

## بررسی مدل های سبب شناسی اضطراب اجتماعی

بامداد شادی زواره، دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

نویسنده مسئول: خانم دکتر گیتی همتی راد، استاد و عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور استان البرز

### چکیده

موضوع آسیب شناسی اختلال اضطراب اجتماعی از این جهت اهمیت دارد که به دلیل همبودی و تقدم این اختلال بر سایر اختلال های روانی به طور کلی و اختلال های هیجانی به طور اختصاصی تر، شناخت، درمان و پیشگیری از این اختلال می تواند در فهم و درمان اختلال هایی مثل افسردگی و سوء مصرف مواد که همبودی بالایی با این اختلال دارند، کمک کننده باشد. از این رو هدف این مقاله بررسی مدل های سبب شناسی اضطراب اجتماعی است. در این راستا با استفاده از روش کتابخانه ای و روش توصیفی انواع اضطراب اجتماعی، مدل های سبب شناسی اضطراب اجتماعی (مدل کلارک و ولز، مدل رایپی و هیمبرگ، مدل هافمن و بارلو، مدل کیمبرل، مدل ریپی و اسپنس) تحلیل می شوند. بررسی ها نشان داد؛ عمده مدل های سبب شناسی فعلی برای اختلال اضطراب اجتماعی اغلب یکپارچه نگر بوده اند، این تحولات در درمان های نوین اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر گذاشته است. مدل های شناختی اغلب بر تداوم اختلال اضطراب اجتماعی تأکید دارند و کمتر به شکل گیری این اختلال پرداخته اند. تمرکز عمده این مدل ها بر تأثیرات نزدیک مثل سوگیری در قضاوت و حافظه و تعبیر محرک های اجتماعی است.

**کلیدواژه ها:** مدل های سبب شناسی، اضطراب اجتماعی، مدل کلارک و ولز، مدل رایپی و هیمبرگ، مدل هافمن و بارلو، مدل کیمبرل، مدل ریپی و اسپنس.

## ۱- مقدمه

اضطراب به عنوان هراس بیش از اندازه از پیش‌بینی یک مشکل تعریف می‌شود، در مقابل ترس به عنوان یک واکنش به خطر فوری تعریف می‌شود و روان‌شناسان بر بعد فوری ترس در مقابل بعد پیش‌بینی اضطراب تمرکز می‌کنند. در واقع، ترس مواظب بودن در مورد خطری در آینده است؛ که اضطراب و ترس هر دو می‌توانند باعث برانگیختگی فعالیت‌های سیستم عصبی سمپاتیک شوند. اضطراب باعث برانگیختگی محدود و ترس باعث برانگیختگی بیشتر می‌شود (کرینگ و همکاران، ۲۰۱۰). اضطراب اجتماعی یک ترس مقاوم و غیرواقع‌بینانه از موقعیت‌های اجتماعی است که فرد در آن موقعیت ممکن است مورد ارزیابی و بررسی یا در معرض دید افراد ناآشنا قرار بگیرد.

اصطلاح اضطراب اجتماعی به عنوان یک نام مناسب‌تر برای این اختلال در نظر گرفته شده است، چون نسبت به مشکلات ایجاد شده نسبت به دیگر فوبی‌ها، مشکلات ایجاد شده به وسیله این اختلال فراگیرترند و مداخله بیشتری در فعالیت‌های عادی فرد دارند (وانگ و همکاران، ۲۰۱۶). ویژگی اصلی اضطراب اجتماعی ترس مداوم و مشخص از موقعیت‌های اجتماعی عملکردی است که در آن موقعیت فرد ممکن است خجالت بکشد. اگرچه احساس اضطراب در بین بیشتر مردم وقتی که به یک موقعیت اجتماعی جدید، ناآشنا و یا موقعیت‌های اجتماعی ارزیابی کننده مثل مصاحبه‌های شغلی و استخدامی می‌روند، شایع است، اما افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی حتی زمانی که احتمال مواجهه در برابر موقعیت‌های مختلف را پیش‌بینی می‌کنند، ترس و وحشت زیادی را تجربه می‌کنند که اضطراب از ترس از بررسی و ارزیابی منفی دیگران ناشی می‌شود و در نهایت منجر به احساس خجالت، تحقیر و شرم می‌شود (ژائو و همکاران، ۲۰۱۳). در موارد بالینی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی معمولاً تلاش می‌کنند از موقعیت‌هایی که ممکن است مورد ارزیابی قرار بگیرند، نشانه‌های اضطراب را نشان دهند و یا به روشی خجالت‌آور رفتار کنند، اجتناب کنند؛ اگرچه این ویژگی‌ها ممکن است شبیه به کمروبی باشد، اما افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، از موقعیت‌های اجتماعی بیشتری اجتناب می‌کنند، احساس ناراحتی اجتماعی بیشتری دارند نسبت به افرادی که کمرو هستند، این علائم را در دوره طولانی‌تری از زندگی‌شان تجربه می‌کنند (روزنبرگ و همکاران، ۲۰۱۵).

مواجهه با موقعیت‌ها تقریباً همیشه باعث اضطراب می‌شود و در یک موقعیت می‌تواند باعث حملات مضطرب کننده پانیک شود و علیرغم اینکه بیماران می‌دانند که ترس آن‌ها بیش از اندازه و غیرواقعی است، اما اغلب موقعیت‌ها یا اجتناب می‌شوند و یا با پریشانی قابل ملاحظه‌ای تحمل می‌شوند؛ علاوه بر این، افراد هنگام اضطراب برای محافظت از خود، درگیر رفتارهای امنیتی و سبک‌های بین فردی ناکارآمد می‌شوند، که به وسیله اجتناب از موقعیت‌ها و محرک‌های اضطراب‌زا مشخص می‌شود (داودی و همکاران، ۱۳۹۱).

