

مقایسه اثربخشی درمان‌های فعال‌سازی رفتاری و آرام‌سازی حالت بر باورهای هسته‌ای ضداجتماعی و حل مسئله اجتماعی نوجوانان پسر با اضطراب اجتماعی بالا

تاریخ دریافت مقاله: 1402/01/10 تاریخ پذیرش مقاله: 1402/04/17

حسین رضایپور¹، منصوره بهرامی‌پور اصفهانی^{2*}، هاجر ترکان³

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اضطراب اجتماعی یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات اضطرابی است که از ابتدای نوجوانی نشانه‌های آن آغاز شده و تا دوره‌های بعدی تحول ادامه پیدا می‌کند. این اختلال در زندگی شخصی، باورها، تعاملات، زندگی شغلی و سایر ابعاد عملکردی فرد نابسامانی‌هایی به وجود می‌آورد. از این رو، شناسایی مداخلات مؤثر در مبتلایان اهمیت ویژه‌ای دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان‌های فعال‌سازی رفتاری و آرام‌سازی حالت بر باورهای هسته‌ای ضداجتماعی و حل مسئله اجتماعی نوجوانان پسر 15 تا 18 ساله با اضطراب اجتماعی بالا بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و دوره پیگیری دوماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان 15 تا 18 ساله با اضطراب اجتماعی ناحیه 2 آموزش و پرورش اصفهان در سال تحصیلی 1400 و 1401 بود. بدین منظور به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای، از بین دبیرستان‌های پسرانه ناحیه 2 آموزش و پرورش اصفهان تعداد 600 دانش‌آموز با اجرای پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی نوجوانان پاکلک (2004) مورد غربال‌گری قرار گرفتند که از این میان تعداد 60 نفر دارای اضطراب بالای 93 بودند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (هر کدام 20 نفر) و یک گروه کنترل (20 نفر) گمارده شدند. افراد گروه‌های آزمایشی به صورت موازی و همزمان در جلسات درمانی فعال‌سازی رفتاری و آرام‌سازی حالت شرکت کردند؛ اما برای گروه کنترل، مداخله‌ای صورت نگرفت. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسش‌نامه‌های باورهای ترکیبی - فرم کوتاه آپشه و دی - مئو (2012) و حل مسئله اجتماعی درزیلا و همکاران (2002) بودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، درمان فعال‌سازی رفتاری بر حل مسئله اجتماعی و درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت بر باورهای هسته‌ای ضداجتماعی از روش درمانی دیگر برای نوجوانان پسر 15 تا 18 ساله با اضطراب اجتماعی اثربخشی نیرومندتری داشته است و اثرات مداخلات در طول زمان ثابت باقی مانده است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش بر اهمیت توجه به باورهای هسته‌ای ضداجتماعی و حل مسئله اجتماعی در نوجوانان با اضطراب اجتماعی بالا تأکید می‌کند و تلویحات کاربردی مهمی جهت مداخلات درمانی برای نوجوانان با اضطراب اجتماعی دارد.

کلمات کلیدی: فعال‌سازی رفتاری، آرام‌سازی حالت، باورهای هسته‌ای، حل مسئله، اضطراب اجتماعی، نوجوانان.

1. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

2. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: Bahramipourisfahani@khuisf.ac.ir

3. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران



Comparing the Effectiveness of Behavioral Activation and Mode Deactivation Therapy on Antisocial Core Beliefs and Social Problem Solving in Adolescent Boys with High Social Anxiety

Received: 2023/03/30 Accepted: 2023/07/08

Hossein Rezapour¹, Mansoureh Bahramipour Isfahani^{2*}, Hajar Turkan³

Original Article

Abstract

Introduction: Social anxiety is one of the most debilitating anxiety disorders, the symptoms of which begin at the beginning of adolescence and continue until the later periods of development. This disorder creates disorders in personal life, beliefs, interactions, work life, and other functional aspects of a person. Therefore, identifying effective interventions in patients is of particular importance. The purpose of the present study was to determine the effectiveness of behavioral activation and mode deactivation therapies on antisocial core beliefs and solving the social problem of 15-18-year-old boys with high social anxiety.

Method: The current research was a semi-experimental type of pre-test, post-test, and a two-month follow-up period with a control group. The statistical population included all students aged 15 to 18 with social anxiety in the 2nd education district of Isfahan in the academic years 2021 and 2022. For this purpose, using a multi-stage cluster random sampling method, 600 students were screened from among boys' high schools in the 2nd education district of Isfahan by implementing Paklak's social anxiety scale adolescent (2004). They were randomly assigned to two experimental groups (20 people each) and a control group (20 people). The people in the experimental groups participated in parallel and simultaneous treatment sessions of behavioral activation and mode deactivation; But for the control group, there was no intervention. The measurement tools included short form-compound core beliefs questionnaire by Apsche & De-Meo (2012) and a social problem-solving inventory by Drzila et al. (2002). To analyze the data, the statistical method of analysis of variance of repeated measurements and Bonferroni's posthoc test was used in SPSS-24 software.

Findings: The results showed that behavioral activation therapy on social problem solving and mode deactivation therapy on antisocial core beliefs had stronger effectiveness than other treatment methods for 15-18-year-old boys with social anxiety and the effects of the interventions were stable over time ($p < 0.01$).

Conclusion: The findings of this research emphasize the importance of paying attention to antisocial core beliefs and social solving problems in adolescents with high social anxiety and have important practical implications for therapeutic interventions for adolescents with social anxiety.

Keywords: Behavioral Activation, Mode Deactivation, Core Beliefs, Problem-Solving, Social Anxiety, Adolescents.

1. Ph.D. Student of Educational Psychology, Faculty of Education & Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

* Corresponding Author: Bahramipourisfahani@khuisf.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

مقدمه

انسان موجودی اجتماعی است و برقراری تعامل و مورد ارزش و تصدیق واقع شدن توسط دیگران، از جمله نیازهای اصلی تمام انسان‌ها می‌باشد؛ به همین خاطر به‌طور طبیعی از ارزیابی منفی توسط دیگران، همواره می‌ترسد (سلگی، 1400) و به نظر می‌رسد هنگامی که تنش ارزیابی شده توسط فرد از حد توانمندی‌هایش فراتر رود، رفتار اجتنابی در او افزایش می‌یابد (چیو¹ و همکاران، 2021). ظهور ناسازگارانه این رفتارها و نگرانی‌های انطباقی تحولی، همان اختلال اضطراب اجتماعی² می‌باشد که یکی از اختلالات مزمن و شایع‌ترین اختلالات اضطرابی محسوب می‌شود (نیومن³ و همکاران، 2023). طبق آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، این اختلال دربرگیرنده یک سوگیری در توجه و باورهاست که با تحریف در تفسیر نشانه‌های درونی و بیرونی مشخص می‌شود (ناومی⁴ و همکاران، 2022). انتخاب راهبردهای تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، محدود به راهبردهایی است که موجب تسکین آنی فرد در مقابل محرک ناخوشایند می‌شوند، ولی در نهایت به تداوم این اختلال در بلندمدت می‌انجامد (حدادی و تمنایی‌فر، 1401).

در دوره نوجوانی وضعیت روانی فرد نوجوان دارای ثبات نیست و معمولاً بیشترین مشکلات رفتاری و هیجانی در این دوره برای ایشان به وجود می‌آید (رایپه⁵ و همکاران، 2019). یکی از مشکلات جدی و مهم در دوره نوجوانی، اختلال اضطراب اجتماعی است؛ چراکه آمار نشان می‌دهد که 18,6 درصد از نوجوانان از یک نوع اضطراب و اختلالات مرتبط با آن رنج می‌برند (کنی-چیو و کلار-لینور⁶، 2021). اختلال اضطراب اجتماعی معمولاً در دوران نوجوانی آغاز می‌گردد (تیبیرت و پینگوارت⁷، 2011). گرچه اغلب نوجوانان دوره‌های اضطراب طبیعی مربوط به تغییراتی را که همراه با دوران نوجوانی هستند را پشت سر می‌گذارند، اما افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ترسی را تجربه می‌کنند که با موقعیت‌هایی که با آن مواجه می‌شوند، تناسب ندارد و برای برخی از نوجوانان، اضطراب اجتماعی مزمن می‌شود و در عملکرد مدرسه، فعالیت‌های فوق برنامه و توانایی دوست‌یابی تأثیر منفی می‌گذارد (تیبیرت و پینگوارت⁸، 2011).

