رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۱، شماره پیاپی ۵۸، فروردین ۱۴۰۰
*Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(1), 2021*

# 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

**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 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 دادندکه دارای پرونده فعال در فصل پاییز و زمستان ۹۸ بودندکه 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>۰/۰۵). 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.*

## 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.*

**نوع مقاله : پژوهشی** **دریافت : فروردین ۱۴۰۰** **پذیرش: فروردین ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : فروردین ۱۴۰۰**

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-07-14 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5 ]

## 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 را در جامعه مختل کرده است (اولندیک[۳] و همکاران، ۲۰۱۹). اضطراب اجتماعی گونه‌ای از اضطراب است که نشانه اصلی آن ترس و اضطراب شدید در موقعیت های اجتماعی می‌باشد. این اختلال به‌گونه‌ای است که حداقل بخشی از فعالیت های روزمره شخص را مختل می‌سازد (شانون[۴]، ۲۰۱۲).

به اعتقاد مینکا [۵]و زینبارگ[۶](۱۹۹۵) قریب به اتفاق افرادی که مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شوند پیش از آن، یک ضربه یا واقعه اجتماعی تحقیرآمیز را تجربه نموده‌اند 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[۷]، ۲۰۱۳).

نشخوار فکری که از مشخصه های بسیاری از اختلالات از جمله اختلال اضطراب اجتماعی به شمار می رود از سایر فرآیندها و فرآورده‌های 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 انعکاس افکار تکراری و آگاهانه متمرکز بر یک موضوع خاص می باشد که با وجود نبود محرک‌های 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 روند درمان را با مشکل روبه رو سازد نگرانی می باشد(گودوین، یند و هیرچ[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،اسپنس، 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 علایم 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 کاگسوول[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

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-07-14 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5 ]

شواهد نشان می دهد مهمترین درمان رایج برای اختلال اضطراب اجتماعی درمان های شناختی-رفتاری می باشد(فوگارتی، هیوی و مک کارتی[1]، ۲۰۱۹). نگاهی به این مطالعات نشان می دهد که در گذشته روش های چند بعدی مختلفی توسط درمانگران شناختی رفتاری مورد استفاده قرار گرفته است. با این حال علی رغم اثربخشی درمان های شناختی رفتاری سنتی به عنوان مهمترین درمان برای اختلال اضطراب اجتماعی، شواهدی وجود دارد که نشان می دهد باید تامل بیشتری در رابطه با استفاده از این روش درمانی نمود. به اعتقاد پژوهشگران اگر چه درمان های شناختی رفتاری بهترین درمان روان شناختی برای اضطراب اجتماعی می باشد، لیکن تحقیقات بیشتری لازم است تا معلوم شود برتری آن نسبت به سایر روش ها بیشتر است(هافمن و اوتو[2]، ۲۰۱۷). همچنین دریمن[3] (۲۰۱۶) 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 می تواند 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[4] ، ۲۰۱۵).

با توجه به نقطه ضعف های درمان شناختی رفتاری می توان روش های متعددی را به عنوان مکمل یا جایگزین در نظر گرفت. به نظر می رسد در بحث روان درمانی استفاده از روش های تلفیقی می تواند اثرات بیشتری داشته باشد(پرسوتی و باراکا[5]، ۲۰۱۳). یکی از جدیدترین این رویکردهای تلفیقی، درمان برنامه زمانی پارادوکسی است. این رویکرد که جنبه های سیستمی، رفتاری و تحلیلی را در درمان در نظر می گیرد می تواند روش مناسبی برای تمامی اختلالات از جمله اختلالات اضطرابی باشد.پارادوکس در فرهنگ روان شناسی، براساس آثار مکتوب، به نظریه ها و فعالیتهای بالینی آدلر[6] (۱۹۲۳)، دانلپ[7] (۱۹۲۸) و فرانکل[8] (۱۹۳۹) باز می گردد. آدلر (دینکمیر و پیو، ۱۹۷۹) و کراپل تیلور (۱۹۶۹)، پارادوکس را نوعی استفاده مثبت از مقاومت بیمار در برابر درمانگر می دانستند.

دو عنصر اساسی در این درمان وجود دارد که سرعت درمان را تسریع می نماید. مولفه نخست، یعنی پارادوکس، به معنی تجویز نشانه رفتاری یا نشانه بیماری است. براساس این فن درمانی، مراجع (بیمار) باید نشانه های رفتاری و بیماری، یعنی همان رفتارها و نشانه هایی را که از آنها رنج می کشد و برای حذف و درمانشان مراجعه کرده است، بازسازی کند. به عبارت دیگر، آنها را طبق دستوری که برایش تجویز می شود تجربه کند. مولفه دوم، یعنی برنامه زمانی، تکلیفی است که براساس آن مراجع موظف می شود 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 برکاهش 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 می پردازد. 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 دهندکه 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. لکین 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 آزمودنی ها به این پژوهش می توان 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

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-07-14 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5 ]

ملاکهای تشخیصDSM-5 برای اختلال اضطراب اجتماعی به تشخیص روانشناسی بالینی یا روانپزشک، عدم دریافت درمانهای روانشناختی قبل از ورود به پژوهش، داشتن حداقل سن۲۰سال و حداکثر۴۰سال، 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، 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 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 نگرانی پن استیت (PSWQ)**[1]: 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) درجه‌بندی می‌شود. مجموع نمراتی که فرد کسب می‌کند 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 درونی۰/۸۶ و به روش بازآزمایی 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)**[2]: این مقیاس به عنوان یکی از زیر مقیاس‌های سبک‌های پاسخ‌دهی (نولن، ۱۹۸۹)، از ۲۲ سؤال تشکیل شده است و پاسخ‌های نشخوار گری را اندازه‌گیری می‌کند. سؤال‌های آزمون در اندازه‌های لیکرت چهار درجه‌ای از نمره ۱ (تقریباً هرگز) تا نمره ۴ (تقریباً همیشه) سنجیده می‌شوند. از مجموع پاسخ‌ها، نمره نشخوار گری کلی به دست می‌آید. 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(سوالات۱۱ ، ۷، ۱۲، ۲۰، ۲۱) و در فکر فرورفتن(سوالات۵ ،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 اعتباراین 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 طباطبایی، 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

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-07-14 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5 ]

**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

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**

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

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-07-14 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5 ]

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 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) تقریبا 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 تقریبا 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**

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

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، 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.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-07-14 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5 ]

**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 | برنامه زمانی پارادوکسی | درمان شناختی رفتاری | -۰/۷۵۱ | ۰/۸۴۳ | ۰/۳۷۸ |
| | | کنترل | -۲/۷۱۳* | ۰/۸۴۴ | ۰/۰۰۳ |
| | درمان شناختی رفتاری | برنامه زمانی پارادوکسی | ۰/۷۵۱ | ۰/۸۴۳ | ۰/۳۷۸ |
| | | کنترل | -۱/۹۶۲* | ۰/۸۴۸ | ۰/۰۲۶ |
| | کنترل | برنامه زمانی پارادوکسی | ۲/۷۱۳* | ۰/۸۴۴ | ۰/۰۰۳ |
| | | درمان شناختی رفتاری | 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 |
| | درمان شناختی رفتاری | برنامه زمانی پارادوکسی | ۱/۷۲۴ | ۰/۸۸۲ | ۰/۰۵۸ |
| | | کنترل | -۲/۰۷۷* | /۸۰۸۶ | ۰/۰۲۴ |
| | 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($p<۰/۰۱$). همچنین بین درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل از لحاظ نگرانی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد($p<۰/۰۵$). 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($p>۰/۰۵$). 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($p>۰/۰۵$). 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 کواریانس چند متغیری روی نمره های پس آزمون نشخوار فکری در گروه آزمایش و گواه**

| | | ارزش | F | فرضیهdf | خطاdf | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| پیش آزمون-پس آزمون | اثر پیلایی | ۰/۷۳۰ | ۷/۲۸۴ | ۶/۰۰۰ | ۷۶/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| | لامبدای ویلکز | ۰/۲۷۲ | ۱۱/۳۳۳ | ۶/۰۰۰ | ۷۴/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| | اثر هتلینگ | ۲/۶۷۶ | ۱۶/۰۵۴ | ۶/۰۰۰ | ۷۲/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| | بزرگترین ریشه خطا | ۲/۶۷۳ | ۳۳/۸۶۱ | ۳/۰۰۰ | ۳۸/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| پیش آزمون-پیگیری | اثر پیلایی | ۰/۷۹۲ | ۳/۲۹۸ | ۶/۰۰۰ | ۷۶/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-07-14 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5 ]

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

همانطور که در جدول ۵ دیده می شود بین میانگین پس آزمون حواس پرتی(F=۱۸/۸۲، p=۰/۰۰۰)،تعمق(F=۱۶/۳۴، p=۰/۰۰۰) ودر

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

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

فکر فرورفتن(F=۲۷/۴۰ 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 ، 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=۲۳/۳۲، p=۰/۰۰۰)،تعمق(F=۱۷/۶۰، p=۰/۰۰۰) ودر فکر فرورفتن(F=۲۸/۸۳، 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 جداول بعد گزارش شده است:

**جدول ۶. آزمون تعقیبی LSD به منظور بررسی تفاوت حواسپرتی، تعمق و در فکر فرو رفتن**

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

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-07-14 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5 ]

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

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($p<۰/۰۱$). 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($p<۰/۰۱$). 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

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-07-14 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5 ]

معناداری وجود ندارد(p>۰/۰۵). 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<۰/۰۱). 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<۰/۰۱). بعلاوه عدم معناداری بین دو مداخله برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری در مرحله پیگیری حفظ شده است(p>۰/۰۵). 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 پاردوکسی 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 نتیجه‌گیری

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 ان 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 چهارمکانیسم 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 تاثیرگذار 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 تأثیرگذار برای درک علل تاثیر درمان شناختی رفتاری بر نگرانی ایجاد می کند. به نظر می رسد که بیماران اضطراب اجتماعی در علت وجود محرکهای 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،

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-07-14 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5 ]

که به نوبه خود باعث افزایش رفتار اجتناب می شود. بنابراین بیمار مبتلا به اضطراب اجتماعی نگرانی را تجربه می کنند که در اثر موقعیت های مختلف برانگیخته می شوند که باعث می شود درگیر رفتارهای اجتناب شوند تا نگرانی خود را کاهش دهند(هیرن و همکاران، ۲۰۱۸). این رفتارهای اجتنابی نگرانی وی را تقویت می کند تقویت می کند. مکانیسم اثر درمان شناختی رفتاری اینگونه است که این چرخه را شکسته و باعث کاهش آن می شود. به طوریکه درمان شناختی رفتاری با تغییرباورها و ممانعت از اجتناب، از این طریق به بیماران می آموزد 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 آن ها را به خوبی قطع نمایند.

همچنین نتایج نشان داد درمان برنامه زمانی پاردوکسی 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. در رابطه با نتایج تاثیر درمان برنامه زمانی پارادوکسی بر نشخوار فکری، می توان یافته های به دست آمده را با نتایج راسین و همکاران ( ۲۰۰۰) همخوان دانست.

در رابطه با مکانیسم اثر برنامه زمانی پارادوکسی بر نشخوار فکری می توان همان مکانیسم اثرچهارگانه 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 می کنند کاهش می یابد. این مساله شانس بازسازی مصنوعی نشانه بیماری را افزایش می دهد. در ادامه فرایند درمان تبدیل نشانه واقعی به مصنوعی می تواند 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 هیجان ها و افکار منفی را در ذهن فرد ایجاد نمی کند. به نظر می رسد کاهش نشخوار فکری به دلیل تغییر شناخت های بیمار در نتیجه قطع رابطه نشانه-اضطراب رخ می دهد. بشارت(۱۳۹۸) معتقد است همین که بیمار پی می برد نشانه ها خاصیت پاتولوژیک ندارند معنا و ارزش آن را برایش تغییر می دهند. تکرار این مساله در برنامه های زمانی مشخص به بازآزمایی و بازتجربه کردن این مساله کمک نموده و سبب می شود تا باورهای قبلی بیمار تغییر نماید. شواهد نشان می دهد که علت اصلی نشخوارهای فکری باورهای غلط بیمار است(کنگ، اسموسکی و رابینز[1]، ۲۰۱۶). در واقع باورهای غلط بیمار در رابطه با نشانه ها و علائمی که از محیط دریافت می کند سبب می شود که نتواند فکر خود را منسجم نموده و در نتیجه فرایند نشخوار فکری را در وی راه اندازی می کند(۲۸). به نظر می رسد وقتی معنای نشانه تغییر می کند این افکار تغییر نموده و نشخوار فکری نیز کاهش می یابد. بشارت(۱۳۹۸) حتی گامی فراتر برای تغییر نشانه ها بیان می کند که آن تغییر معنا برای سیستمی است که فرد در آن زندگی می کند. به نظر می رسد این تغییر معنا در درون فرد و در سیستم پیرامونی فرد می تواند پیامد مطلوبی برای تغییر شناخت ها و در نتیجه کاهش نشخوار فکری فرد ایجاد نماید.

در رابطه با تاثیر درمان شناختی رفتاری ، که تاثیری نزدیک به درمان برنامه زمانی پاردوکسی داشته است، یافته ها بیانگر آن است که به طور کلی ، این درمان اثربخش است و می تواند برای کاهش نشخوار فکری این بیماران ، مورد استفاده قرار گیرد. هرچند این پژوهش ها نیز، به طور کلی ، متمرکز بر بررسی میزان اثربخشی درمان بر کاهش علائم اضطرابی بوده اند و کمتر متمرکز بر بررسی میزان اثربخشی درمان بر نشانه ی 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، می توان یافته های آن ها 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 می دهد. در رابطه با مکانیسم اثر این درمان بر نشخوار فکری باید گفت که درمان مواجه و جلوگیری از پاسخ می تواند با کاهش تدریجی اضطراب ترس بیمار را کاهش داده و در نتیجه از بار افکار منفی آن بکاهد. یکی از راه هایی که این اتفاق تصور می شود 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 می شوند. شواهد نشان می دهد بخشی از نشخوار فکری افراد به دلیل واکنش های فیزیولوژیکی آن ها به اضطراب است. در واقع آن ها به دلیل احساس نادرست از واکنش فیزیولوژیک شان مدام در رابطه با اتفاقی که قرار است برایشان رخ دهد نشخوار می کنند(تودر[2] و همکاران، ۲۰۱۸). این در حالی است که درمان شناختی رفتاری به آن ها کمک می کند تا به مرور زمان بفهمند که محرک ها، افکار و احساساتی که باعث اجبار می شوند را بهتر می توانند تحمل کنند و کمتر برایشان

1 . Keng, Smoski, Robins
2 . Todder

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-07-14 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5 ]

واکنش هایی را در پی دارد که در مورد آن نشخوار فکری داشتند. آنها می فهمند که قادر به مقابله با محرک ها هستند بدون اینکه به رفتارهای اجتنابی متوسل شوند. این امر می تواند به مرور زمان نشخوار فکری آن ها 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 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

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(۱): ۳۸-۲۱.

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، ۷-۳۶.

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 دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۲(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). 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.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-07-14 ]

[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5 ]

Mcevoy, P., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetative 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.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-07-14 ]

[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5 ]

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-07-14 ]

[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5 ]