Psychology of Motivation, Behavior, and Health, Volume 4, Issue 4, PP 1-18

Structural Relationships between Early Traumatic Experiences, Dysfunctional Parenting Styles, and Illness Anxiety through Immature Defense Mechanisms

1. Touraj Hashemi*: PhD, Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran
2. Majid Mahmoud Aliloo: PhD, Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran
3. Naimeh Mashinchi Abbasi: PhD, Assistant Professor, Department of Psychology, Postdoc in Cognitive Neuroscience, PhD in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran
4. Mahdieh Maleki Sedghi: PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

*Corresponding Author's Email: tourajhashemi46@tabrizu.ac.ir

Received: 2026-05-26 Revised: 2026-08-18 Accepted: 2026-08-24 Published: 2026-10-23



How to Cite: Hashemi, T., Mahmoud Aliloo, M., Mashinchi Abbasi, N., & Maleki Sedghi, M. (2026). Structural Relationships between Early Traumatic Experiences, Dysfunctional Parenting Styles, and Illness Anxiety through Immature Defense Mechanisms. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 4(4), 1-18.

Abstract

Introduction and Aim: Illness anxiety may develop and persist through the interplay of adverse developmental experiences, dysfunctional parenting patterns, and maladaptive mechanisms for managing emotional distress. This study aimed to determine the structural relationships between early traumatic experiences and dysfunctional parenting styles with illness anxiety through the mediating role of immature defense mechanisms.

Methodology: This fundamental study employed a descriptive-correlational design. The statistical population consisted of 24,000 students enrolled at the University of Tabriz during the 2025–2026 academic year, of whom 450 were selected through multistage cluster sampling. Data were collected using the Evans Illness Anxiety Questionnaire, Bernstein et al.'s Childhood Trauma Questionnaire, and Andrews et al.'s Defense Style Questionnaire. Structural equation modeling and bootstrapping were used to test the hypothesized model, and the data were analyzed using SPSS and AMOS.

Findings: The structural model demonstrated a satisfactory fit to the data (RMSEA=0.02, χ^2/df=2.02, GFI=0.95, CFI=0.94, NFI=0.94, IFI=0.95, TLI=0.95). Childhood traumatic experiences (β=0.25, t=3.24, p=0.001), dysfunctional parenting (β=0.26, t=3.44, p=0.001), and immature defense mechanisms (β=0.41, t=6.43, p=0.001) had significant positive direct effects on illness anxiety. Childhood traumatic experiences (β=0.38, t=5.80, p=0.001) and dysfunctional parenting (β=0.35, t=5.21, p=0.001) also significantly predicted immature defense mechanisms. Furthermore, immature defense mechanisms significantly mediated the association between childhood traumatic experiences and illness anxiety (β=0.16, t=2.98, p=0.001) and between dysfunctional parenting and illness anxiety (β=0.14, t=2.70, p=0.001).

Conclusion: Immature defense mechanisms appear to constitute an important psychological pathway through which childhood traumatic experiences and dysfunctional parenting contribute to illness anxiety. Accordingly, preventive and therapeutic interventions for illness anxiety may benefit from simultaneously addressing adverse early experiences, dysfunctional parenting patterns, and maladaptive defensive functioning.

Keywords: Illness anxiety; Early traumatic experiences; Dysfunctional parenting styles; Immature defense mechanisms; Structural equation modeling

Copyright: © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Illness anxiety is a clinically significant psychological condition characterized by persistent preoccupation with having or developing a serious illness, even when somatic symptoms are absent or only mild. Individuals with elevated illness anxiety commonly interpret ordinary bodily sensations as signs of severe disease, demonstrate heightened vigilance toward physical changes, and may repeatedly seek medical reassurance or, conversely, avoid medical evaluation because of fear of receiving threatening information. According to the DSM-5-TR, this pattern becomes clinically important when health-related preoccupation is excessive, persistent, and associated with significant anxiety and maladaptive health behaviors (American Psychiatric, 2022). Contemporary reviews have emphasized that illness anxiety is not merely an exaggerated concern about physical health; rather, it reflects the interaction of cognitive, emotional, behavioral, and developmental vulnerabilities that influence how individuals perceive and interpret bodily experiences (French & Hameed, 2023; Kikas et al., 2024). Recent evidence further indicates that somatosensory amplification and dysfunctional metacognitive beliefs may intensify health anxiety by increasing attention to bodily sensations and reinforcing threatening interpretations of otherwise ambiguous physical experiences (Li et al., 2025). Neuropsychological evidence also suggests that heightened anxiety sensitivity may be related to altered processing of neutral or ambiguous stimuli within neural systems involving the amygdala and insula, highlighting the importance of threat sensitivity in the development of anxiety-related responses (MacDonald et al., 2025).

Developmental perspectives propose that some of the vulnerabilities underlying illness anxiety may originate in adverse experiences during childhood. Childhood trauma encompasses experiences such as emotional, physical, or sexual abuse, emotional or physical neglect, and other chronic forms of threat or instability capable of disrupting emotional, cognitive, and interpersonal development. Such experiences can have enduring consequences that extend into adulthood and increase susceptibility to both mental and physical health problems (Janiri et al., 2020). Large-scale findings have demonstrated that childhood trauma is associated with a broad range of somatic and psychological disorders in adulthood, suggesting that adverse early experiences may exert long-term effects on stress processing, emotional regulation, and perceptions of bodily vulnerability (Klinger-König et al., 2024). Consistent with this perspective, childhood traumatic experiences have been associated with symptoms of illness anxiety among university students, alongside attachment-related and metacognitive factors (Hashemi Nosratabad et al., 2023). A systematic review has likewise identified childhood and family factors as important developmental correlates of health anxiety (Thorgaard et al., 2018).

One mechanism by which childhood adversity may contribute to later anxiety is through disturbance of emotional processing and regulation. Research has shown that childhood trauma is associated with emotional dysregulation, alexithymia, and psychological symptoms, indicating that adverse developmental environments may interfere with the acquisition of adaptive strategies for identifying, expressing, and regulating affect (Sharma et al., 2024). Emotion regulation has also been identified as a mediator linking childhood maltreatment to social anxiety symptoms among university students (Musella et al., 2024), while broader evidence suggests that impaired emotion regulation can mediate associations between adverse childhood experiences and subsequent mental and physical health outcomes (Cloitre et al., 2019). Rumination represents another mechanism through which childhood trauma may contribute to adult anxiety and depression, as repetitive negative thinking can prolong emotional arousal and maintain maladaptive interpretations of experience (Kim et al., 2017). Other studies have similarly indicated that the effects of childhood adversity may be transmitted through intermediate emotional processes such as shame and evaluative fears rather than through direct pathways alone (Shirkhani et al., 2022; Zhang et al., 2025). Although findings across populations are not entirely uniform, research on children exposed to parental divorce or death further supports the importance of examining emotional and contextual moderators when evaluating the effects of early adverse experiences on anxiety outcomes (Aryapouran & Abbasi, 2020).

Dysfunctional parenting represents another potentially important developmental antecedent of illness anxiety. Parenting characterized by emotional unavailability, rejection, excessive control, intimidation, inconsistent responsiveness, or failure to meet the child's emotional needs may interfere with the development of security, self-regulation, and adaptive threat appraisal. Recent reviews emphasize that family functioning has a substantial role in the emergence and maintenance of anxiety among

children and adolescents (Ye et al., 2025). Parental threats have also been associated with greater anxiety severity among trauma-exposed adolescents, with anxiety sensitivity emerging as an important explanatory process (Amarneh et al., 2026). In contrast, secure attachment and effective emotion regulation can function as protective factors in individuals exposed to adverse childhood experiences (Tanner & Francis, 2025). Furthermore, attachment-related processes may mediate the long-term relationship between childhood maltreatment and adult physical and psychological health outcomes (Widom et al., 2018). These findings suggest that dysfunctional parenting may not only directly increase anxiety vulnerability but may also shape enduring patterns of emotional regulation, attachment, and threat interpretation.

Immature defense mechanisms may constitute one of the psychological pathways through which traumatic experiences and dysfunctional parenting contribute to illness anxiety. Defense mechanisms are largely unconscious processes used to reduce psychological distress and protect the individual from threatening emotions or internal conflicts. Although mature defenses may facilitate adaptive functioning, immature defenses such as denial, projection, displacement, splitting, acting out, and somatization can distort experience and interfere with effective emotional processing. Research has demonstrated that defense mechanisms are associated with psychological functioning and treatment response, emphasizing their relevance to the organization of personality and adaptation (de Roten et al., 2021). The developmental origins of defense styles are also supported by studies showing associations between childhood nurturance and adult defensive functioning (Nevarez et al., 2018), while more adaptive defenses have been related to better long-term health outcomes (Malone et al., 2017). Importantly, defense mechanisms have been shown to mediate the association between previous trauma and psychological distress, supporting the hypothesis that early adversity may exert its effects partly through the formation of maladaptive defensive patterns (Fang et al., 2020). In the context of illness anxiety, immature defenses, particularly somatization and avoidance-oriented processes, may transform unresolved psychological distress into heightened bodily attention and threatening interpretations of physical sensations. Evidence linking emotional suppression with psychological and somatic symptoms supports this conceptualization (Kashanaki et al., 2019). In addition, maladaptive schemas and experiential avoidance have been associated with illness anxiety, suggesting that avoidance of distressing internal experiences may serve as an important mechanism in the maintenance of health-related fears (Ghasemi & Elahi, 2019). Findings showing differences in illness anxiety and irrational beliefs between clinical and healthy groups further underscore the contribution of dysfunctional cognitive-emotional processes to illness-related concerns (Hatamian et al., 2021). Accordingly, the present study aimed to determine the structural relationships of early traumatic experiences and dysfunctional parenting styles with illness anxiety through the mediating role of immature defense mechanisms.

