MEJDS. 2020; 10:70. 10.29252/mejds.10.0.70

Published online 2020 May. **Research Article**

The Effects of Paradoxical Time Table Therapy on Worry, Rumination, Thought-Action Fusion and Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Mohammadi Z[1], *Soleimani A[2], Fathi Ashtiani A[3], Ashrafi E[2], Mokhberi K[4]

Author Address
1. PhD Candidate in Clinical Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran;
2. Assistant Professor, University of Science and Culture, Tehran, Iran;
3. Professor, University of Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
4. MD Psychiatrist, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
*** Corresponding author's email:** alisoleimani42@yahoo.com

Received: 2019 December 16; **Accepted:** 2020 February 1

Abstract

Background & Objectives: Obsessive–Compulsive Disorder (OCD) is a prevalent mental disorder that causes severe disruption in personal life. Extensive experimental evidence suggests behavioral therapy as the first–line treatment for OCD. Some researchers believe that behavioral therapy requires alternative or complementary approaches. One of the newest of these integrated approaches is the Paradoxical Time Table Therapy (PTTT). An approach that incorporates systemic, behavioral, and analytical aspects into treatment could be an appropriate method for managing all disorders, including anxiety disorders and OCD. The present study aimed to explore the effects of PTTT on worry, rumination, thought–action fusion, and symptoms in patients with OCD.

Methods: In this research, a single–case experimental method was used. Among the single–subject approaches, multiple baselines method was applied in this study. The study population consisted of individuals with OCD who referred with an active case to the Aramesh Novin Clinic in Tehran City, Iran, in the spring of 2019. Among them, 3 patients received PTTT. The study participants were selected by purposive sampling approach. Patients who were diagnosed with OCD by a psychiatrist were referred to the therapist. The study inclusion criteria included receiving OCD diagnosis based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM–5) criteria for OCD by a psychiatrist; not receiving any psychological treatment before entering the study; having a minimum age of 20 years, and a maximum of 40 years; having at least high–school diploma, and providing consent to participate in the research. The PTTT consists of 6 therapeutic sessions, including two basic paradoxical techniques and a time table. To collect the required data, the Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (1989), Thought Action Fusion Scale–Revised (Shafran et al., 1996), Penn State Worry Questionnaire (Zingbarg & Barlow, 1990), and Ruminative Response Scale (Nolen–Hoeksema et al., 1993) were employed. Besides, chart analysis, reliable change index, clinical significance, and the improvement percentage of paradoxical time table were used for data analysis.

Results: The paradoxical treatment group participants aged between 25 and 34 years with a mean±SD age of 30.33±4.72 years. The obtained data suggested that in the paradoxical schedule treatment, the reliability index values for worry in the first, second, and third subjects were –4.19, –3.44, and –5.27, respectively. For rumination, the same value in the three subjects were –3.76, –2.42, and –4.46, respectively. The thought–action fusion values were –4.41, –4.32, and –4.73, respectively. Symptoms scores were also –4.42, –3.78, and –5.18, respectively. Furthermore, in the paradoxical time table group, the reliability index values were higher than the criterion value of 1.96; thus, the results were not caused by the measurement error and unreliability of the test, and they were due to the therapeutic intervention. The current study findings demonstrated that PTTT has remarkably reduced worry, thought rumination, the intertwining of thought and action (thought–action fusion), and OCD symptoms ($p \leq 0.05$). Notably, a significant level of symptoms remained declined after the intervention, indicating that the PTTT maintained its consistency in reducing the symptoms in all three study subjects at the follow–up phase.

Conclusion: In general, PTTT is an appropriate and effective method for reducing OCD symptoms. Accordingly, it can be used as a proposed treatment in this area. PTTT could present a greater impact, because it increases the power of ego, and disrupts communication between cue and anxiety, and it changes their meaning. However, this is a novel treatment approach. Moreover, studies that have previously addressed the use of contradictory intention elements only considered one intervention of the paradoxical schedule treatment. It is recommended to use this treatment for other patients, including those with anxiety and mood disorders.

Keywords: Paradoxical time table therapy, Worry, Rumination, Thought–Action fusion, Obsessive–Compulsive disorder.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.168.7]

[DOI: 10.29252/mejds.10.0.70]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۷۰.
10.29252/mejds.10.0.70
انتشار برخط اردیبهشت ۱۳۹۹
مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌آمیختگی فکر ـ عمل و علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی ـ اجباری

زهرا محمدی[۱]، *علی سلیمانی[۲]، علی فتحی آشتیانی[۳]، عماد اشرفی[۲]، کامران مخبری[۴]

توضیحات نویسندگان
۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران؛
۲. استادیار، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران؛
۳. استاد، دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله، تهران، ایران؛
۴. متخصص اعصاب و روان، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** alisoleimani42@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۵ آذر ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۲ بهمن ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواسی ـ جبری (OCD) بیماری عصبی ـ روان‌پزشکی است که اغلب در دوران کودکی ایجاد می‌شود و در بلندمدت باعث مشکلات درخورتوجهی در زندگی فردی می‌شود. مطالعهٔ حاضر به‌دنبال بررسی اثربخشی برنامهٔ زمانی پارادوکسی بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌آمیختگی فکر ـ عمل و علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی ـ اجباری بود.

روش‌بررسی: در این پژوهش از طرح مطالعهٔ تجربی تک‌موردی استفاده شد. از میان طرح‌های تک‌آزمودنی، در این پژوهش طرح خطوط پایهٔ چندگانه به‌کار رفت جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را افراد با تشخیص اختلال وسواس مراجعه‌کننده به کلینیک مرکز آرامش نوین در شهر تهران تشکیل دادند که دارای پروندهٔ فعال در ماه‌های فصل بهار ۱۳۹۷ بودند. در این مطالعه تعداد ۳ بیمار، درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی را دریافت کردند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس شدت وسواس فکری ـ عملی ییل ـ براون (۱۹۹۸)، مقیاس تجدیدنظرشدهٔ آمیختگی فکر ـ عمل (شفران و همکاران، ۱۹۹۶)، پرسشنامهٔ نگرانی پن استت (زینبارگ و بارلو، ۱۹۹۰) و مقیاس پاسخ‌های نشخوارگری (نولن ـ هوکسما و مارو، ۱۹۹۳) استفاده شد. در پژوهش حاضر تجزیه‌وتحلیل داده‌ها به‌کمک روش‌های تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا، معناداری بالینی و درصد بهبودی صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که به‌طورکلی درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی تأثیر معناداری بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌آمیختگی فکر ـ عمل و علائم وسواسی جبری دارد ($p\leq ۰/۰۵$)؛ همچنین شاخص پایا و معناداری بالینی و درصد بهبود برنامهٔ زمانی پارادوکسی در هر سه آزمودنی دارای کاهش مطلوبی است.

