

سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه موردی\*  
 محمدعلی بشارت<sup>۱</sup>

## Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study

Mohammad Ali Besharat<sup>1</sup>

### چکیده

**زمینه:** اصول و فنون یک مدل جدید روان‌درمانی برای اختلال‌های روانشناختی با عنوان اختصاری PTC (پارادوکس + برنامه زمانی = درمان) در این مقاله معرفی می‌شود. **هدف:** اثربخشی مدل روان‌درمانی PTC برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) هدف دیگر این مقاله است. **روش:** PTC 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 (بشارت، ۱۳۹۶). در این مقاله، فرآیند و نتایج درمان PTC برای یک بیمار مبتلا به SAD به طور کامل گزارش می‌شود. **یافته‌ها:** نتایج درمان سه جلسه‌ای PTC برای این بیمار، نشان می‌دهد که درمان کاملاً موفقیت‌آمیز بوده است. پیگیری ۳ ساله نیز نشان داد که تغییرات رضایت‌بخش درمانی از ثبات و استمرار برخوردار بوده و در این دوره هیچ بازگشتی صورت نگرفته است. این نتایج، تأثیرات درمانی عمیق و پایدار مدل روان‌درمانی PTC را در کوتاه‌ترین زمان ممکن تأیید می‌کند. مکانیسم‌های تأثیرگذاری "برنامه زمانی پارادوکسی"، به عنوان فن اصلی روش درمان PTC، و انطباق آنها با نتایج درمان بیمار در این مقاله شرح داده شده است. **نتیجه‌گیری:** مدل روان‌درمانی PTC، به عنوان رویکردی بسیار کوتاه‌مدت، ساده، تأثیرگذار و کارآمد، و در عین حال اقتصادی برای درمان SAD معرفی و پیشنهاد می‌شود. **واژه کلیدیها:** روان‌درمانی، پارادوکس، برنامه زمانی، اختلال اضطراب اجتماعی

**Background:** The principles and techniques of a new psychotherapeutic model for the treatment of psychological disorders, shortly named PTC (Paradox + Timetable = Cure), is introduced in this article. **Aims:** Evaluating the effectiveness of PTC model for the treatment of Social Anxiety Disorder (SAD) is another objective of the present article. **Method:** 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 a SAD patient is fully described in the present article. **Results:** Results of a three-session PTC therapy indicated that the treatment of the patient was successfully done. The result of a three-years 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. **Conclusion:** The PTC psychotherapeutic model, as a very short-term, effective, efficient and yet economical approach is introduced and suggested for the treatment of SAD. **Key words:** Psychotherapy, Paradox, Timetable, Social anxiety disorder

Corresponding Author: besharat@ut.ac.ir

\* این تحقیق در قالب طرح پژوهشی شماره ۵۱۰۶۰۰۳/۱/۷۹ با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

<sup>۱</sup> استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

<sup>1</sup> Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۳/۲۰

دریافت: ۹۸/۰۱/۲۵

## مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۱</sup> (SAD) بر اساس ترس و اضطراب شدید و پایدار از موقعیت‌های اجتماعی یا اجرایی که در آنها فرد ممکن است مورد توجه یا ارزشیابی منفی دیگران قرار گیرد، مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). اختلال اضطراب اجتماعی، اختلالی شایع و ناتوان کننده است و جنبه‌های مهم زندگی فرد شامل ثبات مالی و شغلی، عملکرد تحصیلی، سلامت روانی، و کیفیت زندگی (استین و استین، ۲۰۰۸؛ زافرانسکی، تالکوسکی، فارسی و نورتن، ۲۰۱۴؛ فورمارک، ۲۰۰۲؛ فینک، آکیموا، اسپیندلگر، هاهن، لنزبرگر و همکاران، ۲۰۰۹؛ کسلر، اونولی، مک لاهلین، گرین، لکوما و همکاران، ۲۰۱۲) را تحت تأثیر قرار می‌دهد. علاوه بر پیامدهای منفی و ناتوان کننده چندجانبه برای فرد و خانواده، SAD برای جامعه نیز اختلالی پرهزینه محسوب می‌شود. هزینه‌های مستقیم دارو درمانی و روان‌درمانی و هزینه‌های غیر مستقیم فقدان بهره‌وری<sup>۳</sup>، بسیار بالا گزارش شده‌اند (آکارتورک، کوئیپرز، ون استراتن، و دی‌گراف، ۲۰۰۹؛ اسمیت، کوئیپرز، اوستنبرینک، بتلان، دی‌گراف و همکاران، ۲۰۰۶). بر اساس این واقعیت‌های بالینی، درمان سریع و به موقع SAD، از اهمیت بسیاری برخوردار است. همبودی بالای SAD با سایر اختلال‌های روانشناختی (جانسون، هوفارت، نوردال و ومپولد، ۲۰۱۷؛ کسلر و همکاران، ۲۰۱۲) و تأثیر آن بر افزایش بار<sup>۴</sup> بیماری (گادرم، آلونسو، ویلاگوت، زاسلاوسکی و کسلر، ۲۰۱۲)، اهمیت درمان آن را مضاعف می‌کند.

مجموعه‌ای از مدل‌های شناختی - رفتاری (برای مثال، کوئیپرز، جنتیلی، بانوس، گارسیا - کامپایو، بوتلا و همکاران، ۲۰۱۶؛ گرگوری و پترز، ۲۰۱۷؛ آکارتورک و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسکیلدسن، هوگارد، و روزنبرگ، ۲۰۱۰؛ کلارک و ولز، ۱۹۹۵؛ مایو - ویلسون، دیاس، مورانزولی، کیو، کلارک و همکاران، ۲۰۱۴؛ مسکوویچ، ۲۰۰۹؛ هافمن، ۲۰۰۷؛ هافمن و اسمیت، ۲۰۰۸؛ هیمبرگ، بروزویچ، و رایبی، ۲۰۱۴)، روان‌پویشی<sup>۵</sup> (اسلاوین - مولفارد و هیلسنروت، ۲۰۱۲؛ کیف، مک‌کارتی، دینگر، زیلچا - مانو و باربر، ۲۰۱۴؛ لیچسنرینگ و همکاران، ۲۰۰۹، ۲۰۱۳؛ میلرود لئون، بوش، رودن،

شوالبرگ و همکاران، ۲۰۰۷)، و بین شخصی<sup>۶</sup> (داگو، آسپلون، بنکو، هایپرلینگ، هولمبرگ و همکاران، ۲۰۱۴؛ لیسیستز، گور، ورمس، پتکوا، چنگ و همکاران، ۲۰۰۸؛ وس، هوبرس، دیلس و آرنس، ۲۰۱۲) برای درمان اختلال‌های اضطرابی شامل SAD مورد استفاده قرار گرفته‌اند. علی‌رغم دشواری‌های مقایسه نتایج درمانی و اثربخشی نسبی رویکردهای مختلف برای درمان SAD، شواهد تجربی و بالینی برتری اثربخشی مدل‌های شناختی - رفتاری را تأیید کرده‌اند (برای مثال، کوپیروز و همکاران، ۲۰۱۶؛ ترستون، گلدین، هیمبرگ و گروس، ۲۰۱۷؛ مایو - ویلسون و همکاران، ۲۰۱۴). در عین حال، بسیاری از بیماران مبتلا به SAD که CBT دریافت می‌کنند یا به درمان پاسخ نمی‌دهند یا پس از درمان نشانه‌های باقیمانده دارند (برای مثال، رایبی، گستون و ابات، ۲۰۰۹). شواهد تجربی نشان می‌دهد که بعضی از بیماران مبتلا به SAD در نتیجه درمان CBT بهبود نسبی به دست می‌آورند اما کاملاً درمان نمی‌شوند، بعضی بهبود نسبی هم پیدا نمی‌کنند، و بعضی حتی در جریان درمان بدتر هم می‌شوند (لینکلن، ریف، هاهلگ، فرانک، ون ویتزلین و همکاران، ۲۰۰۳). همبودی SAD با سایر اختلال‌های روانشناختی نیز احتمال موفقیت درمان را بیشتر کاهش می‌دهد (بروس، یونکرز، اوتو، آیزن، ویزبرگ و همکاران، ۲۰۰۸). این کاستی‌ها و ملاحظات بالینی و درمانی، ضرورت به کارگیری مدل‌های درمانی جدیدتر و کارآمدتر را توجیه می‌کنند.

