

مقایسه اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مکانیسم‌های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی افراد دارای نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۰- تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۳

خلاصه

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. (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد

اسلامی، بیرجند، ایران.

Email: saeedsalehi6464@gmail.com

مقدمه و هدف: اختلال اضطراب اجتماعی سبب می‌شود فرد مبتلا به آسیب‌های رفتاری و ارتباطی زیادی مواجه شود. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مکانیسم‌های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی افراد دارای نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش از نوع طرح آزمایشی تک آزمودنی بود. جامعه آماری شامل دانشجویان کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم‌آباد بود که پس از کسب نمره بالای اضطراب اجتماعی، تشخیص‌گذاری با مصاحبه ساختاریافته و انطباق با ملاک‌های ورود و خروج، ۶ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اعضای نمونه با تعیین خط پایه، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برنامه زمانی پارادوکسی و یک گروه گواه قرار گرفتند. جلسات مداخله در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های آزمایش به شکل جداگانه اجرا شد و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. دوره پیگیری نیز در دو مرحله یک‌ماهه و دوماهه انجام شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ) و پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SAQ) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های روند، ثبات، درصد داده‌های ناهمپوش و همپوش انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مکانیسم‌های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی وجود دارد. چنانکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به برنامه زمانی پارادوکسی، تأثیر بیشتری بر مکانیسم‌های دفاعی و نشانگان اضطراب اجتماعی داشتند؛ اثرات آن در مراحل پیگیری نیز پایدار بود.

نتیجه‌گیری: کاربست درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان اولویت درمانی به منظور بهبود مکانیسم‌های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ برنامه زمانی پارادوکسی؛ مکانیسم‌های دفاعی؛ نشانگان اضطراب اجتماعی

^۱ این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند است.

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ به عنوان شایعترین اختلال از طبقه اختلال‌های اضطرابی، یکی از رایجترین بیماری‌های روان‌شناختی می‌باشد (۱). اختلال اضطراب اجتماعی به ترس یا اضطراب شدید نسبت به یک یا چند موقعیت یا عملکرد اجتماعی که در آن شخص در معرض توجه و دقت دیگران قرار می‌گیرد، اطلاق می‌شود. در تعریفی دیگر، اضطراب اجتماعی ترسی مشخص و ثابت از شرم‌نده شدن، مورد انتقاد یا سرزنش واقع شدن و یا مورد ارزیابی منفی (وارسی) قرار گرفتن در موقعیتهای اجتماعی، یا در زمان انجام فعالیتی در حضور دیگران است (۲). در ایران نوروبی، میکائیلی و عیسی‌زادگان (۳) به بررسی شیوع این اختلال در دانشجویان پرداخته و گزارش کردند که شیوع این اختلال در دانشجویان ۵/۲ درصد و این میزان در زنان بالاتر از مردان است (به ترتیب ۵/۵ و ۴/۷ درصد). شیوع کلی این اختلال ۱۳-۳٪ می‌باشد. این اختلال مزمن و شروعی تدریجی و زود هنگام از دوران نوجوانی داشته و نوجوانان مبتلا میزان زیادی افسردگی و عقاید خودکشی را گزارش کرده اند (۴). این اختلال عملکرد تحصیلی اجتماعی خانوادگی شخصی و بهره وری اقتصادی فرد را به طور قابل توجهی مختل می‌سازد و تنها بخش کمی از افراد مبتلا درمان قابل توجهی می‌گیرند (۵). برخی از مبتلایان ممکن است هفته ها از خانه خارج نشوند و یا از بسیاری موقعیتهای اجتماعی، شغلی و تحصیلی خود صرف نظر کنند. اگرچه این رفتارهای اجتنابی به طور موقت اضطراب را کاهش می‌دهد، اما اختلال را از بین نمی‌برد (۶). به عبارتی اضطراب اجتماعی زندگی مبتلایان را مخدوش و محدود کرده و مشکلات اجتماعی بیشتری بر خانواده‌ها، جوامع و دولت‌ها تحمیل می‌نمایند (۷)؛ بنابراین شناخت همه جانبه‌ی این اختلال، نقشی مهم در پیشگیری و درمان موثر آن خواهد داشت. از ویژگی‌های افراد دارای اختلال

اضطراب اجتماعی، می‌توان به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی^۲ اشاره داشت.

مکانیسم‌های دفاعی منابع ناهشیاری هستند که ذهن برای حفاظت فرد از احساسات ناهشیاری که توسط منابع بیرونی و درونی ایجاد می‌شود، استفاده می‌کند (۸). سبک‌های دفاعی، مجموعه عملیاتی هستند که فرد برای محافظت از خود در مقابل تکانه‌ها و عواطف انجام می‌دهد. گرچه استفاده از مکانیسم‌های دفاعی به‌تنهایی نشانه آسیب و اختلال نیست؛ ولی استفاده افراطی، مکرر و اغراق آمیز از آن‌ها جنبه بیمارگونه و آسیب‌زا خواهد داشت و رفتارهای تکراری، نورتیک و وسواسی را به همراه دارد. در نتیجه با این که دفاع‌ها در رشد و ثبات شخصیت نقش عمده‌ای دارند، گاهی بسته به ساختار درونی و سطح رشد یافتگی شان منجر به بهم ریختگی و ناسازگاری می‌شوند (۹). آنا فروید معتقد بود که تمایل افراد به استفاده از نوع خاصی از مکانیسم‌های دفاعی، آن‌ها را به مسیرهای آسیب‌زایی متفاوتی می‌کشاند (۱۰). استفاده انعطاف‌ناپذیر از دفاع‌ها به افسردگی، اضطراب یا رفتارهای تکانشی منجر می‌شود. یافته‌های تجربی نیز نشانگر رابطه میان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی مختلف و بیماری‌های روانشناختی و جسمانی هستند (۱۱). مکانیسم‌های دفاعی تکانه‌های انگیزشی و نیازها را تنظیم می‌کنند و هدف آنها حفظ احساس امنیت روانی به وسیله ایجاد تحریف شناختی و محدود کردن تجارب هشدار هیجان‌های منفی است. با وجود این که دفاع‌ها ممکن است با آسیب‌شناسی روانی همراه باشند، یک بخش ضروری از رشد طبیعی افراد هستند (۱۲). من بدون مکانیسم‌های دفاعی نمی‌تواند عملکرد مناسبی داشته باشد؛ زمانی که من کودک هنوز ضعیف است، مکانیسم‌های دفاعی از آن در برابر عواطف دردناکی که می‌توانند در رشد و عملکردش خلل

². defense mechanisms

¹. Social Anxiety Disorder

ایجاد کنند، محافظت می‌کنند. مکانیسم‌ها زمانی ناهنجار هستند که به شکلی غیرمنعطف در ارتباط با بسیاری از افراد یا موقعیت‌ها رخ دهند و ادراک واقعیت را شدیداً تحریف کنند و در سایر عملکردهای من تداخل ایجاد کنند (۱۳). لذا با توجه به اینکه استفاده انعطاف‌ناپذیر از دفاع‌ها منجر به بروز افسردگی، اضطراب یا رفتارهای تکانشی می‌شود، به نظر می‌رسد که کاربست یک رویکرد درمانی اثربخش جهت بهبود عملکردی مکانیسم‌های دفاعی در افراد مضطرب دارای اهمیت قابل ملاحظه‌ای است.

مجموعه‌ای از مدل‌های شناختی - رفتاری، روان‌پویشی، بین شخصی برای درمان اختلال‌های اضطرابی شامل اختلال اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. علی‌رغم دشواری‌های مقایسه نتایج درمانی و اثربخشی نسبی رویکردهای مختلف برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی، شواهد تجربی و بالینی برتری اثربخشی مدل‌های شناختی - رفتاری را تأیید کرده‌اند (۱۴). درعین حال، بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی که درمان شناختی - رفتاری دریافت می‌کنند یا به درمان پاسخ نمی‌دهند یا پس از درمان نشانه‌های باقیمانده دارند و همبودی اختلال اضطراب اجتماعی با سایر اختلال‌های روان‌شناختی نیز به نوبه خود احتمال موفقیت درمان را کاهش می‌دهد (۱۵). این کاستی‌ها و ملاحظات بالینی و درمانی، ضرورت به کارگیری مدل‌های درمانی جدیدتر و کارآمدتر را توجیه می‌کنند. از جمله درمان‌هایی که برای اختلالات اضطرابی استفاده می‌شود می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ اشاره داشت. تحقیقات بسیاری در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات اضطرابی صورت گرفته است. برای مثال کارلین و همکاران (۱۶)، ایوانو و همکاران (۱۷)، گریگور و همکاران (۱۸) و جاوین و همکاران (۱۹) نیز به یافته‌هایی از این دست رسید. در ایران نیز پژوهش‌یابنده و همکاران (۴)

بیانگر تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی بود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در کاهش اجتناب تجربی بیماران مضطرب اجتماعی اثربخشی بیشتری نشان داده است. ضمن این که در کاهش شناخت‌های منفی تفاوت معناداری بین این دو درمان وجود ندارد (۱۸). این نوع درمان دارای یک تمرکز قوی بر تغییر رفتار است که مطابق با ارزش‌گذاری فردی است و بر پایه پذیرش است و تغییر هم‌زمان را نشان می‌دهد، از سویی آموزش پذیرش افکار و احساسات سودمندی که شاید نیازی به کنترل و بازداری نداشته‌اند؛ اما بازداری شده‌اند و از سویی دیگر، تعهد و عمل به ارزش‌های انتخاب شده در زندگی را مورد هدف قرار می‌دهد (۱۹). 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 (۱۶).

درمان دیگری نیز به نام روان‌درمانی پارادوکسی^۲ برای این اختلال معرفی شده است. این روش با موفقیت در مورد تعداد کثیری از اختلال‌های روان‌شناختی شامل طیف گسترده اختلال‌های اضطرابی، طیف وسواس‌های فکری و عملی و اختلال‌های مرتبط، اختلال‌های مرتبط با تروما و استرس، اختلال‌های نشانه‌های بدنی به کار بسته شده است. مدل روان‌درمانی پارادوکسی، از جهت نظری ریشه در نظریه‌های روان‌پویشی، روان‌کاوی و سیستمی دارد، اما در عمل و اقدامات درمانی به فنون رفتاری وفادار است. پارادوکس در فرهنگ روان‌شناسی، بر اساس آثار مکتوب، به نظریه‌ها و فعالیت‌های بالینی آدلر، دانلپ و فرانکل باز می‌گردد. دو عنصر اساسی در این درمان وجود دارد که سرعت درمان را تسریع می‌نماید. مؤلفه نخست یعنی پارادوکس، به معنای تجویز نشانه رفتاری یا نشانه بیماری است. بررسی هر یک

^۲. Paradoxical psychotherapy

^۱. Acceptance and commitment-based therapy

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است و در آن از طرح آزمایشی تک آزمودنی^۱ استفاده شد. در این طرح، از الگوی ABA همراه با خط پایه چندگانه استفاده خواهد شد که شامل کاربرد یک موقعیت مداخله در دو یا چند خط پایه مختلف در یک مدل زمانی پلکانی 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) شناخته می‌شود که در اینجا شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه زمانی پارادوکسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است و بعد از موقعیت مداخله ۲ دوره پیگیری نیز وجود دارد (A) که پایداری تغییر رفتار را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانشجویان رشته روان‌شناسی مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم‌آباد بود و ملاک‌های به ورود پژوهش حاضر شامل مشغول به تحصیلی در مقطع کارشناسی، داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی، داشتن سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۲۳ سال، عدم شرکت در برنامه‌های مداخله‌ای به‌صورت هم‌زمان و رضایت‌مندی برای شرکت در پژوهش بود و ملاک‌های خروج از این پژوهش عبارت از عدم ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ابتلا به هر گونه بیماری طبی شدید، اعتیاد به مواد مخدر و غیبت بیش از دو جلسه از برنامه آموزشی بود. جهت اجرای مداخله، پژوهشگر پس از هماهنگی با مراکز مشاوره و قسمت آموزش دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم‌آباد و پس از غربالگری اولیه کسب نمره بالای اضطراب اجتماعی، تشخیص گذاری با مصاحبه ساختاریافته و انطباق با ملاک‌های ورود و

از جنبه‌های نظری این درمان، نشان می‌دهد که تأکید بر جنبه‌های سیستمی، رفتاری و تحلیلی می‌تواند به طور مجزا تأثیرات عمده‌ای داشته باشند (۲۰). در راستای اثربخشی روان‌درمانی پارادوکسی بر اضطراب اجتماعی پژوهش شیکاتانی، انتونی و کاو (۲۱)، محمدی و همکاران (۲۲) و بشارت (۲۳) نشان داد که تغییرات رضایت‌بخش درمانی از ثبات و استمرار برخوردار بوده است و روان‌درمانی پارادوکسی بر کاهش اختلال اضطراب اجتماعی موفقیت‌آمیز بوده است.

با عنایت به نتایج مطالعات پیشین به نظر می‌رسد که برنامه مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی، گامی مؤثر برای بهبود مکانیسم‌های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی است؛ اما از آنجاییکه که پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی صورت گرفته، انجام مطالعه‌ای در جهت کاربست برنامه زمانی پارادوکسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود مکانیسم‌های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی به‌صورت هم‌زمان امری ضروری در جهت حل مشکلات شناختی، رفتاری و اجتماعی افراد خواهد بود؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مکانیسم‌های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی انجام گرفت و درصدد ارائه یک پاسخ عملی برای این مسئله است که آیا اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مکانیسم‌های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی افراد دارای نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی، تفاوت دارد؟ و در صورت وجود تفاوت برتری اثربخشی از آن کدام یک از درمان‌ها است؟

^۱ Single-case experimental design (SCED)

خروج، ۶ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. در ادامه پس از تشریح اهداف و مزایای اجرای پژوهش و با اطمینان از عدم خستگی ذهنی و جسمی آزمودنی‌ها، آن‌ها به صورت تصادفی ۳ مرحله خط پایه و ۱۲ مرحله مداخله را طی کردند؛ با این تفاوت که دو گروه آزمایشی مداخله دریافت کردند؛ اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس آزمودنی‌ها در دوره‌های پیگیری یک‌ماهه و دوماهه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در تمام مراحل پژوهش به پرسشنامه سبک‌های دفاعی و پرسشنامه اضطراب اجتماعی پاسخ دادند و برای مراحل مداخله از پروتکل جاوین و همکاران (۱۹) و برنامه زمانی پارادوکسی بشارت (۲۰) استفاده شد. همچنین در حین انجام کار تلاش شد که عوامل مزاحم تا حد زیادی کنترل و اصول یکسانی را برای دوره‌های خط پایه، اجرای مداخلات و پیگیری استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ):^۱ این پرسشنامه بوسیله اندروز، سینگ و بوند (۲۴) طراحی شد. ۴۰ گویه دارد. که با یک مقیاس لیکرت ۹ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۹) نمره‌گذاری می‌شود که بیست مکانیسم دفاعی را بر حسب سه سبک دفاعی رشد یافته، نوروپیک و رشد نیافته را می‌سنجد. سبک دفاعی رشد یافته شامل مکانیسم‌های والایش، شوخ طبعی، پیش بینی و فرونشانی است. مکانیسم‌های مربوط به سبک دفاعی نورپیک عبارتند از: ابطال، نعهدوستی کاذب، آرمانی سازی و واکنش متضاد و سبک دفاعی رشد نیافته نیز از دوازده مکانیسم دفاعی فرافکنی، پرخاشگری نافع، عملی سازی، مجزاسازی، نا ارزنده سازی، خیال پردازی اوتیستیک، انکار، جابجایی، تفرق، دوپارگی، دلیل تراشی و بدنی سازی تشکیل شده است. در پژوهش اندروز و همکاران (۲۴) ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی رضایت بخش

توصیف شده‌اند. روایی سازه پرسش نامه بر اساس همبستگی هر ماده با مکانیسم و سبک مرتبط، مورد ارزیابی قرار گرفت و مشخص شد پرسش نامه همانند نسخه اصلی از روایی مطلوبی برخوردار است. همچنین بشارت، شریفی و ایروانی (۲۵)، ضریب آلفای کرونباخ را برای هر یک از سبک‌های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده به ترتیب برابر ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۷۴ و ضریب اعتبار بازآزمایی را با فاصله ۴ هفته ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از سبک‌های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده به ترتیب برابر ۰/۷۳، ۰/۷۲ و ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SPIN):^۲ پرسشنامه اضطراب اجتماعی توسط کانور و همکاران در سال ۲۰۰۰ طراحی شده است. شامل ۱۷ گویه است که با یک مقیاس لیکرت از هرگز (۰) تا بی‌نهایت (۵) نمره‌گذاری می‌شود و دارای سه زیرمقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و علائم فیزیولوژیک (۴ ماده) است. در این پرسشنامه، نقطه‌ی برش ۹۱ با کارایی یا دقت تشخیصی ۰/۹۷، افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و بدون این اختلال را از هم تشخیص می‌دهد (۱۵). آنتونی و همکاران (۲۶) پایایی بازآزمایی این مقیاس را در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، ۰/۸۶ و همسانی درونی کل مقیاس را به روش آلفای کرونباخ در گروه بهنجار برابر ۰/۹۲ گزارش کردند. همچنین در مقیاس از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف اسپرمن - براون استفاده شد که به ترتیب میزان پایایی در مقیاس اضطراب اجتماعی ۰/۹۲ و ۰/۷۴ در خرده مقیاس‌های ترس ۰/۹۰ و ۰/۹۰، اجتناب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۹ و ۰/۹۱ به دست آمد. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

^۲. Social Anxiety Disorder Questionnaires

^۱. Defence Styles Questionnaires

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش جهت استفاده خواهیم کرد. این پروتکل در ۱۲ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) طراحی شده است

جدول ۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
جلسه اول	تمرکز بر آموزش روانی، تمرین‌های تجربی، و گفتگو در مورد پذیرش و اعمال ارزشمند جلسه
دوم و سوم	نامیدی خلاقانه کشف شده 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
جلسه چهارم و پنجم	تأکید بر توجه آگاهی، پذیرش و نا هم‌جوشی شناختی.
جلسه ششم تا یازدهم	ادامه دادن به صیقل دادن پذیرش، توجه آگاهی و نا هم‌جوشی و کاوش در ارزش‌های اضافه شده و شفاف‌سازی اهداف، افزایش تمایل به دنبال کردن فعالیت‌های زندگی ارزش‌مدار، مواجهه سازی رفتاری، مواجهه سازی درونی، تصویری و واقعی استفاده شد تا فضایی برای پذیرش، مشاهده و توجه به اضطراب تمرین شود و همچنین پرداختن به فعالیت‌های ارزش‌مدار حین تجربه اضطراب، تمرین شد
جلسه دوازدهم	مرور آنچه تاکنون انجام شده و اینکه چگونه آن را ادامه دهیم.

برنامه زمانی پارادوکسی: در این مطالعه پروتکل از مبنای نظری در چهارچوب مدل‌های نظری متفاوت، از تکنیک‌های تکرار انبوه، غرقه‌سازی تجسمی و عینی در رفتاردرمانی، تا باز چهارچوبی در شناخت درمانی، قصد پارادوکسی در معنادرمانی و تحمیل تغییر به خانواده در مشقت درمانی اقتباس شده است (۲۰). این برنامه در ۱۲ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) طراحی شده است. در ادامه خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمانی برنامه زمانی پارادوکسی

جلسات	هدف و محتوای جلسات	تکلیف
اول و دوم	معارفه و برقراری ارتباط اولیه، بیان اهداف مداخله و تعداد جلسات، مرور مختصر چهارچوب کلی جلسات، مقدماتی درباره تاریخچه درمان برنامه زمانی پارادوکسی و اصول اصلی آن.	هدف‌های موردنظر خود را از درمان، و اینکه چه می‌خواهید و برای به‌دست آوردن آن چه می‌کنید؟ را نوشته و بیاورید. پاسخ به پرسشنامه‌های پژوهش
سوم و چهارم	اجرای پیش‌آزمون طرح‌ریزی پلان درمان، استفاده از تکنیک مکانیسم اول، دستورسازی و مصنوعی سازی	انجام تمرین‌های دستوری، بازسازی و تجربه نشانه‌های بیماری در وقت‌های از پیش تعیین شده
پنجم و ششم	گسترش تمرین‌های پارادوکسی، پیگیری انجام تکالیف جلسه قبل، بررسی میزان عملیاتی کردن بازسازی و تجربه کردن مشکلات	تعیین تعدادی وقت سه نوبت در روز برای انجام تمرین‌های برنامه زمانی پارادوکسی در زمانه‌ای مشخص شده
هفتم و هشتم	تمرکز بر مکانیسم دوم؛ قطع رابطه نشانه و اضطراب تا ایجاد مکانیسم سوم، تغییر نشانه‌ها برای شخص بیمار و سیستمی که او را در بر دارد	ادامه تکالیف و انجام برنامه زمانی پارادوکسی در زمان‌های مشخص شده
نهم و دهم	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
یازدهم و دوازدهم	پیگیری تکالیف، جمع‌بندی تمامی جلسات، پاسخ به پرسش‌ها و خاتمه جلسات با اجرای آزمون‌ها (پس آزمون)	انجام پرسشنامه‌ها در قالب پس آزمون

همپوش، درصد بهبودی انجام شد. برای معناداری آماری نیز از درصد داده‌های ناهمپوش (PND) استفاده شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با رعایت مفروضه‌ها از تحلیل تک آزمودنی با استفاده از تحلیل دیداری نمودارها، شاخص‌های روند، ثبات، درصد داده‌های غیر همپوش، درصد داده‌های

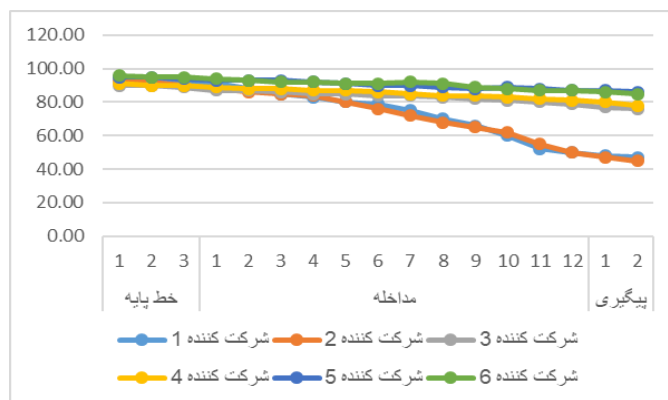
نتایج

جدول ۳. نمرات مکانیسم‌های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی در موقعیت مداخله و پیگیری

گروه	متغیر	شرکت کننده	جلسات خط پایه	جلسات مداخله	پیگیری
		-	۱ ۲ ۳	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ ۱۱ ۱۲	۱ ۲
درمان پذیرش و تعهد	مکانیسم	شرکت کننده ۱	۹۵ ۹۳ ۹۲	۸۸ ۹۱ ۸۵ ۸۳ ۸۰ ۷۹ ۷۵ ۷۰ ۶۶ ۶۰ ۵۲ ۵۰ ۴۸ ۴۷	
	مکانیسم	شرکت کننده ۲	۹۳ ۹۲ ۹۰	۸۸ ۸۶ ۸۵ ۸۴ ۸۰ ۷۶ ۷۲ ۶۸ ۶۵ ۶۲ ۵۵ ۵۰ ۴۷ ۴۵	
	اضطراب	شرکت کننده ۱	۳۷ ۳۶ ۳۵	۳۳ ۳۱ ۳۰ ۲۹ ۲۸ ۲۸ ۲۶ ۲۴ ۲۲ ۱۹ ۱۸ ۱۵ ۱۴ ۱۳	
	اضطراب	شرکت کننده ۲	۳۵ ۳۴ ۳۴	۳۲ ۳۰ ۲۹ ۲۷ ۲۶ ۲۵ ۲۱ ۲۰ ۱۸ ۱۸ ۱۶ ۱۵ ۱۴ ۱۳	
درمان پارادوکسی	مکانیسم	شرکت کننده ۳	۹۰ ۹۰ ۹۰	۸۹ ۸۷ ۸۷ ۸۶ ۸۵ ۸۵ ۸۴ ۸۴ ۸۳ ۸۲ ۸۱ ۸۰ ۷۹ ۷۶	
	مکانیسم	شرکت کننده ۴	۹۱ ۹۰ ۹۰	۸۸ ۸۹ ۸۸ ۸۷ ۸۷ ۸۶ ۸۵ ۸۴ ۸۴ ۸۳ ۸۲ ۸۱ ۸۰ ۷۸	
	اضطراب	شرکت کننده ۳	۳۹ ۳۸ ۳۸	۳۷ ۳۸ ۳۹ ۳۶ ۳۵ ۳۵ ۳۴ ۳۲ ۳۱ ۲۹ ۲۸ ۲۷ ۲۶ ۲۵	
	اضطراب	شرکت کننده ۴	۳۸ ۳۷ ۳۷	۳۶ ۳۵ ۳۵ ۳۴ ۳۴ ۳۳ ۳۲ ۳۲ ۳۱ ۳۰ ۲۹ ۲۸ ۲۷ ۲۵	
کنترل	مکانیسم	شرکت کننده ۵	۹۵ ۹۵ ۹۴	۹۳ ۹۳ ۹۳ ۹۲ ۹۲ ۹۱ ۹۰ ۹۰ ۸۹ ۸۸ ۸۹ ۸۷ ۸۶ ۸۵	
	مکانیسم	شرکت کننده ۶	۹۶ ۹۵ ۹۵	۹۴ ۹۳ ۹۲ ۹۲ ۹۱ ۹۱ ۹۲ ۹۱ ۹۱ ۸۹ ۸۸ ۸۷ ۸۶ ۸۵	
	اضطراب	شرکت کننده ۵	۳۹ ۳۸ ۳۸	۳۷ ۳۸ ۳۷ ۳۶ ۳۶ ۳۵ ۳۵ ۳۴ ۳۴ ۳۱ ۳۰ ۳۰ ۲۹ ۲۹	
	اضطراب	شرکت کننده ۶	۳۶ ۳۵ ۳۵	۳۶ ۳۶ ۳۵ ۳۵ ۳۴ ۳۳ ۳۳ ۳۲ ۳۲ ۳۱ ۳۰ ۲۹ ۲۸ ۲۹	

بوده است. با توجه به نمودار ۱ آزمودنی‌های تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات متغیر مکانیسم‌های دفاعی در آنها با پیشرفت جلسات بصورت نزولی بوده و نمرات مکانیسم‌های دفاعی کاهش داشته است، اما در گروه برنامه زمانی پارادوکسی و کنترل نمرات متغیر نگرانی تغییرات چندانی نداشته است.

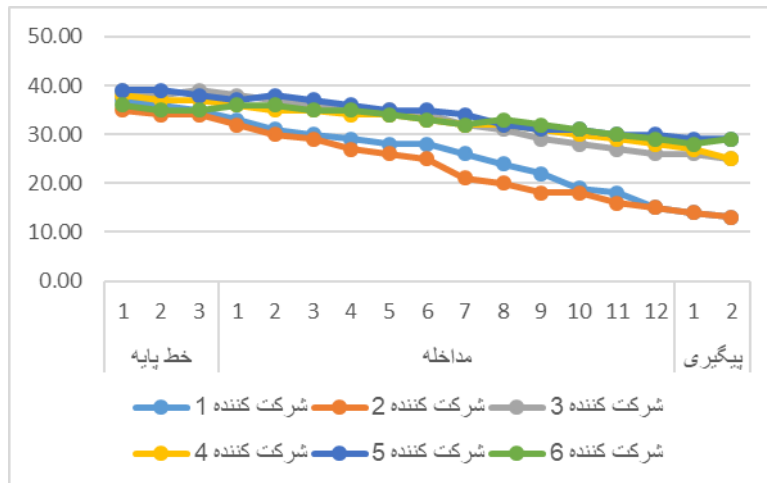
در جدول ۳ نمرات مکانیسم‌های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی در موقعیت خط پایه برای هر شش آزمودنی در سه جلسه، ۱۲ جلسه درمانی و موقعیت پیگیری مشخص گردید و مشخص شد که نمرات مکانیسم‌های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی در هر شش آزمودنی با گذشت جلسات رو به بهبود



نمودار ۱. تغییرات مکانیسم‌های دفاعی برای هر شش شرکت کننده

اجتماعی کاهش داشته است، اما در گروه برنامه زمانی پارادوکسی و کنترل نمرات متغیر اضطراب اجتماعی تغییرات چندانی نداشته است.

همچنین نمودار ۱ نشان می‌دهد که آزمودنی‌های تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات متغیر اضطراب اجتماعی در آنها با پیشرفت جلسات بصورت نزولی بوده و نمرات علائم اضطراب



نمودار ۲. تغییرات علائم اضطراب اجتماعی برای هر شش آزمودنی

جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی مکانیسم‌های دفاعی برای آزمودنی‌ها

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد												برنامه زمانی پارادوکسی				گروه کنترل	
آزمودنی ۱		آزمودنی ۲		آزمودنی ۳		آزمودنی ۴		آزمودنی ۵		آزمودنی ۶		متغیر	توالی	موقعیت			
A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B						
۳	۱۲	۳	۱۲	۳	۱۲	۳	۱۲	۳	۱۲	۳	۱۲	مکانسیم‌های دفاعی	طول	موقعیت			
۹۳	۷۷	۹۲	۷۴	۹۰	۸۴	۹۰	۸۵/۵	۹۵	۹۰	۹۵	۹۵						
۳۶	۲۷	۳۴	۲۳	۳۹	۳۳	۳۷	۳۲/۵	۳۹	۳۴/۵	۳۵	۳۳	مکانسیم‌های دفاعی	میان	موقعیت			
۹۳/۳۳	۷۳/۲۵	۹۱/۶۷	۷۲/۵۸	۸۹/۶۷	۸۳/۵۸	۹۰/۳۳	۸۵/۳۳	۹۴/۶۷	۹۰/۲۵	۹۵/۳۳	۹۰/۵۸						
۳۶	۲۵/۲۵	۳۴/۳۳	۲۳/۰۸	۳۸/۶۷	۳۲/۳۳	۳۷/۳۳	۳۲/۴۲	۳۸/۶۷	۳۳/۸۳	۳۵/۳۳	۳۳	مکانسیم‌های دفاعی	میانگین	موقعیت			
۹۵-۹۲	۹۱-۵۰	۹۳-۹۰	۸۸-۵۰	۹۰-۸۹	۸۷-۷۶	۹۱-۹۰	۸۹-۷۸	۹۵-۹۴	۹۳-۸۷	۹۶-۹۵	۹۴-۸۷						
۳۷-۳۵	۳۳-۱۵	۳۵-۳۴	۳۲-۱۵	۳۹-۳۸	۳۸-۲۶	۳۸-۳۷	۳۶-۲۸	۳۹-۳۶	۳۸-۳۰	۳۶-۳۵	۳۶-۲۹	مکانسیم‌های دفاعی	تغییرات	موقعیت			
با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات						

۹۴ به ۹۵	۹۳ به ۹۴	۸۹ به ۹۰	۸۷ به ۸۹	۸۸ به ۹۰	۹۱ به ۹۲	مکانسیم‌های
						تغییر
۳۶ به ۳۵	۳۷ به ۳۸	۳۶ به ۳۷	۳۸ به ۳۹	۳۲ به ۳۴	۳۳ به ۳۵	دفاعی
						مطلق
						اضطراب
						اجتماعی
۹۱ به ۹۵	۹۰ به ۹۵	۸۵/۵ به ۹۰	۸۴ به ۹۰	۷۴ به ۹۲	۷۷ به ۹۳	مکانسیم‌های
						تغییر
						دفاعی
۳۳ به ۳۵	۳۴/۵ به ۳۹	۳۲/۵ به ۳۷	۳۳ به ۳۹	۲۳ به ۳۴	۲۷ به ۳۶	اضطراب
						میان
						اجتماعی
۹۰/۵۸ به ۹۵/۳۳	۹۰/۲۵ به ۹۴/۶۷	۸۵/۳۳ به ۹۰/۳۳	۸۳/۵۸ به ۸۹/۶۷	۷۲/۵۸ به ۹۱/۶۷	۷۳/۲۵ به ۹۳/۳۳	مکانسیم‌های
						تغییر
						دفاعی
۳۳ به ۳۵/۳۳	۳۳/۸۳ به ۳۸/۶۷	۳۲/۴۲ به ۳۷/۳۳	۳۲/۳۳ به ۳۸/۶۷	۲۳/۰۸ به ۳۴/۳۳	۲۵/۲۵ به ۳۶	اضطراب
						میانگین
						اجتماعی
٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	مکانسیم‌های
						تغییر
٪۶۷	٪۹۲	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	اضطراب
						PND
						اجتماعی
٪۰	٪۰	٪۰	٪۰	٪۰	٪۰	مکانسیم‌های
						تغییر
٪۳۳	٪۸	٪۰	٪۰	٪۰	٪۰	اضطراب
						POD
						اجتماعی

است؛ اما این تغییرات درمانی برای مکانسیم های دفاعی آزمودنی ۴ با بهبود قابل ملاحظه گزارش شده است. نهایتاً کاهش میانگین نگرانی و علائم اضطراب اجتماعی برای آزمودنی ۵ و ۶ نشان دهنده بهبود بسیار ناچیز این متغیرها در گروه کنترل برای این آزمودنی‌ها است.

کاهش میانگین مکانسیم های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی برای آزمودنی ۱ و ۲ نشان دهنده بهبود این متغیرها در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای این آزمودنی‌ها است. همچنین کاهش میانگین مکانسیم های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی برای آزمودنی ۳ نشان دهنده بهبود بسیار جزئی این متغیرها در گروه برنامه زمانی پارادوکسی برای این آزمودنی‌ها

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس مکانسیم‌های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی بر اساس گروه های مورد مطالعه

متغیر	درجه آزادی	مکانسیم‌های دفاعی			علائم اضطراب اجتماعی				
		مجموع	میانگین	آماره F	سطح	مجموع	میانگین		
		مجذورات	مجذورات	آماره F	معناداری	مجذورات	مجذورات		
خط پایه	۲	۲۶/۳۳۳	۱۳/۱۶۷	۱۳/۱۶۷	۰/۰۳۳	۶/۳۳۳	۳/۱۶۷	۱/۳۵۷	۰/۳۸
خط پایه	۲	۲۵	۱۲/۵	۷۵	۰/۰۰۳	۷	۳/۵	۱	۰/۴۶۵
خط پایه	۲	۲۶/۳۳۳	۱۳/۱۶۷	۱۳/۱۶۷	۰/۰۳۳	۱۲/۳۳۳	۶/۱۶۷	۲/۶۴۳	۰/۲۱۸
مداخله	۲	۳۲/۳۳۳	۱۶/۱۶۷	۶/۹۲۹	۰/۰۷۵	۲۴/۳۳۳	۱۲/۱۶۷	۱۲/۱۶۷	۰/۰۳۶
مداخله	۲	۴۴/۳۳۳	۲۲/۱۶۷	۲۶/۶	۰/۰۱۲	۴۹	۲۴/۵	۱۶/۳۳۳	۰/۰۲۴
مداخله	۲	۶۰/۳۳۳	۳۰/۱۶۷	۳۶/۲	۰/۰۰۸	۵۲/۳۳۳	۲۶/۱۶۷	۲۶/۱۶۷	۰/۰۱۳

متغیر	درجه آزادی	مکانسیم های دفاعی			علائم اضطراب اجتماعی		
		مجموع	میانگین	آماره F	سطح	مجموع	میانگین
		مجذورات	مجذورات	آماره F	سطح	مجذورات	مجذورات
مداخله	۲	۷۶/۳۳۳	۳۸/۱۶۷	۴۵/۸	۰/۰۰۶	۶۶/۳۳۳	۳۳/۱۶۷
مداخله	۲	۱۲۱/۳۳۳	۶۰/۶۶۷	۹۱	۰/۰۰۲	۷۵	۳۷/۵
مداخله	۲	۱۷۰/۳۳۳	۸۵/۱۶۷	۳۶/۵	۰/۰۰۸	۷۰/۳۳۳	۳۵/۱۶۷
مداخله	۲	۳۱۳	۱۵۶/۵	۶۷/۰۷۱	۰/۰۰۳	۱۰۹	۵۴/۵
مداخله	۲	۴۶۲/۳۳۳	۲۳۱/۱۶۷	۱۵۴/۱۱۱	۰/۰۰۱	۱۳۴/۳۳۳	۶۷/۱۶۷
مداخله	۲	۵۷۷	۲۸۸/۵	۲۸۸/۵	۰/۰۰۰	۱۵۶/۳۳۳	۷۸/۱۶۷
مداخله	۲	۸۲۶/۳۳۳	۴۱۳/۱۶۷	۲۷۵/۴۴۴	۰/۰۰۰	۱۸۰/۳۳۳	۹۰/۱۶۷
مداخله	۲	۱۳۰۳	۶۵۱/۵	۲۷۹/۲۱۴	۰/۰۰۰	۱۹۶	۹۸
مداخله	۲	۱۵۴۵/۳۳۳	۷۷۲/۶۶۷	۱۱۵۹	۰/۰۰۰	۲۴۰/۳۳۳	۱۲۰/۱۶۷
پیگیری	۲	۱۶۹۷/۳۳۳	۸۴۸/۶۶۷	۴۶۲/۹۰۹	۰/۰۰۰	۲۴۷	۱۲۳/۵
پیگیری	۲	۱۷۲۹	۸۶۴/۵	۵۷۶/۳۳۳	۰/۰۰۰	۳۳۱	۱۶۵/۵

بر اساس نتایج تحلیل واریانس در جدول فوق، در اثر زمان با توجه به اینکه مؤلفه های مکانسیم های دفاعی معنادار شده است ($P < 0.05$)، بنابراین بین سه گروه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برنامه زمانی پارادوکسی و گروه کنترل) در این مؤلفه تفاوت وجود دارد. مقایسه دویه دوی هر مرحله سنجش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برنامه زمانی پارادوکسی و گروه کنترل) در ادامه ارائه شده است.

بر اساس نتایج تحلیل واریانس در جدول فوق، در اثر زمان با توجه به اینکه علائم اضطراب اجتماعی معنادار شده است ($P < 0.05$)، بنابراین بین سه گروه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برنامه زمانی پارادوکسی و گروه کنترل) در این مؤلفه تفاوت وجود دارد. مقایسه دویه دوی هر مرحله سنجش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برنامه زمانی پارادوکسی و گروه کنترل) در ادامه ارائه شده است.

جدول ۷. مقایسه زوجی گروه های مورد مطالعه سنجش در متغیرهای مکانسیم های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی

متغیر	درمان پذیرش و تعهد (*)	درمان پارادوکسی (**)	گروه کنترل (***)	مکانسیم های دفاعی			علائم اضطراب اجتماعی		
				تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری	۹۵٪ فاصله اطمینان		سطح معناداری
							بالا	پایین	
خط پایه ۱	*	**		۳/۵	۱	۰/۱۱۸	-۱/۳۵۷	۸/۳۵۷	۰/۶۰۱
	*		***	-۱/۵	۱	۰/۶۹۲	-۶/۳۵۷	۳/۳۵۷	۱
		**	***	-۵	۱	۰/۰۴۶	-۹/۸۵۷	-۰/۱۴۳	۱
خط پایه ۲	*	**		۲/۵	۰/۴۰۸	۰/۰۲۶	۰/۵۱۷	۴/۴۸۳	۰/۸۲۱
	*		***	-۲/۵	۰/۴۰۸	۰/۰۲۶	-۴/۴۸۳	-۰/۵۱۷	۱
		**	***	-۵	۰/۴۰۸	۰/۰۰۴	-۶/۹۸۳	-۳/۰۱۷	۱
خط پایه ۳	*	**		۱/۵	۱	۰/۶۹۲	-۳/۳۵۷	۶/۳۵۷	۰/۳۱۷
	*		***	-۳/۵	۱	۰/۱۱۸	-۸/۳۵۷	۱/۳۵۷	۱
		**	***	-۵	۱	۰/۰۴۶	-۹/۸۵۷	-۰/۱۴۳	۱

متغیر	و تعهد	پذیرش	پارادوکس	کنترل	مکانیسم‌های دفاعی					علائم اضطراب اجتماعی				
					۱	۲	۳	۴	۵	۱	۲	۳	۴	۵
مداخله ۱	*	**	**		۱/۵	۱/۵۲۸	۱	-۵/۹۱۹	۸/۹۱۹	-۴/۵	۱	۰/۰۶۱	-۹/۳۵	۰/۳۵
	*		***		-۴	۱/۵۲۸	۰/۲۳۷	-۱۱/۴۱	۳/۴۱۹	-۴	۱	۰/۰۸۴	-۸/۸۵	۰/۸۵
		**	***		-۵/۵	۱/۵۲۸	۰/۱۱	-۱۲/۹۱	۱/۹۱۹	۰/۵	۱	۱	-۴/۳۵	۵/۳۵
مداخله ۲	*	**	**		-۰/۵	۰/۹۱۳	۱	-۴/۹۳۴	۳/۹۳۴	-۵/۵	۱/۲۲۵	۰/۰۶۲	-۱۱/۴۴	۰/۴۴
	*		***		-۶	۰/۹۱۳	۰/۰۲۱	-۱۰/۴۳	-۱/۵۶۷	-۶/۵°	۱/۲۲۵	۰/۰۳۹	-۱۲/۴۴	-۰/۵۵
		**	***		-۵/۵	۰/۹۱۳	۰/۰۲۷	-۹/۹۳۴	-۱/۰۶۷	-۱	۱/۲۲۵	۱	-۶/۹۴	۴/۹۴
مداخله ۳	*	**	**		-۲	۰/۹۱۳	۰/۳۴۸	-۹/۴۳۴	۲/۴۳۴	-۶°	۱	۰/۰۲۸	-۱۰/۸۵	-۱/۱۴
	*		***		-۷/۵	۰/۹۱۳	۰/۰۱۱	-۱۱/۹۳	-۳/۰۶۷	-۶/۵°	۱	۰/۰۲۲	-۱۱/۳۵	-۱/۶۴
		**	***		-۵/۵	۰/۹۱۳	۰/۰۲۷	-۹/۹۳۴	-۱/۰۶۷	-۰/۵	۱	۱	-۵/۳۵	۴/۳۵
مداخله ۴	*	**	**		-۲/۵	۰/۹۱۳	۰/۲۱۴	-۹/۹۳۴	۱/۹۳۴	-۶/۵°	۱	۰/۰۲۲	-۱۱/۳۵	-۱/۶۴
	*		***		-۸/۵	۰/۹۱۳	۰/۰۰۸	-۱۲/۹۳	-۴/۰۶۷	-۷/۵°	۱	۰/۰۱۵	-۱۲/۳۵	-۲/۶۴
		**	***		-۶	۰/۹۱۳	۰/۰۲۱	-۱۰/۴۳	-۱/۵۶۷	-۱	۱	۱	-۵/۸۵	۳/۸۵
مداخله ۵	*	**	**		-۶	۰/۸۱۷	۰/۰۱۶	-۹/۹۶۵	-۲/۰۳۵	-۷/۵°	۱	۰/۰۱۵	-۱۲/۳۵	-۲/۶۴
	*		***		-۱۱	۰/۸۱۷	۰/۰۰۳	-۱۴/۹۶	-۷/۰۳۵	-۷/۵°	۱	۰/۰۱۵	-۱۲/۳۵	-۲/۶۴
		**	***		-۵	۰/۸۱۷	۰/۰۲۶	-۸/۹۶۵	-۱/۰۳۵	۰	۱	۱	-۴/۸۵	۴/۸۵
مداخله ۶	*	**	**		-۷/۵	۱/۵۲۸	۰/۰۴۹	-۱۴/۹۱	-۰/۰۸۱	-۷	۱/۵۲۸	۰/۰۵۹	-۱۴/۴۱	۰/۴۱
	*		***		-۱۳	۱/۵۲۸	۰/۰۱	-۲۰/۴۱	-۵/۵۸۱	-۷/۵°	۱/۵۲۸	۰/۰۴۹	-۱۴/۹۱	-۰/۰۸
		**	***		-۵/۵	۱/۵۲۸	۰/۱۱	-۱۲/۹۱	۱/۹۱۹	-۰/۵	۱/۵۲۸	۱	-۷/۹۱	۶/۹۱
مداخله ۷	*	**	**		-۱۱	۱/۵۲۸	۰/۰۱۷	-۱۸/۴۱	-۳/۵۸۱	-۸/۵	۲/۱۹۸	۰/۰۹۲	-۱۹/۱۷	۲/۱۷
	*		***		-۱۷/۵	۱/۵۲۸	۰/۰۰۴	-۲۴/۹۱	-۱/۰۰۸	-۹/۵	۲/۱۹۸	۰/۰۶۹	-۲۰/۱۷	۱/۱۷
		**	***		-۶/۵	۱/۵۲۸	۰/۰۷۱	-۱۳/۹۱	۰/۹۱۹	-۱	۲/۱۹۸	۱	-۱۱/۶۷	۹/۶۷
مداخله ۸	*	**	**		-۱۴/۵	۱/۲۲۵	۰/۰۰۴	-۲۰/۴۴	-۸/۵۵۲	-۹/۵°	۱/۷۳۲	۰/۰۳۶	-۱۷/۹۱	-۱/۰۸
	*		***		-۲۱	۱/۲۲۵	۰/۰۰۱	-۲۶/۹۴	-۱۵/۰۵	-۱۰/۵°	۱/۷۳۲	۰/۰۲۷	-۱۸/۹۱	-۲/۰۸
		**	***		-۶/۵	۱/۲۲۵	۰/۰۳۹	۱۲/۴۴۸	-۰/۵۵۲	-۱	۱/۷۳۲	۱	-۹/۴۱۲	۷/۴۱
مداخله ۹	*	**	**		-۱۷/۵	۱	۰/۰۰۱	-۲۲/۳۵	-۱۲/۶۴	-۱۰/۵°	۱/۸۷۱	۰/۰۳۸	-۱۹/۰۸	-۰/۹۱
	*		***		-۲۳	۱	۰/۰۰۱	-۲۷/۸۵	-۱۸/۱۴	-۱۱/۵°	۱/۸۷۱	۰/۰۲۶	-۲۰/۵۸	-۲/۴۱
		**	***		-۵/۵	۱	۰/۰۳۵	-۱۰/۳۵	-۰/۶۴۳	-۱/۵	۱/۸۷۱	۱	-۱۰/۵۸	۷/۵۸
مداخله ۱۰	*	**	**		-۲۱	۱/۲۲۵	۰/۰۰۱	-۲۶/۹۴	-۱۵/۰۵	-۱۰/۵°	۰/۹۱۳	۰/۰۰۴	-۱۴/۹۳	-۶/۰۶
	*		***		-۲۷/۵	۱/۲۲۵	۰/۰۰۱	-۳۳/۴۴	-۲۱/۵۵	-۱۲/۵°	۰/۹۱۳	۰/۰۰۳	-۱۶/۹۳	-۸/۰۶
		**	***		-۶/۵	۱/۲۲۵	۰/۰۳۹	-۱۲/۴۴	-۰/۵۵۲	-۲	۰/۹۱۳	۰/۳۴۸	-۶/۴۳	۲/۴۳
مداخله ۱۱	*	**	**		-۲۷/۵	۱/۵۲۸	۰/۰۰۱	-۳۴/۹۱	-۲۰/۰۸	-۱۱°	۱/۱۵۵	۰/۰۰۷	-۱۶/۶۰	-۵/۳۹
	*		***		-۳۴	۱/۵۲۸	۰/۰۰۱	-۴۱/۴۱	-۲۶/۵۸	-۱۳°	۱/۱۵۵	۰/۰۰۵	-۱۸/۶۰	-۷/۳۹
		**	***		-۶/۵	۱/۵۲۸	۰/۰۷۱	-۱۳/۹۱	۰/۹۱۹	-۲	۱/۱۵۵	۰/۵۴۵	-۷/۶۰	۳/۶۰
مداخله ۱۲	*	**	**		-۳۰	۰/۸۱۷	۰	-۳۳/۹۶	-۲۶/۰۳	-۱۲°	۰/۹۱۳	۰/۰۰۳	-۱۶/۴۳	-۷/۵۶
	*		***		-۳۷	۰/۸۱۷	۰	-۴۰/۹۶	-۳۳/۰۳	-۱۴/۵°	۰/۹۱۳	۰/۰۰۲	-۱۸/۹۳	-۱۰/۰۶
		**	***		-۷	۰/۸۱۷	۰/۰۱	-۱۰/۹۶	-۳/۰۳۵	-۲/۵	۰/۹۱۳	۰/۲۱۴	-۶/۹۳	۱/۹۳

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مکانیسم‌های دفاعی					علائم اضطراب اجتماعی				
				۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
گروه ۱	۱	۳۱	۰/۰۰۱	۱/۳۵۴	-۳۱	-۳۷/۵۷	-۲۴/۴۲	-۱۲/۵*	۰/۵۷۷	۰/۰۰۱	-۱۵/۳۰	-۹/۶۹	
	۲	۳۹	۰	۱/۳۵۴	-۳۹	-۴۵/۵۷	-۳۲/۴۲	-۱۴/۵*	۰/۵۷۷	۰	-۱۷/۳۰	-۱۱/۶	
	۳	۸	۰/۰۲۹	۱/۳۵۴	-۸	-۱۴/۵۷	-۱/۴۲۴	-۲	۰/۵۷۷	۰/۱۲۲	-۴/۸۰	۰/۸۰	
گروه ۲	۱	۳۱	۰	۱/۲۲۵	-۳۱	-۳۶/۹۴	-۲۵/۰۵	-۲/۵	۱/۵۲۸	۰/۶۰۱	-۹/۹۱	۴/۹۱	
	۲	۳۹/۵	۰	۱/۲۲۵	-۳۹/۵	-۴۵/۴۴	-۳۳/۵۵	-۱/۵	۱/۵۲۸	۱	-۸/۹۱	۵/۹۱	
	۳	۸/۵	۰/۰۱۸	۱/۲۲۵	-۸/۵	-۱۴/۴۴	-۲/۵۵۲	۱	۱/۵۲۸	۱	-۶/۴۱	۸/۴۱	

با توجه به نتایج جدول فوق ملاحظه می‌گردد، با پیشرفت جلسات مکانیسم‌های دفاعی و علائم اضطراب اجتماعی بین گروه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با برنامه زمانی پارادوکسی و گروه کنترل) تفاوت معنادار وجود داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد تفاوت معناداری بین برنامه زمانی پارادوکسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مکانیسم‌های دفاعی افراد دارای نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد و برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به روش برنامه زمانی پارادوکسی اثربخشی بیشتری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پترسن و همکاران (۲۷)، ویتلکس و همکاران (۲۸)، جاوین و همکاران (۱۹) و بای و همکاران (۲۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مکانیسم‌های دفاعی منابع ناهشیاری هستند که ذهن برای حفاظت فرد از احساسات ناهشیاری که توسط منابع بیرونی و درونی ایجاد می‌شود، استفاده می‌کند (۸). انجمن روان‌پزشکی آمریکا نیز مکانیسم‌های دفاعی را فرآیندهایی می‌داند که بین واکنش‌های افراد به تعارضات هیجانی و منابع تنیدگی‌زای بیرونی واسطه می‌شوند. مکانیسم‌های دفاعی تکانه‌های انگیزشی و نیازها را تنظیم می‌کنند و هدف آنها حفظ احساس امنیت روانی به وسیله ایجاد تحریف شناختی و محدود کردن تجارب هشیار هیجان‌های منفی است. مکانیسم‌ها زمانی ناهنجار هستند که به شکلی غیرمنعطف در ارتباط با بسیاری از افراد یا موقعیت‌ها رخ دهند و ادراک واقعیت را شدیداً تحریف کنند و در سایر عملکردهای من تداخل ایجاد کنند (۱۰). استفاده انعطاف‌ناپذیر از دفاع‌ها منجر به بروز افسردگی، اضطراب یا

رفتارهای تکانشی می‌شود. از این رو یکی از ویژگی‌های اساسی افرادی که از مکانیسم‌های دفاعی ناهنجار استفاده می‌کنند اجتناب از تجارب و رویدادهای منفی است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، مراجعان دارای اجتناب تجربی به طور افراطی به ارزیابی‌های منفی از حس‌ها، احساسات، افکار خصوصی ناخواسته‌شان می‌پردازند و تمایلی برای تجربه کردن این رویدادها نشان نمی‌دهند. این اجتناب برای تجربه نکردن به دو شکل معمولاً جلوه‌گر می‌شوند، افراد یا از شرایطی که با شروع آن تجارب ذهنی به نحوی ارتباط می‌یابد فاصله می‌گیرند و یا اینکه به منظور فرار از تجارب آزاردهنده از انجام رفتاری یا اعمالی جلوگیری می‌نمایند. افراد دارای اجتناب تجربه‌ای در مواجهه با موقعیت‌های ترسناک اجتماعی و اضطراب‌زا سعی می‌کنند تا تجربه فوری یک رویداد درونی منفی مانند افکار، عواطف، خاطرات و احساسات بدنی منفی‌شان را حذف یا کنترل کنند (مثال: فکر نکردن به افکار اضطراب‌زا) یا ویژگی‌های زمینه‌ای پیش‌بینی که با وقوع یک تجربه درونی ناخواسته همراه است را تغییر دهند (مثال: پرهیز در روابط بین فردی). در واقع قانون ذهنی این افراد بیانگر این است که تلاش برای بازداری و اجتناب از محرک آزارنده، رنج و ناراحتی فوری را از بین می‌برد و از بین رفتن رنج و ناراحتی را برابر رسیدن به بهزیستی و سلامتی می‌دانند، اما راهبردهای اجتنابی به کار گرفته شده شاید به طور موقت مراجعان را از شر افکار و احساسات ناخوشایند رها سازد ولی در دراز مدت آنها را از اهداف ارزشمند اجتماعی‌شان دور می‌سازد؛ بنابراین هرچه برای اجتناب یا خلاص شدن از دست تجربیات درونی بیشتر انرژی

صرف کنند در طولانی مدت رنج به احتمال بیشتری خواهند کشید. تحقیقات گراهارت و همکاران (۳۰) نشان داد افرادی که اجتناب تجربه‌ای بیشتری را تجربه می‌کنند. ارتباط میان فردی ضعیف‌تر و اضطراب بیشتری را از خود نشان می‌دهند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فضایی را فراهم می‌سازد که طی آن، مراجعان نسبت به راهبردهای کنترلی خود مبنی بر تلاش برای حذف افکار یا احساسات ناخوشایند و اجتناب یا فرار از موقعیت‌های اضطراب‌ناز اجتماعی که به کار می‌گیرد، احساس درماندگی کنند. نوجوانان از طریق به کارگیری تمارین درماندگی خلاقانه مانند تمرین تله‌های انگشتی، تمرین زحمت جنگ با هیولای اضطراب و غیره، به این بینش می‌رسند که تلاش‌های زیادی را که تا اکنون برای حل مشکل (اضطراب اجتماعی شان) انجام داده‌اند، موثر نبوده و مشکلاتشان نیز همچنان ادامه دارد، بنابراین درمی‌یابند که پیگیری روش اجتناب از تجارب که در موقعیت تهدیدکننده اجتماعی مورد استفاده قرار داده‌اند شاید منطقی به نظر برسد، اما کارایی ندارد و باید به شیوه‌هایی دست یابند تا بتوانند این موقعیت را تغییر دهند (۱۹). با استعانت از تمارین توجه آگاهی (ذهن آگاهی) که لازمه توجه کردن: به هدف، به زمان حال و توجه بدون قضاوت همراه با پذیرش است، موجب می‌شود، نوجوانان بی‌سرپرست بتوانند، نحوه توجه خود را به احساسات و افکار اضطراب-زایشان تغییر دهند و تجربه متفاوتی را از موقعیت‌های اجتماعی کسب کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با به کارگیری تمارین توجه آگاهی و پذیرش توأمان که عبارتند از: تمرین خوردن توجه آگاهانه، تمرین اسکن بدن، تمرین توجه آگاهی تنفس، صدا و افکار، تمرین بسط توجه آگاه، تمرین دیدن توجه آگاهانه، تمرین پذیرش احساسات و افکار و غیره و همچنین جهت افزایش پذیرش تجارب نوجوانان بی‌سرپرست بیان استعاره‌های (استقبال از عمو لئو، روشن کردن کلید تمایل و غیره) و تمرینات دیدگاه ناظر به منظور مشاهده تجربیات با نگرشی باز و پذیرا از منظر یک شاهد بی طرف که دربرگیرنده: مشاهده کوه، مشاهده دریاچه و غیره می‌شود، سبب گردید تا افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بتوانند با کمک

تمارین توجه آگاهی نگرشی باز و بدون قضاوت به تجاربشان داشته باشند و با بهره‌گیری از استعاره‌های مرتبط با پذیرش، نسبت به تجربه افکار و احساساتشان آنگونه که واقعاً هستند، بدون تلاش برای اجتناب یا فرار از آنها و یا ایجاد تغییر در آنها، گشودگی یابند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد تفاوت معناداری بین برنامه زمانی پارادوکسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اضطراب اجتماعی افراد دارای نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد و برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به روش برنامه زمانی پارادوکسی مؤثرتر است. این یافته با یافته‌های پژوهش اسماعیلی و همکاران (۳۱)، سعید منش و بابایی (۳۲)، کالئی و همکاران (۱۰)، فریرا و همکاران (۳۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که 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 به طور 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 شده که شامل اقدامات رفتاری، حتی هنگام رویارویی با موانع، مانند افکار و احساسات منفی است (۱۸). پذیرش روانی و اقدامات رفتاری در جهت بهبود اهداف زندگی، باعث افزایش حس مثبت به خود و در نتیجه افزایش ابراز وجود افراد می‌شود. در ذهن آگاهی و مهارت‌های تمرین آگاهی لحظه‌به‌لحظه، فرد تلاش می‌کند تا نسبت به الگوهای افکار، عواطف و تعامل با دیگران بینش و بصیرت پیدا کند و سپس بتواند به‌صورت ماهرانه پاسخ‌های هدفمند مفید را انتخاب کند، به‌جای آن که به طور خودکار با روش‌های خو گرفته و ناهشیار واکنش نشان دهد. بعلاوه ذهن آگاهی اجازه می‌دهد افراد به عقب برگردند و شرایط زندگی‌شان را تحلیل کرده و به روشی نو، نه عاداتی واکنش نشان دهند. با عنایت به این که رفتار توأم با جرئت‌ورزی موجب توسعه ارتباط موفق و باز و ابراز احساسات مثبت، عشق و قدردانی و افزایش احترام و تکریم خود در مواجهه با دیگران می‌شود، ذهن آگاهی می‌تواند ابراز وجود و جرئت‌ورزی را بهبود

بخشد. همچنین در این شیوه درمان، تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی دارد تا به آنها کمک شود تا افکار آزار دهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به‌سادگی تجربه کنند و قادر به جداکردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع هدف افزایش انعطاف روان‌شناختی این افراد بود. این رویکرد همان‌طور که نتایج آماری نشان داد منجر به کاهش معنی‌داری در اضطراب اجتماعی این افراد شد. در واقع فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش داد چگونه عقیده بازدارنده فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده‌هایی بایند؛ به‌جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به‌جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا این‌که از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به‌وسیله ذهن‌آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف‌محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند، به‌جای اینکه تلاش کنند که آنها را متوقف سازند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. با استفاده از این درمان، به‌خوبی می‌توان مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب را کاهش داد و مسبب کاهش اجتناب تجربه‌ای در این افراد نیز شد، که نهایتاً نتایجی، از جمله افزایش امید به زندگی، وفق یافتن با شرایط، روابط بهتر با اطرافیان را در بر خواهد داشت. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش روانی در تجارب ذهنی (باورها و افکار نادرستی) افزایش یافته و باعث کاهش اضطراب در افراد می‌شود که خود گامی مؤثر در جهت ارتقای سلامت روانی آنان است. 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 شده و به فرد کمک می‌کند تا فکر اضطرابی را فقط فکر تجربه کند؛ همچنین به جای پاسخ به آن، به انجام چیزی بپردازد که در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش است؛ یعنی وجود فکر اضطرابی به خودی خود مسئله نیست بلکه مسئله اصلی تلاش فرد برای پاسخ به فکر اضطرابی است. در اینجا با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کرده و قادر به جداکردن خود از واکنش‌ها و خاطره‌ها و افکار ناخوشایند شوند. درواقع فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع آموزش می‌دهد چگونه عقیده بازدارنده فکر را رها کند، از افکار مزاحم جدا شود، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت و رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرد، ارزش‌هایش را تصریح کرده و به آنها بپردازد. در نتیجه این نکات اضطراب در فرد کاهش می‌یابد.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات مفیدی برای مدیران، برنامه‌ریزان آموزشی، روان‌درمانگران و والدین باشد که با آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و پارادکس درمانی در بهبود افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی بردارند. باین‌حال، از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این نکته اشاره داشت که به علت محدود بودن نمونه پژوهش، در تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر جامعه باید جانب احتیاط رعایت گردد و از سوی دیگر با توجه به اینکه طرح ABA تکرار موقعیت آزمایشی را ندارد، تغییراتی از قبیل رسمش، تغییر در رفتار به علت گذشت زمان، انتظارات شرکت‌کننده‌ها و حساسیت به هر گونه درمان قابل کنترل نیست؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود به دلیل آنکه در این پژوهش از روش تک آزمودنی در مقایسه دو روش درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه زمانی پارادوکسی استفاده شد، توصیه می‌شود این شیوه درمانی به صورت گروهی و در قالب پژوهش طرح آزمایشی بین‌گروهی انجام شود.

Reference

1. Mekuria K, Mulat H, Derajew H, Mekonen T, Fekadu W, Belete A, Yimer S, Legas G, Menberu M, Getnet A, & Kibret S. High Magnitude of Social Anxiety Disorder in School Adolescents. *Psychiatry Journal*, 2017; 214: 321-325.
2. Dalrymple KL, Galione J, Hrabosky J, Chelminski I, Young D, O'brien E, Zimmerman M. Diagnosing social anxiety disorder in the presence of obesity: implications for a proposed change in DSM-5. *Depression and anxiety*, 2011; 28(5): 377-382.
3. Norozi M, Mikaeili Mani F, Isazadegan A. Epidemiology of social anxiety disorder in Urmia University students. *Journal of Medical Sciences Studies (Medical Journal of Urmia University of Medical Sciences)*, 2015; 27(2): 155-166.
4. Yabande MR, Baghouli H, Sorouqd C, Koreshnia M. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment on reducing the amount of social anxiety symptoms. *Scientific-Research Quarterly of Psychological Methods and Models*, 2019; 10(36): 177-196.
5. Leigh E, Clark DM. Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment Outcomes: Applying the Cognitive Model of Clark and Wells (1995). *Clinical child and family psychology review*, 2018; 21(3): 388-414.
6. Gültekin BK1, Dereboy IF. the prevalence of social phobia, and its impact on quality of life, academic achievement, and identity formation in university students. *Türk Psikiyatri Derg.* 2011, 22(3): 150-158.
7. Boettcher J, Leek L, Matson L, Holmes EA, Browning M, MacLeod C, Carlbring P. Internet-based attention bias modification for social anxiety: a randomized controlled comparison of training towards negative and training towards positive cues. *PloS one*, 2013; 8(9): 717-720.
8. Miranda B, Louzã MR. The physician's quality of life: Relationship with ego defense mechanisms and object relations. *Comprehensive Psychiatry*, 2015; 63: 22-29.
9. Schultz DP, Schultz SE. The study of the history of psychology. *Cengage Learning* (11th Ed.). (pp. 1-20). United States, US: Harcourt College. 2015.
10. 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. *Journal of Affective Disorders*, 2022; 174-215-218.
11. Besharat MA, Shahidi S. What is the relationship between? Alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian Students. *Asian Journal of Psychiatry*, 2011; 4: 145-149.
12. Cramer P. IQ and defense mechanisms assessed with the TAT. *Journal of the International Society for the Rorschach*, 2015; 36: 40-57.
13. Porcerelli JH, Cramer P, Porcerelli DJ, Arterbery VE. Defense Mechanisms and Utilization in Cancer Patients Undergoing Radiation Therapy: A Pilot Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2017; 205: 466-470.
14. Thurston MD, Goldin P, Heimberg R, Gross JJ. Self-views in social anxiety disorder: The Impact of CBT versus MBSR. *Journal of Anxiety Disorders*, 2017; 47: 83-90.
15. Shahbazirad A, Kadampour E, Ghazanfari F, Momeni K. The effectiveness of training based on the cognitive-metacognitive-behavioral model on reducing the symptoms of social anxiety disorder. *Studies in Clinical Psychology*, 2016; 6(24): 47-61.
16. Carlin A, Rasgon AL, Lee WH, Leibu E, Frangou S. Bipolar Disorder and Anxiety Disorders Show Overlapping Functional Neural Signatures. In *Biological Psychiatry*, 2017; 77: 113-117.
17. Ivanovo E, Lindner P, Ly KH, Dahlin M, Vern mark K, Andersson G., et al. Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 2016; 44(1): 27-35.
18. Grégoire S, Lachance L, Bouffard T, Dionne F. The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 2018; 49(3): 360-372.
19. Juvin J, Sadeg S, Julien-Sweerts S, Zebdi R. A Systematic Review: Acceptance and Commitment Therapy for the Parents of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2021, 211: 1-18.
20. Besharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case study. *Psychological Studies*, 2012; 14(4): 7-36.
21. Shikatani B, Antony MM, Kuo JR, Cassin SE. The impact of cognitive restructuring and mindfulness strategies on post event processing and affect in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2014; 28(6): 570-579.

22. Mohammadi Z., Soleimani A, Fathi Ashtiani A, Ashrafi E, Mokhbari K. The effectiveness of paradoxical schedule treatment on reducing worry, rumination, thought-action confusion and symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Disability Studies* 2020; 10: 70-75.
23. Basharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy on social anxiety disorder: a case study. *Scientific Research Quarterly Journal of Psychological Sciences*, 2019; 18(76): 383-396.
24. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1993; 334: 246-256.
25. Besharat, MA, Sharifi M, Iravani M. Examining the relationship between attachment styles and defense mechanisms. *Journal of Psychology*, 2001; 5: 277-289.
26. Antony MM, Coons MJ, McCabe RE, Ashbaugh A, Swinson RP. Psychometric properties of the social phobia inventory: Further evaluation. *Behavioral Research Therapy*, 2006; 44(8): 1177-1185.
27. Petersen JM, Davis CH, Renshaw TL, Levin ME, Twohig MP. School-Based Acceptance and Commitment Therapy for Adolescents With Anxiety: A Pilot Trial. *Cognitive and Behavioral Practice.*, 2022; 202: 541-545.
28. Witlox M, Kraaij V, Garnefski N, Bohlmeijer E, Smit F, Spinhoven P. Cost-effectiveness and cost-utility of an Acceptance and Commitment Therapy intervention vs. a Cognitive Behavioral Therapy intervention for older adults with anxiety symptoms: A randomized controlled trial. *PloS one*, 2022; 17(1): 262-266.
29. Bai Z, Luo S, Zhang L, Wu S, Chi I. Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2020: 260: 728-737.
30. Gerhart JI, Baker CN, Hoerger M, Ronan GF. Experiential avoidance and interpersonal problems: A moderated mediation model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2014; 3(4): 291-298.
31. Esmaili L, Amiri S, Abedi MR, Molavi H. The effectiveness of therapy based on acceptance and commitment with a focus on compassion on the social anxiety of adolescent girls, *Behavior*, 2018; 109: 114-117.
32. Saeed Manesh M, Babaei Z. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on the anxiety and self-esteem of 14-18-year-olds with stuttering. *Journal of Disability Studies*, 2017; 7: 56-56.
33. Ferreira MG, Mariano LI, de Rezende JV, Caramelli P, Kishita N. Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2022; 506: 455-459.

Original Article

Comparing the Effectiveness of Paradoxical Schedule and Acceptance and Commitment Therapy on Defense Mechanisms and Social Anxiety Symptoms of People with Social Anxiety Disorder Symptoms

Received: 31/12/2023 - Accepted: 02/05/2024

Saeed Salehi¹

Shahram Vaziri^{2*}

Marim Nasri³

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

²Associate Professor, Department of Psychology, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

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

Email:
saeedsalehi6464@gmail.com

Abstract

Introduction and purpose: Social anxiety disorder causes the affected person to face many behavioral and communication problems. according to this the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of the paradoxical schedule and the acceptance and commitment therapy on defense mechanisms and social anxiety symptoms of people with social anxiety disorder symptoms.

Methodology: The research method was a single-subject experimental design. The statistical population included undergraduate psychology students of the Islamic Azad University, Khorramabad branch, after obtaining a high score of social anxiety, diagnosis with a structured interview, and compliance with the entry and exit criteria, 6 people were selected as available sampling. By determining the baseline, the sample members were randomly assigned to two experimental groups of acceptance and commitment therapy, paradoxical schedule and a control group. The intervention sessions were conducted in twelve 90-minute sessions for the experimental groups separately, and the control group did not receive any intervention. The follow-up period was carried out in two phases of one month and two months. In order to collect data, the defensive styles questionnaire (DSQ) and the social anxiety questionnaire (SAQ) were used. Data analysis was performed using trend, stability, percentage of non-overlapping and overlapping data.

Findings: The results showed that there is a significant difference between the effectiveness of the paradoxical schedule and acceptance and commitment therapy on defense mechanisms and social anxiety symptoms. As the acceptance and commitment therapy compared to the paradoxical schedule, had a greater effect on defense mechanisms and social anxiety symptoms; Its effects were stable in the follow-up stages.

Conclusion: The application of acceptance and commitment therapy is suggested as a treatment priority in order to improve defense mechanisms and social anxiety symptoms.

Keywords: Paradoxical Schedule, Acceptance And Commitment Therapy, Defense Mechanisms, Social Anxiety Symptoms