متغیرهای مختلفی در شدت اضطراب اجتماعی نوجوانان اهمیت به‌سزایی دارند که یکی از این عوامل تأثیرگذار، باورهای هسته‌ای ضداجتماعی است. باورهای هسته‌ای مفاهیم اصلی و به‌عبارتی تصویری از خود فرد، نقاط ضعف و قوت، ارزشمندی و ارتباط با دنیای خارج، هستند که بر اساس آن‌ها فرد زندگی می‌کند و حدود چیزهایی که در زندگی فرد به آن نائل می‌شود، را معین می‌کند که می‌توانند متعادل یا نامتعادل یا به‌عبارتی مفید و مضر باشند (ازدل⁹ و همکاران، 2015). در دوران نوجوانی به‌طور خاص، باورهای هسته‌ای در برگیرنده تاخت باورها و افکار بنیادین و تعیین واکنش به احساسات نوجوانان می‌باشند. باورهای هسته‌ای ترکیبی در برگیرنده هشت نوع باور در نوجوان است: باورهای شخصیت ضد اجتماعی، باورهای شخصیت اجتنابی، باورهای شخصیت مرزی، باورهای سلوک، باورهای شخصیت وابسته، باورهای شخصیت نمایشی، باورهای شخصیت خودشیفته و باورهای وسواس جبری. این هشت باور با ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری مخصوص نوجوان مثل پرخاشگری، خشم و مخالفت‌جوئی در ارتباط هستند. این باورها معمولاً به صورت مخلوط در نوجوان دیده می‌شود و یک پروفایل برای

1. Chiu
2. Social Anxiety Disorder (SAD)
3. Newman
4. Naomi
5. Rapee
6. Kenny-Chiu & Clar-leanor
7. Teubert & Pinquart
8. Teubert & Pinquart
9. Ozdel

نوجوان و یک نقشه راه درمانی برای درمانگر ایجاد می‌کنند (آپشه¹ و همکاران، 2012). باورهای هسته‌ای ناهنجار، ریشه در «ویژگی‌های اختلال شخصیت» و یا «اختلالات شخصیت» در نوجوان دارد که با مداخلات درمانی می‌توان آن‌ها را در نوجوانان با موفقیت درمان نمود (آپشه و دی-مئو، 1397).

حل مسئله اجتماعی نیز یکی دیگر از عوامل مؤثر در اضطراب اجتماعی است. فرایند حل مسئله اجتماعی یعنی فرد از اطرافیان در طول زندگی یاد می‌گیرد که چگونه با مسائل مختلف، مواجه شود و با چه راهبردهایی به حل آن‌ها بپردازد (خنه²، 2019) و حتی کیفیت تفسیر و توجیه مسائل را از اطرافیان خود (خانواده، مدرسه و جامعه) می‌آموزد (مخبری، درتاج و دره کردی، 1389). حل مسئله فرایند رفتاری شناختی آشکاری است که هم پاسخ‌های بالقوه مؤثر برای موقعیت‌های دشوار را فراهم می‌کند و هم احتمال انتخاب مؤثرترین پاسخ را از بین پاسخ‌های متعدد افزایش می‌دهد (تیموری و همکاران، 1398). پلی‌گرینی³ (1994)، معتقد است در آموزش مهارت حل مسئله اجتماعی یا بین‌فردی، تاکید بر این است که از طریق آموزش، به افراد بیاموزیم چگونه درباره مشکلات بین فردی تفکر کنند نه اینکه چه فکری بکنند (بیرامی و همکاران، 1391). به اعتقاد پتی⁴ (1991)، حل مسئله اجتماعی بر این فرض اساسی استوار است که اغلب افراد روی یک هدف نهایی تثبیت می‌شوند و در تفکر در مورد راهبردهایی که نوعاً مشکلات بین فردی را حل می‌کنند و در نتایج اقداماتشان و تلاش‌های دیگر برای به دست آوردن موضوعات مشابه شکست می‌خورند و این نیز به نوبه خود منجر به ناامیدی، رفتار پرخاشگرانه یا کناره‌گیری می‌گردد (زندوانیان نائینی و همکاران، 1394). پژوهشگران دریافته‌اند که کنترل مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی بر تکانشگری نوجوانان و تصمیم‌گیری‌های مخاطره‌آمیز تاثیر چشمگیری دارد (سلگی و همکاران، 1400).

در راستای درمان و یا بهبود علائم روان‌شناختی در افراد مضطرب علاوه بر درمان دارویی، طرح‌ها و مداخلات متعددی براساس رویکردهای متفاوت مطرح شده است. چندمورد از این روی‌آوردها، درمان فعال‌سازی رفتاری و آرام‌سازی حالت است. با این وجود به رغم پیشرفت‌هایی که در مداخلات درمانی مربوط به اضطراب اجتماعی با درمان‌های متنوع صورت گرفته است، همچنان با شیوع بالا، عود مکرر یا مزمن شدن علائم مواجه هستیم. از جمله الگوهای آموزشی-درمانی که می‌تواند در درمان اضطراب اجتماعی نوجوانان مؤثر واقع شود، درمان فعال‌سازی رفتاری به عنوان یک درمان راه‌حل محور است که بر مبنای این نظریه افراد افسرده اغلب سطوح پایینی از تقویت مثبت محیطی را تجربه می‌کنند، تدوین شده است (پاسیار و همکاران، 1397). فعال‌سازی رفتاری فرآیند درمانی ساختاریافته‌ای است که موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی زیادتر می‌کند (پرهون و همکاران، 2012). این فرآیند منجر به بهبودی خلق، تفکر و کیفیت زندگی فرد می‌شود (کیائیان موسوی و همکاران، 1401). فلسفه فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی مبتنی بر پایه‌های شناختی و کژکاری رفتاری بیمارانی است که دارای نشانه‌های آسیب‌های روان‌شناختی هستند و طی آن در یک رویکرد روانی-آموزشی بیمار یاد می‌گیرد که در جهت بهبود به‌طور فعال، سبک زندگی خود را تغییر دهد (او⁵ و همکاران، 2023). پژوهش‌ها نیز اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر علائم خلقی و اضطراب نوجوانان را مورد تأیید قرار داده‌اند (پاسیار و همکاران، 1397؛ محمدی و همکاران، 2016).

از دیگر درمان‌ها که به طور انحصاری برای نوجوانان به کار برده شده می‌توان به درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت⁶ اشاره داشت. این درمان نیز جزو درمان‌های نسل سوم محسوب می‌شود و شروع آن به سال 1990 باز می‌گردد. آپشه، پدیدآور این

1. Apsche
2. Khanh
3. Pellegrini
4. Petti
5. Oh
6. Mode Deactivation Therapy (MDT)

درمان متوجه احساس ناامیدی درمانگران شناختی-رفتاری از کمبود مهارت‌های اجتماعی در فرآیند درمان نوجوانان مذکر با مشکلات و جرائم جنسی گردید (آپشه و همکاران، 2005). پیشینه پژوهشی حاکی از آن است که این درمان برای کار با رفتارهای هیجانی ناسازگار همچون اضطراب و استرس پس از سانحه (آپشه و همکاران، 2011) مؤثر بوده است. تمرکز این روش بر ارائه و ایجاد یک درک جدید از باورهای است که منجر به ادامه دادن رفتارهای ناسالم و اشتباه می‌شود. این درمان با مفهوم‌سازی برای نوجوان آغاز می‌شود و پس از آن مراحل بعدی همچون ذهن‌آگاهی، جهت‌تصریح - پذیرش، گسلس هیجانی، گسلس شناختی، اعتباربخشی-تصریح، جهت‌دهی مجدد باورهای جایگزین کاربردی، و تنفس ذهن‌آگاهانه می‌شود. در واقع فرآیند درمان برای نوجوانان بیش از هر چیزی دستیابی به تعادل و ایجاد هماهنگی در زندگی را مورد تأکید قرار می‌دهد (آپشه، 1397). با توجه به اینکه این درمان به طور کلی بیشتر برای مشکلات درونی‌سازی شده همچون افسردگی، اضطراب، تروما در نوجوانان خشمگین، پرخاشگر و مخالفت‌جو به کار برده می‌شود. باور بر این است این افراد زمانی که در مدیریت هیجانات خود موفق نمی‌گردند برای اجتناب از تجارب آسیب‌زای ناشی از احساسات و باورهایشان، از مسیر اصلی رشدی خود منحرف می‌شوند، و با راه‌اندازی مکانیسم اجتناب دست به انجام رفتارهایی همچون پرخاشگری، ژست خودکشی، رفتارهای خودزنی می‌زنند تا اضطراب خود را کاهش دهند (رجایی و همکاران، 1401).

