Research Paper

# Development and Validation of a Phenomenology-Based Embodiment Protocol for Depersonalization/Derealization Disorder

**Bahman Matinpoor[1], *Hamid Yaghubi[1], Rasol Roshan Chesli[1], Abbas Bakhshipour Roodsari[2], Hojjatollah Farahani[3]**

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran.
2. Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
3. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Use your device to scan and read the article online

**Citation** Matinpoor B, Yaghubi H, Roshan Chesli R, Bakhshipour Roodsari A, Farahani H. [Development and Validation of a Phenomenology-Based Embodiment Protocol for Depersonalization/Derealization Disorder (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2026; 32:E2733.3. http://dx.doi.org/10.22034/ijpcp.32.2733.3

http://dx.doi.org/10.22034/ijpcp.32.2733.3

**Received:** 30 Aug 2025
**Accepted:** 10 Jan 2026
**Available Online:** 23 Feb 2026

**Key words:**
Embodiment Therapy, Phenomenology, Depersonalization, Derealization, Psychotherapy

## ABSTRACT

**Objectives** Various psychotherapies, including psychodynamic, cognitive-behavioral, hypnotherapy, and supportive approaches, have been employed to treat dissociative disorders, particularly depersonalization/derealization disorder (DDD). However, a significant number of individuals do not respond robustly to standard psychotherapies. This study aimed to design a coherent protocol based on phenomenological principles to reduce symptoms in individuals with DDD

**Methods** The Intervention Mapping approach was utilized to systematically develop the protocol. The initial draft of the phenomenology-based embodiment protocol was designed based on existing embodiment models, national and international studies on embodiment and related variables, and psychological variables relevant to DDD. A panel of 10 experts in psychology and phenomenological philosophy assessed the protocol's content validity and feasibility.

**Results** The final protocol comprised eight sessions organized into two main phases (noematic and noetic embodiment), with a supplementary corporeal phase for patients with comorbid anxiety or panic. Session-level content validity ratios ranged from 0.80 to 1.00, all exceeding Lawshe's critical value for a 10-member panel (0.62). The overall mean feasibility score was 4.92 on a 5-point scale (domain means: 4.77–4.95), and mean suitability ratings ranged from 1.6 to 1.9 on a 0–2 scale (one-sample t-test, $P \leq 0.001$ for all indices).

**Conclusion** According to expert judgment, the phenomenology-based embodiment protocol has satisfactory content validity, feasibility, and suitability for reducing symptoms of DDD. Its clinical efficacy should be examined in future controlled trials.

* ***Corresponding Author:***
**Hamid Yaghubi, PhD.**
**Address:** Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran.
**Tel:** +98 (912) 3105088
**E-mail:** yaghubi@shahed.ac.ir

Copyright © 2025 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## Extended Abstract

### Introduction

Depersonalization–derealization disorder (DDD) is characterized by persistent or recurrent feelings of detachment from self and surroundings. Epidemiological data indicate its one-year prevalence of approximately 19.1% among adults. Contemporary embodied and phenomenological models highlight disruptions in lived body experience, including altered interoception and self-presence, as core mechanisms underlying DDD. The distinction among the objective body, noematic body, and noetic body has been emphasized as essential for understanding dissociative disturbances. Despite theoretical advances, structured and clinically applicable embodiment-based psychotherapy protocols remain limited. The present study aimed to develop a phenomenology-based embodiment protocol for DDD, and evaluate its content validity, clarity, and feasibility through expert review.

### Methods

This methodological study followed a structured development process based on the Intervention Mapping (IM) framework in six steps: Conducting a needs assessment, precise determination of variables based on a specific theoretical approach, systematic review of previous studies, designing an organized protocol, planning for implementation of the program in real-life contexts, and generating an evaluation plan to conduct effect and process evaluations.

The initial literature search yielded 725 records. After title screening and duplicate removal, 101 records remained, which were reduced to 29 after abstract screening. Some of these studies were theoretical and philosophical, while others lacked precise experimental data. Finally, only 10 articles were used for the comprehensive review for empirical analysis

The initial protocol was designed by synthesizing key constructs from embodied cognition, lived body phenomenology, interoception, and dissociation research. A panel of 10 experts familiar with embodied therapies and dissociative disorders assessed the protocol's validity and feasibility. This panel included 9 experts in clinical and health psychology and one expert in philosophy of science and phenomenology. The panel evaluated items for relevance, clarity, and necessity. The content validity was assessed using the content validity ratio (CVR), determined based on Lawshe's method, and the content validity index (CVI).

### Results

The protocol consisted of 8 therapeutic sessions, each including experiential body-based exercises, phenomenological inquiry, and between-session practices. Table 1 presents the results of the content validity assessment for the protocol. Session-level CVR values ranged from 0.80 to 1.00, all exceeding the minimum acceptable threshold. of 0.62 for ten experts; therefore, all sessions were retained. The overall mean feasibility score was 4.92 out of 5, with domain means ranging from 4.77 (acceptability and appropriateness) to 4.95 (practicality and demand, integration, and implementation). Suitability ratings of

**Table 1.** Content validity assessment results for the protocol

| Session | Essential | Useful but Not Essential | Not Essential | CVR | Result |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 10 | | | 1 | Retained |
| 2 | 10 | | | 1 | Retained |
| 3 | 10 | | | 1 | Retained |
| 4 | 10 | | | 1 | Retained |
| 5 | 10 | | | 1 | Retained |
| 6 | 9 | 1 | | 0.8 | Retained |
| 7 | 10 | | | 1 | Retained |
| 8 | 10 | | | 1 | Retained |

the intervention materials ranged from 1.6 to 1.9 on a 0–2 scale, and all were significant in the one-sample t-test. The protocol aligned well with neurocognitive and phenomenological models of depersonalization. Only minor refinements were recommended by experts.

## Conclusions

The developed protocol demonstrated satisfactory content validity, feasibility, and suitability. By targeting lived body experience and pre-reflective self-awareness, the protocol addresses mechanisms often overlooked in conventional psychotherapy for DDD. Its structure is theoretically coherent with models of interoceptive dysfunction and embodied self-processing. The main limitation of this study was the absence of clinical outcome testing. Future research should examine efficacy through clinical trials or single-case experimental studies. Overall, the protocol appears to be a promising, content-valid, and feasible tool for treating DDD, pending evaluation of its clinical efficacy.

## Ethical Considerations

### Compliance with ethical guidelines

The present study has ethical approval from the Research Ethics Committee of Shahed University (Code: IR.SHAHED.REC.1401.163)

### Funding

This article was extracted from the PhD dissertation of Bahman Matinpoor, at the Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

### Authors contributions

Conceptualization: Bahman Matinpoor and Hamid Yaghubi; Methodology: Bahman Matinpoor, Hamid Yaghubi, Rasol Roshan Chesli, and Hojjatollah Farahani; Data collection, initial draft preparation, data curation: Bahman Matinpoor; Formal analysis: Bahman Matinpoor and Hojjatollah Farahani; Validation: Abbas Bakhshipour Roodsari and Hojjatollah Farahani; Review & editing: All authors; Supervision: Hamid Yaghubi and Rasol Roshan Chesli; Project administration: Hamid Yaghubi. All authors read and approved the final version of the manuscript.

### Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

### Acknowledgments

The authors would like to thank all experts who participated in evaluating the protocol for their time and cooperation.

مقاله پژوهشی

# تدوین و رواسازی پروتکل درمان بدنمند مبتنی بر پدیدارشناسی برای اختلال شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی

بهمن متین‌پور[۱]، *حمید یعقوبی[۱]، رسول روشن چلسی[۱]، عباس بخشی‌پوررودسری[۲]، حجت‌اله فراهانی[۳]

۱. گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۲. گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۳. گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation Matinpoor B, Yaghubi H, Roshan Chesli R, Bakhshipour Roodsari A, Farahani H. [Development and Validation of a Phenomenology-Based Embodiment Protocol for Depersonalization/Derealization Disorde (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2026; 32:E2733.3. http://dx.doi.org/10.22034/ijpcp.31.2733.3

doi http://dx.doi.org/10.22034/ijpcp.32.2733.3

تاریخ دریافت: ۰۸ شهریور ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۲۰ دی ۱۴۰۴
تاریخ انتشار: ۰۴ اسفند ۱۴۰۴

## چکیده

**اهداف** برای درمان اختلالات تجزیه‌ای بالاخص شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی، از انواع مختلف روان‌درمانی استفاده شده است؛ ازجمله روان‌درمانی سایکودینامیک، درمان شناختی-رفتاری، هیپنوتیزم درمانی، و روان‌درمانی حمایتی اما بیشتر افراد به روان‌درمانی‌های استاندارد پاسخ قوی نمی‌دهند. هدف پژوهش حاضر طراحی پروتکل منسجمی برای کاهش علائم در اختلال شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی است.

**مواد و روش‌ها** از رویکرد نقشه‌ریزی مداخله (IM) برای تنظیم و قاعده‌مندسازی مراحل ساخت پروتکل استفاده شد. پروتکل اولیه براساس مدل‌های درمان بدنمند، پژوهش‌های داخلی و خارجی مرتبط با بدنمندی و متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با آن در اختلال شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی طراحی شد. روایی محتوایی، امکان‌سنجی و تناسب‌پذیری پروتکل را هیئتی ۱۰ نفره از متخصصان (۹ نفر دارای مدرک دکتری روان‌شناسی بالینی و سلامت و ۱ متخصص فلسفه با تخصص پدیدارشناسی) ارزیابی کردند. ابزارها عبارت بودند از مقیاس ارزیابی تناسب‌پذیری مواد مداخله، چک‌لیست امکان‌سنجی و شاخص نسبت روایی محتوایی (CVR).

**یافته‌ها** پروتکل نهایی در ۸ جلسه و در دو مرحله اصلی (تقویت بدنمندی نوئماتیک و تقویت بدنمندی نوئتیک) و یک مرحله مکمل (بدن عینی) برای بیماران دارای اضطراب یا پنیک همبود تدوین شد. نسبت روایی محتوایی همه جلسات بین ۸/۰ تا ۱ و بالاتر از مقدار ملاک جدول لاوشه برای ۱۰ متخصص (۶۲/۰) بود و همه جلسات حفظ شدند. میانگین امکان‌سنجی کل مداخله در طیف پنج‌درجه‌ای ۹۲/۴ بود و میانگین مؤلفه‌های مقبولیت و تناسب، کاربردپذیری و تقاضا، یکپارچگی، قابلیت انطباق، قابلیت اجرا و تعمیم‌پذیری بین ۷۷/۴ تا ۹۵/۴ قرار داشت. میانگین شاخص‌های تناسب‌پذیری مواد مداخله در طیف سه‌درجه‌ای (۰ تا ۲) بین ۶/۱ تا ۹/۱ بود و آزمون تی تک‌نمونه‌ای برای همه شاخص‌ها معنادار بود ($P\leq ۰/۰۰۱$).

**نتیجه‌گیری** پروتکل درمان بدنمند مبتنی بر پدیدارشناسی از دیدگاه متخصصان برای کاهش علائم اختلال شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی از روایی محتوایی، امکان‌پذیری و تناسب مطلوبی برخوردار است. اثربخشی بالینی آن باید در کارآزمایی‌های بالینی آتی بررسی شود.

**کلیدواژه‌ها:**
درمان بدنمند، پدیدارشناسی، شخصیت‌زدایی، واقعیت‌زدایی، روان‌درمانی

* **نویسنده مسئول:**
**دکتر حمید یعقوبی**
**نشانی:** تهران، دانشگاه شاهد، دانشکده علوم انسانی، گروه روان شناسی بالینی.
**تلفن:** ۳۱۰۵۰۸۸ (۹۱۲) ۹۸+
**پست الکترونیکی:** yaghubi@shahed.ac.ir

Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## مقدمه

اختلال شخصیت‌زدایی/واقعیت‌زدایی با تکرار مداوم تجربه شخصیت‌زدایی، واقعیت‌زدایی یا هردو، مشخص می‌شود [۱]. تجربه شخصیت‌زدایی عبارت است از تجربه غیرواقعی بودن، جدا بودن، یا یک مشاهده‌گر بیرونی بودن در نسبت با افکار، احساسات، دریافت‌های حسی، بدن و رفتار. واقعیت‌زدایی عبارت است از تجربه غیرواقعی بودن یا جدایی از موقعیت اطراف به‌نحوی‌که افراد و اشیاء به‌صورت چیزهایی ناواقعی، رویاگونه، مبهم، غیرزنده، یا ازنظر دیداری مخدوش تجربه می‌شوند [۱]. تجربه‌های موقت شخصیت‌زدایی و واقعیت‌زدایی در جمعیت‌های عادی (غیربالینی) و جمعیت‌های بالینی به‌شدت رایج است، به‌طوری‌که این علامت‌ها[1]، بعد از افسردگی و اضطراب، سومین علامت رایج محسوب می‌شود. در یک نظرسنجی معلوم شد نرخ شیوع ۱ ساله این علائم در جمعیت عادی ۱۹ درصد است [۲].

این بیماران گاهی به برخی از داروها مثل فلوکستین به‌طور اندک و جزئی پاسخ می‌دهند. برای درمان اختلالات تجزیه‌ای بالاخص شخصیت‌زدایی و واقعیت‌زدایی از انواع مختلف روان‌درمانی استفاده شده است؛ ازجمله روان‌درمانی سایکودینامیک[2]، درمان شناختی-رفتاری[3]، هیپنوتیزم‌درمانی[4]، و روان‌درمانی حمایتی[5]، اما بیشتر افراد به روان‌درمانی‌های استاندارد پاسخ قوی نمی‌دهند [۲].

یک نکته مشترک در رویکردهای درمانی مذکور عدم توجه خاص به ماهیت بدنمند[6] اختلالات تجزیه‌ای است. اختلال در بازنمایی بدن، نابهنجاری در احساسات بدنی، احساس عدم تسلط بر رفتار، ازخودبیگانگی و تجربه خارج از بدن، از مشخصه‌های اصلی در اختلال‌های تجزیه‌ای است [۲] که به نظر می‌رسند ماهیت بدنمند دارند. لذا ممکن است نشانگان اصلی در اختلال‌های تجزیه‌ای و به‌طور خاص، واقعیت‌زدایی و شخصیت‌زدایی، یک عامل مربوط به بدنمندی بیمار باشد که با تصحیح آن عامل بتوان در درمان اختلال‌های تجزیه‌ای، افق روشنی را گشود. به نظر می‌رسد منظور از بدنمندی، سیگنال‌های درون بدنی باشد. برخی پژوهشگران دقت سیگنال‌های درون بدنی را در اختلال‌های روانی بررسی کردند؛ برای‌مثال پلاتس و فرنزی [۳] نشان دادند افراد شخصیت مرزی، دقت سیگنال‌های درون بدنی در آن‌ها کم است که با افزایش دقت این سیگنال‌ها می‌توان به بهبود این اختلال کمک کرد. سیگنال‌های درون بدنی، اطلاعاتی هستند که از وضعیت درونی ارگانیسم به مغز می‌رسند [۴] که به نظر می‌رسد منظور از بدن در عصب‌شناسی همین سیگنال‌های درون بدنی است.

اما این تحقیقات یا پروتکل‌های موجود در آن با وجود اهمیت بالینی زیادی که دارند به دو دلیل هنوز با اندکی ساده‌نگری همراه هستند. اول اینکه در این پژوهش‌ها به نظر می‌رسد دریافت و تمییز سیگنال‌های درون بدنی به‌مثابه یک وضعیت ایستا در نظر گرفته شده است؛ به‌طورمثال ضعف در تشخیص احساسات قلبی[7] به‌عنوان وضعیتی ثابت در نظر گرفته می‌شود که در اثر آسیب‌های دوران کودکی در فرد ایجاد شده و به همان صورت باقی مانده است [۵]، درحالی‌که بیمار تجزیه‌ای دارای نشانگان پویا و متغیر است، گاهی بدن خود را به‌صورت عینی و پر از تنش تجربه می‌کند، گاهی بدن خود را اصلاً تجربه نمی‌کند و گاهی در بدن زیسته خود، زندگی را به‌صورت نرمال تجربه می‌کند [۲]. این درحالی است که تحقیقات پدیدارشناسانه به‌خوبی نشان داده‌اند نشانگان درون بدنی (سیگنال‌های درون بدنی) به شیوه‌های گوناگونی می‌توانند در تجربه آگاهانه نقش ایفا کنند.

دوم اینکه به نظر می‌رسد در این پژوهش‌ها تصور بر آن است که سیگنال‌های درون بدنی تنها یک کارکرد روانی دارند. بنابراین آنچه باید در دستور کار درمانی قرار گیرد صرفاً تقویت سیگنال‌های درون بدنی یا به اصطلاح تقویت اتصال بدنی[8] است [۳]. به‌عبارتی تنها به یک شیوه در تجربه فرد از هویت خود و واقعیت جهان، نقش دارند. بنابراین آنچه باید در دستور کار درمانی قرار گیرد، صرفاً تقویت آن‌هاست؛ درحالی‌که به‌نظر می‌رسد سیگنال‌های درون بدنی نه‌تنها به‌صورت کمی می‌تواند تغییر کنند بلکه به‌صورت کیفی هم می‌تواند تغییر کنند. به‌عبارتی افراد مبتلا به اختلال شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی از نظر شدت و میزان درک سیگنال‌های درون‌بدنی تفاوت چندانی با افراد سالم ندارند. بلکه کارکرد این سیگنال‌ها در آن ها تغییر کرده است.

همچنین برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند علی‌رغم انتظار، احساس نابدنمندی در اختلال شخصیت‌زدایی ارتباط با کمبود دقت حس درون‌بدنی (IA) ندارد؛ بلکه این افراد در تجمیع و یک کاسه کردن داده‌های حاصله از حس درونی در احساس «خود» مشکل دارند [۶]. بنابراین این پژوهش به دنبال پر کردن این خلأ است که پروتکلی طراحی شود که بتوان داده‌های حاصله از حس درونی را در احساس خویشتن تجمیع کند.

کلومبتی و راتکلیف[9] [۷] یک مدل پدیدارشناسانه منطبق با تحلیل پدیدارشناختی هوسرل از تجربه پیشنهاد می‌کنند که با ملاحظات پدیدارشناختی و عصب‌شناسی در تحقیقاتی که تاکنون مرور شده به‌خوبی سازگار می‌شود. کلومبتی و راتکلیف براساس

1. Symptom
2. Psychodynamic
3. Cognitive Behavioural Therapy (CBT)
4. Hypnotic therapy
5. Supportive psychotherapy
6. Embodiment
7. Hart feeling
8. Body connection
9. Colombetti & Ratliffe

اصطلاح‌شناسی هوسرل، بدنمندی را در سه سطح بدنِ عینی[10]، بدن نوئماتیک[11](بدنِ احساس‌شده؛ بدن به‌عنوان متعلّق تجربه) و بدن نوئتیک[12] (بدنِ به‌مثابه چشم‌انداز و واسطه تجربه جهان) تعریف می‌کند که براساس آن می‌توان برداشت دقیق‌تری از نقش سیگنال‌های درون بدنی و تفکیک بهتری در انواع تکنیک‌های درمانی بدنمند مانند تکنیک های ذهن‌آگاهی، تکنیک‌های همراه با نگریستن به آینه و تکنیک‌های مربوط به درگیر ساختن بیمار با چالش‌های موقعیتی به دست آورد. باتوجه‌به این تحلیل، هوسرل تجربه سه مفهوم از بدن را استنباط می‌کند. اول بدن شئ‌گونه که یک ابژه بیرونی است مثل مشاهده بدن دیگران، مشاهده بدن در آینه و امثال آن تجربه می‌شود. دوم بدن نوئماتیک در تجربه است و از درون به‌عنوان بدنی زنده و دارای قوه احساس و عمل تجربه می‌شود. این بدنمندی همانی است که مورد تأکید تفکر بودایی و رویکرد ذهن‌آگاهی است. و درنهایت بدن نوئتیک متناظر با نوئسیس (فعل آگاهی)، که در حین درگیری عملی با واقعیت تجربه می‌شود [۷].

براین اساس می‌توان دلالت‌های عملی رویکرد بدنمندی مبتنی بر پدیدارشناسی را به این صورت بیان کرد: خروج از بدنمندی عینی (آبجکتیو)، و تقویت بدنمندی نوئماتیک. درعین‌حال ازآنجاکه پژوهش‌ها نشان داده‌اند تمرین‌های ذهن‌آگاهی مانند تکنیک تنفس، می‌تواند متغیر تجزیه بدنی را کاهش دهند [۷].

