



The Effectiveness of Paradox Therapy on Pain Anxiety and Self-Empathy in Women with Breast Cancer

Alireza Jamshidi¹ , Davood Manavipour² , MohammadAli Besharat³ , Mina Mojtabaei⁴

1. Ph.D Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

E-mail: alr_jamshidi@yahoo.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran. E-mail: manavipor53@yahoo.com

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: besharat@ut.ac.ir

4. Associate Professor, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran. E-mail: mojtabaei_in@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received 17 February 2024

Received in revised form 21 August 2024

Accepted 18 September 2024

Published Online 20 January 2025

Keywords:

Paradox Therapy,
Pain Anxiety,
Self-Empathy,
Woman,
Breast Cancer

ABSTRACT

Background: The aim of the present study was to assess the effectiveness of paradox therapy in alleviating pain anxiety and enhancing self-empathy among women diagnosed with breast cancer.

Method: The research employed a single-case, multiple-baseline design with follow-up phases. The study included female patients with breast cancer who sought treatment at hospitals in Tehran between 2021 and 2022. A sample of three patients was selected from this population, and individual therapy sessions were conducted. The assessment tools utilized were the Pain Questionnaire by McCracken and Dhingra (2002) and the Empathy Questionnaire by Manavipour et al. (2019). The data were analyzed using the improvement percentage index, as well as within- and between-situation analyses, with the assistance of SPSS and Excel software.

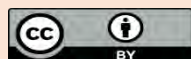
Results: The results indicated that paradox therapy had a moderate to high effect on reducing pain anxiety among women with breast cancer during the treatment stage and a high effect during the follow-up phase. It also demonstrated a moderate effect on self-empathy both during treatment and follow-up. The intra-situational and inter-situational analyses revealed significant differences between the baseline and intervention stages for all participants ($PND=100$). The efficacy and sustainability of paradox therapy in addressing pain anxiety and enhancing self-empathy among women with breast cancer were confirmed during the follow-up phase.

Conclusion: The findings of this research suggest that paradox therapy holds promise as a method for reducing pain anxiety and increasing self-empathy in women diagnosed with breast cancer. Therefore, it is recommended that clinical psychologists consider utilizing this treatment approach to alleviate pain anxiety and promote self-empathy in this population.

Citation: Jamshidi, A., Manavipour, D., Besharat, M.A., & Mojtabaei, M. (2024). The Effectiveness of Paradox Therapy on Pain Anxiety and Self-Empathy in Women with Breast Cancer. *Journal of Clinical Psychology*.

Journal of Clinical Psychology, Vol. 16, Issue 4, No. 64, Winter 2024

© The Author(s). DOI: [10.22075/jcp.2024.33325.2853](https://doi.org/10.22075/jcp.2024.33325.2853)



©2024 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Davood Manavipour, Associate Professor, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

E-mail: manavipor53@yahoo.com, Tel: (+98) 9123849534

Extended Abstract

Introduction

One of the types of cancer and the most prevalent cancer affecting women is breast cancer. Breast cancer poses significant challenges to an individual's mental health. Anxiety, as one of the key indicators of mental health, is one of the most common psychological reactions observed in these patients. Additionally, the experience of pain is prevalent in breast cancer, and pain-related anxiety is recognized as one of the most important variables contributing to the onset and persistence of pain. Moreover, the self-empathy of these patients typically tends to be at a low level. Psychological interventions utilized for these patients have generally been unidimensional, and integrative therapies have not been sufficiently employed. One form of integrative therapy is paradox therapy using the PTC method, which has been applied in various psychological disorders. Given the importance of psychological issues in these patients and the research gap concerning the lack of integrative therapeutic approaches, as well as the exploration of pain anxiety and self-empathy in this population, the execution of this study is both necessary and significant. Therefore, this research aims to examine the effectiveness of paradox therapy on pain anxiety and self-empathy in women with breast cancer.

Method

The present research employed a single-subject multiple baseline design with a follow-up period of four weeks. The statistical population of this study comprised all female patients diagnosed with breast cancer in hospitals within Tehran during the year 1400-1401. The sample consisted of three women with breast cancer. Inclusion criteria included being diagnosed with non-metastatic breast cancer, as indicated by medical records over the past two years, a score of at least 40 on the Pain Anxiety Questionnaire, and a maximum score of 25

on the Self-Empathy Questionnaire. Participants were required to have a minimum of three months since cancer diagnosis and the initiation of chemotherapy, at least a high school education level, an age range of 25 to 55 years, no psychiatric history as reported by the patient, no history of alcohol or drug addiction, stimulant use, or recreational drug use throughout the research period based on patient reports and verification of substance use symptoms, and no use of psychiatric medications. Exclusion criteria included diagnosis of any specific physical illness other than breast cancer, utilization of any psychological, counseling, or psychiatric services, and absence from more than two sessions during the treatment. The mean age of the three participants was 43.3 ± 7.09 years. All three participants were married and held bachelor's degrees. The participants completed two, three, and four baseline assessments consecutively. During the baseline phase, the Pain Anxiety Questionnaire and the Self-Empathy Questionnaire were administered. The intervention was conducted individually over eight sessions, with participants attending four follow-up sessions. Data were analyzed through intra-subject, inter-subject analyses, and percentage of improvement calculations utilizing SPSS-25 for numerical computations.

Results

Using the scores obtained for pain anxiety and empathy at three stages—baseline, intervention, and follow-up—the average percentage improvement in pain anxiety and empathy scores was calculated across these three phases utilizing the mean reduction method from baseline.

Mean Percentage Improvement Table for Anxiety, Pain, and Self-Empathy Scores at Three Stages: Baseline, Treatment, and Follow-Up

Participant		Phase Baseline	Phase During Treatment	Phase -Follow pU	Percentage Improvement In the treatment phase compared to baseline	Percentage Improvement In the follow-up phase compared to baseline	Overall percentage improvement in the treatment phase	Overall percentage improvement in the follow-up phase
		Mean	Mean	Mean				
First	Pain Anxiety	42	15.25	9	63.7	78.5	48.84	63.83
Second		46.33	27	21.5	41.7	53.5		
Third		52.50	30.37	21.25	41.14	59.5		
First	Self-Empathy	22	30.87	31.75	40.31	44.31	37.31	40.32
Second		23.30	31.75	32	36.25	37.33		
Third		22.25	30.12	31	35.37	39.32		

The percentage values of improvement in pain anxiety scores and self-empathy presented in the table above indicate that the therapeutic paradox has a significant effect on pain anxiety and self-empathy in women with breast cancer. Given that values exceeding 50% improvement indicate a high intervention impact, values between 25% and 49% represent a moderate intervention impact, and values below 25% suggest the intervention is ineffective, it can be concluded that for the first participant, during the treatment and follow-up phases, compared to the baseline phase, the therapeutic paradox had a substantial impact on pain anxiety in women with breast cancer. For the second and third participants, a moderate to high impact was noted during the treatment phase, with a significant effect observed during the follow-up phase. Regarding the self-empathy variable, the therapeutic paradox exerted a moderate effect for the first, second, and third participants during both treatment and follow-up phases compared to the baseline phase. In summary, the therapeutic paradox has demonstrated a moderate to high impact on pain anxiety in women diagnosed with breast cancer during the treatment phase, with a significant impact during the follow-up phase, while for the self-empathy variable, it has shown a moderate effect during both the treatment and follow-up phases.

Conclusion

The findings indicate that paradox therapy is effective in reducing pain anxiety and increasing self-empathy in women with breast cancer. It led to a decrease in pain

anxiety and an enhancement in self-empathy among the participants. In elucidating the efficacy of paradox therapy on pain anxiety, reconstruction of self-efficacy serves as a key explanatory factor for profound and structural changes. The mechanism of self-efficacy operates alongside three other mechanisms: the ordering-artificializing, the disconnection between symptoms and anxiety, and the alteration of symptom meaning within the PTC treatment process, ultimately resulting in reduced pain anxiety. In explaining the efficacy of paradox therapy on self-empathy, it can be asserted that the participant, with the assistance of the therapist, becomes aware of their inner psychological world and confronts their unhealthy defenses. All these factors contribute to increased awareness of the inner psychological realm, leading to heightened self-empathy in the participants. Furthermore, as the participants begin to engage in therapeutic assignments, their reconstruction of symptoms fosters empathy towards their inner selves, thereby enhancing self-empathy. Based on the results obtained, it is recommended that clinical and health psychologists incorporate paradox therapy in designing interventions aimed at reducing pain anxiety and enhancing self-empathy.

Ethical Considerations

Ethics Code: This research has received ethical approval from the Islamic Azad University, Roudehen Branch, under the ethical code with identifier IR.IAU.R.REC.1401.074.

Financial support: This research has not received financial support from any institution.

Contributions: A. J: Writing the article, methodology, conducting statistical analyses, editing and revising the article, performing visual aspects of the article, approving the final version of the article.

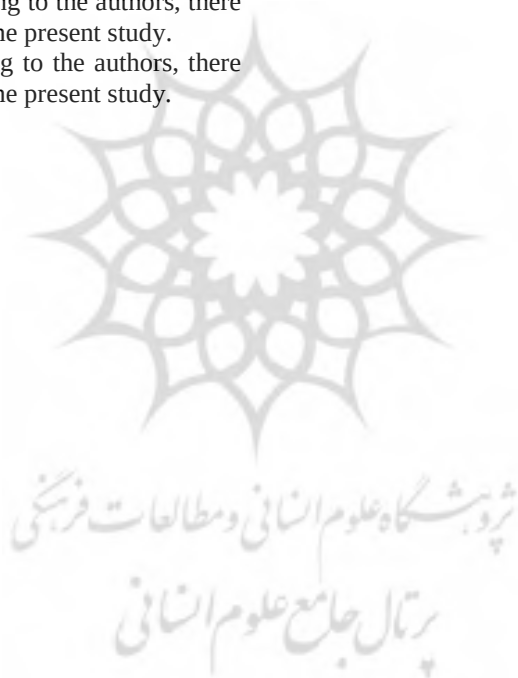
D. M: Methodology, providing consultation in research execution, supervising and managing the research, editing and revising the article, approving the final version of the article.

M. B: Methodology, providing consultation in research execution, supervising and managing the research, editing and revising the article, approving the final version of the article.

M. M: Methodology, supervising and managing the research, editing and revising the article, approving the final version of the article.

Conflict of Interest: According to the authors, there was no conflict of interest in the present study.

Acknowledgments: According to the authors, there was no conflict of interest in the present study.





اثربخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان

علیرضا جمشیدی^۱، داود معنوی پور^۲، محمدعلی بشارت^۳، مینا مجتبابی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ایمیل: alr_jamshidi@yahoo.com

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران. ایمیل: manavipor53@yahoo.com

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. ایمیل: besharat@ut.ac.ir

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ایمیل: mojtabaei_in@yahoo.com

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش: طرح پژوهش تک آزمودنی از نوع چند خط پایه ای با دوره پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بیمارستان های شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. نمونه آماری ۳ زن مبتلا به سرطان پستان بود. جلسات درمانی به صورت انفرادی اجرا گردید. ابزارهای پژوهش، پرسشنامه اضطراب درد مک کراکن و دینگرا (۲۰۰۲) و پرسشنامه همدلی معنوی پور و همکاران (۱۳۹۹) بودند. داده ها با استفاده از شاخص درصد بهبودی، تحلیل های درون موقعیتی و بین موقعیتی در نرم افزارهای SPSS و Excel، بررسی شدند.

یافته ها: نتایج درصد بهبودی نشان داد که پارادوکس درمانی بر اضطراب درد در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله درمان تأثیر متوسط به بالا و در مرحله پیگیری تأثیر زیاد داشته است و برای متغیر همدلی خود در مرحله درمان و پیگیری تأثیر متوسط داشته است. نتایج تحلیل های درون موقعیتی و بین موقعیتی حاکی از تفاوت معنادار بین مرحله خط پایه و مداخله برای همه شرکت کنندگان بود ($PND=100$). ماندگاری اثر پارادوکس درمانی بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله پیگیری تأیید شد.

نتیجه گیری: براساس یافته های این پژوهش مشخص شد که پارادوکس درمانی بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است، لذا پیشنهاد می شود روانشناسان بالینی از این درمان برای کاهش اضطراب درد و افزایش همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کنند.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۲۸

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۵/۳۱

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۲۸

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

کلیدواژه ها:

پارادوکس درمانی،

اضطراب درد،

همدلی خود،

زن،

سرطان پستان

استناد: جمشیدی، علیرضا؛ معنوی پور، داود؛ بشارت، محمدعلی؛ و مجتبابی، مینا (۱۴۰۳). اثربخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله روانشناسی بالینی*.

مجله روانشناسی بالینی، سال ۱۶، شماره ۴، پیاپی ۶۴، زمستان ۱۴۰۳. DOI: [10.22075/jcp.2024.33325.2853](https://doi.org/10.22075/jcp.2024.33325.2853)

© نویسنده گان.



✉ نویسنده مسئول: داود معنوی پور، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

رایانامه: manavipor53@yahoo.com تلفن: ۰۹۱۲۳۸۴۹۵۳۴

مقدمه

امروزه سرطان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود (۱). یکی از انواع سرطان‌هایی که زنان مبتلا می‌شوند، سرطان پستان است. سرطان پستان، بدخیمی بافت اصلی پستان است. در این بیماری سلول‌های نسج پستان که سازنده‌ی شیر برای تغذیه نوزادان است، دچار بدخیمی می‌شوند. سرطان پستان شایع‌ترین سرطان تشخیص داده شده میان زنان جهان و ایران است (۲، ۳) و علت اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان در سراسر جهان است (۴). طبق آمار انستیتو ملی سرطان ایالات متحد آمریکا، از هر ۸ زن یک نفر در زندگی خود مبتلا به سرطان پستان می‌شود (۵) و در ایران ۲۴/۵ درصد از کل سرطان‌های زنان را به خود اختصاص می‌دهد (۶).

مطالعات نشان داده است که شیوع پریشانی روانی در میان بیماران مبتلا به سرطان پستان زیاد است و آن‌ها در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اضطراب، افسردگی شدید و کاهش کیفیت زندگی هستند (۷). واکنش روانشناختی یکی از جنبه‌های مدل استرس روانی است. واکنش شناختی، واکنش عاطفی و روان حرکتی، اجزای واکنش روانی هستند (۸). افراد در برابر استرس‌ها واکنش‌های متفاوتی نشان می‌دهند. واکنش روانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان با سلامت روان مرتبط است و سرطان پستان سازگاری روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹).

سرطان پستان جنبه‌های مختلف سلامت‌روان را به مخاطره می‌اندازد و به علت اختلال در تصویر ذهنی فرد از جسم خودش، تنش روانی را تشدید و سلامت‌روانی فرد را با چالش روبه‌رو می‌کند و اثرات طولانی‌مدتی بر روی سلامت‌روانی این بیماران بر جای می‌گذارد (۱۰، ۱۱). شواهد قانع‌کننده‌ای مبنی بر افزایش خطر اضطراب، افسردگی، خودکشی، اختلالات عصبی شناختی و جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با زنان بدون سرطان وجود دارد. برای مثال کریا در یک مطالعه به روش مرور نظامند، درباره پیامدهای روانشناختی سرطان پستان با بررسی ۶۰ پژوهش نشان داد که از ۳۸ مطالعه در مورد افسردگی، در ۱۹ مطالعه، افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان از نظر آماری معنی‌دار بود و ۱۳

مطالعه از ۳۱ مطالعه نشان داد که زنان مبتلا به سرطان پستان دارای افسردگی بالینی هستند. از ۲۱ مطالعه در مورد اضطراب، در ۱۱ مطالعه، اضطراب در زنان مبتلا به سرطان پستان از نظر آماری معنی‌دار بود. علاوه بر آن در زنان مبتلا به سرطان پستان اختلالات عصبی شناختی، اختلالات جنسی، اختلال خواب، اختلالات مرتبط با استرس پس از سانحه، افکار خودکشی، جسمانی سازی، اختلالات دوقطبی و وسواس فکری-اجباری مورد مشاهده قرار گرفت (۱۲).

اضطراب^۱ به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت‌روان، از رایج‌ترین واکنش‌های روانشناختی است که بیماران مبتلا به سرطان پستان در طی تشخیص و درمان سرطان از خود نشان می‌دهند (۱۳). همچنین احساس درد^۲ در بیماری سرطان پستان شایع است (۱۴) و اضطراب مرتبط با درد به عنوان یکی از مهم‌ترین متغیرهای سهیم در ایجاد و تداوم دردها مطرح است (۱۵). اضطراب مرتبط با درد^۳، به مجموع پاسخ‌های شناختی و آشکار روانی و رفتاری اشاره دارد که معمولاً به عنوان اضطراب قلمداد و در پاسخ به درد یا رویدادهای مرتبط با درد نشان داده می‌شوند (۱۶). سطوح بالای اضطراب مرتبط با درد، به اجتناب از فعالیت‌هایی کمک می‌کند که به نوبه خود اغلب اوقات به شرطی‌زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش تماس اجتماعی منجر می‌شود و سرانجام به صورت یک چرخه در می‌آید (۱۷).

یکی دیگر از مواردی که در بیماران مبتلا به سرطان پستان مشاهده می‌شود، نگرانی از تصویر بدنی و عواقب جراحی سرطان پستان می‌باشد (۱۸) که این مسئله به همراه اضطراب درد بالای این بیماران می‌تواند بر همدلی خود^۴ این افراد تأثیرگذار باشد. برای رسیدن به مفهوم همدلی خود ابتدا باید به معنای همدلی پرداخت. منظور از همدلی، سائق و توانایی فهم حالات، هیجان‌ها و افکار دیگران و پاسخ‌دهی به آن‌ها با هیجان‌های متناسب و همخوان یا به عبارتی توانایی سهیم شدن در احساس‌های دیگران و گرایش به تجربه نیابتی - حالات هیجانی آن‌هاست (۱۹) و این در واقع به عنوان همدلی با دیگران در نظر گرفته می‌شود. همدلی خود به معنای داشتن وفاق و یکدلی با خود است. همدلی خود یعنی اتحاد میان تمامی عناصر درون روانی که شامل احساس، شناخت و رفتار

3. pain-related anxiety

4. Self-Empathy

1. Anxiety

2. Pain

درمانی (۲۴-۲۶) برای بهبود وضعیت روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده شده است. بررسی این مداخلات نشان می‌دهد که آن‌ها تک‌وجهی بوده‌اند و درمان‌های یکپارچه‌نگر مورد استفاده قرار نگرفته‌اند. بر اساس ادبیات نظری و پیشینه تجربی به نظر می‌رسد برای اغلب مشکلات روانشناختی، درمان‌های یکپارچه‌نگر و جامع، مفیدتر از درمان‌های تک‌وجهی بوده‌اند (۲۷). یکی از این درمان‌های یکپارچه، پارادوکس درمانی به روش PTC^۱ است. این روش با موفقیت در مورد تعداد کثیری از اختلال‌های روانشناختی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا) شامل طیف گسترده اختلال‌های اضطرابی، طیف وسواس‌های فکری و عملی و اختلال‌های مرتبط، اختلال مرتبط با تروما و استرس و اختلال‌های نشانه‌های بدنی به کار بسته شده است (۲۸). مدل پارادوکس درمانی به روش PTC از جهت نظری ریشه در نظریه‌های روان‌پوشی، روان‌کاوی و سیستمی دارد، اما در عمل و اقدامات درمانی به فنون رفتاری وفادار است. دو عنصر اساسی در این درمان وجود دارد. مؤلفه نخست، یعنی پارادوکس، به معنی تجویز نشانه رفتاری یا نشانه بیماری است. بر اساس این فن درمانی مراجع باید نشانه‌های رفتاری و بیماری، یعنی همان رفتارها و نشانه‌هایی را که از آن‌ها رنج می‌کشد و برای حذف و درمانشان مراجعه کرده است را بازسازی کند. به عبارت دیگر، آن‌ها را طبق دستوری که برایش تجویز می‌شود تجربه کند. مؤلفه دوم، یعنی برنامه زمانی، تکلیفی است که بر اساس آن مراجع موظف می‌شود در زمانی معین و برای مدتی مشخص، همان نشانه یا رفتار تجویز شده در قالب پارادوکس را بازسازی و تجربه کند (۲۹). برنامه زمانی پارادوکسی براساس چهار مکانیسم، تغییرات درمانی را رقم می‌زند. مکانیسم اول دستوری‌سازی و مصنوعی‌سازی است. در انتهای جلسه اول، درمانگر از مراجع می‌خواهد که نشانه‌های بیماری را در زمان‌های از پیش تعیین شده بازسازی و تجربه کند. این بازسازی ارادی است و ماهیتی دستوری دارد. همچنین ساخته مراجع است و مصنوعی است. برعکس واقعیت بیماری که غیرارادی و غیرمصنوعی است. آنچه با اراده بیمار ساخته و پرداخته می‌شود، دیگر بیماری نیست (۳۰). وقتی نشانه‌های بیماری به صورت مصنوعی تجربه شدند، مراجع درمی‌یابد که نشانه‌ها می‌تواند وجود داشته

