

Determining the Effectiveness of Paradox Therapy on Symptoms of Ego Strength, Self-knowledge, Depression, Anxiety, and Stress in People With Spinal Cord Injury: A Case Study

Tahernejad Javazm Z¹, *Besharat MA², Belyad MR³, Hosseinzadeh Taghvaei M⁴, Peyvandi P³

Author Address

1. PhD Candidate in Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
2. PhD, Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran;
3. PhD in Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
4. PhD of Counseling, Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Received: 2020 December 26; Accepted: 2021 April 8

Abstract

Background & Objectives: Spinal Cord Injury (SCI) is one of the traumatic events that has a huge impact on the quality of life, growth and development of the injured patient. Several factors affect mental health in SCI patients, but the most important ones affect different aspects of personality and adaptation, such as ego strength, self-knowledge, depression and stress anxiety. Each set of these factors can be introduced as a path-breaking outcome in improving the psychological state of patients with SCIs. To achieve the desired level in these prominent personality and mood factors, flexible treatment approaches are needed. In fact, beneficial intervention in SCI patients should include features that help them to accept their existing situation, to step forward with strength, to achieve goals and progress, and prevent psychological consequences. This study aimed to evaluate the effectiveness of paradox therapy with the PTC model (Paradox + Timetable = Cure) on ego strength, self-knowledge, and anxiety depression stress in a patient with SCI.

Methods: This research method was quasi-experimental with a single-subject design that was performed using the baseline-intervention-follow-up. The study population includes female patients suffering from SCI who were members of the Spinal Cord Injury Association of Tehran Province, Iran, in 2019. They were between 20 and 40 years old with the SCI injury at least five years and at most 10 years earlier. The subject of the present study was randomly selected from 60 female participants, who underwent conventional rehabilitation treatments. She entered the study with written informed consent. The first meeting was dedicated to obtaining informed consent and filling out the baseline questionnaires (pretest). The first treatment session was held one week later. Measurements were performed in the fourth session for the posttest and one month later for follow-up evaluation. Research instruments included Ego Strength Scale (ESS) (Besharat, 2017), Integrative Self-Knowledge Scale (ISK) (Ghorbani et al., 2008), the Stress Anxiety Depression Scale (DASS-21) (Lovibond and Lovibond, 1995), and Treatment Outcome Subjective Rating Scale (TOSRS) (Besharat, 2003). Descriptive statistics, including the percentage change in posttest and follow-up scores compared to the pretest scores, were used for analyzing the collected data.

Results: The results showed that the PTC psychotherapy model is effective. In the posttest stage, the score of Integrative Self-Knowledge reached 40, which showed an increase by 29%. Ego Strength increased by 15% and reached 77, and each of the stress anxiety depression items improved one score, which is a 24% progress. These changes were maintained during the follow-up period for Ego Strength and increased slightly for Integrative Self-Knowledge (16%) and improved to 29% in the symptoms of stress anxiety.

Conclusion: The PTC psychotherapy model is recommended as a very short-term, simple, effective, cost-effective and flexible approach in treating patients with spinal cord injuries.

Keywords: Ego strength, Stress, Anxiety, Depression, Paradox therapy, self-knowledge, Spinal cord injury.

سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر نشانه‌های استحکام من، خودشناسی و افسردگی اضطراب استرس در افراد دارای ضایعه نخاعی: مطالعه موردی

زهرا طاهرثاود جوزم^۱، *محمدعلی بشارت^۲، محمدرضا بلیاد^۳، مرجان حسین زاده تقوایی^۴، پریسا پیوندی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛
۲. دکتری روانشناسی، استاد گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛
۳. دکتری روانشناسی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛
۴. دکتری مشاوره، استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

*رابطه نامه نویسنده مسئول: besharat@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۶ دی ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۹ فروردین ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: ضایعه نخاعی از جمله رویدادهای آسیب‌زا است که تأثیر گسترده‌ای بر کیفیت زندگی، رشد و پیشرفت افراد ضایعه‌دیده دارد. هدف این پژوهش، سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی به سبک PTC (پارادوکس+ برنامه زمانی= درمان) بر نشانه‌های استحکام من، خودشناسی و افسردگی اضطراب استرس در ضایعه نخاعی بود. **روش بررسی:** روش این تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح تک‌آزمودنی بود که با استفاده از خط پایه، مداخله و پیگیری اجرا شد. آزمودنی مطالعه حاضر از میان شصت شرکت‌کننده خانم، به صورت تصادفی انتخاب شد که همگی تحت درمان‌های متداول توان‌بخشی بودند. آزمودنی خانمی ۳۱ ساله و مجرد بود و تحصیلات کارشناسی ارشد داشت. به دلیل سانه رانندگی، به مدت ده سال از ناحیه گردن دچار آسیب دیدگی نخاعی شده بود. در زمان اجرای پژوهش، بی‌کار بود و مدت نه سال و نه ماه کلونازپام مصرف می‌کرد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس استحکام من (بشارت، ۱۳۹۵)، مقیاس خودشناسی انسجامی (قربانی و همکاران، ۲۰۰۸)، مقیاس افسردگی اضطراب استرس (لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵) و مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان (بشارت، ۱۳۸۲) بود. از آمار توصیفی مانند درصد تغییرات نمرات پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، مدل روان‌درمانی PTC مؤثر است. در مرحله پس‌آزمون، نمره خودشناسی انسجامی به ۴۰ رسید که ۲۹ درصد افزایش داشت. متغیر استحکام من با ۱۵ درصد ارتقا به ۷۷ رسید و هریک از موارد افسردگی اضطراب استرس تا ۲۴ درصد بهبود یافت. این تغییرات در دوره پیگیری برای استحکام من حفظ شد و برای خودشناسی انسجامی تا حد کمی (۱۶ درصد) افزایش یافت و در نشانه‌های افسردگی اضطراب استرس به سطح ۲۹ درصد بهبودی رسید. **نتیجه‌گیری:** مدل روان‌درمانی PTC به عنوان رویکردی بسیار کوتاه‌مدت، ساده، تأثیرگذار و کارآمد و درعین حال اقتصادی برای درمان افراد ضایعه نخاعی است. **کلیدواژه‌ها:** استحکام من، استرس، اضطراب، افسردگی، پارادوکس درمانی، خودشناسی، ضایعه نخاعی.

ضایعه نخاعی^۱ شامل آسیب به طناب نخاعی است که باعث تغییرات موقت یا دائمی در حرکت، حواس یا عملکرد خودکار نخاع می‌شود (۱). افراد پس از آسیب نخاعی با تغییرات چشمگیری در زندگی مواجه می‌شوند که بر کیفیت زندگی، روابط خانوادگی و اجتماعی آن‌ها اثر مخرب دارد. به دنبال این تغییر مهم در زندگی، بسیاری از آسیب‌دیدگان ضایعه نخاعی در سازگاری و کنار آمدن با شرایط کنونی دچار مشکل می‌شوند. تاب‌آوری و آستانه تحمل آن‌ها در برابر مشکلات و مسائل روزانه کاهش می‌یابد. اکثر آن‌ها تصویر ذهنی که از توانایی‌هایشان داشته‌اند، خراب می‌شود و خود را انسانی ضعیف می‌پندارند. در بیشتر مواقع نه پذیرش شرایط موجود را دارند و نه حاضر هستند با پشتکار و تحمل مصائب تمرینات توان بخشی را ادامه دهند (۲).

ایجاد درک (بینش) درباره شرایط کنونی و بازگشت به تلاش و ادامه زندگی با کیفیت مطلوب از چالش‌های بسیار بزرگ پیش روی متخصصان بهداشت روان، به‌خصوص در بیماران ضایعه نخاعی است و به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی جاری یا خاتمه‌یافته ضرورت پیدا می‌کند. متغیرهای مختلفی می‌تواند بر بهبود وضعیت روانی بیماران ضایعه نخاعی مؤثر باشد؛ اما متغیرهایی بااهمیت‌تر است که مرکزی و کلیدی باشد و بر جوانب مختلف شخصیت و سازگاری فرد تأثیر بگذارد. ازجمله این عوامل می‌توان به استحکام من^۲، خودشناسی انسجامی^۳، نشانه‌های افسردگی^۴، اضطراب^۵ و استرس^۶ به‌منزله شاخص‌های مهم سلامت روانی اشاره کرد که در ادامه تشریح شده است. از درمان‌های روان‌شناختی که به بهبود این ویژگی‌های روان‌شناختی کمک می‌کند، پارادوکس درمانی با مدل پی‌تی‌سی^۷ است. مسئله اصلی پژوهش، اثربخشی مدل درمانی مذکور روی این افراد است (۳).

