

کاربرد پارادوکس درمانی برای درمان اختلال بدشکلی بدنی: مطالعه موردی*
محمدعلی بشارت^۱

The application of paradox therapy for the treatment of body dysmorphic disorder: a case report

MohammadAli Besharat¹

چکیده

زمینه: اختلال بدشکلی بدنی (BDD)، به عنوان یک وضعیت بالینی ناتوان کننده، اگر درمان نشود به یک بیماری مزمن تبدیل خواهد شد. بنابر این، درمان BDD یک نیاز فوری بالینی محسوب می‌شود. **هدف:** یکی از اهداف این مقاله، معرفی اصول و فنون یک مدل جدید روان‌درمانی برای اختلال‌های روانشناختی با عنوان اختصاری PTC (پارادوکس + برنامه زمانی = درمان) است. هدف دوم، سنجش نتایج کاربرد مدل روان‌درمانی PTC برای درمان اختلال بدشکلی بدنی است. **روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه موردی بالینی است. در این مقاله، فرآیند و نتایج درمان PTC برای یک بیمار زن ۳۳ ساله مبتلا به BDD به طور کامل گزارش می‌شود. مقیاس بدشکلی بدنی ادراک شده (PBDS)، مقیاس افسردگی بک (BDI)، مقیاس اضطراب بک (BAI) و مقیاس درجه بندی ذهنی نتایج درمان (TOSRS) توسط بیمار تکمیل شد. **یافته‌ها:** نتایج درمان پنج جلسه‌ای PTC برای این بیمار، به طور کامل موفقیت آمیز بود. پیگیری‌های ۲۴ ماهه و ۳۶ ماهه نیز نشان داد که تغییرات درمانی از ثبات و استمرار برخوردار بوده و در این دوره هیچ بازگشتی صورت نگرفته است. نتایج درمان این بیمار، تأثیرات درمانی عمیق و پایدار مدل روان‌درمانی PTC را در کوتاه‌ترین زمان ممکن برای درمان BDD تأیید می‌کند. مکانیسم‌های تأثیرگذاری "برنامه زمانی پارادوکسی" و انطباق آنها با نتایج درمان بیمار در این مقاله تشریح شده است. **نتیجه‌گیری:** مدل روان‌درمانی PTC، به عنوان رویکردی بسیار کوتاه‌مدت، ساده، تأثیرگذار، کارآمد، و در عین حال اقتصادی برای درمان BDD معرفی و پیشنهاد می‌شود.

واژه کلیدیها: روان‌درمانی، پارادوکس، برنامه‌زمانی، اختلال بدشکلی بدنی

Background: As a debilitating clinical condition, if Body Dysmorphic Disorder (BDD) is untreated will turn to a chronic illness. Therefore, the treatment of BDD is considered as an urgent clinical need. **Aims:** Introduction of the principles and techniques of a new psychotherapeutic model for the treatment of psychological disorders, shortly named PTC (Paradox + Timetable = Cure), is one of the objectives of this paper. Evaluating the effectiveness of PTC model for the treatment of BDD is the second objective. **Method:** The present study is an evidence-based clinical case study. The PTC therapy process and outcomes for a 33-year old woman suffering from BDD is fully described in the present article. **Results:** Results of a five-session PTC therapy for the patient indicated that the treatment outcomes were completely successful. A 24- and 36-month follow-up also revealed that the therapeutic changes were stable and continued during which no relapse was happened. Treatment outcomes for the patient confirm the deep and permanent effects of the PTC psychotherapeutic model in the shortest possible time for the treatment of BDD. The influential mechanisms of "paradoxical timetable" and its adjustment to the treatment outcomes of the patient are explained in the present article. **Conclusions:** The PTC psychotherapeutic model, as a very short-term, simple, effective, efficient, and yet economical approach is introduced and suggested for the treatment of BDD. **Key Words:** Psychotherapy, paradox, timetable, body dysmorphic disorder

Corresponding Author: besharat@ut.ac.ir

* این تحقیق در قالب طرح پژوهشی شماره ۵۱۰۶۰۰۳/۱/۸۸ با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

^۱ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

¹ Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۴/۱۰

دریافت: ۹۹/۰۳/۱۸

مقدمه

به آن از پیامدهای این اختلال هستند (آنجلایس و همکاران، ۲۰۱۶؛ فیلیس و منارد، ۲۰۰۶). علاوه بر پیامدهای نابهنجار پیش گفته مربوط به اختلال بدشکلی بدنی؛ اختلال‌های روانشناختی متعدد دیگری مثل اختلال افسردگی مهاده، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس فکری - عملی و اختلال سوء مصرف مواد (فیلیس و همکاران، ۲۰۰۸؛ گانستد و فیلیس، ۲۰۰۳؛ ویال و همکاران، ۱۹۹۶)، ممکن است به صورت همبود با این اختلال وجود داشته باشند.

اختلال بدشکلی بدنی، اختلالی ناتوان کننده است و اگر درمان نشود به یک بیماری مزمن تبدیل می‌شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ فیلیس و همکاران، ۲۰۱۳). شیوع اختلال بدشکلی بدنی از ۱/۷ تا ۲/۴ درصد در نمونه‌های بزرگسالان از جمعیت عمومی برآورد شده است (ریف و همکاران، ۲۰۰۶؛ کوران و همکاران، ۲۰۰۸؛ ویال و همکاران، ۲۰۱۶). سن شروع اختلال بدشکلی بدنی عموماً در نوجوانی است و با تأثیرات مخرب شدید در کنش‌وری‌های هیجانی، تحصیلی و اجتماعی همراه است (آلبرتینی و فیلیس، ۱۹۹۹؛ فیلیس و همکاران، ۲۰۰۶). شروع اختلال بدشکلی بدنی در نوجوانی پیش‌بینی کننده نشانه‌های شدیدتر، همبودی‌های بیشتر، و اقدام به خودکشی بیشتر در مقایسه با سن شروع بزرگسالی این اختلال است (جورنسان و همکاران، ۲۰۱۳).

وضعیت خطیر افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی، توجه ویژه به درمان این اختلال را فرا می‌خواند. رویکردهای غالب درمانی عبارتند از درمان شناختی - رفتاری^۵ (CBT) و درمان دارویی (درمان از طریق بازدارنده‌های بازجذب سروتونین^۶؛ SRI). درمان SRI به طبقه ضدافسردگی انتخابی بازدارنده‌های بازجذب سروتونین^۷ (SSRI) شامل (فلوکستین^۸، سرتالین^۹، پاروکستین^{۱۰}، سیتالوپرام^{۱۱}، اسیتالوپرام^{۱۲} و فلوکسامین^{۱۳}) و یک ضدافسردگی از

زیبایی و تناسب شکل و اندام و قیافه ظاهری مطلوب همگان است. ابعاد مختلف این شکل و شمایل از یک سو، و مهمتر از آن مبانی روانشناختی رضایت از خود، عموم انسان‌ها را در پیوستاری بهنجار از ادراک شخصی نسبت به شکل و قیافه ظاهری قرار داده است. افرادی به دلایل مختلف از شکل و قیافه ظاهری خود به گونه‌ای نابهنجار رنج می‌برند؛ یعنی به نوعی اختلال بدشکلی بدنی^۱ مبتلا هستند. این اختلال بر اساس اشتغال ذهنی به یک (یا بیش از یک) عیب یا نقص ادراک شده در قیافه ظاهری که توسط دیگران قابل مشاهده یا قابل اعتنا نیست، و بر اساس رفتارهای تکراری (مثل واریسی مقابل آئینه، آرایش افراطی، پوست کندن، اطمینان جویی) یا اعمال ذهنی تکراری (مثل مقایسه قیافه ظاهری خود با دیگران) در پاسخ به نگرانی‌های مربوط به قیافه ظاهری، مشخص می‌شود. این اشتغال ذهنی بر حسب نگرانی نسبت به وزن یا چربی بدن در افراد مبتلا به اختلال خوردن قابل توجه نیست. بدشکلی ماهیچه‌ای^۲، یکی از اشکال اختلال بدشکلی بدنی است که بر حسب باور فرد به این که هیكلش خیلی کوچک است یا عضلاتش ناقصند مشخص می‌شود (انجمن روان پزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳؛ سازمان جهانی بهداشت^۴، ۲۰۱۸).

نگرانی‌ها و اشتغالات ذهنی و سواسی نسبت به بدشکلی بدنی، هر قسمت از بدن را ممکن است درگیر کند. شایع‌ترین قسمت‌ها صورت و سر، مخصوصاً پوست، بینی و موها هستند (نزیروگلو و کش، ۲۰۰۸). افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی، به طور متوسط نسبت به پنج تا هفت قسمت بدنشان اشتغال ذهنی و سواسی دارند (فیلیس و همکاران، ۲۰۰۵). نگرانی‌های و سواسی ممکن است کل بدن را درگیر کند، همچنان که در بدشکلی ماهیچه‌ای فرد معتقد است که کل بدنش بیش از حد کوچک است و/یا که به قدر کافی ماهیچه‌ای نیست (پاپ و همکاران، ۲۰۰۵). اشتغالات ذهنی و سواسی نسبت به شکل و قیافه ظاهری برای فرد مبتلا تحمیلی و نامطلوبند و با هیجان‌های منفی و آشفته‌کننده مثل شرم، تنفر، اضطراب و غم و اندوه همراهند (فیلیس، ۲۰۰۹). درماندگی، افسردگی، گوشه‌گیری و انزوای اجتماعی، افکار خودکشی و اقدام

5. Cognitive Behavior Therapy (CBT)

6. Serotonin Reuptake Inhibitor (SRI)

7. Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)

8. fluoxetine

9. sertraline

10. paroxetine

11. citalopram

12. escitalopram

13. fluvoxamine

1. body dysmorphic disorder

2. muscle dysmorphia

3. American Psychiatric Association (APA)

4. World Health Organization (WHO)

پیش‌گیری از عود نیز شرکت کردند؛ برنامه‌ای که اجازه نمی‌دهد تداوم اثربخشی را صرفاً به نتایج روش درمان اصلی نسبت داد. درمان شناختی - رفتاری ویال و همکاران (۲۰۱۵) روی ۳۰ نفر با دوره‌های پیگیری از یک سال تا چهار سال انجام شده است. در این مطالعه، نرخ عود ۱۳/۳ درصد گزارش شده؛ اما ۳۰/۸ درصد از بیماران در دوره پیگیری از دارو استفاده کرده بودند و ۲۵/۶ درصد هم در این دوره در روش‌های دیگر روان‌درمانی مشارکت کرده بودند. روی هم رفته، دست‌کم در مورد ۵۶/۴ درصد از بیماران نمی‌توان تداوم اثربخشی را به درمان اصلی، یعنی درمان شناختی - رفتاری نسبت داد. به این رقم باید ۱۳/۳ درصد موارد عود را اضافه کرد (۶۹/۷ درصد). این گزارش‌ها اجازه نمی‌دهند در مورد تداوم اثربخشی رویکرد شناختی - رفتاری برای درمان اختلال بدشکلی بدنی با قطعیت نتیجه‌گیری کرد.

