

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های و درمان فعال‌سازی رفتاری بر حساسیت اضطرابی در دختران مبتلا به نشانگان اضطراب اجتماعی

صونا بهاری<sup>۱</sup>، حسن تونزنده جانی<sup>۲\*</sup>، الهام طاهری<sup>۳</sup>، احمد زنده دل<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** با توجه شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی و اهمیت دوران نوجوانی و آسیب‌پذیر بودن این دوره از رشد پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های و درمان فعال‌سازی رفتاری بر حساسیت اضطرابی در دختران مبتلا به نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی انجام شد.

**روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر مبتلا به نشانگان اضطراب اجتماعی شهر مشهد تشکیل می‌دادند. نمونه آماری شامل ۴۵ نفر که با روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شده و در دو گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) تقسیم شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدیدنظر شده کوکس و تیلور استفاده شد. پس از اجرای پیش‌آزمون گروه‌های آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت برنامه آموزشی قرار گرفتند و گروه گواه در فهرست انتظار دریافت درمان قرار گرفت و بعد از دو ماه آزمون پیگیری دریافت کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس نشان داد که درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های و فعال‌سازی رفتاری در کاهش حساسیت اضطرابی معنادار ( $p < 0.001$ ) است و بین دو روش درمانی از نظر اثربخشی تفاوت معناداری وجود ندارد و در مقطع پیگیری نیز نتایج نشان داد که اثرات درمان‌ها تداوم داشتند ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های و درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش اضطراب اجتماعی مؤثر است و تلویحات نظری و کاربردی مهمی در مداخلات روان‌شناختی با دختران مبتلا به نشانگان اضطرابی دارد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های " درمان فعال‌سازی رفتاری " حساسیت اضطرابی " اضطراب اجتماعی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۵/۱ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۱۱/۱۴

**استناد:** بهاری ص، تونزنده جانی ح، طاهری ا، زنده ل ه. مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های و درمان فعال‌سازی رفتاری بر حساسیت اضطرابی در دختران مبتلا به نشانگان اضطراب اجتماعی، خانواده و بهداشت، ۱۳۹۸؛ ۹(۱): ۴۲-۲۹

<sup>۱</sup> - دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه علوم و تحقیقات واحد خراسان رضوی، ایران، Bahari.s@hotmail.com

<sup>۲</sup> - نویسنده مسئول، دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، خراسان رضوی، ایران، H.Toozandehjani@yahoo.com

<sup>۳</sup> - گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

<sup>۴</sup> - استادیار گروه آمار دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، خراسان رضوی، ایران

در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱) اضطراب اجتماعی شامل ترس از موقعیت‌های اجتماعی از جمله موقعیت‌هایی است که مستلزم تماس با افراد غریبه یا زیر نظر افراد غریبه بودن است. افراد مبتلا به اختلال اضطرابی از شرمسار شدن در موقعیت‌های اجتماعی (مانند گردهمایی‌های اجتماعی، سخنرانی و ملاقات افراد جدید می‌ترسند) (۲).

این افراد ممکن است ترس‌های اختصاصی در مورد انجام برخی فعالیت‌های اختصاصی مانند صحبت کردن در جلوی دیگران و خوردن را داشته باشند یا ترس غیراختصاصی و مبهمی را در مورد شرمسار شدن خود تجربه کنند (۳). ترس از شرمسار شدن است که در آن موقعیت ممکن است روی دهد نه از خود موقعیت (۱). شیوع آن در طول زندگی ۳ تا ۸ درصد گزارش شده است و برآورد شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی برای ایالات متحده تقریباً ۷ درصد است. این اختلال سومین نرخ شیوع را در بین اختلالات روان‌پزشکی در آمریکا دارا است و تفاوت جنسیت در شیوع در نوجوانان برجسته‌تر از جوانان است (۴). میزان اختلال اضطراب اجتماعی در کل جمعیت در زنان بالاتر از مردان است (۱). در بیشتر مواقع افراد مبتلا به این اختلال به اختلال افسردگی اساسی و سوء‌مصرف مواد نیز مبتلا هستند (۵). معمولاً در دوران کودکی و اوایل نوجوانی شروع می‌شود و دوره اختلال معمولاً مزمن و همیشگی است (۶). این اختلال جنبه‌های گوناگونی از زندگی شخص را مدنظر قرار می‌دهد و افراد با مشکلات زیادی در حوزه تحصیل و کار و زندگی اجتماعی مواجه می‌کند (۷). همبودی این اختلال با اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، هراس خاص، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و مصرف مواد است (۸). از جمله مؤلفه‌های دخیل در اضطراب اجتماعی، حساسیت اضطرابی است (۹). در چند سال اخیر پژوهش‌های نظری و تجربی نشان دادند که حساسیت اضطرابی نقش اساسی در علت شناسی اختلالات اضطرابی به‌خصوص اختلال اضطراب اجتماعی ایفا می‌کند (۱۰). این متغیر به‌عنوان یکی از عوامل بالقوه در تحول نشانه‌ها و مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی تلقی می‌شود (۱۱). بر اساس نظر تیلور و آلدن<sup>۱</sup> (۱۲) هاوول<sup>۲</sup> (۱۳) حساسیت اضطرابی علائم اختلالات اضطراب اجتماعی را تشدید می‌کند. حساسیت اضطرابی نشان‌دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به‌عنوان اموری آزاردهنده خطرناک است (۱۴) که به‌صورت یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی‌ها و تغییرهای منفی وجود دارد و به‌صورت مداوم و پایدار فرد را در حالت گوش‌به‌زنگ نسبت به نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب نگه می‌دارد (۱۵). مطالعات نووینسکی<sup>۳</sup> (۱۶) و استورک<sup>۴</sup> (۱۷) نشان داد که بین حساسیت اضطرابی و تحریف‌های شناختی رابطه مثبت وجود دارد. نظریه‌پردازان شناختی اضطراب معتقدند که افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا بازیابی و پردازش اطلاعات همراه با سوگیری‌هایی است که نقش مهمی در ایجاد و تداوم اضطراب اجتماعی دارد (۱۸). گلدن (۱۹) معتقد است حساسیت اضطرابی نشان‌دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به‌عنوان اموری آزاردهنده خطرناک است. رینز و همکاران (۱۰) نشان دادند که این متغیر به‌عنوان یکی از عوامل بالقوه در تحول نشانه‌ها و مؤلفه‌های اضطرابی تلقی می‌شود. کاپرون و همکاران (۱۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افراد با حساسیت اضطرابی بالا، به پیش‌بینی افراطی ترس ناشی از مواجهه با موقعیت‌هایی که آن‌ها را دچار اضطراب می‌کند، دست می‌زنند. کاریتون (۲۰) نشان دادند که بین اضطراب اجتماعی با خرده‌مقیاس‌های جسمانی و شناختی شاخص حساسیت اضطرابی روابط غیرمستقیم وجود دارد. با توجه به یافته‌های نظریه‌پردازان شناختی اضطراب حساسیت اضطرابی که نقش مهمی در ایجاد و تداوم اضطراب اجتماعی بر عهده دارد و با توجه به پیامدهای روانی و رفتاری عامل فوق در اختلال اضطراب اجتماعی به‌ویژه در

1. Alden

2. Howell

3. Novinsky

4. Stork

نوجوانان دانش‌آموز، توجه به علل و درمان این اختلال از ضرورت‌های پژوهش‌های حاضر است. مژمن بودن ماهیت اختلال اضطراب اجتماعی و درگیر ساختن فرد در زندگی روزمره و تأثیرگذاری بر سایر جنبه‌های زندگی فرد باعث مشکلات روانی متعدد در فرد می‌شود (۲۱). با در نظر گرفتن نتایج تحقیقات ایدلمن (۲۱) گلدن<sup>۱</sup> (۲۲) و نایمیر (۹) اثرگذاری این عوامل بر شیوع و تسریع اختلال اضطراب اجتماعی بررسی و به اثبات رسیده است. به خاطر اهمیت دوران نوجوانی علاقه به درک ماهیت اضطراب اجتماعی و گسترش روش‌های مؤثر بر آن در بین روان‌شناسان و مشاوران فزونی یافته است (۲۳) و به‌منظور کاهش و درمان این اختلال روش‌ها و فنون متعددی مورداستفاده قرار گرفته است. درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های و درمان فعال‌سازی رفتاری از جمله این فنون است. در رویکرد<sup>۲</sup> MCBT اعتقاد بر این است که به‌رغم انواع مختلف اختلال‌های اضطرابی، روندهای پاتولوژیکی بنیادی یکسان است. عموماً افراد مضطرب در واکنش‌های اساسی به اطلاعات جدید، در تعبیر خود از دنیای اطراف، رفتار در برابر چالش‌ها و در تجربه سریع‌تر استرس نسبت به دیگران مشابه هم هستند (۲۴). رویکرد واحد پردازش‌های اگرچه به پایه‌های بنیادی CBT یعنی نقش مشارکت و فرمول‌بندی موردی وفادار مانده است، اما بر تأثیر عاطفه منفی، ادراک کنترل و تجارب خاص زندگی در اضطراب تأکید می‌نماید (۲۵). تفاوت اساسی این رویکرد با سایر رویکردهای شناختی رفتاری در این است که در درجه اول تأکید بر کشاندن فرد برای تجربه موقعیت‌هایی دارد که خطرناک و تهدیدآمیز تفسیر می‌شوند و در این رویکرد تلاش می‌شود آموزش داده شود که این موقعیت‌ها امن هستند تا کاهش عاطفه و تفسیر منفی به‌تبع آن اتفاق بیفتد (۲۶). در رویکرد واحد پردازش‌های، مواجهه و تجربه نظام‌مند موقعیت ترس‌آور مداخله اساسی در درمان بوده و بیشترین توجه را در پروتکل بعد از اصلاح باورها و شناخت‌های نادرست به خود اختصاص می‌دهد. برای کارایی بیشتر، مهارت‌های دیگر برای کمک به این هدف اولیه یادگیری اصلاحی و آموزش داده می‌شود (۲۷). اوداز<sup>۳</sup> (۲۳) در پژوهشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های را برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی بکار برد و نشان داد که این روش درمان در کاهش شدت علائم اضطرابی مؤثر است. دیمایو (۲۸) در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های را در کاهش اضطراب در نوجوانان موردبررسی قرار داده و نشان دادند که این درمان به‌طور معنادار در کاهش اضطراب دانش‌آموزان مؤثر است. آنجلا (۲۹) در پژوهشی که روی کودکان اضطرابی مدارس ابتدایی انجام دادند به این نتیجه رسید که درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های در کاهش علائم اضطرابی مؤثر است. روش درمانی دیگر در این پژوهش که موردبررسی قرار گرفت، درمان فعال‌سازی رفتاری<sup>۴</sup> است که فرایند درمانی ساختاریافته‌ای است که موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی<sup>۵</sup> زیادتر می‌کند (۳۰). این فرایند منجر به بهبود خلق، تفکر و کیفیت زندگی می‌شود (۳۱). در این مدل، اجتناب رفتاری، کانون درمان است. رفتارهای اجتنابی موجب راحتی، آرامش کوتاه بیمار شده درحالی‌که در بلندمدت خود از منابع تقویتی محیطی محروم می‌شود. از مهم‌ترین الگوهای اجتنابی بی‌نظمی در برنامه‌های روزمره زندگی است (۳۲). این بی‌نظمی‌ها موجب عدم هماهنگی میان فرد و محیط زندگی می‌شود؛ بنابراین برقراری مجدد برنامه‌های قبلی یا شکل‌گیری برنامه‌های جدید برای بهبود یافتن مهم است. لذا به بیمار آموزش داده می‌شود که به‌جای الگوی اجتناب<sup>۶</sup> با کمک الگوی جایگزین<sup>۷</sup> واکنش نشان دهد و این شیوه را بخشی از سبک زندگی خود قرار دهد (۳۲). اولویرا<sup>۸</sup> (۳۳) معتقد است درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش اجتناب‌های هیجانی، رفتاری و

1. Golden

2. Modular Cognitive Behavioral Therapy

3. Odaz

1. Behavioral Activation therapy

2. Contingency reinforcement

6. Avoidance pattern

7. Alternative coping

8. Olvira

بهبود عملکردهای روانی و اجتماعی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مؤثر است. فراندز<sup>۱</sup> (۳۴) در پژوهشی به این نتیجه رسید که فعال‌سازی رفتاری در کاهش افکار منفی مؤثر است. فارچوین<sup>۲</sup> و همکاران (۳۵) در پژوهشی نشان داد فعال‌سازی رفتاری درمانی است که با استفاده از تجزیه و تحلیل عملکردی و راهبردهای مرتبط با افزایش تقویت رشد تکاملی برای سازگاری، رفتار سالم و کاهش رفتارهای اجتنابی است. با توجه شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی و اهمیت دوران نوجوانی و آسیب‌پذیر بودن این دوره از رشد و نیاز به درمان روان‌شناختی و کمبود پژوهش‌هایی از این دست در کشور در مورد دانش‌آموزان که به‌طور مستقیم اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای و درمان فعال‌سازی رفتاری را بر حساسیت اضطرابی موردبررسی قرار دهد، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد. لذا سؤالی که این پژوهش در صدد پاسخ دادن به آن است این است که آیا درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای و درمان فعال‌سازی رفتاری بر حساسیت اضطرابی در نوجوانان دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی مؤثر است؟

## روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) و پیگیری با گروه کنترل بود که با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای و درمان فعال‌سازی رفتاری بر حساسیت اضطرابی در مبتلایان به نشانگان اضطراب اجتماعی انجام شد.

آزمودنی‌ها: جامعه موردپژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر رده سنی ۱۳ تا ۱۸ سال (پایه اول و دوم متوسطه) دبیرستان‌های شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۴۵ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی که به روش نمونه‌گیری در دسترس، از مراکز مشاوره آموزش و پرورش، مراکز مشاوره تحصیلی، کلینیک‌های روان‌شناسی و مطب‌های روان‌پزشکی و از بین مراجعین دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی، مورد غربالگری و نمونه‌گیری قرار گرفتند. پس از کسب مجوز از اداره کل آموزش و پرورش شهرستان مشهد و اعلان فراخوان گروه‌درمانی افراد مبتلا به نشانگان اضطراب اجتماعی در مدارس دخترانه پایه اول و دوم، مراکز مشاوره آموزش و پرورش، مراکز مشاوره تحصیلی، کلینیک‌های روان‌شناسی و مطب‌های روان‌پزشکی، ۴۵ نفر از دختران که بر اساس مصاحبه بالینی مورد غربالگری و نمونه‌گیری قرار گرفتند و در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل به‌طور تصادفی جایگزین شدند. هر سه گروه مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. سپس دو گروه آزمایشی مداخله درمان را به مدت ده جلسه دریافت نمودند و گروه کنترل در لیست انتظار درمان قرار گرفتند و در آخر نیز مجدداً هر سه گروه پس‌آزمون دریافت کردند و بعد دو ماه آزمون پیگیری اجرا شد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها شامل موارد زیر است: ۱- کسب ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس DSM-5 و مصاحبه بالینی ۲- حداقل سن ۱۳ سال و حداکثر سن ۱۸ سال ۳- تک جنسیت-دختر- باشند ۴- عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی ۵- مراجعان هنگام دریافت درمان‌ها، درمان روان‌شناختی دیگری دریافت نکنند و درمان‌های روان‌شناختی قبلی را می‌بایست تا یک ماه قبلاً از ورود به درمان به اتمام رسانده باشد ۶- مراجعان نباید تشخیص اختلال سایکوتیک داشته باشند و یا مبتلا به اختلال روانی ارگانیکی باشد که با شرکت در مداخله‌های پژوهش تداخل دارد ۷- عدم سوءمصرف مواد ۸- عدم ابتلا به افسردگی اساسی و اختلالات شدید روان‌پزشکی. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها شامل: ۱- خروج داوطلبانه از پژوهش ۲- غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات گروه‌درمانی.