استحکام من به‌عنوان یک‌سری کنش‌های ایگو (من) تعریف شده است که طبق نظریه ساختاری فروید^۸ جزئی اساسی از شخصیت را شکل می‌دهد. نظریه‌های تحولی، استحکام من را محصول توفیق فرد بر بحران‌های رشدی بیان می‌کنند و تحول روانی را نتیجه گذار موفقیت‌آمیز از مراحل رشدی برمی‌شمرد (۴). به‌زعم محققان، این فرایند موفقیت‌آمیز تحولی به رشد و استحکام من و حتی شکل‌گیری هویتی منسجم ختم می‌شود (۵). بر این اساس، استحکام من زمانی سطح بالا ارزیابی می‌شود که فرد، دارای یک‌سری توانمندی‌های روان‌شناختی باشد که به او ظرفیت حل تعارض‌های درون‌روانی و نیز انطباق با محیط را می‌دهد (۶). ازجمله این ظرفیت‌های روان‌شناختی من، می‌توان به مهار من^۹، تاب‌آوری من^{۱۰}، مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته^{۱۱} و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد^{۱۲} اشاره کرد (۷). هریک از این ویژگی‌ها به‌نحوی به فرد کمک می‌کند تا با مشکلات مقابله کند، به

حل مسائل بپردازد، احساس یکپارگی خود را حفظ نماید و فراتر از این‌ها به سطحی بالاتر از رشد برسد.

از طرف دیگر، افراد دارای ضایعه نخاعی اختلال در مفهوم خود^{۱۳} را تجربه می‌کنند. قربانی و همکارانش شکل ایده‌آلی از خودشناسی یعنی «خودشناسی انسجامی» را مطرح کردند (۸). خودشناسی انسجامی، فرایندی شامل آگاهی لحظه‌به‌لحظه از تغییرات روان‌شناختی است که توانایی درک متمایز و تحلیل گوناگونی کیفیت تجربه اکنون را نیز به‌همراه دارد و با پردازش فعالانه از خود در بستر رویدادهای گذشته، به تجربه‌ها و صفات‌های خود یک ترکیب صاحب وحدت و معنا می‌بخشد. به بیان دیگر، خودشناسی انسجامی این امر را برای فرد ممکن می‌سازد تا ازطریق فهم توانمندی‌های خود، احساسات و افکارش را سازمان‌دهی کند و قادر شود تا سازگارترین را به‌لحاظ دستیابی به پیامد مطلوب، شناسایی کند و برگزیند. شخصی که خودشناسی انسجامی داشته باشد، باور دارد که صاحب منابعی برای رویارویی با مطالبه‌های آن محرک‌ها است. این مطالبه‌ها با چالش‌هایی همراه است که فرد آن‌ها را واجد ارزش سرمایه‌گذاری انرژی روانی و پرداختن می‌داند؛ بر همین اساس، خودشناسی انسجامی را می‌توان محور بنیادین پردازش اطلاعات پیچیده در انسان دانست که به حل تعارضات و تحمل استرس می‌انجامد (۹).

افزون‌براین، مشکلات هیجانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس به‌دلیل مشکلات روزمره افراد دارای ضایعه نخاعی، از مشکلات شایع‌تر آن‌ها است. افسردگی و اضطراب به‌شدت با یکدیگر رابطه دارند و اغلب این دو اختلال در کنار یکدیگر تجربه می‌شوند (۱۰). استرس، وضعیتی است که ویژگی اصلی آن شامل پویایی و انگیزختگی روان‌تنی می‌شود و در زمان مواجهه فرد با موقعیتی محدودکننده، فرصت‌دهنده یا غیرعادی به‌وجود می‌آید و او را به واکنش‌های هیجانی، جسمانی و شناختی وامی‌دارد. استرس، پاسخ فرد به واقعه‌ای بیرونی است که فراتر از ظرفیت کنترل فرد ادراک می‌شود (۱۱). اضطراب حالتی مبهم و بدنی‌ذهنی است که در طی آن فرد بیش‌ازحد دچار حس تنیدگی، نگرانی و ناراحتی از وقوع رخدادی وحشتناک می‌شود (۱۲). افسردگی، به حالات خلق افسرده، کاهش علاقه یا لذت، کاهش وزن، کاهش یا افزایش اشتها، بی‌خوابی، بی‌قراری یا کندی حرکتی روانی، خستگی یا از دست دادن انرژی، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل تمرکز یا بی‌تصمیمی و افکار خودکشی اطلاق می‌شود (۱۳).

از معضلات بسیار مهم افراد دارای آسیب نخاعی، جابه‌جاشدن و حضور در جلسات روان‌درمانی است و باوجود مشکلات زیاد روانی، خیلی از اوقات به‌دنبال درمان روان‌شناختی نمی‌روند؛ بنابراین مدلی نیاز است که با صرف هزینه و زمان کم، تأثیر عمیق روان‌درمانی ایجاد کند. در این مقاله، مدل جدید روان‌درمانی پارادوکسی^{۱۴} برای افراد دارای ضایعه نخاعی معرفی شد. این مدل به‌اختصار پی‌تی‌سی نامیده می‌شود.

9. Ego-control

10. Ego-resiliency

11. Mature defense mechanisms

12. Effective coping strategies

13. Self

14. Paradoxical Psychotherapy

1. Spinal cord injury

2. Ego strength

3. Integrative self-knowledge

4. Depression

5. Anxiety

6. Stress

7. Paradox + Timetable = Cure (PTC)

8. Freud

این روش با موفقیت برای تعداد کثیری از اختلالات روان‌شناختی شامل طیف گسترده اختلالات اضطرابی^۱، طیف وسواس‌های فکری و عملی^۲، اختلالات مرتبط با تروما و استرس^۳ و نیز اختلالات نشانه‌های بدنی^۴ به‌کار رفته است (۳)؛ در نتیجه هدف مطالعه حاضر، ارائه یک نمونه بالینی دارای ضایعه نخاعی و تشریح روند اجرایی مدل پی‌تی‌سی و تعیین اثربخشی تمرین‌های پارادوکسی روی استحکام من، خودشناسی انسجامی و افسردگی اضطراب استرس بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح تک‌آزمودنی بود که با استفاده از خط پایه، مداخله و پیگیری به ارزیابی روش درمانی پی‌تی‌سی پرداخت. آزمودنی مطالعه حاضر از میان شصت شرکت‌کننده خانم، به‌صورت تصادفی انتخاب شد که همگی تحت درمان‌های متداول توان‌بخشی بودند. آزمودنی درباره ماهیت پژوهشی جلسات، اهداف پژوهش، محرمانگی اطلاعات شخصی و قابل شناسایی و حق خروج از مطالعه بدون ارائه هرگونه توضیح و نیز تأثیر نداشتن مشارکت/امتناع از مشارکت/قطع مشارکت بر روند درمان توان‌بخشی، آگاهی پیدا کرد و با رضایت آگاهانه کتبی وارد مطالعه حاضر شد. ملاقات اول به اخذ رضایت آگاهانه و اجرای پرسش‌نامه‌های خط پایه (پیش‌آزمون) اختصاص یافت. جلسه اول درمان یک هفته پس از مرحله خط پایه برگزار شد. اندازه‌گیری‌ها در جلسه چهارم برای پس‌آزمون و یک ماه بعد برای پیگیری ادامه یافت. پس از اخذ رضایت آگاهانه، جلسات درمان، فرایند ارزیابی‌های روان‌شناختی، مصاحبه بالینی و درمان روان‌شناختی براساس مدل پی‌تی‌سی آغاز شد. درمان توسط یکی از نویسندگان انجام گرفت که تحت آموزش و نظارت مبدع این روش درمانی قرار داشت و برای چهار سال این درمان را در طیف متعددی از بیماران ارائه کرد.