به‌این‌ترتیب می‌توان تقویت بدن نوئتیک را نیز به پروتکل درمان بدنمند اضافه کرد. بدین‌ترتیب چنین پروتکلی بایستی با منصرف کردن بیمار از نگاه کردن به بدن از بیرون، ابتدا با تکنیک‌هایی مانند تنفس ذهن‌آگاه، احساس زیستن بدنمند، یا بدنمندی، نوئماتیک را افزایش دهد و سپس با مشغول کردن فرد با چالش‌های بدنمند مانند حرکات بیانگر جسمی (رقص) میلمان[13][۸]، همدردی، (بنوث و بیلسن[14][۹]) و فعالیت‌های دیگری از این دست، بدنمندی نوئتیک را تقویت کند. به نظر می‌رسد براساس این مدل سه سطحی تجربه بدن، مفهوم «ترکیب سیگنال‌های درون‌بدنی در احساس خویشتن» که در پژوهش‌ها بر روی آن تأکید شده، مربوط به سطح دوم و سوم یعنی بدن نوئماتیک و نوئتیک است، به‌عبارتی بیمار دچار شخصیت‌زدایی هرچند این سیگنال‌ها را تجربه می‌کند اما آن‌ها را در تجربه بدن به‌صورت عینی به کار می‌برد. درعین‌حال بیشتر افراد به روان‌درمانی‌های استاندارد و همین‌طور درمان دارویی، پاسخ قوی نمی‌دهند [۲]. همین موفقیت اندک روش‌های درمانی استاندارد و صرفاً اثربخشی عمومی روان‌درمانی، به جهت کاهش اضطراب بیمار، حاکی از وجود خلأهایی در روش‌های درمانی موجود در ارتباط با اختلال شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی است که به‌نوبه‌خود ضرورت پژوهش حاضر را که با تکیه بر آخرین دستاوردهای علمی به تدوین یک پروتکل درمانی جدید برای درمان اختلال شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی می‌پردازد، افزایش می‌دهد.

هدف پژوهش حاضر، طراحی پروتکلی بود که بر مبنای فرضیه و تئوری ما که برگرفته از ادبیات پدیدارشناسی است با نظر متخصصان طراحی شد. منظور بهره‌گیری از تکنیک‌هایی بود که باعث عبور فرد مبتلا به اختلال تجزیه‌ای از حالت بدن عینی به حالت بدن نوئماتیک و نوئتیک می‌شود. بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا می‌توان پروتکلی طراحی کرد که با تغییر وضعیت از حالت بدن عینی یا بدن آبجکتیو به وضعیت بدن نوئماتیک و نوئتیک بر کاهش علائم افراد مبتلا به اختلال شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی تأثیر بگذارد؟

## مواد و روش‌ها

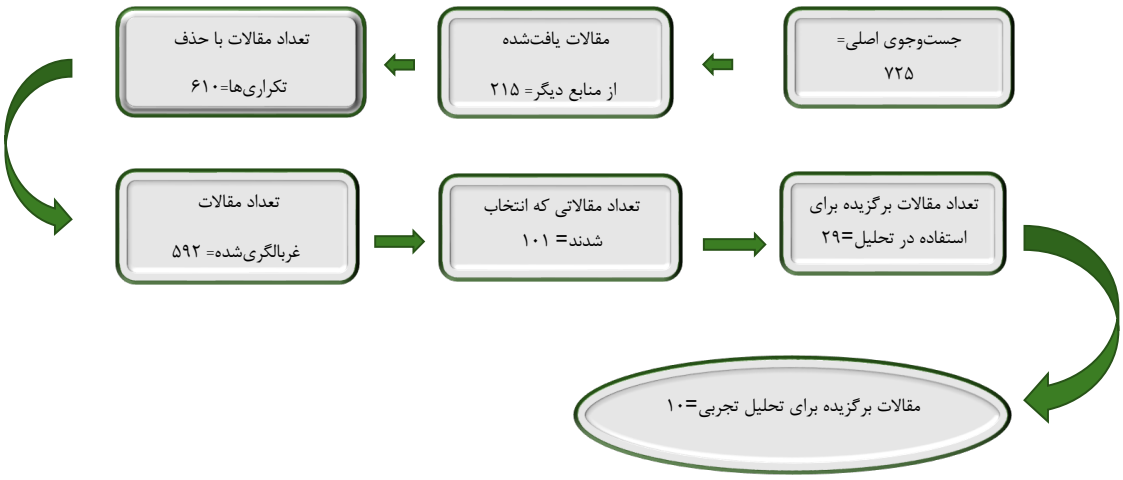
پژوهش حاضرآمیخته اکتشافی متوالی است. هدف بخش اول تدوین پروتکل بدنمند مبتنی بر پدیدارشناسی است که با استفاده از روش مرور نظام‌مند و روش نقشه‌ریزی مداخله قاعده‌مند شده است و در بخش دوم رواسازی پروتکل بدنمند مبتنی بر پدیدارشناسی توسط متخصصین مدنظر است.

### بخش اول: مرور نظام‌مند

#### جامعه و نمونه مربوط به بخش نخست با مرور نظام‌مند

با جست‌وجوی کلیدواژه‌ها و ترکیبات گوناگون آن‌ها تعداد مقالات بالقوه مرتبطی که در تمام پایگاه‌های موردنظر یافت شد، بیش از ۷۲۵ عنوان بود. در پایش اولیه صرفاً عنوان این مقالات مطالعه شد و پس از حذف عنوان‌های نامرتبط و تکراری تعداد مقاله‌ها به ۱۰۱ مورد کاهش یافت. در این مرحله به مطالعه چکیده مقالات پرداخته شد و در مواردی که مطالعه چکیده مقاله برای تعیین اهمیت آن کافی نبود به متن مقاله رجوع شد. در این بین ۲۹ مقاله با داشتن ارتباط کافی با مسئله موردبررسی به‌منظور استفاده در تحلیل، به‌طور دقیق مورد بررسی قرار گرفت. برخی از این ۲۹ مقاله، مقالات نظری و فلسفی بوده و برخی دیگر نیز فاقد داده‌های آزمایشی دقیق بودند. به‌این‌ترتیب اگرچه این‌ها نیز طبق دستورالعمل ترجیح مقالات پریزما در تحلیل نظری به کار رفتند، اما نهایتاً تنها ۱۰ مقاله به‌عنوان داده‌های اصلی مرور فراگیر برای تحلیل تجربی استفاده شدند. این مراحل براساس دستورالعمل ترجیح و ارزیابی منابع پریزما - تصویر شماره ۱، تلخیص و بیان شده است. فرآیند انتخاب مقالات با استفاده از «چک‌لیست مرور مقالات و مرور نظام‌مند» و «چک‌لیست آماده‌سازی و ارزیابی مقاله مروری» صورت گرفت. ارزیابی کیفیت مقاله‌ها با استفاده

10. Corporeal body
11. Noematic body
12. Noetic body
13. Millman
14. Benoot & Bilsen




**تصویر ۱.** دستورالعمل ارزیابی و ترجیح منابع

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

**جدول ۱.** ارزیابی کیفیت مقاله‌ها با استفاده از ابزار اندازه‌گیری سوگیری کاکرین

| نویسندگان | سوگیری | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | تخصیص تصادفی | پنهان‌سازی تخصیص | کورسازی مشارکت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات | نقض داده‌های پیامدی(ریزش) | گزارش انتخابی پیامدها (کنترل سوگیری در گزارشدهی) |
| میشل و همکاران ۲۰۱۶ [۶] | کم خطر | کم خطر | کم خطر | کم خطر | کم خطر |
| میلمن و همکاران ۲۰۲۳ [۸] | کم خطر | کم خطر | کم خطر | کم خطر | کم خطر |
| بنوت و بیلسن ۲۰۱۶ [۹] | پر خطر | نامعلوم | پرخطر | کم خطر | پر خطر |
| میشل و همکاران ۲۰۱۳ [۱۵] | کم خطر | نامعلوم | کم خطر | کم خطر | کم خطر |
| سدنو و همکاران ۲۰۱۴ [۱۶] | کم خطر | نامعلوم | نامعلوم | کم خطر | کم خطر |
| ساینی و همکاران ۲۰۲۲ [۱۷] | کمخطر | نامعلوم | کم خطر | کم خطر | کم خطر |
| آردما و همکاران ۲۰۱۰ [۱۸] | نامعلوم | نامعلوم | پرخطر | کم خطر | کم خطر |
| شولز و همکاران ۲۰۱۵ [۱۹] | کم خطر | کم خطر | کم خطر | کم خطر | کم خطر |
| وینر و مککی ۲۰۱۳ [۲۰] | کم خطر | نامعلوم | پرخطر | کم خطر | کم خطر |
| کیسی و زتل ۲۰۱۶ [۲۱] | پرخطر | نامعلوم | کم خطر | کم خطر | نامعلوم |

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

**جدول ۲.** اطلاعات مقالات برگزیده پژوهش

| نویسنده/سال/منبع | عنوان | نمونه آماری | نتیجه |
|---|---|---|---|
| بنوت و بیلسن (۲۰۱۶) [۹] | مطالعه خودقوم‌نگاری تجربه نابدنمند یک پژوهشگر تازه کار درحال انجام تحقیق کیفی بر روی سرطان | N:۱ | بهبود بیماری نابدنمندی ناشی از مواجهه با موقعیت تروماتیک و ایجاد مقاومت بدنمند در برابر موقعیت‌های مشابه |
| میشل و همکاران (۲۰۱۴) [۶] | عدم تعادل قابل‌توجه آشفتگی تجربه بدنی و دقت درون‌بینی بهنجار در اختلال شخصیت‌زدایی– واقعیت‌زدایی | N: ۲۴ C: ۲۶ | دقت حس درونبدنی در افراد DDD مانند افراد سالم است و در عوض، حس درون بدنی در این افراد تغییرشکل پیدا کرده است. آن‌ها در تجمیع داده‌های این حس در احساسی از خود ناتوانند. |
| میشل وهمکاران (۲۰۱۳) [۱۵] | شخصیت‌زدایی: قطع ارتباط ارزیابی شناختی ناشی از پاسخ عصبی خودکار به تحریکات هیجانی | N:۲۲ C: ۱۵ | وجود سیگنال‌های درون‌بدنی در افراد دچار DDD؛ ناتوانی در تجمیع داده‌های حس درونبدنی در احساس «خود» |
| سدنو و همکاران (۲۰۱۴) [۱۶] | چه احساسی داری زمانی که نمی‌توانی بدن خود را احساس کنی؟ حس درون بدنی، اتصال کارکردی و پردازش هیجانی در شخصیت‌زدایی– واقعیت‌زدایی | N: ۱ | عدم توازن میان وجود احساس درون‌بدنی و احساسات هیجانی حاکی از تغییر شکل حس درونبدنی در افراد DDD است. |
| ساینی و همکاران (۲۰۲۲) [۱۷] | اختلال شخصیت‌زدایی به‌مثابه کاهش سیستماتیک سیگنال‌های درون بدنی | N: ۱ | تحلیل و تبیین وضعیت خاموشی درونبدنی بیمار DDD در قالب مدل PC |
| میلمن و همکاران (۲۰۲۳) [۸] | درمان رقص/حرکت سازمان یافته برخط، انفصال بدنی، شخصیت‌زدایی و واقعیت‌زدایی را کاهش می‌دهد. | N: ۳۱ C: ۲۹ | بررسی تأثیر حرکات بیانگر جسمی (رقص) و تمرین حرکات بدن در بهبود علائم DDD |
| آردما وهمکاران (۲۰۱۰) [۱۸] | واقعیت مجازی باعث القای علائم تجزیه‌ای و احساس حضور کمتر در واقعیت عینی می‌شود. | N: ۳۰ | واقعیت مجازی باعث القای علائم تجزیه‌ای و احساس حضور کمتر در واقعیت عینی می‌شود. |
| شولز و همکاران (۲۰۱۵) [۱۹] | الگوی تغییریافته پتانسیل تحریک ضربان قلب در اختلال شخصیت‌زدایی–واقعیت‌زدایی | N:۲۳ C: ۲۴ | مقایسه بیمارن DDD و افراد سالم در توجه به سیگنال‌های درون بدنی و. فراهم آوردن شواهدی حاکی از اینکه بیماران DDD قادر به ادراک فعال سیگنال‌های درونبدنی نیستند. |
| وینر و مککی (۲۰۱۳) [۲۰] | تمرین ارائه درون بدنی برای تحریک شخصیت‌زدایی و واقعیت‌زدایی: یک مطالعه زمینه‌ای | N:۳۵۲ | القای DP و DR درصورتی که فرد DDD دارای حساسیت اضطرابی و/یا PTSD به‌صورت همبود باشد به‌عنوان نوعی تکنیک در معرض قرار دادن، باعث بهبود DDD می‌شود. |
| کیسی و زتل (۲۰۱۶) [۲۱] | توسعه یک روش نوین ارائه درون بدنی برای القای شخصیت‌زدایی، واقعیت‌زدایی | N: ۳۴ | بهبود بیماران DDD همبود با PTST و ترس پنیک از طریق غرقه‌سازی درونبدنی |

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

از ابزار اندازه‌گیری سوگیری کاکرین انجام گرفت. پژوهش‌ها براساس شش معیار در سه درجه کم خطر، نامعلوم و پرخطر مورد ارزیابی قرارگرفت.

### روش نقشه مداخله

تدوین پروتکل درمانی براساس روش نقشه مداخله، در شش مرحله به شرح زیر انجام شده است: مرحله اول: نیازسنجی، دوم: تعیین دقیق‌تر متغیرها براساس یک رویکرد نظری مشخص، سوم: مرور نظام‌مند ادبیات پیشین، چهارم: طراحی یک پروتکل سازمان‌یافته، پنجم: طرح ملاحظاتی است که پروتکل مذکور را برای اجرا در دنیای واقعی، عملی و امکان‌پذیر سازد و ششم: تولید یک روش برای ارزیابی کارآمدی پروتکل مداخله.

### معیارهای ورود بخش اول

تلاش بر این بوده است که مطالعه پیش‌رو تمام پژوهش‌هایی را شامل شود که به نحوی می‌توانند داده‌هایی در جهت تعیین جایگاه حس درون بدنی در اختلال DDD در اختیار پژوهشگر قرار دهند. غالباً عمر این قبیل پژوهش‌ها به ۱۰ سال نمی‌رسد.

### معیارهای خروج بخش اول

پژوهش‌های نظری صرف که فاقد داده‌های تجربی بودند از نمونه‌های اصلی مطالعه حاضر حذف شدند. مقالات موجود در کتاب‌های مرجع به‌علت فقدان داده‌های تجربی دست اول از نمونه‌های اصلی مرور نظام‌مند حذف شدند.

**جدول ۳.** خلاصه پروتکل درمان بدنمند خلاصه پروتکل درمان بدنمند مبتنی بر پدیدارشناسی

| جلسات | توصیف | جلسات | توصیف |
|---|---|---|---|
| هفته اول | –آشنایی با آزمودنی و بررسی تاریخچه بیماری، مرور مشکلات و توضیح ساختار جلسات<br>–معرفی کلی درمان بدنمند، مفهوم سیگنال‌های درون بدنی و ارتباط آن با مشکلات بیمار و ایجاد امیدواری به درمان براساس این شیوه<br>–صورت‌بندی مورد اختلال شخصیت‌زدایی–واقعیت‌زدایی<br>–آموزش تکنیک تنفس همراه پیمایش بدن: (بیمار در آغاز مفهوم این تمرین را درک نمی‌کند و باید او را به مداومت تشویق کرد)<br>–خلاصه<br>–بازخورد<br>–تکلیف: انجام تکنیک تنفس همراه پیمایش بدن<br>–عدم کنجکاوی و جست‌وجو برای علت‌یابی حالت‌های شخصیت‌زدایی–واقعیت‌زدایی | هفته پنجم | –تعیین جلسه<br>–بررسی اوضاع روحی هفته گذشته<br>–مرور تکالیف جلسه قبل<br>–آموزش تکنیک جدید (تجربه انعکاسی و غیرانعکاسی و حالت‌های بدن در آن)<br>–تکلیف: غرق شدن در موقعیت<br>–خلاصه<br>–بازخورد |
| هفته دوم | –تعیین جلسه<br>–بررسی اوضاع روحی هفته پیش<br>–مرور تکالیف<br>–توضیح دوباره آموزش بدنمند و صورت‌بندی مورد<br>–آموزش تکنیک جدید (شنیدن ضربان قلب همراه پیمایش بدن، گردش توپ روی بدن و وصل کردن زمان و مکان به همدیگر)<br>–تکلیف: گردش توپ و یاد آوری ترتیب زمان و مکان<br>–خلاصه<br>–بازخورد | هفته ششم | –تعیین جلسه<br>–بررسی اوضاع روحی هفته گذشته<br>–مرور تکالیف جلسه قبل<br>–آموزش تکنیک جدید (زبان بدن و حرکات بیانگر جسمی همراه موسیقی)<br>–تکلیف: استفاده از زبان بدن در اجتماع و حرکات بیانگر جسمی<br>–خلاصه<br>–بازخورد |
| هفته سوم | –تعیین جلسه<br>–تعیین جلسه<br>–بررسی اوضاع روحی هفته پیش مراجع<br>–مرور تکالیف جلسه قبل<br>–آموزش تکنیک‌های جدید: تفاوت بدن زنده با مرده، اسامی خاص و جسمانی سازی، لمس کردن اشیا<br>–تکلیف: حفظ بدن در برخی فعالیت‌ها<br>–خلاصه<br>–بازخورد | هفته هفتم | –تعیین جلسه<br>–بررسی اوضاع روحی هفته گذشته<br>–مرور تکالیف جلسه قبل<br>–آموزش تکنیک جدید (آموزش همدلی، نگاه به کل داستان)<br>–تکلیف: همدلی در موقعیت واقعی و نگاه به کل داستان<br>–خلاصه<br>–بازخورد |
| هفته چهارم | –تعیین جلسه<br>–بررسی اوضاع روحی هفته گذشته<br>–آموزش تکنیک جدید (میدان عاطفی و عدم توجه دقیق به جزئیات)<br>–تکلیف: بررسی میدان عاطفی<br>–خلاصه<br>–بازخورد | هفته هشتم | –تعیین جلسه<br>–بررسی اوضاع روحی هفته گذشته<br>–مرور تکالیف جلسه قبل<br>–آموزش تکنیک جدید (ترکیب شانه زدن و آینه نگاه –کردن)<br>–تکلیف: شانه همراه آینه<br>–خلاصه<br>–بازخورد |

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

## بخش دوم: اعتبارسنجی، امکان‌سنجی و روایی محتوایی پروتکل

### جامعه و نمونه آماری (هیئت خبرگان)

جامعه آماری در این فاز شامل کلیه متخصصانی بود که با درمان‌های بدنمند[15] و اختلالات تجزیه‌ای آشنایی اولیه داشتند.

برای ارزیابی روایی و امکان‌سنجی پروتکل، از یک هیئت خبرگان ۱۰ نفره استفاده شد. این نمونه شامل ۹ نفر متخصص دارای مدرک دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی و سلامت (انتخاب‌شده براساس سوابق پژوهشی هم‌راستا با رویکرد بدنمندی) و یک متخصص در حوزه فلسفه علم و پدیدارشناسی (دانش‌آموخته دکتری فلسفه از پژوهشکده علوم شناختی و مسلط به مسئله بدن و پدیدارشناسی) بود.