باتوجه به این موضوع که این دو رویکرد درمانی از نظر حیث پرداختن به مشکلات نوجوانان دارای دو نگاه (محتوایی/فرآیندی) متفاوت از یکدیگر بودند؛ بنابراین مقایسه تأثیر آنان بر باورهای هسته‌ای ضداجتماعی و حل مسئله اجتماعی نوجوانان پسر با اضطراب اجتماعی بالا مورد هدف قرار گرفت با توجه به این موضوع که کدام یک از شیوه‌های درمانی می‌تواند تأثیر بیشتری برای این گروه هدف به ارمغان آورد. با توجه به بعد عملگرایانه در این دو نوع درمان به نظر می‌رسد که بتواند به‌عنوان یکی از راهبردهای مؤثر برای نوجوانان به حساب آید. اما شواهد پژوهشی کافی در ایران برای تایید این مطلب وجود ندارد و لازم است پیش از کاربرد این روش اثربخشی آن با استفاده از پژوهش‌های علمی ثابت شود. وانگهی فرهنگ ویژه هر منطقه تأثیر خاص خود را بر درمان مشکلات و مسائل روانی بر جای خواهد گذاشت؛ بر همین اساس لازم است اثربخشی این نوع درمان به‌طور ویژه در فرهنگ ویژه استان اصفهان مورد بررسی علمی قرار گیرد. به همین دلیل پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اثربخشی درمان‌های فعال‌سازی رفتاری و آرام‌سازی حالت بر باورهای هسته‌ای ضداجتماعی و حل مسئله اجتماعی نوجوانان پسر با اضطراب اجتماعی بالا انجام گرفته است.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان 15 تا 18 ساله با اضطراب اجتماعی ناحیه 2 آموزش و پرورش اصفهان در سال تحصیلی 1400 و 1401 بود. در ابتدا جهت غربالگری و شناسایی نوجوانان با اضطراب اجتماعی بالا، پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی پاکلک (2004) در اختیار 600 دانش‌آموزان شهر اصفهان قرار گرفت، که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای، از بین دبیرستان‌های پسرانه ناحیه 2 آموزش و پرورش اصفهان این تعداد مورد هدف قرار داده شده بودند. پس از آن نوجوانان 15 تا 18 ساله (که نمره آنان در پرسش‌نامه از نقطه برش 93 به بالا بود) با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش، تعداد 60 نفر انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در سه گروه گمارده شدند. در این مطالعه بر اساس منطق پیشنهادی کوهن (1986)، سرمد، بازگان و حجازی، (1396) با فرض آن که $a=0/05$ و اندازه اثر برابر با $0/50$ است برای

دستیابی به توان آزمون آماری برابر با 0/90، برای هر یک از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، نمونه‌ای برابر با 20 مشارکت‌کننده انتخاب شدند. ملاک ورود شرکت‌کنندگان در پژوهش، جنسیت پسر، مصرف نکردن داروهای اعصاب و روان و بازه سنی نوجوان 15 تا 18 سال بود. خرده‌مقیاس باورهای هسته‌ای ضداجتماعی از پرسش‌نامه باورهای ترکیبی-فرم کوتاه¹ (CCBQ-S) و پرسش‌نامه تجدیدنظرشده حل مسئله اجتماعی² (SPSI-R) درزیلا و همکاران (2002) توسط پژوهشگران در بین نوجوانان پسر با اضطراب اجتماعی بالا به صورت حضوری و مداد-کاغذی اجرا گردید. همچنین با توجه به چارچوب اخلاق در تحقیقات، شرکت در این تحقیق برای تمامی نوجوانان داوطلبانه بود و از ابتدا به افراد شرکت‌کننده در مورد نوع پژوهش و فعالیتی که بایستی انجام می‌دادند، توضیح داده شد و رضایت کامل شرکت‌کنندگان جهت شرکت داوطلبانه در پژوهش حاضر در قالب رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. علاوه بر موارد فوق، پرسش‌نامه‌ها بدون نام افراد تکمیل گردید و سایر اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه ثبت و نگهداری شد. گزارش نتایج این پژوهش نیز به گونه‌ای ارائه گردید که شناسایی داوطلبان امکان‌پذیر نباشد. در این پژوهش، برای تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی نوجوانان³ (SASA): مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان که توسط پاکلک (2004) ساخته شده است، یک مقیاس خود گزارش‌دهی است که شامل 28 سوال است. این مقیاس نگرانی، ترس‌ها و رفتار اجتماعی نوجوانان را در موقعیت‌های اجتماعی مختلف اندازه‌گیری می‌کند. مقیاس مذکور شامل دو زیرمقیاس درک و ترس از ارزیابی منفی (15 سوال) و تنش‌بازداری در برخورد اجتماعی (13 سوال) است. درک ترس از ارزیابی منفی از طریق 15 سوال ترس‌ها، نگرانی‌ها و انتظارات ارزیابی‌های منفی احتمالی از طریق همسالان را توصیف می‌کند. تنش و بازداری در برخورد اجتماعی نیز از طریق 13 سوال تنش یا آرمیدگی، صحت یا بازداری و آمادگی برای مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی مختلف را توصیف می‌کند. هر سوال بر روی مقیاس 5 درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. گفتنی است که سوال‌های 3-4-12-17-21-25-26-35-27 به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نتایج مطالعات پاکلک روایی همزمان، همگرا و افتراقی پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی را تایید کردند (شمالی شهرضا و همکاران، 1399). در پژوهش خدایی و همکاران (1390) نتایج تحلیل عاملی تاییدی، با هدف بررسی روایی عاملی پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی نشان داد که ساختار دو عاملی برازش خوبی با داده‌ها دارد، ضرایب آلفا برای زیرمقیاس‌های درک و ترس از ارزیابی منفی و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی و نمره کلی اضطراب برابر با 0/84، 0/68 و 0/83 به دست آمد و همبستگی بین آن‌ها به ترتیب برابر با 0/44 و 0/87 و 0/83 به دست آمد و پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/89 و برای مقیاس درک و ترس از ارزیابی منفی 0/91 و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی 0/83 محاسبه گردید.

ب) پرسش‌نامه باورهای ترکیبی-فرم کوتاه⁴ (CCBQ-S): برای سنجش باورهای هسته‌ای ضداجتماعی از پرسش‌نامه باورهای ترکیبی-فرم کوتاه ویژه نوجوانان استفاده شد. این پرسش‌نامه 96 اitem شامل هرگز، بعضی وقت‌ها، تقریباً

1. Compound Core Belief Questionnaire-S (CCBQ-S)
2. Social Problem Solving Inventory-revised (SPSI-R)
3. Social Anxiety Scale Adolescent (SASA)
4. Compound Core Belief Questionnaire-S (CCBQ-S)

همیشه و همیشه دارد که توسط آپشه و دی مئو (2012) برای شناخت باورها و افکار بنیادی نوجوانان طراحی شده است. همچنین از آن برای تعیین ادراک نوجوان از این باورها و افکار بنیادی و تعیین واکنش به احساسات در نوجوان استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه در برگرفته هشت نوع باور در نوجوان است: باورهای شخصیت ضداجتماعی، اجتنابی، مرزی، وابسته، نمایشی، خودشیفته و باورهای سلوک و وسواس جبری. این هشت باور با ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری مخصوص نوجوان مثل پرخاشگری، خشم و مخالفت جوئی در ارتباط هستند و معمولاً به صورت مخلوط در نوجوان دیده می‌شود و یک پروفایل برای نوجوان و یک نقشه راه درمانی برای درمانگر ایجاد می‌کند. هر نوع از باورها شامل 12 آیتم و در ارتباط با یک باور یا ویژگی شخصیتی است. برای امتیازدهی در کاربرد امتیازدهی و پروفایل چارت، امتیازات باورهایی که امتیاز 4 «همیشه» یا امتیاز 3 «تقریباً همیشه» را با هم جمع کرده و چارت را رسم می‌کنیم که این چارت مشخص‌کننده نمای کلی باورهایی است که موجب تغذیه رفتار نوجوان می‌شود (آپشه و دی-مئو، 1397). پایایی کل این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر 0/965 و برای باورهای شخصیت ضداجتماعی، اجتنابی، مرزی، وابسته، نمایشی، خودشیفته و باورهای سلوک و وسواس جبری به ترتیب 0/795، 0/859، 0/843، 0/843، 0/793، 0/797، 0/893 و 0/745 محاسبه گردیده است.