آزمودنی خانمی ۳۱ ساله و مجرد بود و تحصیلات کارشناسی ارشد داشت. به دلیل سانحه رانندگی، به مدت ده سال از ناحیه گردن دچار آسیب دیدگی نخاعی شده بود. در زمان اجرای پژوهش، بی‌کار بود و مدت ۸ سال و ۸ ماه کلونازپام مصرف می‌کرد. روایت بیمار از خود به شرح زیر بود.

«من اضطراب و استرس شدیدی دارم. ۸ سال و ۸ ماه هست که آرام‌بخش (کلونازپام) مصرف می‌کنم. کارگاه‌های مختلف روان‌شناسی رو شرکت کردم تا یاد بگیرم بر خودم مسلط باشم و اضطرابم رو کنترل کنم. اصلاً نمی‌دونم از کجا شروع کنم؟! من ده سال پیش بر اثر سانحه رانندگی مبتلا به آسیب نخاعی شدم و توان حرکتی‌ام رو کاملاً از دست دادم. بیست و یک سالم بود و سال آخر لیسانس بودم. در اون زمان با یکی از پسرهای هم‌کلاسم دوست بودم. از نظرم جذاب بود و در ذهنم برنامه ازدواج داشتم. بعد از تصادف اجازه ندادم که به ملاقاتم بیاد و منو تو این شرایط ببینه. توی این سال‌ها حتی عکس‌های اون آقا رو نگاه نمی‌کردم و همیشه از واکنش خودم دلهره و ترس داشتم. حتی سیم‌کارت رو هم عوض کردم تا دیگه حتی نگران تماسش هم نباشم. سه ماه در

بیمارستان بستری بودم و هیچ‌گاه سوگواری نکردم که چرا این بلا سر من اومده؟! از هفته دوم شروع کردم به مرور خاطرات روزهای خوب گذشته، سفرها، تفریح‌ها، موفقیت‌ها و... این‌طوری احساس بهتری پیدا می‌کردم؛ البته قبل از اینکه این اتفاق هم برام بیفته هر وقت ناراحت می‌شدم همین مدلی خودم رو سرگرم می‌کردم تا حواسم پرت بشه و مشغول گذر زمان بشه و کم‌کم یادم بره. خلاصه صبوری، منطق و پذیرش من همه رو متعجب کرد. سال‌ها مادرم منو سرزنش می‌کرد که به‌خاطر معلولیت من از بسیاری از کارها و مسافرت‌ها و برنامه‌هایی که برای بازنشستگی با پدرم چیده بودند بازمانده و مرا مقصر حادثه‌ای که برایم اتفاق افتاده بود، می‌دانست؛ در صورتی که بی‌احتیاطی برادرم در رانندگی باعث حادثه شده بود! حرف‌های مرا عصبی می‌کرد. بالاخره توانستم پدرم را متقاعد کنم که خانه مستقلی برام بگیره تا من جدا از مادرم باشم. الان سه سال است که روزها با پرستار و شب‌ها با برادرم زندگی می‌کنم. گهگاهی شمال می‌روم و به آن‌ها سر می‌زنم. برادرم سال‌هاست که قصد مهاجرت داره و این مسئله باعث می‌شه بهم بریزم [با بغض می‌گوید] شرایط جسمی و روانی بد می‌شه. الان مهاجرتش قطعی شده و این ترس از تنهاموندن رهام نمی‌کنه. نمی‌دونم چه بلایی قراره سرم بیاد. درسته خواهرم توی آپارتمان ما زندگی می‌کنه، ولی تنها کسی که تو این سال‌ها دنبال درمان و توان‌بخشی و تعویض پرستارهام بوده، برادر دوقلومه. حالا می‌خواد بره و من مستأصل شدم [همراه با اشک ریختن بیان می‌کند]. وقتی به رفتن برادرم فکر می‌کنم، اسپاسم‌های عضلانی زیاد می‌شه و دیگه اصلاً نمی‌تونم تمرینات کاردرمانی‌ام رو انجام بدم. انقدر درد و گرگرم زیاد می‌شه که با دارو هم کنترل نمی‌شه و بی‌طاقت می‌کنه. پرخاشگر می‌شم. انقدر به پرستارهام غر می‌زنم و ایراد می‌گیرم که ترکم می‌کنند. با برادرم هم خیلی تندی می‌کنم و این خشم معمولاً با من هست. اصلی‌ترین مشکل من کنار آمدن با مهاجرت برادرم و کنترل شرایطم هست. موقعیت‌های دیگری که این اضطراب رو تجربه می‌کنم، هر وقت به مشکل مالی برمی‌خورم یا زمانی که قراره پرستارم عوض بشه تا بیاد جا بیفته اذیت می‌شم. گاهی هم مشکلات خواهرم با همسرش. دیه‌ام دست عمومه و باهاش کار می‌کنه و سودش رو به من می‌ده. هیچ وقت شجاعت اینو نداشتم که حساب کتاب کنیم. او هر کار دلش بخواد با پول من می‌کنه و هر قدر بخواد به من می‌ده و هیچ توضیحی نمی‌ده. هر زمان در مجلسی می‌بینمش اضطرابم بالا می‌ره و احساس حماقت می‌کنم که چرا جرئت نمی‌کنم باهاش در این مورد صحبت کنم. من می‌دونم که برادرم باید بره. حقشه پیشرفت کنه. برای دکتری پذیرش گرفته، ولی نمی‌تونم. هرچی مدل قبل ترهام رفتار می‌کنم، حل نمی‌شه! مامانم و نامزد رو حذف کردم. در نبود پاهام با خاطرات روزهای خوب زندگی کردم و تونستم تو این ده سال لااقل ظاهر رو حفظ کنم. ارشدم رو گرفتم. تنهایی دارم زندگی می‌کنم، ولی این یکی خیلی سخته و با اینکه می‌دونم باید بره نمی‌تونم تحمل کنم. می‌ترسم. من می‌میرم [بلند گریه می‌کند]. من این پریشانی‌ها، اضطراب و پرخاشگری‌ها رو به این شدت نداشتم.»

اصول و فرایند درمان به‌طور خلاصه بدین شرح بود: مدل پی‌تی‌سی از

4. Somatic symptom and related disorders

1. Anxiety disorders

2. Obsessive-compulsive s

3. Trauma- and stress-related disorders

لحاظ نظری ریشه در نظریه‌های روان‌پویشی^۱، درمان روان‌کاوی^۲ و سیستمی دارد؛ اما در عمل و اقدامات درمانی به فنون رفتاری وفادار است (۳). درمان اصلی از دو تکنیک یعنی پارادوکس و برنامه زمانی تشکیل شده است. پارادوکس یعنی تجویز نشانه بیماری یا نشانه رفتاری و برنامه زمانی^۳ یعنی انجام تکالیف تجویز شده پارادوکسی در وقت معین و برای مدت زمان مشخص؛ وقت و مدت زمانی که به طور قطعی و تغییرناپذیر از قبل تعیین می‌شود. براساس این تکنیک ترکیبی، همان نشانه‌های بیماری برای بیمار تجویز شده و بیمار مکلف می‌شود این نشانه‌ها را طبق دستورالعملی که درمانگر با نظر و همکاری خود بیمار برایش تجویز می‌کند، در وقت‌های معینی از شبانه‌روز و طی مدت زمان مشخصی بازسازی و تجربه کند. این دو تکنیک همواره باهم تجویز می‌شوند و تابع اصل جدایی‌ناپذیری هستند. ترکیب این دو تکنیک، اصل جدایی‌ناپذیری پارادوکس و برنامه زمانی و تجویز عین نشانه از مشخصه‌های پی‌تی‌سی است. به طور معمول دو هفته فاصله بین جلسات درمان پی‌تی‌سی وجود دارد. فاصله بین جلسات ممکن

است به دلایلی کمتر یا بیشتر شود؛ اما دو هفته فاصله ترجیحی است. با گذشت زمان و تعدد جلسات، اگر میزان پیشرفت مطابق معمول پی‌تی‌سی باشد، درمانگر به تشخیص خود رفته‌رفته فاصله جلسات را از دو هفته نیز بیشتر می‌کند. تکالیف بیمار در مدل پی‌تی‌سی به‌طور معمول سیر کاهشی دارد. در موارد معدودی نیز لازم می‌شود تکالیف سیر افزایشی داشته باشد؛ جایی که حجم حضور نشانه‌ها خیلی زیاد باشد و استاندارد معمول روزی سه نوبت در شروع درمان، نتواند هدف درمان را محقق کند، در این گونه مواقع نیز به سرعت سطح و تعداد تمرین‌ها به حد سایر موارد افزایش پیدا می‌کند. مداخله و مدیریت درمانگر تا جایی که لازم باشد، ادامه می‌یابد. پایان جلسات درمان را وضعیت بیمار تعیین می‌کند؛ زمانی که بیمار دیگر از مشکل و اختلالی که برای درمانش مراجعه کرده بود، رنج نبرد؛ هنگامی که بیمار احساس کند دیگر بیمار نیست و توان مدیریت شرایط بیماری‌زا را کسب کرده باشد. پایان درمان را تجربه مستقیم شخص بیمار تعیین می‌کند. جدول ۱ جزئیات اجرای درمان را برای هر جلسه ارائه کرده است (۳).

