

به نام خدا

اختلالات درونی سازی شده در کودکان و درمان  
شناختی رفتاری  
(اضطراب، افسردگی، وسواس)

مؤلفین:

سمانه ابراهیمی خسمخی - آسیه بربری

۱۳۹۸

مؤسسه آموزشی تألیفی ارشدان

## فهرست مطالب

۷	مقدمه
۹	فصل اول: اختلالات درونی سازی شده در کودکان
۱۱	فصل دوم: اختلالات اضطرابی در کودکان
۱۲	طبقه بندی و انواع اختلالات اضطرابی
۱۳	لالی انتخابی
۱۵	فوبی خاص
۱۸	اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)
۲۱	اختلال وحشت زدگی
۲۳	آگورافوبیا یا گذر هراسی
۲۶	اختلال اضطراب فراگیر
۲۸	سبب شناسی در اختلالات اضطرابی
۳۳	فصل سوم: درمان شناختی- رفتاری در اختلالات اضطرابی
۳۴	جلسه اول: برقراری ارتباط و آشنایی با اهداف درمان
۳۵	جلسه دوم: احساس اضطراب
۳۶	جلسه سوم: مشخص کردن واکنش های جسمی به اضطراب
۳۷	جلسه چهارم: جلسه والدین
۳۷	جلسه پنجم: آرام سازی عضلانی
۳۸	جلسه ششم: اصلاح خودگویی ها
۳۸	جلسه هفتم: آموزش مهارت حل مسئله
۳۹	جلسه هشتم: پاداش دهی
۴۰	جلسه نهم: جلسه والدین
۴۱	جلسه دهم: تمرین ذهنی و عملی مواجهه
۴۱	جلسه یازدهم: مواجهه با موقعیت هایی با اضطراب کم
۴۲	جلسه دوازدهم: مواجهه با موقعیت هایی با اضطراب متوسط
۴۳	جلسه سیزدهم: تمرین تکلیف مواجهه با موقعیت هایی با اضطراب متوسط
۴۳	جلسه چهاردهم: مواجهه با موقعیت هایی با اضطراب زیاد

جلسه پانزدهم: مواجهه در موقعیت‌هایی با اضطراب زیادتر ..... ۴۴

جلسه شانزدهم: تکلیف مواجهه نهایی در موقعیتی که اضطراب زیادی ایجاد می‌کند. .... ۴۴

## فصل چهارم: اختلال افسردگی ..... ۴۷

علائم و معیارهای تشخیص افسردگی در کودکان و نوجوانان ..... ۴۷

میزان شیوع افسردگی در بین کودکان ..... ۵۰

عوامل مؤثر بر بروز افسردگی در کودکان ..... ۵۰

روش‌های درمانی افسردگی کودکان ..... ۵۱

## فصل پنجم: سبب‌شناسی اختلال افسردگی ..... ۵۳

عوامل سایکودینامیک (روان‌پویشی) در افسردگی ..... ۵۵

## فصل ششم: درمان شناختی-رفتاری اختلال افسردگی در کودکان ..... ۵۷

الگوهای شناختی-رفتاری افسردگی ..... ۵۷

آموزش افکار خودآیند به کودک ..... ۵۸

## فصل هفتم: اختلال وسواسی-جبری در کودکان ..... ۷۵

وسواس فکری ..... ۷۶

وسواس عملی ..... ۷۷

شیوع اختلال وسواسی-اجباری ..... ۷۸

سبب‌شناسی در اختلال وسواسی، جبری ..... ۸۱

درمان اختلال وسواسی اجباری ..... ۸۷

## فصل هشتم: درمان شناختی-رفتاری در اختلال وسواسی جبری ..... ۸۹

جلسه اول: آموزش روان‌شناختی و بیان منطق درمان ..... ۸۹

جلسه دوم: تهیه فهرست سلسله‌مراتب نشانه‌ها/آموزش روان‌شناختی ..... ۹۱

جلسه سوم: آغاز مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ / چالش با فرضیه‌های منفی ..... ۹۱

جلسه چهارم: بازسازی شناختی/کاستن از سرزنش ..... ۹۲

جلسه پنجم: پرداختن به وسواس‌ها ..... ۹۴

جلسه ششم: مرور پیشرفت/مسئولیت کودک برای درمان ..... ۹۴

جلسه هفتم: برطرف کردن مانع‌های انجام مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ / منفعت‌های ثانویه

بیماری ..... ۹۵

جلسه هشتم: ادامه مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ/تفکیک رفتارهای وسواسی از رفتارهای غیر وسواسی.....	۹۶
جلسه نهم: پرداختن به نشانه‌های مشکل‌تر/مراقبت خانواده از خود.....	۹۶
جلسه دهم: پرداختن به نشانه‌های مشکل‌تر/حل مسئله در خانواده.....	۹۷
جلسه یازدهم: برنامه‌ریزی برای پایان دادن به درمان/پیشگیری از عود.....	۹۸
جلسه دوازدهم: پایان درمان.....	۹۹
فهرست منابع.....	۱۰۱



## مقدمه

اختلالات درونی‌سازی‌شده در کودکان، شامل اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب، وسواس، ترس و بازداری‌های هیجانی می‌باشد که نشانه‌ها به درون فرد برمی‌گردد. این نشانه‌ها ممکن است پیامدهای فردی، اجتماعی و تحصیلی گوناگونی را برای کودک و اطرافیانش به وجود آورد که آن‌ها را در برابر چالش‌های روانی-اجتماعی دوران کودکی، نوجوانی و حتی بزرگسالی، آسیب‌پذیر سازد؛ لذا بررسی این مشکلات و شناسایی کودکان در معرض خطر، جهت فراهم آوردن مداخلات درمانی و رفع موانع جهت موفقیت‌های فردی، اجتماعی، تحصیلی و پیشگیری از نتایج روانی نامطلوب ضروری است.

در مجموع، از آنجا که پیشگیری، تشخیص و درمان به موقع اختلالات دوران کودکی، مسئله‌ای ضروری است، ارائه راهبردهای درمانی که نشانه‌های این اختلالات را کاهش دهد و به بررسی نقش عوامل زمینه‌ساز و تحریفات شناختی بپردازد، مهم و ضروری به نظر می‌رسد.

در میان انواع درمان‌های مربوط به کودکان، درمان شناختی-رفتاری، توجه زیادی را به خود جلب نموده است. در این روش، از راهبردهای شناختی از قبیل کشف تحریفات شناختی و افکار اضطراب‌زا، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های مقابله‌ای و ثمربخش و همچنین راهبردهای رفتاری از قبیل الگوبرداری، مواجهه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ، ایفای نقش، آموزش تن‌آرامی و خودکنترلی استفاده می‌شود و تلاش می‌شود مراجع، به رابطه افکار، احساسات و رفتارهای خود پی ببرد.

در کتاب پیش‌رو، مجموعه‌ای از تکنیک‌های درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری برای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و وسواس، ارائه شده است.

به امید آنکه این کتاب مورد استفاده درمانگران، خانواده‌ها و مربیان قرار گیرد. ما را با نظرات و پیشنهادات خود همراهی فرمایید.



## اختلالات درونی‌سازی شده در کودکان

کودکان و نوجوانان، قشر عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند. در هر جامعه‌ای، سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد. تحقیقات نشان داده که درصد قابل توجهی از کودکان دچار مشکلات خلقی و رفتاری هستند. سال‌های اخیر، توجه به مسائل و مشکلات رفتاری کودکان به‌عنوان یکی از موضوعات عمده روانشناسی و روان پزشکی، افزایش قابل ملاحظه‌ای یافته است. تاکنون طبقه‌بندی‌های مختلفی برای مشکلات و اختلالات روان‌شناختی کودکان صورت گرفته است. یکی از این طبقه‌بندی‌ها، اختلالات را به دو گروه درونی‌سازی و برون‌سازی تقسیم می‌کند. اختلالات درونی‌سازی، به اختلالاتی اشاره دارند که بیشتر به طرف خود است تا دیگران. این اختلالات، مواردی نظیر افسردگی، اضطراب، گوشه‌گیری، هراس، شکایات جسمی، وسواس‌های فکری و عملی و... می‌شوند. اختلالات برون‌سازی، به رفتارهایی اطلاق می‌شوند که بیشتر متوجه محیط بیرون از خود و دیگران است. این رفتارها، دامنه‌ای از رفتارهای تکانشی، بیش‌فعالی، پرخاشگری، قلدری، خشم‌های انفجاری، رفتارهای بزهکارانه، دروغ‌گویی و... را شامل می‌شوند. اختلالات برون‌سازی در مقایسه با اختلالات درونی‌سازی، برای والدین و خواهر و برادرهای فرد، معلمان و همسالان آشکارتر و قابل مشاهده‌تر هستند. کودکان دچار اختلالات درونی‌سازی، با مشکلات فراوانی همچون سطح پایین عزت‌نفس، مشکلات تحصیلی، کم‌رویی، مشکلات ارتباطی با همسالان و معلمان روبرو هستند.

