رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۳، شماره پیاپی ۱۲۰، خرداد ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(3), 2026

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی- رفتاری بر طرد اجتماعی و احساس تنهایی نوجوانان پسر مبتلا به اضطراب اجتماعی

Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy on social rejection and loneliness in male adolescents with social anxiety disorder

علی عیسی‌زادگان (نویسنده مسئول)
استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.
مهدی چیت ساز
دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

Ali Issazadegan*
Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran.
a.issazadegan@urmia.ac.ir
Mahdi Chitsaz
Ph.D. Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی- رفتاری بر طرد اجتماعی و احساس تنهایی نوجوانان پسر مبتلا به اضطراب اجتماعی انجام شد. طرح پژوهش پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان پسر دارای اختلال اضطراب اجتماعی ۱۴ تا ۱۸ساله شهر تبریز بود. از میان آنها ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه طرد شدگی (SRS، پنهالیگون و همکاران، ۲۰۰۹) و احساس تنهایی (UCLQ، راسل و همکاران، ۱۹۸۰) استفاده شد. گروه‌های آزمایش هر یک به مدت ۸ جلسه گروهی هفتگی مداخله را دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که در دو گروه مداخله درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنادار نمرات پیش-آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری طرد اجتماعی و احساس تنهایی کاهش یافته است (P<۰/۰۵). همچنین یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه مداخله در مرحله پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت (P<۰/۰۵). در مجموع می-توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر هیجان نسبت به درمان شناختی-رفتاری تأثیر بیشتری در کاهش طرد اجتماعی و احساس تنهایی نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی داشته است.

واژه‌های کلیدی: *درمان متمرکز بر هیجان، درمان شناختی- رفتاری، طرد اجتماعی، احساس تنهایی، اضطراب اجتماعی، نوجوانان پسر.*

Abstract
The present study aimed to compare the effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on social exclusion and loneliness in adolescent boys with social anxiety disorder. The research design was a pretest–posttest control group design with a three-month follow-up. The statistical population consisted of 14- to 18-year-old adolescent boys diagnosed with social anxiety disorder in Tabriz. Among them, 45 participants were selected using purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group. Data were collected using the Social Rejection Scale (SRS; Panheligon et al., 2009) and the UCLA Loneliness Questionnaire (UCLQ; Russell et al., 1980). Each experimental group received eight weekly group intervention sessions, while the control group received no intervention. Data analysis was conducted using repeated measures analysis of variance (ANOVA). The findings indicated that, in both intervention groups, social exclusion and loneliness scores significantly decreased from pretest to posttest and follow-up compared to the control group ($p < 0.05$). Moreover, the results showed a significant difference between the two intervention groups at the follow-up stage ($p < 0.05$). Overall, the findings suggest that Emotion-Focused Therapy was more effective than Cognitive Behavioral Therapy in reducing social exclusion and loneliness in adolescents with social anxiety disorder.

Keywords: *Emotion-Focused Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Social Rejection, Loneliness, Social Anxiety, Male Adolescents.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت:** بهمن ۱۴۰۴ | **پذیرش:** بهمن ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** خرداد ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.1]

مقدمه

اضطراب اجتماعی[1] یکی از شایع‌ترین و پیچیده‌ترین اختلالات روانی است که در دوران نوجوانی شیوع زیادی دارد و می‌تواند تأثیرات عمیق و پایداری بر توسعه فردی، اجتماعی و عاطفی آنها داشته باشد (ریتز[2] و همکاران، ۲۰۲۴). نوجوانی، دورانی است که در آن هویت فردی شکل می‌گیرد، روابط بین فردی پیچیده‌تر می‌شود و احساسات و نگرش‌ها نسبت به خود و دیگران شکل می‌گیرد، و این زمینه را برای شکل‌گیری اضطراب اجتماعی بسیار حساس می‌سازد (السید[3]، ۲۰۲۵). در این میان، نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی اغلب از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند، احساس شرم و خجالت می‌کنند و به شدت نگران قضاوت، انتقاد یا طرد شدن توسط همسالان هستند (شی[4] و همکاران، ۲۰۲۳)، که این امر منجر به کاهش تعاملات اجتماعی (رودلف[5] و همکاران، ۲۰۲۵)، احساس تنهایی[6] (کاستلو[7] و همکاران، ۲۰۲۵) و طرد اجتماعی[8] (هارروین[9] و همکاران، ۲۰۲۴) می‌شود. این گونه نوجوانان اغلب در حالتی از ترس مداوم از ارزشمند نبودن، ناکارآمدی و عدم توانایی در ارتباط با دیگران قرار می‌گیرند، و این احساسات نه تنها از دیدگاه روانی، بلکه از دیدگاه اجتماعی نیز می‌تواند آسیب‌های جدی به روابط، تحصیلات و آینده آینده آنها وارد کند (کیم[10] و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب اجتماعی به طور معمول با نگرش‌های منفی نسبت به خود، احساسات ناامیدی، و رفتارهای اجتنابی همراه است که می‌تواند به شکلی پیوسته و پایدار در زندگی روزمره آنها تکرار شود، و این امر نه تنها در این دوران، بلکه در سال‌های آینده نیز می‌تواند ادامه یابد و مسیر روانی و اجتماعی فرد را مختل کند (یکتا و همکاران، ۲۰۲۳). این اختلال در بسیاری از موارد با احساس تنهایی و طرد اجتماعی همراه است، زیرا نوجوانانی که از ارتباطات اجتماعی اجتناب می‌کنند، فرصت‌های مورد نیاز برای ایجاد روابط عمیق و معنادار را از دست می‌دهند و در نتیجه، احساس تنهایی و احساس طرد شدن از جامعه را تجربه می‌کنند (ژائو[11] و همکاران، ۲۰۲۴). این احساسات تنهایی، نه تنها ناشی از فقدان روابط اجتماعی، بلکه از احساسات درونی ناکامی، بی‌ارزشی و ناامیدی است که در نتیجه اضطراب اجتماعی شکل می‌گیرد (هرناندس-دیاز[12] و همکاران، ۲۰۲۵). این احساسات می‌تواند به شکل یک چرخه معیوب عمل کند، به طوری که اضطراب اجتماعی منجر به طرد اجتماعی و تنهایی می‌شود، و این احساسات تنهایی و طرد شدن نیز اضطراب را تشدید می‌کنند، و در نهایت، مسیری بی‌پایان از نگرانی و اجتناب را ایجاد می‌کنند (هان[13] و همکاران، ۲۰۲۳). این چرخه معیوب می‌تواند به طور گسترده‌ای بر کیفیت زندگی، عزت نفس[14] (لی[15] و همکاران، ۲۰۲۳)، مهارت‌های اجتماعی[16] (فیلیا[17] و همکاران، ۲۰۲۳) و توانایی فرد در مقابله با احساسات[18] (آلوارز-گارسیا[19] و همکاران، ۲۰۲۵) تأثیر بگذارد، و این مسائل همگی در ارتباط با هم هستند و در این چرخه می‌توانند به طور متقابل تأثیر گذار باشند. این پیچیدگی‌ها نشان می‌دهد که درمان اضطراب اجتماعی نیازمند رویکردی جامع و چندبعدی است که نه تنها علائم اصلی را کاهش دهد، بلکه احساسات، رفتارها و روابط اجتماعی را نیز بهبود بخشد.

در این میان، درمان متمرکز بر هیجان[20] و مداخله شناختی-رفتاری[21] دو رویکرد درمانی اصلی و مورد توجه در درمان اضطراب اجتماعی هستند که هر دو اثربخشی خود را نشان داده‌اند، اما با تمرکز و مکانیسم‌های متفاوتی بر روی مسائل روانی و اجتماعی نوجوانان می‌پردازند. درمان متمرکز بر هیجان بر این اصل استوار است که احساسات اساسی، مانند ترس، خشم، غم و احساسات منفی دیگر، نه تنها پاسخی به موقعیت‌های اجتماعی هستند، بلکه نقش اساسی در شکل‌گیری رفتار و روابط اجتماعی ایفا می‌کنند (کرامر[22] و همکاران، ۲۰۲۵). این رویکرد معتقد است که اگر فرد بتواند احساسات خود را شناسایی، درک و بیان کند، می‌تواند درک بهتری از خود و دیگران پیدا کند و روابط اجتماعی سالم‌تری ایجاد کند (لث و مندوزا[23]، ۲۰۲۵). در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، درمان متمرکز بر هیجان به آنها کمک می‌کند تا احساسات خود را در

1 Social Anxiety Disorder - SAD
2 Ritz
3 . Alsayed
4 She
5. Rudolph
6 Loneliness
7. Costello
8 Social Rejection
9. Harrewijn
10 . Kim
11 . Zhao
12. Hernández-Díaz
13 . Han
14 Self-Esteem
15 . Li
16 Social Skills
17. Filia
18 Emotions
19Álvarez-García
20 Emotion-Focused Therapy
21 Cognitive-Behavioral Intervention
22 Kramer
23 Leeth, Mendoza

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.1]

موقعیت‌های اجتماعی شناسایی کنند، احساسات خود را به شیوه‌ای سالم و مؤثر بیان کنند و در نتیجه، از ترس و احساسات منفی خود کنترل بیشتری داشته باشند (استیگلر[1] و همکاران، ۲۰۲۴). درمان متمرکز بر هیجان همچنین به نوجوانان کمک می‌کند تا احساسات خود را درک کنند و به طور مؤثرتری با آنها مقابله کنند، و این امر می‌تواند به کاهش اضطراب و احساسات منفی کمک کند (تیمولاک[2] و همکاران، ۲۰۲۵). در این رویکرد، احساسات نه به عنوان چیزی منفی، بلکه به عنوان اطلاعاتی ارزشمند درباره نیازها و خواسته‌های درونی فرد در نظر گرفته می‌شوند، و این تغییر دیدگاه می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا احساسات خود را به شیوه‌ای سالم و سازنده بیان کنند (سیواندیان[3] و همکاران، ۲۰۲۴). این مکانیسم می‌تواند به بهبود روابط بین فردی و کاهش احساس تنهایی و طرد اجتماعی کمک کند، زیرا نوجوانان می‌توانند احساسات خود را به شیوه‌ای مؤثرتر بیان کنند و روابط اجتماعی سالم‌تری ایجاد کنند (بیلی[4] و همکاران، ۲۰۲۵).

از سوی دیگر، مداخله شناختی-رفتاری بر این اصل استوار است که افکار و رفتارها می‌توانند بر احساسات تأثیر بگذارند، و این مفهوم به طور گسترده در درمان اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد (سونو و ولوسکی[5]، ۲۰۲۵). درمان شناختی- رفتاری معتقد است که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی اغلب از افکار منفی و بیش‌ازحد نگرانی در مورد موقعیت‌های اجتماعی برخوردار هستند، مانند احساس اینکه دیگران آنها را ناکارآمد یا ناپسند می‌بینند، یا اینکه اگر اشتباه کنند، همه چیز از بین خواهد رفت. (مزاریچ[6] و همکاران، ۲۰۲۵) این افکار منفی می‌توانند منجر به احساسات ترس و نگرانی شوند و در نتیجه، رفتارهای اجتنابی را تقویت کنند (بوتل[7] و همکاران، ۲۰۲۵). درمان شناختی- رفتاری به افراد کمک می‌کند تا این افکار منفی را شناسایی، به چالش بکشند و با افکار سالم‌تر و واقع‌بینانه‌تر جایگزین کنند (بادریاح[8] و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین، درمان شناختی- رفتاری بر تقویت مهارت‌های اجتماعی تمرکز دارد، به طوری که افراد یاد می‌گیرند چگونه در موقعیت‌های اجتماعی با اعتماد به نفس عمل کنند، مهارت‌های گفتگو را بهبود بخشند و از رفتارهای اجتنابی[9] کمتر استفاده کنند (گراک[10] و همکاران، ۲۰۲۵). این رویکرد می‌تواند به کاهش اضطراب اجتماعی و بهبود عزت نفس کمک کند، زیرا نوجوانان با موفقیت در موقعیت‌های اجتماعی، احساس ارزشمندی و توانایی خود را افزایش می‌دهند (ریانسینگ[11] و همکاران، ۲۰۲۵). این مکانیسم‌ها می‌توانند به کاهش طرد اجتماعی و احساس تنهایی کمک کنند، زیرا نوجوانان می‌توانند با اعتماد به نفس بیشتر و مهارت‌های اجتماعی بهتر، روابط اجتماعی سالم‌تری ایجاد کنند (راسنر[12] و همکاران، ۲۰۲۵). این دو رویکرد، هر دو می‌توانند در کاهش علائم اضطراب اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی نوجوانان مؤثر باشند، اما با تمرکز و مکانیسم‌های متفاوتی. درمان متمرکز بر هیجان بر احساسات و درک درونی فرد تمرکز دارد (لث و همکاران، ۲۰۲۵)، در حالی که درمان شناختی- رفتاری بر شناسایی و تغییر الگوهای فکری و رفتاری منفی تمرکز دارد (اسمیت و هویت[13]، ۲۰۲۴). این تفاوت در مکانیسم‌ها می‌تواند منجر به تفاوت در اثربخشی آنها برای نوجوانان متفاوت باشد، و این موضوع نیازمند بررسی دقیق و مقایسه‌ای است.

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و مداخله شناختی-رفتاری برای نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی، به دلیل رویکردهای متمایز و مکمل آن‌ها در درمان این اختلال، اهمیت ویژه‌ای دارد. درمان شناختی- رفتاری بر تغییر افکار منفی و الگوهای رفتاری ناسالم تمرکز دارد (راسنر و همکاران، ۲۰۲۵)، در حالی که درمان متمرکز بر هیجان بر درک و مدیریت احساسات عمیق‌تر تاکید می‌کند (کرامر و همکاران، ۲۰۲۵). در نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی، این دو رویکرد می‌توانند به طور بالقوه اثرات متفاوتی بر طرد اجتماعی و احساس تنهایی داشته باشند. درمان شناختی- رفتاری با شناسایی و به چالش کشیدن افکار منفی مرتبط با موقعیت‌های اجتماعی، به نوجوانان کمک می‌کند تا دیدگاه واقع‌بینانه‌تری نسبت به خود و دیگران داشته باشند. این امر می‌تواند منجر به کاهش ترس از قضاوت، افزایش اعتماد به نفس و کاهش رفتارهای اجتنابی شود (گراک و همکاران، ۲۰۲۵). با این حال، درمان شناختی- رفتاری ممکن است در رسیدگی به احساسات عمیق‌تر و ناخودآگاه مرتبط با اضطراب اجتماعی، مانند احساس بی‌ارزشی یا آسیب‌پذیری، محدودیت‌هایی داشته باشد (اسچمیتر[14] و همکاران، ۲۰۲۵).

با توجه به شیوع بالای اضطراب اجتماعی در میان نوجوانان و پیامدهای بالقوه مخرب آن، یافتن رویکردهای درمانی مؤثر و کارآمد از اهمیت بالایی برخوردار است. درمان مبتنی بر هیجان و درمان شناختی- رفتاری دو درمان اصلی و مورد استفاده در اضطراب اجتماعی هستند که هر دو، به طور بالقوه می‌توانند در کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی نوجوانان نقش داشته باشند. با این حال، هنوز به طور کامل مشخص نیست که کدام یک از این دو درمان برای کاهش طرد اجتماعی و احساس تنهایی در نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی، مؤثرتر است. مطالعات پیشین

1 Stiegler
2 Timulak
3 Sivandian
4 Bailey
5 . Sunu, Woloski
6 . Mesarič
7 . Boutelle
8 Badriyah
9 Avoidant Behaviors
10 Garke
11 Reangsing
12 Rosner
13 Smith, Hewitt
14 Schmitter

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.1]

در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان و درمان شناختی- رفتاری در درمان اضطراب اجتماعی، نتایج متفاوتی را نشان داده‌اند. برخی از مطالعات، درمان شناختی- رفتاری را به عنوان درمان مؤثرتری برای کاهش علائم اضطراب اجتماعی، از جمله طرد اجتماعی و احساس تنهایی، نشان داده‌اند، در حالی که برخی دیگر، درمان شناختی- رفتاری را به عنوان رویکردی مؤثرتر برای بهبود احساسات و روابط بین فردی در این گروه سنی معرفی کرده‌اند. این تفاوت در نتایج می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی باشد، از جمله تفاوت در جمعیت مورد مطالعه، روش‌شناسی پژوهش، و نحوه اجرای درمان. علاوه بر این، مطالعات کمتری به طور خاص بر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی- رفتاری در کاهش طرد اجتماعی و احساس تنهایی در نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی تمرکز کرده‌اند. بنابراین هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی- رفتاری بر طرد اجتماعی و احساس تنهایی نوجوانان پسر مبتلا به اضطراب اجتماعی بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را نوجوانان پسر دارای اختلال اضطراب اجتماعی ۱۴ تا ۱۸ساله شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ بود. از بین کسانی که اعلام آمادگی کردند، ۴۵ داوطلب واجد شرایط بر حسب معیارهای ورود از طریق نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. به منظور انتخاب نوجوانان به هسته مشاوره آموزش و پرورش شهر تبریز مراجعه کرده و لیست دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم دارای اضطراب اجتماعی دریافت و با آنها تماس گرفته شد و لیستی از افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند تهیه گردید. این افراد پرسشنامه اضطراب اجتماعی را پاسخ داده و نوجوانانی که در این پرسشنامه نمره بالاتر از ۴۵ کسب نمودند، انتخاب شدند. معیارهای ورود به این مطالعه رضایت شرکت در پژوهش، مقطع متوسطه‌ی دوم دبیرستان، دارا بودن نمره‌ی بالاتر از برش (نمره ۴۵) در مقیاس اضطراب اجتماعی، عدم ابتلا به اختلالات جسمی یا روانشناختی شدید (طبق پرونده موجود در هسته مشاوره) بود. معیارهای خروج هم عبارتند از شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به صورت همزمان و غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی، تجربه سوگ در طول درمان، نیاز به خدمات روان درمانی فردی و نقل مکان از موقعیت جغرافیایی بود. ملاحظات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که نام و اطلاعات هویتی آنها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و شرکت در پژوهش اختیاری بود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت شناختی بین شرکت کنندگان توزیع شد؛ تا اجازه کتبی جهت حضور در جلسات درمانی را از یکی از والدین دریافت کنند. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد. سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تخصیص یافتند و به پرسشنامه‌های طرد اجتماعی و احساس تنهایی برای سه گروه اجرا شد. سپس گروه درمان متمرکز بر هیجان طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر هیجان و گروه درمان شناختی- رفتاری طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی- رفتاری مورد مداخله قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. مداخله حاضر توسط پژوهشگران در یکی از مراکز مشاوره شهر تبریز انجام شد (مرکز دارای فضا، امکانات و تجهیزات آموزشی مناسب بود). قابل ذکر است نهایت داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم افزار spss نسخه ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

