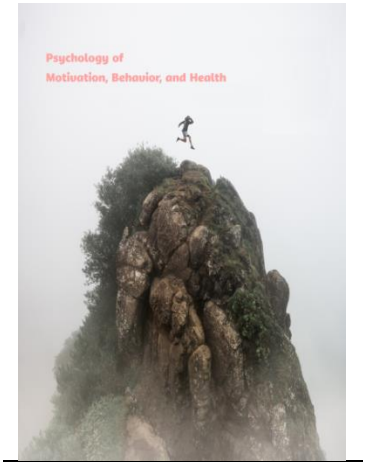
Psychology of Motivation, Behavior, and Health, Volume 5, Issue 2, PP 1-20

Comparing the effectiveness of paradoxical scheduling and cognitive behavioral therapy on anxiety, sexual function, and alexithymia in people with premature ejaculation

1. Saeid Mahmoudi: Department of Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran.
2. Mahin Etemadinia*: Department of Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran.
3. Ali Khademi: Department of Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran.

*Corresponding Author's Email: mahin_etemadinia@iau.ac.ir

Received: 2026-05-25 Revised: 2026-07-14 Accepted: 2026-09-06 Initial Publish: 2026-11-23 Final Publish: 2027-06-22



How to Cite: Mahmoudi, S., & Etemadinia, M., & Khademi, A. (2026). Comparing the effectiveness of paradoxical scheduling and cognitive behavioral therapy on anxiety, sexual function, and alexithymia in people with premature ejaculation. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 5(2), 1-20.

Abstract

Introduction and Aim: Premature ejaculation is a common male sexual dysfunction that may be accompanied by anxiety, impaired sexual functioning, and difficulties in identifying and expressing emotions, resulting in considerable psychological and interpersonal consequences. The present study aimed to compare the effectiveness of Paradoxical Timetable Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on anxiety, sexual functioning, and alexithymia in individuals with premature ejaculation.

Methodology: This study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of all individuals with premature ejaculation in Tabriz in 2024, from whom 45 eligible participants were selected through convenience sampling and assigned to three groups of 15: Paradoxical Timetable Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, and control. The paradoxical timetable group received 10 weekly two-hour sessions, whereas the CBT group received nine sessions lasting 60 to 90 minutes. Data were collected using the Beck Anxiety Inventory, the International Index of Erectile Function, and the Toronto Alexithymia Scale. Data were analyzed using analysis of covariance and LSD post hoc comparisons.

Findings: Analysis of covariance showed significant group effects on anxiety ($F=1472.130$, $p<0.001$, $\eta^2=0.982$), sexual functioning ($F=1831.407$, $p<0.001$, $\eta^2=0.985$), and alexithymia ($F=827.090$, $p<0.001$, $\eta^2=0.968$). LSD post hoc tests indicated that both interventions significantly reduced anxiety and alexithymia and significantly improved sexual functioning compared with the control group. However, no significant differences were found between Paradoxical Timetable Therapy and CBT in anxiety ($p=0.365$), sexual functioning ($p=0.061$), or alexithymia ($p=0.072$).

Conclusion: Both Paradoxical Timetable Therapy and Cognitive Behavioral Therapy appear to be effective interventions for reducing anxiety and alexithymia and improving sexual functioning in individuals with premature ejaculation, with neither treatment demonstrating a statistically significant advantage over the other.

Keywords: Paradoxical Timetable Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Anxiety, Sexual Functioning, Alexithymia, Premature Ejaculation

Copyright: © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Premature ejaculation is one of the most common male sexual dysfunctions and can have consequences that extend beyond the immediate sexual response. Although the disorder is often described in terms of insufficient control over ejaculation, its clinical significance is also associated with psychological distress, fear of sexual failure, reduced sexual confidence, dissatisfaction with sexual relationships, and strain in intimate partnerships. Sexual functioning is not merely a physiological process but is also shaped by cognitive, emotional, interpersonal, and contextual factors. Psychological variables may influence how individuals interpret sexual experiences, evaluate their own performance, and anticipate their partner's reactions. Research has demonstrated that sexual self-efficacy, anxiety, depression, and sexual fantasy may be associated with premature ejaculation, suggesting that cognitive and emotional processes play a meaningful role in the persistence and subjective burden of the disorder (Banbury et al., 2023). Sexual distress is similarly influenced by multiple psychological and relational factors and may negatively affect general well-being and quality of life when persistent (Hamzehgardeshi et al., 2023).

Anxiety is particularly relevant to premature ejaculation because affected individuals may enter sexual situations with heightened anticipatory worry and excessive self-monitoring. Previous unsuccessful or distressing sexual experiences can lead to fear of recurrence, which may increase physiological arousal, attentional narrowing, and attempts to exert excessive control over sexual responses. In turn, these processes may reinforce the very dysfunction the individual is attempting to prevent. Evidence showing associations between anxiety, sexual self-efficacy, and premature ejaculation supports the view that anxiety is not simply a secondary reaction but may be involved in a self-perpetuating cycle of sexual dysfunction (Banbury et al., 2023). Accordingly, psychological interventions that reduce anxiety and alter maladaptive patterns of attention and control may contribute to improved sexual functioning.

Sexual functioning itself is a multidimensional construct involving desire, arousal, erectile function, orgasmic function, intercourse satisfaction, and overall sexual satisfaction. Premature ejaculation may disrupt several of these domains by increasing avoidance, reducing confidence, intensifying concern about partner evaluation, and undermining the individual's sense of competence. Behavioral and relational interventions have been shown to improve sexual self-efficacy and sexual self-concept among individuals with acquired premature ejaculation, indicating that psychological treatment may influence broader aspects of sexual functioning rather than only ejaculation latency or control (Sarabi et al., 2021). This is important because successful treatment should ideally improve both the symptoms of the disorder and the individual's overall sexual experience.

Alexithymia is another psychological factor that may be relevant to sexual dysfunction. It is characterized by difficulty identifying feelings, difficulty describing emotions, and a tendency toward externally oriented thinking. Individuals with higher alexithymia may experience emotional states as vague somatic tension and may have difficulty communicating distress or emotional needs in intimate relationships. Recent research has linked alexithymia to experiential avoidance, emotional suppression, depression, and maladaptive cognitive-emotional processes (Parchami et al., 2025). Other findings also indicate that alexithymia may be connected to adverse experiences and cognitive fusion, further illustrating its role within broader patterns of emotional dysregulation (Momeni Rouhi, 2026). Importantly, alexithymia appears to be modifiable through psychological treatment. Cognitive-behavioral interventions have been associated with reductions in alexithymia and improved emotional processing in clinical populations (Ghazanfari Harandi et al., 2025), and other cognitive-emotional interventions have similarly demonstrated beneficial effects on alexithymia (Mohammadi et al., 2025).

Cognitive behavioral therapy is one of the most established psychological approaches for treating anxiety-related and behaviorally maintained difficulties. In the context of sexual dysfunction, CBT can target automatic negative thoughts, catastrophic interpretations, unrealistic performance expectations, avoidance, and excessive self-monitoring. Beliefs such as "I must have complete control," "If I ejaculate early, I have failed," or "My partner will judge me negatively" may intensify anxiety and interfere with more adaptive sexual responding. By restructuring maladaptive cognitions, reducing avoidance, and teaching coping and emotional regulation strategies, CBT may reduce anxiety and enhance sexual functioning. Its potential to influence alexithymia is also relevant, because CBT encourages recognition of links between thoughts, emotions, bodily sensations,

and behavior and may therefore improve emotional awareness.

Alongside conventional cognitive-behavioral approaches, paradox-based interventions have gained increasing attention. Paradox therapy is based on the assumption that persistent efforts to suppress, control, or eliminate unwanted psychological experiences can sometimes maintain or intensify them. Rather than directly fighting the symptom, paradoxical approaches alter the individual's relationship with the symptom. Paradoxical interventions have shown effectiveness in reducing obsessive-compulsive symptoms and disrupting maladaptive control cycles (Dehaqin et al., 2023). They have also demonstrated beneficial effects on anxiety in different clinical and nonclinical groups (Mardani et al., 2025; Saeidinejad et al., 2024; Salehin et al., 2025).

Paradoxical Timetable Therapy is a structured form of paradoxical intervention in which the individual intentionally allocates specific periods for engaging with distressing thoughts, worries, or symptoms rather than allowing them to dominate the entire day. This approach may reduce experiential avoidance, weaken excessive control, and decrease continuous preoccupation with the problem (Asayesh & Parsakia, 2025). Studies have shown that paradoxical timetable approaches can reduce worry in individuals with social anxiety disorder (Salehi et al., 2024; Salehi et al., 2025). Paradoxical therapy has also been associated with improvements in emotional expressivity and self-critical rumination (Hosseinpour Kahvaz et al., 2026), suggesting that its effects may extend beyond symptom reduction to emotional processing. Its potential application to sexual dysfunction is also supported by evidence from a case study demonstrating the usefulness of paradoxical therapy for sexual desire disorder (Adeli, 2024).

Despite these findings, relatively little research has directly compared Paradoxical Timetable Therapy with Cognitive Behavioral Therapy among individuals with premature ejaculation while simultaneously examining anxiety, sexual functioning, and alexithymia. Such a comparison is clinically important because the two approaches differ in their immediate mechanisms: CBT primarily aims to modify maladaptive cognitions and behaviors, whereas paradoxical timetable interventions seek to alter the individual's relationship with symptoms and excessive control efforts. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of Paradoxical Timetable Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on anxiety, sexual functioning, and alexithymia in individuals with premature ejaculation.

Methodology

The present study was an applied, quasi-experimental investigation using a pretest-posttest design with two intervention groups and one control group. The statistical population consisted of all individuals with premature ejaculation in Tabriz in 2024. Based on the available information, the population was estimated at 3,450 individuals. The study sample consisted of 45 eligible participants selected through convenience sampling from individuals who attended Ava Counseling and Psychology Clinic in Tabriz. Participants were initially screened using a premature ejaculation diagnostic questionnaire, and those who scored above the instrument cutoff were subsequently assessed by a specialist. Individuals whose diagnosis of premature ejaculation was clinically confirmed were considered for inclusion.

The 45 participants were assigned to three groups of 15: a Paradoxical Timetable Therapy group, a Cognitive Behavioral Therapy group, and a control group. Before the interventions, all participants completed measures of anxiety, sexual functioning, and alexithymia. Anxiety was assessed using the Beck Anxiety Inventory, sexual functioning was assessed using the International Index of Erectile Function, and alexithymia was measured using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. The premature ejaculation diagnostic instrument was used for initial screening and diagnostic support.

The Paradoxical Timetable Therapy intervention was conducted in 10 weekly sessions, each lasting approximately two hours. The intervention focused on identifying maladaptive cycles of worry, symptom monitoring, and excessive efforts to control sexual and emotional experiences. Participants were trained to allocate specific periods for intentionally engaging with distressing thoughts and concerns, rather than allowing these concerns to remain active throughout the day. The intervention also included reducing maladaptive control behaviors, increasing tolerance of unpleasant internal experiences, and completing structured between-session exercises.

The Cognitive Behavioral Therapy intervention consisted of nine group sessions lasting approximately 60 to 90 minutes each. The treatment included psychoeducation about the cognitive-behavioral model, identification of automatic negative thoughts related to sexual performance, cognitive restructuring, reduction of catastrophic interpretations, relaxation

and breathing exercises, reduction of avoidance, improvement of emotional awareness, and behavioral assignments. Participants were also trained to identify and express emotional experiences more clearly and to reduce excessive performance monitoring.