جدول ۱. خلاصه جلسات مدل پی‌تی‌سی

جلسه	موضوع
اول	برقراری ارتباط درمانی، گزارش مراجع از مشکلات و اضطراب‌ها و شکایت اصلی او، معرفی برنامه درمانی، مشخص کردن زمان تمرینات پارادوکسی (پی‌تی‌سی)
دوم	گزارش عملکرد مراجع، بررسی نحوه انجام تکالیف پارادوکسی، وضعیت و کیفیت روانی و زندگی فرد در فواصل بین تمرین‌های پارادوکسی، اصلاح اشکالات احتمالی در انجام تکالیف، کاهش تعداد یا طول زمان انجام تکالیف پارادوکسی و تعیین وقت‌های جدید انجام تکالیف
سوم	گزارش عملکرد مراجع، بررسی نحوه انجام تکالیف پارادوکسی، وضعیت و کیفیت روانی و زندگی فرد در فواصل بین تمرین‌های پارادوکسی، اصلاح اشکالات احتمالی در انجام تکالیف، کاهش تعداد یا طول زمان انجام تکالیف پارادوکسی و تعیین وقت‌های جدید انجام تکالیف
چهارم	گزارش عملکرد مراجع، بررسی نحوه انجام تکالیف پارادوکسی، وضعیت و کیفیت روانی و زندگی فرد در فواصل بین تمرین‌های پارادوکسی، اصلاح اشکالات احتمالی در انجام تکالیف، کاهش تعداد یا طول زمان انجام تکالیف پارادوکسی و تعیین وقت‌های جدید انجام تکالیف، در صورت نیازداشتن به تکرار جلسات دوم و سوم، ترخیص و اتمام جلسات

در این پژوهش ابزارهای زیر به کار رفت.

کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۹ تا ۰/۹۳ به دست آمد (۱۴).

– مقیاس استحکام من^۴: مقیاس استحکام من، ابزاری ۲۵ گویه‌ای است که توسط بشارت در سال ۱۳۹۵ با اقتباس از ابزارهای سنجش مهار من، تاب‌آوری من، مکانیزم‌های دفاعی^۵ و راهبردهای مقابله‌ای برای اندازه‌گیری میزان توانمندی من در مهار و مدیریت موقعیت‌ها و شرایط دشوار زندگی طراحی و هنجاریابی شد (۱۴). این ابزار از طیف لیکرت پنج‌تایی بهره می‌برد و نمره کل مقیاس از ۱۲ تا ۲۵ بیانگر استحکام من بیشتر است. ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هریک از زیرمقیاس‌های استحکام من برای مهار من از ۰/۷۳ تا ۰/۷۹، برای تاب‌آوری من از ۰/۸۰ تا ۰/۸۶، برای مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، برای راهبردهای مقابله مسئله‌محور از ۰/۸۱ تا ۰/۹۰، برای راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت از ۰/۶۹ تا ۰/۸۵ و برای نمره

– مقیاس خودشناسی انسجامی^۶: این ابزار توسط قربانی و همکاران در سال ۲۰۰۸ ساخته شد که شامل دوازده ماده است که پاسخ‌دهندگان باید در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (صفر=عمدتاً نادرست تا ۴=عمدتاً درست) به آن پاسخ دهند (۸). گویه‌های ۳، ۶ و ۹ خودآگاهی تأملی، گویه‌های ۱، ۵، ۷ و ۸ خودآگاهی تجربی و باقی گویه‌های ۲، ۴، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ نیز یکپارچه‌کردن تجارب گذشته و حال برای ایجاد آینده‌ای مطلوب را می‌سنجد (۸). پس از وارونه‌سازی یک‌سری گویه‌ها، نمره کل مقیاس از ۱۲ تا ۶۰ محاسبه می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای خودشناسی تجربه‌ای ۰/۹۰ و برای خودشناسی تأملی ۰/۸۴ بود و همبستگی میان دو وجه برابر با $r=0.74$ ($p<0.01$) برآورد شد (۸). – مقیاس افسردگی اضطراب استرس^۷: این ابزار مقیاسی ۲۱ سؤالی

^۵. Defense mechanisms

^۶. Integrative Self-Knowledge Scale (ISK)

^۷. Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)

^۱. Psychodynamics

^۲. Psychoanalysis

^۳. Timetable

^۴. Ego Strength Scale (ESS)

است که توسط لایویانند و لایویانند در سال ۱۹۹۵ طراحی شد (۱۵). این مقیاس علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهاردرجه‌ای از نمره صفر تا ۳ می‌سنجد. این مقیاس از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره کل هر زیرمقیاس از صفر تا ۲۱ است. نمره فرد در هر مقیاس برحسب هفت گویه مختص آن مقیاس سنجیده می‌شود (۱۵). این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه‌های عواطف منفی به‌شمار می‌رود و پایایی و روایی آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شد. بشارت در سال ۱۳۸۴ ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را درباره نمره نمونه‌هایی از جمعیت عمومی ۰/۸۷ برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب، ۰/۸۹ برای استرس و ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش کرد (۱۶).

– مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان^۱: ابزاری خودگزارشی است که توسط بشارت در سال ۱۳۸۲ طراحی شد و سطح تغییرات مثبت درمانی و اندازه احساس رضایت فرد از نتیجه درمان را می‌سنجد (۱۷). این مقیاس تک‌شاخصی بوده و براساس الگوی مقیاس‌های درجه‌بندی عددی، کلامی و دیداری ساخته شده است. دو فرم عددی و کلامی، برآورد فرد از نتایج درمان را برحسب اندازه‌های ده‌درجه‌ای از نمره یک (کمترین تغییر درمانی و رضایت شخصی از نتیجه درمان) تا ۱۰ (کمترین تغییر درمانی و رضایت شخصی از نتیجه درمان) یا اندازه‌های درصدی از صفر (بیشترین تغییر درمانی و رضایت شخصی از نتیجه درمان) تا ۱۰۰ (بیشترین تغییر درمانی و رضایت شخصی از نتیجه درمان) مشخص می‌کند. پایایی بین‌ارزیابان^۲ مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان، براساس ضرایب همبستگی بین‌طبقه‌ای^۳ (ICC) برای ۴۷ زوج، از $r = 0.80$ تا $r = 0.94$ ($p < 0.001$) برآورد شد (۱۷). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی صورت گرفت. بدین منظور، تغییر نمرات متغیرها در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون، برحسب محدوده ممکن نمره هر متغیر، به‌عنوان شاخص اثرگذاری درمان گزارش شد.

۳ یافته‌ها

جلسه اول یک هفته بعد از پیش‌آزمون عمدتاً به صحبت‌های بیمار اختصاص یافت که به بیان تاریخچه‌ای از خود، وضعیت کنونی و دلیل مراجعه‌اش پرداخت و جزئیات آن در معرفی آزمودنی بیان شد. در پایان جلسه اول، درمانگر به ارائه تکلیف به بیمار پرداخت. پس از اتمام صحبت‌های بیمار، نحوه ابراز تکالیف و مدیریت جلسه به‌شرح ذیل بود.