معمولاً نشانه‌های برون‌سازی‌شده، پایداری بیشتری در طول زمان از خود نشان می‌دهد و از اولین سال زندگی قابل مشاهده‌اند و به‌صورت بی‌قراری، گریه زیاد، لجبازی و بدقلقی نمودار می‌گردد. در مقابل، مشخصه اصلی اختلال‌های درونی‌سازی‌شده، رفتارهای بیش‌ازحد مهارشده است. مشکلات درونی‌سازی‌شده شامل نوعی آشفتگی اصلی در هیجانات و خلیقات است. نشانه‌شناسی این اختلالات، غالباً دربرگیرنده احساس‌های حقارت، خودآگاهی زیاد، کناره‌گیری اجتماعی، کم‌رویی، ترس، دل‌بستگی بیش‌ازحد، غم و اندوه مزمن است.

نتایج پژوهش، نشان داد که اختلالات درونی‌سازی در دختران بیش از پسران است؛ به‌طوری که شیوع اختلالات درونی‌سازی مثل اضطراب، افسردگی در دختران بیشتر است. درواقع، تحقیقات نشان می‌دهند که دختران، بیشتر دچار اختلالات درونی‌سازی و پسران، بیشتر دارای اختلالات برون‌سازی هستند. با نسبت دو به یک یا سه به یک، پسران بیشتر از دختران مشکلات برون‌سازی را نشان می‌دهند (میشل، کرولی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲).

یکی از مواردی که به تشدید وضعیت بیمار منجر شده و پیامدهای بالینی وخیم‌تری را به دنبال دارد، وقوع هم‌زمان اختلالات درونی‌سازی‌شده و بیرونی‌سازی‌شده در کودکان است. این هم‌زمانی در اغلب موارد

موجب تشدید وضعیت مرضی می‌شود و احتمال پایداری نشانه‌های اختلال را افزایش می‌دهد. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد وجود هم‌زمان اختلالات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده در نوجوانان، احتمال سوء‌مصرف مواد و خودکشی را افزایش می‌دهد.

از سویی دیگر، با توجه به این مسئله که مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده در کودکان غالب جنبه‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد، باید کوشید تا با تشخیص زودهنگام و توجه به گستره اختلالات و مشکلاتی که می‌تواند سازش یافتگی کودک را تحت تأثیر قرار دهند، از وقوع مشکلات متعدد در آینده جلوگیری شود.

در سال‌های اخیر، میزان اثرگذاری درمان شناختی-رفتاری در درمان اختلالات کودکان به اثبات رسیده است. درمان شناختی-رفتاری اصطلاحی است برای توصیف مداخله‌های روان‌درمانگرانه که با تغییر فرایندهای شناختی هدف آن کاهش ناراحتی‌های روان‌شناختی و رفتار ناسازگارانه است. این رویکرد، بر این فرض استوار است که احساس و رفتار تا حد زیادی محصول شناخت هستند؛ بنابراین، با مداخله‌های شناختی و رفتاری می‌توان تغییراتی در تفکر ایجاد کرد. بدین ترتیب، عناصر اصلی نظریه‌های شناختی و رفتاری را در بر گرفته می‌شود (استالارد، ۲۰۰۵). این ایده که نحوه‌ی تفکر ما بر احساس ما تأثیر می‌گذارد، نقش مهمی در درمان ایفا می‌کند. افزون بر این، نحوه‌ی عمل ما در یک موقعیت، به پیامدهایی که به دنبال رفتار می‌آیند، بستگی دارد. اگر یک رفتار پیامد ناخوشایندی داشته باشد، آن رفتار به احتمال زیاد کاهش پیدا می‌کند یا حتی متوقف می‌شود (کندال و همکاران، ۲۰۰۶).

در درمان شناختی-رفتاری، دیدگاه این است که رویدادهای ذهنی یعنی انتظارات، اعتقادات، باورها و... می‌توانند علت رفتار باشند. اگر این رویدادهای ذهنی تغییر کنند، تغییر رفتار در پی آن خواهد بود. درمانگر، با توجه به سن و ویژگی‌های شخصیتی کودک کار درمان را آغاز می‌کند و به کودک آموزش می‌دهد احساسات، افکار و رفتارهای خود را با کمک درمانگر شناسایی و نام‌گذاری کرده و افکار و احساسات ناسازگار خود را مدیریت کند.

بهره‌مندی از درمان شناختی-رفتاری برای کودکان مستلزم این است که کودکان قادر به تمایز بین افکار، احساسات و رفتار باشند و ارتباط علت و معلولی بین این حوزه‌ها را تشخیص دهند.

به نظر می‌رسد کودکان تا سن هفت یا هشت سالگی، موفق به درک رابطه بین این مقوله‌ها باشند. در فصل‌های بعدی کتاب، به تفصیل به معرفی انواع اختلالات اضطرابی، افسردگی و اختلال وسواسی جبری، سبب‌شناسی و درمان با استفاده از رویکرد شناختی-رفتاری خواهیم پرداخت.

### اختلالات اضطرابی در کودکان

اختلالات اضطرابی، از جمله اختلالات شایع کودکان هستند و می‌توانند زمینه‌ساز بسیاری از اختلالات دیگر باشند. این اختلالات، اغلب با عملکرد مؤثر فرد در حوزه‌های دیگر تداخل دارند. شیوع این اختلال در کودکان از ۱۴ تا ۱۹ درصد می‌باشد و اغلب با اختلالات دیگر نظیر افسردگی و یا اختلالات رفتاری مهارگسیخته تظاهر می‌یابد. کودکان با اختلالات اضطرابی، همچنین در معرض خطر بالا یا استفاده از مواد، خودکشی و اختلالات روان‌پزشکی در دوران نوجوانی و بزرگسالی هستند؛ بنابراین، شناسایی علل و مداخله بر علائم اضطراب و بررسی دیدگاه‌های مختلف در این زمینه مهم‌ترین درمان‌های رایج آورده شده است.

رشد هیجانی، برای همه انسان‌ها نوعی چالش است. کودکان طی دوره‌های کمتر از یک دهه، از درک هیجانی محدود، به افرادی دارای شبکه‌ی هیجانی پیچیده تبدیل می‌شوند. با بالا رفتن سن، تعداد و پیچیدگی تجارب هیجانی و نیز مطالبات برای نحوه‌ی ابراز هیجان افزایش می‌یابد. تعجب‌آور نیست که برخی کودکان در مواجهه با این چالش‌ها در هم می‌شکنند و دچار اختلالات هیجانی می‌شوند. اختلالات هیجانی سیری مزمن دارد و می‌تواند به شدت مزاحم روند عادی زندگی در دوران بزرگسالی شود (نجاریان و داوودی، ۱۳۸۴). فرض بر این است که هر موقعیتی که بهزیستی جاندار را به خطر می‌اندازد، حالت اضطراب به وجود می‌آورد. تعارض‌ها و گونه‌های دیگر ناکامی یکی از خاستگاه‌های اضطراب‌اند. همچنین خطر آسیب بدنی، به خطر افتادن عزت‌نفس و وارد آمدن فشار برای انجام کارهایی فراتر از توانمندی‌های کودک، در وی اضطراب ایجاد می‌کند. منظور از اضطراب، هیجان ناخوشایندی است که با اصطلاحاتی مانند "نگرانی"، "دل‌شوره"، "وحشت" و "ترس" بیان می‌شود و همه انسان‌ها درجاتی از آن را گاه‌گاه تجربه می‌کنند (براهنی و همکاران، ۱۳۸۰).

اضطراب در شکل تطابقی خود، به کودکان در سازگاری با دنیای دیگران کمک می‌کند. میزان متوسط اضطراب دارای عملکرد تنظیمی است و کودکان را برای سازگار کردن رفتارشان با انتظارات اجتماعی، تحصیلی و فرهنگ یاری می‌دهد. از طرف دیگر اضطراب بسیار کم و بسیار زیاد می‌تواند عامل ناسازگاری باشد. کسانی که اغلب عملکردهای ضداجتماعی و مرتبط با سلوک نشان می‌دهند به احتمال بیشتری، از برانگیختگی اضطراب محروم هستند. اضطراب دائم و بیش‌ازحد نیز باعث ناسازگاری است و منجر به پریشانی شده و در تکامل کودک مداخله می‌کند. این نوع اضطراب ناسازگارانه را می‌توان با توجه به سه ملاک زیر توصیف کرد: الف) بیش‌ازحد شدید باشد. ب) نسبتاً مزمن باشد. ج) مشکلاتی در زندگی والدین و کودک ایجاد کند. اگرچه سه ملاک فوق به‌طور عملیاتی توصیف نشده؛ اما

ایجاد کند. اضطراب‌هایی که این سه ملاک (شدت، تداوم و مزاحمت) را داشته باشند، به‌عنوان اضطراب مرضی از اضطراب‌های دوران کودکی متمایز می‌شوند (متین، ۱۳۸۸).

## طبقه‌بندی و انواع اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی در DSM 5 طبقه‌بندی جداگانه‌ای دارند. اختلال اضطراب جدایی، اختلال لالی انتخابی، وحشت‌زدگی، آگورافوبیا، فوبیاهای خاص، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال اضطراب ناشی از مصرف دارو، نمونه‌هایی از اختلالات اضطرابی هستند.