نتیجه‌گیری: به‌نظر می‌رسد درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی می‌تواند مداخلهٔ مؤثری برای کاهش علائم وسواس فکری‌عملی و نشانه‌های همراه آن باشد؛ بنابراین توصیه می‌شود تا پژوهشگران و درمانگران از این روش برای بیماران خود استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: برنامهٔ زمانی پارادوکسی، نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌آمیختگی فکر و عمل، وسواس فکری‌عملی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.168.7]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.70]

۱ مقدمه

اختلال وسواسی‌ـ‌جبری[1] که در نسخهٔ پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5 طبقهٔ جداگانه‌ای را به خود اختصاص داده، دربرگیرندهٔ افکار مهارنشدنی و پایدار لبریزشده است. این اختلال فرد را مجبور به تکرار مجدد اعمال مشخصی می‌کند که سبب درماندگی و اخلال در کارکرد روزانه‌اش می‌شود (۱). علاوه‌بر علائم بالینی اصلی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری نشانه‌های جانبی دیگری وجود دارد که می‌تواند روند درمان را در این افراد تحت‌تأثیر قرار دهد؛ همچنین باعث تشدید نشانه‌های دیگر در آن‌ها می‌شود. اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری اختلالی در پردازش شناختی است (۲). در یکی از مطالعات اخیر میرز و همکاران نشان دادند که هر نوع باور شناختی به‌طور معنادار و مثبت با علائم وسواسی‌ـ‌اجباری ارتباط دارد (۳). براساس مطالعات وی نشخوار فکری از جنبه‌های بسیار مهم شناختی است که می‌تواند منطبق با نظریه‌های موجود علائم وسواسی را پیش‌بینی کند. سازهٔ مشابه دیگر نگرانی است که همانند نشخوار فکری به‌عنوان جنبه‌ای شناختی در اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری می‌تواند روند درمان را با مشکل روبه‌رو سازد (۳). نگرانی، جنبه‌ای مهم و پایه‌ای در اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری است که به‌طور هم‌زمان با نشانه‌های این اختلال بررسی شده است (۴). رابطهٔ نگرانی و نشخوار باهم و با علائم اختلالات روانی نیز نشان داده شده است (۵). یکی دیگر از مشکلات شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری که روند درمان این بیماران را دشوار می‌کند، درهم‌آمیختگی فکر و عمل است که اولین‌بار توسط راچمن[2] مطرح شده است (۶). مفهوم درهم‌آمیختگی فکر و عمل[3] تفسیری است که در آن فرد افکار را به خود عمل منتسب می‌کند و فکرکردن را معادل اقدام به عمل می‌داند (۷). درهم‌آمیختگی فکر و عمل نه‌تنها در مدل‌های شناختی بلکه در مدل‌های فراشناختی مشخصهٔ برجستهٔ این اختلال به‌شمار می‌رود. این ویژگی به ماهیت تکراری وسواس و تفکر غلط در افراد وسواسی‌ـ‌اجباری کمک می‌کند (۸).

باتوجه به مطالب گفته‌شده، در کنار افکار و اعمال وسواسی متغیرهایی وجود دارد که باعث تداوم و پایداری نشانگان این اختلال می‌گردد؛ درنتیجه مقاومت آن‌ها را به درمان افزایش می‌دهد. درواقع علائم اصلی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری فکری‌ـ‌عملی و ویژگی‌های جانبی مانند نگرانی و نشخوار فکری و درهم‌آمیختگی فکر و عمل ازجمله عواملی هستند که در این بیماران سبب می‌شوند فرد به‌شدت تحت‌تأثیر اختلال منفعل شود و واکنش‌های شدیدی را از خود نشان دهد (۹). درگیری‌های شدید این بیماران به‌علت فشار بیماری و مشکلات عدیدهٔ همراهان آن‌ها ازجمله خانواده باعث می‌شود تا این افراد بخش زیادی از مراجعان به مراکز مشاوره را به خود اختصاص دهند (۱۰).

از درمان‌های رایج برای اختلال وسواس می‌توان به دارودرمانی و درمان‌های شناختی و درمان‌های رفتاری اشاره کرد (۱۱). به‌نظر می‌رسد در بحث روان‌درمانی استفاده از روش‌های تلفیقی می‌تواند اثرات بیشتری داشته باشد (۱۲). از رویکردهای بسیار جدید تلفیقی، درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی است. این رویکرد که جنبه‌های سیستمی و رفتاری و تحلیلی را در درمان در نظر می‌گیرد، می‌تواند روش مناسبی برای همهٔ اختلالات ازجمله اختلالات اضطرابی و وسواس باشد (۱۲). براساس آثار مکتوب، پارادوکس در فرهنگ روان‌شناسی، به نظریه‌ها و فعالیت‌های بالینی آدلر[4] و دانلپ[5] و فرانکل[6] باز می‌گردد. درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی[7] که توسط بشارت در سال ۱۳۹۸ ارائه شد، دارای دو عنصر اساسی است که سرعت درمان را تسریع می‌کند: مؤلفهٔ نخست یعنی پارادوکس، به‌معنای تجویز نشانهٔ رفتاری یا نشانهٔ بیماری است؛ مؤلفهٔ دوم تدوین جدول زمانی برای این تغییرات است. بشارت اعتقاد دارد این کوتاه‌ترین روش و بهترین روش برای افراد با اختلالات اضطرابی است (۱۳). با این حال شواهد پژوهشی اندکی به این مسئله پرداخته‌اند؛ بنابراین مطالعهٔ حاضر به‌دنبال بررسی اثربخشی برنامهٔ زمانی پارادوکسی بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌آمیختگی فکر‌ـ‌عمل و علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری صورت‌بندی شد.

