

Comparing Anxiety Sensitivity, Neuroticism, and Childhood Trauma in Adolescents with Panic Syndrome and Normal Adolescents

Kazempour M¹, *Sabahi P²

Author Address

1. MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

*Corresponding Author E-mail: p-sabahi@semnan.ac.ir

Received: 2023 April 23; Accepted: 2023 May 7

Abstract

Background & Objectives: Panic disorder is a complex syndrome that begins with unexpected panic attacks, predicting subsequent defense mechanisms such as anxiety. Anxiety sensitivity is one of the variables that occur in individuals with panic. Anxiety sensitivity refers to the fear of anxiety-related feelings based on beliefs about physical, social, or cognitive adverse consequences. Studies have shown that high levels of neuroticism are associated with anxiety disorders, phobias, social anxiety, and depression. Childhood trauma and injury also play a role in panic disorders. The relationship between adverse childhood experiences and subsequent mental health problems such as adolescence and adulthood has been proven in many studies. So far, no research has been done to identify the factors impacting panic disorders in adolescents. Therefore, given the sensitivity of adolescence, it is necessary to research and identify the effective characteristics of panic disorders. Thus, this study aimed to compare anxiety sensitivity, neuroticism, and childhood trauma in adolescents with panic symptoms and normal adolescents.

Methods: This was a cross-sectional comparative study. The study's statistical population consisted of all second-high school students in Babol City, Iran, during the academic year 2021–2022. Using the multi-stage cluster sampling method, 460 questionnaires were completed by visiting schools. Among them, 60 adolescents who scored 20 or higher on the Acute Panic Inventory (Dillon et al., 1987) were selected as the panic group, and 60 normal adolescents who scored lower than 10 on the Acute Panic Inventory (Dillon et al., 1987) were randomly selected for comparison. The inclusion criteria were as follows: desire and informed consent and an age range of 15–18 years. The exclusion criterion was not fully answering the questions of the questionnaires. The research tools included the Acute Panic Inventory (Dillon et al., 1987), the Anxiety Sensitivity Index–Revision (Reiss et al., 1986), the NEO–FFI Personality Inventory (Costa & McCrae, 1992), and the Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 2003). The obtained data were analyzed using an independent *t* test at a significant level of 0.05 with SPSS–21 software.

Results: Out of 60 samples with panic symptoms, 25 (41.7%) were boys and 35 (58.3%) were girls, and out of 60 normal samples, 27 (45%) were boys and 33 (55%) were girls. In the panic group, the highest age was 17 years, with 23 students (38.3%), and in the normal group 18 years with 24 (40%). Regarding educational level, the 12th grade was the most common in both groups (22 students in the panic group and 25 in the normal group). In the panic group, most students were studying in the field of humanities (30%), and in the normal group, most students were studying in experimental sciences (31.7%). The results showed significant differences in the mean anxiety sensitivity ($t=-5.24$, $p<0.001$), neuroticism ($t=-7.59$, $p<0.001$), and childhood trauma ($t=-6.46$, $p<0.001$) between the two groups of adolescents with panic symptoms and normal group.

Conclusion: According to the significant difference between anxiety sensitivity, neuroticism, and childhood trauma between adolescents in the panic group and the normal group, it can be said that the identification of risk factors plays a significant role in the prevention, treatment, and rehabilitation of adolescents with panic disorder. On the other hand, by identifying the risk factors, problems can be prevented in the future of the affected adolescents.

Keywords: Anxiety sensitivity, Neuroticism, Childhood trauma, Panic disorder, Adolescent.

مقایسه حساسیت اضطرابی، روان رنجورخویی و ترومای کودکی در نوجوانان دارای نشانگان وحشت زدگی و نوجوانان عادی

معصومه کاظم پور^۱، * پرویز صباحی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

* رابانامه نویسنده مسئول: p-sabahi@seman.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳ اردیبهشت ۱۴۰۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۷ اردیبهشت ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وحشت زدگی از اختلالات اضطرابی مزمن است که در زندگی افراد مشکل ایجاد می کند. پژوهش حاضر باهدف مقایسه حساسیت اضطرابی و روان رنجورخویی و ترومای کودکی در نوجوانان دارای نشانگان وحشت زدگی و نوجوانان عادی صورت گرفت.

