

Research Paper

Developing of a Social-Cognitive Treatment Program for Anxiety Disorders and Evaluation Its Effectiveness on Symptoms of Social Anxiety

Tahereh Najafi Fard¹, Hamid Alizadeh^{*2}, Mohammad Asgari³, Ahmad Borj'ali⁴

1. Ph.D. Student of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
2. Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
3. Associate Professor, Department of Assessment and Measuring, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
4. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Citation: Najafi Fard T, Alizadeh H, Asgari M, Borj'ali A. Developing of a social-cognitive treatment program for anxiety disorders and evaluation its effectiveness on symptoms of social anxiety. J Child Ment Health. 2021; 8 (2):94-106.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1038-en.html>



CrossMark



doi:10.29252/jcmh.8.2.94
20.1001.1.24233552.1400.8.2.6.7

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Social-cognitive treatment program, social anxiety, adolescence

Background and Purpose: Social anxiety disorder is defined as the fear of social situations and performance. It would be evoked with anxiety, negative thoughts, and emotions either under real circumstances or the prediction of future experience of the reiterated situations. The goal of the present study was to developing of a social-cognitive treatment program for anxiety disorders and evaluation its effectiveness on symptoms of social anxiety.

Method: The study was designed as a quasi-experimental pretest-posttest study conducted with a control group and follow-up. The population includes adolescents aged from 13 to 15 who were diagnosed with social anxiety disorder and their mothers gathered in district 5 in Tehran city in 2018. A sample of 32 participants was selected by the convenience sampling method and assigned to experimental and control groups. The instrument of the study included social anxiety questionnaire for adolescents (Lajerka & Lopez, 1998). The social-cognitive treatment program for anxiety disorder was conducted on the experimental group in twelve 60-minutes-sessions and the control group did not receive any intervention. At the end of the 12 sessions, both experimental and control groups were assessed by posttest and follow-up. To evaluate the obtained data, multivariate analysis of variance and T-test were utilized.

Results: The results indicated that there is a significant difference between control and experimental groups in their social anxiety symptoms ($p < 0.01$). Furthermore, the results of paired samples T-test illustrated that the impact of the social-cognitive treatment program for anxiety disorder on social anxiety disorder was consistent until the follow-up.

Conclusions: with regards to the present study's findings, it can be concluded that the designed intervention program emphasizing an adolescent's capability, awareness, insight, and change in their lifestyle, can reduce the social anxiety symptoms in adolescents.

Received: 28 Jul 2020

Accepted: 6 Apr 2021

Available: 22 Sep 2021

* **Corresponding author:** Hamid Alizadeh, Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

E-mail: Hamidalizadeh1@yahoo.com

Tel: (+98) 2148390000

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Anxiety is the most prevalent mental health disorder in both children and adults and its prevalence rate is reported 30 percent among children and 6 to 18 percent among adolescents. Anxiety disorders are various and categorized as separation anxiety disorder, selective mutism, specific phobia, social anxiety disorder, panic disorder, agoraphobia, generalized anxiety disorder (1). This category of mental health disorder during adolescence can cause problems in peer relation, family interaction, and academic efficacy (2). This disorder commences during mid-childhood and adulthood, however, some sub-categories, such as separation anxiety, start earlier (3, 4).

Social anxiety disorder is defined as the fear of social and functional situations by which anxiety, negative thoughts, and emotions either under real circumstances or the prediction of experiencing the reiterated situations would be evoked. Two major steps in treatment include family insight, parental education, and child education about emotions and anxieties (12). Regarding the social-cognitive treatment program based on Adler's theory, personality is defined as the adaptation ability which is reinforced by thoughts, activities, perception, and emotions. Various researches have studied Adlerian intervention and its effectiveness; Akay and Bratton (22) evaluated the effectiveness of Adlerian play therapy on children's perfectionism and anxiety and concluded that this method helps children to change their maladaptive behavior and thoughts. Bahlmann and Dinter (23) depicted that Adlerian therapy based on encouragement can have a positive impact on self-worth, psychological well-being, and reduction of social anxiety. Carlson and his colleagues, on the other hand, in their study highlighted the importance of encouragement and self-trust. Being limited in utilizing multidimensional therapies, such as group therapy, medication, and cognitive-behavioral therapy, under all circumstances, utilizing Adler's social-cognitive program solely, can have a positive effect on elevating adolescents' well-being. Consequently, the present study aimed to create a social-cognitive treatment program for anxiety disorders and evaluate its effectiveness on symptoms of social anxiety.

Method

This study was designed as a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with follow-up and a control group. The population included adolescents who were diagnosed with social anxiety disorder aged from 13 to 15 and their mothers; both of whom had been referred to district 5 clinics in Tehran city, in 2018. By purposive sampling, a group of 32 adolescents with social anxiety disorder was selected and assigned to control or experimental group. The sample was selected according to the inclusion criteria composed of the age range of 13 to 15 years old, obtaining normal IQ score in intelligence tests, having diagnosis written in his/her profile based on the social anxiety criteria of diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5) and exclusion criteria including having physical disabilities (gross motor skills disabilities), sensory disabilities (blindness, deafness), comorbidity with conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention-deficit hyperactivity disorder, learning disability and participating in similar programs at the same time. Social anxiety scale for adolescents was utilized to obtain data, and it contains three subscales: fear of negative evaluation (FNE), social avoidance and distress-new (SAD-New), and social avoidance and distress-general (SAD-Gen); it is worth mentioning that the questionnaire used in this study had been normalized in Iran. The social-cognitive treatment program was conducted for the experimental group in twelve 60-minutes-sessions at Avaye Ghasedak clinic, however, control group did not receive any intervention. Having completed the intervention, both groups were assessed through posttest and follow-up session. To analyzing the obtained data multivariate, analysis of variance with differential scores, independent-samples T-test and paired sample T-test were used.

Results

The results illustrated that the scores of social anxiety disorder varied in the posttest from the mean of the pretest that was an emblem of the efficacy of the intervention in the experimental group's social anxiety symptoms. Additionally, the evaluation of the experimental group in the follow-up session represented that the reduction in social anxiety scores had a negligible difference from the posttest's results (table 1).

Table 1: Descriptive statistics of social anxiety disorder

Variables	Test	Social-cognitive Treatment		Control group	
		M	SD	M	SD
fear of negative evaluation	pretest	29.75	3.66	30.75	3.56
	posttest	12.37	3.89	30.12	4.01
	follow-up	13.81	1.10	31.14	3.94
social avoidance and distress	pretest	21.12	3.36	22.00	2.55
	posttest	8.50	2.55	21.68	2.70
	follow-up	6.68	1.88	17.50	2.01
social avoidance and distress general	pretest	17.56	1.89	17.81	2.33
	posttest	6.68	1.88	16.52	4.56
	follow-up	7.62	1.97	15.32	2.36
social anxiety disorder	pretest	68.35	8.29	70.56	8.07
	Posttest	27.56	7.99	69.31	8.62
	follow-up	28.12	3.30	65.12	7.95

The T-test result with the equity of variances assumption indicates that the mean of the differential score of social anxiety in the experimental group is less than the control group ($t_{30}=10.807$, $P<0.001$). Consequently, the experimental group that experienced social-cognitive treatment program, and the control group have significant differences. Hedges' g impact (3.726) on social anxiety, on the other hand, indicates the notable difference between the two groups.

