

Review

New Developments in Emotion-focused Therapy for Social Anxiety Disorder

Mohammad Minouei¹, Mehran Haidarinia^{2*}, Sara Fallah Kohan³

1. MA. Student in Curriculum Studies, Department of Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
 2. PhD Student in Counseling, Department of Psychology and Educational Science, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran
 3. MA. Student in Clinical Psychology, Humanities Faculty, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
- *.Corresponding Author: E-mail: ghmehran1992@gmail.com

(Received 8 January; Accepted 4 September 2024)

Abstract

Social anxiety disorder is a highly complex, chronic, disabling, and costly anxiety disorder that requires effective treatment with empirical support. Emotion-focused therapy (EFT) shows great promise in effective treatment of social anxiety disorder. It is particularly suitable for the treatment of social anxiety disorder since pervasive emotional avoidance, difficulties with emotional differentiation, and high levels of self-criticism, which are central psychopathological processes in social anxiety disorder, are also primary therapeutic targets in EFT. Therefore, the present study aimed to review the new developments of emotion-oriented treatment for social anxiety disorder. In this systematic review study, a query was conducted on international and domestic databases from 2010 to 2024. To search, a combination of "emotion-oriented therapy and social anxiety disorder," "emotion management and social anxiety disorder," "emotion regulation and social anxiety disorder," and "excitement and social anxiety" in both Farsi and English languages in Magiran, SID, IranDoc, Google Scholar, ScienceDirect, Springer, and PubMed databases were used. The search yielded 131 articles, of which 23 papers were included in the study according to the inclusion and exclusion criteria. The findings were analyzed in three areas: "emotion-focused therapy perspective on the etiology of social anxiety disorder," "change process in emotion-focused therapy for social anxiety and its relationship," and "effectiveness of emotion-focused therapy for social anxiety." As evidenced by the obtained results, EFT leads to corrective emotional experiences in social situations so that when people face social situations in which there is a possibility of being judged, they will not have unpleasant emotional experiences as before. Accordingly, they will have less negative thoughts and obtain more positive results from that event after facing a particular event.

Keywords: Anxiety disorders, Emotion-focused therapy, Self-criticism, Shame, Social anxiety disorder.

ClinExc 2024;14(10-25) (Persian).

تحولات جدید در درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی

محمد مینویی^۱، مهرا ن حیدری نیا^{۲*}، سارا فلاح کهن^۳

چکیده

اختلال اضطراب اجتماعی اختلال اضطرابی بسیار پیچیده، مزمن، ناتوان‌کننده و پرهزینه‌ای است که نیازمند درمان مؤثر با پشتیبانی تجربی است. درمان متمرکز بر هیجان نویدبخش درمان مؤثر اختلال اضطراب اجتماعی است؛ زیرا اجتناب هیجانی فراگیر، مشکلات در تمایز هیجانی و سطوح بالای خودانتقادی و شرم، که فرایندهای آسیب‌شناسی روانی مرکزی در اختلال اضطراب اجتماعی هستند، از اهداف اولیه‌ی درمان متمرکز بر هیجان به شمار می‌روند. براین اساس، مطالعه‌ی حاضر با هدف مروری بر تحولات جدید درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی صورت گرفته است.

مطالعه‌ی حاضر از نوع مروری نظام‌مند است که با جست‌وجو در پایگاه‌های بین‌المللی و داخلی داده‌ای در بازه‌ی زمانی ۲۰۱۰ الی ۲۰۲۴ (۱۳۹۰ الی ۱۴۰۳) انجام شده است. برای جست‌وجو، از ترکیبی از «درمان هیجان‌مدار و اختلال اضطراب اجتماعی»، «مدیریت هیجان و اختلال اضطراب اجتماعی»، «تنظیم هیجان و اختلال اضطراب اجتماعی» و «هیجان و اضطراب اجتماعی» به دو زبان فارسی و انگلیسی در پایگاه‌های اطلاعاتی Google, IranDoc, SID, Magiran, ScienceDirect, Springer, و PubMed استفاده شد. حاصل جست‌وجو تعداد ۱۳۱ مقاله بود که در نهایت ۲۳ مقاله با لحاظ معیارهای ورود و خروج به مطالعه وارد شد.

یافته‌ها در سه حوزه‌ی «دیدگاه درمان هیجان‌مدار راجع به علت‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی»، «فرایند تغییر در درمان هیجان‌مدار برای اضطراب اجتماعی و رابطه با آن» و «اثربخشی درمان هیجان‌مدار برای اضطراب اجتماعی» بررسی شد. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد که درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر هیجان‌ات به تجارب هیجانی اصلاحی در موقعیت‌های اجتماعی منجر می‌شود؛ به گونه‌ای که افراد هنگام روبه‌رو شدن با موقعیت‌های اجتماعی‌ای که احتمال قضاوت شدن در آن وجود دارد، تجربه‌های هیجانی ناخوشایند به شدت قبل را نخواهند داشت و این امر باعث می‌شود که پس از مواجه شدن با رویدادی خاص، افکار منفی کمتری داشته باشند و نتایج مثبت‌تری از آن رویداد بگیرند.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان‌مدار، اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب اجتماعی، شرم، خودانتقادی.

Email: ghmehran1992@gmail.com

۱. کارشناس ارشد مطالعات برنامه‌ی درسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم انسانی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

*نویسنده مسئول: اهواز، دانشگاه شهید چمران، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۰۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۰۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۱۴

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ با ترس‌های مداوم و شدید از موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی مشخص می‌شود که در آن ممکن است دیگران درباره‌ی فرد قضاوت کنند (۱). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌ترسند که نقایص درک‌شده‌شان آشکار شود و دیگران از آن‌ها انتقاد کنند، آن‌ها را مسخره کنند یا آن‌ها را رد کنند و در نتیجه، شرم و طرد شدن فراتر از تحملی را احساس کنند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی معمولاً قبل از چنین موقعیت‌هایی اضطراب شدیدی را احساس می‌کنند و تمایل دارند از آن‌ها اجتناب کنند، که اغلب به اختلال شدید در حوزه‌های مختلف زندگی منجر می‌شود (۲، ۳). اختلال اضطراب اجتماعی با دستاوردهای تحصیلی کمتر، موقعیت‌های شغلی کمتر، نرخ بالاتر بیکاری، مشکلات بیشتر در شروع و حفظ ارتباطات عاشقانه و استفاده‌ی بیشتر از خدمات پزشکی همراه است (۴). این مشکلات اغلب به بیماری‌های روانی‌ای مانند افسردگی، سوءمصرف مواد و خودکشی منجر می‌شود (۵). اختلال اضطراب اجتماعی معمولاً در اوایل نوجوانی شروع می‌شود و بهبود نمی‌یابد؛ مگر اینکه با موفقیت درمان شود (۶، ۷). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نرخ شیوع ۱۲ ماهه‌ی اختلال اضطراب اجتماعی در مردم آمریکا را حدود ۷ درصد اعلام می‌کند. نرخ شیوع ۱۲ ماهه در کودکان و نوجوانان تقریباً شبیه به نرخ شیوع در بزرگسالان است. نرخ شیوع در همه‌ی گروه‌های سنی با افزایش سن کاهش می‌یابد. درباره‌ی بزرگسالان مسن‌تر، نرخ شیوع ۱۲ ماهه بین ۲ تا ۵ درصد است. این اختلال در زنان بیشتر از مردان مشاهده می‌شود (۱/۵ تا ۲/۲ برابر) و در نوجوانان و جوانان، تفاوت جنسیتی در نرخ شیوع مؤثرتر است (۸)؛ بنابراین، واضح است که برای این اختلال اضطرابی بسیار پیچیده، شایع، مزمن و ناتوان‌کننده، نیاز اساسی به درمان‌های روان‌شناختی و دارویی مؤثر وجود دارد.

در حال حاضر، دستورالعمل‌های درمانی (۹، ۱۰) اشکال مختلفی از درمان‌های شناختی‌رفتاری^۲ را به‌عنوان درمان‌های مبتنی بر شواهد خط مقدم برای اختلال اضطراب اجتماعی توصیه می‌کنند؛ مانند مدل فردی کلارک^۳ (۱۱) و مدل درمانی گروهی هایمبرگ^۴ (۱۲). کارآزمایی‌های کنترلی تصادفی متعدد و چند مطالعه‌ی فراتحلیلی (۱۳) نشان داده است که درمان شناختی‌رفتاری درمانی مؤثر برای اختلال اضطراب اجتماعی است، اما تعداد درخور توجهی از بیماران به درمان شناختی‌رفتاری پاسخ نمی‌دهند یا در پایان درمان، علائمی از اختلال را نشان می‌دهند (۱۴، ۱۵)؛ برای مثال، در بزرگ‌ترین کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده که تا به امروز انجام شده و درمان شناختی‌رفتاری فردی کلارک را با درمان روان‌پویشی مقایسه کرده است (۱۶)، ۴۰ درصد از بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان شناختی‌رفتاری در پایان درمان به‌عنوان افراد غیرپاسخ‌دهنده طبقه‌بندی شدند و ۳۰ درصد پس از آن بدون پاسخ ماندند. در مطالعه‌ای که میزان پاسخ به درمان شناختی‌رفتاری را برای اختلالات اضطرابی مختلف بر اساس کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌سازی‌شده محاسبه کرد، نرخ پاسخ برای اختلال اضطراب اجتماعی پس از درمان ۴۵/۳ درصد و در مرحله‌ی پیگیری ۵۵/۵ درصد بود (۱۷). این مطالعات نشان می‌دهد اگرچه اکثر بیماران از درمان شناختی‌رفتاری سود می‌برند، هنوز فاصله‌ی زیادی تا بهبود وجود دارد. تعداد زیادی از افرادی که به درمان شناختی‌رفتاری پاسخ نمی‌دهند، نیازمند ایجاد گزینه‌های جدید در درمان‌اند. داشتن تنها یک گزینه‌ی درمانی مبتنی بر شواهد برای چنین وضعیت شایع، مزمن و ناتوان‌کننده‌ای، به‌ویژه با توجه به اینکه اکثر افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی در نهایت درمان مبتنی بر شواهد را دریافت نمی‌کنند (۱۸)، مشکل‌ساز است. در واقع، تقریباً یک‌سوم از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی گزارش دادند که به‌طور خاص برای اختلال

