اثربخشی پارادوکس درمانی بر میزان نشخوار فکری و استحکام ایگو در نوجوانان دارای نشانه‌های بدشکلی بدن

آتنا فدائی [۱]، مرضیه پهلوان*[۲]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استادیار روانشناسی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی، آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هشتم، شماره سی‌ویک، پاییز ۱۴۰۵، صفحات ۲۰۰-۱۸۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر نشخوار فکری و استحکام ایگو در نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن انجام شد. این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه بود. از میان مدارس منطقه۴ تهران، دبیرستان دخترانه صدیقه کبری به‌صورت تصادفی انتخاب شد و ۳۰ دانش‌آموز دارای نشانه‌های بدشکلی بدن پس از غربالگری در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جای گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس وسواس فکری–عملی ییل براون، پرسشنامه نشخوار فکری (RSQ)، مقیاس استحکام من (ESS) و مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان بود. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) بررسی شد. نتایج نشان داد پارادوکس درمانی موجب کاهش نشخوار فکری و افزایش استحکام ایگو در گروه آزمایش شد (P<۰/۰۵) و در پیگیری یک‌ماهه هیچ عودی مشاهده نگردید. یافته‌ها بیانگر اثربخشی پایدار پارادوکس درمانی در بهبود نشانه‌های بدشکلی بدن است.

واژگان کلیدی: پارادوکس درمانی، اختلال بدشکلی بدن، نشخوار فکری، استحکام ایگو.

مقدمه

نوجوانان، به‌ویژه دختران، به دلایل اجتماعی، فرهنگی و نژادی به وزن، شکل بدن و ظاهر خود توجه افراطی و وسواس‌گونه نشان می‌دهند که می‌تواند به اختلال بدشکلی بدن (BDD)[1] منجر شود؛ اختلالی از طیف وسواسی–جبری با اشتغال ذهنی شدید و آشفتگی‌آور بر نقص جزئی واقعی یا خیالی در ظاهر (مانند چهره)، ناراحتی بالینی شدید و افت عملکرد اجتماعی و شغلی که یکی از رنج‌آورترین اختلالات مرتبط با تصویر بدنی است (جاسی و کربس[2]، ۲۰۲۳؛ محمدپور و همکاران، ۱۴۰۱؛ مارون و همکاران[3]، ۲۰۱۹؛ علی عسکری و همکاران، ۱۴۰۳).

نشخوار فکری[4] به معنای تمایل مداوم و غیرقابل‌کنترل به افکار تکراری و مزاحم درباره تجارب منفی است که فرد را در چرخه‌ای از افکار خودانتقادی و احساس درماندگی گرفتار می‌کند (پاپاگئورگیو و ولز[5]، ۲۰۰۱). این پدیده، پاسخ شناختی رایج به خلق منفی است و با افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات روانی ارتباط دارد (کوواکس و همکاران[6]، ۲۰۲۰؛ هرتلی[7] و همکاران، ۲۰۱۴؛ ولکنشتاین[8] و همکاران، ۲۰۱۴). در واقع، هرچه سلامت روان پایین‌تر باشد، احتمال درگیری فرد با نشخوار ذهنی افزایش می‌یابد (پالمیری و همکاران[9]، ۲۰۲۱؛ تانمورا[10]، ۲۰۱۸). از آنجا که نشخوار فکری می‌تواند کارکردهای روانی را تضعیف کند، استحکام ایگو[11] به‌عنوان عاملی محافظتی در برابر چنین فرایندهای شناختی اهمیت دارد. استحکام ایگو به توانایی فرد در حفظ تعادل و سازگاری روانی در مواجهه با فشارهای درونی و بیرونی اشاره دارد (مفاخری و روحانی، ۱۴۰۳). از دیدگاه فروید[12] (۱۹۲۳) و اریکسون[13] (۱۹۶۵)، این توانایی نقشی کلیدی در مدیریت تعارض‌های روانی و پایداری شخصیت ایفا می‌کند و ضعف آن، فرد را در برابر هیجانات و بحران‌های روانی آسیب‌پذیر می‌سازد (بشارت، ۱۳۹۵).

پارادوکس درمانی رویکردی نوین[14]، کوتاه‌مدت و مؤثر در روان‌درمانی است که درمانگر با تجویز تکالیف پارادوکسیک (تجویز عمدی علائم و هیجانات منفی) و برنامه‌ریزی زمانی مشخص، بیمار را وادار به تجربه هدفمند این علائم در زمان‌های تعیین‌شده می‌کند؛ این روش مقاومت ذهنی را کاهش داده، تغییرات عمیق و پایدار در ساختار روانی ایجاد می‌نماید، الگوهای مشکل‌ساز را حذف کرده و با اثربخشی سریع، پایداری بالا و احتمال عود کم، راهکاری ایده‌آل برای درمان اختلالاتی مانند BDD ارائه می‌دهد (بشارت، ۱۳۹۸، ۱۴۰۴). این پژوهش اثربخشی پارادوکس درمانی را در کاهش علائم اختلال بدشکلی بدن و استرس مرتبط با آن در نوجوانان موردبررسی قرار می‌دهد.

پژوهش‌های داخلی اخیر اثربخشی پارادوکس درمانی را در طیف گسترده‌ای از اختلالات تأیید می‌کنند. بشارت (۱۴۰۴) پایداری سه‌ساله بدون عود را در مشکلات شخصیتی با رویکردی کوتاه‌مدت و مقرون‌به‌صرفه نشان داد. میریان و همکاران (۱۴۰۴)

[1] body dysmorphic disorder
[2] Jassi, & Krebs
[3] Marron
[4] rumination
[5] Papageorgiou, & Wells
[6] Kovács,
[7] Hartley
[8] Wolkenstein
[9] Palmieri
[10] Tanemura
[11] ego strength
[12] Freud
[13] Erikson,
[14] paradox timetable cure

سوگیری تن‌انگاره و رفتارهای اجتنابی را در افراد چاق مبتلا به بدریختی بدن کاهش دادند؛ سعیدی‌نژاد و همکاران (۱۴۰۳) اضطراب مادران نوزادان نارس را مهار و استحکام من را افزایش دادند؛ محبوبی و همکاران (۱۴۰۳) رضایت تن‌انگاره و هیجانات منفی زنان BDD را بهبود بخشیدند؛ طاهرنژاد جوزم و همکاران (۱۴۰۱) خودشناسی و تاب‌آوری را در ضایعه نخاعی ارتقا دادند؛ نمازی و همکاران (۱۴۰۱) نشخوار فکری OCD را کنترل کردند؛ و محمدی و همکاران (۱۳۹۹) علائم وسواسی را کم کردند.