## ابزار

۱- مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM-5: در این پژوهش برای تشخیص بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM-5 استفاده شد که توسط روان‌شناس اجرا شد. مصاحبه تشخیصی یک مصاحبه نیمه‌سازمان‌یافته و مبتنی

<sup>1</sup>.Ferandz

<sup>2</sup>.Farochin

بر پنجمین چاپ راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (ویرایش پنجم) است. این مصاحبه دارای دو بخش اصلی است: الف) تاریخچه شخصی و ب) معاینه وضعیت روانی. بخش اول این مصاحبه شامل مشخصات فردی، شکایت اصلی، مشکل فعلی، بیماری قبلی و تاریخچه فردی و خانوادگی است. بخش دوم آن شامل بررسی وضعیت ظاهری، ادراک، شناخت، تفکر، قضاوت و بینش است (۳۶).

۲- پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدیدنظرشده کوکس و تیلور: این پرسشنامه، یک پرسشنامه خودسنجی است که دارای ۳۶ سؤال که در طیف لیکرت نمره‌گذاری (خیلی کم = ۰ و تا خیلی زیاد = ۴) می‌شود و دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۴۴ است چهار بعد ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل‌مشاهده در جمع، ترس از نشانه‌های قلب - عروقی، معده - روده‌ای و ترس از عدم مهار شناختی را شامل می‌شود. مرادی منش، میر جعفری، گودرزی و محمدی (۱۳۸۶) در بررسی ویژگی‌های روانی‌سنجی پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدیدنظرشده، همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از روش آلفا کرنباخ سنجیدند و ضریب آلفای کرنباخ را برای کل مقیاس را برابر بر ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌های ترس از نشانه‌های قلبی - عروقی، معده - روده‌ای، ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل‌مشاهده در جمع و ترس از عدم مهار شناختی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۵ و ۰/۸۵ گزارش کردند. بر اساس گزارش دیکن و همکاران (۱۳۸۶) برای کل مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ برای خرده‌مقیاس‌های ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل‌مشاهده در جمع و ترس از عدم مهار شناختی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۹۶ و ۰/۹۵ به دست آمد (۳۷).

شیوه درمان: درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های بر اساس پروتکل درمانی که توسط چورپیتا (۲۶) و درمان فعال‌سازی رفتاری بر اساس پروتکل درمانی گولان (۳) ارائه شده انجام گردید.

روند اجرای پژوهش: در این پژوهش آزمودنی بعد از تشخیص در سه گروه به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. در ادامه هر سه گروه پرسشنامه حساسیت اضطرابی کوکس و تیلور را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کرده و گروه‌های آزمایش درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های و درمان فعال‌سازی رفتاری را به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. در پایان درمان اعضای دو گروه آزمایشی و کنترل مجدداً آزمون حساسیت اضطرابی کوکس و تیلور را به‌عنوان پس‌آزمون دریافت نمودند و بعد از دو ماه آزمون پیگیری اجرا شد. داده‌های به‌دست‌آمده در مراحل قبل و بعد مداخله ابتدا نمره‌گذاری شده و سپس توسط نرم‌افزار spss نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شدند. برای تجزیه تحلیل بخش توصیفی از میانگین، انحراف معیار استفاده شده و برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌ها از روش‌های آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید. به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی بعد اتمام پژوهش جلسات درمانی به گروه کنترل نیز پیشنهاد شد.

#### یافته‌ها:

با توجه به اینکه مطالعه حاضر نیمه آزمایشی بوده و دارای یک عامل بین‌گروهی (گروه‌های آزمایشی و کنترل) و عامل درون‌گروهی (متغیر وابسته) است و چون افراد موجود در هر یک از گروه‌ها در متغیر وابسته در سه مرحله اندازه‌گیری شدند. از آنجایی که آماره  $Z$  آزمون کالموگروف - اسمیرنوف گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای حساسیت اضطرابی معنی‌دار نبود، لذا توزیع متغیرها در دو گروه نرمال بوده و با توجه به اینکه نتایج آزمون لوین نیز معنادار نبود پس شرط برابری واریانس‌ها برقرار بوده و استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بلامانع است؛ بنابراین برای بررسی نتایج پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با

اندازه‌گیری‌های مکرر دو عاملی با یک متغیر درون‌گروهی مرحله (سه بار اندازه‌گیری، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و یک متغیر بین‌گروهی (درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های و درمان فعال‌سازی رفتاری) استفاده شد.

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای حساسیت اضطرابی، در هر سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول (۱) قابل مشاهده است.

**Table(1) Mean and standard deviation of anxiety sensitivity variables of three groups in pre-test, post-test and follow-up stages**

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای حساسیت اضطرابی سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری

گروه فعال‌سازی رفتاری	گروه کنترل	گروه واحد پردازش‌های		
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)		
70.13(7.16)	73.13(7.33)	7(-.31)	پیش‌آزمون	حساسیت
47.13(6.73)	73.40(5.84)	48(.17)	پس‌آزمون	اضطرابی
58.17(4.95)	75.07(6.51)	56/60(6/32)	پیگیری	

**Table (2) repeated measures analysis of variance for comparison of pre-test, post-test and follow-up of anxiety susceptibility subscales in the experimental and control groups.**

جدول (۲) تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زیرمقیاس‌های حساسیت

اضطرابی در گروه‌های آزمایش و کنترل

مقنورات	p	f	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	منبع اثر	مقیاس
0/67	0/000	84/62	3115/2	2	6230/04	مرحله	حساسیت اضطرابی
0/52	0/000	23/17	852/81	4	3411/24	مرحله * گروه	
			36/81	84	3092/04	خطا	

جدول (۲) آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. چون قبلاً کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون کرویت مچلی پذیرفته شده، در این قسمت ما برای آزمون معنی‌داری و غیرمعنی‌داری هر اثر از ردیف‌های Sphericity assumed استفاده می‌کنیم. در متغیر حساسیت اضطرابی، اثر اصلی مرحله معنادار است؛ یعنی حداقل بین میانگین دو بار از اجراها تفاوت معناداری وجود دارد  $F(۸۴،۶۲)$ ،  $p(۰.۰۰۱)$  و مجدور اتا (۰.۶۷). در تحلیل جدول شماره (۲) توجه به اثر اصلی مرحله و اثر تعاملی گروه با مرحله در متغیر وابسته مهم است. در این مرحله با توجه به معناداری اثر تعاملی به بررسی دو اثر گروه و مرحله پرداخته شده است. ابتدا تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر یک عاملی با سه سطح اندازه‌گیری در سطوح متغیر گروه (گروه آزمایش شناختی رفتاری واحد پردازش‌های،

گروه کنترل و گروه فعال‌سازی رفتاری) پرداخته شد و بعد به بررسی اثر مرحله (صرف‌نظر از عامل بین‌گروهی) و مقایسه میانگین‌های سه بار اجرا در متغیرهای وابسته انجام شد.

**Table (3) Analysis of Repeated Measure Variance for Group Disturbance, Intergroup Stage and Anxiety Sensitivity Variables Score**

جدول (۳) تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای درون‌گروهی، بین‌گروهی مرحله با گروه نمرات متغیرهای حساسیت اضطرابی

مقاس	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	f	p	مجزورات
شناختی رفتاری واحد پردازش ای	مرحله	3627/02	1	3627/02	39/01	0/000	0/84
	خطا	3904/67	42	9297			
فعال‌سازی رفتاری	مرحله	2629/69	1	2629/69	48/42	0/000	0/54
	خطا	2280/80	42	54/30			

نتایج جدول (۳) نشان داد که از بین سه مرحله از اندازه‌گیری متغیرها، متغیر حساسیت اضطرابی حداقل در بین دو مرحله اندازه‌گیری در گروه آزمایش شناختی رفتاری واحد پردازش‌ای و گروه کنترل و گروه فعال‌سازی رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد. برای بررسی بیشتر نتایج و مقایسه زوجی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از مقایسه زوجی با تصحیح بونفرونی استفاده گردید. با توجه به سه سطح در متغیر گروه‌بندی بین‌گروهی (گروه درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌ای، گروه کنترل، گروه فعال‌سازی رفتاری) برای بررسی اثر عامل بین‌گروهی از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه در هر یک از مراحل اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده گردید.

**Table (4) Bonferroni follow-up test results for comparison of anxiety susceptibility subscales**

جدول (۴) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زیرمقیاس‌های حساسیت اضطرابی

مقاس	(I)	(J)	میانگین اختلاف (I-J)	Sig.	فاصله اطمینان
گروه	گروه	گروه			حد بالا حد پایین
حساسیت اضطرابی	بونفرونی	کنترل	درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌ای	0.00	19.41 10.55
			درمان فعال‌سازی رفتاری	0.00	19.79 10.92

جدول (۴) بررسی نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون بین میانگین نمرات گروه‌ها با یکدیگر تفاوت معناداری وجود نداشته است. در مرحله پس‌آزمون میانگین گروه درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌ای و فعال‌سازی رفتاری به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است. در مرحله پیگیری میانگین گروه‌درمانی شناختی رفتاری واحد پردازش‌ای و فعال‌سازی رفتاری کمتر از گروه کنترل است؛ به‌عبارت‌دیگر هر دو گروه آزمایشی اثربخشی بالا و نسبتاً یکسانی بر بهبود حساسیت اضطرابی داشته‌اند.

## بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های و درمان فعال‌سازی رفتاری بر حساسیت اضطرابی، در دختران مبتلا به نشانگان اضطراب اجتماعی انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های و فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش حساسیت اضطرابی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های همچون تحقیقات اوداز، آنجلا<sup>۱</sup> و چیو<sup>۲</sup> و تحقیقات پیشین فعال‌سازی دشت بزرگی همسو است (۴۰،۳۹،۲۹،۲۳). تحقیقات گالا<sup>۳</sup> و لوپز<sup>۴</sup> نشان داد که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دارای حساسیت اضطرابی بالایی نشان می‌دهند (۴۱،۲۴). درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های از طریق مواجهه سازی با موقعیت‌های اضطراب زاء، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، تمرین خیالی یا واقعی با موقعیت‌های اجتماعی موجب کاهش حساسیت اضطرابی در مبتلایان به نشانگان اضطراب اجتماعی می‌شود. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های تأکید اصلی بر مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی علی‌رغم احساس اضطراب و درک علائم آن است و هدف از مواجهه افزایش فعالیت‌های اجتماعی و کاهش فعالیت‌های اجتنابی است؛ بنابراین توانایی مواجهه شدن کلید اصلی درمان است. در این پژوهش افراد با استفاده از تکنیک‌های مواجهه، بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی و به تبع آن غلبه بر اجتناب‌ها به ترس از ارزیابی‌های منفی دیگران از خود غلبه کرده و متوجه شدند که ادراک ارزیابی منفی این افراد فاجعه‌آمیز بوده و با بروز اضطراب و عملکرد مرتبط با آن افراد را به قضاوت و ارزیابی در مورد خود فرا می‌خواند و خود این عمل باعث می‌شود، افراد مبتلا تفسیرهای منفی از موقعیت کرده که در عملکرد آینده آن‌ها تأثیر گذاشته و عملکردشان را در موقعیت‌های بعدی تقویت کنند (۲) در نتیجه مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی مانند یک آزمایش رفتاری برای اثبات یا رد فرضیه‌های شناختی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی است (۲۶). در تبیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر اضطراب اجتماعی می‌توان گفت این روش درمانی، روشی بسیار مؤثر برای تسریع فرایند خاموشی و افزایش تقویت مثبت وابسته به پاسخ در مشکلات است. درمان فعال‌سازی رفتاری از یک‌سو نشانه‌های اضطرابی را از طریق کاهش رفتارهای اجتنابی کاهش می‌دهد و از سوی دیگر باعث تسهیل رفتارها به‌منظور دستیابی به تقویت مثبت می‌شود که این عوامل می‌توانند باعث کاهش نشانه‌ها یا علائم اضطراب می‌شوند. تبیین دیگر اینکه بر اساس نظریه‌های رفتاری یکی از علل رفتاری اضطراب به هم خوردن نظم و ترتیب در فعالیت‌های روزانه است که درمان فعال‌سازی رفتاری موجب مرتب شدن فعالیت‌های روزانه می‌شود و این امر باعث تنظیم خواب‌و بیداری و افزایش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود که این عوامل خود باعث کاهش اضطراب می‌شوند. عامل دیگری که باعث اثربخشی این روش در کاهش اضطراب می‌شود بازخورد مثبتی است که افراد به دلیل انجام تکالیف دریافت می‌کنند. دریافت بازخورد مثبت از یک‌سو باعث ایجاد و افزایش انگیزه برای انجام تکالیف و فعالیت در زندگی روزمره می‌شود و از سوی دیگر میزان خودکارآمدی و اعتمادبه‌نفس را افزایش می‌دهد که این عوامل باعث کاهش اضطراب اجتماعی می‌شود (۳۰). از آنجایی که نوجوانی یکی از حساس‌ترین دوره زندگی هر انسانی است و هویت سالم در این دوره شکل می‌گیرد توجه به این دوران و بهبود مشکلات و مسائل این دوران یکی از مهم‌ترین وظایف صاحب‌نظران در این حوزه است. با توجه به اینکه اختلال اضطراب اجتماعی یکی از اختلالات شایع در این دوران است و به علت اینکه برنامه‌های درمانی انجام‌شده در این حوزه تا به امروز تمرکز اصلی بر بزرگسالان بوده و کمتر از روش‌های درمانی شناختی رفتاری واحد پردازش‌های و فعال‌سازی رفتاری برای درمان این اختلال بر روی نوجوانان استفاده شده، بنابراین لزوم استفاده از این روش‌های درمانی احساس می‌شود. تاکنون مشخص شده که اختلال اضطراب اجتماعی خصوصیتی دارد که به شکل اجتناب‌های رفتاری، ترس از ارزیابی منفی و نمودارهای فیزیولوژیکی دیده می‌شود که این پروتکل‌های درمانی همین عوامل محوری را

