Journal of Counseling Research
Iranian Counseling Association
Vol. 24, No. 93 Spring 2025
Research Article

e-issn:4018-2717 p-issn:400-2717X

DOI:10.18502/qjcr.v24i93.19071

The Effectiveness of Paradox Therapy (PTC) on Test Anxiety and Self-Confidence of Female High School Students in Tehran: A Single-Subject Design

Mahta Salehin[1], Mohammad Hassan Asayesh[2], Zahra Naghsh[3]

1. M.A. in School Counseling, Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and education, University of Tehran, Tehran, Iran. Salehinmahta75@gmail.com
2. (Corresponding Author) , Ph.D. in Counseling, Assistant Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and education, University of Tehran, Tehran, Iran. Asayesh@ut.ac.ir.
3. Ph.D. in Educational Psychology, Associate Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and education, University of Tehran, Tehran, Iran. Z.naghsh@ut.ac.ir.

ABSTRACT

The article is an extract from a master's thesis.

Received: 14/02/2023 - Accepted: 10/02/2025

Aim: The Paradoxical Therapy Model (PTC) is a new and comprehensive approach to the treatment of anxiety disorders. Accordingly, the aim of the present study was to investigate the effectiveness of PTC on test anxiety and self-confidence among female high school students in Tehran. **Methods:** The study employed a single-subject ABA design. The statistical population included all 12th-grade female students in Tehran during the 2021–2022 academic year. A convenience sample was selected from students who had referred to the school counselor at Zahra Al-Athar High School (S.A.) with complaints of test anxiety and low self-confidence. These students scored within the inclusion criteria on the Friedman and Jacob Test Anxiety Scale (1997) and the Eysenck Self-Confidence Questionnaire (1979). Four students were selected via non-random convenience sampling. After a three-week baseline assessment, participants received three individual intervention sessions, each lasting 45 minutes. During the intervention phase (B), PTC techniques were implemented. Outcomes were evaluated using visual analysis (eyeball method) and effect size calculations across multiple measurement points. **Findings:** The results showed significant differences in self-confidence and test anxiety scores before and after the intervention in all four students, indicating that PTC had a positive effect in reducing test anxiety and enhancing self-confidence. **Conclusion:** School counselors may benefit from applying this approach to help students with anxiety disorders and low self-confidence.

Keywords: Paradoxical therapy, paradoxical intention, PTC, paradoxical psychotherapy, test anxiety, self-confidence

فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۴، شماره ۹۳، بهار ۱۴۰۴
مقاله پژوهشی
e-issn: 4018-2717 p-issn: 400-2717X
DOI: 10.18502/qjcr.v24i93.19071

اثربخشی پارادوکس درمانی (PTC) بر اضطراب امتحان و اعتماد به نفس دانش‌آموزان متوسطه دختر شهر تهران

مهتا صالحین[۱]، محمدحسن آسایش[۲]، زهرا نقش[۳]

۱. کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه تهران، ایران. Salehinmahta75@gmail.com
۲. (نویسنده مسئول)، دکتری مشاوره، استادیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران. ایران. Asayesh@ut.ac.ir
۲. دکتری روان‌شناسی، دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران. ایران. Z.naghsh@ut.ac.ir

(صفحات ۱۱۸-۱۴۹)

چکیده

مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

مدل پارادوکس درمانی (PTC)، به عنوان مدلی جدید و جامع در درمان اختلالات اضطرابی است. بر این اساس، هدف تحقیق حاضر اثربخشی پارادوکس درمانی (PTC) بر اضطراب امتحان و اعتماد به نفس دانش‌آموزان متوسطه دختر شهر تهران بود.

روش: در این پژوهش، ازطرح تک آزمودنی به روش ABA استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پایه دوازدهم شهر تهران بود و نمونه پژوهش بصورت در دسترس شامل دانش‌آموزان دخترک مقطع متوسطه دوم در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ که به مشاور مدرسه دبیرستان زهرای اطهر(س) شهر تهران مراجعه نموده‌اند و از اضطراب امتحان و کمبود اعتماد به نفس شکایت داشتند و در مقیاس اضطراب امتحان فریدمن و جاکوب (۱۹۹۷) و پرسشنامه اعتماد به نفس آیزنک (۱۹۷۹) نمره مورد نظر را برای ورود به طرح دریافت نمودند. از بین این افراد ۴ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی دردسترس انتخاب شدند و بعد از سه هفته تعیین سطح پایه، آزمودنی‌ها وارد مرحله مداخله شدند و ۳ جلسه مداخله بصورت فردی به مدت هر جلسه ۴۵ دقیقه دریافت نمودند. پس از تعیین سطح پایه در مرحله مداخله (B) تکنیک‌های مدل پارادوکس درمانی PTC به آنان تجویز شد و سپس به ارزیابی نتایج درمان در طی چند مرحله به صورت نمودار چشمی و اندازه اثر پرداخته شد.

یافته‌ها: نمرات آزمون‌های اعتماد به نفس و اضطراب امتحان قبل و بعد از مداخله هر ۴ دانش‌آموز تفاوت معنی‌داری با هم داشته‌اند و این نشان می‌دهد که پارادوکس درمانی PTC بر کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این تحقیق و افزایش اعتماد به نفس آنها تاثیر داشته است.

نتیجه‌گیری: مشاوران مدرسه می‌توانند از این درمان برای اختلالات اضطرابی دانش‌آموزان و افزایش اعتماد به نفس آنها استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: پارادوکس درمانی، قصدتناقضی، PTC، رواندرمانی پارادوکسی، اضطراب امتحان و اعتماد به نفس

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۵ _ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۲

مقدمه

مدارس، نقش بسیار مهمی در پیشبرد امر بهداشت روانی در سطح جامعه دارند. آموزش و پرورش و مدرسه یک نظام انسانی است که کار اصلی آن انسان سازی است و انسان سازی در دو بعد جسمی و روانی معنا دارد (رستم‌آبادی، صیدی، گل محمدیان، ۱۴۰۱). دست اندرکاران امر آموزش و پرورش، اگر با مسائل و مشکلات دانش‌آموزان آشنایی داشته باشند و نسبت به روش برخورد با آن‌ها آگاهی کسب کنند، بهتر می‌توانند آن‌ها را در جهت نائل شدن به پیشرفت تحصیلی و دستیابی به یک شخصیت اخلاقی استوار یاری نمایند. یافته‌های پژوهش سعادت زاده و همکاران (۱۴۰۳) نشان دادند که ارائه خدمات مشاوره مدرسه باید بر اساس نیازهای رشدی دانش‌آموزان باشد، مشاوران مدرسه استانداردهای لازم را برای ارائه خدمات داشته باشند و نهایتاً، خدمات مستقیم و غیر مستقیم مشاوره مدرسه به صورت تخصصی و در چارچوب منظمی ارائه شوند. یکی از ابعاد این نیازهای رشدی بهبود سلامت روان دانش‌آموزان است.

اضطراب، از جمله مهم ترین مسائل روانشناختی دانش‌آموزان است (کاظمی، وزیری و عابدی، ۱۳۹۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند عوامل مختلف زیست شناختی، خانوادگی، شخصی و اجتماعی در ایجاد اضطراب نقش بازی می‌کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا[1]، ۲۰۱۳؛ آندراسی،[2] ۲۰۱۳؛ کائس، فیشر، کلینچ، تبیاس و اکلستون[3]، ۲۰۱۵ و روی بایرن[4]، ۲۰۱۵). اضطراب امتحان یکی از انواع اضطراب است که از جمله مهم ترین مسائل دانش‌آموزان است و از اوایل قرن بیستم مورد توجه بوده است (لوفی و آواد[5]، ۲۰۱۳) و با مطالعات ساراسون[6] (۱۹۷۵) آغاز شد (نظری، ۱۳۸۳). اضطراب امتحان به عنوان

1. American Psychiatric Association
2. Anderasi
3. Caes, Fisher, Clinch, Tobias, Eccleston
4. Roy-Byrne
5. Lufi. & Awad
6. Sarason

پاسخ‌های شناختی، عاطفی و رفتاری تعریف می‌شود که به دلیل درک منفی از یک آزمون یا عملکرد خود به وجود می‌آید (فون در امبسه، بارترین و سگول[1]، ۲۰۱۳). اسپیلبرگر[2] (۱۹۸۹) اضطراب امتحان را به عنوان یک ویژگی شخصیتی که شامل ناراحتی، هیجان و ترس از رد شدن در امتحان است، تعریف می‌کند (الامری[3]، ۲۰۲۰). دانش‌آموزی که امتحان را به عنوان یک تهدید درک می‌کند، از نظر شناختی با یک مانع برخورد می‌کند که شکست را به ارمغان می‌آورد. عملکرد تحصیلی ضعیف فرد این احساس منفی را تقویت می‌کند (مک لئود و بویز[4]، ۲۰۲۱). اضطراب امتحان دارای دو مولفه اصلی است: شناختی و هیجانی. جنبه شناختی به افکار فرد درباره شکست و پیامدهای آن برمی گردد. مولفه هیجانی هم به واکنش‌های فیزیولوژیکی فرد نظیر تپش قلب، تعریق و عصبانیت اشاره دارد (جوادی و کردی، ۱۳۹۴).