است. فرد دارای همدلی خود از انسجام و یکپارچگی درونی برخوردار است و به آنچه در دنیای درونی‌اش می‌گذرد واقف و پذیراست (۳۰). براساس این تعاریف و برخلاف تصور رایج از این مفهوم، همدلی به عنوان دوست داشتن خود نیست، بلکه به معنای اتحاد و وفاق با خود است. با توجه به این تعریف مفهوم همدلی خود مفهوم جدیدی است (۳۱). همانطور که در بالا بیان شد اضطراب به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت روان، از رایج‌ترین واکنش‌های روانشناختی است که بیماران مبتلا به سرطان پستان در طی تشخیص و درمان سرطان از خود نشان می‌دهند (۱۳). چنانچه نتایج پژوهش‌های به دست آمده در خصوص اضطراب و تنیدگی زنان مبتلا به سرطان در ۱۶ مطالعه بیانگر آن بود که شیوع اضطراب متوسط یا شدید از ۱۶ تا ۶۵ درصد به عنوان شایع‌ترین عارضه در این بیماران مطرح است (۲۲). در روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت دوانلو و بر اساس مثلث تعارض، عناصر درون روانی مؤثر در چرخه نورو عبارت‌اند از احساس، اضطراب و دفاع که با تعریفی که از همدلی خود بیان شد می‌توان همدلی خود را به میزان آگاهی از این عناصر و درک چگونگی روابط بین آن‌ها تعریف کرد یعنی فردی که متوجه احساس‌ها، اضطراب‌ها و مکانیسم‌های دفاعی خویش است و می‌تواند درک کند که چه زمانی مضطرب می‌شود، چه احساسی دارد و در حال استفاده از چه مکانیسمی است و با استفاده از آن مکانیسم در حال کاستن از اضطراب و پنهان کردن کدام احساس است، از سطح بالایی از همدلی خود برخوردار است (۳۰). بنابراین با توجه به سطح بالای اضطراب در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان (۲۳) و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی برای کاهش اضطرابشان و آگاه نبودن به آنچه در دنیای درون روانیشان می‌گذرد، همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان دارای سطوح پایینی است.

با مرور پیشینه پژوهش‌های منتشر شده در مورد مشکلات روانشناختی در بین بیماران مبتلا به انواع سرطان، از جمله سرطان پستان مشخص می‌شود که از درمان‌های روان پزشکی و دارویی و همچنین مداخلات روانشناختی و روان درمانی با استفاده از رویکردهای درمانی مختلف از جمله درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، واقعیت

باشند اما خبری از اضطراب نباشد. در واقع رابطه نشانه و اضطراب قطع شده است و این یعنی مکانیسم دوم (۳۱). به موازات مصنوعی و اختیاری شدن نشانه‌ها از یک سو و قطع رابطه بین نشانه و اضطراب از سوی دیگر، مکانیسم سوم یعنی تغییر معنای نشانه وارد عمل می‌شود و معنی نشانه برای فرد دگرگون می‌شود. نشانه بدون اضطراب، یعنی رفتاری عادی بدون خاصیت پاتولوژیک، نشانه‌ای که دیگر عاری از هیجان‌های منفی است (۳۲). این تجربه‌های درمان بخش، از مصنوعی‌سازی - دستوری‌سازی گرفته تا قطع رابطه نشانه و اضطراب و تغییر معنی نشانه، سرآغاز قدرتمند شدن من^۱ است که تا پیش از این در میانه تعارضات درون‌روانی، عمدتاً تعارض بین نهاد و فرامن، مستاصل و درمانده شده بود، مکانیسمی که عمق و گستردگی تغییرات درمانی مرهون و مدیون آن است: مکانیسم استحکام من. هدف اصلی و غایی درمان اختلال‌های روانشناختی در مدل PTC، قوام، قدرت و استحکام من است. در واقع بیماری روانی محصول مستقیم ضعف من در مدیریت تعارضات درون‌روانی و مقتضیات محیطی است. مشکلات و اختلال‌های روانشناختی وقتی به وجود می‌آیند که من در کشاکش این تعارضات همیشه فعال، ضعیف و ناتوان باشد و نتواند شرایط را مدیریت کند. هنگامی که من در راس مثلث شخصیت قرار داشته باشد، یعنی بتواند بر تعارضات و کشمکش‌های نهاد و فرامن نظارت، مدیریت و کنترل داشته باشد، سلامت روانی عمومی برقرار است. فرآیند استحکام من در طول جلسات و انجام تکالیف درمانی و به موازات مکانیسم‌هایی که توضیح آن داده شد شروع می‌شود و شکل می‌گیرد (۲۸، ۳۱). لازم به ذکر است که بر اساس مدل درمان PTC، اضطراب، جوهر اختلال‌های روانشناختی است و اصل حاکم بر این مدل درمانی حذف اضطراب است و این اصل بر رویکرد PTC و تمامی اقدامات و همچنین مکانیسم‌های اثربخشی، حاکم، جاری و ساری است (۲۹).

اثربخشی پارادوکس درمانی در پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. بشارت در یک مطالعه موردی به بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال وسواس فکری - عملی پرداخت. نتایج درمان سه جلسه‌ای پارادوکس درمانی به روش PTC برای این بیمار، نشان داد که درمان کاملاً موفقیت‌آمیز بوده است. پیگیری ۱۸ ماهه نیز نشان داد که تغییرات رضایت

بخش درمانی از ثبات و استمرار برخوردار بوده و در این دوره هیچ بازگشتی صورت نگرفته است (۳۰). بشارت در یک مطالعه موردی به بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی پرداخت. نتایج درمان سه جلسه‌ای PTC برای این بیمار، نشان داد که درمان کاملاً موفقیت‌آمیز بوده است. پیگیری سه ساله نیز نشان داد که تغییرات رضایت‌بخش درمانی از ثبات و استمرار برخوردار بوده و در این دوره هیچ بازگشتی صورت نگرفته است (۲۸). محمدی و همکاران در یک مطالعه نشان دادند که پارادوکس درمانی به روش PTC تأثیر معناداری بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌آمیختگی فکر-عمل و علائم وسواسی جبری دارد (۳۳). طاهرنژاد جوزم و همکاران در یک مطالعه نشان دادند که پارادوکس درمانی بر نشانه‌های استحکام من، خودشناسی، افسردگی، اضطراب و استرس در ضایعه نخاعی مؤثر است (۳۱). دهاقین و همکاران در پژوهشی نشان دادند که روان‌درمانی پارادوکسی، استحکام من را در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی رابطه‌ای بهبود می‌بخشد و نشانگان وسواس فکری - عملی - رابطه‌ای را کاهش می‌دهد (۳۴). همانطور که پیشینه پژوهشی درمان پارادوکسی نشان می‌دهد، این درمان اولاً برای بیماران مبتلا به سرطان پستان استفاده نشده و ثانیاً در پژوهش‌های انجام شده، این درمان برای کاهش اضطراب درد و افزایش همدلی خود بیماران به کار برده نشده است، بنابر این با یک خلاء پژوهشی در این زمینه روبرو هستیم.

بررسی‌ها نشان می‌دهد مسائل روانشناختی و تأثیر آن در بروز یا تشدید علائم روان‌تنی بیماری‌های جسمی از جمله سرطان و ایجاد شرایط مناسب زندگی برای بیماران، کمتر مورد توجه بوده است. علاوه بر آن اثربخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان مورد پژوهش قرار نگرفته است. بنابر تمهیدات یاد شده، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان است. بر این اساس، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا پارادوکس درمانی بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است؟

روش

ابزار

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت یک طرح چند خط پایه^۱ با استفاده از دوره پیگیری بود. طرح تک آزمودنی چند خط پایه برای بررسی تأثیر یک مداخله یا عامل بر رفتار یا واکنش فردی استفاده می‌شود. در این روش، افراد در طول زمان به صورت فردی بررسی می‌شوند و عملکرد یا واکنش آن‌ها در دو شرایط مختلف، یک شرط پایه و یک شرط تحت تأثیر مداخله، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در این طرح ابتدا عملکرد فرد در شرط پایه (قبل از مداخله) ثبت می‌شود. سپس مداخله اعمال می‌شود و نتایج عملکرد فرد در شرط تحت تأثیر مداخله نیز ثبت می‌شود. در نهایت، نتایج در دو شرط با یکدیگر مقایسه می‌شوند تا تأثیر مداخله بر رفتار یا واکنش فرد بررسی شود (۳۵).

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش تمامی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۴۰۱ بود. نمونه آماری ۳ زن مبتلا به سرطان پستان بود. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱. شرکت کنندگان بر اساس پرونده پزشکی در دو سال اخیر به سرطان پستان بدون متاستاز مبتلا شده باشند و نمره پرسشنامه اضطراب درد آن‌ها حداقل ۴۰ و نمره پرسشنامه همدلی خود حداکثر ۲۵ باشد. ۲. شرکت کنندگان باید حداقل ۳ ماه از تشخیص سرطان در آن‌ها گذشته و فرآیند شیمی‌درمانی را آغاز کرده باشند. هدف از تعیین این فاصله زمانی این است که بیماران واکنش‌های هیجانی اولیه بعد از تشخیص را پشت سر گذاشته و به وضعیت نسبتاً ثابت رسیده باشند. ۳. حداقل سطح تحصیلات دیپلم. ۴. سن ۲۵-۵۵. ۵. عدم ابتلا به اختلالات حاد روانشناختی. ۶. نداشتن اعتیاد به الکل، مواد مخدر، محرک و همچنین مصرف نکردن به صورت تفننی در طول دوره پژوهش. ۷. استفاده نکردن از داروهای روان‌پزشکی. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: ۱. داشتن همزمان بیماری جسمی مشخص دیگر به جز سرطان پستان. ۲. مشکلات مالی قابل توجه، در حدی که بر فرآیند درمان مؤثر باشد. ۳. استفاده از هر نوع خدمات روانشناختی و مشاوره‌ای. ۴. غیبت بیش از دو جلسه در طول درمان.

