



## Presenting a causal model of social anxiety disorder based on primary maladaptive schemas and childhood traumas with the mediating role of emotional coping strategy

**Mojtaba Nadri:** PhD student in psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

[nadrimojtaba5679@gmail.com](mailto:nadrimojtaba5679@gmail.com)

**Masoud Sadeghi\***: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

[sadeghi.m@lu.ac.ir](mailto:sadeghi.m@lu.ac.ir)

**Fatemeh Rezaei:** Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

[rezaei.f@lu.ac.ir](mailto:rezaei.f@lu.ac.ir)

### Abstract

The aim of the current research was to formulate the etiological model of social anxiety disorder based on the components of early maladaptive schemas and childhood traumas with the mediating role of emotional coping strategy. The research design was correlational and structural equations. The statistical population of the research included all students of the Islamic Azad University of Olom-Tahghighat in the academic year of 2021-2022 in Tehran province. A total of 306 people who scored above 40 in Connor's social anxiety test were selected as a sample. To collect data, Young Early Maladaptive Schema Questionnaire (1991), Mohammad Khani's Traumatic Experience Questionnaire (2003), Andler and Parker's Multidimensional assessment of coping (1990), and Connor's Social Anxiety Questionnaire (2000) were used. Then, the obtained data were entered into the structural equation hypothesis model. In order to analyze the obtained data, SPSS19 and AMOS24 were used. The results of the model analysis showed that the hypothetical research model has a good fit with the data. Predictor variables of early maladaptive schemas and childhood traumas with the mediation of emotional coping strategy had a significant effect on social anxiety disorder ( $p < 0/01$ ). In addition, emotional coping strategies had a direct effect on social anxiety disorder ( $p < 0/01$ ). The results of the research indicate that early maladaptive schemas and childhood traumas can be strong predictors of social anxiety disorder. The results also indicate that emotional coping strategies as mediating variables are part of the influencing process in the form of symptoms of social anxiety disorder. It is recommended to hold educational workshops in the field of maladaptive schemas, coping strategies for childhood traumas, and therapeutic interventions.

**Keywords:** Social Anxiety Disorder, Early Maladaptive Schemas, Childhood Traumas, Emotional Coping Strategy.

### Introduction

Social anxiety disorder (SAD) or social phobia, a disorder from the class of anxiety disorders, is one of the most common

psychological disorders (Garcia-Lopez & et al., 2006). Social anxiety is one of the most debilitating disorders, the symptoms of which start from childhood or adolescence and continue until later stages

\* Corresponding author



of development, affecting personal life, social interactions, and professional life. People with this disorder are afraid of a wide range of social interactions such as talking to strangers and joining groups. These manifestations are often very chronic over time and are associated with a wide range of psychological problems, including challenges in relationships with parents, peers, and school-related issues (Leigh & Clark, 2018). Considering the problems caused by social anxiety, it is very important to identify the underlying mechanisms involved in social anxiety so as to solve the problems of people with this issue. Based on this, the present study shows the relationship between early maladaptive schemas and childhood traumas with the mediation of emotion-oriented coping strategies in people with social anxiety disorder.

### Method

The research method in this study was correlation and structural equation modeling. The statistical population of the research included students of the Islamic Azad University of Olom-Tahghighat in the academic year of 2021-2022 in Tehran province, who were selected via multi-stage random sampling. At first, five faculties were selected among the faculties of the university. Then, several classes were selected from each faculty and finally the research questionnaires were distributed among the students of selected classes. After completing Connor's social anxiety questionnaire, 306 people who scored above 40, based on the entry and exit criteria, were selected as the sample. Determining the minimum sample size for collecting data related to structural equation modeling is very important. Meyers et al., (2006) believe that at least 10 people should be considered for each measured or predicted variable. Also, Kline (2010) claims that a minimum sample size of 200 people can be valid. Data collection tools include Young early maladaptive schemas questionnaire (1991),

Mohammad Khani's traumatic childhood experiences questionnaire (2003), Andler and Parker's Multidimensional assessment of coping (1990) and Connor's social anxiety questionnaire (2000). In order to analyze the data, SPSS19 and AMOS24 software were used.

### Findings

All the fit indices (AGFI, TLI, GFI, IFI, PCFI, RSMEA, CMIN/DF) were at the optimal level. This, indicated that the assumed model has an acceptable fit with the research data, which according to the fit indices, confirms the fit of the model. By examining the relationships between the variables, the standard beta coefficient of the initial maladaptive schemas path to social anxiety disorder was 0.606. The same coefficient for the path of traumatic childhood experiences to social anxiety disorder was 0.457, and for the path of emotional coping strategy to social anxiety disorder was 0.161. All obtained coefficients were positive and significant. The beta coefficient of the indirect path between primary maladaptive schemas to social anxiety disorder through emotional coping strategy was 0.075. Since its upper and lower limits are equal to 0.143 and 0.010, and zero is between the upper limit, it can be concluded that there is an indirect relationship between these two variables through the variable of emotional coping strategy. Also, the beta coefficient of the indirect path between traumatic childhood experiences and social anxiety disorder through emotional coping strategy was equal to 0.071. Since its upper and lower limits are equal to 0.142 and 0.011, and zero is between the upper limit, It can be concluded that there is an indirect relationship between these two variables through the variable of emotional coping strategy.

### Discussion and Conclusion

The purpose of this research was to examine the fit of the causal model of social anxiety disorder based on primary

maladaptive schemas and traumatic childhood experiences with the mediating role of emotional coping strategy to determine the direct and indirect effects of these variables on social anxiety disorder. The results of data analysis indicated the acceptable fit of the model. The predictor variables of primary maladaptive schemas and traumatic childhood experiences with the mediating role of emotional coping strategy had a significant effect on social anxiety disorder. Moreover, emotional coping strategy had a direct effect on social anxiety disorder. It is recommended

to hold educational workshops in the field of primary maladaptive schemas, traumatic childhood experiences, and emotional coping strategies. In addition, therapeutic interventions should also address the abovementioned factors. One of the limitations of the current research was that our research was conducted in the form of a quantitative research using data collected through a questionnaire and in the population of students who did not refer to medical centers. This, makes it necessary to be cautious in generalizing the results.





## ارائه مدل علی اختلال اضطراب اجتماعی براساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تروماهای کودکی با نقش واسطه‌ای راهبرد مقابله هیجان‌مدار

مجتبی ندری: دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

[nadrimojtaba5679@gmail.com](mailto:nadrimojtaba5679@gmail.com)

مسعود صادقی\*: دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

[sadeghi.m@lu.ac.ir](mailto:sadeghi.m@lu.ac.ir)

فاطمه رضایی: دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

[rezaei.f@lu.ac.ir](mailto:rezaei.f@lu.ac.ir)

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر تدوین مدل سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی براساس مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تروماهای کودکی با نقش واسطه‌ای راهبرد مقابله هیجان‌مدار بود. طرح پژوهش، همبستگی و به‌شیوه معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند که به‌روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. تعداد ۳۰۶ نفر که در پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور نمره بالای ۴۰ را به دست آورده بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های طرح‌واره ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۹۱)، پرسشنامه تجارب آسیب‌زای محمدخانی (۲۰۰۳)، پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر (۱۹۹۰) و پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور (۲۰۰۰) استفاده شد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS19 و AMOS24 استفاده شد. نتایج نشان داد داده‌های پژوهش با مدل فرضی پژوهش برازش مطلوبی دارد. متغیرهای پیش‌بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تروماهای کودکی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم با میانجی‌گری راهبرد مقابله هیجان‌مدار بر اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر معنادار داشتند ( $p < 0/01$ ). همچنین، راهبرد مقابله هیجان‌مدار بر اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر مستقیم داشت ( $p < 0/01$ ). نتایج پژوهش حاکی از آن است که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و آسیب‌های دوران کودکی می‌توانند پیش‌بین‌های قوی اختلال اضطراب اجتماعی باشند و در این میان، راهبرد مقابله هیجان‌مدار به‌عنوان متغیر میانجی، بخشی از فرایند اثرگذاری در شکل‌گیری نشانه‌های اضطراب اجتماعی است. برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه متغیرهای پژوهش توصیه می‌شود و همچنین، مداخلات درمانی باید به این عوامل بپردازند.

