

Evaluating and Comparing the Effectiveness of Paradox Therapy and Reality Therapy on Ego Strength and Integrative Self-knowledge in 20-40 Years Old Women with Spinal Cord Injury

Tahernejad Javazm Z¹, *Besharat MA², Belyad MR³, Hosseinzadeh Taghvaei M³, Peyvandi P³

Author Address

1. PhD Candidate in Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
 2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran;
 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
 Corresponding author Email: besharat@ut.ac.ir

Received: 2021 June 1; Accepted: 2021 August 14

Abstract

Background & Objectives: Spinal cord injury involves damage to the spinal cord that results in temporary or permanent changes in movement, senses, and or the autonomic functioning of the spinal cord. Compared to the general public, patients with spinal cord injury face significant restrictions in various psychological aspects. Given the problems of these patients, the question is which psychological characteristics may play a role in the mental health and resiliency of these patients. In this regard, ego strength and integrative self-knowledge can be mentioned. As an answer to these patients' need for improving their psychological capabilities, paradox therapy can be a helpful method. Another therapeutic method that can be useful in improving the psychological state of the patients is reality therapy. Accordingly, the main objective of the current study is to evaluate and compare the effectiveness of paradox therapy and reality therapy on the levels of ego strength and integrative self-knowledge in female patients suffering from spinal cord injury.

Method: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest and a follow-up design with a control group. Using random assignment, the subjects were placed in the experimental (paradox therapy and reality therapy) and control groups. The study population comprised 20-40 years old female patients with spinal cord injury, who were members of the Spinal Cord Injury Association of Tehran Province, Iran in 2019. The sample included 45 female patients with spinal cord injury being treated in occupational therapy centers, and willing to participate in the study. The participants were selected based on a voluntary non-random sampling method. The inclusion criteria were as follows: having a female gender, being single, being between 20 and 40 years old, living in Tehran, passing between 5 and 10 years since their spinal cord injury, not participating in psychotherapy at the same time as research, having paraplegic paralysis or two lower limbs with optimal functioning of the upper limbs, either because of the low severity of the injury or because of receiving rehabilitation. The exclusion criteria were as follows: having a history of psychotic diseases and hospitalization in a mental hospital, experiencing the death of first-degree relatives in six months leading to the beginning of interventions, having chronic diseases, being absent of more than two sessions in intervention groups. The Ego Strength Scale (Besharat, 2007) and the Integrative Self-Knowledge Scale (Ghorbani et al., 2003) were utilized in the study. The statistical analysis was performed at the level of descriptive and inferential statistics based on parametric statistical tests. Regarding the inferential analysis, we used 1-way analysis of variance (one-way ANOVA), the Chi-squared test, and ANOVA with repeated measures were used. Moreover, Cohen's d was used for comparing the effects of target treatments. The significance level of the tests was set at 0.05.

Results: There were significant group ($p=0.011$), time ($p<0.001$), and time \times treatment effects ($p<0.001$) for both ego strength and self-knowledge. Post hoc analysis of simple main effects indicated no significant changes in ego strength and self-knowledge for the control group ($p>0.05$). Compared to the pretest stage, ego strength and self-knowledge for paradox therapy group ($p<0.001$) and reality therapy group ($p<0.001$) showed a significant increase in both posttest and follow-up stages. Additionally, compared to the pretest condition, the effect sizes of both treatment plans were almost the same for ego strength (Cohen's $d=2.6$), while the effect size of reality therapy (Cohen's $d=2.37$) was higher in the follow-up stage than of paradox therapy (Cohen's $d=1.35$). In contrast, the effect size of paradox therapy on self-knowledge was quite higher in both posttest (Cohen's $d=1.94$) and follow-up (Cohen's $d=2.10$) stages than those of reality therapy (Cohen's $d=0.84$ in the posttest and Cohen's $d=0.72$ in the follow-up).

Conclusions: Paradox therapy and reality therapy are effective in improving deep psychological characteristics of 20-40 years old women with spinal cord injury, i.e., ego strength and integrative self-knowledge. The role of paradox therapy in improving the integrative self-knowledge of patients must be carefully considered by providers of behavioral interventions.

Keywords: Ego strength, Paradox therapy, Integrative self-knowledge, Spinal cord injury, Reality therapy.

سنجش و مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی و واقعیت‌درمانی بر نشانه‌های استحکام من و خودشناسی انسجامی در زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله دارای ضایعه نخاعی

زهرا طاهرنژاد جوزم^۱، *محمدعلی بشارت^۲، محمدرضا بلیاد^۳، مرجان حسین‌زاده تقوایی^۳، پریسا پیوندی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛
 ۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛
 ۳. استادیار دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: besharat@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۱ خرداد ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۲۳ مرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: افراد دارای ضایعه نخاعی در ابعاد مختلف روان‌شناختی افت درخور توجهی دارند؛ از این رو، پژوهش حاضر با هدف سنجش و مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی و واقعیت‌درمانی بر نشانه‌های استحکام من و خودشناسی انسجامی در زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله دارای ضایعه نخاعی انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه همراه با گروه گواه و استفاده از تخصیص تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش (پارادوکس‌درمانی و واقعیت‌درمانی) و گواه بود. جامعه آماری را تمامی زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله دارای ضایعه نخاعی در استان تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. حجم نمونه، ۴۵ زن دارای ضایعه نخاعی عضو انجمن ضایعه نخاعی استان تهران بود که در مراکز توان‌بخشی مشغول درمان بودند و تمایل به همکاری داشتند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، از مقیاس استحکام من (بشارت، ۱۳۸۶) و مقیاس خودشناسی انسجامی (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها، آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌راهه، کای‌دو و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، اثرات اصلی ساده و اندازه اثر d کوهن به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: پیگیری اثرات اصلی ساده مشخص کرد، درمقایسه با مرحله پیش‌آزمون، استحکام من و خودشناسی انسجامی برای گروه پارادوکس‌درمانی ($p < ۰/۰۰۱$) و گروه واقعیت‌درمانی ($p < ۰/۰۰۱$) در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش معناداری را نشان داد. همچنین، درمقایسه با مرحله پیش‌آزمون، اندازه اثر هر دو درمان روی استحکام من در مرحله پس‌آزمون تقریباً برابر بود ($d = ۲/۶$ کوهن)؛ اما اندازه اثر واقعیت‌درمانی ($d = ۲/۳۷$ کوهن) در مرحله پیگیری بیشتر از پارادوکس‌درمانی ($d = ۱/۳۵$ کوهن) بود. برعکس، اندازه اثر پارادوکس‌درمانی روی خودشناسی انسجامی در هر دو مرحله پس‌آزمون ($d = ۱/۹۴$ کوهن) و پیگیری ($d = ۲/۱۰$ کوهن) به‌مراتب بیشتر از واقعیت‌درمانی در مراحل پس‌آزمون ($d = ۰/۸۴$ کوهن) و پیگیری ($d = ۰/۷۲$ کوهن) بود.

نتیجه‌گیری: پارادوکس‌درمانی و واقعیت‌درمانی در بهبود ویژگی‌های عمیق روان‌شناختی زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله دارای ضایعه نخاعی، یعنی استحکام من و خودشناسی انسجامی، اثربخش‌اند. نقش پارادوکس‌درمانی در بهبود خودشناسی انسجامی باید مدنظر ارائه‌کنندگان مداخلات رفتاری قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: استحکام من، پارادوکس‌درمانی، خودشناسی انسجامی، ضایعه نخاعی، واقعیت‌درمانی.

