

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 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

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 مجتبایی

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 فعل 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 است (زینبارگ و بارلو، ۱۹۹۰) و مقیاس پاسخ های نشخوارگری (نول، 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 شد ($p<0.05$). 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.

واژه های 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 هایت، فاکس، پین و بارهیم^۱، ۲۰۱۹؛ یانگ^۲ 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 در جامعه مختلف کرده است (ولندیک^۳ 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^۴، ۲۰۱۲).

به اعتقاد مینکا^۵ و زینبارگ^۶ (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 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^۷، 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^۸ و همکاران، ۲۰۱۵). نشخوار فکری، واژه عمومی است و به افکاری اشاره دارد که تکراری، چرخان، خود متمرکز و افسرده کننده هستند (ریپر^۹، ۱۹۹۷). نشخوار فکری انکاس افکار تکراری و آگاهانه متمرکز بر یک موضوع خاص می باشد که با وجود نبود محرك های محیطی این افکار حضور مستمر دارند (پورترو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵). سازه مشابه دیگری که همانند نشخوار فکری به عنوان یک جنبه شناختی در اختلال اضطراب می تواند درمان را با مشکل روبه رو سازد (گودوین، یند و هیرج^{۱۱}، 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، اسپنسر، مارچ و هولمز^{۱۲}، ۲۰۱۷). نگرانی به نشخوار فکری بسیار شبیه است و هردو این متغیرها در آسیب شناسی همراه با افکار تکرارشونده نقش دارند (هونگ^{۱۳}، ۲۰۰۷). مطالعات بسیاری رابطه نگرانی و نشخوار را با هم و با عالیم اختلالات روانی نشان داده اند (یوک، کیم، سو و لی^{۱۴}، ۲۰۱۰؛ مک ایووی، واتسون، واتکینز و ناتان^{۱۵}، 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 هردو سازه در تداوم عاطفه منفی^{۱۶} و نقص مهارت های شناختی درگیر هستند (هافس، آلوی و کاگسول^{۱۷}، 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 مک کارتی، 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 تأمل بیشتری در رابطه با استفاده از این روش درمانی نمود. به اعتقاد پژوهشگران اگر چه درمان‌های شناختی رفتاری بهترین درمان روان‌شناسی برای اضطراب اجتماعی می‌باشد، لیکن تحقیقات بیشتری لازم است تا معلوم شود برتری آن نسبت به سایر روش‌ها بیشتر است^(هافمن و اوتو، ۲۰۱۷). همچنین درین^۳ معتقد است که ممکن است بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی در مواجهه با بزرگترین ترس هایشان هراس شدیدی را نشان دهند. هراسی که شدت آن می‌تواند اجتناب فرد را افزایش دهد. علاوه 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^۴، 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، ۲۰۱۳). یکی از جدیدترین این رویکردهای تلفیقی، درمان برنامه زمانی 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^۵، دانلپ^۶ (۱۹۲۸) و فرانکل^۷ (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 تسريع 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 برنامه زمانی، 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 برنامه زمانی پارادوکسی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری برکاوش نگرانی و نشخوارفکری بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی تاثیر بیشتری دارد؟

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است که با طرح پژوهشی پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شده است. در این پژوهش که به مقایسه درمان برنامه زمانی 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 دara 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-5 DSM برای اختلال اضطراب اجتماعی به تشخیص روانشناسی بالینی یا روانپژشک، عدم دریافت درمانهای روانشناختی قبل از ورود به پژوهش، داشتن حداقل سن ۲۰ سال و حداقل ۴۰ سال، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم و موافقت آزمودنی برای شرکت در پژوهش و امراض راضیاتنامه کتبی اشاره کرد. درخصوص معیارهای خروج از پژوهش نیز می توان به داشتن اختلال سایکوتیک و سوءصرف مواد، دارابودن ملاکهای کامل اختلال شخصیت بر اساس پرونده مراجع، داشتن مخاطراتی برای بیمار مانند داشتن افکار جدی درمورد 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 بن استیت (PSWQ):^۱ این پرسشنامه در سال ۱۹۹۰ توسط زینبارگ و بارلو ساخته شده است که نوعی ابزار خودستجو برای تشخیص صفت نگرانی است. این پرسشنامه ۱۶ آیتمی سطح نگرانی را می سنجد. این ماده ها برای دستیابی به ابعاد عمومیت، شدت و کنترل ناپذیری نگرانی مرضی طراحی شده اند. این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی ۵ گزینه ای از ۱ (اصلًا معمول نیست) تا ۵ (خیلی معمول) درجه بندی می شود. مجموع نمراتی که فرد کسب می کند دامنه ای بین ۱۶ تا ۸۰ است. پژوهش ها نشان از روابی 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 بهنجهار ۸۸/۰ و ۸۵/۰ به دست آورده است. در مطالعه ای اعتبار این آزمون با استفاده از روش همسانی درونی ۸۶/۰ و به روش باز آزمایی با چهار هفته فاصله ۷۷/۰ گزارش شده است. اعتبار همزمان این آزمون نیز با آزمون اضطراب بک برابر با ۴۹/۰ گزارش شده است (بیرامی، موحدی، کاظمی رضایی و اسماعیلی، ۱۳۹۴).

مقیاس پاسخ های نشخوار گری (RRS):^۲ این مقیاس به عنوان یکی از زیر مقیاس های سبک های پاسخ دهی (نولن، ۱۹۸۹)، از ۲۲ سؤال تشکیل شده است و پاسخ های نشخوار گری را اندازه گیری می کند. سؤال های آزمون در اندازه های لیکرت چهار درجه ای از نمره ۱ (تقریباً هرگز) تا نمره ۴ (تقریباً همیشه) سنجیده می شوند. از مجموع پاسخ ها، 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 مشکل از سه خرده مقیاس حواس پری (سوالات؛ ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲)، تعمق (سوالات ۱۱، ۱۲، ۷، ۰/۸۸) گزارش شده است. در فکر فرورفتن (سوالات ۵، ۵، ۱۰، ۱۶) می باشد. این پرسشنامه توسط باقری نژاد، صالحی فردی 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 ۸۸/۰ گزارش شده است. همچنین لطیفیان (۱۳۸۶) ضرائب اعتبار این پرسشنامه را روی ۵۴ دانشجو 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 غیربالینی 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 تعییر 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 اضطرابات ایجاد 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

یافته های توصیفی مربوط به نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نگرانی و نشخوار فکری در گروه های آزمایش و کنترل 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

نگرانی	حواسپرتن						پیش آزمون	برنامه زمانی پارادوکسی
	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	پیش آزمون
۶/۱۱	۵۴/۹۳	۱/۰۳	۱۱/۲۷	۱/۶۰	۱۲/۱۳	۵/۰۵	۳۵/۴۰	پس آزمون
۶/۱۵	۵۴/۴۷	۰/۸۸	۱۰/۹۳	۱/۲۵	۱۲/۵۳	۴/۷۰	۳۵/۵۳	پیگیری
۶/۰۱	۵۸/۸۷	۱/۹۱	۱۴/۰۷	۱/۲۲	۱۳/۹۳	۵/۰۴	۳۸/۱۳	پیش آزمون
۶/۳۷	۵۶/۴۷	۱/۱۹	۱۱/۸۷	۰/۸۳	۱۲/۵۳	۴/۶۳	۳۶/۲۰	درمان شناختی رفتاری
۶/۵۸	۵۶/۹۳	۱/۱۸	۱۱/۶۰	۰/۸۸	۱۲/۲۷	۴/۵۱	۳۶/۲۷	پیگیری
۶/۷۴	۵۷/۱۳	۱/۵۱	۱۴/۱۳	۱/۷۴	۱۴/۸۰	۴/۷۸	۳۷/۶۷	کنترل

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 ...

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

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می شود حواسپرتی، تعمق و در فکر فرورفتمن 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(بواسپرتی، تعمق، در فکر فرورفتمن) 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 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 کوواریانس چند متغیری نمره های پس آزمون و پیگیری نگرانی

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین محدودات	درجه آزادی	مجموع محدودات			
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		
پیش آزمون-پس آزمون								
پیش آزمون-پیگیری								

همانطور که در جدول ۲ دیده می شود بین میانگین نگرانی در گروه برنامه زمانی پارادوکس، درمان شناختی رفتاری و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد($F=۵/۴۹۵$, $p=۰/۰۰۰$, $F=۹/۲۹۳$). این جدول نشان می دهد با حذف تاثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعديل 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	۱	J	(J-I)	خطای انحراف استاندارد	معناداری
پیش آزمون-پس آزمون	درمان شناختی رفتاری برنامه زمانی پارادوکسی	-۰/۷۵۱	-۰/۸۴۳	۰/۳۷۸	۰/۰۰۳
کنترل	کنترل	-۲/۷۱۳*	۰/۸۴۴	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳
پیش آزمون-پیگیری	درمان شناختی رفتاری برنامه زمانی پارادوکسی	۰/۷۵۱	۰/۸۴۳	۰/۳۷۸	۰/۰۰۳
کنترل	کنترل	-۱/۹۶۲*	۰/۸۴۸	۰/۰۲۶	۰/۰۰۳
کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۲/۷۱۳*	۰/۸۴۴	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳
کنترل	درمان شناختی رفتاری	۱/۹۶۲*	۰/۸۴۸	۰/۰۲۶	۰/۰۰۳
کنترل	درمان شناختی رفتاری	-۱/۷۲۴	۰/۸۸۲	۰/۰۵۸	۰/۰۰۰
کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۱/۷۲۴	۰/۸۸۲	۰/۰۵۸	۰/۰۰۰
کنترل	درمان شناختی رفتاری	-۲/۰۷۷*	۰/۸۰۸۶	۰/۰۲۴	۰/۰۰۰
کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۳/۸۰۰*	۰/۸۸۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
کنترل	درمان شناختی رفتاری	۲/۰۷۷*	۰/۸۸۶	۰/۰۲۴	۰/۰۰۰

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 تعديل نمره های پیش آزمون اولیه را نشان می دهد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول زیر معنکس شده است.

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

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

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 ...

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

سطح 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 ($F=18/۸۲$, $p=0/۰۰۰$)، تعمق ($F=16/۳۴$, $p=0/۰۰۰$) و در

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

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تاثیر
بواسطه حواس پرتی	۱۲۸/۳۲۲	۲	۶۴/۱۶۱	۱۸/۸۲۸	۰/۰۰۰	۰/۴۹۱
تعمق پیش آزمون-پس آزمون	۳۲/۴۶۹	۲	۱۶/۲۳۵	۱۶/۳۴۱	۰/۰۰۰	۰/۴۵۶
در فکر فرورفتمن	۵۴/۶۶۴	۲	۲۷/۲۳۲	۳۷/۴۰۰	۰/۰۰۰	۰/۵۸۴
حواس پرتی	۱۳۳/۰۰۳	۲	۶۶/۵۰۲	۲۳/۳۲۴	۰/۰۰۰	۰/۵۴۵
تعمق پیش آزمون-پیگیری	۲۴/۵۲۱	۲	۱۲/۲۶۰	۱۷/۶۰۸	۰/۰۰۰	۰/۴۷۵
در فکر فرورفتمن	۷۸/۰۵۴	۲	۳۹/۰۲۹	۲۸/۸۳۰	۰/۰۰۰	۰/۵۹۷

در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می دهد با حذف تاثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعديل شده ، مؤلفه های نشخوار فکری بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. در مرحله پیگیری نیز این تفاوت برای مؤلفه حواس پرتی ($F=۲۳/۳۲$, $p=0/۰۰۰$)، تعمق ($F=۱۷/۶۰$, $p=0/۰۰۰$) و در فکر فرورفتمن ($F=۲۸/۸۳$, $p=0/۰۰۰$) حفظ شده است. با توجه به تفاوت معنادار به منظور مقایسه 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 حواسپرتی، تعمق و در فکر فرو رفتن

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

متغیر وابسته (تعمق)	درمان شناختی رفتاری	ج				۱	
		کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۳/۰۷۷*	۰/۰۶۲۶		
پیش آزمون-پس آزمون	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۴/۰۷۷*	۰/۰۶۵۷	-۳/۰۷۷*	۰/۰۰۰
پیش آزمون-پیگیری	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	۴/۰۲۵*	۰/۰۶۳۱	-۳/۰۷۷*	۰/۰۰۰
متغیر وابسته (در فکر فرو رفتن)	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۰/۰۶۸۲	۰/۰۶۹	-۰/۰۷۲	۰/۰۰۰
پیش آزمون-پس آزمون	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۲/۰۱۰*	۰/۰۷۲	-۲/۰۱۰*	۰/۰۰۱
پیش آزمون-پیگیری	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۰/۰۶۸۲	۰/۰۷۲	-۰/۰۷۲	۰/۰۰۰
متغیر وابسته (در فکر فرو رفتن)	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۱/۰۴۲۶*	۰/۰۸۸	-۰/۰۴۲۶*	۰/۰۰۰
پیش آزمون-پس آزمون	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۱/۰۶۳۷*	۰/۳۱۲	-۱/۰۶۳۷*	۰/۰۰۰
پیش آزمون-پیگیری	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۰/۰۰۲۶	۰/۰۳۰	-۰/۰۰۰	۰/۹۳۴
پیش آزمون-پس آزمون	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۱/۰۶۶۳*	۰/۳۲۵	-۱/۰۶۶۳*	۰/۰۰۰
پیش آزمون-پیگیری	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۱/۰۶۳۷*	۰/۳۱۲	-۱/۰۶۳۷*	۰/۰۰۰
پیش آزمون-پس آزمون	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۰/۰۷۴۴	۰/۳۷۰	-۰/۰۵۱	۰/۰۰۰
پیش آزمون-پیگیری	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۲/۰۷۱۰*	۰/۳۷۳	-۰/۰۵۱	۰/۰۰۰
پیش آزمون-پس آزمون	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۰/۰۷۴۴	۰/۳۷۰	-۰/۰۵۱	۰/۰۰۰
پیش آزمون-پیگیری	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۱/۰۹۶۶*	۰/۳۸۸	-۰/۰۵۱	۰/۰۰۰
پیش آزمون-پس آزمون	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۰/۰۷۱۰*	۰/۳۷۳	-۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
پیش آزمون-پیگیری	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۱/۰۹۶۶*	۰/۳۸۸	-۰/۰۰۰	۰/۱۱۶
پیش آزمون-پیگیری	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۰/۰۶۹۳	۰/۴۳۱	-۰/۰۰۰	۰/۱۱۶
همانطور که در جدول ۶ ملاحظه می شود بین حواس پرتی، تعمق و در فکر فرو رفتن 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 فرو رفتن 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 فرو رفتن در مرحله پس آزمون تفاوت	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۳/۰۱۹*	۰/۴۳۵	-۳/۰۱۹*	۰/۰۰۰
همانطور که در جدول ۶ ملاحظه می شود بین حواس پرتی، تعمق و در فکر فرو رفتن 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 فرو رفتن 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 فرو رفتن در مرحله پس آزمون تفاوت	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۰/۰۶۹۳	۰/۴۳۱	-۰/۰۰۰	۰/۱۱۶
همانطور که در جدول ۶ ملاحظه می شود بین حواس پرتی، تعمق و در فکر فرو رفتن 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 فرو رفتن 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 فرو رفتن در مرحله پس آزمون تفاوت	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۰/۰۴۹۹*	۰/۴۵۳	-۰/۰۴۹۹*	۰/۰۰۰
همانطور که در جدول ۶ ملاحظه می شود بین حواس پرتی، تعمق و در فکر فرو رفتن 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 فرو رفتن 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 فرو رفتن در مرحله پس آزمون تفاوت	درمان شناختی رفتاری	کنترل	برنامه زمانی پارادوکسی	-۰/۰۴۹۹*	۰/۴۵۳	-۰/۰۴۹۹*	۰/۰۰۰

[Downloaded from rooyesh.ir on 2025-08-02] [DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5]

همانطور که در جدول ۶ ملاحظه می شود بین حواس پرتی، تعمق و در فکر فرو رفتن 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 فرو رفتن 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 فرو رفتن در مرحله پس آزمون تفاوت

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 ...

معناداری وجود ندارد($p < 0.05$). در مرحله پیگیری نیز بین حواس پرتی، تعمق و در فکر فرورفتمن در گروه برنامه زمانی پارادوکسی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد($p < 0.01$). همچنین بین حواس پرتی، تعمق و در فکر فرورفتمن در گروه درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد($p < 0.05$). بعلاوه عدم معناداری بین دو مداخله برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری در مرحله پیگیری حفظ شده است($p < 0.05$). به طور کلی می‌توان گفت درمان برنامه زمانی پارادوکسی با اینکه توانسته است مولفه‌های نشخوارفکری را نسبت به گروه درمان شناختی رفتاری تغییر دهد با این حال این تغییر بین دو درمان معنادار نبوده است. بنابراین یافته‌ها می‌بین آن است که هر دو درمان برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری می‌توانند باعث کاهش مولفه‌های نشخوارفکری (حسوس پرتی، تعمق و در فکر فرورفتمن) در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

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

در رابطه با مکانیسم تاثیر و اثربخشی درمان برنامه زمانی پارادوکسی بر نگرانی چهار مکانیسم اصلی وجود دارد که می‌تواند این روند را تبیین نماید. دستوری سازی-مصنوعی سازی نخستین مکانیسمی است که به نظر می‌رسد بر کاهش نگرانی تاثیرگذار باشد. چرا که زمان بازسازی و تجربه حالت‌های اضطرابی که توسط درمانگر تجویز می‌شود می‌توان 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 می‌دهد. در واقع شناس بازسازی و قایع باعث می‌گردد تا فرد نگرانی کمتری کسب نماید. در ادامه که رابطه نشانه با اضطراب توسط دو مکانیسم نخست قطع می‌گردد دیگر نشانه‌ها نمی‌توانند برای فرد نگرانی ایجاد نموده و به صورت تحمیلی و اجباری در ذهن فرد تولید شوند. در واقع به نظر می‌رسد قطع رابطه نشانه-اضطراب مسیر اصلی است که نگرانی فرد را کاهش می‌دهد. شواهد نیز از این مساله حمایت کرده و نشان می‌دهند که نگرانی مهمترین سازه‌ای است که بهنگام ارتباط نشانه و اضطراب ایجاد شده، رشد یافته و علائم را گسترش می‌دهد(تران، ۲۰۱۷). بنابراین همانطور که مشخص است قطع ارتباط نشانه و اضطراب می‌تواند عامل مهمی برای کاهش نگرانی باشد. البته ادامه روند درمان یعنی مکانیسم چهارم را می‌توان دلیل نهایی دانست که می‌تواند مداخله پایداری مداخله باشد. به طوری که پس از قطع نشانه-اضطراب و کاهش موقتی نگرانی تغییر معنی نشانه باعث می‌شود 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 می‌کند که نشانه‌ها دیگر خاصیت پاتولوژیک ندارند معنا و ارزش آن‌ها برای او کمتر می‌شود. در واقع اینجاست که بی‌اثر بودن نشانه‌ها توسط بیمار تجربه شده و در نتیجه نگرانی وی در رابطه با ترس‌های بیمارگون کاهش می‌دهد. همچنین در رابطه با تاثیر درمان شناختی رفتاری، نتایج به دست آمده را می‌توان با مطالعه موریسون(۱۹۲۰) همخوان دانست. بررسی این مداخلات نشان می‌دهد که، درمان شناختی رفتاری برای بیماران اضطرابی بسیار مورد استفاده قرار گرفته است. اکثر مطالعات یاد شده، نتایج همخوانی را نشان می‌دهند.

در رابطه با مکانیسم اثر درمان شناختی رفتاری بر نگرانی می‌توان به نظریه دو عاملی ترس و اجتناب ماورر اشاره نمود. این نظریه چارچوبی تأثیرگذار برای درک علل تاثیر درمان شناختی رفتاری بر نگرانی ایجاد می‌کند. به نظر می‌رسد که بیماران اضطراب اجتماعی در علت وجود محركهای محیطی که با تجربیات دردناک همراه هستند، نگرانی‌هایی را ادراک می‌کنند. این نگرانی‌هایی از پیش بین آن‌ها از عوامل اضطراب زا می‌باشد(هیرن و همکاران، ۲۰۱۸) نگرانی فرد باعث اجتناب از محرك‌های ترس در کاهش اضطراب وی می‌شود.

که به نوبه خود باعث افزایش رفتار اجتناب می‌شود. بنابراین بیمار مبتلا به اضطراب اجتماعی نگرانی را تجربه می‌کنند 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 تغییرباورها 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 هردو به نوعی توانسته اند 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 می‌تواند باعث کاهش مولفه‌های نشخوار فکری (حوالس پرته، تعمق و در فکر فروافتنه) 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 می‌کنند کاهش می‌یابد. این مساله شناس 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 بی‌می‌برد نشانه‌ها خاصیت پاتولوژیک ندارند معنا و ارزش آن را برایش تغییر می‌دهند. تکرار این مساله در برنامه‌های زمانی مشخص به بازآزمایی و بازتجربه 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 رایزن^۱، 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، مت مرکز بر بررسی میزان اثربخشی درمان بر کاهش علائم اضطرابی بوده اند و کمتر مت مرکز بر بررسی میزان اثربخشی درمان بر نشانه‌ی خاص، یعنی نشخوار فکری بیماران اضطراب اجتماعی بوده اند، 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 مواجه 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 محرك 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 فیزیولوژیک شان مدام در رابطه با اتفاقی که قرار است برایشان رخ دهد نشخوار می‌کنند (تودر^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). این در حالی است که درمان شناختی رفتاری به آن‌ها کمک می‌کند تا به مرور زمان بفهمند که محرك‌ها، افکار و احساساتی که باعث اجبار می‌شوند را بهتر می‌توانند تحمل کنند و کمتر برایشان

1 . Keng, Smoski, Robins

2 . Todder

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 ...

واکنش هایی را در بی دارد که در مورد آن نشخوار فکری داشتند. آنها می فهمند که قادر به مقابله با محرك ها هستند بدون اینکه به رفتارهای اجتنابی متول شوند. این امر می تواند به مرور زمان نشخوار فکری آن ها را کاهش دهد. یکی از محدودیت های این پژوهش که خاص پژوهش های پرسشنامه ای است، این که پاسخ دهنده ها به ویژه به دلیل بیماری خاص شان، گاهی بی علاقه گی و بی انگیزگی در پاسخ دادن از خود نشان می دهند. همچنین عدم توانایی کنترل بر متغیرهای مداخله گری از جمله وضعیت اقتصادی می تواند به عنوان یکی از محدودیت های عمدۀ 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 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 دارودارمانی و درمان های نسل جدید نظیر درمان پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بررسی و مقایسه گرددند.

منابع

- باقری نژاد، م؛ صالحی فدردی، ج؛ طباطبایی، س.م (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه ای از دانشجویان ایرانی. *فصلنامه پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره*، (۱۱)، ۲۱-۳۸.
- بشارت، م.ع. (۱۳۹۷). پارادوکس+برنامه زمانی=درمان: مدل کامل درمان اختلالات روانشناسی. تهران: انتشارات رشد.
- بشارت، م.ع. (۱۳۹۷). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال وسواس فکری- عملی: مطالعه موردی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی*، ۱۴، ۵۳-۷.
- بشارت، م.ع. (۱۳۹۸). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه موردی. *مجله علوم روانشناسی*، 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 دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فraigیر. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، (۲)، 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). Mediational 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.

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 ...