۱. پرسشنامه اضطراب درد (PASS-20): این پرسشنامه توسط مک‌کراکن و دینگرا (۳۶) به منظور سنجش نشانه‌های اضطراب درد، طراحی شده است و دارای ۲۰ سؤال و ۴ مؤلفه شناختی (سؤالات ۱ تا ۵)، گریز-اجتناب (سؤالات ۶ تا ۱۰)، ترس (سؤالات ۱۱ تا ۱۵) و اضطراب فیزیولوژیکی (سؤالات ۱۶ تا ۲۰) می‌باشد. پاسخ دهی و نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت شش درجه‌ای از هرگز (۰) تا همیشه (۵) است. بنابراین کمینه نمره در این پرسشنامه صفر و بیشینه نمره ۱۰۰ است. مک‌کراکن و دینگرا (۳۶) روایی همگرای این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک، ۰/۶۳ محاسبه کردند و همسانی درونی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند. در ایران ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس نشانگان اضطراب درد، توسط پاک‌نژاد و همکاران انجام شد (۳۷). به این منظور، مقیاس PASS-20 به همراه مقیاس‌های فاجعه‌آمیزی درد، خودکارآمدی درد و رفتار درد، در بین ۳۱۰ نفر از افراد سانحه دیده شغلی اجرا شد. تحلیل عاملی تأییدی شاخص‌های نیکویی برازش مناسبی را نشان داد. روایی همگرا مقیاس، با مقیاس‌های افسردگی و اضطراب، ترس از حرکت، فاجعه‌آمیزی درد و رفتار درد از نظری آماری معنی‌دار بود. واریس روایی و اگرایی مقیاس، با خودکارآمدی درد، نشان‌دهنده همبستگی منفی معنی‌داری بود. پایایی این پرسشنامه نیز در مطالعه پاک‌نژاد و همکاران (۳۷) با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۰، در مطالعه خداپناه و همکاران (۳۸)، ۰/۹۳ و در پژوهش حاضر ۰/۸۱ محاسبه گردید.

پرسشنامه همدلی خود: این پرسشنامه توسط معنوی‌پور و همکاران (۲۰) بر مبنای رویکرد روان‌پویشی دوانلو و مالان در سال ۱۳۹۹ ساخته شده است که با ۱۶ گویه، ۵ عامل توجه به بدن (گویه‌های ۱۴، ۱۲، ۴ و ۲)، درک احساس (۹، ۸، ۱)، درون‌نگری (۱۰، ۷)، اضطراب (۱۶، ۵، ۳) و مکانیسم‌های دفاعی (۱۳، ۱۱، ۶) را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌دهی و نمره-گذاری به سؤالات در مقیاس سه درج‌ای کاملاً (نمره ۳) تا اصلاً (نمره ۱) است. بنابراین کمینه نمره ۱۶ و بیشینه نمره ۴۸ می‌شود. نتایج بررسی روایی سازه این پرسشنامه، در پژوهش معنوی‌پور و همکاران (۲۰) با استفاده از روش تحلیل

عاملی نشان داد که تمامی گویه‌ها و مؤلفه‌ها، بار عاملی بالاتر از ۰/۳۰ را داشتند که نشان‌دهنده روایی سازه این پرسشنامه بود. جهت تعیین کفایت برازش الگوی اندازه‌گیری از شاخص‌های، ریشه میانگین مربعات باقی مانده استاندارد شده (SRMR) و شاخص برازش تطبیقی (CFI) استفاده شد که شاخص (SRMR) برابر ۰/۰۳۲ و شاخص (CFI) برابر ۰/۹۵ به دست آمد که این نتایج حاکی از آن است که این مقادیر در سطح مطلوبی قرار دارند. ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است.

در پژوهش حاضر، روایی محتوایی این پرسشنامه به روش کیفی مورد تأیید ۸ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه در رشته روانشناسی واقع شد و نسبت روایی محتوایی (CVR) با استفاده از فرمول لاوشه^۲ (۳۹)، ۰/۷۸ محاسبه شد که نشان دهنده روایی مطلوب پرسشنامه همدلی خود است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه گردید.

روند اجرای پژوهش: پس از کسب رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی و به‌طور همزمان وارد مرحله «خطاپایه» شدند. تفاوت بین شرکت‌کنندگان در تعداد جلسات خطاپایه بود، بدین معنی که بین دو تا چهار جلسه مرحله «خطاپایه» را گذراندند؛ بدین صورت که شرکت‌کننده اول دو جلسه خطاپایه در دو هفته، شرکت‌کننده دوم، سه جلسه خطاپایه در سه هفته و شرکت‌کننده سوم، چهار جلسه خطاپایه در چهار هفته را به صورت انفرادی پشت سر گذاشتند. شرکت‌کنندگان به ترتیب وارد مرحله «مداخله» شدند؛ مداخله نیز به صورت انفرادی و هر هفته یک جلسه، جمعاً هشت جلسه در هشت هفته برای هر کدام از شرکت‌کنندگان اجرا گردید. بعد از دریافت جلسات آموزش، شرکت‌کنندگان به ترتیب وارد مرحله «پیگیری» شدند؛ پیگیری نیز به صورت انفرادی و چهار هفته و هر هفته یک جلسه اجرا شد. وضعیت شرکت‌کنندگان در جلسات مراحل خطاپایه، مداخله و پیگیری در جدول ۱ ارائه شده است.

برای هریک از شرکت‌کننده‌ها در مرحله «خطاپایه»، آزمون اضطراب درد و پرسشنامه همدلی خود اجرا گردید؛ و هر یک از آن‌ها به صورت انفرادی هشت جلسه پارادوکس درمانی را

در هشت هفته دریافت کردند. در مرحله «پیگیری» هر شرکت‌کننده در چهار جلسه پیگیری یک هفته‌ای شرکت کرد. تمام ارزیابی‌های مراحل خطاپایه، مداخله، پیگیری و فرآیند مداخله، توسط پژوهشگر اول که در این زمینه آموزش‌های لازم را دیده بود، انجام گرفت. مدت زمان هر جلسه مداخله بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود. بدین ترتیب تمامی مراحل اجرای پژوهش ۱۶ هفته به طول انجامید. جلسات پارادوکس درمانی با اقتباس از کتاب پارادوکس + برنامه زمانی = درمان (۲۹) در طی هشت جلسه به شرکت‌کنندگان ارائه شد (جدول ۲). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل‌های درون موقعیتی (میان، میانگین، محفظه ثبات، دامنه تغییرات، تغییر طراز نسبی و مطلق)، تحلیل‌های بین موقعیتی (تغییرات روند^۳ و تغییر در سطح، PND^4 و POD^5) و محاسبه درصد بهبودی از روش «میانگین کاهش از خطاپایه» استفاده شد. محاسبات عددی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. مقادیر بالای ۷۰ درصد در PND نشان‌دهنده تأثیر بالای مداخله، بین ۵۰ تا ۷۰ درصد تأثیر متوسط مداخله و مقادیر کمتر از ۵۰ درصد حاکی از اثربخش نبودن مداخله است (۴۰). همچنین مقادیر بالای ۵۰ درصد بهبودی نشان‌دهنده تأثیر بالای مداخله، بین ۲۵ تا ۴۹ درصد تأثیر متوسط مداخله و مقادیر کمتر از ۲۵ درصد حاکی از اثربخش نبودن مداخله است (۴۱).

ملاحظات اخلاقی شامل رعایت صداقت، امانت‌داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق بی‌نام بودن مقیاس‌ها، ناشناس ماندن آزمودنی‌ها و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات آن‌ها مورد توجه قرار گرفت. این پژوهش دارای مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن به کد اخلاق با شناسه IR.IAU.R.REC.1401.074 می‌باشد.

4. Percentage of Non-overlapping Data
5. Percentage of Overlapping Data
6. Mean Baseline Reduction (MBLR)

1. Content Validity Ratio
2. Lawshe
3. Trending

جدول ۱) وضعیت شرکت کنندگان در جلسات مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
مرحله پیگیری ۴ هفته ۴ جلسه						مرحله مداخله ۸ هفته ۸ جلسه						مرحله خط پایه ۲ هفته ۲ جلسه				شرکت کننده اول
مرحله پیگیری ۴ هفته ۴ جلسه						مرحله مداخله ۸ هفته ۸ جلسه						مرحله خط پایه ۳ هفته ۳ جلسه				شرکت کننده دوم
مرحله پیگیری ۴ هفته ۴ جلسه						مرحله مداخله ۸ هفته ۸ جلسه						مرحله خط پایه ۴ هفته ۴ جلسه				شرکت کننده سوم

جدول ۲) پروتکل پارادوکس درمانی

ردیف	شماره جلسه	خلاصه راهنمای درمان
۱	جلسه اول	مرحله اجتماعی مصاحبه: شامل خوشامدگویی، نکاتی که معمولاً ضمن معرفی می‌شوند مثل وضعیت تأهل، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال و در صورت نیاز طرح مسائل خاص خانوادگی و اجتماعی. مرحله مشکل مصاحبه: شرح جزئیات مشکل (مشکلات) و/ یا اختلال (اختلال‌ها) توسط مراجع/ بیمار و همراهان احتمالی، شرح برنامه درمان توسط درمانگر و تعیین هدف‌های درمان، تجویز تکالیف متناسب برای اجرا توسط مراجع/ بیمار در فاصله بین جلسات (به طور معمول و به عنوان یک تکلیف حداقلی برنامه زمانی پارادوکسی).
۲	جلسه دوم	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل، مشکلات و محدودیت‌های احتمالی اجرای تکالیف برای مراجع/ بیمار، پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/ بیمار و همراهان احتمالی، میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/ بیمار، لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی به تنهایی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/ تعداد کمتر - مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده) یا همراه با تکالیف جدید (برای مثال، تجویز برنامه زمانی پارادوکسی در زمینه سایر نشانه‌ها).
۳	جلسه سوم	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل، پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/ بیمار و همراهان احتمالی، برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/ بیمار، لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/ تعداد کمتر - مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده)، تجویز تکنیک مکمل اول در صورت نیاز (مطابق اصل کاهش اضطراب در مدل PTC، مراجع/ بیمار موظف می‌شود که برای کاهش نشانه‌ها از سطح فعلی تلاشی نکند).
۴	جلسه چهارم	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل، پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/ بیمار و همراهان احتمالی، برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/ بیمار، لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/ تعداد کمتر - مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده)، تجویز تکنیک مکمل دوم در صورت نیاز (مطابق اصل کاهش اضطراب در مدل PTC، از مراجع/ بیمار خواسته می‌شود که نشانه‌ها را در سطح فعلی حفظ کند).
۵	جلسه پنجم ششم، هفتم و هشتم	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل، پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/ بیمار و همراهان احتمالی، برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/ بیمار، اعلام پایان دوره درمان در صورت تحقق هدف‌های درمان یا ادامه جلسات تا تحقق کامل هدف‌های درمان در صورت نیاز.
۶	پیگیری	شرح برنامه خود درمانی مراجع/ بیمار در آینده (این برنامه در جلسه پایانی برای مراجع/ بیمار تشریح می‌شود).

یافته‌ها

نمرات اضطراب درد و همدلی خود شرکت کنندگان در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است. میانگین درصد بهبودی نمرات اضطراب درد و همدلی خود در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری در جدول ۴ ارائه شده است.

هر سه نفر از شرکت کنندگان متاهل بودند. سه شرکت کننده دارای مدرک کارشناسی بودند. میانگین سن سه شرکت کننده $43/3 \pm 7/09$ سال بود.

جدول ۳) نمرات اضطراب درد و همدلی خود شرکت‌کننده‌ها در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری

مراحل اندازه‌گیری	اضطراب درد			همدلی خود		
	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم
خط پایه اول	۴۱	۴۳	۵۵	۲۳	۲۴	۲۲
خط پایه دوم	۴۳	۵۱	۵۱	۲۱	۲۳	۲۳
خط پایه سوم	-	۴۵	۵۲	-	۲۳	۲۲
خط پایه چهارم	-	-	۵۲	-	-	۲۲
جلسه اول مداخله	۳۰	۲۹	۴۰	۲۳	۲۵	۲۳
جلسه دوم مداخله	۲۴	۳۴	۳۸	۲۴	۲۸	۲۴
جلسه سوم مداخله	۱۷	۲۸	۳۳	۲۶	۲۹	۲۷
جلسه چهارم مداخله	۱۷	۳۱	۲۸	۳۵	۳۲	۳۲
جلسه پنجم مداخله	۸	۲۹	۳۰	۳۶	۳۴	۳۲
جلسه ششم مداخله	۱۱	۲۲	۳۰	۳۵	۳۳	۳۴
جلسه هفتم مداخله	۷	۲۱	۲۴	۳۴	۳۷	۳۵
جلسه هشتم مداخله	۸	۲۲	۲۰	۳۴	۳۶	۳۴
جلسه اول پیگیری	۸	۲۴	۲۲	۳۳	۳۳	۳۲
جلسه دوم پیگیری	۹	۲۱	۲۱	۳۱	۳۱	۳۱
جلسه سوم پیگیری	۹	۲۰	۲۲	۳۱	۳۲	۳۰
جلسه چهارم پیگیری	۱۰	۲۱	۲۰	۳۲	۳۲	۳۱

جدول ۴) میانگین درصد بهبودی نمرات اضطراب درد و همدلی خود در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری

شرکت‌کننده	مرحله خط پایه	مرحله حین درمان	مرحله پیگیری	درصد بهبودی در مرحله درمان نسبت به خط پایه	درصد بهبودی در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه	درصد بهبود کل در مرحله	درصد بهبود کل در مرحله درمان	درصد بهبود کل در مرحله پیگیری
اضطراب درد	اول	۴۲	۱۵/۲۵	۹	۶۳/۷	۷۸/۵	۴۸/۸۴	۶۳/۸۳
	دوم	۴۶/۳۳	۲۷	۲۱/۵	۴۱/۷	۵۳/۵		
	سوم	۵۲/۵۰	۳۰/۳۷	۲۱/۲۵	۴۱/۱۴	۵۹/۵		
همدلی خود	اول	۲۲	۳۰/۸۷	۳۱/۷۵	۴۰/۳۱	۴۴/۳۱	۳۷/۳۱	۴۰/۳۲
	دوم	۲۳/۳۰	۳۱/۷۵	۳۲	۳۶/۲۶	۳۷/۳۳		
	سوم	۲۲/۲۵	۳۰/۱۲	۳۱	۳۵/۳۷	۳۹/۳۲		

مقادیر درصد بهبودی نمرات اضطراب درد و همدلی خود در جدول ۴ نشان می‌دهد که پارادوکس درمانی بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است. از آنجایی که مقادیر بالای ۵۰ درصد بهبودی نشان دهنده‌ی تأثیر بالای مداخله، بین ۲۵ تا ۴۹ درصد تأثیر متوسط مداخله و مقادیر کمتر از ۲۵ درصد حاکی از اثربخش نبودن مداخله است (۴۱)، می‌توان گفت برای شرکت‌کننده اول، در مرحله درمان و پیگیری در مقایسه با مرحله خط پایه پارادوکس درمانی بر اضطراب درد در زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر

زیادی داشته است و برای شرکت‌کننده دوم و سوم در مرحله درمان تأثیر متوسط به بالا و در مرحله پیگیری تأثیر زیادی داشته است. در متغیر همدلی خود برای شرکت‌کننده اول، دوم و سوم در مرحله درمان و پیگیری در مقایسه با مرحله خط پایه، پارادوکس درمانی تأثیر متوسطی داشته است. به طور کلی پارادوکس درمانی بر اضطراب درد در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله درمان، تأثیر متوسط به بالا و در مرحله پیگیری تأثیر زیاد و برای متغیر همدلی خود در مرحله درمان و پیگیری تأثیر متوسطی داشته است.

جدول ۵) تحلیل‌های درون موقعیتی برای شرکت‌کننده‌های در متغیرهای اضطراب درد و همدلی خود

اضطراب درد									
۱- توالی موقعیت	مرحله خطاپایه			مرحله مداخله			مرحله پیگیری		
	ترک‌ت‌کننده یک	ترک‌ت‌کننده دو	ترک‌ت‌کننده سه	ترک‌ت‌کننده یک	ترک‌ت‌کننده دو	ترک‌ت‌کننده سه	ترک‌ت‌کننده یک	ترک‌ت‌کننده دو	ترک‌ت‌کننده سه
۲- تعداد جلسات	۲	۳	۴	۸	۸	۸	۴	۴	۴
۳- طراز									
۱-۳- میانه	۴۲	۴۵	۵۲	۱۴	۲۸/۵	۳۰	۹	۲۱	۳۱/۵
۲-۳- میانگین	۴۲	۴۶/۳۳	۵۲/۵۰	۱۵/۲۵	۲۷	۳۰/۳۷	۹	۲۱/۵	۳۱/۲۵
۳-۳- دامنه تغییرات	۴۱-۴۳	۴۳-۵۱	۵۱-۵۵	۷-۳۰	۲۱-۳۴	۲۰-۴۰	۸-۱۰	۲۰-۲۴	۲۰-۲۲
۴-۳- محفظه ثبات	۳۳/۶-۵۰/۴	۳۶-۵۳	۴۱/۶-۶۲/۴	۱۱/۲-۱۶/۸	۲۲/۸-۳۱/۶	۲۴-۳۶	۷/۲-۱۰/۸	۱۶/۸-۲۵/۲	۱۷/۴۲-۲۵/۷
۵-۳- دامنه تغییرات محفظه ثبات	یا ثبات	یا ثبات	یا ثبات	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر
۴- تغییر طراز									
۱-۴- تغییر طراز نسبی	۰	۰	۰	-۲۸	-۱۶/۵	-۲۲	-۲۳	-۲۴	-۳۰/۵
۲-۴- تغییر طراز مطلق	۰	۰	۰	-۱۳	-۱۶	-۲	-۲۵	-۲۳	-۳۰
۵- روند									
۱-۵- جهت	همسطح	همسطح	همسطح	نزولی ⁺	نزولی ⁺	نزولی ⁺	نزولی ⁺	نزولی ⁺	نزولی ⁺
۲-۵- ثبات	یا ثبات	یا ثبات	یا ثبات	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر
همدلی خود									
مرحله پیگیری	مرحله خطاپایه			مرحله مداخله			مرحله پیگیری		
	ترک‌ت‌کننده یک	ترک‌ت‌کننده دو	ترک‌ت‌کننده سه	ترک‌ت‌کننده یک	ترک‌ت‌کننده دو	ترک‌ت‌کننده سه	ترک‌ت‌کننده یک	ترک‌ت‌کننده دو	ترک‌ت‌کننده سه
۲- تعداد جلسات	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴
۳- طراز									
۱-۳- میانه	۲۲	۲۳	۲۲	۳۴	۳۲/۵	۳۲	۳۱/۵	۳۲	۳۱
۲-۳- میانگین	۲۲	۲۳/۳۳	۲۲/۲۵	۳۰/۸۸	۳۱/۷۵	۳۰/۱۲	۳۱/۷۵	۳۲	۳۱
۳-۳- دامنه تغییرات	۲۱-۲۳	۲۳-۲۴	۲۲-۲۳	۲۳-۳۵	۲۵-۴۰	۲۵-۳۷	۲۵-۳۷	۲۵-۳۷	۲۳-۲۵
۴-۳- محفظه ثبات	۱۷/۶-۲۴/۴	۱۸/۴-۲۷/۴	۱۷/۶-۲۴/۴	۲۷/۲-۴۰/۸	۲۶-۳۷	۲۵/۶-۳۸/۴	۲۵/۲-۳۷	۲۵/۶-۳۸/۴	۲۴/۸-۳۷/۲
۵-۳- دامنه تغییرات محفظه ثبات	یا ثبات	یا ثبات	یا ثبات	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر
۴- تغییر طراز									
۱-۴- تغییر طراز نسبی	۰	۰	۰	۱۲	۹/۵	۱۰	۱۱/۵	۹	۹
۲-۴- تغییر طراز مطلق	۰	۰	۰	+۲	+۳	+۱	+۱۳	+۱۰	+۱۰
۵- روند									
۱-۵- جهت	صعودی ⁺	صعودی ⁺	صعودی ⁺	صعودی ⁺	صعودی ⁺	صعودی ⁺	صعودی ⁺	صعودی ⁺	صعودی ⁺
۲-۵- ثبات	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر

باشد که حاکی از مؤثر بودن پارادوکس درمانی بر اضطراب درد در زنان مبتلا به سرطان پستان است. تحلیل‌های بین موقعیتی برای شرکت‌کننده‌ها در متغیر همدلی خود در جدول ۷ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود PND برای همه شرکت‌کننده‌ها ۱۰۰ می‌باشد که حاکی از مؤثر بودن پارادوکس درمانی بر همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان است.

