

اثربخشی درمان پارادوکسیکال بر فوبیا: یک مطالعه موردی

نازیلا رحمتی

کارشناسی، روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد.

پونا خلیلی

کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان.

چکیده

ترس از مرگ یکی از شایع ترین انواع فوبیاهای خاص است که می تواند تا جایی پیشرفت کند که کل زندگی فرد و عملکردش را متاثر کند، بنابراین یافتن درمانی مناسب و بهینه برای آن حایز اهمیت است. پارادوکس درمانی یک درمان کوتاه مدت متشکل از دو اصل برنامه زمانی و پارادوکس است که اثربخشی بالایی برای بسیاری از اختلالات روانی از جمله فوبیا دارد. هدف از اجرای پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان پارادوکسیکال بر افراد مبتلا به فوبیا مرگ یا مرگ هراسی بود. مطالعه حاضر یک پژوهش موردی بالینی بر اساس خط پایه- مداخله- پیگیری است. در این پژوهش، فرایند و نتیجه درمان پارادوکسیکال برای فردی مبتلا به مرگ هراسی گزارش شده است. پرسشنامه ی سلامت عمومی و پرسشنامه اضطراب تمپلر در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. نتایج نشان داد که درمان پارادوکسیکال در کاهش ترس از مرگ و سایر علایم آن موثر بوده است. با توجه به نتایج این پژوهش، میتوان برنامه مدون درمانی برای کاهش فوبیاهای خاص در سایر بیماران را اجرا کرد.

کلمات کلیدی: درمان پارادوکسیکال، فوبیا، روان درمانی.

مقدمه

امروزه اختلالات اضطرابی جز اختلالات شایع تلقی می شوند و نگرانی پاتولوژیک به عنوان خصیصه ی اصلی اختلالات اضطرابی مطرح است به طوری که در بسیاری از مطالعات، نگرانی آسیب شناختی را معادل اختلالات اضطرابی قرار می دهند (براون، ۱۹۹۷). فوبیا، یکی از شایع ترین انواع اختلالات اضطرابی هست. اغلب مردم در موقعیت های مختلف، ممکن است نگران شوند اما نگرانی بیماران مبتلا به فوبیا، کنترل ناپذیر و آسیب شناختی است (دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۴). افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی مدت زمان زیادی نگرانند و نگرانی آنها حوزه ی وسیعی از موضوعات مختلف را در برمیگیرد. به طور کلی سبک تفکر در چنین افرادی، با نگرانی مفرط و کنترل ناپذیر مشخص می شود. مطالعات نشان می دهد که کنترل ناپذیری نگرانی از بارزترین شاخصهای نگرانی پاتولوژیک است (براون، ۱۹۹۷).

فوبیا انواع مختلفی دارد و یکی از شایع ترین آن ها ترس از مرگ است. موضوع مرگ و توجه به آن در قالب اضطراب مرگ و فناپذیری ما در هر لحظه، امنیت فکری انسان را تهدید میکند که به عنوان مسئله ای اساسی در دیدگاه هستی شناسانه و وجودی انسان ها، مورد توجه متخصصان روان قرار گرفته است (کسل و دویی، 2018). در یک تعریف ساده اضطراب مرگ به حالتی گفته می شود که فرد احساس اضطراب، نگرانی یا ترس مربوط به مرگ یا مردن را تجربه میکند (هولترهوف و چانگ، ۲۰۱۷). تعریف دیگری اضطراب مرگ را احساس ناراحتی و وحشت ناشی از ادراک نظری واقعی یا تصویری از تهدید زندگی میدانند (لیمارن و هریس، ۲۰۱۶). بنابراین، آگاهی از فناپذیری و ترس از مرگ به عنوان بخشی از وضعیت انسان در طول تاریخ ثبت شده و جای تعجب نیست که اضطراب مرگ پدیده ای شایع میان مردم باشد (آبتیا، جال و روتلگ، ۲۰۱۴). به طوری که تحقیقات شیوع آن را تا ۱۶٪ در میان مردم عادی گزارش کرده اند و این در حالی است که ۳/۳٪ از آنها از نوع بسیار شدید این مشکل رنج میبرند (بیرگیت، تک، رزمالن و ووشار، ۲۰۱۸). زیرا مرگ این قدرت را دارد که ترس از ناتوانی، جدایی، از دست دادن کنترل و بی معنی شدن را برانگیزد و حتی گاهی تا حدی فلج کننده می شود که در هر لحظه ای که میگذرد، از این موضوع که به مرگ نزدیکتر می شود، نگرانی و اختلال های روانی اش نیز دو چندان می شود (گانون، کیماک، کنکورتاران، کارسیولگو، ازوالپ و سویگار، ۲۰۱۲).

