SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.4/ 2026;13(4):484-494
DOI: 10.22034/13.4.484
https://shenakht.muk.ac.ir

Case Study

The Effectiveness of Psychoanalytic Paradoxical Therapy on Symptoms of Sleep Disorders, Anxiety, Stress, and Depression During a War Crisis: A Case Study

Mohammad Hassan Asayesh[1*], Mobina Mohammadi[2]

1. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran
2. Ph.D. Student, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Article History:

Received: April 29, 2025
Revised: August 18, 2026
Accepted: September 1, 2026

***Corresponding Author:** Mohammad Hassan Asayesh, Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran

E-mail: asayesh@ut.ac.ir

Abstract

Background and Aims: War-related crises can lead to significant psychological repercussions, including sleep disturbances, anxiety, stress, and depression, thereby underscoring the urgent need for effective therapeutic modalities. The present study aimed to evaluate the efficacy of Paradoxical Therapy on symptoms of sleep disturbance, anxiety, stress, and depression within the context of a wartime crisis.

Materials and Methods: This study was conducted as a clinical single-case study. The client was a 19-year-old female presenting with symptoms of sleep disturbance, anxiety, stress, and depression amidst a war crisis. The intervention comprised four individual sessions grounded in the principles of Paradoxical Therapy within a psychoanalytic framework, incorporating the free association technique. Data collection involved a clinical diagnostic interview, the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21).

Results: The findings indicated that the baseline mean score on the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) was 19.5 (SD = 0.71), reflecting substantially impaired sleep quality before the intervention. This mean score decreased to 10.0 (SD = 4.00) during the intervention phase and further declined to 4.5 (SD = 0.71) at the follow-up assessment. Additionally, the total mean score on the DASS-21 decreased from 48.0 (SD = 4.24) at baseline to 24.33 (SD = 10.02) during the intervention phase, reaching 11.0 (SD = 1.41) at follow-up. The reduction in scores across both instruments demonstrated marked improvements in sleep disturbances and a significant alleviation of depression, anxiety, and stress symptoms following the intervention, with therapeutic gains sustained at follow-up.

Conclusion: The findings demonstrate that Paradoxical Psychotherapy, utilizing free association and corrective emotional experiencing, is capable of producing deep, enduring, and clinically significant improvements over a short-term period, positioning it as an effective modality for managing sleep disturbances.

Keywords: Paradox Therapy, PTC, Paradoxical Psychotherapy, Sleep-Wake Disorders, Anxiety, War

Please cite this article as follows: Asayesh M, Mohammadi M. The Effectiveness of Psychoanalytic Paradoxical Therapy on Symptoms of Sleep Disorders, Anxiety, Stress, and Depression During a War Crisis: A Case Study. SJPP. 2026;13(4):484-494.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

Copyright © 2026 The Author(s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. All rights reserved by the authors. This is an open-access article that may be read, downloaded, copied, distributed, printed, searched, and linked to the full text for lawful purposes, provided that the original authors and source are properly acknowledged.

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۴، مهر و آبان ۱۴۰۵، صفحات: ۴۸۴-۴۹۴
DOI: 10.22034/13.4.484
https://shenakht.muk.ac.ir

مقاله موردی

کارآمدی پارادوکس درمانی بر علائم اختلال خواب، اضطراب، استرس و افسردگی افراد درگیر ترومای جنگ: مطالعهٔ موردی

محمدحسن آسایش[1*]، مبینا محمدی[2]

۱. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۰۹
ویرایش: ۱۴۰۵/۰۵/۲۷
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۱۰

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

*نویسنده مسئول: محمدحسن آسایش، دانشیار،گروه مشاوره، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

ایمیل: asayesh@ut.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: بحران‌های جنگی می‌توانند پیامدهای روان‌شناختی قابل‌توجهی ازجمله اختلالات خواب، اضطراب، استرس و افسردگی ایجاد کنند و ضرورت به‌کارگیری رویکردهای درمانی مؤثر را افزایش دهند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی پارادوکس‌درمانی در نشانه‌های اختلال خواب، اضطراب، استرس و افسردگی در شرایط بحران جنگ بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش در قالب مطالعهٔ موردی بالینی انجام شد. مراجع، دختر نوزده‌ساله‌ای با علائم اختلال خواب، اضطراب، استرس و افسردگی در بحران جنگ بود. مداخلات درمانی شامل چهار جلسهٔ انفرادی مبتنی‌بر اصول پارادوکس‌درمانی در چهارچوب مبانی روان‌کاوی با استفاده از تکنیک تداعی آزاد و تجویز نشانه بود. برای گردآوری داده‌ها از مصاحبهٔ تشخیصی، مقیاس کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرهٔ کیفیت خواب پیتزبورگ در مرحلهٔ خط پایه ۱۹/۵ با انحراف معیار ۰/۷۱ بود که بیانگر کیفیت خواب نامطلوب پیش از مداخله است. این میانگین در مرحلهٔ مداخله به ۱۰ با انحراف معیار ۴ و در مرحلهٔ پیگیری به ۴/۵ با انحراف معیار ۰/۷۱ کاهش یافت. همچنین، میانگین نمرهٔ کل مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 از ۴۸ با انحراف معیار ۴/۲۴ در مرحلهٔ خط پایه، به ۲۴/۳۳ با انحراف معیار ۱۰/۰۲ در مرحلهٔ مداخله و ۱۱ با انحراف معیار ۱/۴۱ در مرحلهٔ پیگیری کاهش یافت. کاهش نمرات در هر دو ابزار نشان‌دهندهٔ بهبود مشکلات خواب و کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس پس از مداخله و تداوم آن در مرحلهٔ پیگیری بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد مدل روان‌درمانی پارادوکسی بر مبنای تداعی آزاد و تجربهٔ هیجانی می‌تواند در بازهٔ زمانی کوتاه تغییرات بالینی عمیق، پایدار و معناداری ایجاد کند و به‌عنوان رویکرد مؤثری در درمان اختلالات خواب مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: پارادوکس‌درمانی، PTC، روان‌درمانی پارادوکسی، اضطراب، اختلال خواب، جنگ

استناد: آسایش، محمد حسن؛ محمدی، مبینا. کارآمدی پارادوکس درمانی بر علائم اختلال خواب، اضطراب، استرس و افسردگی افراد درگیر ترومای جنگ: مطالعهٔ موردی. دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، مهر و آبان ۱۴۰۵؛۱۳(۴):۴۸۴-۴۹۴.

مقدمه

بحران‌های جنگی از شدیدترین رویدادهای استرس‌زای انسانی به شمار می‌روند و می‌توانند پیامدهای گسترده و پایداری در سلامت روان افراد بر جای بگذارند (کارپینیلو[1]، ۲۰۲۳). مواجههٔ مداوم با تهدید جانی، ناامنی، تخریب محیط زندگی و ابهام دربارهٔ آینده، فشار روان‌شناختی شدیدی ایجاد می‌کند و ظرفیت فرد را برای تنظیم هیجان و حفظ عملکرد روزمره کاهش می‌دهد (الدبور[2]

[1] Carpiniello

[2] Aldabbour

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

و همکاران، ۲۰۲۵؛ امسالم[1] و همکاران، ۲۰۲۵). این پیامدها همواره به دوران وقوع جنگ محدود نمی‌شوند و ممکن است تا مدت‌ها پس از پایان درگیری نیز ادامه یابند (مورتی و لاکشمینارایانا[2]، ۲۰۰۶). مطالعات نشان داده‌اند افراد در معرض جنگ در مقایسه با جمعیت عمومی، شیوع زیادتری از اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی، PTSD و مشکلات خواب دارند (حسین[3] و همکاران، ۲۰۲۵؛ کرخام[4] و همکاران، ۲۰۲۵ ؛ کلینیکوف[5] و همکاران، ۲۰۲۵). نتایج یک فراتحلیل نیز نشان داد که شیوع اختلال استرس پس از سانحه در غیرنظامیان جنگ‌زده حدود ۲۳/۷ درصد و افسردگی حدود ۲۵/۶ درصد است (احمد[6] و همکاران، ۲۰۲۴) که نشان‌دهندهٔ اهمیت بالینی این پیامدهاست.

