

---

## مقایسه حساسیت جسمانی و مهارت‌های اجتماعی در افراد کمرو، مبتلا به فوبی اجتماعی و بهنجار

---

### زهرا زنجانی\*

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز

### دکتر محمدعلی گودرزی

دانشیار بخش روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز

### دکتر محمدرضا تقوی

دانشیار بخش روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز

### دکتر جواد ملازاده

استادیار بخش روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز

### چکیده

کمرویی و فوبی اجتماعی، دو اصطلاحی است که اغلب برای توصیف افراد کم حرف به کار می‌رود، که در موقعیت‌های اجتماعی دچار ترس از ارزیابی منفی می‌شوند. به رغم شباهت‌هایی که بین کمرویی و فوبی اجتماعی وجود دارد، اکثریت افراد کمرو ملاک‌های فوبی اجتماعی را ندارند و در نتیجه می‌توان گفت که کمرویی کاملاً معادل فوبی اجتماعی نیست. این تحقیق به هدف مقایسه کمرویی و فوبی اجتماعی انجام شده در این پژوهش.

نمونه شامل ۸۷ نفر بود. ۳۱ فرد عادی، ۳۰ فرد مبتلا به فوبی اجتماعی و ۲۶ فرد کمرو، که بدون ملاک‌های فوبی اجتماعی بودند. افراد مبتلا به فوبی اجتماعی از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره دانشگاه شیراز انتخاب شدند و نمونه عادی و کمرو از میان ۳۰۰ نفر انتخاب شدند، که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین دانشجویان دانشگاه شیراز برگزیده شده بودند.

پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس کمرویی، حساسیت جسمانی و مهارت‌های ارتباطی پاسخ دادند.

نتایج این تحقیق نشان داد که افراد کمرو و مبتلا به فوبی اجتماعی نسبت به افراد عادی مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تری دارند، ولی در زمینه حساسیت جسمانی تنها افراد مبتلا به فوبی

اجتماعی بودند که نسبت به افراد عادی تفاوت داشتند. همچنین، دیده شد که افراد کمرو و مبتلا به فوبی اجتماعی در زمینه مهارت‌های اجتماعی با یکدیگر تفاوتی ندارند و آنچه آن‌ها را از هم متمایز می‌کند میزان حساسیت جسمانی است. درباره نتایج این تحقیق با کمک دیدگاه‌های مطرح در زمینه فوبی اجتماعی بحث شد.

#### کلید واژه‌ها:

کمرویی، فوبی اجتماعی، حساسیت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی

#### مقدمه

فوبی اجتماعی، ترس بیش از حد که باعث می‌شود عملکرد و تعامل اجتماعی افراد کافی و مناسب نباشد به گونه‌ای افراد مبتلا به فوبی اجتماعی از مشاهده شدن بیزار هستند و از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند (بوئر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). اولین بار تعریف فوبی اجتماعی در DSM-III و تحت عنوان طبقه فوبی ساده آمد و به عنوان "ترسی است که در موقعیت‌هایی تجربه می‌شود که در آن، احتمالاً دیگران فرد را ارزیابی می‌کنند" تعریف شد. در DSM-III-R مفهوم فوبی اجتماعی گسترش یافت و افرادی را شامل شد که از محدوده‌ای از موقعیت‌های اجتماعی می‌ترسند. در نهایت در DSM-IV، فوبی اجتماعی اینگونه تعریف شده است: ترس آشکار و مزمن از یک یا بیش از یک موقعیت اجتماعی که در آن وضعیت فرد با افراد ناآشنا مواجه می‌شود یا از سوی افراد ارزیابی می‌شود. (لینکلن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳).

در زمینه چگونگی شکل‌گیری و تداوم اختلال فوبی اجتماعی نظریه‌های مختلفی وجود دارد. از جمله آن‌ها نظریه‌های زیست‌شناختی، شرطی‌سازی کلاسیک، رفتارگرایی اجتماعی و نظریه شناختی الیس است، ولی می‌توان گفت یکی از نظریه‌های جدید مطرح در این زمینه نظریه ولز و کلارک<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) است. با توجه به نظریه‌های جدید مطرح در زمینه فوبی اجتماعی می‌توان بیان کرد که از جمله عوامل مطرح در اختلال فوبی اجتماعی مسأله اضطراب و حساسیتی که این افراد نسبت به این علائم اضطرابی دارند. ولز و کلارک (۱۹۹۷) طرح می‌کنند که خود‌پرداز<sup>۴</sup> منفی یکی از ویژگی‌های اصلی هراس اجتماعی است. بنابراین، پیش‌بینی