The results of multivariate analysis variance with differential scores depicted that F for the fear of negative evaluation (89.601), social avoidance and distress-NEW (93.486), social avoidance, and distress-general (154.607) was statistically significant ($P<0.001$). Furthermore, the rate of intervention influence on the fear of negative evaluation (0.749), social avoidance and distress-NEW (0.757), and social avoidance and distress-general (0.837) demonstrated that this difference is significant in the population.

The results of paired T-test indicated that there was no significant difference between posttest and follow-up scores of social anxiety disorder ($P=0.70$). It is also repeated in components of the fear of negative evaluation ($P=0.12$), social avoidance ($P=0.65$), and distress-general; however, in social avoidance and distress-NEW ($t=6.926$, $P<0.001$) results showed the significant differences between posttest and follow-up. The findings indicated that the effect of the social-cognitive treatment program on social anxiety disorder and its symptoms were consistent at the follow-up, however, these impacts were reducing for social avoidance and distress-NEW sub-scale.

Conclusion

The goal of the present study was to create a social-cognitive treatment program for anxiety disorders and evaluate its effectiveness on symptoms of social anxiety among adolescents. The outcome was consistent with previous studies conducted by Akay and Bratton (22), Bahlmann and Dinter (23), Carlson and colleagues (24), Meany-Walen and Teeling (25), Dillman Taylor (26) that follow Adler's theory.

The essential assumption in Adler's theory is that belonging to society is a vital goal of each individual from childhood. Separation from others, however, sequences to anxiety (29), and this anxiety creates a ground for tackling challenges and securing self-esteem (9). The cognitive-social program for

social anxiety evoked changes in the social context, elevated intrepidity, and consequently, reduced anxiety (15). Fears were decreasing by emotional awareness education and self-talk that leads to calmness during stressful situations. Adolescents were taught to replace irrational beliefs with rational ones by which the anxiety was reduced.

Furthermore, the encouragement technique in this intervention helped the reduction of adolescents' anxiety level, because this factor is categorized as a kind of intrepidity and can consequence in increasing hope, facing imperfection, and realizing there is no need to do things perfectly to get others support (17). The social-cognitive treatment program for anxiety disorders prepares the ground for reducing anxiety levels, thus, in this study, by emphasizing the individual's capabilities, elevating awareness and insight, changing lifestyle, the social anxiety symptoms were soothed.

This study, like many studies, faced limitations such as lack of control on the socioeconomic status of families, their educational background, and convenience sampling because of which generalizing the results should be done cautiously. It is suggested that the intervention will be performing of children with mental disorders and their families.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is extracted from Tahereh Najafi Fard's doctoral dissertation in education and psychology of exceptional children major graduated from Allameh Tabataba'i University and the research design code is 365 accepted in 2017/02/27. Furthermore, its implementation license has been issued by the welfare organization of Tehran city with the letter number 717/98/40/4356 dated 2019/10/06. Informed consent is obtained from participants. Additionally, participants were given the assurance that either their personal or clinical information would not be published without their permission.

Funding: The present study has conducted without any sponsoring from a specific organization.

Author's contribution: This article is part of the first author's doctoral dissertation under the supervision of the second author and the advice of the third and fourth author.

Conflict of interest: There is no conflict of interest for the authors in this study.

Acknowledgments: The authors of the article consider it necessary to appreciate all participants in the research, Avaye Ghasedak clinic.

مقاله پژوهشی

تدوین برنامه درمانی شناختی - اجتماعی اختلال‌های اضطرابی و ارزیابی اثربخشی آن بر نشانه‌های اضطراب اجتماعی

طاهره نجفی فرد^۱، حمید علیزاده^{۲*}، محمد عسگری^۳، احمد برجلی^۴

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. استاد گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی - اجتماعی،
اضطراب اجتماعی،
نوجوانی

زمینه و هدف: اختلال اضطراب اجتماعی، ترس از موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی است. این نگرانی به احساسات اضطرابی، افکار و احساسات منفی، هم در موقعیت‌های واقعی و هم در پیش‌بینی موقعیت‌های اجتماعی منجر می‌شود. هدف از انجام این پژوهش تدوین برنامه درمانی شناختی - اجتماعی اختلال‌های اضطرابی و ارزیابی اثربخشی آن بر نشانه‌های اضطراب اجتماعی است.

روش: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و جلسه پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ سال با اختلال اضطراب اجتماعی و مادران آنها در منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۲ نوجوان از جامعه آماری مذکور، انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اضطراب اجتماعی برای نوجوانان (لاجرکا و لویز، ۱۹۹۸) استفاده شد. گروه مداخله برنامه درمانی شناختی - اجتماعی اختلال‌های اضطرابی را در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کرد، ولی به گروه گواه آموزشی داده نشد. در پایان هر دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون تی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌های درمان و گواه در اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین نتایج آزمون تی همبسته نشان داد تأثیر برنامه درمانی شناختی - اجتماعی در مرحله پیگیری نیز در اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن اثربخش و پایدار بوده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که برنامه مداخله‌ای تدوین شده با تأکید بر توانمندی‌های فرد، افزایش آگاهی، بینش و تغییر سبک زندگی نوجوانان باعث بهبود نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان شده است.

دریافت شده: ۱۳۹۹/۰۵/۰۷

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۱/۱۷

منتشر شده: ۱۴۰۰/۰۶/۳۱

* نویسنده مسئول: حمید علیزاده، استاد گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

رایانامه: Hamidalizadeh1@yahoo.com

تلفن: ۰۲۱-۴۸۳۹۰۰۰۰

مقدمه

اضطراب^۱ جزء رایج‌ترین اختلال‌های سلامت روان در کودکان و بزرگسالان است و میزان شیوع آن ۳۰ درصد در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال گزارش شده است. اضطراب در دوران کودکی پیش‌بینی کننده بسیار قوی برای بروز اختلال‌های اضطرابی و مشکلات ثانویه مانند افسردگی در دوران بزرگسالی است. انواع اختلال‌های اضطرابی شامل اضطراب جدایی^۲، خموشی انتخابی^۳، هراس اختصاصی^۴، اختلال اضطراب اجتماعی^۵ یا جمعیت‌هراسی، اختلال پانیک یا وحشت‌زدگی^۶، ترس از فضاها^۷، و اختلال اضطراب فراگیر^۸ است (۱). مشکلات اضطرابی در دوران نوجوانی باعث ایجاد مشکلاتی در روابط همسالان و خانواده و موفقیت تحصیلی می‌شود (۲). این اختلال در اواسط کودکی و بزرگسالی شروع می‌شود و بعضی از انواع آن مانند اختلال اضطراب جدایی زودتر از بقیه آشکار می‌شود (۳ و ۴). اضطراب معمولاً با مشکلات دیگری همراه است که از جمله آنها می‌توان به اختلال‌های خوردن و سوء مصرف مواد اشاره کرد. همچنین اضطراب با احساسات، رفتارها و عدم رضایت از دیگران همراه است (۵). کودکان با اختلال‌های اضطرابی، دارای موقعیت‌های تحصیلی پایین‌تر، مشکلات ارتباط با همسالان، و ضعف در توانایی‌های اجتماعی هستند (۶). غیبت‌های بیش از حد از مدرسه و ارتباط معیوب با همسالان، در آینده به سازش‌یافتگی شغلی ضعیف و مشکلات مربوط به خودپنداشت^۹ و همین‌طور اختلال‌های روانی در زندگی منجر می‌شوند (۷).