ج) پرسش‌نامه تجدیدنظرشده حل مسئله اجتماعی¹ (SPSI-R): فرم کوتاه پرسش‌نامه تجدیدنظر شده حل مسئله اجتماعی (دزوریلا و همکاران، 2002)، یک ابزار خود گزارشی از نوع لیکرت و دارای 25 سؤال از نوع لیکرت «به هیچ وجه (1) تا حدودی (2)، متوسط (3)، زیاد (4) و خیلی زیاد (5)» است. این مقیاس مبتنی بر کار قبلی مؤلفان است که پنج خرده مقیاس اصلی داشته و پنج بعد مختلف مدل حل مسئله اجتماعی دزوریلا و همکاران (2002) را اندازه‌گیری می‌کند. پایایی آزمون مجدد برای این پرسش‌نامه بین 0/68 تا 0/91 و ضریب آلفای آن بین 0/69 تا 0/95 گزارش شده است (دزوریلا و همکاران، 2000). روایی سازه این پرسش‌نامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی با دیگر مقیاس‌های حل مسئله و سازه‌های روان‌شناختی همپوش، تأیید شده است (دزوریلا و همکاران، 2000). در ایران مخبری و همکاران (1389)، ضریب آلفای 0/85 را برای پنج عامل سنجیده شده و ضریب پایایی بازآزمایی 0/88 را برای پرسش‌نامه حل مسئله اجتماعی کوتاه شده به دست آوردند. همچنین در این تحقیق بررسی ساختار عاملی بیانگر وجود پنج عامل اشاره شده در بالا است. پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/624 محاسبه گردید.

برنامه‌های مداخله

محتوای جلسات آموزشی برای گروه‌های آزمایشی اول درمان فعال‌سازی رفتاری براساس بسته درمانی لیجوز و همکاران (2011) به صورت گروهی همراه با تکالیف حین جلسات و تکالیف در منزل و بحث گروهی طی ده جلسه 60 تا 90 دقیقه‌ای و گروه آزمایشی دوم درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت در 8 جلسه گروهی 75 دقیقه‌ای بر اساس الگوی درمان آپشه و دی-مئو (2012) هفته‌ای دو بار اجرا گردید. محتوای جلسات آموزشی برای گروه‌های آزمایش در جداول 1 و 2، ارائه شده است.

1. Social Problem Solving Inventory-revised (SPSI-R)

جدول 1. خلاصه برنامه درمان فعال‌سازی رفتاری

ترتیب جلسات	شرح جلسات
اول	آشنایی و ایجاد رابطه درمانی مشترک و معرفی درمانگر و هدف از برگزاری جلسات به تشریح اضطراب اجتماعی، نشانه‌های رفتاری و هیجانی و جسمی اضطراب اجتماعی، معرفی درمان فعال‌سازی رفتاری پرداخته شد و به توضیح رفتارهای سالم و ناسالم اشاره شد. در ادامه از افراد گروه خواسته شد حضور در جلسات هفتگی را مهم بدانند چون هر جلسه بر اساس پیشرفت جلسه قبلی بنا می‌شود و از افراد خواسته شد که به طور منظم تکالیف خانه را انجام دهند و چندتا از فعالیت‌های روزانه خود که دارای اهمیت بسزایی هستند را بنویسند.
دوم	به بررسی تکلیف جلسه اول پرداخته شد و اشکال آنها رفع شد و از آنها خواسته شد فعالیت‌هایی را که دوست دارید و برای شما لذت بخش می‌باشد به زندگی تان اضافه کنید را انتخاب کنید و به بیان دیگر چه چیزی برای شما اهمیت دارد که شما به آن ایمان و باور قلبی دارید و برایتان مهم است و به هر کدام از سوالات زیر فکر کنید: 1- روابط خانوادگی 2- روابط اجتماعی 3- تحصیلی 4- اشتغال 5- سرگرمی‌ها 6- کارهای داوطلبانه 7- موضوعات سلامت 8- مذهبی 9- مسئولیت‌ها. از افراد خواسته شد که سه مورد را انتخاب و برای هر مورد پنج هدف رفتاری بنویسند.
سوم	بازبینی تکلیف جلسه دوم و از افراد خواسته شد 15 فعالیت را از آسان به سخت رتبه بندی نمایند. سپس از آزمودنی خواسته شد 5 موقعیت را دچار اضطراب می‌شوند را فهرست کنند و با راهنمایی‌های لازم موقعیت‌ها را فهرست نمودند و از آنان خواسته شد موقعیتی که بیش از همه دوست دارند از آن اجتناب کنند شماره یک و به ترتیب جلو بروند که موجب کمترین اضطراب می‌شود عدد بدهند. سپس بر اساس موقعیت‌هایی که اضطراب را ایجاد می‌کنند به صورت مقدار یک عدد از صفر تا 100 بدهند. 0= هیچ اضطراب، 25= اضطراب خفیف، 50= اضطراب متوسط، 75= اضطراب شدید و 100 اضطراب خیلی شدید مرتب نمایند.
چهارم	به افراد توضیح داده شد که افرادی که دچار اضطراب اجتماعی می‌شوند نه به دلیل خود موقعیت بلکه به دلیل افکاری که در مورد خود و یا برداشتی که از موقعیت و دیگران دارند دچار اضطراب می‌شوند. سپس از آن‌ها خواسته شد در باره موقعیت‌ها چه افکاری در ذهن داشته‌اند و این افکار چه احساس و علائمی ایجاد کرده و در نهایت چکار کرده‌اند و از آن‌ها خواسته شد افکار منطقی‌تری را جایگزین افکار منفی کنند و برای شناسایی افکاری که باعث اضطراب می‌شود توضیح داده شد.
پنجم	برای افراد توضیح داده شد که در جلسه گذشته افکاری که موجب اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی می‌شود را شناسایی کرده و درستی آن‌ها را مورد ارزیابی قرار داده شد و به آن‌ها توضیح داده شد که در یک تفکر اضطراب آور چندین خطا وجود دارد.
ششم	فرم بازنگری روزانه برای برنامه ریزی جلسه گذشته را مرور شد. و این سوالات از افراد پرسیده شد: چندتا از فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده را انجام داده‌اند؟ چقدر آسان یا مشکل بودند؟ چه احساسی از انجام فعالیت‌ها داشتید؟ آیا حداقل قادر به انجام یک فعالیت بوده‌اید؟ اگر نه، گفتگو در مورد چالش‌هایی که با آن روبه رو بوده‌اید، می‌تواند مفید باشد. به نظر شما چه چیزی انجام آن را سخت کرد؟ اگر در شناسایی و پیدا کردن فرد کمک کننده مشکل دارید، یک راه حل می‌تواند برنامه ریزی برای انجام فعالیت‌هایی باشد که در ایجاد یک شبکه حمایت کننده از دوستان باشد.
هفتم	ابتدا تمرین جلسه قبل مورد بررسی قرارگرفت و به سوالات شرکت‌کنندگان پاسخ داده شد و در ادامه به دلایل موثر بودن مواجهه پرداخته شد که عبارتند از: خوی گیری، تمرین، انتخاب یک موقعیت، مواجهه با موقعیت و پس از مواجهه اشاره شد.
هشتم	برای افراد توضیح داده شد که قرار است یکی دیگر از موقعیت‌های اجتماعی اضطراب برانگیز را روی سلسله مراتب موقعیت‌های اضطراب را انتخاب کنند. مانند جلسه اول آن را به صورت نقش بازی کردن انجام دهند. در این جلسه به افراد آموزش داده شد که قبل از هر مواجهه، ابتدا بازسازی شناختی را انجام دهید. این کار به شما کمک می‌کند تا وقتی با موقعیت‌های اجتماعی مواجهه می‌شوید بتوانید به افکار خودآیند خود، پاسخ منطقی بدهید و خودگویی‌های منطقی را جایگزین آن‌ها کنید. این آمادگی شناختی در غلبه بر اضطراب به شما کمک خواهد کرد.
نهم	در ابتدا جلسه تعدادی از افراد به مواجهه‌های واقعی که برخورد کرده بودند را توضیح دادند و در ادامه به سوالات آزمودنی‌ها پاسخ داده شد و در ادامه به نقش فرد حمایت کننده در کاهش اضطراب اشاره شد و سوال شد آیا شما قادر به شناسایی حداقل یک حمایت کننده بوده‌اید؟ آیا توانسته‌اید در فعالیت‌های خود از این فرد کمک بگیرید؟ به خاطر داشته باشید که افراد متعددی حمایت کننده اطراف شما، کمک خواهند کرد که فعالیت‌های سالم را انجام دهید. اما باید توجه داشته باشید که آنها این فعالیت‌ها را برای اجرای آسان تر نمی‌کنند بلکه کمک می‌کنند تا نظام حمایتی شما را تقویت کنند.
دهم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، ارزیابی جلسات، دریافت بازخورد، اخذ پس‌آزمون.