مطالعات خارجی نیز همبستگی تصویر ضعیف بدن با اختلالات روانی را برجسته ساخته‌اند. گانسون و همکاران[1] (۲۰۲۵) هم‌پوشانی BDD عضلانی و بی‌اشتهایی را اثبات کردند؛ تورپ و همکاران[2] (۲۰۲۴) ادراک چاقی را با افسردگی نوجوانان دانمارکی مرتبط دانستند؛ حیدر و همکاران[3] (۲۰۲۳) نقش BMI/سن را در پاکستان نشان دادند؛ وان‌کرکهوون و همکاران[4] (۲۰۲۲) تعامل هویت-بدن را در نوجوانی بررسی کردند؛ حکیم و همکاران[5] (۲۰۲۱) BDD را پیش‌بینی کننده افسردگی سعودی‌ها یافتند؛ و راموس و همکاران[6] (۲۰۱۹) BMIو نارضایتی بدن را در اسپانیا مرتبط ساختند. برخی پژوهشگران تأکید کرده‌اند که روش‌های درمانی سنتی کافی نیستند و استفاده از رویکردهای نوینی مانند پارادوکس درمانی ضرورت دارد (هافمن و همکاران[7]، ۲۰۱۲). بااین‌حال، باوجود نتایج مثبت در میان بزرگ‌سالان (محمدپور و اسلمی، ۱۴۰۱؛ بشارت، ۱۳۹۸)، پژوهش‌های اندکی درباره‌ی اثربخشی پارادوکس درمانی در نوجوانان دارای نشانه‌های بدشکلی بدن انجام‌شده است. لازم به ذکر است که در مرور منابع خارجی، پژوهشی یافت نشد که مستقیماً به بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر نشخوار فکری یا استحکام ایگو در نوجوانان دارای نشانه‌های بدشکلی بدن پرداخته باشد.

نوجوانی (۱۰-۱۹ سالگی) دوره سرنوشت‌ساز رشد فیزیکی، شناختی و روانی-اجتماعی است که سلامت روان در آن، به‌ویژه در دختران، تحت تأثیر فشارهای تحصیلی، انتظارات اجتماعی و نگرانی‌های ظاهری قرار دارد (اوکلی و همکاران[8]، ۱۴۰۴؛ سازمان بهداشت جهانی[9]، ۱۳۹۹؛ پوتربنی و همکاران[10]، ۱۳۹۶). اختلال بدشکلی بدن، با اشتغال ذهنی افراطی به نقص‌های ظاهری خیالی یا جزئی، رفتارهای تکراری (چک آینه، مقایسه، آرایش بیش‌ازحد) و نشخوار فکری مزاحم مشخص می‌شود که اضطراب را تشدید، عملکرد تحصیلی/اجتماعی را مختل و استحکام ایگو را تضعیف می‌کند (DSM5_TR[11]،۲۰۲۲؛ بشارت، ۱۳۹۹؛ سادوک[12]، ۱۳۹۴؛ ناگی و همکاران[13]، ۱۴۰۲). نشخوار فکری—تمرکز مداوم بر افکار منفی خودآیند—حل مسئله را مختل و پریشانی روانی را افزایش می‌دهد (هولداوی و همکاران[14]، ۱۳۹۷)، درحالی‌که استحکام ایگو، توانایی تعادل‌بخشی میان اید، سوپرایگو و واقعیت، در این نوجوانان به‌دلیل تصویر بدنی منفی فرسوده شده و چرخه معیوب پریشانی ایجاد می‌کند (استروپ[15]،

[1] Ganson
[2] Thorup
[3] Haider
[4] Vankerckhoven
[5] Hakim,
[6] Ramos
[7] Hofmann
[8] Oakley
[9] the world health organization
[10] Potrebny
[11] the diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition text revision (DSM_5_TR)
[12] Sadock
[13] Nagy
[14] Holdaway
[15] Stroop

۱۳۶۰؛ بشارت و شاهوردی، ۱۴۰۰). درمان‌های متداول CBTو SSRI با محدودیت‌هایی چون طولانی‌مدت بودن (۲۰+ جلسه)، هزینه بالا و عود قابل‌توجه مواجه‌اند (کربس و همکاران[1]، ۱۳۹۶)، اما پارادوکس درمانی (PTC)—مدل بومی دکتر بشارت (۱۳۹۶، ۱۳۹۹)—کوتاه‌مدت (۶-۸ جلسه)، ساده، فرهنگ‌محور و پایدار است که با تکنیک‌های پارادوکسیکال (پذیرش کامل، مواجهه عمدی، بی‌اعتنایی آگاهانه)، اضطراب را حذف، نشخوار فکری را کاهش و استحکام ایگو را تقویت می‌کند (بشارت و نقی‌پور، ۱۳۹۸؛ نیکان و همکاران، ۱۳۹۹؛ تقی‌لو و همکاران، ۱۴۰۲). هدف اصلی پژوهش بررسی تأثیر پارادوکس درمانی بر کاهش نشخوار فکری و افزایش استحکام ایگو در نوجوانان دارای BDD است و فرضی که در این مطالعه مطرح می‌شود این است که پارادوکس درمانی بر میزان نشخوار فکری و استحکام ایگو در نوجوانان دارای نشانه‌های بدشکلی بدن تأثیرگذار است.

روش پژوهش

این پژوهش یک مطالعه شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه بود که در منطقه ۴ تهران انجام شد. از میان ۲۲ منطقه شهر تهران، منطقه ۴ به‌صورت تصادفی انتخاب شد و سپس از میان حدود ۶۲ دبیرستان دخترانه این منطقه، دبیرستان صدیقه کبری به‌طور تصادفی برگزیده شد. در این مدرسه نیز نمونه‌گیری به‌صورت داوطلبانه انجام گرفت؛ به این صورت که دانش‌آموزانی که از بدشکلی بدن شکایت داشتند داوطلبانه مراجعه کردند. از میان آنان ۳۰ نفر که طبق ملاک‌های DSM-5-TR دارای نشانه‌های اختلال بودند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گماشته شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل مقیاس وسواس فکری-عملی ییل-براون برای بدشکلی بدن (YBOCS-BDD)، پرسش‌نامه استحکام من (ESS) و مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان (TOSRS) بود. گروه آزمایش تحت جلسات پارادوکس درمانی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه جمع‌آوری و با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) در نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. ملاک‌های ورود شامل سن ۱۳ تا ۱۸ سال، داشتن نشانه‌های بدشکلی بدن و رضایت داوطلبانه بود و ملاک‌های خروج شامل اختلال روانی شدید، مصرف دارو، سابقه بستری، نواقص جسمانی محسوس و اعتیاد بودند. تمام مراحل پژوهش با رعایت اصول اخلاقی، حفظ محرمانگی اطلاعات و اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و والدین آن‌ها انجام گرفت.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه خصوصیات دموگرافیک: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک عبارت است از ویژگی‌هایی مانند جنسیت، سن، شهر محل سکونت، وضعیت تأهل، تحصیلات و خصوصیات دموگرافیک یا جمعیت‌شناسی که از فرد توسط پرسش‌نامه خصوصیات دموگرافیک به دست آورده شد.