همان‌طور که مطرح شد یکی از انواع اختلال‌های اضطرابی، اختلال اضطراب اجتماعی، ترس از موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی است که میزان شیوع آن در نوجوانان ۱۹ تا ۳۳ درصد گزارش شده است (۸). برنامه درمانی شناختی- اجتماعی اختلال‌های اضطرابی^{۱۰} دربرگیرنده برنامه شناختی- اجتماعی آدلر^{۱۱} است. آدلر معتقد است که یک راه برای مقابله با کشاکش‌ها و محافظت از حرمت خود^{۱۲}، اضطراب است (۹ و

۱۰) که باعث ایجاد ترس از افراد، زندگی و فعالیت‌های روزمره می‌شود. همچنین این افراد به دلیل احساس کهنری، اقدامات خودشکن دارند و به طور معمول کودک مضطرب، دلسرد است. در روان‌شناسی آدلر، شخصیت به عنوان توانایی سازش‌یافتگی توصیف شده است. این تغییر به وسیله تفکرات، فعالیت‌ها و ادراک و احساس‌ها اتفاق می‌افتد. در طول زمان هر شخصی اعتقاداتش را درباره خود، سایر افراد، زندگی، جهان و منطق خصوصی شکل می‌دهد. اعتقادات اشتباه افراد مانع مقابله با شکست و کام‌نیافتگی است (۱۱).

دو گام اساسی در درمان اضطراب شامل نگرش خانواده^{۱۳} و آموزش والدین^{۱۴} و آگاه‌سازی کودک نسبت به هیجان‌ها^{۱۵} و اضطراب است. از آنجایی که یکی از مهم‌ترین علت‌های اختلال‌های اضطرابی عوامل محیطی و نوع برخورد والدین با کودک است، والدین چه از طریق الگوسازی رفتارهای اضطرابی و چه از طریق شیوه‌های تربیتی غلط می‌توانند موجب به وجود آمدن اختلال‌های اضطرابی در کودکان‌شان شوند (۱۲ و ۱۳). آدلر معتقد است که خانواده تأثیر مهمی بر شکل‌گیری شخصیت فرد دارد (۱۴). آموزش والدین برای بهبود بخشیدن به رابطه والد- فرزند یکی از خدمات مهم طرفداران آدلر بوده است. به والدین اصول ساده آدلری آموخته می‌شود تا بتوانند آنها را در خانه به کار ببرند. موضوعات مقدماتی شامل آگاه شدن از هدف بدرفتاری کودک، یادگیری گوش کردن، کمک کردن به نوجوان که پیامدهای رفتار خود را بپذیرد، به کار بردن روش‌های پرورش هیجان، تشکیل جلسات خانوادگی و استفاده از دلگرمی^{۱۶} است (۱۵ و ۱۶). دلگرمی به معنای قبول داشتن کودکان و نوجوانان در همان شرایط و شکلی است که هستند. گاهی دلگرمی فرد، قبل از آن که کاری انجام دهد یا حتی آن را شروع کند، انجام می‌شود. در دیدگاه آدلر، دلگرمی اظهار نظری است که پذیرش را نشان می‌دهد، بر همکاری ارج می‌نهد، فرد را به ارزیابی عملکرد خود وامی‌دارد، و ایمان و اعتماد را القا می‌کند (۱۷). مجموعه‌ای

1. Anxiety
2. Separation anxiety
3. Selective mutism
4. Specific phobia
5. Social anxiety disorder
6. Panic disorder (PD)
7. Agoraphobia
8. Generalized anxiety disorders

9. Self-concept
10. Social- cognitive treatment program anxiety disorder
11. Adler
12. Self-esteem
13. Family attitude
14. Parent education
15. Emotions
16. Encouragement

است. همچنین دلیمان تیلور و همکاران (۲۶) در پژوهشی بازی درمانی آدلری را بر رفتارهای مخرب کودکان بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که این درمان باعث کاهش رفتارهای مخرب کودکان شده است.

حال با توجه به اهمیت تأمین سلامت نوجوانان با اختلال اضطرابی و افزایش تعداد نوجوانانی که دارای اختلالات اضطرابی هستند و با توجه به اینکه امکان به کارگیری درمان‌های چندوجهی مانند گروه درمانی، دارودرمانی، و درمان شناختی-رفتاری در همه شرایط وجود ندارد، به نظر می‌رسد که کاربرد روش‌هایی از جمله برنامه شناختی-اجتماعی آدلر بتواند نقش مؤثری در ارتقاء سلامت این گروه از افراد ایفا کند. بنابراین هدف از این پژوهش تدوین برنامه درمانی شناختی-اجتماعی اختلال‌های اضطرابی و ارزیابی اثربخشی آن بر نشانه‌های اضطراب اجتماعی است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: در این مطالعه نیمه‌آزمایشی از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (یک ماه) استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ سال با اختلال اضطراب اجتماعی و مادران آنها بودند که دارای پرونده در کلینیک‌های منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۲ دانش‌آموز (۱۶ نفر آزمایش و ۱۶ نفر گواه) از جامعه آماری ذکر شده بود که به شیوه در دسترس و بر اساس شرایط ورود به پژوهش، انتخاب شده و به صورت غیرتصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل این موارد بود: دامنه سنی ۱۵-۱۳ سال، دارا بودن هوشبهر بهنجار بر اساس آزمون‌های هوشی مندرج در پرونده کودک، و دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی که در پرونده هر یک از نوجوانان درج شده و توسط روان‌شناس و متخصص مرکز تشخیص داده شده (بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی نسخه پنجم). ملاک‌های خروج هم شامل این موارد بود: دارا بودن مشکلات حرکتی (وجود هرگونه کم‌توانی جسمی-حرکتی واضح در کودک)، حساس (نابینایی، ناشنوایی)، اختلال رفتاری

از مهارت‌های خاص مانند دادن ایمان و اعتقاد به افراد، پذیرش آنها به همان صورت که هستند، معتبرسازی هدف و مقصود رفتار آنها و باز شکل‌دهی رفتار آنها در یک چهارچوب مثبت است. به علاوه احترام گذاشتن به دیگر انسان‌ها و کمک به آنها برای دستیابی به اهداف خود به معنای عمل به شیوه‌ای دلگرم‌کننده است (۱۸ و ۱۹).

