

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه روانپزشکی

پایان نامه دکترای تخصصی روانپزشکی

عنوان

اثر بخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجانی در فویبای اجتماعی

نگارنده

سیروس جهانگیری

استاد راهنما

دکتر علی ناظری آستانه

استاد مشاور

دکتر ندا علی بیگی

اردیبهشت ۹۲

شماره ثبت

با تشکر از

چکیده

فوبیای اجتماعی (social phobia) یکی از مشکلات مهم هیجانی است و باعث مشکلات زیاده‌ای در کارکرد می‌شود. اضطراب اجتماعی (social anxiety disorder) یا هراس اجتماعی نوعی اضطراب است که با ترس و اضطراب شدید در موقعیتهای اجتماعی شناخته می‌شود و حداقل بخشی از فعالیتهای روزمره شخص را مختل می‌کند. هدف از این مطالعه تعیین اثر درمانی تنظیم هیجانی بر نمره اضطراب بیمار در حوزه تعاملات اجتماعی، تعیین اثر درمانی تنظیم هیجانی بر نمره اجتناب در حوزه تعاملات اجتماعی، تعیین اثر درمانی تنظیم هیجانی بر نمره اضطراب بیمار در حوزه عملکرد، تعیین اثر درمانی تنظیم هیجانی بر نمره اجتناب در حوزه عملکرد می‌باشد. این مطالعه یک مطالعه موردی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. بیمارانی را که بر اساس معیارهای DSM-IV-TR مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بودند، وارد طرح شدند. در ابتدا و انتهای درمان از مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز (Liebowitz Social Anxiety Scale) جهت تعیین شدت علائم فوبیای اجتماعی (social phobia) در بیماران استفاده شد. نتایج به دست آمده از مطالعه ما نشان داد که روش درمانی تنظیم هیجان در درمان و کاهش علائم فوبیای اجتماعی موثر است. بسیاری از علایمی که از طریق پرسشنامه LSAS مورد سوال قرار گرفت، پس از شرکت در جلسات درمانی بهبود پیدا کردند.

کلمات کلیدی: فوبیای اجتماعی، لایبویتز، اضطراب

فهرست

فصل

اول.....	۱
۱.۱ بیان مساله	۲
۱.۲ اهمیت و ضرورت.....	۱۲
۱.۳ اهداف و فرضیات.....	۱۳
فصل دوم.....	۱۵
پیشینه تحقیق.....	۱۶
فصل سوم.....	۲۰
۳.۱ روش شناسی تحقیق.....	۲۱
۳.۱.۱ نوع مطالعه.....	۲۱
۳.۱.۲ جامعه و نمونه آماری و روش نمونه گیری.....	۲۲
۳.۱.۳ معیارهای ورود.....	۲۲
۳.۱.۴ معیارهای خروج.....	۲۲
۳.۱.۵ ملاحظات اخلاقی.....	۲۳
۳.۱.۶ ابزار مطالعه.....	۲۳
۳.۱.۷ روش جمع آوری داده ها.....	۲۴
۳.۱.۸ روش تجزیه و تحلیل داده ها.....	۲۶

۲۷	.....	۳.۱.۹ متغیرها
۲۸	.....	فصل چهارم
۲۹	.....	۴.۱ توصیف و تحلیل داده ها
۴۴	.....	فصل پنجم
۴۵	.....	۵.۱ بحث و نتیجه گیری
۴۸	.....	۵.۲ محدودیت ها و پیشنهادات
۴۹	.....	فهرست منابع

فهرست جداول و نمودارها

۳۸	جدول ۴.۱
۳۹	نمودار ۴.۱
۴۰	نمودار ۴.۲
۴۱	نمودار ۴.۳
۴۲	نمودار ۴.۴
۴۳	نمودار ۴.۵