نتایج میانگین، تغییر طراز نسبی، تغییر طراز مطلق و جهت در تحلیل‌های درون موقعیتی برای شرکت‌کننده‌ها در جدول ۵ حاکی از آن است که هر سه شرکت‌کننده در متغیرهای اضطراب درد و همدلی خود بهبود یافتند. تحلیل‌های بین موقعیتی برای شرکت‌کننده‌ها در متغیر اضطراب درد در جدول ۶ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود PND برای همه شرکت‌کننده‌ها ۱۰۰ می‌باشد.

جدول ۶) تحلیل‌های بین موقعیتی برای شرکت‌کننده‌ها در متغیر اضطراب درد

بین موقعیتی		شرکت‌کننده اول		شرکت‌کننده دوم		شرکت‌کننده سوم	
۱- مقایسه موقعیت	خط پایه	خط پایه	خط پایه	خط پایه	خط پایه	خط پایه	خط پایه
۲-۱- تغییر جهت	نزولی ⁺	نزولی ⁺	نزولی ⁺	نزولی ⁺	نزولی ⁺	نزولی ⁺	نزولی ⁺
۲-۲- اثر وابسته به هدف	منفی	منفی	منفی	منفی	منفی	منفی	منفی
۲- تغییرات روند							
۳-۲- تغییر مطلق	۷ به ۴۳	۸ به ۴۳	۲۱ به ۴۳	۲۰ به ۴۳	۲۰ به ۵۱	۲۰ به ۵۱	۲۰ به ۵۱
۳-۳- تغییر میانه	۷ به ۴۳	۹ به ۱۴	۲۸/۵ به ۴۵	۹ به ۲۸/۵	۳۰ به ۵۲	۲۱/۵ به ۳۰	۲۱/۵ به ۳۰
۳-۴- تغییر میانگین	۱۵/۲۱ به ۴۲	۹ به ۱۵/۲۱	۲۷ به ۴۶/۳۳	۲۱/۵ به ۲۷	۳۰/۳۷ به ۵۲/۵۰	۲۱/۵ به ۳۰/۳۷	۲۱/۵ به ۳۰/۳۷
۲- تغییرات روند							
۴-۱- PND	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۴-۲- POD	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰

جدول ۷) تحلیل‌های بین موقعیتی برای شرکت‌کننده‌ها در متغیر همدلی خود

شرکت‌کننده سوم		شرکت‌کننده دوم		شرکت‌کننده اول		بین موقعیتی
خط پایه	خط پایه	خط پایه	خط پایه	خط پایه	خط پایه	۱- مقایسه موقعیت
پیگیری	درمان	پیگیری	درمان	پیگیری	درمان	
صعودی +	صعودی +	صعودی +	صعودی +	صعودی +	صعودی +	۱-۲- تغییر جهت
مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	۲-۲- اثر وابسته به هدف
۲- تغییرات روند						
۲۲ به ۳۲	۲۲ به ۳۵	۲۳ به ۳۳	۲۳ به ۳۷	۲۱ به ۳۵	۲۱ به ۳۵	۲-۳- تغییر مطلق
۳۲ به ۳۱	۲۲ به ۳۲	۳۲/۵ به ۳۲	۲۳ به ۳۲/۵	۳۴ به ۳۱/۵	۲۲ به ۳۴	۳-۳- تغییر میانه
۳۰/۱۲ به ۳۱	۲۲/۲۵ به ۳۰/۱۲	۳۱/۷۵ به ۳۲	۲۳/۳۳ به ۳۱/۷۵	۳۰/۸۸ به ۳۱/۷۵	۲۲ به ۳۰/۸۸	۳-۴- تغییر میانگین
۲- تغییرات روند						
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۴-۱- PND
.	.	.	.	.	.	۴-۲- POD

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که پارادوکس درمانی بر اضطراب درد در زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش و منجر به کاهش اضطراب درد در آن‌ها شده است. از آنجایی که پژوهش منتشر شده‌ای که به بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب درد در زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخته باشد یافت نشد، امکان مقایسه همسویی و ناهمسویی نتایج حاضر با نتایج سایر پژوهش‌ها میسر نبود. اضطراب مرتبط با درد، به مجموع پاسخ‌های شناختی و آشکار روانی و رفتاری اشاره دارد که معمولاً به عنوان اضطراب قلمداد می‌شوند و در پاسخ به درد یا رویدادهای مرتبط با درد نشان داده می‌شوند (۱۶).

در پژوهش حاضر با استفاده از پروتکل PTC، جلسه اول، مشکل مراجع با جزئیات مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به پرسشنامه اضطراب درد و مصاحبه بالینی، اضطراب درد در مراجعین به عنوان یک مشکل اصلی شناخته شد، به طوری که مراجعین بیان می‌کردند که با کوچکترین احساس درد، سطح اضطراب در آن‌ها بالا می‌رود، دچار نشانه‌های بدنی اضطراب می‌شوند و همچنین در ادامه احساس درد در آن‌ها بیشتر می‌شود و این چرخه به اضطراب درد آن‌ها دامن می‌زند.

با استفاده از فن دوگانه PTC یعنی برنامه زمانی پارادوکسی، نمره اضطراب درد در شرکت‌کننده‌ها به طور قابل توجهی کاهش پیدا کرد. در تبیین اثربخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب درد، بازسازی توانمندی (استحکام) من^۱ به عنوان ستون فقرات شخصیت تبیین‌کننده تغییرات عمیق و ساختاری است که منجر به کاهش اضطراب درد در آزمودنی‌ها شده است. به مانند تمامی درمان‌های روانکاوانه و پویشی، هنگامی که من مراجع، خودمختاری خود را به دست آورد منجر به افزایش کارکرد روانی در او می‌شود (۴۲) و مدل درمان PTC نیز از جهت نظری ریشه در نظریه‌های روان‌پویشی، روان‌کاوی و سیستمی دارد (۴۳) و در واقع روان‌کاوی عملی است (۴۴) و با افزایش قدرت من باعث تغییرات درمانی می‌شود. مکانیسم استحکام من در امتداد سه مکانیسم دیگر در فرآیند درمان PTC محقق می‌شود (۳۲).

مکانیسم‌های تأثیرگذاری برنامه زمانی پارادوکسی: مکانیسم اول: دستوری‌سازی-مصنوعی‌سازی: پس از بررسی عمیق و همه جانبه مشکل، درمانگر دستور یک بازی نقش را به مراجع می‌دهد که از فردا در زمان‌های از پیش تعیین شده، نشانه‌های بیماری یعنی اضطراب‌ها را بازسازی و تجربه کند (همان اضطراب‌هایی که با کوچکترین دردی شروع می‌شود و یا حتی بدون هیچ دردی شرکت‌کننده اضطراب شروع آن درد را دارد) به گونه‌ای که حتی دردی را در بدن خود تجسم و در پی آن

مکانیسم دوم:

قطع رابطه نشانه و اضطراب: اصل حاکم بر مدل درمان PTC، حذف اضطراب است (۲۹). وقتی شرکت کنندگان در زمان انجام تکالیف، نشانه‌ها را بازسازی می‌کردند یعنی سعی می‌نمودند درد را در بدن خود به همراه اضطراب ایجاد کنند و همچنین بدن خود را با همان اضطراب همیشگی چک و واریسی کنند؛ اتفاقی که افتاده است در این گفتارهای شرکت کنندگان نمایان است: بعد از چند روز که تکالیف را انجام دادم هر کاری می‌کردم مثل روزهای اول انجام تکالیف، مضطرب نمی‌شدم و یا چک کردن بدنم بعد از چند روز مسخره بود و یا شرکت کننده دیگر بیان می‌کرد که بعد از چندبار انجام تکالیف با خودم گفتم این چه کار مسخره‌ای است و دیگر نه تکلیف چک کردن را انجام دادم و نه در زمان‌های دیگر خودم را واریسی می‌کردم. این گفته‌ها قطع رابطه نشانه و اضطراب را نشان می‌دهند. یعنی نشانه وجود دارد ولی بدون مزه تلخ اضطراب درد. نکته قابل توجه اینست که PTC با این تکنیک عملاً بر روی هیجانات کار می‌کند ولی زمانی که این هیجانات اصلاح می‌شود باورها و انتظارات مراجع هم تغییر می‌کند و عوض می‌شود یعنی نشانه می‌تواند حضور داشته باشد اما بدون بار هیجانی منفی و اضطراب درد. همه اینها زمینه شکل گیری مکانیسم سوم تأثیرگذاری برنامه زمانی پارادوکسی را فراهم می‌کند.

مکانیسم سوم:

تغییر معنای نشانه: این تغییر در معنای نشانه از ابتدای فرآیند درمان، جایی که تکلیف برای مراجع تجویز می‌شود آغاز می‌گردد. معنای نشانه‌هایی که تا قبل از آن به مثابه درد و مصیبت بود به یکباره برای مراجع و همچنین برای سیستم (خانواده و اجتماع) دگرگون می‌شود. نشانه‌هایی که تا دیروز داشتن آن یعنی شرمساری و سیستم، زبان به منع می‌گشود، حالا باید آن را داشته باشد. نکته قابل توجه اوج همدلی در جلسه درمان است وقتی که مراجع که خود را بابت داشتن نشانه‌ها (اضطراب درد، چک و واریسی کردن بدن) لعن و نفرین می‌کرده، حال از سوی درمانگر نشانه هایش پذیرفته شده است و به او گفته می‌شود که می‌دانیم این نشانه‌ها دست تو نیست، واکنش مراجع قابل توجه است. به عنوان نمونه این گفته یکی از شرکت کنندگان است: "شما اولین نفری هستید که من و درک کردید". این مسیر تغییر معنای نشانه و اضطراب