اضطراب مرگ مفهومی چند بعدی دارد و اغلب به عنوان ترس از مردن خود و دیگران تعریف می شود. اضطراب مرگ شامل پیش بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن درباره ی افراد مهم زندگی است (گیر، ۲۰۰۲). مطالعات نشان داده اضطراب مرگ، در برخی دوران ها برجسته تر است (فونتوالکیس، سایمولی، مگیریا و کاپرینیس، ۲۰۰۸). اگرچه مرگ واقعیتی بیولوژیکی و روانشناختی است، اندیشیدن به مرگ ترسناک بوده و اغلب مردم ترجیح می دهند به آن فکر نکنند، زیرا اضطراب و ترس از مرگ تجربه ی ناخوشایند و رایج انسان ها است (گالیلیوت، اسمیچل و باومیسستر، ۲۰۰۹). از آنجا که مرگ هرگز تجربه نشده، همه به نوعی درباره ی آن اضطراب دارند، اما هرکس بنا بر عوامل معینی، درجات مختلفی از اضطراب مرگ را تجربه میکند. این اضطراب از مرگ می تواند تا حد مختل کردن زندگی شخص خطرناک باشد بنابراین درمان و کاهش این فوبیا یکی از دغدغه های متخصصان روان است.

بر اساس شواهد تجربی درمان شناختی رفتاری یکی از درمان‌های موثر بر کاهش علائم و درمان فوبیا محسوب می‌شود اما درمان پارادوکسیکال نسبت به درمان شناختی رفتاری به دلیل کم جلسات درمان و تاثیر بالا یکی از درمان‌های منتخب برای اضطراب مرگ باشد؛ شواهد پژوهشی نشان دهنده ی موثر بودن این درمان برای بسیاری از اختلالات از جمله فوبیا ها هست (اولاتونجی و همکاران، ۲۰۱۰). این درمان بسیاری از مشکلات و محدودیت های درمان های دیگر را مساعد کرده و نتایج موفقیت آمیز کثیری را گزارش کرده است (بشارت، ۱۳۹۶).

معرفی درمان

مدل درمان پارادوکسیکال از جهت نظری ریشه‌های روان پویشی و روانکاوی سیستمی دارد اما در عمل به رویکرد رفتاری وفادار است. این درمان دو مولفه دارد برنامه زمانی و پارادوکس. بر اساس این تکنیک نشانه‌های بیماری برای بیمار تجویز می‌شود و بیمار موظف است دستورالعملی که درمانگر برایش تجویز می‌کند در ساعات مشخص شبانه روز و طی مدت مشخص آن‌ها را بازسازی کند (بشارت، ۱۳۹۶).

روش

مطالعه حاضر یک پژوهش موردی بالینی بر اساس طرح خط پایه-مداخله-پیگیری است. در این نوع طرح ابتدا در خط پایه ارزیابی‌های روانشناختی از شاخص‌های بالینی صورت می‌گیرد. این ارزیابی‌ها پس از اعمال مداخله و پایان درمان، دوره پیگیری مجدداً تکرار می‌شوند. نتایج درمان نیز در هر جلسه و در مراحل پیگیری ارزیابی می‌شود. آقای خ. ۲۳ ساله و مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی شهرپور واقع در تهران، دانشجو است و با مادر و خواهرش زندگی می‌کند. پس از امضای رضایتنامه، فرایند ارزیابی روانشناختی مصاحبه و درمان آغاز شد. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسشنامه اضطراب تمپلر (DAS) توسط بیمار تکمیل شد. ارزیابی‌ها قبل از مداخله نشانگر بالا بودن میزان فوبیا از مرگ بیمار بود. نمره کلی در هریک از پرسشنامه‌ها به ترتیب ۴۱ و ۱۴ به دست آمد. و در جلسه آخر نمرات به ۱۵ و ۴ تغییر یافت که نشان دهنده ی موثر بودن درمان بر میزان اضطراب بیمار بود.

