

شناسایی موانع روانی کمک‌خواهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۱/۱۰/۱۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۱۱/۲۶

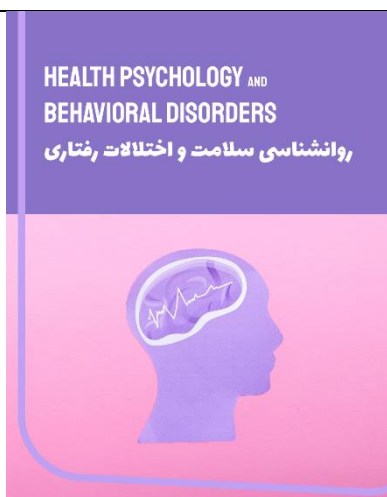
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۳

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۱/۰۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، شناسایی موانع روانی مؤثر بر کمک‌خواهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. این مطالعه با روش کیفی و رویکرد تحلیل مضمون انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۲۲ نفر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی که به‌صورت هدفمند از مراکز روان‌درمانی شهر اصفهان انتخاب شده بودند، گردآوری شد. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار NVivo نسخه ۱۲ تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی چهار مقوله اصلی شامل «ترس از قضاوت اجتماعی»، «احساس ناکارآمدی در تعامل با درمان»، «موانع شناختی-باوری»، و «شرایط بین‌فردی و محیطی» شد. هر یک از این مقوله‌ها شامل چندین زیرمقوله و مفاهیم بود که از تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان استخراج شدند. ترس از تحقیر، انگ اجتماعی، بی‌اعتمادی به درمانگران، کمال‌گرایی، و نبود حمایت اجتماعی از جمله عوامل برجسته‌ای بودند که فرآیند کمک‌خواهی را مختل می‌کردند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مجموعه‌ای از عوامل درونی، شناختی، و بین‌فردی در امتناع از کمک‌خواهی در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی نقش دارند. طراحی مداخلات مبتنی بر آموزش عمومی، کاهش انگ اجتماعی، بهبود دسترسی به خدمات روان‌شناختی، و افزایش حمایت اجتماعی می‌تواند در تسهیل روند کمک‌خواهی در این بیماران مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب اجتماعی، کمک‌خواهی روان‌شناختی، موانع روانی، تحلیل مضمون، پژوهش کیفی

فاطمه کیانی^۱، لیلا رحیمی^{۲*}

۱. گروه علوم تربیتی، دانشگاه سراسری تهران، تهران، ایران

۲. گروه روانشناسی، واحد اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

leila33rahimi@gmail.com

شیوه استناددهی: کیانی، فاطمه، رحیمی، لیلا. (۱۴۰۲). شناسایی موانع روانی کمک‌خواهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۱(۱)، ۳۷-۴۶.

Identifying Psychological Barriers to Help-Seeking in Patients with Social Anxiety Disorder: A Qualitative Study

Submit Date: 2023-01-08

Revise Date: 2023-02-15

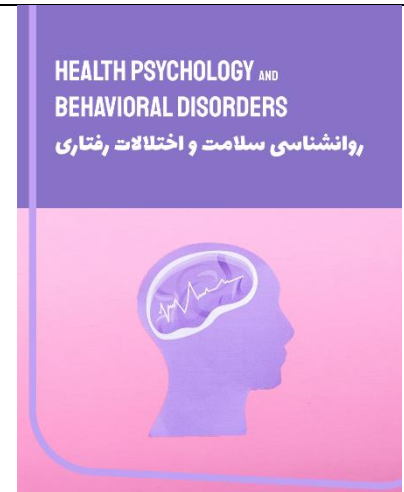
Accept Date: 2023-02-22

Publish Date: 2023-03-20

Abstract

The aim of this study was to identify psychological barriers to help-seeking in patients with social anxiety disorder. This qualitative study employed a thematic analysis approach. Data were collected through semi-structured interviews with 22 patients diagnosed with social anxiety disorder, purposefully selected from psychotherapy centers in Isfahan. Interviews continued until theoretical saturation was achieved. The data were analyzed using NVivo 12 software. Data analysis led to the identification of four main themes: “fear of social judgment,” “perceived inadequacy in engaging with therapy,” “cognitive-belief barriers,” and “interpersonal and environmental conditions.” Each theme comprised several subthemes and concepts derived from participants’ lived experiences. Notable barriers included fear of humiliation, mental health stigma, mistrust toward therapists, perfectionism, and lack of social support. The findings indicate that a combination of internal, cognitive, and interpersonal factors contribute to avoidance of help-seeking in individuals with social anxiety disorder. Interventions aimed at public education, stigma reduction, improved access to psychological services, and enhanced social support may facilitate the help-seeking process in this population.

Keywords: *Social anxiety, psychological help-seeking, psychological barriers, thematic analysis, qualitative research.*

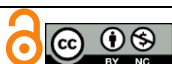
Fatemeh Kiani¹, Leila Rahimi^{2*}

1. Department of Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

2. Department of Psychology, Isfahan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

*Corresponding Author's Email:
leila33rahimi@gmail.com

How to cite: Kiani, F. & Rahimi, L. (2023). Identifying Psychological Barriers to Help-Seeking in Patients with Social Anxiety Disorder: A Qualitative Study. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 1(1), 37-46.



اختلال اضطراب اجتماعی (Social Anxiety Disorder) یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی در حوزه روان‌شناسی بالینی است که با ترس شدید و پایدار از موقعیت‌های اجتماعی و ارزیابی منفی دیگران همراه است و می‌تواند به طور چشم‌گیری عملکرد فرد را در جنبه‌های مختلف زندگی مختل کند (American Psychiatric Association, 2013). افراد مبتلا به این اختلال معمولاً از موقعیت‌هایی که نیازمند تعامل بین‌فردی، صحبت در جمع یا مواجهه با افراد غریبه است اجتناب می‌کنند و به‌طور مداوم درگیر نگرانی از قضاوت منفی دیگران هستند. شیوع این اختلال در جوامع مختلف، به‌ویژه در گروه سنی نوجوانان و جوانان، قابل توجه است و گزارش‌ها حاکی از آن است که حدود ۷ تا ۱۳ درصد افراد در طول زندگی خود با نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی مواجه می‌شوند (Stein & Stein, 2008).

درمان مؤثر این اختلال، به‌ویژه از طریق روان‌درمانی شناختی-رفتاری، در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، شواهد نشان می‌دهند که بسیاری از افراد مبتلا به این اختلال با وجود شدت علائم، از کمک‌خواهی روان‌شناختی امتناع می‌ورزند یا آن را به تعویق می‌اندازند (Moitra et al., 2011). این در حالی است که مداخله به‌موقع می‌تواند از تداوم نشانه‌ها و ایجاد اختلالات همراه مانند افسردگی یا سوءمصرف مواد جلوگیری کند (Grant et al., 2005). بنابراین، شناسایی و تحلیل عواملی که مانع از کمک‌خواهی روانی در این بیماران می‌شود، از اهمیت بالایی برخوردار است.

مطالعات پیشین نشان داده‌اند که موانع کمک‌خواهی در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی به‌طور کلی به سه دسته اصلی تقسیم می‌شود: موانع فردی، موانع بین‌فردی و موانع ساختاری (Gulliver et al., 2010). در سطح فردی، عوامل روان‌شناختی نظیر خودپنداره منفی، ترس از قضاوت دیگران، شرم و احساس بی‌کفایتی نقش مهمی در اجتناب از کمک‌خواهی دارند (Rickwood et al., 2005). افراد با اضطراب اجتماعی معمولاً خود را لایق دریافت کمک نمی‌دانند یا از مطرح کردن مشکلات خود احساس شرمندگی دارند (Vogel et al., 2006). در سطح بین‌فردی نیز روابط ناسالم، حمایت ناکافی از سوی خانواده و دوستان، و تجربه مواجهه با واکنش‌های منفی از جانب اطرافیان به عنوان موانع مؤثر بر عدم مراجعه به درمان مطرح شده‌اند (Clement et al., 2015). در نهایت، عوامل ساختاری همچون هزینه‌های بالا، دسترسی محدود به خدمات تخصصی، و کمبود آگاهی نسبت به فرآیند درمان می‌تواند به عنوان موانعی محیطی ایفای نقش کند (Andrade et al., 2014).

اختلال اضطراب اجتماعی، به‌ویژه به دلیل ماهیت خودتحقیرگرانه و اجتنابی آن، نسبت به سایر اختلالات روان‌شناختی با نرخ پایین‌تری از کمک‌خواهی همراه است. این مسئله باعث شده که بسیاری از مبتلایان در سکوت و انزوای روانی به زندگی ادامه دهند و حتی در مواقع بحرانی نیز از جست‌وجوی درمان صرف‌نظر کنند (Baker et al., 2019). علاوه بر این، مطالعات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با افراد دارای دیگر اختلالات روانی، میزان بیشتری از انگ اجتماعی و درونی‌سازی آن را تجربه می‌کنند که خود عاملی بازدارنده در کمک‌خواهی تلقی می‌شود (Barney et al., 2006).

در ایران نیز با وجود پیشرفت‌های حوزه سلامت روان، همچنان موانع متعددی در مسیر دسترسی به خدمات درمانی روان‌شناختی وجود دارد. نگرش‌های منفی اجتماعی نسبت به مراجعه به روان‌شناس، محدودیت منابع درمانی، و فرهنگ عمومی مبتنی بر تابو بودن بیان مشکلات روانی از جمله عواملی هستند که مانع مراجعه افراد به مراکز درمانی می‌شوند (Sadeghi et al., 2020). در این میان، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به دلیل ویژگی‌های خاص روان‌شناختی خود، بیشتر از سایر گروه‌ها در معرض این موانع قرار دارند. به‌ویژه در فرهنگ‌هایی که عزت‌نفس اجتماعی و پرهیز از نشان دادن ضعف روانی از اهمیت بالایی برخوردار است، بیماران با اضطراب اجتماعی احتمال کمتری برای بیان مشکل و کمک‌خواهی دارند (Naeem et al., 2016).

در پژوهش‌های کیفی محدودی که در این زمینه انجام شده، به ابعاد پیچیده‌تری از موانع روانی کمک‌خواهی اشاره شده است؛ از جمله نقش تجارب منفی قبلی از درمان، بی‌اعتمادی به درمانگران، و ترس از افشای اطلاعات شخصی (Jennings et al., 2015). همچنین، برخی پژوهش‌ها

نشان داده‌اند که باورهای شناختی تحریف‌شده درباره ماهیت درمان، انتظار ناکارآمد از نتایج سریع، و ناآگاهی نسبت به شیوه‌های درمان روان‌شناختی در کاهش انگیزه برای مراجعه نقش دارند (Nam et al., 2013).

با توجه به نکات فوق، ضروری است که مطالعات بیشتری با روش‌شناسی کیفی برای شناسایی دقیق‌تر موانع روانی کمک‌خواهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام گیرد. روش‌های کیفی، به‌ویژه از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، می‌توانند به درک عمیق‌تری از تجربه زیسته این بیماران منجر شوند و عواملی را که در مطالعات کمی نادیده گرفته شده‌اند، برجسته سازند (Creswell & Poth, 2018). این نوع پژوهش‌ها می‌توانند بستری فراهم کنند برای طراحی مداخلات فرهنگی‌محور، آموزش‌های عمومی برای کاهش انگ روانی، و بهبود فرآیند درمان برای این گروه از بیماران.

در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف شناسایی موانع روانی کمک‌خواهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی طراحی شده است. از آنجا که این اختلال با ویژگی‌هایی چون ترس از تعامل اجتماعی، اجتناب، و حساسیت به ارزیابی منفی همراه است، بررسی موانع ذهنی و شناختی این افراد می‌تواند به ارتقای خدمات سلامت روان و بهبود دسترسی بیماران به درمان مؤثر منجر شود. امید است یافته‌های این پژوهش، راهگشای سیاست‌گذاران حوزه بهداشت روان، درمانگران، و برنامه‌ریزان حوزه سلامت در طراحی برنامه‌هایی برای کاهش این موانع و تسهیل مسیر کمک‌خواهی بیماران باشد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر به روش کیفی و با رویکرد تحلیل مضمون انجام شده است. هدف اصلی پژوهش، شناسایی موانع روانی کمک‌خواهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بوده است. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۲ نفر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بودند که در مراکز روان‌درمانی و مشاوره شهر اصفهان تحت درمان یا پیگیری بودند. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد و تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت، به‌گونه‌ای که پس از مصاحبه با نفر بیست‌ودوم، داده‌های جدید قابل توجهی حاصل نشد.

اطلاعات از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد. برای این منظور، یک راهنمای مصاحبه شامل سؤالات باز تدوین گردید تا شرکت‌کنندگان بتوانند آزادانه تجربیات، نگرش‌ها و برداشت‌های خود را نسبت به کمک‌خواهی روانی بیان کنند. مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۰ دقیقه بود و تمامی مصاحبه‌ها با رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان ضبط و سپس وادویی شد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Nvivo نسخه ۱۲ انجام گرفت. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، داده‌ها با روش تحلیل مضمون مورد بررسی قرار گرفتند. در ابتدا، کدگذاری باز انجام شد تا مضامین اولیه استخراج شوند. سپس در مرحله کدگذاری محوری، کدهای مشابه در مقوله‌هایی سازمان‌دهی شدند. نهایتاً در مرحله کدگذاری انتخابی، مضامین مرکزی شناسایی گردیدند که به تبیین جامع موانع روانی کمک‌خواهی در این گروه منجر شد. برای اطمینان از اعتبار داده‌ها، از روش‌های بررسی هم‌زمان توسط پژوهشگران دیگر و بازبینی توسط برخی مشارکت‌کنندگان استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۲۲ نفر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی که در مراکز روان‌درمانی شهر اصفهان تحت درمان یا پیگیری بودند، به‌صورت هدفمند انتخاب و مورد مصاحبه قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۰/۴ سال با دامنه سنی ۲۰ تا ۴۷ سال بود. از مجموع شرکت‌کنندگان، ۱۳ نفر (۵۹٪) زن و ۹ نفر (۴۱٪) مرد بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۵ نفر (۲۳٪) دارای مدرک دیپلم، ۹ نفر (۴۱٪) دارای مدرک کارشناسی، ۷ نفر (۳۲٪) دارای مدرک کارشناسی‌ارشد و ۱ نفر (۴٪) دارای مدرک دکتری بودند. همچنین از نظر وضعیت تأهل، ۱۵ نفر (۶۸٪) مجرد و ۷ نفر (۳۲٪) متأهل بودند. از لحاظ مدت زمان تشخیص رسمی اختلال، ۸ نفر (۳۶٪) کمتر از یک سال، ۱۰ نفر (۴۵٪)

بین یک تا سه سال و ۴ نفر (۱۸٪) بیش از سه سال از تشخیص آن‌ها گذشته بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی در مرحله مصاحبه ثبت و برای تحلیل بهتر یافته‌ها مورد توجه قرار گرفت.

جدول ۱. نتایج تجزیه و تحلیل کیفی داده‌ها

مفاهیم (کدهای باز)	زیرمقوله	مقوله اصلی
نگران دیده شدن به عنوان فرد ضعیف، احساس خجالت از مراجعه، مقایسه خود با دیگران، ترس از بی‌ارزشی، پیش‌بینی پاسخ منفی اطرافیان	ترس از تحقیر شدن	ترس از قضاوت اجتماعی
برچسب خوردن، شرم از مراجعه، نگرانی از قضاوت اطرافیان، ترس از شناخته شدن، پنهان‌کاری درباره مشکل	انگ اجتماعی بیماری روانی	
نگرانی از فاش شدن اطلاعات، بی‌اعتمادی به رازداری مشاور، ترس از دیده شدن توسط آشنایان، ترس از عواقب شغلی	ترس از افشای هویت	
تصور ضعف شخصیت، دیدگاه منفی نسبت به مراجعه به روان‌شناس، شرمندگی از نیاز به کمک، تحقیر درونی	ارزیابی منفی از کمک‌خواهی	
حساسیت افراطی به قضاوت بیرونی، وابستگی به تایید دیگران، اجتناب از موقعیت‌های پرمخاطره اجتماعی	حساسیت به نظر دیگران	
تجربه تمسخر شدن، برخورد بد درمانگر قبلی، احساس نادیده گرفته شدن، درمان بدون نتیجه	تجربه‌های منفی گذشته	
تردید نسبت به اثربخشی مشاوره، بی‌اعتمادی به درمان روانی، ناتوانی در درک سازوکار درمان	شک به مؤثر بودن درمان	احساس ناکارآمدی در تعامل با درمان
سختی در توصیف احساسات، ناتوانی در باز کردن خود، ترس از سوءتفاهم، بی‌زمانی عاطفی	ناتوانی در بیان احساسات	
حس بی‌لیاقتی، احساس نالایق بودن برای دریافت کمک، باور به شکست شخصی، شرم درونی	خودپنداره منفی	
اجتناب، سرکوب هیجان، تظاهر به بی‌مشکل بودن، فاصله‌گیری از افراد	وابستگی به راهکارهای خودتنظیمی ناکارآمد	
اعتقاد به کافی بودن خودمراقبتی، تجربه موفق بدون درمان، پرهیز از تکیه بر دیگران	مقایسه درمان با خودمراقبتی	
درمان فقط برای «دیوانه‌ها»، بی‌فایده بودن درمان، باور به خوددرمانی، درمان وقت‌تلفی است	باورهای منفی نسبت به موانع شناختی-باوری	
ترس از شکست در فرایند درمان، انتظار نتایج سریع و کامل، ترس از ناتوانی در رعایت دستورالعمل‌ها	روان‌درمانی	
یکسان‌نگاری همه مشاوران، باور به تکرار آسیب، ترس از بی‌توجهی مجدد	کمال‌گرایی افراطی	
تردید به تخصص درمانگر، نداشتن اعتماد به صداقت درمانگر، تصور تعارض منافع	تعمیم تجربه‌های منفی	
برچسب‌زنی درونی، تلقی اضطراب به عنوان ضعف شخصیتی، طبیعی دانستن اضطراب بالا	شک به صلاحیت درمانگران	
ناآشنایی با مراحل مراجعه، نداشتن دانش از انواع خدمات، سردرگمی در انتخاب درمانگر	تفسیر منفی از علائم اضطراب	
نپذیرفتن کمک بیرونی، ترجیح به حفظ کنترل کامل، ترس از تغییر ناشی از درمان	ابهام در فرآیند کمک‌خواهی	
بی‌توجهی اطرافیان، تشویق به خودداری از کمک‌خواهی، نادیده گرفتن مشکل، سرزنش بابت ضعف روانی	تمایل به کنترل مطلق بر شرایط	شرایط بین‌فردی و محیطی
تردید نسبت به محرمانه بودن اطلاعات، تصور تجاری بودن درمان، ترس از وابستگی به درمانگر	حمایت ناکافی خانواده	
هزینه بالا، کمبود مراکز تخصصی، نوبت‌های طولانی، مشکلات حمل‌ونقل	بی‌اعتمادی به ساختارهای درمانی	
آموزش سکوت در برابر مشکلات، تربیت سنتی، تابو بودن صحبت درباره روان	دسترسی محدود به خدمات	
تمسخر مشکل، بی‌اعتنایی اطرافیان، نصیحت‌های بی‌ربط، بی‌اعتمادی به درد دل	فرهنگ سکوت عاطفی	
ترس از لو رفتن، پرهیز از محیط‌های گروهی، انزوا در جمع درمانی	تجربه واکنش منفی از دیگران	
نداشتن فرد حامی، احساس طردشدگی، نبود رابطه عاطفی امن، ناتوانی در ابراز نیاز	هراس از برملا شدن در جمع	
	بی‌ثباتی روابط بین‌فردی	

ترس از تحقیر شدن یکی از موانع مهم در مسیر کمک‌خواهی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. شرکت‌کنندگان از این بیم داشتند که مراجعه به روان‌شناس به عنوان نشانه‌ای از ضعف شخصیتی تلقی شود. یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشت: «اگه برم روان‌شناس، یعنی

من کم آوردم، یعنی آدم ضعیفی‌ام، اینو بقیه می‌فهمن». این ترس موجب اجتناب از مطرح کردن مشکل و پنهان‌کاری نسبت به نیاز درمانی شده است.

در انگ اجتماعی بیماری روانی، شرکت‌کنندگان به تجارب منفی خود درباره تلقی جامعه از مشکلات روانی اشاره کردند. بسیاری بر این باور بودند که مراجعه به روان‌درمانگر مساوی با «دیوانه بودن» است و اطرافیان ممکن است آنها را برچسب بزنند. به گفته یکی از آنها: «تو خانواده ما می‌گن کسی که روانی می‌شه باید قایم شه، نه اینکه بره دکتر!».

در زیرمقوله ترس از افشای هویت، بی‌اعتمادی به رازداری درمانگران و نگرانی از دیده شدن در محیط‌های درمانی مانع جدی کمک‌خواهی بوده است. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «اگه کسی منو تو مرکز مشاوره ببینه، چی می‌گه؟ بعدش دیگه روم نمی‌شه تو چشمش نگاه کنم». ارزیابی منفی از کمک‌خواهی نیز به صورت یک خودسرزنی درونی ظاهر می‌شد. برخی افراد احساس شرمندگی از کمک خواستن داشتند و آن را نوعی ناتوانی در مدیریت زندگی خود می‌دانستند. به گفته یک شرکت‌کننده: «من باید خودم بتونم حلش کنم، اگه نتونم یعنی شکست خوردم».

در حساسیت به نظر دیگران، اضطراب نسبت به نگاه اطرافیان به حدی بالا بود که حتی تصور مراجعه به روان‌شناس نیز با ترس همراه می‌شد. یکی از بیماران گفت: «همش فکر می‌کنم بقیه منو قضاوت می‌کنن، حتی اگه فقط بدونن رفتم دکتر، اینم باعث می‌شه نرم اصلاً». تجربه‌های منفی گذشته نیز نقش بازدارنده داشتند. افرادی که قبلاً مراجعه کرده اما نتیجه مثبتی نگرفته بودند، اعتماد خود را از دست داده بودند. یکی از آنها گفت: «یه بار رفتم، اون قدر سطحی حرف زد که دیگه نخواستم امتحان کنم، حس کردم وقتم تلف شد». در زیرمقوله شک به مؤثر بودن درمان، برخی افراد تصور می‌کردند درمان روانی کارایی لازم را ندارد یا فقط برای مشکلات خیلی حاد مؤثر است. یکی گفت: «فکر نمی‌کنم حرف زدن بتونه اضطراب اجتماعی منو حل کنه، اینجوری بزرگ شدم دیگه».

ناتوانی در بیان احساسات نیز از موانع درونی کمک‌خواهی بود. برخی شرکت‌کنندگان اذعان داشتند که نمی‌توانند احساسات خود را به خوبی بیان کنند. به گفته یکی از آنها: «نمی‌دونم چی باید بگم، فقط می‌دونم یه چیزایی اذیتم می‌کنه ولی نمی‌تونم توضیح بدم». خودپنداره منفی باعث شده بود افراد خود را لایق دریافت کمک ندانند. آنها خود را بی‌ارزش و غیرقابل ترمیم می‌دانستند. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «من لیاقت ندارم کسی برام وقت بذاره، خودمم از خودم خسته‌ام».

در وابستگی به راهکارهای ناکارآمد خودتنظیمی، برخی افراد به اجتناب، سرکوب احساسات و بی‌تفاوتی ظاهری متوسل شده بودند. یکی گفت: «سعی می‌کنم هیچ‌کس نفهمه مشکلی دارم، فقط خودم با خودم کنار میام، هرچند خیلی سخته». مقایسه درمان با خودمراقبتی نیز دیده شد. افراد می‌پنداشتند که با روش‌هایی مثل کتاب‌خواندن یا تنهایی گذراندن بحران‌ها می‌توانند بهبود یابند. یک نفر بیان کرد: «خودم یه سری کتاب روانشناسی خوندم، به نظرم بیشتر از دکترها کمک کرد».

در باورهای منفی نسبت به روان‌درمانی، بسیاری افراد درمان را بی‌فایده یا حتی زیان‌آور می‌دانستند. به گفته یکی از آنها: «فکر می‌کنم روان‌درمانی فقط وقت تلفیه، نهایتش یکی حرفای خودمو بهم پس می‌ده».

کمال‌گرایی افراطی موجب شد افراد به دلیل ترس از نتیجه نگرفتن یا ناتوانی در رعایت توصیه‌های درمانگر، اقدام به کمک‌خواهی نکنند. یک نفر گفت: «اگه برم و نتیجه نگیرم، حس می‌کنم دیگه هیچ راهی ندارم، پس بهتره اصلاً نرم».

در تعمیم تجربه‌های منفی، برخی بیماران تجربه بدی از مشاوران قبلی داشتند و این تجربه را به همه درمانگران تعمیم می‌دادند. یکی از آنها اظهار کرد: «یه بار رفتم، اصلاً گوش نمی‌داد، فقط سرتکون می‌داد. دیگه همه‌شون همینه‌ان».

شک به صلاحیت درمانگران نیز مطرح شد. تردید نسبت به دانش، صداقت یا انگیزه درمانگر موجب بی‌اعتمادی شده بود. فردی بیان کرد: «نمی‌دونم اصلاً درسشو خونده یا فقط داره پول درمیاره!».

در تفسیر منفی از علائم اضطراب، برخی اضطراب خود را نشانه‌ای از ضعف می‌دانستند نه یک اختلال قابل درمان. به گفته یکی از آن‌ها: «همه آدم‌ها استرس دارن، منم باید عادی باشم، این چیزا درمان نمی‌خواد».

ابهام در فرآیند کمک‌خواهی نیز دیده شد. بسیاری نمی‌دانستند از کجا باید شروع کنند یا چه نوع کمکی مناسب آن‌هاست. یک نفر گفت: «نمی‌دونم کجا باید برم، روانشناس، روانپزشک، مشاور؟ هیچ کس راهنمایی نمی‌کنه».

در تمایل به کنترل مطلق بر شرایط، برخی بیماران تمایل نداشتند فرد دیگری در امور روانی آن‌ها دخالت کند. یک نفر گفت: «نمی‌خوام ذهنم رو کسی دستکاری کنه، ترجیح می‌دم خودم کنترل همه‌چیزو داشته باشم».

در زیرمقوله حمایت ناکافی خانواده، بسیاری از مشارکت‌کنندگان اشاره داشتند که خانواده آن‌ها یا مشکل روانی‌شان را جدی نمی‌گیرد یا آنان را بابت آن سرزنش می‌کند. یک نفر گفت: «به مامانم گفتم، گفت ادا درنیار، همه استرس دارن».

بی‌اعتمادی به ساختارهای درمانی نیز مطرح بود. برخی شرکت‌کنندگان به رازداری مراکز درمانی شک داشتند یا آن‌ها را صرفاً تجاری می‌دانستند. یکی گفت: «احساس می‌کنم فقط پول می‌خوان، نه اینکه واقعاً بخوان کمک کنن».

در دسترسی محدود به خدمات، موانعی مثل هزینه بالا، کمبود متخصص یا سختی رفت‌وآمد مطرح شد. یکی گفت: «مرکز خوب خیلی دوره، وقت گرفتم سخته، هزینه‌شم بالاست، آدم پشیمون می‌شه».

فرهنگ سکوت عاطفی نیز مانع بیان مشکلات روانی بود. شرکت‌کنندگان به تربیت خانوادگی یا فرهنگی اشاره داشتند که بیان احساسات را نشانه ضعف می‌دانست. یکی گفت: «از بچگی بهمون گفتن درد تو بگو ضعیف می‌شی».

در تجربه واکنش منفی از دیگران، برخی بیماران هنگام مطرح کردن مشکل با تمسخر، انکار یا توصیه‌های سطحی مواجه شده بودند. به گفته یکی از آن‌ها: «مشکلمو گفتم، گفتن ولش کن، خودتو لوس نکن».

در نهایت، هراس از برملا شدن در جمع و بی‌ثباتی روابط بین‌فردی نیز به‌عنوان موانع بین‌فردی مهم مطرح شدند. انزوای اجتماعی، نداشتن روابط ایمن و ترس از طرد شدن از جمله مضامین مکرر در صحبت‌های افراد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش شناسایی موانع روانی کمک‌خواهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. یافته‌های حاصل از تحلیل مضمون مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۲۲ مشارکت‌کننده ساکن اصفهان، به شناسایی چهار مقوله اصلی شامل «ترس از قضاوت اجتماعی»، «احساس ناکارآمدی در تعامل با درمان»، «موانع شناختی-باوری» و «شرایط بین‌فردی و محیطی» منجر شد. هر یک از این مقوله‌ها شامل زیرمقوله‌هایی بودند که به‌صورت دقیق‌تر عوامل بازدارنده کمک‌خواهی را توصیف کردند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که مجموعه‌ای از عوامل درونی و بیرونی به‌صورت پیچیده و درهم‌تنیده، مسیر کمک‌خواهی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی را مسدود می‌سازند.

در مقوله «ترس از قضاوت اجتماعی»، شرکت‌کنندگان از ترس شدید نسبت به ارزیابی منفی دیگران، انگ اجتماعی بیماری روانی، و شرم از افشای مشکل روان‌شناختی خود سخن گفتند. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های پیشین که نشان داده‌اند انگ اجتماعی و شرم درونی شده از عوامل اصلی اجتناب از کمک‌خواهی در اختلالات اضطرابی است، همسو می‌باشد (Vogel et al., 2006; Clement et al., 2015). افراد دارای اضطراب اجتماعی به دلیل ترس از تحقیر شدن یا دیده شدن به عنوان «فرد ضعیف»، تمایل دارند مشکل خود را پنهان سازند. چنین باورهایی معمولاً در فرهنگ‌هایی که پذیرش مشکلات روانی را نشانه ضعف می‌دانند، ریشه‌دارتر است (Sadeghi et al., 2020). در این زمینه، نقل‌قول یکی از شرکت‌کنندگان که گفته بود «اگه کسی منو تو مرکز مشاوره ببینه، دیگه نمی‌تونم تو چشمش نگاه کنم»، بیانگر عمق این نگرانی است.

مقوله «احساس ناکارآمدی در تعامل با درمان» نیز یافته‌ای قابل توجه بود که بر نگرش منفی فرد نسبت به نقش خود در فرایند درمان تأکید دارد. برخی مشارکت‌کنندگان ناتوانی در بیان احساسات، شک به اثربخشی روان‌درمانی و تمایل به استفاده از راهکارهای ناکارآمد فردی را مانع مراجعه دانستند. یافته‌های این بخش با پژوهش Moitra و همکاران (۲۰۱۱) هم‌راستا است که نشان دادند افراد دارای اضطراب اجتماعی به دلیل خودپنداره منفی، خود را نالایق دریافت حمایت روانی می‌دانند. به‌علاوه، در پژوهش Jennings و همکاران (۲۰۱۵) نیز بیان شد که خودکارآمدی پایین و بی‌اعتمادی به درمان، از موانع مؤثر در کمک‌خواهی هستند.

در مقوله «موانع شناختی-باوری»، باورهای تحریف‌شده درباره ماهیت روان‌درمانی، کمال‌گرایی افراطی، و تعمیم تجربه‌های منفی قبلی به سایر درمانگران دیده شد. برخی بیماران اعتقاد داشتند درمان تنها برای افراد «بسیار بیمار» مفید است و برخی دیگر از اثربخشی درمانگرها مطمئن نبودند. این یافته‌ها با مطالعات Nam و همکاران (۲۰۱۳) و Gulliver و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد که نشان دادند باورهای منفی درباره درمان، یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های امتناع از مراجعه برای درمان است. به‌ویژه کمال‌گرایی افراطی، موجب می‌شود افراد از ترس شکست یا عدم دستیابی به نتیجه کامل، فرایند درمان را آغاز نکنند.

در نهایت، مقوله «شرایط بین‌فردی و محیطی» به موانعی همچون حمایت ناکافی خانواده، تجربه طرد اجتماعی، فرهنگ سکوت عاطفی، و عدم دسترسی مناسب به خدمات روان‌شناسی اشاره دارد. شرکت‌کنندگان بارها بیان کردند که در خانواده یا محیط اطراف، بیان مشکل روانی نه‌تنها مورد حمایت قرار نمی‌گیرد بلکه با تمسخر یا بی‌اعتنایی مواجه می‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «مامانم گفت ادا درنیار، همه استرس دارن». چنین نگرشی در پژوهش Baker و همکاران (۲۰۱۹) نیز گزارش شده است که تأکید می‌کند واکنش منفی خانواده و جامعه به مشکلات روانی، اثر بازدارنده جدی بر روند درمان دارد. همچنین، مطالعات بین‌المللی همچون گزارش سازمان جهانی بهداشت نشان داده‌اند که عوامل ساختاری مانند کمبود منابع و هزینه‌های بالا می‌توانند نرخ کمک‌خواهی را به شکل چشمگیری کاهش دهند (Andrade et al., 2014).

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که موانع روانی کمک‌خواهی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تنها محدود به ترس‌های فردی نیست، بلکه به واسطه تعامل پیچیده‌ای از عوامل شناختی، فرهنگی، ساختاری و بین‌فردی ایجاد می‌شود. این نتایج نشانگر آن است که برنامه‌ریزی‌های درمانی و مداخلات سلامت روان در این گروه جمعیتی باید چندبعدی و مبتنی بر درک زمینه‌های روانی-اجتماعی بیماران طراحی شود.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن نمونه به بیماران ساکن شهر اصفهان بود که ممکن است نتوان نتایج آن را به سایر مناطق با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوت تعمیم داد. همچنین، داده‌ها تنها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد که ممکن است برخی جنبه‌های تجربیات درونی بیماران را به صورت کامل منعکس نکند. محدودیت دیگر به ماهیت کیفی پژوهش برمی‌گردد که علی‌رغم عمق تحلیلی بالا، امکان سنجش روابط علی یا تعمیم آماری نتایج را ندارد. همچنین، از آنجا که شرکت‌کنندگان به‌طور داوطلبانه در پژوهش شرکت کرده‌اند، ممکن است دیدگاه افرادی که تمایل کمتری به بیان مشکل دارند، در پژوهش لحاظ نشده باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که مطالعات آتی با روش‌های ترکیبی (کمی و کیفی) انجام گیرد تا هم عمق تحلیلی و هم قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین، انجام پژوهش‌هایی مشابه در سایر شهرها و اقلیم‌های فرهنگی ایران می‌تواند به شناسایی الگوهای متنوع‌تری از موانع کمک‌خواهی منجر شود. بررسی دیدگاه درمانگران و خانواده‌ها نیز می‌تواند چشم‌انداز جامع‌تری نسبت به تعامل فرد مبتلا با محیط ایجاد کند. علاوه‌براین، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی به نقش متغیرهایی مانند سن، جنسیت، سطح تحصیلات و مدت زمان ابتلا به اختلال نیز توجه بیشتری شود.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، مداخلات روان‌شناختی باید به کاهش انگ اجتماعی و اصلاح باورهای منفی درباره درمان اختصاص یابد. طراحی برنامه‌های آگاهی‌بخشی در سطح جامعه، مدارس، و رسانه‌ها می‌تواند به کاهش شرم و ترس از کمک‌خواهی منجر شود. همچنین، آموزش خانواده‌ها درباره چگونگی برخورد با مشکلات روانی فرزندان و اعضای خانواده می‌تواند موجب تقویت حمایت بین‌فردی شود. در سطح ساختاری،

فراهم کردن دسترسی آسان‌تر به خدمات روان‌شناختی، کاهش هزینه‌ها، و افزایش تعداد مراکز درمانی در مناطق محروم می‌تواند فرآیند کمک‌خواهی را تسهیل کند. نهایتاً، درمانگران باید به حساسیت‌های ویژه بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی توجه کرده و فضای ایمن، رازدار و بدون قضاوت را برای آن‌ها فراهم سازند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

فهرست منابع

References

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., ... & Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303–1317.
- Baker, A. E. Z., Procter, N. G., & Ferguson, M. (2019). Engaging with individuals with social anxiety disorder: Barriers and facilitators to help-seeking. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 817–826.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51–54.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Blanco, C., Stinson, F. S., Chou, S. P., Goldstein, R. B., ... & Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(11), 1351–1361.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113.

- Jennings, K. S., Cheung, J. H., Britt, T. W., Goguen, K. N., Jeffirs, S. M., Peasley, A. L., & Lee, A. C. (2015). How are perceived stigma, self-stigma, and self-reliance related to treatment-seeking? A three-path model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 109–116.
- Moitra, E., Beard, C., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2011). Occupational impairment and social anxiety disorder in a sample of primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 130(1–2), 209–212.
- Naeem, F., Ayub, M., Gobbi, M., & Kingdon, D. (2016). Where there is no psychologist: Barriers to delivering psychological treatment in developing countries. *International Review of Psychiatry*, 22(6), 602–608.
- Nam, S. K., Chu, H. J., Lee, M. K., Lee, J. H., Kim, N., & Lee, S. M. (2013). A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American College Health*, 59(2), 110–116.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218–251.
- Sadeghi, M., Gharraee, B., Asghari-Moghadam, M. A., & Salehi, M. (2020). Barriers to accessing mental health services in Iran: A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(1), e89244.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115–1125.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2006). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40–50.