رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۴، شماره پیاپی ۶۱، تیر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(4), 2021

مقایسه برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری برمکانیسمهای دفاعی و علائم افراد دچار اضطراب اجتماعی

Comparison of paradoxical timetable and cognitive behavioral therapy on defense mechanisms and symptoms of individual with social anxiety

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

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
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.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری بر مکانیسم های دفاعی و علائم افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. جامعه پژوهش حاضر را افراد با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی شهرهای تهران و گرگان تشکیل می دادندکه دارای پرونده فعال در فصل پاییز و زمستان سال ۹۸ بودندکه از این تعداد ۴۵ نفر از افراد 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 سبک های دفاعی (آندرز و همکاران، ۱۹۹۳) و پرسشنامه اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰) بودند. برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد بین درمان برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری از لحاظ نمرات مکانیسم های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد($p>۰/۰۵$). به طور کلی بر اساس نتایج این مطالعه می توان گفت درمان برنامه زمانی پارادوکسی و شناختی رفتاری باعث کاهش مکانیسم های دفاعی و علائم در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شده اند.

واژه‌های کلیدی: *برنامه زمانی پارادوکسی، درمان شناختی رفتاری، مکانیسم های دفاعی، علائم، اختلال اضطراب اجتماعی.*

Abstract

The purpose of this study was a comparison of the effectiveness of group therapy of paradoxical timetable and cognitive behavioral therapy on defense mechanisms and symptoms 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 assigned into one control group and two experimental groups. The instruments used in the study included the *Defense Style Questionnaire* (1993) and Social Phobia *Inventory* (2000). Analysis of covariance was used to analyze the data. The results showed that there is no significant difference between paradoxical timetable treatment and cognitive-behavioral therapy in terms of defense mechanisms and social anxiety symptoms 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 timetable and cognitive-behavioral has reduced defense mechanisms and symptoms in individuals with social anxiety disorder.

Keywords: *Paradox Timetable, Cognitive Behavioral Therapy, Defense Mechanisms, Symptoms, Social Anxiety Disorder.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : اسفند ۹۹** **پذیرش: فروردین ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : تیر ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.18.4]

مقدمه

اضطراب اجتماعی یکی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین اختلالات اضطرابی است که در آن سرعت بهبودی طبیعی بسیار پایین است. این اختلال تقریباً در کودکی یا بزرگسالی شروع می شود (بیدل، لی و ویلیس[۱] ۲۰۱۹) و می تواند تأثیرات عمیقی بر رشد داشته باشد که بعدا در زندگی مشکلات عدیده ای را برای فرد به همراه می آورد(دیکسون[۲]و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلال می تواند مشکلات آموزشی بسیاری را برای فرد به دنبال داشته باشد که پیامد آن آسیب ها و مشکلات اجتماعی دیگر است(بروک و ویلوبی[۳] ۲۰۱۵). همچنین اضطراب اجتماعی مانع بزرگی برای توسعه روابط اجتماعی و عاشقانه در جوانی و در نتیجه بروز افسردگی و گوشه گیری در فرد است(استار و داویلا[۴] ۲۰۱۵).

یکی از مواردی که در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، تفاوت در میزان اضطراب ایجاد می کند برداشت افراد از استرس ها و نگرانی هاست. در واقع برآورد بیش از حد و تفسیر های اشتباه از موقعیت ها می تواند فرد را بیشتر تحت تاثیر استرس ها قرار دهد. در واقع می توان نحوه تعامل با استرس ها و چگونگی تفسیر آن ها را به عنوان عامل آسیب زا در نظر گرفت. با این تفاسیر مکانیسم های دفاعی فرد می تواند بازگو کننده نحوه تحمل فشارها و استرس های فردی و تعامل با آن را نشان دهد(دوی[۵]و همکاران، ۲۰۱۷). به طور کلی مکانیسم های دفاعی به سه بخش عمده؛ مکانیسم های آسیب زا[۶]، مکانیسم های بلوغ نیافته و ناپخته و روان رنجور[۷]و مکانیسم های بلوغ یافته[۸]تقسیم می شوند (کوپر، پری و ا کانل[۹]۱۹۹۹). بر این اساس مکانیسم های دفاعی شیوه های واکنش فرد به تعارض هیجانی و تنیدگی های درونی و بیرونی روزمره را تحت تأثیر قرار می دهند (دزیگلیلوسکی[۱۰]۲۰۱۰). به نظر می رسد مکانسیم های دفاعی زمانی که ناپخته و روان رنجور باشند باعث اضطراب اجتماعی شوند.

با توجه به موارد گفته شده همانطور که ملاحظه می شود در کنار علائم اضطراب اجتماعی، متغیرهایی وجود دارند که باعث تدوام و پایداری نشانگان این اختلال شده و در نتیجه مقاومت آن ها را نسبت به درمان افزایش می دهد (مانسون[۱۱]و همکاران، ۲۰۱۶؛ ناردگرین[۱۲] و همکاران، ۲۰۱۶؛ شئوریچ[۱۳]و همکاران، ۲۰۱۹).