پرسشنامه اضطراب تمپلر (DAS): مقیاس اضطراب مرگ تمپلر ابزاری برای اندازه گیری اضطراب مربوط به مرگ بوده که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است. این مقیاس، پرسشنامه ای خود اجرایی متشکل از پانزده سوال بلی - خیر است. این پرسشنامه توسط رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) به فارسی برگردانده شده است. بررسی‌های به عمل آمده درباره اعتبار مقیاس اضطراب مرگ، نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی بهره مند است. ساینو و کلاین ۴۲ (۱۹۹۶)، ضرایب آلفای کرانباخ را برای عامل‌های سه گانه ای که با روش تحلیل عوامل و ویرایش ایتالیایی این مقیاس به دست آمده اند، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده اند. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب بازآزمایی مقیاس را ۰/۸۳ به دست آورده است. همچنین پایایی پرسشنامه در پژوهش قاسم پور و همکاران (۱۳۹۱) با استفاده از آزمون آلفای کرانباخ ۶۵٪ به دست آمد. در پژوهش رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) برای بررسی روایی، از مقیاس اضطراب آشکار استفاده شد که نتیجه ۳۴٪ همبستگی را نشان داد.

پرسشنامه سلامت عمومی: پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم گردید. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال می باشد، اما فرم های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن در مطالعات مختلف استفاده شده است. به نظر محققین فرم های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از روایی و کارایی بالایی برخوردار است و کارایی فرم ۲۸ سؤالی تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است. میزان روایی و پایایی این آزمون با نمره برش ۶ بین ۸۴/۰ تا ۹۳/۰ (۱۱ و ۱۲) و با نمره برش ۲۳ بین ۶۸/۰ تا ۹۴/۰ (۱۶ و ۱۳-) متغیر است. دو شیوه نمره گذاری برای پرسشنامه GHQ وجود دارد؛ یکی روش سنتی است که گزینه ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می شوند و حداکثر نمره آزمودنی با این روش برابر ۲۸ خواهد بود. روش دیگر نمره گذاری، روش نمره گذاری لیکرت است که گزینه ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می شوند. حداکثر نمره آزمودنی با این روش نمره گذاری، در پرسشنامه مذکور برابر با ۸۴ خواهد بود. در این مطالعه از روش نمره گذاری سنتی به منظور تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شده است. با روش نمره گذاری سنتی نمره ۶ و با روش نمره گذاری لیکرت نمره ۲۳ به عنوان نمره برش در نظر گرفته شده است. از روش نمره گذاری سنتی برای غربالگری اختلالات روانی و از روش نمره گذاری لیکرت برای مطالعه اثربخشی مداخلات در مطالعات جهانی و داخلی استفاده شده است.

نحوه ی اجرای اصول و تکنیک ها به شرح فرایند جلسه به جلسه درمان برای بیمار به شرح زیر بود:

جلسه اول

من از مرگ خیلی می ترسم، کلاً به مرگ خیلی فکر می کنم، به خصوص شب ها نمی توانم بخوابم فکر می کنم اگر بخوابم دیگه بیدار نمی شوم، هی دست و پاهامو تگون میدم که احساس کنم زنده ام. اینقدر بیدار می مونم که از شدت خواب بیهوش بشم. درمانگر: چند وقته که از مرگ می ترسی؟ مراجع: دو ساله، الان دو ماهه که خیلی شدید شده، تا فکر مرگ میاد به ذهنم نفسم می گیره و فکر می کنم که دیگه نمیتونم نفس بکشم. درمانگر: این ترس از کی به سراغت اومده؟ مراجع: از دو سال پیش که پدر بزرگم فوت کرد. درمانگر: پدر بزرگ رو خیلی دوست داشتی؟ مراجع: مثل همه نوه ها ولی نه اینقدر که به خاطر مرگ ایشون این ترس اومده باشه سراغم فکر کنم مراسم کفن و دفن شو دیدم یعنی وقتی می شستنش و غسلش می دادن آخه زیر عمل جراحی قلب فوت کردن و بخیه های بزرگ و فاصله دار هنوز روی سینه اش بود. افرادی که می شستنش بدن شو مثل یه تیکه گوشت از اینور به اونور مینداختن ... وقتی این صحنه رو دیدم یه جوری شدم. درمانگر: چه فکرهای دیگه ای با مرگ پدر بزرگ همراه شد؟ مراجع: فکر به خصوصی نبود اوایل فقط همین صحنه های شستشوی پدر بزرگ و گذاشتن تو قبر می اومد تو ذهنم بعدش از مرگ وحشت داشتم ولی اینقدر شدید نبود. درمانگر: گفتی قبلاً اینقدر شدید نبود، شدید یعنی چقدر؟ مراجع: همش به این فکر می کنم حالا که قراره بمیرم چرا درس بخونم؟ چرا کار کنم؟ این زندگی به چه درد می خوره وقتی که قراره بمیرم و برم تو گور تنگ و تاریک غذای مار و موش ها بشم؟ از دست همه عصبانی ام فکر می کنم همه عمر جاویدان دارن و فقط من باید بمیرم اصلاً زندگیم تعطیل شده. مثلاً به من میگن فردا این کار رو انجام بده به خودم میگم من اصلاً فردا رو نمی بینم یعنی هیچ برنامه ای برای یه ساعت بعدم نمی ریزم. درمانگر: خب؟ مراجع: به تعبیر خواب و فال خیلی اهمیت میدم آدم خرافاتی نیستم ها، ولی هی خوابامو تعبیر می کنم ببینم خوابام تعبیر مرگ داره؟ هی فال حافظ می گیرم ببینم حرف مرگ تو فالم هست؟ فال قهوه می گیرم ببینم فالگیر میگه من کی می میرم؟ درمانگر: غیر از این که خودتو بیدار نگه داری چه کارهایی انجام دادی که از این ترس رها بشی؟ مراجع:

برای اینکه از قبر خیلی می ترسم وصیت کردم جسدو بدن دانشگاه علوم پزشکی برای تشریح دانشجوها. درمانگر: منظورم اینه که پیش روان شناس یا دکتر رفتی؟ آیا دارو می خوری؟ مراجع: تو این ماه هر دو سه روز یک بار رفته ام کلینیک کنار خونه مون که بهم آرامبخش بزنن آخه خیلی نفس تنگی دارم از ترس خفگی می تند تند نفس کوتاه کوتاه میکشم. دکتر هم بهم گفت باید نفس عمیق بکشم ولی نمی تونم نفس عمیق بکشم احساس می کنم ریه ام درد می گیره. درمانگر: داروی خاصی می خوری؟ مراجع: پروپروناتول می خورم برای تپش قلبم. درمانگر: روابط با اعضای خانواده چگونه؟ مراجع: پدر ندارم ... یعنی طلاق ... با خواهر و مادرم زندگی می کنم هردوشون میرن سر کار من تنها هستم رابطه ام باهاشون معمولیه. درمانگر: خواهر و مادر می دونن چه مشکلی داری؟ مراجع: نمی دونن از مرگ می ترسم فکر می کنن نفس تنگی دارم دنبال دکتر خوب میگرددن ولی یکی از دوستانم روانشناسی می خونه گفت که مشکل نفس تنگی من عصبیه و باید برم پیش روان شناس و منم اومدم خدمت شما. درمانگر: هیچ دکتری الزام نیست بری، هیچ کار لازم نیست انجام بدی، با این تمرینی که بهت میدم هفته آینده این حالت ها قطع میشه و با ادامه تمرین ها کلا ازبین میره تاثیر این درمان تا دوسه روز دیگه معلوم میشه فعلا داروهاتو بخور ولی بعدا لازم نیست بخوری اگر تونستی داروهاتو قطع کنی که چه بهتر. این درمان یه برنامه ساده اس. بین یه افکاری میاد سراغت که شما رو از مرگ میترسونه درسته که خیلی دقیق برای من به تصویرش کشیدی ولی اون حس و حالی که خودت ازاین افکار داری نمی تونی به من بگی اون حس و حال رو فقط خودت تجربه کردی. حالا تو این تمرین هایی که می خوام بهت بدم باید این حس و حال رو تجسم کنی و دوباره تجربه کنی به عبارت دیگه من می خوام نقشی رو بازی کنی که لازم نیست بهت یاد بدم خودت دوساله که داری این نقش رو بازی می کنی یه جورایی این نقش فقط مال خودته. از شما میخوام روزی سه تا ۵ دقیقه بری تو یه اتاق خلوت در رو روی خودت ببندی و همین افکاری رو که آزارت میده تجسم کنی و مثل وقتی که حمله بهت دست میده بترسی و به نفس نفس بیفتی و همه حالت های بد و آزاردهنده ای که همیشه با این ترس همراه بازسازی کنی. مراجع: خب وقتی این حمله بهم دست میده گردنم درد می گیره قلبم تند تند می زنه نفس نفس می زنم اینها رو هم باید بازسازی کنم؟ درمانگر: بله همه اینها و هرچی که همیشه موقع حمله دچارش میشی. حالا به من بگو چه ساعتیایی در روز می تونی این سه تا ۵ دقیقه رو تعیین کنی؟ بهتره بین تمرینها حداقل سه چهار ساعت فاصله باشه. مراجع: صبح ها ساعت ۹، بعد از ظهرها ساعت ۴ و شبها ساعت ۱۰ تو این ساعت ها تنهام و کسی خونه نیست. درمانگر: بسیار خوب. تو این تمرین ها به این موارد خوب گوش کن یکی گفتم که تا جای امکان سعی کن عین واقعیتی که همیشه این افکار بهت حمله می کنه ریز به ریز رو تجسم کنی و حالت های بد بعدش رو هم تجربه کنی حالا ممکنه نشه و نتونی خیلی مثل واقعیت تجسم سازی کنی اشکال نداره، هر چقدر تونستی، دوم اینکه حتما تمرین ها سر همین ساعت ها باشه این تمرین ها عین آنتی بیوتیک باید سر وقت خورده بشه اگر نتونستی وکاری برات پیش اومد یا به طور غیر عمد فراموش کردی این نوبت می سوزه و تا تمرین ساعت بعدی صبر می کنی به خودت نگی حال ساعت ۴ نشد ساعت ۵ انجامش میدم یعنی قضاشو به جا نیامی یا ساعت ۴ یا دیگه نه. سوم اینکه وقتی میری سر تمرین ممکنه نتونی تجسم کنی و اون افکار نیومد سراغت تا دو دقیقه سعی کن اگر نیومد دیگه ادامه نده و بلند شو برو دنبال کار دیگه. از فردا تمرین هاتو شروع کن خواهش می کنم هیچ کار اضافی دیگه نکن هیچی رو حذف نکن تلاش خاصی برای از بین بردن افکارت نکن از اینجا رفتی بیرون همین آدمی هستی که اومدی هیچ تغییری به خودت نده هفته دوم یه نوبت از تمرین هاتو کم کن یعنی روزی دو تمرین هفته سوم همدیگه رو می بینیم.

جلسه دوم

مراجع: تمرین هام و انجام دادم سه روز اول مرتب بود و هیچ تمرینی یادم نرفت ولی بعدش روزی یکی رو بالاخره یادم می رفت. درمانگر: اشکال نداره دیگه چه اتفاقی افتاد؟ مراجع: یکی اینکه تونستم دارو هامو قطع کنم دیگه اینکه فهمیدم این حالت ها یه حسه واقعی نیست، فهمیدم مرگ خیلی ترس نداره یعنی معلوم نیست کی بمیرم. درمانگر: خب این یعنی تغییر و پیشرفت درمان. حالا بفرما ببینم خوابت چطوره؟ مراجع: وقتی می خوام بخوابم همچنان اضطراب میاد سراغم ولی شدتش کمتر شده یعنی نفس تنگی ام بهتره. درمانگر: تونستی بیشتر بخوابی؟ مراجع: راستش نسبت به قبل موقع خواب کمتر می ترسم اما همچنان اینقدر خودمو بیدار نگه میدارم که هلاک خواب بشم. درمانگر: تو این هفته تمرین هاتو روزی دو بار داشته باش و هفته بعد همدیگه رومی ببینیم.

جلسه سوم

مراجع: تو این هفته حمله فقط دو بار اومد سراغم، قرص هامو دیگه نخوردم. درمانگر: خوابت چطور بود؟ مراجع: نسبت به دو ماه پیش که حمله هام شدید شد خوبه ولی نسبت به دو سال پیش نه خوب نیست، درمانگر: خب تو این هفته روزی یه تمرین داشته باش و هفته بعد همدیگه رو میبینیم.