جدول 2. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت (MDT)

ترتیب جلسات	شرح جلسه
اول	آشنایی با نوجوان و مشکلات او، اجرای پیش‌آزمون، توضیح در مورد چگونگی اجرای جلسات مشاوره، دریافت تعهد از نوجوان و والدین او به منظور شرکت مستمر و منظم در جلسات و اجرای قسمت اول سنجش تیپ‌شناسی (با هدف درمانی و فراهم کردن اطلاعات پیش‌زمینه مورد نیاز برای سنجش ترس و فرآیند مفهوم‌سازی در مراحل بعد)
دوم	انجام قسمت دوم سنجش تیپ‌شناسی با نوجوان، و پس از آن انجام مقیاس واکنشگری-کنشگری به منظور انتخاب یکی از فرم‌های چهارگانه ارزیابی ترس ویژه نوجوان
سوم	تکمیل شناخت از نوجوان و مشکلات او همراه با فرآیندهای درمانی، بررسی زمینه‌های ترس و شناخت تروماهای اساسی در زندگی نوجوان، شناسایی باورهای تأثیرگذار بر درمان
چهارم	جمع‌آوری و یکپارچه کردن همه داده‌های به‌دست آمده از سنجش تیپ‌شناسی، مقیاس واکنشگری-کنشگری، ارزیابی ترس و پرسش‌نامه باورهای بنیادی در قالب جدول مفهوم‌سازی، بررسی میزان و چگونگی اتحاد درمانی شکل گرفته بین مراجع و درمانگر
پنجم	توسعه مفهوم‌سازی، شناخت مد و چگونگی فعال شدن آن، افزایش آگاهی در نوجوان و تمرکز بر آنچه تاکنون بیان شده است با طرح سوالاتی مانند: مشکل تو چیست؟ چرا دچار این مشکل شده‌ای؟ و تجربه پذیرش
ششم	ایجاد یک نقشه درمانی برای مراجع با تکمیل فرم ایجاد و توسعه درمان کارآمد (تکمیل شش ستون جدول (FTDF)، مفهوم‌سازی خاص به زبان نوجوان به عنوان پاسخی به سوالات زیر: مشکل من چیست؟ علت ایجاد این مشکل چیست؟ چه می‌توان کرد؟) (ارائه مفهوم‌سازی به زبان ساده به نوجوان در این قالب که "اتفاقاتی مانند... در زندگی تو افتاده که این اتفاقات به تو خیلی فشار وارد کرده و یا به تو آسیب‌زده و این‌ها باعث شده وقتی در موقعیتی مثل... قرار می‌گیری، اگر کمی شباهت و رنگ و بویی از آن موقعیت‌های قبلی داشته باشه، این حالت (این فاز) در تو فعال میشه)، آشنایی با درمان مبتنی بر آرام‌سازی مدها MDT و تجربه گسلس هیجانی
هفتم	تمرین تصویرسازی یک مکان امن با تمرکز بر باور جایگزین کارآمد
هشتم	تمرین ذهن‌آگاهی و گسلس مشاور نسبت به هیجانات و افکار خویش همراه با نوجوان، انجام پس‌آزمون

یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش، 16/12 (3) و گروه کنترل، 15/07 (3 ± 63) است. از میان شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اول و دوم، 12 نفر مقطع نهم، 10 نفر مقطع دهم، 8 نفر مقطع یازدهم و 10 نفر مقطع دوازدهم بودند. و در گروه کنترل 7 نفر مقطع نهم، 4 نفر مقطع دهم، 3 نفر مقطع یازدهم و 6 نفر مقطع دوازدهم بودند. در جدول 3، شاخص‌های توصیفی متغیرهای باورهای هسته‌ای ضداجتماعی و حل مسئله اجتماعی به تفکیک گروه‌های پژوهش و در سه مرحله سنجش ارائه شده است.

جدول 3. میانگین و انحراف معیار متغیرها در سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	مرحله گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
باورهای هسته‌ای ضداجتماعی	فعال‌سازی رفتاری	199/88	19/70	174/56	26/288	27/158
	آرام‌سازی حالت	199/29	27/76	158/12	45/850	27/305
	کنترل	202/22	22/49	204/44	22/579	22/856
حل مسئله اجتماعی	فعال‌سازی رفتاری	69/88	8/40	88/81	7/82	5/390
	آرام‌سازی حالت	64/35	5/97	79/88	10/33	9/021
	کنترل	70/06	7/69	69/83	7/755	7/803

بر اساس نتایج جدول 2، در هر دو متغیر، گروه‌های آزمایش تحت آموزش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون، و در مقایسه با گروه کنترل، بهبودی را در میانگین داشته‌اند. قبل از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، در جهت بررسی پیش فرض‌های این تحلیل، آزمون کلموگروف-اسمیرنف و شاپیرو-ویلک به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون لوین به منظور بررسی برابری واریانس خطا بین سه گروه پژوهش انجام و تأیید شدند ($p > 0/05$). پیش فرض کرویت از طریق آزمون ماچلی نیز بررسی شد و نشان داد که این پیش فرض رعایت شده است ($p > 0/05$). در جدول 4، خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای تاثیرات درون‌گروهی و بین‌گروهی برای متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول 4. تحلیل واریانس بررسی تاثیرات درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	سطح	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	Eta	توان آماری
		زمان	16321/042	1/981	8240/708	51/719	000	0/44	1
باورهای هسته‌ای ضداجتماعی	درون‌آزمودنی	اثر تعامل گروه × زمان	12545/834	5/942	21111/519	13/252	000	0/38	1
		خطا	20512/069	128/735	159/336				
بین‌آزمودنی		گروه	30194/830	3	100064/943	4/633	0/005	0/17	0/87
		خطا	14216/021	65	217271/554				
حل مسئله اجتماعی	درون‌آزمودنی	زمان	3094/773	1	3094/773	96/427	000	0/59	1
		اثر تعامل گروه × زمان	1212/512	3	404/171	12/59	000	0/36	1
	خطا	2086/141	65	32/094					
	بین‌آزمودنی	گروه	3566/868	3	1188/956	7/732	000	0/26	
		خطا	9995/451	65	153/776				

نتایج جدول 4، نشان داد که میانگین نمرات متغیرهای باورهای هسته‌ای ضداجتماعی و حل مسئله اجتماعی پسران نوجوان 15 تا 18 سال با اضطراب اجتماعی بالا فارغ از تاثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی به عنوان مهم‌ترین یافته جدول فوق حاکی از آن است که درمان‌های اعمال شده با تعامل زمان نیز تاثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) باورهای هسته‌ای ضداجتماعی و حل مسئله اجتماعی نوجوانان با اضطراب اجتماعی بالا داشته است. همچنین نتایج نشان داد که به ترتیب 38 و 36 درصد از تغییرات متغیرهای نوجوانان توسط تعامل متغیر زمان و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال در ادامه مطابق با نتایج جدول 5 به مقایسه مراحل آزمون با همدیگر پرداخته می‌شود تا مشخص شود تغییرات صورت گرفته در کدامیک از مراحل بوده است. هم‌چنین به مقایسه اثربخشی دو روش درمانی (فعال‌سازی رفتاری و آرام‌سازی حالت) با همدیگر پرداخته می‌شود تا مشخص شود تغییرات صورت گرفته در اثر کدامیک از درمان‌ها بوده است.

