

اختلال اضطراب اجتماعی (SAD)، که با نام هراس اجتماعی نیز شناخته می‌شود، یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی جامعه است. در دو دهه اخیر، حجم زیاد تحقیقات به عمل آمده منجر به ابداع راهبردهای درمانی موثری برای درمان این اختلال تضعیف‌کننده شده است. این کتاب بسیاری از این راهبردها را تشریح می‌کند.

هنگام نگارش این کتاب، خوانندگان و کاربردهای متفاوتی را در نظر داشتیم. در وهله اول، این کتاب برای آن دسته از درمانگرانی طراحی شده است که با اصول بنیادی درمان شناختی رفتاری آشنا هستند و قصد دارند مهارت‌های خود را در زمینه درمان SAD ارتقاء دهند. به این منظور جزئیات زیادی درباره ماهیت SAD، با تأکید بر عوامل اصلی نگهدارنده این بیماری و شیوه‌های معمول درمان، ارائه کرده‌ایم (فصل ۱). در فصل ۲، نگاهی اجمالی بر اصول کلی درمان خواهیم داشت. این اصول در فصل ۳ به طور مفصل ارائه خواهد شد. بنیان‌های علمی این اصول را در فصل ۴ ارائه کرده‌ایم. توجه به این اصول درمانی، به درمانگر کمک می‌کند تا مداخله را با توجه به نیازهای هر یک از بیماران تعدیل کند (فصل ۵). برخی از انحرافات درمانی در فصل ۶ توضیح داده شده است و موضوعات متداول برای پایان درمان و جلوگیری از عود در فصل ۷ مطرح شده است. همچنین، اطلاعات کافی درباره قالب ساختاری درمان و مثال‌های عملی درمان را در فصل ۵ ارائه کرده‌ایم. در نتیجه درمانگران برای درمان SAD، راهنمای عینی در اختیار خواهند داشت.

علاوه بر کاربرد اولیه این کتاب به عنوان راهنمای درمان، اطلاعات زیادی درباره ماهیت SAD به عنوان نتیجه درمان‌های کنترل‌شده، ارائه کرده‌ایم. هدف ما آن بوده است که این کتاب بتواند به عنوان منبعی برای پژوهشگران بالینی نیز به کار رود. به خصوص در فصل‌های ۱ و ۴، آسیب‌شناسی روانی و نتایج پژوهش‌های مربوط به مدل درمانی به طور مفصل بررسی می‌گردد. این فصول پیوستگی بین تحقیقات تجربی و راهکارهای مداخله ارائه شده در کتاب را برقرار می‌سازد.

همچنین در نوشتن این کتاب، به فکر شیوه‌های متفاوت درمان بالینی نیز بوده‌ایم. دستورالعمل‌های ارائه شده در این کتاب را می‌توان به صورت انفرادی یا گروهی اجراء نمود و در نتیجه، در تمام کتاب مثال‌هایی را برای هر دو حالت ارائه کرده‌ایم. درمان

گروهی، فراهم نمودن گروهی از شنوندگان را برای مواجهه اجتماعی تسهیل می‌کند. با این حال، برای تشکیل گروه مناسب درمانی، لازم است گروهی از بیماران SAD به طور مرتب در جلسات شرکت کنند. چنانچه این شیوه رعایت نشود، درمان انفرادی موثرتر خواهد بود. تعداد زیادی از تمرینات مواجهه، در محیط طبیعی و خارج از دفتر کار درمانگر صورت می‌پذیرند که بخشی از آن‌ها مواجهه با رویدادهای ناگوار اجتماعی هستند. بهتر است تعدادی از مواجهه‌های اولیه در دفتر درمانگر انجام گیرد. استفاده از کارکنان درمانگاه به عنوان حضار می‌تواند در درمان‌های انفرادی موثر باشد. لازم به ذکر است تکنیک‌های ارائه شده در این کتاب درباره بیماران بزرگسال مبتلا به SAD است. درمانگرانی که تمایل دارند دانش خود در زمینه SAD را برای کودکان و نوجوانان به کار گیرند، می‌توانند از کتاب‌های عالی نوشته شده توسط بیدل و ترنر (۲۰۰۷) و آلبانو و دیبارتلو (۲۰۰۷) استفاده نمایند.

در کل، امیدواریم این کتاب به خوانندگان کمک کند تا بهترین درمان موجود را به بیماران ارائه دهند. اعتقاد ما بر این است که این رویکرد، حاوی راهبردهای مفید درمانی برای مبتلایان به SAD است و می‌تواند برای درمانگران، محققان و دانشجویان مفید باشد.

دکتر اشتفان هوفمان

دکتر میشل آنو

## به نام خدا

### مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی از جمله اختلالات شایع روانشناختی است که پیش آگهی نسبتاً نامناسبی دارد، یعنی در صورت عدم درمان کل زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. عمدتاً تلاش بر این است که پیش از آزمایش درمان های شناختی - رفتاری، از برخی شیوه های تربیتی برای کنترل این اختلال استفاده شود. این شیوه ها گاهی بر شدت اختلال می افزاید و باعث می شود اختلال نسبت به درمان مقاوم تر شود. یکی از سوالات بسیاری از والدین نیز همین است که اگر فرزندمان کمرو باشد چه کنیم؟ در پاسخ به این سوال برخی توصیه ها بر شدت مشکل می افزاید، ولی واقعا برای یک کمرویی شدید در حد اختلال اضطراب اجتماعی چه باید کرد؟

توجه به این نکته بسیار مهم است که اگر چه ظاهر اختلال بسیار ساده است، یعنی فرد از ارزیابی دیگران می ترسد، ولی مشکل حقیقتاً دشوار است. سادگی اختلال باعث می شود خود درمانی در مورد این اختلال زیاد شود و حتی گاهی افراد مختلف به خود اجازه دهند رژیم های درمانی خاصی در مورد اختلال اجرا کنند. مشاهدات کلینیکی حاکی از این است که اگر این توصیه ها و رژیم های درمانی آگاهانه و طبق فرمت های علمی نباشد، بر شدت مشکل می افزاید.

