

## مقایسه برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری بر نگرانی و نشخوارفکری

### بیماران دچار اضطراب اجتماعی

## Comparison of paradoxical timetable and cognitive behavioral therapy on worry and rumination of individuals with social anxiety

#### Abdolsamad Nikan

Ph.D. Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

#### Dr. Farah Lotfi Kashani \*

Associate Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

[Lotfi.Kashani@gmail.com](mailto:Lotfi.Kashani@gmail.com)

#### Dr. Shahram Vaziri

Associate Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

#### Dr. Mina Mojtabaie

Associate Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

#### عبدالصمد نیکان

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی. واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی. رودهن. ایران.

دکتر فرح لطفی کاشانی (نویسنده مسئول)

دانشیار، گروه روانشناسی. واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی. رودهن. ایران.

#### دکتر شهرام وزیری

دانشیار، گروه روانشناسی. واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی. رودهن. ایران.

#### دکتر مینا مجتبابی

دانشیار، گروه روانشناسی. واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی. رودهن. ایران.

### Abstract

The purpose of this study was a comparison of the effectiveness of paradoxical timetable and cognitive behavioral therapy on concern and rumination of individuals with social anxiety disorder. The population of the present study consisted of individuals diagnosed with social anxiety disorder in Tehran and Gorgan that of these, 45 were selected by available sampling method and were replaced in one control group and two experimental groups. The instruments used in the study included the Penn State Concern Questionnaire (Zeinberg & Barlow, 1990) and the Ruminant Response Scale (Nolen, 1989). Analysis of covariance was used to analyze the data. The results showed that there was a significant difference between the mean of worry and rumination in the paradox timetable and cognitive-behavioral therapy group compared to the control group. Also, despite the paradoxical timetable relative superiority over cognitive-behavioral therapy, there was no significant difference in worry and rumination scores in the post-test and follow-up stages ( $p > 0.05$ ). Based on the results of this study, it can be said that the treatment of paradoxical timetables and cognitive-behavioral has reduced the symptoms of worry and rumination in individuals with social anxiety disorder.

**Keywords:** Paradoxical Timetable, Cognitive Behavioral Therapy, Worry, Rumination, Social Anxiety Disorder.

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری بر نگرانی و نشخوار فکری افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. جامعه پژوهش حاضر را افراد با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی در شهر تهران و گرگان تشکیل می دادند که دارای پرونده فعال در فصل پاییز و زمستان ۹۸ بودند که از این تعداد ۴۵ نفر از افراد با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی به صورت در دسترس انتخاب شدند و در یک گروه گواه و دو گروه آزمایش جایگزین شدند. ابزار های مورد استفاده در پژوهش شامل پرسشنامه نگرانی پن استت (زینبارگ و بارلو، ۱۹۹۰) و مقیاس پاسخ های نشخوارگری (نولن، ۱۹۸۹) بودند. برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی استفاده شد. نتایج نشان داد بین میانگین نگرانی و نشخوار فکری در مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه برنامه زمانی پارادوکس و درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین درمان برنامه زمانی پارادوکسی با وجود برتری نسبی نسبت به درمان شناختی رفتاری، تفاوت معناداری از لحاظ نمرات نگرانی و نشخوار فکری در مرحله پس آزمون و پیگیری مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ). به طور کلی بر اساس نتایج این مطالعه می توان گفت درمان برنامه زمانی پارادوکسی و شناختی رفتاری باعث کاهش علائم نگرانی و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شده اند. همچنین این تاثیر با ثبات بوده و اثربخشی بعد از دوره پیگیری حفظ شده است.

**واژه‌های کلیدی:** برنامه زمانی پارادوکسی، درمان شناختی رفتاری، نگرانی، نشخوار فکری، اختلال اضطراب اجتماعی.

## مقدمه

شناخت آن دسته از اختلال های روانی که تحت عنوان اختلال اضطرابی مشخص می شوند توجه بسیاری از روانشناسان، روانپزشکان و پژوهشگران را به خود جلب کرده است (آبند، نایم، پرگامین هاییت، فاکس، پین و بارهیم<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹؛ یانگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از این اختلالات، اختلال اضطراب اجتماعی است که بسیاری از نوجوانان و جوانان را تحت تاثیر قرار داده و در نتیجه عملکرد آن ها را در جامعه مختل کرده است (اولندیک<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). اضطراب اجتماعی گونه ای از اضطراب است که نشانه اصلی آن ترس و اضطراب شدید در موقعیت های اجتماعی می باشد. این اختلال به گونه ای است که حداقل بخشی از فعالیت های روزمره شخص را مختل می سازد (شانون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲).

به اعتقاد مینکا<sup>۵</sup> و زینبارگ<sup>۶</sup> (۱۹۹۵) قریب به اتفاق افرادی که مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می شوند پیش از آن، یک ضربه یا واقعه اجتماعی تحقیرآمیز را تجربه نموده اند که در سطح شناختی، افکار آن ها را درگیر می سازد. بنابراین علاوه بر علائم بالینی اصلی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، نشانه های جانبی دیگری نیز وجود دارد که می تواند روند درمان در این افراد را تحت تاثیر قرار داده و همچنین باعث تشدید نشانه های دیگر در آن ها شود. شواهد و مطالعات نشان می دهد که اختلال اضطراب اجتماعی، اختلالی در پردازش شناختی است (آیزنک<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳).

نشخوار فکری که از مشخصه های بسیاری از اختلالات از جمله اختلال اضطراب اجتماعی به شمار می رود از سایر فرآیندها و فرآورده های شناختی از قبیل افکار خودکار منفی، توجه متمرکز بر خود، خودآگاهی شخصی و نگرانی قابل تمایز است (بروزوویچ<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). نشخوار فکری، واژه عمومی است و به افکاری اشاره دارد که تکراری، چرخان، خود متمرکز و افسرده کننده هستند (ریپر<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷). نشخوار فکری انعکاس افکار تکراری و آگاهانه متمرکز بر یک موضوع خاص می باشد که با وجود نبود محرک های محیطی این افکار حضور مستمر دارند (پورترو<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). سازه مشابه دیگری که همانند نشخوار فکری به عنوان یک جنبه شناختی در اختلال اضطراب می تواند روند درمان را با مشکل روبه رو سازد نگرانی می باشد (گودوین، بند و هیرچ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۷).

نگرانی یک جنبه مهم و پایه ای در اختلال اضطراب اجتماعی است که در مطالعات گسترده ای به طور همزمان با نشانه های این اختلال مورد بررسی قرار گرفته است (هین، دونوان، اسپنس، مارچ و هولمز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۷). نگرانی به نشخوار فکری بسیار شبیه است و هر دو این متغیرها در آسیب شناسی همراه با افکار تکرار شونده نقش دارند (هونگ<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۷). مطالعات بسیاری رابطه نگرانی و نشخوار را با هم و با علائم اختلالات روانی نشان داده اند (یوک، کیم، سو و لی<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۰؛ مک ایووی، واتسون، واتکینز و ناتان<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۳). از جمله ویژگی های مشترک این سازه ها این است که هر دو متمرکز بر خود، تکراری و فرآیندهای فکری مرتبط با سبک های شناختی انعطاف ناپذیر هستند. هم چنین هر دو سازه در تداوم عاطفه منفی<sup>۱۶</sup> و نقص مهارت های شناختی درگیر هستند (هافس، آلوی و کاسوول<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۸).