15. Embodied Therapies

**جدول ۴.** تکنیک‌های مرحله نوئماتیک درمان

| تکنیک‌ها | شرح تکنیک | منابع |
|---|---|---|
| تنفس شکمی | تنفس شکمی شاه کلید حضور در بدن نوئماتیک است. در این تکنیک بیمار بایستی بیاموزد با شکم خود نفس بکشد به این معنا که تلاش کند در دم و بازدم شکم خود را پر و خالی کند و توجه خود را معطوف به پر و خالی شدن شکم کند. نیازی نیست بیمار افکار مزاحم را به زور از ذهن خود براند. تنها کافی است ذهن را در نزدیکی شکم نگه دارد و اجازه ندهد افکار او را از شکم دور کنند. | میشل و همکاران (۲۰۱۳) [۱۵] |
| پیمایش ذهنی بدن | زمانی که بیمار اجرای تکنیک تنفس شکمی را فرا گرفت اکنون می‌تواند در حین اجرای آن توجه خود را به دست‌ها و پاهای خود گسترش دهد؛ و بدن خود را احساس کند. | ونیک (۲۰۱۸) [۲۲] |
| غلتانیدن توپ | با پخش موسیقی آرام، بیمار به سطوح بدن خود توجه می‌کند، درحالی‌که یک توپ به آرامی روی آن حرکت داده می‌شود. سپس از بیمار خواسته می‌شود حرکت این توپ را درون بدن نیز احساس کند. | میلمان و هکاران (۲۰۲۳) [۸] |
| بدن‌آگاهی | پس از تمرین کافی تکنیک‌های قبلی بیمار می‌تواند احساس حضور در بدن را در حین انجام برخی کارهای ساده مثل دوش گرفتن، موسیقی گوش کردن و صحبت کردن با دیگران حفظ کند. | براساس میلمن و همکاران (۲۰۲۳) [۸] |
| جسمانی‌سازی | درمانگر نام‌های خاص مهم که برای بیمار بار عاطفی زیادی دارد را شناسایی می‌کند و با صدای بلند آن‌ها را ذکر می‌کند. بیمار موظف است مکان تجربه هیجانات در بدن خود را مشخص کند و تلاش کند به کمک درمانگر کیفیت این تجربه‌ها را از طریق استعاره‌های جسمانی بیان کند. مثلاً یک احساس می‌تواند این‌گونه بیان شود: انگار دور سینه‌ام را طناب پیچیده‌اند که باعث شده نتوانم خوب نفس بکشم. | ونیک (۲۰۱۸) [۲۲] |
| ترسیم میدان عاطفی | به‌منظور کنترل و تنظیم هیجان در وضعیتی که بیمار دچار اضطراب می‌شود،<br>درمانگر ابتدا با شبیه‌سازی خیالی بیمار را در معرض تجربه‌های هیجانی قرار می‌دهد.<br>سپس بیمار با کمک درمانگر توالی حالات جسمانی خود را مشاهده و گزارش می‌کند.<br>در مدل اصلی، این توالی شامل موقعیت ماشه‌چکان، هیجان اولیه، رفتار تکانشی اولیه، انتظار پیامد، هیجان ثانویه و رفتار قابل‌مشاهده است. این میدان عاطفی را می‌توان برای فرد مبتلابه اختلال شخصیت‌زدایی–واقعیت‌زدایی چنین ترسیم کرد:<br>احساس عجیب بودن ← هیجان غم و اضطراب ← غرق شدن بیشتر ← غم و اضطراب بیشتر.<br>بیمار این ترتیب را می‌شناسد و از آن آگاه می‌شود تا هم بر آن مسلط شود و هم بتواند این فرایند را قطع کند. | هاوک (۲۰۱۸–ب) [۲۳] |
| تشخیص ضربان قلب | یکی از روش‌های مرسوم برای سنجش و همین‌طور تقویت دقت سیگنال‌های درون بدنی، شمارش ضربان قلب بیمار توسط خود اوست. | میشل و همکاران (۲۰۱۴) [۶] |

۱-۳-۴- تکنیک‌های سطح نوئتیک (تمرکز بر موقعیت یا درگیر شدن با موقعیت)

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

**معیارهای ورود خبرگان:**

**برای متخصص روان‌شناسی**

داشتن حداقل مدرک دکتری روان‌شناسی بالینی یا سلامت، سابقه پژوهشی مرتبط، و تمایل به مشارکت پس از شرکت در جلسه توجیهی اهداف پژوهش.

**برای متخصص فلسفه**

داشتن مدرک تحصیلات تکمیلی (ارشد یا دکتری) در فلسفه، سابقه چاپ مقالات در حوزه پدیدارشناسی، و علاقه‌مندی به مشارکت در بررسی متون نظری و مبانی پروتکل از ابتدای طرح.

**رویه اجرا و زمان‌بندی پژوهش**

فرآیند تدوین پروتکل اولیه و بررسی روایی آن در یک بازه زمانی ۹ ماهه (از دی‌ماه سال ۱۴۰۱ تا شهریور سال ۱۴۰۲) انجام گرفت. فرآیند ارزیابی تخصصی توسط هیئت خبرگان نیز مشخصاً از تیرماه تا اوایل شهریور سال ۱۴۰۲ به طول انجامید. در این مرحله، نسخه اولیه پروتکل در اختیار خبرگان قرار گرفت و از آن‌ها درخواست شد تا پرسش‌نامه‌های مربوط به امکان‌سنجی، تناسب‌پذیری مداخله و روایی محتوایی را تکمیل نمایند.

**روش تحلیل داده‌ها**

داده‌های حاصل از این فاز در دو بخش کمی تحلیل شدند:

۱. امکان‌سنجی، تناسب و پذیرش: برای بررسی این متغیرها از آمار توصیفی (محاسبه میانگین و انحراف‌معیار) و آمار استنباطی (آزمون تی تک‌نمونه‌ای) استفاده شد. ۲. روایی محتوایی: جهت بررسی نسبت روایی محتوایی (CVR) و شاخص روایی محتوایی (CVI) ابزارها و جلسات پروتکل، از فرمول روایی محتوایی و جداول لاوشه[16] استفاده گردید.

16. Lawshe

**جدول ۵.** تکنیک‌های مرحله نوئتیک درمان

| تکنیک | منابع | شرح تکنیک |
|---|---|---|
| زبان بدن | هاوک و کریتیکوس (۲۰۱۸) [۳] | در زبان بدن نیز بدن به صورت آگاهانه حضور دارد اما جدای از شخص نیست بلکه خود شخص است که از این طریق خود را ابراز می‌کند. |
| حرکات جسمانی بیانگر | میلمان و همکاران (۲۰۲۳) [۸] | در حرکات بیانگر جسمی (حرکات موزون)، بدن در معرض توجه قرار می‌گیرد اما نه به‌عنوان موضوع تجربه بلکه به‌مثابه تجسد عواطفی که از طریق حرکات موزون ابراز می‌شوند: برای این تکنیک موزیک آرام در پس زمینه پخش می‌شود بیمار ابتدا بدن خود را از طریق گرم می‌کند و سپس حرکات مشخصی را به‌صورت ریتمیک هماهنگ با ریتم موسیقی انجام می‌دهد. برای تمرین در خانه یک فیلم کوتاه چند دقیقه‌ای حرکات موزون تهیه شده و در اختیار مراجع قرار می‌گیرد و مراجع در خانه تمرین می‌کند. یک حرکات بیانگر جسمی ۱۰ دقیقه‌ای مرتبط با فرهنگ انتخاب کند و سعی کند روزانه انجام دهد و به‌ترتیب حرکات حرکات بیانگر جسمی را انجام دهد. |
| ارتباط اجتماعی مشفقانه | بنوت و بیلسن (۲۰۱۶) [۹] | منظور برقراری ارتباط با افراد و گروه‌هایی از مردم است که به همدلی نیاز دارند. دوستان، اقوام، بیماران و نیازمندان جزو این دسته‌ها هستند. همدلی لزوماً همدردی نیست گاهی می‌تواند مشارکت حقیقی در شادی‌های دیگران باشد. این تکنیک می‌تواند حس و حرکت را باهم فعال کند و به نوعی بدنمندی فعال را افزایش دهد. |
| تماشای همدلانه | براساس بنوت و بیلسن (۲۰۱۶) [۹] | این تکنیک به‌منظور آموزش و تمرین همدلی در اتاق درمان طراحی شده است: بیمار پشت میز نشسته و قسمتی از یک فیلم برای او پخش می‌شود که در آن فردی با عاطفه شدید درباره موضوعی صحبت می‌کند. بیمار دستان خود را روی میز قرار می‌دهد سر خود را اندکی مایل نگه داشته و حالت صورت خود را مطابق با فضای عاطفی فیلم تنظیم می‌کند. این تمرین مقدمه‌ای برای همدلی در موقعیت‌های واقعی است. |
| نگاه کردن به آینه و شانه زدن موها | آینلی و همکاران (۲۰۱۲) [۲۴] | این تکنیک می‌تواند حس و حرکت را باهم فعال کند و به نوعی بدنمندی فعال را افزایش دهد. |

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

### ساختار جلسات و وفاداری به درمان[17]

به‌منظور تضمین وفاداری به درمان، پروتکل حاضر به‌صورت یک راهنمای مدون ساختاریافته[18] در ۸ جلسه تدوین شد. وفاداری درمانگر به پروتکل از طریق استانداردسازی اهداف هر جلسه، تعیین دقیق تمرینات بدن‌محور، استفاده از تکنیک پرسشگری پدیدارشناختی معین و ارائه تکالیف ساختاریافته بین‌جلسه‌ای تأمین گردید. همچنین به‌منظور جلوگیری از انحراف از مبانی پدیدارشناختی، تمریناتی که به ابژه‌سازی بدن منجر می‌شدند در طول فاز اعتبارسنجی شناسایی و از روند مداخله حذف گردیدند.

## آزمون‌ها

### ارزیابی تناسب پذیری مواد مداخله

در سال ۱۹۹۶ دواک و همکاران[19] [۱۰] این مقیاس را طراحی کرده‌اند که روشی منظم برای ارزیابی عینی مناسب بودن محتوا برای گروه هدف در مدت‌زمانی کوتاه ارائه می‌دهد [۱۱].

### چک‌لیست امکان سنجی

این چک‌لیست را شلانی و همکاران [۱۲] تهیه کرده‌اند. از پنجاه سؤال تشکیل شده است که با لیکرت ۵ درجه‌ای از بسیار کم تا بسیار زیاد (بسیارکم، کم، متوسط، زیاد و بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌شود.

### سنجش روایی مداخله درمانی

برای اطمینان از روایی ابزار یا مداخله، نظرسنجی‌ها باید به‌طور دقیق آزمایش شوند [۱۳]. روایی محتوا میزان مطابقت[20] یا انعکاس[21] محتوا را در هر حوزه اندازه‌گیری می‌کند و این کار را با استفاده از تکنیک‌های کمی انجام می‌دهد [۱۴]. روش‌های متعددی برای بررسی روایی محتوا وجود دارد، جهت بررسی محتوایی مداخله از شاخص نسبت روایی محتوایی (CVR) استفاده شد. نسبت روایی محتوایی میزان ضرورت یک ماده را اندازه‌گیری می‌کند و بین ۱ تا ۱- متغیر است، نمره بالاتر نشان‌دهنده توافق بیشتر بین کارشناسان است.

17. Treatment Fidelity
18. Manualized
19. Doak, Doak & Root
20. Correspond
21. Reflect

**جدول ۶.** تکالیف سطح کورپورئال درمان

| تکنیک | منابع | شرح تکنیک |
|---|---|---|
| تکلیف آینه | وینر و مکی (۲۰۱۳) [۲۰]<br>کیسی و زتل (۲۰۱۶) [۲۱] | این تکنیک برای ایجاد آگاهی نسبت به بدن عینی (کورپورئال) است. مطالعات نشان داده‌اند این تکنیک‌ها می‌توانند برای بیمارانی که به‌صورت همبود دچار مشکلات ترس و اضطراب هستند، مؤثر باشند. بیمار آینه‌ای به اندازه کل بدن یا صورت تهیه می‌کند و صبح، ظهر، قبل و بعد از مسواک زدن و قبل از خواب به حالت چشم‌ها و اطراف صورت خود نگاه می‌کند. ممکن است در ابتدا احساس کند چیز خاصی وجود ندارد، اما به‌تدریج می‌تواند حالت‌هایی را احساس کند. او نباید قضاوت کند و فقط سعی می‌کند این حالت‌ها را ببیند. |
| تکلیف سایه | وینر و مکی (۲۰۱۳) [۲۰]<br>کیسی و زتل (۲۰۱۶) [۲۱] | در این تکنیک بیمار به مرکز سایه خود که در مقابل او قرار دارد و در اثر حرکت تناوبی نور سایه نیز حرکت می‌کند خیره می‌شود. این تکنیک، غرقه‌سازی درون بدنی به‌صورت کورپورئال ایجاد می‌کند. |
| توضیح ساختار جلسات (برای متخصص) | | دو دسته کلی از آموزش‌ها به بیمار ارائه می‌شود دسته اول تحت عنوان آموزش بدنمندی نوئماتیک به‌منظور احساس حضور و سکونت در یک بدن زنده ارائه می‌شود و آمادگی لازم برای آموزش‌های مهم‌تر دسته دوم را فراهم می‌کند. دسته دوم تحت عنوان بدنمندی نوئتیک به‌منظور کاهش مواجهه ذهنی و بی‌تفاوت با موقعیت‌های واقعی و تقویت تجربه بدنمند و درگیر در این موقعیت‌ها ارائه می‌شود. در صورتی که اضطراب و پنیک نیز باشد دسته سومی تحت عنوان آموزش بدنمندی کورپورئال (عینی) نیز اضافه خواهد شد که شامل کنترل هیجانی بدنمند و تکنیک‌های غرقه‌سازی می‌شود |

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

## یافته‌ها

### نتیجه بخش اول پژوهش، گام اول: نتیجه مرور نظام‌مند

ارزیابی کیفیت مقالات برگزیده در جدول شماره ۱ و اطلاعات این مقالات به‌طور خلاصه در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

### نتیجه بخش اول، گام دوم: نقشه مداخله

رویکرد IM یک مداخله مؤثر را دارای شش گام یا مرحله می‌داند. این گام‌ها در پژوهش حاضر به شرح زیر انجام شده است:

**گام اول**، نیازسنجی است.

**گام دوم** عبارت است از تعیین دقیق‌تر متغیرها براساس یک رویکرد نظری.

**گام سوم** مرور نظام‌مند ادبیات پیشین در حوزه بدنمندی و پدیدارشناسی بوده است.

**گام چهارم**، آماده‌سازی پروتکل است؛ پژوهش‌گر روش‌ها و راهبردهای عملی مرحله قبل را با هدف توسعه پروتکل سازمان‌یافته، به‌منظور دست‌یابی به هدف تحقیق و براساس رویکرد نظری خود، یکپارچه ساخته است. به‌عبارتی در این مرحله پژوهشگر توانسته است یک پروتکل درمانی براساس نیازسنجی انجام‌شده (گام اول) و مبانی تئوریک انتخاب‌شده (گام دوم) و مرور ادبیات و استفاده از تکنیک‌های درمانی موجود (گام سوم) ارائه دهد.

**گام پنجم**، بررسی امکان‌سنجی، تناسب، پذیرش و روایی محتوایی پروتکل است؛

**گام ششم**: رواسازی تجربی [۱۱].

### شمای کلی پروتکل

بنابراین با حذف تمرین‌های مرتبط با بدن عینی، و تأکید بر تقویت بدن نوئماتیک و نوئتیک، پروتکل درمانی مذکور را می‌توان در دو مرحله یا فاز طراحی کرد. در آموزش بدنمندی نوئماتیک، تمرین‌ها حول محور، سکونت در بدن و احساس بدن خواهند بود. در مرحله دوم، حداکثرِ درگیری بدنمند و جذب‌شدگی در موقعیت‌های حسی- حرکتی مورد توجه قرار می‌گیرد (پیوست شماره ۱). خلاصه جلسات پروتکل در جدول شماره ۳ ارائه شده است. تکنیک‌های مرحله نوئماتیک در جدول شماره ۴، تکنیک‌های مرحله نوئتیک در جدول شماره ۵ و تکالیف مرحله مکمل (بدن عینی) در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

### نتایج بخش دوم پژوهش

در ادامه نتیجه سنجش نسبت روایی محتوایی برحسب شاخص CVR، ارائه شده است. همچنین نتایج امکان‌سنجی برحسب ارزش گزاری در طیف لیکرت ۵ ارزشی و میانگین‌گیری از آن تحلیل شده است. تناسب‌پذیری مداخله نیز برحسب یک طیف لیکرت ۳ ارزشی ارائه شده است. پذیرش و تناسب‌پذیری شرکت‌کنندگان نیز برحسب یک طیف لیکرت ۵ ارزشی ارائه شده است. به‌منظور دست آوردن داده‌های مربوطه، پروتکل درمانی همراه با پرسش‌نامه‌های سنجش روایی، محتوایی، تعیین روایی محتوایی، امکان‌سنجی و تناسب‌پذیری برای تعداد ۱۰ فرد

**جدول ۷.** سنجش نسبت روایی محتوایی با استفاده از شاخص CVR

| جلسات | ضروری است | مفید ولی غیرضروری | غیرضروری | CVR | نتیجه |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | ۱۰ | | | ۱ | باقی می‌ماند |
| ۲ | ۱۰ | | ۱ | ۱ | باقی می‌ماند |
| ۳ | ۱۰ | | | ۱ | باقی می‌ماند |
| ۴ | ۱۰ | | | ۱ | باقی می‌ماند |
| ۵ | ۱۰ | | | ۱ | باقی می‌ماند |
| ۶ | ۹ | ۱ | ۱ | ۰/۸ | باقی می‌ماند |
| ۷ | ۱۰ | | | ۱ | باقی می‌ماند |
| ۸ | ۱۰ | | | ۱ | باقی می‌ماند |

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

متخصص ارسال شده و داده‌های به‌دست‌آمده در جدول‌هایی که در ادامه خواهند آمد، تحلیل شده‌اند.

در جدول شماره ۷، برای بررسی روایی مداخله از شاخص نسبت روایی CVR استفاده شد. طبق جدول لاوشه، براساس ارزیابی ۱۰ کارشناس، میزان نسبت روایی هر آیتم باید بالاتر از ۰/۶۲ باشد تا آن آیتم ضروری تشخیص داده شود و حفظ شود. برای سنجش نسبت روایی محتوایی - از روش فرمول شماره ۱ استفاده شده است.

1. CVR=(Ne–N/2)/(N/2)

باتوجه‌به اعداد به‌دست‌آمده و برحسب جدول لاوشه، تمام جلسات درمانی شاخص نسبت روایی محتوایی را دارا بوده و باقی ماندند (نسبت روایی محتوایی جلسه ششم ۸/۰ و سایر جلسات ۱ بود).

در جدول شماره ۸، جهت بررسی امکان‌سنجی کلی مداخله، پاسخ کارشناسان [۱۰] به سؤال‌های هر مؤلفه در مقیاس امکان‌سنجی (در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بررسی شد و میانگین هریک از سؤال‌های مقیاس دررابطه‌با مداخله حاضر و هر مؤلفه به‌طورکلی به دست آمد. نتایج هرکدام از مقوله‌ها بالاتر از ۳ است و میانگین امکان‌سنجی کل مداخله ۴/۹۲ است؛ نتایج معنادار می‌باشد.

برای بررسی میزان تناسب‌پذیری مداخله حاضر پیش از اجرا توسط کارشناسان، میانگین پاسخ کارشناسان که در یک طیف لیکرت ۳ درجه‌ای (۰، ۱، ۲) داده شده بودند، به دست آمد (جدول شماره ۹). نتایج نشان داد محتوای جلسات حاضر از تناسب‌پذیری بالایی برخوردار است. نتایج آزمون تی تک‌نمونه‌ای (مقدار آزمون برابر ۱، نقطه میانی طیف) نشان داد میانگین تمام سؤالات معنادار است.

## بحث

هدف پژوهش حاضر طراحی پروتکل درمان بدنمند مبتنی بر پدیدارشناسی برای کاهش علائم شخصیت‌زدایی، واقعیت‌زدایی در اختلال شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی است. در طراحی پروتکل، هدف اولاً تعیین مؤلفه‌ها و ساختار پروتکل و ثانیاً نشان دادن روایی محتوایی، امکان‌پذیری، تناسب پروتکل درمانی مورد بحث بود. درمان شناختی-رفتاری (CBT) اغلب به‌عنوان خط اول درمان برای اختلال شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی (DDD) در نظر گرفته می‌شود که هدف آن، شناسایی و اصلاح الگوهای تفکر و رفتارهای ناسازگار است [۲۵]. اگرچه بهبود علائم DDD به دنبال مداخلات شناختی-رفتاری گزارش شده است [۲۵]، اما شواهد نشان می‌دهند این اثربخشی غالباً ناشی از کاهش علائم افسردگی و اضطرابِ همبودی است. ازسوی‌دیگر، با وجود گزارش‌هایی مبنی بر بهبود علائم این اختلال توسط درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، سیونیکا [۲۶] استدلال می‌کند این رویکردها فرد را به یک «نظاره‌گر درونی» تبدیل می‌کنند. این حالتِ نظاره‌گری، دقیقاً مشابه با خودِ علائم شخصیت‌زدایی است که در آن فرد از بیرون به تماشای خود می‌نشیند و همین امر (افزایش بیش‌تأمل‌گری) می‌تواند به تشدید علائم شخصیت‌زدایی و واقعیت‌زدایی منجر شود. بر همین اساس، پروتکل حاضر با هدف عبور از این محدودیت‌ها و تمرکز مستقیم بر احیای «خویشتن بدنمند» تدوین شده است.

