

## تدوین مدل سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی نوجوانان بر اساس مولفه‌های حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجانی منفی و سبک دل‌بستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا با نقش میانجی راهبرد مقابله هیجان‌مدار

فیروزه غضنفری<sup>۱</sup>، مجتبی بدری<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۶/۱۲

تاریخ وصول: ۹۸/۰۲/۰۳

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر تدوین مدل سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی نوجوانان بر اساس مولفه‌های حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجانی منفی و سبک دل‌بستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا با نقش میانجی راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار بود. طرح پژوهشی، همبستگی و به شیوه معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانش‌آموزان دوره‌ی متوسطه مدارس سطح شهرستان خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود که تعداد ۱۲۰۰ نفر از آن‌ها به صورت نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب گردیدند. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ی اختلال اضطراب اجتماعی و غربال‌گری آن، تعداد ۲۶۶ نفر (۱۳۶ پسر و ۱۳۰ دختر)، مستعد این اختلال تشخیص داده شدند. سپس داده‌های به دست آمده وارد مدل مفروضه معادلات ساختاری گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از نرم افزار آموس ۲۴ استفاده شد تا به وسیله مقایسه ماتریس واریانس-کوریانس مشاهده شده (مدل پیش‌فرض) با ماتریس واریانس-کوریانس بازتولید شده، توانایی مدل را در پیش‌بینی متغیر ملاک و نیز برازش خود برآورد کند. نتایج تحلیل مدل نشان داد متغیرهای پیش‌بین تنظیم هیجانی منفی (سرکوب) و سبک دل‌بستگی نایمن دوسوگرا به صورت مستقیم و غیرمستقیم با میانجی‌گری راهبرد مقابله هیجان‌مدار بر اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان دارای تأثیر معنادار بودند. همچنین راهبرد مقابله هیجان‌مدار دارای تأثیر مستقیم بر اختلال اضطراب اجتماعی بود. متغیر حساسیت اضطرابی دارای تأثیر مستقیم معنادار بوده ولی تأثیر غیرمستقیم آن معنادار

۱. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۲. دانشجوی دکتری، روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران (نویسنده مسئول)

نبود. همچنین تاثیر مستقیم و غیرمستقیم سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی بر اختلال اضطراب اجتماعی معنادار نبود.

**واژگان کلیدی:** اختلال اضطراب اجتماعی، حساسیت اضطرابی، سبک دلبستگی ناایمن، تنظیم هیجانی منفی، راهبرد مقابله هیجان‌مدار.

### مقدمه

سال‌های نوجوانی مرحله‌ی مهم و برجسته رشد و تکامل اجتماعی و روانی فرد به شمار می‌رود. تغییرات ناگهانی و گسترده‌ای که در تمامی جنبه‌های زندگی نوجوان ایجاد می‌شود، مرحله‌ای بحرانی را ایجاد می‌کند، که طبعاً مشکلات و ناسازگاری‌هایی را به همراه خواهد داشت. حدود ۱/۲ میلیارد نفر از جمعیت جهان را نوجوانان بین ۱۰ تا ۱۹ سال سن تشکیل می‌دهند (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). در ایران نیز بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، ۱۷/۳۳ درصد از جمعیت کشور را که تقریباً برابر با ۱۳ میلیون نفر است را نوجوانان تشکیل داده‌اند. اگر چه اکثر جوانان حرکت از مرحله نوجوانی را با موفقیت و بدون مواجهه با مشکلات قابل توجهی می‌گذرانند، مشکلات و بیماری‌هایی در این دوره می‌تواند وجود داشته باشد که مانع استفاده از تمام توانایی‌ها و پتانسیل فرد شود. بسیاری از مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، اختلالات عصبی-رشدی، وسواسی، اختلالات سایکوتیک و اختلال خورد و خوراک در دوره نوجوانی مشاهده شده است (هیل، وایت و کروزل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶؛ استارلینگ و فیجو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲؛ گنجی، ۱۳۹۴). از اختلالات روانی شایع در این دوره اختلالات اضطرابی است (بسدو، ناپ و پاین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). اختلال اضطرابی عبارت است از یک حالت روانی یا برانگیختگی شدید که ویژگی‌های اصلی آن عبارتند از: ترس، تردید، و نگرانی مفرط؛ و شامل اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال هراس، فوبی خاص، فوبی اجتماعی و اختلال اضطراب تعمیم یافته می‌باشد (گنجی، ۱۳۹۴). در این میان اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۵</sup> (SAD) یا هراس اجتماعی به عنوان یک اختلال از طبقه اختلالات اضطرابی، از رایج‌ترین بیماری‌های روان‌شناختی است

1. World Health Organization
2. Hill, Waite & Creswell
3. Starling & Feijo
4. Beesdo, Knappe & Pine
5. Social Anxiety Disorder (SAD)

(گارسیا- لویز، الیور، بیدل، آلبانو، ترنر و روسا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). اختلال اضطراب اجتماعی عبارت است از ترس شدید و دائمی از موقعیت‌هایی که در آن‌ها فرد در جمع دیگران قرار می‌گیرد یا باید جلوی آن‌ها کاری انجام دهد. این اختلال، یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات اضطرابی می‌باشد که از دوره کودکی یا نوجوانی نشانه‌های آن شروع شده 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. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از هرگونه موقعیت اجتماعی که فکر می‌کنند ممکن است در آن یک رفتار خجالت آور داشته باشند یا هرگونه وضعیتی که فکر می‌کنند، در آن مورد ارزیابی منفی دیگران قرار می‌گیرند می‌ترسند و سعی می‌کنند از آن‌ها دور باشند. پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V)، نام اصلی این اختلال را اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته است، زیرا مشکلات به وجود آمده در اثر آن، در مقایسه با سایر فوبی‌ها، معمولاً فراگیرتر هستند و در فعالیت‌های عادی فرد نابسامانی بیشتری به وجود می‌آورند (گنجی، ۱۳۹۴).

DSM-V نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی در مردم آمریکا را حدود ۷٪ اعلام می‌کند. نرخ شیوع ۱۲ ماهه در کودکان و نوجوانان تقریباً شبیه به نرخ شیوع در بزرگسالان است. نرخ شیوع در همه گروه‌های سنی با افزایش سن کاهش می‌یابد. در مورد بزرگسالان مسن‌تر، نرخ شیوع ۱۲ ماهه بین ۲ تا ۵ درصد است. این اختلال در زنان بیشتر از مردان مشاهده می‌شود (۱/۵ تا ۲/۲ برابر)، و در نوجوانان و جوانان تفاوت جنسیتی در نرخ شیوع بیشتر دیده می‌شود (گنجی، ۱۳۹۴). پژوهش کاموری، الدانی، دلوسو، بناتی، لیتی و پالاسو<sup>۳</sup> (۲۰۱۴)، نشان داد که کیفیت زندگی در کودکان SAD با شیوع ۲۳/۶ درصد همانند بزرگسالان مبتلا به SAD و سایر اختلال‌های روان‌شناختی، پایین و همانندی بالایی با سایر اختلال‌ها در این کودکان نسبت به کودکان غیر مبتلا وجود. پژوهش بنر، گالوم و دافی<sup>۴</sup> (۲۰۱۱)، در قطر نشان داد که در کودکان و نوجوانان با دامنه‌ی سنی ۱۵-۱۲ سال، میزان شیوع SAD، ۱۹/۷ درصد و میزان شیوع در دختران با ۵۶ درصد

1. Garcia-Lopez, Olivare, Beidel, Albano, Turner & Rosa

2

2. Camuri, Oldani, Dell'Osso, Benatti, Lietti & Palazzo

3. Bener, Ghuloum & Dafeeah

از پسران با میزان ابتلا ۴۴ درصد بالاتر است. هم‌چنین، پژوهش آبو، کینیاندا، کیزا، لوین، دیانابانگی و استین<sup>۱</sup> (۲۰۱۳)، نشان داد که در کودکان و نوجوانان شمال شرق اوگاندا شیوع اختلالات اضطرابی ۲۶/۶ درصد و میزان شیوع در زنان با ۲۹/۷ درصد نسبت به ۲۳/۱ درصد در مردان بالاتر است. شیوع و همبودی اختلال اضطراب اجتماعی و اختلالات روانپزشکی در ایران کمی بالاتر از کشورهای غربی است (محمدی، غنی زاده، محمدی و مسگرپور، ۲۰۰۶). نتایج شیوع‌شناسی اضطراب اجتماعی در استان گلستان نشان داد که ۱۰/۱ درصد افراد این اختلال را دارند که نسبت شیوع این اختلال در زنان به مردان نسبت ۱-۱/۳ را دارد (طالع پسند و نوکانی، ۲۰۱۲). هم‌چنین شیوع اضطراب اجتماعی در نوجوانان تهران ۳/۲ درصد گزارش شده است (محمدی، علوی، محمودی، شهریور، تهران دوست و سعادت، ۲۰۰۸). در پژوهش حیدری‌زاده، فرج‌الهی و اسماعیل‌زاده (۱۳۹۶) که بر روی ۷۶۰ نفر از نوجوانان شهر کرمانشاه انجام شد نرخ شیوع این اختلال ۱۸/۸۰ درصد گزارش گردیده است. در پژوهش ما شیوع این اختلال با توجه به جامعه و نمونه مورد پژوهش

علائم جسمی که معمولاً همراه اضطراب اجتماعی هستند شامل سرخ شدن، تعریق زیاد، لرزش، تپش قلب، احساس دل‌آشوب و لکنت زبان می‌باشد. تشخیص و دخالت زود هنگام در این اختلال می‌تواند به حداقل شدن علائم و کند شدن روند پیشرفت آن کمک قابل توجهی کند و از بروز عوارض بعدی نظیر افسردگی شدید جلوگیری نماید. ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران و خودارزیابی منفی از ویژگی‌های اصلی اختلال اضطراب اجتماعی و افرادی است که اضطراب اجتماعی بالایی دارند. افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی معمولاً احساس خطر بیش از حد در تعاملات اجتماعی را تجربه می‌کنند، تمایل به پذیرش سطوح بالای تأیید منفی دارند و موقعیت‌های مبهم آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد (افرام و کاشدان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). هم‌چنین آنها توانایی شناختی و عملکرد اجتماعی خود را کم اهمیت می‌دانند و اغلب در شناسایی و تنظیم احساسات خود دچار مشکل می‌شوند (بروماریو و کرنز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). تحقیقات نشان می‌دهد که نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی به طور قابل توجهی در معرض افزایش خطر ابتلا به افسردگی، تلاش برای

1. Abbo, Kinyanda, Kizza, Levin, Ndyababangi & Stein
2. Afram & Kashdan
3. Brumariu & Kerns

خودکشی، سوء مصرف مواد، محدودیت‌های شدید اجتماعی، ترک تحصیل و تحصیلات پایین هستند (گارسیا لویز و همکاران، ۲۰۱۴؛ رانتا و همکاران، ۲۰۱۲). و همین موارد، لزوم توجه و شناخت بیشتر نسبت به عوامل مرتبط و موثر در شکل‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان را تصریح می‌نماید.

عوامل متعددی در ایجاد اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارند؛ از جمله عوامل ژنتیکی، رشدی و شناختی. تعداد شواهدی که نشان می‌دهد اختلال اضطراب اجتماعی عنصر ژنتیک دارد، رو به افزایش است. مثلاً در مورد کودکان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، احتمال اینکه یکی از والدین یا هردوی آنها این اختلال را داشته باشند، بیشتر از کودکان سالم است. مطالعات انجام شده روی دوقلوها نیز نشان می‌دهد که در ایجاد اختلال اضطراب اجتماعی، عامل ژنتیک آشکار، ولی خفیف، وجود دارد، که تخمین زده می‌شود یک عنصر ژنتیکی علت حدود ۱۳ درصد از انواع ترس‌های اجتماعی باشد.

در رابطه با عوامل رشدی چون اختلال اضطراب اجتماعی، در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی، در سنین نسبتاً پایین‌تری ظاهر می‌شود، عوامل رشدی و تجربه‌های کودکی احتمالاً در آن تاثیر می‌گذارند. کودکانی که در خودفرورفته، گوشه‌گیر و ساکت هستند، بیشتر احتمال دارد که به اختلال اضطراب اجتماعی مبتلا شوند. همچنین سبک تعامل والدین - فرزندان در دوران اولیه کودکی نیز می‌تواند در ایجاد فوبیای اجتماعی نقش داشته باشد (گنجی، ۱۳۹۴).

در اختلال اضطراب اجتماعی چند فرایند شناختی وجود دارد که به نوعی باعث تداوم ترس از موقعیت‌های اجتماعی می‌شوند. اولاً، افراد مبتلا به فوبیای اجتماعی در پردازش و تفسیر اطلاعات نوعی سوگیری دارند که باعث می‌شود درباره رویدادهای اجتماعی پیش‌بینی‌های بسیار منفی داشته باشند. ثانیاً، افراد مبتلا به این اختلال، در مقایسه با افراد سالم یا ناظران مستقلی که رفتار آنها را مورد مشاهده قرار می‌دهند، عملکرد خود در موقعیت‌های اجتماعی را بیش از حد بد و ناشیانه می‌دانند. همچنین افراد فوبیک اجتماعی نمی‌توانند نظرها و فیدبک‌های اجتماعی مثبت از طرف دیگران را به آسانی پردازش کنند. ثالثاً، طبق بعضی نظریه‌های مربوط به اختلال اضطراب اجتماعی، افراد مبتلا، در طول عملکرد اجتماعی خود، به ویژه هنگامی که می‌ترسند مورد ارزیابی منفی قرار گیرند، تمایل دارند توجه خود را به سوی خود و واکنش‌های اضطرابی خود معطوف کنند،

پدیده‌ای که توجه متمرکز بر خود<sup>۱</sup> نامیده می‌شود. در آخر، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، پس از پایان موقعیت‌های اجتماعی، از رویدادهای آن پردازش افراطی به عمل می‌آورند که عبارت است از انتقاد شدید از عملکرد و اضطرابی که در آن شرایط داشته‌اند. این نوع تفکر در پایان هر موقعیت اجتماعی، نگرش منفی به عملکرد خود را موجب می‌شود، در طول زمان ادامه می‌یابد و تداوم اضطراب اجتماعی را به همراه می‌آورد (گنجی، ۱۳۹۴).

از عوامل موثر دیگر در بروز اختلال اضطراب اجتماعی نحوه تنظیم هیجان<sup>۲</sup> است. هیجان را می‌توان واکنش‌های زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی دانست که آن را یک فرصت مهم یا چالش‌برانگیز ارزیابی می‌کنیم و این واکنش‌های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می‌دهیم، همراه می‌شوند (گارنفسکی و کرایج<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). هر چند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند، اما افراد قادرند بر شیوه‌هایی که این هیجان‌ها را ابراز می‌کنند، اثر بگذارند. این توانایی که تنظیم هیجان نامیده می‌شود، به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی، روانی و فیزیکی در به انجام رساندن هدف‌های فرد تعریف می‌شود (گراس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). بنابراین تنظیم هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازمان‌دهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود (گارنفسکی و کرایج<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). نظریه پردازان بر این باورند، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌اتشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیصی درونی نمود از قبیل افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند (منین و فاراچ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است فاقد توانایی آگاهی از هیجان‌های خود و شناسایی آن‌ها باشند. یک مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کمتر قادر به توجه به هیجان‌ات خود هستند، و احساسات خود را نسبت به گروه گواه، مشکل‌تر توصیف می‌کنند (ترک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). بنابراین، مشکلات هیجانی تجربه شده توسط

- 
1. Self-focused attention
  2. Emotion Regulation
  3. Garnefschi & Kraaij
  4. Gross
  5. Munin & Farach
  6. Terek

افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ممکن است شامل عدم آگاهی از حالات هیجانی خود و همچنین عدم توانایی برای تنظیم هیجان‌ها باشد. شواهد جدید مربوط به اختلالات اضطرابی نشان می‌دهد که مشکل در تنظیم هیجان، ممکن است عامل مهمی در این اختلالات باشد (رودبوف و هیمبرگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). هیمبرگ، گراس، گولدین، بال و ورنر<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) نشان دادند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، اجتناب و سرکوب هیجانی را بیشتر از گروه کنترل مورد استفاده قرار می‌دهند. آنها همچنین نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و گروه کنترل، به میزان یکسانی از ارزیابی مجدد شناختی به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان استفاده کردند. اگر چه این یافته غیرمنتظره به نظر می‌رسد، اما با برخی از یافته‌های جدید همسویی دارد. محققان در پژوهشی دریافتند که هر دو گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و گروه کنترل قادر به استفاده از ارزیابی مجدد شناختی برای کاهش هیجان منفی هستند که نشان‌دهنده توانایی یکسان این دو گروه در این راهبرد تنظیم هیجانی است (گلدین و گراس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). افزون بر این، پژوهش‌های مربوط به کودکان و نوجوانان مضطرب، نشان داده است که ارزیابی شناختی مؤثر، هیجان‌های منفی کودکان مضطرب و کودکان غیرمضطرب را کاهش می‌دهد و کارایی آن بین دو گروه تفاوتی ندارد (کارسکی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰).

مدل‌های نظری اخیر تأکید بیشتری بر اهمیت نحوه برخورد افراد با تجربه‌های اضطراب‌آور دارند. یکی از مولفه‌های روان‌شناختی دخیل در ایجاد اضطراب اجتماعی حساسیت اضطرابی<sup>۵</sup> است. حساسیت اضطرابی یک سازه تفاوت‌های فردی است که در آن فرد از نشانه‌های بدنی که با انگیزتگی اضطرابی (سرگیجه، افزایش ضربان قلب و تنگی نفس) مرتبط است، می‌ترسد و اصولاً از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای اجتماعی، شناختی و بدنی منجر می‌شود (دیکان و آبراموویچ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). به عبارت دیگر، گرایش به ترس، تفسیر فاجعه‌آمیز نشانه‌های اضطراب است و از عوامل سبب‌شناختی نگه‌دارنده و تداوم‌بخش اکثر اختلالات روانی

- 
1. Rudboff & Heimberg
  2. Hymberg, Goldin, Gross, Ball & Werner
  3. Goldin & Gross
  4. Karski
  5. Anxiety Sensitivity
  6. Deacon & Abramowitz

به ویژه طبقه اختلالات اضطرابی است و در جهت افزایش پاسخ‌های اضطرابی و ایجاد ترس از محرک‌های برانگیزاننده عمل می‌کند. حساسیت اضطرابی به سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب منجر می‌شود که این خود زمینه را برای ابتلای فرد به اختلالات روانی از جمله اضطراب اجتماعی فراهم می‌سازد (مک کابی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). گرانت، بک و داویلا<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) در پژوهشی دریافتند که شاخص حساسیت اضطرابی عاملی اساسی در پیش‌بینی نشانه‌های اختلالات وحشتزدگی، افسردگی و اضطراب اجتماعی است. نتایج پژوهش اندرسون و هوپ<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) نشان داد که جوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با هم‌تایان عادی خود از حساسیت اضطرابی و برانگیختگی روان‌شناختی بیشتری رنج می‌برند. یکی از ویژگی‌های افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا ارزیابی منفی و ترس از همه‌علایم معمولی اضطراب است و این علائم رایج، واکنش شدیدتری در این افراد ایجاد می‌کند و این امر موجب افزایش شدت علائم اضطراب در شخص می‌شود. به این طریق فرد در یک دور بسته معیوب قرار می‌گیرد که علائم بازتاب بیشتری برای وی داشته و واکنش به علائم، شدت آنها را افزایش می‌دهد و این موضوع خود واکنش شدیدتری را به دنبال خواهد داشت و فرد را در یک شرایط عمومی ناخشنودی قرار می‌دهد (هیتون مک‌نیکول و دابلیدی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). دیکان و آبراموویتز<sup>۵</sup> (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای که حساسیت اضطرابی را در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و افراد بهنجار بررسی کردند، اظهار داشتند که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، حساسیت اضطرابی بالاتری را نسبت به افراد بهنجار گزارش می‌کنند و در این بین افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی و اضطراب اجتماعی، بیشترین حساسیت اضطرابی را گزارش کردند. رکتز، شیمیزو و لیمن<sup>۶</sup> (۲۰۰۶)، در پژوهشی که به بررسی جنبه‌های مختلف حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی پرداختند، دریافتند که افراد مبتلا به وحشتزدگی حساسیت فیزیکی بیشتری از دو گروه مبتلا به اضطراب فراگیر و اجتماعی

- 
1. McCabe
  2. Grant, Beck & Davila
  3. Anderson & Hoop
  4. Hatton, McNicol & Doubleday
  5. Dickan & Abramovitz
  6. Rector, Shimizu & Leybman



تجربه می‌کنند، در حالی که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، حساسیت اجتماعی بیشتری از دو گروه دیگر و افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، حساسیت شناختی بیشتری از دو گروه دیگر تجربه می‌کنند. در واقع تحقیقات موجود نشان‌دهنده این است که حساسیت اضطرابی ممکن است به عنوان یک عامل خطر برای مشکلات اضطرابی مطرح باشد (زولنسکی، فلدنر، میلر و گرگور، ۲۰۰۴). این عامل شناختی خطر ایجاد علائم اضطراب، حملات وحشتزدگی غیر منتظره و همچنین اضطراب پاتولوژیک را افزایش می‌دهد (هیوارد، کیلن، کریمر و تیلور، ۲۰۰۰).

همچنین پژوهش‌های متعدد، رابطه بین دلبستگی و آسیب‌شناسی روانی در دوره کودکی، نوجوانی و بزرگسالی را بررسی کرده‌اند. نتایج این پژوهش‌ها به طور کلی نشان‌دهنده اهمیت انکارناپذیر دلبستگی به عنوان یک عامل اساسی در سلامت روانی افراد است (مورلی و موران، ۲۰۱۱). به عقیده بالبی (۱۹۷۳) بسیاری از اشکال روان‌آزردگی‌ها و اختلالات شخصیت، نتیجه محرومیت کودک از مراقبت با کیفیت و یا عدم ثبات رابطه‌ی کودک با چهره دلبستگی است. سبک‌های دلبستگی ناایمن، محصولی از تجربه‌های فقدان با نوسان، در دسترسی به موضوع دلبستگی‌اند. سبک دلبستگی اجتنابی ناشی از نوعی تجربه عدم دسترسی است که می‌توان ظهور و بروز آن را در بروز اختلالات روانی مشاهده نمود (براماریو و کرنز، ۲۰۱۰). نتایج تحقیقات برخی محققان نشان داده است که افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا، علائم جسمانی بیشتری را نسبت به سبک دلبستگی ایمن گزارش می‌کنند (استروب، فولکمن، هانسن و اسپجات، ۲۰۰۶؛ والدینگر، مارس، آرتور و بارسکی، ۲۰۰۶). در خصوص اضطراب نیز پژوهش‌هایی رابطه بین اضطراب و سبک‌های دلبستگی را بررسی کرده و به این نتیجه دست یافته‌اند که افرادی که دارای دلبستگی ایمن بوده، اضطراب کمتری را نسبت به گروه ناایمن نشان می‌دهند و نیز سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا به طور معنی‌داری با

1. Zvolensky, Feldner, Miller & Gregor
2. Hayward, Killen, Kraemer & Taylor
3. Morley & Moran
4. Barramio & Cornce
5. Stroub, Folkman, Hansen & Scott
6. Waldinger, March, Arthur & Barsky

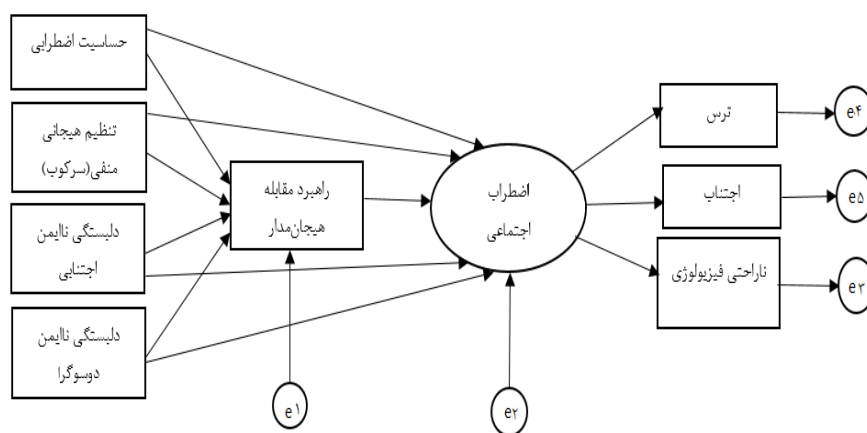
علائم اضطراب همبستگی دارند (ماناسیس، بردلی، گلدبرگ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴؛ پریسپتو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲؛ براون، وایت ساید<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). در مطالعه واینی<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) که بر روی افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام گرفت، افرادی که دارای سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا بودند نسبت به افراد با سبک دلبستگی ایمن، افسردگی بیشتر، رضایت از زندگی کم‌تر و اضطراب اجتماعی بیشتری را نشان دادند. همچنین اضطراب اجتماعی باعث ایجاد ارتباط بین دلبستگی ناایمن و افسردگی شد.

یکی از متغیرهایی که هم با حساسیت اضطرابی و هم با تنظیم هیجانی و سبک دلبستگی رابطه دارد، راهبردهای مقابله‌ای<sup>۵</sup> است (تمنایی فر، ۲۰۱۷؛ فرداینی سفلی، کارسازی، عزت‌امامی و بخشی‌پور، ۱۳۹۴؛ زاهدیان، کافی، جاوید و فلاحی، ۱۳۹۴؛ ندایی، پاغوش و صادقی، ۱۳۹۵). راهبرد مقابله‌ای افراد مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری فرد است که در جهت تغییر، تفسیر و اصلاح موقعیت تنش‌زا به کار می‌رود تا رنج ناشی از آن کاسته شود (خیرآبادی، باقریان، نعمتی، دقاق زاده و غلامرضایی، ۲۰۱۰). راهبردها فرایندی پویا و مداوم هستند و به طور کلی به دو نوع تقسیم می‌شوند: ۱- راهبرد مسأله‌مدار ۲- راهبرد هیجان‌مدار. راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار بیان‌گر اعمالی هستند که هدفشان تغییر یا کاهش موقعیت‌های فشارزا است. راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار شامل تنظیم پاسخ‌های هیجانی فرد در برابر مسأله است، در صورتی که موقعیت یا رویداد، غیرقابل تغییر باشد و یا فرد چنین تصویری داشته باشد در این حالت از راهبرد هیجان‌مدار استفاده می‌نماید (مارساک، فانک و نلسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). کارولین، الدوین و لورینا<sup>۷</sup> (۲۰۰۱) در مورد شیوه‌های مقابله‌ای به این نتیجه رسیدند، کسانی که از شیوه‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده می‌کنند، به طور قابل ملاحظه‌ای مشکل را به اجزاء کوچک‌تر و قابل کنترل تجزیه می‌کنند و در جستجوی اطلاعات و بررسی شقوق مختلف مشکل و هدایت اعمال و رفتار می‌باشند. در حالی که در راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار اظهارات هیجانی بصورت سرکوب،

- 
1. Manasis, Bradley, Goldberg
  2. Prispito
  3. Brown & Whiteside
  4. Wienie
  5. Coping Strategies
  6. Marsac, Funk & Nelson
  7. Caroline, Eldwin & Lorina

اجتناب، انزوا و کنار گذاشتن بروز پیدا می‌کنند. در پژوهش غضنفری و قدم‌پور (۱۳۸۷) به این نتیجه رسیدند که بین راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی افراد رابطه معنی‌داری وجود دارد به این صورت که هرچه فرد راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار را به کار گیرد از سلامت روانی بیشتری برخوردار است و بالعکس استفاده از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار سبب افزایش علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می‌شود.

با توجه به آنچه در مرور بر تحقیقات گذشته و یافته‌های تئوری و پژوهشی مختلف در زمینه علل و اهمیت اختلال اضطراب اجتماعی در دوره نوجوانی و تاثیر آن بر مراحل بعدی زندگی آمد، می‌توان گفت حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجانی و سبک‌های دلبستگی ناایمن به صورت مستقیم و یا با میانجی راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند بر اضطراب اجتماعی نوجوانان اثرگذار باشد. بنابراین هدف این پژوهش تدوین مدل سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی نوجوانان بر اساس عوامل حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجانی منفی و سبک دلبستگی ناایمن با نقش میانجی راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار بوده است (شکل ۱). مدل مفهومی اختلال اضطراب اجتماعی).



شکل ۱. مدل مفهومی اختلال اضطراب اجتماعی

## روش

طرح کلی پژوهش با توجه به هدف، ماهیت و جامعه آن کمی، از نوع همبستگی و به شیوه معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه نوجوانان در حال تحصیل در مقطع متوسطه مدارس شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. در این پژوهش تعداد ۱۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان خرم‌آباد به صورت نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. پس از توزیع پرسش‌نامه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، دانش‌آموزانی که نمره بالاتر از ۴۰ را در پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی کانر کسب کردند به عنوان نمونه انتخاب شدند. بر این اساس تعداد ۲۶۶ نفر (۱۳۶ پسر و ۱۳۰ دختر)، از دانش‌آموزانی که پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کردند مستعد اختلال اضطراب اجتماعی تشخیص داده شدند و به عنوان نمونه پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری در پژوهش حاضر پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی (ASI) ریس و پترسون (۱۹۸۵)، پرسش‌نامه سبک دلبستگی (AAQ) هازن و شیور (۱۹۸۷)، پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (erq) گراس و جان (۲۰۰۳)، پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر (۱۹۹۰) و مقیاس اضطراب اجتماعی (SPIN) کانر، داویدسون، چرچیل، شروود، فوآ و وسلر (۲۰۰۰) بود. در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل یافته‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین، انحراف استاندارد و درصد فراوانی و در سطح آمار استنباطی و بررسی فرضیه‌های پژوهش از مدل معادلات ساختاری استفاده شد. یافته‌های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۴ و آموس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی: پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی (ASI) یک پرسش‌نامه خودگزارش دهی است که ۱۶ گویه دارد. این پرسش‌نامه توسط ریس و پترسون در سال ۱۹۸۵ ساخته شده است که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵) است. هر گویه این عقیده را منعکس می‌کند که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می‌شود و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارد. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. دامنه‌ی نمرات بین ۱۶ تا ۸۰ است (فلوید، گارفیلد و مارکز، ۲۰۰۵). ساختار این پرسش‌نامه از سه عامل؛ ترس از نگرانی‌های

بدنی ( ۸ گویه )، ترس از نداشتن کنترل شناختی ( ۴ گویه ) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران ( ۴ گویه ) تشکیل شده است (زینبرگ، بارلو و براون، ۱۹۹۷). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ثبات درونی بالای آن را ( آلفای بین ۰/۸ تا ۰/۹ ) نشان داده است. اعتبار بازآزمایی بعد از دو هفته ۰/۵۷ و به مدت سه سال ۰/۷۱ بوده است که نشان می‌دهد ASI یک سازه‌ی شخصیتی پایدار است (ریس، پترسون، گارسکی و مکنالی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۶). اعتبار آن در نمونه ایرانی بر اساس سه روش هم‌سانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمد. روایی بر اساس سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده مقیاس‌ها با مقیاس کل و با یکدیگر و تحلیل عوامل محاسبه شد. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسش‌نامه ((SCL۹۰)) انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود (مرادی‌منش، میرجعفری، گودرزی و محمدی، ۱۳۸۶). پایایی مقیاس حساسیت اضطرابی در پژوهش مشهدی، قاسم پور، اکبری، ایل‌بیگی و حسن‌زاده (۱۳۹۲) با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد. در این پژوهش پایایی مقیاس برابر با ۰/۸۶ بود.

پرسش‌نامه سبک دلبستگی هازن و شیور<sup>۳</sup>(AAQ<sup>3</sup>): این پرسش‌نامه توسط هازن و شیور<sup>۴</sup>(۱۹۸۷) ساخته شده است و در ایران توسط رحیمیان و همکاران(۱۳۸۳) بر روی پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان هنجاریابی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۵ گویه است که به هر یک از سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا ۵ گویه تعلق می‌گیرد. نمره‌گذاری در مقیاس لیکرت از هرگز (۰) تا تقریباً همیشه (۴) صورت می‌گیرد. نمرات خرده مقیاس‌های دلبستگی توسط میانگین ۵ سوال هر خرده مقیاس به دست می‌آید و بدین صورت که برای تعیین سبک دلبستگی هر فرد ارزش‌های عددی گویه‌های مرتبط هر سطر با یکدیگر جمع و بر ۵ تقسیم می‌شود از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا سوالاتی را انتخاب کنند که سبک مشخص آنها را در روابط نزدیک بهتر توصیف می‌کند. تحلیل عاملی پرسش‌نامه هزن و شیور (۱۹۸۷) توسط کولینز و رید (۱۹۹۰) به استخراج سه عامل

1. Zinberg, Barlow & Brown.
2. Reese, Patterson, Gursky & McNaley
3. Acceptance & Action Questionnaire
4. Hazen & Shaver

عمده دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا منجر شد که توسط پژوهشگران به عنوان ظرفیت پیوستن به روابط صمیمی و نزدیک تفسیر می‌شود. هزن و شیور پایایی بازآزمایی کل این پرسش‌نامه را ۰/۸۱ و پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۷۸ را به دست آوردند. هزن و شیور (۱۹۸۷) روایی صوری و محتوایی را خوب گزارش نمودند و روایی سازه آن را در حد بسیار مطلوب گزارش نمودند. پایایی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش رحیمیان و همکاران (۱۳۸۶) برای کل آزمون سبک دوسوگرا، سبک اجتنابی و سبک ایمن به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۳ و ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد که پایایی مطلوبی را نشان می‌دهد. علاوه بر این اعتبار محتوایی و صوری آن توسط چند تن از متخصصان روان‌شناس مورد تایید قرار گرفته است. در این پژوهش پایایی مقیاس برای سبک دل‌بستگی اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۳ بود.

پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای: این پرسش‌نامه توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰) تهیه شده است. پاسخ‌های این تست شامل ۴۸ ماده است که به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است. پرسش‌نامه CISS سه زمینه‌ی اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در بر می‌گیرد: ۱- مقابله مساله‌مدار یا برخورد فعال با مساله در جهت مدیریت و حل آن ۲- مقابله هیجان‌مدار یا تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مساله ۳- مقابله اجتنابی یا فرار از مساله. با توجه به اینکه پرسش‌نامه به صورت ۵ درجه لیکرت می‌باشد. حداکثر نمره برای هر ماده ۵ و حداقل ۱ می‌باشد. آزمودنی بایستی به همه سوالات پاسخ دهد. اگر آزمودنی تعداد ۵ سوال یا کمتر از ۵ سوال را جواب نداده باشد در زمان نمره‌گذاری پژوهش‌گر می‌تواند به این سوالات گزینه ۳ را علامت بزند اما در غیر این صورت یعنی اگر بیش از ۵ سوال بدون پاسخ باشد آن پرسش‌نامه نمره‌گذاری نمی‌شود. دامنه تغییرات سه نوع رفتار رویارویی به این شکل است که نمره‌ی هر یک از رفتارهای رویارویی سه گانه یعنی مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی از ۱۶ تا ۸۰ است. به عبارتی شیوه رویارویی غالب فرد با توجه به نمره‌ای که در آزمون کسب می‌کند مشخص می‌شود. یعنی هر کدام از رفتارها نمره‌ی بالاتری را کسب کند، آن رفتار به عنوان شیوه رویارویی فرد در نظر گرفته می‌شود (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰). ضریب پایایی مقیاس به وسیله اندلر و پارکر (۱۹۹۰) برای سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب، برای نمونه پسران ۰/۹۲، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و برای نمونه دختران ۰/۹۰، ۰/۸۵ و ۰/۸۲ به دست آمد. در ایران نیز چندین پژوهش پایایی

مقیاس مذکور را مورد بررسی قرار داده‌اند از جمله سلامت (۱۳۸۰) برای سبک‌های مقابله مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ۰/۸۴، جعفرنژاد (۲۰۰۳) برای سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۲ را به دست آوردند (سلامت، ۱۳۸۰؛ به نقل از جعفرنژاد، ۲۰۰۳). در پژوهش ما پایایی مقیاس برای سبک هیجان‌مدار برابر با ۰/۹۱ بود.

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان: این مقیاس یک مقیاس ۱۰ گویه‌ای می‌باشد که به وسیله گراس و جان (۲۰۰۳) تدوین شده است و دو زیر مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرونشانی (۴ گویه) را می‌سنجد. پاسخ‌های آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) نمره‌گذاری می‌شود. خرده مقیاس ارزیابی مجدد شامل سوالات؛ ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰ و خرده مقیاس فرونشانی سوالات؛ ۲، ۴، ۶، ۹ را در بر می‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از سه ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. حداقل و حداکثر نمره‌ای که آزمودنی در این مقیاس می‌تواند کسب کند، به ترتیب ۱۰ و ۷۰ می‌باشد که نمره بالاتر در هر کدام از زیر مقیاس‌ها، نشان‌دهنده داشتن مشکل کمتر در مولفه مورد سنجش است. قاسم‌پور، ایل‌بیگی و حسن‌زاده (۱۳۹۱) پایایی این مقیاس را در ایران برای زیرمقیاس ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ گزارش کردند. در این پژوهش پایایی مقیاس برای فرونشانی (سرکوب) برابر با ۰/۸۳ بود.

مقیاس اضطراب اجتماعی: میزان اضطراب اجتماعی از طریق مقیاس اضطراب اجتماعی (SPIN) سنجیده شد. مقیاس اضطراب اجتماعی یک مقیاس ۱۷ گویه‌ای می‌باشد که به وسیله کانر، داویدسون، چرچیل، شروود، فوآ و وسلر (۲۰۰۰) تدوین شده است و سه زیرمقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی را می‌سنجد. خرده مقیاس ترس شامل سوالات؛ ۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۵، خرده مقیاس اجتناب شامل سوالات؛ ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۶، ۱۲ و خرده مقیاس ناراحتی فیزیولوژیکی شامل سوالات؛ ۲، ۷، ۱۳، ۱۷ است. پاسخ‌های آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از به هیچ وجه (۰) تا بی‌نهایت (۴) نمره‌گذاری می‌شود. براساس نتایج به دست آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰٪ و نقطه برش ۵۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۹٪، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را از افراد غیر مبتلا جدا می‌کند. پایایی مقیاس نیز بالا و مطلوب

گزارش شده است. در ایران نیز حسنونند عموزاده (۱۳۸۶) همسانی درونی آن را با یک نمونه غیر بالینی در نیمه اول آزمون ۰/۸۲ و در نیمه دوم آزمون ۰/۸۶، همبستگی دونیمه آزمون ۰/۷۶ و ضریب همبستگی اسپیرمن را ۰/۹۱ گزارش کرده است. همچنین همسانی درونی در زیرمقیاس‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۵ و ۰/۷۵ به دست آمده است (حسونند عموزاده، ۱۳۸۶). در این پژوهش پایایی مقیاس برابر با ۰/۸۹ بود.

### نتایج

در این بخش به توصیف آمار توصیفی و استنباطی پرداخته شده است. از مجموع ۲۶۶ نفر اعضای نمونه، تعداد ۱۳۶ نفر (۵۱/۱ درصد) آنان پسر و تعداد ۱۳۰ نفر (۴۸/۹ درصد) دختر و نسبت دانش آموزان پسر بیشتر از دانش آموزان دختر است. میانگین و انحراف استاندارد سن دانش آموزان پسر برابر ۱۵/۹۱ و ۰/۸۳ و این میزان برای دانش آموزان دختر برابر با ۱۵/۷۲ و ۰/۸۷ بوده است. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول شماره یک آمده است:

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به یافته‌ها

شاخص متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار میانگین	نما	میانه	حداقل	حداکثر
حساسیت اضطرابی	۵۰/۹۸	۷/۹۸	۰/۴۸	۵۳	۵۱	۳۲	۷۰
تنظیم هیجانی منفی (سرکوب)	۱۷/۵۶	۴/۱۸	۰/۲۵	۱۸	۱۸	۸	۲۸
دل‌بستگی اجتنابی	۱۴/۸۹	۲/۹۸	۰/۱۸	۱۵	۱۵	۸	۲۱
دل‌بستگی دوسوگرا	۱۳/۳۶	۲/۷۱	۰/۱۶	۱۱	۱۳	۸	۱۶
راهبرد مقابله‌ای (هیجان-مدار)	۵۸/۸۵	۶/۳۱	۰/۳۸	۵۳	۵۱	۳۹	۷۲
اضطراب (ترس)	۱۶/۳۹	۳/۰۸	۰/۱۸	۱۴	۱۶	۱۰	۲۸
اضطراب (اجتناب)	۱۶/۹۵	۳/۰۲	۰/۱۸	۱۸	۱۷	۱۱	۲۵
اضطراب (ناراحتی فیزیولوژی)	۱۱/۵۲	۲/۶۳	۰/۱۶	۱۲	۱۱	۶	۱۹
اضطراب اجتماعی	۴۴/۸۷	۵/۵۸	۰/۳۴	۴۶	۴۴	۳۴	۶۵



به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجانی منفی (سرکوب)، دلبستگی اجتنابی، دلبستگی دوسوگرا، راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و اضطراب اجتماعی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که یافته‌های آن در جدول شماره ۲ آمده است:

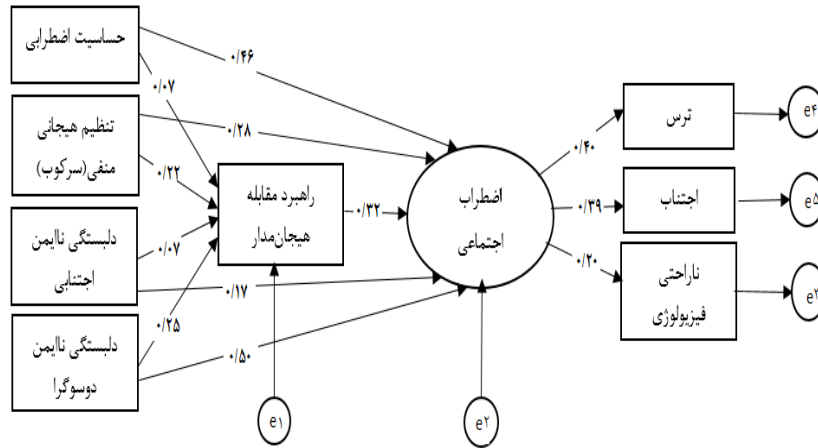
جدول ۲. ماتریس ضریب همبستگی پیرسون مربوط به متغیرها

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱- حساسیت اضطرابی	۱								
۲- تنظیم هیجانی منفی (سرکوب)	**۰/۳۴۰	۱							
۳- دلبستگی اجتنابی	**۰/۴۱۶	**۰/۴۱۶	۱						
۴- دلبستگی دوسوگرا	**۰/۴۷۶	**۰/۳۴۲	**۰/۶۰۹	۱					
۵- راهبرد مقابله هیجان‌مدار	**۰/۵۴۸	*۰/۳۳۵	**۰/۳۳۹	**۰/۳۹۹	۱				
۶- اضطراب (ترس)	**۰/۳۶۱	**۰/۲۷۹	**۰/۳۴۱	**۰/۴۴۲	**۰/۳۲۴	۱			
۷- اضطراب (اجتناب)	**۰/۴۳۹	**۰/۲۹۷	**۰/۳۳۱	**۰/۳۲۶	**۰/۳۰۳	۰/۰۵۲	۱		
۸- اضطراب (ناراحتی فیزیولوژی)	**۰/۲۱۳	**۰/۱۶۹	**۰/۲۳۵	**۰/۳۳۰	۰/۰۸۷	**۰/۱۸۰	*۰/۲۱۰	۱	
۹- اضطراب اجتماعی	**۰/۵۵۴	**۰/۳۳۲	**۰/۵۰۴	**۰/۶۰۶	**۰/۳۵۱	**۰/۶۴۵	**۰/۶۱۵	**۰/۶۰۴	۱

\*\* $p=0/01$  و \* $p=0/05$

به منظور بررسی نقش واسطه‌ای راهبرد مقابله هیجان‌مدار در ارتباط بین حساسیت اضطرابی، سرکوب، دلبستگی اجتنابی و دلبستگی دوسوگرا با اختلال اضطراب اجتماعی از معادلات ساختاری استفاده شد. مدل مفروض بر پایه این فرض ایجاد شده است که راهبرد

مقابله هیجان‌مدار در رابطه بین حساسیت اضطرابی، سرکوب، دلبستگی اجتنابی و دلبستگی دوسوگرا با اختلال اضطراب اجتماعی، نقش واسطه‌ای دارد. مقدار ضرایب بتا مدل پیشنهادی در شکل شماره ۲ آمده است:



شکل ۲. مقدار ضرایب بتا مدل اولیه

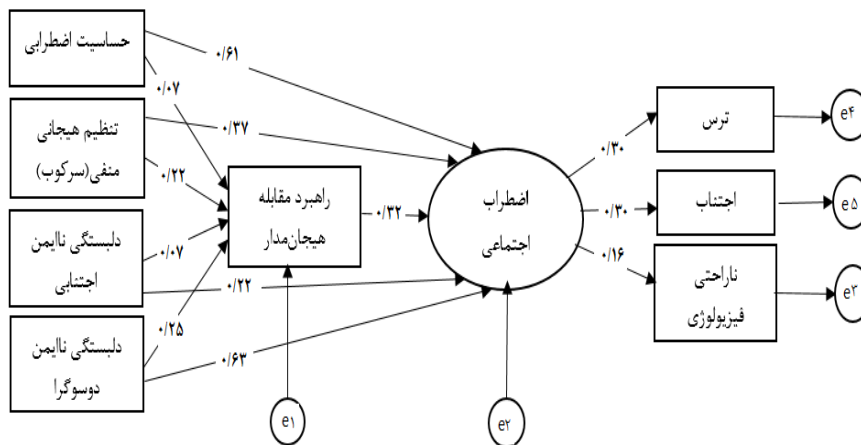
شاخص‌های برازش مدل در جدول شماره ۳ آمده است:

جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش مدل اولیه

P-value	Cmin	Df	Cmin/df	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
۰/۰۰۱	۲۹/۹۸۳	۱۰	۲/۹۹۸	۰/۹۷۵	۰/۹۱۰	۰/۹۴۷	۰/۹۶۴	۰/۸۹۵	۰/۹۶۲	۰/۰۸۷

در ابتدا مدل مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس داده‌های جدول شماره ۳ میزان شاخص هنجار شده مجذور کای اسکویئر (CMIN/DF) با درجه آزادی ۱۰ برابر با ۲/۹۹۸ و سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ است. جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۰۸۷، شاخص توکر- لویس برابر با ۰/۸۹۵، همچنین وجود مقادیر بالای ۰/۹۰ در شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، برازندگی مقایسه‌ای (CFI)، شاخص برازش افزایشی (IFI) و شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) می‌توان نتیجه گرفت که مدل مفروض تا حدودی برازش قابل قبولی با داده‌های پژوهش داشته است (کلاین، ۲۰۰۵). در

نتیجه به منظور برازش مطلوب تر، مدل مورد تجدید نظر و اصلاح قرار گرفت و با ایجاد ارتباط دو سویه بین  $e_3$  و  $e_5$  مدل مورد بررسی دوباره قرار گرفت (شکل شماره ۳).



شکل ۳. مدل اصلاح شده

پس از اصلاح مدل اولیه، مدل اصلاح شده با داده‌های جدول شماره ۴ به دست آمد.

جدول ۴. شاخص‌های نیکویی برازش مدل اصلاح شده

P-value	Cmin	df	Cmin/df	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
۰/۰۱۱	۲۱/۴۷۲	۹	۲/۳۸۶	۰/۹۸۰	۰/۹۲۰	۰/۹۶۲	۰/۹۷۷	۰/۹۲۷	۰/۹۷۷	۰/۰۷۲

یافته‌های جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که پس از اصلاح مدل اولیه میزان شاخص هنجار شده مجذور کای بر درجه آزادی (CMIN/DF)، برابر با ۲/۳۸۶ و سطح معناداری ۰/۰۱۱ است که از مقدار مطلوب کمتر از ۳ برخوردار می‌باشد. جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۰۷۲ بوده که دارای مقدار مطلوب کمتر از ۰/۰۸ می‌باشد. شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با ۰/۹۸۰، نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI) برابر با ۰/۹۲۰، شاخص توکر- لویس (TLI) برابر با ۰/۹۲۷، برازش افزایشی (IFI) برابر با ۰/۹۷۷، برازش مقایسه‌ای (CFI) برابر با ۰/۹۷۷ و شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) برابر با ۰/۹۶۲ است که هر کدام در حد مطلوب بالاتر از ۰/۹۰ می‌باشد که نشان می‌دهد مدل از برازش بسیار مطلوبی برخوردار گردیده است (کلاین، ۲۰۰۵).

در جدول شماره ۵ ضرایب استاندارد شده مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پیش‌بین و واسطه‌ای نمایش داده شده است.

جدول ۵. ضرایب استاندارد مستقیم، غیرمستقیم و کل

ضریب مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	سطح معناداری	حد بالا	حد پایین
حساسیت اضطرابی به اضطراب اجتماعی	۰/۶۱	۰/۰۲	۰/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۹	-۰/۰۰۱
سرکوب به اضطراب اجتماعی	۰/۳۷	۰/۰۷	۰/۴۴	۰/۰۰۴	۰/۰۳۴	۰/۰۰۴
دلبستگی اجتنابی به اضطراب اجتماعی	۰/۲۲	۰/۰۲	۰/۲۴	۰/۱۲۹	۰/۰۲۹	-۰/۰۰۱
دلبستگی دوسوگرا به اضطراب اجتماعی	۰/۶۳	۰/۰۸	۰/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۸	۰/۰۱۰
راهبرد مقابله هیجان‌مدار به اضطراب اجتماعی	۰/۳۱	۰/۰۰	۰/۳۱	۰/۰۱۲	۰/۰۰	۰/۰۰

با توجه به داده‌های جدول شماره ۵، با بررسی روابط بین متغیرها میزان ضریب بتای استاندارد مسیر حساسیت اضطرابی به اختلال اضطراب اجتماعی (۰/۶۱) است که مثبت و سطح معنی داری آن ۰/۰۰۱ و معنی‌دار می‌باشد. ضریب بتای استاندارد مسیر تنظیم هیجانی منفی به اختلال اضطراب اجتماعی (۰/۳۷) است که مثبت و سطح معناداری آن ۰/۰۰۴ و معنی‌دار می‌باشد. ضریب بتای استاندارد مسیر سبک دلبستگی دوسوگرا به اختلال اضطراب اجتماعی (۰/۶۳) است که مثبت و سطح معناداری آن ۰/۰۰۱ و معنی‌دار است. ضریب بتای استاندارد مسیر راهبرد مقابله هیجان‌مدار به اختلال اضطراب اجتماعی (۰/۳۱) است که مثبت و سطح معناداری آن ۰/۰۱۲ و معنی‌دار می‌باشد. ضریب بتای استاندارد مسیر سبک دلبستگی اجتنابی به اختلال اضطراب اجتماعی (۰/۲۲) است که مقداری مثبت بوده اما سطح معناداری آن ۰/۱۲۹ است که معنی‌دار نمی‌باشد. ضریب بتای مسیر غیرمستقیم حساسیت اضطرابی به اختلال اضطراب اجتماعی از طریق راهبرد مقابله هیجان‌مدار برابر با ۰/۰۲ می‌باشد و از آنجا که مقدار حد بالا و پایین حساسیت اضطرابی به ترتیب برابر با ۰/۰۰۹ و -۰/۰۰۱ می‌باشد و در این حدفاصل عدد صفر قرار می‌گیرد، در نتیجه اثر غیرمستقیم با صفر تفاوت معناداری نداشته و این اثر معنادار نمی‌باشد. ضریب بتای استاندارد مسیر غیرمستقیم تنظیم هیجانی منفی به اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۰۷ می‌باشد و از آنجا

که مقدار حد بالا و پایین تنظیم هیجانی منفی به ترتیب برابر با ۰/۰۳۴ و ۰/۰۰۴ می‌باشد و در این حدفاصل عدد صفر قرار نمی‌گیرد، در نتیجه اثر غیرمستقیم با صفر تفاوت معناداری داشته و این اثر معنادار می‌باشد. ضریب بتای استاندارد مسیر غیرمستقیم سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا به اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۰۸ می‌باشد و از آنجا که مقدار حد بالا و پایین سبک دلبستگی دوسوگرا به ترتیب برابر با ۰/۰۵۸ و ۰/۰۱۰ می‌باشد و در این حدفاصل عدد صفر قرار نمی‌گیرد، در نتیجه اثر غیر مستقیم با صفر تفاوت معناداری داشته و این اثر معنادار می‌باشد. ضریب بتای استاندارد مسیر غیرمستقیم سبک دلبستگی اجتنابی به اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۰۲ می‌باشد و از آنجا که مقدار حد بالا و پایین سبک دلبستگی اجتنابی به ترتیب برابر با ۰/۰۲۹ و ۰/۰۰۱- می‌باشد و در این حدفاصل عدد صفر قرار می‌گیرد، در نتیجه سبک دلبستگی اجتنابی به صورت غیرمستقیم و از طریق راهبرد مقابله هیجان‌مدار با اختلال اضطراب اجتماعی رابطه معنادار ندارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی برازش مدل سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس مولفه‌های حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجانی منفی و سبک دلبستگی نایمن با میانجی‌گری راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار بر اختلال اضطراب اجتماعی نوجوانان بود تا تاثیرات مستقیم و غیرمستقیم این متغیرها بر اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان مشخص گردد. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که مدل اولیه (شکل شماره ۲)، از برازش تقریباً مناسبی برخوردار بود ولی به منظور برازش هرچه بهتر، مدل مورد اصلاح جزئی قرار گرفت و در نهایت الگوی مندرج در شکل شماره ۳ مورد تایید قرار گرفت که داده‌های آن حاکی از برازش بسیار مطلوب مدل بود.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که متغیرهای حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجانی منفی (سرکوب)، سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا و راهبرد مقابله هیجان‌مدار دارای تاثیر مستقیم و معنادار بر اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد. رابطه معنادار بین حساسیت اضطرابی و اختلال اضطراب اجتماعی در مطالعات پیشین نیز تأیید شده است (آلن و همکاران، ۲۰۱۸؛ دیکسون و همکاران، ۲۰۱۸؛ اروزکن و همکاران، ۲۰۱۷؛ دیکان و آبراموویتز، ۲۰۰۶؛ گرانت و همکاران، ۲۰۰۷؛ رکت و همکاران، ۲۰۰۶؛ اندرسون و هوپ،

۲۰۰۹؛ فرداینی سفلی و همکاران، ۱۳۹۴؛ مشهدی و همکاران، ۱۳۹۲؛ بیرامی و همکاران، ۱۳۹۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت ارزیابی‌ها و تفسیرهای منفی و فاجعه‌آمیز از یک احساس بدنی، منجر به یک راه‌انداز سریع برای اضطراب می‌شود که به نوبه خود افزایش دهنده احساسات اضطرابی است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که ارزیابی فرد از یک موقعیت استرس‌زا در پیامدهای بعدی آن نقش تعیین‌کننده دارد. یک رویداد خاص را دو فرد به صورت‌های متفاوت ادراک می‌کنند و این امر بستگی به ارزیابی آن‌ها از موقعیت مورد نظر دارد و به نظر می‌رسد که حساسیت اضطرابی این ارزیابی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (مرادی منش، ۱۳۸۵). افراد با حساسیت اضطرابی بالا اغلب اوقات به نشانه‌های اضطرابی به‌طور منفی واکنش نشان می‌دهند، در حالی که افراد دارای حساسیت اضطرابی پایین اگر چه ممکن است این نشانه‌ها را به عنوان اموری ناخوشایند تجربه کنند، اما آن‌ها را تهدیدآمیز تلقی نمی‌کنند (مک‌نالی، ۱۹۹۶، ۱۹۹۹؛ به نقل از هال و همکاران، ۲۰۰۴). حساسیت اضطرابی با تفسیر انحرافی علائم اضطراب مرتبط است و به حفظ چرخه اضطراب کمک می‌کند (اروزکن، ۲۰۱۷). این افراد، احساساتی مانند ضربان سریع قلب، عرق کردن و گیجی را به‌عنوان نشانه‌ای از حمله قلبی، شرم ساری اجتماعی و بی‌ثباتی روانی تفسیر می‌کنند (فرجی و همکاران، ۱۳۸۹). افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی وقتی که در معرض موقعیت‌های اجتماعی قرار می‌گیرند برانگیختگی فیزیولوژیکی‌شان افزایش می‌یابد (اندرسون و هوپ، ۲۰۰۹). در این افراد رویارو شدن با محرک‌های ترسناک و هراس‌آور، یک واکنش اضطرابی از قبیل احساس وحشت، تنفس منقطع و کوتاه و تپش قلب را در پی دارد (رحمانیان، ۱۳۹۱). که این افراد آن‌ها را به عنوان نشانه‌ای از خطر یا اضطراب تفسیر می‌کنند و چنین تفسیری از برانگیختگی فیزیولوژیکی، به افزایش علائم اضطراب، مانند تپش قلب بیشتر یا سرخ شدن منجر می‌شود و در نتیجه برانگیختگی فیزیولوژیکی ممکن است نقش مهمی را در ایجاد ترس در موقعیت‌های اجتماعی بازی کند (اندرسون و هوپ، ۲۰۰۹). و ترس از این که دیگران علائم اضطراب را مشاهده کنند باعث تشدید اضطراب اجتماعی می‌شود. آن‌ها تصور می‌کنند که سایرین متوجه این علائم خواهند شد و در مورد آن‌ها قضاوت نامناسبی خواهند کرد.

پژوهش‌های بسیاری رابطه معنادار بین تنظیم هیجانی منفی (سرکوب) و اختلال اضطراب اجتماعی را تایید کرده‌اند (اسچيفر و همکاران، ۲۰۱۷؛ کمپاس و همکاران، ۲۰۱۷؛

ورنر و همکاران، ۲۰۱۱؛ عزت‌امامی و همکاران، ۱۳۹۵؛ کارسازی و همکاران، ۱۳۹۴؛ فرداینی‌سفلی و همکاران، ۱۳۹۴؛ مشهدی و همکاران، ۱۳۹۲). اسپچفر و همکاران (۲۰۱۷) در یک مطالعه فرا تحلیل گزارش کردند که تمام راهبردهای تنظیم هیجان به طور معناداری با علائم افسردگی و اضطراب همراه هستند و استراتژی‌های سازگار تنظیم هیجان با علائم کمتر افسردگی و اضطراب و استراتژی‌های ناسازگار (اجتناب، سرکوب و نشخوار) با علائم بیشتر اضطراب و افسردگی همراه است. بررسی متون و مطالعات روان‌شناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است و نقص آن با اختلالات درون‌ریز (مانند افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی) و اختلالات برون‌ریز (مانند بزه‌کاری و رفتار پرخاشگرانه) ارتباط دارد (گراس، ۲۰۰۷؛ منین و همکاران، ۲۰۰۹؛ ورنر و همکاران، ۲۰۱۱). آمستاتر (۲۰۰۸) معتقد است افراد با نارسایی در تنظیم هیجان از تعارضات بین فردی اجتناب می‌کنند، برای بیان هیجان‌ات منفی خود تلاشی نمی‌کنند و آنها را سرکوب می‌کنند، با انعطاف‌پذیری کمتری به وقایع محیطی متنوع پاسخ می‌دهند، قادر به کنترل برانگیختگی‌های خود نیستند و عواطف منفی زیادی را تجربه می‌کنند، در نتیجه مستعد اختلال اضطراب اجتماعی هستند. به طور کلی اختلال اضطراب اجتماعی با ترس و اجتناب پیوسته از موقعیت‌های اجتماعی که فرد در آنها مورد ارزیابی دیگران قرار می‌گیرد، تعریف می‌شود. پاسخ اجتنابی با عملکرد تنظیم هیجانی تداخل پیدا کرده و از خاموشی ترس جلوگیری می‌کند (ورنر و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین می‌توان بیان کرد که تنظیم هیجانی زمانی به موثرترین حالت خود می‌رسد که فرد عناصر جسمی برانگیختگی هیجانی را همزمان با عناصر شناختی تجربه کند. در افراد دارای اضطراب اجتماعی توجه به سمت محرک‌های تهدیدکننده و نگرانی از ارزیابی منفی می‌تواند به راهبرد تنظیم هیجانی کم‌اثر و در پی آن به اضطراب طولانی مدت منجر شود. در این پژوهش نتایج حاصل از برازش مدل نشان داد که تنظیم هیجانی منفی از طریق راهبرد مقابله هیجان‌مدار بر اختلال اضطراب اجتماعی تاثیرگذار است که با نتایج پژوهش‌های علیلو و همکاران (۱۳۹۵)، ندایی و همکاران (۱۳۹۵)، میرازی و همکاران (۱۳۹۲) همسو بود. رابطه بین تنظیم هیجان و راهبرد مقابله‌ای رابطه‌ای دوسویه و متقابل است. راهبردهای هیجان‌مدار با ایجاد بدنظمی‌های هیجانی مکرر موجب کاهش کیفیت زندگی افراد می‌شود. مثلاً زمانی که فرد از نظر خودش نمی‌تواند پاسخ مطلوبی به

خواسته‌های پیرامدن خود بدهد، هیجان ناکامی را تجربه می‌کند که منجر به خودسرزنشگری و هیجانات ناخوشایند متعدد می‌شود. به احتمال زیاد فرد مکرراً دست به راهبردهای هیجان‌مدار می‌زند تا از مسیر تسکین فوری (ترک موقعیت‌های مکرر، مصرف سیگار، الکل، ورود به روابط مخرب ولی هیجانی) استفاده کند. اگرچه، نمی‌توان مرز تقدم و تأخر سبک‌های تنظیم هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای را در رابطه با اضطراب و کیفیت زندگی به روشنی تعیین کرد. هر دو متغیر روان‌شناختی طبق تعریف مفهومی مورد قبول صاحب‌نظران این حوزه‌ها از اصول هیجانی، شناختی و رفتاری بسیار مشابهی تبعیت می‌کنند.

نتایج پژوهش حاضر رابطه مستقیم و معنادار بین سبک دلبستگی دوسوگرا و اختلال اضطراب اجتماعی را تبیین می‌کند که با نتایج مطالعات پیشین (کورکوران و همکاران ۲۰۱۸؛ تمنایی‌فر و همکاران ۲۰۱۷؛ بروماریو و کرنز ۲۰۰۸؛ بشارت و همکاران ۲۰۱۲؛ اوزتورک و همکاران ۲۰۱۰؛ طاهری‌فر و همکاران ۱۳۸۹؛ خراشادی‌زاده و همکاران ۱۳۹۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که فرد در کنترل منابع استرس است و با استفاده از استراتژی‌های حل مسئله و با برنامه‌ریزی و طراحی می‌تواند اضطراب خود را کاهش دهد. این باعث می‌شود که فرد شکاک در موقعیت‌های اجتماعی سردرگمی، بی‌حوصلگی، ترس و اضطراب و اختلالات اضطرابی را تجربه کند (اوزتورک و همکاران، ۲۰۰۹). رفتار دوجانبه اولیه نسبت به مادر باعث افزایش ترس از ارزیابی منفی در شخص می‌شود. در نتیجه، افراد دوسوگرا ممکن است فرصتی کمتر برای کشف روابط دیگران داشته باشند (بروماریو و کرنز، ۲۰۰۸). بر اساس شواهد، افراد با دلبستگی دوسوگرا بیش از افراد با دلبستگی اجتنابی، ناراحت و غیراجتماعی هستند (بروماریو و کرنز، ۲۰۰۸). همچنین نتایج حاصل از برازش مدل رابطه غیرمستقیم و معنادار بین سبک دلبستگی دوسوگرا و اختلال اضطراب اجتماعی با واسطه راهبرد مقابله هیجان‌مدار را نیز تایید کرد که با نتایج پژوهش‌های لانگ (۲۰۱۰)، بشارت و شالچی (۱۳۸۶) و حاجبی و همکاران (۱۳۸۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد افرادی که سبک دلبستگی دوسوگرا دارند در برخورد با مسائل، موقعیت‌های استرس‌آور و در موقعیت‌های اجتماعی به دلیل نگرش منفی که به خود دارند کمتر از راهبردهای مساله‌مدار و بیشتر از راهبردهای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. افراد دلبسته



دوسوگرا از راهبردهای متمرکز بر هیجان، ارزیابی بیش از حد تهدید و احساس بی‌کفایتی شخصی در مدیریت استرس استفاده می‌نمایند (میکولینسر و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از پژوهی‌نیا). آنها به شیوه منفعلانه با عوامل ایجاد استرس برخورد می‌کنند. در طرح‌ریزی رفتار نیز بر عوامل هیجانی بیشتر از عوامل شناختی متمرکز می‌شوند (لانگ، ۲۰۱۰). ویژگی‌های دیگر آنها مانند دید منفی نسبت به خود و اتکای مفرط به دیگران، ترس از ارزیابی منفی دیگران، راهبردهای مقابله‌ای نامنعطف، عزت نفس پایین، تمایل به بازسازی تجارب و عواطف منفی، نشخوار افکار مربوط به شکست و باارزش نبودن، می‌تواند در ایجاد اضطراب نقش داشته باشد (ریگز و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین فقدان اعتماد به خود با تحلیل بنیادهای درون‌روانی، قدرت مواجهه مطلوب با موقعیت‌های استرس‌زا را کاهش می‌دهد و استیصال و درماندگی روان‌شناختی را بر فرد ناایمن تحمیل می‌کند. استفاده از راهبرد هیجان‌مدار، فرد را از درگیری مستقیم و موثر با مشکل باز می‌دارد و توانمندی او برای حل مشکل را کاهش می‌دهد. این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشفته‌گی هیجانی می‌شود و سلامت روانی را کاهش می‌دهد. آشفته‌گی فکری و هیجانی امکان شناخت صحیح منبع استرس را نیز به تحلیل می‌برد و سلامت روانی را به صورت منفی تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین می‌توان تصور کرد که نوعی رابطه دو جانبه بین راهبردهای مقابله و سلامت روانی وجود دارد (حاجبی و همکاران، ۱۳۸۵).

در این پژوهش بین سبک دلبستگی اجتنابی و اختلال اضطراب اجتماعی رابطه مثبت اما غیر معنادار بدست آمد. این یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های امانی و شباهنگ (۱۳۹۶)، صفوی و امانی (۱۳۹۱) و ارفعی و همکاران (۱۳۹۳) همسو است. تبیین احتمالی بر اساس گفته‌های بشارت و همکاران (۲۰۰۱) این است که آزمودنی‌های دارای سبک دلبستگی اجتنابی در مقایسه با آزمودنی‌های دوسوگرا کمتر از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و نوروتیک استفاده می‌کنند و بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته سود می‌برند. اجتناب‌گری به منزله یک سبک دفاعی به افراد اجتناب‌گر این امکان را می‌دهد که با کناره‌گیری از موقعیت‌های تعارضی از قدرت‌سازی بیشتری در مقایسه با دوسوگراها برخوردار باشند. تأثیر متقابل این خصیصه به صورت کاهش تنش در روابط بین شخصی و همچنین در موقعیت‌های تنیدگی‌زا می‌باشد. همچنین در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که به دلیل همپوشانی بالایی که بین

رفتارهای کودکان و نوجوانان اجتنابی و دوسوگرا وجود دارد تمایز رفتارهای بعدی کودکانی که تحت عنوان اجتنابی و دوسوگرا مجزا می‌شوند گاه برای پژوهشگران دشوار است. به این صورت که کودکانی که در نوزادی تحت عنوان دوسوگرا طبقه بندی شده اند، به رفتار اضطرابی و وابسته خود ادامه می‌دهند و در کمال تعجب گاه کودکانی که در ابتدا تحت عنوان اجتنابی طبقه‌بندی شده‌اند نیز وابسته به نظر می‌رسند (کرین، ۱۹۳۴؛ ترجمه خوی‌نژاد، ۱۳۹۲).

رابطه معنادار بین راهبرد مقابله هیجان‌مدار و اختلال اضطراب اجتماعی در مطالعات پیشین نیز تأیید شده است (رهنما و همکاران، ۲۰۱۷؛ تمنایی فر و همکاران، ۲۰۱۷؛ نیپ و همکاران، ۲۰۱۶؛ قاسمی، ۱۳۹۵). مشکلات و مسائل برای همه‌ی افراد پیش می‌آید؛ اما چیزی که تعیین‌کننده است، نحوه‌ی واکنش به آن مسائل و مشکلات است. مقابله‌ی ناکارآمد نه تنها سودی در بر نخواهد داشت، بلکه منجر به بدتر شدن وضعیت فرد می‌گردد و به احتمال زیاد چرخه‌ی معیوبی از تعارضات، نگرانی‌ها، مسائل و مشکلات را برای فرد به وجود می‌آورد؛ به این صورت که هر چه زمان می‌گذرد تعارضات، مسائل و مشکلات فرد بیشتر، گسترده‌تر و پیشرفته‌تر می‌شود. از طرفی نیز 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 (مارساک و همکاران، ۲۰۰۷). استفاده از راهبرد هیجان‌مدار، فرد را از درگیری مستقیم و موثر 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 دو جانبه بین راهبردهای مقابله و سلامت روانی وجود دارد (حاجبی و همکاران، ۱۳۸۵).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که پژوهش ما در قالب یک پژوهش کمی و با استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسش‌نامه و در جمعیت دانش‌آموزانی که مراجعه‌ای به مراکز درمانی نداشتند صورت گرفت؛ با استفاده از روش تحقیق کیفی، از طریق مصاحبه‌های ساخت‌یافته، نیمه ساخت‌یافته و ناساخت‌یافته و در جمعیت بالینی و

افرادی که به منظور درمان به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند می‌توان یافته‌های عمیق‌تری در رابطه با تاثیر متغیرهای پژوهش در ایجاد اختلال اضطراب اجتماعی به دست آورد. همچنین نویسندگان این مقاله با توجه به این که رابطه بین سبک دلبستگی اجتنابی و اضطراب اجتماعی معنادار نبود تحقیقات بیشتری در رابطه با ویژگی‌های نوجوانان با این سبک و تاثیرگذاری آن در ایجاد اضطراب در نوجوانان را پیشنهاد می‌کنند.

### منابع

- امانی، ملاحظ؛ شباهنگ، محمدجواد. (۱۳۹۶). «بررسی نقش میانجی اضطراب و افسردگی در ارتباط بین سبک‌های دلبستگی با رضایت شغلی معلمان». فصلنامه علمی تخصصی طب کار، ۹(۲)، ۷۰-۵۹.
- برک، لورا. (۲۰۰۱). روانشناسی رشد، ترجمه یحیی سیدمحمدی. (۱۳۹۴). جلد اول، تهران، نشر ارسباران.
- بیرامی، منصور؛ اکبری، ابراهیم؛ قاسم‌پور، عبدالله و عظیمی، زینب. (۱۳۹۱). «بررسی حساسیت اضطرابی، فرانگرانی و مؤلفه‌های تنظیم هیجانی در دانشجویان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی و بهنجار». فصل‌نامه روانشناسی بالینی، ۲(۸)، ۶۹-۴۸.
- حاجبی، احمد؛ پیروی، حمید؛ پناغی، لیلی. (۱۳۸۵). «بررسی شیوه‌های مقابله‌ای و رابطه آن با سلامت روان در دانشجویان ورودی جدید دانشگاه تهران». سومین سمینار سراسری بهداشت روانی، ۵۷-۵۲.
- حسنوند عموزاده، مهدی. (۱۳۸۶). بررسی روایی و پایایی مقیاس فوبی اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شاهد.
- حیدری‌زاده، نسرین؛ فرج‌الهی، مهرا و اسماعیلی، زهره. (۱۳۹۶). «ویژگی‌های اپیدمیولوژی و بالینی اختلال اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان شهر کرمانشاه: مطالعه مقطعی». مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۱(۱)، ۵۹-۵۲.
- خرشادی زاده، سیده سمیه؛ شهابی‌زاده، فاطمه؛ دستجردی، رضا. (۱۳۹۱). «نقش ادراک دلبستگی دوران کودکی، کنش‌وری خانواده و سبک‌های اسنادی بر اضطراب اجتماعی». فصل‌نامه روان‌شناسی تحولی، روانشناسان/یرانی، ۸(۳۲)، ۹۹۵-۳۸۵.

- رحمانیان، زاهده؛ میرزائیان، بهرام؛ حسن‌زاده، رمضان. (۱۳۹۱). «رابطه اضطراب اجتماعی با خودپنداره در دانش‌آموزان دختر پایه پنجم شهرستان جهرم». مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، سال نوزدهم، ۵(۷۷)، ۵۱۰-۵۰۲.
- رحیمیان، اسحاق؛ شاره، حسین؛ حبیبی عسگرآباد، مجتبی و بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). «بررسی تاثیر شیوه‌های جرات‌ورزی بر سازگاری اجتماعی». فصل‌نامه نوآوری‌های آموزشی، ۶(۲۳)، ۲۹-۵۴.
- زاهدیان، سمیه؛ کافی، موسی؛ جاوید، مهناز؛ فلاحی، مهناز. (۱۳۹۴). «اثربخشی تنظیم هیجانی بر سبک‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر ابتدایی». فصل‌نامه تحول روان‌شناختی کودکان، ۲(۱)، ۲۴-۱۳.
- شاکه‌نیا، فرحناز؛ کجیاف، محمدباقر؛ گل‌کاری، طاهره. (۱۳۹۵). «مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت دلبستگی دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری». فصل‌نامه کودکان، ۳(۳)، ۴-۲.
- صدیق‌ارفعی، فریبرز؛ نجاریان، زکیه. (۱۳۹۵). «پیش‌بینی روش‌های مقابله با فشار روانی بر اساس سبک‌های دلبستگی در دانشجویان دانشگاه‌های کاشان». مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۳(۷)، ۶۲-۴.
- صفوی، محبوبه؛ معروفی، شیرین. (۱۳۹۱). «همبستگی سبک‌های دلبستگی با اضطراب صفت-حالت». مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۲(۴)، ۳۰۷-۳۱۲.
- طاهری‌فر، زهرا؛ فتی، لادن؛ غرابی، بنفشه. (۱۳۸۹). «الگوی پیش‌بینی هراس اجتماعی در دانشجویان بر پایه مؤلفه‌های شناختی رفتاری». مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۶(۱)، ۳۴-۴۵.
- عزت‌امامی، آمنه؛ هاشمی، تورج؛ علیلو، مجید. (۱۳۹۵). «مدل ساختاری نقش مستقیم و غیرمستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر اضطراب اجتماعی با میانجی‌گری هیجان‌گری تنظیم». مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴(۳)، ۳۳۹-۳۴۷.
- علیلو، مجید؛ خانجانی، زینب؛ بیات، احمد. (۱۳۹۵). «پیش‌بینی اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب نوجوانان بر اساس تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله‌ای و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی». فصل‌نامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۷(۲۵)، ۲۷-۱۳.

- فرجی، رباب؛ فرجی، پرویز؛ دیده‌روشنی، سونیا؛ نصرالله، کتابون. (۱۳۸۹). «مقایسه میزان اضطراب و افسردگی در دانشجویان دارای حساسیت اضطرابی بالا و پایین». پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ۳۷۱-۳۷۰.
- فرداینی سفلی، حامد؛ کارسازی، حسین؛ عزت امامی، آمنه؛ بخشی‌پور، عباس. (۱۳۹۴). «روابط ساختاری حساسیت اضطرابی، نگرانی و دشواری در تنظیم هیجان با اختلال اضطراب فراگیر، اختلال پانیک و اختلال اضطراب اجتماعی». اندیشه و رفتار، ۳۶-۹.
- قاسم‌پور، ع؛ ایل‌بیگی، ر؛ حسن‌زاده، ش. (۱۳۹۱). خصوصیات روان‌سنجی پرسش‌نامه تنظیم هیجانی گراس و جان در یک نمونه ایرانی. ششمین همایش بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه گیلان، ۷۲۴-۷۲۲.
- قاسمی، وحید. (۱۳۹۲). *مدل سازی معادله ساختاری در پژوهش‌های اجتماعی با کاربرد Amos Graphics*. انتشارات جامعه‌شناسان، چاپ دوم.
- قدم‌پور، عزت‌الله؛ غضنفری، فیروزه. (۱۳۸۷). «بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم‌آباد». فصل‌نامه اصول بهداشت روانی، ۱۰(۳۷)، ۵۴-۴۷.
- کارسازی، حسین؛ هاشمی، تورج. (۱۳۹۴). «روابط ساختاری سیستم‌های مغزی- تنظیم رفتاری و دشواری در هیجان با نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی». اندیشه و رفتار، ۳۹-۹.
- کرین، ویلیام. (۱۹۴۳). *پیشگامان روانشناسی رشد*، ترجمه فدایی، فرید. (۱۳۹۲). تهران: انتشارات اطلاعات.
- کرین، ویلیام. (۱۹۴۳). *نظریه‌های رشد*، ترجمه خوی نژاد، غلامرضا؛ رجایی، علیرضا. (۱۳۹۲). چاپ اول، تهران، انتشارات رشد.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۴). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس dsm-5*. تهران: نشر ساوالان.
- مخیر دزفولی، علیرضا؛ رضایی، مهدی؛ غضنفری، فیروزه؛ میردربکوند، فضل‌الله؛ موذنی، ترانه؛ هاشمی، شیما. (۱۳۹۴). «مدل‌یابی اختلال هراس اجتماعی بر پایه مولفه‌های هیجانی، شناختی و جنسیتی؛ کاربرد تحلیل مسیر». مطالعات روانشناختی دانشگاه الزهراء، ۱۱(۳).
- مرادی‌منش، فردین و میرجعفری، احمد. (۱۳۸۶). «حساسیت اضطرابی: مفاهیم و دیدگاه‌ها». تازه‌های روان‌درمانی، ۳۹(۴۰)، ۴۲-۲۸.

- مشهدی، علی، قاسم پور، عبدالله، اکبری، ابراهیم، ایل‌بیگی، رضا و حسن‌زاده، شهناز (۱۳۹۲). «نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان». دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۴(۲)، ۸۹-۹۹.
- مشهدی، علی؛ قاسم پور، عبدالله؛ اکبری، ابراهیم؛ ایل‌بیگی، رضا؛ حسن‌زاده، شهناز. (۱۳۹۲). «نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانشجویان». دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۴(۲)، ۹۰-۱۰۰.
- میرزایی، کبری؛ عبداللهی، محمدحسین و شاه‌قلیان، مهناز. (۱۳۹۲). «ارتباط باورهای فراشناخت با اضطراب اجتماعی و کم‌رویی: نقش راهبردهای تنظیم هیجان». پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۳(۷)، ۲۷-۲.
- ندایی، علی؛ پاغوش، عطا؛ صادقی، امیرحسین. (۱۳۹۵). «رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی: نقش واسطه‌ای مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان». مجله روانشناسی بالینی، ۸(۴)، ۳۲-۴۶.
- نریمانی، محمد؛ شربتی، انوشیروان. (۱۳۹۴). «مقایسه حساسیت اضطرابی و عملکرد شناختی در دانش‌آموزان با و بدون نارسا نویسی». مجله ناتوانی‌های یادگیری، تابستان، دوره ۴، شماره ۴.

- Abbo, C., Kinyanda, E., Kizza, R. B., Levin, J., Ndyabangi, S. & Stein, D. J. (2013). «Prevalence, comorbidity and predictors of anxiety disorders in children and adolescents in rural north-eastern Uganda». *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 7: 2139.
- Afram, A. & Kashdan, T. B. (2015). «Coping with rejection concerns in romantic relationships: An experimental investigation of social anxiety and risk regulation». *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 151-156.
- Aldao, A., Nolen- Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A trandagnostic examination». *Behaviour Research and Therapy*. 48: 974-983.
- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). «Interpersonal perspectives on social phobia». *Clinical Psychological Review*, 24, 857-882.
- Allana, D. C., Mary E. O., Nicole, A. Shortb, K.G., Saulniera, N. B. (2018). «Lower-order anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty dimensions operate as specific vulnerabilities for social anxiety and depression within a hierarchical model». *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 91-99.
- American Psychiatric Association. (2013). "Diagnostic and statistical manual of mental disorder".

- Amstadter, A. Emotion regulation and anxiety disorders. *J Anxiety Disorder*, 22(2): 211-21.
- Anderson, R.E., & Hope, D.A. (2009). «The relationship among social phobia, physiological reactivity, and anxiety sensitivity in an adolescent population». *Journal of anxiety disorders*, 23, 18-26.
- Bener, A., Ghuloum, S., & Dafeeah, E. E. (2011). «Prevalence of common phobias and their socio-demographic correlates in children and adolescents in a traditional developing society». *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*, 14: 140-5. 10.
- Beesdo, K., Knappe, S. and Daniel S. (2009).»Pine, MD Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V.« NIH Public Access Author Manuscript, 32(3): 483–524.
- Besharat, M. A, Sharifi, M., Irvany, M. (2001). «The survey relationship between adult attachment style and defense styles». *Journal of Psychology*, 45: 277-89. [In Persian].
- Bowlby, J. (1988). «A secure base.Clinical implications of attachment theory». London: Routledge.
- Brown, A., Whiteside, S. (2008). «Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children». *J Anxiety Disord*, 22: 263-72.
- Brumariu, L. E., Kerns, K. A. (2010). «Parent–child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions». *Dev Psychopathol*, 22 (1): 177–203.
- Camuri, G., Oldani, L., Dell'Osso, B., Benatti, B., Lietti, L., Palazzo, C., & et al.(2014). «Prevalence and disability of comorbid social phobia and obsessive-compulsive disorder in patients with panic disorder and generalized anxiety disorder». *Int J Psychiatry Clin Pract*, 18: 248-54.
- Carolyn, M., Aldwin, A., & Loriena, A. (2001). «Coping and health acomparison of the stress and trauma». *Am Psychol Assoc J*, 53(7): 11-25.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S.(1993). «How coping mediates the effect of optimism and distress: A study of women with early stage breast cancer». *J pers Soc Psychol*, 65(5): 375-390.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., Thigpen, J. C. (2017). «Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review». *Sep*;143(9):939-991.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., Weisler, R. H.(2000). «Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN)». *New self-rating scale. Br J Psychiatry*, 176: 379-86.
- Corcoran, M., McNulty, M. (2018). «Research article Examining the role of attachment in the relationship between childhood adversity, psychological distress and subjective wellbeing». *journal homepage*:

- Deacon, B., Abramowitz, J. S. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(7), 837–857.
- Dixona, L., Aaron, A., Leeb, K. L. Gratzc, Matthew, T. (2018). «Anxiety sensitivity and sleep disturbance: Investigating associations among patients with co-occurring anxiety and substance use disorders». *Journal of Anxiety Disorders*, 53,9-15.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854.
- Erozkan, A. (2017). «Determining the Anxiety Sensitivity Bases of Anxiety: A Study with Undergraduate Student». *Universal Journal of Educational Research*, 5(1): 121-128.
- Floyd, M., Garfield, A. & Marcus, T. (2005). «Anxiety sensitivity and worry». *Personality and Individual Differences*, 38, 1223-1229.
- Garcia-Lopez, L. J, Díaz-Castela, M. M, Muela-Martinez, J. A, & Espinosa-Fernandez, L. (2014). «Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement ». *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 812–822.
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2006). «Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples». *Personal Individ Differ*, 40: 1659-69.
- Goldin, P. R., Gross, J. J. (2010). «Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder».
- Grant, D.M Beck, G.J & Davila, J. (2007). «Does anxiety sensitivity predict symptoms of panic, depression, and social anxiety». *Behavior research and therapy*, 47, 2247-2255.
- Gross, J. J. (1999). «Emotion regulation: Past present, future». *Cognition and Emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. Willey: New York: Guilford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). «Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being». *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 245-263.
- Hatton, C., McNicol, S., Doubleday, K. (2012). «Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children». *Journal of Clinical Psychology Review*. (26), 817-833.
- Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H.C., & Taylor, C.B. (2000). «Predictors of panic attacks in adolescents». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 207–214.
- Hazan, C., Shaver, P. (1987). «Romantic love conceptualized and attachment process». *Journal of personality and social psychology*, 52: 511- 524.
- Heimberg, R. G., Makris, G. S., Juster, H. R., Ost, L. G., Rapee, R. M. (1997). «Social Phobia: A Preliminary cross-national comparison». *Journal of Depression and anxiety*, 5(3), 130-137.
- Hill, C.Waite, P.Creswell, C. (2016).«Anxiety disorders in children and adolescents». *Paediatrics and Child Health*, 26 (12), 548-553.



- Jafarnejad, P. (2003). «The relationship between the Big Five, coping styles and psychological health of university students, Master's thesis». Tarbiat moallem University. [Persian]
- Kheirabadi, G. R., Bagherian, R., Nemati, K., Daghighzadeh, H., Maracy, M. R., & Gholamrezayee, A. (2010). «The effectiveness of coping strategies on the severity of symptoms, quality of life and psychological symptoms among patients with irritable bowel syndrome». *J Med Sci*, 28(110): 473-83. [Persian].
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. 2nd Ed. New York: Guilford.
- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J., Swenson, R. P. (1994). «Attachment in mothers with anxiety disorders and their children». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 33: 1106-13.
- Marsac, M. L., Funk, J. B., Nelson, L. (2007). «Coping Styles Psychological Function and Quality of Life Children with Asthma». *Child care health dev*, 33(4): 7-360.
- Mccabe, R. E. (1999). «Implicit and explicit memory for threat words in high- and low0 anxiety- sensitive participants». *Cognitive Therapy and Research*, 23(5): 21-38.
- Mennin, D. S., McLaughlin, K. A., Flanagan, T. J.(2009). «Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence». *J Anxiety Disord*, 23(7): 71-866.
- Mohammadi, M. R., Alavi, A., Mahmoodi, J., Shahrivar, Z., Tehranidoost, M., Saadat, S. (2008). «Prevalence of Psychiatric Disorders amongst Adolescents in Tehran». *Iran J Psychiatry*, 3(3): 4-100.
- Mohammadi, MR, Ghanizadeh, A, Mohammadi, M. & Mesgarpour B. (2006). «Prevalence of social phobia and its co-morbidity with psychiatric disorders in Iran». *Depression and Anxiety*. 23, 11-405.
- Morley, T. E., Moran, G. (2011). «The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression». *Clin Psychol Rev*, 31(7): 82-1071.
- Öztürk, A. T. (2010). «The relationship between attachment style, subjective well-being, happiness and social anxiety among university students». *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 9, 1772-1776.
- Priceputu, M.(2012).«Attachment style-from theory to the integrative intervention in anxious and depressive symptomathology». *Procedia Soc Behav Sci*, 33: 934-8.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Fröjd, S., & Marttunen, M. (2012). «Peer victimization and social phobia: A follow-up study among adolescents». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(4), 533–544. - Rector, N., Shimizu, K., & Leybman, M. (2006). «Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity». *Behavior Research and Therapy*, 45, 1967–1975.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). «Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness». *Behavior Research and Therapy*, 4(3), 241-248.

- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. San Diego, CA: Academic press.
- Richeya, J. A., Schmidt, N. B., Hofmann, S. G., & Timpano, K. R. (2010). «Temporal and structural dynamics of anxiety sensitivity in predicting fearful responding to a 35% CO2 challenge». *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 423-432.
- Rodebaugh, T. L., Heimberg, R. G. (2008). «Chapter 9 Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: Adopting a Self-Regulation Perspective». USA: Springer; 140-9.
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., Samson, A. C. (2017). «Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review». *Feb;46(2):261-276*.
- Starling, J., Feijo, I. (2012). Schizophrenia and other psychotic disorders of early onset. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R., Schut, H. (2006). «The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework». *Soc Sci Med*, 63(9): 2440-51.
- Talepasand, S. & Nokani, M. (2012). «Social Phobia Symptoms: Prevalence and Sociodemographic Correlates». *Archives of Iranian Medicine*, 13, 6, 66-72.
- Tamannaefar, M., Sanatkarfar, M. (2017). «Social Anxiety Study Based on Coping Styles and Attachment Styles», *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 5(2), 115-122.
- Turk, C.L., Heimberg, R.G., Magee, K. (2008). Social Anxiety Disorder. In David H. Barlow (Editor), *Clinical Handbook of Psychological Disorder, a Step – by – Step Treatment Manual* (pp. 123-163), Guilford Press, USA.
- Waldinger, R. J., Mars, S. S., Arthur, J., Barsky, J., David, K. P. (2006). «Mapping the road From Childhood Trauma to Somatization: The Role of Attachment». *Psychol Med*. 68: 35-139. *Watch*, 32, 4-16.
- Werner, K.H., Goldin, P. R., Ball, T.M., Heimberg, R.G., & Gross, J. J. (2011). «Assessing Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder, the Emotion Regulation Interview». *J Psycho pathol Behav Assess*, 33, 346–354.
- World Health Organization: *Adolescents: health risks and solutions*. (2017).
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). «Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications». *Psychological Assessment*, 9, 277-284.
- Zvolensky, M.J., Feldner, M.T., Leen-Feldner, E.W., Bonn- Miller, M.O., McLeish, A.C., & Gregor, K. (2004). «Evaluating the role of anxiety sensitivity in smoking outcome expectancies among regular smokers». *Cognitive Therapy and Research*, 28, 473–486.