Methodology

The present study was fundamental in purpose and descriptive-correlational in design. The statistical population consisted of 24,000 students enrolled at the University of Tabriz during the 2025–2026 academic year. Based on recommendations for structural equation modeling and the number of observed indicators included in the proposed model, a sample of 450 students was selected through multistage cluster sampling. Five faculties were randomly selected, followed by the random selection of two classes from each faculty, and all eligible students attending the selected classes were invited to participate.

Data were collected using three standardized self-report instruments. Illness anxiety was assessed using the Evans Illness Anxiety Questionnaire. Childhood traumatic experiences were measured using the Childhood Trauma Questionnaire, which assesses emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect, and physical neglect. Defense mechanisms were evaluated using the Defense Style Questionnaire, which assesses mature, neurotic, and immature defense styles; the present study specifically focused on immature defenses. Dysfunctional parenting was also assessed as a central exogenous construct within the proposed structural model. Data analysis was conducted using SPSS and AMOS. Preliminary assumptions for structural equation modeling, including normality, multicollinearity, and independence of errors, were examined before testing the hypothesized model. Model fit was evaluated using absolute, comparative, incremental, and parsimonious fit indices. Direct effects were examined through structural path coefficients, and indirect effects were tested using bootstrap procedures.

Findings

The structural model demonstrated an acceptable and strong fit to the observed data. The root mean square error of approximation was 0.02, the chi-square to degrees-of-freedom ratio was 2.02, and the goodness-of-fit index was 0.95. Comparative and incremental fit indices were also satisfactory, including CFI=0.94, NFI=0.94, IFI=0.95, and TLI=0.95. These indices supported the adequacy of the hypothesized structural model.

All direct structural paths were statistically significant. Childhood traumatic experiences had a significant positive direct effect on illness anxiety (β=0.25, t=3.24, p=0.001). Dysfunctional parenting also had a significant positive direct effect on illness anxiety (β=0.26, t=3.44, p=0.001). Among the predictors of illness anxiety, immature defense mechanisms showed the strongest direct effect (β=0.41, t=6.43, p=0.001). Childhood traumatic experiences significantly predicted greater use of immature defense mechanisms (β=0.38, t=5.80, p=0.001), and dysfunctional parenting similarly had a significant positive effect on immature defense mechanisms (β=0.35, t=5.21, p=0.001).

Bootstrap analysis confirmed the significance of both hypothesized indirect effects. Childhood traumatic experiences had a significant positive indirect effect on illness anxiety through immature defense mechanisms (β=0.16, t=2.98, p=0.001). Dysfunctional parenting also exerted a significant positive indirect effect on illness anxiety through immature defense mechanisms (β=0.14, t=2.70, p=0.001). Thus, immature defense mechanisms significantly mediated the relationships of both childhood traumatic experiences and dysfunctional parenting with illness anxiety.

Discussion and Conclusion

The findings provide support for a developmental model in which illness anxiety is influenced not only by early adverse experiences and dysfunctional parenting but also by the psychological mechanisms through which these experiences become organized within the individual. Childhood traumatic experiences were directly associated with greater illness anxiety, suggesting that individuals exposed to threat, neglect, or maltreatment during childhood may develop enduring expectations of danger and heightened sensitivity to ambiguous internal cues. When this threat-oriented processing extends to bodily sensations, ordinary physical experiences may be interpreted as evidence of serious disease, thereby increasing health-related worry and vigilance.

Dysfunctional parenting also directly predicted illness anxiety. Parenting environments characterized by emotional unavailability, excessive control, threat, rejection, or insufficient responsiveness may weaken the development of emotional security and adaptive self-regulation. Individuals raised in such contexts may enter adulthood with a stronger sense of personal vulnerability and a lower capacity to tolerate uncertainty or distress. In the domain of health, these characteristics may manifest as excessive monitoring of bodily states, catastrophic interpretation of benign sensations, and persistent concerns about illness.

Immature defense mechanisms emerged as the strongest direct predictor of illness anxiety. This finding indicates that the manner in which individuals psychologically manage distress may be particularly important in understanding health-related anxiety. Immature defenses can reduce awareness of painful emotions in the short term but may also distort emotional experience and prevent effective processing of distress. Somatization is especially relevant because psychological conflict or anxiety may be represented through bodily experiences. Consequently, attention may shift from emotional distress toward physical sensations, which can then become the focus of catastrophic health-related interpretations.

The significant relationships between childhood trauma and immature defenses, as well as between dysfunctional parenting and immature defenses, further suggest that defensive functioning develops partly within the context of early interpersonal experiences. Children exposed to unsafe, invalidating, or emotionally inconsistent environments may have fewer opportunities to learn adaptive emotional regulation and may rely more heavily on primitive strategies for managing distress. When these strategies become stable, they may continue to influence responses to stress in adulthood.

Most importantly, immature defense mechanisms significantly mediated the relationships of both childhood traumatic experiences and dysfunctional parenting with illness anxiety. These findings indicate that early adversity does not influence illness anxiety only through direct pathways. Instead, part of its impact may be transmitted through the development of maladaptive defensive patterns. In other words, early trauma and dysfunctional parenting may increase reliance on immature defenses, and these defenses may subsequently heighten vulnerability to

illness anxiety by encouraging avoidance of emotional experience, somatization, distortion of threat, and excessive attention to bodily sensations.

Overall, the findings suggest that illness anxiety is best understood within an integrative developmental framework in which early traumatic experiences, dysfunctional parenting, and immature defensive functioning interact across time. The results highlight immature defense mechanisms as an important psychological bridge connecting adverse developmental conditions with later health-related anxiety. Clinically, this suggests that effective assessment and intervention may need to extend beyond current health worries to include developmental history, family experiences, emotional processing, and defensive functioning. Interventions that promote more mature coping and defensive strategies, improve emotional awareness and regulation, and facilitate adaptive processing of early adverse experiences may therefore contribute to reducing persistent illness anxiety and its associated psychological burden.

روابط ساختاری تجارب آسیب‌زای اولیه و سبک‌های والدگری ناکارآمد با اضطراب بیماری با میانجی‌گری مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته

۱. تورج هاشمی*: استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۲. مجید محمود علیلو: استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۳. نعیمه ماشینچی عباسی: استادیار گروه روان‌شناسی، پسادکتری علوم اعصاب شناختی، دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۴. مهدیه ملکی صدقی: دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: tourajhashemi46@tabrizu.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۰۵ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۲۷ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۲ انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۸/۰۱



نحوه استناددهی: هاشمی، تورج.، محمود علیلو، مجید.، ماشینچی عباسی، نعیمه.، و ملکی صدقی، مهدیه. (۱۴۰۵). روابط ساختاری تجارب آسیب‌زای اولیه و سبک‌های والدگری ناکارآمد با اضطراب بیماری با میانجی‌گری مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۴(۴)، ۱۸-۱.

چکیده

مقدمه و هدف: اضطراب بیماری می‌تواند تحت تأثیر تجارب تحولی نامطلوب، الگوهای ناکارآمد والدگری و شیوه‌های ناسازگارانه مقابله با هیجان‌ها شکل گیرد و تداوم یابد. پژوهش حاضر با هدف تعیین روابط ساختاری تجارب آسیب‌زای اولیه و سبک‌های والدگری ناکارآمد با اضطراب بیماری با میانجی‌گری مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته انجام شد.

روش‌شناسی: پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر روش گردآوری داده‌ها، توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل ۲۴,۰۰۰ دانشجوی دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۲۰۲۵–۲۰۲۶ بود که از میان آنان ۴۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اضطراب بیماری ایوانز، پرسشنامه ترومای کودکی برنشتاین و همکاران و پرسشنامه سبک‌های دفاعی اندروز و همکاران گردآوری شد. برای آزمون مدل نظری از مدل‌یابی معادلات ساختاری و روش بوت‌استرپ استفاده شد و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS و AMOS انجام گرفت.

یافته‌ها: مدل ساختاری از برازش مطلوبی برخوردار بود (RMSEA=۰.۰۲، χ^2/df=۲.۰۲، GFI=۰.۹۵، CFI=۰.۹۴، NFI=۰.۹۴، IFI=۰.۹۵ و TLI=۰.۹۵). تجارب آسیب‌زای کودکی (β=۰.۲۵، t=۳.۲۴، p=۰.۰۰۱)، والدگری ناکارآمد (β=۰.۲۶، t=۳.۴۴، p=۰.۰۰۱) و دفاع‌های رشدنایافته (β=۰.۴۱، t=۶.۴۳، p=۰.۰۰۱) اثر مستقیم مثبت و معناداری بر اضطراب بیماری داشتند. همچنین، تجارب آسیب‌زای کودکی (β=۰.۳۸، t=۵.۸۰، p=۰.۰۰۱) و والدگری ناکارآمد (β=۰.۳۵، t=۵.۲۱، p=۰.۰۰۱) به‌طور مثبت و معناداری دفاع‌های رشدنایافته را پیش‌بینی کردند. اثر غیرمستقیم تجارب آسیب‌زای کودکی بر اضطراب بیماری از طریق دفاع‌های رشدنایافته معنادار بود (β=۰.۱۶، t=۲.۹۸، p=۰.۰۰۱)؛ اثر غیرمستقیم والدگری ناکارآمد نیز از همین مسیر معنادار به‌دست آمد (β=۰.۱۴، t=۲.۷۰، p=۰.۰۰۱).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد دفاع‌های رشدنایافته یکی از سازوکارهای روان‌شناختی مهم در انتقال اثر تجارب آسیب‌زای کودکی و والدگری ناکارآمد به اضطراب بیماری هستند. بنابراین، توجه همزمان به تجارب اولیه زندگی، کیفیت والدگری و اصلاح الگوهای دفاعی ناسازگارانه می‌تواند در طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی برای کاهش اضطراب بیماری سودمند باشد.