در کلاس درس وقتی به شیوه های درمان اختلال اضطراب اجتماعی می رسیدیم، به دانشجویان می گفتم که در درمان این اختلال، CBT درمان انتخابی است، ولی به این صورت که در چهار گام انجام شود. در گام اول در مورد اختلال آموزش داده شود، حتی پنج جلسه ی اول به آموزش در مورد علائم، علل و درمان ها پرداخته شود. پس از آن درمان شناختی مقدماتی یعنی آشنایی با افکار در حین اضطراب اجتماعی انجام شود. در گام سوم مواجهه با روشی بسیار آرام و نرم و در گام چهارم درمان شناختی پیشرفته جهت تغییر باورها انجام گیرد، که به تغییر باورهای هسته ای منجر شود. حتی دفترچه ای آماده کرده بودم که سیر درمان را تعیین می کرد.

بسیاری از دانشجویان از این روش کار راضی بودند و مراجعانی که با این روش درمان می شدند نیز احساس رضایت می کردند. اما همواره در پی آن بودم که این شیوه را به صورت دقیق به رشته ی تحریر درآورم تا این که آقای چینی فروشان کتاب **Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder** نوشته ی هوفمان و اتو را به من معرفی کردند. احساس کردم کتاب حاوی تمام مطالبی است که در درمان فوبی اجتماعی موثر است. نهایتاً این کتاب ترجمه شد. از این ترجمه شاید بیش از همه من خوشحالم، چرا که احساس می کنم با این کتاب بسیاری از درمانگران می توانند با دانستن دستورالعمل مناسب به درمان فوبی اجتماعی بپردازند. خوشبختانه ترجمه کتاب به خوبی صورت گرفته و به قدر کافی روان است. نهایتاً ضمن تشکر از مترجمان و ناشر محترم به همه ی درمانگران توصیه می کنم کتاب حاضر را مطالعه کنند و از روش های عملی، پژوهش محور و دقیق آن استفاده کنند.

شهریور ماه ۱۳۹۰  
محمد رضا عابدی  
دانشیار دانشگاه اصفهان

## فهرست

فصل اول: توصیف اختلال اضطراب اجتماعی .....	۱۱
اختلال اضطراب اجتماعی چیست؟ .....	۱۲
ملاک‌های تشخیصی SAD .....	۱۵
شیوع و ویژگی‌های اختلال .....	۱۶
پردازش اطلاعات در SAD .....	۲۵
سبب‌شناسی SAD .....	۲۷
ارزیابی اضطراب اجتماعی و SAD .....	۳۱
درمان‌های روانشناختی معاصر .....	۳۲
درمان‌های دارویی .....	۳۸
ترکیب دارودرمانی و CBT .....	۴۲
فصل دوم: معرفی کلی اصول درمان .....	۴۴
فقط انجامش بده! .....	۴۴
مدل کلی درمان .....	۴۶
اجزاء مدل درمانی .....	۴۷
جمع‌بندی: طراحی مواجهه .....	۶۲
فصل سوم: طرح جلسه به جلسه .....	۶۴
طرح کلی .....	۶۵
جلسه اول .....	۶۶
جلسه دوم .....	۸۱
جلسات ۳-۶ .....	۸۵
جلسات ۷ تا آخر .....	۸۶
جلسه آخر .....	۸۷
فصل چهارم: مبانی پژوهشی مدل درمانی .....	۸۹
استانداردهای اجتماعی .....	۹۰
تنظیم اهداف .....	۹۱
توجه متمرکز بر خود .....	۹۱
ادراک خویشتن .....	۹۲

۹۴.....	هزینه اجتماعی برآورد شده
۹۷.....	ادراک کنترل هیجانی
۹۸.....	مهارت‌های اجتماعی ادراک شده
۱۰۱.....	رفتارهای ایمن‌ساز و اجتنابی
۱۰۲.....	نشخوارهای ذهنی پس از رویدادی
۱۰۲.....	خلاصه

#### فصل پنجم: درمان در عمل ..... ۱۰۴

۱۰۴.....	نمونه‌های بالینی
۱۰۸.....	آماده سازی برای مواجهه
۱۱۰.....	مواجهه ابتدایی در جلسه درمانی با آموزش توجه
۱۱۲.....	گفتگوی پس از مواجهه
۱۱۶.....	مواجهه دیدن تصاویر ضبط شده
۱۱۹.....	تمرینات مواجهه خانگی
۱۲۲.....	مواجهه در جلسه جلوتر
۱۲۴.....	مواجهه با رویدادهای ناگوار اجتماعی در محیط طبیعی

#### فصل ششم: عوامل مشکل ساز ..... ۱۳۰

۱۳۰.....	افکار آزارنده و خودانتقادی
۱۳۴.....	بدگمانی و پارانویا
۱۳۵.....	افسردگی و SAD
۱۴۰.....	سوء مصرف مواد و SAD
۱۴۲.....	عیب یابی: عدم پاسخ به درمان
۱۴۵.....	عیب یابی: همکاری ضعیف
۱۴۸.....	ترکیب CBT با دارودرمانی

