

تدوین مدل اجتناب متضاد اختلال اضطراب فراگیر در افراد مبتلا به علایم اختلال اضطراب فراگیر

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل اجتناب متضاد اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. روش پژوهش همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری است، جامعه آماری شامل، ۴۵۷ نفر از افراد دارای علایم اختلال اضطراب فراگیر بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند و از پرسش‌نامه‌های آسیب‌های دوران کودکی، روان‌رنجوری، مشکلات بین فردی، اجتناب متضاد از نگرانی، اجتناب متضاد هیجانی و اضطراب فراگیر استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش آمار توصیفی و تحلیل معادلات ساختاری به وسیله نرم افزار SPSS و AMOS مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی به خوبی برازش شده است. در این مدل روان‌رنجوری، مشکلات بین فردی، و اجتناب متضاد از نگرانی بر علایم اختلال اضطراب فراگیر اثر مستقیم و معناداری داشتند، ولی آسیب‌های دوران کودکی و اجتناب متضاد هیجانی بر علایم اختلال اضطراب فراگیر اثر مستقیم و معناداری نداشتند، همچنین مشکلات بین فردی و اجتناب متضاد از نگرانی به طور معنی‌داری بین روان‌رنجوری و علایم اختلال اضطراب فراگیر میانجیگری کردند، و مشکلات بین فردی و اجتناب متضاد از نگرانی به طور معنی‌داری بین آسیب‌های دوران کودکی و علایم اختلال اضطراب فراگیر میانجیگری کردند. بر اساس یافته‌های پژوهش علایم اختلال اضطراب فراگیر تحت تأثیر آسیب‌های دوران کودکی، روان‌رنجوری، مشکلات بین فردی و اجتناب متضاد از نگرانی قرار دارد.

کلیدواژه‌ها: آسیب‌های دوران کودکی، اجتناب متضاد، مشکلات بین فردی، روان‌رنجوری، اختلال اضطراب فراگیر.

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GAD) یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است، و همبودی بالایی با دیگر اختلالات روانی دارد و باعث اختلال قابل توجهی در حوزه‌های مختلف عملکردی می‌شود (چاو، پرزوسکی، و نیومن،^۲ ۲۰۱۹). مطالعات نشان می‌دهد درمان موفق اختلال اضطراب فراگیر دشوار است (هال، کلت، بریوس، بینز و اسکات،^۳ ۲۰۱۶). بدین خاطر مداخله روان‌شناختی در اختلال اضطراب فراگیر دارای جایگاه ویژه‌ای است. اما آنچه که بر درمان تقدم دارد شناسایی متغیرهای دخیل در اختلال اضطراب فراگیر تدوین یک مدل برای تبیین آن‌ها می‌باشد. در همین راستا، نیومن و لارا^۴ (۲۰۱۱)، مدل اجتناب متضاد (CA) از اختلال اضطراب فراگیر را پیشنهاد کرده‌اند. مدل اجتناب متضاد (CAM) فرض می‌کند افرادی که در معرض خطر نگرانی‌های پاتولوژیک و علایم اختلال اضطراب فراگیر هستند منحصراً ترس از تغییر هیجانات، از هیجانات خنثی یا مثبت به حالات هیجانی منفی را دارند و در نتیجه نگرانی را برای حفظ هیجانات منفی به منظور نظم دادن و جلوگیری از تغییرات یا تقابلات منفی استفاده می‌کنند (کروچ، لویز، اریکسون و نیومن،^۵ ۲۰۱۷). مدل اجتناب متضاد (CAM) معتقد است که مسأله اصلی در اختلال اضطراب فراگیر یک تقابل هیجانی منفی^۶ است (کروچ و همکاران، ۲۰۱۷). این افراد حساسیت بیشتری نسبت به هیجانات مرتبط با وقایع منفی غیرمنتظره دارند و این نگرانی ویژگی مهم پاتولوژیک اختلال اضطراب فراگیر منجر به طولانی شدن این اختلال می‌شود، بنابراین یک حالت عاطفی منفی را حفظ می‌کند تا مانع عاطفه منفی یا تجربه متقابل شود (نیومن و همکاران، ۲۰۱۱). از نگرانی به عنوان

- 1 . Generalized anxiety disorder
- 2 . Cho, Przeworski, & Newman
- 3 . Hall, Kellett, Berrios, Bains, Scott
- 4 . Newman, & Llera
5. contrast avoidance model
- 6 . Contrast Avoidance Model
- 7 . Crouch, Lewis, Erickson, & Newman
- 8 . Negative emotional contrast

راهبردی برای جلوگیری از تقابل منفی^۱ (اما نه تقابل مثبت) استفاده می‌کنند (نیومن و همکاران، ۲۰۱۱). اجتناب متضاد ممکن است به صورت شیوه‌هایی از رفتارهای ناسازگار بروز پیدا کند، به همین دلیل نیومن، لارا، اریکسو و پرزوسکی^۳ (۲۰۱۴) بر نقش عوامل آسیب‌شناسی بالقوه مانند؛ روان‌نجوری^۴ (عاطفه منفی بالا)، آسیب‌های دوران کودکی^۵ و تنظیم روابط بین فردی^۶ در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأکید کرده‌اند، و اظهار کرده‌اند که ممکن است منجر به اجتناب متضاد شوند. بنابراین، انتظار داریم با به کارگیری این مولفه‌ها در کنار هم بتوانیم مدل اجتناب متضاد از اختلال اضطراب فراگیر را ارائه دهیم و در این پژوهش در قالب یک مدل به تعیین نقش هر کدام از این مؤلفه‌ها در اختلال اضطراب فراگیر پرداخته‌ایم.

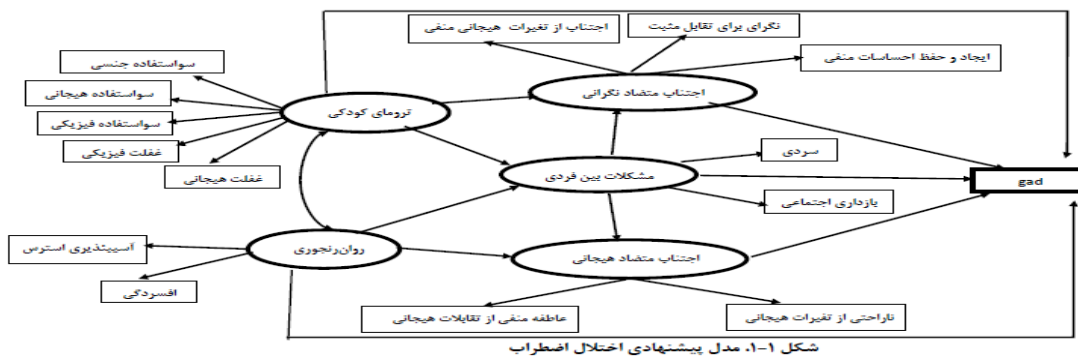
آسیب‌های دوران کودکی یک عامل خطر اساسی و قابل تغییر برای اختلال روانشناسی، از جمله اختلال اضطراب فراگیر است (دنيس، ۲۰۲۰) و شامل: سوءاستفاده^۸ (هیجانی؛ جنسی^۱ و فیزیکی^۱) و غفلت (هیجانی و فیزیکی) می‌باشد (برنشتاین، استین، نوکام، والکر، پوجی^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). وان نیرپ، ویچبر، گانتر، وانزلت، دیگرفیت و همکاران^۳ (۲۰۱۵) نشان دادند؛ یکی از عواملی که ممکن است با اختلال هیجانی و اختلال اضطراب فراگیر مرتبط باشد، سوءاستفاده از دوران کودکی است. یافته‌ها شواهدی را برای نقش میانجی‌کننده اختلال هیجانی در رابطه بین سوءرفتار عاطفی به طور خاص و اختلال اضطراب فراگیر ارائه داده است (سونک، جانس، دیویس، جاکوب، مارلن و همکاران^۴، ۲۰۱۸). آسیب‌های دوران کودکی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم میزان مشکلات بین فردی در آینده است (مارشال، شانون، منیچ، مک کری و مال هلند^۵، ۲۰۱۸).

روان‌رنجوری دارای ارتباط بسیار ویژه‌ای با اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد (پاتریک^۶، ۲۰۱۹) افراد روان‌رنجور تمایل به نشان دادن تعادل عاطفی ضعیف و تجربه عواطف منفی را دارند، و این افراد تا حدودی شرایط تولید عواطف منفی را انتخاب می‌کنند (جاج، بونو، الیز و گرهارت^۷، ۲۰۰۲). روان‌رنجوری و کنترل هیجان درک شده^۸ هر دو پیش‌بینی‌کننده اختلال اضطراب فراگیر هستند و کنترل هیجان درک شده به عنوان متغیر میانجی بین روان‌رنجوری و شدت اختلال اضطراب فراگیر عمل می‌کند (برجیس و بروون^۹، ۲۰۱۵). روان‌رنجوری به طور معنی‌داری وقوع تعاملات بین فردی منفی را پیش-بینی می‌کند (گرین فیلد، گانترت، فوراند^۲، ۲۰۱۴) و مرتبط با مشکلات بین فردی است (ویلیامز و سیمز^۲، ۲۰۱۶).

-
- 1 . Negative contrast
 - 2 . Positive contrast
 - 3 . Newman, Llera, Erickson, & Przeworski
 - 4 . Neuroticism
 - 5 . Childhood Trauma
 - 6 . Interpersonal Problems–Circumplex
 - 7 . Danese
 - 8 . abuse
 - 9 . emotional
 - 1 . Sexual 0
 - 1 . physical 1
 - 1 . Bernstein, Stein, Newcomb, Walker, Pogge
 - 1 . van Niero, Viechtbaue, Gunthert, Van Zelst, De Graaf
 - 1 . Suveg, Jones, Davis, Jacob, Morelen
 - 1 . Marshall, Shannon, Meenagh, Mc Corry, & Mulholland
 - 1 . Patrick 6
 - 1 . Judge, Bono, Ilies, & Gerhard 7
 - 1 . perceived emotion control 8
 - 1 . Bourgeois, & Brown 9
 - 2 . Greenfield, Gunthert, & Foran 10
 - 2 . Williams, & Simms 1

یکی از ویژگی‌های اختلال اضطراب فراگیر داشتن مشکلات بین فردی است (شین و نیومن، ۲۰۱۹). پیشنهاد نقش بالقوه برای مشکلات بین فردی در حفظ علائم اختلال اضطراب فراگیر و احتمالاً حتی حفظ مشکل با تقابل منفی است. تحقیقات موجود، دلایلی را برای ادغام مدل اجتناب متضاد را در مدل‌های بین فردی اختلال اضطراب فراگیر ارائه می‌دهد (نیومن و همکاران، ۲۰۱۴). فرآیندهای بین فردی و اجتناب عاطفی ممکن است نشانه‌شناسی اختلال اضطراب فراگیر را حفظ کن n (نیومن، گاستون گوی، بورکویک، فیشر، و نوردبرگ، ۲۰۰۸). هو، کیم، یو و چای^۴ (۲۰۱۴) دریافتند که مشکلات بین فردی و اجتناب به عنوان میانجی بین ترومای کودکی و اختلال اضطراب فراگیر عمل می‌کند.

طبق پیشینه تحقیقات ذکر شده در بالا: آسیب‌های دوران کودکی و روان‌رنجوری منجر به مشکلات بین فردی و نقص در تنظیم هیجانات می‌شود و به طور مستقیم با اختلال اضطراب فراگیر نیز مرتبط است، همچنین باعث اجتناب از خاطرات مرتبط با آسیب می‌شود این اجتناب یک ابزار ناسازگار برای تنظیم هیجان است و این بدنظمی هیجان با اختلال اضطراب فراگیر مرتبط است و اختلال هیجانی میانجی بین آسیب‌های دوران کودکی، و روان‌رنجوری با اختلال اضطراب فراگیر است و همچنین مشکلات بین فردی و اجتناب ممکن است نشانه‌شناسی اختلال اضطراب فراگیر را حفظ کند و از طریق اجتناب، و نگرانی، منجر به اختلال اضطراب فراگیر شود. بنابراین برای اینکه بدانیم چه چیزهای منجر به علائم اختلال اضطراب فراگیر می‌شوند، تحقیقات بیشتری لازم است که بررسی کند که آیا این متغیرهای پیشنهادی منجر به اختلال اضطراب فراگیر خواهند شد؟. بنابراین با توجه به اهمیت این موضوع مسأله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا مدل اجتناب متضاد اختلال اضطراب فراگیر، از برآزش مطلوبی برخوردار است یا خیر؟.



روش بررسی

پژوهش حاضر، همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری^۵ است جامعه آماری پژوهش حاضر را تمام افرادی که دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر (داشتن حداقل ۲ نشانه از ۶ نشانه ذکر شده در DSM-5 برای تشخیص علائم این اختلال و کسب نمره برش در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر) بوده، و در نیمه اول سال ۱۳۹۸، به مراکز درمانی و مشاوره شهر خرم آباد مراجعه کرده بودند را تشکیل داد. اگر از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شود حدود ۲۰ نمونه برای هر عامل (متغیر پنهان) لازم است.

- 1 . Interpersonal Problems–Circumplex
- 2 . Shin, & Newman
- 3 . Newman, Castonguay, Borkovec, Fisher, & Nordberg
- 4 . Huh, Kim, Yu, & Chae
- 5 structural equation modeling

(کلاین، ۲۰۱۵). در این پژوهش به منظور دستیابی به نتیجه مطلوب تر تعداد ۴۵۷ نفر با میانگین سنی ۳۱/۵ و انحراف معیار ۵/۴۹، که از این تعداد ۲۶۵ نفر (۵۷/۹۸ درصد) زن و ۱۸۲ نفر (۳۹/۸۲ درصد) مرد بودند که با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، نمره برش پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر و مصاحبه بالینی به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شده‌اند و در این پژوهش شرکت کردند. ملاک‌های ورود شامل موارد زیر هستند: رضایت آگاهانه، قادر به شرکت در مطالعه، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، داشتن علائم اختلال اضطراب، عدم استفاده از دارودرمانی و روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته. ملاک‌های خروج نیز شامل موارد زیر هستند: دریافت تشخیص اختلالات شخصیت مرزی، ضد اجتماعی و اسکیزوتایپال بر اساس مصاحبه ساختاریافته اختلالات محور دو (SCID-II)، و وجود آسیب مغزی یا سایر بیماری‌های جسمانی.

ابزارهای سنجش

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7): این مقیاس یک مقیاس ۹ گویه‌ای که توسط نیومن و همکاران (۲۰۰۲)، نوشته شده است، که ۵ گویه‌ی آن به صورت بله/خیر و ۴ گویه‌ی آن به صورت پیوستاری از ۱ تا ۸ درجه‌بندی شده است این مقیاس روایی همگرا و افتراقی مناسبی دارد و ضریب توافقی کاپا با مصاحبه ساختار یافته ۰/۹۷ است، به علاوه فرم اصلی، همسانی درونی (آلفای کرونباخ=۰/۹۴) و باز آزمایی برای دو هفته را (برای ۰/۹۲ نمونه) قوی گزارش کرده است. نقطه برش برای ۸۳٪ افراد ۵/۷ می‌باشد (نیومن، زلینگ، کچینگ، کانستشن، پرزوسکی و همکاران، ۲۰۰۲). در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۹ و روایی همزمان آن را ۰/۶۱ و ۲=۰/۴۵ و روایی افتراقی ۲=۰/۸۸ بود. علاوه بر این نقطه برش ۵/۹۵ منجر به حساسیت ۰/۹۷ و ویژگی ۰/۹۴ شد (بیتا و محمدی، ۱۳۹۶). در این پژوهش آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۷۶ به دست آمد.

فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ): این پرسش‌نامه ۲۸ گویه‌ای توسط برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) تهیه شده است و پنج حوزه ترومای کودکی را به ترتیب زیر پوشش می‌دهد: سوء استفاده فیزیکی^۱، سوء استفاده جنسی^۲، سوء استفاده هیجانی^۳، غفلت فیزیکی^۴ و غفلت هیجانی^۵. این مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز رخ نداده=۱، اکثر اوقات رخ داده=۵) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی این آزمون به دو روش آزمون-بازآزمون و آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ قرار دارد (برودسکی، مان، استنلی، تین، کوندو و بیرماهر، ۲۰۰۸). در پژوهشی آلفای کرونباخ آن را برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برآورد کرده (ابراهیمی، دژکام ۱۳۹۲). در این پژوهش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ و برای زیرمؤلفه‌ها در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۵۹ برآورد گردید.

پرسش‌نامه شخصیتی پنج عاملی نئو^۱ (NEO-FFI): این پرسش‌نامه ۲۴۰ گویه‌ای توسط کاستا و مک کری (۱۹۹۰) تهیه و منتشر شد که شامل ۵ عامل، و هر عامل شامل ۶ بعد است و بر اساس مقیاس لیکرت (۱ کاملاً موافقم تا ۵ کاملاً مخالفم) اندازه‌گیری می‌شود که نمره هر عامل جداگانه محاسبه می‌شود و در نهایت پنج نمره بدست می‌آید. ضرایب پایایی این آزمون نیز در مطالعات

1 . Kline

2 . generalized anxiety disorder questionnaire-IV

3 . brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire

4 . Physical abuse

5 . Sexual abuse

6 . Emotional abuse

7 . Physical neglect

8 . . Emotional dominance

9. Brodsky, Mann, Stanley, Tin, Oquendo & Birmaher

1 . neo five- factor model of personality inventory

1 . Costa & McCrae

مختلف بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲). در پژوهشی روایی ملاکی آن بین ۰/۴۵ تا ۰/۶۶ و آلفای کرونباخ بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ به دست آمده است (گروسی، ۱۳۸۰). در این پژوهش از دو زیرمقیاس روان‌رنجوری که شامل افسردگی و آسیب‌پذیری، می‌باشد، استفاده شد. که آلفای کرونباخ آنها نیز به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۹ و ۰/۷۱ به دست آمد. در پژوهشی آلفای کرونباخ روان‌رنجوری ۰/۷۹ گزارش شده است (گروسی، ۱۳۸۰).

پرسش‌نامه اجتناب متضاد از نگرانی (CAQ-W): این پرسش‌نامه ۳۰ گویه‌ای توسط لارا و همکاران در سال ۲۰۱۷ ساخته شده است که با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای پاسخ داده می‌شوند و دارای سه عامل: نگرانی برای اجتناب از تغییرات هیجانی منفی^۱، نگرانی برای ایجاد و حفظ احساسات منفی^۲ و نگرانی برای ایجاد تقابل مثبت^۳ می‌باشد این شاخص‌ها برازش مطلوب و رضایت بخشی از مدل ۳ عاملی را نشان داده است. و دارای روایی همزمانی با پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر (۰/۵۶)، پرسش‌نامه حالت نگرانی (۰/۶۱)، همچنین دارای روایی افتراقی با متغیرهای واگرایی مانند؛ تهدید درک شده از هیجان‌ات مثبت (۰/۲۳)، به دست آمد (لارا و نیومن^۴، ۲۰۱۷). در این پژوهش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیرمؤلفه‌ها در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۴ برآورد گردید.

پرسش‌نامه اجتناب متضاد هیجانی (CAQ-GE): این پرسش‌نامه ۲۵ گویه‌ای توسط لارا و همکاران در سال ۲۰۱۷ ساخته شده است که با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ نقطه پاسخ داده می‌شوند و دارای دو زیرمؤلفه‌ی: ایجاد و حفظ احساسات منفی برای اجتناب از تقابل منفی^۵ و ناراحتی مرتبط با تغییرات هیجانی^۶ می‌باشد. این شاخص‌ها برازش مطلوب و رضایت بخشی از مدل ۲ عاملی این پرسش‌نامه را نشان داده است و دارای روایی همزمانی با پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر (۰/۵۳)، پرسش‌نامه حالت نگرانی (۰/۵۵)، همچنین دارای روایی افتراقی با پرسش‌نامه تهدید درک شده از هیجان‌ات مثبت (۰/۲۰)، به دست آمد (لارا و همکاران، ۲۰۱۷). در این پژوهش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ و برای زیرمؤلفه‌ها در دامنه ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ برآورد گردید.

پرسش‌نامه مشکلات پیچیده بین فردی (IIP-C): فرم کوتاه ۳۲ آیتمی این پرسش‌نامه توسط سودانا و تریسی (۲۰۱۱) تهیه و اعتباریابی شده است و پاسخ بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (بدون ناراحتی) تا ۴ (بسیار ناراحت) نمره‌گذاری می‌شود. دارای هشت عامل است که آلفای کرونباخ آن‌ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۴ به دست آمده است (سودانا و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین همبستگی بالایی با فرم اصلی ۶۴ سؤالی پرسش‌نامه مشکلات بین فردی را نشان داد. (سودانا و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهشی این پرسش‌نامه از برازندگی مطلوبی برخوردار بود (فتح، فلاح، طباطبایی و رحیمی، ۱۳۹۲). در این پژوهش از دو زیر مقیاس سردی و

- 1 . The contrast avoidance of worry questionnaires
- 2 . Worry to Avoid Negative Emotional Shifts
- 3 . Worry Creates and Sustains Negative Emotion
- 4 . Worry to Create Positive Contrast
- 5 . Llera, & Newman
- 6 . The Emotional Contrast Avoidance questionnaires
- 7 . Creating and Sustaining Negative Emotion to Avoid Negative Contrasts
- 8 . Discomfort with Emotional Shifts
- 9 . Brief Inventory of Interpersonal Problems–Circumplex
- 1 . Sodano, & Tracey 0

بازداری اجتماعی. استفاده شده است، آلفای کرونباخ آن‌ها به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۸ برآورد گردید. در پژوهش‌های نظری، حشمتی و دهقان (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ آن‌ها نیز به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۳ را گزارش دادند.

روش اجرای پژوهش حاضر به این صورت بود که بعد از هماهنگی‌های لازم اداری و مراجعه به مراکز مشاوره دانشگاه لرستان و دانشگاه علوم پزشکی لرستان و چند مرکز مشاوره در شهر خرم‌آباد (که به صورت در دسترس انتخاب شده بودند)، بر اساس مراجعه‌کنندگانی که برای اولین بار به این مراکز مراجعه کرده بودند به مدت ۷ ماه، مقیاس اختلال اضطراب فراگیر را بر روی ۱۰۰۰ نفر اجرا شد که از این میان ۱۰۷ نفر پرسش‌نامه ناقص تحویل دادند و مصاحبه بالینی انجام نشد، از میان ۸۹۳ نفر باقی‌مانده با توجه به نمره برش پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر که ۵/۹۵ می‌باشد ۶۸۱ نفر دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر بودند و از میان ۶۸۱ نفر باقی‌مانده تعداد ۴۵۷ نفر با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، و مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5 (همراه بودن اضطراب و نگرانی با حداقل دو نشانه از شش نشانه ذکر شده در DSM) دارای علائم بودند (ملاک تشخیص اختلال اضطراب فراگیر سه نشانه از شش نشانه ذکر شده در DSM است که برای داشتن علائم این اختلال ۲ نشانه در نظر گرفته شد) و سپس به پرسش‌نامه‌های فرم جمعیت‌شناختی، اضطراب فراگیر، ترومای کودکی، مشکلات بین فردی، اجتناب متضاد از نگرانی اجتناب متضاد هیجانی پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل معادله‌ی ساختاری از طریق نسخه‌ی SPSS و AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این بخش شاخص‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار و همبستگی مرتبه صفر میان متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۱، قابل مشاهده است.

جدول ۱، ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱. سوء استفاده جنسی	-	۰/۶۵	۰/۵۱	۰/۷۳	۰/۷۷	۰/۴۷	۰/۴۱	۰/۴۷	۰/۴۶	۰/۴۵	۰/۵۵	۰/۶۱	۰/۵۷	۰/۵۸	۰/۷۲
۲. سوء استفاده هیجانی		-	۰/۴۶	۰/۷۷	۰/۷۳	۰/۵۷	۰/۵۵	۰/۶۲	۰/۴۹	۰/۵۵	۰/۶۳	۰/۶۱	۰/۳۸	۰/۶۳	۰/۷۲
۳. سوء استفاده فیزیکی			-	۰/۵۵	۰/۶۴	۰/۵۴	۰/۶۲	۰/۴۱	۰/۴۷	۰/۵۴	۰/۵۷	۰/۵۹	۰/۴۹	۰/۶۲	۰/۵۸
۴. غفلت فیزیکی				-	۰/۴۸	۰/۴۵	۰/۵۸	۰/۳۶	۰/۴۶	۰/۴۹	۰/۴۸	۰/۴۴	۰/۳۹	۰/۴۸	۰/۵۰
۵. غفلت هیجانی					-	۰/۵۷	۰/۶۴	۰/۵۷	۰/۴۳	۰/۵۳	۰/۵۷	۰/۵۳	۰/۵۶	۰/۵۴	۰/۶۱
۶. آسیب‌پذیری از استرس						-	۰/۷۴	۰/۵۹	۰/۳۸	۰/۴۵	۰/۵۸	۰/۵۹	۰/۴۴	۰/۴۷	۰/۷۴
۷. افسردگی							-	۰/۴۴	۰/۴۷	۰/۴۴	۰/۵۶	۰/۵۹	۰/۴۹	۰/۶۱	۰/۶۱
۸. سرد-غیرصمیمی								-	۰/۴۲	۰/۴۳	۰/۵۹	۰/۵۹	۰/۴۲	۰/۶۲	۰/۶۸
۹. بازداری اجتماعی									-	۰/۶۳	۰/۳۴	۰/۵۱	۰/۵۹	۰/۶۳	۰/۵۸
۱۰. اجتناب از تغییرات										-	۰/۳۴	۰/۵۱	۰/۵۹	۰/۶۳	۰/۵۸

۰/۶۲	۰/۶۵	۰/۶۸	۰/۶۹	۰/۶۳										
**	**	**	**	-										۱۱. نگرانی برای ایجاد تقابل
۰/۶۸	۰/۶۵	۰/۵۷	۰/۶۳	-										۱۲. ایجاد و حفظ احساسات
**	**	**	-											۱۳. ناراحتی مرتبط تغییرات
۰/۶۹	۰/۶۴	۰/۴۹	-											۱۴. حفظ هیجان منفی
**	**	-												۱۵. اضطراب فراگیر
۰/۵۲	۰/۶۶	-												
**	-													
۰/۷۱	-													
-														
۵۸/۷۶	۱۹/۴۲	۲۱/۴۹	۱۸/۹۶	۳۲/۶۴	۱۱/۰۹	۱۰/۴۶	۱۷/۷۲	۲۹/۵۹	۱۲/۵۵	۱۴/۳۵	۱۳/۱۴	۱۳/۸۱	۱۱/۹۹	میانگین
۵/۶۲	۴/۵۹	۶/۷۶	۵/۸۶	۶/۶۱	۵/۳۴	۴/۷۱	۵/۹۵	۵/۶۸	۵/۱۸	۴/۰۸	۴/۲۴	۵/۷۵	۵/۸۶	انحراف معیار

°°: معنی داری در سطح ۰/۰۱ °: معنی داری در سطح ۰/۰۵

همانطوری که نتایج جدول بالا نشان می‌دهد دامنه همبستگی میان متغیرها از ۰/۳۴ (بین بازداري اجتماعي و نگرانی برای ایجاد تقابل مثبت) تا ۰/۷۷ (بین سوءاستفاده جنسی و غفلت هیجانی و همچنین بین سوءاستفاده هیجانی و غفلت فیزیکی) متغیر می‌باشد. تمامی ضرایب همبستگی بین متغیرها معنادار می‌باشند ($p < 0/01$).

کلاین (۲۰۱۵) تأکید می‌کند که در استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، قبل از انجام تحلیل داده‌ها، بررسی پیش فرض‌های این روش ضروری است. یکی از ملاک‌های متداول در بررسی مفروضه بهنجاری بودن محاسبه آماره‌های چولگی^۱ و کشیدگی^۲ می‌باشد. به باور کلاین (۲۰۱۵) قدرمطلق ضریب چولگی کمتر از ۳ و ضریب کشیدگی کمتر از ۱۰ ملاک بهنجاری بودن متغیرها است که در پژوهش حاضر تمام متغیرهای پژوهش مفروضه بهنجاری را رعایت کرده‌اند. جهت بررسی هم خطی چندگانه از بررسی ماتریس همبستگی و دو عامل تحمل^۳ و تورم واریانس^۴ (VIF) استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر ارزش‌های تحمل هیچکدام از متغیرها کمتر از ۰/۱۰ نیست و همچنین ارزش‌های تورم واریانس هیچکدام از متغیرها از ۱۰ بالاتر نیست، بنابراین مفروضه عدم هم خطی چندگانه رعایت گردیده است. یکی دیگر از مفروضات معادله ساختاری عدم وجود داده‌های افراطی می‌باشد. که در مجموع ۴۲ نفر حذف گردیدند و تعداد نمونه به ۴۱۵ نفر تقلیل یافت

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی

شاخص‌ها	مقادیر	دامنه‌ی مورد قبول	نتیجه
مجذور خی (χ^2)	۲۸۵/۷۶	$> 0/05$	-
سطح معناداری (P-value)	۰/۰۰۱	-	-
درجه آزادی	۷۹	-	-
مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/DF)	۳/۶۲	< 5	مطلوب
ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)	۰/۱۰۹	$< 0/08$	نامطلوب
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۷۶	$> 0/90$	مطلوب
شاخص توکر-لوئیس (TLI)	۰/۹۶۸	$> 0/90$	مطلوب
برازندگی هنجار شده بنتلر-بانن (NFI)	۰/۹۶۷	$> 0/90$	مطلوب

1 skewness

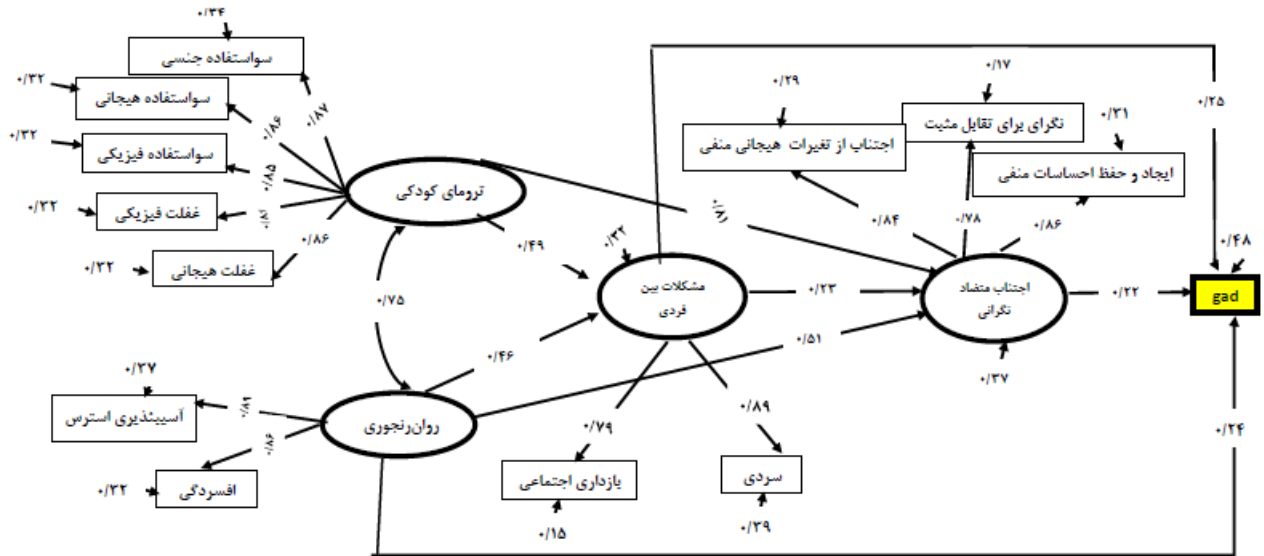
2 kurtosis

3 tolerance

4 variance inflation factor (VIF)

همانطوری که جدول بالا نشان می‌دهد مدل پیشنهادی در تمامی مقادیر شاخص‌ها با داده‌ها برازنده بوده و این مهم فقط در خصوص RMSEA نیاز به اصلاح دارد. از این رو با توجه به پیشنهاد اصلاحات نرم افزار، اقدام به اصلاح مدل و به تبع آن اصلاح این شاخص گردیده است.

نتایج به دست آمده از مرحله برآورد مدل اصلی نشان داد که باید اصلاحاتی در این مدل انجام شود تا برازندگی مدل بهبود یابد. شکل زیر ضرایب استاندارد مسیرها در مدل اصلاح شده را نشان می‌دهد.



شکل ۳. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم در مدل پیشنهادی اضطراب فراگیر $N=415$ یا $df=79$ تمامی مسیرها و بارهای عاملی در سطح $P < 0.001$ معنادار هستند

همانطوری که شکل ۳، نشان می‌دهد ۳۲ درصد از واریانس مشکلات بین فردی، ۳۷ درصد از واریانس اجتناب متضاد از نگرانی، و ۴۸ درصد از واریانس اضطراب فراگیر بوسیله مدل حاضر تبیین گردید. جدول زیر نیز پارامترهای اندازه‌گیری روابط میان متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول ۳. پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم متغیرها در مدل پیشنهادی

مسیرها	خطای استاندارد	βتای استاندارد	CRنسبت بحرانی	سطح معنی داری
روان رنجوری به مشکلات بین فردی	۰/۱۲	۰/۴۶	۴/۵۹	۰/۰۰۱
روان رنجوری به اضطراب فراگیر	۰/۰۸	۰/۲۴	۳/۰۵	۰/۰۰۲
مشکلات بین فردی به اضطراب فراگیر	۰/۰۷	۰/۲۵	۴/۳۵	۰/۰۰۱
اجتناب متضاد از نگرانی به اضطراب فراگیر	۰/۰۸	۰/۲۲	۳/۷۲	۰/۰۰۶
آسیب‌های دوران کودکی به مشکلات بین فردی	۰/۰۵	۰/۴۹	۵/۱۱	۰/۰۰۱
مشکلات بین فردی به اجتناب متضاد از نگرانی	۰/۰۸	۰/۲۳	۳/۷۳	۰/۰۰۱

همان طور که در شکل ۳، نشان می‌دهد ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم روان رنجوری به مشکلات بین فردی، مشکلات بین فردی به اجتناب متضاد از نگرانی و اجتناب متضاد از نگرانی به اضطراب فراگیر، معنادار و مستقیم بوده است. برای آزمون این فرضیه از روش بوت استرپ استفاده شد. از آنجا که میزان ۹۵ درصد حد پایین (۰/۲۵) و بالای (۰/۸۹) روش بوت استرپ هم

علامت بوده و صفر را در بر نمی‌گیرد، بنابراین، اثر غیر مستقیم روان‌رنجوری بر اضطراب فراگیر با میانجی مشکلات بین فردی و اجتناب متضاد از نگرانی تأیید می‌شود. همچنین ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم آسیب‌های دوران کودکی به مشکلات بین فردی، مشکلات بین فردی به اجتناب متضاد از نگرانی، و اجتناب متضاد از نگرانی به اضطراب فراگیر، مستقیم و معنادار بوده است. برای آزمون این فرضیه نیز از روش بوت استراپ استفاده شد. از آنجا که میزان ۹۵ درصد حد پایین (۰/۰۱) و بالای (۰/۳۰) روش بوت استراپ هم علامت بوده و صفر را در بر نمی‌گیرد، بنابراین، اثر غیر مستقیم ترومای کودکی بر علایم اختلال اضطراب فراگیر با میانجی مشکلات بین فردی و اجتناب متضاد از نگرانی تأیید می‌شود.

جدول ۴، مقادیر شاخص‌های برازش مدل را نشان می‌دهد. همان‌طور که جدول ۴، نشان می‌دهد مدل پیشنهادی برای علایم اختلال اضطراب فراگیر از برازش مطلوبی برخوردار است

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی

شاخص‌ها	مقادیر	دامنه‌ی مورد قبول	نتیجه
مجذور خی (χ^2)	۲۰۴/۱۳	>۰/۰۵	-
سطح معناداری (P-value)	۰/۰۰۱	-	-
درجه آزادی	۷۷	-	-
مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/DF)	۲/۶۵	<۵	مطلوب
ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۷۳	<۰/۰۸	مطلوب
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۸۵	>۰/۹۰	مطلوب
شاخص توکر-لویس (TLI)	۰/۹۸۰	>۰/۹۰	مطلوب
برازندگی هنجار شده بنتلر-بانت (NFI)	۰/۹۷۷	>۰/۹۰	مطلوب
شاخص برازش هنجاری شده ایجازی (PNFI)	۰/۷۱۶	>۰/۵۰	مطلوب

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف آزمون برازندگی مدل پیشنهادی برای اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفت (شکل ۱) و شاخص‌های برازش نشان دادند که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشد روان‌رنجوری اثر علی مستقیم و معناداری بر علایم اختلال اضطراب فراگیر دارد، این یافته با مطالعات مکین تاج، گنز، ودرل و پدرسون^۱ (۲۰۰۶)، هتما و همکاران (۲۰۰۶)، محمد خانی و همکاران (۲۰۱۶)، لارا و همکاران (۲۰۱۷) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که اختلال اضطراب فراگیر، به عنوان یک اختلال هیجانی است. این اختلال دربرگیرنده خصوصیتی مانند نگرانی مداوم و هیجان منفی است که این ویژگی‌ها به نسبت متفاوت در تمامی اختلال‌های هیجانی نقش دارد، احتمالاً به همین دلیل روان‌رنجوری می‌تواند علایم اختلال اضطراب فراگیر را پیش‌بینی کند (مکین تاج و همکاران، ۲۰۰۶). اخیراً شواهدی در حال جمع شدن است که نشان می‌دهد علائم نگرانی اختلال اضطراب فراگیر به شدت با ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری مرتبط است (هیل، کلیمسترا، و میز، ۲۰۱۰). در ضمن ماهیت و شدت روان‌رنجورگرایی در اختلال‌های اضطرابی می‌تواند متفاوت باشد (هتما و همکاران، ۲۰۰۶).