۲ روش‌بررسی

در این پژوهش از طرح مطالعهٔ تجربی تک‌موردی[8] استفاده شد. از میان طرح‌های تک‌آزمودنی، در این پژوهش طرح خطوط پایهٔ چندگانه[9] به‌کار رفت. جامعهٔ آماری را افراد با تشخیص اختلال وسواس مراجعه‌کننده به کلینیک مرکز آرامش نوین در شهر تهران تشکیل دادند که دارای پروندهٔ فعال در ماه‌های فصل بهار ۱۳۹۷ بودند. باتوجه به طرح پژوهش حاضر از ۳ مراجع استفاده شد. بیماران واجد شرایط که توسط روان‌پزشک تشخیص اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری گرفتند به درمانگر (پژوهشگر) ارجاع یافتند. معیارهای ورود شامل دارابودن ملاک‌های تشخیص DSM-5 برای اختلال وسواس به تشخیص روان‌شناسی بالینی یا روان‌پزشک، دریافت‌نکردن درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش، داشتن حداقل سن ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال، دارابودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامهٔ کتبی بود. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

ـ مقیاس شدت وسواس فکری‌ـ‌عملی ییل‌ـ‌براون[10]: این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن و همکاران ساخته شد. ده ماده دارد که پنج مادهٔ آن متمرکز بر وسواس‌های فکری و پنج ماده متمرکز بر وسواس‌های عملی است (۱۴). نمرهٔ بیشتر در این مقیاس ۴۰ است. جهت نمره‌گذاری در این پرسشنامه باید اعدادی را که در کنار پاسخ‌های سؤالات ۱ تا ۱۰ نوشته شده‌اند و برای پاسخ‌دادن به سؤالات یکی از

1. Obsessive-compulsive Disorder
2. Rachman
3. Thought-action fusion
4. Adler
5. Dunlop
6. Frankl
7. Paradoxical time table therapy
8. Single subject
9. Multiple baseline design
10. Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.168.7]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.70]

آن‌ها را علامت زده‌اید، باهم جمع کنید. اگر پاسخ آزمودنی به این پرسش «هیچ» باشد، برای پرسش‌های ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نیز پاسخ هیچ را علامت بزنید و به سؤال ۶ بروید. اگر پاسخ آزمودنی به این پرسش هیچ باشد برای پرسش‌های ۷، ۸، ۹ و ۱۰ نیز پاسخ هیچ را علامت بزنید (۱۴). در ایران اسدی و همکاران پایایی بین مصاحبه‌کنندگان برای این مقیاس (r=۰/۹۸) و ضریب همسانی درونی آن (r=۰/۸۹) و ضریب پایایی آن را به‌روش بازآزمایی در فاصلهٔ دو هفته (r=۰/۸۴) گزارش کردند. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامهٔ افسردگی بک[1] و مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون[2] به‌ترتیب r=۰/۶۴ و r=۰/۵۹ به‌دست آمد (۱۵).

ـ مقیاس تجدیدنظرشدهٔ آمیختگی فکر ـ عمل[3]: این مقیاس نوعی ابزار خودگزارشی است که توسط شفران و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی و ساخته شد و دارای ۱۹ ماده است (۱۶). ۱۲ مادهٔ این مقیاس مربوط به اخلاق «آمیختگی فکر ـ عمل» (مواد ۱ تا ۱۲) و ۷ مادهٔ بعدی مربوط به احتمال «آمیختگی فکر ـ عمل» است. مواد در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرتی از صفر کاملاً مخالف تا چهار کاملاً موافق، توسط آزمودنی‌ها درجه‌بندی می‌شود. دامنهٔ نمرات این مقیاس از ۰ تا ۷۶ است. نمرات بیشتر، بیانگر «آمیختگی فکر ـ عمل» شدیدتر در فرد است. شفران و همکاران آلفای کرونباخ این مقیاس و زیرمقیاس‌های آن را بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۶ گزارش کردند (۱۶). خرمدل و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را بررسی نموده و نشان دادند که دامنهٔ ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۸۲ است. ضریب آلفای کل نیز ۰/۸۷ به‌دست آمد (۱۷).

ـ پرسشنامهٔ نگرانی پن استت[4]: پرسشنامهٔ نگرانی پن استت در سال ۱۹۹۰ توسط زینبارگ و بارلو ساخته شد که نوعی ابزار خودسنجی برای تشخیص صفت نگرانی است. این پرسشنامهٔ ۱۶آیتمی سطح نگرانی را می‌سنجد. این ماده‌ها برای دستیابی به ابعاد عمومیت و شدت و کنترل‌ناپذیری نگرانی مرضی طراحی شده است. پرسشنامه در مقیاس لیکرتی پنج‌گزینه‌ای از یک (اصلاً معمول نیست) تا پنج (خیلی معمول) درجه‌بندی می‌شود. مجموع نمراتی که فرد کسب می‌کند در دامنه‌ای بین ۱۶ تا ۸۰ است (به نقل از ۱۸). خوشکام و همکاران اعتبار آزمون را به‌روش بازآزمایی در دو گروه بیمار و بهنجار ۰/۸۸ و ۰/۸۵ به‌دست آوردند. در مطالعه‌ای اعتبار این آزمون با استفاده از روش همسانی درونی ۰/۸۶ و به‌روش بازآزمایی با چهار هفته فاصله ۰/۷۷ گزارش شد. اعتبار هم‌زمان این آزمون نیز با آزمون اضطراب بک برابر با ۰/۴۹ بود (۱۹).