در برخی پژوهش ها، میزان اضطراب امتحان در دختران بالاتر از پسران بوده است (اصغری، عبدالکبیر، الیاس و بابا،[5] ۲۰۱۲؛ بقایی و کاسادی[6]، ۲۰۱۴؛ پورطالب و میرنسب، ۱۳۹۴) گزارش شده است که پیامدهای منفی زیادی در عملکرد تحصیلی فرد خواهد گذاشت (مک دونالد[7]، ۲۰۰۱). اضطراب امتحان تاثیر منفی بر یادگیری دارد، یکی از نتایج این است که دانش‌آموز را از دستیابی به ظرفیت‌های علمی خود باز می‌دارد (چو، ریو، نوح و لی[8]، ۲۰۱۶). این افکار خودکار منفی، می‌تواند ناشی از تجربیات گذشته باشد که در یک موقعیت مشابه دوباره برانگیخته می‌شوند (اروین گرانبر، گودیل، اسچلی هیل و ون نیدا[9]، ۱۹۹۹). گزینش دانش‌آموزان برای ورود به دانشگاه‌ها یکی از عواملی است که

1. Vondrambse, Barterian & Segool
2. Spielberger
3. Alamry
4. Mc Leod & Boyes
5. Asghari., Abdul Kabir, Elias & Baba
6. Baghaei & Cassady
7. Mc Donald
8. Cho, Ryu, Noh, Lee
9. Ervin Gramber, Goodill, Schelly Hill, Von Neida

فشار زیادی را به دانش‌آموزان و خانواده‌هایشان تحمیل می‌کند و باعث افزایش اضطراب امتحان می‌شود. این امر بر موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان تاثیر بسزایی می‌گذارد. اضطراب امتحان با ترس از ارزیابی منفی، کمبود اعتماد به نفس و سایر اشکال اضطراب رابطه مستقیم دارد (ترک و نورکاتمر[1]، ۲۰۱۹). بنابراین درمان اضطراب امتحان جهت بهبود پیشرفت تحصیلی دانش‌آموز و ایجاد خودپنداره تحصیلی مثبت، ضروری به نظر می‌رسد. به دلیل برنامه درسی فشرده نوجوانان، انجام مداخلاتی جهت درمان اضطراب امتحان دانش‌آموزان مورد تردید قرار می‌گیرد، چرا که این روش‌ها اکثرا بسیار وقت گیر هستند.

همچنین اعتماد به نفس که میزان تایید، پذیرش و احساس ارزشمندی هر فرد نسبت به خود است، جزء پویای مفهوم خود بوده به طوری که پیشینه اجتماعی، بازخوردها، ارزیابی‌ها، انتظارات جامعه و اطرافیان نقش تعیین‌کننده‌ای در میزان آن دارد (سومرو[2]، ۲۰۱۳، سیرواستاوا و جوشی[3]، ۲۰۱۴). به دلیل تغییرات دوران بلوغ، تغییر در نقش‌ها و مسئولیت‌ها، تغییر در هویت و سعی برای پیدا کردن هویت جدید و نیز تغییر در حمایت از سوی خانواده و دوستان، اعتماد به نفس در طول این دوره اغلب کاهش می‌یابد (کرت و هاگون[4]، ۲۰۱۸). در این دوره، به دلیل تغییرات جسمانی و سردرگمی در نحوه برقراری ارتباط مناسب با دیگران، نوجوان دچار بحران و سردرگمی می‌شود و عدم آموزش مناسب می‌تواند افسردگی و گاه خودکشی را در پی داشته باشد (لوری[5]، کرپیوس، بیفورت، سولنبرگر، نیکپون و هاسر، ۲۰۰۵).

حرفه مشاوره چارچوب‌های هدایتی و راهنمایی جدیدی را پذیرفته است که به مشاوران فرصت‌های بیشتری برای ارائه خدمات مشاوره‌ای شایسته ارائه دهد (ریواس و

1. Turk & Nur Katmer
2. Soomero
3. Sirvastava & Joshi
4. Kort & Hagewen
5. Lowery, Kurpius, Befort, , Blanks, Sollenberger, Nicpon, Huser

هیل، ۲۰۲۳). طبق فصل ۳۳ قانون آموزش ایالت تگزاس آمریکا، مشاوران مدرسه دارای گواهی نامه هستند و برنامه مشاوره مدرسه آنها بخش مرکزی یک سیستم حمایتی برای دانش‌آموزان در ارتباط با معلمان و مدیران است (قانون آموزش تگزاس، ۲۰۲۱).

بر این اساس با توجه به مشکلات سلامت روان دانش‌آموزان وضرورت بهبود آن، مجموعه از مدل‌های شناختی-رفتاری، روان پویشی و بین شخصی برای درمان اختلالات اضطرابی و افزایش اعتماد به نفس به کارگرفته شده اند که از بین آن‌ها در مورد مدل‌های شناختی- رفتاری تحقیق بیشتری انجام شده است. با این حال بسیاری از بیماران که تحت درمان CBT قرار می‌گیرند یا به درمان پاسخ نمی‌دهند، یا بعد از درمان نشانه‌های باقیمانده دارند و یا حتی طی درمان بدتر هم می‌شوند. این کاستی‌ها، احساس نیاز به یک روش کارآمدتر را تقویت می‌کند (بشارت، ۱۳۹۸). مداخلات پارادوکسی[1] روش‌های درمانی هستند که مقصود از آنها کمک به مراجعین برای منعطف‌تر شدن یا دست‌کم دیدن مشکل‌شان از زاویه‌ی نگاهی جدید است(پلوسو و فروند[2]، ۲۰۲۳). پارادوکس در فرهنگ روان‌شناسی، بر اساس آثار مکتوب، به نظریه‌ها و فعالیت‌های بالینی آدلر[3](۱۹۲۳)، دانلپ[4](۱۹۲۸) و فرانکل[5](۱۹۳۹) بازمی‌گردد. آدلر و کراپل تیلور[6]، پارادوکس درمانی را نوعی استفاده مثبت از مقاومت بیمار در برابر درمانگر می‌دانستند. دانلپ (۱۹۲۸) پارادوکس درمانی را فرایند استقرار کنترل ارادی بر عادت‌های غیرارادی می‌داند. (بشارت،۱۳۹۹،ص ۷). از فواید بالقوه مداخلات پارادوکسی این است که تغییر رفتاری بسیار سریعی ایجاد می‌کنند (یعنی تغییر در نظام یا ساختار عملکردی) مداخلات پارادوکسی گاهی فریبنده و دستکاری‌کننده خوانده شده‌اند (پلوسو و فروند، ۲۰۲۳) اما در صورت استفاده مناسب اثرگذاری قابل اثباتی دارند

1. Paradoxical interventions
2. Peluso and Freund
3. Adler
4. Dunlap
5. Frankel
6. Craple Teylor

(براونینگ و هال[1]، ۲۰۲۱). روان درمانی PTC مدلی از پارادوکس درمانی است که در چیدمانی جدید عرضه شده است (بشارت، ۱۳۹۹). مدل درمانی پارادوکسی[2] PTC، به عنوان رویکردی جدید و جامع، یک روش ساده و کوتاه مدت است که از جمله کاربردهای آن درمان قطعی و بدون بازگشت اختلالات اضطرابی و وسواسی است (بشارت، ۱۳۹۹).

برنامه زمانی پارادوکسی در پارادوکس درمانی PTC، از دو مولفه بنیادین تشکیل شده است. مولفه نخست، یعنی پارادوکس، به معنای تجویز عین نشانه بیماری است. بر اساس این مدل، مراجع باید نشانه‌های اختلال را که از آن رنج می‌برد را بازسازی کند. مولفه دوم، یعنی برنامه زمانی، که مراجع مکلف می‌شود عین نشانه را در زمانی مشخص و برای مدتی معین بازسازی و تجربه کند (قدیمی نوران، شفیع آبادی، خدابخشی کولایی و عسگری، ۱۳۹۹). جدایی ناپذیری پارادوکس از برنامه زمانی و تجویز عین نشانه، شروع تاخیری تمرین‌ها (یک روز بعد از تجویز آن‌ها در اولین جلسه درمان) و ممنوعیت ممانعت از نشانه‌ها و رفتارهای اضطرابی از اصول مدل روان درمانی PTC محسوب می‌شوند. دستوری سازی - مصنوعی سازی هم از مکانیسم‌های این روش است که اضطراب را کاهش می‌دهد. زمانی که بازسازی و تجربه حالت‌های اضطرابی برای بیمار تجویز می‌شود، انتظار می‌رود اضطراب درونی فرد فعال شود؛ اما این مکانیسم در کنار اصل تجویز عین نشانه و اصل شروع تاخیری اضطراب حاصل از تکلیف را کم می‌کند. در واقع بازسازی وقایع باعث می‌شود فرد اضطراب کمتری نسبت به موضوع اصلی کسب کند. در ادامه که رابطه نشانه با اضطراب توسط دو مکانیسم نخست قطع می‌شود، دیگر نشانه‌ها نمی‌توانند به صورت تحمیلی و اجباری برای فرد ایجاد اضطراب کنند (بشارت، ۱۳۹۷).

مدل درمانی PTC برای انواع طیف اختلال‌های اضطرابی و وسواسی (بشارت،

1. Browning and Hull
2. Paradoxical time table

۱۳۹۶)، اختلال وسواس فکری ـ عملی (بشارت، ۱۳۹۷)، اختلال اضطراب اجتماعی[1] (بشارت، ۱۳۹۸) و اختلال بدشکلی بدنی[2] (بشارت، ۱۳۹۹) به کار برده شده است که این مطالعات نتایج تاثیر مثبت و کوتاه مدت این مدل را نشان داده‌اند. براساس یافته‌های پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۹۸) درمان برنامه زمانی پارادوکسی، روشی مناسب و زودبازده برای کاهش علائم وسواس است و نسبت به درمان مواجه‌سازی و جلوگیری از پاسخ[3] و دارودرمانی[4] برای علائم وسواس عملکرد بهتری دارد و همچنین مداخله موثری برای کاهش علائم و نشانه‌های وسواس فکری ـ عملی است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین قدیمی نوران و همکاران (۱۳۹۹) پارادوکس درمانی را بر اختلال پرخوری زنان با ۹۹ درصد اطمینان اثربخش دیدند و دریافتند اثرات درمانی تا مرحله پیگیری پایدار بوده است. همپتون و هالگوس (۱۹۹۳) مداخلات پارادوکسی را اثربخش‌تر از درمان‌های دیگر ارزیابی کردند. گرینبرگ کاس و فیش (۱۹۹۱) نشان دادند تکنیک‌های شناختی تاثیری بر عملکرد کودکان با اضطراب امتحان نداشت. پژوهش‌های نیوتن و همکاران (۱۹۹۰) نیز اثربخشی مداخلات پارادوکسی را بر کاهش اضطراب امتحان دو گروه مراجع با شوخ طبعی بالا و پایین تایید می‌کند. از آن جا که در پژوهش هاخارجی و داخلی، مطالعاتی در زمینه اثربخشی روان درمانی پارادوکسی PTC بر درمان اضطراب امتحان و کمبود اعتماد به نفس موجود نیست و برای درمان اختلالات اضطرابی و اعتماد به نفس در مدارس، بیشتر از روش‌های شناختی- رفتاری استفاده می‌شود؛ خلا مهمی در این راستا احساس می‌شود. هدف این پژوهش سنجش اثربخشی این روش بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان و کمبود اعتماد به نفس دختر است.