روش بررسی: روش پژوهش علی مقایسه ای از نوع مقطعی بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش آموزان دوره متوسطه دوم شهرستان بابل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای با مراجعه به مدارس، ۴۶۰ پرسش نامه تکمیل شد. از بین آن ها شصت نوجوان دارای نمره بیشتر از ۲۰ در پرسش نامه نشانه های اختلال وحشت زدگی (دیلون و همکاران، ۱۹۸۷)، به عنوان گروه دارای نشانگان وحشت زدگی و شصت نوجوان دارای نمرات کمتر از ۱۰ در پرسش نامه مذکور، به عنوان گروه عادی، به طور تصادفی برای مقایسه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش پرسش نامه نشانه های اختلال وحشت زدگی (دیلون و همکاران ۱۹۸۷)، مقیاس تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی (ریس و همکاران، ۱۹۸۶)، پرسش نامه صفات شخصیتی NEO-FFI (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲) و پرسش نامه ترومای دوران کودکی (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳) بود. داده های پژوهش از طریق آزمون تی مستقل در سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد، در متغیرهای حساسیت اضطرابی و روان رنجورخویی و ترومای کودکی بین نوجوانان گروه دارای نشانگان وحشت زدگی و گروه عادی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: باتوجه به تفاوت معنادار در متغیرهای حساسیت اضطرابی و روان رنجورخویی و ترومای کودکی بین نوجوانان گروه دارای نشانگان وحشت زدگی و گروه عادی می توان گفت، شناسایی عوامل خطر در پیشگیری و درمان و توان بخشی نوجوانان مبتلا به اختلال وحشت زدگی نقش بسزایی دارد. ازسوی دیگر با شناسایی عوامل خطر می توان از بروز مشکلات در آینده نوجوان مبتلا جلوگیری کرد.

کلیدواژه ها: حساسیت اضطرابی، روان رنجورخویی، ترومای کودکی، اختلال وحشت زدگی، نوجوان.

اختلال وحشت‌زدگی^۱، سندرمی پیچیده است که با حملات وحشت‌زدگی پیش‌بینی‌نشده شروع می‌شود و عود سازوکارهای دفاعی^۲ بعدی مانند اضطراب^۳ را پیش‌بینی می‌کند یا سبب القای تغییرات ناسازگار در رفتار می‌شود. ویژگی اصلی این اختلال، افزایش ناگهانی علائم جسمانی مانند درد قفسه سینه، تپش قلب، احساس تنگی نفس، احساس خفگی یا سرگیجه و ترس از مردن یا ازدست‌دادن کنترل است که در عرض چند دقیقه به اوج خود می‌رسد و پس از آن خودبه‌خود کاهش می‌یابد (۱). اختلال وحشت‌زدگی تقریباً در حدود ۷ درصد از جمعیت عمومی در سراسر جهان رخ می‌دهد و با اختلالاتی چون اضطراب همبودی زیادی دارد؛ لذا، مسئله‌ای مهم بهداشت عمومی است (۲).

در بررسی علائم وحشت‌زدگی مشخص شد، حساسیت اضطرابی^۴ یکی از متغیرهایی است که در افراد مبتلا به وحشت‌زدگی بروز پیدا می‌کند (۳). حساسیت اضطرابی به ترس از احساسات مرتبط با اضطراب براساس باورها درباره پيامدهای مضر فیزیکی، اجتماعی یا شناختی اشاره دارد (۴). افراد مبتلا به حساسیت اضطرابی معتقد هستند، احساسات مهم بدن خطرناک است و آن‌ها برانگیختگی اضطرابی^۵ و تشدید احساسات ترس را تجربه می‌کنند که منجر به تفسیرهای نادرست فاجعه‌آمیز بیشتر می‌شود (۵). همچنین بررسی‌ها نشان داد، نمرات بیشتر در حساسیت اضطرابی رابطه قوی‌تری با آسیب‌شناسی روانی و پریشانی و ناتوانی دارد (۴). چا و همکاران دریافتند، افراد مبتلا به وحشت‌زدگی دارای حساسیت اضطرابی بیشتری هستند (۲).

ازسوی دیگر ویژگی‌های شخصیتی با اضطراب و اختلالات خلقی مرتبط است. در مطالعات مشخص شد، سطوح بالای روان‌رنجورخویی^۶ با اختلال‌های اضطرابی، وحشت‌زدگی، گذرهراسی^۷، اضطراب اجتماعی^۸ و افسردگی^۹ ارتباط دارد (۶). روان‌رنجورخویی به عنوان بُعدی از خلق و خوی تعریف شده است که با افزایش واکنش استرس ناشی از تجربه‌های مکرر عاطفی منفی مشخص می‌شود (۷). روان‌رنجورخویی باعث می‌شود افراد از رویدادهای استرس‌زا رنج ببرند و افراد با روان‌رنجورخویی زیاد، تمایل به درک اضطراب در سطوح بالاتری دارند و در فشار استرس و اضطراب هستند (۸). فیدری و همکاران نشان دادند، سطوح بالای روان‌رنجورخویی در کیفیت زندگی ضعیف افراد مبتلا به وحشت‌زدگی نقش دارد (۹). زولیانی و همکاران (۶) و تاشدلدن و یاغچی (۸) نشان دادند، روان‌رنجورخویی در افراد مبتلا به وحشت‌زدگی بیشتر از گروه سالم است. دی و نتر و همکاران در بررسی عوامل مؤثر در اختلال وحشت‌زدگی گزارش کردند، ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی در بروز علائم وحشت‌زدگی نقش دارند (۱۰).