درمانگر: بسیار خوب. یک برنامه براتون می‌ریزم شامل تعدادی تمرین روزانه که باید اون‌ها رو مثل دارو در زمان‌های مشخص از روز مصرف کنید و انجام دهید. ما زمان داریم تا قبل از موقعیت واقعی اضطراب‌انگیز (تنهایی و رفتن برادرتون)، تمرین رو به‌صورت تجسمی انجام دهید. شما سه تا تایم ده‌دقیقه‌ای در طول روز مشخص کنید که می‌تونید تکالیفتون رو بدون مزاحمت تلفن، غذا، توان‌بخشی و... انجام بدید و تمرکز کافی داشته باشید.

بیمار: می‌شه پشت سر هم باشه؟

د: بهتره فاصله داشته باشه.

ب: می‌تونم بعداً تغییرش بدم؟

د: خیر، اینجا توافق می‌کنیم و قرار می‌گذاریم.

ب: لطفاً اول بگید قراره چه کار کنم بعد زمانش رو مشخص کنم؟

د: بسیار خوب، سه تا تایم ده‌دقیقه‌ای مشخص می‌کنیم. شما در این زمان‌ها تمرکز کرده و تمام این افکار آزاردهنده رو به ذهن خودتون فراخوان می‌کنید. می‌بافید می‌بافید، بهشون پر و بال می‌دید، شاخ و برگ می‌دید تا برسید به سیاه‌ترین خروجی و منفی‌ترین حالتی که برای این افکار می‌شه تصور کرد. در این ده دقیقه نه حل مسئله داریم و نه به خودتون دل‌داری می‌دید.

ب: خیلی وحشتناکه، همین الان هم بدنم داره می‌لرزه. اگر حالم بد بشه. اگر کسی نباشه به دادم برسه؟!

د: نگران نباشید، ما اینجا هستیم که مشکل رو حل کنیم و تنها راه چاره برای شما این هست که این شربت تلخ رو بخورید. شما وقتی سینه‌تون درد می‌کنه، شربت تلخ رو می‌خورید و تحملش می‌کنید؛ چون می‌دونید که تحمل این تلخی به درمانتون کمک می‌کنه؛ پس ازتون می‌خوام که با دقت به حرفهام گوش بدید و با قدرت از فردا صبح اولین سانس تمرینتون رو انجام بدید. خوب چه ساعتی می‌تونید؟

ب: باشه چشم. ساعت یک بعدازظهر، هفت غروب و یک شب. من چون گزگز شبانه به‌خاطر آسیب نخاعم دارم، شب‌ها دیر می‌خوابم و از این طرف ظهر بیدار می‌شم.

د: بر اثر حمله افکار نمی‌خوابید یا مشکل عصب؟

ب: نه، بیشتر مشکل عصب هست.

د: زمانی‌که تکالیفتون رو انجام می‌دید چند احتمال ممکنه رخ بده. براتون توضیح می‌دم دقت کنید. اول اینکه سر ساعت بشنید، فراخوان کنید، شلوغش کنید و در آخر این‌ها بیان و شما رو بهم بریزند. گریه‌تون بگیره، عرق کنید، اسپاسم کنید یا هر واکنش منفی دیگه‌ای و سر ده دقیقه بتونید تمرین رو تموم کنید. این ایده‌آل است و یعنی شما خوب نقش خودت رو بازی کرده‌ای. احتمال دیگه اینه که شما ساعتش رو فراموش کنی؛ مثلاً هفت غروب تمرین داشتی هفت‌ونیم یادت بیفته! اون دیگه سوخت می‌شه و می‌ره تا سانس بعدی که یک نیمه‌شبه. نمی‌تونی هر ساعتی دلت خواست تکلیف رو انجام بدی. سر ساعت و طبق دستور؛ مثل آنتی‌بیوتیک. احتمال دیگه این هست که شما تمرینت رو شروع کردی یک‌دفعه به خودت می‌ای می‌بینی مثلاً نیم‌ساعته داری فکر می‌کنی! ده دقیقه‌ش مال منه و من به بقیه‌ش کاری ندارم. زمان بین سانس‌ها به خودت مربوطه که چه کار بکنی می‌خوای فکر کن می‌خوای نکن و از هر روشی دوست داری استفاده کن. من فقط سه تا ده دقیقه می‌خوام بشینی و اجازه بدی این افکار بهت حمله کنند.

ب: همه تمرین‌هام یک فکر رو ببافم؟

د: نکته خوبی پرسیدی! چارچوب تمرین باز است. شما بین اون موقع کدوم فکر هست که داره اذیت می‌کنه، برادرت، پرستاره، مسائل مالی‌ته، کدومه؟! ممکنه یکی‌شون انقدر دیگه اذیت نکنه. تغییرش بده

³. Intra-class correlation (ICC)

¹. Treatment Outcome Subjective Rating Scale (TOSRS)

². Interrater reliability

و نخ بعدی رو بگیر و تا ته برو. یه احتمال دیگه این هست که بشینی تلاشت رو بکنی ولی فکری به ذهنت نیاد!

ب: [خنده با صدا] مگه می‌شه. من همیشه فکر دارم!

د: یک احتمال هست دیگه. می‌خوام اینجا همه جوانب رو باهم بسنجیم. اگر دیدی دقایقی نشستی و هیچ فکری به ذهنت نیومد که به قول خودت خیلی بعیده، پاشو برو به کارهات برس.

ب: لازمه براتون گزارش بنویسم؟

د: خیر، جلسه بعد برام توضیح می‌دهید که چه کردید و لازم نیست بنویسید.

- گزارش بیمار در جلسه دوم: «با لبخند» سعی کردم بیشتر تایم‌هام رو انجام دهم. سه روز اول خیلی خیلی حالم بد می‌شد. گریه می‌کردم. تپش قلب گرفتم ولی فاصله بین تکالیف خشمم کمتر بود و آرام‌تر بودم. روزهای بعد هم انجام دادم، ولی به اندازه سه روز اول حالم رو بد نمی‌کرد. توی هفته قبل پرستارم کاری براش پیش اومد و گفت دیگه نمی‌تونه بیاد. من خیلی خوب تونستم تعویض پرستار رو مدیریت کنم. همیشه خیلی بهم می‌ریختم تا بیاد و بهش اعتماد کنم و کارها رو بهش بسپرم؛ ولی این دفعه یکی دوروزه افتادیم رو غلتک. در بعضی از تکالیفم به گذشته رفتم، جریان نامزد؛ درحالی‌که قبلاً ازش فرار می‌کردم! دیروز رفتم و عکس‌هامون رو نگاه کردم. احساس کردم که واقعاً برای من حل شده است. لازم نیست پاکشون کنم یا ازشون فرار کنم. اون‌ها بخشی از زندگی من بودند [با لحنی آرام و منطقی]!

در پایان جلسه، تکالیف توسط درمانگر تا دوهفته بعد تمدید شد.

- گزارش بیمار در جلسه سوم: «خانم دکتر باورتون نمی‌شه چه اتفاقی افتاد! حمید (برادرم) با عجله اومد خونه و گفت که برای کاری باید بره شمال پیش پدرم. من گفتم به دلیل کرونا و حساسیت ریه‌ام من از خونه بیرون نمیام شما برو! مکشی کرد و متعجب گفت یعنی با من نمیای؟ گفتم نه راحت که خونه بمونم. خانم دکتر تا حالا امکان نداشت که تنهایی بره و اگر هم می‌خواست بره انقدر سر و صدا و غرغر می‌کردم که با نمی‌رفت یا باهم می‌رفتیم. برادرم چهارشنبه رفت و شنبه برگشت و من این چند روز با پرستارم بودم. اصلاً هم اذیت نشدم. تازه وقتی هم که داره درمورد مهاجرتش و کارهای اداریش صحبت می‌کنه، اصلاً بهم نمی‌ریزم و بهش مشورت هم می‌دهم.»

د: بهتون تبریک می‌گم. یه توضیحی هم درمورد انجام تکالیفتون بدید. ب: همه تایم‌هام رو می‌نشستم که انجام دهم؛ ولی فقط ۲۰ درصد مواقع فکر داشتم و در مواقع دیگر موردی وجود نداشت که بخوام بهش فکر کنم. در این چند روز اخیر که واقعاً چیزی نبود که بخوام فکر کنم.

