شود تا هم معنای نشانه تغییر کرده باشد و هم اجرای تکالیف برای بیمار آسان‌گشته باشد. این شیوه از تغییر معنای نشانه، محصول درمان PTC و از مشخصه‌های این مدل درمانی است. این تجربه‌های درمان بخش، از مصنوعی‌سازی-دستوری سازی گرفته تا قطع رابطه نشانه و اضطراب و تغییر معنای نشانه، سرآغاز قدرتمند شدن «منی» است که تا پیش از این در میانه تعارضات درون روانی، عمدتاً تعارض بین نهاد و فرامن، مستأصل و درمانده شده بود.

استحکام من: هدف اصلی و غایی درمان اختلال‌های روان‌شناختی در مدل PTC، قوام و قدرت و استحکام من است. اصل وجود تعارض درون روانی و اضطراب و استرس نه تنها پاتولوژیک نیست، که لازمه زندگی و تداوم حیات است. این تعارضات درون روانی و عوامل

اضطراب‌انگیز و استرس‌زا وقتی مشکل ساز می‌شوند و به اختلال روانی تبدیل می‌شوند که بتوانند در غیاب یک من قدرتمند و با اقتدار، بر سازمان روانی مستولی شوند و آشوب برپا کنند. وقتی من ضعیف باشد، تعارضات عمدتاً درون روانی، که بر اساس پارادایم روان‌پویایی مخصوصاً مدل نظری فروید، محصول تعارض کشاننده‌های نهادی با معیارها و منافع فرامنی هستند، تداوم می‌یابند، تشدید می‌شوند، و نظم و نظام سازمان روانی را در قالب این یا آن اختلال برهم می‌زنند. معیار آسیب‌شناسی روانی در مدل PTC، همین معادله، یعنی نسبت بین سه پایگاه نهاد-من-فرامن و روابط این سه ساختار اساسی روان و شخصیت است (رجوع شود به بشارت، ۱۳۹۶). وقتی من در رأس مثلث شخصیت قرار داشته باشد، یعنی بتواند بر تعارضات و کشمکش‌های نهاد و فرامن نظارت و مدیریت و کنترل داشته باشد، سلامت روانی عمومی برقرار است. نسبت و فاصله من با دو پایگاه دیگر شخصیت، و به تعبیر دیگر، طول ارتفاع رأس یعنی جایگاه من، کمیت و کیفیت سلامت روانی عمومی را مشخص می‌کند. بر عکس، اگر این فاصله کم و صفر شود، یعنی من در امتداد نهاد و فرامن روی یک خط افقی قرار بگیرد یا حتی به پایین خط سقوط کند، اختلال روانی شکل خواهد گرفت (بشارت، ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸).

از آغاز تجویز تکالیف پارادوکسی و سپس اجرای آن‌ها، بر حسب تجربه عملی هیجانی بیمار، تغییر معادله پاتولوژیک بین من و تعارضات و سلطه و افسارگسیختگی دو پایگاه دیگر، و شمارش معکوس حیات اضطراب؛ فرایند بازیافت اقتدار و استحکام من آغاز می‌شود. این عبارت‌ها، و البته کلیت گزارش‌ها و احساسات مثبت و رضایت بیمار همه شواهدی هستند بر این استحکام: برای مثال، بیمار در جلسه دوم گفت «بعضی از نمازهامو می‌تونستم با دو بار خوندن تموم کنم»، و «چون می‌دونستم که می‌خوام دوباره برم حموم، دیگه لباس هامو عوض نمی‌کردم. چون من قبلاً هر بار که حموم می‌رفتم لباس هامو عوض می‌کردم». در جلسه سوم گزارش داد که «نمازم رو این هفته خیلی روون خوندم. ... موقع نماز خیلی به اعصابم مسلطم»، و «همین دیروز جایی دعوت بودیم، اون جا با این که شلوغ هم بود من خیلی راحت نماز ظهر و عصرم رو خوندم» (بیمار پیش از این نمی‌توانست در جای شلوغ نماز بخواند، حتی صدای بوق ماشین از بیرون خانه هم نمازش را برهم می‌زد).