با دست‌یابی به این نتیجه مقدماتی مسئله اصلی در پژوهش این بود که چگونه می‌توان پروتکلی درمانی طراحی کرد، به نحوی که فرد را از تجربه بدن عینی بیمارگون، به تجربه نوئماتیک و نوئتیک بازگرداند؟ نتایج نشان داد طراحی و اعتبارسنجی پروتکل درمانی بدنمندی مبتنی بر پدیدارشناسی دارای امکان اجرایی، تناسب‌پذیری و روایی محتوایی می‌باشد. ازلحاظ نظری

**جدول ۸.** امکان‌سنجی مداخله درمانی

| مقوله | سؤال | جمع | میانگین |
|---|---|---|---|
| مقبولیت و تناسب | برنامه حاضر تا چه اندازه تناسب فرهنگی دارد؟ | ۴۷ | ۴/۷ |
| | محتوای برنامه تا چه اندازه مناسب است؟ | ۴۹ | ۹/۴ |
| | نحوه ارائه برنامه تا چه اندازه مناسب است؟ | ۴۶ | ۴/۶ |
| | به نظر شما تا چه اندازه شرکت‌کنندگان برنانه را مناسب، معقول و رضایت‌بخش می‌دانند؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | تأثیر مثبت این برنامه را بر گروه هدف تا چه اندازه ارزیابی می‌کنید؟ | ۴۷ | ۴/۷ |
| | برنامه تا چه میزان می‌تواند نظر گروه هدف را برای شرکت در جلسات و فعالیت‌ها جلب کند؟ | ۴۷ | ۴/۷ |
| | به نظر شما برنانه تا چه حد می‌تواند لذت‌بخش باشد؟ | ۴۷ | ۴/۷ |
| | تکالیف ارائه‌شده در هرجلسه تا چه اندازه مناسب و قابل‌استفاده است؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | تکالیف ارائه‌شده در هر جلسه تا چه اندازه کافی است؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | این برنامه تا چه میزان با فعالیت‌های روزمره شرکت‌کندگان تناسب دارد؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | تعداد جلسات برنانه حاضر تا چه حد برای رسیدن به اهداف برنانه کافی است؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | تا چه اندازه این برنامه شامل مؤلفه‌های مهم است؟ | ۴۹ | ۹/۴ |
| | مدت‌زمان هرجلسه تا چه اندازه مناسب است؟ | ۴۷ | ۴/۷ |
| | اجرای این برنامه تا چه اندازه نیاز به آموزش متخصصان دارد؟ | ۴۹ | ۹/۴ |
| | میانگین مقوله | | ۷۷/۴ |
| کاربردپذیری و تقاضا | با توجه به محدودیت‌های موجود مثل زمان تا چه حد می‌توان از این برنامه استفاده کرد؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | به نظر شما برای این برنامه تا چه حد درخواست و تقاضا وجود دارد؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | تا چه حد اجرای این برنانه در فرهنگ ما ضرری است؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | این برنانه تا چه حد می‌تواند نیازهای افراد متخصص را پوشش دهد؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | ازن برنانه تا چه حد می‌تواند نیازهای گروه هدف را برآورده سازد؟ | ۴۹ | ۴/۹ |
| | باتوجه‌به شرایط کنونی جامعه و فزهنگ ما تا چه حد می‌توان از این برنانه استفاده کرد؟ | ۴۹ | ۴/۹ |
| | برناگه حاضر تا چه حد برای متخصصان مقرون‌به‌صرفه است؟ | ۵۰ | ۵ |
| | باتوجه‌به زیرساخت‌های کشور برنانه حاضر تا چه میزان برای سازمان‌ها و نهادهای آموزشی و درمانی مقرون‌به‌صرفه است؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | این برنانه تا چه میزان برای شرکت‌کنندگان مقرون‌به‌صرفه است؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | میانگین مقوله | | ۹۵/۴ |
| یکپارچگی | این برنانه تا چه حد با زیرساخت‌های سیستم آموزشی و درمانی همسو است؟ | ۵۰ | ۵ |
| | برنامه حاضر تا چه میزان در سیستم آموزشی درمانی قابل‌ادغام است؟ | ۵۰ | ۵ |
| | برنانه حاضر تا چه میزان با رویکرد ارائه خدمات در کشور همسو است؟ | ۴۸ | ۸/۴ |
| | مفروضه‌ها اجرا و ویژگی‌های اجرایی برنامه تا چه میزان باساختار و فزهنگ سازمان هدف همساز است؟ | ۵۰ | ۵ |
| | میانگین مقوله | | ۹۵/۴ |

| مقوله | سؤال | جمع | میانگین |
|---|---|---|---|
| قابلیت انطباق | این برنامه تا چه میزان قابلیت اجرا بر طیف وسیعی از گروه وسیعی از گروه هدف را داراست؟ | ۴۶ | ۴/۶ |
| | این برنامه تا چه میزان می‌تواند برای جمعیت‌های دیگر گسترش و تعمیم یابد؟ این برنامه در جمعیت‌های مختلف تا چه اندازه قابل‌اجراست؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | این برنامه در جمعیت‌های متفاوت تا چه حد قابل اجراست؟ | ۴۵ | ۴/۵ |
| | این برنانه تا چه حد قابلیت انطباق با موقعیت‌های مختلف را دارد؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | انطباق این برنانه با موقعیت‌های مختلف تا چه حد بدون الزامات سخت‌گیرانه امکان‌پذیر است؟ | ۴۹ | ۴/۹ |
| | محتوا و اهداف جلسات تا چه میزان با اهداف برنانه مطابقت دارد؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | تکالیف هر جلسه تا چه میزان با محتوای آن جلسه مطابقت دارد؟ | ۴۹ | ۴/۹ |
| | میانگین مقوله | | ۸۸/۴ |
| قابلیت اجرا | متخصصان مختلف تا چه حد می‌توانند این برنانه را مطابق آنچه سازندگان آن طراحی کرده‌اند، انتظار می‌رود اجرا کنند؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | این برنانه تا چه حد بدون امکانات خاصی قابل‌اجراست؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | این برنامه تا چه اندازه به تجربه و تخصص کافی نیاز دارد؟ | ۴۷ | ۴/۷ |
| | کیفیت ارائه تا چه حد در اجرای آن تأثیر دارد؟ | ۵۰ | ۵/۰ |
| | اجرای آن تا چه حد توسط متخصصان امکان‌پدیر است؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | این برنانه تا چه میزان در فرهنگ ما قابلیت اجرا دارد؟ | ۴۸ | ۸/۴ |
| | این برنانه تا چه حد باتوجه به منابع و زیرساخت‌های آموزشی و درمانی حاضر قابل‌اجراست؟ | ۵۰ | ۵ |
| | برنانه حاضر تا جه میزان به‌صورت آموزش برخط قابل‌اجرا است؟ | ۲۵ | ۵ |
| | برنانه حاضر تا چه میزان به‌صورت حضوری قابل‌اجراست؟ | ۲۵ | ۵ |
| | میانگین مقوله | | ۹۵/۴ |
| تعمیم پذیری | تا چه میزان اثر مثبت این برنانه هنگام انتقال از یک موقعیت ازمایشی کنترل‌شده به سایر موقعیت‌ها حفظ می‌شود؟ | ۴۶ | ۴/۶ |
| | به نظر شما این برنانه تا چه میزان قابل‌تعمیم به موقعیت‌های غیر از موقعیت آزمایشی است؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | اثر برنانه حاضر تا چه میزان. در طول زمان حفظ می‌شود؟ | ۴۵ | ۴/۵ |
| | این برنانه تا چه حد از سایر برنانه‌های موجود متمایز است؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | این برنانه تا چه حد قابل‌تعمیم به گروهای بزرگ‌تر است؟ | ۴۹ | ۴/۹ |
| | این برنامه تا چه حد قابل‌تعمیم به سایر گروه‌های سنی است؟ | ۴۸ | ۴/۸ |
| | به نظر شما این برنانه تا چه حدی قابل‌تعمیم به سایر نقاط جهان است؟ | ۴۹ | ۴/۹ |
| | میانگین مقوله | | ۹۱/۴ |
| | میانگین امکان‌سنجی کل مداخله | | ۹۲/۴ |

**جدول ۹.** تناسب‌پذیری

| شاخص‌های تناسب‌پذیری | | میانگین±انحراف‌معیار | معناداری آزمون t |
|---|---|---|---|
| محتوا | هدف | ۱/۸±۰/۲ | ۰/۰۰۱ |
| | عناوین محتوا | ۱/۹±۰/۱ | ۰/۰۰۱ |
| | خلاصه و جمع‌بندی | ۱/۸±۰/۲ | ۰/۰۰۱ |
| میزان سواد مخاطب | سطح خواندن | ۱/۷±۰/۳ | ۰/۰۰۱ |
| | نوع نوشتار | ۱/۸±۰/۸ | ۰/۰۰۱ |
| | جملات توضیحی | ۱/۹±۰/۱ | ۰/۰۰۱ |
| | واژگان قابل فهم | ۱/۶±۰/۶ | ۰/۰۰۱ |
| | استفاده از عناوین و تیترهای توضیحی | ۱/۸±۰/۲ | ۰/۰۰۱ |
| تصاویر، فهرست‌ها، جداول و نمودارها | گرافیک جلد | ۱/۹±۰/۱ | ۰/۰۰۱ |
| | نوع تصاویر | ۱/۸±۰/۲ | ۰/۰۰۱ |
| | مرتبط بودن تصاویر | ۱/۷±۰/۳ | ۰/۰۰۱ |
| | لیست‌ها جداول نمودارها فرم‌ها | ۱/۸±۰/۲ | ۰/۰۰۱ |
| طرح‌بندی و کیفیت چاپ | طرح بندی متن | ۱/۹±۰/۱ | ۰/۰۰۱ |
| | نحوه‌ی چیدمان | ۱/۸±۰/۸ | ۰/۰۰۱ |
| | عنوان‌ها و بخش‌های فرعی | ۱/۹±۰/۹ | ۰/۰۰۱ |
| انگیزش یادگیری | تعامل و تصاویر | ۱/۸±۰/۲ | ۰/۰۰۱ |
| | استفاده از الگوها و مثال‌های مناسب | ۱/۹±۰/۹ | ۰/۰۰۱ |
| | انگیزش | ۱/۸±۰/۲ | ۰/۰۰۱ |
| تناسب فرهنگی | تطابق فرهنگی زبان، تجارب، منطق | ۱/۷±۰/۳ | ۰/۰۰۱ |
| | تصاویر و مثال‌های فرهنگی | ۱/۸±۰/۸ | ۰/۰۰۱ |
| | تناسب با گروه هدف | ۱/۹±۰/۱ | ۰/۰۰۱ |

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

و باتوجه‌به مرور ادبیات پژوهش‌های اخیر ازجمله سیونیکا [۲۷]، میشل و همکاران [۱۵]، کلومبتی و راتکلیف [۷]، سدنو [۱۶] می‌توان اینگونه استنباط کرد که سیگنال‌های درون بدنی از نظر شکل بدنمندی که ایجاد می‌کنند به سه شیوه می‌توانند کارکرد داشته باشند.

اولین شیوه که تنها گاهی ممکن است مفید باشد، کارکرد آن‌ها در ایجاد یک تجربه عینی از بدن است. این همان کارکردی است که در بیماران دچار اختلال شخصیت‌زدایی- واقعیت‌زدایی به کارکرد غالب تبدیل شده است.

کارکرد دیگر سیگنال‌های درون-بدنی در ایجاد تجربه‌ای است که در آن این سیگنال‌ها به‌مثابه احساسی از زندگی و وحدت با بدن تجربه می‌شوند. این همان کارکردی است که تحت عنوان کارکرد نوئماتیک معرفی کردیم. با از دست رفتن این کارکرد است که فرد عمدتاً دچار علامت‌های مربوط به شخصیت‌زدایی می‌شود. او خود را بیرون از بدن، بیگانه از بدن و بدن را موجودی روباتیک و مکانیکی می‌انگارد.

سومین کارکرد این سیگنال‌ها آن است که در تجربه بدنمند واقعیت‌های بیرونی را ممکن می‌سازند. براساس این کارکرد، سیگنال‌های درون‌بدنی چشم اندازی بدنمند ایجاد می‌کنند تا از طریق آن موقعیت بیرونی به‌صورتی که هست تجربه شود. این کارکرد همان است که ساختار بدنمند بودن در جهان را موجب می‌شود و آن را به‌عنوان کارکرد نوئتیک معرفی کردیم. با از دست

رفتن این کارکرد، فرد موقعیت را فاقد تمایزات مهم و واقعی تجربه می‌کند و دچار واقعیت‌زدایی می‌شود. ازآنجاکه محرک‌های واقعی ازنظر او برانگیزاننده نیستند. واکنش‌های او در موقعیت حالت مکانیکی پیدا می‌کند و او بدن خود را همچون دستگاهی خودکار تجربه می‌کند.

در حالت طبیعی، ما جهان را «از طریق» بدنمان تجربه می‌کنیم (آگاهی پیشاتأملی)، اما در بیماران اختلال شخصیت‌زدایی_واقعیت‌زدایی، این آگاهی مختل شده و جای خود را به «بیش‌تامل‌گری» می‌دهد؛ یعنی بیمار مدام خودش و بدنش را از بیرون و به‌عنوان یک شیء (ابژه) تماشا می‌کند. پروتکل ما به بیمار کمک می‌کند تا از تماشاگر منفعل بودن دست بردارد و دوباره در تجربه بدنی خود غرق شود، به‌عبارت‌دیگر به آگاهی پیشاتأملی برسد [۲۶]. همان‌طور که ذکر شد به نظر می‌رسد منظور از بدن در پدیدارشناسی، سیگنال‌های درون بدنی باشد. مرور ادبیات نشان داد بیماران اختلال شخصیت‌زدایی_واقعیت‌زدایی سیگنال‌های درونی بدن (مانند ضربان قلب، تنفس، حس‌های احشایی) را دریافت می‌کنند، اما احساس نمی‌کنند این سیگنال‌ها متعلق به خودشان است [۶]. مکانیسم پروتکل این است که با تمرینات بدنمندِ فعال، پردازش سیگنال‌های درون بدنی را تنظیم کرده و به بیمار کمک می‌کند تا بدن را به‌عنوان بدن خود، دوباره تجربه کند. ترکیب تمرکز بر سیگنال‌های درون‌درون بدنی و کنشگری در محیط، باعث می‌شود بیمار از حالت «بدن به‌عنوان ابژه» به حالت «بدن به‌عنوان سوژه» که آگاهی پیشاتأملی است، حرکت کند و در نتیجه «خویشتن بدنمند» او بازسازی شود.

پژوهش‌هایی که در مرور ادبیات یافته و بررسی شده بودند، حاوی پیشنهاداتی در این باره بودند؛ به‌طورمثال اگر ناتوانی در عمل به تجزیه منجر می‌شود، پس چه بسا توفیق در عمل و امکان واکنش موفق بتواند در تجمیع سیگنال‌های درون بدنی با احساس خویشتن مؤثر باشد. همچنین پژوهش‌های دیگری به‌طور مجزا نشان دادند تقویت مهارت‌هایی مانند رقص [۸] و همدلی [۹] می‌تواند به تجمیع سیگنال‌های درون‌بدنی در احساس خویشتن کمک کنند و به‌این‌ترتیب تجربه نوئماتیک و نوئتیک ایجاد کنند.

بااین‌حال این تلویحات عملی برای تصمیم‌گیری درخصوص جزئیات یک پروتکل درمانی منسجم و قابل‌اجرا کافی نبود. لازم بود مشخص شود چه تفاوتی میان تأثیر بدنمند مهارتی مانند رقص از یک طرف و همدلی از طرف دیگر وجود دارد؟ یا چه تفاوتی میان تماشای منفعلانه بدن در تمرین‌های تنفسی ذهن‌آگاهی از یک طرف و بدنمندی فعالانه رقص و همدردی با دیگران از طرف دیگر وجود دارد؟ با در نظر داشتن این موارد و براساس تحقیقات نظری صورت‌گرفته درباره اختلال شخصیت‌زدایی و واقعیت‌زدایی یک مدل پدیدارشناسانه منطبق با تحلیل پدیدارشناختی هوسرل از تجربه- و براساس نظریه روی-آورندگی هوسرل به دست آمد که بسیار روشنگر و نویدبخش بود [۷].

براساس این مدل علاوه‌بر بدن شیئیت یافته، بدن در حالت بهنجار نیز دست کم به دو صورت می‌تواند تجربه شود. یکی تجربه بدن از طریق احساس‌هایی که مرجع خاصی ندارند و به آن تجربه بدن نوئماتیک گفته می‌شود؛ مانند تجربه ترس، سرما و استرس. تجربه بدن در تنفس ذهن‌آگاهانه و آرامش حاصل از آن نیز در این دسته قرار می‌گیرد؛ و نوع دیگر آن تجربه‌ای از بدن است که در آن، بدن خود موضوع تجربه نیست بلکه چشم‌اندازی برای تجربه واقعیت است؛ به‌طورمثال نقشی که بدن در شکل‌گیری شوق به چیزی، ترس از چیزی، یا نفرت از چیزی دارد. به این مفهوم بدن، نوئتیک گفته می‌شود. تجربه بدن در وضعیت‌هایی مانند رقص و همدلی نیز در این دسته قرار می‌گیرد. و ازآنجاکه دقیقاً این نوع بدن است که به‌عنوان ساختار بودن- در- جهان لحاظ می‌شود و همین نوع بدن است که در تجربه‌های تجزیه‌ای و به‌ویژه در شخصیت‌زدایی و واقعیت‌زدایی عمیقاً دچار اختلال می‌شود، تقویت بدن در حالت نوئتیک، هدف اصلی درمان است.

نتایج نشان داد پروتکل درمان بدنمند برای اختلال شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی دارای روایی محتوایی می‌باشد. به‌این‌ترتیب تکنیک‌های درمانی مورد تأکید درمانگر، بایستی مواردی می‌بود که در فرد احساس بدنمندی نوئتیک و نوئماتیک را تقویت کنند و به‌عبارتی «بازگشت به بدن»، و «سکونت در بدن» را تقویت کنند. این راهبرد عملی به‌خوبی از طریق شواهدی تأیید می‌شود که نشان می‌دهد تنفس شکمی باعث بهبود اختلال شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی شده است [۱۵]. همچنین اثربخشی فعالیت‌هایی مثل رقص [۸] و احساس همدردی [۹] را می‌توان به‌عنوان تمرین بدنمندی نوئتیک تفسیر کرد، زیرا در این فعالیت‌ها سیگنال‌های بدنی مانند تپش قلب و تنفس به‌منظور درک احساس دیگران و یا عمل بدنمند در موقعیت انجام می‌شود.

به همین دلیل تمرین‌هایی که ممکن بود منجر به تقویت بدن عینیت یافته باشد، حذف شدند.

به همین دلیل، تمرین‌هایی که ممکن بود به تقویت تجربه بدنِ عینیت‌یافته منجر شوند، از پروتکل حذف شدند.

به نظر می‌رسد پروتکل مذکور می‌تواند برای سایر اختلال‌هایی که با مشکل در تجربه بدن همراه‌اند نیز به کار رود؛ بااین‌حال این پروتکل فعلاً در مرحله مقدماتی است و کاربرد آن در سایر اختلال‌ها نیازمند بررسی است.

## نتیجه‌گیری

براساس ملاحظات پیش‌گفت در سطور قبل، می‌توان نتیجه گرفت پروتکل‌درمانی مذکور در تقویت بدن نوئماتیک و نوئتیک امکان اجرایی دارد. مهم‌ترین محدودیت مطالعه حاضر این است

که پژوهش تنها در مرحله تدوین، امکان‌سنجی و بررسی روایی[۲۲] محتوایی پروتکل قرار دارد؛ ازاین‌رو، برای ارزیابی دقیق اثربخشی بالینی[۲۳] این مداخله بر علائم شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی، انجام کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌سازی‌شده (RCT) و طرح‌های پژوهشی تک‌آزمودنی[۲۴] در مطالعات آتی ضروری است. از لحاظ روش‌شناختی محدودیت دیگر این پژوهش محدودیت در تعمیم نتایج به‌دلیل حجم پایین نمونه بود. عدم مقایسه با پروتکل‌های درمانی دیگر از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود.