هر چند که این رفتارها منجر به رد شدن و نپذیرفتن از طرف دیگران می‌شود. افراد مبتلا اغلب می‌ترسند که سرخ شوند و یا عرق کنند. صحبت کردن در جمع، خوردن در جمع، استفاده از دستشویی‌های عمومی، درگیر شدن در هر نوع فعالیتی در حضور دیگران می‌تواند باعث ایجاد اضطراب زیاد در آن‌ها شود. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی که اضطراب شدیدی را هنگام خوردن، صحبت کردن و یا نوشتن در جلوی افراد ناآشنا تجربه

میکنند، ممکن است وقتی تنها هستند، یا با خانواده و دوستان نزدیکان‌شان هستند هیچ مشکلی در انجام دادن این رفتارها نداشته باشند (قدم‌پور، 1393).

## 2- انواع اضطراب اجتماعی

اضطراب اجتماعی با توجه به طیف وسیعی از موقعیت‌هایی که فرد ترس و اجتناب را تجربه می‌کند به دو نوع خاص و کلی تقسیم می‌شود که عبارتند از:

### 2-1- اضطراب کلی

بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی کلی معمولاً ترس و رفتارهای اجتنابی را در بیشتر موقعیت‌های اجتماعی نشان می‌دهند (فینک و همکاران، 2009). در واقع زمانی که افراد از بیشتر موقعیت‌های اجتماعی مثل موقعیت‌های عملکرد عمومی و تعاملات اجتماعی می‌ترسند، تشخیص اضطراب اجتماعی کلی می‌گیرند (کلارک و بک، 2010).

نوع منتشر با سال‌های اولیه شروع، اثرات منفی بیشتر در فعالیتهای اجتماعی و شغلی مرتبط است (کرینگ و همکاران، 2010). این خرده تیپ علاوه بر سن شروع، با اضطراب شدیدتر، افسردگی، بازداری اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و خودآگاهی و همچنین سطوح بیشتر روان رنجوری، کمرویی در دوران کودکی و درون‌گرایی مرتبط است (بیدل و تورنر، 2007).

### 2-2- اضطراب اجتماعی خاص

این خرده تیپ می‌تواند ناهمگن باشد، مثلاً فرد فقط از یک موقعیت عملکردی (مثل صحبت در جمع) بترسد و همچنین ممکن است بعضی از افراد از بیشتر موقعیت‌های عملکردی بترسند ولی از موقعیت‌های تعاملی اجتماعی نمی‌ترسند (کلارک و بک، 2010). مثلاً فردی که از نوشتن در جمع دچار اضطراب می‌شود، اما در دیگر موقعیت‌های اجتماعی مضطرب نمی‌شود، فردی با اضطراب اجتماعی خاص تشخیص داده می‌شود (کرینگ و همکاران، 2010). در اضطراب اجتماعی خاص افکار اغلب به وسیله ارتباط واقعی یا پیش‌بینی شده با محرک‌های ترس آور راه‌اندازی می‌شود.

## 3- مدل‌های سبب‌شناسی اضطراب اجتماعی

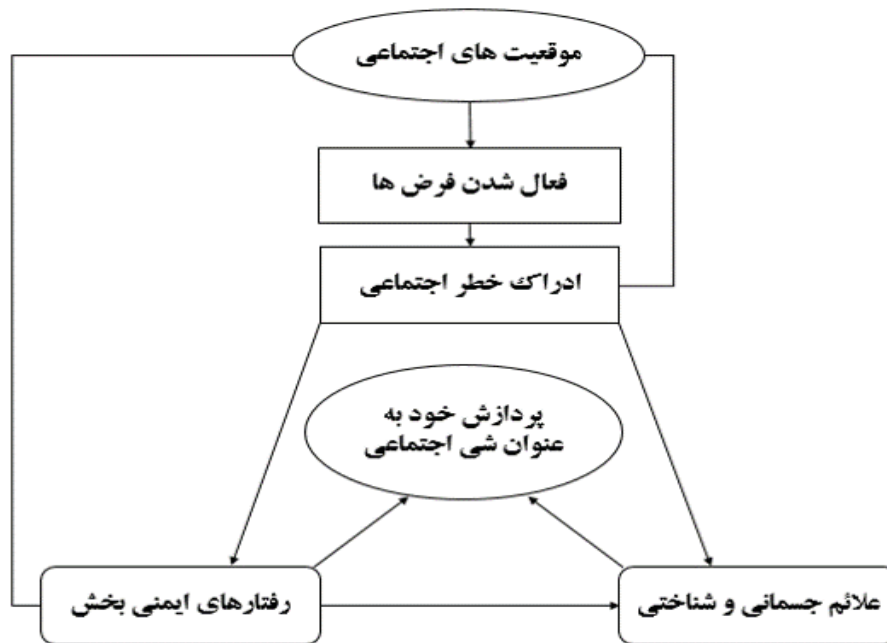
### 3-1- مدل کلارک و ولز

این مدل به طور اساسی سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی را تبیین نمی‌کند، بلکه اغلب تبیینی برای تداوم اجتناب اجتماعی و ناراحتی ناشی از آن فراهم می‌کند (شکل 1). بر اساس مدل شناختی کلارک و ولز، افراد به سه دسته باور معتقدند که شامل 1) قرار دادن استانداردهای بسیار افراطی برای خود؛ "ضمن سخنرانی نباید حتی یک کلمه هم اشتباه کنم." 2) باورهای مشروط درباره خود؛ "اگر هنگام سخنرانی مکث کنم، دیگران فکر می‌کنند من احمق هستم." 3) باورهای نامشروط درباره خود؛ "من عجیب و غریب و شکست خورده هستم." داشتن چنین باورهایی باعث می‌شود تا افراد، جهان اجتماعی را خطرناک ادراک کنند و به طور طبیعی علائم

شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری اضطراب را تجربه کنند. داشتن این برنامه اضطراب و تمرکز و توجه افراد را تغییر می دهد و فرد مضطرب اجتماعی خود را به عنوان شیء اجتماعی، پردازش می کند. آن ها به جای تمرکز بر موقعیت اجتماعی به احساس خود و نحوه برخورد با دیگران توجه می کنند. این تغییر توجه منجر به پیامدهای منفی می شود.

تجربه علائم فیزیولوژیکی و شناخت های منفی درباره خود، جهان اجتماعی را تهدید کننده تر می نماید. توجه مفرط به علائم جسمانی، شدت آن علائم را بیشتر می کند. توجه افراطی بر خود باعث می شود تا به اطلاعات مهم در اطراف کمتر توجه شود و از این رو آن ها به افرادی با مهارت های اجتماعی ضعیف به نظر برسند. کلارک ولز معتقدند که چندین عامل باعث می شود تا افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی نتوانند باورهای خود را به بوتۀ آزمایش بگذارند که عامل اصلی توجه معطوف به خود و تمایل به دیدن خود به عنوان شیء اجتماعی است. عامل دوم رفتارهای ایمنی بخش است. اگرچه اضطراب اجتماعی با اجتناب از موقعیت های اجتماعی و عملکردی همراه است، تعداد کمی از این افراد از لحاظ اجتماعی کاملاً منزوی هستند. آن ها با انتخاب و براساس ضرورت وارد موقعیت های اجتماعی می شوند، اما از استراتژی ها و رفتارهای ایمنی بخش استفاده می کنند که اغلب اثرات متناقض دارد و به طور عملی باعث می شود تا احتمال وقوع پیامد منفی رفتار بیشتر شود و عامل مهم دیگر که نه در جریان موقعیت های اجتماعی بلکه در پیش بینی این موقعیت ها و حتی پس از وقوع آن رخ می دهد. این است که این افراد قبل از ورود به موقعیت ها اضطراب انتظاری شدیدی را تجربه می کنند. آن ها میزان وقوع پیامدهای منفی را بیش از حد تلقی می کنند، از این رو میزان توجه متمرکز بر خود و رفتارهای ایمنی بخش افزایش می یابد. هم چنین آن ها به دنبال داده های تأیید کننده برای پیامدهای منفی هستند و توجه انتخابی بر این داده ها دارند. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی هنگام ترک موقعیت های اجتماعی درگیر ریشه یابی یا کالبدشکافی رفتار اجتماعی می شوند. آن ها در ذهن خود به آنچه گفته یا انجام داده اند، گاهی تا ساعت ها فکر می کنند.

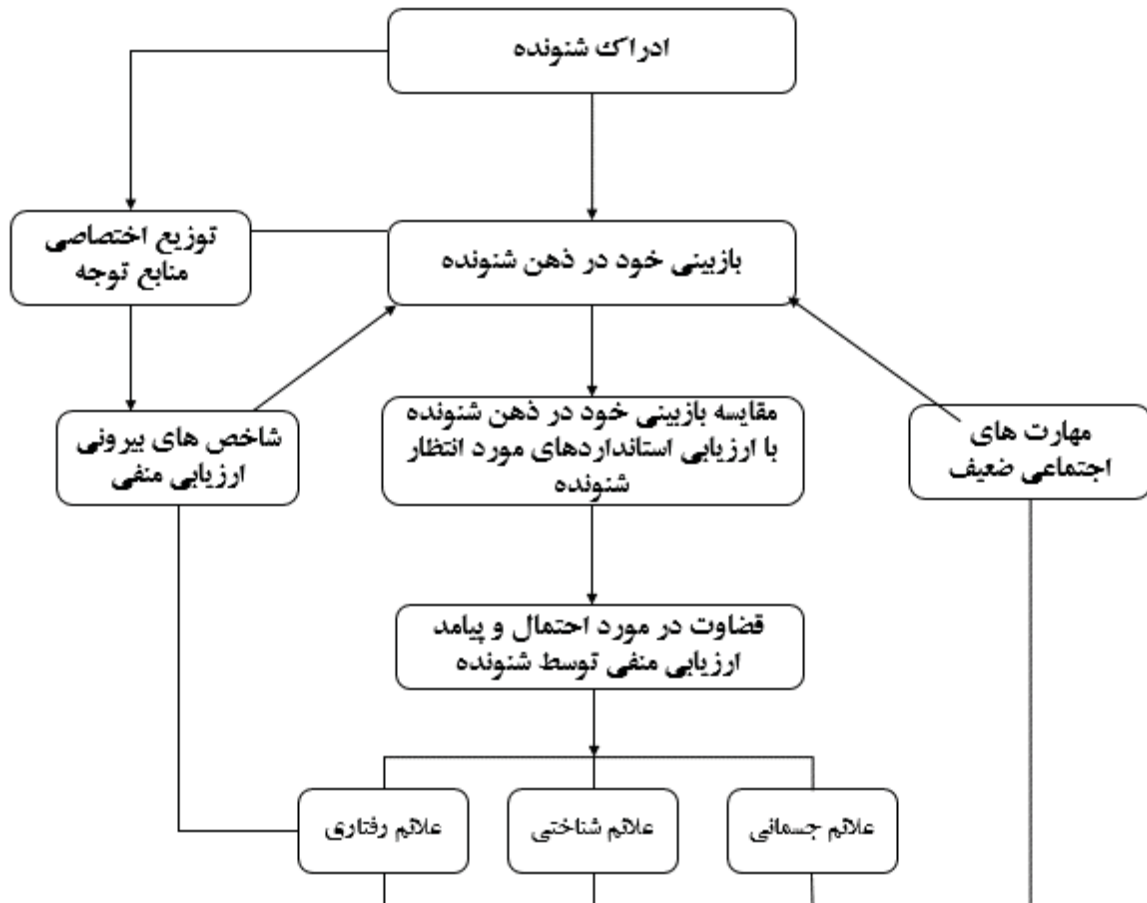
شکست های اجتماعی به سرعت کدگذاری می شوند و در موقعیت های بعدی به صورت سوگیرانه فعال می شوند (کلارک ولز، 1995؛ به نقل از محمدی، زرگر، امیدی و سرارودی، 1391).



شکل ۱: مدل کلارک و ولز برای اختلال اضطراب اجتماعی به نقل از محمدی و همکاران (۱۳۹۱)

3-2-مدل رایبی و هیمبرگ

مدل شناختی - رفتاری اضطراب اجتماعی که توسط رایبی و هیمبرگ ارائه شده است، فرایندهای شناختی سوگیرانه را در تداوم این اختلال مهم فرض می کند (شکل 2). مدل بر این فرض است که پیش بینی موقعیت یا خود موقعیت مفروضه هایی را در ذهن افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فعال می کند. این افراد باور دارند که در موقعیت های اجتماعی به طور غیرموجه عمل خواهند کرد؛ به طوری که به پیامدهای اجتماعی نامطلوبی منجر می شود. آن ها آنچه را که انتظار رخ دادن آن را دارند، در ذهن خود مرور می کنند، حوادث منفی گذشته را به یاد می آورند و خودشان را در موقعیت های قبلی تصور می کنند و انتظار عملکرد ضعیف از خودشان را دارند. آن ها تلاش می کنند تا این خطرات را با برگرداندن توجه به سمت خودشان و به سمت اطلاعات تهدیدآمیز دریافت شده از محیط مدیریت کنند. در موقعیت های اجتماعی نیز استانداردهایی را برای خود قرار می دهند، چون بر این باورند که افراد آن ها را مورد ارزیابی قرار می دهند و ادراک خود از عملکردشان را برخلاف استانداردهای مدون خود، ارزیابی می کنند (کلارک و لوز، 1995؛ به نقل از محمدی و همکاران، 1391).



شکل 2: مدل رایبی و هیمبرگ برای اختلال اضطراب اجتماعی به نقل از محمدی و همکاران (1391)

زمانی که آنها فکر می کنند به آن حد مطلوب نرسیده اند، احتمال ارزیابی منفی افزایش می یابد و اضطراب آن ها زیاد می شود. برانگیختگی جسمانی منجر به علائم عینی از قبیل سرخ شدن، نتش عضلانی و لرزش می گردد. آن ها این علائم را بیش برآورد کرده و معتقدند که دیگران به صورت منفی به این علائم واکنش نشان می دهند.

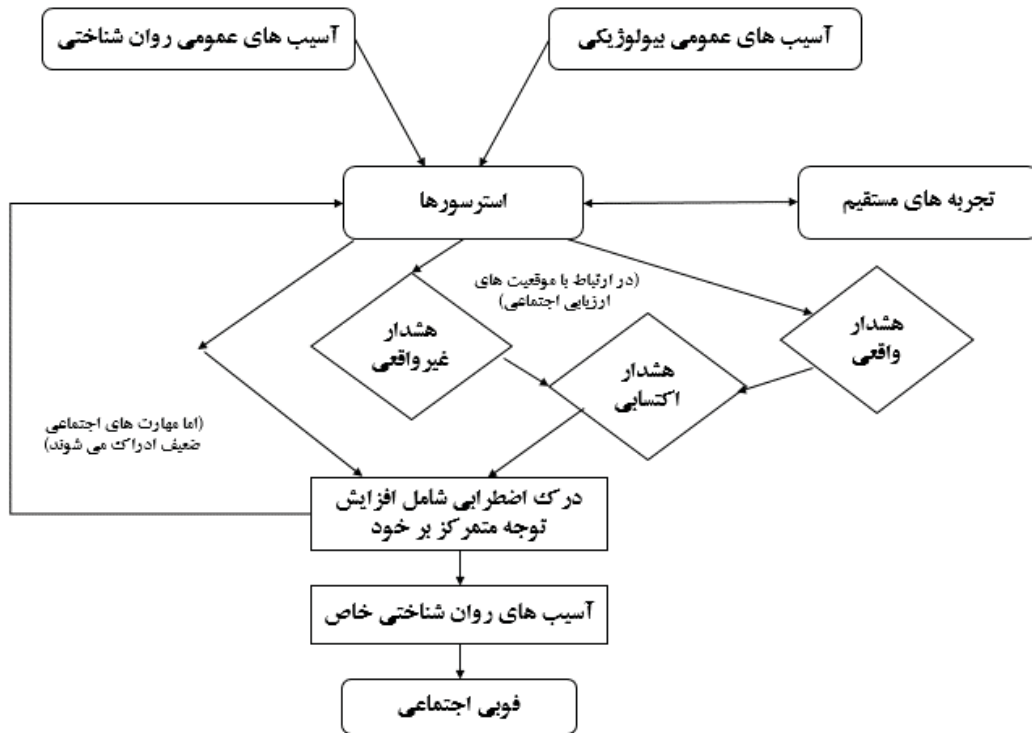
تمرکز بر روی علائم فیزیولوژیک و اعتقاد به پیامدهای منفی منجر به افت عملکرد اجتماعی می‌شود. بعد از واقعه نیز آن‌ها تفسیرهای منفی از موقعیت می‌کنند، تفسیرهایی که تصویر خود منفی و انتظارات ضعیف از عملکردشان را در آینده تقویت می‌کند (کلارک ولز، 1995؛ به نقل از محمدی و همکاران، 1391).

### 3-3- مدل هافمن و بارلو

طبق این مدل انسان‌ها از لحاظ تکاملی به خشم و انتقاد و سایر شاخص‌های طرد اجتماعی حساس هستند (هافمن و بارلو، 2002؛ به نقل از محمدی، 1391). از این رو، اغلب انسان‌ها زمانی ترس را تجربه می‌کنند، ولی تعداد کمی از آن‌ها مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌شوند. شکل‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی مستلزم آمادگی بیولوژیکی و روانشناختی برای ادراک اضطراب اجتماعی است. بر اساس این مدل، استعداد ژنتیکی برای اضطراب اجتماعی اختصاصی نیست، بلکه مرتبط با متغیرهای سرشتی خاص مثل خجالت است که ارتباط زیادی با اضطراب اجتماعی دارند. از دیگر عوامل پیشاینده ممکن برای ابتلا به اضطراب اجتماعی می‌توان از بازداری رفتاری نام برد که در پژوهش‌های زیادی تأیید شده است. مدل هافمن و بارلو فرض می‌کند که حوادث به نسبت جزئی زندگی مثل تعامل‌های اجتماعی یا عملکردی منجر به اضطراب می‌شوند. به ویژه اگر هشدار با این وقایع پیوند یابد. سپس این عوامل زمینه را برای این که هشدارهای درست یا اشتباه شکل بگیرند، آماده می‌کنند. فرض آن‌ها بر این است که هشدارهای صحیح اغلب به سمت زیرگونه نا فراگیر (خاص موقعیتی) اختلال اضطراب اجتماعی پیش می‌رود. هافمن و بارلو معتقدند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نا فراگیر مثل افراد مبتلا به فوبی خاص، واکنش‌های ترس بیشتری را تجربه می‌کنند، در حالی که افراد در زیرگونه فراگیر، پاسخ‌های اضطراب بیشتری را بروز می‌دهند و ممکن است که همراه با احساس‌های خجالت و شرم باشد.

از این رو طبق مدل هافمن و بارلو، زیرگونه فراگیر بدون هشدار رخ می‌دهد یا از طریق هشدارهای اشتباهی مرتبط با موقعیت‌های مرتبط با ارزیابی اجتماعی برانگیخته می‌شود. علاوه بر موارد ذکر شده مهارت‌های اجتماعی ضعیف و نقش فرایندهای شناختی مثل توجه متمرکز بر خود اهمیت دارد که اغلب در تداوم اختلال مؤثر است (هافمن و همکاران، 2015).





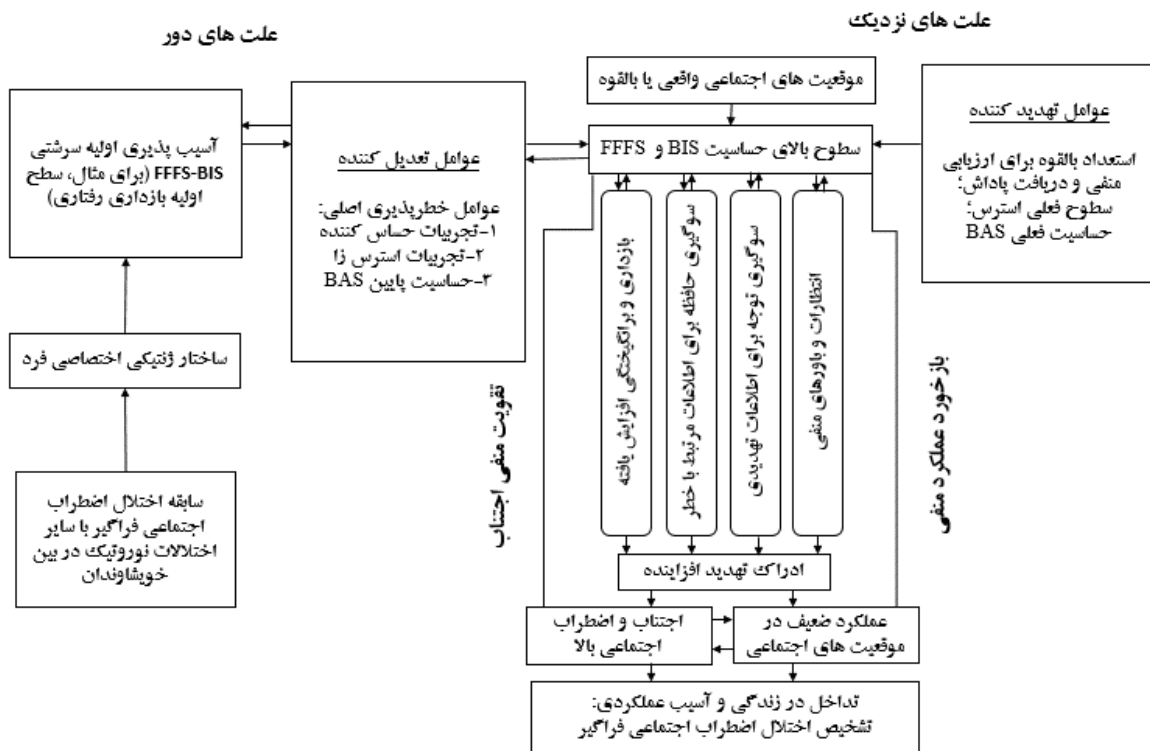
شکل 3- مدل هافمن و بارلو برای اختلال اضطراب اجتماعی به نقل از محمدی و همکاران (1391)

#### 3-4- مدل کیمبرل

این مدل بر اساس نظریه حساسیت به تقویت (RST) طراحی شده است (کر و مک ناتن، 2004؛ به نقل از محمدی و همکاران، 1391). این نظریه مبتنی بر بیولوژی شخصیت است که سه زیرسیستم عمده در مغز را زیربنای تفاوت های فردی در افراد می داند. این سیستم های مغزی عبارت از سیستم جنگ-گریز-توقف (FFFS)، سیستم فعال سازی رفتاری (BAS) و سیستم بازداری رفتاری (BIS) است. نظریه پردازان این حوزه ساختارهای مغزی متفاوتی را در هر یک از این سه سیستم دخیل می دانند و جایگاه های متفاوتی را در آسیب شناسی اختلال های هیجانی در این سه سیستم فرض می کنند.

مدل کیمبرل بر این فرض است که هم علل نزدیک و هم علل دور باعث اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر می شود. علل دور شامل عوامل تاریخی است که به حساسیت بالای BIS و FFFS منجر می شود (برای مثال، ژن ها و تجربیات گذشته). در حالی که علل نزدیک عواملی هستند که به طور مستقیم منجر به اضطراب و اجتناب اجتماعی می شود (برای مثال موقعیت های فعلی، سطح فعلی حساسیت BIS و FFFS). مدل فعلی بر این فرض است که تمامی این عوامل به سبک متقابل و پیچیده ای با هم تعامل دارند و منجر به ایجاد و تداوم اختلال اجتماعی فراگیر می شوند (هافمن و همکاران، 2015).





شکل 4: مدل کیمبرل برای اضطراب اجتماعی به نقل از محمدی و همکاران (1391)

کیمبرل عوامل ژنتیکی، سرشت، تجربه‌های اجتماعی حساسیت‌زا و خوگیری زا، تجربه‌های استرس‌زا و حساسیت پایین BAS را جز عوامل دور برای شکل‌گیری و تداوم این زیرگونه از اختلال اضطراب اجتماعی معرفی می‌کند. علل نزدیکی که وی برای اجتناب و اضطراب اجتماعی معرفی می‌کند، عبارت از متغیرهای موقعیتی، تفاوت افراد در حساسیت و BIS و FFFS و پردازش اطلاعات، استرس‌آورها و عوامل نگهدارنده شامل پردازش سوگیرانه اطلاعات، رفتارهای اجتنابی و عملکرد ضعیف در موقعیت‌های اجتماعی می‌باشد.

### 3-5- مدل ریپی و اسپنس

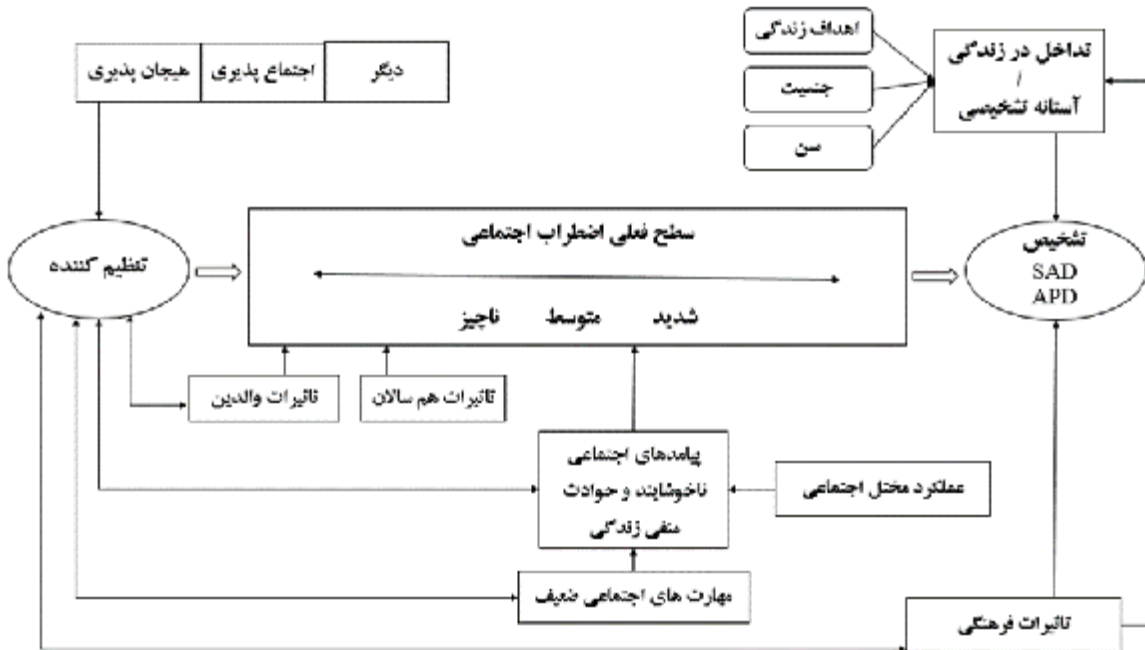
مدل ریپی و اسپنس مدلی جامع بر اساس رویکرد ابعادی به اختلال اضطراب اجتماعی است (ریپی و اسپنس، 2004؛ به نقل از محمدی و همکاران، 1391). این مدل فرض می‌کند که ترکیبی از عوامل ژنتیکی و اختصاصی و مشترک به صورت هیجان‌مداری منفی (عاطفه منفی یا نوروتیسم) ابراز می‌شوند. در این مدل اضطراب اجتماعی در یک پیوستار بررسی می‌شود. اختلال اضطراب اجتماعی در انتهای پیوستار قرار می‌گیرد. از موضع ریپی و اسپنس عوامل ژنتیکی در سببشناسی این اختلال مهم هستند. اگرچه عوامل ژنتیکی به صورت کلی در دیگر اختلالات هیجانی نیز نقش دارند ولی این احتمال نیز وجود دارد که سهمی از واریانس به مسائل اجتماعی و محیطی مربوط باشد.

علاوه بر این، عاطفه منفی پایین (برونگرایی و جامعه‌پذیری پایین) به عنوان ویژگی اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد و آن را از سایر اختلال‌های اضطرابی جدا می‌کند. رپی و اسپنس معتقدند که برای اغلب افراد دو یا بیشتر از عوامل ژنتیکی به صورت مشترک در سوق دادن فرد به سمت اضطراب اجتماعی نقش دارند (رپی و اسپنس، ۲۰۰۴؛ به نقل از محمدی و همکاران، ۱۳۹۱). این عوامل به صورت تنظیم‌گر عمل می‌کند. تنظیم‌کننده به درجه‌ای از اضطراب اجتماعی در فرد اشاره دارد که تا حدودی ثابت و پایدار است. عوامل بسیاری به ویژه، عوامل محیطی باعث نوسان در فرد در طول پیوستار می‌شود. اما هر حرکت در این پیوستار به آسانی رخ نمی‌دهد. این اندازه از ثبات به این معنا نیست که تنظیم‌گر ثابت و غیرقابل تغییر است. قدرت عوامل محیطی که گاهی خود را در تغییرات پایدار در نوع بروز اختلال اضطراب اجتماعی (باورها، سوگیری‌ها، سبک‌های رفتاری و حتی نورویبولوژی) بسته به زمان وقوع (دوره‌های خاص آسیب‌پذیری)، میزان اثر (شدت آن عامل و معنای آن برای فرد) و مزمن بودن آن (طول دوره) خود را نشان می‌دهد.

رپی و اسپنس (۲۰۰۴؛ به نقل از محمدی و همکاران، ۱۳۹۱) معتقدند که هرگونه تغییرات در نحوه بروز اختلال اضطراب اجتماعی که به علت عوامل محیطی رخ می‌دهد، کم و موقتی است. به عبارت دیگر، وقتی عوامل محیطی متوقف می‌شود، تمایل به برگشت به سمت تنظیم‌کننده رخ می‌دهد. تأثیر عواملی چون تعاملات والد/کودک نیز در اختلال اضطراب اجتماعی قابل توجه است. حمایت افراطی والدین، الگوپذیری فرزندان از آن‌ها به طور معنی‌دار در افراد تأثیر دارد. چنین تعاملاتی هم‌چنین از طریق ایجاد باورهایی مثل (دیگران معتقدند، من مهارت ندارم)، بر تداوم مسئله کمک می‌کنند. رپی و اسپنس معتقدند که تعامل والد / کودک به صورت فرایند چرخشی رخ می‌دهد که در آن سرشت کودک به نوبه خود بر نحوه رفتار والد با فرزند تأثیر می‌گذارد و در مواقعی که این چرخه به صورت معیوب شکل می‌گیرد، به تشدید مشکل می‌انجامد. با بزرگتر شدن کودکان تأثیر همسالان نیز بر رفتارهای آن‌ها بیشتر می‌شود. کودکان هیجانی و کناره‌گیر به احتمال بیشتری طرد شده‌اند و نادیده گرفته می‌شوند یا مورد آزار و اذیت همسالان خود قرار می‌گیرند. این عوامل نیز تأثیر اندکی بر تنظیم‌کننده دارند، اما زمانی که اختلال اضطراب اجتماعی شکل می‌گیرد، این عوامل واریانس زیادی را تبیین می‌کند. تجربه‌های منفی زندگی و تجربه‌های یادگیری خاص نیز موقعیت فرد را در پیوستار تحت تأثیر قرار می‌دهد. رپی و اسپنس (۲۰۰۴؛ به نقل از محمدی و همکاران، ۱۳۹۱) در اشاره به نقش رفتارهای اجتماعی، اختلال در عملکرد اجتماعی را که به دلیل اضطراب رخ می‌دهد، از مهارت‌های اجتماعی ضعیف است که به دلیل کمبود توانایی اجتماعی از هم متمایز می‌کنند. طبق این مدل کمبود توانایی اجتماعی نقش علی کمتری در اختلال اضطراب اجتماعی دارد. اما از آنجایی که مهارت‌های اجتماعی یک عامل درونی است، بر روی محیط تأثیر خواهد گذاشت و در بلندمدت اضطراب اجتماعی را تحت تأثیر قرار خواهد داد. این مدل هم‌چنین به نقش عوامل فرهنگی در اضطراب اجتماعی تأکید کرده است. معیارها و هنجارهای فرهنگی در بروز اضطراب اجتماعی نقش ویژه‌ای دارند (رپی و اسپنس، ۲۰۰۴؛ به نقل از محمدی و همکاران، ۱۳۹۱). به عبارت دیگر، پیوستار زیربنایی اضطراب اجتماعی در فرهنگ‌ها به نسبت ثابت است. در فرهنگ‌های مختلف اهمیت رفتار اجتماعی، نقش جنسیت و تعریف مشکل متفاوت است. طبق این مدل تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی یا اختلال شخصیت اجتنابی به این بستگی دارد که فرد در چه جایگاهی از این پیوستار قرار



بگیرد و اختلال چه میزان از ناراحتی، تداخل و آسیب را در زندگی فرد ایجاد می‌کند (رپی و اسپنس، 2004؛ به نقل از محمدی، 1391). مشخص است که مداخله در زندگی تحت تأثیر شدت اختلال، سن، جنسیت و اهداف زندگی و فرهنگ قرار دارد.