1. Social Anxiety Disorder
2. Body Dysmorphic Disorder
3. Exposure and Response Prevention
4. pharmacotherapy

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، طرح آزمایشی تک آزمودنی از نوع ABA است. سه مرحله این طرح به شرح زیر می‌باشد:

۱. مرحله خط پایه (A): این مرحله سه هفته به طول انجامید و میزان اضطراب امتحان آزمودنی با استفاده از پرسشنامه فریدمن و جاکوب (۱۹۹۷) و اعتماد به نفس با استفاده از استاندارد آیزنک (۱۹۷۹) در سه جلسه اندازه‌گیری و ثبت شد. پس از تعیین یک خط پایه باثبات، مطالعه وارد مداخله شد.

۲. مرحله مداخله (B): این مرحله سه هفته به طول انجامید و در سه جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، تکنیک‌های رویکرد پارادوکسی PTC به آزمودنی عرضه شده و پیگیری شدند و اثرات درمان اندازه گیری شد.

۳. مرحله پیگیری (A): در این مرحله طی سه هفته، پایداری تغییرات سنجیده شد.

جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه دانش‌آموزان پایه دوازدهم دبیرستان (۱۷ سال) دخترانه زهرای اطهر(س) شهر تهران بود که به منظور کاهش اضطراب امتحان خود به مشاور مدرسه مراجعه کرده بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس، از جامعه آماری مورد مطالعه ۴ دانش‌آموز داوطلب انتخاب شدند. برخلاف طرح‌های سنتی که معمولا از یک گروه کنترل و یک گروه آزمایش برای مقایسه اثربخشی درمان از طریق استفاده از آزمون‌های آماری و اندازه معناداری استفاده می‌شود، در طرح تک آزمودنی هر شخص به عنوان کنترل خود عمل می‌کند (مکجیل[1]، ۲۰۱۶). ملاک ورود به مداخله دختر بودن، دانش‌آموز پایه ۱۲ بودن، نداشتن اختلال روانی دیگر، عدم استفاده از داروی روانپزشکی و کسب نمره سطح پایه کمتر از ۱۲ در ۳ نوبت زمانی اجرای آزمون اضطراب امتحان فریدمن جاکوب (۱۹۹۷) و نمره کمتر یا مساوی ۱۳ در آزمون اعتماد به نفس آیزنک (۱۹۷۹) و ثبات نسبی آن‌ها بدون مداخله در سطح پایه بود و معیار خروج

1. Mcgill

تحت درمان بودن دانش‌آموزان و مصرف دارو بود.

ابزار پژوهش

۱. مقیاس اضطراب امتحان فریدمن و جاکوب (۱۹۹۷)

این آزمون توسط فریدمن و جاکوب (۱۹۹۷) برای تشخیص اضطراب امتحان بزرگسالان ساخته شده است؛ دارای ۲۳ سوال است و پاسخ هر سوال به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم می‌باشد . این پرسشنامه به سنجش اضطراب امتحان بزرگسالان در سه بعد **تحقیر اجتماعی** (سوال ۱ تا ۸)، **خطای شناختی** (سوال ۹ تا۱۷) و **تنیدگی** (سوال ۱۸ تا۲۳) می‌پردازد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد با هم جمع می‌شود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع می‌شود. نمرات بالا نشان دهنده اضطراب امتحان پایین می‌باشد و برعکس. ایزدی فرد و همکاران (۱۳۹۱) به اعتباریابی و رواسازی این آزمون پرداختند و از روش تحلیل عاملی اکتشافی برای تحلیل داده‌ها و بررسی عامل‌های آزمون استفاده کردند. آن‌ها برای برآورد پایایی آزمون از ضریب آلفای کرونباخ بهره بردند و دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون ۲۳ سؤالی در نمونه‌ای به تعداد ۳۲۸ نفر که به صورت نسبتی تصادفی انتخاب شده بودند بین دامنه ۰/۸۳ تا ۰/۹۰ برای عامل‌ها در تغییر بود. نتایج آماری نشان داد همه سوال‌ها همبستگی مناسبی با کل آزمون دارند و نیاز به حذف یا تغییر سؤالی نیست. مقادیر آزمون KMO و بارتلت حاکی از آن بود که آزمون مناسب ماتریکس همبستگی در تحلیل عاملی است. در تحلیل عاملی به عمل آمده، تمام ۲۳ ماده وارد تحلیل شدند و هیچ یک از ماده ها، همبستگی کمتر از ۰/۳ نداشتند. فرم فارسی آزمون اضطراب امتحان فریدمن و جاکوب (۱۹۹۷) با ۲۳ ماده و ۳ عامل استخراج شد. لذا می‌توان نتیجه گرفت آزمون مذکور میان ایرانیان هم از پایایی و اعتبار خوبی برخوردار است و برای اجرای

پژوهش‌های گوناگون در زمینه اضطراب امتحان قابل استفاده است.

۲. پرسشنامه اعتماد به نفس استاندارد آیزنک (۱۹۷۹)

برای سنجش اعتماد به نفس استفاده از پرسشنامه استاندارد آیزنک(۱۹۷۹) استفاده گردید. آیزنک کوشیده است یکی از مؤلفه‌های عمده از عوامل شکل دهنده شخصیت را که مربوط به زمینه کلی سنخ **استواری سازگاری** را در برابر **نا استواری هیجانی** است بررسی نماید. استواری سازگاری از صفاتی چون عزت نفس، خوشی، آرامش و نااستواری هیجانی از صفاتی چون احساس حقارت، افسردگی و نگرانی تشکیل شده است. ۳۰ سوال از پرسش‌های سنخ استواری سازگاری و نااستواری هیجانی مربوط به عزت نفس است که در مقابل احساس حقارت قرار گرفته است. آزمودنی در مقابل هر سوال باید تا حد امکان بکوشد با جواب آری یا خیر پاسخ دهد. در صورتی که واقعا برایش امکان نداشته باشد، گزینه میانه را بر می‌گزیند وعلامت سوال (؟) را انتخاب می‌کند. هرمزی نژاد (۱۳۸۰) روایی این پرسشنامه را برای دانشجویان دختر ۰/۷۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۷۹ گزارش کرده است. ضریب پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و با استفاده از روش تنصیف ۰/۸۷ گزارش شده است. (ایزدی فرد و همکاران، ۱۳۹۱).

۳. پروتکل پارادوکس درمانی (PTC)

پارادوکس درمانی (PTC) از دو مؤلفه یا دو تکنیک تشکیل شده است: پارادوکس و برنامه زمانی. بر اساس این تکنیک ترکیبی دوگانه عین نشانه‌های بیماری برای بیمار تجویز می‌شود (پارادوکس) و بیمار مکلف می‌شود این نشانه‌ها را طبق دستورالعملی که درمانگر با نظر و همکاری خود بیمار برایش تجویز می‌کند در وقت‌های معینی از شبانه روز و طی مدت زمان مشخصی بازسازی و تجربه کند (برنامه زمانی). در مدل روان‌درمانی PTC این دو تکنیک همواره با هم تجویز می‌شوند و تابع اصل جدایی‌ناپذیری هستند. ترکیب این دو تکنیک، اصل جدایی‌ناپذیری پارادوکس و برنامه

زمانی و تجویز عین نشانه از مشخصه‌های مدل روان‌درمانی PTC هستند. در جلسه اول درمان، درمانگر با بیمار در مورد جزئیات تکلیف و نحوه و زمان انجام آن صحبت می‌کند و اتفاقاتی را که ممکن است برای بیمار پیش آید را توضیح می‌دهد. بیمار مکلف است که این رفتارها را در وقت‌های تعیین شده را با همه احساسات و هیجانات منفی همراه این رفتارها عین وقت‌های دیگر تکرار کند. در فاصله دو هفته بین جلسه اول و دوم، بیمار فرصت کافی برای انجام دادن تمرین‌ها دارد و می‌تواند تغییرات احتمالی را ارزیابی کند. در جلسه دوم، درمانگر از نحوه اجرای تکالیف و تغییرات احتمالی گزارش می‌گیرد و تکالیف آینده را بر اساس نتایج به دست آمده مشخص می‌کند. تکالیف تجویزی برای بیمار به طور معمول سیر کاهشی دارند و تعداد دفعات تمرین روزانه کاهش می‌یابد. پایان جلسات درمان را وضعیت بیمار تعیین می‌کند، زمانی که بیمار دیگر از مشکل و اختلالی که برای درمان مراجعه کرده بود رنج نبرد. در جدول شماره ۱ بسته مداخلاتی پارادوکس درمانی (بشارت، ۱۳۹۸) ارائه شده است.

جدول شماره ۱. بسته مداخلاتی پارادوکس درمانی (بشارت، ۱۳۹۸)

جلسه	توضیحات پروتکل
جلسه اول	مرحله اجتماعی مصاحبه: شامل خوشامدگویی؛ گرفتن اطلاعات خانوادگی و اجتماعی مرحله مشکل مصاحبه: شرح جزئیات (مشکلات) توسط مراجع/ شرح برنامه درمان توسط درمانگر و تعیین هدف‌های درمان؛ تجویز تکالیف متناسب برای اجرا توسط مراجع/ در فاصله بین جلسات (به طور معمول و به عنوان تکلیف حداقلی برنامه زمانی پارادوکسی)
جلسه دوم	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ مشکلات و محدودیت‌های احتمالی اجرای تکالیف برای مراجع؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی به تنهایی(برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر- مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده) یا همراه با تکالیف جدید(برای مثال، تجویز برنامه زمانی پارادوکسی در زمینه سایر نشانه ها).