**پیشنهادهای پژوهشی**

-پیشنهاد می‌شود اثربخشی بالینی این پروتکل در کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌سازی‌شده با نمونه بزرگ‌تر و دوره پیگیری بررسی شود.

-پیشنهاد می‌شود اثربخشی این پروتکل با درمان‌های رایج برای اختلال شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی، مانند درمان شناختی-رفتاری مقایسه شود.

-پیشنهاد می‌شود کاربرد این پروتکل در سایر اختلال‌ها، مانند افسردگی، اختلال وسواس فکری-عملی، اختلال شخصیت مرزی و اختلال هویت تجزیه‌ای، و شباهت‌ها و تفاوت‌های کیفیت سیگنال‌های درون‌بدنی در این اختلال‌ها بررسی شود.

-پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، علاوه‌بر پرسش‌نامه‌ها، از شاخص‌های عینی حس درون‌بدنی (مانند تکلیف شمارش ضربان قلب یا پتانسیل برانگیخته ضربان قلب) برای سنجش سازوکار تغییر استفاده شود.

-پیشنهاد می‌شود روایی محتوایی پروتکل با هیئت خبرگان بزرگ‌تر و متنوع‌تر ارزیابی و علاوه‌بر (CVR)، شاخص روایی محتوایی (CVI) نیز محاسبه شود.

**پیشنهاد کاربردی**

تجارب تجزیه‌ای، ازجمله شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی، دردناک هستند؛ وقتی به فرد هجوم می‌آورند، مراجع نمی‌داند با آن تجربه چه کند و حتی خیلی از درمانگران هم آشنایی دقیقی با این تجارب ندارند. به‌عبارتی مراجع نمی‌داند که آیا ناظر علائم باشد؟ آیا باید دنبال علت بگردد؟ برای‌مثال تجارب افسردگی، تجربه‌ای است که معمولاً افراد به‌علت تجربه غم با جنس آن آشنا هستند، اما حالت‌های تجزیه‌ای ممکن است برای افراد ناآشنا باشد. باتوجه‌به اینکه علائم شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی سومین علائم شایع بعد از افسردگی و اضطراب است، پیشنهاد می‌شود این تکنیک‌ها را متخصصان سلامت روان در کنار استفاده از رویکرد موردنظر خود به بیمارانی که تجارب علائم شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی دارند، آموزش دهند. از نتایج پژوهش می‌توان در مراکز نظامی که کارکنان ممکن است به‌علت استرس زیاد تجارب تجزیه‌ای داشته باشند، به‌عنوان مهارت‌ها آموزش داد. از نتایج پژوهش می‌توان برای آموزش به پرستاران بخش اعصاب و روان و دیگر بیماری‌های جسمی که ممکن است علائم شخصیت‌زدایی-واقعیت‌زدایی داشته باشند، استفاده کرد.

22. Content Validity and Feasibility
23. Clinical Efficacy
24. Single-Subject

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مطالعه حاضر همچنین دارای مجوز اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه شاهد با کد اخلاق (IR.SHAHED.REC.1401.163) است.

### حامی مالی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی بهمن متین‌پور در رشته روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد است و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

### مشارکت نویسندگان

مفهوم‌پردازی: بهمن متین‌پور و حمید یعقوبی؛ روش‌شناسی: بهمن متین‌پور، حمید یعقوبی، رسول روشن چسلی و حجت‌الله فراهانی؛ نگارش پیش‌نویس، جمع‌آوری و مدیریت داده‌ها: بهمن متین‌پور؛ تحلیل داده‌ها: بهمن متین‌پور و حجت‌الله فراهانی؛ اعتبارسنجی: عباس بخشی‌پور رودسری و حجت‌الله فراهانی؛ نظارت: حمید یعقوبی و رسول روشن چسلی؛ مدیریت پروژه: حمید یعقوبی؛ ویرایش و بازبینی، خوانش و تأیید مطالعه: همه نویسندگان.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد

### تشکر و قدردانی

نویسندگان از همه متخصصانی که در ارزیابی پروتکل مشارکت کردند، به‌خاطر وقت و همکاری‌شان سپاس‌گزاری می‌کنند.

## References

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022. [DOI:10.1176/appi.books.9780890425787]

[2] Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. [Link]

[3] Hauke G, Kritikos A, editors. Embodiment in psychotherapy: A practitioner's guide. Cham: Springer; 2018. [DOI:10.1007/978-3-319-92889-0]

[4] Carvalho GB, Damasio A. Interoception and the origin of feelings: A new synthesis. BioEssays. 2021; 43(6):2000261. [DOI:10.1002/bies.202000261]

[5] Schmitz M, Bertsch K, Löffler A, Steinmann S, Herpertz SC, Bekrater-Bodmann R. Body connection mediates the relationship between traumatic childhood experiences and impaired emotion regulation in borderline personality disorder. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. 2021; 8(1):17. [DOI:10.1186/s40479-021-00157-7]

[6] Michal M, Reuchlein B, Adler J, Reiner I, Beutel ME, Vögele C, et al. Striking discrepancy of anomalous body experiences with normal interoceptive accuracy in depersonalization-derealization disorder. PLoS One. 2014; 9(2):e89823. [DOI:10.1371/journal.pone.0089823] [PMID]

[7] Colombetti G, Ratcliffe M. Bodily feeling in depersonalization: A phenomenological account. Emotion Review. 2012; 4(2):145-50. [DOI:10.1177/1754073911430131]

[8] Millman LSM, Hunter ECM, Terhune DB, Orgs G. Online structured dance/movement therapy reduces bodily detachment in depersonalization-derealization disorder. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2023; 51:101749. [DOI:10.1016/j.ctcp.2023.101749] [PMID]

[9] Benoot C, Bilsen J. An auto-ethnographic study of the disembodied experience of a novice researcher doing qualitative cancer research. Qualitative Health Research. 2016; 26(4):482-9. [DOI:10.1177/1049732315616625] [PMID]

[10] Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching patients with low literacy skills. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1996. [Link]

[11] Eldredge LK, Markham CM, Ruiter RA, Fernández ME, Kok G, Parcel GS. Planning health promotion programs: An intervention mapping approach. Hoboken: John Wiley & Sons; 2016. [Link]

[12] Shalani B, Azadfallah P, Farahani H, Roshan R, Esrafilian F. [Practical Steps in Designing Therapeutic, Interventional and Educational Packages in Psychological Researches: Intervention Mapping Approach (Persian)]. Clinical Psychology and Personality. 2022; 20(1):177-97. [DOI:10.22070/cpap.2022.16313.1235]

[13] Collins D. Pretesting survey instruments: An overview of cognitive methods. Quality of Life Research. 2003; 12(3):229-38. [DOI:10.1023/A:1023254226592]

[14] Saw SM, Ng TP. The design and assessment of questionnaires in clinical research. Singapore Medical Journal. 2001; 42(3):131-5. [Link]

[15] Michal M, Koechel A, Canterino M, Adler J, Reiner I, Vossel G, et al. Depersonalization disorder: disconnection of cognitive evaluation from autonomic responses to emotional stimuli. PLoS One. 2013; 8(9):e74331. [DOI:10.1371/journal.pone.0074331] [PMID]

[16] Sedeño L, Couto B, Melloni M, Canales-Johnson A, Yoris A, Baez S, et al. How do you feel when you can't feel your body? Interoception, functional connectivity and emotional processing in depersonalization-derealization disorder. Plos One. 2014; 9(6):e98769. [DOI:10.1371/journal.pone.0098769] [PMID]

[17] Saini F, Ponzo S, Silvestrin F, Fotopoulou A, David AS. Depersonalization disorder as a systematic downregulation of interoceptive signals. Scientific Reports. 2022; 12(1):22123. [DOI:10.1038/s41598-022-22277-y] [PMID]

[18] Aardema F, O'Connor K, Côté S, Taillon A. Virtual reality induces dissociation and lowers sense of presence in objective reality. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2010; 13(4):429-35. [DOI:10.1089/cyber.2009.0164] [PMID]

[19] Schulz A, Köster S, Beutel ME, Schächinger H, Vögele C, Rost S, et al. Altered patterns of heartbeat-evoked potentials in depersonalization/derealization disorder: Neurophysiological evidence for impaired cortical representation of bodily signals. Psychosomatic Medicine. 2015; 77(5):506-16. [DOI:10.1097/psy.0000000000000195] [PMID]

[20] Weiner E, McKay D. A preliminary evaluation of repeated exposure for depersonalization and derealization. Behavior Modification. 2013; 37(2):226-42. [DOI:10.1177/0145445512461651] [PMID]

[21] Cathey AJ, Zettle RD. The Development of Novel Interoceptive Exposure Methods for Inducing Derealization and Depersonalization Symptoms. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2016; 30(4):223-34. [DOI:10.1891/0889-8391.30.4.223] [PMID]

[22] Weineck F. Generating body focus: A stepping stone to emotional awareness. In: Hauke G, Kritikos A, editors. Embodiment in psychotherapy: A practitioner's guide. Cham: Springer; 2018. [DOI:10.1007/978-3-319-92889-0_10]

[23] Hauke G. Mapping the embodied emotional mind: The emotional field. In: Hauke G, Kritikos A, editors. Embodiment in psychotherapy: A practitioner's guide. Cham: Springer; 2018. [DOI:10.1007/978-3-319-92889-0_12]

[24] Ainley V, Tajadura-Jiménez A, Fotopoulou A, Tsakiris M. Looking into myself: Changes in interoceptive sensitivity during mirror self-observation. Psychophysiology. 2012; 49(11):1504-8. [DOI:10.1111/j.1469-8986.2012.01468.x] [PMID]

[25] Hunter EC, Baker D, Phillips ML, Sierra M, David AS. Cognitive-behaviour therapy for depersonalisation disorder: An open study. Behaviour Research and Therapy. 2005; 43(9):1121-30. [DOI:10.1016/j.brat.2004.08.003] [PMID]

[26] Ciaunica A, Seth A, Limanowski J, Hesp C, Friston KJ. I overthink-Therefore I am not: An active inference account of altered sense of self and agency in depersonalisation disorder. Consciousness and Cognition. 2022; 101:103320. [DOI:10.1016/j.concog.2022.103320] [PMID]

[27] Ciaunica, A. Selfless Minds, Unlimited Bodies?: Homeostatic Bodily Self-Regulation in Meditative Experiences. Journal of Consciousness Studies. 2024, 31(5):104-26. [DOI:10.53765/20512201.31.5.104]

**پیوست ۱.** شمای کلی پروتکل درمان بدنمند DDD

در مرحله اول درمان به آموزش و تمرین تکنیک‌های مربوط به بدنمندی نوئماتیک می پردازیم.

**جدول ۱.** دستور جلسه اول

| محورها | هدف | زمان | محتوا |
|---|---|---|---|
| مروری بر جلسه ارزیابی و تعیین جلسه | جلسه اول بر محتوای زیر بر اهداف زیر متمرکز بود<br>۱. برقراری اتحاددرمانی با مراجع<br>۲. معرفی درمان بدنمند<br>۳. ماهیت بدنمند اختلال شخصیت‌زدایی–واقعیت‌زدایی | ۴۵ تا ۶۰ دقیقه | پس از خوشامدگویی به مراجع، ابتدا تلاش شد یک رابطه درمانی خوب با مراجع شکل بگیرد. به این صورت که به نگرانی‌های او گوش داده شود و با او همدلی شود. ابتدا دستور جلسه مشخص می‌گردد. درمانگر مشکلات اصلی را با بیمار مرور می‌کند. هدف و ماهیت روان درمانی مورد بحث قرار می‌گیرد. به این موضوع بپردازیم که درمان نیازمند مشارکت فعال درمان‌جو است. روانشناس نقش راهنما را در درمان برعهده دارد. به این موضوع بپردازیم که درمان ۸ جلسه زمان می‌برد. بر این موضوع تأکید شود که مراجع لازم است هرجلسه به‌صورت مستمر در جلسه حضور یابد، زیرا در غیر این صورت درمان اثربخشی لازم را نخواهد داشت. در باب درمان بدمند و ماهیت بدنمند اختلال شخصیت‌زدایی–واقعیت‌زدایی صحبت می‌شود. همچنین بر مزایای انجام تمرین تأکید شود، درباب تکلیف و در آخر خلاصه و بازخورد در باب جلسه اول گرفته شود. |
| آموزش نظریه بدنمندی | | | **محورها**<br>**بدن، آیینه وضعیت**<br>بدن صرفاً وسیله‌ای در اختیار تو نیست، بلکه آیینه است که در آن می‌توانی وضعیت عاطفی و هیجانی خود را مشاهده کنی. خواسته‌های حقیقی خود را درک کنی. ندای قلبی خود را بشنوی و براساس آن تصمیمات درست بگیری. افرادی که رابطه ضعیفی با بدن دارند، خود را نمی‌شناسند، نمی‌توانند تصمیم بگیرند یا در تصمیم‌گیری‌ها دچار اشتباه می‌شوند.<br>بدن تو آینه وضعیت توست، جست‌وجو درباب این که رابطه مراجع با بدنش چطور است؟ چقدر شما روی بدنت متمرکز می‌شوی؟ و در زندگی روزمره متمرکز می‌شوی؟ بیشتر کدام قسمت از بدنت است که توجه شما را جلب می‌کند؟ اطلاع به بیمار که پژوهش‌های جدید نشان می‌دهد اطلاعاتی که از داخل بدن به سطح فکر می‌رسد به اندازه هر فکر دیگری یا هر اندیشه دیگری می‌تواند مفید باشد. بیا روی بدنت تمرکز کن، به این که بدن قاصد اطلاعات ارزشمندی است. گاهی مراجع فکر می‌کند تمرکز بر بدن بیهوده است. یک سری اشیا رنگی یا مربعات را بیاورید، همه اشیا قرمز را در اتاق ببین و به ذهنت بسپار بعد از آن سؤال می‌کنیم چندتا اشیای سبز در اتاق بود؟ ممکن است اعتراض کند، بعد می‌گوییم که ما فقط اطلاعاتی را می‌توانیم به یاد بسپاریم که به آن توجه کردیم؛ بدن منبع اطلاعات مهمی است که به آن توجه نمی‌کنیم. پس ممکن است باتوجه‌به بدنمون آگاهی عمیق‌تری ایجاد کنیم. عشق یا دوست داشتن را تو با قلبت می‌فهمی یا فکرت؟! اگر عمیقاً به غم، اضطراب یا خشم توجه کنی، انگار در بدنت متوجه می‌شوی! اگر به دردودل کسی گوش دهی و هم‌زمان در بدنت غم یا درد مخاطب را حس نکنی چه اتفاقی می‌افتد؟ آیا فکر می‌کنی ما در تصمیم‌گیری‌ها فقط از تفکر معقولانه استفاده می‌کنیم یا از ندای قلبی هم استفاده می‌کنیم؟! وقتی خاطره‌ای را مرور می‌کنی انگار حس‌هایی در بدنت ایجاد می‌شود، حال تصور کن خاطره را مرور کنی ولی حسی در بدنت ایجاد نشود، فکر می‌کنی چه اتفاقی می‌افتد؟! وقتی گل یا طبیعت زیبایی می‌بینی، آن زیبایی را با فکرت متوجه می‌شوی یا در بدنت یک سری حس‌ها ایجاد می‌شود؟ اینجاست که در ادامه بیشتر توضیح داده می‌شود که بدن حاوی چه اطلاعات مهمی هست!<br>**بدن مخزن عواطف**<br>بدن صرفاً یک ماشینی در اختیار روح تو نیست. یعنی یک مخزن و یک سرچشمه است که تمامی عواطف و احساسات ارزشمند تو نیروی خود را از آنجا می‌گیرند. بدون بدن عاطفه‌ای وجود ندارد یا اگر وجود داشته باشد کاملاً سرد و ذهنی و بی ارزش است شما اضطراب، غم و غیره را در بدنت می‌توانی حس کنی.<br>**پیام‌های درون بدنی**<br>بین مغز و بدن پیام‌های بی‌شماری مخابره می‌شود. هم مغز پیام‌های بسیار زیادی به بدن می‌فرستد و هم بدن پیام‌های بسیار زیادی به مغز می‌فرستد. روانشناسان به پیام‌هایی که بدن به مغز می‌فرستند سیگنال‌های درون بدنی می‌گویند. این پیام‌ها حاوی عواطف و احساسات دقیقی است که در موقعیت فعلی باید احساس شود تا مغز به‌وسیله آن‌ها بتواند با محیط سازگار شود. انسانی که نتواند این پیام‌ها را به‌درستی دریافت کند، رفتاری بی‌ربط، مصنوعی، ناسازگار، احمقانه، کند و یا دست کم خشک و سرد از خود نشان خواهد داد. او به‌صورت فردی موقعیت ناشناس و درمانده به نظر می‌رسد. بسیار مهم است که یاد بگیریم حتی کوچک‌ترین پیام‌های بدن را درک کنیم. این‌ها همان نداهای قلبی و حواس باطنی‌اند که از زمان‌های دور تا کنون همواره بر درک آن‌ها تأکید شده است. اگر مراجع دچار شخصیت‌زدایی باشد برای فهم مطلب این مثال را بزنید:<br>**مثال:** وقتی شما وسیله‌ای را با دستت بر می‌داری، از دستت که همان بدنت است)، سیگنال‌هایی به‌صورت ناخودآگاه به ذهن شما می‌رسد که الان این دست تو است، اما در مشکل شما این دست این سیگنال‌ها را به ذهن شما نمی‌دهد، انگار ذهن شما از بدن شما جدا شده است.<br>**مثال:** یک سری مهارت‌هایی را که قبلاً داشتی، ممکن است قبل از شروع مشکل به‌صورت ناخودآگاه حرفه‌ای انجام می‌دادی، با شروع مشکل ممکن است برات کمی غریبه باشه، و سعی کنی از فکرت برای انجامش کمک بگیری، این هم به‌علت این است که این سیگنال‌های از درون بدن، پیام‌هایی به ذهن نمی‌دهد، انگار ذهن شما از بدن یا سیگنال‌های درون بدنی شما جدا شده است یا اگر واقعیت‌زدایی داشته باشد، این مثال به فهم مطلب کمک می‌کند: ممکن است برخی موقعیت‌ها برای شما ناآشنا باشد و دوباره رو بیاری به فکرت که علت چیست؟ علت این هم این است که این سیگنال‌های درون بدنی، پیام به ذهن شما نمی‌دهند که این موقعیت آشنا است. در ادامه بیشتر توضیح داده می‌شود. |