گزارش‌های مربوط به نتایج درمان اختلال بدشکلی بدنی نشان می‌دهد که اولاً درمان به موقع اختلال برای ممانعت از تبعات خطرناک، از جمله اقدام به خودکشی در بین این دسته از بیماران، و پیشگیری از مزمن شدن بیماری از یک طرف چالش جدی و بزرگی برای روش‌های روان‌درمانی محسوب می‌شود؛ از طرف دیگر، بر ضرورت به کارگیری روش‌های درمانی اثربخش‌تر و قطعی‌تر تأکید می‌کند. بر اساس همین نیاز و ضرورت، در پژوهش حاضر، یک مدل جدید روان‌درمانی به منظور درمان اختلال بدشکلی بدنی به کار بسته شد. مدل درمان پارادوکسی^۲ (PTC؛ بشارت، ۱۳۹۶)، به عنوان رویکردی جدید و جامع، در مورد طیف وسیعی از اختلال‌های روان‌شناختی شامل وسواس فکری - عملی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷)، اضطراب بیماری (بشارت و نقی‌پور، ۲۰۱۹ الف)، اضطراب اجتماعی (بشارت، ۱۳۹۸؛ بشارت و نقی‌پور، ۲۰۱۹ ب) و سایر اختلال‌ها به کار بسته شده است. نتایج درمان به روش PTC اثربخشی سریع و قاطع این روش را تأیید کرده است. از جمله مزیت‌های اختصاصی مدل روان‌درمانی به روش PTC، این است که یک روش بسیار ساده و کوتاه مدت است. این ویژگی‌ها احتمال ریزش بیماران را خیلی کاهش می‌دهد و از نظر اقتصادی نیز برای آنها بسیار مقرون به صرفه است. اثربخشی عمیق و قطعی درمان PTC، احتمال بازگشت بیماری را نیز به شدت کاهش می‌دهد. این

طبقه سه حلقه‌ای‌ها؛ کلومی‌پرامین^۱، که یک بازدارنده بازجذب سروتونین قوی است، اطلاق می‌شود. نتایج کارآزمایی‌های کنترل شده (فیلیس و همکاران، ۲۰۰۲، ۲۰۱۶؛ هولندر و همکاران؛ ۱۹۹۹) و کنترل نشده (پروگی و همکاران، ۱۹۹۶؛ فیلیس و همکاران، ۱۹۹۸، ۲۰۰۳)، نشان داده‌اند که استفاده از بازدارنده‌های بازجذب سروتونین برای درمان اختلال بدشکلی بدنی از دارونماها اثربخش‌تر هستند. درمان شناختی - رفتاری برای اختلال بدشکلی بدنی بر بازشناسایی مشکلات، کاهش توجه خودمحور، و راهبردهای مقابله‌ای نشخواری و خودآسیب‌رسان تمرکز دارد. به بیماران کمک می‌شود تا از طریق مواجهه تدریجی و تجربه‌های رفتاری، ترس‌هایشان را کاهش دهند (ویال و بولی، ۲۰۱۵). چون بصیرت بیماران در مورد باورهایشان نسبت به قیافه ضاهری ضعیف است و در مورد درمان‌های روان‌شناختی تردید دارند، کاربرد فنون مصاحبه‌گری انگیزشی در قسمت اعظم درمان لازم است (راسموسن و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش‌ها (روزن و همکاران، ۱۹۹۵؛ ویال و همکاران، ۱۹۹۶، ۲۰۱۴؛ ویلهلم و همکاران، ۲۰۱۴؛ هریسون و همکاران، ۲۰۱۶) نشان داده است که درمان شناختی - رفتاری در گروه مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی از گروه لیست انتظار مؤثرتر است. این نتایج تا حدودی توسط درمان‌های شناختی - رفتاری اینترنتی (اناندر و همکاران، ۲۰۱۴، ۲۰۱۶) و تلفنی (ویلهلم و همکاران، ۲۰۲۰) هم تأیید شده است.

از جمله محدودیت‌های رویکردهای شناختی - رفتاری برای درمان اختلال بدشکلی بدنی، علاوه بر تعداد جلسات و طول دوره درمان، فقدان بررسی‌های پیگیری دراز مدت تداوم اثربخشی درمان است (کریس و همکاران، ۲۰۱۷). دوره‌های پیگیری عموماً کوتاه مدت از یک ماه (ویال و همکاران، ۲۰۱۴) تا شش ماه (کریس و همکاران، ۲۰۱۲؛ گرینبرگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ ویلهلم و همکاران، ۲۰۱۴؛ هریسون و همکاران، ۲۰۱۶) گزارش شده است. تنها دو گزارش پیگیری طولانی مدت انجام شده است (مک‌کی، ۱۹۹۹؛ ویال و همکاران، ۲۰۱۵). گزارش پیگیری مک‌کی (۱۹۹۹) در مورد ۱۰ بیمار مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی نشان داد که اثربخشی در یک دوره دو ساله ادامه داشته، اما روش اصلی درمان اولاً رفتاری بوده و ثانیاً تعدادی از بیماران در این دوره در برنامه کمکی

2. Paradox + Timetable = Cure (PTC)

1. clomipramine

۲۴ ماهه و ۳۶ ماهه توسط بیمار، به ترتیب ۵ و ۱۰ و ۵ از ۱۰۰ برآورد شد (شکل ۱). نمرات کلی بدشکلی بدنی ادراک شده، افسردگی و اضطراب بیمار در جلسه آخر درمان به ترتیب ۱۴، ۷ و ۵ بود. شیوه اجرای اصول و فنون مدل روان‌درمانی PTC، در قالب شرح فرآیند جلسه به جلسه درمان، برای بیمار به این شرح است.

ابزار

پروتکل درمان اختلال بدشکلی بدنی به روش PTC: مصاحبه و درمان به روش PTC تابع اصل ایجاز و اختصار است. تبعیت از این اصل ایجاب می‌کند که در این صحنه شطرنج هیچ حرف و حرکتی بدون حساب و منطق نباشد. رعایت این اصل یکی از دلایل ابتدایی کوتاه بودن طول دوره درمان نیز هست. مصاحبه اصلی که در جلسه نخست انجام می‌شود با تمرکز بر مشکل اصلی و فعلی بیمار شروع می‌شود. اصل درمانی و البته اقتصادی و فرهنگی حاکم بر مدل PTC مستلزم آن است که درمانگر معمولاً در انتهای جلسه اول کلیت مشکل بیمار یا دست کم بخش اصلی مشکل را شناسایی کرده باشد و با توافق بیمار بر سر هدف درمان، نسخه تکالیف درمانی را برای بیمار تجویز کند. بر این اساس، در انتهای جلسه اول، برنامه زمانی پارادوکسی به عنوان فن اصلی درمان PTC تجویز می‌شود: تجویز عین نشانه برای انجام در وقت‌های معین در فاصله بین جلسه اول و دوم. فاصله بین جلسات در درمان به روش PTC معمولاً دو هفته است. در ابتدای هر جلسه، درمانگر کم و کیف اجرای تکالیف درمانی توسط بیمار را واری می‌کند تا تکلیف نحوه ادامه درمان مشخص شود و بهترین تصمیم برای ادامه تکالیف از جلسه دوم به سوم و همین‌طور در جلسات بعدی اتخاذ گردد. جلسه آخر درمان بر حسب گزارش نتایج پیشرفت‌های درمانی توسط بیمار مشخص می‌شود؛ زمانی که بیمار اعلام می‌کند دیگر از بیماری خبری نیست و فاصله معمول جلسات نیز برای وی و همین‌طور برای درمانگر این اطمینان را حاصل کرده‌اند که می‌توان پایان درمان را اعلام کرد. از جلسه دوم به بعد، به‌طور معمول ضمن گزارش‌گیری از تغییرات احتمالی درمانی بیمار، درمانگر از بیمار می‌خواهد که برآوردی از میزان درصد بهبودی اعلام کند. در خاتمه جلسات درمان، درمانگر بر حسب میزان توانمندی بیمار؛ توانمندی‌ای که شاخص اصلی درمان در مدل PTC به حساب می‌آید، مسئولیت وی را در پذیرش نقش فعالش به عنوان درمانگر به وی یادآور می‌شود. از ویژگی‌های دیگر انحصاری رویکرد PTC، همین است که بیمار در انتهای

ویژگی‌های انحصاری PTC، آن را به روشی نوین و بی‌بدیل در حوزه درمان اختلال‌های روانشناختی تبدیل کرده است. در این مقاله، نتایج درمان PTC برای یک بیمار مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی با گزارش محتوای جلسه به جلسه درمان ارائه می‌شود. جزئیات این مدل در قالب پروتکل درمان به شرح زیر تشریح می‌شود. برای آشنایی بیشتر با این مدل درمانی به بشارت (۱۳۹۶) مراجعه شود.

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، بر اساس گزارش بیمار بررسی می‌شود. خانم م. ا. ۳۳ ساله، مجرد، برای درمان اختلال بدشکلی بدنی به کلینیک مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی مراجعه کرد. پس از امضای رضایت‌نامه برای ضبط ویدیوئی جلسات درمان با هدف استفاده‌های آموزشی و پژوهشی، فرآیند ارزیابی‌های روانشناختی، مصاحبه بالینی و درمان به روش PTC آغاز شد. مقیاس بدشکلی بدنی ادراک شده^۱ (PBDS؛ بشارت، ۱۳۹۴)، مقیاس افسردگی بک^۲ (BDI؛ بک و همکاران، ۱۹۸۸)، مقیاس اضطراب بک^۳ (BAI؛ بک و اپستین، ۱۹۹۳) و مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان^۴ (TOSRS؛ بشارت، ۱۳۸۲، ۱۳۹۵) توسط بیمار تکمیل شد. مصاحبه بالینی، معیارهای پنج‌گانه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانشناختی^۵ (DSM-V؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) برای اختلال بدشکلی بدنی خانم م. ا. را تأیید کرد. نمره کلی بدشکلی بدنی بیمار در خط پایه بر اساس مقیاس بدشکلی بدنی ادراک شده، ۵۷ محاسبه شد. نمره‌های کلی افسردگی و اضطراب بیمار به ترتیب ۲۲ و ۱۸ به دست آمد. ارزیابی بیمار از شدت نشانه‌های بدشکلی بدنیش بر حسب مقیاس درجه‌بندی ذهنی در جلسه اول درمان ۱۰۰ از ۱۰۰ بود. این ارزیابی در جلسه آخر درمان و بعد از پیگیری‌های

1. Perceived Body Dysmorphic Scale (PBDS)

2. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

3. Beck Anxiety Inventory (BAI)

4. Treatment Outcome Subjective Rating Scale (TOSRS)

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

ب- از اوایل بلوغم بوده ولی اولش کمتر بود، رفته رفته شدیدتر شد تا الان که دیگه خیلی شدید شده.

د- ممنون، داشتید می‌گفتید.

ب- دیگه این که همش نگرانم چاه فاضلاب بالا بزنه و آشپزخونه و خونه رو پر کنه. خیلی از خواب‌هامم همینه که تو خواب می‌بینم فاضلاب بالا زده و کل خونه رو نجس کرده. حالا من خودم همین طوری حس می‌کنم که سیاه و زشت و بدریختم؛ ولی گاهی وقتا حس می‌کنم که انگار فاضلاب پاشیده تو صورتم و منو زشت‌تر کرده! مدام جلوی آینه خودمو واری می‌کنم؛ حس می‌کنم صورتم، چشمم، ابرو هام، دهنم، همشون بی‌قواره و بدترکین. مادرم و خواهرم و دوستان البته می‌گن خوبی، از خیلی‌ها هم خوشگل‌تری، ولی خودم این حس رو نسبت به خودم و زیبایی خودم ندارم.

د- کلیات این احساسات نسبت به زیبایی و زشتی رو متوجه شدم، ولی این که گفتی خودتو سیاه می‌بینی، در حالی که رنگ پوستت روشنه، آیا همینو سیاه می‌بینی؟

ب- آره واقعا خودمو سیاه می‌بینم. ممکنه با آرایش قدری خودمو درست کنم، ولی اون حس زشتی همش هست.