پرسشنامه طردشدگی (SRS[1]): این مقیاس دارای ۴ گویه است که به سنجش تجربه‌ی طردشدگی می‌پردازد و توسط پنهالیگون[2] و همکاران (۲۰۰۹) ساخته شده است. پاسخ‌ها بر روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای از «هرگز» (۱) تا «اغلب اوقات» (۷) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی این مقیاس در مطالعه پنهالیگون و همکاران (۲۰۰۹) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی پرسشنامه نیز از طریق وارسی روایی سازه با تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد و نشان داده شد که همه سوالات این پرسشنامه دارای بار عاملی بیشتر از ۰/۳۰ بودند (بوندو و کراهی[3]، ۲۰۱۵). در ایران نیز در پژوهش بشیرپور و همکاران (۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۳ به دست آمد. روایی همگرا با استفاده از واریانس استخراج شده ۰/۶۳ بود که نشان دهنده روایی همگرایی مطلوب این ابزار بود. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز به روش آلفایی کرونباخ ۰/۸۸ بود.

1 Social Rejection Scale (SRS)
2 Penhaligon
3 Bondü, Krahé

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.1]

مقیاس احساس تنهایی (UCLQ[1]): این مقیاس توسط راسل[2] و همکاران (۱۹۸۰) ساخته شده است و شامل ۲۰ سؤال است و نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) صورت می‌گیرد. پایایی آزمون در پژوهش راسل (۱۹۹۶) به روش بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۸۹ گزارش شده است و روایی همگرا با مقیاس تنهایی افتراقی ۰/۷۲ و ضریب روایی واگرا با مقیاس تدارکات اجتماعی ۰/۶۸ گزارش شده است. در ایران گلیج و همکاران (۱۴۰۴) روایی محتوایی این مقیاس را براساس نظر ۱۰ متخصص علوم رفتار در دانشگاه علوم پزشکی گلستان (۰/۷۹) گزارش کردند. پایایی نیز به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در ۲۷۸ دانش آموز مقطع متوسطه گلستان ۰/۹۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

سیاهه اضطراب اجتماعی (SPI[3]): این سیاهه نخستین بار توسط کانور[4] و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردیده است. این سیاهه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه خرده مقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی است و براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) نمره‌گذاری می‌شود. برای تفسیر نمرات نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی ۸۹ درصد افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را از افراد غیر مبتلا جدا می‌کند. پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین روایی همگرای آن با مقیاس اضطراب اجتماعی لیبوویتز از طریق همبستگی پیرسون ۰/۸۰ به دست آمده است (کانور و همکاران، ۲۰۰۰). در ایران حسن وند عموزاده (۱۳۸۹) در نمونه غیر بالینی روایی و پایایی این مقیاس را به دست آورده است. ضریب آلفای پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است و روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که این پرسشنامه دارای سه عامل است و همه سوالات دارای بار عاملی بیشتر از ۰/۴۰ بودند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۸ محاسبه شد.

درمان متمرکز بر هیجان (EFT[5]): این درمان به مدت ۸ هفته (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی) بر اساس رویکرد گرینبرگ[6] (۲۰۰۶) طراحی شده است. خلاصه محتوا در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات رویکرد هیجان‌مدار

جلسات	خلاصه مطالب و فعالیت‌ها
جلسه اول	آشنایی کلی با اعضای گروه؛ معرفی آموزشگر، بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در گروه، ارائه تعریف مفاهیم آموزش هیجان مدار. آشنایی اولیه با مشکلات اعضا
جلسه دوم	آموزشگر اعضای گروه را تشویق کرد که ترومای‌های خود را مانند ترس از طرد شدن یا ترس از گفتن عیب و نقصی که پویایی روابطشان را به عقب میراند را بیان کنند.
جلسه سوم	احساسات واکنشی ثانویه مانند خشم، ناکامی، تندی، احساسات مرتبط با سردرد منعکس‌شده و به آن‌ها ارزش داده شد.
جلسه چهارم	اعضای گروه به کمک آموزشگر به برونی‌سازی مشکل پرداختند و به احساسات اولیه و نیازهای دل‌بستگی تحقق‌نیافته به‌صورت مشکل ارتباطی کلیدی نگاه کردند.
جلسه پنجم	اعضای گروه به شناخت از جنبه‌های مختلف خود دست‌یافته و درنهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه کردند.
جلسه ششم	اعضای گروه یاد گرفتند که به هیجان‌هایی که به‌تازگی آشکارشده اعتماد کنند و واکنش‌های جدید را نسبت به انگیزه‌هایشان تجربه نمایند.
جلسه هفتم	هیجان‌های اولیه که در مراحل قبلی شناسایی‌شده بودند به‌صورت کامل‌تری پردازش شدند. آموزشگر قاعده‌هایی را آغاز کرد که بر طبق آن مراجع اشتیاق خود را به نوع جدیدی از ارتباط به‌صورت تقریباً واضح بیان کردند.
جلسه هشتم	اعضای گروه به کمک هم راه‌حل‌های جدیدی را برای مشکلات خود خلق می‌کنند و حکایت جدیدی از مشکلاتشان را بیان می‌کنند و تلاش می‌کنند آن را از نو طراحی کنند. همچنین، آن‌ها مسیری را که قبلاً حرکت می‌کردند و این‌که چگونه راه برگشتشان را یافتند را به یاد می‌آورند. ارزیابی تغییرات و اجرای پس آزمون و مشخص کردن تاریخ برای اجرای پیگیری

درمان شناختی-رفتاری (CBT[7]): این درمان به مدت ۸ هفته (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی) براساس پروتکل بک[8] (۲۰۲۰) طراحی شده است. خلاصه محتوا در جدول ۲ ارائه شده است.