#### فصل هفتم: راهبردهای حفظ و پیگیری ..... ۱۵۰

۱۵۱.....	تعمیم مهارت‌های درمانی
۱۵۴.....	مهارت‌های بیشتر برای پیشگیری از عود
۱۵۷.....	اتمام درمان: توجه به بهزیستی
۱۵۸.....	جلسات تقویتی

- پیوست الف: جزوه شماره ۱: ۱۵۹.....
- پیوست ب: جزوه شماره ۲: ۱۶۰.....
- پیوست پ: جزوه شماره ۳: ۱۶۲.....
- پیوست ت: جزوه شماره ۴: ۱۶۴.....
- پیوست ث: جزوه شماره ۵: ۱۶۶.....
- پیوست ج: افکار ناکارآمد: ۱۶۹.....
- پیوست چ: کاربرد مبارزه با افکار خودکار: ۱۷۰.....
- پیوست ح: سلسله مراتب هراس و اجتناب: ۱۷۲.....
- پیوست خ: کاربرد هراس های اجتماعی برای طراحی مواجهه: ۱۷۳.....
- پیوست د: عوامل نگهدارنده اضطراب اجتماعی: ۱۷۶.....
- پیوست ذ: مثال هایی از تکالیف مواجهه برای چالش با هزینه اجتماعی پیش بینی شده: ۱۷۸.....
- پیوست ر: کاربرد تقویتی برای طراحی مواجهه: ۱۸۰.....

## فصل اول

### توصیف اختلال اضطراب اجتماعی

تقریباً ۵۰۰۰۰ سال پیش، احتمالاً در جایی از آفریقا، انسان جدید متولد شد. جهش‌های ژنوم انسان منجر به تغییراتی در مغز او شد که قابلیت‌های سطح بالایی را برای توسعه زبان و فرهنگ و ادراک خویشتن در این گونه جدید فراهم می‌آورد. این تغییرات همچنین، منجر به رشد و توسعه سیستم‌های پیچیده اجتماعی گردید که باعث استقلال گسترده این گونه از شرایط محیطی شد. برای نگهداری سیستم‌های اجتماعی، انسان‌ها سطوح بالای انگیزش را جهت رقابت برای کسب تأیید و حمایت دیگران به کار بستند (بارکف<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹؛ گیلبرت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). گونه ما نیاز دارد تا دوست داشته شود، ارزشمند باشد، مورد تأیید والدین باشد، با همسالانش روابط حمایتی برقرار کند، زوج مطلوب را به خود جذب کند و در انواع روابط اجتماعی به طور موفقیت‌آمیزی حضور یابد (توبی<sup>۳</sup> و کازمیدز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶). طرد از گروه، تأثیری منفی بر متغیرهای گوناگون سلامتی از جمله عزت‌نفس و احساس تعلق دارد (بامیستر و

---

1- Barkow  
2- Gilbert  
3- Tooby  
4- Cosmides

لیری<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵؛ بامیستر و تایس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰). نتیجه این که، انسان‌ها به‌طور طبیعی از ارزشیابی منفی هم‌نوعان خود می‌هراسند.

حالت غیرانطباقی این ترس و نگرانی تکاملی و انطباقی، اختلال اضطراب اجتماعی (SAD)<sup>۳</sup> است. با ترس از ارزشیابی منفی از جانب دیگران، فرد دامنه‌ای از تعاملات اجتماعی را که می‌تواند موجب اضطراب اجتماعی شود، تصور می‌کند: موقعیت‌های عملکردی مانند خوردن یا نوشتن در جمع، آغاز کردن و ادامه گفتگوها، رفتن به مهمانی‌ها، قرار گذاشتن، ملاقات با افراد غریبه و ناآشنا، و یا تعامل با مظاهر قدرت. از میان ترس‌های اجتماعی، صحبت کردن در جمع بسیار چالش‌برانگیز است و در واقع، رایج‌ترین موقعیت هراس‌آور در بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است (مثلاً پولارد و هندرسون<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸). صرف‌نظر از این اشتراک، تفاوت قابل‌توجهی در بین بیماران مبتلا به SAD در تعداد و نوع موقعیت‌هایی که از آن‌ها می‌ترسند، وجود دارد. این فصل ملاک‌های تشخیصی SAD، یافته‌های درمانی در رابطه با آسیب‌شناسی و سبب‌شناسی اختلال و نتایج درمانی را مرور خواهد کرد.

## اختلال اضطراب اجتماعی چیست؟

### داستان آرمان

آرمان مردی ۵۰ ساله، مجرد و کارمند اداره پست است. وی اخیراً تصمیم گرفت به‌خاطر افسردگی‌اش به دکتر مراجعه کند. در طول مصاحبه تشخیصی، آرمان به درمانگر گفت که از کلاس اول، همیشه احساس افسردگی داشته، بدون این که بیش از چند روز خلق طبیعی داشته باشد. او غالباً احساس خمودگی می‌کند و از چیزی لذت نمی‌برد، همیشه در تمرکز کردن مشکل دارد و کلاً احساس بی‌کفایتی می‌کند و نسبت به آینده بسیار بدبین است. آرمان همچنین، به درمانگر گفت که به یاد نمی‌آورد که در موقعیت‌های اجتماعی احساس راحتی کرده باشد. حتی در مدرسه ابتدایی، زمانی که از او خواسته می‌شد تا در برابر جمعی از دوستان والدینش صحبت کند، ذهنش خالی می‌شد. او تا جایی که می‌توانست از رفتن به جشن‌های تولد و سایر گردهمایی‌های اجتماعی اجتناب می‌کرد و اگر مجبور بود برود، در گوشه‌ای ساکت می‌نشست. عادت کرد که در مدرسه، بچه کاملاً ساکتی باشد و در کلاس درس فقط زمانی به سؤالات پاسخ دهد که پاسخ‌ها را به‌طور کامل نوشته باشد. اما حتی، آن زمان نیز مکرراً دچار لکنت می‌شد و قادر نبود که به خوبی صحبت کند. غالباً

1- Baumeister & Leary

2- Tice

3- Social Anxiety Disorder

4- Pollard & Henderson

در ملاقات با کودکان غریبه از ترس این‌که او را مسخره می‌کنند، چشم‌هایش را به پایین می‌دوخت.