After completion of the interventions, all three groups completed the same outcome measures as posttests. Data were analyzed using descriptive statistics, assumption testing, analysis of covariance, and LSD post hoc comparisons. Pretest scores were treated as covariates to control baseline differences. Statistical significance was evaluated at the 0.05 level.

Findings

Descriptive findings showed substantial improvement in both intervention groups compared with the control group. For alexithymia, the control group mean changed only slightly from 72.80 at pretest to 72.33 at posttest. In contrast, the Paradoxical Timetable Therapy group decreased from 74.33 to 34.60, while the Cognitive Behavioral Therapy group decreased from 73.00 to 35.06. A similar pattern was observed for anxiety. The control group decreased only from 38.13 to 37.20, whereas the Paradoxical Timetable Therapy group decreased from 44.13 to 14.00 and the Cognitive Behavioral Therapy group decreased from 43.78 to 12.93.

For sexual functioning, the control group showed no improvement, with the mean changing from 26.26 at pretest to 25.40 at posttest. However, the mean sexual functioning score in the Paradoxical Timetable Therapy group increased from 27.93 to 57.46, and in the Cognitive Behavioral Therapy group it increased from 32.46 to 60.26.

The assumptions required for parametric analyses were satisfied. Skewness and kurtosis values for the study variables were within acceptable ranges, and normality tests indicated nonsignificant departures from normal distribution. The assumption of homogeneity of regression slopes was also supported because the interactions between group membership and pretest scores were nonsignificant for the outcome variables.

Analysis of covariance showed a statistically significant effect of group membership on all three dependent variables after controlling for pretest scores. For anxiety, the group effect was significant, $F=1472.130$, $p<0.001$, $\eta^2=0.982$. For sexual functioning, the effect of group was also significant, $F=1831.407$, $p<0.001$, $\eta^2=0.985$. Similarly, a significant group effect was observed for alexithymia, $F=827.090$, $p<0.001$, $\eta^2=0.968$. These findings indicated very large intervention effects across all three outcomes.

LSD post hoc comparisons showed that the Paradoxical Timetable Therapy group differed significantly from the control group in anxiety ($p=0.001$), and the Cognitive Behavioral Therapy group also differed significantly from the control group ($p=0.021$). However, the difference between the two active treatment groups was not statistically significant ($p=0.365$). For sexual functioning, both the Paradoxical Timetable Therapy group and the Cognitive Behavioral Therapy group differed significantly from the control group (both $p=0.001$), whereas the difference between the two intervention groups was not significant ($p=0.061$). For alexithymia, the Paradoxical Timetable Therapy group differed significantly from the control group ($p=0.001$), and the Cognitive Behavioral Therapy group also differed significantly from the control group ($p<0.001$). Again, the difference between the two active interventions was not statistically significant ($p=0.072$).

Discussion and Conclusion

The findings of the present study demonstrated that both Paradoxical Timetable Therapy and Cognitive Behavioral Therapy were effective in reducing anxiety and alexithymia and in improving sexual functioning among individuals with premature ejaculation. The control group showed only minimal changes over the same period, indicating that the observed improvements were associated with the psychological interventions rather than with the passage of time alone.

The reduction in anxiety can be explained by the fact that both interventions target processes that maintain anticipatory worry and excessive self-monitoring. In premature ejaculation, repeated concern about losing control may increase physiological arousal and attentional fixation on sexual performance. Paradoxical Timetable Therapy may interrupt this cycle by restricting worry and symptom-focused attention to designated periods. When participants no longer attempt to suppress or continuously monitor distressing thoughts, the psychological significance of those thoughts may decrease. CBT may achieve a comparable result through a different route by identifying and restructuring catastrophic beliefs, reducing performance-related cognitions, and replacing them with more realistic interpretations.

Improvement in sexual functioning may also be related to reductions in performance pressure and maladaptive control. Excessive effort to control ejaculation can

paradoxically increase tension and reduce the individual's ability to experience sexual activity in a flexible and satisfying manner. The paradoxical approach may reduce this dysfunctional control process, while CBT may improve sexual functioning through increased confidence, reduced avoidance, better attentional regulation, and more adaptive behavioral responses. In both cases, lower anxiety may allow participants to focus less on anticipated failure and more on the broader interpersonal and pleasurable aspects of sexual activity.

The reduction in alexithymia suggests that the interventions influenced emotional processing as well as symptom severity. CBT directly encourages individuals to distinguish thoughts, emotions, bodily sensations, and behaviors, which can increase emotional awareness and improve the ability to identify and describe feelings. Paradoxical Timetable Therapy may influence alexithymia by reducing avoidance of internal experiences and encouraging more deliberate contact with distressing thoughts and emotions. As individuals become less defensive toward unpleasant emotional experiences, they may develop greater capacity to recognize and tolerate their feelings.

An important finding was that no statistically significant differences emerged between Paradoxical Timetable Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on any of the main outcomes. This suggests that both interventions may produce comparable therapeutic benefits despite their different theoretical mechanisms. CBT emphasizes modifying the content of maladaptive cognitions and behaviors, whereas Paradoxical Timetable Therapy changes how the individual relates to distressing thoughts, symptoms, and control efforts. Nevertheless, both approaches may ultimately reduce psychological rigidity, interrupt avoidance and excessive monitoring, and increase the individual's perceived ability to manage difficult internal experiences.

From a clinical perspective, these results suggest that premature ejaculation may benefit from psychological treatment that extends beyond symptom-focused sexual techniques. Anxiety, emotional processing, and overall sexual functioning should be considered together because they may interact in maintaining the disorder. Treatment planning may therefore be improved by assessing not only the severity of premature ejaculation but also performance anxiety, maladaptive beliefs, emotional awareness, avoidance, and excessive control strategies.

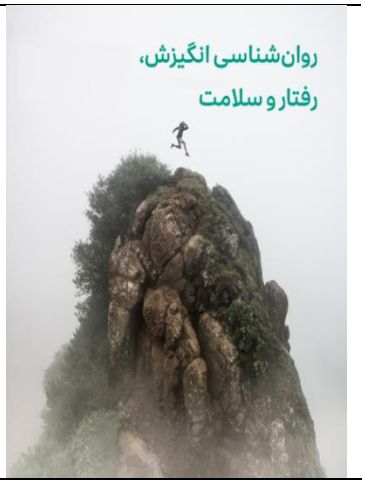
In conclusion, both Paradoxical Timetable Therapy and Cognitive Behavioral Therapy significantly reduced anxiety and alexithymia and significantly improved sexual functioning in individuals with premature ejaculation. Neither intervention showed a statistically significant advantage over the other. These findings support the use of both approaches as potentially effective psychological interventions for individuals with premature ejaculation and highlight the importance of addressing cognitive, emotional, and behavioral processes alongside sexual symptoms.

مقایسه اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی بر اضطراب، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به انزال زودرس

۱. سعید محمودی: گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
۲. مهین اعتمادی‌نیا*: گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
۲. علی خادمی: گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

*ایمیل نویسنده مسئول: mahin_etemadinia@iau.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۰۴ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۱۴ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۱۵ انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۹/۰۲ انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۴/۰۱



نحوه استناددهی: محمودی، سعید.، و اعتمادی‌نیا، مهین.، و خادمی، علی. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی بر اضطراب، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به انزال زودرس. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۵(۲)، ۱-۲۰.

چکیده

مقدمه و هدف: انزال زودرس یکی از اختلالات شایع عملکرد جنسی مردان است که می‌تواند با اضطراب، کاهش عملکرد جنسی و دشواری در شناسایی و بیان هیجان‌ها همراه باشد و پیامدهای روان‌شناختی و بین‌فردی قابل توجهی ایجاد کند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی بر اضطراب، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به انزال زودرس انجام شد.

روش‌شناسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به انزال زودرس شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ بود که از میان آنان ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفره شامل برنامه زمانی پارادوکسی، رفتاردرمانی شناختی و کنترل جایگزین شدند. گروه برنامه زمانی پارادوکسی ۱۰ جلسه دوساعته هفتگی و گروه رفتاردرمانی شناختی ۹ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه اضطراب بک، شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظ و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو استفاده شد. داده‌ها با تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی LSD تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد اثر گروه بر اضطراب ($F=۱۴۷۲.۱۳۰$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta^2=۰.۹۸۲$)، عملکرد جنسی ($F=۱۸۳۱.۴۰۷$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta^2=۰.۹۸۵$) و ناگویی هیجانی ($F=۸۲۷.۰۹۰$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta^2=۰.۹۶۸$) معنادار بود. آزمون تعقیبی LSD نشان داد هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش معنادار اضطراب و ناگویی هیجانی و افزایش معنادار عملکرد جنسی شدند. با این حال، بین برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی در اضطراب ($p=۰.۳۶۵$)، عملکرد جنسی ($p=۰.۰۶۱$) و ناگویی هیجانی ($p=۰.۰۷۲$) تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی هر دو می‌توانند به‌عنوان مداخلات مؤثر برای کاهش اضطراب و ناگویی هیجانی و بهبود عملکرد جنسی در افراد مبتلا به انزال زودرس مورد استفاده قرار گیرند و هیچ‌یک از دو روش برتری معناداری نسبت به دیگری نشان نداد.

کلیدواژگان: برنامه زمانی پارادوکسی، رفتاردرمانی شناختی، اضطراب، عملکرد جنسی، ناگویی هیجانی، انزال زودرس

مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

مقدمه

سلامت جنسی یکی از ابعاد اساسی سلامت عمومی و کیفیت زندگی است و اختلال در هر یک از مؤلفه‌های عملکرد جنسی می‌تواند پیامدهایی فراتر از حوزه رابطه جنسی داشته باشد و بر وضعیت روان‌شناختی، کیفیت رابطه زناشویی، رضایت از خود و تعاملات بین‌فردی اثر بگذارد. تجربه جنسی در انسان صرفاً تحت تأثیر فرایندهای زیستی قرار ندارد، بلکه برآیند پیچیده‌ای از عوامل شناختی، هیجانی، ارتباطی و زمینه‌ای است. شواهد نشان داده‌اند که نگرش فرد نسبت به خود، انتظارات او از رابطه، زمینه ارتباطی و ارزیابی او از جذابیت، مردانگی و مقبولیت اجتماعی می‌توانند بر ادراک و تجربه جنسی تأثیرگذار باشند و این امر نشان می‌دهد که مسائل جنسی را نمی‌توان مستقل از بافت روان‌شناختی و بین‌فردی مطالعه کرد (Stower et al., 2019). همچنین، پریشانی جنسی می‌تواند با عوامل روان‌شناختی و رابطه‌ای متعددی همراه باشد و در صورت تداوم، بر کیفیت زندگی و سلامت روان افراد اثر منفی بگذارد (Hamzehgardeshi et al., 2023). در میان اختلالات جنسی مردان، انزال زودرس یکی از مشکلات مهمی است که افزون بر جنبه فیزیولوژیک، با نگرانی درباره عملکرد، کاهش اعتمادبه‌نفس جنسی، نارضایتی از رابطه و افزایش فشار روان‌شناختی همراه می‌شود و ازاین‌رو بررسی آن از دیدگاه روان‌شناختی و درمانی اهمیت ویژه‌ای دارد.