2. Cognitive-behavioral therapies (CBT)

3. Clark

4. Heimberg's

1. Social anxiety disorder (SAD)

اضطراب اجتماعی درمان دریافت کرده‌اند (۱۴)؛ بنابراین، برای افزایش دسترسی به درمان‌های مبتنی بر شواهد داشتن چندین گزینه‌ی درمانی مؤثر و با پشتیبانی تجربی بسیار مهم است.

در سال‌های اخیر، محققان بالینی رویکردهای درمانی دیگری را برای اختلال اضطراب اجتماعی پیشنهاد کرده‌اند. یکی از پیشرفت‌های مهم اخیر استفاده از درمان متمرکز بر هیجان^۵ برای اختلال اضطراب اجتماعی است (۱۹). درمان متمرکز بر هیجان درمان تجربی مختصری (معمولاً ۱۶ تا ۲۴ جلسه) است که از سنت انسان‌گرایانه گرفته شده است (۲۰). مانند درمان‌های شناختی‌رفتاری و روان‌پویایی، درمان متمرکز بر هیجان رویکردی فراتشخیصی^۶ است (۲۱)، به این معنا که می‌توان آن را برای استفاده با اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی سازگار کرد.

به‌عنوان درمانی فراتشخیصی، درمان متمرکز بر هیجان بر این فرض استوار است که هیجان‌ات اساساً منابع انطباقی در عملکرد انسان سالم است و دسترسی، فعال‌سازی و پردازش مولد هیجان‌ات برای نتیجه‌ی موفقیت‌آمیز در روان‌درمانی بسیار مهم است (۲۲). بر اساس تحقیقات اولیه (۲۳)، هیجان‌ات ارائه‌ی اطلاعات حیاتی برای فرد در نظر گرفته می‌شود که به بقا و شکوفایی کمک می‌کند. هیجان‌ات به ما راجع به نشانه‌های محیطی حیاتی که با بقا و رفاه ما مرتبط‌اند هشدار می‌دهند و ما را سازمان‌دهی می‌کنند تا به‌طور مؤثر به آن‌ها پاسخ دهیم.

یکی از کمک‌های اولیه‌ی درمان هیجان‌مدار به تحقیقات و تمرین بالینی تمایز بین چند شکل واکنش هیجانی است (۱۹). اولین تمایز بین پاسخ‌های هیجانی اولیه و ثانویه است. هیجان‌ات اولیه واکنش‌های فوری به موقعیت‌هاست؛ مانند ترس در پاسخ به خطر، غم در پاسخ به فقدان یا شرم در پاسخ به افشای نقص‌ها. در مقابل، هیجان‌ات ثانویه در پاسخ به هیجان‌ات اولیه، مانند وقتی که افراد به‌دلیل خشم اولیه‌ی خود احساس گناه

می‌کنند یا در پاسخ به شرم عصبانی می‌شوند، به وجود می‌آید (۲۰). هیجان‌ات ثانویه اغلب هیجان‌ات اولیه را مبهم، پنهان یا قطع می‌کنند. تمایز دوم بین هیجان‌ات سازگار اولیه و هیجان‌ات ناسازگار اولیه است. هر دو پاسخ‌هایی فوری به یک محرک مهم‌اند: خطر، ضرر، نقص مرز یا کاهش ارزش. هیجان‌ات انطباقی اولیه اطلاعات مفیدی ارائه می‌دهند و فرد را سازمان‌دهی می‌کنند تا سازگارانه پاسخ‌گوی نیازهای مهم باشد. درحالی‌که هیجان‌ات انطباقی اولیه پاسخ‌های فوری به موقعیت‌های فعلی هستند، هیجان‌ات ناسازگار اولیه پاسخ‌هایی به موقعیت‌های فعلی هستند که با تجربیات آسیب‌زای گذشته آغشته شده‌اند (۸)؛ برای مثال، وقتی که فردی در زمان حال به قطع رابطه با شرم شدید پاسخ می‌دهد، واکنش هیجانی اغلب بر اساس خاطرات شرمسار گذشته از طرد یا تحقیر است. هیجان‌ات ناسازگار اولیه هیجان‌ات دردناک اصلی‌ای هستند که بیماران اغلب سعی می‌کنند از آن‌ها اجتناب کنند. آن‌ها ناسازگارند؛ زیرا برای مقابله با وضعیت فعلی برای اقدام انطباقی آماده نمی‌شوند (۲۴).

تمایز بین پاسخ‌های هیجانی مختلف بسیار مهم است؛ زیرا هر یک مداخله‌ی درمانی متفاوتی را می‌طلبد (۲۱). هیجان‌ات ثانویه معمولاً نشانه‌های بیماری‌اند. آن‌ها نیاز به اعتبارسنجی از درمانگر و سپس کاوش دارند تا به هیجان‌ات اولیه‌ی اصلی‌ای که آن‌ها را ایجاد کرده‌اند، دسترسی پیدا کنند. معمولاً هیجان‌ات ثانویه هیجان‌ات ناسازگار اولیه مانند شرم یا ترس از رها شدن ناشی از تجربیات آسیب‌زای گذشته را پنهان می‌کنند. هیجان‌ات ناسازگار اولیه باید در دسترس قرار گیرند و در درمان فعال شوند تا بتوانند در معرض هیجان‌ات سازگار اولیه قرار گیرند؛ بنابراین، یکی از اصول راهنمای محوری در درمان هیجان‌مدار این است که بهترین راه برای تغییر هیجان‌ات ناسازگار اصلی از طریق شناخت یا یادگیری مهارت نیست، بلکه از طریق فعال کردن هیجان‌ات انطباقی اولیه در جلسه است (۱۰).

در مجموع، هدف اولیه‌ی درمان متمرکز بر هیجان

^۵. Emotion-focused therapy (EFT)

^۶. transdiagnostic

ساینس دایرکت^۸، اسپرینگر^۹ و پابمید^{۱۰} برای پژوهش‌های خارجی و مگیران، پورتال جامع علوم انسانی و ایرانداک برای پژوهش‌های داخلی استفاده کردند. جست‌وجو برای مقالات انگلیسی در بازه‌ی زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴ و برای مقالات فارسی در بازه‌ی زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۳ صورت گرفته است. کلمات کلیدی و اصطلاحات به کاررفته در جست‌وجوی فارسی شامل «درمان هیجان‌مدار و اختلال اضطراب اجتماعی»، «اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر اختلال اضطراب اجتماعی»، «رابطه‌ی هیجان و اختلال اضطراب اجتماعی»، «تنظیم هیجانی و اضطراب»، «درمان متمرکز بر هیجان و اضطراب اجتماعی» بود. از اصطلاح «مدیریت هیجان و تنظیم هیجان در اختلال اضطراب اجتماعی» به منظور به دست آوردن طیف کاملی از منابع بالقوه استفاده شد. همچنین، جست‌وجوی انگلیسی با عبارات « Emotion-focused therapy and social anxiety disorder effectiveness of »، « Emotion-focused therapy on social anxiety disorder relationship between emotion and social anxiety disorder » انجام گرفت. جست‌وجوها پس از استفاده از موتورهای جست‌وجوگر و به دست آمدن شش اصطلاح کلیدی بر اساس مفهوم اشباع داده قطع شد. مفهوم اشباع درحالی که از تحقیقات کیفی سرچشمه می‌گیرد، می‌تواند در بررسی متون مرتبط نیز به کار رود (۲۶). اگرچه تعداد زیادی مقاله از جست‌وجوها (۸۵ مقاله از گوگل اسکالر و ساینس دایرکت، اسپرینگر و پابمید و ۴۶ مقاله از مگیران، پورتال جامع علوم انسانی و ایرانداک) حاصل شد، بسیاری از نتایج به دست آمده از این موتورهای جست‌وجوگر و جست‌وجوهای کلیدواژه‌ی نامرتبط که با هم هم‌پوشانی داشتند و همچنین موارد تکراری از این جست‌وجوها حذف شدند. به منظور محدود کردن دامنه‌ی وسیع نتایج به دست آمده از جست‌وجو و تمرکز

