

Research Article

Examining the Causal Relationship Between Childhood Trauma and Generalized Anxiety Severity: Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties and Self-critical Belief

Zahra Izadpanah¹, Seyede Maryam Moshirian Farahi^{2*}
& Milad Shirkhani³

1. M.A in General psychology, Faculty of Humanities, Imam Reza International University, Mashhad, Iran.

2. Assistant Professor of Psychology, Faculty of Humanities, Imam Reza International University, Mashhad, Iran.
Email: Maryam.Moshirian@imamreza.ac.ir

3. Ph.D. Student in Cognitive Psychology, Faculty of Education Science and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Abstract

Aim: This study examined the relationship between childhood trauma and generalized anxiety severity, with emotion regulation difficulties and self-critical beliefs as mediators.

Method: This descriptive-correlational study included 250 individuals attending counseling centers in Mashhad in 2023. Data were collected using standardized questionnaires and analyzed using SPSS-26 and SmartPLS-3.

Results: The model demonstrated good fit. Childhood trauma had significant direct effects on generalized anxiety severity. Emotion regulation difficulties ($\beta = 0.136$) and self-criticism ($\beta = 0.051$) significantly mediated this relationship ($p < 0.05$).

Conclusion: Childhood trauma, emotion regulation difficulties, and self-critical beliefs contribute directly and indirectly to generalized anxiety severity. These factors should be addressed in clinical interventions to improve treatment outcomes.

Key words: Generalized Anxiety, Self-Critical Beliefs, Childhood Traumatic Experiences, Emotion Regulation Difficulty

Citation: Izadpanah, Z., Moshirian Farahi, M., & Shirkhani, M. (2025). Examining the Causal Relationship Between Childhood Trauma and Generalized Anxiety Severity: Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties and Self-critical Belief. *Appl. Psychol* 19 (4):234-258.

مقاله پژوهشی

بررسی رابطه علی تروماهای دوران کودکی بر شدت اضطراب فراگیر: نقش میانجی دشواری تنظیم هیجان و باورهای خود انتقادی

زهرا ایزدپناه^۱، سیده مریم مشیریان فراچی^{۲*} و میلاد شیرخانی^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بین‌المللی امام رضا (ع)، مشهد، ایران.

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بین‌المللی امام رضا (ع)، مشهد، ایران. ایمیل: Maryam.Moshirian@imamreza.ac.ir

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه تجارب تروماتیک دوران کودکی بر شدت اضطراب فراگیر و نقش میانجی دشواری تنظیم هیجان و باورهای خود انتقادی انجام شد.

روش: روش توصیفی از نوع همبستگی بود. نمونه شامل ۲۵۰ نفر از مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره دانشگاه‌های غیرانتفاعی در سنین ۱۸ تا ۶۰ سال مشهد در سال ۱۴۰۳ بود که به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. داده‌ها به کمک پرسش‌نامه اضطراب فراگیر (اسپیتزر و همکاران، ۲۰۰۶)، تجارب تروماتیک دوران کودکی (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳)، خودانتقادی (تامپسون و زوروف، ۲۰۰۴) و دشواری تنظیم هیجان (گرتز و رومر، ۲۰۰۴) جمع‌آوری شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS (نسخه ۲۶) و SMARPLS (نسخه ۳) تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل از برازش خوبی برخوردار است. در مسیر مستقیم تمامی اثرات مثبت و معنادار بودند ($P=0/01$). همچنین در مسیر غیر مستقیم نقش میانجی دشواری تنظیم هیجان ($\beta=0/136$) و باورهای خودانتقادی ($\beta=0/051$) در رابطه با تجارب تروماتیک دوران کودکی و شدت اضطراب فراگیر تأیید شد؛ که هر دو معنادار بودند ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که تجارب دوران کودکی، دشواری تنظیم هیجان و خود انتقادی به طور مستقیم و غیر مستقیم فاکتورهای مهمی در شدت اضطراب فراگیر هستند و بررسی این فاکتورها جهت مداخلات کارآمد باید مورد توجه درمانگران قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: اضطراب فراگیر، باورهای خود انتقادی، تجارب تروماتیک دوران کودکی، دشواری تنظیم هیجان

استناد به این مقاله: ایزدپناه، زهرا، مشیریان فراچی، سیده مریم، و شیرخانی، مریم. (۱۴۰۴). بررسی رابطه علی تروماهای دوران کودکی بر شدت اضطراب فراگیر: نقش میانجی دشواری تنظیم هیجان و باورهای خود انتقادی. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۹ (۴): ۲۳۴-۲۵۸.

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی^۲ است که با نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل در مورد مسائل مختلف زندگی مشخص می‌شود و افراد علائمی چون بی‌قراری، احساس خستگی، مشکل در تمرکز، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و روانی و مشکلات خواب را تجربه می‌کنند؛ همچنین این نگرانی‌ها می‌تواند بر عملکرد روزمره فرد در ابعاد مختلف تأثیر منفی بگذارد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۲۲). اختلال اضطراب فراگیر به عنوان یک اختلال اضطرابی پایه در نظر گرفته می‌شود، زیرا نگرانی مفرط آن نه تنها نشانه‌ی اصلی این اختلال است، بلکه در بسیاری از سایر اختلالات اضطرابی نیز مشاهده می‌شود (ژائو، ژنگ، لی، وانگ و لیو، ۲۰۲۴؛ ون، ژنگ، زو، چن و وانگ، ۲۰۲۵). هم‌زمان، شواهد همه‌گیرشناسی^۴ نشان می‌دهد که بار اختلالات اضطرابی در جهان طی دهه‌های اخیر رو به افزایش است، به خصوص که همه‌گیری کووید-۱۹^۵ با افزایش ۲۵ درصدی شیوع اضطراب^۶ و افسردگی^۷ همراه بوده است و از آنجایی که درمان‌ها مؤثرند اما همواره به بهبودی کامل منجر نمی‌شوند (بی، یان، سینگ، وانگ، سو و همکاران، ۲۰۲۴) در نتیجه، این اختلال نه تنها به عنوان یک اختلال مستقل اهمیت دارد، بلکه می‌تواند در فهم و درمان سایر اختلالات اضطرابی نیز نقش محوری ایفا کند؛ بنابراین، شناسایی عوامل ریشه‌ای و زمینه‌ساز^۸ آن ضرورتی دوچندان پیدا می‌کند.

یکی از عوامل مهم در بروز اضطراب فراگیر، تجارب تروماتیک در دوران کودکی^۹ است. مواجهه با سوءاستفاده عاطفی، جسمی یا جنسی و نیز غفلت^{۱۰} در این دوران می‌تواند به شکل‌گیری الگوهای ناسازگارانه روانی منجر شود و خطر ابتلا به مشکلات اضطرابی در بزرگسالی را افزایش دهد (یادگار، ۱۴۰۳؛ ون و همکاران، ۲۰۲۵). از سویی پژوهشی حاکی از آن بوده که تجارب تروماتیک دوران کودکی می‌تواند از طریق باور‌هایی نظیر بی‌ارزشی سبب خودپذیری و اعتماد به نفس کمتر در افراد شود و سبب افزایش احتمال ابتلا به اضطراب فراگیر در بزرگسالی شود (سنگوی، زینال و نیومن، ۲۰۲۳). همچنین افرادی که در کودکی با تروما روبه‌رو شده‌اند، ممکن است الگوهای فکری نادرستی را تشکیل دهند که سبب احساسات منفی نسبت به خود و دیگران می‌شوند و می‌توانند منجر به اضطراب فراگیر و نگرانی‌های پیوسته شود (لیاقت‌مند، صادقی و سپهوندی، ۱۴۰۲). طبق مطالعات گفته شده بررسی اضطراب فراگیر بدون در نظر گرفتن تجارب

¹ generalized anxiety disorder² anxiety disorder³ american psychiatric association⁴ epidemiologic⁵ covid-19⁶ anxiety⁷ depression⁸ predisposing⁹ childhood traumatic experiences¹⁰ neglect

اولیه زندگی، تصویری ناقص از عوامل خطر ارائه می‌کند. با توجه به اثرات عمیق و ماندگاری که تجارب تروماتیک دوران کودکی بر فرد بر جای می‌گذارند - از جمله شکل‌گیری الگوهای ناکارآمد، کاهش خودپذیری و اعتماد به نفس - می‌توان گفت بررسی این تجارب به‌دستیابی درکی دقیق‌تر از زمینه‌های شکل‌گیری اضطراب و فرایندهای روان‌شناختی مرتبط با آن کمک می‌کند (سنگوی، زینال و نیومن، ۲۰۲۳؛ لیاقت‌مند، صادقی و سپهوندی، ۱۴۰۲) و در توسعه رویکردهای درمانی کارآمد و طراحی برنامه‌های پیشگیرانه مؤثر است.