جلسه چهارم

درمانگر: خب بفرما ببینیم اوضاع و احوال چه جوریه؟ مراجع: خوبه دیگه حمله بهم دست نداد به مرگ فکر می کنم ولی اون وحشت رو ندارم. درمانگر: یعنی دیگه تپش قلب و گردن درد و تنگی نفس رو نداری؟ مراجع: نه اصلا اینها رو ندارم اصلا یادم رفته این حال و احوال رو. درمانگر: خوابت چطوره؟ مراجع با خنده: تا لنگ ظهر می خوابم حالا دیگه از اینوری افتادم. درمانگر: پس دیگه خودتو به اجبار بیدار نگه نمیداری؟ مراجع: نه هر وقت خواب میاد سراغم میرم می خوابم قبل از خواب به مرگ فکر میکنم ولی خیلی نمی ترسم که خوابم بپره. درمانگر: خب شما تو این هفته یک روز در میان روزی یک تمرین داشته باش هفته بعد هم دو روز درمیان یک تمرین داشته باش دیگه لازم نیست تمرین کنی. مراجع: باورم نمیشه به این سادگی ترس و وحشت من از بین رفته باشه. درمانگر: به همین سادگی از بین رفته و دیگه هم برنمی گرده اگر هم یک در هزار برگشت نسخه ات سر جیب هست دوباره همین تمرین ها رو انجام میدی درواقع شما به روشی مجهزی که هر وقت لازم شد دوباره از این روش استفاده می کنی درست مثل اینه که دستت زخم بوده و یک پماد برای زخم ات خریدی و زدی به دستت خوب شده و ته پماد مونده اونو بیرون نمیندازی و نگهش میداری که اگر دوباره زخمت خون اومد از ته پماد استفاده کنی.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اهمیت مداخله درمانی جهت بهبود مرگ هراسی، تحقیق حاضر با هدف بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر ترس از مرگ یا فوبیای مرگ انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که به طور کلی پارادوکس درمانی روش مؤثری برای کاهش علائم مرگ هراسی و افکار مرتبط با مرگ است.

با توجه به فرضیه پژوهش مبنی بر اثر بخشی این درمان بر مرگ هراسی، درمان پارادوکسیکال بر کاهش علایم این فوبیا موثر بود. پژوهش حاضر همسو با تحقیقات بشارت (۱۴۰۰) همسو بود. در این پژوهش درمان پارادوکسیکال بر تعارضات زناشویی زوجین انجام شده است. یک زن و شوهر در یک دوره زوج درمانی به روش PTC شرکت کردند و نتایج درمان در مراحل پیگیری ۲ و ۴ ساله صورت گرفت. نتایج نشان داد که درمان کاملاً موفقیت آمیز بوده است. همچنین تحقیق حاضر همسو با قسمتی از پژوهش های، نیکان، لطفی کاشانی، وزیری و مجتبابی (۱۴۰۰)، رضائیان پور (۱۳۹۹) بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر نشخوار فکری، اجتناب شناختی، اضطراب و کیفیت زندگی زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی، بشارت (۱۳۹۷) برای درمان پارادوکسی برای اختلال وسواس فکری عملی، جانسون - فریمارک، آلفونسون، بومن، روزنتال و نورل کالرک (۲۰۲۲)، مابا (۲۰۱۸) باهدف تعیین اثربخشی مشاوره گروهی با درمان پارادوکسیکال بر کاهش پرخاشگری کلامی، استیفلمن (۲۰۱۵) پارادوکس درمانی در برخورد با مشکلات روانی و برومفیلد و اسپی (۲۰۰۳) است.

