

Relationship between Social Anxiety Disorder and Childhood Trauma through the Mediating of Repetitive Negative Thinking

Hashemi, T., Mashinchi Abbasi, N., Asadi, *A.

Abstract

Introduction: This study aimed to evaluate the relationship between social anxiety disorder and childhood trauma through the mediating of repetitive negative thinking.

1- Method: The design of the current research is descriptive and correlational. Therefore, using random multistage cluster method 300 female students in the 10th, 11th and 12th grades of Tabriz city were selected in the academic year 2022 -2023. They were assessed by Social Anxiety Disorder scale (Puklek,1997), Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al,2003), Ehrling preservative Thinking Questionnaire (Ehrling et al,2010). Structural equation modeling was used to analyze the research model.

Results: Results showed that there was a significant direct and positive relationship between childhood trauma with repetitive negative thinking and repetitive negative thinking with social anxiety. The most important finding indicated, the indirect effect of childhood trauma on social anxiety through repetitive negative thinking was positive and significant ($p < 0.05$). Hence, the theoretical model fit the data and was approved.

Conclusion: Consequently, it can be concluded that childhood trauma and repetitive negative thinking play an effective role in the risk of social anxiety disorder. Negative thoughts originate from many negative experiences that create comorbidity with negative mental disorders. Paying attention to these results can be effective in formulating preventive and therapeutic interventions for social anxiety disorder.

Keywords: Social Anxiety Disorder, Childhood Trauma, Repetitive Negative Thinking, Adolescents.

رابطه بین ترومای دوران کودکی و اختلال اضطراب اجتماعی با نقش میانجی تفکر ارجاعی

تورج هاشمی^۱، نعیمه ماشینچی عباسی^۲، اعظم اسدی قربانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۰۱

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین ترومای دوران کودکی و اختلال اضطراب اجتماعی با نقش میانجی تفکر ارجاعی انجام گرفت.

روش: روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود که از طریق مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام گرفت. در همین راستا با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای، نمونه‌ای برابر ۳۰۰ نفر از میان دانش‌آموزان دختر پایه دهم تا دوازدهم سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ شهر تبریز انتخاب شد. مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان (پاکلاک، ۱۹۹۷)، پرسشنامه ترومای دوران کودکی (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳) و پرسشنامه تفکر ارجاعی (اهرینگ و همکاران، ۲۰۱۰) توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش، تکمیل شد. به منظور تحلیل مدل پژوهش، از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین ترومای دوران کودکی و تفکر ارجاعی و همچنین بین تفکر ارجاعی و اختلال اضطراب اجتماعی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. علاوه بر اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی بر اضطراب اجتماعی به واسطه تفکر ارجاعی مثبت و معنادار است ($p < 0.05$). با توجه به یافته‌ها، مدل اندازه‌گیری شده با مدل نظری برازش مطلوب دارد.

نتیجه‌گیری: ترومای دوران کودکی و تفکر ارجاعی در بروز اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان نقش مؤثری ایفا می‌کند. افکار منفی، نشأت گرفته از بسیاری از تجارب منفی هستند که همبندی زیادی با اختلالات روانی منفی ایجاد می‌کنند در همین راستا عدم پیشگیری وقوع ترومای دوران کودکی زمینه‌ساز بروز تفکر ارجاعی می‌شود. در نهایت، مجموعه این الگو به ابتلا و تجربه شدیدتر علائم اختلال اضطراب اجتماعی در دوره نوجوانی ختم خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: ترومای دوران کودکی، تفکر ارجاعی، اختلال اضطراب اجتماعی، نوجوانان.

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، پسادکتری علوم اعصاب شناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

بسیاری از کودکان در سال‌های نخستین کودکی واجد مشکلات عاطفی و رفتاری‌ای هستند که در طی زمان و تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم می‌یابد (۱) مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان و نوجوانان یک نگرانی مشترک برای والدین و ذی‌نفعان سلامت‌روان است (۲). نوجوانی به عنوان دوره‌ای از زندگی بین بلوغ و استقلال بزرگسالی تعریف می‌شود (۳) و با تغییرات گسترده فیزیولوژیکی روانی و اجتماعی همراه است که بر عملکرد فرد در بزرگسالی تأثیر می‌گذارد (۴). شیوع مشکلات سلامت‌روان در دوران کودکی و نوجوانی رو به افزایش است (۵). از اختلالات شایع و مزمن این دوران در سراسر جهان اضطراب اجتماعی است که باعث رنج و آسیب قابل‌توجهی می‌شود. اختلال اضطراب اجتماعی با اضطراب/ترس اجتماعی، توجه به خود، و درک درونی مشخص می‌شود (۶). در پژوهش اونه و همکاران (۷) شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در بین نوجوانان از ۰/۲ درصد تا ۵/۷ درصد متغیر بود. و در ایران شیوعی برابر با ۱۰/۱ درصد دارد (۸).

افراد مبتلا به این اختلال از هرگونه موقعیت اجتماعی که فکر می‌کنند ممکن است در آن یک رفتار خجالت‌آور داشته باشند یا هرگونه وضعیتی که فکر می‌کنند در آن مورد ارزیابی منفی دیگران قرار می‌گیرند، می‌ترسند و سعی می‌کنند از آن‌ها دور باشند و بیش از حد از تعاملات اجتماعی اجتناب می‌کنند (۹). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که زنان در مقایسه با مردان، بیشتر به اختلال اضطراب اجتماعی مبتلا می‌شوند، تظاهرات بالینی شدیدتری از این اختلال را نشان می‌دهند و پریشانی ذهنی بیشتری را گزارش می‌کنند (۱۰، ۱۱).

پیامدهای منفی عمیق این اختلال، اهمیت بررسی عوامل مرتبط با اضطراب اجتماعی را نشان می‌دهند. کاهش کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی و عزت‌نفس (۱۲)، احساس تنهایی، اختلال در تنظیم عاطفی، لذت نبردن از زندگی (۱۳)، از جمله پیامدهای اضطراب اجتماعی هستند. افراد مبتلا به این اختلال در مقایسه با افراد سالم، دارای سطوح بالاتری از وابستگی به مواد، مشکلات ناشی از مصرف مواد، بیکاری و سطوح پایین طبقه اجتماعی-اقتصادی، درآمد خانوار، کیفیت زندگی و دستاوردهای تحصیلی هستند (۱۴).

از نظر باتلر (۱۵) عوامل بروز اختلال اضطراب اجتماعی بسیار متعدد است و این عوامل به طرق گوناگونی در بروز اختلال اضطراب اجتماعی دخیل هستند. برخی از این عوامل عبارت‌اند از: عوامل زیستی (برانگیختگی و ویژگی‌های شخصیتی)، عوامل محیطی (روابط با والدین و کسانی که در کودکی از فرد مراقبت می‌کنند و تجربه فرد از ارزیابی شدن، نقد، تعریف و تمجید شدن و...) تجربیات بدوی آسیب‌زا (مورد تهدید قرار گرفتن، قربانی شدن و...) مشکلات ناشی از مقتضیات مراحل مختلف زندگی (به طور مثال در نوجوانی، تعیین هویت، مستقل شدن و...).

اختلال اضطراب اجتماعی، یکی از عوامل خطر زمینه‌ساز تجارب آسیب‌زای دوران کودکی است. به طور معمول چهار نوع از تروماهای شناخته‌شده دوران کودکی عبارتند از: سوء رفتار روانی (یا هیجانی)، سوء رفتار جسمی، سوء رفتار جنسی و غفلت. ترومای کودکی ممکن است عواقب جدی در دوران کودکی، نوجوانی و بعداً در بزرگسالی داشته باشد (۱۶). همه انواع ترومای کودکی با افزایش خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی همراه می‌باشد اگرچه سوءرفتارهای هیجانی بیشترین تأثیر را دارند (۱۷). به طور خاص، سوء رفتار هیجانی والدین نسبت به کودک (ناسزا، توهین، تحقیر کردن کودک و پرخاشگری‌های غیر جسمی و...) و غفلت هیجانی (محرومیت هیجانی، عدم احساس خاص بودن و دوست داشته شدن و احساس موجودیت به عنوان بخشی از یک محیط رشدی و...) بیش از سوء رفتار جسمی یا جنسی با رشد و شکل‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی رابطه دارد (۱۸). اخیراً پژوهش‌ها بر شکل‌گیری پریشانی روان‌شناختی (مانند علائم افسردگی و اضطراب) در بزرگسالان، پس از تجربه ترومای کودکی، تأکید نموده‌اند (۲۰، ۲۱). تعداد زیادی از مطالعات تجربی افزایش نرخ پریشانی روان‌شناختی و مشکلات عاطفی را در افرادی که آسیب‌های دوران کودکی را تجربه کرده‌اند نشان داده‌اند (۲۲، ۲۳) که نزدیک به ۳۰ درصد از اختلالات روانی یا مشکلات عاطفی ناشی از آسیب‌های دوران کودکی است. تأثیر تروماهای دوران کودکی بر سلامت روان ممکن است طولانی مدت باشد، از لحظه‌ای که تروما رخ می‌دهد تا بزرگسالی و پیری (۲۱-۲۳). با این حال، قابل ذکر است که همه افرادی که در دوران کودکی

تجارب شکست‌ها در گذشته و همچنین پیش‌بینی عملکرد ضعیف در آینده، از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب کرده که این امر منجر به تشدید و حفظ اضطراب اجتماعی در آن‌ها می‌شود (۳۰).

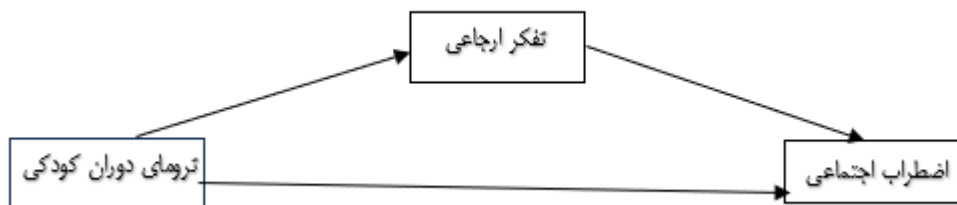
بنابراین باتوجه به شیوع بالا و تداخل جدی اضطراب اجتماعی با زندگی شخصی و حرفه‌ای فرد و همبودی آن با بسیاری از اختلالات روانی، ضرورت این مطالعه را می‌توان بدین شرح تصریح نمود: هر نوع تلاشی در جهت شناسایی ساز و کارهای دخیل در پدیدآیی و تداوم اضطراب اجتماعی، تلویحات پژوهشی مهمی را در بردارد و می‌تواند در پیشبرد پژوهش در زمینه عوامل بنیادین اختلالات اضطرابی راهگشا باشد. شناسایی متغیرهای مرتبط با اضطراب اجتماعی به توجه به آن‌ها در مداخلات روان‌شناختی منجر می‌شود. با توجه به اینکه در میان پژوهش‌های داخلی و خارجی به نقش میانجی تفکر ارجاعی در بررسی ارتباط بین تجربیات دوران کودکی و اضطراب اجتماعی پرداخته نشده سعی بر این است که وجود یا عدم وجود ارتباط بین این متغیرها در این پژوهش بررسی شود و نتایج آن جهت استفاده در رویکردهای مداخله‌ای ارائه گردد. شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

دچار آسیب‌های روانی می‌شوند، از پریشانی‌های روان‌شناختی و مشکلات عاطفی رنج نمی‌برند، لذا بررسی مسیرهای منتهی به این مشکلات، ضروری به نظر می‌رسد (۲۱).

یکی از سازه‌های شناختی که می‌تواند در رابطه بین تجارب آسیب‌زای کودکی و اختلال اضطراب اجتماعی تأثیرگذار باشد تفکر ارجاعی^۱ است. اهرینگ تفکر ارجاعی را نوعی از تفکر درباره مشکلات یا تجارب منفی یک شخص تعریف کرده است که با سه ویژگی تکراری بودن، خودآیند بودن و مشکل در قطع افکار و دو مشخصه اصلی نشخوار فکری و نگرانی مشخص می‌شود. تفکر ارجاعی در اکثر اختلالات مشخصه یکسانی دارد که نشان‌دهنده فراتشخیصی بودن این فرآیند است (۲۴). تفکر ارجاعی در مؤلفه نگرانی، اضطراب و در مؤلفه نشخوار، افسردگی را تعدیل می‌کند (۲۵). هنگامی که افراد شروع به تفکر ارجاعی می‌کنند، یعنی پس از رویداد اجتماعی آن را مرور می‌کنند و در مورد عملکرد خود و معنای نشانه‌های بازخورد اجتماعی نشخوار فکری می‌کنند. در نتیجه، اضطراب اجتماعی در آن‌ها تشدید می‌شود، پردازش پیش‌بینی منفی و پردازش پس از رویداد، اضطراب اجتماعی را با تأیید بازنمایی‌های ذهنی منفی خود و با پیوند دادن گذشته اضطراب‌آور اجتماعی به آینده نگران‌کننده اجتماعی، توجیه می‌کند (۲۶). به عنوان یک عامل خطر ساز، افزایش تفکر ارجاعی ممکن است همبندی اختلالات عاطفی را افزایش دهد (۲۴). کرافت و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که نشخوار فکری و کنترل توجه در رابطه میان افسردگی و اضطراب اجتماعی در دانشجویان نقش واسطه‌ای دارند. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که افراد با نشانه‌های اضطراب اجتماعی پس از قرارگیری در موقعیت‌های اجتماعی، بیشتر دچار نشخوار فکری می‌شوند (۲۷).

نشخوار فکری به عنوان شیوه‌ی ناسازگار مواجهه با رویدادهای استرس‌زا و تجربه‌های دشوار زندگی تعریف می‌شود، که شامل تمرکز مکرر و منفعلانه بر روی احساس و افکار منفی است. در واقع نشخوار فکری تلاشی برای درک علل و پیامدهای تجارب ناخوشایند است (۲۸، ۲۹). افراد مبتلا به نشخوار فکری با تأکید بر عقاید منفی در مورد خود،

1. Repetitive Negative Thinking



شکل ۱) مدل پیشنهادی تحقیق

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه دانش‌آموزان دختر در حال تحصیل در پایه دهم تا دوازدهم شهر تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود از این جامعه با توجه به راهکار هو و بنتلر (۳۱) مینی بر این که در مدل‌یابی و تحلیل مسیر بهتر است حجم نمونه از ۲۰۰ نفر کمتر نباشد، لذا برای تعمیم‌پذیری یافته‌ها حجم نمونه ۳۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شد. بدین شرح که از بین پنج ناحیه آموزش و پرورش شهر تبریز، دو ناحیه و از هر ناحیه دو مدرسه و از هر مدرسه چهار کلاس به طور تصادفی انتخاب شد. ملاک‌های ورود عبارت بود از: پایه دهم تا دوازدهم و شرایط خروج نیز عدم پاسخگویی کامل به سؤالات پرسشنامه‌ها بود.

ابزار

۱. مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان^۱: این مقیاس از ۲۸ گویه و ۲ خرده مقیاس درک و ترس از ارزیابی منفی (۱۵ سؤال) و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی (۱۳ سؤال) تشکیل شده است که به منظور سنجش نگرانی‌ها، ترس‌ها و رفتارهای اجتنابی نوجوانان در موقعیت‌های مختلف بکار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «خیلی کم»، «کم»، «متوسط»، «زیاد» و «خیلی زیاد» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. رواسازی این مقیاس نخستین بار در نمونه‌ای متشکل از ۳۲۵ نوجوان ۲۰، ۱۶ و ۱۲ سال اسلوونیایی انجام شد. نتایج مطالعه پاکلک و ویدما (۳۲) روایی همزمان، روایی همگرا و روایی افتراقی این

مقیاس را تأیید کردند. در پژوهش خدائی و همکاران (۳۲) نتایج تحلیل عاملی تأییدی، با هدف بررسی روایی عاملی این مقیاس نشان داد که ساختار دو عاملی برازش خوبی با داده‌ها دارد. ضرایب آلفا برای زیرمقیاس‌های درک و ترس از ارزیابی منفی و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی و نمره کلی اضطراب اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۸۳ بدست آمد (۳۳).

۲. پرسشنامه ترومای دوران کودکی^۲: این پرسشنامه توسط برنستاین و همکاران (۳۴) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده است. این پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه بکار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند بکار می‌رود. این پرسشنامه پنج نوع از بدرفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از: سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده عاطفی، غفلت عاطفی و جسمی. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت پنج نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «هرگز»، «خیلی کم»، «گاهی اوقات»، «اغلب اوقات» و «همیشه» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود و سؤال‌های ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۶ و ۲۸، به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش برنستاین و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۵۹، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (۳۴). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه‌السلام (۳۵)

1. Social Anxiety Scale for Adolescents(SASA)

2. The Childhood Trauma Questionnaire(CTQ)

نمونه و دسترسی و ارتباط با دانش‌آموزان، توضیحات لازم به آن‌ها ارائه و بعد از جلب اعتماد و رضایت دانش‌آموزان، پرسشنامه‌ها بین آن‌ها توزیع شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا از روش‌های آماری توصیفی و همبستگی با نرم افزار SPSS استفاده شد. سپس تحلیل‌های مربوط به آزمایش مدل پژوهش و ارزیابی برازندگی مدل مفهومی از طریق مدل‌یابی معادلات ساختاری نرم‌افزار AMOS انجام شد.

یافته‌ها

آماده‌های توصیفی و ضرایب همبستگی در جدول ۱ و شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی در جدول ۲ ارائه شده است.

شاخص‌های مختلفی جهت بررسی تطابق مدل پیشنهادی با داده‌ها وجود دارد. در این پژوهش، میزان χ^2/df برابر با ۲/۴۳ است و این حاکی از برازندگی مدل با داده‌هاست. شاخص‌های GFI، AGFI، NFI و CFI به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ بدست‌آمد که نشان‌دهنده‌ی برازش مطلوب مدل است. شاخص RMSEA به عنوان مهمترین شاخص و مالک پذیرش یا رد یک مدل مفروض، برابر با ۰/۰۳ محاسبه شد که برازندگی مطلوب مدل را نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌ها، مدل پیشنهادی با داده‌ها برازش دارد و مورد تأیید است. شکل ۲ مدل پیشنهادی پژوهش را همراه با ضرایب تأثیر نشان می‌دهد.

آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند.

۳. پرسشنامه تفکر ارجاعی اهرینگ^۱: این پرسشنامه توسط اهرینگ، زستچ، ویداکر، واهل و اهلرس (۳۶) توسعه داده شده است. ۱۵ عبارت که دارای مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای هستند برای سنجش این ابزار بکار رفته است. سؤال‌های این پرسشنامه یک مقیاس کلی و سه زیرمقیاس ناکارآمدی ادراک شده، تسخیر ظرفیت روانی، و ویژگی‌های اصلی تفکر ارجاعی را مورد سنجش قرار می‌دهند. آزمودنی‌ها در طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای از هرگز = ۰، به ندرت = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب = ۳ و همیشه = ۴ میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات مشخص می‌سازند. نتایج پژوهش اهرینگ و همکاران (۳۶) حاکی از همسانی درونی مطلوب این مقیاس است. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ را برای کل آزمون ۰/۹۵، برای زیرمقیاس‌های ویژگی‌های اصلی تفکر ارجاعی ۰/۹۴، ناکارآمدی ادراک شده ۰/۸۳ و تسخیر ظرفیت روانی ۰/۸۶ و برای پایایی حاصل از روش بازآزمایی برای کل آزمون ۰/۶۹، زیرمقیاس ویژگی‌های اصلی ۰/۶۶، ناکارآمدی ادراک شده ۰/۶۸ و تسخیر ظرفیت روانی ۰/۶۹ گزارش کرده‌اند. همبستگی معنادار این مقیاس با دیگر مقیاس‌های سنجش تفکر ارجاعی از جمله پرسشنامه حالت نگرانی، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه صفت و حالت اضطراب و پرسشنامه نشانگان افسردگی، حاکی از روایی همگرایی بالای این مقیاس است. ثبات درونی این آزمون بر اساس نمونه پژوهشی حاضر به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۹ و برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۱ و ۰/۶۹ به دست آمد. همچنین در پژوهش شیرمحمدی و همکاران (۳۷) روایی صوری آزمون توسط صاحب‌نظران روان‌شناس در سال ۱۳۹۴ بررسی و بعد از تأیید آن‌ها، از پرسشنامه استفاده شد.

روند اجرای پژوهش: ابتدا در خصوص هدف انجام

پژوهش، اخذ معرفی‌نامه و مجوز جهت توزیع پرسشنامه در بین دانش‌آموزان با ریاست و مسئولین محترم آموزش و پرورش کل هماهنگی‌های لازم صورت گرفت. پس از انجام امور اداری مربوطه و مشخص کردن تعداد و چارچوب گروه

1. Ehrling Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ)

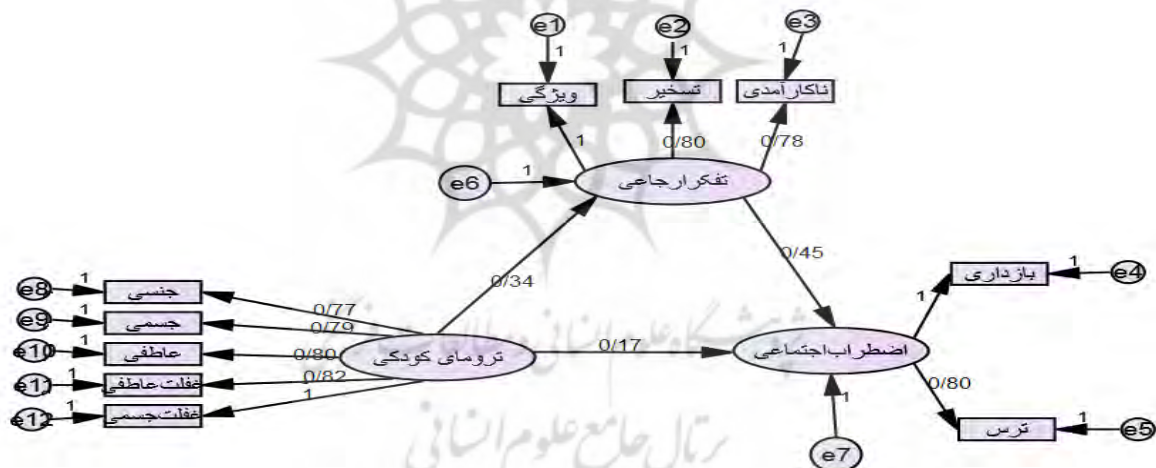
جدول (۱) آماره‌های توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	ضرایب همبستگی		
			۱	۲	۳
۱ اختلال اضطراب اجتماعی	۸۲/۶۷	۱۱/۱۲	۱		
۲ ترومای دوران کودکی	۳۵/۸۷	۸/۱۴	۰/۲۹**	۱	
۳ تفکر ارجاعی	۲۹/۹۳	۷/۸۸	۰/۴۹**	۰/۳۸**	۱

** $p \leq 0/01$

جدول (۲) شاخص‌های برازش مدل تدوین شده

شاخص‌های برازش	بازه قابل قبول	بازه مطلوب	شاخص مشاهده شده	نتیجه
χ^2	-	-	۵۳/۴۶	-
df	-	-	۲۲	-
χ^2/df	<۵	<۳	۲/۴۳	مطلوب
P-value	-	-	۰/۴۱	مطلوب
GFI	>۰/۸۵	>۰/۹۰	۰/۹۴	مطلوب
AGFI	>۰/۸۵	>۰/۹۰	۰/۹۲	مطلوب
NFI	>۰/۹۰	>۰/۹۵	۰/۹۳	مطلوب
CFI	>۰/۹۰	>۰/۹۵	۰/۹۲	قابل قبول
RMSEA	<۰/۰۸	<۰/۰۵	۰/۰۳	مطلوب



شکل (۲) مدل ساختاری پژوهش حاضر همراه با ضرایب تأثیر

جدول (۳) ضرایب و معناداری مسیرهای مستقیم

مسیرها	برآورد غیراستاندارد	برآورد استاندارد	خطای استاندارد	حد		نسبت بحرانی	سطح معناداری
				پایین	بالا		
مسیر اثر ترومای دوران کودکی به اضطراب اجتماعی	۰/۲۶	۰/۱۷	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۲۲	۲/۷۵	۰/۰۰۱
مسیر اثر ترومای دوران کودکی به تفکر ارجاعی	۰/۵۱	۰/۳۴	۰/۰۹	۰/۲۹	۰/۳۹	۴/۵۰	۰/۰۰۱
مسیر اثر تفکر ارجاعی به اضطراب اجتماعی	۰/۶۹	۰/۴۵	۰/۰۸	۰/۴۱	۰/۴۹	۵/۶۸	۰/۰۰۱

ارجاعی در رابطه بین ترومای دوران کودکی با اختلال اضطراب اجتماعی از دستور بوت استرپ در نرم‌افزار

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان‌دهنده معناداری مسیرهای مستقیم است. همچنین جهت سنجش نقش میانجی تفکر

$p <$ این معناداری نشان می‌دهد که با افزایش ترومای دوران کودکی بر میزان تفکر ارجاعی افزوده می‌شود و با افزایش تفکر ارجاعی، اضطراب اجتماعی افزایش می‌یابد.

AMOS استفاده شد. در جدول ۴ نتایج بوت استرپ مربوط به مسیرهای غیرمستقیم درج شده است. با توجه به جدول ۳ ترومای دوران کودکی قادر است به صورت مستقیم ۰/۱۵ از تغییرات اضطراب اجتماعی را با میانجی‌گری تفکر ارجاعی در واحد استاندارد به طور معنی‌دار تبیین نماید (۰/۰۵).

جدول ۴) نتایج بوت استرپ مربوط به مسیرهای غیرمستقیم

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	اثر غیرمستقیم	سطح معنی‌داری	حد پایین	حد بالا
تروما دوران کودکی	تفکر ارجاعی	اضطراب اجتماعی	۰/۱۵	۰/۰۱	۰/۱۱	۰/۲۰

بحث

گذشته اضطراب‌آور اجتماعی به آینده نگران‌کننده اجتماعی، توجیه می‌کند (۲۶). کرافت و همکاران (۲۷) در پژوهش خود نشان دادند که نشخوار فکری و کنترل توجه در رابطه میان افسردگی و اضطراب اجتماعی در دانشجویان نقش واسطه‌ای دارند. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که افراد با نشانه‌های اضطراب اجتماعی پس از قرارگیری در موقعیت‌های اجتماعی بیشتر دچار نشخوار فکری می‌شوند. در تبیین این یافته می‌توان مطرح ساخت که نشخوار فکری (به عنوان نمودی از تفکر ارجاعی) که از ویژگی‌های اصلی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی معرفی شده است، یک چرخه شناختی معیوب از افکاری است که حول یک موضوع یا موارد خاصی می‌چرخد (۳۸). براساس نظریه نولن-هوکسما (۲۸) نشخوار فکری باعث شکل‌گیری خلق‌های افسرده‌ساز می‌شود که فرد را در جهت شکل‌گیری افکار غیرواقعی و غیرمنطقی که اصلی‌ترین مشخصه تمام اختلالات اضطرابی است آماده می‌کند.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بین ترومای دوران کودکی و تفکر ارجاعی رابطه مثبت وجود دارد و به نوعی، اثر مستقیم ترومای دوران کودکی روی تفکر ارجاعی تأیید شد. این نتیجه، با یافته‌های پژوهش اهرینگ و واتکنیس (۲۵) همسو است. اهرینگ و واتکنیس بیان می‌کنند ابعاد نشخوار فکری و نگرانی تفکر ارجاعی رابطه تنگاتنگ با ضربه‌های روانی تنش‌زا برقرار می‌نمایند. نشخوار فکری پیوندی بین عوامل خطر ساز مختلف در پریشانی‌های روانی، شامل تصویرهای ذهنی منفی جهت‌مند ایجاد می‌کند که ممکن است به عنوان یکی از قوی‌ترین پیش‌بین‌های اختلالات روان‌شناختی باشد. نشخوار فکری به عنوان یک عامل استمراربخش مهم در اختلال استرس پس از سانحه

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ترومای دوران کودکی با اختلال اضطراب اجتماعی با نقش میانجی تفکر ارجاعی صورت گرفت. نتایج نشان داد مدل اندازه‌گیری شده با مدل نظری برآزش مطلوب دارد. در این راستا، نخستین یافته پژوهش حاضر نشان داد که بین ترومای دوره‌ی کودکی با اختلال اضطراب اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. بطوری که، افزایش یا کاهش نمرات شرکت‌کنندگان در ترومای دوران کودکی منجر به افزایش و کاهش میزان اضطراب اجتماعی می‌گردد. این یافته با پژوهش‌های کیم و همکاران (۲۲)، کراتزر و همکاران (۲۳)، ژانگ و همکاران (۲۱) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به فرضیه افزایشی (فروزش) و اثر حساس‌سازی اشاره نمود. برخی محققان بر این باورند که ترومای دوران کودکی می‌تواند حساسیت را افزایش دهد یا آسیب‌پذیری فرد را نسبت به رویدادهای منفی افزایش دهد، یعنی رویدادهای جزئی ممکن است واکنش عاطفی قوی (پریشانی روان‌شناختی) را در آینده ایجاد کند (۲۱).

یافته دیگر پژوهش حاضر مؤید آن بود که بین تفکر ارجاعی و اختلال اضطراب اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش ایسبورن و همکاران (۲۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان عنوان نمود که هنگامی که افراد شروع به تفکر ارجاعی می‌کنند، یعنی پس از رویداد اجتماعی آن را مرور می‌کنند و در مورد عملکرد خود و معنای نشانه‌های بازخورد اجتماعی نشخوار فکری می‌کنند که اضطراب اجتماعی در آن‌ها تشدید می‌شود، پردازش پیش‌بینی منفی و پردازش پس‌از رویداد، اضطراب اجتماعی را با تأیید بازنمایی‌های ذهنی منفی خود و با پیوند دادن

این واقعیت است که ممکن است یک عامل مهم را در رشد و ابقای اختلال‌های روانی تشکیل دهند (۴۰).
 براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که ترومای دوران کودکی و تفکر ارجاعی با اختلال اضطراب اجتماعی رابطه دارد. در واقع افرادی که مشخصه‌های تفکر ارجاعی بیشتری را دارند، آشفتگی روان‌شناختی بیشتری را متحمل می‌شوند. افکار منفی تکرارشونده‌ی افرادی که دچار تروما و آسیب‌روانی مکرر شده‌اند، آن‌ها را مستعد تشویش و آسیب‌های روان‌شناختی بیشتری می‌کند. مواجهه با شرایط نامناسب و تجربه تروما در کودکی منجر به بروز اختلالات هیجانی می‌شود که می‌تواند احتمال آسیب‌های روانی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی را در نوجوانی و بزرگسالی افزایش می‌دهد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن آن به جامعه آماری دانش‌آموزان دختر سنین ۱۵ تا ۱۸ سال اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج به سایر جمعیت‌های آماری را با محدودیت مواجه می‌سازد و استفاده از ابزار خودگزارشی که منجر به سوگیری در پاسخ می‌شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده علاوه بر استفاده بیشتر از روش مدل‌یابی و در نظر گرفتن نقش همزمان چندین متغیر، انواع تروما دوران کودکی (سوءاستفاده جسمی، جنسی، عاطفی، غفلت عاطفی و جسمی) نیز دقیق‌تر بررسی شود. همچنین پژوهشگران به تکرار این پژوهش در جوامع دیگر بپردازند.

منابع

- Gimple GA HM. Emotional and behavioral problem of young children: Effective intervention in the preschool and kindergarten years 2002.
- Magai DN, Malik JA, Koot HM. Emotional and behavioral problems in children and adolescents in Central Kenya. *Child Psychiatry & Human Development*. 2018;49:659-71.
- Blakemore S-J. Adolescence and mental health. *The Lancet*. 2019;393(10185):2030-1.
- Kaur R BH. Social adjustment and self-regulation of adolescents: Influence of spiritual intelligence. *Man in India*. 2016;96(9):3169-78.
- Morabito G, Barbi E, Ghirardo S, Bramuzzo M, Conversano E, Ventura A, Cozzi G. Mental health problems in children admitted with physical symptoms. *European journal of pediatrics*. 2021;180:1611-5.
- Lucherini Angeletti L, Scalabrini A, Ricca V, Northoff G. Topography of the anxious self: abnormal rest-task modulation in social anxiety disorder. *The Neuroscientist*. 2023;29(2):221-44.

ظاهر می‌شود. قربانیان تروما که تجربه اختلال استرس پس از سانحه را دارند، گرایش به تفکر درباره اتفاقات رخ داده به کرات در یک مسیر منفی دارند. آن‌ها با فراوانی زیاد فکر می‌کنند که چگونه می‌توانند از تروما جلوگیری کنند یا اینکه فکر می‌کنند که اشتباه آن‌ها چیست (۲۵).

فرد دچار نشخوار فکری، بیشتر درگیر مرور خاطرات منفی خود است. او وقایع را منفی تفسیر می‌کند و از این‌رو، رضایت خاطرش از زندگی کاهش می‌یابد و دیدگاهی بدبینانه نسبت به زندگی پیدا می‌کند. در اینجا، ترومای کودکی باعث تشدید این مشکلات می‌شود و میزان نشخوار فکری را افزایش می‌دهد. همچنین، نشخوار فکری باعث کاهش رفتارهای مؤثر و انطباقی می‌شود. افرادی که در این چرخه گرفتار شده‌اند، رفتارهایی را که باعث ایجاد حس کنترل و دریافت تقویت از دیگران می‌شود، کمتر انجام می‌دهند. این حالت باعث درماندگی و ناامیدی بیشتر آن‌ها می‌شود (۳۹).

آخرین یافته پژوهش حاضر مؤید آن بود که تفکر ارجاعی قادر است رابطه بین ترومای دوران کودکی و اختلال اضطراب اجتماعی را میانجی‌گری کند. در تبیین نقش واسطه‌ای تفکر ارجاعی در ارتباط ترومای دوران کودکی و اختلال اضطراب اجتماعی می‌توان عنوان نمود که افکار منفی، نشأت گرفته از بسیاری از تجارب منفی هستند که همبندی زیادی با اختلالات روان‌شناختی منفی ایجاد می‌کنند و در نتیجه، با توجه به تکراری بودن این افکار، به بدتر شدن شرایط روحی و روانی فرد منجر شده و به تشدید احساسات منفی وی می‌انجامند. ماهیت فراتشخیصی تفکر ارجاعی از دلالت‌های مهم در مداخله است و مداخله در افکار منفی و ماهیت فراتشخیصی آن‌ها ممکن است به کاهش نشانه‌ها در اکثر حیطه‌های اختلال عاطفی دیگر منجر شود و آسیب‌های مختلفی را کاهش دهد.

تفکر ارجاعی پیش‌بینی‌کننده مستقل پریشانی‌های روانی نیست، بلکه نقش میانجی را در اکثر اختلال‌ها دارد. مطالعات نشان داده است که تفکر ارجاعی که از فرآیندهای شناختی و فراشناختی است، در بین اکثر اختلالات نقش میانجی دارد. فعالیت‌های فراشناختی به ساختارهای روان‌شناختی، دانش، وقایع و پردازش‌های درگیر در کنترل، تغییر، اصلاح، تفسیر و تفکر اشاره دارد. اهمیت فعالیت‌های فراشناختی با توجه به

- International journal of environmental research and public health. 2021;18(13):6808.
22. Kim JS, Jin MJ, Jung W, Hahn SW, Lee S-H. Rumination as a mediator between childhood trauma and adulthood depression/anxiety in non-clinical participants. *Frontiers in psychology*. 2017;8:280620.
 23. Kratzer L, Heinz P, Pfitzer F, Padberg F, Jobst A, Schennach R. Mindfulness and pathological dissociation fully mediate the association of childhood abuse and PTSD symptomatology. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2018;2(1):5-10.
 24. McEvoy PM, Watson H, Watkins ER, Nathan P. The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of affective disorders*. 2013;151(1):313-20.
 25. Ehring T, Watkins ER. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International journal of cognitive therapy*. 2008;1(3):192-205.
 26. Esbjørn BH, Falch A, Walczak MA, Normann N, Breinholst S. Social anxiety disorder in children: investigating the relative contribution of automatic thoughts, repetitive negative thinking and metacognitions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2021;49(2):159-71.
 27. Kraft JD, Grant DM, White EJ, Taylor DL, Frosio KE. Cognitive mechanisms influence the relationship between social anxiety and depression among college students. *Journal of American college health*. 2021;69(3):245-51.
 28. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*. 2008;3(5):400-24.
 29. Tomita N, Imai S, Kanayama Y, Kumano H. Relationships between cortically mediated attentional dysfunction and social anxiety, self-focused attention, and external attention bias. *Perceptual and motor skills*. 2019;126(6):1101-16.
 30. Modini M, Rapee RM, Costa DS, Abbott MJ. Modelling the relationship between changes in social anxiety and rumination before and after treatment. *Cognitive Therapy and Research*. 2018;42:250-60.
 31. Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.
 32. Puklek M. Sociocognitive aspects of social anxiety and its developmental trend in adolescence [PhD Dissertation]. Ljubljana: University of Ljubljana. 1997.
 33. Khodae A So, Puklek M, Gravand F, Tolabi S. Factorial Structure and Psychometric Properties of the Adolescent Social Anxiety Scale. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011;5(3):209-16.
 34. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the
 7. Aune T, Nordahl HM, Beidel DC. Social anxiety disorder in adolescents: prevalence and subtypes in the Young-HUNT3 study. *Journal of Anxiety Disorders*. 2022;87:102546.
 8. Talepasand S NM. Social phobia symptoms: Prevalence and sociodemographic correlates. *Archives of Medicine Iranian (AIM)*. 2010;13(6):522-7.
 9. Legg TG. *Social Anxiety Disorder*. 2018.
 10. Asher M, Asnaani A, Aderka IM. Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical psychology review*. 2017;56:1-12.
 11. American Psychiatric Association D, Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association* Washington, DC; 2013.
 12. Kuhney FS, Damme KS, Pelletier-Baldelli A, Chun C, Ellman LM, Schiffman J, Mittal VA. Prevalence and functional consequences of social anxiety in individuals at clinical high-risk for psychosis: Perspective from a community sample comparison. *Schizophrenia Bulletin Open*. 2021;2(1):sgab025.
 13. Hur J, DeYoung KA, Islam S, Anderson AS, Barstead MG, Shackman AJ. Social context and the real-world consequences of social anxiety. *Psychological Medicine*. 2020;50(12): 1989-2000.
 14. Felsman P, Seifert CM, Himle JA. The use of improvisational theater training to reduce social anxiety in adolescents. *The Arts in Psychotherapy*. 2019;63:111-7.
 15. G B. [Overcoming Social anxiety and shyness: a self-help guide using cognitive behavioral techniques]: Tehran: Arjmand; 2012.
 16. Müller LE, Bertsch K, Büllau K, Herpertz SC, Buchheim A. Emotional neglect in childhood shapes social dysfunctioning in adults by influencing the oxytocin and the attachment system: Results from a population-based study. *International Journal of Psychophysiology*. 2019;136:73-80.
 17. Quenneville AF, Kalogeropoulou E, Küng A-L, Hasler R, Nicastro R, Prada P, Perroud N. Childhood maltreatment, anxiety disorders and outcome in borderline personality disorder. *Psychiatry research*. 2020;284:112688.
 18. Asher SR, Coie JD. *Peer rejection in childhood*: CUP Archive; 1990.
 19. Kuo JR, Goldin PR, Werner K, Heimberg RG, Gross JJ. Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2011;25(4):467-73.
 20. Marwaha S, Gordon-Smith K, Broome M, Briley PM, Perry A, Forty L, et al. Affective instability, childhood trauma and major affective disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2016;190:764-71.
 21. Zhang L, Ma X, Yu X, Ye M, Li N, Lu S, Wang J. Childhood trauma and psychological distress: a serial mediation model among Chinese adolescents.

Childhood Trauma Questionnaire. Child abuse & neglect. 2003;27(2):169-90.

35. Ebrahimi H DM, Saqateleslam T. Childhood trauma and suicide attempts in adulthood. Journal of Iranian Psychiatry and Clinical Psychology. 2013;19(4):275-82.

36. Ehring T, Zetsche U, Weidacker K, Wahl K, Schönfeld S, Ehlers A. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2011;42(2):225-32.

37. Shirmohammadi F KA, Esfandabad H. The Relationship between Perfectionism and Generalized Anxiety Disorder by Mediating Repetitive Negative Thinking. Journal of Applied Psychology. 2016;1(37):107-23.

38. Joormann J. Differential effects of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. Cognitive therapy and research. 2006;30:149-60.

39. Rowley AA, Roesch SC, Jurica BJ, Vaughn AA. Developing and validating a stress appraisal measure for minority adolescents. Journal of Adolescence. 2005;28(4):547-57.

40. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression: Guilford press; 2011.