انزال زودرس معمولاً به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن فرد توانایی مطلوبی در کنترل یا به‌تأخیر انداختن انزال ندارد و این وضعیت موجب ناراحتی شخصی، نگرانی، اجتناب از روابط جنسی یا مشکلات بین‌فردی می‌شود. اهمیت این اختلال تنها در کوتاه بودن زمان انزال خلاصه نمی‌شود؛ بلکه برداشت فرد از ناتوانی در کنترل پاسخ جنسی و نگرانی درباره رضایت شریک جنسی می‌تواند خود به عاملی برای تشدید مشکل تبدیل شود. در چنین شرایطی، فرد ممکن است پیش از شروع رابطه جنسی درگیر پیش‌بینی شکست شود، توجه خود را به‌صورت افراطی بر عملکرد جنسی متمرکز کند و هر نشانه جسمانی را به‌عنوان علامتی از نزدیک شدن به شکست تعبیر نماید. مطالعه Banbury و همکاران نشان داد که انزال زودرس با سازه‌هایی مانند خودکارآمدی جنسی، افسردگی، اضطراب و خیال‌پردازی جنسی ارتباط دارد و نقش متغیرهای هیجانی و شناختی در تجربه این اختلال قابل توجه است (Banbury et al., 2023). همچنین، مداخلات روان‌شناختی که بر ادراک فرد از توانمندی جنسی و روابط بین‌فردی تمرکز می‌کنند، می‌توانند در بهبود پیامدهای روان‌شناختی مرتبط با انزال زودرس نقش داشته باشند؛ چنان‌که بهبود خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی در افراد دارای انزال زودرس اکتسابی پس از مداخلات رفتاری زوجی گزارش شده است (Sarabi et al., 2021).

یکی از مهم‌ترین متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با اختلالات عملکرد جنسی، اضطراب است. اضطراب، به‌ویژه زمانی که معطوف به عملکرد جنسی باشد، می‌تواند با افزایش خودنظارتی، توجه انتخابی به نشانه‌های شکست، افزایش برانگیختگی منفی و کاهش تمرکز بر تجربه لذت‌بخش رابطه همراه شود. فرد مبتلا به انزال زودرس ممکن است به‌تدریج در چرخه‌ای گرفتار شود که در آن تجربه قبلی انزال زودرس باعث نگرانی درباره تکرار مشکل در رابطه بعدی می‌شود و همین نگرانی، فشار روانی و واکنش‌های جسمانی را تشدید می‌کند. در چنین چرخه‌ای، تلاش بیش از حد برای کنترل انزال نیز می‌تواند به افزایش حساسیت فرد نسبت به نشانه‌های بدنی و کاهش احساس کنترل منجر شود. یافته‌های پژوهشی درباره ارتباط اضطراب و انزال زودرس نیز نشان داده‌اند که متغیرهای اضطرابی می‌توانند ارتباط میان خودکارآمدی جنسی و تجربه انزال زودرس را توضیح دهند (Banbury et al., 2023). بنابراین، کاهش اضطراب می‌تواند یکی از اهداف اصلی مداخلات روان‌شناختی در افراد مبتلا به این اختلال باشد.

عملکرد جنسی نیز متغیری چندبعدی است که به مجموعه‌ای از فرایندها مانند میل جنسی، برانگیختگی، عملکرد نعوظ، ارگاسم، رضایت از رابطه و ارزیابی کلی فرد از کیفیت تجربه جنسی اشاره دارد. وجود انزال زودرس ممکن است بر برخی از این ابعاد تأثیر بگذارد، زیرا تجربه مکرر ناکامی در کنترل انزال می‌تواند موجب کاهش اعتماد به توانایی جنسی، ایجاد اجتناب از رابطه، کاهش رضایت و افزایش نگرانی از ارزیابی منفی شریک جنسی شود. بنابراین، بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی صرفاً بر کاهش یک علامت خاص کافی نیست و لازم است تغییر در عملکرد جنسی کلی فرد نیز مدنظر قرار گیرد. مطالعات مرتبط با درمان مشکلات جنسی نشان داده‌اند که پرداختن به عوامل رفتاری، شناختی و ارتباطی می‌تواند به بهبود

خودکارآمدی و خودپنداره جنسی منجر شود (Sarabi et al., 2021). همچنین، یافته‌های مربوط به پریشانی جنسی نشان می‌دهند که عملکرد و رضایت جنسی ارتباط نزدیکی با مؤلفه‌های هیجانی و کیفیت تجربه فرد از رابطه دارد (Hamzehgardeshi et al., 2023). ازاین‌رو، هر درمان مؤثر برای انزال زودرس باید بتواند علاوه بر کاهش اضطراب، زمینه بهبود تجربه و عملکرد جنسی را نیز فراهم کند.

در کنار اضطراب و عملکرد جنسی، ناگویی هیجانی یکی دیگر از سازه‌هایی است که می‌تواند در تبیین مشکلات روان‌شناختی و بین‌فردی افراد دارای اختلالات جنسی اهمیت داشته باشد. ناگویی هیجانی به دشواری در شناسایی احساسات، ناتوانی نسبی در توصیف و بیان هیجان‌ها و تمایل به سبک تفکر بیرونی و عینی اشاره دارد. افرادی که در شناسایی و بیان هیجان‌های خود با مشکل مواجه‌اند، ممکن است تنش‌های عاطفی را بیشتر به شکل نشانه‌های جسمانی تجربه کنند و در روابط صمیمانه نیز توانایی کمتری برای بیان نیازها، نگرانی‌ها و احساسات خود داشته باشند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی با فرایندهایی مانند اجتناب تجربی، سرکوب هیجانی، افسردگی و مشکلات شناختی و هیجانی ارتباط دارد (Parchami et al., 2025). همچنین، ارتباط میان تجارب آسیب‌زا، فرایندهای شناختی و ناگویی هیجانی نشان می‌دهد که دشواری در پردازش هیجان می‌تواند بخشی از یک شبکه گسترده‌تر از آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی باشد (Momeni Rouhi, 2026). بنابراین، ناگویی هیجانی می‌تواند از طریق کاهش ظرفیت تنظیم هیجان و اختلال در ارتباط صمیمانه، به تشدید مشکلات جنسی کمک کند.

اهمیت ناگویی هیجانی در زمینه درمان نیز از آن جهت قابل توجه است که این سازه صرفاً یک ویژگی ثابت و تغییرناپذیر تلقی نمی‌شود و مداخلات روان‌شناختی می‌توانند به بهبود توانایی فرد در شناخت، پذیرش و بیان هیجان‌ها کمک کنند. شواهد نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر اصلاح شناخت و هیجان می‌توانند موجب کاهش ناگویی هیجانی شوند؛ برای نمونه، اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر کاهش ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن گزارش شده است (Ghazanfari Harandi et al., 2025). همچنین، درمان عقلانی–هیجانی–رفتاری نیز توانسته است در زنان دارای تعارض زناشویی موجب بهبود ناگویی هیجانی شود که این یافته بر قابلیت تعدیل مؤلفه‌های ناگویی هیجانی از طریق مداخلات شناختی و هیجانی تأکید دارد (Mohammadi et al., 2025). بر این اساس، بررسی تغییرات ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به انزال زودرس می‌تواند درک جامع‌تری از تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر ابعاد هیجانی این اختلال فراهم سازد.

یکی از مداخلات شناخته‌شده برای مشکلات اضطرابی، هیجانی و جنسی، رفتاردرمانی شناختی است. این رویکرد بر این فرض استوار است که هیجان‌ها و رفتارهای ناکارآمد تا حد زیادی تحت تأثیر نحوه تفسیر فرد از موقعیت‌ها، افکار خودکار و باورهای بنیادی او قرار دارند. در زمینه مشکلات جنسی، افکاری مانند «من حتماً شکست خواهم خورد»، «باید کنترل کامل داشته باشم»، «اگر زود انزال شوم ارزش جنسی خود را از دست می‌دهم» یا «شریک من مرا ناکافی خواهد دانست» می‌توانند اضطراب عملکردی را افزایش دهند و چرخه اختلال را تقویت کنند. رفتاردرمانی شناختی با شناسایی این افکار، بررسی شواهد مربوط به آن‌ها، اصلاح خطاهای شناختی و آموزش پاسخ‌های رفتاری سازگارانه‌تر می‌تواند به کاهش اضطراب و افزایش احساس کنترل کمک کند. یافته‌های پژوهش‌های اخیر نیز نشان داده‌اند که رویکردهای شناختی و هیجانی می‌توانند هم بر مشکلات هیجانی و هم بر ناگویی هیجانی اثرگذار باشند (Ghazanfari Harandi et al., 2025; Mohammadi et al., 2025). ازاین‌رو، انتظار می‌رود رفتاردرمانی شناختی در افراد مبتلا به انزال زودرس از طریق اصلاح باورهای ناکارآمد، کاهش اضطراب و ارتقای پردازش هیجانی موجب بهبود عملکرد جنسی شود.

در سال‌های اخیر، در کنار رویکردهای شناختی–رفتاری متداول، درمان‌های مبتنی بر اصول پارادوکسی نیز مورد توجه بیشتری قرار گرفته‌اند. منطق مداخلات پارادوکسی بر این ایده استوار است که تلاش افراطی برای حذف، کنترل یا اجتناب از یک نشانه گاهی می‌تواند همان نشانه را تقویت کند. هنگامی که فرد دائماً تلاش می‌کند اضطراب خود را متوقف کند، افکار مزاحم را سرکوب نماید یا پاسخ جسمانی خاصی را کنترل کند، توجه او بیش از پیش به همان نشانه معطوف می‌شود و احتمال تداوم چرخه مشکل افزایش می‌یابد. در درمان پارادوکسی، فرد به‌جای مبارزه مستقیم و مستمر با نشانه، به شیوه‌ای هدفمند و ساختاریافته با آن مواجه می‌شود و از این طریق رابطه

خود با نشانه را تغییر می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان پارادوکسی می‌تواند در کاهش نشانه‌های وسواسی و مشکلاتی که با کنترل افراطی و چرخه‌های تکرارشونده شناختی–رفتاری مرتبط‌اند مؤثر باشد (Dehaqin et al., 2023). همچنین، اثربخشی این رویکرد در کاهش اضطراب و افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی در گروه‌های مختلف گزارش شده است (Saeidinejad et al., 2024).

یکی از صورت‌های ساختاریافته این رویکرد، برنامه زمانی پارادوکسی است که در آن فرد زمان مشخصی را برای تجربه، فراخوانی یا تمرکز هدفمند بر نشانه، نگرانی یا فکر مشکل‌زا تعیین می‌کند. این روش می‌تواند با محدود کردن اشتغال ذهنی به بازه‌های زمانی مشخص، کاهش تلاش برای سرکوب فکر و تغییر رابطه فرد با اضطراب و نشانه، موجب کاهش سلطه مشکل بر زندگی روزمره شود. بررسی‌های نظری و پژوهشی نشان داده‌اند که برنامه زمانی پارادوکسی می‌تواند از طریق فرایندهایی مانند کاهش اجتناب تجربی، شکستن چرخه کنترل ناکارآمد، کاهش حساسیت نسبت به نشانه و افزایش احساس عاملیت روان‌شناختی عمل کند (Asayesh & Parsakia, 2025). همچنین، مقایسه برنامه زمانی پارادوکسی با مداخلات دیگر در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی نشان داده است که این روش ظرفیت کاهش نگرانی و فرایندهای شناختی مرتبط با اضطراب را دارد (Salehi et al., 2024). یافته‌های بعدی نیز مؤید اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی بر نگرانی در افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی بوده است (Salehi et al., 2025).