1 The Revised UCLA Loneliness Scale
2 Russell
3 Social Phobia Inventory (SPI)
4 Connor
5 Emotion-Focused Therapy - EFT
6 Greenberg
7 Cognitive-Behavioral Therapy - CBT
8 Beck

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.1]

جدول ۲. خلاصه محتوای درمان شناختی- رفتاری

جلسه	خلاصه محتوای جلسات مداخله
اول	معرفی و توضیح اصول اساسی درمان شناختی-رفتاری، معرفی مفاهیم بنیادی درمان، تنظیم زمان‌بندی درمان، تنظیم زمان‌بندی جلسات، بحث درباره قوانین جلسات.
دوم	تعیین دستور کار جلسه، ارزیابی، فرمول‌بندی، مفهوم‌سازی مسائل آزمودنی‌ها و پر کردن برگه کاری فرمول‌بندی.
سوم	تعیین دستور کار جلسه، هدف‌گزینی و تعیین اهداف درمانی به کمک اعضا، تهیه دفترچه یادداشت مخصوص درمان و برنامه‌ریزی فعالیت.
چهارم	تعیین دستور کار جلسه، شناسایی و تشخیص افکار خودآیند، تمرین ثبت افکار و واگذاری آن به بیمار به‌عنوان تکلیف خانگی.
پنجم	تغییر و اصلاح افکار خود آیند، آموزش تکنیک آفرینش جایگزینی منطقی، معرفی فرم ثبت فعالیت هفتگی به‌عنوان تکلیف خانگی.
ششم	تعیین دستور کار جلسه، تشخیص خطاهای شناختی، بررسی شواهد و تهیه کارت‌های مقابله.
هفتم	تعیین دستور کار جلسه، طراحی تکلیف درجه‌بندی‌شده، استفاده از تکنیک رویارویی تجسمی.
هشتم	بررسی فعالیت‌های انجام‌نشده، تکالیف خانگی و دفترچه یادداشت درمان، پاسخ به پرسش‌های اعضا و جمع‌بندی.

یافته ها

در مطالعه حاضر ۴۵ پسر مقطع متوسطه دوم مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه درمان متمرکز بر هیجان ۱۶/۶ (۰/۹۳۱)، گروه شناختی- رفتاری ۱۶/۸ (۱/۰۲) و گروه کنترل ۱۶/۵ (۱/۰۱) بود. مقایسه میانگین‌های سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین سن در سه گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت (P=۰/۶۴۹؛ F =۰/۵۱۲). از نظر پایه تحصیلی در گروه درمان متمرکز بر هیجان ۹ نفر (۸۰ درصد) پایه دهم و یازدهم و ۶ نفر (۲۰ درصد) پایه دوازدهم بودند. در گروه شناختی- رفتاری ۷ نفر (۴۲/۳ درصد) پایه دهم و یازدهم و ۸ نفر (۵۷/۷ درصد) پایه دوازدهم و در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در پایه دهم و یازدهم و ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) نیز در پایه دوازدهم بودند. نتایج نشان داد که از نظر پایه تحصیلی نیز تفاوت معناداری بین گروه‌ها گزارش نشد (P>۰/۰۵).

جدول ۳. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	زمان	گروه متمرکز بر هیجان		گروه شناختی-رفتاری		گروه گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
طرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۲۳/۶۲	۴/۲۹	۲۵/۳۵	۵/۲۳	۲۴/۷۱	۶/۲۷
	پس‌آزمون	۱۵/۶۱	۳/۱۸	۲۱/۷۲	۴/۲۷	۲۳/۲۴	۶/۲۶
	پیگیری	۱۶/۰۶	۳/۳۸	۲۰/۳۱	۴/۵۴	۲۳/۸۵	۶/۲۰
احساس تنهایی	پیش‌آزمون	۶۵/۸۵	۱۴/۷	۶۶/۵۰	۱۶/۳۳	۶۵/۱۴	۱۵/۵۱
	پس‌آزمون	۵۳/۵۱	۱۱/۱۰	۶۰/۴۲	۱۴/۵۱	۶۴/۵۵	۱۵/۷۲
	پیگیری	۵۵/۸۴	۱۱/۶۲	۵۹/۷۴	۱۴/۹۲	۶۴/۴۲	۱۵/۶۵

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله نسبت به کنترل در طول سنجش تغییرات دو متغیر طرد اجتماعی و احساس تنهایی تغییرات بیتری داشته اند. در واقع روند تغییرات در گروه‌های مداخله کاهشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش نسبت به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال است (P>۰/۰۵). بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد؛ نتایج نشان داد که خطای واریانس در متغیر طرد اجتماعی (F=۱/۵۶ و P=۰/۰۶۱) و در متغیر احساس تنهایی (F=۲/۱۷ و P=۰/۱۳۱) همگون است. همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس در حالت چند متغیره برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر طرد اجتماعی (p =۰/۳۹، W=۰/۸۸) و احساس تنهایی (p =۰/۰۰۱، W=۰/۹۲) برقرار بود. بر این اساس شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله‌ها در مراحل سنجش و مقایسه آنها از این آزمون استفاده شده است. در جدو ل ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.1]

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی اثر	درجه خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
	آزمون پیلایی	۰/۶۲	۳۶/۸۱	۵	۳۸	۰/۰۱	۰/۶۲	۱
عامل	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۷	۳۶/۸۱	۵	۳۸	۰/۰۱	۰/۶۲	۱
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۶۳	۳۶/۸۱	۵	۳۸	۰/۰۱	۰/۶۲	۱
	آزمون بزرگترین ریشه روی	**۱/۶۳**	**۳۶/۸۱**	**۵**	**۳۸**	**۰/۰۱**	**۰/۶۲**	**۱**

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱؛ F=۳۶/۸۱ و ۰/۶۲= اثر پیلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیرها طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از گروه‌ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای متغیرهای پژوهش در سه مرحله اندازه گیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
زمان	۱۰۷۷/۶۱	۵	۲۱۵/۵۵	۳۰/۲۱	۰/۰۱	۰/۴۱	۱
زمان* گروه	۳۱۲/۶۳	۱۰	۳۱/۲۲	۴/۳۸	۰/۰۱	۰/۱۷	۱
خطا	۱۴۹۷/۳۲	۲۱۰	۷/۱۳				
بین گروهی	۶۴۴/۳۳	۲	۳۲۲/۱۲	۱۳/۴۰	۰/۰۱	۰/۳۹	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس لندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ نشان داد که بین گروه‌ها در متغیرهای پژوهش (P=۰/۰۱، F=۱۳/۴ و ۰/۳۹ = η^2) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه درون گروهی و بین گروهی متغیرهای پژوهش