اضطراب یکی از شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی در شرایط جنگی است و در صورت تداوم تهدید و ناامنی می‌تواند به حالتی مزمن تبدیل شود (الناصر[7] و همکاران، ۲۰۲۵؛ لیم[8] و همکاران، ۲۰۲۲). افراد در معرض تجربه‌های جنگی ممکن است نشانه‌هایی مانند نگرانی مداوم، برانگیختگی فیزیولوژیک، نشخوار فکری، افکار منفی تکرارشونده و اجتناب از محرک‌های یادآور حادثه را تجربه کنند (انجمن روان‌شناسی آمریکا[9]، ۲۰۱۷؛ ژان[10] و همکاران، ۲۰۲۴). این الگوها در تعامل با برانگیختگی هیجانی زیاد، در تداوم علائم مرتبط با ترومای نقش مهمی ایفا می‌کنند. اختلالات خواب نیز از پیامدهای مهم این شرایط هستند و در تنظیم هیجان و بازسازی روانی نقش کلیدی دارند (استراس[11] و همکاران، ۲۰۲۴؛ اسکات[12] و همکاران، ۲۰۲۱). این فرایندها علاوه‌بر ایجاد آشفتگی هیجانی، می‌توانند کیفیت خواب را نیز مختل کنند. نگرانی مداوم، گوش‌به‌زنگی و برانگیختگی زیاد در شرایط جنگی با دشواری در به‌خواب‌رفتن، کابوس‌های مکرر و کاهش کیفیت خواب همراه است (حمامره[13] و همکاران، ۲۰۲۵). از سوی دیگر، خواب نامطلوب نیز با کاهش توانایی تنظیم هیجان می‌تواند اضطراب و نشانه‌های روان‌شناختی دیگر را تشدید کند و چرخه‌ای دوسویه میان اضطراب و اختلال خواب به وجود آورد (شامیر-استین[14] و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، مشکلات خواب و نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس از اهداف مهم مداخلات بالینی در افراد درگیر تجربهٔ جنگ محسوب می‌شوند.

برای کاهش این نشانه‌ها از مداخلات دارویی و روان‌شناختی مختلفی استفاده می‌شود. دارودرمانی می‌تواند در کنترل برخی نشانه‌های اضطراب و اختلالات خواب مؤثر باشد، اما ممکن است با محدودیت‌هایی مانند عوارض جانبی، خطر وابستگی به برخی داروها و تمرکز بیشتر بر کنترل نشانه‌ها همراه باشد (لدر[15]، ۱۹۹۹؛ مالدونادو انکالادا[16] و همکاران، ۲۰۲۵؛ استلزر[17] و همکاران، ۲۰۲۵). در حوزهٔ روان‌درمانی نیز رویکردهایی مانند درمان شناختی‌رفتاری[18] و پذیرش و تعهد[19] شواهد قابل‌توجهی در درمان اختلالات مرتبط با تروما دارند (خلیلی‌زاده و همکاران، ۲۰۲۲). بااین‌حال، برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این رویکردها در شرایط بحران، به‌ویژه به‌دلیل محدودیت دسترسی، زمان‌بر بودن فرایند درمان و مقاومت برخی مراجعان، ممکن است با چالش‌هایی مواجه شوند (دومکه[20] و همکاران، ۲۰۲۴). ازاین‌رو، بررسی مداخلات کوتاه‌مدت، ساختاریافته و قابل‌اجرا، که بتوانند علاوه‌بر کاهش نشانه‌ها، در تجربه‌های هیجانی و الگوهای اجتنابی نیز اثر بگذارند، اهمیت دارد.

روان‌درمانی پارادوکسی یکی از مدل‌های درمانی نسبتاً پرسابقه در روان‌درمانی است (دانلپ، ۱۹۲۸، ۱۹۳۰، فرانکل، ۱۹۶۰، هیلی، ۱۹۷۶؛ بشارت، ۲۰۲۳؛ به‌نقل‌از آسایش، ۲۰۲۵ الف) که در آن، نشانه‌ها و تجربه‌های مشکل‌زا به‌صورت هدفمند، ارادی و زمان‌بندی‌شده برای مراجع تجویز می‌شوند (بشارت، ۲۰۲۳؛ آسایش و پارساکیا، ۲۰۲۵ الف). در این رویکرد، فرد به‌جای تلاش مداوم برای سرکوب یا اجتناب از افکار، هیجان‌ها و نشانه‌های آزاردهنده، آن‌ها را در شرایطی هدایت‌شده بازسازی و تجربه می‌کند. این فرایند می‌تواند تجربهٔ نشانه را از حالتی ناخواسته و کنترل‌ناپذیر به تجربه‌ای ارادی و محدود تبدیل کند و در نتیجه، رابطهٔ فرد را با نشانه تغییر دهد. یافته‌های پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که روان‌درمانی پارادوکسی می‌تواند با کاهش اضطراب (صالحین و آسایش، ۲۰۲۵)، بهبود مشکلات خواب (آسایش، ۲۰۲۵ ب)، ناخن‌جویدن (آسایش و محمدی، ۲۰۲۶)، موکنی[21] (زحمتکش و آسایش، ۲۰۲۶) و کاهش برخی نشانه‌های هیجانی همراه باشد (بشارت، ۲۰۱۹ ب؛ آسایش، ۲۰۲۵ الف، سعیدی‌نژاد و همکاران، ۲۰۲۴؛ سلیم[22] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، نتایج امیدوارکننده‌ای از کاربرد این رویکرد در مشکلاتی مانند بی‌خوابی، اضطراب و نشانه‌های وسواسی گزارش شده است (بشارت، ۲۰۱۹ الف؛ جانسون-فروجمارک[23] و همکاران، ۲۰۲۲؛ محبوبی و همکاران، ۲۰۲۴).

[1] Amsalem
[2] Murthy & Lakshminarayana
[3] Hussein
[4] Kirkham
[5] Keleynikov
[6] Ahmed
[7] Alnaser
[8] Lim
[9] American Psychological Association
[10] Zhan
[11] Straus
[12] Scott
[13] Hamamra
[14] Shamir-Stein
[15] Lader
[16] Maldonado Encalada
[17] Stelzer
[18] Cognitive-behavioral therapy (CBT)
[19] Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
[20] Dumke
[21] Trichotillomania Disorder
[22] Salim
[23] Jansson-Fröjmark

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

روان‌کاوی یکی از رویکردهای اصیل در روان‌درمانی است و تداعی آزاد، به‌عنوان «قاعدهٔ بنیادین» روان‌کاوی، فرایندی است که در آن، فرد تشویق می‌شود افکار، تصاویر، خاطرات، احساسات و تداعی‌های خود را بدون سانسور، انتخاب‌گری یا قضاوت، تجربه و بیان کند (گابارد[1]، ۲۰۱۴). در مدل روان‌درمانی پارادوکسی، می‌توان در زمان تجویز علائم بیماری به‌همراه تجویز تداعی آزاد، وقایع و اتفاقات آزاردهنده تجویز کرد که این می‌تواند بستر لازم را برای مواجهه و تجربه، خاطرات و تجربه‌های هیجانیِ اجتناب‌شده فراهم کند. چنین مداخلهٔ پارادوکسی، به‌جای تقویت تلاش مستقیم فرد برای حذف یا کنترل فوری علامت، ممکن است با تغییر رابطهٔ مراجع با نشانه، مقاومت و چرخه‌های اجتنابی را آشکار کند. بدین‌ترتیب، فضای بیشتری برای تجربه، مشاهده و نمادین‌سازی هیجان‌های پیش‌تر واپس‌رانده یا سازمان‌نیافته فراهم می‌شود (آسایش، ۲۰۲۵ب؛ بشارت، ۲۰۲۵).

