

«زن و مطالعات خانواده»

سال شانزدهم - شماره پنجاه و نهم - بهار ۱۴۰۲

ص: ۶۳-۴۷

مقایسه اثربخشی درمان برنامه زمانی - پارادوکسی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش علائم زنان دچار اختلال اضطراب فراگیر

مه‌سیما پورشهریاری<sup>۱</sup>

عباس عبداللهی<sup>۲</sup>

فائزه پیمان پاک<sup>۳</sup>

دریافت: ۱۱/۲۴/۱۴۰۰ پذیرش: ۳/۲۵/۱۴۰۱

چکیده

هدف از این مطالعه، مقایسه اثربخشی درمان برنامه زمانی - پارادوکسی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش علائم زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. در این پژوهش از طرح مطالعه تجربی تک‌موردی استفاده شد. جامعه پژوهش را زنان با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره صدرا تشکیل دادند که دارای پرونده فعال در تابستان و پاییز ۱۴۰۰ بودند. از این افراد، سه بیمار درمان برنامه زمانی - پارادوکسی و سه بیمار برنامه درمان شناختی - رفتاری دریافت کردند. نمونه این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران (GAD-7) (۲۰۰۶) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا، معناداری بالینی استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS، نسخه ۲۶ تحلیل شد. نتایج نشان داد که هر دو درمان برنامه زمانی - پارادوکسی و درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر اثربخش بوده‌اند. در مقایسه دو روش درمان مورد استفاده، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده و مقایسه درصد آزمودنی‌های درمان PTC، میزان بهبودی برای سه آزمودنی در این روش ۷۱٪، ۷۹٪ و ۷۱٪ است و درصد بهبودی آزمودنی‌های درمان CBT، برای سه آزمودنی مورد مطالعه برابر با ۴۴٪، ۵۲٪ و ۴۸٪ است، همچنین درصد بهبودی کل در روش درمانی برنامه زمانی - پارادوکسی در سه بیمار به‌طور متوسط

۱. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

۲. استادیار گروه مشاوره دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

۳. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران (نویسنده مسئول) f.peimanpak@alzahra.ac.ir

۷۴ درصد و درصد بهبودی کل در روش درمانی شناختی - رفتاری در سه بیمار مورد مطالعه ۴۸ درصد است. بر اساس یافته‌های این پژوهش درمان برنامه زمانی - پارادوکسی، روش مناسب و زودبازدهی برای کاهش علائم اضطراب فراگیر است و می‌تواند به‌عنوان درمان پیشنهادی، استفاده شود.

**واژه‌های کلیدی:** برنامه زمانی - پارادوکسی، درمان شناختی - رفتاری، اضطراب فراگیر.

#### مقدمه

اضطراب، احساس کلی دلشوره در مورد خطر احتمالی آینده و ترس، واکنش هشدار است که در پاسخ به خطر فوری روی می‌دهد. راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۱</sup> (DSM) مجموعه‌ای از اختلالات، معروف به اختلالات اضطرابی که در نشانه‌های واضح ترس یا اضطراب، اهمیت بالینی دارند و مشترک هستند را مشخص کرده‌است. اغلب ما گاهی نگران و مضطرب می‌شویم و اضطراب، هیجانی است انطباقی که به ما کمک می‌کند تا برای تهدید احتمالی برنامه‌ریزی کرده و آماده شویم (باچر، مینکا و هولی<sup>۲</sup>، ۱۳۹۷). این در حالی است که در برخی افراد، اضطراب و نگرانی در مورد جنبه‌های مختلف زندگی (از جمله رویدادهای پیش‌پافتاده)، مزمن، شدید، نامعقول و غیرقابل کنترل می‌شود؛ به طوری که این نگرانی می‌تواند در بیشتر روزها، در مورد چند رویداد یا فعالیت متفاوت (مسائلی مانند پیشرفت تحصیلی و عملکرد شغلی) و همراه با نشانه‌هایی چون بی‌قراری، عصبانیت و تحریک‌پذیری، عدم تمرکز یا خالی شدن ذهن، به راحتی خسته شدن، تنش عضلانی و یا اختلال خواب، همراه باشد که این موارد تشخیص اختلال اضطراب فراگیر<sup>۳</sup> (GAD) را به خود اختصاص می‌دهند (عروتی، مهری‌نژاد، هاشمیان و پیوستگار، ۲۰۲۰). این اختلال، اختلال اضطرابی نسبتاً شایع و با سیری مزمن است که آثار مخربی بر عملکرد بیمار می‌گذارد و با بیماری‌های مختلفی همچون افسردگی همراه می‌شود (استفان، کریستیا، زنتاگوتای تاتار و دیوید<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹)، به طوری که برآوردها حکایت از این دارند که تقریباً ۳ درصد جمعیت، ظرف هر دوره یک‌ساله و ۵٫۷ درصد در مقطعی از زندگی خود، از این اختلال رنج می‌برند (باچر و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین در محیط‌های بالینی، گزارش شده‌است که ۵۵ تا ۶۰ درصد از افرادی که مبتلا به این اختلال تشخیص داده شده‌اند، زن بوده‌اند و زنان بیشتر از مردان اختلال اضطراب فراگیر را تجربه می‌کنند. نتایج بررسی‌ها در کشور ایران نیز نشان داده‌است که میزان شیوع این اختلال در کل افراد ۰٫۱۰ است که این نسبت برای زن‌ها ۶٫۸ درصد و برای مردان ۳٫۲ درصد می‌باشد و در میزان شیوع در دو جنس تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی نتایج

1. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorder

2. Butcher, Mineka & Hooley

3. Generalized anxiety disorder

4. Stefan, Cristea, Szentagotai Tatar, & David

نشان داد که علی‌رغم میزان شیوع بالا در افراد جامعه آماری میزان ابتلای زنان به نشانگان این اختلال بسیار بیشتر از مردان و حدود دو برابر آن‌ها می‌باشد (نریمانی، درویش حقجو، توکلی پله شاه و ابوالقاسمی، ۱۳۹۱). علاوه بر این، موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایین، طلاق و جدایی، ابتلا به سایر اختلالات روان-پزشکی، سابقه سوء‌مصرف مواد و سابقه ابتلا به GAD در خانواده، جزء سایر عوامل خطر ابتلا به این بیماری هستند (دی مارتینی، پاتل و فنچر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). میانگین سن شروع بیماری حدود ۳۰ سال است، در بسیاری از موارد برای یک‌دهه یا بیشتر طول می‌کشد (استفان و همکاران، ۲۰۱۹) و بهبود خود به خود برای این افراد بعید به نظر می‌رسد و اگر درمان نشوند، بیماری مزمن می‌شود (عروتی و همکاران، ۲۰۲۰). ۶۰ تا ۸۰ درصد این افراد به‌خاطر می‌آورند که تقریباً همیشه در طول عمر خود مضطرب بوده‌اند و باقی افراد از شروع تدریجی و پنهان خبر می‌دهند؛ با این حال پژوهش‌ها نشان داده‌است که احتمال ابتلا در بزرگسالانی که اختلال اضطرابی در آن‌ها شایع‌تر است، بیشتر است (باچر و همکاران، ۱۳۹۷).

مدل‌های شناختی اختلال‌های هیجانی بر این باور استوار است که رویدادها تنها مسئول ایجاد هیجان - های منفی مانند اضطراب یا غم نیستند و این انتظارات و تفسیر افراد از آن رویدادها است که باعث ایجاد اثرات منفی می‌شود. به عبارتی افراد مبتلا به اضطراب مزمن دارای باورها و فرضیاتی هستند که بر اساس آن‌ها طیف وسیعی از موقعیت‌ها را تهدیدکننده می‌دانند. هنگامی که اضطراب در فردی رخ می‌دهد، تغییرات در تمرکز و رفتار به تداوم (و حتی به تشدید) مشکل کمک می‌کند. افراد مبتلا به اضطراب فراگیر به‌طور مداوم از موقعیت‌های بیرونی خاصی اجتناب نمی‌کنند، اما اغلب به روش‌های ظریف‌تر و ناپایدارتر از آن‌ها دوری می‌کنند که باورهای منفی را محکم‌تر می‌کند. از دیدگاه رویکردهای روان‌پویشی نیز اختلال اضطراب فراگیر ناشی از تضعیف یا ازهم‌گسیختگی<sup>۲</sup> مکانیسم‌های دفاعی است. تجربه مداوم سطوح بالای اضطراب، فقدان تجارب شکست و منابع جدید اضطراب در زندگی روزمره از علل اصلی این پیامد است. اگر فردی به دلیل بیان سائق‌های<sup>۳</sup> (id) مدام تنبیه شود، اضطراب او به‌طور مداوم بالا می‌رود. در نتیجه، مکانیسم‌های دفاعی او قادر به مقابله با آن سطوح اضطراب نخواهد بود، که به ناچار باعث ازهم‌گسیختگی مکانیسم‌های دفاعی می‌شود (عروتی و همکاران، ۲۰۲۰). به علت درازمدت بودن دوره‌های اختلال اضطراب فراگیر، این اختلال اثرات منفی بسیاری بر زندگی خانوادگی و اجتماعی بیماران دارد و تأثیرات منفی زیادی بر کیفیت زندگی این افراد می‌گذارد (کارپنتر، اندروز، ویتکرافت، پاورز، اسمیت و هافمن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸). میزان بازگشت در این اختلال بسیار زیاد است و چنانچه اشاره شد، در صورتی که فرد مبتلا به این اختلال درمان مناسبی

1. DeMartini, Patel, & Fancher

2. disintegration

3. drive

4. Carpenter, Andrews, Witcraft, Powers, Smits & Hofmann

دریافت نکنند، برای بیشتر اوقات زندگی با این مشکل دست به گریبان خواهد بود. بنابراین، توسعه درمان‌های مؤثر اختلال اضطراب فراگیر از اولویت کارشناسان سلامت روان و پژوهشگران این حوزه است (بهشتی، زمستانی و رضاعی، ۱۳۹۷).

به‌طور کلی اختلالات اضطرابی به‌صورت سرپایی قابل درمان هستند و نشانه‌های بستری در بیمارستان شامل مسائلی مانند خودکشی، عدم پاسخگویی به درمان‌های استاندارد و یا همایندی<sup>۱</sup> با بیماری‌هایی چون افسردگی مزمن، اختلالات شخصیت یا سوءمصرف مواد است (باندلو، مایکلیس و ویدکیند<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). برای درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، می‌توان از رویکردهای مختلفی استفاده کرد. از میان مدل‌هایی که برای بیان اضطراب فراگیر و مدیریت آن پیشنهاد شده‌است رایج‌ترین درمان، درمان شناختی-رفتاری است که بعد از سال‌ها، همچنان جزو درمان‌هایی است که نتایج مثبت و بیشترین حمایت تجربی، نسبت به سایر درمان‌ها را به همراه داشته‌است (استفان و همکاران، ۲۰۱۹). این درمان معمولاً اهداف درمانی با زمانبندی محدود را فرمول‌بندی و شخصی‌سازی می‌کند، بر «اینجا و اکنون» متمرکز است و مدت زمان درمان معمولاً بین ۱۰ تا ۲۰ جلسه، بر اساس شرایط خاص سیستم مراقبت بهداشتی متفاوت است (عروتی و همکاران، ۲۰۲۰). درمانگرانی که از این رویکرد استفاده می‌کنند، ترکیبی از روش‌های رفتاری مانند آموزش آرمیدگی عضلانی و روش‌های بازسازی شناختی را با هدف کاهش دادن شناخت‌های تحریف شده و سوگیری‌های پردازش اطلاعات مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر و کاهش دادن فاجعه‌آمیز کردن رویدادهای جزئی، به‌کار می‌گیرند. در آغاز به‌نظر می‌رسید که درمان این اختلال از سایر اختلالات اضطرابی دیگر سخت‌تر باشد و هنوز هم تا اندازه‌ای چنین است. با این حال، پیشرفت‌هایی صورت گرفته و بررسی کمی چند پژوهش کنترل‌شده نشان داده‌است که روش‌های درمان شناختی-رفتاری، تغییرات زیادی را در اغلب نشانه‌ها به بار می‌آورند (باچر و همکاران، ۱۳۹۷). در همین راستا، مطالعات فراتحلیل حال، کلت، بریوس، بینز و اسکات<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) نشان داده‌است که درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه‌های فهرست انتظار و گروه درمان متعارف، اثربخشی بیشتری داشته‌است. این در حالی است که با وجود چنین گزارشاتی، تقریباً نیمی از مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر با درمان شناختی-رفتاری همچنان علائم‌دار باقی می‌مانند (جونز، هاجیستاووپولوس و سوسی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶؛ ون دیس و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰) و یا عود و بازگشت علائم اضطراب مدتی پس از درمان این افراد رواج دارد (۱۶)؛ از این‌رو برخی از پژوهشگران استفاده از درمان‌های مکملی مانند بهزیستی درمانی<sup>۶</sup> (WBT) را به عنوان استراتژی‌هایی برای

1. comorbidity

2. Bandelow, Michaelis & Wedekind

3. Hall, Kellelt, Berrios, Bains & Scott

4. Jones, Hadjistavropoulos & Soucy

5. Van Dis et al.

6. Well-being therapy

پیشگیری از عود این اختلال توصیه کرده‌اند (ون دیس و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). بنابراین و با توجه به این مسائل هنوز نمی‌توان این درمان را به عنوان یک درمان انتخابی در نظر گرفت، چرا که بررسی این مسأله نیاز به مطالعات بیشتر، به ویژه مقایسه آن با رویکردهای دیگر درمان دارد.

در این بین به نظر می‌رسد استفاده از روش‌های درمان تلفیقی می‌تواند اثرات بیشتر و بادوام‌تری داشته باشد. یکی از این مدل‌های تلفیقی جدید در حوزه روان‌درمانی، درمان برنامه زمانی - پارادوکسی است. این مدل که جنبه‌های سیستمی، رفتاری و تحلیلی را در درمان در نظر می‌گیرد (نیکان، لطفی، وزیری، مجتبابی، ۱۴۰۰)؛ از جهت نظری ریشه در نظریه‌های روان‌پویشی، روان‌کاوی و سیستمی دارد و در عمل و اقدامات درمانی به فنون رفتاری وفادار است. این مدل، روشی از درمان اختلالات روان‌شناختی است که با موفقیت در مورد اختلالات بسیاری شامل طیف گسترده اختلال‌های اضطرابی، طیف وسواس‌های فکری و عملی<sup>۲</sup>، اختلال‌های مرتبط با تروما و استرس<sup>۳</sup>، اختلال‌های نشانه‌های بدنی<sup>۴</sup> به کار بسته شده‌است. این درمان، درمانی بسیار ساده و کوتاه‌مدت است و این یکی از ویژگی‌های اختصاصی درمان برنامه زمانی - پارادوکسی است (بشارت، ۱۳۹۹).

با توجه به اثرات اختلال اضطراب فراگیر بر عملکرد فردی و اجتماعی زنان بیش از مردان، عدم پاسخدهی برخی از بیماران به درمان شناختی - رفتاری و با توجه به این‌که شواهدی مبنی بر تأثیرات سودمند و بلندمدت (با کم‌ترین گزارش عود یا بازگشت بیماری) درمان برنامه زمانی - پارادوکسی برای اختلال‌های روان‌شناختی مختلف گزارش شده‌است، پژوهش حاضر بر آن است که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری با درمان برنامه زمانی - پارادوکسی در کاهش علائم زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بپردازد.

## روش

در این پژوهش از طرح تجربی تک‌موردی از نوع AB یا مشاهده‌ی مستقیم مکرر با پیگیری یک‌ماهه استفاده شد که به آن آزمایش تک‌آزمودنی نیز گفته می‌شود و شامل دوره خط پایه اولیه و دوره‌های ارزیابی متعدد مجزا می‌باشد و برای پژوهش‌های مشاوره، روان‌درمانی و اصلاح رفتار، مناسب است (گال و گال<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره صدرا تشکیل دادند که دارای پرونده فعال در تابستان و پاییز ۱۴۰۰ بودند. از بین این افراد شش

- 
1. Van Dis et al.
  2. Obsessive-compulsive disorder
  3. Trauma and stress-related disorders
  4. Somatic symptoms
  5. Gall and Gall

نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش و تمایل به شرکت و حضور تا پایان دوره درمان را داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس، به عنوان نمونه انتخاب شدند. همچنین دریافت تشخیص اختلال اضطراب فراگیر از سوی روان‌پزشک مرکز، کسب نمره بالاتر از ۱۰ در پرسشنامه GAD-7 (با توجه به نقطه برش پرسشنامه)، عدم دریافت خدمات مشاوره، روان‌درمانی یا روان‌پزشکی به صورت همزمان و رضایت آگاهانه جهت شرکت در درمان، به عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش و عدم تمایل آزمودنی به ادامه جلسات، به عنوان ملاک خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. از این تعداد، سه بیمار درمان برنامه زمانی - پارادوکسی و سه بیمار درمان شناختی - رفتاری دریافت کردند. از هر شش آزمودنی پیش‌آزمون به عمل آمد. پس از پایان درمان برای اندازه‌گیری اثر هر یک از درمان‌های برنامه زمانی - پارادوکسی و درمان شناختی - رفتاری از آزمودنی‌ها پس‌آزمون گرفته شد. سپس در مرحله پیگیری نیز یک‌ماه پس از پایان درمان برنامه زمانی - پارادوکسی و درمان شناختی - رفتاری، پرسشنامه GAD-7 توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد.

### ابزار

در این پژوهش برای دستیابی به اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه زیر استفاده شد:

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر هفت سؤالی<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط اسپیتزر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده و دارای ۷ سؤال می‌باشد که هر یک از سؤالات به بررسی مشکلات روانی آزمودنی در دو هفته گذشته می‌پردازد. گزینه‌ها به صورت مقیاس لیکرت، هیچ‌وقت، چند روز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده‌اند. گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. در انتهای پرسشنامه سؤال ۸ ارائه می‌شود که به این نکته می‌پردازد که هر یک از مشکلات مطرح شده در ۷ سؤال تا چه اندازه در انجام کار، امور مربوط به خانه یا ارتباط فرد با دیگران مشکل ایجاد کرده‌است. گزینه‌های انتخابی عبارتند از: ۵ (خفیف)، ۱۰ (متوسط) و ۱۵ (شدید). اسپیتزر و همکاران با استفاده از تحلیل عاملی از یک مقیاس ۱۵ سؤالی، ۲ عامل استخراج کردند که ۸ سؤال آن مربوط به اضطراب بود و منجر به ساخت پرسشنامه سلامت بیمار (PHQ-8) گردید و ۷ سؤال دیگر مربوط به اضطراب بود و منجر به ساخت پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7) گردید (جانسون، اولونز، اوکتدالن و هافارت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). آن‌ها همچنین ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی این مقیاس را به ترتیب ۰٫۹۲ و ۰٫۸۳ گزارش کردند. اعتبار هم‌گرایی پرسشنامه با پرسشنامه‌های اضطراب بک، چک‌لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سؤالی (SCL-90) و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت (SF-20) مورد بررسی قرار گرفته‌است و ضریب همبستگی نمره مقیاس اضطراب فراگیر با

1. Generalized anxiety disorder scale-7 items
2. Spitzer
3. Johnson, Ulvenes, Øktedalen & Hoffart

پرسشنامه‌های اضطراب بک ۰,۷۲، چک‌لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سؤالی ۰,۷۴ و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت و ابعاد آن بین ۰,۳۰ برای بعد عملکرد جسمی تا ۰,۷۵ برای بعد سلامت روانی به‌دست آمده‌است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد بود. ضریب همبستگی مقیاس اختلال اضطراب فراگیر با پرسشنامه حالت-صفت اسپیلبرگر ۰,۷۱ (برای حالت) و ۰,۵۲ (برای صفت) و با خرده مقیاس اضطراب ۱۲ ماده‌ای از چک-لیست نشانه‌های بالینی (SCL-90) ۰,۶۳ به‌دست آمده‌است. ضریب همبستگی مقیاس اضطراب فراگیر و بعد سلامت روانی پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت عمومی (SF-36) ۰,۲۸- به‌دست آمد. همچنین نتایج نشان داد که مقیاس اختلال اضطراب فراگیر از اعتبار تشخیصی مناسبی نیز برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ ۰,۸۵ حاکی از پایایی مناسب این آزمون بوده‌است (لک، معاضدیان، حسینی‌المدنی، صداقت و عامری، ۱۳۹۱). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر نیز مقدار ۰,۸۵ به‌دست آمد.

#### مداخله

درمان برنامه زمانی - پارادوکسی: این پروتکل در چهارچوب مدل‌های نظری متفاوت، از تکنیک‌های تکرار انبوه<sup>۱</sup>، سیری محرک<sup>۲</sup>، غرقه‌سازی تجسمی<sup>۳</sup> و عینی<sup>۴</sup> در رفتاردرمانی، تا بازچهارچوب‌دهی<sup>۵</sup> در شناخت‌درمانی، قصد پارادوکسی<sup>۶</sup> در معنادرمانی<sup>۷</sup> و تحمیل تغییر به خانواده در مشقت‌درمانی<sup>۸</sup> به‌کار بسته شده‌اند و توسعه یافته‌اند (بشارت، ۱۳۹۹). این درمان از دو تکنیک اصلی یعنی پارادوکس (تجویز نشانه بیماری) و برنامه زمانی (انجام تکالیف در وقت و مدت‌زمان معین) تشکیل شده‌است و بر اساس ترکیب این دو تکنیک، عین نشانه‌های بیماری برای بیمار تجویز می‌شود و بیمار مکلف می‌شود این نشانه‌ها را، در وقت‌های معینی از شبانه‌روز و طی زمان مشخصی بازسازی کند. تکالیف (اجرای نشانه‌ها) یا باید در محدوده زمانی تعیین شده اجرا شود یا اصلاً اجرا نشود. همچنین درمانگر از بیمار می‌خواهد که ۲۴ ساعت پس از برگزاری اولین جلسه درمان، اجرای تکالیف تجویز شده را شروع کند. پایان جلسات درمان را نیز وضعیت بیمار تعیین می‌کند؛ در واقع زمان پایان درمان را تجربه مستقیم شخص بیمار تعیین می‌کند به این معنا که در مورد یک بیمار ممکن است، دو جلسه و برای بیمار دیگر پنج جلسه درمان نیاز باشد (بشارت و نقی پور، ۲۰۱۹). تعداد جلسات درمان برنامه زمانی - پارادوکسی به‌طور میانگین شش جلسه تعیین شد.

1. Massed practice
2. Stimulus satiation
3. implosion
4. flooding
5. reframing
6. Paradoxical intention
7. Logo therapy
8. Ordeal therapy

درمان شناختی - رفتاری: این روش درمانی مشتمل بر حدود ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای است. در این جلسات پس از مفهوم‌پردازی مشکل و آشنایی مراجع با مدل شناختی - رفتاری، از فنونی مانند پایش و چالش با افکار منفی و اضطراب‌زا، آرمیدگی<sup>۱</sup>، تنفس عمیق<sup>۲</sup>، مدیریت زمان و اصلاح سبک زندگی استفاده شد. در ادامه خلاصه جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

### جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی

جلسه	مداخله	اهداف و مداخلات درمانی
اول	خلاصه جلسات درمانی برنامه زمانی - پارادوکسی	معرفه و برقراری ارتباط اولیه، طرح مشکل و ارزیابی، طرح‌ریزی برنامه درمان. اجرای پیش‌آزمون. تجویز نشانه (تعیین سه نوبت وقت در طول روز برای انجام تکلیف‌های برنامه زمانی - پارادوکسی).
دوم		استفاده از مکانیسم اول، دستوری سازی - مصنوعی سازی.
سوم		پیگیری انجام تکالیف جلسه قبل و تجویز نشانه برحسب روند درمان با سیر نزولی.
چهارم		پیگیری انجام تکالیف جلسه قبل، تمرکز بر مکانیسم دوم، قطع رابطه نشانه و اضطراب و تجویز نشانه برحسب روند درمان با سیر نزولی.
پنجم		پیگیری انجام تکالیف جلسه قبل، تمرکز بر مکانیسم سوم، تغییر معنای نشانه برای بیمار و تجویز نشانه برحسب روند درمان با سیر نزولی.
ششم		پیگیری انجام تکالیف جلسه قبل، جمع‌بندی جلسات، پیش‌بینی بازگشت بیماری و آموزش نحوه رویارویی مراجع با این شرایط، خاتمه درمان. تکمیل پرسشنامه GAD-7 در قالب اجرای پس‌آزمون.
اول	خلاصه جلسات درمانی شناختی - رفتاری	معرفه و برقراری ارتباط اولیه، طرح مشکل و ارزیابی، آشنایی با مدل درمان و اجرای پیش‌آزمون. تکمیل برگه شناسایی هیجانات و افکار مرتبط با آن‌ها.
دوم و سوم		آموزش فنون آرمیدگی و تنفس عمیق. تمرین تنفس عمیق و تمرین روزانه ۱۵ تا ۲۰ دقیقه آرمیدگی.
چهارم و پنجم		آموزش جدول پایش افکار منفی. تکمیل جدول خودگزارش‌دهی افکار منفی و تمرین آرمیدگی.
ششم و هفتم		آموزش شناسایی خطای فکری. تکمیل جدول خودگزارش‌دهی افکار منفی، شناسایی خطای فکری و تمرین فن آرمیدگی.
هشتم و نهم		آموزش چالش با خطای فکری. تکمیل جدول خودگزارش‌دهی افکار منفی، شناسایی خطای فکری، تمرین چالش با خطای فکری و تمرین فن آرمیدگی.
دهم و یازدهم		آموزش مدیریت زمان از طریق فن فرم سبک زندگی. تکمیل فرم سبک زندگی و تمرین آرمیدگی.

۱. Relaxation and Deep breathing

۲. Deep breathing



### روش تحلیل

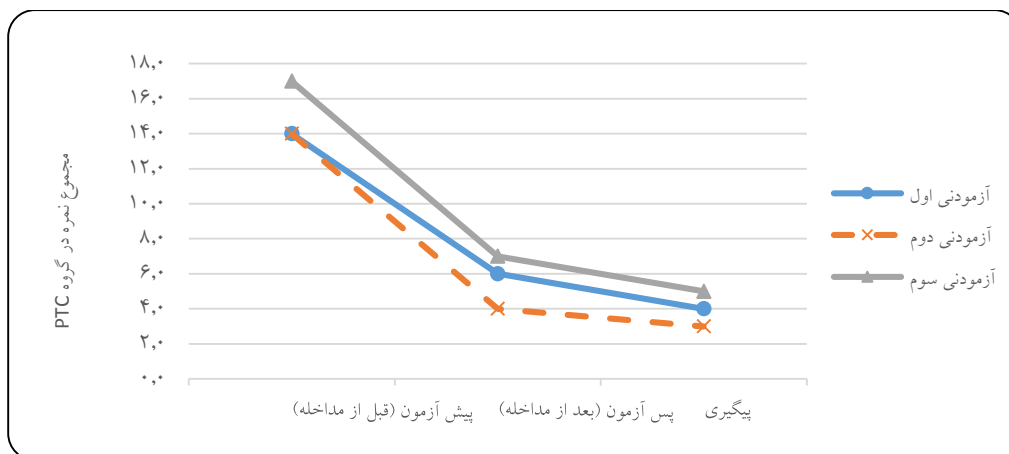
به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری زیر استفاده شد: الف) تحلیل نگاره‌ای: در این تحلیل که به صورت دیداری انجام می‌گیرد، از رسم نمودار استفاده می‌شود. به این صورت که نمرات به دست آمده از مراحل مختلف (خط پایه، انتهای مداخله و پیگیری) در نمودار وارد شده و فراز و فرود نمودار متغیر وابسته، مبنای قضاوت در مورد میزان تغییر قرار می‌گیرد و ب) تعیین درصد بهبودی با استفاده از فرمول زیر:

$$A\% = \frac{AO - AI}{AO} \times 100$$

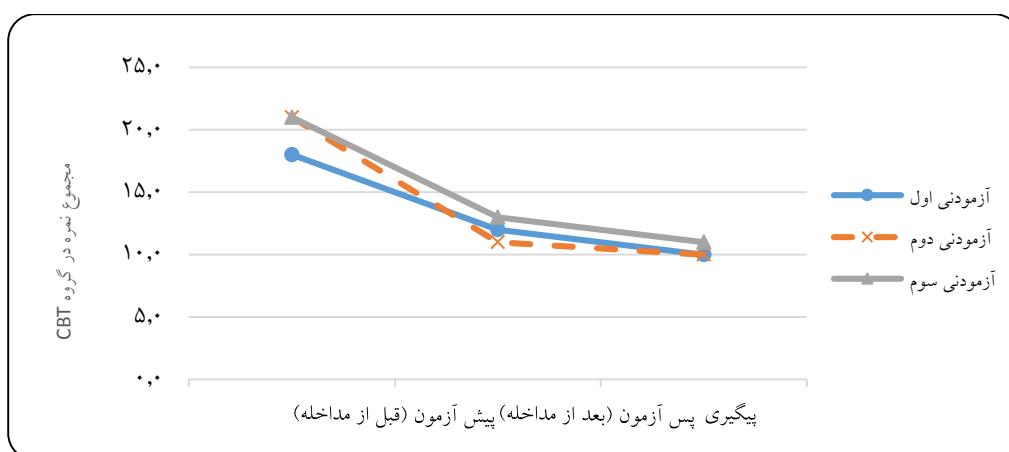
(AO = مشکل آماجی در جلسه پیش از مداخله؛ AI = مشکل آماجی در جلسه پس از مداخلات یا پیگیری و A% = درصد بهبودی). در این فرمول اختلاف نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون / پیگیری بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌شود و بهبودی ۵۰٪ یا بیشتر معنادار خواهد بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد.

### یافته‌ها

سن مشارکت‌کنندگان در درمان برنامه زمانی - پارادوکسی بین ۲۳ تا ۳۳ سال و سن مراجعانی که در درمان شناختی - رفتاری حضور داشتند نیز بین ۲۸ تا ۳۹ سال بود. در مجموع سن مشارکت‌کنندگان بین ۲۳ تا ۳۹ سال قرار داشته و میانگین و انحراف معیار ۳۰,۸ ± ۵,۳۵ سال بود. در نمودار ۱ و ۲، روند مربوط به نمرات اضطراب فراگیر در مراحل قبل از مداخله، بعد از مداخله و پیگیری یک‌ماهه پس از درمان برای دو گروه به تفکیک گزارش شده‌است.



شکل ۱: سیر نمرات اضطراب فراگیر آزمودنی‌های درمان برنامه زمانی - پارادوکسی (PTC)



شکل ۲: سیر نمرات اضطراب فراگیر آزمودنی‌های درمان شناختی - رفتاری (CBT)

به منظور بررسی معناداری مداخلات با توجه به این که روش مطالعه از نوع مطالعه موردی بود و امکان استفاده از شاخص‌های پارامتریک برای تحلیل نبود؛ مناسب‌ترین روش برای بررسی معناداری فرضیه و اثربخشی مداخلات، روش جاکوبسن و تراکس به نظر می‌رسد. در این تحلیل ابتدا شاخص تغییر پایدار و سپس نقطه برش برای بررسی معناداری آن استفاده شد. نتایج به دست آمده در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۲. مقایسه اثربخشی مداخلات در کاهش علائم بر حسب شاخص پایا و درصد بهبودی

نوع درمان	آزمودنی شماره ۱	آزمودنی شماره ۲	آزمودنی شماره ۳
پیش آزمون	۱۴	۱۴	۱۷

			پس آزمون
۷	۴	۶	خطای معیار اندازه‌گیری
۰,۱۹	۰,۱۴	۰,۱۴	تفاوت پیش‌آزمون-پس‌آزمون
۱۰	۱۰	۸	شاخص تغییر پایا پس‌آزمون
۳۶,۴۵	۵۰,۵۱	۴۰,۴۱	درصد بهبودی پس از پس‌آزمون
۵۹%	۷۱%	۵۷%	پیگیری
۵	۳	۴	تفاوت پیش‌آزمون-پیگیری
۱۲	۱۱	۱۰	شاخص تغییر پایا پیگیری
۴۳,۷۴	۵۵,۵۶	۵۰,۵۱	درصد بهبودی پس از پیگیری
۷۱%	۷۹%	۷۱%	درصد بهبودی کلی پس از درمان
	۷۴%		
۲۱	۲۱	۱۸	پیش‌آزمون
۱۳	۱۱	۱۲	پس‌آزمون
۰,۱۵	۰,۱۵	۰,۲۱	خطای معیار اندازه‌گیری
۸	۱۰	۶	تفاوت پیش‌آزمون-پس‌آزمون
۳۶,۰۳	۴۵,۰۴	۱۹,۸۳	شاخص تغییر پایا پس‌آزمون
۳۸%	۴۸%	۳۳%	درصد بهبودی پس از پس‌آزمون
۱۱	۱۰	۱۰	پیگیری
۱۰	۱۱	۸	تفاوت پیش‌آزمون-پیگیری
۴۵,۰۴	۴۹,۵۴	۲۶,۴۳	شاخص تغییر پایا پیگیری
۴۸%	۵۲%	۴۴%	درصد بهبودی پس از پیگیری
	۴۸%		درصد بهبودی کلی پس از درمان

درمان شناختی - رفتاری

چنانچه در جدول فوق ملاحظه می‌شود، در گروه درمانی برنامه زمانی - پارادوکسی با توجه به این که مقادیر شاخص پایا از مقدار ملاک یعنی ۱,۹۶ بالاتر بود، می‌توان گفت نتایج به‌دست‌آمده، ناشی از خطای اندازه‌گیری و عدم پایایی آزمون نبوده‌است و حاصل مداخله درمانی است. این نکته نیز قابل توجه است که مقدار معناداری پس از مداخله همچنان باقی مانده و این مسأله بیانگر آن است که در مرحله پیگیری درمان در هر سه آزمودنی ثبات تأثیر خود را بر کاهش علائم حفظ نموده‌است. درمان شناختی - رفتاری نیز در آزمودنی اول، دوم و سوم از مقدار ۱,۹۶ بالاتر است؛ بنابراین هر دو درمان برنامه زمانی - پارادوکسی و درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر اثربخش بوده‌اند.

در مقایسه دو روش درمان مورد استفاده، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده و مقایسه درصد آزمودنی‌های گروه اول (درمان PTC)، میزان بهبودی برای سه آزمودنی در این روش ۷۱٪، ۷۹٪ و ۷۱٪ است و درصد بهبودی آزمودنی‌های گروه دوم (درمان CBT)، برای سه آزمودنی مورد مطالعه برابر با ۴۴٪، ۵۲٪ و ۴۸٪

است، همچنین درصد بهبودی کل در روش درمانی برنامه زمانی - پارادوکسی در سه بیمار به طور متوسط ۷۴ درصد و درصد بهبودی کل در روش درمانی شناختی - رفتاری در سه بیمار مورد مطالعه ۴۸ درصد است. ملاحظه می شود که درصد بهبودی گروه اول بیشتر از گروه دوم است، بنابراین روش درمان برنامه زمانی - پارادوکسی اثربخش تر از روش درمان شناختی - رفتاری است.

### نتیجه

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان برنامه زمانی - پارادوکسی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش علائم زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که هر دو درمان برنامه زمانی - پارادوکسی و شناختی - رفتاری در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر، با توجه به شاخص پایا، معنادار هستند؛ همچنین تأثیر این دو درمان باثبات بوده و اثربخشی بعد از پیگیری یک ماهه به قوت خود باقی مانده است. میزان اثربخشی درمان برنامه زمانی - پارادوکسی نیز بیشتر از درمان شناختی - رفتاری است. در همین زمینه، خورشید<sup>۱</sup> به نقل از نیکان و همکاران (۱۴۰۰) معتقد است که درمان پارادوکسی، می تواند باعث بهبودی بیماران بستری در بخش های روان پزشکی شود و روش سودمندی برای درمان افراد دچار اختلالات اضطراب و افسردگی باشد. اسچاد، لوئیس، رایش و اسمیت<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) نیز بر این باور هستند که درمان پارادوکسی زمانی که با تمرین های آرام سازی همراه شود، می تواند علائم برخی از اختلالات اضطرابی مانند وسواس را کاهش دهد. این در حالی است که در روش برنامه زمانی چهار مکانیسم اثر وجود دارد که می تواند نسبت به سایر درمان های پارادوکسی که مبتنی بر یک مکانیسم اثر هستند، مؤثرتر باشد. در رابطه با مکانیسم اثربخشی و تأثیرگذاری درمان PTC بر اضطراب فراگیر، به طور کلی چهار مکانیسم اصلی در این درمان وجود دارد که می تواند روند تغییر را تبیین نماید. نخستین مکانیسم تأثیرگذار، دستوری سازی - مصنوعی سازی می باشد که به نظر می رسد بر کاهش نگرانی تأثیرگذار باشد؛ چرا که زمان بازسازی و تجربه حالت های اضطرابی توسط درمانگر تجویز می شود و می توان انتظار داشت که اضطراب فرد به طور طبیعی فعال شود؛ اما در ادامه این مکانیسم در کنار اصل تجویز عین نشانه و اصل شروع با تأخیر (۲۴ ساعت پس از اولین جلسه درمان) اضطراب حاصل از تکلیف را کاهش می دهد. پس از قطع رابطه نشانه با اضطراب توسط مکانیسم نخست، دیگر نشانه ها نمی توانند برای بیمار اضطرابی ایجاد نموده و به صورت تحمیلی و اجباری در ذهن بیمار تولید شوند. البته ادامه روند درمان یعنی مکانیسم چهارم را می توان دلیل نهایی دانست که ضامن پایداری مداخله و عدم عود بیماری باشد. به نحوی که پس از قطع رابطه نشانه و اضطراب و کاهش موقتی علائم، تغییر معنی نشانه باعث می شود درمان PTC بتواند معنای

1. Khurshid

2. Schad, Lewis, Raisch & Smith

ادراک شده بیماری را که عامل اصلی اضطراب او است را تغییر دهد. هنگامی که بیمار به شکل عملیاتی درک می کند که نشانه‌ها دیگر خاصیت پاتولوژیک ندارند، معنا و ارزش آنها برای او کمتر می شود. در واقع اینجاست که بی اثر بودن نشانه‌ها توسط بیمار تجربه شده و در نتیجه نگرانی و اضطراب وی کاهش می یابد. در رابطه با تأثیر درمان شناختی - رفتاری، هرچند این روش در پژوهش حاضر نسبت به برنامه زمانی - پارادوکسی تأثیر کمتری داشته اما در هر سه آزمودنی توانسته است به طور معناداری باعث کاهش علائم شان گردد. به طور کلی اگرچه یافته‌های پژوهش‌های مختلف (دایچ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸؛ لبلانک، بارتوسکا، بلانچارد، بیکر و بوئی<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱ و نیومن، زینال و هویر<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰) بیانگر آن است که این درمان، درمانی اثربخش است و می تواند برای کاهش علائم اضطراب در بیماران، مورد استفاده قرار گیرد اما برخی مطالعات کنترل شده نشان می دهند که درمان شناختی - رفتاری برای اختلالات اضطرابی با کاهش علائم در کوتاه مدت همراه است؛ نمی تواند پایایی و ماندگاری لازم را داشته باشد (کوپیترز، کریستیا، ویتز، جنتیلی و برکینگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶) و تنها حدود ۵۰ درصد از افرادی که این درمان را تا پایان دنبال می کنند، این پیشرفت و بهبودی را پس از درمان حفظ می کنند (شهریاری، زارع، علی اکبری و صرامی فروشانی، ۱۳۹۷). همچنین آنها تأکید دارند که تکنیک‌های مکمل و یا درمان‌های دیگری نیز وجود دارند که می توانند سودمندی بیشتری را نشان دهند (هوانگ، نیگاتو، اسمیل-کرویر، ژانگ و وانگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸).

در تبیین نهایی نتایج حاصل از پژوهش حاضر می توان گفت که هر دو درمان برنامه زمانی - پارادوکسی و درمان شناختی - رفتاری می توانند نتایج سودمندی داشته باشند. اما در رابطه با اثربخشی بیشتر، درمان برنامه زمانی - پارادوکسی می تواند به نوعی مبدأ و منشأ شکل گیری اختلال اضطراب فراگیر، یعنی ارتباط بین نشانه و اضطراب را هدف قرار دهد و با توجه به این که درمان برنامه زمانی - پارادوکسی، باعث افزایش توانمندی ایگو و قطع ارتباط بیشتر نشانه اضطراب می شود و معنای آن را به خوبی تغییر می دهد، می تواند اثر بیشتری نیز داشته باشد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را نیز به همراه داشت که از جمله آن‌ها می توان به محدودیت مرتبط با شیوه نمونه گیری، انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها، حجم نمونه، استفاده از پرسشنامه خودگزارشی به عنوان ابزار جمع آوری داده‌ها و تنها یک پیگیری یک ماهه اشاره کرد. بنابراین تعمیم پذیری نتایج مستلزم مطالعات بیشتری در این زمینه است.

- 
1. Daitch
  2. LeBlanc, Bartuska, Blanchard, Baker & Bui
  3. Newman, Zainal & Hoyer
  4. Cuijpers, Cristea, Weitz, Gentili & Berking
  5. Huang, Nigatu, Smail-Crevier, Zhang & Wang

پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، پژوهش‌های مشابهی روی نمونه‌های بزرگ‌تر، با حضور هر دو گروه زنان و مردان و با پیگیری‌های شش‌ماهه و یک‌ساله به‌منظور ارزیابی اثربخشی بلندمدت این درمان انجام شود. چه بسا که پیگیری‌های بلندمدت‌تر بتوانند در درک آثار و پیامدهای طولانی‌مدت این درمان بر اختلال اضطراب فراگیر کمک‌کننده باشند.

### سیاسگزاری

بدینوسیله از مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر و تمامی کسانی که به نوعی در اجرای این پژوهش نقش داشتند و روند اجرای آن‌را تسهیل کرده‌اند، به ویژه از مساعدت جناب آقای شانه‌ای و دکتر محمدعلی جمشیدی مدیر و مسئول فنی مرکز مشاوره صدرا، تشکر و قدردانی می‌شود.

### تعارض منافع

«بنا بر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هر گونه تعارض منافع بوده‌است.»

### منابع

- باچر، جیمز؛ مینکا، سوزان و هولی، جیل (۲۰۱۴). آسیب‌شناسی روانی (جلد: ۱). ترجمه: سیدمحمدی، یحیی (۱۳۹۲). تهران: ارسباران.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۹). پارادوکس + برنامه زمانی = درمان (مدل کامل درمان اختلال‌های روان‌شناختی). تهران: انتشارات رشد.
- بهشتی، نگار؛ زمستانی، مهدی و رضاعی، فرزین. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری معطوف بر عدم تحمل ابهام و درمان دارویی بر مؤلفه‌های نگرانی، عدم تحمل ابهام و اجتناب شناختی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۴ (۳)، ۲۴۰-۲۵۵.
- شهریاری، حسنیه؛ زارع، حسین؛ علی‌اکبری دهکردی، مهناز و صرامی فروشانی، علیرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری در درمان اختلال اضطراب فراگیر: یک مطالعه مروری با رویکرد فرا تحلیل. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۷ (۵)، ۴۶۱-۴۷۸.
- گال، مردیت؛ گال، والتر و گال، جویس. (۲۰۰۵). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی (جلد دوم). ترجمه: نصر، احمدرضا؛ عریضی، حمیدرضا؛ ابوالقاسمی، محمود؛ باقری، خسرو؛ علامت‌ساز، محمدحسین؛ پاک‌سرشت، محمد جعفر؛ دلاور، علی؛ کیامنش، علیرضا و خوی‌نژاد، غلامرضا. (۱۳۹۳). تهران: سمت.

لک، زهرا؛ معاضدیان، آمنه؛ حسینی‌المدنی، سید علی؛ صداقت، معصومه و عامری، سمیرا. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب معنادان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۶ (۲۴)، ۶۹-۸۴.

نریمانی، محمد؛ درویش حقجو، حسین؛ توکلی پله شاه، مهتاب و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۱). میزان شیوع اختلال اضطراب فراگیر و بررسی تفاوت جنسیتی درمیزان شیوع اختلال اضطراب فراگیر، چهارمین کنگره بین‌المللی سایکوسوماتیک، اصفهان، <https://civilica.com/doc/188445>

نیکان، عبدالصمد؛ لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام و مجتبایی، مینا. (۱۴۰۰). مقایسه برنامه زمانی - پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری بر نگرانی و نشخوار فکری افراد دچار اضطراب اجتماعی. رویش روان‌شناسی، ۱۰ (۱)، ۱-۱۴.

Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 93-107. doi:10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow

Besharat, M. A. & Naghipoor, M. (2019). The Application of a New Model of Paradox Therapy for the Treatment of Illness Anxiety Disorder: A Case Report. *Journal of Systems and Integrative Neuroscience*, 6: 1-5. doi:10.15761/JSIN.1000213

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, 35(6), 502-514.

Cuijpers, P., Cristea, I. A., Weitz, E., Gentili, C., & Berking, M. (2016). The effects of cognitive and behavioural therapies for anxiety disorders on depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(16), 3451-3462. doi:10.1017/S0033291716002348

Daitch, C. (2018). Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness, and Hypnosis as Treatment Methods for Generalized Anxiety Disorder. *Am J Clin Hypn*, 61(1), 57-69. doi:10.1080/00029157.2018.1458594

DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized Anxiety Disorder. *Ann Intern Med*, 170(7), ITC49-ITC64. doi:10.7326/aitc201904020

Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M. K., & Scott, S. (2016). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older

Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 24(11), 1063-1073. doi:10.1016/j.jagp.2016.06.006

Huang, J., Nigatu, Y. T., Smail-Crevier, R., Zhang, X., & Wang, J. (2018). Interventions for common mental health problems among university and college students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychiatr Res*, 107, 1-10. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.09.018

Johnson, S. U., Ulvenes, P. G., Øktedalen, T., & Hoffart, A. (2019). Psychometric Properties of the General Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale in a Heterogeneous Psychiatric Sample. *Front Psychol*, 10, 1713. doi:10.3389/fpsyg.2019.01713

Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., & Soucy, J. N. (2016). A randomized controlled trial of guided internet-delivered cognitive behaviour therapy for older adults with generalized anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 37, 1-9. doi:10.1016/j.janxdis.2015.10.006

LeBlanc, N. J., Bartuska, A., Blanchard, L., Baker, A., & Bui, E. (2021). Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Theoretical Foundations and Empirically Supported Strategies. *Psychiatric Annals*, 51(5), 210-215 .

Lorimer, B., Kellett, S., Nye, A., & Delgadillo, J. (2021). Predictors of relapse and recurrence following cognitive behavioural therapy for anxiety-related disorders: a systematic review. *Cogn Behav Ther*, 50(1), 1-18. doi:10.1080/16506073.2020.1812709

Newman, M. G., Zainal, N. H., & Hoyer, J. (2020). Cognitive- Behavioral Therapy (CBT) for Generalized Anxiety Disorder (GAD). *Generalized Anxiety Disorder and Worrying: A Comprehensive Handbook for Clinicians and Researchers*, 203-230.

Orvati Aziz, M., Mehrinejad, S. A., Hashemian, K., & Paivastegar, M. (2020). Integrative therapy (short-term psychodynamic psychotherapy & cognitive-behavioral therapy) and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*, 39, 101122. doi:10.1016/j.ctcp.2020.101122

Schad, J., Lewis, M. W., Raisch, S., & Smith, W. K. (2016). *Paradox Research in Management Science: Looking Back to Move Forward*. The



Academy of Management Annals, 10(1), 5-64.  
doi:10.1080/19416520.2016.1162422

Stefan, S., Cristea, I. A., Szentagotai Tatar, A., & David, D. (2019). Cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Contrasting various CBT approaches in a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology, 75*(7), 1188-1202. doi:10.1002/jclp.22779

Van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagenars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., . . . Engelhard, I. M. (2020). Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry, 77*(3), 265-273. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3986

## Comparison of the Effectiveness of Paradoxical Timetable Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Symptoms in Women with Generalized Anxiety Disorder

*Mahsima Pourshahriari*<sup>1</sup>

*Abbas Abdollahi*<sup>r</sup>

*Faezeh Peimanpak*<sup>r</sup>

### Abstract

The aim of this study was to examine the efficacy of paradoxical timetable treatment and cognitive-behavioral therapy in treating women with generalized anxiety disorder. In this study, the single-case experimental used. The population of the present research women with generalized anxiety disorder who referred to the Sadra Clinic had an active case in the summer and autumn of 2021. Among these, three patients received paradoxical timetable therapy, and three patients received

---

1. Associate Professor, Department of Counseling, Alzahra University, Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of Counseling, Alzahra University, Tehran, Iran

3. PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Alzahra University, Tehran, Iran  
(Corresponding author) f.peimanpak@alzahra.ac.ir

cognitive-behavioral therapy. The sample of this research selected convenience sampling. Generalized anxiety disorder scale-7 items used for collecting data. Chart analysis, reliable change index, clinical significance and Improvement percentage of paradoxical time table for data analysis. Data were analyzed using SPSS-26 software. The results showed that both paradoxical timetable treatment and cognitive-behavioral therapy were effective in reducing the symptoms of generalized anxiety disorder. Comparing the two treatment methods according to the obtained results and comparing the percentage of paradoxical timetable treatment subjects, the improvement rate for the three subjects in this method is 71%, 79% and 71% and the recovery percentage of cognitive-behavioral therapy subjects for the three subjects is 44%, 52% and 48%, also the percentage of total improvement in paradoxical timetable treatment in three patients is on average 74% and the percentage of total improvement in cognitive-behavioral therapy in three patients is 48%. According to the findings of the study, treatment of paradoxical timetable is an acceptable and quick method to decrease the symptoms of generalized anxiety, and can be used as a recommended treatment.

**Keywords:** Paradoxical timetable treatment, Cognitive-behavioral therapy, Generalized anxiety disorder