1 Abend, , Naim, Pergamin-Hight, Fox, Pine, & Bar-Haim

2 Young

3 Ollendick

4 Shanon

5 Mineka

6 Zinbarg

7 Eysenck

8 Brozovich

9 Rippere

10 Portero

11 Goodwin, Yiend, & Hirsch

12 Hearn, Donovan, Spence, March & Holmes

13 Hong

14 Yook, Kim, Suh & Lee

15 McEvoy, Watson, Watkins & Nathan

16 Negative Affect

17 Hughes, Alloy, & Cogswell

شواهد نشان می‌دهد مهمترین درمان رایج برای اختلال اضطراب اجتماعی درمان‌های شناختی-رفتاری می‌باشد(فوگارتی، هیوی و مک‌کارتی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). نگاهی به این مطالعات نشان می‌دهد که در گذشته روش‌های چند بعدی مختلفی توسط درمانگران شناختی رفتاری مورد استفاده قرار گرفته است. با این حال علی‌رغم اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری سنتی به عنوان مهمترین درمان برای اختلال اضطراب اجتماعی، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد باید تامل بیشتری در رابطه با استفاده از این روش درمانی نمود. به اعتقاد پژوهشگران اگر چه درمان‌های شناختی رفتاری بهترین درمان روان‌شناختی برای اضطراب اجتماعی می‌باشد، لیکن تحقیقات بیشتری لازم است تا معلوم شود برتری آن نسبت به سایر روش‌ها بیشتر است(هافمن و اوتو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). همچنین دریمین<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) معتقد است که ممکن است بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی در مواجهه با بزرگترین ترس‌هایشان هراس شدیدی را نشان دهند. هراسی که شدت آن می‌تواند اجتناب فرد را افزایش دهد. بعلاوه این بیماران ممکن است آمادگی لازم جهت تغییر رفتارهای کهنه خود را نداشته باشند. در راستای موارد گفته شده برخی محققان معتقدند که درمان شناختی رفتاری نیازمند رویکردهای جایگزین و یا مکمل است(نیومن، کاستونگای، جاکوبسن و مور<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵).

با توجه به نقطه ضعف‌های درمان شناختی رفتاری می‌توان روش‌های متعددی را به عنوان مکمل یا جایگزین در نظر گرفت. به نظر می‌رسد در بحث روان‌درمانی استفاده از روش‌های تلفیقی می‌تواند اثرات بیشتری داشته باشد(پرسوتی و باراکا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). یکی از جدیدترین این رویکردهای تلفیقی، درمان برنامه‌زمانی پارادوکسی است. این رویکرد که جنبه‌های سیستمی، رفتاری و تحلیلی را در درمان در نظر می‌گیرد می‌تواند روش مناسبی برای تمامی اختلالات از جمله اختلالات اضطرابی باشد. پارادوکس در فرهنگ روان‌شناسی، براساس آثار مکتوب، به نظریه‌ها و فعالیتهای بالینی آدلر<sup>۶</sup> (۱۹۲۳)، دانلپ<sup>۷</sup> (۱۹۲۸) و فرانکل<sup>۸</sup> (۱۹۳۹) باز می‌گردد. آدلر (دینکمیر و پیو، ۱۹۷۹) و کراپل تیلور (۱۹۶۹)، پارادوکس را نوعی استفاده مثبت از مقاومت بیمار در برابر درمانگر می‌دانستند.

دو عنصر اساسی در این درمان وجود دارد که سرعت درمان را تسریع می‌نماید. مولفه نخست، یعنی پارادوکس، به معنی تجویز نشانه رفتاری یا نشانه بیماری است. براساس این فن درمانی، مراجع (بیمار) باید نشانه‌های رفتاری و بیماری، یعنی همان رفتارها و نشانه‌هایی را که از آنها رنج می‌کشد و برای حذف و درمانشان مراجعه کرده است، بازسازی کند. به عبارت دیگر، آنها را طبق دستوری که برایش تجویز می‌شود تجربه کند. مولفه دوم، یعنی برنامه‌زمانی، تکلیفی است که براساس 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. باتوجه به موارد گفته شده هدف از این مطالعه پاسخگویی به این سوال اساسی است که آیا درمان برنامه‌زمانی پارادوکسی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر کاهش نگرانی و نشخوارفکری بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی تاثیر بیشتری دارد؟

## روش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی است که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شده است. در این پژوهش که به مقایسه درمان برنامه‌زمانی پارادوکسی با درمان شناختی رفتاری می‌پردازد، جامعه پژوهش حاضر را افراد با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی مهرک در شهر تهران و کلینیک روانشناسی خرد در شهر گرگان تشکیل می‌دهند که دارای پرونده فعال در فصل پاییز و زمستان ۹۸ بودند. از آنجایی که حداقل حجم نمونه برای مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است. لکن نمونه این مطالعه عبارت است از ۴۵ نفر از افراد با تشخیص اختلال اضطراب که به صورت در دسترس انتخاب و در یک گروه گواه و دو گروه آزمایش جایگزین شدند. درخصوص معیارهای ورود آزمودنی‌ها به این پژوهش می‌توان به دارا بودن

- 1 Fogarty, Hevey & McCarthy
- 2 Hofmann, & Otto
- 3 Dryman
- 4 Newman, Castonguay, Jacobson & Moore
- 5 Perissutti, Barraca
- 6 Adler
- 7 Dunlap
- 8 Frankel

مقایسه برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری بر نگرانی و نشخوارفکری بیماران دچار اضطراب اجتماعی  
Comparison of paradoxical timetable and cognitive behavioral therapy on worry and rumination of ...

ملاکهای تشخیص DSM-5 برای اختلال اضطراب اجتماعی به تشخیص روانشناسی بالینی یا روانپزشک، عدم دریافت درمانهای روانشناختی قبل از ورود به پژوهش، داشتن حداقل سن ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم و موافقت آزمودنی برای شرکت در پژوهش و امضای رضایتنامه کتبی اشاره کرد. درخصوص معیارهای خروج از پژوهش نیز می توان به داشتن اختلال سایکوتیک و سوءمصرف مواد، دارا بودن ملاکهای کامل اختلال شخصیت بر اساس پرونده مراجع، داشتن مخاطراتی برای بیمار مانند داشتن افکار جدی در مورد خودکشی و داشتن اختلالات همایند بر اساس پرونده مراجعان اشاره کرد. آزمودنی های این پژوهش از نظر سنی، در گروه برنامه زمانی پارادوکس میانگین سن ۲۵/۳۳ سال و از دامنه ۲۱ سال تا ۳۰ سال متغیر می باشد. در گروه درمان شناختی رفتاری نیز میانگین سن ۲۵/۶۰ سال و از دامنه ۲۱ سال تا ۳۰ سال متغیر می باشد. همچنین در گروه کنترل میانگین سن ۲۵/۵۳ سال و از ۲۲ سال تا ۳۰ سال متغیر است. همچنین از نظر متغیر جمعیت شناختی جنسیت، آزمودنی های گروه برنامه زمانی پارادوکس شامل ۹ زن و ۶ مرد، آزمودنی های گروه درمان شناختی رفتاری شامل ۸ زن و ۷ مرد و آزمودنی های گروه کنترل شامل ۷ زن و ۸ مرد می باشد.