خود و هویتشان است. خودشناسی انسجامی با تلفیق دو نوع خودشناسی تأملی و خودشناسی تجربی، شکلی ایده‌آل از خودشناسی را تعریف می‌کند (۱۲). در خودشناسی تأملی، «خود» به معنادهی به تجربه گذشته و بهره‌مندی از بینش‌های برآمده از گذشته اقدام می‌کند. در مقابل، تلاش‌های «خود» در خودشناسی تجربی به درک تجربه جاری در زمان حال و بهوشیاری دقیق به خود در اینجا- اکنون معطوف است. با تلفیق این دو نوع خودشناسی، خودشناسی انسجامی پدید می‌آید که در جهت یکپارچگی و توانمندسازی خود برای درک تجربه زمان جاری به منظور پیش‌برد برون‌دادهای مطلوب عمل می‌کند (۱۲، ۶، ۷). خودشناسی انسجامی را می‌توان هسته اصلی پردازش اطلاعات پیچیده توسط انسان دانست که تعارضات را حل می‌کند و استرس را تحمل‌پذیر می‌سازد (۱۳)؛ در نتیجه، ارتقای خودشناسی افراد ضایعه نخاعی، یکی از اهداف مهم عنوان می‌شود؛ چراکه آن‌ها را در هضم تجربه ضایعه و ایجاد انسجام مجدد در خودنگارشان یاری می‌رساند.

در پاسخ به نیاز این افراد به ارتقای ظرفیت‌های روان‌شناختی می‌توان از پارادوکس درمانی^{۱۴} نام برد. پارادوکس در روان‌شناسی به نظریات و فعالیت‌های بالینی آدلر^{۱۵}، دانلپ^{۱۶} و فرانکل^{۱۷} باز می‌گردد. با الهام از این پیشینه، مدل درمان برنامه‌ریزی پارادوکسی^{۱۸}، به‌منزله روشی بسیار کوتاه‌مدت، اخلاقی، غیرتهاجمی و اقتصادی معرفی شده است که تغییرات عمیق شخصیتی را با سرعت امکان‌پذیر می‌کند (۱۴، ۱۵). در این مدل، مراجع به درمانگر تبدیل می‌شود و اقبال بازگشت بیماری به کمترین حد می‌رسد. همچنین با مهندسی زمان (برنامه زمانی) و با استفاده از بیماری (پارادوکس)، تمرین‌هایی را برای بیمار تجویز می‌کند (دستوری‌سازی) تا براساس آن‌ها بیمار نشانه‌های بیماری‌اش را خود در وقت‌های از پیش تعیین‌شده (مصنوعی) بازسازی و تجربه کند (۱۶-۱۴). مطالعات روی پارادوکس درمانی هنوز در جریان است و پیامدهای مطلوبی را برای طیفی از اختلال‌های اضطرابی، وسواس‌های فکری و عملی و اختلال‌های مرتبط، اختلال‌های مرتبط با تروما و استرس، اختلال‌های نشانه‌های بدنی و اختلال‌های خورد و خوراک نشان می‌دهد (۱۶). از آنجاکه افراد دارای ضایعه نخاعی با استفاده از دفاع‌های مختلف سعی در نپذیرفتن شرایط کنونی خود دارند و نیز خود در این افراد تضعیف شده است، یکی از اهداف پژوهش حاضر سنجش اثربخشی این روش درمانی در افراد دارای ضایعه نخاعی بود.

روش درمانی دیگری که می‌تواند در بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد دارای ضایعه نخاعی سودمند باشد، واقعیت‌درمانی^{۱۹} است که گلاسر آن را طراحی کرد (۱۷). گلاسر بر مبنای نظریه انتخاب به پنج نیاز

ضایعه نخاعی^۱ شامل آسیب به طناب نخاعی است که باعث تغییرات موقت یا دائمی در حرکت، حواس یا عملکرد خودکار نخاع می‌شود. شیوع ضایعه نخاعی در جهان، ۱۵ تا ۴۰ میلیون نفر گزارش شده است. نرخ بروز این بیماری در سال ۲۰۱۶، سیزده نفر در هر صد هزار نفر برآورد شد که موجب ۹/۵ میلیون سال‌های عمر طی شده با ناتوانی^۲ در جهان بوده است (۱). این ضایعه جسمانی یکی از مشکلات جسمی بسیار پرهزینه برای سیستم خدمات سلامت شناخته می‌شود که هزینه‌های اجتماعی و شخصی فراوانی نیز به‌همراه دارد (۲). به‌طور کلی، مقایسه با جمعیت عمومی نشان می‌دهد که این افراد در ابعاد مختلف پریشانی روان‌شناختی، سلامت روان عمومی، سرزندگی، انرژی و کیفیت زندگی دارای افت درخورتوجهی هستند (۳). به‌تازگی سامانه ثبت ملی آسیب‌های نخاعی در ایران^۳ اهمیت شروع عصری تازه را برای ارائه خدمات اثربخش در این قشر از جامعه برجسته کرده است (۴).

باتوجه به معضلات افراد مذکور، این پرسش مطرح می‌شود که برخورداری یا کمبود کدام ویژگی‌های روان‌شناختی ممکن است در سلامت روان^۴ و تاب‌آوری^۵ این افراد نقش داشته باشد. در این راستا، می‌توان به استحکام من^۶ (۵) و خودشناسی انسجامی^۷ (۶، ۷) به‌منظور ارتقای توان روان‌شناختی افراد دارای ضایعه نخاعی اشاره کرد. استحکام من که ریشه در نظریات زیگموند فروید^۸ دارد، به توانایی من در مواجهه با مطالبات و تعارض‌های نهاد، فرامن و مقتضیات محیط و مدیریت این شرایط اطلاق می‌شود و به فرد کمک می‌کند تا در شرایط استرس‌زا و درمانده‌ساز، ثبات و پایداری هیجانی خود را حفظ کند (۵). استحکام من شامل پنج بُعد مهار من^۹، تاب‌آوری من^{۱۰}، مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته^{۱۱} و راهبردهای مقابله‌ای^{۱۲} مسئله‌محور و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور مثبت است (۸). مشکلات حسی حرکتی افراد با ضایعه نخاعی به‌طور فزاینده‌ای بر ابعاد مختلف روانی آن‌ها نیز تأثیر می‌گذارد (۹، ۱۰). این امر می‌تواند آسیب به استحکام من آن‌ها تلقی شود. استحکام من این افراد نه‌تنها امکان دارد پیش از ایجاد ضایعه دچار کسری‌های شایع باشد، بلکه به‌دلیل عوارض وارد شده نیز ممکن است دچار افول شود. به هر روی، استحکام من ظرفیتی روان‌شناختی است که راه را برای درگیری بیمار با چالش‌های زندگی جدید و رشد متعاقب آن هموار می‌کند و می‌تواند به‌منظور بهبود در کیفیت زندگی افراد نخاعی، هدف قرار گیرد.

به همین ترتیب، خودشناسی انسجامی نیز در این افراد از اهمیت برخوردار می‌شود؛ چراکه افراد ضایعه نخاعی اختلال در مفهوم خود^{۱۳} را تجربه می‌کنند (۱۱). این امر گویای نیاز آن‌ها به بازسازی مفهوم

11. Developed defense mechanisms

12. Coping strategies

13. Self

14. Paradox Therapy

15. Adler

16. Dunlap

17. Frankel

18. Paradoxical timetable cure

19. Reality Therapy

1. Spinal cord injury

2. Years lived with disability (YLDs)

3. National Spinal Cord Injury Registry of Iran (NSCIR-IR)

4. Mental health

5. Resiliency

6. Ego strength

7. Integrative self-knowledge

8. Sigmund Freud

9. Ego-control

10. Ego-resiliency

بنیادی بقا، محبت و تعلق، قدرت و تأیید، آزادی و تفریح اشاره دارد. همه افراد از این نیازها برخوردار هستند؛ ولی میزان آن‌ها متفاوت است. بنابر واقعیت‌درمانی، محوریت این نیازها به‌حدی است که اگر مشکلی سبب ناراحتی یک فرد شود، لزوماً همیشه ناشی از اختلالی روانی نیست؛ بلکه ممکن است نشئت‌گرفته از ناتوانی در ارضای نیازهای روانی باشد (۱۸). تکنیک‌های واقعیت‌درمانی براساس تئوری انتخاب به بیمار این بینش را می‌دهد که می‌تواند برای ارضای نیازهایش مسیرهای مختلفی را بیابد. بنابر این رویکرد، هر فرد زمانی می‌تواند احساس توانمندی و اعتماد و احترام به خویش و درنهایت احساس شادمانی کند که بتواند نیازهای اساسی خود را به‌طور مؤثر برآورده سازد و باور کند سررشته امور زندگی‌اش در دست خود او است و «خود» می‌تواند شرایط بهتری را برای خود فراهم کند (۱۹)؛ در نتیجه، هدف عمده دیگر این پژوهش، بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی در افراد دارای ضایعه نخاعی بود.