| محورها | هدف | زمان | محتوا |
|---|---|---|---|
| کیس فرمولیشن | | | در قسمت کیس فرمولیشن به سه پرسش، براساس مدل نظری بدنمندی پدیدارشناسانه پاسخ داده می‌شود:<br>۱. چرا فرد دچار اختلال DDD شده است؟<br>۲. چرا مشکلات او تداوم پیدا می‌کند؟<br>۳. چگونه باید این بیماری را درمان کرد؟<br>چرا فرد دچار DDD شده است؟ DDD دو نوع است، یکی این است که من بدن یا بخشی از بدنم را برای خودم نمی‌دانم، انگار برای فرد دیگریست و نوع دوم انگار واقعیت بیرونی یا آدم‌ها و اطرافیان ناآشنا هستند. این دو نوع را می‌تواند باهم داشته باشد یا یکی از آن ها را داشته باشد. آن در اثر نابهنجاری در ادراک پیام‌های درون بدنی ایجاد می‌شود. پیام‌های درون بدنی همان پیام‌هایی هستند که از بدن به سمت مغز می‌رود، اطلاعاتی که وضعیت قلب، تنفس، شش غیره را به مغز می‌فرستند و مغز آن‌ها را به‌صورت هیجان هایی مثل اضطراب، غم، شادی، حس زنده بودن یا احساس داشتن بدن یا احساس وجود داشتن درک می‌کند. این نابهنجاری ناشی از آن است که یا این پیام‌ها به شیوه‌ای نادرست تجربه می‌شوند. به این صورت که بیمار آن‌ها را همچون اطلاعات یک شی دیگر و جدا از خویشتن خود احساس می‌کند؛ انگار رابطه بین مغز و بدن قطع شده است اما در حالت درست فرد اطلاعات درون بدنی را دریافت می‌کند و آن‌ها را همچون احساسی از وضعیت فعلی خود درک می‌کند یا فرد هیچ پیامی از بدن خود دریافت نمی‌کند، انگاری چیزی در آن خاموش شده است. اما بیمار DDD این پیام‌ها را اطلاعاتی حاکی از یک موجود دیگر به نام بدن می‌داند که در نزدیکی او قرار دارد اما خود او نیست. به‌عبارتی بیمار DDD بدن خود را همچون یک شی درک می‌کند. انگار بدن اش مثل ماشینی شده که سوارش می‌شود و استارت می‌زند و حرکت می‌کند. یا انگار بدن پیام به مغز نمی‌فرستد که وقایع اطراف آشنا هستند. معمولاً این مشکل ممکن است بر اثر یک تجربه دردناک ایجاد شود.<br>چرا مشکلات او تداوم پیدا می‌کند؟ در اختلال شخصیت‌زدایی یا واقعیت‌زدایی، فرد همواره در نسبت با خود و احساساتش یا نسبت به وقایع دور و اطراف همچون یک ناظر خارجی یا دوربین عمل می‌کند. بیمار به‌جای آنکه تمام حواس خود را معطوف و مصروف موضوع تجربه — هرچه که هست — بکند، بخش زیادی از توجه خود را مصروف دیدن خود در حال این تجربه می‌کند. درنتیجه او به‌صورت یک ناظر بی‌طرف و خنثی، بیرون از موقعیت قرار می‌گیرد و عملکرد او در موقعیت حالتی شبه اتوماتیک و مکانیکی و البته مخدوش پیدا می‌کند.<br>**توضیح برای مراجع**<br>شما ممکن است بتوانید سیگنال‌های درون بدنتان را تشخیص دهید، شما ممکن است، ضربان قلب، تنفس، و انقباضات معده و بسیاری چیزهای درونی دیگر را تشخیص دهید. اما این پیام‌ها را به مثابه گزارشی از وضعیت درونی خودتان درک نکنید، بلکه آن‌ها را پیام‌های دریافتی از یک موجود دیگر به حساب می‌آورید. و این باعث می‌شود بدنتان را همچون ربات تجربه کنید. یا گاهی اوقات شما هیچ پیامی از بدنتان دریافت نمی‌کنید انگار چیزی در بدنتان خاموش شده است. مثل لامپی که خاموش شده است. شخصیت‌زدایی–واقعیت‌زدایی به این معنی است که فرد گاهی حس می‌کنه بدنش یا بخشی از بدنش برای او نیست، مثلاً به دست یاپای خودش نگاه می‌کنه یک‌باره حس می‌کنه مال خودش نیست، انگار اعضای بدن سیگنال‌هایی به ذهن نمی‌دهد که من مال تو هستم و فرد بیشتر در فکرش فرو می‌رود و این کار باعث می‌شود بیشتر بترسد و در ادامه بیشتر از بدن فاصله بگیرد، یا ممکن است برخی موقعیت‌ها، افراد یا مهارت‌های خودش، برای او ناآشنا یا بیگانه باشد، و فرد برای کندوکاو علت بیشتر این موضوع، در فکرش فرو رود یا جست‌وجوی بیشتری کند، و این باعث شود بیشتر بترسد و بیشتر از بدن خود فاصله بگیرد، درحالی که علت این است که بدن سیگنال‌های روشنی به ذهن نمی‌دهد که این‌ها آشناهستند. به‌عبارتی شما مداوم در ذهن خود درحال فکر کردن بیش از حد به رفتارها خود و دیگران هستید. همچون ناظر بیرونی و این باعث تشدید مشکل شما می‌شود.<br>چگونه باید این بیماری را درمان کرد؟ باید کاری کرد که فرد به بدن خود بازگردد و آن را به‌عنوان احساسی از وضعیت خود در موقعیت، تجربه کند. به‌عبارتی ما می‌خواهیم پیام‌های درون بدنی را دوباره در شما فعال کنیم و شما دوباره با بدن خود بتوانید ارتباط برقرار کنید یا ساکن بدن خود شوید، یا به‌عبارتی چراغ بدنتان روشن شود، احساسات در شما برگردد و حس آشنایی با موقعیت‌ها داشته باشید یا در موقعیت‌ها مثل گذشته غرق شوید. |

| محورها | هدف | زمان | محتوا |
|---|---|---|---|
| آموزش تکنیک بدنمند – تکنیک تنفس و ضربان قلب و ارائه تکلیف | افزایش ارتباط با بدن نوئماتیک (معطوف به بدن یا حس کردن بدن یا تمرکز به بدن) و ایجاد آمادگی برای تقویت بدنمندی نوئتیک (معطوف به موقعیت یا درگیر با موقعیت) تکلیف خلاصه | | **تکنیک تنفس همراه با پیمایش بدن**<br>از بیمار درخواست می‌شود راحت و ریلکس بنشیند. بعد آرام و عمیق نفس بکشد و حواس خود را معطوف دم و باز دم نفس‌هایش کند. از او میخواهیم که به‌جای سینه و شش‌ها شکم خود را با هوا پرو و خالی کند و به پر و خالی شدن آن توجه کند. اینکه تنفس کجا قرار دارد، چجوری این هوا وارد می‌شود؟ آیا راحت است یا سخت است؟اینکه موقع تنفس کردن چه عضلاتی منقبض می‌شود؟ ممکن است در آغاز این کار سخت باشد باید به او اطمینان بدهیم که به‌تدریج این عمل بسیار ساده خواهد شد. انجام درست این کار، ذهن را عمیقاً در بدن متمرکز می‌کند.<br>**پیمایش بدن**<br>از او می‌خواهیم بدون از دست دادن این حالت، توجه خود را به‌تدریج به دست‌ها و پاهای خود معطوف کند. سعی کن دست‌ها و پاهای خود را از درون لمس کنی. آن‌ها را ماساژ بده. میتوانی با ماساژ ذهنی خستگی را از پاها و دست هایت بزدایی (گاهی بیمار از خستگی در نقاط عجیبی مثل مغز شانه‌ها و ستون فقرات صحبت می‌کند این تمرین به‌طور ویژه برای این افراد مفید خواهد بود) در صورتی که بیمار دستورات را به‌خوبی اجرا کند و خسته نشده باشد می‌توان وارد مرحله سوم شد در غیر این صورت کار را با اجرای بهتر این مرحله به پایان می‌رسانیم.<br>**نکته‌مهم**<br>بهتراست تمرین تنفس با پیمایش بدن هم‌زمان باهم انجام شود، علت این است که در برخی مراجعین گزارش داشتیم که مثلاً انجام تکنیک تنفس به تنهایی و تمرکز روی آن باعث می شده که یک‌باره فرد با ارادی کردن تنفس و دقت روی آن، فرد حالت‌های تجزیه را تجربه کند یا یک‌باره دچار این حالت شود که چطور تنفس غیرارادی یا معمولی را انجام دهد، علت این است که افراد DDD وقتی روی یک مورد تمرکز دقیق می‌کنند ممکن است دچار تجزیه شوند، توصیه ما این است جای توجه تمرکزگرایانه، تمرکز پیرامون‌گرایانه انجام دهد، یعنی تمرکز روی کلیت (یا چند مورد باهم) کند، مثلاً ما گفتیم این دو تکنیک را باهم انجام دهد. در ادامه پروتکل بیشتر راجع به تمرکز پیرامون نگرانه توضیح خواهیم داد.<br>**تمرین**<br>از بیمار می‌خواهیم که تکنیک تنفس همراه با پیمایش بدن را روزانه ۲ یا ۳ بار و هر بار ۳ تا ۵ دقیقه اجرا کند.<br>عدم کنجکاوی و جست‌وجو برای علت‌یابی حالت‌های شخصیت زدایی–واقعیت‌زدایی |
| شنیدن بازخوردهای بیمار | | | نگرش بیمار را نسبت به چنین رویکردی در درمان جویا می‌شویم. بیمار در ابتدا ممکن است احساسی گنگ و نامشخص نسبت به این روش درمانی داشته باشد. باید به او یادآور شویم که مفهوم این روش و اهمیت آن مثل خیلی از چیزهای ارزشمند دیگر به تدریج برای او آشکار خواهد شد. |

**جدول۲.** دستور جلسه دوم

| محورها | هدف | زمان | محتوا |
|---|---|---|---|
| ۱. تعیین جلسه<br>۲. بررسی اوضاع روحی<br>۳. مرور تکالیف جلسه پیش و تکنیک تنفس | برنامه ریزی دقیق برای پوشش جلسه<br>آشنایی با اوضاع روانشناختی و ارتباط درمانی<br>مرور تکالیف<br>درک نگرش و مسائل بیمار | ۴۵ تا ۶۰ دقیقه | این جلسه می‌خواهیم راجع به اوضاع روحی این هفته، بررسی نحوه انجام تکالیف، تمرین دوباره تمارین هفته پیش، آموزش تمرین‌های جدید، تکلیف، خلاصه، بازخورد<br>این هفته را چطور پشت سر گذاشتی؟ اوضاع روحی چطور بود؟<br>از بیمار می‌پرسیم که آیا تکنیک درخواست‌شده را اجرا کرده است؟ چه احساسی نسبت به آن داشته؟ آیا در حین اجرا به مشکل برخورد کرده یا سؤالی برای او مطرح شده است.<br>۱.مرور تمرین تکنیک تنفس همراه پیمایش بدن |
| ۴. مرور مدل نظری | تعمیق درک بیمار نسبت به بدن و درمان بدنمند | | مجدداً نکات تئوریک رویکرد درمانی بدنمند را در پنج محور زیر برای بیمار تویح می‌دهیم:<br>۱. بدن آیینه وضعیت<br>۲. بدن مخزن همه عواطف انسانی<br>۳. روابط متقابل بدن و مغز در یک موقعیت (پیام‌های درون بدنی)<br>در این محور تازه به‌صورت دقیق‌تری به بیمار توضیح می‌دهیم که چرا وضعیت در اختلال DDD کمی پیچیده است؛ شما (منظور بیمار) (شخصیت‌زدایی–واقعیت‌زدایی DDD است) می‌توانید سیگنال‌های درون بدنتان را تشخیص دهید. شما ضربان قلب، تنفس، و انقباضات معده و بسیاری چیزهای درونی دیگر را تشخیص می‌دهید. اما شما این پیام‌ها را به‌مثابه گزارشی از وضعیت درونی خودتان درک نمی‌کنید. بلکه آن‌ها را پیام‌های دریافتی از یک موجود دیگر به حساب می‌آورید. و این باعث می‌شود بدنتان را همچون ربات تجربه کنید. ربات موجودی مرده، مکانیکی، و اتوماتیک است. گویی زندگی و روح از بدن جدا شده و از بیرون به بدن نگاه می‌کند. به‌این‌ترتیب روش درمان بدنمندی که برای بهبود این اختلال مناسب است بیش از آنکه بر شنیدن و حساس شدن بر سیگنال‌های اینتروسپتیو تمرکز کند، بر کیفیت تجربه این سیگنال‌ها متمرکز خواهد شد؛ و تلاش می‌کند نحوه‌ای که شما بدن خود را از درون تجربه می‌کنید بهبود ببخشد. |
| ۵. آموزش تکنیک جدید و ارائه تکلیف | | | **۱. تکنیک شنیدن ضربان قلب همراه پیمایش بدن**<br>از بیمار می‌خواهیم راحت روی صندلی یا نیمکت بنشیند دستان خود را روی قلب خود بگذارد و تلاش کند ضربان قلب خود را بشنود و بشمارد. درمانگر می‌تواند ضربان قلب بیمار را با استفاده از ابزار اندازه بگیرد تا میزان دقت بیمار و روند پیشرفت او را برآورد کند. ( ندای قلبی از زمانهای دور و فرهنگهای قدیمی به‌عنوان امری معنادار و مهم در تشخیص موقعیت‌ها و تصمیم گیریهای خطیر، شناخته شده است. آیا منظور از ندای قلبی همان ضربان قلب است؟ نه کاملا . اما بخش مهمی از ندای قلبی ناشی از تجربه‌ی سرعت، شدت و ریتم ضربان قلب است. افرادی که تجربه‌ی آریتمی دارند می‌دانند که ضربان قلب بی نظم چه احساس اضطراب ناخوش‌آیندی ایجاد می‌کند. برای انجام این تکنیک، بیمار می‌تواند با کمک قرار دادن دست روی قلب ضربان قلب خود را بشمارد. در نهایت بیمار باید بدون استفاده از دست نیز بتواند این کار را انجام دهد. استفاده از آینه می‌تواند در تشخیص بهتر ضربان قلب به بیمار کمک کند اما درمانگر بایستی مراقب باشد که در صورت شدید بودن علائم شخصیت‌زدایی خیره شدن به آینه باعث عود علائم نشود در کنار تکنیک شنیدن ضربان قلب می شود پیمایش بدن را هم انجام دهد.)<br>**۲. گردش توپ روی بدن**<br>بدون خروج از حالت پیمایش بدن و در امتداد آن، از بیمار میخواهیم چشمان خود را ببندد. دست خود را روی میز بگذارد و توجه خود را به پشت دست معطوف کند سپس درمانگر یک ماکت کره زمین کوچک یا ماساژور دارای توپ قابل گردش را از قسمت پایه یا دسته‌ی آن می‌گیرد و به آرامی روی دست بیمار گذاشته و به تدریج می‌گرداند و از بیمار میخواهد همراه با این توپ بالا بیاید. مسیر توپ می‌تواند از قسمت بازوها به شانه و از پشت بدن به سمت دست دیگر برود. (ممکن است بیمار تقاضای ماساژ پشت بدن را داشته باشد باید به او توضیح داد که این کار تأثیر درمان را کاهش می‌دهد) این تمرین در مورد پاها در قسمت کف پا، پشت ساق و رانها اجرا شود (البته ما می توانیم توپ یا شی را به خود مراجع دهیم که این کار را انجام دهد.<br>**۳. وصل کردن زمان و مکان به همدیگر به‌ترتیب (یا تعریف موقعیت)**<br>در اختلال‌های تجزیه فردی که علائم تجزیه‌ای دارد، زمان‌ها و موقعیت‌های اجتماعی را به‌صورت تکه تکه می‌بیند، به‌عبارتی ارجاعات بین اشیا و زمان را قطع می‌شود؛ مثال: فرد یادش نمی‌آید از کجا آمده یا اینجا کجاست، انگار ترتیب را از دست داده؛ برای مثال به فرد می‌گوییم زمانی دچار تجارب تجزیه‌ای شدی، به خودت یادآور شو که کجا بودی و الان کجا هستی و بعدش کجا می خواهی بروی.<br>**تکلیف۱:** از بیمار می‌خواهیم هر روز دو نوبت ۵ دقیقه‌ای تکنیک تنفس همراه پیمایش بدن به شنیدن ضربان قلب همراه پیمایش بدن را تمرین کند. گردش توپ روی بدن را هر روز یک بار انجام دهد.<br>**تکلیف۲:** در زمان حملات تجزیه به خود یادآوری کند که کجا بوده و الان کجاست و به کجا می خواهد برود. |
| ۶. تکلیف<br>۷.خلاصه<br>۸. مرور جلسه و بازخورد بیمار | | | ۱. مرور جلسه<br>۲. شنیدن دریافت و بازخورد بیمار |

**جدول ۳.** دستور جلسه سوم

| محورها | هدف | زمان | محتوا |
|---|---|---|---|
| ۱. تعیین جلسه<br>۲. بررسی اوضاع روحی<br>۳. مرور تمرینات جلسه پیش | پوشش همه مطالب<br>آشنایی با وضعیت مراجع و ارتباط درمانی<br>درک نگرش و مسائل بیمار | ۴۵ تا ۶۰ دقیقه | این جلسه می خواهیم راجع به اوضاع روحی این هفته، بررسی نحوه ی انجام تکالیف، تمرین دوباره تمارین هفته ی پیش، آموزش تمرین‌های جدید، تکلیف، خلاصه، بازخورد<br>این هفته ی را چطور پشت سر گذاشتی و اوضاع روحی چطور بوده است؟<br>از بیمار می‌پرسیم که آیا تکنیک درخواست شده را اجرا کرده است؟ چه احساسی نسبت به آن داشته؟ آیا در حین اجرا به مشکل برخورد کرده یا سؤالی برای او مطرح شده است؟ در نهایت از بیمار میخواهیم دوباره تمرینات را اجرا کند.<br>۱. تکنیک تنفس همراه پیمایش بدن و شنیدن ضربان قلب: با تکنیک تنفس شکمی آغاز می کنیم زمانی که بیمار در وضعیت مطلوب قرار گرفت و تایید کرد که می‌تواند تنفس شکمی را انجام دهد وارد مرحله بعد می‌شویم. از او میخواهیم بدون از دست دادن این حالت، توجه خود را به تدریج به دست ها و پاهای خود معطوف کند. در اینجا با کمک برخی استعاره ها کار را برای بیمار ساده می‌کنیم. سعی کن دست ها و پاهای خود را از درون لمس کنی. آنها را ماساژ بده. میتوانی با ماساژ ذهنی خستگی را از پاها و دست هایت بزدایی(گاهی بیمار از خستگی در نقاط عجیبی مثل مغز شانه ها و ستون فقرات صحبت می‌کند این تمرین به طور ویژه برای این افراد مفید خواهد بود.) در صورتی که بیمار دستورات را به خوبی اجرا کند و خسته نشده باشد می‌توان وارد مرحله سوم شد در غیر این صورت کار را با اجرای بهتر این مرحله به پایان می‌رسانیم و همچنین دست روی ضربان قلب خود بگذارد و گوش دهد.<br>۲. گردش توپ روی بدن: بدون خروج از حالت پیمایش بدن و در امتداد آن، از بیمار میخواهیم چشمان خود را ببندد. دست خود را روی میز بگذارد و توجه خود را به پشت دست معطوف کند سپس درمانگر یک ماکت کره زمین کوچک یا ماساژور دارای توپ قابل گردش را از قسمت پایه یا دسته‌ی آن می‌گیرد و به آرامی روی دست بیمار گذاشته و به تدریج می‌گرداند و از بیمار میخواهد همراه با این توپ بالا بیاید. مسیر توپ می‌تواند از قسمت بازوها به شانه و از پشت بدن به سمت دست دیگر برود.(ممکن است بیمار تقاضای ماساژ پشت بدن را داشته باشد باید به او توضیح داد که این کار تأثیر درمان را کاهش می‌دهد) این تمرین در مورد پاها در قسمت کف پا، پشت ساق و رانها اجرا شود.<br>۳. آیا توانست در موقع حملات تجزیه ترتیب زمان و مکان را به خود یاد آوری کند؟ |
| ۴. مرور رویکرد درمانی | تعمیق درک بیمار نسبت به بدن و درمان بدنمند | | مجددا نکات نظریه رویکرد درمانی بدنمند را در پنج محور زیر برای بیمار توضیح می‌دهیم:<br>بدن آیینه وضعیت<br>بدن مخزن همه عواطف انسانی<br>روابط متقابل بدن و مغز در یک موقعیت<br>پیام‌های درون بدنی<br>درمان بدنمند به مثابه آموزش دریافت پیام‌های درون بدنی |

