

## Research Paper

# Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and the Integrated Narrative Solutions Therapy on the Social Anxiety of First Grade High School Male Students

Dawood Ghanbari Akbarabad<sup>1</sup>, Abulghasem Isa Morad<sup>2\*</sup>, Abdullah, Shafiabadi<sup>3</sup>, Nur Ali Farrokhi<sup>4</sup>

1. Ph.D student in Counseling field, Sciences and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Professor of Clinical Psychology Department , Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran
3. Professor of Counseling Department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran
4. Professor of Measurement and Evaluation Department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Received: 2024/02/08

Revised: 2024/11/23

Accepted: 2024/11/24

Use your device to scan and read  
the article online



DOI:  
10.30495/jpmm.2024.3302  
4.3916

### Keywords:

cognitive behavioral  
therapy, integrated therapy  
of narrative solutions, social  
anxiety, students.

### Abstract

**Background and purpose:** The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and integrated narrative solutions therapy on social anxiety of male students.

**Methods:** The research was applied in terms of purpose and semi-experimental in terms of implementation with pre-test-post-test and control group. The statistical population was the male students of the first grade secondary school in Lahijan city, who 45 people were selected from the registered people using the purposeful sampling method after screening and controlling the entry and exit criteria and were placed randomly in three groups of 15 people. The experimental groups underwent cognitive-behavioral group therapy and narrative solutions in 10 sessions, and the control group did not receive any training during this period. The measuring instrument of the research was the Lajersa Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A). Finally, the data were analyzed using multivariate and univariate analysis of variance.

**Findings:** In addition to the significance of the multivariate and univariate analysis of variance test, the results of pairwise comparisons showed that the difference between the cognitive-behavioral group and the control group in total social anxiety and all its components is significant. Comparing the narrative solutions group with the control group, it was also found that the narrative solutions have a significant difference compared to the control group in total social anxiety and social avoidance and general sadness components, and there are no differences between them in the other two components. In the comparison of two experimental groups, it was also found that the cognitive-behavioral group had a more significant effect on general social anxiety and the fear of others negative evaluation than the narrative solutions group, and the differences were not significant in the other two components.

**Conclusion:** Both cognitive behavioral therapy and narrative solutions group can improve the social anxiety of first grade male students, and in the meantime, cognitive behavioral therapy has a greater and stronger effect, so this therapy can be used to improve students exposed to this anxiety.

**CitCiation:** Ghanbari Akbarabad D. Isa Morad A, Shafiabadi A, Farrokhi, NA. Comparison the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group therapy and the Integrated Narrative Solutions therapy on the Social Anxiety of first grade High School male students. Journal of Psychological Methods and Models. 2024; 15(57): 77- 92.

\*Corresponding author: AbulGhasem Isa Morad

**Address:** Dept. of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

**Tell:** 09121072259

**Email:** isamoradghasem@gmail.com

## Extended Abstract

### Introduction

Social anxiety disorder (SAD) is one of the most common psychological and psychiatric disorders in childhood and adolescence, and its prevalence in people under 18 years is between 8.3% and 27% (1). The 12-month prevalence of social anxiety disorder in children and adolescents is reported to be about 7%. The average age of onset of this disorder in the United States is 13 years old, and 75% of people have an onset age of 7 to 15 years (2). Therefore, this disorder mainly occurs in early adolescence (3).

Anxiety is a negative and unknown feeling of fear and worry with an unknown source that affects a person and includes helplessness, doubt and physiological stimulation (4). In fact, social anxiety is a specific and chronic fear of one or more social situations in which a person sees himself under the scrutiny of others and is afraid of doing something that will cause embarrassment or appear humiliating. For socially anxious people, the main concern is the fear of being noticed and negatively evaluated by others due to revealing the symptoms of social anxiety disorder. In fact, since people with social anxiety disorder are afraid of being negatively evaluated by others, this concern leads to Anxiety feelings, negative thoughts and feelings, both in real situations and in anticipation of social situations; Therefore, its main characteristic is the fear of evaluation by others (5).

Considering that the field of research related to the health of students and the social anxiety of children and adolescents is of particular importance and to some extent a research and knowledge gap in the direction of simultaneously paying attention to the educational issues of students was also felt during the study, the present research can be used as a practical approach. It helps to present an informed picture of the problem of social anxiety of first secondary school students and provides the means to control emotions and reduce anxiety. Finally, the current research aims to answer this question, is there a difference in the effectiveness of group therapy using the cognitive-behavioral method and the combined method of narrative solutions on

reducing the social anxiety of ninth grade male students?

### Materials and Methods

The current research was of applied type and semi-experimental design with pre-test-post-test along with the control group. In this plan, three groups of therapeutic interventions based on cognitive behavioral approach and narrative solutions are considered as independent variables and the level of social anxiety as a dependent variable. The statistical population of this research was the students of the first secondary level in the ninth grade of Lahijan city in the academic year of 2022-2023 in three schools that were randomly selected in a cluster, whose number was 449. The sampling method was purposive at first and then simple random sampling method.

Tool: Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): In this research, the variable of social anxiety was measured by the Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) as a pre-test and post-test. This questionnaire was invented by Lajarsa (19) and contains 18 items. The result of the factor analysis on these 18 items was the extraction of 3 factors: - Fear of negative evaluation by peers, including 8 items that assess the fear and worry of teenagers from the negative evaluation of peers. 2-Social avoidance and sadness in new situations, which includes 6 items that evaluate teenagers' social avoidance and sadness in social situations. 3- Avoidance and general sadness, which includes 4 items and evaluates sadness and general discomfort (20).

### Findings

The results of the Kolmogorov-Asmirnov test, the Levenen test, the M box test and Homogeneity of the regression slope analysis performed.

In the current study, cognitive-behavioral group therapy based on Hoffmann's model (15), and treatment of narrative solutions were prepared and implemented according to the approach of this therapeutic method of Eron, & Lund.

The Findings show that there is significant difference between at least two groups of the three groups in terms of social anxiety and

its components. The effect of these interventions in the post-test stage can also be seen in the table.

### Discussion

In explaining the findings of the current research, it can be said that adolescence is considered the beginning of the path of independence and individuality, and many adolescents do not have the ability to properly deal with these stressful factors due to their lack of skills and experience (24). Therefore, they experience performance anxiety in challenging situations. Also, according to Rector et al. (25)), the continuation of fear, psychological symptoms of anxiety and avoidance behaviors lead to significant disturbance during personal, professional and social life. In this regard, Leonard and Abramovich (8) showed in a research that more than 61% of teenagers experience a high level of social anxiety. Considering the fact that the school is one of the most important organized and official institutions of the society, it should provide a healthy environment, flourish the body and mind of the children of the society and make them responsible towards themselves, family and society. To achieve this goal, students' health must be ensured. It is obvious that a student with low self-confidence and anxiety cannot receive cheerfulness, peace of mind and stability in the classroom and educational environment. An anxious student simply cannot express and display his abilities and talents in school in front of teachers and peers. In order to have healthy and safe teenagers, we must equip them with skills that can overcome their anxiety in a creative way in different situations, in order to have the necessary self-confidence in interpersonal communication and social activities while showing their capabilities. to have

Group cognitive-behavioral therapy strengthens the social, behavioral and cognitive skills of the members and this can lead to the reduction of social anxiety (5) if therapeutic interventions are not carried out, this disorder leads to a long period of disability and the affected person has many problems in The sphere of personal and social functioning is borne. Cognitive-behavioral group therapy is a combination of

both cognitive and behavioral therapy, which not only changes and replaces the patient's unhealthy thought patterns with newer and healthier thoughts, but also through the use of techniques and behavioral methods such as muscle relaxation and visualization., courage training and, of course, confronting the source of anxiety, role playing, etc., also try to reduce the symptoms of the disease (15).