مطالعات گوناگونی به بررسی شیوه‌های درمانی مختلف روی افراد دارای ضایعه نخاعی پرداخته‌اند. از جمله می‌توان به آموزش شیوه‌های مقابله با استرس بر تاب‌آوری، اضطراب، افسردگی و استرس (۲۰)، معنادرمانی^۱ در افزایش امیدواری (۲۱) و گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری در کاهش افسردگی (۲۲) اشاره کرد. با وجود آنکه این مداخلات به پیامدهای مطلوب انتظارداشته خود دست یافته‌اند، گسترش مطالعات تجربی روی مداخلات روان‌شناختی اثربخش در افراد دارای ضایعه نخاعی هنوز نیازی جدی محسوب می‌شود. همچنین، دو ویژگی عمیق استحکام من و خودشناسی انسجامی هنوز در این افراد به‌صورت تجربی مطالعه نشده است؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر، سنجش و مقایسه اثربخشی پارادوکس‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر نشانه‌های استحکام من و خودشناسی انسجامی در زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله دارای ضایعه نخاعی بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه همراه با گروه‌گواه و استفاده از تخصیص تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه بود. جامعه هدف پژوهش را زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله ضایعه نخاعی عضو انجمن ضایعه نخاعی استان تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که حداقل پنج سال و حداکثر ده سال از آسیب نخاعی آن‌ها می‌گذشت. حجم نمونه ۴۵ زن دارای ضایعه نخاعی، عضو انجمن ضایعه نخاعی استان تهران بود که در مراکز کاردرمانی مشغول درمان بودند و تمایل به همکاری داشتند. نمونه‌ها به‌روش نمونه‌گیری غیرتصادفی، از نوع داوطلبانه وارد مطالعه شدند. حجم نمونه از طریق نرم‌افزار G*Power^۲ برای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، بین عامل‌ها، اندازه‌گیری شد. مقادیر پیشینی شامل احتمال خطای نوع اول ۰/۰۵، توان حداقل ۰/۸۰، تعداد سه گروه، تعداد سه اندازه‌گیری مکرر، همبستگی مفروض ۰/۵۰ بین اندازه‌گیری‌ها و ضریب اصلاح عدم کرویت پیش‌فرض (برابر با یک) نشان داد، حجم نمونه کافی برای اندازه اثر متوسط (۰/۳۰) برابر با ۲۱

و برای اندازه اثر محافظه‌کارانه (۰/۲۰) برابر با ۴۲ نفر است. در تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌های سه‌گانه مطالعه (پارادوکس‌درمانی، واقعیت‌درمانی، گواه)، از تصادفی‌سازی استفاده شد و هر گروه شامل پانزده نفر بود.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش برای همسان‌سازی گروه‌ها عبارت بود از: داشتن جنسیت مؤنث؛ مجرد بودن؛ دارا بودن سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال؛ سکونت در شهر تهران؛ گذشتن بین ۵ تا ۱۰ سال از زمان ایجاد آسیب نخاعی آن‌ها؛ شرکت نکردن در روان‌درمانی هم‌زمان با پژوهش؛ داشتن فلج پاراپلژی^۲ یا دو اندام تحتانی و کارکرد مطلوب اندام‌های فوقانی چه به دلیل شدت کم آسیب چه به دلیل دریافت توان‌بخشی. همچنین، از میان افراد دارای ملاک‌های ورود، ملاک‌های ذیل به‌منظور کاهش سوگیری نتایج منجر به حذف آن‌ها شد: داشتن سابقه بیماری‌های روان‌پریشی و بستری در بیمارستان روانی؛ فوت بستگان درجه یک در شش ماه منتهی به شروع مداخلات؛ وجود بیماری‌های مزمن همبود؛ غیبت بیش از دو جلسه در گروه‌های مداخله. ملاحظات اخلاقی این پژوهش توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با شناسه اخلاق IR.IAU.K.REC.1399.014 به تأیید رسید. شرکت‌کنندگان با ارائه رضایت آگاهانه کتبی وارد مطالعه شدند. پس از دوره پیگیری، مداخلات روان‌شناختی به گروه‌گواه نیز ارائه شد. دو متغیر استحکام من و خودشناسی انسجامی در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در اعضای نمونه، اندازه‌گیری شد. برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

– مقیاس استحکام من^۳: مقیاس استحکام من، توسط بشارت در سال ۱۳۸۶ ساخته شد (۸). این ابزار ۲۵ گویه دارد که با اقتباس از ابزارهای سنجش مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای مقابله‌ای برای اندازه‌گیری میزان توانمندی من در مهار و مدیریت موقعیت‌ها و شرایط دشوار زندگی طراحی شده است (۸). این مقیاس واکنش‌های فرد را به موقعیت‌های دشوار زندگی در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) برحسب پنج زیرمقیاس مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته، راهبردهای مقابله مسئله‌محور و راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت می‌سنجد (۸). در این پژوهش، از نمره کل مقیاس استفاده شد که به‌کمک مجموع نمرات تمامی سؤالات و در محدوده ۲۵ تا ۱۲۵ محاسبه می‌شود. نمره بیشتر به‌معنای میزان بیشتر استحکام من است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس استحکام من، شامل روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی) و پایایی (همسانی درونی)، در چندین پژوهش انجام‌شده در خلال سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳ در نمونه‌های بیمار و بهنجار ایرانی، بررسی و تأیید شد (۵، ۸).

– مقیاس خودشناسی انسجامی^۴: این مقیاس توسط قربانی و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته شد (۶). این ابزار شامل دوازده ماده است که پاسخ‌دهندگان باید در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱=عمدتاً نادرست تا ۵=عمدتاً درست) به آن پاسخ دهند. ماده‌های این ابزار هر دو بُعد

^۳. Ego Strength Scale

^۴. Integrative Self-Knowledge Scale (ISK)

^۱. Logotherapy

^۲. Paraplegia

خودشناسی انسجمی یعنی خودشناسی تأملی و خودشناسی تجربه‌ای را در بر می‌گیرد؛ به طوری که میزان کلی خودشناسی انسجمی از مجموع نمرات هر دوازده ماده (پس از معکوس‌سازی چند ماده) به دست می‌آید و در محدوده ۱۲ تا ۶ قرار دارد. نمره بیشتر بیانگر میزان بیشتری از خودشناسی انسجمی است. روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی)، روایی هم‌زمان، روایی افزایشی و نیز پایایی (همسانی درونی، بازآزمایی) این ابزار در نمونه‌های ایرانی و آمریکایی به تأیید رسید (۶).

ضریب آلفای کرونباخ برای خودشناسی تجربه‌ای ۰/۹۰ و برای خودشناسی تأملی ۰/۸۴ و همبستگی میان دو وجه برابر با $r = 0.74$ بود. پایایی بازآزمایی این مقیاس برای خودشناسی تجربه‌ای ۰/۷۶ و برای خودشناسی تأملی ۰/۶۸ به دست آمد (۶).