کمک به بیماران است که آگاهی بهتری از هیجان‌ات خود پیدا کنند، آن‌ها را با کلمات برجسب‌گذاری کنند، تجربه کنند، بپذیرند، تنظیم و شناسایی کنند، معنای روایی برای آن‌ها پدید آورند، آن‌ها را تبدیل و از آن‌ها استفاده کنند و در نهایت به شکل انعطاف‌پذیری آن‌ها را مدیریت کنند؛ در نتیجه این افراد در تحمل هیجان‌اتی که پیش‌تر از آن‌ها اجتناب کرده‌اند، توانا تر می‌شوند و در دستیابی به اطلاعات مهم موجود در هیجان، مثل نیازهای اصلی اهداف و نگرانی‌های خود، متبحرتر می‌شوند (۲۵). با توجه به مطالب ارائه شده، مشکلاتی مانند اختلال اضطراب اجتماعی نه تنها به کاهش دستاوردهای افراد در زندگی منجر می‌شود، بلکه کیفیت زندگی افراد را نیز کاهش می‌دهد و در موقعیت‌های اجتماعی مهم صدمات جبران‌ناپذیری را ممکن است برای افراد به همراه داشته باشد. از طرفی مطالعات دقیق و واضحی درباره‌ی تحولات صورت گرفته در درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی در داخل ایران صورت نگرفته است که انجام چنین پژوهشی می‌تواند چهارچوب و نقشه‌ی راه مشخصی برای پژوهشگران آتی فراهم سازد؛ لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی تحولات جدید در درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی انجام گرفته است و پژوهشگران از سه بُعد «دیدگاه درمان هیجان‌مدار راجع به علت‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی»، «فرایند تغییر در درمان هیجان‌مدار برای اضطراب اجتماعی» و «اثربخشی درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی» با کلیدواژه‌ها و اصطلاحات مشخص به بررسی موضوع در پژوهش‌های پیشین پرداخته‌اند.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر مروری روایتی است. به منظور بررسی منابع موجود، این مطالعه با جست‌وجوی گسترده و سیستماتیک تحقیقات مرتبط با موضوع درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی آغاز شد. محققان برای جست‌وجو از موتور گوگل اسکالر^۷،

8. ScienceDirect

9. Springer

10. PubMed

7. Google Scholar

بر تحقیقات مرتبط با شیوه‌ها و استانداردهای فعلی، محققان جست‌وجو را به مقالات منتشرشده پس از سال ۲۰۱۰ برای مقالات انگلیسی و ۱۳۹۰ برای مقالات فارسی محدود کردند. جست‌وجو، علاوه بر این، محدود به مقالاتی بود که شامل بحث درباره‌ی اصول به‌کارگرفته‌شده در درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی بود. در پایان، پس از غربالگری مقالاتی که معیارهای ورود را نداشتند، محققان ۲۳ مقاله را حفظ کردند و مابقی برای تحلیل محتوا وارد مطالعه شدند. به‌منظور سازمان‌دهی و ارزشیابی، پیشینه‌ی موجود از جست‌وجوهای گسترده، با توجه به مضامینی که ارائه می‌کردند، بررسی و دسته‌بندی شدند. سپس هر دسته از مقالات به‌عنوان یک گروه برای مقایسه‌ی موضوعات و یافته‌های کلیدی ارزیابی و تجزیه‌وتحلیل شد که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

یافته‌ها

نتیجه‌ی جست‌وجو در پایگاه‌های اطلاعاتی و اعمال معیارهای ورود و خروج، به یافتن ۲۳ مقاله منجر شده است. جدول ۱ به‌طور مختصر یافته‌ها و نتایج مطالعات مختلفی را که یافت شده است نشان می‌دهد. برخی از یافته‌ها طی محتواخوانی و بازخوانی مکرر با عنوان «درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی» ارتباطی نداشتند، اما محتوایشان از نظر موضوعی به هدف مطالعه نزدیک بود.

بحث

اضطراب اجتماعی مشکل اضطرابی رایج و ناتوان‌کننده‌ای است که با ترس مداوم از تعاملات اجتماعی یا موقعیت‌هایی که در آن ممکن است دیگران درباره‌ی فرد قضاوت کنند مشخص می‌شود (۱). در حال حاضر، رویکردها و پروتکل‌های درمانی متفاوتی برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد، اما اکثر این دستورات عمل‌های درمانی اشکال مختلفی از درمان‌های شناختی‌رفتاری را به‌عنوان درمان‌های مبتنی بر

شواهد، مانند مدل فردی کلارک و ولز و مدل درمانی گروهی هایمبرگ، در خط مقدم رویکردهای درمانی برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی توصیه می‌کنند (۹-۱۲). به‌رغم اینکه در پژوهش‌های متعددی اثبات شده است که این رویکردها مؤثرند، تعداد درخور توجهی از مراجعان به رویکرد شناختی‌رفتاری پاسخ خوبی نمی‌دهند که به‌وضوح نیاز به جایگزین‌هایی غیر CBT، از جمله درمان متمرکز بر هیجان، احساس می‌شود (۱۸). در اصطلاح رویکرد هیجان‌مدار، اختلال اضطراب اجتماعی مجموعه‌ای از طرح‌های هیجانی ناسازگار است که در نتیجه‌ی شرمساری یا قلدری مزمن و آسیب‌زا، معمولاً در دوره‌های رشد کودکی یا نوجوانی ایجاد می‌شود. از دیدگاه هیجان‌مدار، این تجربیات به توسعه‌ی فرایندهای هیجانی اولیه و ثانویه منجر می‌شود، که در آن تعاملات بین فردی موقعیت‌های خطرناکی تلقی می‌شود و در این موقعیت‌ها فرد از نظر اجتماعی معیوب نشان داده می‌شود؛ بنابراین، ابتدا شرم (یک هیجان ناسازگار اولیه) و سپس اضطراب راجع به آن ایجاد می‌شود (۲۴).

در این بخش از مقاله به بحث درباره‌ی اهداف پژوهش مطابق با پیشینه‌های ذکرشده حول سه محور «دیدگاه درمان هیجان‌مدار راجع به علت‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی»، «فرایند تغییر در درمان هیجان‌مدار برای اضطراب اجتماعی» و «اثربخشی درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی» پرداخته شده است.

دیدگاه درمان متمرکز بر هیجان راجع به علت‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی

تمایز بین انواع مختلف پاسخ‌های هیجانی امکان توسعه‌ی مفهوم‌های موردی مبتنی بر هیجان و نقشه‌های مداخله را برای هر بیمار یا گروهی از بیماران فراهم می‌کند. اضطراب اجتماعی با مجموعه‌ای از پاسخ‌های هیجانی مشکل‌ساز مبتنی بر شرم به‌عنوان هیجان‌های ناسازگار اولیه و چندین فرایند هیجانی ثانویه طراحی شده برای مقابله با آن مشخص می‌شود (۲۵).

مشتقات شرم در نظر گرفته می‌شوند؛ به این ترتیب، آن‌ها عمدتاً وقتی عمل می‌کنند که شرم یا اضطراب شرم فعال می‌شود، برخلاف وقتی که افراد احساس امنیت می‌کنند. در مطالعه‌ای (۵۵)، افراد مضطرب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی‌ای که سطح اضطراب پایین بود، رفتارهای مطیعانه‌تری نسبت به شرکت‌کنندگان غیرمضطرب نشان ندادند؛ بنابراین، هدف درمانی در رویکرد هیجان‌مدار آموزش بیماران برای توجه به نشانه‌های غیرتهدیدکننده، مانند آموزش تعدیل سوگیری توجه و همچنین، آموزش آن‌ها برای به چالش کشیدن دیدگاه تحریف‌شده‌ی خودشان نیست (۳۱)، اگرچه این مداخلات اثرهای مثبتی دارند، بلکه هدف فعال کردن کامل طرح هیجانی مبتنی بر شرم و خاطرات مرتبط با آن در جلسات درمانی به‌منظور قرار گرفتن آن‌ها در معرض تجربیات هیجانی جدید و بازسازی اساسی‌تر این هیجان‌ات است (۱۰).

افراد مضطرب اجتماعی ذاتاً احساس نقص، آسیب، بی‌ارزشی، ضعف، تفاوت یا حقارت می‌کنند و دائماً در نگرانی از کشف این «راز» توسط دیگران زندگی می‌کنند؛ بنابراین، اغلب از راهبردهای مختلفی برای جلوگیری از افشای نقص و جلوگیری از انتشار اطلاعات منفی درباره‌ی خود استفاده می‌کنند که برای آن‌ها بدترین سناریو ممکن است. یکی از راهبردهای اصلی برای جلوگیری از مواجهه با نقص داشتن سطوح بالایی از خودانتقادی است (۵۶). تحقیقات نشان می‌دهد که افراد مضطرب اجتماعی به‌شدت خودانتقادگرند (۵۷، ۵۸). انتقاد شدید از خود برای اطمینان از اینکه فرد قوی، توانا، مناسب و جذاب به نظر برسد و در نتیجه از کاهش ارزش اجتماعی جلوگیری کند، طراحی شده است. مهم است که اجتناب رفتاری در اختلال اضطراب اجتماعی نه تنها راهی برای اجتناب از علائم اضطراب، بلکه بخشی از مفهوم‌سازی گسترده‌تر شامل شرم و انتقاد از خود تلقی شود. بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در موقعیتی که منتقدی خشن و درونی پیام‌هایی از قبیل «اگر در جلسه صحبت کنید، همه

از دیدگاه متمرکز بر هیجان، اضطراب اجتماعی اساساً اضطراب شرم است (۵۰). افراد با اضطراب اجتماعی به‌خودی‌خود از موقعیت‌های اجتماعی نمی‌ترسند، بلکه می‌ترسند نقص‌ها، ضعف‌ها یا آسیب‌پذیری‌شان در این موقعیت‌ها آشکار شود که ممکن است به تمسخر، تحقیر و در نهایت طرد منجر شود (۵۱). موقعیت‌های اجتماعی‌ای که با پذیرش بی‌قیدوشرط و عدم قضاوت کامل از سوی دیگران مشخص می‌شود، احتمالاً حتی در افراد با اضطراب اجتماعی باعث ایجاد اضطراب نمی‌شود؛ بنابراین، شرم در قلب اضطراب اجتماعی قرار دارد و تحقیقات زیادی وجود دارد که ارتباط بین شرم و اختلال اضطراب اجتماعی را نشان می‌دهد (۵۲). نظریه‌ای بیان می‌کند (۵۴، ۵۳) که شرم هیجانی خودآگاهانه (مانند غرور و گناه) است که برای حل مشکلات مبتنی بر تکامل بین‌فردی مرتبط با ارزش‌گذاری و بی‌ارزش‌سازی اجتماعی طراحی شده است. به‌طور خاص، شرم وقتی ایجاد می‌شود که فرد از نظر اجتماعی بی‌ارزش شود؛ بنابراین، تمایل به کنش در شرم و پنهان کردن نقص‌های خود به‌منظور جلوگیری یا به حداقل رساندن آشکارسازی آن‌هاست. وقتی افراد شرم را تجربه می‌کنند، اغلب می‌گویند که احساس حقارت می‌کنند یا در معرض دید هستند، چهره‌ی خود را پنهان می‌کنند و اغلب جملاتی مانند «کاش زمین مرا بلعد» را به کار می‌برند (۵۲).

شرم شیوه‌ی خاصی از پردازش را در عمل تنظیم می‌کند و به‌طور مؤثر افراد را به سمت تهدیدهای بالقوه‌ی مرتبط با شرم، مثلاً ارزیابی منفی از سوی دیگران، هدایت می‌کند (۲۰). این شیوه‌ی پردازش اغلب شامل توجه جانب‌دارانه به تهدیدات مرتبط با شرم و تفسیر مغرضانه از محرک‌های محیطی مبهم به‌عنوان تهدیدکننده است. درحالی‌که مدل‌های شناختی رفتاری اضطراب اجتماعی این نوع پردازش اطلاعات جانب‌دارانه را فرایندهای علت‌شناختی اصلی در اختلال اضطراب اجتماعی (۱۰) و اهداف اولیه برای مداخله در نظر می‌گیرند، در درمان متمرکز بر هیجان، ویژگی‌های پردازش مرتبط با شرم و

فرایند تغییر در درمان هیجان‌مدار برای اضطراب اجتماعی

چندین مکانیسم پردازش هیجانی در درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد. در طول درمان، بیماران یاد می‌گیرند که به هیجان‌ات خود نزدیک شوند، به آن‌ها توجه کنند، به آن‌ها با کلمات برچسب بزنند و با درک آن‌ها به‌عنوان بخشی از روایتی بزرگ‌تر در زندگی، آن‌ها را بپذیرند (۶۱). اولین وظیفه در درمان ایجاد رابطه‌ی درمانی گرم، اعتمادبخش و مطمئن است. ایجاد رابطه برای هر بیمار در روان‌درمانی بسیار مهم است، اما می‌تواند به‌ویژه برای بیماران مضطرب اجتماعی چالش‌برانگیز باشد؛ زیرا آن‌ها به‌شدت به انتقاد و بی‌اعتباری حساس‌اند. همان‌طور که قبلاً توضیح داده شد، آن‌ها تمایل دارند درباره‌ی این احتمال که دیگران، از جمله درمانگرشان، درباره‌ی آن‌ها قضاوت کنند و آن‌ها را ناکافی یا ناقص بدانند بیش از حد مراقب باشند؛ بنابراین، درمانگران هیجان‌مدار با حضور خود محیطی اعتباربخش و حمایت‌کننده ایجاد می‌کنند. بیماران باید به‌طور کامل و بی‌قیدوشرط پذیرفته شوند تا بتوانند هیجان‌ات، نیازها، امیدها و آرزوهای واقعی خود را بیان کنند، آن‌هم درحالی‌که عمیقاً اعتقاد داشته باشند که شرم‌نده نمی‌شوند (۲۰). پیوند ایمن با درمانگری تأییدکننده، گرم‌رفتار، دلسوز و پذیرنده کاوش هیجان‌ات آسیب‌پذیر اجتناب‌شده را تسهیل می‌کند که برای فرایند تحول هیجانی لازم است و همچنین، به‌خودی‌خود نوعی درمان است؛ زیرا تجربه‌ی هیجانی اصلاحی‌ای را ارائه می‌دهد. بیماران ممکن است نگرش تأییدکننده و دلسوزانه‌ی درمانگر خود را درونی کنند و بنابراین ممکن است با خودشفقت‌ورزی بیشتری رفتار کنند، که پادزهر اولیه برای انتقاد از خود است (۵۷).

باین‌حال، مرکزی‌ترین مکانیسم پردازش هیجانی دگرگونی هیجانی است که شامل فعال کردن شرم به‌منظور بازسازی آن با دستیابی به هیجان‌ات سازگاری است که قبلاً از آن اجتناب شده است. این مکانیسم

می‌بیند که چقدر بی‌کفایتی و در نهایت متوجه می‌شوند که برای این کار مناسب نیستید» به آن‌ها می‌دهد، از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند. در موقعیت‌های اجتماعی، منتقد درونی اغلب هرآنچه را فرد می‌گوید یا می‌خواهد بگوید و همچنین نحوه‌ی ظاهر یا عملکرد فرد را به‌دقت زیر نظر دارد. هدف فرایند خودانتقادی و خودنظارتی جست‌وجوی نقص‌های بالقوه‌ی شخصی در گفتار، ظاهر یا عملکرد و هشدار درباره‌ی آن‌هاست. در نتیجه‌ی این خودانتقادی شرم‌آور، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند تا از افشای نقص‌ها و انتشار اطلاعات منفی درباره‌ی خود جلوگیری کنند (۴۶).

افراد مضطرب اجتماعی اغلب بیان هیجانی، به‌ویژه هیجان‌اتی را که آسیب‌پذیرترند (غم، شرم و ترس)، نشانه‌ی ضعف می‌دانند و بنابراین از این هیجان‌ات اجتناب می‌کنند که اغلب به مشکلاتی در برچسب‌گذاری و تنظیم هیجان‌ات منجر می‌شود. حجم زیادی از متون مرتبط نشان می‌دهد که اختلال اضطراب اجتماعی با اجتناب تجربی (۵۷)، مشکلاتی در تمایز هیجان‌ات (برای مثال، توانایی توصیف هیجان‌ات با جزئیات) (۵۹)، دانش هیجانی ضعیف و دشواری در تنظیم هیجان‌ات مرتبط است (۱۰).

اگرچه سطوح بالای خودانتقادی و سایر مشکلات پردازش هیجانی فرایندهای اصلی در حفظ اختلال اضطراب اجتماعی است، درک و پرداختن به منشأهای شرم‌آوری و انتقاد از خود نیز مهم است. این واقعیت که اضطراب اجتماعی معمولاً در اوایل نوجوانی شروع می‌شود، بر اهمیت تجربیات اولیه در علت‌شناسی اختلال تأکید می‌کند. تحقیقات زیادی نشان می‌دهد که بدرفتاری در دوران کودکی و به‌ویژه سوءاستفاده‌ی هیجانی و غفلت هیجانی، با تمایل به شرم و اختلال اضطراب اجتماعی همراه است. چنین تجربیات آسیب‌زایی به درونی شدن شرم و احساس مزمن بی‌ارزشی، حقارت و بی‌کفایتی منجر می‌شود (۶۰).

سپس از روی صندلی دیگر به این پیام‌ها پاسخ دهد. این مداخله مبتنی بر چندین مرحله است که در چندین جلسه انجام می‌شود (۴۸).

- در ابتدا، در صندلی منتقد، بیمار اضطراب شرمساری را ابراز می‌کند: «اگر در جلسه چیزی بگویم، فاجعه به بار می‌آید. همه متوجه می‌شوند که چقدر احمقید.» در پاسخ، در صندلی تجربه‌کننده‌ی خود، بیمار اغلب هیجانات ثانویه‌ی مختلفی مانند درماندگی، ناامیدی و اضطراب را احساس می‌کند. اگرچه این مرحله‌ی اولیه است، اغلب به تسکین و بهبود علائم منجر می‌شود؛ زیرا درک فراشناختی از علائم اضطراب اجتماعی را تقویت می‌کند.

- دوم، همان‌طور که درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا پیام‌های خاص و تحقیرآمیز را در صندلی منتقد بیان کند و حتی آن را تقویت کند، واکنش هیجانی در صندلی تجربه‌کننده‌ی خود عمیق‌تر و متمایز می‌شود و بیمار شروع به تجربه‌ی شرم می‌کند: «احساس می‌کنم کوچک و بی‌ارزش می‌شوم و می‌خواهم در زمین فروروم.» درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا در این حالت بماند و اعتبار زیادی به این احساسات دردناک می‌دهد.

- غوطه‌ور شدن در شرم نیازی اساسی به پذیرفته شدن بی‌قیدوشرط، تعلق داشتن و به رسمیت شناخته شدن، دیده شدن و تأیید شدن ایجاد می‌کند. وقتی بیماران به خود اجازه می‌دهند در جلسه‌ی درمانی شرم را تجربه کنند، اغلب به این نیازهای انطباقی مبتنی بر شرم دسترسی پیدا می‌کنند. درمانگران با پرسیدن نیازهایشان به بیماران در این فرایند کمک می‌کنند تا این نیازها را به‌وضوح بیان کنند.

- با کمک درمانگر، بیماران شروع به ابراز هیجانات انطباقی درباره‌ی برآورده نشدن این نیازها می‌کنند؛ برای مثال، خشم قاطعانه‌ای به منتقد درونی نشان می‌دهند: «نیاز دارم که رهایم کنید و هرآنچه را می‌گویم زیر نظر نگیرید.» احساس ناراحتی از ضررهای زیادی که در نتیجه‌ی اضطراب اجتماعی تجربه کرده‌اند (از دست

تغییر، که تغییر هیجان با هیجان نامیده می‌شود، بر این ایده استوار است که قوی‌ترین راه برای تغییر شرم ناسازگارانه دسترسی به سایر هیجانات سازگار و فعال کردن آن‌هاست (۱۰).

وقتی که بیماران برای اولین بار وارد اتاق درمان می‌شوند، شرم معمولاً با احساسات ثانویه مانند اضطراب شرم، پریشانی عمومی (ناامیدی و درماندگی)، علائم افسردگی و سوءمصرف مواد ناشی از این اختلال پنهان می‌شود (۵۰). برخی از بیماران درمان را در حالتی که تحت کنترل‌اند شروع می‌کنند؛ یعنی هیجانات ثانویه را با برانگیختگی بالا تجربه می‌کنند و به کمک نیاز دارند تا هیجانات خود را کاهش دهند. سایر بیماران درمان را در حالت کنترل بیش از حد شروع می‌کنند؛ برای مثال، آن‌ها دسترسی کمی به هیجانات دارند، تمایل به روشن‌فکری و «داستان گفتن» دارند و اغلب در برجسب زدن به هیجانات و درک آن‌ها مشکل دارند. وضعیت تجربی اولیه هرچه باشد، درمانگران باید فرایندهای ثانویه را تأیید کنند و سپس برای دسترسی به شرم و فعال کردن آن، در این فرایندها «کاوش» کنند. این بسیار چالش‌برانگیز است؛ زیرا شرم احساسی بسیار دردناک و آسیب‌پذیر است. با این حال، وقتی که شرم فعال شود، درمانگران می‌توانند روی بازسازی آن کار کنند (۵۶).

دگرگونی شرم را می‌توان با استفاده از مداخلات مختلفی انجام داد که سه مورد از مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از:

۱. صندلی خالی برای انتقاد از خود: کار با صندلی خالی برای تدویم احساسات حل‌نشده راجع به شخصیت‌های کلیدی درگیر در موقعیت آسیب‌زای اولیه (سوءاستفاده و/یا بی‌توجهی به والدین و سایر مراقبان و همسالان قلدر).

۲. اجرای دو صندلی برای تسکین خود و دلسوزی راجع به خود: در کار با دو صندلی برای انتقاد از خود، بیمار اساساً گفت‌وگوی درونی خودانتقادی را اجرا می‌کند. از بیمار خواسته می‌شود روی یک صندلی بنشیند و پیام‌های خودانتقادی خشن (صندلی منتقد) را بیان کند و

(۶۲) و مداخلات طراحی شده برای افزایش شفقت به خود در بیماران مضطرب اجتماعی می‌تواند اثرهای مثبتی داشته باشد (۶۳).

اثربخشی درمان هیجان‌مدار برای اضطراب اجتماعی

دو مطالعه تاکنون شواهدی را ارائه کرده‌اند که از اثربخشی درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی حمایت می‌کند (۴۷، ۶۴). هر دو مطالعه اندازه‌ی اثر بزرگی را نشان دادند که به پتانسیل درمان هیجان‌مدار برای تبدیل شدن به گزینه‌ی درمانی با پشتیبانی تجربی برای اختلال اضطراب اجتماعی اشاره دارد. در یک مطالعه (۱۰)، دوازده بیمار مضطرب اجتماعی در طرحی تک‌موردی با خط پایه‌ی چندگانه شرکت کردند. نتایج این مطالعه شواهد اولیه‌ی را مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی ارائه کرد. علائم اضطراب اجتماعی، که با چندین معیار ارزیابی شد، در طول دوره‌ی پایه تغییر نکرد (بدون توجه به طول آن)، اما به‌طور درخور توجهی در مرحله‌ی درمان بهبود یافت و در طول مرحله‌ی پیگیری ۱۲ ماهه نیز تداوم داشت.

نتایج مطالعه‌ی دیگر (۴۵) نشان داد که میزان شرم در جلسه در طول درمان کاهش می‌یابد، درحالی‌که میزان خشم قاطعانه در جلسه افزایش می‌یابد، مطابق با این ایده که تجارب خشم انطباقی به تغییر (و کاهش) شرم کمک می‌کند. علاوه بر این، وقتی که بیماران در جلسه‌ی معین غم و اندوه را تجربه کردند، علائم اضطراب اجتماعی کمتری را در هفته‌ی بعد پیش‌بینی کردند. مدل‌سازی چندسطحی نشان داد که فراوانی هیجان‌های انطباقی اولیه (خشم قاطعانه، اندوه و شفقت به خود) در طول دوره‌ی درمان برای موارد با پیامد خوب افزایش می‌یابد، اما برای موارد با پیامد ضعیف افزایش نمی‌یابد. فراوانی مطلق هیجان‌های انطباقی اولیه در موارد با پیامد خوب در مقایسه با موارد با پیامد ضعیف به‌طور درخور توجهی بیشتر بود. به‌طور کلی، این یافته‌ها

دادن ارتباطات، فرصت‌های شغلی و...) و غرور («در واقع به موفقیت‌های زیادی دست یافته‌ام») علاوه بر این، منتقد درونی اغلب نرم می‌شود و با رنج بیان‌شده در صندلی تجربه‌کننده ابراز همدردی می‌کند. عصبانیت قاطعانه، غم و اندوه ناشی از سوگواری، غرور و شفقت به خود تجربیات هیجانی سازگاری‌اند که به توانمندسازی بیمار و رفع شرم کمک می‌کنند.

• بیان عملکرد منتقد نیز جزئی حیاتی از این فرایند است که بیشتر به فعال کردن هیجان‌های انطباقی اولیه کمک می‌کند. درمانگران به بیماران کمک می‌کنند که وقتی روی صندلی منتقد نشسته‌اند، توصیف کنند که چه می‌کنند و چرا این کارها را انجام می‌دهند: «مراقب همه‌ی حرف‌هایتان هستم تا چیز احمقانه‌ای نگویند و لو نروید»، «وظیفه‌ی من این است که اطمینان حاصل کنیم که هیچ‌کس حقیقت واقعی‌تان را مبنی بر اینکه حقیرید نمی‌بیند». این پیام‌ها تمایل دارند خشم و غم و اندوه انطباقی اولیه را در صندلی تجربه‌کننده ایجاد کنند: «از این ظلم خسته شده‌ام، به آزادی خود نیاز دارم تا آن‌که هستم باشم. دیگر حاضر به تحمل آن نیستم».

۳. تقویت مستقیم ظرفیت‌های خودآرام‌بخشی و خوددلسوزی در میان بیماران مضطرب اجتماعی: این بیماران که در محیط‌های توهین‌آمیز، غفلت‌آمیز، شرم‌آور یا از نظر عاطفی سرد بزرگ می‌شوند، توانایی خودآرام کردن و تأیید خود را در مواقع پریشانی درونی نکرده‌اند. کاملاً برعکس، آن‌ها نگرشی انتقادی راجع به خود ایجاد می‌کنند تا اطمینان حاصل کنند که دیگران ارزش آن‌ها را کم نمی‌کنند. علاوه بر این، آن‌ها اغلب شفقت دیگران را تهدیدکننده تلقی می‌کنند. اگر اجتناب از شکست و طرد شدن به هر قیمتی در دستورکار فرد باشد، شفقت ممکن است ضعیف و خودخواهانه و در نتیجه خطرناک تلقی شود. در واقع، تحقیقات نشان داده است که افراد مضطرب اجتماعی در مقایسه با افراد بدون اختلال اضطراب اجتماعی، سطوح کمتری از شفقت به خود دارند و خوددلسوزی کمتر با علائم شدیدتر اختلال اضطراب اجتماعی همراه است

اجتماعی را دارد و یافته‌های اولیه از مکانیسم تغییر آن پشتیبانی می‌کنند. به نظر می‌رسد که مرحله‌ی بعدی برنامه‌ی تحقیقاتی توسعه‌ی درمان هیجان‌مدار باید اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌رفتاری را در یک کارآزمایی تصادفی مقایسه کند. چنین کارآزمایی‌ای می‌تواند به‌عنوان بستری برای بررسی تعدیل‌کننده‌های درمان و مکانیسم‌های تغییر عمل کند. با شناسایی متغیرهای تعدیل‌کننده (پیش‌بینی‌کننده‌های اولیه‌ی پاسخ به درمان) ممکن است تشخیص دهیم که بیماران از کدام درمان سود می‌برند و در این صورت می‌توانیم تعداد کلی پاسخ‌دهندگان را بیشتر کنیم. تاکنون مطالعاتی که با هدف شناسایی پیش‌بینی‌کننده‌های اولیه‌ی نتیجه‌ی درمان اختلال اضطراب اجتماعی انجام شده‌اند، تا حد زیادی نتایجی غیرقطعی ارائه کرده‌اند (۱۰).

در مجموع می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار مستقیماً به ویژگی‌های آسیب‌شناسی روانی اختلال اضطراب اجتماعی، مانند سطوح بالای انتقاد از خود، اجتناب هیجانی و فرایندهای مرتبط با تروما می‌پردازد. در درمان هیجان‌مدار، شرم فرایندی اساسی در اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته می‌شود و هدف اصلی کمک به بیماران برای رسیدگی به شرم، پذیرش آن، تحمل آن و معنا بخشیدن به آن است. با استفاده از تکنیک‌های مختلف، به بیماران کمک می‌شود شرم را فعال کنند تا بتوانند آن را در معرض هیجان‌ات سازگار قرار دهند. یکی از فرض‌های اولیه در درمان هیجان‌مدار این است که این احساسات انطباقی عواملی شفاف‌بخش‌اند؛ زیرا بیمار را با نیازهای سازگارانه‌ی سالم مرتبط می‌سازند که به‌نوبه‌ی خود به توانمندی منجر می‌شود و احساس عدم کفایت ذاتی شرم را از بین می‌برد.

پشتیبانی اولیه از تئوری تغییر در درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی را فراهم می‌کند.

نتیجه‌گیری

اگرچه تحقیقات درباره‌ی اثربخشی و مکانیسم‌های درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی هنوز در مراحل اولیه است، توسعه‌ی بیشتر درمان هیجان‌مدار برای این اختلال مزمن و ناتوان‌کننده تلاش مهمی به نظر می‌رسد. با توجه به اینکه اکثر بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی درمان روان‌شناختی مبتنی بر شواهد دریافت نمی‌کنند، داشتن درمان‌های شناختی‌رفتاری به‌عنوان تنها گزینه‌ی درمانی مبتنی بر شواهد برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی کمتر از حد مطلوب است. اگرچه درمان شناختی‌رفتاری بر اختلال اضطراب اجتماعی کاملاً مؤثر است، بسیاری از بیماران یا به درمان شناختی‌رفتاری دسترسی ندارند یا به‌خوبی به این درمان پاسخ نمی‌دهند یا به‌سادگی سایر اشکال درمان را ترجیح می‌دهند (اولویت درمانی پیش‌بینی‌کننده‌ی مهم موفقیت درمان است) (۱۸). داشتن بیش از یک گزینه‌ی درمانی مبتنی بر شواهد به‌دلایل نظری نیز مهم است. درمان‌های مختلفی که از طریق مکانیسم‌های گوناگونی اثر می‌کنند، درک نظری کامل‌تری از فرایندهای آسیب‌شناختی روانی مسئول ایجاد و حفظ اختلال ارائه می‌کنند. به نظر می‌رسد درک رو به رشدی وجود دارد که باقی ماندن در سطح شناختی‌فکری اغلب برای تغییر کافی نیست و بیماران برای بهبود باید هیجان‌ات خود را احساس کنند.

اگرچه مطالعات درباره‌ی درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی در ابتدای کار است، یافته‌های اولیه نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار پتانسیل تبدیل شدن به گزینه‌ی درمانی مؤثری برای اختلال اضطراب

جدول شماره ۱: جست‌وجو و غربالگری			
نویسنده (نویسندگان)	سال انتشار	عنوان	یافته‌ها
لشکری و همکاران (۲۷)	۱۴۰۳	تدوین پروتکل گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان و بررسی کارآزمایی آن بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی	یافته‌های مطالعه در بخش کیفی به شناسایی دو مضمون فراگیر شامل درمان متمرکز بر هیجان و اضطراب اجتماعی و در نهایت، پروتکل ۳۰ جلسه‌ای گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان منجر شد. نتایج در بخش کمی نیز نشان داد که اثربخشی گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان بر کاهش تمامی علائم اختلال اضطراب اجتماعی (ترس، اجتناب، تغییرات فیزیولوژیک) و نمره‌ی کل اضطراب اجتماعی معنادار بوده است.
خسرو جاوید و همکاران (۲۸)	۱۴۰۲	اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر خودانتقادی/ اطمینان‌بخشی و علائم اختلال اضطراب اجتماعی	درمان متمرکز بر هیجان نمرات نشانه‌های خودانتقادی/حمله کردن و خوداطمینان‌بخشی و علائم اضطراب اجتماعی را به‌طور مؤثر کاهش داد.
رزاقی و همکاران (۲۹)	۱۴۰۲	بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نظم‌جویی هیجانی و کیفیت زندگی دانشجویان موسیقی دارای رگه‌های اختلال اضطراب اجتماعی	یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان موسیقی دانشگاه هنر مؤثر بوده است.
بیگدلی و همکاران (۳۰)	۱۴۰۲	مقایسه‌ی اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و رضایت از زندگی مبتلایان به دیابت	نتایج نشان داد که هر دو مداخله‌ی مذکور اثربخشی معناداری بر بهبود اضطراب و رضایت از زندگی داشته است.
میرآنتشی یزدی و همکاران (۳۱)	۱۴۰۱	اثربخشی گروه‌درمانی هیجان‌مدار بر شرم درونی و بیرونی افراد دارای اضطراب اجتماعی	نتایج نشان داد که درمان مذکور در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل در مقایسه با مرحله‌ی پیش‌آزمون اثربخشی معناداری بر کاهش شرم درونی و بیرونی دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی داشت.
کدئی و همکاران (۳۲)	۱۴۰۱	بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان در کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان شهرستان زهک	یافته‌های پژوهش نشان داد که برنامه‌ی آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان در کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان مؤثر است.
محمدی و همکاران (۳۳)	۱۴۰۱	اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر نشخوار فکری و ادراک کنترل اضطراب دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی	آموزش تنظیم هیجان موجب کاهش نمرات نشخوار فکری و افزایش ادراک کنترل اضطراب دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شد.
سلطانی و طباطبائی زناد (۳۴)	۱۴۰۰	تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر سرمایه‌ی هیجانی بانوان دارای اضطراب اجتماعی	نتایج نشان داد که گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان بر افزایش سرمایه‌ی هیجانی و ابعاد آن (عاطفه‌ی مثبت، احساس انرژی و شادمانی) در بانوان دارای اضطراب اجتماعی با اندازه‌ی اثر ۸۰ درصد تأثیر معنادار داشت.
اسماعیلیان و همکاران (۳۵)	۱۴۰۰	الگوی معادلات ساختاری مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی با اضطراب اجتماعی نوجوانان	بین تنظیم هیجان و اضطراب اجتماعی به‌طور مستقیم هم‌بستگی معناداری وجود داشت. ضرایب رگرسیون نشان داد که حساسیت اضطرابی با میانجی‌گری تنظیم هیجان شدت اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند.
بخشی‌پور رودسری و همکاران (۳۶)	۱۳۹۹	عوامل روانی-اجتماعی مؤثر بر اضطراب اجتماعی: تحلیل روابط ساختاری	نتایج تحلیل‌ها نشان داد که اضطراب اجتماعی با درصد بالایی از معناداری از سبک والدگری مستبدانه، ضعف در تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی اثر می‌پذیرد.
حسینی اردکانی (۳۷)	۱۳۹۸	اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر اضطراب اجتماعی و وابستگی بین‌فردی زنان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت	یافته‌های تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر هیجان موجب کاهش میزان اضطراب اجتماعی و وابستگی بین‌فردی در زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های سلامت می‌شود.
ایمانی و همکاران (۳۸)	۱۳۹۸	رابطه‌ی نگرش‌های ناکارآمد با اضطراب اجتماعی در نوجوانان دانش‌آموز: نقش میانجی‌گر هیجان	یافته‌ها نشان داد که در این مدل رابطه‌ی بین تنظیم کردن هیجان و اضطراب اجتماعی مثبت و معنادار بود. علاوه بر این، نتایج نشان داد که مدل مفروض واسطه‌مندی نسبی تنظیم هیجان در رابطه‌ی بین نگرش‌های ناکارآمد و اضطراب اجتماعی با داده‌ها برازشی پذیرفتنی دارد. از سوی دیگر، این نتایج نشان می‌دهد که تمایز یافتگی در مقادیر عددی متناسب به متغیر تنظیم هیجان در پیش‌بینی واریانس مشترک بین حلقه‌های مفهومی نگرش‌های ناکارآمد و اضطراب اجتماعی در نوجوانان ایفای نقش می‌کند.

جدول شماره ۱: جست‌وجو و غربالگری

نویسنده (نویسندگان)	نویسنده (نویسندگان)	نویسنده (نویسندگان)	نویسنده (نویسندگان)
امیری و سپهریان آذر (۳۹)	۱۳۹۶	بررسی رابطه‌ی دشواری در تنظیم هیجان، سیستم‌های فعال‌ساز رفتاری و بازداری رفتاری در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی	بین سیستم بازداری رفتاری و ابعاد اضطراب اجتماعی هم‌بستگی مثبت و معناداری وجود داشت. همچنین بررسی روابط دشواری تنظیم هیجان با اضطراب اجتماعی هم‌بستگی مثبت معناداری را بین دشواری در تنظیم هیجان و اضطراب اجتماعی نشان داد. در مقایسه‌ی مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی زنان و مردان، دو گروه تنها در بعد شناختی اضطراب اجتماعی با یکدیگر تفاوت داشتند؛ به طوری که زنان نسبت به مردان نمرات بالاتری در ابعاد شناختی کسب کردند.
افشاری و همکاران (۴۰)	۱۳۹۴	مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری هیجان‌مدار (EGBT) و گروه‌درمانی شناختی رفتاری (CBT) بر اختلال اضطراب اجتماعی کودکان	نتایج نشان داد که هر دو درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار و شناختی رفتاری در مقایسه با گروه گواه، در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری، به کاهش اضطراب اجتماعی، نمره‌ی کل اضطراب و تنظیم‌نیافتگی غم کودکان منجر شد و از این نظر تفاوت معناداری بین دو گروه نبود. همچنین، درمان هیجان‌مدار به‌طور معناداری در مقایسه با گروه گواه به کاهش علائم تنظیم‌نیافتگی خشم و بازداری غم و افزایش مقابله‌ی مؤثر با خشم و غم منجر شد و از این نظر با درمان شناختی رفتاری متفاوت بود.
شفیع‌آبادی و همکاران (۴۱)	۱۳۹۲	ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی اسلامی و مقایسه‌ی اثربخشی آن با درمان تجربه‌ای/هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب دانشجویان	یکی از فرضیات پژوهش مبنی بر اینکه درمان تجربه‌ای/هیجان‌مدار در کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر مؤثر است با احتمال ۹۹ درصد تأیید شد.
میرزایی و همکاران (۴۲)	۱۳۹۲	ارتباط باورهای فراشناخت با اضطراب اجتماعی و کم‌رویی: نقش راهبردهای تنظیم هیجان	نتایج نشان داد که برخی مؤلفه‌های باورهای فراشناختی شامل باورهای منفی و کنترل افکار به‌واسطه‌ی سرکوب، اضطراب اجتماعی را بهتر پیش‌بینی می‌کنند و مؤلفه‌های باورهای مثبت و اطمینان شناختی به‌واسطه‌ی ارزیابی مجدد شناختی، پیش‌بینی‌کننده‌ی کم‌رویی با علائم اضطراب بودند. نتایج نشان داد که باورهای فراشناختی به‌واسطه‌ی تنظیم هیجان، پیش‌بینی‌کننده‌ی کم‌رویی بدون علائم اضطراب نیست.
لی (۴۳)	۲۰۲۳	درمان متمرکز بر هیجان و مطالعات درباره‌ی فاصله‌ی روانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی	پس از مداخله‌ی تجربی، تفاوت آماری معناداری در نمرات مقیاس اضطراب اجتماعی بین دو گروه بیمار مشاهده شد؛ در نتیجه درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند توانایی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را برای تمرکز بر احساسات خود افزایش دهد.
روزن و آدرکا (۴۴)	۲۰۲۳	هیجان‌ات در اختلال اضطراب اجتماعی: مروری	بررسی از ساختارهای عاطفی در SAD نشان می‌دهد که افراد مبتلا به SAD ممکن است توانایی کمتری برای درک، برجسب‌گذاری، بیان و درک احساسات خود داشته باشند (هم در مقایسه با افراد بدون اختلال و هم در مقایسه با افراد مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی)؛ بنابراین هوش هیجانی، دانش، وضوح و تمایز ممکن است در افراد مبتلا به SAD کاهش یابد. نکته‌ی مهم این است که کاهش توانایی درک احساسات عمدتاً بر احساسات متمرکز است.
هابرمن و همکاران (۴۵)	۲۰۱۹	بررسی فرایند تغییر در درمان متمرکز بر هیجان برای اضطراب اجتماعی	یافته‌ها کاهش معناداری در شرم و افزایش معناداری در خشم قاطعانه در طول دوره‌ی درمان نشان داد. غم/غم تطبیقی در جلسه‌ی معین، ترس کمتری از ارزیابی منفی را در طول هفته‌ی بعد پیش‌بینی کرد. شرم در جلسه‌ی معین، سطوح بالاتری از خود ناکافی را در طول هفته‌ی بعد پیش‌بینی کرد. در نهایت، شرم و تا حدی خشم قاطعانه در جلسه‌ی مشخص، اطمینان از خود را در طول هفته‌ی بعد پیش‌بینی کرد. نه خشم قاطعانه و نه غم/غم تطبیقی در جلسه‌ی معین، سطوح انتقاد از خود را در طول هفته‌ی بعد پیش‌بینی نکردند.
آدلر و همکاران (۴۶)	۲۰۱۸	گسترش اتحاد کاری و قابلیت آن برای پیش‌بینی نتیجه در درمان متمرکز بر هیجان برای اختلال اضطراب اجتماعی	بدون در نظر گرفتن رابطه‌ی زمانی بین اتحاد و علائم، اتحاد به‌طور درخور توجهی علائم را در سراسر درمان پیش‌بینی کرد. وقتی رابطه‌ی زمانی بین اتحاد و علائم را محاسبه کردیم، متوجه شدیم که علائم می‌توانند اتحاد را پیش‌بینی کنند، اما اتحاد نمی‌تواند علائم را پیش‌بینی کند. به‌طور کلی، اتحاد کاری ناشی از درمان هیجان‌مدار راجع به اختلال اضطراب اجتماعی قابلیت بالایی برای پیش‌بینی دارد.
شهار و همکاران (۴۷)	۲۰۱۷	درمان متمرکز بر هیجان برای اختلال اضطراب اجتماعی: نتایج یک مطالعه‌ی چندپایه	اکثر بیماران پس از درمان با EFT با معیارهای SAD را نشان ندادند. نمرات مقیاس اضطراب اجتماعی در طول درمان و پس از درمان به‌طور معناداری بهبود یافت، همچنین علائم SAD و انتقاد از خود و اعتمادبه‌نفس نیز در طول پیگیری بهبود یافت.
شهار (۴۸)	۲۰۱۴	درمان متمرکز بر هیجان برای درمان اضطراب اجتماعی: مروری بر مدل و شرح مورد	در درمان اضطراب اجتماعی با استفاده از EFT، تمرکز بر افزایش آگاهی هیجانی، کاهش اجتناب از تجارب هیجانی و پرداختن و تغییر شرم اساسی است که به اضطراب علامت‌دار کمک می‌کند. این فرایندها ممکن است به کاهش انتقاد از خود، افزایش شفقت و آرامش بخشی به خود و ادراک مثبت از خود منجر شود.
مکلونید و همکاران (۴۹)	۲۰۱۲	درمان فرایندی تجربی/هیجان‌محور برای اضطراب اجتماعی: مطالعه‌ی طراحی اثربخشی تک‌موردی	نتایج نشان داد که مراجع در طول ۱۶ جلسه‌ی اول درمان به‌طور چشمگیری تغییر کرده است و مشخص شد که درمان فرایندی تجربی/هیجان‌مدار به‌طور درخور توجهی در این تغییر نقش داشته است.

References

- Alomari NA BS, Ghasib AM, Kabbarah AJ, Alnefaie SA, Hariri N, Altammar MA, Fadhel AM, Altowairqi FM. Social anxiety disorder: Associated conditions and therapeutic approaches. *Cureus*. 2022;14(12):e32687.
- Butler MI, Bastiaanssen TF, Long-Smith C, Morkl S, Berding K, Ritz NL, et al. The gut microbiome in social anxiety disorder: evidence of altered composition and function. *Transl Psychiatry*. 2023;13(1):95.
- Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*. 2008;38(1):15-28.
- Blood GW, Blood IM. Long-term consequences of childhood bullying in adults who stutter: Social anxiety, fear of negative evaluation, self-esteem, and satisfaction with life. *Journal of fluency disorders*. 2016;50:72-84.
- Koyuncu A, İnce E, Ertekin E, Tükel R. Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs Context*. 2019;8.
- Asher M, Asnaani A, Aderka IM. Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clin Psychol Rev*. 2017;56:1-12.
- Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003;108:4-18.
- Jefferies P, Ungar M. Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. *PloS one*. 2020;15(9):e0239133.
- Littlejohns P, Chalkidou K, Culyer AJ, Weale A, Rid A, Kieslich K, et al. National Institute for Health and Care Excellence, social values and healthcare priority setting. *J R Soc Med*. 2019;112(5):173-9.
- Shahar B. New developments in emotion-focused therapy for social anxiety disorder. *J Clin Med*. 2020;9(9):2918.
- Leigh E, Clark DM. Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving treatment outcomes: Applying the cognitive model of Clark and Wells (1995). *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2018;21(3):388-414.
- Hope DA, Heimberg RG, Turk CL. Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach: Workbook: Oxford University Press. USA. 2010.
- Acarturk C, Cuijpers P, van Straten A, de Graaf R. Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2009;39(2):241-54.
- Alden LE, Buhr K, Robichaud M, Trew JL, Plasencia ML. Treatment of social approach processes in adults with social anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2018;86(6):505.
- Cohen JN, Drabick DA, Blanco C, Schneier FR, Liebowitz MR, Heimberg RG. Pharmacotherapy for social anxiety disorder: Interpersonal predictors of outcome and the mediating role of the working alliance. *J Anxiety Disord*. 2017;52:79-87.
- Leichsenring F, Salzer S, Beutel ME, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, et al. Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. *Am J Psychiatry*. 2014;171(10):1074-82.
- Loerinc AG, Meuret AE, Twohig MP, Rosenfield D, Bluett EJ, Craske MG. Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical psychology review*. 2015;42:72-82.
- Chard I, Van Zalk N. Virtual reality exposure therapy for treating social anxiety: a scoping review of treatment designs and adaptation to stuttering. *Front DigitHealth*. 2022;4:842460.
- Goldman R, Greenberg L. *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. Washington DC: American Psychological Association Press Goldman, R, Greenberg, LS, & Angus, L(2006) The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression *Psychotherapy Research*. 2019;16(5):537-49.
- Greenberg LS. *Emotion-focused therapy: American Psychological Association*. 2017.
- Timulak L, Keogh D. Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *J Contemp Psychother*. 2020;50(1):1-13.
- Pos AE, Choi BH. Relating process to outcome in emotion-focused therapy. 2019:171-191.
- Fülep M, Pilárik Ľ, Novák L, Mikoška P. The effectiveness of emotion-focused therapy: A systematic review of experimental studies. *Československá psychologie*. 2021;65(5):459-73.
- Kramer U, Pascual-Leone A, Despland J-N, de Roten Y. One minute of grief: Emotional processing in short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015;83(1):187-198.
- Greenberg LS, Watson JC. Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2022;54(2):152-162.
- Onwuegbuzie AJ, Leech NL, Collins KM. Qualitative analysis techniques for the review of the literature. *Qualitative Report*. 2012;17:56.
- Lashkari A GLM, Mojtabaie M, Hajhosseini M. Developing a group therapy protocol focused on emotion and testing it on the symptoms of people with social anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*. 2024;133:17-40.
- Zohrabi S AA, Masoole MK, Khosrojauid M. The effectiveness of emotion-focused therapy on selfcriticism/reassurance and symptoms of social anxiety disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2023;25:411-417.

29. Razaghi S mM, havasi soomar N, tahmouresi N. Investigating the efficacy of emotion-focused therapy on social anxiety, emotional regulation and quality of life in music students with traces of social anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*. 2023;22:1335-1352.
30. Bigdeli R CM, Jafari D. The Comparison Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Self-Regulation and Diabetes Management Self Efficacy in Women with Type II Diabetes. *J Diabetes Nurs*. 2023;11:68-43.
31. Miratashi Yazdi MS, Mollazadeh's J, Aflakseir A, Sarafraz MR. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Internalized and External Shame in People with Social Anxiety. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2023;10(6):51-63.
32. Kodayi R KM, Amini Hassan Z, Zuraghi Pakdel H. Investigating the effect of emotion management skills training in reducing social anxiety among students in Zahak city. *The first national conference of applied studies in education processes*. 2022;5.
33. Mohammadi R TB, Barzegaran R, Solhjou H, Rahimi S, Jokar S. The effectiveness of Emotion Regulation Training on Rumination and Perception of Anxiety Control in Students with Social Anxiety Disorder. *Journal of School Psychology and Institutions*. 2023;11:130-141.
34. Soltani D TFS. The Effect of Emotion-Based Therapy on the Emotional Capital of Women with Social Anxiety. *FPJ*. 2021;7:30.
35. Esmailian M MKS, Hasani J. Structural equation modeling of mindfulness skills, emotion regulation and anxiety sensitivity with social anxiety in Adolescent. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2021;22:121-34.
36. Bakhshipour Roudsari A, Hashemi Nosrat Abad T, Joorbonyan A, Mahmood Alilou M. The Role of Psychosocial Factors in Social Anxiety: A Structural Equation Modeling Approach. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*. 2020;15(1):83-98.
37. Hosseini Ardakani A. The Effectiveness of Emotion-Based Therapy on Social Anxiety and Interpersonal dependence of Women Referred to Health Houses. *JNIP*. 2020;4(8):1-11
38. Imani S AY, Shokri O. The relationship between dysfunctional attitudes and Social Anxiety Disorder in adolescents (students): the mediating role of Emotion Regulation. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2019;16:1-28.
39. Amiri S, Azar FS. Examination of the Relationship of Difficulties in Emotion Regulation, Behavioral Activation and Behavioral Inhibition System in the Prediction of Social Anxiety. *Qom Univ Med Sci J*. 2017;11:85-97.
40. Afshari A AS, Neshat Doost H T, Rezaie F. Comparing the effectiveness of emotion-oriented cognitive behavioral group therapy (ECBT) and cognitive-behavioral group therapy (CBT) on children's social anxiety disorder. *Studies in Medical Sciences*. 2015;26:194-204.
41. Akbari H, Shafiabadi A. The Development of a Treatment Protocol by Consciousness Raising Based on the Activation of Islamic-Spiritual Schemas and Comparing Its Effectiveness with the Process-Experiential/Emotion-Focused Therapy on Decreasing the Social Anxiety of University Students. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2013;4(14):1-22.
42. Mirzaie K, Abdollahi MH, Shahgholian M. The Relationship between Metacognitive Beliefs, Social Anxiety and Shyness: The Role of Emotion Regulation Strategies. *Quarterly journal of research in psychological health*. 2014;7(2):13-22.
43. Li M. Emotionally focused therapy and psychological distance research on consumers with social anxiety disorder. *CNS Spectrums*. 2023;28(S2):S27.
44. Rozen N, Aderka IM. Emotions in social anxiety disorder: a review. *Journal of anxiety disorders*. 2023;95:102696.
45. Haberman A, Shahar B, Bar-Kalifa E, Zilcha-Mano S, Diamond GM. Exploring the process of change in emotion-focused therapy for social anxiety. *Psychotherapy Research*. 2019;29(7):908-918.
46. 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. *The Journal of nervous and mental disease*. 2018;206(6):446-454.
47. Shahar B, Bar-Kalifa E, Alon E. Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2017;85(3):238.
48. Shahar B. Emotion-focused therapy for the treatment of social anxiety: An overview of the model and a case description. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2014;21(6):536-547.
49. MacLeod R, Elliott R, Rodgers B. Process-experiential/emotion-focused therapy for social anxiety: A hermeneutic single-case efficacy design study. *Psychotherapy Research*. 2012;22(1):67-81.
50. Greenberg LS. Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2004;11(1):3-16.
51. Moscovitch DA. What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and behavioral practice*. 2009;16(2):123-134.
52. Swee MB, Hudson CC, Heimberg RG. Examining the relationship between shame and social anxiety disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2021;90:102088.
53. Robertson TE, Sznycer D, Delton AW, Tooby

- J, Cosmides L. The true trigger of shame: Social devaluation is sufficient, wrongdoing is unnecessary. *Evolution and Human Behavior*. 2018;39(5):566-573.
54. Sznycer D, Xygalatas D, Agey E, Alami S, An X-F, Ananyeva KI, et al. Cross-cultural invariances in the architecture of shame. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2018;115(39):9702-7.
55. Russell J, Moskowitz D, Zuroff D, Bleau P, Pinard G, Young S. Anxiety, emotional security and the interpersonal behavior of individuals with social anxiety disorder. *Psychological Medicine*. 2011;41(3):545-554.
56. Lazarus G, Shahar B. The role of shame and self-criticism in social anxiety: a daily-diary study in a nonclinical sample. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2018;37(2):107-127.
57. Shahar B, Doron G, Szepsenwol O. Childhood maltreatment, shame-proneness and self-criticism in social anxiety disorder: A sequential mediational model. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2015;22(6):570-579.
58. Iancu I, Bodner E, Ben-Zion IZ. Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2015;58:165-171.
59. Kashdan TB, Farmer AS. Differentiating emotions across contexts: comparing adults with and without social anxiety disorder using random, social interaction, and daily experience sampling. *Emotion*. 2014;14(3):629-638.
60. Calvete E. Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child abuse & neglect*. 2014;38(4):735-746.
61. Elliott R, Shahar B. Emotion-focused therapy for social anxiety (EFT-SA). *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2017;16(2):140-158.
62. Makadi E, Koszycki D. Exploring connections between self-compassion, mindfulness, and social anxiety. *Mindfulness*. 2020;11:480-492.
63. Stevenson J, Mattiske JK, Nixon RD. The effect of a brief online self-compassion versus cognitive restructuring intervention on trait social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. 2019;123:103492.
64. Elliott R. Person-centered/experiential psychotherapy for anxiety difficulties: Theory, research and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2013;12(1):16-32..