شواهد تجربی درباره درمان پارادوکسی در حوزه اضطراب نیز رو به افزایش است. برای مثال، اثربخشی درمان پارادوکسی بر کاهش اضطراب امتحان و افزایش اعتمادبه‌نفس در دانش‌آموزان گزارش شده است (Salehin et al., 2025). همچنین، درمان پارادوکسی توانسته است اضطراب و برخی شاخص‌های سازگاری روان‌شناختی را در مادران نوزادان نارس بهبود بخشد (Saeidinejad et al., 2024). در پژوهشی دیگر، این درمان موجب کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان شد که نشان می‌دهد اصول پارادوکسی قابلیت کاربرد در شرایطی را دارند که با نگرانی شدید، افکار تکراری و احساس فقدان کنترل همراه‌اند (Mardani et al., 2025). افزون بر این، اثربخشی درمان پارادوکسی بر ابراز هیجانی و نشخوار خودانتقادی در زنان متأهل دارای اضطراب بالا گزارش شده است که می‌تواند نشان‌دهنده تأثیر این رویکرد بر فرایندهای هیجانی و شناختی فراتر از کاهش صرف علائم اضطراب باشد (Hosseinpour Kahvaz et al., 2026).

ظرفیت درمان پارادوکسی برای استفاده در حوزه مسائل جنسی نیز قابل توجه است. از آنجا که بخشی از مشکل افراد مبتلا به انزال زودرس به تلاش مستمر برای کنترل پاسخ جنسی، پایش افراطی عملکرد و نگرانی از وقوع علامت مربوط می‌شود، مداخله‌ای که مستقیماً چرخه کنترل و اضطراب را هدف قرار دهد می‌تواند از نظر نظری مناسب باشد. در یک مطالعه موردی، درمان پارادوکسی در زمینه اختلال میل جنسی نیز به کار گرفته شده و شواهدی از اثربخشی آن گزارش شده است (Adeli, 2024). این یافته اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا نشان می‌دهد منطق پارادوکسی قابلیت انتقال به مسائل مرتبط با عملکرد جنسی را نیز دارد. در عین حال، پژوهش‌های موجود درباره برنامه زمانی پارادوکسی عمدتاً بر اختلالات اضطرابی، وسواسی یا مشکلات روان‌شناختی عمومی متمرکز بوده‌اند و شواهد مستقیم درباره اثربخشی آن بر انزال زودرس، عملکرد جنسی و متغیرهای هیجانی هنوز محدود است.

از سوی دیگر، مقایسه مستقیم برنامه زمانی پارادوکسی با رفتاردرمانی شناختی می‌تواند از نظر نظری و بالینی ارزشمند باشد، زیرا هر دو مداخله به چرخه‌های شناختی و رفتاری ناکارآمد توجه دارند، اما سازوکار مداخله آن‌ها یکسان نیست. رفتاردرمانی شناختی عمدتاً تلاش می‌کند محتوای افکار ناکارآمد را شناسایی و اصلاح کند، رفتارهای اجتنابی را کاهش دهد و مهارت‌های تنظیم هیجان و مقابله را تقویت کند، در حالی که برنامه زمانی پارادوکسی بیش از آنکه بر اصلاح محتوای فکر متمرکز باشد، نحوه مواجهه فرد با نشانه و تلاش او برای کنترل آن را تغییر می‌دهد (Asayesh & Parsakia, 2025). شواهد حاصل از مطالعات مقایسه‌ای نشان داده‌اند که مداخلات پارادوکسی می‌توانند در کنار رویکردهای شناخته‌شده روان‌درمانی در کاهش نگرانی عملکرد قابل توجهی داشته باشند (Salehi et al., 2025). افزون بر این، اثرگذاری درمان پارادوکسی بر فرایندهای هیجانی نظیر ابراز هیجان و نشخوار خودانتقادی (Hosseinpour Kahvaz et al., 2026) و اثرگذاری درمان‌های شناختی بر ناگویی

هیجانی (Ghazanfari Harandi et al., 2025) ضرورت بررسی هم‌زمان این دو رویکرد را در جمعیتی با مشکل جنسی تقویت می‌کند.

با توجه به اینکه افراد مبتلا به انزال زودرس ممکن است به‌طور هم‌زمان با اضطراب، کاهش کیفیت عملکرد جنسی و دشواری در شناخت و بیان هیجان‌ها مواجه باشند، تمرکز بر یک پیامد منفرد نمی‌تواند تصویر کاملی از اثربخشی درمان ارائه دهد. از سوی دیگر، پژوهش‌های مربوط به ناگویی هیجانی نشان داده‌اند که این سازه با فرایندهای تنظیم هیجان، سرکوب هیجانی، اجتناب و مشکلات شناختی مرتبط است (Parchami et al., 2025) و یافته‌های مرتبط با عوامل تحولی نیز بر نقش فرایندهای شناختی در ارتباط میان تجارب منفی و ناگویی هیجانی تأکید کرده‌اند (Momeni Rouhi, 2026). در حوزه درمان پارادوکسی نیز شواهد موجود حاکی از اثرگذاری این رویکرد بر اضطراب، نشخوار و ابراز هیجان است (Hosseinpour Kahvaz et al., 2026; Mardani et al., 2025)، در حالی که رویکردهای شناختی–رفتاری ظرفیت مشخصی در اصلاح مشکلات هیجانی و شناختی نشان داده‌اند. با این حال، پژوهش‌های اندکی این دو درمان را به‌طور مستقیم در افراد مبتلا به انزال زودرس و با در نظر گرفتن هم‌زمان اضطراب، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی مقایسه کرده‌اند؛ بنابراین، انجام پژوهش حاضر می‌تواند علاوه بر توسعه شواهد مربوط به مداخلات روان‌شناختی انزال زودرس، اطلاعات کاربردی برای انتخاب مداخله مناسب در خدمات روان‌شناختی و سلامت جنسی فراهم کند.

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی بر اضطراب، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به انزال زودرس بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به انزال زودرس شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ بود که بر اساس آمار اعلام‌شده، تعداد آنان ۳۴۵۰ نفر برآورد شده بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. فرایند نمونه‌گیری بدین صورت انجام شد که از میان افرادی که برای دریافت خدمات روان‌شناختی و مشاوره‌ای به کلینیک و مرکز مشاوره و روان‌شناسی آوا در شهر تبریز مراجعه کرده بودند، افراد دارای شکایت مرتبط با انزال زودرس مورد غربالگری اولیه قرار گرفتند. برای این منظور، پرسشنامه تشخیصی انزال زودرس در اختیار مراجعان قرار گرفت و افرادی که نمره آنان بالاتر از نقطه برش ابزار بود، در مرحله بعد از سوی متخصص مربوطه مورد ارزیابی بالینی قرار گرفتند. پس از تأیید تشخیص انزال زودرس و بررسی معیارهای ورود و خروج، ۴۵ نفر برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند و در سه گروه ۱۵ نفره شامل گروه آزمایشی برنامه زمانی پارادوکسی، گروه آزمایشی رفتاردرمانی شناختی و گروه کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل ابتلا به انزال زودرس بر اساس غربالگری و تأیید متخصص، داشتن توانایی شرکت منظم در جلسات مداخله، رضایت آگاهانه برای ورود به پژوهش، نداشتن اختلال شدید روان‌پزشکی یا اختلال شناختی مؤثر بر مشارکت در جلسات و عدم دریافت هم‌زمان مداخلات روان‌شناختی مشابه بود. غیبت مکرر از جلسات درمانی، شروع درمان روان‌شناختی دیگری در طول دوره پژوهش، عدم همکاری در تکمیل ابزارهای پژوهش و درخواست فرد برای خروج از مطالعه نیز به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. پیش از شروع مداخلات، هر سه گروه پرسشنامه‌های اضطراب، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس دو گروه آزمایشی مداخلات مربوط به خود را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل طی این مدت مداخله روان‌شناختی پژوهش را دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمانی، ابزارهای پژوهش مجدداً در هر سه گروه به‌عنوان پس‌آزمون اجرا شد. اصول اخلاقی شامل توضیح اهداف و مراحل پژوهش، اختیاری بودن شرکت، امکان انصراف در هر مرحله، حفظ محرمانگی اطلاعات فردی و استفاده از داده‌ها صرفاً در چارچوب اهداف علمی پژوهش رعایت شد.

ابزار تشخیصی انزال زودرس: برای غربالگری اولیه افراد مبتلا به انزال زودرس از پرسشنامه تشخیصی انزال زودرس (Premature Ejaculation Diagnostic Tool; PEDT) استفاده شد. این ابزار یک پرسشنامه کوتاه خودگزارشی است که به‌منظور شناسایی نشانه‌های اصلی انزال زودرس و افتراق افراد دارای احتمال بالاتر ابتلا از افراد فاقد این مشکل طراحی شده است. پرسشنامه شامل ۵ سؤال

است و مؤلفه‌هایی نظیر میزان کنترل فرد بر زمان انزال، سهولت وقوع انزال با تحریک اندک، وقوع انزال پیش از تمایل فرد، احساس ناراحتی و ناکامی ناشی از مشکل و تأثیر آن بر رابطه جنسی را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها بر اساس طیف چنددرجه‌ای نمره‌گذاری شده و مجموع نمرات، شدت و احتمال وجود انزال زودرس را نشان می‌دهد؛ به‌گونه‌ای که نمرات بالاتر بیانگر شدت بیشتر علائم و احتمال بیشتر ابتلا هستند. در پژوهش حاضر، این پرسشنامه صرفاً برای غربالگری اولیه به کار رفت و تشخیص نهایی بر اساس ترکیب نتیجه پرسشنامه و ارزیابی متخصص انجام شد تا از ورود افرادی که مشکل آنان ناشی از عوامل موقت یا سایر اختلالات جنسی بود، تا حد امکان جلوگیری شود.

پرسشنامه اضطراب بک: برای سنجش اضطراب شرکت‌کنندگان از پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory; BAI) استفاده شد. این ابزار دارای ۲۱ گویه است و شدت نشانه‌های شناختی، هیجانی و به‌ویژه جسمانی اضطراب را طی یک دوره زمانی اخیر بررسی می‌کند. هر گویه بر اساس یک مقیاس چهاردرجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره کل پرسشنامه از ۰ تا ۶۳ متغیر است. افزایش نمره کل نشان‌دهنده شدت بیشتر علائم اضطرابی است. محتوای گویه‌ها نشانه‌هایی مانند نگرانی، ترس از وقوع رویدادهای ناخوشایند، ناتوانی در آرام شدن، احساس وحشت، سرگیجه، لرزش، تپش قلب، احساس خفگی و سایر تظاهرات جسمانی و روان‌شناختی اضطراب را دربرمی‌گیرد. با توجه به اینکه اضطراب عملکردی و نگرانی از شکست در رابطه جنسی از عوامل روان‌شناختی مهم مرتبط با تداوم مشکلات جنسی محسوب می‌شوند، استفاده از این پرسشنامه امکان بررسی تغییرات سطح کلی اضطراب شرکت‌کنندگان پیش و پس از مداخله را فراهم ساخت. نمره کل این ابزار به‌عنوان شاخص اضطراب در تحلیل‌های آماری پژوهش استفاده شد.

شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظ: برای ارزیابی عملکرد جنسی از شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظ (International Index of Erectile Function; IIEF) استفاده شد. این پرسشنامه خودگزارشی ۱۵ گویه‌ای یکی از ابزارهای رایج برای ارزیابی ابعاد مختلف عملکرد جنسی مردان است و حوزه‌های عملکرد نعوظ، عملکرد ارگاسمی، میل جنسی، رضایت از رابطه جنسی و رضایت کلی جنسی را مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس طیف‌های چنددرجه‌ای انجام می‌شود و با محاسبه نمرات مربوط به حوزه‌های مختلف می‌توان تصویری نسبتاً جامع از کیفیت عملکرد جنسی فرد به دست آورد. نمرات بالاتر در این ابزار نشان‌دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر و رضایت بیشتر از عملکرد جنسی هستند. از آنجا که انزال زودرس ممکن است علاوه بر زمان انزال بر اعتماد جنسی، کیفیت تعامل جنسی، رضایت فرد و شریک جنسی و سایر ابعاد عملکرد جنسی تأثیر بگذارد، در پژوهش حاضر نمره عملکرد جنسی به‌منظور بررسی میزان تغییرات ایجادشده در نتیجه مداخلات برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو: برای سنجش ناگویی هیجانی از مقیاس ۲۰ گویه‌ای ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale; TAS-20) استفاده شد. این مقیاس یکی از ابزارهای شناخته‌شده برای ارزیابی دشواری افراد در شناسایی، توصیف و پردازش هیجان‌هاست و سه مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری بیرونی را اندازه‌گیری می‌کند. گویه‌های این مقیاس بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق پاسخ داده می‌شوند و پس از معکوس کردن نمرات گویه‌های دارای جهت مخالف، نمره کل محاسبه می‌شود. نمره بالاتر بیانگر سطح بالاتر ناگویی هیجانی و مشکلات بیشتر فرد در شناخت، نام‌گذاری، بیان و پردازش تجارب هیجانی خود است. انتخاب این ابزار در پژوهش حاضر از این جهت اهمیت داشت که دشواری در شناخت و بیان هیجان‌ها می‌تواند با افزایش تنش در روابط صمیمانه، کاهش توانایی برقراری ارتباط هیجانی با شریک جنسی و تشدید اضطراب در موقعیت‌های جنسی مرتبط باشد و در نتیجه در تجربه و تداوم مشکلات جنسی نقش داشته باشد.

مداخله برنامه زمانی پارادوکسی برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی اول در قالب ۱۰ جلسه گروهی دوساعته و با تواتر یک جلسه در هفته اجرا شد. منطق اصلی این مداخله بر شکستن چرخه تلاش افراطی برای کنترل نشانه، نگرانی پیش‌بینانه و اجتناب از تجربه ناخوشایند استوار بود؛ به‌گونه‌ای که به‌جای تلاش مستمر فرد برای جلوگیری از افکار، نگرانی‌ها یا واکنش‌های مرتبط با مشکل جنسی، زمان مشخص و از

پیش تعیین‌شده‌ای برای مواجهه ارادی و برنامه‌ریزی‌شده با آن‌ها اختصاص داده شد. در جلسات ابتدایی، ارتباط میان اضطراب، پیش‌بینی شکست، توجه افراطی به عملکرد جنسی، کنترل‌گری و تشدید نشانه‌های انزال زودرس برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و الگوی شخصی هر فرد از افکار، هیجان‌ها و رفتارهای مرتبط با مشکل شناسایی گردید. سپس مفهوم برنامه زمانی پارادوکسی معرفی شد و از شرکت‌کنندگان خواسته شد نگرانی‌ها و افکار مرتبط با عملکرد جنسی را به زمان‌های مشخص و محدود در طول روز منتقل کنند و خارج از این زمان‌ها از درگیر شدن ارادی با آن‌ها خودداری کنند. در ادامه جلسات، زمان و مدت مواجهه برنامه‌ریزی‌شده متناسب با وضعیت هر فرد تنظیم شد و شرکت‌کنندگان آموختند که به‌جای تلاش برای سرکوب اضطراب یا اجتناب از افکار مرتبط با شکست جنسی، آن‌ها را در محدوده زمانی تعیین‌شده عمداً فراخوانی و تجربه کنند. در جلسات میانی بر کاهش رفتارهای کنترل‌گرانه، کاهش پایش مستمر عملکرد جنسی، اصلاح چرخه انتظار منفی و افزایش تحمل هیجان‌های ناخوشایند تأکید شد و تکالیف خانگی برای ثبت زمان وقوع افکار، شدت اضطراب، کیفیت هیجان‌های تجربه‌شده و میزان موفقیت در رعایت زمان‌بندی تعیین گردید. در جلسات پایانی، زمان‌های برنامه‌ریزی‌شده به‌تدریج کاهش یافت، شیوه مقابله با بازگشت احتمالی نگرانی‌ها مرور شد و شرکت‌کنندگان برای استفاده مستقل از تکنیک در موقعیت‌های تنش‌زا آماده شدند. هدف کلی مداخله کاهش اشتغال ذهنی با مشکل، کاهش اضطراب عملکرد، کاهش تلاش‌های ناکارآمد برای کنترل علائم، افزایش پذیرش تجربه‌های هیجانی و در نهایت فراهم کردن شرایط مناسب‌تر برای بهبود عملکرد جنسی بود.

مداخله رفتاردرمانی شناختی برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی دوم در قالب ۹ جلسه گروهی، هر جلسه به مدت تقریبی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه، اجرا شد. در جلسه نخست، ساختار درمان، قواعد مشارکت در جلسات و رابطه میان افکار، هیجان‌ها، واکنش‌های جسمانی و رفتارهای جنسی توضیح داده شد و شرکت‌کنندگان با مدل شناختی–رفتاری مشکلات جنسی آشنا شدند. در جلسات بعدی، افکار خودکار منفی و باورهای ناکارآمد مرتبط با عملکرد جنسی، از جمله ترس از شکست، نگرانی درباره ارزیابی شریک جنسی، انتظارات غیرواقع‌بینانه از عملکرد، فاجعه‌سازی درباره انزال زودرس و کاهش اعتمادبه‌نفس جنسی شناسایی شدند. سپس از فنون بازسازی شناختی، بررسی شواهد موافق و مخالف افکار منفی، تولید تفسیرهای واقع‌بینانه‌تر و اصلاح باورهای غیرمنطقی استفاده شد. هم‌زمان، آموزش آرام‌سازی، تنظیم تنفس، کاهش برانگیختگی اضطرابی و هدایت توجه از پایش مداوم عملکرد به تجربه کلی رابطه جنسی انجام گرفت. در بخش رفتاری مداخله، شرکت‌کنندگان با مهارت‌های کاهش اجتناب، مواجهه تدریجی با موقعیت‌های ایجادکننده اضطراب جنسی، افزایش ارتباط کلامی و هیجانی با شریک جنسی و اصلاح الگوهای رفتاری ناکارآمد آشنا شدند و متناسب با شرایط آنان، تکالیف خانگی و تمرین‌های رفتاری ارائه شد. همچنین به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد تا هیجان‌های خود را بهتر شناسایی و نام‌گذاری کنند، رابطه میان هیجان و پاسخ‌های جسمانی را تشخیص دهند و احساسات مرتبط با ترس، شرم، نگرانی و ناکامی جنسی را به شیوه‌ای روشن‌تر بیان کنند. در جلسات پایانی، مهارت‌های آموخته‌شده یکپارچه‌سازی شد، موقعیت‌های پرخطر برای بازگشت مشکلات شناسایی گردید، راهبردهای مقابله با عود آموزش داده شد و برای استمرار تمرین‌ها پس از پایان درمان برنامه‌ریزی صورت گرفت. این مداخله با هدف کاهش اضطراب، اصلاح شناخت‌های ناکارآمد مرتبط با عملکرد جنسی، بهبود تنظیم و بیان هیجان و ارتقای عملکرد و رضایت جنسی اجرا شد.

پس از تکمیل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها کدگذاری و برای تحلیل آماری وارد نرم‌افزار SPSS شدند. در سطح آمار توصیفی، برای توصیف ویژگی‌های نمونه و متغیرهای اصلی پژوهش از شاخص‌هایی نظیر میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده شد. پیش از انجام تحلیل استنباطی، مفروضه‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس شامل بررسی نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌های خطا، خطی بودن رابطه بین متغیر کمکی و متغیر وابسته، همگنی شیب‌های رگرسیون و استقلال مشاهدات مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی اثر مداخلات بر اضطراب، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این تحلیل، عضویت گروهی در سه سطح برنامه زمانی پارادوکسی، رفتاردرمانی شناختی و کنترل به‌عنوان متغیر مستقل، نمرات پس‌آزمون اضطراب، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی به‌عنوان متغیرهای وابسته و نمرات پیش‌آزمون

متناظر به‌عنوان متغیرهای کمکی وارد مدل شدند. پس از مشاهده اثر معنادار گروه، به‌منظور تعیین محل دقیق تفاوت میان گروه‌ها و مقایسه زوجی میان برنامه زمانی پارادوکسی، رفتاردرمانی شناختی و گروه کنترل از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰,۰۵ در نظر گرفته شد و علاوه بر معناداری آماری، اندازه اثر نیز برای بررسی میزان تأثیر مداخلات گزارش شد.

یافته‌ها

در این بخش، ابتدا شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل اضطراب، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در سه گروه برنامه زمانی پارادوکسی، رفتاردرمانی شناختی و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شد. سپس، پس از بررسی مفروضه‌های لازم برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک، به‌منظور تعیین اثربخشی مداخلات با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد و در ادامه، برای مشخص کردن محل تفاوت میان گروه‌ها، مقایسه‌های زوجی با آزمون تعقیبی LSD انجام گرفت.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف معیار
ناگویی هیجانی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۷۲.۸۰	۲.۲٤
ناگویی هیجانی	کنترل	پس‌آزمون	۱۵	۷۲.۳۳	۲.٦٥
ناگویی هیجانی	برنامه زمانی پارادوکسی	پیش‌آزمون	۱۵	۷٤.۳۳	۲.۲۷
ناگویی هیجانی	برنامه زمانی پارادوکسی	پس‌آزمون	۱۵	۳٤.٦۰	۲.۱۳
ناگویی هیجانی	رفتاردرمانی شناختی	پیش‌آزمون	۱۵	۷۳.۰۰	۲.٥٦
ناگویی هیجانی	رفتاردرمانی شناختی	پس‌آزمون	۱۵	۳٥.۰٦	۲.۲۳
اضطراب	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۳۸.۱۳	۲.۳۹
اضطراب	کنترل	پس‌آزمون	۱۵	۳۷.۲۰	۲.٦۰
اضطراب	برنامه زمانی پارادوکسی	پیش‌آزمون	۱۵	٤٤.۱۳	۲.۲٤
اضطراب	برنامه زمانی پارادوکسی	پس‌آزمون	۱۵	۱٤.۰۰	۱.۷۱
اضطراب	رفتاردرمانی شناختی	پیش‌آزمون	۱۵	٤۳.۷۸	۲.٤٥
اضطراب	رفتاردرمانی شناختی	پس‌آزمون	۱۵	۱۲.۹۳	۲.٤۸
عملکرد جنسی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۲٦.۲٦	۳.۸٥
عملکرد جنسی	کنترل	پس‌آزمون	۱۵	۲٥.٤۰	۳.۱۷
عملکرد جنسی	برنامه زمانی پارادوکسی	پیش‌آزمون	۱۵	۲۷.۹۳	۳.۳۷
عملکرد جنسی	برنامه زمانی پارادوکسی	پس‌آزمون	۱۵	٥۷.٤٦	۲.٦۷
عملکرد جنسی	رفتاردرمانی شناختی	پیش‌آزمون	۱۵	۳۲.٤٦	۲.۷۰
عملکرد جنسی	رفتاردرمانی شناختی	پس‌آزمون	۱۵	٦۰.۲٦	۱.۷۳