### اختلال اضطراب جدایی بر اساس راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی

اختلال اضطراب جدایی (Separation Anxiety Disorder)، نوعی اختلال روانی است که در آن، فرد به علت جدا شدن از خانه یا از افرادی که به آن‌ها وابستگی عاطفی زیادی دارد (پدر، مادر، پدربزرگ، مادربزرگ، فرزندان و یا خواهران و برادران) به‌شدت مضطرب می‌شود. اضطراب جدایی می‌تواند در جنبه‌های مختلف زندگی (مثلاً در عملکرد تحصیلی یا اجتماعی) نابسامانی شدید به وجود آورد. توجه داشته باشید که اختلال اضطراب جدایی را نباید با اضطراب جدایی اشتباه گرفت. اضطراب جدایی یک مرحله‌ی رشدی طبیعی است که در نوزادان سالم یا دل‌بستگی از نوع امن روی می‌دهد. کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، بعدها، با احتمال بیش‌تری به ADHD، اختلال دوقطبی، اختلال وحشت‌زدگی و یا سایر اختلالات مبتلا می‌شوند.

اضطراب جدایی معمولاً در ۱۲ تا ۱۸ ماهگی روی می‌دهد؛ اما اختلال اضطراب جدایی برای اولین بار معمولاً در سال‌های پیش‌دبستانی مشاهده می‌شود. این اختلال ممکن است در هر سنی آغاز شود؛ اما شروع آن در نوجوانی و بزرگسالی نادر است. کودکان خردسال، در مقایسه با کودکان بزرگ‌تر و نوجوانان، وقت بیش‌تری را با والدین می‌گذرانند؛ بنابراین، مواقعی که امکان جدایی پیش می‌آید ممکن است در سناریوهای مختلفی قرار داشته باشند، به این صورت که کودکان خردسال وقتی می‌خواهند به مهدکودک یا کلاس اول بروند، کودکان بزرگ‌تر وقتی می‌خواهند به اردوی یک هفته‌ای بروند و بچه‌های سال‌های آخر دبیرستان زمانی که می‌خواهند به کالج بروند و بزرگسالانی که در دانشگاه یک شهرستان دیگر قبول شده‌اند یا برای کار به آن جا انتقالی گرفته‌اند، ممکن است اضطراب جدایی بسیار شدیدی نشان دهند.

### معیارهای DSM5 برای اختلال اضطراب جدایی

A: ترس یا اضطراب بسیار زیاد و بی‌تناسب با مرحله‌ی رشدی که حداقل ۳ مورد از ۸ مورد زیر را داشته باشد:

- ۱- وقتی فرد از افرادی که به آن‌ها دل‌بستگی دارد جدا می‌شود به‌طور مکرر دچار استرس می‌شود.
- ۲- فرد به‌طور دائم نگران است که مبدا کسی یا کسانی که به آن‌ها دل‌بسته است را از دست بدهد.
- ۳- فرد به‌طور دائم و به‌شدت نگران است که اتفاق‌هایی مثل تصادف یا مرگ افراد مهمی که او به آن‌ها دل‌بسته شده است را از دست بدهد.

۴- فرد در این اختلال از جدا شدن می‌ترسد و اصلاً دوست ندارد از خانه دور بشود و به مدرسه یا محل کار برود چون از جدا شدن می‌ترسد.

۵- فرد نگران است و می‌ترسد که به‌جایی بدون افرادی که با آن‌ها دل‌بسته است برود.

۶- فرد می‌ترسد به‌طور دائم در جایی غیر از خانه‌اش بخواهد یا دوست ندارد بدون افرادی که به آن‌ها دل‌بسته است بخواهد.

۷- به‌طور مکرر کابوس‌هایی می‌بیند که موضوع آن‌ها جدایی است.

۸- وقتی که از افرادی که به آن‌ها وابسته است می‌خواهد جدا بشود علائمی مثل سردرد، معده درد، تهوع و استفراغ را تجربه می‌کند.

B: در این نوع اختلال ترس و اضطراب به‌طور مکرر اتفاق می‌افتد. در کودکان و نوجوانان حداقل ۴ هفته و در بزرگسالان ۶ ماه یا بیشتر ادامه دارد.

C: این اختلال باعث می‌شود در عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی استرس و نابسامانی شدید عملکردی به وجود می‌آید.

شیوع اختلال اضطراب جدایی در کودکان کوچک‌تر از ۱۲ سال از همه بیشتر است. در جامعه، این اختلال بیشتر در زنان مشاهده می‌شود. در اینکه تحمل کردن جدایی تا چه اندازه‌ای مطلوب نگاشته می‌شود، تفاوت‌های فرهنگی وجود دارد، به‌طوری که در برخی فرهنگ‌ها از ضروریات و فرصت‌ها برای جدایی والدین و کودکان اجتناب می‌شود؛ برای مثال، در کشورها و فرهنگ‌های مختلف، در رابطه سنی که انتظار می‌رود فرزندان باید خانه پدری را ترک کنند، تفاوت‌های زیادی وجود دارد. متمایز کردن اختلال اضطراب جدایی از ارزش زیادی که برخی فرهنگ‌ها برای استقلال نیرومند در اعضای خانواده قائل هستند، اهمیت دارد. در عین حال دخترها بیشتر از پسرها از رفتن به مدرسه اکراه دارند یا اجتناب از آن می‌کنند. ابراز غیرمستقیم ترس از جدایی در مردها شایع‌تر از زن‌هاست، مثلاً با فعالیت مستقل محدود، اکراه در تنها بودن دور از خانه، یا ناراحتی به هنگامی که همسر یا فرزندان کارهایی را به‌طور مستقیم انجام می‌دهند یا زمانی که تماس با همسر یا فرزندان امکان‌پذیر نیست.

## لالی انتخابی

### ویژگی‌های تشخیصی لالی انتخابی<sup>۱</sup>

کودکان مبتلا به لالی انتخابی، هنگام روبرو شدن با دیگران در تعامل‌های اجتماعی، صحبت را شروع نمی‌کنند یا وقتی با دیگران صحبت می‌کنند، متقابلاً پاسخ نمی‌دهند. فقدان گفتار در تعامل‌های اجتماعی با کودکان و بزرگسالان روی می‌دهد. کودکان مبتلا به لالی انتخابی در خانه، در حضور اعضای خانواده نزدیک صحبت می‌کنند؛ اما اغلب حتی در حضور دوستان نزدیک یا خویشاوندان درجه دو، مانند پدر-مادر بزرگ‌ها یا همسر-دایی‌زاده‌ها صحبت نمی‌کنند. این اختلال، اغلب با اضطراب اجتماعی زیاد مشخص می‌شود. کودکان مبتلا به لالی انتخابی، اغلب از صحبت کردن در مدرسه خودداری می‌کنند که به اختلال تحصیلی یا آموزشی منجر می‌شود، به‌طوری که معلمان

اغلب به سختی می‌توانند مهارت‌هایی نظیر روخوانی را ارزیابی کنند. فقدان گفتار می‌تواند در ارتباط اجتماعی اختلال ایجاد کند، هرچند کودکان مبتلا به این اختلال گاهی برای ارتباط برقرار کردن از وسایل غیرگفتاری یا غیرکلامی استفاده می‌کنند (مثل غرغر کردن، اشاره کردن، نوشتن) و در مواقعی که گفتار ضرورت نداشته باشد، ممکن است مایل باشند به تعامل‌های اجتماعی بپردازند (مثل نقش‌های غیرکلامی در نمایش‌های مدرسه). ویژگی‌های مرتبط لالی انتخابی، کم‌رویی بیش‌ازحد، ترس از شرمندگی اجتماعی، انزوا و گوشه‌گیری اجتماعی، چسبیدن و متکی بودن، صفات وسواسی، منفی‌گرایی، قشقرق و رفتار نافرمانی خفیف را شامل می‌شوند. گرچه کودکان مبتلا به این اختلال عموماً مهارت‌های زبان طبیعی دارند؛ اما امکان دارد گاهی اختلال ارتباط مرتبط وجود داشته باشد، هرچند که هیچ ارتباط بخصوصی با اختلال ارتباط خاص مشخص نشده باشد. حتی وقتی این اختلالات وجود دارند، اضطراب نیز وجود دارد. در محیط‌های بالینی، کودکان مبتلا به لالی انتخابی تقریباً همیشه مورد تشخیص اضافی اختلال اضطرابی دیگر عموماً اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی) نیز قرار می‌گیرند.

### ملاک‌های تشخیصی لالی انتخابی

- A. ناتوانی مداوم صحبت کردن در موقعیت‌های اجتماعی که انتظار صحبت کردن در آن‌ها می‌رود (مثلاً در مدرسه) با وجود صحبت کردن در موقعیت‌های دیگر.
  - B. این اختلال، پیشرفت تحصیلی یا شغلی یا ارتباط اجتماعی را مختل می‌کند.
  - C. ناتوانی صحبت کردن، ناشی از آگاه نبودن از زبان گفتاری لازم در موقعیت اجتماعی یا احساس راحتی نکردن از آن نیست.
  - D. این اختلال با اختلال ارتباط (مثل اختلال فصاحت با شروع کودکی) بهتر توجیه نمی‌شود و منحصراً در طول دوره اختلال طیف اتیسم، اسکیزوفرنی، یا اختلال روان‌پریشی دیگر روی نمی‌دهد.
- شروع لالی انتخابی، معمولاً قبل از ۵ سالگی است؛ اما این اختلال تا زمان ورود به مدرسه که افزایش تعامل اجتماعی و تکالیف عملکردی، مانند روخوانی با صدای بلند در آن وجود دارد، ممکن است مورد توجه بالینی قرار نگیرد. تداوم این اختلال متغیر است. گرچه گزارش‌های بالینی خبر می‌دهند که شماری از افراد لالی انتخابی را «پشت سر می‌گذارند»؛ اما روند طولی این اختلال معلوم نیست. در برخی موارد، مخصوصاً در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، لالی انتخابی ممکن است ناپدید شود؛ اما نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی باقی بماند.
- عوامل زمینه‌ساز خلق‌وخویی برای لالی انتخابی، کاملاً مشخص نشده‌اند. حالت عاطفی منفی (روان رنجورخویی) یا بازداری رفتاری ممکن است نقش داشته باشد؛ همان‌گونه که سابقه کم‌رویی، گوشه‌گیری اجتماعی و اضطراب اجتماعی والدین نیز ممکن است در این امر دخالت داشته باشند. کودکان مبتلا به لالی انتخابی در مقایسه با همسالان‌شان ممکن است مشکلات زبان دریافتی خفیف داشته باشند، هرچند که زبان دریافتی بازم در محدوده دامنه طبیعی باشد.

از عوامل محیطی، می‌توان به بازداری اجتماعی والدین نیز اشاره کرد. پدر و مادر ممکن است نقش الگو را برای

انتخابی به صورت بیش از حد حمایت کننده یا کنترل کننده تر از والدین مبتلا به اختلالات اضطرابی دیگر یا بدون اختلال توصیف شده‌اند. در خصوص عوامل ژنتیکی و فیزیولوژیکی، به خاطر همپوشی قابل ملاحظه لالی انتخابی با اختلال اضطراب اجتماعی، ممکن است عوامل ژنتیکی این دو اختلال مشترک باشند.

البته این تشخیص برای کودکانی که در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که به کشوری مهاجرت کرده که به زبان متفاوتی صحبت می‌شود، ممکن است از صحبت کردن به زبان جدید، به علت نداشتن آگاهی از آن زبان، خودداری کنند. اگر درک زبان جدید کافی باشد، ولی امتناع از صحبت کردن ادامه یابد، در این صورت تشخیص لالی انتخابی می‌تواند موجه باشد.

لالی انتخابی در صورت عدم درمان ممکن است به اختلال اجتماعی منجر شود، به طوری که کودکان برای پرداختن به تعامل اجتماعی متقابل با کودکان دیگر خیلی مضطرب باشند. وقتی کودکان مبتلا به لالی انتخابی رشد می‌کنند، ممکن است با انزوای اجتماعی بیشتر مواجه شوند. در محیط مدرسه، این کودکان ممکن است دچار مشکلات تحصیلی شوند؛ زیرا اغلب در رابطه با نیازهای تحصیلی یا شخصی خود (مثل درک نکردن تکلیف درسی، درخواست نکردن برای استفاده از توالت) با معلم ارتباط برقرار نمی‌کنند. اختلال شدید در عملکرد تحصیلی و اجتماعی، از جمله اختلالی که از مسخره کردن همسالان ناشی می‌شود، متداول است. در موارد خاصی، لالی انتخابی ممکن است وظیفه راهبردی جبرانی را برای کاهش دادن برانگیختگی نگران کننده در رویارویی‌های اجتماعی داشته باشد.

از رایج‌ترین اختلالات هم‌زمان، می‌توان به اختلالات اضطرابی دیگر، عمدتاً اختلال اضطراب اجتماعی و پس از آن اختلال اضطراب جدایی و فوبی خاص هستند. رفتارهای نافرمانی گاهی در کودکان مبتلا به لالی انتخابی روی می‌دهند؛ هرچند که رفتار نافرمانی ممکن است به موقعیت‌هایی که نیازمند گفتار است، محدود باشد. تأخیرها یا اختلالات ارتباط نیز ممکن است در برخی کودکان مبتلا به لالی انتخابی روی دهند.

## فوبی خاص<sup>۱</sup>

اختلالات هراس خاص یا فوبیاهای خاص عبارت‌اند از ترس‌های افراطی، غیرمنطقی و مداوم نسبت به یک شیء یا یک وضعیت خاص. فوبیا ریشه‌ی یونانی دارد و از فوبوس، یکی از خدایان یونانی که دشمن خود را می‌ترساند، مشتق شده است. محرک‌های فوبی‌زا معمولاً ترس بسیار شدیدی ایجاد می‌کنند و همین دلیل افراد فوبیک، برای اجتناب از آن‌ها استراتژی‌هایی به کار می‌برند تا احتمال مواجه شدن با محرک‌های فوبی‌زا به حداقل برسد (رفتارهای ایمنی).

افراد فوبیک، معمولاً می‌دانند که ترس آن‌ها از یک موقعیت یا رویداد فوبی‌زا بیش از حد زیاد یا غیرمنطقی است؛ اما مجموعه‌ای از باورهای فوبیک ایجاد کرده‌اند که ظاهراً ترس آن‌ها را در کنترل دارد. این باورها در درون خود اطلاعاتی به همراه دارند، اطلاعاتی درباره‌ی اینکه چرا فکر این یا آن محرک تهدیدآمیز است و وقتی در وضعیت فوبیک قرار دارند چه واکنشی نشان دهند (مثل اجتناب از مواجهه با آن محرک). امروزه

بسیاری از روش‌های درمان اختلال هراس خاص برای این طراحی شده‌اند که باورهای غلط را به چالش بکشند و آن‌ها را با افکار بهتری جایگزین کنند که نزدیک شدن به محرک‌های فوبی‌زا و مواجهه با آن‌ها را تشویق و تقویت می‌کنند.

نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال فوبی خاص در آمریکا، در جامعه حدود ۷ تا ۹ درصد و در اروپا حدود ۶ درصد تخمین زده می‌شود. نرخ شیوع در کودکان حدود ۵ درصد و در ۱۳ تا ۱۷ ساله‌ها حدود ۱۶ درصد است. نرخ شیوع در افراد مسن‌تر بین ۳ تا ۵ درصد است. نسبت زنان مبتلا به مردان مبتلا، تقریباً ۲ به ۱ هرچند نرخ شیوع بسته به نوعی فوبیک تفاوت دارد؛ یعنی، زنان بیشتر فوبیای حیوانات، فوبیای محیط‌های طبیعی و فوبیای موقعیتی دارند، درحالی که هر دو جنس به‌طور تقریباً مساوی فوبیای خون، زخم و آمپول را تجربه می‌کنند.

### معیارهای DSM-5 برای اختلال فوبی خاص

معیار A: ترس یا اضطراب شدید در مورد شیء یا یک موقعیت خاص (مثل پرواز کردن، ارتفاعات، حیوانات، تزریق آمپول، دیدن خون).

توجه: در کودکان، این ترس یا اضطراب ممکن است با گریه، قشقرق‌ها، میخکوب شدن، یا چسبیدن ابراز شود.

معیار B: موضوع یا موقعیت فوبیک تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب فوری می‌شود.

معیار C: فرد تمام تلاش خود را به کار می‌برد تا از شیء یا موقعیت فوبیک اجتناب کند یا با ترس بسیار زیاد تحمل می‌کند.

معیار D: این ترس یا اضطراب با ایجاد خطر واقعی توسط موضوع یا موقعیت خاص و زمینه اجتماعی-فرهنگی تناسب ندارد.

معیار E: ترس و اضطراب یا اجتناب، دائمی و تکراری است و معمولاً ۶ ماه یا بیشتر طول می‌کشد.

معیار F: ترس، اضطراب یا اجتناب باعث می‌شود فرد به نابسامانی یا رنج شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های زندگی دچار شود.

معیار G: این اختلال با نشانه‌های اختلال روانی دیگر، از جمله ترس، اضطراب و اجتناب از موقعیت‌های مرتبط با نشانه‌های شبه وحشت‌زدگی یا نشانه‌های ناتوان‌کننده دیگر (مثلاً در آگورافوبی)؛ موضوعات یا موقعیت‌های مرتبط با وسواس‌های فکری (مثلاً در اختلال وسواس فکری-عملی)؛ یادآورهای وقایع آسیب‌زا (مثلاً در اختلال استرس پس از آسیب)؛ جدایی از خانه یا اشخاص دل‌بسته (مثلاً در اختلال اضطراب جدایی)؛ یا موقعیت‌های اجتماعی (مثلاً در اختلال اضطراب اجتماعی) بهتر توجیه نمی‌شود.

### برخی انواع اختلال فوبی خاص

۱- فوبیای حیوانات (اختلال هراس از حیوانات)

۲- فوبیای اجتماعی

۳- فوبیای دندان‌پزشکی (اختلال هراس از دندان‌پزشکی)

۴- فوبیای آب‌های عمیق

۵- فوبیای ارتفاع (اختلال هراس از ارتفاع)

۶- فوبیای محیط‌های بسته

۷- مجموعه فوبیای خون، زخم و آمپول

بعضی شواهد، نشان داده است که اگر فرد از یک اختلال هراس خاص رنج ببرد، احتمال اینکه از یک یا چند اختلال هراس دیگر نیز رنج ببرد بیشتر خواهد بود؛ بنابراین، احتمال کاموربیدیتی برای همه فوبیای بالاست. در مورد نوع محرک‌ها و رویدادهایی که می‌توانند باعث فوبیای بالینی شوند، تفاوت‌های فرهنگی مهمی نیز وجود دارد؛ مثلاً تای جین-کیوفو- شو، نوعی سندروم ژاپنی است که ویژگی آن ترس از خجالت‌زده کردن دیگران یا توهین به آن‌هاست. این مورد با فرهنگ غربی و با اختلال اضطراب اجتماعی که در آن فرد از خجالت‌زده شدن یا توهین شدن از طرف دیگران می‌ترسد، تفاوت زیادی دارد.

در مورد ترس از حیوانات نیز تفاوت‌های فرهنگی دیده می‌شود؛ برای مثال، در جوامع غربی، نسبت به جوامع شرقی، مثل هند و ایران، ترس از عنکبوت شیوع بیشتری دارد. در ایران، ترس از سوسک حمام بیشتر مشاهده می‌شود. تفاوت‌های فرهنگی نشان می‌دهند که ترس را حداقل تا اندازه‌ای، عواملی که خاص فرهنگ فرد هستند تعیین و به رشد آن کمک می‌کنند. این نگرش با نگرش کسانی که معتقدند واکنش‌های فوبیک، در اثر انتخاب طبیعی (نظریه تکامل)، از قبل تعیین شده است، تفاوت دارد.

در ایالات متحده، آسیایی‌ها و آمریکای لاتینی‌ها، از میزان بسیار پایین‌تر فوبی خاص در مقایسه با سفیدپوستان غیرلاتینی، آمریکایی‌های آفریقای تبار و سرخپوستان آمریکا خبر می‌دهند. برخی کشورهای خارج از آمریکا، مخصوصاً کشورهای آسیایی و آفریقایی، علاوه بر اینکه میزان شیوع پایین‌تر فوبی خاص دارند، محتوای فوبی، سن شروع و نسبت جنسیتی متفاوتی را نیز نشان می‌دهند. افراد مبتلا به فوبی خاص ۶۰ درصد بیشتر از افراد بدون این تشخیص احتمال دارد که دست به خودکشی بزنند. با این حال، احتمال دارد که این میزان بالا عمدتاً ناشی از هم‌زمانی با اختلالات شخصیت و اختلالات اضطرابی دیگر باشد.

افراد مبتلا به فوبی خاص، مانند افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی دیگر و اختلالات مصرف الکل و مواد، الگوهای مشابه اختلال در عملکرد روانی-اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی، از جمله اختلالاتی در عملکرد شغلی و میان فردی نشان می‌دهند. در افراد مسن، اختلال می‌تواند در وظایف مراقبت کردن و فعالیت‌های داوطلبانه دیده شود. همچنین، ترس از زمین خوردن در افراد مسن می‌تواند به کاهش تحرک و عملکرد جسمانی و اجتماعی منجر شود و امکان دارد به دریافت کمک رسمی یا غیر رسمی خانگی بیانجامد. ناراحتی و اختلال ناشی از فوبی‌های خاص با تعداد موضوعات و موقعیت‌های ترسناک افزایش می‌یابند؛ بنابراین، فردی که از چهار موضوع یا موقعیت می‌ترسد، از کسی که فقط از یک موضوع می‌ترسد یا موقعیت می‌ترسد، اختلال بیشتری در نقش‌های شغلی و اجتماعی و کیفیت زندگی پایین‌تر دارد. افراد مبتلا به فوبی خاص خون-تزریق-جراحت، حتی زمانی که مشکل جسمانی وجود دارد، مایل نیستند تحت مراقبت پزشکی قرار بگیرند. علاوه بر این، ترس از استفراغ و خفگی می‌تواند مصرف غذا را به مقدار قابل توجهی کاهش دهد.

## اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)

اختلال اضطراب اجتماعی یا فوبیای اجتماعی، برای اول بار در زمان بقراط تعریف شده بود؛ اما این اصطلاح را نخستین بار ژانت در سال ۱۹۰۳ در توصیف بیماران بکار برد که هنگام صحبت کردن، نواختن ساز یا نوشتن دچار ترس می‌شدند.

فوبی اجتماعی، نوعی اختلال اضطرابی است که باعث ترس نامعقول و بیش‌ازاندازه از شرمساری یا تحقیر در مناسبات اجتماعی می‌شود. افرادی که به این اختلال مبتلا هستند، در برقراری ارتباط با دیگران، دوست‌یابی، سخنرانی و اجرا در مقابل جمع دچار مشکل هستند. آن‌ها متوجه این مسئله هستند که ترسشان بدون علت و منطق است؛ اما در مقابله با آن ناموفق هستند. این اختلال با خجالتی بودن کاملاً متفاوت است، چراکه خجالت احساسی گذرا است اما فوبیا اجتماعی ترسی پایدار است که زندگی فرد را مختل می‌کند. دلایل ابتلا به فوبیای اجتماعی چندان مشخص نیست؛ اما سه عامل اصلی برای آن برشمرده شده است:

**وراثت:** فوبیا اجتماعی همانند سایر اختلالات اضطرابی می‌تواند ریشه وراثتی داشته باشد؛ هرچند مشخص نیست این اختلال چقدر به واسطه وراثت و چقدر تحت تأثیر محیط است.

**فعالیت مغز:** همانند تمامی اختلالات روان‌شناختی، فعل‌وانفعالات مغز نقش مهمی در بروز فوبیا اجتماعی بازی می‌کند؛ به‌عنوان مثال پرکاری در ناحیه آمیگدال (بخشی از سیستم لیمبیک که در یادگیری، حافظه احساسات نقش مهمی دارد)، فرد را بیشتر مستعد اختلالات اضطرابی مانند فوبیا اجتماعی می‌کند.

**محیط:** عوامل محیطی در ایجاد این اختلال نقش دارند، تجربیات نامناسب زمان کودکی، معلولیت جسمانی و همچنین قرار گرفتن در کنار افرادی که دچار این اختلال هستند در ایجاد و پیشروی آن نقش دارند.

DSM-IV نام این اختلال را فوبیای اجتماعی و نام فرعی آن را اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته بود؛ اما DSM-5 نام اصلی این اختلال را اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته است؛ زیرا مشکلات به وجود آمده در آن‌ها، در مقایسه با سایر فوبیایها، معمولاً فراگیرتر هستند و در فعالیت‌های عادی فرد نابسامانی بیشتری به وجود می‌آورند. اختلال اضطراب اجتماعی، عبارت است از ترس شدید و دائمی از موقعیت‌هایی که در آن‌ها فرد در جمع دیگران قرار می‌گیرد یا باید جلوی آن‌ها کاری انجام دهد (مثلاً سخنرانی کند).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از هر گونه موقعیت اجتماعی که فکر می‌کنند ممکن است در آن یک رفتار خجالت‌آور داشته باشند یا هرگونه وضعیتی که فکر می‌کنند در آن مورد ارزیابی منفی دیگران قرار می‌گیرند می‌ترسند و سعی می‌کنند از آن‌ها دور باشند. در موقعیت‌های اجتماعی، اضطراب آن‌ها آن قدر فراگیر است که DSM-5 نام عمومی‌تر اختلال اضطراب اجتماعی به آن داده است؛ زیرا می‌تواند بعضی مشکلات فلج‌کننده دیگر مثل افسردگی و اعتیاد به مواد را پیش‌بینی کند.

DSM-5، نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی در مردم آمریکا را حدود ۷ درصد اعلام می‌کند. نرخ شیوع ۱۲ ماهه در کودکان و نوجوانان تقریباً شبیه به نرخ شیوع در بزرگسالان است. نرخ شیوع در همه گروه‌های سنی با افزایش سن کاهش می‌یابد. در مورد بزرگسالان مسن‌تر، نرخ شیوع ۱۲ ماهه بین ۲ تا ۵

درصد است. این اختلال در زنان بیشتر از مردان مشاهده می‌شود (۱,۵ تا ۲,۲ برابر) و در نوجوانان و جوانان تفاوت جنسیتی در نرخ شیوع بیشتر مشاهده می‌شود.

### معیارهای DSM-5 برای اختلال اضطراب اجتماعی (فوبیای اجتماعی)

A: ترس یا اضطراب شدید نسبت به یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آن، فرد در معرض توجه و دقت دیگران قرار می‌گیرد. بعضی نمونه‌ها عبارت‌اند از: تعاملات اجتماعی (مثلاً، حرف زدن با دیگران، ملاقات یا آشنا شدن با دیگران)، تحت نظارت دیگران قرار داشتن (مثلاً به هنگام خوردن یا نوشیدن)، یا انجام دادن کاری در جلوی دیگران (مثلاً سخنرانی کردن).

نکته: در مورد کودکان، اضطراب باید در حضور دوستان هم سن و سال نیز روی دهد نه فقط در طول تعامل با بزرگسالان.

B: فرد می‌ترسد که طوری عمل کند، یا سمپتوم‌های اضطراب از خود نشان دهد که باعث شود مردم برداشت منفی از او داشته باشند (مثلاً مسخره شود، خجالت‌زده شود، یا تحویل گرفته نشود؛ یا باعث توهین به دیگران یا ناراحت شدن آن‌ها شود).