پارادوکس درمانی: پارادوکس درمانی در چهارچوب مدل‌های نظری متفاوت، از تکنیک‌های تکرار انبوه^۱، سیری محرک^۲ و غرقه‌سازی تجسمی^۳ و عینی^۴ در رفتاردرمانی به‌شمار می‌رود و از

جدول ۱. خلاصه پروتکل اجرای پارادوکس درمانی برای چهار تا پنج جلسه دو هفته یک‌بار

جلسه اول	برقراری ارتباط درمانی، گزارش مراجع از مشکلات و اضطراب‌ها و شکایت اصلی او، معرفی برنامه درمانی، مشخص کردن زمان تمرینات پارادوکسی (PTC) ^۵
جلسه 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
جلسه 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
جلسه 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

جدول ۲. خلاصه پروتکل اجرای واقعیت‌درمانی برای پنج تا هفت جلسه هفته‌ای یک‌بار

جلسه اول	برقراری ارتباط درمانی، گزارش مراجع از مشکلات و اضطراب‌ها و شکایت اصلی، معرفی برنامه درمانی، قواعد و اهداف جلسات
جلسه دوم	معرفی چرایی رفتارها، تعریف انواع نیازها، خودآزمایی و استخراج سلسله‌مراتب نیازها در مراجع
جلسه سوم	تعریف انواع اهداف، استخراج اهداف کوتاه‌مدت و میان‌مدت و بلندمدت مراجع
جلسه چهارم	تصویر دنیای مطلوب و راه‌های مختلف رسیدن به اهداف، پیدا کردن دلایل وجود فاصله بین دنیای مطلوب و دنیای دریافتی (آنچه اکنون هستم و دارم) و کشف راه‌های مختلف رسیدن به دنیای مطلوب
جلسه پنجم	شناخت رفتارهای پیونددهنده و مخرب (کارآمد و ناکارآمد)، خودآزمایی

به‌عنوان متغیرهای درون‌گروهی در سه مرحله زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مشخص شدند و متغیر مستقل گروه‌بندی (پارادوکس درمانی، واقعیت‌درمانی، گواه) به‌عنوان عامل بین‌گروهی تعیین شد. آزمون ماکی^۶ برای بررسی پیش‌فرض کرویت و نیز اصلاح درجه آزادی به‌روش گرین‌هاوس-گیزر^۷ به‌کار رفت. به‌منظور تفسیر اثر معنادار متقابل زمان و گروه، از اثرات اصلی ساده^۸ استفاده شد که تغییر ایجادشده در طی زمان را در هر متغیر وابسته برای هر گروه (با اصلاح بونفرونی) بررسی می‌کند (۲۵). در ادامه، برای مقایسه میزان اثربخشی

در این پژوهش، تجزیه و تحلیل آماری در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی براساس شرایط آمار پارامتری انجام گرفت. از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه به‌منظور بررسی تفاوت سنی و تفاوت سه گروه در مرحله پیش‌آزمون و از آزمون کای‌دو به‌منظور بررسی تفاوت تحصیلات استفاده شد. آزمون شاپیرو-ویلک برای ارزیابی نرمال بودن داده‌ها به‌کار رفت. برای سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی و واقعیت‌درمانی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این آزمون، دو متغیر استحکام من و خودشناسی انسجمی به‌طور هم‌زمان

5. Paradox+Timetable=Cure
6. Muchly
7. Greenhouse-Geisser
8. Simple main effects

1. Massed practice
2. Stimulus saturation
3. Implosion
4. Flooding

بود. در جدول ۳ میانگین سنی و فراوانی سطح تحصیلات اعضای نمونه به تفکیک گروه آورده شده است. براساس نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، میانگین سنی سه گروه تفاوت معناداری نداشت ($p=0/129$). همچنین، باتوجه به ناکافی بودن حجم نمونه در سطوح مختلف تحصیلی، متغیر تحصیلات دانشگاهی به متغیری دوسطوحی شامل دیپلم و کمتر از دیپلم تبدیل شد. نتایج آزمون کای دو نشان داد، گروه‌ها از نظر سطح تحصیلی تفاوت معناداری باهم نداشتند ($p=0/529$).

دو روش پارادوکس درمانی و واقعیت‌درمانی در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون، از اندازه اثر d کوهن برای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد (۲۶). تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ صورت گرفت. مقدار $p < 0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

نمونه این مطالعه شامل ۴۵ زن مجرد غیرشاغل دارای ضایعه نخاعی

جدول ۳. آمار توصیفی تحصیلات شرکت‌کنندگان

پارادوکس درمانی (پانزده نفر)		واقعیت‌درمانی (پانزده نفر)		گواه (پانزده نفر)	
سن	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
تحصیلات	۳۳/۶۰ (۵/۸۳)	۳۴/۹۳ (۳/۸۴)	۳۱/۳۳ (۴/۵۵)	فراوانی	درصد
دیپلم و کمتر از دیپلم	۹	۷	۱۰	۶۶/۷	۶۶/۷
کارشناسی	۴	۷	۲	۱۳/۳	۱۳/۳
تحصیلات تکمیلی	۲	۱	۳	۲۰/۰	۲۰/۰

تفاوت معناداری در استحکام من ($p=0/452$) و خودشناسی انسجامی ($p=0/136$) نداشتند. در بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس، پیش‌فرض کرویت برای هر دو متغیر استحکام من ($p=0/41$) و خودشناسی ($p < 0/01$) نقض شد؛ بنابراین ارزیابی آزمون F با اصلاح گرین‌هاوس-گیزر صورت گرفت.

جدول ۴ آمار توصیفی متغیرهای استحکام من و خودشناسی انسجامی را برای هر سه گروه گزارش می‌کند.

در ادامه، پیش‌فرض‌های آماری استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. شرط نرمال بودن داده‌ها براساس معنادار نبودن آزمون شاپیرو-ویلک برقرار بود ($p > 0/05$). نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه مشخص کرد، سه گروه در مرحله پیش‌آزمون

جدول ۴. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مطالعه

مرحله	گروه	استحکام من			خودشناسی انسجامی	
		میانگین	انحراف معیار	مقدار p^a	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	پارادوکس درمانی	۸۰/۵۳	۱۳/۰۲	۰/۸۰۹	۲۳/۸۰	۶/۶۵
	واقعیت‌درمانی	۸۶/۴۰	۱۱/۲۶	۰/۶۹۷	۲۶/۸۷	۹/۸۷
	گواه	۷۹/۲۷	۱۶/۱۸	۰/۸۰۰	۲۹/۶۰	۱۳/۹۱
پس‌آزمون	پارادوکس درمانی	۹۵/۱۳	۱۰/۶۲	۰/۸۳۵	۳۴/۱۳	۵/۸۲
	واقعیت‌درمانی	۹۶/۱۳	۱۰/۴۱	۰/۳۳۳	۲۹/۹۳	۸/۰۵
	گواه	۷۹/۱۳	۱۳/۸۵	۰/۷۱۱	۲۹/۶۰	۱۳/۴۹
پیگیری	پارادوکس درمانی	۹۰/۸۰	۱۰/۶۹	۰/۸۱۳	۳۴/۲۰	۵/۶۶
	واقعیت‌درمانی	۹۵/۲۰	۱۰/۲۸	۰/۲۷۵	۲۹/۴۰	۸/۴۴
	گواه	۷۹/۸۷	۱۴/۶۹	۰/۸۶۸	۲۹/۷۳	۱۳/۵۷

a. مقدار p آزمون شاپیرو-ویلک

من ($p < 0/01$) و خودشناسی ($p < 0/01$) معنادار بود. به معنای دیگر، تغییرات ایجادشده در گروه‌ها در طی زمان تفاوت معناداری داشت که تفسیر آن نیازمند پیگیری تغییر در هر گروه در طی زمان است. بنابر اندازه اثرهای مجذور اتای جزئی (جدول ۵)، عضویت گروهی در مجموع تا ۱۸ درصد از تغییرات متغیر استحکام من را تبیین کرد. همچنین، زمان تا ۷۱ درصد از تغییرات متغیر استحکام من و تا ۷۲ درصد از تغییرات متغیر خودشناسی انسجامی را تبیین کرد. بنابر مجذور اتای جزئی، میزان درخور توجهی از تغییرات متغیرهای استحکام من (۵۸ درصد) و خودشناسی انسجامی (۷۱ درصد)

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، با ورود دو متغیر وابسته استحکام من و خودشناسی انسجامی، بنابر اندازه لامبدای ویلکز نشان داد، اثر گروه ($p=0/011$) و اثر زمان ($p < 0/001$) و اثر متقابل زمان با گروه ($p < 0/001$) در تحلیل چندمتغیره معنادار بود.