در این مقاله یک مدل جدید روان‌درمانی پارادوکسی<sup>۷</sup> برای درمان SAD معرفی می‌شود. این مدل روان‌درمانی پارادوکسی، که به اختصار<sup>۸</sup> PTC نامیده می‌شود (بشارت، ۱۳۹۶)، روشی از درمان اختلال‌های روانشناختی است که بسیاری از محدودیت‌ها و کاستی‌های فوق‌الذکر را برطرف کرده است. این روش با موفقیت در مورد تعداد کثیری از اختلال‌های روانشناختی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) شامل طیف گسترده اختلال‌های اضطرابی<sup>۹</sup>، طیف وسواس‌های فکری و عملی و اختلال‌های مرتبط<sup>۱۰</sup>، اختلال‌های مرتبط با

6. interpersonal

7. Paradoxical Psychotherapy (PT)

8. Paradox + Timetable = Cure (PTC)

9. Anxiety disorders

10. obsessive-compulsive and related disorders

1. Social Anxiety Disorder (SAD)

2. American Psychiatric Association

3. productivity loss

4. burden

5. psychodynamic

بازسازی کنی؛ یعنی سعی کنی با یادآوری آن هیجان‌ها، آنها را دوباره تجربه کنی. تکلیف شما این است که سعی کنی هیجان‌ها را با همان شدت بازسازی و تجربه کنی. هر چه این تمرین و بازآفرینی آن هیجان‌ها بیشتر مشابه موقعیت‌های واقعی پیشتر تجربه شده باشد، نتیجه بهتر خواهد بود. این وضعیت آرمانی است و شما تلاش کنید که تا حد امکان با همین کیفیت هیجان‌ها را تجربه کنید. اما این احتمال وجود دارد که موقع تمرین در بعضی موارد بازسازی‌ها با این شدت میسر نشوند. وظیفه اصلی شما اولاً این است که تکلیف را به موقع انجام دهید و ثانیاً سعی کنید که آنچه بازسازی می‌شود عین چیزی باشد که در موقعیت‌های اجتماعی برایتان پیش می‌آید. این که چه اتفاقی می‌افتد و شما تا چه حد موفق می‌شوید هیجان‌ها را بازسازی کنید، از عهده شما خارج است، هر مقدار که شد خوب است. توجه داشته باشید که شما باید این تکالیف را در وقت‌های مشخص شده انجام دهید، نه زودتر و نه دیرتر. اگر به هر دلیلی، از جمله نبودن در جای مناسب در آن وقت یا خواب بودن و یا حتی فراموش کردن، نتوانستید تکلیف را در وقت از پیش تعیین شده انجام دهید، در وقت دیگری هم حق ندارید آن را انجام دهید یا بخواهید جبران کنید. پس تمرین‌ها یا انجام نمی‌شوند یا در وقت از پیش تعیین شده انجام می‌شوند.

دو نکته دیگر هم لازم است برای بیمار توضیح داده شود: اول این که بیمار تکالیفش را از فردا شروع می‌کند و برای امروز کاری انجام نمی‌دهد. دوم و مهمتر این که از بیمار خواسته می‌شود فقط تکالیف را انجام دهد و هیچ کاری در رابطه با درمان از پیش خود انجام ندهد و هیچ تصمیمی در رابطه با درمان نگیرد، فقط و فقط تکالیف تجویز شده را انجام دهد. برای بیمار توضیح داده می‌شود که انجام تمرین در وقت‌های معین به این معنا نیست که در وقت‌های دیگر آن نشانه‌های واقعی بیماری نباشند یا بیمار بخواهد برای نبودن آنها کاری انجام دهد و یا حتی فکری بکند! به بیمار گفته می‌شود که تا پایان درمان وی حق ندارد از پیش خود برای درمان تصمیمی بگیرد یا کاری بکند، بلکه برعکس، نشانه‌ها مجازند که تا پایان درمان هر وقت خواستند فعال شوند و بیایند و بروند و بیمار نباید جز عمل به تکالیف تجویز شده از سوی درمانگر کاری انجام دهد. علاوه بر اصل

تروما و استرس<sup>۱</sup>، اختلال‌های نشانه‌های بدنی<sup>۲</sup> به کار بسته شده است (بشارت، ۱۳۹۶). نتایج مربوط به درمان PTC برای اختلال‌های خورد و خوراک<sup>۳</sup> و اختلال‌های شخصیت<sup>۴</sup> نیز به زودی منتشر می‌شود. نتایج درمان اختلافات و مشکلات زوجین بر اساس مدل PTC برای زوجین<sup>۵</sup> (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 (بشارت، ۱۳۹۶). درمان PTC از دو تکنیک اصلی یعنی پارادوکس و برنامه زمانی<sup>۶</sup> تشکیل شده است. پارادوکس یعنی تجویز نشانه بیماری یا نشانه رفتاری، و برنامه زمانی یعنی انجام تکالیف تجویز شده پارادوکسی در وقت معین و برای مدت زمان مشخص؛ وقت و مدت زمانی که به طور قطعی و غیرقابل تغییر از قبل تعیین می‌شود. بر اساس این تکنیک ترکیبی، یعنی برنامه زمانی پارادوکسی، عین نشانه‌های بیماری برای بیمار تجویز می‌شود 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. در مدل روان‌درمانی PTC، این دو تکنیک همواره با هم تجویز می‌شوند و تابع اصل جدایی ناپذیری هستند. ترکیب این دو تکنیک، اصل جدایی ناپذیری پارادوکس و برنامه زمانی، و تجویز عین نشانه از مشخصه‌های مدل روان‌درمانی PTC هستند.

برای مثال، برنامه زمانی پارادوکسی در مورد بیمار مبتلا به SAD در سطح تجسمی به این صورت است که بیمار مکلف می‌شود در سه وقت معین از شبانه روز (برای مثال، ساعت ۱۰، ۱۴، ۱۸) هر نوبت به مدت ۵ دقیقه، اضطراب‌ها، ترس‌ها و هیجان‌های منفی مرتبط با موقعیت‌های اجتماعی و اجرایی را که پیشتر در چنین موقعیت‌هایی تجربه کرده است، عیناً بازسازی کند. این تکلیف با این توضیحات برای بیمار تجویز می‌شود: واحد تکلیف شما این است که در یک وقت ۵ دقیقه‌ای در جای مناسب قرار بگیری و آن موقعیت‌ها و ترس‌ها و اضطراب‌ها و هیجان‌های مشابه تجربه شده در آن موقعیت‌ها را

4. personality disorders

5. PTC for Couples (PTCC)

6. timetable

1. trauma- and stress-related disorders

2. somatic symptom and related disorders

3. feeding and eating disorders

خیلی زیاد باشند و استاندارد معمول روزی سه نوبت در شروع درمان، نتواند هدف درمان را محقق سازد. در این گونه موارد هم به سرعت سطح و تعداد تمرین‌ها به حد سایر موارد تقلیل می‌یابد. PTC درمانی بسیار کوتاه مدت است. 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

این پژوهش 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، ارزشیابی می‌شوند. خانم م. خ. ۳۲ ساله و مجرد است. خانم م. خ. برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی) 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 روانشناختی آغاز شد. مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز (نسخه خود گزارشی)<sup>۱</sup> (LSAS-SR؛ فرسکو، کولس، هیمبرگ، لیبویتز، همی و همکاران، ۲۰۰۱؛ لیبویتز، ۱۹۸۷)، مقیاس افسردگی بک<sup>۲</sup> (BDI؛ بک، استیر و گارین، ۱۹۸۸)، مقیاس اضطراب بک<sup>۳</sup> (BAI؛ بک و اپستین، ۱۹۹۳) و مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان<sup>۴</sup> (TOSRS؛ بشارت، ۱۳۸۲) توسط بیمار تکمیل شد. مصاحبه بالینی، معیارهای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانشناختی<sup>۵</sup> (DSM-V؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) برای

جدایی ناپذیری 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 بیماری نیز از دیگر اصول اختصاصی مدل رواندرمانی PTC محسوب می‌شوند.

پس از تعیین تکالیف و اطمینان از این که بیمار به طور کامل متوجه شده است که چه کارهایی باید انجام دهد و چه کارهایی نباید انجام دهد، جلسه اول به پایان می‌رسد و وقت جلسه دوم تعیین می‌شود. فاصله بین جلسات درمان در مدل PTC به طور معمول دو هفته است. فاصله بین جلسات ممکن است به دلایلی کمتر یا بیشتر بشود، اما دو هفته فاصله ترجیحی است. یکی از دلایل ضرورت این مقدار فاصله تأثیرات سریع درمانی در این مدل است. سرعت تغییرات درمانی و اندازه آنها، که گاه در فاصله جلسه اول تا دوم به صد درصد هم می‌رسد، نیازمند گذشت زمان کافی است تا بیمار فرصت باور کردن تغییرات را داشته باشد. این فرصت، که در فاصله مابین آن تا جلسه بعدی، بیمار اوقاتی را تجربه خواهد کرد که دیگر از حمله‌های اضطرابی خبری نیست. حتی بعضی از بیماران فرصت پیدا می‌کنند که خودشان را در معرض موقعیت‌های اجتماعی قرار دهند تا اطمینان حاصل کنند از این که دیگر مضطرب نمی‌شوند. البته، با گذشت زمان و تعدد جلسات، اگر میزان پیشرفت مطابق معمول مدل درمان PTC باشد، درمانگر به تشخیص خودش رفته رفته فاصله جلسات را از دو هفته هم بیشتر می‌کند.

در آغاز هر جلسه، درمانگر گزارش کاملی از نحوه انجام تکالیف، تغییرات صورت گرفته و مشکلات و موانع احتمالی اجرای تکالیف را از بیمار دریافت می‌کند. این گزارش با دقت رصد می‌شود تا بر اساس آن تکالیف بعدی بیمار تعیین و تجویز شوند. تکالیف بیمار در مدل رواندرمانی PTC به طور معمول سیر کاهشی دارند. برای مثال، اگر بیمار طی هفته اول روزانه سه نوبت تکلیف انجام دهد، در هفته دوم به روزی دو نوبت و در هفته سوم به روزی یک نوبت تقلیل می‌یابد. سیر کاهشی تمرین‌های پارادوکسی هم از ویژگی‌های مدل رواندرمانی PTC است. در موارد معدودی هم لازم می‌شود که تکالیف سیر افزایشی داشته باشند، جایی که حجم حضور نشانه‌ها

4. Treatment Outcome Subjective Rating Scale (TOSRS)

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

1. Liebowitz Social Anxiety Scale-Self-Report (LSAS-SR)

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

3. the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)

خیلی دوست دارم، ولی در موقعیت‌هایی که باید پاسخ‌گو باشم، بخوام حرف بزنم یا در موقعیت‌های امتحان خیلی اضطراب می‌گیرم. همیشه موقع کنفرانس ایندراال می‌خورم، و اگر نخورم آنقدر تپش قلب می‌گیرم و صدام می‌لرزه که نمی‌تونم حرف بزنم.

د- آیا این اضطراب، محدود به امتحان و کنفرانس و این جور مواقع یا در موارد دیگه هم هست؟

ب- بله در موقعیت‌های دیگه هم هست. من فکر می‌کنم در موقعیت‌های خانوادگی اعتماد به نفس خیلی پایینی دارم و آگه بنا باشه یک داستان طولانی یا اتفاقی رو که پیش اومده در یه جمع خانوادگی توضیح بدم تپش قلب می‌گیرم؛ همین مطلب رو آگه بخوام توی جمع دوستان مطرح کنم اصلاً مشکلی ندارم. به همین دلیل فکر می‌کنم بخشی از مشکل برمی‌گرده به دوران کودکی و مشکلات آن زمان. ولی مشکلی که الان هست اینه که من می‌خوام برم خارج از کشور برای ادامه تحصیل در مقطع دکتری، ولی خیلی مضطربم، حتی گاهی درد شدید می‌افته توی گردن و شونه‌هام، حتی یه بار گردنم خشک شد و دستم ورم کرد که مراجعه کردم متخصص مغز و اعصاب اول گفتند دیسک گردنه، بعد که MRI گرفتم، معلوم شد دیسک نیست و گفتند اسپاسم خیلی شدید. دایم فکر می‌کنم که آگه برم اونجا و اونجا مضطرب بشم دیگه هیچ کاری نمی‌تونم بکنم. این الان خیلی اذیت می‌کنه.

د- خب، شما از یک زمانی اون حمله‌های اضطرابی رو داشتید که مواقع امتحان هست. گفتید که مواقع دیگری هم هست؟

ب- مثلاً توی جمع کلاس زبان، فرض کنید اولین جلسه است و من بخوام خودمو معرفی کنم. به شدت مضطرب می‌شم، آن چنان ضربان قلبی می‌گیرم که اصلاً متوجه نمی‌شم چرا!

د- خب، پس این حمله اضطرابی فقط محدود به امتحان و آزمون و نمره نیست، آگه در یه جمعی بنا باشه که حرف بزنی، مثلاً خودتو رو معرفی کنی، هم این حالت پیش می‌آد؟

ب- آره فقط به خاطر امتحان نیست، حرف زدن توی جمع، مثلاً توی یک جمع رسمی آگه قرار باشه حتی سؤال کنم، با این که همیشه سؤال‌هام با فیدبک مثبت همراه بوده، ولی چنان قلبم می‌زنه که ترجیح می‌دم نپرسم.

د- علایم را گفتید که تپش قلب و بعضی وقت‌ها دردهای گردن و کتف و دردهای ماهیچه‌ای و دست‌ها بوده و با دارو درمانی تا حدی کنترل شده ولی همچنان اذیت می‌شید که باید براس یه فکر اساسی

اختلال اضطراب اجتماعی خانم م. خ. را تأیید کرد. نمره کلی اضطراب اجتماعی بیمار در خط پایه بر اساس مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز (نسخه خودگزارشی)، ۷۹/۵ محاسبه شد. نمره‌های کلی افسردگی و اضطراب بیمار به ترتیب ۹/۷ و ۴۱/۷ محاسبه شد. ارزیابی بیمار از شدت نشانه‌های اضطراب اجتماعی بر حسب مقیاس درجه‌بندی ذهنی در جلسه اول درمان ۱۰۰ از ۱۰۰ بود. این ارزیابی در جلسه آخر درمان و بعد از پیگیری ۳۶ ماهه توسط بیمار، ۹۰ از ۱۰۰ برآورد شد (شکل ۱). نمرات کلی اضطراب اجتماعی، افسردگی و اضطراب بیمار در جلسه آخر درمان به ترتیب ۱۴/۱، ۶/۳ و ۱۰/۷ به دست آمد. شیوه اجرای اصول و فنون مدل روان‌درمانی PTC، در قالب شرح فرآیند جلسه به جلسه درمان، برای بیمار به این شرح بود.