- 
1. Boer
  2. Lincoln
  3. Wells & Clark
  4. Self-processing

می‌شود که افراد اجتماع هراس در موقعیت‌های اجتماعی یک جا به جایی توجهی نشان دهند که با توجه متمرکز بر خود شدید، مشخص می‌شود. این جا به جایی توجه که در پی ارزیابی خطر اولیه می‌آید همانند افزایش خودآگاهی تجربه می‌شود که در آن افراد گزارش می‌دهند که خیلی توی چشم هستند. فرد اجتماع هراس، اغلب از چگونه ظاهر شدن خود بر دیگران یک برداشت دارد. این برداشت می‌تواند یک مفهوم محسوس یا یک تصویر ذهنی باشد. تصاویر ذهنی چنان هستند که گویی فرد اجتماع هراس از بیرون بدن خود، به خود نگاه می‌کند. داشتن دید تماشاگری، معمولاً شامل بازنمایی تحریف شده‌ای از علائم مشاهده‌پذیر اضطراب و عملکرد است. افراد مبتلا به فوبی اجتماعی چنین برداشتی را براساس اطلاعات درون نگرانه خود مثل علائم بدنی (احساس گرگرفتگی و افزایش ضربان قلب)، افکار و احساسات درباره خود (معمولاً منفی) و در برخی موارد به خاطر آوردن حوادث واقعی و عملکردهای ضعیف به دست می‌آورند. در برخی از این افراد، تصویر ذهنی از دید یک تماشاگر دیده می‌شود. افراد اجتماع هراس، به اشتباه تصور می‌کنند، وقتی آن‌ها احساس ناراحتی می‌کنند، دیگران این ناراحتی را دیده و آنها را غیر طبیعی می‌دانند (ولز و کلارک، ۱۹۹۸).

ولز و پاپاژورژیو<sup>۱</sup> (۲۰۰۱ و ۲۰۰۲) برای این فرضیه، که اطلاعات وضعیت بدنی می‌تواند بر اضطراب و افکار اثر بگذارد، حمایت‌های تجربی فراهم کردند. در این تحقیق افرادی که فکر می‌کردند ضربان قلب آنها بالاست نسبت به افرادی که فکر می‌کردند ضربان قلب آنها پایین است، در موقعیت‌های اجتماعی به طور معنی‌داری مضطرب تر شده و افکار منفی تری درباره خود داشتند.

همچنین، مطالعات گسترده‌ای در زمینه ضعف مهارت‌های اجتماعی اجتماع هراس‌ها و بررسی این فرضیه انجام شده، که نشان می‌دهد افراد مبتلا به فوبی اجتماعی، به ضعف مهارت‌های اجتماعی دچار هستند (اسپنس<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ سگرین و فلورا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰، ونزل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

در کل، می‌توان گفت اختلال فوبی اجتماعی امروزه، توجه بسیاری از کارشناسان را به

- 
1. Papageorgiou
  2. Spance
  3. Segrin & Flora
  4. Wenzel

عنوان یک اختلال گسترده و درمان پذیر، به خود جلب کرده است. چیزی که نگران کننده است وسعت این اختلال است که کمرویی شکل خفیف آن است. در واقع، فوبی اجتماعی و کمرویی دو اصطلاحی هستند، که برای توصیف افرادی به کار می‌روند که در موقعیت‌های اجتماعی، کم حرف هستند. اگرچه فوبی اجتماعی به عنوان یک اختلال بالینی در DSM-IV توصیف شده است، اما کمرویی اصطلاحی است که کمتر تعریف شده است، ولی در کل توصیف هر دو سندرم تقریباً مشابه است (هیزر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳).

هندرسن و زیمباردو (۱۹۹۹) کمرویی را تجربه‌ای می‌دانند که در آن، فرد بیش از اندازه به خود توجه می‌کند و همواره از خود ارزیابی‌های منفی به عمل می‌آورد تا حدی که این حالات برای فرد کمرو، علت ایجاد ناراحتی و جلوگیری از بروز احساسات در موقعیت‌های اجتماعی و همچنین، مانع پی‌گیری هدف‌های بین فردی و شغلی می‌شود. همچنین، چیک و باس (۱۹۸۳) کمرویی را به عنوان واکنش بازدارنده فرد در مواجهه با غریبه‌ها و آشنایان دور تعریف کردند (به نقل از شیومی<sup>۲</sup>، و همکاران ۲۰۰۰).

اگرچه، تحقیقات نشان می‌دهد که کمرویی و فوبی اجتماعی با هم رابطه دارند و حتی برخی متون این دو را کاملاً مشابه هم می‌دانند، ولی در واقع این دو کاملاً یکی نیستند و دیده شده که فقط درصد کمی (۱۸٪) از افراد کمرو، به فوبی اجتماعی مبتلا می‌شوند و اکثر آنها (۸۲٪) به فوبی اجتماعی مبتلا نیستند. این تحقیقات نشان می‌دهد گرچه کمرویی، برای ابتلاء به فوبی اجتماعی عامل است، ولی لزوماً فوبی اجتماعی را باعث نمی‌شود. از طرفی دیده شده که اکثر افراد مبتلا به فوبی اجتماعی سابقه کمرویی دارند و احتمال ابتلاء به فوبی اجتماعی در میان افراد کمرو بیشتر از افراد بهنجار و بدون کمرویی است (هیزر و همکاران، ۲۰۰۳).

