



دانشگاه فردوسی مشهد

پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

اثربخشی برنامه آموزش کنترل توجه بر کاهش سوگیری توجه به محرک‌های اضطراب اجتماعی و بهبود  
شاخص‌های درمانی افراد مضطرب اجتماعی

سپیده معماریان

استاد راهنما

دکتر جواد صالحی فدردی

استاد مشاور

دکتر سید محمود طباطبایی

پاییز ۱۳۹۰

## چکیده

اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان رایج‌ترین اختلال اضطرابی و سومین اختلال شایع روان‌پزشکی و اختلالی با اهمیت در زمینه بهداشت همگانی می‌تواند تاثیر عمیقی بر زندگی شخص داشته باشد. در دو دهه اخیر افزایش چشم‌گیری در پژوهش‌های بالینی، به خصوص با جهت‌گیری شناختی، با هدف بررسی مکانیزم‌های زیربنایی اضطراب اجتماعی صورت گرفته است. پژوهش حاضر شامل سه مطالعه است. مطالعه اول، نقش نشخوار فکری را در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی ( $N=134$ ) بررسی کرد؛ نتایج نشان داد که زنان از مردان نمرات نشخوار فکری بیشتری داشتند. به‌علاوه بعد از کنترل اثر سن، جنسیت، میزان تحصیلات، افسردگی (بک) و اضطراب صفت-حالت (اشپیلبرگر)، افزایش نشخوار فکری (نولن-هوکسما) با افزایش در میزان اضطراب اجتماعی (کانور) همراه بود. مطالعه دوم، سوگیری توجه نسبت به محرک‌های تهدیدکننده اجتماعی را در مبتلایان به اضطراب اجتماعی (میانگین سن =  $22/93$  و انحراف استاندارد =  $3/155$ ) ( $N=30$ ) و بهنجار (میانگین سن =  $23/73$  و انحراف استاندارد =  $2/84$ ) ( $N=30$ ) توسط آزمون استروپ اضطراب اجتماعی، مقایسه کرد. نتایج نشان داد که به‌رغم کنترل اثر افسردگی و نشخوار فکری، در مقایسه با گروه کنترل، مبتلایان به اضطراب اجتماعی سوگیری توجه بیشتری نسبت به محرک‌های تهدیدکننده اجتماعی نشان دادند. مطالعه سوم، اثربخشی برنامه کامپیوتری آموزش کنترل توجه را، به عنوان نوعی مداخله شناختی برای کاهش سوگیری توجه و بهبود شاخص‌های درمانی افراد مضطرب اجتماعی، بررسی کرد. شرکت‌کنندگان ( $N=30$ ) که همگی اضطراب اجتماعی بالا داشتند، به‌طور تصادفی به گروه آزمایش (دریافت تمرین اصلی) و درمان‌نما (دریافت تمرین ساختگی) تقسیم شدند و بر روی همه آنها پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری انجام شد. نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه درمان‌نما، گروه آموزش بعد از اتمام برنامه، سوگیری توجه کمتری را نسبت به محرک‌های تهدیدآمیز نشان دادند؛ به‌علاوه، علائم اضطراب اجتماعی آنها کاهش یافت. به‌طور خلاصه، (الف) نشخوار فکری به عنوان یک سازه شناختی در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی نقش داشته، و مختص اختلال افسردگی اساسی نیست؛ (ب) افراد مضطرب اجتماعی با سوگیری توجه بیشتر نسبت به محرک‌های تهدیدآمیز اجتماعی، احتمالاً تحریفات شناختی‌ای را تجربه می‌کنند که باعث بزرگ‌تر شدن سطوح دریافتی تهدید در محیط می‌شود و در تداوم و تشدید اضطراب اجتماعی نقش دارند؛ و (ج) آموزش کنترل توجه کامپیوتری با کاهش این سوگیری توجه می‌تواند در کاهش علائم اضطراب اجتماعی موثر باشد.

## واژه‌های کلیدی

سوگیری توجه، استروپ هیجانی، اضطراب اجتماعی، برنامه آموزش کنترل توجه

**Abstract**

Social anxiety disorder (SAD), as the most common anxiety disorder and the third most prevalent psychiatric condition, has important consequences for the individuals' general health and their individual life. Recently, increasing evidence within the realm of clinical research, rather with a focus on cognitive processes, has been trying to unveil the fundamental mechanisms of the disorder. The present research thesis included three studies. *First*, the result of testing the relationship between rumination and social anxiety (SA) (Beck) (N=134) suggested that women had higher rumination than men, and that increases in rumination (Nolen-Hoeksema) could predicted increases in SA (Connor), after the effects of age, sex, education, depression (Beck), and state-trait anxiety (Spielberger) had been controlled. *Second*, socially anxious individuals (N = 30; Mean age = 22.93; SD = 3.15), compared with controls (N = 30; Mean age = 23.73; SD = 2.18), showed more attentional bias toward threatening stimuli presented through a modified emotional Stroop test. Results showed that, even after controlling for the effects of depression and rumination, SA participants showed more attentional bias toward social threatening stimulus than controls. *Third*, we tested the effectiveness of a computerized attention control training program (ACTP) in reducing SA-attentional bias and improving therapeutic indices (e.g., anxiety, rumination). Participants (N = 30; Mean age = 22.93; SD = 3.15) with high social anxiety were randomly assigned to either to the training group, to receive SA-ACTP or sham-control condition (irrelevant practice with computer); all participants completed pre-test, post-test and a three-month follow up assessments. Results revealed that, compared with the shame control, the training participant showed less attentional bias toward socially threatening stimuli and reductions in their social anxiety. In summary, the results of our research suggested that (a) the importance of rumination is not probably limited to depression and it can play an important role in SA also; (b) SA individuals with more attentional bias toward external threatening stimuli experience cognitive distortions that may magnify their perceived levels of threat in their environment, which can exacerbate their SA; and (c) the computerized SA-ACTP can help SA individuals overcome their attentional bias for socially threatening stimuli and the benefit can be translated into reduced levels of experiencing social anxiety.

*Keywords*

Attentional bias, emotional Stroop, social anxiety, Attention Control Training Program

تقدیم به

پدرم،

مهر من؛

مادرم،

ماه من؛

ستارهای تابناک زندگیم،

برادرانم؛

همسرم که چنان خورشید در زندگی من طلوع کرد؛

و همه استادانی که اندیشه ای به جز تعالی علم و اندیشه ندارند.

### تقدیر و تشکر

سپاس بی‌پایان آفریننده‌ای را که لذت بودن، احساس کردن و اندیشیدن را به من بخشید و روح آفریننده‌اش را در من به ودیعه نهاد.

نگارنده بر خود فرض می‌داند از تمامی بزرگواری که در تدوین رساله حاضر وی را همراهی کرده‌اند، سپاس‌گذاری کند.

در آغاز، بیش از پیش، از آقای دکتر صالحی فدردی سپاس افزون دارم که با دقت نظر و علاقه در مراحل مختلف تحقیق مساعدت نمودند و همواره با صبر و حوصله فراوان و با روحیه‌ای پرنشاط پاسخگوی سوالات من و بهترین راهنما برای من بودند.

احترام و سپاس خویش را به استاد مشاور محترم، آقای دکتر طباطبایی که همواره من را از راهنمایی‌هایشان بهره مند ساختند و در کلاس‌های درس بی‌نظیرشان ظریف‌ترین نکات علمی و زندگی را به من آموختند، تقدیم دارم. از جناب آقای دکتر شعبانی، معاون امور پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد، که یک بار برخورد با ایشان بسیار به من آموخت، سپاسگذارم.

از حامیان همیشه در کنارم پدر و مادرم و برادران بسیار مهربانم، در این لحظه و تمامی لحظات زندگی‌ام بسیار سپاسگذارم.

از همسر و همراهم، که با مهربانی‌هایش همه سختی‌ها را برایم آسان کرد، سپاس افزون دارم. در ادامه از دوستان خوبم، خانم سعیده آذرایین، خانم حوریه قاسمی، خانم الهام موحدی و همه دوستان و آشنایانی که به هر طریقی من را یاری‌گر بودند، قدردانی می‌کنم.

سپیده معماریان

آبان یک هزار و سیصد و نود

هجری خورشیدی

## فهرست مطالب

.....	چکیده	أ
.....	Abstract	ب
.....	تقدیر و تشکر	ت
.....	فهرست مطالب	ج
.....	فهرست جداول	ر
.....	فهرست نمودارها	ز
.....	فصل اول	۱
.....	اختلال اضطراب اجتماعی	۱
.....	مقدمه	۱
.....	تعریف هراس اجتماعی (اختلال اضطراب اجتماعی)	۱
.....	علائم و پیامدهای اضطراب اجتماعی	۲
.....	شروع اضطراب اجتماعی	۴
.....	الگوهای مختلف سبب شناسی و درمان برای اضطراب اجتماعی	۴
.....	سبب شناسی هراس اجتماعی	۴
.....	درمان های رفتاری	۵
.....	حساسیت زدایی تدریجی	۵
.....	مواجهه	۶
.....	آموزش مهارت های اجتماعی	۶
.....	مفهوم آمادگی	۵
.....	دارو درمانی	۷
.....	شناخت درمانی	۷
.....	همایندی	۹
.....	مقایسه با دیگر سازه ها	۱۰
.....	اضطراب اجتماعی و هراس اجتماعی	۱۰
.....	اختلال اضطراب اجتماعی و کمرویی	۱۱

۱۱	اختلال اضطراب اجتماعی و آگورا فوبیا.
۱۲	اختلال اضطراب اجتماعی و اضطراب اجتماعی طبیعی.
۱۲	اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال شخصیت اجتنابی.
۱۳	شیوع هراس اجتماعی
۱۴	تفاوت های جنسیتی در اضطراب اجتماعی
۱۵	فصل دوم
۱۵	سوگیری توجه در اختلال اضطراب اجتماعی
۱۵	مقدمه
۱۶	سوگیری توجه
۱۶	مکانیزم های سوگیری توجه در اضطراب اجتماعی
۱۷	الگوهای نظری درباره سوگیری توجه نسبت به تهدید در اضطراب
۱۸	الگوی ولز و متیوس.
۱۸	الگوی ردیابی چهره (بررسی ویژگی ها) اهنن.
۱۹	الگوی شناختی بک و کلارک.
۱۹	الگوی ویلیامز، واتز، مک لئود و متیوس.
۲۰	الگوی شناختی - انگیزشی ماگ و برادلی.
۲۱	الگوی متیوس و مکینتاش.
۲۲	الگوی کنترل توجه آیزنک و همکاران.
۲۲	الگوی بارهایم و همکاران.
۲۴	مولفه های سوگیری توجه
۲۴	رهایی توجه باتأخیر از تهدید (دشواری در رهایی توجه از تهدید).
۲۵	توجه تسهیل شده به تهدید.
۲۶	اجتناب توجه.
۲۶	مکانیزم های میانجی
۲۶	کنترل توجه.
۲۷	استراتژی ها یا اهداف تنظیم هیجان.
۲۸	مکانیزم های عصبی.
۲۹	مراحل پردازش اطلاعات

۳۰	..... سوگیری توجه و اختلالات اضطرابی
۳۲	..... سوگیری توجه و اختلال اضطراب اجتماعی
۳۵	..... مداخلات مرتبط با سوگیری توجه (درمان تعدیل سوگیری توجه)
۳۶	..... پایداری هراس اجتماعی از دیدگاه شناختی
۳۸	..... آزمون استروپ و سنجش سوگیری توجه در اضطراب اجتماعی
۴۱	..... فصل سوم
۴۱	..... مطالعه اول : بررسی رابطه اضطراب اجتماعی و نشخوار فکری
۴۱	..... مقدمه
۴۳	..... روش
۴۳	..... شرکت کنندگان
۴۳	..... ابزار
۴۳	..... پرسشنامه هراس اجتماعی کانور
۴۴	..... مقیاس پاسخ های نشخواری
۴۴	..... پرسشنامه اضطراب موقعیتی خصیصه های اشپیلبرگر
۴۵	..... پرسشنامه افسردگی بکوپرایش دوم
۴۵	..... روش اجرا
۴۶	..... نتایج
۴۸	..... بحث و نتیجه گیری
۵۲	..... فصل چهارم
۵۲	..... مطالعه دوم: بررسی سوگیری توجه در اضطراب اجتماعی
۵۲	..... مقدمه
۵۳	..... روش
۵۳	..... شرکت کنندگان
۵۴	..... ابزار
۵۴	..... آزمون کامپیوتری استروپ اضطراب اجتماعی
۵۶	..... دستگاه
۵۶	..... روش اجرا



نتایج .....	۵۷
بحث و نتیجه گیری .....	۶۰
فصل پنجم .....	۶۲
مطالعه سوم: بررسی تأثیر آموزش کنترل توجه بر کاهش سوگیری توجه و بهبود شاخص های درمانی .....	۶۲
مقدمه .....	۶۲
فرضیه ها .....	۶۳
تعریف عملیاتی .....	۶۴
شاخص های بهبود .....	۶۴
روش .....	۶۵
آزمودنی ها .....	۶۵
اندازه نمونه .....	۶۵
ابزار .....	۶۵
برنامه تمرین کنترل توجه به محرک های تهدید کننده اجتماعی .....	۶۶
محرک ها .....	۶۶
برنامه تمرین کامپیوتری برای گروه درمان نما .....	۶۷
روش اجرا .....	۶۷
برنامه گروه درمان نما .....	۶۹
نتایج .....	۶۹
بحث و نتیجه گیری .....	۷۵
فصل ششم .....	۷۷
بحث و نتیجه گیری .....	۷۷
منابع .....	۸۴
References .....	۸۶
پیوست ۱: برگه اطلاعات و رضایت نامه تحقیق .....	۹۸
پیوست ۲: پرسشنامه افسردگی بک .....	۹۹
پیوست ۳: پرسشنامه نشخوار فکری .....	۱۰۱
پیوست ۴: پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) .....	۱۰۲
پیوست ۵: پرسشنامه اضطراب موقعیتی - خصیصه ای اسپیلبرگر (مقیاس اضطراب موقعیتی) .....	۱۰۳

پیوست ۶: پرسشنامه اضطراب موقعیتی- خصیصه ای اشپیلبرگر (مقیاس اضطراب خصیصه ای).....۱۰۴

پیوست ۷: محرک های آزمون استروپ هیجانی اضطراب اجتماعی .....۱۰۵

## فهرست جداول

- جدول ۲-۱: خلاصه الگوهای نظری درباره سوگیری توجه نسبت به تهدید در اضطراب (کاستر و کیسلر، ۲۰۱۰)..... ۲۳
- جدول ۳-۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرها..... ۴۶
- جدول ۳-۲: نتایج تحلیل  $t$  برای نمونه های مستقل به منظور مقایسه میانگین متغیرها در دو گروه مردان و زنان..... ۴۶
- جدول ۳-۳: همبستگی میان متغیرهای وارد شده در رگرسیون..... ۴۷
- جدول ۳-۴: نتایج تحلیل رگرسیون متغیرها در پیش بینی هراس اجتماعی..... ۴۸
- جدول ۴-۱: نتایج تحلیل  $t$  برای نمونه های مستقل به منظور مقایسه میانگین نمرات تداخل در دو گروه مردان و زنان..... ۵۸
- جدول ۴-۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات تداخل برای افراد مضطرب و غیر مضطرب اجتماعی..... ۵۸
- جدول ۴-۳: نتایج تحلیل  $t$  برای نمونه های مستقل به منظور مقایسه میانگین متغیرها در دو گروه افراد مضطرب و غیر مضطرب اجتماعی..... ۵۹
- جدول ۵-۱: توزیع متغیرهای جمعیت شناختی در آزمودنی ها به درصد..... ۷۰
- جدول ۵-۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در خط پایه..... ۷۱

فهرست نمودارها

نمودار ۱-۲: الگویی از پایداری اضطراب اجتماعی (ویل، ۲۰۰۳)..... ۳۸

## فصل اول

### اختلال اضطراب اجتماعی

#### مقدمه

اختلالات اضطرابی از جمله شایعترین اختلالات روان‌پزشکی است که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. به علاوه این اختلالات بیماری جدی، استفاده زیاد از خدمات مراقبت بهداشتی و اختلال کارکرد بیش از حد ایجاد می‌کنند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). مطالعات نشان می‌دهند که اختلالات اضطرابی شیوع زیادی دارند و از علل مهم ناتوانی عملکرد محسوب می‌شوند و بیشترین میزان اختلالات روانی را تشکیل می‌دهند (مارتین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). یکی از اختلالات اضطرابی که پژوهش‌های زیادی را معطوف به خود کرده است، اختلال اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی<sup>۲</sup>) است. اصطلاح فوبی به ترس شدید و غیر منطقی از یک شی یا موقعیت یا وضعیت اطلاق می‌شود که به اجتناب هشیارانه از شی، فعالیت و یا موقعیت منبع ترس منجر می‌شود. حضور یا پیش بینی ماهیت فوبیک، ناراحتی شدید در شخص مبتلا که می‌داند واکنش او افراطی است، به وجود می‌آورد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

هراس اجتماعی یا اختلال اضطراب اجتماعی یک وضعیت ناتوان‌کننده و رایج است که با اختلال شغلی و اجتماعی مرتبط است و به صورت قابل توجهی با سایر وضعیت‌های روانپزشکی همایند است. بدون درمان موثر، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به سوی یک جریان مزمن و ناتوان‌کننده پیش می‌روند (امیر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به این که این اختلال بسیار فراگیر و ناتوان‌کننده است و بهبود خودبه‌خودی آن بسیار اندک است و همین‌طور نقش مهم این اختلال در عملکرد اجتماعی و شخصی فرد، درمان آن به منظور کاهش مشکلات فردی و ارتباطی از اهمیت زیادی برخوردار است.

#### تعریف هراس اجتماعی (اختلال اضطراب اجتماعی)

اصطلاح هراس اجتماعی، اولین بار توسط مارکس<sup>۴</sup> و گلدر<sup>۵</sup> در سال ۱۹۶۶ معرفی شد. با وجود این که ویژگی‌های بالینی هراس اجتماعی<sup>۶</sup> از سال‌ها قبل مشخص بوده است، اما در سال ۱۹۸۰ وارد راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM-III) شده است (کلارک<sup>۷</sup> و فیربرن<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷).

1. Martin  
2. Social phobia  
3. Amir  
4. Marks  
5. Gelder  
6. Social phobia  
7. Clark  
8. Fairburn

اولین بار تعریف هراس اجتماعی در DSM-III و به صورت زیر مجموعه طبقه فوبی ساده آمد و با عنوان "ترسی است که در موقعیت‌هایی تجربه می‌شود که در آن، احتمالاً دیگران فرد را ارزیابی می‌کنند" تعریف شد. در DSM-III-R مفهوم هراس-اجتماعی گسترش یافت و افرادی را شامل شد که از محدوده‌ای از موقعیت‌های اجتماعی می‌ترسند (لینکلن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ به نقل از زنجانی و همکاران، ۱۳۸۷).

در نهایت DSM-IV فوبی اجتماعی را که با عنوان اضطراب اجتماعی هم شناخته شده است، این گونه تعریف می‌کند: یک وضعیت ناتوان کننده است که با اجتناب مفرط (بیش از اندازه) و ترس پایدار از اغلب موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود (راهنمای تشخیصی و آماری از اختلالات روانی، ۱۹۹۴؛ کلرکین<sup>۲</sup> و تیچمن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). بارلو<sup>۴</sup> (۱۹۹۸)، اضطراب اجتماعی را این گونه تعریف کرد: انجام رفتارهایی که در حضور دیگران منجر به ناراحتی زیاد می‌شود، اما در خلوت بدون ناراحتی انجام می‌شود. ترس‌های رایج شامل ترس از خوردن و نوشیدن در عموم، صحبت کردن در جمع، دست دادن به دیگران، یا مشاهده اضطرابشان توسط دیگران می‌شود (استراهان<sup>۵</sup> و کانگر<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹). به طور کلی، تحقیقات نشان می‌دهد که بیشتر افراد با اضطراب اجتماعی، اضطراب را در بیش از یک موقعیت اجتماعی تجربه می‌کنند که از بین آن صحبت کردن در جمع رایج‌ترین موقعیت اضطراب‌آور است (هالت<sup>۷</sup>، هیمبرگ<sup>۸</sup> و هوپ<sup>۹</sup>، ۱۹۹۲).

### علائم و پیامدهای اضطراب اجتماعی

علائم اساسی اختلال اضطراب اجتماعی ترس بارز و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی است که در آنها ممکن است شرمساری پدیدار شود. مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی تقریباً همیشه یک پاسخ اضطرابی فوری را برمی‌انگیزد، که این پاسخ ممکن است به شکل حمله وحشتزدگی وابسته به موقعیت یا دارای زمینه موقعیتی ظاهر شود. طبق تعریف بیمار فوبیک می‌کوشد از محرک فوبیک اجتناب کند. بعضی از بیماران برای مواجهه شدن با موقعیت‌های اضطراب‌انگیز ناراحتی زیادی را متحمل می‌شوند، مثلاً برای صحبت کردن در جلوی جمع، ممکن است در کلاس ظاهر نشود و یا از نمره دلخواه خود به این خاطر بگذرد. اگر اجتناب، ترس یا اضطراب مواجهه با موقعیت اجتماعی یا عملکردی، به طور قابل ملاحظه-ای در امور روزانه، کارکرد شغلی یا زندگی اجتماعی شخص تداخل ایجاد کند، یا اگر شخص در مورد وقوع هراس نگرانی قابل

---

1. Lincoln  
2. Clerkin  
3. Teachman  
4. Barlow  
5. Strahan  
6. Conger  
7. Holt  
8. Heimberg  
9. Hope

ملاحظه داشته باشد، دادن تشخیص این اختلال مناسب است. در افراد پایین تر از ۱۸ سال، علائم باید حداقل به مدت ۶ ماه قبل از آن که هراس اجتماعی تشخیص داده شود، استمرار داشته باشد (DSM-IV، انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). از میان شرایطی که معمولاً بیماران با اختلال اضطراب اجتماعی را دچار اضطراب می‌کند عبارتند از: صحبت در جمع، انواع دیگر از عملکردهای عمومی، گردهمایی‌های اجتماعی، ملاقات با افراد جدید، خوردن در جمع، استفاده از خوابگاه‌های عمومی، مخالفت با دیگران در صحبت به اشکال مقتدرانه. در مواجهه با این شرایط، این افراد معمولاً نگرانند که کاری انجام بدهند یا چیزی بگویند که باعث خجالت یا حقارت شود، یا این که نگرانی آنها مورد توجه کسانی قرار بگیرد که بعداً در مورد آنها به صورت منفی قضاوت کنند (لیهی و هالند، ترجمه دهقانی، ۱۳۸۵).

اضطراب اجتماعی به صورت‌های مختلف منجر به ناتوانی می‌شود (براس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) و می‌تواند به اختلال جدی در عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی منجر شود. بیش از ۵۰ درصد افراد با اختلال اضطراب اجتماعی در تکمیل تحصیلات دبیرستانی ناکام می‌مانند. هفتاد درصد در سطح پایین‌تری از وضعیت اجتماعی اقتصادی قرار دارند و بیش از ۲۰ درصد مستمری بگیر هستند. بیش از نصف آنها مجرد، متارکه کرده یا جدا هستند (جود<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴؛ به نقل از لیهی و هالند، ۱۳۸۵).

اضطراب اجتماعی اختلالی مزمن است و در بسیاری از افرادی که به آن دچار هستند بازشناسی نمی‌شود و درمان نشده باقی می‌ماند (مگی<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). مبتلایان به این اختلال از آسیب‌های چشمگیری در کارهای روزانه زندگی، روابط اجتماعی و شغلی رنج می‌برند (ویتچن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ ریچ<sup>۵</sup> و هافمن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). هر چند مثل سایر اختلالات اضطرابی داده‌های همه‌گیرشناسی آینده‌نگر در مورد آن محدود است. داده‌های واپس‌نگر همه‌گیرشناسی و مطالعات بالینی آینده‌نگر حاکی است که این اختلال می‌تواند طی سال‌ها تأثیر منفی عمیق بر زندگی شخص داشته باشد (سادوک و سادوک، ترجمه پورافکاری، ۲۰۰۳)؛ از این رو اضطراب اجتماعی به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است (فرمارک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲).

---

1. Bruce

2. Judd

3. Magee

4. Wittchen

5. Reich

6. Hofmann

7. Furmark

## شروع اضطراب اجتماعی

اوج شروع اختلال اضطراب اجتماعی در دهه دوم عمر است. هر چند شروع در سنین پایین‌تر مثل ۵ سالگی یا بالاتر مثل ۳۵ سالگی هم شایع است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). میانگین سنی مراجعه به درمان ۳۰ سالگی است و اکثر افراد با هراس اجتماعی هرگز درمان نمی‌شوند (رایبی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از لیپی و هالند، ۱۳۸۵). شروع اختلال ممکن است به طور ناگهانی و به دنبال یک تجربه تنش‌زا یا تحقیرکننده، یا احتمال دارد تدریجی باشد. سیر اضطراب اجتماعی اغلب پیوسته و مزمن و توقف ناپذیر است. طول مدت آن بیشتر برای تمام عمر است، ولی ممکن است شدت این اختلال در بزرگسالی کاهش یابد با رو به ضعف گذارد (DSM-IV، انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

## الگوهای مختلف سبب شناسی و درمان برای اضطراب اجتماعی

### سبب شناسی هراس اجتماعی.

علت اضطراب اجتماعی هنوز کاملاً مشخص نشده است. به نظر می‌رسد مهمترین عامل در ایجاد اضطراب اجتماعی آسیب‌پذیری ژنتیکی به اضطراب به طور کلی باشد، که احتمالاً منجر به حساسیت زیاد و واکنش سیستم عصبی می‌شود. برخی افراد هنگام مواجهه با یک رویداد بیرونی، با اضطراب و ناآرامی زیادی واکنش نشان می‌دهند. این افراد بیشتر مستعد مشکلات اضطرابی هستند. همچنین اگر یکی از خویشاوندان فرد، مبتلا به اضطراب اجتماعی باشد، احتمال ابتلا به آن افزایش می‌یابد. یک مطالعه میزان تطابق اختلال اضطراب اجتماعی را در دوقلوهای همسان ۲۴/۴٪ و در دوقلوهای ناهمسان ۱۵/۳٪ نشان داده است، که این نتایج از فرضیه ژنتیک در هراس اجتماعی حمایت می‌کند (کندلر<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۲). اضطراب - اجتماعی معمولاً از یک واقعه خاص ایجاد نمی‌شود، گرچه اضطراب اجتماعی محدود می‌تواند این گونه آغاز شود (تنها یک یا تعداد کمی از موقعیت‌ها باعث اضطراب می‌شود). به نظر نمی‌رسد محیط خانواده عامل مهمی در ایجاد اضطراب اجتماعی باشد (آندریس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴).

<sup>1</sup>. Rapee

<sup>2</sup>. Kendler

<sup>3</sup>. Andrews



## مفهوم آمادگی.

مفهوم «آمادگی»<sup>۱</sup> (سلیگمن<sup>۲</sup>، ۱۹۷۱) برای کمک به توضیح فراگیری ترس‌های اجتماعی مورد استفاده قرار گرفته است. سلیگمن اظهار می‌دارد که گونه‌ها از نظر ژنتیکی آماده فراگیری ترس‌ها از محرکی هستند که موجب تهدیدات حیاتی در گذشته تکاملی‌شان بوده است. چنین «آمادگی» برای ترس‌ها به وسیله فراگیری سریع، مقاومت بالا و غیرمنطقی نسبت به خاموشی مشخص می‌شود (منیکا<sup>۳</sup> و زیمبرج<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از لیپی و هالند، ترجمه دهقانی، ۱۳۸۵).

## درمان‌های رفتاری.

چندین مدل شناختی و رفتاری متفاوت برای توضیح اختلال اضطراب اجتماعی ارائه شده‌اند. درمانی که بیش از همه مورد مطالعه قرار گرفته است و احتمالاً موثرترین روش درمان برای فوبی هاست، رفتاردرمانی است (لیپی و هالند، ۱۳۸۵). الگوی رفتاری با دو اصل اساسی خود یعنی شرطی‌سازی کلاسیک و عامل، هراس اجتماعی را تبیین می‌کند. همانند اختلالات اضطرابی دیگر، تئوری دوعاملی ماورر<sup>۵</sup> (۱۹۲۰) الگویی را برای درک نقش شرطی‌سازی در کسب و حفظ هراس - اجتماعی فراهم می‌آورد. یک یا چند بار تجربه تعاملات اجتماعی خجالت‌آور یا تروماتیک ممکن است باعث شود شخص، پاسخ اضطرابی خجالت و یا حقارت شرطی شده را کسب کند. سپس این پاسخ‌های شرطی می‌توانند به وسیله موقعیت‌های اجتماعی مشابه در آینده ایجاد شوند. دامنه علائم اجتماعی که موجب پاسخ ترس می‌شوند ممکن است در گذر زمان به واسطه مشاهدات جاننشینی از پاسخ‌های ترس دیگران فراگرفته شوند و اجتناب از موقعیت‌هایی که فرد اضطراب را در آن‌ها پیش‌بینی می‌کند، به نگهداری هراس اجتماعی منجر می‌شود (لیپی و هالند، ترجمه دهقانی، ۱۳۸۵).

در بین الگوهای رفتاری، رایج‌ترین تکنیک استفاده شده برای اختلال اضطراب اجتماعی، حساسیت زدایی تدریجی بوده است که توسط جوزف ولپی<sup>۶</sup> معرفی شد.

## حساسیت زدایی تدریجی.

در این روش، بیمار به طور پیاپی با یک رشته از محرک‌های از پیش تعیین شده که سلسه مراتب آن از خفیف‌ترین تا شدیدترین شکل از نظر ایجاد ترس است، رویارویی داده می‌شود. با استفاده از داروهای آرام‌بخش، هیپنوتیزم و آموزش تمدد

<sup>1</sup>. preparedness

<sup>2</sup>. Seligman

<sup>3</sup>. Mineka

<sup>4</sup>. Zimbarg

<sup>5</sup>. Mourer

<sup>6</sup>. Joseph wolpe

ماه‌یچهای به بیماران یاد داده می‌شود که چگونه در خود پاسخ روانی و جسمی ایجاد کنند. پس از تسلط فرد به این روش، به بیمار آموخته می‌شود که در مواجهه با محرک اضطراب برانگیز برای ایجاد آرامش از آن استفاده کند. با از دست دادن حساسیت نسبت به هر یک از محرک‌های ردیف شده در فهرست، بیمار به سراغ محرک بعدی می‌رود، تا زمانی که ترساننده-ترین محرک هم این عاطفه دردناک را در او ایجاد نکند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳؛ ویل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

### مواجهه.

تکنیک رفتاری دیگری که مورد استفاده قرار می‌گیرد، مواجهه است. درمان با مواجهه درصدد است که پاسخ‌های ترس شرطی شده به علائم اجتماعی را از بین ببرد. این عمل به واسطه واداشتن بیماران برای مواجهه مکرر با علائم ترس تا زمانی که اضطرابشان کاهش یابد، انجام می‌گیرد (لیهی و هالند، ۱۳۸۵) و باعث می‌شود دور باطلی که نشانه‌ها را حفظ می‌کند شکسته شود و یادگیری جدید را تسهیل نماید (سالکوسکیس<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹).

مشکلاتی در رابطه با مواجهه محض برای اضطراب اجتماعی وجود دارد، برای مثال، تکالیف ممکن است به اندازه کافی طولانی نباشند که اضطراب را فرو نشانند. بعلاوه، تعداد معناداری از بیماران درمان با مواجهه را رد می‌کنند یا به زودی از آن دست می‌کشند. از طرفی آنهایی که درمان را کامل می‌کنند، تنها در حدود ۵۰ درصد به مشکلشان غلبه می‌کنند (لیهی و هالند، ۱۳۸۵).

### آموزش مهارت‌های اجتماعی.

الگو رفتاری بعدی که برای اختلال اضطراب اجتماعی توصیه می‌شود این است که افرادی که اختلال را گسترش می‌دهند، در معلوماتشان از مهارت‌های اجتماعی نقص دارند. آموزش مهارت‌های اجتماعی به عنوان درمانی برای اضطراب اجتماعی بر اساس الگوی نقص مهارت‌ها توسعه یافته است. محتوا از برنامه‌های به برنامه دیگر متفاوت است (ویسنکی<sup>۳</sup>، مارکس، ویول<sup>۴</sup>، ۱۹۸۲ و ترنر<sup>۵</sup>، بیدل<sup>۶</sup>، کولی<sup>۷</sup>، وودی<sup>۸</sup>، و مسیر<sup>۹</sup>، ۱۹۹۴)، اما در کل مهارت‌هایی شامل معرفی خود، انتخاب موضوعات

---

1. Veale  
2. Salkovskis  
3. Stravynski  
4. Yule  
5. Tarner  
6. Beidel  
7. Cooley  
8. Woody  
9. Messer

مناسب برای گفتگو، گوش دادن خوب، احساس یگانگی، خود افشایی، شروع فعالیت‌های اجتماعی، شروع و حفظ روابط دوستانه، ابراز مخالفت، جرأت‌ورزی و در بعضی از برنامه‌ها صحبت در جمع است (لیهی و هالند، ترجمه دهقانی، ۱۳۸۵). بارلو<sup>۱</sup> و هیمبرگ<sup>۲</sup> (۱۹۹۱)، گزارش دادند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، با وجود تمایل به شروع و ادامه تعامل اجتماعی، به علت نداشتن مهارت‌های اجتماعی لازم و یا به دلیل خجالتی بودن، نمی‌توانند تعامل اجتماعی مناسبی داشته باشند و بنابراین، گوشه‌گیر می‌شوند.

### دارو درمانی.

رویکرد زیستی سنتی تغییرات در سطوح انتقال دهنده عصبی از جمله گذرگاه‌هایی در مغز که گابا، سروتونین، دوپامین و نوراپی نفرین را شامل می‌شوند، را بررسی می‌کند. چندین طبقه مختلف از داروها برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته است (لیدیارد<sup>۳</sup> و فالستی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵؛ پوتز<sup>۵</sup> و دیویدسون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵). داروهایی چون سرتالین<sup>۷</sup> (زولوفت<sup>۸</sup>) و پاروکستین<sup>۹</sup> (پاکسیل<sup>۱۰</sup>) و بنزودیازپین‌ها<sup>۱۱</sup> در کوتاه‌مدت موثر واقع می‌شوند، مخصوصاً هنگامی که با درمان شناختی رفتاری ترکیب شده باشند (لی<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از هالجین و ویتبورن، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۵). اما، به جز عوارض جانبی، مشکل اساسی همه این داروها عود است. داروها، حتی با بهترین حمایت وقتی متوقف شدند، میزان زیادی عود نشان دادند (لیهی و هالند، ترجمه دهقانی، ۱۳۸۵).

### شناخت درمانی.

در دهه‌های اخیر به نقش شناخت در اختلالات اضطرابی بسیار توجه شده است. تعدادی از نویسندگان (بارلو<sup>۱۳</sup>، ۱۹۸۸؛ باتلر<sup>۱۴</sup>، ۱۹۸۵؛ ولز<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۵؛ کلارک<sup>۱۶</sup> و ولز، ۱۹۹۵؛ هیمبرج<sup>۱</sup> و بارلو، ۱۹۹۱؛ لری<sup>۲</sup> و کوالسکی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵) اشاره کردند

- 
1. Barlow
  2. Heimberg
  3. Lydiard
  4. Falsetti
  5. Dotts
  6. Davidson
  7. Sertraline
  8. Zoloft
  9. Paroxetine
  10. Paxil
  11. Banzodiazepines
  12. Li
  13. Barlow
  14. Butler
  15. Wells
  16. Clork

عوامل شناختی در مرکز اختلال اضطراب اجتماعی هستند. در حقیقت، ملاک DSM-IV برای هراس اجتماعی مستلزم شناخت است—یعنی این باور که فرد توسط دیگران به صورت منفی قضاوت شود (لیهی و هالند، ۱۳۸۵).

بک (۱۹۷۶) استدلال می‌کند که در حالت‌های اضطرابی افراد مرتباً خطر متعلق به موقعیتی خاص را بیش از آن چه واقعاً وجود دارد، برآورد می‌کنند. این بیش‌برآوردها به طور خودکار و به طور غیرارادی برنامه اضطراب را فعال می‌سازند (هاوتون و کلارک، ۱۳۸۶). موقعی که ترس از یک سوء ادراک برمی‌خیزد، پاسخ‌هایی که به وسیله برنامه اضطرابی فعال می‌شوند، تناسبی با موقعیت ندارند. این پاسخ‌ها به جای آن که نقش مفیدی را بر عهده بگیرند، اغلب به عنوان خاستگاه‌های دیگری از ترس، تعبیر می‌شوند و این خود به یک دور باطلی می‌انجامد که گرایش به تداوم و تشدید واکنش اضطراب دارد (هاوتون و کلارک، ۱۳۸۶). از دیدگاه شناختی رفتاری، مبتلایان به هراس اجتماعی خود را از دید فرد دیگری می‌بینند. از این رو، درمان کارآمد، درمانی است که هدف آن تغییر شناخت‌های ناکارآمد به کمک مداخله‌های شناختی باشد (بارلو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). بنابراین، پیشرفت درمانی به دنبال تغییر در طرحواره‌های شناختی روی می‌دهد، به ویژه هنگامی که به طور مستقیم باورهای نادرست بیمار اصلاح گردند و یا با بهره‌گیری از طرحواره‌های دیگر، غیرفعال شوند (راپی و همبرگ، ۱۹۹۷).

حمایت پژوهشی قابل ملاحظه‌ای برای عوامل شناختی در اضطراب اجتماعی وجود دارد. بیماران مبتلا به هراس اجتماعی در طول تعاملات اجتماعی تفکرات منفی بیشتر و تفکرات مثبت کمتری را گزارش می‌دهند. آن‌ها کیفیت عملکرد اجتماعی‌شان را کمتر تخمین می‌زنند، تفسیرهای فاجعه‌آمیزتری از بازخوردهای منفی ناچیز دارند و حافظه بهتری برای بازخوردهای اجتماعی منفی دارند. در نهایت، مطالعات نشان دادند، تغییر در ترس از ارزیابی منفی، صرف نظر از نوع درمان، بهترین پیشگوی نتیجه درمان در اختلال اضطراب اجتماعی است (کلارک<sup>۵</sup> و ولز<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵؛ لری<sup>۷</sup> و کوالسکی<sup>۸</sup>، ۱۹۹۵؛ راپ<sup>۹</sup>، ۱۹۹۵؛ همبرگ<sup>۱۰</sup> و جاستر<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از لیهی و هالند، ۱۳۸۵).

مطابق با مدل شناختی، بازسازی شناختی به عنوان درمانی برای اضطراب اجتماعی مطرح شده است. سه نوع

بازسازی شناختی که اغلب در مطالعات درمانی استفاده شده‌اند، درمان عقلی-عاطفی (الیس<sup>۱۲</sup>، ۱۹۶۲)، درمان شناختی

(بک<sup>۱۳</sup>، ۱۹۷۶)، و تعلیم خودآموزی (مایکل بوم<sup>۱</sup>، ۱۹۷۷) هستند. اگرچه این رویکردها در تأکیدشان متفاوت هستند، اما هر

1. Heimberg

2. Leary

3. Kowalski

4. Barlow

5. Clark

6. Wells

7. Leary

8. Kowalski

9. Rapee

10. Heimberg

11. Juster

12. Ellis

13. Beck