



Developing a group therapy protocol focused on emotion and testing it on the symptoms of people with social anxiety disorder

Amir Lashkari¹, Masoud Gholamali Lavasani², Mina Mojtabaei³, Mansoureh Haj Hosseini⁴

1. Ph.D Candidate in Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: lashkari.amir@ut.ac.ir

2. Associate Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: lavasani@ut.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Roudhan Branch, Islamic Azad University, Roudhan, Iran. E-mail: Mojtabaei@riau.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: hajhosseini@ut.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 29 September 2023
Received in revised form 27 October 2023
Accepted 01 December 2023
Published Online 20 March 2024

Keywords:
group therapy,
emotion-focused therapy,
social anxiety disorder

ABSTRACT

Background: Previous research has shown that emotion-focused therapy is effective in reducing the symptoms of social anxiety disorder and improving the social efficiency of people suffering from it. On the other hand, the review of studies shows that many treatment approaches will be more effective if they are used in the form of group psychotherapy. But so far, the protocol of this type of treatment has not been developed in such a way that its intervention techniques are suitable and compatible for implementation in the group.

Aims: The present study was conducted with the aim of developing a group therapy protocol focused on emotion and trial on the symptoms of social anxiety disorder.

Methods: The design of the current research was a type of exploratory combined research that has a qualitative and quantitative nature. The first stage of the research was conducted with a qualitative approach and thematic analysis method. In order to identify themes and draw a network of themes, first 121 related sources were identified and among them, 11 Persian sources published between 1392 and 1401 and 23 English sources published between 2000-2022 were selected. In the quantitative part, the research method was a quasi-experimental design of pre-test-post-test type with a control group and a one-month follow-up. The statistical population of the research included all the clients who referred to the Sense of Presence clinic in Tehran in the second half of 2022. 20 people with social anxiety disorder were selected from among the clients using the available method and were randomly divided into two experimental and control groups. The members of the experimental group were exposed to 16 sessions of emotion-focused group therapy protocol (designed by the researchers). The instrument used in the quantitative part was the social anxiety scale (Connor et al., 2000). For data analysis, thematic analysis method was used in the qualitative part and Variance analysis with repeated measurements was used in the quantitative part.

Results: The findings of the present study in the qualitative part led to the identification of two overarching themes, including emotion-focused therapy and social anxiety, and finally, a 16-session protocol of emotion-focused therapy group. The results in the quantitative part also showed that the effectiveness of the group therapy focused on emotion was significant in reducing all the symptoms of social anxiety disorder, fear, avoidance, Physiological symptoms and the total score of social anxiety ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the obtained results, it seems that therapists can use the (researcher-made) emotion-focused group therapy package to treat people with social anxiety disorder.

Citation: Lashkari, A., Gholamali Lavasani, M., Mojtabaei, M., & Haj Hosseini, M. (2024). Developing a group therapy protocol focused on emotion and testing it on the symptoms of people with social anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*, 23(133), 17-39. [10.52547/JPS.23.133.17](https://doi.org/10.52547/JPS.23.133.17)

Journal of Psychological Science, Vol. 23, No. 133, 2024

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.23.133.17](https://doi.org/10.52547/JPS.23.133.17)



✉ **Corresponding Author:** Masoud Gholamali Lavasani, Associate Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

E-mail: lavasani@ut.ac.ir, Tel: (+98) 9122185700

Extended Abstract

Introduction

According to the fifth edition of the Statistical Diagnostic Manual of Mental Disorders, the 12-month prevalence rate of social anxiety disorder is about 7% (American Psychiatric Association, 2022). This disorder has a high comorbidity with other anxiety disorders, mood disorders, and substance-related disorders (Koyuncu et al., 2019). The symptoms of social anxiety disorder have a negative effect on the social and interpersonal functioning of people and cause the person to withdraw from social interactions (Zvolensky et al., 2021). Although some theories and researches in the field of this disorder state that people who do not improve by receiving cognitive-behavioral therapy, their problem is more emotional than cognitive and they face problems in regulating and interpreting their emotions. (Faghanpour ganji et al., 2023). Therefore, for such people, the use of treatment methods focused on emotion will be more effective in improving symptoms (Razaghi et al., 2023).

Emotion-Focused therapy is one of the emotion-focused therapies. This treatment is effective when the basis of the problem is the disorder or the person's relationship with others (Elliott & Macdonald, 2021). It should be kept in mind that a person suffering from social anxiety disorder is faced with the dysregulation of various emotions, including anxiety, this dysregulation leads to withdrawal behaviors from others and social activities (Adler et al., 2018). For this reason, it seems that emotion-focused therapy by improving awareness and insight into emotions and helping to regulate them and eliminating the vicious cycle of emotional dysregulation, negative self-evaluation, negative feedback from others and confirming the feeling of helplessness, It helps to treat the symptoms of this disorder (Heberman et al., 2019). On the other hand, many treatment approaches will be more effective if used in the form of group psychotherapy. Group therapy provides opportunities for clients that are not available in individual therapy (Bieling et al., 2020). For example, comparing the effectiveness of individual and group cognitive-behavioral therapy showed that group cognitive-

behavioral therapy has a higher efficiency in improving the symptoms of social anxiety and fear (Rezaei-Dogaheh et al., 2012). So far, the protocol of the emotion-focused therapy has not been developed in such a way that its intervention techniques are suitable and compatible for implementation in the group.

According to what has been reviewed, the present study seeks to formulate and validate the group therapy protocol focused on emotion and to answer the question whether this protocol is effective in improving the symptoms of social anxiety disorder?

Method

The design of the current research was a type of exploratory combined research that has a qualitative and quantitative nature. The first stage of the research was conducted with a qualitative approach and thematic analysis method. In order to identify themes and draw a network of themes, first 121 related sources were identified and among them, 11 Persian sources published between 1392 and 1401 and 23 English sources published between 2000-2022 were selected. In the quantitative part, the research method was a quasi-experimental design of pre-test-post-test type with a control group and a one-month follow-up. The statistical population of the research included all the clients who referred to the Sense of Presence clinic in Tehran in the second half of 2022. 20 people with social anxiety disorder were selected from among the clients using the available method and were randomly divided into two experimental and control groups. The members of the experimental group were exposed to 16 sessions of emotion-focused group therapy protocol (designed by the researchers). The instrument used in the quantitative part was the social anxiety scale (Connor et al., 2000). For data analysis, thematic analysis method was used in the qualitative part and Variance analysis with repeated measurements was used in the quantitative part. Entry criteria include scoring higher than the cutoff (score 40) on the social anxiety scale, willingness to participate and continue attending the meetings, being in the age range of 18 to 45 years, and not participating in other psychological treatments at the same time. Exclusion criteria include the use of drugs that reduce alertness, suffering from acute

psychiatric problems at the same time (diagnosed by a psychiatrist or clinical psychologist), not participating in more than two sessions, and drug and alcohol addiction (based on self-reported by the participants).

Results

In order to check the validity of the themes in the first stage, the researcher extracted and analyzed the sources from the studied sources. The reliability coefficient has been calculated using the Holsti's method. The Holsti's coefficient of reliability = 0.89 shows that the results of the aforementioned analysis are highly reliable. Also, the two-string correlation coefficient for the content of the assignments, the title

of the sessions and the number of sessions was 0.92, and because it is greater than the value ($1.96 \times \text{standard deviation} \times \text{the two-course correlation coefficient}$) ($0.61 < 0.92$), therefore It is significant at the 0.05 level; Therefore, five expert evaluators have the same opinion and agree on the characteristics of the package. The findings of the present study in the qualitative part led to the identification of two overarching themes, including emotion-focused therapy and social anxiety, and finally, a 16-session protocol of emotion-focused therapy group. Then, to answer the main question of the research, the variance analysis with repeated measurements was used, the results of which are presented in Table 1.

Table 1. The results of analysis of variance analysis with repeated measurements to investigate the intra- and inter-group effects of the emotion-focused group therapy package on the variable of social anxiety

Components	Source	SS	df	SM	F	P	Eta squared
total score	Steps	931.22	1	931.22	65.93	0.001	0.78
	Grouping	2100.41	1	2100.41	22.63	0.001	0.55
	Grouping*steps	731.032	1	731.032	5173	0.001	0.74
	Error	1670.16	18	92.78	-	-	-
fear	Steps	72.90	1	72.90	86.90	0.001	0.82
	Grouping	268.81	1	268.81	5.56	0.03	0.23
	Grouping*steps	90.00	1	90.00	107.20	0.001	0.85
	Error	15.10	18	0.83	-	-	-
avoidance	Steps	96.10	1	96.10	84.38	0.001	0.82
	Grouping	470.40	1	470.40	20.72	0.001	0.53
	Grouping*steps	78.40	1	78.40	68.63	0.001	0.79
	Error	20.50	18	1.13	-	-	-
Physiological symptoms	Steps	60.02	1	60.02	75.82	0.001	0.80
	Grouping	98.81	1	98.81	10.04	0.005	0.35
	Grouping*steps	55.22	1	55.22	69.75	0.001	0.79
	Error	14.25	18	0.79	-	-	-

The results of the variance analysis with repeated measurements in table 1 showed that the average scores of the social anxiety variable and its components changed significantly ($P < 0.05$) regardless of the effect of grouping during the post-test and follow-up stages, this change is a significant difference compared to the pre-test.

Conclusion

This study was conducted with the aim of developing a group therapy protocol focused on emotion and testing it on the symptoms of social anxiety disorder. In the qualitative part of the research, the network of drawn subjects was validated based on the content validity index of the network and Holsti's reliability coefficient, and according to the identified

components, closed assignments were compiled in an operational form.

The trial of closed training found confirmation and usability in the quantitative part of the study. The findings obtained in the quantitative section also showed that the effectiveness of the treatment package showed a significant difference in the post-test scores of the experimental group compared to the control group regarding the dependent variable of the present study. This research is the first study in Iran in the form of two integrated research approaches (quantitative and qualitative) that examines the effectiveness of group therapy focused on emotion. In studies outside Iran, no study with thematic analysis approach was found in the field of group therapy focused on emotion for social anxiety. The compiled

package of the research called emotion-focused group therapy for the operationalized themes of the network of themes included a total of 16 sessions.

Quantitative findings of the present study on the effectiveness of emotion-focused group therapy on improving social anxiety of people with social anxiety disorder with the results obtained in the studies of Asmari Bardezard et al. (2021); Gili et al. (2021); Sanagavi Moharrar et al. (2019); Connolly-Zubot et al. (2020) and Timulak et al. (2017) are consistent. In explaining this finding, it can be said that people with social anxiety disorder face many stressful factors on a daily basis and experience high anxiety when facing the work environment and family. During the sessions that were conducted, the therapist tried to establish an empathic relationship with the participants. Establishing an empathetic relationship between the therapist and the clients increases the feeling of trust in the clients. The resulting feeling of trust can facilitate the effectiveness of the treatment.

Also, the main assumption that advances the intervention in this approach is that change and transformation are possible only when people accept themselves as they are. During the sessions, the participants were helped to better know, experience, accept, interpret, change and manage their emotions in a flexible way. In a one-hour therapy session, the therapist encouraged the client to pay attention to a fleeting experience and asked the client to create a more adaptive performance by constantly focusing on her feelings and emotions. Considering the effectiveness of the developed package focused on emotion in the present study, it is suggested that the therapists related to health counseling become familiar with the package developed in the present study and use the combination of these techniques along with counseling related to social anxiety.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran. Ethical considerations have been observed in this research, and all participants participated in the research by filling out the consent form and knowingly. Before conducting the research, necessary explanations were given to the participants regarding the confidentiality of the information, research objectives and how to answer the questionnaires.

Funding: This research was done in the form of a doctoral thesis without financial support.

Authors' contribution: The first author of this article was the main researcher, the second author was a supervisor, and the third and fourth authors were also involved in this research as a consultant.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We hereby express our gratitude to all the participants in the present study who helped us in the implementation of the research.



تدوین پروتکل گروه درمانی متمرکز بر هیجان و بررسی کارآزمایی آن بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی

امیر لشکری^۱، مسعود غلامعلی لواسانی^۲، مینا مجتبابی^۳، منصوره حاج حسینی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۴. دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۰۷

بازنگری: ۱۴۰۲/۰۸/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۰

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۱/۰۱

کلیدواژه‌ها:

گروه درمانی،

درمان متمرکز بر هیجان،

اختلال اضطراب اجتماعی

زمینه: پژوهش‌های پیشین نشان داده است که درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی و بهبود کارایی اجتماعی افراد مبتلا به آن اثربخش است. از سوی دیگر، مرور مطالعات نشان می‌دهد که بسیاری از رویکردهای درمانی اگر در قالب روان‌درمانی گروهی به کار برده شوند، اثربخشی بیشتری خواهند داشت، اما تا کنون، پروتکل این نوع درمان به نحوی که فنون مداخله آن برای اجرا در گروه متناسب و سازگار باشند، تدوین نشده است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تدوین پروتکل گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان و کارآزمایی آن بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های ترکیبی اکتشافی بود که ماهیت کیفی و کمی دارد. مرحله اول پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. جهت شناسایی مضامین و ترسیم شبکه مضامین، ابتدا ۱۲۱ منبع مرتبط مشخص شد و از بین آن‌ها به صورت هدفمند، ۱۱ منبع فارسی منتشر شده بین سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۱ هجری شمسی و ۲۳ منبع انگلیسی منتشر شده در فاصله سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۲ میلادی که دارای بیشترین ارتباط با موضوع مورد مطالعه بودند، انتخاب شدند. در بخش کمی، روش پژوهش به صورت طرح شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی درمان‌جویان مراجعه‌کننده به کلینیک حس حضور شهر تهران در بازه زمانی شش ماهه دوم سال ۱۴۰۱ بود. از بین مراجعان به صورت در دسترس، ۲۴ نفر از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش در معرض ۳۰ جلسه پروتکل گروه درمانی متمرکز بر هیجان (محقق ساخته) قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در بخش کمی، مقیاس اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰) بود. برای تحلیل داده‌ها در بخش کیفی از روش تحلیل مضمون و در بخش کمی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه حاضر در بخش کیفی منجر به شناسایی دو مضمون فراگیر شامل درمان متمرکز بر هیجان و اضطراب اجتماعی و در نهایت پروتکل ۳۰ جلسه‌ای گروه درمانی متمرکز بر هیجان شد. نتایج در بخش کمی نیز نشان داد که اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر کاهش تمامی علائم اختلال اضطراب اجتماعی ترس، اجتناب، تغییرات فیزیولوژیک و نمره کل اضطراب اجتماعی معنادار بوده است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، به نظر می‌رسد درمانگران می‌توانند از بسته محقق ساخته گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان جهت درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده کنند.

استناد: لشکری، امیر؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ مجتبابی، مینا؛ و حاج حسینی، منصوره (۱۴۰۳). تدوین پروتکل گروه درمانی متمرکز بر هیجان و بررسی کارآزمایی آن بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۳۳، ۱۷-۳۹.

DOI: [10.52547/JPS.23.133.17](https://doi.org/10.52547/JPS.23.133.17) | مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۳۳، ۱۴۰۳



© نویسنده‌گان

✉ نویسنده مسئول: مسعود غلامعلی لواسانی، دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

رایانامه: lavasani@ut.ac.ir | تلفن: ۰۹۱۲۲۱۸۵۷۰۰

مقدمه

بر طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۱ نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی حدود ۷ درصد است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). این اختلال همبودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی و اختلالات وابسته به مواد دارد (کویونکو و همکاران، ۲۰۱۹). علائم اختلال اضطراب اجتماعی^۲ به صورت وسیعی بر عملکرد اجتماعی و میان فردی افراد تأثیر منفی می‌گذارد و باعث کناره‌گیری فرد از تعاملات اجتماعی می‌شود (زولنسکی و همکاران، ۲۰۲۱). برخی از مطالعات نشان می‌دهد که حدود ۴۵ تا ۵۵ درصد از مبتلایان به این اختلال پس از شرکت در جلسات درمان شناختی-رفتاری بهبودی قابل توجهی می‌یابند (ثوفیلد و همکاران، ۲۰۲۰). هر چند برخی نظریات و پژوهش‌ها در زمینه این اختلال بیان می‌کنند افرادی که با دریافت درمان شناختی-رفتاری بهبود نمی‌یابند، مشکل آن‌ها بیشتر جنبه هیجانی دارد تا شناختی و با مشکلاتی در تنظیم و تفسیر هیجانات خود روبه‌رو هستند (فغان‌پور گنجی و همکاران، ۱۴۰۲). بنابراین برای این‌گونه افراد استفاده از شیوه‌های درمانی متمرکز بر هیجان کارایی بالاتری در بهبود نشانه‌ها خواهد داشت (رزاقی و همکاران، ۱۴۰۲).

از جمله شیوه‌های درمانی با محوریت هیجان، درمان متمرکز بر هیجان^۳ است. این درمان زمانی که مبنای مشکل، اختلال و یا ارتباط فرد با دیگران باشد، کارایی مطلوبی دارد (الیوت و مک دونالد، ۲۰۲۱). این درمان در ابتدا با نام رویکرد تجربی-فرآیندی برای کار با فرد تدوین شد، اما مفاهیم درمانی آن برای زوج درمانی و خانواده‌درمانی نیز بعدها به صورت وسیع کاربرد پیدا کرد. دیدگاه درمان متمرکز بر هیجان در مورد علت‌شناسی بدکاری، مسیرهای متعدد و چندین ساز و کار تعیین‌کننده را در نظر دارد (آرین‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۲)، که از جمله آن‌ها می‌توان به نداشتن آگاهی یا اجتناب از حالت‌های درونی، شکست در تنظیم هیجان، پاسخ‌دهی ناسازگار بر اساس یادگیری تروماتیک یا کمبودهای رشدی، دفاع در برابر شرم، تعارض درونی و اشکال در ساخت معنا اشاره کرد (گرینبرگ، ۲۰۱۷). به طور کلی، هدف درمان متمرکز بر هیجان، هدایت افراد به سوی

دلبستگی ایمن و هویت منجمد است. در این شیوه درمانی، تلاش می‌شود تا فرد توانایی تنظیم هیجان را پیدا کند تا از این طریق بتواند به احساس امنیت دست یابد (باربوسا و همکاران، ۲۰۱۹). باید در نظر داشت فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی با بدتنظیمی هیجانات مختلف از جمله اضطراب مواجه است، این بدتنظیمی منجر به بروز رفتارهای کناره‌گیری از دیگران و فعالیت‌های اجتماعی می‌شود (آدلر و همکاران، ۲۰۱۸). به همین جهت به نظر می‌رسد که درمان متمرکز بر هیجان با بهبود آگاهی و بینش نسبت به هیجانات و کمک به تنظیم آن‌ها و حذف چرخه معیوب بدتنظیمی هیجانی، ارزیابی منفی از خود، بازخورد منفی از دیگران و تأیید احساس ناتوانی، به درمان علائم این اختلال کمک می‌کند (هبرمن و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، بسیاری از رویکردهای درمانی اگر در قالب روان‌درمانی گروهی به کار برده شود اثربخشی بیشتری به دنبال خواهد داشت. گروه درمانی^۴ فرصت‌هایی را در اختیار درمان‌جویان قرار می‌دهد که در درمان فردی وجود ندارد (بیلینگ و همکاران، ۲۰۲۰). مشکلات ارتباطی و از جمله اضطراب اجتماعی در ارتباط با جمع و گروه ظهور می‌کند و با توجه به اینکه درمان متمرکز بر هیجان یک درمان تجربی و اینجا-کنونی^۵ است، می‌تواند به طرز مؤثری شرایط را برای تجربه اصلاحی فراهم آورد (هایس و لی، ۲۰۱۸). مبتلایان در گروه این فرصت را پیدا می‌کنند که به دیگر اعضای گروه کمک کنند و از این طریق به خودباوری و اعتماد به نفس بیشتر دست یابند. شرکت در گروه از بسیاری از جهات شبیه بودن در خانواده است. هر یک از اعضای گروه می‌تواند بفهمد تجربیات کودکی‌اش چه تأثیری روی شخصیت و رفتار فعلی او داشته است و از گروه به‌عنوان آزمایشگاه رفتاری برای تغییر و آزمایش رفتارها و نگرش‌های جایگزین استفاده کند. یکی از عوامل مشترک در همه روان‌درمانی‌ها، امیدواری است، مشاهده تغییر دیگران آن‌ها را برای بهبودی امیدوار می‌کند (یالوم و لیز، ۲۰۲۰). پذیرش در گروه و احساس تعلق به آن تا حدی زخم‌های دلبستگی را در آن‌ها التیام می‌بخشد. کسب قدر و منزلت در گروه می‌تواند موجب التیام زخم‌های هویتی اعضا شود و از شرم آن‌ها بکاهد. اعضا با بیان و به اشتراک گذاری احساسات و تجربیات خود

3. Emotion-Focused Therapy

4. Group Therapy

5. here-now

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

2. Social anxiety disorder

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح این پژوهش از نوع پژوهش‌های ترکیبی-اکتشافی بود که ماهیت کیفی و کمی دارد. مرحله اول پژوهش که با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. جهت شناسایی مضامین و ترسیم شبکه مضامین بر اساس روش تحلیل مضمون، ابتدا ۱۲۱ منبع مشخص شد و از میان آن‌ها به صورت هدفمند، ۱۱ منبع فارسی منتشر شده بین سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۱ هجری شمسی و ۲۳ منبع انگلیسی منتشر شده در فاصله سال‌های ۲۰۲۲-۲۰۰۰ میلادی انتخاب شدند که بیشترین ارتباط را با موضوع مورد مطالعه پژوهش حاضر داشتند. تمامی مطالعات انتخاب شده با موضوع درمان متمرکز بر هیجان و درمان گروهی برای انواع اضطراب در قالب طرح‌های آزمایشی، رابطه‌ای و مقایسه‌ای در سایت‌ها و مراجع اینترنتی رسمی علمی-پژوهشی مانند الزویر، پاب مد، پروکوئست و... به صورت آنلاین ثبت شده بودند. کلیدواژه‌های مورد جستجو در این زمینه شامل اضطراب اجتماعی، درمان متمرکز بر هیجان، درمان گروهی، درمان هیجان‌مدار، اثربخشی روش‌های درمانی و آموزشی و انواع طرح‌های پژوهشی (آزمایشی، مقایسه‌ای و رابطه‌ای) بر اختلال اضطراب اجتماعی بود. پس از آن، شبکه مضامین استخراج شده جهت ارزیابی روایی محتوایی به صورت کیفی به گروه ۱۱ نفری از متخصصین فعال در زمینه درمان متمرکز بر هیجان و گروه درمانی با بیش از حداقل یک سال سابقه فعالیت بالینی ارجاع داده شد. ضریب اعتبار هولستی^۱ در پژوهش حاضر (۰/۸۹) نشان داد، نتایج تحلیل مذکور از قابلیت اعتماد بالایی برخوردار است.

جهت بررسی اعتبار درونی نیز دیدگاه ۵ متخصص که در زمینه درمان متمرکز بر هیجان و گروه درمانی، دانش و مهارت تجربی و نظری کافی داشتند اخذ شد. لازم به ذکر است که جهت محاسبه ضریب توافق از ضریب همبستگی دو رشته‌ای استفاده شد. پس از محاسبه ضریب توافق در مطالعه حاضر (۰/۹۲) و اعمال دیدگاه آن‌ها که به‌طور خاص به افزایش تعداد جلسات منجر شد. اجرای مقدماتی (مطالعه مقدماتی) بر روی ۱۲ نفری که ۸ نفر آن‌ها تا انتهای جلسات باقی مانده بودند، به منظور بررسی میزان اثربخشی بسته بر اضطراب اجتماعی و محاسبه آماره‌ات (اندازه اثر) و

در گروه، اجتناب از حالات درونی را می‌کاهند و با بازخوردی که می‌گیرند بر شرم خود چیره می‌شوند. گروه درمانی فرصت بسیار خوبی برای افراد دارای اضطراب اجتماعی است تا در محیطی امن همراه با افرادی که همه درگیر هیجانات و افکار مشابهی هستند، مشکلات خود در زمینه عملکرد فردی و اجتماعی را بازبینی کنند (سمنتری و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند، بسیاری از درمان‌ها اگر در چارچوب گروه درمانی به کار روند، اثربخشی بهتری به همراه خواهند داشت. برای مثال، مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فردی و گروهی نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی، کارایی بالاتری در بهبود علائم اضطراب اجتماعی دارد (رضایی دوگاه و همکاران، ۱۳۹۱). با توجه به بررسی‌های انجام شده، اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان به شیوه فردی بر روی علائم اختلال اضطراب اجتماعی انجام شده است، که نتایج مثبتی نیز به همراه داشته است (الیوت و شاهار، ۲۰۱۷). از سوی دیگر، پروتکل این نوع درمان به نحوی که فنون مداخله بر اساس نشانگرهای تکلیف به گونه‌ای تغییر یافته باشند که متناسب و سازگار با اجرا در گروه باشند، تدوین نشده است و اثربخشی آن نیز مورد ارزیابی قرار نگرفته است. با توجه به اینکه اساساً اختلال اضطراب اجتماعی در گروه نمود بارزتری دارد، تدوین پروتکل نیمه ساختاریافته گروه درمانی متمرکز بر هیجان در کمک به حوزه درمان این اختلال می‌تواند بسیار کارساز باشد. درمان متمرکز بر هیجان به سرعت در حال گسترش است و طرفداران بسیاری در سراسر جهان دارد، بدیهی است که این افراد اگر بخواهند در کار گروهی به افراد دچار اختلال اضطراب اجتماعی کمک کنند، نتوانند یا نخواهند از دیگر رویکردهای درمانی استفاده کنند، زیرا این نوع درمان، تبیین‌های علت‌شناسانه و معرفت‌شناسانه و روش‌شناسانه خود را دارد که با سایر رویکردها منطبق نیست. بنابراین با توجه به آنچه مرور شد، پژوهش حاضر به دنبال تدوین و اعتبار یابی پروتکل گروه درمانی متمرکز بر هیجان و پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا این پروتکل مذکور بر بهبود علائم اختلال اضطراب اجتماعی اثربخش است؟

¹. Holsti's coefficient of reliability

ملاک‌های ورودی شامل کسب نمره بالاتر از خط برش (نمره ۴۰) در مقیاس اضطراب اجتماعی، تمایل به شرکت و ادامه حضور در جلسات، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال و عدم شرکت همزمان در سایر درمان‌های روانشناختی بود. معیارهای خروج نیز شامل مصرف داروهای کاهنده هشیاری، ابتلا به مشکلات حاد روان‌پزشکی هم‌زمان (با تشخیص روان‌پزشک)، برنامه آتی که امکان حضور در جلسات را با چالش روبرو می‌کرد، غیبت بیش از یک بار در ماه و اعتیاد به مصرف مواد مخدر و الکل (بر اساس خوداظهاری شرکت‌کنندگان) بود.

(ب) ابزار

مقیاس اضطراب اجتماعی (SPIN): این مقیاس ۱۷ سؤالی برای نخستین بار توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه شده است. شامل سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است که نمره هر مقیاس می‌تواند جداگانه محاسبه شود. گویه‌های پرسشنامه بر روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر (به هیچ وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شوند. نمره کل مقیاس با جمع نمرات هر سه مقیاس به دست می‌آید. برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ در نظر گرفته شد. روایی و پایایی این مقیاس توسط صفاری‌نیا و شاهنده (۱۳۹۳) در ایران بررسی شده است. روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۹ و ۰/۸۳ و پایایی مقیاس کلی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمده است (حسینی‌اردکانی، ۱۳۹۹). در این مطالعه، مقدار آلفای کرونباخ محاسبه شده نمره کل، ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۹، ۰/۸۹ و ۰/۸۰ محاسبه شد.

(ج) شیوه اجرا

بعد از پیش‌آزمون و اخذ رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و قبل از شروع جلسات درمانی در جلسه پیش‌گروه هر یک از اعضا با درمانگران در جوی غیررسمی آشنا شده و توضیحی درباره آنچه در جلسات می‌گذرد دریافت کرده و به سؤالات و نگرانی‌های آن‌ها پاسخ داده شد. در این الگوی درمانی شیوه‌هایی برای شروع جلسات در فازهای مختلف درمان در نظر گرفته شد این موارد شامل شیوه‌های ساخت‌مند گرم کردن، انتظار برای داوطلب شدن یکی از اعضا، دورچرخ، تمرکز تجربی، برگشتن به موارد

توان آماری و برآورد حجم نمونه مورد کفایت صورت گرفت. اجرای این مطالعه مقدماتی در قالب یک طرح شبه‌آزمایشی از نوع ایستا بود و این افراد در اجرای اصلی در بخش کمی پژوهش شرکت داده نشدند. ضمن اینکه، در پایان هر جلسه، نظرات و پیشنهادات شرکت‌کنندگان درباره شکل و محتوای جلسات پرسیده شد و در اصلاح و ارتقای نهایی الگوی درمانی، لحاظ گردید. این موارد شامل علت‌یابی و چاره‌جویی برای کاستن از میزان افت شرکت‌کنندگان نیز می‌شد. در نهایت موارد زیر به بسته افزوده شد: یاردرمانگر یا تسهیل‌گر دوم در جهت تمرکز بر ایجاد جو گرم و صمیمی، ارائه بازخوردهایی درباره ساینه رهبری یا انتقال‌های متقابل و اقداماتی در جهت ممانعت از پذیرش نقش رهبر قربانی توسط برخی از اعضا و همچنین کاستن از قدرت درمانگر اول و در نتیجه کاهش واکنش‌های انتقالی اعضا به او، در نظر گرفتن برنامه‌های آتی به ملاک‌های ورود، اضافه کردن یک جلسه پیش‌گروه فردی جهت آماده‌سازی با تمرکز بر پاسخ به نگرانی‌ها، گروه‌بندی‌های دو نفره و سه نفره در جلسات ابتدایی و استفاده از فنون ساختارمند برای فراهم‌سازی بستری گرم و صمیمی، افشای بیشتر فرآیند کار به سایر اعضا در لحظه وقوع جهت همگام‌سازی آن‌ها با روند پیش‌رو، تحمل بیشتر دفاع‌ها و پافشاری‌های نرم‌تر در عمق‌بخشیدن به تجربه درمان‌جویان، قدری گرم کردن و هماهنگی درمانگران با کسی که نقش یاور را در فنون ایفای نقش به عهده می‌گیرد، پیش‌بینی و اعلام امکان برگزاری جلسه فردی وقتی کسی از درمان‌جویان از فرآیند جا می‌ماند.

در بخش کمی، روش پژوهش به صورت طرح شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک ماهه بود. ابتدا شرکت‌کنندگان (۲۴ نفر) به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) گمارش شدند، سپس بسته درمانی تدوین شده در گروه آزمایش به مدت ۳۰ جلسه ۲ ساعته اجرا شد، درحالی‌که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. سپس تمام شرکت‌کنندگان بعد از مداخله، مجدداً در مراحل پس‌آزمون و پیگیری (۳۰ روز بعد از مداخله)، مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری این مطالعه در بخش کمی شامل تمامی درمان‌جویان مراجعه‌کننده به کلینیک حس حضور شهر تهران در بازه زمانی شش ماهه دوم سال ۱۴۰۱ بود. روش نمونه‌گیری در بخش کمی به صورت غیرتصادفی و در دسترس بود.

درمانجو برای رشد و بهبود اهمیت داشت. تجربه‌های با جهت‌گیری رشد در چهارچوب منطقه تقریبی رشد اعضاء شامل اشارات نو، اشاره به فرصت‌ها، اشاره به نقاط قوت، پیشرفت، خواست برای تغییر، ابراز وجود، مراقبت از خود و حس قدرت شخصی، تقویت می‌شد. پافشاری آرام و تمرکزبخشی مجدد و تصدیق همدلانه، جایگزین مواجهه‌های دشوار و برهم‌زننده بود. آموزش تجربی به جای آموزش مفهومی تقدم داشت. کار گروهی بر دیگر سطوح کار اولویت داشت، همچنین، در هر زمان یک سطح در پیش‌زمینه و دو سطح دیگر در پس‌زمینه توجه درمانی بود. کار ارتباطی و حفظ تمامیت گروه و اعضاء آن به هر تکلیف دیگری در گروه اولویت داشت. فنون طوری انطباق‌یافته بودند که قابلیت اجرای گروهی بیابند و از درمان در گروه مکرر به جای گروه درمانی استفاده نشود. در این راستا تلاش شد از تمام اعضاء گروه برای رسیدن به مزایا و عوامل درمان گروهی استفاده شود.

مراحل جلسات گروهی شامل ۱. پیش‌گروه (راه‌اندازی و تشکیل)، ۲. مرحله جهت‌دهی و مکاشفه ۳. مراحل انتقال (کار با مقاومت) ۴. مرحله کار (همبستگی و سازندگی) ۵. مرحله تثبیت و اختتام و ۶. ارزیابی و پیگیری بود.

در کاوش همدلانه در فازهای ابتدایی درمان تا رسیدن به مرحله «کار»، چالش گروه‌درمانگر این است که سایر اعضاء را بیرون نگه دارد و به تدریج الگویی از کاوش همدلانه بسازد. کاوش‌های اعضاء ممکن است در ابتدا بسیار سطحی و غرض‌ورزانه باشد و از طرفی ساختار دادن به جلسه به شکل ممانعت کامل از مشارکت سایر اعضاء پویایی و تعامل آزادانه را تهدید می‌کند. از این رو بهتر است با انعطاف بیشتری انجام شده و موارد مشاهده شده در فازهای ابتدایی، نشانه‌گذاری و فرمول‌بندی شود تا در ادامه روی آن‌ها کار درمانی شود.

در فن تصدیق همدلانه که نشانگر آن آسیب‌پذیری است بهتر است گروه درمانگر تا رسیدن به فاز «کار» آنرا عمق‌بخشی نکند یا از فن جایگزین آن که اعتراض معنا است استفاده نکند. آسیب‌پذیر شدن در جمع به اعتمادی نیاز دارد که زمان‌بر است و ظهور آن در مراحل پیش از اعتماد و انسجام گروهی شرمی خارج از ظرفیت درمانجوی مضطرب اجتماعی ایجاد می‌کند. شاید بتوان گفت که اصلی‌ترین فن برای کار با شرم تصدیق همدلانه است.

نشانه‌گذاری شده در جلسات پیشین، گفتگو درباره جلسه پیش و پیش‌روی بیشتر، گفتگو درباره آنچه تا به امروز در جلسات گذشته و پیگیری آن، شروع با فردی که سایر اعضاء گروه از او کمتر می‌دانند، پیگیری برنامه‌های مواجهه‌ای که خود پیشنهاد داده بودند. در ادامه با توجه به فاز درمان و نشانگر ظهور کرده، فرآیند شناسایی و روند به سمت حل و فصل هدایت می‌شود. برای پایان دادن به جلسات؛ جمع‌بندی، مشاهده و بازگویی فرآیند، نظرخواهی از اعضاء، پاسخ‌گویی به سؤالات و مشخص کردن طرحی برای آینده در نظر گرفته شده است. ساختار مورد استفاده در طراحی این پروتکل نیز برگرفته از گروه درمانی، درمان متمرکز بر هیجان فردی، گشتالت درمانی گروهی، گروه درمانی وجودی، گروه درمانی شخص‌محور و سایکودراما بود. همچنین توجه درمانگران در سه سطح صورت‌بندی شامل سطح فردی، سطح دوتایی (موقعیت یا تعامل دو عضو گروه نسبت به یکدیگر یا هر عضو با یکی از درمانگران)، و سطح گروهی دائماً در نوسان بود. لازم به ذکر است وقتی یک سطح در پیش‌زمینه قرار می‌گرفت دو سطح دیگر در پس‌زمینه بود و سطح گروهی به دو سطح دیگر تقدم داشت.

در اجرای جلسات گروه درمانی متمرکز بر هیجان، حفظ شکل سازاگرانه در برابر شکل اثبات‌گرایانه اهمیت داشت، به این معنا که همیاری اعضاء و تسهیل ساخت معنا به جای آموزش مفاهیم در دستور کار قرار گرفت. همچنین، معناسازی تکلیف عضو بود، نه درمانگر. به جای شناخت تمرکز بر روی هیجان بود. موقعیت «اینجا و اکنون» بر «آنجا و سپس» مقدم بود. رهنمود روند و هدایت فرآیند به رهنمود محتوا ارجحیت داشت. مداخلات با نشانگرهای پدیدار شده تعیین می‌شدند و ساختار محتوایی از قبل تعیین شده‌ای وجود نداشت. از پایین به بالا (از حس‌های بدنی زنده به سمت مفهوم‌سازی و معنابخشی) حرکت می‌شد. در تمام جلسات هماهنگی همدلانه و اتحاد درمانی از ارکان اساسی و ثابت درمان بود و بر سایر تکالیف درمانی تقدم داشت. ورود و عمق‌بخشی به طرح هیجانی پیش‌نیاز تبدیل هیجان در نظر گرفته می‌شد. تأکید بر هیجان‌های اولیه (هم سازگار و هم ناسازگار) به عنوان هیجان‌هایی که مقدم بر هر دفاع یا شناختی هستند به عنوان وجه متمایز از سایر رویکردهای درمانی اهمیت داشت. راهبردهای تبدیل هیجان به راهبردهای تغییر شناخت، تقدم داشت. بر تجربه اصلاحی به عنوان عامل تغییر تأکید می‌شد. انعکاس و تقویت تلاش‌های مراجع در جهت خودتعیین‌گری، خودجوشی و خلاقیت و اعتماد به پتانسیل‌های

فرهنگ‌سازی در سطح گروه تا رسیدن به اعتماد و انسجام گروهی معادل خوبی برای فن تشکیل اتحاد درمانی است. فرهنگ‌سازی تقویت رفتارهای مطلوب یا هنجارهای رفتاری است. برخی از رفتارهایی که در صورت بروز تقویت می‌شوند شامل آزادی در ابراز احساسات و بازخورد، صداقت، خودجوشی، تبادل بین همه، هماهنگی، درگیری فعال در گروه، پذیرش، کاوش به جای قضاوت، خودآشکارسازی، میل به درک خود، گرمی و اشتیاق به تغییر شیوه‌های فعلی است. حفظ شیوه تجربی در فرهنگ‌سازی از این رو مهم است که متمرکز بر هیجان باقی مانده و سازاگرایانه اجرا شود. همچنین، مهم است هر مداخله یا آموزشی در منطقه تقریبی رشد درمانجو باشد.

در تکلیف ارتباطی گفتگوی اتحادی در پاسخ به نشانگر گسست درمانی یکی از اعضا در گروه، اقدامات درمانی شامل موارد زیر است: ۱. شنیدن و تصدیق سرگروه (احساسی، مخالف، قربانی) ۲. اعتراف درمانگر ۳. دوری جستن از تعبیر و تفسیر یا عاملیت بخشی ۴. مشارکت دادن همه ۵. حمایت خواستن از سایرین تا موضوع تبدیل به مسئله‌ای در گروه شده در سطح بزرگتری حل شده و مانع از قربانی شدن عضو دچار گسست شده شود ۶. عادی‌سازی ۷. تشویق کل گروه به ابراز.

بعد از بازگویی آسیب، می‌توان از اعضا گروه درخواست کرد که تجربه مشترک‌شان و آنچه آموخته‌اند یا فهمیده‌اند را عنوان کنند. از افراد خواسته می‌شود اگر قدردان آنچه آموخته‌اند هستند آنرا ابراز کنند. مهم است در مشارکت دادن سایرین از خروج اعضا از نقش درمانجو به نقش درمانگر ممانعت به عمل آمده و در صورت مشاهده هم‌حسی، همدلی و نیاز به آغوش کشیدن در زبان بدن و لحن اعضا ابراز آن‌ها تسهیل شود.

سابقه تکالیف ایفای به نمایش درمانی می‌رسد که از اساس گروه‌درمانی است. با توجه به اینکه مقصود این است که بتوانیم از «درمان در گروه» عبور کنیم و به گروه‌درمانی برسیم، بهتر است بتوانیم به ریشه‌های آن در نمایش درمانی برگردیم تا سایر اعضا گروه را نیز در آن درگیر نماییم.

در فن گفتگوی دو صدلی که با دو نشانگر خودبازدار و خودارزیاب صورت مشخص می‌شود می‌توان با استفاده از یاور مضاعف در کنار خود تجربه‌گر و همچنین به صحنه آوردن یاور برای به عهده گرفتن خودارزیاب یا خودبازدار، حل و فصل را تسهیل کرد. لازم است نقش یاور مضاعف را در ابتدا یکی از درمانگران ایفاء کند و دیگری نقش کارگردان

را عهده‌دار شود. پیچیدگی انجام آن این است که ابتدا باید یاور مضاعف به عمق‌بخشی کمک کرده و در ادامه با گمانه‌زنی‌های همدلانه کوچکترین خروج‌ها به سمت حل و فصل را تقویت کرده و انعکاس دهد. در ادامه می‌توان آن را به یکی دیگر از اعضا به انتخاب شخص اول سپرد. معمولاً این نقش به کسی از اعضا سپرده می‌شود که رهبر احساسی گروه است و بیشترین عواطف و حمایت‌ها از طرف وی به اعضا داده می‌شود. این افراد می‌توانند بعنوان پردازش‌گر جایگزین عمل کرده و دید شخص اول را به موضوع و خودش وسیع کنند و در خلق فردی یکپارچه‌تر ایده‌هایی عرضه نمایند. اغلب، محتوای آنچه گفته می‌شود، اهمیت کم‌تری از حالت فرد به هنگام گفتن دارد. به نمایش در آوردن حالت چهره، زیر و بم صدا، زاویه بدن و فیگورها، مشاهده عکس‌العمل حضار و مبالغه در فیگورها، عوامل تعیین‌کننده و اصلی در عکس‌العمل افراد هستند. به کارگیری روش آینه کمک می‌کند تا شخص اول در مورد ماهیت و اهمیت نشانه‌های ارتباط غیرکلامی که شاهرهای هستند به سمت هیجانات دردناک بنیادین یا طرح‌های هیجانی ناسازگار، آگاهی یابند. استفاده از هجاهای بی معنی و جلوه‌های هیجانی یا ژست‌ها به جای کلام می‌تواند آن را تقویت کند. برای نشان دادن تسلط خودارزیاب یا خودبازدار می‌توان او را ایستاده نشان داد و شخص اول را در جایگاه تجربه‌گر دو زانو روی زمین نشانند.

در کاوش همدلانه در فازهای ابتدایی درمان تا رسیدن به مرحله کار چالش گروه‌درمانگر این است سایر اعضا را بیرون نگه دارد و به تدریج الگویی از کاوش همدلانه بسازد. کاوش‌های اعضا ممکن است در ابتدا بسیار سطحی و غرض‌ورزانه باشد و از طرفی ساختار دادن به جلسه به شکل ممانعت کامل از مشارکت سایر اعضا بویایی و تعامل آزادانه را تهدید می‌کند. از این رو بهتر است با انعطاف بیشتری انجام شده و موارد به در فازهای ابتدایی به عنوان فرمول‌بندی یادداشت تا در ادامه روی آن‌ها کار درمانی صورت گیرد.

در فن تصدیق همدلانه که نشانگر آن آسیب‌پذیری است بهتر است گروه درمانگر تا رسیدن به فاز «کار» آنرا عمق‌بخشی نکند یا از فن جایگزین آن که اعتراض معنا است استفاده کند. آسیب‌پذیر شدن در جمع به اعتمادی نیاز دارد که زمان‌بر است و ظهور آن در مراحل پیش از اعتماد و انسجام گروهی شرمی خارج از ظرفیت درمانجوی مضطرب اجتماعی ایجاد

می‌کند. شاید بتوان گفت که اصلی‌ترین فن برای کار با شرم تصدیق همدلانه است.

فرهنگ‌سازی در سطح گروه تا رسیدن به اعتماد و انسجام گروهی معادل خوبی برای فن تشکیل اتحاد درمانی است. فرهنگ‌سازی تقویت رفتارهای مطلوب یا هنجارهای رفتاری است. برخی از رفتارهایی که در صورت بروز تقویت می‌شوند شامل آزادی در ابراز احساسات و بازخورد، صداقت، خودجوشی، تبادل بین همه، هماهنگی، درگیری فعال در گروه، پذیرش، کاوش به جای قضاوت، خودآشکارسازی، میل به درک خود، گرمی و اشتیاق به تغییر شیوه‌های فعلی است. حفظ شیوه تجربی در فرهنگ‌سازی از این رو مهم است که گروه درمانی ما هیجان‌مدار باقی مانده و سازاگرایانه اجرا شود. در درمان هیجان‌مدار مهم است هر مداخله یا آموزشی در منطقه تقریبی رشد درمانجو باشد.

در تکلیف ارتباطی گفتگوی اتحادی در پاسخ به نشانگر گسست درمانی یکی از اعضا در گروه اقدامات درمانی شامل موارد زیر است ۱. شنیدن و تصدیق سرگروه (احساسی، مخالف، قربانی) ۲. اعتراف درمانگر ۳. دوری جستن از تعبیر و تفسیر یا عاملیت بخشی ۴. مشارکت دادن همه ۵. حمایت خواستن از سایرین تا موضوع تبدیل به مسئله‌ای در گروه شده در سطح بزرگتری حل شده و مانع از قربانی شدن عضو دچار گسست شده شود ۶. عادی‌سازی ۷. تشویق کل گروه به ابراز.

در فن بازگویی آسیب می‌توان از اعضا گروه درخواست کرد که تجربه مشترکشان و آنچه آموخته‌اند یا فهمیده‌اند را عنوان کنند. از افراد خواسته می‌شود اگر قدردان آنچه آموخته‌اند هستند آن را ابراز کنند. مهم است در مشارکت دادن سایرین از خروج اعضا از نقش درمانجو به نقش درمانگر ممانعت به عمل آمده و در صورت مشاهده هم‌حسی، همدلی و نیاز به آغوش کشیدن در زبان بدن و لحن اعضا ابراز آن‌ها تسهیل شود.

تکالیف ایفای نقش تکالیفی است که از گشتالت درمانی گرفته شده و در درمان متمرکز بر هیجان به شکل فرآیندی با حل و فصل‌ها و مراحل مشخص به آن پرداخته شده است. ضمن اینکه گشتالت درمانی نیز این فنون را از نمایش درمانی مورو که از اساس گروه‌درمانی است به عاریت گرفته است. با توجه به اینکه مقصود این است که بتوانیم از درمان در گروه عبور کنیم و به گروه‌درمانی برسیم بهتر است بتوانیم به ریشه‌های آن در نمایش درمانی برگردیم تا سایر اعضا گروه را نیز در آن درگیر نماییم.

در فن گفتگوی دو صندلی که با دو نشانگر خودبازدار و خودارزیاب صورت مشخص می‌شود می‌توان با استفاده از یاور مضاعف در کنار خود تجربه‌گر و همچنین به صحنه آوردن یاور برای به عهده گرفتن خوداریاب یا خودبازدار حل و فصل را تسهیل کرد لازم است نقش یاور مضاعف را در ابتدا یکی از درمانگران ایفا کند و دیگری نقش کارگردان را عهده‌دار شود. پیچیدگی انجام آن این است که ابتدا باید یاور مضاعف به عمق بخشی کمک کرده و در ادامه با گمانه‌زنی‌های همدلانه کوچکترین خروج‌ها به سمت حل و فصل را تقویت کرده و انعکاس دهد. در ادامه می‌توان آن را به یکی دیگر از اعضا به انتخاب شخص اول سپرد. معمولاً این نقش به کسی از اعضا سپرده می‌شود که رهبر احساسی گروه است و بیشترین عواطف و حمایت‌ها از طرف وی به اعضا داده می‌شود. این افراد می‌توانند بعنوان پردازش‌گر جایگزین عمل کرده و دید شخص اول را به موضوع و خودش وسیع کنند و در خلق فردی یکپارچه‌تر ایده‌هایی به شخص اول عرضه نمایند. اغلب محتوای آنچه گفته می‌شود، اهمیت کم‌تری از حالت فرد به هنگام گفتن دارد. به نمایش در آوردن حالت چهره، زیر و بم صدا، زاویه بدن و فیگورها همه عوامل تعیین‌کننده و اصلی در عکس‌العمل افراد هستند. مشاهده عکس‌العمل حضار، مبالغه در فیگورها، به کارگیری روش آینه به شخص اول کمک می‌کند تا در مورد ماهیت و اهمیت نشانه‌های ارتباط غیر کلامی که شاهرهای هستند به سمت هیجانات دردناک بنیادین یا طرح‌های هیجانی ناسازگار پی ببرند. استفاده از هجاهای بی معنی و جلوه‌های هیجانی یا ژست‌ها به جای کلام می‌تواند آن را تقویت کند. برای نشان دادن تسلط خودارزیاب یا خودبازدار می‌توان او را ایستاده نشان داد و شخص اول را در جایگاه تجربه‌گر دو زانو روی زمین نشان داد.

در فن صندلی خالی که با ظهور نشانگر کار ناتمام آغاز می‌شود در گروه به این نحو انجام می‌شود که درمانگر او را به عنوان شخص اول نمایش انتخاب می‌کند. در مورد موضوع بیشتر با او صحبت می‌کند تا جزئیات بیشتری از آنچه بازی خواهد شد در ذهنش شکل بگیرد. در ادامه برای بازآفرینی دیدگاه شخص اول از دیگری مهم از وی خواسته می‌شود تا یاور را برای اجرای نقش معکوس یا مقابل آماده کند. همچنین یاور دیگری به شکل مضاعف کنار او قرار خواهد گرفت تا تجربه فرد به خوبی باز تجربه و پردازش مجدد شود. یاور مضاعف گمانه‌زنی‌های همدلانه فراهم می‌آورد

رفتارهای جدید که می‌تواند در گروه بدون عقوبت انجام شود، بازخورد دریافت کند و به قدری تکرار شود تا مستحکم شود، استفاده می‌شود. می‌توان از آن‌ها خواست رفتاری نشان دهند که با عادت‌های آن‌ها مغایرند مثلاً احمقانه رفتار کنند یا نقش افراد بی‌نزاکت یا بی‌هدف را ایفا کنند. این فن که قصد متناقض نیز نام‌گذاری می‌شود می‌تواند از رفتار مطلوب تمرکززدایی کرده، خودنظارتی را کاهش داده و موجب ظهور دیدگاه‌های تازه و رفتارهای خلاف‌قانه شود.

می‌توان از روش آینه استفاده کرد تا بازخوردهای بهتری از حالت چهره، ایستادن، وضعیت سر، سینه و پاها به کمک یک یاور فراهم آورد و از آن‌ها خواست تا از بازخورد فراهم شده در جهت حرکت به سمت دستیابی به رفتارهای نشانگر ویژگی‌های مطلوبی مانند قاطعیت و خودجوشی و خونگر می، استفاده کنند.

همچنین در پاسخ به نشانگر خودارزیاب وقتی هدف درمانگر این است که به مثابه یک قابل‌زندگی نزیسته درمانجو را بیرون بکشد و اضطراب گناه، وقتی سازگار است را عمق‌بخشی کند، می‌توان نقش معکوس را به نحوی هدایت کرد که یادآور پتانسیل‌های بالفعل نشده «نقش اول» شود و او را تشویق کند تا تصوراتی از تغییر به کمک گروه فراهم آورد. این تصور از تغییر خود به عنوان یکی از راهبردهایی که موجب تبدیل هیجان می‌شود حائز اهمیت است که به خوبی در حل و فصل دیگری که می‌توان برای فن دو صندلی و نشانگر خودارزیابی‌هایی که اضطراب گناه سازگار را به دنبال دارد به عنوان عامل تغییر با فراخوانی گرایش به فاصله گرفتن از درد هیجانی فراهم آورد.

و به عنوان پردازشگر جایگزین به شخص اول برای پردازش مجدد تجربه کمک می‌کند. شخص اول می‌تواند به نقش برادر یا خواهرش درآید و از دریچه نگاه آن‌ها با والدینش برخورد کند. درمانگر با تأکید بر نشانه‌های ارتباط غیرکلامی و تصورات و هیجانات پافشاری آرامی روی درد هیجانی دارد تا در یک فرآیند طبیعی گرایش به فاصله گرفتن از آن فعال شود. احساسات و تصورات مطرود یا واپس رانده شده ابراز و ارزیابی مجدد می‌شود. این هیجانات معمولاً شکل سازگار خشم و غم هستند که در نهایت به بخشش، رها کردن و مسئول دانستن دیگری می‌انجامد. تصحیح تحریفات مشاهده شده در دیدگاه فرد از دیگری مهم با سرعت و آمادگی و خواست فرد تنظیم می‌شود و درمانگر فقط روند را تسهیل می‌کند و تجربه‌ی اصلاحی فراهم می‌آورد. در انتها نیاز به داشتن پدر خوب تصدیق و اعتباربخشی شده و یآوری که نقش معکوس را به عهده داشت سعی می‌کند بفهمد که پدر خوب از دیدگاه او چیست تا بتواند لحظه‌ای آن را برای شخص اول فراهم آورد. در دادن نقش یاور مضاعف و یاور معکوس بهتر است افرادی انتخاب شوند که خود کار ناتمامی دارند که ایفای این نقش‌ها به حل و فصل آن‌ها نیز یاری رساند. در انتها حضار تجارب مشابه‌شان را بازگو می‌کنند همدلی می‌گیرند. از چیزهایی که آموختند و فهمیدند می‌گویند. از یاورها درباره تجربه‌شان سؤال می‌شود و تجارب تازه از دیدگاه‌های مختلف به اشتراک گذاشته می‌شود.

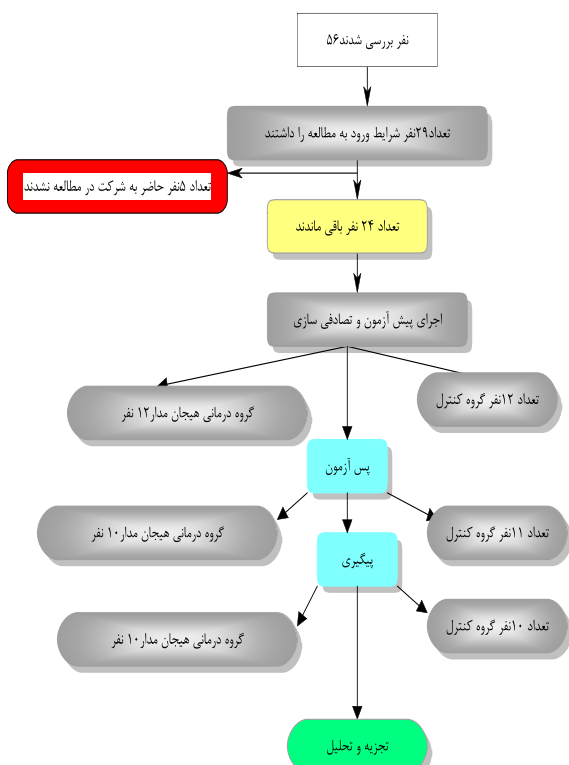
از بازی نقش علاوه بر حل تعارضات درونی و دغدغه‌های ناتمام در گروه درمانی متمرکز بر هیجان می‌توان با هدف تمرین رفتاری استفاده نمود. هدف از تمرین رفتاری کسب تجربه در مورد شکل‌های متنوع

جدول ۱. خلاصه وضعیت‌ها و اقدامات

وضعیت‌ها	اقدامات
سردرگم و جدا	راه‌اندازی و تشکیل
شامل جلسه افرادی پیش‌گروه و یک تا دو جلسه ابتدایی	برگزاری یک جلسه بعنوان پیش‌گروه، پاسخ به پرسش‌ها، نگرانی‌ها و توضیح درباره آنچه احتمالاً در جلسات گروه خواهد گذشت، گرمی و همدلی و اطمینان‌بخشی
نگرانی‌هایی درباره میزان تخصص درمانگران، مسئله رازداری، آنچه خواهد گذشت، خجالت‌زدگی	رسمیت کمتر جلسات، حضور و گرمی بیشتر، همراه با نشان دادن علاقه و تجلیات چهره‌ای پذیرنده تر، استفاده از فنون گرم‌کننده مانند دست به دست کردن نوشت افزار، گروه‌بندی‌های دونفری و سه نفری، عدم اصرار به مشارکت، تحمل سکوت، کمک در گیرانه برای بیان منظور، اطمینان‌بخشی بیشتر، شکل دادن و توافق روی قوانین گروه شامل راز داری برون گروهی و منع رازداری درون گروهی، درمیان گذاشتن قصد ترک گروه و احساسات آن یک جلسه قبل از اقدام.
تجربه‌گر و کنج‌گاو	جهت‌دهی و صورت‌بندی
	سطح گروهی: فرهنگ‌سازی در گروه

وضعیت‌ها	اقدامات
سطح گروهی: سردرگمی ناشی از آموزش مفهومی اندک یا راه‌حل‌دهی، وقتی درمانگر به سرعت درمان نمی‌کند یا راه‌حلی نمی‌دهد، نمی‌دانند چطور مشارکت کنند، چه بگویند و کی بگویند، واکنش تسهیل‌گران را نمی‌توانند پیش‌بینی کنند. به دنبال ترتیب و ساختارند. همچنین، تمایل دارند که گروه را به جلسات پرسش و پاسخ یا مسئله-راه‌حل تبدیل کنند سطح دوتایی: قضاوت دیگری، نصیحت دیگری، مقایسه دیگری با خود یا گذشته خود، راهکار دادن عجولانه سطح فردی: روایت‌ها فقط بیرونی، ناقص، نامتمرکز و غیرهیجانی، فقط مفهومی، فقط جسمانی، تجارب مرتبط با مشکل ناکامل و گیج‌کننده است. احساس می‌کنند چیزی برای گفتن ندارند، نمی‌خواهند از احساسات شان بگویند. هیجان‌ها شدیدند یا عضو احساس بی‌حسی می‌کند. تجربه احساس بدون وضوح و تمایز است، هیجان‌ها همزمان تجربه می‌شوند در روایت‌های اعضا شکاف‌های زیادی دیده می‌شود. اعضا خود را قربانی بیماری یا تجارب گذشته‌شان قلمداد می‌کنند. به واکنش‌ها و هیجاناتی اشاره می‌کنند اما نمی‌دانند ناشی از چیست به تعارضات میان فردی در خارج از گروه اشاره می‌کنند. نسبت به دیگری مهم زندگی رنجش‌هایی را بیان می‌کنند. علائم بدنی اضطراب و هراس اجتماعی، کناره‌گیری، فقدان تماس چشمی مشهود است.	ایجاد فضایی امن برای تجربه، ابراز جنبه‌های پذیرفته نشده وجود. آموزش تجربی درباره نحوه مشارکت، پیشنهاد و چانه‌زنی برای مواقعی که درمانگر می‌داند بهتر است روند جلسات به کدام سمت برود، جلب توافق اعضا بر سر قوانین گروه. آموزش تجربی درباره اهمیت و کارکرد هیجان‌ها سطح دوتایی: کار با مشارکت‌های آسیب‌زنده، زود هنگام به شکل مستقیم بوده و پیشنهاد می‌شود اعضا گروه فقط به کاوش، بیان احساسات، تجارب مشترک و یا متفاوت، نتایج و معانی شخصی از روایت‌های سایر اعضا پرداخته و از راه‌کار دادن یا سایر شکل‌های واکنش خودداری نمایند. سطح فردی: هماهنگی همدلانه شامل ردیابی تجربه بلافاصله و در حال دگرگونی مراجع، کنار گذاشتن مفروضات پیشین، ورود به تجربه مراجع، هم‌طین شدن با تجربه مراجع و گزینش و بیرون کشیدن آنچه مهم یا مرکزی به نظر می‌رسد (ناگوارهای). ابراز همدلی، مراقبت از طریق انعکاس‌ها و گمانه‌زنی‌های همدلانه، تحمل و پذیرش کاستی‌ها، برقراری ارتباط هیجانی در یک ارتباط واقعی و برابر با لحنی غیرمخصصانه، شفافیت، شناسایی مارکرهای تکلیف و صورت‌بندی موردی برای هر یک از اعضا
بیش سطح گروهی: فرهنگی نانوخته شکل گرفته که آنها را از سردرگمی در خصوص نحوه مشارکت در گروه رها ندهد است. سطح دوتایی: بین دو عضو گروه رابطه برقرار می‌شود، حس یا تجربه مشترک یا مغایری دارند یا مشکلاتی بین‌شان وجود دارد یا با یکدیگر دچار تعارض می‌شوند. سطح فردی: بعد از گذر از مرحله اول، حالا کاوش را به منظور کامل کردن تجربه، مفید و مهم می‌داند. هنوز بیان آسیب‌پذیری در برابر گروه برای فرد ممکن نیست. با کمک درمانگر می‌تواند توجه خود را به درون معطوف کند، مرزهای آگاهی را کاوش کند و جنبه‌های دیگر تجربه‌اش را متمایز کرده و بسط دهد. با کمک درمانگر می‌تواند فهرستی از نگرانی‌ها یا تجربیات مشکل‌آفرین خود تهیه کرده، فاصله هیجانی و کاری مناسبی با آنها برقرار کند و برای پردازش بیشتر یکی از آنها را انتخاب کند. دانش هیجانی قابل قبولی دارد و بطور نسبی از هیجان‌هایی که تجربه می‌کند آگاه است. با کمک درمانگر می‌تواند معانی که هر تجربه برای او دارد را بیابد و بررسی کند. با کمک درمانگر می‌تواند تقریباً بدون اجتناب با جنبه‌های ناگوارتر تروماهای خود روبرو شود. با کمک درمانگر می‌تواند باورهای قلبی خود را در بستر وقایع مهم زندگی بررسی کرده و مورد بازبینی قرار دهد. خودبازداری و خودانتقادی را می‌شناسد و درد و آسیب را با پوست و گوشت و استخوانش لمس می‌کند. با کمک درمانگر دغدغه‌های ناتمام خود را با دیگری مهم خود اعتباربخشیده، دردش را حس می‌کند و گاهی دلش می‌خواهد از آنها خلاص شود. حالت اشباع از اضطراب هنگام مشارکت، خودسرزنشگری بعد از هر مشارکت و بعد از هر جلسه، تاریخچه‌ای شامل والدین تحقیرگر، تحت‌قلم‌داری بودن توسط همشیرا یا همسالان، اطمینان‌جویی افراطی	مکاشفه سطح گروهی: آموزش تجربی درباره انواع هیجان، فنون ایفای نقش شامل دو صندلی و صندلی خالی برای کاربست در گروه گسترش می‌یابند. سطح دوتایی: آغاز کار تجربی در سطح دوتایی. فن‌آگشایی فراخوانی‌کننده منظم به منظور بررسی و دیدن تأثیر هیجانی و شناختی رفتارشان بر عضو دیگر گروه و تأثیری که از واکنش او می‌پذیرند و همچنین آگاهی از اینکه چه هیجانی بازخورد و نحوه رفتارشان با دیگری را انگیزه‌مند می‌کند، به کار برده می‌شود. سطح فردی: فن‌کاوش همدلانه به عنوان تکلیف پایه که در مجموع حدود نیمی از جلسات در تمام مراحل به آن اختصاص می‌یابد، به طور ویژه تری مورد توجه قرار می‌گیرد. ترغیب کاوش تجربه درونی به جای واقع‌گویی، شخصی به جای انتزاعی، بیان فعالانه و تماس میان فردی. شناسایی و انعکاس تجربه‌های مهم برای کاوش، عمق بخشیدن به تجربه، هدایت روند ورود مجدد به تجربه، تعمق بر تجربه ناواضح و در حال ظهور، تشویق تمایز دادن یا بسط دادن تجربه. انعکاس حالت اشباع یا بی‌حسی و آموزش تجربی آن، دعوت به اتخاذ نگرش تمرکزی، کمک به کامل کردن تجربه هیجانی، دعوت به فاصله گرفتن از آنها و ماندن با حس فضای پاک درونی. کاوش ادراک موقعیت بیرونی، واکنش درونی و ارتباط آن‌ها، گمانه‌زنی و پیشنهاد پل معنای مناسب. فراهم کردن انعکاس‌های فراخوانی‌کننده جهت عمق و شدت بخشی به تجربه. کمک به عضو برای حفظ فاصله کاری با موضوع (تنظیم هیجان). روشن‌سازی باور قلبی، تسهیل تأمل در خویشتن در پی یافتن معناهای شخصی. انعکاس حالت دوپارگی یا دغدغه ناتمام، معرفی فن دو صندلی و فن صندلی خالی، متمایز سازی جنبه بازدار یا ارزیاب خود، نشان دادن و اشاره به عاملیت در تجربه عضو، معرفی یاور مضاعف و یاور مضاعف نقش معکوس. هماهنگی نقش‌ها، درگیر کردن سایر اعضا. ورود به عوامل زمینه ساز و ما‌ش‌چکان اضطراب اجتماعی شامل تروماهای رابطه‌ای، صورت‌بندی اضطراب به عنوان هیجان ثانویه، بررسی شناخت‌ها به عنوان راهی برای پوشاندن شرم، تبیین سبب‌شناسانه خودنظارتی و خودسرزنشی و نقش آن‌ها در تداوم اضطراب اجتماعی
انتقال	کار با مقاومت
سطح گروهی: تمایل به اجتناب باز می‌گردد. به رهبر گروه حمله می‌شود (واکنش انتقالی)، سوء تفاهم‌هایی شکل می‌گیرد. از رهبر خواسته می‌شود مانند سایر اعضا خودآشنایی کند. ممکن	گروهی: قدرت با درمانگر دوم به منظور کاهش واکنش‌های شدید انتقالی و همچنین کاستن از احتمال گسست درمانی با هر دو درمانگر. احتمال سایه رهبر توسط درمانگر دوم گروه بازخورد داده

وضعیت‌ها	اقدامات
است انتقال‌های متقابلی در واکنش‌های تسهیل‌گران وجود داشته باشد. زیرگروه‌هایی تشکیل می‌شود و برخی از اعضا قانون منع رازداری درون گروهی را نقض کرده و پنهان کاری می‌کنند. برخی از اعضا نقش رهبر قربانی، مخالف یا احساسی گروه را عهده‌دار می‌شوند. ممکن است عضوی اهداف یا تکالیف یا اثربخشی گروه را زیر سؤال ببرد.	واصلاح می‌شود. برگزاری جلسات هماهنگی درمانگران قبل و بعد از هر جلسه، سطح گروهی اغلب در پیش‌زمینه است و دو سطح دیگر در پس‌زمینه. رهاسازی نقش همه‌چیزدان و همه‌کار توان توسط درمانگران، اگر وجود دارد. آموزش تجربی درباره ارتباط شفاف و انسانی درمانگر به جای خودافشایی از مشکلات برون‌گروهی، اعتراف به خطاپذیری. استفاده از تسهیل‌گر دوم، قدرت را تقسیم کرده، مانع از واکنش‌های انتقالی شدید می‌شود و همچنین امکان اندک بودن گسست درمانی با هر دو درمانگر باعث کاهش خطرپذیری از دست رفتن اعضا می‌شود. برگزاری جلسات هماهنگی رهبران در قبل و بعد از جلسه. بازخورد سایه رهبر در جلسات هماهنگی،
منسجم و فعال	سازندگی و اقدام
سطح گروهی: تلاش برای حفظ ظاهر کردن به حداقل می‌رسد، در گروه جسورانه‌تر رفتار می‌کنند، قدردانی خود را از پیشرفت‌هایشان نسبت به گروه ابراز می‌کنند، با درمانگر از نظر قانون و اهداف گروه همسو هستند.	سطح گروهی: تغییرات گروه انعکاس داده می‌شود. در پس‌قدردانی اعضا عاملیت آنها جستجو و انعکاس داده می‌شود.
سطح دوتایی: اعضا به هم بازخوردهایی به دور از تملق می‌دهند، تماس واقعی برقرار می‌کنند، روابط باورانه است، ابراز احساسات می‌کنند.	سطح دوتایی: بیان رضایت‌مندی از رابطه دو نفره ترغیب می‌شود، مسیر رسیدن به این رضایت‌مندی پیگیری، پردازش و به مالکیت و عاملیت در می‌یابد
سطح فردی: نشانه‌هایی از بخشودگی، رها کردن گذشته و رها کردن چیزی که می‌خواستند باشند و نیستند دیده می‌شود. روایت‌هایی از ارتباط‌های اخیر خود بیان می‌کنند که در آن جسورانه رفتار کرده‌اند، نقش خود را در مشکلاتش می‌پذیرد. نیازهای رشدی، تمایل به عمل در جهت دور شدن از درد هیجانی سازگار وجود دارد، امیدوار است. قادر است درمانگر را با تمام ضعف‌هایش بپذیرد که کمک می‌کند در بخشودگی و یا رها کردن دیگری مهم‌اش توان لازم را کسب کند.	سطح فردی: حالت‌های انتهایی در تکالیف درمانی تسهیل می‌شوند. ریزمارکرهای در جهت جهت رساندن به حل و فصل کامل، بیرون کشیده می‌شود. تجربه‌های با جهت‌گیری رشد (شامل؛ اولین‌های مطلوب در رفتار، هیجان‌های سازگار، بازنگری در معناهای پیشین، اشاره به فرصت‌ها، اشاره به نقاط قوت خود، اشاره به پیشرفت‌ها، مراقبت از خود، حس قدرت شخصی یا خودکارآمدی) تشویق شده و به‌طور کامل پردازش می‌شود. کار عمیق با آسیب‌پذیری و شرم به صورت حق دادن و ارزش دادن به آنچه می‌گوید، تسهیل استعاره دادن و عمق بخشیدن به آن و حمایت از برنامه‌ریزی عضو برای تغییر، صورت می‌گیرد. تغییرات مشاهده شده در خلق مورد کاوش و حمایت قرار می‌گیرد. حس آسودگی به دست آمده انعکاس داده می‌شود، مسیر رسیدن به آن بازشناسی شده و پردازش می‌شود. خودآرام‌بخشی در فن دو صندلی به صورت ایفای نقش، هدایت می‌شود، از سربرآوردن خشم‌های توانمندساز و محافظت‌کننده و همچنین غم‌ناشی از سوگواری برای فقدان‌های گذشته حمایت می‌شود، تغییرات بوجودآمده در طرح هیجانی شرم و ترس‌های دلبستگی‌مدار بررسی، صورت‌بندی و انعکاس داده می‌شود. تغییرات ایجاد شده در دیدگاه عضو از خود و دیگری بررسی، صورت‌بندی و انعکاس داده می‌شود. ایفای نقش‌هایی با هدف تمرین رفتاری به صورت قصد متناقض یا مطلوب تدارک دیده می‌شود.
کارآمد و متکی به نفس	تثبیت و اختتام
سطح گروهی: گروه همسو و هماهنگ و مستقل است و به خوبی کار می‌کند.	سطح گروهی: کار خوب گروه انعکاس داده می‌شود.
سطح دوتایی: نیازش به دیگری را تجربه می‌کند، احساس سازگاران‌ای به عضو دیگر شکل گرفته، در فضای امنی از گروه بعنوان آزمایشگاه رفتاری استفاده می‌کند تا شکل‌های تازه تجربه بودن با دیگری را بیازماید، حس از اینکه مشکلات را می‌توان با گفتگو حل کرد و می‌توان در حضور دیگران احساس امنیت کرد پدید می‌آید. حس توانمندی نسبت به پاسخ‌گویی به انتقاد یا محافظت از خود در برابر تمسخر و تحقیر به وجود آمده است، حس کارآمدی به اینکه می‌توانم طوری رفتار کنم تا احترام، توجه، علاقه و همراهی آن‌ها را داشته باشم	سطح دوتایی: شکل‌های تازه تعامل شناسایی و انعکاس داده می‌شود. جسارت اعضا در آزمایش آنها تشویق می‌شود.
سطح فردی: آسودگی بیشتری را تجربه می‌کند. احساس می‌کند می‌داند در این مواقعی که قبلاً مضطرب می‌شدند چه کند، خود را به صورت کلی قابل قبول‌تر و توانمندتر می‌داند، حس از اینکه من بدون درمانگر هم قادرم بهبودی‌ام را گسترش دهم پدید می‌آید.	سطح فردی: انتقال حالتی از اعتماد به افراد در جهت مراقبت از خود و طی روند رو به رشد به شکل شخصی، بیان تجربه از پیشرفت‌های شخصی در یکی از حوزه‌های زیر (شامل: خلق معنا، خودپذیری یا خودکارآمدی، خودابرازگری، خودجوشی، تغییر مثبت در حس بدنی، نماددهی، به کارگیری هیجان‌های سازگار، تحمل پریشانی، بیان هیجان، دیدگاه جدید نسبت به کارکرد خود، پذیرش دنیا، نگاه مالکانه و عاملانه نسبت به احساسات، رها کردن نیازهایی که هرگز برآورده نخواهد شد، ترغیب یا هدایت روند می‌شود.



شکل ۲. اجرای طرح کمی پژوهش

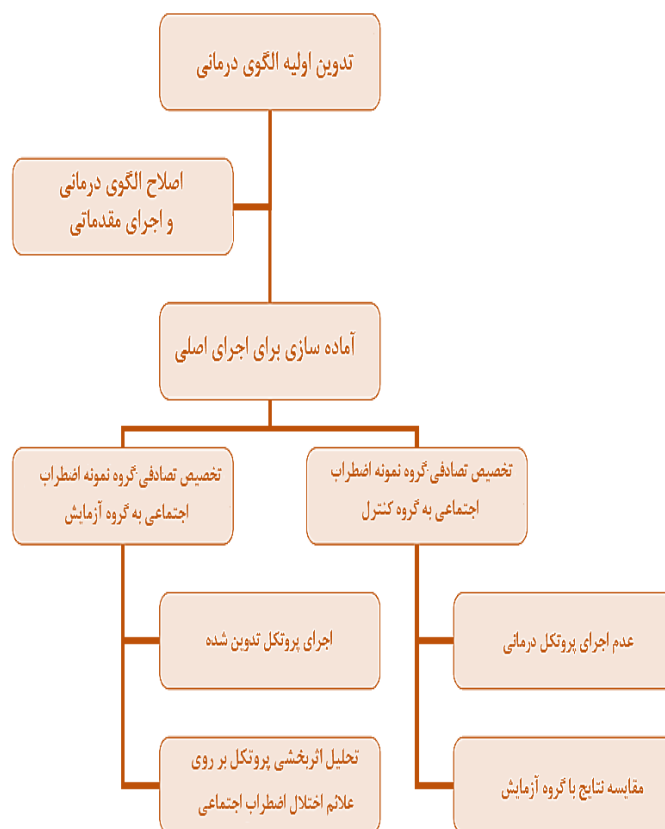
یافته‌ها

جهت ارزیابی روایی محتوایی به صورت کیفی از دیدگاه موافق یا مخالف ۱۱ نفر متخصص در مورد میزان هماهنگی محتوای قالب مضامین مشخص شده، استفاده شد. جهت بررسی روایی محتوایی به صورت کمی، از شاخص روایی محتوایی استفاده شده است که مقدار آن بر اساس فرمول زیر محاسبه شد:

$$CVI = \frac{n_E}{N}$$

جهت بررسی اعتبار مضامین در مرحله اول توسط خود پژوهشگر از منابع مورد مطالعه استخراج و تجزیه و تحلیل شد. ضریب پایایی نیز با استفاده از روش هولستی محاسبه گردیده است. مقدار $0/89$ = ضریب اعتبار هولستی نشان می‌دهد که نتایج تحلیل مذکور از قابلیت اعتماد بالایی برخوردار است. پس از محاسبه اعتبار و پایایی قالب مضامین ایجاد شده و بازنگری نهایی در مورد قالب مضامین طبق نظرات ۱۱ نفر متخصص، شبکه مضامین قابل مشاهده است. این قسمت شامل محاسبه ضریب توافق ۵ نفر متخصص

مدل کلی اجرای پژوهش در شکل ۱ و روند اجرای طرح کمی پژوهش در شکل ۲ نمایش داده شده است. برای تحلیل اطلاعات به دست آمده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای تحلیل داده‌های توصیفی از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و برای تحلیل استنباطی، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. بنابراین، در ابتدا از جداول آمار توصیفی به منظور توصیف علائم اضطراب اجتماعی استفاده شد. در راستای تحلیل داده‌ها و پاسخ به سؤال اصلی پژوهش، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور بررسی تأثیر پروتکل گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر روی علائم اختلال اضطراب اجتماعی استفاده شد. سطح معناداری یافته‌ها نیز $0/05$ در نظر گرفته شد.



شکل ۱. مدل کلی اجرای پژوهش

نمونه ۵ نفره، به مدت ۳۰ جلسه ۲ ساعته، اجرا و سپس اثربخشی آن در مورد بهبود اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است. در بخش کمی، ۲۴ نفر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شرکت کردند اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان نشان داد، از نظر جنسیت، ۱۲ نفر (۵۰ درصد) از شرکت کنندگان مرد و ۱۲ نفر (۵۰ درصد) نیز زن بودند. از نظر سنی ۷ نفر (۳۵ درصد) از شرکت کنندگان در دامنه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، ۹ نفر (۴۵ درصد) در دامنه ۲۵ تا ۳۰ سال و ۴ نفر (۲۰ درصد) نیز بالای ۳۰ سال سن داشتند. میزان تحصیلات، ۳ نفر (۱۵ درصد) دیپلم، ۹ نفر (۴۵ درصد) کاردانی و کارشناسی، ۴ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی ارشد و دکتری بود. از نظر وضعیت تأهل نیز ۷ نفر (۳۵ درصد) متأهل و ۱۳ نفر (۶۵ درصد) نیز مجرد بودند. جدول شاخص‌های توصیفی متغیر اصلی پژوهش (اضطراب اجتماعی) و مؤلفه‌های آن در جدول ۲ آمده است.

ارزیابی کننده بسته تدوین شده و گزارش مبسوط دیدگاه ایشان نسبت به بسته است. مقدار ضریب همبستگی دو رشته‌ای به دست آمده از حاصل ضرب انحراف استاندارد $\times$ ضریب همبستگی دو رشته‌ای $\times (1/96)$ یا $(2/58)$ بزرگ‌تر باشد. براین اساس ضریب همبستگی دو رشته‌ای در مورد محتوای تکالیف، عنوان جلسات و تعداد جلسات $0/92$ به دست آمد و چون از مقدار $(1/96 \times \text{انحراف استاندارد} \times \text{ضریب همبستگی دو رشته‌ای})$ بزرگ‌تر است $(0/92 > 0/61)$ در سطح $0/05$ معنادار است؛ بنابراین پنج نفر متخصص ارزیاب نسبت به خصوصیات بسته نظر یکسان و موافق دارند. دو مضمون فراگیر شامل درمان متمرکز بر هیجان و اضطراب اجتماعی بود. مجموعاً ۱۱ مضمون سازمان دهنده و ۹۴ مضمون پایه شناسایی شد. در خصوص اضطراب اجتماعی ۵ مضمون سازمان دهنده و ۲۷ مضمون پایه شناسایی شدند. بر اساس طرح شبه‌آزمایشی از نوع ایستا، بر روی یک گروه

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیر اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن

متغیرها/ مؤلفه‌ها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ترس	آزمایش	۱۴/۹۰	۴/۷۷	۱۱/۱۰	۳/۷۸	۹/۲۰	۳/۶۷
	گواه	۱۵/۸۰	۴/۲۱	۱۶/۰۰	۴/۰۸	۱۶/۱۰	۳/۷۸
اجتناب	آزمایش	۱۸/۸۰	۳/۶۱	۱۵/۵۰	۲/۹۱	۱۲/۹۰	۲/۴۲
	گواه	۲۱/۳۰	۲/۹۸	۲۱/۷۰	۲/۶۶	۲۱/۰۰	۲/۲۱
علائم فیزیولوژیک	آزمایش	۱۲/۶۰	۱/۷۷	۱۰/۰۰	۱/۳۳	۷/۸۰	۱/۳۱
	گواه	۱۲/۸۰	۲/۰۴	۱۲/۶۰	۱/۸۹	۱۲/۷۰	۲/۶۶
نمره کل	آزمایش	۴۸/۱۰	۴/۳۹	۳۸/۵۰	۶/۲۲	۲۹/۹۰	۵/۷۲
	گواه	۵۰/۹۰	۶/۰۲	۵۱/۳۰	۴/۷۸	۴۹/۸۰	۴/۱۵

هیچ‌یک از مؤلفه‌ها و نمره کل در سطح $0/05$ معنادار نیست. هم‌چنین پیش‌فرض کرویت که از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر است برآورد گردید ($P > 0/05$). همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در همه مؤلفه‌های ترس، اجتناب، علائم فیزیولوژیک و نمره کل اضطراب اجتماعی، میانگین نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. نتایج ارائه شده در جدول حاکی از آن است که بسته گروه درمانی متمرکز بر هیجان توانسته است منجر به کاهش میانگین نمرات اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون شود، اما معناداری این تغییرات و هم‌چنین تفاوت میزان تأثیر مداخله، می‌بایست توسط آزمون‌های استنباطی مورد بررسی قرار گیرد.