**واژگان کلیدی:** اختلال اضطراب اجتماعی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، تروماهای کودکی، راهبرد مقابله هیجان‌مدار

### مقدمه

مشاهده می‌شود (۱/۵ تا ۲/۲ برابر) و در نوجوانان و جوانان تفاوت جنسیتی در نرخ شیوع بیشتر دیده می‌شود (گنجی، ۱۳۹۴). شیوع و همبودی اختلال اضطراب اجتماعی و اختلالات روان‌پزشکی در ایران کمی بالاتر از کشورهای غربی است (Mohammadi, Ghanizadeh, Mohammadi, Mesgarpour, 2006). در پژوهش حیدری‌زاده، فرج‌اللهی و اسماعیل‌زاده (۱۳۹۶) که بر روی ۷۶۰ نفر از جوانان شهر کرمانشاه انجام شد، نرخ شیوع این اختلال ۱۸/۸۰ درصد گزارش شده است. همچنین، در پژوهش غضنفری و ندری (۱۳۹۸) در استان لرستان که بر روی نوجوانان دبیرستانی انجام گرفت، نرخ شیوع این اختلال ۲۲/۳۰ درصد بود. میانگین سنی شروع SAD از اوایل تا اواسط بلوغ است (متوسط ۱۵ سالگی)؛ اما می‌تواند در کودکان بسیار کوچک‌تر نیز رخ دهد (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky & Wittchen, 2012). با توجه به سن شروع اضطراب اجتماعی، بروز آن در حین تحصیل در دانشگاه چندان دور از انتظار نخواهد بود. راندل (Randle, 2003) شیوع اضطراب اجتماعی در دانشجویان را ۱۹ درصد گزارش کرده است. اضطراب اجتماعی علاوه بر شیوع بالا به دلیل وقوع در دوران جوانی (Reghuram & Mathias, 2014)، به میزان چشمگیری در شکل‌گیری مهارت‌های سازگاری مداخله می‌کند و در صورت عدم شناسایی و پیگیری، در طولانی‌مدت سبب بروز مشکلات عدیده‌ای در حیطه عملکرد شخصی، اجتماعی و حرفه‌ای افراد خواهد شد (Reich & Hofmann, 2004). از جمله مشکلات مرتبط با اضطراب اجتماعی در دوران دانشجویی، ترک تحصیل و ناتوانی در گذراندن واحدهای درسی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد دانشجویان دچار اضطراب اجتماعی پیشرفت تحصیلی کمتری دارند (Randle, 2003). اختلال

اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۱</sup> (SAD) یا هراس اجتماعی به‌عنوان یک اختلال از طبقه اختلالات اضطرابی، از رایج‌ترین بیماری‌های روان‌شناختی است (Garcia-Lopez, Olivares, Beidel, Albano, Turner & Rosa, 2006). طبق آخرین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، اختلال اضطراب اجتماعی به‌عنوان ترس بیش‌ازحد، غیرمنطقی و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی تعریف می‌شود؛ زیرا این انتظار وجود دارد که دیگران اقدامات شخصی را به‌طور دقیق و منفی ارزیابی کنند (American Psychiatric Association, 2013). این اختلال، یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات اضطرابی است که از دوره کودکی یا نوجوانی نشانه‌های آن شروع می‌شود و تا دوره‌های بعدی تحول تداوم پیدا می‌کند و در زندگی شخصی، تعاملات اجتماعی، زندگی حرفه‌ای و سایر ابعاد عملکردی فرد، سازش‌نا یافتگی ایجاد می‌کند. اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) یکی از شایع‌ترین اختلالات بهداشت روان است (Stein, 2008) و به‌عنوان دومین اختلال شایع در طبقه اختلالات اضطرابی در نظر گرفته می‌شود (Crome, Grove, Baillie, 2014). شیوع کلی این اختلال تقریباً ۱۳ درصد است (American Psychiatric Association, 2000) و بعد از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل در جایگاه سوم قرار دارد (Nicholson, 2008). DSM-V نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی در مردم آمریکا را حدود ۷ درصد اعلام می‌کند. نرخ شیوع ۱۲ ماهه در کودکان و نوجوانان تقریباً شبیه به نرخ شیوع در بزرگسالان است. در مورد بزرگسالان مسن‌تر، نرخ شیوع ۱۲ ماهه بین ۲ تا ۵ درصد است. این اختلال در زنان بیشتر از مردان

<sup>۱</sup>. Social Anxiety Disorder (SAD)

مختلفی مانند طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه<sup>۱</sup>، تروماهای کودکی<sup>۲</sup>، راهبردهای مقابله‌ای<sup>۳</sup> افراد در موقعیت‌های تنش‌زا، حساسیت به نشانه‌های اضطراب<sup>۴</sup> و وجود مشکلاتی در سوگیری توجه و نقص در شناخت و هیجان می‌توانند نقش مهمی در ایجاد و تداوم این اختلال داشته باشند (Kaya & Aydin, 2020; Tamannaefar, Sanatkarfar, 2017; Myers & Wells, 2015; Ahmed Leitaoa, Rosensteina, Marxa, Younga, Korteb & Seeda, 2019).

در حوزه شناختی، یکی از فرایندهای شناختی عمیق که نقش پایه‌ای و اساسی در ایجاد اختلال اضطراب اجتماعی دارد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند (Kaya & Aydin, 2020). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند. این طرح‌واره‌ها در سیر زندگی تکرار می‌شوند و زندگی بزرگسالی را به شرایط ناگوار دوران کودکی می‌کشانند. طبق نظر یانگ، طرح‌واره بر پردازش تجارب بعدی تأثیر می‌گذارد و نقش عمده‌ای در تفکر، احساس، رفتار و نحوه برقراری ارتباط افراد با دیگران دارد (Yang, Kolosko, Vishar, 2008). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که در پنج حوزه بریدگی و طرد<sup>۵</sup>، خودگردانی و عملکرد مختل<sup>۶</sup>، محدودیت‌های مختل<sup>۷</sup>، دیگر جهت‌مندی<sup>۸</sup> و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری<sup>۹</sup> قرار می‌گیرند، در اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارند (احمدی و باقری، ۲۰۱۳). مثلاً وجود طرح‌واره‌های ناکارآمد در

اضطراب اجتماعی به‌شدت با سایر اختلالات روانی مانند اختلالات اضطرابی (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan & Lowe, 2007) و اختلالات عاطفی، به‌ویژه افسردگی مرتبط است و میزان همبودی تا ۶۰ درصد گزارش شده است (Adams, Wrath, Mondal & Asmundson, 2018; Dryman & Heimberg, 2018). در یک مطالعه طولی ۱۰ ساله، نیمی از شرکت‌کنندگان با SAD از یک دوره افسردگی رنج می‌بردند (Beesdo, Bittner, Pine, Stein, Hofler, Lieb & Wittchen, 2007). علاوه‌براین، مشخص شده است که SAD یک عامل خطر برای وابستگی به الکل و حشیش است (Buckner, Schmidt, Lang, Small, Schlauch & Lewinson, 2008). مطالعات مختلف گزارش کرده‌اند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دارای تحریف سیستماتیک ناسازگار در پردازش اطلاعات و نقایص مختلف عاطفی مرتبط با SAD هستند (Clark & Field, 2008 & Wells, 1995; Muris شدت بیشتری از احساسات منفی، دانش هیجانی کمتر و اختلال در شناخت احساسات را نشان داده‌اند (Melfsen & Florin, 2002). علاوه‌براین، کمبود توجه، تفسیر و قضاوت در افراد مبتلا به SAD گزارش شده است (Clark & Wells, 1995; Muris & Field, 2008).

باتوجه به مشکلاتی که به‌واسطه اختلال اضطراب اجتماعی برای فرد ایجاد می‌شود، شناسایی مکانیزم‌های زیربنایی درگیر در اختلال اضطراب اجتماعی به‌منظور کمک به رفع مناسب مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بسیار مهم است. پژوهش‌های بالینی و اپیدمیولوژی، نقش فرایندهای زیستی، شناختی و اجتماعی را در شکل‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی ثابت کرده‌اند (Pinto, Castilho, Ana, 2006). عوامل

<sup>1</sup>. Early maladaptive schemes

<sup>2</sup>. Adverse childhood experiences

<sup>3</sup>. Coping strategies

<sup>4</sup>. Anxiety sensitivity

<sup>5</sup>. Disconnection and Rejection

<sup>6</sup>. Impaired Autonomy and performance

<sup>7</sup>. Impaired Limits

<sup>8</sup>. Other .Directedness

<sup>9</sup>. Over vigilance/Inhibition

al., 2014). نسبت به سایر طرح‌واره‌ها، در این اختلال مشهود است.

تروماها یا تجارب آسیب‌زای اولیه یکی دیگر از عوامل دخیل در به‌وجود آمدن اختلال اضطراب اجتماعی است (Ahmed Leitaoa & et al., 2019). در سال‌های اخیر، تعداد زیادی از پژوهش‌گران به بررسی ارتباط بین تجارب آسیب‌زای اولیه و اختلال اضطراب اجتماعی پرداخته‌اند و نشان داده‌اند که تجارب آسیب‌زای اولیه می‌تواند موجب افزایش احتمال ابتلای فرد به اختلال اضطراب اجتماعی در آینده شود (Ahmed Leitaoa & et al., 2019). تجارب آسیب‌زا عبارت است از رویدادها و تجارب شخصی و اجتماعی آسیب‌زایی که یکپارچگی روان‌شناختی فرد را تهدید می‌کند و می‌تواند صدمات جسمی، هیجانی و روان‌شناختی شدیدی در فرد ایجاد کند (Koenen, Moffitt, Poulton, Martin, Caspi, 2007). مدل‌های اخیر SAD نشان می‌دهد که گسترش اختلال اضطراب اجتماعی نتیجه یک آسیب‌پذیری بیولوژیکی همراه با تجارب منفی یادگیری اجتماعی است (Clark & Wells, 1995). یافته‌های مطالعات خانوادگی نشان‌دهنده ارتباط قوی بین اضطراب اجتماعی در والدین و فرزندان است (Lieb, Wittchen, Hofler, Fuetsch, Stein & Marikangas, 2000) و مطالعاتی که در حوزه اختلالات خلقی انجام گرفته است، ارتباط بین خلق مهارشده در کودکی و رشد اضطراب اجتماعی در نوجوانی را نشان می‌دهد (Biederman, Hirshfeld, Becker, Rosenbaum & et al., 2001). تأثیر تجارب یادگیری اجتماعی به‌عنوان یک عامل کلیدی محیطی در ایجاد این بیماری مطرح شده است و مورد توجه تجربی زیادی قرار گرفته است. مطالعات آینده‌نگر نشان داده است که محافظت بیش‌ازحد والدین، طردشدن و