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمانی برنامهٔ زمانی پارادوکسی

جلسات	هدف و محتوای جلسات	تکلیف
اول	معارفه و برقراری ارتباط اولیه، بیان اهداف مداخله و تعداد جلسات، مرور مختصر چارچوب کلی جلسات، مقدماتی دربارهٔ تاریخچهٔ درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی و اصول اصلی آن. اجرای پیش‌آزمون.	درخواست از فرد جهت نوشتن هدف‌های مدنظر خود از درمان و اینکه چه می‌خواهد و برای به‌دست‌آوردن آن چه می‌کند و سپس آوردن آن‌ها. پاسخ به پرسشنامه‌های پژوهش.
دوم	طرح‌ریزی پلان درمان، استفاده از تکنیک مکانیزم اول، دستورسازی و مصنوعی‌سازی.	انجام تمرین‌های دستوری، بازسازی و تجربهٔ نشانه‌های بیماری در وقت‌های ازپیش‌تعیین‌شده.
سوم	گسترش تمرین‌های پارادوکسی، پیگیری انجام تکالیف جلسهٔ قبل، بررسی میزان عملیاتی‌کردن بازسازی و تجربه‌کردن مشکلات.	تعیین تعدادی وقت سه نوبت در روز برای انجام تمرین‌های برنامهٔ زمانی پارادوکسی در زمان‌های مشخص‌شده.
چهارم	تمرکز بر مکانیزم دوم؛ قطع رابطهٔ نشانه و اضطراب تا ایجاد مکانیزم سوم، تغییر نشانه‌ها برای شخص بیمار و سیستم دربرگیرندهٔ او.	ادامهٔ تکالیف و انجام برنامهٔ زمانی پارادوکسی در زمان‌های مشخص‌شده.
پنجم	استفاده از مکانیزم چهارم؛ استحکام من، کمک به تعارضات با برنامهٔ پارادوکسی با تشخیص قطع رابطهٔ نشانه‌ها و اضطراب.	ادامهٔ تکالیف و انجام برنامهٔ زمانی پارادوکسی در زمان‌های مشخص‌شده.
ششم	پیگیری تکالیف، جمع‌بندی از همهٔ جلسات، پاسخ به پرسش‌ها و خاتمهٔ جلسات با اجرای آزمون‌ها (پس‌آزمون).	انجام پرسشنامه‌ها در قالب پس‌آزمون.

مقیاس پاسخ‌های نشخوارگری[5]: این مقیاس در سال ۱۹۹۳ توسط نولن ـ هوکسما و مارو، به‌عنوان یکی از زیرمقیاس‌های سبک‌های پاسخ‌دهی ساخته شد. از ۲۲ سؤال تشکیل شده است و پاسخ‌های نشخوارگری را اندازه‌گیری می‌کند. سؤال‌های آزمون در اندازه‌های

1. Beck Anxiety Inventory (BAI)
2. Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)
3. Thought Action Fusion Scale-Revised
4. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)
5. Ruminative Responses Scale (RRS)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.168.7]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.70]

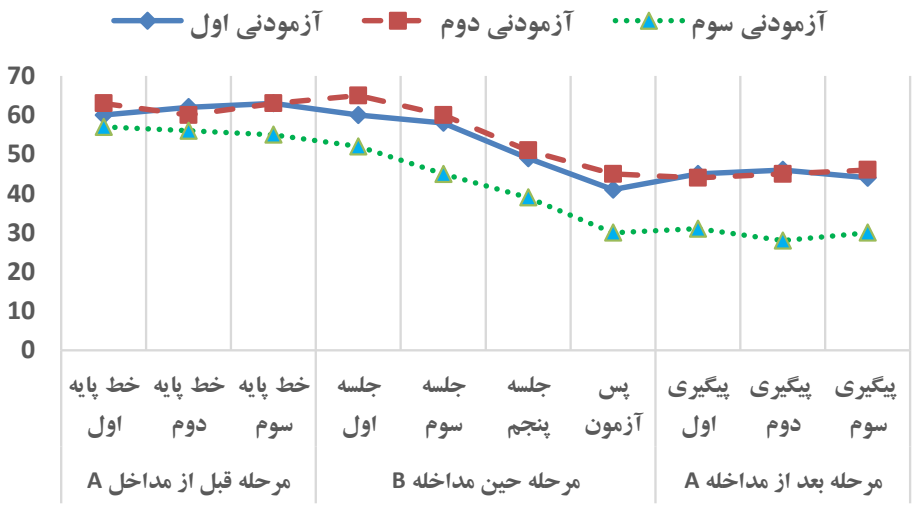
لیکرت چهاردرجه‌ای از نمرهٔ یک (تقریباً هرگز) تا نمرهٔ چهار (تقریباً همیشه) سنجیده می‌شود. از مجموع پاسخ‌ها، نمرهٔ نشخوارگری کلی به‌دست می‌آیددر این پرسشنامه نمرهٔ کل نشخوار فکری از جمع همهٔ ماده‌ها حاصل می‌شود. این مقیاس متشکل از سه خرده‌مقیاس حواس‌پرتی (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۲) و تعمق (سؤالات ۱۱، ۷، ۱۲، ۲۰، ۲۱) و درفکرفرورفتن (سؤالات ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۶) است (۲۰). این پرسشنامه توسط باقری‌نژاد و همکاران به فارسی ترجمه شد و اعتبار آن به‌واسطهٔ ضریب آلفای کرونباخ به‌عنوان شاخصی از همسانی درونی ۰/۸۸ به‌دست آمد. اعتبار پیش‌بین این آزمون نشان می‌دهد که مقیاس یادشده می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیربالینی پیش‌بینی کند (۲۱).

ـ درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی[1]: در این مطالعه پروتکل از مبنای نظری در چهارچوب مدل‌های نظری متفاوت، از تکنیک‌های تکرار انبوه، سیری محرکه، غرقه‌سازی تجسمی و عینی در رفتاردرمانی، تا بازچهارچوب‌دهی در شناخت درمانی، قصد پارادوکسی در معنادرمانی و تحمیل تغییر به خانواده در مشقت‌درمانی اقتباس شده است. روایی این پروتکل اولین‌بار توسط بشارت در سال ۱۳۹۸ به‌لحاظ محتوایی و عملی روی بیمار اضطرابی بررسی شد (۱۳). در ادامه خلاصهٔ جلسات آموزشی در جدول ۱ گزارش شده است.

