

Research Paper



The Mediating Role of Experiential Avoidance and Cognitive Fusion in the Relationship Between Childhood Trauma and Social Anxiety



Mehran farhadi ¹, Soodeh Shadkam, ^{2*}, Mohammad Reza Zoghipaidar ¹, Hossein Mohagheghi ³

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and social sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, iran.
2. Ph. D student, Department of Psychology, Faculty of Economics and social sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, iran.
3. Assosiat Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and social sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15316

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.25.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.15316)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15316.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Childhood trauma, Experiential avoidance, Cognitive fusion, social anxiety.

Received: 2021/03/12

Accepted: 2022/04/18

Available: 2022/12/21

Childhood trauma leads to negative consequences for mental health such as anxiety disorders. This study examined the mediating role of cognitive fusion and experiential avoidance in the relationship between childhood trauma and social anxiety. The research method was correlational structural equations and the statistical population of the study included students of Bo Ali Sina University of Hamedan in the academic year of 99-98. According to the number of observed variables in the study, 350 people were selected by available sampling method. Research instruments included Childhood Trauma Questionnaire, Brief Experimental Avoidance Scale, Cognitive Fusion Scale, and Leibovitz Social Anxiety Scale. Data were analyzed by structural equation method. Based on the research findings, there was a significant relationship between childhood trauma, cognitive fusion, experiential avoidance and social anxiety ($p < 0.01$). According to the values of fit indices such as RMSEA, CFI, IFI, SRMR, etc., the proposed conceptual model was fitted. The mediating role of cognitive fusion and empirical avoidance was also confirmed. Experimental avoidance and cognitive fusion can be special ways to affect trauma on anxiety.



* Corresponding Author: Soodeh Shadkam

E-mail: sshadkam5@gmail.com

مقاله پژوهشی



نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای و هم‌جوشی شناختی در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب اجتماعی



مهران فرهادی^۱، سوده شادکام^{۲*}، محمدرضا ذوقی^۱، حسین محقق^۳

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.
۲. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.
۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15316

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.25.7](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1401.17.67.25.7)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15316.html



چکیده

مشخصات مقاله

ترومای کودکی منجر به پیامدهای منفی برای سلامت روان مانند اختلالات اضطرابی می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب اجتماعی بود. روش پژوهش همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود و جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا همدان سال تحصیلی ۹۹-۹۸ بود. با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده شده در پژوهش تعداد ۳۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه ترومای کودکی، مقیاس اجتناب تجربه‌ای مختصر، مقیاس هم‌جوشی شناختی، مقیاس اضطراب اجتماعی لایبوییتز بود. داده‌ها با روش معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفت. بر اساس یافته‌های پژوهش بین ترومای کودکی، هم‌جوشی شناختی، اجتناب تجربه‌ای و اضطراب اجتماعی رابطه معناداری وجود داشت ($p < 0/01$). با توجه به مقادیر شاخص‌های برازش از قبیل CFI ، $RMSEA$ ، IFI ، $SRMR$ و... مدل مفهومی پیشنهادی برازش یافت. همچنین نقش واسطه‌ای هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین اجتناب تجربه‌ای و هم‌جوشی شناختی می‌توانند راه‌های ویژه‌ای برای اثرگذاری تروما بر اضطراب باشند.

کلیدواژه‌ها:

ترومای کودکی، اجتناب تجربه‌ای، هم‌جوشی شناختی، اضطراب اجتماعی.

دریافت شده: ۱۳۹۹/۱۲/۲۲

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۱/۲۹

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۹/۳۰

* نویسنده مسئول: سوده شادکامی

رایانامه: sshadkam5@gmail.com

مقدمه

سوء رفتارهای دوران کودکی مهمترین عامل خطر برای اختلالات عملکرد اجتماعی و سلامت روان در بزرگسالی است (مولر، برچ، بلا، هرپرتز و باچیم، ۲۰۱۸). تعداد قابل توجهی از شواهد نشان می‌دهد که ترومای دوران کودکی با شروع و شدت علائم اختلالات افسردگی و اضطراب مرتبط می‌باشد (هاونز و جیکولین، ۲۰۱۵). ترومای دوران کودکی به عنوان انواع سوء رفتارهای جسمی، عاطفی، جنسی، غفلت یا رفتارهای سهل انگارانه و بهره‌کشی تجاری از کودکان تعریف شده که منجر به آسیب‌های بالقوه یا واقعی به سلامت، بقا، رشد و شأن کودک می‌شود (برون و اندرسون، ۱۹۹۱). به طور معمول چهار نوع از تروماهای شناخته شده دوران کودکی عبارتند از: سوء رفتار روانی (یا هیجانی)، سوء رفتار جسمی، سوء رفتار جنسی و غفلت. ترومای کودکی ممکن است عواقب جدی در دوران کودکی، نوجوانی و بعداً در بزرگسالی داشته باشد (مولر و همکاران، ۲۰۱۸). همه انواع ترومای کودکی با افزایش خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی همراه می‌باشد اگرچه سوء رفتارهای هیجانی بیشترین تأثیر را دارند (کوئویل، کالوپروولا، کانگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). فروید اولین کسی بود که به نقش تروما در پزشکی و آسیب‌شناسی روانی توجه کرد، وی دنیای درونی بزرگسالان را بررسی کرد و رفتار غیرمعمول آنها را به تاریخچه آسیب و نه به زمینه‌های آسیب‌شناسی زیست‌پزشکی نسبت داد (فروید، ۱۹۶۲). واضح است که آسیب‌های دوران کودکی می‌تواند از طریق افسردگی یا اقدام به خودکشی، دفاع‌های ناخودآگاه مانند تجزیه یا جسمی‌سازی، رفتار مقابله‌ای ناسالم و ناکارآمد (سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن، برون‌ریزی) تأثیر عمیق و طولانی مدت بر وضعیت هیجانی داشته باشد. به این ترتیب ترومای کودکی ممکن است اثرات طولانی مدت بر سلامت جسم و روان داشته باشد، که در بزرگسالی نیز ادامه دارد (رید، ۱۹۹۷). افرادی که ترومای کودکی را تجربه کرده‌اند، با احتمال بیشتری درگیر اختلالات روانی مانند افسردگی عمده (اسکات، مک‌لاگلین، اسمیت و الیس، ۲۰۱۲)، اختلال دو قطبی (الوارز، رورا، اوسس^۷ و همکاران، ۲۰۱۱)، اختلالات اضطرابی (هیو، کیم، لی و چی^۸، ۲۰۱۷)، اختلال استرس پس از سانحه (اسکات و همکاران، ۲۰۱۲)، مصرف مواد (کندلر، بالیک، سیلبرگ^۹ و همکاران، ۲۰۰۰؛ اسکات و همکاران، ۲۰۱۲)، اختلالات خوردن (جانسون، کوهن، کیسن و بروک^۱، ۲۰۰۲)، اختلالات گسستی (درايچر و لانگلدن^{۱۱}، ۱۹۹۹)، اختلالات شخصیت (زانرینی، ویلیامز و لويس^{۱۲}، ۱۹۹۷)، روانپریشی (کوتاجار، مولن و اگلوب^{۱۳}، ۲۰۱۰) خواهند شد.

اختلال اضطراب اجتماعی به یک ترس مشخص و مداوم از برخی موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی اشاره دارد که در آن شخص می‌ترسد

خجالت زده و تحقیر شود و این ترس حداقل باید ۶ ماه ادامه داشته باشد (هاونز و جیکولین^{۱۴}، ۲۰۱۵). ترس و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، معیارهای اصلی اختلال اضطراب اجتماعی هستند که شایعترین اختلال اضطرابی و سومین اختلال روانی شایع می‌باشد (استین، لیم و روست^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۷). برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند ترس و دوری از موقعیت‌های اجتماعی با تجربیات اولیه سوء رفتار هیجانی و سوء رفتار جنسی مرتبط می‌باشد (فونزو، رامسا، فلاگان^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۶). به طور خاص، سوء رفتار هیجانی والدین نسبت به کودک (ناسزا، توهین، تحقیر کردن کودک و پرخاشگری‌های غیر جسمی و...) و غفلت هیجانی (محرومیت هیجانی، عدم احساس خاص بودن و دوست داشته شدن و احساس موجودیت به عنوان بخشی از یک محیط رشدی و...) بیش از سوء رفتار جسمی یا جنسی با رشد و شکل‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی رابطه دارد (آشر و کوی، ۱۹۹۰؛ کیو، گلدین، ومر و همکاران، ۲۰۱۱) علاوه بر سوء رفتار هیجانی برخی مطالعات نیز میزان اضطراب اجتماعی در بزرگسالان با تاریخچه سوء رفتار جنسی در کودکی را بررسی کرده‌اند. بر اساس تحقیق پرایبر و داینوید، میزان اختلال اضطراب اجتماعی در بزرگسالان با تاریخچه سوء رفتار جنسی نسبت به گروه کنترل هم‌تاسازی شده از نظر سن و نژاد بیشتر بود (اختلال اضطراب اجتماعی: ۴۶٪ در مقابل گروه کنترل سالم: ۲۱٪) (پرایبر و داینوید، ۱۹۹۲) در پژوهشی دیگر بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی میزان بالاتر سوء رفتار جنسی در کودکی را تأیید کردند (اختلال اضطراب اجتماعی: ۱۰٪ در مقابل گروه کنترل سالم: ۵٪) (باندلو، تورنت، و دکایند و همکاران، ۲۰۰۴).

اجتناب تجربه‌ای یکی از مفاهیم اصلی در توضیح و پیش‌بینی طیف گسترده‌ای از مشکلات رفتاری و روانی می‌باشد و به عنوان سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه و نگرشهایی تعریف شده است که برای جلوگیری از افکار، احساسات و هیجانات منفی به کار می‌رود (هیز، ویلسون، گیفورد و همکاران، ۱۹۹۶). کاربرد مداوم اجتناب تجربه‌ای می‌تواند باعث تبدیل آن به الگوی کلی از تقویت منفی شود. استفاده از چنین راهبردی، ارتباط با منابع احتمالی تقویت که یادگیری جدید را تسهیل می‌کند؛ محدود می‌سازد. به این معنا که اجتناب مزمن از رویدادهای شخصی ناخواسته (مانند احساسات، افکار، هیجانات و خاطرات) باعث محدود شدن فرصتهای یادگیری ارزشمندی می‌شود که نشان می‌دهد دنیای فرد دنیای خطرناکی نیست. محققان فرض می‌کنند که اجتناب تجربه‌ای می‌تواند باعث آسیب‌پذیری روانی کلی برای بسیاری از علایم روانشناختی و مشکلات رفتاری شود

9.Kendler, Bulik & Silberg
10. Johnson, Cohen, Kasen & Brook
11. Langeland & Draijer
12. Zanarini, Williams & Lewis
13.Cutajar, Mullen & Oglhoff
14.Hovens & Jacqueline
15.Stein, Lim & Roest
16.Fonzo, Ramsawh & Flagan

1.Müller, Bertsch, Bülau, Herpertz & Buchheim
2.Hovens & Jacqueline
3.Brown & Anderson
4. Quenneville, Kalogeropoulou & Küng
5.Read
6. Scott, McLaughlin, Smith & Ellis
7.Alvarez, Roura & Oses
8.Huh, Kim, Lee & Chae

را نامگذاری کنند (مانند "بگو چه احساسی داری؟") (تامسون و گودمن، ۲۰۱۰)، در نتیجه ارتباط بین تجربه و کلمه ای که بیانگر آن است تقویت می شود (دنیس، کارواله، پینتو-گویا و استانکوهر، ۲۰۱۵). مطابق مدل ACT آسیب شناسی روانی منتج از درگیری با تجربیات درونی، مانند محتوای افکار (همجوشی شناختی) منجر به تلاش برای کنترل یا تغییر شکل، بسامد یا محتوای آن می شود (اجتناب تجربه ای). بنابر این در ادبیات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربه ای به دنبال همجوشی شناختی و در نتیجه ی آن رخ می دهد (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹) و برخی تحقیقات نیز نشان دادند که رابطه این دو متغیر معنادار می باشد (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴). در مقایسه با اجتناب تجربه ای تحقیقات بسیار کمتری تا امروز رابطه همجوشی شناختی و اختلالات هیجانی را بررسی کرده اند. با این وجود، شواهد برآمده از برخی تحقیقات تجربی نشان می دهد که همجوشی شناختی با اضطراب و افسردگی (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴)، نارضایتی بدنی و علائم اختلال خوردن (ترینداد و فرریرا، ۲۰۱۴)، اضطراب سلامتی (فرگوس، ۲۰۱۵)، اضطراب اجتماعی (دالریمل و هربرت، ۲۰۰۷) و حساسیت اضطرابی (سول، ریسین، کاستارلینا^۹ و همکاران، ۲۰۱۶) رابطه مثبت دارد. این یافته ها از اهمیت فراتشخیصی همجوشی شناختی حمایت می کنند (باردین و فرگوس^{۱۰}، ۲۰۱۶). به این ترتیب بر اساس شواهد پیشین همجوشی شناختی نیز از سازه های مرتبط با اضطراب اجتماعی می باشد.

علی رغم رابطه تثبیت شده بین ترومای دوران کودکی و مشکلات بهداشت روان در بزرگسالی، مکانیسم اختصاصی رابطه میان تروما و مشکلات روانپزشکی بعدی هنوز نامشخص است. اکثر مطالعات روی پیامدهای سوء رفتار جنسی از دوران کودکی به بزرگسالی تمرکز داشته اند (کندلر و همکاران، ۲۰۰۰) و تحقیقات محدودی تأثیرات سایر اشکال تروما مانند غفلت فیزیکی، سوءرفتار هیجانی، سوء رفتار جسمی بر شروع و بروز اختلالات اضطرابی را مورد بررسی قرار داده اند (گیب، چلمنسکی و زیمرمن^{۱۱}، ۲۰۰۷). بر این اساس هدف پژوهش حاضر، تعیین روابط ساختاری اختلال اضطراب اجتماعی بر مبنای ترومای کودکی، با نقش واسطه ای اجتناب تجربه ای و همجوشی شناختی است. لذا در این راستا فرضیه های پژوهش به این شرح آزمون شدند:

فرضیه اول: بین ترومای کودکی و اضطراب اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد.

فرضیه دوم: بین همجوشی شناختی و اضطراب اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد.

فرضیه سوم: بین اجتناب تجربه ای و اضطراب اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد.

(کاشدان، بریوس، فرست و استگر^۱، ۲۰۰۶) که به دو شیوه اصلی بیان می شود؛ سرکوب رفتاری تجربه آزارنده و اجتناب رفتاری از موقعیت ها یا رویدادهای خاص که با افکار و احساسات آزارنده همراه هستند. بنابر این اگر فرصتی برای اجتناب از موقعیت های ارزیابی اجتماعی فراهم شود؛ تقریباً همه ی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی قویا تلاش می کنند تا از مواجهه با افکار و احساسات آزارنده فرار یا اجتناب کنند و از نشانه هایی که رخداد مجدد آنها را پیش بینی می کنند، پیشگیری کنند (هیز و استروسال، ۲۰۰۴). از آنجا که افراد با اختلال اضطراب اجتماعی تمایل به اجتناب از موقعیت های اجتماعی دارند؛ برخی مطالعات رابطه بین اضطراب اجتماعی و اجتناب تجربه ای را بررسی کرده اند (شایمدا، ایشیزو و اوزوکی^۲، ۲۰۱۸؛ اسپینهن، دروست، رواج^۳ و همکاران، ۲۰۱۴؛ پاپچریستو، تئودور، نفوفیت و پانایوت^۴، ۲۰۱۸). در یک طرح آزمایشی از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای بزرگسالان با اختلال اضطراب اجتماعی، محققان نشان دادند که تغییرات اولیه در اجتناب تجربه ای، تغییرات بعدی در شدت اضطراب اجتماعی را پیش بینی می کند (دالریمل و هربرت^۵، ۲۰۰۷). همچنین تعدادی از مطالعات تحلیل های خود را بر اساس این فرض انجام داده اند که اجتناب تجربه ای عامل اصلی مشکلات روانشناختی می باشد (پاپچریستو و همکاران، ۲۰۱۸) و ممکن است عملکرد واسطه یا تعدیل کننده داشته باشد (گرهارت، بیکر، هورگر و رونان^۶، ۲۰۱۴). برخی محققان معتقدند، اجتناب تجربه ای یک فرآیند مداوم در حال تغییر است که در اوایل زندگی آموخته و توسط گروههای اجتماعی-کلامی در طول عمر تقویت می شود (گرک و ایفورت، ۲۰۰۴). بنا بر این مولفه ی اجتناب تجربه ای، سازه ای مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی است.

یکی از اصلی ترین فرآیندهای روانشناختی در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، همجوشی شناختی می باشد. همجوشی شناختی یک فرآیند کلامی است که به موجب آن افراد در تفکر و ارزیابی، قضاوت و خاطرات خود گرفتار می شوند و بر اساس کارکردهای مشتق از این تجربیات خصوصی رفتار می کنند. به عبارت دیگر تجارب خصوصی بر رفتار حاکم می شوند و از تأثیرگذاری سایر منابع کنترل محرک بر رفتار پیشگیری می کنند (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴). اگر این تجارب آزارنده باشند؛ همجوشی، با هدف کاهش این ناراحتی، منجر به راهبردهای اجتناب تجربه ای (مانند سرکوب، حواسپرتی، نگرانی، نشخوار و ...) می شود. به این ترتیب، این راهبردهای اجتنابی کوتاه مدت به طور منفی تقویت می شوند (هیز و همکاران، ۱۹۹۶). از آنجا که همجوشی شناختی در رشد زبان و توانایی های آن ریشه دارد؛ لذا نقش مهارت های تربیتی والدین اهمیت زیادی خواهد داشت. برای مثال، به عنوان راهی برای آموزش راهبردهای خود تنظیمی هیجان، کودکان توسط والدینشان ترغیب می شوند تا تجربیات درونی (مانند هیجانات) خود

7. Dinis, Carvalho, Pinto-Gouveia & Estanqueiro

8. Hayes, Strosahl & Wilson

9. Sole, Racine & Castarlenas

10. Bardeen & Fergus

11. Gibb, Chelminski & Zimmerman

1. Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger

2. Shimoda, Ishizu & Ohtsuki

3. Spinhoven, Drost & de Rooij

4. Papachristou, Theodorou, Neophytou, & Panayiotou

5. Dalrymple & Herbert

6. Gerhart, Baker, Hoerger & Ronan

و اجتناب تجربه شده به وسیله آزمودنی در هفته گذشته را به وسیله مقیاس لیکرت ۳-۰ درجه بندی می کند. شش خرده مقیاس حاصل از این درجه بندی عبارتند از: ترس از تعامل اجتماعی، ترس از عملکرد، اجتناب از تعامل اجتماعی، اجتناب از عملکرد، ترس کلی و اجتناب کلی. مطالعات نشان دادند زیر مقیاس ها همسانی درونی بالایی (آلفای کرونباخ ۰/۷ تا ۰/۹۷) با یکدیگر دارند (همبرگ، هامر و جاستر^۱ و همکاران، ۱۹۹۹؛ برد، رودریگز، مویترا^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین روایی همگرا و افتراقی آن رضایت بخش است (همبرگ و همکاران، ۱۹۹۹). نسخه فارسی این مقیاس نیز همسانی درونی بالایی (۰/۸ تا ۰/۹۵) دارد. همچنین حسنی و همکاران برای بررسی روایی پرسشنامه از روش همبستگی خرده مقیاس ها استفاده کردند که همبستگی خرده مقیاس ها از ۰/۶۵ تا ۰/۹۶ به دست آمد (حسنی، فیاضی و اکبری، ۱۳۹۵) و بنابر این زیر مقیاس ها همبستگی بالایی دارند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمد.