مطابق نتایج جدول ۱، میانگین ناگویی هیجانی در گروه کنترل از ۷۲,۸۰ در پیش‌آزمون به ۷۲,۳۳ در پس‌آزمون تغییر کرد که بیانگر تغییر بسیار اندک در این گروه بود؛ در مقابل، میانگین این متغیر در گروه برنامه زمانی پارادوکسی از ۷۴,۳۳ به ۳۴,۶۰ و در گروه رفتاردرمانی شناختی از ۷۳,۰۰ به ۳۵,۰۶ کاهش یافت. در متغیر اضطراب نیز میانگین گروه کنترل از ۳۸,۱۳ به ۳۷,۲۰ رسید، در حالی که در گروه برنامه زمانی پارادوکسی از ۴۴,۱۳ به ۱۴,۰۰ و در گروه رفتاردرمانی شناختی از ۴۳,۷۸ به ۱۲,۹۳ کاهش قابل توجهی مشاهده

شد. در خصوص عملکرد جنسی، میانگین گروه کنترل از ۲۶,۲۶ به ۲۵,۴۰ تغییر یافت، اما میانگین گروه برنامه زمانی پارادوکسی از ۲۷,۹۳ در پیش‌آزمون به ۵۷,۴۶ در پس‌آزمون و میانگین گروه رفتاردرمانی شناختی از ۳۲,۴۶ به ۶۰,۲۶ افزایش یافت. بنابراین، الگوی توصیفی داده‌ها نشان داد که هر دو مداخله با کاهش اضطراب و ناگویی هیجانی و افزایش عملکرد جنسی همراه بودند، در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی در متغیرهای پژوهش مشاهده نشد.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های لازم برای استفاده از این روش بررسی شد. مقادیر چولگی و کشیدگی برای نمرات ناگویی هیجانی و مؤلفه‌های آن، اضطراب و عملکرد جنسی در هر سه گروه و در هر دو مرحله در دامنه قابل قبول قرار داشتند و نتایج آزمون‌های نرمال بودن نیز در تمامی موارد سطح معناداری بالاتر از ۰,۰۵ را نشان داد؛ بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها تأیید شد. همچنین بررسی تعامل نمرات پیش‌آزمون با عضویت گروهی نشان داد که اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون برای متغیرهای ناگویی هیجانی، اضطراب و عملکرد جنسی معنادار نبود و تمامی مقادیر معناداری مربوط به این تعامل‌ها بیشتر از ۰,۰۵ بود؛ ازاین‌رو، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار بود. بررسی همگنی واریانس‌ها و ساختار کوواریانس‌ها نیز مانعی برای اجرای تحلیل پارامتریک نشان نداد. در مجموع، نتایج بررسی مفروضه‌ها حاکی از آن بود که شرایط لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات پس‌آزمون سه گروه با کنترل نمرات پیش‌آزمون فراهم است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون متغیرهای پژوهش با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع اثر	F	سطح معناداری	اندازه اثر اتا
اضطراب	گروه	۱٤۷۲.۱۳۰	<۰.۰۰۱	۰.۹۸۲
عملکرد جنسی	گروه	۱۸۳۱.٤۰۷	<۰.۰۰۱	۰.۹۸۵
ناگویی هیجانی	گروه	۸۲۷.۰۹۰	<۰.۰۰۱	۰.۹٦۸

نتایج تحلیل کوواریانس مندرج در جدول ۲ نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، اثر عضویت گروهی بر هر سه متغیر وابسته از نظر آماری معنادار بود. برای اضطراب، اثر گروه معنادار بود و مقدار F برابر با ۱۴۷۲,۱۳۰ و سطح معناداری کمتر از ۰,۰۰۱ به دست آمد. همچنین، اندازه اثر ۰,۹۸۲ نشان داد که بخش قابل توجهی از تفاوت نمرات پس‌آزمون اضطراب با عضویت افراد در گروه‌های پژوهش مرتبط بود. در مورد عملکرد جنسی نیز اثر گروه معنادار بود ($F=۱۸۳۱.۴۰۷$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta^2=۰.۹۸۵$) و نتایج نشان داد که پس از کنترل تفاوت‌های اولیه، میان سه گروه از نظر عملکرد جنسی تفاوت معناداری وجود داشت. برای ناگویی هیجانی نیز اثر گروه معنادار به دست آمد ($F=۸۲۷.۰۹۰$، $p<۰.۰۰۱$، $\eta^2=۰.۹۶۸$). در مجموع، یافته‌های تحلیل کوواریانس نشان داد که برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی در مقایسه با وضعیت کنترل با تغییر معنادار اضطراب، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به انزال زودرس همراه بودند. با توجه به معناداری اثر گروه، برای تعیین محل دقیق تفاوت‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه زوجی گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین I- J	خطای استاندارد	سطح معناداری
اضطراب	برنامه زمانی پارادوکسی	رفتاردرمانی شناختی	-۰.۷۲۳	۰.۸۱۱	۰.۳٦۵
اضطراب	برنامه زمانی پارادوکسی	کنترل	-۲.۷۱٤	۰.۸۲۱	۰.۰۰۱
اضطراب	رفتاردرمانی شناختی	کنترل	-۱.۷۹۲	۰.۸۳۹	۰.۰۲۱
عملکرد جنسی	برنامه زمانی پارادوکسی	رفتاردرمانی شناختی	-۱.۲٦۲	۰.٦٤٤	۰.۰٦۱
عملکرد جنسی	برنامه زمانی پارادوکسی	کنترل	-٤.۱٦۵	۰.٦۷۲	۰.۰۰۱
عملکرد جنسی	رفتاردرمانی شناختی	کنترل	-۲.۹۱۰	۰.۷۱٦	۰.۰۰۱

ناگویی هیجانی	برنامه زمانی پارادوکسی	رفتاردرمانی شناختی	-۰.۹۸۲	۰.۳۶۵	۰.۰۷۲
ناگویی هیجانی	برنامه زمانی پارادوکسی	کنترل	-۲.۱۱۸	۰.۳۷۰	۰.۰۰۱
ناگویی هیجانی	رفتاردرمانی شناختی	کنترل	-۱.۴۲۵	۰.۳۶۸	<۰.۰۰۱

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی LSD در جدول ۳، در متغیر اضطراب، تفاوت میان گروه برنامه زمانی پارادوکسی و گروه کنترل معنادار بود (p=۰.۰۰۱) و بین گروه رفتاردرمانی شناختی و گروه کنترل نیز تفاوت معناداری مشاهده شد (p=۰.۰۲۱)، در حالی که تفاوت میان دو گروه برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی از نظر آماری معنادار نبود (p=۰.۳۶۵). در متغیر عملکرد جنسی نیز هر دو گروه برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری نشان دادند (هر دو p=۰.۰۰۱)، اما تفاوت بین دو مداخله فعال معنادار نبود (p=۰.۰۶۱). به همین ترتیب، در متغیر ناگویی هیجانی، تفاوت گروه برنامه زمانی پارادوکسی با گروه کنترل معنادار بود (p=۰.۰۰۱) و تفاوت گروه رفتاردرمانی شناختی با گروه کنترل نیز معنادار به دست آمد (p<۰.۰۰۱)، در حالی که تفاوت دو گروه درمانی با یکدیگر از نظر آماری معنادار نبود (p=۰.۰۷۲). با در نظر گرفتن جهت تغییر میانگین‌های توصیفی، می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله با کاهش اضطراب و ناگویی هیجانی و افزایش عملکرد جنسی همراه بودند؛ با این حال، شواهد آماری حاصل از مقایسه مستقیم دو گروه درمانی نشان نداد که یکی از برنامه زمانی پارادوکسی یا رفتاردرمانی شناختی از نظر اثربخشی بر متغیرهای مورد مطالعه به‌طور معناداری بر دیگری برتری داشته باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی بر اضطراب، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به انزال زودرس بود. نتایج نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین سه گروه برنامه زمانی پارادوکسی، رفتاردرمانی شناختی و کنترل در هر سه متغیر اضطراب، عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین نتایج آزمون‌های تعقیبی نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل با کاهش اضطراب، افزایش عملکرد جنسی و کاهش ناگویی هیجانی همراه بودند؛ با این حال، تفاوت میان برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی در هیچ‌یک از متغیرهای اصلی پژوهش به سطح معناداری نرسید. این یافته نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی، اگرچه از نظر مبانی نظری و شیوه مداخله تفاوت‌هایی دارند، می‌توانند بر ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری مرتبط با انزال زودرس اثرگذار باشند و شرایط روان‌شناختی مساعدتری برای بهبود عملکرد جنسی فراهم کنند.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی هر دو موجب کاهش معنادار اضطراب در افراد مبتلا به انزال زودرس شدند. این نتیجه با پژوهش‌هایی همسو است که نقش عوامل اضطرابی را در تجربه و تداوم مشکلات مربوط به انزال زودرس برجسته کرده‌اند. Banbury و همکاران نشان دادند که اضطراب می‌تواند در ارتباط میان خودکارآمدی جنسی و انزال زودرس نقش مهمی داشته باشد و افزایش اضطراب با کاهش احساس توانمندی فرد در موقعیت‌های جنسی همراه باشد (Banbury et al., 2023). این یافته با نتایج پژوهش حاضر سازگار است، زیرا کاهش اضطراب پس از مداخله می‌تواند یکی از مسیرهای اصلی بهبود تجربه جنسی و کاهش فشار روانی ناشی از اختلال باشد. از سوی دیگر، مطالعات انجام‌شده در حوزه درمان پارادوکسی نیز نشان داده‌اند که این رویکرد در کاهش اشکال مختلف اضطراب مؤثر است. اثربخشی درمان پارادوکسی بر اضطراب در مادران نوزادان نارس گزارش شده است (Saeidinejad et al., 2024) و همچنین درمان پارادوکسی توانسته است اضطراب امتحان را کاهش داده و اعتمادبه‌نفس را بهبود دهد (Salehin et al., 2025). افزون بر این، کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان پس از دریافت درمان پارادوکسی نیز گزارش شده است (Mardani et al., 2025). مجموعه این یافته‌ها از این تبیین حمایت می‌کنند که مداخلات پارادوکسی می‌توانند چرخه نگرانی، پایش افراطی و تلاش ناکارآمد برای کنترل را تضعیف کنند و از این طریق شدت اضطراب را کاهش دهند.