C: موقعیت (یا موقعیت‌های) اجتماعی تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب می‌شوند.

توجه: در کودکان، ترس یا اضطراب ممکن است با گریه کردن، قشقرق راه انداختن، بی‌حرکت ماندن، کز کردن، یا حرف نزدن در موقعیت‌های اجتماعی نشان داده شود.

D: فرد فعالانه تلاش می‌کند تا از موقعیت (یا موقعیت‌های) اجتماعی اجتناب کند یا مجبور می‌شود آن‌ها را با ترس و اضطراب بسیار زیاد تحمل کند.

E: ترس یا اضطراب او با خطری که از طرف موقعیت اجتماعی مورد نظر او را تهدید می‌کند، تناسب ندارد. توجه داشته باشید که "تناسب نداشتن" به متن و زمینه فرهنگی-اجتماعی اشاره دارد.

F: ترس، اضطراب، یا اجتناب مورد نظر، پیوسته و مکرر است و معمولاً ۶ ماه یا بیشتر طول می‌کشد.

G: ترس، اضطراب، یا اجتناب باعث می‌شود فرد به رنج شخصی یا نابسامانی شدید و از لحاظ بالینی معنادار در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های مهم زندگی دچار شود.

H: ناراحتی فرد را نمی‌توان به آثار مستقیم یک ماده (مثلاً یک نوع ماده مخدر، یک نوع داروی تجویزی)، یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد.

I: یک اختلال ذهنی دیگر نمی‌تواند علت مناسب‌تری برای این ناراحتی باشد؛ مثلاً اختلال وحشت‌زدگی، اختلال بادی دیسمورفیک، یا اختلاف طیف اوتیسم.

J: اگر یک عارضه پزشکی دیگر وجود دارد (مثلاً بیماری پارکینسون، چاقی، زشت شدن صورت یا بدن به خاطر سوختگی یا زخم)، ترس، اضطراب، یا اجتناب مورد نظر ربطی به این موضوع که ندارد یا مفرط است. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ممکن است به‌طور نامناسبی جسور و از خود مطمئن یا بیش‌ازحد سلطه‌پذیر باشند و به‌ندرت، هدایت‌کننده گفتگو باشند. ممکن است آن‌ها وضع بدن بسیار خشک یا تماس چشمی نامناسب نشان دهند یا با صدای بسیار ملایم و لطیف.

باشند، در گفتگوها کمتر بی‌پرده باشند و اطلاعات کمی را در مورد خودشان افشا کنند. امکان دارد آن‌ها مشاغلی را جستجو کنند که به ارتباط اجتماعی نیاز نداشته باشند، هرچند که این در مورد افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فقط عملکردی، صدق نمی‌کند. امکان دارد آن‌ها طولانی‌تر در خانه به سر برند. مردان ممکن است در ازدواج و تشکیل خانواده تأخیر کنند؛ درحالی که زنانی که می‌خواهند خارج از خانه کار کنند، ممکن است زندگی خود را به‌عنوان خانه‌دار و مادر بگذرانند. خوددرمانی با مواد متداول است (مثل مشروب‌خواری قبل از رفتن به میهمانی). اضطراب اجتماعی در افراد مسن ممکن است تشدید نشانه‌های بیماری‌های جسمانی، مثل افزایش لرزش یا تپش قلب را نیز در برگیرد. سرخ شدن، پاسخ درمانی شاخص اختلال اضطراب اجتماعی است.

سن متوسط هنگام شروع اختلال اضطراب اجتماعی در ایالات متحده، ۱۳ سالگی است و ۷۵ درصد افراد، سن شروع ۸ تا ۱۵ سال دارند. در تحقیقات آمریکایی و اروپایی، معلوم شده است که این اختلال گاهی از سابقه کودکی بازداری یا کم‌رویی اجتماعی پدیدار می‌شود. شروع می‌تواند در اوایل کودکی نیز باشد. شروع اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است بعد از تجربه استرس‌زا یا خجالت‌آور باشد (مثل مورد قلدری قرار گرفتن، استفراغ کردن در طول سخنرانی در انظار). یا ممکن است پنهان باشد و به‌کندی ایجاد شود. اولین شروع در بزرگسالی نسبتاً نادر است و به‌احتمال زیاد بعد از واقعه‌ای استرس‌زا یا خجالت‌آور یا پس از تغییرات زندگی که به نقش‌های اجتماعی تازه نیاز دارند روی می‌دهد (مثل ازدواج کردن با افرادی از طبقه اجتماعی متفاوت، دریافت ترفیع شغلی). اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است بعد از دواج فردی که از قرار ملاقات گذاشتن می‌ترسد، کاهش یابد و پس از اطلاق دوباره پدیدار شود. در بین افرادی که برای مراقبت بالینی مراجعه می‌کنند، این اختلال گرایش دارد به اینکه خیلی بادوام باشد.

نوجوانان در مقایسه با کودکان خردسال، الگوی گسترده‌تر ترس و اجتناب، از جمله قرار ملاقات را تأیید می‌کنند. افراد مسن، اضطراب اجتماعی ممکن است به ناتوانی ناشی از کاهش عملکرد حسی (شنوایی، بینایی) یا شرمندگی در مورد ظاهر (مثل لرزش ناشی از نشانه بیماری پارکینسون) یا عملکرد ناشی از بیماری‌های جسمانی، بی‌اختیاری ادرار، یا اختلال ناشی (مثل فراموش کردن اسامی افراد) مربوط باشد. در جامعه، تقریباً ۳۰ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ظرف ۱ سال و در حدود ۵۰ درصد ظرف چند سال، بهبود نشانه را تجربه می‌کنند. در تقریباً ۶۰ درصد افراد بدون درمان خاصی برای اختلال اضطراب اجتماعی، این روند چند سال یا بیشتر طول می‌کشد. تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی در افراد سالخورده به چند دلیل ممکن است دشوار باشد که از جمله آن‌ها تمرکز بر نشانه‌های جسمانی، بیماری‌های جسمانی هم‌زمان، بینش محدود، تغییرات در محیط یا نقش‌های اجتماعی هستند که ممکن است اختلال در عملکرد اجتماعی را نامشخص یا موجب سکوت در مورد شرح دادن ناراحتی روان‌شناختی شوند.

در خصوص عوامل زمینه‌ساز این اختلال می‌توان به زمینه‌های خلق‌وخویی، محیطی و ژنتیکی و فیزیولوژیکی اشاره کرد. عوامل خلق‌وخویی مانند صفات اساسی که افراد را برای اختلال اضطراب اجتماعی آماده می‌کنند، بازداری رفتاری و ترس از ارزیابی منفی می‌باشند.

برای عوامل محیطی، میزان بیشتر بدرفتاری در دوران کودکی یا مصیبت روانی-اجتماعی با شروع زود هنگام، در شکل‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی لزوماً نقش علیتی ندارد. با این حال، بدرفتاری و مصیبت در دوران کودکی، عوامل خطر برای اختلال اضطراب اجتماعی هستند.

عوامل ژنتیکی و فیزیولوژیکی شامل صفاتی که افراد را مستعد اختلال اضطراب اجتماعی می‌کنند، می‌باشد؛ مانند بازداری رفتاری که قویاً تحت تأثیر عوامل ژنتیکی قرار دارند. تأثیر ژنتیکی در معرض تعامل ژن-محیط قرار دارد؛ یعنی، کودکانی که بازداری رفتاری زیادی دارند بیشتر مستعد تأثیرات محیطی، مانند الگوبرداری اضطرابی از والدین هستند. همچنین، اختلال اضطراب اجتماعی ارثی است؛ اما اضطراب فقط عملکردی، کمتر ارثی است. خویشاوندان درجه اول، دو تا شش برابر بیشتر احتمال دارد که اختلال اضطراب اجتماعی داشته باشند و آمادگی برای این اختلال مستلزم اثر متقابل عوامل ژنتیکی اختصاصی اختلال (مثل ترس از ارزیابی منفی) و غیراختصاصی (مثل روان رنجورخویی) است.

نشانه‌های تری جین کیفوشو (مثلاً در ژاپن و کره)، اغلب با مسائل ارزیابی اجتماعی مشخص می‌شود، ملاک‌های اختلال اضطراب اجتماعی را برآورده می‌کند که با ترس از اینکه فرد دیگران را ناراحت کند، ارتباط دارند (مثل «زل زدن من مردم را ناراحت می‌کند؛ بنابراین آن‌ها روی خود را برمی‌گردانند و از من اجتناب می‌شود»). ترسی که گاهی با شدت هذیانی تجربه می‌شود. این نشانه‌ها، ممکن است در کشورهای غیر آسیای نیز یافت شود. جلوه‌های دیگر تری جین کیفوشو ممکن است ملاک‌های اختلال بدشکلی بدن یا اختلال هذیانی را برآورده کنند. وضعیت مهاجر با میزان بسیار پایین‌تر اختلال اضطراب اجتماعی در گروه‌های سفیدپوست لاتینی و غیرلاتینی ارتباط دارد. میزان شیوع اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است با سطوح اضطراب اجتماعی گزارش‌شده توسط فرد در فرهنگی یکسان، هماهنگ نباشد؛ یعنی، جوامعی که گرایش‌های جمع‌گرایایی نیرومند دارند، ممکن است از سطوح بالای اضطراب اجتماعی؛ اما شیوع پایین اختلال اضطراب اجتماعی خبر دهند.

زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، از تعداد بیشتر ترس‌های اجتماعی و افسردگی، دوقطبی و اختلالات اضطرابی خبر می‌دهند؛ درحالی که مردان بیشتر احتمال دارد که از قرار ملاقات بترسند، اختلال نافرمانی و اجباری یا اختلال سلوک داشته باشند و برای تسکین نشانه‌های این اختلال، الکل و داروهای غیرمجاز استفاده کنند. «نشانه‌ها مثانه خجالتی» در مردان شایع‌تر است.

## اختلال وحشت‌زدگی<sup>۱</sup>

همان‌طور که از نامش پیداست، بیماری پانیک یا اختلال وحشت‌زدگی یعنی حملات مکرر وحشت یا اضطراب. این حملات با بعضی نشانه‌های فیزیکی همراه هستند، از جمله تپش قلب، تنفس سریع، سرگیجه، تعریق زیاد، تهوع و لرزش. علاوه بر آن، ممکن است فرد به‌شدت رعب و دی پرسونالیزیشن احساس کند (مسخ شخصیت، حالتی است که در آن فرد احساس می‌کند "خودش نیست"، اعمال خود را از نگاه فرد دیگری تماشا می‌کند و هیچ کنترلی روی شرایط محیطی ندارد).

اکثر مردم، در زندگی خود، حداقل یک‌بار به حمله پانیک دچار می‌شوند؛ اما اختلال وحشت‌زدگی زمانی تشخیص‌گذاری می‌شود که حملات پانیک به‌طور دائم و غیر منتظره روی بدهند و تا یک ماه بعد، احتمال روی دادن دوباره آن‌ها وجود داشته باشد. حملات پانیک برای بعضی افراد غیر قابل پیش‌بینی هستند؛ ولی ممکن است برای دیگران با

موقعیت‌ها یا رویدادهای خاص (مثلاً سوار اتوبوس یا مترو شدن) تداعی شود. بیماری پانیک با تعدادی ترس و نگرانی که در فرد ایجاد می‌شود مرتبط است؛ از جمله ترس از اینکه مبادا حملات وحشت‌زدگی علت‌های پزشکی حاد داشته باشند (مثلاً بیماری قلبی، صرع)، هرچند آزمایش‌های پزشکی مکرر نشان می‌دهند که هیچ مشکل پزشکی وجود ندارد. بعضی دیگر فکر می‌کنند که در حال از دست دادن کنترل بر زندگی خود یا در حال دیوانه شدن هستند. کسانی که از این اختلال رنج می‌برند، در رفتار و زندگی خود تغییرات عمده‌ای به وجود می‌آورند؛ برای مثال، همیشه اطمینان حاصل می‌کنند که محلی "امن" در دسترس است تا در صورت روی دادن حمله وحشت‌زدگی بتوانند به آنجا پناه ببرند و این موضوع باعث می‌شود که آن‌ها از موقعیت‌های اجتماعی (تماس با دیگران) دور شوند و حتی شغل خود را ترک کنند. نگرانی درباره حملات آینده، اغلب رفتارهای اجتنابی ایجاد می‌کند و ترک "امنیت" خانه خود و رفتن به درون جامعه را مشکل می‌سازد. در این صورت گفته می‌شود که فرد به اختلال اضطراب وحشت‌زدگی و آگورافوبیا مبتلاست.

به گزارش DSM-5، نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال وحشت‌زدگی در مردم آمریکا و چند کشور اروپایی حدود ۲ تا ۳ درصد در نوجوانان و بزرگسالان است. موارد آن در زنان بیشتر از مردان است (حدود ۲ به ۱). شیوع آن در کودکان زیر چهارده سال کمتر از ۴ درصد است. نرخ شیوع در افراد مسن‌تر کاهش می‌یابد. به گزارش DSM-5، میانگین سن شروع برای اختلال پانیک در آمریکا ۲۰ تا ۲۴ سالگی است. تعداد اندکی از موارد در کودکی شروع می‌شوند و آغاز این اختلال بعد از ۴۵ سالگی غیرمعمول اما امکان‌پذیر است. به نظر می‌رسد که هم در شیوع و هم در نحوه بروز اختلال وحشت‌زدگی، تفاوت‌های فرهنگی وجود دارد؛ برای مثال، در بعضی کشورهای آسیایی، مثل تایوان، شیوع اختلال وحشت‌زدگی بسیار پایین است و علت آن احتمالاً استیگمای مربوط به اعتراف و اعلام اختلالات روانی است.

### معیارهای DSM-5 برای اختلال وحشت‌زدگی

A: حملات وحشت‌زدگی مکرر و غیرمنتظره. حمله وحشت‌زدگی، عبارت است از ترس شدید، یا ناراحتی شدید و ناگهانی که در عرض چند دقیقه به اوج خود می‌رسد و در طی آن، چهار مورد (یا بیشتر) از نشانه‌های زیر روی می‌دهند. افزایش ناگهانی می‌تواند از یک حالت یا وضعیت آرام، یا از یک حالت اضطراب، شروع شود با نشانه‌های زیر:

تپش سریع و نامنظم قلب، تپش سریع قلب با صدای بلند، عرق کردن، لرزیدن، احساس تنگی نفس یا خفگی، احساس گیر کردن چیزی در گلو، درد یا ناراحتی در قفسه سینه، تهوع یا درد در ناحیه شکم، احساس سرگیجه، عدم تعادل، د یا غش کردن، حساس سرد یا گرم شدن بدن، احساس بی‌حس شدن یا سوزن شدن بدن، مسخ واقعیت (احساس عدم واقعیت) یا مسخ شخصیت (گسسته شدن از خود)، ترس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن و ترس از مردن.

B: بعد از حداقل یکی از این حملات پانیک، فرد به مدت ۱ ماه (یا بیشتر) یکی از موارد زیر یا هر دو را تجربه کرده است:

۱. نگرانی مکرر و مداوم درباره دوباره روی دادن حملات پنیک و پیامدهای آن‌ها (مثلاً از دست دادن کنترل، دچار حمله قلبی شدن، "دیوانه شدن").
  ۲. تغییرات ناسازگارانه و چشمگیر یا معنادار در رفتار که با این حملات مرتبط هستند (مثلاً فرد رفتارهایی در پیش می‌گیرد تا از حملات وحشت‌زدگی اجتناب کند؛ برای مثال، از ورزش کردن یا از قرار گرفتن در موقعیت‌های ناآشنا حذر می‌کند).
- C: این اختلال را نمی‌توان به تأثیر مستقیم یک ماده (مثلاً مواد مخدر، یا داروهای تجویزی) یا یک عارضه پزشکی دیگر (مثلاً هایپرتیروئیدیسم، اختلالات قلبی-ریوی) نسبت داد.
- D: برای این اختلال نمی‌توان علت‌های مناسب‌تری پیدا کرد.
- باید به یاد داشته باشیم که حملات وحشت‌زدگی ممکن است در تعدادی از اختلالات اضطرابی حضور داشته باشند (مثلاً در فوبیاهای خاص و اختلال اضطراب اجتماعی). با این حال، در خود اختلال وحشت‌زدگی (بیماری پانیک) تعداد زیادی حملات وحشت‌زدگی غیر قابل کنترل وجود دارد و جنبه مهم و مشکل آن ترس شدید از این است که مبادا حملات وحشت‌زدگی دوباره روی دهند (ترس از ترس). همان‌طور که خواهیم دید، ترس از ترس در نظریه‌های مربوط به این اختلال نقش اصلی را ایفا می‌کند.

## آگورافوبیا یا گذر هراسی<sup>۱</sup>

آگورافوبیا، از کلمه یونانی آگورا به معنای بازار ریشه گرفته است. آگورافوبیا، یعنی ترس از بازار (ازدحام هراسی، ترس از محیط‌های باز، ترس از محیط‌های بسته). اگر به دیدن یک مکان باستانی در یونان بروید، راهنمایان ممکن است به یک محل وسیع و باز اشاره کند و بگوید که آنجا یک آگورا بوده است. افراد مبتلا همیشه می‌ترسند که مبادا در جایی گیر بیفتند و در صورت نیاز فوری (معمولاً به علت وحشت‌زدگی) نتوانند به موقع کمک دریافت کنند. چون وسایل نقلیه وسیله‌ای برای دور شدن از خانه هستند، این افراد ممکن است نسبت به اتومبیل، اتوبوس، قطار، یا هواپیما نیز فوبیا پیدا کنند. افراد آگورافوبیک فکر می‌کنند که حمله وحشت‌زدگی ممکن است ناگهان و به‌طور غیر قابل پیش‌بینی روی دهد و فکر می‌کنند که هر لحظه ممکن است دچار سکته قلبی، سکته مغزی، یا یک بیماری ناشناخته شوند. این عدم اطمینان‌ها، باعث می‌شوند که تمایل نداشته باشند به کنسرت، کلیسا، یا میتینگ‌های اجتماعی بروند. اگر هم بروند، معمولاً در گوشه یا در انتهای سالم و نزدیک به درب خروج می‌نشینند تا در صورت اضطرار به موقع بیرون بروند. آن‌ها از جاهایی که ممکن است در آن‌ها گیر بیفتند می‌ترسند. آسانسور، ازدحام و مخصوصاً هواپیما، مواردی هستند که این افراد خود را واقعاً در آن‌ها "به تله افتاده" احساس می‌کنند.