فرآیند درمان PTC برای بیمار مبتلا به SAD

جلسه اول

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

ب- (لبخند مراجع!) یه اضطراب شدیدی، که با دارو تا حدی کنترل شده، دارم. هیچ وقت هم نتونستم بفهمم علتش چیه. ده سال پیش این اضطراب به شکل یه حمله ناگهانی اضطرابی خودشو نشون داد. ایام امتحاناتم بود، کلاً وقت امتحانات و تو موقعیت‌های تحصیلی خیلی اضطراب دارم. اون موقع اصلاً نتونستم سر جلسه امتحان حاضر شم و آن ترم صفر شدم. از همون زمان دارو درمانی رو شروع کردم، داروها تغییرات زیادی داشتند تا این که روی نورتریپتیلین و ایندراال که بهترین جواب رو می‌داد متمرکز شد. وقتی ایندراال می‌خورم ضربان قلبم کنترل می‌شه و اضطرابم کاهش پیدا می‌کنه، ولی وقتی نخورم خیلی مضطرب می‌شم و خوابم به هم می‌خوره. مثلاً همین دو روز پیش که فراموش کردم بخورم همین حالت پیش اومد (مشخص شد که ابتدا ایندراال قوی تر مصرف می‌کرده است و الان ۱۰ میلی مصرف می‌کند).

د- خب، علایم این حمله اضطرابی که دست کم ده ساله داری تجربه‌ش می‌کنی چیه؟

ب- تپش قلب خیلی زیاد و ترس خیلی زیاد از این که اتفاقات بدی ممکنه بیافته. ته تهش فکر می‌کنم که خب درس‌ها رو می‌افتم و از دانشگاه اخراج می‌شم؛ این در حالی بوده که همیشه شاگرد اول هم بودم! ولی احساس می‌کنم همیشه از ترس، درس خوندم و گرنه از درس خوندن خوشم نمی‌آد. البته اهل مطالعه هستم و مطالعه را

بشه. این از ده سال پیش به این طرف بوده؟

ب- وقتی کتاب دسته و دارم آماده می‌شم، مدام توی ذهنم مانیور می‌کنم و فکرهای منفی می‌آد سراغم که نتیجه نمی‌گیرم و...  
د- خب، اقدامات درمانیتون محدود می‌شه به همین رژیم دارویی که گفتید و الآن ده ساله که مصرف می‌کنید؟ و همزمان دارید درس می‌خوانید و برا رفتن به خارج از کشور آماده می‌شید؟  
ب- بله، و اضافه کنم که هیچ وقت هم از وضعیت رضایت نداشته‌ام.

د- رضایت ندارید یعنی چی؟

ب- الآن ۳۲ سالمه و فکر می‌کنم باید خیلی وضعیت بهتری داشته باشم و هنوز خیلی کارها مونده و خیلی عقبم.

د- مسئله اصلی فعلی که ما باید بهش پردازیم همین حالت‌های اضطرابیه که باید درمان بشه. بعدش که وضعیت کنترل شد، طبق برنامه‌هاتون پیش خواهید رفت. این قسمتش از امورات شخصی شماست که در سایه آرامش هر طور که بخواهید برایش تصمیم می‌گیرید. الآن من باید به برنامه براتون بریزم. آیا می‌تونید تا دو هفته کاری به درس نداشته باشید؟

ب- اگه بگید نخونم نمی‌خونم، ولی دارم زبان می‌خونم.

د- منظورم اینه که آیا دو هفته تعطیلی درسی برات هزینه داره؟  
عقب می‌افتی یا نه تأثیری نداره؟

ب- نه، خیلی عقب می‌افتم.

د- اگه یه هفته باشه چی؟

ب- یه هفته رو مشکلی ندارم.

د- خب، یه هفته درس نباشه، تمرین منو انجام بدید؛ از هفته دوم، هم تمرین باشه و هم درس. برا خودتون هم می‌تونه مقایسه خوبی باشه. به نظر می‌آد به دارو پای‌بند بودید!

ب- بله، البته پای‌بند بودم ولی در عین حال آدم بی‌نظمی هم بوده‌ام؛ یعنی خیلی یادم می‌ره، ولی همیشه خوردمش، اگر دو سه روز نخوردم حالم بد شده و دوباره خوردم.

د- نخوردنتون عمدی نبوده، فراموش کرده‌اید. گفتید بی‌نظمی، یعنی چی؟

ب- در مورد چیزهایی که برام مهمه اصلاً فراموشکار نیستم، فراموشی و بی‌نظمی مربوط می‌شه به چیزهایی که چندان در زندگی اهمیتی ندارند و یا شخصی هستند.

د- خب، من اینو از این جهت گفتم که در برنامه من باید دارو حذف بشه. شما دارو رو مثل مواقعی که فراموش می‌کردید برای سه

د- این مرحله‌ای بوده که دارو درمانی رو شروع کردم، و گرنه از بچگی کلاً آدم مضطربی بودم. یادم هست کلاس اول ابتدایی یه مطلب ریاضی رو توی کلاس متوجه نشده بودم، بعد زنگ تفریح پیش خواهرم که اون موقع کلاس پنجم بود، توی همون مدرسه، گریه می‌کردم که من اینو نفهمیدم، من چیزی بلد نیستم، خواهرم زد زیر خنده و برام توضیح داد که خیلی هم ساده بود. از همون بچگی به شدت ترسو بودم، خیلی از ضوابط و مقررات تبعیت می‌کردم تا مبدا کسی بهم بگه بالا چشمت ابروست!

د- گفتید از بچگی، دیگه چه تجربه‌هایی رو می‌خواستید بگید؟  
ب- آره از بچگی بوده (چند نوبت سرفه و صاف کردن گلو توسط مراجع)، اما مشکل صحبت کردن توی جمع از اول راهنمایی شروع شد. کلاس انشاء بود و رفتم برا انشاء خوندم (البته همیشه این نگرانی رو داشتم که نکنه معلم منو صدا کنه برا انشاء)، اون موقع یادمه که صدام بد جوری لرزید و من به سختی انشاء رو تموم کردم و از اون موقع مشکل حرف زدن و صحبت کردن توی جمع شدت گرفت.

د- تا اینجا فرض می‌کنیم از کودکی زمینه وجود داشته و بعد هم تشدید شده تا الآن، دیگه چه مشکلی بوده؟ مشکلی که برایش اینجا مراجعه کرده‌اید؟  
ب- اصلش همین اضطرابه.

د- توی خونه چه کس دیگه‌ای هست که شبیه شما باشه یا شما شبیه اون باشی؟

ب- (مراجع از مشکلات اضطرابی شدید مادر و سایر اعضای خانواده گزارش نسبتاً مفصلاً ارائه می‌کند).

د- پس این حالت‌ها وقتی که یا در موقعیت امتحان قرار می‌گیرید، یا بناست در حضور جمعی حرف بزنید. آیا توجه کرده‌اید که اگه این دو موقعیت نباشه، مثلاً توی خونه تنها نشسته‌اید، امتحان و حرف زدن در جمع هم مطرح نیست؛ اضطراب میاد یا نه؟

ب- یعنی تصور امتحان هم نباشه؟

د- می‌تونید هر دو را بگید با تصور و بدون تصور.

ب- با تصور امتحان هم مضطرب می‌شم. وقت‌هایی هم که دارم برا امتحان آماده می‌شم اضطراب دارم.

د- منظورتون چیه وقتی برا امتحان آماده می‌شید اضطراب دارید، یعنی ۲۴ ساعته؟

با این تفاوت که شما داروی آماده رو از داروخانه می خرید و فقط زحمت می کشید می خورید، اما این جا خودت داری دارو رو می سازی. من با توضیحاتم دستور ساخت این دارو رو بهت می دم. دارو رو جوری بساز که وقتی خوردیش بتونه اضطرابی رو درت ایجاد کنه که حتی بدتر از اون اضطراب معمول خودت باشه.