بنابر یافته‌های جدول ۵، نتایج اثر بین‌گروهی گروه برای متغیر استحکام من ($p=0/016$) معنادار شد؛ اما برای خودشناسی معنادار نبود ($p=0/862$) که نشان داد اثر اصلی گروه‌بندی عمدتاً برای متغیر استحکام من به‌عنوان منبع تغییرات نقش ایفا کرده است. اثر درون‌گروهی زمان و اثر متقابل زمان با گروه برای متغیرهای استحکام

پارادوکس درمانی و واقعیت درمانی روندی افزایشی را در مقایسه با مرحله پیش آزمون نشان داد. با این توصیف که روند بیان شده، در گروه واقعیت درمانی مشهودتر بود. برعکس، میانگین نمرات متغیر خودشناسی انسجامی با وجود افزایش نسبی در دو گروه آزمایش، افزایش بیشتری را در گروه پارادوکس درمانی نشان داد.

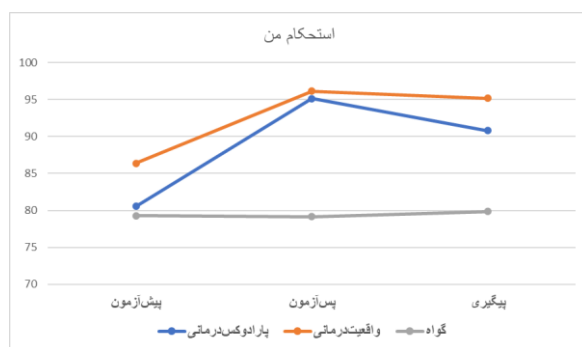
تحت تأثیر اثر متقابل زمان با گروه تبیین شد که گویای تفاوت در خورتوجهی بین گروه‌ها در طی زمان بود.

همچنین نمودارهای ۱ و ۲ روند تغییرات دو متغیر وابسته را بر مبنای میانگین‌های حاشیه‌ای تخمینی^۱ گزارش کرده است. میانگین نمرات متغیرهای استحکام من و خودشناسی انسجامی در گروه گواه تقریباً ثابت باقی ماند؛ اما میانگین نمرات متغیر استحکام من در گروه‌های

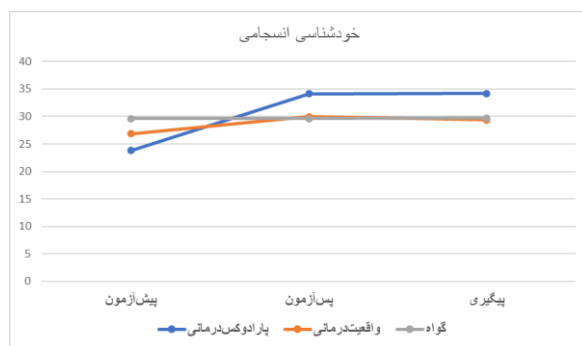
جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای سه گروه

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مربع میانگین	F	مقدار p	مجذورات ای جزئی
اثر بین‌گروهی	استحکام من	۴۱۳۲/۹۹	۲	۲۰۶۶/۵۰	۴/۵۶	۰/۰۱۶	۰/۱۸
	خودشناسی	۸۸/۱۹	۲	۴۴/۱۰	۰/۱۵	۰/۸۶۲	۰/۰۱
اثر درون‌گروهی	استحکام من	۱۶۴۵/۹۵	۱/۷۴۸*	۹۴۶/۹۲	۱۰۵/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
	خودشناسی	۵۸۴/۰۲	۱/۱۹۵*	۴۸۸/۷۷	۱۰۶/۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۲
اثر متقابل زمان با گروه	استحکام من	۹۰۱/۹۵	۳/۴۹۵*	۲۵۷/۹۳	۲۸/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۸
	خودشناسی	۵۷۱/۱۴	۲/۳۹۰*	۲۳۹/۱۱	۵۲/۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۱

* با اصلاح گرین‌هاوس - گیزر



نمودار ۱. میانگین نمرات متغیر استحکام من به تفکیک گروه و زمان اندازه‌گیری



نمودار ۲. میانگین نمرات متغیر خودشناسی انسجامی به تفکیک گروه و زمان اندازه‌گیری

جدول ۶. مقایسه گروه‌ها در متغیر استحکام من

مقدار p	خطای معیار	تفاوت میانگین گروه اول - دوم	گروه دوم	گروه اول
۰/۹۹۹	۴/۴۹	-۳/۷۶	واقعیت درمانی	پارادوکس درمانی
۰/۱۲۷	۴/۴۹	۹/۴۰	گواه	واقعیت درمانی
۰/۰۱۶	۴/۴۹	۱۳/۱۶*	گواه	واقعیت درمانی

* معنادار در سطح $p < ۰/۰۵$ با اصلاح بونفرونی

^۱. Estimated marginal means

جدول ۶ تفاوت گروه‌ها را با اصلاح بونفرونی در متغیر وابسته داد، در مجموع، گروه واقعیت‌درمانی در طی مطالعه دارای استحکام من استحکام من (بر مبنای میانگین‌های بزرگ^۱) ارائه می‌دهد. نتایج نشان جدول ۷. مقایسهٔ زمان‌ها در متغیرهای استحکام من و خودشناسی انسجمی

متغیر وابسته	زمان اول	زمان دوم	تفاوت میانگین زمان اول-دوم	خطای معیار	مقدار <i>p</i>
استحکام من	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۰۷*	۰/۵۸	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۶/۵۶*	۰/۶۹	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۵۱*	۰/۴۹	۰/۰۱۱
خودشناسی انسجمی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۴۷*	۰/۴۳	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۴/۳۶*	۰/۴۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۱	۰/۱۵	۰/۹۹۹

*معنادار در سطح $p < 0.05$ با اصلاح بونفرونی

همچنین، متغیر خودشناسی انسجمی کل نمونه طی گذر از پیش‌آزمون به پس‌آزمون ($p < 0.001$) و نیز پیگیری ($p < 0.001$) افزایش معناداری پیدا کرد و افزایش سطح خودشناسی انسجمی در پیگیری در مقایسه با پس‌آزمون پایدار باقی ماند ($p = 0.999$). در مجموع، کل نمونه در طول زمان افزایش معناداری را در متغیرهای استحکام من و خودشناسی انسجمی نشان داد.

جدول ۷ تفاوت زمان‌ها با اصلاح بونفرونی را در متغیرهای استحکام من و خودشناسی انسجمی (بر مبنای میانگین‌های بزرگ) گزارش می‌کند. نتایج مشخص کرد که در کل نمونه، میزان متغیر استحکام من طی گذر از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش معنادار یافت ($p < 0.001$); اما در پیگیری در مقایسه با پس‌آزمون کاهش معنادار نسبتاً کمی داشت ($p = 0.011$); با وجود این، متغیر استحکام من در کل نمونه در پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون دارای افزایش معنادار بود ($p < 0.001$).