فصل اول

۱.۱ بیان مساله

تحقیقات پیشین نشان داده اند که مشکلات هیجانی در صد بالایی از افراد جوامع مختلف را درگیر کرده اند. از جمله مشکلات هیجانی می توان به افسردگی، اضطراب، خصومت و حساسیت بین فردی اشاره کرد. فویای اجتماعی (social phobia) یکی از مشکلات مهم هیجانی است و باعث مشکلات زیادی در کارکرد می شود. اضطراب اجتماعی (social anxiety disorder) یا هراس اجتماعی نوعی اضطراب است که با ترس و اضطراب شدید در موقعیتهای اجتماعی شناخته می شود و حداقل بخشی از فعالیتهای روزمره شخص را مختل می کند. اضطراب اجتماعی یک اختلال بسیار ناتوان کننده است که می تواند بسیاری از جنبه های زندگی فرد را مختل کند. در موارد شدید اضطراب اجتماعی می تواند کیفیت زندگی فرد را به نازلترین حد کاهش دهد. بعضی از مبتلایان ممکن است هفته ها از خانه خارج نشوند یا از بسیاری موقعیتهای اجتماعی مانند موقعیتهای شغلی و تحصیلی خود صرف نظر کنند. اضطراب اجتماعی می تواند از نوع خاص (specific) (زمانی که فقط برخی موقعیتهای اجتماعی خاص موجب اضطراب می شود. مثل سخنرانی در حضور جمع) یا از نوع فراگیر (Generalized) باشد. اضطراب اجتماعی فراگیر عموماً شامل نوعی نگرانی شدید، مزمن و پایدار می شود که فرد از قضاوت دیگران در مورد ظاهر یا رفتارش و یا خجالت کشیدن و تحقیر شدن در حضور دیگران دارد. در حالی که شخص مبتلاً معمولاً متوجه غیرمنطقی بودن یا زیاده روی در این احساس ترس و نگرانی می شود ولی غلبه کردن بر این ترس برایش بسیار سخت است. علائم جسمی که معمولاً همراه اضطراب اجتماعی هستند شامل سرخ شدن، تعریق زیاد، لرزش، تپش قلب، احساس دل آشوب و لکنت زبان می شود. در موارد نگرانی و ترس شدید حملات اضطرابی (panic attack) نیز ممکن است اتفاق بیافتد. (NEW) تشخیص و دخالت زودهنگام در این اختلال می تواند به حداقل شدن علائم و کند شدن پیشرفت آن کمک قابل توجهی کند و از بروز عوارض بعدی نظیر افسردگی شدید جلوگیری نماید. بعضی از

مبتلایان از الکل یا مواد مخدر و روانگردان برای کاهش ترس، افزایش اعتماد به نفس و عملکرد اجتماعی بهتر استفاده می کنند (Book & Randall, 2002). بسیاری از مبتلایان به هراس اجتماعی معمولاً به خود درمانی روی می آورند. عامل دیگری که در این مساله موثر است پرهیز مبتلایان از مراجعه به پزشک به علت خود اختلال است. این مسایل احتمال اعتیاد به مواد مخدر، روانگردان و تداخلات خطرناک دارویی را افزایش می دهد. فرد مبتلا را می توان به روشهای دارویی یا روان درمانی یا هر دو درمان کرد . تحقیقات نشان داده درمان رفتاری- شناختی (cognitive behavior therapy) بصورت فردی یا گروهی در درمان اضطراب اجتماعی موثر است . هدف این روش تغییر الگوهای فکری و واکنشهای فیزیکی فرد در موقعیتهای اضطراب زای اجتماعی است .