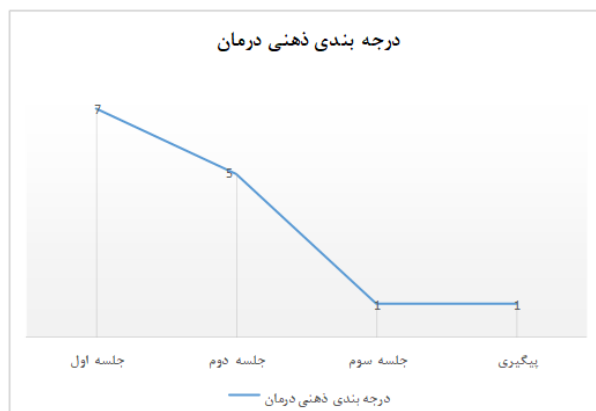
در انتهای جلسه، بیمار می‌خواست بداند که آیا ممکن است بیماری عود کند و زمان مهاجرت برادرش مجدداً بهم بریزد. طبق روال معمول درمان بی‌تی‌سی این توضیحات به وی داده شد: «پیش‌بینی ما برحسب تجربه این است که بیماری دیگر برنمی‌گردد؛ اما به‌هرحال ما انسانیم و گاهی تحت‌تأثیر عواطف و هیجانات قرار می‌گیریم. اگر روزی متوجه شدید که علائم بیماری برای شما ایجاد رنج و اختلال عملکرد کرده، اجازه بدهید ۳ تا ۶ روز بگذرد تا اطمینان حاصل کنید که واقعاً برگشته. روز هفتم می‌توانید دقیقاً مشابه برنامه‌ای که من برای شما تجویز کردم، خودتان برای خودتان تجویز کنید و از فردای آن روز بهش عمل کنید. اگر چنین اتفاقی افتاد، شما مشابه این برنامه را برای خودتان بریزید و به آن عمل کنید. این بار به‌سهولت و سرعت بیشتری درمان صورت می‌گیرد؛ البته در کلینیک هم به روی شما باز است و هر وقت هم به کمک من نیازی شد، در خدمتتون هستم.»

- ارزیابی نتیجه درمان در جلسه آخر و پس از دوره پیگیری (یک ماه پس از مهاجرت برادر): بنابر نمودار درجه‌بندی ذهنی بیمار، نتایج ارزیابی درمان مبتنی بر نظر بیمار برحسب یک مقیاس درجه‌بندی صفر تا صدربه‌ای و یک سؤال بازپاسخ نشان داد که بهبودی برای این بیمار، در انتهای دوره درمان و همین‌طور پس از یک دوره پیگیری، در حد ۱۰۰ درصد ادامه داشت و هیچ‌گونه نشانه عودی نیز گزارش نشد. مقیاس ذهنی درمان در نمودار ۱ آورده شده است.

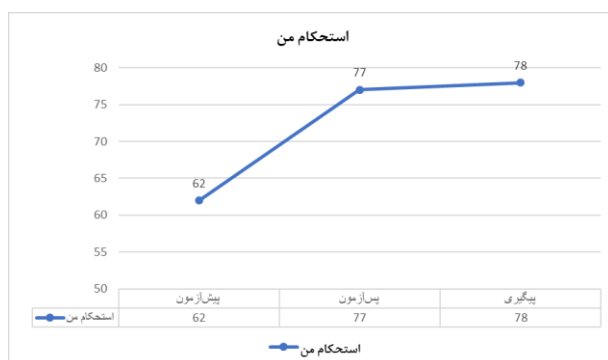
همچنین براساس یافته‌های جدول ۲، در مرحله پس‌آزمون، بیمار ۲۹ درصد افزایش خودشناسی انسجامی داشت، استحکام من ۱۵ درصد ارتقا یافت و هریک از موارد افسردگی و اضطراب و استرس تا ۲۴ درصد بهبود پیدا کرد. این تغییرات در دوره پیگیری برای استحکام من حفظ شد و برای خودشناسی انسجامی تاحد کمی (۱۶ درصد) افزایش یافت و در نشانه‌های افسردگی اضطراب استرس به سطح ۲۹ درصد بهبودی رسید. نمودارهای ۲ تا ۴ این نتایج را به تصویر کشیده است.

جدول ۲. نمرات پیامدهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

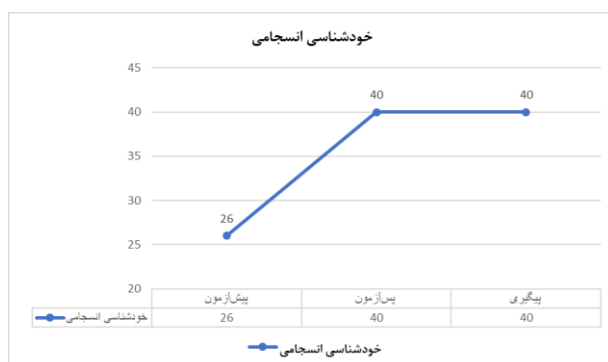
متغیر	محدوده ممکن	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	درصد تغییرات در پس‌آزمون (درصد)	پیگیری	درصد تغییرات در پیگیری (درصد)
استحکام من	۱۲۵ تا ۲۵	۶۲	۷۷	۱۵	۷۸	۱۶
خودشناسی انسجامی	۶۰ تا ۱۲	۲۶	۴۰	۲۹	۴۰	۲۹
افسردگی اضطراب استرس	۲۱ تا ۰	۶	۱	۲۴	۰	۲۹



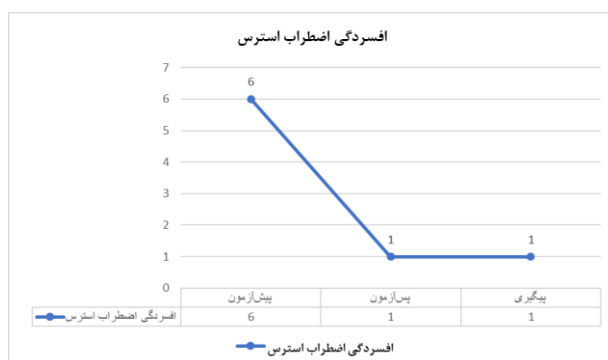
نمودار ۱. مقیاس درجه بندی ذهنی درمان



نمودار ۲. نمرات استحکام من بیمار در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری



نمودار ۳. نمرات خودشناسی انسجامی بیمار در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری



نمودار ۴. نمرات افسردگی اضطراب استرس بیمار در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