#### ابزار سنجش

**پرسشنامه نگرانی پن استییت (PSWQ):**<sup>۱</sup> این پرسشنامه در سال ۱۹۹۰ توسط زینبارگ و بارلو ساخته شده است که نوعی ابزار خودسنجی برای تشخیص صفت نگرانی است. این پرسشنامه ۱۶ آیتمی سطح نگرانی را میسنجد. این ماده ها برای دستیابی به ابعاد عمومیت، شدت و کنترل ناپذیری نگرانی مرضی طراحی شده اند. این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی ۵ گزینه‌ای از ۱ (اصلاً معمول نیست) تا ۵ (خیلی معمول) درجه بندی می شود. مجموع نمراتی که فرد کسب می کند دامنه‌ای بین ۱۶ تا ۸۰ است. پژوهش‌ها نشان از روایی و اعتبار بالای این پرسشنامه دارند. در ایران، مفرد، عاطف وحید و بیان زاده (۱۳۸۰) اعتبار آزمون را به روش باز آزمایی در دو گروه بیمار و بهنجار ۰/۸۸ و ۰/۸۵ به دست آورده است. در مطالعه ای اعتبار این آزمون با استفاده از روش همسانی درونی ۰/۸۶ و به روش باز آزمایی با چهار هفته فاصله ۰/۷۷ گزارش شده است. اعتبار همزمان این آزمون نیز با آزمون اضطراب بک برابر با ۰/۴۹ گزارش شده است (بیرامی، موحدی، کاظمی رضایی و اسماعیلی، ۱۳۹۴).

**مقیاس پاسخ‌های نشخوار گری (RRS):**<sup>۲</sup> این مقیاس به عنوان یکی از زیر مقیاس‌های سبک‌های پاسخ‌دهی (نولن، ۱۹۸۹)، از ۲۲ سؤال تشکیل شده است و پاسخ‌های نشخوار گری را اندازه گیری می کند. سؤال‌های آزمون در اندازه‌های لیکرت چهار درجه‌ای از نمره ۱ (تقریباً هرگز) تا نمره ۴ (تقریباً همیشه) سنجیده می شوند. از مجموع پاسخ‌ها، نمره نشخوار گری کلی به دست می آید. در این پرسشنامه نمره کل نشخوار فکری از جمع همه ماده ها به دست می آید. این مقیاس متشکل از سه خرده مقیاس حواس پرتی (سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۲)، تعمق (سوالات ۱۱، ۷، ۱۲، ۲۰، ۲۱) و در فکر فرورفتن (سوالات ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۶) می باشد. این پرسشنامه توسط باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبائی (۱۳۸۶) به فارسی ترجمه شده است و اعتبار آن در نمونه ایرانی به واسطه ضریب آلفای کرونباخ به عنوان شاخصی از همسانی درونی ۰/۸۸ گزارش شده است. همچنین لطیفیان (۱۳۸۶) ضرائب اعتبار این پرسشنامه را روی ۵۴ دانشجوی با فاصله زمانی سه هفته اجرا نموده و آن را ۰/۸۴ گزارش نمودند. اعتبار پیش بین این آزمون نشان می دهد که مقیاس یاد شده می تواند شدت افسردگی را در دوره های پیگیری در نمونه های بالینی و غیر بالینی پیش بینی نماید. همچنین این مقیاس می تواند آسیب پذیری افراد نسبت به افسردگی را تعیین نماید (باقری نژاد، صالحی و طباطبائی، ۱۳۸۹).

در این مطالعه در بخش آمار توصیفی داده ها با استفاده از میانگین، انحراف معیار و همچنین نمودار خطی خلاصه و گزارش گردید. همچنین در قسمت آمار استنباطی با توجه به اینکه طرح پژوهشی به صورت آزمایش پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل می باشد برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. در این تحلیل نمره های پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی یا هم تغییر برای کنترل اثرات آن بر روی نمرات پس آزمون در نظر گرفته شد. همچنین لازم به ذکر است که در این پژوهش تمامی مفروضه های لازم قبل از تحلیل کوواریانس بررسی شدند. تمامی تحلیل های صورت گرفته در این مطالعه با استفاده از برنامه SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت.

1. Penn State Worry Questionnaire  
2. Ruminative Response Scale

**خلاصه محتوای جلسات درمانی برنامه زمانی پارادوکسی:**

جلسه اول: معارفه و برقراری ارتباط اولیه، بیان اهداف مداخله و تعداد جلسات، مرور مختصر چارچوب کلی جلسات، مقدماتی درباره تاریخچه درمان برنامه زمانی پارادوکسی اصول اصلی آن و اجرای پیش آزمون  
 جلسه دوم: طرح ریزی پلان درمان، استفاده از تکنیک مکانیسم اول، دستورسازی و مصنوعی سازی  
 جلسه سوم: گسترش تمرین های پارادوکسی، پیگیری انجام تکالیف جلسه قبل، بررسی میزان عملیاتی کردن بازسازی و تجربه کردن مشکلات  
 جلسه چهارم: تمرکز بر مکانیسم دوم؛ قطع رابطه نشانه و اضطراب تا ایجاد مکانیسم سوم، تغییر نشانه ها برای شخص بیمار و سیستمی که او را در بر گرفته است  
 جلسه پنجم: استفاده از مکانیسم چهارم؛ استحکام من، کمک به تعارضات با برنامه پارادوکسی با تشخیص قطع رابطه نشانه ها و اضطراب  
 جلسه ششم: پیگیری تکالیف، جمع بندی از کلیه جلسات، پاسخ به پرسش ها و خاتمه جلسات با اجرای آزمون ها (پس آزمون)

**خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری:**

جلسه اول: ارزیابی و آموزش روانی  
 جلسه دوم: آرام سازی  
 جلسه سوم: بازسازی شناختی  
 جلسه چهارم: بازسازی شناختی  
 جلسه پنجم: مواجهه  
 جلسه ششم: مواجهه و بازسازی شناختی

**یافته‌ها**

یافته های توصیفی مربوط به نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نگرانی و نشخوار فکری در گروه های آزمایش و کنترل در جدول ۱ آمده است.

**جدول ۱. یافته های توصیفی مربوط به نگرانی و نشخوار فکری در گروه های آزمایش و کنترل**

| انحراف استاندارد | میانگین | در فکر فرو رفتن  |         | تعمق             |         | حواسپرتی         |         |                        |
|------------------|---------|------------------|---------|------------------|---------|------------------|---------|------------------------|
|                  |         | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین |                        |
| ۶/۶۲             | ۵۸/۰۷   | ۱/۸۴             | ۱۴/۳۳   | ۱/۵۱             | ۱۴/۴۷   | ۵/۰۲             | ۳۸/۶۷   | برنامه زمانی پارادوکسی |
| ۶/۱۱             | ۵۴/۹۳   | ۱/۰۳             | ۱۱/۲۷   | ۱/۶۰             | ۱۲/۱۳   | ۵/۰۵             | ۳۵/۴۰   |                        |
| ۶/۱۵             | ۵۴/۴۷   | ۰/۸۸             | ۱۰/۹۳   | ۱/۲۵             | ۱۲/۵۳   | ۴/۷۰             | ۳۵/۵۳   |                        |
| ۶/۰۱             | ۵۸/۸۷   | ۱/۹۱             | ۱۴/۰۷   | ۱/۲۲             | ۱۳/۹۳   | ۵/۰۴             | ۳۸/۱۳   | درمان شناختی رفتاری    |
| ۶/۳۷             | ۵۶/۴۷   | ۱/۱۹             | ۱۱/۸۷   | ۰/۸۳             | ۱۲/۵۳   | ۴/۶۳             | ۳۶/۲۰   |                        |
| ۶/۵۸             | ۵۶/۹۳   | ۱/۱۸             | ۱۱/۶۰   | ۰/۸۸             | ۱۲/۲۷   | ۴/۵۱             | ۳۶/۲۷   |                        |
| ۶/۷۴             | ۵۷/۱۳   | ۱/۵۱             | ۱۴/۱۳   | ۱/۷۴             | ۱۴/۸۰   | ۴/۷۸             | ۳۷/۶۷   | کنترل                  |