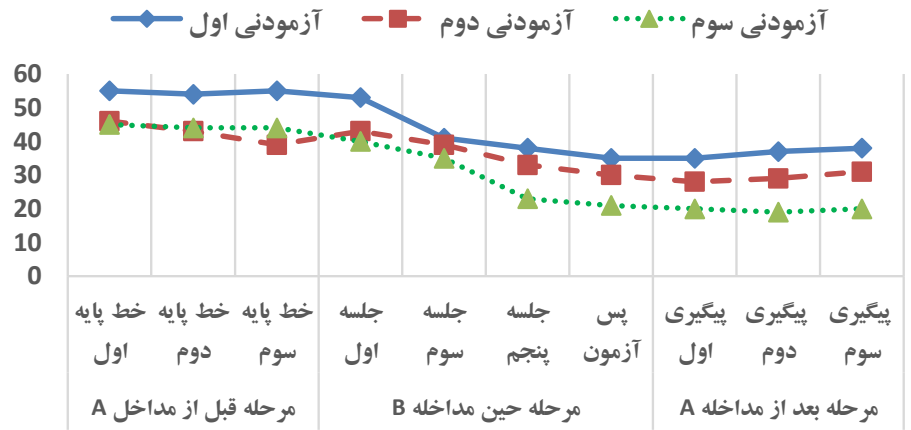
درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی شامل شش جلسهٔ درمانی بود که از دو تکنیک اصلی پارادوکس و برنامهٔ زمانی تشکیل شد. در فاز اول این پژوهش از مصاحبه با متخصصان و پرسشنامهٔ اعتبارسنجی پروتکل استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها به‌کمک روش‌های تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا، معناداری بالینی و درصد بهبودی صورت گرفت.

۳ یافته‌ها

سن شرکت‌کنندگان گروه درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی بین ۲۵ تا ۳۴ سال قرار داشت و میانگین سن آن‌ها ۴/۷۲ ±۳۰/۳۳ سال بود. در ادامه نمودارهای روند ۱ تا ۴ مربوط به نمرات وسواسی‌ـ اجباری و نیز سایر علائم در مراحل قبل از مداخله و حین مداخله و بعد از مداخله برای چهار گروه به‌تفکیک گزارش شده است.



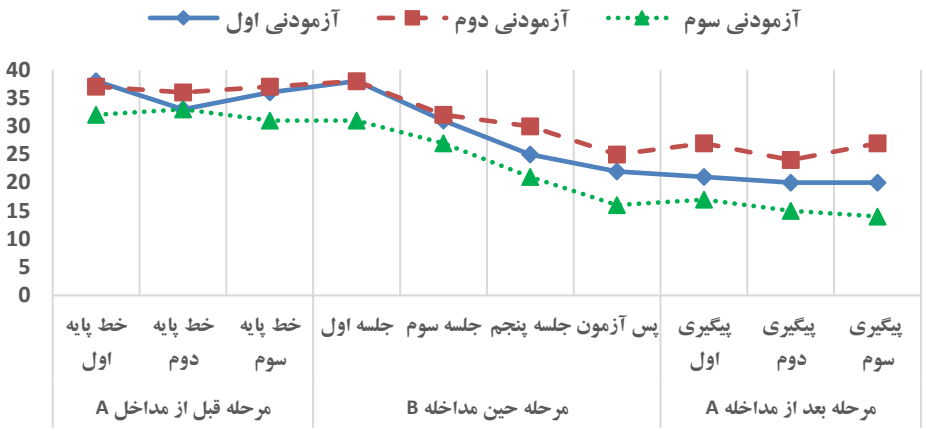
نمودار ۱. سیر نمرات نگرانی برای آزمودنی‌ها در گروه برنامهٔ زمانی پارادوکسی (PTC)



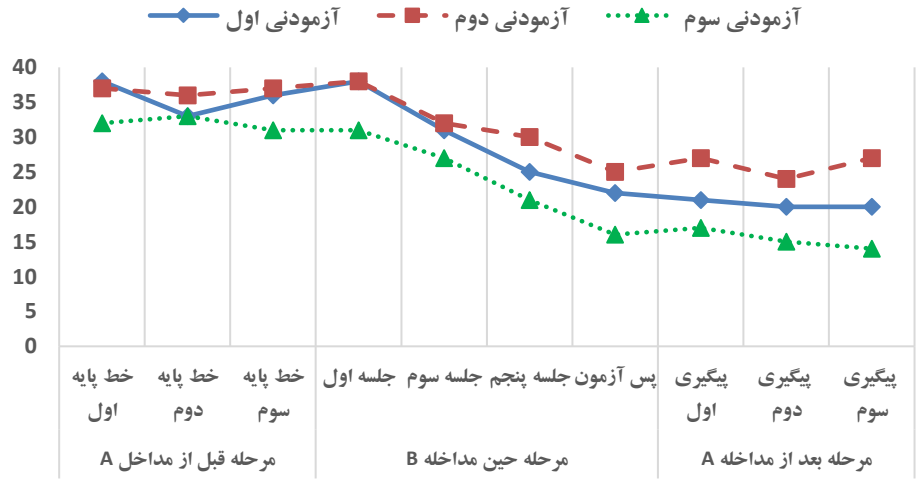
[1]. Paradoxical Time Table Therapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.168.7]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.70]

نمودار ۲. سیر نمرات نشخوار فکری برای آزمودنی‌ها در گروه برنامهٔ زمانی پارادوکسی (PTC)



نمودار ۳. سیر نمرات درهم‌آمیختگی فکر و عمل برای آزمودنی‌ها در گروه برنامهٔ زمانی پارادوکسی (PTC)



نمودار ۴. سیر نمرات وسواسی‌ـ اجباری برای آزمودنی‌ها در گروه برنامهٔ زمانی پارادوکسی (PTC)

نتایج نمودارها روند کاهش علائم را در پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. یکی از بهترین روش‌ها برای بررسی معناداری اثربخشی مداخلات، روش جاکوبسن و تراکس[1] است؛ بنابراین به‌منظور بررسی هدف پژوهش یعنی اثربخشی مداخلات، از این روش آماری استفاده شده است. در جدول ۲ ابتدا شاخص تغییر پایدار و سپس نقطهٔ برش برای بررسی معناداری آن گزارش شده است.