جلسه	توضیحات پروتکل
جلسه سوم	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر- مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده)؛ تجویز تکنیک مکمل اول در صورت نیاز (مطابق اصل کاهش اضطراب در مدل PTC، مراجع موظف می‌شود که برای کاهش نشانه‌ها از سطح فعلی تلاشی نکند).
جلسه چهارم	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر- مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده)؛ تجویز تکنیک مکمل دوم در صورت نیاز (مطابق اصل کاهش اضطراب در مدل PTC، از مراجع/بیمار خواسته می‌شود که نشانه‌ها را در سطح فعلی حفظ کند).
جلسه پنجم	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع؛ اعلام پایان دوره درمان در صورت تحقق هدف‌های درمان یا ادامه جلسات تا تحقق کامل هدف‌های درمان در صورت نیاز.
جلسه ششم	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع؛ اعلام پایان دوره درمان در صورت تحقق هدف‌های درمان یا ادامه جلسات تا تحقق کامل هدف‌های درمان در صورت نیاز. شرح برنامه خوددرمانی مراجع در آینده(این برنامه در جلسه پایانی برای مراجع تشریح می‌شود).

بعد اتمام جلسات مداخله پارادوکس درمانی (PTC) آزمون اضطراب فریدمن و جاکوب امتحان (۱۹۹۷) و اعتماد به نفس آیزنگ (۱۹۷۹) در سه هفته متوالی برای تایید پایداری و ثبات نتایج برگزار شد و نتایج در جدول ۲ تا ۶ بیان شده است.

یافته‌ها

در این بخش نمودارهای نمرات اضطراب امتحان و اعتماد به نفس هر دانش‌آموز

طی مراحل پیش آزمون، مداخله و پیگیری به تفکیک آورده شده است. مشخصات دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. مشخصات دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش

دانش‌آموز	سن درک اضطراب امتحان	سن درک عدم اعتمادبه‌نفس	سابقه مراجعه به روانپزشک یا روان‌شناس	داشتن سابقه خانوادگی	اضطراب امتحان از نظر خود دانش‌آموز	درصد عدم اعتمادبه‌نفس از نظر خود دانش‌آموز
الف	۷ سالگی	۷سالگی	مراجعه داشته است	خیر	۱۰۰	۹۰
ب	۱۰ سالگی	۱۰سالگی	مراجعه داشته است	بله ـ خواهر بزرگتر	۱۰۰	۱۰۰
ج	۱۴ سالگی	۱۴سالگی	مراجعه داشته است	خیر	۱۰۰	۱۰۰
د	۱۱ سالگی	۱۱ سالگی	مراجعه داشته است	بله ـ عمه	۱۰۰	۱۰۰

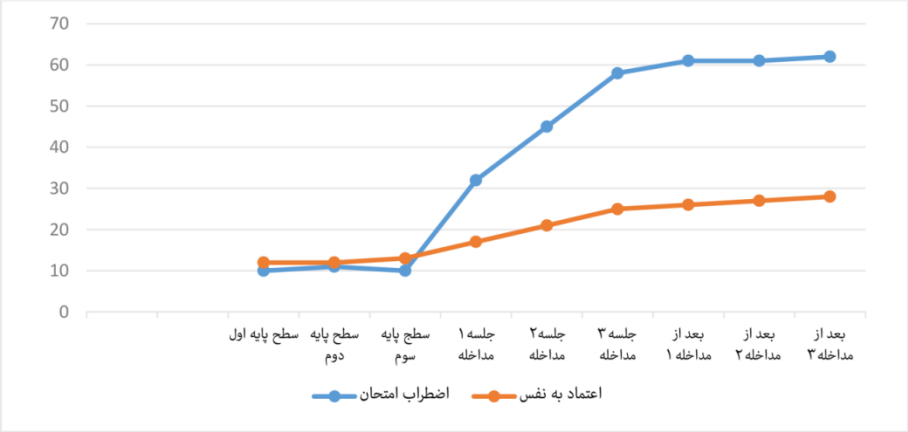
در جدول شماره ۲ مشخصات دانش‌آموزان که در فرایند درمان شرکت کردند مشخص شده است. این دانش‌آموزان که از طریق معلمان به مشاور مدرسه معرفی شده است. به دنبال عدم موفقیت در امتحان، معلم علت را جویا شده و دانش‌آموز اذعان کرده است که دارای اضطراب شدید امتحان هستند. سه جلسه قبل از مداخله با دانش‌آموز ملاقات شد و سطح پایه مشخص شد. در جلسه اول، آزمون اضطراب امتحان و اعتماد به نفس از او گرفته شد. نتایج مربوط به دانش‌آموز در جدول ۳ مشخص شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های اضطراب امتحان و اعتماد به نفس دانش‌آموز الف

جلسه	تحقیر اجتماعی	خطای شناختی	تنیدگی	اضطراب امتحان	استواری سازگاری	نااستواری هیجانی	اعتماد به نفس
					=		
سطح پایه اول	۴	۴	۲	۱۰	۴	۸	۱۲
سطح پایه دوم	۴	۴	۳	۱۱	۴	۸	۱۲
سطج پایه سوم	۳	۵	۲	۱۰	۵	۸	۱۳
جلسه ۱ مداخله	۱۰	۱۱	۱۱	۳۲	۷	۱۰	۱۷

جلسه	تحقیر اجتماعی	خطای شناختی	تنیدگی	اضطراب امتحان	استواری سازگاری	نااستواری هیجانی	اعتماد به نفس
جلسه ۲ مداخله	۱۵	۱۴	۱۶	۴۵	۱۰	۱۱	۲۱
جلسه ۳ مداخله	۱۹	۱۸	۲۱	۵۸	۱۲	۱۳	۲۵
بعد از مداخله ۱	۲۲	۲۴	۱۵	۶۱	۱۰	۱۶	۲۶
بعد از مداخله۲	۲۲	۲۴	۱۵	۶۱	۱۰	۱۷	۲۷
بعد از مداخله ۳	۲۲	۲۴	۱۶	۶۲	۱۰	۱۸	۲۸

همانطور که در جدول ۳ مشخص شده است سطح پایه مداخله برای مراجع الف و نمرات آزمون های اضطراب و اعتپماد به نفس در طی فرایند درمان و بعد از درمان نمایش داده شده است. داده ها تفاوت دارد، نتایج مداخله در نمودار شماره ۱ نمایش داده شده است.



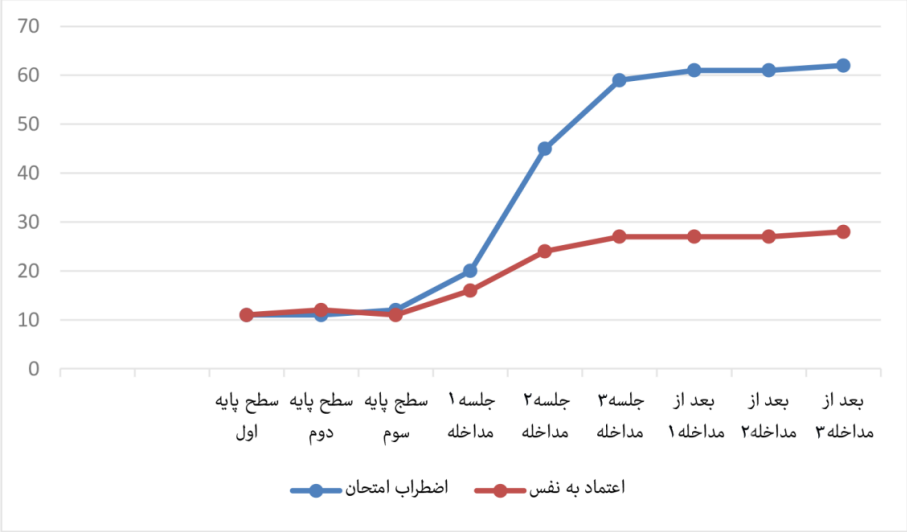
نمودار۱. نتایج نمرات اعتماد به نفس و اضطراب امتحان دانش‌آموز الف

همانطور که در نمودار ۱ نشان داده شده است، تغییرات نمرات اضطراب و اعتماد به نفس مراجع در طی جلسات به صورت چشمی تفاوت معناداری دارد. فرایند مداخله برای آزمودنی‌های ب نیز صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۴ در ادامه آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون‌های اضطراب امتحان و اعتماد به نفس دانش‌آموز ب

جلسه	تحقیر اجتماعی	خطای شناختی	تنیدگی	اضطراب امتحان	استواری سازگاری	نااستواری هیجانی	اعتماد به نفس
سطح پایه اول	۵	۳	۳	۱۱	۳	۸	۱۱
سطح پایه دوم	۵	۳	۳	۱۱	۳	۸	۱۲
سطج پایه سوم	۵	۴	۳	۱۲	۳	۸	۱۱
جلسه ۱ مداخله	۶	۴	۱۰	۲۰	۷	۹	۱۶
جلسه ۲ مداخله	۱۵	۱۵	۱۵	۴۵	۱۰	۱۴	۲۴
جلسه ۳ مداخله	۱۹	۱۸	۲۲	۵۹	۱۲	۱۵	۲۷
بعد از مداخله ۱	۲۲	۲۴	۱۵	۶۱	۱۰	۱۷	۲۷
بعد از مداخله۲	۲۱	۲۳	۱۵	۶۰	۹	۱۶	۲۷
بعد از مداخله ۳	۲۲	۲۴	۱۶	۶۲	۱۰	۱۷	۲۸

همانطور که در جدول ۴ مشخص شده است سطح پایه مداخله برای مراجع ب و نمرات آزمون‌های اضطراب و اعتماد به نفس در طی فرایند درمان و بعد از درمان نمایش داده شده است. مشخص است که داده‌ها تفاوت دارد، نتایج مداخله در نمودار شماره ۲ نمایش داده شده است.