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند در بروز علائم وحشت‌زدگی نقش

داشته باشد، آسیب و ترومای دوران کودکی^{۱۰} است. ارتباط بین تجربیات نامطلوب دوران کودکی و بروز اختلالات روانی در دوره‌های بعدی زندگی مانند نوجوانی و بزرگسالی در مطالعات زیادی به اثبات رسیده است؛ برای مثال شیوه‌های تربیتی نامطلوب والدین (ازجمله نبود مراقبت و محافظت بیش از حد) با خطر اختلالات اضطرابی ارتباط دارد (۱۱). ترومای کودکی را می‌توان ناملاایمات و آسیب‌های دوران کودکی دانست. این آسیب‌ها شامل سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، اذیت‌کردن بیش از حد، انتقاد، پرخاشگری، خشونت و تنبیه بدنی، طرد، تمسخر، تحقیر، آزار عاطفی و غفلت است (۱۲). بانووسکی و نووتی نشان دادند، بیماران مبتلا به وحشت‌زدگی درمقایسه با افراد عادی و سالم سطوح بالاتری از آزارهای جسمی و عاطفی و غفلت عاطفی را گزارش می‌کنند (۱۳). ژو و همکاران دریافتند، ترومای کودکی در افراد مبتلا به وحشت‌زدگی شایع‌تر از افراد سالم است و بر شدت علائم بیماری اثر می‌گذارد (۱۲). اورال و همکاران نشان دادند، ترومای دوران کودکی به‌ویژه آزار عاطفی با علائم وحشت‌زدگی مرتبط است (۱۴). دی و نتر و همکاران در بررسی دوساله مبتلایان به وحشت‌زدگی گزارش کردند، ترومای کودکی به‌ویژه آزار روانی و غفلت عاطفی در مبتلایان به وحشت‌زدگی در سطح بالایی قرار داشت و علائم اضطراب در افراد دارای سطوح بالای ترومای کودکی، افزایش پیدا کرده بود (۱۰).

همان‌طورکه بیان شد، عواملی مانند حساسیت اضطرابی و روان‌رنجورخویی و ترومای کودکی می‌توانند در بروز و شدت اختلالات روانی نقش مهمی ایفا کنند. همبودی اختلال وحشت‌زدگی با اختلالات مهمی چون افسردگی و اضطراب مشخص شده و تاکنون پژوهشی به شناسایی عوامل مؤثر در بروز آن در نوجوانان نپرداخته است. ازسوی دیگر دوره نوجوانی که یکی از دوره‌های مهم زندگی افراد است، با بروز علائم وحشت‌زدگی دچار مشکلات بیشتری می‌شود و نوجوانانی که از وحشت‌زدگی رنج می‌برند، در بزرگسالی ممکن است کیفیت زندگی ضعیف‌تری داشته باشند. نوجوانان قشر مهمی از جامعه را تشکیل می‌دهند؛ همچنین بروز برخی از اختلالات روانی از نوجوانی شروع می‌شود؛ ازاین‌رو، باتوجه به حساسیت این دوره و اهمیت پیشگیری از اختلالات روانی و کاهش آسیب‌ها و صدمات اختلالات در دوران بزرگسالی، ضرورت انجام پژوهشی برای شناسایی ویژگی‌های مؤثر در اختلال وحشت‌زدگی در نوجوانان احساس می‌شود؛ بنابراین، پژوهش حاضر باهدف مقایسه حساسیت اضطرابی و روان‌رنجورخویی و ترومای کودکی در نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی و نوجوانان عادی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر، علی‌مقایسه‌ای از نوع مقطعی بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم شهرستان بابل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. برای دستیابی به نمونه

6. Neuroticism

7. Agoraphobia

8. Social anxiety

9. Depression

10. Childhood trauma

1. Panic Disorder (PD)

2. Defense mechanisms

3. Anxiety

4. Anxiety Sensitivity (AS)

5. Anxiety arousal

پژوهش، توزیع پانصد پرسش‌نامه بین دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم انجام گرفت. در این راستا به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای با مراجعه به مدارس، ۴۶۰ پرسش‌نامه تکمیل شد؛ به این ترتیب که ابتدا با مراجعه به آموزش و پرورش شهرستان بابل، از بین مناطق، انتخاب دو منطقه به طور تصادفی صورت گرفت. سپس از هریک از مدارس باتوجه به پایه تحصیلی، یک کلاس به طور تصادفی انتخاب شد. در ادامه توزیع و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها بین تمام دانش‌آموزان آن کلاس‌ها صورت گرفت و باتوجه به ملاک‌های ورود و خروج افراد نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: تمایل و رضایت آگاهانه؛ دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال در دانش‌آموزان. ملاک خروج نیز پاسخ‌دادن کامل به سؤالات پرسش‌نامه‌ها بود. در نهایت با حذف پرسش‌نامه‌های ناقص، ۴۶۰ پرسش‌نامه باقی ماند. از بین آن‌ها نوجوانان دارای نمره بیشتر از ۲۰ در پرسش‌نامه نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی^۱ (۱۵)، به عنوان گروه دارای نشانگان وحشت‌زدگی انتخاب شدند؛ در این بین ۶۳ نفر نمراتشان بیشتر از ۲۰ بود و سه نفر به دلیل تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها، حذف شدند. در نهایت تعداد نمونه در گروه دارای نشانگان وحشت‌زدگی شصت نفر بود. در گروه عادی، از نوجوانان دارای نمرات کمتر از ۱۰ در پرسش‌نامه مذکور، به طور تصادفی شصت نفر برای مقایسه انتخاب شدند. لازم به ذکر است، در پژوهش‌های علی‌مقایسه‌ای حجم نمونه در هر گروه حداقل سی نفر توصیه شده است (۱۶). در پژوهش حاضر بیشتر از سی نفر و با غریبال پرسش‌نامه‌های ۴۶۰ نوجوان، شصت نفر برای گروه دارای نشانگان وحشت‌زدگی و شصت نفر برای گروه عادی انتخاب شدند.