	مراحل سنجش		درمان متمرکز بر هیجان		درمان شناختی- رفتاری		گروه کنترل	
			اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
	پیش آزمون	پس آزمون	۱۴/۴۵	۰/۰۱	۱۱/۳۳	۰/۰۱	۳/۸۵	۰/۹۲
طرد اجتماعی	پیش آزمون	پیگیری	۳/۷۸	۰/۰۱	۹/۵۶	۰/۰۱	۳/۴۱	۱/۰۰
	پس آزمون	پیگیری	۰/۳۳	۰/۹۹	۲/۳۵	۰/۹۶	۱/۲۵	۱/۰۰
	پیش آزمون	پس آزمون	۲۰/۴۳	۰/۰۱	۲۷/۸۱	۰/۰۱	۲/۳۱	۰/۸۸
احساس تنهایی	پیش آزمون	پیگیری	۲/۹۷	۰/۰۱	۱۹/۳۲	۰/۰۱	۱/۸۹	۱/۰۰
	پس آزمون	پیگیری	۰/۲	۰/۱۸	۱/۷۱	۰/۱۵	۱/۴۷	۱/۰۰
			درمان متمرکز بر هیجان* کنترل		درمان شناختی- رفتاری* کنترل		درمان متمرکز بر هیجان* شناختی- رفتاری	
			اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.1]

۰/۰۱	۷/۹۶	۰/۰۱	۱۱/۳۶	۰/۰۱	۲۰/۳۶

نتایج جدول ۶ گویای این است که در گروه کنترل بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). اما در مقابل نشان داد که در گروه‌های درمانی نمرات پیش‌آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد (P<۰/۰۵). اما بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه‌های درمانی از پس‌آزمون تا پیگیری است؛ در واقع می‌توان گفت که هر دو درمان به‌طور معنادار در طول زمان باعث بهبود طرد اجتماعی و احساس تنهایی شده اند. نتایج آزمون بنفرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه‌های درمان متمرکز بر هیجان و کنترل (P=۰/۰۱) و درمان شناختی- رفتاری و کنترل (P=۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین بین دو گروه مداخله درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی- رفتاری تفاوت معنادار مشاهده شد (P=۰/۰۱). در واقع درمان متمرکز بر هیجان نسبت به درمان شناختی- رفتاری تأثیر بیشتر بر بهبود طرد اجتماعی و احساس تنهایی داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی- رفتاری بر طرد اجتماعی و احساس تنهایی نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش طرد اجتماعی و احساس تنهایی نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی موثر است. این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون کرامر و همکاران (۲۰۲۵)، لث و همکاران (۲۰۲۵)، استیگلر و همکاران (۲۰۲۴) و سیواندیان و همکاران (۲۰۲۴) همسو است. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که اضطراب اجتماعی در نوجوانان معمولاً با احساسات منفی مانند شرم، بی‌ارزشی و ترس از قضاوت همراه است که منجر به اجتناب اجتماعی، تنهایی و طرد شدن از جامعه می‌شود (ریتز و همکاران، ۲۰۲۴؛ هارروین و همکاران، ۲۰۲۴). درمان متمرکز بر هیجان، با تمرکز بر شناسایی، درک و بیان احساسات، نه به عنوان چیزهای نامطلوب، بلکه به عنوان اطلاعاتی از نیازهای درونی، به نوجوانان کمک می‌کند تا احساسات خود را به شیوه‌ای سالم و مؤثر بیان کنند (لث و همکاران، ۲۰۲۵). این تغییر دیدگاه در احساسات، می‌تواند منجر به کاهش اضطراب، افزایش خودآگاهی و بهبود روابط اجتماعی شود (سیواندیان و همکاران، ۲۰۲۴). به ویژه، با اینکه اضطراب اجتماعی اغلب از طریق افکار منفی و رفتارهای اجتنابی ادامه می‌یابد (سونو و همکاران، ۲۰۲۵)، اما درمان متمرکز بر هیجان بر این اصل استوار است که احساسات عمیق‌تر مانند احساس تنهایی یا بی‌ارزشی ریشه در احساسات ناخودآگاه و ناپذیرفته شده دارند (کرامر و همکاران، ۲۰۲۵). بنابراین، با این رویکرد، نوجوانان نه تنها احساسات خود را می‌شناختند، بلکه یاد می‌گیرند که چگونه این احساسات را در روابط اجتماعی به صورت سازنده بیان کنند، که منجر به افزایش اعتماد به نفس و کاهش احساس طرد شدن می‌شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش طرد اجتماعی و احساس تنهایی نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی موثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون سونو و همکاران (۲۰۲۵)، بوتل و همکاران (۲۰۲۵)، مزاریچ و همکاران (۲۰۲۵) و بادریاح و همکاران (۲۰۲۵) همسو است. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری با شناسایی و به چالش کشیدن افکار منفی مرتبط با موقعیت‌های اجتماعی، به نوجوانان کمک می‌کند تا دیدگاه واقع‌بینانه‌تری نسبت به خود و دیگران داشته باشند (سونو و همکاران، ۲۰۲۵). این امر منجر به کاهش ترس از قضاوت، افزایش اعتماد به نفس و کاهش رفتارهای اجتنابی می‌شود (گراک و همکاران، ۲۰۲۵). درمان شناختی-رفتاری همچنین بر تقویت مهارت‌های اجتماعی تمرکز دارد، به طوری که نوجوانان یاد می‌گیرند چگونه در موقعیت‌های اجتماعی با اعتماد به نفس عمل کنند و مهارت‌های گفتگو را بهبود بخشند (بادریاح و همکاران، ۲۰۲۵). این تغییرات رفتاری و شناختی، باعث می‌شود نوجوانان بیشتر در تعاملات اجتماعی شرکت کنند، روابط عمیق‌تری ایجاد کنند و در نتیجه احساس تنهایی و طرد شدن را کاهش دهند (راسنر و همکاران، ۲۰۲۵).