قبل از انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های مربوط به این آزمون بررسی شد. در ابتدا، وضعیت نرمال بودن نمرات متغیر اصلی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بررسی شد. پس از انجام آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مشخص شد مقادیر این آزمون در هیچ کدام از مراحل معنی‌دار نبود ($P > 0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. هم‌چنین مقدار F به دست آمده برای آزمون لوین در متغیر اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری غیرمعنادار بود. این عدم معناداری بدین معنا بود که پیش‌فرض همگنی واریانس نمرات در مؤلفه‌های ذکر شده رعایت شده است. بررسی نتایج به دست آمده از آزمون ام‌باکس نیز نشان داد مقدار ام‌باکس در

از این رو در ابتدا نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ آمده است و سپس برای پاسخ گویی به سؤال اصلی پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
ترس	۳/۳۳	۱	۳/۳۳	۱۲/۳۳	۰/۰۲	۰/۷۹
اجتناب	۴۱۶۶۶/۶۶	۱	۴۱۶۶۶/۶۶	۱۶۱/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷
علائم فیزیولوژیک	۱۶۴۳/۲۶	۱	۱۶۴۳/۲۶	۱۸۷/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۷
اضطراب اجتماعی	۲۵۴۶۱/۶۰	۱	۲۵۴۶۱/۶۰	۵۸۶/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۸

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر متغیر اضطراب اجتماعی

مؤلفه ها	منبع	SS	df	SM	F	P	ضریب اتا
نمره کل	مراحل	۹۳۱/۲۲	۱	۹۳۱/۲۲	۶۵/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	گروه بندی	۲۱۰۰/۴۱	۱	۲۱۰۰/۴۱	۲۲/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	مراحل * گروه بندی	۷۳۱/۰۲	۱	۷۳۱/۰۲	۵۱/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	خطا	۱۶۷۰/۱۶	۱۸	۹۲/۷۸	-	-	-
ترس	مراحل	۷۲/۹۰	۱	۷۲/۹۰	۸۶/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	گروه بندی	۲۶۸/۸۱	۱	۲۶۸/۸۱	۵/۵۶	۰/۰۳	۰/۲۳
	مراحل * گروه بندی	۹۰/۰۰	۱	۹۰/۰۰	۱۰۷/۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	خطا	۱۵/۱۰	۱۸	۰/۸۳	-	-	-
اجتناب	مراحل	۹۶/۱۰	۱	۹۶/۱۰	۸۴/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	گروه بندی	۴۷۰/۴۰	۱	۴۷۰/۴۰	۲۰/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	مراحل * گروه بندی	۷۸/۴۰	۱	۷۸/۴۰	۶۸/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۲۰/۵۰	۱۸	۱/۱۳	-	-	-
علائم فیزیولوژیک	مراحل	۶۰/۰۲	۱	۶۰/۰۲	۷۵/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	گروه بندی	۹۸/۸۱	۱	۹۸/۸۱	۱۰/۰۴	۰/۰۰۵	۰/۳۵
	مراحل * گروه بندی	۵۵/۲۲	۱	۵۵/۲۲	۶۹/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۱۴/۲۵	۱۸	۰/۷۹	-	-	-

آن است که بسته گروه درمانی متمرکز بر هیجان با تعامل مراحل نیز تأثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) متغیر اضطراب اجتماعی داشته است. همچنین نتایج نشان داد که ۷۴ درصد از تغییرات متغیر اضطراب اجتماعی، ۸۵ درصد از تغییرات متغیر مؤلفه ترس، ۷۹ درصد از تغییرات متغیر مؤلفه اجتناب و ۷۹ درصد از تغییرات متغیر مؤلفه تغییرات فیزیولوژیک توسط تعامل متغیر مراحل و گروه بندی تبیین می شود.

نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۳ نشان داد که میانگین نمرات متغیر اضطراب اجتماعی و مؤلفه های آن فارغ از تأثیر گروه بندی در طی مراحل پس آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده است ($P > ۰/۰۵$)؛ که این تغییر با مقایسه با پیش آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می رود. از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه بندی فارغ از مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر متغیرها تأثیر معنادار داشته است. بدین معنا که اثر بسته درمانی تدوین شده در مقایسه با گروه گواه یک اثر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه بندی به عنوان مهم ترین یافته جدول فوق حاکی از

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تدوین پروتکل گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان و کارآزمایی آن بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. یافته‌های به دست آمده در بخش کیفی، بر اساس روش تحلیل مضمون شامل شناسایی مضامین فراگیر «گروه‌درمانی، اضطراب اجتماعی و درمان متمرکز بر هیجان» و ۱۳۴ مضمون پایه بود که این مضامین مطابق با مبنای طبقه‌بندی جایگاه مضامین در شبکه مضامین بر اساس مدل آتراید-استرلینگ (۲۰۰۱) شناسایی و سپس شبکه مضامین بر اساس آن‌ها ترسیم شد. شبکه مضامین ترسیم شده، بر اساس شاخص روایی محتوایی شبکه و ضریب اعتبار هولستی، اعتباربخشی شده و مطابق با مؤلفه‌های شناسایی شده به صورت وضعیت‌ها و تکالیف به صورت عملیاتی تدوین شد. سپس اعتبار یابی بسته توسط ۵ نفر متخصص بررسی و ضریب اعتبار همبستگی دو رشته‌ای در مورد جزئیات بسته محاسبه شد که نشان داد مؤلفه‌های شناسایی شده دارای اعتبار هستند و پس از این مرحله، به منظور بررسی اثربخشی بسته درمانی بر متغیر وابسته (اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن)، نحوه عملکرد آن، ویرایش، تغییر و تدوین مجدد تکالیف مطابق با گزارش‌های متخصصین مذکور، مطالعه مقدماتی بر روی گروهی که با ۸ عضو انجام شد. کارآزمایی، تکالیف بسته را تأیید و قابلیت استفاده و اجرا در بخش کمی مطالعه را پیدا نمود. یافته‌های به دست آمده در بخش کمی، تفاوت معناداری در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گواه را در مورد متغیر وابسته پژوهش حاضر نشان داد. پس از بررسی مرحله پیگیری (به مدت یک ماه بعد از پس‌آزمون)، ثبات و دوام اندازه‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون مشاهده شد. این پژوهش، اولین مطالعه‌ای است در ایران در قالب دو رویکرد تلفیقی پژوهشی (کمی و کیفی) به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان می‌پردازد. در مطالعات خارج از ایران نیز مطالعه‌ای با رویکرد تحلیل مضمون در زمینه گروه درمانی متمرکز بر هیجان بر اضطراب اجتماعی یافت نشد. بسته تدوین شده پژوهش با نام گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان برای مضامین عملیاتی شده شبکه مضامین تشکیل شده در کل شامل ۳۰ جلسه ۲ ساعته و ۶ مرحله بود.

یافته‌های کمی مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان بر بهبود اضطراب اجتماعی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

با نتایج به دست آمده در مطالعات اسمری برده زرد و همکاران (۱۴۰۰)؛ گیلی و همکاران (۱۳۹۹)؛ ثناگوی محرر و همکاران (۱۳۹۷)؛ کانولی-زوبات و همکاران (۲۰۲۰) و تیمولاک و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اغلب افرادی تنها بوده و مراودات اجتماعی رضایت‌بخشی ندارند، گروه باعث شد این تنهایی بین‌فردی کاهش یابد و اعضاء از مرزهای صمیمیتی که داشتند عبور کنند، برای ساعت‌هایی خودشان باشند و احساس با هم بودن کنند. بیشتر این افراد در برابر مراجع قدرت اضطراب زیادی داشتند و در سوابق آن‌ها تحت قلدری بودن دیده می‌شد. هماهنگی همدلانه، حضور، گرمی و اصالت درمانگران، تجربه اصلاحی‌ای فراهم آورد تا بر این اضطراب چیره شوند. فضای امن جلسات باعث شد تا بار دیگر بتوانند به دیگران اعتماد کنند و آن‌ها را به خلوت خود راه دهند. آن‌ها در این فضای امن توانستند به تجارب و خاطرات شرم‌برانگیزشان رو کنند و مسیری با سایرین تا گذر از آن‌ها طی کنند. توانستند به هیجان‌های دردناکشان اجازه ورود دهند، آن‌ها را حس کنند، به آن‌ها نام دهند، موقعیت‌های برانگیزنده آن‌ها را درک کنند، آن‌ها را تحمل کنند، در معنای آن‌ها برای دیدگاهی که از خود و دیگری دارند بازنگری کرده و از آن‌ها برای تغییر کمک بگیرند. دانش‌شان در زمینه انواع هیجان ارتقاء یافت و توانستند هیجان‌های اولیه را از ثانویه و ابزاری و همچنین هیجان‌های سازگار را از ناسازگار تمایز دهند. فهمیدند که قربانی هیجان‌های خود نیستند. فهمیدند که هیجان‌های ناخوشایند هم کارکردی انطباقی دارند و می‌توانند به آن‌ها راه دست‌یابی به نیازهای اساسی‌شان را نشان دهند. فهمیدند که آن‌ها هیجان‌های دردناک‌شان نیستند، بلکه ممکن است فقط آن‌ها در مقطعی از زمان بر آن‌ها چیره شوند. شنیده شدن و دیده شدن مکرر و مستمر احساس درک شدن در آن‌ها ایجاد کرد. فهمیدند برای درک شدن باید ابتدا خود متوجه احساسات و نیازهای خود باشند و آن‌ها را به خوبی و درستی به دیگران انتقال دهند. گذشت زمان در گروه و دسترسی به تاریخچه تعاملاتشان در گروه باعث شد دریابند که تا چه حد میزان احترام و ارزشی که از دیگران دریافت می‌کنند در گروهی خواست، اراده و رفتارهایی است که انجام می‌دهند. همچنین دریافتند تا حد زیادی این احترام و ارزشی که دریافت می‌کنند در عاملیت آن‌هاست. تشویق‌ها، تحریک‌ها و پیگیری‌ها مستمر گروه آن‌ها را در راه افزودن رفتارهای تازه به خزانه رفتاری خود مصمم‌تر

می‌کرد و در تلاش بودند در پیشرفت‌های درمانی از دیگران پیشی گیرند. به طور مستمر اشارات آن‌ها به مضامین و تجلیات هیجانی سازگار، رفتارهای نو، اشاره به فرصت‌ها، اشاره به نقاط قوت، پیشرفت، خواست برای تغییر، ابراز وجود، مراقبت از خود و حس قدرت شخصی در آن‌ها شناسایی می‌شد، عمق‌بخشی و تقویت می‌شد و این خود به تنهایی نرخ بروز آن‌ها را افزایش میداد.

شفقت به خود شد هم به عنوان بخشی از حل و فصل در فنون ایفای نقش و هم در نتیجه انسجام گروهی رشد کرد. اعضا توانستند خودتخریبی را از بیرون ببینند و مواجه شدن با درد ناشی از آن، آن‌ها را در جهت فاصله گرفتن از آن سوق دارد.

در واقع، افراد دچار اضطراب اجتماعی، اضطراب از رخ دادن شرمساری را در واکنش به محرک‌هایی که تجربیات دردناک را فراخوانی می‌کنند، سازماندهی می‌کنند. سپس، آن‌ها در تلاشی نافرجام سعی در محافظت از خود در برابر هیجان ناسازگارانه و هسته‌ای شرم می‌کنند. لازم است مراجع به این خودسازمان‌دهی‌های نایمن و مبتنی بر خاطرات طرح‌های هیجانی هسته‌ای خود دسترسی پیدا کند، آن را پردازش کند، عمق‌بخشی کند و در نهایت آن را تبدیل کند. این شرایط به بهترین وجهی در گروه درمانی متمرکز بر هیجان فراهم شد. انسداد در پردازش هیجانی نیز در این اختلال عملکرد دخیل است، بنابراین در سراسر کار درمان پردازش هیجانی تسهیل می‌شد.

اضطراب اجتماعی به عنوان مکانیسمی دفاعی عمل می‌کند که ما خود را مالک برخی از تجربیات مان‌ندانیم، در نتیجه گرایش به عمل مسدود شده و نیاز مرتبط با آن برآورده نمی‌شود. فرض اساسی درمان متمرکز بر هیجان این است که هیجان‌ات به خودی خود ظرفیت سازگاری ذاتی دارند که اگر فعال شوند، می‌توانند به مراجع کمک کنند تا تجربه ناخواسته خود را بازسازی کنند و حالات و تعاملات هیجانی مشکل‌ساز را تغییر دهند (گرینبرگ، ۲۰۱۷).