جدول ۲. اثربخشی برنامهٔ زمانی پارادوکسی در کاهش علائم برحسب شاخص پایا و درصد بهبودی

	مراحل ارزیابی	آزمودنی شمارهٔ ۱	آزمودنی شمارهٔ ۲	آزمودنی شمارهٔ ۳
میزان نگرانی	متوسط پیش‌آزمون	۶۱/۶۶	۶۲	۵۶
	پس‌آزمون	۴۱	۴۵	۳۰
	خطای معیار اندازه‌گیری	۳/۴۸	۳/۴۸	۳/۴۸
	تفاوت پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون	۲۰/۶۶	۱۷	۲۶
	شاخص تغییر پایا*پس‌آزمون	ـ۴/۱۹	ـ۳/۴۴	ـ۵/۲۷
	درصد بهبودی پس از مداخله	۳۳درصد	۲۷درصد	۴۶درصد
	متوسط پیگیری	۴۵	۴۵	۲۹/۶۶
	تفاوت پیش‌آزمون‌ـ پیگیری	۱۶/۶۶	۱۷	۲۶/۳۴
	شاخص تغییر پایا*پیگیری	ـ۳/۳۸	ـ۳/۴۴	ـ۵/۳۴

[1]. Jacobsan & Trux

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.168.7]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.70]

	درصد بهبودی دو ماه پس از مداخله	۲۷ درصد	۲۷ درصد	۴۷ درصد
میزان نشخوار فکری	متوسط پیش‌آزمون	۵۴/۶۶	۴۲/۶۶	۴۴/۳۳
	پس‌آزمون	۳۵	۳۰	۲۱
	خطای معیار اندازه‌گیری	۳/۶۹	۳/۶۹	۳/۶۹
	تفاوت پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱۹/۶۶	۱۲/۶۶	۲۳/۳۳
	شاخص تغییر پایا*پس‌آزمون	-۳/۷۶	-۲/۴۲	-۴/۴۶
	درصد بهبودی پس از مداخله	۳۵درصد	۲۹ درصد	۵۲درصد
	متوسط پیگیری	۳۶/۶۶	۲۹/۳۳	۱۹/۶۶
	تفاوت پیش‌آزمون- پیگیری	۱۸	۱۳/۳۳	۲۴/۶۷
	شاخص تغییر پایا*پیگیری	-۳/۴۴	-۲/۵۵	-۴/۷۲
	درصد بهبودی دو ماه پس از مداخله	۳۲درصد	۳۱درصد	۵۵درصد
میزان درهم‌آمیختگی فکر و عمل	متوسط پیش‌آزمون	۵۵	۶۷/۶۶	۴۲/۳۳
	پس‌آزمون	۳۵	۵۰	۲۳
	خطای معیار اندازه‌گیری	۲/۸۸	۲/۸۸	۲/۸۸
	تفاوت پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱۸	۱۷/۶۶	۱۹/۳۳
	شاخص تغییر پایا*پس‌آزمون	-۴/۴۱۰	-۴/۳۲	-۴/۷۳
	درصد بهبودی پس از مداخله	۳۲درصد	۲۶ درصد	۴۵ درصد
	متوسط پیگیری	۳۷/۳۳	۵۰/۶۶	۲۲
	تفاوت پیش‌آزمون- پیگیری	۱۷/۶۷	۱۷	۲۰/۳۳
	شاخص تغییر پایا*پیگیری	-۴/۳۲	-۴/۱۶	-۴/۹۸
	درصد بهبودی دو ماه پس از مداخله	۳۲درصد	۲۵ درصد	۴۸ درصد
علائم وسواس	متوسط پیش‌آزمون	۳۵/۶۷	۳۶/۶۷	۳۲
	پس‌آزمون	۲۲	۲۵	۱۶
	خطای معیار اندازه‌گیری	۲/۱۸	۲/۱۸	۲/۱۸
	تفاوت پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱۳/۶۷	۱۱/۶۷	۱۶
	شاخص تغییر پایا*پس‌آزمون	-۴/۴۲	-۳/۷۸	-۵/۱۸
	درصد بهبودی پس از مداخله	۳۸درصد	۳۱درصد	۵۰درصد
	متوسط پیگیری	۲۰/۳۳	۲۶	۱۵/۳۳
	تفاوت پیش‌آزمون- پیگیری	۱۵/۳۴	۱۰/۶۷	۱۶/۶۷
	شاخص تغییر پایا*پیگیری	-۴/۹۷	-۳/۴۵	-۵/۴۰
	درصد بهبودی دو ماه پس از مداخله	۴۳درصد	۲۹ درصد	۵۲درصد

همان‌طورکه در جدول ۲، ملاحظه می‌شود برنامهٔ زمانی پارادوکسی مقادیر شاخص پایا برای نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌آمیختگی فکر و عمل و علائم وسواس جبری از مقدار ملاک یعنی ۱/۹۶ بیشتر است؛ ازاین‌رو می‌توان گفت در درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی نتایج به‌دست‌آمده ناشی از خطای اندازه‌گیری و عدم پایایی آزمون نیست و حاصل مداخلهٔ درمانی است. شایان توجه است که مقدار معناداری پس از مداخله نیز باقی مانده است؛ این مطلب بیان می‌کند که در مرحلهٔ پیگیری برنامهٔ زمانی پارادوکسی در هر سه آزمودنی ثبات تأثیر خود را حفظ کرده است.

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی برنامهٔ زمانی پارادوکسی بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌آمیختگی فکر- عمل و علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بود؛ به‌طورکلی نتایج این مطالعه مبین تأثیر برنامهٔ زمانی پارادوکسی در کاهش علائم بیماران وسواسی جبری است. این درمان رویکرد جدیدی است و مطالعاتی که پیش از این به موضوع بحث‌شده پرداخته‌اند، عناصر درمان، قصد متناقض را که تنها یک‌وجه مداخلهٔ درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی است، به‌کار برده‌اند (۱۲،۱۳). یکی از معدود پژوهش‌های صورت‌گرفته در رابطه با این پروتکل بشارت نشان داد که درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی می‌تواند اضطراب اجتماعی را کاهش دهد (۱۳). همچنین بشارت در مطالعهٔ خود بر آن باور است که این روش می‌تواند برای تمامی اختلالات اضطرابی استفاده شود (۱۳)؛ بااین‌حال شواهد پژوهشی پس از نتایج وی در رابطه با بیماران وسواسی گزارش نشده است. تنها یافته‌های همخوان برای اختلالات وسواسی روش یکپارچه‌نگر و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.168.7]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.70]

تلفیقی است که توسط تینور و همکاران انجام شد و آن نیز دارای تأثیر پذیرفتنی بر علائم این اختلال بود (۱۲).