در تبیین این فرضیه میتوان اینگونه بیان نمود که در سال های اخیر مداخلات گوناگونی با هدف بهبود وضعیت روانی افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و مخصوصاً فوبیا ها طراحی و اجرا شده است. از سوی دیگر، مداخلات روانشناختی باهدف کاهش یا تغییر شرایط منفی در دوره های مختلف دچار تغییر و تحول شده است. موج های سه گانه مداخلات شناختی-رفتاری بیانگر ناکارآمدی هر موج در پاسخ به مشکلات و لزوم تغییر رویکرد بوده است. پس از موج اول که تنها بر نظریه رفتارگرایان متمرکز بود، نقش باور و شناخت در عملکرد آدمی مورد توجه قرار گرفت و همین موضوع باعث ایجاد موج دوم شد. موج دوم با تمام اهمیت و اثربخشی در پاسخ به برخی از مسائل، ازجمله مسائلی که ریشه در تفکرات و باورهای غیرمنطقی نداشت، ناتوان بوده و موجب شکل گیری موج سوم شد. اگرچه، در سالیان اخیر، گاه مداخلات شناختی-رفتاری با هدف تغییر باورهای افراد مبتلا به فوبیا انجام شده است (حمید و همکاران، ۱۴۰۰ و علی اکبری دهکردی و همکاران، ۱۳۹۱) اما درمان پارادوکسیکال با توجه به نتایج پژوهش ها، برتری هایی نظیر طول جلسات کاهش یافته، افزایش سرعت بهبود و نرخ کم بازگشت علایم نسبت به درمان های پیشین کارآمدتر و موثر تر بوده است.

پژوهش حاضر به دلیل مطالعه تک موردی بودن آن شامل محدودیت هایی نظیر، اندک بودن حجم نمونه، تعداد جلسات و محدودیت زمانی و عدم کنترل متغیرهای مزاحم و عدم امکان پیگیری دقیق انجام تمرینات در منزل، پژوهش را با محدودیت مواجه کرد؛ بنابراین پیشنهاد می شود که برای افزایش میزان تعمیم پذیری، پژوهش هایی در نمونه بیشتر با ویژگی های جمعیت شناختی متنوع در رابطه با نقص در توانایی ها و مشکلات اجتماعی و بین فردی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین جهت افزایش روایی و اعتبار، با نفرات بیشتر اجرا شود. با توجه به اثربخشی این مدل، از این مداخله برای بیماران مبتلا به فوبی خاص استفاده شود.

منابع

- رجبی، غلامرضا، و بحرانی، محمود. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سوالهای مقیاس اضطراب مرگ. مجله روانشناسی، ۵(۴ (پیاپی ۲۰))، ۳۳۱-۳۴۴.
SID. <https://sid.ir/paper/54487/fa>
- قاسم پور، عبدالله، سوره، جمال، و سیدتازه کند، میرتوحید. (۱۳۹۱). پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۳(۲ (پیاپی ۴۸))، ۶۵-۷۲. SID. <https://sid.ir/paper/163664/fa>
- بشارت، محمدعلی. (۱۴۰۰). سنجش اثربخشی زوج درمانی پارادوکسی بر مشکلات زوجین: مطالعه موردی. دو فصلنامه روانشناسی خانواده ۱۷(۱)، ۱-۱۸.
- نیکان، عبدالصمد؛ لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام و مجتبی، مینا. (۱۴۰۰). مقایسه برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری بر نگرانی و نشخوار فکری افراد دچار اضطراب اجتماعی. نشریه علمی رویش روانشناسی، ۱۰(۱)، ۱-۱۴.
- رضائیان پور، شکوفه. (۱۳۹۹). اثربخشی پارادوکس درمانی PTC بر نشخوار فکری، اجتناب شناختی، اضطراب و کیفیت زندگی زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی OCD در شهرستان دزفول، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور واحد اندیمشک.
- بشارت. محمدعلی. (۱۳۹۷). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال وسواس فکری- عملی: مطالعه موردی، فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۱۴(۴)، ۳۶-۷.
- حمید، نجمه؛ صیاد، سحر و فیروزی، علی اصغر. (۱۴۰۰). اثربخشی خانواده درمانی شناختی-رفتاری بر عملکرد خانواده زوجین، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش آموزان پسر آن ها. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۱۸(۴۱)، ۶۵-۸۹.
- علی اکبری دهکردی، مهناز؛ محمدی، اعظم؛ علیپور، احمد و محتشمی، طیبه. (۱۳۹۱). تأثیر درمان شناختی رفتاری برافزایش مؤلفه های سازگاری زناشویی در مبتلایان به واژینیس موس. مشاوره کاربردی، ۴۹، ۳-۶۲.
- Gire, J. T. (2002). How Death Imitates Life: Cultural Influences on Conceptions of Death and Dying. In W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes, & D. N. Sattler (Eds.), *Online Readings in Psychology and Culture*. Washington: Center for CrossCultural Research.
- Fountoulakis, K. N., Siamouli, M., Magiria, S., & Kaprinis, G. (2008). Late-life depression, religiosity, cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data. *Medical Hypotheses*, 70(3), 493- 496.
- Gailliot, M. T., Schmeichel, B. J., & Baumeister, R. F. (2006). Selfregulatory processes defend against the threat of death: Effects of selfcontrol depletion and trait self-control on thoughts and fears of dying. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(1), 49-62.
- Cassell, W. A., & Dubey, B. L. (2018). Anatomical Rorschach responses and death symbolism. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 25(2), 109-119.
- Hoeltherhoff, M., & Chung, M. C. (2017). Death anxiety resilience; a mixed methods investigation. *Psychiatric Quarterly*, 88(3), 635-651.