جدول ۸. نتایج اثرات اصلی ساده به تفکیک مراحل اندازه‌گیری و متغیرهای وابسته

متغیرهای وابسته	گروه (متغیر مستقل)	زمان اول	زمان دوم	تفاوت میانگین (اول-دوم)	خطای استاندارد	مقدار <i>p</i>	d کوهن
استحکام من	پارادوکس درمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۴/۶۰*	۱/۰۱	<۰/۰۰۱	۲/۶۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۰/۲۷*	۱/۱۹	<۰/۰۰۱	۱/۳۵
		پس‌آزمون	پیگیری	۴/۳۳*	۰/۸۵	<۰/۰۰۱	--
استحکام من	واقعیت‌درمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۷۳*	۱/۰۱	<۰/۰۰۱	۲/۶۲
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۸/۸۰*	۱/۱۹	<۰/۰۰۱	۲/۳۷
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۹۳	۰/۸۵	۰/۲۷۵	---
استحکام من	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۱۳	۱/۱۹	۰/۸۹۵	---
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۶۰	۰/۸۵	۰/۶۱۶	---
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۷۳	۱/۱۹	۰/۳۹۳	---
خودشناسی انسجمی	پارادوکس درمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۰/۳۳*	۰/۷۴	<۰/۰۰۱	۱/۹۴
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۰/۴۰*	۰/۷۰	<۰/۰۰۱	۲/۱۰
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۷	۰/۲۶	۰/۷۹۸	---
خودشناسی انسجمی	واقعیت‌درمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۰۷*	۰/۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۴
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۲/۵۳*	۰/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۳*	۰/۲۶	۰/۰۴۶	---
استحکام من	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۰۰	۰/۷۴	۰/۹۹۹	---
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۳	۰/۷۰	۰/۸۴۹	---
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۳	۰/۲۶	۰/۶۱۰	---

*معنادار در سطح $p < 0.05$ با اصلاح بونفرونی

گواه تفاوت معناداری حاصل نشد ($p > 0.05$). این امر مشخص کرد، وضعیت گروه گواه در مقایسه با سطح پیش‌آزمون تغییر نکرده است؛ اما متغیر استحکام من در مرحلهٔ پس‌آزمون، در گروه پارادوکس‌درمانی شاهد افزایش معنادار ۱۴/۶۰ واحدی ($p < 0.001$) و در گروه

به‌منظور پیگیری تغییر ایجاد شده در طی زمان در هر متغیر وابسته برای هر گروه، از اثرات اصلی ساده بهره گرفته شد که در جدول ۸ مشاهده می‌شود. بنابراین یافته‌ها، در نمرات متغیرهای استحکام من و خودشناسی انسجمی در هر سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری برای گروه

^۱. Grand means

واقعیت‌درمانی شاهد افزایش معنادار $9/73$ واحدی بود ($p < 0/001$). همین الگوی افزایشی برای هر دو گروه در مرحله پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون مشاهده شد ($p < 0/001$); با این حال، در مرحله پیگیری درمقایسه با پس‌آزمون، کاهش معنادار $4/33$ واحدی در متغیر استحکام من گروه پارادوکس‌درمانی وجود داشت ($p < 0/001$); ولی نمرات متغیر استحکام من در مرحله پیگیری درمقایسه با پس‌آزمون در گروه واقعیت‌درمانی پایدار باقی ماند ($p = 0/275$); به‌طورکلی، این نتایج اثربخشی هر دو مداخله پارادوکس‌درمانی و واقعیت‌درمانی را بر متغیر استحکام من شرکت‌کنندگان و همچنین ماندگاری اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی را روی استحکام من شرکت‌کنندگان در مرحله پیگیری تأیید کرد.

یافته‌های جدول ۸ درباره خودشناسی انسجمی مشخص می‌کند، گروه پارادوکس‌درمانی شاهد افزایش معنادار $10/33$ واحدی در مرحله پس‌آزمون بود ($p < 0/001$). این امر برای گروه واقعیت‌درمانی با افزایش معنادار $3/07$ واحدی نیز صادق بود ($p < 0/001$). همچنین، نمرات مرحله پیگیری متغیر خودشناسی انسجمی برای گروه پارادوکس‌درمانی در سطح پس‌آزمون باقی ماند ($p = 0/798$); اما برای گروه واقعیت‌درمانی افزایش معنادار $0/53$ واحدی را نیز نشان داد ($p = 0/046$); به‌طورکلی، این یافته‌ها اثربخشی و ماندگاری هر دو مداخله پارادوکس‌درمانی و واقعیت‌درمانی را بر خودشناسی شرکت‌کنندگان تأیید کرد.

در نهایت، اندازه اثر d کوهن برای مقایسه میزان اثربخشی پارادوکس‌درمانی و واقعیت‌درمانی در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون در جدول ۸ گزارش شده است. یافته‌ها مشخص کرد، درمقایسه با مرحله پیش‌آزمون، اندازه اثر هر دو درمان روی متغیر استحکام من در پس‌آزمون تقریباً برابر بود ($d = 2/6$ کوهن); اما اندازه اثر واقعیت‌درمانی ($d = 2/37$ کوهن) در مرحله پیگیری بیشتر از پارادوکس‌درمانی ($d = 1/35$ کوهن) بود؛ برعکس، اندازه اثر پارادوکس‌درمانی روی متغیر خودشناسی انسجمی در هر دو مرحله پس‌آزمون ($d = 1/94$ کوهن) و پیگیری ($d = 2/10$ کوهن) به‌مراتب بیشتر از واقعیت‌درمانی در مراحل پس‌آزمون ($d = 0/84$ کوهن) و پیگیری ($d = 0/72$ کوهن) بود. این نتایج گویای تفاوت میزان اثربخشی دو درمان روی متغیرهای مدنظر بود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، سنجش و مقایسه اثربخشی پارادوکس‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر نشانه‌های استحکام من و خودشناسی انسجمی زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله دارای ضایعه نخاعی بود؛ به‌طورکلی، یافته‌های پژوهش حاضر هم‌راستا با مطالعات پیشین است که برای اثربخشی پارادوکس‌درمانی روی نمونه‌هایی از اختلالات اضطرابی (۱۴) و نیز واقعیت‌درمانی روی جمعیت‌های دارای سلامت جسمانی (۲۷، ۲۴) و جمعیت‌های دارای امراض مزمن (۲۸) دلالت‌هایی تجربی ارائه کردند. باوجوداین، پژوهش حاضر به‌صورت اختصاصی، دو ویژگی روان‌شناختی استحکام من و خودشناسی را هدف قرار داد که سهم مهمی در ایجاد تاب‌آوری جمعیت هدف مطالعه ایفا می‌کنند. در تبیین اثربخشی پارادوکس‌درمانی باید به نقش تکنیک‌ها و

سازوکارهای این روش درمانی در تسهیل رشد من و خود اشاره کرد. تکنیک پارادوکس به‌شیوه رفتاردرمانی عمل می‌کند؛ با این تفاوت که راهبرد نشانه بیماری را در معرض تقویت مثبت قرار می‌دهد (۱۶). فرد با ارائه مشوق‌های عاطفی هیجانی، مبنی بر اینکه بازسازی نشانه‌ها موجب بهبود وضعیت او می‌شود، نشانه‌های بیماری را به محملی برای ایجاد باور به تغییر تبدیل می‌کند؛ عنصری که ماهیت درمانی پارادوکس را شکل می‌دهد (۱۵); در نتیجه، پارادوکس بستری را برای افزایش قابلیت سازش با محیط و عبور از سازوکارهای دفاعی فرد فراهم می‌کند که همان استحکام من نامیده می‌شود (۱۴). همچنین، پارادوکس به‌مثابه رفتاری هدفمند و برآمده از خود فرد، زمینه‌ای را برای خودتأمل‌گری و نیز تجربه خود نشانه‌دار ایجاد می‌کند که دو مؤلفه اصلی خودشناسی انسجمی را شکل می‌دهند. هنگامی که بیمار به نشانه‌هایش نقش پارادوکس می‌دهد، در واقع ظرفیت توجه و بهوشیاری خود را صرف لحظه‌به‌لحظه دنیای درونی خود می‌کند. همین امر به او توان خودمشاهده‌گری فعال را می‌بخشد که یکی از ارکان اصلی خودشناسی شناخته می‌شود (۱۲).