ب- این حس فقط مربوط به زیبایی چهره هستش یا بقیه اندام‌ها هم!

ب- نه راجع به هیكلم، قدم، باسن و شکمم هم هست که زیاده از حد حس می‌کنم چاقم و بدترکیب، فقط صورتم نیست.

د- در مورد اندام و هیكلت، خانواده و دوستان چی می‌گن؟
ب- اونا همشون می‌گن خوشگل و خوش‌ترکیبم، ولی خودم این طور حس نمی‌کنم.

د- ببینید، شبکه دوستان ما می‌تونند متفاوت باشن اعم از هم جنس و غیرهم جنس. احيانا دوستان یا دور و بری‌های غیر هم جنس نظرشون چیه؟

ب- در رابطه با غیرهم جنس که مشکل جدی دارم و می‌خواستم توضیح بدم. من الان ۳۳ سالمه و هنوز ازدواج نکردم و مسأله هم فقط ازدواج نکردنم نیست، بلکه با جنس مخالف یه جور دیگه مشکل دارم.

د- چه جور؟

درمان به درمانگر تبدیل می‌شود! شرح این روند و اصول و تکنیک‌ها، و به تعبیر دیگر، تعریف عملیاتی آنچه به اختصار ذیل عنوان پروتکل درمان PTC گفته شد، را با دقت در جمله به جمله گفتمان بین درمانگر و بیمار در جلسات درمانی به شرحی که گزارش خواهد شد ببینید و دنبال کنید.

یافته‌ها

فرآیند درمان PTC برای بیمار مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی:

جلسه اول

د- (بعد از سلام و صحبت‌های اولیه و مرحله اجتماعی مصاحبه^۱)، بفرمائید برای چی مراجعه کرده اید؟

ب- حقیقتش اینه که من چند تا مشکل دارم که خیلی اذیت می‌کنه، یعنی مدت‌هاست که این مشکلات رو دارم، ولی یه سالی میشه که دیگه خیلی داره اذیت می‌کنه. یکی این که مدام حس می‌کنم نجسم، انگار پاک نیستم و باید یا دستامو مرتب بشورم یا دوش بگیرم تا حس کنم پاک شدم، ولی این طور نیست که یه بار بشورم دیگه حس کنم پاک شدم. این حس نجس بودن از بین نمی‌ره، وقتی دستمو یا خودمو می‌شورم تا یکی دو و گاهی اوقات سه ساعت راحت می‌شم ولی بیشتر نمیشه. یه وقتایی که حالم بهتره تا سه ساعت دووم می‌آره ولی وقتی حالم خوب نیست بیشتر از یک ساعت طول نمی‌کشه و دوباره باید بشورم. این یه وسواسه که خیلی بابتش اذیت می‌شم.

د- قبل از این که بیشتر ادامه بدید، من این طور متوجه شدم که انگار خودت حس می‌کنی که نجسی و خودتو می‌شوری یا این که یه چیز احتمالا نجس بهت می‌خوره یا می‌پاشه، یا مثلا دستت به جایی می‌خوره بعد حس می‌کنی نجس شدی و می‌شوری؟

ب- این که دستم به جایی بخوره یا حس کنم چیز نجسی بهم پاشیده هم هست، ولی در حد معموله، اصل مشکل من از خودمه، اگر هیچ چیزیم نباشه من این حس نجس بودن رو دارم.

د- این از کی بوده؟

^۱ بر اساس ساختار مصاحبه بالینی - سیستمی در مدل درمان PTC، ابتدا سلام و تعارفات معمول و گفت و گویی در خصوص کار، تحصیل، تأهل و حتی نکات ساده‌ای چون نحوه رفت و آمد و شاید وضعیت هوا و امثال این‌ها؛ به منزله مرحله اجتماعی مصاحبه، انجام می‌شود. این گفتگو فضا را برای ورود به مرحله بعدی مصاحبه، یعنی مرحله مشکل آماده می‌کند؛ مرحله‌ای که در آن مراجع بر اساس پرسش‌های درمانگر به شرح مشکلیش می‌پردازد.

ب- الان نه، پیش ترها یکی دو بار شهرستان رفتم مشاوره خلی نتیجه نگرفتم، دیگه نرفتم.

د- مراجعه به روانپزشک چی، آیا دارو مصرف می کنی؟

ب- نه، نه مراجعه کردم، نه دارو مصرف می کنم.

د- الان چکار می کنی؟ کار، درس، زندگی؟

ب- الان شاغلم و همزمان درس هم می خونم.

د- چه مقطعی، چه رشته ای؟

ب- ارشد، ریاضی می خونم.

د- من باید به برنامه برات بریزم و به سری تکلیف بهت بدم و تو باید این تعهد رو داشته باشی که درمانت اولویت باشه و کاملا از دستورات تبعیت کنی، اگر می خواهی نتیجه بگیری. این مشکلات می تونن به راحتی حل بشن فقط به شرطی که حل اونها برات مهمترین مسأله فعلی زندگیت باشه و بتونی هر چیزی رو به خاطر این درمانت که به دوره کوتاه هم بیشتر طول نمی کشه، در درجه بعد قرار بدی و درمانت بشه درجه اول و اولویت، و البته چاره ای هم جز این نداری با توجه به درد و رنجی که داری تحمل می کنی و پیامدهایی که این مشکلات برای حال و آیندت داشته و خواهد داشت! متوجه هستی که چی می گم؟

ب- بله، کاملا متوجهم و واقعا می خوام که مشکلم حل بشه و

این جا با توجه به تعریف هایی که از شما شنیدم تنها امیدمه!

د- ما تعدادی جلسه خواهیم داشت. از این جلسه شروع شده و چند جلسه دیگه هم با فاصله معمولا هر دو هفته یک بار داریم و هرچی شما دقیق تر تکالیفی رو که من در هر جلسه برات تعیین می کنم انجام بدی کار درمان زودتر تموم میشه. کارمون رو از یک تکلیف شروع می کنیم. من ابتدا واحد کاری که تو باید به عنوان تکلیف انجام بدی رو برات توضیح می دم خوب دقت کن. واحد تکلیفت به کار تجسمی پنج دقیقه ای است. توی این پنج دقیقه شما باید به جایی بشینی و تمرکز کنی و به صورت تجسمی و فکری این کار رو انجام بدی. توی این پنج دقیقه شما باید تجسم کنی که به بدترین شکل ممکن نجس شدی، نجس اندر نجس شدی، به مدلی از نجس شدن که بدترین باشه. شما تجربه احساس نجس شدن های بسیاری رو تا الان داشته ای. موارد متعددی رو می تونی به ذهنت بیاری و بهشون فکر کنی تا این احساس بهت دست بده. این کار رو برای حداکثر پنج دقیقه در یک واحد تمرین انجام می دی. بعد از انجام تکلیف هم می ری دقیقا همون کاری رو می کنی که طبق

ب- احساس می کنم نمیتونم مثل بقیه دخترا، پسرا رو جذب کنم. انگار به دایره دورم کشیده شده، من وسط دایره قرار دارم و هیچکس نمی تونه از خط محیط دایره این طرف تر بیاد!

د- این خط رو کی کشیده، یعنی این مانع رو کی ایجاد کرده؟

ب- خودم! از به طرف بلد نیستم، از به طرف قیافم پسرا رو

فراری می ده، اخلاقم خوب نیست. البته خیلی ساده و مهربونم ولی توی قیافم دیده نمیشه.

د- آیا تا به حال مواردی بوده که برام توضیح بدی چه اتفاقی

افتاده.

ب- بله بوده، نه زیاد البته. من کمال گرا هستم و هر کسی رو نمی تونم قبول کنم. این به مشکلمه. به مشکل دیگه اینه که بلد نیستم چه جور دوستی کنم، خیلی اعتماد می کنم و خیلی زود فامیل میشم و به طرف نزدیک می شم بعدش اتفاقی که در همه موارد افتاده این بوده که من خیلی تلاش کردم که نگاهش دارم و اون طرف سعی کرده فرار کنه! فکر می کنم وقتی به من نزدیک میشن، یا بهتره بگم من به اونها نزدیک میشم، و منو می شناسن انگار که می خوام گیرشون بندازم و از دستشون ندم، می ترسونمشون و بدتر فراریشون می دم. اینو دوستامم بهم می گن، ولی من نمی تونم. یکی از نقاط ضعفم، که نمی دونم اسمشو بذارم ضعف یا صداقت، اینه که همه چیزمو بهشون می گم ولی دوستای من خیلی چیزاشونو نمی گن و به منم می گن دلیلی نداره همه مسائل شخصی و خونوادگیتو فوری بهشون بگی، ولی من نمی تونم زبونمو نگه دارم!

د- خب دیگه چه مشکلی هست؟

ب- این مشکلاتم باعث شده سرخورده بشم، گوشه گیر شدم، خیلی شاد نیستم، کمتر می تونم توی دورهمی ها و جمع های شاد و کلا جمع ها شرکت کنم. در کل، زندگی شاد و با نشاطی ندارم!

د- بله، این سرخوردگی ها و ناشاد بودن ها هم هست، دیگه چه مشکلی؟

ب- همین ها.

د- توی این اوضاع و احوال، وضعیت خواب و خوراک چطوره؟

ب- معمولیه، مشکلی نبوده.

د- آیا برای این مشکلاتت تا به حال جایی مراجعه کردی؟

الان مراجعه می کنی؟

تو، اما چقدر خوب میشه که صد درصد حسش بیاد و بتونه خوب اذیت و ناراحت کنه؛ یعنی اگه این اتفاق بیافته خیلی بهتره، ولی اگر نیافتاد کارت درسته نگران نباش. اتفاق دیگه‌ای که ممکنه بیافته اینه که شما باید حواست جمع باشه و سر ساعت بشینی و تمرینتو انجام بدی، اما پیش میاد که یه وقتی توی اون زمان خواب باشی یا جایی باشی که نتونی این کار رو انجام بدی (فرض کن رفتی توی بانک و کارت طول کشیده و ساعت تمرینت شده ولی نمی‌تونی اون جا نکلیفتو انجام بدی)، یا ممکنه فراموش شده باشه. اینها دیگه اختیاری نیستند و دست خود آدم نیست و مسئولیتی هم متوجه شما نیست. معنای اینه که شما در چنین شرایطی دیگه تکلیف ازت ساقط می‌شه و مشکلی هم نیست می‌ره تا نوبت بعدی. اما تعداد تمرین‌های روزانه‌ای که باید انجام بدی. تکالیف از فردا شروع میشه، امروز و امشب تکلیفی نداری، فردا وقتی روزت شروع شد، یعنی از خواب بیدار شدی و صبحانتو خوردی و روزت شروع شد، هر دو ساعت یک بار باید این تکلیف رو انجام بدی. فرض کنیم تکلیف اولت میشه ساعت ۸ صبح، بعدش میشه ۱۰، بعدش ۱۲ و همین‌طور هر دو ساعت یک بار تا وقت خوابت و روز بعد. حالا اون احتمالاتی که گفتیم رو در نظر بگیر: شما ۸ و ۱۰ تکلیف انجام دادی، بعد کاری داشتی و رفتی بیرون اما تا ۱۲ نرسیدی که برگردی، ساعت ۱۲:۳۰ رسیدی خونه، تکلیف ۱۲ ساقط می‌شه نیازی نیست که جبران کنی تکلیف بعدیت میشه ساعت ۱۴. یعنی توجه داشته باش که این تکالیف باید حتما سر ساعت مقرر انجام بشن نه زودتر و نه دیرتر، یعنی اگر نشد که توی ساعت مقرر انجام بشن، می‌سوزن، جبران هم نمیشن تا نوبت و نوبت‌های بعدی. وقت‌های تکالیف روزانتو تکلیف اول مشخص می‌کنه؛ ممکنه یه روز ساعت ۸ شروع کنی، یه روز ۹ یا دیرتر؛ این مهم نیست، بالاخره از یه جا شروع میشه و دو ساعت به دو ساعت تکرار می‌کنی. یه نکته مهم دیگه هست که باید بهش دقت کنی: شما این تکالیف رو چون من برات تجویز کردم انجام می‌دی. اما معنای این دو ساعت به دو ساعت‌ها این نیست که مابینشون حس نجس بودن پیدا نکنی یا اگر حس نجس بودن بهت دست داد کاری نکنی؛ نه شما تکالیف منو انجام بده، کارهای خودت رو هم اگر لازم شد انجام بده. به عبارت دیگه حواست باشه که شما جلوی هیچ چیزی رو قرار نیست بگیری؛ البته که نمی‌تونی، ولی این حق رو هم نداری که بخوای جلوی احساسات معمول نجس شدنت و

معمول خودت می‌کنی؛ یعنی طبق معمول بعد از احساس نجس شدن و نجس بودن چکار می‌کنی، همون کار رو بعد از این تمرین هم می‌کنی: چه دست شستن باشه، چه دوش گرفتن، هر کدوم حسش اومد انجام می‌دی. این واحد تکلیفته که باید انجام بدی و می‌بینی که خیلی سادس! اما چند تا نکته در مورد چگونگی انجام تکلیف و حالت‌هایی که ممکنه پیش بیاد رو باید خوب دقت کنی چون اینها بهت میگن تکلیف چطور باید انجام بشه و این که تکلیف چطور انجام بشه از خود تکلیف مهم‌تره.

ب- آقای دکتر من که خودم همین جوری این فکرها میان تو ذهنم و مدام دستمو می‌شورم؟!

د- درسته، ولی نمی‌خوای! برا همین الان اینجایی. درسته؟

ب- بله.

د- اونا خودشون میان و این پیامدها رو برات دارن، ولی تو نمی‌خوای و می‌خوای که از شرشون خلاص شی و زندگیتو بکنی. اون فکرها به طور معمول خودشون میان و تو نمی‌خوای؛ اما الان طبق این دستورات عمل و این تکلیفی که من برای درمانت تجویز می‌کنم، می‌خوای که بیان! یعنی این تکلیف مثل یه قرصه که قراره بری و این جوری که من می‌گم مصرفش کنی. توی این کار چندتا تصمیم و عمل دست خودته و در اختیار خودته: این که الان از من می‌شنوی و متوجه می‌شی و می‌پذیری که بری و تکلیف رو انجام بدی؛ این که این تکالیف رو در زمان‌هایی که الان تعیین می‌کنیم انجام بدی یعنی دقیقا سر وقت؛ و این که بعد از این تمرین‌های ذهنی و تجسمی بری و دستتو بشوری. اینها کارهای ارادی و اختیاریه و دست خودته و باید متعهد باشی که صادقانه و صحیح اون‌ها رو همون جوری که من ازت می‌خوام انجام بدی. اما چندتا چیزم هست که دست خودت نیست: شما قراره تجسم کنی و حس کنی که واقعا نجس نجس شدی. این حس گاهی ممکنه صد درصد بیاد و بشه مثل وقت‌هایی که قبلا تجربش کردی؛ اما گاهی ممکنه هرچی تجسم می‌کنی حسش نیاد، یعنی حس نجس شدن نیاد! این دیگه دست تو نیست. تو می‌خوای که بیاد، صادقانه هم تلاشتو می‌کنی، ولی گاهی نیاد. پس این که سر وقت بشینی و صادقانه تلاشتو کنی که این حس بیاد دست خودته از ش کم نذار و سعی خودتو بکن، اما این که اون حس از صفر تا صد چقد بیاد دیگه دست تو نیست، هرچی بیاد درسته. اگر هیچی نیاد، یا پنجاه درصد بیاد یا صد درصد هیچ فرقی نمی‌کنه از نظر تلاش و زحمت صحیح

ولی توی هفته دوم اصلا حموم برای شستشوی خودم برا این که از این حس نجس بودن پاک بشم رو نداشتم.

د- از این گزارش من دو تا نکته رو برداشت می‌کنم: یکی این که تمرین‌ها رو خوب انجام دادی! از این جهت خوشحالم و بهت تبریک می‌گم! و دوم این که حس می‌کنم حالت بهتر شده و احساس نجس بودن کمتر شده، درسته؟

ب- خیلی کمتر شدن آقای دکتر!

د- می‌تونی بگی چند درصد؟

ب- فکر می‌کنم حداقلش پنجاه درصد کمتر شده باشه، و حتی بیشتر!

د- به نظر منم شروع خیلی خوبی بوده و پیشرفتتون هم همین طور. اما برای ادامه کار. قبل از این که من ادامه رو برات توضیح بدم، نکته خاصی هست که مطرح کنید، چه از جلسه قبل اگر چیزی جا افتاده باشه، چه جدید؟

ب- چیز جدیدی نیست، ولی اون حسی که نسبت به خودم دارم که خودم رو زشت و بدریخت می‌دونم چی؟ و مشکل رابطه با دیگران.

د- بله، اون‌ها رو در نظر دارم و امروز برای احساسی که نسبت به وضعیت قیافه و ظاهرهت داری هم برات تکلیف می‌دم. در ادامه، همین تکلیف قبلی که مربوط بود به احساس نجس بودن رو لازمه روزی سه نوبت پنج دقیقه‌ای با همون دستورالعمل ادامه بدید. بفرمایید سه تا وقت رو مشخص کنید که حتی الامکان در طول روز پخش شده باشه و با احتمال بیشتری بتونی و برسی که انجامشون بدی (با مشورت، ساعت‌های ۱۱، ۱۶ و ۲۰ تعیین شدند). اما تکلیف جدید که مربوط میشه به همین مشکل قیافه. واحد تکلیف و تمرینت برای حل این مشکل اینه که در یک نوبت حداکثر ده دقیقه‌ای بشینی و تمام افکار و تصاویر بد و زشت و ناخوشایند مربوط به قیافه رو توی ذهنت در مورد قیافه خودت مجسم کنی به شکلی که بدترین حال رو پیدا کنی. به عبارتی اگر این تکلیف رو مثل یه داروی تلخ در نظر بگیریم، تلخیش بی‌نهایت باشه! تصور و تجسماتی که حالت رو به هم بزنه! هرچی حین انجام تمرین‌ها بیشتر حالت خراب بشه، اثربخش‌تر خواهد بود. تمام تجسمات و تصورات و خاطرات و تجربه‌های گذشته در مورد قیافت رو یادت بیار و تو ذهنت زنده کن، تجسمات مربوط به همه قسمت‌های بدن از صورت گرفته تا هیكل و باسن و شکم و قد و رنگ و هرچی که بوده. چون

اقدامات بعد از نجس شدن رو بگیری، اگر چنین تلاشی بکنی اشتباهه و کار درمانت درست پیش نمی‌ره! این تکالیف رو از فردا شروع کن تا دو هفته دیگه که جلسه بعدیمونه.

جلسه دوم

د- خوش آمدید، بفرمایید ببینم چه کردید با تکالیف؟

ب- من تکالیف رو همون جور که گفته بودید انجام دادم، البته تعدادیش نشد حالا یا به دلیل این که توی شرایط مناسب نبودم و تعدادی هم به خاطر فراموشی بود. برام قدری عجیب بود چون قبلمش حواسم بود و به خودم یادآوری می‌کردم که فراموشم نشه، ولی فراموش می‌شد!

د- روی هم رفته چند درصد تکالیف انجام شد؟

ب- فکر کنم بالای ۷۰ درصدش رو انجام دادم. اوایل ۷۰ درصد بود و بیشتر انجام می‌دادم، ولی این روزای آخری انگار دیگه برام عادی شده بود و تکراری، خیلی مایل نبودم انجام بدم و کمتر از ۵۰ درصد شد.

د- خیلی خب، خوب بوده! حالا برام توضیح بده بینم اثراتش چی بود؟ ضمن انجام تکلیف چه حال و هوایی داشتی، بعدش چطور بودی؟

ب- همون‌طور که شما تأکید کرده بودید من سعی می‌کردم بدترین حالت احساس نجس بودن رو در خودم ایجاد کنم. دو سه روز اول جدی می‌شد و حس بدی هم پیدا می‌کردم، بعدشم میرفتم دستامو می‌شستم. بعدش اما به تدریج موقع تمرین دیگه اون احساس نمیومد، بعضی وقتا که اصلا برام مسخره بود و احساس نجس بودن درم پیدا نمی‌شد و می‌خندیدم! خب بعدشم دیگه نمی‌رفتم دستمو بشورم. بعضی وقتا هم خیلی کم حسش میومد که توی این حالت‌ها هم اگه برای رعایت دستور شما نبود و به خودم بود شستن دستام لازم نبود ولی به خاطر این که رعایت کرده باشم می‌رفتم و می‌شستم. یه چیز جالبی که تجربه کردم این بود که بعد از چند روز، وقتی تمرین رو انجام می‌دادم یا وقتی می‌رفتم دستامو می‌شستم، احساس می‌کردم الکیه، یعنی اون حس نجس بودن رو که قبلا داشتم دیگه احساس نمی‌کردم، واقعی نبود.

د- توی وقت‌های دیگه این احساس نجس بودن و رفتارهای شستشو و حمام چطور بود؟

ب- خیلی کم شده بود، هفته دوم اصلا توی وقت‌های دیگه انگار اون احساس نمیومد سراغم. تو هفته اول دو بار حموم هم رفتم

د- در مورد احساس نجس بودن فکر می‌کنم تقریباً به جورایی موموم شده؛ در مورد احساس نسبت به قیافه چی؟ برآوردت چیه؟
ب- کمرنگ‌تر شده ولی در حد ۲۰ تا ۳۰ درصد؛ چون هنوزم این حس رو دارم.

د- خیلی ممنون، توی هفته‌های گذشته، حال عمومیت چطور بود؟

ب- به نظرم بهتر بودم، خودم اولش حواسم نبود، ولی مادرم و خواهرم می‌گفتند که حالم بهتره، خوش اخلاق‌تر شدم بعد خودمم که بیشتر دقت کردم متوجه شدم که رفتارهام بهتر شدن، شادتر شدم. البته هنوز پیش نیومده بینم با دوستانم، در جمع مهمونی‌ها می‌تونم شرکت کنم و آگه برم چطور می‌گذره، ولی پیش خودم و توی محیط خونه که بهتر بودم.

د- خیلی خب، آگه نکته جدیدی نیست تا من ادامه برنامتو بهتر بگم؟

ب- نه چیز خاصی نیست.

د- اما در ادامه تا جلسه بعد: یک نوبت پنج دقیقه‌ای از تکالیف مربوط به حس نجس بودن رو همچنان لازمه که ادامه بدی. حالا بعد زمانش رو مشخص می‌کنیم. اون سه نوبت حداکثر ده دقیقه‌ای برای تکالیف مربوط به قیافه رو باید ادامه بدی منتهی به این شکل جدید که برات توضیح می‌دم. تا پنج دقیقه اولش رو به همون شکل قبلی با تجسم بدشکلی و قیافه ناخوشایند بر حسب خاطرات گذشته و هر تجسمی که بهت کمک می‌کنه بهتر و شدیدتر بتونی احساسات بد و منفی مربوط به قیافه زشت رو در خودت زنده کنی و بابتش هم آشفته و ناراحت بشی انجام بده. بعد در ادامه، پنج دقیقه دوم رو تصور کن با همون حس و حال مربوط به بدشکل بودن خودت توی جمع دوستان هستی، اعم از افراد هم‌جنس و غیرهم‌جنس و تجسم و تصور کن که همه دارن به جوری نگاهت می‌کنند، یه جوری تو رو به هم نشون می‌دن که انگار یه آدم بدقیافه عجیب و غریبی رو که انتظار نداشتند توی جمعشون باشه دیدن! مخصوصاً اون تصویری رو که گفتی از خودت که مثل این که یه مرزی کشیدی که کسی جلوتر نیاد و بهت نزدیک نشه؛ تصور کن این مرز رو این بار زشتی و بدریختی کشیده و خیلی جدی‌تر از گذشته هم همه رو به جوری می‌پروونه و دور می‌کنه و همه انگاری فاصلشون رو ازت حتی بیشتر از گذشته کرده‌اند! و امیدوارم که در فاصله بین این جلسه و جلسه بعد موقعیت‌هایی پیش بیاد و در جمع

این تکلیف هم روزانه چند نوبت باید انجام بشه، توی نوبت‌های مختلف فرصت داری که به قسمت‌های مختلف فکر کنی. دستورالعمل این تمرین هم مشابه تمرین‌های جلسه قبله، تو همه تلاش صادقانه بکن که خوب حس بگیری، حس خیالی بد در مورد قیافت، حتی آگه بتونی بدتر از گذشته‌ها؛ اما این که صد درصد این حس ایجاد بشه یا کمتر دست خودت نیست، هرچی شد. همین‌طور، مواردی که ناخودآگاه فراموش بشه یا در وقت خودش نتونه انجام بشه، می‌سوزه تا نوبت بعدی، جبران هم لازم نیست بکنی. این تکلیف رو از فردا روزی سه نوبت باید انجام بدی. سه تا وقت باید مشخص کنیم. حالا با توجه به این که الان می‌شه روزی شش تا تمرین اگر وقتایی رو که برای تمرین اول دادی بخوای جابجا کنی هم مشکلی نیست، طوری که فاصله‌ها هم رعایت بشه. پس اولی بشه ۱۱، ۱۷ و ۲۱ و دومی بشه ۹، ۱۵، ۱۹. یه نکته رو اضافه کنم بهش توجه داشته باش: فعلاً من برنامه‌ای برای مشکل روابطت ندادم، اما برای آینده در نظر دارم. فعلاً این‌ها رو هم باجدیت مثل تکالیف جلسه اول انجام بدید تا جلسه بعد.

جلسه سوم

د- خوش آمدید، بفرمایید به گزارش از تمرین‌ها بدید.

ب- تکالیف‌های مربوط به احساس نجس و ناپاک بودن رو این دفعه خیلی جسته و گریخته تونستم انجام بدم، فکر می‌کنم یه دلیلش این بود که دیگه نمی‌تونستم اون حس رو پیدا کنم، برام بی‌معنی شده بود و اهمیتش رو از دست داده بود، فکر کنم به همین دلیل انگار خیلی تمایلی به انجامشون نداشتم. شاید در حد ۳۰ الی ۴۰ درصد انجام دادم. دیگه کلاً اون حس نجس بودن و ناپاکی خیلی کم‌رنگ شده، شست و شوهامم همین‌طور. توی این مدت که اصلاً به خاطر این حس حموم نداشتم، دستام خیلی کم پیش اومد که به خاطر احساس نجس بودن بخوام بشورم. خیلی از این جهت راحت بودم. تکالیف مربوط به قیافه رو چون جدید بودن خیلی بیشتر انجام دادم، شاید بتونم بگم در حد بیشتر از هشتاد درصدشو انجام دادم. بازم روزهای اول تمرین‌ها جدی‌تر بودند و اون حس و حال‌های بد و منفی مربوط به بدشکل بودنم رو بیشتر می‌تونستم توی خودم بسازم و حتی حالمم خراب می‌شد، حتی تا یکی دو ساعت بعدش هم حال بدش ادامه داشت، ولی رفته رفته هم توی تمرین‌ها این حس و حال بد کم‌رنگ‌تر شد و هم زودتر از بین می‌رفت.

کلا خیلی احساس بهتری دارم، هم در مورد قیافه و هم در مورد اخلاق و رفتارم! اول بگم که یکی دو تا از دوستانم سر کار بهم فیدبک دادند و می گفتند از چند هفته پیشتر متوجه تغییراتی در من شده بودند منتهی خیلی مطمئن نبودند که چی شده و آیا ادامه دار خواهد بود یا نه به همین دلیل به خودم چیزی نگفته بودند، اما توی این چند هفته خیلی ها هم سرکار و هم توی اون مهمونی بهم می گفتند که خیلی روحیم و رفتارم بهتر شده، خیلی راحت تر و شادتر هستم و خودمم همین احساس رو دارم. حتی فکر می کنم انگار اون دایره ای که گفتم دور خودم کشیدم و اجازه نمیدم دیگران از اون نزدیکتر بشن، انگار محو شده! احساس می کنم می تونم راحت تر و بهتر به دیگران نزدیک بشم و دیگران رو بپذیرم و دیگران هم با من راحت تر شدن و کلا این تغییرات و این وضعیت خیلی روحیمو بهتر و شادتر کرده. هنوز البته حس می کنم از قیافم صد درصد راضی نیستم و شاید این به اون ویژگی کمال گراییم برگرده که می خوام همه چی کامل باشه.

د- ممنون از توضیحات کاملتون و منم خیلی خوشحالم از پیشرفت های خیلی خوبی که در همه زمینه ها داشتید. الان اگر بخواید حدودا درصد پیشرفتت در مورد قیافه رو بگی چقدر می گی؟

ب- فکر می کنم بین ۸۰ تا ۹۰ درصد الان احساس بهتری در مورد قیافم دارم. یعنی به جنبه هایی که کلا برطرف شده. مثلا طی دو هفته اخیر اصلا دیگه اون جواری که خودمو توی آینه سیاه می دیدم دیگه تکرار نشده و خودمو همین جواری که هستم می بینم. برام خیلی تعجب آور بود چون بینایی من که تغییری نکرده، آینه هم که همون آینه است، ولی من خودمو همین جور که هستم با رنگ روشن و سفید می بینم!

د- ممنون. به موارد دیگری هم جلسه اول مطرح شده بود مثل این که حس می کردی فاضلاب ممکنه بالا بزنه، همین طور خواب بالا زدن فاضلاب و بعضی وقت ها پاشیدن فاضلاب روی بدن و صورتت؛ اونها چی؟

ب- شاید باورتون نشه آقای دکتر، تقریبا از جلسه دوم به بعد دیگه نه اون فکر میومد توی سرم و نه خوابشونو می دیدم و فکر می کنم بخشی از حال روحیم به همین دلیل خوب شده و مشهوده که دیگه این افکار و خواب های نگران کننده و حال به هم زن رو نداشتم. واقعا خیلی ممنونم این قسمت رو یادم رفته بود بگم!

هایی حاضر بشید. اگر چنین موقعیت هایی پیش اومد، و سعی کنید که به عنوان بخشی از تکلیف پیش بیاد، چون این برنامه ها از چند روز قبل مشخص میشن؛ از همون چند روز قبل اون جا و اون جمع رو تجسم کن و با این تصور که الان اونجا حاضر شده ای این تمرین های ذهنی رو انجام بده. روزی هم که رفتی توی مراسم، از اولش فقط و فقط با این تجسم و این حس و حال برو که خیلی بدقیافه ای و همه اون عکس العمل ها رو نشون میدن، و مخصوصا افراد جنس مخالف ازت دوری می کنند. خیلی دقت کن که تمرین رو به این صورتی که من گفتم انجام بدی! بین، ما داریم کاری می کنیم شبیه یه جراحی حساس. تو توی این جراحی دستیار و کمک اصلی منی. باید خیلی حواست رو جمع کنی کارهایی رو که ازت می خوام در رابطه با مریض انجام بدی رو باید با دقت انجام بدی و گرنه کار عمل خوب پیش نمی ره! متوجه هستی! کارت برای این جلسه خیلی مهمه که دقیقا همین جواری که گفتم با دقت و جدیت انجام بدی. حالا چهار تا وقت رو مشخص کنیم، یکی برا ادامه تکلیف اول و سه تا هم برای این دومی (۱۱ برای تکلیف دوم، ۱۵ برای تکلیف اول، ۱۷ و ۲۱ هم برای تکلیف دوم). تا جلسه بعد.

جلسه چهارم

د- خب، یه فاصله چهار هفته ای داشتیم بفرما بینم توی این فاصله چه کردی و چه گذشت؟

ب- اول عذرخواهی می کنم بابت کنسلی جلسه قبل چون یه مسافرت اجباری برا شرکت در مراسم ختم یکی از بستگان پیش اومد و ناچار باید می رفتم. به همین دلایل تمرین ها قدری نامنظم شد، اما نتایج خوبی داشت. اون حساسیت نسبت به نجس و پاک بودن رو می تونم بگم کلا برطرف شده، دیگه اصلا اون طوری نیستم مثل سابق که روزی چند بار حس می کردم نجسم و باید دستامو یا خودمو می شستم. نمی خوام بگم صد درصد ولی بالای ۹۵ درصد دیگه اون احساسات رو ندارم خداروشکر. البته نمی دونم این حالت ادامه پیدا می کنه یا نه، کمی نگران هستم که نکنه دوباره برگرده.

د- خیلی ممنون از گزارشتون در مورد احساس نجس و پاکی، من بعدا در مورد نگرانیتون صحبت می کنم. شما الان یه گزارش هم در مورد قیافه بدید.

ب- در مورد قیافه هم هر وقت جور می شد تکلیفمو انجام می دادم، یک مورد جشن تولد یکی از دوستانم بود که شرکت کردم.

د- یعنی ما اون افکار و رویاهای مربوط به فاضلاب رو مدتی نداشتیم؟

ب- بله، دیگه تکرار نشدن!

د- خیلی خوب، به نظرم به نتایج خیلی خوبی رسیده‌ایم، و می‌تونم بگم که واقعا کارمون تمومه، ولی یه جلسه دیگه هم با یه فاصله چهار هفته‌ای می‌بینمت که همین‌جور یه چکاپی بکنم و گرنه واقعا ضرورتی نداره. توی اون جلسه که انشاالله جلسه آخرمون خواهد بود من توضیحاتی راجع به نگرانی‌هات در مورد احتمال برگشت این مشکلات می‌دم و این که چه کارهایی باید بکنی، اما تا جلسه بعد: دیگه اون تکلیف مربوط به احساس نجس بودن رو لازم نیست انجام بدی، یعنی اصلا متوقفش کن و انجام نده. تکلیف مربوط به قیافه ظاهری رو، مخصوصا در زمینه‌هایی که فکر می‌کنی هنوز یه چیزایی باقی‌مونده، روزی یک نوبت ۱۰ دقیقه‌ای با همون توضیح دوقسمتی که جلسه پیش برات دادم انجام بده (ساعت ۱۱). این تکلیف رو ادامه بده تا جلسه بعد.