بدترین افکار و هیجانات را تجربه کند و با توجه به شدت چک کردن و واریسی بدن در مراجع، در صورت شدت و فراوانی زیاد به طوری که توسط شرکت کننده به عنوان یک مشکل بیان می‌شد درمانگر نقش چک کردن و واریسی بدن را نیز به همراه تمامی هیجانات منفی در وقت‌های از پیش تعیین شده را به او محول می‌کند. این بازسازی و بازی نقش بر خلاف نشانه‌های بیماری (اضطراب درد و متعاقب آن چک کردن) که به صورت غیرارادی و بر خلاف خواست و میل شرکت کننده بر او تحمیل می‌شوند امری ارادی است که به خواسته خود او به صورت مصنوعی و دستوری (براساس دستور درمانگر) بازسازی می‌شوند. عوامل مختلفی به تحقق مصنوعی سازی و اختیاری شدن نشانه‌ها کمک می‌کنند. وقتی درمانگر با استفاده از نشانه‌ها (پارادوکس) تمرین‌هایی را برای مراجع تجویز می‌کند (دستور می‌دهد) تا نشانه‌ها را بازسازی کند یعنی امری غیرارادی به ارادی تبدیل شده است. وقت‌های از پیش تعیین شده امر مصنوعی سازی را محقق می‌کند و تعیین زمان دقیق تمرین‌ها، دخالت و اختیار بیمار را در بازسازی نشانه‌ها تأمین می‌کند. همچنین شروع تمرین از فردای روز جلسه مصنوعی سازی را افزایش می‌دهد. حتی گفتار درمانگر در تجویز، به مصنوعی سازی دامن می‌زند؛ زمانی که از کلماتی چون نقش و بازی نقش استفاده می‌کند و بعد، از فردای جلسه هنگامی که شرکت کننده شروع به انجام تمرین‌ها می‌کند نشانه‌های بیماری (اضطراب درد) را به صورت ارادی و مصنوعی تجربه می‌کند. چنانچه به دستور درمانگر موظف شده که سعی کند ماهیت نشانه‌ها، مشابه بیماری باشد با همان طعم و مزه، اما این عمل نشدنی است. حتی خود شرکت کنندگان در جلسات بیان می‌کردند که زمان تمرین، هنگام ایجاد نشانه‌ها، حالت مصنوعی پیدا می‌کرد. مورد دیگر فراموشی انجام تمرین است که شرکت کنندگان مخصوصاً از جلسات سوم به بعد اظهار می‌کردند که نسبت به جلسات ابتدایی تعداد فراموشی تمرین‌ها بیشتر شده است. در واقع این فراموشی که در این مدل درمانی امری است شایع، بیانگر مصنوعی و اختیاری شدن نشانه و بیماری است و گر نه اصل بیماری قابل فراموشی نیست. در چهارچوب این مکانیسم، آنچه با اراده بیمار ساخته و پرداخته می‌شود، دیگر نه نامش بیماری است و نه خاصیت بیماری را دارد. این مصنوعی سازی منجر به شکل گیری مکانیسم دوم می‌شود.

زدایی پیش از انجام تکالیف است و حال بعد از شروع تکالیف، وقتی شرکت کننده، نشانه‌ها را به اختیار خود بازسازی می‌کند و می‌بیند که رنگ و بوی قبل را ندارد یعنی ارتباط بین نشانه و اضطراب قطع شده است و معنی نشانه‌ها تغییر می‌کند. این جمله یکی از آزمودنی‌هاست: "دیگر انجام این تکالیف برایم بی‌معنی است" و این نشان از تغییر معنای نشانه از چیزی رعب‌آور به چیزی مهم و بی‌خاصیت است به گونه‌ای که شرکت کننده‌ها دیگر درد را خطرناک و اضطراب‌آور نمی‌پندارند. این تجربه‌های درمان بخش، از اضطراب‌زدایی از نشانه‌ها گرفته تا مصنوعی‌سازی - دستوری‌سازی، قطع رابطه نشانه و اضطراب و تغییر معنی نشانه، سرآغاز قدرتمند شدن منی است که تا پیش از این در میانه تعارضات درون روانی، عمدتاً تعارض بین نهاد و فرامن، مستأصل و درمانده شده بود، مکانیسمی که عمق و گستردگی تغییرات درمانی و کاهش اضطراب درد در شرکت کننده‌ها مرهون و مدیون آن است: مکانیسم استحکام من (۳۲).

مکانیسم چهارم:

استحکام من: در تمامی درمان‌های روان‌کاوانه و پویشی، هنگامی که من مراجع خودمختاری خود را به دست آورد منجر به افزایش کارکرد روانی در او می‌شود (۴۲). هدف اصلی و نهایی در مدل ptc نیز قوام، قدرت و استحکام من است. وقتی من در راس مثلث شخصیت قرار داشته باشد، یعنی بتواند بر تعارضات و کشمکش‌های نهاد و فرامن نظارت، مدیریت و کنترل داشته باشد سلامت روانی عمومی برقرار است (۴۳). به موازات اضطراب‌زدایی که از هنگام تجویز تکلیف توسط درمانگر شروع می‌شود و با انجام تکلیف توسط شرکت کننده، ادامه پیدا می‌کند، تجربه هیجانی مراجع به اوج می‌رسد، استحکام من قوت، طول ارتفاع رأس در مثلث شخصیت یعنی جایگاه من، نسبت به دو ضلع دیگر مثلث شخصیت، یعنی نهاد و فرامن فزونی می‌گیرد و ستون خیمه شخصیت توسط من برافراشته می‌شود و حال، من است که قدرت را به دست می‌گیرد و بر قلمرو شخصیت حکمرانی می‌کند. گفته‌های شرکت کننده‌ها در جلسات مختلف حاکی از تسلط من بر امور است: "دیگر درد و اضطراب‌ها من را بیقرار نمی‌کنند که نتوانم هیچ کاری انجام دهم" "قبلاً با همکارانم نمی‌توانستم در رابطه با بیماری‌ام (سرطان پستان) صحبت کنم اما الان راحت‌تر صحبت می‌کنم." خیلی در جمع حضور نمی‌توانستم

پیدا کنم ولی الان راحت‌ترم" و یا شرکت کننده دیگر بیان می‌کرد: "من وقتی در ماشین می‌نشستم خیلی ترس و اضطراب داشتم ولی الان اینطور نیست" و یا اینکه "از سگ‌ها بسیار ترس داشتم اما الان ترسم کمتر شده است". این دو گفته اخیر نشان از قوت گرفتن من است. چنانچه برای این دو مشکل تکلیف مستقیمی تجویز نشده بود ولی وقتی من بیمار حاکم شده است و توانسته از پس مشکلات دیگر برآید قدرت او بر مشکلات دیگر نیز مسئولی می‌شود و در نتیجه، تأثیرات مثبت درمانی در زمینه‌های دیگر نیز گسترش پیدا می‌کند. بنابراین با مسیری که از تجویز تکلیف توسط درمانگر تا انجام آن توسط شرکت کننده‌ها طی شد من آن‌ها مستحکم تر شده و خودمختاری خود را به دست آورده و بنابراین منجر به کاهش اضطراب درد شده است.

نتیجه دیگر پژوهش حاکی از اثربخشی پارادوکس درمانی بر همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان است و همدلی خود در آن‌ها افزایش یافته است. مطالعه منتشر شده‌ای که به بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر همدلی خود پرداخته باشد یافت نشد، لذا امکان مقایسه یافته پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات دیگر فراهم نشد.

در تبیین اثربخشی پارادوکس درمانی بر همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان گفت که در جلسه اول مصاحبه مفصلی انجام شد و درمانگر از شرکت کننده با سؤالی پویشی "این اضطرابی که بیان می‌کنی یعنی چی؟" شرکت کننده را ترغیب کرد که نگاهی دقیق‌تر به دنیای درون روانی خود بیاندازد و با کمک درمانگر بتواند دقیقاً توضیح دهد که چه اتفاقی در درونش می‌افتد، اضطرابش را چگونه تجربه می‌کند و احیاناً چه احساسی را تجربه می‌کند و این سرآغاز همدلی خود در شرکت کننده است چرا که او به دنیای دنیای درون روانی‌اش واقف می‌شود و با کمک درمانگر به طور دقیق‌تر متوجه می‌شود که در درونش چه می‌گذرد. در اواخر مصاحبه درمانگر از مراجع می‌پرسد که تا به حال برای رهایی از این اضطراب چه تدابیر شخصی‌ای انجام داده‌ای؟ در واقع تدابیر همان دفاع‌های مراجع هستند. به عنوان مثال جملاتی که شرکت کننده‌ها بیان کردند شامل این موارد بود: "سعی می‌کنم به آن‌ها توجهی نکنم" و یا "آن‌ها را نادیده بگیرم" و یا "حواس خودم را پرت کنم" و این‌ها همگی دفاع‌هایی است که شرکت کننده به کار می‌گیرد و با بیان آن‌ها و آگاه شدن،

همدلی خود در او افزایش پیدا می‌کند، چرا که دوباره به آنچه در دنیای درون روانی‌اش می‌گذرد آگاه‌تر می‌شود. در ادامه درمانگر با سؤال دیگری دفاع‌های ناسالم مراجع را به چالش می‌کشد که آیا این کارهایی که کرده‌ای جواب هم داده است؟ و مراجع نهایتاً متوجه می‌شود که این دفاع‌ها کمکی به او نکرده است. در واقع تا قبل از آن مراجع از آنچه در دنیای درون روانی‌اش می‌گذشت فراری بود و حال قرار را بر فرار ترجیح می‌دهد و به آنچه در دنیای درون روانی‌اش می‌گذرد واقف می‌شود. در ادامه وقتی مراجع شروع به انجام تکالیف می‌کند با بازسازی نشانه‌ها با درون خود همدل می‌شود. همچنین بعد از پایان جلسات، با کاهش اضطراب درد در مراجع، انتظار می‌رود همدلی خود در او افزایش پیدا کند چرا که دیگر اضطراب، عملکرد او را مختل نمی‌کند و می‌تواند نسبت به آنچه که در دنیای درون روانی‌اش می‌گذرد واقف و پذیرا باشد. یافته دیگر پژوهش نشان داد که پارادوکس درمانی بر اضطراب درد در زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به همدلی خود در آن‌ها دارای اثربخشی بیشتری بوده است. به طوری که برای متغیر اضطراب درد در مرحله درمان، تأثیر متوسط به بالا، در مرحله پیگیری تأثیر زیاد و برای متغیر همدلی خود در مرحله درمان و در مرحله پیگیری تأثیر متوسط داشته است.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که بر اساس مدل درمان PTC، اضطراب جوهر اختلال‌های روانشناختی است و اصل حاکم بر این مدل درمانی حذف اضطراب است و این اصل بر رویکرد PTC حاکم، جاری و ساری است (۲۹) با توجه به اینکه این مدل درمانی به دنبال حذف اضطراب است و در مصاحبه با شرکت‌کننده‌ها اضطراب درد در آن‌ها به عنوان عین نشانه بررسی شد و این متغیر در آن‌ها بر خلاف همدلی خود به صورت مستقیم مورد هدف قرار داده شد (تجویز عین نشانه) انتظار می‌رود که اثربخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب درد بیشتر باشد. در واقع می‌توان این‌گونه نیز به این مسأله نگاه کرد که مواردی که در بالا در مورد اثربخشی PTC بر همدلی خود بیان شد به عنوان اثرات جانبی درمان است. به گونه‌ای که با کار کردن در مورد اضطراب درد، همدلی خود نیز تحت تأثیر قرار گرفته است.