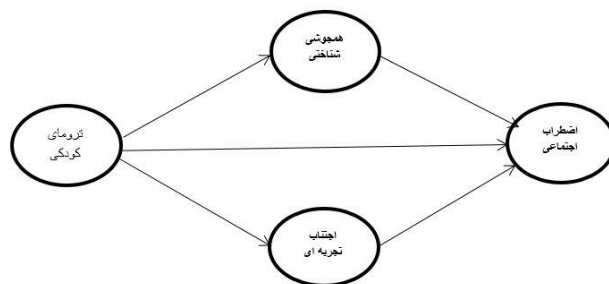
پرسشنامه ترومای کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): فرم

کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ-SF) یک پرسشنامه ۲۸ سوالی می باشد و توسط برنستاین و فینک در سال ۱۹۹۸ طراحی شد (برنستاین و فینک^۳، ۱۹۹۸). این پرسشنامه ۲۵ شاخص بالینی و ۳ شاخص روایی دارد که ۵ شکل خاص از آسیب های دوران کودکی را ارزیابی می کند: سوء رفتار جنسی (مانند کسی سعی کرد از راه جنسی مرا لمس کند)، سوء رفتار جسمی (مانند من به وسیله کمر بند، چوب، طناب یا اجسام سخت دیگر تنبیه می شدم)، غفلت جسمی (مجبور بودم لباس های کثیف بپوشم) سوء رفتار عاطفی (افراد خانواده ام مرا با کلماتی مانند "احمق"، "دیوانه" یا "بدشکل" صدا می کردند) و غفلت عاطفی (احساس محبوبیت و دوست داشتنی بودن می کردم). این آیتیم به شکل معکوس نمره گذاری شده است). سوالات پرسشنامه در طیف لیکرت به صورت ۵ گزینه ای پاسخ داده می شوند (۱= هرگز صحیح نیست ۲=به ندرت صحیح است ۳=گاهی صحیح است ۴=اغلب صحیح است ۵=بسیار صحیح است) (کیو و همکاران، ۲۰۱۱). پایایی همسانی درونی CTQ-SF از ۰/۶۶ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (اسچر، استین، اسموندسون^۴، ۲۰۰۱). همچنین این مقیاس پایایی باز آزمایی خوبی دارد (۷۹-۸۶ در یک بازه زمانی ۴ ماهه). با توجه به همبستگی بالا بین نمرات CTQ و ارزیابی بالینگران از سوء رفتارهای دوران کودکی، اعتبار همزمان نیز خوب بوده است (برنستاین و فینک، ۱۹۹۸؛ برنستاین، الوالیا، پاگ و هندلسمن^۵، ۱۹۹۷). همچنین این مقیاس اعتبار همگرا و افتراقی بالا با مصاحبه بالینی بزرگسالان در مورد ترومای دوران کودکی داشت (برنستاین، فینک و هندلسمن، ۱۹۹۴). در پژوهش حاضر پایایی همسانی درونی CTQ-SF، $\alpha = 0.93$ بود. همچنین برای تعیین روایی سازه ای این مقیاس از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. مقدار شاخص KMO برابر با ۰/۸۹ و همچنین مقدار عددی شاخص χ^2 در آزمون کرویت بارلت برابر با ۱۰۵۴۶/۲۹ که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود، که نشانگر کفایت نمونه و

فرضیه چهارم: رابطه معنادار بین ترومای کودکی و همجوشی شناختی وجود دارد.

فرضیه پنجم: رابطه معنادار بین ترومای کودکی و اجتناب تجربه ای وجود دارد.

فرضیه ششم: همجوشی شناختی و اجتناب تجربه ای در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب اجتماعی نقش واسطه ای دارد.



روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی همبستگی و از نوع مدل سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر دانشجویان دانشگاه بو علی سینا همدان در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند که از این میان نمونه ای با حجم ۳۵۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ دانشجوی دانشگاه بو علی سینا بوده باشند و برای شرکت در پژوهش رضایت کامل داشته باشند. ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: ابتلا به اختلال روانی دیگر و انصراف از ادامه شرکت در پژوهش. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا موضوع پژوهش برای آزمودنی ها شرح داده شد؛ سپس به آنها اطمینان داده شد که از داده های پرسشنامه فقط برای اهداف پژوهش استفاده می شود. برای تحلیل توصیفی داده ها و بررسی فرضیه های پژوهش شامل همبستگی میان متغیر های پژوهش و نیز نقش همجوشی شناختی و اجتناب تجربه ای در رابطه آسیب های کودکی و اضطراب اجتماعی از نرم افزار SPSS-23 و LISREL 8.72 و روش تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز (Liebowitz Social Anxiety Scale): مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز (LSAS) یک ابزار ارزیابی معمول برای سنجش اضطراب اجتماعی است. این مقیاس ترس و اجتناب را در ۲۴ موقعیتی که احتمالاً اضطراب اجتماعی را برانگیخته می کنند ارزیابی می کند (لیبویتز، ۱۹۸۷). ۱۳ سوال اول عملکرد فرد را مورد بررسی قرار می دهند (به عنوان مثال، غذا خوردن در اماکن عمومی) در حالی که ۱۱ موقعیت باقی مانده، تعامل اجتماعی را ارزیابی می کنند (مانند رفتن به مهمانی، ملاقات با افراد غریبه). برای هر یک از ۲۴ موقعیت، درمانگران ترس

4. Scher, Stein & Asmundson
5. Bernstein, Ahluvalia, Pogge & Handelsman

1. Heimberg, Horner & Juster
2. Beard, Rodriguez & Moitra
3. Bernstein & Fink

شعیری و فتی، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها $24/60 \pm 4/35$ بود. آزمودنی‌ها شامل ۲۹۴ دختر (۸۶ درصد) ۴۷ پسر (۱۳ درصد) بودند که ۱۵۳ نفرشان (۴۵ درصد) دانشجوی کارشناسی، ۱۰۱ نفر (۲۹ درصد) دانشجوی کارشناسی ارشد و ۷۵ نفر (۲۲ درصد) دانشجوی دکتری بودند. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و دامنه نمرات متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. پیش از پرداختن به فرضیه اصلی و آزمون مدل مفهومی، نتایج ضرایب همبستگی میان متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است.

در جدول ۲ می‌بینیم که هر چهار متغیر مربوط به ترومای کودکی شامل: غفلت فیزیکی، سوء رفتار هیجانی، سوء رفتار جسمی و سوء رفتار جنسی در سطح $p < 0/01$ با متغیرهای مربوط به اضطراب اجتماعی یعنی اضطراب از عملکرد و اضطراب از تعامل رابطه مثبت دارد. سوء رفتار جنسی از بین این چهار مقیاس بیشترین پیش‌بینی مثبت را در مورد اضطراب از عملکرد (۰/۳۴) و اضطراب از تعامل (۰/۴۱) دارد. بر پایه نتایج به دست آمده شاخص اضطراب اجتماعی با شاخص‌های ترومای کودکی و اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی رابطه معنادار داشتند. همچنین میان ترومای کودکی و اجتناب تجربه‌ای، ترومای کودکی و همجوشی شناختی رابطه معنادار وجود دارد. بنابر این فرضیه‌های اول تا پنجم پژوهش تأیید می‌شود. فرضیه ششم مبنی بر وجود نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب اجتماعی با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۳ مقادیر مربوط به شاخص‌های برازش مدل را ارائه می‌دهد. لازم به ذکر است که مدل اولیه دارای برازشی حدود ۱/۹۹ بود. به منظور قرار گرفتن شاخص‌های برازش مدل در وضعیت مطلوب، به کمک شاخص‌های اصلاحی پیشنهادی اقدام به دستکاری مدل شد. با توجه به مندرجات جدول ۳، نسبت مربع کای به درجه آزادی (χ^2/df)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، ریشه دوم برآورد پراکندگی خطای تقریب (RMSEA)، شاخص برازش افزایشی (IFI)، ریشه دوم میانگین مجذورات پسماندها (SRMR)، برازندگی نرم شده (NFI) در حد مطلوب است. بر اساس این شاخص‌ها می‌توان گفت که مدل مفروض برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد (نیکول و پکسمن، ۲۰۰۷).

متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی می‌باشد. نتایج تحلیل عوامل به روش مؤلفه‌های اصلی، با چرخش واریماکس مؤید وجود ۴ عامل در پرسشنامه بود (غفلت فیزیکی، سوء رفتار هیجانی، سوء رفتار جسمی و سوء رفتار جنسی). این عوامل ۴۱/۴۲ درصد از واریانس متغیرهای پژوهش را توضیح می‌دهد.

مقیاس اجتناب تجربه‌ای مختصر (Brief Experiential Avoidance Questionnaire): مقیاس اجتناب تجربه‌ای مختصر (BEAQ) یک پرسشنامه خودگزارش دهی با ۱۵ گویه می‌باشد که اجتناب تجربه‌ای را اندازه می‌گیرد (گامز، چمپلسکی، کاتاو^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). این گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (شدیداً مخالفم=۱، شدیداً موافقم=۶) ارزیابی می‌شوند. طیف نمرات از ۱۵ تا ۹۰ می‌باشد (گویه ۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود) و نمرات بیشتر نشان دهنده‌ی اجتناب تجربه‌ای بالاتر می‌باشد. گامز و همکاران پایایی همسانی درونی را $\alpha = 0/83$ ، میرون و همکاران نیز $\alpha = 0/87$ گزارش کردند. همچنین پایایی زمانی این مقیاس بعد از ۴ تا ۶ هفته بالا بود ($r = 0/70, p < 0/01$) و همبستگی معنادار با دیگر مقیاس‌های ارزیابی اجتناب مانند مقیاس پذیرش و عمل (AAQ II) داشته است ($r = 0/67, p < 0/01$) (واژکوز-مورجون^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). در مورد اعتبار همگرایی BEAQ با مقیاس‌های آسیب‌شناسی روانی ارزیابی شده به وسیله SCL-90-R، همه‌ی روابط معنادار بود ($p < 0/01$). در پژوهش حاضر به منظور بررسی اعتبار سازه، از شیوه‌اماری تحلیل عاملی و تحلیل مؤلفه‌های اصلی استفاده شد. بر اساس این تحلیل مقدار عددی ضریب KMO برابر ۰/۹۶ و شاخص χ^2 در آزمون بارتلت ۴۳۳۳/۰۹ که در سطح $p < 0/0001$ معنادار بود که حکایت از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای تحلیل عاملی دارد. با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی توأم با چرخش واریماکس، بر اساس مقادیر ویژه و شیب نمودار اسکری، ۱ عامل اصلی استخراج شد که این عامل ۶۹/۲ درصد از واریانس متغیرهای پژوهش را توضیح می‌دهد.

مقیاس همجوشی شناختی: این مقیاس حاصل همکاری گیلاندرز، بولدردستون و بوند، دمپستر، فلاکسمن^۳ و همکاران است (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین دارای ۷ سوال می‌باشد و مقیاس اندازه‌گیری آن لیکرت هفت‌گزینه‌ای است که از هرگز صحیح نیست تا همیشه صحیح است را در بر می‌گیرد. سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۰ گزارش کردند. ضریب همبستگی ابزار با مقیاس تعهد و پذیرش و مقیاس ذهن آگاهی ساوتمتون به ترتیب برابر ۰/۷۲ و ۰/۷۰ به دست آمد. در ایران نتایج پژوهش زارع نشان داد مقیاس از روایی مطلوبی برخوردار بوده و ضریب پایایی مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد (زارع، ۱۳۹۳). اکبری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۵ هفته‌ای هم ۰/۸۵ گزارش کردند (اکبری، روشن،

جدول ۴: ضرایب استاندارد مستقیم و غیر مستقیم و کل مدل

اثر کل	اثر غیر مستقیم	اثر مستقیم	روابط
۰/۱۶	-	۰/۱۶	اجتناب تجربه ای از غفلت فیزیکی
۰/۲۶	۰/۰۷	۰/۱۹	اجتناب تجربه ای از سوء رفتار هیجانی
۰/۲۹	۰/۱۸	۰/۱۱	اجتناب تجربه ای از سوء رفتار جنسی
۰/۱۵	-	۰/۱۵	همجوشی شناختی از سوء رفتار هیجانی
۰/۱۶	-	۰/۱۶	همجوشی شناختی از سوء رفتار جسمی
۰/۳۷	-	۰/۳۷	همجوشی شناختی از سوء رفتار جنسی
۰/۴۹	-	۰/۴۹	اجتناب تجربه ای از همجوشی شناختی
۰/۷۶	-	۰/۷۶	اضطراب از تعامل از اضطراب از عملکرد
۰/۳۹	۰/۳۲	۰/۰۷	اضطراب از تعامل از اجتناب تجربه ای
-۰/۱۸	۰/۰۶	-۰/۲۴	اضطراب از عملکرد از غفلت فیزیکی
۰/۴۲	۰/۰۴ و ۰/۰۸	۰/۳۰	اضطراب از عملکرد از سوء رفتار هیجانی
-۰/۱۹	۰/۰۵	-۰/۲۴	اضطراب از عملکرد از سوء رفتار جسمی
۰/۳۲	۰/۱۲ و ۰/۰۴	۰/۱۷	اضطراب از عملکرد از سوء رفتار جنسی
۰/۱۶	۰/۰۳ و ۰/۰۱	۰/۱۲	اضطراب از تعامل از سوء رفتار هیجانی
۰/۲۰	۰/۰۹ و ۰/۰۷	۰/۱۱	اضطراب از تعامل از سوء رفتار جنسی
۰/۴۲	-	۰/۴۲	اضطراب از عملکرد از اجتناب تجربه ای
۰/۵۴	۰/۲۱	-	اضطراب از عملکرد از همجوشی شناختی

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و دامنه متغیرهای پژوهش

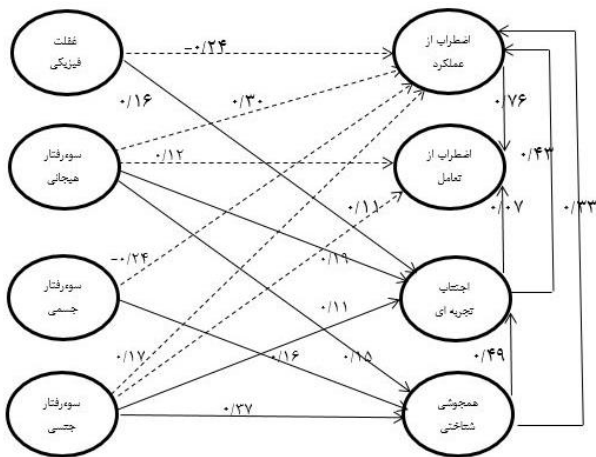
متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
اضطراب از عملکرد	۱۵/۳۸	۱۰/۹۵	۰	۳۳
اضطراب از تعامل	۱۰/۲۸	۶/۹۲	۰	۲۸
اجتناب تجربه ای	۵۷/۱۴	۱۷/۹۵	۱۷	۸۵
همجوشی شناختی	۲۷/۶۸	۱۰/۷۲	۷	۴۸
غفلت فیزیکی	۶/۸۸	۳/۱۴	۴	۱۹
سوء رفتار هیجانی	۱۹/۱۹	۸/۵۳	۱۰	۴۷
سوء رفتار جسمی	۸/۱۱	۴/۵۵	۵	۲۵
سوء رفتار جنسی	۱۱/۸۸	۷/۲۰	۶	۳۰

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
اضطراب اجتماعی								
اضطراب از عملکرد								
اضطراب از تعامل								
تعامل								
اجتناب								
تجربه ای								
همجوشی								
شناختی								
ترومای								
کودکی								
سوء رفتار								
هیجانی								
سوء رفتار جسمی								
سوء رفتار جنسی								

p < ۰/۰۱**

به منظور درک بهتر روابط و اثرات ارائه شده در جدول، نمودار ساختاری مدل برازش یافته با ضرایب استاندارد در شکل ۱ نمایش داده شده است.



بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه ای اجتناب تجربه ای و همجوشی شناختی در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب اجتماعی بود. یافته های پژوهش نشان داد که بین ترومای کودکی و اضطراب اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. این نتیجه با یافته های پژوهش های پیشین همسو است (لایدیا، هیوارد، لنی^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ سایمون، هرلندز، مارکز^۲ و همکاران، ۲۰۰۹؛ براچ و همبرگ^۳، ۱۹۹۴). تجربیات رشدی اولیه به شکل

جدول ۳: شاخص های برازش مدل قبل و بعد از اصلاح

شاخص	SRMR	IFI	X2/df	CFI	NFI	RMSEA
قبل از اصلاح	۰/۱۱	۰/۹۸	۱/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۰۵۷
بعد از اصلاح	۰/۰۴	۰/۹۹	۱/۲۵	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۰۲۹

در ادامه در جدول ۴، ضرایب استاندارد شده مستقیم، غیرمستقیم و کل مربوط به متغیرهای الگوی اصلاحی نمایش داده شده است.

3. Bruch & Heimberg

1. Lydia, Hayward & Lenny
2. Simon, Herlands & Marks

افزایش می‌دهد و افزایش انعطاف‌ناپذیری شناختی نیز افزایش اضطراب را به دنبال خواهد داشت و این دو مولفه انعطاف‌ناپذیری شناختی در رابطه اضطراب و ترومای کودکی نقش واسطه‌ای دارند. افرادی که ترومای کودکی را تجربه کرده‌اند، مهارت‌های کمتری برای جدا کردن خودشان از افکار منفی شان دارند و بنابراین به عنوان شیوه‌ای برای اجتناب از افکار و هیجانات منفی، زندگی خود را محدود می‌کنند (مکریانیس^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک مکانیسم خودتنظیمی در رشد آسیب‌شناسی روانی اضطراب موثر است (هیز و همکاران، ۱۹۹۶). سطوح بالای اجتناب تجربه‌ای می‌تواند منتج به اتکای بیش از حد به رفتارهای ایمنی بخش در بافت‌های گوناگونی شود که منجر به ظهور اختلال می‌شوند (کارکلا و پانایتو^۹، ۲۰۱۱) و این فرآیند منجر به کاهش رفتارهای هدفمند، تاب‌آوری کمتر و فرصت کمتر برای رد‌سوگیری‌های شناختی مضر می‌شود (اوتانجی، فورسیت و فلدنر^{۱۰}، ۲۰۰۷). همجوشی شناختی شامل باور فرد به درستی افکارش و نشخوار آنها می‌باشد؛ فرآیندی روانشناختی که منجر به اضطراب می‌شود (مکریانیس و همکاران، ۲۰۱۹) و به عنوان یکی از مولفه‌های کلیدی انعطاف‌ناپذیری شناختی در شکل‌گیری اضطراب اجتماعی موثر می‌باشد (جالگو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰).

این نتایج نشان می‌دهد اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی می‌توانند اهمیت ویژه‌ای در درک اثرات ترومای دوران کودکی بر سلامت روانی داشته باشند. ترومای کودکی با افزایش نشانگان اضطراب اجتماعی رابطه دارد و این تأثیر می‌تواند به واسطه اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی صورت پذیرد. در هر حال پژوهش‌های بیشتری برای درک بهتر این مسیر علی‌مورد نیاز است. از نقطه نظر عملی یافته‌های این پژوهش تلویحات مهمی برای مداخلات روانشناختی جهت درمان اختلال اضطراب اجتماعی دارد. پژوهش ما به افزایش بینش در مورد مسیر رشدی اختلال اضطراب اجتماعی کمک می‌کند و چارچوب نظری برای درک عوامل خطر روانی منجر به اختلال در تنظیم هیجان فراهم می‌کند. این چارچوب نظری در مورد نقش آسیب‌های روانی در دوره کودکی در ظهور اختلال کارکرد هیجانی هشدار می‌دهد. همچنین بر اهمیت ارزیابی و بررسی تروما‌های دوره کودکی به منظور ایجاد تدابیر روانشناختی و طرح‌های درمانی تأکید دارد.

این پژوهش محدودیت‌هایی نیز داشت، از جمله اینکه جامعه آماری پژوهش دانشجویان دانشگاه بو علی سینا همدان بودند و بنا بر این در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. همچنین نمونه‌ی پژوهش جمعیت عمومی است، به این ترتیب نتایج را نمی‌توان به جمعیت بالینی تعمیم داد. همچنین در این مطالعه تأثیر جنسیت بر نتایج پژوهش بررسی نشد. طرح پژوهش از نوع توصیفی همبستگی است؛ لذا به نقش علی متغیرها

تروما یا عملکرد ناکارآمد والدین مشخصه مسیر رشدی افرادی است که بعداً به اختلال اضطراب اجتماعی مبتلا می‌شوند. همچنین در این پژوهش همسو با یافته‌های پیشین (سایمون و همکاران، ۲۰۰۹؛ کیو و همکاران، ۲۰۱۱) از بین سایر انواع آسیب‌های کودکی، سوءرفتار هیجانی پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای اضطراب اجتماعی بود ($\beta = 0.05/p < 0.001$). بزرگسالانی که سوءرفتارهایی را در کودکی تجربه کرده‌اند؛ مدام خود و دیگران را مورد انتقاد قرار می‌دهند و بر این باورند که خودشان شایسته دریافت توجه و عاطفه و دیگران نیز قابل اعتماد نیستند. همچنین محرومیت از احساس مورد پذیرش قرار گرفتن باعث شکل‌گیری باورها و الگوهای فکری ناسازگارانه و منبع کنترل درونی پایین می‌شود (گانتز^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ چاپمن^۲ و همکاران، ۲۰۰۴؛ کوگل^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). برخی تحقیقات نشان داده‌اند ترومای کودکی با تغییرات کالبدشناسی اعصاب، بخصوص کاهش حجم ماده خاکستری در آمیگدال و هیپوکامپ و کورتکس مغزی همراه است (تیچر و سمسون^۴، ۲۰۱۶). مطالعات بر روی انسانها و گونه‌های غیر انسانی نشان می‌دهد که ظهور اضطراب اجتماعی با مدارهای عصبی شامل آمیگدال، هیپوکامپ و کورتکس پیشانی مرتبط است (فوکس و کالین^۵، ۲۰۱۴). بنابر این می‌توان گفت ترومای کودکی می‌تواند یک مسیر سبب‌شناسی خاص برای عملکرد معیوب این مدار مغزی و در نتیجه ظهور اختلال اضطراب اجتماعی باشد (سالوکانگاس^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). تجربه سوء رفتار در کودکی آسیب‌پذیری در برابر اختلالات اضطرابی و خلقی را افزایش می‌دهد (راپوزا و همکاران، ۲۰۱۴). در توضیح اینکه چگونه ترومای کودکی می‌تواند منجر به کاهش سلامت روانی شود برخی تحقیقات به نقش استرس و پیامدهای عصب-زیست‌شناختی آن تأکید کرده‌اند (شانکوف و جیمر^۷، ۲۰۱۲).

همچنین در این پژوهش دریافتیم اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی در رابطه میان ترومای کودکی و اضطراب اجتماعی نقش واسطه‌ای دارد. در این راستا برخی تحقیقات نشان داده‌اند سوءرفتار در کودکی اثرات نافذی بر مهارت‌های خودتنظیمی هیجان، به ویژه اجتناب تجربه‌ای دارد (تامپسون و گودمن، ۲۰۱۲؛ گریت و همکاران، ۲۰۰۷). افرادی که خاطراتی شامل مورد نکوهش قرار گرفتن، شرمسار شدن و تحقیر شدن توسط والدینشان دارند، سطوح بالاتری از اجتناب تجربه‌ای را تجربه می‌کنند. همچنین این افراد و افرادی که خاطراتی از شرم‌منده شدن با ویژگی‌های تروماتیک دارند، بیشتر با محتوای افکارشان (و شاید محتوای خاطراتشان) درگیر هستند. این فرآیند یکی از پیامدهای زبان می‌باشد: احتمالاً ویژگی‌های این تجارب اولیه شرم در زمان حال برانگیخته شده و باعث می‌شود فرد در حصار این نوع خاطراتش گرفتار شود (دنيس و همکاران، ۲۰۱۵). به این ترتیب مواجهه با تروما در کودکی همجوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای را

7. Shonkoff & Garner
8. Makriyianis
9. Karekla & Panayiotou
10. Olatunji, Forsyth & Feldner
11. Gallego

1. Günther
2. Chapman
3. Coughle
4. Teicher & Samson
5. Fox & Kalin
6. Salokangas

در آن پرداخته نشده است. پیشنهاد می شود با توجه به پیشینه ی نظری، سایر متغیرهایی که می توانند نقش واسطه ای در رابطه بین آسیب های کودکی و اضطراب اجتماعی ایفا کنند، مورد پژوهش قرار گیرند. احتمال می رود با توجه به اینکه مسیر ترومای کودکی، همجوشی شناختی، اجتناب و اضطراب اجتماعی تأیید شد، همین الگو در مستعد کردن فرد به سایر آسیب های روانشناختی نقش داشته باشد. بنابر این پیشنهاد می شود تأثیر این مسیر بر سایر اختلالات روانشناختی بررسی شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند از همه کسانی که مستقیم یا غیرمستقیم در انجام این پژوهش همکاری کرده اند، تشکر و قدردانی کنند.

منابع

اکبری، مهدی؛ روشن، رسول؛ شعیری، محمدرضا؛ فتی، لادن (۱۳۹۳). طراحی پروتکل فر تشخیصی بر اساس افکار منفی تکرارشونده برای درمان افراد مبتلا به اختلالات افسردگی و اضطراب همایند. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شاهد.
حسینی، جعفر؛ فیاضی، مرتضی؛ اکبری، الیاس (۱۳۹۵). اعتبار، روایی و ساختار عاملی تأییدی نسخه ی فارسی مقیاس اضطراب اجتماعی لایپویتز. پژوهش های روانشناسی اجتماعی. ۳۵-۵۲. (۶)۲۴
زارع، حسین (۱۳۹۳). هنجاریابی مقیاس اجتماعی همجوشی شناختی گیلاندرز بر اساس الگوی بوهرنستات. پژوهش های روانشناسی اجتماعی، ۱۵ (۴). ۱۷-۲۸.

- Asher SR, Coie JD. (1990). Peer rejection in childhood. In: Asher SR, Coie JD, editors. New York: Cambridge University Press.
- Alvarez MJ, Roura P, Osés A, Foguet Q, Sola J, Arrufat FX. (2011). Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *Journal of nervous and mental disease*. 199:156-161.
- Bandelow B, Torrente A, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Ruther E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 254,397-405.
- Bardeen J R & Fergus T A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 5, 1-6.
- Beard, C., Rodriguez, B. F., Moitra, E., Sibrava, N. J., Bjornsson, A., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2011). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) in a longitudinal study of African Americans with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 25,722-726
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective selfreport*. San Antonio, TX: Harcourt, Brace, and Company.
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 340-348.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*. 151, 1132-1136.
- Brown GR, Anderson B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry*. 148,55-61.
- Bruch MA, Heimberg RG. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*. 1994; 8:155-168.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225.
- Cogle, J. R., Timpano, K. R., Sachs-Ericsson, N., Keough, M. E., & Riccardi, C. J. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Research*, 177, 150-155
- Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JR, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. (2010). Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children. *Arch Gen Psychiatry*. 67,1114-1119
- Dinis, A Carvalho, S. Pinto-Gouveia, J. Estanqueiro, C. (2015). Shame Memories and Depression Symptoms: The Role of Cognitive Fusion and Experiential Avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 15, 63-86.

- Draijer N, Langeland W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 156,379-385
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*. 31, 543-568
- Freud S. (1962). The aetiology of hysteria. In: Strachey J, ed, The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 3, pp. 189–221). London: Hogarth. (Original work published in 1896).
- Fergus, T.A. (2015). I really believe I suffer from a health problem: Examining an association between cognitive fusion and health anxiety. *Journal of Clinical Psychology*. 71, 920–934
- Fonzo, G.A., Ramsawh, H.J., Flagan, T.M., Simmons, A.N., Sullivan, S.G., Allard, C.B., Stein, M.B. (2016). Early life stress and the anxious brain: evidence for a neural mechanism linking childhood emotional maltreatment to anxiety in adulthood. *Psychological Medicine*. 46, 1037–1054
- Fox, A.S., Kalin, N.H., (2014). A translational neuroscience approach to understanding the development of social anxiety disorder and its pathophysiology. *Am. J. Psychiatry*. 171, 1162–1173.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., & Watson, D. (2014). The Brief Experiential Avoidance Questionnaire: Development and initial validation. *Psychological Assessment*. 26, 35-45.
- Gallego A, McHugh L, Villatte M, Lappalainen R. (2020) Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 16,128–133
- Gerhart, J. I., Baker, C. N., Hoerger, M., & Ronan, G. F. (2014). Experiential avoidance and interpersonal problems: A moderated mediation model. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 3, 291–298.
- Gibb, B.E., Chelminski, I., Zimmerman, M., (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety*. 24, 256-263.
- Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F.W., Dempster, M., Flaxman, P.E. & et al. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behav Ther*. 45, 83-101.
- Greco, L. A., & Eifer t, G. H. (2004). Treating parent –adolescent conflict: Is acceptance the missing link for an integrative family therapy? *Cognitive and Behavioral Practice*. 11, 305–314.
- Gratz, KL, Bornovalova MA, Delany-Brumsey A, Nick B, & Lejuez CW (2007). A laboratory-based study of the relationship between childhood abuse and experiential avoidance among inner-city substance users: The role of emotional non-acceptance. *Behavior Therapy*. 38, 256-268.
- Günther, V., Dannlowski, U., Kersting, A., & Suslow, T. (2015). Associations between childhood maltreatment and emotion processing biases in major depression: Results from a dot-probe task. *BMC Psychiatry*. 15, 123–132.
- Hayes SC & Strosahl KD. (2004). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer, Inc.
- Hayes SC, Strosahl K, & Wilson KG. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorder s: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*. 64, 1152-1168.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*. 29, 199-212.
- Hovens, G F M, Jacqueline. (2015). Emotional scars: impact of childhood trauma on depressive and anxiety disorders. Leiden University dissertation.
- Huh H J, Kim K H, Lee H K & Chae J H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: the mediating role of cognitive emotion regulation strategies, *Journal of Affective Disorders*. 213,45-50.
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am J Psychiatry*. 159, 394-400.
- Karekla, M., & Panayiotou, G. (2011). Coping and experiential avoidance: unique or overlapping constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 42, 163–170.
- Kashdan, T.B.; Barrios, V.; Forsyth, J.P.; Steger, M.F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behav. Res. Ther*. 44,1301–1320
- Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 57, 953-959.
- Kuo J R, Goldin P R, Werner K, Heimberg R G & Gross J J.(2011). Childhood Trauma and Current Psychological Functioning in Adults with Social Anxiety Disorder. *J Anxiety Disord*. 25, 467–473.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*. 22, 141-173
- Lydia E. Hayward, Lenny R. Vartanian, Cassandra Kwok, Jill M. (2020). Newby, how might childhood adversity predict adult psychological distress? Applying the Identity Disruption Model to understanding depression and anxiety disorders, *Journal of Affective Disorders*. 265, 112-119.
- Makriyianis H M, Adams E A, Lozano L L, Mooney T A, Morton Ch, Liss M. (2019). Psychological inflexibility mediates the relationship between adverse childhood experiences and mental health outcomes. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 14.82-89.
- Müller L E, Bertsch K, Bülau K, Herpertz S C, Buchheim A.(2018). Emotional neglect in childhood shapes social dysfunctioning in adults by influencing the oxytocin and the attachment system: Results from a population-based study. *Psychophysiology*. 136:73-80.
- Nicol A, Pexman P. (2007). Presenting Your Finding: A Practical Guide for Creating Table. Translated by: Hooman H A, Asgari A. Tehran: Samt.

- Olatunji, B. O., Forsyth, J. P., & Feldner, M. T. (2007). Implications of emotion regulation for the shift from normative fear-relevant learning to anxiety-related psychopathology. *The American Psychologist*, 62(3), 257–259.
- Papachristou, H., Theodorou, M., Neophytou, K., & Panayiotou, G. (2018). Community sample evidence on the relations among behavioural inhibition system, anxiety sensitivity, experiential avoidance, and social anxiety in adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 36-43
- Pribor EF, Dinwiddie SH. (1992). Psychiatric correlates of incest in childhood. *American Journal of Psychiatry*.149, 52–56
- Quenneville AF, Kalogeropoulou E, Küng AL, Hasler R, Nicastro R, Prada P, Perroud N. Childhood maltreatment, anxiety disorders and outcome in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. 2019 Nov 10;112688.
- Raposa, E.B., Hammen, C.L., Brennan, P.A., O'Callaghan, F., Najman, J.M., (2014). Early adversity and health outcomes in young adulthood: the role of ongoing stress. *Health Psychol*. 33, 410–418.
- Read J. (1997). Child abuse and psychosis. A literature review and implications for professional practice. *Prof Psychol Res Prac*. 28, 448-456.
- Salokangas RKR, Hietala J, Armio RL, et al. Effect of childhood physical abuse on social anxiety is mediated via reduced frontal lobe and amygdala-hippocampus complex volume in adult clinical high-risk subjects. *Schizophr Res*. 2020 May 24: S0920-9964(20)30295-4.
- Scott KM, McLaughlin KA, Smith DA, Ellis PM. (2012). Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings. *Br J Psychiatry*. 200, 469-475.
- Scher, C. D., Stein, M. B., Asmundson, G. J. G., McCreary, D. R., & Forde, D. R. (2001). The Childhood Trauma Questionnaire in a community sample: Psychometric properties and normative data. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 843-857.
- Shonkoff, J.P., Garner, A.S., Committee on psychosocial aspects of child and family health, committee on early childhood, adoption, and dependent care, section on developmental and behavioral pediatrics. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 129, 232–246.
- Shimoda Y, Ishizu K & Ohtsuki T. (2018). The reciprocal relations between experiential avoidance and social anxiety among early adolescents: A prospective cohort study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 115-119.
- Simon NM, Herlands NN, Marks EH, Mancini C, Letamendi A, Li Z, et al. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*. 26, 1027–1032.
- Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2014). A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behavior Therapy*. 45, 840-850
- Sole, E., Racine, M., Castarlenas, e., delaVega, R., Tome-Pires, C., Jensen, M., & Miro, J. (2016). The psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*.32, 181-186
- Stein, D.J., Lim, C.C., Roest, A.M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... de Girolamo, G. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*. 15, 143.
- Teicher, M.H., Samson, J.A., (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J. Child Psychol. Psychiatry* .57, 241–266.
- Thompson, R. A., & Goodman, M. (2010). Development of Emotion Regulation: More than Meets the Eye. In AM Kring & DM Sloan (Eds.), *Emotional Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. (pp. 38-58). New York: The Guilford Press
- Trindade, I.A., & Ferreira, C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors*, 15, 72–75.
- Vázquez-Morejón R, León Rubio J M, Rodríguez A M, and Vázquez Morejón a J. (2019). Validation of a Spanish version of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) in clinical population. *Psicothema*. 31, 335-340.
- Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, et al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 154,1101-1106.