باید در نظر داشت به دلیل ماهیت اجتماعی این اختلال، در این مطالعه از روش گروه درمانی بهره برده شد. گروه درمانی فرصت‌هایی را در اختیار بیماران قرار می‌دهد که در درمان انفرادی وجود ندارد. مشکلات ارتباطی در ارتباط با گروه به تدریج آشکار می‌شد و این امر آگاهی را در جهت تنظیم هیجان‌ات تسهیل می‌کرد. کناره‌گیری، حساسیت به قضاوت، ترس از

ارزیابی، عدم برقراری ارتباط چشمی مناسب، خودنظارتی، دوپارگی‌های خودبازداری و خودتخریبی، دیدگاه منفی از خود در جمع، تعمیم بیش از حد نسبت به دیدگاه خود از دیگری به عنوان: سرزنش‌گر، خرده‌گیر، تمسخرگر، عصبانی و دریافت بازخوردهای منفی در حضور افرادی که تجربیات و احساسات مشترکی در خصوص اضطراب اجتماعی داشتند و در مهارت‌های اجتماعی آن‌ها ضعف‌هایی وجود داشت، از زهر مواجهه با آن‌ها کاست. آن‌ها گاهی در پیشرفت‌های دیگران خود را مؤثر می‌دانستند و خود را در آن‌ها سهم می‌دانستند. شرکت در گروه از بسیاری از جهات شبیه بودن در خانواده بود. هر یک از اعضا گروه در خصوص تجربیات کودکی و تجربیات فعلی صحبت کردند و از گروه به عنوان آزمایشگاه رفتاری برای تغییر و آزمایش رفتارها و نگرش‌های جایگزین استفاده نمودند. به عنوان نمونه عضوی فهمید همین‌طور که در خانواده نیازهای خود را فدای نیازهای برادر کوچکش می‌کرد، در گروه هم نیازها و سلاقی خود را در اولویت قرار نمی‌دهد.

مشاهده تغییر که آشکارا در دیگران رخ می‌داد و غیرقابل انکارتر از تغییر خود بود، موجب امیدواری اعضا می‌شد. آن‌ها به اعضایی که به اندازه آن‌ها راضی نکرده بودند اطمینان می‌دادند که تغییر امکان‌پذیر است. همچنین پذیرش در گروه و احساس تعلق به آن تا حدی زخم‌های دلبستگی را در آن‌ها التیام می‌بخشید. به تدریج هر یک از اعضا احساس کردند در گروه نقش خاصی ایفا می‌کنند و قدر و منزلتی دارند، این امر موجب التیام زخم‌های هویتی افراد می‌شود و از شرم آن‌ها می‌کاهد.

اعضای گروه با بیان و به اشتراک‌گذاری احساسات و تجربیات خود، اجتناب از حالات درونی را کاهش دادند و بازخوردهای مثبت سایرین از قابل مشاهده نبودن اضطراب درونی‌شان، از شرم آن‌ها نسبت به اضطراب‌شان کاست. وجود نقاط ضعف و قوت متفاوت امکان یادگیری بین فردی و ارتقاء مهارت‌های بین فردی را تسهیل کرد. ارزش‌تر تلقی می‌شد و وقتی از مواجهه با ترس‌هایشان می‌گفتند، حس غرور بیشتری داشتند که موجب تبدیل هیجانی به بهترین شکل می‌شد.

پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد بسیاری از درمان‌ها اگر در قالب گروه درمانی به کار روند، اثربخشی بهتری به همراه خواهند داشت. برای مثال، مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فردی و گروهی نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری گروهی کارایی بالاتری در بهبود علائم اضطراب اجتماعی

تحصیلی، مشکلات میان فردی، تلف شدن فرصت‌های مهارت‌آموزی شود، اطلاع‌رسانی و اقدامات عملی لازم در خصوص به کارگیری هر چه بیشتر گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان در جهت کاهش علائم این اختلال ضروری است.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت شده است و تمامی شرکت‌کنندگان با تکمیل فرم رضایت‌نامه و به صورت کاملاً آگاهانه در پژوهش شرکت کردند. قبل از اجرای پژوهش، در خصوص محرمانه بودن اطلاعات، اهداف پژوهش و نحوه پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها، توضیحات لازم به شرکت‌کنندگان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی انجام گرفته است. **نقش هر یک از نویسندگان:** نویسنده اول این مقاله به عنوان پژوهشگر اصلی، نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم نیز به عنوان استاد مشاور در این پژوهش نقش داشتند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منفعی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند. **تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از تمام شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر که در اجرای پژوهش ما را یاری کردند، قدردانی می‌شود.

دارد (آرنفرد و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به بررسی‌های انجام شده، اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان به شیوه فردی بر روی علائم اختلال اضطراب اجتماعی انجام شده است، که نتایج مثبتی نیز به همراه داشته است (الیوت و شاهار، ۲۰۱۷). اما، پروتکل این نوع درمان به نحوی که فنون مداخله بر اساس نشانگرهای تکلیف به گونه‌ای تغییر یافته باشند که برای اجرا در گروه متناسب و سازگار باشند، تدوین نشده است و اثربخشی آن مورد ارزیابی قرار نگرفته بود. با توجه به اینکه اساساً اختلال اضطراب اجتماعی در گروه نمود بارزتری دارد، تدوین پروتکل نیمه‌ساختاریافته گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان در کمک به حوزه درمان این اختلال می‌تواند بسیار کارساز باشد. به طور کلی، یافته‌های مطالعه حاضر مؤید این مطالب بود که گروه درمانی متمرکز بر هیجان می‌تواند در بهبود اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های سه‌گانه آن شامل ترس، اجتناب و متغیرهای فیزیولوژیک مؤثر واقع شوند. این مطالعه با محدودیت‌هایی مانند حجم نمونه کم، دوره پیگیری کوتاه و نمونه‌گیری غیرتصادفی روبرو بود. با توجه به اثربخشی بسته تدوین شده در مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود تا متولیان سلامت با آن آشنا شوند و استفاده از آنرا به برنامه‌های مداخلاتی خود بیفزایند.

با توجه به اینکه اضطراب اجتماعی به شدت عملکرد فرد را در همه حوزه‌ها شدیداً مختل کرده و احساس شادکامی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد

منابع

آرین نژاد، شیرین، صالحی، مهدیه؛ تقی‌لو، صادق و استکی، مهناز (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر و درمان هیجان‌مدار بر ابرازگری هیجان افراد با سندرم ضربه عشقی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۵)، ۹۱۳-۹۳۲.

<https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.913 B>

اسمری برده زرد، یوسف؛ محمدامین‌زاده، دانا؛ و حسین ثابت، فریده. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به اختلال پرخوری مراجعه‌کننده به بیمارستان سینا. *فصلنامه نوید نو*، ۲۱ (۶۵)، ۱۱-۲۲.

<http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3119-fa.html>

شناگوی محرز، غلامرضا، شیرازی، محمود، محمدی، رویا، مقصودلو، فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اسکروز (ام. اس. چندگانه). *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱ (۶)، ۱۹۰-۲۰۰.

<https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14605>

حسینی‌اردکانی، اشرف. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر اضطراب اجتماعی و وابستگی بین‌فردی زنان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۴ (۸)، ۱-۱۱.

<http://jnip.ir/article-1-265-fa.html>

رزاقی، شکوفه؛ منصوبی‌فر، محسن؛ هواسی‌سومار، ناهید؛ طهمورسی، نیلوفر. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نظم‌جویی هیجانی و کیفیت زندگی دانشجویان موسیقی دارای رگه‌های اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۷)، ۱۳۳۵-۱۳۵۲.

<https://doi.org/10.52547/JPS.22.127.1335 S>

رضایی‌دوگانه، ابراهیم؛ محمدخانی، پروانه و دولتشاهی بهروز (۱۳۹۱). مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی و انفرادی بر ترس از ارزیابی مثبت. *مجله توانبخشی*، ۱۳ (۱)، ۵۸-۶۵.

<http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-819-fa.html>

صفاری‌نیا، مجید، و شاهنده، مریم. (۱۳۹۳). پایایی و روایی پرسشنامه ترس مرضی اجتماعی در دانشجویان دانشگاه‌های اهواز. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۲۰ (۲)، ۱۷۰-۱۷۸.

<http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2191-en.html>

فغان‌پور گنجی، محمد؛ کلاتری، مهرداد و عابدی احمد (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با درمان ذهنیت‌های طرحواره‌ای تمثیلی بر فرسودگی شغلی درمان‌گران. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۷)، ۱۲۸۵-۱۳۰۱.

<https://doi.org/10.52547/JPS.22.127.1285>

گیلی، شهناز، صادقی فیروزآبادی، وحید، حقایق، سید عباس، علیزاده قویدل، علیرضا، رضایی جمالویی، حسن. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان تحریک الکتریکی مستقیم فراجمعه‌ای بر اضطراب و افسردگی بیماری عروق کرونر قلبی. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۹ (۳۶)، ۴۵-۶۲.

<https://doi.org/10.30473/hpj.2021.53189.4834>

References

- Adler, G., Shahar, B., Dolev, T., & Zilcha-Mano, S. (2018). 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*, 206(6), 446-454.
- <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000814>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing, Washington DC.
- <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arnfred, B. T., Bang, P., Winther Davy, J., Larsen, L. Q., Hjorthøj, C., & Christensen, A. B. (2021). Virtual reality exposure in cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A qualitative evaluation based on patients' and therapists' experiences. *Translational Issues in Psychological Science*, 7(3), 229-247.
- <https://doi.org/10.1037/tps0000291>
- Aryannejad S, Salehi M, Taghiloo S, Estaki M. (2023). Comparison of the efficacy of emotional focused therapy with application art and emotional focused therapy on emotional expression among people having experienced love trauma syndrome. *Journal of Psychological Science*, 22(125), 913-932. [Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.913 B>
- Asmari Bardezard, Y., Khanjani, S., Mousavi Asl, E., & Dolatshahi, B. (2021). Effect of Emotion-focused Therapy on Anxiety, Depression and Difficulty in Emotion Regulation in Women with Binge Eating Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 27(1), 2-15. [Persian] <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3119-fa.html>
- Barbosa, E., Silva, S., Pinto-Gouveia, J., & Salgado, J. (2019). How and when immersion and distancing are useful in emotion focused therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 29(6), 737-

751.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1411626>
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2022). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. Guilford publications.
- Connolly-Zubot, A., Timulak, L., Hession, N., & Coleman, N. (2020). Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast cancer. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(2), 113-122.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10879-019-09439-2>
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386.
<https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Elliott, R., & Macdonald, J. (2021). Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 414-428.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23069>
- Elliott, R., & Shahr, B. (2019). Emotion-focused therapy for social anxiety. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 337-360). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000112-015>
- Faghanpour ganji, M., kalantari, M., abedi A. (2023). Comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy with the treatment of allegorical schema modes on psychotherapist's burnout. *Journal of Psychological Science*, 22(127), 1285-1301. [Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.22.127.1285>
- Gili, S., Sadeghi zavareh, V., Haghayegh, S. A., Alizadeh ghavidel, A., & Rezayi jamalloi, H. (2021). The Comparison of Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Transcranial Direct Current Stimulation on Anxiety and Depression of Patients with Coronary Artery Disease. *Health Psychology*, 9(36), 45-62. [Persian] <https://doi.org/10.30473/hpj.2021.53189.4834>
- Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy* (Revised ed.). American Psychological Association.
- Haberman, A., Shahr, B., Bar-Kalifa, E., Zilcha-Mano, S., & Diamond, G. M. (2019). Exploring the process of change in emotion-focused therapy for social anxiety. *Psychotherapy Research*, 29(7), 908-918.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1426896>
- Hayes-Skelton, S. A., & Lee, C. S. (2018). Changes in decentering across cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 49(5), 809-822.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.01.005>
- Hosseini Ardakani, A. (2020). The Effectiveness of Emotion-Based Therapy on Social Anxiety and Interpersonal dependence of Women Referred to Health Houses. *Journal of Psychology New Ideas*, 4(8), 1-11. [Persian] <http://jnip.ir/article-1-265-fa.html>
- Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in context*, 1-8.
<https://doi.org/10.7573/dic.212573>
- Neufeld, C. B., Palma, P. C., Caetano, K. A., Brust-Renck, P. G., Curtiss, J., & Hofmann, S. G. (2020). A randomized clinical trial of group and individual cognitive-behavioral therapy approaches for social anxiety disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 29-37.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.11.004>
- Razaghi Sh, mansoobifar M, havasi soomar N, tahmouresi N. (2023). 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*, 22(127), 1335-1352. [Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.22.127.1335>
- Rezaei-Dogaheh, E., Mohammadkhani, P., & Dolatshahi, B. (2012). The Comparison of group versus individual format of cognitive-behavior therapy on fear of positive evaluation. *Archives of Rehabilitation*, 13(1), 58-65.
<http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-819-en.html>
- Saffarinia M, Shahandeh M. (2014). Reliability and Validity Assessment of Social Phobia Inventory among Ahvaz Universities Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 20(2), 170-178. [Persian] <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-2191-en.html>
- Samantaray, N. N., Nath, B., Behera, N., Mishra, A., Singh, P., & Sudhir, P. (2021). Brief cognitive behavior group therapy for social anxiety among medical students: A randomized placebo-controlled trial. *Asian Journal of Psychiatry*, 55, 102526.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102526>
- Sanagavi Moharrar, G., Shirazi, M., Mohammadi, R., & Maghsoodloo, F. (2019). Effectiveness of Emotional Therapy on Reducing Anxiety and Depression in Patients with Multiple Sclerosis. *Medical journal of Mashhad University of medical*

- sciences, 61 (supplment1), 190-200. [Persian]
<https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14605>
- Timulak, L., McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E., & Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*, 54(4), 361-366.
<https://doi.org/10.1037/pst0000128>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic books.
- Zvolensky, M. J., Kauffman, B. Y., Bogiaizian, D., Viana, A. G., Bakhshaie, J., & Peraza, N. (2021). Worry among Latinx College students: relations to anxious arousal, social anxiety, general depression, and insomnia. *Journal of American college health*, 69(5), 529-536.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1686004>