از سال ۱۹۹۹ پس از آنکه برخی داروها برای درمان اضطراب اجتماعی مورد تایید قرار گرفت و به بازار عرضه شد توجه به این اختلال در ایالات متحده آمریکا به طور گسترده ای افزایش یافته است. داروهای دیگری که معمولاً بدین منظور تجویز می شوند شامل بتا بلاکره ۱ و بنزودیازپینها و برخی ضدافسردگیهای جدیدتر هستند . علیرغم اینکه SSRIها عوارض بسیار کمی دارند و بسیار امن هستند و به عنوان رده اول درمانی در اضطراب اجتماعی شناخته می شوند شواهد بسیاری نشان دهنده موثر نبودن این گروه از داروها در موارد شدید دارد . اخیراً شواهدی مبنی بر اختلال در سیستم دوپامینرژیک مبتلایان به اضطراب اجتماعی یافت شده است. بسیاری از مبتلایان به اضطراب اجتماعی نیز داروهای دوپامینرژیک مانند آمفتامینها را موثرترین داروها در برخورد کوتاه مدت با این اختلال می دانند. بنزودیازپینها و مهار کننده های مونوآمینو اکسیداز نیز بسیار موثر گزارش شده اند. با این وجود خطرات احتمالی مهار کننده های مونوآمینو اکسیداز این داروها را به عنوان آخرین گزینه در درمان قرار می دهد. درمانهای گیاهی بسیاری نیز در اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار گرفته است. برای مثال گیاهی به نام کاوا (kava) به عنوان

درمان گیاهی اضطراب اجتماعی توجه بسیاری را به خود جلب کرده است هر چند نگرانیهایی هم در مورد آثار جانبی درمان با این گیاه وجود دارد. (Lim et al., 2007)

فردی که دچار اضطراب اجتماعی است هیچ گونه تمایلی به آغاز ارتباط با دیگران ندارد و با احساسی از ترس از هر موقعیتی که ممکن است در معرض داوری دیگران قرار گیرد، اجتناب می ورزد. برداشت یا تصور شخص از موقعیت های اجتماعی که احتمال دارد شخصیت، ظاهر یا توانایی های او مورد سنجش و ارزشیابی ضعیف دیگران قرار گیرد، می تواند واقعی یا خیالی باشد. مبتلایان به اضطراب اجتماعی از اینکه چگونه در نظر دیگران به نظر می رسند احساس نگرانی می کنند. آنها معمولاً در جمع متوجه به ظاهر و رفتار خود هستند و معیارهای بالایی برای رفتار و عملکرد خود در نظر دارند. شخص مبتلا تلاش می کند تا تاثیر مثبتی بر دیگران بگذارد و جلوه عادی از خود ارائه دهد اما در عین حال معتقد است که قادر به این کار نیست. این افراد پیش از روبرو شدن با موقعیت اجتماعی اضطراب زا بارها و بارها شرایط را بصورت ذهنی تصور می کنند و مسائل و موقعیتهای اضطراب زای بالقوه و طریقه برخورد با آن را مرور می کنند. آنها اتفاقاتی که ممکن است برایشان خجالت آور باشد را بررسی می کنند و حتی رشته تفکراتشان پس از رویارویی با آن موقعیت خاتمه نمی یابد بلکه تا روزها بعد رفتار خود را بررسی می کنند و معمولاً خود را به خاطر اشتباهات و نمایش ضعیف سرزنش می کنند. مبتلایان به اضطراب اجتماعی بدبین تر از دیگران هستند و صحبت های عادی یا مبهم را با نگاه منفی تفسیر می کنند. بسیاری از تحقیقات نیز نشان داده است که این افراد خاطرات منفی را بهتر از دیگران به یاد می آورند. برخی دیگر از خصوصیات این افراد شامل عادت به خواندن طرز فکر دیگران، تمرکز روی اتفاقات منفی، کوچک شمردن نکات قوت خود، تعمیم دادن بیش از حد مشکلات و پرهیز از برقراری روابط صمیمی است. برخی از موقعیتهایی که موجب بروز اضطراب در مبتلایان می شود بصورت زیر است:

- مورد قضاوت ضعیف دیگران قرار گرفتن، عدم تأیید یا انتقاد توسط دیگران
- ملاقات با دیگران برای نخستین بار
- مرکز توجه واقع شدن (مثلا در زمان وارد شدن به مجلسی که دیگران نشسته اند)
- زیر نظر قرار گرفته شدن به هنگام انجام کار
- دعوت کردن یا دعوت شدن
- شرایط خاص اجتماعی مثل عصبانیت ها و پرخاشگری ها
- موقعیتی که می بایست مصمم و قاطع جواب داد یا اظهار نظر کرد

اضطراب اجتماعی ترسی ماندگار از یک یا چند موقعیت است که فرد در آنها در معرض نگاه موشکافانه دیگران قرار می گیرد و ترس از اینکه به گونه ای عمل یا رفتار کند که اشتباه و در نتیجه تحقیرآمیز یا خجالت آور باشد . این مساله فراتر از خجالتی بودن عادی است به گونه ای که در موارد بسیاری به اجتناب از موقعیتهای قابل توجه اجتماعی و شغلی منجر شود . موقعیتهای اضطراب زا می تواند تقریباً شامل هرگونه روابط اجتماعی خصوصاً شرکت در گروههای کوچک، مهمانی، صحبت با افراد غریبه، هتل و امثال آن شود . علائم جسمی و فیزیکی می تواند شامل خالی شدن ذهن، تپش قلب، سرخ شدن، سوزش معده و دل آشوب شود . (Kendler, Karkowski, & Prescott, 1999). هراسها معمولاً با فرار (escape behavior) یا رفتارهای اجتنابی (avoidance behavior) کنترل می شوند. به عنوان مثال یک دانش آموز ممکن است در زمان صحبت کردن در جلوی جمع، کلاس را ترک کند(فرار) یا از ارائه گزارش شفاهی خودداری کند (اجتناب) چرا که قبلاً در موقع صحبت در جلوی جمع دچار اضطراب شدید یا حملات اضطرابی شده است. برخی از رفتارهای اجتنابی کوچک زمانی دیده می شود که فرد از برخورد چشمی (eye contact) با دیگران اجتناب می کند مثلاً فرد م حلی را برای نشستن انتخاب می کند که ارتباط

رودر روی چشمی با دیگران نداشته باشد . در موارد شدیدتر فرد از مواجهه با هر موقعیت اجتماعی که باعث بروز اضطراب شود پرهیز می کند. اینگونه رفتارهای اجتنابی در فرد مبتلا باعث افت شدید در کیفیت زندگی فرد می شود و باعث بدتر شدن و پیشرفت این اختلال می گردد.(Segrin & Kinney, 1995)

اضطراب اجتماعی معمولاً با طیف گسترده ای از اختلالات روانی دیگر همراه است . اضطراب اجتماعی معمولاً با اعتماد به نفس پایین و افسردگی همراه است که از کمبود روابط اجتماعی و دوره های طولانی مدت انزوا (در نتیجه اجتناب از موقعیتهای اجتماعی) ناشی می شود. به منظور کاهش اضطراب و تسکین افسردگی معمولاً مبتلایان از الکل یا داروهای روانگردان استفاده می کنند که ممکن است به وابستگی دارویی و سوء مصرف مواد منجر شود . بر اساس یک گزارش تخمین زده می شود که یک پنجم مبتلایان همزمان به الکل وابستگی دارند . معمولترین اختلال شایع در میان بیماران اضطراب اجتماعی افسردگی است . پس از افسردگی حملات اضطرابی (panic attacks)، اضطراب فراگیر (generalized anxiety disorder)، اختلال استرس پس از سانحه (post-traumatic stress disorder)، وابستگی به مواد و خودکشی شایع ترین اختلالات موجود در بیماران اضطراب اجتماعی می باشد. اختلال شخصیت کناره گیر (Avoidant personality disorder) نیز علائم بسیار مشابه و ارتباط بسیار نزدیکی و تنگاتنگی با اضطراب اجتماعی دارد. با توجه به پس زمینه های مربوط به اختلالات موجود در سیستم دوپامینرژیک، اختلال کم توجهی - بیش فعالی (Attention-deficit hyperactivity disorder) نیز در بخشی از مبتلایان دیده می شود. یک تجربه ناموفق اجتماعی می تواند شروعی برای اضطراب اجتماعی باشد. در حدود نصف مبتلایان وقوع یک ضربه روانی یا یک واقعه اجتماعی تحقیر آمیز با شروع یا بدتر شدن اضطراب اجتماعی مرتبط است . همچنین اضطراب اجتماعی می تواند اثرات بلند مدت طرد شدن، نادیده گرفته شدن، آزار جسمی یا جنسی در دوره کودکی باشد. محافظت بیش اندازه والدین از کودکان (overprotection) و عدم اجازه بروز احساسات و هیجانات نیز در

به‌وز این اختلال در بزرگسالی موثر است . مشکل در کسب مهارت‌های اجتماعی نیز می تواند عامل تقویت کننده اضطراب اجتماعی باشد چرا که باعث کاهش اعتماد به نفس و ناتوانی در برقرار کردن ارتباطات اجتماعی موفق و اخذ واکنش‌های مثبت و پذیرش از طرف دیگران می شود. هر چند برخی مطالعات این موضوع را رد می کند، برخی دیگر از مطالعات این موضوع را تایید می کند. (Heimberg, Liebowitz, Hope, & Schneier, 1995).

در حالیکه مصرف اتانول در ابتدا به اضطراب اجتماعی کمک می کند، سوء مصرف مقادیر زیاد الکل می تواند علائم اضطراب اجتماعی را بدتر کند یا در زمان مستی و یا در زمان ترک باعث ایجاد حملات اضطرابی شود . این اثر تنها به الکل مختص نمی شود بلکه ممکن است با سوء مصرف بلند مدت داروها و مواد دیگری که مکانیزم اثر مشابهی دارند مانند بنزودیازپینها که به عنوان آرامبخش تجویز می شوند نیز اتفاق بیافتد . بنزودیازپینها اثر ضداضطراب دارند و می توانند در درمان کوتاه مدت اضطراب شدید موثر باشند . بنزودیازپینها معمولاً بسیار امن هستند با این وجود انجمن جهانی اضطراب استفاده بلند مدت از بنزودیازپینها را برای درمان اضطراب توصیه نمی کند چرا که استفاده بلند مدت آن می تواند اثرات منفی ای شامل تحمل دارویی (tolerance)، تخریب ادراک و حافظه، وابستگی فیزیکی و سندرم ترک (discontinuation syndrome) را ایجاد کند . هر چند استفاده از داروهای ضدافسردگی در درمان اضطراب بسیار رایج شده است بنزودیازپینها به دلیل کارایی بسیار بالا، شروع سریع اثرات درمانی و اثرات جانبی مطلوبتر همچنان به عنوان یکی از رده های اصلی درمانی مورد استفاده قرار می گیرند. در مجموع قطع ناگهانی الکل یا داروهای مثل بنزودیازپینها و آگونیستهای دوپامین می تواند به بدتر شدن اضطراب اجتماعی منجر شود . به همین دلیل قطع تدریجی (taper down) این داروها توصیه می شود. برخی مطالعات نیز

نشان داده‌اند برخی داروهای آنتی سایکوتیک (antipsychotic) و آنتاگونیستهای دوپامین مثل هالوپریدول ممکن

است در افراد غیر مبتلا علائم اضطراب اجتماعی ایجاد کند. (Allgulander et al., 2003)

اضطراب اجتماعی معمولاً جدی گرفته نمی‌شود یا با اختلالات دیگری مثل افسردگی اشتباه گرفته می‌شود. جهت

تعیین شدت اضطراب اجتماعی و رفتارهای اجتنابی در افراد مشکوک پرسشنامه‌هایی طراحی شده است. معیار

لابویتز (Liebowitz scale) و معیار مختصر هراس اجتماعی (brief social phobia scale) معمولاً بدین منظور

استفاده می‌شوند. (Hedges, D. W)

مهمترین مساله‌ای که از مطالعات اضطراب اجتماعی برداشت می‌شود اهمیت قابل توجه تشخیص و درمان زودهنگام

است چرا که با گذر زمان جنبه‌های شناختی، روانی و فیزیکی اختلال تقویت می‌شود و غلبه بر آن به مراتب سخت

تر خواهد بود. با این وجود غالباً افراد مبتلا بسیار دیر و پس از برخورد با مشکلات فراوان در زندگی برای درمان

مراجعه می‌کنند. با توجه به اینکه این اختلال در بسیاری از نقاط جهان چندان شناخته شده نیست و ناشی از

اختلالات شخصیتی فرض می‌شود مبتلایان به هراس اجتماعی معمولاً به خود درمانی (self-medication) روی

می‌آورند. عامل دیگری که در این مساله موثر است پرهیز مبتلایان از مراجعه به پزشک به علت خود اختلال است.

این مسایل احتمال اعتیاد به مواد مخدر، روانگردان و تداخلات خطرناک دارویی را افزایش می‌دهد. SSRIها که

دسته‌ای از داروهای ضد افسردگی هستند به علت عوارض جانبی ناچیز انتخاب اول در درمان اضطراب اجتماعی

هستند. اولین دارویی که توسط FDA برای درمان اضطراب اجتماعی مورد تایید قرار گرفت

پاروکستین (paroxetine) بود. احقاق بروز مقاومت دارویی و وابستگی در SSRIها بسیار کمتر از داروهای دیگر

است. MAOIها جزو اولین و موثرترین داروها در درمان اضطراب اجتماعی هستند. تحقیقات نشان داده‌اند ترانیل

سیپرومین (tranylcypromine) و فنلزین (phenelzine) که از دسته مهارکننده‌های غیرانتخابی (non-selective)

و برگشت ناپذیر (irreversible) مونوآمینوآکسیدازها هستند در درمان اضطراب اجتماعی بسیار موثرند. با این وجود استفاده از این داروها نیازمند رعایت رژیم غذایی بدون تیرامین است در غیر اینصورت به عوارض جانبی بسیار خطرناکی مثل افزایش ناگهانی فشار خون و مرگ منجر می شوند. این مساله و همچنین سمیت (toxicity) بالای این داروها در زمان استفاده بیش از اندازه (overdose) و احتمال بالای تداخل با داروهای دیگر MAOIها را به عنوان انتخاب آخر در درمان اضطراب اجتماعی قرار داده است. (Schneier et al., 2009)

بنزودیازپین ها جزو موثرترین و کم خطرترین داروها در درمان کوتاه مدت اضطراب هستند. تحقیقات بسیاری اثر بسیار خوب کلونازپام و برومازپام (bromazepam) را در اضطراب اجتماعی نشان داده اند. بنزودیازپین ها به دلیل کارایی بسیار بالا، شروع سریع اثرات درمانی و اثرات جانبی مطلوبتر همچنان به عنوان یکی از رده های اصلی درمانی مورد استفاده قرار می گیرند. استفاده بلندمدت بنزودیازپین ها ممکن است موجب تحمل نسبت به دارو یا تاثیر نامناسب بر حافظه شود. همچنین احتمال وابستگی یا استفاده تفریحی (recreational) نیز وجود دارد. اثرات درمانی بنزودیازپینها از طریق تاثیر بر گیرنده های گابا (GABA) اعمال می شود. داروهای دیگری که بر گابا تاثیر گذار هستند مثل گاباپنتین و تیاگابین نیز در درمان اضطراب اجتماعی موثر گزارش شده اند. (Stevens & Pollack, 2005; van der Wee et al., 2008).

تحقیقات زیادی در مورد اثر ضدافسردگی های سه حلقه ای (TCAs) در درمان اضطراب اجتماعی صورت نگرفته است ولی به نظر می رسد بعضی داروهای این دسته که مهارکننده های قوی بازجذب سروتونین هستند (مثل کلومیپرامین) تاثیری مشابه یا کمی بهتر از SSRIها داشته باشند ولی اثرات جانبی بیشتری نسبت به SSRIها دارند. بنابراین مثل پروپرانولول نیز در کاهش علائم فیزیکی اضطراب اجتماعی موثرند و معمولاً با داروهای دیگر بصورت همزمان استفاده می شوند. این داروها در اضطراب اجتماعی خاص (مثلاً هنگام ارائه گزارش در حضور

جمع) نیز مورد استفاده قرار می گیرند. SNRIها نیز در درمان اضطراب اجتماعی بطور گسترده ای مورد بررسی قرار گرفته اند و ونلافاکسین به عنوان سومین دارو برای درمان اضطراب اجتماعی توسط FDA تایید شده است. با این وجود اثرات درمانی آن فراتر از SSRIها نیست. علیرغم وجود شواهد بسیار گسترده مبنی بر تاثیر دوپامین در اضطراب اجتماعی داروهای دوپامینرژیک چندان در درمان اضطراب اجتماعی مورد مطالعه علمی قرار نگرفته اند ولی مبتلایان داروهای آزادکننده دوپامین یا مهارکننده های بازجذب دوپامین را در درمان کوتاه مدت اضطراب اجتماعی موثرتر از دیگر داروها می دانند. استفاده خودسرانه از GBL، الکل، نی کوتین، کافئین و خصوصاً محرکها (آمفتامین، اکستازی و...) نیز در بین مبتلایان رایج است. داروهای موثر بر گیرنده های اوپیوئید که باعث آزاد شدن دوپامین در بخشهایی از سیستم پاداش (reward system) مثل مسیر مزولیمبیک (mesolimbic pathway) می شوند هم در این اختلال بی تاثیر نیستند. استفاده بلندمدت از این داروها نیز می تواند به پدیده تحمل دارویی و وابستگی شدید منجر شود. (Hedges, Brown, Shwalb, Godfrey, & Larcher, 2007).

همان طور که بازسازی شناختی بعنوان یک درمان موثر فوبیای اجتماعی (social phobia) از طریق تغییر سوگرایی قضاوت بیماران عمل می کند، مطالعات روی نمونه های بالینی نشان داده اند که استفاده از استراتژی های تنظیم هیجان ناکارآمدی که هسته بسیاری از مشکلات روانی، از جمله فوبیای اجتماعی (social phobia) است، به افراد کمک می کند تا هیجانات خود را به صورت سازگارانه تری توسط آموزش استفاده از استراتژی های موثرتر تنظیم هیجانی، تعدیل نمایند. تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تاثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان آن، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری، تجربی یا جسمانی هیجان ها است و به طور خودکار یا کنترل شده، هوشیار یا ناهوشیار و از طریق بکارگیری راهبردهای تنظیم هیجان انجام می گیرد. از جمله

این راهبردها می‌توان ارزیابی مجدد، نشخوار فکری، خود اظهاری، اجتناب و بازداری را نام برد (Campbell- Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006).

طبیعت، پیامدها و ارتباط بالین‌ی استراتژی‌های تنظیم هیجان از جمله ارزیابی مجدد (reappraisal) شناختی و سرکوب بیانی (expression suppression) در مقالات اخیر مورد توجه زیادی قرار گرفته است. این مطالعات نشان داده‌اند که ارزیابی مجدد شناختی با نتایج سازگارانه تری نسبت به سرکوب بیان احساسات هم‌راهی دارد. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که استفاده از سرکوب بیان احساسات با پیامدهای منفی در ارتباط است و باعث افزایش پاسخ‌های متعدد رفتاری در افرادی می‌شود که برای مهار این احساسات تلاش می‌کنند. بنابراین ترس افراد از طرد شدن در جامعه ممکن است به صورت عادت‌ی موجب سرکوب پاسخ‌های هیجانی آنها گردد و به صورت غیر عمدی موجب افزایش اضطراب و سایر هیجانات منفی شود (Gross, 1999).

دیدگاه‌های عمل‌گرای کنونی بر نقش مهمی که هیجانات به عنوان پاسخ رفتاری ضروری، تصمیم‌سازی، افزایش حافظه برای رویدادهای مهم و تسهیل روابط بین فردی ایفا می‌کنند، تاکید دارند. به هر حال هیجان‌ها می‌توانند آسیب‌رسان یا کمک‌کننده باشند. آنها وقتی زیان‌بار هستند که در زمان نامناسب یا با شدت نامتناسب ابراز شوند. پاسخ‌های نامناسب هیجانی در بسیاری از اشکال سایکوپاتولوژی شامل مشکلات اجتماعی و حتی بیماری‌های جسمی بروز می‌کنند. برای درک تنظیم هیجان‌ها ابتدا ما باید بدانیم که چه چیزی قرار است تنظیم شود. هیجان‌ها زمانی بوجد می‌آیند که فرد در یک موقعیت قرار می‌گیرد و می‌بیند که این موقعیت به اهداف او مرتبط است. اهدافی که از این ارزیابی حمایت می‌کنند، می‌توانند تحمل‌شونده (مثل زنده ماندن) یا گذرا (تلاش برای برد یک تیم در بازی) باشند. این هیجان‌ها می‌توانند در مورد خود ما (یک دانشجوی خوب بودن) یا محیط (باز کردن یک کادو) باشند.

اهداف می توانند آگاهانه و پیچیده یا ناآگاهانه و ساده باشند . این هیجان ها را می توان به طور وسیع به اشتراک گذاشت و درک کرد یا کاملاً انفرادی نگه داشت .

امروزه عبارت هیجان و احساس مکرراً به جای هم به کار می روند ولی هیجان ها نه تنها باعث می شوند ما چیزی را درک کنیم بلکه باعث می شوند ما چگونگی انجام چیزی را احساس کنیم . ما هیجان ها را در زبان خود توصیف می کنیم مثلاً می گوئیم : دارم دیوانه می شوم، اشکم درآمد، از ترس خشکم زد . این هیجان ها به روش های خاصی عمل می کنند که با تغییرات اتونومیک و نرواندوکرین همراه می باشند که هر دو پاسخ های رفتاری مرتبط را پیش بینی و آن را دنبال می کنند که اغلب پیامد فعالیت حرکتی مرتبط با پاسخ هیجانی است . تغییرات رشد یافته در سیستم های پاسخ رفتاری و فیزیولوژیک دخیل در هیجان نقش اساسی در نمو هیجانی بخصوص در دوره نوزادی و ابتدای کودکی ایفا می کنند.

جمع بندی مطالعات انجام شده نشان می دهند که هنوز درمان مشخصی برای این اختلال وجود ندارد و لازم است تا روشهای جدیدتر مورد ارزیابی قرار گیرند.

۱.۲ اهمیت و ضرورت:

فویبای اجتماعی (social phobia) یک مشکل نافذ با میزان شیوع حدود ۱۲٪ در جامعه است. ابتلا به این بیماری باعث کاهش عملکرد در بسیاری از حوزه های زندگی روز مره می گردد. درمان مورد توافق در حال حاضر درمان شناختی رفتاری (CBT) است (Moscovitch, et al., 2012) .

اگرچه حمایت های زیادی از کارآمدی درمان شناختی رفتاری (CBT) در درمان فویبای اجتماعی (social phobia) وجود دارد، بسیاری از بیماران پاسخ کافی به این درمان نمی دهند و علی رغم کارآمدی ثابت شده CBT