یکی دیگر از مواردی که در درمان شناختی-اجتماعی آدلر به آن توجه می‌شود، علاقه اجتماعی^۱ است. علاقه اجتماعی استعدادی ذاتی برای همکاری با دیگران جهت رسیدن به اهداف شخصی و اجتماعی است که از طریق تجارب یادگیری در دوره کودکی تحول می‌یابد. آدلر معتقد است که علاقه اجتماعی، ذاتی است و انسان به طور ذاتی مخلوقی اجتماعی است، نه اینکه از روی عادت، اجتماعی شده باشد. از نظر او، هر شخص پیش از هر چیز یک موجود اجتماعی و نه زیستی است (۲۰). همچنین آدلر به اهمیت منظومه خانواده بر شکل‌گیری شخصیت تأکید کرده است (۱۳) و همچنین هر کودک از طریق بحث‌های گروهی می‌فهمد که چه احساس و فکر دارد، با دیگران چه ارتباطی دارد، و نگرش او نسبت به مسایل زندگی چیست (۲۱).

پژوهش‌های مختلفی درباره درمان آدلری و تأثیر آن انجام شده است. آکای و بارتون (۲۲) در پژوهش خود با عنوان تأثیر بازی درمانی آدلری بر کمال‌گرایی و اضطراب در کودکان به این نتیجه رسیدند که این برنامه به کودکان کمک می‌کند که رفتارها و افکار سازش‌نا یافته خود را تغییر دهند. همچنین باهلمن و دینتر (۲۳) دریافتند که درمان آدلر مبتنی بر دلگرم‌سازی تأثیرات مثبتی بر احساس خودارزشمندی، بهزیستی روان‌شناختی، و کاهش اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی دارد. همچنین اگر نگرش‌های والدین محبت‌آمیز باشد، باعث بهبود روابط می‌شود. کارلسون، واتس و مانسی (۲۴) در پژوهش خود به اهمیت دلگرمی دادن و تجدید اعتماد به خود تأکید کردند و معتقدند کمک به افراد بدون این مؤلفه‌ها، کارکرد سازش‌نا یافته را به همراه نمی‌آورد. درمان آدلری، انحرافات شناختی فرد را در می‌یابد و او را با آن مواجه می‌کند.

منی‌والن و تیلینگ (۲۵) برنامه درمان آدلری را بر رفتارهای برون‌نمود دانش‌آموزان و نیز مهارت‌های اجتماعی آنها بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که این درمان، رفتارهای دانش‌آموزان را تغییر داده

ساختار سه عاملی این مقیاس را در نمونه‌ای از نوجوانان ایرانی مورد تأیید قرار دادند که حاکی از روایی عاملی (نوعی روایی سازه) این مقیاس است. همچنین اعتبار این مقیاس را به روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک تا چهار هفته ۰/۸۸ گزارش کردند. افزون بر آن همسانی درونی مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ گزارش شد (۸). آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۷۲ به دست آمد.

(ج) برنامه مداخله‌ای: برنامه درمانی شناختی- اجتماعی اختلال‌های اضطرابی نوجوانان برنامه‌ای است که توسط پژوهشگر با استفاده از پیشینه موجود و بر اساس نظریه آدلر طراحی و تدوین شد. این برنامه شامل ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای است که به صورت هفته‌ای دو بار به مدت یک ماه و نیم در کلینیک روان‌شناسی آوای قاصدک تهران توسط پژوهشگر اجرا شد. جلسات درمانی به شرح زیر بوده است:

(اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای) بر اساس درج در پرونده کودکان، دارا بودن اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی و کم‌توانی‌های یادگیری، شرکت همزمان در برنامه‌های مشابه با برنامه‌های آموزشی به کار رفته در این پژوهش. همچنین از نظر تحصیلات دانش‌آموزان، ۱۲ نفر (۳۷/۵٪) کلاس هشتم، ۹ نفر (۲۸/۱۳٪) کلاس نهم، و ۱۱ نفر (۳۴/۳۸٪) کلاس دهم بودند.

(ب) ابزار

مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان^۱ (۱۹۹۸): این مقیاس توسط لاجرسا و لویز (۱۹۹۸) طراحی شده است. این مقیاس دارای ۱۸ گویه و سه زیرمقیاس است: ترس از ارزیابی منفی^۲، اجتناب اجتماعی و پریشانی^۳ در موقعیت‌های جدید، اجتناب اجتماعی و پریشانی عمومی^۴. پرسش‌های این مقیاس بر اساس یک مقیاس پنج گزینه‌ای (کاملاً شبیه من = پنج تا کاملاً متفاوت از من = یک) پاسخ داده می‌شوند. نمره بالاتر در این مقیاس گویای اضطراب اجتماعی بالاتر است و بالعکس. استوار و رضویه (۲۷)

جدول ۱: چارچوب جلسه‌های برنامه درمانی شناختی- اجتماعی اختلال‌های اضطرابی نوجوانان

جلسه	هدف	محتوا	مخاطب
یکم	ایجاد رابطه و اصلاح نگرش و تعامل والدین- فرزند	توضیح در مورد روش‌های اجبار و زور و تهدید ممنوع، بی‌اعتنایی به ترس‌ها و اضطراب‌ها، مورد توجه قرار دادن هدف نوجوان، ارتقاء اعتماد به خود نوجوان	والدین و نوجوان
دوم	مفاهیم آدلری برای مدیریت ارتباط اضطرابی	آموزش روش‌های مدیریت اضطراب، والدین الگوی شجاعت باشند، رفتارهای شجاعانه و مقابله‌ای را تأیید کنند، آموزش روش‌های حل مسئله اجتماعی، دلگرم کردن نوجوان برای به زبان آوردن اضطراب	والدین و نوجوان
سوم	آگاهی هیجانی و تله‌های فکری	گفتگو درباره احساسات و هیجان‌های مختلف و استفاده از روش‌های مختلف برای آموزش هیجان‌های جسمی، شناسایی پاسخ‌های جسمی به اضطراب	نوجوان
چهارم	آگاهی هیجانی و تله‌های فکری	بیان رابطه فکر، هیجان و رفتار با ارائه مثال و انجام تمرین‌هایی در این زمینه	نوجوان
پنجم	دلگرمی- قابلیت‌ها	درک روشن قابلیت‌ها و توانمندی‌ها، آموزش کمک به دیگران، کمک به خود، مفاهیم و واژه‌های دلگرم‌کننده، احساس خودکارآمدی	نوجوان
ششم	دلگرمی- قابلیت‌ها	شجاعت ناکامل بودن، احساس برابری، مدیریت رفتارهای خود شکن	نوجوان
هفتم	خودگویی و حل مسئله و شبیه‌سازی موقعیت‌های خفیف اضطرابی	به نوجوان بگویید چه موقع مضطرب می‌شود و اینکه افکاری وجود دارند که همراه با احساسات به ذهن خطور می‌کنند و سپس آموزش حل مسئله و تمرین در موقعیت خفیف اضطرابی	نوجوان
هشتم	دلگرم‌سازی والدین	جلسه با والدین و پاسخ به سوال‌های آنها	والدین
نهم	شبیه‌سازی موقعیت‌های اضطراب‌زا متوسط	در این جلسه نوجوانان در معرض موقعیت‌های شبیه‌سازی شده اضطراب آور نیمه‌شدید قرار می‌گیرند و راهبردهای مقابله با آن را می‌آموزند.	نوجوان
دهم	تجربه موقعیت اضطراب‌زا متوسط در موقعیت واقعی	در این جلسه نوجوانان در معرض موقعیت‌های اضطراب آور خفیف قرار می‌گیرند و راهبردهای مقابله با آن را می‌آموزند.	نوجوان
یازدهم	تجربه موقعیت اضطراب‌زا شدید در موقعیت واقعی	در این جلسه نوجوانان در معرض موقعیت‌های اضطراب آور نیمه‌خفیف قرار می‌گیرند و راهبردهای مقابله با آن را می‌آموزند.	نوجوان
دوازدهم	مرور: دلگرم‌سازی و قابلیت‌ها	در این جلسه موارد ذکر شده در جلسات پیشین مرور خواهد شد.	والدین و نوجوان

د) روش اجرا: برای اجرای این مطالعه ابتدا از دانشگاه علامه طباطبائی معرفی‌نامه برای کلینیک‌های دارای مجوز از سازمان بهزیستی منطقه ۵ تهران دریافت شد. پس از ورود به مرکز و برگزاری جلسه توجیهی با مسئولین، از بین تمامی نوجوانان دارای اختلالات اضطرابی و مادران آنها بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، نمونه مورد نظر انتخاب شد و با ذکر ضرورت و اهداف پژوهش برای این نوجوانان، از آنان و والدین آنها رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت در پژوهش اخذ شد. سپس پرسش‌نامه مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان تکمیل شد و نوجوانان و مادران آنها در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه در برنامه درمانی اختلال‌های اضطرابی شرکت کردند. برگزاری جلسات توسط پژوهشگر در کلینیک روان‌شناسی آوای قاصدک انجام شد و تمامی نوجوانانی که در این مرکز آموزشی هستند در برنامه‌های متداول مرکز (آموزش مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های اجتماعی و آموزش مهارت‌های زندگی) شرکت کردند. پس از اتمام جلسه دوازدهم، و ۱

ماه پس از آن (به منظور بررسی پایداری اثربخشی برنامه درمانی) پرسشنامه‌ها مجدداً توسط نوجوانان هر دو گروه تکمیل شد. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات در هر سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری) پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، جهت تحلیل از روش‌های تحلیل واریانس چندمتغیری با نمرات افتراقی و تی مستقل با نمرات افتراقی و آزمون تی همبسته با آلفای تعدیل یافته استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۲: نتایج آمار توصیفی اختلال اضطراب اجتماعی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	درمان شناختی-اجتماعی			گواه		کجی	کشیدگی
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
ترس از ارزیابی منفی	پیش‌آزمون	۲۹/۷۵	۳/۶۶	۳۰/۷۵	۳/۵۶	۰/۲۱۰	-۱/۴۷۰	
	پس‌آزمون	۱۲/۳۷	۳/۸۹	۳۰/۱۲	۴/۰۱	۰/۰۱۸	-۱/۴۱۸	
	پیگیری	۱۳/۸۱	۱/۱۰	۳۱/۱۴	۳/۹۴	۰/۲۹۱	-۱/۵۸۳	
اجتناب اجتماعی و پریشانی در موقعیت جدید	پیش‌آزمون	۲۱/۱۲	۳/۳۶	۲۲/۰۰	۲/۵۵	-۰/۵۱۹	۰/۳۳۰	
	پس‌آزمون	۸/۵۰	۲/۵۵	۲۱/۶۸	۲/۷۰	۰/۰۱۹	-۱/۵۰۴	
	پیگیری	۶/۶۸	۱/۸۸	۱۷/۵۰	۲/۰۱	۰/۰۱۶	-۱/۵۷۹	
اجتناب اجتماعی و پریشانی عمومی	پیش‌آزمون	۱۷/۵۶	۱/۸۹	۱۷/۸۱	۲/۳۳	۰/۱۰۰	-۱/۵۵۷	
	پس‌آزمون	۶/۶۸	۱/۸۸	۱۶/۵۲	۴/۵۶	۰/۰۱۶	-۱/۵۷۹	
	پیگیری	۷/۶۲	۱/۹۷	۱۵/۳۲	۲/۳۶	۰/۱۵۰	-۱/۶۲۴	
اختلال اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	۶۸/۳۵	۸/۲۹	۷۰/۵۶	۸/۰۷	۰/۰۷۱	-۱/۱۲۰	
	پس‌آزمون	۲۷/۵۶	۷/۹۹	۶۹/۳۱	۸/۶۲	۰/۰۲۵	-۱/۴۷۹	
	پیگیری	۲۸/۱۲	۳/۳۰	۶۵/۱۲	۷/۹۵	۰/۲۰۶	-۱/۶۴۷	

اجتماعی و مؤلفه‌های آن کاهش داشته است. همچنین در دوره پیگیری نتایج نشان داد، نمرات اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییرات زیادی نداشته‌اند. لازم به ذکر است در این آزمون کسب نمرات پایین‌تر در اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های

با توجه به جدول ۲، میانگین نمرات اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن در گروه درمان در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییراتی داشته است. این تغییرات مؤید آن است که در گروه درمان، نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در نمرات اختلال اضطراب

آن نشان‌دهنده اختلال اضطراب اجتماعی پایین‌تر است. جهت بررسی تعیین اثربخشی برنامه درمانی شناختی-اجتماعی بر اختلال اضطراب اجتماعی نوجوانان به دلیل عدم برقراری پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون ($P < 0.001$)، $F(2,29) = 136.194$ ، در آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری از آزمون تی مستقل با نمرات افتراقی استفاده شد.

با توجه به جدول ۲ براساس شاخص کجی و کشیدگی، نرمال بودن متغیر اختلال اضطراب اجتماعی تأیید شد. همچنین با توجه به عدم معناداری آزمون لوین ($F = 11.858$, $P = 0.002$) در سطح ۰/۰۰۱ فرضیه همگنی واریانس‌ها برقرار است. نتایج آزمون تی با فرض برابری واریانس‌ها نشان داد، میانگین نمره افتراقی اختلال اضطراب اجتماعی در گروه برنامه درمانی شناختی-اجتماعی نسبت به گروه گواه پایین‌تر است ($t(30) = -10.807$, $P < 0.001$, Hedges'g = 3.726) بین دو گروه برنامه درمانی شناختی-اجتماعی و گواه از لحاظ میزان اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و میزان اختلاف برابر ۳۹/۶۲۵- بود. مقدار اندازه اثر هگر اختلال اضطراب اجتماعی (۳/۷۲۶) نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بالا است.

جهت بررسی تعیین اثربخشی برنامه درمانی بر مؤلفه‌های اختلال اضطراب اجتماعی نوجوانان به دلیل عدم برقراری پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون ($P < 0.001$)، در آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری با نمرات افتراقی و با آلفای تعدیل‌یافته (۰/۰۱۶) استفاده می‌شود. استفاده از این تحلیل، مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است که پیش از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفت.

جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد و نتایج نشان داد که شاخص کجی و کشیدگی همه سطوح پژوهش در دامنه ۲ و ۲- قرار دارد که به معنای نرمال بودن داده‌ها است (جدول ۲). به منظور بررسی همگنی واریانس خطای

مؤلفه‌های پژوهش در دو گروه (درمان و گواه)، از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان از عدم معناداری آزمون لوین برای همه سطوح به غیر از مؤلفه اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت جدید در سطح ۰/۰۰۱ دارد ($P > 0.001$). بنابراین شرط همگنی واریانس‌های بین‌گروهی به غیر از مؤلفه اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت جدید رعایت شده و تفاوتی بین آنها مشاهده نشده است. نتایج آزمون ام باکس، همگن بودن ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) را مورد تأیید قرار نداد ($\text{Box's } M = 44.883$; $P < 0.001$). بنابراین با توجه به عدم برقراری مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس از آماره اثر پیلای استفاده شد (۲۸). همچنین عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری با استفاده از فاصله مایلانویس مورد بررسی قرار گرفت که داده پرت شناسایی نشد و صحت این فرضیه بررسی شد. علاوه بر این هم‌خطی بین متغیرهای وابسته با ضریب همبستگی بین جفت متغیرها بررسی شد و با توجه به اینکه تمامی ضرایب همبستگی بین جفت متغیرها در حد متوسط (۰/۳ تا ۰/۵) بود، این فرضیه مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به حد متوسط ضرایب همبستگی می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیرها همبستگی خطی چندگانه وجود ندارد.

نتایج آماره اثر پیلای در آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری با نمرات افتراقی نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌ها معنادار است ($F(3,28) = 50.822$, $P < 0.001$, $\eta^2 = 0.845$). بنابراین می‌توان گفت که بین گروه‌های برنامه درمانی شناختی-اجتماعی و گواه از لحاظ مؤلفه‌های اختلال اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و میزان این تفاوت در جامعه بر اساس اندازه اثر ۸۵ درصد و در سطح بالا است؛ یعنی ۸۵ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه با نمرات افتراقی اثرات بین‌گروهی برای گروه‌های برنامه درمانی شناختی-اجتماعی و گواه در مؤلفه‌های پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه با نمرات افتراقی مربوط به تفاوت بین گروهی مؤلفه‌های اختلال اضطراب اجتماعی

مؤلفه‌ها	اختلاف میانگین	SS آزمایشی	SS خطا	MS آزمایشی	MS خطا	F	P	η^2
ترس از ارزیابی منفی	-۱۶/۷۵۰	۲۲۴۴/۵۰۰	۷۵۱/۵۰۰	۲۲۴۴/۵۰۰	۲۵/۰۵۰	۸۹/۶۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۹
اجتناب اجتماعی و پریشانی در موقعیت جدید	-۱۲/۳۱۲	۱۲۱۲/۷۸۱	۳۸۹/۱۸۸	۱۲۱۲/۷۸۱	۱۲/۹۷۳	۹۳/۴۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۷
اجتناب اجتماعی و پریشانی عمومی	-۱۰/۵۶۲	۸۹۲/۵۳۱	۱۷۳/۱۸۸	۸۹۲/۵۳۱	۵/۷۷۳	۱۵۴/۶۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۳۷

پیشانی عمومی (۰/۸۳۷) است که نشان می‌دهد این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است.

جهت بررسی پایداری اثربخشی برنامه درمانی شناختی-اجتماعی بر اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن در گروه برنامه درمانی شناختی-اجتماعی از آزمون تی همبسته (وابسته) با سطح آلفای تعدیل یافته (۰/۰۱۶) جهت مقایسه نمرات مرحله پس‌آزمون با مرحله پیگیری استفاده شده است (جدول ۴).

با توجه به جدول ۳ آماره F برای مؤلفه‌های ترس از ارزیابی منفی (۸۹/۶۰۱)، اجتناب اجتماعی و پیشانی در موقعیت جدید (۹۳/۴۸۶) و اجتناب اجتماعی و پیشانی عمومی (۱۵۴/۶۰۷) معنادار است (P<۰/۰۰۱). این یافته نشان می‌دهد، بین گروه‌های برنامه درمانی شناختی-اجتماعی و گواه در مؤلفه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برای مؤلفه‌های ترس از ارزیابی منفی (۰/۷۴۹)، اجتناب اجتماعی و پیشانی در موقعیت جدید (۰/۷۵۷) و اجتناب اجتماعی و

جدول ۴: بررسی پایداری مداخله انجام شده بر اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن در گروه برنامه درمانی شناختی-اجتماعی

متغیر	اختلاف میانگین	t	پس‌آزمون-پیگیری		
			درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر (Hedges'g)
اختلال اضطراب اجتماعی	-۰/۵۶۲	-۰/۳۹۴	۱۵	۰/۶۹۹	۰/۱۳۱
ترس از ارزیابی منفی	-۱/۴۳۷	-۱/۶۶۰	۱۵	۰/۱۱۸	۰/۵۵۳
اجتناب اجتماعی و پیشانی در موقعیت جدید	۱/۸۱۲	۶/۹۲۶	۱۵	<۰/۰۰۱	۲/۳۰۹
اجتناب اجتماعی و پیشانی عمومی	-۰/۹۳۷۵	-۱/۹۵۹	۱۵	۰/۰۶۹	۰/۶۵۳

کمال‌گرایی کودکان می‌شود و به کودکان می‌آموزد که رفتارها و افکار سازش‌نا یافته خود را تغییر دهند. همچنین باهلمن و دینتر (۲۳) دریافتند که درمان آدلری مبتنی بر دلگرم‌سازی تأثیرات مثبتی بر احساس خودارزشمندی، بهزیستی روان‌شناختی، و کاهش اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی دارد. همچنین اگر نگرش‌های والدین محبت‌آمیز باشد، باعث بهبود روابط می‌شود. کارلسون و همکاران (۲۴) در پژوهش خود به اهمیت دلگرمی دادن و تجدید اعتماد به خود تاکید کرده و معتقدند کمک به افراد بدون این مؤلفه‌ها، کارکرد سازش‌یافته‌ای را به همراه نمی‌آورد. درمان آدلری، انحرافات شناختی فرد را پیدا کرده و او را با آنها مواجه می‌کند. در این شیوه درمان همچنین چگونگی شکل‌گیری انحرافات شناختی بررسی می‌شود و اهمیت ویژه‌ای برای شیوه زندگی هر فرد داده می‌شود.

منی‌والن و تیلینگ (۲۵) برنامه درمان آدلری را بر رفتارهای برون‌نمود دانش‌آموزان و نیز مهارت‌های اجتماعی آنها بررسی کرده و به این نتیجه رسیدند که این درمان رفتارهای دانش‌آموزان را تغییر داده است. همچنین دلیمان‌تیلور و همکاران (۲۶) در پژوهشی با بررسی تأثیر بازی درمانی

نتایج آزمون تی همبسته نشان داد، تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های ترس از ارزیابی منفی و اجتناب اجتماعی و پیشانی عمومی مشاهده نشد، اما در مؤلفه اجتناب اجتماعی و پیشانی در موقعیت جدید بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده شد. بنابراین نتیجه نشان می‌دهد تأثیر برنامه درمانی شناختی-اجتماعی در مرحله پیگیری نیز همچنان در اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن اثربخش و ماندگار بوده است و در مؤلفه اجتناب اجتماعی و پیشانی در موقعیت جدید در مرحله پیگیری همچنان روند کاهشی داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش تدوین برنامه درمانی شناختی-اجتماعی اختلال‌های اضطرابی و ارزیابی اثربخشی آن بر نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان بود. این نتیجه با نتایج پژوهش آکای و بارتون (۲۲)، باهلمن و دینتر (۲۳)، کارلسون و همکاران (۲۴)، منی‌والن و تیلینگ (۲۵)، دلیمان‌تیلور و همکاران (۲۶) همسو است. آکای و بارتون (۲۲) به این نتیجه رسیدند که درمان آدلری باعث کاهش اضطراب و

آدلری بر رفتارهای مخرب کودکان به این نتیجه رسیدند که این درمان باعث کاهش رفتارهای مخرب کودکان شده است.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت که فرض اساسی در روی آورد آدلر این موضوع است که از دوره کودکی تعلق به کل جامعه هدف اساسی هر فردی است. همچنین جدایی از دیگران با اضطراب همراه است (۲۹) و نیز اضطراب راهی برای مقاله با کشاکش‌ها و حفاظت از حرمت خود است. از نظر آدلر زمانی که فرد احساس کهنتری کند، اضطراب در او ایجاد می‌شود (۱۰)، از این رو افرادی که دچار اضطراب می‌شوند، جنبه‌هایی از واقعیت را برای حفظ حرمت خود، تحریف می‌کنند (۹). همچنین این افراد چون در زندگی خود دچار شکست شده‌اند، نمی‌توانند به خوبی برای خود تصمیم بگیرند و در تصمیم‌های خود در زندگی دچار شک می‌شوند (۳۰). هدف درمان شناختی-اجتماعی آدلر این است که به افراد کمک کند تا با اصلاح اهداف اشتباه و منطق غلط به واقعیت دست یابند و سبک زندگی خود را تغییر دهند و باورهای خود را به چالش بکشند (۱۶) و بدین ترتیب علاقه اجتماعی در آنها افزایش می‌یابد (۹). این درمان کمک می‌کند که فرد اعتماد به خود، خودمهارگری، خودپذیرشی، و دیگرپذیرشی را کسب کند. همچنین به به نوجوانان کمک می‌کند تا با آگاهی نسبت به الگودهی‌های اشتباه، آنها را تغییر دهند و به مسائل به گونه‌ای متفاوت تر نگاه کنند (۲۲).

برنامه شناختی-اجتماعی اختلال‌های اضطرابی باعث شده است که تغییرات در یک بافت اجتماعی رخ دهد و شجاعت فرد بالا رفته و در نهایت اضطراب وی کاهش می‌یابد (۱۵). این برنامه در ابتدا با شناخت احساسات و هیجان‌ها و خودگویی‌هایی که در فرد وجود دارد ترس‌های فرد را در موقعیت‌های مختلف کاهش داده و باعث ایجاد آرامش در موقعیت‌های تنش‌آور شده است و نیز نوجوان باورهای منطقی را جایگزین باورهای غیرمنطقی می‌کند و از این طریق اضطراب وی کاهش می‌یابد (۱۸). همچنین با استفاده از تکنیک دلگرم‌سازی باعث کاهش نشانه‌ها در نوجوانان شده است. دلگرمی نوعی جرئت دادن به فرد است و باعث ایجاد امید در آنها شده و باعث می‌شود آنها به توانمندی‌های خود پی ببرند. هر چه بیشتر بر نقاط مثبت فرد تأکید شود نقاط منفی او کمتر دیده می‌شود، فرد اشتباهات را به منزله فرصتی برای یادگیری در

نظر می‌گیرد و شجاعت ناکامل بودن در او ایجاد می‌شود. دلگرمی بازخوردی مثبت است که بر پیشرفت فرد تأکید می‌کند و بر این موضوع تأکید دارد که نیازی نیست فرد همه کارها را به نحو کامل انجام دهد تا مورد تأیید دیگران قرار گیرد (۱۷). نوجوانانی که دچار اضطراب می‌شوند به نتیجه کارشان فکر می‌کنند و تلاش‌های خود را نادیده می‌گیرند، بنابراین با دلگرم‌سازی فرد می‌توان احساس ارزشمندی را در او افزایش داد و در نتیجه با افزایش مهارت‌ها اعتماد به خود فرد نیز افزایش می‌یابد و این موضوع باعث می‌شود فرد نقاط قوت و ضعف خود را بشناسد. در این صورت دیگر فرد به نتیجه کار خود توجه نمی‌کند، که فرایند آن برایش مهم است و در موقعیت‌های اجتماعی راحت‌تر صحبت می‌کند. همچنین در تکنیک "طوری عمل کن که انگار" که یکی از تکنیک‌های برنامه درمانی شناختی-اجتماعی اختلال‌های اضطرابی است، فرد به گونه‌ای عمل می‌کند که دوست دارد. یعنی هدف این تکنیک این است که فرد از کنار مقاومت احتمالی عبور کند، خطرات ادراک شده را خنثی کند. مثلاً جوری بلند حرف بزند که انگار خیلی شجاع است و از چیزی نمی‌ترسد (۲۰). همچنین مراحل حل مسئله به نوجوان کمک می‌کند که در موقعیت‌های اضطراب‌زا به روش‌های مختلف فکر کند و روشی را که همیشه از آن استفاده می‌کرد را دیگر استفاده نکند و با انعطاف بیشتری به مشکلی که دارد فکر کند و راه‌حل‌های گوناگون را یادداشت کند و در نهایت بهترین راه‌حل را انتخاب کند. در جلسات با والدین نیز روش حل مسئله برای آنها توضیح داده می‌شود و همین موضوع باعث می‌شود والدین در برخورد با مشکل نوجوان به طریق انعطاف‌پذیر برخورد کنند و نوجوان را به سمت حل مشکلش سوق دهند و از همین طریق اضطراب را در وی کاهش دهند (۲۶). به عنوان یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که درمان شناختی-اجتماعی اختلال‌های اضطرابی یک راهکار مناسب برای کاهش نشانه‌های اضطراب است. بنابراین در این پژوهش با تأکید بر توانمندی‌های فرد، افزایش آگاهی و بینش و تغییر سبک زندگی نوجوانان شاهد بهبود نشانه‌ها در افراد نمونه بودیم.

پژوهش حاضر مانند هر مطالعه دیگری دارای محدودیت‌هایی بوده است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم کنترل سطح تحصیلی/اقتصادی/اجتماعی خانواده‌ها، روش نمونه‌گیری در دسترس،

۷۱۷/۹۸/۴۰/۴۳۵۶ مورخ ۱۳۹۸/۰۷/۱۴ صادر شده است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات در هر سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.
نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده نخست این مقاله به عنوان طراح و نویسنده اصلی، نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما، و نویسندگان سوم و چهارم به عنوان استادان راهنما و مشاور نقش داشته‌اند.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مسئولان کلینیک آوای قاصدک و افراد نمونه و استادان راهنما و مشاور این پژوهش که در اجرای این پژوهش به ما کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

محدود بودن تعمیم‌دهی نتایج به مقاطع تحصیلی بالاتر، محدود بودن پژوهش به دوره تحصیلی، و سن افراد نمونه اشاره کرد. در نتیجه پیشنهاد می‌شود که مطالعات آتی با رفع این محدودیت‌ها به دقت نتایج به دست آمده و تعمیم‌دهی یافته‌ها، کمک کند. همچنین پیشنهاد می‌شود این برنامه در کلاس‌های آموزش خانواده به والدین ارائه شود و روی دیگر گروه‌های کودکان با اختلال اضطرابی انجام شود و با اجرای برنامه با تعداد آزمودنی بیشتر، دقت و تعمیم نتایج را افزایش داد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این پژوهش برگرفته از رساله دکترای خانم طاهره نجفی فرد در رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی با شماره ۳۶۵ است که در تاریخ ۱۳۹۵/۱۲/۹ تصویب شده است. همچنین مجوز اجرای آن روی افراد نمونه از سوی سازمان بهزیستی شهر تهران با شماره نامه

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM_5 (5th ed.). Washington, DC: Author. 2013. [\[Link\]](#)
2. Morgan AJ, Rapee RM, Bayer JK. Prevention and early intervention of anxiety problems in young children: A pilot evaluation of Cool Little Kids Online. *Internet Intervention*. 2016; 4:105-12. [\[Link\]](#)
3. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60(8): 837-44. [\[Link\]](#)
4. Karami J, Zabet M. Efficacy of Child-Parent Relationship Therapy in Reducing Anxiety Syndrome in Preschool children. *J Child Ment Health*. 2015; 2(3): 39-47. [Persian] [\[Link\]](#)
5. Khojasteh S. The effectiveness of sand play therapy on anxiety and achievement motivation of primary school students. *J Child Ment Health*. 2020; 7(1): 68-80. Doi: 10.29252/jcmh.7.1.7 [Persian] [\[Link\]](#)
6. Mousavi SV, Javanparast H, Rezaei S. The Role of Early Maladaptive Schemas in Explaining Social Anxiety. *J Child Ment Health*. 2016; 2(4): 35-47. [Persian]. [\[Link\]](#)
7. Finning K, Ukoumunne OC, Ford T, Danielson-Waters E, Shaw L, Romero De Jager I, et al. The association between anxiety and poor attendance at school—a systematic review. *J Child Adolesc Ment Health*. 2019; 24(3): 205-16. [\[Link\]](#)
8. Hasani J, Sheikhan R, Aryanakia E, Mahmoodzadeh A. Adolescents 'Social Anxiety: The Role of Attachment Styles and Cognitive Emotion Regulation Strategies. *J Developmental Psychology*. 2013; 36 (9): 363-75. [Persian] [\[Link\]](#)
9. Mosak HH, Maniaci MP. A primer of Adlerian psychology: the analytic-behavioral-cognitive psychology of Alfred Adler. Philadelphia. PA: Brunner/Mazel; 1999. pp: 18-24. [\[Link\]](#)
10. Oberst UE, Stewart AE. Adlerian psychotherapy: An advanced approach to individual psychology. New York: Psychology Press; 2003, pp: 119-122. [\[Link\]](#)
11. Foster T, Steen L, O'Ryan L, Nelson J. Examining how the Adlerian life tasks predict anxiety in first-year counseling students. *J Individ Psychol*. 2016; 72(2), 104–120. [\[Link\]](#)
12. John K. Adlerian Theory and Practice Wisdom Promote Democratic Leadership and Organizational Health. *J Individ Psychol*. 2020; 76(1): 84-98. [\[Link\]](#)
13. Roohi A. Theoretical and applicable approaches in anxiety disorders in children. *Exceptional Education*. 2014; 3 (125): 47-58. [Persian]. [\[Link\]](#)
14. Leak GK, Williams DE. Relationship between social interest and perceived family environment. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*. 1991; 47(1): 159–165. [\[Link\]](#)
15. Mosak HH. Adlerian psychotherapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies*; Peacock Publishers; 2013, pp: 65–116. [\[Link\]](#)
16. Watts RE. Adlerian, cognitive, and constructivist therapies: An integrative dialogue. Springer Publishing Company; 2003, pp: 46-47. [\[Link\]](#)
17. Wong YJ. The psychology of encouragement: Theory, research, and applications. *The Counseling Psychologist*. 2015; 43(2):178-216. [\[Link\]](#)
18. Agarwal SM, Meany-Walen K. Application of Adlerian play therapy with multiracial children. *International Journal of Play Therapy*; 2019; 28 (4): 207-17. [\[Link\]](#)
19. Alizadeh H, Nasirifard N, Karami A. Adlerian-based Encouragement Training, Self-efficacy and Self-esteem of Female Adolescents Studying the Effectiveness. *Women's Studies Sociological and Psychological*. 2010; 8 (4): 143-168. [Persian]. [\[Link\]](#)
20. Watts RE, Ergüner-Tekinalp B. Positive psychology: A neo-Adlerian perspective. *The Journal of Individual Psychology*; 2017, 73 (4): 328-337. [\[Link\]](#)
21. Watts RE. Adlerian and constructivist therapies: A neo-Adlerian perspective. *The Journal of Individual Psychology*. 2017; 73(2):139-55. [\[Link\]](#)
22. Akay S, Bratton S. The effects of Adlerian play therapy on maladaptive perfectionism and anxiety in children: A single case design. *International Journal of Play Therapy*. 2017; 26 (2): 96-110. [\[Link\]](#)
23. Bahlmann R, Dinter L. Encouraging Self-Encouragement: An Effect Study of the Encouraging-Training Schoenaker-Concept. *Journal of Individual Psychology*. 2001; 57 (3): 273-88. [\[Link\]](#)
24. Carlson J, Watts R, Maniaci M. Adlerian therapy: Theory and practice. Washington, DC: American Psychological Association. 2006. [\[Link\]](#)
25. Meany-Walen KK, Teeling S. Adlerian play therapy with students with externalizing behaviors and poor social skills. *International Journal of Play Therapy*. 2016; 25 (2): 64-77. [\[Link\]](#)
26. Dillman Taylor D, Meany-Walen KK, Nelson KM, Gungor A. Investigating group Adlerian play therapy for children with disruptive behaviors: A single-case research design. *International Journal of Play Therapy*. 2019; 28 (3): 168-182. [\[Link\]](#)
27. Ostovar S, Razavieh A. The Study of Psychometric Properties of Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) for Use in Iran. *Journal Management System*. 2013; 3 (12): 69-78 [\[Link\]](#)
28. Allen P, Bennett K. SPSS for the health & behavioural sciences. Thomson; 2008. [\[Link\]](#)
29. Dinkmeyer DC, Sperry L. Counseling and psychotherapy: An integrated, individual psychology approach. Merrill; 2000. [\[Link\]](#)
30. Kałużna-Wielobób A. The community feeling versus anxiety, self-esteem and well-being—introductory research. *Polish Psychological Bulletin*. 2017; 48(2): 167- 174. [\[Link\]](#)