یافته‌های مرحله پیگیری حاکی از این است که اثربخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا

به سرطان پستان ماندگار بوده است. این یافته بیانگر آنست که کاهش نمرات در اضطراب درد و افزایش نمرات در همدلی خود در جلسات آخر نسبت به جلسات اول روند صعودی داشته است و این تغییرات جلسات آخر در مراحل پیگیری حفظ شده‌اند و میانگین نمرات در مرحله پیگیری بالتبع نسبت به میانگین نمرات در مرحله درمان بیش‌تر شده است و این امر ماندگاری اثر پارادوکس درمانی بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله پیگیری را تأیید می‌کند. همانگونه که بشارت (۳۲، ۴۳) در پژوهش‌ها نشان داد که اثرات پارادوکس درمانی پایدار است.

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخته است، لذا تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و همچنین افراد مبتلا به بیماری‌هایی غیر از سرطان پستان با محدودیت مواجه است. عدم پیگیری بلندمدت اثر درمان از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. علاوه بر این در این پژوهش صرفاً به اضطراب درد و همدلی خود در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان پرداخته شد و اثر این درمان بر سایر متغیرهای روانشناختی و همچنین دیگر انواع سرطان‌ها مورد بررسی قرار نگرفت. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثرات درمان در مراحل پس از درمان در فواصل زمانی طولانی مورد بررسی قرار گیرد و نیز اثر برخی متغیرهای احتمالی تأثیرگذار نیز کنترل گردد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پارادوکس درمانی بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده و میزان اثرگذاری آن بر اضطراب درد بیشتر از همدلی خود بوده است. بر اساس نتایج بدست آمده به روانشناسان بالینی و سلامت پیشنهاد می‌شود که در طراحی مداخلات درمانی برای کاهش اضطراب درد و افزایش همدلی خود از پارادوکس درمانی استفاده نمایند. نکته قابل‌توجه این است که نتایج درصد بهبودی نشان داد که پارادوکس درمانی بر اضطراب درد در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله درمان تأثیر متوسط به بالا و در مرحله پیگیری تأثیر زیاد داشته است و برای متغیر همدلی خود در مرحله درمان و پیگیری تأثیر متوسط داشته است، لذا در به کارگیری این درمان برای کاهش اضطراب درد تأکید بیشتری می‌گردد.

تشکر و قدردانی: این مقاله مستخرج از رساله دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است.

12. Carreira H, Williams R, Müller M, Harewood R, Stanway S, Bhaskaran K. Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: a systematic review. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2018;110(12):1311-27.

13. Akechi T, Nakano T, Okamura H, Ueda S, Akizuki N, Nakanishi T, et al. Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2001;31(5):188-94.

14. Wang K, Yee C, Tam S, Drost L, Chan S, Zaki P, et al. Prevalence of pain in patients with breast cancer post-treatment: A systematic review. *The Breast*. 2018;42: 27-113

15. Asmundson GJ, Collimore KC, Bernstein A, Zvolensky MJ, Hadjistavropoulos HD. Is the latent structure of fear of pain continuous or discontinuous among pain patients? Taxometric analysis of the pain anxiety symptoms scale. *The Journal of Pain*. 387: (5)8; 2007.

16. Asmundson G, Vlaeyen J, Crombez G. Understanding and treating fear of pain: Oxford University Press; 2004.

17. Schreier AM, Johnson LA, Vohra NA, Muzaffar M, Kyle B. Post-treatment symptoms of pain, anxiety, sleep disturbance, and fatigue in breast cancer survivors. *Pain Management Nursing*. 2019;20(2):146-51.

18. HASANPOUR DA, Shaaban M. Relationship between cancer characteristics and quality of life in the cancer patients under chemotherapy referred to selected clinic of Tehran university of medical sciences. 2005.

19. Van Lissa CJ, Hawk ST, Meeus WH. The effects of affective and cognitive empathy on adolescents' behavior and outcomes in conflicts with mothers. *Journal of experimental child psychology*. 2017;158:32-45.

20. Manavipour D, Shahabi P, Pirkhaefi A. The psychometric properties of the questionnaire self-empathy. *Social Cognition*. 2020;9(2):173-82.

21. Manavipour D. Mobilization of the unconscious. 2, editor. Tehran: Didavar; 2020.

22. Asghari Ebrahim Abad MJ, Kareshki H. Psychological consequences of breast cancer in Iran: a systematic review. *Journal of Advanced Biomedical Sciences*. 2018;8(4):986-99.

23. Mehrabani F, Barati F, Ramezanzade Tabriz E, Bakaeian M, Gholami Chaboki B. Unpleasant emotions (stress, anxiety and depression) and its relationship with parental bonding and disease and demographic characteristics in patients with breast cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2016;9(3):42-52.

24. Lai H-L, Chen C-I, Lu C-Y, Huang C-Y. Cognitive behavioral therapy plus coping management for depression and anxiety on improving

نویسندگان ضمن تشکر از تمامی بیماران شرکت کننده در این مطالعه، آرزوی سلامتی برای آن عزیزان را دارند. همچنین نویسندگان از مسئولان بیمارستان پارسا و جناب آقای دکتر مسعود اسدی، سرکار خانم دکتر رستمی، خانم دکتر صالحی، و تمامی افرادی که در اجرای پژوهش همکاری کردند، نهایت سپاس را دارند.

منابع

1. Morhun J, Racine N, Guilcher G, Tomfohr-Madsen L, Schulte F. Health-related quality of life and well-being in parents of infants and toddlers with cancer. *Current Oncology*. 2020;27(2):206-15.

2. Pilevarzadeh M, Amirshahi M, Afsargharehbagh R, Rafiemanesh H, Hashemi S-M, Balouchi A. Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast cancer research and treatment*. 2019;176:519-33.

3. Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, hopelessness and social support among breast cancer patients: in highly endogamous population. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2017;18(7):1889.

4. Bagheri Sheykhgafshe F. Mental Health and Quality of Life of Breast Cancer Patients During the COVID-19 Pandemic. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2021;14(2):76-80.

5. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2019;69(1):7-34.

6. Noori K, Sahraee P, Keshavarz Mohammadi N. Barriers to Participation of Breast Cancer Patients' Relatives in Mammographic Screening. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2021;14(2):26-40.

7. ALACACIOĞLU A, Ülger E, Varol U, Yildiz I, Salman T, Bayoglu V, et al. Depression, anxiety and sexual satisfaction in breast cancer patients and their partners-izmir oncology group study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014;15(24):.

8. Rom O, Reznick AZ. The stress reaction: a historical perspective. *Respiratory Contagion*. 2016:1-4.

9. Wagner CD, Bigatti SM, Storniolo AM. Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2006;15(2):109-20.

10. Cui Q, Cai Z, Li J, Liu Z, Sun S, Chen C, et al. The psychological pressures of breast cancer patients during the COVID-19 outbreak in China—a comparison with frontline female nurses. *Frontiers in psychiatry*. 2020;11:559701.

11. Kale HP, Carroll NV. Self-reported financial burden of cancer care and its effect on physical and mental health-related quality of life among US cancer survivors. *Cancer*. 2016;122(8):283-9.

- people with chronic pain. *Journal of Applied Psychological Research*. 2021;12(2):321-39.
39. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*. 1975;28(4).
40. Riley-Tillman TC, Burns MK, Kilgus S. Evaluating educational interventions: Single-case design for measuring response to intervention: Guilford Publications; 2020.
41. Ogles BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical psychology review*. 2001;21(3):421-46.
42. Frederickson J. Co-creating change: Seven leaves press; 2013.
43. Besharat MA, Gholamali Lavasani M, Naghsh Z. The effectiveness of paradoxical therapy on relational practical obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*. 2023;4(4):118-33.
44. Besharat M. Paradox Therapy for Personality Disorder. Tehran: Ravankavan; 1402.
- sleep quality and health for patients with breast cancer. *Brain Sciences*. 2021;11(12):1614.
25. Zamanian S, Danesh E, Bolhari J, Ahadi H, Ghahari S. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Spiritual Therapy on the Death Anxiety of Women with Breast Cancer. *Social Determinants of Health*. 2019;5(1):48-61.
26. Elahi Nejad S, Makvand Hosseini S, Sabahi P. Comparing the effectiveness of reality therapy and neurofeedback training on improving the quality of life in women with breast cancer. *Neuropsychology*. 2020;6(1):63-82.
27. Corey G. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy: Arasbaran; 2022. 706 p.
28. Besharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. *Journal of psychologicalscience*. 2019;18(76):383-96.
29. Besharat mA. Paradox + Timetable = Cure: Roshd; 1397.
30. Besharat M, Naghipoor M. The application of paradox therapy for the tretment of obsessive-compulsive disorder: A case study. *Journal e of Clinical Case Reports and Studies* 3(4). 2022.
31. Tahernejad Javazm Z BMA, Belyad M R, Hosseinzadeh Taghvaei M, Peyvandi P. 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. *MEJDS*. 2022;12:135.-
32. Besharat M. The application of paradox therapy for the treatment of body dysmorphic disorder: a case report. *Journal of psychologicalscience*. 2020;19(95):1371-87.
33. Mohammadi Z SA, Fathi Ashtiani A, Ashrafi E, Mokhberi K. The Effects of Paradoxical Time Table Therapy on Worry, Rumination, Thought-Action Fusion and Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *MEJDS*. 2020;10(1):70.-
34. Dehaqin V, Besharat MA, Lavasani MG, Naghsh Z. The effectiveness of paradoxical therapy on relational practical obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*. 2023;4(4):118-33.
35. Saadipour I. Research methods in psychology and educational sciences. Tehran: Doran; 1403.
36. McCracken LM, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain research and management*. 2002;7:45-50.
37. PAKNEJAD M, ASGHARI A, RAHIMINEZHAD A, ROSTAMI R, TAHERI A. Factorial structure and psychometric properties of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20). 2014.
38. Khodapanah M, Golshani F, Taghiloo S, Baghdassarians A. Structural model of pain catastrophizing in emotional eating: The mediating role of anxiety sensitivity and pain-related fear in