جدول 5. بررسی تفاوت‌های دو به دو به تفکیک مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه‌بندی در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه مبنا	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
باورهای هسته‌ای ضداجتماعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	19/60	2/22	000
	پیش‌آزمون	پیگیری	18/007	1/46	000
	پیگیری	پس‌آزمون	1/60	2/04	1
فعال‌سازی رفتاری	فعال‌سازی رفتاری	آرام‌سازی حالت	13/57	9/37	0/91
	فعال‌سازی رفتاری	کنترل	-19/31	9/24	0/24
	آرام‌سازی حالت	کنترل	-32/88	9/10	0/004
حل مسئله اجتماعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-11/90	1/10	000
	پیش‌آزمون	پیگیری	-9/82	0/96	000
	پیگیری	پس‌آزمون	-2/42	0/45	000
	فعال‌سازی رفتاری	آرام‌سازی حالت	7/33	2/494	0/027
	فعال‌سازی رفتاری	کنترل	11/33	2/460	000
	آرام‌سازی حالت	کنترل	4	2/421	0/62

همان گونه نتایج جدول 5 نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای باورهای هسته‌ای ضداجتماعی و حل مسئله اجتماعی نوجوانان معنادار است. در حالی است که بین میانگین نمرات پس‌آزمون با پیگیری متغیر باورهای هسته‌ای ضداجتماعی تفاوت معنادار وجود ندارد. این بدان معناست که میانگین نمرات باورهای هسته‌ای ضداجتماعی که در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، در مرحله پیگیری نیز این تغییر، ثبات خود را از دست نداده است. ولیکن در مرحله پیگیری تفاوت میانگین نمرات متغیر حل مسئله اجتماعی در مرحله پس‌آزمون با پیگیری معنادار است که این یافته نشان می‌دهد تأثیر روش‌های مداخله‌ای در مرحله پیگیری دچار تغییر شده ولی تفاوت میانگین پیگیری با پیش‌آزمون هم معنادار است که نشان می‌دهد، باز هم مداخلات آزمایشی توانسته تأثیر خود را در طول زمان حفظ کند. در ادامه سطر دوم نتایج جدول 5 درجهت مقایسه اثربخشی دو روش درمانی (فعال‌سازی رفتاری و آرام‌سازی حالت) برای متغیر باورهای هسته‌ای ضداجتماعی نشان می‌دهد که فقط تفاوت میانگین نمرات گروه آرام‌سازی حالت و گروه کنترل معنادار است ($p < 0/01$) و درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت اثربخشی نیرومندتری بر متغیر باورهای هسته‌ای ضداجتماعی داشته است. و در مقابل نتایج جدول 5 برای متغیر حل مسئله اجتماعی نشان می‌دهد که فقط تفاوت میانگین نمرات گروه آرام‌سازی حالت و گروه کنترل معنادار نیست ($p > 0/01$) و تنها درمان فعال‌سازی رفتاری اثربخشی بر متغیر حل مسئله اجتماعی نوجوانان داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان‌های فعال‌سازی رفتاری و آرام‌سازی حالت بر باورهای هسته‌ای ضداجتماعی و حل مسئله اجتماعی نوجوانان پسر با اضطراب اجتماعی بالا در شهر اصفهان بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری متناسب با نوجوانان بر حل مسئله اجتماعی آنان اثر مثبت دارد و منجر به ارتقاء توانمندی در حل مسائل اجتماعی شده است. با توجه به آنکه تاکنون تأثیر درمان‌های فعال‌سازی رفتاری بر حل مسئله اجتماعی نوجوانان پسر با اضطراب اجتماعی بالا مورد بررسی قرار نگرفته است؛ نمی‌توان مستقیماً استنادی به همسویی و یا ناهم‌سویی نتایج با مطالعات گذشته، داشت؛ اما می‌توان نتایج را به صورت کلی و غیرمستقیم همسو با یافته‌های پاسیوار و همکاران، (1397) و محمدی و همکاران، (2016) دانست. این

محققین معتقد بودند درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر علائم خلقی نوجوانان و افزایش استفاده از راهبردهای کارآمد در تنظیم هیجانات اثربخشی معناداری دارد. در همین زمینه نتایج پژوهش رضاپور و همکاران (1399) و خرابی و عزیزی (1400) نیز نشان داده درمان فعال‌سازی کوتاه‌مدت در بهبود علائم افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی تاثیر قابل توجهی دارد. ابهر زنجانی و همکاران (1397) در پژوهش خود گزارش نمودند که درمان فعال‌سازی رفتاری بر اضطراب و افسردگی، ارزیابی منفی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تاثیر دارد. او و همکاران (2023) نیز در پژوهشی اثربخشی آن را بر ارتقاء سبک زندگی و افزایش عاملیت و توانمندی‌های فرد تایید نمودند.

در مورد مکانیسم اثر درمان فعال‌سازی رفتاری متناسب با نوجوانان می‌توان بیان نمود این درمان موجب شده تا مطابق با هدف فعال‌سازی رفتاری رفتارهایی که احتمالاً منجر به دریافت پاداش در نوجوان با اضطراب اجتماعی بالا می‌شوند افزایش یابند. پاداش‌ها ممکن است درونی (مانند لذت یا حس موفقیت) و یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی) باشند. یک نوجوان وقتی با این پاداش‌ها مواجه می‌شود به بهبود خلق وی کمک می‌کند. درواقع به طور معمول نوجوانان با اضطراب اجتماعی بالا از رفتارهای تکانشی و اجتنابی که جزء مهمی از رفتارهای روزانه افراد هستند، رنج می‌برند (سلگی و همکاران، 1400). این رفتارها که به آن‌ها، رفتارهای مخاطره‌جویانه یا مخاطره‌جویانه هم گفته می‌شود، طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شود که روی آن‌ها تأمل کمتری صورت گرفته، به صورت نابالغ بروز می‌یابند، از خطرپذیری بالایی برخوردارند و در بسیاری از موارد در نهایت با وجود پاداش‌های آنی، عواقب نامناسبی را به همراه دارند. طبیعی است فردی که دارای چنین ویژگی‌هایی باشد نتواند در چالش‌ها و حل مسائل موفق بوده و رفتار حل مسئله مناسب و سازگارانه‌ای داشته باشد. فرایند تصمیم‌گیری یا برگزیدن یک گزینه از میان چندین گزینه، جهت مدیریت شرایط ایجاد شده، یکی از عالی‌ترین پردازش‌های شناختی به شمار می‌رود که ذهن انسان تکانشگر و مضطرب از ارزیابی منفی دیگران، مانع از تمرکز مناسب روی اجزای موقعیت چالش‌زا و ناآشنا می‌شود. ارتباط ذهن مضطرب در جمع و حل مسئله، به‌ویژه حل مسئله اجتماعی تا بدان‌جا است که نام یکی از کیفیت‌های حل مسئله اجتماعی پنج‌گانه را حل مسئله تکانشی/بی‌دقت نام نهاده‌اند. لذا درمان فعال‌سازی رفتاری راهبرد شکستن تکالیف دشوار را به عناصر ساده‌تر به کار می‌برد و بنابراین فرد مضطرب با اجرای این راهبرد می‌تواند به شیوه پیش‌رونده به موفقیت‌ها و پاداش‌های ماندگارتری دست یابد و این نیز متقابلاً دستیابی به تقویت مثبت را تسهیل می‌کند.

در تبیین دلایل احتمالی این نتیجه می‌توان گفت که این رویکرد نوجوانان با اضطراب اجتماعی بالا را تشویق می‌کند تا با وجود احساس تنهایی و غمگینی فعال‌تر شوند و یا سعی کنند تا تکالیف رفتاری مرتبط با فرآیند درمان را انجام دهند، حتی اگر هیچ انگیزه‌ای برای انجام دادن این کار نداشته باشند. چنین فرآیندی به‌مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی، بهبود خلق و به دنبال آن افزایش توانمندی در حل مسائل اجتماعی می‌گردد. او و همکاران (2023) نیز پیشنهاد کرده‌اند که علت اثربخشی این درمان می‌تواند این باشد که در حین درمان افراد یاد می‌گیرند که سبک زندگی‌شان را عوض کنند و قانون جدیدی را در زندگی‌شان دنبال می‌کنند یعنی در هنگام احساس غم و اضطراب به جای آن که خاموش و غیرفعال شوند؛ برعکس فعال می‌شوند و انگیزه بیشتری برای حل مسئله دارند.