در این میان، یکی از سازه‌های مهم مرتبط با اضطراب فراگیر، تنظیم هیجان^۱ است. دشواری در تنظیم هیجان از جمله چالش‌های اساسی افراد مبتلا به این اختلال محسوب می‌شود (روحی، منظری توکلی و تجربه‌کار، ۱۴۰۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای اختلالات اضطرابی، معمولاً در تنظیم هیجان با مشکلات بیشتری مواجه‌اند (ارس، لیم، لنهام، جیلارد و باتس، ۲۰۲۱؛ روان، چن و یان، ۲۰۲۳؛ وو، تان، بلین، شائو، جیا و همکاران، ۲۰۲۴). توانایی تنظیم هیجان امکان مقابله سازگارانه‌تر با احساسات منفی را به افراد می‌دهد و در نتیجه، میزان اضطراب کاهش می‌یابد و در مقابل، ناتوانی در تنظیم هیجان موجب سردرگمی یا اجتناب از احساسات می‌شود، که این امر می‌تواند به بروز و تداوم اختلالات اضطرابی منجر شود (سوواکل و هس، ۲۰۲۴). نتایج مطالعات نیز نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تمایل دارند از استراتژی‌های تنظیم هیجان ناکارآمد مانند اجتناب و سرکوب^۲ احساسات استفاده کنند، که منجر به تشدید نگرانی‌ها و اضطراب می‌شود (ون و همکاران، ۲۰۲۵؛ سان و همکاران، ۲۰۲۵).

همچنین دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند سازوکاری باشد که از طریق آن تجارب آسیب‌زای دوران کودکی اثرات منفی خود را بر سلامت روان در بزرگسالی برجای می‌گذارند (سان، ۲۰۲۳). علاوه بر این، در یک نمونه بالینی^۳ از مبتلایان اختلال اضطراب فراگیر نشان داده شد که دشواری در تنظیم هیجان به طور مستقل «نگرانی افراطی» و شدت اضطراب فراگیر را پیش‌بینی می‌کند (لاروچل، دوگاس، لنگویز، گاسلین، بلویل و همکاران، ۲۰۲۵) و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان با کاهش شدت اختلال‌های اضطرابی همراه است (رنا، اسپاس، کوئینترو، تول او، سندمن و همکاران، ۲۰۲۳). در نتیجه ناتوانی در شناسایی و مدیریت هیجان‌ها می‌تواند فرد را در چرخه‌ای از نگرانی و ناکامی گرفتار کند و ظرفیت او را برای مواجهه سالم با موقعیت‌های استرس‌زا کاهش دهد. در نتیجه دشواری در تنظیم هیجان، به‌ویژه زمانی که با تجارب تروماتیک دوران کودکی

¹ emotion regulation

³ clinical sample

² suppression

ترکیب می‌شود، می‌تواند به‌عنوان میانجی میان آسیب‌های روانی گذشته و اختلالات اضطرابی کنونی عمل کند (سان، ۲۰۲۳).

در همین راستا، یکی از پیامدهای شناختی-عاطفی مرتبط با دشواری در تنظیم هیجان، خودانتقادی^۱ است. خودانتقادی فرایندی است که در آن فرد به طور مداوم خود را ارزیابی منفی کرده و نسبت به کاستی‌های خود نگرشی سرزنش‌آمیز دارد (باکر و وندرکپ، ۲۰۲۳). این الگوی تفکر می‌تواند موجب بروز احساساتی نظیر اضطراب، افسردگی و ناتوانی در مقابله با فشارهای روانی شود. نوعی از خودانتقادی، با عنوان خودانتقادی مقایسه‌ای^۲ (تامپسون و زوروف، ۲۰۰۴)، در افرادی مشاهده می‌شود که به دلیل اهداف کمال‌گرایانه و غیرواقع‌بینانه‌ای که برای خود تعیین می‌کنند، عملکرد خود را همواره ناکافی می‌پندارند؛ وضعیتی که می‌تواند منجر به ناامیدی، افسردگی و در نهایت اضطراب فراگیر شود (حسینی مهر، خضری مقدم و پوراحسان، ۱۴۰۰). همچنین پژوهش‌ها نشان داده خودانتقادی کمال‌گرایانه از مسیر حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربی با علائم اضطرابی بالاتر مرتبط است زیرا منجر به یک چرخه معیوب می‌شود که در آن فرد دائماً از احساسات و تجربیات منفی خود فرار می‌کند، بدون اینکه فرصت پردازش آن‌ها را داشته باشد. این فرایند نه تنها موجب تشدید اضطراب می‌شود، بلکه در بلندمدت می‌تواند به مشکلات روانی جدی‌تری مانند اضطراب فراگیر منجر گردد (ریچارد و دانکلی، ۲۰۲۴).

از سویی در پژوهش‌های مختلف تأثیر بد رفتاری‌های دوران کودکی بر شکل‌گیری باورهای خود انتقادی اثبات شده است (لاسری و میدان، ۲۰۲۴؛ سسن و گوموش، ۲۰۲۴). در پژوهش‌های تازه نشان داده شده است که خودانتقادی حتی پس از کنترل ویژگی‌های شخصیتی^۳ با شدت اضطراب فراگیر و نگرانی رابطه مستقل و معنادار دارد (سیمپسون، اوگرودنچوک، کیلی، ۲۰۲۴). در واقع خودانتقادی، به‌ویژه از نوع کمال‌گرایانه با افزایش حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربی از احساسات منفی، اضطراب را تشدید می‌کند (ریچارد و دانکلی، ۲۰۲۴). علاوه بر این، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی می‌توانند از طریق شکل‌گیری باورهای خودانتقادی به طور مستقل با شدت اضطراب فراگیر در ارتباط باشند. از این جهت، خودانتقادی نه‌تنها پیامدی از تروما محسوب می‌شود، بلکه می‌تواند به‌عنوان یک سازه میانجی در مسیر ایجاد اضطراب عمل کند. (سیمپسون، اوگرودنچوک، کیلی، ۲۰۲۴).

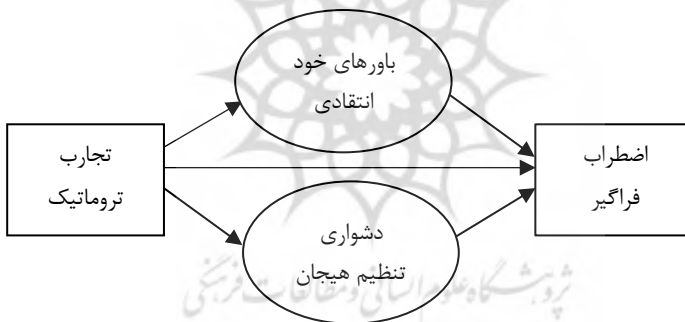
بر اساس یافته‌های پژوهشی، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی می‌توانند از طریق دشواری در تنظیم هیجان و شکل‌گیری باورهای خودانتقادی، احتمال بروز اضطراب فراگیر را در بزرگسالی

¹ selfcriticism

³ personality characteristics

² comparative self-criticism

افزایش دهند (ژائو و همکاران، ۲۰۲۴). به نظر می‌رسد این تجارب با تضعیف مهارت‌های هیجانی، زمینه ایجاد الگوهای خودانتقادی را فراهم می‌سازند و در نتیجه، فرد در هنگام مواجهه با هیجانات منفی، تمایل بیشتری به اجتناب و سرکوب هیجان‌ها پیدا می‌کند؛ امری که به تشدید اضطراب منجر می‌شود (رستمی، صباغ و شیرخانی، ۲۰۲۳). با وجود انجام مطالعات متعدد در زمینه نقش تروماهای کودکی در شکل‌گیری اختلال‌های اضطرابی، اغلب پژوهش‌ها تنها به بررسی اثر مستقیم تروما یا یکی از متغیرهای روان‌شناختی مرتبط بسنده کرده‌اند. در حالی که بررسی هم‌زمان دشواری در تنظیم هیجان و باورهای خودانتقادی به‌عنوان متغیرهای میانجی، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این خلأ موجب محدودیت در تبیین دقیق فرایندهای روان‌شناختی مرتبط با اضطراب فراگیر و مانع طراحی مداخلات جامع و مؤثر می‌شود. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف آزمون مدلی یکپارچه انجام شد تا نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، دشواری در تنظیم هیجان و باورهای خودانتقادی را به‌صورت هم‌زمان در پیش‌بینی شدت اضطراب فراگیر بررسی کند. نتایج این مدل می‌تواند با غنی‌سازی ادبیات نظری، راهنمایی برای تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و بهبود مداخلات درمانی در جمعیت‌های آسیب‌پذیر فراهم آورد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری^۱ بود. جامعه آماری شامل مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره دانشگاه‌های غیرانتفاعی در بازه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه‌گیری به روش داوطلبانه و هدفمند صورت گرفت، به این منظور، فراخوان پژوهش به همراه توضیحات کامل در خصوص اهداف مطالعه و رعایت