## Comparison of paradoxical timetable and cognitive behavioral therapy on worry and rumination of ...

|      |       |      |       |      |       |      |       |             |
|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------------|
| ۷/۵۸ | ۵۶/۷۳ | ۱/۳۹ | ۱۳/۹۳ | ۱/۳۰ | ۱۴/۴۷ | ۵/۳۲ | ۳۸/۶۰ | پس<br>آزمون |
| ۶/۶۳ | ۵۷/۴۰ | ۱/۵۶ | ۱۴/۰۰ | ۱/۱۸ | ۱۴/۴۰ | ۴/۹۷ | ۳۸/۸۰ | پیگیری      |

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می شود حواسپرتی، تعمق و در فکر فرورفتن در پس آزمون گروه برنامه زمانی پارادوکسی و گروه درمان شناختی رفتاری کاهش یافته است. همچنین در مرحله پیگیری این کاهش حفظ شده است. این در حالی است که در گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری نمرات مولفه های نشخوار فکری (حواسپرتی، تعمق، در فکر فرورفتن) تقریباً ثابت است. در ادامه نمودار مربوط به نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مولفه های نشخوار فکری گزارش شده است.

همچنین همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می شود نگرانی در پس آزمون گروه برنامه زمانی پارادوکسی و گروه شناختی رفتاری کاهش یافته است. همچنین در مرحله پیگیری این کاهش حفظ شده است. این در حالی است که در گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری نمرات تقریباً ثابت است. در ادامه نمودار مربوط به نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نگرانی گزارش شده است. برای بررسی اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری بر نگرانی، با توجه به وجود متغیر مستقل طبقه ای سه سطحی (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل)، متغیر وابسته پیوسته (نمرات نگرانی) و همچنین یک متغیر هم تغییر (نمرات پیش آزمون نگرانی) از تحلیل کوواریانس یکراهه استفاده شد. در این تحلیل پس از حذف اثر پیش آزمون نمرات در پس آزمون و پیگیری و در سه گروه (برنامه زمانی پارادوکسی، درمان شناختی رفتاری و کنترل) مقایسه می گردد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نمره های پس آزمون و پیگیری نگرانی

| اندازه اثر | سطح<br>معناداری | F      | میانگین<br>مجذورات | درجه<br>آزادی | مجموع<br>مجذورات |               |
|------------|-----------------|--------|--------------------|---------------|------------------|---------------|
| ۰/۸۸۵      | ۰/۰۰۰           | ۳۱۵/۳۹ | ۱۶۷۷/۵۳۸           | ۱             | ۱۶۷۷/۵۲۸         | اثر پیش آزمون |
| ۰/۲۱۱      | ۰/۰۰۸           | ۵/۴۹۵  | ۲۹/۲۲۶             | ۲             | ۵۸/۴۵۲           | گروه          |
|            |                 |        | ۵/۳۱۹              | ۴۱            | ۲۱۸/۰۷۲          | خطا           |
|            |                 |        |                    | ۴۵            | ۱۴۳۲۶۸/۰۰        | مجموع         |
| ۰/۸۶۴      | ۰/۰۰۰           | ۲۶۰/۱۱ | ۲۶۰/۱۱             | ۱             | ۱۵۱۳/۶۷۸         | اثر پیش آزمون |
| ۰/۳۱۲      | ۰/۰۰۰           | ۹/۲۹۳  | ۵۴/۰۸۰             | ۲             | ۱۰۸/۱۵۹          | گروه          |
|            |                 |        | ۵/۸۱۹              | ۴۱            | ۲۳۸/۵۸۹          | خطا           |
|            |                 |        |                    | ۴۵            | ۱۴۴۲۹۴/۰۰        | مجموع         |

همانطور که در جدول ۲ دیده می شود بین میانگین نگرانی در گروه برنامه زمانی پارادوکسی، درمان شناختی رفتاری و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=۵/۴۹۵$ ؛  $p=۰/۰۰۰$ ،  $F=۹/۲۹۳$ ؛  $p=۰/۰۰۰$ ). این جدول نشان می دهد با حذف تاثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده نگرانی بر حسب گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به اینکه تعداد سه گروه وجود داشته است لازم است به منظور بررسی اینکه تفاوت به دست آمده در نمرات نگرانی در کدام گروه تفاوت بیشتری داشته است از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۳. آزمون تعقیبی LSD به منظور بررسی تفاوت نگرانی در گروه های آزمایش و کنترل

| متغیر وابسته       | I                      | J                      | (I-J)   | خطای انحراف استاندارد | معناداری |
|--------------------|------------------------|------------------------|---------|-----------------------|----------|
| پیش آزمون-پس آزمون | درمان شناختی رفتاری    | برنامه زمانی پارادوکسی | ۰/۷۵۱   | ۰/۸۴۳                 | ۰/۳۷۸    |
|                    |                        | کنترل                  | -۲/۷۱۳* | ۰/۸۴۴                 | ۰/۰۰۳    |
| پیش آزمون-پیگیری   | درمان شناختی رفتاری    | برنامه زمانی پارادوکسی | ۰/۷۵۱   | ۰/۸۴۳                 | ۰/۳۷۸    |
|                    |                        | کنترل                  | -۱/۹۶۲* | ۰/۸۴۸                 | ۰/۰۲۶    |
| پیش آزمون-پیگیری   | درمان شناختی رفتاری    | برنامه زمانی پارادوکسی | ۲/۷۱۳*  | ۰/۸۴۴                 | ۰/۰۰۳    |
|                    |                        | کنترل                  | ۱/۹۶۲*  | ۰/۸۴۸                 | ۰/۰۲۶    |
| پیش آزمون-پیگیری   | برنامه زمانی پارادوکسی | درمان شناختی رفتاری    | -۱/۷۲۴  | ۰/۸۸۲                 | ۰/۰۵۸    |
|                    |                        | کنترل                  | -۳/۸۰۰* | ۰/۸۸۲                 | ۰/۰۰۰    |
| پیش آزمون-پیگیری   | درمان شناختی رفتاری    | برنامه زمانی پارادوکسی | ۱/۷۲۴   | ۰/۸۸۲                 | ۰/۰۵۸    |
|                    |                        | کنترل                  | -۲/۰۷۷* | ۰/۸۰۸۶                | ۰/۰۲۴    |
| پیش آزمون-پیگیری   | کنترل                  | برنامه زمانی پارادوکسی | ۳/۸۰۰*  | ۰/۸۸۲                 | ۰/۰۰۰    |
|                    |                        | درمان شناختی رفتاری    | ۲/۰۷۷*  | ۰/۸۸۶                 | ۰/۰۲۴    |