در تبیینی دیگر می‌توان گفت که نوجوانان به دلیل شرایط خاص سنی خود، نوعی احساس منحصربه‌فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصربه‌فرد باعث تشدید انزوای اجتماعی و تقویت مشکلات شناختی آن‌ها می‌گردد. دیدگاه شناختی اضطراب اجتماعی حاصل افکار خودآیند، طرحواره‌ها و برداشت‌های منفی فرد از خود و ارزیابی دیگران است. لذا درمان فعال‌سازی رفتاری به نوجوانان کمک می‌کند تا به هنگام تفکر منفی در باب یک مسئله با فعال‌تر شدن، این تفکر منفی کم کم کاهش یافته و در نتیجه جنبه شناختی اضطراب اجتماعی بهبود یافته و زمینه برای استفاده از دیگر کارکردهای شناختی مغز به ویژه راهبردهای کارآمد در حل مسئله اجتماعی مهیا می‌شود.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت باعث کاهش باورهای هسته‌ای ضداجتماعی پسران نوجوان با اضطراب اجتماعی بالا شده است. این یافته به طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش رجایی و همکاران (1401)، هاشمی و همکاران (1399)، ایمانی‌مقدم و ایزدی (1398)، و آپشه و همکاران (2011) درخصوص کاهش رفتارهای ضداجتماعی، قانون‌گریز و پرخاشگری ناشی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه و افزایش خودکارآمدی نوجوانان همسویی نشان می‌دهد. ولیکن محققین درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت را بر خودپنداره منفی نوجوانان دارای بدتنظیمی هیجان مؤثر نیافتند (رجایی و همکاران، 1401).

در باب تأثیر درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت متناسب با نوجوانان بر کاهش باورهای هسته‌ای ضداجتماعی و قانون‌گریزی می‌توان گفت یافته‌های پژوهشی یکی از علل مهم در ایجاد و بروز رفتارهای ضداجتماعی، را مختل بودن عملکرد فرد در نظم‌دهی هیجانی بر می‌شمارند؛ به طوری که اختلال در نظم هیجانی می‌تواند پیش‌بینی کننده بروز حساسیت‌های بین‌فردی، انزوا و اضطراب اجتماعی، بزهکاری، خشونت و رفتارهای پرخاشگرانه باشد. این درحالی است که برای زندگی در دنیای امروز داشتن مهارت‌های ارتباطی و یادگیری شیوه‌های مناسب رفتار با دیگران، برای برقراری ارتباط با دنیای بیرون و افراد امری ضروری است و این مورد در افراد باخصایص پرخاشگرانه یا رفتارهای ضداجتماعی همچون قانون‌گریزی برخواسته از باورهای هسته‌ای و بنیادی فرد، مختل است. بر همین اساس رویکرد مبتنی آرام‌سازی حالت با ارائه آموزش‌ها در باب چگونگی مدیریت هیجانات به‌ویژه ترس‌ها و تروماهای دوران کودکی، تیپ‌شناسی و شناخت مدهای فعال در زمان استرس‌زا، و تجربه گسلش هیجانی از افکار به واسطه ذهن‌آگاهی، به نوجوان کمک می‌کند تا مشکلاتی را که در اثر فعالیت مدها (حالت) ناشی از باورهای هسته‌ای ضداجتماعی و متعاقب آن رفتارهای ضداجتماعی به عنوان راهبردهایی برای کنترل ترس‌ها به وقوع می‌پیوندد را مدیریت نماید.

افراد درگیر در بروز اضطراب و ترس در برقراری ارتباطات اجتماعی به دلیل نقض جدی در برخی از مهارت‌های تنظیم هیجان همچون فاجعه‌بار خواندن وقایع، سرزنش و ارزیابی دیگران و نشخوار فکری، دچار مشکل هستند. درمان آرام‌سازی حالت بیشتر بر پیشینه تجربی فرد متکی است و در صدد کاهش دادن و غیرفعال کردن ماشه چکان‌ها یا فراخوانی کننده رفتارهای آسیب‌رسانی است که در موقعیت‌های دشوار گذشته رخ داده‌اند. از این جهت این درمان با تکیه بر بافت رفتاری و موقعیت‌های برانگیزاننده سعی بر این دارد که نوجوان را از مکانیسم عمل رفتارهای قبلی و چگونگی تأثیر باورهای هسته‌ای بر آن‌ها آگاه سازد و با بررسی ترس‌ها، باورها و مقیاس کنش/واکنشگری به این موضوع می‌پردازد. در همین راستا باید توجه داشت که تجربه هیجانی درد در نوجوانانی که سالیان متمادی در معرض آسیب، بی‌توجهی، انزوا و غفلت بوده‌اند به شکل کرختی هیجانی و امثالهم بیشتر تجربه می‌شود که تمامی این موارد نوعی از دسترس خارج کردن هیجانات (جدا کردن هیجانات از خودشان) و تجربه آن به شیوه‌ای است که فرد درگیر تجربه احساس ناخوشایند درد هیجانی مرتبط با مسائل آسیب‌زا گذشته و فعالیت باورهای هسته‌ای ضداجتماعی نگردد. از همین رو این درمان با استفاده از گسلش هیجانی، درد و کرختی نهفته در نوجوانان را هدف قرار می‌دهد و از طریق آن نوجوان راهنمایی می‌شود تا معین کند در کدام بخش از بدن خود درد هیجانی را تجربه می‌کند این کار با راهنمایی کلامی به نوجوان برای ترغیب او به جستجوی این احساسات در بدن خودش انجام می‌شود این تکنیک به نوجوان اجازه می‌دهد تا هیجانات دردناک خودش را در لحظه حال تجربه کند به او یاد داده می‌شود تا با رفتارهای ناکارآمد و واکنش‌های فیزیولوژیکی از آن‌ها اجتناب نکند. دردهای هیجانی در نوجوانان اغلب به صورت دردهای شدید یا کرختی در نواحی خاصی از بدن آن‌ها دیده می‌شود که باورهای فعال‌شده در نوجوان همراه با باورهای هسته‌ای وابسته به آن، می‌تواند موجب بروز اجتناب‌های تجربی و تجربه آن در قالب درد بدنی یا کرختی گردد. بدین طریق که این درد یا کرختی به یک پاسخ شرطی برای اجتناب از احساس درد تبدیل می‌شود (آپشه، 2012).

از این جهت در درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت تلاش می‌شود تا به نوجوان کمک کند تا بفهمد چگونه در حالات، هیجانات و خشم‌هایی که زندگی او را به زندان تبدیل کرده و درمان وی را با مشکل مواجه ساخته است وقفه ایجاد کند، از همین جهت

یافته اخیر قابل تبیین است. در همین راستا همانطور که ذکر شد یکی از عناصر تأثیرگذار در درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت زمان است با توجه به این موضوع که این رویکرد برخلاف درمان فعال‌سازی رفتاری درمانی فرآیندی است و بر تجارب فرد متمرکز می‌شود از این نظر سیر درمانی از فردی به فرد دیگر برحسب زمان مشابه می‌تواند متغیر باشد از این نظر می‌تواند نتایج درمانی را از لحاظ آماری با پراکندگی مواجه گرداند. بنابراین عدم تأثیر این درمان بر حل مسئله اجتماعی نوجوانان با توجه به این موضوع قابل درک است.

با افزایش چشمگیر هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی که امروزه در تمام جوامع شاهد آن هستیم، درمان‌های کوتاه‌مدت، آزمون شده و اثربخش‌تر از اقبال بیشتری برخوردار شده‌اند. درمان‌هایی که در زمان کوتاه‌تری اثرات درمانی مشابهی با درمان‌های بلندمدت دارند، اجرای گروهی آن‌ها نیز به اندازه‌ی اجرای فردی مؤثر است، درمان‌گرانشان نیاز به آموزش کمی داشته و هزینه مالی کمتری را برای درمانجویان در بردارند، نسبت به درمان‌های دیگر در اولویت قرار می‌گیرند. این مطالعه اطلاعات جدیدی در زمینه تأثیر این درمان‌های نوین یعنی درمان فعال‌سازی رفتاری بر افزایش قدرت حل مسئله اجتماعی نوجوانان و درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت بر کاهش باورهای هسته‌ای ضداجتماعی نوجوانان با اضطراب اجتماعی بالا در شهر اصفهان ارائه داد. نتایج این مطالعه بیانگر آن است که مشاوران و روان‌شناسان می‌توانند با استفاده از این دو روش درمانی، میزان اضطراب اجتماعی نوجوانان را بهبود بخشیده و سبب افزایش انگیزه آنان شوند که موفقیت تحصیلی، موفقیت در زندگی و روابط اجتماعی مناسب آنان را در پی خواهد داشت.