باوجود شواهد اولیه دربارهٔ کاربرد روان‌درمانی پارادوکسی، پژوهش‌های مربوط به استفاده از این رویکرد در افراد درگیر پیامدهای روان‌شناختی جنگ همچنان محدود است. برای نمونه، آسایش (۲۰۲۵ ب) در مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی بر دوازده نفر از قربانیان بحران جنگ نشان داد که پارادوکس‌درمانی می‌تواند با کاهش علائم اضطراب، افسردگی و تروما همراه باشد؛ بااین‌حال، در این مطالعه فرایند درمان و نحوهٔ شکل‌گیری تغییرات بالینی به‌صورت تفصیلی بررسی نشد. مطالعات موردی می‌توانند با توصیف دقیق سیر نشانه‌ها، محتوای مداخله و تغییرات ایجادشده در طول درمان، اطلاعات عمیق‌تری دربارهٔ کاربرد بالینی یک رویکرد فراهم کنند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر روان‌درمانی پارادوکسی در مشکلات خواب و نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس در یک فرد درگیر تجربهٔ جنگ انجام شد. همچنین، روند تغییرات بالینی طی جلسات درمان و پایداری نتایج در پیگیری‌های سه‌ماهه و شش‌ماهه بررسی شد.

روش کار

نوع مطالعه

پژوهش حاضر نوعی مطالعهٔ موردی بالینی[2] با طرح خط پایه، مداخله، پیگیری بود. در این طرح، وضعیت روان‌شناختی شرکت‌کننده ابتدا در دو نوبت خط پایه ارزیابی شد. سپس مداخلهٔ روان‌درمانی پارادوکسی طی چهار جلسهٔ انفرادی اجرا و ارزیابی‌ها در طول مداخله، پس از پایان درمان و در دو مرحلهٔ پیگیری سه‌ماهه و شش‌ماهه تکرار شد. علاوه‌بر نمرات ابزارهای پژوهش، گزارش‌های مراجع و مشاهدات بالینی درمانگر نیز در طول جلسات ثبت شد.

شرکت‌کننده

شرکت‌کنندهٔ پژوهش دختر نوزدهٔ ساله، مجرد و دانشجوی سال اول رشتهٔ مهندسی[3] بود که پس از تجربهٔ مستقیم شرایط جنگی، با شکایت اصلی کابوس‌های مکرر با محتوای جنگ، کاهش کیفیت خواب، اضطراب، ترس از وقوع مجدد جنگ، نگرانی دربارهٔ مرگ و ازدست‌دادن اعضای خانواده و نشانه‌های افسردگی و استرس به کلینیک روان‌شناسی دانشگاه تهران مراجعه کرد. برای حفظ محرمانگی اطلاعات، در گزارش حاضر از نام مستعار «سوسن» استفاده شده است. مراجع در جریان بحران جنگ، انفجارهای نزدیک محل سکونت، لرزش ساختمان، مشاهدهٔ دود ناشی از حملات و ترک موقت محل زندگی را تجربه کرده بود. پس از پایان جنگ، کابوس‌های مرتبط با تخریب شهر، برانگیختگی هیجانی هنگام یادآوری وقایع، پیگیری مکرر اخبار، احساس ناامنی، کاهش انگیزه، گریه، افزایش مدت خواب و نگرانی مداوم دربارهٔ وقوع مجدد جنگ ادامه یافته بود.

براساس مصاحبهٔ اولیه، مراجع سابقهٔ دریافت روان‌درمانی یا مصرف داروی روان‌پزشکی برای مشکلات فعلی را نداشت. مورد به شیوهٔ در دسترس و مبتنی‌بر مراجعهٔ بالینی وارد مطالعه شد. وجود مشکلات خواب و نشانه‌های اضطراب، استرس و افسردگی مرتبط با تجربه جنگ، تمایل به شرکت در جلسات درمان و امکان حضور در مراحل ارزیابی و پیگیری، ملاک‌های ورود به مطالعه بودند. شرکت‌کننده پس از دریافت توضیحات لازم دربارهٔ اهداف درمان، نحوهٔ اجرای مداخله، محرمانگی اطلاعات و امکان استفاده علمی از داده‌های بالینی، رضایت آگاهانهٔ کتبی خود را اعلام کرد.

ابزارها

مصاحبهٔ بالینی تشخیصی

در جلسهٔ نخست، مصاحبه بالینی با هدف بررسی شکایت اصلی، زمان شروع و شدت نشانه‌ها، تجربه‌های مرتبط با جنگ، وضعیت خواب، نشانه‌های هیجانی، سابقهٔ دریافت خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی و تأثیر مشکلات در عملکرد روزمره انجام شد. اطلاعات حاصل از مصاحبه در تدوین مفهوم‌سازی بالینی و تعیین محتوای تمرین‌های درمانی به کار رفت.

پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI)[4]

پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب پیتزبورگ یا PSQI را بویس[5] و همکاران در سال ۱۹۹۰ طراحی کردند که کیفیت خواب فرد را در چهار هفتهٔ گذشته ارزیابی می‌کند. این ابزار نوزده گویه و هفت مؤلفه، شامل کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به‌خواب‌رفتن، مدت خواب، کارایی خواب، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و

[1] Gabbard
[2] Single-Case Analysis
[3] برای حفظ اصل محرمانه‌بودن، اطلاعات مراجع تغییر یافته است.
[4] Pittsburgh Sleep Quality Index
[5] Buysse

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

اختلال عملکرد روزانه، دارد. هر مؤلفه از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود و دامنهٔ نمرهٔ کل بین ۰ تا ۲۱ است. نمرات بالاتر نشان‌دهندهٔ کیفیت خواب نامطلوب‌تر و نمرهٔ شش یا بیشتر بیانگر وجود مشکل در کیفیت خواب است. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعهٔ اصلی ۰/۸۳ گزارش شده است. همچنین، اعتبار نسخهٔ فارسی آن در مطالعات داخلی بررسی و ۰/۸۳ گزارش شده است (نوحی و همکاران، ۲۰۰۷).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس[1] ۲۱ سؤالی یا DASS-21را لویباند و لویباند[2] در سال ۱۹۹۵ طراحی کرده‌اند. این مقیاس از ۲۱ گویه و سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است و هر خرده‌مقیاس هفت گویه دارد. پاسخ‌ها براساس مقیاسی چهاردرجه‌ای از صفر به معنای «اصلاً»، تا سه به معنای «بسیار زیاد»، نمره‌گذاری می‌شوند. مجموع نمرات هر خرده‌مقیاس محاسبه و برای انطباق با نسخهٔ اصلی در عدد دو ضرب می‌شود. در پژوهش حاضر، علاوه‌بر بررسی خرده‌مقیاس‌ها، نمرهٔ کل نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس نیز برای ارزیابی روند تغییرات گزارش شد. روایی و پایایی نسخهٔ فارسی این ابزار در مطالعات داخلی تأیید شده است (صاحبی و همکاران، ۲۰۰۵).

روش اجرا

پس از انجام مصاحبهٔ بالینی و دریافت رضایت آگاهانه، ابزارهای PSQIو DASS-21 در دو نوبت خط پایه اجرا شدند. سپس مراجع طی دورهٔ یک‌ونیم‌ماهه در چهار جلسهٔ انفرادی روان‌درمانی پارادوکسی با تمرکز بر تداعی آزاد و تجربهٔ هیجانی، با مجموع زمان تقریبی ۱۳۵ دقیقه، شرکت کرد. مداخله براساس دو مؤلفه اصلی «تجویز پارادوکسیکال نشانه» و «برنامهٔ زمانی» انجام شد.

در تجویز پارادوکسیکال، مراجع به‌جای اجتناب از خاطرات، افکار و هیجان‌های اضطراب‌آور، موظف بود آن‌ها را به‌صورت عمدی و هدایت‌شده بازسازی کند. در برنامهٔ زمانی، تمرین‌ها در ساعت‌های معین و برای مدت محدود پنج تا ده دقیقه انجام می‌شدند. هدف از این تمرین‌ها حذف مستقیم اضطراب نبود، بلکه تغییر رابطهٔ مراجع با نشانه‌ها، کاهش اجتناب و افزایش احساس کنترل بر تجربه‌های هیجانی بود. تمرین‌های انجام‌نشده به زمان دیگری منتقل نمی‌شدند و مراجع موظف بود فقط در زمان تعیین‌شده تمرین کند. در عین حال، در صورت ظهور خودبه‌خودی افکار و هیجان‌ها خارج از زمان تمرین، از سرکوب و اجتناب از آن‌ها خودداری می‌کرد.