از سوی دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی دو درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی- رفتاری بر کاهش طرد اجتماعی و احساس تنهایی تفاوت وجود دارد و درمان متمرکز بر هیجان نسبت به درمان شناختی- رفتاری موثرتر بوده است. این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون راسنر و همکاران (۲۰۲۵) و اسچمیتر و همکاران (۲۰۲۵) همسو است. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که درمان متمرکز بر هیجان، با تمرکز بر شناسایی، درک و بیان احساسات، به نوجوانان کمک می‌کند تا نیازهای عاطفی خود را درک کنند و آنها را به صورت سالم بیان کنند (لث و همکاران، ۲۰۲۵؛ استیگلر و همکاران، ۲۰۲۴). این رویکرد، احساسات را به عنوان اطلاعاتی از نیازهای درونی می‌بینند و به نوجوانان کمک می‌کند تا احساسات منفی مانند شرم، بی‌ارزشی و ترس را نه به عنوان چیزهای نامطلوب، بلکه به عنوان نشانه‌هایی از نیازهای اجتماعی و عاطفی ببینند (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۵). این تغییر دیدگاه، می‌تواند منجر به کاهش اضطراب و افزایش خودآگاهی شود (سیواندیان و همکاران، ۲۰۲۴). در مقابل، درمان شناختی-رفتاری، با تمرکز بر تغییر افکار منفی و رفتارهای اجتنابی، ممکن است در رسیدگی به احساسات عمیق و

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.1]

ناخودآگاه محدودیت داشته باشد (اسچمیتر و همکاران، ۲۰۲۵). از این رو، درمان متمرکز بر هیجان، با تأکید بر درک و مدیریت احساسات اساسی، اثرات گسترده‌تری بر کاهش طرد اجتماعی و احساس تنهایی دارد، زیرا نوجوانان می‌توانند احساسات خود را بیان کنند، نیازهای عاطفی خود را برآورده کنند و روابط عمیق‌تری ایجاد کنند (سیواندیان و همکاران، ۲۰۲۴). این مکانیسم‌ها، نه تنها اضطراب را کاهش می‌دهند، بلکه چرخه معیوب تنهایی و طرد شدن را قطع می‌کنند و به بهبود کیفیت زندگی اجتماعی و روانی نوجوانان کمک می‌کنند (اسچمیتر و همکاران، ۲۰۲۵).

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان شناختی–رفتاری اثربخشی بیشتری در کاهش طرد اجتماعی و احساس تنهایی نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی دارد. این یافته‌ها بیانگر نقش کلیدی پردازش و تنظیم هیجان‌ها در بهبود تعاملات اجتماعی و کاهش تجربه‌های هیجانی منفی در این گروه است. به نظر می‌رسد تمرکز درمان متمرکز بر هیجان بر آگاهی هیجانی، پذیرش و بازسازی تجارب هیجانی، زمینه بهتری برای کاهش احساس انزوای اجتماعی فراهم می‌کند. بر این اساس، استفاده از این رویکرد می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در برنامه‌های درمانی نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی مورد توجه قرار گیرد.

مطالعه حاضر با نمونه‌ای محدود از نوجوانان پسر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و به شیوه هدفمند انجام شد که تعمیم نتایج را محدود می‌کند. حجم نمونه کوچک، پیگیری کوتاه مدت و عدم کنترل ویژگی‌های شخصیتی و وضعیت اقتصادی- اجتماعی از دیگر محدودیت‌ها بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌گیری تصادفی، حجم نمونه بزرگ‌تر و دوره پیگیری طولانی‌تر استفاده شود. در زمینه کاربردی، استفاده از درمان متمرکز بر هیجان و شناختی- رفتاری برای کاهش طرد شدگی و احساس تنهایی در نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی توصیه می‌شود و می‌تواند به عنوان مداخلات مکمل روانشناختی به کار گرفته شود.

منابع

بشیر پور، س؛ عبادی، م؛ نریمانی، م. (۱۳۹۹). برازش مدل علی مبتنی بر آشفتگی روابط زوجی بر اساس فراهیجان منفی: نقش میانجی حساسیت به طرد در افراد متأهل. *روانشناسی خانواده*، ۷(۲)، ۷۲-۶۱.https://doi.org/10.22034/ijfp.2021.245575

حسنوند عموزاده، م. (۱۳۹۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس هراس اجتماعی در میان دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶ (۱۳۹)، ۱۷۷-۱۶۶. http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-8146-fa.html

گلیج، ف؛ صادقی، ا؛ صفاری نیا، م. (۱۴۰۴). پیش‌بینی رفتارهای پرخاشگرانه بر اساس ابرازگری هیجانی، احساس تنهایی و امید به زندگی در دانشجویان دختر. *رویش روان شناسی*، ۱۴ (۸)،۲۱۱-۲۲۰.http://frooyesh.ir/article-1-5973-fa.html

Alsayed, A. (2025). Barriers to belonging: an ecological and appraisal framework for peer relationships, self-awareness, and confidence in deaf and hard of hearing. Frontiers in Psychology, 16. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1632263

Álvarez-García, D., García, T., & Betts, L. (2025). Anxiety and self-esteem as causes and consequences of cyber-victimization in preadolescence: a longitudinal study. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, *17*(1), 1-9. https://doi.org/10.47895/amp.vi0.8140

Badriyah, F. L., Suarilah, I., Tarihoran, D. E. T. A. U., Saragih, I. D., & Lee, B. O. (2025). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Psychological Distress in Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies. *Nursing & Health Sciences*, *27*(1), e70036. https://doi.org/10.51249/hs.v4i04.2169

Bailey, G., Halamová, J., & Gablíková, M. (2025). Qualitative analysis of chair tasks in emotion-focused therapy video sessions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(19), 12942. https://doi.org/10.1002/wps.21088

Beck, J. S. (2020). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. Guilford Publications.

Bondü, R., & Krahé, B. (2015). Links of justice and rejection sensitivity with aggression in childhood andadolescence. *Aggressive behavior*, 41(4), 353-368. https://doi.org/10.1002/ab.21556

Boutelle, K. N., Afari, N., Obayashi, S., Eichen, D. M., Strong, D. R., Pasquale, E. K., & Peterson, C. B. (2025). Regulation of Cues vs Cognitive Behavioral Therapy for Binge Eating and Weight Loss Among Veterans: A Feasibility and Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, *8*(8), e2525064-e2525064. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.4.8

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

Costello, M., Brehm, M., Rivens, A., Hunt, G., Nagel, A., & Allen, J. (2025). Support-seeking about social relationships with friends is associated with friendship quality, emotional support, and self-disclosure in adolescence. *Journal of Social and Personal Relationships*, *42(*12), 3388-3410. https://doi.org/10.1177/02654075251371391

Filia, K., Teo, S., Brennan, N., Freeburn, T., Baker, D., Browne, V., … & Gao, C. (2023). Interrelationships between social exclusion, mental health and wellbeing in adolescents: insights from a national youth survey.. https://doi.org/10.31234/osf.io/4zgcy