در چهارچوب پارادوکس‌درمانی، دستوری‌سازی-مصنوعی‌سازی، قطع ارتباط نشانه و اضطراب و تغییر معنای نشانه، نقش ویژه‌ای ایفا می‌کنند. دستوری‌سازی توسط درمانگر انجام می‌شود و بیمار با حفظ برنامه دستوری به مصنوعی‌سازی نشانه‌های مرضی اقدام می‌کند. این فرایند با اعمال تأخیر یک‌روزه برای شروع کار همراه است که زمینه‌ای را برای کنترل تکانه‌های مرضی فراهم می‌آورد؛ امری که ظرفیت مهار تکانه‌ها را در بیمار تقویت می‌کند (۲۹). همراه با دستوری‌سازی پارادوکس، برنامه زمانی ارائه می‌شود. هنگامی که بیمار آگاهانه در انتظار ساعت تمرین‌های پارادوکسی می‌ماند و با تکیه بر اراده آگاه و امید به بهبودی مرحله تمرینی را آغاز می‌کند، در واقع ایگو و من خود را در برابر واقعیت قرار می‌دهد؛ نه تنها شدت تکانه‌های مرضی کنترل می‌شود، بلکه اجبار سوپرایگو نیز به دست ایگو می‌افتد؛ در نتیجه، در خلال این دستورها، نشانه پارادوکسی که به چنگ ایگو و من بیمار درآمده است، حالتی مصنوعی پیدا می‌کند که گویای کنترل من بر روند ایجاد، تداوم و رفع حالت پریشانی ناشی از نشانه است (۱۶). خودشناسی نیز به‌همین ترتیب رشد می‌یابد. افراد دارای ضایعه نخاعی دارای خودپنداره‌ای ناتوان حرکتی هستند (۳۰). وارد شدن بیمار به فرایند مصنوعی‌سازی نشانه، در واقع بستری برای یافتن ابعادی از خود است که برخلاف گذشته (من ناتوان)، دیگر تحت تأثیر پریشانی نشانه قرار ندارد؛ بلکه مولد آن است (من توانمند). بدین ترتیب، بیماری که تا پیش از این خود را محصور پریشانی و آلوده به نشانه‌ها شناخته است، اکنون خود را دارای عاملیت خودآگاهی می‌یابد که ارتقای خودشناسی او را به‌همراه دارد. در ادامه، تغییر معنای نشانه از عنصری نامطلوب و تألم‌برانگیز به محصول مصنوعی تمرین‌های برنامه‌ریزی شده در کنار شکستن پیوند بین پریشانی و نشانه، به ارتقای استحکام من و خودشناسی این افراد منجر می‌شود (۱۵).

اثربخشی واقعیت‌درمانی را باید در پرتو عناصر بنیادین این روش درمانی، شامل پذیرش واقعیت و انطباق دادن راه‌حل‌ها با آن، مسئولیت‌پذیری در قبال مشکل پیش رو و رها کردن کنترل بیرونی به‌ازای

انتخاب را در مطالعه حاضر افزایش می‌دهد. پژوهش حاضر فقط روی زنان انجام گرفت؛ از این رو، تعمیم نتایج به مردان امکان‌پذیر نیست. از آنجا که ۱۰ تا ۵ سال از ضایعه نخاعی افراد گذشته بود، سازگاری با مشکلات جسمانی در این نمونه تاحدی وجود داشت؛ در نتیجه، یافته‌های این مطالعه را نمی‌توان به جمعیت افرادی که اخیراً دچار ضایعه نخاعی شده‌اند، تعمیم داد. افراد دارای ضایعه نخاعی در این مطالعه برحسب عملکرد «اندام» وارد مطالعه شدند؛ بنابراین یافته‌های مطالعه را باید برحسب این نوع دسته‌بندی تفسیر کرد. در این مطالعه، اثر مداخله‌گرهایی مانند شخصیت، به‌ویژه روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، انطباق‌جویی و وظیفه‌شناسی، کنترل نشد.

۵ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد، پارادوکس درمانی و واقعیت‌درمانی بر بهبود ویژگی‌های عمیق روان‌شناختی افراد دارای ضایعه نخاعی، یعنی استحکام من و خودشناسی انسجامی، اثربخش است. همچنین، نقش پارادوکس درمانی در بهبود خودشناسی انسجامی این افراد باید مدنظر روان‌شناسان و ارائه‌کنندگان مداخلات رفتاری قرار گیرد. پارادوکس درمانی به‌عنوان روشی اثربخش، کوتاه‌مدت، اقتصادی و مقرون‌به‌صرفه برای بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد دارای ضایعه نخاعی پیشنهاد می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از انجمن بیماران ضایعه نخاعی و کلینیک‌های توان‌بخشی که در اجرای پژوهش همکاری داشتند و امکان برقراری ارتباط را با افراد دارای ضایعه نخاعی مهیا کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

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. آزمودنی‌ها با ارائه رضایت آگاهانه کتبی وارد مطالعه شدند.

رضایت برای انتشار: این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد: داده‌ها با حفظ حریم شخصی بیمار و بدون ذکر نام دردسترس است.

تضاد منافع: این مطالعه بخشی از پایان‌نامه مقطع دکتری روان‌شناسی است که در سال ۱۳۹۹ به بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی در افراد زن ضایعه نخاعی پرداخت. نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی: تمامی منابع تأمین اعتبار برای مطالعه از جانب نویسندگان بوده است.

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

تمرکز بر کنترل درونی تفسیر کرد (۱۸) که این امر برآورده شدن نیازهای بنیادین پنج‌گانه بیمار ضایعه نخاعی را ممکن می‌سازد. بیمار با کشف ظرفیت‌های درونی خود برای کنترل مسئله، از اصرار بر ایده‌های صلب و غیرمنعطف درباره واقعیت دست برمی‌دارد و آنچه را پیش رو دارد، انکار نمی‌کند. به بیان دیگر، اینکه بیمار از حق خود برای برآورده کردن نیاز به بقا، آزادی و خودمختاری، عشق و تعلق و تفریح آگاهی می‌یابد و درجه بندی شخصی خود را از میزان آن‌ها می‌شناسد (۱۷)، برای او زمینه‌ای را فراهم می‌کند تا راه‌حل برآورده کردن آن‌ها را جست‌وجو کند و به رشد ایگو و من دست یابد. از آنجا که استحکام من، پذیرش واقعیت و توانایی برای حل و فصل تعارض بین امیال درونی و موانع بیرونی است (۸)، تمرین‌ها و تلاش‌های بیمار برای رسیدن به واقع‌گرایی مسئولانه در طی جلسات واقعیت‌درمانی، در کنار طرح‌ریزی تصمیم‌های آگاهانه برای تغییر رفتار، تبیین‌گر ارتقای استحکام من قلمداد می‌شود. به علاوه، عنصر اساسی خودارزیابی در واقعیت‌درمانی زمینه رشد خودشناسی بیمار را فراهم می‌آورد (۲۴). بیمار ضایعه نخاعی در جلسات اولیه درمان، با نیم‌رخ اختصاصی نیازهای بنیادین خود آشنا می‌شود و بدین ترتیب از چهره جدیدی از خود آگاهی می‌یابد که به او در درک درونیاتش جهت می‌دهد. هم‌زمان، او مسئولیت پیدا می‌کند که با کنترل درونیات خود به نوعی خودراهبری برای عمل بهینه و معطوف به واقعیت دست یابد تا امکان حصول به خواسته‌های خودآگاهش را فراهم آورد. چنین تلاش آگاهانه‌ای متضمن رشد خودآگاهی فرارونده و به تبع خودشناسی انسجامی در بیمار است. با وجود آنکه رشد استحکام من یکی از ارکان سازوکار اثربخشی پارادوکس درمانی عنوان شده است (۱۴)، ارتقای معناداری را در مقایسه با واقعیت‌درمانی به خود ندید. در عوض، این خودشناسی افراد دارای ضایعه نخاعی بود که به‌مدد سازوکار پارادوکس به وجه تمایز آن‌ها با گروه واقعیت‌درمانی بدل شد. نکته مطرح در این تمایز می‌تواند به محوری بودن بدن و عملکرد آن در افراد دارای ضایعه نخاعی مرتبط باشد (۲). در واقع، پارادوکس درمانی عمدتاً مسئله نشانه‌ها را در تمرکز آگاهی بیمار قرار می‌دهد (۱۶) که اگر لزوماً نشانه‌ها بدنی نباشند، وجهی جسمانی و بدنی را در خود دارند یا در این دسته از افراد واجد وجهی بدنی می‌شوند؛ در نتیجه، می‌توان پیشنهاد داد که تمرکز درمان روی کار پارادوکسی از یک سو و هویت بدنی افراد دارای ضایعه نخاعی از سوی دیگر، ممکن است یک هم‌افزایی را شکل داده باشد که به ارتقای درک فرد از خود به صورت خودشناسی انسجامی انجامیده است. در مقابل، واقعیت‌درمانی اگرچه ذهنیت فرد را درباره کنترل روی رفتارش تغییر می‌دهد (۱۷) و خودنگری و خودارزیابی او را هدف می‌گیرد (۱۸)، پهنه واقعیت‌ها را عمدتاً در درون روابط بین فردی بیمار جست‌وجو می‌کند و تمرکز کمتری بر رابطه بیمار با جسمش در طی درمان به وجود می‌آید؛ در نتیجه، به نظر می‌رسد که پارادوکس درمانی در مقایسه با واقعیت‌درمانی، به صورت درمانی بدن‌محورتر در این دسته از افراد که مسئله بدن وجه خاصی در آن‌ها دارد، عمل می‌کند و موجب رشد خودشناسی انسجامی بیشتری در ایشان می‌شود. مشارکت داوطلبانه به این مطالعه ممکن است موجب ورود آن دسته از افرادی شده باشد که به روان‌درمانی نگرش مثبت داشتند و این امر سوگیری