زمانی که آرمان بزرگ‌تر شد، همبازی‌های کمی در همسایگی‌اش داشت، ولی هیچ‌وقت دوست صمیمی نداشت. نمرات او در مدرسه نسبتاً خوب بودند، جز در دروسی که نیازمند به همکاری و مشارکت با همکلاسی‌ها داشت. در نوجوانی و در تعامل با جنس مخالف اضطراب زیادی داشت. اگرچه دوست داشت تا با یک زن ارتباط برقرار کند، اما هرگز با کسی بیرون نرفت و نتوانست از خانمی تقاضای قرار ملاقات کند، زیرا از عدم پذیرش می‌ترسید. آرمان وارد کالج شد و برای مدتی خوب بود. اما زمانی که موظف شد تا در بعضی از کلاس‌هایش ارائه‌های شفاهی داشته باشد، از رفتن به کلاس خودداری کرد و سرانجام ترک تحصیل نمود. چند سال بعد، در یافتن شغل دچار مشکل شد، زیرا فکر نمی‌کرد بتواند در مصاحبه‌های شغلی شرکت کند. سرانجام مشاغلی را یافت که فقط نیازمند انجام یک آزمون کتبی بودند. چند سال پیش، او در آزمون خدمات شهری امتحان داد و شغلی در اداره پست گرفت. ترفیع‌های متعددی به وی پیشنهاد شد، اما به دلیل ترس از فشار اجتماعی، آن‌ها را رد کرد. آرمان به درمانگر گفت که آشنایان زیادی در محیط کار دارد، ولی هیچ دوستی ندارد و همه دعوت‌ها برای دور هم جمع شدن با همکاران بعد از ساعات اداری را رد می‌کند.

## داستان بیتا

بیتا تاجری ۳۳ ساله است که با شوهر و دو فرزندش در حاشیه شهر زندگی می‌کند. همسرش در خانه از فرزندان مراقبت می‌کند و او در یک شرکت بزرگ بیمه مشغول به کار است. موفقیت‌های فوق‌العاده‌ای در کارش داشته و اخیراً نایب رئیس شرکت شده است. اندکی پس از ترفیع، بیتا تصمیم گرفت به‌خاطر حملات آسیمگی<sup>۱</sup> که گاهی اوقات هنگام سخنرانی در محل کار دچارشان می‌شد، به یک درمانگر مراجعه کند. در طول مصاحبه تشخیصی، بیتا اعلام کرد که در نوجوانی و جوانی فردی خوش‌برخورد و اجتماعی بوده و تا سال سوم دانشگاه هیچ مشکلی نداشته است. از آن زمان بود که هنگام سخنرانی در مقابل مردم، خصوصاً اجتماعات بزرگ و محیط‌های رسمی، به‌شدت عصبی و مضطرب می‌شد. زمانی که از او پرسیده شد که چه چیزی در این موقعیت‌ها وی را عصبی می‌کرد، گفت که نگران این بوده که حضار در مورد وی چگونه فکر می‌کنند. "حضار ممکن است فکر کنند که من چقدر عصبی هستم؛ و نتوانند بفهمند چه می‌گویم و احمق به‌نظر برسم". در نتیجه، او ساعت‌ها وقت صرف آماده کردن سخنرانی‌اش می‌کرد و متن همه سخنرانی‌هایش را می‌نوشت. عجیب این‌که، او در موقعیت‌های اجتماعی غیررسمی مانند

1- Panic attacks

مهمانی‌ها یا ضیافت‌های شلوغ شام، اضطراب بسیار کمی را تجربه می‌کرد و یا اصلاً اضطرابی نداشت.

بی‌تا گفت، از زمانی که ترفیع گرفته است، به‌خاطر افزایش میزان سخنرانی‌هایی که باید انجام دهد، فقط از ۲۰ درصد ظرفیت‌های کاری‌اش استفاده می‌کند. بی‌تا و همسرش به‌طور منظم در منزل خود مهمانی دارند و از بودن با دوستان در گردش‌ها، جشن‌ها و مهمانی‌های رسمی لذت می‌برند. بی‌تا با گریه گفت " آن [اضطراب] فقط مال زمانی است که مجبورم سخنرانی رسمی ارائه کنم. زمانی است که احساس می‌کنم روی صحنه تنها هستم و همه به من نگاه می‌کنند."

### داستان دانی

دانی آزمون<sup>۱</sup> خوانندهٔ اول گروه «برادران آزمون» در سال ۱۹۶۰ بود. پس از یک سری تک‌خوانی‌های موفق در دههٔ ۷۰، تبدیل به ستاره شد و بعد از آن، دوباره در اواخر دههٔ ۸۰ با یک تک‌خوانی به اوج بازگشت. آزمون در مصاحبه‌ای با مجلهٔ «مردم» (در ۱۷ می ۱۹۹۹) گفت:

در تمام اجراهای سراسر زندگی‌ام کمی عصبی بودم، اما از زمانی که به‌خاطر می‌آورم - چه در صحنهٔ اجرا یا در یک جلسهٔ کاری - می‌دانستم که اگر در پایان اولین ترانه تشویق شوم یا وقتی شوخی می‌کنم دیگران بخندند، اضطرابم کم خواهد شد، هرچند هیچ‌وقت از بین نمی‌رفت. حدود سال ۱۹۹۴، اضطرابی متفاوت با آنچه قبل از آن داشتم، را تجربه کردم... هنگامی که ترس از دستپاچه شدن مرا فرا گرفت، و نمی‌توانستم از شرش خلاص شوم. مثل این بود که یک توهم غریب و ترسناک جایگزین تمام چیزهای آشنا و بی‌خطر شده بود. در جدال با ترس‌های دیوانه‌وار فلج شده و مطمئن بودم که اگر حرکت اشتباهی انجام دهم، واقعاً می‌میرم. وحشتناک‌تر این‌که احساس می‌کردم با مردن راحت می‌شوم. هر چه سخت‌تر تلاش می‌کردم تا کلمات را به یاد بیاورم، کم‌تر به ذهنم می‌آمدند. بهترین کاری که می‌شد بکنم این بود که غش نکنم و در طول اجرا فقط با خودم تکرار می‌کردم «هشیار باش، هشیار باش». این حملات عصبی فقط مربوط به اجرای روی صحنه نمی‌شود. یادم می‌آید برای مصاحبه زنده با رگیس و کاتی لی<sup>۲</sup> آن‌قدر عصبی بودم که نتوانستم تمام شب را بخوابم و قبل از این‌که سر صحنه بروم، دچار تهوع شدم. دفعهٔ دیگر، هنگام صدایشگی برای نقش هرکول در انیمیشن دیزنی، اضطراب طاقت‌فرسایی داشتم و عملکردم خجالت‌آور بود. شک داشتم که بتوانم به شغل خوانندگی ادامه دهم.

1- Donny Osmond

2 - Live With Regis and Kathie Lee

دانی، بیتا و آرمان، داستان‌های بسیار متفاوتی را روایت می‌کنند. بیتا تاجر بسیار موفق است که برای صحبت کردن در جمع اضطراب داشته که پس از ترفیع شغلی اخیرش، تبدیل به یک مشکل جدی شده است. در مقابل، اضطراب اجتماعی سراسر زندگی آرمان را در بر گرفته و حفظ کوچک‌ترین روابط اجتماعی را نیز برایش دشوار ساخته است. دانی آزموند نمونه‌ای مشهور از هنرمندانی است که از ترس روی صحنه رفتن رنج می‌برند و این ترس چنان شدید شده که در زندگی شخصی و حرفه‌ای او اختلال ایجاد کرده است. بیتا استریسند، کارلی سیمون و ورزشکاران حرفه‌ای از جمله بازیکنان بیسبال، استیو ساکس، مایک آیوی، و استیو بلاس نمونه‌هایی دیگر از افراد موفق هستند که از روی صحنه رفتن می‌ترسیدند.

## ملاک‌های تشخیصی SAD

در تاریخ به اضطراب اجتماعی اشاره شده است. با این حال، تعریف هراس اجتماعی (یا SAD) آنچنان‌که امروزه مطرح است، به مارکس و گلدرا<sup>۱</sup> (۱۹۶۶) برمی‌گردد که شرایطی را توصیف کردند که در آن، زمانی که فرد کار اجتماعی خاصی را، در حالی که تحت مشاهده دیگران است انجام می‌دهد، به شدت دچار اضطراب می‌شود. SAD به عنوان یک طبقه تشخیصی، برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ در ویرایش سوم راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-III)، منتشر شده توسط انجمن روانپزشکی آمریکا (APA)<sup>۲</sup>، مشخص شد.

جدیدترین تجدیدنظر این ملاک‌ها در سال ۱۹۹۴ در ویرایش چهارم، DSM-IV، منتشر شد (ملاک‌های طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی سازمان بهداشت جهانی یا ICD-10<sup>۳</sup> برای هراس اجتماعی بسیار مشابه چیزی است که توسط DSM-IV تهیه شده است). براساس DSM-IV، خصوصیت اصلی اختلال (ملاک الف) ترس پایدار و قابل توجه از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی (که در آن شخص با افراد ناآشنا روبرو می‌شود یا تحت مشاهده دیگران است) و با نگرانی از تحقیر یا خجالت‌زده شدن توسط دیگران مرتبط است. مواجهه با موقعیت‌های هراس‌آور اجتماعی باید اضطراب قابل توجهی را برانگیزد (ملاک ب) و حتی در محیط‌های اضطراب‌انگیز و یا موارد مشابه آن، باعث حملات آسیمگی شود. ملاک پ، نیازمند این است که هراس، مفرط و بدون دلیل باشد و ملاکت ت، با تأکید بر اهمیت اجتناب از اجتماع، اختلال را با اجتناب از موقعیت‌های هراس‌آور یا موقعیت‌های عملکردی یا تجربه اضطراب شدید و آشفتگی در صورت قرار گرفتن در این موقعیت‌ها، تعریف می‌کند. برای نمونه، اگر آرمان به ما می‌گفت که اجتناب او از افراد نه به‌خاطر اضطراب، بلکه به این دلیل