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می شود بین درمان برنامه زمانی پارادوکسی با گروه کنترل از لحاظ نگرانی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). همچنین بین درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل از لحاظ نگرانی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). این در حالی است که بین درمان برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری از لحاظ نمرات نگرانی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). در مرحله پیگیری نیز هر دو درمان برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه کنترل تاثیر معناداری داشته اما نسبت به یکدیگر تفاوت معناداری ندارند ( $p > 0/05$ ). به عبارتی بر اساس نتایج این مطالعه می توان گفت درمان برنامه زمانی پارادوکسی و شناختی رفتاری باعث کاهش علائم نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شده اند. همچنین این تاثیر با ثبات بوده و اثربخشی بعد از دوره پیگیری حفظ شده است. برای بررسی اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. این تحلیل تفاوت بین میانگین نمرات سه مولفه نشخوار فکری برای گروه های آزمایش و کنترل بعد از تعدیل نمره های پیش آزمون اولیه را نشان می دهد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول زیر منعکس شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی نمره های پس آزمون نشخوار فکری در گروه آزمایش و گواه

| ارزش  | F      | فرضیه df | خطا df | سطح معناداری |                   |
|-------|--------|----------|--------|--------------|-------------------|
| ۰/۷۳۰ | ۷/۲۸۴  | ۶/۰۰۰    | ۷۶/۰۰۰ | ۰/۰۰۰        | اثر پیلایی        |
| ۰/۲۷۲ | ۱۱/۳۳۳ | ۶/۰۰۰    | ۷۴/۰۰۰ | ۰/۰۰۰        | لامبادای ویلکز    |
| ۲/۶۷۶ | ۱۶/۰۵۴ | ۶/۰۰۰    | ۷۲/۰۰۰ | ۰/۰۰۰        | اثر هتلینگ        |
| ۲/۶۷۳ | ۳۳/۸۶۱ | ۳/۰۰۰    | ۳۸/۰۰۰ | ۰/۰۰۰        | بزرگترین ریشه خطا |
| ۰/۷۹۲ | ۳/۲۹۸  | ۶/۰۰۰    | ۷۶/۰۰۰ | ۰/۰۰۰        | اثر پیلایی        |

پیش آزمون-پس آزمون

پیش آزمون-پیگیری

## Comparison of paradoxical timetable and cognitive behavioral therapy on worry and rumination of ...

|       |        |       |        |       |                   |
|-------|--------|-------|--------|-------|-------------------|
| ۰/۰۰۰ | ۷۴/۰۰۰ | ۶/۰۰۰ | ۱۲/۹۹۹ | ۰/۲۳۷ | لامبادای ویلکز    |
| ۰/۰۰۰ | ۷۲/۰۰۰ | ۶/۰۰۰ | ۱۸/۵۸۸ | ۳/۰۹۸ | اثر هتلینگ        |
| ۰/۰۰۰ | ۳۸/۰۰۰ | ۳/۰۰۰ | ۳۸/۷۴۱ | ۳/۰۵۹ | بزرگترین ریشه خطا |

سطوح معناداری همه آزمون ها در جدول ۴ نشان دهنده این است که بین گروه های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته به هم تفاوت معنادار دارند. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، نتایج اثرات بین آزمودنی ها در جدول زیر گزارش شده است.

همانطور که در جدول ۵ دیده می شود بین میانگین پس آزمون حواس پرتی ( $F=18/82$ ،  $p=0/000$ )، تعمق ( $F=16/34$ ،  $p=0/000$ ) و در

## جدول ۵. تحلیل کوواریانس نمرات نشخوار فکری در گروه آزمایش و کنترل

| میزان تاثیر | سطح معناداری | F      | میانگین مجذورات | df | مجموع مجذورات | متغیر وابسته  |
|-------------|--------------|--------|-----------------|----|---------------|---------------|
| ۰/۴۹۱       | ۰/۰۰۰        | ۱۸/۸۲۸ | ۶۴/۱۶۱          | ۲  | ۱۲۸/۳۲۲       | حواس پرتی     |
| ۰/۴۵۶       | ۰/۰۰۰        | ۱۶/۳۴۱ | ۱۶/۲۳۵          | ۲  | ۳۲/۴۶۹        | تعمق          |
| ۰/۵۸۴       | ۰/۰۰۰        | ۳۷/۴۰۰ | ۲۷/۳۳۲          | ۲  | ۵۴/۶۶۴        | درفکر فرورفتن |
| ۰/۵۴۵       | ۰/۰۰۰        | ۲۳/۳۲۴ | ۶۶/۵۰۲          | ۲  | ۱۳۳/۰۰۳       | حواس پرتی     |
| ۰/۴۷۵       | ۰/۰۰۰        | ۱۷/۶۰۸ | ۱۲/۲۶۰          | ۲  | ۲۴/۵۲۱        | تعمق          |
| ۰/۵۹۷       | ۰/۰۰۰        | ۲۸/۸۳۰ | ۳۹/۰۲۹          | ۲  | ۷۸/۰۵۴        | درفکر فرورفتن |

فکر فرورفتن ( $F=27/40$ ،  $p=0/000$ ) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می دهد با حذف تاثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده ، مولفه های نشخوار فکری بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. در مرحله پیگیری نیز این تفاوت برای مولفه حواس پرتی ( $F=23/32$ ،  $p=0/000$ )، تعمق ( $F=17/60$ ،  $p=0/000$ ) و در فکر فرورفتن ( $F=28/83$ ،  $p=0/000$ ) حفظ شده است. با توجه به تفاوت معنادار به منظور مقایسه دو به دو گروه ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج این آزمون در جداول بعد گزارش شده است:

## جدول ۶. آزمون تعقیبی LSD به منظور بررسی تفاوت حواس پرتی، تعمق و در فکر فرورفتن

| میزان تاثیر | خطای انحراف استاندارد | (I-J)   | J                      | I                      | متغیر وابسته (حواس پرتی) |
|-------------|-----------------------|---------|------------------------|------------------------|--------------------------|
| ۰/۰۷۱       | ۰/۶۸۴                 | -۱/۲۷۲  | درمان شناختی رفتاری    | برنامه زمانی پارادوکسی | پیش آزمون-پس آزمون       |
| ۰/۰۰۰       | ۰/۶۹۰                 | -۴/۱۷۷* | کنترل                  | کنترل                  |                          |
| ۰/۰۷۱       | ۰/۶۸۴                 | ۱/۲۷۲   | برنامه زمانی پارادوکسی | درمان شناختی رفتاری    | پیش آزمون-پس آزمون       |
| ۰/۰۰۰       | ۰/۷۱۸                 | -۲/۹۰۵* | کنترل                  | کنترل                  |                          |
| ۰/۰۰۰       | ۰/۶۹۰                 | ۴/۱۷۷*  | برنامه زمانی پارادوکسی | کنترل                  | پیش آزمون-پس آزمون       |
| ۰/۰۰۰       | ۰/۷۱۸                 | ۲/۹۰۵*  | درمان شناختی رفتاری    | کنترل                  |                          |
| ۰/۰۷۴       | ۰/۶۲۶                 | -۱/۱۴۸  | درمان شناختی رفتاری    | برنامه زمانی پارادوکسی | پیش آزمون-پیگیری         |
| ۰/۰۰۰       | ۰/۶۳۱                 | -۴/۲۲۵* | کنترل                  | کنترل                  |                          |