از نظر تبیینی، افراد مبتلا به انزال زودرس معمولاً پیش از شروع یا در جریان رابطه جنسی با افکاری مانند ترس از شکست، نگرانی درباره رضایت شریک جنسی و پیش‌بینی تکرار تجربه نامطلوب مواجه می‌شوند. این افکار می‌توانند توجه فرد را به‌صورت افراطی بر عملکرد جنسی متمرکز کنند و در نتیجه سطح برانگیختگی اضطرابی را افزایش دهند. برنامه زمانی پارادوکسی با تغییر رابطه فرد با نگرانی و با محدود کردن زمانی که فرد مجاز است به‌صورت عمدی درگیر افکار اضطرابی شود، می‌تواند شدت اشتغال ذهنی را کاهش دهد. در این رویکرد، به‌جای آنکه فرد دائماً برای حذف یا سرکوب افکار مزاحم تلاش کند، اجازه می‌دهد این افکار در بازه‌ای کنترل‌شده تجربه شوند. این فرایند می‌تواند از شدت حالت مراقبت و پایش دائمی بکاهد. Asayesh و Parsakia نیز بر این نکته تأکید کرده‌اند که برنامه زمانی پارادوکسی می‌تواند از طریق کاهش کنترل‌گری ناکارآمد، کاهش اجتناب و تغییر نحوه مواجهه فرد با نشانه‌های روان‌شناختی عمل کند (Asayesh & Parsakia, 2025). در همین راستا، اثربخشی این روش بر نگرانی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی نیز گزارش شده است (Salehi et al., 2024; Salehi et al., 2025) و این شواهد با یافته حاضر درباره کاهش اضطراب در افراد مبتلا به انزال زودرس همسو است.

رفتاردرمانی شناختی نیز در پژوهش حاضر موجب کاهش قابل توجه اضطراب شد. این یافته از نظر نظری قابل انتظار است، زیرا رفتاردرمانی شناختی مستقیماً افکار خودکار منفی، باورهای ناکارآمد و ارزیابی‌های فاجعه‌آمیز را هدف قرار می‌دهد. در افراد مبتلا به انزال زودرس، باورهایی مانند ضرورت داشتن کنترل کامل بر انزال، تلقی شکست جنسی به‌عنوان نشانه ناکارآمدی فردی و نگرانی از ارزیابی منفی شریک جنسی می‌توانند فشار روان‌شناختی را افزایش دهند. بازسازی شناختی این باورها، آموزش راهبردهای مقابله‌ای و کاهش اجتناب می‌تواند موجب کاهش اضطراب عملکردی شود. از سوی دیگر، شواهد نشان داده‌اند که مداخلات شناختی و هیجانی در کاهش مشکلات روان‌شناختی و هیجانی مؤثرند. برای مثال، درمان شناختی–رفتاری توانسته است در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید ناگویی هیجانی را کاهش دهد و سازگاری روان‌شناختی را بهبود بخشد (Ghazanfari Harandi et al., 2025). همچنین نتایج پژوهش‌های مرتبط با درمان‌های شناختی–هیجانی نیز نشان داده‌اند که اصلاح باورها و فرایندهای شناختی می‌تواند در کاهش مشکلات هیجانی نقش داشته باشد (Mohammadi et al., 2025). بنابراین، کاهش اضطراب در گروه رفتاردرمانی شناختی را می‌توان حاصل تعدیل ارزیابی‌های تهدیدآمیز، افزایش احساس کنترل و کاهش حساسیت نسبت به نشانه‌های شکست جنسی دانست.

دومین یافته پژوهش نشان داد که هر دو مداخله برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی موجب بهبود معنادار عملکرد جنسی شدند، در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد. این نتیجه با پژوهش Sarabi و همکاران همسو است که نشان دادند مداخلات رفتاری و بین‌فردی می‌توانند موجب بهبود خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی در افراد دارای انزال زودرس اکتسابی شوند (Sarabi et al., 2021). همچنین شواهد مربوط به پریشانی جنسی نشان داده‌اند که عوامل روان‌شناختی و هیجانی می‌توانند با کیفیت تجربه و عملکرد جنسی ارتباط داشته باشند (Hamzehgardeshi et al., 2023). بنابراین، کاهش اضطراب و بهبود تنظیم هیجان در اثر مداخله می‌تواند به شکل غیرمستقیم عملکرد جنسی را نیز ارتقا دهد. از آنجا که عملکرد جنسی صرفاً یک فرایند فیزیولوژیک نیست و متأثر از توجه، احساس امنیت، اعتمادبه‌نفس، کیفیت ارتباط و ارزیابی شناختی فرد از موقعیت است، کاهش تنش روان‌شناختی می‌تواند شرایط مطلوب‌تری برای تجربه جنسی فراهم کند.

بهبود عملکرد جنسی در گروه برنامه زمانی پارادوکسی را می‌توان با کاهش تلاش افراطی برای کنترل پاسخ جنسی توضیح داد. یکی از ویژگی‌های رایج در افراد مبتلا به انزال زودرس، نظارت دائمی بر زمان انزال و تلاش شدید برای جلوگیری از وقوع آن است. این فرایند می‌تواند توجه فرد را از تجربه کلی رابطه منحرف کند و سطح تنش را افزایش دهد. منطق درمان پارادوکسی این است که تلاش بیش از حد برای کنترل یک فرایند خودکار می‌تواند خود به تشدید آن کمک کند. در نتیجه، هنگامی که فرد از تلاش دائمی برای کنترل مستقیم فاصله می‌گیرد و نگرانی خود را در چارچوبی از پیش تعیین‌شده تجربه می‌کند، فشار روانی کاهش یافته و امکان تجربه طبیعی‌تر رابطه افزایش می‌یابد. گزارش اثربخشی درمان پارادوکسی در اختلال میل جنسی نیز

از قابلیت به‌کارگیری این رویکرد در حوزه مشکلات جنسی حمایت می‌کند (Adeli, 2024). همچنین یافته‌های مربوط به درمان پارادوکسی در مشکلات وسواسی نشان داده‌اند که این روش می‌تواند چرخه‌های کنترل، اجتناب و تلاش تکرارشونده را کاهش دهد (Dehaqin et al., 2023). بنابراین، می‌توان استدلال کرد که کاهش کنترل‌گری و شکستن چرخه اضطراب–نظارت–شکست یکی از سازوکارهای احتمالی بهبود عملکرد جنسی در گروه برنامه زمانی پارادوکسی بوده است.

در گروه رفتاردرمانی شناختی نیز افزایش عملکرد جنسی را می‌توان حاصل اصلاح شناخت‌های ناکارآمد و کاهش رفتارهای اجتنابی دانست. فردی که انزال زودرس را نشانه ناکارآمدی کلی خود تلقی می‌کند ممکن است به‌تدریج اعتمادبه‌نفس جنسی خود را از دست بدهد و رابطه را با اضطراب و اجتناب تجربه کند. در رفتاردرمانی شناختی، شناسایی و اصلاح این باورها، تمرین توجه انعطاف‌پذیر، افزایش مهارت‌های ارتباطی و کاهش نگرانی پیش‌بینانه می‌تواند به ایجاد تجربه جنسی مثبت‌تر کمک کند. یافته Banbury و همکاران درباره ارتباط میان خودکارآمدی جنسی، اضطراب و انزال زودرس نیز از اهمیت این مسیر شناختی حمایت می‌کند (Banbury et al., 2023). در واقع، هنگامی که فرد احساس کند توانایی بیشتری برای مدیریت افکار و هیجان‌های مرتبط با رابطه دارد، احتمال تمرکز افراطی بر شکست کاهش می‌یابد و رضایت و عملکرد جنسی می‌تواند افزایش پیدا کند.

سومین یافته پژوهش نشان داد که هر دو مداخله برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی موجب کاهش معنادار ناگویی هیجانی شدند. این یافته با مطالعاتی همسو است که نشان داده‌اند ناگویی هیجانی به فرایندهای شناختی و هیجانی قابل تغییر وابسته است و صرفاً یک ویژگی ثابت شخصیتی محسوب نمی‌شود. Parchami و همکاران نشان دادند که ناگویی هیجانی با اجتناب تجربی، سرکوب هیجانی، بازارزیابی شناختی و افسردگی ارتباط دارد (Parchami et al., 2025). همچنین رابطه میان آسیب‌های دوران کودکی، ناگویی هیجانی و فرایندهای شناختی مانند همجوشی شناختی گزارش شده است (Momeni Rouhi, 2026). این یافته‌ها نشان می‌دهند که ناگویی هیجانی با نحوه پردازش و تنظیم تجربه‌های هیجانی ارتباط نزدیکی دارد؛ در نتیجه، مداخله‌ای که به کاهش اجتناب، افزایش آگاهی از هیجان و اصلاح نحوه مواجهه با تجربه درونی کمک کند، می‌تواند بر این سازه اثر بگذارد.

کاهش ناگویی هیجانی در گروه رفتاردرمانی شناختی با یافته‌های Ghazanfari Harandi و همکاران همسو است که اثربخشی رفتاردرمانی شناختی را بر ناگویی هیجانی گزارش کردند (Ghazanfari Harandi et al., 2025). همچنین Mohammadi و همکاران نشان دادند که مداخلات مبتنی بر فرایندهای عقلانی و هیجانی می‌توانند ناگویی هیجانی را در افراد دارای تعارضات زناشویی کاهش دهند (Mohammadi et al., 2025). رفتاردرمانی شناختی از طریق کمک به فرد برای شناسایی ارتباط میان افکار، هیجان‌ها و پاسخ‌های جسمانی، دامنه واژگان هیجانی و آگاهی از حالات درونی را افزایش می‌دهد. برای فرد مبتلا به انزال زودرس، توانایی شناسایی احساساتی مانند شرم، ترس، ناکامی، خشم یا نگرانی می‌تواند از تبدیل این هیجان‌ها به تنش مبهم و غیرقابل مدیریت جلوگیری کند. علاوه بر این، بیان مناسب هیجان‌ها در رابطه صمیمانه می‌تواند کیفیت ارتباط با شریک جنسی را بهبود دهد و بخشی از فشار روانی همراه با مشکل جنسی را کاهش دهد.

اثر برنامه زمانی پارادوکسی بر ناگویی هیجانی نیز از منظر کاهش اجتناب هیجانی و افزایش مواجهه هدفمند با تجربه‌های درونی قابل تبیین است. اگر فرد دائماً از احساسات ناخوشایند مرتبط با مشکل جنسی فاصله بگیرد یا آن‌ها را سرکوب کند، توانایی او برای شناسایی و پردازش هیجان‌ها محدود می‌شود. در برنامه زمانی پارادوکسی، فرد به‌جای فرار از افکار و احساسات، در بازه‌ای مشخص با آن‌ها مواجه می‌شود و این امر می‌تواند آگاهی نسبت به تجربه‌های درونی را افزایش دهد. یافته‌های Hosseinpour Kahvaz و همکاران نیز نشان داد که درمان پارادوکسی می‌تواند بر ابراز هیجانی و نشخوار خودانتقادی اثر مثبت داشته باشد (Hosseinpour Kahvaz et al., 2026). این نتیجه با یافته پژوهش حاضر همسو است و نشان می‌دهد که درمان پارادوکسی تنها بر کاهش اضطراب اثر ندارد، بلکه می‌تواند کیفیت ارتباط فرد با هیجان‌های خود را نیز تغییر دهد.