شکل 5: مدل رپی و اسپنس برای اضطراب اجتماعی به نقل از محمدی و همکاران (1391)

#### 4- نتیجه‌گیری

عمده مدل‌های سبب‌شناسی فعلی برای اختلال اضطراب اجتماعی اغلب یکپارچه‌نگر بوده‌اند، این تحولات در درمان‌های نوین اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر گذاشته است. مدل‌های شناختی اغلب بر تداوم اختلال اضطراب اجتماعی تأکید دارند و کمتر به شکل‌گیری این اختلال پرداخته‌اند. تمرکز عمده این مدل‌ها بر تأثیرات نزدیک مثل سوگیری در قضاوت و حافظه و تعبیر محرک‌های اجتماعی است. اما، کیمبرل دارای خصوصیات زیر است: دامنه گسترده‌ای از عوامل را یکپارچه کرده است. دانش روز در مورد نظریه حساسیت به نقویت در آن لحاظ شده است. تبیینی برای تمایز بین زیرگونه‌های اختلال اضطراب اجتماعی فراهم می‌کند. نقش استروسورهای عمومی را در شکل‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر در نظر گرفته است. چهارچوب مبتنی بر بیولوژی برای فهم بنیادهای شناختی این اختلال فراهم کرده است. شرایطی که احتمال ظهور این سوگیری‌های شناختی وجود دارد پیش‌بینی می‌کند.

مدل کیمبرل به طور اساسی تمام عوامل خطرپذیری را بر اساس RST (Risk services and technology) تبیین می‌کند و نسبت به سایر مدل‌ها در ویژگی اختصاصی بودن منحصر به فرد است. این مدل در ویژگی اختصاصی بودن منحصر به فرد است و تلاش دارد تا تبیین ویژه‌ای برای نوع فراگیر اختلال اضطراب اجتماعی فراهم بیاورد. علاوه بر این به نقش عوامل حفاظتی بیشتر توجه شده است. نقش عوامل بیولوژیک در آن مدل به صورت دقیق‌تری تشریح شده است و تحقیقات جدید روان‌شناختی به خوبی در آن جای گرفته است.

بارلو و هافمن نیز به صراحت به نقش تکامل تأکید کرده اند. مدل آن‌ها از نظریه آسیب‌پذیری سه بخشی تبعیت می‌کند و تلاش می‌کند تا هماهنگی بین پژوهش‌های مختلف صورت گیرد. این مدل تلفیقی از رویکردهای مطرح در آسیب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی است که با دقت در کنار همدیگر قرار گرفته‌اند. این مدل تبیین روشنی از عوامل رفتاری، شناختی و الگوهای زیستی ارائه می‌دهد. هم‌چنین این مدل نقش مهارت‌های اجتماعی ضعیف را نیز در ایجاد اختلال مد نظر داشته است. در نهایت مدل رپی و اسپنس از ویژگی جامعیت برخوردار است. این مدل بر اساس رویکرد ابعادی در آسیب‌شناسی طراحی شده است. این مدل قصد دارد تا تبیین روشنی از طیف اختلال اجتماعی ارائه دهد. این مدل اضطراب اجتماعی را در یک پیوستار قرار می‌دهد. علاوه بر این، به نقش عوامل مختلف اشاره شده است، به ویژه عوامل فرهنگی جایگاه ویژه‌ای در این مدل دارد.

## منابع

1. محمدی، ابوالفضل؛ زرگر، فاطمه؛ امیدی، عبدالله؛ باقریان سرارودی، رضا (1391)، مدل‌های سبب‌شناسی اضطراب اجتماعی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، 11(1): 69-78.
2. قدم‌پور، س. (1393)، نقش تشخیصی مؤلفه‌های شناختی ترس از ارزیابی مثبت، ترس از ارزیابی منفی، کمال‌گرایی و توجه معطوف به خود در اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال پرخوری عصبی و گروه بهنجار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه خوارزمی.
3. داوودی، ا.، صلاحیان، ا. و ویسی، ف. (1391)، اضطراب اجتماعی و ترس از ارزیابی مثبت، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، 22 (96)، 80-88 .
4. Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder (pp. 11-46). Washington, DC: American Psychological Association.
5. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. Trends in cognitive sciences, 14(9), 418-424.
6. Fink, M., Akimova, E., Spindelegger, C., Hahn, A., Lanzenberger, R. and Kasper, S. (2009), "Social anxiety disorder: epidemiology, biology and treatment," Psychiatria Danubina, 21(4), pp.533-542.
7. Hofmann, Stefan G., Boettcher, Hannah, & Wu, Jade Q. (2015). Social Phobia across the Lifespan A2 - Wright, James D International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition) (pp. 493-499). Oxford: Elsevier.
8. Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2010). Abnormal psychology. John Wiley & Sons, Inc. 351-374.
9. Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. Clinical psychology review, 24(7), 737-767.
10. Rosenbaum, Simon, Tiedemann, Anne, Ward, Philip B, Curtis, Jackie, & Sherrington, Catherine. (2015). Physical activity interventions: an essential component in recovery from mental illness. British journal of sports medicine, 49(24), 1544-1545.
11. Wong, Quincy JJ, & Rapee, Ronald M. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complimentary theoretical models and formulation of a new integrated model. Journal of affective disorders, 203, 84-100 .

12. Zhao, Jingjing, Kong, Feng, & Wang, Yonghui. (2013). The role of social support and self-esteem in the relationship between shyness and loneliness. *Personality and Individual Differences*, 54(5), 577-581.

Archive of SID