

نقش میانجی طرح‌واره‌های هیجانی در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با اختلال اضطراب فراگیر

علی اصغر فرخزادیان^۱، فاطمه رضایی^{۲*}، مسعود صادقی^۳

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۲. دکترای روان‌شناسی، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. دکترای روان‌شناسی، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی طرح‌واره‌های هیجانی در رابطه بین آسیب‌های دوره کودکی با اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش: شرکت کنندگان این پژوهش مقطعی - توصیفی، ۳۵۰ نفر از مراجعین به مراکز مشاوره شهر اصفهان (۱۹۴ مرد و ۱۵۶ زن) بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این مطالعه، مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور یک و دو، مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی لیهی، مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر و پرسشنامه آسیب‌های دوره کودکی مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد که طرح‌واره‌های هیجانی غیرانطباقی به‌طور معناداری رابطه بین آسیب‌های دوره کودکی (غفلت و سوءاستفاده) و اختلال اضطراب فراگیر را میانجی‌گری می‌کنند اما طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی، میانجی هیچ‌کدام از ابعاد آسیب‌های دوران کودکی با اختلال اضطراب فراگیر نیستند.

بحث و نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر پیشنهاد می‌کند که در بررسی رابطه بین آسیب‌های دوره کودکی با اختلال اضطراب فراگیر، نقش میانجی طرح‌واره‌های هیجانی نیز مدنظر قرار داده شود.

نشریه علمی

روان‌شناسی
بالینی
و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۲، پیاپی ۳۳
پاییز و زمستان ۱۳۹۸
صص: ۸۹-۱۰۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۷/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۰۶

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical
Psychology
& Personality

Vol. 17, No. 2, Serial 33

Autumn & Winter
2019 - 2020
pp.: 89-101

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب فراگیر، آسیب‌های دوره کودکی، طرح‌واره‌های هیجانی.

*Email: rezaeipsyc@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

راهبردی اجتنابی در پاسخ به تهدیدهای ادراک‌شده عمل می‌کند [۱۲، ۱۳، ۱۴].

در مدل فراشناختی ولز^۶ فرانگرانی و باورهای فراشناختی نقش مرکزی را در ایجاد و تداوم این اختلال ایفا می‌کنند [۷، ۱۵]. در مدل شناختی بلاتکلیفی اعتقاد بر این است که باورهای افراد دربارهٔ بلاتکلیفی، باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی، جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل و راهبردهای اجتناب شناختی نقش مهمی در ابتلا و تداوم اختلال اضطراب فراگیر بازی می‌کنند [۱۶، ۱۷].

در مدل بد تنظیمی هیجانی اختلال اضطراب فراگیر اعتقاد بر این است که این اختلال به‌وسیلهٔ نقایص شایان توجه در تجربه و تنظیم هیجان مشخص می‌شود [۹، ۱۸]. در مدل مبتنی بر پذیرش، رومر^۷ و همکاران بیان کردند که اختلال اضطراب فراگیر به‌واسطهٔ روابط واکنشی و مشکل‌زا با تجربه‌های درونی (افکار، احساسات، تصاویر، حواس بدنی)، پاسخ‌های درونی و رفتاری هدفمند جهت اجتناب و کاهش پریشانی و همچنین محدودیت رفتاری ایجاد و تداوم می‌باند [۱۹].

در مدل یکپارچه‌شده همه اختلالات از جمله اختلال اضطراب فراگیر ناشی از تعامل‌پذیری زیستی (مثل عوامل زیستی-عصبی و آسیب ژنتیک) و روان‌شناختی (مثل تجربه‌های پیش‌بینی‌ناپذیر و ...) می‌باشند [۱۱].

یکی از عواملی روان‌شناختی مهم دیگر که می‌تواند با اختلال اضطراب فراگیر در ارتباط باشد آسیب‌های دورهٔ کودکی است که این موضوع در تحقیقات مختلف نشان داده شده است [۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳]. آسیب‌های کودکی به انواع مختلفی تقسیم می‌شود که مهم‌ترین آنها عبارت‌اند از سوءاستفاده^۸ (هیجانی^۹، جنسی^{۱۰} و فیزیکی^{۱۱}) و غفلت (هیجانی و فیزیکی). سوءاستفاده فیزیکی عبارت است از ایجاد جراحت عمدی یا وارد کردن ضربه‌های جسمانی به کودک کمتر از ۱۸ سال توسط یک بزرگسال که احتمال خطر مرگ، آسیب دیدن، از دست دادن عضو بدن یا سلامتی وجود داشته باشد. سوءاستفاده هیجانی زمانی ایجاد می‌شود که کودک القا شود که موجودی بی‌ارزش، معیوب، منفور، ناخواسته و مخاطره‌انگیز می‌باشد و ارزش وجودی او تنها به برآورده کردن انتظارات و نیازهای دیگران بستگی دارد. سوءاستفاده جنسی از کودک نیز مربوط می‌شود به رابطه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ نوعی اختلال اضطرابی است که به‌صورت نگرانی بیش‌ازاندازه و نامعقول در مورد اتفاقات و فعالیت‌های روزمره تعریف می‌شود. علائم این اختلال را طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم^۲ می‌توان این‌گونه برشمرد: اضطراب و نگرانی شدید، عدم توانایی کنترل نگرانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و همراه بودن نگرانی با نشانه‌های بی‌قراری، خستگی، عدم تمرکز، زودرنجی، تنش ماهیچه‌ای و خواب مختل دانست که آنها را نمی‌توان به آثار مستقیم یک ماده، یک بیماری جسمی یا بیماری روانی دیگر نسبت داد [۱]. اختلال اضطراب فراگیر برخلاف حمله وحشت‌زدگی سیر مزمن‌تری دارد و می‌تواند برای ماه‌ها در فرد وجود داشته باشد [۲]. اختلال اضطراب فراگیر شایع‌ترین اختلال اضطرابی است و تعداد زیادی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این اختلال در مقایسه با اختلال افسردگی اساسی، پیامدهای آسیب‌زای جدی‌تری دارد [۳]. تقریباً ۲۵٪ مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های اختلالات اضطرابی و حدود ۱۲ درصد از بیماران مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌پزشکی مبتلا به این اختلال هستند [۴].

در سال‌های اخیر پژوهشگران زیادی به پژوهش در مورد اختلالات اضطرابی پرداخته و آن را از جهات مختلف زیست‌شناختی و روان‌شناختی موردبررسی قرار داده‌اند. به‌طور مثال نتایج حاصل از تحقیقات هاگز^۳، واتکینز^۴ و بلومنثال^۵ [۵] افزایش میزان متابولیت‌های نوراپی نفرین را در بیماران مبتلا به اضطراب نشان داده و افزایش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک را عامل مرگ‌ومیر ناشی از این اختلال می‌دانند. به لحاظ روان‌شناختی نیز تحقیقات مختلف، همبسته‌های مختلفی را برای این اختلال یافته‌اند.

از جمله مدل‌های اختصاصی که برای این اختلال مطرح شده است می‌توان به مدل‌های اجتناب شناختی [۶]، فراشناختی [۷]، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی [۸]، بد تنظیمی هیجانی [۹]، مبتنی بر پذیرش [۱۰] و مدل یکپارچه‌شده [۱۱] اشاره کرد.

