



Original Article

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Paradoxical Timetable Therapy on Worry in Individuals with Social Anxiety Disorder

Saeid Salehi¹, PhD Candidate;  Shahram Vaziri^{2*}, PhD;  Maryam Nasri³, PhD 

¹PhD Candidate, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

²Associate Professor, Department of Psychology, Tehran Medical Sciences Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran

³Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

Article Information

Article History:

Received: Feb. 11, 2024

Accepted: July 29, 2024

*Corresponding Author:

Shahram Vaziri, PhD;

Associate Professor, Department of Psychology, Tehran Medical Sciences Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: shahram.vaziri@gmail.com

Abstract

Introduction: Social anxiety disorder is a debilitating psychiatric condition characterized by persistent fear in social situations. Individuals with this disorder fear negative evaluation by others and experience significant worry. This study aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and paradoxical timetable therapy (PTT) on worry in individuals with social anxiety disorder.

Methods: This applied study employed a single-case experimental design with an ABA framework. The statistical population included undergraduate psychology students with social anxiety disorder symptoms at Islamic Azad University, Khorramabad Branch during the 2022-2023 academic year. Six participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to two intervention groups (PTC, ACT) and one control group. The experimental groups received ACT and PTT in 12 weekly 90-minute sessions over 12 weeks. The follow-up assessments were conducted at one month and two months post-intervention. The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) and Social Anxiety Questionnaire (SAQ) were used for data collection. Data were analyzed using single-subject analysis, including visual analysis of charts, trend indices, stability, percentage of non-overlapping data (PND), percentage of overlapping data, and recovery percentage. The percentage of non-comprehensive data (PND) was used for statistical significance.

Results: The results showed that there was a significant difference between the effect of ACT and PTT on worry levels in individuals with social anxiety disorder ($P < 0.001$). ACT was more effective than PTT in reducing worry, and its effects remained stable during the follow-up period.

Conclusion: It can be concluded that ACT, utilizing six core processes—psychological acceptance, cognitive defusion, self-as-context, present-moment awareness, values clarification, and committed action—can be prioritized as a therapeutic approach for individuals with social anxiety disorder.

Keywords: Psychology; Acceptance and Commitment Therapy; Generalized Anxiety Disorder; Phobia, Social; Paradox therapy

Please cite this article as:

Salehi S, Vaziri S, Nasri M. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Paradoxical Timetable Therapy on Worry in Individuals with Social Anxiety Disorder. Sadra Med. Sci. J. 2025; 13(1): 138-154. doi: 10.30476/smsj.2025.101698.1495.



مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی بر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی^۱

سعید صالحی^۱، شهرام وزیری^{۲*}، مریم نصری^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
^۲ دانشیار گروه روانشناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۰۸

نویسنده مسئول:

شهرام وزیری

دانشیار گروه روانشناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه

آزاد اسلامی، تهران، ایران

پست الکترونیکی: shahramvaziri@gmail.com

مقدمه: اختلال اضطراب اجتماعی یک اختلال روان پزشکی ناتوان کننده است که با ترس مداوم در موقعیت های اجتماعی مشخص می شود. در این اختلال افراد از ارزیابی منفی دیگران ترسیده و احساس نگرانی می کنند. بر این اساس پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی، بر نگرانی افرادی پرداخت که نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی از خود بروز می دادند.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی بود و در آن از طرح آزمایشی تک آزمودنی طرح ABA استفاده شد. جامعه آماری شامل دانشجویان کارشناسی روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم آباد در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود که نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی داشتند. پس از تشخیص گذاری به شیوه نمونه گیری هدفمند، ۶ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و با تعیین خط پایه به طور تصادفی در دو گروه مداخله (درمان زمانی پارادوکسی، درمان پذیرش و تعهد) و یک گروه گواه قرار گرفتند. گروه های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی را در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای طی ۱۲ هفته به شکل جداگانه دریافت نمودند. دوره پیگیری نیز در دو مرحله یک و دومه انجام شد. در این پژوهش از پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) و پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SPQ) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل تک آزمودنی با استفاده از تحلیل دیداری نمودارها، شاخص های روند، ثبات، درصد داده های غیر همپوش، درصد داده های همپوش و درصد بهبودی استفاده شد. برای معناداری آماری نیز از درصد داده های ناهمپوش (PND) استفاده گردید.

یافته ها: نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و برنامه زمانی پارادوکسی بر میزان نگرانی افراد با نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد ($P > 0.001$). برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به برنامه زمانی پارادوکسی، اثر بیشتری بر کاهش نگرانی داشت که اثرات آن در مراحل پیگیری نیز پایدار بود.

نتیجه گیری: می توان چنین نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهره بردن از شش فرایند پذیرش روانی، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، تعامل با زمان حال، ارزش های مشخص شده و رفتار متعهدانه، می تواند به عنوان الویت درمانی برای افرادی که نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی دارند، مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: روانشناسی؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ اختلال اضطراب فراگیر؛ فوبیای اجتماعی، پارادوکس درمانی

۱. مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند است.

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

صالحی س، وزیری ش، نصری م. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی بر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۳، شماره ۱، زمستان ۱۴۰۳، صفحات ۱۳۸-۱۵۴.

زندگی (مثل کار، سلامتی و روابط) است (۱۰). نگرانی بیمارگون زمانی از نگرانی بهنجار متمایز می‌شود که مزمن، بیش‌ازحد و غیر قابل کنترل باشد و لذت و خوشی زندگی فرد را از بین ببرد (۱۱).

در صورتی که برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مداخلات درمانی مناسب صورت نگیرد، این اختلال به دوره طولانی از ناتوانی تبدیل می‌شود و فرد مبتلا متحمل مشکلات زیادی در زمینه کارکرد شخصی، شغلی و اجتماعی خود می‌شود؛ بنابراین با توجه به فراوانی این اختلال و اثرات بسیار منفی آن برای فرد و جامعه، آزمون درمان‌های مبتنی بر شواهد مختلف که می‌توانند مطابق با ترجیحات فردی ارائه شوند، ضروری به نظر می‌رسد (۱۲). با این وجود تنها بخش کمی از افراد مبتلا درمان قابل توجهی می‌گیرند و این نکته موجب شده است که درمان اختلال‌های اضطرابی به عنوان یکی از حیطه‌های اصلی سلامت روان مورد توجه صاحب‌نظران قرار گیرد. در دو دهه اخیر، در حوزه اضطراب پژوهش‌های فراوانی انجام گرفته که منجر به آزمون اثربخشی تکنیک‌های درمانی متفاوتی شده است (۱۳). برای درمان اختلال‌های اضطرابی شامل اختلال اضطراب اجتماعی از درمان شناختی-رفتاری^۳ (۱۴)، درمان روان‌پویشی^۴ (۱۵)، درمان وجودی^۵ (۱۶) و طرحواره‌درمانی^۶ (۱۷) بهره گرفته شده است. علی‌رغم دشواری‌های مقایسه نتایج درمانی و اثربخشی نسبی رویکردهای مختلف برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی، به منظور صرفه‌جویی در زمان و هزینه‌های درمان، کشف برترین مدل‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد (۱۸). شواهد حاکی از برتری درمان شناختی رفتاری هستند، اما توسعه سایر مداخلات روان‌شناختی می‌تواند انتخاب مراجعین را افزایش دهد. این کاستی‌ها و ملاحظات بالینی و درمانی، ضرورت به‌کارگیری مدل‌های درمانی جدیدتر و کارآمدتر را توجیه می‌کنند.

نتایج پژوهش کریمی آذر و همکاران (۱۹)، کالتی^۷ و همکاران (۲۰)، آلوز^۸ و همکاران (۲۱)، گورنلی^۹ و همکاران (۲۲)، سیرچان^{۱۰} و همکاران (۲۳)، هاشمی و همکاران (۲۴) و صمدی (۲۵) نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۱} از درمان‌های موفق

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ یک اختلال روان‌پزشکی شایع و ناتوان‌کننده است که با پریشانی قابل توجه و مداوم در موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود (۱). در این اختلال افراد به شدت از بررسی احتمالی و ارزیابی منفی دیگران می‌ترسند و به تدریج از شرکت در فعالیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند (۲). در ایران نرخ شیوع اختلال اضطراب اجتماعی به ۱۰/۱ درصد رسیده است (۳). همچنین مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که اختلال اضطراب اجتماعی در سراسر جهان بین ۵ تا ۱۰ درصد است و زنان را بیشتر از مردان تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). بنا به تعاریف، اضطراب اجتماعی از سه مؤلفه تشکیل شده است: تجربه پریشانی، ناراحتی، ترس یا اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی (پریشانی اجتماعی)، اجتناب عمدی از موقعیت‌های اجتماعی (خلأ اجتماعی)، و ترس از دریافت ارزیابی‌های منفی از دیگران که هر سه این ابعاد منجر به نگرانی^۲ مضاعف در افراد مبتلا می‌شود (۵). فردی که اضطراب اجتماعی دارد، نگران است که مبادا در نظر دیگران مضطرب، احمق، کسل‌کننده، ترسو، زشت و غیر جذاب به نظر برسد، از این می‌ترسد که به شیوه خاصی رفتار نماید یا به نظر برسد، یا نشانه‌های اضطراب، مثل سرخ شدن، لرزیدن، عرق ریختن، لغزش در صحبت کردن یا خیره شدن از خود بروز دهد یا مورد ارزیابی منفی دیگران قرار گیرد (۶).

اختلال اضطراب اجتماعی در حوزه‌های اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم زندگی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مشکل تولید می‌کند (۷). این افراد هنگام مواجهه با یک رویداد منفی ناشناخته، دچار نگرانی می‌شوند که مشخصه آن افکار تکراری متمرکز بر جنبه‌های مختلف یک تهدید است و می‌تواند به افراد در مقابله و تجزیه و تحلیل تهدیدها کمک کند. این شکل از تفکر تکراری همچنین بخشی از مکانیسم مقابله شناختی در نظر گرفته می‌شود تا افکار مزاحم در مورد موقعیت‌های بالقوه ناخوشایند را کنترل کند (۸). نگرانی حالتی دلوپسانه از آینده و وقایع منفی است که یک فعالیت فکری-کلامی منفی و شدید را به راه می‌اندازد (۹). اگرچه نشانه‌های شناختی و جسمانی دیگری مثل تنش عضلانی و ضعف تمرکز نیز برای تشخیص لازم است، اما مؤلفه اساسی، نگرانی بیمارگون در حیطه‌های مختلف

3. Cognitive-behavioral therapy

4. Treatment of psychosis

5. Existential therapy

6. Schema therapy

7. Caletti

8. Alves

9. Gorinelli

10. Srichan

11. Acceptance and commitment-based therapy

1. Social Anxiety Disorder

2. Worry

برای اختلال‌های اضطرابی است. ارکان درمان پذیرش و تعهد عبارت‌اند از «پذیرش» و «خارج شدن» از افکار و آگاهی از ارزش‌های خود که در حال اتفاق می‌افتد؛ در واقع، نقاط قوت این درمان در مقابله با ادراک و علائم پریشانی و یادگیری تکنیک‌های لازم برای کاهش اجتناب غیرضروری از افکار و احساسات، آسیب‌رسان است. هدف این مدل درمانی از بین بردن اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق تماس با لحظه حال، رفتار متعهدانه و زندگی مبتنی بر ارزش‌ها است (۲۲). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجان‌ها یا افکار درونشان را آزارنده می‌یابند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر دهند یا از آن‌ها رهایی یابند (۲۴). این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر است و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجان‌ها و افکار می‌شود که فرد در ابتدا سعی در اجتناب از آن‌ها داشته است (۲۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات و احساسات روان‌شناختی مورد هدف قرار می‌گیرد و فعالیت‌های معنادار زندگی بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌شود. فرایندهای شش‌گانه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد مختلف بیاموزد که چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند (۲۶).

درمان دیگری نیز به نام روان‌درمانی پارادوکسی^{۱۲} برای این اختلال معرفی شده که در ایران تدوین شده است. در راستای اثربخشی روان‌درمانی پارادوکسی بر اضطراب اجتماعی، نتایج پژوهش بابایی و همکاران (۲۷)، نیکان و همکاران (۲۸)، محمدی و همکاران (۲۹) و بشارت (۳۰) نشان داد که تغییرات رضایت‌بخش درمانی از ثبات و استمرار برخوردار است و روان‌درمانی پارادوکسی بر کاهش اختلال اضطراب اجتماعی موفقیت‌آمیز عمل کرده است. در این رویکرد مراجع عمداً رفتاری را انجام می‌دهد یا پاسخی می‌دهد که اضطراب‌آور است. این روش با موفقیت در مورد تعداد کثیری از اختلال‌های روان‌شناختی شامل طیف گسترده اختلال‌های اضطرابی (۳۱)، طیف وسواس‌های فکری و عملی (۳۲) و اختلالات خواب (۳۳) به کار بسته شده است. روان‌درمانی پارادوکسی از دو جزء تشکیل شده است: پارادوکس و جدول زمانی. در این رویکرد، این دو جزء به‌طور جدایی‌ناپذیری به هم

مرتبط هستند. به این ترتیب، بیمار باید کار را تا حد معینی و در بازه زمانی از پیش برنامه‌ریزی‌شده انجام دهد، به عبارت دیگر، جدول زمانی متناقض یا باید در محدوده زمانی اجرا شود یا اصلاً اجرا نشود (۳۴).

در صورت انجام این پژوهش باید گفت که اختلال اضطراب اجتماعی هزینه‌های گزافی بر جامعه و خانواده تحمیل می‌کند (۳). شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی و سیر مزمن این اختلال سبب شده است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به سایر اختلالات اضطرابی، بیشترین مراجعه را به مراکز بهداشتی - درمانی و خدمات بهداشت روانی داشته باشند (۵). حدود ۵۳ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی قبل از رجوع به متخصصان حوزه بهداشت روانی به مراکز بهداشتی-درمانی، از جمله پزشکان عمومی و متخصصان قلب و داخلی مراجعه می‌کنند و کمتر از ۱۰ درصد از آن‌ها درمان‌های روان‌شناختی مؤثر یا روان‌پزشکی دریافت می‌کنند (۶) توجه به این روند ضرورت به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی کارآمد برای این افراد را برجسته می‌سازد. با عنایت به نتایج مطالعات پیشین به نظر می‌رسد که برنامه مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی، گامی مؤثر برای کاهش نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است؛ اما از آنجاکه پژوهشی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی بر کاهش نگرانی افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی صورت نگرفته، انجام مطالعه‌ای در جهت کاربست درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی برای کاهش نگرانی افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی ضروری است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی بر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام گرفت و درصدد ارائه یک پاسخ عملی برای این مسئله است که آیا بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی بر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تفاوتی وجود دارد؟ و در صورت وجود تفاوت، کدام یک از درمان‌ها اثربخشی بیشتری دارند؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی بود و در آن از طرح آزمایشی تک آزمودنی به صورت طرح A-B همراه با خط

اختلالات روانی^{۱۳} برگزار شد. در آخر تعداد ۶ نفر از این افراد که نمره بالاتر از ۴۵ در پرسشنامه اضطراب اجتماعی کسب کرده بودند و بر اساس مصاحبه بالینی نیز مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تشخیص داده شده بودند، به شکل تصادفی در گروه‌های پژوهش جای‌دهی شدند (۲ نفر در گروه آزمایش برنامه زمانی پارادوکسی، ۲ نفر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۲ نفر در گروه گواه). نحوه تصادفی‌سازی با قرعه‌کشی انجام گرفت و فرایند کورسازی نیز رعایت شد. سپس افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی حاضر در گروه‌های آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی را طی ۱۲ هفته جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت جداگانه و فردی دریافت نمودند، و افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی حاضر در گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن^{۱۴} و تعیین اندازه اثر با توجه به $\alpha=0/005$, $a=0/05$, $1-\beta=0/8$ و با توجه به اندازه اثرهای پیشینه پژوهش (۳۵) محاسبه شد و در هر دو گروه ۳۰ نفر برآورد گردید (هر گروه ۱۵ نفر).

ابزار گردآوری داده‌ها

• پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)^{۱۵}: پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا توسط مایر^{۱۶} و همکاران در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است، ۱۶ گویه دارد و با یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده نگرانی بیشتر فرد است. مایر و همکاران، پایایی به‌دست‌آمده این مقیاس را ۰/۹۰ و میزان روایی سازه پرسشنامه را مطلوب و ۰/۸۸ گزارش کردند (۳۶). در پژوهش صالح‌پور و همکاران (۳۷) همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۷۴ و میزان روایی محتوایی پرسشنامه نیز ۰/۸۴ به دست آمد (۳۷).

• پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SPIN)^{۱۷}: پرسشنامه اضطراب اجتماعی توسط کانور^{۱۸} و همکاران در سال ۲۰۰۰ طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۱۷ گویه است که به شیوه لیکرت از صفر تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۸۵ است. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده

پایه چندگانه استفاده شد. در این مدل A شرایط خط پایه و B مداخله و ارائه شرایط آزمایش است. اولین موقعیت در این طرح‌ها به‌عنوان خط پایه (A) شناخته می‌شود. در موقعیت خط پایه، متغیر وابسته هنگامی که هنوز عمل آزمایشی به آزمودنی ارائه نشده است، مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرد. انتظار می‌رود که داده‌ها در مرحله خط پایه ثابت باقی بمانند و با شروع مرحله مداخله داده‌ها تغییر کنند. خط پایه حداقل شامل ۳ جلسه قبل از شروع مداخله است. دومین موقعیت به‌عنوان مداخله (B) است که در اینجا شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی است.

جامعه آماری

جامعه آماری شامل دانشجویان مرد و زن کارشناسی روان‌شناسی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم‌آباد در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود.

معیارهای ورود و خروج

داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس نمره پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی، داشتن سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۲۳ سال (به دلیل شرایط سنی دانشجویان کارشناسی)، عدم شرکت در برنامه‌های مداخله‌ای (برنامه‌های روان‌درمانی و همین‌طور مصرف داروهای روان‌پزشکی) و رضایت‌مندی برای شرکت در پژوهش معیارهای ورود به این مطالعه بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

جهت انتخاب حجم نمونه، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین‌صورت که ابتدا طی فراخوانی از دانشجویان دعوت شد که هر فردی که علائم اضطراب اجتماعی دارد، به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه نماید. در این مرحله تعداد ۱۵ نفر مراجعه کردند. پژوهشگر پرسشنامه اضطراب اجتماعی را برای این افراد اجرا نمود. سپس با افرادی که نمرات بالاتر از ۴۵ (نمره برش پرسشنامه) در این پرسشنامه کسب کردند، مصاحبه بالینی علائم اضطراب اجتماعی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری

13. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)

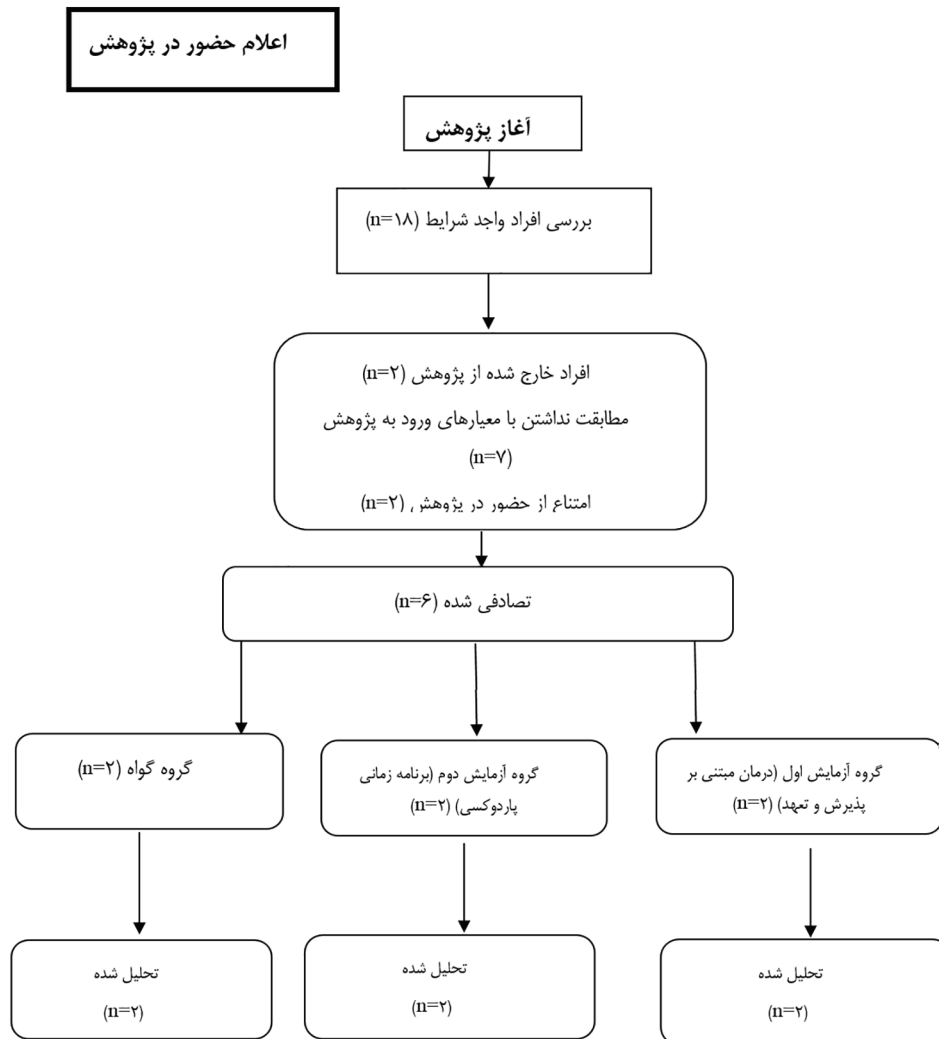
14. Cohen

15. Penn state worry questionnaire

16. Meyer

17. Social Anxiety Questionnaire

18. Connor



شکل ۱ نمودار کانسورت پژوهش حاضر

استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/77$ محاسبه شد. روایی به روش همسانی درونی میان نمره کل و گویه‌ها میان $0/55$ تا $0/69$ و معنی‌دار به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

جهت اجرای مداخله، پژوهشگر پس از هماهنگی با مرکز مشاوره و قسمت آموزش دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم‌آباد، فراخوانی برای یافتن دانشجویان کارشناسی که علائم اختلال اضطراب اجتماعی داشتند، اعلام نمود. پس از فراخوان، افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه شناسایی شدند و پس از اجرای پرسشنامه اضطراب اجتماعی و انجام مصاحبه بالینی، ۶ دانشجو با تشخیص نهایی اختلال اضطراب اجتماعی، انتخاب و به شکل تصادفی در گروه‌های پژوهش جای‌دهی شدند (۲ نفر در گروه آزمایش برنامه زمانی پارادوکسی، ۲ نفر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۲ نفر در گروه گواه). (شکل ۱) سپس افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی حاضر در گروه‌های آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (جدول ۱)

اضطراب اجتماعی بیشتر فرد است. در این پرسشنامه، نقطهٔ برش ۴۵ با کارایی یا دقت تشخیصی بالا افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و بدون این اختلال را از هم تشخیص می‌دهد (۳۸). کانور و همکاران (۳۸) میزان روایی سازه پرسشنامه را مطلوب و $0/86$ گزارش کردند. آنتونی^{۱۹} (۳۹) پایایی بازآزمایی این مقیاس را در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی $0/86$ همسانی درونی کل پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ^{۲۰} در گروه بهنجار برابر $92/$ گزارش کردند. همچنین در پژوهش شهبازی راد (۴۰) برای سنجش پایایی این پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف اسپیرمن - براون^{۲۱} استفاده شد که به ترتیب میزان پایایی در مقیاس اضطراب اجتماعی $0/92$ و $0/74$ در خرده مقیاس‌های ترس $0/90$ و اجتناب $0/94$ و ناراحتی فیزیولوژیکی $0/89$ و $0/91$ به دست آمد. میزان روایی محتوایی نیز $0/83$ محاسبه شد (۴۰). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با

19. Antony

20. Cronbach's alpha

21. Spearman-Brown

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴۰)

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی با مراجع و بیان کلیات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن، تعریف مؤلفه‌های پژوهش و بیان هدف اجرای طرح برای افراد حاضر در پژوهش.
دوم	ایجاد ناامیدی خلاقانه با به‌کارگیری استعاره مناسب	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به‌عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه با استفاده از استعاره مزرعه و جعبه ابزار، چالش با برنامه تغییر مراجع، مشخص کردن تکلیف منزل.
سوم	ایجاد تمایل در راستای کنار نهادن برنامه‌های ناکارآمد	بررسی دنیای درون و بیرون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد، تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه حل، معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل. مشخص کردن تکلیف منزل.
چهارم	پرداختن به نقش مخرب کنترل	بیان کنترل به‌عنوان مشکل، معرفی تمایل/احساسات/خاطرات و علائم جسمانی به‌عنوان پاسخ با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده، ارائه تکلیف منزل.
پنجم	توجه و تمرکز بر گسلش شناختی	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی و تضعیف اثتلاف خود با افکار و عواطف همراه با تمرین پیاده‌روی با ذهن. مشخص کردن تکلیف منزل.
ششم	آشنایی با اهمیت زیستن در زمان حال	تأکید برای در زمان حال بودن و پرهیز از سرگردانی ذهن درون افکار، خاطرات یا خیال‌پردازی‌هایی در خصوص آثار بیماری. مشخص کردن تکلیف منزل.
هفتم	آموزش شکل‌دهی خود به‌عنوان مشاهده‌گر	مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به‌عنوان مشاهده‌گر با استفاده از استعاره اتوبوس و مسافران، مشخص کردن تکلیف منزل.
هشتم	تمرکز بر ذهن آگاهی	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن با استفاده از استعاره قطارهای زیر پل. مشخص کردن تکلیف منزل.
نهم	تصریح ارزش‌های زندگی و آموزش آن به مراجع	معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی با استفاده از استعاره قطب‌نمای ذهنی. مشخص کردن تکلیف منزل.
دهم	تمرکز بر آموزش روانی با تمرکز بر فعالیت‌های زندگی ارزش‌مدار	ارائه تمرین‌های تجربی و گفتگو در مورد پذیرش و اعمال ارزشمند، ناامیدی خلاقانه کشف‌شده و اینکه آیا تلاش‌های قبلی برای کنترل کردن اضطراب کارا بوده و چگونه این تلاش‌ها منجر به کاهش فعالیت‌های زندگی ارزش‌مدار و پذیرش شده است. مشخص کردن تکلیف منزل.
یازدهم	آموزش پذیرش و ذهن آگاهی	صیقل دادن پذیرش، ذهن آگاهی و ناهمجوشی و کاوش در ارزش‌های اضافه شده و شفاف‌سازی اهداف، افزایش تمایل به دنبال کردن فعالیت‌های زندگی ارزش‌مدار، مواجهه، تأکید بر ذهن آگاهی، مواجهه سازی درونی. مشخص کردن تکلیف منزل.
دوازدهم	جمع‌بندی و اتمام جلسات.	به‌کارگیری تجارب به‌دست‌آمده در زندگی واقعی و جمع‌بندی و تکلیف مادام‌العمر.

نمودارها^{۲۴}، شاخص‌های روند^{۲۵}، ثبات^{۲۶}، درصد داده‌های غیر همپوش^{۲۷}، درصد داده‌های همپوش^{۲۸} و درصد بهبودی^{۲۹} انجام شد. برای معناداری آماری نیز از درصد داده‌های ناهمپوش^{۳۰} (PND) استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی برای شرکت در برنامه مداخله اخذ شد و تمامی مراحل مداخله اطلاع‌رسانی شد. علاوه بر این به افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی حاضر در گروه گواه

و برنامه زمانی پارادوکسی (جدول ۲) را طی ۱۲ هفته جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت جداگانه به‌صورت فردی دریافت نمودند. سپس آزمودنی‌ها در دوره‌های پیگیری یک‌ماهه و دومانه قرار گرفتند. برای مراحل مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از پروتکل ایفرت و فورسیس^{۲۲} (۴۱) استفاده شد که در پژوهش صمدی (۲۵) مورد استفاده و روایی محتوایی آن تأیید شده است. همچنین جهت انجام مداخله برنامه زمانی پارادوکسی نیز از پروتکل بشارت (۳۰) استفاده گردید.

تحلیل آماری

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با رعایت مفروضه‌ها از تحلیل تک آزمودنی^{۲۳} با استفاده از تحلیل دیداری

24. Visual analysis of charts

25. Trend indexes

26. Stability

27. Non-overlapping data

28. Overlapping data percentage

29. Recovery percentage

30. Percentage of non-overlapping data (PND)

22. Eifert and Forsyth

23. Single subject analysis

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی برنامه زمانی پارادوکسی (۳۰)

جلسات	هدف	محتوا
اول	معارفه و برقراری ارتباط اولیه، بیان اهداف درمان	مرور مختصر چهارچوب کلی جلسات، مقدماتی درباره تاریخچه درمان برنامه زمانی پارادوکسی و اصول اصلی آن.
دوم	تمرکز بر اهداف درمان از نظر مراجع	تمرکز بر انتظارات موردنظر مراجع از درمان، پیگیری اهدافی که مراجع از جلسات درمانی دنبال می‌کند. ارائه تکلیف در جهت نوشتن اهداف درمانی در منزل.
سوم	طرح‌ریزی پلان درمان،	در این جلسه با همکاری مراجع پلان درمان طرح‌ریزی شد. تمرکز بر آن بود که شرکت درمان‌جو در شکل‌دهی پلان درمان می‌تواند مشارکت بیشتر وی را در پی داشته باشد. ارائه تکلیف منزل در راستای تمرین تکالیف مشخص شده.
چهارم	استفاده از تکنیک مکانیسم اول، دستور سازی و مصنوعی سازی	انجام تمرین‌های دستوری، بازسازی و تجربه نشانه‌های بیماری در وقت‌های از پیش تعیین‌شده، مصنوعی سازی نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، ارائه تکلیف منزل.
پنجم	گسترش تمرین‌های پارادوکسی	اجرای تمرین‌های برنامه زمانی پارادوکسی در زمانی مشخص در جلسه درمانی و تکرار آن در جهت نهادینه شدن مفاهیم مشخص شده از طرف درمانگر، ارائه تکلیف منزل در جهت اجرای سه نوبت در روز برای تمرین‌های برنامه زمانی پارادوکسی.
ششم	عملیاتی کردن بازسازی	در این جلسه تمرین‌هایی در جهت تجربه کردن مشکلات توسط درمان‌جو اجرا شد. سپس تلاش گردید تا شناخت‌های آسیب‌دیده درمان‌جو شناسایی و مورد بازسازی قرار گیرد. ارائه تکالیف منزل در جهت یادداشت کردن مشکلات.
هفتم	تمرکز بر مکانیسم دوم	در این جلسه عمده تمرکز بر قطع رابطه نشانه و اضطراب بود. تلاش شد تا درمان‌جو بتواند با تجربه هر نشانه، اضطراب را تحمل نکند تا بدین‌صورت بتواند پل ارتباطی بین نشانه و اضطراب را قطع نماید. ارائه تکالیف منزل در جهت انجام برنامه زمانی پارادوکسی در زمان‌های مشخص شده.
هشتم	تمرکز بر مکانیسم سوم	در این جلسه ضمن تمرکز بر قطع ارتباط نشانه و اضطراب تلاش شد تا نشانه‌ها برای شخص بیمار و سیستمی که او را در بر دارد نیز تغییر کند تا بدین‌صورت نشانه‌ها برای درمان‌جو حاوی پیامی غیر از بروز اضطراب داشته باشد. ارائه تکلیف منزل در جهت تغییر معنای نشانه‌ها.
نهم	استفاده از مکانیسم چهارم	استحکام من، کمک به تعارضات با برنامه پارادوکسی با تشخیص قطع رابطه نشانه‌ها و اضطراب. ادامه تکالیف و انجام برنامه زمانی پارادوکسی در زمان‌های مشخص شده در منزل
دهم	تمرکز بر مکانیسم‌های دوم، سوم و چهارم	در این جلسه تلاش شد تا مفاهیم آموزش داده شده در جهت قطع رابطه نشانه‌ها و اضطراب و همچنین تعریف معنای جدید برای نشانه‌ها مورد تمرکز و یاددهی مجدد قرار داده شود. ارائه تکالیف منزل در جهت تمرین مفاهیم ارائه شده در این جلسه.
یازدهم	کاهش هیجانات منفی و قطع سیکل‌های باطل	بررسی رفتارها و هیجانات آسیب‌رسان افراد، اضافه کردن برنامه زمانی پارادوکسی عملی به تمرینات تجسمی در زمان‌های مشخص، قطع سیکل‌های باطل ناشی از احساسات منفی. ارائه تکالیف منزل در راستای تقلیل برنامه تجسمی و عملی به روزی یک نوبت.
دوازدهم	اختتام جلسات	پیگیری تکالیف، جمع‌بندی تمامی جلسات، پاسخ به پرسش‌ها و خاتمه جلسات با اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی افراد حاضر در پژوهش در (جدول ۳) ارائه شده است.

یافته‌های جمعیت‌شناختی در (جدول ۳) نشان داد که افراد حاضر در پژوهش در بازه سنی ۲۰ تا ۲۳ سال قرار داشتند و میانگین سنی گروه آزمایش اول ۲۱/۰۵ سال با انحراف استاندارد ۰/۷۴، گروه آزمایش دوم ۲۱/۷۴ با انحراف استاندارد ۰/۵۸ و میانگین سنی گروه گواه ۲۲/۰۶ سال با انحراف استاندارد ۰/۶۵ محاسبه شد. همچنین بین متغیر جنسیت گروه‌ها نیز تفاوت معناداری وجود نداشت. در این بخش به یافته‌های پژوهش نیز پرداخته شده است که در ادامه نمرات

اطمینان داده شد که در صورت تمایل پس از تکمیل فرآیند پژوهش، این مداخلات را دریافت خواهند کرد. همچنین به افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی حاضر در هر سه گروه پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه است و هیچ نامی درخواست نشده است. به‌منظور ایجاد انگیزه برای شرکت در مطالعه، جنبه‌های درمانی و آموزشی مداخلات قبل از مداخله برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. کل فرآیند اجرای مداخله به‌صورت رایگان در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

این پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند کد اخلاق به شناسه IR.LUMS.REC.1400.079 دریافت نموده است.

جدول ۱. یافته‌های جمعیت‌شناختی افراد حاضر در پژوهش به تفکیک سه گروه

سن		جنسیت				گروه‌ها
انحراف استاندارد	میانگین	مرد		زن		
		درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۰/۷۴	۲۱/۰۵	۵۰	۱	۵۰	۱	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۰/۵۸	۲۱/۷۴	۵۰	۱	۵۰	۱	گروه برنامه زمانی پارادوکسی
۰/۶۵	۲۲/۰۶	۵۰	۱	۵۰	۱	گروه گواه

جدول ۲. نمرات نگرانی در موقعیت مداخله و پیگیری

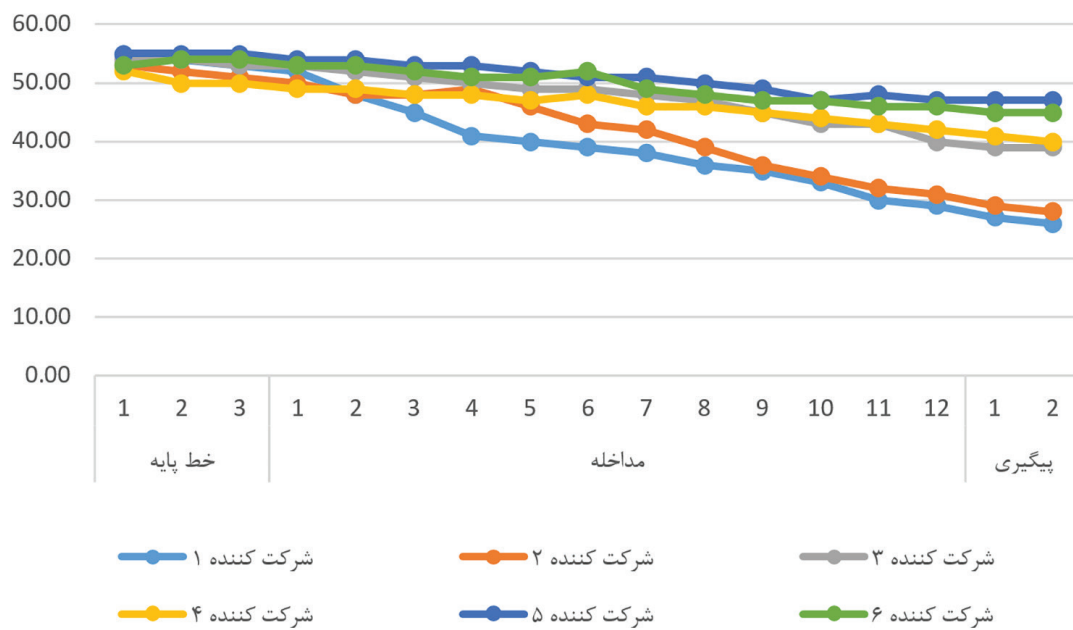
گروه	آزمودنی	جلسات خط پایه																جلسات مداخله				پیگیری			
		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱	۲	۳	۴	۱	۲	۳	۴
درمان پذیرش و تعهد	آزمودنی ۱	۵۵	۵۴	۵۳	۵۲	۴۸	۴۵	۴۱	۴۰	۳۹	۳۸	۳۶	۳۵	۳۳	۳۰	۲۹	۲۷	۲۶							
	آزمودنی ۲	۵۳	۵۲	۵۱	۵۰	۴۸	۴۸	۴۹	۴۶	۴۳	۴۲	۳۹	۳۶	۳۴	۳۲	۳۱	۲۹	۲۸							
درمان پارادوکسی	آزمودنی ۳	۵۴	۵۴	۵۳	۵۲	۵۱	۵۰	۴۹	۴۹	۴۸	۴۸	۴۷	۴۵	۴۳	۴۰	۳۹	۳۹	۳۹							
	آزمودنی ۴	۵۲	۵۰	۵۰	۴۹	۴۸	۴۸	۴۸	۴۷	۴۸	۴۶	۴۶	۴۵	۴۴	۴۳	۴۲	۴۱	۴۰							
گواه	آزمودنی ۵	۵۵	۵۵	۵۵	۵۴	۵۳	۵۳	۵۲	۵۱	۵۱	۵۱	۵۰	۴۹	۴۷	۴۸	۴۷	۴۷	۴۷							
	آزمودنی ۶	۵۳	۵۴	۵۴	۵۳	۵۲	۵۱	۵۱	۵۱	۵۲	۴۹	۴۸	۴۷	۴۷	۴۶	۴۶	۴۵	۴۵							

نگرانی در موقعیت مداخله و پیگیری در (جدول ۴) قابل ملاحظه است.

در (جدول ۴) نمرات نگرانی در موقعیت خط پایه برای هر شش آزمودنی در سه جلسه، ۱۲ جلسه درمانی و موقعیت پیگیری آمده است. نتایج نشان می‌دهد که نمرات نگرانی در دو آزمودنی حاضر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گذشت جلسات رو به کاهش بوده است. به عبارتی می‌توان گفت که در آزمودنی‌های تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات متغیر نگرانی با پیشرفت جلسات نزولی بوده و کاهش داشته است، اما در گروه آزمایش برنامه درمانی پارادوکسی و گروه گواه این نمرات کاهش چندانی نداشته است. در ادامه تغییرات فرایند درمان به صورت دیداری برای هر شش آزمودنی در نمودار (شکل ۲) گزارش شده است. بر اساس نتایج تحلیل واریانس در اثر زمان (جدول ۵)،

با توجه به اینکه مؤلفه نگرانی معنادار شده است ($P > 0.05$)، می‌توان گفت که بین سه گروه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برنامه زمانی پارادوکسی و گروه گواه) در این مؤلفه تفاوت وجود دارد. مقایسه دوبه‌دوی هر مرحله سنجش (شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برنامه زمانی پارادوکسی و گروه گواه) در ادامه ارائه شده است.

با توجه به نتایج (جدول ۶)، با پیشرفت جلسات، نگرانی بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با برنامه زمانی پارادوکسی و گروه گواه، تفاوت معنادار داشته است و برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به روش برنامه زمانی پارادوکسی در کاهش نگرانی مؤثرتر است، اما برنامه زمانی پارادوکسی در مجموع اثر معناداری بر کاهش نگرانی افراد با علائم اختلال اضطراب اجتماعی نداشته است.



شکل ۱. تغییرات نگرانی هر شش آزمودنی

جدول ۱. نتایج تحلیل واریانس مؤلفه نگرانی بر اساس گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	درجه آزادی	نگرانی			سطح معناداری
		مجموع مجنورات	میانگین مجنورات	آماره F	
خط پایه ۱	۲	۱/۳۳۳	۰/۶۶۷	۰/۳۳۳	۰/۷۴
خط پایه ۲	۲	۶/۳۳۳	۳/۱۶۷	۰/۹۰۵	۰/۴۹۳
خط پایه ۳	۲	۱۰/۳۳۳	۵/۱۶۷	۲/۲۱۴	۰/۲۵۷
مداخله ۱	۲	۸/۳۳۳	۴/۱۶۷	۱/۱۹	۰/۴۱۶
مداخله ۲	۲	۳۰/۳۳۳	۱۵/۱۶۷	۹/۱	۰/۰۵۳
مداخله ۳	۲	۳۶	۱۸	۵/۶۸۴	۰/۰۹۵
مداخله ۴	۲	۴۹/۳۳۳	۲۴/۶۶۷	۲/۰۵۶	۰/۲۷۴
مداخله ۵	۲	۷۳	۳۶/۵	۵/۳۴۱	۰/۱۰۳
مداخله ۶	۲	۱۱۷	۵۸/۵	۱۹/۵	۰/۰۱۹
مداخله ۷	۲	۱۰۵/۳۳۳	۵۲/۶۶۷	۱۳/۱۶۷	۰/۰۳۳
مداخله ۸	۲	۱۴۶/۳۳۳	۷۳/۱۶۷	۳۱/۳۵۷	۰/۰۱
مداخله ۹	۲	۱۷۰/۳۳۳	۸۵/۱۶۷	۱۰۲/۲	۰/۰۰۲
مداخله ۱۰	۲	۱۹۶/۳۳۳	۹۸/۱۶۷	۲۹۴/۵	۰/۰۰۰
مداخله ۱۱	۲	۲۷۷/۳۳۳	۱۳۸/۶۶۷	۱۰۴	۰/۰۰۲
مداخله ۱۲	۲	۲۸۲/۳۳۳	۱۴۱/۱۶۷	۹۴/۱۱۱	۰/۰۰۲
پیگیری ۱	۲	۳۳۶	۱۶۸	۸۴	۰/۰۰۲
پیگیری ۲	۲	۳۷۳	۱۸۶/۵	۱۲۴/۳۳۳	۰/۰۰۱

جدول ۱. مقایسه زوجی گروه‌های مورد مطالعه سنجش در متغیر نگرانی

	درمان پذیرش و تعهد	درمان پارادوکس	گروه گواه	نگرانی			۱۰۰٪ فاصله اطمینان	
				تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	معناداری		
							حد پایین	حد بالا
خط پایه ۱	*	**		۱	۱/۴۱	۱	-۵/۸۶	۷/۸۶
	*		***	۰	۱/۴۱	۱	-۶/۸۶	۶/۸۶
		**	***	-۱	۱/۴۱	۱	-۷/۸۶	۵/۸۶
خط پایه ۲	*	**		۱	۱/۸۷	۱	-۸/۰۸	۱۰/۰۸
	*		***	-۱/۵	۱/۸۷	۱	-۱۰/۵۸	۷/۵۸
		**	***	-۲/۵	۱/۸۷	۰/۸۲	-۱۱/۵۸	۶/۵۸
خط پایه ۳	*	**		۰/۵	۱/۵۲	۱	-۶/۹۱	۷/۹۱
	*		***	-۲/۵	۱/۵۲	۰/۶	-۹/۹۱	۴/۹۱
		**	***	-۳	۱/۵۲	۰/۴۳	-۱۰/۴۱	۴/۴۱
مداخله ۱	*	**		۰	۱/۸۷	۱	-۹/۰۸	۹/۰۸
	*		***	-۲/۵	۱/۸۷	۰/۸۲	-۱۱/۵۸	۶/۵۸
		**	***	-۲/۵	۱/۸۷	۰/۸۲	-۱۱/۵۸	۶/۵۸
مداخله ۲	*	**		-۲/۵	۱/۲۹	۰/۴۴	-۸/۷۷	۳/۷۷
	*		***	-۵/۵	۱/۲۹	۰/۰۷	-۱۱/۷۷	۰/۷۷
		**	***	-۳	۱/۲۹	۰/۳	-۹/۲۷	۳/۲۷
مداخله ۳	*	**		-۳	۱/۷	۰/۵۷	-۱۱/۶۴	۵/۶۴
	*		***	-۶	۱/۷	۰/۱۳	-۱۴/۶۴	۲/۶۴
		**	***	-۳	۱/۷	۰/۵۷	-۱۱/۶۴	۵/۶۴
مداخله ۴	*	**		-۴	۳/۴۶	۰/۹۹	-۲۰/۸۲	۱۲/۸۲
	*		***	-۷	۳/۴۶	۰/۴۱	-۲۳/۸۲	۹/۸۲
		**	***	-۳	۳/۴۶	۱	-۱۹/۸۲	۱۳/۸۲
مداخله ۵	*	**		-۵	۲/۶۱	۰/۴۵	-۱۷/۶۹	۷/۶۹
	*		***	-۸/۵	۲/۶۱	۰/۱۴	-۲۱/۱۹	۴/۱۹
		**	***	-۳/۵	۲/۶۱	۰/۸۱	-۱۶/۱۹	۹/۱۹
مداخله ۶	*	**		-۷/۵	۱/۷۳	۰/۰۶	-۱۵/۹۱	۰/۹۱
	*		***	-۱۰/۵*	۱/۷۳	۰/۰۲	-۱۸/۹۱	-۲/۰۸
		**	***	-۳	۱/۷۳	۰/۵۴	-۱۱/۴۱	۵/۴۱
مداخله ۷	*	**		-۷	۲	۰/۱۱	-۱۶/۷۱	۲/۷۱
	*		***	-۱۰*	۲	۰/۰۴	-۱۹/۷۱	-۰/۲۸
		**	***	-۳	۲	۰/۶۹	-۱۲/۷۱	۶/۷۱

نگرانی							
۹۵٪ فاصله اطمینان		معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین (I-J)	گروه گواه	درمان پذیرش و تعهد	درمان پارادوکس
حد بالا	حد پایین						
۱/۵۸-	۱۶/۴۱-	۰/۰۲	۱/۵۲	۹* -		*	**
۴/۰۸-	۱۸/۹۱-	۰/۰۱	۱/۵۲	۱۱/۵* -	***	*	
۴/۹۱	۹/۹۱-	۰/۶۰	۱/۵۲	۲/۵-	***		**
۵/۰۶-	۱۳/۹۳-	۰/۰۰	۰/۹۱	۹/۵* -		*	**
۸/۰۶-	۱۶/۹۳-	۰/۰۰	۰/۹۱	۱۲/۵* -	***	*	
۱/۴۳	۷/۴۳-	۰/۱۳	۰/۹۱	۳-	***		**
۷/۱۹-	۱۲/۸۰-	۰/۰۰	۰/۵۷	۱۰* -		*	**
۱۰/۶۹-	۱۶/۳۰-	۰/۰۰	۰/۵۷	۱۳/۵* -	***	*	
۰/۶۹-	۶/۳۰-	۰/۰۲	۰/۵۷	۳/۵* -	***		**
۶/۳۹-	۱۷/۶۰-	۰/۰۰	۱/۱۵	۱۲* -		*	**
۱۰/۳۹-	۲۱/۶۰-	۰/۰۰	۱/۱۵	۱۶* -	***	*	
۱/۶۰	۹/۶۰-	۰/۱۲	۱/۱۵	۴-	***		**
۵/۰۵-	۱۶/۹۴-	۰/۰۰	۱/۲۲	۱۱* -		*	**
۱۰/۵۵-	۲۲/۴۴-	۰/۰۰	۱/۲۲	۱۶/۵* -	***	*	
۰/۴۴	۱۱/۴۴-	۰/۰۶	۱/۲۲	۵/۵-	***		**
۵/۱۳-	۱۸/۸۶-	۰/۰۱	۱/۴۱	۱۲* -		*	**
۱۱/۱۳-	۲۴/۸۶-	۰/۰۰	۱/۴۱	۱۸* -	***	*	
۰/۸۶	۱۲/۸۶-	۰/۰۷	۱/۴۱	۶-	***		**
۶/۵۵-	۱۸/۴۴-	۰/۰۰	۱/۲۲	۱۲/۵* -		*	**
۱۳/۰۵-	۲۴/۹۴-	۰/۰۰	۱/۲۲	۱۹* -	***	*	
۰/۵۵-	۱۲/۴۴-	۰/۰۳	۱/۲۲	۶/۵* -	***		**

درمان پذیرش و تعهد (*) درمان پارادوکسی (**) گروه گواه (***)

بحث

پارادوکسی در مجموع اثر معناداری بر کاهش نگرانی افرادی با علائم اختلال اضطراب اجتماعی نداشته است. یافته حاضر با نتایج پژوهش سیرچان و همکاران (۲۳)، آلوز (۲۱)، کالتی و همکاران (۲۰)، هاشمی و همکاران (۲۴) همسو است.

افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی درباره حوادث آینده دیدی منفی و نگران دارند و بر این باورند که نامطمئن بودن، یک ویژگی منفی است که باید از آن دوری کرد (۱۱). ارزیابی نامطلوب و نامتناسب موقعیت‌های اجتماعی در این بیماران اضطراب را تشدید می‌کند یا منجر به اجتناب از قرار گرفتن در

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی بر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر داشته و توانسته منجر به کاهش نگرانی این افراد شود، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به برنامه زمانی پارادوکسی تأثیر بیشتری بر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی داشته و برنامه زمانی

موقعیت‌هایی می‌شود که به شکل معمول با نگرانی همراه است. بر این اساس، اولین پیامد مورد انتظار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش افکار منفی و در نتیجه یک رفتار پیشگیرانه و مؤثر به جای واکنش اجتنابی اضطرابی به موقعیت‌های نگران‌کننده است که کاهش نگرانی را نیز در پی دارد. مشخصاً برای اختلال اضطراب اجتماعی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش علائم اصلی اضطراب اجتماعی و با افزایش تمایل به درگیر شدن در موقعیت‌های اجتماعی موجب بهبود تجربیات اجتماعی می‌شود. این روند سبب می‌شود تا فرد مبتلا، علائم و رفتارهای اجتنابی کمتری از خود نشان دهد و در نتیجه نگرانی کمتری را نیز تجربه کند. این نوع درمان از سویی به آموزش پذیرش افکار و احساسات سودمندی که شاید نیازی به کنترل و بازداری نداشته‌اند، اما کنترل شده‌اند، مبادرت می‌ورزد و از سویی دیگر، تعهد و عمل به ارزش‌های انتخاب‌شده در زندگی را مورد هدف قرار می‌دهد (۴۰). این درمان درصدد است تا روابط افراد با تجارب درونی‌شان را تغییر دهد، اجتناب سخت‌گیرانه را کم کند و با افزایش انعطاف‌پذیری و انتخاب به فرد کمک کند تا بر طبق ارزش‌های زندگی‌اش عمل کند، و در این راستا به تقویت میزان آگاهی از تجارب درونی و پذیرفتن آن‌ها و عدم قضاوت و واکنش نشان دادن نسبت به تجارب بپردازد که این روند نیز به‌مرور از میزان نگرانی فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کم می‌کند.

همچنین در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت که اختلال اضطراب اجتماعی اختلالی است که با احساس ناراحتی و نگرانی در ارتباط با دیگران مشخص می‌شود و اغلب همراه با اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی است (۶). بر اساس مدل درمانی پذیرش و تعهد وقتی اجتناب از تجارب ذهنی ناخواسته کاهش یابد و فرد این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به‌طور کامل بپذیرد، پذیرش روانی صورت گرفته است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت‌کنندگان به اعلام تعهد خود و گام برداشتن در مسیر زندگی سالم تشویق می‌شوند. این درمان شامل اقدامات رفتاری، حتی هنگام رویارویی با موانع، مانند افکار و احساسات منفی است (۲۳). در واقع فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌دهد که چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار

آزادکننده رهایی یابند، به‌جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به‌جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت که در این شیوه درمان به جای تأکید بر مواجهه، به افزایش تمایل فرد به تجربه رویدادهای درونی، همانطور که هستند، تأکید می‌شود و به فرد کمک می‌کند تا فکر اضطرابی را تجربه کند، همچنین به جای پاسخ به آن، به انجام کاری بپردازد که در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش است. مراجعان با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به‌سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها و خاطره‌ها و افکار ناخوشایند شوند. این روند باعث شد تا افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی با دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویدادهای درونی ناخوشایند را تجربه کنند و بدون اضطراب با آن مواجه شوند. اجرای این فرایند در این مطالعه، کاهش نگرانی افراد در پی داشت.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی بر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی وجود داشت و برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به روش برنامه زمانی پارادوکسی مؤثرتر بود. در حوزه عدم اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی بر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی یافته حاضر با نتایج پژوهش یافته‌های بابایی و همکاران (۲۷)، نیکان و همکاران (۲۸)، محمدی و همکاران (۲۹) و بشارت (۳۰) ناهمسو بود. این پژوهشگران نشان داده‌اند که برنامه زمانی پارادوکسی مداخله‌ای کارآمد در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی عمل می‌کند. همچنین در تبیین اثر بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به برنامه زمانی پارادوکسی بر کاهش نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی باید گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی روان‌شناختی حاوی شش فرایند روان‌شناختی پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است که یک جهت‌گیری کلی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در پی دارد (۲۶). در این درمان بر اصل مواجهه‌سازی با رویدادهای درونی ناخوشایند، پذیرش علائم اختلال اضطراب اجتماعی، افزایش تمایل فرد به تجربه رویدادهای درونی، تصریح ارزش‌ها و زندگی هدفمند

مبتنی بر ارزش‌های تصریح‌شده تأکید می‌شود. با دقت در این مفاهیم مشخص می‌شود که دامنه اثرات روانی و شناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به برنامه زمانی پارادوکسی بسیار بیشتر است و از این طریق توانسته اثرگذاری بیشتری بر کاهش نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی داشته باشد. در تبیینی دیگر باید گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مؤلفه‌های درمان اجتناب هیجانی، بهبود عکس‌العمل‌ها، شناسایی ارزش‌ها و ایجاد تعهد نسبت به تغییرات رفتاری توانست به افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کمک کند تا بتوانند دست از اجتناب شناختی و هیجانی بردارند و آرامش ذهنی بالاتری را تجربه نمایند. چنین فرایندی باعث شد آنان بتوانند سرمایه‌گذاری روانی خود را معطوف به ارزش‌های جدید کنند و از این طریق نگرانی کمتری ادراک نمایند.

نتیجه‌گیری

در یک جمع‌بندی نهایی می‌توان گفت درمان مبنی بر پذیرش و تعهد با به‌کارگیری تکنیک‌هایی همچون مواجهه‌سازی با رویدادهای درونی ناخوشایند، پذیرش علائم اختلال اضطراب اجتماعی، افزایش تمایل فرد به تجربه رویدادهای درونی، تصریح ارزش‌ها و زندگی هدفمند مبتنی بر ارزش‌های تصریح‌شده، تلاش دارد تا آسیب‌های شناختی و روان‌شناختی همچون نگرانی را در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کاهش دهد. با تمرکز در این مفاهیم مشخص می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به برنامه زمانی پارادوکسی می‌تواند سطح بیشتری از روان و شناخت افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را در فرایند درمان درگیر نماید و از این طریق با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، میزان نگرانی این افراد را کاهش دهد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند بود. بدین‌وسیله از تمام دانشجویان حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم‌آباد که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

محدودیت‌های پژوهش

- محدود بودن جامعه پژوهش به دانشجویان کارشناسی روان‌شناسی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم‌آباد اولین محدودیت این پژوهش بود.
- در این پژوهش شرایط روانی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی و تحصیلی والدین این دانشجویان نیز مورد سنجش و کنترل قرار نگرفت.
- در این پژوهش با توجه به ویژگی‌های جامعه آماری، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده نشد.
- بزرگ‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، کم بودن حجم نمونه در جهت افزایش کنترل درونی پژوهش بود. بر این اساس پژوهش حاضر در عین افزایش روایی درونی، در روایی بیرونی (تعمیم‌پذیری یافته‌ها) ضعف دارد.

پیشنهادهای پژوهش

- با توجه به اینکه طرح ABA تکرار موقعیت آزمایشی ندارد، تغییراتی از قبیل رسش، تغییر در رفتار به علت گذشت زمان، انتظارات شرکت‌کننده‌ها و حساسیت به هرگونه درمان قابل کنترل نیست؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود:
- پژوهش‌های آتی در قالب طرح آزمایشی بین گروهی انجام شود.
- به‌منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، باید این پژوهش در شهرهای دیگر، دانشجویان و دانش‌آموزان دیگر مقاطع تحصیلی به همراه پایش شرایط روانی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی و تحصیلی افراد حاضر

منابع

1. van Honk J, Bos PA, Terburg D, Heany S, Stein DJ. Neuroendocrine models of social anxiety disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):287-9.
2. Zhang X, Suo X, Yang X, Lai H, Pan N, He M, et al. Structural and functional deficits and couplings in the cortico-striato-thalamo-cerebellar circuitry in social anxiety disorder. *Transl Psychiatry*. 2022;12(1):26.
3. Alikhani H, Samani S, Bardideh MR, Mozafari M. The Effectiveness of Sociodrama Intervention to Reduce the Social Skills in Children with Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2022;13(4):53-64. [Persian].
4. Rose GM, Tadi P. Social anxiety disorder. *StatPearls: StatPearls Publishing*; 2022.
5. Wu L, Zhang D, Cheng G, Hu T. Bullying and Social Anxiety in Chinese Children: Moderating Roles of Trait Resilience and Psychological Suzhi. *Child Abuse Negl*. 2018;76:204-15.
6. Makadi E, Koszycki D. Exploring connections between self-compassion, mindfulness, and social anxiety. *Mindfulness*. 2020;11:480-92.
7. Hearn CS, Donovan CL, Spence SH, March S. 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. *J Anxiety Disord*. 2018;53:46-57.
8. Cincidda C, Pizzoli SFM, Oliveri S, Pravettoni G. Regulation strategies during COVID-19 quarantine: The mediating effect of worry on the links between coping strategies and anxiety. *Eur Rev Appl Psychol*. 2022;72(6):100671.
9. Zainal NH, Newman MG. Worry amplifies theory-of-mind reasoning for negatively valenced social stimuli in generalized anxiety disorder. *J Affect Disord*. 2018;227:824-33.
10. Hearn CS, Donovan CL, Spence SH, March S. A worrying trend in Social Anxiety: To what degree are worry and its cognitive factors associated with youth Social Anxiety Disorder? *J Affect Disord*. 2017;208:33-40.
11. Rosen FN, LaFreniere LS. Savoring, worry, and positive emotion duration in generalized anxiety disorder: Assessment and interventional experiment. *J Anxiety Disord*. 2023;97:102724.
12. Dahlin M, Johansson A, Romare H, Carlbring P, Andersson G. Worry-specific versus self-tailored internet-based treatments for generalized anxiety disorder, with scheduled support or support on demand: A pilot factorial design trial. *Internet Interv*. 2022;28:100531.
13. Keshavarz Afshar H, Safarifard R, Navai G. The effect of Solution-Focused Brief Therapy on social anxiety in adolescents. *Journal of School Psychology*. 2022;11(1):80-91. [Persian].
14. McEvoy PM, Hyett MP, Bank SR, Erceg-Hurn DM, Johnson AR, Kyron MJ, et al. Imagery-enhanced v. verbally-based group cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: a randomized clinical trial. *Psychol Med*. 2022;52(7):1277-86.
15. Zhang Q, Yi P, Song G, Xu K, Wang Y, Liu J, et al. The efficacy of psychodynamic therapy for social anxiety disorder-A comprehensive meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2022;309:114403.
16. Hatami A, Tabatabaieinejad F. Effectiveness of Existential Therapy on Emotional Capital, Cognitive Emotion Regulation, and Mental Well-Being of Undergraduate Female Students with Social Anxiety: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2023;22(2):129-46. [Persian].
17. Penney ES, Norton AR. A novel application of the schema therapy mode model for social anxiety disorder: A naturalistic case study. *Clinical Case Studies*. 2022;21(1):34-47.
18. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, et al. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy (Chic)*. 2022;59(1):84-95.
19. Saken Azari R, Abdoltajedini P, Azmoudeh M. The effect of acceptance and commitment based therapy on the symptoms of social anxiety in shy girls adolescents. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2022;10(1):46-54. [Persian].

20. Caletti E, Massimo C, Magliocca S, Moltrasio C, Brambilla P, Delvecchio G. The role of the acceptance and commitment therapy in the treatment of social anxiety: An updated scoping review. *J Affect Disord*. 2022;310:174-82.
21. Alves F, Figueiredo DV, Vagos P. Acceptance and Commitment Therapy for Social Anxiety Disorder in Adolescence: Preliminary Appraisal Based on a Case Study Approach. *Clinical Case Studies*. 2023;22(4):343-62.
22. Gorinelli S, Gallego A, Lappalainen P, Lappalainen R. Virtual reality acceptance and commitment therapy intervention for social and public speaking anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023;28:289-99.
23. Srichan C, Yingsoong A, Pisitsungkagarn K. The Effects of Acceptance and Commitment Group Therapy on Social Anxiety, Fears of Negative Evaluation, and Psychological Flexibility: an Initial Study in Thai Female Undergraduates. *International Journal for the Advancement of Counselling*. 2023;45(4):687-707.
24. Hashemi S, Sharifi Daramadi P, Dastjerdi Kazemi M, Rezaei S. The efficacy of acceptance and commitment group therapy program on social anxiety and speech fluency in adolescents with stuttering. *JPS*. 2022;21(115):1301-13. [Persian].
25. Samadi H, Mahdian H, Ghasemi M. Comparison of the Effectiveness of Psychodrama and Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Students' Social Anxiety. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2022;29(5):641-54. [Persian].
26. Manshaei GR, Ghamarani A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the signs of obsessive-compulsive disorder and thought-action fusion in the students with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Science*. 2019;18(73):67-76. [Persian].
27. Babaie V, Abolmaali Alhosseini K, Hobbi MB. Investigating the efficacy of paradoxical time table therapy on anxiety sensitivity and focused-attention in people with social anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*. 2023;22(125):967-83. [Persian].
28. Nikan A, Lotfi Kashani F, Vaziri S, Mojtabaie M. Comparison of paradoxical timetable and cognitive behavioral therapy on worry and rumination of individuals with social anxiety. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2021;10(1):1-14. [Persian].
29. Mohammadi Z, Soleimani A, Fathi AA, Ashrafi E, Mokhberi K. The Effects of Paradoxical Time Table Therapy on Worry, Rumination, Thought-Action Fusion and Symptoms in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Disability Studies*. 2020;10:70-80. [Persian].
30. Besharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. *Journal of Psychological Science*. 2019;18(76):383-96. [Persian].
31. Peymanpak F, Pourshahriari MS, Abdollahi E. Comparison of efficacy of paradoxical timetable treatment and cognitive-behavioral therapy in treating women with generalized anxiety disorder. *Journal of Women and Family Studies*. 2024;16(59):47-63. [Persian].
32. Dehaghin V, Besharst M, Ghlamali Lavasani M, Naghsh Z. The moderating role of conscientiousness and gender in the relationship between perceived family atmosphere and academic performance in students from the city of Babylon, Iraq. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*. 2024;4(4):164-83. [Persian].
33. Jansson-Frojmark M, Alfnsson S, Bohman B, Rozental A, Norell-Clarke A. Paradoxical intention for insomnia: A systematic review and meta-analysis. *J Sleep Res*. 2022;31(2):e13464.
34. Besharat M, Naghipoor M. The Application of a New Model of Paradox Therapy for the Treatment of Illness Anxiety Disorder: A Case Report. *Clin Case Rep Int* 2019; 3. 2019;1100.
35. King G, Honaker J, Joseph A, Scheve K. Analyzing incomplete political science data: An alternative algorithm for multiple imputation. *American political science review*. 2001;95(1):49-69.
36. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther*. 1990;28(6):487-95.
37. SALEHPOOR G, KAFI SM, HATAMIYAN HR, MOHAMMADPOOR K, REZAEI S. Validation of Persian Version of the Penn

- State Worry Questionnaire among Multiple Sclerosis Patients. 2017;12(1):16-27. [Persian].
38. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. Br J Psychiatry. 2000;176:379-86.
 39. Antony MM, Coons MJ, McCabe RE, Ashbaugh A, Swinson RP. Psychometric properties of the social phobia inventory: further evaluation. Behav Res Ther. 2006;44(8):1177-85.
 40. Ghadampour E, Ghazanfari F, Shahbazi Rad A. Developing a cognitive-metacognitive-behavioral model of social anxiety disorder and investigating the effectiveness of training based on this model on reducing symptoms, post-event processing and meta-anxious belief in people suffering from social anxiety disorder in Kermanshah city. Lorestan: Faculty of Persian Language and Literature; 2016. [Persian].
 41. Eifert GH, Forsyth JP. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies. California: New Harbinger Publication; 2005. p. 287.