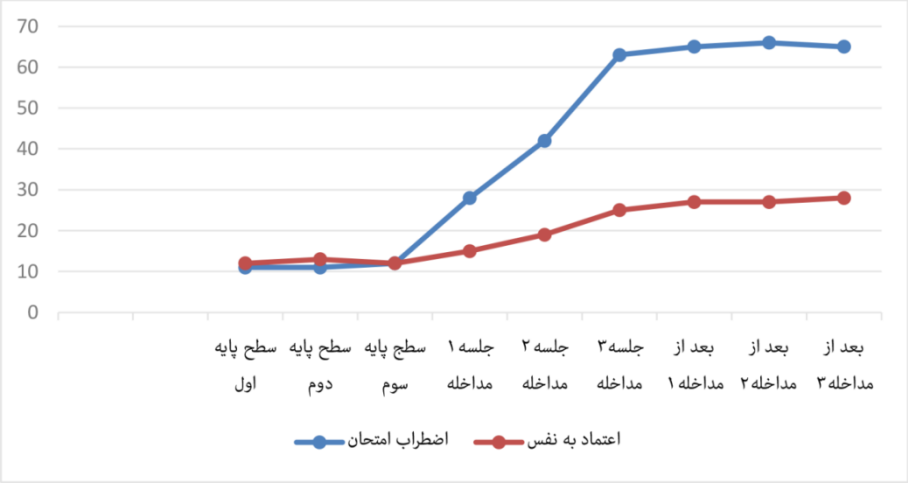
نمودار۲. نتایج نمرات اعتماد به نفس و اضطراب امتحان دانش‌آموز ب

همانطور که در نمودار ۲ نشان داده شده است، تغییرات نمرات اضطراب و اعتماد به نفس مراجع به صورت چشمی در طی جلسات تفاوت معناداری دارد. فرایند مداخله برای آزمودنی ج نیز صورت گرفت که نتایج آن در جداول در ادامه آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون‌های اضطراب امتحان و اعتماد به نفس دانش‌آموز ج

جلسه	تحقیر اجتماعی	خطای شناختی	تنیدگی	اضطراب امتحان	استواری سازگاری	نااستواری هیجانی	اعتماد به نفس
سطح پایه اول	۵	۴	۲	۱۱	۴	۸	۱۲
سطح پایه دوم	۵	۴	۲	۱۲	۴	۸	۱۳
سطح پایه سوم	۵	۵	۲	۱۲	۴	۸	۱۲
جلسه ۱ مداخله	۸	۱۰	۱۰	۲۸	۷	۸	۱۵
جلسه ۲ مداخله	۱۵	۱۵	۱۲	۴۲	۱۰	۹	۱۹
جلسه ۳ مداخله	۲۳	۲۴	۱۶	۶۳	۱۰	۱۵	۲۵
بعد از مداخله ۱	۲۴	۲۵	۱۶	۶۵	۱۰	۱۷	۲۷
بعد از مداخله۲	۲۳	۲۴	۱۷	۶۴	۹	۱۶	۲۶
بعد از مداخله ۳	۲۴	۲۵	۱۶	۶۵	۱۰	۱۷	۲۵

همانطور که در جدول ۵ مشخص شده است سطح پایه مداخله برای مراجع ج و نمرات آزمون های اضطراب و اعتماد به نفس در طی فرایند درمان و بعد از درمان نمایش داده شده است. مشخص است که داده‌ها تفاوت دارد، نتایج مداخله در نمودار شماره ۳ نمایش داده شده است.



نمودار۳. نتایج نمرات اعتماد به نفس و اضطراب امتحان دانش‌آموز ج

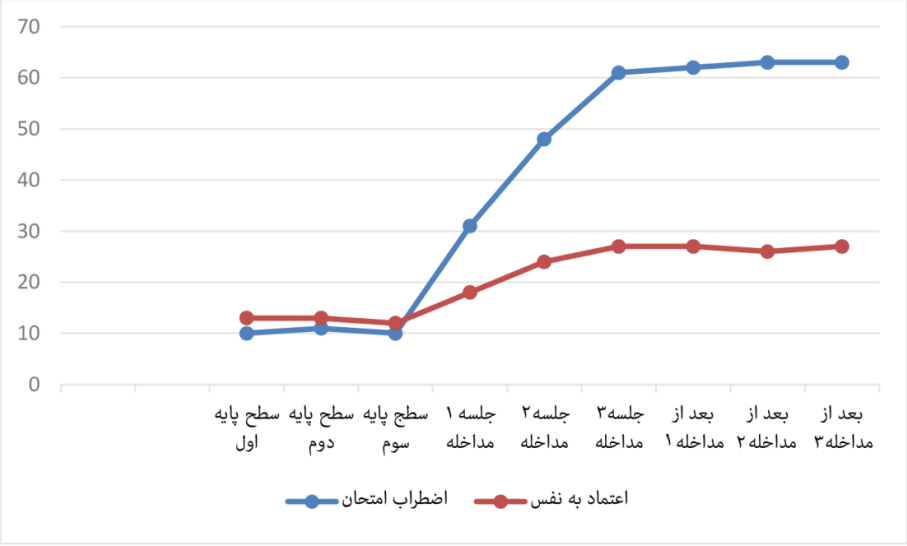
همانطور که در نمودار ۳ نشان داده شده است، تغییرات نمرات اضطراب و اعتماد به نفس مراجع ج به صورت چشمی در طی جلسات تفاوت معناداری دارد. فرایند مداخله برای آزمودنی د نیز صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۶ در ادامه آمده است.

جدول ۶. نتایج آزمون‌های اضطراب امتحان و اعتماد به نفس دانش‌آموز د

جلسه	تحقیر اجتماعی	خطای شناختی	تنیدگی	اضطراب امتحان	استواری سازگاری	نااستواری هیجانی	اعتماد به نفس
سطح پایه اول	۴	۴	۲	۱۰	۵	۸	۱۳
سطح پایه دوم	۴	۴	۳	۱۱	۵	۸	۱۳
سطج پایه سوم	۴	۴	۲	۱۰	۵	۷	۱۲
جلسه ۱ مداخله	۸	۱۳	۱۰	۳۱	۱۰	۸	۱۸
جلسه ۲ مداخله	۱۵	۲۱	۱۲	۴۸	۱۰	۱۴	۲۴

جلسه	تحقیر اجتماعی	خطای شناختی	تنیدگی	اضطراب امتحان	استواری سازگاری	نااستواری هیجانی	اعتماد به نفس
جلسه ۳ مداخله	۲۰	۲۵	۱۶	۶۱	۱۰	۱۷	۲۷
بعد از مداخله ۱	۲۱	۲۵	۱۶	۶۲	۱۰	۱۷	۲۷
بعد از مداخله۲	۲۱	۲۴	۱۷	۶۳	۹	۱۶	۲۶
بعد از مداخله ۳	۲۰	۲۵	۱۶	۶۴	۱۰	۱۷	۲۷

همانطور که در جدول ۶ مشخص شده است سطح پایه مداخله برای مراجع د و نمرات آزمون های اضطراب و اعتماد به نفس در طی فرایند درمان و بعد از درمان نمایش داده شده است. مشخص است که داده‌ها تفاوت دارد، نتایج مداخله در نمودار شماره ۴ نمایش داده شده است.



نمودار ۴. نتایج نمرات اعتماد به نفس و اضطراب امتحان دانش‌آموز د

همانطور که همانطور در نمودار ۴ نشان داده شده است، تغییرات نمرات اضطراب و اعتماد به نفس مراجع د به صورت چشمی در طی جلسات تفاوت معناداری دارد.

جدول ۷. نتایج اندازه اثر در پرسشنامه اضطراب امتحان و اعتماد به نفس در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

آزمودنی	شاخص آماری	امتیازپرسشنامه اضطراب امتحان	امتیاز پرسشنامه اعتماد به‌نفس
آزمودنی اول	میانگین خط پایه (SD)	10.33 (0.5)	12.33 (1)
	میانگین مداخله	45 (0.47)	21 (3.09)
	میانگین پیگیری	61.33 (1)	27 (3.5)
	اندازه اثر مرحله مداخله	Cohen's *d= 5.53* effect-size *r= 0.92*	Cohen's *d= -2.10* effect-size *r= -0.71*
	اندازه اثر مرحله پیگیری	Cohen's *d= 17.07* effect-size *r= 0.99*	Cohen's *d= -7.05* effect-size *r= -0.94*
آزمودنی دوم	میانگین خط پایه (SD)	11.33 (0.5)	11.33 (2)
	میانگین مداخله	41.33 (1.25)	19 (5.7)
	میانگین پیگیری	61 (3)	27.33 (5)
	اندازه اثر مرحله مداخله	Cohen's *d= 5.07* effect-size *r= 0.93*	Cohen's *d=-4.91* effect-size *r=-0.92*
	اندازه اثر مرحله پیگیری	Cohen's *d= 5.81* effect-size *r= 0.94*	Cohen's *d= -10.76* effect-size *r= -0.98*
آزمودنی سوم	میانگین خط پایه	11.67 (0.5)	12.33 (1)
	میانگین مداخله	44.33 (0.47)	19.67 (3.09)
	میانگین پیگیری	64 (1)	26 (3.5)
	اندازه اثر مرحله مداخله	Cohen's *d= 5.83* effect-size *r= 0.94*	Cohen's *d= -2.15* effect-size *r= -0.73*
	اندازه اثر مرحله پیگیری	Cohen's *d= 17.07* effect-size *r= 0.99*	Cohen's *d= -7.75* effect-size *r= -0.96*
آزمودنی چهارم	میانگین خط پایه	10.33 (0.5)	12.69 (1)
	میانگین مداخله	46.6 (2.6)	23 (3.81)
	میانگین پیگیری	63 (0.5)	26.67 (3.5)
	اندازه اثر مرحله مداخله	Cohen's *d= 2.57* effect-size *r=0.79*	Cohen's *d= -5.91* effect-size *r= -0.94*
	اندازه اثر مرحله پیگیری	Cohen's *d=26* effect-size *r= 0.99*	Cohen's *d= -9.53* effect-size *r= -0.97*

همانطور که در جدول ۷ مشخص شده، نمرات دانش‌آموزان در آزمون‌های اضطراب امتحان در سه مرحله ارزیابی شده است و این ارزیابی‌ها نشان دهنده کاهش میزان اضطراب امتحان است. نمرات مقیاس اضطراب هر چه بالاتر باشد اضطراب امتحان کمتر است. نمرات دانش‌آموزان در هر مرحله مداخله و پیگیری دارای ثبات و پایداری بوده و همانطور که این نمرات نشان می‌دهند، اثربخشی این جلسات موید ثبات

اضطراب امتحان دانش‌آموزان در مرحله پیگیری می‌باشد.