References

1. James SL, Theadom A, Ellenbogen RG, Bannick MS, Montjoy-Venning W, Lucchesi LR, et al. Global, regional, and national burden of traumatic brain injury and spinal cord injury, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet Neurol*. 2019;18(1):56–87. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(18\)30415-0](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(18)30415-0)
2. Rahimi-Movaghar V, Sayyah MK, Akbari H, Khorramirouz R, Rasouli MR, Moradi-Lakeh M, et al. Epidemiology of traumatic spinal cord injury in developing countries: a systematic review. *Neuroepidemiology*. 2013;41(2):65–85. <https://doi.org/10.1159/000350710>
3. Carrard V, Kunz S, Peter C. Mental health, quality of life, self-efficacy, and social support of individuals living with spinal cord injury in Switzerland compared to that of the general population. *Spinal Cord*. 2021;59(4):398–409. <https://doi.org/10.1038/s41393-020-00582-5>
4. Azadmanjir Z, Jazayeri SB, Habibi Arejan R, Ghodsi Z, Sharif-Alhoseini M, Kheiri G, et al. The data set development for the National Spinal Cord Injury Registry of Iran (NSCIR-IR): progress toward improving the quality of care. *Spinal Cord Ser Cases*. 2020;6(1):17. <https://doi.org/10.1038/s41394-020-0265-x>
5. Besharat MA, Taheri M, Gholamali Lavasani M. Comparison of perfectionism, ego strength, anger, and anger rumination in individuals with major depression and obsessive-compulsive disorder. *Culture Counseling*. 2016;7(26):87–115. [Persian] https://qccpc.atu.ac.ir/article_6724.html?lang=en
6. Ghorbani N, Watson PJ, Bing MN, Davison HK, LeBreton D. Two facets of self-knowledge: cross-cultural development of measures in Iran and the United States. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*. 2003;129(3):238–68.
7. Ghorbani N, Watson PJ, Farhadi M, Chen Z. A multi-process model of self-regulation: influences of mindfulness, integrative self-knowledge and self-control in Iran: multi-process model of self-regulation. *Int J Psychol*. 2014;49(2):115–22. <https://doi.org/10.1002/ijop.12033>
8. Besharat MA. Evaluation of psychometric properties of Ego Strength Scale. Research Report. University of Tehran; 2007. [Persian]
9. Kornhaber R, Mclean L, Betihavas V, Cleary M. Resilience and the rehabilitation of adult spinal cord injury survivors: a qualitative systematic review. *J Adv Nurs*. 2018;74(1):23–33. <https://doi.org/10.1111/jan.13396>
10. Rahmani Rasa A, Hosseini SA, Haghgoo 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>
11. Baker FA, Tamplin J, Rickard N, Ponsford J, New PW, Lee YEC. A therapeutic songwriting intervention to promote reconstruction of self-concept and enhance well-being following brain or spinal cord injury: pilot randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2019;33(6):1045–55. <https://doi.org/10.1177/0269215519831417>
12. Ghorbani N, Cunningham CJL, Watson PJ. Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private self-consciousness in predicting responses to stress in Iran. *Int J Psychol*. 2010;45(2):147–54. <https://doi.org/10.1080/00207590903473768>
13. Wilson TD, Dunn EW. Self-knowledge: its limits, value, and potential for improvement. *Annu Rev Psychol*. 2004;55(1):493–518. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141954>
14. Besharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: a case study. *The Journal of Psychological Science*. 2019;18(76):383–95. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-383-en.html>
15. 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
16. Besharat MA. Paradox+barnameye zamani= modele kamele zoj darmani be raveshe PTC [Paradox + Schedule = Treatment: The complete model of couple therapy by PTC]. Tehran: Roshd Publication; 2017. [Persian]
17. Glasser W. Reality therapy: a new approach to psychiatry. New York: Harper Collins e-books; 2010.
18. Karimyar Jahromi M, Mosallanejad L. The impact of reality therapy on metacognition, stress and hope in addicts. *Glob J Health Sci*. 2014;6(6):281. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n6p281>
19. Robey P, Burdinski TK, Britzman M, Crowell J, Cisse GS. Systemic applications of choice theory and reality therapy: an interview with Glasser scholars. *The Family Journal*. 2011;19(4):427–33. <https://doi.org/10.1177/1066480711415038>
20. Hasanzadeh Pashang S, Zare H, Alipor A. The efficacy of stress inoculation training (SIT) on resilience, anxiety, depression and stress among spinal cord injury (SCI) patients. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2012;10(3):15–26. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/jmj.10.3.15>
21. Baran Oladi S, Shykhpour N, Mortazavi SM, Sabahi A. The effect of group logotherapy on hopelessness in spinal cord injury patient. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2018;19(2):97–105. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_543234.html?lang=en
22. Ebrahimi Z. Asar bakhshi gorouh darmani shenakhti-raftari bar afsordegi mardan mobtala be zaye'aate nokhaei [The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression in men with spinal cord injuries]. *Journal of Psychology New Ideas*. 2020;5(9):1–11. [Persian] <http://jnip.ir/article-1-329-en.html>
23. Glasser W. Reality therapy in action. New York: HarperCollins; 2000.
24. Moshirian Farahi SM, Moshirian Farahi SMM, Aghamohammadian Sharbaf HR, Sepehri Shamloo Z. The effectiveness of group reality therapy based on choice theory on quality of life in people with aggression. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;5(1):47–53. [Persian] <http://dx.doi.org/10.21859/ijpn-05017>
25. IBM Support. Repeated measures ANOVA: interpreting a significant interaction in SPSS GLM [Internet]. Armonk, NY: IBM Corp; 2020.
26. Lenhard W, Lenhard A. Calculation of effect sizes. Dettelbach (Germany): Psychometrica; 2016. https://www.psychometrica.de/effect_size.html

27. Soleimani Z, Ghaffari M, Baezzat F. The effectiveness of reality group therapy on academic vitality in students with specific learning disorder. *Journal of Learning Disabilities*. 2017;7(1):136–42. [Persian] http://jld.uma.ac.ir/article_682.html?lang=en
28. Farshchi N, Kiani Q, Chiti H. Effectiveness of group therapy reality in reducing depression, anxiety and increased compliance to treatment in patients with diabetic type 1. *J Adv Med Biomed Res*. 2018;26(117):74–85. [Persian] <http://zums.ac.ir/journal/article-1-5407-en.html>
29. Letzring TD, Block J, Funder DC. Ego-control and ego-resiliency: generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *J Res Pers*. 2005;39(4):395–422. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.06.003>
30. Nicholls E, Lehan T, Plaza SLO, Deng X, Romero JLP, Pizarro JAA, et al. Factors influencing acceptance of disability in individuals with spinal cord injury in Neiva, Colombia, South America. *Disability and Rehabilitation*. 2012;34(13):1082–8. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.631684>