1- Marks and Gelder

2- American Psychiatric Association

3- International Classification of Mental Disorder

است که آن‌ها او را عصبانی می‌کنند، یا اگر فکر نمی‌کرد که بیش از سایر مردم در موقعیت‌های اجتماعی عصبی می‌شود، احتمالاً تشخیص SAD را دریافت نمی‌کرد. ملاک ث، اختلال را برحسب تأثیر قابل توجه در عملکرد روزمره، حرفه‌ای یا تحصیلی و یا تعاملات اجتماعی، یا نگرانی قابل توجه در مورد داشتن هراس عنوان می‌کند. برای مثال، اگر بیتا به ما می‌گفت که می‌داند در هنگام ارائه سخنرانی نسبتاً عصبی می‌شود، ولی این موضوع او را خیلی اذیت نمی‌کند و باعث نمی‌شود که از موقعیت‌ها اجتناب کند، او هم تشخیص هراس اجتماعی را نمی‌گرفت. نهایتاً این که زمانی اختلال اضطراب اجتماعی قابل تشخیص است که (۱) فرد بداند که ترسش بیش از حد است، و (۲) این ترس اثر قابل توجهی در زندگی فرد ایجاد کرده و باعث آشفتگی یا اجتناب شود. بدیهی است تشخیص این که اضطراب اجتماعی «مفرط» یا «مختل‌کننده» است، کاملاً ذهنی و در نهایت یک قضاوت بالینی است. ملاک‌های اضافی اعلام می‌کنند که اختلال SAD باید حاصل از سایر شرایط نباشد (مثلاً در اثر تأثیر یک اختلال طبی یا دارو) و در افراد زیر ۱۸ سال حداقل به مدت ۶ ماه طول کشیده باشد.

تغییرپذیری در وسعت و شدت اضطراب اجتماعی، در این تعریف قابل توجه است و می‌تواند با تفاوت در ویژگی‌های تحولی، مزمن بودن و ناتوانی، همان‌طور که در موارد آرمان و بیتا نشان داده شده است، مشخص شود. برخی از افراد فقط از برخی از موقعیت‌های عملکردی خاص می‌ترسند (مانند صحبت کردن در جمع، غذا خوردن در رستوران، استفاده از سرویس‌های بهداشتی عمومی، نوشتن هنگامی که دیگران نظاره می‌کنند) در حالی که دیگران تعداد زیادی از ترس‌ها را نشان می‌دهند که ممکن است شامل ترس از موقعیت‌های متعدد عملکردی و تعاملی (مانند ملاقات افراد جدید، رفتن به قرار ملاقات، گفتن «نه» به درخواست‌های غیرمنطقی) باشد. آرمان نمونه یک فرد مبتلا به زیرگروه هراس اجتماعی فراگیر است، که با ترس از اکثر یا تمامی موقعیت‌های اجتماعی مشخص شده است. در مقابل، اضطراب اجتماعی بیتا به صحبت کردن در جمع محدود شده است و نمونه‌ای است از آنچه در DSM-III به عنوان زیرگروه عملکردی مشخص شده بود. با این وجود، وجه مشترک بین زیرگروه‌ها، ترسی است که افراد مبتلا به SAD برای صحبت کردن در جمع دارند (چه تشخیص زیرگروه فراگیر را داشته باشند یا نداشته باشند).

## شیوع و ویژگی‌های اختلال

با مرور تحقیقات همه‌گیرشناسی، شیوع SAD در طول زندگی در کشورهای غربی بین ۷ و ۱۲ درصد کل جمعیت برآورد شده است (فورمارک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ کسلر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). اختلال تقریباً به‌طور برابر در مردان و زنان وجود دارد و نسبت جنسیتی (زنان: مردان) در دامنه‌ای بین

1- Furmark

2- Kessler

۱:۱) موتیر و استین<sup>۱</sup>، (۱۹۹۹) و ۳:۲ (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵) می‌باشد. SAD غالباً در نوجوانی شروع می‌شود ولی می‌تواند در کودکی نیز بروز پیدا کند. در طول دوره کودکی، SAD غالباً با اختلال بی‌قراری مفرط<sup>۲</sup>، لالی<sup>۳</sup>، فرار از مدرسه<sup>۴</sup>، اضطراب جدایی، بازداری رفتاری و کمروبی همراه است. اگر اختلال درمان نشود، غالباً دوره‌های مزمن و بی‌وقفه‌ای را در پی دارد و منجر به اختلال جدی در عملکرد شغلی و اجتماعی می‌گردد (دیویدسون، هاگس، جرج و بلیزر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳؛ لیبویتز، گرمان، فیر و کلین<sup>۶</sup>، ۱۹۸۵؛ اشنیر<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۴؛ اشنیر، جانسون، هورنیگ، لیبویتز و ویزمن<sup>۸</sup>، ۱۹۹۲؛ استین و کین<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱؛ استین، تارگرود و واکر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰، استین، واکر و فورد، ۱۹۹۶).

هنگامی که SAD برای اولین بار به عنوان یک طبقه تشخیصی در DSM-III وارد شد (APA، ۱۹۸۰)، مفهومی مشابه هراس اختصاصی داشت. به ویژه، DSM-III عنوان کرد «هراس ساده و اجتماعی، با یک محرک محدود درگیر هستند... وقتی بیش از یک نوع وجود دارد، باید تشخیص‌های چندگانه داده شود.» (ص ۲۵۵). هنگامی که DSM-III عنوان می‌کرد «فرد در کل فقط دچار هراس اجتماعی است» (ص ۲۲۷) به این موضوع که افراد مبتلا به SAD از موقعیت‌های متعدد اجتماعی هراس دارند، اعتقادی نداشت. به علاوه، تشخیص SAD، زمانی که فرد ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت اجتنابی (APD)<sup>۱۱</sup> را داشت، غیر قابل قبول بود. این ملاک‌های تشخیصی با انتشار DSM-III-R (APA، ۱۹۸۷) و سپس DSM-IV (۱۹۹۴)، APA دستخوش تغییرات مهمی شد. به ویژه، زمانی که فرد از همه یا اکثر موقعیت‌های اجتماعی هراس داشت، تشخیص «زیرگروه فراگیر» می‌گرفت (ص ۴۱۷)، و دیگر تشخیص SAD زمانی که ملاک‌های APD وجود داشت، مردود نبود. مطالعات متعدد، درجات بالای همپوشانی بین زیرگروه فراگیر SAD با اختلال APD در محور II را گزارش می‌کنند (به عنوان نمونه، هیمبرگ<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۶؛ اشنیر، اشپیتزر، گیون، فیر و لیبویتز<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۱). این یافته‌ها چندان هم شگفت‌آور نیستند زیرا ۶ مورد از ۷ مورد ملاک‌های تشخیصی APD در مورد تعاملات اجتماعی است. به علاوه، یکی از ملاک‌های تشخیصی غیراجتماعی APD در تغییر DSM-III-R به DSM-IV (APA، ۱۹۹۴) حذف شد و همپوشانی بین دو تشخیص افزایش