همچنین همانطور که در جدول ۷ مشخص شده، نمرات دانش‌آموزان در آزمون‌های اضطراب امتحان و اعتماد به نفس در سه هفته دارای ثبات و پایداری بوده و همانطور که این نمرات نشان می‌دهند، نتایج این جدول نشان دهنده اثربخشی این جلسات و ثبات آن در پیگیری بر اضطراب امتحان و اعتماد به نفس دانش‌آموزان می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مداخله پژوهش نشان داد که پارادوکس درمانی (PTC) بر کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این تحقیق و افزایش اعتماد به نفس آنها تاثیر داشته است. نتایج این تحقیق با نتایج پژوهش‌های پیشین هم راستا است. نیکان، لطفی کاشانی، وزیری و مجتبایی (۱۴۰۰الف) به مقایسه اثربخشی برنامه ریزی زمانی پارادوکسی و درمان شناختی- رفتاری بر مکانیسم‌های دفاعی و علائم افراد دچار اضطراب اجتماعی پرداخته‌اند. نتایج پژوهش آنها نشان داد هر دو نوع درمان باعث کاهش مکانیسم‌های دفاعی و علائم شده‌اند. این پژوهشگران در پژوهش دیگری (نیکان و همکاران، ۱۴۰۰ب) به مقایسه برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی- رفتاری بر کاهش نگرانی و نشخوار فکری بیماران دچار اضطراب اجتماعی نیز پرداختند و دریافتند هر دونوع درمان بر کاهش نگرانی و نشخوار فکری بیماران مؤثر بوده است و این تغییرات با ثبات بوده و اثربخشی آن بعد از دوره پیگیری نیز حفظ شده است. فراتحلیل پلوسو و فروند (۲۰۲۳) نیز اندازه اثر بزرگ برای مداخلات پارادوکسی نسبت به گروه کنترل و اندازه اثر متوسط برای این مداخلات نسبت به سایر مداخلات درمانی را نشان داده است.

بشارت (۱۳۹۸) اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی را طی یک مطالعه موردی مورد بررسی قرار داد و دریافت که این نوع درمان موثر بوده و در پیگیری‌های سه ساله نیز اثری از بازگشت بیماری مشاهده نشده است.همچنین

بشارت (۱۳۹۹) در تحقیقی دیگر به سنجش کاربرد پارادوکس درمانی برای درمان اختلال بدشکلی بدنی طی مطالعه موردی پرداخت و نشان داد که این نوع درمان کاملا موفق بوده و طی پیگیری‌های ۲۴ ماهه و ۳۶ ماهه تغییرات درمانی از ثبات و استمرار برخوردار بوده است. احمدی، رضایی، سامانی و کاظمی (۱۳۹۹) نیز اثربخشی دو تکنیک مواجهه همراه با جلوگیری از پاسخ و تکنیک پارادوکسیکال تایم تیبل را بر وسواس افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری باهم مقایسه کرده اند و به تاثیر معنادار هر دو این روش‌ها در درمان اذعان داشته‌اند. قدیمی نوران، شفیع آبادی، خدابخشی کولایی و عسگری (۱۳۹۹) به تدوین پروتکل درمانی مبتنی بر مدل برنامه زمانی پارادوکسی و تعیین اثربخشی آن بر اختلال پرخوری زنان پرداختند و دریافتند که این مدل با ۹۹ درصد اطمینان بر اختلال پرخوری مؤثر بوده و اثرات درمانی آن تا مرحله پیگیری پایدار بوده است.

مداخلات پارادوکسی[1] روش‌های درمانی هستند که مقصود از آنها کمک به مراجعین برای منعطف‌تر شدن یا دست‌کم دیدن مشکل‌شان از زاویه‌ی نگاهی جدید است. از فواید بالقوه مداخلات پارادوکسی این است که تغییر رفتاری بسیار سریعی ایجاد می‌کنند (یعنی تغییر در نظام یا ساختار عملکردی) (پلوسو و فروند[2]، ۲۰۲۳). در این پژوهش از مراجع خواسته شد که طبق یک برنامه زمانی مشخص، علائم بالینی اضطراب خود را که در موقعیت‌های امتحان تجربه می‌کرده است را بازسازی کند. این علائم تا پیش از این خارج از کنترل و اراده او بوده و از او خواسته شد تا این علائم را این بار با اراده و خواست خودش تجربه کند. این عمل در مدل پارادوکس درمانی، دستوری سازی و مصنوعی سازی گفته می‌شود و مراجع با دستور مشاور و با اراده خود این عمل را انجام می‌دهد. طی این بازسازی از مراجع خواسته شد تا این نشانه‌ها را با شدت هر چه بیشتر تجربه کند، مثلا اگر قبلا در شرایط امتحان یا سخنرانی مقابل جمع دچار تپش قلب، عرق سرد یا حالت تهوع می‌شد، این بار باید با فکر کردن و تصور شرایط اضطراب زا، این

1. Paradoxical interventions
2. Peluso and Freund

حالت‌ها را حتی شدیدتر برای خودش ایجاد می‌کرد. اتفاقی که افتاد، قطع رابطه نشانه و اضطراب بود (بشارت، ۱۳۹۶)؛ چرا که فرد می‌بیند که به همراه تمرین و تجویز عین نشانه به صورت ذهنی، نشانه‌های اضطراب مثل عرق کردن، حالت تهوع دیگر به همراه تصورات ذهنی از موقعیت اضطراب اجتماعی نمی تواند وجود داشته باشند؛ لذا اضطرابی تجربه نمی شود. این نشانه‌ها دیگر بارهیجانی و آزاردهنده نداشتند و شخص متوجه می‌شد این علائم، به جای اینکه بدون اراده به سراغ فرد بیایند، در کنترل فرد هستند و مراجع می‌تواند به راحتی آن را از زندگی خود حذف کند. در واقع طی این جلسات، ارزش معنایی علایم اضطراب و نوع نگاه مراجع به اضطراب و ترس و اختلال تغییر می‌کند و به همین دلیل علایمی چون حس تحقیر اجتماعی، خطای شناختی شخصی سازی و تنیدگی نیز کاهش می‌یابند.

بشارت(۱۳۹۸) اصل مصنوعی سازی را اینگونه توضیح می‌دهد: این مکانیسم، به معنای تجربه علائم بیماری به صورت ساختگی است؛ گویا مراجع تبدیل به یک بازیگر می‌شود که با دستور درمانگر قرار است نقش بازی کند. مصنوعی سازی، تجویز عین نشانه، و اصل شروع تاخیری اجرای تکلیف برنامه زمانی پارادوکسی، اضطراب انجام تکلیف را کاهش می‌دهد یا حذف می‌کند و شانس بازسازی مصنوعی نشانه بیماری را افزایش می‌دهد.

در این پژوهش گزارش هر ۴ دانش‌آموز نشان داد که توانسته اند از دستورات درمانگر تبعیت کند و تکالیف تجویز شده را بدون هیچ مشکلی انجام دهند. در چنین شرایطی، نشانه‌ها ساخته می‌شوند، اما علی رغم تذکرات درمانگر مبنی بر تجربه آنها همراه با اوج تجربه هیجانی منفی و علیرغم تلاش صادقانه بیمار برای این تجربه، این نشانه‌ها هرچند از نظر ظاهری شباهت زیادی به نشانه‌های بیماری باشند، ولی از نظر باطنی (احساسات و هیجان‌های آزاردهنده همراه نشانه‌های بیماری) هیچ شباهتی به محتوای نشانه‌های بیماری ندارند.

دانش‌آموز ب در ضمن جلسات گفت «شما خواسته بودید که حتی سعی کنم عرق کردن دست و گرگرفتگی جلسه امتحان رو تجربه کنم ولی هر چه تلاش کردم اصلا دستانم عرق نکرد و گرمایی حس نکردم (خنده)». در نتیجه اجرای برنامه زمانی پارادوکس درمانی، و تاثیرگذاری مکانیسم دستوری‌سازی – مصنوعی‌سازی، بیمار می‌تواند نشانه یک بیماری واقعی را به نشانه‌ای مصنوعی تبدیل کند! در نتیجه رابطه نشانه با اضطراب قطع می‌شود؛ یعنی مکانیسم دوم درمان. قطع رابطه نشانه بیماری و اضطراب. نشانه بدون اضطراب برابر است با رفتار عادی بدون خاصیت پاتولوژیک. اینجا دیگر خبری از بار هیجانی و آزاردهنده نشانه؛ و تحمیلی و اجباری بودن آن نیست؛ بلکه فرد قادر است آن را کنترل و یا به سهولت از زندگی خود حذف کند.

دانش‌آموز ج در جلسه دوم گزارش داد که «اکثر اوقات هر کاری می‌کردم نشانه‌ها رو بازسازی کنم، ولی نشد!» درواقع در ضمن مصنوعی سازی هر چه تلاش می‌کرده که نشانه‌های اضطرابی را بازسازی کند امکان پذیر نبوده است. دانش‌آموز د نیز اذعان داشت: «توی این دو هفته فقط یکبار بار تونستم تمرین‌ها رو به صورتی که شما خواستید با اضطراب انجام دهم. فکر نکنید تلاش نکردم خیلی هم تلاش کردم ولی اصلا نتونستم به اون حالت‌ها برسم». در روش روان‌درمانی پارادوکسی (PTC)، از بیمار انتظار نداریم نشانه‌ها را کنترل یا سرکوب کند؛ بلکه از مراجع می‌خواهیم به روال زندگی عادی خود ادامه دهد، و فقط در وقت‌های از پیش تعیین شده در جلسه درمان، تکالیف تجویز شده نیز را اجرا کند. تکرار تکالیف در مدت زمان فاصله بین دو جلسه، فرصت کافی در اختیار مراجع قرار می‌دهد تا این فرضیه و این واقعیت تجربی را بازآزمایی و باور کند. این تجربه‌های عملی هیجانی، به سادگی معنی نشانه را تغییر می‌دهند.

