

اضطراب القلق الاجتماعي Social Anxiety Disorder

ملخص وتحرير: د. محمود صبحي سعيد

التعريف

يُعد اضطراب القلق الاجتماعي الذي كان يُعرف سابقًا باسم الرهاب الاجتماعي (Social Phobia)، أحد أكثر اضطرابات القلق شيوعًا وأكثرها تناوُلًا في الدراسات والبحوث العلمية. ويتسم هذا الاضطراب بخوف أو قلق شديد ومستمر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء، التي قد يكون فيها الفرد موضع ملاحظة أو تقييم أو حكم من قبل الآخرين.

ويخشى المصاب أن يتصرف بطريقة قد تبدو محرجة، أو أن تظهر عليه علامات القلق، أو أن يرتكب خطأ، أو يتعرض للإهانة أو الرفض الاجتماعي، مما يدفعه إلى تجنب هذه المواقف أو مواجهتها مع شعور واضح بالضيق والانزعاج النفسي.

ويُعد الخوف من التقييم السلبي، أو النقد، أو السخرية، أو الرفض الاجتماعي المحور الأساسي لهذا الاضطراب، إذ يؤدي إلى تراجع ملحوظ في الأداء الاجتماعي والأكاديمي والمهني والعلاقات الشخصية. ولا يقتصر اضطراب القلق الاجتماعي على الشعور الطبيعي بالخجل أو الحرج، بل يُعد اضطرابًا نفسيًا قد يؤثر بصورة جوهرية على الأداء الجيد في حياة الفرد ويحد من مشاركته في الأنشطة اليومية وتفاعلاته الاجتماعية.

خصائص الاضطراب

يُعد الشعور بدرجة معينة من عدم الارتياح في المواقف الاجتماعية استجابة إنسانية طبيعية وشائعة، إذ يشعر كثير من الأشخاص بالقلق من ترك انطباع سلبي، أو ارتكاب الأخطاء، أو الظهور بمظهر غير كفء أمام الآخرين. غير أن هذا القلق يصبح اضطرابًا عندما يتحول إلى خوف شديد ومستمر وغير متناسب مع طبيعة الموقف، ويؤدي إلى تجنب متكرر للمواقف الاجتماعية وإلى تدهور واضح في الأداء الوظيفي والاجتماعي.

وقد يظهر هذا التجنب في مجالات متعددة من حياة الفرد؛ ففي المجال الاجتماعي قد يتجنب التعرف إلى أشخاص جدد أو المشاركة في المناسبات والفعاليات الاجتماعية. وفي المجال العاطفي قد يحجم عن تكوين علاقات رومانسية خوفًا من الرفض أو الفشل. أما داخل الأسرة، فقد يجد صعوبة في التعبير عن رغباته أو آرائه، بينما قد يتجنب في المجال المهني تقلد المناصب القيادية، أو تقديم المحاضرات، أو المشاركة في الاجتماعات، أو قبول فرص الترقية التي تتطلب التفاعل مع الآخرين.

ومن السمات اللافتة لهذا الاضطراب أن عددًا غير قليل من المصابين يتجنبون أيضًا طلب المساعدة المهنية، خوفًا من تقييمهم بصورة سلبية حتى من قبل المختصين في الصحة النفسية. وقد يؤدي هذا التجنب إلى تأخر التشخيص والعلاج، مما يزيد من احتمال تحول الاضطراب إلى حالة مزمنة.

كما توجد صورة خاصة من اضطراب القلق الاجتماعي تُعرف باسم Performance Only Specifier، حيث تتركز أعراض القلق في مواقف الأداء، مثل التحدث أمام الجمهور، أو إلقاء المحاضرات، أو تقديم العروض، في حين يبقى الأداء في التفاعلات الاجتماعية اليومية طبيعيًا نسبيًا ولا يرافقه قلق ملحوظ.

أعراض اضطراب القلق الاجتماعي

يتجلى اضطراب القلق الاجتماعي في تفاعل معقد بين ثلاثة أنواع رئيسة من الأعراض: الأعراض الجسدية، والأعراض المعرفية، والأعراض السلوكية. وتتفاعل هذه المكونات فيما بينها لتشكل دائرة مفرغة تسهم في استمرار الاضطراب وتعزيز حدته مع مرور الوقت.

الأعراض الجسمية

عند التعرض لموقف اجتماعي يثير القلق، ينشط الجهاز العصبي الذاتي Autonomic Nervous System، فتظهر مجموعة من الاستجابات الفسيولوجية المرتبطة باستجابة "القتال أو الهروب" (Fight or Flight Response).

ومن أكثر الأعراض الجسدية شيوعًا:

- احمرار الوجه.
- التعرق المفرط.

- الارتعاش.
- تسارع ضربات القلب أو خفقانه.
- شدّ العضلات.
- شحوب الوجه.
- جفاف الفم.
- ضيق التنفس.
- الشعور بالدوار أو الضعف العام.

ولا تكمن المشكلة في هذه الأعراض بحد ذاتها، بل في الطريقة التي يفسرها بها المصاب؛ إذ يخشى أن يلاحظ الآخرون هذه العلامات وأن يفسروها على أنها دليل على الضعف أو قلة الثقة بالنفس، الأمر الذي يزيد من حدة القلق ويعزز استمراره.

الأعراض المعرفية

يتسم المصابون باضطراب القلق الاجتماعي بأنماط تفكير سلبية ومتكررة تؤثر في إدراكهم لأنفسهم وللآخرين وللمواقف الاجتماعية. فهم يميلون إلى تقييم أنفسهم بصورة نقدية، ويعتقدون أن الآخرين يراقبونهم باستمرار ويقيّمون أداءهم بصورة سلبية.

كما يبالغون في تقدير احتمال التعرض للنقد أو الرفض أو الإحراج، ويخشون أن يظهرهم بمظهر غير كفء أو غير مقبول اجتماعيًا. وغالبًا ما يفسرون الإشارات الاجتماعية المحايدة على أنها مؤشرات سلبية تدل على رفض الآخرين أو استهزائهم.

ومن السمات المعرفية البارزة أيضًا تركيز الانتباه على الذات (Self-Focused Attention)، حيث يراقب الفرد بصورة مفرطة تعابير وجهه، ونبرة صوته، وحركاته، وأعراضه الجسدية أثناء التفاعل الاجتماعي.

وبعد انتهاء الموقف، يستمر كثير من المصابين في مراجعة تفاصيل ما حدث وتحليله بصورة متكررة، مع التركيز على الأخطاء المتخيلة أو المبالغ فيها، وهي عملية تُعرف باسم المعالجة اللاحقة للحدث (Post-Event Processing)، وتُعد من أهم العوامل التي تسهم في استمرار الاضطراب.

الأعراض السلوكية

تُعد سلوكيات التجنب السمة السلوكية الأكثر وضوحًا في اضطراب القلق الاجتماعي. إذ يتجنب الفرد المواقف التي قد تثير لديه القلق، مثل:

- التحدث أمام الجمهور.
- التعرف إلى أشخاص جدد.
- تناول الطعام أو الشراب أمام الآخرين.
- الكتابة أثناء مراقبة الآخرين له.
- المشاركة في المناقشات والاجتماعات.
- مقابلات العمل.
- الامتحانات الشفوية.
- التعبير عن الرأي داخل مجموعة.

وعندما يضطر إلى مواجهة هذه المواقف، فإنه غالبًا ما يلجأ إلى ما يُعرف بـ سلوكيات الأمان (Safety Behaviors)، مثل التحضير المفرط، أو تجنب التواصل البصري، أو التحدث لفترات قصيرة جدًا، أو الاختباء خلف الآخرين، أو الامتناع عن لفت الانتباه إلى نفسه. ورغم أن هذه السلوكيات تخفف من القلق بصورة مؤقتة، فإنها تؤدي على المدى البعيد إلى ترسيخ الاضطراب، لأنها تمنع الفرد من اكتساب خبرات تصحيحية تثبت له قدرته على مواجهة المواقف الاجتماعية بنجاح.

اضطراب القلق الاجتماعي والخجل

من المهم التمييز بين الخجل واضطراب القلق الاجتماعي، إذ يُعد الخجل سمة شخصية طبيعية تظهر لدى كثير من الأفراد، وتتجلى في الشعور بشيء من الحرج أو التحفظ في بعض المواقف الاجتماعية، دون أن تؤدي عادةً إلى إعاقة واضحة في الأداء اليومي.

أما اضطراب القلق الاجتماعي فهو اضطراب نفسي يتميز بخوف شديد ومستمر من التقييم السلبي، ويؤدي إلى معاناة نفسية واضحة وإلى تجنب متكرر للمواقف الاجتماعية، بما ينعكس سلبًا على الأداء الاجتماعي والأكاديمي والمهني وجودة الحياة.

وعندما يتحول الخجل إلى مصدر دائم للمعاناة النفسية، ويقود إلى التجنب المستمر وإلى تراجع ملحوظ في الأداء الاجتماعي أو الدراسي أو المهني، فقد يكون ذلك مؤشرًا على وجود اضطراب القلق الاجتماعي، الأمر الذي يستدعي تقييمًا مهنيًا وتشخيصًا دقيقًا.

التطور التاريخي للمفهوم

ظهرت أولى الأوصاف المتعلقة بالخوف الاجتماعي في الأدبيات الطبية خلال القرن التاسع عشر. ففي عام 1846 وصف الطبيب الألماني Johann Ludwig Casper حالة لمرضى كان يعاني من خوف شديد من احمرار الوجه أمام الآخرين (Erythrophobia)، وهي حالة تُعد اليوم أحد المظاهر السريرية الممكنة لاضطراب القلق الاجتماعي.

أما الصياغة العلمية الحديثة للمفهوم، فقد بدأت تتبلور خلال ستينيات القرن العشرين، عندما ميّز Isaac Marks و Michael Gelder بين الرهاب الاجتماعي وأنواع الرهاب الأخرى، واقترحا اعتباره اضطرابًا نفسيًا مستقلًا يتمتع بخصائص سريرية مميزة. وقد شكلت أعمالهما نقطة تحول مهمة في تاريخ دراسة هذا الاضطراب. وفي عام 1980 أُدرج الرهاب الاجتماعي لأول مرة كتشخيص رسمي في الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-III) وفي الإصدارات اللاحقة جرى توسيع المعايير التشخيصية، كما اعترف الإصدار الرابع (DSM-IV) بالشكل المعمم للاضطراب (Generalized Type). وفي عام 2013، ومع صدور الإصدار الخامس من الدليل (DSM-5)، تغير اسم الاضطراب من الرهاب الاجتماعي (Social Phobia) إلى اضطراب القلق الاجتماعي (Social Anxiety Disorder)، وذلك ليعكس بصورة أدق الطبيعة السريرية الواسعة للاضطراب، وما يترتب عليه من تأثيرات وظيفية ونفسية تتجاوز مفهوم الرهاب التقليدي.

أبرز الباحثين في مجال اضطراب القلق الاجتماعي

شهد مجال اضطراب القلق الاجتماعي تطورًا ملحوظًا بفضل إسهامات عدد من الباحثين الذين أسهموا في بناء الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية لهذا الاضطراب.

يُعد Isaac Marks و Michael Gelder من أوائل الباحثين الذين أسهموا في التمييز بين الرهاب الاجتماعي وبقية أنواع الرهاب، ووضعوا الأساس العلمي للاعتراف به كاضطراب مستقل.

أما Michael R. Liebowitz فقد قدم عام 1987 أحد أهم الإنجازات في مجال التقييم السريري، من خلال تطوير مقياس (Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)، الذي يُعد حتى اليوم المعيار الأكثر استخدامًا عالميًا في قياس شدة أعراض اضطراب القلق الاجتماعي.

وساهم Richard G. Heimberg بصورة كبيرة في تطوير العلاج المعرفي السلوكي (CBT) الموجه لهذا الاضطراب، كما قدم إسهامات بارزة في تفسير الآليات المعرفية والسلوكية التي تسهم في استمراره.

أما Stefan G. Hofmann فقد وسّع فهمنا لاضطراب القلق الاجتماعي من خلال أبحاثه حول تنظيم الانفعالات، واليقظة الذهنية (Mindfulness)، والعلاجات المعرفية الحديثة، مما ساهم في تطوير استراتيجيات علاجية أكثر شمولًا وفعالية.

الخصائص السريرية

يُعد الخوف من التقييم السلبي (Fear of Negative Evaluation) السمة المحورية لاضطراب القلق الاجتماعي. إذ يخشى المصاب أن ينظر إليه الآخرون على أنه شخص ضعيف، أو غير كفء، أو مرتبك، أو غير مقبول اجتماعيًا، ولذلك يتجنب المواقف التي قد يكون فيها محط اهتمام أو تقييم من الآخرين.

وتشمل هذه المواقف، على سبيل المثال لا الحصر:

- التحدث أمام الجمهور.
- التعرف إلى أشخاص جدد.

- تناول الطعام أو الشراب أمام الآخرين.
- الكتابة أثناء مراقبة الآخرين.
- مقابلات العمل.
- الامتحانات الشفوية.
- المشاركة في المناقشات والاجتماعات.
- التعبير عن الرأي داخل مجموعة.

التشخيص وفقًا لـ DSM-5-TR

وفقًا للإصدار النصي المنقح الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) (TR)، يتطلب تشخيص اضطراب القلق الاجتماعي توافر مجموعة من المعايير الأساسية، أهمها:

- وجود خوف أو قلق واضح تجاه موقف اجتماعي واحد أو أكثر يكون فيه الفرد معرضًا لتقييم الآخرين.
- الخوف المستمر من التعرض للنقد أو الرفض أو الإحراج.
- ظهور استجابة القلق بصورة شبه دائمة عند التعرض للمواقف الاجتماعية المثيرة للخوف.
- تجنب هذه المواقف أو تحملها مع معاناة نفسية شديدة.
- أن يكون مستوى الخوف غير متناسب مع طبيعة الموقف أو التهديد الحقيقي.
- استمرار الأعراض لمدة لا تقل عن ستة أشهر.
- حدوث تأثير سلبي واضح في الأداء الاجتماعي أو الدراسي أو المهني.
- ألا تكون الأعراض ناجمة بصورة أفضل عن حالة طبية، أو تأثير مادة، أو اضطراب نفسي آخر.

النماذج النظرية

شهدت العقود الثلاثة الأخيرة تطورًا ملحوظًا في فهم اضطراب القلق الاجتماعي، حيث طُرحت عدة نماذج معرفية سعت إلى تفسير الآليات النفسية المسؤولة عن نشأة الاضطراب واستمراره. ويُعد كل من نموذج

(1995) Clark & Wells ونموذج (1997) Rapee & Heimberg أكثر النماذج تأثيرًا في الأدبيات العلمية المعاصرة.

يرى Clark و Wells أن استمرار اضطراب القلق الاجتماعي يرتبط بعدد من العمليات المعرفية والسلوكية، من أهمها:

- التركيز المفرط على الذات (Self-Focused Attention)، حيث يوجه الفرد انتباهه إلى مشاعره وأعراضه الجسدية بدلًا من التفاعل مع البيئة المحيطة.
- الأفكار التلقائية السلبية (Negative Automatic Thoughts) المتعلقة بالأداء الاجتماعي.
- المبالغة في تقدير الأخطاء الاجتماعية وتوقع عواقب سلبية مبالغ فيها.
- سلوكيات الأمان (Safety Behaviors) التي يلجأ إليها الفرد لتقليل قلقه، لكنها تسهم في استمرار الاضطراب.
- المعالجة اللاحقة للحدث (Post-Event Processing)، والمتمثلة في مراجعة المواقف الاجتماعية بصورة متكررة والتركيز على الأخطاء المتصورة.

أما نموذج Rapee و Heimberg فيركز على الطريقة التي يبني بها الفرد صورة ذهنية سلبية عن نفسه، وعلى ميله إلى المبالغة في تقدير احتمال تعرضه للنقد أو الرفض من الآخرين، إضافة إلى توجيه الانتباه بصورة انتقائية نحو الإشارات التي قد تُفسر على أنها تهديد اجتماعي.

ويُعد هذان النموذجان الأساس النظري لمعظم برامج العلاج المعرفي السلوكي (CBT) المخصصة لعلاج اضطراب القلق الاجتماعي، ولا يزالان يحظيان بدعم واسع في البحوث النفسية الحديثة.

علم الوبائيات (Epidemiology)

تشير الدراسات الوبائية إلى أن اضطراب القلق الاجتماعي من أكثر اضطرابات القلق انتشارًا على مستوى العالم.

وتبين الأبحاث أن:

- نسبة الانتشار مدى الحياة تبلغ ما بين 7% و13% من عامة السكان، مع اختلافها باختلاف المجتمعات وأساليب القياس.
- يبدأ الاضطراب غالبًا خلال مرحلة المراهقة أو بدايات مرحلة الرشد.
- يميل الاضطراب إلى اتخاذ مسار مزمن إذا لم يُشخَّص ويُعالج في مرحلة مبكرة.
- يرتبط بمعدلات مرتفعة من الاضطرابات المصاحبة، ولا سيما الاكتئاب، واضطرابات القلق الأخرى، واضطرابات تعاطي المواد في بعض الحالات.