### معیارهای DSM-5 برای آگورافوبیا

A: ترس یا اضطراب شدید درباره دو موقعیت (یا بیشتر) از پنج موقعیت زیر:

۱. استفاده از وسایل حمل‌ونقل عمومی (مثلاً اتومبیل، اتوبوس، قطار، کشتی، یا هواپیما).
  ۲. فضاهای باز (پارکینگ‌های عمومی، مراکز خرید سرباز، یا پل عابر پیاده یا ماشین‌رو).
  ۳. فضاهای سر بسته (فروشگاه، تئاتر، یا سینما).
  ۴. ایستادن در صف یا قرار گرفتن در داخل جمعیت.
  ۵. تنها بودن در خارج از خانه.
- B: فرد از این موقعیت‌ها می‌ترسد یا از آن‌ها اجتناب می‌کند زیرا فکر می‌کند که در صورت مواجه شدن با سمپتوم‌هایی شبیه سمپتوم‌های حمله وحشت‌زدگی یا سایر سمپتوم‌هایی که او را از پا می‌اندازند (زمین‌گیر می‌کنند) یا باعث خجالت‌زدگی او می‌شوند، به‌آسانی نمی‌تواند فرار کند یا رسیدن نیروهای کمکی دشوار خواهد بود (مثلاً سالمندان ممکن است از زمین خوردن بترسند، یا بعضی افراد از این‌که ناگهان نتوانند ادرار یا مدفوع خود را کنترل کنند می‌ترسند).
- C: موقعیت‌های آگورافوبیک تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب می‌شوند.
- D: فرد تمام سعی خود را می‌کند تا از موقعیت‌های آگورافوبیک اجتناب کند، همیشه می‌خواهد یک نفر همراهش برود، یا اگر در این موقعیت‌ها قرار گیرد دائم در حال ترس یا اضطراب شدید قرار دارد.
- E: شدت ترس یا اضطراب فرد با شدت خطری که موقعیت‌های آگورافوبیک ایجاد می‌کنند تناسب ندارد. توجه داشته باشید که "تناسب نداشتن" به شرایط حاکم، محیط و زمینه فرهنگی - اجتماعی اشاره دارد.
- F: ترس، اضطراب، یا اجتناب، پیوسته و مکرر است و معمولاً ۶ ماه یا بیشتر طول می‌کشد.
- G: ترس، اضطراب، یا اجتناب باعث می‌شود فرد به رنج یا نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های مهم زندگی دچار شود.
- H: اگر یک عارضه پزشکی دیگر حضور دارد (مثلاً بیماری التهاب روده، یا پارکینسون)، ترس، اضطراب، یا اجتناب فرد به‌وضوح افراطی است.
- I: سمپتوم‌های یک اختلال روانی دیگر نمی‌توانند توضیح بهتری برای ترس، اضطراب، یا اجتناب فرد باشند. بعضی افراد به آگورافوبیای بدون حملات وحشت‌زدگی مبتلا می‌شوند. با این حال، اکثر افراد مبتلا به آگورافوبیا، در بین جمع، به حملات وحشت‌زدگی یا سمپتوم‌هایی شبیه سمپتوم‌های وحشت‌زدگی دچار می‌شوند. آگورافوبیا معمولاً در یک سال اول بعد از شروع حملات وحشت‌زدگی مکرر روی می‌دهد. عوارض آگورافوبیا می‌توانند زندگی روزمره افراد را به‌شدت مختل کنند. افراد مبتلا به آگورافوبیا معمولاً به الکل و سایر مواد روی می‌آورند تا با سمپتوم‌های خود مبارزه کنند.
- در خصوص شیوع آگورافوبیا، باید گفت هر سال حدود ۱٫۷ درصد نوجوانان و بزرگسالان آمریکایی مبتلا به آگورافوبیا تشخیص داده می‌شوند. احتمال ابتلای زنان دو برابر مردان است. آگورافوبیا ممکن است در کودکی روی دهد؛ اما نرخ وقوع (بروز، تعداد موارد جدید) آن در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی به اوج می‌رسد. نرخ شیوع ۱۲ ماهه در افراد بالای ۶۵ سال ۴ درصد است.

در دو سوم تمام موارد آگورافوبی، شروع اولیه قبل از ۳۵ سالگی است. خطر بروز قابل ملاحظه‌ای در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی وجود دارد که اشاراتی به دومین مرحله خطر بروز بالا بعد از ۲۰ سالگی دارد. اولین شروع در دوران

کودکی نادر است. متوسط سن به هنگام شروع برای آگورافوبی ۱۷ سالگی است؛ هرچند که سن به هنگام شروع بدون حملات وحشت‌زدگی یا اختلال وحشت‌زدگی قبلی، ۲۵ تا ۵۹ سالگی است.

روند آگورافوبی معمولاً مداوم و مزمن است. بهبود کامل نادر است (۱۰ درصد)، مگر اینکه آگورافوبی درمان شده باشد. در رابطه با آگورافوبی شدیدتر، میزان بهبود کامل کاهش می‌یابد؛ درحالی که میزان برگشت و مزمن شدن افزایش می‌یابد. دامنه‌ای از اختلالات دیگر، مخصوصاً اختلالات اضطرابی دیگر، اختلالات افسردگی، اختلالات مصرف مواد و اختلالات شخصیت، ممکن است روند آگورافوبی را پیچیده کنند. روند بلندمدت و نتیجه آگورافوبی با خطر بسیار بالای اختلال افسردگی اساسی ثانویه، اختلال افسردگی مداوم (افسرده خویی) و اختلالات مصرف مواد، ارتباط دارد.

ویژگی‌های بالینی آگورافوبی در طول عمر نسبتاً با ثبات هستند؛ هرچند که نوع موقعیت‌های آگورافوبیک که ترس، اضطراب، یا اجتناب را راه می‌اندازند، به‌علاوه، نوع شناخت‌ها، ممکن است تغییر کنند؛ برای مثال، در کودکان، تنها خارج از خانه بودن موقعیتی است که بیش از همه ترسناک است، درحالی که در افراد مسن‌تر، بودن در فروشگاه‌ها، ایستادن در صف و بودن در مکان‌های باز همه بیشتر ترسناک هستند. همچنین، شناخت اغلب به گم‌شدن (در کودکان)، تجربه کردن نشانه‌های شبه وحشت‌زدگی (در بزرگسالان) و زمین خوردن (در سالخوردگان) مربوط می‌شوند.

شیوع کم آگورافوبی در کودکان می‌تواند بیانگر مشکلاتی در گزارش دادن نشانه باشد و بنابراین، ارزیابی کودکان خردسال ممکن است به گردآوری اطلاعات از منابع متعدد، از جمله والدین یا معلمان نیاز داشته باشد. نوجوانان، مخصوصاً مردها، ممکن است کمتر از بزرگسالان مایل باشند بی‌پرده در مورد ترس‌ها و اجتناب آگورافوبیک صحبت کنند. با این حال، آگورافوبی می‌تواند قبل از بزرگسالی روی دهد و باید در کودکان و نوجوانان ارزیابی شود. در افراد سالخورده، اختلالات نشانه جسمانی هم‌زمان، به‌علاوه اختلال حرکتی (مثل احساس زمین خوردن یا داشتن عوارض جسمانی)، اغلب توسط افراد به‌عنوان دلیلی برای ترس و اجتناب آن‌ها ذکر می‌شوند. در چنین مواردی، باید در ارزیابی اینکه آیا ترس و اجتناب با خطر واقعی درگیر نامناسب هستند یا نه، دقت لازم صورت گیرد.

از عوامل زمینه‌ساز و پیش‌آگهی خلق‌وخویی می‌توان به بازداری رفتاری و آمادگی روان رنجور یعنی، حالت عاطفی منفی روان رنجورخویی و حساسیت اضطرابی که ارتباط نزدیکی با آگورافوبی دارند، اشاره کرد؛ اما با اغلب اختلالات اضطرابی هم ارتباط دارند (اختلالات فوبیک، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب فراگیر). عامل محیطی شامل رویدادهای ناگوار در کودکی (مثل جدایی، مرگ والد) و وقایع استرس‌زای دیگر، مانند مورد حمله قرار گرفتن و کتک خوردن، با شروع آگورافوبی ارتباط دارند. از این گذشته، افراد مبتلا به آگورافوبی جو خانواده و رفتار فرزند پروری را به صورتی که با صمیمیت کم و محافظت بیش‌ازحد مشخص می‌شود، توصیف می‌کنند.

در خصوص عوامل ژنتیکی و فیزیولوژیکی باید گفت توارث‌پذیری برای آگورافوبی ۶۱ درصد است. از بین فوبی‌های مختلف، آگورافوبی نیرومندترین و مشخص‌ترین ارتباط را با عامل ژنتیکی دارد که آمادگی برای فوبی‌ها را نشان می‌دهد.