جلسه پنجم

د- خوش آمدید، بفرمایید ببینم اوضاع و احوالت چه‌طوره؟

ب- توی چهار هفته گذشته قرار بود تکلیف مربوط به قیافه رو روزی یک نوبت ادامه بدم. من تمرین‌ها رو تا جایی که می‌شد و یادم بود انجام دادم؛ یه روزایی هم نمی‌شد یا فراموش می‌کردم.

د- خوب، اوضاع و احوالت چطور بود؟

ب- روی هم رفته خیلی بهترم! فکر می‌کنم در مورد خودم و قیافم خیلی اعتماد به نفسم بالا رفته و در روابطم با دیگران هم راحت‌ترم و هم احساس می‌کنم دیگه اون مرزها نیست و راحت‌تر می‌تونم با افراد رابطه برقرار کنم. مشکلات مربوط به احساس نجس بودن و افکار و خواب‌های مربوط به بالا زدن فاضلاب هم توی این مدت اصلا تکرار نشدن! از نظر روحی هم فکر می‌کنم به اون احساس شادی که قبلا داشتم و دنبالش بودم رسیدم و توی روابط اجتماعی و رابطه با همکارانم همه می‌گن و دیده می‌شه که کلا فرق کردم!

د- خیلی ممنون. پیش‌بینی ما هم همین بود و تقریبا می‌تونیم بگیم به هدف‌های کامل درمانمون توی چند جلسه‌ای که با هم داشتیم، البته با همکاری خودت و دقت و تعهدی که به اجرای صحیح تکالیف داشتی، رسیدیم. نکته‌ای که دو جلسه پیش مطرح کردید، یعنی نگرانی از این که آیا این تغییرات و بهبودی دائمی

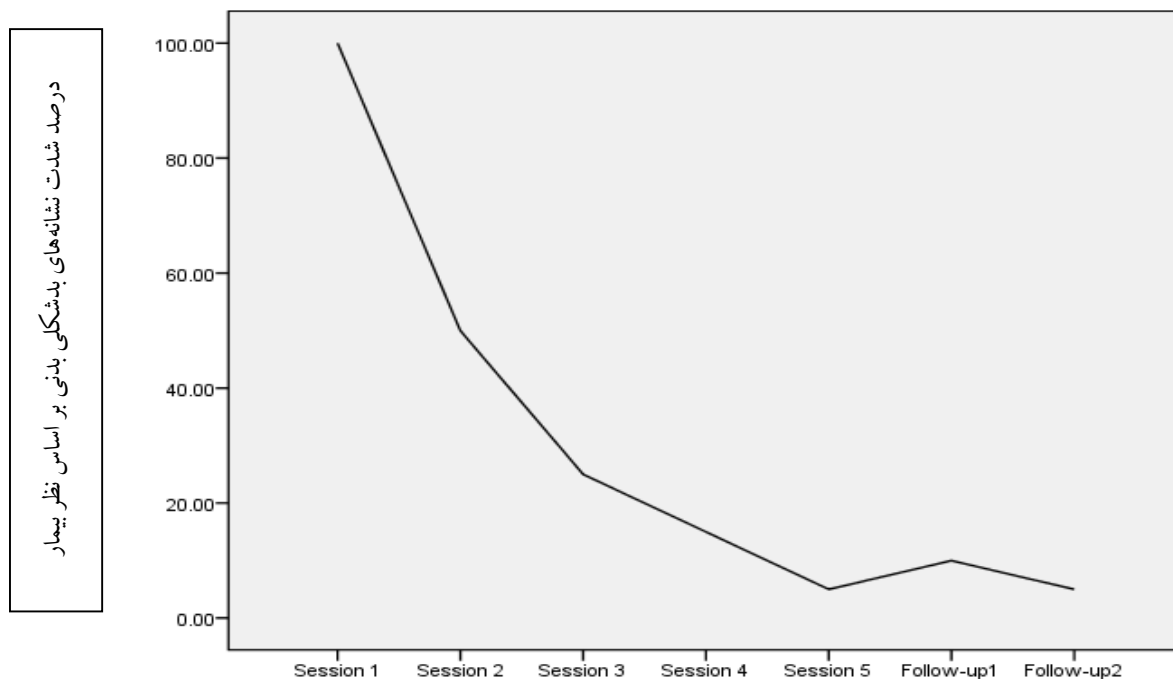
خواهد بود یا ممکنه که دوباره این مشکلات برگردند، مطرح کردید که الان وقته برات توضیحی بدم. ببینید شما در این چند جلسه در واقع یه تکلیف اصلی داشتی؛ یعنی تکلیف یه فرمول اصلی داشت. اون فرمول و اون تکنیک این بود که هر مشکل و فکر و خواب و رفتاری که به سرت میاد و آزارت می‌ده و زندگی‌تو به هم می‌ریزه و در واقع تو رو تحت کنترل خودش داره رو عینا توی یه وقت‌های از پیش تعیین شده خودت با اختیار و اراده خودت عین همونا رو به سر خودت بیاری، برا خودت تکرار کنی! همین و بس! شما چند موردشو تا این جا طبق همین فرمول و با تجویز من انجام دادی و دیدی که خیلی ساده بود. در ادامه اگر یه روزی یکی یا چند تا از همین مشکلات یا حتی مشکلات مشابه همین‌ها تکرار شد، ابتدا اجازه بده که پنج تا هفت روز بگذره و مطمئن بشی که مشکلات جدید قراره ادامه پیدا کنند، بعد عین همین تکالیفی که من برات تجویز کردم رو خودت برا خودت تجویز کن و از فردای اون روز بهشون عمل کن. برای مثال، شما متوجه می‌شی که همین حساسیت نسبت به قیافه دوباره برگشته و ادامه داشته، روز ششم بشین و برا خودت یه برنامه بریز که از فرداش، یعنی از روز هفتم روزی سه تا وقت پنج دقیقه‌ای از قبل تعیین شده رو مشخص کن و تکالیف رو انجام بده. اگر این کار رو بکنی، بعد چند روز، مشکل خیلی ساده‌تر از این دوره‌ای که ما با هم داشتیم، برطرف میشه! اگر هم به هر دلیلی، بخوای مجددا مراجعه کنی، ما در خدمت هستیم، اما تا اون جایی که می‌تونی سعی کن خودت درمانگر خودت باشی!

ب- این تکالیفی که خودم برا خودم تعیین می‌کنم ۵ دقیقه باشه یا ۱۰ دقیقه؟

د- ممنون، سؤال خوبی بود. بین اولای خیلی فرقی نمی‌کنه. اما این که من گفتم ۵ دقیقه یه علتش این بود که یه جور تکرار یه تکلیفه و همین مقدارش کفایت می‌کنه و از اون طرف اون مشکل هم دیگه اون قدرت اولیشو نداره. با این حال اصلا نگران نباش، چه ۵ دقیقه تعیین کنی چه ۱۰ دقیقه خیلی فرقی نمی‌کنه. موفق باشی!

ارزیابی نتیجه درمان در جلسه آخر و پس از دوره پیگیری: نتایج ارزیابی درمان، مبتنی بر نظر بیمار بر حسب یک مقیاس درجه بندی صفر تا صد رتبه‌ای و یک سؤال بازپاسخ، نشان داد که بهبودی حاصل از درمان PTC برای این بیمار، در انتهای دوره درمان و همین‌طور پس از دو دوره پیگیری ۲۴ ماهه و ۳۶ ماهه، به ترتیب در

حد ۹۵٪، ۹۰٪ و ۹۵٪ ادامه داشته است (شکل ۱) و هیچ گونه نشانه بازگشتی نیز گزارش نشد.



شکل ۱. درجه‌بندی شدت نشانه‌های بدشکلی بدنی توسط بیمار در جلسات درمان و پیگیری

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پنج جلسه درمان اختلال بدشکلی بدنی به روش PTC در پژوهش حاضر، اثربخشی کامل این روش را در پایان دوره کوتاه درمان و ثبات و پایداری درمان را در مراحل پیگیری ۲۴ ماهه و ۳۶ ماهه تأیید کرد. این یافته‌ها با نتایج درمان PTC در مورد اختلال وسواس فکری - عملی (۱۳۹۸)، اختلال اضطراب اجتماعی (بشارت، ۱۳۹۷؛ بشارت و نقی‌پور، ۲۰۱۹)، اختلال اضطراب بیماری (بشارت و نقی‌پور، ۲۰۱۹) و سایر اختلال‌های روانشناختی (بشارت، ۱۳۹۶) مطابقت می‌کند. مدل روان‌درمانی PTC چگونه چنین تغییرات درمانی سریع و جامع را امکان‌پذیر می‌سازد؟ این تغییرات درمانی در چه سطح و عمقی صورت می‌گیرند؟ آیا فقط نشانه‌های اختلال تغییر می‌کنند یا تغییراتی در بیمار صورت می‌گیرد؟ دلیل ثبات و پایداری و تداوم این تغییرات درمانی با کمترین نرخ قابل تصور برای عود چیست؟ پاسخ به این پرسش‌ها و البته پرسش‌های بیشتر در شرح مکانیسم‌های تأثیرگذاری برنامه‌زمانی پارادوکسی به عنوان تکنیک اصلی مدل روان‌درمانی PTC، داده خواهد. این پاسخ‌ها، در عین حال نشان می‌دهند که تغییرات درمانی در مدل روان‌درمانی PTC نه محصول کاهش و کنترل نشانه‌ها است آن طور که رویکردهای سنتی شناختی - رفتاری مدعی هستند (برای مثال،

کراسک و بارلو، ۲۰۰۷)؛ نه پیامد تحمل نشانه‌ها آن گونه که رویکردهای بهینه‌سازی یادگیری بازداشتی^۱ معتقدند (برای مثال، کراسک و همکاران، ۲۰۰۸)؛ و نه تحت تأثیر افزایش توان پذیرش نشانه‌ها آن چنان که رویکردهای پذیرش و تعهد محور^۲ در نظر دارند (ایفرت و فورسایت، ۲۰۰۵؛ هایس و همکاران، ۱۹۹۹). بازسازی توانمندی من، به عنوان ستون فقرات شخصیت، تغییرات عمیق و گسترده و همه جانبه را امکان‌پذیر می‌کند؛ تغییراتی که ثبات و پایداری و تداوم آنها فقط با چنین تبیینی قابل درک و توجیه است. شرح مکانیسم‌های تأثیرگذاری برنامه‌زمانی پارادوکسی، با استناد به تغییرات درمانی مبتنی بر گزارش‌های بیمار، نشان می‌دهد که مکانیسم استحکام من چگونه در امتداد سه مکانیسم دیگر در فرآیند درمان به روش PTC محقق می‌شود.

