

بررسی نقش واسطه‌ای سیستم بازداری - فعال‌سازی رفتاری در رابطه‌ی بین
تجربه بدرفتاری در دوران کودکی با علائم اضطراب اجتماعی و اختلال
اضطراب فراگیر در بزرگسالی

Investigating the mediating role of inhibition-behavioral activation system in
the relationship between childhood abuse experience with social anxiety
symptoms and generalized anxiety disorder in adulthood

تاریخ پذیرش مقاله ۱۳۹۹/۰۳/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۱۹

Z. Aslsoleymani., M. Rostami

زهرا اصل سلیمانی^۱، مهدی رستمی^{۲*}

Abstract

Aim: This study aimed to determine the mediating role of the inhibition-behavioral activation system in the relationship between childhood abuse experience with social anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in adults. **Method:** The aim of this study was basic in terms of purpose and descriptive-analytical in terms of the data collection method. Harassment, Behavioral Inhibition / Activation System, Social Anxiety and Pervasive Anxiety. Correlation coefficients and path analysis were used to analyze the data. **Results:** The results of correlation showed a significant relationship between childhood abuse experience with behavioral activation, behavioral inhibition, generalized anxiety, and social anxiety. Also, the evaluation of the structural model using statistical indicators showed that the experience of coefficient abuse has a significant direct effect on social anxiety disorder and generalized anxiety disorder

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای سیستم بازداری - فعال‌سازی رفتاری در رابطه‌ی بین تجربه بدرفتاری در دوران کودکی با علائم اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر در بزرگسالان بود. **روش:** پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع بنیادی و از نظر نحوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی-تحلیلی بود که ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به پرسشنامه‌های کودک‌آزاری، سیستم بازداری/فعال‌سازی رفتاری، اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از ضرایب همبستگی و تحلیل مسیر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج همبستگی، حاکی از رابطه‌ی معنادار بین تجربه بدرفتاری در کودکی با فعال‌سازی رفتاری، بازداری رفتاری، اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی بود. همچنین ارزیابی مدل ساختاری با استفاده از شاخص‌های آماری نشان داد که

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۲. * نویسنده مسئول: گروه مشاوره و روانشناسی، مرکز مطالعات و تحقیقات اجتماعی ایران مهر، تهران، ایران

through activation and behavioral inhibition. The findings supported the appropriate fit of the hypothetical structure between the research variables. **Conclusion:** Behavioral activation and inhibition can play a significant mediating role between childhood abuse and social anxiety disorder and generalized anxiety disorder in adulthood.

Keywords: *Social Anxiety, Generalized Anxiety, Inhibition, Abuse, Activation*

تجربه بدرفتاری ضرایب تاثیر مستقیم معناداری بر اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر به واسطه‌ی فعال‌سازی و بازداری رفتاری دارد. یافته‌ها از برازندگی مناسب ساختار فرضی بین متغیرهای پژوهش حمایت کرد. **نتیجه‌گیری:** فعال‌سازی و بازداری رفتاری می‌تواند نقش واسطه‌ای قابل توجهی بین بدرفتاری دوران کودکی و ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر در بزرگسالی ایفا کند.

کلیدواژه‌ها: *اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر، بازداری، بدرفتاری، فعال‌سازی*

مقدمه

امروزه بدرفتاری دوران کودکی^۱ به یک نگرانی سلامت عمومی تبدیل شده است به گونه‌ای که ۸/۹٪ از کودکان زیر ۱۱ سال، ۹/۲۱٪ از افراد ۱۱-۱۷ سال و ۵/۲۴٪ از بزرگسالان جوان تجربه‌ی حداقل یک بار سوءاستفاده را در دوران کودکی داشته‌اند (عفیف، ۲۰۱۲). بد رفتاری دوران کودکی شامل آزار جسمی، جنسی، بی توجهی و غفلت و آزار عاطفی است که نتیجه آن آسیب واقعی و یا بالقوه به سلامتی، رشد، بقا و شان کودک در بافت یک رابطه مسئولانه و قابل اعتماد است (رادولف، کورال، برادلی و فیشر، ۲۰۱۳). در رابطه با عواقب بدرفتاری‌های دوران کودکی بر بزرگسالان پژوهش‌های متعددی انجام شده است؛ افرادی که در کودکی سوءرفتار را تجربه کرده‌اند، در معرض خطر بالای آسیب‌های روانی قرار دارند (نیوبوری، آرسنیولت، مفیت، کاسپی، دنیز و همکاران، ۲۰۱۰). از جمله‌ی این آسیب‌ها می‌توان از خودکشی (بهاک، جانگ، چویی و لی، ۲۰۱۷)، اضطراب، استرس و افسردگی (همیلتون، شاپیرو، استانگ، هملت، آبرامسون و آلوی، ۲۰۱۳) و اختلالات شخصیت (درخشی، ۲۰۱۷) نام برد. همچنین رابطه‌ی بین بدرفتاری‌های دوران کودکی با احتمال ابتلا به اختلالات اضطرابی در چندین پژوهش مورد مطالعه قرار گرفته است (پاولوا، پرود، کوردرا، اوهر، دایر و آئوبری، ۲۰۱۶؛ بروس، هایمبرگ، بلانکو، اسپنیر و لایبویتس، ۲۰۱۲). کوگل و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که در بین زنان، سوءاستفاده‌ی جسمی با افزایش خطر اختلال استرس پس از سانحه و هراس خاص همراه بود؛ در حالی که سوءاستفاده‌ی جنسی با افزایش احتمال اختلال اضطراب اجتماعی، وحشتزدگی و اختلال استرس پس از سانحه ارتباط داشت. در بین مردان،

سوءاستفاده‌ی جسمی احتمال ابتلا به اضطراب اجتماعی و اختلال استرس پس از سانحه را افزایش می‌داد و سوءاستفاده‌ی جنسی با افزایش احتمال ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی رابطه داشت. همچنین نتایج پژوهش‌های ناندا^۱ و همکاران (۲۰۱۶)، تایلیو^۲ و همکاران (۲۰۱۶) و سوئنک^۳ و همکاران (۲۰۱۰) رابطه بین انواع بدرفتاری‌های دوران کودکی را با اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند.

اضطراب^۴ یک هیجان طبیعی و غیرقابل اجتناب در زندگی هر فرد است و در برگیرنده‌ی تغییرات جسمی، روانی و رفتاری است که در رویارویی با تهدید و خطر به طور خودکار رخ می‌دهد (عزیزی و براتی، ۱۳۹۳). اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین طبقات اختلالات روانی هستند. "در مطالعه‌ی ملی ابتلای همزمان آمریکا" گزارش شده است که از هر چهار نفر یک نفر واجد ملاک‌های تشخیصی لاقبل یک اختلال اضطرابی است (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۱۴). این اختلالات در ابتلا به سایر اختلال طبی و روان پزشکی نقش دارند و به دنبال آن منجر به استفاده‌ی مفرط از خدمات مراقبت سلامت می‌شوند (عزیزی و براتی، ۱۳۹۳). در این پژوهش دو نوع از اختلالات اضطرابی، یعنی اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر مورد مطالعه قرار گرفته است. اختلال اضطراب اجتماعی^۵ به ترس پایدار از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی اشاره دارد که در آن فرد می‌ترسد به گونه‌ای تحقیرآمیز عمل کند (لی، ۲۰۱۲). اختلال اضطراب فراگیر^۶ نگرانی مفرط درباره‌ی چندین واقعه یا فعالیت در اکثر ایام است که به سختی مهار می‌شود و با علائم جسمی نظیر تنیدگی عضلانی، تحریک پذیری، دشواری در خواب و بی‌قراری همراه است (سادوک و همکاران، ۲۰۱۴).

عوامل متعددی در ابتلا و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر نقش دارند؛ لذا درک ساز و کارهای زیربنایی این اختلالات، موجب درک عمومی ما از آسیب پذیری در برابر آن می‌شود؛ زیرا، درمان و پیشگیری از این اختلالات بدون علم به عوامل سبب ساز ممکن نخواهد بود (ناندا و همکاران، ۲۰۱۶). از این رو پژوهشگران گام‌های بلندی در جهت سبب‌شناسی این دو زیر گروه اختلالات اضطرابی برداشته‌اند. عاملی که در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران فراوانی را به خود جلب کرده، تجربه بدرفتاری در دوران کودکی است؛ اما فرایندهای شناختی و رفتاری که نتیجه‌ی بدرفتاری دوران کودکی باشند و در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی و فراگیر نیز دخالت داشته باشد هنوز به وضوح مشخص نیستند (بروس و همکاران، ۲۰۱۲). پژوهش‌های مختلفی

1. Nanda
2. Taillieu
3. Soenke
4. anxiety
5. Social Anxiety Disorder
6. Generalized anxiety disorder

متغیرهای میانجی دخیل را مورد مطالعه قرار داده‌اند. از جمله سوئک و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی را در ارتباط بین بدرفتاری دوران کودکی و اختلال اضطراب فراگیر مورد حمایت قرار دادند. همچنین ادواردز^۱ (۲۰۱۴) حساسیت به طرد را به عنوان واسطه‌ی بین بدرفتاری‌های دوران کودکی و ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مطرح کرد. برخی از متغیرهای میانجی دیگری که در این رابطه مورد مطالعه قرار گرفتند، از جمله تغییرات در ساختارهای مغزی (بوسو، مک‌لانوگلین، بروک، پوریل، گولد و شرایدان، ۲۰۱۷)، نامیدی (همیلتون و همکاران، ۲۰۱۳) و نشخوار فکری (کیم، جین، جانگ، هاهن و لی، ۲۰۱۷) یکی از متغیرهایی که رابطه‌ی آن هم با بدرفتاری‌های دوران کودکی و هم اختلالات اضطرابی به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفته، بازداری رفتاری است که طی جستجوهای به عمل آمده، پژوهشی که این متغیر را به عنوان میانجی بین تجربه‌ی بدرفتاری در دوران کودکی و احتمال ابتلا به اختلالات اضطرابی در بزرگسالی، مورد مطالعه قرار دهد، یافت نشد. بازداری رفتاری یک الگوی نسبتاً ثابت رفتار و پاسخدهی هیجانی به افراد ناآشنا و موقعیت‌های جدید است؛ افراد با دارنده به طور معمول نسبت به موقعیت‌ها و اشیای جدید احتیاط و کناره‌گیری می‌کنند و اغلب با افراد ناآشنا به صورت بیمناک و خجالتی رفتار می‌کنند (عطایی مغانلو، عطایی مغانلو و پیشوایی، ۱۳۹۴). بازداری رفتاری یک ویژگی سرشتی است که توسط ساختارهای مغزی کنترل می‌شود؛ اما تاثیرات محیطی می‌توانند اثرات مشخصی را بر ثبات بازداری رفتاری در کودکی بگذارند (کندی، راپی و ادواردز، ۲۰۰۹)؛ ضمن این که بازداری رفتاری، تداوم متوسط تا زیادی را در طول دوران کودکی نشان می‌دهد و تا حدی نیز با جنبه‌های مختلف شخصیت بزرگسالی در ارتباط است (موریس، ون براکل، آرنتز و اسپچوتن، ۲۰۱۱). با در نظر داشتن این که در کودکان و بزرگسالانی که با بدرفتاری‌های دوران کودکی مواجه بوده‌اند، کاهش حجم هیپوکامپ به اثبات رسیده است (موری، هاسول، هوپر و دی بلیز، ۲۰۱۶)، شوارتز^۲ و همکاران (۲۰۱۵) بیان کردند افرادی که به دنبال استرس، حجم هیپوکامپشان کاهش یافته، بازداری رفتاری بیش تری از خود نشان می‌دهند.

گری در نظریه حساسیت به تقویت^۳ الگوی زیستی ارائه نمود که شامل سه سیستم مغزی- رفتاری است. به اعتقاد گری این سیستم‌های مغزی- رفتاری اساس تفاوت‌های فردی هستند و فعالیت هر یک از آن‌ها به فراخوانی واکنش‌های هیجانی متفاوت نظیر ترس و اضطراب می‌انجامد؛ اولین سیستم، سیستم فعال ساز رفتاری^۴ به محرک‌های شرطی پاداش و فقدان تنبیه پاسخ می‌دهد (گری و

1. Edwards

2. Schwartz

3 Reinforcement Sensitivity Theory

4 Behavioral Activator System

مک‌ناگتون، ۲۰۰۳). فعالیت و افزایش حساسیت این سیستم موجب فراخوانی هیجان‌های مثبت و رفتار روی آورد و اجتناب فعال می‌شود. دومین سیستم، سیستم بازداری رفتاری^۱ است که به محرک‌های شرطی تنبیه و فقدان پاداش و همچنین به محرک‌های جدید و محرک‌های ترس‌آور ذاتی پاسخ می‌دهد. فعالیت این سیستم موجب فراخوانی حالت عاطفی اضطراب و بازداری رفتاری، اجتناب فعل پذیر، خاموشی، افزایش توجه به برپایی می‌شود. سومین سیستم، سیستم ستیز-گریز^۲ است که از نظر ساختاری با آمیگدال و هیپوتالاموس مرتبط و به محرک‌های آزارنده حساس هستند (محمدی مصیری، حاجلو و ابوالقاسمی، ۲۰۱۴).

کیمبرل و همکاران (۲۰۱۰) گزارش کردند که در نمونه‌ای از بزرگسالان، رابطه مثبتی بین سیستم بازداری رفتاری و اضطراب اجتماعی به دست آوردند. هم‌چنین کیمبرل (۲۰۰۸) گزارش کردند که سیستم بازداری رفتاری می‌تواند اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی کند؛ از سویی مطالعات تصویر برداری مغزی نشان می‌دهد که در طول ترس‌های اجتماعی مثلاً وقتی افراد در میان جمعی سخنرانی می‌کنند، در نواحی که بنیان‌های عصب شناختی سیستم بازداری رفتاری به حساب می‌آیند، افزایش جریان خون مغزی دیده می‌شود. بر اساس پژوهش‌های گری و مک‌ناوتون (۲۰۰۳) و کیمبرل (۲۰۰۸) می‌توان گفت که سوگیری شناختی که در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و همچنین اضطراب اجتماعی فراگیر دیده می‌شود، در نتیجه سیستم بازداری رفتاری قوی به وجود می‌آید و این ناشی از این می‌شود که سیستم بازداری رفتاری در بررسی اطلاعات تهدیدکننده در پاسخ به موقعیت‌های بالقوه تهدیدکننده نقش دارد؛ همچنین کیمبرل مدعی است که سیستم بازداری رفتاری خود نوعی سوگیری زیستی - شخصیتی محسوب می‌شود که در افراد دارای نگرانی اجتماعی دیده می‌شود. بنابراین سوگیری شناختی برای دروندا‌های اجتماعی منفی و تهدیدکننده به عنوان واسطه‌ای برای رابطه سیستم بازداری رفتاری و اضطراب اجتماعی در شرایطی که یک تهدید اجتماعی قریب‌الوقوع وجود دارد، است. شواهد حمایت‌کننده فراوانی برای این موضوع وجود دارد برای مثال ناگوچی، کوم و دلسکای (۲۰۰۶) بین سیستم بازداری رفتاری و گرایش به تمرکز بر روی اطلاعات منفی رابطه مثبت پیدا کردند.

اگرچه مدل کیمبرل عمدتاً بر روی نقش سیستم بازداری رفتاری بر اضطراب اجتماعی تأکید دارد، سیستم فعال ساز رفتاری پایین نیز می‌تواند نقش معنی‌داری در این رابطه داشته باشد. هر چند که این نقش می‌تواند ناچیز باشد ولی عموماً ناشی از ماهیت به هم وابسته سیستم فعال سازی رفتاری و سیستم بازداری رفتاری است. این ادعا بر مبنای فرضیه خرده سیستم‌های به هم پیوسته کارور (۱۹۹۴) مطرح می‌شود. وی مدعی است که سیستم فعال ساز رفتاری و سیستم بازداری رفتاری

1 Behavioral Inhibition System

2 Fight-Flight System

نفس متقابلی با هم دارند. از این رو کیمبرل معتقد است که سیستم فعال ساز رفتاری پایین یک ریسک فاکتور مکمل را برای اضطراب اجتماعی مفهوم سازی می کند (کیمبرل و همکاران، ۲۰۱۰). در افرادی که نظام بازداری رفتاری بیشتری دارند، حفظ توجه، برنامه‌ریزی، طرح‌ریزی و کنترل رفتار ضعیف بوده، این امر آمادگی‌شان را برای رفتارهای مشابه آن چه در اختلال اضطراب اجتماعی می‌بینیم، افزایش می‌دهد (ماک، تول و گراتس، ۲۰۱۲). علاوه بر این، بازداری رفتاری بیش از اینکه یک عامل آسیب‌پذیری کلی برای همه‌ی انواع اختلالات اضطراب باشد، یک عامل خطر ساز اختصاصی برای اختلال اضطراب اجتماعی است (موریس و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین حساسیت بالای سیستم بازداری رفتاری می‌تواند منجر به افزایش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر شود (عطایی مغالو و همکاران، ۱۳۹۴؛ محمدخانی، محمدی، نظری و صلواتی، ۱۳۸۳). با توجه به مطالب ذکر شده هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی سیستم بازداری - فعال‌سازی رفتاری در رابطه‌ی بین تجربه‌ی بدرفتاری در دوران کودکی با اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع بنیادی و به لحاظ نحوه‌ی جمع آوری داده‌ها از نوع توصیفی - تحلیلی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۹۷ تشکیل دادند. نمونه انتخاب شده در این پژوهش ۳۰۰ نفر بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از پرسشنامه‌های کودک آزاری، سیستم بازداری/فعال‌سازی رفتاری، اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کودک آزاری: این پرسشنامه توسط محمدخانی و همکاران (۱۳۸۳) تهیه و دارای ۳۸ گویه است که ۴ حوزه‌ی آزار جسمی (۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲ و ۳۳)، آزار جنسی (۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸)، آزار هیجانی (۱-۱۴) و غفلت (۱۵-۲۵) را در بر می‌گیرد. نمره گذاری بر اساس طیف لیکرت (از ۰=هرگز تا ۳=همیشه) انجام می‌شود. همچنین گویه‌های ۱۵ تا ۲۵ که مربوط به زیر مقیاس غفلت نسبت به کودک است، به صورت وارونه نمره گذاری می‌گردد. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمد که نشان دهنده‌ی همسانی درونی بالای مقیاس است. همچنین ضریب همبستگی آزمون - باز آزمون برای خرده مقیاس‌های آزار هیجانی، غفلت، آزار جسمی و جنسی از ۰/۸۹ تا ۰/۷۹ گزارش شد و تمامی ضرایب محاسبه شده در سطح $0.001 <$ معنادار بود (کیمبرل و همکاران، ۲۰۰۸).

مقیاس سیستم‌های فعال ساز و بازداری رفتاری: این مقیاس که توسط کارور و وایت^۱ (۱۹۹۴) تهیه شد، شامل ۲۴ پرسش است و دو خرده مقیاس اصلی دارد: خرده مقیاس بازداری رفتاری با ۷ گویه و خرده مقیاس فعال‌سازی رفتاری با ۱۳ گویه که به سه زیر مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش (۵ گویه)، کشاننده (۴ گویه) و جستجوی سرگرمی (۴ گویه) تقسیم می‌شود. این پرسشنامه همچنین ۴ پرسش انحرافی دارد که به عنوان گویه‌های پوششی آورده شده و نقشی در ارزیابی فعال‌سازی و بازداری رفتاری ندارند. نمرات بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (۱= درست نیست تا ۴= کاملاً درست است) اعمال می‌گردد و نمره‌گذاری سؤالات ۲ و ۲۲ نیز به صورت وارونه می‌باشد. به گزارش کارور و وایت (۱۹۹۴) همسانی درونی خرده مقیاس بازداری رفتاری، ۰/۷۴ بوده و همسانی درونی سه خرده مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش، سائق و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۶ و ۰/۶۶ به دست آمد. در ایران، امیری و حسنی (۱۳۹۵)، ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را مورد مطالعه قرار دادند. به منظور بررسی اعتبار، از دو نیم کردن و بازآزمایی استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد که نشان دهنده‌ی هماهنگی درونی مناسب بود. ضرایب دو نیم کردن نیز حاکی از پایایی خوب مقیاس و زیر مقیاس‌های آن بود. روایی مقیاس سیستم بازداری و فعال‌سازی رفتاری با دو روش روایی ملاکی و همبستگی بین خرده مقیاس‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نشان‌دهنده‌ی روابط درونی مناسب بین خرده مقیاس‌ها بود. همچنین با هدف بررسی ساختار مجموعه سؤال‌ها از تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد که نتایج نشان داد تحلیل عاملی امکان پذیر است.

پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور: این پرسشنامه نخستین بار توسط کانر^۲ و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی ساخته شد. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است. هر ماده یا سؤال بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (به هیچ وجه=۰، کم=۱، تا اندازه‌ی=۲، خیلی زیاد=۳ و بی نهایت=۴) درجه‌بندی می‌شود و نقطه‌ی برش آن در مجموع ۱۹ می‌باشد. اعتبار این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برابر با ۰/۹۴ (برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، برای اجتناب ۰/۹۱ و برای مقیاس فرعی ناراحتی فیزیولوژیک معادل ۰/۸) گزارش شده است. حسنونند عموزاده (۱۳۹۵) در نمونه‌ی غیر بالینی در ایران روایی و پایایی این مقیاس را به دست آوردند. ضریب آلفای نیمه‌ی اول پرسشنامه برابر ۰/۸۲ و برای نیمه‌ی دوم برابر ۰/۷۶ به دست آمد.

1. Carver & White
2. Connor

همچنین مقایسه‌ی آلفای کرونباخ مربوط به کل آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی برای اجتناب برابر ۰/۷۵، برای ترس برابر ۰/۷۴ و برای ناراحتی برابر ۰/۷۵ بوده که این بیانگر پایایی رضایت بخش است.

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر: این مقیاس توسط اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده و دارای ۷ سؤال می باشد که هر یک از سؤالات به بررسی مشکلات روانی آزمودنی در ۲ هفته گذشته می پردازد. سؤالات به صورت لیکرتی از صفر تا ۳ نمره گزاری می‌شوند. نمرات به دست آمده در هر یک از ۷ سؤال اصلی با یکدیگر جمع شده تا نمره کل اضطراب برای مقیاس به دست آید که دارای گستره‌ای از صفر تا ۲۱ می‌باشد. ضریب الفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۲ شده که حاکی از همسانی درونی فوق العاده در نمونه خارجی است و ضریب بازآمایی آن به فاصله دو هفته ۰/۸۳ به دست آمد که بیانگر پایایی خوب مقیاس است. اعتبار همگرایی از طریق محاسبه همبستگی آن با دو پرسشنامه اضطراب فراگیر و خرده مقیاس سیاهه نشانه بالینی به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش شده که وجود اعتبار همگرایی مناسب مقیاس را نشان می‌دهد (نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان، ۱۳۹۰).

شیوه اجرا. پس از غربال‌گری داده‌های اولیه (بررسی داده‌های از دست رفته و داده‌های پرت) مفروضه‌های اصلی تحلیل مسیر (نرمال بودن، خطی بودن و هم‌خطی چندگانه) بررسی شد. به منظور بررسی نرمال بودن تک متغیری، با توجه به این‌که حجم نمونه بیش‌تر از ۱۰۰ مورد بود از نمودار احتمال نرمال استفاده شد (تباخنیک و فیدل، ۲۰۰۷). بررسی نمودار احتمال نرمال بودن هر یک از متغیرهای پژوهش نشان داد نقاط داده‌ها نزدیک به خط قطری است که نرمال بودن توزیع کلی متغیرها را نشان می‌دهد. برای بررسی خطی بودن رابطه‌ی متغیرهای پژوهش، ماتریس نمودار پراکندگی متغیرها و نمودار پراکندگی باقیمانده‌ها محاسبه شد. نمودارهای ماتریس به دست آمده تقریباً بیضی شکل بود، که خطی بودن رابطه‌ی متغیرها را نشان می‌دهد. در نمودار پراکندگی باقیمانده‌ها نیز توزیعی تقریباً مستطیل شکل برای متغیرها به دست آمد، که رابطه‌ی خطی بین نمره‌های متغیر وابسته‌ی پیش‌بینی شده و خطاهای پیش‌بین را نشان می‌دهد. هم خطی چندگانه‌ی متغیرهای پیش‌بین نیز با استفاده از شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس بررسی شد. مقادیر به دست آمده برای شاخص و مقدار عامل تورم واریانس/تحمل متغیرها بالای ۰/۰۱ به دست آمده‌ی متغیرها کم‌تر از ۱۰ بود که هم خطی چندگانه نبودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

یافته‌ها

شاخص‌های آمار توصیفی از جمله میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی متغیرهای پژوهش محاسبه شد (جدول ۱) بر اساس این نتایج بین بازداری رفتاری، اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی و مولفه‌های آن (ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک) با نمره کل آزاردیدگی و خرده مقیاس‌های آزار

عاطفی، غفلت و بی توجهی، آزار جسمی و آزار جنسی رابطه مثبت معناداری به دست آمده است که گویای این نکته است که هر چقدر فرد در معرض تجربه انواع آزار دیدگی قرار گرفته باشد به همان میزان دچار اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی می‌شود. همچنین فعال‌سازی رفتاری و خرده مقیاس‌های آن (سائق، پاسخدهی به پاداش و جستجوی سرگرمی) با نمره کل آزار دیدگی، آزار عاطفی، غفلت و بی توجهی، آزار جسمی و آزار جنسی رابطه منفی معناداری به دست آمد.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
آزار دیدگی	۱														
نمره کل		۱													
عاطفی			۱												
بی توجهی				۱											
جسمی					۱										
جنسی						۱									
رفتاری							۱								
فعال								۱							
سائق									۱						

۳/۳۰	انحراف استاندارد	۷/۵۷	میانگین	۱	۰/۶۵**	۱	۱۳/۲۸	۷/۴۷	۵/۴۷	۳/۳۰
۴/۴۸	۱۱۱/۰۳	۰/۸۲**	۱	۰/۸۳**	۰/۸۲**	۰/۸۲**	۱۱۱/۰۳	۴/۴۸	۴/۴۸	۴/۴۸
۱۳/۱۱	۳۱۸/۹	۰/۹۳**	۱	۰/۸۴**	۰/۹۴**	۰/۹۴**	۳۱۸/۹	۱۳/۱۱	۱۳/۱۱	۱۳/۱۱
۱۰/۴۲	۳۴/۰۲	۰/۵۲**	۰/۵۷**	۰/۴۸**	۰/۵۷**	۰/۵۷**	۳۴/۰۲	۱۰/۴۲	۱۰/۴۲	۱۰/۴۲
۲/۵۲	۱۰۳/۴	۰/۱۵**	۰/۱۷**	۰/۱۵**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۱۰۳/۴	۲/۵۲	۲/۵۲	۲/۵۲
۳/۴۹	۱۶/۲۹	۰/۲۶**	۰/۲۷**	۰/۲۵**	۰/۲۷**	۰/۲۷**	۱۶/۲۹	۳/۴۹	۳/۴۹	۳/۴۹
۲/۴۷	۱۰۱/۴	۰/۱۳**	۰/۱۴**	۰/۱۲**	۰/۱۴**	۰/۱۴**	۱۰۱/۴	۲/۴۷	۲/۴۷	۲/۴۷
۳/۸۴	۱۸۳/۸	۰/۲۱**	۰/۲۳**	۰/۲۶**	۰/۲۳**	۰/۲۳**	۱۸۳/۸	۳/۸۴	۳/۸۴	۳/۸۴
۱۲/۵۷	۶۶/۵۶	-۰/۲۶**	-۰/۲۷**	-۰/۲۵**	-۰/۲۶**	-۰/۲۶**	۶۶/۵۶	۱۲/۵۷	۱۲/۵۷	۱۲/۵۷
۲/۰۶	۵/۶۸	۰/۱۴**	۰/۱۸**	۰/۱۶**	۰/۱۴**	۰/۱۴**	۵/۶۸	۲/۰۶	۲/۰۶	۲/۰۶
۲/۴۶	۹/۸۷	۰/۲۲**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۹/۸۷	۲/۴۶	۲/۴۶	۲/۴۶
۷/۳۹	۲۰/۳۷	۰/۳۳**	۰/۳۴**	۰/۳۲**	۰/۳۴**	۰/۳۴**	۲۰/۳۷	۷/۳۹	۷/۳۹	۷/۳۹
۷/۶۹	۲۰/۶۴	۰/۳۳**	۰/۴۰**	۰/۳۳**	۰/۴۰**	۰/۴۰**	۲۰/۶۴	۷/۶۹	۷/۶۹	۷/۶۹
۱۷/۵۶	۵۶/۴۷	۰/۳۵**	۰/۳۹**	۰/۳۰**	۰/۳۹**	۰/۳۹**	۵۶/۴۷	۱۷/۵۶	۱۷/۵۶	۱۷/۵۶
	انحراف استاندارد	۱۱/۵۶	۱۳/۲۸	۱۱/۵۶	۱۳/۲۸	۱۱/۵۶	۱۳/۲۸	۱۱/۵۶	۱۱/۵۶	۱۱/۵۶
	۹. پاسخدهی	۰/۲۵**	۰/۲۸**	۰/۲۸**	۰/۲۵**	۰/۲۵**	۰/۲۸**	۰/۲۵**	۰/۲۵**	۰/۲۵**
	۱۰. جستجوی سرگرمی	۰/۲۸**	۰/۳۸**	۰/۳۸**	۰/۲۸**	۰/۲۸**	۰/۳۸**	۰/۲۸**	۰/۲۸**	۰/۲۸**
	۱۱. فراگیر اضطراب	۰/۴۲**	۰/۴۳**	۰/۴۲**	۰/۴۲**	۰/۴۲**	۰/۴۳**	۰/۴۲**	۰/۴۲**	۰/۴۲**
	۱۲. کل اضطراب اجتماعی	۰/۳۹**	۰/۴۰**	۰/۳۹**	۰/۳۹**	۰/۳۹**	۰/۴۰**	۰/۳۹**	۰/۳۹**	۰/۳۹**
	۱۳. ترس	۰/۴۱**	۰/۴۴**	۰/۴۱**	۰/۴۴**	۰/۴۴**	۰/۴۴**	۰/۴۱**	۰/۴۱**	۰/۴۱**
	۱۴. اجتناب	۰/۳۵**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۰/۳۵**	۰/۳۵**	۰/۳۵**
	۱۵. فیزیولوژیک ناراحتی	۰/۳۰**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۰/۳۰**	۰/۳۰**	۰/۳۰**

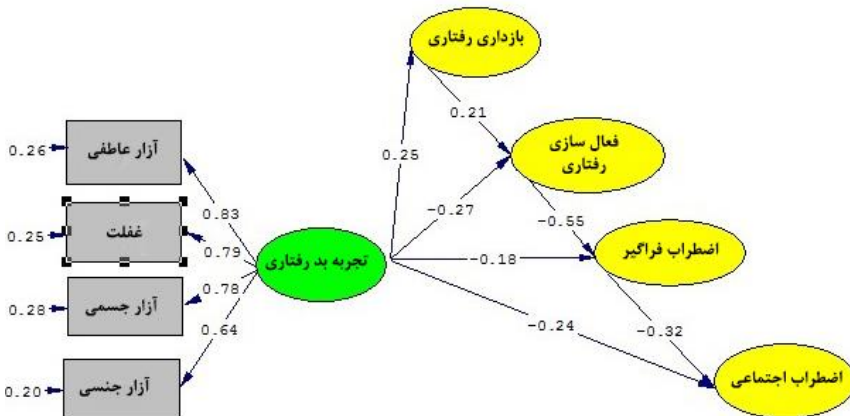
به منظور بررسی نقش واسطه‌ای فعال‌سازی بازداری رفتاری در رابطه بین تجربه‌ی آزار دیدگی در کودکی با اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی در قالب مدلی ساختاری طراحی و به روش تحلیل

مسیر با استفاده از نرم‌افزار لیزرل آزمون شد. شاخص‌های نیکویی برازش به دست آمده برازش مطلوب داده‌ها را با مدل پژوهش نشان داد. این شاخص‌ها عبارت است از: نسبت χ^2/df ۵/۱۱، شاخص نیکویی برازش (GFI) ۰/۹۸، نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI) ۰/۹۲، ریشه‌ی دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA) ۰/۱۰، ریشه‌ی میانگین شده‌ی مربعات باقیمانده استاندارد (SRMR) ۰/۰۴ و شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) ۰/۹۳. مدل برازش شده شامل مسیرهای معنادار با ضرایب رگرسیون استاندارد شده در شکل ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲. ضرایب استاندارد شده اثرات مستقیم، اثرات غیرمستقیم و اثرات کل متغیرهای مدل

اثر	برآوردها	اثرات			نتیجه
		مستقیم	غیرمستقیم	کل	
تجربه بدرفتاری	بازداری رفتاری	۰/۲۵		۰/۲۵	P < ۰/۰۱
	فعال‌سازی رفتاری	۰/۲۷	۰/۲۱	۰/۴۸	
اضطراب فراگیر	اضطراب فراگیر	۰/۱۸	-۰/۵۵	۰/۷۳	P < ۰/۰۱
	اضطراب اجتماعی	۰/۲۴	-۰/۳۲	۰/۵۶	

بر اساس نتایج حاصل از آزمون مدل پژوهش شکل ۱، ضرایب تأثیر مستقیم و غیرمستقیم و کل متغیرهای درون‌زا و واریانس تبیین شده آن‌ها در جدول ۲ آمده است.



شکل ۱. مدل مفهومی نقش واسطه‌ای بازداری - فعال‌سازی رفتاری در رابطه تجربه بدرفتاری در کودکی با اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی

به منظور بررسی نقش واسطه‌ای فعال‌سازی-بازداری رفتاری در رابطه بین تجربه‌ی آزار دیدگی در کودکی با اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی در قالب مدلی ساختاری طراحی و به روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار لیزرل آزمون شد. شاخص‌های نیکویی برازش به دست آمده برازش مطلوب داده‌ها را با مدل پژوهش نشان داد. این شاخص‌ها عبارت است از: نسبت χ^2/df ۵/۱۱، شاخص نیکویی برازش (GFI) ۰/۹۸، نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI) ۰/۹۲، ریشه‌ی دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA) ۰/۱۰، ریشه‌ی میانگین شده‌ی مربعات باقیمانده استاندارد (SRMR) ۰/۰۴ و شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) ۰/۹۳. مدل برازش شده شامل مسیرهای معنادار با ضرایب رگرسیون استاندارد شده در شکل ۲ نمایش داده شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی نقش میانجی سیستم بازداری- فعال‌سازی رفتاری در رابطه‌ی بین تجربه‌ی بدرفتاری در دوران کودکی با اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج این پژوهش حاکی از رابطه‌ی مثبت معنادار بین بدرفتاری دوران کودکی و خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر و بازداری رفتاری و همچنین رابطه‌ی منفی معنادار بین بدرفتاری دوران کودکی و خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر با فعال‌سازی رفتاری بود. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد که بدرفتاری دوران کودکی به واسطه‌ی افزایش بازداری رفتاری و کاهش فعال‌سازی رفتاری می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر باشد. این یافته با پژوهش‌های ناندا و همکاران (۲۰۱۶)، تالیو و همکاران (۲۰۱۶)، سوئنگ و همکاران (۲۰۱۰)، ادواردز (۲۰۱۴) و هیبرت و همکاران (۲۰۱۸) و یوسفی کله خانه و همکاران (۱۳۹۶) همسو بوده است که تجارب استرس‌زا و بدرفتاری‌های دوران کودکی را پیش‌بینی‌کننده‌ی اختلالات اضطرابی بیان کردند. این یافته را بر حسب احتمالات زیر می‌توان تبیین کرد: بر اساس دیدگاه گرای و مک‌ناگتون (۲۰۰۳) سطوح بالای استرس ناشی از بدرفتاری با کودک به دلیل ایجاد تغییرات ساختاری در مغز و آسیب به سیستم بازداری رفتاری، منجر به استرس شدیدتر و ترس از محرک‌های تهدید آمیز شود. در واقع آن‌ها بر این باورند که مواجهه با سطوح بالای استرس می‌تواند چرخه‌ی معیوبی را ایجاد کند که در آن تجارب محیطی اولیه‌ی استرس‌زا باعث فعالیت طولانی مدت سیستم سپتوهیپوکامپ و تغییرات هورمونی ناشی از استرس می‌گردد که این خود می‌تواند آسیب‌پذیری این سیستم را افزایش داده و پیامدهای روان‌شناختی و فیزیولوژیکی مواجهه با شرایط استرس‌زا را در آینده تشدید کند. شواهدی نیز وجود دارد که تأثیر بدرفتاری‌های دوران کودکی را بر آسیب هیپوکامپ بیان کرده‌اند (موری و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین بدرفتاری دوران کودکی بر رشد مناطقی از مغز که پاسخ لیمبیک به محرک‌های تهدید کننده یا هیجان برانگیز را

تعدیل می‌کند، تأثیر می‌گذارد که این منطقه در کنترل رفتاری و هیجانی نقش دارد (بوسو و همکاران، ۲۰۱۷). دلیل این ارتباط می‌تواند این باشد که سیستم بازداری رفتاری به ویژه هیپوکامپ، شدیداً به تأثیرات استرس، آسیب‌پذیر است زیرا به طور اساسی در معرض کورتیکواستروئیدهایی که در حین استرس رها می‌شوند، قرار دارد (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۲). همانطور که هولمز (۲۰۰۸) نیز در پژوهش خود به رابطه‌ی بدر رفتاری دوران کودکی و بازداری رفتاری توجه کرد و به این نتیجه رسید که اگر بازداری رفتاری را به صورت سنتی تعریف کنیم، تفاوتی بین افرادی که در کودکی مورد بدر رفتاری قرار گرفته‌اند با افرادی که این تجارب را نداشته‌اند، مشاهده نمی‌شود اما اگر آن را به وسیله‌ی ترس و نزدیکی تعریف کنیم، کودکانی که در خانواده‌های بدر رفتار بوده‌اند میزان بالاتری از بازداری رفتاری را نشان می‌دهند. هانه و همکاران (۲۰۱۰) نیز والدینی که پاسخده و حساس نیستند را عاملی بر شکل‌گیری بازداری رفتاری بیان کردند.

این یافته که بازداری رفتاری با اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر همبستگی مثبت و فعال‌سازی رفتاری با این دو اختلال همبستگی منفی دارد با پژوهش‌های عطایی مغانلو و همکاران (۱۳۹۴)، محمدی مصیری و همکاران (۱۳۹۴) و ماک و همکاران (۲۰۱۲)، همسو بوده است. در این رابطه گرای و مک‌ناگتون (۲۰۰۳) بیان کردند که سوگیری شناختی که در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دیده می‌شود، در نتیجه‌ی سیستم بازداری رفتاری قوی به وجود می‌آید و این ناشی از این می‌باشد که بازداری رفتاری در بررسی اطلاعات تهدید کننده در پاسخ به موقعیت‌های بالقوه تهدید کننده نقش دارد. بر اساس نظریه‌ی گری افرادی که نظام بازدارنده‌ی مسلط دارند، به تنبیه حساس هستند و این حساسیت آن‌ها را مستعد اضطراب و افسردگی می‌کند. بر اساس یافته‌های پژوهش، انواع بدر رفتاری تقریباً به یک میزان با اختلال اضطراب فراگیر همبستگی دارد؛ اما در رابطه با اختلال اضطراب اجتماعی، آزار هیجانی بیش‌ترین و آزار جنسی کمترین همبستگی را با این اختلال دارد. این یافته با پژوهش‌های همیلتون و همکاران (۲۰۱۳)، بروس و همکاران (۲۰۱۲) و ناندا و همکاران (۲۰۱۶) همسو بوده است. ناندا و همکارانش (۲۰۱۶) در این رابطه بیان کردند که عوامل محیطی مثل انتقاد، کنترل و طرد والدین ممکن است این باور را به کودک منتقل کند که او بی ارزش، بی-کفایت و ضعیف است و این بر تعاملات اجتماعی و رابطه‌اش با دیگران تأثیر می‌گذارد و در نهایت احتمال ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر را افزایش می‌دهد. به نظر می‌رسد که تجربه‌ی سوء استفاده‌ی هیجانی با این چارچوب منطبق باشد که کودکانی که روابط آسیب‌زایی را با والدینشان تجربه می‌کنند ممکن است یاد بگیرند که تعاملات، سوء استفاده کننده است و بنابراین منجر به ترس از دیگران و یا حساسیت به ارزیابی منفی بالقوه‌ی دیگران گردد. این نوع از رابطه‌ی والد-کودک ممکن است این عقیده را به کودک منتقل کند که ارزش او به نظر دیگران دربارهِ وی

بستگی دارد و در نهایت کودک احساس کند غیر دوست داشتنی، ناخواسته، معیوب و بی ارزش است که این خطر اضطراب را افزایش می‌دهد (بروس و همکاران، ۲۰۱۲).

در خانواده‌های بدرفتار، کودکان فرصتی برای مشاهده‌ی مدل‌های روشن و پایدار ابراز هیجانی ندارند. این کودکان ممکن است یاد بگیرند رفتارها و پاسخ‌های عاطفی‌شان را بازداری کنند تا مراقبت والدینشان را از دست ندهند؛ در شرایطی که عدم اطمینان حاکم است، انجماد و بازداری ممکن است راهبردی سازگارانۀ برای کودکانی باشد که مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند زیرا ممکن است مطمئن نباشند که والدین بطور واکنش نشان خواهند داد یا اینکه آیا آن‌ها محافظت و حمایت را از جانب والدینشان دریافت خواهند کرد یا خیر (هانه و همکاران، ۲۰۱۰). فعالیت سیستم بازداری رفتاری موجب فراخوانی حالت عاطفی اضطراب، بازداری رفتاری، اجتناب فعل پذیر، خاموشی، افزایش توجه و برپایی می‌گردد. پایه‌های نورواناتومی این سیستم حاکی از این است که فعالیت زیاد آن با تجربه اضطراب مرتبط است و فعالیت سیستم سیستم فعال سازی رفتاری خود منعکس کننده صفت زودانگیختگی است و حساسیت به پاداش که در ارتباط مستقیم با سیستم فعال سازی رفتاری قرار دارد، نشانه زود انگیختگی است (عصفوری و همکاران، ۱۳۹۶)؛ این تفاوت‌ها می‌تواند تفاوت کمروبی صرف را از اختلال اضطراب اجتماعی، از لحاظ نظریه حساسیت به تقیوت گری نیز نشان دهند؛ همچنین باید در نظر داشت که سیستم بازداری رفتاری کاملاً منطبق بر برونگردی نیست، بلکه ترکیبی از درونگردی پایین و اضطراب پایین است و سیستم بازداری رفتاری نیز ترکیبی از برونگردی پایین و اضطراب بالا است (استارسویک، ۲۰۰۵).

افزون بر آن، مطالعه‌ی حاضر چهارچوبی نظری در رابطه شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر فراهم کرد که می‌تواند به پژوهشگران و متخصصان بالینی در مفهوم سازی شکل‌گیری و درمان این اختلالات کمک کند. بنابراین این پژوهش نتایج پژوهش‌ها و نظریات پیشین در رابطه با نقش تجربه‌ی بدرفتاری‌های دوران کودکی در شکل‌گیری اختلالات اضطرابی را تأیید کرد و همچنین نقش میانجی بازداری و فعال‌سازی رفتاری را در نظر گرفت و امکان طرح پرسش‌ها و فرضیه‌های جدیدی را فراهم کرد. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر مبنای مناسبی را برای تدوین برنامه‌های آموزشی و بهداشتی در زمینه‌ی رابطه‌ی والد-کودک و برنامه‌های مداخله‌ای و درمانی ایجاد کرد. همچنین فهم بهتری که در این پژوهش از رابطه‌ی بین تجارب اولیه و ابتلا به اختلالات اضطرابی حاصل شد، به درمانگران این فرصت را می‌دهد تا درمان‌های مناسبی را برای بیماران دارای سابقه‌ی بدرفتاری دوران کودکی و یا بیمارانی که در حال حاضر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر هستند، تدوین کنند. محدودیت جامعه‌ی آماری پژوهش و نوع پژوهش، محدودیت‌هایی را در زمینه‌ی تعمیم یافته‌ها، تفسیر و اسنادهای علیتی مطرح می‌کند که باید آن‌ها را در نظر داشت. نمونه‌ی مورد بررسی در این پژوهش، نمونه‌ی ای از دانشجویان یک

دانشگاه در تهران بودند که به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر جوامع آماری باید احتیاط کرد. همچنین به دلیل ماهیت خودگزارشی شرکت‌کنندگان و حساس بودن سؤالات پرسشنامه‌ی کودک آزاری، امکان سوگیری و عدم صداقت در پاسخدهی را باید در نظر داشت. پیشنهاد می‌شود این مطالعه در رابطه با اختلالات دیگر از جمله اختلالات برون سازی مثل پرخاشگری، تکانشگری و سلوک، در گروه‌های جمعیتی مختلف و دامنه‌های سنی متفاوت صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود از روش‌های پژوهش دیگر مثل مصاحبه برای سنجش متغیرهای پژوهش و ابزارهای معتبر دیگر استفاده شود تا سوگیری‌های احتمالی به حداقل برسد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

سپاسگزاری

از کلیه‌ی دانشجویانی که در این پژوهش به ما یاری رساندند، تقدیر و تشکر می‌شود. این پژوهش هیچ گونه حامی مالی نداشته و با هزینه‌های شخصی پژوهشگران صورت گرفته است.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- امیری سهراب، حسنی جعفر. (۱۳۹۵). ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس فعال‌ساز رفتاری (BAS) و بازداری رفتاری (BIS) مرتبط با تکانشگری و اضطراب. *مجله علوم پزشکی رازی*. ۲۳ (۱۴۴): ۶۸-۸۰. حسنوند عموزاده مهدی. (۱۳۹۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس هراس اجتماعی در میان دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶ (۱۳۹): ۱۷۷-۱۸۹. عزیزی مریم، براتی محمد. (۱۳۹۳). مروری بر اختلالات اضطرابی و اقدامات پرستاری آن. *علوم پیراپزشکی و بهداشت نظامی*. ۹ (۱): ۵۴-۵۸.
- عصفوری، میعاد؛ سروری، محسن، کارسازی، حسین؛ بیرامی، منصور؛ هاشمی، تورج. (۱۳۹۶). بررسی نقش سیستم‌های فعال‌سازی و بازداری رفتاری (BAS / BIS) در نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی با توجه به نقش میانجی سوگیری شناختی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*. ۲۸ (۱): ۱-۱۳.

عطایی مغانلو، رقیه؛ عطایی مغانلو، وحید؛ پیشوایی، ملیحه. (۱۳۹۴). پیش‌بینی اختلال اضطراب منتشر بر اساس متغیرهای عدم تنظیم هیجان، آمیختگی فکر- عمل و بازداری رفتاری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۲۲(۶): ۶۷۷-۶۸۹

محمدخانی. پروانه؛ محمدی. محمدرضا؛ نظری. محمدعلی؛ صلواتی. مژگان. (۱۳۸۲). تهیه، روایی و پایایی مقیاس خودگزارشی کودک آزاری (CASRS) در دانش‌آموزان ایرانی. *مجله بین‌المللی پزشکی جمهوری اسلامی ایران*. ۱۱(۱۷): ۱-۱۲

محمدی مصیری، فرهاد؛ حاجلو، نادر؛ ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین سیستم‌های فعال ساز و بازداری رفتاری، دشواری در تنظیم هیجانی و کمرویی با اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان بهنجار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*. ۱۷(۶): ۱۰-۲۱

نائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی، معصومه؛ هادیان، مهری. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر. (GAD-7) *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۹(۱): ۴۱-۵۰
یوسفی کله‌خانه، زهرا؛ هاشمی نصرت‌آباد، تورج؛ محمودعلیلو، مجید. (۱۳۹۶). نقش سیستم‌های مغزی - رفتاری و تجربیات استرس‌زا در نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۲(۴۴): ۷۷-۸۶

References

- Afifi T.O. (2012). The relationship between child maltreatment and Axis I mental disorders: A summary of the published literature from 2006 to 2010. *Open J Psychiatr*. 2012; 2(01):21.
- Radford L, Corral S, Bradley C, Fisher HL. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child abuse negl*. 2013; 37(10):801-13.
- Newbury JB, Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Danese A, Baldwin JR, Fisher HL. (2010). Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: Comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *J Psychiatr Res*. 201; 96:57-64.
- Bahk YC, Jang SK, Choi KH, Lee SH. (2017). The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry Investig*. 2017; 14(1):37-43.
- Hamilton JL, Shapero BG, Stange JP, Hamlat EJ, Abramson LY, Alloy LB. (2013). Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: Hopelessness as a mediator. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013; 42(3):332-47.
- Derakhshi SM. (2017). Investigating the Relationship between Symptoms of Histrionic Personality Disorder and Experiences of Child Abuse among Students of Tabriz Islamic Azad University. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2017; 6(4):148-64.

- Pavlova B, Perroud N, Cordera P, Uher R, Dayer A, Aubry JM. (2016). Childhood maltreatment and comorbid anxiety in people with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2016; 192:22-7.
- Bruce LC, Heimberg RG, Blanco C, Schneier FR, Liebowitz MR. (2012). Childhood maltreatment and social anxiety disorder: Implications for symptom severity and response to pharmacotherapy. *Depress Anxiety.* 2012; 29(2):132-9.
- Cogle JR, Timpano KR, Sachs-Ericsson N, Keough ME, Riccardi CJ. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Res.* 2010; 177(1):150-5.
- Nanda MM, Reichert E, Jones UJ, Flannery-Schroeder E. (2016). Childhood Maltreatment and Symptoms of Social Anxiety: Exploring the Role of Emotional Abuse, Neglect, and Cumulative Trauma. *J Child Adolesc Trauma.* 2016; 9(3):201-7
- Taillieu TL, Brownridge DA, Sareen J, Afifi TO. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child abuse negl.* 2016; 59:1-2.
- Soenke M, Hahn KS, Tull MT, Gratz KL. (2010). Exploring the relationship between childhood abuse and analogue generalized anxiety disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *Cognit Ther Res.* 2010; 34(5):401-12.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (2014). Synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- Lee J. E. J. (2012). Personality and cultural determinants of social anxiety in Asian Americans. Phd dissertation, Washington state university. UMI dissertation publishing, proquest, 2012.
- Edwards AA. (2014). Youth reports of psychological maltreatment, social anxiety, and aggression: Evaluating rejection sensitivity as a mediator. Columbia University; 2014.
- Busso DS, McLaughlin KA, Brueck S, Peverill M, Gold AL, Sheridan MA. (2017). Child abuse, neural structure, and adolescent psychopathology: a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017; 56(4):321-8.
- Kim JS, Jin MJ, Jung W, Hahn SW, Lee SH. (2017). Rumination as a Mediator between Childhood Trauma and Adulthood Depression/Anxiety in Non-Clinical Participants. *Front Psychol.* 2017; 8:1597.
- Kennedy SJ, Rapee RM, Edwards SL. (2009). A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: Effects on current anxiety disorders and temperament. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(6):602-9.
- Muris P, van Brakel AM, Arntz A, Schouten E. (2011). Behavioral inhibition as a risk factor for the development of childhood anxiety disorders: a longitudinal study. *J Child Fam Stud.* 2011; 20(2):157-70.
- Morey RA, Haswell CC, Hooper SR, De Bellis MD. (2016). Amygdala, hippocampus, and ventral medial prefrontal cortex volumes differ in maltreated

- youth with and without chronic posttraumatic stress disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2016; 41(3):791-801
- Schwartz CE, Kunwar PS, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Vangel MG, Rauch SL, Biederman J, Rosenbaum JF. (2015). Behavioral inhibition in childhood predicts smaller hippocampal volume in adolescent offspring of parents with panic disorder. *Transl Psychiatry*. 2015;5(7): e605.
- Gray JA, McNaughton N. (2003). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the function of the septo-hippocampal system*. Oxford university press; 2003.
- Kimbrel NA, Mitchell JT, Nelson-Gray RO. (2010). An examination of the relationship between behavioral approach system (BAS) sensitivity and social interaction anxiety. *J Anxiety Disorders* 2010; 24, 372–8.
- Kimbrel, N. A. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clin Psychol Rev* 2008.28, 592–612
- Noguchi K, Gohm CL, Dalsky DJ. (2006). Cognitive tendencies of focusing on positive and negative information. *J Res Pers*, 2006;40(6):891–910
- Carver CS, White TL. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *J Pers Soc Psychol*. 1994;67(2):319.
- Maack DJ, Tull MT, Gratz KL. (2012). Examining the incremental contribution of behavioral inhibition to generalized anxiety disorder relative to other Axis I disorders and cognitive-emotional vulnerabilities. *J Anxiety Disord*. 2012;26(6):689-95.
- Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, FOA E. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *Br J Psychiatry*. 2000; 176(4):379-86.
- Spitzer, R, L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Bernd, Lo W. (2006). Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Copyright: American Medical Association. *Archives of Internal Medicine*, 2006; 166(10): 1092-1097
- Tabakhnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.), Boston: Allyn & Bocon, 2007.
- Hébert M, Langevin R, Oussaïd E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *J Affect Disord*. 2018; 225:306-12.
- Holmes BC. (2008). *Continuity and discontinuity in behavioral inhibition: influences of a maltreating environment*. University of Rochester; 2008.
- Hane AA, Henderson HA, Reeb-Sutherland BC, Fox NA. (2010). Ordinary variations in human maternal caregiving in infancy and biobehavioral development in early childhood: A follow-up study. *Dev Psychobiol*, 52(6): 558-567.
- Starcevic V. (2005). *Social Anxiety Disorder (Social Phobia)*. In: *Anxiety Disorders in Adults: A Clinical Guide*. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2005