همین که مراجع در این تمرین‌ها متوجه می‌شود که نشانه‌ها دیگر ماهیت آزاردهنده و تحمیلی ندارند، ارزش این نشانه‌ها از بین می‌رود و باورهای قبلی بیمار نسبت به نشانه‌ها به شکلی ناهشیار و خودانگیخته تغییر می‌کنند. در این مدل برای تغییر معنای نشانه از

روش‌های آموزشی و شناختی مرسوم استفاده نمی شود. بخشی از اضطراب بیمار، ناشی از احساس آزاردهده بیماری، چه برای شخص بیمار و چه برای سیستمی که بیمار در آن زندگی می‌کند می‌باشد. این معنا با تجویز عین نشانه درون جلسه اول تغییر می‌کند؛ تغییری مثبت که مستقیماً اضطراب نشانه‌ها کاهش می‌دهد تا هم معنای نشانه تغییر کرده باشد و هم اجرای تکلیف برای بیمار آسان گشته باشد. این تغییر معنای نشانه (بشارت، ۱۳۹۶)، پیش از اجرای تکالیف پارادوکسی اثرگذاری با کاهش اضطراب و افزلیش اعتماد به نفس از نشانه‌ها شروع می‌شود. در گام بعدی، تجربه عملی بیمار در انجام تکالیف پارادوکسی، تغییر معنای نشانه را هدف قرار می‌دهد. برای مثال، دانش‌آموز د در جلسه دوم گزارش داد که "من در این دو هفته برای تعیین سطح زبان به مصاحبه دعوت شدم. خب خیلی استرس داشتم و فکر میکردم سر مصاحبه حالم بد میشه نمیتونم در مصاحبه شرکت کنم. در ضمن، مدتی هم بود که زبان نمی‌خوندم و خیلی نتیجه برام مهم نبود، فقط میخواستم ببینم چطور میتونم مصاحبه حضوری دو نفره رودررو داشته باشم. اما راضی بودم نه اینکه استرس نداشته باشم ولی، عذابم نداد؛ اضطرابی نبود مانع کارم بشه و اعتماد به نفسم خوب بود، باورم نمی شد». در این تحقیق اعتماد به نفس هر ۴ دانش‌آموز قبل از مداخله در بازه ۱۳-۵ بود که این نمره بعد از آزمون به بازه ۲۸- ۲۷ رسیده است. همه مکانیسم‌های این رویکرد از جمله مصنوعی سازی، قطع رابطه نشانه و اضطراب و تغییر معنی نشانه، در خدمت تقویت من (ایگو) مراجع هستند. هدف نهایی درمان اقتدار من دانش‌آموزان بود که می‌توان گفت با اعتماد به نفس آنها نیز هماهنگ است. در این راستا مراجع الف گفت که در فاصله بین جلسه اول و دوم به یک مهمانی دعوت شد و توانست در جمع صحبت کند. موقعیتی که پیش از شروع درمان برایش اضطراب امکان‌پذیر نبود.

با توجه به اینکه این رویکرد از مبانی نظریه روانکاوی بهره می‌برد و معتقد است علت دچار شدن فرد به آشفتگی‌های هیجانی و اختلالات، ضعیف بودن ایگو است. بشارت

(۲۰۱۷) معتقد است، معیار آسیب‌شناسی روانی همین معادله، یعنی نسبت بین سه پایگاه نهاد – من – فرامن و روابط این سه ساختار اساسی روان و شخصیت است . وقتی من در رأس مثلث شخصیت قرار داشته باشد، یعنی بتواند بر تعارضات و کشمکش‌های نهاد و فرامن نظارت و مدیریت و کنترل داشته باشد، سلامت‌روانی عمومی برقرار است (بشارت، ۱۳۹۸). مراجع در واقع با پذیرفتن این درمان، به جنگ این تعارضات رفته است و از جایی به بعد معادله تغییر کرد و من (ایگو) در راس مثلث شخصیت و بر فراز ااقتدار قرار گرفت. سرعت استحکام من تابع چند متغیر است از جمله سطوح پایه قوت و ضعف من و سرعت ذاتی هیجان‌ها و تجربه‌های هیجانی در هر دو وضعیت بهنجار و نابهنجار. تجربه‌هایی که هم اساس اختلال‌های روانشناختی محسوب می‌شوند و هم بر اساس آنها درمان صورت می‌گیرد. فرآیندی که در رویکرد درمانی PTC به گونه‌ای مهندسی شده است که به سادگی هرچه تمامتر و صرفاً بر اساس تجربه عملی بیمار، محقق می‌شود (بشارت، ۱۳۹۸). نتایج این تحقیق با این مکانیسم‌هایی که بیان شد موجب رفع اضطراب امتحان و درنتیجه افزایش اعتماد به نفس و اعتماد به عملکرد خود و رضایت از خود در دانش‌آموزان شده است.

با توجه به اینکه نقش مشاوران مدارس از نقش سایر اعضای مدرسه جداشدنی نیست (رئیس کرمی و همکاران، ۱۴۰۲) و مدیران به عنوان کسانی که مشاوران را استخدام و اولویت‌های کاری آن‌ها را مشخص می‌کنند، نفوذ بسیاری در عملکرد بهداشت روان دانش‌آموزان خواهند داشت. لذا بررسی صلاحیت علمی و درمانی مشاوران، و مجهز بودن به یک مدل درمانی کارآمد همچون PTC می‌تواند نقش مشاوران مدرسه را سیستم بهداشت روان و آموزش و پرورش تثبیت کند، و معلمان و خانواده‌ها با ارجاع به موقع دانش‌آموزان دارای اختلالات اضطرابی و مشکلات روانشناختی همچون اضطراب امتحان و اعتماد به نفس پایین و مدیران با برنامه ریزی و مدیریت مناسب و نهایتا ارزیابی مشاوران کارآمد برای استخدام و نظارت بر برنامه مشاوران مدرسه، نقش بسزایی را در مدرسه تثبیت می‌کنند.

محدودیت‌های پژوهش

در پژوهش حاضر برخی محدودیت‌ها به شرح زیر وجود داشت:

۱- تحقیق حاضر بر ۴ دانش‌آموز دختر ۱۷ ساله مبتلا به اضطراب امتحان انجام شده است، بنابراین در تعمیم نتایج به دیگر گروه‌ها باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

۲- استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی از جمله محدودیت‌هایی است که بر دقت آزمودنی‌ها در پاسخگویی به سولات پرسشنامه مؤثر بوده است. لذا ممکن است شرکت‌کنندگان خود را بهتر یا بدتر از آنچه واقعاً هستند ارزیابی کرده باشند.

۳- تعداد زیاد سؤال‌های پرسشنامه‌ها ممکن است موجب خستگی آزمودنی‌ها شده و بر پاسخ‌دهی آن‌ها به سؤلات تأثیر گذاشته باشد.

پیشنهادات پژوهش

با توجّه به گستره نظری موجود، یافته‌ها و محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان پیشنهادها و جهت‌گیری‌های پژوهشی و کاربردی زیر را ارائه نمود:

۱. با توجه به محدودیت‌های تعمیم‌دهی پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در جمعیت‌های دیگر و با تعداد بیشتری جهت تعمیم نتایج پژوهش صورت گیرد.

۲. جهت افزایش اعتبار یافته‌ها پیشنهاد می‌شود علاوه بر پرسشنامه از ابزارهای دیگر پژوهش مانند مصاحبه تشخیصی روان پزشکی یا مشاهده نیز استفاده شود.

۳. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این پژوهش با در نظرگرفتن پیگیری‌های ۶ و ۱۲ ماهه صورت گیرد.

۴. در زمینه پارادوکس درمانی تحقیقات کمی صورت گرفته و هنوز جای انجام تحقیقات بیشتر در مورد ارتباط این متغیر با عوامل دیگر، اثربخشی روش‌های درمانی دیگر و مقایسه روش پارادوکس درمانی با سایر روش‌ها وجود دارد.

۵. مقایسه میزان اثر بخشی این‌رویکرد بر اضطراب امتحان و اعتمادبه‌نفس دختران و پسران نوجوان
۶. با توجه به اینکه نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود که از پارادوکس درمانی در جهت بهبود اختلالات اضطراب امتحان استفاده شود.
۷. برگزاری دوره‌های پارادوکس درمانی برای بهبود سلامت روان دانش‌آموزان برای مشاوران آموزش و پرورش پیشنهاد می‌شود.

منابع

احمدی صدیقه؛ رضایی، آذرمیدخت؛ سامانی، سیامک؛ کاظمی، سلطانعلی. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و تکنیک پارادوکسیکال تایم تیبل بر وسواس عملی افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری. مجله علمی پژوهشی افق دانش، ۲۶ (۳)، ۲۴۴-۲۵۹.
http://dx.doi.org/10.32598/hms.26.3.3093.3

ایزدی فرد, راضیه؛ صادقی, منصوره سادات؛ باعزت، فرشته و روبن زاده, شرمین. (۱۳۹۱). اعتباریابی و رواسازی آزمون اضطراب امتحان فریدبن: فرم فارسی. مطالعات روان‌شناختی. ۸(۱)، ۵۱-۶۶.
https://doi.org/10.22051/psy.2012.1528

بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۹). سنجش اثربخشی زوج‌درمانی پارادوکسی بر مشکلات زوج‌ها: مطالعه موردی. فصلنامه روان‌شناسی خانواده (نشریه انجمن علمی روان‌شناسی خانواده ایران). ۷(۱)، ۱-۱۸.
https://doi.org/10.52547/ijfp.7.1.1

بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۶). پارادوکس + برنامه زمانی = درمان: مدل کامل درمان اختلال‌های روان‌شناختی. تهران: انتشارات رشد. https://roshdpress.ir/product/

بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۸). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه موردی. مجله علوم روانشناختی، ۱۸(۷۶): ۳۸۳-۳۹۶.
https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.76.12.3

بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۹). کاربرد پارادوکس درمانی برای درمان اختلال بدشکلی بدنی: مطالعه موردی، فصلنامه علوم روانشناختی، ۱۹(۹۵)، ۱۳۷۱-۱۳۸۷. 20.1001.1.17357462.1399.19.95.13.9

بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۷). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال وسواس فکری ـ عملی: مطالعه موردی. مطالعات روانشناختی، ۱۴(۴)، ۷-۳۶.
https://doi.org/10.22051/psy.2019.23631.1801

پردل، فاطمه؛ زارع مقدم، علی؛ موسوی، سیدعماد؛ قربانی، مریم. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش‌های مغزمحور بر اهمال کاری تحصیلی و اضطراب امتحان دانش‌آموزان. رویش روان‌شناسی، ۸(۶)، ۵۱-۶۳.
https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1398.8.6.24.0