مکانیسم‌های تأثیرگذاری برنامه‌زمانی پارادوکسی:

دستوری‌سازی - مصنوعی‌سازی: در پایان جلسه اول درمان، درمانگر بر اساس تکلیف برنامه‌زمانی پارادوکسی، از بیمار می‌خواهد که نشانه‌های بیماری را در وقت‌های تعیین شده‌ای از زندگی روزمره‌اش بازسازی و تجربه کند. این بازسازی کردن و تجربه

1. inhibitory learning

2. Acceptance and Commitment Therapy-based (ACT)

اضطراب دیگر بیماری و نشانه ای از یک بیماری محسوب نمی شود و هیچ آزار و اذیتی ندارد؛ مثل دهه‌ها نشانه ناپاتولوژیک دیگری که در رفتار و احساسات و هیجان‌های هر فردی وجود دارند. این مکانیسم، با اضطراب‌زدایی از نشانه‌های بیماری، آنها را مهمل و بی‌خاصیت می‌سازد. به این ترتیب، از مسیر عملکرد این مکانیسم هم راه‌های دیگری برای درمان بیماری گشوده می‌شود. علاوه بر گزارش‌های قبلی بیمار ذیل مکانیسم دستوری‌سازی - مصنوعی - سازی، این گفته بیمار هم بر همین قطع رابطه دلالت می‌کند: "یه چیز جالبی که تجربه کردم این بود که بعد از چند روز، وقتی تمرین رو انجام می‌دادم یا وقتی می‌رفتم دستامو می‌شستم، احساس می‌کردم الکیه، یعنی اون حس نجس بودن رو که قبلا داشتم دیگه احساس نمی‌کردم، واقعی نبود." مدل درمان به روش PTC، به ساده‌ترین وجه، فرصت تجربه عملی هیجان‌های منفی، به منزله جوهر و هستی بیماری روانی را فقط و فقط به صورت عملی؛ بدون هیچ تلاشی از سوی درمانگر و بیمار به منظور تغییرات احتمالی شناختی و باورهای بیمار، چه درون جلسه و چه مابین جلسات درمان، برای بیمار فراهم می‌کند؛ تکنیک کارآمدی که در کوتاه‌ترین زمان ممکن و به ساده‌ترین شکل به صورت عملی شناخت‌ها و باورها و انتظارات بیمار را تغییر می‌دهد و اصلاح می‌کند؛ و زمینه شکل‌گیری مکانیسم سوم تأثیرگذاری برنامه‌زمانی پارادوکسی، یعنی تغییر معنی نشانه، را فراهم می‌سازد.

تغییر معنی نشانه: به موازات مصنوعی و اختیاری شدن نشانه‌ها از یک سو و قطع رابطه بین نشانه و اضطراب از سوی دیگر، معنی نشانه و بیماری برای فرد تغییر می‌کند. صرف تجربه عملی بیمار از نشانه‌هایی که پیش از این وی را به ستوه آورده بودند، اما اکنون خودش با اختیار آنها را بدون ذره‌ای نگرانی و اضطراب و استرس بازسازی و تجربه می‌کند؛ برای تغییر معنی و مفهوم بیماری نزد بیمار کافی است. فرآیند تغییر معنی در مدل روان‌درمانی PTC، محصول همین تجربه عملی است و به هیچ اقدام اضافی دیگری نیاز ندارد: اقداماتی که در رویکردهای دیگر بیهوده به کار بسته می‌شوند و اگر در مواردی زیان نداشته باشند، هیچ سودی هم به حال بیمار و درمان وی ندارند! فراهم‌سازی این تجربه عملی ساده و البته بسیار کارآمد و سریع‌التأثیر، از مختصات روش روان‌درمانی PTC است. گزارش بیمار در ابتدای جلسه سوم درمان بیانگر عملکرد این مکانیسم است: "تکلیف‌های مربوط به احساس نجس و ناپاک بودن رو این دفعه

کردن نشانه‌های بیماری، به عکس واقعیت نشانه‌های بیماری که به صورت غیرارادی و خلاف میل و خواست بیمار بر وی تحمیل می‌شوند، امری ارادی است: الف) ماهیتی دستوری دارد، چون بر حسب دستورالعمل درمانگر تجویز شده‌اند؛ ب) مصنوعی است چون ساخته و پرداخته خود بیمار است و نه تحمیل و اجبار بیماری! بر اساس این مکانیسم، که فرآیند مصنوعی‌سازی یک نشانه یا بیماری غیرمصنوعی را محقق می‌کند، یک امر غیرمصنوعی و غیراختیاری، اختیاری و مصنوعی می‌شود. امر اختیاری دیگر تحمیلی و اجباری و نامطلوب و آزار دهنده و پاتولوژیک نیست. بیمار در گزارش جلسه دوم، پس از یک فرصت دو هفته‌ای برای بازسازی نشانه‌های مربوط به احساسات ناپاک و نجس بودن در پاسخ به پرسش درمانگر که چه مقدار از تکالیف را موفق شده انجام دهد، می‌گوید: "فکر کنم بالای ۷۰ درصدش رو انجام دادم. اوایل ۷۰ درصد بود و بیشتر انجام می‌دادم، ولی این روزای آخری انگار دیگه برام عادی شده بود و تکراری، خیلی مایل نبودم انجام بدم و کمتر از ۵۰ درصد شد." فراموشی اجرای تعدادی از تکالیف که در این مدل درمانی پدیده‌ای است شایع، بیانگر مصنوعی و اختیاری شدن نشانه و بیماری است، و گرنه اصل بیماری که خودش فراموشی بردار نیست. بیمار در پاسخ به سؤال درمانگر باز هم در مورد اجرای تکالیف، می‌گوید: "برام قدری عجیب بود چون قبلش حواسم بود و به خودم یادآوری می‌کردم که فراموشم نشه، ولی فراموش می‌شد!" در مدل روان‌درمانی PTC، بیمار با اجرای برنامه زمانی پارادوکسی و فراهم کردن فرصت مناسب برای تأثیرگذاری مکانیسم دستوری‌سازی - مصنوعی‌سازی، نشانه‌های بیماری واقعی را به نشانه‌هایی مصنوعی تبدیل می‌کند! این مصنوعی‌سازی، خود نویدبخش قطع رابطه نشانه با اضطراب؛ یعنی مکانیسم دوم تأثیرگذاری برنامه‌زمانی پارادوکسی است.

قطع رابطه نشانه و اضطراب: از هر منظر و مکتبی که به نشانه‌های اختلال‌های روانشناختی نگاه کنیم، نوعی رابطه بین نشانه و اضطراب برقرار است. تداوم این رابطه یعنی تداوم نشانه و بیماری. برای درمان هر اختلال روانشناختی‌ای قطعاً باید این نشانه هدف گرفته شود و در فرآیند درمان تغییر کند. در مدل روان‌درمانی PTC، این رابطه به سرعت با انجام تکالیف برنامه‌زمانی پارادوکسی توسط بیمار قطع می‌شود. قطع رابطه اضطراب و هر هیجان منفی دیگر با نشانه بیماری؛ یعنی نشانه بدون اضطراب. نشانه بدون

ضعف من در انجام وظایف، معیار اصلی آسیب‌شناسی روانی در مدل روان‌درمانی PTC است. از حیث نظری، این آسیب‌شناسی در چهارچوب مدل فرضی مثلث نهاد - من - فرامن، با سنجش و محاسبه نسبت این سه ساختار شخصیت انجام می‌شود. ضعف من به هر شکل و در هر سطح و با هر شدت و عمقی که باشد، در مدل روان‌درمانی به روش PTC، باز هم صرفاً به صورت عملی (قابل مقایسه با حرف زدن‌ها و گفتگوهای بسیار و طولانی در روانکاو)، با اجرای تکنیک برنامه‌زمانی پارادوکسی توسط بیمار برطرف می‌شود. همزمان با تأثیرات درمانی که با اضطراب‌زدایی از نشانه‌های بیماری در قالب تجویزهای درمانگر در انتهای جلسه اول شروع می‌شوند و به موازات اثربخشی انجام تکالیف در قالب مکانیسم‌های مصنوعی‌سازی، قطع رابطه بین نشانه و اضطراب و تغییر معنی نشانه؛ فرآیند استحکام من شروع می‌شود و شکل می‌گیرد. گفته‌های بیمار در جلسات مختلف بیانگر آغاز و ادامه این توانمندی من در تسلط بر اوضاع و رفع غائله بیماری است: "فکر می‌کنم انگار اون دایره‌ای که گفتم دور خودم کشیدم و اجازه نمیدم دیگران از اون نزدیکتر بشن، انگار محو شده! احساس می‌کنم می‌تونم راحت‌تر و بهتر به دیگران نزدیک بشم و دیگران رو بپذیرم و دیگران هم با من راحت‌تر شدن و کلاً این تغییرات و این وضعیت خیلی رو حیمو بهتر و شادتر کرده"؛ "روی هم رفته خیلی بهترم! فکر می‌کنم در مورد خودم و قیافم خیلی اعتماد به نفسم بالا رفته و در روابطم با دیگران هم راحت‌ترم و هم احساس می‌کنم دیگه اون مرزها نیست و راحت‌تر می‌تونم با افراد رابطه برقرار کنم. مشکلات مربوط به احساس نجس بودن و افکار و خواب‌های مربوط به بالا زدن فاضلاب هم توی این مدت اصلاً تکرار نشدن! از نظر روحی هم فکر می‌کنم به اون احساس شادی که قبلاً داشتم و دنبالش بودم رسیدم و توی روابط اجتماعی و رابطه با همکارام همه می‌گن و دیده می‌شه که کلاً فرق کردم!"

نتایج درمان PTC برای این بیمار، با نشانه‌های اختلال بدشکلی بدنی همراه با وسواس فکری - عملی و مشکلات خلقی و بین شخصی، نشان داد که مدل روان‌درمانی PTC می‌تواند به عنوان رویکردی موفق با تأثیرگذاری سریع، گسترده و عمیق مورد توجه قرار گیرد. پنج جلسه درمان با شروع تأثیرگذاری از جلسه اول (نمایان شده از جلسه دوم به بعد)، بیانگر تأثیرگذاری سریع و طول دوره درمان بسیار کوتاه مدت این مدل درمانی است. گسترده‌گی

خیلی جسته و گریخته تونستم انجام بدم، فکر می‌کنم به دلیلش این بود که دیگه نمی‌تونستم اون حس رو پیدا کنم، برام بی‌معنی شده بود و اهمیتمش رو از دست داده بود، فکر کنم به همین دلیل انگار خلیم تمایلی به انجامشون نداشتم."

لازم به ذکر است که تغییر معنی نشانه، علاوه بر تجربه عملی بیمار در فرآیند اجرای تکالیف که از مسیر مصنوعی‌سازی و قطع رابطه بین نشانه و اضطراب عبور می‌کند، پیش از اجرای تکالیف پارادوکسی از مسیری دیگر نیز آغاز می‌شود: مسیر اضطراب‌زدایی از نشانه‌ها. بخشی از اضطراب بیمار، برخاسته از معنی منفی‌ای است که بیماری، چه برای شخص بیمار و چه برای سیستمی که بیمار در آن زندگی می‌کند، دارد. وقتی درمانگر در انتهای جلسه اول عین نشانه‌ها را برای بیمار به عنوان تکلیف تجویز می‌کند، معنی آنها همان جا درون جلسه هم برای شخص بیمار و هم برای سیستم‌های ارتباطی وی (خانواده و اجتماع)، تغییر می‌کند: از این پس فعالیت و ظهور و بروز نشانه‌ها طبق دستور درمانگر است و به بیمار اسناد داده نمی‌شود تا شرمساری و سرشکستگی و ضعف و ناتوانی وی را در پی داشته باشند و اضطراب‌های مضاعف مربوط به آنها را! این‌ها همه تجویز دکتر است! بر این اساس، تغییر معنی نشانه در انتهای نخستین جلسه درمان، هم باعث کاهش اضطراب نشانه‌ها می‌شود و هم اجرای تکالیف را برای بیمار آسان می‌کند. این سطح از تغییر معنی نشانه، که باز هم محصول درمان به روش PTC است، یکی از دلایل این رویکرد مبنی بر لزوم تجویز تکالیف درمانی از جلسه اول درمان است. این تجربه‌های درمان بخش، از اضطراب‌زدایی از نشانه‌ها گرفته تا مصنوعی‌سازی - دستوری‌سازی؛ و قطع رابطه بین نشانه و اضطراب؛ و تغییر معنی نشانه، سرآغاز قدرتمند شدن "منی" است که تا پیش از این در میانه تعارضات درون‌روانی، عمدتاً تعارض بین نهاد و فرامن، مستاصل و درمانده شده بود؛ مکانیسمی که عمق و گستردگی تغییرات درمانی مرهون و مدیون آن است: مکانیسم استحکام من.