کلیدواژگان: اضطراب بیماری؛ تجارب آسیب‌زای اولیه؛ سبک‌های والدگری ناکارآمد؛ مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته؛ مدل‌یابی معادلات ساختاری

مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

مقدمه

اضطراب بیماری یکی از جلوه‌های مهم و نسبتاً پیچیده اضطراب است که در آن فرد به‌صورت مداوم و افراطی درباره ابتلا به یک بیماری جدی نگران می‌شود و نشانه‌ها یا احساس‌های بدنی عادی و کم‌اهمیت را به‌عنوان شواهدی از وجود یک بیماری خطرناک تفسیر می‌کند. در ویرایش بازنگری‌شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، این وضعیت با اشتغال ذهنی پایدار نسبت به ابتلا یا احتمال ابتلا به بیماری جدی، در شرایطی که نشانه‌های جسمانی وجود ندارند یا شدت آن‌ها اندک است، مشخص می‌شود و معمولاً با اضطراب زیاد درباره سلامت، رفتارهای افراطی مرتبط با سلامت یا اجتناب ناسازگارانه از مراقبت‌های پزشکی همراه است (American Psychiatric, 2022). از منظر بالینی، اضطراب بیماری صرفاً نگرانی گذرا درباره سلامت نیست، بلکه الگویی پایدار از پایش بدن، تفسیر تهدیدآمیز احساس‌های جسمانی و جست‌وجوی مکرر اطمینان یا، در سوی مقابل، اجتناب از ارزیابی پزشکی است که می‌تواند عملکرد فردی، اجتماعی و تحصیلی را مختل سازد. مرورهای جدید نیز نشان می‌دهند که این اختلال با بار روان‌شناختی و کارکردی قابل‌توجهی همراه است و شناخت دقیق‌تر عوامل زمینه‌ساز و سازوکارهای تداوم‌بخش آن همچنان یکی از اولویت‌های پژوهشی در حوزه آسیب‌شناسی روانی محسوب می‌شود (French & Hameed, 2023; Kikas et al., 2024).

مطالعات مربوط به اضطراب بیماری نشان داده‌اند که ادراک و تفسیر احساس‌های بدنی نقش مهمی در شکل‌گیری این مشکل دارد. افرادی که نسبت به تغییرات جسمانی خود حساسیت بیشتری دارند، ممکن است احساس‌هایی را که برای دیگران خنثی یا کم‌اهمیت تلقی می‌شوند، نشانه‌ای از تهدید قلمداد کنند. در این چارچوب، فرایندهای فراشناختی نیز می‌توانند شدت نگرانی‌های سلامت را افزایش دهند؛ به‌گونه‌ای که بزرگ‌نمایی احساس‌های بدنی از طریق باورهای فراشناختی ناکارآمد به افزایش اضطراب سلامت منجر شود (Li et al., 2025). همچنین، شواهد عصب‌روان‌شناختی جدید بر اهمیت حساسیت به اضطراب و الگوهای پردازش تهدید دلالت دارند و نشان می‌دهند که پاسخ برخی شبکه‌های عصبی مرتبط با آمیگدال و اینسولا حتی به محرک‌های خنثی می‌تواند با آسیب‌پذیری آتی نسبت به حساسیت اضطرابی مرتبط باشد (MacDonald et al., 2025). این یافته‌ها بیانگر آن‌اند که اضطراب بیماری را باید در قالب الگویی چندعاملی در نظر گرفت که در آن نحوه پردازش محرک‌های بدنی، باورهای شناختی و فراشناختی و آمادگی هیجانی برای ادراک تهدید با یکدیگر تعامل دارند.

با وجود اهمیت عوامل شناختی و زیستی، رویکردهای تحولی بر این نکته تأکید دارند که ریشه برخی از این آسیب‌پذیری‌ها را باید در تجارب اولیه زندگی جست‌وجو کرد. تجارب آسیب‌زای کودکی شامل طیفی از سوءاستفاده عاطفی، جسمی و جنسی، غفلت عاطفی و جسمی و سایر شرایط مزمن تهدیدکننده در محیط خانواده است که می‌تواند رشد هیجانی و بین‌فردی فرد را به‌صورت پایدار تحت تأثیر قرار دهد. ادبیات آسیب‌شناسی روانی نشان می‌دهد که تروماهای کودکی صرفاً به پیامدهای کوتاه‌مدت محدود نمی‌شوند، بلکه می‌توانند در سراسر مسیر تحول به افزایش آسیب‌پذیری نسبت به طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی و جسمانی منجر شوند (Janiri et al., 2020). یافته‌های مطالعه گسترده NAKO نیز ارتباط تجربه تروما در دوران کودکی با طیفی از مشکلات جسمانی و روانی در بزرگسالی را نشان داده است و بر اهمیت آثار بلندمدت تجارب نامطلوب اولیه تأکید می‌کند (Klinger-König et al., 2024).

یکی از سازوکارهایی که می‌تواند رابطه میان تجارب آسیب‌زای اولیه و مشکلات اضطرابی بزرگسالی را توضیح دهد، اختلال در تنظیم هیجان و ایجاد الگوهای پایدار پردازش منفی است. شواهد نشان می‌دهند که تجربه تروما در کودکی با دشواری بیشتر در شناسایی، تنظیم و پردازش هیجان‌ها همراه است و این نارسایی‌ها می‌توانند به افزایش علائم روان‌شناختی منجر شوند (Sharma et al., 2024). در همین راستا، تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از مسیرهای میانجی میان بدرفتاری دوران کودکی و علائم اضطرابی در دانشجویان مطرح شده است (Musella et al., 2024). همچنین، مطالعات پیشین نشان داده‌اند که اثر تجارب نامطلوب کودکی بر سلامت جسمانی و روانی تا حدی از طریق فرایندهای تنظیم هیجان منتقل می‌شود (Cloitre et al., 2019). از سوی دیگر، نشخوار فکری نیز می‌تواند میان تجارب آسیب‌زای کودکی و اضطراب یا افسردگی در بزرگسالی نقش واسطه‌ای داشته باشد و موجب تداوم پردازش‌های منفی و افزایش

آسیب‌پذیری روان‌شناختی شود (Kim et al., 2017). بنابراین، به نظر می‌رسد بخش مهمی از آثار تروما نه از طریق یک رابطه مستقیم و ساده، بلکه از طریق تغییر در شیوه پردازش و مدیریت تجربه‌های درونی منتقل می‌شود.

این موضوع در مورد اضطراب بیماری اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا نگرانی بیمارگونه درباره سلامت معمولاً با حساسیت زیاد به احساس‌های جسمانی، سوگیری در تفسیر تهدید و دشواری در تحمل ابهام همراه است. مرور نظام‌مند عوامل کودکی و خانوادگی در تحول اضطراب سلامت نشان داده است که تجارب اولیه نامطلوب و شرایط خانوادگی می‌توانند در شکل‌گیری آسیب‌پذیری نسبت به نگرانی‌های سلامت نقش داشته باشند (Thorgaard et al., 2018). در یک مطالعه بر دانشجویان دانشگاه تبریز نیز تجارب آسیب‌زای کودکی در کنار سبک دلبستگی و باورهای فراشناختی با نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری ارتباط داشتند و توانستند بخشی از تغییرپذیری این علائم را پیش‌بینی کنند (Hashemi Nosratabad et al., 2023). در عین حال، نتایج مطالعات در همه حوزه‌های اضطرابی کاملاً یکسان نیست؛ برای نمونه، بررسی کودکان دارای تجربه طلاق یا مرگ والدین نشان داده است که الگوهای اضطرابی و هیجانی حاصل از تجارب نامطلوب ممکن است بسته به نوع تجربه، متغیرهای فردی و بافت اجتماعی متفاوت باشند (Aryapouran & Abbasi, 2020). این ناهمگونی یافته‌ها بر ضرورت بررسی سازوکارهای میانجی در ارتباط میان تجارب اولیه و اضطراب بیماری تأکید می‌کند.

در کنار تروماهای مستقیم، کیفیت والدگری نیز یکی از عوامل تحولی مهم در شکل‌گیری الگوهای هیجانی و اضطرابی محسوب می‌شود. خانواده نخستین محیطی است که کودک در آن نحوه تفسیر خطر، تنظیم هیجان، جست‌وجوی حمایت و مواجهه با احساس‌های ناخوشایند را می‌آموزد. عملکرد نامطلوب خانواده، تهدیدهای والدینی، کنترل افراطی، طرد، بی‌توجهی یا پاسخ‌دهی نامناسب به نیازهای هیجانی می‌تواند احساس امنیت کودک را تضعیف کند و حساسیت وی را نسبت به تهدید افزایش دهد. مرور جدید درباره کارکرد خانواده و اضطراب کودکان بر رابطه نزدیک میان کیفیت تعاملات خانوادگی و نشانه‌های اضطرابی تأکید کرده است (Ye et al., 2025). همچنین، شواهد مربوط به نوجوانان مواجه‌شده با تروما نشان می‌دهد که تهدیدهای والدینی می‌توانند با شدت اضطراب ارتباط داشته باشند و حساسیت اضطرابی نیز در این ارتباط نقش مهمی ایفا کند (Amarneh et al., 2026). چنین یافته‌هایی نشان می‌دهند که شیوه تعامل والدین با کودک می‌تواند نحوه ادراک و تفسیر تهدید را در سال‌های بعدی زندگی شکل دهد.

از دیدگاه تحولی، پیامدهای والدگری ناکارآمد ممکن است از طریق شکل‌دهی الگوهای دلبستگی ناایمن و تنظیم هیجان نامناسب تثبیت شوند. شواهد نشان داده‌اند که سبک دلبستگی در بزرگسالی می‌تواند بخشی از رابطه میان بدرفتاری دوران کودکی و پیامدهای سلامت جسمانی و روانی را میانجی‌گری کند (Widom et al., 2018). در مقابل، وجود دلبستگی ایمن و ظرفیت مناسب برای تنظیم هیجان می‌تواند نقش محافظتی در برابر آثار تجارب نامطلوب کودکی داشته باشد (Tanner & Francis, 2025). در پژوهش‌های جدیدتر نیز ارتباط میان تروماهای کودکی و اضطراب اجتماعی دانشجویان از طریق فرایندهای شناختی–ارزیابانه، از جمله ترس از ارزیابی، مورد تأیید قرار گرفته است (Zhang et al., 2025). مجموعه این شواهد نشان می‌دهد که محیط والدینی و خانوادگی نه‌تنها به‌طور مستقیم با اضطراب مرتبط است، بلکه بر شکل‌گیری مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی، هیجانی و شخصیتی اثر می‌گذارد که بعدها می‌توانند زمینه را برای انواع مختلف اضطراب، از جمله اضطراب بیماری، فراهم کنند.

یکی از مفاهیمی که می‌تواند حلقه ارتباطی میان تجارب نامطلوب اولیه، والدگری ناکارآمد و اضطراب بیماری را توضیح دهد، مکانیسم‌های دفاعی است. مکانیسم‌های دفاعی به فرایندهایی عمدتاً ناهشیار اشاره دارند که فرد برای کاهش تنش روانی، مدیریت تعارض‌ها و محافظت از خود در برابر هیجان‌های تهدیدکننده به کار می‌گیرد. این مکانیسم‌ها از نظر سطح تحول و سازگاری متفاوت‌اند؛ برخی مانند والایش و شوخ‌طبعی از پختگی بیشتری برخوردارند، در حالی که دفاع‌هایی نظیر انکار، فرافکنی، دوپارگی، جابه‌جایی و جسمانی‌سازی در زمره دفاع‌های رشدنایافته قرار می‌گیرند. اگرچه دفاع‌های رشدنایافته ممکن است در کوتاه‌مدت از شدت تجربه مستقیم اضطراب بکاهند، استفاده پایدار از آن‌ها می‌تواند به تحریف

واقعیت، کاهش پردازش مؤثر هیجان و تداوم مشکلات روان‌شناختی منجر شود. یافته‌های مربوط به بیماران مبتلا به افسردگی نیز نشان داده‌اند که الگوی مکانیسم‌های دفاعی با پاسخ درمانی و وضعیت روان‌شناختی ارتباط دارد و بنابراین دفاع‌ها را می‌توان یکی از شاخص‌های مهم کارکرد شخصیت و سازگاری در نظر گرفت (de Roten et al., 2021).

اهمیت دفاع‌های روان‌شناختی زمانی برجسته‌تر می‌شود که آثار تروماهای گذشته بررسی شوند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مکانیسم‌های دفاعی می‌توانند در رابطه میان تروماهای گذشته و پریشانی روان‌شناختی نقش واسطه‌ای داشته باشند؛ به این معنا که تجربه آسیب ممکن است فرد را به سمت استفاده بیشتر از دفاع‌های ناکارآمد سوق دهد و این دفاع‌ها به نوبه خود شدت مشکلات روانی را افزایش دهند (Fang et al., 2020). همچنین، شواهد طولی‌تر درباره سلامت در میانسالی و سالمندی نشان می‌دهد که کیفیت و سطح تحول مکانیسم‌های دفاعی با پیامدهای سلامت در دوره‌های بعدی زندگی ارتباط دارد و دفاع‌های سازگارانه‌تر می‌توانند با کارکرد مطلوب‌تر همراه باشند (Malone et al., 2017). به همین ترتیب، نقش پرورش و مراقبت دوران کودکی در شکل‌گیری دفاع‌های بزرگسالی مورد تأکید قرار گرفته است و شواهد حاکی از آن است که کیفیت حمایت و پرورش اولیه با سبک‌های دفاعی و سازگاری روان‌شناختی در دوره‌های بعدی زندگی مرتبط است (Nevarez et al., 2018). این یافته‌ها این فرض را تقویت می‌کنند که شیوه‌های دفاعی می‌توانند یکی از پیامدهای پایدار تجارب اولیه و یکی از سازوکارهای انتقال اثر آن‌ها به سلامت روان باشند.

در زمینه اضطراب بیماری، برخی دفاع‌های رشدنایافته به‌ویژه جسمانی‌سازی از اهمیت نظری ویژه‌ای برخوردارند؛ زیرا فرد ممکن است به جای تجربه، نام‌گذاری و پردازش مستقیم هیجان‌های ناخوشایند، تنش روانی را در سطح بدن تجربه یا تفسیر کند. در چنین شرایطی، احساس‌های جسمانی می‌توانند معنایی بیش از وضعیت فیزیولوژیک خود پیدا کنند و به موضوع تمرکز، نگرانی و تفسیرهای فاجعه‌آمیز تبدیل شوند. یافته‌های مربوط به سرکوب احساس‌ها و علائم روان‌شناختی و جسمانی نیز نشان داده‌اند که نحوه مواجهه فرد با تجربه‌های هیجانی با شدت پیامدهای روانی و بدنی ارتباط دارد (Kashanaki et al., 2019). همچنین، در مطالعات مرتبط با اضطراب بیماری، نقش سازه‌های شناختی مانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب تجربی مورد تأیید قرار گرفته است، به‌گونه‌ای که اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند می‌تواند مسیر ارتباطی میان ساختارهای شناختی ناسازگار و اضطراب بیماری را توضیح دهد (Ghasemi & Elahi, 2019). این الگو با فرض نقش دفاع‌های رشدنایافته سازگار است؛ زیرا هر دو فرایند از طریق کاهش تماس سازگارانه با تجربه‌های هیجانی و افزایش پردازش غیرمستقیم یا تحریف‌شده آن‌ها می‌توانند اضطراب را پایدار سازند.

وجود رابطه میان مشکلات روان‌شناختی و اضطراب بیماری در نمونه‌های گوناگون نیز نشان می‌دهد که این سازه با الگوهای شناختی و هیجانی ناسازگارانه پیوند دارد. مقایسه زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک و زنان سالم نشان داده است که اضطراب بیماری با باورهای غیرمنطقی و وضعیت روان‌شناختی افراد ارتباط دارد (Hatamian et al., 2021). این یافته از این دیدگاه حمایت می‌کند که تجربه اضطراب بیماری صرفاً تابع وضعیت واقعی جسمانی نیست و فرایندهای شناختی و هیجانی در تفسیر وضعیت سلامت نقش مهمی دارند. بنابراین، در افرادی که در نتیجه تجارب نامطلوب اولیه یا والدگری ناکارآمد، الگوهای ناسازگار پردازش هیجان و دفاع شکل گرفته است، امکان دارد احساس‌های جسمانی بیش از اندازه تهدیدآمیز تفسیر شوند و نگرانی سلامت به‌صورت پایدار ادامه یابد.

شواهد مرتبط با سایر اختلالات نیز بر امکان انتقال آثار تجارب آسیب‌زا از طریق فرایندهای میانجی تأکید دارند. برای مثال، شدت نشانه‌های وسواسی بر اساس تجارب آسیب‌زای کودکی قابل پیش‌بینی است و متغیرهای هیجانی مانند شرم می‌توانند در این رابطه نقش واسطه‌ای داشته باشند (Shirkhani et al., 2022). چنین نتایجی از این فرض کلی حمایت می‌کنند که تروماهای اولیه به‌ندرت از طریق یک مسیر مستقیم و واحد به آسیب‌شناسی روانی منجر می‌شوند؛ بلکه اثر آن‌ها در تعامل با فرایندهای هیجانی، شناختی و شخصیتی منتقل می‌شود. از این منظر، دفاع‌های رشدنایافته می‌توانند در مورد اضطراب بیماری نیز سازوکاری مشابه داشته باشند: تجارب آسیب‌زا یا والدگری ناکارآمد ابتدا ظرفیت فرد برای تنظیم سازگارانه هیجان و تحمل تهدید را تضعیف می‌کنند، سپس اتکا به دفاع‌های

ابتدایی‌تر افزایش می‌یابد و در نهایت این الگوی دفاعی می‌تواند زمینه تفسیر جسمانی و تهدیدآمیز تنش روانی را فراهم سازد.

در مجموع، ادبیات موجود از چند مسیر مرتبط حکایت دارد: نخست، تجارب آسیب‌زای کودکی با طیف وسیعی از پیامدهای روان‌شناختی و جسمانی در دوره‌های بعدی زندگی ارتباط دارند؛ دوم، والدگری و کارکرد خانواده در شکل‌دهی احساس امنیت، تنظیم هیجان، حساسیت به تهدید و الگوهای اضطرابی نقش مهمی ایفا می‌کنند؛ سوم، اضطراب بیماری با نحوه تفسیر نشانه‌های جسمانی، باورهای فراشناختی، حساسیت اضطرابی و راهبردهای اجتنابی مرتبط است؛ و چهارم، مکانیسم‌های دفاعی می‌توانند یکی از مسیرهای انتقال اثر تجارب اولیه به مشکلات روان‌شناختی باشند. با این حال، اگرچه روابط دوتایی میان تروماهای کودکی، کیفیت والدگری، دفاع‌های روان‌شناختی و اضطراب در مطالعات مختلف بررسی شده‌اند، بررسی همزمان این متغیرها در قالب یک مدل ساختاری منسجم، به‌ویژه با تمرکز بر نقش میانجی دفاع‌های رشدنایافته در تبیین اضطراب بیماری، همچنان نیازمند شواهد بیشتری است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین روابط ساختاری تجارب آسیب‌زای اولیه و سبک‌های والدگری ناکارآمد با اضطراب بیماری با میانجی‌گری مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر با توجه به هدف، از نوع بنیادی و باتوجه به نحوه گردآوری داده‌ها جز تحقیقات توصیفی- همبستگی بود. جامعه پژوهش حاضر دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ با حجم ۲۴۰۰۰ نفر بود که به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای تعداد ۴۵۰ نفر انتخاب شد. به نحوی که از بین دانشکده‌ها، تعداد ۵ دانشکده و از هر دانشکده، تعداد ۲ کلاس به تصادف انتخاب شد و کلیه دانشجویان حاضر در کلاس به عنوان نمونه نهایی در نظر گرفته شد. در تعیین حجم نمونه از ملاک کلاین (۲۰۱۱) و هو و بنتلر[1] (۱۹۹۹) استفاده شد که در آن بیان شده است که در مدل‌یابی معادلات ساختاری حداقل ۲۰۰ نمونه نیاز است و از طرفی به ازای هر نشانگر لازم است حداقل ۱۵ نفر در نظر گرفته شود. بر این اساس به لحاظ این که در پژوهش حاضر ۳۰ نشانگر وجود داشت، لذا حجم نهایی نمونه، ۴۵۰ نفر در نظر گرفته شد.

پرسشنامه اضطراب بیماری ایوانز[2]: به منظور سنجش اضطراب بیماری از پرسشنامه خودبیمارانگاری ایوانز (۱۹۸۰) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال ۵ گزینه‌ای بوده و براساس طیف لیکرت است و برای افراد زیر ۷۰ سال معتبر است و با سؤالاتی چون "تصور می‌کنید در مقایسه با گروه سنی خود، به چه اندازه در معرض بیماری‌های گوناگون قرار داشته باشید؟" به سنجش اضطراب بیماری می‌پردازد. افراد بر مبنای نمره کسب‌شده در گروه‌های سالم (۲۰-۰)، مرزی (۳۰-۲۱)، خفیف (۴۰-۳۱)، متوسط(۶۰-۴۱)، شدید (بالاتر از ۶۰) قرار می‌گیرند (ایوانز، ۱۹۸۰). پایایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی، ۰/۸۹ گزارش شده است. (طلایی و همکاران، ۲۰۰۹). بعلاوه، همبستگی بالای پرسشنامه با سایر آزمون‌های سنجش خودبیمارانگاری مانند خرده‌مقیاس خودبیمارانگاری پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینسوتا (**MMPI**)[3] و چک‌لیست علامتی ۹۰ سؤالی (**SCL-90**)[4] بیانگر اعتبار مناسب آن است (طلایی و فیاضی بردبار، ۱۳۸۸). همچنین، قاسمی و الهی (۱۳۹۸) در پژوهش خود ضریب پایایی پرسشنامه را براساس آلفای کرونباخ، ۰/۷۲ بدست آوردند. بعلاوه، حاتمیان و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود ضریب پایایی پرسشنامه را بررسی و ضریب آلفای کرونباخ کلی آن را ۰/۸۲ بدست آوردند.

پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ)[5]: این پرسشنامه توسط برنشتاین و همکاران[6] (۲۰۰۳) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای کودکی دوران کودکی توسعه داده شده است. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات سوء استفاده و غفلت دوران کودکی است. سؤالات این پرسشنامه پنج نوع از بدرفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از: سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده عاطفی، غفلت عاطفی و جسمی. این پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سوال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه بکار می‌رود و ۳

[1] Hu & Bentler

[2] Evans Hypochondrias Questionnaires
[3] The Minnesota Multiphasic Personality Inventory
[4] Symptom Checklist
[5] Childhood Trauma Questionnaire
[6] Bernstein et al

سؤال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند بکار می‌رود. برای محاسبه نمرات پرسشنامه ابتدا باید نمره گذاری سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲، و ۲۶ معکوس شود. نمره گذاری گزینه‌ها به صورت هرگز=۱، خیلی=۲، گاهی=۳، اغلب=۴ و همیشه=۵ است. نمرات بالا در پرسشنامه نشان دهنده ترومای کودکی یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای کودکی دوران کودکی کمتر است. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس‌ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. سؤال‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵ مربوط به سوء استفاده عاطفی، سوال‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷ مربوط به سوء استفاده فیزیکی، سوال‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷ مربوط به سوء استفاده جنسی، سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، و ۲۸ مربوط به غفلت عاطفی و سؤال‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶ مربوط به غفلت جسمی است. نمره بالاتر از ۱۲ در سؤال‌های ۱۰، ۱۶، ۲۲ که مربوط به انکار مشکلات دوران کودکی است؛ احتمالاً نشانه‌ای از نامعتبر بودن پاسخ‌های فرد است. برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، جسمی، جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان ترومای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. در ایران نیز ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. همچنین در پژوهش شیرخانی و همکاران (۲۰۲۲) آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ گزارش شده است.

پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ): این پرسشنامه توسط اندروز و همکاران به سال ۱۹۹۳ تهیه شده و یک ابزار ۴۰ سؤالی است که در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) بیست مکانیسم دفاعی را بر حسب سه سبک دفاعی رشد یافته، نوروتیک و رشدنایافته می‌سنجد. سبک دفاعی رشد یافته شامل مکانیسم‌های والایش، شوخ طبعی، پیش‌بینی و فرونشانی است. مکانیسم‌های مربوط به سبک دفاعی نورتیک عبارتند از: ابطال، نوعدوستی کاذب، آرمانی‌سازی و واکنش متضاد. سبک دفاعی رشدنایافته نیز از دوازده مکانیسم به این شرح تشکیل شده است: فرافکنی، پرخاشگری نافعال، عملی‌سازی، مجزاسازی، ناارزنده‌سازی، خیالپردازی اوتیستیک، انکار، جابجایی، تفرق، دوپارگی، دلیل‌تراشی و بدنی‌سازی. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از سبکهای دفاعی رضایتبخش توصیف شده‌اند (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی در پژوهش بشارت (۱۳۸۷) مورد تایید قرار گرفته است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش مدلیابی معادلات ساختاری و نرم‌افزارهای **SPSS** و **AMOS** استفاده شد.

یافته‌ها

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه در حد مطلوب است و در این میان متغیر وابسته (ملاک) از پراکندگی بهتری برخوردار است. از طرفی مبتنی بر مقادیر کشیدگی و چولگی می‌توان پراکندگی مطلوب و نزدیک به نرمال را در همه متغیرها تایید نمود.

جدول ۱: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین	چولگی	کشیدگی	تعداد
اضطراب بیماری	۹۸/۲۱	۱۰/۴۳	۶۴	۱۲۱	۰/۰۹	۰/۲۸	۴۵۰
تجارب‌ناگوارکودکی	۷۹/۷۰	۸/۳۶	۵۵	۱۰۱	-۰/۰۷	-۰/۳۱	۴۵۰
والدگری ناکارآمد	۷۳/۸۳	۹/۶۰	۵۳	۸۷	-۰/۱۲	-۰/۱۴	۴۵۰
دفاع‌های رشدنایافته	۷۴/۹۸	۱۰/۳۸	۴۹	۹۱	-۰/۰۷	-۰/۵۷	۴۵۰

برای آزمون فرضیه‌ها از روش مدلیابی معادلات ساختاری استفاده شد. به این منظور در ابتدا پیش فرض‌های این روش نظیر فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه گیری متغیرها، نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف، هم خطی چندگانه

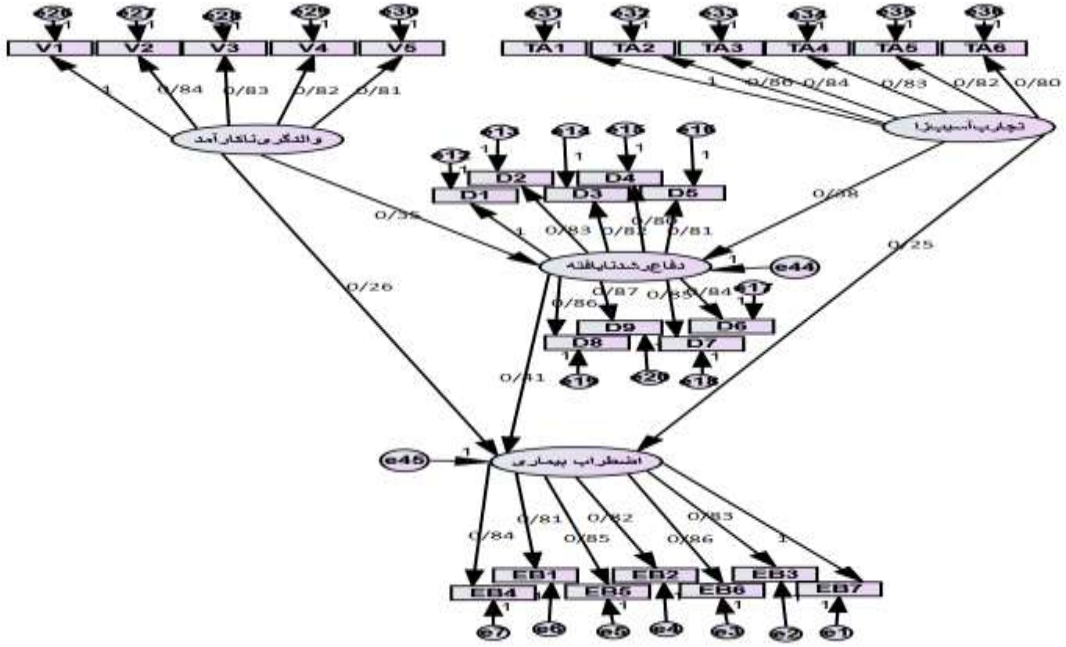
متغیرهای پیش‌بین با استفاده از دو شاخص VIF و Tolerance و پیش‌فرض استقلال منابع خطای متغیرها با استفاده از شاخص دوربین واتسون مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به محقق شدن کلیه پیش‌فرض‌های روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، برای بررسی فرضیه‌ها از این روش به شرح ذیل استفاده شد. به این منظور ابتدا ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش محاسبه گردید:

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرها

متغیرها	۱	۲	۳	۴
اضطراب بیماری	۱			
تجارب ناگوارکودکی	۰/۳۱**	۱		
والدگری ناکارآمد	۰/۳۲**	۰/۳۳**	۱	
دفاع‌های رشدنایافته	۰/۵۰**	۰/۴۸**	۰/۴۶**	۱

** p<۰/۰۱

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد بین متغیرهای برونزاد و درونزاد رابطه متعارف وجود دارد و شرایط برای بررسی روابط ساختاری بین این متغیرها مهیا است. به لحاظ اینکه رابطه بین متغیرهای مستقل (برونزاد) و متغیرهای وابسته (درونزاد) معنی‌دار است. لذا جهت برازش مدل نظری با مدل اندازه‌گیری‌شده از مدل‌یابی معادلات ساختاری به شرح مدل (۱) استفاده شد. توضیح اینکه برای برازش مدل از شاخص‌های مطلق، نسبی و مقتصد استفاده شد و در این راستا محدوده قابل قبول برای هر یک از شاخص‌ها برحسب نظر هو و بنتلر (۱۹۹۹) به این ترتیب بود : (۱) شاخص χ^2/df (۵ و کمتر از ۵) ، (۲) شاخص RMSEA (۰/۰۵ و کمتر از ۰/۰۵) و (۳) شاخص‌های GFI ,CFI,NFI, IFI, TLI (۰/۹۰ و بیشتر از ۰/۹۰).



شکل ۱. مدل یابی روابط ساختاری متغیرهای برون زاد با اضطراب بیماری

جدول ۳. برازش مدل

RMSEA	X²/df	GFI	CFI	NFI	IFI	TLI
۰/۰۲	۲/۰۲	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۹۵

مندرجات مدل علی- ساختاری نشان می‌دهد، مدل نظری با مدل اندازه‌گیری شده برازش مطلوب دارد، چراکه شاخص‌های برازش مدل، جملگی در وضعیت مطلوب قرار دارند. به نحوی که مقدار ریشه میانگین مجذور برآورد خطا (RMSEA) در حد مطلوب (کمتر از ۰/۰۵) قرار دارد. همچنین نسبت X^2/df در حد مطلوب (مساوی یا کمتر از ۵) قرار دارد و شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص برازش نسبی(NFI) شاخص برازش افزایشی (IFI) و شاخص توکر لوئیس (TLI) جملگی در سطح مطلوب (برابر یا بزرگتر از ۰/۹۰) قرار دارند. بنابراین می‌توان استنباط نمود والدگری ناکارآمد و تجارب ناگوار کودکی قادرند به واسطه دفاع‌های رشدنایافته، تغییرات اضطراب بیماری را به طور معنی‌دار تبیین نمایند، نتایج اثرات مستقیم متغیرهای برون‌زاد بر درون‌زاد در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. خلاصه اثرات مستقیم

متغیر مستقل	متغیر وابسته	حد بالا	حد پایین	اندازه اثر	t	سطح معنی‌داری
تجارب‌آسیب‌زای‌کودکی	اضطراب بیماری	۰/۳۰	۰/۲۰	۰/۲۵	۳/۲۴	۰/۰۰۱
والدگری‌ناکارآمد	اضطراب بیماری	۰/۳۱	۰/۲۱	۰/۲۶	۳/۴۴	۰/۰۰۱
دفاع‌های رشدنایافته	اضطراب بیماری	۰/۴۶	۰/۳۶	۰/۴۱	۶/۴۳	۰/۰۰۱
تجارب‌آسیب‌زای‌کودکی	دفاع‌های رشدنایافته	۰/۴۳	۰/۳۳	۰/۳۸	۵/۸۰	۰/۰۰۱
والدگری‌ناکارآمد	دفاع‌های رشدنایافته	۰/۴۰	۰/۳۰	۰/۳۵	۵/۲۱	۰/۰۰۱

$p \leq ۰/۰۵$

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد: اثر مستقیم تجارب ناگوار کودکی بر اضطراب بیماری با اندازه اثر (۰/۲۵) معنی‌دار است ب) اثر مستقیم والدگری ناکارآمد بر اضطراب بیماری با اندازه اثر (۰/۲۶) معنی‌دار است. ج) اثر مستقیم دفاع‌های رشدنایافته بر اضطراب بیماری با اندازه اثر (۰/۴۱) معنی‌دار است. د) اثر مستقیم تجارب ناگوار کودکی بر دفاع‌های رشدنایافته با اندازه اثر (۰/۳۸) معنی‌دار است. ه) اثر مستقیم والدگری ناکارآمد بر دفاع‌های رشدنایافته با اندازه اثر (۰/۳۵) معنی‌دار است. در راستای بررسی اثرات غیرمستقیم متغیرهای برونزاد بر اضطراب بیماری بواسطه دفاع‌های رشدنایافته از روش بوت استراپ به شرح جدول ۵ استفاده شد:

جدول ۵: اثرات غیر مستقیم متغیرهای برونزاد

متغیرمستقل	متغیرمیانجی	متغیر وابسته	اندازه اثر	t	سطح معنی‌داری
تجارب‌آسیب‌زای‌کودکی	دفاع‌های رشدنایافته	اضطراب بیماری	۰/۱۶	۲/۹۸	۰/۰۰۱
والدگری ناکارآمد	دفاع‌های رشدنایافته	اضطراب بیماری	۰/۱۴	۲/۷۰	۰/۰۰۱

$p \leq ۰/۰۵$

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد: الف) تجارب آسیب‌زای‌کودکی به واسطه دفاع‌های رشدنایافته قادر است ۰/۱۶ از تغییرات اضطراب بیماری را به طور معنی‌دار و مثبت تبیین نماید. ب) والدگری ناکارآمد به واسطه دفاع‌های رشدنایافته قادر است ۰/۱۴ از تغییرات اضطراب بیماری را به طور معنی‌دار و مثبت تبیین نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین روابط ساختاری تجارب آسیب‌زای اولیه و سبک‌های والدگری ناکارآمد با اضطراب بیماری با میانجی‌گری مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته انجام شد. نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار است و روابط مستقیم و غیرمستقیم میان متغیرهای پژوهش تأیید شد. به‌طور مشخص، تجارب آسیب‌زای کودکی اثر مثبت و معناداری بر اضطراب بیماری داشت؛ والدگری ناکارآمد نیز به‌طور مثبت و معناداری اضطراب بیماری را پیش‌بینی کرد؛ مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته اثر مستقیم مثبت و معناداری بر اضطراب بیماری نشان دادند؛ افزون بر این، تجارب آسیب‌زای کودکی و والدگری ناکارآمد هر دو با افزایش استفاده از دفاع‌های رشدنایافته مرتبط بودند. در نهایت، نتایج بوت‌استرپ نشان داد که مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته، هم در رابطه میان تجارب آسیب‌زای کودکی و اضطراب

بیماری و هم در رابطه میان والدگری ناکارآمد و اضطراب بیماری نقش میانجی معناداری دارند. این مجموعه یافته‌ها نشان می‌دهد که اضطراب بیماری را نمی‌توان صرفاً پیامد مستقیم تجربه‌های اولیه نامطلوب دانست، بلکه بخشی از اثر این تجربه‌ها از طریق سازمان‌یافتگی الگوهای دفاعی ناسازگارانه در فرد منتقل می‌شود.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که تجارب آسیب‌زای کودکی اثر مستقیم مثبت و معناداری بر اضطراب بیماری دارند. این نتیجه با مطالعاتی همسو است که نشان داده‌اند تجربه تروما در سال‌های اولیه زندگی می‌تواند آسیب‌پذیری فرد را نسبت به مشکلات روان‌شناختی و جسمانی در بزرگسالی افزایش دهد. یافته‌های مطالعه گسترده NAKO نشان دادند که تروماهای کودکی با طیف قابل‌توجهی از مشکلات جسمانی و روانی در بزرگسالی ارتباط دارند (Klinger-König et al., 2024). همچنین، در پژوهشی بر دانشجویان دانشگاه تبریز، تجارب آسیب‌زای کودکی به‌عنوان یکی از عوامل مرتبط با نشانه‌های اضطراب بیماری شناسایی شد (Hashemi Nosratabad et al., 2023). مرور نظام‌مند عوامل کودکی و خانوادگی نیز نشان داده است که تجارب نامطلوب اولیه می‌توانند در شکل‌گیری اضطراب سلامت نقش داشته باشند (Thorgaard et al., 2018). افزون بر این، پژوهش‌های انجام‌شده درباره سایر مشکلات اضطرابی نیز نشان داده‌اند که تروماهای کودکی با افزایش آسیب‌پذیری نسبت به اضطراب اجتماعی و نشانه‌های روان‌شناختی ارتباط دارند (Sharma et al., 2024; Zhang et al., 2025). البته یافته‌های همه مطالعات کاملاً یکسان نبوده است و برخی پژوهش‌ها تفاوت‌هایی را در شدت و الگوی نشانه‌های اضطرابی در افراد دارای تجارب نامطلوب اولیه گزارش کرده‌اند (Aryapouran & Abbasi, 2020)؛ موضوعی که اهمیت بررسی سازوکارهای میانجی را برجسته می‌سازد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت تجربه آزار، غفلت، تهدید یا ناامنی در دوران کودکی ممکن است موجب شکل‌گیری یک الگوی پایدار از انتظار خطر شود. کودکی که محیط را غیرقابل پیش‌بینی و تهدیدکننده تجربه می‌کند، ممکن است در سال‌های بعد نیز نسبت به نشانه‌های خطر، از جمله احساس‌های بدنی، حساسیت بیشتری پیدا کند. در چنین شرایطی، احساس‌های جسمانی طبیعی ممکن است به‌صورت نشانه‌ای از بیماری جدی تفسیر شوند و فرد به پایش مداوم بدن و نگرانی درباره سلامت روی آورد. از سوی دیگر، تجارب آسیب‌زا می‌توانند توانایی تنظیم هیجان را کاهش دهند و موجب شوند فرد در مواجهه با احساس‌های ناخوشایند از راهبردهای کمتر سازگارانه استفاده کند. شواهد نشان داده‌اند که تنظیم هیجان یکی از مسیرهای مهم انتقال اثر تجارب نامطلوب کودکی به پیامدهای جسمانی و روانی است (Cloitre et al., 2019). همچنین، پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که بدرفتاری دوران کودکی می‌تواند از طریق مشکلات تنظیم هیجان به افزایش نشانه‌های اضطرابی منجر شود (Musella et al., 2024). نقش نشخوار فکری در انتقال اثر تروما به اضطراب و افسردگی نیز پیش‌تر گزارش شده است (Kim et al., 2017). بنابراین، ارتباط مشاهده‌شده میان تروماهای کودکی و اضطراب بیماری را می‌توان حاصل افزایش حساسیت به تهدید، اختلال در تنظیم هیجان و شکل‌گیری الگوهای ناکارآمد پردازش تجربه‌های جسمانی دانست.

یافته دوم نشان داد که والدگری ناکارآمد به‌طور مستقیم و مثبت اضطراب بیماری را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با شواهد مربوط به نقش محیط خانواده و کیفیت روابط والد–کودک در شکل‌گیری مشکلات اضطرابی همسو است. مرورهای اخیر نشان داده‌اند که عملکرد نامطلوب خانواده، کیفیت پایین تعاملات والدینی و الگوهای ناسازگار ارتباطی می‌توانند خطر بروز اضطراب را در فرزندان افزایش دهند (Ye et al., 2025). همچنین، در نوجوانان مواجه‌شده با تروما، تهدیدهای والدینی با افزایش شدت اضطراب مرتبط بوده‌اند و حساسیت اضطرابی نیز در این فرایند نقش داشته است (Amarneh et al., 2026). از سوی دیگر، شواهد نشان می‌دهند که کیفیت دلبستگی و تنظیم هیجان می‌توانند در برابر آثار تجارب نامطلوب خانوادگی نقش محافظتی ایفا کنند (Tanner & Francis, 2025). بنابراین، والدگری ناکارآمد احتمالاً از طریق ایجاد احساس ناامنی، افزایش حساسیت نسبت به تهدید و اختلال در رشد مهارت‌های تنظیم هیجان، زمینه آسیب‌پذیری نسبت به اضطراب بیماری را فراهم می‌کند.

از منظر تحولی، والدگری همراه با طرد، تهدید، کنترل افراطی، بی‌توجهی یا پاسخ‌دهی نامتناسب به نیازهای هیجانی کودک می‌تواند مانع شکل‌گیری احساس امنیت و خودتنظیمی شود. چنین کودکانی ممکن است یاد بگیرند که جهان محیطی تهدیدکننده است و

خودشان نیز از توانایی کافی برای مدیریت خطر برخوردار نیستند. این باورها در بزرگسالی می‌توانند در حوزه سلامت فعال شوند و به افزایش نگرانی درباره بدن و بیماری منجر گردند. علاوه بر این، کیفیت پایین روابط والدینی ممکن است بر شکل‌گیری سبک‌های دلبستگی ناایمن اثر بگذارد و پیامدهای سلامت روانی و جسمانی را در بزرگسالی تحت تأثیر قرار دهد؛ شواهد پیشین نقش میانجی سبک دلبستگی را در ارتباط میان بدرفتاری کودکی و پیامدهای سلامت تأیید کرده‌اند (Widom et al., 2018). همچنین، مطالعات درباره اضطراب بیماری نشان می‌دهند که باورهای شناختی و فراشناختی و نحوه تفسیر احساس‌های جسمانی در شدت نگرانی سلامت اهمیت دارند (Ghasemi & Elahi, 2019; Li et al., 2025). در نتیجه، والدگری ناکارآمد می‌تواند از طریق شکل‌دهی ادراک ناایمن از خود و جهان، زمینه تفسیر تهدیدآمیز نشانه‌های جسمانی را فراهم سازد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته اثر مستقیم و مثبت معناداری بر اضطراب بیماری دارند. این نتیجه با ادبیات مربوط به نقش دفاع‌های روان‌شناختی در سلامت روان سازگار است. مکانیسم‌های دفاعی شیوه‌هایی هستند که فرد عمدتاً به‌صورت ناهشیار برای کاهش تنش و مدیریت تعارض‌های درونی به کار می‌گیرد. اگرچه این دفاع‌ها می‌توانند در کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش دهند، دفاع‌های رشدنایافته‌ای مانند انکار، فرافکنی، جابه‌جایی و جسمانی‌سازی ممکن است در بلندمدت مانع پردازش مناسب تجربه‌های هیجانی شوند. یافته‌های مربوط به بیماران افسرده نشان داده‌اند که ویژگی‌های دفاعی با وضعیت روان‌شناختی و پاسخ درمانی مرتبط هستند (de Roten et al., 2021). همچنین، پژوهش‌های طولی‌تر نشان داده‌اند که کیفیت دفاع‌های مورد استفاده در بزرگسالی با پیامدهای بعدی سلامت ارتباط دارد و دفاع‌های سازگارانه‌تر با وضعیت مطلوب‌تر همراه هستند (Malone et al., 2017). نقش کیفیت پرورش دوران کودکی در شکل‌گیری سبک‌های دفاعی بزرگسالی نیز گزارش شده است (Nevarez et al., 2018).

این یافته را می‌توان با تأکید بر نقش جسمانی‌سازی تبیین کرد. فردی که قادر نیست هیجان‌های تهدیدکننده را به‌طور مستقیم شناسایی، تحمل و پردازش کند، ممکن است آن‌ها را به شکل نگرانی‌های بدنی تجربه نماید. در این شرایط، اضطراب روان‌شناختی به جای آنکه به‌عنوان یک تجربه هیجانی شناخته شود، در قالب توجه افراطی به احساس‌های جسمانی و تفسیر آن‌ها به‌عنوان نشانه بیماری بروز می‌کند. شواهد مرتبط با سرکوب هیجان نیز نشان می‌دهند که شیوه نامناسب مواجهه با احساس‌ها می‌تواند با مشکلات روان‌شناختی و جسمانی همراه باشد (Kashanaki et al., 2019). همچنین، مقایسه افراد دارای بیماری جسمانی و افراد سالم نشان داده است که اضطراب بیماری با باورهای غیرمنطقی و سازوکارهای شناختی ناسازگارانه مرتبط است (Hatamian et al., 2021). از سوی دیگر، حساسیت زیاد به نشانه‌های بدنی و تهدید نیز می‌تواند احتمال تفسیر نادرست احساس‌های جسمانی را افزایش دهد (MacDonald et al., 2025). بنابراین، دفاع‌های رشدنایافته احتمالاً با جلوگیری از پردازش سازگارانه هیجان، مسیر انتقال تنش روانی به نگرانی‌های سلامت را تقویت می‌کنند.

نتایج همچنین نشان داد که تجارب آسیب‌زای کودکی به‌طور مثبت و معنادار دفاع‌های رشدنایافته را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته با دیدگاه‌های تحولی همسو است که دفاع‌ها را محصول فرایند رشد شخصیت و کیفیت تجارب اولیه می‌دانند. کودکی که در معرض آزار، غفلت یا محیط‌های نامطمئن قرار دارد، ممکن است منابع محدودی برای تنظیم هیجان و مدیریت فشار روانی داشته باشد و در نتیجه به دفاع‌های ابتدایی‌تر متوسل شود. پژوهش Fang و همکاران نشان داد که مکانیسم‌های دفاعی در ارتباط میان تروماهای گذشته و پریشانی روان‌شناختی نقش مهمی دارند (Fang et al., 2020). همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تروماهای دوران کودکی با مشکلات پردازش هیجانی و علائم روان‌شناختی ارتباط دارند (Sharma et al., 2024) و حتی در سایر اختلالات، متغیرهای میانجی هیجانی می‌توانند اثر تجارب آسیب‌زا را منتقل کنند (Shirkhani et al., 2022). این یافته‌ها نشان می‌دهد که تجربه تروما لزوماً به‌طور مستقیم به نشانه‌های روان‌شناختی منجر نمی‌شود، بلکه می‌تواند ابتدا شیوه‌های مقابله و دفاع فرد را تحت تأثیر قرار دهد.

همچنین، والدگری ناکارآمد اثر مثبت و معناداری بر مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته داشت. این نتیجه با این دیدگاه سازگار است که

خانواده نقش بنیادی در تحول ظرفیت خودتنظیمی و مقابله روان‌شناختی دارد. والدینی که قادر به پاسخ‌دهی مناسب به نیازهای هیجانی کودک نیستند یا محیطی سرشار از تهدید، کنترل یا بی‌ثباتی ایجاد می‌کنند، ممکن است فرصت رشد تدریجی راهبردهای سازگارانه را محدود کنند. در مقابل، محیط خانوادگی ایمن و دلبستگی مناسب می‌تواند ظرفیت تنظیم هیجان و تاب‌آوری را تقویت کند (Tanner & Francis, 2025). شواهد درباره ارتباط کیفیت مراقبت کودکی با دفاع‌های بزرگسالی نیز از این تبیین حمایت می‌کنند (Nevarez et al., 2018). بنابراین، والدگری ناکارآمد می‌تواند فرد را به استفاده مکرر از دفاع‌هایی سوق دهد که اگرچه در کوتاه‌مدت اضطراب ناشی از روابط نامطمئن را کاهش می‌دهند، در بلندمدت به شیوه‌ای پایدار و ناسازگارانه برای مواجهه با تنش تبدیل می‌شوند.