ب- آیا می شه توی ۱۰ دقیقه این مقدار اضطراب تولید کرد؟

د- آگه دغدغه این رو داری که ممکنه نشه، ۱۵ دقیقه انجام بده ایرادی نداره، چون این زمان سقفه، حداکثره و آگه دیدی ۱۰ دقیقه کافیه همون ۱۰ دقیقه تمومش می کنی، اگر نه ادامه میدی تا ۱۵ دقیقه. حالا به بقیه دستورالعمل گوش کن برات روشن تر می شه. شما می ری که صادقانه این طوری نقشت رو بازی کنی، ولی گاهی نمی شه، شما تلاشتو می کنی ولی نمی شه، در حد مثلاً ۵۰ درصد در می آد. هیچ اشکالی نداره، شما کارت رو انجام داده ای. حتی ممکنه بعضی وقت ها اصلاً نشه، امروز روضه خون هر چی بالا و پایین می ره بنا نیست اشکی از ما در بیاد، صفر صفر. این حالت هم اگر پیش آمد مسئله ای نیست بازم شما به تکلیفتون عمل کرده اید. فقط یادتون باشه که آگه در یه نوبتی از تمرین موقعیت صفر شد دیگه لازم نیست ۱۰ یا ۱۵ دقیقه بشینی، دو سه دقیقه که گذشت و دیدی چیزی نمی شه، تمرین رو تمومش کن و برو دنبال کارت. این رو هم اضافه کنم که هر کدوم از این حالت ها که پیش بیاد قابل قبوله به این شرط که شما به خودت ترحم نکنی، از کار کم نذاری و حداکثر تلاشت رو بکنی که صد بشه، و گفتم که حتی اضطرابت جوری بالا بره که گردنم بگیره و کتف و دستت هم درد بیاد و هر علامت دیگه ای که باشه؛ چون می دونم که این حالت خیلی درمان بخشه؛ این حالت اوج هنر هنرمند در بازی نقشی است که بهش محول شده!

حالت دیگه ای هم ممکنه پیش بیاد و اون اینه که شما به هر دلیلی نتونی تمرینت رو در وقت مقرر انجام بدی؛ مثلاً فراموش کنی، در جای مناسبی نباشی، مهمان داشته باشی، یا خواب مونده باشی. آگه نتونستی در وقت مقرر تمرین رو انجام بدی، تمرین اون نوبت می سوزه و حق جبران اون رو هم نذاری. به همین دلیل شما نمی تونید وقت را جا به جا کنید، نیازی نیست چون اگر هم نشد تمرین رو انجام بدید اصلاً ایرادی نداره. تعداد تمرین ها به اندازه ای هست که ما رو به نتیجه برسونه. حالا شما سه تا وقت ۱۵ دقیقه ای رو بر حسب اوقات خواب و بیداری خودت پیشنهاد کن که مشخص بشه تمرین هاتو از فردا در چه زمان هایی باید انجام بدی؛ هر سه وقتی رو که دلت می

روز مصرف نمی کنید، توی این سه روز اثر برنامه ما شروع می شه و احتمالاً دیگه مثل سابق حالتون بد نمی شه و می تونید با دارو خداحافظی کنید. حالا خوب دقت کن که، در این برنامه، چه کار باید بکنی. شما از فردا بناست طبق دستور من روزانه تمرین هایی رو انجام بدید. من یک واحد تمرین رو برات توضیح می دم بعد به تدریج مشخص می شه که چطوری و در چند نوبت باید انجامش بدی.

ب- لازمه که یادداشت کنم؟

د- نه خیلی ساده است، نیازی به یادداشت نیست. هر واحد تمرین ۱۰ دقیقه زمان می بره. توی این ۱۰ دقیقه شما بناست یه نقش بازی کنید. چه نقشی؟ نقش همین آدمی که خودت هستی و الآن بیش از ده ساله که اونو بازی می کنی، در زندگی معمولت این نقش طبیعی، با اضطراب همراه و با اون حالت هایی که توضیح دادید. توی این ۱۰ دقیقه بناست شما این حالت ها رو بازسازی کنی، بناست اونها رو دقیقاً مشابه نسخه طبیعی تجربه کنی با همه تجسمات، تخیلات، افکار، احساس ها و رفتارها و نشانه های بدنی تلخ و ناراحت کننده اش. این نقش را شما سال هاست که در زندگی بازی می کنید (البته به شکل ناخواسته و تحمیلی). نیازی نیست که من اون نقش رو براتون توضیح بدم، خودتون بهتر از هر کس دیگه اونو می شناسید و می تونید بازسازی کنید. تفاوتش در اینه که در این تمرین ها شما با اختیار خودت این نقش رو بازی می کنی. باید بنشینید و صحنه هایی رو از امتحان و صحبت در جمع و هر چیزی که بتونه درت استرس و اضطراب ایجاد کنه، تجسم کنی، به نحوی که تپش قلب پیدا کنی، درد رو توی گردن و دست هات حس کنی، اضطراب تمام وجودت رو فرا بگیره.

ب- آیا باید سناریو هم داشته باشه؟

د- شما می تونید تجسم کنید سر جلسه امتحان هستید، توی کلاس می خواهید کنفرانس بدید، صحنه ها و تجربه های حال و گذشته و هر چیزی که بتونه داغ و تازه کنه، داغ اضطرابت رو. هر کسی با یه روضه ای اشکش در میاد، می خوام برا خودت روضه ای بخونی که زار زار بگیره کنی. هدف اینه که شما با این کار بتونی در خودت اضطراب و علایمی از اضطراب رو به وجود بیاری که مثل مواقع طبیعی باشه و حتی بدتر از اون! حتی تا جایی که همه این حالت ها در شما این احساس رو به وجود بیارن که احتمال بدید ممکنه در همان لحظه بمیرید! اگر این اتفاق بیافته عالی (مردنتو نمی گما، تمرینو می گم؛ خنده درمانگر و بیمار!) این تمرین ها شبیه دارو هستند

تأثیر قابل توجهی داشت؛ اوایلش خیلی بهتر بود، نمی‌دونم چرا این اواخر خیلی تأثیری نداشت. من قبلاً اگر دو روز دارو نمی‌خوردم، روز سوم واقعاً تا صبح نمی‌تونستم بخوابم، اما این دو هفته دارو نخوردم و شب‌ها هم راحت بودم و خوب خوابیدم. شما خواسته بودید که حتی سعی کنم دردهای گردن و دست تجربه بشن، ولی برعکس هر چی تلاش می‌کردم که بگیرم احساس می‌کردم عضلاتم بازتر می‌شن؛ به جورایی دردش کم می‌شد (خندهٔ مراجع)!" بیمار در ادامه اضافه کرد که در فاصله دو جلسه، در یک مصاحبه حرفه‌ای هم شرکت کرده و توانسته بدون اضطراب و با موفقیت از عهده آن برآید! در انتهای جلسه دوم، از بیمار خواسته شد که دو هفته دیگر تکلیف جلسه اول را روزی دو نوبت حداکثر ۱۰ دقیقه‌ای انجام دهد. در جلسه سوم، که جلسه آخر درمان بیمار بود، بیمار گزارشی از بهبودی ۱۰۰ درصدی گزارش کرد. در انتهای جلسه، بیمار می‌خواست بداند که آیا ممکن است بیماری عود کند. طبق روال معمول درمان PTC، این توضیحات به وی داده شد: پیش‌بینی معمول ما بر حسب تجربه این است که بیماری دیگر بر نمی‌گردد، اما اگر روزی متوجه شدید که علائم بیماری برگشته، اجازه بدهید ۵ الی ۷ روز بگذرد تا اطمینان حاصل کنید که واقعاً برگشته، روز هفتم می‌توانید دقیقاً مشابه برنامه‌ای را که من برای شما تجویز کردم، خودتان برای خودتان تجویز کنید و از فردای آن روز بهش عمل کنید. اگر چنی اتفاقی بیفتد و شما هم مشابه این برنامه را برای خودتان بریزید و به آن عمل کنید، این بار به سهولت و سرعت بیشتری درمان صورت می‌گیرد. البته، در کلینیک هم به روی شما باز است و هر وقت هم به کمک من نیازی شد در خدمتون هستم.

ارزیابی نتیجهٔ 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 باز پاسخ، نشان داد که بهبودی حاصل از درمان PTC برای این بیمار، در انتهای دوره درمان و همین طور پس از یک دوره پیگیری ۳۶ ماهه، در حد ۱۰۰٪ ادامه داشته است (شکل ۱) و هیچ‌گونه نشانه عودی نیز گزارش نشد.

خواد بده، فقط وقت‌هایی رو بده که بر حسب شرایط فعلی زندگی بیشترین احتمال رو داشته باشه که بتونی تمرین‌ها رو انجام بدی، چون مخصوصاً سه روز اول با توجه به برنامه‌های دیگه‌تون خیلی مهمه؛ هم از نظر قطع مصرف دارو و هم از این جهت که از هفته آینده درستی هم اضافه می‌شه.

ب- پس از کمی محاسبه و مشورت این وقت‌ها مشخص شد: ۱۰، ۱۷، ۲۲. و برای دو روز کاری در هفته مقرر شد دو نوبت تمرین در ساعت‌های ۸ و ۲۲ انجام شود.

د- برای هفته اول تمرین‌ها حداکثر ۱۵ دقیقه در هر نوبت و برای هفته دوم حداکثر ۱۰ دقیقه در هر نوبت انجام شوند. توجه کنید که تمرین از فردا شروع می‌شه، امشب تمرین نداری؛ از فردا دارو رو می‌ذاری کنار و تمریناتو شروع می‌کنی. به نکته مهم دیگه اینه که آنچه من ازتون خواستم عمل به این تمرین‌هاست و نه چیز دیگه. یعنی من از شما نخواستم که تمرین توی این سه وقت باشه و بقیه اوقات اضطراب نیاد سراغت؛ نه شما فقط اختیار این سه تا وقت رو دارید، شما نمی‌تونید جلوی چیزی رو بگیرید یا مانع چیزی بشید و نباید هم تلاشی در این جهت بکنید؛ فقط و فقط به این تکالیف عمل کن و بس. بقیه اوقات اضطراب ممکنه بیاد، ممکنه نیاد؛ به من و شما ربطی نداره، هر اتفاقی که افتاد جلسه بعد راجع بهش صحبت می‌کنیم. تا دو هفته دیگه!

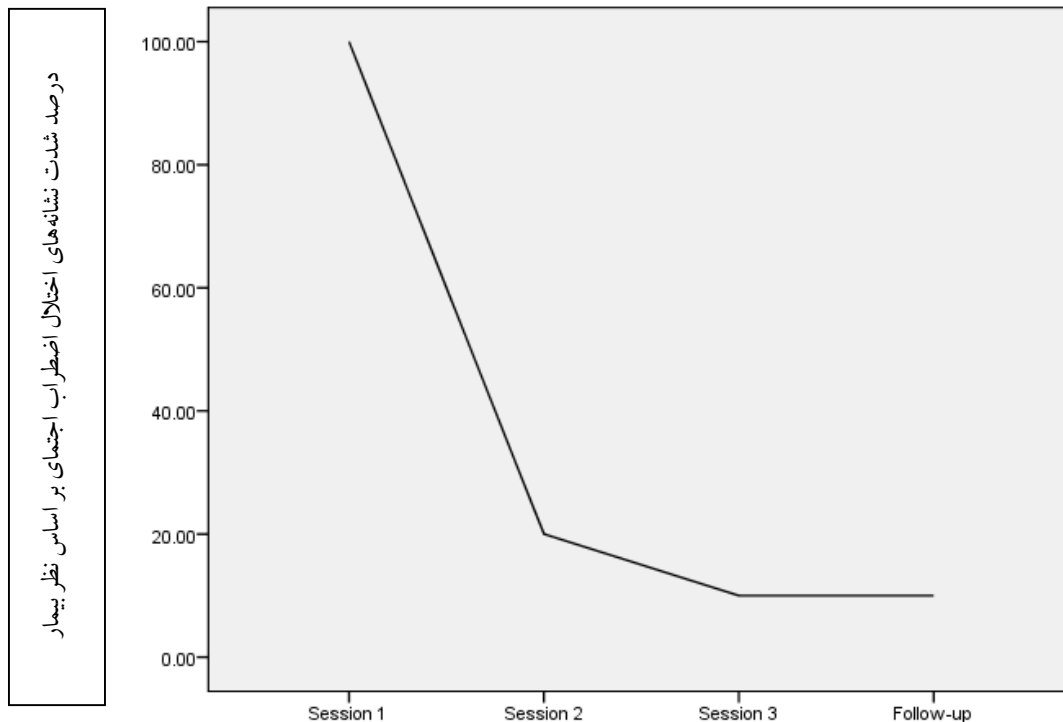
ب- براتون گزارش بنویسم؟

د- نه نیازی به نوشتن نیست، یادت می‌مونه و می‌آی برام تعریف می‌کنی.

خلاصه گزارش نتایج و فرآیند درمان در جلسات دوم و سوم: در مدل روان‌درمانی PTC، درمانگر از جلسه اول راه کارهای درمانی برای بیمار تجویز می‌کند و در جلسات بعد، ابتدا از بیمار می‌خواهد تا بیمار شرح کاملی از روند اجرای تکالیف تعیین شده در جلسه ماقبل، نحوه اجرای آنها و تغییرات احتمالی ارائه کند. این تحلیل رفتار مشخص می‌کند که تا چه حدی به تکالیف عمل شده، اجرای تکالیف چه دشواری‌های احتمالی ای داشته، ارزشیابی بیمار از روند تغییرات و میزان تغییرات درمانی چگونه است و درمانگر باید در ادامه چه نکاتی را در نظر بگیرد و چه تکالیفی تجویز کند.

بیمار در جلسه دوم گزارش داد که "تمرین‌ها خیلی خوب بود،





شکل ۱. درجه بندی شدت نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی توسط بیمار در جلسات درمان و پیگیری

## بحث و نتیجه گیری

نتایج درمان: در این مقاله، اثربخشی مدل روان‌درمانی PTC برای درمان SAD نشان داده شد. بیمار دختری ۳۲ ساله، مبتلا به اضطراب اجتماعی و اضطراب امتحان همراه با علائم شدید بدنی و سابقه بیش از ۱۱ سال دارو درمانی بود. پس از شرح مختصر پروتکل درمان (برای شرح مفصل پروتکل PTC به بشارت، ۱۳۹۶ مراجعه کنید) و روش پژوهش، جلسه اول درمان بیمار به طور کامل گزارش شد. نتایج و فرآیند درمان در جلسات دوم و سوم به صورت خلاصه گزارش شد. فاصله بین جلسات درمان، مطابق مدل روان‌درمانی PTC، دو هفته بود. کل دوره درمان در سه جلسه و به مدت ۶ هفته طول کشید. پیگیری نتایج درمان پس از ۳ سال نیز نشان داد که بهبودی ادامه داشته، عودی صورت نگرفته و بیمار نیازی به سرگیری دارو نیز نداشته است. چه چیزی بر اثر این مدل درمان و اقدامات بیمار تغییر کرده است؟ آیا تغییرات درمانی، آن طور که در رویکردهای سنتی شناختی - رفتاری مطرح هستند، صرفاً متوجه کاهش و کنترل نشانه ها بوده (کراسک و بارلو، ۲۰۰۷)؛ یا آن طور که رویکردهای بهینه سازی یادگیری بازداشتی<sup>۱</sup> معتقدند، تغییرات درمانی صرفاً ناظر بر تحمل نشانه ها بوده (کراسک، کیرکانسکی، زلیکوسکی،

میسکوسکی، چاودوری و همکاران، ۲۰۰۸)؛ یا مطابق رویکردهای پذیرش و تعهد محور<sup>۲</sup> 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 مکانیسم های تأثیرگذاری برنامه زمانی پارادوکسی مطابق مدل درمان PTC، به پاسخ این سؤالات می پردازیم.