Garke, M. Å., Hentati Isacsson, N., Kolbeinsson, Ö., Hesser, H., & Månsson, K. N. (2025). Improvements in emotion regulation during cognitive behavior therapy predict subsequent social anxiety reductions. *Cognitive Behaviour Therapy*, *54*(1), 78-95. https://doi.org/10.51249/hs.v4i04.2169

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.1]

Greenberg, L. (2006). Emotion-focused therapy: A synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 36,* 87-93. https://doi.org/10.1007/s10879-006-9011-3

Han, J., Way, N., Yoshikawa, H., & Clarke, C. (2023). Interpersonal curiosity and its association with social and emotional skills and well-being during adolescence. *Journal of Adolescent Research, 40*(3), 636-668. https://doi.org/10.1177/07435584231162572

Harrewijn, A., Mulder, R., IJzendoorn, M., Wieser, M., & Jansen, P. (2024). Four distinct peer interaction variables as moderators of the fearful temperament-anxiety association, using data from the generation r study. *JCPP Advances, 5*(1). https://doi.org/10.1002/jcv2.12254

Hernández-Díaz, R., Navarro-Vásquez, L., Aguilar-Latorre, A., Méndez-López, F., Gascòn, S., & Botaya, R. (2025). Analysis of young students' perception of loneliness: a cross-sectional study. Frontiers in Psychology, 16. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1553490

Kim, Y., Lee, S., & Cho, Y. (2024). Implication of social rejection in cognitive bias modification interpretation training in adolescents with eating disorders. Journal of Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35(2), 101-106. https://doi.org/10.5765/jkacap.230066

Kramer, U., Sutter, M., Rubel, J., Machinea, J. B., Woldarsky, C., Auszra, L., ... & Holtforth, M. G. (2025). Effectiveness of emotion-focused therapy: Main results of a practice–research network study. Psychotherapy Research, 1-9. https://doi.org/10.1177/08862605221145722

Leeth, C. K., & Mendoza, A. (2025). Adapting emotion-focused therapy for Latine couples. The Family Journal, 10664807241312202. https://doi.org/10.3390/children10061055

Li, T., Chen, B., Li, Q., Wu, X., Li, Y., & Zhen, R. (2023). Association between bullying victimization and post-traumatic stress disorders among chinese adolescents: a multiple mediation model. BMC Psychiatry, 23(1). https://doi.org/10.1186/s12888-023-05212-x

Mesarič, K. K., Kodrič, J., Bogataj, Š., Pernat, A. M., Kuzmanovski, A., Zakrajšek, B. L., & Pajek, J. (2025). Lost and not found: randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for weight-loss in patients with chronic kidney disease. *Journal of Behavioral Medicine, 48*(4), 594. https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_899_25

Penhaligon, L., Lewis, M., & Gross, J. (2009). Neural correlates of social rejection. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 4*(3), 309–317. https://doi.org/10.1037/a0014526

Reangsing, C., Wongchan, W., Trakooltorwong, P., Thaibandit, J., & Oerther, S. (2025). Effects of cognitive behavioral therapy (CBT) on addictive symptoms in individuals with internet gaming disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 116425. https://doi.org/10.3390/ejihpe15070131

Ritz, N. L., Brocka, M., Butler, M. I., Cowan, C. S., Barrera-Bugueño, C., Turkington, C. J., ... & Cryan, J. F. (2024). Social anxiety disorder-associated gut microbiota increases social fear. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *121*(1), e2308706120. https://doi.org/10.1073/pnas.2308706120

Rosner, R., Rau, J., Kersting, A., Rief, W., Steil, R., Rummel, A. M., ... & Comtesse, H. (2025). Grief-Specific Cognitive Behavioral Therapy vs Present-Centered Therapy: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, *82*(2), 109-117. https://doi.org/10.1037/cbs0000455

Rudolph, K., Davis, M., Modi, H., Skymba, H., Finnegan, M., Haigler, K., … & Telzer, E. (2025). Emotional trade-offs of neural sensitivity to social threat and reward in adolescent girls. Social Cognitive and Affective Neuroscience, 20(1). https://doi.org/10.1093/scan/nsaf048

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40. http://dx. doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2

Schmitter, M., Rubin, M., Smits, J. A., Reijnen, S. E., de Ruiter-Blijdorp, E. D., van den Berg, M. M., ... & Vrijsen, J. N. (2025). Exercise prior to cognitive behavior therapy sessions for depression: a feasibility pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-13. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1296516

She, R., han Mo, P. K., Li, J., Liu, X., Jiang, H., Chen, Y., ... & fai Lau, J. T. (2023). The double-edged sword effect of social networking use intensity on problematic social networking use among college students: The role of social skills and social anxiety. *Computers in Human Behavior*, *140*, 107555. https://doi.org/10.3390/healthcare13172180

Sivandian, M., & Falahzade, H. (2025). The effectiveness of emotion-focused therapy on emotion regulation and coping strategies of women with somatic symptom. Journal of Education and Health Promotion, 14(1), 205. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1470725

Smith, M. M., & Hewitt, P. L. (2024). The equivalence of psychodynamic therapy and cognitive behavioral therapy for depressive disorders in adults: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*, *80*(5), 945-967. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_687_23

Stiegler, J. R., Schanche, E., Danielsen, Y. S., & Hjeltnes, A. (2024). Growth in challenging situations: A qualitative investigation of therapists' experience of delivering emotion-focused therapy. *Psychotherapy Research*, 1-13. https://doi.org/10.56011/mind-mri-122-20236

Sunu, S. Y., & Woloski, J. R. (2025). The impact of cognitive behavioral therapy on body mass index in patients treated exclusively for depression. *PRiMER: Peer-Reviewed Reports in Medical Education Research*, *9*, 31. https://doi.org/10.1002/dev.70019

Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., ... & Mahon, S. (2025). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. Psychotherapy, 59(1), 84. https://doi.org/10.32598/jpcp.12.3.746.7

Yekta, M., Farahani, M., Khanipour, H., & Shahgholian, M. (2023). Investigating the effective factors in the formation of deliberate self-harm in adolescence: mental health professionals' viewpoints. *Practice in Clinical Psychology*, *11*(2), 151-166. https://doi.org/10.32598/jpcp.11.2.839.1

Zhao, N., Zhou, G., Wei, M., & Vogel, D. (2024). Investigating the cognitive and affective dynamics of social media addiction: insights from peer contexts.. *Journal of Counseling Psychology, 71*(5), 430-446. https://doi.org/10.1037/cou0000747

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.1]