با توجه به مشکلات این اختلال و همچنین روند بهبودی کند، واضح است که نیاز به درمان های موثر نیاز اساسی و یک ضرورت به شمار می رود. به طورکلی بررسی مطالعات نشان می دهد که از میان مداخلات موجود درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب اجتماعی از شواهد قوی برخوردار است و نشان داده شده است که بر بسیاری از درمان های فعال دیگر از جمله روان درمانی بین فردی، درمان روان پویشی و دارودرمانی بهتر عمل می کند (مایو ویلسون[۱۴]و همکاران ، ۲۰۱۴). با این حال شواهد نشان می دهد که مداخلات معمول شناختی رفتاری برای اضطراب اجتماعی نسبت به سایر اختلالات اضطرابی کمتر مؤثر است (هادسون[۱۵]و همکاران ، ۲۰۱۵). بنابراین با توجه به این مسائل هنوز نمی توان این درمان را به عنوان یک درمان انتخابی در نظر گرفت، چرا که بررسی این مساله نیاز به مطالعات بیشتر به ویژه مقایسه آن با رویکردهای دیگر درمان است.

---

[1] Beidel, Le, Willis
[2] Dixon
[3] Brook, Willoughby
[4] Starr, Davila
[5] Devi
[6] Pathological
[7] Immature
[8] neurotic
[9] Cooper, Perry, O'Connell
[10] Dziegielewski
[11] Månsson
[12] Nordgreen
[13] Scheurich
[14] MayoWilson
[15] Hudson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.18.4]

بنابراین عدم پاسخدهی به درمان برخی از پژوهشگران را بر آن داشت که اذعان نمایند ضرورت دارد از درمان های ترکیبی و جایگزین برای مقایسه و اثربخشی درمان شناختی رفتاری استفاده نمود. به همین دلیل به نظر می رسد ضرورت دارد تا درمان شناختی رفتاری را با روش های جدید از جمله درمان برنامه زمانی پارادوکسی مقایسه نمود. همچنین استفاده از روش های جدید نیز می تواند روش های سنتی را به چالش کشیده و با مشخص نمودن اندازه تاثیر این روش های جدید می توان مقایسه مطلوبی از درمان های جدید در مقابل درمان های سنتی از جمله درمان شناختی رفتاری به دست آورد. بنابراین ضروت این مطالعه در این است که می تواند توصیه های مطلوبی را در راستای پیشنهاد درمانی به درمانگران ارائه دهد. همچنین مطالعات فراتحلیل در آینده می توانند اندازه های تاثیر به دست آمده را برای تبیین دقیق تر روش های درمانی برتر برای اختلال اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار دهند.

در نهایت با توجه به اثرات اضطراب اجتماعی بر عملکرد مراجع و ایجاد اختلال در کارکرد فردی و بین فردی وی و نیاز به کاربرد مداخله‌ای جدید و مؤثر در این افراد جهت کاهش علایم آن و نیز با توجه به اینکه به لحاظ نظری استفاده از درمان برنامه زمانی پارادوکسی را در مقایسه با درمان شناختی رفتاری می توان برای اختلال اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار داد، محقق بر آن شده است تا در قالب یک روش پژوهشی نظام مند، به لحاظ علمی و پژوهشی نیز به مقایسه اثربخشی درمان برنامه زمانی پارادوکسی تحلیل با روش های سنتی درمان شناختی رفتاری بپردازد.

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است که با طرح پژوهشی پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شده است. 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 می دهند 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. لذا نمونه این مطالعه عبارت است از ۴۵ نفر از افراد که از طریق مصاحبه بالینی اجرا شده توسط متخصص روانشناسی بالینی، براساس معیارهای تشخیصی DSM-5، مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تشخیص داده شدند به صورت در دسترس انتخاب و در یک گروه گواه و دو گروه آزمایش جایگزین شدند. درخصوص معیارهای ورود آزمودنی ها به این پژوهش می توان به دارا بودن ملاک های تشخیصDSM-5 برای اختلال اضطراب اجتماعی به تشخیص روانشناسی بالینی یا روانپزشک، عدم دریافت درمانهای روانشناختی قبل از ورود به پژوهش، داشتن حداقل سن ۲۰سال و حداکثر۴۰سال، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم و موافقت افراد 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 مراجع 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 تا۳۰ 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 سبک های دفاعی[1](DSQ-40): این پرسشنامه توسط آندرز و همکاران در سال ۱۹۹۳ تنظیم شد .این پرسشنامه براساس پرسشنامه اولیه باند و همکاران که در ۱۹۸۳ تهیه شده بود تحول یافت .۲۰ مکانیزم دفاعی را در ۳ عامل رشد یافته، رشد نایافته و روان آزرده وار از یکدیگر مورد بازشناسی و تفکیک قرار داده است .این پرسشنامه در کشورهایی چون ژاپن، فرانسه ، برزیل ، پرتغال

[1] . Defense Styles Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.18.4]