| محورها | هدف | زمان | محتوا |
|---|---|---|---|
| آموزش تکنیک تازه و تکلیف | | | تکنیک های این جلسه<br>۱.(تفاوت بدن زنده با بدن مرده): حفظ بدنمندی نوئماتیک(معطوف به بدن) : به بیمار تفاوت بدن عینی یا مرده را با بدن زنده آموزش دهیم، برای مثال بدن زنده بدنی است که ما آن را تجربه می کنیم، گاهی ممکن است حضور آن را در موقعیت حس کنیم یا گاهی برای ما غایب است، مثال در موقع تنفس، دوش گرفتن، یا شب ها قبل از خواب در رخت خواب، ماساژ یا گاهی در حین درد آن را حس میکنیم، بدن عینی یا بدن مرده، این است که گاهی حس میکنیم دست یا پا برای ما نیست و برای فرد دیگری است(انگار بدنی داریم که احساسی در آن نداریم). در حین تکالیف ساده: از بیمار میخواهیم چشمان خود را باز کند و به صحبت های درمانگر گوش دهد و تلاش کند در حین گوش کردن به درمانگر حالت کلی بدن آگاهی و تنفس صحیح را حفظ کند. نیازی نیست توجه خود را با تلاش و اراده به بدن و شکم معطوف کند اگر تمرینان قبلی به درستی انجام شده باشد کیفیت حضور در بدن بدون تلاش و کوشش حفظ می‌شود تنها فرد بایستی کاری نکند که این حالت از بین برود و در حین انجام کارهای ساده مثل گوش کردن به درمانگر، گرفتن دوش، ماساژ، یا در رخت خواب بودن قبل خواب، حین ورزش یا هنگام تجربه کردن هیجان های مختلف نسبت به موقعیت یا افراد در بدن، آگاهی کلی نسبت به حالت تجربه بدن و شیوه تنفس خود را حفظ کند. حفظ حضور در بدن به این صورت احساسی خوش آیند و آرام بخشی است که انسان می‌تواند تجربه کند. مثال به بیمار می گوییم چشمان خود را ببندد و حس هایی که در بدن خود تجربه می‌کند را بگوید و اینکه تکیه دهد به صندلی و زبری یا نرمی صندلی را تجربه کند و ناحیه لمس دست بر صندلی، و زشت نشستن بدن.<br>۲. نام‌های خاص و جسمانی سازی: پس از اجرای تمرین‌های پیشین و به ویژه در دقایقی که از بیمار خواسته‌ایم کیفیت تجربه بدنمند خود را حفظ کند بیمار در وضعیت بسیار مناسبی برای درون نگری و ردیابی احساسات بدنمند خود قرار دارد. در این موقعیت اجرای این تمرین بسیار سودمند است: درمانگر در گفتگوهای قبلی با بیمار برخی از نامهای خاص را که بیمار بار عاطفی زیادی به آنها اختصاص داده (مثل نام همسر یا دوست، نام خود فرد، عنوان چیزهای مورد علاقه یا نفرت بیمار) را شناسایی کرده و یا از او پرسیده است. اکنون آنها را با صدای بلند برای بیمار می‌خواند. وی از بیمار می‌خواهد تمام عواطف را فارق از اینکه چقدر فرّار، کم سو، ناچیز یا بی‌اهمیت باشند به زبان بیاورد و به طور مشخص بگوید که ۱) در کجای بدن آن را احساس می‌کند؟ و ۲) آن احساس شبیه به چیست؟ با توجه به کیفیت خوشآیند آگاهی بدنمند بیمار در این لحظات، بواسطه تمرینات پیشین، پرسش راهبردی درمانگر از بیمار می‌توان این باشد: این نام‌ها — چه مثبت و چه منفی — آرامش تو را چگونه و از کدام ناحیه به هم می‌ریزند؟ درواقع درمانگر می‌خواهد بداند بیمار در کجای بدن خود چه نحو انفعالاتی را تجربه می‌کند. بنابراین بیمار را تحریک می‌کند که احساس خود را به صورت فیزیکی و ملموس توصیف کند؛ آیا سبک است یا سنگین؟ تلخ است یا شیرین؟ حرکت می‌کند؟ شبیه به چیست؟ آیا مثل مایع داغی است که آنجا ریخته اند؟ یا خارهای ریزی که در آنجا فرو می روند؟ یا اینکه فقط کسی آنجا را چنگ می‌زند؟ و... این تمرین تأثیر فوق‌العاده ای در جهت درک روشن و متمایز احساس‌های بدنی دارد.<br>۳. لمس صندلی و اشیای اطراف حین حملات تجزیه(کمک به تجربه بدن زنده): اگر شما دچار حملات تجزیه شدید سعی کند صندلی یا اشیایی که کنار شما هستد را لمس کنید و سعی نکنید دنبال چرایی این حالت باشید! اشیارا را لمس کنید و این باعث می شود شما وارد دنیایی واقعیت شوید.<br>تکلیف: از بیمار میخواهیم ضمن انجام تکالیف پیشین کیفیت تجربه بدنمند خود را تا چند دقیقه حفظ کند مثلا پس انجام تمرینات، دوش بگیرد یا شب های در رخت خواب، یا روی صندلی بدن خود را همچنان احساس کند.<br>در هنگام حمله ی تجزیه سعی کند صندلی یا اشیای اطراف خود را لمس کند |
| مرور جلسه و بازخورد بیمار | | | ۱. مرور جلسه<br>۲. شنیدن دریافت و ارزیابی بیمار |

**جدول ۴.** دستور جلسه چهارم

| محورها | هدف | زمان | محتوا |
|---|---|---|---|
| ۱. تبیین جلسه<br>۲. بررسی اوضاع روحی<br>۳. مرور تمرینات جلسه پیش | پوشش همه مطالب<br>آشنایی با وضعیت مراجع<br>درک نگرش و مسائل بیمار | ۴۵ تا ۶۰ دقیقه | این جلسه می‌خواهیم راجع به اوضاع روحی این هفته، بررسی نحوه انجام تکالیف، تمرین دوباره تمارین هفته پیش، آموزش تمرین‌های جدید، تکلیف، خلاصه، بازخورد<br>این هفته را چطور گذراندید؟ اوضاع روحی این هفته چطور بوده است؟<br>از بیمار می‌پرسیم که آیا تکنیک درخواست‌شده را اجرا کرده است؟ چه احساسی نسبت به آن داشته؟ آیا در حین اجرا به مشکل برخورد کرده یا سؤالی برای او مطرح شده است؟ در نهایت از بیمار می‌خواهیم دوباره تمرینات را اجرا کند<br>۱.تفاوت بدن زنده با مرده:حفظ بدنمندی نوئماتیک (معطوف به بدن)<br>۲ .آیا لمس صندلی و اشیای اطراف حین حملات تجزیه داشته است؟ و توضیح: با این تکنیک به تجربه بدن زنده و برگشت به واقعیت کمک می‌شود. |
| ۴. آموزش جسمانی‌سازی و ترسیم میدان عاطفی<br>۵<br>تکلیف | تکنیک اول: تقویت بدنمندی معطوف به بدن با حس کردن بدن (نوئماتیک) و درک روشن‌تر عواطف | | **تکنیک های این جلسه**<br>**۱.ترسیم میدان عاطفی**<br>درمانگر موقعیت‌هایی که برای بیمار بار عاطفی زیادی دارد (دچاره شخصیت‌زدایی یا واقعیت‌زدایی می‌شود) را با کمک بیمار در اتاق درمان شبیه‌سازی می کند. بیمار باید آن موقعیت را تجسم کند. درمانگر می‌تواند در صورت امکان شبیه‌سازی را تسهیل کند. درمانگر این میدان را روی وایت برد یا کاغذ ترسیم می کند. جغرافیای عواطف و به ویژه پیکان‌هایی که از یکی به دیگری ترتیب وقوع آن‌ها را نشان می‌دهد نکات اصلی در ترسیم میدان عاطفی خواهد بود.<br>این یک مدل از ترتیب نحوه گزارش بیمار دچار شخصیت‌زدایی–واقعیت‌زدایی: احساس عجیب بودن>هیجان غم و اضطراب>غرق شدن بیشتر>غم و اضطراب بیشتر> ترتیب را بشناسد و آگاه شود تا هم مسلط شود و هم بتواند این پروسه را قطع کند. ممکن است در بیمار شما ترتیبی دیگر رخ دهد باتوجه‌به سؤالات زیر ترتیب را به دست آورید.<br>**نحوه اجرا**<br>می‌پرسیم کجای بدن خود این حالت را احساس می کنی؟ می‌توانیم بیمار را پیشاپیش براساس تئوری مکان شناسی عواطف افلاطونی راهنمایی کنیم: به‌این‌ترتیب که بگوییم: معمولاً چیزهای گیج‌کننده در سر احساس می‌شوند. بغض در گلو، شجاعت و ترس در سینه، غم و شادی در شکم و شهوات در پایین شکم و در پا احساس می‌شود. وقتی مکان یک عاطفه معلوم شد. (ممکن است مراجع بگوید احساس خلأ می کند و همراه آن مضطرب می‌شود) پرسش بعدی را طرح می کنیم.<br>بسیار خب حالا این احساس شبیه به چیست؟ اگر بخواهی آن را به یک شیء یا رویداد تشبیه کنی چه میگویی؟ [می‌دانیم که درون‌نگری، حسی نسبتاً گنگ و مبهم است. ارگانیسم‌های زنده برای شناخت دقیق حالات درونی خود تکامل پیدا نکرده‌اند. برای زنده ماندن همین که بفهمیم گرسنه‌ایم یا سیر، لذت می‌بریم یا رنج می کشیم، کافی بوده است. اما بایستی می‌توانستیم جزئیات رنگ‌ها و شکل و اتفاقات بیرونی را تمییز دهیم و به خاطر بسپاریم تا زنده بمانیم. بخاطر همین مجبوریم محتوای درون‌نگری را از طریق تشبیه به چیزهایی که با حواس قدرتمند و پیشرفته‌تر بیرونی درک می کنیم روشن و متمایز سازیم.] (اگر نتوانست تشبیه را پیدا کند ایرادی ندارد).<br>حالا بیا روی ترتیب حوادث درونی تمرکز کنیم؟ [به‌طورمثال می‌گوییم:] اول گفتی سینه‌ات تنگ می‌شود اما بعد دیدم که بدنت جمع کردی. انگار می‌خواستی کوچک شوی. دقیقاً چه اتفاقی افتاد؟ [در این حالت بیمار می‌تواند توضیح دهد که پس از حالت اول، حالت دومی را تجربه کرده است. پس از حالت دوم نیز به‌سرعت یک حالت یا اندیشه دیگر بروز می کند. درنهایت الگویی از حالات تکرار شونده به دست می‌آید. ونیک این الگو را میدان عواطف می‌گوید. او در روش خود سعی می کند این ترتیب زمانی را به‌صورت یک میدان با نقاط مکانی به تصویر بکشد اما به نظر ما این روش مکانی‌سازی رویدادهای زمانی به‌خودی‌خود سودی ندارد و بهتر است در عوض مکان‌شناسی واقعی عواطف در نقاط بدن را با این ترتیب زمانی تلفیق کنیم. تا یک پروفایل چهاربعدی واقعی به دست آید. به دست دادن این پروفایل مکان–زمانی، به بیمار کمک می کند که در موقعیت‌های واقعی وضعیت خود را درک و آن را پیش‌بینی کند.]<br>تو چاره‌ای نداری که گاهی خود را در این حالت[های انعکاسی] بیابی. زیرا دست کم دیگران گاهی با نگاه ارزیاب خود، تو را در حالتی قرار خواهند داد که مجبوری به خودت بنگری و گاهی از بیرون و گاهی از درون خود را زیر نظر بگیری. بنابراین سعی کن متخصص جلوهی بیرونی و درونی بدن خودت باشی.<br>همه مؤلفه‌های بخش اول درمان می‌تواند در یک جلسه درمانی گنجانده شود.<br>بسیار خب اکنون می‌دانی که در شرایط مشابه چه الگویی در بدن تو روی می‌دهد. درواقع هم مکان، و هم ترتیب حالت ها و هم چیستی آن‌ها را می‌شناسی. در عوض از تو می‌خواهم به‌جای ترس، تلاش برای مقاومت و یا رویگردانی در برابر این حالاتی که قرار است پست سر هم روی دهند، از آن‌ها استقبال کنی. بدون مقاومت آن‌ها را بپذیر و حالت بعدی را پیش‌بینی کن. درعین‌حال نفس عمیق بکش. با این حالت‌ها همراه نشو فقط آن‌ها را تماشا کن. اینگونه تأثیر منفی‌شان را از دست خواهند داد.<br>این بخش درمان نیز تنها با تکرار و تمرین به‌صورت مهارتی در بیمار تقویت می‌شود .<br>**۲. عدم توجه دقیق به جزئیات اشیا یا موضعات**<br>برای بیمار توضیح می‌دهیم که توجه دقیق به اشیا یا موضوعات باعث می‌شود که شما دچاره تجارب تجزیه‌ای شوید و باید شما نگاه کل نگرانه به اشیا یا موضوعات داشته باشید. مثلاً اگر شما دقیق شوید روی یک لیوان ممکن است یهو تجارب تجزیه به شما تحمیل شود و شما باید نگاه کل گرا داشته باشید. برای‌مثال ممکن است شما در زمانی که روی یک موضوع یا شی دقت یا تمرکز دقیق می کنید، یکباره علایم تجزیه را تجربه کنید، در این لحظه سعی کنید کل بافت را نگاه کنید، به‌عبارتی کل فضا و اشیارو نگاه کنید. برای‌مثال یک فوتبالیست وقتی توپ را در وسط زمین جلوی پای خود می‌بیند، این توپ او را به پاس دادن به هم تیمی یا عبور از تیم مقابل و گل زدن سوق می‌دهد و فرد توپ را همراه زمین وتماشاچیان می‌بیند، یعنی در یک نگاه کل‌نگرانه. اما تصور یک بار فوتبالیست با تمام دقت به توپ نگاه کند و دیگر به هم تیمی، تماشاچیان، زمین فوتبال ، توجه نکند! ممکن است یک باره دچاره حالت تجزیه شود. حال در زندگی روزمره هم همین طور است. ما اشیا یا مهارت‌های ما در یک بافت کل‌نگر، می‌نگریم، مثلاً یک خودکار، ما را به نوشتن فرا می‌خواند یا یخچال را به‌عنوان یک شئ در آشپزخانه که در آن غذا است و مثلاً کنار گاز است، انگار در یک بافت کل‌نگر هست. حال در اختلال شخصیت‌زدایی–واقعیت‌زدایی ممکن است فرد چنان در یخچال دقت کند که آن را در یک بافت نگر نبیند، به‌طوری‌که یک باره یخچال برای او ناآشنا و عجیب شود.<br>**تکلیف:** در بیرون جلسه هر وقت که علائم تجزیه هجوم آوردند یا علائمی از آن برای فرد شکل گرفت، میدان عاطفی را به خود یادآوری کنید و عدم توجه دقیق به اشیا یا موضوعات و نگاه کل‌گرایانه به اشیا یا موضوعات داشته باشد |
| ۶. مرور جلسه<br>و بازخورد بیمار | | | ۱. مرور جلسه<br>۲. شنیدن دریافت و ارزیابی بیمار<br>۳. ترسیم مسیر طی‌شده تا جلسه چهارم به‌صورت کلی و ارائه چشم‌اندازی از برنامه چهار جلسه بعدی |

۴-۳-۴- مرحله دوم درمان: آموزش بدنمندی نوئتیک (معطوف به موقعیت یا بدن درگیر با موقعیت) (جلسه پنجم تا هشتم)

در مرحله دوم درمان تأکید اصلی بر تقویت بدنمندی نوئتیک خواهد بود و آموزش تکنیک‌های مربوط به آن در دستور کار خواهد بود. درعین‌حال آموزش‌های مربوط به مرحله اول (نوئماتیک) نیز همچنان در آغاز هرجلسه مرور و اجرا خواهد شد.

**جدول ۵.** دستور جلسه پنجم

| محورها | هدف | زمان | محتوا |
|---|---|---|---|
| ۱.تعیین جلسه<br>۲بررسی اوضاع روحی<br>۳.مرور تمرینات جلسه پیش | پوشش همه ی مطالب این جلسه<br>آشنایی با وضعیت مراجع<br>درگیر کردن فرد با موقعیت‌های بیرونی | ۴۵ تا ۶۰ دقیقه | این جلسه می‌خواهیم راجع به اوضاع روحی این هفته، بررسی نحوه انجام تکالیف، تمرین دوباره تمارین هفته پیش، آموزش تمرین‌های جدید، تکلیف، خلاصه، بازخورد<br>این هفته را چطور گذراندید؟ اوضاع روحی چطور بوده است این هفته؟<br>صحبت درباره جزئیات تکنیکی اجرای تکالیف و اجرای دوباره تمرینات بخش نوئماتیک در حضور درمانگر<br>۱.بررسی میدان عاطفی<br>۲. عدم توجه به جزئیات |
| ۴.آموزش تکنیک جدید | | ۴۵ تا ۶۰ دقیقه | ۱.تجربه‌انعکاسی(دوربینی)<br>تجربه انعکاسی عبارت است از مشاهده ی خود درحال تجربه کردن چیزها. مثلا در حالی که با کودک خود بازی می کنید ممکن است ناگهان احساس کنید که از بیرون مشاهده گر این ماجرا هستید. این کار می تواند تجربه‌ی بازی را مخدوش کند. گاهی وقتی کاری انجام می‌دهد اگر کسی به شما خیره شود او شما را وادار به تجربه انعکاسی می کند یعنی وادار می کند که خودتان هم خود را از زاویه یک فرد بیرونی مشاهده کنید. در این شرایط شما ممکن دست و پای خود را گم می کنید یا دست کم دیگر نتوانید از انجام آن کار مثل قبل لذت ببرید. زیرا به طور کلی تجربه انعکاسی توجه شما را تقسیم می کند و بخش زیادی از منابع ذهنی شما را از درگیری در موقعیت به مشاهده گری آن موقعیت تنزل می‌دهد. البته این دقت در رفتار خود، به میزان اندک برای تعدیل و تصحیح رفتار کارایی دارد اما در صورتی که مفرط و اجباری شود جنبه آسیب شناختی دارد زیرا کیفیت تجربه را از بین می‌برد. و میزان سازگاری را کاهش می‌دهد. در این تجربه انگار از پشت دوربین به خودتان نگاه می کنید، انگار یک قدم از موقعیت فاصله می گیرید و به خودتان و رفتار های خود و رفتارها و کارهای دیگران نگاه می کنید. و این باعث می شود غرق در موقعیت نباشید.<br>۲.بدن در تجربه انعکاسی (بدن شی گونه)<br>تجربه انعکاسی عبارت است از مشاهده ی خود از بیرون. در چنین مشاهده‌ای به نظر می‌رسد که خود اصلی شما همان خود مشاهده گر است. بیماران دچار تجزیه بدنی گاهی به این فلسفه گرایش پیدا می کنند که آنها یک روح هستند و بدنشان یک روبات است که به صورت اتوماتیک کار می کند. زیرا آنها بدن خود را زندگی نمی کنند بلکه آن را همچون یک شی تجربه می کنند. چنین بدن همچون یک ماشین مکانیکی به نظر خواهد رسید. ماشینی که هرچند پیچیده است اما زندگی درونی ندارد یک بدن مرده است.<br>تجربه انعکاسی در حمام: تصور کنید در حمام مشغول شستن خود هستید و یکباره به خود نگاه کنید که الان دارید چکار می کنید و به دستان خود توجه می کنید و دقیق می شوید و یهو همه چیز ممکنه براتون عجیب و بیگانه باشه. تجربه ی این نوع بدن گاهی در جلوی آینه پیش می آید که زمانی که در حال نگاه دقیق به چهره ی خود هستی یه لحظه ممکنه خس کنید که صورتتون ناآشناست.<br>این متن را از رمان تهوع سارتر برای آشنایی با تجربه انعکاسی می خوانیم:<br>دستم را می‌بینم که مثل غنچه‌ای روی میز باز می‌شود. زندگی می کند. خود من است. باز می‌شود. انگشت‌ها راست می‌شوند و کشیده. دستم به پشت افتاده است. شکم چاقش را نشانم می‌دهد. شبیه جانوری است که وارونه شده. انگشت‌ها پاهایش هستند. خودم را با تکان دادن‌شان سرگرم می‌کنم، خیلی سریع تکان‌شان می‌دهم، مثل پاهای خرچنگی که به پشت افتاده باشد. خرچنگ مرد: پاها جمع شدند و برگشتند. روی شکم دستم. ناخن‌ها را می‌بینم؛ تنها چیزی از من که زندگی نمی کند. باز هم دستم می‌چرخد، دمر می‌افتد. حالا پشتش را به من کرده. پشتی نقره گون و کمی براق؛ اگر روی بند اول انگشت‌ها موی حنایی نبود، می‌گفتی ماهی است. دستم را حس می کنم. این دو جانور که در انتهای بازوهایم تکان تکان می‌خورند. خود من‌اند. دستم یکی از پاهایش را با ناخن پای دیگر می‌خراشد. تحمل ناپذیر است. دستم را پس می‌کشم و می‌گذارمش توی جیبم. اما بلافاصله گرمای رانم را از روی پارچه حس می کنم. فوری دستم را از جیبم درمی‌آورم و می‌گذارم از پشتی صندلی آویزان بماند. حالا وزنش را در انتهای بازویم حس می کنم. کمی کش می‌آید، بفهمی نفهمی، نرم‌نرمک، با ملایمت، وجود دارد. اصرار نمی کنم: هر جا بگذارمش او همچنان وجود خواهد داشت و من همچنان حس خواهم کرد وجود دارد؛ نه می‌توانم آن را حذف کنم، نه بقیه تنم را. نه گرمای نموری که پیراهنم را کثیف می‌کند، نه این همه چربی گرم را که به کندی می‌چرخد. انگار یکی با قاشق همش بزند. نه تمام احساس‌هایی را که آن تو گردش می کنند. می‌روند و می‌آیند، از پهلویم بالا می‌روند و زیر بغلم می‌رسند یا این‌که از صبح تا شب در گوشه دنج‌شان مانند گیاهی رشد می کنند.<br>نظرت راجع به این متن چیست؟ اگر نظری نداشت، خودتان توضیح دهید که این یک حالت انعکاسی نسبت به بدن است. به‌عبارتی انگار یک نگاه بسیار دقت‌آمیز به بدن خود دارد.<br>**۳. بدن به مثابه احساس زندگی یا حس کردن بدن از درون( بدن زنده) (بدن نوئماتیک یا تمرکز بر بدن)**<br>در مقابل، می‌توان بدن را از درون احساس کرد. یک فرد سالم، سرشار از احساس زندگی و زنده بودن است. احساسی که در بدن تجربه می‌شود، زیرا احساسی است که از محیط داخلی بدن و انفعالات احشایی به ساقه مغز رسیده است. بنابراین همان بدن است که به شیوه درست و از درون تجربه شده است. چیزی که ما به آن بدن نوئماتیک می‌گوییم. آموزش احساس بدن نوئماتیک هدف ما در جلسات پیش و قسمتی از هدف جلسات بعدی است.<br>**بدن به مثابه احساس زندگی (بدن زنده): با مثال حمام:** تصور کنید در حمام هستید و حین خوردن دوش به بدنتان یک احساس آرامش دارید و انگار بدن زنده را تجربه می کنید. سعی کنید در فعالیت‌های روزمره بدن را حس کنید.<br>**۴. تجربه غیرانعکاسی (غیردوربینی) یا وابسته به موقعیت**<br>شما در زندگی روزمره در موقعیت‌ها یا مهارت‌هایی که در حال انجام هستید یا در ارتباطات غرق هستید، اینکه یک‌باره مثل دوربین به رفتارهای خودتان نگاه کنید به‌ندرت پیش می‌آید. با یک مثال توضیح می‌دهم: تصور کنید یک فوتبالیست معروف (مسی) در زمین فوتبال غرق یکی از جنجالی‌ترین مسابقات خود است، او غرق توپ، زمین، راه پیدا کردن برای رفتن به سمت دروازه است، غرق در انجام مهارت‌های خود به بهترین شکل ممکن است، این مصداق تجربه غیرانعکاسی هست، حال یک بار به خودش از بالا نگاه می کند و به خود می گوید که من چطور به نظر می‌آیم یا آیا این حرکتم صحیح است؟! اینجا کل موقعیت مسموم می‌شود و دیگر مسی، مسی همیشگی نخواهد بود و این مصداق تجربه انعکاسی است. اگر ما به رفتار دیگران هم نگاه کنیم و مدلوم بپرسیم آیا این هاهم مثل ما عمل می کنند یا مثلاً در یک موقعیتی نا آشنا مدلوم دنبال این باشید که چرا ناآشنا هست یا در باب بدن خود مدلوم بپرسید چرا دست یا پا یا صدا مال من نیست، اینجا در تجربه انعکاسی فرو رفتید و باعث گیر افتادن در حالت‌های تجزیه‌ای بیشتر است. پس سعی کنید توجه به موقعیت داشته باشید، سریع برگردید به موقعیت اکنون و سعی کنید اون مهارت را بهتر انجام دهید.<br>**۵. بدن به‌مثابه کیفیت تجربه یا درگیر با موقعیت بدن نوئتیک (بدن غیردوربینی: تجربه غیرانعکاسی)**<br>در تجربه یک موقعیت بیرونی بدن به شیوه‌ای بسیار مهم حضور دارد. هرچند موضوع تجربه مستقیماً خود بدن نباشد. به‌طورمثال زمانی که فردی یا موقعیتی را به‌مثابه دوست داشتنی، نفرت انگیز، ترسناک یا بی‌تفاوت احساس می‌کنیم، بدن به‌عنوان حالت و کیفیت این تجربه‌ها در کار است، زیرا برای اینکه چیزی دوست داشتنی یا نفرت انگیز یا ترسناک باشد، لازم است اندام‌های احشایی مانند معده و قلب و ریه به شیوه خاصی برانگیخته شوند. شیوه تنفس، فشار خون و دمای بدن و گاهی محیط شیمیایی بدن تغییر کند. این تغییرات بدن را با موقعیت سازگار می‌کند و این سازگارشدگی به‌صورت کیفیت عاطفی تجربه موقعیت بیرونی تجربه می‌شود.<br>**مثال بدن درگیر با موقعیت: مثال حمام:** شما غرق شستن خود هستید و چنان غرق شستن هستید که توجه دقیق به بدن نمی کنید. یازمانی که غرق در یک بازی یا همدلی با دوست خود هستید. |
| ۵. آموزش تکنیک ۶. تکلیف | تقویت بدنمندی معطوف به موقعیت ( نوئتیک) | | **تکلیف:** آموزش اینکه سعی کند در موقعیت‌های روزمره غرق شود و اگر وارد حالت انعکاسی (دوربینی ) خودشو بیرون بیاورد و غرق در موقعیت شود، این یک مهارت است و باید به مرور تمرین شود. |
| ۷. مرور جلسه و ۸. بازخورد بیمار | جمع‌بندی و دریافت بازخورد | | ۱. مرور جلسه<br>۲. شنیدن دریافت و ارزیابی بیمار از جلسه |