مکانیسم های تأثیرگذاری برنامه زمانی پارادوکسی: در مدل روان‌درمانی PTC چهار مکانیسم اصلی یا مرتبه بالاتر، تغییرات درمانی را تبیین می کنند و توضیح می دهند: (۱) دستوری سازی - مصنوعی سازی؛ (۲) قطع رابطه نشانه و اضطراب؛ (۳) تغییر معنی نشانه؛ (۴) استحکام من.

دستوری سازی - مصنوعی سازی: درمانگر از بیمار می خواهد که در یک برنامه زمانی پارادوکسی، در وقت های تعیین شده در هر جلسه درمان، نشانه های اضطراب اجتماعی را که در موقعیت های اجتماعی و اجرایی یا بر حسب تجسم آن موقعیت ها؛ خارج از کنترل

2. Acceptance and Commitment Therapy-based (ACT)

1. inhibitory learning

هر کاری می‌کردم نشانه‌ها رو بازسازی کنم، نمی‌شد!" و در جلسه سوم گفت که هر چه تلاش می‌کرده که نشانه‌های اضطرابی را بازسازی کند نمی‌شده: "توی این دو هفته فقط دو بار تونستم تمرین‌ها رو انجام دهم. تلاش می‌کردم که انجام دهم ولی نمی‌شد. مثل این که کار بیهوده‌ای بود." مدل روان‌درمانی مخصوص PTC، از بیمار نمی‌خواهد نشانه‌ها را کنترل و مدیریت کند؛ از بیمار نمی‌خواهد نشانه‌ها را تحمل کند؛ از بیمار نمی‌خواهد 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، به سادگی معنی نشانه را تغییر می‌دهند.

تغییر معنی نشانه: انجام تکالیف پارادوکسی، به صورت عملی و تجربی، هم‌زمان با قطع رابطه بین نشانه و اضطراب، شناخت‌های بیمار و معنای ادراک شده بیمار از نشانه‌ها و بیماری را تغییر می‌دهد. وقتی بیمار بر حسب تجربه عملی شخصی خودش متوجه می‌شود که نشانه‌ها دیگر خاصیت پاتولوژیک ندارند، معنا و ارزش آن نشانه‌ها تغییر می‌کند. تکرار تکالیف نیز این فرصت را در اختیار بیمار قرار می‌دهد که بی‌اثر بودن نشانه‌ها را بازآزمایی و باز تجربه کند. در نتیجه این تجربه‌ها، باورهای قبلی بیمار نسبت به نشانه‌ها تغییر می‌کنند. مدل روان‌درمانی مخصوص PTC برای تغییر معنای نشانه به روش‌های آموزشی و شناختی مرسوم و معمول متمسک نمی‌شود. بخشی از اضطراب بیمار، برخاسته از معنای منفی‌ای است که بیماری، چه برای شخص بیمار و چه برای سیستمی که بیمار در آن زندگی می‌کند، دارد. 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 تغییر معنای نشانه، پیش از اجرای تکالیف پارادوکسی تأثیرگذارش با اضطراب‌زدایی از نشانه‌ها شروع می‌شود. در گام بعدی، تجربه عملی بیمار در انجام تکالیف پارادوکسی، تغییر معنای نشانه را هدف قرار می‌دهد. برای مثال، بیمار در جلسه دوم گزارش داد که "من در این دو هفته به یک مصاحبه کاری هم دعوت شدم. خب خیلی استرس‌زا بود و فکر می‌کردم باید دارو بخورم و بدون دارو نمی‌تونم در مصاحبه شرکت کنم. در ضمن،

و اراده بیمار فعال می‌شوند و وی را مضطرب، هراسان و مستأصل می‌کنند؛ با اراده خود بازسازی و تجربه کند. این تکلیف از یک سو مستلزم آن است که بیمار نشانه‌هایی را که در زندگی روزمره خود بدون امر و فرمان و خواست و اراده وی در سطح سازمان روانی‌اش ظاهر می‌شوند و به فعالیت‌آزادنده خود ادامه می‌دهند، مطابق دستور درمانگر بازسازی و تجربه کند (دستوری‌سازی)؛ و از سوی دیگر، مستلزم مصنوعی‌سازی است؛ یعنی بیمار بر اساس دستور و تجویز درمانگر، نشانه‌ها و رفتارهایی را که واقعی هستند، به صورت مصنوعی و به عنوان نقش بازی می‌کند و تجربه می‌نماید (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 است 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 مبنی بر تجربه آنها همراه با اوج تجربه هیجانی منفی و علی‌رغم تلاش صادقانه بیمار برای این تجربه، این نشانه‌ها هر چند 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 گفت "شما خواسته بودید که حتی سعی کنم دردهای گردن و دست تجربه بشن، ولی برعکس هر چی تلاش می‌کردم که بگیرم احساس می‌کردم عضلاتم بازتر می‌شن؛ یه جورایی دردش کم می‌شد (خنده بیمار)". 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: اضطراب و ترس و تجربه هیجان‌های منفی جوهر اختلال روانی و از جمله اختلال اضطراب اجتماعی است. بیماری و نشانه‌های آن بدون این ویژگی‌های اضطرابی و هیجانی، دیگر ارزش پاتولوژیک ندارد و بودن و نبودنش یکسان است. وقتی رابطه نشانه‌ای با اضطراب قطع می‌شود، آن نشانه 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. بیمار در جلسه دوم گزارش داد که "اکثر اوقات

از نشانه‌ها، که بر اساس تجویز عین نشانه‌های بیماری حاصل می‌گردد، آغاز می‌شود. اجرای تکالیف پارادوکسی، بیمار را در فضایی اضطراب‌زده به جنگ علیه بیماری می‌فرستد؛ جنگی که پیروزی و غلبه بیمار بر بیماری در آن تضمین شده است. تجربه عملی هیجانی بیمار ضمن اجرای تکالیف پارادوکسی در فاصله جلسه اول و دوم درمان، معادله پاتولوژیک بین من و تعارضات و سلطه و افسار گسیختگی دو پایگاه دیگر، را به سود اقتدار من تغییر می‌دهد. این تجربه اصیل هیجانی، که جوهر درمان بخش همه مدل‌های روان‌پویایی و همین‌طور مدل درمان PTC است؛ در مواردی به یک باره و در مواردی با تکرار تجربه، اقتدار و استحکام من را تکمیل می‌کند. با تکمیل فرآیند استحکام من، اضطراب و اختلال محو می‌شود و درمان پایان می‌یابد. این عبارت‌ها، و البته کلیت گزارش‌ها و احساسات مثبت و رضایت بیماران همه شواهدی هستند بر این استحکام: بیمار گفت که در فاصله بین جلسه اول و دوم به یک مصاحبه حرفه‌ای دعوت شده و توانسته بدون اضطراب و با موفقیت این مصاحبه را پشت سر بگذارد؛ موقعیتی که پیش از شروع درمان برایش اضطراب انگیز بوده.

سرعت استحکام من 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. فرآیندی 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 به کارگیری تکنیک‌های مرسوم در رویکردهای روان‌پویایی، روان‌کاوی، و شناختی - رفتاری باقی نمی‌گذارد. مدل روان‌درمانی PTC، همه آن هدف‌هایی که رویکردهای دیگر به زحمت، در زمانی نسبتاً طولانی، و البته با درصد موفقیت کمتر و نرخ بازگشت بیشتر در جست‌وجوی آن هستند را با فراهم کردن زمینه برای تجربه عملی هیجان‌ها به طور مستقیم توسط شخص بیمار در قالب برنامه زمانی پارادوکسی، محقق می‌سازد.

نتایج درمان PTC نشان داد که مدل روان‌درمانی PTC می‌تواند به عنوان رویکردی موفق و در عین حال خیلی کوتاه مدت برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد.