- 
- 1- Moutier & Stein
  - 2- Overanxious
  - 3- Mutism
  - 4- School refusal
  - 5- Davidson, Hughes, George, & blazer
  - 6- Liebowitz, Gorman, Fyer, & Klein
  - 7- Schneier
  - 8- Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman
  - 9- Stein & Kean
  - 10- Stein, Torgrud & Walker
  - 11- Avoidant Personality Disorder
  - 12- Heimberg
  - 13- Schneier, Spitzer, Gibbon, Fyer, & Liebowitz

یافت. در نتیجه، بسیاری از محققان سودمندی حفظ هر دو طبقه تشخیصی را در، دو محور مجزای DSM-IV مورد تردید قرار داده‌اند.

### زیرگروه فراگیر

مطابق DSM-IV، طبقه فراگیر SAD زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که «هراس [فرد] در بیشتر موقعیت‌های اجتماعی وجود داشته باشد» (ص ۴۵۱). متأسفانه، DSM تعداد و نوع موقعیت‌های اجتماعی برای تعیین زیرگروه فراگیر را مشخص نکرده است. بنابراین، گروه‌های پژوهشی مختلف، تعاریف عملیاتی با تفاوت‌های ناچیزی را برای زیرگروه فراگیر SAD از سایر زیرگروه‌ها مشخص کردند. این موضوع مقایسه مستقیم نتایج مطالعات تجربی در مورد زیرگروه‌ها را مشکل ساخته است. ترنر، بیدل و تاونزلی<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) و استمبرگر<sup>۲</sup>، ترنر، بیدل و کالون<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) زیرگروه فراگیری را مشخص کرده‌اند که در آن، فرد از حضور در مهمانی‌ها (گردهمایی‌های اجتماعی)، آغاز کردن گفتگو و یا ادامه گفتگو هراس دارد. زیرگروه «خاص» (که در DSM-IV مشخص نشده است)، زمانی تشخیص داده می‌شود که فرد فقط از موقعیت‌های عملکردمدار مانند صحبت کردن، سخنرانی در جلسات، خوردن یا نوشتن در جمع و استفاده کردن از سرویس‌های بهداشتی عمومی، هراس داشته باشد. افرادی که در این گروه مشخص می‌شوند، از موقعیت‌های اجتماعی خاص متعددی هراس دارند ولی از موقعیت‌های اجتماعی عمومی مانند مهمانی یا گفتگو هراسی ندارند.

هیمبرگ، هولت<sup>۴</sup>، اشنیر، اسپیتزر<sup>۶</sup> و لیوویتز (۱۹۹۳) سه زیرگروه را برای SAD مورد بحث قرار دادند: فراگیر، غیرفراگیر و محدود<sup>۷</sup>. افراد مبتلا به SAD غیرفراگیر، لاقلاً در یک حیطه اجتماعی گسترده، بدون تجربه اضطراب بالینی قابل توجه فعالیت می‌کنند، درحالی‌که افراد دارای SAD محدود فقط در یک یا دو موقعیت مجزا اضطراب را تجربه می‌کنند. از آنجا که تعداد افراد مبتلا به SAD محدود بسیار اندک است، بسیاری از مطالعات یا شامل زیرگروه محدود نمی‌شوند (هربرت، هوپ و بلاک<sup>۸</sup>، ۱۹۹۲) و یا آن‌را در زیرگروه غیرفراگیر قرار می‌دهند (براون<sup>۹</sup>، هیمبرگ، جاستر<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۵؛ هوفمان، نیومن، اهلرز و راث<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۵؛ هوفمان و راث، ۱۹۹۶؛ هولت، هیمبرگ و هوپ، ۱۹۹۲). تنها تعداد بسیار اندکی از مطالعات همخوان با

---

1- Turner, Beidel, and Townsley  
 2- Stemberger  
 3- Calhoun  
 4- Specific  
 5- Holt  
 6- Spitzer  
 7- circumscribed  
 8- Herbert, Hope, & bellack  
 9- Brown  
 10- Juster  
 11- Hofmann, Newman, Ehlers, & Roth

همبرگ و همکاران (۱۹۹۳) شامل زیرگروه محدود می‌شوند (همبرگ، هوپ، داج و بکر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰؛ لوین<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۳؛ مک‌نیل<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ استین<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). در این مطالعات، این زیرگروه به افراد دارای اضطراب صحبت کردن در جمع که رایج‌ترین موقعیت اجتماعی هراس‌آور است، محدود شده بود.