بر اساس یافته‌های پژوهش به متخصصان حوزه روان‌شناسی نوجوانان درگیر اضطراب اجتماعی پیشنهاد می‌شود به منظور کارآمد نمودن برنامه‌های درمانی، با استفاده از پروتکل درمانی بومی سازی شده درجهت افزایش خودتوانمندسازی در کنترل هیجانات و احساس مسئولیت، گام‌های مؤثری در کنترل صلاحیت فردی و اجتماعی و افزایش تعهدات اجتماعی بعنوان عوامل حمایت کننده فردی و تحولی نوجوانان در جامعه بردارند. در مجموع با توجه به این که شرکت کنندگان در پژوهش نوجوانان دبیرستانی بودند و نوجوانان در مرحله هویت‌یابی هستند و آشفتگی ناشی از این دوره احتمالاً می‌تواند بر نتایج این پژوهش تأثیر گذارد؛ همچنین جامعه این پژوهش محدود به دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم مدارس منطقه 2 شهر اصفهان می‌شود. بنابراین، در تفسیر و تعمیم نتایج پژوهش باید احتیاط کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله بر گرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی تربیتی بوده است در این پژوهش سایر ملاحظات اخلاقی مانند رضایت کامل افراد نمونه، رعایت اصول رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات نیز در نظر گرفته شده است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه مشارکت‌کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی ندارند.

منابع

- ابهر زنجانی، فرناز؛ توننده‌جانی، حسن؛ و امیری، مهدی (1397). اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری گروهی بر علایم شناختی هیجانی اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله اصول بهداشت روانی*، 20 (4)، 241-247.
- آپشه، ج؛ و دی-مئو، ل (2012). خودآموزگام به گام درمان مبتنی بر آرام سازی حالت. *ترجمه مجتبی ربانی*، (1397). تهران: انتشارات جنگل.
- بیرامی، منصور؛ هاشمی نصرآباد، تورج؛ علی‌زاده‌گورادل، جعفر؛ و علی‌زاده، حکیمه (1391). پیش‌بینی توان حل مسئله اجتماعی بر اساس سبک‌های شناختی در جمعیت دانشجویی. *دوفصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی*، 1 (1)، 77-84.
- پاسپار، مریم؛ بخشایش، علیرضا؛ و سعیدمنش، محسن (1397). تاثیر درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش علائم افسردگی نوجوانان. *طلوع بهداشت*، 17 (2)، 48-59.
- حدادی، ستاره و تمنای‌فر، محمدرضا (1401). مقایسه کمال‌گرایی سازش ناپافته، راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان و نشخوار فکری در نوجوانان با اضطراب اجتماعی بالا و پایین. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، 12 (45)، 1-26.
- خارایی، خدابخش؛ و عزیزی، مجید (1400). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری، شیوه گروهی بر افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شهرستان قلعه گنج. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*، 14، 12-19.
- خدایی، علی؛ شکری، امید؛ و پاک‌ک، ملیتا (1390). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان. *مجله علوم رفتاری*، 5 (3)، 7-8.
- رجایی، راشین؛ زارع بهرام آبادی، مهدی؛ عابدی، محمد رضا (1401). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر آرام سازی حالت و تنظیم هیجان بر خودپنداره منفی نوجوانان دارای بدتنظیمی هیجان. *مطالعات روان‌شناختی*، 18 (4).
- رضاپور، پریسا؛ بختیاری، مریم؛ مسجدی آرانی، عباس؛ و کیانی مقدم، امیرسام (1399). اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر علایم افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی دانشجویان پزشکی. *نشریه ابن سینا*، 22 (71)، 90-94.
- زندواییان‌نائینی، احمد؛ خورانی، نرگس؛ و رحیمی، مهدی (1394). حل مسئله اجتماعی. *دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی*، تهران. <https://civilica.com/doc/394667>
- سلگی، زهرا (1400). تأثیر آموزش مهارت‌های فراشناختی بر علائم اضطراب اجتماعی و نشانگان افت روحیه در دختران با سطوح بالای اضطراب کرونا. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، 11 (44)، 1-22.
- سلگی، فاطمه؛ آقاجانی، طهمورث؛ و انصاری‌نژاد، نصرالله (1400). پیش‌بینی تکانشگری در نوجوانان براساس صفات شخصیت و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی. *فصلنامه کاربردی خانواده‌درمانی*، 2 (2)، 324-340.
- شمالی‌شهرضا، مرضیه؛ ابراهیم‌پور، مجید؛ و بالیده، مهدی (1399). شیوع شناسی اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول شهر اصفهان. *فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی-شناختی*، 11 (40)، 45-57.
- کیائیان‌موسوی، فرناز؛ مفاخری، عبدالله؛ و محمدزاده ابراهیمی، علی (1401). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان فعال‌سازی رفتاری بر درماندگی آموخته‌شده و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای نشانه‌های افسردگی. *دوماه نامه علمی پژوهشی فیض*، 26 (2)، 156-165.
- محمدی، نادیا؛ محمدی، فریبا؛ و شریفی، شهپر (1396). اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری در بی‌نظمی هیجانی دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب. *مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، 12 (3)، 118-125.
- مخبری، عادل؛ درتاج، فریبا؛ و دره کردی، علی (1398). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی و هنجاریابی پرسش‌نامه توانایی حل مسئله اجتماعی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، 4 (1)، 55-72.
- Apsche, J. A., Bass, C. K., & DiMeo, L. (2011). Mode deactivation therapy (MDT) comprehensive meta-analysis. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7 (1), 46-53. <https://doi.org/10.1037/h0100926>

- Apsche, J. A., Bass, C. K., Jennings, J. L., Murphy, C. J., Hunter, L. A., & Siv, A. M. (2005). Empirical comparison of three treatments for adolescent males with physical and sexual aggression: Mode deactivation therapy, cognitive behavior therapy and social skills training. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1 (2), 101.
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (2002). *Manual for the social problem-solving inventory-revised* (pp.211-244). Nourth Tonawanda, TY: Multi- Health Systems.
- Kenny-Chiu, D. & Clar-leanor, L. (2021). Cognitive predictors of adolescent social anxiety. *Research and Therapy*, 2021. 137-202.
- Khanh, N. C. (2019). Development of the teacher rating scale of interpersonal problem solving in adolescents. *Current Psychology*, 1-10.
- Naomi, H. Rodgers, J. Y. F. Lau Patricia, M. Zebrowski. (2022). Examining the effects of stuttering and social anxiety on interpretations of ambiguous social scenarios among adolescents. *Journal of Communication Disorders*, 95.
- Newman, M. G., Rackoff, G. N., Zhu, Y., & Kim, H. (2023). A transdiagnostic evaluation of contrast avoidance across generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 93, 102662.
- Oh, J., Lee, E., Cha, E. J., Seo, H. J., & Choi, K. H. (2023). Community-based multi-site randomized controlled trial of behavioral activation for patients with negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 252, 118-126.
- Ozdel, K., Turkcapar, M. H., Guriz, S. O., Hamamci, Z., Duy, B., Taymur, I., & Riskind, J. H. (2015). Early maladaptive schemas and core beliefs in antisocial personality disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8 (4), 306–317.
- Parhoon, H., Moradi, A., Hatmy, M., at al. (2012). Comparison of short-term behavioral activation therapy and cognitive therapy to reduce the severity of symptoms and improve the quality of life in patients with major depressive disorder. *Journal of Research in mental health*, 6 (4), 36-52.
- Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., Forbes, M. K., Fardouly, J., Magson, N. R., & Richardson, C. E. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social -emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour research and therapy*, 123, 103501.
- Teubert, D. & Piquart, M. A. (2011). Meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (3), 1046-1059.