¹ structural equation modeling

اصول اخلاقی، در بستر شبکه‌های اجتماعی (تلگرام، واتساپ، ای‌تا و روبیکا) منتشر شد و از افراد واجد شرایط دعوت به همکاری گردید. فراخوان شامل توضیحاتی در مورد موضوع پژوهش، معیارهای ورود و خروج، زمان تقریبی تکمیل پرسشنامه‌ها و تضمین محرمانگی اطلاعات بود. افراد پس از مطالعه این توضیحات و ابراز تمایل برای شرکت، به لینک پرسشنامه‌های آنلاین هدایت می‌شدند. در روش‌شناسی مدل‌یابی معادلات ساختاری می‌تواند بین ۵ تا ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده تعیین شود ($5Q < n < 15Q$) و همچنین به اعتقاد کلاین (۲۰۲۳) حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر می‌تواند درخور دفاع باشد. با توجه به در این پژوهش، پرسشنامه‌ها ۵ مؤلفه دارند؛ بنابراین حداقل ۷۵ و حداقل ۲۵ نمونه لازم داریم که با احتساب ۲۵ درصد ریزش احتمالی به دلیل پاسخ‌های ناقص یا عدم انطباق با ملاک‌های ورود/خروج، حجم نمونه اولیه ۳۵۰ نفر در نظر گرفته شد. پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین توزیع شد و به تعداد ۳۵۰ شرکت‌کننده آن را تکمیل کردند. در مرحله پالایش داده‌ها، از میان ۳۵۰ پرسشنامه جمع‌آوری شده، ۱۰۰ پرسشنامه به دلیل عدم انطباق با ملاک‌های ورود/خروج (مانند نمره پایین‌تر از نقطه برش در مقیاس GAD-7)، وجود اختلالات همزمان گزارش‌شده یا ناقص بودن پاسخ‌ها و الگوهای پاسخ‌دهی نامنظم کنار گذاشته شد و در نهایت داده‌های ۲۵۰ نفر به‌عنوان نمونه نهایی وارد تحلیل شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: بازه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، سکونت در شهر مشهد، داشتن تابعیت ایرانی، کسب حداقل نمره ۱۰ در پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7) که نشان‌دهنده احتمال ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر است، عدم گزارش سایر اختلالات روان‌پزشکی عمده هم‌زمان (بر اساس گزارش خوداظهاری)، عدم مصرف مواد مخدر و الکل در شش ماه گذشته (بر اساس گزارش خوداظهاری). ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش، تکمیل نکردن کامل پرسشنامه‌ها، گزارش سابقه سوء مصرف مواد در شش ماه گذشته، گزارش تشخیص سایر اختلالات روان‌پزشکی عمده هم‌زمان می‌باشد. رعایت اصول اخلاقی در تمامی مراحل پژوهش، از طراحی تا تحلیل داده‌ها، مورد توجه قرار گرفت. بدین صورت که پیش از آغاز جمع‌آوری داده‌ها، فرم رضایت‌نامه آگاهانه الکترونیکی به شرکت‌کنندگان ارائه شد که شامل توضیح کامل در مورد اهداف پژوهش، ماهیت داوطلبانه مشارکت، حق انصراف در هر زمان بدون هیچ‌گونه عواقبی، حفظ محرمانگی و ناشناس بودن اطلاعات بود. شرکت‌کنندگان پس از مطالعه و تأیید الکترونیکی رضایت‌نامه، وارد بخش پرسشنامه‌ها می‌شدند. اطلاعات هویتی شرکت‌کنندگان به‌صورت ناشناس گردآوری شد و اصل محرمانگی و رازداری اطلاعات با استفاده از کدهای شناسایی و ذخیره داده‌ها در یک فایل مجزا و رمزگذاری شده حفظ گردید. دسترسی به داده‌ها تنها برای تیم پژوهش مجاز بود. جهت تجزیه

و تحلیل داده ها ابتدا شاخص های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر برای تمامی متغیرهای دموگرافیک و پژوهش محاسبه شد. برای بررسی پیش فرض های آماری مدل سازی معادلات ساختاری، نرمال بودن توزیع داده ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، کجی و کشیدگی بررسی گردید. همچنین، همبستگی های اسپیرمن بین متغیرها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ محاسبه شد. برای ارزیابی مدل اندازه گیری و ساختاری، از رویکرد حداقل مربعات جزئی^۱ در نرم افزار SmartPLS نسخه ۳.۳.۳ استفاده شد. تمامی تحلیل ها در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

ابزار پژوهش

فرم اطلاعات جمعیت شناختی: در این بخش از افراد اطلاعات شخصی شامل جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه مشکلات جسمی و روان شناختی و راه برقراری ارتباط مجدد برای ارسال یافته های پژوهش گرفته شد.

الف. پرسشنامه اضطراب فراگیر^۲ (GAD-7)

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر، کرونکه، ویلیامز و لووه در سال ۲۰۰۶ طراحی و ساخته شد که شامل ۷ سؤال است و از آن برای غربال و اندازه گیری شدت نشانه های اضطراب فراگیر در طول دو هفته گذشته استفاده می شود. این ۷ سؤال به صورت لیکرت ۴ درجه ای نمره گذاری می شود که با چهار گزینه شامل هیچ وقت، چند روز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز که به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳ را دریافت می کنند، استفاده شده است؛ در نتیجه بالاترین نمره صفر و پایین ترین نمره ۲۱ است. این پرسشنامه می تواند بین شدت های مختلف اضطراب تفاوت قائل شود. نتایج به دست آمده در مطالعه اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) نشانگر روایی و پایایی مناسب این ابزار و دقت تشخیصی بالای آن بود که روایی ۰/۸۱ و پایایی هم ۰/۷۰ است. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای نمونه ایرانی ۰/۸۵ محاسبه شده است و روایی آن و ضریب همبستگی بین دو نیمه ۰/۶۵ محاسبه شده است؛ که نشان دهنده همسانی درونی مطلوب پرسشنامه است (نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان، ۱۳۹۰). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۷ برآورد شد که نشان دهنده همسانی درونی مناسب مقیاس در نمونه حاضر است.

^۱ partial least squares - pls

^۲ brief scale of generalized anxiety disorder

ب. مقیاس تجارب تروماتیک دوران کودکی^۱ (CTO)

این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط برنستاین، استاین، نیوکامب، واکر، پوگه و همکاران به منظور سنجیدن آسیب‌ها و تروماهای دوران کودکی طراحی و گسترش یافت. این پرسشنامه ابزاری است برای غربال و مشخص کردن افراد دارای تجارب سوء استفاده و بد رفتاری و غفلت دوران کودکی و پنج نوع از بدرفتاری در دوران کودکی شامل؛ سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده عاطفی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس ترومای دوران کودکی دارای ۲۸ پرسش است که ۲۵ پرسش آن برای سنجش عناصر اصلی پرسشنامه به کار رفته است و ۳ پرسش نیز برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند، استفاده می‌شود. این ۲۸ پرسش به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ تا ۵ است که در نتیجه پایین‌ترین نمره ۲۵ و بالاترین نمره ۱۲۵ است؛ نمرات بالا در این پرسشنامه نشانگر تروما و آسیب بیشتر است و نمرات پایین نشانگر تروما و آسیب کمتر در دوران کودکی است. در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از مقدار تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ اعلام گردیده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران برای پنج مولفه، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش کردند که نشان همسانی درونی بالاست و همچنین اعتبار باز آزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (ابراهیمی، دژکام و ثقه السلام، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر نیز پایایی نمره کل پرسشنامه ۰/۷۸ به‌دست آمده است.

پ. مقیاس خودانتقادی^۲ (LSCS)

مقیاس خودانتقادی دو بعدی توسط تامپسون و زوروف (۲۰۰۴) تدوین شده است. این مقیاس دو سطح از خودانتقادی، شامل خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی شده را اندازه می‌گیرد و شامل ۲۲ گویه است که ۱۲ گویه به خودانتقادی مقایسه‌ای و ۱۰ گویه به مقیاس خودانتقادی درونی شده اختصاص یافته است. این مقیاس به صورت لیکرت ۷ گزینه‌ای از خیلی موافقم با نمره ۶ و خیلی مخالفم با نمره ۰ نمره‌گذاری شده است، در نتیجه پایین‌ترین نمره ۰ و بالاترین نمره ۱۳۲ است. نمرات بالاتر نشانگر سطح بالای خود انتقادی است. ضریب آلفای کرونباخ به

¹ childhood trauma questionnaire

² levels of selfcriticism scale

ترتیب برای خودانتقادی مقایسه‌ای ۰/۷۸ و برای خود انتقادی درونی ۰/۸۴ به‌دست آمده است و روایی همگرایی این ابزار ۰/۵۶ گزارش شده است. همچنین یاماگوچی و کیم (۲۰۱۳) ضریب آلفای کرونباخ را برای خود انتقادی مقایسه‌ای ۰/۷۰ و برای خود انتقادی درونی ۰/۸۲ محاسبه کرده‌اند. همچنین حسینی‌مهر و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود پایی این ابزار را به وسیله ی آلفای کرونباخ ۰/۸۱ اعلام کردند. در پژوهش حاضر پایی نمره کل پرسشنامه و مؤلفه‌های خود انتقادی مقایسه‌ای و خود انتقادی درونی به ترتیب با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷، ۰/۷۵ و ۰/۷۳ به‌دست آمده است.

ت) مقیاس دشواری تنظیم هیجان^۱ (DERS)

پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجان توسط گرتز و رومر (۲۰۰۴) ساخته شد و یک ابزار ۳۶ گویه‌ای بوده که سطح‌های نارسایی و نقص تنظیم هیجانی شخص را در مقیاس‌های پنج درجه‌ای از ۱ (به طور تقریبی هرگز) تا ۵ (به طور تقریبی همیشه) در شش زمینه به صورت ذیل سنجیده می‌شد: نپذیرفتن جواب‌های هیجانی (نپذیرفتن)، مشقت‌های رویکرد به رفتار هدفمند (هدف‌ها)، مشکلات کنترل تکانه (تکانه)، نداشتن اطلاعات هیجانی (آگاهی)، دسترسی پایین به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها) و عدم شفافیت هیجانی (شفافیت). پاسخ هر آزمودنی در دامنه‌ای از یک تا پنج قرار می‌گیرد: (۱) تقریباً هرگز، (۲) گاهی اوقات، (۳) تقریباً نیمی از اوقات، (۴) بیشتر اوقات، (۵) تقریباً همیشه. نمرات بالاتر نشان‌دهنده دشواری‌های بیشتر در مقوله تنظیم هیجانات است. خصوصیت‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان از جمله همسانی درونی، پایی بازآزمایی، روایی سازه و پیش‌بین در نمونه‌های بالینی و غیربالینی در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (گرتز و رومر، ۲۰۰۴). خصوصیت‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه‌های بالینی ($n = 187$) و غیربالینی ($n = 763$)، موردبررسی و تأیید قرار گرفته‌اند (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). در پژوهشی نیز روایی ۰/۹۲ برای این پرسشنامه گزارش شده است (عزیزی و همکاران، ۲۰۱۰). در این پژوهش برای بررسی پایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که به ترتیب برای مولفه نپذیرفتن جواب‌های هیجانی ۰/۷۲، مشقت‌های رویکرد به رفتار هدفمند ۰/۷۹، مشکلات کنترل تکانه ۰/۸۱، نداشتن اطلاعات هیجانی ۰/۷۳، دسترسی پایین به راهبردهای تنظیم هیجانی ۰/۷۷ و عدم شفافیت هیجانی ۰/۷۵ به‌دست آمده است.

¹ difficulties in emotion regulation scale

یافته‌ها

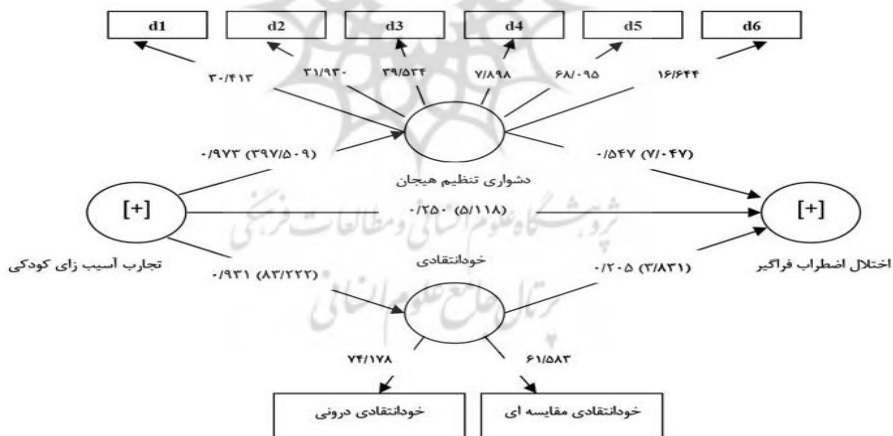
در ابتدا، به منظور توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه، اطلاعاتی درباره جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال شرکت‌کنندگان ارائه شد. نتایج نشان داد که از مجموع ۲۵۰ نفر شرکت‌کننده در پژوهش، ۲۰۹ نفر (معادل ۸۳ درصد) زن و ۴۱ نفر (معادل ۱۶ درصد) مرد بودند. بیشترین گروه سنی، مربوط به ۲۱ تا ۳۰ سال بود که شامل ۱۳۱ نفر (۵۲ درصد) از شرکت‌کنندگان می‌شد. در زمینه تحصیلات، ۷۷ نفر (۳۰ درصد) مدرک تحصیلی دیپلم و زیر دیپلم، ۱۳ نفر (۵ درصد) مدرک فوق دیپلم، ۹۴ نفر (۳۷ درصد) مدرک لیسانس و ۲۲ نفر (۸ درصد) مدرک دکتری داشتند. همچنین در خصوص وضعیت تأهل، ۱۷۸ نفر (۷۱ درصد) مجرد و ۷۸ نفر (۲۸ درصد) متأهل بودند.

۰/۰۵P <

جدول ۱. ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. اضطراب فراگیر										
۲. ترومای کودکی	۰/۹۹									
۳. نپذیرفتن	۰/۷۹	۰/۷۹								
۴. تکانه	۰/۸۰	۰/۸۰	۰/۴۹							
۵. آگاهی	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۲۲	۰/۲۸						
۶. راهبردها	۰/۸۶	۰/۸۶	۰/۷۱	۰/۶۷	۰/۳۰					
۷. شفافیت	۰/۶۸	۰/۶۷	۰/۴۸	۰/۴۴	۰/۴۸	۰/۴۶				
۸. دشواری تنظیم هیجان	۰/۹۱	۰/۹۷	۰/۷۹	۰/۸۰	۰/۴۹	۰/۸۶	۰/۶۸			
۹. خودانتقادی	۰/۸۲	۰/۸۲	۰/۶۱	۰/۶۷	۰/۴۲	۰/۷۳	۰/۶۰	۰/۸۲		
مقایسه‌ای										
۱۰. خودانتقادی	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۷۷	۰/۷۸	۰/۴۵	۰/۸۴	۰/۶۵	۰/۹۷	۰/۸۴	۱
میانگین	۹/۱۴	۶۳/۶۹	۱۷/۱۴	۶۹/۱۵	۱۵/۳۶	۱۳/۶۰	۱۲/۱۱	۸۶/۱۹	۳۳/۱۰	۶۸/۶۱
انحراف استاندارد	۴/۵۷	۷/۶۶	۶/۶۶	۵/۶۷	۴/۵۰	۴/۵۵	۴/۰۲	۲۳/۰۹	۹/۷۸	۱۹/۳۸
کجی	۰/۸۳	۰/۶۴	۰/۷۱	۰/۶۶	۰/۵۳	۰/۶۲	۰/۵۷	۰/۷۳	۰/۷۶	۰/۸۱
کشیدگی	۱/۰	۰/۹۲	۰/۸۴	۰/۹۵	۰/۷۳	۰/۸۶	۰/۷۹	۰/۹۱	۰/۸۸	۱/۰

همان طور که مشاهده می‌شود در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای اصلی پژوهش شامل تجارب تروماتیک دوران کودکی، دشواری تنظیم هیجان، باورهای خودانتقادی و اضطراب فراگیر ارائه شده است. این آمار شامل ضرایب همبستگی اسپیرمن، میانگین و انحراف معیار برای هر متغیر است. ابتدا برای بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و از آن جهت که سطح معناداری برخی از متغیرهای مورد مطالعه کمتر از ۵ درصد (غیرنرمال) بود و برخی از متغیرها بالاتر از ۵ درصد (نرمال هستند) بود، در نتیجه برای ارائه‌ی مدل مفهومی پژوهش و بررسی فرضیه‌ها، از نرم افزار SmartPLS برای تحلیل استفاده گردید. همچنین ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش با آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن (به دلیل نرمال نبودن بعضی از متغیرها) ارائه شده است، که نتایج نشان می‌دهد بین ترومای کودکی، دشواری در تنظیم هیجان و خودانتقادی و مؤلفه‌های آن با اضطراب فراگیر رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)، به طوری که بین اضطراب فراگیر و ترومای دوران کودکی ($r = 0.99$) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین بین خودانتقادی و اضطراب فراگیر ($r = 0.98$) و ترومای دوران کودکی ($r = 0.97$) و بین دشواری تنظیم هیجان و اضطراب فراگیر ($r = 0.91$) و ترومای دوران کودکی ($r = 0.97$) رابطه مثبت و معنادار قابل مشاهده است.



شکل ۲. مدل مفهومی پژوهش به صورت استاندارد

در شکل ۱ به منظور آزمون مدل مفهومی پژوهش، از مدل معادلات ساختاری با حداکثر درست‌نمایی استفاده شد و ضرایب مسیر ارائه شده است که همان‌طور که ملاحظه می‌شود تمام مسیرها معنادار هستند.

جدول ۲. شاخص هم‌خطی، اثرات مستقیم و غیر مستقیم

مسیر	VIF	β	t	sig
اثرات مستقیم				
تجارب تروماتیک دوران کودکی $\rightarrow$ اختلال اضطراب فراگیر	۲/۸۰	۰/۲۵۰	۵/۱۱۸	۰/۰۰۰۱
تجارب تروماتیک دوران کودکی $\rightarrow$ دشواری تنظیم هیجان	۲/۶۳	۰/۹۷۳	۳۹۷/۵۰۹	۰/۰۰۰۱
تجارب جریبات تروماتیک دوران کودکی $\rightarrow$ خود انتقادی	۲/۴۵	۰/۹۳۱	۸۳/۲۲۲	۰/۰۰۰۱
دشواری تنظیم هیجان $\rightarrow$ اختلال اضطراب فراگیر	۱/۹۱	۰/۵۴۷	۷/۰۴۷	۰/۰۰۰۱
خود انتقادی $\rightarrow$ اختلال اضطراب فراگیر اثرات غیر مستقیم	۲/۱۲	۰/۲۰۵	۳/۸۳۱	۰/۰۰۰۱
تجارب تروماتیک دوران کودکی $\rightarrow$ دشواری تنظیم هیجان $\rightarrow$ اختلال اضطراب فراگیر	-	۰/۱۳۶	۷/۰۱۲	۰/۰۰۰۱
تجارب تروماتیک دوران کودکی $\rightarrow$ خودانتقادی $\rightarrow$ اختلال اضطراب فراگیر	-	۰/۰۵۱	۳/۷۹۶	۰/۰۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌کنید، اولین معیار برای بررسی برازش مدل درونی، بررسی هم‌خطی بودن متغیرهاست که در این راستا از شاخص عامل تورم واریانس^۱ (VIF) استفاده شده است. با توجه به داده‌های جدول ۲ از آنجایی که شاخص عامل تورم واریانس (VIF) کمتر از ۵ است، شرط عدم هم‌خطی رعایت شده است. نتایج تحلیل مسیر مستقیم بین متغیرها با استفاده از آماره t و ضرایب مسیر استاندارد (β) ارائه شده است. تمامی مسیرهای بررسی‌شده دارای آماره t بزرگ‌تر از ۱/۹۶ و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ هستند که نشان می‌دهد تمامی فرضیه‌های مستقیم پژوهش مورد تأیید قرار گرفته‌اند. این نتایج نشان‌دهنده اثر مستقیم و معنادار سازه‌های پیش‌بین بر پیامدهای روان‌شناختی مورد بررسی در پژوهش است. در ادامه نتایج تحلیل مسیر غیرمستقیم نشان‌دهنده نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان بین تجارب تروماتیک دوران کودکی و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر است. مقدار ضریب مسیر غیرمستقیم برابر با ۰/۱۳۶ و آماره t حاصل از آزمون سوبل برابر با ۷/۰۱۲ را نشان می‌دهد؛ که از حد آستانه ۱/۹۶ فراتر رفته و بیانگر میانجی‌گری معنادار است. همچنین نتایج نشان‌دهنده نقش میانجی خودانتقادی در رابطه بین تجارب تروماتیک دوران کودکی و اختلال اضطراب فراگیر است. مقدار

¹. variance inflation factor

ضریب مسیر غیرمستقیم برابر با ۰/۰۵۱ و آماره t حاصل از آزمون سوبل برابر با ۳/۷۹۶ است. این مقدار نیز از حد آستانه لازم فراتر رفته و نقش میانجی‌گری خودانتقادی را تأیید می‌کند.

جدول ۳. ضرایب پایایی و روایی متغیرهای مدل

نتایج معیار فورنل لارکر (روایی واگرا)						
متغیرها	اختلال اضطراب فراگیر	تروماهای کودکی	خودانتقادی	دشواری تنظیم هیجان	پایایی ترکیبی (CR)	روایی همگرا (AVE)
اختلال اضطراب فراگیر	۱/۰۰۰				۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
تروماهای کودکی	۰/۹۷۳	۱/۰۰۰			۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
خودانتقادی	۰/۹۶۱	۰/۹۳۱	۰/۸۸۰		۰/۸۷۳	۰/۷۷۵
دشواری تنظیم هیجان	۰/۹۸۶	۰/۹۷۳	۰/۹۵۷	۰/۷۶۰	۰/۸۸۹	۰/۵۷۸
آلفای کرونباخ						۰/۸۴۷

با توجه به جدول ۳ برای بررسی کیفیت مدل اندازه‌گیری از سه شاخص آلفای کرونباخ (α)، پایایی ترکیبی (CR) و میانگین واریانس استخراج شده (AVE) استفاده شد. نتایج حاصل از خروجی نرم‌افزار SmartPLS نشان داد که تمامی متغیرهای پژوهش دارای آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی بالاتر از ۰/۷ هستند؛ که نشان‌دهنده پایایی درونی مطلوب ابزار سنجش است. همچنین مقادیر AVE نیز در تمامی سازه‌ها بالاتر از ۰/۵ به‌دست آمده است؛ که مؤید روایی همگرای مناسب مقیاس‌ها است. همچنین، برای بررسی روایی واگرا، از معیار پیشنهادی فورنل و لارکر استفاده شد. نتایج تحلیل نشانگر روایی واگرای قابل قبول در مدل اندازه‌گیری بوده و بر تمایز مفهومی سازه‌ها تأکید دارد.

جدول ۴. شاخص‌های R^2 و Q^2

متغیرهای تحقیق	R^2	Q^2
اختلال اضطراب فراگیر	۰/۹۷۹	۰/۹۵۰
خود انتقادی	۰/۸۶۶	۰/۶۴۵
دشواری در تنظیم هیجان	۰/۹۴۷	۰/۵۱۳

از معیارهای دیگر ارزیابی برازش مدل ساختاری استفاده از شاخص ضریب تعیین (R^2) است که نشانگر دقت پیش بینی مدل است و هر چه R^2 مربوط به سازه‌های درون‌زای یک مدل بیشتر باشد، نشان از برازش بهتر مدل است، که در جدول ۴ ضرایب تبیین داده‌ها دارای مقدار قوی هستند. معیار ارزیابی مدل درونی (Q^2) نیز نشان دهنده قدرت پیش‌بینی مدل در متغیرهای درون‌زا است. مدل‌هایی که دارای برازش ساختاری مطلوب هستند باید توانایی پیش‌بینی متغیرهای درون‌زای خود را نیز داشته باشند که نتایج جدول ۴ در این معیار نیز مطلوب است. در نهایت مهم‌ترین شاخص برازش مدل در تکنیک حداقل مجذورات جزیی شاخص GOF است. معیار GOF طبق رابطه (۱) محاسبه می‌شود.

$$GOF = \sqrt{Communalities * R^2}$$

و تزلز، اودکرکن شرودر و فان اوپن (۲۰۰۹) سه مقدار ۰/۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ را به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای Gof معرفی نموده‌اند؛ که از آنجایی که Communalities که نشانه مقادیر اشتراکی هر سازه به مقدار (۱) و R^2 نیز به مقدار (۰/۹۷۹) است، Gof نیز مقدار ۰/۹۸ است که نشان دهنده برازش قوی مدل است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین نقش میانجی باورهای خودانتقادی و دشواری در تنظیم هیجان در رابطه میان تجارب تروماتیک دوران کودکی و شدت اضطراب فراگیر انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تجارب تروماتیک دوران کودکی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با شدت اضطراب فراگیر در بزرگسالی ارتباط دارند؛ بدین معنا که تجربه سوءاستفاده عاطفی، جسمی و جنسی یا غفلت در سال‌های اولیه زندگی، می‌تواند پایه‌های آسیب‌پذیری روانی فرد را شکل دهد و به بروز نشانه‌های اضطراب مزمن در بزرگسالی منجر شود. این نتیجه همسو با پژوهش‌های پیشین مانند سنگوی و همکاران (۲۰۲۳)، یادگار (۱۴۰۳)، ون و همکاران (۲۰۲۵) و لیاقتمند و همکاران (۱۴۰۲) است. چنین تجربه‌های ناگواری در کودکی غالباً با شکل‌گیری احساس بی‌اعتمادی، بی‌ارزشی و ناتوانی در مقابله با چالش‌های زندگی همراهان و این امر می‌تواند چرخه‌ای از نگرانی و پریشانی پایدار و مزمن ایجاد کند، این چرخه به واسطه سوگیری توجه به نشانه‌های تهدید، تفسیر فاجعه‌آمیز ابهام‌ها و «شرطی‌سازی و تعمیم ترس» تقویت می‌شود؛ نشانه‌های عادی هم به تدریج به‌عنوان علائم خطر تعبیر می‌گردند و خاموشی پاسخ ترس دشوار می‌شود (لی، لی، کیم، جیونگ، کیم و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین فرد به سبب پرورش احساسی منفی نسبت به خود و دیگران بر اثر این تجارب تروماتیک، او به خود به‌عنوان فردی بی‌ارزش،

کوچک و ناخوشایند نگاه می‌کند و دنیای اطرافش را به عنوان محیطی آسیب‌رسان و ناامن درک می‌کند، این طرحواره‌های منفی ارزیابی تهدید در روابط و موقعیت‌های روزمره را افزایش می‌دهند و حتی نوسان‌های بدنی معمولی را «علامت خطر» معنا می‌کنند (لیاقت‌مند و همکاران، ۱۴۰۲). این افراد معمولاً فاقد اعتماد به نفس هستند، آسیب‌پذیری بالایی دارند و در زمینه اجتماعی به احساس ترس و اضطراب فراگیر و دائمی دست پیدا می‌کنند. (سنگوی و همکاران، ۲۰۲۳). در نتیجه، هم‌افزایی حساس‌سازی تهدید از طریق شرطی‌سازی، سوگیری‌های شناختی، باورهای ناسازگار و اجتناب‌های رفتاری بستر شکل‌گیری و تداوم اضطراب فراگیر را در بزرگسالی فراهم می‌کند.

از سوی دیگر، نقش دشواری در تنظیم هیجان به عنوان یکی از مهم‌ترین سازوکارهای میانجی در این پژوهش تأیید شد. یافته‌ها نشان دادند افرادی که در کودکی آسیب دیده‌اند، در بزرگسالی کمتر قادر به شناسایی و مدیریت هیجانات خود هستند و بیشتر به استفاده از راهبردهای ناکارآمد مانند اجتناب، سرکوب یا فاجعه‌سازی روی می‌آورند. این فرایند، همان‌گونه که پژوهش‌های بی و همکاران (۲۰۲۴)، سان (۲۰۲۳)، ژائو و همکاران (۲۰۲۴) و روحی و همکاران (۱۴۰۱) نشان داده‌اند، به تشدید اضطراب و تداوم چرخه نگرانی منجر می‌شود. کودکانی که بدرفتاری (به‌ویژه با شدت بیشتر) را تجربه می‌کنند، برای مهار فوری ناراحتی به راهبردهای ناسازگار پاسخ محور مثل سرکوب بیان هیجانی و نشخوار فکری روی می‌آورند؛ این پرهیز از ابراز هیجان متناسب با موقعیت، به تدریج با ترس از ابراز هیجان‌های سازگار، کاهش ادراک و دسترسی به هیجان‌های مفید و نهایتاً بدتنظیمی هیجانی پایدار همراه می‌شود. هم‌زمان، این افراد نسبت به همسالان بدون بدرفتاری، واکنش‌پذیری هیجانی بالاتری دارند و هیجان‌ها را شدیدتر تجربه می‌کنند (دوبا، سالوپ، چوکر و ناندینو، ۲۰۲۲) مبتلایان به اضطراب فراگیر در شدت، فهم و پاسخ به هیجان و نیز در دسترسی به راهبردهای مؤثر مدیریت هیجان دچار مشکل‌اند؛ ارزیابی آن‌ها از هیجان‌ها عمدتاً منفی است و در تفسیر موقعیت‌های ناخوشایند دچار برداشت اشتباه می‌شوند، بنابراین گرایش بیشتری به واکنش‌های هیجانی منفی دارند و کمتر می‌توانند راهبردهای بهنجار را رشد دهند و به کار گیرند. در نتیجه این یافته‌ها می‌توان گفت تجربه تروماتیک در دوران کودکی می‌تواند به شکل‌گیری مشکلات در تنظیم هیجان کودکی منجر شود. این تجربیات تروماتیک می‌تواند باعث شکل‌گیری الگوهای اضطرابی در افراد شود و موجب اختلال در تنظیم هیجان آن‌ها شود.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که باورهای خود انتقادی به‌عنوان سازوکار میانجی مهم، پیوند میان تجارب تروماتیک دوران کودکی و شدت اضطراب فراگیر را تبیین می‌کند. نتایج

نشان دادند؛ افرادی که در کودکی با بدرفتاری یا غفلت مواجه بوده‌اند، بیشتر دچار الگوهای شناختی منفی نظیر احساس بی‌کفایتی، مقایسه افراطی خود با دیگران و انتظار شکست می‌شوند. این یافته‌ها با پژوهش‌های حسینی مهر و همکاران (۱۴۰۰)، ریچارد و همکاران (۲۰۲۴)، سیمپسون (۲۰۲۴) و لاسری و همکاران (۲۰۲۴) همسوست. تجارب تروماتیک کودکی با کاشتن طرحواره‌های خودارزشی منفی، زمینه پیدایش و تثبیت باورهای خودانتقادی را فراهم می‌کنند؛ کودک مواجه با آزار عاطفی/جسمی پیام‌هایی مانند «ارزشمند نیستی/کسی به من اهمیت نمی‌دهد» را درونی می‌کند و این باورها در بزرگسالی به سبک خودارزیابی سخت‌گیرانه و بی‌رحمانه بدل می‌شوند و با اضطراب و افسردگی پیوند می‌خورند (لاسری و همکاران، ۲۰۲۴). به‌علاوه، این باورها می‌توانند به فرد کمک نکنند تا با مواجهه با مشکلات و تهدیدهای زندگی از راهکارهای مؤثری استفاده کند و این می‌تواند اضطراب فراگیر را تشدید کند. خودانتقادی نه‌تنها به‌عنوان پیامدی از تروما مطرح است، بلکه خود عاملی برای تداوم اضطراب و کاهش تاب‌آوری روانی محسوب می‌شود. به بیان دیگر، فردی که دائماً خود را بی‌ارزش و ناکافی می‌بیند، بیشتر مستعد نگرانی‌های گسترده و اضطراب مزمن خواهد بود.

ترکیب دو متغیر میانجی «دشواری تنظیم هیجان» و «باورهای خودانتقادی» تصویری جامع‌تر از سازوکارهای روان‌شناختی فراهم می‌سازد به‌صورتی که تجربیات تروماتیک در دوران کودکی می‌توانند باعث شکل‌گیری باورهای خودانتقادی منفی و دشواری‌های در تنظیم هیجان در بزرگسالی شوند. این دشواری‌ها می‌توانند سبب افزایش احساسات اضطرابی و افسردگی شوند و با تأثیر منفی بر کیفیت زندگی بزرگسالان اثر بگذارند (ونگ و همکاران، ۲۰۲۵). در نتیجه اختلال اضطراب فراگیر پدیده‌ای چندعاملی است و تروماهای دوران کودکی با ایجاد دشواری در تنظیم هیجان و تقویت باورهای خودانتقادی، چرخه‌ای معیوب از اضطراب و نگرانی را در بزرگسالی فعال می‌سازند. این در حالی است که بسیاری از مداخلات درمانی متداول تنها بر کاهش نشانه‌های ظاهری اضطراب متمرکزاند و کمتر به ریشه‌های عمیق‌تر آن می‌پردازند. این مدل، همان‌گونه که پژوهش‌های رستمی و همکاران (۱۴۰۲) و ژائو و همکاران (۲۰۲۴) نیز اشاره کرده‌اند، شکاف موجود در ادبیات را پر می‌کند؛ زیرا بسیاری از مطالعات پیشین تنها یکی از این عوامل را مدنظر قرار داده بودند. بدین ترتیب، پژوهش حاضر گامی به سوی فهم یکپارچه‌تر و دقیق‌تر فرایندهای روان‌شناختی در اختلال اضطراب فراگیر محسوب می‌شود.

با وجود این، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت مانند استفاده از ابزارهای خودگزارشی و حجم نمونه نسبتاً محدود می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر بگذارد. همچنین، طراحی مقطعی پژوهش امکان بررسی علیت دقیق را کاهش می‌دهد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده

از انجام مصاحبه‌های بالینی و روش‌های کیفی جهت شناسایی میانجی‌های اثرگذار، اجرای طرح‌های شبه‌آزمایشی پیش/پس با گروه گواه برای ارزیابی آموزش تنظیم هیجان در افراد با سابقه بدرفتاری، به‌کارگیری ابزارهای چندمنبعی فراتر از خودگزارشی، و طراحی مطالعات طولی برای آزمون روابط علی پیشنهاد می‌گردد. از سویی پیشنهاد می‌شود برای دستیابی به اثربخشی پایدار در درمان اضطراب فراگیر، علاوه بر کنترل علائم، بر بازسازی تجربه‌های آسیب‌زای کودکی، کاهش باورهای خودانتقادی ناسازگار (مانند استفاده از شفقت‌درمانی و بازسازی شناختی) و ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان (پذیرش هیجان، برچسب‌گذاری، راهبردهای سازگاران) تمرکز شود، به‌ویژه با توجه به نقش حیاتی ای که این عوامل در ایجاد و تداوم اضطراب و همچنین کاهش مقاومت درمانی دارند. همچنین ارزیابی مداوم این تغییرات در طول درمان و ارائه بازخوردهای مستمر به مراجعان می‌تواند اثربخشی مداخلات را افزایش دهد. در حوزه پیشگیری و ترویج سلامت روان نیز توصیه می‌شود برگزاری کارگاه‌های آگاهی‌بخش والدین و طراحی مداخلات سازمانی برای پیشگیری یا کاهش بدرفتاری‌های دوران کودکی تقویت شود و محورهای «تنظیم هیجان» و «خودانتقادی» به‌طور فعال در خدمات سلامت روان گنجانده شود تا ضمن ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای فردی، خطر بروز اضطراب در بلندمدت کاهش یافته و سلامت روان جمعی تقویت گردد.

موازین اخلاقی

در اجرای این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط با مطالعات انسانی رعایت شد. شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان در هر مرحله از مطالعه حق انصراف داشتند. پیش از شروع جمع‌آوری داده‌ها، هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آنان به‌صورت کتبی اخذ گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده به‌صورت محرمانه نگهداری شد و صرفاً برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت. نتایج تحقیق نیز بدون اشاره به نام یا مشخصات فردی شرکت‌کنندگان گزارش شد.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد نویسنده اول است، نویسنده اول در جست و جوی پیشینه، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل‌های آماری و نگارش مقاله مشارکت داشته‌اند. نویسنده دوم استاد راهنما پایان‌نامه، طراحی و هدایت پژوهش، نگارش و ویرایش مقاله مشارکت داشته‌اند. نویسنده سوم در تحلیل‌های آماری، نگارش مقاله و ویرایش مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌کنند که این مقاله تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

نویسندگان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش قدردانی و تشکر می‌کنند. در ضمن این پژوهش بدون حمایت مالی انجام گرفته است.

References

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing. [\[link\]](#)
- Azizi, A. R., Mirzaie, A., & Shams, J. (2010). Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Research Journal*, 13(1), 11-18. [\[link\]](#)
- Bakker, J., & van der Kaap-Deeder, J. (2023). Self-criticism and internalizing symptoms in young adults: A longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 210, 112296. [\[link\]](#)
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [\[link\]](#)
- Besharat, M., & Bazazian, S. (2014). Psychometric properties of the Emotion Regulation Questionnaire in an Iranian sample. *Advances in Nursing and Midwifery*, 24(84), 61-67. [\[link\]](#)
- Bie, F., Yan, X., Xing, J., Wang, L., Xu, Y., Wang, G., Liu, H., Zhang, T., Chen, D., Li, Y., Zhao, P., & Rao, Z. (2024). Rising global burden of anxiety disorders among adolescents and young adults: Trends, risk factors, and the impact of socioeconomic disparities and COVID-19 from 1990 to 2021. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1489427. [\[link\]](#)
- Cecen, A. R., & Gümüş, Z. (2024). The underlying mechanism for childhood psychological maltreatment and self-satisfaction: The serial mediating roles of self-critical rumination and self-compassion. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-17. [\[link\]](#)
- Doba, K., Saloppé, X., Choukri, F., & Nandrino, J. L. (2022). Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: The mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect*, 132, 105815. [\[link\]](#)

- Ebrahimi, H., Dezhkam, M., & Seqaleslam, T. (2013). Childhood traumas and suicide attempts in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(4), 275–282. [\[link\]](#)
- Eres, R., Lim, M. H., Lanham, S., Jillard, C., & Bates, G. (2021). Loneliness and emotion regulation: Implications of having social anxiety disorder. *Australian Journal of Psychology*, 73(1), 46–56. [\[link\]](#)
- Hosseini-Mehr, N., Khezri-Moghadam, N., & Pourahsan, S. (2021). Effectiveness of compassion-based training on social self-efficacy, distress tolerance, and self-criticism in adolescent girls under the supervision of the Welfare Organization. *Positive Psychology Research Journal*, 7(2), 33–48. [\[link\]](#)
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. [\[link\]](#)
- Larochelle, S., Dugas, M. J., Langlois, F., Gosselin, P., Belleville, G., & Bouchard, S. (2025). Intolerance of Uncertainty and Emotion Dysregulation as Predictors of Generalized Anxiety Disorder Severity in a Clinical Population. *Journal of Clinical Medicine*, 14(5), 1502. [\[link\]](#)
- Lassri, D., & Gewirtz-Meydan, A. (2024). From trauma to intimacy: Examining the link between childhood maltreatment and adult sexual functioning–The mediating role of self-criticism. *Child Abuse & Neglect*, 149, 106663. [\[link\]](#)
- Lee, Y. I., Lee, D., Kim, H., Kim, M. J., Jeong, H., Kim, D., ... & Choi, S. H. (2024). Overgeneralization of conditioned fear in patients with social anxiety disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1415135. [\[link\]](#)
- Liaqmand, M., Sadeghi, M., & Sepahvandi, M. (2023). The impact of childhood traumas on self-criticism in adolescent girls. *3rd National Conference on Child and Adolescent Clinical Psychology, Ardabil*, 2(3), 72–65. [\[link\]](#)
- Naeinian, M., Shaeiri, M., Sharifi, M., & Hadian, M. (2011). Reliability and validity of the short form of the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 9(1), 41–50. [\[link\]](#)
- Renna, M. E., Spaeth, P. E., Quintero, J. M., O'Toole, M. S., Sandman, C. F., Fresco, D. M., & Mennin, D. S. (2023). A randomized controlled trial comparing two doses of emotion regulation therapy: Preliminary evidence that gains in attentional and metacognitive regulation reduce worry, rumination, and distress. *Behaviour Research and Therapy*, 170, 104420. [\[link\]](#)
- Rezaei, M., Samadieh, H., Bagheri, M. M. S., & Qadamour, I. (2025). The role of metacognitive and affective beliefs and negative repetitive thinking in the relationship between emotional abuse and psychological distress in

- psychiatric outpatients: A multiple serial mediation model. *Personalized Medicine in Psychiatry*, 49, 100146. [\[link\]](#)
- Richard, A., & Dunkley, D. M. (2024). Self-Critical Perfectionism and Anxious and Depressive Symptoms Over 2 Years: Moderated Mediation Models of Anxiety Sensitivity and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 55(5), 974-989. [\[link\]](#)
- Rostami, M., Sabbagh, K., & Shirkhani, M. (2023). The mediating role of emotion regulation difficulties in the relationship between childhood traumatic experiences and self-criticism in adulthood. *International Journal of Behavioral Sciences*, 17(1), 16-23. [\[link\]](#)
- Rouhi, M., Manzari-Toukali, A., & Tajrobe-Kar, M. (2022). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on self-coherence, emotion regulation, and quality of life in hemodialysis patients: A quasi-experimental study. *Rafsanjan University of Medical Sciences Journal*, 21(10), 1055-1070. [\[link\]](#)
- Ruan, Q. N., Chen, Y. H., & Yan, W. J. (2023). A network analysis of difficulties in emotion regulation, anxiety, and depression for adolescents in clinical settings. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 17(1), 29. [\[link\]](#)
- Sanghvi, D. E., Zainal, N. H., & Newman, M. G. (2023). Trait self-acceptance mediates parental childhood abuse predicting depression and anxiety symptoms in adulthood. *Journal of Anxiety Disorders*, 94, 102673. [\[link\]](#)
- Simpson, N. J., Ogrodniczuk, J. S., & Kealy, D. (2024). Self-criticism and anxiety in the general population. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 26(4). [\[link\]](#)
- Sovacool, K. A., & Hess, U. (2024). Strategies and goals in emotion regulation models: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 15, 1425465. [\[link\]](#)
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097. [\[link\]](#)
- Sun, L., Zou, H., Li, W., Li, H., Pang, J., Cui, H., & Li, C. (2025). Intolerance of Uncertainty and Emotion Regulation in Generalized Anxiety Disorder: The Role of Reappraisal and Suppression. *Behavioral Sciences*, 15(9), 1238. [\[link\]](#)
- Sun, Y. (2023). The link of childhood abuse and personality pathology. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*, 8, 175-180. [\[link\]](#)
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419-430. [\[link\]](#)

- Wetzels, M., Odekerken-Schröder, G., & Van Oppen, C. (2009). Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: Guidelines and empirical illustration. *MIS quarterly*, 177-195. [\[link\]](#)
- Wu, C., Tan, Y., Blain, S. D., Shao, S., Jia, L., & Wang, X. (2024). Emotion regulation difficulties in depression and anxiety: evidence from the dynamics of strategy use and daily affect. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100781. [\[link\]](#)
- Yadgar, R. (2024). Effectiveness of psychodrama therapy on childhood trauma in individuals with generalized anxiety disorder. *2nd National Congress of Rehabilitation Counseling of Iran, Tehran*. [\[link\]](#)
- Yamaguchi, A., & Kim, M.-S. (2013). Effects of self-criticism and its relationship with depression across cultures. *International Journal of Psychological Studies*, 5(1), 1-7. [\[link\]](#)
- Wen, S., Zeng, Y., Xu, Y., Xu, S., Chen, W., Wang, G., Li, Y., Zhao, X., Zhang, T., Liu, P., Tang, J., & Song, H. (2025). Association of childhood maltreatment and adverse lifetime experiences with post-injury psychopathology: Evidence from the China Severe Trauma Cohort. *BMC Medicine*, 23(1), 2. [\[link\]](#)
- Zhao, Y., Zhang, L., Li, X., Wang, H., & Liu, J. (2024). Emotion regulation and self-criticism as mediators between childhood trauma and generalized anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping*, 37(2), 185-200. [\[link\]](#)

پیوست

پرسشنامه اضطراب فراگیر

پرسشنامه تجارب تروماتیک کودکی

سؤالات	بسیار کم	کم	متوسط	بسیار زیاد	همیشه
در دوران کودکی غذای کافی به من نمی‌رسید.					
من در بچگی می‌دانستم که همواره کسی هست که از من مراقبت و محافظت کند.					
برخی از اعضای خانواده‌ام به من القابی نظیر "تنبیل"، "کودن"، یا "زشت" و ... می‌دادند.					
خانواده‌ام توجهی به مراقبت از همدیگر نداشتند.					
کسی در خانواده‌ام بود که کمک کرد تا من احساس مهم بودن داشته باشم.					
من مجبور می‌شدم لباس‌های کثیف بپوشم.					

سؤالات	آیا بله	آیا خیر	کدام افراد	اغلب	همیشه
من احساس می‌کردم که کسی به من عشق می‌ورزد.					
من فکر می‌کردم که والدینم آرزو داشتند که من هرگز به دنیا نمی‌آدم.					
یکی از اعضای خانواده‌ام من را به اندازه‌ای زده بود که من مجبور شدم به پزشک مراجعه کنم یا در بیمارستان بستری شوم.					
هیچ چیزی در مورد خانواده‌ام وجود نداشت که من بخواهم آن را تغییر دهم.					
برخی از اعضای خانواده‌ام به اندازه‌ای من را کتک زده بودند که هنوز هم نشانی از آن مانده است.					
من با کمر بند، چوب، یا تسمه یا یک چیز سخت دیگری تنبیه شده‌ام.					
اعضای خانواده‌ام به همدیگر اهمیت می‌دادند.					
برخی اعضای خانواده فحش‌های رکیک و زننده به من می‌گفتند.					
من اعتقاد دارم که از نظر جسمی مورد سوء استفاده قرار گرفته‌ام.					
من دوران کودکی بسیار خوبی داشتم.					
من آن قدر کتک خورده بودم که معلم، پزشک یا همسایه‌مان متوجه آن شده بودند.					
من احساس می‌کردم کسی از اعضای خانواده‌ام از من نفرت داشت.					
افراد خانواده با همدیگر احساس صمیمیت می‌کردند.					
کسی تلاش کرد تا با من تماس جنسی داشته باشد، یا تلاش کرده که من آن‌ها را لمس کنم.					
کسی من را تهدید به زدن یا دروغ گفتن درباره من کرده بود تا با او رابطه جنسی داشته باشم.					
من بهترین خانواده دنیا را داشتم.					
کسی تلاش کرده تا من کارهای جنسی با او انجام دهم یا چیزهای جنسی را تماشا کنم.					
کسی من را مورد آزار جنسی قرار داده است.					
من اعتقاد دارم که از نظر هیجانی مورد سوء استفاده قرار گرفته‌ام.					
کسی بود که من را در موقع نیاز به دکتر ببرد.					
من اعتقاد دارم که از نظر جنسی مورد سوء استفاده قرار گرفته‌ام.					
خانواده‌ام منبع حمایت و قدرت بودند.					

پرسشنامه خودانتقادی

ردیف	سؤالات	بله	خواب	گاهی اوقات	اغلب	همیشه
۱	هنگامی که شکست می خورم بسیار تند خو می شوم.					
۲	یک احساس حقارت دائما آزاردهنده دارم.					
۳	وقتی به معیار هایی که برای خودم تعیین کردم نمی رسم بسیار از دست خودم ناراحت می شوم					
۴	معمولاً در موقعیت های اجتماعی که نمی دانم اوضاع از چه قرار است، راحت نیستم					
۵	اغلب وقتی که شکست می خورم، از دست خودم خیلی عصبانی می شوم.					
۶	وقت زیادی را صرف نگرانی در مورد اینکه دیگران در مورد من چه فکری خواهند کرد، نمی کنم.					
۷	وقتی شکست می خورم، خیلی دلخور می شوم.					
۸	اگر در مورد ضعف های تان با دیگران روراست باشید، آن ها به احتمال زیاد احترام شما را حفظ خواهند کرد.					
۹	شکست برای من تجربه بسیار دردناکی است.					
۱۰	اغلب نگرانم که دیگران بفهمند من واقعا چه جور آدمی هستم و از دستم دلخور شوند.					
۱۱	اغلب در خصوص احتمال شکست نگرانی ندارم.					
۱۲	مطمئنم اکثر افرادی که با آن ها صمیمی هستم، من را همان طور که هستم، قبول خواهند داشت.					
۱۳	وقتی که موفق نشوم، در مورد ارزشمندی خودم شک می کنم.					
۱۴	اگر به آدم ها اعتماد کنید، آن ها احتمالا از شما سوء استفاده خواهند کرد.					
۱۵	وقتی به آن خوبی که دوست دارم؛ عمل نمی کنم، احساس می کنم آدم شکست خورده ای هستم					
۱۶	معمولا با افرادی که از من درباره خودم سوال می کنند، راحتیم.					
۱۷	شکست در یک زمینه از زندگی ام باعث می شود از خودم به عنوان یک شخص، ارزیابی منفی داشته باشم.					
۱۸	می ترسم اگر دیگران من را خیلی خوب بشناسند به من احترام نگذارند.					
۱۹	اغلب خودم را با اهداف و ایده آل هایم مقایسه می کنم.					

ردیف	سؤالات	پاسخ	تایید	تأیید	تأیید
۲۰	به ندرت از خودم خجالت می‌کشم.				
۲۱	رواست و صادق بودن بهترین راه به‌دست آوردن احترام دیگران است.				
۲۲	برخی اوقات قدری عدم صداقت برای به‌دست آوردن آن‌چه که می‌خواهید، لازم است.				

پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان

ردیف	سؤالات	پاسخ	تایید	تأیید	تأیید
۱	من به اینکه چه احساسی دارم توجه می‌کنم.				
۲	من نمی‌دانم در حال تجربه چه احساسی هستم.				
۳	سر درآوردن از احساساتم برایم دشوار است.				
۴	احساساتم برایم مهم است.				
۵	در مورد اینکه چه احساسی دارم سردرگم هستم.				
۶	وقتی آشفته هستم، هیجاناتم را درک می‌کنم.				
۷	وقتی آشفته هستم، از چنین احساساتی خجالت‌زده می‌شوم.				
۸	وقتی آشفته هستم، برای انجام کارهایم با مشکل مواجه می‌شوم.				
۹	وقتی آشفته هستم، کنترلم را از دست می‌دهم.				
۱۰	وقتی آشفته هستم، باور دارم که سرانجام احساس افسردگی عمیقی خواهم داشت.				
۱۱	وقتی آشفته هستم، تمرکز بر چیزهای دیگر برایم مشکل است.				
۱۲	وقتی آشفته هستم، به خاطر داشتن چنین حسی، احساس گناه می‌کنم.				
۱۳	وقتی آشفته هستم، تمرکز کردن برایم دشوار است.				
۱۴	وقتی آشفته هستم، کنترل رفتارهایم برایم دشوار است.				
۱۵	وقتی آشفته هستم، باور دارم که برای داشتن احساس بهتر کاری از دستم برنمی‌آید.				
۱۶	وقتی آشفته هستم، به‌خاطر داشتن چنین احساسی از خودم عصبانی می‌شوم.				
۱۷	وقتی آشفته هستم، کنترلم روی رفتارهایم را از دست می‌دهم.				
۱۸	وقتی آشفته هستم، خیلی طول می‌کشد تا احساس بهتری داشته باشم.				