استحکام من: هدف اصلی و غایی درمان اختلال‌های روانشناختی در مدل PTC، قوام و قدرت و استحکام من است. من، به منزله ستون فقرات شخصیت، گاه به دلایلی ضعیف شده است و دیگر قادر به انجام وظایف و کارکردهای معمول خود در اداره امور شخصیت و مدیریت و تنظیم رفتارها، احساسات، هیجان‌ها و عملکردهای شخصی و بین‌شخصی نیست. این وضعیت، یعنی

فاضلاب و بعضی وقت‌ها پاشیدن فاضلاب روی بدن و صورت؛
اونها چی؟

ب- شاید باورتون نشه آقای دکتر، تقریباً از جلسه دوم به بعد
دیگه نه اون فکر میومد توی سرم و نه خوابشونو می‌دیدم و فکر می
کنم بخشی از حال روحیم به همین دلیل خوب شده و مشهوده که
دیگه این افکار و خواب‌های نگران‌کننده و حال به هم زن رو
نداشتم. واقعا خیلی ممنونم این قسمت رو یادم رفته بود بگم!

د- یعنی ما اون افکار و رویاهای مربوط به فاضلاب رو مدتی
نداشتیم؟

ب- بله، دیگه تکرار نشدن!

نتایج درمان در دوره‌های پیگیری ۲۴ ماهه و ۳۶ ماهه نشان داد
که تغییرات درمانی و بهبودی بیمار ادامه داشته و هیچ نوع بازگشتی
هم تجربه نشده است. این شواهد موید عمق تأثیرگذاری مدل روان
درمانی PTC است و میزان استحکام من، که نشان دهنده تأثیرات
درمانی PTC در رابطه و نسبت ساختارهای اساسی شخصیت یعنی
نهاد - من - فرامن است، اندازه این عمق را تعیین می‌کند. بر این
ویژگی‌ها باید سادگی مدل روان‌درمانی PTC، مقرون به صرفه بودن
آن برای بیمار و توان تبدیل بیمار به درمانگر در پایان دوره کوتاه
درمان را اضافه کرد (برای شرح بیشتر این ویژگی‌ها به بشارت،
۱۳۹۶، ۱۳۹۷، ۱۳۹۸) مراجعه کنید.

منابع

- بشارت، محمد علی (۱۳۸۲). ساخت مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان
(TOSRS). گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، محمد علی (۱۳۹۴). ساخت و اعتبارسنجی مقیاس بدشکلی بدنی
ادراک شده. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، محمد علی (۱۳۹۵). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس درجه-
بندی ذهنی نتایج درمان (TOSRS). گزارش پژوهشی. دانشگاه
تهران.
- بشارت، محمد علی (۱۳۹۶). پارادوکس + برنامه زمانی = درمان: مدل
کامل درمان اختلال‌های روانشناختی - راهنمای عملی. انتشارات
رشد: تهران.
- بشارت، محمد علی (۱۳۹۷). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر
اختلال وسواس فکری - عملی: مطالعه موردی. مطالعات
روانشناختی، ۱۴، ۳۶-۷.
- بشارت، محمد علی (۱۳۹۸). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر

تأثیرگذاری مدل روان‌درمانی PTC بر حسب عرض و طول تأثیرات
درمانی و تعداد تکنیک‌های به کار بسته شده سنجیده می‌شود.
تجویز و به کارگیری تنها یک تکنیک برنامه‌زمانی پارادوکسی، که
بر اساس آن در مورد این بیمار در دو زمینه بازسازی افکار و اعمال
وسواسی از یک طرف و احساسات مربوط به بدشکلی بدنی از
طرف دیگر انجام شد، با حجم عظیم نتایج و پیامدهای درمانی
قطعی، این ویژگی مدل روان‌درمانی PTC را تایید می‌کند. بعلاوه،
مطابق گزارش بیمار، تأثیرات مثبت درمانی در دو زمینه مشکلات
خلقی و بین‌شخصی نیز گسترش یافته است در حالی که برای این دو
دسته از مشکلات بیمار به طور مستقیم تکلیفی تجویز نشد. به این
قسمت از گفتگوی درمانگر و بیمار در جلسه سوم توجه کنید:

د- خیلی ممنون، توی هفته‌های گذشته، حال عمومیت چطور
بود؟

ب- به نظرم بهتر بودم، خودم اولش حواسم نبود، ولی مادرم و
خواهرم می‌گفتند که حالم بهتره، خوش اخلاق‌تر شدم بعد خودمم
که بیشتر دقت کردم متوجه شدم که رفتارهام بهتر شدن، شادتر
شدم. البته هنوز پیش نیومده بینم با دوستانم، در جمع مهمونی‌ها می
تونم شرکت کنم و اگه برم چطور می‌گذره، ولی پیش خودم و
توی محیط خونه که بهتر بودم.

همچنین این قسمت از گزارش‌ها در جلسه چهارم:

د- خیلی ممنون از گزارشتون در مورد احساس نجس و پاکی،
الان یه گزارش هم در مورد قیافه بدید.

ب- در مورد قیافه هم هر وقت جور می‌شد تکلیفمو انجام می
دادم، یک مورد جشن تولد یکی از دوستانم بود که شرکت کردم.
کلا خیلی احساس بهتری دارم، هم در مورد قیافه و هم در مورد
اخلاق و رفتارم! اول بگم که یکی دو تا از دوستانم سر کار بهم
فیدبک دادند و می‌گفتند از چند هفته پیش تر متوجه تغییراتی در من
شده بودند منتهی خیلی مطمئن نبودند که چی شده و آیا ادامه دار
خواهد بود یا نه به همین دلیل به خودم چیزی نگفته بودند، اما توی
این چند هفته خیلی‌ها هم سر کار و هم توی اون مهمونی بهم می
گفتند که خیلی روحیم و رفتارم بهتر شده، خیلی راحت‌تر و شادتر
هستم و خودمم همین احساس رو دارم.

د- یه موارد دیگری هم جلسه اول مطرح شده بود مثل این که
حس می‌کردی فاضلاب ممکنه بالا بزنه، همین‌طور خواب بالا زدن

- dysmorphic disorder: A pilot study. *Behavior Therapy*, 47(2), 213-224.
- Gunstad, J., & Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 270-276.
- Harrison, A., Fernández de la Cruz, L., Enander, J., Radua, J., & Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 48, 43-51.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hollander, E., Allen, A., Kwon, J., Aronowitz, B., Schmeidler, J., Wong, C., et al. (1999). Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: Selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1033-1039.
- Koran, L. M., Abujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrums*, 13(4), 316-322.
- Kerbs, G. de la Cruz, L. F., Monzani, B., Bowyer, L., Anson, M., Cadman, J.,... Mataix-Cols, D. (2017). Long-Term Outcomes of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Therapy*, 48, 462-473.
- Krebs, G., Turner, C., Heyman, I., & Mataix-Cols, D. (2012). Cognitive behaviour therapy for adolescents with body dysmorphic disorder: A case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(4), 452-461.
- McKay, D. (1999). Two-year follow-up of behavioral treatment and maintenance for body dysmorphic disorder. *Behavior Modification*, 23(4), 620-629.
- Neziroglu, F., & Cash, T. F. (2008). Body dysmorphic disorder: Causes, characteristics, and clinical treatments. *Body Image*, 5, 1-2.
- Perugi, G., Giannotti, D., Di Vaio, S., Frare, F., Sacttoni, M., Cassano, G. B., et al (1996). Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 247-254.
- Phillips, K. A. (2009). *Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide*. New York: Oxford University Press.
- Phillips, K. A., Albertini, R. S., & Rasmussen, S. A. (2002). A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 381-388.
- Phillips, K. A., Didie, E. R., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., & Weisberg, R. B. (2006). Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Research*, 141, 305-314.
- Phillips, K. A., Dwight, M. M., McElroy, S. L. (1988). Efficacy and safety of fluvoxamine in body
- اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه موردی. *مجله علوم روانشناختی*، ۷۶، ۳۸۳-۳۹۵.
- Albertini, R. S., & Phillips, K. A. (1999). Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(4), 453-459.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Angelakis, I., Gooding, P. A., Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 49, 55-66.
- Beck, A. T., Epstein, N. (1993). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- 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.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-27.
- Eifert, G. H., & 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.
- Enander, J., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Lichtenstein, L., Alström, K., Andersson, G.,... Rück, C. (2016). Therapist guided Internet based cognitive behavioural therapy for body dysmorphic disorder: Single blind randomised controlled trial. *BMJ*, 352. <https://doi.org/10.1136/bmj.i241>
- Enander, J., Ivanov, V. Z., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Ljótsson, B., & Rück, C. (2014). Therapist-guided, internetbased cognitive-behavioural therapy for body dysmorphic disorder (BDD-NET): A feasibility study. *BMJ Open*, 4, e005923. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005923>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., & Charney, D. S. (1989). The Yale-brown obsessive compulsive scale. I. development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Greenberg, J. L., Mothi, S. S., & Wilhelm, S. (2016). Cognitive-behavioral therapy for adolescent body

- settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168-186.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R., & Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 717-729.
- Veale, D., Miles, S., & Anson, M. (2015). Long-term outcome of cognitive behavior therapy for body dysmorphic disorder: A naturalistic case series of 1 to 4 years after a controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(6), 775-785.
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., Didie, E., Buhlmann, U., Greenberg, J. L., Fama, J. M.,... Steketee, G. (2014). Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 45, 314-327.
- Wilhelm, S., Weingarden, H., Greenberg, J. L., McCoy, T. H., Ladis, I., Summers, B. J.,... Harrison, O. (2020). Development and Pilot Testing of a Cognitive-Behavioral Therapy Digital Service for Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Therapy*, 51, 15-26.
- World Health Organisation. ICD-11 International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. Eleventh Revision. World Health Organisation; 2018. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. [Last accessed on 2018 Jul 20].
- dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 165-171.
- Phillips, K. A., Keshaviah, A., Dougherty, D. D., Stout, R. L., Menard, W., Wilhelm, S., et al. (2016). Pharmacotherapy relapse prevention in body dysmorphic disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 173, 887-895.
- Phillips, K. A., & Menard, W. (2006). Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1280-1282.
- Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46, 317-325.
- Phillips, K. A., Menard, W., Quinn, E., Didie, E. R., & Stout, R. L. (2013). A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*, 43, 1109-1117.
- Phillips, K. A., & Najjar, F. (2003). An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 715-720.
- Phillips, K. A., Quinn, G., & Stout, R. L. (2008). Functional impairment in body dysmorphic disorder: A prospective, follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 701-707.
- Pope, C. G., Pope, H. G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R., Phillips, K. A., et al. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2, 395-400.
- Rasmussen, J., Gomez, F., & Wilhelm, S. (2017). *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder*. In: Phillips K, editor. *Body Dysmorphic Disorder, Advances in Research and Clinical Practice*. New York: Oxford University Press.
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., & Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychological Medicine*, 36(6), 877-885.
- Rosen, J. C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 263-269.
- Veale, D., Anson, M., Miles, S., Pieta, M., Costa, A., & Ellison, N. (2014). Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 341-353.
- Veale, D., & Bewley, A. (2015). Body dysmorphic disorder. *BMJ*, 350, h2278.
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R., et al. (1996). Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, 169, 196-201.
- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different