مدتی هم بود که مطالعه نداشتم و خیلی نتیجه برام مهم نبود، فقط می‌خواستم ببینم می‌تونم بدون اضطراب پاسش کنم یا نه. خیلی خوب بود، اضطراب داشتم، ولی اصلاً اذیت نشدم؛ اضطرابی نبود که مثل قبل باعث بشه اصلاً نتونم حرف بزنم (خنده بیمار)!. این تجربه‌های درمان بخش، از مصنوعی‌سازی - دستوری‌سازی گرفته تا قطع رابطه نشانه و اضطراب و تغییر معنی نشانه، همه در خدمت استحکام من قرار می‌گیرند.

استحکام من: استحکام و اقتدار من هدف اصلی و غایی درمان اختلال‌های روانشناختی در مدل PTC است. در شرایط بیماری روانی این اقتدار درهم شکسته است و من تضعیف شده است. به عبارت دیگر، بیماری روانی محصول مستقیم ضعف من در مدیریت تعارضات درون روانی و مقتضیات محیطی است. این تعارضات، واقعیت‌های سازمان روانی و محیط بیرونی هستند؛ واقعیت‌هایی که از گهواره تا گور در زندگی حضور فعال دارند. این تعارضات و استرس‌ها و اضطراب‌های معمول مرتبط با آنها لازمه زندگی بهنجار هستند و در حضور یک من قدرتمند، نمی‌توانند به خودی خود مشکل‌ساز باشند. مشکلات و اختلال‌های روانشناختی وقتی به وجود می‌آیند که من در کشاکش این تعارضات همیشه فعال، ضعیف و ناتوان باشد و نتواند شرایط را مدیریت کند. به همین دلیل، هدف اصلی درمان در مدل PTC استحکام من است. 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، ۲۰۱۷). 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، کمیت و کیفیت سلامت روانی عمومی را مشخص می‌کند. اگر این فاصله کم و صفر شود، یعنی من در امتداد نهاد و فرامن روی یک خط افقی قرار بگیرد و یا حتی من به پایین خط سقوط کند، اختلال روانی شکل خواهد گرفت (بشارت، ۱۳۹۷، ۱۳۹۸).

فرآیند استحکام من، از جلسه اول درمان PTC با اضطراب‌زدایی

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- 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.
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., ... & Keller, M. B. (2008). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *Focus, 6*, 539-548.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: The Guilford Press.
- 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., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 5-27.
- Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., & Cristea, I. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 43*, 79-89.
- Dagöo, J., Asplund, R. P., Bsenko, H. A., Hjerling, S., Holmberg, A., Westh, S., & Andersson, G. (2014). Cognitive behavior therapy versus interpersonal psychotherapy for social anxiety disorder delivered via smartphone and computer: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 410-417.
- 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.
- Eskildsen, A., Hougaard, E., & Rosenberg, N. K. (2010). Pre-treatment patient variables as predictors of drop-out and treatment outcome in cognitive behavioural therapy for social phobia: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry, 64*, 94-105.
- Fink, M., Akimova, E., Spindelegger, C., Hahn, A., Lanzenberger, R., & Kasper, S. (2009). Social anxiety disorder: Epidemiology, biology, and treatment. *Psychiatria Danubina, 21*, 533-542.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., et al. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and

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 جدایی ناپذیری 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 هدف‌های درمان فراهم می‌کنند. استحکام من هدف اصلی روان‌درمانی به شیوه PTC است. تحقق استحکام و اقتدار من، پیش‌بینی کننده ثبات و پایداری تغییرات درمانی و کاهش شدید نرخ بازگشت نشانه‌های بیماری در روان‌درمانی PTC است. مدل روان‌درمانی PTC نه تنها بسیار کوتاه مدت و سریع‌التأثیر است، که بسیار ساده است؛ هم برای درمانگران و هم برای بیماران. سادگی انحصاری رویکرد PTC و فنون آن، یکی از نقاط قوت این مدل است. سادگی مدل درمان PTC این امکان را برای بیمار فراهم می‌کند که در پایان دوره درمان، خود به درمانگر تبدیل شود. برای مثال، درمانگر در پاسخ به سؤال بیمار در مورد احتمال عود بیماری گفت: اگر بیماری بعد از مدتی عود کرد، ابتدا اجازه بدهید ۵ تا ۷ روز بگذرد تا مطمئن شوید که عود قطعی شده است. سپس می‌توانید یکی از دو کار را انجام دهید: یکی این که مجدداً مراجعه کنید و دیگری این که خودتان برای خودتان برنامه درمانی بریزید و اجرا کنید. کافی است که مشابه همین تکلیف ساده را که من برایت تجویز کردم، تو هم برای خودت تجویز و اجرا کنی! توصیه من این است که اگر لازم شد، شما خودتان درمانگر خودتان باشید.

### 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. انتشارات رشد: تهران.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۷). پارادوکس + برنامه زمانی = درمان: مدل کامل زوج‌درمانی به روش PTC - راهنمای عملی. انتشارات رشد: تهران.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۸). مبانی نظری PTC. انتشارات رشد: تهران (زیر چاپ).
- Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., & de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 39*, 241-254.

- Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., von Witzleben, I., Schroeder, B., & Fiegenbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1251-1269.
- Lipsitz, J. D., Gur, M., Vermes, D., Petkova, E., Cheng, J., Miller, N., . . . & Fyer, A. J. (2008). A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 25*, 542-553.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry, 1*, 368-376.
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., . . . & Shear, M. K. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *The American Journal of Psychiatry, 164*, 265-272.
- Moscovitch, D. A. (2009). What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualisation and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 123-134.
- Rapee, R. M., Gaston, J. E., & Abbott, M. J. (2009). Testing the efficacy of theoretically derived improvements in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 317-327.
- Slavin-Mulford, J., & Hilsenroth, M. (2012). *Evidence-based psychodynamic treatments for anxiety disorders: A review*. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kaechele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (pp. 117-137). New York: Springer Press.
- Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., de Graaf, R., & Beekman, A. (2006). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economy, 9*, 193-200.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet, 371*, 1115-1125.
- Szafranski, D. D., Talkovsky, A. M., Farris, S. G., & Norton, P. J. (2014). *Comorbidity: Social anxiety disorder and psychiatric comorbidity are not shy to co-occur*. In J. W. Weeks (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of social anxiety disorder* (pp. 201-222). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Thurston, M. D., Goldin, P., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2017). Self-views in social anxiety disorder: The impact of CBT versus MBSR. *Journal of Anxiety Disorders, 47*, 83-90.
- Vos, S. P. F., Huibers, M. J. H., Diels, L., & Arntz, A. (2012). A randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for panic disorder with agoraphobia. *Psychological Medicine, 42*, 2661-2672.
- clinician-administered formats. *Psychological Medicine, 31*, 1025-1035.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*, 84-93.
- Gademann, A., Alonso, J., Vilagut, G., Zaslavsky, A., & Kessler, R. (2012). Comorbidity and disease burden in the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Depression and Anxiety, 29*, 797-806.
- Gregory, B., & Peters, L. (2017). Changes in the self during cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 52*, 1-18.
- 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.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2014). *A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder*. In: S. G. Hofmann, & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (3rd ed., pp. 705-728). Waltham, MA: Academic Press.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy, 26*, 195-209.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 621-632.
- Johnson, S. U., Hoffarta, a., Nordahlc, H. M., Wampold B. E. (2017). Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 50*, 103-112.
- Keefe, J. R., McCarthy, K. S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., & Barber, J. P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review, 34*, 309-323.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Lakoma, M. D., Petukhova, M., ... Merikangas, K. R. (2012). Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US national comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A). *Psychological Medicine, 42*, 1997-2010.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry, 22*, 141-173.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., . . . Leibing, E. (2013). Psychodynamic therapy and cognitive therapy in social anxiety disorder: A multicenter randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 170*, 759-767.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F., . . . & Leibing, E. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: A randomized, controlled trial. *The American Journal of Psychiatry, 166*, 875-881.