1. Angela

2. chiue

3. Galla

4. lopez



مدنظر قرار می‌دهند. در درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های طرح نوین درمان بر اساس CBT و با تأکید بر مواجهه افراد و به‌صورت گام‌به‌گام طرح مطرح نموده است و درمان فعال‌سازی رفتاری نیز یک روش درمانی مسئله مدار با هدف افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش و سودمند است. یافته‌های به‌دست‌آمده از انجام این پژوهش به‌طور کلی همسو با سایر مطالعات صورت‌گرفته در این حوزه مؤید اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های و فعال‌سازی رفتاری در کاهش اختلال اضطراب اجتماعی است؛ بنابراین این روش‌های درمانی در کاهش حساسیت اضطرابی مؤثر است. هر پژوهشی دارای محدودیت‌هایی است، از جمله محدودیت‌های این پژوهش، عوامل احتمالی مؤثر در پژوهش مانند وضعیت اقتصادی، تحصیلی، هوش و همچنین روابط خانوادگی دانش‌آموزان در پژوهش سنجیده نشد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های و فعال‌سازی رفتاری در کاهش حساسیت اضطرابی مبتلایان به نشانگان اضطراب اجتماعی، پیشنهاد می‌شود مداخله‌های این پژوهش روی دو گروه پسران و دختران نوجوان اجرا شود و بین دو گروه مقایسه صورت گیرد. همچنین متغیرهای دیگری که بر اختلال اضطراب اجتماعی تأثیرگذار هستند شناسایی شوند و پژوهش‌های دیگری در این زمینه انجام شود و اثربخشی این رویکرد درمانی در مورد سایر اختلالات اضطرابی نیز مورد پژوهش قرار گیرد.

در مجموع نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های و درمان فعال‌سازی رفتاری اثربخشی بالایی در کاهش حساسیت اضطرابی در مبتلایان به نشانگان اضطراب اجتماعی دارند و بین این دو روش درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد.

#### ملاحظات اخلاقی:

این مقاله دارای کد اخلاق به شماره R.IAU.NEYSHABUR.REC.1398.019 از دانشگاه علوم تحقیقات واحد خراسان می باشد.

#### منابع:

- 1-Sadock BJ SVRP. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. In: Edition t, editor. Translated by; Farzin Rezaei. Tehran: Arjomand Publication Company, 2016:111-27.
- 2-Clark DM. Wells, AA cognitive model of social phobia In Diagnosis, Assessment and Treatment. New York, NY: Guilford Press, 2012: 69-93.
- 3-Kendra L. The relationship among social phobia, objective and perceived physiological reactivity, and anxiety sensitivity in an adolescent population. Journal of Anxiety Disorders, 2013; 23(8):18-26.
- 4-American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders American Psychiatric Publishing, ISBN .978-0-, 2013: 89042-554-1.
- 5-Hiberna SG Perception of control over anxiety mediates the relation between catastrophic thinking and social anxiety in social phobia. Behavior Research and Therapy, 2016: 885-895.
- 6-Kimbrel NAA model of the development and maintenance of generalized social phobia. clin psychol rev, 2012; 28(4): 592-612.
- 7-Aderka C., Hofmann SG, Nickerson A, Hermesh H., Schechtman EG, Schechtman EG, Marom s Functional impairment in social anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders, 2014: 393-400.

- 8- Shirasawa T., Ochiai H., Nanri H., Nishimura R, Ohtsu T, Hoshino H, et al. The relationship between distorted body image and lifestyle among Japanese adolescents: a population-based study. *Archives of Public Health*, 2015; 73(1): 32.
- 9-Niemeyer H., Mortz S., Pietrowsky R. Responsibility, metacognitive and unrealistic pessimism in Obsessive-Compulsive and Related Disorders, *Journal of Anxiety Disorders*, 2013; 2(2):119-129.
- 10-Raines AM., Oglesby ME, Capron D, Schmidt, NB Obsessive Compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorder*, 2014; 3(2): 71-76.
- 11-Taylor, S., Abramowitz, J.S., McKay, D Cognitive-Behavioral Models of Obsessive Compulsive Disorder. In M.M. Antony: C. Purdon & L.J. Summerfeldt (Eds). *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond*. Washington, DC: American Psychological Association. 2007: 9-29.
- 12-Taylor CT, Alden LE. Social interpretation bias and generalized social phobia: The influence of developmental experiences. *Behavior Research and Therapy*, 2005; 43(6):759-77.
- 13-Howell AN, Leyro TM, Hogan J, Buckner JD, Zvolensky MJ Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive behaviors. Behavior Research and Therapy*, 2010; 35(12):1144-7.
- 14-Goldin PM, Jazaieri H, Heimberg RG, Gross, JJ. Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 2014; 9(56):7-15.
- 15-Johanna HM. Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behavior Research and Therapy*, 2019; 45( 3): 414-427.
- 16-Nowakowski ME, Rowa K, Antony MM, McCabe R.. Changes in Anxiety Sensitivity Following Group Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder and Panic Disorder *Cognitive Therapy and Research*, 2015; 40(4): 468-478.
- 17-Storch M, Keller F, Weber J, Spindler A, Milos G Psycho education in affect regulation for patients with eating disorders: a randomized controlled feasibility study. *American Journal of Psychotherapy*, 2011; 65(1): 81-93.
- 18-McCabe MP, Vincent M. The role of bio developmental and psychological factors in disordered eating among adolescent males and females. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 2003; 11(4): 315-28.
- 19- Capron D.W, Nicholas A., P, Lalong Nicholas S, Feldner, Ellen, Leen, Schmidt, Norman, B. The depression distress amplification model in adolescents: A longitudinal examination of anxiety sensitivity cognitive concerns, depression and suicidal ideation.: *Journal of Adolescence*, 2015; 41: 17–24.
- 20-Cariton R.N, Collimore K,C, Asmunson J,C. It's not just the judgment It's That I do not know, Intolerance of uncertainty as a predictor of Social anxiety. *Journal of anxiety Disorder*. 2010; 24: 89-195.

- 21-Eidelman P, Talbot L, Ivers H, Bélanger L, Morin CM, Harvey AG. Change in Dysfunctional Beliefs About Sleep in Behavior Therapy, Cognitive Therapy, and Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia". *Behavior Therapy*, 2016; 47(1): 02–115.
- 22-Goldin PA, Manber-ball T., Werner K, Heimberg R, Gross JJ. Neural mechanisms of cognitive reappraisal of negative self-beliefs in social anxiety disorder. *Biol Psychiatry*, 2012; 66(3): 1091-1099.
- 23- Ordaz DL, Adam BL. *Handbook of psychological disorder: a step-by-step treatment Depression, journal of consulting and clinical psychology.* edition. New York, 2016 London, Guilford.
- 24-Galla B, Wood J, Chiu A, Langer D, Jacobs JL, fckwunigwe M. One Year Follow-up to Modular Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Pediatric Anxiety Disorders in an Elementary School Setting. *Child psychiatry Plum Dev*, 2012; 1(43): 219-226.
- 25-Chorpita BF, Yim LM, Donkervoet JC, Arensdorf, A.A mundsen, MJ, .Serrano A, Yates, A, Morelli .scale implementation of empirically supported treatments for children review and observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clinical Psychology: Science and Practic*, 2005; 14(9): 165-190.
- 26-Chorpita BF,. Daleiden E, Weisz JR. Identifying and selecting the common Clements of evidence based interventions: A distillation and matching model. *Mental health services research*, 2007; 7(5):20.
- 27-Chorpita B.F, Taylor AA, Francis SE, Moffitt CE, Austin AA. Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior therapy*, 2004; 35(7): 263-287.
- 28-Dimaggio G, Shahar G. Behavioral Activation as a Common Mechanism of Change Across Different Orientations and Disorders. *American Psychological Association*, 2017; 54(3): 221-224.
- 29-AngelaW,Chi,DA,Langer-BryceD,McLeod,KH,AmyD,.Brian,M,Galla,JJ,Muriel I.J. Effectiveness of Modular CBT for Child Anxiety in Elementary Schools. *School Psychology Quarterly American Psychological Association*, 2014; 28(4): 141-153.
- 30-Smink FR, Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 2014; 7(6): 610-9.
- 31-McNally RJ, Hezel DM. Theory of mind impairment in social anxiety disorder, *Behav Ther*, 2014; 45(4): 530-40.
- 32-Dimidjian, S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ .Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Consult and Clin Psychology*, 2006; 12 (74): 658–670.
- 33-Oliveira EC, Hunziker MH.“Longitudinal investigation on learned helplessness tested under negative and positive reinforcement involving stimulus control”. *Behavioral Processes*, 2014; 106: 160-167.<http://doi.org/10.1016/j>

- 34-Fernández E, Nieto B, Mairal J. Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce automatic negative thoughts in anxiety generating situations *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry*, 2017; 29(2): 172-177.
- 35-Farchione, T. Behavioral Activation Strategies for Major Depression in Tran diagnostic Cognitive-Behavioral Therapy: An Evidence-Based Case Study *American Psychological Association*, 2017; 54(3): 225-230.
- 36-Sadook BZ, and Sadook VA. Summary of psychiatry; behavioral science / clinical psychiatry. (2), translation by Farzin Rezaee, third edition, Tehran: Arjomand publication, 2008. [in Persian].
- 37-Sarmad Z, Hejazi E, Bazargan A. Behavioral sciences research method. Tehran: Agah publishing, 2012 [in Persian].
- 38-Gollan, J., Atlis, M; Marlow-O'Connor, M. Behavioral activation: Group treatment for depression (pilot version), 2003: 96. Unpublished manual, University of Chicago.
- 39-Chiu A, Langer D, Mcleo B, Kim I, Drahota A, Galla B, Jacobs J.L fekwunigwe MJ. Effectiveness of Modular CBT for Child Anxiety in Elementary School, 2013; 28 (2): 141-153.
- 40-Dashti Bozorgi, Z.. The Effectiveness of Behavioral Activation Therapy in Reducing Anxiety and Depression in Menopausal Women, *Journal of Shafa Khatam*, 2016; 6(1): 132-145.
- 41-Lopez-Mourelo O, Mur E, Madrigal I, Alvarez-Mora MI, Gomez-Anson L, Mila M. Social anxiety and autism spectrum traits among adult FMRI permutation carriers. *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry*, 2017; 35(4): 111-114.