زیمباردو (۱۹۹۷) این فرضیه را طرح کرد که دو نوع کمرویی وجود دارد:

۱) کمروهای درون‌گرا که ترجیح می‌دادند تنها باشند و بدون مهارت‌های اجتماعی

هستند.

۲) کمروهای برون‌گرا که تمایل دارند با دیگران ارتباط برقرار کنند، اما آنها هم بدون

مهارت‌های اجتماعی هستند و در موقعیت‌های اجتماعی آشفتگی درونی و اختلالات شناختی

---

1. Heiser

2. Shiomi

را تجربه می‌کنند (به نقل از چاویرا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).

در زمینه تشخیص افتراقی کمرویی از فوبی اجتماعی هارتنبرگ<sup>۲</sup> بیان می‌کند که تشخیص کمرویی طبیعی، از کمرویی نابهنجار (فوبی اجتماعی) مشکل است و فرد کمرو وقتی به فوبی اجتماعی تبدیل می‌شود که اضطراب او مشخصات زیر را داشته باشد:

(۱) با علایم جسمانی شدید همراه شود.

(۲) بدون علت درستی به وجود آید.

(۳) بازگشت مکرر<sup>۳</sup> داشته باشد.

معمولاً دو شرط اول با هم رخ می‌دهند و در واقع شرط سوم است که می‌تواند همه دشواری‌های ثانوی فوبی اجتماعی را توضیح دهد. او معتقد است شرط سوم که بازگشت مکرر اضطراب اجتماعی را نشان می‌دهد ترس از بازگشت اضطراب اجتماعی و ترس از موقعیت‌هایی را شامل می‌شود که ممکن است اضطراب را به وجود آورند. بر طبق نظر هارتنبرگ، به این ترس غیر طبیعی و شدید فوبی گفته می‌شود (فیربرادر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲).

میراندا<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) معتقد است که تفاوت‌های بین کمرویی و فوبی اجتماعی می‌تواند در دو سطح بررسی شود: مشخصه‌های بیرونی که شامل نشانه‌ها و علایم می‌شود و فرایندهای درونی. در زمینه مشخصه‌های بیرونی معتقد است که افراد کمرو بر خلاف افراد مبتلا به فوبی اجتماعی قبل از ورود به موقعیت‌های اجتماعی احساس اضطراب نمی‌کنند. همچنین، در موقعیت‌های اجتماعی اضطراب بالا و تمایل به ترک سریع موقعیت ندارند. او در زمینه علایم بیرونی تفاوت دیگری طرح می‌کند این که در افراد مبتلا به فوبی اجتماعی ممکن است حمله‌های هراس رخ دهد در حالی که در افراد کمرو این حمله‌ها رخ نمی‌دهد. او در زمینه فرایندهای درونی معتقد است که وقتی فرایندهای روانی از نظر خود پنداره و خود واقعی در بین آنها بررسی شود، می‌توان تفاوت‌های معنادار و ظریفی بین آنها دید.

برخی محققان هم سعی کرده‌اند با تحقیقات خود تفاوت بین کمرویی و فوبی اجتماعی را

- 
1. Chavira
  2. Hartenberg
  3. Reverberation
  4. Fairbrother
  5. Miranda

بررسی و مشخص کنند. برای مثال، چاویرا و همکاران (۲۰۰۲) طی مطالعه‌ای نتیجه گرفتند که کمرویی و فوبی اجتماعی ساختارهای مرتبطی دارند، ولی کاملاً مترادف نیستند. فردی می‌تواند شدیداً کمرو باشد، ولی ملاک‌های فوبی اجتماعی را نداشته باشد. آن‌ها معتقد هستند متغیرهایی که ممکن است احتمال تشخیص فوبی اجتماعی را میان افراد بسیار کمرو بیشتر کند، هنوز ناشناخته مانده است. کمرویی لزوماً هم معنی فوبی اجتماعی نیست. کمرویی همراه با نقص مهارت‌های اجتماعی مثل تماس چشمی ضعیف و سوگیری شناختی فراگیر ممکن است احتمال فوبی اجتماعی را به طور معنی داری افزایش دهد.

همچنین، در تحقیقی که ترنر و هیزر (۲۰۰۵)، با هدف بررسی تفاوت‌های فوبی اجتماعی با کمرویی، انجام دادند، نتایج تأیید کننده این مطلب نبود، که افراد کمرو با تشخیص فوبی اجتماعی نسبت به افراد کمرو بدون فوبی اجتماعی، نقص مهارت‌های اجتماعی، ضعف عملکردی و اضطراب بیشتری دارند و تقریباً ۴۰٪ افراد کمرو بدون تشخیص فوبی اجتماعی، ترس اجتماعی و حتی افکاری که نشان دهنده سطح بالای کمرویی بود. افراد کمرو با تشخیص فوبی اجتماعی سطوح بالاتری از آسیب و سطوح پایین تری از کیفیت زندگی را در مقایسه با افراد کمرو بدون فوبی اجتماعی گزارش دادند.

شایان ذکر است با وجود این که کمرویی یکی از اختلالات بسیار نزدیک و شبیه به فوبی اجتماعی است و نظریه‌های مختلفی در زمینه تفاوت یا رابطه این دو مطرح شده است، ولی تحقیقات بسیار کمی در زمینه مقایسه افراد مبتلا به فوبی اجتماعی و کمرویی، در متغیرهای حساسیت جسمانی و مهارت‌های اجتماعی که بر گرفته از رایج‌ترین و جدیدترین نظریه‌ها در زمینه فوبی اجتماعی، انجام شده است. در نتیجه، این تحقیق با هدف مقایسه حساسیت جسمانی و مهارت‌های اجتماعی افراد کمرو و مبتلا به فوبی اجتماعی و همچنین مقایسه آن‌ها با افراد عادی انجام شد.

### فرضیه‌های تحقیق

افراد مبتلا به فوبی اجتماعی و کمرویی نسبت به افراد بهنجار حساسیت جسمانی بیشتری دارند.

افراد مبتلا به فوبی اجتماعی و کمرویی نسبت به افراد بهنجار مهارت‌های اجتماعی ضعیف

تری دارند.

مهارت‌های اجتماعی افراد مبتلا به فوبی اجتماعی ضعیف‌تر از افراد کمرو است. سؤال تحقیق: آیا افراد مبتلا به فوبی اجتماعی، نسبت به افراد کمرو حساسیت جسمانی بیشتری دارند؟

### روش:

#### آزمودنی‌ها:

نمونه آماری و روش نمونه‌گیری: حجم نمونه ۳۰ فرد دارای تشخیص فوبی اجتماعی (۲۵ دختر و ۵ پسر)، ۲۶ فرد کمرو (۲۵ دختر و ۱ پسر) و ۳۱ فرد بهنجار (۲۹ دختر و ۲ پسر) را شامل بود. برای انتخاب نمونه فوبی اجتماعی از روش نمونه‌گیری هدف‌مند استفاده شد. به این ترتیب که پس از مراجعه به مرکز مشاوره دانشگاه شیراز، بیمارانی به محقق ارجاع داده می‌شدند، که از روانپزشک یا روان‌شناس تشخیص اختلال فوبی اجتماعی دریافت کرده بودند. ابتدا با بیماران، براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV، مصاحبه می‌شد و در صورت داشتن ملاک‌ها از آن‌ها خواسته می‌شد تا به سؤال‌های پرسشنامه پاسخ دهند. برای انتخاب گروه‌های کنترل (کمرو و بهنجار) نیز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز آزمون شدند و از میان آن‌ها ۲۶ نفر که در مقیاس کمرویی (چیک و باس، ۱۹۸۳) نمره‌ای برابر و یا بیشتر از یک انحراف معیار بالای میانگین کسب کردند ( $M = 51$  و  $SD = 10$ ) و همچنین، در پرسشنامه فوبی اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰) نمره‌ای کمتر از ۱۹ داشتند، به عنوان نمونه کمرو انتخاب شدند. همچنین افرادی که در پرسشنامه کمرویی (چیک و باس، ۱۹۸۳) نمره‌ای برابر یا کمتر از یک انحراف معیار پایین میانگین حاصله از ۳۰۰ فرد مورد آزمون کسب کردند و همچنین، ملاک‌های تشخیصی فوبی اجتماعی را نداشتند، به عنوان نمونه بهنجار انتخاب شدند. شایان ذکر است که از دیگر ملاک‌های انتخاب آزمودنی‌ها در گروه کنترل نداشتن سابقه اختلالات روانی و مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس و نداشتن ملاک‌های افسردگی در مقیاس افسردگی بک بود.

## ابزارهای پژوهش:

### (۱) پرسشنامه هراس اجتماعی

این پرسشنامه را نخستین بار کانور و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه کردند. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از صفر برای اصلاً تا ۴ برای بی‌نهایت) درجه‌بندی می‌شد (به نقل از طهماسبی مرادی، ۱۳۸۴). در زمینه ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه می‌توان گفت که آنتونی و همکاران (۲۰۰۶) پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را در گروه‌هایی با تشخیص اختلال فوبی اجتماعی، ۰/۸۶ و همسانی درونی کل مقیاس را به روش آلفای کرونباخ در گروه بهنجار برابر ۰/۹۲ گزارش کردند. در این تحقیق، روایی افتراقی در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌ها با تشخیص هراس اجتماعی و افراد بدون تشخیص بررسی شد که تفاوت معناداری را با هم نشان دادند.

طهماسبی مرادی (۱۳۸۴) پایایی بازآزمایی این ابزار را در ایران ۰/۸۲ و همسانی درونی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش داد. او در تحقیق خود از نقطه برش ۱۹ برای تشخیص افراد مبتلا به فوبی اجتماعی استفاده کرد.

### (۲) مقیاس کمروبی<sup>۱</sup>

این مقیاس ۲۰ ماده را شامل است که چیک و باس<sup>۲</sup> آن را در سال ۱۹۸۳ برای ارزیابی کمروبی ساخته‌اند. آزمودنی‌ها با پاسخ‌دهی به هر یک از ماده‌های این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۵ برای کاملاً موافقم) میزان کمروبی خود را گزارش می‌دهند. ماده‌های ۴، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۶ و ۱۹ به طور معکوس نمره گذاری می‌شوند (۱ برای کاملاً موافقم تا ۵ برای کاملاً مخالفم). مطالعات چیک و باس (۱۹۸۳) حاکی از همسانی درونی بالای این مقیاس (۰/۹۴) و همچنین روایی خوب آن است. (به نقل از حسین چاری و دلاورپور، ۱۳۸۴).

ضریب پایایی مقیاس را در جامعه ایرانی حسین چاری و دلاورپور (۱۳۸۴) با استفاده از

---

1. shyness scale  
2. Cheek & Buss



ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آوردند. همچنین، آن‌ها برای سنجش روایی (اعتبار) سازه از روش تحلیل عامل استفاده کردند و این تحلیل حاکی از روایی سازه این مقیاس بود.

### ۳) پرسشنامه حساسیت جسمانی<sup>۱</sup>

این پرسشنامه را که ۱۷ ماده شامل است در سال ۱۹۸۴، چامبلس، برای بررسی حساسیت به علائم جسمانی در بیماران مبتلا به گذرهراسی، ساخته است. ماده‌های آزمون مرتبط است با میزان ترس فرد از علائم جسمانی خود، که در رابطه با حمله‌های هراس است و در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ برای "اصلاً از این احساس نمی‌ترسم" تا ۵ برای "نگرانی شدید از داشتن آن احساس" درجه بندی می‌شوند. چامبلس و همکاران او (۱۹۸۴) همسانی درونی این آزمون را براساس روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش دادند. پایایی آزمون از طریق روش بازآزمایی ۰/۶۷ بود. روایی افتراقی با مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌ها با تشخیص گذرهراسی و افراد بدون تشخیص بررسی شد، که تفاوت معناداری را با هم نشان داد و این حاکی از روایی افتراقی بالای این پرسشنامه است.

ویژگی‌های روان سنجی این آزمون را در ایران زنجانی (۱۳۸۶) مطالعه کرده است. نتایج حاکی از روایی همگرا با پرسشنامه حساسیت اضطرابی ( $r=0/61$ ،  $n=120$ ،  $p<0/001$ ) و پایایی بازآزمایی ( $r=0/65$ ،  $P<0/001$ ،  $n=52$ ) این مقیاس است.

### ۴) پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی<sup>۲</sup>

آزمون مهارت‌های ارتباطی نسخه تجدید نظر شده را کوئین دام<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) برای سنجش مهارت‌های ارتباطی در بزرگسالان ابداع شده است و دارای ۳۴ ماده است. پاسخدهی به این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (برای هرگز) تا ۵ (برای همیشه) می‌باشد. البته باید خاطر نشان کرد که برخی از عبارات به دلیل ماهیت و محتوای آن‌ها در محاسبه نمره به صورت وارونه نمره گذاری می‌شوند (به نقل از حسین چاری و فداکار، ۱۳۸۴).

حسین چاری و فداکار (۱۳۸۴) برای بررسی روایی سازه آزمون مهارت‌های ارتباطی و نیز

---

1. Body sensations Questionnaire  
2. Communication skill Test Revised  
3. Queendom

ساختار عاملی آن، از روش آماری تحلیل عامل استفاده کردند و در تحلیل خود پنج عامل گوش دادن، توانایی دریافت و ارسال پیام، بینش نسبت به فرایند ارتباط، تنظیم عاطفی و ارتباط توأم با قاطعیت را استخراج کردند.

پایایی آزمون را، با استفاده از روش همسانی درونی، حسین چاری و فداکار (۱۳۸۴) برابر ۰/۶۹ گزارش کردند، که حاکی از همسانی درونی پذیرفتنی این آزمون است.

### یافته‌ها:

جدول ۱ توزیع فراوانی آزمودنی‌ها را برحسب سن نشان می‌دهد. همان‌طور که دیده می‌شود میانگین سنی در دو گروه کمرو و مبتلا به فوبی اجتماعی ۲۰/۴ و میانگین سنی گروه عادی ۲۱/۱ است. برای مقایسه میانگین سنی سه گروه از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد و نتایج نشان داد که سه گروه از نظر سنی با یکدیگر تفاوتی ندارند ( $p=0/10$ ).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه‌های مختلف

گروه‌ها	شاخص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
عادی		۳۱	۲۱/۱	۱/۷۷	۱۸	۲۵
کمرو		۲۶	۲۰/۴	۱/۳۹	۱۹	۲۳
فوبی اجتماعی		۳۰	۲۰/۴	۱/۳۳	۱۹	۲۴

جهت مقایسه سه گروه عادی، کمرو و مبتلا به فوبی اجتماعی در زمینه میزان حساسیت جسمانی از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه آزمون حساسیت جسمانی

منبع واریانس ها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	۵۶۴۶/۷۱	۲	۲۸۲۳/۳۵	۱۷/۸۵	۰/۰۰۱
درون گروهی	۱۳۲۸۵/۲۳	۸۴	۱۵۸/۱۵		

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین سه گروه در زمینه حساسیت جسمانی تفاوت

معناداری ( $p < 0/001$ ) وجود دارد. برای تعیین محل تفاوت گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ درج شده است.

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۳ می‌توان گفت که میزان حساسیت جسمانی میان افراد عادی و کمرو تفاوت معناداری ندارد، ولی در افراد مبتلا به فوبی اجتماعی و عادی و همچنین، افراد کمرو و افراد مبتلا به فوبی اجتماعی در این زمینه تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که افراد مبتلا به فوبی اجتماعی نسبت به افراد کمرو و عادی حساسیت جسمانی بیشتری دارند.

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی شفه جهت مقایسه سه گروه در میزان حساسیت جسمانی

شاخص متغیر وابسته	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
حساسیت جسمانی	عادی	۲۹/۲۹	۹/۳۰	۰/۱۱۴
	کمرو	۳۶/۳۴	۱۲/۱۳	
	عادی	۲۹/۲۹	۹/۳۰	۰/۰۰۱
	فوبی اجتماعی	۴۸/۳۶	۱۵/۵۴	
	کمرو	۳۶/۳۴	۱۲/۱۳	۰/۰۰۳
	فوبی اجتماعی	۴۸/۳۶	۱۵/۵۴	

جهت مقایسه گروه‌ها در زمینه مهارت‌های ارتباطی ابتدا از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود سه گروه عادی، کمرو و مبتلا به فوبی اجتماعی در زمینه مهارت‌های اجتماعی با یکدیگر تفاوت دارند. برای بررسی این فرضیه که افراد کمرو و مبتلا به فوبی اجتماعی نسبت به افراد عادی مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تری دارند و همچنین بررسی این که آیا افراد مبتلا به فوبی اجتماعی نسبت به افراد کمرو مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تری دارند یا نه از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ درج شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه گروه‌ها در زمینه مهارت‌های اجتماعی

منبع واریانس ها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	۳۵۴۵/۱۰	۲	۱۷۷۲/۵۵	۲۶/۲۷	۰/۰۰۱
درون گروهی	۵۶۶۶/۶۱	۸۴	۶۷/۴۶		

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، گروه‌های عادی و کمرو و همچنین گروه‌های عادی و مبتلا به فوبی اجتماعی در زمینه مهارت‌های اجتماعی تفاوت دارند. با توجه به میانگین گروه‌ها می‌توان گفت که افراد مبتلا به فوبی اجتماعی و کمرو نسبت به افراد عادی مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تری دارند، اما بین دو گروه کمرو و فوبی اجتماعی در زمینه مهارت‌های اجتماعی تفاوتی مشاهده نمی‌شود (به جدول ۵ نگاه کنید).

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی شفه جهت مقایسه گروه‌ها در مهارت‌های اجتماعی

شاخص / متغیر وابسته	گروه ها	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
مهارت‌های اجتماعی	عادی	۱۲۴/۰۹	۸/۰۶	۰/۰۰۱
	کمرو	۱۱۰/۸۰	۸/۲۹	
	عادی	۱۲۴/۰۹	۸/۰۶	۰/۰۰۱
	فوبی اجتماعی	۱۱۰/۷۳	۸/۲۹	
	کمرو	۱۱۰/۸۰	۸/۲۹	۰/۹۹
	فوبی اجتماعی	۱۱۰/۷۳	۸/۲۹	

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد افراد مبتلا به فوبی اجتماعی نسبت به افراد کمرو حساسیت جسمانی بیشتری دارند، ولی آن‌ها در زمینه مهارت‌های اجتماعی با یکدیگر تفاوتی ندارند. علاوه بر این افراد کمرو و مبتلا به فوبی اجتماعی نسبت به افراد عادی حساسیت جسمانی بیشتر و مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تری نشان دادند.

نتایج این تحقیق براساس نظریه ولز و کلارک تبیین‌پذیر است. ولز و کلارک بر این اعتقاد

هستند، که عامل مهم در شکل گیری و تداوم اختلال فوبی اجتماعی جابه‌جایی توجه فرد و توجه متمرکز بر خود است. آن‌ها معتقد هستند افراد مبتلا به فوبی اجتماعی هنگام حضور در موقعیت‌های اجتماعی بر نشانه‌ها و امور درونی خود چون علائم جسمانی و افکار با تمرکز بر آنها و درگیر پردازش آن‌ها هستند و این بی‌توجهی به عوامل بیرونی را باعث می‌شود و عملکرد فرد را به مشکل دچار می‌کند به طوری که فرد بعد از تجربه یک موقعیت اجتماعی با مرور دوباره آن به دلیل به خاطر آوردن وقایع منفی، قبل از وقوع رویدادهای اجتماعی بعدی، درگیر فرایند انتظار می‌شود که در آن افکار او بیشتر تجدید خاطره شکست‌های گذشته و پیش بینی عملکرد ضعیف را شامل می‌شود به طوری که چرخه فوق دوباره شروع می‌شود. (ملینگز و الدن، ۲۰۰۰).

نتایج این تحقیق هم، در جهت تأیید این نظریه، نشان داد که افراد مبتلا به فوبی اجتماعی نسبت به افراد عادی حساسیت جسمانی بیشتر و مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تری دارند، که این یافته‌ها همسو با تحقیقات ولز و پایاژنورژیو (۲۰۰۱ و ۲۰۰۲)، در زمینه حساسیت جسمانی، و همچنین ضعف مهارت‌های اجتماعی که در این تحقیق به آن پی بردیم با یافته‌های اسپنس (۱۹۹۹)؛ سگرین و فلورا، (۲۰۰۰)؛ ونزل و همکاران، (۲۰۰۴) همسو است.

می‌توان گفت این افراد هنگام حضور در موقعیت‌های اجتماعی، به دلیل توجه زیاد به خود و دیدن خود به عنوان یک موضوع اجتماعی و بررسی دقیق خود از دید یک تماشاگر بیرونی و همچنین، سوءتعبیر علائم خود، نسبت به علائم جسمانی که در این موقعیت‌ها تجربه می‌کنند حساس شده و از داشتن آن‌ها به اضطراب و آشفتگی بیشتر دچار می‌شوند. همچنین، آن‌ها طی این تماشاگری خود، مهارت‌های اجتماعی خود را کم برآورد می‌کنند و به علت این برآورد متعاقباً دچار اضطراب و شرم می‌شوند. در نتیجه، امر جابه‌جایی توجه و دید مشاهده‌گری آن‌ها به دو شکل ممکن است عملکرد ضعیف آن‌ها را باعث شود. اول، این که این افراد به دلیل برداشت‌های منفی و اشتباهی که طی این پردازش نسبت به علائم جسمانی و مهارت‌های خود دارند، آشفتگی خود این امر را باعث می‌شود که آن‌ها نتوانند به درستی مهارت‌های خود را نشان دهند و از آن‌ها استفاده کنند. دوم، این که آن‌ها ممکن است به علت سوگیری که به سمت امور و تجربه‌های درونی خود توجه دارند از توجه به امور بیرونی، مانند گفته‌های دیگران، محروم بمانند و این امر باعث می‌شود مهارت گوش دادن و درک پیام

ضعیف شود.

افراد کمرو و مبتلا به فوبی اجتماعی در مهارت‌های اجتماعی با یکدیگر تفاوتی نداشتند، ولی افراد مبتلا به فوبی اجتماعی نسبت به افراد کمرو حساسیت جسمانی بیشتری را گزارش دادند. زیباردو (۱۹۹۷) در رابطه با کمرویی، دو گروه افراد کمرو درون‌گرا و برون‌گرا را مطرح می‌کند که هر دو بدون مهارت‌های اجتماعی هستند با این تفاوت که افراد کمرو برون‌گرا در موقعیت‌های اجتماعی آشفتگی درونی و اختلالات شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند (به نقل از چاویرا و همکاران، ۲۰۰۲). براساس نتایج این تحقیق هم می‌توان گفت دو گروه از نظر مهارت‌های اجتماعی با یکدیگر تفاوتی نداشته، ولی آن‌چه آن‌ها را متمایز می‌کند تجربه علائم جسمانی (آشفتگی) و گوش به زنگ بودن نسبت به این علائم است، که در واقع این نتایج با تقسیم‌بندی زیباردو، از افراد کمرو، مطابقت دارد. یعنی دسته‌ای از افراد که بدون مهارت‌های اجتماعی هستند و از آشفتگی در موقعیت‌های اجتماعی رنج نمی‌برند، ملاک‌های فوبی اجتماعی را ندارند و جزء گروه افراد کمرو قرار دارند و دسته‌ای دیگر که آن‌ها هم بدون مهارت اجتماعی هستند، ولی در موقعیت‌های اجتماعی آشفتگی را تجربه می‌کنند، جزء گروه افراد مبتلا به فوبی اجتماعی قرار دارند و بیشتر به علت تجربه آشفتگی از حضور در جمع اجتناب می‌کنند و از اجتناب، به عنوان رفتار ایمنی برای جلوگیری از تجربه مضطرب شدن و رسوایی به علت این اضطراب، استفاده می‌کنند. در حالی که آن‌ها ذاتاً از داشتن تعامل با دیگران احساس ناراحتی نمی‌کنند و به این دلیل است که تمایل دارند مشکل آنها حل شود تا بتوانند در موقعیت‌های اجتماعی حضور یابند. همچنین، نتایج این تحقیق مؤید نظر هارتنبرگ است، که تجربه علائم جسمانی، اضطراب بی دلیل و طولانی مدت را دلیلی بر تبدیل کمرویی به فوبی اجتماعی می‌داند (فیبرادر، ۲۰۰۲). همان‌گونه که از نتایج این تحقیق هم مشخص شد، هرگاه کمرویی با اضطراب جسمانی و حساسیت و گوش به زنگی نسبت به آن‌ها همراه شود به فوبی اجتماعی تبدیل می‌شود.

در کل، می‌توان گفت در صورت درمان مشخصه‌های جسمانی و به دنبال آن کاهش توجه و گوش به زنگی نسبت به علائم جسمانی در افراد مبتلا به فوبی اجتماعی، آن‌ها به افراد کمرویی تبدیل می‌شوند که به رغم اجتناب‌هایی که از موقعیت‌های اجتماعی دارند می‌توانند در این موقعیت‌ها بدون تجربه اضطراب و آشفتگی حضور یابند. در نتیجه، برای درمان کامل

باید به این افراد مهارت‌های اجتماعی نیز آموزش داده شود و همچنین در بهبود سطح پردازشی آن‌ها و کمک به آن‌ها به جای تمرکز بر خود تلاش شود به محرک‌ها و عوامل محیطی توجه شود.

در پایان باید به استفاده نشدن از ابزار غربالگری برای انتخاب نمونه عادی به عنوان محدودیت تحقیق اشاره کرد و با توجه به این که نمونه این تحقیق تقریباً همه دختر بودند. انجام دادن تحقیقاتی با نمونه پسران پیشنهاد می‌شود تا بتوان به ارزیابی جامع‌تر در این زمینه و تفاوت‌های موجود میان دو جنس دست یافت.

## منابع

حسین چاری، مسعود و دلاورپور، محمد، (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین مهارت‌های اجتماعی و کمرویی و مقایسه آن در بین دانشجویان پسر و دختر دانشگاه شیراز، سومین سمینار بهداشت روان دانشجویان.

حسین چاری، مسعود و فداکار، محمد مهدی، (۱۳۸۴). بررسی تأثیر دانشگاه بر مهارت‌های ارتباطی بر اساس مقایسه دانش آموزان و دانشجویان، مجله دانش‌ور رفتار، شماره ۱۵، دانشگاه شاهد.

زنجانی، زهرا، (۱۳۸۶). مقایسه تصویر بدنی، حساسیت جسمانی و مهارت‌های اجتماعی جوانان کمرو و مبتلا به فوبی اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

طهماسبی مرادی، شهرزاد، (۱۳۸۴). بررسی کارایی درمان شناختی-هیپنوتیسمی در ایجاد تصویر ذهنی مثبت از خود و تأثیر آن بر علائم هراس اجتماعی دانشجویان مبتلا به هراس، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

- Antony, M. M & et al, (2006). Psychometric properties of special phobia inventory: Further evaluation, *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1177-1185.
- Bore, J. A, (1997). Social phobia epidemiology, recognition and treatment, *British Medical Journal*, 315, 796-800.
- Chavira, D. A, Stein, M. B & Malcarne, V. L, (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia, *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 6, 585-598.
- Chambless, D. A & et al, (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobia: the body sensation questionnaire and the agoraphobia cognition questionnaire, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 6, 1090-1097.
- Fairbrother, N, (2002). The treatment of social phobia-100 years ago, *Behaviour Research and Therapy*, 40, 11, 1291-1304.
- Heiser, N. A, Turner, S. M & Beidel, D. C, (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders, *Behaviour Research and Therapy*, 41, 2, 209-221.



- Lincoln, T. M, (2003). *Cognitive Behavioural Treatment of social phobia*, University Marburg, Lahn.
- Miranda, R, (2004). Differences between social phobia and shyness. <[http://social phobia and shyness info. Com/shyness/index.htm](http://socialphobiaandshyness.info.com/shyness/index.htm)>
- Papageorgiou, C. & Wells, A, (2002). Effects of heart rate information on anxiety, perspective taking, and performance in high and low social-evaluative anxiety, *Journal of Behavior Therapy*, 33, 2, 181-199.
- Segrin, C & Flora, J, (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychological problems, *Journal of Communication Research*, 26, 3, 489-515.
- Shiomi, K, Matsushima, R & Kuhhlman, D. M, (2000). Shyness in self disclosure mediated by social skills, *Journal of Psychological Report*, 86, 333-338.
- Spence, S. H, Donovan, C & Brechman-Toussaint, M, (1999). Social skills, social outcomes and cognitive features of childhood social phobia, *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 2, 211-221.
- Turner, S. M. & Heiser, N, (2005). *Differentiating of social phobia from shyness*, <<http://hdl.handle.net/1903/2025>>
- Wells, A & Clark, D. M, (1997). Social phobia: a cognitive approach, In: Devey. G. C. L. (1997). *Phobias: A hand book of theory, research and treatment*,. John Wiley & Sons.
- Wells, A, Clark, D. M & Ahmad, S, (1998). How do I look with my minds eye: perspective taking in social phobia imagery?, *Behavior Research and Therapy*, 36, 631-634.
- Wells, A. & Papageorgiou, C, (2001). Social phobia interception: effects of bodily information on anxiety, beliefs and self-processing, *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1, 1-11.
- Wenzel, A & et al, (2004). Communication and social skills in socially anxious and non anxious individuals in the context of romantic relationships, *Behaviour Research and Therapy*, 43, 4, 505-519.