در این مطالعه، اثربخشی مدل روان‌درمانی پی‌تی‌سی روی یک فرد دارای ضایعه نخاعی بررسی شد. آزمودنی خانمی مجرد و ۳۱ ساله، مبتلا به اضطراب، کنترل‌نداشتن بر خشم و پرخاشگری ناشی از فشارهای اضطرابی بود. جلسات طبق دستورالعمل مدل روان‌درمانی پی‌تی‌سی آغاز شد و ادامه یافت (۳). فاصله بین جلسات درمان، مطابق با مدل پی‌تی‌سی دو هفته بود. کل دوره درمان در سه جلسه و به مدت شش هفته طول کشید. پیگیری نتایج درمان پس از یک ماه نشان داد، بهبودی ادامه داشت و بازگشت مجدد علائم بیماری اعم از اضطراب و نگرانی‌های متعدد (مهاجرت برادر، تعویض پرستار) که منجر به اسپاسم‌های عضلانی و نداشتن توان تمرین‌های توان‌بخشی و کنترل‌نکردن خشم و ناسازگاری با پرستاران بود، مشاهده نشد. همان‌طور که نتایج درمان مشخص کرد، مدل روان‌درمانی پی‌تی‌سی توانست به‌عنوان رویکردی موفق و درعین‌حال خیلی کوتاه‌مدت برای روان‌درمانی فرد دارای ضایعه نخاعی با مشکلات عدیده جسمی و افول شدید در توانایی‌های حرکتی و اجتماعی استفاده شود. انجام تکالیف برای بیمار ساده و اجرایی است و او تغییر را به‌سرعت احساس می‌کند. همچنین، تحقق استحکام من، پیش‌بینی‌کننده ثابت و پایداری تغییرات درمانی و کاهش شدید میزان عود نشانه‌های بیماری در روان‌درمانی مدل پی‌تی‌سی است (۳). پس از استحکام من، تحول در خودشناسی انسجامی بیمار درخورتوجه بود. من که مرکز منطق در شخصیت است (۴)، با توجه به شرایط و توانایی‌های کنونی و «در حال بودن» مسیرهای رسیدن به اهداف را مجدداً بررسی کرده و برای رشد، پیشرفت و لذت‌بردن از زندگی برنامه‌ریزی می‌کند. یکی از نکات جالب پس از استحکام من و کاهش اضطراب بیمار، توانایی او در پذیرش شرایط و ادامه تحصیل با وجود ضایعه نخاعی بود. همچنین بیمار اظهار داشت، روی خشم و اضطراب خود کنترل خوبی پیدا کرده است. وی همچنین رشته‌ای را برای تحصیلات تکمیلی خود انتخاب کرد که با شرایط جسمانی موجود، بتواند به کار و فعالیت اجتماعی بپردازد. گزارش‌ها و احساسات مثبت و رضایت بیمار همه شواهدی بر ارتقای استحکام من بود. بیمار بیان کرد، در فاصله بین جلسات درمان تعویض پرستار داشته و نیز برادرش چند روزی نبوده است؛ ولی توانسته است بدون اضطراب و اسپاسم و با موفقیت این روزها را پشت سر بگذارد؛ موقعیتی که پیش از شروع درمان، حتی تصورش برایش سخت و اضطراب‌انگیز بوده است. با افزایش استحکام من، اضطراب بیمار کاهش یافت و این امر باعث بهبودی و رفع اختلالات روانی وی شد. در نهایت، ارزیابی بیمار یک ماه بعد و پس از بهبودی صورت گرفت و نشانه‌ای از عود بیماری در وی دیده نشد و بیمار آموخت که می‌تواند خود، درمانگر خود باشد. سؤال آن است که بر اثر این مدل درمانی چه تغییراتی در بیمار ایجاد شد و راز ماندگاری درمان چیست؟ آیا تغییرات درمانی، آن‌طور که در رویکردهای سنتی شناختی‌رفتاری مطرح می‌شود، فقط متوجه کاهش و کنترل نشانه‌ها شده است؟ (۱۸) یا آن‌طور که رویکردهای بهینه‌سازی یادگیری بازداشتی^۱ معتقد هستند، تغییرات درمانی صرفاً ناظر بر تحمل

نشانه‌ها است؟ (۱۹) یا مطابق رویکردهای پذیرش و تعهدمحور^۲ فقط توان پذیرش نشانه افزایش یافته است؟ (۲۰) این تغییرات درمانی چگونه در طی جلسات بسیار کمتر برای بیمار ایجاد شده است؟ در ادامه، ضمن شرح مکانیزم‌های تأثیرگذاری برنامه زمانی پارادوکسی مطابق مدل پی‌تی‌سی به پاسخ این سؤالات پرداخته می‌شود. مکانیزم‌های تأثیرگذاری برنامه زمانی پارادوکسی: مدل روان‌درمانی پی‌تی‌سی چهار مکانیزم اصلی تغییرات درمانی را تبیین می‌کند: ۱. دستوری‌سازی-مصنوعی‌سازی؛ ۲. قطع رابطه نشانه و اضطراب؛ ۳. تغییر معنای نشانه؛ ۴. استحکام من (۳).

دستوری‌سازی-مصنوعی‌سازی: در برنامه زمانی پارادوکسی، به‌دلیل اینکه بازسازی عوامل اضطراب مطابق با فرمان درمانگر اجرا و تجربه می‌شود، حالت دستوری دارد (دستوری‌سازی). از سوی دیگر، چون بیمار نشانه‌های واقعی بیماری را در ساعت مشخص نقش بازی می‌کند، به‌صورت مصنوعی و به‌عنوان نقش بازی تجربه می‌کند (مصنوعی‌سازی). این مکانیزم، در کنار اصل تجویز عین نشانه و اصل شروع تأخیری اجرای تکلیف برنامه زمانی پارادوکسی، اضطراب انجام تکلیف را برای بیمار کاهش می‌دهد یا حذف می‌کند و شانس بازسازی مصنوعی نشانه بیماری را افزایش می‌دهد. بیمار توانست از دستورات درمانگر تبعیت کند و طبق زمان‌بندی تعیین‌شده تکالیف خود را انجام دهد؛ ولی با وجود تلاش بیمار برای تجربه مجدد نشانه‌ها، آن‌ها از نظر محتوا (احساسات و هیجان‌های منفی همراه نشانه‌های بیماری) اصلاً شباهتی به محتوای نشانه‌های بیماری نداشتند. بیمار گفت: «شما خواسته بودید که حتی سعی کنم اسپاسم‌های عضلانی‌ام تجربه بشن؛ ولی برعکس هرچی تلاش می‌کردم نمی‌شد و یه جورایی دردش کم هم می‌شد.» تبدیل نشانه یک بیماری واقعی به نشانه‌های مصنوعی صورت گرفت و رابطه نشانه با اضطراب قطع شد.

قطع ارتباط نشانه‌های بیماری و اضطراب: زمانی که رابطه نشانه‌های بیماری با اضطراب قطع شود، دیگر آن نشانه‌ها نمی‌تواند برای فرد اختلال و تنش ایجاد کند و بعد از مدتی تمرین فرد احساس می‌کند موضوعاتی که باعث آزار او بود، در کنترل وی قرار گرفته است و هیجانات اثر مخرب زیادی در روان او ایجاد نمی‌کند. بیمار طی جلسات بعدی گزارش داد، هرچه سعی می‌کند که نشانه‌ها را در ذهن خودش بازسازی کند تا حالت درد و اسپاسم را تجربه کند، نمی‌تواند. او صادقانه تلاش کرد؛ ولی چنین حالتی دیگر او را آزار نداد. در این مدل درمان از بیمار خواسته نمی‌شود که نشانه‌ها را تحمل کند؛ بلکه خواسته می‌شود در زمان‌های مشخص تکالیفی که معین شده است، انجام دهد؛ تکرار تکالیف در مدت‌زمان فاصله بین دو جلسه، فرصت کافی را به بیمار می‌دهد تا این فرضیه و واقعیت را تجربه و باور کند. این تجربه‌های عملی هیجانی، به‌سادگی معنای نشانه را تغییر می‌دهند. تغییر معنا و ارزش نشانه‌های بیماری: هم‌زمان با انجام تمرینات، اضطراب از نشانه‌های بیماری فاصله می‌گیرد و این ارتباط دیگر فرد را نگران نمی‌کند. ادراک بیمار درباره نشانه‌های بیماری تغییر می‌یابد و مفهوم دیگری را تجربه می‌کند و می‌فهمد که نشانه‌ها دیگر خاصیت اضطرابی ندارند و ارزش بیماری‌زایی خود را از دست داده‌اند. در نتیجه

². Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

¹. Inhibitory learning

این تجربه‌ها، باورهای قبلی بیمار درباره نشانه‌ها تغییر می‌کند. تغییر معنای نشانه، باعث افت اضطراب بیمار می‌شود و او را برای انجام تکالیف راغب‌تر می‌کند. گام بعد، تجربه عملی بیمار در انجام تکالیف پارادوکسی، تغییر معنای نشانه را هدف قرار می‌دهد؛ برای مثال، بیمار در جلسه سوم گزارش داد که «من در این دو هفته چند روزی تجربه تنهایی و نبود برادرم را درک کردم. زندگی جریان دارد و بالاخره او هم باید به دنبال زندگی و اهدافش برود [آرام و بدون هیجان منفی بیان کرد].» مصنوعی‌سازی-دستوری‌سازی باعث می‌شود به‌مرور رابطه نشانه و اضطراب قطع شود و تغییر معنای نشانه، همه در خدمت استحکام من قرار می‌گیرد.