در رابطه با اثربخشی درمان و نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت در این روش فرد موظف می‌شود در برنامهٔ زمانی مشخصی که توسط خود وی و درمانگر تعیین می‌شود، دربارهٔ افکار و احساسات مزاحم خود فکر کند. مکانیزم اثرگذاری به این صورت است که درمانگر مدل PTC با مهندسی زمان (برنامهٔ زمانی) و با استفاده از تجویز نشانه (پارادوکس)، تمرین‌هایی را برای بیمار تجویز می‌کند (دستوری‌سازی) تا براساس آن‌ها بیمار نشانه‌های بیماری‌اش را خودش در وقت‌های ازپیش‌تعیین‌شده (مصنوعی) بازسازی و تجربه کند. وقتی نشانه‌های بیماری به‌صورت مصنوعی بازسازی و تجربه شدند، بیمار، با تجربه و واقعیتی جدید مواجه می‌شود. نشانه‌ها می‌توانند وجود داشته باشند؛ اما بدون اضطراب و ناراحتی (۱۳). با شروع درمان، از جایی که قرار می‌شود بیمار، بیماری‌اش را بازسازی کند و با آن زندگی نماید معنای نشانه‌ها برای بیمار و سیستمی که او را در بر گرفته (عمدتاً اعضای خانواده)، تغییر می‌کند. درنهایت درمانگر مدل PTC به بیمار کمک می‌کند با برنامهٔ زمانی پارادوکسی، کشمکش‌های میان نهاد و فرامن را در قالب نشانه‌های بیماری قطع کند و در این فرایند، اقتدار من صورت می‌گیرد (۱۲). به‌نظر می‌رسد این روش می‌تواند با تقویت من میزان نگرانی و نشخوار فکری و درهم‌آمیختگی فکر و عمل بیمار را کاهش داده و باعث شود او بتواند با اضطراب خود و علائم وسواس فکری‌عملی کنار بیاید.

همان‌طورکه گفته شد، زمانی‌که رابطهٔ نشانه و اضطراب کاهش می‌یابد، شناخت‌های بیمار نیز به‌خودی‌خود تغییر پیدا می‌کند. هنگامی‌که بیمار به‌صورت عملی درمی‌یابد نشانه‌ها دیگر اضطراب‌زا نیستند، آن‌ها معنا و ارزش خود را از دست می‌دهند (۱۲). زمانی‌که بیماران با تکرار تکالیف بی‌اثربودن نشانه‌ها را تجربه می‌کنند، دیگر دربارهٔ بیماری و مشکلات خود احساس نگرانی ندارند. همچنین موقعی‌که عین نشانه‌ها به بیماران تجویز می‌شود، معنای نشانه به‌طور ملموسی برای بیمار و خانوادهٔ وی تغییر می‌کند. خانواده‌ای که قبلاً نشانه‌ها را آسیب‌زا پنداشتند، اکنون آن را به‌گونه‌ای دیگر تفسیر می‌کنند. همچنین عادی‌سازی که در رابطه با نشانه‌ها رخ می‌دهد، باعث بی‌معناشدن رابطهٔ نشانه با اضطراب ناشی از رفتارها و افکار وسواس می‌شود. این بی‌معناشدن می‌تواند تغییرات ساختاری شناختی عمده‌ای را ایجاد کند که نتیجهٔ آن را به‌خوبی می‌توان در کاهش علائم و ثبات آن پس از درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی مشاهده کرد؛ بنابراین تغییر معنای نشانه سبب اضطراب‌زدایی از نشانه می‌شود (۱۱). هر سه بیمار قبل از جلسات بر این باور بودند که علائم و نشانه‌ها برای آن‌ها اضطراب‌زا و نگران‌کننده است. همچنین آن‌ها نگران باورهای منفی خود و خانوادهٔشان دربارهٔ بیماری خویش بودند که باعث شد اضطراب آن‌ها افزایش یابد. زمانی‌که عین نشانه به بیمار تجویز شد، این معنا شروع به تغییر کرد؛ تغییری که معنای بیماری را برای فرد تغییر می‌دهد و نیز باعث می‌شود در فرایند درمان بتواند تکالیف را به‌خوبی انجام دهد (۱۳). در درمان پارادوکسی این فرایند به‌گونه‌ای ادامه یافت تا «ایگوی»[1] بیمار دستخوش تغییرات اساسی شد. به‌طور معمول در خلال مصاحبه با هر سه آزمودنی مشخص شد که آن‌ها «من» ضعیفی دارند و تعارضات «اید»[2] دربرابر «سوپرایگو»[3] باعث شد که نتوانند به‌خوبی از پس مشکل خود برآیند. هدف اصلی برای درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی افزایش قدرت «ایگو» بود تا فرد بتواند تعارضات خود را به‌درستی حل و فصل کند. آزمودنی‌ها در خلال مداخله کاملاً دریافتند که این نشانه‌ها زمانی می‌توانند مشکل‌ساز شوند که بیمار تسلیم آن‌ها شود و نتواند با ایگوی قدرت‌مند درک درستی از آن‌ها داشته باشد. «ایگو»، فرایند رشد است که ماهیت رشدی آن، پیشروی به‌سمت رشد روان‌شناختی، پختگی سازگاری، وابستگی متقابل اجتماعی، شایستگی و عملکرد مستقل است (۱۲)؛ درواقع، «ایگو» از جنبه‌های بسیار مهم فرد است که رشد آن در راستای پرورش فرد جهت تعامل ثمربخش با محیطش می‌باشد. به‌عبارتی «ایگو» را می‌توان ویژگی در حال تحولی دانست که فرد را در تعامل با دنیای پیرامونش می‌پروراند و مسیر صحیح و آرامش‌بخش در زندگی را برایش به ارمغان می‌آورد. همچنین باتوجه به قابلیت‌های «ایگو» می‌توان انتظار داشت که رشد و تحول آن می‌تواند نشانه‌های اختلال را ازجمله نگرانی فرد به‌دلیل تعارض‌های درون‌روانی بین اید و سوپرایگو کاهش دهد.