وایران مورد ارزیابی قرارگرفته است. نتایج مطالعات در ژاپن نشان داد که این ابزار دارای روایی همزمان با پرسشنامه شخصی مادزلی است . در فرانسه و برزیل و پرتغال نیز مشخص شد که این پرسشنامه ابزار مفید و سودمندی به شمار رفته و از روایی و اعتبار مطلوبی برخوردار است.(بونساک و همکاران ، ۱۹۹۸ بلایا و همکاران ۲۰۰۴، به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور[1](SPIN): پرسشنامه هراس اجتماعی کانور به صورت خود اجراست و دارای ۱۷ماده است. این پر سشنامه در سال۲۰۰۰توسط کانور و همکارانش به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شده است . این پرسشنامه دارای سه زیر مقیاس است که عبارتند از :ترس در موقعیت های اجتماعی (۴ماده).از آزمودنی خواسته می شود که میزان رنج خود در هر یک از این علایم را در طول هفته اخیر به ترتیب زیر درجه بندی کند (به هیچ وجه)،۱(کم)،۲(تا حدی)،۳(زیاد)و۴(خیلی زیاد).جمع نمرات کل پرسشنامه از ۰تا۶۸خواهد بود (تساوی و همکاران ۲۰۰۹).این‌پرسشنامه از روایی و پایایی‌بالایی‌برخوردار است .پایایی آن با روش بازآزمایی در گروه‌های‌باتشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۷۸تا۰/۸۹گزارش‌شده است و و ضریب‌همسانی درونی آن به روش آلفای‌کرونباخ در یک‌گروه‌بهنجار ۰/۹۴ گزارش‌شده است‌و برای مقیاسهای فرعی ترس ۰/۸۹،اجتناب ۰/۹۱ وناراحتی فیزیو لوژیک ۰/۸۰ گزارش‌شده است (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۱).

برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی استفاده شد. تمامی تحلیل های صورت گرفته در این مطالعه با استفاده از برنامه SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت.

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 پارداوکسی، پیگیری انجام تکالیف جلسه قبل، بررسی میزان عملیاتی کردن بازسازی و تجربه کردن مشکلات

جلسه چهارم: تمرکز بر مکانیسم دوم؛ قطع رابطه نشانه و اضطرابتاایجاد مکانیسم سوم، تغییر نشانه ها برای شخص بیمار و سیستمی که او را در برگرفته 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

فرضیه ۱- اثربخشی درمان گروهی برنامه زمانی پارادوکسی با درمان شناختی رفتاری بر مکانیسم های دفاعی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی متفاوت است.

[1] . Social Phobia Inventory

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.18.4]

در این فرضیه با توجه به وجود متغیر مستقل طبقه ای دو سطحی(گروه آزمایش و گروه کنترل)، متغیر وابسته پیوسته(نمرات پس آزمون و پیگیری مکانیسم های دفاعی) و همچنین متغیر هم تغییر(نمرات پیش آزمون مکانیسم های دفاعی) از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. این تحلیل تفاوت بین میانگین نمرات سه مولفه مکانیسم های دفاعی برای گروه های آزمایش و کنترل بعد از تعدیل نمره های پیش آزمون اولیه را نشان می دهد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۱ منعکس شده است.

جدول ۱. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری روی نمره های پس آزمون مکانیسم های دفاعی

		ارزش	F	فرضیهdf	خطاdf	سطح معناداری
پیش آزمون-پس آزمون	اثر پیلایی	۰/۶۸۴	۶/۵۸۷	۶/۰۰۰	۷۶/۰۰۰	۰/۰۰۰
	لامبادای ویلکز	۰/۳۱۹	۹/۵۰۹	۶/۰۰۰	۷۴/۰۰۰	۰/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۲/۱۲۷	۱۲/۷۵۹	۶/۰۰۰	۷۲/۰۰۰	۰/۰۰۰
	بزرگترین ریشه خطا	۲/۱۲۲	۲۶/۸۷۸	۳/۰۰۰	۳۸/۰۰۰	۰/۰۰۰
پیش آزمون-پیگیری	اثر پیلایی	۰/۷۴۳	۷/۴۸۸	۶/۰۰۰	۷۶/۰۰۰	۰/۰۰۰
	لامبادای ویلکز	۰/۲۶۴	۱۱/۶۵۵	۶/۰۰۰	۷۴/۰۰۰	۰/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۲/۷۵۵	۱۶/۵۳۲	۶/۰۰۰	۷۲/۰۰۰	۰/۰۰۰
	بزرگترین ریشه خطا	۲/۷۴۵	۳۴/۷۷۲	۳/۰۰۰	۳۸/۰۰۰	۰/۰۰۰

سطوح معناداری همه آزمون ها در جدول ۱ 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 ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. تحلیل کوواریانس نمرات مکانیسم های دفاعی

	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تاثیر
پیش آزمون-پس آزمون	رشد یافته	۱۹۵/۱۹۵	۲	۹۷/۵۹۸	۸/۸۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱۲
	رشد نیافته	۲۱۲/۵۸۴	۲	۱۰۶/۲۹۲	۸/۶۶۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰۸
	روان ازرده	۲۰۳/۴۳۱	۲	۱۰۱/۷۱۶	۲۷/۱۱۶	۰/۰۰۰	۰/۵۸۲
پیش آزمون-پیگیری	رشد یافته	۲۶۰/۰۳۶	۲	۱۳۰/۰۱۸	۱۱/۹۵۱	۰/۰۰۰	۰/۳۸۰
	رشد نیافته	۲۲۶/۵۰۰	۲	۱۱۳/۲۵۰	۹/۱۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲۰
	روان ازرده	۲۹۷/۹۴۵	۲	۱۴۸/۹۷۲	۲۹/۹۲۸	۰/۰۰۰	۰/۶۰۵

همانطور که در جدول ۲ دیده می شود بین میانگین پس آزمون مکانیسم دفاعی رشد یافته(F=۸/۸۵، p=۰/۰۰۱)، مکانیسم دفاعی رشد نیافته(F=۸/۶۶، p=۰/۰۰۱) و مکانیسم دفاعی روان آزرده(F=۲۷/۱۱، p=۰/۰۰۰) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می دهد با حذف تاثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده مکانیسم های دفاعی بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. در مرحله پیگیری نیز این تفاوت برای مکانیسم دفاعی رشد یدافته(F=۱۱/۹۵، p=۰/۰۰۰)، مکانیسم

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.18.4]

دفاعی رشد نیافته(F=۹/۱۷، p=۰/۰۰۱) و مکانیسم دفاعی روان آزرده(F=۲۹/۹۲، p=۰/۰۰۰) 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 جدول ۳ گزارش شده است:

جدول ۳. آزمون تعقیبی LSD به منظور بررسی تفاوت مکانیسم رشد یافته، رشد نایافته و روان آزرده وار

متغیر وابسته (مکانیسم رشد یافته)	I	J	(I-J)	خطای استاندارد	انحراف معناداری
پیش آزمون-پس آزمون	برنامه زمانی پارادوکسی	درمان شناختی رفتاری	۲/۹۶۳*	۱/۲۱۰	۰/۰۱۹
		کنترل	۵/۹۴۰*	۱/۲۱۵	۰/۰۰۰
	درمان شناختی رفتاری	برنامه زمانی پارادوکسی	-۲/۹۶۳*	۱/۲۱۰	۰/۰۱۹
		کنترل	۲/۹۷۸*	۱/۲۰۶	۰/۰۱۸
	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۵/۹۴۰*	۱/۲۱۵	۰/۰۰۰
		درمان شناختی رفتاری	-۲/۹۷۸*	۱/۲۰۶	۰/۰۱۸
پیش آزمون-پیگیری	برنامه زمانی پارادوکسی	درمان شناختی رفتاری	۲/۹۶۳*	۱/۲۱۰	۰/۰۱۹
		کنترل	۵/۹۴۰*	۱/۲۱۵	۰/۰۰۰
	درمان شناختی رفتاری	برنامه زمانی پارادوکسی	-۲/۹۶۳*	۱/۲۱۰	۰/۰۱۹
		کنترل	۲/۹۷۸*	۱/۲۰۶	۰/۰۱۸
	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۵/۹۴۰*	۱/۲۱۵	۰/۰۰۰
		درمان شناختی رفتاری	-۲/۹۷۸*	۱/۲۰۶	۰/۰۱۸
متغیر وابسته (مکانیسم رشد نایافته)	I	J	(I-J)	خطای استاندارد	انحراف معناداری
پیش آزمون-پس آزمون	برنامه زمانی پارادوکسی	درمان شناختی رفتاری	-۲/۷۰۲*	۱/۲۸۵	۰/۰۴۲
		کنترل	-۵/۳۷۱*	۱/۲۹۱	۰/۰۰۰
	درمان شناختی رفتاری	برنامه زمانی پارادوکسی	۲/۷۰۲*	۱/۲۸۵	۰/۰۴۲
		کنترل	-۲/۶۶۹*	۱/۲۸۱	۰/۰۴۴
	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۵/۳۷۱*	۱/۲۹۱	۰/۰۰۰
		درمان شناختی رفتاری	۲/۶۹۹*	۱/۲۸۱	۰/۰۴۴
پیش آزمون-پیگیری	برنامه زمانی پارادوکسی	درمان شناختی رفتاری	-۲/۷۴۳*	۱/۲۸۹	۰/۰۴۰
		کنترل	-۵/۵۴۴*	۱/۲۹۴	۰/۰۰۰
	درمان شناختی رفتاری	برنامه زمانی پارادوکسی	۲/۷۴۳*	۱/۲۸۹	۰/۰۴۰
		کنترل	-۲/۸۰۰*	۱/۲۸۵	۰/۰۳۵
	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۵/۵۴۴*	۱/۲۹۴	۰/۰۰۰
		درمان شناختی رفتاری	۲/۸۰۰*	۱/۲۸۵	۰/۰۳۵
متغیر وابسته (مکانیسم روان آزرده وار)	I	J	(I-J)	خطای استاندارد	انحراف معناداری
پیش آزمون-پس آزمون	برنامه زمانی پارادوکسی	درمان شناختی رفتاری	-۳/۰۲۷*	۰/۷۱۰	۰/۰۰۰
		کنترل	-۵/۲۳۴*	۰/۷۱۳	۰/۰۰۰
	درمان شناختی رفتاری	برنامه زمانی پارادوکسی	۳/۰۲۷*	۰/۷۱۰	۰/۰۰۰
		کنترل	-۲/۲۰۷*	۰/۷۰۸	۰/۰۰۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.18.4]

پیش آزمون-پیگیری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۵/۲۳۴*	۰/۷۱۳	۰/۰۰۰
		درمان شناختی رفتاری	۲/۲۰۷*	۰/۷۰۸	۰/۰۰۳
	برنامه زمانی پارادوکسی	درمان شناختی رفتاری	-۳/۸۹۷*	۰/۸۱۸	۰/۰۰۰
		کنترل	-۶/۳۰۲*	۰/۸۲۲	۰/۰۰۰
	درمان شناختی رفتاری	برنامه زمانی پارادوکسی	۳/۸۹۷*	۰/۸۱۸	۰/۰۰۰
		کنترل	-۲/۴۰۵*	۰/۸۱۶	۰/۰۰۵
	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۶/۳۰۲*	۰/۸۲۲	۰/۰۰۰
		درمان شناختی رفتاری	۲/۴۰۵*	۰/۸۱۶	۰/۰۰۵

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می شود بین مکانیسم های رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده در گروه برنامه زمانی پارادوکسی با گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد($p<۰/۰۱$). همچنین بین مکانیسم های رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده در گروه درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد($p<۰/۰۱$). بعلاوه بین گروه برنامه زمانی پارادوکسی و گروه درمان شناختی رفتاری از لحاظ مکانیسم های رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد($p<۰/۰۱$). در مرحله پیگیری نیز بین مکانیسم های رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده در گروه برنامه زمانی پارادوکسی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد($p<۰/۰۱$). همچنین بین مکانیسم های رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده در گروه درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد($p<۰/۰۱$). بعلاوه معناداری بین دو مداخله برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری در مرحله پیگیری حفظ شده است($p<۰/۰۱$). به طور کلی می توان گفت درمان برنامه زمانی توانسته است مکانیسم های رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده را نسبت به گروه درمان شناختی رفتاری بیشتر تغییر دهد. بنابراین یافته ها مبین آن است که هر دو درمان برنامه زمانی پاردوکسی و درمان شناختی رفتاری می توانند باعث کاهش مکانیسم های دفاعیرشد نیافته و روان آزرده و افزایش مکانیسم دفاعی رشد یافته شوند. اما درمان پارادوکسی بیشتر از درمان شناختی رفتاری بر مکانیسم های رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده تاثیرگذار بوده است.

فرضیه ۲- اثربخشی درمان گروهی برنامه زمانی پارادوکسی با درمان شناختی رفتاری بر علائم افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی متفاوت است.

در این فرضیه با توجه به وجود متغیر مستقل طبقه ای دو سطحی(گروه آزمایش و گروه کنترل)، متغیر وابسته پیوسته(نمرات پس آزمون و پیگیری علائم اضطراب اجتماعی) و همچنین متغیر هم تغییر(نمرات پیش آزمون علائم اضطراب اجتماعی) از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. این تحلیل تفاوت بین میانگین نمرات علائم اضطراب اجتماعی برای گروه های آزمایش و کنترل بعد از تعدیل نمره های پیش آزمون اولیه را نشان می دهد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۴ منعکس شده است.

جدول۴. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری روی نمره های پس آزمون علائم اضطراب اجتماعی

		ارزش	F	فرضیهdf	خطاdf	سطح معناداری
پیش آزمون-پس آزمون	اثر پیلایی	۰/۸۵۰	۹/۳۷۱	۶/۰۰۰	۷۶/۰۰۰	۰/۰۰۰
	لامبادای ویلکز	۰/۲۱۲	۱۴/۴۳۶	۶/۰۰۰	۷۴/۰۰۰	۰/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۳/۴۱۵	۲۰/۴۹۳	۶/۰۰۰	۷۲/۰۰۰	۰/۰۰۰
	بزرگترین ریشه خطا	۳/۳۲۷	۴۲/۱۳۸	۳/۰۰۰	۳۸/۰۰۰	۰/۰۰۰
پیش آزمون-پیگیری	اثر پیلایی	۰/۸۸۷	۱۰/۰۸۶	۶/۰۰۰	۷۶/۰۰۰	۰/۰۰۰
	لامبادای ویلکز	۰/۱۷۴	۱۷/۲۵۳	۶/۰۰۰	۷۴/۰۰۰	۰/۰۰۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.18.4]

اثر هتلینگ	۴/۴۰۷	۲۶/۴۴۳	۶/۰۰۰	۷۲/۰۰۰	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه خطا	۴/۳۲۷	۵۴/۸۰۷	۳/۰۰۰	۳۸/۰۰۰	۰/۰۰۰

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 ۵گزارش شده است.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس نمرات علائم اضطراب اجتماعی

	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تاثیر
پیش آزمون-پس آزمون	رشد یافته	۷۰/۱۱۴	۲	۳۵/۰۵۷	۱۷/۶۵۱	۰/۰۰۰	۰/۴۷۵
	رشد نیافته	۸۶/۶۸۵	۲	۴۳/۳۴۳	۳۵/۵۳۰	۰/۰۰۰	۰/۶۳۲
	روان ازرده	۱۱/۷۹۳	۲	۵/۸۹۷	۱۰/۹۱۱	۰/۰۰۰	۰/۳۵۹
پیش آزمون-پیگیری	رشد یافته	۸۵/۲۱۹	۲	۴۲/۶۰۹	۱۹/۰۶۲	۰/۰۰۰	۰/۴۹۴
	رشد نیافته	۱۳۱/۷۹۹	۲	۶۵/۸۹۹	۴۲/۹۳۸	۰/۰۰۰	۰/۶۸۸
	روان ازرده	۳/۳۳۵	۲	۴/۶۶۷	۹/۴۰۳	۰/۰۰۰	۰/۳۲۵

همانطور که در جدول ۵ دیده می شود بین میانگین پس آزمون ترس($F=17/65$، $p=0/000$)، اجتناب($F=33/53$، $p=0/000$) و ناراحتی فیزیولوژیک($F=10/91$، $p=0/005$) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می دهد با حذف تاثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده علائم اضطراب اجتماعی بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. در مرحله پیگیری نیز این تفاوت برای ترس($F=19/06$، $p=0/000$)، اجتناب($F=42/93$، $p=0/000$) و ناراحتی فیزیولوژیک($F=9/40$، $p=0/000$) 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 جدول ۶ گزارش شده است:

جدول ۶. آزمون تعقیبی LSD به منظور بررسی تفاوت ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک

متغیر وابسته (ترس)	I	J	(I-J)	خطای استاندارد	انحراف معناداری
پیش آزمون-پس آزمون	برنامه زمانی پارادوکسی	درمان شناختی رفتاری	-۱/۴۴۶*	۰/۵۱۷	۰/۰۰۸
		کنترل	-۳/۰۸۸*	۰/۵۲۰	۰/۰۰۰
	درمان شناختی رفتاری	برنامه زمانی پارادوکسی	۱/۴۴۶*	۰/۵۱۷	۰/۰۰۸
		کنترل	-۱/۶۴۳*	۰/۵۲۱	۰/۰۰۳
	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۳/۰۸۸*	۰/۵۲۰	۰/۰۰۰
		درمان شناختی رفتاری	۱/۶۴۳*	۰/۵۲۱	۰/۰۰۳
پیش آزمون-پیگیری	برنامه زمانی پارادوکسی	درمان شناختی رفتاری	-۱/۲۳۶*	۰/۵۴۸	۰/۰۳۰
		کنترل	-۳/۳۷۱*	۰/۵۵۲	۰/۰۰۰
	درمان شناختی رفتاری	برنامه زمانی پارادوکسی	۱/۲۳۶*	۰/۵۴۸	۰/۰۳۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.18.4]

		کنترل	-۲/۱۳۵*	۰/۵۵۳		۰/۰۰۰
	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۳/۳۷۱*	۰/۵۵۲		۰/۰۰۰
		درمان شناختی رفتاری	۲/۱۳۵*	۰/۵۵۳		۰/۰۰۰
متغیر وابسته (اجتناب)	I	J	(I-J)	خطای استاندارد	انحراف	معناداری
	برنامه زمانی پارادوکسی	درمان شناختی رفتاری	-۰/۹۵۳*	۰/۴۱۷		۰/۰۲۸
		کنترل	-۳/۳۴۱*	۰/۴۱۹		۰/۰۰۰
پیش آزمون-پس آزمون	درمان شناختی رفتاری	برنامه زمانی پارادوکسی	۰/۹۵۳*	۰/۴۱۷		۰/۰۲۸
		کنترل	-۲/۳۸۹*	۰/۴۲۰		۰/۰۰۰
	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۳/۳۴۱*	۰/۴۱۹		۰/۰۰۰
		درمان شناختی رفتاری	۲/۳۸۹*	۰/۴۲۰		۰/۰۰۰
	برنامه زمانی پارادوکسی	درمان شناختی رفتاری	-۰/۷۰۸	۰/۴۵۴		۰/۱۲۷
		کنترل	-۳/۹۸۲*	۰/۴۵۷		۰/۰۰۰
پیش آزمون-پیگیری	درمان شناختی رفتاری	برنامه زمانی پارادوکسی	۰/۷۰۸	۰/۴۵۴		۰/۱۲۷
		کنترل	-۳/۲۷۴*	۰/۴۵۸		۰/۰۰۰
	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۳/۹۸۲*	۰/۴۵۷		۰/۰۰۰
		درمان شناختی رفتاری	۳/۲۷۴*	۰/۴۵۸		۰/۰۰۰
متغیر وابسته (ناراحتی فیزیولوژیک)	I	J	(I-J)	خطای استاندارد	انحراف	معناداری
	برنامه زمانی پارادوکسی	درمان شناختی رفتاری	۰/۰۷۵	۰/۲۶۹		۰/۷۸۲
		کنترل	-۱/۰۶۲*	۰/۲۷۱		۰/۰۰۰
پیش آزمون-پس آزمون	درمان شناختی رفتاری	برنامه زمانی پارادوکسی	-۰/۰۷۵	۰/۲۶۹		۰/۷۸۲
		کنترل	-۱/۱۳۷*	۰/۲۷۲		۰/۰۰۰
	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۱/۰۶۲*	۰/۲۷۱		۰/۰۰۰
		درمان شناختی رفتاری	۱/۱۳۷*	۰/۲۷۲		۰/۰۰۰
	برنامه زمانی پارادوکسی	درمان شناختی رفتاری	۰/۱۹۷	۰/۲۸۵		۰/۴۴۹
		کنترل	-۰/۸۶۶*	۰/۲۶۰		۰/۰۰۲
پیش آزمون-پیگیری	درمان شناختی رفتاری	برنامه زمانی پارادوکسی	-۰/۱۹۷	۰/۲۵۸		۰/۴۴۹
		کنترل	-۱/۰۶۴	۰/۲۶۰		۰/۰۰۰
	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۰/۸۶۶*	۰/۲۶۰		۰/۰۰۲
		درمان شناختی رفتاری	۱/۰۶۴*	۰/۲۶۰		۰/۰۰۰

همانطور که در جدول ۶ ملاحظه می شود بین ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک در گروه برنامه زمانی پارادوکسی با گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد($p<۰/۰۱$). همچنین بین ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک در گروه درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد($p<۰/۰۱$). بعلاوه بین گروه برنامه زمانی پارادوکسی و گروه درمان شناختی رفتاری از لحاظ مولفه های اضطراب اجتماعی یعنی ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.18.4]

وجود دارد(p<۰/۰۱). در مرحله پیگیری نیز بین ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک در گروه برنامه زمانی پارادوکسی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد(p<۰/۰۱). همچنین بین ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک در گروه درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد(p<۰/۰۱). بعلاوه معناداری بین دو مداخله برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری در مرحله پیگیری حفظ شده است(p<۰/۰۱). به طور کلی می توان گفت درمان برنامه زمانی توانسته است مولفه های اضطراب اجتماعی را نسبت به گروه درمان شناختی رفتاری بیشتر تغییر دهد. بنابراین یافته ها مبین آن است که هر دو درمان برنامه زمانی پاردوکسی و درمان شناختی رفتاری می توانند باعث کاهش مولفه های اضطراب اجتماعی (ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک) شوند. درمان پارادوکسی بیشتر از درمان شناختی رفتاری بر مولفه های اضطراب اجتماعی تاثیرگذار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان برنامه زمانی توانسته است مکانیسم‌های رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده را نسبت به گروه درمان شناختی ـ رفتاری بیشتر تغییر دهد. بنابراین یافته‌ها مبین آن است که هر دو درمان برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری می‌توانند باعث کاهش مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده و افزایش مکانیسم دفاعی رشدیافته شوند. اما درمان پارادوکسی بیشتر از درمان شناختی ـ رفتاری بر مکانیسم‌های رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده تأثیرگذار بوده است. این نتایج با یافته‌های مطالعات ماریکوتیو (۲۰۱۶) هم‌خوان است. همچنین یافته‌ها مبین آن است که هر دو درمان برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری می‌توانند باعث کاهش مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی (ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک) شوند. درمان پارادوکسی بیشتر از درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی تأثیرگذار بوده است. در رابطه با تأثیر درمان شناختی رفتاری، هرچند این روش نسبت به برنامه زمانی پارادوکسی، تأثیر کمتری داشته اما در گروه آزمایش توانسته است به طور معناداری باعث کاهش علائم گردد. این نتایج با یافته‌های موریسون و همکاران (۲۰۱۹) هم‌خوان است.

در رابطه با تبیین تأثیر درمان پارادوکسی می‌توان این‌گونه بیان کرد که روان‌درمانی پارادوکسی، بیمار اضطراب را تجربه می‌کند و ممانعتی برای رفتار اجتنابی مانند مکانسیم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده وجود ندارد اما بازسازی و مصنوعی‌سازی نشانه‌ها به فرد این امکان را می‌دهد تا علائم را آسیب‌زا و ناآگاهانه تلقی ننماید. فرض مداخله برنامه زمانی پارادوکسی این است که تلاش بیمار برای کاهش نشانه‌ها و حتی پذیرش و مقاومت، می‌تواند درک عمیقی برای معنای نشانه‌های اضطراب ایجاد کند که درمان شناختی ـ رفتاری از ایجاد آن عاجز است (بشارت، ۱۳۹۸). عدم ایجاد درک عمیق در درمان شناختی ـ رفتاری در مقایسه با درمان‌های پارادوکسی، باعث عود مجدد و یا قطع موقتی نشانه‌ها می‌شود. هم‌چنین باید افزود که بر اساس نظریه‌های روان‌پویشی در رابطه با انتقال و انتقال متقابل، درمان شناختی ـ رفتاری این احساس را بین مراجعین به وجود می‌آورد که بدون درمان‌گر نمی‌توانند از پس مقابله با اضطراب و عدم انجام رفتار اجتنابی ناشی از مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته و روان‌آزرده بر بیایند. این در حالی است که در روان‌درمانی پارادوکسی، با علم به احتمال روی دادن انتقال و انتقال متقابل، افراد پس از مداخله، احساس توانمندی بیشتری می‌نمایند؛ بنابراین همان‌طور که مشخص است تأکید درمان برنامه زمانی پارادوکسی بر قدرت ایگو در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی می‌تواند نقطه قوتی باشد که باعث شده است تا این بیماران بهتر بتوانند با مکانیسم‌های دفاعی و نشانه و علائم وابسته آن، کنار بیایند (کرامر، ۲۰۱۲).

علاوه بر تبیین‌های فوق می‌توان تفاوت میان دو درمان مدنظر را این‌گونه تشریح کرد که برخی از افراد در صورت استفاده طولانی مدت از مکانیسم‌های دفاعی بدون مقابله اثربخش با تهدید یا اضطراب اساسی، دچار مشکلات بسیاری می‌شوند. مکانیسم‌های دفاعی اغلب رفتارهای آموخته‌ای هستند که بیشتر آن‌ها در دوران کودکی آموخته شده‌اند. بنابراین باید از درمان‌ها و فنونی استفاده کرد که زیرساخت-های سرگذشتی افراد را در نظر می‌گیرد و با استفاده از آن‌ها به تغییر فرایندها می‌پردازد. با توجه به گفته‌های حاضر، درمان برنامه زمانی پارادوکسی سبب بهبود ذهنی‌سازی از نشانه‌ها و مکانیسم‌های دفاعی و نیز اضطراب بین‌فردی شده است (بشارت، ۱۳۹۷). این درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را که در شرایط استرس‌زا به دلیل مکانیسم‌های دفاعی، مهارت‌های ذهنی‌سازی و تصویرسازی ذهنی خود را دست کم می‌گیرند، به راه‌هایی که کودکان خردسال قبل از رشد ظرفیت‌های ذهنی‌سازی خود رفتار می‌کردند، متوسل می‌شوند که در واقع حالات پیش‌ذهنی‌سازی است. این حالات با به کارگیری دفاع‌های رشدنایافته و روان‌آزرده باعث کاهش سطح انگیختگی در

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.18.4]

اضطراب می‌شود؛ اما با تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی فرد و تعدیل حالات پیش‌ذهنی‌سازی طی درمان پارادوکسی، کاهش استفاده از دفاع‌های روان‌آزرده و رشدنایافته و افزایش دفاع‌های رشدیافته در افراد نمایان می‌شود. این در حالی است که درمان شناختی رفتاری نمی‌تواند فرایندهای توضیح داده شده را تحت تأثیر قرار دهد و احتمال می‌رود موارد گفته شده علت تفاوت اثربخشی درمان‌های حاضر بر مکانیسم-های دفاعی باشد.

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 مکانیسم های دفاعی و علائم افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می شوند لذا پیشنهاد می گردد در مطالعات بعدی، نقش درمان های یاد شده در سایر بیماری های اضطرابی از جمله اختلال اضطراب منتشر ، بررسی و نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می شود درمان پارادوکسی که مداخله جدیدتری می باشد در مقایسه با سایر رویکردهای درمان از جمله دارودرمانی و درمان های نسل جدید نظیر درمان پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بررسی و مقایسه گردند.

منابع

بشارت، م ع. (۱۳۹۷). *پارادوکس+برنامه زمانی= درمان: مدل کامل درمان اختلالات روانشناختی*. تهران: انتشارات رشد.

بشارت، م ع. (۱۳۹۸). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه موردی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸، ۲۸۳-۳۹۵.

Beidel, D., Le, T. A., & Willis, E. (2019). Social Anxiety Disorder: An Update on Diagnostics, Epidemiology, Etiology, Assessment, Treatment, Unanswered Questions, and Future Directions. In *Pediatric Anxiety Disorders* (pp. 201-223). Academic Press.

Bowins, B. (2014). Psychological defense mechanisms: A new perspective. *The American Journal of Psychoanalysis*, 64(1), 1-26.

Brook, C. A., & Willoughby, T. (2015). The social ties that bind: Social anxiety and academic achievement across the university years. *Journal of Youth and Adolescence*, *44*(5), 1139-1152.

Cooper, P. J., Tomlinson, M., Swartz, L., Woolgar, M., Murray, L., &Molteno, C. (1999). Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *The British Journal of Psychiatry*, *175*(6), 554-558.

Cramer, P. (2012). Psychological maturity and change in adult defense mechanisms. *Journal of Research in Personality*, 46(3), 306-316.

Devi, E. L., Kumar, S., Singh, T. B., Sharma, S. K., Beemrote, A., Devi, C. P., ... & Prakash, N. (2017). Adaptation Strategies and Defence Mechanisms of Plants During Environmental Stress. In *Medicinal Plants and Environmental Challenges* (pp. 359-413). Springer, Cham.

Dixon, M. L., Moodie, C. A., Goldin, P. R., Farb, N., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2019). Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder: Reappraisal and Acceptance of Negative Self-Beliefs. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*.

Dziegielewski, S. F. (2010). *DSM-IV-TR in action*. New Jersey: John Wily & Sons, Inc.

Gelbard, F. (2017). *Psychoanalytic Defense Mechanisms in Cognitive Multi-Agent Systems*. Taylor & Francis.

Heldt, E., Blaya, C., Kipper, L., Salum, G. A., Otto, M. W., & Manfro, G. G. (2017). Defense mechanisms after brief cognitive-behavior group therapy for panic disorder: One-year follow-up. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(6), 540-543.

Hentschel, U., Smith, G., Draguns, J. G., & Ehlers, W. (Eds.). (2014). *Defense mechanisms: Theoretical, research and clinical perspectives*. Elsevier.

Hudson, J. L., Keers, R., Roberts, S., Coleman, J. R., Breen, G., Arendt, K., ... &Heiervang, E. R. (2015). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy in pediatric anxiety disorders: the Genes for Treatment (GxT) study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *54*(6), 454-463.

Månsson, K. N., Salami, A., Frick, A., Carlbring, P., Andersson, G., Furmark, T., &Boraxbekk, C. J. (2016). Neuroplasticity in response to cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. *Translational psychiatry*, *6*(2), e727.

Maricutoiu, L. P., & Crasovan, D. I. (2016). Coping and defence mechanisms: What are we assessing?. *International Journal of Psychology*, *51*(2), 83-92.

Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranezouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *1*(5), 368-376.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.18.4]

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.

Nordgreen, T., Haug, T., Öst, L. G., Andersson, G., Carlbring, P., Kvale, G., ... &Havik, O. E. (2016). Stepped care versus direct face-to-face cognitive behavior therapy for social anxiety disorder and panic disorder: a randomized effectiveness trial. *Behavior Therapy*, *47*(2), 166-183.

Scheurich, J. A., Beidel, D. C., &Vanryckeghem, M. (2019). Exposure therapy for social anxiety disorder in people who stutter: An exploratory multiple baseline design. *Journal of fluency disorders*, *59*, 21-32.

Starr, L. R., & Davila, J. (2015). Social Anxiety and Romantic Relationships. In *Social Anxiety and Phobia in Adolescents* (pp. 183-199). Springer, Cham.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.18.4]