استحکام من در مدل روان‌درمانی PTC، گرچه هدف غایی درمان است، اما از لحظه

شروع فرایند درمان در جلسه اول، مخصوصاً همزمان با تجویز برنامه زمانی پارادوکسی از سوی درمانگر، آغاز می‌شود. فرایندی که به سرعت و بر اساس چهار مکانیسم اصلی و درهم تنیده تأثیرگذاری، به اوج می‌رسد. سرعت این استحکام تابع چند متغیر است از جمله سطح پایه قوت/ضعف من و سرعت ذاتی هیجان‌ها و تجربه‌های هیجانی در هر دو وضعیت بهنجار و نابهنجار. تجربه‌هایی که هم اساس اختلال‌های روان‌شناختی محسوب می‌شوند و هم بر اساس آن‌ها درمان صورت می‌گیرد. فرایندی که در رویکرد درمانی PTC به گونه‌ای مهندسی شده است که به سادگی هرچه تمامتر و صرفاً بر اساس تجربه عملی بیمار، محقق می‌شود. مدل روان‌درمانی PTC، هیچ جایی برای ضرورت به‌کارگیری تکنیک‌های مرسوم در رویکردهای روان‌پویایی، روانکاوی و شناختی- رفتاری باقی نمی‌گذارد. مدل روان‌درمانی PTC، همه آن هدف‌هایی را که رویکردهای دیگر به زحمت، در زمانی نسبتاً طولانی، و البته با درصد موفقیت کمتر و نرخ بازگشت بیشتر در جست و جوی آن هستند، با فراهم کردن زمینه برای تجربه عملی هیجان‌ها به طور مستقیم توسط شخص بیمار در قالب برنامه زمانی پارادوکسی، محقق می‌سازد.

نتایج درمان PTC برای بیمار نشان داد که به مدل روان‌درمانی PTC می‌توان به عنوان رویکردی موفق و در عین حال خیلی کوتاه مدت توجه کرد. این مدل نه تنها بسیار کوتاه مدت و سریع‌التأثیر است، بلکه بسیار ساده است؛ هم برای درمانگران و هم برای بیماران. سادگی انحصاری رویکرد PTC و فنون آن، یکی از نقاط قوت این مدل است. دستورالعمل‌های درمانگر و تکالیف تجویز شده، همه تابع اصولی هستند که اضطراب اجرای تکلیف را به حداقل می‌رسانند و امکان تبعیت بیمار را به حداکثر. اصل جدایی‌ناپذیری پارادوکس از برنامه زمانی، اصل تجویز عین نشانه بیماری، اصل اجرای تأخیری تکالیف، و تکیه انحصاری به فنون عملی درمان همه و همه زمینه را برای یک تجربه عملی هیجانی با سرعت و سادگی هرچه بیشتر و در نتیجه تحقق تغییرات درمانی فراهم می‌کنند. هدف غایی این درمان سریع و خیلی کوتاه مدت، تغییرات در سطح من و نسبت و رابطه و فاصله آن با نهاد و فرامن است، که همه به استحکام من منتهی می‌شوند. درجه‌ای از استحکام که پیش‌بینی کننده ثبات و پایداری تغییرات درمانی و کاهش شدید نرخ بازگشت نشانه‌های بیماری است. از دیگر ویژگی‌های مدل روان‌درمانی PTC این است که بیمار در انتهای دوره درمان، به درمانگر تبدیل می‌شود؛

ویژگی‌ای که فقط در سایه رویکردی ساده همچون رویکرد PTC امکان‌پذیر است. در این مدل، هنگام خداحافظی در جلسه آخر برای بیمار توضیح داده می‌شود که در مورد بازگشت دوباره بیماری دو احتمال وجود دارد: بر اساس تجربه، کسانی که با این روش درمان می‌شوند احتمال عود بیماریشان خیلی خیلی کم است، اما این احتمال به هر حال وجود دارد که بیماری عود کند. اگر بعد از مدتی نشانه‌های بیماری عود کرد، شما ابتدا اجازه بدهید که چند روزی بگذرد تا مطمئن شوید که عود واقعاً اتفاق افتاده است. برای مثال، از روز پنجم می‌توانید خودتان برای خودتان عین همین برنامه ساده‌ای را که من در جلسه اول براتون تعیین کردم، برای خودتان مشخص کنید و از روز ششم به آن عمل کنید. اگر هم مایل بودید که مجدداً مراجعه کنید، در کلینیک به روی شما باز است!

منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۲). مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۶). پارادوکس + برنامه زمانی = درمان: مدل کامل درمان اختلال‌های روانشناختی- راهنمای عملی، تهران: رشد.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۷). پارادوکس + برنامه زمانی = درمان: مدل کامل زوج‌درمانی به روش PTC - راهنمای عملی، تهران: رشد.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۸). مبانی نظری PTC. تهران: رشد.
- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, 29: 339-355.
- Abramowitz, J. S. (2006). The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51: 407-416.
- Abramowitz, J. S., Blakey, S. M., Reuman, L. and Buchholz, J. L. (2017). New Directions in the Cognitive-Behavioral Treatment of OCD: Theory, Research, and Practice. *Behavior Therapy* doi:10.1016/j.beth.2017.09.002
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arch, J. J. and Craske, M. G. (2009). First-line treatment: a critical appraisal of cognitive behavioral therapy developments and alternatives. *Psychiatric Clinics of North America*, 32: 525-547.
- Ayuso-Mateos, J. L. (2002). Global burden of obsessive-compulsive disorders in the year 2000. GBD 2000 working paper. Geneva, Switzerland: WHO.
- Beck, A. T., Steer, R. A. and Brown, G. K. (1996). BDI-II: Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Besharat, M. A. (2003). Treatment Outcome Subjective Rating Scale. *Unpublished research report*. Tehran: University of Tehran (Text in Persian).
- Besharat, M. A. (2017). *Paradox + Timetable = Cure (PTC): Perfect model of treatment for psychological disorders (A practical guide)*. Tehran: Roshd Press (Text in Persian).
- Besharat, M. A. (2018). *Paradox + Timetable = Cure (PTC): Perfect model of therapy with couples (A practical guide)*. Tehran: Roshd Press (Text in Persian).
- Besharat, M. A. (2019). *Theoretical foundations of PTC*. Tehran: Roshd Press (Text in Persian).

- Bobes, J., González, M. P., Bascarán, M. T., Arango, C., Sáiz, P. A. and Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive compulsive disorder. *European Psychiatry* 16: 239-245.
- Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A. and Stein, M. B. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*, 112: 92–101.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide (4th ed.)*. New York, NY: Oxford University Press.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. and Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46: 5-27.
- Crino, R., Slade, T. and Andrews, G. (2005). The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 162: 876-882.
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R. and Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24: 1011-1030.
- Eifert, G. H. and Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. New York, NY: Guilford Press.
- Fisher, P. L. and Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43: 1543-1558.
- Foa, E. B., Liebowits, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R. Franklin, M. E. and Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162: 151-161.
- Fontenelle, L. F., Cocchi, L., Harrison, B. J., Shavitt, R. G., do Rosario, M. C., Ferrao, Y.A. and Torres, A. R.(2012). Towards a post-traumatic subtype of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26: 377-383.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L. and Charney, D. S. (1989). The Yale-brown obsessive compulsive scale. I. development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46: 1006–1011.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. and Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hohagen, F., Winkelmann, G., Rasche-Ruchle, H., Hand, I., Konig, A., Munchau,

- N. and Berger, M. (1998). Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multicentre study. *British Journal of Psychiatry, Suppl. (35)*:71-78.
- Huppert, J. D., Simpson, H.B., Nissenon, K. J., Liebowitz, M. R. and Foa, E. B. (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and Anxiety, 26*: 39-45.
- Jacoby, R. J., Leonard, R. C., Riemann, B. C. and Abramowitz, J. S. (2014). Predictors of quality of life and functional impairment in Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry, 55*: 1195-1202.
- Lindsay, M., Crino, R. and Andrews, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 171*:135-139.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. Leicester, London, UK: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. and Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics of North America, 33*: 557-577.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B. and Smits, J. A. J. (2013b). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research, 47*: 33-41.
- Olatunji, B. O., Rosenfield, D., Tart, C. D., Cottraux, J., Powers, M. B. and Smits, J. A. J. (2013a). Behavioral versus cognitive treatment of obsessive-compulsive disorder: an examination of outcome and mediators of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*: 415-428.
- Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E. and Rasmussen, S. A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: Clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*: 703-711.
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A., & Marín-Matínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*:1310-1325.
- Slade, T., Johnston, A., Browne, M. A. O., Andrews, G. and Whiteford, H. (2009). 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: Methods and key findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*: 594-605.
- Subramaniam, M., Abidin, E., Vaingankar, J. A. and Chong, S. A. (2012). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*:2035-2043.

- Veale, D. and Roberts, A. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *BMJ*, 348, g2183.
- Vervliet, B., Craske, M. G. and Hermans, D. (2013). Fear extinction and relapse: state of the art. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9: 215-248.
- Wilhelm, S., Steketee, G., Reilly-Harrington, N. A., Deckersbach, T., Buhlmann, U. and Baer, L. (2005). Effectiveness of cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: An open trial. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19:173e9.

**Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the
treatment of obsessive-compulsive disorder: A case study**

Mohammad Ali Besharat¹

Abstract

The present article has two purposes. Firstly, this article introduces the principles and techniques of a new psychotherapeutic model for the treatment of psychological disorders shortly named PTC (Paradox + Timetable = Cure). Secondly, this article evaluates the effectiveness of PTC for the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). PTC is a very short-term psychotherapeutic model successfully used for the treatment of a wide range of psychological disorders including anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders, trauma- and stress-related disorders, somatic symptom and related disorders and feeding and eating disorders (Besharat, 2017). The PTC therapy process and outcomes for an OCD patient is fully described in the present article. Results of a five-session PTC therapy indicated that the treatment of the patient was successfully done. The result of an eighteen-months follow-up showed that the therapeutic changes were satisfactory, stable and permanent, during which no relapse was happened. These results corroborated the deep and permanent effects of the PTC psychotherapeutic model in the shortest possible time. The influential mechanisms of “paradoxical timetable”, as the main PTC technique, and its adjustment to the treatment outcomes of the patient are also explained in the present article. The PTC psychotherapeutic model, as a very short-term, effective, efficient and yet economical approach is introduced and suggested for the treatment of OCD.

Keywords:

psychotherapy, paradox, timetable, obsessive-compulsive disorder

1. Professor of Tehran University, Tehran, Iran
Submit Date: 2018-12-18 Accept Date: 2019-01-21
DOI: 10.22051/psy.2019.23631.1801