**جدول ۶.** دستور جلسه ششم

| محورها | هدف | زمان | محتوا |
|---|---|---|---|
| ۱. تعیین جلسه<br>۲. بررسی اوضاع روحی<br>۳. مرور تمرینات جلسه پیش | پوشش همه مطالب<br>آشنایی با وضعیت مراجع<br>تقویت درگیر کردن فرد با موقعیت بیرونی | ۴۵ تا ۶۰ دقیقه | این جلسه می‌خواهیم راجع به اوضاع روحی این هفته، بررسی نحوه انجام تکالیف، تمرین دوباره تمارین هفته ی پیش، آموزش تمرین‌های جدید، تکلیف، خلاصه، بازخورد<br>این هفته را چطور گذراندید؟ اوضاع روحی چطور بوده است؟<br>صحبت در باب تمرینات بخش معطوف به بدن (نوئماتیک) و نوتئیک در حضور درمانگر (مرور هفته پنجم) |
| ۴. مرور مجدد | | | **۱.تجربه انعکاسی**<br>تجربه انعکاسی عبارت است از مشاهده خود درحال تجربه کردن چیزها. مثلاً درحالی‌که با کودک خود بازی می‌کنید ممکن است ناگهان احساس کنید که از بیرون مشاهده‌گر این ماجرا هستید. این کار می‌تواند تجربه بازی را مخدوش کند. گاهی وقتی کاری انجام می‌دهد اگر کسی به شما خیره شود او شما را وادار به تجربه انعکاسی می‌کند؛ یعنی وادار می‌کند که خودتان هم خود را از زاویه یک فرد بیرونی مشاهده کنید. در این شرایط شما ممکن دست‌وپای خود را گم کنید یا دست کم دیگر نتوانید از انجام آن کار مثل قبل لذت ببرید، زیرا به‌طور کلی تجربه انعکاسی توجه شما را تقسیم می‌کند و بخش زیادی از منابع ذهنی شما را از درگیری در موقعیت به مشاهده‌گری آن موقعیت تنزل می‌دهد. البته این دقت در رفتار خود، به میزان اندک برای تعدیل و تصحیح رفتار کارایی دارد اما در صورتی که مفرط و اجباری شود، جنبه آسیب شناختی دارد؛ زیرا کیفیت تجربه را از بین می‌برد و میزان سازگاری را کاهش می‌دهد.<br>**۲. بدن در تجربه انعکاسی (بدن شیء گونه)**<br>تجربه انعکاسی عبارت است از مشاهده خود از بیرون. در چنین مشاهده‌ای به نظر می‌رسد خود اصلی شما همان خود مشاهده‌گر است. بیماران دچار تجزیه بدنی گاهی به این فلسفه گرایش پیدا می‌کنند که آن‌ها یک روح هستند و بدنشان یک روبات است که به‌صورت اتوماتیک کار می‌کند، زیرا آن‌ها بدن خود را زندگی نمی‌کنند بلکه آن را همچون یک شی تجربه می‌کنند. چنین بدن همچون یک ماشین مکانیکی به نظر خواهد رسید. ماشینی که هرچند پیچیده است اما زندگی درونی ندارد یک بدن مرده است.<br>**۳.بدن به مثابه احساس زندگی یا حس کردن بدن(بدن غیر دوربینی)(بدن نوئماتیک یا توجه معطوف به بدن یا تمرکز بر بدن):**<br>درمقابل، می‌توان بدن را از درون احساس کرد. یک فرد سالم، سرشار از احساس زندگی و زنده بودن است. احساسی که در بدن تجربه می‌شود، زیرا احساسی است که از محیط داخلی بدن و انفعالات احشایی به ساقه مغز رسیده است. بنابراین همان بدن است که به شیوه درست و از درون تجربه شده است. چیزی که ما به آن بدن نوئماتیک می‌گوییم. آموزش احساس بدن نوئماتیک هدف ما در جلسات پیش و قسمتی از هدف جلسات بعدی است.<br>**۴. بدن به مثابه کیفیت تجربه یا درگیر با موقعیت:(بدن نوئتیک(بدن غیر دوربینی)**<br>در تجربه یک موقعیت بیرونی بدن به شیوه‌ای بسار مهم حضور دارد هرچند که موضوع تجربه مستقیماً خود بدن نباشد؛ به‌طورمثال، زمانی که فردی یا موقعیتی را به‌مثابه دوست داشتنی، نفرت انگیز، ترسناک یا بی‌تفاوت احساس می‌کنیم، بدن به‌عنوان حالت و کیفیت این تجربه‌ها در کار است، زیرا برای اینکه چیزی دوست داشتنی یا نفرت انگیز یا ترسناک باشد، لازم است اندام‌های احشایی مانند معده و قلب و ریه به شیوه خاصی برانگیخته شوند. شیوه تنفس، فشار خون و دمای بدن و گاهی محیط شیمیایی بدن تغییر کند. این تغییرات بدن را با موقعیت سازگار می‌کند و این سازگار شدگی به‌صورت کیفیت عاطفی تجربه موقعیت بیرونی تجربه می‌شود.<br>**مثال بدن درگیر با موقعیت: مثال حمام:** شما غرق شستن خود هستید و چنان غرق شستن هستید که توجه دقیق به بدن نمی‌کنید. |
| ۵. آموزش زبان بدن و حرکات جسمی بیانگر وتکلیف<br>۶. تکلیف | درگیر کردن بدن در ابراز احساس | | **تمرین‌های این جلسه**<br>**۱. زبان بدن**<br>درمانگر از بیمار می‌خواهد که حرکات بدنی را آگاهانه برای بیان مقصود به کار بگیرد. برای این منظور ابتدا یک پرسش مناسب از بیمار می‌پرسیم مثلاً اینکه چرا بیمار به ورزش یا هنر خاصی علاقه دارد؟ سپس از او می‌خواهیم به ما توضیح دهد و در این توضیح از زبان بدن خود تا حد امکان کمک بگیرد.<br>**۲.حرکت با موزیک (حرکات بیانگر جسمی (حرکات موزون)**<br>از بیمار میخواهیم راحت و آرام روی صندلی بنشیند. (در صور امکان تکیه صندلی را کمی بخواباند) چشمان خود را ببندد و سپس احساس موجود در یک موزیک را با حرکات دست نشان دهد. (برخلاف تمرین قبلی در اینجا درمانگر نباید مشاهده‌گر باشد، بلکه بهتر است او نیز در یک صندلی که روبه‌روی بیمار بنشیند و این تمرین را همراه با او انجام دهد. موسیقی مناسب برای این تمرین می‌تواند یک موزیک آرام با ریتم آداجیو، ساز ویولن کلاسیک، به‌طورمثال از قطعه‌های راخمانیف باشد. درعین‌حال یک موسیقی با ریتم تندتر نیز بسته به روحیات بیمار می‌تواند استفاده شود. (موسیقی ارجاعات زمان را بهم وصل می‌کند و باعث می‌شود فرد واقعیت را حس کند. مراجع سعی کند که یک حرکات بیانگر جسمی ۱۰ دقیقه‌ای متناسب با فرهنگ انتخاب کند و به توالی که آموزش داده می‌شود تمرین را انجام دهد. برای تمرین در خانه یک فیلم کوتاه چند دقیقه‌ای حرکات موزون تهیه شده و در اختیار مراجع قرار می‌گیرد و مراجع در خانه تمرین می‌کند.<br>۱: به‌عنوان تکلیف استفاده آگاهانه از زبان بدن در موقعیت‌های مناسب (مثلاً در خانه یا در کنار دوستان صمیمی) و ۱۰ دقیقه حرکات حرکات بیانگر جسمی همراه با موزیک انجام شود (نوع حرکات بیانگر جسمی مشخص شده است و به‌صورت ویدیو در اختیار مراجع گذاشته می‌شود).<br>۲: در زمان حملات تجزیه موسیقی موردعلاقه خود را گوش دهد. |
| ۷. مرور جلسه و بازخورد بیمار | جمع‌بندی و دریافت بازخورد | | ۱. مرور جلسه<br>۲. شنیدن دریافت و ارزیابی بیمار از جلسه |

**جدول ۷.** دستور جلسه هفتم

| محورها | هدف | زمان | محتوا |
|---|---|---|---|
| ۱. تعیین جلسه<br>۲. بررسی اوضاع روحی<br>۳. مرور تمرینات جلسه پیش | – پوشش همه مطالب<br>– آشنایی با وضعیت مراجع<br>– تقویت درگیر کردن فرد با موقعیت | ۴۵ تا ۶۰ دقیقه | این جلسه می‌خواهیم راجع به اوضاع روحی این هفته، بررسی نحوه انجام تکالیف، تمرین دوباره تمارین هفته پیش، آموزش تمرین‌های جدید، تکلیف، خلاصه، بازخورد<br>این هفته را چطور گذراندید و اوضاع روحی چطور بوده است؟<br>۱. صحبت درباره جزئیات تکنیکی اجرای تکالیف<br>۲. اجرای دوباره تمرینات بخش نوئتیک در حضور درمانگر: |
| ۴. مرور مجدد جلسه قبل | | | **۱. زبان بدن**<br>درمانگر از بیمار می‌خواهد حرکات بدنی را آگاهانه برای بیان مقصود به کار بگیرد. برای این منظور ابتدا یک پرسش مناسب از بیمار می‌پرسیم مثلاً اینکه چرا بیمار به ورزش یا هنر خاصی علاقه دارد؟ سپس از او می‌خواهیم به ما توضیح دهد و در این توضیح از زبان بدن خود تا حد امکان کمک بگیرد.<br>**۲. حرکت با موزیک حرکات بیانگر جسمی**<br>از بیمار می‌خواهیم راحت و آرام روی صندلی بنشیند. (در صور امکان تکیه صندلی را کمی بخواباند) چشمان خود را ببندد و سپس احساس موجود در یک موزیک را با حرکات دست نشان دهد. (برخلاف تمرین قبلی در اینجا درمانگر نباید مشاهده‌گر باشد. بلکه بهتر است او نیز در یک صندلی کنار بیمار بنشیند و این تمرین را همراه با او انجام دهد. موسیقی مناسب برای این تمرین می‌تواند یک موزیک آرام با ریتم آداجیو، ساز ویولن کلاسیک، به‌طورمثال از قطعه‌های راخمانیف باشد. درعین‌حال یک موسیقی با ریتم تندتر نیز بسته به روحیات بیمار می‌تواند استفاده شود. |
| ۵. آموزش تکنیک تماشای همدلانه و تکلیف<br>۶. تکلیف | تقویت بدنمندی نوئتیک یا بدن درگیر با موقعیت فعال کردن حس‌ها | | **تکنیک‌های جلسه**<br>**۱. آموزش همدلی**<br>بیمار پشت میز نشسته و قسمتی از یک فیلم برای او پخش می‌شود که در آن فردی با عاطفه شدید درباره موضوعی صحبت می‌کند. بیمار دستان خود را روی میز قرار می‌دهد سر خود را اندکی مایل نگه داشته و حالت صورت خود را مطابق با فضای عاطفی فیلم تنظیم می‌کند. سعی می‌کند احساس بیان‌شده را تجربه کند. این تمرین مقدمه‌ای برای همدلی در موقعیت‌های واقعی است (فیلم مورد نظر فیلم سنتوری دقیقه ۱:۰۲ تا۱:۱۱ یا فیلم شیار ۱۴۳ (سکانس روبه روشدن مریلا زارعی با پسر شهیدش، در آپارات هست یا فیلم آتابای دقیقه ۱:۳۳تا۱:۴۰)<br>**۲. کل داستان را همزمان نگاه کردن**<br>بیمار تجزیه گاهی در مکالمات روزمره با افراد به تکه‌هایی از صحبت‌های فرد توجه دقیق می‌کند و گاهی آنقدر آن را در ذهن مرور یا توجه می‌کند تا که بی‌معنا می‌شود و حتی گاهی یک کلمه را این‌قدر تکرار می‌کنند که توجه فرد به این سمت می‌رود که آیا این کلمه وجود دارد یانه. شما باید به بیمار یاد دهید که کل داستان را توجه کند و مثلاً این افراد راجع به چی صحبت می‌کنند و و کل داستان را توجه کند.<br>**تکلیف ۱:** در زمان حملات تجزیه با دوستی نزدیک صحبت کند و حواس خود را از حالت انعکاسی پرت کند.<br>**تکلیف ۲:** از بیمار می‌خواهیم در این هفته تلاشی که در اتاق درمان برای همدلی کردن صورت داد را در یک موقعیت واقعی تکرار کند. این موقعیت واقعی می‌تواند شنیدن درد دل یک دوست، دیدار از اقوام، بیماران و نیازمندان باشد. تشویق به اینکه بیمار با دیگران ارتباط برقرا کند و سعی کند با افراد همدلی کند و در بدن خود ساکن باشد.<br>**تکلیف ۳:** در حین مکالمه با افراد کل داستان را مدنظر قرار دهد. |
| ۷. مرور جلسه و بازخورد بیمار | جمع‌بندی و دریافت بازخورد | | ۱. مرور جلسه<br>۲. شنیدن دریافت و ارزیابی بیمار از جلسه |

**جدول ۸.** دستور جلسه هشتم

| محورها | هدف | زمان | محتوا |
|---|---|---|---|
| ۱.تعیین جلسه<br>۲. بررسی اوضاع روحی<br>۳. مرور تمرینات جلسه پیش | پوشش همه مطالب<br>آشنایی با وضعیت مراجع | ۴۵ تا دقیقه۶۰ | – این جلسه می‌خواهیم راجع به اوضاع روحی این هفته، بررسی نحوه انجام تکالیف، تمرین دوباره تمارین هفته پیش، آموزش تمرین‌های جدید، تکلیف، خلاصه، بازخورد<br>– این هفته را چطور گذراندید؟ اوضاع روحی چطور بوده است؟<br>۱. صحبت درباره جزئیات تکنیکی اجرای تکالیف<br>۲. اجرای دوباره تمرینات بخش نوتیک در حضور درمانگر |
| ۴. مروو مجدد جلسه ی قبل | فعال کردن حس‌ها | ۴۵تا۶۰ | ۱. بیمار پشت میز نشسته و قسمتی از یک فیلم برای او پخش می‌شود که در آن فردی با عاطفه شدید درباره‌ی موضوعی صحبت می‌کند. بیمار دستان خود را روی میز قرار می‌دهد سر خود را اندکی مایل نگه داشته و حالت صورت خود را مطابق با فضای عاطفی فیلم تنظیم می‌کند. و سعی می‌کند احساس بیان شده را تجربه کند. این تمرین مقدمه‌ای برای همدلی در موقعیت‌های واقعی است. توجه به کل داستان گفته‌شده. |
| ۵. آموزش تکنیک تماشای همدلانه و تکلیف<br>به آینه نگاه کردن و شانه زدن موها<br>۵تکلیف | تقویت بدنمندی نوتیک<br>درگیر شدن با موقعیت و ترکیب حس و حرکت | | **تمرین این جلسه**<br>یک آینه در جلوی مراجع قرار می‌دهیم و به او می‌گوییم که به آینه خیر شود و با شانه‌ای موهای خود را شانه بزند و صورت خودشو لمس کند و هم‌زمان به محیط توجه کند و به موسیقی گوش دهد<br>انجام تکنیک آینه همراه با شانه زدن و لمس کردن صورت |
| ۶. مرور جلسه و بازخورد بیمار | جمع‌بندی و دریافت بازخورد | | ۱. مرور جلسه<br>۲. شنیدن دریافت و ارزیابی بیمار از جلسه |

مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران