MEJDS. 2023; 13:36.
Published online 2023 May. **Original Article**

# Studying the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Reducing Fear of Negative Evaluation and Psychological Distress in Women with Social Anxiety Disorder

Piri T[1], *Zadeh Hassan J[2], Sadati SZ[3], Sheikhzadeh Kermani K[4], Moghadam P[5]

**Author Address**
1. MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Boroujerd Branch, Boroujerd, Iran;
2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Khuzestan Campus of Sciences and Research, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Ghaemshahr Branch, Islamic Azad University, Ghaemshahr, Iran;
4. MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran;
5. MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch, Bandar Abbas, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** jamshid.zadehasan@gmail.com

**Received:** 2020 September 1; **Accepted:** 2020 October 10

## Abstract

**Background & Objectives**: Anxiety disorders are among the most common mental disorders in both primary care and clinical medicine. The existence of psychological distress in many people with social anxiety disorder has been confirmed. Symptoms of psychological distress include decreased concentration, restlessness, impaired intelligence, sleep disorders, isolation and loneliness, lethargy and weakness. Evidence has shown that people with social anxiety disorder have higher levels of mental disorders, such as depression, stress, and anxiety, than others. In addition, psychological distress is a strong predictor, stimulus, and motivator for exacerbating social anxiety disorder. Social anxiety disorder is one of the most common psychological disorders and the third most common mental disorder among the general population. This study aimed to evaluate the effectiveness of emotion–focused therapy in reducing the fear of negative evaluation and psychological distress in people with social anxiety disorder.

**Methods:** The study method was quasi–experimental, using a pretest–posttest design with a control group. The statistical population comprised all female clients with social anxiety disorder referring to private counseling centers and university counseling centers in Tehran City, Iran, in 2018. The samples were selected using convenience sampling. To conduct the research a call was made to conduct research in private and public counseling centers. Then, the Social Phobia Inventory (Connor et al., 2000) was completed by the clients of counseling centers in Tehran. Among the respondents, 16 volunteered women with a higher score than the cut–off point of this questionnaire were included in the study. In addition, the Structural Clinical Interview for Axis I Disorders (SCID–I) (First et al., 1997) was performed on all individuals. Finally, based on the questionnaire and interview results, 16 women entered the intervention process after fulfilling the research conditions and meeting inclusion and exclusion criteria. They were randomly assigned into the experimental and control groups (emotion–focused therapy) and control group. The inclusion criteria were a score of 19 or higher on the Social Phobia Inventory, a diagnosis of social anxiety based on Structural Clinical Interview for Axis I Disorders (SCID–I), an age range of 18–40 years, and not using any psychiatric medication. The experimental group participated in ten 90–minute sessions (one session per week) in emotion–focused therapy training sessions. During this, the control group did not receive any intervention and resumed their regular daily routine. The research instruments included the Negative Evaluation Fear Scale (Watson & Friend, 1969) and the Depression Anxiety and Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995). Data analysis was done using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (univariate covariance analysis) in SPSS version 22. The significance level of the tests was set at 0.05.

**Results:** The findings showed that emotion–focused therapy was effective in reducing negative evaluation ($p<0.001$) and psychological distress ($p<0.001$) and its components: depression ($p<0.001$), stress ($p<0.001$), and anxiety ($p<0.001$).

**Conclusion:** Based on these results, emotion–focused therapy training in people with social anxiety disorder reduces fear of negative evaluation and psychological distress and provides a basis for improving the symptoms of social anxiety disorder.

**Keywords:** Emotion–Focused therapy, Psychological distress, Fear of negative evaluation, Social anxiety disorder.

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18 ]

Copyright © 2023, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۲؛ (۱۳):۳۶.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۴۰۲ مقاله پژوهشی اصیل

# بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

طیبه پیری[۱]، *جمشید زاده‌حسن[۲]، سیده‌زهرا ساداتی[۳]، خدیجه شیخ‌زاده کرمانی[۴]، پریسا مقدم[۵]

**توضیحات نویسندگان**

۱. کارشناسی‌ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بروجرد، بروجرد، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم انسانی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد قائم‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، قائم‌شهر، ایران؛

۴. کارشناسی‌ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران؛

۵. کارشناسی‌ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** jamshid.zadehasan@gmail.com

**تاریخ دریافت:** ۱۱ شهریور۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۹ مهر۱۳۹۹

**چکیده**

**زمینه و هدف:** اختلال اضطراب اجتماعی از بیماری‌های رایج‌تر روان‌شناختی و سومین اختلال روانی از نظر شیوع در میان جمعیت عمومی است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود.

**روش‌بررسی:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی و دانشگاهی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از بین آن‌ها شانزده زن داوطلب واجد شرایط به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه هشت نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایشی طی ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای به‌صورت هفتگی درمان متمرکز بر هیجان را دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور یک (فرست و همکاران، ۱۹۹۷)، پرسش‌نامهٔ اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰)، مقیاس ترس از ارزیابی منفی (واتسون و فرند، ۱۹۶۹) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، درمان متمرکز بر هیجان در کاهش ارزیابی منفی ($p<۰/۰۰۱$) و پریشانی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن شامل افسردگی و استرس و اضطراب ($p<۰/۰۰۱$) مؤثر بود.

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج پژوهش، آموزش درمان متمرکز بر هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی موجب کاهش ترس از ارزیابی منفی و پریشانی روان‌شناختی می‌شود و زمینه را برای بهبود علائم اختلال اضطراب اجتماعی فراهم می‌کند.

**کلیدواژه‌ها:** درمان متمرکز بر هیجان، پریشانی روان‌شناختی، ترس از ارزیابی منفی، اختلال اضطراب اجتماعی.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۲، مجله مطالعات ناتوانی.** این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18 ]

## ۱ مقدمه

اختلال‌های اضطرابی ازجمله اختلال‌های رایج‌تر روانی در مراقبت‌های اولیه و نیز در طب بالینی به‌شمار می‌آیند (۱). هرگاه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی[1] با تهدیدی اجتماعی روبه‌رو شوند، این امر ممکن است جنبه‌های معمول زندگی تا فعالیت اجتماعی، تفریحی و آموزشی آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار دهد (۲). به همین دلیل وجود پریشانی روان‌شناختی در بسیاری از افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی تأیید شده است (۳). از علائم پریشانی روان‌شناختی می‌توان به کاهش تمرکز، بی‌قراری، تنزل توانایی هوشی، اختلالات خواب، انزوا و تنهایی، بی‌حالی و بی‌رمقی اشاره کرد (۴). براساس مطالعات، افراد دچار اختلال اضطراب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی به این علت مضطرب هستند که استانداردهای اجتماعی (مثل انتظارات و اهداف اجتماعی) را در سطح بالا درک می‌کنند. شواهد نشان می‌دهد، افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی درمقایسه با افراد دیگر دارای سطوح بالاتری از اختلال‌های روانی همچون افسردگی، استرس و اضطراب هستند و پریشانی روان‌شناختی، پیش‌بینی‌کننده، محرک و برانگیزاننده‌ای قوی برای تشدید اختلال اضطراب اجتماعی است (۵).

بر این اساس، انجام مداخلات روان‌شناختی برای شناسایی ترس از ارزیابی منفی[2]، فراخوانی آن و کاهش رنج و پریشانی روان‌شناختی و درمجموع جلوگیری از ایجاد اختلال نشانگان بالینی مبتلایان اختلال اضطراب اجتماعی در توانایی‌های شغلی، تحصیلی و اجتماعی افراد موضوعی است که توجه روان‌شناسان، محققان و مشاوران را به خود جلب کرده است (۶). تا به امروز برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی چندین درمان مؤثر شناخته شده است که می‌توان به درمان شناختی، درمان شناختی‌رفتاری، درمان مواجه‌سازی و آموزش مهارت اجتماعی اشاره کرد (۷). مجموعهٔ اختلالات ناشی‌از اضطراب اجتماعی نیازمند رویکرد درمانی جامعی است که شناسایی نشانه‌های خاص و همچنین مشکلات بیش‌کنترلی و مشکلات فردی را هدف قرار دهد (۸).

فراخوانی هیجانی ابتدا در سال ۱۹۶۳ توسط فرانک[3] مطرح شد و پس از آن اهمیت سیستم عاطفی در فهم و تغییر تجربه و رفتار بشر شناخته شد (به‌نقل از ۹). در بسیاری از رویکردهای درمانی سه عامل آگاهی هیجانی، برانگیختگی هیجانی و بازسازی هیجانی در فرایند تغییر روان‌درمانی اهمیت دارد؛ ازاین‌رو، افزایش پردازش هیجانی در رویکردهای شناختی، برانگیختگی ترس توسط محرک تصوری در رویکردهای رفتاری، بینش هیجانی در رویکردهای روان‌پویشی، افزایش عمق تجربه در رویکردهای تجربی و انتقال احساسات در رویکردهای تعاملی، تمام جنبه‌های پرداختن به هیجان هستند که در هر دیدگاه، مهم تلقی می‌شوند (۱۰). در حوزهٔ درمان می‌توان به‌شیوه‌های مختلفی دربارهٔ هیجان مداخله کرد. درمان شناختی‌رفتاری بر اهمیت شناخت در فعال‌سازی و تداوم خُلق منفی تأکید دارد و دارای پشتوانهٔ تجربی قوی است؛ اما عود نشانه‌های استرس پس از درمان در بسیاری از افراد رخ می‌دهد؛ لذا باید رویکردهای درمانی گسترش داده شود تا دامنه‌ای از تمرینات را برای بیمار مهیا سازد و باورها و انتظارات اضطراب‌آور بیمار را تعدیل کند یا غیرفعال سازد و باورها و تفسیرهای جدیدی را برای وی فراهم آورد؛ ازاین‌رو درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر درمان متمرکز بر هیجان[4] انتخاب شد؛ زیرا درمان متمرکز بر هیجان به‌صورت عمیقی بر نقش هیجانات در عملکرد و تغییر تأکید می‌کند (۱۱).

درمان متمرکز بر هیجان، درمانی کوتاه‌مدت است. درمان متمرکز بر هیجان طبق سه راهبرد مرتبط با تغییر شامل دسترسی و اصلاح معنای عاطفی غیرانطباقی در ارتباط با تجربه‌های ترس و اضطراب و شرم، دسترسی به هیجان‌های انطباقی مهارشده در گذشته مانند خشم و اندوه، فراهم‌کردن تجربه‌ای اصلاحی با درمانگر انجام می‌گیرد (۱۲). هدف مهم در این رویکرد، کمک به افراد است که احساسات و نیازهایشان را روشن کنند؛ زیرا از این طریق، افراد دربارهٔ آنچه برایشان اهمیت هیجانی دارد، پذیرش بیشتری به‌دست می‌آورند. یک بُعد مهم درمان، آگاهی از طرح‌واره‌های هیجانی است که تجربه و عمل را هدایت می‌کند. در اینجا هیجان به‌معنای برانگیختگی یا بیان شدید و به‌عنوان عامل مخرب شناخت یا رفتار نیست. اگرچه هیجان، به‌لحاظ فرهنگی منفی تلقی می‌شود و به فرد خیلی هیجانی به‌منزلهٔ فردی می‌نگرند که نیاز به کنترل هیجان دارد، در این روش به هیجان با دید مثبت نگریسته می‌شود؛ زیرا پیامی از فرد به خودش است. هیجانات، اشخاص را از نیازهایشان آگاه می‌کنند و کنش مؤثر را برمی‌انگیزانند (۱۳). نتایج پژوهش آدلر و همکاران حاکی‌از کاهش علائم ترس از ارزیابی منفی و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی بود (۱۴). نتایج مطالعهٔ گرینبرگ نشان داد، پریشانی روان‌شناختی، استرس و اضطراب در طول درمان متمرکز بر هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کاهش پیدا کرده است (۱۵).

باتوجه به اینکه این اختلال فراگیر و ناتوان‌کننده، در سنین اوج استقلال‌طلبی فرد بروز می‌کند و بهبود خودبه‌خودی آن بسیار اندک است، تأکید بر درمان آن به‌منظور کاهش مشکلات بین‌فردی و ارتباطی اهمیت زیادی دارد. همچنین با درنظرگرفتن تعداد روزافزون دانشجویان که معمولاً بیشتر از دیگران با فعالیت‌های اجتماعی ازقبیل سخنرانی در جمع، فعالیت در حضور دیگران و... سروکار دارند، به‌کاربردن شیوه‌های درمانی کارآمد متناسب با سطح شناخت وضعیت فکری دانشجویان مفید به‌نظر می‌رسد؛ ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود.

## ۲ روش‌بررسی

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری تحقیق را تمامی زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ خصوصی و مراکز مشاوره‌ای دانشگاه‌ها در سطح شهر تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. برای انجام پژوهش مذکور، فراخوانی مبنی‌بر اجرای پژوهش در مراکز مشاورهٔ خصوصی و عمومی ارائه شد. سپس مُراجعان

[1]. Social anxiety
[2]. Fear of negative evaluation
[3]. Frank
[4]. Emotion-Focused Therapy



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18 ]

مراکز مشاوره در سطح شهر تهران، پرسش‌نامهٔ اضطراب اجتماعی[1] (۱۶) را تکمیل کردند که از میان آن‌ها شانزده نفر دارای نمرهٔ بیشتر درمقایسه با نقطهٔ برش این پرسش‌نامه و داوطلب شرکت، وارد مطالعه شدند. به‌علاوه مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور یک[2] (به‌نقل از ۱۷) برای تمام افراد اجرا شد. درنهایت براساس نتایج پرسش‌نامه و مصاحبه، شانزده نفر (هر گروه هشت نفر) پس از احراز شرایط پژوهش یعنی ملاک‌های ورود و خروج وارد فرایند مداخله شدند و براساس قرعه‌کشی در گروه آزمایش (درمان متمرکز بر هیجان) و گروه گواه قرار گرفتند. تعداد نمونهٔ لازم براساس مطالعات مشابه با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰درصد برای هر گروه هشت نفر محاسبه شد (۱۳). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش، گرفتن نمرهٔ ۱۹ و بیشتر در پرسش‌نامهٔ اضطراب اجتماعی، تشخیص اضطراب اجتماعی براساس مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته، دامنهٔ سنی ۱۸ تا۴۰ سال و استفاده‌نکردن بیمار از هرگونه داروی اعصاب و روان بود. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، تمایل‌نداشتن به همکاری در پژوهش و وجود بیماری‌های جسمی و روانی دیگر در نظر گرفته شد. به‌منظور رعایت جنبه‌های اخلاقی پژوهش، ارائهٔ توضیحات کامل درخصوص طرح به شرکت‌کنندگان صورت گرفت و رضایت آنان به‌طور شفاهی جلب شد. همچنین دربارهٔ محرمانه‌بودن اطلاعات و گزارش گروهی نتایج، به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد و امکان انصراف از ادامهٔ روند اجرای پژوهش در هر مرحله از کار برای آن‌ها میسر گردید.

برای تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان (متغیر مستقل) بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و پریشانی روان‌شناختی (متغیر وابسته) در بین مبتلایان اختلال اضطراب اجتماعی از ابزارهای زیر برای گردآوری داده‌ها استفاده شد.

ـ مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور یک: مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته توسط فرست و همکاران در سال ۱۹۹۷ به‌منظور سنجش اختلالات محور یک طراحی شد و دارای دو نسخهٔ بالینگر (SCID-CV) و نسخهٔ پژوهشی است (به‌نقل از ۱۷) که در این پژوهش از نسخهٔ بالینگر استفاده شد. این نسخه اختلال‌های شایع‌تر در کلینیک‌ها را پوشش می‌دهد و درمقایسه با نسخهٔ پژوهشی کوتاه‌تر است و با مصاحبه‌ای باز دربارهٔ بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌شود. در این نسخه هر کدام از ماده‌ها به سه صورت علامت‌گذاری می‌شود: ؟(اطلاعات ناکافی دربارهٔ نشانه)؛ ـ(نبود نشانه)؛ +(وجود نشانه)؛ همچنین این نسخه شش حوزهٔ نشانگان روان‌پریشی، دوره‌های خُلقی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خُلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب را پوشش می‌دهد (۱۷). توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بیشتر از ۰/۶) برای تشخیص‌های کلی و خاص به‌دست آمد. کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و کاپای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ برآورد شد. آلفای کرونباخ نسخهٔ اصلی این مصاحبهٔ بالینی، ۰/۷۸ به‌دست آمد (۱۷). روایی این مصاحبهٔ بالینی توسط شریفی و همکاران هنجاریابی شد. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط تا خوب (کاپا بیشتر از ۰/۶۰) بود. توافق کلی (کاپای مجموع) برای تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به‌دست آمد. همچنین پایایی این ابزار به‌روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ بود (۱۸).