پورطالب، نرگس؛ میرنسب، میرمحمود؛ بدری گرگری، رحمان. (۱۳۹۸). اثربخشی ترکیب مداخله‌های رفتاری و بازسازی شناختی بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۴(۵۶)، ۱۱۵-۱۳۰. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.27173852.1398.14.56.6.5

پورطالب، نرگس و میرنسب، میرمحمود. (۱۳۹۴). پیش‌بینی اضطراب امتحان دانش‌آموزان دبیرستانی بر اساس ابعاد کمال‌گرایی آنان. فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۵ (۱)، ۷۳-۸۱.
https://doi.org/10.22070/cpap.2017.15.1.73

جوادی، حسن؛ کردی، علی. (۱۳۹۴). عوامل موثر بر اضطراب امتحان و راهبردهای برون‌رفت از آن. اولین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی و روان‌شناسی ایران.
https://elmnet.ir/doc/20455716-42632

رئیس کرمی، سید محمد مهدی؛ احمدی، شکیبا؛ کشاورز افشار، حسین، رحیمی نژاد، عباس. (۱۴۰۲). عوامل موثر بر ادراک مدیران و معلمان از نقش مشاور مدرسه: مرور سیستماتیک. پژوهش‌های مشاوره، ۲۲ (۸۵)، ۵۶-۸۷. http://dx.doi.org/10.18502/qjcr.v22i85.12536

سجادی نسیم، گل محمدیان محسن، حجت خواه محسن. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر سازگاری تحصیلی دانش‌آموزان دختر. پژوهش‌های مشاوره، ۱۵(۵۸)، ۴-۱۷.
https://journal.irancounseling.ir/article-1-41-fa.html

سعادت زده، روح اله؛ سودانی، منصور؛ فرهادی راد، حمید. (۱۴۰۳). مدل پارادایمی خدمات مشاوره مدرسه بر مبنای نظریه زمینه‌ای. پژوهش‌های مشاوره، ۲۳ (۹۰)، ۱۴۲-۱۸۱.
http://dx.doi.org/10.18502/qjcr.v23i90.16072

عرب، سکینه؛ طباطبایی، سیدموسی؛ بیان فر، فاطمه. (۱۳۹۸). اثربخشی بازآموزی اسنادی بر سطح اضطراب امتحان و میزان کمال‌گرایی وسواس گونه دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان. روان‌شناسی بالینی، ۱۱(۲)، ۴۱-۵۱. https://doi.org/10.22075/jcp.2019.15634.1495

قدیمی نوران، میترا؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ عسگری، محمد. (۱۳۹۹). تدوین پروتکل درمانی مبتنی بر مدل برنامه زمانی پارادوکسی و تعیین اثربخشی آن بر اختلال پرخوری زنان. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۴(۲)، ۸۲-۹۴. http://dx.doi.org/10.52547/rph.14.2.81

کاظمی، حمید؛ وزیری، مژده، عابدی، احمد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش حل مسئله و اضطراب امتحان و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی. فصلنامه علمی پژوهشی شناخت اجتماعی، ۵(۱)، ۱-۱۷.
https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23223782.1395.5.1.7.7

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. مجله مطالعات ناتوانی. ۱۰، (۷۰)،۷۰-۴۵.
https://jdisabilstud.org/article-1-1821-fa.html

محمدی، زهرا؛ سلیمانی، علی؛ فتحی آشتیانی، علی؛ اشرفی، عماد؛،مخبری، کامران. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان برنامه زمانی پارادوکسی، درمان مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ و دارودرمانی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری، مجله مطالعات ناتوانی، ۹(۱)، ۶۳.
https://jdisabilstud.org/browse.php?a_id=1637&sid=1&slc_lang=fa

نظری، مرتضی. (۱۳۸۳). عوامل موفقیت در تحصیل. تهران: سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی (مدرسه).

نیکان، ع.، لطفی کاشانی، ف.، وزیری، ش.، مجتبایی، م.، (۱۴۰۰الف). مقایسه برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری بر مکانیسم‌های دفاعی و علائم افراد دچار اضطراب اجتماعی. رویش روان‌شناسی، ۱۰(۴)، ۱۴۳-۱۵۴. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.4.18.4

نیکان،عبدالصمد؛ لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام؛ مجتبایی، مینا. (۱۴۰۰ ب). مقایسه برنامه زمانی پارادوکسی و درمان شناختی رفتاری بر نگرانی و نشخوار فکری بیماران دچار اضطراب اجتماعی. رویش روان‌شناسی،۱۰(۲۱)، ۱-۱۴. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.1.15.5

Alamry, N., (2020). Effectiveness of a rational behavioral emotive program in reducing test anxiety among university students with high academic achievement. *Journal of Educational and Social Research*, 10(3),168-185. https://doi.org/10.36941/jesr-2020-0057

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Washington DC: Author. Andreassi, J. L. (2013). *Psychophysiology: Human behavior & physiological response. New York; Psychology Press*.

Asghari, A., Abdul Kadir, R., Elias, H., & Baba, M. (2012). Test anxiety and its related concepts: Abrief review. *Education Science and Psychology*, 3(22), 3-8. http://gesj.internet-academy.org.ge/download.php?id=2051.pdf

Baghaei, P., &Cassady, J. (2014). Validation of the Persian translation of the cognitive test anxiety scale. *Sage open*, *4*(4), 1-11. https://doi.org/10.1177/2158244014555113

Besharat, M., Rafiezadeh, B. (2016). Prediction of sexual satisfaction and marital adjustment levels according to job variables, commitment, intimacy, and sexual knowledge and attitude. *Journal of Family Psychology*, 3(1), 31-46. https://www.ijfpjournal.ir/article_245509.html?lang=en

Browning, S., & Hull, R. (2021). Reframing paradox. Professional Psychology, *Research and Practice*, 52(4), 360–367. https://doi.org/10.1037/pro0000384

Caes, L., Fisher, E., Clinch, J., Tobias, J. H., Eccleston, C. (2015). The role of painrelated anxiety in adolescents' disability and social impairment: ALSPAC data. *European Journal of Pain*, 19, 842–851. DOI:10.1002/ejp.611

Cho, H., Ryu, S., Noh, J., Lee, J., (2016). The effectiveness of daily mindful breathing practices on test anxiety of students. *Plose one* 11(10): 1-10. https://ideas.repec.org/a/plo/pone00/0164822.html

Erwin-Grabner, T., Goodill, S.H., Schelly, Hill, E., Von Neida, K., (1999). Effectiveness of dance/movement therapy on reducing test anxiety. *American Journal of Dance Therapy*, 21(1):20-34.
https://link.springer.com/article/10.1023/A:1022882327573

Kort-Butler, L. A., & Hagewen, K. J. (2018). School-based extracurricular activity involvement and adolescent self-esteem: A growth-curve analysis. Journal of youth and adolescence, 40(5), 568-581. DOI:10.1007/s10964-010-9551-4

Lowery, S. E., Kurpius, S. E. R., Befort, C., Blanks, E. H., Sollenberger, S., Nicpon, M. F., & Huser, L. (2005). Body image, self-esteem, and health-related behaviors among male and female first year college students. *Journal of College Student Development*, 46(6), 612-623.
https://doi.org/10.1353/csd.2005.0062

Lufi, D. & Awad, A. (2013). Using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 to develop a Scale to Identify test anxiety among Students with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 36(4), 242–249.
https://doi.org/10.1177/0731948712471199

Mc Donald, A. S. (2001). The prevalence and effects of test anxiety in school children. *Educational Psychology*. March, 21, 89-101.
https://doi.org/10.1080/01443410020019867

Mc Leod, C., Boyes, M., (2021). The effectiveness of social-emotionl learning strategies and mindful breathing with biofeedback on the reduction of adolescent test anxiety. *Canadian Journal of Education*,44(3): 815-847. DOI:
https://doi.org/10.53967/cje-rce.v44i3.4869

Mcgill, R. J. (2016). Single-case design and evaluation in R: an introduction and tutorial for school psychologists. *International Journal of School & Educational Psychology*, 36(3), 262–289.
https://doi.org/10.1080/21683603.2016.1173610

Peluso, P. R., & Freund, R. (2023). Paradoxical interventions: A meta-analysis. Psychotherapy, 60(3), 283–294. https://doi.org/10.1037/pst0000481

Rivas, M. & Hill, N. (2023). *A Grounded Theory of Counselors' Post-Graduation Development of Disability Counseling Effectiveness.* Journal of Counselor Preparation and Supervision. 17 (1). Retrieved from.
https://research.library.kutztown.edu/jcps/vol17/iss1/7

Roy-Byrne, P. (2015). Treatment-refractory anxiety: Definition, risk factors, and treatment challenges. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17, 191- 206. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.2/proybyrne

Soomero. D.R (2013), Empowerment education for individuals with serious mental illness. *Journal social nursing mental health services. 36(11):35-40.*
DOI: 10.3928/0279-3695-19981101-16

Srivastava, R., & Joshi, S. (2014). Relationship between Self-Concept and Self-Esteem in Adolescents. *International Journal of Advanced Research*, 2, 36-43.
https://www.journalijar.com/article/1331/relationship-between-self-concept-and-self-esteem-in-adolescents/

Texas Education Code. (2021). *Education code title 2 public education subtitle F. Curriculum, programs, and service; Chapter 33. Service programs and extracurricular activities subchapter A*. school counselors and counseling programs. https://statutes.Capital.texas.gov/Docs/ED/htm/ED.33.htm.

Turk, F., Nur Katmer, A. (2019). A study on the effectiveness of coping with test anxiety program based on cognitive-behavioral approach. *International Journal of Evaluation and Research in Education (IJERE)*, 8(4): 666-675. DOI: http://doi.org/10.11591/ijere.v8i4.20316

Von der Embse, N., Barterian, J., & Segool, N. (2013). Test anxiety interventions for children and adolescents: A systematic review of treatment studies from 2000–2010. *Psychology in the Schools*, 50(1), 57–71. https://doi.org/10.1002/pits.21660

© 2021 Iran Counseling Association, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)