أدوات التشخيص والتقييم

يعتمد تشخيص اضطراب القلق الاجتماعي على المقابلة الإكلينيكية الشاملة، إلى جانب استخدام مقاييس نفسية تتمتع بدرجات عالية من الصدق والثبات. ومن أكثر الأدوات استخدامًا في الممارسة السريرية والبحوث العلمية:

• Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS).

• Social Phobia Inventory (SPIN).

• Social Interaction Anxiety Scale (SIAS).

• Social Phobia Scale (SPS).

وتساعد هذه الأدوات في تحديد شدة الأعراض، وتقييم مستوى الأداء الاجتماعي، ومتابعة التحسن خلال مراحل العلاج.

العلاج

تشير الأدلة العلمية الحديثة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) يُعد العلاج الأكثر فاعلية والمدعوم بأكبر قدر من البحوث لعلاج اضطراب القلق الاجتماعي، ولذلك يُوصى به بوصفه العلاج الأول (First-Line Treatment) في معظم الإرشادات العلاجية الدولية.

ويرتكز العلاج المعرفي السلوكي على مساعدة المريض في التعرف إلى أنماط التفكير السلبية وتعديلها، إلى جانب تطبيق برامج التعرض التدريجي (Graduated Exposure) للمواقف الاجتماعية المثيرة للقلق، بما يساهم في تقليل التجنب، وتعزيز الثقة بالنفس، وتنمية مهارات التكيف.

وفي الحالات المتوسطة أو الشديدة، قد يُوصى بإضافة العلاج الدوائي، ولا سيما الأدوية من فئة مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors; SSRIs)، والتي أثبتت فعاليتها في تخفيف أعراض الاضطراب.

وتشير الدراسات إلى أن الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي قد يحقق أفضل النتائج لدى المرضى الذين يعانون من أعراض شديدة أو من اضطرابات نفسية مصاحبة، حيث يساهم هذا النهج التكاملي في تحسين الأداء الاجتماعي، وخفض مستوى القلق، والحد من احتمالات الانتكاس على المدى البعيد.

المراجع - References

1. American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
3. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC: Author.
4. Barlow, D. H. (2021). *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (6th ed.). New York: Guilford Press.
5. Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
6. Butler, G. (1995). *Overcoming Social Anxiety and Shyness*. London: Robinson.
7. Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope, & F. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford Press.
8. Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379–386.

9. Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(2), 84–93.
10. Gelder, M., & Marks, I. M. (1966). Severe social anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 112, 309–315.
11. Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., & Schneier, F. R. (Eds.). (1995). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press.
12. Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51, 101–108.
13. Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder. *Behaviour Therapy*, 38, 192–206.
14. Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder*. New York: Routledge.
15. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
16. Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141–173.
17. Marks, I. M. (1969). *Fears and Phobias*. London: Heinemann.
18. Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455–470.
19. Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741–756.
20. Schneier, F. R. (2006). Clinical practice. Social anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 355, 1029–1036.

مراجع إيطالية:

21. Associazione Italiana di Psicologia (AIP). Psicologia clinica e salute mentale.
22. Bara, B. G. (a cura di). (2012). *Manuale di psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
23. Cassano, G. B., & Pancheri, P. (Eds.). (2003). *Trattato Italiano di Psichiatria* (2ª ed.). Milano: Masson.
24. Istituto Superiore di Sanità. Salute mentale e disturbi d'ansia.
- 25.

26. Invernizzi, G. (2008). *Psichiatria e psicologia clinica*. Milano: McGraw-Hill Italia.
27. Lis, A., Stella, S., & Zavattini, G. C. (2007). *Manuale di psicopatologia*. Bologna: Il Mulino.
28. Pancheri, P. (2002). *Psichiatria clinica*. Roma: CIC Edizioni Internazionali.
29. Sanavio, E., & Cornoldi, C. (2017). *Psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
30. Sanavio, E., & Galeazzi, A. (2016). *Manuale di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Milano: FrancoAngeli.
31. Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC). *Linee guida per il trattamento dei disturbi d'ansia*.