ـ پرسش‌نامهٔ اضطراب اجتماعی[3]: این مقیاس نخستین‌بار توسط کانور و همکاران در سال ۲۰۰۰ به‌منظور ارزیابی فوبی اجتماعی یا همان اختلال اضطراب اجتماعی تهیه شد (۱۶). این پرسش‌نامه، مقیاس خودسنجی هفده‌ماده‌ای است که سه مقیاس فرعی ترس (شش ماده) و اجتناب (هفت ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (چهار ماده) دارد. هر ماده برپایهٔ مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (صفر=به‌هیچ‌وجه تا ۴=بی‌نهایت) نمره‌گذاری می‌شود. کسب نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ اضطراب اجتماعی بیشتر است (۱۶). کانور و همکاران پایایی ابزار را به‌روش بازآزمایی با همبستگی ۰/۷۸ تا۰/۸۹، همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ را در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸ گزارش کردند. پرسش‌نامهٔ اضطراب اجتماعی با نقطهٔ برش ۱۹ با کارایی و دقت تشخیص ۰/۷۹، افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و بدون این اختلال را از هم تشخیص می‌دهد (۱۶). در ایران حسنوند و همکاران آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را برای کل آزمودنی‌ها در زیرمقیاس‌های مختلف به‌دست آوردند و خرده‌مقیاس‌های اضطراب اجتماعی یعنی ترس ۰/۷۴، اجتناب ۰/۷۵ و ناراحتی ۰/۷۵، رضایت‌بخش گزارش شد (۱۹).

ـ مقیاس ترس از ارزیابی منفی[4]: این مقیاس توسط واتسون و فرند در سال ۱۹۶۹ ساخته شد. این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری ترس از ارزیابی منفی افراد به‌کار می‌رود (۲۰). مقیاس مذکور دارای سی ماده است که هفده ماده پاسخ مثبت و سیزده ماده پاسخ منفی دارد. دامنهٔ نمرات بین صفر تا ۳۰ است. نمرهٔ بیشتر از ۱۸ نمایانگر افرادی است که دارای ترس زیادی از ارزیابی منفی هستند و نمرهٔ کمتر از ۹ مخصوص افرادی است که ترس کمی از ارزیابی منفی دارند. شخصی که در این مقیاس نمرهٔ بیشتری کسب کند، فردی است که نه برخورد و نه بر دیگران تسلط دارد و به‌احتمال زیاد از موقعیت‌های همراه با احتمال تأییدنشدن اجتناب می‌کند (۲۰). در مطالعهٔ واتسون و فرند، ضریب پایایی این مقیاس ۰/۹۴ و ضریب پایایی فرم ترجمه‌شدهٔ آن با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۶۹ به‌دست آمد (۲۰). در ایران، شعبانی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ترس از ارزیابی منفی را بررسی کرد. ضریب آلفای کرونباخ به‌منظور بررسی همسانی درونی برای پرسش‌های نمره‌گذاری‌شده به‌صورت مثبت، ۰/۸۷ به‌دست آمد (۲۱).

ـ مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس[5]: مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در سال ۱۹۹۵ توسط لاویبوند و لاویبوند تهیه شد (۲۲). این مقیاس دارای دو فرم است. فرم کوتاه ۲۱ عبارت دارد که هریک از سازه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را توسط هفت عبارت متفاوت ارزیابی می‌کند. فرم بلند آن دارای ۴۲ عبارت است که هر چهارده عبارت، یک عامل یا سازهٔ روانی را اندازه‌گیری می‌کند. خرده‌مقیاس

1. Social Phobia Inventory
2. Structural Clinical Interview for Axis I Disorders (SCID-I)
3. Social Phobia Inventory (SPIN)
4. Negative Evaluation Fear Scale
5. Depression Anxiety and Stress Scales (DASS)



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18 ]

افسردگی شامل عبارتی است که خُلق ناشاد، فقدان اعتمادبه‌نفس، ناامیدی، بی‌ارزش‌بودن زندگی، فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده‌مقیاس اضطراب دارای عبارتی است که می‌کوشد بیش‌انگیختگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی را ارزیابی کند. خرده‌مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری را در بر می‌گیرد. این پرسش‌نامه براساس طیف چهاردرجه‌ای (۳=بسیار درمورد من درست است تا صفر=به‌هیچ‌وجه درمورد من درست نیست) نمره‌گذاری می‌شود (۲۲). در مطالعهٔ لاویبوند و لاویبوند، آلفای کرونباخ کل مقیاس و نیز سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ گزارش شد. نتایج تحلیل عامل تأییدی نیز وجود سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس هریک را با هفت عبارت تأیید کرد (۲۲). در مطالعهٔ استوار و همکاران، ضرایب همسانی درونی سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ و ضرایب بازآزمایی (با فاصلهٔ سه هفته) مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ بود. علاوه‌براین همبستگی درون‌طبقه‌ای بین دو بار اجرا برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۷ و ۰/۸۰ به‌دست آمد (۲۳).

ـ درمان متمرکز بر هیجان در ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ آموزشی گرینبرگ اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی خوبی برخوردار است (۱۵). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط دو تن از متخصصان روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد تأیید شد و سپس در پژوهش به‌کار رفت. خلاصه‌ای از جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان متمرکز بر هیجان گرینبرگ

| جلسه | محتوای جلسه |
|---|---|
| اول | آشنایی و برقراری رابطهٔ درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات از درمان و ایجاد اعتماد |
| دوم | تشخیص چرخهٔ تعاملی منفی ارزیابی روابط، آشنایی مُراجع با اصول درمان هیجان‌مدار و نقش هیجانات در تعاملات بین‌فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری مُراجع<br>تکلیف: کاربرگ ثبت هیجان‌های روزانه |
| سوم | بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی، معرفی چهار سبک توأم با خطا و بیرون‌کشیدن اطلاعات از رابطهٔ عاطفی<br>تکلیف: یادداشت نیازهای زیربنایی هیجانات در موقعیت‌ها |
| چهارم | پیوستگی و آگاهی، برقراری ارتباط بیشتر با مُراجع و صورت‌بندی پیوندی دوجانبه، شناسایی فرایندهای شناختی‌عاطفی زیربنایی، شناسایی شرایط ایجاد مشکل<br>تکلیف: یادداشت نیازهای زیربنایی هیجانات در موقعیت‌ها |
| پنجم | دستیابی به احساسات شناسایی‌نشده که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند، تمرکز بیشتر بر هیجانات، نیازها و ترس‌های رابطهٔ اجتماعی و عاطفی، تباربخشی به تجارب و نیازها و تمایلات مُراجعان، تمرکز بر هیجانات ثانویه‌ای که در چرخهٔ تعاملی آشکار می‌شوند و کاوشگری در آن‌ها برای دستیابی به هیجانات زیربنایی و ناشناخته، بحث دربارهٔ هیجانات اولیه و پردازش آن‌ها و افزایش آگاهی مُراجعان از هیجانات اولیه و شناخت و بررسی و لیست احساسات زیربنایی<br>تکلیف: تمرین گفتار مثبت |
| ششم | قاب‌گیری مجدد مشکل برحسب احساسات زیربنایی، تأکید بر توانایی مُراجع در بیان هیجانات، آگاهی‌دادن به مُراجعان دربارهٔ تأثیر ترس و سازوکارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، غلبه بر اجتناب یا فرایندهای دفاعی مانند بیش‌کنترلی تجربهٔ عاطفی<br>تکلیف: کاربرگ ثبت هیجان‌های جدید در موقعیت‌ها |
| هفتم | متمرکزشدن روی تجربهٔ درونی مُراجع، ارزیابی هیجان، پذیرش تجربهٔ هیجانی مخرب، شناسایی نقاط داغ، تخلیهٔ هیجانی به‌صورت نوشتاری (از جلسهٔ اول تا پایان این جلسه بیشتر تمرکز درمان روی ایجاد اتحاد درمانی و کاهش هیجانات منفی ازقبیل ترس و شرم غیرانطباقی است)<br>تکلیف: تمرین تمرکز بر تغییر هیجان‌ها و پیامدهای آن‌ها |
| هشتم | تقویت پردازش هیجانی، ردیابی احساسات حل‌نشده، بازسازی مجدد هیجان، فراخوانی و برانگیختن مجدد احساسات بد، فراهم‌کردن حمایت برای هیجانات و حل‌وفصل مجدد هیجان دربارهٔ موضوعات آزاردهنده<br>تکلیف: کاربرگ ثبت هیجان‌های جدید در موقعیت‌ها |
| نهم | تسهیل در بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعهٔ تجارب هیجانی اولیه و شناخت نیازها و تعلقات درونی، زدودن خاطرات و آرام‌سازی عضلانی، استفاده از روش‌های مواجههٔ تجسمی مشتق از گشتالت برای بازخوانی تروما و کمک به بیان هیجانات سرکوب‌شده و روش‌هایی مثل گفت‌وگو با صندلی خالی و بیان افکار و احساسات فعلی<br>تکلیف: تمرین تمرکز بر تغییر هیجان‌ها و پیامدهای آن‌ها |
| دهم | تقویت تغییرات صورت‌گرفته طی جلسات، ارزیابی تغییرات و درنهایت، پاسخ‌گویی دربارهٔ ابهامات، مرور و اجرای پس‌آزمون |

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی به‌روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ـ ویلک و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. برای بررسی همگنی شیب رگرسیون، تعامل متغیر مستقل (گروه) با متغیرهای همپراش (ترس از ارزیابی منفی و پریشانی روان‌شناختی و پیش‌آزمون هرکدام) بررسی شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18 ]

## ۳ یافته‌ها

در این پژوهش شانزده دختر شرکت کردند که در دامنهٔ سنی ۱۹تا۳۴ سال قرار داشتند و دارای حداقل سواد فوق‌دیپلم بودند. میانگین و انحراف سنی گروه گواه ۳/۹۶±۲۵/۶۲ سال و گروه آزمایش ۴/۰۳±۲۶/۶۲ سال بود. در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای ترس از ارزیابی منفی و پریشانی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و گواه

| متغیر | گروه | مرحله | میانگین | انحراف معیار |
|---|---|---|---|---|
| ترس از ارزیابی منفی | آزمایش | پیش‌آزمون | ۲۲/۲۱ | ۳/۸۴ |
| | | پس‌آزمون | ۱۶/۶۷ | ۳/۸۶ |
| | گواه | پیش‌آزمون | ۱۹/۸۹ | ۴/۵۴ |
| | | پس‌آزمون | ۲۰ | ۴/۹۹ |
| افسردگی | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۳/۸۸ | ۳/۲۶ |
| | | پس‌آزمون | ۱۰/۳۳ | ۲/۴۱ |
| | گواه | پیش‌آزمون | ۱۳/۲۵ | ۲/۹۱ |
| | | پس‌آزمون | ۱۴/۶۲ | ۴/۱۳ |
| استرس | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۵/۸۸ | ۲/۶۶ |
| | | پس‌آزمون | ۱۲/۶۶ | ۲/۰۶ |
| | گواه | پیش‌آزمون | ۱۴/۱۲ | ۱/۳۵ |
| | | پس‌آزمون | ۱۵/۱۲ | ۲/۷۴ |
| اضطراب | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۴/۰۱ | ۱/۲۶ |
| | | پس‌آزمون | ۱۱/۳۴ | ۲/۷۸ |
| | گواه | پیش‌آزمون | ۱۳/۸۸ | ۳/۲۷ |
| | | پس‌آزمون | ۱۳/۷۶ | ۲/۰۱ |
| پریشانی روان‌شناختی | آزمایش | پیش‌آزمون | ۴۳/۷۷ | ۶/۱۸ |
| | | پس‌آزمون | ۳۴/۳۳ | ۴/۴۵ |
| | گواه | پیش‌آزمون | ۴۱/۲۵ | ۶/۱۳ |
| | | پس‌آزمون | ۴۳/۵ | ۸/۴۵ |

به‌منظور بررسی رعایت پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس ترس از ارزیابی منفی و پریشانی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن، از آزمون‌های شاپیرو-ویلک و لون استفاده شد. آزمون شاپیرو-ویلک برای توزیع متغیرهای پژوهش در مرحلهٔ پس‌آزمون نشان داد، متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال برخوردار بود ($p>۰/۰۵$). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا، آزمون لون به‌کار رفت که نتایج مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد ($p>۰/۰۵$). بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون نیز نشان داد، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار بود ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره وجود داشت. در جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اشاره شده است.