استحکام من: استحکام و توانمندی من هدف اصلی و نهایی درمان در مدل پی‌تی‌سی است. در شرایط بیماری روانی این اقتدار درهم شکسته شده و من تضعیف شده است. استرس‌ها و اضطراب‌های زندگی در حضور یک من قدرتمند، نمی‌توانند به‌خودی خود ایجاد مشکل کنند. به همین دلیل، هدف اصلی درمان در مدل پی‌تی‌سی، استحکام من است. معیار آسیب‌شناسی روانی در مدل پی‌تی‌سی، نسبت بین سه پایگاه نهاد-من-فرامن و روابط این سه ساختار اساسی روان و شخصیت است. زمانی که در رأس مثلث شخصیت «من» قرار دارد، می‌تواند بر تعارضات نهاد و فرامن نظارت و کنترل داشته باشد و این‌گونه سلامت روان برقرار است (۳).

برخلاف مداخلات پیشین روان‌شناختی، افراد دارای ضایعه نخاعی که بر ارتقای سلامت روان به‌واسطه آموزش شیوه‌های مقابله‌ای (۲۱)، ارتقای راهبردهای مقابله به‌واسطه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۲)، امیدواری از طریق مشاوره گروهی به‌شیوه معنادرمانی (۲۳) و بهبود افسردگی از طریق گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری (۲۴) متمرکز بودند و رفتارها یا حالات ذهنی خاصی را هدف قرار دادند، این پژوهش نشان داد، پی‌تی‌سی می‌تواند فرایندهای بنیادی‌تری مانند استحکام من و خودشناسی را بهبود بخشد که بستر ارتقای رفتارها یا حالات ذهنی گسترده‌تری را ایجاد می‌کند (۳). پژوهش حاضر در پاسخ به ضرورت و اهمیت گسترش مطالعات در حوزه اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در افراد ضایعه نخاعی صورت گرفت. یافته‌ها مشخص کرد، پی‌تی‌سی را می‌توان در خط اول درمان‌های روان‌شناختی برای بهبود ویژگی‌های منشی و سلامت روان افراد ضایعه نخاعی به‌کار برد. این روش مداخلاتی در راستای فراخوان پژوهشگران پیشین برای کاربرد مداخلات روان‌شناختی به‌منظور تسهیل توان بخشی بیماران، به برنامه درمانی افراد ضایعه نخاعی افزود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود، مدل روان‌درمانی PTC به‌عنوان رویکردی بسیار کوتاه‌مدت، ساده، تأثیرگذار و کارآمد و درعین‌حال اقتصادی برای درمان افراد ضایعه نخاعی است. از جلسه اول درمان

۶ تشکر و قدردانی

از انجمن ضایعه نخاعی تهران و کلینیک‌های توان بخشی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند و امکان برقراری ارتباط را با بیماران ضایعه نخاعی مهیا کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه با عنوان «سنجش و مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی و واقعیت‌درمانی بر نشانه‌های استحکام من، خودشناسی و اضطراب افسردگی استرس در بیماران ضایعه نخاعی» در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج با شناسه اخلاق IR.IAU.K.REC.1399.014 است. آزمودنی با ارائه رضایت آگاهانه کتبی وارد مطالعه شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

این مطلب با حفظ حریم شخصی بیمار و بدون ذکر نام در دسترس است.

تضاد منافع

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه مقطع دکتری روان‌شناسی بود که در سال ۱۳۹۹ به بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی در افراد زن ضایعه نخاعی پرداخت. در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منفعی وجود ندارد.

منابع مالی

تمامی منابع تأمین اعتبار برای مطالعه توسط نویسندگان تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در تدوین نسخه پیش‌نویس و ارائه ایده پژوهشی، طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده، آنالیز و تفسیر داده‌ها و نسخه دست‌نوشته نهایی مشارکت داشتند و تأیید کردند.

References

1. Li Y, Bressington D, Chien WT. Systematic review of psychosocial interventions for people with spinal cord injury during inpatient rehabilitation: implications for evidence-based practice: psychosocial interventions for spinal cord injury. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2017;14(6):499–506. <https://doi.org/10.1111/wvn.12238>
2. Rahmani Rasa A, Hosseini SA, Haghighi H, Khankeh HR, Khankeh HR, Ray GG. Aspects related to resilience in people with spinal cord injury. *J Rehabil*. 2016;17(4):350–9. [Persian] <http://dx.doi.org/10.21859/jrehab-1704350>
3. Besharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of obsessive-compulsive disorder: a case study. *Journal of Psychological Studies*. 2019;14(4):7–36. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_3831.html?lang=en
4. Loevinger J, Blasi A. Ego development. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1976.
5. Cramer P. Psychological maturity and change in adult defense mechanisms. *J Res Pers*. 2012;46(3):306–16. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.02.011>
6. McCrae R, Costa P. Personality in adulthood. Second edition. New York, NY: Guilford Press; 2006.
7. Besharat MA, Zahedi Tajrishi K, Noorbala AA. Alexithymia and emotion regulation strategies in patients with somatization, anxiety disorders, and normal individuals: a comparative study. *Contemporary Psychology*. 2014;8(2):3–16. [Persian]. <http://bjcp.ir/article-1-384-en.html>
8. Ghorbani N, Watson PJ, Hargis MB. Integrative Self-Knowledge Scale: correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. *J Psychol*. 2008;142(4):395–412. <https://doi.org/10.3200/JRPL.142.4.395-412>
9. Calandri E, Graziano F, Borghi M, Bonino S. Coping strategies and adjustment to multiple sclerosis among recently diagnosed patients: the mediating role of sense of coherence. *Clin Rehabil*. 2017;31(10):1386–95. <https://doi.org/10.1177/0269215517695374>
10. Lim SW, Shiue YL, Ho CH, Yu SC, Kao PH, Wang JJ, et al. Anxiety and depression in patients with traumatic spinal cord injury: a nationwide population-based cohort study. *Plos One*. 2017;12(1):e0169623. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169623>
11. Zürcher C, Tough H, Fekete C, for the SwiSCI Study Group. Mental health in individuals with spinal cord injury: the role of socioeconomic conditions and social relationships. *Plos One*. 2019;14(2):e0206069. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206069>
12. Sadock BJ, Ruiz P, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
13. Halgin RP, Krauss S. Abnormal psychology: clinical perspectives on psychological disorders. Second edition. Dubuque, IA: William C Brown Pub; 1998.
14. Besharat MA. Development and validation of Ego Strength Scale: a preliminary study. *Psychological Science*. 2017;15(60):445–67. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-163-en.html>
15. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales. Second edition. Sydney Australia: School of Psychology, University of New South Wales; 1995.
16. Besharat MA. Examining the psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) in clinical samples and the general population. Research Report, University of Tehran; 2004.
17. Besharat MA. Mental Scale of Treatment Outcomes (TOSRS). Research report, University of Tehran; 2003. [Persian].
18. Craske MG, Barlow DH. Mastery of your anxiety and panic: therapist guide. 4th edition. Oxford; New York: Oxford University Press; 2007.
19. Craske MG, Kircanski K, Zelikowsky M, Mystkowski J, Chowdhury N, Baker A. Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behav Res Ther*. 2008;46(1):5–27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
20. Eifert GH, Forsyth JP. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2005.
21. Zahrakar K, Hasanzade A, Zare M. The efficacy of group counseling by the method of logo therapy in reducing hopelessness among the spinal cord injured handicaps, after the Zarand earthquake. *Journal of Psychological Studies*. 2012;8(1):67–94. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_1529.html?lang=en
22. Torabian S, Aslani Slams J, Amini D. Barrasi tasire darmane mobtani bar paziresh va ta'ahod bar rahbord haye moghabele'i dar bimaran ba zaye'aate nokhaei [The effect of acceptance and commitment-based therapy on coping strategies of patients with spinal cord injuries]. In: Third International Conference on Management, Accounting, Economics and Humanities [Internet]. 2016. [Persian]
23. Baran Oladi S, Sheykhpour N, Mortazavi SM, Sabahi A. The Effect of Group Logotherapy on hopelessness in spinal cord injury patients. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2018;19(2):97–105. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_543234.html?lang=en
24. Ebrahimi Z. Asar bakhshiye gorouh darmani shenakhti - raftari bar afsordegi mardan mobtala be zaye'eye nokhaei [The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression in men with spinal cord injuries]. *Quarterly Journal of New Ideas in Psychology*. 2019;5(9):1–11. [Persian] <http://jnip.ir/article-1-329-en.html>