۵ نتیجه‌گیری

در رابطه با نتایج این مطالعه می‌توان گفت برنامهٔ زمانی پارادوکسی بر کاهش نگرانی، نشخوار فکری، درهم‌آمیختگی فکر_عمل و علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی_اجباری اثربخش است. باتوجه به اینکه فرض مداخله برنامهٔ زمانی پارادوکسیکال تغییر من و استحکام آن در بیمار بود، به‌نظر می‌رسد در این روند برای هر سه آزمودنی موفق عمل کرده است؛ زیرا همان‌طورکه مشخص شد نشخوار فکری بیماران کاهش یافته و ثبات نیز داشته است. نشخوار فکری می‌تواند ناشی از تعارضات درون‌روانی بین اید و سوپرایگو باشد و باعث شود که بیمار مدام در حال مرور و خودگویی ناشی از این تعارضات باشد. استحکام ایگو باعث می‌شود بیمار به‌خوبی از پس نشخوارهای فکری خود برآید.

۶ تشکر و قدردانی

از گروه درمانی و اساتید ناظر بر طرح و نیز مراجعان محترم برای درمان، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

۷ بیانیه

این مقاله برگرفته از رسالهٔ مقطع دکتری رشتهٔ روان‌شناسی بالینی است. هیچ‌گونه تضاد منافعی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری وجود ندارد. همچنین پیش از انجام این پژوهش، فرم رضایت‌نامهٔ کتبی از افراد حاضر در طرح گرفته شد و با رضایت آنان این پژوهش اجرا شد. این پژوهش توسط هیچ سازمان، نهاد یا مؤسسه‌ای حمایت مالی نشده است.

1. ego
2. id
3. superego

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.168.7]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.70]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.168.7]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.70]

References

1. Rapp AM, Bergman RL, Piacentini J, McGuire JF. Evidence-Based Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. J Cent Nerv Syst Dis. 2016;8:13–29. doi: 10.4137/JCNSD.S38359
2. Berman NC, Fang A, Hansen N, Wilhelm S. Cognitive-based therapy for OCD: Role of behavior experiments and exposure processes. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2015;6:158–66. doi: 10.1016/j.jocrd.2015.01.001
3. Myers SG, Grøtte T, Haseth S, Guzey IC, Hansen B, Vogel PA, et al. The role of metacognitive beliefs about thoughts and rituals: A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2017;13:1–6. doi: 10.1016/j.jocrd.2017.01.007
4. Calleo JS, Hart J, Björgvinsson T, Stanley MA. Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. J Anxiety Disord. 2010;24(8):903–8. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.06.015
5. McEvoy PM, Watson H, Watkins ER, Nathan P. The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. J Affect Disord. 2013;151(1):313–20. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.014
6. Craig JC, Lafreniere KD. Positive thought–action fusion as an independent construct. Personality and Individual Differences. 2016;94:228–36. doi: 10.1016/j.paid.2016.01.033
7. Siwiec SG, Davine TP, Kresser RC, Rohde MM, Lee H-J. Modifying thought-action fusion via a single-session computerized interpretation training. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2017;12:15–22. doi: 10.1016/j.jocrd.2016.11.005
8. Hezel DM, Stewart SE, Riemann BC, McNally RJ. Clarifying the thought-action fusion bias in obsessive-compulsive disorder. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2019;20:75–84. doi: 10.1016/j.jocrd.2017.10.004
9. Erhan C, Balcı F. Obsessive compulsive features predict cautious decision strategies. Q J Exp Psychol (Hove). 2017;70(1):179–90. doi: 10.1080/17470218.2015.1130070
10. Lebowitz ER, Panza KE, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. Expert Rev Neurother. 2016;16(1):45–53. doi: 10.1586/14737175.2016.1126181
11. Mancebo MC, Steketee G, Muroff J, Rasmussen S, Zlotnick C. Behavioral therapy teams for adults with OCD in a community mental health center: An open trial. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2017;13:18–23. doi: 10.1016/j.jocrd.2017.03.002
12. Tenore K, Basile B, Mancini F, Luppino OI. A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Conceptualization and Rationale (Part II). PSYCH. 2018;9(9):2278–95. doi: 10.4236/psych.2018.99130
13. Besharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. Journal of psychological science. 2019;18(76):383–96. [Persian] http://psychologicalscience.ir/article-1-383-en.pdf
14. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(11):1006–11. doi: 10.1001/archpsyc.1989.01810110048007
15. Asadi S, Daraeian A, Rahmani B, Kargari A, Ahmadiani A, Shams J. Exploring yale-brown obsessive-compulsive scale symptom structure in Iranian OCD patients using item-based factor analysis. Psychiatry Res. 2016;245:416–22. doi: 10.1016/j.psychres.2016.08.028
16. Shafran R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders. 1996;10(5):379–91. doi: 10.1016/0887-6185(96)00018-7
17. Khoramdel K, Rabiee M, Molavi H, Taher Neshatdoost H. Psychometric properties of Thought Fusion Instrument (TFI) in students. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010;16(1):74–8. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-921-en.pdf
18. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, & Borkovec TD. Development and validation of the Penn state worry questionnaire. Behavior Research and Therapy. 1990; 28:487-95.
19. Khoshkam S, Bahrami F, Ahmadi SA, Fatehizade M, Etemadi O. Attachment style and rejection sensitivity: The mediating effect of self-esteem and worry among Iranian college students. Europe's Journal of Psychology. 2012;8(3):363–74. doi: 10.5964/ejop.v8i3.463
20. Nolen-Hoeksema S, Marrow J. Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. Journal of Cognition and Emotion. 1993;7:561-570. doi: 10.1080/0 2699939308409206
21. Bagherinejad, M, Salehi Fadri J, Tabatabai, SM. Relationship between intellectual rumination and depression in a sample of Iranian students. Educational studies and Psychology. 2010;11(1):21-38. https://tpccp.um.ac.ir/article/view/6910

[DOI: 10.29252/mejds.10.0.70] [DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.168.7] [Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]