پارادوکس‌درمانی از نظر روبه‌روشدن با تجربه‌های اضطراب‌آور، شباهت‌هایی با مواجهه‌درمانی دارد؛ بااین‌حال، منطق و هدف اجرای آن‌ها یکسان نیست. در مواجهه‌درمانی، فرد به‌صورت برنامه‌ریزی‌شده و تکرارشونده با محرک یا موقعیت ترس‌آور مواجه می‌شود تا از طریق کاهش اجتناب و شکل‌گیری یادگیری‌های جدید، شدت پاسخ ترس کاهش یابد. در مقابل، در پارادوکس‌درمانی خود نشانه‌ها و واکنش‌های مشکل‌زا، مانند ترس، اضطراب، نشخوار فکری و خاطرات آزاردهنده، به‌صورت عمدی و در زمان‌های مشخص برای مراجع تجویز می‌شوند. هدف اصلی در PTC کاهش مستقیم اضطراب نیست، بلکه تغییر رابطهٔ فرد با نشانه، افزایش احساس کنترل و گسستن پیوند خودکار میان نشانه و پاسخ اضطرابی است. پرسش‌نامه‌های PSQI و DASS-21 در دو نوبت خط پایه، طی فرایند مداخله، پس از پایان جلسهٔ چهارم و در پیگیری‌های سه‌ماهه و شش‌ماهه اجرا شدند تا روند تغییرات و پایداری نتایج درمان بررسی شود.

تعداد جلسات درمان

مداخلهٔ روان‌درمانی پارادوکسی طی چهار جلسهٔ انفرادی و در دوره‌ای تقریباً یک‌ونیم‌ماهه اجرا شد. مجموع زمان جلسات حدود ۱۳۵ دقیقه بود. در فاصلهٔ میان جلسات، مراجع تمرین‌های پارادوکسیکال را براساس برنامهٔ زمانی تعیین‌شده انجام می‌داد و در آغاز هر جلسه، نحوهٔ اجرای تمرین‌ها، شدت هیجان‌های تجربه‌شده و تغییرات نشانه‌های بالینی بررسی می‌شد.

معرفی مورد

مراجع با نام مستعار «سوسن»، دختر نوزده‌ساله، مجرد و دانشجوی سال اول رشتهٔ مهندسی بود که حدود یک ماه پس از تجربهٔ بحران جنگ، با شکایت اصلی کابوس‌های مکرر با محتوای جنگ، کاهش کیفیت خواب، اضطراب، ترس از وقوع مجدد جنگ و نشانه‌های افسردگی و استرس به کلینیک روان‌شناسی دانشگاه تهران مراجعه کرد. او سابقهٔ دریافت روان‌درمانی یا مصرف داروهای روان‌پزشکی برای مشکلات فعلی را نداشت.

براساس مصاحبهٔ بالینی، مراجع در جریان جنگ، چندین انفجار در نزدیکی محل سکونت، لرزش ساختمان، مشاهدهٔ دود ناشی از حملات، تخریب ساختمان‌های اطراف و ترک موقت محل زندگی را تجربه کرده بود. مواجهه با این شرایط با ترس شدید، لرزش اندام‌ها، گریه، احساس بی‌پناهی و نگرانی دربارهٔ مرگ یا آسیب‌دیدن اعضای خانواده همراه شده بود. مراجع در طول جنگ به‌طور مکرر اخبار را پیگیری و بیان می‌کرد که آگاهی از آخرین تحولات، به‌صورت موقت احساس ابهام و ناتوانی او را کاهش می‌داد. حضور خواهر و اعضای دیگر خانواده نیز در هنگام خواب، در ایجاد احساس امنیت برای او نقش مهمی ایفا می‌کرد.

پس از پایان جنگ، نشانه‌ها به‌شکل کابوس‌های مکرر دربارهٔ انفجار، تخریب شهر و آوارگی ادامه یافتند. این کابوس‌ها حدود دو تا سه بار در هفته رخ می‌دادند و با ترس و آشفتگی هیجانی همراه

[1] Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)

[2] Lovibond & Lovibond

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

بودند. همچنین، مراجع هنگام یادآوری حوادث، اضطراب، لرزش پاها، بغض و گریه را تجربه می‌کرد و از مشاهدهٔ اخبار یا گفت‌وگو دربارهٔ جنگ اجتناب می‌کرد. کاهش انگیزه، افزایش مدت خواب از حدود هفت تا هشت ساعت به دوازده تا چهارده ساعت، کاهش اشتها، گریه‌های مکرر، تحریک‌پذیری و نگرانی دربارهٔ مرگ و ناتمام‌ماندن آرزوها نیز گزارش شد. ارزیابی اولیه با استفاده از مصاحبهٔ بالینی، پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب پیتزبورگ و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس انجام شد.

جلسهٔ اول

در جلسهٔ نخست، تاریخچهٔ مشکل، تجربه‌های مراجع در دوران جنگ و نشانه‌های باقی‌مانده پس‌ازآن بررسی شد. محتوای اصلی اضطراب شامل احساس ناامنی، ترس از مرگ، نگرانی دربارهٔ ازدست‌دادن اعضای خانواده، تخریب شهر و ازبین‌رفتن آینده و آرزوهای شخصی بود. هنگام شرح رویدادهای جنگ، افزایش اضطراب، بغض، گریه و لرزش اندام‌ها مشاهده شد. همچنین، مشخص شد که مراجع با پیگیری مداوم اخبار، اجتناب از خوابیدن در تنهایی و تلاش برای کنارزدن خاطرات، درصدد کنترل اضطراب خود بوده است. درمانگر واکنش‌های اولیهٔ مراجع را در بستر موقعیت تهدیدکننده‌ای تبیین کرد و توضیح داد که تداوم این واکنش‌ها پس از پایان خطر، به باقی‌ماندن نشانه‌های آزاردهنده منجر شده است. نخستین تکلیف پارادوکسیکال شامل بازسازی عمدی خاطرات جنگ و تجربهٔ هدایت‌شدهٔ هیجان‌های مرتبط با آن بود. مراجع موظف شد در سه روز نخست، روزانه سه بار و هر بار حداکثر پنج دقیقه، صحنه‌های اضطراب‌آور جنگ و واکنش‌هایی مانند ترس، بغض، گریه و لرزش را در ذهن خود بازسازی کند. پس از سه روز، تعداد تمرین‌ها به دو نوبت در روز کاهش یافت. تأکید شد که تمرین‌ها فقط در زمان‌های تعیین‌شده انجام شوند و نوبت‌های فراموش‌شده به زمان دیگری منتقل نشوند.

جلسهٔ دوم

مراجع در جلسهٔ دوم گزارش کرد که تمرین‌ها در روزهای نخست موجب افزایش قابل‌توجه اضطراب شده بودند. با ادامهٔ تمرین، علاوه‌بر ترس، احساس غم، سوگ و آوارگی نیز آشکار شد و مراجع توانست خاطراتی را که پیش‌تر از آن‌ها اجتناب می‌کرد، با جزئیات بیشتری به یاد آورد. او به‌ویژه از احساس ترک خانه، نگرانی دربارهٔ تخریب شهر و تجربهٔ ناتوانی در محافظت از خود و خانواده سخن گفت. در جریان این جلسه مشخص شد که یکی از محورهای اساسی اضطراب مراجع، ترس از مرگ و ازبین‌رفتن آینده و تلاش‌های شخصی او بوده است. ترس از آسیب‌دیدن اعضای خانواده و وقوع مجدد جنگ نیز همچنان وجود داشت. بااین‌حال، مراجع کاهش پیگیری مکرر اخبار، افزایش تمرکز بر فعالیت‌های روزمره و توقف کابوس‌های جنگی را گزارش کرد. براساس این تغییرات، تمرین‌ها گسترش یافتند و چهار نوبت روزانه برای مراجع تعیین شد؛ دو نوبت به بازسازی خاطرات جنگ و دو نوبت به بازسازی ترس‌هایی مانند مرگ، ازدست‌دادن خانواده و وقوع مجدد جنگ اختصاص یافت. مدت هر تمرین بین پنج تا ده دقیقه تعیین شد.

جلسهٔ سوم

در جلسهٔ سوم، کاهش آشکار شدت نشانه‌ها گزارش شد. مراجع بیان کرد که خاطرات جنگ همچنان قابل یادآوری هستند، اما دیگر مانند گذشته موجب اضطراب شدید، بغض یا گریه نمی‌شوند. شدت اضطراب هنگام انجام تمرین‌ها، که در ابتدا حدود ۸۰ تا ۱۰۰ درصد گزارش شده بود، به حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد کاهش یافته بود و خارج از زمان تمرین، خاطرات جنگ کمتر به‌صورت ناخواسته وارد ذهن می‌شدند. خلق، انگیزه و سطح انرژی مراجع نیز بهبود یافته بود و کابوس‌های جنگی در فاصلهٔ دو جلسه تکرار نشده بودند. مراجع توانسته بود واکنش‌های خود را در زمان جنگ واقع‌بینانه‌تر ارزیابی کند و به‌جای سرزنش خود، آن‌ها را واکنش‌هایی قابل‌درک در برابر موقعیت تهدیدکننده بداند. ترس از مرگ و ازدست‌دادن خانواده نیز کاهش یافته بود و مراجع احساس می‌کرد توانایی بیشتری برای تحمل و مدیریت این افکار دارد. با توجه به کاهش نشانه‌ها، تعداد تمرین‌ها به دو نوبت در روز کاهش یافت؛ یک نوبت برای بازسازی خاطرات جنگ و یک نوبت برای تجربهٔ عمدی ترس‌های مرتبط با مرگ، ازدست‌دادن و ناامنی. هدف از ادامهٔ تمرین‌ها تثبیت توانایی مراجع در روبه‌روشدن ارادی با تجربه‌های هیجانی و کاهش اجتناب بود.

جلسهٔ چهارم

در جلسهٔ چهارم، مراجع گزارش کرد که به دلیل کاهش قابل‌توجه نشانه‌ها، تکالیف را به‌صورت منظم انجام نداده است. باوجود کاهش اجرای تمرین‌ها، کابوس‌های شدید جنگی، اشتغال ذهنی مداوم و اضطراب قابل‌توجه بازنگشته بودند. تنها یک خواب با محتوای مرتبط با جنگ گزارش شد که برخلاف خواب‌های قبلی، با تخریب گسترده، وحشت یا درماندگی همراه نبود. در این خواب، تصاویر مربوط به خرابی‌ها با عناصر بازسازی، دورشدن از خطر و دستیابی به محیطی آرام همراه شده بود. مراجع بیان کرد که اخبار احتمال وقوع مجدد جنگ، دیگر مانند گذشته موجب احساس درماندگی و ازدست‌دادن کنترل نمی‌شود. کیفیت خواب طبیعی شده بود، افکار مربوط به جنگ کمتر به ذهن وارد می‌شدند و وی توانسته بود فعالیت‌های روزمرهٔ خود را از سر بگیرد. با توجه به تحقق اهداف اولیهٔ درمان، شامل کاهش اضطراب مرتبط با جنگ، بهبود کیفیت خواب، توقف کابوس‌های آزاردهنده و افزایش احساس کنترل، مداخله پس از چهار جلسه خاتمه یافت. به مراجع آموزش داده شد که در صورت بازگشت نشانه‌ها، تمرین‌های پارادوکسیکال را براساس برنامهٔ قبلی از سر بگیرد.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

پیگیری سه‌ماهه

در پیگیری سه‌ماهه، مراجع گزارش کرد که بهبود کیفیت خواب و کاهش اضطراب مرتبط با جنگ حفظ شده است. کابوس‌های آزاردهنده، پیگیری اجباری اخبار و نشخوار ذهنی دربارهٔ وقوع مجدد جنگ مشاهده نشدند و مراجع به روال طبیعی تحصیل و زندگی روزمره بازگشته بود. استرس و آشفتگی هیجانی در سطحی نزدیک به وضعیت پیش از جنگ گزارش شد.

پیگیری شش‌ماهه

در پیگیری شش‌ماهه نیز پایداری تغییرات درمانی تأیید شد. مراجع از طبیعی‌بودن خواب، نبود کابوس‌های جنگی، کاهش قابل‌توجه اضطراب و نشخوار فکری و تداوم عملکرد معمول خود خبر داد. با توجه به حفظ دستاوردهای درمانی و بازنگشتن نشانه‌های اصلی، فرایند درمان خاتمه‌یافته تلقی شد.

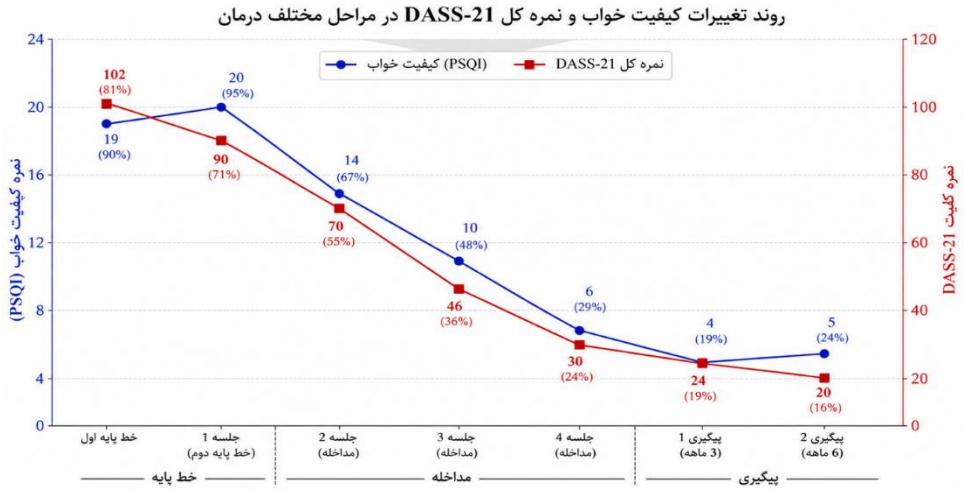
نتایج

جدول ۱ روند تغییر نمرات کیفیت خواب و علائم افسردگی، اضطراب و استرس مراجع را در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد. با توجه به اینکه در هر دو مقیاس، نمرهٔ بالاتر بیانگر شدت بیشتر مشکل است، کاهش نمرات در طول مراحل مطالعه به‌عنوان بهبود وضعیت بالینی در نظر گرفته شد.

جدول ۱. نتایج مقیاس‌های کیفیت خواب و علائم افسردگی، اضطراب، استرس (DASS)

جلسه	مشکل خواب (نمره)	مشکل خواب (درصد)	افسردگی، اضطراب، استرس (نمره)	افسردگی، اضطراب، استرس (درصد)
سطح پایهٔ اول	۱۹	۹۰	۱۰۲	۸۱
جلسهٔ ۱ (سطح پایهٔ دوم)	۲۰	۹۵	۹۰	۷۱
جلسهٔ ۲ مداخله	۱۴	۶۶	۷۰	۵۵
جلسهٔ ۳ مداخله	۱۰	۴۷	۴۶	۳۶
جلسهٔ ۴ مداخله	۶	۲۸	۳۰	۲۴
پیگیری ۱ (سه‌ماهه)	۴	۱۹	۲۴	۱۹
پیگیری ۲ (شش‌ماهه)	۵	۲۳	۲۰	۱۶

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، نمرهٔ کیفیت خواب در خط پایهٔ اول ۱۹ و در خط پایهٔ دوم ۲۰ بود که بیانگر وضعیت نامطلوب و نسبتاً پایدار اختلال خواب در شروع مداخله است. با آغاز مداخلهٔ درمانی، روند بهبود تدریجی مشاهده شد؛ به‌طوری‌که نمرهٔ کیفیت خواب در جلسهٔ اول به ۱۴ کاهش یافت. این روند کاهشی در جلسات بعدی ادامه پیدا کرد و در جلسهٔ دوم به ۱۰ و در جلسهٔ سوم به ۶ رسید. در جلسهٔ چهارم نیز نمرهٔ کیفیت خواب به ۴ کاهش یافت که نشان‌دهندهٔ بهبود قابل‌توجه در نشانه‌های اختلال خواب بود. در پیگیری سه‌ماهه، نمرهٔ کیفیت خواب ۵ گزارش شد که بیانگر پایداری نسبی آثار درمانی است.



شکل ۱. نمودار نمرهٔ کیفیت خواب و نمرهٔ کل DASS (افسردگی، اضطراب، استرس) در سه مرحلهٔ قبل از درمان، در طول جلسات درمان و دوره‌های پیگیری

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، نمرات کیفیت خواب و نیز نمرهٔ کل DASS (افسردگی، اضطراب، استرس) در طول جلسات درمان و دوره‌های پیگیری کاهش قابل‌توجهی داشته‌اند. این روند نزولی بیانگر اثربخشی مداخله در کاهش نشانه‌های هیجانی و کیفیت خواب مراجع است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت خواب و نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد. همچنین، برای بررسی شدت تغییرات ایجادشده پس از مداخله، اندازهٔ اثر با استفاده از شاخص dکوهن و ضریب r اندازهٔ اثر محاسبه شد. در هر دو ابزار، کاهش نمرات نشان‌دهندهٔ بهبود وضعیت مراجع است.

جدول ۲. نتایج اندازهٔ اثر روان‌درمانی تحلیل ـ پارادوکسی در کیفیت خواب و DASS در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

آزمودنی	شاخص آماری	کیفیت خواب	افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)
مراجع	میانگین خط پایه (SD)	۱۹/۵۰ (۰/۷۱)	۴۸/۰۰ (۴/۲۴)
	میانگین مداخله (SD)	۱۰/۰۰ (۴/۰۰)	۲۴/۳۳ (۱۰/۰۲)
	میانگین پیگیری (SD)	۴/۵۰ (۰/۷۱)	۱۱.۰۰ (۱.۴۱)
	اندازهٔ اثر مرحلهٔ مداخله	Cohen's d= ۲/۵۰ effect-size r= ۰/۷۸	Cohen's d= ۲/۱۰ effect-size r=۰/۷۲
	اندازهٔ اثر مرحلهٔ پیگیری	Cohen's d= ۴/۵۰ effect-size r= ۰/۹۱	Cohen's d= ۳/۲۰ effect-size r=۰/۸۵

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات کیفیت خواب و نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس در مراحل مداخله و پیگیری در مقایسه با مرحلهٔ خط پایه کاهش یافته است. اندازهٔ اثر مداخله برای کیفیت خواب براساس شاخص d کوهن برابر با ۲/۵۰ و برای نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس برابر با ۲/۱۰ بود که نشان‌دهندهٔ اندازهٔ اثر بسیار بزرگ مداخله است. همچنین، مقادیر ضریب r برای کیفیت خواب و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۲ به دست آمد. تداوم کاهش میانگین نمرات در مرحلهٔ پیگیری نیز بیانگر حفظ نسبی تغییرات بالینی بود.

ارزیابی نتیجهٔ درمان و پیگیری

دورهٔ روان‌درمانی تحلیلی‌پارادوکسی برای خانم سوسن، با تمرکز بر بهبود کیفیت خواب و علائم هیجانی، در چهار جلسهٔ درمانی به‌مدت مجموعاً ۱۳۵ دقیقه و در بازه‌ای یک‌ماه‌ونیمه اجرا شد. ارزیابی‌های درمانی نشان دادند که شدت مشکل خواب در پایان درمان حدود ۷۱ درصد در مقایسه با میانگین خط پایه کاهش یافته است. همچنین، نمرهٔ کل پرسش‌نامهٔ DASS-21 نیز با کاهش تقریبی ۵۹ درصد، بهبودی چشمگیری را در علائم بالینی مراجع نشان داد. نتایج ارزیابی‌های پیگیری در بازه‌های سه‌ماهه و شش‌ماهه، پایداری این تغییرات را تأیید کردند؛ به‌گونه‌ای که شدت مشکل خواب و نمرهٔ کلDASS در مقایسه با میانگین خط پایه کاهش معناداری یافته است. این یافته‌ها بیانگر اثربخشی و ماندگاری مداخلهٔ کوتاه‌مدت مبتنی‌بر مدل روان‌درمانی تحلیلی‌پارادوکسی در بهبود کیفیت خواب و علائم بالینی استرس، اضطراب و افسردگی بودند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر روان‌درمانی پارادوکسی در مشکلات خواب و نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس در فرد درگیر تجربهٔ جنگ انجام شد. یافته‌ها نشان داد که طی چهار جلسهٔ درمان، نمرات مشکلات خواب و نشانه‌های هیجانی مراجع به‌تدریج کاهش یافت و این بهبود در پیگیری‌های سه‌ماهه و شش‌ماهه نیز حفظ شد. همچنین، مراجع کاهش کابوس‌های مرتبط با جنگ، کاهش پیگیری اجباری اخبار، کاهش نشخوار فکری و افزایش احساس کنترل بر افکار و هیجان‌های خود را گزارش کرد.

نتایج این مطالعه با پژوهش‌هایی همسو است که تأثیر مثبت روان‌درمانی پارادوکسی را در کاهش اضطراب، افسردگی، استرس و مشکلات خواب (آسایش، ۲۰۲۵ب)، ناخن‌جویدن (آسایش و محمدی، ۲۰۲۶)، موکنی (زحمتکش و آسایش، ۲۰۲۶) و آشفتگی‌های هیجانی دیگر گزارش کرده‌اند (طاهرنژاد جوزم و همکاران، ۲۰۲۲؛ بشارت، ۲۰۱۹ ب، ۲۰۲۰). همچنین، یافته‌های مطالعات انجام‌شده در زمینهٔ سوگ، تروما و تنظیم هیجان نشان داده‌اند که استفاده از مداخلات پارادوکسیکال می‌تواند با کاهش شدت نشانه‌ها و بهبود سازگاری روان‌شناختی همراه باشد (جهان‌پناه و همکاران، ۲۰۲۳؛ صالحین و آسایش، ۲۰۲۵). به‌طور کلی، همسویی یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش‌های پیشین

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

نشان می‌دهد که پارادوکس‌درمانی می‌تواند در کاهش نشانه‌های مرتبط با اختلالات هیجانی و افزایش سازگاری روانی نقش مؤثری داشته باشد (بشارت، ۲۰۲۰، ۲۰۲۳؛ آسایش و پارساکیا، ۲۰۲۵). بااین‌حال، با توجه به تک‌موردی‌بودن پژوهش حاضر، این همسویی باید به‌عنوان شواهد اولیه و بالینی تفسیر شود.

یکی از تبیین‌های احتمالی یافته‌ها به شیوهٔ مواجههٔ مراجع با نشانه‌های اضطراب‌آور مربوط است. پیش از درمان، مراجع می‌کوشید از یادآوری حوادث، اخبار جنگ و هیجان‌های مرتبط با آن‌ها اجتناب کند. در روان‌درمانی پارادوکسی روان‌کاوانه، او موظف شد خاطرات، ترس‌ها و واکنش‌های هیجانی خود را به‌صورت عمدی، محدود و زمان‌بندی‌شده بازسازی و تداعی کند. از منظر بالینی، زنجیرهٔ تداعی مراجع، نشانگر تروماها، گسست‌ها و محل تلاقی تعارضات درون‌روانی هستند؛ موضوعی که به درمانگر اجازه می‌دهد تا فرایندهای اولیه تفکر، پویایی‌های انتقال[1] و گره‌های تروماتیک سازمان‌نیافته را شناسایی کند و آن‌ها را از طریق تجربه‌گری هیجانی به ساحت هشیار و نمادین روان پیوند بزند (گابارد، ۲۰۱۴).

نتایج این پژوهش نشان داد در فرایند درمان، تجربه‌هایی که پیش‌تر ناخواسته، پیش‌بینی‌ناپذیر و کنترل‌ناپذیر بودند، در چهارچوب درمانی ساختاریافته و ارادی تجربه شدند. این فرایند با مبانی پارادوکس‌درمانی (بشارت، ۲۰۲۰، ۲۰۲۳؛ آسایش و پارساکیا، ۲۰۲۵؛ آسایش، ۲۰۲۵ب) و مبانی روان‌کاوی (گابارد، ۲۰۱۴) هم‌خوان است که براساس آن، تلاش افراطی برای سرکوب یا کنترل نشانه‌ها ممکن است به تداوم آن‌ها منجر شود، درحالی‌که تجویز هدفمند نشانه می‌تواند رابطهٔ فرد با آن را تغییر دهد.

کاهش تدریجی کابوس‌ها، اضطراب و نشخوار فکری مراجع را می‌توان در چهارچوب تضعیف پیوند خودکار میان نشانه و پاسخ اضطرابی تبیین کرد. در مراحل ابتدایی درمان، بازسازی خاطرات جنگ با اضطراب، لرزش، بغض و گریهٔ شدید همراه بود؛ اما با تکرار تمرین‌ها، شدت این واکنش‌ها کاهش یافت و مراجع توانست خاطرات را بدون تجربهٔ فشار هیجانی اولیه به یاد آورد. گزارش او دربارهٔ افزایش احساس کنترل و کاهش ترس از وقوع مجدد جنگ نیز نشان می‌دهد که معنای تهدیدکنندهٔ نشانه‌ها به‌تدریج تغییر کرده است. این روند با این فرض هماهنگ است که مواجههٔ ارادی و هدایت‌شده با نشانه‌ها می‌تواند اضطراب پیش‌بینانه و چرخه‌های خودتقویت‌کننده هیجانی را کاهش دهد (سلیم و همکاران، ۲۰۲۴؛ لطفی‌زاده و همکاران، ۲۰۲۴).

نتایج این پژوهش نشان داد تلفیق تداعی آزاد با مداخلات پارادوکسی می‌تواند به تبدیل نشانه از پدیده‌ای صرفاً مزاحم به مسیری برای فهم تعارض‌های درون‌روانی و بازسازمان‌دهی تجربهٔ هیجانی منجر شود. بهبود مشاهده‌شده را می‌توان با افزایش ظرفیت تنظیم هیجان نیز مرتبط دانست. مراجع در آغاز درمان برای کنترل اضطراب به اجتناب، پیگیری مکرر اخبار و حضور دیگران هنگام خواب وابسته بود، اما در ادامه توانست خاطرات را تداعی و هیجان‌های خود را شناسایی و بدون سرکوب یا فرار از آن‌ها تجربه کند. این تغییر با افزایش احساس تسلط، کاهش واکنش‌پذیری اضطرابی و بازگشت تدریجی به فعالیت‌های روزمره همراه بود. بنابراین، به نظر می‌رسد تغییردرمانی در این مورد بیشتر از طریق تجربهٔ عملی، کاهش اجتناب و بازسازی کنترل‌شدهٔ نشانه‌ها ایجاد شده باشد، نه صرفاً از طریق تغییر مستقیم افکار.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این گزارش مورد نشان داد که اجرای چهار جلسه روان‌درمانی پارادوکسی با کاهش تدریجی مشکلات خواب و نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس همراه بود و این بهبود در پیگیری‌های سه‌ماهه و شش‌ماهه نیز حفظ شد. همچنین، مراجع کاهش کابوس‌های مرتبط با جنگ، کاهش نشخوار فکری و اضطراب ناشی از احتمال وقوع مجدد جنگ و افزایش احساس کنترل بر تجربه‌های هیجانی خود را گزارش کرد. براساس نتایج این مورد، روان‌درمانی پارادوکسی به‌همراه تداعی آزاد می‌تواند به‌عنوان مداخلهٔ کوتاه‌مدت برای کاهش برخی نشانه‌های روان‌شناختی مرتبط با تجربه جنگ مورد توجه قرار گیرد. بااین‌حال، به‌دلیل تک‌موردی‌بودن پژوهش و نبود گروه کنترل، برای تأیید اثربخشی این رویکرد و تعمیم نتایج، انجام مطالعات کنترل‌شده با نمونه‌های بزرگ‌تر ضروری است.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تک‌موردی‌بودن طرح و نبود گروه کنترل اشاره کرد که تعمیم یافته‌ها و تفکیک اثر مداخله از عوامل احتمالی دیگر را محدود می‌کند. همچنین، در تفسیر نتایج باید به استفاده از ابزارهای خودگزارشی و محدودبودن تعداد ارزیابی‌های خط پایه توجه شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر، طرح‌های کنترل‌شده، ارزیابی‌های مکرر و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر، اثربخشی و سازوکارهای احتمالی روان‌درمانی پارادوکسی را بررسی کنند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از مراجع محترم به‌دلیل همکاری در فرایند درمان و موافقت با استفاده علمی و انتشار اطلاعات بالینی خود قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی با یکدیگر ندارند.

[1] Transference

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

ملاحظات اخلاقی

پیش از تدوین و انتشار این گزارش، رضایت آگاهانهٔ کتبی از مراجع اخذ شد و به او دربارهٔ اهداف مطالعه، نحوهٔ استفاده از اطلاعات و حفظ محرمانگی توضیحات لازم ارائه شد. برای حفظ حریم خصوصی، نام و مشخصات هویتی دیگر مراجع حذف یا تغییر داده شده است. این مقاله بخشی از تحقیق کاربردی با نام «تدوین الگوی جامع مشاوره و روان‌درمانی در بحران‌ها، بلایای طبیعی، پاندمی‌ها و جنگ» است که در گروه مشاورهٔ دانشگاه تهران در جلسهٔ مورخ ۱۴۰۴/۳/۱۹ مطرح و تصویب و به شمارهٔ صورت‌جلسه ۱۰۸۸۶۱۷۷ ثبت شده است.

REFERENCE

1. Ahmed SH, Zakai A, Zahid M, Jawad MY, Fu R, Chaiton M. Prevalence of post-traumatic stress disorder and depressive symptoms among civilians residing in armed conflict-affected regions: a systematic review and meta-analysis. Gen Psychiatr. 2024;37(3):e101438. DOI: 10.1136/gpsych-2023-101438
2. Aldabbour B, El-Jamal M, Abuabada A, Al-Dardasawi A, Abusedo E, Abu Daff H, et al. The psychological toll of war and forced displacement in Gaza: a study on anxiety, PTSD, and depression. Chronic Stress (Thousand Oaks). 2025;9:24705470251334943. DOI: 10.1177/24705470251334943
3. Alnaser MZ, Alhamad H, Alotaibi N, Alhamdan N, Manee F. Beyond borders: investigating the impact of the 2023 conflict in Gaza on generalized anxiety disorders and associated somatic symptoms and wellbeing among the Kuwait population: a global call for public intervention programs. Front Public Health. 2025;13:1407906. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1407906
4. Amsalem D, Haim-Nachum S, Lazarov A, Levi-Belz Y, Markowitz JC, Bergman M, et al. The effects of war-related experiences on mental health symptoms of individuals living in conflict zones: a longitudinal study. Sci Rep. 2025;15(1):889. DOI: 10.1038/s41598-024-84410-3
5. Asayesh MH. History and origins of paradoxical therapy from behavioral, existential, and systemic perspectives. J Counsel Psycho Excel. 2025;(55):17-38. Link
6. Asayesh MH. Effectiveness of paradoxical therapy with an analytical perspective on anxiety, depression, and trauma symptoms in victims of war crises. J Polic Soc Stud Women Fam. 2025;13(1):217-256. Link
7. Asayesh MH, Parsakia K. Paradoxical Timetable Therapy and psychological problems: mechanisms of change and implications. Mental Health and Lifestyle Journal. 2025;3(3):1-21. DOI: 10.61838/mhlj.3.3.11
8. Asayesh MH, Parsakia K. Paradoxical therapy in couple and family therapy: mechanisms of change and implications. KMAN Counseling & Psychology Nexus. 2025;3:1-14. DOI: 10.61838/kman.fct.psynexus.3.19
9. Asayesh MH, Mohammadi M. Efficacy of a psychoanalytic paradoxical therapy model on nail biting symptoms and anxiety: a clinical case study. Mental Health and Lifestyle Journal. 2026;4(2):1-22. DOI: 10.61838/mhlj.166
10. American Psychological Association. Trauma [Internet]. Washington (DC): American Psychological Association; 2017. Link
11. Besharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of obsessive-compulsive disorder: a case study. Journal of Psychological Studies. 2019;14(4):7-36. DOI: 10.22051/psy.2019.23631.1801
12. Besharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: a case study. Journal of Psychological Science. 2019;18(76):383-396. Link
13. Besharat MA. The application of paradox therapy for the treatment of body dysmorphic disorder: a case report. Journal of Psychological Science. 2020;19(95):1371-1387. Link
14. Besharat MA. Paradoxical psychotherapy: a practitioner's guide. Cham: Springer; 2023. Link
15. Besharat MA. The PTC model of paradox therapy for the treatment of personality problems: a case report. Rooyesh-e-Ravanshenasi. 2025;14(2):1-14. Link
16. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989;28(2):193-213. DOI: 10.1016/0165-1781(89)90047-4
17. Calhoon GG, Tye KM. Resolving the neural circuits of anxiety. Nat Neurosci. 2015;18(10):1394-1404. DOI: 10.1038/nn.4101
18. Carpiniello B. The mental health costs of armed conflicts: a review of systematic reviews conducted on refugees, asylum-seekers and people living in war zones. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(4):2840. DOI: 10.3390/ijerph20042840
19. Dumke L, Schmidt T, Wittmann J, Neldner S, Weitkämper A, Catani C, et al. Low access and inadequate treatment in mental health care for asylum seekers and refugees in Germany: a prospective follow-up study over 12 months and a nationwide cross-sectional study. Appl Psychol Health Well Being. 2024;16(3):1141-1158. DOI: 10.1111/aphw.12523
20. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2014. DOI: 10.1176/appi.books.9781615378395
21. Hamamra B, Mahamid F, Bdier D. Trauma and sleep disruption in Gaza: a qualitative content analysis of war-related effects. BMC Psychol. 2025;13(1):284. DOI: 10.1186/s40359-025-02599-y
22. Hussein MF, Saleeb M, Tolba B, Mohamed YY, Gebreal A, Mohamed AOA, et al. Assessment of post-traumatic stress disorder and well-being among Sudanese during the ongoing war: a cross-sectional study. BMC Psychol. 2025;13(1):181. DOI: 10.1186/s40359-025-02542-1
23. Jahanpanah M, Besharat MA, Asayesh MH. The effectiveness of paradox therapy on symptoms of complicated grief in women involved in grief. In: 9th Scientific & Research Conference on the Development and Promotion of Educational Sciences & Psychology of Iran; 2023. Link
24. Jansson-Fröjmark M, Alfonsson S, Bohman B, Rozental A, Norell-Clarke A. Paradoxical intention for insomnia: a systematic review and meta-analysis. J Sleep Res. 2022;31(2):e13464. DOI: 10.1111/jsr.13464
25. Keleynikov M, Cohen N, Lassri D, Gadassi-Polack R, Benatov J. Trait and state emotion regulation and parental wellbeing during war. Pers Individ Dif. 2025;241:113175. DOI: 10.1016/j.paid.2025.113175
26. Khalilizadeh Mahani F, Mohammad Khani P, Abuei A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on symptoms of grief and emotional distress caused by Corona in first-degree survivors. Razi J Med Sci. 2022;29(3):194-202. Link
27. Kirkham R, Liu C, Wulundari T, Aidman E, Yucel M, Wiley J, et al. Emotion regulation and coping in active military personnel: a systematic review. Stress Health. 2025;41(3):e70036. DOI: 10.1002/smi.70036
28. Lader MH. Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? Eur Neuropsychopharmacol. 1999;9 Suppl 6:S399-S405. DOI: 10.1016/S0924-977X(99)00051-6
29. Lim ICZY, Tam WWS, Chudzicka-Czupała A, McIntyre RS, Teopiz KM, Ho RC, et al. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war- and conflict-afflicted areas: a meta-analysis. Front Psychiatry. 2022;13:978703. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.978703
30. Lotfizadeh T, Safari MS, Zare H, Poshneh K, Asayesh MH. Effectiveness of paradox therapy on behavioral functions, emotional regulation, and brain functions by FNIRS in the treatment of aerophobia. Social Cognition. 2024;13(26):167-185. Link
31. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation of Australia; 1995. Link

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

32. Mahboubi E, Shakerdiulagh A, Khademi A, Asayesh M. The impact of paradox therapy on body image and negative emotions in women with body dysmorphic disorder. Iranian Journal of Nursing Research. 2024;19(5):72-82. Link
33. Maldonado Encalada YS, Sánchez Prado RE, Ramón Japón GE, Jaramillo Procel GL. Benzodiacepinas en ansiedad: revisión bibliográfica sobre efectos terapéuticos y riesgos. Más Vita. 2025;7(4):8-17. DOI: 10.47606/ACVEN/MV0294
34. Murthy RS, Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. World Psychiatry. 2006;5(1):25-30. Link
35. Nouhi S, Azar M, Tolai SA, Radfar S, Habibi M, Anvari SS, et al. Sleep quality in veterans with post-traumatic stress disorder. J Behav Sci. 2007;1(1):69-77. Link
36. Saeedinejad N, Foroozandeh E, Besharat MA, Nikvarz M, Bani Taba SM. The effectiveness of paradox therapy on the anxiety and ego strength of mothers with premature babies. Rooyesh-e-Ravanshenasi. 2024;13(7):61-70. Link
37. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian population. Journal of Iranian Psychologists. 2005;1(4):299-312. Link
38. Salehin M, Asayesh MH, Naghsh Z. The effectiveness of paradox therapy (PTC) on test anxiety and self-confidence of female high school students in Tehran: a single-subject design. J Couns Res. 2025;24(93):118-149. DOI: 10.18502/qjcr.v24i93.19071
39. Salim O, Jansson-Fröjmark M, Sandlund C, Norell A. Paradoxical intention as a treatment for insomnia disorder: study protocol for a mixed-methods pilot trial. BMJ Open. 2024;14(10):e086676. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-086676
40. Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, Rowse G, Weich S. Improving sleep quality leads to better mental health: a meta-analysis of randomised controlled trials. Sleep Med Rev. 2021;60:101556. DOI: 10.1016/j.smrv.2021.101556
41. Shamir-Stein N, Feldblum I, Rotman E, Cohen S, Brand E, Kivity S, et al. Exploring the self-reported physical and psychological effects in a population exposed to a regional conflict. J Community Health. 2024;49(4):674-681. DOI: 10.1007/s10900-024-01337-6
42. Stelzer FG, Bacelar A, Éckeli AL, Negrão AB, Almeida CMO, Franco CMR, et al. Z-drug abuse and dependence: clinical guideline of the Brazilian Academy of Neurology for diagnosis and management. Arq Neuropsiquiatr. 2025;83(10):s00451812323. DOI: 10.1055/s-0045-1812323
43. Straus LD, ten Brink M, Sikka P, Srivastava R, Gross JJ, Colvonen PJ. The role of objective sleep in implicit and explicit affect regulation: a comprehensive review. Neurobiol Stress. 2024;31:100655. DOI: 10.1016/j.ynstr.2024.100655
44. Tahernejad Javazm Z, Besharat MA, Belyad MR, Hosseinzadeh Taghvaei M, Peyvandi P. Evaluating and comparing the effectiveness of paradox therapy and reality therapy on ego strength and integrative self-knowledge in 20- 40-year-old women with spinal cord injury. Middle East J Disabil Stud. 2022;12(1):214. Link
45. Zahmatkesh H, Asayesh MH. The effectiveness of paradoxical psychotherapy on trichotillomania disorder. KMAN Counseling & Psychology Nexus. 2026;4:1-14. DOI: 10.61838/kman.cp.psynexus.4607
46. Zhan N, Li F, Fung HW, Zhang K, Wang J, Geng F. A symptom-level perspective on irritability, PTSD, and depression in children and adults. J Affect Disord. 2024;367:606-616. DOI: 10.1016/j.jad.2024.08.213

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]