در مدل اجتناب شناختی اعتقاد بر این است که اجتناب شناختی به‌واسطهٔ فرایند نگرانی اتفاق می‌افتد، زیرا نگرانی به‌عنوان یک فعالیت اغلب فکری یا کلامی بر تلاش به‌منظور اجتناب از وقوع فجایع آینده متمرکز است و در نتیجه به‌عنوان

⁶ Wells

⁷ Roemer

⁸ Abuse

⁹ Emotional

¹⁰ Sexual

¹¹ Physical

¹ Generalized Anxiety Disorder (GAD)

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)

³ Hughes

⁴ Watkins

⁵ Blumenthal

وقتی افراد دچار یک هیجان می‌شوند طرح‌واره‌های هیجانی زیربنایی آنها (چه انطباقی و چه غیرانطباقی) فعال می‌شود. [۳۰].

لیهی [۲۹] برای تفهیم بهتر این طرح‌واره‌ها ۱۴ طرح‌واره را مطرح می‌کند. این طرح‌واره‌ها عبارت‌اند از تأیید جویی^۵ (دیگران احساسات مرا درک می‌کنند)، قابل‌درک بودن^۶ (هیجانان من هیچ حسی به من نمی‌دهد)، احساس گناه و شرم^۷ (من نباید این حس را داشته باشم)، دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجانان^۸ (من نباید هیجانان مختلط داشته باشم)، ارزش‌های والاتر^۹ (احساسات من ارزش بیشتری را به من منعکس می‌کند)، کنترل^{۱۰} (می‌ترسم احساساتم خارج از کنترل من باشد)، تلاش برای منطقی بودن^{۱۱} (من باید منطقی و عقلانی عمل کنم نه احساسی)، طول دوره^{۱۲} (هیجانانم برای مدتی طولانی ادامه خواهند یافت)، توافق^{۱۳} (دیگران هم احساسی شبیه احساس من دارند)، پذیرش احساسات^{۱۴} (احساساتی را که دارم می‌پذیرم)، نشخوار فکری^{۱۵} (مدام درباره احساسات بدم فکر می‌کنم)، ابراز هیجانان^{۱۶} (می‌توانم به خودم اجازه دهم که گریه کنم)، سرزنش^{۱۷} (دیگران باعث می‌شوند که من این احساس را داشته باشم) و کرختی هیجانی^{۱۸} [۲۸]. لیهی [۲۸] در پژوهش خود نشان داد که اکثریت این ۱۴ طرح‌واره همبستگی‌های معناداری با اضطراب و افسردگی دارند.

طبق پژوهش لیهی [۲۸، ۲۹، ۳۱] طرح‌واره‌های غیرانطباقی هیجانی از قبیل احساس گناه، نشخوار فکری، دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجانان، توافق کمتر و قابل‌درک بودن کمتر می‌تواند در نهایت منجر به اضطراب شود.

طرح‌واره‌های هیجانی غیرانطباقی باعث تفسیر و ارزیابی منفی از هیجانان می‌شوند. می‌توان گفت ارزیابی منفی از هیجان درواقع نوعی شکل‌گیری باور منفی نسبت به آن هیجان است. کمالی، غرابی و بیرشک [۳۲] و ولز [۷] نیز در پژوهش خود بیان کرده‌اند که این طرح‌واره‌های هیجانی در قالب باورهای فراشناختی افراد نسبت به آن هیجان بروز پیدا می‌کنند. همچنین لیهی [۲۸، ۳۱] نیز اذعان داشته است که این طرح‌واره‌ها منعکس‌کننده شیوه‌هایی هستند که افراد

جنسی میان یک کودک و یک بزرگسال یا دو کودک، زمانی که یکی از آنها به‌طور مشخص بزرگ‌تر بوده یا از زور و اجبار استفاده کرده است. غفلت فیزیکی نیز به اعمال حذفی اشاره دارد که طی آن کودک از امکاناتی از قبیل امنیت، تغذیه، پوشاک، سرپناه، مراقبت‌های پزشکی و ... محروم می‌شود و به عبارتی نیازهای اساسی او برآورده نمی‌شود. غفلت هیجانی نیز به اعمال حذفی اشاره دارد که در آن کودک مراقبت و حمایت عاطفی مناسبی را دریافت نمی‌کند مانند نشان ندادن توجه، عشق، محبت و علاقه به کودک [۲۴].

اما از آنجایی که افرادی که در دوره کودکی تحت آسیب قرار گرفته‌اند همگی دچار اختلال اضطراب فراگیر نشده‌اند و یا به اختلالات روان‌شناختی دیگر مبتلا شده‌اند می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً متغیرهای دیگری نیز بین این دو متغیر نقش میانجی را بازی کنند [۲۵]. یکی از متغیرهایی که طبق تحقیقات مختلف [۲۶، ۲۷] می‌تواند نقش میانجی را بین آسیب‌های دوره کودکی و اختلالات اضطرابی‌ای چون اختلال اضطراب فراگیر بازی کند طرح‌واره‌های هیجانی افراد است.

طبق مدل طرح‌واره‌های هیجانی^۱ [۲۸، ۲۹] افراد دیدگاه‌های شناختی متفاوتی درباره هیجان‌های خود دارند (طرح‌واره‌های هیجانی). این طرح‌واره‌ها منعکس‌کننده شیوه‌هایی هستند که افراد هیجان‌ها را تجربه می‌کنند و باوری است که آنها به‌مجرد برانگیخته شدن تجارب هیجانی ناخوشایند در مورد طرح مناسب برای اقدام در ذهن دارند. واضح است که همه انسان‌ها خشم، اضطراب، ناراحتی یا سایر هیجان‌ها را تجربه می‌کنند، اما تنها افراد کمی هستند که این هیجان‌ها در آنها اختلال شدید یا مزمن هیجانی و عاطفی ایجاد می‌کند. لیهی^۲ معتقد است که این اثرپذیری متفاوت از هیجان‌ها ناشی از طرح‌واره‌های زیربنایی آنهاست که به دو دسته طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی^۳ و طرح‌واره‌های هیجانی غیرانطباقی^۴ تقسیم می‌شوند. طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی آن دسته از طرح‌واره‌هایی هستند که منجر به تعبیر و تفسیر مثبت تجارب هیجانی می‌گردد ولی طرح‌واره‌های هیجانی غیرانطباقی، طرح‌واره‌هایی هستند که باعث تفسیر و ارزیابی منفی از هیجانان می‌شوند. بنابراین طبق نظریه لیهی

¹⁰ Control

¹¹ Demands for rationality

¹² Duration

¹³ Consensus

¹⁴ Acceptance of feelings

¹⁵ Rumination

¹⁶ Expression

¹⁷ Blame

¹⁸ Numbness

¹ Emotional schemas model (ESM)

² Leahy

³ Adaptive

⁴ Maladaptive

⁵ Validation by others

⁶ Comprehensibility

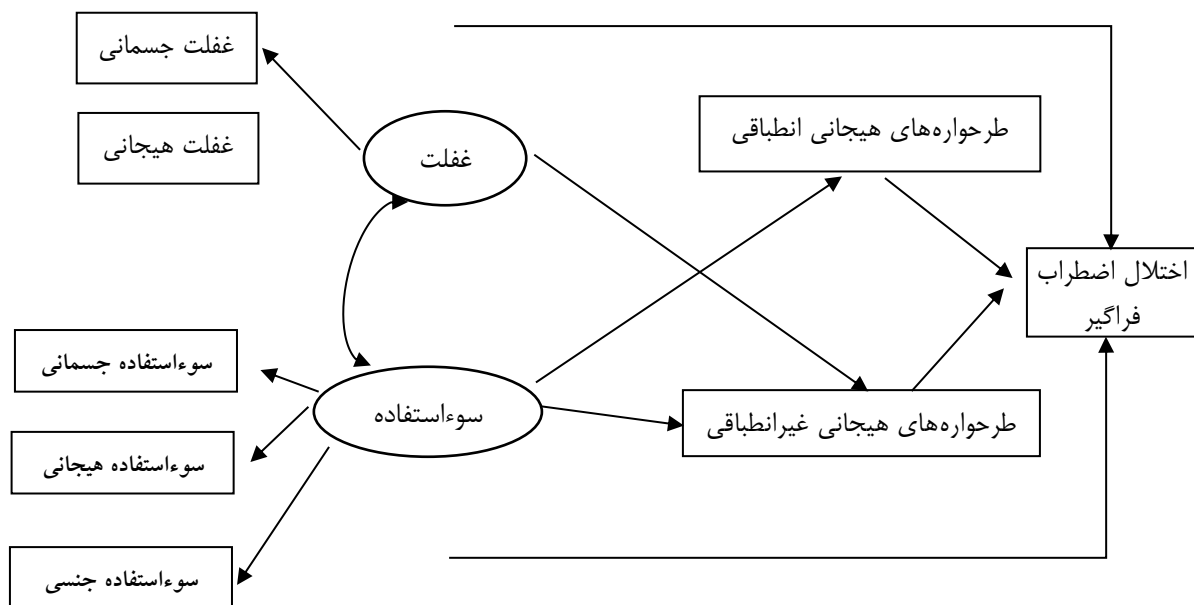
⁷ Guilt

⁸ Simplistic view of emotions

⁹ Higher values

طرحواره‌های هیجانی انطباقی و غیرانطباقی و اختلال اضطراب فراگیر وجود داشته باشد و ضرورت بررسی آن که ذکر شد، هدف ما در این پژوهش این است که رابطه بین غفلت و سوءاستفاده در دوران کودکی با اختلال اضطراب فراگیر را با میانجی‌گری طرحواره‌های هیجانی انطباقی و غیرانطباقی بررسی کنیم. در این راستا مدل مفهومی پژوهش و فرضیه‌های پژوهش حاضر به ترتیب در زیر آورده شده است. طبق مدل مفهومی پژوهش، غفلت و سوءاستفاده دوران کودکی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق طرحواره‌های هیجانی می‌تواند در ابتلای فرد به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر باشد. همچنین هر دو نوع آسیب دوره کودکی (غفلت و سوءاستفاده) می‌تواند باعث ایجاد دو نوع طرحواره هیجانی انطباقی و غیرانطباقی شود.

هیجان‌ات خود را تجربه می‌کنند و باوری است که آنها به مجرد برانگیخته شدن هیجان‌ات در ذهن دارند. یانگ [۳۳] عدم ارضای نیازهای هیجانی (مثل کفایت و محبت) در دوران کودکی و تجارب غیرانطباقی اولیه را در تعامل با خلق و خوی کودک مهم‌ترین عوامل گسترش طرحواره تلقی می‌کند. از سوی دیگر اختلال اضطراب فراگیر به دلیل گستردگی و شیوع فراوانی که هم در بین کودکان و هم بین بزرگسالان دارد و می‌تواند سلامت روان افراد جامعه را تحت تأثیر قرار دهد، لازم است تا علل زیربنایی ایجاد آن شناسایی شده و روابط مستقیم و غیرمستقیمی که این علل می‌توانند داشته باشند کشف شود و به دنبال آن روش‌های درمانی مؤثر و جدیدی که مبتنی بر این روابط و علل باشد برای آن ایجاد گردد. با توجه به مطالب ذکر شده در مورد رابطه‌ای که می‌تواند بین آسیب‌های دوره کودکی (غفلت و سوءاستفاده)،



شکل ۱. مدل مفهومی نقش میانجی‌گری طرحواره‌های هیجانی در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با اختلال اضطراب فراگیر

فرضیه‌های پژوهش

- الف) طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی به طور معناداری بین آسیب‌های دوره کودکی و اختلال اضطراب فراگیر میانجی‌گری می‌کند.
- ب) طرحواره‌های هیجانی انطباقی به طور معناداری بین آسیب‌های دوره کودکی و اختلال اضطراب فراگیر میانجی‌گری می‌کند.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر، به لحاظ هدف بنیادی و به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها از جمله مطالعات همبستگی و مدل معادلات ساختاری می‌باشد.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه

مراجعین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراکز مشاوره اصفهان در سال ۱۳۹۶ بودند.

ب) نمونه پژوهش: از این افراد، تعداد ۳۵۰ نفر (۱۹۴ مرد و ۱۵۶ زن) با میانگین سنی $33/09 \pm 9$ سال، به روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. افراد نمونه پرسشنامه‌های مربوطه را در طول مدت ۲ ماه تکمیل کردند. در مدلیابی معادلات ساختاری حداقل حجم نمونه برای هر پارامتر محاسبه‌شده برابر با ۵، نسبت ۱۰ به ۱ مناسب‌تر و نسبت ۲۰ به ۱ و بیشتر مطلوب قلمداد می‌شود. پارامترهای محاسبه‌شده از مجموع تعداد مسیرها، واریانس برون‌زا، کوواریانس‌ها و واریانس خطا به دست می‌آید. از آنجاکه در پژوهش حاضر ۱۷ پارامتر مشاهده شده وجود دارد تقریباً از نسبت ۲۰ به ۱ کلاین استفاده شد [۳۴].

ابزارهای پژوهش

۱) مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک و دو^۱: مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخه بالینگر^۲ و نسخه پژوهشی می‌باشد که در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر استفاده شد. این نسخه، اختلال‌هایی که در کلینیک‌ها شایع‌تر هستند را پوشش می‌دهد و نسبت به نسخه پژوهشی کوتاه‌تر است و با یک مصاحبه باز درباره بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌گردد. در این نسخه هر کدام از ماده‌ها به سه صورت اطلاعات ناکافی درباره نشانه (؟)، عدم وجود نشانه (-) و وجود نشانه (+) علامت گذاری می‌گردند و شش حوزه اختلالات (دوره‌های خلقی، نشانگان روان‌پریشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب) را پوشش می‌دهد. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور دو نیز برای سنجش اختلالات شخصیت (محور دو) بکار می‌رود و تمامی اختلالات را مربوطه پوشش می‌دهد. در این ابزار نشانه‌ها با چهار علامت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، ۱ (عدم وجود نشانه)، ۲ (پایین‌تر از حد آستانه)، ۳ (در حد آستانه) علامت‌گذاری می‌شوند. کل مصاحبه معمولاً در یک جلسه

انجام می‌شود و بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه به طول می‌انجامد. شاخص توافق کاپا برای تشخیص‌های مقوله‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ و برای تشخیص‌های درون طبقه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۸ برآورد گردیده است. همچنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ گزارش گردیده است [۳۵]. شریفی و همکاران [۳۶] توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای ۰/۶۰) برای تشخیص‌های کلی و خاص به دست آورده‌اند. آنها همچنین کاپای کل تشخیص‌های فعلی را ۰/۵۲ و کاپای کل تشخیص‌های طول عمر را ۰/۵۵ برآورد کرده‌اند. آمارهای یول نیز اکثراً بالاتر از کاپا بود. به‌طور کلی اکثر مصاحبه‌کنندگان و مصاحبه‌شوندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی این مصاحبه را مطلوب گزارش کردند [۳۶].

۲) مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر^۳: این مقیاس باهدف ساختن ابزاری کوتاه برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و سنجش نشانه‌های بالینی مبتلایان، توسط اسپیتزر^۴، کروئکی^۵، ویلیامز^۶ و برند^۷ [۳۷] در سال ۲۰۰۶ ساخته شده است. این مقیاس دارای هفت سؤال اصلی و یک سؤال اضافی است که هر یک از سؤالات به بررسی مشکلات روانی آزمودنی در ۲ هفته گذشته می‌پردازد گزینه‌ها به‌صورت هیچ‌وقت، چند روز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هرروز از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. در آخر پرسشنامه سؤال ۸ ارائه می‌شود که به این نکته می‌پردازد که هر یک مشکلات مطرح شده در ۷ سؤال اول تا چه اندازه در انجام کار، امور مربوط به خانه یا ارتباط فرد با دیگران مشکل ایجاد کرده است گزینه‌های انتخابی عبارت‌اند از به‌هیچ‌وجه، تا حدی، زیاد، خیلی زیاد. نقاط برش برای پرسشنامه عبارت‌اند از ۵ (خفیف)، ۱۰ (متوسط)، ۱۵ (شدید) [۳۷-۳۸]. نیومن^۸ و همکاران [۳۹] ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش کردند. اعتبار همگرایی پرسشنامه با پرسشنامه‌های اضطراب بک، چک‌لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سؤالی^۹ (اس.سی.ال-۹۰)، پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت^{۱۰} (اس.اف-۲۰) موردبررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی نمره مقیاس اضطراب فراگیر با پرسشنامه‌های اضطراب بک ۰/۷۲، چک‌لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سؤالی (اس.سی.ال-۹۰)

¹ Structured Clinical Interview for DSM Disorders- II (SCID-II)

² Clinical version

³ Generalized anxiety disorder scale- 7 item (GAD-7)

⁴ Spitzer

⁵ Kroenke

⁶ Williams

⁷ Bernd

⁸ Newman

⁹ SCL-90

¹⁰ SF-20

یک پرسشنامه خودگزارشی است که در سال ۱۹۹۸ توسط برنشتاین^۳ و فینک^۴ [۲۴] ساخته شده و مشتمل بر ۲۸ سؤال در پنج حیطه سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، مسامحه عاطفی و مسامحه فیزیکی می‌باشد که هر سؤال با معیار پنج‌درجه‌ای لیکرت میزان می‌شود. علاوه بر جمع امتیازها بر اساس نقطه برش برای هر یک از حیطه‌ها نوع متوسط تا شدید تعیین شده است (سوءاستفاده عاطفی ۱۳ و بالاتر، سوءاستفاده فیزیکی ۱۰ و بالاتر، سوءاستفاده جنسی ۸، مسامحه عاطفی ۱۰ و بالاتر و مسامحه فیزیکی ۱۰ و بالاتر). به این ترتیب بر اساس توصیه مبدعین پرسشنامه [۲۴] افراد به دو گروه تقسیم می‌شوند: کسانی که نمره آنها در محدوده متوسط تا شدید قرار داشت به عنوان دارای سابقه سوءاستفاده دوران کودکی و نمره کمتر از آن به عنوان بدون سابقه سوءاستفاده دوران کودکی در نظر گرفته می‌شوند. برنشتاین و فینک [۲۴] اعتبار و پایایی بالایی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند چنانکه همسانی درونی عوامل از ۰/۳۷ تا ۰/۷۵ متغیر بوده و پنج عامل به‌طور کلی ۰/۵۵ از واریانس را پوشش می‌دهند. ضریب پایایی به روش بازآزمایی و ضریب اعتبار به روش همسانی درونی نسخه فارسی این پرسشنامه در پژوهش گروسی و نخعی [۴۲] به ترتیب ۰/۹ و ۰/۹۴ به دست آمده است.

شیوه انجام پژوهش

در ابتدا با مراجعه به چندین مرکز مشاوره در شهر اصفهان و هماهنگی با مدیر مرکز، از میان افرادی که برای دریافت خدمات درمانی روان‌شناختی به این مراکز مراجعه کرده بودند تعداد ۳۵۰ نفر که در سال ۹۶ بر اساس پرسشنامه و مصاحبه در حال حاضر یا در ۱۲ ماه گذشته به اختلال اضطراب فراگیر مبتلا بودند، شناسایی شده و پس از هماهنگی کردن با این مراجعان و کسب رضایت از آنان، پرسشنامه‌های مربوطه به‌طور حضوری یا غیرحضوری بین آنان توزیع شد. تعداد ۱۰ نفر از آنان ملاک‌های ورود به پژوهش را نداشته و بنابراین در پژوهش شرکت داده نشدند. همچنین تعداد ۱۴ نفر نیز به‌طور کامل به پرسشنامه‌ها پاسخ نداده بودند و بنابراین در آخر داده‌های مربوط به تعداد ۳۲۶ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت رعایت اصول اخلاقی، ابتدا از طریق پیامک از افرادی که در پرونده آنها سابقه وجود اختلال اضطرابی بود درخواست همکاری شد و همچنین جهت اطمینان از رضایت آنها، فرم رضایت آگاهانه توسط ایشان

۰/۷۴ و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت (اس.اف-۲۰) و ابعاد آن بین ۰/۳۰ برای بعد عملکرد جسمی تا ۰/۷۵ برای بعد سلامت روانی به دست آمده است. همچنین طبق پژوهش نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان [۳۸] این مقیاس در ایران نیز از میزان روایی و پایایی خوبی برخوردار است چنانکه میزان آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۸۵ و میزان ضریب بازآزمایی به دست آمده ۰/۴۸ ($P < 0.01$) می‌باشد.

۳) مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی^۱: فرم اصلی این پرسشنامه که در سال ۲۰۰۲ توسط لیهی [۲۸] ابداع شده است دارای ۵۰ سؤال است که در مقیاس ۶ درجه‌ای طیف لیکرت (۱= دربارۀ من کاملاً اشتباه است، ۶= دربارۀ من درست است) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات از ۰ تا ۲۵۰ خواهد بود. به‌طور کلی مشخص می‌کند که فرد در طی ماه گذشته با احساس‌ها و هیجان‌های خود چگونه برخورد می‌کند [۲۸]. این مقیاس دارای خرده مقیاس‌های زیر می‌باشد: تاییدجویی، قابل‌درک بودن، احساس گناه و شرم، دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجانات، ارزش‌های والاتر، کنترل، کرختی هیجانی (در نسخه فارسی حذف شده)، تلاش برای منطقی بودن، طول دوره (در نسخه فارسی حذف شده)، توافق، پذیرش احساسات، ابراز هیجانات، سرزنش و نشخوار فکری. از این مقیاس علاوه بر هر عامل، دو نمره کلی یعنی طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی (مجموع نمرات طرحواره‌های احساس گناه و شرم، دیدگاه ساده‌انگارانه، کرختی هیجانی، تلاش برای منطقی بودن، طول دوره و سرزنش) و طرحواره‌های هیجانی انطباقی (مجموع نمرات طرحواره‌های، تاییدجویی، قابل‌درک بودن، ارزش‌های والاتر، کنترل، ابراز هیجانات، توافق و پذیرش احساسات) به دست می‌آید [۴۰]. همچنین در نسخه فارسی [۴۱] عاملی به‌عنوان خودآگاهی هیجانی نیز اضافه گردیده است. لیهی [۲۸] همسانی درونی آن را ۰/۸۱ گزارش کرده است. در این پژوهش از نسخه فارسی آن که توسط خانزاده، ادریسی، محمدخانی و سعیدیان [۴۱] به ۳۷ ماده کاهش داده شده است استفاده شد که اعتبار این مقیاس را از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آمده است [۴۱].

۴) پرسشنامه آسیب‌های دوره کودکی^۲: این پرسشنامه،

^۱ Leahy Emotional Schema Scale (LESS)

^۲ Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

^۳ Bernstein

^۴ Fink

شد.

نتایج

در این قسمت، اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد. جدول ۱ توزیع فراوانی نمونه را با میانگین سنی $9 \pm 33/0$ بر اساس وضعیت تحصیل و جنسیت نشان می‌دهد.

جدول ۱. توزیع فراوانی نمونه بر اساس جنسیت و سطح تحصیلات

متغیر جمعیت‌شناختی	فراوانی	درصد
مرد	۱۹۴	۵۵
زن	۱۵۶	۴۵
زیر دیپلم	۲۳	۶/۵
دیپلم	۷۹	۲۲/۵
لیسانس	۱۸۸	۵۳/۷
فوق لیسانس	۵۶	۱۶
دکتر	۴	۱/۱

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد اکثر نمونه این مطالعه را به لحاظ جنسیت مردها و به لحاظ میزان تحصیلات، لیسانسه‌ها تشکیل می‌دهند. جدول ۲ نیز هم شاخص‌های توصیفی و هم ضرایب همبستگی میان غفلت (جسمانی، هیجانی) و سوءاستفاده (جسمانی، هیجانی، جنسی) طرح‌واره‌های هیجانی و نشانه‌های اضطراب فراگیر را نشان می‌دهد.

تکمیل گردید و همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به هیچ وجه در هیچ جا منتشر نخواهد ملاک‌های ورود شامل این موارد بود: پُر کردن فرم رضایت آگاهانه، دریافت تشخیص فعلی اختلال اضطراب فراگیر یا وجود اختلال اضطراب فراگیر در ۱۲ ماه گذشته بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای اختلالات روانی محور یک^۱. ملاک‌های خروج نیز شامل موارد زیر هستند: دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی، ضداجتماعی و اسکیزوتایپال بر اساس مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور دو، وجود نشانه‌های روان‌پریشی، اختلال مصرف مواد و وجود بیماری‌های جسمانی حاد.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های تکمیل شده ابتدا به برنامه‌اس پی اس نسخه ۲۱ وارد و پس از تجزیه و تحلیل آماره‌های توصیفی، به برنامه‌ایموس انتقال و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش به منظور برآورد مدل از شاخص‌های مجذور خی^۲، شاخص مجذور خی بر درجه آزادی^۳، شاخص نیکویی برازش^۴، ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب^۵، شاخص برازش مقایسه‌ای^۶، شاخص شاخص توکر-لوپس^۷ و برازندگی هنجار شده بنتلر-بانت^۸ استفاده گردید.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش (n=۲۲۶)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱-سوءاستفاده هیجانی	-	۰/۵۲**	۰/۴۴**	۰/۵۶**	۰/۵۸**	-۰/۱۶*	۰/۲۳**	۰/۳۳**
۲-سوءاستفاده جسمانی	-	۰/۴۹**	۰/۶۹**	۰/۵۹**	۰/۲۵**	-۰/۲۵**	۰/۳۵**	۰/۳۳**
۳-سوءاستفاده جنسی	-	-	۰/۵۴**	۰/۶۰**	۰/۲۷**	-۰/۲۷**	۰/۳۳**	۰/۴۱**
۴-غفلت هیجانی	-	-	-	۰/۶۳**	۰/۳۸**	-۰/۳۸**	۰/۳۳**	۰/۳۳**
۵-غفلت جسمانی	-	-	-	-	۰/۳۱**	-۰/۳۱**	۰/۳۷**	۰/۴۳**
۶-طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی	-	-	-	-	-	-	-۰/۵۱**	-۰/۲۲**
۷-طرح‌واره‌های هیجانی غیرانطباقی	-	-	-	-	-	-	-	۰/۳۴**
۸-اضطراب فراگیر	-	-	-	-	-	-	-	-
میانگین	۱۰/۸۹	۱۰/۲۸	۹/۹۳	۱۲/۸۳	۱۳/۱۹	۶۹/۷۱	۴۸/۴۱	۱۴/۱۵
انحراف معیار	۴/۴۲	۳/۹۶	۲/۸۵	۴/۰۵	۴/۲۲	۹/۷۶	۶/۵۹	۲/۳۲

** (p<۰/۰۱)

معنادار است (p<۰/۰۱) و دامنه ضریب همبستگی بین

طبق جدول ۲ تمامی ضرایب همبستگی بین متغیرها

^۱ Structured Clinical Interview for DSM Disorders-I (SCID-I)

^۲ X2

^۳ X2/DF

^۴ Goodness of Fit Index (GFI)

^۵ Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA)

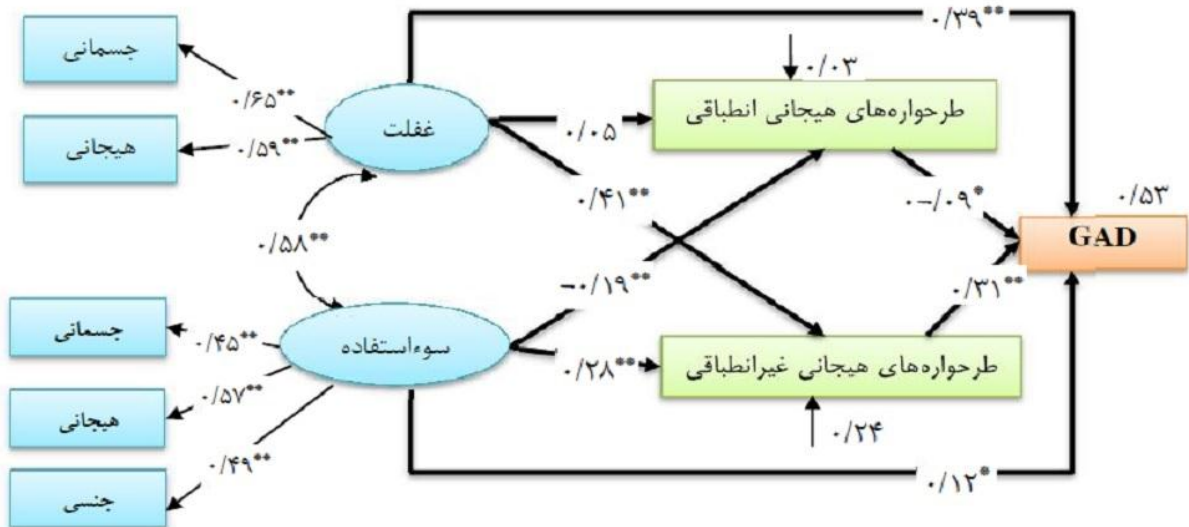
^۶ Comparative Fit Index (CFI)

^۷ Tucker-Lewis (TLI)

^۸ Bentler-Bonett normed fit index (NFI)

سوءاستفاده جسمانی و غفلت هیجانی) پراکندگی دارد. سپس برای بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم غفلت دوران گردید. در این راستا ۲۶ داده پرت حذف گردید. و تعداد نمونه برای تجزیه و تحلیل به ۳۰۰ نفر تقلیل یافت. شکل ۲ ضرایب

متغیرها از ۰/۱۶- (همبستگی بین سوءاستفاده هیجانی و طرحواره‌های هیجانی انطباقی) تا ۰/۶۹ (همبستگی بین کودکی و سوءاستفاده دوران کودکی در قالب مدل معادله ساختاری ابتدا پیش‌فرض‌های روابط خطی میان متغیرها (از



استاندارد مسیرها را نشان می‌دهد.

طریق نمودار پراکندگی)، بهنجاری تک متغیری و چند متغیری، عدم وجود داده پرت، عدم هم‌خطی چندگانه رعایت

شکل ۲. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم در مدل پیشنهادی: $p < 0.05$ ، $p < 0.001$

انطباقی به‌وسیله مدل حاضر تبیین می‌شود. در این پژوهش به‌منظور برآورد مدل از شاخص‌های مجذور خی، شاخص مجذور خی بر درجه آزادی، شاخص نیکویی برازش، ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب، شاخص برازش مقایسه‌ای، شاخص توکر-لوئیس و برازندگی هنجار شده بنتلر-بانت استفاده گردید. جدول ۳ مقادیر شاخص‌های برازش را نشان می‌دهد.

همان‌طور که شکل ۲ نشان می‌دهد تنها مسیر مستقیم غفلت دوران کودکی به طرحواره‌های هیجانی انطباقی معنادار نمی‌باشد ($p > 0.05$). بیشترین ضریب استاندارد نیز به مسیر غفلت دوران کودکی به طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی مربوط می‌شود ($\beta = 0.41$). همچنین ۵۳ درصد از اختلال اضطراب فراگیر، ۲۴ درصد از طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی و فقط ۰/۰۳ درصد از طرحواره‌های هیجانی

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی

شاخص‌ها	مقادیر	دامنه‌ی موردقبول	نتیجه
مجذور خی	۳/۵۹	> 0.05	مطلوب
سطح معناداری	۰/۰۶۳		مطلوب
مجذور خی بر درجه آزادی	۳/۵۹	< 5	مطلوب
شاخص نیکویی برازش	۰/۹۸۷	> 0.90	مطلوب
ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب	۰/۰۷۶	< 0.1	مطلوب
شاخص برازش مقایسه‌ای	۰/۹۸۶	> 0.90	مطلوب
شاخص توکر-لوئیس	۰/۹۶۷	> 0.90	مطلوب
برازندگی هنجار شده بنتلر-بانت	۰/۹۸۷	> 0.90	مطلوب

برای ارزیابی اثرات غیرمستقیم مدل از دو روش بوت استراپ^۱ و آماره سوئل^۲ استفاده گردید. جدول ۴ نیز مسیرهای غیرمستقیم غفلت و سوءاستفاده دوران کودکی و

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد مدل پیشنهادی برای اختلال اضطراب فراگیر از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشد.

¹ Bootstrapping

² Sobel

میانجی‌گری طرح‌واره‌های هیجانی (انطباقی و غیرانطباقی) را به‌وسیله روش بوت استرپ (با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و ۵۰۰۰ بار نمونه‌گیری) و آماره سو بل نشان می‌دهد.

جدول ۴. مسیرهای غیرمستقیم در مدل پیشنهادی

جهت مسیرها	خطای معیار	بوت	حد پایین	حد بالا	آماره سو بل	معناداری
غفلت--->طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی --->> اختلال اضطراب فراگیر	۰/۰۰۵	-۰/۰۰۵	-۰/۰۲۲	۰/۰۰۲	۱/۱۹	۰/۲۱
غفلت--->طرح‌واره‌های هیجانی غیرانطباقی --->> اختلال اضطراب فراگیر	۰/۰۳۰	-۰/۲۰۸	-۰/۲۸۰	-۰/۱۶۰	۷/۵۲	۰/۰۰۱
سوءاستفاده--->طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی --->> اختلال اضطراب فراگیر	۰/۰۱۰۹	۰/۰۱۵	-۰/۰۰۰۹	۰/۰۴۱	۱/۵۲	۰/۱۴
سوءاستفاده--->طرح‌واره‌های هیجانی غیرانطباقی --->> اختلال اضطراب فراگیر	۰/۰۴۲۴	۰/۳۴۴	۰/۲۶۳	۰/۴۲۵	۸/۴۶	۰/۰۰۱

فراگیر را در او ایجاد کند و باعث شود فرد در مقابل هر موضوعی استرس‌زایی، دچار اضطراب گردد که این از نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر است.

تبیین دیگر می‌تواند تبیین روان‌شناختی باشد بطوریکه طبق گفته مک نالی [۴۵] سوءاستفاده‌های دوره کودکی می‌تواند دید و نظر کودک را نسبت به خود و جهان اطراف تغییر دهد. مخصوصاً قربانی شدن در این دوره می‌تواند باعث بیش‌از حد محتاط شدن، نگرانی بیش‌از حد در مورد جسم خود و پیش‌بینی بیش‌از حد خطر در مراحل بعدی زندگی شود که این خود می‌تواند ابتلا به انواع اختلالات اضطرابی خصوصاً اختلال اضطراب فراگیر که اصلی‌ترین نشانه آن اضطراب داشتن در مورد اکثر موضوعات بالقوه استرس‌زا است را در فرد پیش‌بینی کند. همچنین هرچقدر فرد در دوران کودکی مورد آزار جنسی و جسمی قرار گرفته باشد در مواجهه با شرایط سخت و دردآور زندگی، ابعادی از شخصیتش را که برایش دوست‌داشتنی نیستند مورد انتقاد سخت‌گیرانه قرار داده و به‌جای حمایت از خود در شرایط بحرانی، با کاستی‌هایش به‌ملایمت و آرامی رفتار نمی‌کند و با خود به زبانی صحبت می‌کند که از لحاظ هیجانی لحنی حمایتی ندارد و درواقع طرح‌واره‌های هیجانی منفی آنها در این مواقع فعال می‌شود که طبق پژوهش‌های انجام شده [۲۶-۲۷] این طرح‌واره‌های منفی، خود می‌تواند در فرد اضطراب ایجاد کند. از این‌رو فرضیه اول پژوهش که به دنبال بررسی نقش میانجی طرح‌واره‌های هیجانی غیرانطباقی بین سوءاستفاده دوران کودکی و اختلال اضطراب فراگیر بود، تأیید شد. یافته‌های مربوط به این فرضیه با یافته‌های پژوهش‌های مشابه [۲۷، ۳۲، ۳۶] همسو می‌باشد. طبق پژوهش‌های لیبی [۲۹، ۳۱] طرح‌واره‌های هیجانی غیرانطباقی با طیف گسترده‌ای از اختلال‌ها نظیر افسردگی، اضطراب، نگرانی مزمن و برخی اختلالات دیگر همبستگی دارد. مدل طرح‌واره‌های هیجانی معتقد است هنگامی که یک هیجان برانگیخته و یا فراخوانده می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهد کرد که آیا این هیجان تداوم خواهد یافت، تشدید شده و یا کاهش می‌یابد. از سوی دیگر همان‌طور که

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد طرح‌واره‌های هیجانی غیرانطباقی بین غفلت و نشانه‌های اضطراب فراگیر نقش میانجی دارد چون حد پایین (-۰/۲۸۰) و بالای (۰/۱۶) بوت استرپ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد صفر را شامل نمی‌شود و آماره سو بل نیز معنادار است ($P < 0/01$). همچنین طرح‌واره‌های هیجانی غیرانطباقی بین سوءاستفاده و نشانه‌های اضطراب فراگیر میانجی‌گری می‌کند چون حد پایین (۰/۲۶۳) و بالای (۰/۴۲۵) بوت استرپ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد صفر را شامل نمی‌شود و آماره سو بل نیز معنادار است ($P < 0/01$). درحالی‌که طرح‌واره‌های هیجانی انطباقی نمی‌تواند به‌طور معناداری بین غفلت و سوءاستفاده دوران کودکی با نشانه‌های اختلال اضطراب میانجی‌گری کند چون داده‌های حد پایین و بالای بوت استرپ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد صفر را شامل می‌شود و آماره سو بل نیز معنادار نیست ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

قبل از بررسی فرضیات پژوهش و بررسی نقش میانجی‌های پژوهش، رابطه مستقیم بین آسیب‌های دوره کودکی و اختلال اضطراب فراگیر را بررسی می‌کنیم. همان‌طور که یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند غفلت و سوءاستفاده دوران کودکی، خود می‌تواند به‌طور مستقیم با ابتلای فرد به اختلال اضطراب فراگیر در آینده مرتبط باشد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های مشابه [۲۰، ۲۶، ۲۷، ۴۳، ۴۴] همسو می‌باشد. یکی از تبیین‌هایی که برای این یافته می‌توان ذکر کرد تبیین روانی زیستی است. طبق تحقیقات هیم و نمراف [۴۴] استرس‌های دوره‌های اولیه زندگی فرد باعث بیش‌فعالی و تحریک‌پذیری بیشتر سیستم عصبی مرکزی و سیستم‌های دیگر انتقال‌دهنده‌های عصبی می‌شود که این درنهایت باعث افزایش پاسخ‌دهی بیش‌از حد غدد درون‌ریز، دستگاه عصبی خودمختار و تنش‌های رفتاری می‌شود. وقتی فرد در مراحل بعدی زندگی مکرراً با استرس و تنش مواجه می‌شود، می‌تواند با توجه به مکرر و فراگیر بودن این استرس‌ها و تنش‌ها، نشانه‌های اختلال اضطراب

اجتناب‌ناپذیر است از سوی این افراد انکار می‌شود و یا فرد با آن می‌جنگد، اضطراب در فرد به شکل گسترده‌ای افزایش یافته و در مشکلات خود غرق می‌شوند و به این ترتیب توانایی خود را برای مقابله با این مشکلات از دست داده و این را در نظر نمی‌گیرند که افراد دیگر هم ممکن است به این مشکلات دچار باشند [۴۴].

اما فرضیه دیگر پژوهش مبنی بر اینکه طرحواره‌های هیجانی انطباقی می‌تواند رابطه بین آسیب‌های دوره کودکی و اختلال اضطراب فراگیر را میانجی‌گری کند تأیید نشد. رد شدن این فرضیه نیز با توجه به نتایج برخی پژوهش‌های قبلی دور از انتظار نیست. اگرچه پژوهش‌های بسیار کمی ارتباط طرحواره‌های هیجانی با متغیرهای دیگر را به تفکیک انطباقی و غیرانطباقی بودن بررسی کرده‌اند اما با نگاهی به پژوهش‌های مشابه [۲۷، ۳۲، ۴۶] می‌توان دریافت در این پژوهش‌ها نیز طرحواره‌های هیجانی‌ای که با سوءاستفاده دوران کودکی و یا با اختلال اضطراب فراگیر در ارتباط هستند همگی از نوع غیرانطباقی می‌باشند. در تبیین این یافته شاید بتوان گفت یکی از دلایل این امر مربوط به تفاوت بین طرحواره‌های انطباقی و غیرانطباقی است، چنانکه طرحواره‌های انطباقی در زندگی هر فرد بیشتر تحت تأثیر آموزش و یادگیری است و فرد باید آن را از افراد موجود در محیط خود مانند والدین فراگیرد و احتمال داشتن چنین طرحواره‌هایی از ابتدا زیاد محتمل نیست و فردی که این طرحواره‌ها را فرانگرفته است و یا از ابتدا دارا نمی‌باشد وقتی در کودکی با رویدادهایی که سرشار از هیجانات منفی هستند مانند غفلت‌ها و سوءاستفاده‌های دوران کودکی مواجه می‌شود احتمال اینکه طرحواره‌های منفی‌ای نسبت به هیجان در او شکل بگیرد و از این طریق نیز به اختلالاتی نظیر اختلال اضطراب فراگیر مبتلا شود بسیار زیاد خواهد بود.

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز روبرو بود از جمله اینکه: نقش متغیرهای دیگری چون صفات شخصیت، اضطراب صفت-حالت در این پژوهش در نظر گرفته نشده بود. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس بود و احتمال خطا در انتخاب نمونه معرف جامعه وجود داشت. احتمال صحیح نبودن پاسخ‌ها در تکمیل به صورت مجازی نیز وجود داشت. همچنین در این پژوهش تحلیل عاملی تأییدی انجام نشد.

در آخر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی متغیرهایی نظیر صفات شخصیت، اضطراب صفت-حالت نیز در مدل‌هایی که برای این اختلال در نظر گرفته می‌شود گنجانده شده و مدل‌های به دست آمده را با توجه به مبانی نظری هر اختلال به اختلالات دیگر نیز بسط دهند. همچنین از نمونه‌گیری‌هایی با دقت بالاتر استفاده شود و همچنین

قبلاً ذکر آن رفت وقتی فرد در کودکی تحت سوءاستفاده یا غفلت قرار می‌گیرد و طی آن هیجان شدیدی به کودک وارد می‌شود، دید و نگاه فرد به زندگی و هیجانات تغییر کرده و باورها و طرحواره‌های خاصی را نسبت به هیجانات منفی در خود شکل می‌دهد مثل اینکه آیا این هیجانات قابل کنترل هستند یا خیر و یا اینکه چه مدت طول می‌کشند. برخی از طرحواره‌های هیجانی بیشتر از سایر طرحواره‌ها مشخص‌کننده اختلال‌های خاص هستند. برای مثال طرحواره‌های هیجانی احساس گناه و باورهای فرد درباره طول مدت هیجان، بیشترین پیش‌بین اضطراب هستند [۳۰]. اضطراب اغلب به صورت امری غیرقابل مقابله و یا از دست دادن کنترل در مورد خطر یک موقعیت و یا خطر هیجان‌هایی که فرد تجربه می‌کند تجربه می‌شود [۳]. علاوه بر این با توجه به اینکه عدم کنترل فاجعه بیشتری را در پی دارد، باور به ضرورت کنترل، جنبه متناقض اکثر اختلال‌های اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر است. فرد احساس می‌کند باید حواس جسمی و هیجان‌های خود را کنترل کند اما از عهده آن بر نمی‌آید و متعاقباً کنترل بیشتری لازم می‌شود. در نتیجه افراد مضطرب‌تر می‌شوند چون باور دارند نداشتن کنترل، خود لزوماً خطرناک است [۴۷].

از سوی دیگر بنا بر مدل سبب‌شناسی طرحواره‌های هیجانی، ارزیابی منفی از هیجان و راهبردهای تنظیم هیجانی هستند که مشکل سازند. برای مثال افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به افکار درباره اشتباهات بالقوه یا پیامدهای بد گوش‌به‌زنگ هستند، به رفتارهای ایمنی (از قبیل آمادگی بیش‌ازحد) می‌پردازند، تلاش می‌کنند تا نگرانی‌های خود را با استفاده از جستجو برای راه‌حل‌های کامل در جهت کاهش عدم قطعیت برطرف کنند و ممکن است از موقعیت‌هایی که نگرانی آنها را برمی‌انگیزد اجتناب کنند. همه این موارد ذکر شده همان‌طور که در مورد ماهیت آسیب‌های دوره کودکی اعم از انواع سوءاستفاده و غفلت ذکر شد می‌تواند از ویژگی‌های افرادی باشد که تحت این آسیب‌ها در کودکی قرار گرفته‌اند و در واقع می‌توان گفت این آسیب‌ها از طریق ایجاد طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی، در بزرگسالی اختلالاتی نظیر اختلال اضطراب فراگیر ایجاد می‌کنند [۲۸].

این افراد به جای حمایت از خود، به سرزنش کردن و حمله به خود پرداخته و پذیرش گرم و نامشروط نسبت به خود نشان نمی‌دهند. کسانی که در دوران کودکی مورد آزار عاطفی و غفلت از سوی والدین خود قرار گرفته‌اند در بزرگسالی نسبت به نقص‌های خود انتقادگر بوده و از دست خود عصبانی می‌شوند. وقتی این واقعیت که شکست، درد و رنج در زندگی

- existing cognitive- behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), pp.54-68.
- 11- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- 12- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*.
- 13- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 6(2): pp.126-138.
- 14- Borkovec TD, Ray WJ, and Stober J. (1998) Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy Research*. 22(6): pp.561-576.
- 15- Wells, A. (2013). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. John Wiley & Sons.
- 16- Dugas, M.J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., Francis, K. and Koerner, N. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavioral Therapy*. 38(2):pp. 169-178.
- 17- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to Practice*. New York: Taylor & Francis Group.
- 18- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behavioral Research Therapy*. 43(10): pp.1281-1310.
- 19- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy Research*. 29(1): pp.71-88.
- 20- Raparia, E., Coplan, J. D., Abdallah, C. G., Hof, P. R., Mao, X., Mathew, S. J., & Shungu, D. C. (2016). Impact of childhood emotional abuse on neocortical neurometabolites and complex emotional processing in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of affective disorders*. 190. pp. 414-423.
- 21- Fakunmoju, S. B., & Bammeke, F. O. (2015). Anxiety disorders and depression among high school adolescents and youths in Nigeria: توزیع و تکمیل پرسشنامه‌ها به صورتی باشد که کمترین میزان خطا را داشته باشد. انجام تحلیل عاملی تأییدی نیز برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود.
- منابع**
- ۱- گنجی، مهدی. (۱۳۹۵). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5. تهران: نشر ساوالان.
- 2- American Psychiatric Association. (2015). *diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- 3- Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Mennin, D. S. (Eds.). (2004). *generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. Guilford Press.
- 4- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*. 33: pp. 120-32.
- 5- Hughes, J. W., Watkins, L., Blumenthal, J. A., Kuhn, C., & Sherwood, A. (2004). Depression and anxiety symptom are related to increase 24-hour urinary norepinephrin excretion among healthy middle-aged women. *Journal of Psychosomatic Research*. 57(4): pp. 353-80.
- 6- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*. Oxford, England: John Wiley & Sons, pp. 5-33.
- 7- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral Cognitive Psychotherapy*. 23(3): pp.301-320.
- 8- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behavioral Research Therapy*. 1998; 36(2); 215-226.
- 9- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), pp.85-90.
- 10- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance- based approaches with

- 33- Young. (2003). Schema Therapy: Conceptual Model, Available in www.therapist-training.com.au/young.pdf.
- ۳۴- محمدخانی، شهرام؛ سیدپورمند، نیلوفر؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا. (۱۳۹۲). آزمون تجربی مدل فراشناختی نشخوار فکری و افسردگی در جمعیت غیربالینی. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۳۰، صص. ۲۰۴-۱۸۵.
- 35- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Donati, D., Namia, C., Novella, L., Petrachi, M. (1997). Inter-rater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11, pp. 279-84.
- ۳۶- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سیدمحمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق ارشیا؛ جلالی، رودسری محسن. (۱۳۸۶). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID). تازه‌های علوم شناختی، ۶، (۲) صص. ۱۰-۲۲.
- 37- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 166, pp. 48-63.
- ۳۸- نائینیان، محمدرضا. شعیری، محمدرضا، شریفی، معصومه، هادیان، مه‌ری. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). ۳(۴). صص. ۴۱-۵۰.
- 39- Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T., et al. (2002). Preliminary reliability and validity of the generalized anxiety disorder questionnaire-IV: a revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33(2), pp. 215-233.
- 40- Batmaz, S., Kaymak, S. U., Kocbiyik, S., & Turkcapar, M. H. (2014). Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive psychiatry*, 55(7), pp. 1546-1555.
- ۴۱- خانزاده، مصطفی؛ ادریسی، فروغ؛ محمد خوانی، شهرام؛ سعیدیان، محسن. (۱۳۹۲). بررسی ساختار عاملی و مشخصات روانسنجی مقیاس طرحواره‌های هیجانی بر روی دانشجویان. فصلنامه روانشناسی بالینی، ۱۱، صص. ۹۲-۱۱۹.
- Understanding differential effects of physical abuse at home and school. *Journal of Adolescent*. 42. pp. 1-10.
- 22- Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., & Hazen, A. L. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *The American journal of psychiatry*, 153.2. pp. 23-42.
- 23- Beichman J.H., Zucker K.J., Hood J.E., Dacosta G A. (1992). A review of the long-term effects of child sexual Abuse. *Child abuse & neglect*. 16. pp. 101-118.
- 24- Bernstein DP, Fink L. (1998). Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report: Manual. Psychological Corporation. pp. 17-29.
- ۲۵- اسدی مجره، سامره؛ سپهریان آذر، فیروزه؛ عیسی زادگان، علی؛ پورشریفی، حمید. (۱۳۹۶). ارزیابی مدل تنظیم هیجانی اختلال اضطراب فراگیر در تبیین ادراک درد. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). ۱۵(۱). صص. ۲۷-۳۸.
- 26- Wright, M. O. D., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child abuse & neglect*, 33(1), pp. 59-68.
- 27- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child abuse & neglect*, 38(4). pp. 87-94.
- 28- Leahy RL. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*. 9: pp. 177-90.
- 29- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral practice*, 14(1), pp. 36-45
- 30- Tirch DD, Leahy RL, Silberstein LR, Melwani PS. (2012). Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: the role of flexible response patterns to anxious arousal. *International Journal of Cognitive Therapy*. 5(4): pp. 380-91.
- 31- Leahy RL. (2010). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. In: Sookman D, editor. *Treatment resistant anxiety disorders*. New York: Rou ledge. pp.135-60.
- 32- Kamali, S., Gharraee, B., & Birashk, B. (2013). The Role of Emotional Schema in Prediction of Pathological Worry in Iranian Students. *Procedia Social and Behavioral Science*. 84(0): pp. 994-98.

42- Garrusi B, Nakhaee N. (2009). Validity and reliability of a Persian version of the childhood trauma questionnaire. *Psychological reports*; 104: pp. 509-16.

۴۳- رستمی، مهدی؛ عبدی، منصور؛ حیدری، حسن. (۱۳۹۳). رابطه انواع بدرفتاری در دوران کودکی با شفقت بر خود و سلامت روانی در افراد متأهل. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۶(۱). صص. ۶۱-۷۳.

44- Heim, C., Nemeroff, C.B. (2001). The Role of Childhood Trauma in the Neurobiology of Mood and Anxiety Disorders: Preclinical and Clinical Studies. *Biological psychiatry*. 49: pp.1023-1039.

45- McNally RJ. (1994). *Panic disorder: A critical Analysis*. New York, Guilford press.

46- Sardarzadeh, S., Ali beige, N., Ebrahimi, S. (2014). Evaluation of Emotional Schemas in Individuals with Anxiety Disorders. *Journal of Social Issues & Humanities*, 2(4). pp. 25-29.

۴۷- خالقی، محمد؛ محمدخانی، شهرام؛ حسنی، جعفر. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD): مطالعه تک آزمودنی. *مجله روانشناسی بالینی*. ۲(۳۰). صص. ۴۳-۵۷.