Also, considering the effectiveness of the narrative solutions approach, in explaining the effectiveness of this approach in reducing social anxiety, by creating a good relationship during the intervention, encouraging them to talk and express their desires, the existence of a suitable atmosphere, and encouraging them to find and express the issues Exceptions in life, avoiding blame, using jokes and enigmatic questions, providing a safe place to express goals, desires and needs, created a friendly and empathetic atmosphere that created an experience of effective and safe presence in the community for the group. provided examples and led to the reduction of social anxiety.

People have strong preferences for how they like to see themselves and be seen by others; Problems arise when people do not live up to their preferred views. When people experience a discrepancy between their preferred views and their perceptions of their actions or perceptions of how others regard them, they begin to think and act in problematic ways (18). Group therapy of narrative solutions in examining people's preferences, pays attention and intervenes to the gaps that exist between the perception and experience of the members regarding what they like, to be and have for change and correction.

### Conclusion

Therefore, the treatment of narrative solutions by relying on changing unsubstantiated and negative narratives and improving the ability to create logical, true,

healthy and positive narratives of situations has prevented the occurrence of signs of social anxiety. Also, comparing the two treatments in improving the components of social anxiety, cognitive behavioral therapy had a better performance in all components compared to the control group and narrative therapy in reducing the negative components of social anxiety. But the treatment of narrative solutions did not have a different effect even in the two components of fear of negative evaluation and sadness in new situations, even compared to the control group. This could be due to more structured planning for intervention in cognitive, emotional and behavioral fields in cognitive behavioral therapy, while narrative therapy only focuses on changing people's mental narratives and does not have specific behavioral activation on the agenda.

#### **Ethical Considerations compliance with ethical guidelines**

This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the counseling field of Islamic Azad University, Research Sciences Unit of Tehran, and all ethical codes have been observed in it.

#### **Funding**

No funding.

#### **Authors' contributions**

The first author is the main researcher of this research, and the second, third, and fourth authors are mentors and research

advisors

#### **Conflicts of interest**

The authors do not declare any conflict of interest related to this research.

## مقاله پژوهشی

## مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری و درمان تلفیقی راه‌حل‌های روایتی بر اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان پسر متوسطه اول

داوود قنبری اکبرآباد<sup>۱</sup>، ابولقاسم عیسی‌مراد<sup>۲\*</sup>، عبدالله شفیعی آبادی<sup>۳</sup>، نورعلی فرخی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکتری تخصصی رشته مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲- استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۳- استاد گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۴- استاد گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

## چکیده

**زمینه و هدف:** این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری و درمان تلفیقی راه‌حل‌های روایتی بر اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه اول انجام شده است.

**روش:** پژوهش به لحاظ هدف از نوع کاربردی و به لحاظ اجرا نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری دانش‌آموزان پسر متوسطه اول شهر لاهیجان بودند که از میان افراد ثبت‌نامی به روش نمونه‌گیری هدفمند بعد از غربالگری و کنترل ملاک‌های ورود و خروج، ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی در ۱۰ جلسه تحت درمان گروهی شناختی رفتاری و راه‌حل‌های روایتی قرار گرفتند و گروه کنترل در طول این مدت آموزشی ندید. ابزار سنجش پژوهش پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی لاجرسا بود. در پایان داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره و تک متغیره بر نمرات تفاضل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** علاوه بر معنادار شدن آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و تک متغیره، نتایج مقایسه‌های جفتی نشان داد که تفاوت گروه شناختی رفتاری با کنترل در اضطراب اجتماعی کل و تمامی مولفه‌های آن معنادار است. در مقایسه گروه راه‌حل‌های روایتی با گروه کنترل نیز مشخص شد که راه‌حل‌های روایتی نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری در اضطراب اجتماعی کل و مولفه اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی دارد و در دو مولفه دیگر دو گروه تفاوتی ندارند. در مقایسه دو آزمایشی نیز مشخص شد گروه شناختی رفتاری در اضطراب اجتماعی کل و مولفه ترس‌آزادزیایی منفی دیگران تاثیر معنادار روان‌شناختی از گروه راه‌حل‌های روایتی داشته است و در دو مولفه دیگر تفاوت‌ها معنادار نبود. **نتیجه‌گیری:** هردو درمان شناختی رفتاری گروهی و راه‌حل‌های روایتی می‌توانند اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان پسر متوسطه اول را بهبود بخشند و در این میان درمان شناختی رفتاری تاثیر روان‌شناختی و قوی‌تری دارد، لذا می‌توان از این درمان جهت بهبود دانش‌آموزان در معرض این اضطراب استفاده کرد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۱۹

تاریخ داوری: ۱۴۰۳/۰۹/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۴

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI: 10.30495/jpmm.2024.33024.3916

## واژه‌های کلیدی:

درمان شناختی رفتاری، درمان تلفیقی راه‌حل‌های روایتی، اضطراب اجتماعی، دانش‌آموزان.

\* نویسنده مسئول: ابولقاسم عیسی مراد

نشانی: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

تلفن: ۰۹۱۲۱۰۷۲۲۵۹

پست الکترونیکی: A\_isamorsd\_s@yahoo.com



## مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۱</sup> از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی و روان‌پزشکی در دوره‌های کودکی و نوجوانی است و شیوع آن در افراد زیر ۱۸ سال بین ۸/۳ درصد تا ۲۷ درصد است (۱). میزان شیوع دوازده ماهه اختلال اضطراب اجتماعی در کودکان و نوجوانان حدود ۷ درصد گزارش شده است. متوسط سن شروع این اختلال در ایالات متحده ۱۳ سالگی است و ۷۵ درصد افراد، سن شروع ۷ تا ۱۵ سال را دارند (۲). بنابراین، این اختلال عمدتاً در اوایل دوره نوجوانی بروز می‌کند (۳).

به طور کلی، اضطراب یک حس منفی و نامعلوم از ترس و نگرانی با منبعی ناشناخته است که فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و شامل درماندگی، تردید و تحریک فیزیولوژیکی است (۴). اضطراب اجتماعی، یک فویبای خاص و زمان‌بر از یک یا چند موقعیت اجتماعی خاص است که در آن فرد خود را در معرض تهدید قضاوت دیگران می‌بیند و از این هراس دارد که مبادا کاری انجام دهد که باعث سرافکنندگی شود یا تحقیرآمیز باشد. برای افراد مضطرب از نظر اجتماعی، عمده‌ترین نگرانی، ترس از مورد توجه بودن و ارزیابی منفی از طرف دیگران به سبب آشکارسازی علائم ناپسند است، در واقع، با توجه به اینکه افراد مبتلا به این اختلال از قضاوت منفی اطرافیان می‌ترسند، این حالت به احساسات اضطرابی، افکار و احساسات منفی، هم در موقعیت‌های واقعی و هم در پیش‌بینی موقعیت‌های اجتماعی منتج می‌شود؛ بنابراین، ویژگی واضح و اصلی آن هراس از ارزیابی دیگران است (۵).

مک‌آلوی و همکاران (۶) معتقدند نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی به طور کلی مرادوات اجتماعی ضعیف و توانایی کمتری نسبت به هم‌سالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات روان‌شناختی روبرو می‌شوند. نوجوانی دوره‌ای است که روان‌شناختین خطر را برای بروز مشکلات اضطراب اجتماعی در پی دارد و در نتیجه مشکلات تحصیلی ایجاد می‌شود. این مشکلات اگر درمان نشود با دوره‌ای مزمن و پنهان همراه می‌گردد و اختلال اساسی در کارکرد حوزه‌های اجتماعی، عملکردهای علمی، خانوادگی و شخصی ایجاد می‌کند و سبب کاهش کیفیت زندگی می‌شود. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ممکن است برخی از علائم زیر را هم‌زمان با تجربه شرایط اضطراب‌زای محیطی تجربه کنند. این علائم به صورت: ۱- علائم جسمانی مانند: تعریق، لرزش، تپش قلب، اسهال، سرخ شدن؛ ۲- علائم شناختی مانند: ترس از تحقیر،

ترس از انتقاد، داشتن تفکر بی‌کفایت بودن و ارزیابی منفی و ۳- علائم رفتاری مانند: اجتناب از محیط اجتماعی، گریه کردن، لرزیدن، عدم توانایی در ایستادن و ایستادگی طبقه‌بندی شده‌اند (۷).

به منظور کاهش نشانه‌های منفی این اختلال درمان‌های زیادی وجود دارند؛ اما با توجه به اینکه یکی از پایه‌های اساسی این اختلال افکار ناکارآمد و غیرواقعی در باب خطر حضور در جمع دیگران است، به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری<sup>۲</sup> تاثیر مثبتی را بتواند در بهبود این اختلال ایجاد نماید. از دیدگاه درمان شناختی رفتاری مبتلایان به "اختلال اضطراب اجتماعی" خود را از نگاه فرد دیگری می‌بینند. از این رو، درمان کارآمد، درمانی است که هدف آن تغییر شناخت‌های ناکارآمد به کمک مداخله‌های شناختی باشد. از سوی دیگر، درمان راه‌حل‌های روایتی<sup>۳</sup> فرض می‌کند که افراد ترجیحات قوی‌ای برای این که دوست دارند چه طور خودشان را ببینند و توسط دیگران دیده شوند، دارند (۸). مشکلات زمانی به وجود می‌آید که افراد مطابق با دیدگاه‌های ترجیحی خود زندگی نمی‌کنند. وقتی افراد بین دیدگاه‌های ترجیحی خود و ادراک‌شان از اعمال یا برداشت‌های‌شان نسبت به این که چگونه دیگران به آن‌ها احترام می‌گذارند، ناهمخوانی را تجربه می‌کنند، شروع می‌کنند به فکرکردن و عمل کردن به شیوه مشکل‌آفرین. درمان گروهی راه‌حل‌های روایتی در مداخلات گروهی خود به تغییر روایت‌های غیرواقعی‌بنیانه و مبتنی بر رویا و آرزو پرداخته و روایت‌های مبتنی بر توانمندی و شرایط قابل‌دستیابی و مبتنی بر شرایط واقعی را جایگزین می‌کند (۹).

در پیشینه تاثیرگذاری درمان‌های مذکور برخی پژوهش‌های مهم یافت شد. در این بررسی‌ها درمان شناختی رفتاری و روایت‌درمانی کارآمدی خود را در برخی حوزه‌های مهم نشان داده‌اند. برای مثال، در پژوهش‌های تارنر و دیگران (۱۰)، کلارک و همکاران (۱۱) و فاتحی‌زاده و دیگران (۱۲) تاثیر درمان گروهی شناختی رفتاری بر اضطراب تایید شده است. هم‌چنین، در پژوهش بیدل و دیگران (۱۳) اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی تایید شده است. هم‌چنین، در برخی پژوهش‌های دیگر نظیر پژوهش عطری‌فرد و دیگران (۱۴) در تایید اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن (۱۵) بر بهبود عواطف منفی دانش‌جویان، پژوهش قادری و همکاران (۱۶) در تایید تاثیر مثبت روایت‌درمانی بر کنترل عواطف در نوجوانان دختر، پژوهش نظیری و همکاران (۱۷) در

2. Cognitive-Behavior Therapy

3. Narrative solutions

1. Social Anxiety Disorder

پرسش‌نامه مرحله پس‌آزمون را تکمیل کردند. لازم به ذکر است به دلیل محدودیت در دسترسی به دانش‌آموزان بعد از گذشت یکماه از مرحله پس‌آزمون به دلایلی نظیر تغییر محل سکونت، شرایط قرنطینه دوران کرونا و انتقال پرونده و عدم همکاری برخی والدین آزمون پیگیری قابل‌انجام نبود.

### ابزار پژوهش

**مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان:** در این پژوهش متغیر اضطراب اجتماعی به وسیله مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. این پرسش‌نامه توسط لاجرسا (19) تهیه شده است و شامل ۱۸ گویه است. نتیجه تحلیل عاملی روی این ۱۸ گویه، تایید و استخراج ۳ عامل بوده است: ۱- ترس از ارزیابی منفی توسط همسالان که شامل ۸ سوال است که ترس و نگرانی نوجوانان را از ارزیابی منفی همسالان ارزیابی می‌کند؛ ۲- اجتناب و ناراحتی اجتماعی در موقعیت‌های جدید که شامل ۶ گویه است که اجتناب و اندوه اجتماعی نوجوانان را در موقعیت‌های اجتماعی ارزیابی می‌کند. و ۳- اجتناب و اندوه عمومی که شامل ۴ گویه است و اندوه و ناراحتی‌های عمومی را ارزیابی می‌کند (لاجرسا و همکاران (۲۰)). این مقیاس به صورت ۵ درجه‌ای (از کاملاً شبیه من = ۵، تا کاملاً متفاوت از من = ۱) می‌باشد. حداقل و حداکثر امتیاز این پرسش‌نامه ۱۸ و ۹۰ می‌باشد. نمره‌های بالا در این مقیاس حاکی از اضطراب بالا می‌باشد. روایی سازه این مقیاس در چندین مطالعه مختلف مطلوب گزارش شده است. لاجرسا و لوپز (۲۰) دریافتند نوجوانانی که نمره بالایی در مقیاس اضطراب اجتماعی کسب کرده بودند، نمره خودادراکی پایینی از پذیرش همسالان گزارش کرده بودند. نوجوانانی که اضطراب اجتماعی داشتند، نسبت به نوجوانان دارای اختلال اضطرابی دیگر، نمرات بالاتری را در مقیاس اضطراب اجتماعی کسب کردند. پایایی مقیاس به روش بازآزمایی دامنه‌ای از ۰/۵۴ تا ۰/۷۵ برای یک فاصله زمانی ۸ هفته‌ای را نشان داده و از ۰/۴۷ تا ۰/۷۵ برای یک فاصله زمانی ۶ ماهه گزارش شده است (۲۰). در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران نیز تلاش‌های زیادی صورت گرفته است. از جمله استوار و همکاران (۲۲) ساختار سه عاملی این مقیاس را روی نمونه‌ای از نوجوانان ایرانی مورد تایید قرار داده و روایی آن را مطلوب گزارش کرده‌اند و ضریب پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی با فواصل زمانی از یک تا چهار هفته، ۰/۸۸ به دست آورده‌اند. افزون بر آن همسانی درونی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفا برای زیرمقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی دیگران، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید و اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶،

تایید اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر کاهش علائم افسردگی، افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد، پژوهش قمری کیوی و مجرد (۱۸) در تایید اثربخشی روایت‌درمانی بر اضطراب نوجوانان و در نهایت در پژوهش قوامی و همکاران (۹) تاثیر مثبت روایت‌درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش عزت‌نفس، کارایی این درمان‌ها در حوزه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است.

با توجه به این که حوزه پژوهش مربوط به سلامت دانش‌آموزان و اضطراب اجتماعی نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است و تا حدودی خلاء پژوهشی ناشی از کمبود پژوهش‌های درمانی مقایسه‌ای در باب اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان وجود دارد، پژوهش حاضر می‌تواند به عنوان رویکردی کاربردی به ارائه تصویری آگاهانه از مسئله اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان متوسطه اول کمک نماید و موجبات کنترل هیجان و کاهش اضطراب را فراهم کند. در نهایت، این پژوهش در صدد پاسخگویی به این مسئله بود که آیا تفاوتی در میزان اثربخشی درمان گروهی به روش شناختی-رفتاری و روش راه‌حل‌های روایتی بر کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان پسر پایه نهم وجود دارد یا خیر؟

### مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کاربردی و طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. در این طرح سه گروهی مداخلات درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری و راه‌حل‌های روایتی به عنوان متغیر مستقل و سطح اضطراب اجتماعی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است. جامعه آماری این پژوهش، دانش‌آموزان پسر سال آخر مقطع متوسطه اول در پایه نهم شهر لاهیجان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بودند و تعداد آنها ۴۴۹ نفر بودند. گروه نمونه در ابتدا بصورت هدفمند به وسیله غربالگری انتخاب و سپس، به روش تصادفی ساده در گروهها گمارده شدند. لذا ابتدا تعداد ۶۹ دانش‌آموز ثبت‌نامی و داوطلب شرکت در پژوهش که در غربالگری شرکت کردند، پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی را تکمیل کردند و سپس ۴۵ دانش‌آموز پسر که هم دارای ملاک‌های اضطراب اجتماعی بودند و هم ملاک‌های ورود (شامل رضایت به شرکت در جلسات درمانی و داشتن سن ۱۳ تا ۱۶ سال و تحصیل در دوره متوسطه اول) انتخاب شدند و در سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با روش تصادفی ساده و با استفاده از روش قرعه‌کشی گمارده شدند. سپس درمان‌های گروهی دو گروه آزمایش آغاز گردید و برای گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی داده نشد. نمره مرحله غربالگری به عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد و پس از پایان جلسات همه دانش‌آموزان در شرایطی یکسان

در این پژوهش درمان گروهی شناختی-رفتاری بر اساس الگوی هافمن (۱۵) و درمان راه‌حل‌های روایتی با توجه به الگوی درمانی ارن و لاند (۲۳) آماده و اجرا شد. محتوای جلسات به صورت خلاصه در جداول ۱ آورده شده است.

و ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند (۲۲). خواجه و همکاران (۲۱) در پژوهش خود به منظور محاسبه پایایی مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان، از روش آلفای کرونباخ استفاده کرده و برای مولفه ترس از ارزیابی منفی ضریب آلفای ۰/۵۸، برای مولفه اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید ضریب آلفای ۰/۷۰، و برای بعد اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی ضریب آلفای ۰/۵۸ را گزارش کرده‌اند.

### جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات درمان گروهی شناختی-رفتاری هافمن و درمان با رویکرد راه‌حل‌های روایتی جلسات

جلسه اول	درمان گروهی شناختی-رفتاری هافمن (۱۵)	درمان گروهی راه‌حل‌های روایتی (22)
هدف	محتوا	تکلیف
ایجاد ارتباط موثر و جلب اعتماد اعضا	جلب مشارکت اعضا، تعیین اهداف، بیان قوانین گروه، افزایش انگیزه، ایجاد حس امیدواری برای تغییر، احساس امنیت و ایجاد همبستگی.	جلب مشارکت اعضا تعیین اهداف، بیان قوانین گروه، افزایش انگیزه، ایجاد حس امیدواری برای تغییر، احساس امنیت و ایجاد همبستگی.
آموزش مدل ABC درمان شناختی-رفتاری	مرور جلسه قبل، بررسی قدرت معانی، درک این مطلب که چگونه افکار و اندیشه‌های شما، احساسات و تفکر شما را شکل می‌دهد. تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده.	آموزش مدل راه‌حل‌های روایتی
جلسه سوم	مرور جلسه قبل، شناسایی باورها و تفکر بنیادین و تغییر در آن، شناسایی افکار خودشکن و خودگویی‌های منفی و جایگزینی افکار واقع‌بینانه‌تر و سازگارانه‌تر.	مرور جلسه قبل، آشنایی و آگاهی اعضا در مورد بهترین حالات و صحبت و بحث در مورد اینکه در چه مواقعی در بهترین حالات خود هستند.
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل، بیان نظریه‌های اختلال هیجانی و بازسازی شناختی، سبک تفکر توام با خطا، تمرین طبقه‌بندی باورها و فرآیند تفکر، تقویت اجتماعی و خودتقویتی. تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده.	مرور جلسه قبل، چگونگی گسترش حالات خوب، صحبت اعضا در خصوص رابطه با هم کلاسی‌ها و هم مدرسه‌ای‌ها، اثرات رفتارشان بر خود و دیگران.
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه قبل، بیان پیشرفت‌های مهم خود، شناسایی موضوعاتی که دوست دارند در دستور کار جلسه بگنجانند، بررسی	مرور جلسه قبل، پرداختن به تکلیف جلسه قبل، بیان پیشرفت‌های مهم خود، شناخت و بحث در مورد موارد استثنا، بحث در مورد رابطه با معلمان در کلاس و مسئولان مدرسه.



پیامدهای رفتاری ناشی از باورها، تمرین القای فکر.						
جلسه ششم	شناخت افکار خودآیند و تحریف‌های شناختی	مرور جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه قبل، بیان پیشرفتهای مهم خود، ویژگی‌های افکار خودآیند و به تبع آن رفتارهای ناسازگار و مخرب و چگونگی شناسایی آنها، شناسایی آنها در تفکر خود.	هر قدر می‌توانید افکار خودآیند خود را در طول هفته، شناسایی و بنویسید.	ترجیحات و خشم و پرخاشگری	مرور جلسه قبل، پرداختن به تکلیف جلسه قبل، بیان پیشرفتهای مهم خود، بررسی واکنش‌های منفی به برخی ترجیحات ذهنی بازخوردهای اعضا.	هر عضوی چه زمان یا مواقعی احساس کرده بود فردی است که می‌خواست باشد؟ شرایطش چگونه بود؟
جلسه هفتم	خشم و پرخاشگری در مدل ABC	مرور جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه قبل، بیان پیشرفت‌های مهم خود، تشخیص موقعیت و افرادی که مطابق مدل ABC باعث خشم می‌شوند، توجه به افکار و باورهای قبل از پرخاشگری (B).	نوشتن حساسیت‌های محیطی	ترجیحات و موقعیت‌ها	مرور جلسه قبل، پرداختن به تکلیف جلسه قبل، بیان پیشرفتهای مهم خود، بحث در مورد اینکه دوست دارند در کدام موقعیت بدون اضطراب رفتار کنند، برای تحقق این مسئله، چه تغییراتی در آنها لازم است.	نوشتن موارد استثناء زندگی‌شان
جلسه هشتم	تقویت بازسازی شناختی و تغییر باورها	مرور جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه قبل، بیان پیشرفت‌های مهم خود، آموزش و ارتقای مهارت‌های درون فردی و بین فردی، ارتقای مهارت بیان، ایفای نقش در خصوص یک موقعیت اضطراب‌زای اجتماعی و ارائه بازخورد.	تمرین پرسیدن سوال از معلم در کلاس و گزارش	برانگیختگی و تقویت تغییر	مرور جلسه قبل، پرداختن به تکلیف جلسه قبل، بیان پیشرفتهای مهم خود، بحث در مورد اینکه اگر مشکل حل شود آینده چطور خواهد بود؟ اجرای پرسش‌های معماگونه، هم‌چنین، کمک به اعضا در پیدا کردن تبیین‌های جایگزین.	نوشتن مواردی که برخلاف میل‌شان در کلاس و مدرسه برای آنها رخ می‌دهد.
جلسه نهم	آماده کردن برای پایان جلسات	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی پیشرفت و رسیدن اعضا به اهداف، آموزش چگونگی انتقال یادگرفته‌ها به زندگی واقعی، تمرینی مشتمل بر شبیه‌سازی دنیای واقعی، بررسی کارهای ناتمام اعضا،	بازخورد احساسی	ایجادآمدگی برای پایان جلسات	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی پیشرفت و رسیدن اعضا به اهداف، آموزش چگونگی انتقال یادگرفته‌ها به زندگی واقعی، بررسی کارهای ناتمام اعضا،	نوشتن مواقعی که دچار اضطراب می‌شوند و میزان اضطراب.
جلسه دهم	حفظ و تداوم تغییرات و پیشگیری از بازگشت	مرور یادگیری‌ها توسط اعضا، یادآوری و گزارش تغییرات و روزرسانی آنها، تقویت اجتماعی و خودتقویتی اعضا، پذیرش مسئولیت و تغییر، و حفظ و تداوم آن. برنامه‌ریزی برای اجرای پس‌آزمون.	تمرین تثبیت	حفظ و تداوم تغییرات و پیشگیری از بازگشت	مرور و گفتگو در مورد ترجیحات و امیدها و خواسته‌هایشان، و اینکه در این مورد با چند نفر توانستند صحبت کنند، اثراش چگونه بود، و ترغیب اعضا به این فعالیت. برنامه‌ریزی برای اجرای پس‌آزمون.	در چه موقعیت‌هایی از زندگی‌شان لازم است تبیین‌های جایگزین بیابند؟ آن تبیین‌های جایگزین چگونه‌اند؟

## جدول ۲. شاخص‌های توصیفی اضطراب اجتماعی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	مرحله	شناختی رفتاری		راه حل روایتی		کنترل	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
ترس از ارزیابی منفی توسط همسالان	پیش‌آزمون	۲۱/۸	۲/۵	۲۰/۴	۴/۸	۲۰/۹	۴/۱
	پس‌آزمون	۱۴/۱۷	۳/۸	۱۶/۸	۵/۱	۲۰/۳	۳/۵
اجتناب و اندوه اجتماعی در موقعیت‌های جدید	پیش‌آزمون	۱۷/۶	۳/۶	۱۷/۲	۳/۷	۱۵/۵	۲/۵
	پس‌آزمون	۱۱/۳	۱/۶	۱۲/۵	۴/۸	۱۵/۳	۲/۳
اجتناب و اندوه عمومی	پیش‌آزمون	۱۷/۳	۲/۴	۱۵/۸	۱/۶	۱۴/۳	۱/۵
	پس‌آزمون	۱۰/۹	۱/۲	۱۱/۵	۱/۳	۱۳/۳	۱/۶
اضطراب اجتماعی کل	پیش‌آزمون	۵۰/۲۳	۷/۶۴	۵۰/۸۳۳	۱۰/۱۵	۵۰/۱۶۷	۶/۹
	پس‌آزمون	۳۱/۳۳۳	۸/۴	۴۰/۶۷	۸/۴۸	۴۸/۰۸۳	۶/۸۶

مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف ( $F=۲/۱۶۷, P<۰/۰۵$ )، آزمون لون ( $Z=۰/۱۳, P=۰/۲۰۰$ )، همگنی شیب رگرسیون آزمون ام‌باکس ( $F=۱, P<۰/۰۵$ )، همگنی شیب رگرسیون آزمون اسپس ( $F=۲/۱۵۱, Sig=۰/۱۱۵$ ) به دست آمد. سپس آزمون تحلیل واریانس انجام گرفت. که به دلیل رعایت اختصار در نگارش از ذکر جداول آنها خودداری می‌شود. حال به منظور سنجش دقیق تفاوت‌های گروهها در هر یک از ابعاد، تحلیل واریانس تک‌متغیره در ادامه اجرا شده است.

در این پژوهش به دلیل مشخص نبودن میزان اثر پیش‌آزمون به عنوان یک متغیر اثرگذار موازی با درمان‌ها بر متغیرهای وابسته و همچنین، کنترل تفاوت‌های فردی افراد در پیش‌آزمون‌ها با آزمون‌های نرمال بودن و برابری خطای واریانس و تقسیم تصادفی افراد به گروههایی با تعداد افراد یکسان، شرایط برای هر دو گروه یکسان و تصادفی بوده و احتمال مداخله موازی اثر پیش‌آزمون به حداقل می‌رسد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و تک‌متغیره بر نمرات تفاضل استفاده شد. پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس، پیش‌فرض‌های آن

## جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره بر روی مولفه‌های اضطراب اجتماعی و نمره کل

متغیرها	اثر	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
ترس از ارزیابی منفی توسط همسالان	پیلای	۰/۴۵۲	۱/۷۷	۹	۹	۰/۰۳	۰/۴۷
اجتناب و اندوه اجتماعی در موقعیت‌های جدید	لامبدای و یلکز	۰/۵۵۴	۲/۰۸	۹	۶۸/۳	۰/۰۴۳	۰/۱۹
اجتناب و اندوه عمومی	هتلینگ	۰/۷۹۴	۲/۳۵	۹	۸۰	۰/۰۲۱	۰/۴۰
اضطراب اجتماعی کل	بزرگترین ریشه روی	۰/۷۸۰	۱/۷۸	۹	۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳

نتایج جدول ۳ نشان داد که حداقل از لحاظ یک متغیر میان درمان‌ها تفاوت وجود دارد.

## جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه بر روی میانگین نمره پیش‌آزمون- پس‌آزمون اضطراب اجتماعی

متغیرها	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
ترس از ارزیابی منفی توسط همسالان	گروه	۱۴۱/۲۷	۲	۷۰/۶۳	۱۳/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷
اجتناب و اندوه اجتماعی در موقعیت‌های جدید	گروه	۶۰/۲۱	۲	۳۰/۱۰	۳/۴۹	۰/۰۴۳	۰/۱۹
اجتناب و اندوه عمومی	گروه	۳۸/۰۵	۲	۱۹/۰۲	۱۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۰
اضطراب اجتماعی کل	گروه	۱۷۴۵/۵۳۸	۲	۸۷۲/۷۶۹	۱۷/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری به دست آمده ( $P=0/001$ ) از سطح معناداری آلفا  $0/05$  کوچک‌تر است. لذا نتایج نشان می‌دهد حداقل میان دو گروه از گروه‌های سه‌گانه به لحاظ اضطراب اجتماعی و مولفه‌های آن تفاوت معنادار وجود دارد. میزان تأثیر این مداخلات در مرحله پس‌آزمون نیز در جدول مشاهده می‌شود. بر پایه‌ی نتایج جدول ۴ مقدار  $F$  در متغیر ترس از ارزیابی منفی با مقدار  $\eta^2 = 0/47$ ،  $P=0/001$ ،  $F=13/27$ ، در متغیر اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید با مقدار  $\eta^2 = 0/19$ ،  $P=0/043$ ،  $F=3/49$ ، و در متغیر اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی با مقدار  $\eta^2 = 0/40$ ،  $P=0/001$ ،  $F=10/07$  می‌باشد که نشان می‌دهد تمامی مولفه‌ها در سطح  $P=0/05$  معنادار است. به منظور بررسی روان‌شناختی و این که بین کدام یک از گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد آزمون تعقیبی با استفاده از شیوه بونفرونی برای تشخیص تفاوت‌های دو به دو میان گروه‌های سه‌گانه محاسبه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری به دست آمده ( $P=0/001$ ) از سطح معناداری آلفا  $0/05$  کوچک‌تر است. لذا نتایج نشان می‌دهد حداقل میان دو گروه از گروه‌های سه‌گانه به لحاظ اضطراب اجتماعی و مولفه‌های آن تفاوت معنادار وجود دارد. میزان تأثیر این مداخلات در مرحله پس‌آزمون نیز در جدول مشاهده می‌شود. بر پایه‌ی نتایج جدول ۴ مقدار  $F$  در متغیر ترس از ارزیابی منفی با مقدار  $\eta^2 = 0/47$ ،  $P=0/001$ ،  $F=13/27$ ، در متغیر اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید با مقدار  $\eta^2 = 0/19$ ،  $P=0/043$ ،  $F=3/49$ ، و در متغیر اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی با مقدار  $\eta^2 = 0/40$ ،  $P=0/001$ ،  $F=10/07$  می‌باشد که نشان می‌دهد تمامی مولفه‌ها در سطح  $P=0/05$  معنادار است. به منظور بررسی روان‌شناختی و این که بین کدام یک از گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد آزمون تعقیبی با استفاده از شیوه بونفرونی برای تشخیص تفاوت‌های دو به دو میان گروه‌های سه‌گانه محاسبه شده است.

## جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو مولفه‌های متغیر اضطراب اجتماعی

مقایسه زوجی	اختلاف میانگین	انحراف میانگین	سطح معناداری	مولفه‌ها
گروه کنترل	-۵/۸	۱/۱۷	۰/۰۰۱	ترس از ارزیابی منفی
گروه کنترل	-۲/۱	۱/۰۴	۰/۱۵	راه‌حل‌های روایتی
راه‌حل‌های روایتی	-۳/۷	۰/۹۹	۰/۰۰۲	شناختی رفتاری
گروه کنترل	-۳/۹	۱/۴۹	۰/۰۴	شناختی رفتاری
گروه کنترل	-۲/۳	۱/۳۲	۰/۲۶	راه‌حل‌های روایتی
راه‌حل‌های روایتی	-۱/۶	۱/۲۳	۰/۶۸	شناختی رفتاری
گروه کنترل	-۳/۱	۰/۶۹	۰/۰۰۱	شناختی رفتاری
گروه کنترل	-۲/۱	۰/۶۲	۰/۰۰۶	راه‌حل‌های روایتی
راه‌حل‌های روایتی	-۰/۹۶	۰/۵۹	۰/۳۵	شناختی رفتاری
گروه کنترل	-۱۷/۰۶۳	۲/۸۷۰	۰/۰۰۱	شناختی رفتاری
گروه کنترل	-۸/۲۲۹	۲/۸۷۰	۰/۰۲۲	راه‌حل‌های روایتی
راه‌حل‌های روایتی	-۸/۸۳۳	۲/۸۶۹	۰/۰۱۳	شناختی رفتاری

جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین گروه شناختی رفتاری با گروه کنترل در اضطراب اجتماعی کل و تمامی مولفه‌های آن معنادار و گروه شناختی رفتاری توانسته است تأثیر معناداری در کاهش آنها نسبت به گروه کنترل داشته باشد. در مقایسه گروه راه‌حل‌های روایتی با گروه کنترل نیز مشخص شد که راه‌حل‌های روایتی نسبت به گروه کنترل در اضطراب اجتماعی کل و مولفه اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی تأثیری معنادار داشته است و در دو مولفه دیگر تفاوتی با گروه کنترل در پس‌آزمون

جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین گروه شناختی رفتاری با گروه کنترل در اضطراب اجتماعی کل و تمامی مولفه‌های آن معنادار و گروه شناختی رفتاری توانسته است تأثیر معناداری در کاهش آنها نسبت به گروه کنترل داشته باشد. در مقایسه گروه راه‌حل‌های روایتی با گروه کنترل نیز مشخص شد که راه‌حل‌های روایتی نسبت به گروه کنترل در اضطراب اجتماعی کل و مولفه اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی تأثیری معنادار داشته است و در دو مولفه دیگر تفاوتی با گروه کنترل در پس‌آزمون

نشان نداده است. در مقایسه دو گروه شناختی رفتاری و راه‌حل‌های روایتی نیز مشخص شد گروه شناختی رفتاری در اضطراب اجتماعی کل و مولفه ترس از ارزیابی منفی تأثیر معنادار روان‌شناختی از گروه راه‌حل‌های روایتی داشته است و در دو مولفه دیگر تفاوت‌ها معنادار نبود.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری مبتنی بر مدل هافمن و درمان گروهی به روش تلفیقی راه‌حل‌های روایتی «ارن و لاند» بر اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان متوسطه‌اول انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان گروهی شناختی رفتاری در نمره اضطراب اجتماعی کل و دیگر مولفه‌های آن نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری را ایجاد کرد. این بخش از یافته‌های پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های بیدل و همکاران (۱۳) و ارتضایی و نعمی (۲۴) مبنی بر تأثیر رویکرد شناختی رفتاری بر اضطراب و حالات روان‌شناختی منفی، همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت بدکارکردی روان‌شناختی می‌تواند ناشی از افکار غیرواقعی و به دنبال آن عواطف منفی و ناسازگارانه و رفتارهای هدایت‌شده ناکارآمد باشد، لذا، در نوجوانی به این دلیل که آغاز مسیر استقلال و تفرد بشمار می‌رود، بسیاری از نوجوانان به دلیل نداشتن مهارت و تجربه در کنترل افکار و عواطف و رفتارها، توانایی مقابله صحیح با وظایف سخت و فشارآور رشدی را ندارند (۲۵). بنابراین، در موقعیت‌های چالش‌انگیز اجتماعی به احتمال روان‌شناختی دچار اضطراب اجتماعی می‌شوند و ادامه نشانه‌های روانی اضطراب و رفتارهای اجتنابی ناشی از کمبود مهارت‌های شناختی رفتاری، به آشفتگی معنادار در طول زندگی شخصی، حرفه‌ای و اجتماعی منجر می‌شود. درمان شناختی رفتاری با آموزش فنونی منجر به اصلاح شناخت‌های منفی، اصلاح ساختارهای شناختی و بهبود عواطف منفی و همچنین، آموزش مواجهه به جای فرار از موقعیات ترسناک اجتماعی و واقع‌بینی روان‌شناختی در موقعیت‌های اجتماعی می‌شود (۱۰). لذا می‌توان گفت احتمالاً از راه توانمندسازی شناختی، عاطفی و رفتاری به کاهش احساس ترس و نگرانی ناشی از اضطراب اجتماعی، اندوه عمومی ناشی از احساس ناکارآمدی در موقعیات اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی دیگران کمک می‌نماید. اصلاح شناخت‌ها و رفتارهای فردی به دنبال افزایش توانمندی‌های شناختی رفتاری می‌تواند فرد را تا حدود معقولی از وابستگی به نظر و قضاوت و ارزیابی دیگران آزاد سازد (۲۶). لذا طبیعتاً درمان شناختی رفتاری به صورت گروهی در گروه نمونه توانسته افزون بر کاهش حساسیت به ارزیابی‌های دیگران، ترس و اندوه

اختصاصی فرد از موقعیت‌های اجتماعی و بصورت عمومی اندوه عمومی ناشی از ناکارآمدی اجتماعی را کاهش دهد و این گواهی بر اثربخشی این درمان است. درمان راه‌حل‌های روایتی اما توانست بعد اندوه عمومی را تغییر دهد و اضطراب اجتماعی کل را نیز عوض کند، اما در تغییر ابعاد ترس از ارزیابی منفی دیگران و اندوه در موقعیات جدید اجتماعی موثر نبود. این یافته با یافته‌های پژوهشی روایت‌درمانی قوامی و همکاران، (۹) و با پژوهش قادری و همکاران (۱۶) و نظیری و همکاران (۱۷) همسو و هماهنگ می‌باشد. در ارتباط با اثربخشی رویکرد راه‌حل‌های روایتی نسبت به گروه کنترل یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر راه‌حل‌های روایتی در مولفه ترس از ارزیابی منفی و اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید نسبت به گروه کنترل اثربخش نبود. در تبیین این امر می‌توان گفت درمان‌های با پایه تجربی و عملکردی تغییرات بهتری را می‌توانند در احساس اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان ایجاد نمایند (۲۷). لذا درمان روایتی به صورت اساسی یک درمان ذهنی است و برنامه قوی برای تغییر رفتار ندارد، دو مولفه اندوه در موقعیت‌های جدید و ترس از سرزنش دیگران احتمالاً تا حدود زیادی وابسته به تجربه و عملکرد افراد است و تنها با تغییر روایت احتمالاً تغییر چندانی نمی‌کند. درمان راه‌حل‌های روایتی با تکیه بر تغییر روایت‌های غیرمستدل و منفی و بهبود توانمندی ساخت روایت‌های منطقی، واقعی و سالم و مثبت از موقعیت‌ها از بروز نشانه‌های اضطراب اجتماعی جلوگیری به عمل آورده است، اما اثربخش نبودن این درمان در دو مولفه دیگر شامل ترس از ارزیابی منفی و اجتناب و اندوه در موقعیت‌های جدید احتمالاً به دلیل اینکه اضطراب اجتماعی یک مشکل مزمن و طولانی‌مدت و نیازمند انجام تمرین در طول زمان است می‌بایست افراد درگیری طولانی‌مدت‌تری با موقعیت‌های جدید و ترس از ارزیابی منفی دیگران داشته باشند تا به مرور کاهش جدی در این موارد حاصل شود. لذا در ایجاد تغییرات پایدار در مولفه‌های ترس از ارزیابی منفی و اندوه و اجتناب در مواجهه با موقعیت‌های جدید نیازمند انجام تمرین و آزمایش کردن روایت‌های جدید بصورت مکرر است، اما این درمان در کل در دو مولفه اجتناب و اندوه عمومی و اضطراب اجتماعی کل نسبت به گروه کنترل تأثیر معنادار روان‌شناختی داشت. این امر اشاره به این مورد دارد که تغییر روایت‌ها و راه‌حل‌های روایتی موجود به اندازه بی‌درمانی خنثی نیست و تغییراتی را در احساس اندوه عمومی و اضطراب اجتماعی کل در بلندمدت ایجاد کرده است. بنابراین می‌توان گفت درمان راه‌حل‌های روایتی از بعد شناختی توانسته میزان احساس اضطراب را کاهش دهد، اما به دلیل اینکه عملگرایی کمتری دارد نتوانسته در تمام ابعاد موثر باشد.

دوماً بخاطر شرایط جامعه آماری، همتا نبودن آزمودنی‌ها در سه گروه به لحاظ برخی ملاک‌های غیرقابل کنترل، و عدم برگزاری آزمون پیگیری به دلایلی از محدودیت‌های اصلی این پژوهش بوده است.

در زمینه پیشنهاد پژوهشی، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شرایط عادی و به صورت جلسات گروهی بر روی نمونه دختران نیز بصورت حضوری اجرا و نتایج و تفاوت‌های احتمالی بر اساس جنسیت مورد بررسی قرار گردد. هم‌چنین، با توجه به جدید بودن موضوع این پژوهش برای تعمیم قوی‌تر، این عنوان پژوهشی برای همین محدوده سنی در جوامع آماری دیگر اجرا گردد. ثالثاً اجرای این پژوهش برای سه گروه با هم‌تاسازی آزمودنی‌ها پیشنهاد می‌شود.

مدرسه یکی از مهم‌ترین نهادهای سازمان یافته و رسمی جامعه است که باید با فراهم کردن محیطی سالم، به جسم و روان کودکان جامعه شکوفایی داده و آنان را نسبت به حضور موثر در اجتماع مسئول سازد. در باب پیشنهادهای کاربردی درخواست و تاکید می‌شود مشاوران چه در محیط مدرسه و چه در مراکز خارج از مدرسه، پیامدهای هیجانی مضر و درازمدت اضطراب اجتماعی درمان نشده را در نظر بگیرند، اضطرابی که می‌تواند خود را در فقدان هویت‌یابی درست در دوره نوجوانی پنهان کند. و برای رفع و درمان آن ضمن در نظر گرفتن مشوق‌های مربوط به آن بافت و محیط، برنامه مدون آموزشی مبتنی بر رویکردهای شناختی رفتاری و راه‌حل‌های روایتی در طول سال تحصیلی تنظیم کنند.

### ملاحظات اخلاقی پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات است و تمامی کدهای اخلاقی پژوهش بر روی نمونه‌های انسانی توسط پژوهشگران در آن رعایت شده است.

### حامی مالی

هزینه پژوهش حاضر توسط نویسندگان مقاله تامین شده است.

### مشارکت نویسندگان

طراحی و ایده‌پردازی: داوود قنبری اکبرآباد و ابولقاسم عیسی‌مراد؛ روش‌شناسی و تحلیل داده‌ها: داوود قنبری اکبرآباد، عبدالله شفیق آبادی و نورعلی فرخی  
نظارت و نگارش نهایی: داوود قنبری اکبرآباد و ابولقاسم عیسی‌مراد

در مقایسه درمان شناختی و رفتاری با راه‌حل‌های روایتی نیز یافته‌ها نشان داد که در دو مولفه اجتناب و اندوه‌اجتماعی در موقعیت‌های جدید و اجتناب و اندوه عمومی تفاوت میان دو گروه معنادار نبود و در مولفه ترس از ارزیابی منفی و اضطراب اجتماعی کل درمان شناختی رفتاری تاثیر معنادار روان‌شناختی داشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری گروهی تقویت مهارت‌های اجتماعی، رفتاری و شناختی اعضا را فراهم می‌کند و این امر می‌تواند به کاهش اضطراب اجتماعی منجر گردد (5). گروه درمانی شناختی رفتاری، تلفیقی است از هر دو درمان شناختی و رفتاری، که نه تنها در تغییر و جایگزینی الگوهای فکری ناسالم بیمار با افکار سالم و جدیدتری دارد بلکه از راه استفاده از فن‌ها و شیوه‌های رفتاری مانند آرام‌سازی عضلانی و تجسمی، آموزش جرات‌ورزی و البته رویارویی با منبع برانگیزاننده اضطراب، بازی با نقش و دیگر فنون، سعی می‌کند نشانه‌های بیماری را نیز کاهش دهد (15). در مقایسه دو درمان در بهبود مولفه ترس از ارزیابی منفی دیگران و اضطراب اجتماعی کل درمان شناختی رفتاری عملکرد بهتری داشت. این می‌تواند ناشی از برنامه‌ریزی مدون‌تر برای مداخله در حوزه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری در درمان شناختی رفتاری باشد. درمان شناختی رفتاری با افزایش ذهن‌آگاهی و خودآگاهی نسبت به افکار، عواطف و رفتارها از عملکرد خارج از اراده مغز بدون برنامه‌ریزی جلوگیری کرده و به مرور زمان حالتی از کنترل و آرامش را در موقعیت‌های اجتماعی برای افراد درگیر در اضطراب اجتماعی ایجاد می‌نماید (28). حال آنکه درمان روایتی تنها در حوزه تغییر روایت‌های ذهنی افراد تمرکز دارد و فعال‌سازی رفتاری خاصی را در دستور کار ندارد. بنابراین می‌توان گفت حوزه اثربخشی روان‌شناختی درمان شناختی رفتاری احتمالاً بر مبنای فنون متنوع و عملگرایی و رفتار بر اساس شناخت‌های جدید مثبت است (29)، اما در دو حوزه اندوه اجتماعی در موقعیت‌های جدید و اندوه عمومی احتمالاً هر دو درمان به یک میزان عواطف منفی را تغییر می‌دهند و در این مقطع خاص نیازمند گذراندن زمان روان‌شناختی برای تثبیت عواطف مثبت هستند.

از محدودیت‌های این پژوهش، اولاً عدم‌تمایل و همکاری مدیران مدارس دخترانه جهت اجرای پژوهش بر روی نمونه دختران بود که به دلیل سیاست‌های آموزشی ویژه وف‌قدان مجوز مدرسین خارج از سازمان در مدارس دخترانه جهت تدریس محقق نشد. هم‌چنین، عدم‌همکاری برخی والدین علیرغم تمایل فرزندشان به شرکت در جلسات، به دلیل ترس از تشدید علائم اضطراب اجتماعی و ترس از ابتلا به ویروس کرونا در صورت عدم رعایت پروتکل‌های بهداشتی توسط آنان بود که با صرف زمان و توجیه اثربخشی این کلاس‌ها همکاری آنان جلب شد.



## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

## References

- 1) Amir N, Taboas W, Montero M. Feasibility and dissemination of a computerized home-based treatment for Generalized Anxiety Disorder: A randomized Clinical trial. Behavior Research and therapy. 2019; 120(1): 103-109. DOI: 10.1016/j.brat.2019.103446
- 2) Chang S, Abdin E, Shafie S, Sambasivam R, Vaingankar J A, Chong S A, Subramanian M. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in Singapore: Results from the second Singapore Mental Health Study. Journal of Anxiety Disorders. 2019; 66(2): 102-108. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102106
- 3) Ollendick, T. H., White, S. W., Richey, J., Kim-Spoon J, Ryan S M, Wieckowski A T, Smith M. Attention bias modification treatment for adolescents with social anxiety disorder. Behavior therapy. 2019; 50(1): 126-139. DOI: 10.1016/j.beth.2018.04.002.
- 4) Asnaani A, Tyler J, McCann J, Brown L, & Zang Y. Anxiety sensitivity and motion regulation as mechanisms of successful CBT outcome for anxiety-related disorders in a naturalistic treatment setting. Journal of affective disorders. 2020; 93 (1): 43-21. DOI: 10.1016/j.jad.2020.01.160.
- 5) Haller S P, Kadosh K C, Scerif G, & Lau J Y. Social anxiety disorder in adolescence: How developmental cognitive neuroscience findings may shape understanding and interventions for psychopathology. Developmental cognitive neuroscience. 2015; 13(1): 11-20. DOI: 10.1016/j.dcn.2015.02.002
- 6) McLeavey A A, Castonguay L G., & Goldfried M. R. Clinical Experiences in Conducting Cognitive Behavioral Therapy for Social Phobia, Behavior Therapy. 2014; 45(1): 21-35. DOI: 10.1016/j.beth.2013.09.008 .
- 7) Leary M R, & Jongman-Sereno K P. Social anxiety as an early warning system: A refinement and extension of the self-presentation theory of social anxiety. In Social Anxiety. 2014; 14(2): 579-597. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394427-6.00020-0>
- 8) Leonard K, Abramovitch A. Cognitive functions in young adults with generalized anxiety disorder. European Psychiatry. 2019; 56(1):1-7. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.10.008
- 9) Qavami M, Fatehizadeh M, Faramarzi S, Nouri Imamzadei A. The effectiveness of narrative therapy approach on social anxiety and self-esteem of middle school girl students, School Psychology Quarterly. 2013; 3(3):62-73. Doi: jsp-3-3-4 [Persian].
- 10) Turner A, Anderson L, Balderson H, Cook L, Sherman J, Cherkin, C. Mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. Journal of Pain. 2016; 157(11): 2434-44. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000635.
- 11) Clark M, Ehlers A, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Grey N. Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2006; 74(2): 568- 578. DOI: 10.1037/0022-006X.74.3.568
- 12) Fatehizadeh M, Shafiabadi A, & Etamadi A, Delawar A. Effectiveness of two methods of confrontational behavior therapy and cognitive-behavioral therapy in reducing the symptoms of female clients with borderline personality disorder in Isfahan city. Psychological Studies. 2006;2(4-3):3-24. <https://www.sid.ir/paper/67609/fa>[in Persian]. [Persian]
- 13) Beidel C, Turner S M, Young J. Social Effectiveness Therapy for Children: Five Years later. Behavior Therapy. 2006; 37: 416 - 425. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.06.002>
- 14) Atari Fard M, Shayiri M, Rasolzadeh Tabatabaei K, Zorgi M, Azadfalsh P, Banopour A. Investigating the effectiveness of cognitive behavioral

- therapy based on Hoffman's model in reducing the symptoms of social anxiety disorder. Allameh Tabatabaei University Culture, Therapy and Psychotherapy Quarterly. 2013; 3(9):51-23. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2012.6062> [Persian].
- 15) Hofmann S G. Avances in the reaserch of Social Anxiety and its disorder anxiety. Anxiety, stress, & coping. 2010; 23(3): 239-242. doi: 10.1080/10615801003612014
  - 16) Qadri Z, Khodadadi Z, & Abbasi Z. Effectiveness of integrated group therapy with the method of re-decision and narrative therapy on emotion control in adolescent girls of Shiraz city. Women and Society Quarterly. 2008; 1(3): 137-149. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1701\\_11](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1701_11) [Persian]
  - 17) Naziri Q, Kadri Z, & Zare F. Effectiveness of therapeutic narrative approach in reducing depression of women in Maroodasht city. Women and society quarterly. 2009; 1 (2): 65-78. [https://jzvj.marvdasht.iau.ir/browse?\\_action=issue](https://jzvj.marvdasht.iau.ir/browse?_action=issue) [Persian].
  - 18) Ghamari kivi H, & mojarad A. comparison of the Effectiveness of Narrative-focused and Solution-focused Questioning on Anxiety Reduction in People with Over Anxiety Disorder. Journal of Preventive Counselling. 2020;1(2):1-12. [https://jpc.uma.ac.ir/article\\_968\\_fa2daf7def6b1c1309dd2e679feefbf.pdf](https://jpc.uma.ac.ir/article_968_fa2daf7def6b1c1309dd2e679feefbf.pdf) [Persian]
  - 19) La Greca A. The social anxiety scales for children and adolescents. The Behavior Therapist. 1999; 22(7): 133- 136. <https://psycnet.apa.org/record/2001-16694-002>
  - 20) La Greca A, Dandes K, Wick P., Shaw K, & Stone W. Development of the Social Anxiety Scale for children: Re liability and concurrent Validity. Journal of Clinical Child Psychology. 1988; 17(1): 84- 91. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1701\\_11](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1701_11)
  - 21) Khawaja L, & Hosseinchari M. Investigating the relationship between social anxiety and psycho-social classroom atmosphere with academic self-efficacy in middle school students. Educational Psychology (Psychology and Educational Sciences. 2011; 7(20): 131-153. <https://doi.org/10.22054/jep.2011.6037>
  - 22) Astwar S, & Razavieh A. Examining the psychometric properties of the social anxiety scale for teenagers for use in Iran. The fifth national conference on mental health of children and adolescents, Zanjan University of Medical Sciences and Health Services. 2013;3(12):69-78. <https://www.sid.ir/paper/227545/fa>. [inPersian].
  - 23) Eron, J. B., & Lund, T. W. (1996). Narrative Solutions: An Integration of Self and Systems Perspectives in Motivating Change. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2007; 17(1):70-92. DOI:10.1037/1053-0479.17.1.70
  - 24) Artzaei B, & Noami A. The effect of cognitive behavioral therapy group, with the mediation of social problem solving, on the depression of high school girls. Social Psychology. 2018;7(52):77-87. 20.1001.1.23455098.1398.7.52.8.8 [Persian]
  - 25) Annie J. Relations of age with changes in self-efficacy and physical self-concept in preadolescents participating in a physical activity intervention during afterschool care. Perceptual and Motor Skills. 2007; 105(1), 221-226. DOI: 10.2466/pms.105.1.221-226
  - 26) Rector A, Laposas M, Kitchen K, Bourdeau D, & Joseph-Massiah L. Anxiety disorders: An information guide. camh, Centre for Addiction and Mental Health. 2016; <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications/anxiety-disorders-information-guide2016.pdf>
  - 27) Melkam M, Segon T, Nakie G. Social phobia of Ethiopian students: meta-analysis and systematic review. Systematic Reviews. 2023; 12(41):1-10. DOI: 10.1186/s13643-023-02208-2
  - 28) Noda SH, Shirotzuki K, & Nakao M. Low-intensity mindfulness and cognitive-behavioral therapy for social anxiety: a

pilot randomized controlled trial. 2024; 24(190):1-16.

<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-024-05651-0>

29) Dixon M L, Moodie C A, Goldin P R, Farb, N., Heimberg RG, & Gross J J. Anxiety

disorder: Reappraisal and acceptance of negative self-beliefs. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. 2020; 5(1): 119-129. DOI: 10.1016/j.bpsc.2019.07.009