یافته مهم دیگر پژوهش حاضر این بود که تفاوت میان برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی از نظر اثربخشی بر اضطراب،

عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی معنادار نبود. این نتیجه نشان می‌دهد که هر دو مداخله، با وجود تفاوت در مسیر نظری، ممکن است در نهایت بر برخی سازوکارهای مشترک اثر بگذارند. هر دو رویکرد می‌توانند توجه افراطی به نشانه را کاهش دهند، احساس کنترل روان‌شناختی را افزایش دهند، چرخه اجتناب و نگرانی را تضعیف کنند و فرد را در مواجهه سازگارانه‌تر با موقعیت‌های اضطراب‌زا یاری دهند. در برنامه زمانی پارادوکسی، تأکید اصلی بر تغییر رابطه فرد با نشانه و کنار گذاشتن کنترل‌گری مستقیم است، در حالی که در رفتاردرمانی شناختی، اصلاح محتوای شناخت‌ها و الگوهای رفتاری اهمیت بیشتری دارد. با این حال، هر دو روش می‌توانند در کاهش نگرانی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مؤثر باشند. مطالعات مقایسه‌ای پیشین نیز نشان داده‌اند که برنامه زمانی پارادوکسی می‌تواند در کنار سایر رویکردهای معتبر روان‌درمانی اثربخشی قابل توجهی داشته باشد (Salehi et al., 2024; Salehi et al., 2025). بنابراین، نبود تفاوت معنادار میان دو درمان را می‌توان نشانه آن دانست که انتخاب میان آن‌ها ممکن است بیش از آنکه صرفاً بر تفاوت اثربخشی کلی متکی باشد، به ویژگی‌های فرد، ترجیحات درمانی، ماهیت غالب علائم و امکانات بالینی بستگی داشته باشد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر تصویری چندبعدی از اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در افراد مبتلا به انزال زودرس ارائه می‌دهد. کاهش اضطراب، افزایش عملکرد جنسی و کاهش ناگویی هیجانی نشان می‌دهد که مداخله در این اختلال نباید صرفاً بر کنترل فیزیولوژیک انزال متمرکز باشد، بلکه توجه هم‌زمان به اضطراب عملکردی، الگوهای شناختی، اجتناب هیجانی، توانایی شناخت و بیان هیجان‌ها و کیفیت تجربه جنسی اهمیت دارد. یافته‌های مربوط به نقش اضطراب در انزال زودرس (Banbury et al., 2023)، اهمیت عوامل روان‌شناختی در پریشانی جنسی (Hamzehgardeshi et al., 2023)، اثربخشی درمان‌های پارادوکسی در مشکلات اضطرابی و شناختی (Dehaqin et al., 2023; Mardani et al., 2025; Salehin et al., 2025) و نقش درمان‌های شناختی و هیجانی در کاهش ناگویی هیجانی (Ghazanfari Harandi et al., 2025; Mohammadi et al., 2025) همگی از این دیدگاه حمایت می‌کنند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی هر دو می‌توانند به‌عنوان مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای کاهش مشکلات هیجانی و ارتقای عملکرد جنسی افراد مبتلا به انزال زودرس مورد توجه قرار گیرند، هرچند برای تعیین مزیت نسبی هر رویکرد در شرایط مختلف به مطالعات گسترده‌تر نیاز است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، نمونه پژوهش تنها شامل ۴۵ نفر از افراد مبتلا به انزال زودرس مراجعه‌کننده به یک مرکز مشاوره در شهر تبریز بود و نمونه‌گیری نیز به روش در دسترس انجام شد؛ بنابراین، تعمیم نتایج به همه افراد مبتلا به انزال زودرس در سایر مناطق جغرافیایی، گروه‌های سنی یا شرایط اجتماعی باید با احتیاط صورت گیرد. دوم، حجم نمونه نسبتاً محدود بود و این امر ممکن است قدرت تشخیص تفاوت‌های کوچک میان دو مداخله فعال را کاهش داده باشد. سوم، بخش عمده داده‌ها با استفاده از ابزارهای خودگزارشی جمع‌آوری شد که می‌تواند تحت تأثیر تمایل به پاسخ‌دهی اجتماعی، برداشت شخصی یا خطاهای یادآوری قرار گیرد. همچنین، در این پژوهش مرحله پیگیری بلندمدت وجود نداشت؛ بنابراین، مشخص نیست تغییرات مشاهده‌شده تا چه اندازه پس از پایان درمان پایدار باقی می‌مانند. علاوه بر این، متغیرهایی مانند کیفیت رابطه زوجین، رضایت شریک جنسی، شدت اولیه اختلال، عوامل جسمانی و دارویی و سایر عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی به‌صورت مستقل کنترل نشدند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این مطالعه با نمونه‌های بزرگ‌تر و با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی یا چندمرحله‌ای در شهرها و مراکز درمانی مختلف تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین افزودن مراحل پیگیری سه‌ماهه، شش‌ماهه و حتی یک‌ساله می‌تواند پایداری اثرات برنامه زمانی پارادوکسی و رفتاردرمانی شناختی را روشن‌تر سازد. بررسی نقش متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر مانند اضطراب عملکرد جنسی، خودکارآمدی جنسی، تنظیم هیجان، شرم جنسی، کیفیت رابطه زوجین، سبک‌های دلبستگی و اجتناب تجربی نیز می‌تواند سازوکارهای تغییر در هر دو درمان را دقیق‌تر مشخص کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی علاوه بر پرسشنامه‌های خودگزارشی، از مصاحبه بالینی، ارزیابی شریک جنسی و شاخص‌های رفتاری یا بالینی استفاده شود. همچنین مقایسه این دو روش با سایر مداخلات مانند درمان پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی،

درمان زوجی و درمان‌های ترکیبی می‌تواند اطلاعات بیشتری درباره مناسب‌ترین گزینه درمانی برای زیرگروه‌های مختلف افراد مبتلا به انزال زودرس فراهم کند.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان، درمانگران جنسی و مشاوران خانواده در ارزیابی افراد مبتلا به انزال زودرس، علاوه بر نشانه اصلی اختلال، اضطراب، کیفیت عملکرد جنسی و توانایی فرد در شناسایی و بیان هیجان‌ها را نیز بررسی کنند. برنامه زمانی پارادوکسی می‌تواند به‌ویژه برای افرادی مناسب باشد که درگیر نگرانی مداوم، کنترل‌گری افراطی، پایش مستمر عملکرد و تلاش‌های ناکارآمد برای سرکوب افکار مرتبط با رابطه جنسی هستند. رفتاردرمانی شناختی نیز می‌تواند برای افرادی که باورهای ناکارآمد، ترس از ارزیابی منفی، فاجعه‌سازی درباره عملکرد یا اجتناب رفتاری برجسته دارند به کار گرفته شود. توصیه می‌شود انتخاب مداخله بر اساس ارزیابی بالینی جامع، ویژگی‌های فردی، ترجیح مراجع و الگوی غالب مشکل انجام شود و در صورت لزوم از عناصر هر دو رویکرد به‌صورت تلفیقی استفاده گردد. همچنین، آموزش این مداخلات در مراکز مشاوره و کلینیک‌های سلامت جنسی می‌تواند به گسترش گزینه‌های غیر دارویی و روان‌شناختی برای مدیریت انزال زودرس کمک کند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافعی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

Adeli, M. (2024). Effectiveness of paradoxical therapy on sexual desire disorder (A case study). https://civilica.com/doc/2140091

Asayesh, M. H., & Parsakia, K. (2025). Paradoxical Timetable Therapy and Psychological Problems: Mechanisms of Change and Implications. *Mental Health and Lifestyle Journal*, *3*(3), 1-21. https://doi.org/10.61838/mhlj.3.3.11

Banbury, S., Moneta, G., & Chandler, C. (2023). An Exploratory Study Examining the Relationship Between Sexual Self-Efficacy and Premature Ejaculation Mediated by Depression, Anxiety and Sexual Fantasy Among a British Cohort. *Sexual and Relationship Therapy*, *38*(4), 796-812. https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1932796

Dehaqin, V., Gholamali Lavasani, M., & Naghsh, Z. (2023). The effectiveness of paradoxical therapy on relational practical obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, *4*(4), 118-133. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.4.12

Ghazanfari Harandi, M., Sarlak, N., Pourhasan Najafabadi, M., & Madani, M. (2025). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Pain Perception and Alexithymia in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, *3*(4), 1-13.

Hamzehgardeshi, Z., Sabetghadam, S., Pourasghar, M., Khani, S., Moosazadeh, M., & Malary, M. (2023). Prevalence and predictors of sexual distress in married reproductive-age women: A cross-sectional study from Iran. *Health Science Reports*, *6*(9), e1513. https://doi.org/10.1002/hsr2.1513

Hosseinpour Kahvaz, S., Alavi, S. Z., & Shahbazi, M. (2026). The Effectiveness of Paradox Therapy on Emotional Expressivity and Self-Critical Rumination in Married Women with High Anxiety. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, *15*(2), 151-160.

Mardani, M., Besharat, M. A., Firoozi, M., & Vosoughi, T. (2025). Investigating the Effectiveness of Paradox Therapy on Death Anxiety in Female Patients With Cancer. *JCCNC*, *11*(1), 75. https://doi.org/10.32598/JCCNC.11.1.702.1

Mohammadi, L., Abbasi, G., & Hassanzadeh, R. (2025). The Effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) on Feelings of Rejection and Alexithymia in Women with Marital Conflict. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 1-11. https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.287

Momeni Rouhi, M. (2026). Childhood Trauma, Alexithymia, and Internalizing Behavior in Female Adolescents: The Mediating Role of Cognitive Fusion. *International Journal of Body, Mind and Culture*, *13*(3), 189-198. https://doi.org/10.61838/ijbmc.v13i3.1161

Parchami, Z., Najafi, M., & Khosravani, V. (2025). The relations of alexithymia to unacceptable obsessional thoughts and suicidal risk in OCD: The roles of experiential avoidance, emotional suppression, cognitive reappraisal, and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *43*, 49. https://doi.org/10.1007/s10942-025-00610-4

Saeidinejad, N., Forouzandeh, E., Besharat, M. A., Nikvarz, M., & Bani Taba, S. M. (2024). The Effectiveness of Paradox Therapy on Anxiety and Ego Strength in Mothers of Premature Infants. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, *13*(7), 61-70.

Salehi, S., Vaziri, S., & Nasri, M. (2024). Comparing Acceptance and Commitment Therapy and the paradoxical timing program for worry in social anxiety disorder. *Sadra Journal of Medical Sciences*, *13*(1), 138-154. https://smsj.sums.ac.ir/article_50782.html?lang=en

Salehi, S., Vaziri, S., & Nasri, M. (2025). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Paradoxical Timetable Therapy on Worry in Individuals with Social Anxiety Disorder. *Sadra Medical Journal*, *13*(1), 138-154. https://doi.org/10.30476/smsj.2025.101698.1495

Salehin, M., Asayesh, M. h., & Naghsh, Z. (2025). The Effectiveness of Paradox Therapy (PTC) on Test Anxiety and Self-Confidence of Female High School Students in Tehran: A Single-Subject Design. *counseling_journal*, *24*(93), 118. https://doi.org/10.18502/qjcr.v24i93.19071

Sarabi, P., Elahyari, V., Parvizi, F., & Kakabaraei, K. (2021). The effectiveness of integrative behavioral couple therapy on sexual self-efficacy and sexual self-concept in individuals with acquired premature ejaculation. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, *10*(10), 11-26.

Stower, R., Lee, A. J., McIntosh, T. L., Sidari, M. J., Sherlock, J. M., & Dixson, B. (2019). Mating Strategies and the Masculinity Paradox: How Relationship Context, Relationship Status, and Sociosexuality Shape Women's Preferences for Facial Masculinity and Beardedness. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(3), 809-820. https://doi.org/10.1007/s10508-019-1437-2