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرهٔ متغیر ترس از ارزیابی منفی در مرحلهٔ پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه معنادار بود؛ بدین‌معنا که درمان متمرکز بر هیجان در کاهش ترس از ارزیابی منفی مؤثر بود ($p<۰/۰۰۱$). ضریب تأثیر ترس از ارزیابی منفی ۰/۴۲ به‌دست آمد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیر ترس از ارزیابی منفی

| منابع تغییر | مجموع مجذورات | درجهٔ آزادی | میانگین مجذورات | F | مقدار احتمال | اندازهٔ اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|
| پیش‌آزمون | ۱۶۹۱/۸۱ | ۱ | ۱۶۹۱/۸۱ | ۱۳۹/۸۰ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۶ |
| گروه | ۶۴۵/۶۹ | ۱ | ۶۴۵/۶۹ | ۵۳/۳۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۲ |



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18 ]

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیر پریشانی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن

| منابع تغییر | میانگین مجذورات | درجهٔ آزادی | F | مقدار احتمال | اندازهٔ اثر |
|---|---|---|---|---|---|
| افسردگی | ۳۲/۶۲ | ۱ | ۱۷/۲۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۲ |
| استرس | ۲۶۳/۱۷ | ۱ | ۵۵/۹۳ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۴ |
| اضطراب | ۱۷۳/۰۸ | ۱ | ۴۶/۱۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۶ |
| پریشانی روان‌شناختی | ۲۴۷/۳۵ | ۱ | ۲۹/۹۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۶ |

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد، میانگین نمرات افسردگی، استرس، اضطراب و پریشانی روان‌شناختی در مرحلهٔ پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه معنادار بود؛ بدین‌معنا که درمان متمرکز بر هیجان در کاهش افسردگی ($p<۰/۰۰۱$)، استرس ($p<۰/۰۰۱$)، اضطراب ($p<۰/۰۰۱$) و پریشانی روان‌شناختی ($p<۰/۰۰۱$) مؤثر بود. ضریب تأثیر افسردگی، استرس، اضطراب و پریشانی روان‌شناختی به‌ترتیب ۰/۴۲، ۰/۳۴، ۰/۶۶ و ۰/۵۶ به‌دست آمد.

## ۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج پژوهش نشان داد، درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش ترس از ارزیابی منفی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مؤثر بود. این یافته با نتایج پژوهش آدلر و همکاران مبنی‌بر کاهش علائم ترس از ارزیابی منفی و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی (۱۴) و پژوهش گرینبرگ مبنی‌بر کاهش پریشانی روان‌شناختی، استرس و اضطراب در طول درمان متمرکز بر هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (۱۵)، همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، ناراحتی و ترس بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فقط به‌دلیل احتمال ارزیابی منفی از جانب دیگران نیست؛ بلکه به ارزیابی منفی مستقیم خود آن‌ها نیز مرتبط است. درواقع بیمار مدام نگران برداشت دیگران دربارهٔ خود است و ادراک او دربارهٔ چیزی که دیگران فکر می‌کنند، بازتابی از تفکر بیمار راجع به خودش است؛ بنابراین تغییر خودپنداره باعث تغییر اسناد دیگران خواهد شد (۳). یکی از مراحل مهم در اکثریت مشاوره‌ها، به‌خصوص درمان مبتنی‌بر هیجان، ایجاد دلبستگی مثبت برای افراد است که موجب بازگرداندن خودگردانی می‌شود. هنگامی که فرد دارای فوبی اجتماعی وارد موقعیتی اجتماعی اضطراب‌برانگیز شود، تمرکز و توجه او از محیط به خودش معطوف خواهد شد. باتوجه به اینکه اضطراب اجتماعی معادل ترس از ارزیابی منفی شمرده شده است، امکان دارد پیش‌بینی شود که توجه فرد به بازبینی و ارزیابی واکنش‌های دیگران معطوف می‌شود. در درمان متمرکز بر هیجان به‌جای اینکه مراحل درمان شامل به چالش کشیدن افکار مزاحم و منفی باشد، به ارتباط با افکار به طریقی می‌پردازد که مانع ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و درمان خودپنداره را به‌خصوص با هدف قراردادن عبارات خودانتقادی بهبود می‌بخشد. کاهش میزان انتقاد از خود، اعتمادبه‌نفس را بهبود می‌بخشد و خودپنداره را نیز تقویت می‌کند و درنتیجهٔ بهبود خودپنداره، ترس از ارزیابی منفی کاهش می‌یابد. به‌عبارتی در درمان مبتنی‌بر هیجان، راهبرد تفکر، ناسازگاری دربارهٔ نگرانی و همچنین نظارت انعطاف‌ناپذیر بر تهدید را از بین می‌برد. ذکر این نکته مهم است که وجود باورهای منفی به‌طور مشخص نمی‌تواند دربارهٔ الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهد. آنچه در اینجا لازم و ضروری به‌نظر می‌رسد، به چالش کشیدن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد که وجه مهم‌تر تمایز درمان متمرکز بر هیجان است (۱۷).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد، درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش پریشانی روان‌شناختی در تمامی مؤلفه‌ها (استرس، اضطراب، افسردگی) مؤثر بود. این یافته با پژوهش گرینبرگ مبنی‌بر کاهش پریشانی روان‌شناختی، استرس و اضطراب در طول درمان متمرکز بر هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (۱۵) همسوست.

براساس مدل بارلو[1]، اختلالات اضطرابی به‌طور اساسی اختلالاتی هیجانی هستند و ریشه در شلیک‌های خودبه‌خود و نامناسب هیجان‌های منفی (مثل ترس و غمگینی) دارند (به‌نقل از ۱۲). درواقع برآورد بیش‌ازحد یا بزرگ‌نمایی شدت پریشانی هیجانی و نشانگان روانی‌جسمی در افراد اضطرابی، سبب الگوی سوگیری پردازش اطلاعات در معنای کلی می‌گردد و تصور می‌شود که این سوگیری ضمنی در مواد هیجانی منفی، منعکس‌کنندهٔ یک عامل آسیب‌پذیری برای اختلالات اضطرابی است. در بیماران دارای فوبی، بین محرک و پاسخ و تعبیر و تفسیری که از آن دو می‌شود، شبکه‌ای ارتباطی به‌وجود می‌آید (۱۲).

در تبیین یافتهٔ به‌دست‌آمده مبنی‌بر اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش پریشانی روان‌شناختی، هیجان‌ها به فرد فرصتی می‌دهد تا احساسات خویش را به هر چیزی بروز دهد. این ابراز هیجانی، رابطی بین تجارب درونی و دنیای بیرونی است که با شناخت، تعامل دوسویه دارد و به افراد در ارزشیابی موقعیت‌های مربوط به ارزش‌ها، نیازها، هدف‌ها یا علایق شخصی، کمک می‌کند و از بار اضطراب فرد می‌کاهد. طبق درمان مبتنی‌بر هیجان، حالت‌های فراگیر عاطفی منفی و آسیب‌های دلبستگی، بی‌توجهی به نیازها و خواسته‌های درونی، الگوهای تعاملی منفی و تجربهٔ هیجانی نامناسب منجربه ایجاد مشکلاتی برای فرد می‌شود؛ ازاین‌رو طی درمان، برای بهبود رهایی فرد از مشکلاتش باید چرخهٔ تعاملی معیوب، صدمات دلبستگی و هیجانات مشکل‌آفرین را شناسایی کرد و اقدامات درمانی مناسبی برای تصحیح این موضوعات صورت داد (۱۵). تغییر در درمان متمرکز بر هیجان زمانی رخ می‌دهد

[1]. Barlow



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18 ]

که آن دسته از پاسخ‌های هیجانی که زیربنای موقعیت‌های تعاملی است، تجربه و مجدد پردازش شود. بازپردازش الگوهای تعاملی هیجانی، فرد را قادر می‌سازد که تجارب جدیدی از خود و دیگری فراهم آورد، به‌شیوه‌ای کاملاً متفاوت عمل کند، بر عوامل ذهنی مسبب افسردگی خود غلبه نماید و با افکار منفی خود به مقابله بپردازد. در روش درمانی مبتنی‌بر هیجان، پاسخ‌های هیجانی، اطلاعات مهمی دربارهٔ تجربهٔ فرد در ارتباط با دیگران فراهم می‌کند. با این اطلاعات، افراد یاد می‌گیرند که در مواجهه با هیجانات چگونه رفتار کنند، چگونه تجارب هیجانی را به‌صورت کلامی بیان کنند، چه راهکارهایی را در پاسخ به هیجان‌ها به‌کار برند و در زمینهٔ هیجان‌های خاص، چگونه با دیگران رفتار کنند. می‌توان گفت که درمان مبتنی‌بر هیجان به‌دلیل برخورداری از تکنیک‌هایی نظیر آگاهی از هیجانات و بازارزیابی و ابراز مناسب هیجانات می‌تواند موجب تعدیل هیجانات مثبت و منفی و به‌دنبال آن تعدیل قضاوت و ادراک مثبت از خویش در افراد دارای استرس شود (۱۳).

در این درمان فرض می‌شود که روابط درمانی و پردازش هیجانی دربارهٔ خاطرات، سازوکارهای اولیه برای تغییر است. رابطهٔ همدلانه و مشارکتی، بستر مناسبی را برای جست‌وجوی اجزای تجربه‌ای بین‌فردی اصلاحی فراهم می‌کند؛ به‌خصوص در افرادی که مشکلاتشان ناشی‌از نبود همدلی و نبود کنترل بین‌فردی است. چنین مداخلاتی، احساسات ناسازگارانه مانند ترس و شرم را فرامی‌خواند و مُراجعان می‌آموزند که این تجربه‌ها را تحمل کنند و معنای جدیدی برای آن بیافرینند. در این درمان، هیجان‌های انطباقی منع‌شده (مانند خشم و غم) فراخوانده می‌شود تا کارکردهای انطباقی این هیجانات دردسترس واقع شود و این منبع اولیه برای اطلاعات جدیدی است که معنای تجربهٔ قبلی را تغییر می‌دهد (۱۲).

به‌طور کلی روش درمانی متمرکز بر هیجان به افراد شرکت‌کننده در پژوهش کمک کرد که درک درستی از هیجان‌ها داشته باشند و این هیجان‌ها را به‌صورت کامل تجربه کنند. یکی از امتیازات پژوهش حاضر نوآوری و ابتکار آن بود. این پژوهش اولین پژوهشی بود که در ایران مدل متمرکز بر هیجان را روی ترس از ارزیابی منفی و پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی آزمایش کرد؛ بنابراین پژوهش حاضر از نظر تعمیم‌پذیری یافته‌ها، بررسی‌های بیشتری را می‌طلبد. باتوجه به محدودبودن افراد حجم نمونه در تهران و نیز خودگزارشی‌بودن متغیرهای پژوهش، در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، اجرای برنامهٔ مداخله‌ای توسط پژوهشگر بود که می‌تواند در سوگیری نتایج تأثیرگذار باشد.

نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در زمینهٔ درمان و خدمات مشاوره‌ای به مبتلایان اضطراب اجتماعی دارد؛ ازجمله اینکه درمانگران و مشاوران حوزهٔ سلامت و درمان می‌توانند از این مدل برای کاهش علائم ارزیابی منفی و پریشانی روان‌شناختی در بین مبتلایان اضطراب اجتماعی استفاده کنند. درنهایت از بُعد پژوهشی پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی زمان اجرای مداخلات بیشتر شود و همچنین در پژوهش‌های آتی بررسی اثربخشی این مدل بر کاهش دیگر مؤلفه‌ها و متغیرهای اختلال اضطراب اجتماعی صورت گیرد.

## ۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، آموزش درمان متمرکز بر هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی موجب کاهش ترس از ارزیابی منفی و کاهش پریشانی روان‌شناختی می‌شود و زمینه را برای بهبود علائم اختلال اضطراب اجتماعی فراهم می‌کند.


## ۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش محققان را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.


## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده می‌شوند. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از مراکز مشاورهٔ خصوصی و مراکز مشاوره‌ای دانشگاه‌ها در سطح شهر تهران با شماره نامهٔ ۷۷ صادر شده است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

بخشی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامد اصلی یا امثال آن امکان اشتراک‌گذاری دارد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافعی بین آن‌ها وجود ندارد.


منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.


مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18 ]

## References


1. Rudaz M, Ledermann T, Margraf J, Becker ES, Craske MG. The moderating role of avoidance behavior on anxiety over time: Is there a difference between social anxiety disorder and specific phobia? Plos One. 2017;12(7):e0180298. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180298
2. Vrbova K, Prasko J, Ociskova M, Holubova M. Comorbidity of schizophrenia and social phobia – impact on quality of life, hope, and personality traits: a cross sectional study. Neuropsychiatr Dis Treat. 2017;13:2073–83. https://dx.doi.org/10.2147/NDT.S141749
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th edition. American Psychiatric Pub; 2013.
4. Tulbure BT. The efficacy of internet-supported intervention for social anxiety disorder: a brief meta-analytic review. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011;30:552–7. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.108
5. Feng C, Cao J, Li Y, Wu H, Mobbs D. The pursuit of social acceptance: aberrant conformity in social anxiety disorder. Soc Cogn Affect Neurosci. 2018;13(8):809–17. https://dx.doi.org/10.1093/scan/nsy052
6. Van Niekerk RE, Klein AM, Allart-Van Dam E, Hudson JL, Rinck M, Hutschemaekers GJM, et al. The role of cognitive factors in childhood social anxiety: social threat thoughts and social skills perception. Cogn Ther Res. 2017;41(3):489–97. https://doi.org/10.1007/s10608-016-9821-x
7. Johnson SB, Anderson PL. Stereotype confirmation concern and fear of negative evaluation among African Americans and Caucasians with social anxiety disorder. J Anxiety Disord. 2014;28(4):390–3. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.03.003
8. Randjelovic K, Zeleskov-Djoric J. Fear of negative evaluation and social anxiety in the context of the revised reinforcement sensitivity theory. Proceedings of the Faculty of Humanities and Social Sciences in Pristina. 2017;(47–3):239–59. https://doi.org/10.5937/ZRFFP47-14985
9. Biolcati R. The role of self-esteem and fear of negative evaluation in compulsive buying. Front Psychiatry. 2017;8:74. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00074
10. Van Der Molen MJW, Poppelaars ES, Van Hartingsveldt CTA, Harrewijn A, Gunther Moor B, Westenberg PM. Fear of negative evaluation modulates electrocortical and behavioral responses when anticipating social evaluative feedback. Front Hum Neurosci. 2014;7:936. https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00936
11. Ryrie I, Norman I. The origins and expression of psychological distress. In: Norman I; editor. The art and science of mental health nursing: a textbook of principles and practice. Open University Press; 2004.
12. Boukhechba M, Chow P, Fua K, Teachman BA, Barnes LE. Predicting social anxiety from global positioning system traces of college students: feasibility study. JMIR Ment Health. 2018;5(3):e10101. https://doi.org/10.2196/10101
13. Aderka IM, Hofmann SG, Nickerson A, Hermesh H, Gilboa-Schechtman E, Marom S. Functional impairment in social anxiety disorder. J Anxiety Disord. 2012;26(3):393–400. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.003
14. Adler G, Shahar B, Dolev T, Zilcha-Mano S. The development of the working alliance and its ability to predict outcome in emotion-focused therapy for social anxiety disorder. J Nerv Ment Dis. 2018;206(6):446–54. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000814
15. Greenberg LS. Emotion-focused therapy of depression. Person-Centered & Experiential Psychotherapies. 2017;16(2):106–17. https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330702
16. Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): new self-rating scale. Br J Psychiatry. 2000;176(4):379–86. https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379
17. First MB, Gibbon M. The structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I) and the structured clinical interview for DSM-IV axis II disorders (SCID-II). In: Hilsenroth MJ, Segal DL; editors. Comprehensive handbook of psychological assessment, volume 2: personality assessment. John Wiley & Sons; 2004.
18. Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A Persian translation of the Structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition: psychometric properties. Compr Psychiatry. 2009;50(1):86–91. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2008.04.004
19. Hassanvand Amouzadeh M, Roshan Chesly R, Hassanvand Amouzadeh M. The relationship of the meta-cognitive beliefs with social anxiety symptoms (avoidance, fear and physiological arousal) in non-clinical population. Research in Cognitive and Behavioral Sciences. 2013;3(2):55–70. [Persian] https://cbs.ui.ac.ir/article_17312.html?lang=en
20. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. J Consult Clin Psychol. 1969;33(4):448–57. https://doi.org/10.1037/h0027806
21. Shabani MB. Levels and sources of language anxiety and fear of negative evaluation among Iranian EFL learners. Theory & Practice in Language Studies. 2012;2(11):2378–83.
22. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther. 1995;33(3):335–43. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u
23. Ostovar S, Allahyar N, Aminpoor H, Moafian F, Nor MBM, Griffiths MD. Internet addiction and its psychosocial risks (depression, anxiety, stress and loneliness) among Iranian adolescents and young adults: a structural equation model in a cross-sectional study. Int J Ment Health Addiction. 2016;14(3):257–67. https://doi.org/10.1007/s11469-015-9628-0


[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-18 ]