پرسش‌نامه نشخوار فکری (RSQ): پرسش‌نامه نشخوار فکری (RRS) توسط نولن-هوکسما و مارو[2] (۱۹۹۱) برای افراد بالای ۱۴ سال طراحی‌شده و با ۲۲ سؤال لیکرت ۴ درجه‌ای (۱=هرگز تا ۴=همیشه) نشخوار فکری را می‌سنجد. این ابزار شامل بازتاب (سؤالات ۷، ۱۱، ۱۲، ۲۰، ۲۱)، فرورفتن در فکر (سؤالات ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۶) و مؤلفه افسردگی‌محور (سؤالات ۱-۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷-۱۹، ۲۲) است. پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰,۹۰ و ضریب بازآزمایی ۰,۶۷ (نولن-هوکسما و همکاران، ۲۰۰۳) تأیید شده و روایی آن در مطالعه‌ای بر ۱۱۹ دانشجوی دانشگاه فردوسی مشهد نشان داد که نشخوار فکری پس از کنترل سن، جنس و اضطراب، ۳۰٪ واریانس افسردگی را پیش‌بینی می‌کند (باقری نژاد و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ

[1] Krebs
[2] Nolen-Hoeksema, & Morrow

برای پرسشنامه نشخوار فکری ۰٫۸۱ بود. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های بازتاب، در فکر فرورفتن، افسردگی به ترتیب ۰٫۷۶، ۰٫۷۳، ۰٫۷۱ بود.

پرسش‌نامه استحکام من (ESS): مقیاس استحکام من (ESS)، طراحی‌شده توسط دکتر بشارت (۱۳۹۵)، با ۲۵ سؤال و ۵ زیرمقیاس، واکنش فرد به موقعیت‌های دشوار را بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=خیلی کم تا ۵=خیلی زیاد) ارزیابی می‌کند. زیرمقیاس‌ها شامل مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته، راهبردهای مقابله مسئله‌محور و راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت هستند (نمره هر زیرمقیاس: ۵–۲۵، نمره کل: ۲۵–۱۲۵؛ نمرات بالاتر=استحکام بیشتر). پایایی آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰٫۸۹–۰٫۹۳ و زیرمقیاس‌ها۰٫۶۹–۰٫۹۰ گزارش شده است (نمونه‌های بیمار ۳۷۲ و عادی ۱٫۲۵۷ نفر؛ ۱۳۸۴–۱۳۹۳). روایی همگرا با فهرست عواطف مثبت دارای همبستگی ۰٫۳۰–۰٫۴۳ است (بشارت، ۱۳۹۵). هنجاریابی بر۲۷۰ دانشجو و دانش‌آموزان دبیرستانی انجام‌شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفایب کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها به‌ترتیب برای مهار من ۰٫۷۴، برای تاب‌آوری من ۰٫۷۶، برای مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته ۰٫۷۱، برای راهبردهای مقابله مسئله‌محور ۰٫۷۳، برای راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت ۰٫۷۲ برای نمره کل ۰٫۸۲ بود.

مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری جبری یل – براون برای اختلال بدشکلی (YBOCS-BDD): مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری–جبری یل–براون برای اختلال بدشکلی بدن (BDD-YBOCS) توسط فلیپس و همکاران[1]، (۱۹۹۷) ساخته‌شده و شامل ۱۲ سؤال در سه عامل اصلی وسواس فکری، وسواس عملی و بینش و اجتناب است که شدت نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن را در افراد ۱۴ سال به بالا می‌سنجد. پاسخ‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۰ کاملاً مخالفم تا ۴ کاملاً موافقم انجام می‌شود و نمره ۲۰ و بالاتر نشانه وجود اختلال بدشکلی بدن است. پژوهش فلیپس و همکاران، (۱۹۹۷)، بر روی ۱۲۵ بیمار سرپایی نشان داد این مقیاس از ساختار سه عاملی با برازش مطلوب برخوردار است و پایایی از نوع بازآزمایی در فاصله یک هفته (r=۰/۸۸) و آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد. همچنین روایی ملاکی آن با مقیاس عملکرد کلی (GAF) r= ۰/۵۱ و با فرم کوتاه درجه‌بندی روان‌پزشکی (BPRS) r= ۰/۱۹گزارش شد، که بیانگر اعتبار همگرای مناسب است. بررسی بوردنر[2] (۲۰۰۷)، در حوزه درمان دارویی نیز نشان داد که این مقیاس نسبت به تغییر شدت علائم بسیار حساس است و میانگین نمرات-YBOCS BDDپس از درمان حدود ۵۰ درصد کاهش داشت. در ایران، ربیعی و همکاران (۱۳۸۷) روایی و پایایی این ابزار را تأیید کردند؛ به‌گونه‌ای که ضرایب آلفای کرونباخ، دونیمه‌سازی و گاتمن به‌ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۳ و ۰/۹۲ به دست آمد و همبستگی آن با پرسشنامه پادوا ۰/۵۸ و با مقیاس رضایت بدنی ۰/۳۳ بود. این نتایج نشان می‌دهد که BDD-YBOCSابزاری معتبر، پایا و حساس برای سنجش شدت اختلال بدشکلی بدن است .در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰٫۷۹ بود. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های وسواس فکری، وسواس عملی، اجتناب و بینش به ترتیب ۰٫۷۰، ۰٫۷۶، ۰٫۷۳ و ۰٫۷۷ بود.

مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان، (TOSRS): مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان (TOSRS) توسط محمدعلی بشارت (۱۳۸۲) طراحی‌شده و به‌عنوان ابزار خودگزارشی برای ارزیابی تغییرات مثبت درمانی و رضایت مراجع از نتایج درمان استفاده می‌شود. این مقیاس بر اساس الگوی مقیاس‌های عددی، کلامی و دیداری (جنسن و همکاران، ۱۹۸۶؛ جنسن و کارولی[3]، ۲۰۰۱)

[1] Phillips
[2] Bordner
[3] Jensen, & Karoly

در دو فرم عددی و کلامی ارائه‌شده و تغییرات درمانی را از ۱ (کمترین تغییر و رضایت) تا ۱۰ (بیشترین تغییر و رضایت) یا ٪۱۰ تا ٪۱۰۰ می‌سنجد. درمانگر از طریق گفتگو و جدول نمره‌گذاری، رضایت مراجع از تغییرات جلسه قبل تا کنونی را ثبت می‌کند و در صورت اختلاف کلامی و عددی، بررسی تکمیلی انجام می‌دهد. پایایی بین ارزیابان آن (ضریب همبستگی بین طبقه‌ای) برای ۴۷ زوج ارزیاب ۸۰/۰ تا ۹۰/۰ گزارش شده است (بشارت، ۱۳۸۲، ۱۳۹۵).

پارادوکس درمانی (PTC): در پارادوکس درمانی، مراجع به بازسازی علائم رفتاری آزاردهنده و رنج‌آور می‌پردازد و همزمان تکلیفی دریافت می‌کند تا همان علائم را در زمان مشخصی بازسازی و تجربه کند؛ ترکیب این دو مؤلفه، پارادوکس درمانی را تشکیل می‌دهد (بشارت، ۱۳۹۶). این رویکرد با به چالش کشیدن ادراک مراجع از خود و تمرکز بر نقاط قوت به جای ضعف‌ها، استحکام من را تقویت کرده و راهبردهای مقابله‌ای ایجاد می‌کند (طاهرنژاد جوزم و همکاران، ۱۴۰۱). در این پژوهش، پارادوکس درمانی به‌عنوان متغیر مستقل، استرس به‌عنوان متغیر وابسته و نشانه‌های بدشکلی بدن به‌عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شد و از طرح شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده گردید؛ جلسات درمانی به مدت ۶ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) اجرا شد. خلاصه جلسات پارادوکس درمانی بر اساس پژوهش بشارت و همکاران (۱۴۰۲) به شرح زیر است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان

جلسه	خلاصه راهنمای درمان
جلسه اول: ارزیابی وضعیت فردی، خانوادگی و اجتماعی مراجع همراه با بررسی دقیق مشکلات، تعیین اهداف درمان و ارائه برنامه و تکالیف متناسب با نشانه‌ها.	
جلسه دوم: ارزیابی اجرای تکالیف قبلی، بررسی موانع و نتایج آن، سنجش پیشرفت درمان و تصمیم‌گیری درباره اصلاح یا تداوم تکالیف.	
جلسه سوم: ارزیابی انجام تکالیف قبلی، شناسایی موانع و پیامدها، سنجش تغییرات درمانی، تصمیم‌گیری درباره تداوم آن‌ها و تعیین تکالیف جدید برای جلسه بعد.	
جلسه چهارم: ارزیابی انجام تکالیف قبلی، شناسایی موانع و پیامدها، سنجش تغییرات درمانی، تصمیم‌گیری درباره تداوم آن‌ها و تعیین تکالیف جدید برای جلسه بعد.	
جلسه پنجم: ارزیابی اجرای تکالیف قبلی، شناسایی موانع و پیامدها، سنجش تغییرات درمانی، تصمیم‌گیری درباره تداوم یا تغییر تکالیف، تعیین تکالیف جدید و در صورت نیاز استفاده از فنون مکمل پارادوکسی.	
جلسه ششم: در صورت لزوم و در جلسات پایانی، توضیح نحوه انجام خوددرمانی توسط مراجع برای آینده و همچنین تکمیل پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های مربوط به پژوهش انجام می‌شود.	

یافته‌ها

میانگین سن گروه آزمایش ۱۶/۲۷ سال (انحراف معیار ۰/۴۶) و گروه کنترل ۱۶/۱۳ سال (انحراف معیار ۰/۳۵) بود؛ میانگین کلی نمونه ۱۶/۲۰ سال و دامنه‌ی سنی بین ۱۶ تا ۱۷ سال گزارش شد. در گروه آزمایش ۱۰ نفر ۶۷/۷ درصد و در گروه کنترل ۹ نفر ۶۰ درصد در رشته‌ی انسانی و به‌ترتیب ۵ نفر ۳۳/۳ درصد و ۶ نفر ۴۰ درصد در رشته‌ی تجربی بودند؛ درمجموع ۱۹ نفر ۶۳/۳ انسانی و ۱۱ نفر ۳۶/۷ درصد تجربی بودند. آزمون لوین نشان داد در متغیر نشخوار فکری (P =۰/۱۲۵، F =۲/۴۹۸)، استحکام ایگو (P = ۰/۶۷۱، F = ۰/۱۷۴) و در اختلال بدشکلی بدن (P =۰/۱۷۱، F =۱/۴۴۱) مقدار P بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بوده و تساوی واریانس‌ها تأیید شد. آزمون کرویت موخلی نیز در نشخوار فکری (P =۰/۰۶۶، df=۲، X2 = ۹/۱۵۲، W = ۰/۷۴۴)، استحکام

ایگو (P =۰/۰۷۴، df=۲، X2 = ۸/۶۲۱، W =۰/۵۴۴) در اختلال بدشکلی بدن (P =۰/۰۷۳، df=۲، X2 =۸/۳۲۲، W=۰/۸۷۳) غیرمعنادار بود؛ بنابراین مفروضه‌ی کرویت برقرار و انجام تحلیل کوواریانس و واریانس مکرر مجاز تشخیص داده شد.

جدول ۲. میانگین های تعدیل‌شده پس‌آزمون اضطراب، نشخوار فکری و اختلال بدشکلی بدن نوجوانان در گروه‌های مطالعه

متغیرها	گروه‌های مطالعه	میانگین‌های تعدیل‌شده	خطاهای معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
				حد پایین	حد بالا
استحکام من	آزمایش	۵۴/۴۵۱	۰/۹۴۸	۵۲/۵۰۶	۵۶/۳۹۷
	کنترل	۴۷/۹۴۹	۰/۹۴۸	۴۶/۰۰۳	۴۹/۸۹۴
نشخوار فکری	آزمایش	۶۱/۰۶۲	۰/۹۹۷	۵۹/۰۱۷	۶۳/۱۰۶
	کنترل	۶۶/۵۳۸	۰/۹۹۷	۶۴/۴۹۴	۶۸/۵۸۳
اختلال بدشکلی بدن	آزمایش	۴۵/۰۱۸	۰/۷۸۳	۴۳/۴۱۲	۴۶/۶۲۴
	کنترل	۴۷/۵۱۵	۰/۷۸۳	۴۵/۹۰۹	۴۹/۱۲۲

جدول ۲ نشان دهنده میانگین های تعدیل شده پس‌آزمون استحکام من، نشخوار فکری و اختلال بدشکلی بدن نوجوانان و زیر مقیاس آن‌ها در گروه‌های مطالعه است. میانگین‌های تعدیل‌شده در واقع میانگین‌هایی هستند که پس از کنترل یا حذف اثر متغیرهای کمکی (عامل پیش آزمون)، محاسبه می‌شوند.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره اضطراب، استحکام من، نشخوار فکری و اختلال بدشکلی بدن نوجوانان در گروههای مطالعه

عوامل موثر مجذورات	متغیرها	درجه آزادی	میانگین	ارزش F	معناداری p	اندازه اثر Eta.
	استحکام من	۱	۴۱۰/۵۳۱	۳۰/۴۴۰	۰/۰۰۱ **	۰/۵۳
عامل	نشخوار فکری	۱	۴۴/۴۵۱	۲/۹۸۴	۰/۰۹۶	۰/۱۰
پیش آزمون	اختلال بدشکلی بدن	۱	۴۱۱/۵۵۵	۴۷/۰۴۹	۰/۰۰۱ **	۰/۶۴
	استحکام من	۱	۳۱۷/۰۹۷	۲۳/۵۱۲	۰/۰۰۱ **	۰/۴۶
عامل گروه	نشخوار فکری	۱	۲۲۴/۹۶۷	۱۵/۱۰۲	۰/۰۰۱ **	۰/۳۶
	اختلال بدشکلی بدن	۱	۴۲/۴۵۱	۴/۸۵۳	۰/۰۳۶	۰/۱۵

(**) معنا داری درسطح ۰/۰۱ و **(*)** معنا داری درسطح ۰/۰۵

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان می دهد که میانگین‌های استحکام من، نشخوار فکری و اختلال بدشکلی بدن در گروه آزمایش با گروه کنترل ازنظر آماری در سطح کمتر از پنج صدم (P<۰/۰۵) و کمتر از یکصدم (P<۰/۰۱)، تفاوت معناداری دارد؛ به عبارت دیگر با مراجعه جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود که میانگین های پس‌آزمون نشخوار فکری و اختلال بدشکلی بدن نوجوانانی که در گروه آزمایش تحت پارادوکس درمانی قرار داشتند، در مقایسه با گروه کنترل که تحت پارادوکس درمانی قرار نداشتند، کاهش داشته است. همچنین میانگین پس‌آزمون استحکام من نوجوانانی که در گروه آزمایش تحت پارادوکس درمانی قرار داشتند، در مقایسه با گروه کنترل که تحت پارادوکس درمانی قرار نداشتند، افزایش داشته است. اندازه اثر

برای عامل گروه برای استحکام من برابر است با (Eta=۰/۴۶)، برای نشخوار فکری برابر است با (Eta=۰/۳۶) و برای اختلال بدشکلی بدن برابر است با (Eta=۰/۱۵).

جدول ۴. میانگین های تعدیل شده نشخوار فکری، استحکام ایگو و اختلال بدشکلی بدن نوجوانان درگروه‌های مطالعه

گروه‌ها	مراحل آزمون	میانگین‌های تعدیل شده	خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
				حدپایین	حدبالا
	آزمایش (نشخوار فکری) پیش آزمون	۶۷/۵۳۳		۱/۱۱۸	۶۵/۲۴۲
					۶۹/۸۲۴
	پس‌آزمون	۶۱/۰۶۷	۱/۰۳۱	۵۸/۹۵۴	۶۳/۱۷۹
	پیگیری	۶۱/۲۶۷	۱/۰۵۳	۵۹/۱۱۱	۶۳/۴۲۳
کنترل	پیش آزمون	۶۷/۶۰۰	۱/۱۱۸	۶۵/۳۰۹	۶۹/۸۹۱
	پس‌آزمون	۶۶/۵۳۳	۱/۰۳۱	۴۲۱/۶۴	۶۸/۶۴۶
	پیگیری	۶۶/۸۰۰	۱/۰۵۳	۶۴/۶۴۴	۶۸/۹۵۶
	آزمایش (استحکام من) پیش ازمون	۴۷/۰۰۰	۱/۶۲۴	۴۳/۶۷۴	۵۰/۳۲۶
	پس‌آزمون	۵۴/۴۶۷	۱/۳۵۸	۵۱/۶۸۵	۵۷/۲۴۹
	پیگیری	۵۴/۰۰۰	۱/۳۰۱	۵۱/۳۳۶	۵۶/۶۶۴
کنترل	پیش آزمون	۴۶/۶۶۷	۱/۶۲۴	۴۳/۳۴۱	۴۹/۹۹۳
	پس‌آزمون	۴۷/۹۳۳	۱/۳۵۸	۴۵/۱۵۱	۵۰/۷۱۵
	پیگیری	۴۸/۲۰۰	۱/۳۰۱	۴۵/۵۳۶	۰/۸۶۴
	آزمایش (بدشکلی بدن) پیش آزمون	۵۳/۰۰۰	۲/۰۳۶	۴۸/۸۲۹	۵۷/۱۷۱
	پس‌آزمون	۴۶/۲۰۰	۱/۵۹۷	۴۲/۹۲۸	۴۹/۴۷۲
	پیگیری	۴۶/۵۳۳	۱/۵۳۷	۴۳/۳۸۶	۴۹/۶۸۱
	پیش آزمون	۵۲/۶۰۰	۲/۰۳۶	۴۸/۴۲۹	۵۶/۷۷۱
کنترل	پس‌آزمون	۵۱/۷۳۳	۱/۵۹۷	۴۸/۴۶۲	۵۵/۰۰۵
	پیگیری	۵۲/۰۰۰	۱/۵۳۷	۴۸/۸۵۲	۵۵/۱۴۸

نتایج جدول ۴ نشان دهنده میانگین های تعدیل شده، خطای معیار و فاصله اطمینان ۹۵ درصد نشخوار فکریف استحکام ایگو و اختلال بدشکلی بدن در مراحل آزمون و در گروه‌های مطالعه است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس مخلوط نشخوار فکری، استحکام ایگو و اختلال بدشکلی بدن نوجوانان در گروه‌های آزمایش و کنترل

وضعیت	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	معناداری p	اندازه اثر Eta
اثر زمان (نشخوار فکری)	۲۶۷/۲۶۷	۲	۱۳۳/۶۳۳	۱۹۴/۶۵۷	۰/۰۰۱ **	۰/۸۷
اثرگروه × اثر زمان	۱۴۷/۶۲۲	۲	۷۳/۸۱۱	۱۰۷/۵۱۷	۰/۰۰۱ **	۰/۷۹
اثر زمان (استحکام من)	۳۷۲/۸۲۲	۲	۱۸۶/۴۱۱	۱۳۰/۹۹۷	۰/۰۰۱ **	۰/۸۲
اثرگروه × اثر زمان	۱۷۲/۱۵۶	۲	۸۶/۰۷۸	۶۰/۴۹۰	۰/۰۰۱ **	۰/۶۸
اثر زمان (بدشکلی بدن)	۶۸۹/۲۷۲	۲	۱۳۶/۳۴۴	۳۲/۱۸۳	۰/۰۰۱ **	۰/۵۴

اثرگروه × اثر زمان	۱۷۴/۰۶۷	۲	۸۷/۰۳۳	۲۰/۵۴۴	۰/۰۰۱ **	۰/۴۲

(**) معناداری در سطح ۰/۰۱

نتایج تحلیل واریانس مخلوط نشان می دهد که عامل اثر زمان (P =۰/۰۰۱، F =۱۹۴/۶۵۷) و عامل تعامل اثرگروه × اثر زمان (P =۰/۰۰۱، F =۱۰۷/۵۱۷) با اندازه اثر ۷۹ صدم بر نشخوار فکری، که عامل اثر زمان (P =۰/۰۰۱، F =۱۳۰/۹۹۷) و عامل تعامل اثرگروه × اثر زمان (P =۰/۰۰۱، F =۶۰/۴۹۰) با اندازه اثر ۶۸ صدم بر استحکام من، عامل اثر زمان (P =۰/۰۰۱، F =۳۲/۱۸۳) و عامل تعامل اثرگروه × اثر زمان (P =۰/۰۰۱، F =۲۰/۵۴۴) با اندازه اثر ۴۲ صدم، بر نشانه‌های بدشکلی بدن نوجوانان معنادار است. همچنین برای بررسی اثر ماندگاری پارادوکس درمانی در در نوجوانان، از آزمون آماری بونفرونی استفاده شد و نتایج در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای بررسی اثر ماندگاری پارادوکس درمانی بر نشخوار فکری، استحکام ایگو و اختلال بدشکلی بدن نوجوانان

مراحل آزمون		تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	معناداری p
(نشخوار فکری)	پس‌آزمون	۳/۷۶۷	۰/۲۵۰	۰/۰۰۱ **
پیش آزمون	پیگیری	۳/۵۳۳	۰/۲۵۲	۰/۰۰۱ **
پس‌آزمون	پیش آزمون	-۳/۷۶۷	۰/۲۵۰	۰/۰۰۱ **
	پیگیری	-۰/۲۳۳	۰/۱۰۵	۰/۱۰۶
(استحکام من)				
پیش آزمون	پس‌آزمون	-۴/۳۶۷	۰/۳۵۳	۰/۰۰۱ **
	پیگیری	-۴/۲۶۷	۰/۳۷۴	۰/۰۰۱ **
پس‌آزمون	پیش آزمون	۴/۳۶۷	۰/۳۵۳	۰/۰۰۱ **
	پیگیری	۰/۱۰۰	۰/۱۴۱	۰/۹۸۵
(بدشکلی بدن)				
پیش آزمون	پس‌آزمون	۳/۸۳۳	۰/۶۳۱	۰/۰۰۱ **
	پیگیری	۳/۵۳۳	۰/۶۳۹	۰/۰۰۱ **
پس‌آزمون	پیش آزمون	-۳/۸۳۳	۰/۶۳۱	۰/۰۰۳ **
	پیگیری	-۰/۳۰۰	۰/۲۰۲	۰/۴۴۶

(**) معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۶ نشان دهنده نتایج آزمون بونفرونی برای بررسی اثر ماندگاری پارادوکس درمانی بر نشخوار فکری، استحکام من و اختلال بدشکلی بدن در نوجوانان است. درصورتیکه بین میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنادار وجود نداشته باشد به معنای وجود اثر ماندگاری پارادوکس درمانی بر نشخوار فکری، استحکام ایگو و اختلال بدشکلی بدن در نوجوانان است. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد؛ بنابراین اثر ماندگاری پارادوکس درمانی بر نشخوار فکری و استحکام ایگو در نوجوانان دارای نشانه‌های بدشکلی بدن وجود دارد؛ بنابراین با توجه به نتایج جداول ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه پارادوکس درمانی بر میزان نشخوار فکری و استحکام ایگو در نوجوانان دارای نشانه‌های بدشکلی بدن تأثیرگذار است، تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که پارادوکس درمانی باعث کاهش معنادار نشخوار فکری، افزایش استحکام ایگو و کاهش نشانه‌های بدشکلی بدن در نوجوانان شد و این تغییرات در مرحله‌ی پیگیری نیز پایدار ماند. یکی از یافته‌های اصلی پژوهش نشان داد که شرکت‌کنندگان پس از اجرای تکنیک‌های پارادوکسی توانستند افکار مزاحم خود را بدون مقاومت یا سرکوب مشاهده کنند و همین امر باعث تضعیف چرخه‌ی وسواسی افکار شد؛ این نتیجه با یافته‌ی دهاقین و همکاران (۱۴۰۲) همسو است که بیان کردند اجرای تکنیک‌های دستورسازی و مصنوعی‌سازی با کاهش جنبه‌ی تحمیلی نشانه‌ها و اضطراب درون‌روانی، به توقف نشخوار فکری غیرارادی منجر می‌شود. همچنین مشاهده شد که مواجهه‌ی تعمدی و هدایت‌شده با محتوای اضطراب‌زا سطح نگرانی و تنش را در دانش‌آموزان کاهش داده و ذهن آنان را از حالت درگیری وسواسی خارج کرد؛ یافته‌ای که با نتایج شافعی و همکاران (۱۴۰۴) همسو است و نشان می‌دهد مواجهه‌ی آگاهانه با افکار منفی از طریق دستورسازی، موجب کاهش نگرانی و اصلاح راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد می‌شود. افزون بر این، پارادوکس درمانی در پژوهش حاضر احساس کنترل درونی، انسجام روانی و استحکام ایگو را در نوجوانان افزایش داد؛ نتیجه‌ای که با دیدگاه بشارت (۱۳۹۸، ۱۴۰۴) مطابقت دارد، زیرا او تأکید می‌کند مواجهه‌ی ارادی با هیجانات ناخوشایند و بازتجربه‌ی آگاهانه‌ی موقعیت‌های اضطراب‌زا، احساس تسلط و مقاومت «من» را در برابر تعارض‌های درونی تقویت می‌کند. در همین راستا، داده‌های تحقیق حاضر نشان داد شرکت‌کنندگان پس از درمان هیجانات منفی کمتری تجربه کردند و رضایت بیشتری از بدن خود داشتند، که با نتایج نیکان و همکاران (۱۴۰۰) هم‌راستا است؛ آنان گزارش کردند مداخلات پارادوکسی از طریق بازسازی توانمندی‌های شخصی، موجب افزایش رضایت از تصویر بدنی و کاهش هیجانات منفی می‌شود. همچنین نوجوانان در جلسات پایانی درمان بیان کردند افکار منفی درباره‌ی بدنشان به نظرشان غیرواقعی یا حتی مضحک می‌رسد، یافته‌ای که با مطالعه‌ی میریان و همکاران (۱۴۰۴) هماهنگ است، چراکه آنان دریافتند پارادوکس درمانی با ایجاد تضاد شناختی و مواجهه‌ی هدایت‌شده، طرحواره‌های منفی بدن را بازسازی کرده و به افزایش خودپذیری و خودمهربانی می‌انجامد. این فرایند از منظر نظریه‌ی شناختی بک (۱۹۶۷) قابل توضیح است؛ زیرا مواجهه‌ی آگاهانه با افکار منفی موجب اصلاح طرحواره‌های تحریف‌شده و کاهش پردازش گزینشی اطلاعات منفی در مورد خود و بدن می‌شود. نتایج پیگیری یک‌ماهه نیز پایداری تغییرات را تأیید کرد و شرکت‌کنندگان درمان را موفق ارزیابی کرده و از احساس آرامش، کاهش خودانتقادی و پذیرش بیشتر هیجانات سخن گفتند؛ الگویی که با مطالعات طولی بشارت (۱۳۹۹، ۱۴۰۴) هم‌خوانی دارد و ثبات تغییرات هیجانی را در طول زمان نشان می‌دهد. درمجموع، یافته‌های پژوهش حاضر تأیید می‌کنند که مدل شش‌جلسه‌ای پارادوکس درمانی بشارت رویکردی علمی، اثربخش و سازگار با فرهنگ ایران است که علاوه بر کاهش نشخوار فکری و علائم ظاهری اختلال، موجب بازسازی ساختار شناختی و هیجانی، تقویت انسجام روانی و ارتقای سلامت در نوجوانان دختر می‌شود.

پژوهش حاضر دارای نقاط قوتی بود که شامل کم‌هزینه و کوتاه‌مدت بودن درمان متناسب با فرهنگ ایران (۶ جلسه)، نداشتن عوارض جانبی، ماندگاری اثرات با پیگیری، رعایت کامل اصول اخلاقی که شامل اجرای پژوهش پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد علوم پزشکی تهران و دریافت کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1404.196، کد دریافت شده از مرکز کارآزمایی بالینی ایران به شماره ثبت کارآزمایی IRCT20251004067501N1، عدم استفاده از مداخلات دیگر و دارو در روند درمان و جامعه هدف خاص (نوجوانان دختر دبیرستانی) می‌شود که دقت و اعتبار نتایج را افزایش داد؛ درعین‌حال مانند هر مطالعه‌ای محدودیت‌هایی نظیر حجم نمونه محدود، عدم گروه کنترل فعال، جنسیت تک‌جنسیتی، پیگیری کوتاه‌مدت (یک‌ماهه)

و تمرکز بر تهران وجود دارد که تعمیم‌پذیری را چالش‌برانگیز می‌سازد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با نمونه‌های بزرگ‌تر مختلط، مقایسه پارادوکس درمانی با CBT یا ذهن‌آگاهی، پیگیری‌های ۶–۱۲ ماهه، گنجاندن متغیرهای میانجی مانند طرحواره‌های تن‌انگاره و آزمون در مناطق روستایی/پسرانه انجام شود تا پروتکل ۶ جلسه‌ای استاندارد و اثربخشی را در زمینه‌های فرهنگی متنوع ایران تثبیت کند.

منابع

- احمدوند شاهوردی، محمد؛ بشارت، محمدعلی. (۱۴۰۰). اختلال بدشکلی بدنی: مطالعه مروری. رویش روانشناسی، ۱۰ (۴)، ۱۸۱–۱۹۶.
- باقری نژاد، مینا؛ صالحی فدردی، جواد؛ طباطبایی، سیدمحمود. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۱(۱)، ۲۱–۳۸ .
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۲). ساخت مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶ الف). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس استحکام من، گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶، ب). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان، گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۷). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سوالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۵(۲)،۸۷–۹۱.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۵). ساخت و درستی آزمایی مقیاس استحکام من. یک مطالعه مقدماتی مجله علوم روان‌شناختی، ۱۵(۶۰)، ۴۶۷_۴۴۵.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس درجه‌بندی ذهنی نتایج درمان. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۶). پارادوکس + برنامه زمانی= درمان: مدل کامل درمان اختلال‌های روان‌شناختی– راهنمای عملی. انتشارات رشد: تهران.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۷). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال وسواس فکری–عملی: مطالعه موردی. مطالعات روان‌شناختی، ۱۴(۴)، ۷–۳۶.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۸). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه موردی. مجله علوم روان‌شناختی، ۱۸(۷۶)، ۳۸۳–۳۹۵.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۹). کاربرد پارادوکس درمانی برای درمان اختلال بدشکلی بدنی: مطالعه موردی. مجله علوم روان‌شناختی، ۱۹(۹۵)، ۱۳۷۱–۱۳۸۷.
- بشارت، محمدعلی. (۱۴۰۴). پارادوکس درمانی به روش PTC برای درمان مشکلات شخصیتی: یک گزارش موردی. رویش روان‌شناسی، ۱۴ (۲)،۱۴–۱.
- تقی لو، لیلا؛ خواجوند خوشلی، افسانه؛ دامغانی میرمحله، معصومه؛ عزیزی ضیابری، لیلا سادات. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) و پارادوکس درمانی (PTC) بر استحکام من پرستاران. *فصلنامه تخصصی اداره بهداشت و درمان نزاع، ۱۱*(۲۸)، ۱۲–۱۹.
- دهاقین، وحیده؛ بشارت، حمد علی؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ نقش، زهرا. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان پارادوکسی بر نشانگان وسواس فکری عملی رابطه ای. *مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۴ (۴)، ۱۶۴–۱۸۳.
- ربیعی، مهدی؛ صلاحیان، افشین؛ کجباف، محمدباقر؛ پالاهنگ، حسن. (۱۳۹۱). اثر بخشی مداخله ی فراشناختی بر علایم درآمیختگی افکار در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن. *طب داخلی روز، ۱۸* (۱)،۵۳–۵۹.
- ربیعی، مهدی؛ خرمدل، کاظم؛ کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، پایایی و روایی مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری عملی یل–براون برای اختلال بدشکلی بدن در بین دانشجویان دانشگاه اصفهان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، ۱۵*(۴)، ۳۵۰–۳۴۳.
- رحیمی، ابوالفضل؛ دکتر احمدی، فضل ا...؛ دکتر غلیاف، محمود. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی. *مجله پژوهشی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۳۰*(۴)، ۳۵۳ – ۳۵۹.
- سعیدی نژاد، نازیلا؛ فروزنده، الهام؛ بشارت، محمدعلی؛ نیکورز، مرجان؛ بنی طبا، سید مصطفی. (۱۴۰۳). اثربخشی پارادوکس درمانی بر اضطراب و استحکام من مادران دارای نوزاد نارس. *رویش روان‌شناسی*، ۱۳ (۷)،۷۰–۶۱.
- شافعی، سالومه؛ شاکر دولق، علی؛ خادمی، علی. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی و پارادوکس درمانی بر حساسیت اضطرابی و سندرم شناختی–توجهی در بیماران عروق کرونری. *مجله سلامت و مراقبت، ۲۷* (۳)، ۲۹۶–۲۸۳.
- طاهرنژاد جوزم، زهرا؛ بشارت، محمدعلی؛ بلیاد، محمدرضا؛ حسین زاده تقوایی، مرجان؛ پیوندی، پریسا. (۱۴۰۱). سنجش و مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی و واقعیت درمانی بر نشانه‌های استحکام من و خودشناسی انسجامی در زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله دارای ضایعه نخاعی. *مطالعات ناتوانی، ۱۲*(۰)، ۰–۰.

- علی عسگری، سارا؛ فرهنگی، عبدالحسین؛ صداقت، مستوره. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی- رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن در جوانان دختر با اختلال بدشکلی بدن. *پویایی روان‌شناختی در اختلال‌های خلقی*، ۳ (۱)، ۳۰-۴۰.
- محبوبی، الهام، شاکر دولق، علی؛ خادمی، علی؛ آسایس، محمدحسن. (۱۴۰۴). مقایسه تأثیر پارادوکس درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۲، ۱۱-۱۸.
- محبوبی، الهام؛ شاکر دولق، علی؛ خادمی، علی؛ آسایش، محمد حسن. (۱۴۰۳). تأثیر پارادوکس درمانی بر تن انگاره و هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بد شکلی بدنی. نشریه پژوهش پرستاری ایران، ۱۹ (۵)،۷۲-۸۲.
- محبوبی، الهام؛ شاکر دولق، علی؛ خادمی، علی؛ آسایش، محمد حسن. (۱۴۰۳). تأثیر پارادوکس درمانی بر تن انگاره و هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بد شکلی بدنی. نشریه پژوهش پرستاری ایران، ۱۹ (۵)،۷۲-۸۲..
- محمدپور، مهدی؛ اسلمی، الهه. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر مؤلفه های بهزیستی روان شناختی زوجین متعارض. ایده های نوین روانشناسی، ۱۴(۱۸)، ۰۰-۰۰.
- محمدی، زهرا؛ سلیمانی، علی؛ فتحی آشتیانی، علی؛ اشرفی، عماد؛ مخبری، کامران. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان برنامه زمانی پارادوکسی بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهمآمیختگی فکر-عمل و علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری. مطالعات ناتوانی، ۱۰ (۱)، ۰-۰.
- مفاخری، عبدالله؛ روحانی، فتانه. (۱۴۰۳). بررسی نقش میانجی بلوغ عاطفی در رابطه بین رضایت جنسی و استحکام ایگو در زنان متاهل دارای روابط فرازناشویی. پژوهشنامه مطالعات راهبردی در علوم انسانی و اسلامی، ۵ (۶۹)، ۵۱-۶۷.
- میریان، مهزاد سادات؛ خالقی پور، شهناز؛ تقوایی، علیرضا. (۱۴۰۴). اثربخشی پارادوکس درمانی بر سوگیری تصویر تن و راهبردهای مقابله‌ای بدنی افراد چاق با اختلال بدریختی بدن. مجله علمی-پژوهشی روانشناسی، ۳ (۲۹)، ۵۷۰-۵۸۴.
- نیکان، عبدالصمد؛ لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام؛ مجتبایی، مینا. (۱۴۰۰). مقایسه برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری بر نگرانی و نشخوار فکری افراد دچار اضطراب اجتماعی. رویش روان‌شناسی، ۱۰ (۱)،۱۴-۱.
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Besharat, M. A., & Naghipoor, M. (2019b). Paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. Journal of Systems and Integrative Neuroscience; 6, 1-5. (in Persian). https://www.oatext.com/paradox-therapy-for-the-treatment-of-social-anxiety-disorder-a-case-study.php
- Besharat, M. A., & Naghipoor, M. I. (2019a). The application of a new model of paradox therapy for the treatment of illness anxiety disorder: A case report. Clinical Case Report International; 3, 1-3. (in Persian). https://www.clinicalcasereportsint.com/open-access/pthe-application-of-a-new-model-of-paradox-therapy-for-the-treatment-of-illness-anxiety-disorder-a-case-reportp-2282.pdf
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of consulting and clinical psychology, 56(6), 893–897. https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893
- Bordner, M. A. (2007). A cognitive- Behavioral treatment program for body Dysmorphic Disorder. In Partial Fulfillment of the requirements of the degree of doctor of psychology.
- Erikson, E. H. (1964). A memorandum on identity and Negro youth. Journal of Social Issues, 20(4), 29–42. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1964.tb00471.x
- Freud, S. (1923). The ego and the id. In J. Strachey (Ed. And Trans.), the complete psychological works (Vol. 19). New York; Norton, 1976
- Ganson, K. T., Testa, A., Rodgers, R. F., Murray, S. B., & Nagata, J. M. (2025). Body checking behaviors among boys and men with muscle dysmorphia, anorexia nervosa, and atypical anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders. https://doi.org/10.1002/eat.24410
- Haider, A., Wei, Z., Parveen, S., et al. (2023). The association between comorbid body dysmorphic disorder and depression: Moderation effect of age and mediation effect of body mass index and body image among Pakistani students. Middle East Current Psychiatry, 30, 11. https://doi.org/10.1186/s43045-023-00283-8
- Hakim, R. F., Alrahmani, D. A., Ahmed, D. M., Alharthi, N. A., Fida, A. R., & Al-Raddadi, R. M. (2021). Association of body dysmorphic disorder with anxiety, depression, and stress among university students. Journal of Taibah University Medical Sciences; 16(5), 689–694. https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2021.05.008
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., & others. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. Cognitive Therapy and Research; 36(5), 427–440. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1
- Holdaway, A. S., Luebbe, A. M., & Becker, S. P. (2018). Rumination in relation to suicide risk, ideation, and attempts: Exacerbation by poor sleep quality?. Journal of affective disorders, 236, 6–13. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.087

- Jassi, A., & Krebs, G. (2023). Body dysmorphic disorder. Psychiatric Clinics of North America; 46(1), 197–209. https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.005
- Jensen, M. P., Karoly, P.(2001). Self-report and procedures for assessing pain in adults. Handbook of pain assessment; 2, 15-34. https://psycnet.apa.org/record/2001-05101-002
- Jensen, M. P., Karoly, P., & Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. Pain; 27(1), 117–126. https://doi.org/10.1016/0304-3959(86)90228-9
- Krebs, G., Quinn, R., & Jassi, A. (2019). Is perfectionism a risk factor for adolescent body dysmorphic symptoms? Evidence for a prospective association. Journal of obsessive-compulsive and related disorders, 22, 100445.
- Marron, S. E., Gracia-Cazaña, T., Miranda-Sivelo, A., Lamas-Diaz, S., & Tomas-Aragones, L. (2019). Screening for Body Dysmorphic Disorders in Acne Patients: A Pilot Study. Detección de trastorno dismórfico corporal en pacientes con acné: estudio piloto. Actas dermo-sifiliograficas; 110(1), 28–32. https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.08.001
- Nagy, L. M., Shanahan, M. L., & Seaford, S. P. (2023). Nonsuicidal self-injury and rumination: A meta-analysis. Journal of clinical psychology, 79(1), 7–27. https://doi.org/10.1002/jclp.23394
- Namazi, Z., & Anasseri, M. (2023). The effectiveness of paradoxical timetable therapy on rumination and referential thinking in women with OCD. Journal of Assessment and Research in Applied Counseling, 5(2), 16. (in Persian). https://doi.org/10.61838/kman.jarac.5.2.14
- Naumova, K. (2022). Dimensionality and reliability of the Depression Anxiety Stress Scales 21 among adolescents in North Macedonia. Frontiers in Psychology, 13, 1007594. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1007594
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. J. Abnorm. Psychol; 100, 569–582. https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0021-843X.100.4.569
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. Journal of abnormal psychology; 109(3), 504–511. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11016119/
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. J. Personal. Soc. Psycho; 61, 115–121. https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/0022-3514.61.1.115
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science; 3(5), 400–424. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
- Oakley, E., Vintges, J., Abu Hamad, B., Mitu, K., Seager, J., Yadete, W., Jones, N., & Baird, S. (2025). Adolescence, Interrupted: A narrative review of the impact of Covid-19 on adolescent wellbeing. World Development, 185, 106786. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2024.106786
- Palmieri, S., Mansueto, G., Scaini, S., Caselli, G., Sapuppo, W., Spada, M. M., Sassaroli, S., & Ruggiero, G. M. (2021). Repetitive Negative Thinking and Eating Disorders: A Meta-Analysis of the Role of Worry and Rumination. Journal of clinical medicine; 10(11), 2448. https://doi.org/10.3390/jcm10112448
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. Behavior Therapy; 32(1), 13–26. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80041-1
- Phillips, K. A., & Diaz, S. F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. The Journal of nervous and mental disease, 185(9), 570–577. https://doi.org/10.1097/00005053-199709000-00006
- Potrebny, T., Wiium, N., & Lundeg, M. M. (2017). Temporal trends in adolescents' self-reported psychosomatic health complaints from 1980–2016: A systematic review and meta-analysis. PLoS One; 12, 1–24. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188374
- Potrebny, T., Wiium, N., & Lundeg, M. M. (2017). Temporal trends in adolescents' self-reported psychosomatic health complaints from 1980–2016: A systematic review and meta-analysis. PLoS One; 12, 1–24. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188374
- Ramos, P., Moreno-Maldonado, C., Moreno, C., & Rivera, F. (2019). The role of body image in internalizing mental health problems in Spanish adolescents: An analysis according to sex, age, and socioeconomic status. Frontiers in Psychology, 10. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01924
- Sadock, B. J., Sadock, V.A., Ruiz, P. (2015). Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer. https://www.wolterskluwer.com/en/know/synopsis-of-psychiatry
- Tanemura, A., Yang, L. and Katayama, I. (2018) Dysregulation of Circular Antigen-Specific T Cells Anergy in Autoimmune Vitiligo. Journal of Cosmetics Dermatol Sci Appl; 8 (3), 133. https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=87406

- Thorup, L., Zulfikari, M., Sørensen, C. L. B., & Biering, K. (2024). Body image and depressive symptoms in Danish adolescents: A cross-sectional national study. Journal of affective disorders; 365, 65–72. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.016
- Vankerckhoven, L., Raemen, L., Claes, L., Eggermont, S., Palmeroni, N., & Luyckx, K. (2023). Identity Formation, Body Image, and Body-Related Symptoms: Developmental Trajectories and Associations Throughout Adolescence. Journal of youth and adolescence, 52(3), 651–669. https://doi.org/10.1007/s10964-022-01717-y

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی