



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

مقایسه اثربخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی بر سبک‌های هویت و اضطراب اجتماعی نوجوانان

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
 استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
 استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
 استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
 استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

ندا پیریائی ^{id}

محسن منصوبی‌فر ^{id}

ربابه عطایی‌فر ^{id}

مریم بهرامی هیدجی ^{id}

جاوید پیمانی ^{id}

ایمیل نویسنده مسئول: mohsenmansoobifar@gmail.com

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰

دریافت: ۹۹/۱۱/۰۶

فصلنامه علمی پژوهش خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>
 دوره ۲ | شماره ۱ | صص ۵۰۱-۴۷۴
 بهار ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی بر سبک‌های هویت و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان انجام شد. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر ماهیت پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و از نظر نوع داده کمی بود. جامعه‌آماري شامل دانش‌آموزان مقطع دوم متوسطه استان البرز در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بودند، که تعداد ۶۰ نفر به عنوان نمونه‌آماري به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۲۰ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استاندارد اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰) و سبک هویت (برزونسکی، ۱۹۹۲) استفاده شد. پس از اتمام هشت جلسه راه حل مدار گروهی و هشت جلسه طرحواره درمانی گروهی در گروه‌های آزمایشی، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور بلافاصله و پس از سه ماه به ترتیب به عنوان پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌ها تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از طریق نرم‌افزار SPSS-V21 انجام پذیرفت. **یافته‌ها:** نشان داد بین اثربخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی بر سبک‌های هویت نوجوانان در طول زمان تفاوت وجود داشت و این درمان‌ها در طول زمان پایدار بود؛ همچنین بین اثربخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی نوجوانان در طول زمان تفاوت وجود دارد و درمان راه حل مدار کوتاه مدت در متغیر اضطراب اجتماعی بیشتر از طرحواره درمانی اثربخش بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مذکور می‌تواند در کاهش نگرانی از تصویر بدنی و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان به عنوان مداخلات روانشناسی استفاده شود. **کلیدواژه‌ها:** سبک‌های هویت، اضطراب اجتماعی، درمان راه حل مدار کوتاه مدت، طرحواره درمانی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(پیریائی، منصوبی‌فر، عطایی‌فر، بهرامی هیدجی و پیمانی، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

پیریائی، ندا، منصوبی‌فر، محسن، عطایی‌فر، ربابه، بهرامی هیدجی، مریم، و پیمانی، جاوید. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی بر سبک‌های هویت و اضطراب اجتماعی نوجوانان. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۱): ۵۰۱-۴۷۴.

مقدمه

موضوع مهمی که مدت هاست مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته، نوجوانی و جایگاه آنان است (ژانگ، لی، ویک و یو، ۲۰۲۲). نوجوانان در جامعه امروز از ابعاد مختلف روانشناختی مورد پژوهش و مطالعه قرار گرفته اند و هویت بخش مهمی از وجود هر نوجوان است که زندگی شخصی و اجتماعی‌شان را تحت تاثیر قرار داده بنابراین بررسی هویت در نوجوان ها قابل توجه بوده است (قا سم پور، عظیمی، ثناگو و مبصری، ۱۳۹۶). بنا به زعم اریکسون، هویت به‌عنوان بخشی از ادراک خود است که تجارب میان گذشته، حال و آینده را انسجام بخشیده است. مبحث هویت یابی، از لحاظ فیزیکی، شناختی، اجتماعی و عاطفی از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابراین نوجوانان برای ایجاد یک ساختار منسجم از هویت ثابت، نیاز به تنظیم و اداره زندگی خود دارند تا حس انسجام خود را در تمام زمان ها و مکان ها ادامه دهند و تصمیم گیری، حل مساله، تعبیر و تفسیر تجربه ها و اطلاعات مربوط به خود را فراهم نمایند (آرامون و ابراهیم قوام، ۱۳۹۷). برزونسکی (۲۰۰۸) یکی از نظریه پردازان رویکرد تحول با بررسی زیربناهای شناختی-اجتماعی است که سه سبک هویتی (اطلاعاتی، سردرگم/اجتنابی، هنجاری) و تعهد هویتی را معرفی نموده است. نوجوانان با سبک هویت اطلاعاتی به‌طور فعال تر در جستجوی اطلاعات و ارزیابی می با شند و سپس اطلاعات مناسب خود را مورد استفاده قرار می دهند. اهداف شغلی و تحصیلی روشن، عملکرد تحصیلی و انگیزش درونی بالایی دارند (سدماک و مداریک، ۲۰۲۲؛ محبی، ایوبی، آزموده و سارگولزیا، ۲۰۱۸). نوجوانانی که سبک هویت هنجاری دارند در رویارو شدن با موضوعات مربوط به هویت، انتظارات، تصمیم ها و دستورهای افراد دیگر و گروه های همسالان پیروی می کنند؛ آن ها بدون ارزیابی های آگاهانه، ارزش ها و عقاید درونی می کنند و می پذیرند و در رویارویی با عوامل و موقعیت های جدید و دشوار تحمل کمتری دارند. نوجوانان با سبک هویت هنجاری و سردرگمی تعلل و درنگ زیادی را دارند و تا حد زیادی سعی می کنند از موضوعاتی که مربوط به مبحث تصمیم گیری و هویت است دوری کنند، اگر این تعلل به صورت طولانی ادامه پیدا کند به تقاضاهای موقعیتی و محیطی واکنش های رفتاری زیادی نشان می دهند. برزونسکی در کنار این سبک ها، روی عامل اساسی «تعهد» یا ساختار هویت نیز تأکید می کند. وی معتقد است که در تمایز بین سبک های پردازش هویت، «تعهد» نقش مهمی را دارد (کورسانگوز، ۲۰۱۶).

از سوی دیگر امروزه اختلال های بهداشت روانی نوجوانان از مسائل مهم اجتماعی به شمار می آید (زین، پنگ و شنگ، ۲۰۲۲). فشارهای روانی، زمانی تنها در بزرگسالان شایع بود اما اکنون در کودکان ۴ ساله نیز دیده می شود (دو، چانگ و زو، ۲۰۲۲). افزایش فشارهای روانی، به شدت یافتن اختلال های روانشناختی مانند اختلال اضطراب اجتماعی و نشانه های آن می انجامد؛ بنابراین نگاه ویژه ای باید نسبت به سایر اختلال ها به آن داشت (جولی، ۲۰۲۲).

اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) نشانگان عصب-روان شناختی پیچیده‌ای است که در طبقه بندی بین‌المللی اختلال‌های روانی (DSM-5) طبقه تشخیصی مستقلی را تشکیل می‌دهد. ویژگی اصلی آن ترس شدید و دائمی از موقعیت‌هایی است که در آن‌ها فرد در جمع دیگران قرار می‌گیرد یا باید جلوی آن‌ها کاری انجام دهد، و از هر گونه موقعیت اجتماعی که فکر می‌کند، ممکن است در آن یک رفتار خجالت‌آور داشته باشند یا هر گونه وضعی که در آن مورد ارزیابی منفی دیگران قرار گیرند، می‌ترسند و سعی می‌کنند از آن‌ها دور باشند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۵). این افراد تقریباً همیشه نشانه‌های اضطراب (تعداد ضربان قلب بالا، تعریق، اختلال‌های گوارشی، گرفتگی عضلات و سرخ شدن) را تجربه می‌کنند (یو، لو، لیو و گائو، ۲۰۲۲). بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته، میزان شیوع ۱۲ ماهه SAD در بزرگسالان حدود ۷ درصد و در کودکان و نوجوانان تقریباً مشابه بزرگسالان است و تعداد دختران مبتلا به SAD، ۲/۲-۱/۵ برابر پسران است (چیو، کلارک و لیت، ۲۰۲۱). این اختلال با توجه به مراجعان کلینیک‌های تخصصی، بیشتر از آن‌چه که تصور می‌شود، شایع است. از میان کودکانی که به دلیل اختلال‌های اضطرابی برای درمان ارجاع می‌شوند، بیش از ۲۰ درصد بر اساس تشخیص اولیه SAD دارند و در کودکانی که به دلیل سایر اختلال‌های اضطرابی ارجاع می‌شوند SAD متداول‌ترین تشخیص ثانویه است (فیلد، ۲۰۲۰).

یکی از درمان‌هایی می‌تواند در زمینه نگرانی‌ها و دغدغه‌های دانش‌آموزان و نوجوانان مفید باشد، درمان راه حل مدار کوتاه مدت است. این درمان در دهه ۱۹۸۰ میلادی توسط یک زوج آمریکایی با نام‌های استیو دو شازر و اینسو کیم برگ ابداع شد. رویکرد راه حل محور یک نوع درمان انسان‌گرایانه است که بر پیشرفت نفس، رشد و مسئولیت تاکید دارد. این روش به صورت هدفمند به جای تمرکز بر حل مسائل و مشکلات مراجعان، تمام تمرکز خود را بر روی ساختن راه حل می‌گذارد (پوجوواتی، ویوو و مولوارمان، ۲۰۲۲). درمان کوتاه مدت راه حل محور تا کنون بر روی طیف وسیعی از کودکان، زوج‌ها و خانواده‌ها انجام شده و مفید بوده است. اما این روش برای کسانی که طرز فکر هدفمندی دارند و خودشان طالب تغییر هستند، بسیار موثر است. زیرا این افراد اغلب به تکنیک‌های درمانی به شدت پاسخگوتر هستند. ماهیت این روش به شکلی است که می‌تواند برای کسانی که سبک زندگی مدرن و سریعی دارند، مفید باشد (واکر، فروئر، گورلی و فرناندز، ۲۰۲۲). نتایج پژوهش جوادیان و ثابت اقلیدی (۱۴۰۱)، نشان داد که مشاوره گروهی راه حل مدار بر اضطراب و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دختر موثر است. نولا، نگ و سامولیس (۲۰۲۲)، پژوهشی را تحت عنوان مقایسه پیامدهای مشاوره آنلاین و حضوری با استفاده از درمان راه حل محور کوتاه مدت برای دانشجویان دارای اضطراب، انجام دادند. یافته‌ها برای درمان دانشجویان مبتلا به اضطراب از طریق مشاوره ویدیویی آنلاین و همزمان پشتیبانی می‌کنند

از دیگر مواردی که می‌تواند بر نگرانی‌ها و دغدغه‌های دانش‌آموزان و نوجوانان مؤثر باشد طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی توسط جفری یانگ، روانشناس مشهور آمریکایی، برای درمان آن دسته از بیمارانی طراحی شده است که به روش‌های روان‌درمانی مرسوم، مانند: روان‌درمانی، شناختی-رفتاری پاسخ مناسبی نشان نمی‌دادند. در این روش، بهترین و مؤثرترین عناصر موجود در روش‌های روان‌درمانی پیشین، مانند روان‌درمانی شناختی-رفتاری، روانکاوی، نظریه دلبستگی و روان‌درمانی مبتنی بر احساسات، با هم ترکیب شده‌اند. این روش درمانی به‌ویژه در درمان اختلال شخصیت مرزی، بسیار کارآمد است. در ادامه با مفهوم اسکیمای یا طرحواره، طرحواره درمانی، حوزه‌ها و کاربردهای آن بیشتر آشنا می‌شویم (تان، ۲۰۱۵). تجربه نشان داده که طرحواره درمانی در درمان افسردگی و اضطراب مقاوم به درمان، اختلال‌های خوردن و تکانشی، مسایل زناشویی و مشکلات پایدار در حفظ روابط صمیمانه سازگار اثربخش بوده است. طرحواره درمانی یک درمان امیدوارکننده برای انواع مشکلات سلامت روان از جمله اختلالات روحی و افسردگی است. اکثر تحقیقات فعلی نشان می‌دهد که طرحواره درمانی در درمان اختلال شخصیت مرزی و سایر اختلالات شخصیت نقش پررنگی دارد (برند و آرنتز، ۲۰۱۹). در همین رابطه نتایج پژوهش شریعت و طباطبایی نژاد (۱۴۰۱) نشان داد که طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی اثربخش است. نتایج پژوهش پارسا، فرید، درتاج و بهرام آبادی (۱۳۹۹)، نیز نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش اهمالکاری و اضطراب اجتماعی دانشجویان مؤثر بوده است؛ دانش‌آموزان مخصوصاً در دوره متوسطه با نگرانی‌های متعددی در زمینه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی درگیر هستند. نوجوانی سنی بسیار حساس است که پایه ریزی شخصیت آینده فرد در این سن رغم می‌خورد لذا حمایت، آموزش و درمان دانش‌آموزان در این سن از اهمیت بالایی برخوردار است. نوجوانان در مورد شرایط فیزیکی خود بسیار حساس هستند که اگر آموزه‌های روانی لازم را در مورد هویت خویش نداشته باشند، این حساسیت‌ها می‌تواند سبب بروز اختلالاتی در رابطه با فعالیت‌های اجتماعی آنان گردد. هر یک از این دو درمان، به تنهایی برای مشکلات نوجوانان و اثربخشی آنها بر اضطراب اجتماعی و سبک‌های هویت مورد بررسی قرار گرفته است، اما برای پی بردن به این نکته که کدام یک از این دو درمان اثربخشی بیشتری دارند، پژوهشی انجام نشده است. بنابراین ضرورت دارد روش‌های درمانی مختلف مورد مقایسه قرار گیرند تا اثربخش‌ترین و مناسب‌ترین روش مداخله شناسایی شود. از سوی دیگر با توجه به آنچه که از معرفی دو درمان کوتاه مدت راه حل مدار و طرحواره درمانی گذشت؛ می‌توان گفت درمان کوتاه مدت راه حل مدار بیشتر بر روی منابع و شرایط فعلی فرد و امیدها به آینده متمرکز است؛ اما طرحواره درمانی به درک پایه‌های مشکلات روان‌شناختی فرد در دوران کودکی، ارتباط مراجع-درمانگر و نشان دادن فرمول بندی مشکل بر زمینه تاریخچه فردی گسترده

تری پای می فشارد؛ بر روی این نکته که توجه به حال یا آینده و یا توجه به گذشته کدام یک می تواند در بهبود مشکلات نوجوانان موثرتر باشد پژوهشگران را بر آن داشت تا به بررسی تفاوت تاثیر این دو درمان در نوجوانان بپردازند. با توجه به مطالب مطرح شده سوال اصلی پژوهش حاضر این است:

۱. آیا بین اثر بخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی در اضطراب اجتماعی و سبک های هویتی تفاوت وجود دارد؟
۲. آیا درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی و سبک های هویتی نوجوانان در مرحله پس آزمون موثر است؟
۳. آیا درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی و سبک های هویتی نوجوانان در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

روش پژوهش به لحاظ هدف کاربردی، به لحاظ نوع داده کمی، به لحاظ روش گردآوری داده ها نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری و جمع آوری (بافاصله زمانی ۳ ماه) با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه دانش آموزان مقطع متوسطه دوم که در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ در دبیرستان های استان البرز مشغول به تحصیل بودند که در پرسشنامه غربالگری پژوهش نمره بالاتر از نقطه برش را احراز نمودند تشکیل داده اند. نمونه پژوهش حاضر بر اساس نمونه گیری هدفمند شامل ۶۰ نفر ($n=20$) برای هر گروه، از بین دانش آموزان مقطع متوسطه دوم که در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ در دبیرستان های استان البرز مشغول به تحصیل بودند بر اساس ملاک های ورود و خروج (ملاک های ورود شامل: دامنه سنی ۱۵-۱۸ سال، دریافت تشخیص اضطراب اجتماعی، نداشتن اختلالات همبود دیگر مانند اضطراب، افسردگی، استرس و اختلال وسواس-جبری با استفاده از مصاحبه تشخیصی، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، توانایی شرکت در جلسه های گروه درمانی، تمایل به همکاری و ملاک های خروج شامل: عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود) انتخاب شدند. در این پژوهش مداخلات به صورت گروه درمانی انجام گرفت.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سبک هویت برزونسکی و همکاران (۱۹۹۲). پرسشنامه سبک هویت برزونسکی با هدف بررسی رابطه بین سبک های هویت در سال ۱۹۹۲ توسط برزونسکی طراحی گردیده است. این ابزار یک مقیاس ۴۰ سوالی است که ۱۱ سوال مربوط به مقیاس اطلاعاتی (۲-۵-۶-۱۶-۱۸-۲۵-۲۶-۳۰-۳۳-۳۵-۳۷)، ۹ سوال آن مربوط به مقیاس هنجاری (۴-۱۰-۱۹-

۲۱-۲۳-۲۸-۳۲-۳۴-۴۰) و ۱۰ سوال آن مربوط به مقیاس اجتنابی (سردرگم) (۳-۸-۱۳-۱۷-۲۴-۲۷-۲۹-۳۱-۳۶-۳۸) و ۱۰ سوال دیگر آن مربوط به مقیاس تعهد (۱-۷-۹-۱۱-۱۲-۱۴-۱۵-۲۰-۲۲-۳۹) است که برای تحلیل ثانویه استفاده می شود و یک سبک هویتی محسوب نمی شود. پژوهشگر پس از برقراری ارتباط مطلوب با بیماران و ایجاد انگیزه برای شرکت در پژوهش، مقیاس سبک هویت را در اختیار آنها قرار داد تا به ماده‌ها پاسخ داده و آن را تکمیل کنند. این مقیاس به صورت فردی قابل اجرا است. پاسخ آزمودنی‌ها به سوالات به شکل طیف لیکرت ۵ درجه ای می باشد که شامل کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵ می باشد. مولفه‌های این پرسشنامه مقیاس اطلاعاتی، مقیاس هنجاری، مقیاس اجتنابی، مقیاس تعهد می‌باشد. نمره گذاری پرسشنامه سبک هویت بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای انجام می گیرد؛ که امتیاز هر یک به ترتیب ذیل است: کاملاً مخالف: ۱، تاحدودی مخالف: ۲، مطمئن نیستم: ۳، تاحدودی موافق: ۴، کاملاً موافق: ۵، بنابراین بیشترین امتیاز این پرسشنامه ۲۰۰ و کمترین امتیاز آن ۴۰ می باشد. نمره گذاری سوالات ۹-۱۱-۱۴-۲۰ به صورت معکوس می باشد. بروزنسکی پایایی درونی (ضریب آلفا) مقیاس اطلاعاتی را ۰/۶۲، مقیاس هنجاری ۰/۶۶ و مقیاس اجتنابی (سردرگم) ۰/۷۳ گزارش کرده است (بروزنسکی، ۲۰۰۹). در این پژوهش به منظور بررسی روایی این پرسشنامه از روایی محتوایی استفاده شد که برای این منظور پرسشنامه در اختیار خبرگان قرار گرفت و اصلاحات لازم در خصوص ساده بودن، واضح بودن، مربوط بودن و مناسب بودن گویه‌ها انجام شد. همین طور به منظور محاسبه پایایی از ضریب الفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب ۰/۷۴ به دست آمد.

۲. پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور (۲۰۰۰). این ابزار نخستین بار توسط کانور، دیویدسون و چرچیل، شروود و فوآ (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. این ابزار یک مقیاس خودسنجی حاوی ۱۷ ماده و سه زیر مقیاس فرعی است که عبارتند از: ترس در موقعیت‌های اجتماعی (۶ ماده)، اجتناب از عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی در موقعیت‌های اجتماعی (۴ ماده). این ابزار با دارا بودن ویژگی‌های با ثبات روان سنجی می تواند به عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش شدت علائم اضطراب اجتماعی به کار رود. به علاوه می تواند به عنوان یک ابزار غربالگری و برای آزمودن پاسخ به درمان در اختلال اضطراب اجتماعی کاربرد داشته باشد (استوبر و یانگ، ۲۰۱۵؛ استوبر، یانگ و وانگ، ۲۰۱۶). پژوهشگر پس از برقراری ارتباط مطلوب با بیماران و ایجاد انگیزه برای شرکت در پژوهش، مقیاس نگرانی از تصویر بدنی را در اختیار آنها قرار داد تا به ماده‌ها پاسخ داده و آن را تکمیل کنند. این مقیاس به صورت فردی قابل اجرا است. پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (از نمره ۰ برای «کاملاً مخالفم» تا ۴ برای «کاملاً موافقم») است. برای نمره گذاری این پرسشنامه از طیف لیکرت ۵ درجه ای استفاده می‌شود. امتیازات آزمودنی را از ۱۹

عبارت فوق با یکدیگر جمع شده. حداقل امتیاز ممکن ۱۹ و حداکثر ۹۵ خواهد بود. نمره بین ۱۹ تا ۳۸: میزان ترس از تصویر ظاهر و اندام خود پایین است. نمره بین ۳۸ تا ۵۷: ترس از تصویر ظاهر و اندام خود متوسط است. نمره بالاتر از ۵۷: ترس از تصویر ظاهر و اندام خود بالا است. در ایران بساک‌نژاد و غفاری ۱۳۸۶ روایی این آزمون را براساس همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کردند. انتظاری و علوی‌زاده (۱۳۹۰)، نیز همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۸۹ گزارش کردند. در این پژوهش به منظور بررسی روایی این پرسشنامه از روایی محتوایی استفاده شد که برای این منظور پرسشنامه در اختیار خبرگان قرار گرفت و اصلاحات لازم در خصوص ساده بودن، واضح بودن، مربوط بودن و مناسب بودن گویه‌ها انجام شد. همین‌طور به منظور محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب ۰,۷۴ به دست آمد.

۳. مداخله درمان راه حل مدار کوتاه مدت. پروتکل درمان با استفاده از مدل استیو دی شازر در سال ۱۹۹۷ تهیه شد که به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی به گروه آزمایش، آموزش داده شد و گروه کنترل در این مدت، هیچ آموزشی دریافت نکرد. خلاصه جلسات به صورت زیر است:

جدول ۱. خلاصه دستورالعمل اجرایی جلسات درمان راه حل مدار کوتاه مدت

جلسه	عنوان
اول	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد، هدف این جلسه معارفه و ایجاد ارتباط و اطمینان دهی به دانش‌آموزان در مورد اجرای اصل رازداری و اجرای پیش‌آزمون و تعیین چارچوب‌ها و بیان اصول کلی درمان راه مدار است. پس از اینکه درمانگر خود را به دانش‌آموزان معرفی می‌کند به دانش‌آموزان یادآور این نکته می‌شود که به کار بستن تکنیک‌های این نوع از درمان می‌تواند زندگی لذت بخش‌تری را برای آنها به همراه آورد. تکلیف این جلسه این است که دانش‌آموزان اهداف خود را برای جلسه آینده به صورت مکتوب بنویسند.
دوم	بررسی اهداف دانش‌آموزان و منطبق کردن اهدافشان بر سه اصل مثبت و معین و ملموس و قابل اندازه‌گیری بودن و سپس از دانش‌آموزان خواسته می‌شود که در مورد مشکلات خود صحبت کنند و راه‌حلی که از دید خودشان در مورد بالا رفتن بهبود شرایط زندگیشان مؤثر هست را بیان کنند و انتظارات خود را از زندگی به صورت دقیق و واضح بیان کنند تا بتوانند به ارزیابی امکانات خود در راستای رسیدن به خواسته‌هایشان بپردازند

تکلیف این جلسه این است که در مورد پاسخشان به سوالات معجزه بیندیشند و جواب هایشان را به صورت مکتوب برای جلسه بعدی بیاورند. محتوای سؤال معجزه به این شرح است که اگر یک روز از خواب بیدار شوند و ببینند که مشکلاتان کامل حل شده است، چه چیزی در زندگیتان متفاوت خواهد بود؟

سوم هدف این جلسه حذف الگوی مخل رفتاری با استفاده از پرسش معجزه آسا و تأمل در مورد پاسخشان در مورد سؤالات شرایط استثناست. در این جلسه در مورد پاسخ ها و راه حل هایی که دانش آموزان ارائه داده اند بحث و تبادل نظر می شود و در کنار راهنمایی به آنها، جنبه های مختلف راه حل هایی که در پاسخ آنان نهفته و قبلاً در زندگی آنها اتفاق افتاده پی ببرند و برای آنها توضیح داده که در حقیقت آنها بخش هایی از این معجزه را در زندگی خود داشته اند اما به آن توجه نکرده اند. تکلیف این جلسه این است که توانمندی های خود را یادداشت کرده و برای جلسه آتی با خود بیاورند.

چهارم هدف این جلسه یافتن موارد استثناست که شرکت کنندگان به موارد مثبت زندگی خود پی ببرند و سطح کیفیت زندگی خود را بر پایه ی خوکفایی و خودکارآمدی کشف شده، بالا ببرند و حوزه های مشکلات خود را خودکارآمدی بیشتری می کردند، چه کار متفاوتی انجام کاهش دهند و دقت کنند در زمانهایی که احساس می دادند؟

تکلیف این جلسه این است که شرکت کنندگان چه راه حل هایی را به دیگری که مشکلات مشابه با خودشان را دارند، پیشنهاد می کنند؟

پنجم هدف این جلسه ایجاد راه حل ها و تثبیت است و تحسین شدن شرکت کنندگان برای یافتن راه حل های متفاوت و بدیع برای اهداف جدید خود تا دریابند برای بهبود شرایط و کیفیت زندگی خود می توانند از منابع و قابلیت های خود به طرز مطلوبی استفاده کنند شرکت کنندگان بایستی به این سؤالات جواب بدهند که اگر قرار باشد قدمی کوچک برای مشکلاتشان بر دارند، چه کار خواهند کرد؟ و زمانی که مشکلاتشان حل شد برای تثبیت روند مطلوب زندگی خود چه کار متفاوتی انجام خواهند داد؟

تکلیف این جلسه آن است که شرکت کنندگان کارهای متفاوتی که در آنها حتی پس از اتمام این جلسات می توانند انجام دهند تا احساس توانمندی و خودکارآمدی بیشتری داشته باشند را یادداشت کنند و واژه ی به جای را در عملکردهای روزانه ی خود جایگزین کنند تا احساس جدید تری در مورد توانمندی هایشان پیدا کنند.

ششم هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزشها و تفهیم به افراد که چگونه ارزشها و تفهیم آن "تمایل/ پذیرش" را ارزشمند جلوه می دهد، ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن، تمرینات مربوط به تصویر بدنی مثبت

هفتم هدف این جلسه جمع بندی و نتیجه گیری از طول این مدت درمان و آماده کردن شرکت کنندگان برای اتمام جلسات است. علاوه بر این از شرکت کنندگان پرسیده شود که از زمان شروع جلسات تا به الان چه چیزی بهتر شده است و چه چیزی مایه ی انگیزه ی شماست که

به تلاشتان ادامه دهید؟ و اینکه بعد از اتمام درمان می‌خواهند چه کار کنند و چه تغییراتی را در زندگیشان اجرا کنند؟

هشتم هدف از این جلسه کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش،

۴. **جلسات طرحواره درمانی.** در این پژوهش از پروتکل طرحواره درمانی استفاده شد که به وسیله یانگ در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است. اعتبارسنجی این بسته درمانی در ایران و برای جامعه آماری نوجوانان با استفاده از اعتبار محتوایی در پژوهش صیادی، گل محمدیان و رشیدی (۱۳۹۶) بررسی و تایید شد که بر اساس آن، اجرای این پروتکل برای جامعه نوجوانان ایرانی، مناسب تشخیص داده شده است.

جدول ۲. خلاصه دستورالعمل اجرایی جلسات طرحواره درمانی

جلسه	شرح جلسات
اول	معرفی اعضا به یکدیگر و دعوت شرکت کنندگان به بحث پیرامون اهداف مورد انتظارات خود از شرکت در این جلسات/ ارائه توضیحاتی در مورد بیماری اختلال بد شکلی بدنی و علل ایجاد کننده آن میزان شیوع آن در جامعه زنان، و درمانهای مرتبط با آن، آشنایی با طرحواره های ناسازگار اولیه و حوزه های مرتبط با آن ها، تعیین تکلیف هفته ی آینده و توزیع جزوات جلسه اول و سی دی مراقبه ها
دوم	مرور تکلیف هفته ی گذشته/ آشنایی با طرحواره بریدگی و طرد / آشنایی با طرحواره رهاشدگی/ بی ثباتی/ آشنایی با طرحواره بی اعتمادی/ بد رفتاری/ آشنایی با طرحواره محرومیت هیجانی / آشنایی با طرحواره نقص/ شرم / آشنایی با طرحواره انزوای اجتماعی/ بیگانگی / تکلیف هفته ی آینده / توزیع جزوات جلسه ی دوم و نوار واریسی بدن
سوم	آشنایی با طرحواره خودگردانی و عملکرد مختل / انتظاراتی که فرد از خود و محیط خود دارد با توانایی های محسوس او برای جدایی، بقا و عملکرد مستقل یا انجام موفقیت آمیز / آشنایی با طرحواره وابستگی/ بی کفایتی / آشنایی با طرحواره آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری / توزیع جزوات جلسه سوم
چهارم	آشنایی با طرحواره خود تحول نیافته/ آشنایی با طرحواره گرفتار / شکست / آشنایی با طرحواره محدودیت های مختل
پنجم	آشنایی با طرحواره استحقاق/ بزرگ منشی / آشنایی با طرحواره خویشتن-داری و خود-انضباطی ناکافی / آشنایی با طرحواره دیگر جهت مندی / اطاعت

ششم	آشنایی با طرحواره ایشار / آشنایی با طرحواره پذیرش جویی/ جلب توجه / آشنایی با طرحواره گوش به زنگی بیش از حد و بازداری / آشنایی با طرحواره منفی گرای/بدبینی /
هفتم	آشنایی با طرحواره بازداری هیجانی/ حوزه هایی که بازداری در مورد آن ها اعمال می شود عبارتند از: الف) بازداری از بروز خشم و پرخاشگری ب) بازداری از بیان تکانه های مثبت(از قبیل خوشحالی، محبت، برانگیختگی جنسی و بازی).
هفتم	ج) بازداری از بیان آسیب پذیری یا بیان راحت و صریح احساسات و نیازهای شخصی. د) تاکید افراطی بر عقلانیت و نادیده گرفتن هیجان ها./ توزیع جزوات جلسه
هشتم	آشنایی با طرحواره معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی / آشنایی با طرحواره بازنگری کل برنامه / واریسی و بحث در مورد برنامه ها

شیوه اجرا. پیش از اجرای مداخله درباره طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت‌نامه کتبی از هر سه گروه گرفته شد. جلسه‌های درمان به صورت گروهی و هفتگی به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های آزمایش برگزار شد. گروه‌های آزمایش به همراه گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و در مرحله پیگیری دو ماهه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز تحت مداخله درمانی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار اس.پی.اس.اس و به روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات سبک‌های هویت و اضطراب اجتماعی، در گروه‌های آزمایش (درمان‌های مبتنی بر درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی) و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ادامه آورده شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
درمان راه حل	سبک هویت	میانگین	۴۰.۱۸	۰۰.۲۹	۸۰.۲۷
مدار کوتاه مدت	اطلاعاتی	انحراف معیار	۳۳.۴	۸۸.۴	۰۶.۵
طرحواره درمانی	سبک هویت	میانگین	۵۰.۲۰	۸۰.۲۵	۰۰.۲۵
	اطلاعاتی	انحراف معیار	۲۹.۶	۷۸.۳	۰۱.۵
کنترل	سبک هویت	میانگین	۶۰.۱۹	۳۰.۱۹	۰۰.۲۱
	اطلاعاتی	انحراف معیار	۸۶.۵	۴۴.۸	۶۷.۸
درمان راه حل	سبک هویت	میانگین	۶۰.۲۰	۳۰.۲۵	۴۰.۲۵
مدار کوتاه مدت	بهنجاری	انحراف معیار	۴۱.۴	۲۷.۴	۵۹.۴
طرحواره درمانی	سبک هویت	میانگین	۴۰.۲۲	۰۰.۲۶	۵۰.۲۵
	بهنجاری	انحراف معیار	۰۳.۴	۴۹.۳	۶۷.۴
کنترل	سبک هویت	میانگین	۰۰.۲۱	۷۰.۱۹	۵۰.۲۰
	بهنجاری	انحراف معیار	۹۷.۳	۳۲.۵	۳۹.۵
درمان راه حل	سبک هویت	میانگین	۲۰.۳۴	۰۰.۲۹	۳۰.۲۹
مدار کوتاه مدت	اجتنابی	انحراف معیار	۸۱.۳	۷۵.۴	۴۵.۳
طرحواره درمانی	سبک هویت	میانگین	۶۰.۳۰	۷۰.۲۶	۵۰.۲۷
	اجتنابی	انحراف معیار	۸۷.۲	۳۹.۳	۶۷.۲
کنترل	سبک هویت	میانگین	۰۰.۳۱	۷۰.۲۹	۴۰.۳۱
	اجتنابی	انحراف معیار	۵۷.۳	۱۷.۴	۳۸.۴
درمان راه حل	سبک هویت تعهد	میانگین	۹۰.۲۲	۰۰.۲۸	۸۰.۲۷
مدار کوتاه مدت		انحراف معیار	۸۹.۵	۷۸.۳	۴۹.۳
طرحواره درمانی	سبک هویت تعهد	میانگین	۲۰.۲۰	۹۰.۲۵	۴۰.۲۷
		انحراف معیار	۸۹.۲	۵۲.۳	۳۸.۳
کنترل	سبک هویت تعهد	میانگین	۹۰.۲۰	۸۰.۱۹	۶۰.۲۱
		انحراف معیار	۶۴.۳	۳۹.۵	۴۸.۶
درمان راه حل	ترس در	میانگین	۵۰.۲۲	۰۰.۱۵	۵۰.۱۵
مدار کوتاه مدت	موقعیت‌های اجتماعی	انحراف معیار	۲۰.۴	۴۰.۴	۵۰.۵
طرحواره درمانی	ترس در	میانگین	۹۰.۱۸	۳۰.۱۵	۱۰.۱۷
	موقعیت‌های اجتماعی	انحراف معیار	۸۳.۴	۶۹.۳	۳۷.۵
کنترل		میانگین	۲۰.۲۱	۸۰.۱۹	۳۰.۲۰

۱۳.۶	۱۸.۷	۴۹.۴	انحراف معیار	ترس در موقعیت‌های اجتماعی	
۳۰.۱۶	۰۰.۱۶	۲۰.۲۰	میانگین	اجتناب از عملکرد	درمان راه حل
۴۵.۳	۷۵.۴	۸۱.۳	انحراف معیار		مدار کوتاه مدت
۵۰.۱۹	۷۰.۱۸	۶۰.۲۲	میانگین	اجتناب از عملکرد	طرحواره درمانی
۶۷.۲	۳۹.۳	۸۷.۲	انحراف معیار		
۴۰.۱۷	۷۰.۱۵	۷۰.۱۷	میانگین	اجتناب از عملکرد	کنترل
۳۸.۴	۱۷.۴	۳۶.۲	انحراف معیار		
۴۰.۸	۳۰.۸	۶۰.۱۵	میانگین	ناراحتی	درمان راه حل
۵۹.۴	۲۷.۴	۴۱.۴	انحراف معیار	فیزیولوژیکی	مدار کوتاه مدت
۵۰.۱۳	۰۰.۱۴	۴۰.۱۷	میانگین	ناراحتی	طرحواره درمانی
۶۷.۴	۴۹.۳	۰۳.۴	انحراف معیار	فیزیولوژیکی	
۵۰.۱۵	۷۰.۱۴	۰۰.۱۶	میانگین	ناراحتی	کنترل
۳۹.۵	۳۲.۵	۹۷.۳	انحراف معیار	فیزیولوژیکی	

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در گروه درمان راه حل مدار کوتاه مدت و گروه طرحواره درمانی در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول ۳، می‌توان به این توصیف دست زد که درمان‌های درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی باعث بهبود مؤلفه‌های سبک‌های هویت و کاهش مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان شده است.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه‌های سبک‌های هویت با معیار گرین هاوس گیزر

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب ای‌تا
سبک هویت	آزمون(تکرار اندازه گیری)	۲۰.۱۰۶۱	۳۷.۱	۰۲.۷۷۶	۱۸.۴۱	۰۰.۱۰	۴۲.۰
اطلاعاتی	تعامل آزمون* گروه	۰۰.۶۴۶	۷۴.۲	۲۰.۲۳۶	۵۴.۱۲	۰۰.۱۰	۳۱.۰
	بین گروهی	۸۰.۸۴۲	۰۰.۲	۴۰.۴۲۱	۰۵.۵	۰۱.۰	۱۵.۰
سبک هویت	آزمون(تکرار اندازه گیری)	۹۳.۲۳۰	۸۰.۱	۳۳.۱۲۸	۵۴.۱۳	۰۰.۱۰	۱۹.۰
بهنجاری	تعامل آزمون* گروه	۳۳.۲۳۹	۶۰.۳	۵۰.۶۶	۰۲.۷	۰۰.۱۰	۲۰.۰
	بین گروهی	۱۳.۶۰۰	۰۰.۲	۰۷.۳۰۰	۸۷.۶	۰۰.۱۰	۱۹.۰

۲۸.۰	۰۰۱.۰	۳۳.۲۲	۲۶.۲۴۹	۵۵.۱	۱۳.۳۸۶	آزمون(تکرار اندازه گیری)	سبک هویت اجتنابی
۱۴.۰	۰۱.۰	۵۱.۴	۳۹.۵۰	۱۰.۳	۱۳.۱۵۶	تعامل آزمون* گروه	
۱۵.۰	۰۱.۰	۱۳.۵	۲۷.۱۲۵	۰۰.۲	۵۳.۲۵۰	بین گروهی	
۳۹.۰	۰۰۱.۰	۴۱.۳۶	۱۱.۴۷۰	۲۷.۱	۵۳.۵۹۴	آزمون(تکرار اندازه گیری)	سبک هویت تعهد
۲۷.۰	۰۰۱.۰	۷۰.۱۰	۱۱.۱۳۸	۵۳.۲	۳۳.۳۴۹	تعامل آزمون* گروه	
۲۸.۰	۰۰۱.۰	۹۲.۱۰	۲۷.۴۶۸	۰۰.۲	۵۳.۹۳۶	بین گروهی	

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح $0/05$ برای مؤلفه‌های سبک هویت اطلاعاتی، سبک هویت اجتنابی، سبک هویت تعهد و سبک هویت بهنجاری معنادار است ($P < 0/05$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های سبک هویت اطلاعاتی، سبک هویت اجتنابی، سبک هویت تعهد و سبک هویت بهنجاری در مراحل سه گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین مؤلفه‌های سبک هویت اطلاعاتی، سبک هویت اجتنابی، سبک هویت تعهد و سبک هویت بهنجاری در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین بین مؤلفه‌های سبک هویت اطلاعاتی، سبک هویت اجتنابی، سبک هویت تعهد و سبک هویت بهنجاری در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، بطوری که مؤلفه‌های سبک هویت اطلاعاتی، سبک هویت اجتنابی، سبک هویت تعهد و سبک هویت بهنجاری در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر معنی‌دار نداشته است ($P > 0/05$). با توجه به نتایج جدول ۴ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین سه گروه درمان راه‌حل مدار کوتاه مدت، طرحواره درمانی و کنترل در سطح $0/05$ برای مؤلفه‌های سبک هویت اطلاعاتی، سبک هویت اجتنابی، سبک هویت تعهد و سبک هویت بهنجاری معنادار است ($P < 0/05$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های سبک هویت اطلاعاتی، سبک هویت اجتنابی، سبک هویت تعهد و سبک هویت بهنجاری در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی میانگین‌های نمرات در سه گروه

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
سبک هویت اطلاعاتی پس آزمون	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - طرحواره درمانی	۲۰.۳	۹۱.۱	۲۲.۰
	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - کنترل	۷۰.۹	۹۱.۱	۰۰۱.۰
سبک هویت بهنجاری پس آزمون	طرحواره درمانی - کنترل	۵۰.۶	۹۱.۱	۰۰۱.۰
	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - طرحواره درمانی	۷۰.۰	۴۰.۱	۸۷.۰
سبک هویت اجتنابی پس آزمون	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - کنترل	۶۰.۵	۴۰.۱	۰۰۱.۰
	طرحواره درمانی - کنترل	۳۰.۶	۴۰.۱	۰۰۱.۰
سبک هویت تعهد پس آزمون	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - طرحواره درمانی	۳۰.۲	۳۱.۱	۱۹.۰
	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - کنترل	۷۰.۱	۳۱.۰	۰۱.۰
سبک هویت اطلاعاتی پیگیری	طرحواره درمانی - کنترل	۰۰.۳	۳۱.۰	۰۱.۰
	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - طرحواره درمانی	۱۰.۲	۳۶.۱	۲۸.۰
سبک هویت اطلاعاتی پیگیری	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - کنترل	۲۰.۸	۳۶.۱	۰۰۱.۰
	طرحواره درمانی - کنترل	۱۰.۶	۳۶.۱	۰۰۱.۰
سبک هویت اطلاعاتی پیگیری	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - طرحواره درمانی	۸۰.۲	۰۵.۲	۳۷.۰
	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - کنترل	۸۰.۶	۰۵.۲	۰۰۱.۰
	طرحواره درمانی - کنترل	۰۰.۴	۰۵.۲	۱۳.۰

۰۰.۱	۵۵.۱	۱۰.۰-	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - طرحواره درمانی	سبک هویت بهنجاری پیگیری
۰۱.۰	۵۵.۱	۹۰.۴	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - کنترل	
۰۱.۰	۵۵.۱	۰۰.۵	طرحواره درمانی - کنترل	
۲۶.۰	۱۳.۱	۸۰.۱	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - طرحواره درمانی	سبک هویت اجتنابی پیگیری
۰۱.۰	۱۳.۱	۱۰.۲-	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - کنترل	
۰۰۱.۰	۱۳.۱	۹۰.۳-	طرحواره درمانی - کنترل	
۹۶.۰	۴۸.۱	۴۰.۰	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - طرحواره درمانی	هدمندی سبک هویت تعهد پیگیری
۰۰۱.۰	۴۸.۱	۲۰.۶	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - کنترل	
۰۰۱.۰	۴۸.۱	۸۰.۵	طرحواره درمانی - کنترل	

از نتایج جدول ۵ می‌توان نتیجه گرفت که روش (درمان‌های درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی در مقایسه با گروه کنترل) بر مؤلفه‌های سبک هویت اطلاعاتی، سبک هویت اجتنابی، سبک هویت تعهد و سبک هویت بهنجاری تأثیر داشته‌اند. همچنین با توجه به اینکه تغییر مؤلفه‌های سبک هویت اطلاعاتی، سبک هویت اجتنابی، سبک هویت تعهد و سبک هویت بهنجاری در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند کاهش مؤلفه‌های سبک هویت اطلاعاتی، سبک هویت اجتنابی، سبک هویت تعهد و سبک هویت بهنجاری در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون ادامه داشته است و بطور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (درمان‌های درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی) بر مؤلفه‌های سبک هویت اطلاعاتی، سبک هویت اجتنابی، سبک هویت تعهد و سبک هویت بهنجاری می‌باشد.

جدول ۶. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه های اضطراب اجتماعی با معیار گرین

هاوس گیزر

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب ایتم
ترس در موقعیت های اجتماعی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۷۳.۵۷۳	۳۳.۱	۸۲.۴۳۲	۰.۷۲۵	۰.۰۱۰	۳۱.۰
	تعامل آزمون* گروه	۳۳.۲۷۹	۶۵.۲	۳۶.۱۰۵	۱.۰۰۶	۰.۰۱۰	۱۸.۰
اجتناب از عملکرد	بین گروهی	۷۳.۳۸۱	۰.۰۲	۸۷.۱۹۰	۳۰.۳	۰.۰۴۰	۱۰.۰
	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۶۴.۲۸۹	۵۸.۱	۱۱.۱۸۳	۸۷.۱۷	۰.۰۱۰	۲۴.۰
ناراحتی فیزیولوژیکی	تعامل آزمون* گروه	۲۲.۶۶	۱۶.۳	۹۳.۲۰	۰.۴۰۴	۰.۱۰	۱۲.۰
	بین گروهی	۸۴.۳۰۴	۰.۰۲	۴۲.۱۵۲	۶۰.۶	۰.۰۱۰	۱۹.۰
	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۳۸.۶۱۹	۸۰.۱	۲۰.۳۴۴	۳۱.۳۶	۰.۰۱۰	۳۹.۰
	تعامل آزمون* گروه	۸۹.۲۷۸	۶۰.۳	۴۹.۷۷	۱۷.۰۸	۰.۰۱۰	۲۲.۰
	بین گروهی	۹۱.۷۸۵	۰.۰۲	۹۶.۳۹۲	۰.۰۰۹	۰.۰۱۰	۲۴.۰

نتایج جدول ۶ نشان می دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه های اضطراب اجتماعی معنادار است ($P < ۰/۰۵$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مؤلفه های اضطراب اجتماعی در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین مؤلفه های اضطراب اجتماعی در مراحل پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). همچنین بین مؤلفه های اضطراب اجتماعی در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود ندارد، بطوری که مؤلفه های اضطراب اجتماعی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون تغییر معنی دار نداشته است ($P > ۰/۰۵$). با توجه به نتایج جدول ۶ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین سه گروه درمان راه حل مدار کوتاه مدت، طرحواره درمانی و کنترل در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه های اضطراب

اجتماعی معنادار است ($P < 0/05$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی میانگین‌های نمرات در سه گروه

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
ترس در موقعیت‌های اجتماعی پس‌آزمون	درمان راه حل مدار کوتاه	۳۰.۰-	۶۸.۱	۹۸.۰
	مدت - طرحواره درمانی			
اجتناب از عملکرد پس‌آزمون	درمان راه حل مدار کوتاه	۸۰.۴-	۶۸.۱	۰۲.۰
	مدت - کنترل			
ناراحتی فیزیولوژیکی پس‌آزمون	طرحواره درمانی - کنترل	۵۰.۴-	۶۸.۱	۰۳.۰
	درمان راه حل مدار کوتاه	۷۰.۲-	۳۱.۱	۱۱.۰
اجتناب از عملکرد پس‌آزمون	مدت - طرحواره درمانی			
	درمان راه حل مدار کوتاه	۳۰.۳	۳۱.۱	۰۲.۰
ناراحتی فیزیولوژیکی پس‌آزمون	مدت - کنترل			
	طرحواره درمانی - کنترل	۰۰.۳	۳۱.۱	۰۴.۰
ناراحتی فیزیولوژیکی پس‌آزمون	درمان راه حل مدار کوتاه	۴۰.۶-	۴۰.۱	۰۰.۱.۰
	مدت - طرحواره درمانی			
ناراحتی فیزیولوژیکی پس‌آزمون	درمان راه حل مدار کوتاه	۷۰.۵	۴۰.۱	۰۰.۱.۰
	مدت - کنترل			
ترس در موقعیت‌های اجتماعی پیگیری	طرحواره درمانی - کنترل	۷۰.۰-	۴۰.۱	۹۸.۰
	درمان راه حل مدار کوتاه	۶۰.۱-	۸۰.۱	۶۵.۰
اجتناب از عملکرد پیگیری	مدت - طرحواره درمانی			
	درمان راه حل مدار کوتاه	۸۰.۴-	۸۰.۱	۰۳.۰
اجتناب از عملکرد پیگیری	مدت - کنترل			
	طرحواره درمانی - کنترل	۲۰.۳-	۸۰.۱	۰۱.۰
ناراحتی فیزیولوژیکی پیگیری	درمان راه حل مدار کوتاه	۲۰.۳-	۱۳.۱	۰۲.۰
	مدت - طرحواره درمانی			
ناراحتی فیزیولوژیکی پیگیری	درمان راه حل مدار کوتاه	۱۰.۳-	۱۳.۱	۰۲.۰
	مدت - کنترل			
ناراحتی فیزیولوژیکی پیگیری	طرحواره درمانی - کنترل	۱۰.۲	۱۳.۱	۰۴.۰
	درمان راه حل مدار کوتاه	۱۰.۵-	۵۵.۱	۰۱.۰
ناراحتی فیزیولوژیکی پیگیری	مدت - طرحواره درمانی			

۰۰۱.۰	۵۵.۱	۱۰.۷-	درمان راه حل مدار کوتاه مدت - کنترل
۴۱.۰	۵۵.۱	۰۰.۲-	طرحواره درمانی - کنترل

از نتایج جدول ۷ می‌توان نتیجه گرفت که روش (درمان‌های درمان راه‌حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی در مقایسه با گروه کنترل) بر مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی تاثیر داشته‌اند. همچنین با توجه به اینکه کاهش مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند کاهش مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و بطور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (درمان‌های درمان راه‌حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی) بر مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی می‌باشد. همچنین میزان کاهش در گروه مبتنی بر درمان راه‌حل مدار کوتاه مدت در مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیکی بیشتر از گروه طرحواره درمانی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی بر سبک‌های هویت و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان انجام شد. نتایج نشان داد درمان‌های درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی در مقایسه با گروه کنترل بر مؤلفه‌های سبک هویت اطلاعاتی، سبک هویت اجتنابی، سبک هویت تعهد و سبک هویت بهنجاری تاثیر داشته‌اند. نتایج پژوهش با یافته‌های (زنکین و همکاران، ۲۰۲۱؛ عبدالعزیز، ۲۰۲۱؛ فادهلی و سیرگار، ۲۰۲۰؛ آلتونداگ و بولوت، ۲۰۱۹) همسویی دارد. در این پژوهش‌ها نشان داده شد که درمان راه‌حل مدار باعث بهبود سبک هویتی پراکنده در دانش‌آموزان می‌شود. درمان راه‌حل مدار و فنون آن، مشاهده و توصیف بدون قضاوت تجارب در زمان حال را تشویق می‌کنند، چیزی که به عنوان یک فرایند دانستن از آن یاد می‌شود. این تجربه در زمان حال، به مراجعان کمک می‌کند تا تغییرات دنیا را آن گونه که هست، تجربه کنند نه آن گونه که ذهن می‌سازد. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان چنین بیان کرد هویت با تعهد زمانی به وجود می‌آید که فرد خود را دلیل پیامدهای فعالیت خود قوی تشخیص دهد، رشد شخصی یعنی این افراد برای رسیدن به سطوح بالای عملکرد روانی باید به صورت پیوسته در جنبه‌های متفاوتی از زندگی رشد کند، این موضوع بیانگر آن است که فرد به طور مداوم در کارها درگیر شود و مشکلات را حل کند تا به موجب آن توانایی‌هایش را گسترش دهد. تسلط بر محیط به معنای توانایی فرد برای مدیریت زندگی است، با این توصیف فردی که حس تسلط بر محیط دارد می‌تواند در جنبه‌های مختلف محیط مداخله کند، تغییر دهد و ارتقا بخشد. هدف درمان راه حل مدار این است که به افراد کمک کند تا در موقعیت خود تغییراتی را به وجود آورند. این تغییرات می‌باید پایدار باشند نه سطحی و موقتی،

هرچند که تغییر موقتی در مشکلات شخصی نیز می‌توان درمانی باشد. از دیگر اهداف این رویکرد ایجاد تغییرات افزایشی است یعنی برداشتن قدم‌های کوچک در مسیر درست است. به قول دولان اگر شما فقط یک قدم کوچک را در مسیر درست طی دو روز آینده بردارید، چه خواهد شد؟ در سطح دیگر، هدف درمان صرفاً کمک به مراجع است که با تغییر از حرف زدن دربارهی مشکل به حرف زدن دربارهی راه حل‌ها تغییر در کلام خویش را شروع کنند. درمان راه حل مدار چند نوع هدف را ارائه می‌دهد: تغییر دیدگاه فرد نسبت به جهان، در نظر گرفتن موقعیت یا چارچوب دآوری، تغییر دادن روش برخورد با موقعیت مشکل ساز و بهره برداری از توانمندی‌ها و امکانات درمان جو. چون درمانگر راه حل مدار قرار نیست شخصیت یا ساخت‌های خانوادگی را باز سازمان دهی کند، گرایش می‌یابد که معتدل‌ترین هدفها را تعیین کند و کمک به مراجع برای تعیین اهداف روشن و دست‌یافتنی عمده‌ترین مداخله در نوع خود است.

از طرفی اگرچه هر مدل درمانی قدرت خود را دارد، ولی طرحواره درمانی هم از نظر مفهومی و هم برحسب تکنیک وسیعتر است و ابعاد مختلفی را در بر می‌گیرد. در مقایسه با روانکاوی، طرحواره درمانی نیز عمیق‌تر می‌شود و بر احساسات و افکاری که خارج از آگاهی افراد است متمرکز می‌شود، ولی این کار را به طریق فعال تری انجام می‌دهد و از راهبردهای مختلفی استفاده می‌کند. تحلیل‌گر روانکاوی فاصله بیشتری دارد و نیازها را تفسیر می‌کند، درحالی‌که در طرحواره درمانی، درمانگر، بازوالدگری می‌کند و بسیاری از نیازهای بیمار را جبران می‌کند. در مقایسه با شناخت درمانی این مسئله برعکس است، در هر دو درمانگران فعال هستند، ولی درمان شناختی کاملاً منطقی است و در حقیقت تلاش می‌کند که به بیمار بیاموزد که از هیجانات منفی خود رها شود، در حالیکه به هنگام مواجهه با بیماران مزمن‌تر در طرحواره درمانی، درمانگر تلاش می‌کند که در جلسات، احساسات بیمار را تحریک کرده و بفهمد که این احساسات از کجا آمده‌اند؛ همچنین طرحواره درمانی نسبت به شناخت درمانی عمیق‌تر می‌شود. آنچه باورهای هسته‌ای در شناخت درمانی خوانده می‌شود در مقایسه با طرحواره‌ها مرکزی نیست. همچنین طرحواره درمانی برخلاف درمان شناختی یک مدل تحولی است و بر نیازهای کودکی که از نظریه دلبستگی می‌آید تأکید دارد. هدف نهایی طرح‌واره درمانی، بهبود طرحواره است. از آنجائی که طرح‌واره، مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت‌واره هاست، بهبود طرح‌واره به کاهش تمام این موارد مربوط می‌شود: شدت خاطرات مرتبط با طرح‌واره، فعال شدن هیجانی طرح‌واره، نیرومندی احساس‌های بدنی و ناسازگاری شناخت‌واره. بهبود طرحواره همچنین یک سری تغییرات رفتاری دنبال خواهد داشت به طوری که بیماران یاد می‌گیرند سبک‌های مقابله‌سازگار را جانشین سبک‌های مقابله‌ناسازگار به کنند. بنابراین، فرایند درمان دربرگیرنده مداخلات شناختی، عاطفی و رفتاری است. همان‌طور که طرح‌واره بهبود می‌یابد، شدت و تعداد دفعات فعال شدن آن به طور قابل توجهی کاهش پیدا می‌کند. با این حال اگر

طرحواره فعال شود، بیمار درماندگی کمتری تجربه می کند و خیلی سریع به حالت عادی باز می گردد. اغلب روند بهبود طرحواره، دشوار و طولانی است. طرحواره ها به سختی تغییر می کنند، چون عمیقاً با باورهای فرد راجع به خودش و محیط پیرامون گره خورده اند. طرح واره ها، اغلب تمام چیزهایی هستند که بیمار می داند و علی رغم آنکه ممکن است مخرب باشند، اما برای بیمار، احساس ایمنی و پیش بینی پذیری به ارمغان می آورند. بیماران در برابر از دست دادن طرحواره ها، مقاومت می کنند، زیرا طرحواره ها هسته اصلی هویت آن ها را تشکیل می دهند. دست کشیدن از طرحواره برای آن ها بسیار ناگوار است. از این رو، مقاومت در درمان، نوعی صیانت ذات محسوب می شود، زیرا مقاومت، تلاشی است برای حفظ کنترل و یکپارچگی درونی. دست کشیدن از طرح واره به معنای صرف نظر کردن از دانشی است که فرد نسبت به خود و جهان دارد. بهبود طرحواره، نیازمند داشتن اراده قوی برای جنگیدن با طرحواره است. مسلماً این کار احتیاج به انضباط دقیق و تمرین فراوان دارد. بیماران باید هر روز به طور نظام مند، علائم فعال شدن طرح واره را مورد مشاهده قرار دهند و برای تغییر آن تلاش کنند. طرح واره تا زمانی که اصلاح نشود، همچنان به بقای خودش ادامه می دهد و درمان چیزی شبیه به جنگیدن با طرح واره است. درمانگر و بیمار با هدف شکستن طرحواره با یکدیگر متحد می شوند. این هدف معمولاً یک ایده آل تحقق ناپذیر است، چرا که اکثر طرح واره ها به طور کامل بهبود نمی یابند و نمی توانیم خاطرات همراه با آن ها را به طور کامل ریشه کن کنیم. طرح واره ها هرگز از بین نمی روند، در عوض وقتی که بهبود پیدا کنند، از میزان فعال شدن و شدت عاطفه همراه آن ها کاسته می شود. همچنین مدت فعال سازی آن ها در ذهن نیز زیاد به طول نمی انجامد. پس از بهبود طرحواره ها، بیماران به محرک های برانگیزاننده طرح واره ها به شیوه ای سالم پاسخ می دهند، دوستان مطلوبتری انتخاب می کنند و نگرش آن ها نسبت به خودشان مثبت تر می شود.

همچنین نتایج نشان داد که هر دو درمان راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی دانش آموزان اثربخش هستند با این تفاوت که میزان کاهش در گروه مبتنی بر درمان راه حل مدار کوتاه مدت در مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیکی بیشتر از گروه طرحواره درمانی بوده است. این یافته ها با نتایج پژوهش های (ژانگ، ۲۰۲۲؛ فیانا و همکاران، ۲۰۲۲؛ برزگر و همکاران، ۲۰۱۹؛ المو، ۲۰۱۹؛ کورانکوت و همکاران، ۲۰۱۹) هماهنگ و همسو می باشد. در تبیین معناداری این فرضیه بر اثربخشی درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی دانش آموزان، می توان ادعان نمود که اختلال اضطراب اجتماعی نوعی اضطراب است که با ترس و اضطراب شدید در موقعیت های اجتماعی شناخته می شود که می تواند بسیاری از جنبه های زندگی فرد را مختل کند. در موارد شدید، اضطراب اجتماعی می توان کیفیت زندگی فرد را به شکل چشمگیری کاهش دهد (ارات و همکاران، ۲۰۱۰). نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی، در موقعیت های اجتماعی اضطراب شدیدی را تجربه می کنند. این گونه افراد از موقعیت هایی که

امکان دارد از سوی دیگران مورد قضاوت و بررسی قرار گیرند هراس دارند و دائماً بیم دارند که مورد قضاوت، ارزشیابی، انتقاد، تحقیر و تمسخر دیگران واقع گردند. طبیعی است افرادی که از اختلال جسمانی خاصی در کودکی رنج می‌برند زمینه تشدید هراس اجتماعی در آنها بیشتر می‌شود (مولکاهی و همکاران، ۲۰۰۸). پر واضح است که درمان راه حل مدار کوتاه مدت با تکیه بر منابع مراجعان و از طریق فراخواندن و خلق راه حل‌هایی برای مشکلات مراجعان به آنها کمک می‌کند تا بتوانند بر اضطراب اجتماعی خود فائق آیند. این رویکرد همچنین به عنوان رویکردی مساله محور با استفاده از فنون مختلف می‌تواند به نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به خاطر مشکلاتی که راه حل آن در دست خودشان است کمک کند تا مهارت‌های اجتماعی خود را تقویت نمایند (مک نیل، ۲۰۱۳). این رویکرد به دلیل کوتاه بودن جلساتش می‌تواند بسیار در ایجاد مهارت‌های اجتماعی موثر واقع گردد حتی نوجوانانی که اضطراب اجتماعی بالایی دارند (بورنر، ۲۰۱۳). همچنین وظیفه درمانگر راه حل مدار، کمک به مراجع برای توسعه میزان موارد استثنا در خصوص مشکلات موجود با دایره اجتماعی خود است؛ یعنی توسعه راه حل‌های موثری که از قبل در دسترس بوده‌اند. تلاش درمانگر بر این است تا از دریچه چشم هر یک از اعضا به م‌شکل بنگرد و با همان ادراک به دنبال تغییر رفتار باشد. اما با وجود همسانی مدل راه حل محور با ایجاز و علم‌گرایی رویکردهای راهبردی، درمانگران این مکتب بر تشریح مساعی در ساختن روایت‌های راه حل محور تاکید می‌ورزند. در سطح دیگر، هدف درمان تنها کمک به شرکت‌کنندگان است که با تغییر از صحبت درباره مشکل به صحبت درباره راه حل‌ها، تغییر در کلام خویش را شروع کنند. طبق مبانی رویکرد راه حل محور، هیچ واقعیت عینی و خارجی وجود ندارد؛ بلکه حقیقت و واقعیت یک پدیده ذهنی است. افراد مختلف از یک مساله ذهنیت‌های متفاوتی دارند که هر کدام به نوبه خود واقعیت ذهنی تلقی می‌شود. لذا درمانگر اضطراب اجتماعی را از دیدگاه هر عضو گروه مورد بررسی قرار می‌دهد و با درک و همدلی و ایجاد انگیزه در راستای بهبود مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان موثر واقع می‌گردد. درمانگر به این مساله اذعان دارد که مشکل چیزی جز راه حل‌های اشتباه نیست و برای آن باید راه حل را اصلاح کرد و چون در این رویکرد اعتقاد گروه برای خلق راه حل‌ها استفاده می‌شود. همچنین در این درمان از آنجائیکه تغییرات کوچک به تغییرات بزرگ منتهی می‌گردد اعضای گروه برای برداشتن اولین گام ترغیب می‌شوند به همین دلیل آنچه در درمان اهمیت دارد برداشتن اولین گام است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که این پژوهش بر روی دانش‌آموزان ۱۵ تا ۱۸ سال مقطع متوسطه استان البرز صورت گرفته و از تعمیم نتایج به دست آمده به دانش‌آموزان دیگر مقاطع تحصیلی باید خودداری شود. همچنین عدم وجود تحقیقات مشابه در کشور و خارج از کشور در مورد استفاده از درمان راه حل مدار و طرحواره‌درمانی بر موضوعات روانشناختی مرتبط با نوجوانان، از دیگر محدودیت‌های تحقیق بود. پیشنهاد می‌شود که در

تحقیقات آینده، پژوهش‌های مشابهی بر دانش آموزان در سایر مقاطع و دیگر نقاط کشور صورت گیرد. همچنین پژوهش‌های مشابهی در مورد مداخله‌های راه حل مدار کوتاه مدت و طرحواره درمانی بر سایر متغیرهای روانشناختی تحصیلی انجام گردد. پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های مقطعی بوده و برای اطمینان از برگشت پذیری این آموزش‌ها و مدت زمان استفاده فراگیران از این راهبردها، پژوهشی طولی باید وضعیت این دانش آموزان را تا پایان دوران تحصیل بررسی و تاثیر این آموزش‌ها بر دانش آموزان را بررسی کند.

موازن اخلاقی

در تمام مراحل پژوهش سعی شد اصول اخلاقی مورد توجه قرار گیرد. ضمن دادن آزادی انتخاب به مادران کودکان حاضر در پژوهش و دادن اطمینان جهت رعایت اصول رازداری، سعی بر آن بود تا به حریم شخصی زندگی افراد احترام گذاشته شود.

سپاس‌گزاری

از همه مدیران مراکز و مادرانی که با حضور خود در کنار فرزندانشان در اجرای این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آرامون، احمد، و ابراهیم قوام، صغری. (۱۳۹۷). رابطه تفکر انتقادی با سبک‌های هویت (اطلاعاتی، هنجاری و اجتنابی) در دانش آموزان شهر نظرآباد در مقطع دبیرستان. *نشریه رویش روانشناسی*، ۱۱ (۲۸): ۱۳۸-۱۱۹.
- پارسا، عبدالحمید، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، درتاج، فریبرز، و زارع بهرام آبادی، مهدی. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی و اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان. *فصلنامه سبک زندگی با محوریت سلامت*، ۴ (۴): ۲۵۳-۲۶۲.
- جوادیان، رضا و ثابت اقلیدی، احمد. (۱۴۰۱). اثربخشی مشاوره گروهی راه حل محور بر اضطراب و مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان دختر. *مجله روانشناسی*، ۱ (۴): ۱۹-۴.

شریعت، مهسا، و طباطبایی نژاد، فاطمه سادات. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی. *مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی (دانشگاه تاکستان)*، ۸ (۱): ۸۴-۹۹.

قاسم پور، فاطمه، عظیمی، مریم، ثناگو، اکرم، و مبصری، علی اکبر. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین سبک‌های هویت و انگیزه پیشرفت در دانش‌آموزان دوره متوسطه شهرستان ساری. *مجله علمی پژوهان*، ۱۶ (۲): ۴۶-۵۲.

References

- AbdelAziz, A. F. A. (2021). The effectiveness of Solution-Focused Brief therapy to improve vocational self-efficacy and reduce career future anxiety among postgraduate students. *Journal of Scientific Research in Education*, 22(3), 321-366.
- Barzegar, E., Boostanipoor, A., Fotoohabady, K., Zohrei, E., & Ebrahimi, S. (2019). The effectiveness of solution-focused brief therapy on reduction social anxiety in children and adolescents with stuttering. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 9(1), 69-85.
- Burns, K. (2013). Changing minds, changing lives. In P. De Jong and I. Berg (Eds), *Interviewing for solutions (4th Edition)* Belmont, CA: Brooks/Cole
- Chiu, K., Clark, D. M., & Leigh, E. (2021). Prospective associations between peer functioning and social anxiety in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 279, 650-661.
- Dou, Q., Chang, R., & Xu, H. (2022). Body dissatisfaction and social anxiety among adolescents: A moderated mediation model of feeling of inferiority, family cohesion and friendship quality.
- Elemo, A. S. (2019). The effects of solution-focused and social skills training groups on social anxiety and coping strategies of ethiopian university students.
- Erath, S., Flanagan, K., & Bierman, K. (2010). Friendships moderate psychosocial maladjustment in socially anxious early adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31, 15-26
- Fadhli, T., & Siregar, I. K. (2020). Solution Focused Brief Counseling Teknik Thought Stoping Untuk Mengatasi Kecemasan Diri Terhadap Isu Virus Corona-19. *Biblio Couns: Jurnal Kajian Konseling dan Pendidikan*, 3(1), 1-9.
- Fadhli, T., & Siregar, I. K. (2020). Solution Focused Brief Counseling Teknik Thought Stoping Untuk Mengatasi Kecemasan Diri Terhadap Isu Virus Corona-19. *Biblio Couns: Jurnal Kajian Konseling dan Pendidikan*, 3(1), 1-9.
- Fiana, A. L., Wibowo, M. E., & Sutoyo, A. (2022). The Effectiveness of Solution Focused Brief Therapy Group Counseling to Reduce Social Anxiety for Vulnerable Children. *Jurnal Bimbingan Konseling*, 11(2), 145-151.
- Field, T. (2020). Social Anxiety in Adolescents: A Narrative Review. *Journal of Anxiety Disorders*, 3(2), 127.
- Jolly, C. (2022). Social Media Use and Social Anxiety among Adolescents. *International Journal of Indian Psychology*, 10(1).

- Koorankot, J., Rajan, S. K., & Ashraf, Z. A. (2019). Solution-focused versus problem-focused questions: Effects on electrophysiological states and affective experiences. *Journal of Systemic Therapies, 38*(2), 64-78.
- Kurşungöz, K. (2016). Bressoud style identities for regular partitions and overpartitions. *Journal of Number Theory, 168*, 45-63.
- McNeill, C. (2013). The teens challenge: Stammering therapy, learning and adventure. In C.Cheasman, R.Everard & S.Simpson (Eds), *Stammering therapy from the inside: New perspectives on working with young people and adults*. Guilford, UK: J & R Press Ltd
- Mohebi, M. D., Ayubi, E., Azmoodeh, A., & Sargolzaie, N. (2018). The relationship between identity styles and addiction vulnerability: A cross-sectional study among medical students in Zahedan, South Eastern Iran. *Psychiatry research, 268*, 184-188.
- Novella, J. K., Ng, K. M., & Samuolis, J. (2022). A comparison of online and in-person counseling outcomes using solution-focused brief therapy for college students with anxiety. *Journal of American College Health, 70*(4), 1161-1168.
- Pujowati, M., Wibowo, M. E., & Mulawarman, M. (2022). The Effectiveness of Solution-Focused Brief Group Counseling to Increase the Optimism of Students with Academic Stress. *Jurnal Bimbingan Konseling, 11*(2), 137-144.
- Sedmak, M., & Medarić, Z. (2022). Anchoring, feelings of belonging, and the complex identities of migrant teenagers in Slovenia. *Studies in Ethnicity and Nationalism, 22*(2), 99-116.
- Tan, Y. M. (2015). *Schema therapy for borderline personality disorder: Patients' and therapists' perceptions* (Doctoral dissertation, Murdoch University).
- Walker, C. R., Froerer, A. S., & Gourlay-Fernandez, N. (2022). The value of using emotions in solution focused brief therapy. *Journal of marital and family therapy, 48*(3), 812-826.
- Xin, S., Peng, H., & Sheng, L. (2022). Changes of social anxiety in Chinese adolescents during 2002~ 2020: An increasing trend and its relationship with social change. *Children and Youth Services Review, 142*, 106614.
- Yu, M., Lv, F., Liu, Z., & Gao, D. (2022). How negative automatic thoughts trigger Chinese adolescents' social anxiety: The mediation effect of meta-worry. *Current Psychology, 1-10*.
- Zengin, M., Başoğul, C., & Yayan, E. H. (2021). The effect of online solution-focused support program on parents with high level of anxiety in the COVID-19 pandemic: A randomised controlled study. *International Journal of Clinical Practice, 75*(12), e14839.
- Zhang, A. (2022). Solution-focused brief therapy for depression among adolescents and young adults diagnosed with cancer: An open pilot trial. *Research on Social Work Practice, 32*(4), 388-401.
- Zhang, H., Li, R., Veeck, A., & Yu, H. (2022). Peer influence on teenagers' preference for brand name food products: The mediation effect of peer identity. *International Journal of Consumer Studies, 46*(4), 1099-1112.

پرسشنامه سبک هویت

سئوالات	کاملاً مخالف	تا حدی مخالف	مطمئن نیستم	تا حد موا	کاملاً موافق
۱) در رابطه با اعتقادات مذهبی، اساساً می‌دانم که به چه چیزی اعتقاد و به چه چیزی اعتقاد ندارم.					
۲) مدت زمان زیادی را به طور جدی صرف فکر کردن در باره اینکه باید با زندگی چه کنم، کرده‌ام.					
۳) من واقعاً از اینکه در مدرسه چه می‌کنم مطمئن نیستم، گمان می‌کنم، همه چیز خودش پیش می‌رود.					
۴) همیشه کم و بیش بر اساس ارزش‌هایی که با آنها بزرگ شده‌ام عمل کرده‌ام.					
۵) زمان قابل توجهی را به مطالعه و صحبت با دیگران در مورد باورهای مذهبی گذرانده‌ام.					
۶) وقتی با کسی بحث می‌کنم، سعی می‌کنم دیدگاه او را در نظر بگیرم و مشکل را از نقطه نظر او ببینم.					
۷) می‌دانم که می‌خواهم با آینده‌ام چکار کنم.					
۸) لازم نیست که از پیش نگران ارزش‌ها باشم، در مورد هر چیز وقتی اتفاق افتاد تصمیم می‌گیرم.					
۹) واقعاً مطمئن نیستم که در مورد دین به چه چیز اعتقاد دارم.					
۱۰) همیشه در زندگی‌ام هدف داشته‌ام، طوری بار آمده‌ام که بدانم برای چه تلاش کنم.					
۱۱) مطمئن نیستم که واقعاً به چه ارزش‌هایی معتقدم.					
۱۲) دیدگاه‌های سیاسی ثابتی دارم، و موضع قاطعی در مورد میزان پیشروی دولت و کشور دارم.					
۱۳) بسیاری اوقات بدون درگیر کردن خودم با مشکلات شخصی، آنها خودشان پیش رفته‌اند.					
۱۴) مطمئن نیستم که در آینده چه می‌خواهم، چه کاری را انجام دهم.					
۱۵) واقعاً رشته‌ام مناسب است، این همان تخصصی است که به درد من می‌خورد.					
۱۶) اوقات زیادی را صرف مطالعه و فهم مسایل سیاسی می‌کنم.					
۱۷) این روزها واقعاً در مورد آینده‌ام فکر نمی‌کنم، هنوز راه درازی در پیش است.					
۱۸) اوقات زیادی را صرف صحبت با افرادی زیادی می‌کنم تا بتوانم مجموعه‌ای از ارزش‌ها را داشته باشم که برایم قابل فهم باشد.					
۱۹) در ارتباط با مذهب، همیشه می‌دانسته‌ام که به چه چیزی اعتقاد و به چه چیزی اعتقاد ندارم.					
۲۰) نمی‌دانم چه تخصصی باید بگیرم (یا به چه تخصصی تغییرش دهم).					
۲۱) از دوران دبیرستان می‌دانسته‌ام که دانشگاه می‌روم و در چه رشته‌ای تخصص می‌گیرم.					
۲۲) ارزش‌های معینی دارم که برای گرفتن تصمیمات شخصی از آنها استفاده می‌کنم.					
۲۳) فکر می‌کنم داشتن عقایدی ثابت بهتر از بدون تعصب بودن است.					
۲۴) وقتی که مجبورم تصمیم بگیرم، سعی می‌کنم تا جای ممکن صبر کنم تا ببینم چی پیش می‌آید.					

۲۵) وقتی که مشکلی شخصی دارم، سعی می‌کنم موقعیت را برای حل آن مشکل تجزیه و تحلیل کنم.

۲۶) من دریافته‌ام وقتی که مشکلی دارم، بهترین راه این است که از متخصصان مشورت بگیرم.

۲۷) بهترین چیز برای من این است که زندگی را خیلی جدی نگیرم، فقط سعی می‌کنم که از آن لذت ببرم.

۲۸) فکر می‌کنم که بهتر است ارزش‌های ثابتی داشته باشم تا اینکه دستگاه ارزشی متغیری داشته باشم.

۲۹) سعی نمی‌کنم تا جایی که در توان دارم به مشکلات و حل آنها فکر نکنم.

۳۰) اعتقاد دارم که مشکلات شخص اغلب به چالش‌های جالبی بدل می‌شوند.

۳۱) سعی می‌کنم از موقعیت‌هایی شخصی‌ای که نیازمند تفکر زیاد و درگیر آنها شدن است، اجتناب کنم.

۳۲) زمانی که بدانم روش صحیح روبرو شدن با مشکل کدام است، همان را در پیش خواهیم گرفت.

۳۳) وقتی مجبور به تصمیم‌گیری هستم، دوست دارم زمان زیادی را صرف تفکر در مورد گزینه‌هایم کنم.

۳۴) ترجیح می‌دهم درگیر موقعیت‌های شوم که بتوانم به عرف و هنجارهای اجتماعی پای بند باشم.

۳۵) دوست دارم مسوولیت روبرو شدن با مشکلاتی را در زندگی داشته باشم که نیازمند فکر کردنم هستند.

۳۶) گاهی از باور کردن اینکه مشکلی اتفاق خواهد افتاد اجتناب می‌کنم، و کارها خودشان پیش می‌روند.

۳۷) وقتی می‌خواهم تصمیم مهمی بگیرم دوست دارم تا آنجا که ممکن است اطلاعات جمع‌آوری کنم.

۳۸) وقتی می‌دانم که موقعیتی برای من فشار روانی ایجاد می‌کند، سعی می‌کنم از آن اجتناب کنم.

۳۹) فکر می‌کنم که مردم برای داشتن یک زندگی کامل، باید خود را از نظر عاطفی با ارزش‌ها و ایده‌آل‌های مشخصی پیوند بزنند و به آنها تعهد داشته باشند.

۴۰) در یافته‌ام وقتی مشکل دارم بهترین کار اعتماد به مشورت دوستان صمیمی و خویشاوندان است.

پرسشنامه هراس اجتماعی

خیلی زیاد	زیاد	تا حدی	کم	اصلا	گویه
					۱. من از افراد صاحب قدرت می‌ترسم.
					۲. از این که جلوی مردم سرخ شوم ناراحت هستم.
					۳. مهمانی‌ها و گردهمایی‌ها مرا می‌ترساند.
					۴. من از صحبت کردن با افرادی که نمی‌شناسم، اجتناب می‌کنم.
					۵. مورد انتقاد قرار گرفتن خیلی مرا می‌ترساند.

-
۶. ترس از دستپاچه شدن موجب می‌شود تا از انجام کارها یا صحبت کردن با افراد اجتناب کنم.
 ۷. عرق کردن در برابر دیگران مرا آشفته می‌کند.
 ۸. از رفتن به مهمانی‌ها اجتناب می‌کنم.
 ۹. از فعالیت‌هایی که در آنها مرکز توجه باشم، اجتناب می‌کنم.
 ۱۰. صحبت کردن با غریبه‌ها مرا می‌ترساند.
 ۱۱. من از صحبت در حضور جمع اجتناب می‌کنم.
 ۱۲. من همه کار انجام می‌دهم تا مورد انتقاد قرار نگیرم.
 ۱۳. زمانی که با مردم هستم تپش قلب مرا ناراحت می‌کند.
 ۱۴. وقتی دیگران مرا زیر نظر دارند، از انجام کارها دچار ترس می‌شوم.
 ۱۵. احساس خجالتی بودن یا احمق به نظر رسیدن از جمله ترسهای جدی من است.
 ۱۶. از صحبت کردن با فردی که صاحب قدرت و مقام است، اجتناب می‌کنم.
 ۱۷. دچار لرزش شدن در جلوی دیگران برایم ناراحت کننده است.
-

Comparing the Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy and Schema Therapy on Identity Styles and Social Anxiety in Adolescents

Neda. Piryaei¹, Mohsen. Mansoobifar², Robabeh. Ataeifar², Maryam. Bahrami Hidaji³ & Javid. Peymani³

Abstract

Aim: This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy and schema therapy on identity styles and social anxiety in students. **Method:** The current research was in terms of practical purpose, in terms of the nature of the semi-experimental research with a pre-test-post-test design with two experimental groups and a control group, and in terms of the type of data, it was quantitative. The statistical population included second grade high school students in Alborz province in the academic year 2018-2019, 60 of whom were selected as a statistical sample by staged cluster sampling and divided into two experimental groups and one control group (20 people for each group) were replaced. In order to collect data, standard questionnaires of social anxiety (Kanor et al., 2000) and identity style (Brzezunsky, 1992) were used. After completing eight sessions Solution-Focused Brief Therapy and eight group schema therapy sessions in the experimental groups, the mentioned questionnaires were completed again immediately and after three months respectively as a post-test and follow-up in the groups. The data was analyzed using variance analysis with repeated measurements through SPSS-V21 software. **Results:** Data analysis was done in descriptive and inferential statistics (analysis of covariance, analysis of variance with repeated measures and dependent t) through Spss-V21 software. The findings showed that there was a difference between the effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy and schema therapy on students' identity styles over time, and these treatments were stable over time. Also, there is a difference between the effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy and schema therapy on students' social anxiety over time, and Solution-Focused Brief Therapy was more effective than schema therapy in social anxiety variable. **Conclusion:** According to the results, the above-mentioned therapy can be used as a psychological intervention to reduce students' body image concerns and social anxiety.

1. PhD student in Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

2. **Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
Email: mohsenmansoobifar@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Keywords: *identity styles, social anxiety, Solution-Focused Brief Therapy, schema therapy*