ابزارهای زیر در پژوهش به کار رفت.

– پرسش‌نامه نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی: این پرسش‌نامه توسط دیلون و همکاران در سال ۱۹۸۷ تهیه و تدوین شد (۱۵). پرسش‌نامه هفده آیتم دارد و آزمودنی با مقیاسی چهاردرجه‌ای (هرگز، کمی، متوسط، شدید) به این آیتم‌ها پاسخ می‌دهد؛ پاسخ‌ها به ترتیب صفر، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات آزمودنی در پرسش‌نامه صفر تا ۵۱ است. نمره بیشتر نشان‌دهنده شدت بیشتر اختلال وحشت‌زدگی است. این پرسش‌نامه ویژگی‌ها و میزان شدت اختلال وحشت‌زدگی را می‌سنجد و در مراکز و کلینیک‌های بالینی کاربرد بیشتری دارد (۱۵). اعتبار و پایایی پرسش‌نامه در تحقیقات بالینی و غیربالینی رضایت‌بخش گزارش شد و در پژوهش دیلون و همکاران آلفای کرونباخ آن ۰/۸۳ به دست آمد (۱۵). در ایران تقی‌پور و همکاران در پژوهش خود آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را ۰/۷۶ گزارش کردند (۱۷).

– شاخص تجدیدنظرشده حساسیت اضطرابی^۲: این ابزار توسط ریس و همکاران در سال ۱۹۸۶ ساخته شد و از شانزده ماده تشکیل شده است که ترس از اضطراب را ارزیابی می‌کند (۱۸). هر ماده روی مقیاس درجه‌بندی‌شده از خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵ قرار می‌گیرد. پرسش‌نامه از نمره کل و سه عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (آیتم‌های ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵) و ترس از نداشتن کنترل شناختی (آیتم‌های ۲، ۵، ۱۲، ۱۶) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط

دیگران (آیتم‌های ۱، ۳، ۷، ۱۳) تشکیل شده است که به عنوان علائم حساسیت اضطرابی در نظر گرفته می‌شوند (۱۸). ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه، ثبات درونی زیاد آن را (آلفای بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰) نشان داد (۱۸). در پژوهش رکتور و همکاران، ضریب همسانی درونی ابزار ۰/۸۵ بود (۱۹). در ایران محمدی و همکاران، اعتبار ابزار را براساس سه روش همسانی درونی و بازآمایی و تصنیفی محاسبه کردند که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳ و ۰/۹۵ و به دست آمد. بررسی روایی هم‌زمان از طریق اجرای هم‌زمان با پرسش‌نامه SCL-۹۰ انجام شد و ضریب همبستگی ۰/۵۶ به دست آمد. ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود؛ همچنین همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بود (۲۰).

– پرسش‌نامه صفات شخصیتی NEO-FFI: این پرسش‌نامه توسط کاستا و مک‌کری در سال ۱۹۹۲ طراحی شد (۲۱). پرسش‌نامه دارای شصت ماده است که برای ارزیابی پنج عامل شخصیت (برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی، وظیفه‌شناسی، گشودگی به تجربه، خوشایندی) به کار می‌رود. این مقیاس روی طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ تکمیل می‌شود (۲۱). لازم به ذکر است، در این پژوهش فقط از خرده‌مقیاس روان‌رنجورخویی استفاده شد. در این مقیاس حداقل و حداکثر نمره برای روان‌رنجورخویی به ترتیب ۱۲ و ۶۰ است که نمره بیشتر، روان‌رنجورخویی بیشتر را بیان می‌کند (۲۱). کاستا و مک‌کری اعتبار خرده‌مقیاس روان‌رنجورخویی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ گزارش کردند که نشان‌دهنده اعتبار مطلوب ابزار است. همچنین، روایی صوری مقیاس توسط شش متخصص به تأیید رسید (۲۱). گروسی فرشی و همکاران همسانی درونی مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ گزارش دادند. در پژوهش آنان برای اعتبار سازه‌ای از روش تحلیل عوامل استفاده شد. تحلیل عوامل با چرخش واریماکس وجود پنج عامل اصلی را تأیید کرد؛ روان‌رنجورخویی یکی از آن عوامل بود که به خوبی روی عامل مربوط به خود متمرکز شد و خالص‌ترین عامل به همراه برون‌گرایی بود. در بررسی اعتبار ملاکی، همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی و فرم مشاهده‌گر مشخص کرد، میزان همبستگی عامل روان‌رنجورخویی ۰/۶۵ است که اعتبار و روایی آن را بیان می‌کند (۲۲).

– پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی^۳: این پرسش‌نامه توسط برنشتاین و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی شد (۲۳). پرسش‌نامه دارای ۲۸ سؤال است که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسش‌نامه به کار می‌رود و سه سؤال آن برای تشخیص افرادی استفاده می‌شود که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند. پاسخ‌گویی به سؤال‌ها براساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از هرگز=۱ تا همیشه=۵ صورت می‌گیرد. این مقیاس پنج بُعد سوءاستفاده جنسی (سؤال‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، سوءاستفاده جسمی (سؤال‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، سوءاستفاده عاطفی (سؤال‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵)، غفلت عاطفی (سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸) و غفلت جسمی (سؤال‌های

4. NEO-FFI Personality Inventory

5. Childhood Trauma Questionnaire

1. Acute Panic Inventory (API)

2. Anxiety Sensitivity Index-Revision (ASI-R)

3. Symptom Checklist-90

۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶) را می‌سنجد. هفت سؤال از این مقیاس (۲، ۷، ۱۳، ۱۵، ۱۹، ۲۶، ۲۸) به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس حداقل و حداکثر نمرات برای هریک از زیرمقیاس‌ها به‌ترتیب ۵ و ۲۵ و برای کل پرسش‌نامه ۲۵ و ۱۲۵ است. نمره بیشتر نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر است (۲۳). برنشتاین و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ گزارش دادند. همچنین روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به‌دست آمد (۲۳). در ایران گروسی و نخعی پایایی پرسش‌نامه را به‌روش بازآزمایی در فاصله دو هفته و به‌روش همسانی درونی به‌ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۴ و روایی هم‌گرای این ابزار را با پرسش‌نامه سلامت عمومی ۱/۴۲ گزارش کردند. برای تحلیل عامل اکتشافی، اندازه‌گیری کفایت نمونه‌گیری کایزر^۲ قبل از استخراج عاملی شاخص ۰/۹۴ را نشان داد (۲۴).

برای تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری‌شده از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل آزمون تی مستقل در

سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شدند.

۳ یافته‌ها

از شصت نفر نمونه گروه نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی، ۲۵ نفر (۴۱/۷ درصد) پسر و ۳۵ نفر (۵۸/۳ درصد) دختر و از شصت نفر نمونه گروه نوجوانان عادی، ۲۷ نفر (۴۵ درصد) پسر و ۳۳ نفر (۵۵ درصد) دختر بودند. در گروه نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی، بیشترین سن، هفده سال با ۲۳ فراوانی (۳۸/۳ درصد) و در گروه نوجوانان عادی، بیشترین سن، هیجده سال با ۲۴ فراوانی (۴۰ درصد) بود. از نظر مقطع تحصیلی در هر دو گروه، کلاس دوازدهم بیشترین فراوانی را داشت (۲۲ نفر در گروه نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی و ۲۵ نفر در گروه نوجوانان عادی). در گروه نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی، بیشتر افراد در رشته علوم انسانی (۳۰ درصد) و در گروه نوجوانان عادی، بیشتر افراد در رشته علوم تجربی (۳۱/۷ درصد) مشغول به تحصیل بودند. در ادامه در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه			
	نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی		نوجوانان عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حساسیت اضطرابی	۳۶/۲۳	۱۱/۷۰	۲۶/۹۳	۷/۱۷
روان‌رنجورخویی	۳۱/۷۰	۸/۱۱	۱۹/۹۱	۸/۸۶
ترومای کودکی	۵۱/۹۰	۱۶/۶۳	۳۵/۴۵	۱۰/۵۵

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بین دو گروه از نظر حساسیت اضطرابی و روان‌رنجورخویی و ترومای کودکی تفاوت وجود داشت. در بررسی معناداری تفاوت‌ها در ادامه به اجرای آزمون

جدول ۲. نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه بین حساسیت اضطرابی و روان‌رنجورخویی و ترومای کودکی بین دو گروه نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی و گروه نوجوانان عادی

متغیر	نتایج آزمون لون		نتایج آزمون تی مستقل	
	F	p	t	df
حساسیت اضطرابی	۱۱/۲۷	<۰/۰۰۱	-۵/۲۴	۹۷/۸۶
روان‌رنجورخویی	۰/۶۸	۰/۴۰	-۷/۵۹	۱۱۸
ترومای کودکی	۱۹/۵۴	<۰/۰۰۱	-۶/۴۶	۹۹/۸۷

۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف مقایسه حساسیت اضطرابی و روان‌رنجورخویی و ترومای کودکی در نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی و نوجوانان عادی صورت گرفت. نتایج مشخص کرد، حساسیت اضطرابی و روان‌رنجورخویی و ترومای کودکی در گروه نوجوانان دارای نشانگان

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، بین میانگین‌های نمرات متغیرهای حساسیت اضطرابی ($t=-۵/۲۴$, $p<۰/۰۰۱$) و روان‌رنجورخویی ($t=-۷/۵۹$, $p<۰/۰۰۱$) و ترومای کودکی ($t=-۶/۴۶$, $p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری بین دو گروه نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی و گروه نوجوانان عادی وجود داشت.

^۲. Kaiser's measure of sampling adequacy

^۱. General Health Questionnaire (GHQ)

وحشت‌زدگی به‌طور معناداری بیشتر از گروه نوجوانان عادی بود. نتایج پژوهش حاضر دربارهٔ بیشتر بودن حساسیت اضطرابی با نتایج مطالعات چا و همکاران (۲) و دیکسون و همکاران (۳) همسوست. آن‌ها نشان دادند، افراد مبتلا به وحشت‌زدگی دارای حساسیت اضطرابی بیشتری هستند. در پژوهش‌ها نیز از ارتباط بین اختلال وحشت‌زدگی و حساسیت اضطرابی حمایت شده است. افزایش حساسیت اضطرابی با افزایش احتمال تجربهٔ حملات وحشت‌زدگی همراه است و افرادی که حملات وحشت‌زدگی دارند، از حساسیت اضطرابی بیشتری رنج می‌برند (۳).

دیکسون و همکاران دریافتند، بین حساسیت اضطرابی و اختلال وحشت‌زدگی رابطهٔ علت و معلولی وجود دارد (۳)؛ بنابراین می‌توان بیشتر بودن میزان آن را در افراد مبتلا به وحشت‌زدگی در برابر افراد عادی این‌گونه توجیه کرد که حساسیت اضطرابی زیاد، ترس و وحشت را در واکنش به علائم وحشت‌زدگی افزایش می‌دهد (۳)؛ برای مثال بروز علائم جسمانی وحشت‌زدگی در افراد دارای حساسیت اضطرابی بیشتر، شدت بیشتری در مقایسه با افراد دارای حساسیت اضطرابی کمتر، خواهد داشت؛ در واقع حساسیت اضطرابی منجر به برداشتهای فاجعه‌آمیز بیشتری در افراد مبتلا به وحشت‌زدگی می‌شود و ترس از علائم اضطراب را در آنان تشدید می‌کند؛ در نتیجه علائم شدیدتری در افراد مبتلا بروز می‌یابد.

همچنین افراد با حساسیت اضطرابی خطر را کنترل‌ناپذیر تلقی می‌کنند. چنین افرادی در برابر احساسات خود مدیریتی ندارند (۲)؛ در نتیجه، این ویژگی می‌تواند پیش‌بین حملات وحشت‌زدگی باشد و افراد را دچار اضطراب و نگرانی کند. از سوی دیگر گزارش شد، افراد با حساسیت اضطرابی زیاد، به نشانه‌های اضطراب به‌طور منفی واکنش نشان می‌دهند و از آن‌ها اجتناب می‌ورزند (۳)؛ این اجتناب سبب بروز چرخهٔ معیوبی در افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی می‌شود و آنان در مواجهه با نشانه‌های حملات وحشت‌زدگی، واکنش‌های شدیدتری از خود بروز می‌دهند و ترس و استرس در آن‌ها روزه‌روز افزایش می‌یابد. نتایج پژوهش حاضر دربارهٔ بیشتر بودن روان‌رنجورخویی در نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی با نتایج مطالعات زولیانی و همکاران (۶) و تاشدیلن و یاغچی (۸) همسوست. آن‌ها دریافتند، روان‌رنجورخویی در افراد مبتلا به وحشت‌زدگی، بیشتر از گروه عادی است. روان‌رنجورخویی به‌عنوان جنبه‌ای از شخصیت مرتبط با سطوح بالای عاطفهٔ منفی عمومی شناخته می‌شود که نشان‌دهندهٔ آسیب‌پذیری زیاد در افراد است (۲۵). افراد با روان‌رنجورخویی بیشتر، سطوح بالاتر اضطراب را گزارش می‌کنند و تحت فشار استرس هستند و رفتارهای آن‌ها در کنترل‌شان نیست (۸)؛ بنابراین می‌توان گفت، روان‌رنجورخویی در افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نقش تسریع‌کننده دارد و سبب می‌شود علائم وحشت‌زدگی در آنان با شدت بیشتری بروز پیدا کند. همچنین افراد روان‌رنجور اغلب به‌راحتی دچار استرس و اضطراب می‌شوند و توانایی مدیریت هیجانات منفی خود را ندارند. آنان نمی‌توانند در شرایط منفی و نامطلوب خود را رها کنند (۶)؛ در نتیجه می‌توان گفت، افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی با روان‌رنجورخویی زیاد، در بروز نشانه‌های وحشت‌زدگی قادر به مدیریت احساسات و

هیجانات خود نیستند و دچار حملات می‌شوند.

به‌علاوه نتایج حاضر حاکی از آن بود که تجربهٔ ترومای کودکی در نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی بیشتر از نوجوانان عادی بود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های زیر همسوست: اورال و همکاران دریافتند، ترومای دوران کودکی به‌ویژه آزار عاطفی با علائم وحشت‌زدگی مرتبط است (۱۴)؛ ژو و همکاران نشان دادند، ترومای کودکی در افراد مبتلا به وحشت‌زدگی شایع است (۱۲). در مطالعات گذشته و پژوهش حاضر مشخص شد، ترومای کودکی به‌عنوان عامل خطر برای اختلال وحشت‌زدگی است. در تبیین آن می‌توان گفت، تجربیات تروماتیک با علائم جسمی عملکردی و عادات جسمانی‌سازی همراه است و ممکن است با سازوکارهای جسمانی‌سازی در ذهن ارائه شود (۱۴)؛ در نتیجه افراد مبتلا به وحشت‌زدگی که تجارب ترومای کودکی دارند، در هنگام مواجهه با علائم وحشت‌زدگی و هراس به‌صورت خودکار به‌سوی خاطرات آسیب‌زای خود سوق داده می‌شوند که اختلال در تنظیم هیجانات و بروز علائم جسمانی وحشت‌زدگی چون تپش قلب و... را به‌دنبال دارد.

همچنین نقش ترومای کودکی در اختلالات اضطرابی تأیید شده است (۱۱). ترومای کودکی می‌تواند در اختلال وحشت‌زدگی که اختلالی اضطرابی به‌شمار می‌رود، نقش داشته باشد؛ در واقع تروماهای کودکی، تجارب آسیب‌زایی هستند که در دوران کودکی رخ می‌دهند و یکپارچگی روانی فرد را تهدید می‌کنند و باعث آسیب‌های روانی و هیجانی در فرد می‌شوند (۱۲). به‌علاوه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که رویدادهای استرس‌زای اولیهٔ زندگی مانند غفلت عاطفی، طرد و تحقیر، در ایجاد تغییراتی در پاسخ استرس در سال‌های بعدی زندگی فرد نقش دارند (۱۰)؛ بنابراین می‌توان گفت، زیاده‌بودن میزان ترومای کودکی در افراد مبتلا به وحشت‌زدگی، منجر به بروز و تشدید و تداوم علائم اختلال می‌شود.

پژوهش حاضر بدون محدودیت نبود؛ به‌دلیل دسترسی به تعداد نمونه‌های کم و همکاری نکردن افراد مبتلا، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و جمع‌آوری نمونه از شهرستان بابل، تعمیم‌پذیری نتایج به سایر شهرها و نمونه‌ها باید با احتیاط صورت گیرد.

باتوجه به نتایج پژوهش، مراقبت و پیگیری طولانی‌مدت از نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی برای مقابلهٔ مؤثر با علائم آن و کاهش پیامدهای بلندمدت آن ضروری است. باید برای نوجوانان مبتلا منابع حمایتی و درمانی طولانی‌مدت فراهم آید تا مهارت‌های مقابله‌ای آن‌ها تقویت و سلامت روانشان بهبود یابد. نتایج مطالعهٔ حاضر می‌تواند به طراحی مداخلات پیشگیرانه برای بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی کمک کند. همچنین پیشنهاد می‌شود باتوجه به تأیید نقش ترومای کودکی در بروز اختلال وحشت‌زدگی، آگاه‌کردن والدین و معلمان و متخصصان خانواده در زمینهٔ پیامدهای منفی غفلت عاطفی، آزارهای جسمی و جنسی و سوءاستفاده‌های روانی، برای کاهش آسیب‌های احتمالی آن کمک‌کننده است. پیشنهاد می‌شود برنامه‌هایی به‌منظور کاهش حساسیت اضطرابی و نگرانی، کاهش روان‌رنجورخویی، مدیریت و تنظیم هیجانات و روش‌های صحیح و مؤثر فرزندپروری تهیه و بین متخصصان برای

آموزش به خانواده‌ها توزیع شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش اصول اخلاق پژوهش از جمله بی‌نام تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها و محرمانه‌بودن اطلاعات پرسش‌نامه‌ها و شرکت داوطلبانه شرکت‌کنندگان در پژوهش رعایت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند و هیچ‌گونه حمایت مالی از سازمان یا نهادی دریافت نکردند.