موقعیت‌های اجتماعی در اختلال اضطراب اجتماعی با استفاده مداوم این افراد از خودتوصیفی‌هایی از قبیل من فردی جذاب نیستم یا من غیرعادی هستم، استنباط می‌شود (Pinto & et al., 2008). به‌طور کلی، مدل‌های شناختی مرتبط با اضطراب اجتماعی خاطر نشان می‌کنند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دارای طرح‌واره‌های ناسازگار مرتبط با خود و دیگران هستند که با فعال‌شدن در موقعیت‌های اجتماعی، راهنمای فرایندهای توجهی و شناختی افراد می‌شوند (Ledley & Heimberg, 2006). در ارتباط طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با اختلال اضطراب اجتماعی نشان داده شده است که آنها نقش عمده‌ای در چگونگی تفکر، احساس و ارتباط با دیگران ایفا می‌کنند؛ به‌طوری که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دارای سطوح بالاتری از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه هستند (Hawke & Provencher, 2011). در این راستا، پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که بین اختلال اضطراب اجتماعی و طرح‌واره‌های ناسازگار رابطه وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که نقش مثبت و معنی‌دار طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی<sup>۱</sup>، نقص و شرم<sup>۲</sup>، انزوای اجتماعی/بیگانگی<sup>۳</sup> (Pinto, Castilho, Cunha, Neshatdoost, 2014; 2006; Shafiei, Shahvarani, Shaei, 2014; 2006; آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری<sup>۴</sup>، شکست<sup>۵</sup>، منفی‌گرایی/بدبینی<sup>۶</sup>، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی<sup>۷</sup> (Shafiei & et al., Neshatdoost, 2014) و پذیرش‌جویی/جلب‌توجه<sup>۸</sup> (Shafiei & et

<sup>۱</sup>. Emotional deprivation

<sup>۲</sup>. Defettivation/Shame

<sup>۳</sup>. Social isolation/Alienation

<sup>۴</sup>. Vulnerability to harm or illness

<sup>۵</sup>. Failure

<sup>۶</sup>. Negativity/Pessimism

<sup>۷</sup>. Unrelenting standards/Hypercriticism

<sup>۸</sup>. Approval.seeking/Recognition.seeking



فرد در جهت تغییر، تفسیر و اصلاح موقعیت تنش‌زا به‌منظور کاهش رنج ناشی از آن موقعیت است که به‌طور کلی در دو دسته (۱) هیجان‌مدار، (۲) مسئله‌مدار طبقه‌بندی می‌شود (Skaalvik & Einar, 2018). به‌عبارت دیگر، راهبردهای مقابله‌ای، اقداماتی شناختی-رفتاری هستند که توسط فرد برای اداره‌ی خواسته‌هایش در موقعیت‌های استرس‌زا و دشوار به کار می‌روند (امیری، آقامحمدیان و کیمیایی، ۲۰۱۲). هدف راهبردهای مسئله‌مدار تغییر موقعیت فشارزا است و هدف راهبردهای هیجان‌مدار تنظیم پاسخ‌های هیجانی فرد در برابر موقعیت پیش‌آمده است که باور فرد در این شرایط این است که موقعیت تغییر نخواهد کرد. به‌عبارت دیگر، افرادی که از شیوه‌ی مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند، مشکل را تجزیه می‌کنند و به‌دنبال راهکاری برای حل اجزای مختلف مسئله هستند؛ درحالی‌که استفاده از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار غالباً توأم با سرکوب، اجتناب و انزوا است (Skaalvik & Einar, 2018). راهبردهای حل مسئله با تعدیل یا حذف استرسورها، تأثیرات سودمندی بر هیجان‌ها دارند. استفاده از سبک مقابله‌ی هیجان‌محور، فرد را از درگیری مستقیم و مؤثر با موقعیت استرس‌زا بازمی‌دارد و توانمندی او را برای حل مشکل کاهش می‌دهد. مقابله ناکارآمد نه‌تنها سودی در بر نخواهد داشت، بلکه به بدتر شدن وضعیت فرد منجر می‌شود و به‌احتمال زیاد چرخه‌ی معیوبی از تعارضات، نگرانی‌ها، مسائل و مشکلات را برای فرد به وجود می‌آورد؛ به‌این‌صورت که هرچه زمان می‌گذرد، تعارضات، مسائل و مشکلات فرد بیشتر، گسترده‌تر و پیشرفته‌تر می‌شود. یافته‌های کوگ، دیلون، جورجیو و هانت (Keogh, Dillon, 2001) نشان می‌دهد افرادی که دارای اضطراب اجتماعی فراوانی هستند، از شیوه‌ی مقابله‌ی هیجانی برای کاهش اضطراب خود استفاده می‌کنند.

نبود صمیمیت بین اعضای خانواده با به‌وجودآمدن اختلال اضطراب اجتماعی ارتباط دارد (Knappe, Lieb, Beesdo, Fehm, Low, Gloster & et al., 2009). مطالعات مربوط به آسیب‌های دوران کودکی در SAD نشان می‌دهد که سوءاستفاده‌ی عاطفی والدین از کودک (برای مثال، فحش، توهین، تحقیر و پرخاشگری غیرجسمی) و غفلت عاطفی (محرومیت عاطفی، عدم احساس خاص بودن، بودن در یک محیط پرورشگاهی) ممکن است از عوامل مهم در توسعه‌ی SAD باشد. برای مثال، در مقایسه‌ی زنان دارای سطوح اختلال اضطراب اجتماعی با یک نمونه‌ی غیربالینی، زنان دارای اضطراب اجتماعی به‌میزان زیادی طرد پدران، غفلت پدر و مادر و نظم و انضباط سختگیرانه‌ی پدر را گزارش کردند (Labels, Kronowski and Dutton, 1990). مطالعات بر روی بزرگسالان مبتلا به SAD همچنین نشان می‌دهد که این افراد تجارب کودکی مرتبط با سوءاستفاده‌های عاطفی و یا بی‌توجهی را گزارش می‌دهند. علاوه بر سوءاستفاده‌های عاطفی و غفلت، مطالعات حاکی از ارتباط بین سوءاستفاده‌های جنسی در کودکی و ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در بزرگسالی است (Priboir & Dinwiddie, 1992). گزارش‌ها حاکی از نرخ بالای بزرگسالان با اختلال اضطراب اجتماعی که در کودکی مورد سوءاستفاده‌ی جنسی قرار گرفته‌اند، نسبت به گروه کنترل است (افراد سالم: ۳درصد) (Bandelow, Torrente, Wedekind, 2004). (Broocks, Hajak & Ruther, 2004).

همچنین، پژوهش‌های مختلف بر نقش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی تأکید دارند (Tamannaefar, Sanatkarfar, 2015; Myers & Wells, 2017; غضنفری و ندری، ۱۳۹۸). راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های

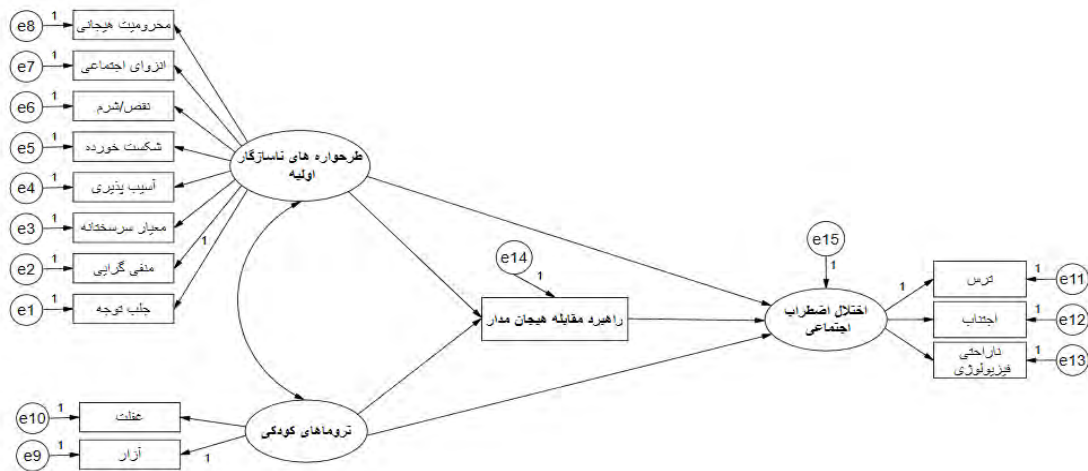
ظاهراً افرادی که دارای اختلالات اضطرابی هستند، نسبت به افراد عادی بیشتر احتمال دارد به تفکر دربارهٔ احساسات خود در هنگام مواجهه با رویدادهای منفی پردازند و کمتر نگران نحوهٔ کنترل این وقایع باشند (Legerstee, Garnefski, Jellesma, Verhulst & Utens, 2009).

علاوه بر نقش مستقیمی که راهبردهای مقابله‌ای در به‌وجود آمدن اختلال اضطراب اجتماعی دارند، این متغیر می‌تواند به‌عنوان متغیر میانجی در رابطهٔ بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تروما نقش ایفا کند. در رابطه با ارتباط طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای می‌توان گفت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر سبک مقابله‌ای تأثیر مستقیم و معنی‌داری دارند (محمدحسینی و بختیارپور، ۱۳۹۳؛ غلامی، فرخی و برجعلی، ۱۳۹۸). طرح‌واره‌های ناسازگار بیشتر باعث به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای غیرمولد و هیجان‌مدار افراد در هنگام مقابله با شرایط استرس‌زا و اضطراب‌آور می‌شود. در این زمینه نیز یانگ معتقد است که آسیب‌های دوران کودکی به شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و در نهایت اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد منجر می‌شود (Yang, 2003). سبک مقابله‌ای افراد با آسیب‌های دوران کودکی هم ارتباط دارد (غلامی و همکاران، ۱۳۹۸). انسان‌ها از طریق فکر کردن، احساسات خود را به وجود می‌آورند و یا خلق می‌کنند. زمانی که این احساسات یا هیجان‌ها مختل می‌شوند، با بررسی و بحث و تدوین مجدد افکاری که پشت این احساسات یا هیجان‌ها قرار دارند، می‌توانند تغییر یابند. شواهد روبه‌رشد نشان می‌دهند که آسیب‌های دوران کودکی بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان اثرات مخربی بر جا می‌گذارد. یکی از این آثار، اختلالات هیجانی است. سوءاستفاده و غفلت در دوران کودکی ممکن

است در ناتوانی مزمن به نوسان هیجان‌ها و در نتیجه افزایش اختلالات هیجانی از جمله افسردگی و اضطراب منجر شود (Braquehais, Oquendo, Baca-García & Sher, 2010). افرادی که در کودکی دچار آسیب شده‌اند، به دلیل ناتوانی‌هایی در کنترل هیجان‌ها، احساسات و استرس‌های خود سبک‌های مقابله‌ای متفاوتی را تجربه می‌کنند و می‌توان نتیجه گرفت که آسیب‌های دوران کودکی در شکل‌گیری سبک‌های مقابله‌ای تأثیر می‌گذارد.

در پژوهش حاضر، باتوجه به بررسی‌های صورت گرفته و نتایج به دست آمده از پژوهش‌های گذشته، در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی وجود مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک دلبستگی ناایمن و حساسیت اضطرابی مشاهده شده است؛ لکن مطالعات پیشین با هدف بررسی روابط مستقیم و همبستگی متغیرها با اختلال اضطراب اجتماعی انجام شده و پژوهشی انجام نگرفته است که رابطهٔ علی این متغیرها با اختلال اضطراب اجتماعی را بررسی کند و از نقش حساسیت اضطرابی به‌عنوان یک متغیر میانجی تأثیرگذار غفلت شده است. همچنین، مطالعه‌ای مشاهده نشد که تأثیر متغیرهای پژوهش را به‌طور هم‌زمان و در ارتباط با همدیگر و در قالب مدل بررسی کرده باشد. از طرف دیگر، باتوجه به وجود یافته‌های متفاوت ناشی از نمونه‌های متفاوت، روش‌شناسی‌های گوناگون، تفاوت‌های فرهنگی و در نتیجه کاهش تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش‌های مرتبط قبلی و شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی در ایران و تأثیرگذاری آن بر سایر عملکردهای فردی و اجتماعی شخص، لزوم شناسایی عوامل زیربنایی، علی و میانجی در این اختلال بسیار حائز اهمیت است. بر این اساس، هدف از پژوهش حاضر، تدوین مدل اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس متغیرهای برون‌زاد طرح‌واره‌های

ناسازگار اولیه و آسیب‌های دوران کودکی با میانجی‌گری راهبرد مقابله هیجان‌مدار در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی خواهد بود.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

پژوهش ۱۴ متغیر است، تعداد ۱۴۰ مورد نمونه کفایت می‌کرد؛ ولیکن به‌منظور بالابردن دقت اندازه‌گیری و برآزش دقیق‌تر مدل تعداد ۳۰۶ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های لازم برای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- کسب نمره بالای نقطه برش ۴۰ در پرسشنامه اختلال اضطراب اجتماعی؛ ۲- دامنه سنی بین ۵۰-۱۸ سال؛ ۳- تمایل و رضایت آگاهانه برای ورود به طرح پژوهشی. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل نارضایتی و همکاری نکردن افراد و وجود پرسشنامه‌های ناقص بود. ملاحظات اخلاقی که در پژوهش حاضر در نظر گرفته شد، شامل حضور داوطلبانه، نامشخص بودن نام افراد شرکت‌کننده، کسب رضایت آگاهانه و تعهد به حفظ اسرار شرکت‌کنندگان بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی به‌منظور بررسی روابط بین متغیرها از همبستگی و روش معادلات ساختاری استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Spss19 و Amos24 استفاده شد.

### ابزار گردآوری اطلاعات

#### پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه<sup>۱</sup>

### روش پژوهش

روش تحقیق در پژوهش حاضر، همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند که به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند؛ به‌این‌صورت که از میان دانشکده‌های دانشگاه، ابتدا پنج دانشکده انتخاب شد و سپس از هر دانشکده چندین کلاس انتخاب شد و پرسشنامه‌های پژوهش در بین دانشجویان این کلاس‌ها توزیع شد. پس از تکمیل پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور، تعداد ۳۰۶ نفر که براساس معیارهای ورود و خروج، نمره بالای ۴۰ را به دست آورده بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. تعیین حداقل حجم نمونه برای گردآوری داده‌های مربوط به مدل‌یابی معادلات ساختاری از اهمیت زیادی برخوردار است. میرزا گامست و گارینو (Myers, Gamest & Garino, 2006) معتقدند که به‌ازای هر متغیر اندازه‌گیری‌شده یا پیش‌بین باید حداقل تعداد ۱۰ نفر در نظر گرفته شود. همچنین، کلاین (Kline, 2010) مدعی است که حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر می‌تواند قابل‌دفاع باشد. با توجه به اینکه تعداد متغیرهای اندازه‌گیری‌شده در این

<sup>۱</sup> . Early maladaptive schemes inventory

در این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه تجربه آسیب‌های دوران کودکی ۰/۹۲ به دست آمده است که نشان‌دهنده آن است که این مقیاس از ضریب همسانی درونی بالایی برخوردار است. همچنین، ضریب پایایی بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، آزار جسمی و جنسی از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (رستمی و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس غفلت ۰/۷۸ و برای خرده‌مقیاس آزار برابر ۰/۸۰ بود.

### پرسشنامه راهبردهای مقابله<sup>۲</sup>

این پرسشنامه را اندلر و پارکر (Andler & Parker, 1990) به منظور ارزیابی انواع روش‌های مقابله‌ای در موقعیت‌های تنیدگی‌زا ساخته‌اند. این آزمون، شامل ۲۱ ماده است که بر مبنای شیوه لیکرت به هر عبارت یک تا پنج نمره داده می‌شود. ۷ ماده به راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور، ۷ ماده به راهبرد مقابله‌ای مسئله‌محور و ۷ ماده به راهبرد مقابله‌ای اجتنابی اشاره دارد. برای به‌دست‌آوردن پایایی پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس در گروه دانشجویان از آلفای کرونباخ استفاده شده است که در مقابله مسئله‌مدار پسران ۰/۹۲ و دختران ۰/۸۵، هیجان‌مدار پسران ۰/۸۲ و دختران ۰/۸۵ و اجتنابی پسران ۰/۸۵ و دختران ۰/۸۲ به دست آمده است (فتوت احمدی، ۱۳۸۲). ضریب اعتبار پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش قریشی در سطح بالایی (۰/۸۱) به دست آمده است (به نقل از حاجت‌بیگی، ۱۳۷۹). روایی پرسشنامه مذکور نیز طی پژوهش‌هایی که در ایران انجام شده، ثابت شده است که مسئله‌مدار ۰/۵۸، هیجان‌مدار ۰/۵۵ و اجتنابی ۰/۹۳ بود (فتوت احمدی، ۱۳۸۲). در این پژوهش از سؤالات مربوط به راهبرد مقابله هیجان‌مدار استفاده شد که پایایی آن برابر با ۰/۸۳ بود.

### پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور<sup>۳</sup> (SPIN)

این پرسشنامه را یانگ (Yang, 1991) ساخته است که ۷۵ ماده دارد که ۱۵ حیطه از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شامل طرح‌واره‌های شکست، وابستگی، آسیب‌پذیری در برابر بیماری، خودتحوّل‌نیافته، خودانضباطی ناکافی، استحقاق، نقص و شرم، محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، بیگانگی، اطاعت، اینار، بازداری هیجانی و معیار سرسختانه است. هر آیتم در یک مقیاس درجه‌بندی ۶ تایی (کاملاً درست=۷ تا کاملاً غلط=۱) نمره‌گذاری می‌شود. هر مقیاس ۵ ماده دارد که نوع طرح‌واره ناسازگار اولیه را می‌سنجد. کمینه و بیشینه نمره اندازه‌گیری طرح‌واره بین ۵ تا ۳۰ است که نمره بالا حاکی از میزان بالای طرح‌واره ناسازگار در آزمودنی است. روایی و اعتبار این پرسشنامه را مهدوی و آزادی (۱۴۰۰) بررسی کرده‌اند. تحلیل یافته‌ها نشان داد پرسشنامه به غیر از حوزه دگرجه‌مندی که اعتبار متوسط (۰/۶۷) داشت، در بقیه حوزه‌ها مطلوب (بالا تر از ۰/۷۰) است. همچنین، با حذف برخی گویه‌ها پرسشنامه از روایی کافی (بالا تر از ۰/۳۰) برخوردار بود. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ بود.

### پرسشنامه تجارب آسیب‌زای دوران کودکی

این پرسشنامه را محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) تدوین و طراحی کرده‌اند که شامل ۳۸ گویه است و به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز (نمره صفر) تا همیشه (نمره ۳) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دو بعد غفلت و آزار (آزار جسمی، جنسی و عاطفی) را اندازه‌گیری می‌کند. به منظور بررسی روایی از روش‌های روایی محتوا، روایی سازه و روایی ملاکی استفاده شده است که نشان می‌دهد این پرسشنامه از روایی مطلوبی برخوردار است. در پژوهش محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی استفاده شده است.

<sup>۲</sup> Coping strategies inventory

<sup>۳</sup> Social Anxiety inventory

<sup>۱</sup> Traumatic experiences inventory

مقیاس خطای شناختی (CEQ) به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۴۷ و روایی افتراقی SPIN با مقیاس عزت نفس (SERS) و با مقیاس تصویر بدنی (MBRSQ) به ترتیب ۰/۷۰-، ۰/۴۴- به دست آمد. پایایی با روش آلفای کرونباخ، ضریب اسپیرمن براون و آزمون-بازآزمون به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۷ و ۰/۸۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ بود.

### یافته‌های پژوهش

در این پژوهش ۳۰۶ نفر حضور داشتند. میانگین سن این افراد ۲۳/۴۲ سال و انحراف استاندارد آن ۴/۶۵ بوده است. از این تعداد ۱۷۰ نفر زن و ۱۳۶ نفر مرد بودند. ۵۴ نفر در رشته‌های کشاورزی، ۵۶ نفر در رشته‌های مدیریت، ۶۵ نفر در رشته‌های علوم پایه، ۷۰ نفر در رشته‌های علوم انسانی و ۶۱ نفر در رشته‌های فنی و مهندسی مشغول به تحصیل بودند. شاخص‌های توصیفی، چولگی و کشیدگی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است:

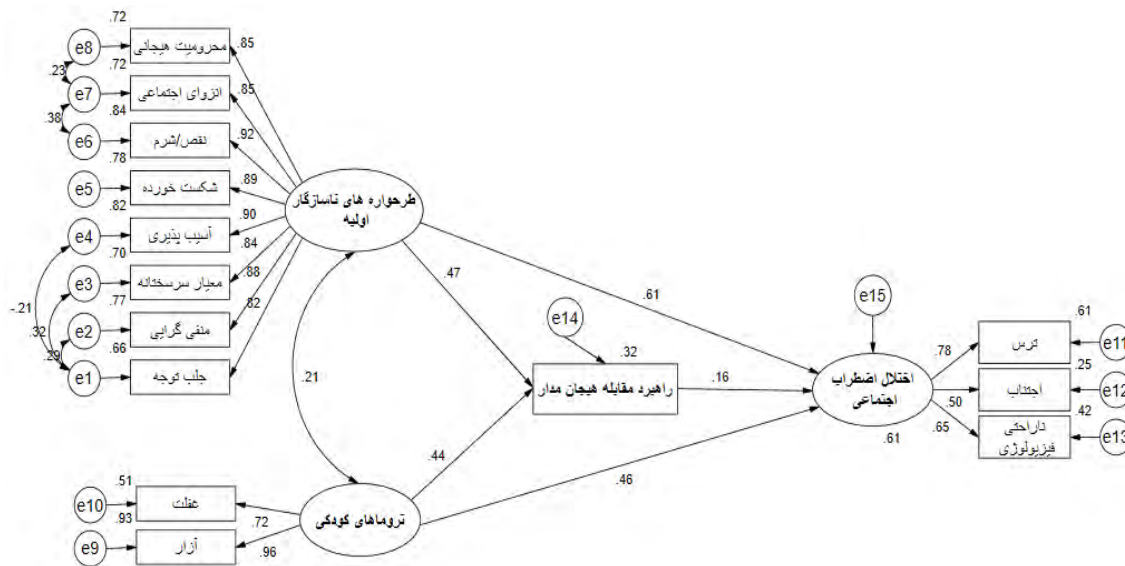
جدول ۱: آمار توصیفی، کشیدگی و چولگی متغیرهای پژوهش

کشیدگی	چولگی	انحراف معیار	میانگین	
۰/۴۶۲	۰/۷۳۲	۲/۸۹۵	۱۴/۰۵	محرومیت هیجانی
۰/۰۴۹	۰/۷۲۶	۲/۹۶۸	۱۳/۴۰	نقص و شرم
۰/۰۰۸	۰/۷۱۰	۲/۸۵۴	۱۳/۹۱	انزوای اجتماعی/بیگانگی
-۰/۰۱۹	۰/۶۳۱	۳/۰۵۵	۱۳/۶۷	آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری
-۰/۰۴۶	۰/۶۶۸	۲/۹۱۵	۱۳/۷۶	شکست
-۰/۶۵۸	۰/۳۹۹	۳/۱۷۶	۱۴/۴۷	منفی‌گرایی/بدبینی
۰/۱۹۸	۰/۵۹۱	۲/۷۹۷	۱۴/۳۵	معیارهای سرسختانه
۰/۴۴۰	۰/۴۹۹	۲/۷۶۹	۱۴/۸۸	پذیرش جویی/جلب توجه
۰/۳۰۴	۰/۸۶۹	۲۱/۴۳۱	۱۱۲/۳۷	نمره کل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
-۰/۷۷۷	۰/۱۰۵	۶/۵۰۱	۳۵/۵۵	آزار
۰/۰۶۵	۰/۵۳۲	۲/۱۹۸	۱۱/۵۹	غفلت
-۰/۷۱۵	۰/۲۰۶	۸/۲۱۴	۴۷/۲۵	نمره کل تروماهای کودکی
-۰/۰۸۳	۰/۴۹۵	۳/۷۶۲	۲۳/۵۱	راهبرد مقابله هیجان‌مدار
-۰/۱۷۷	۰/۴۶۷	۲/۶۹۷	۱۷/۲۷	ترس
-۰/۵۶۷	۰/۰۹۰	۲/۸۰۴	۲۲/۶۷	اجتناب
-۰/۸۲۳	۰/۰۷۷	۲/۴۳۶	۱۲/۳۱	ناراحتی فیزیولوژی

مقیاس اضطراب اجتماعی یک مقیاس ۱۷ گویه‌ای است که کانر، داویدسون، چرچیل، شرود، فوآ و وسلر (Connor, Davidson, Churchill, Sherwood, 2000) (Foa & Weisler, 2000) تدوین کرده‌اند و سه زیرمقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی را می‌سنجد. خرده‌مقیاس ترس شامل سؤالات ۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۵، خرده‌مقیاس اجتناب شامل سؤالات ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۶، ۱۲ و خرده‌مقیاس ناراحتی فیزیولوژیکی شامل سؤالات ۲، ۷، ۱۳، ۱۷ است. پاسخ‌های آزمودنی‌ها براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از به‌هیچ‌وجه (۰) تا بی‌نهایت (۴) نمره‌گذاری می‌شود. براساس نتایج به‌دست‌آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۹ درصد، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را از افراد غیرمبتلا جدا می‌کند. پایایی مقیاس نیز بالا و مطلوب گزارش شده است. در پژوهش حسونند عموزاده (۱۳۹۵) روایی همگرایی SPIN با اضطراب فوبیک (SCL-90-R) و با

نمره کل اختلال اضطراب اجتماعی ۵۲/۳۶ ۶/۲۲۱ ۰/۳۳۲ -۰/۵۹۶

مقدار ضرایب بتا مدل پیشنهادی در شکل ۲ آمده است.



شکل ۲: مدل برازش شده

به منظور بررسی نقش واسطه‌ای راهبرد مقابله هیجان‌مدار در ارتباط بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تروماهای کودکی با اختلال اضطراب اجتماعی نقش واسطه‌ای دارد. شاخص‌های برازش مدل (Myers, Gamest & Garino, 2006) در جدول ۲ آمده است: فرض ایجاد شده است که راهبرد مقابله هیجان‌مدار در

جدول ۲: شاخص‌های برازش کلی مدل

شاخص برازش	دامنه مورد قبول	مقدار	نتیجه
AGFI	بالاتر از ۰/۸	۰/۸۷۵	برازش قابل قبول
TLI	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۵۱	برازش قابل قبول
GFI	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۲۰	برازش قابل قبول
IFI	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۶۴	برازش قابل قبول
PCFI	بالاتر از ۰/۵	۰/۷۱۰	برازش قابل قبول
RSMEA	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۷۷	برازش قابل قبول
CMIN/DF	بین ۱ تا ۳	۲/۸۱۱	برازش قابل قبول

اصلاح شده<sup>۴</sup>، برازندگی تطبیقی<sup>۵</sup>، شاخص توکرلوویس<sup>۶</sup> و شاخص برازش افزایشی<sup>۷</sup> می‌توان نتیجه گرفت مدل مفروض از برازش قابل قبولی با داده‌های پژوهش

بر اساس مندرجات جدول ۲، با ارزیابی تمام شاخص‌های برازش، شامل شاخص مجذور کای<sup>۱</sup>، سطح معنی‌داری P، جذر میانگین مجذورات خطای تقریب<sup>۲</sup>، نیکویی برازش<sup>۳</sup>، شاخص نیکویی برازش

۴. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

۵. Comparative Fit Index (CFI)

۶. Tucker.Lewis Index (TLI)

۷. Incremental Fit Index (IFI)

۱. Normed Chi.Squared (CMIN/DF)

۲. Root mean square error of approximation (RSMEA)

۳. Goodness of Fit Index (GFI)

برخوردار است و می‌توان برآزش مدل را با توجه به شاخص‌های برآزش به دست آمده قویاً تأیید کرد (Myers & et al, 2006).

در جدول ۳ ضرایب استاندارد شده مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پیش‌بین و واسطه‌ای نمایش داده شده است.

**جدول ۳: برآورد ضرایب اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل**

مسیر به اضطراب اجتماعی از	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	سطح معناداری	حد بالا	حد پایین
طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه	۰/۶۰۶	۰/۰۷۵	۰/۶۸۱	۰/۰۰۱	۰/۱۴۳	۰/۰۱۰
تروماهای کودکی	۰/۴۵۷	۰/۰۷۱	۰/۵۲۱	۰/۰۰۱	۰/۱۴۲	۰/۰۱۱
راهبرد مقابله هیجان‌مدار	۰/۱۶۱	---	۰/۱۶۱	۰/۰۱۶	---	---

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، بررسی برآزش مدل علی اختلال اضطراب اجتماعی براساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تروماهای کودکی با نقش واسطه‌ای راهبرد مقابله هیجان‌مدار بود تا تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم این متغیرها بر اختلال اضطراب اجتماعی مشخص شود. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از برآزش قابل قبول مدل بود.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با اختلال اضطراب اجتماعی رابطه مستقیم، معنی‌دار و مثبت وجود دارد. این یافته‌ها با پژوهش‌های کایا و آیدین (Kaya & Aydin, 2020)، مارتین و همکاران (Martin & et al., 2018)، نادرزاده و همکاران (۱۳۹۹)، نشاط‌دوست (Neshatdoost, 2014)، پینتو و همکاران (Pinto & et al., 2006) و شفیع و همکاران (۲۰۱۴) هم‌سو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ژرف‌ترین ساختارهای روانی فرد است که با حوادث منفی و فشارزای زندگی تعامل دارد. در این راستا، نظریه‌های شناختی و نظریه دلبستگی مطرح کرده‌اند که تجربیات منفی دوران کودکی درونی شده و سبب شکل‌دهی پاسخ‌های کودک به رویدادهای بیرونی می‌شود. مطابق نظر بک تجربه کردن سبک والدینی منفی و متجاوز موجب رشد مجموعه‌ای از

باتوجه به یافته‌های جدول ۳ و ضرایب استاندارد شده مدل در شکل ۲، با بررسی روابط بین متغیرها میزان ضریب بتای استاندارد مسیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به اختلال اضطراب اجتماعی ۰/۶۰۶ است که مثبت و معنی‌دار است. ضریب بتای استاندارد مسیر تروماهای کودکی به اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۴۵۷ است که مثبت و معنی‌دار است و همچنین، ضریب بتای استاندارد مسیر راهبرد مقابله هیجان‌مدار به اضطراب اجتماعی ۰/۱۶۱ است که مثبت و معنی‌دار است.

ضریب بتای مسیر غیرمستقیم بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به اختلال اضطراب اجتماعی از طریق راهبرد مقابله هیجان‌مدار برابر با ۰/۰۷۵ است و از آنجا که حد بالا و پایین آن به ترتیب برابر با ۰/۱۴۳ و ۰/۰۱۰ است و عدد صفر بین حد بالا و پایین قرار ندارد، می‌توان نتیجه گرفت بین این دو متغیر با واسطه متغیر راهبرد مقابله هیجان‌مدار رابطه غیرمستقیم وجود دارد. همچنین، ضریب بتای مسیر غیرمستقیم بین تروماهای کودکی به اختلال اضطراب اجتماعی از طریق راهبرد مقابله هیجان‌مدار برابر با ۰/۰۷۱ است و از آنجا که حد بالا و پایین آن به ترتیب برابر با ۰/۱۴۲ و ۰/۰۱۱ است و عدد صفر بین حد بالا و پایین قرار ندارد، می‌توان نتیجه گرفت بین این دو متغیر با واسطه متغیر راهبرد مقابله هیجان‌مدار رابطه غیرمستقیم وجود دارد.

مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌خصوص حوزه‌های بریدگی/طرد و خودگردانی/عملکرد مختل بر اضطراب و افسردگی افراد تأثیر مستقیم و معنی‌دار دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین تروماهای کودکی و اختلال اضطراب اجتماعی رابطه مستقیم، معنی‌دار و مثبت وجود دارد؛ به‌این‌معنی که افزایش نمرات تروما در افراد با افزایش نمرات اختلال اضطراب اجتماعی همراه بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های احمدلیتو و همکاران (Ahmed Leitaoa et al., 2019)، فرخزادیان و همکاران (۱۳۹۹)، کونن و همکاران (Koenen & et al., 2007) و کلارک و ولز (Clark & Wells, 1995) هم‌سو بوده است. یکی از تبیین‌هایی که برای این یافته می‌توان ذکر کرد، تبیین روانی‌زیستی است. طبق پژوهش‌های هیم و نمروف (Heim & Nemeroff, 2001) 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 بیش‌ازحد غدد درون‌ریز، دستگاه عصبی خودمختار و تنش‌های رفتاری می‌شود و زمانی که فرد در مراحل بعدی زندگی در معرض شرایط تنش‌زا و موقیت‌های استرس‌آور قرار می‌گیرد، دچار تنش و اضطراب می‌شود. تبیین دیگر می‌تواند تبیین روان‌شناختی باشد؛ به‌طوری که طبق گفته مک‌نالی (McNally, 1994) سوءاستفاده‌های دوره کودکی می‌تواند دید و نظر کودک را درباره خود و جهان اطراف تغییر دهد؛ به‌خصوص قربانی شدن در این دوره می‌تواند باعث بیش‌ازحد محتاط‌شدن، نگرانی بیش‌ازحد درباره جسم خود و پیش‌بینی بیش‌ازحد خطر در مراحل بعدی زندگی شود که این خود می‌تواند ابتلا به انواع اختلالات اضطرابی، به‌خصوص اختلال

باورهای منفی انعطاف‌ناپذیر و پیچیده درباره خود، جهان و آینده می‌شود که دربرابر تغییر مقاوم است (Anderson, Dryman, Worthington, Hoge, 2013)؛ از این‌رو، وقتی که یک طرح‌واره ناسازگار بر اثر مواجهه با موقعیت و محرک‌های برانگیزنده طرح‌واره فعال می‌شود، فرد هیجان‌ها و احساس‌های بدنی را تجربه می‌کند و ممکن است که هشیارانه یا ناهشیارانه، این تجربه را به خاطرات اولیه پیوند دهد. بیماران در اوایل زندگی به‌منظور انطباق با طرح‌واره‌ها، پاسخ‌ها و شیوه‌های ناسازگاری را به وجود می‌آورند تا مجبور نشوند که هیجان‌های شدید و درماندگی را تجربه کنند (Farmer & Kashdan, 2012). در تبیین دیگر، پژوهشگران نشان داده‌اند که اختلال‌های روان‌شناختی از قبیل افسردگی و اضطراب، از پردازش اطلاعات سوداری به وجود می‌آیند که سبب الگوهای خودکار تفکر می‌شوند که این امر به‌وسیله بدینی، تفسیر منفی و غیرواقعی مشخص می‌شود. طبق نظریه‌های شناختی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، پنهان و خاموش می‌مانند تا به‌وسیله استرسورهای بیرونی راه‌اندازی شوند. سازه‌های اساسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، پردازش اطلاعات سودار است که ادراک و افکار افراد را تحریف می‌کند (Melling & Alden, 2000). طبق مدل طرح‌واره یانگ، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، زمینه و بستر را برای رشد مشکلات روانی که یکی از مهم‌ترین آنها اختلال‌های اضطرابی است، فراهم می‌کند (Yang, 2003). تعدادی از پژوهش‌ها که در سال‌های اخیر منتشر شده است، ارتباط نسبی و مقطعی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را با دامنه وسیعی از اختلال‌های روانی آشکار ساخته است. مثلاً در پژوهش کایا و آیدین (Kaya & Aydin, 2020)، تأثیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر اضطراب و افسردگی



مداخله در این موارد برای بهبود وضعیت فرد دشوارتر می‌شود. سبک مقابله با تمرکز بر احساسات شامل استراتژی‌هایی است که باعث کاهش احساس هیجانی و بیان احساسات و جلوگیری از اقدامات مناسب در شرایط استرس‌زا می‌شود (Marsak et al., 2007). استفاده از راهبرد هیجان‌مدار، فرد را از درگیری مستقیم و مؤثر با مشکل باز می‌دارد و توانمندی او برای حل مشکل را کاهش می‌دهد. این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشفتگی هیجانی می‌شود و سلامت روانی را کاهش می‌دهد. آشفتگی فکری و هیجانی امکان شناخت صحیح منبع استرس را نیز به تحلیل می‌برد و سلامت روانی را به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین، می‌توان تصور کرد که نوعی رابطه دوجانبه بین راهبردهای مقابله و سلامت روانی وجود دارد (حاجبی و همکاران، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر، در یک تحلیل اکتشافی نقش واسطه‌ای راهبرد مقابله هیجان‌مدار در ارتباط بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تروماهای کودکی با اختلال اضطراب اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفت. براساس یافته‌های پژوهش از آنجا که عدد صفر بین حد بالا و پایین در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تروماهای کودکی با اختلال اضطراب اجتماعی قرار نمی‌گیرد، می‌توان نتیجه گرفت بین متغیرها در سطح ۰/۹۵ رابطه میانجی معنی‌داری وجود دارد. پس فرض ما مبنی بر اینکه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تروماهای کودکی با اختلال اضطراب اجتماعی از طریق متغیر میانجی راهبرد مقابله هیجان‌مدار رابطه وجود دارد، تأیید شد. این نتایج با پژوهش‌های محمدحسینی و بختیارپور (۱۳۹۳) و غلامی و همکاران (۱۳۹۸) هم‌سو بوده است. در تبیین این موضوع می‌توان گفت که شیوه یا روش‌های مقابله‌ای می‌تواند به صورت شناختی، عاطفی یا رفتاری بروز کند. آنها فرایندهای خودکاری را برای اجتناب از

اضطراب اجتماعی را در فرد پیش‌بینی کند که اصلی‌ترین نشانه آن ترس و ارزیابی منفی از خود در مورد اکثر موضوعات بالقوه استرس‌زا است. 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 نیست، مورد انتقاد سخت‌گیرانه قرار می‌دهد و به جای حمایت از خود در شرایط بحرانی، با کاستی‌هایش به ملایمت و آرامی رفتار نمی‌کند و با خود به‌زبانی صحبت می‌کند که از لحاظ هیجانی لحنی حمایتی ندارد و در واقع طرح‌واره‌های هیجانی منفی در این مواقع فعال می‌شود که طبق پژوهش‌های انجام‌شده، طرح‌واره‌های منفی، خود می‌تواند در فرد اضطراب ایجاد کند.

براساس یافته‌های جدول ۳، بین راهبرد مقابله هیجان‌مدار و اختلال اضطراب اجتماعی رابطه مستقیم، معنی‌دار و مثبت مشاهده شده است. یعنی افزایش در نمرات راهبرد مقابله هیجان‌مدار با افزایش در نمرات اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان ارتباط دارد. این یافته‌ها با پژوهش‌های تمنایی فر و صنعت‌کار (Tamannaefar & Sanatkarfar, 2017)، مایرز و ولز (Myers & Wells, 2015)، کوگ و همکاران (Keogh et al., 2001) و غضنفری و ندری (۱۳۹۸) هم‌سو بوده است. مشکلات و مسائل برای همه افراد پیش می‌آید؛ اما چیزی که تعیین‌کننده است، نحوه واکنش به آن مسائل و مشکلات است. مقابله ناکارآمد نه تنها سودی در بر نخواهد داشت، بلکه به بدتر شدن وضعیت فرد منجر می‌شود و به احتمال زیاد، چرخه معیوبی از تعارضات، نگرانی‌ها، مسائل و مشکلات را برای فرد به وجود می‌آورد؛ به این صورت که هرچه زمان می‌گذرد، تعارضات، مسائل و مشکلات فرد بیشتر، گسترده‌تر و پیشرفته‌تر می‌شود. از طرفی نیز

اضطراب اجتماعی به دست آورد. توجه بیشتر به این اختلال می‌تواند گامی در جهت جلوگیری از هدر رفتن قابلیت‌های عظیم افراد جامعه باشد؛ زیرا افراد زیادی با وجود داشتن استعداد های کافی، به دلیل هراس اجتماعی، قادر به شکوفاکردن استعدادهای خود در زندگی نیستند. در نگاهی کلی با توجه به نتایج این پژوهش، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تروماهای کودکی از عوامل مسلم و به وجود آورنده اختلال اضطراب اجتماعی است که تأثیر این دو متغیر از طریق راهبردهای مقابله هیجان‌مدار بیشتر هم می‌شود؛ بنابراین، به منظور جلوگیری از به وجود آمدن این اختلال و کنترل آن، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای والدین به منظور بالا بردن سطح آگاهی آنان از آسیب‌های دوران کودکی و تشکیل طرح‌واره‌های ناکارآمد توصیه می‌شود. همچنین، در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی، می‌توان از طرح‌واره درمانی به عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش باورها و طرح‌واره‌های ناکارآمد این بیماران استفاده کرد.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله مؤلفان مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی عزیزانی که در تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌های پژوهش مشارکت داشتند، اعلام می‌دارند.

### منابع

احمدی، م.؛ باقری، م. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای تحریف‌های شناختی در رابطه تصویر بدنی با اضطراب اجتماعی در نوجوانان. *مجله علوم رفتاری*، ۷(۴)، ۳۲۹-۳۲۱.

طرح‌واره‌ها شکل می‌دهند که شامل فرایند اجتناب شناختی (تلاش‌های خودکار برای توقف افکار و تصویرهای ذهنی که می‌تواند طرح‌واره را برانگیزند)، فرایند اجتناب عاطفی (تلاش‌های خودکار یا ارادی برای بلوکه کردن احساس‌هایی که به وسیله طرح‌واره برانگیخته می‌شوند) و فرایند اجتناب رفتاری و گرایش برای کناره‌گیری از موقعیت‌ها یا شرایط واقعی زندگی که می‌تواند طرح‌واره‌های دردناک را برانگیزد (Anderson et al., 2013). نتیجه اینکه اجتناب و سرکوبی، راهبردهای متداولی است که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از آنها در برابر طرح‌واره‌های فعال شده استفاده می‌کنند. آنها می‌خواهند تا زندگی خود را به شکلی نظم بخشند که طرح‌واره‌ها هیچ‌گاه فعال نشوند و در تلاش هستند که بدون آگاهی از آن طرح‌واره‌ها و تجربه هیجان‌های منفی حاصل از آن زندگی کنند (Bayrami et al., 2012)؛ از این رو، می‌توان گفت طرح‌واره‌های ناسازگار بیشتر باعث به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای غیرمولد و هیجان‌مدار افراد در هنگام مقابله با شرایط استرس‌زا و اضطراب‌آور می‌شود. در این زمینه نیز یانگ معتقد است که آسیب‌های دوران کودکی به شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و در نهایت اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد منجر می‌شود (Yang, 2003). از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که این پژوهش کمی بود و با استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسشنامه و در جمعیت دانشجویانی صورت گرفت که مراجعه‌ای به مراکز درمانی نداشتند. با استفاده از روش تحقیق کیفی، از طریق مصاحبه‌های ساخت‌یافته، نیمه‌ساخت‌یافته و ناساخت‌یافته و در جمعیت بالینی و افرادی که به منظور درمان به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، می‌توان یافته‌های عمیق‌تری درباره تأثیر متغیرهای پژوهش در ایجاد اختلال

مسئله‌مدار و هیجان‌مدار دیران زن فاقد نشانگان  
تندگی. همایش بین‌المللی روان‌شناسی و فرهنگ  
زندگی.  
مهدوی، س.؛ آزادی، م. (۱۴۰۰). هنجاریابی پرسشنامه  
طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ در بین دانشجویان  
شهر تهران. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی،  
۱۲(۴۵)، ۷۰-۵۵.  
نادرزاده، ه.؛ جعفری، م.؛ صالحی، م.؛ کوچک‌انتظار، ر.  
(۱۳۹۹). مدل‌یابی معادلات ساختاری رابطه‌ی علائم  
اضطراب اجتماعی، براساس طرح‌واره‌های ناسازگار  
اولیه و تحریف‌های شناختی در نوجوانان. فصلنامه  
پژوهش در سلامت روان‌شناخت، ۱-۱۳.

## References

- Adams, G. C., Wrath, A. J., Mondal, P., and Asmundson, G. J. G. (2018). Depression with or without comorbid social anxiety: is attachment the culprit. *Journal of Psychiatric Research*, 269, 86-92.
- Ahmady, M., and Bagheri, M. (2013). Mediating role of cognitive distortions In the relationship between body image and social anxiety in adolescents. *Journal of Behavioral Sciences*, 7(4), 321-329. (In Persian).
- Ahmed Leitaoa, F., Rosensteina, D., Marxa, M., Younga, S., Korteb, K., and Seeda, S.(2019). Posttraumaticstress disorder, socialanxiety disorder and childhood trauma: Difference sin hippocampal subfield volume. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 284, 45-52.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Associa- tion.
- Anderson, E. C., Dryman, M. T., Worthington, J., Hoge, E. A., Fischer, L. E, Pollack, M. H., and et al.(2013). Smiles may go unseen in generalized social anxiety disorder: evidence from binocular rivalry for reduced visual consciousness of positive facial

امیری، م.؛ آقامحمدیان، ح.؛ کیمیایی، آ. (۲۰۱۲).  
اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر منبع  
کنترل و راهبردهای مقابله‌ای. اندیشه و رفتار در  
روان‌شناسی بالینی، ۲۴(۶)، ۶۸-۵۹.  
حاجبی، ا.؛ پیروی، ح.؛ پناهی، ل. (۱۳۸۵). «بررسی  
شیوه‌های مقابله‌ای و رابطه‌ی آن با سلامت روان در  
دانشجویان ورودی جدید دانشگاه تهران». سومین  
سمینار سراسری بهداشت روانی، ۵۷-۵۲.  
رستمی، م.؛ سعادت‌تی، ن.؛ قزلسفلو، م. (۱۳۹۴). رابطه‌ی  
بین تجربه‌ی آزاردیدگی در کودکی با شیوه‌های  
مقابله با تنش و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. مجله  
اصول بهداشت روان، ۱۷(۶)، ۲۷۷-۲۶۹.  
غضنفری، ف.؛ ندری، م. (۱۳۹۸). تدوین مدل  
سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی نوجوانان  
براساس مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی، تنظیم  
هیجانی منفی و سبک دلبستگی ناایمن با نقش  
میانجی راهبرد مقابله‌ی هیجان‌مدار. فصلنامه مطالعات  
روان‌شناسی بالینی، ۹، ۳۵، ۱۳۰-۹۸.  
غلامی، ا.؛ فرخی، ن.؛ برجعلی، ا. (۱۳۹۸). مدل‌یابی  
معادلات ساختاری راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان  
براساس سبک‌های دلبستگی با واسطه‌گری  
سبک‌های فرزندپروری، آسیب‌های دوران کودکی  
و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. فصلنامه مطالعات  
روان‌شناسی بالینی، ۹، ۳۵، ۶۹-۴۱.  
فتوت احمدی، ا. (۱۳۸۲). بررسی ارتباط بین پایگاه‌های  
هویت، سبک‌های مقابله با موقعیت‌های فشارزا و  
پیشرفت تحصیلی در نوجوانان شهر تهران. علوم  
تربیتی و روان‌شناسی (مشهد)، ۴(۱)، ۳۷۵-۳۹۵.  
گنجی، م. (۱۳۹۴). آسیب‌شناسی روانی براساس  
DSM-5. نشر ساوالان.  
محمدحسینی، س.؛ بختیارپور، س. (۱۳۹۴). رابطه‌ی  
طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای

- Burstein, M., He, J. P., Kattan, G., Albano, A. M., Avenevoli, S., and Merikangas, K. R. (2011). Social phobia and subtypes in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent*, 50, 80-870.
- Clark, D. M., and McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *biological psychiatry journal*, 51, 92-100.
- Clark, D. M., and Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*. New York: Guilford Press.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., and Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 86-379.
- Conrad, R., Andreas, J. Forstner., Man-Long, C., Martin, M., Franziska, G., and Johannes, S. (2021). Significance of anger suppression and preoccupied attachment in social anxiety disorder: a cross-sectional stud. *Journal of BMC Psychiatry*. 21, 116, <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03098-1>.
- Dryman, M. T., and Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: a systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *clinical psychology review journal*, 65, 17-42.
- Andler, N. S., and Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Farmer, A. S., and Kashdan, T. B. (2012). Social anxiety and emotion regulation in daily life: Spillover effects on positive and negative social events. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 41(2), 152-62.
- Fotowat Ahmadi, A. (2012). Examining the relationship between identity bases, styles of coping with stressful situations and academic progress in adolescents in Tehran. *Educational Sciences and Psychology (Mashhad)*, 4(1), 375-395.
- Ganji, Mehdi. (2014). *Psychopathology based on DSM-5*. Tehran: Savalan Publishing. (In Persian).
- expressions. *Journal of Anxiety Disorders*. 27(7), 619-26.
- Amiri, M., Agha Mohammadian, H., and Kimiaei, A. (2012). The effectiveness of the reality-froup approach to group control and coping strategies. *Journal of Thought and Behavior*, 24, 59-68. (In Persian).
- Bandelow, B., Torrente, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., and 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.
- Bayrami, M., Bakhshipor, A., and Esmaeili, A. (2012). The relationship between coping styles and early maladaptive schemas in disconnection-rejection and over vigilance-inhibition in young's schema model. *Journal of Life Science and Biomedicine*. 2(4), 178-81.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Hofler, M., Lieb, R., and Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives General Psychiatry*. 64, 90-12.
- Bernstein, D. P., and Fink, L. (1988). *Childhood Trauma Questionnaire: a Retrospective Self-Report*. Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Herot, C., Friedman, D., Snidman, N., and et al. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1673-1679.
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Jane Costello, E., Foley, D. L., and Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict. *journal of child*
- Braquehais, M. D., Oquendo, M. A., Baca-García, E., and Sher, L. (2010). Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 51, 121-129.
- Buckner, J. D., Schmit, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C., and Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatry Research*, 42, 9-230.

- Journal of Biological psychiatry*, 49, 1023-1039.
- Heimberg, R. G., Makris, G. S., Juster, H. R., Ost, L. G., and Rapee, R. M. (1997). Social Phobia: A Preliminary cross-national comparison. *Journal of Depression and anxiety*, 5(3), 130-137.
- Hinrichsen, H., Waller, G., and Emanuelli, F. (2004). Social anxiety and agoraphobia in the eating disorders: associations with core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(11), 784-7.
- Kaya, Y., and Aydin, A. (2020). The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas in the Relationship Between Attachment and Mental Health Symptoms of University Students. *Journal of Adult Development*. <https://doi.org/10.1007/s10804-020-09352-2>.
- Kendall, P. C. (2011). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. Guilford Press.
- Keogh, E., Dillon, C., Georgiou, C., and Hunt, C. (2001). Selective attentional biases for physical threat in physical anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorder*, 15(4), 299-315.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., and Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21, 84-169.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. 2nd Ed. New York: Guilford.
- Knappe, S., Lieb, R., Beesdo, K., Fehm, L., Low, N. C. P., Gloster, A. T., and et al. (2009). The role of parental psychopathology and family environment for social phobia in the first three decades of life. *Depression and Anxiety*, 26, 363-370.
- Koenke, K. C., Moffitt, T. E., Poulton, R., Martin, J., and Caspi, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Psychological Medicine*. 37(2), 181-192. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706009019>.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., and Lowe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and
- Garcia-Lopez, L.G., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A.M., Turner, S., and Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
- Ghazanfari, F., and Nadri, M. (2018). Compilation of the etiology model of social anxiety disorder in adolescents based on the components of anxiety sensitivity, negative emotional regulation and insecure attachment style with the mediating role of emotion-oriented coping strategy. *Clinical Psychology Quarterly*, 9(35), 98-130. (In Persian).
- Gholami, A., Farokhi, N., and Borjali, A. (2019). Structural Equation Model of Students Coping Strategies Based on Attachment Styles the Mediating Effect of Perceived Parenting Style, Childhood Trauma, and Early Maladaptive Schemas. *Clinical Psychology studies*, 9(35), 41-69. (In Persian).
- Ginsburg, G. S., La Greca, A. M., and Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 175-85.
- Gkika, S., Wittkowski, A., and Wells, A. (2017). Social cognition and metacognition in social anxiety; a systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1-21.
- Hajebi, A., Piravi, H., and Panahi, L. (2006). Investigation of communication methods and its relationship with mental health in new incoming students of Tehran University. *The third international seminar on mental health*, 52-57. (In Persian).
- Hassanvand Amouzadeh, M. (2016). Validity and Reliability of Social Phobia Inventory in Students with Social Anxiety. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 26(139), 166-177. (In Persian).
- Hawke, L. D., and Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 257-76.
- Heim, C., and Nemeroff, C. B. (2001). *The Role of Childhood Trauma in the Neurobiology of Mood and Anxiety Disorders: Preclinical and Clinical Studies*.

- research in psychological health*, 1-13. (In Persian).
- Neshatdoost, H. T. (2014). Examine the relationship between early maladaptive schemas with social anxiety married women in Isfahan. *Proceedings of the 1st International Congress of Psychology of Iran*, 17, Tehran, Iran. (In Persian).
- Nicholas, P., Danielle Coopera, A., Mary, E., Oglesby, N., Kevin, G., and Saulniera, Norman, B. (2018). Lower-order anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty in mssss eerate ss eeeii fi vulnerabilities for social anxiety and depression within a hierarchical model. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 91-99.
- Nicholson, C. (2008). *What to do about social anxiety disorder*. Hrrvrr mmm'' aaaaaa..
- Pinto gouveia, J., Castilho paula, G., and Ana Cunha, M. (2006). Early maladaptive Schemas and Social Phobia. *Journal of Cognitive Therapy Research*, 30(5), 571-584.
- Pribor, E. F., and Dinwiddie, S. H. (1992). Psychiatric correlates of incest in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 149, 52-56.
- Randle, J. (2003). *Bullying in the nursing profession*. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 395-401.
- Reghuram, R., and Mathias, J. (2014). A study on occurrence of social anxiety among nursing students and its correlation with professional adjustment in selected nursing institutions at Mangalore. *Nitte University Journal of Health Science*, 4(2), 9-64.
- Reich, J., and Hofmann, S. G. (2004). State personality disorder in social phobia. *Annals of Clinical Psychiatry*, 160, 44-139.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., and McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 4(3), 241-248.
- Rostami, M., Saadati, N., and Ghezselflo, M. (2015). The relationship between childhood abuse experience and primary stress confronting methods and maladaptive schemas. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(6), 269-77. (In Persian).
- Schwartz, C., Snidman, N., and Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American*
- detection. Annals of Internal Medicine*, 146, 25-317.
- Ledley, D. R., Heimberg, R. G. (2006). cognitive vulnerability to social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7), 755-778.
- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Jellesma, F. C., Verhulst, F. C., and Utens, E. (2009). Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(2), 143-150. doi: 10.1007/s00787-009-0051-6.
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Hofler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., and Marikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles and the risk of social phobia in offspring. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 859-866.
- Martin, K. P., Blair, S., Clark, G. I., Rock, A. J., and Hunter, K. R. (2018). Trait mindfulness moderates the relationship between early maladaptive schemas and depressive symptoms. *Mindfulness*, 9(1), 140-50. doi: 10.1007/s12671-017-0753-7.
- McNally, R. J. (1994). *Panic disorder: A critical Analysis*. New York, Guilford press.
- Melfsen, S., and Florin, I. (2002). Do socially anxious children show deficits in classifying facial expression of emotions. *Journal of Nonverbal of Behaviore*, 26(2), 109-126.
- Melling, T. M. B., and Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 38(3), 243-257.
- Mohammad Hasani, S., and Bakhtiarpour., S. (2014). The relationship between primary maladaptive schemas and problem-oriented and emotion-oriented coping strategies of female teachers without tension syndrome. *International Conference on Psychology and Culture of Life*. (In Persian).
- Muris, P., and Field, A. P. (2008). Distorted cognition and pathological anxiety in children and adolescents. *Journal of Cognitive Emotion*, 22, 395-421.
- Naderzadeh, H., Jafari, M., Salehi, M., and Kochak-Entezar, R. (2019). Structural equation modeling of the relationship between social anxiety symptoms, based on primary maladaptive schemas and cognitive distortions in adolescents. *Journal of*

- Stein, M. B., and Stein, D. J. (2008). Social Anxiety Disorder. *Lancet*, 371(9618), 1115-1125.
- Tamannaefar, M., and Sanatkarfar, M. (2017). Social Anxiety Study Based on Coping Styles and Attachment Styles. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 5(2), 115-122.
- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Muller, N., and Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 15, 46-58.
- Yang, J. E., Klasko, J. S., and Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford press.
- Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1008-1015.
- Shafiei, A., Shahvarani, M., and Shaei Arani, S. (2014). Comparing the early maladaptive schemas in normal and social anxiety adolescents. *Proceedings of the 2nd international anxiety congress*, 1-3 (In Persian).
- Skaalvik, M. (2018). Mathematics Anxiety and Coping Strategies among Middle School Students: Relations with Students' Achievement Goal Orientations and Level of Performance. *Social Psychology of Education, An International Journal*, 21(3), 709-723.