|          |                       |         |                        |                        |                                |
|----------|-----------------------|---------|------------------------|------------------------|--------------------------------|
| ۰/۰۷۴    | ۰/۶۲۶                 | ۱/۱۴۸   | برنامه زمانی پارادوکسی | درمان شناختی رفتاری    |                                |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۶۵۷                 | -۳/۰۷۷* | کنترل                  |                        |                                |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۶۳۱                 | ۴/۲۲۵*  | برنامه زمانی پارادوکسی | کنترل                  |                                |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۶۵۷                 | ۳/۰۷۷*  | درمان شناختی رفتاری    |                        |                                |
| معناداری | خطای انحراف استاندارد | (I-J)   | J                      | I                      | متغیر وابسته (تعمق)            |
| ۰/۰۷۲    | ۰/۳۶۹                 | -۰/۶۸۲  | درمان شناختی رفتاری    | برنامه زمانی پارادوکسی |                                |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۳۷۲                 | -۲/۱۰۸* | کنترل                  |                        |                                |
| ۰/۰۷۲    | ۰/۳۶۹                 | ۰/۶۸۲   | برنامه زمانی پارادوکسی | درمان شناختی رفتاری    | پیش آزمون-پس آزمون             |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۳۸۸                 | -۱/۴۲۶* | کنترل                  |                        |                                |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۳۷۲                 | ۲/۱۰۸*  | برنامه زمانی پارادوکسی | کنترل                  |                                |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۳۸۸                 | ۱/۴۲۶*  | درمان شناختی رفتاری    |                        |                                |
| ۰/۹۳۴    | ۰/۳۰۹                 | ۰/۰۲۶   | درمان شناختی رفتاری    | برنامه زمانی پارادوکسی |                                |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۳۱۲                 | -۱/۶۳۷* | کنترل                  |                        |                                |
| ۰/۹۳۴    | ۰/۳۰۹                 | -۰/۰۲۶  | برنامه زمانی پارادوکسی | درمان شناختی رفتاری    | پیش آزمون-پیگیری               |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۳۲۵                 | -۱/۶۶۳* | کنترل                  |                        |                                |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۳۱۲                 | ۱/۶۳۷*  | برنامه زمانی پارادوکسی | کنترل                  |                                |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۳۲۵                 | ۱/۶۶۳*  | درمان شناختی رفتاری    |                        |                                |
| معناداری | خطای انحراف استاندارد | (I-J)   | J                      | I                      | متغیر وابسته (در فکر فرو رفتن) |
| ۰/۰۵۱    | ۰/۳۷۰                 | -۰/۷۴۴  | درمان شناختی رفتاری    | برنامه زمانی پارادوکسی |                                |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۳۷۳                 | -۲/۷۱۰* | کنترل                  |                        |                                |
| ۰/۰۵۱    | ۰/۳۷۰                 | ۰/۷۴۴   | برنامه زمانی پارادوکسی | درمان شناختی رفتاری    | پیش آزمون-پس آزمون             |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۳۸۸                 | -۱/۹۶۶* | کنترل                  |                        |                                |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۳۷۳                 | ۲/۷۱۰*  | برنامه زمانی پارادوکسی | کنترل                  |                                |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۳۸۸                 | ۱/۹۶۶*  | درمان شناختی رفتاری    |                        |                                |
| ۰/۱۱۶    | ۰/۴۳۱                 | -۰/۶۹۳  | درمان شناختی رفتاری    | برنامه زمانی پارادوکسی |                                |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۴۳۵                 | -۳/۱۹۲* | کنترل                  |                        |                                |
| ۰/۱۱۶    | ۰/۴۳۱                 | ۰/۶۹۳   | برنامه زمانی پارادوکسی | درمان شناختی رفتاری    | پیش آزمون-پیگیری               |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۴۵۳                 | -۲/۴۹۹* | کنترل                  |                        |                                |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۴۳۵                 | ۳/۱۹۲*  | برنامه زمانی پارادوکسی | کنترل                  |                                |
| ۰/۰۰۰    | ۰/۴۵۳                 | ۲/۴۹۹*  | درمان شناختی رفتاری    |                        |                                |

همانطور که در جدول ۶ ملاحظه می شود بین حواس پرتی، تعمق و در فکر فرورفتن در گروه برنامه زمانی پارادوکسی با گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). همچنین بین حواس پرتی، تعمق و در فکر فرورفتن در گروه درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). این در حالی است که بین گروه برنامه زمانی پارادوکسی و گروه درمان شناختی رفتاری از لحاظ مولفه های نشخوار فکری یعنی حواس پرتی، تعمق و در فکر فرورفتن در مرحله پس آزمون تفاوت

معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). در مرحله پیگیری نیز بین حواس پرتی، تعمق و در فکر فرورفتن در گروه برنامه زمانی پارادوکسی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). همچنین بین حواس پرتی، تعمق و در فکر فرورفتن در گروه درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). علاوه بر عدم معناداری بین دو مداخله برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری در مرحله پیگیری حفظ شده است ( $p > 0/05$ ). به طور کلی می توان گفت درمان برنامه زمانی پارادوکسی با اینکه توانسته است مولفه های نشخوار فکری را نسبت به گروه درمان شناختی رفتاری تغییر دهد با این حال این تغییر بین دو درمان معنادار نبوده است. بنابراین یافته ها مبین آن است که هر دو درمان برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری می توانند باعث کاهش مولفه های نشخوار فکری (حواس پرتی، تعمق و در فکر فرورفتن) در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی شوند.

## بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد درمان برنامه زمانی پارادوکسی و شناختی رفتاری باعث کاهش علائم نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شده اند. همچنین این تاثیر با ثبات بوده و اثربخشی بعد از دوره پیگیری حفظ شده است. اثربخشی درمان برنامه زمانی پارادوکسی را می توان با نتایج مطالعات بشارت (۱۳۹۸، ۱۳۹۷) همخوان دانست. لوئیز معتقد است که روش پارادوکسیکال امکان تغییر در ایجاد علائم نگرانی را به بیمار می دهد. بشارت در پژوهش های خود و مبنای زیربنایی درمان پارادوکسیکال به تغییر معنای نشانه به عنوان یک عامل مهم برای کاهش نگرانی اشاره نموده است. هرچند پژوهش های دیگر در این حوزه کمتر نگرانی را هدف قرار داده اند اما تاثیر آن ها بر علائم اضطراب و سایر نشانه های بیماری از جمله افسردگی نشان می دهد که توانسته اند این عنصر را در بیماران کاهش دهند. چرا که نگرانی عامل مهمی در اکثر بیماران روانپزشکی است (تران، ۲۰۱۷) که بدون کاهش آن نمی توان انتظار کاهش علائم را داشت.

در رابطه با مکانیسم تاثیر و اثربخشی درمان برنامه زمانی پارادوکسی بر نگرانی چهار مکانیسم اصلی وجود دارد که می تواند این روند را تبیین نماید. دستوری سازی-مصنوعی سازی نخستین مکانیسمی است که به نظر می رسد بر کاهش نگرانی تاثیر گذار باشد. چرا که زمان بازسازی و تجربه حالت های اضطرابی که توسط درمانگر تجویز می شود می توان انتظار داشت که نگرانی فرد به طور طبیعی فعال شود اما در ادامه این مکانیسم در کنار اصل تجویز عین نشانه و اصل شروع تاخیری نگرانی حاصل از تکلیف را کاهش می دهد. در واقع شانس بازسازی وقایع باعث می گردد تا فرد نگرانی کمتری نسبت به موضوع اضطراب کسب نماید. در ادامه که رابطه نشانه با اضطراب توسط دو مکانیسم نخست قطع می گردد دیگر نشانه ها نمی توانند برای فرد نگرانی ایجاد نموده و به صورت تحمیلی و اجباری در ذهن فرد تولید شوند. در واقع به نظر می رسد قطع رابطه نشانه-اضطراب مسیر اصلی است که نگرانی فرد را کاهش می دهد. شواهد نیز از این مساله حمایت کرده و نشان می دهند که نگرانی مهمترین سازه ای است که بهنگام ارتباط نشانه و اضطراب ایجاد شده، رشد یافته و علائم را گسترش می دهد (تران، ۲۰۱۷). بنابراین همانطور که مشخص است قطع ارتباط نشانه و اضطراب می تواند عامل مهمی برای کاهش نگرانی باشد. البته ادامه روند درمان یعنی مکانیسم چهارم را می توان دلیل نهایی دانست که می تواند ضامن پایداری مداخله باشد. به طوری که پس از قطع نشانه-اضطراب و کاهش موقتی نگرانی تغییر معنی نشانه باعث می شود درمان برنامه زمانی پارادوکسی بتواند معنای ادراک شده بیماری را که عامل اصلی نگرانی اوست را تغییر دهد. زمانی که بیمار به طور عملیاتی درک می کند که نشانه ها دیگر خاصیت پاتولوژیک ندارند معنا و ارزش آن ها برای او کمتر می شود. در واقع اینجاست که بی اثر بودن نشانه ها توسط بیمار تجربه شده و در نتیجه نگرانی وی در رابطه با ترس های بیمارگون کاهش می دهد. همچنین در رابطه با تاثیر درمان شناختی رفتاری، نتایج به دست آمده را می توان با مطالعه موریسون (۲۰۱۹) همخوان دانست. بررسی این مداخلات نشان می دهد که، درمان شناختی رفتاری برای بیماران اضطرابی بسیار مورد استفاده قرار گرفته است. اکثر مطالعات یاد شده، نتایج همخوانی را نشان می دهند.

در رابطه با مکانیسم اثر درمان شناختی رفتاری بر نگرانی می توان به نظریه دو عاملی ترس و اجتناب ماورر اشاره نمود. این نظریه چارچوبی تأثیر گذار برای درک علل تاثیر درمان شناختی رفتاری بر نگرانی ایجاد می کند. به نظر می رسد که بیماران اضطراب اجتماعی در علت وجود محرک های محیطی که با تجربیات دردناک همراه هستند، نگرانی هایی را ادراک می کنند. این نگرانی های از پیش بین آن ها از عوامل اضطراب زا می باشد (هیرن و همکاران، ۲۰۱۸) نگرانی فرد باعث اجتناب از محرک های ترس در کاهش اضطراب وی می شود،

که به نوبه خود باعث افزایش رفتار اجتناب می‌شود. بنابراین بیمار مبتلا به اضطراب اجتماعی نگرانی را تجربه می‌کند که در اثر موقعیت‌های مختلف برانگیخته می‌شوند که باعث می‌شود درگیر رفتارهای اجتناب شوند تا نگرانی خود را کاهش دهند (هیرن و همکاران، ۲۰۱۸). این رفتارهای اجتنابی نگرانی وی را تقویت می‌کند تقویت می‌کند. مکانیسم اثر درمان شناختی رفتاری اینگونه است که این چرخه را شکسته و باعث کاهش آن می‌شود. به طوریکه درمان شناختی رفتاری با تغییر باورها و ممانعت از اجتناب، از این طریق به بیماران می‌آموزد که چگونه تحمل نگرانی را بدون درگیر شدن در رفتارهای اضطرابی یاد بگیرند. همانطور که مشخص است این روش نیز همانند درمان پارادوکسی توانسته است میزان نگرانی بیماران را کاهش دهد. شاید عدم تفاوت ایجاد شده بین این دو درمان این است که هر دو به نوعی توانسته‌اند بین نگرانی و نشانه تغییر معنا ایجاد نموده و ارتباط آن‌ها را به خوبی قطع نمایند.

همچنین نتایج نشان داد درمان برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری می‌توانند باعث کاهش مولفه‌های نشخوار فکری (حواس پرتی، تعمق و در فکر فرورفتن) در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی شوند. در رابطه با نتایج تاثیر درمان برنامه زمانی پارادوکسی بر نشخوار فکری، می‌توان یافته‌های به دست آمده را با نتایج راسین و همکاران (۲۰۰۰) همخوان دانست.

در رابطه با مکانیسم اثر برنامه زمانی پارادوکسی بر نشخوار فکری می‌توان همان مکانیسم اثر چهارگانه در مورد نگرانی را به کار برد. در واقع در اینجا نیز ابتدا دستوری سازی-مصنوعی سازی ابتدا نشخوارهای فکری بیمار را اضطراب را در وی تشدید می‌کند کاهش می‌یابد. این مساله شانس بازسازی مصنوعی نشانه بیماری را افزایش می‌دهد. در ادامه فرایند درمان تبدیل نشانه واقعی به مصنوعی می‌تواند با قطع رابطه نشانه و اضطراب میزان نشخوار فکری فرد را کاهش دهد. در واقع این به معنی این است که رفتار خاصیت عادی پیدا کرده و دیگر جنبه پاتولوژیک نداشته و در نتیجه هیجان‌ها و افکار منفی را در ذهن فرد ایجاد نمی‌کند. به نظر می‌رسد کاهش نشخوار فکری به دلیل تغییر شناخت‌های بیمار در نتیجه قطع رابطه نشانه-اضطراب رخ می‌دهد. بشارت (۱۳۹۸) معتقد است همین که بیمار پی می‌برد نشانه‌ها خاصیت پاتولوژیک ندارند معنا و ارزش آن را برایش تغییر می‌دهند. تکرار این مساله در برنامه‌های زمانی مشخص به بازآزمایی و باز تجربه کردن این مساله کمک نموده و سبب می‌شود تا باورهای قبلی بیمار تغییر نماید. شواهد نشان می‌دهد که علت اصلی نشخوارهای فکری باورهای غلط بیمار است (کنگ، اسموسکی و رایبیز، ۲۰۱۶). در واقع باورهای غلط بیمار در رابطه با نشانه‌ها و علائمی که از محیط دریافت می‌کند سبب می‌شود که نتواند فکر خود را منسجم نموده و در نتیجه فرایند نشخوار فکری را در وی راه اندازی می‌کند (۲۸). به نظر می‌رسد وقتی معنای نشانه تغییر می‌کند این افکار تغییر نموده و نشخوار فکری نیز کاهش می‌یابد. بشارت (۱۳۹۸) حتی گامی فراتر برای تغییر نشانه‌ها بیان می‌کند که آن تغییر معنا برای سیستمی است که فرد در آن زندگی می‌کند. به نظر می‌رسد این تغییر معنا در درون فرد و در سیستم پیرامونی فرد می‌تواند پیامد مطلوبی برای تغییر شناخت‌ها و در نتیجه کاهش نشخوار فکری فرد ایجاد نماید.

در رابطه با تاثیر درمان شناختی رفتاری، که تاثیری نزدیک به درمان برنامه زمانی پارادوکسی داشته است، یافته‌ها بیانگر آن است که به طور کلی، این درمان اثربخش است و می‌تواند برای کاهش نشخوار فکری این بیماران، مورد استفاده قرار گیرد. هرچند این پژوهش‌ها نیز، به طور کلی، متمرکز بر بررسی میزان اثربخشی درمان بر کاهش علائم اضطرابی بوده‌اند و کمتر متمرکز بر بررسی میزان اثربخشی درمان بر نشانه‌ی خاص، یعنی نشخوار فکری بیماران اضطراب اجتماعی بوده‌اند، با این حال با توجه به پیوندی که بین علائم اضطرابی و نشخوار فکری وجود دارد، می‌توان یافته‌های آن‌ها را نیز، با تاثیر بر نشخوار فکری همخوان دانست. از سوی دیگر، در این مطالعه نیز، درمان شناختی رفتاری، اندکی پس از مداخله، کاهش را نشان می‌دهد. در رابطه با مکانیسم اثر این درمان بر نشخوار فکری باید گفت که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ می‌تواند با کاهش تدریجی اضطراب ترس بیمار را کاهش داده و در نتیجه از بار افکار منفی آن بکاهد. یکی از راه‌هایی که این اتفاق تصور می‌شود از طریق فرآیندی است که به موجب آن افراد با تحریک محرک بعد از اینکه بارها و با اطمینان در معرض آن قرار گرفتند، کمتر از نظر فیزیولوژیکی تحریک می‌شوند. شواهد نشان می‌دهد بخشی از نشخوار فکری افراد به دلیل واکنش‌های فیزیولوژیکی آن‌ها به اضطراب است. در واقع آن‌ها به دلیل احساس نادرست از واکنش فیزیولوژیکی شان مدام در رابطه با اتفاقی که قرار است برایشان رخ دهد نشخوار می‌کنند (تودر آ و همکاران، ۲۰۱۸). این در حالی است که درمان شناختی رفتاری به آن‌ها کمک می‌کند تا به مرور زمان بفهمند که محرک‌ها، افکار و احساساتی که باعث اجبار می‌شوند را بهتر می‌توانند تحمل کنند و کمتر برایشان

مقایسه برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری بر نگرانی و نشخوار فکری بیماران دچار اضطراب اجتماعی  
Comparison of paradoxical timetable and cognitive behavioral therapy on worry and rumination of ...

واکنش‌هایی را در پی دارد که در مورد آن نشخوار فکری داشتند. آنها می‌فهمند که قادر به مقابله با محرک‌ها هستند بدون اینکه به رفتارهای اجتنابی متوسل شوند. این امر می‌تواند به مرور زمان نشخوار فکری آن‌ها را کاهش دهد. یکی از محدودیت‌های این پژوهش که خاص پژوهش‌های پرسشنامه‌ای است، این که پاسخ‌دهنده‌ها به ویژه به دلیل بیماری خاص‌شان، گاهی بی‌علاقگی و بی‌انگیزگی در پاسخ دادن از خود نشان می‌دهند. همچنین عدم توانایی کنترل بر متغیرهای مداخله‌گری از جمله وضعیت اقتصادی می‌تواند به عنوان یکی از محدودیت‌های عمده این پژوهش به شمار رود. پژوهش حاضر نشان داد که درمان برنامه زمانی پارادوکسی و شناختی رفتاری، باعث کاهش نگرانی و نشخوار فکری افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شوند لذا پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی، نقش درمان‌های یاد شده در سایر بیماری‌های اضطرابی از جمله اختلال اضطراب منتشر، بررسی و نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود درمان پارادوکسی که مداخله جدیدتری می‌باشد در مقایسه با سایر رویکردهای درمان از جمله دارودرمانی و درمان‌های نسل جدید نظیر درمان پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بررسی و مقایسه گردند.

## منابع

- باقری نژاد، م؛ صالحی فدردی، ج؛ طباطبایی، س.م (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *فصلنامه پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۱۱(۱): ۲۸-۲۱.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۷). *پارادوکس+برنامه زمانی= درمان: مدل کامل درمان اختلالات روانشناختی*. تهران: انتشارات رشد.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۷). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال وسواس فکری- عملی: مطالعه موردی، *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۱۴، ۵۳، ۳۶-۷.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۸). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه موردی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸، ۲۸۳-۳۹۵.
- بیرامی، م؛ موحدی، ی؛ کاظمی رضایی، س.و؛ اسماعیلی، س. (۱۳۹۴). تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نگرانی آسیب شناختی و علائم اضطرابی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۱۲(۱): ۹۰-۷۹.
- Abend, R., Naim, R., Pergamin-Hight, L., Fox, N. A., Pine, D. S., & Bar-Haim, Y. (2019). Age Moderates Link Between Training Effects and Treatment Response to Attention Bias Modification Treatment for Social Anxiety Disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 47(5), 881-894.
- Artiran, M., Şimşek, O. F., & Turner, M. (2019). Mediation role of rumination and reflection on irrational beliefs and distress. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(6), 659-671.
- Brozovich, F. A., Goldin, P., Lee, I., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2015). The effect of rumination and reappraisal on social anxiety symptoms during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(3), 208-218.
- Dryman, M. T., Gardner, S., Weeks, J. W., & Heimberg, R. G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of anxiety disorders*, 38, 1-8.
- Eysenck, M. W. (2013). *Anxiety: The cognitive perspective*. Psychology Press.
- Fogarty, C., Hevey, D., & McCarthy, O. (2019). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder: long-term benefits and aftercare. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 1-13.
- Goodwin, H., Yiend, J., & Hirsch, C. R. (2017). Generalized Anxiety Disorder, worry and attention to threat: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 54, 107-122.
- Hearn, C. S., Donovan, C. L., Spence, S. H., March, S., & Holmes, M. C. (2017). What's the worry with social anxiety? Comparing cognitive processes in children with generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(5), 786-795.
- Hearn, C. S., Donovan, C. L., Spence, S. H., & March, S. (2018). Do worry and its associated cognitive variables alter following CBT treatment in a youth population with Social Anxiety Disorder? Results from a randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 53: 46-57.
- Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2017). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence-based and disorder specific treatment techniques*. Routledge.
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 277-290.
- Hughes, M. E., Alloy, L. B. & Cogswell, A. (2008). Repetitive thought in psychopathology: The relation of rumination and worry to depression and anxiety symptoms. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 22, 273-291.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2016). Effects of mindful acceptance and reappraisal training on maladaptive beliefs about rumination. *Mindfulness*, 7(2), 493-503.

- Mcevoy, P., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 313-320.
- Morrison, A. S., Mateen, M. A., Brozovich, F. A., Zaki, J., Goldin, P. R., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2019). Changes in Empathy Mediate the Effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy but Not Mindfulness-Based Stress Reduction for Social Anxiety Disorder. *Behavior therapy*, 50(6), 1098-1111.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Jacobson, N. C., & Moore, G. A. (2015). Adult attachment as a moderator of treatment outcome for generalized anxiety disorder: Comparison between cognitive-behavioral therapy (CBT) plus supportive listening and CBT plus interpersonal and emotional processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 915.
- Ollendick, T. H., White, S. W., Richey, J., Kim-Spoon, J., Ryan, S. M., Wieckowski, A. T., ... & Smith, M. (2019). Attention bias modification treatment for adolescents with social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 50(1), 126-139.
- Ozturk, A., & Mutlu, T. (2010). The relationship between attachment style, subjective well-being, happiness and social anxiety among university students. *Social and Behavioral Sciences*, 9, 1772-1776.
- Portero A., Durmaz, D., Raines, A., Short, N., Schmidt, N. (2015). Cognitive processes in hoarding: The role of rumination. *Personality and Individual Differences*, 86, 277-281
- Scaini, S., Belotti, R., Ogliari, A., & Battaglia, M. (2016). A comprehensive meta-analysis of cognitive-behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 105-112.
- Shannon, J. (2012). *The Shyness and Social Anxiety Workbook for Teens: CBT and ACT Skills to Help You Build Social Confidence*. Oakland: Instant Hel.
- Tran, A. L. (2017). Neurasthenia, Generalized Anxiety Disorder, and the medicalization of worry in a Vietnamese psychiatric hospital. *Medical Anthropology Quarterly*, 31(2), 198-217
- Yook, K., Kim, K., Suh, S. Y., & Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 623-628.
- Young, K. S., LeBeau, R. T., Niles, A. N., Hsu, K. J., Burklund, L. J., Mesri, B., ... & Craske, M. G. (2019). Neural connectivity during affect labeling predicts treatment response to psychological therapies for social anxiety disorder. *Journal of affective disorders*, 242, 105-110.