مشارکت نویسندگان

خانم معصومه کاظم‌پور بخش جمع‌آوری داده و نوشتن مقاله را بر عهده داشت. آقای پرویز صباحی نظارت کلی و بازبینی مقاله را انجام داد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد، حساسیت اضطرابی و روان‌رنجورخویی و ترومای کودکی زیادی در نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی وجود دارد؛ به‌علاوه حساسیت اضطرابی و روان‌رنجورخویی و ترومای کودکی در نوجوانان دارای نشانگان وحشت‌زدگی به‌طور معناداری بیشتر از گروه عادی است. نتایج حاضر بیانگر آن بود که توجه به عوامل خطر در بروز اختلالات روانی در دوره نوجوانی ضرورت دارد. بررسی عوامل مؤثر در بروز نشانه‌های وحشت‌زدگی برای شناسایی و تفکیک نوجوانان مستعد به اختلال وحشت‌زدگی می‌تواند کمک‌کننده باشد؛ همچنین به تدوین برنامه‌هایی برای کاهش اثرات نامطلوب این اختلال در جریان رشد نوجوانان و افزایش رضایت آنان از زندگی کمک می‌کند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Perna G, Caldirola D. Is panic disorder a disorder of physical fitness? a heuristic proposal. *F1000Res*. 2018;7:294. <https://doi.org/10.12688/f1000research.12788.1>
2. Cha EJ, Hong S, Park DH, Ryu SH, Ha JH, Jeon HJ. A network analysis of panic symptoms in relation to depression and anxiety sensitivity in patients with panic disorder. *J Affect Disord*. 2022;308:134–40. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.062>
3. Dixon LJ, Sy JT, Kemp JJ, Deacon BJ. Does anxiety sensitivity cause panic symptoms? an experimental investigation. *J Exp Psychopathol*. 2013;4(2):208–23. <https://doi.org/10.5127/jep.027512>
4. Otto MW, Smits JAJ, Fitzgerald HE, Powers MB, Baird SO. Anxiety sensitivity and your clinical practice. In: Smith J, Otto M, Powers M, Baird S; editors. *The clinician's guide to anxiety sensitivity treatment and assessment*. Elsevier; 2019. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813495-5.00009-7>
5. Kim MK, Kim B, Kiu Choi T, Lee SH. White matter correlates of anxiety sensitivity in panic disorder. *J Affect Disord*. 2017;207:148–56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.043>
6. Zugliani MM, Martin-Santos R, Nardi AE, Freire RC. Personality traits in panic disorder patients with and without comorbidities. *J Nerv Ment Dis*. 2017;205(11):855–8. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000745>
7. Barlow DH, Ellard KK, Sauer-Zavala S, Bullis JR, Carl JR. The origins of neuroticism. *Perspect Psychol Sci*. 2014;9(5):481–96. <https://doi.org/10.1177/1745691614544528>
8. Taşdelen Y, Yağcı İ. Anxiety, depression, type D personality, somatosensory amplification levels and childhood traumas in patients with panic disorders. *J Surg Med*. 2019;3(5):366–70. <https://doi.org/10.28982/josam.518289>
9. Fidry M, Zugliani MM, Do Valle CR, Martins RM, Cabo MCD, Nardi AE, et al. Quality of life in panic disorder: the influence of clinical features and personality traits. *Trends Psychiatry Psychother*. 2019;41(4):387–93. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0008>
10. De Venter M, Van Den Eede F, Pattyn T, Wouters K, Veltman DJ, Penninx BWJH, et al. Impact of childhood trauma on course of panic disorder: contribution of clinical and personality characteristics. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135(6):554–63. <https://doi.org/10.1111/acps.12726>
11. Lochner C, Seedat S, Allgulander C, Kidd M, Stein D, Gerdner A. Childhood trauma in adults with social anxiety disorder and panic disorder: a cross-national study. *Afr J Psychiatry*. 2011;13(5). <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v13i5.63103>
12. Zou Z, Huang Y, Wang J, He Y, Min W, Chen X, et al. Association of childhood trauma and panic symptom severity in panic disorder: Exploring the mediating role of alexithymia. *J Affect Disord*. 2016;206:133–9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.027>
13. Bonevski D, Novotni A. Child abuse in panic disorder. *Med Pregl*. 2008;61(3–4):169–72. <https://doi.org/10.2298/MPNS0804169B>

14. Ural C, Belli H, Akbudak M, Tabo A. Childhood traumatic experiences, dissociative symptoms, and dissociative disorder comorbidity among patients with panic disorder: a preliminary study. *J Trauma*. 2015;16(4):463–75. <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2015.1019175>
15. Dillon DJ, Gorman JM, Liebowitz MR, Fyer AJ, Klein DF. Measurement of lactate-induced panic and anxiety. *Psychiatry Res*. 1987;20(2):97–105. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(87\)90002-3](https://doi.org/10.1016/0165-1781(87)90002-3)
16. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2007. [Persian]
17. Taghipour B, Basharpour S, Esmaeili M. The effectiveness of emotion regulation on emotion processing and symptoms of panic in women with panic disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2021;13(3):79–88. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_5497.html?lang=en
18. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther*. 1986;24(1):1–8. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
19. Rector NA, Szacun-Shimizu K, Leybman M. Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behav Res Ther*. 2007;45(8):1967–75. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.017>
20. Mohammadi N, Moradi Manesh F, Goodarzi MA, Mir Jafari SA. Examining the psychometric properties of the Revised Anxiety Sensitivity Index (ASIR). *Journal psychology*. 2007;11(4):426–46. [Persian]
21. Costa PT Jr, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992.
22. Garousi Farshi M, Mahryar AH, Ghazi Tabatabaei M. Application of the NEOP I-R test and analytic evaluation of its characteristics and factorial structure among Iranian university students. *Journal of Humanities*. 2001;11(39):173–98. [Persian]
23. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2003;27(2):169–90. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
24. Garrusi B, Nakhaee N. Validity and reliability of a Persian version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Psychol Rep*. 2009;104(2):509–16. <https://doi.org/10.2466/PRO.104.2.509-516>
25. Lee SA, Bottomley JS. Personality and grief-related panic attacks: analysis of neuroticism, worry, and anxiety sensitivity. *Omega (Westport)*. 2023;86(3):849–61. <https://doi.org/10.1177/0030222821992192>