### موقعیت‌های اجتماعی هراس‌آور

برخی از محققان، بر اساس موارد گزارش شده در پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی و سایر ابزارهای خودسنجی، تعداد و نوع موقعیت‌های اجتماعی هراس‌آور را مشخص کرده‌اند. به عنوان نمونه، هولت، همبرگ، هوپ و لیوویتز (۱۹۹۲) چهار حیطه موقعیتی را، براساس بازبینی ۲۴ مورد مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز (LSAS<sup>۵</sup>، لیوویتز، ۱۹۸۷) پیشنهاد کردند: سخنرانی رسمی/ تعامل، سخنرانی غیررسمی/ تعامل، تعامل جرأت‌مند و مشاهده شدن توسط دیگران. با این وجود، تکنیک‌های تحلیل عاملی، حمایت ناهمسانی از این نوع نظام طبقه‌بندی داشته‌اند (بیکر، هینریچز، کیم و هوفمان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲؛ سافرن و همکاران، ۱۹۹۹؛ اسلاوئین، هولت، هولت، همبرگ، جاکارد و لیوویتز، ۱۹۹۰). سایر پژوهشگران، تحلیل‌های طبقه‌ای (کسلر، استین و برگلاند، ۱۹۹۸)، تحلیل خوشه‌ای (انگ، همبرگ، کلز، اشنیر و لیوویتز، ۲۰۰۰؛ کاشدان و هوفمان، زیرچاپ) و تحلیل تاکسومتريک (کلمن، براون، لیورانت و هوفمان، ۲۰۰۶) را برای آزمودن زیرگروه‌های SAD به کار بردند. دو مطالعه‌ای که بزرگ‌ترین نمونه‌ها را داشتند، مطالعات کسلر و همکاران (۱۹۹۸) و کلمن و همکاران (۲۰۰۶) بودند.

کسلر و همکارانش (۱۹۹۸) میزان ترس را در شش موقعیت اجتماعی، که به عنوان بخشی از مطالعه ملی بیماری‌های همبود بررسی شده بودند، مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند. نتایج تحلیل نشان داد که یک سوم از افراد مبتلا به SAD فقط ترس از صحبت کردن در جمع را گزارش کرده‌اند، در حالی که در دو سوم دیگر، ترس از صحبت کردن حداقل با یک هراس اجتماعی دیگر همراه است. در هر دو زیرگروه، سن شروع بیماری، تاریخچه خانوادگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی یکسان بوده‌اند.

1- Heimberg, Hope, Dodge, & Becker

2- Levin

3- McNeil

4- Stein

5- Leibowitz Social Anxiety Scale

6- Baker, Heinrichs, Kim, & Hofmann

### تفاوت‌های بین زیرگروه‌های تشخیصی

طبقه تشخیصی SAD، درجات بالایی از ناهمسانی را نشان می‌دهد. لازم است که بسیار دقیق‌تر به ماهیت این ناهمسانی بپردازیم، زیرا اعتقاد ما بر این است که این مورد، تأثیر مستقیمی بر درمان اختلال دارد (برای مطالعه به هوفمان، هینریچز و مسکوویچ، ۲۰۰۴ مراجعه کنید).

مطالعات نشان داده‌اند که زیرگروه فراگیر SAD و همپوشانی بالای آن به تشخیص APD در محور II، با سطوح بالای اضطراب اجتماعی، عملکرد کلی ضعیف روانی-اجتماعی، آسیب‌شناسی روانی بیشتر، اضطراب وابسته به صفت و افسردگی همراه است (به عنوان نمونه، بوون<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ براون<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ هربرت، هوپ و همکاران، ۱۹۹۲؛ هیمبرگ و هوپ، ۱۹۹۲؛ تران و چامبلس، ۱۹۹۵؛ ترنر و همکاران، ۱۹۹۲). به علاوه، مشخص شده است که این تشخیص‌ها نشان دهنده بروز شدیدتر اضطراب اجتماعی هستند که در پیوستاری، از SAD خاص (غیرفراگیر) تا SAD فراگیر بدون APD، و تا SAD فراگیر همراه با APD گسترده است (هوفمان، ۲۰۰۰b، مک نیل، ۲۰۰۱). با این وجود، سایر مطالعات نشان می‌دهند که کلیه تفاوت‌های موجود بین این طبقه‌های تشخیصی، نمی‌توانند با تفاوت در شدت اضطراب اجتماعی تبیین شوند. این مطالعات تفاوت‌های زیرگروه‌ها را در شماری از متغیرهای مهم، از جمله شیوع، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، ویژگی‌های تحولی، پاسخ روانی-زیستی در طول مواجهه، و پاسخ به درمان گزارش کرده‌اند.

### شیوع

به‌رغم تفاوت در تعریف عملیاتی در مطالعات مختلف، ادبیات پژوهشی به‌طور پیوسته گزارش می‌کند که حداقل ۵۰٪ از افراد مبتلا به SAD، ملاک‌های زیرگروه فراگیر را نیز دارای می‌باشند (براون و همکاران، ۱۹۹۵؛ مانوزا<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۵).

### ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

دو سوم بیماران مبتلا به SAD فراگیر و یک سوم از افراد مبتلا به SAD غیرفراگیر، هرگز ازدواج نکرده‌اند (مانوزا و همکاران، ۱۹۹۵). به علاوه برخی از مطالعات گزارش کرده‌اند که افراد مبتلا به SAD فراگیر نسبت به افراد زیرگروه‌های دیگر، پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین‌تری دارند (براون و همکاران، ۱۹۹۵؛ هیمبرگ، هوپ و همکاران، ۱۹۹۰؛ لوین و همکاران، ۱۹۹۳). با این وجود، سایر مطالعات در سن، جنسیت و پایگاه اقتصادی-اجتماعی، هیچ تفاوتی بین زیرگروه‌ها مشاهده نکردند (هربرت، هوپ و همکاران، ۱۹۹۲؛ هوفمان و

1- Boone

2- Brown

3- Mannuzza