1 . Mackintosh, Gatz, Wetherell, & Pedersen

2 . Hale, Klimstra, & Meeus

مشکلات بین فردی اثر مستقیم و معناداری بر علایم اختلال اضطراب فراگیر دارد که با مطالعات سالزر، پینکس، هیر، کیسجی، لایمسنینگ^۱ (۲۰۰۸)، بورکوئیس، نیومن، پینکاس و لیت (۲۰۰۲)، اریکسون و نیومن (۲۰۰۷)، یومن، بیسدو-بام، بیکر و هیر^۲ (۲۰۱۰)، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از دلایل اصلی اضطراب‌های مداوم و افراطی، نگرانی درباره ارزیابی‌های اجتماعی در روابط‌های بین فردی است (بورکوئیس و همکاران، ۲۰۰۲). بررسی‌ها نشان داده است که سطوح بالای مشکلات بین فردی با تنش بیشتر در فرد و تعارض‌های بین فردی مزمن همراه است (یومن و همکاران، ۲۰۱۰) که این موارد به نوبه خود منجر به علایم اضطراب فراگیر می‌شوند. مشکلات بین فردی باعث مختل شدن روابط بین فردی و متعاقب پیامدهای منفی برای فرد می‌شود، از سوی دیگر روابط مختل به عنوان یک عامل تنش‌زا، همواره یکی از عوامل اصلی ابتلا به نشانه‌های اضطراب فراگیر محسوب می‌شود (سالرز و همکاران، ۲۰۰۸).

اجتناب متضاد از نگرانی اثر علی مستقیم و معناداری بر علایم اختلال اضطراب فراگیر دارد، اما در هیچ مطالعه‌ای این روابط را مورد بررسی قرار نداده‌اند، و تا حالا هیچ پژوهشی به طور مستقیم روابط اجتناب متضاد از نگرانی را مورد مطالعه و بررسی قرار نداده است و در پژوهش حاضر بنا به پیشنهاد نیومن و همکاران اقدام به بررسی این فرضیه کردیم که با یافته‌های نیومن و همکاران (۲۰۱۰)، لارا و همکاران (۲۰۱۷)، کروچ و همکاران (۲۰۱۷)، و کیم و همکاران (۲۰۱۶) که اثر مستقیم این متغیرها را با اجتناب و هیجانات منفی بررسی کرده‌اند، تا حدودی با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشد در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نسبت به تغییرات شدید در هیجانات منفی که به طور معمول همراه با وقایع منفی اتفاق می‌افتد، حساس هستند و از نگرانی برای جفط یک حالت منفی (درون ذهنی) برای اجتناب از این تغییرات هیجانی استفاده می‌کنند و در مواجهه با رویدادهای منفی دچار تغییرات شدید در هیجانات خود نمی‌شوند و به طور دایم یک حالت هیجان منفی را به وسیله نگرانی حفظ می‌کنند، برای اینکه همیشه در حالت ثابت قرار داشته باشند و اگر اتفاقی بیافتد حال آن‌ها از این حالی که الان دارند بدتر نخواهد شد (لارا و همکاران، ۲۰۱۷).

اما در این پژوهش، آسیب‌های دوران کودکی اثر علی مستقیم و معناداری بر اختلال اضطراب فراگیر ندارد و این همسو با یافته‌های با یافته‌های کیوگل، تیمپونو، سوکس، اریکسون، کاک، کیوگ، و ریکاردی^۳ (۲۰۱۰)، شولین، مک لوی و ماری^۴ (۲۰۱۵)، همسو نمی‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در مطالعات انجام شده زنان و مردان به صورت جداگانه مورد بررسی قرار نگرفتند در صورتی که بنا بر پژوهش‌های انجام شده زنان و مردان در مقابل پیامد تروماهای دوران کودکی با هم متفاوتند (کیوگل و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین می‌توان گفت که سوءاستفاده‌های دوران کودکی باعث رشد و توسعه اختلالات روان‌پزشکی در بزرگسالی می‌شود. اما خود ترومای کودکی به تنهایی منجر به اختلالات روانی نمی‌شود، و در این بین بعضی متغیرهای روانشناختی دخیل هستند (شولین و همکاران، ۲۰۱۵).

اجتناب متضاد هیجانی اثر مستقیم و معناداری بر علایم اختلال اضطراب فراگیر ندارد، در اینجا ذکر این نکته قابل توجه است که تا جالا در هیچ پژوهشی روابط این دو متغیر اندازه‌گیری نشده است ولی می‌توان گفت که احتمالاً نتایج این پژوهش همسو با یافته-

1 . Salzer S, Pincus AL, Hoyer J, Kreische R, Leichsenring

2 . Uhmman S, Beesdo-Baum K, Becker ES, Hoyer

3 . Cogle, Timpano, Sachs-Ericsson, N., Keough, & Riccardi

4 . Shevlin, McElroy, & Murphy

های نیومن و همکاران (۲۰۱۴)، لارا و همکاران (۲۰۱۷)، کروج و همکاران (۲۰۱۷) نمی‌باشد. در توجیه این یافته می‌توان گفت که در پژوهش‌های گذشته متغیرهای هیجانی و اجتناب به صورت جداگانه بررسی شده‌اند، اما در این پژوهش آنها را به صورت یکپارچه و در غالب یک پرسش‌نامه جدید به نام اجتناب متضاد هیجانی مورد بررسی قرار داده شده است، در تبیین دیگر آزمودنی‌های این پژوهش از هر دو جنس بودند و شرکت کنندگان این پژوهش افراد تحصیل کرده و اکثراً دانشگاهی بودند که این خود ممکن است بر نتایج پژوهش تأثیرگذار باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در پردازش هیجانی تفاوت‌های جنسیتی وجود دارد (نیومن و همکاران، ۲۰۱۱).

بعلاوه در این مطالعه روان‌رنجوری با واسطه مشکلات بین فردی و اجتناب متضاد از نگرانی اثر علی غیرمستقیم و معناداری بر علائم اختلال اضطراب فراگیر دارد، اما در هیچ مطالعه‌ای این روابط را مورد بررسی قرار نداده‌اند، و تا حالا هیچ پژوهشی به طور مستقیم روابط اجتناب متضاد از نگرانی را مورد مطالعه و بررسی قرار نداده است و در پژوهش حاضر بنا به پیشنهاد نیومن و همکاران اقدام به بررسی این فرضیه کردیم که با یافته‌های مطالعه لارا و همکاران (۲۰۱۷)، برجیس و همکاران (۲۰۱۵)، سابیکا و همکاران (۲۰۱۶) گرین فلد و همکاران (۲۰۱۴) که اثر غیر مستقیم این متغیرها را با اجتناب و هیجانات منفی بررسی کرده‌اند، تا حدودی با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بعضی از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر قبل از بزرگسالی سطحی از نشانه‌های بالینی اضطراب را تجربه می‌کنند، در حالی که بعضی از افراد دیگر این نشانه‌ها را در بزرگسالی تجربه می‌کنند؛ افرادی که زودتر این نشانه‌ها و علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر را تجربه کرده‌اند احتمالاً مشکلاتی را تجربه کرده‌اند که باعث بروز این اختلال شده است و در دوران بزرگسالی آنها از اضطراب فراگیر رنج می‌برند و دارای روابط بین فردی حساس‌تر و مشکلات بیشتری هستند (سابیکا) و همکاران، ۲۰۱۶.

آسیب‌های دوران کودکی با واسطه مشکلات بین فردی و اجتناب متضاد از نگرانی اثر علی غیرمستقیم و معناداری بر علائم اختلال اضطراب فراگیر دارد، اما در هیچ مطالعه‌ای این روابط را مورد بررسی قرار نداده‌اند، و تا حالا هیچ پژوهشی به طور مستقیم روابط اجتناب متضاد از نگرانی را مورد مطالعه و بررسی قرار نداده است و در پژوهش حاضر بنا به پیشنهاد نیومن و همکاران اقدام به بررسی این فرضیه کردیم که با یافته‌های سونک، و همکاران (۲۰۱۸)، رومر، سالترز، رافی، و ارسیلو (۲۰۰۵)، مارشال، و همکاران (۲۰۱۸)، هه، و همکاران (۲۰۱۴) که اثر غیر مستقیم این متغیرها را با اجتناب و هیجانات منفی بررسی کرده‌اند، تا حدودی با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که تجربه‌های آسیب‌زا و تروماتیک را در دوزان کودکی تجربه کرده‌اند در واکنش به حوادث ناخوشایند بیش از حد حساس هستند و نسبت به تغییرات هیجانی منفی حالت تضاد به خود می‌گیرند، به همین دلیل نگرانی را به عنوان یک مکانیسم دفاعی در مقابل تغییرات هیجانی به کار می‌برند و دچار اجتناب متضاد می‌شوند؛ این افراد موقعیت‌های را که باعث نگرانی و سبک‌های بین فردی ناسازگار می‌شود، را به عنوان راهکارهای دفاعی برای محافظت در برابر تضادهای عاطفی به کار می‌گیرند (نیومن، و همکاران، ۲۰۱۴).

در این مطالعه آسیب‌های دوران کودکی با واسطه مشکلات بین فردی و اجتناب متضاد هیجانی اثر علی غیرمستقیم و معناداری بر علائم اختلال اضطراب فراگیر ندارد. در اینجا ذکر این نکته لازم است که تا به حال در هیچ پژوهشی ارتباط اجتناب متضاد هیجانی با متغیرهای این پژوهش مورد اندازه‌گیری قرار نگرفته است، با این وجود یافته‌های این مطالعه تا حدودی همسو با مطالعات لارا و

همکاران (۲۰۱۷)، کروچ و همکاران (۲۰۱۷) و نیومن و همکاران (۲۰۱۴) نیست. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در این پژوهش‌ها آسیب‌های دوران کودکی را به صورت جداگانه در ارتباط با اختلال اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار داده‌اند، ولی در این پژوهش این تروماها به صورت کلی و یکپارچه مورد بررسی قرار گرفتند، جامعه آماری این پژوهش شامل هر دو جنس (مرد و زن) بودند و از افراد تحصیل کرده و اکثراً دانشگاهی بودند که ممکن است از راهبردهای مقابله‌ای مناسبی برای حل مشکلات مربوط به تروما استفاده کرده باشند. تحقیقات نشان داده‌اند که زنان و مردان در تنظیم راهبردهای تنظیم هیجان متفاوت هستند (نیومن و همکاران، ۲۰۱۴).

بعلاوه در این مطالعه روان‌رنجوری با واسطه مشکلات بین فردی و اجتناب متضاد هیجانی اثر علی غیرمستقیم و معناداری بر علایم اختلال اضطراب فراگیر ندارد. در اینجا ذکر این نکته لازم است که تا به حال در هیچ پژوهشی ارتباط اجتناب متضاد هیجانی با متغیرهای این پژوهش مورد اندازه‌گیری قرار نگرفته است، با این وجود یافته‌های این مطالعه تا حدودی همسو با مطالعات برجیس و همکاران (۲۰۱۵)، نیومن و همکاران (۲۰۱۴)، لارا و همکاران (۲۰۱۷) نمی‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در پژوهش‌های دیگر ارتباط اجتناب و هیجانات را به صورت جداگانه بررسی کرده‌اند، ولی در این پژوهش این متغیرها را در غالب یک پرسش‌نامه جدید به نام اجتناب متضاد هیجانی مورد بررسی قرار گرفتند، این ارتباط بخصوص در افرادی مشاهده شده که دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر هستند اما در این پژوهش افراد دارای علایم اختلال اضطراب فراگیر بودند و این موارد ممکن است تفاوت‌هایی را به وجود آورد. تنظیم هیجان به طور منحصر به فردی تحصیلات دانشگاهی را پیش‌بینی می‌کند (لارا و همکاران، ۲۰۱۷). افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی از ویژگی‌های متمایز و متضادی از پردازش هیجانی برخوردار هستند (مک‌نمارا، کاتوو و هاجکاک، ۲۰۱۶).

محدودیت‌هایی این پژوهش یکی اینکه؛ پژوهش حاضر مقطعی بوده و از نوع طرح توصیفی همبستگی است، به علاوه، استفاده از ابزارهای سنجش محدودیت دیگری است همچنین در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری در دسترس و از افرادی که سطح تحصیلات دیپلم به بالاتر را دارند، استفاده شده است که این نیز خود تعمیم یافته‌های پژوهش را محدود می‌کند. بعلاوه در این پژوهش فقط افرادی که دارای علایم اختلال اضطراب فراگیر بودند در این پژوهش شرکت کردند بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با استفاده از روش‌هایی نظیر مطالعات آزمایشی این نتایج را مورد بررسی قرار دهند، چون که روش‌های آزمایشی توان بیشتری در استنباط علیت دارند، و از روش نمونه‌گیری تصادفی در بین تمامی سنین و افراد با درجات مختلف تحصیلی انجام شود و بر روی افرادی که دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر هستند، نیز انجام شود.

منابع

۱. ابراهیمی، حجت؛ دژکام، محمود؛ ثقه الاسلام، طاهره (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۴، ۲۸۲-۲۷۵
۲. اظهري، ستایش،، حشمتی، رسول،، دهقان، صفرعلی (۱۳۹۶). مدل یابی معادلات ساختاری تعیین گره‌های مشکلات بین فردی: نقش سبک های دل‌بستگی و انحرافات شناختی بین فردی در دانش آموزان. روانشناسی معاصر. ۱۳(۱)، ۱۸-۳.

۳. بیتا، فاطمه، محمدی، نورالله (۱۳۹۶). ویژگی‌های روانسنجی چهارمین ویرایش پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه علمی-پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۸(۳)، ۸۷-۱۰۴.
۴. فتح، نجمه، فلاح، پرویز، طباطبایی، سیدکاظم روشول زاده، رحیمی، چنگیز (۱۳۹۲). روایی و اعتبار پرسشنامه مشکلات بین فردی (IIP-32). روانشناسی بالینی، ۵(۳)، ۱۹-۳۴.
۵. گروسی فرشی، میرتقی (۱۳۸۰). رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت. کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت. تبریز، نشر جامعه پژوه (نشر دانیال). چاپ اول.

6. Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*, 27, 169-190.
7. Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 288.
8. Bourgeois, M. L., & Brown, T. A. (2015). Perceived emotion control moderates the relationship between neuroticism and generalized anxiety disorder. *Cognitive therapy and research*, 39(4), 531-541.
9. Brodsky, B.S., Mann, J. J., Stanley, B., Tin, A., Oquendo, M., Birmaher, B. (2008). Familial transmission of suicidal behavior: Factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *J Clin Psychiatry*, 69, 584-96.
10. Cho, S., Przeworski, A., & Newman, M. G. (2019). Pediatric generalized anxiety disorder. In *Pediatric Anxiety Disorders* (pp. 251-275). Academic Press.
11. Costa, P.T. Jr. & McCrae, R.R. (1990). Personality and five-factor model of personality. *Journal of personality DISORDERS*, 4(4), 362-371.
12. 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(1-2), 150-155.
13. Crouch, T. A., Lewis, J. A., Erickson, T. M., & Newman, M. G. (2017). Prospective investigation of the contrast avoidance model of generalized anxiety and worry. *Behavior therapy*, 48(4), 544-556.
14. Danese, A. (2020). Annual Research Review: Rethinking childhood trauma-new research directions for measurement, study design and analytical strategies. *Journal of child psychology and psychiatry*, 61(3), 236-250.
15. Erickson, T. M., & Newman, M. G. (2007). Interpersonal and emotional processes in generalized anxiety disorder analogues during social interaction tasks. *Behavior Therapy*, 38(4), 364-377.
16. Greenfield, M. F., Gunthert, K. C., & Forand, N. R. (2014). Sex Differences in the Effect of Neuroticism on Interpersonal Interaction Quality. *Individual Differences Research*, 12(2).
17. Hale III, W. W., Klimstra, T. A., & Meeus, W. H. (2010). Is the generalized anxiety disorder symptom of worry just another form of neuroticism? a 5-year longitudinal study of adolescents from the general population. *The Journal of clinical psychiatry*.
18. Hettema, J. M., Neale, M. C., Myers, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 857-864. doi:10.1176/appi.ajp.163.5.857.
19. Huh, H. J., Kim, S. Y., Yu, J. J., & Chae, J. H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of general psychiatry*, 13(2):26-36.
20. Judge, T. A., Bono, J. E., Ilies, R., and Gerhardt, M. (2002). Personality and leadership: A qualitative and quantitative review. *Journal of Applied Psychology*, 87, 765-780.
21. Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
22. Llera, S. J., & Newman, M. G. (2017). Development and validation of two measures of emotional contrast avoidance: The contrast avoidance questionnaires. *Journal of anxiety disorders*, 49, 114-127.
23. Mackintosh, M. A., Gatz, M., Wetherell, J. L., & Pedersen, N. L. (2006). A twin study of lifetime generalized anxiety disorder (GAD) in older adults: genetic and environmental influences shared by neuroticism and GAD. *Twin research and human genetics*, 9(1), 30-37.
24. MacNamara, A., Kotov, R., & Hajcak, G. (2016). Diagnostic and symptom-based predictors of emotional processing in generalized anxiety disorder and major depressive disorder: An event-related potential study. *Cognitive therapy and research*, 40(3), 275-289.

25. Marshall, M., Shannon, C., Meenagh, C., Mc Corry, N., & Mulholland, C. (2018). The association between childhood trauma, parental bonding and depressive symptoms and interpersonal functioning in depression and bipolar disorder. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 35(1), 23-32.
26. Mohammadkhani, P., Abasi, I., Pourshahbaz, A., Mohammadi, A., & Fatehi, M. (2016). The Role of Neuroticism and Experiential Avoidance in Predicting Anxiety and Depression Symptoms: Mediating Effect of Emotion Regulation. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 10(3).
27. Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical psychology review*, 31(3), 371-382.
28. Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., & Nordberg, S. S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 135.
29. Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., & Przeworski, A. (2014). Basic science and clinical application of the Contrast Avoidance model in generalized anxiety disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 155.
30. Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T. & Cashman-McGrath, L. (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, 215–233.
31. Patrick, F. S. (2019). *The nature of neuroticism: individual differences in psychopathology* (Doctoral dissertation, King's College London).
32. 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 and Research*, 29(1), 71–88. doi:10.1007/s10608-005-1650-2.
33. Salzer, S., Pincus, A. L., Hoyer, J., Kreische, R., Leichsenring, F., & Leibing, E. (2008). Interpersonal subtypes within generalized anxiety disorder. *Journal of Personality Assessment*, 90(3), 292-299.
34. Shevlin, M., McElroy, E., & Murphy, J. (2015). Loneliness mediates the relationship between childhood trauma and adult psychopathology: evidence from the adult psychiatric morbidity survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(4), 591-601.
35. Shin, K. E., & Newman, M. G. (2019). Self-and other-perceptions of interpersonal problems: Effects of generalized anxiety, social anxiety, and depression. *Journal of anxiety disorders*, 65, 1-10.
36. Sodano, S. M., & Tracey, T. J. (2011). A brief Inventory of Interpersonal Problems–Circumplex using nonparametric item response theory: Introducing the IIP–C–IRT. *Journal of Personality Assessment*, 93(1), 62-75.
37. Soenke, M., Hahn, K. S., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2010). Exploring the relationship between childhood abuse and analogue generalized anxiety disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 401-412.
38. Subica, A. M., Allen, J. G., Frueh, B. C., Elhai, J. D., & Fowler, J. C. (2016). Disentangling depression and anxiety in relation to neuroticism, extraversion, suicide, and self-harm among adult psychiatric inpatients with serious mental illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 349-370. Affectionless.
39. Suveg, C., Jones, A., Davis, M., Jacob, M. L., Morelen, D., Thomassin, K., & Whitehead, M. (2018). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of abnormal child psychology*, 46(3), 569-580.
40. Uhmman, S., Beesdo-Baum, K., Becker, E. S., & Hoyer, J. (2010). Specificity of interpersonal problems in generalized anxiety disorder versus other anxiety disorders and depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(11), 846-851.
41. Van Nierop, M., Viechtbauer, W., Gunther, N., Van Zelst, C., De Graaf, R., Ten Have, M., ... & Outcome of Psychosis (GROUP) investigators. (2015). Childhood trauma is associated with a specific admixture of affective, anxiety, and psychosis symptoms cutting across traditional diagnostic boundaries. *Psychological medicine*, 45(6), 1277-1288.
42. Williams, T. F., & Simms, L. J. (2016). Personality disorder models and their coverage of interpersonal problems. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(1), 15.

model of contrast avoidance of Generalized anxiety disorder in people with symptoms of Generalized anxiety disorder

Abstract

The aim of this study was to develop a model of contrast avoidance of Generalized anxiety disorder in people with symptoms of Generalized anxiety disorder. The present study is a correlation of structural equation modeling, The statistical population included 415 individuals with symptoms of generalized anxiety disorder. The statistical population of the study included 415 individuals with symptoms of generalized anxiety disorder. And questionnaires Neuroticism, interpersonal problems, Contrast Avoidance of Worry and generalized anxiety were used. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation and structural equation And were analyzed using AMOS and SPSS software. the results showed that The proposed model fits well. In this model, neuroticism, interpersonal problems, and Contrast Avoidance of Worry had a direct and significant effect on the symptoms of generalized anxiety disorder. But Childhood Trauma and Emotional Contrast Avoidance did not have a direct and significant effect on the symptoms of generalized anxiety disorder. Interpersonal problems and Contrast Avoidance of Worry also significantly mediated between neuroticism and symptoms of generalized anxiety disorder and Interpersonal problems and Contrast Avoidance of Worry significantly mediated between childhood trauma and symptoms of generalized anxiety disorder. According to the research findings, the symptoms of generalized anxiety disorder are affected by childhood trauma, neuroticism, interpersonal problems, and Contrast Avoidance of Worry.

Key words: Childhood Trauma, Contrast Avoidance, Interpersonal Problems, neuroticism, generalized anxiety disorder.