- Le Marne, K. M., & Harris, L. M. (2016). Death Anxiety, Perfectionism and Disordered Eating. *Behaviour Change*, 33(4), 193-211.
- Abeyta, A. A., Juhl, J., & Routledge, C. (2014). Exploring the effects of selfesteem and mortality salience on proximal and distally measured death anxiety: A further test of the dual process model of terror management. *Motivation and Emotion*, 38, 523-528.
- Birgit, M., Tak, L. M., Rosmalen, J. G., & Voshaar, R. C. O. (2018). Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*.
- Gonen, G., Kaymak, S. U., Cankurtaran, E., Karslioglu, E., Ozalp, E., & Soygur, H. (2012). The factors contributing to death anxiety in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30, 347-358.
- Brown, T. A. (1997). The nature of generalized anxiety disorder and pathological worry: Current evidence and conceptual models. *The Canadian journal of psychiatry*, Vol. 42. 817-825.
- Davidson, G. C., Neale J. M., King, A. M. (2004). *Abnormal Psychology*. John Willey & Sons Ltd.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. and Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics of North America*, 33: 557-577.
- Besharat, M. A. (2017). Paradox + Timetable = Cure (PTC): Perfect model of treatment for psychological disorders (A practical guide). Tehran: Roshd Press(Text in Persian).
- Saggino, R. & Kline, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 52: 329-333.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82: 165-177.
- Jansson-Fröjmark, M., Alfnsson, S., Bohman, B., Rozental, A., & Norell-Clarke, A. (2022). Paradoxical intention for insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sleep Research*, 31(2), e13464.
- Maba, A. P. (2018). Paradoxical Intention Within Group Counseling to Reduce Student Verbal Aggression. *Jurnal Fokus Konseling*, 4(1), 9-18.
- Stiefelmann, H. (2015). Paradoxical intention: a homeopathic psychotherapeutic approach?. *Revista de Homeopatia*, 78(1/2), 20-29.
- Broomfield, N. M., & Espie, C. A. (2003). Initial insomnia and paradoxical intention: An experimental investigation of putative mechanisms using subjective and actigraphic measurement of sleep. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(3), 313-324.



Effectiveness of paradoxical therapy on phobia: a case study

Nazila Rahmati*

BA, Psychology, Faculty of Psychology and
Educational Sciences, Islamic Azad University,
Bojnord Branch, Bojnord.

Pouna Khalili

Master's degree, General Psychology, Faculty of
Psychology and Educational Sciences, Semnan
University, Semnan.

Abstract

The fear of death is a prevalent form of specific phobia that has the potential to significantly impact an individual's entire existence and performance. Therefore, it is imperative to identify an appropriate and optimal course of treatment. Paradox therapy, a brief therapeutic approach founded upon the principles of schedule and paradox, has proven to be highly efficacious in addressing various mental disorders, including phobias. The objective of this investigation was to examine the efficacy of paradoxical treatment in individuals afflicted with death phobia or the fear of death. This clinical case study is designed as a baseline-intervention-follow-up study. In the present investigation, a report is provided on the process and outcome of employing paradoxical treatment as means of alleviating the fear of mortality in an individual. To conduct this study, the general health questionnaire and Templer's anxiety questionnaire were utilized. The findings demonstrated that the employment of paradoxical treatment yielded positive results in diminishing the fear of death and its accompanying symptoms. Based on the outcomes of this investigation, there exists the potential to institute a therapeutic regimen aimed at diminishing specific phobias in other patients.

Keywords: paradoxical treatment, phobia, psychotherapy.