مهم‌ترین یافته پژوهش حاضر مربوط به نقش میانجی مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته بود. نتایج نشان داد که تجارب آسیب‌زای کودکی از طریق افزایش دفاع‌های رشدنایافته، اضطراب بیماری را به‌طور غیرمستقیم افزایش می‌دهند. این نتیجه به خوبی با یافته‌های پیشین درباره نقش واسطه‌ای دفاع‌ها در انتقال اثر تروما به پریشانی روان‌شناختی همخوان است (Fang et al., 2020). از نظر نظری، تجربه تروما می‌تواند ظرفیت فرد برای تنظیم هیجان، اعتماد به محیط و پردازش واقع‌بینانه تهدید را مختل سازد. در نتیجه، فرد ممکن است برای کاهش اضطراب به دفاع‌های رشدنایافته روی آورد. این دفاع‌ها، به‌ویژه هنگامی که با جسمانی‌سازی، انکار یا جابه‌جایی همراه باشند، می‌توانند توجه فرد را از تجربه هیجانی به احساس‌های جسمانی منتقل کنند. در چنین وضعیتی، احتمال پایش بیش از حد بدن و تفسیر فاجعه‌آمیز نشانه‌ها افزایش می‌یابد. این فرایند با دیدگاه‌هایی که تروما را از طریق اختلال در تنظیم هیجان و سایر فرایندهای واسطه‌ای به علائم روان‌شناختی مرتبط می‌کنند نیز همسو است (Cloitre et al., 2019; Musella et al., 2024).

به همین ترتیب، مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته در رابطه میان والدگری ناکارآمد و اضطراب بیماری نقش میانجی معناداری داشتند. این نتیجه نشان می‌دهد که تأثیر والدگری نامناسب تنها از طریق باورهای آموخته‌شده یا احساس ناامنی منتقل نمی‌شود، بلکه ممکن است به سطح عمیق‌تری از سازمان شخصیت و نحوه مقابله با هیجان نیز گسترش یابد. کودک در تعامل با والدین می‌آموزد چگونه اضطراب را تحمل، نام‌گذاری و مدیریت کند. هنگامی که این محیط فاقد پاسخ‌دهی مناسب باشد، استفاده از شیوه‌های ابتدایی‌تر مانند انکار یا جسمانی‌سازی ممکن است تثبیت شود. در بزرگسالی، همین الگوها می‌توانند موجب شوند فرد در مواجهه با اضطراب یا ابهام، به جای پردازش هیجان، توجه خود را به بدن معطوف کند. این تبیین با شواهد مربوط به نقش عملکرد خانواده در اضطراب (Ye et al., 2025)، نقش تهدیدهای والدینی در حساسیت اضطرابی (Amarneh et al., 2026) و ارتباط دلبستگی با پیامدهای بلندمدت بدرفتاری کودکی (Widom et al., 2018) همسو است. همچنین با دیدگاه‌های معاصر درباره اضطراب بیماری که بر تعامل عوامل تحولی، شناختی، هیجانی و رفتاری تأکید دارند، هماهنگی دارد (French & Hameed, 2023; Kikas et al., 2024).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر از یک مدل تحولی-روان‌پویشی برای فهم اضطراب بیماری حمایت می‌کنند. بر اساس این مدل، تجارب آسیب‌زای کودکی و والدگری ناکارآمد می‌توانند زمینه‌ای از ناامنی، حساسیت به تهدید و دشواری در تنظیم هیجان ایجاد کنند. این زمینه در برخی افراد به شکل استفاده مزمن از مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته تثبیت می‌شود و در ادامه، توانایی فرد برای پردازش واقع‌بینانه هیجان‌ها و احساس‌های جسمانی را کاهش می‌دهد. در نتیجه، نشانه‌های بدنی مبهم ممکن است تهدیدآمیزتر ادراک شوند و نگرانی مداوم درباره سلامت شکل گیرد. از این رو، اضطراب بیماری را می‌توان محصول تعامل تجارب اولیه، کیفیت روابط خانوادگی و سازوکارهای دفاعی دانست، نه پیامد یک عامل واحد. این برداشت با شواهد موجود درباره نقش تروما، تنظیم هیجان، دلبستگی، پردازش شناختی و حساسیت اضطرابی در آسیب‌شناسی روانی سازگار است (Janiri et al., 2020; Li et al., 2025; Zhang et al., 2025) و بر ضرورت توجه همزمان به تاریخچه تحولی و فرایندهای فعلی شخصیت در فهم و درمان اضطراب بیماری تأکید دارد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که در تفسیر یافته‌ها باید مورد توجه قرار گیرد. نخست، طرح پژوهش توصیفی-همبستگی و

مقطعی بود؛ بنابراین، علی‌رغم استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری، نمی‌توان روابط مشاهده‌شده را به‌عنوان روابط علّی قطعی تفسیر کرد. دوم، تمام متغیرها با ابزارهای خودگزارشی اندازه‌گیری شدند و در نتیجه احتمال تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، مطلوبیت اجتماعی و تفاوت‌های فردی در برداشت از سؤالات وجود دارد. سوم، سنجش تجارب آسیب‌زای کودکی مبتنی بر یادآوری گذشته بود و ممکن است تحت تأثیر خطاهای حافظه یا وضعیت هیجانی فعلی افراد قرار گرفته باشد. چهارم، نمونه پژوهش صرفاً شامل دانشجویان دانشگاه تبریز بود و این ویژگی، تعمیم نتایج به جمعیت عمومی، گروه‌های سنی متفاوت یا افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری را محدود می‌کند. همچنین، برخی عوامل بالقوه تأثیرگذار مانند سابقه بیماری‌های جسمانی، سابقه خانوادگی اضطراب، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و دریافت خدمات روان‌شناختی در مدل کنترل نشدند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌های طولی استفاده شود تا توالی زمانی میان تجارب اولیه، شکل‌گیری مکانیسم‌های دفاعی و ظهور اضطراب بیماری با دقت بیشتری بررسی شود. همچنین، اجرای پژوهش در نمونه‌های بالینی مبتلا به اختلال اضطراب بیماری و مقایسه آن‌ها با افراد غیربالینی می‌تواند به روشن‌تر شدن سازوکارهای اختصاصی این اختلال کمک کند. استفاده از مصاحبه‌های بالینی، گزارش والدین یا اعضای خانواده، ارزیابی متخصصان و شاخص‌های رفتاری در کنار ابزارهای خودگزارشی نیز می‌تواند اعتبار اندازه‌گیری‌ها را افزایش دهد. پیشنهاد می‌شود در مدل‌های آینده نقش متغیرهایی مانند سبک دلبستگی، تنظیم هیجان، حساسیت اضطرابی، باورهای فراشناختی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نشخوار فکری، اجتناب تجربی و تاب‌آوری به‌عنوان میانجی یا تعدیل‌گر بررسی شود. علاوه بر این، بررسی تفاوت‌های جنسیتی، سنی و فرهنگی در روابط میان متغیرهای پژوهش می‌تواند به توسعه مدل‌های جامع‌تر اضطراب بیماری منجر شود.

براساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و درمانگران در ارزیابی افراد دارای اضطراب بیماری، علاوه بر نشانه‌های فعلی، سابقه تجارب آسیب‌زای کودکی، کیفیت روابط خانوادگی و الگوهای دفاعی آنان را نیز بررسی کنند. مداخلات درمانی می‌توانند به‌طور همزمان بر کاهش تفسیرهای تهدیدآمیز از نشانه‌های بدنی، افزایش توانایی شناسایی و تنظیم هیجان‌ها، کاهش استفاده از دفاع‌های رشدنایافته و پردازش تجربه‌های آسیب‌زای گذشته متمرکز شوند. همچنین، طراحی برنامه‌های آموزش والدگری با هدف افزایش پاسخ‌دهی هیجانی، کاهش رفتارهای تهدیدکننده و کنترل‌گرانه و تقویت ارتباط ایمن والد–کودک می‌تواند در سطح پیشگیری اهمیت داشته باشد. در مراکز مشاوره دانشجویی نیز غربالگری افرادی که سابقه تجارب آسیب‌زای کودکی، نگرانی افراطی درباره سلامت یا الگوهای دفاعی ناسازگار دارند می‌تواند به شناسایی زودهنگام افراد در معرض خطر و ارائه مداخلات پیشگیرانه مناسب کمک کند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافعی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

Amarneh, D., Cotton, M., & Mallin, E. (2026). Parental threats and anxiety severity in trauma-exposed adolescents: The role of anxiety sensitivity. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1-12. https://doi.org/10.1007/s40653-026-00938-8

American Psychiatric, A. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision: DSM-5-TR*. American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Aryapouran, S., & Abbasi, M. (2020). Comparison of symptoms of anxiety disorders, emotional expression, and social acceptance in children with experiences of parental divorce and parental death with normal children. *Family Research*, *16*(62), 259-283. https://sid.ir/paper/382704/fa

Cloitre, M., Khan, C., Mackintosh, M. A., Garvert, D. W., Henn-Haase, C. M., Falvey, E. C., & Saito, J. (2019). Emotion regulation mediates the relationship between ACES and physical and mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *11*(1), 82-89. https://doi.org/10.1037/tra0000374

de Roten, Y., Djillali, S., Crettaz von Roten, F., Despland, J. N., & Ambresin, G. (2021). Defense Mechanisms and Treatment Response in Depressed Inpatients. *Frontiers in psychology*, *12*, 633939. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633939

Fang, S., Chung, M. C., & Wang, Y. (2020). The impact of past trauma on psychological distress: The roles of defense mechanisms and alexithymia. *Frontiers in psychology*, *11*, 992. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00992

French, J. H., & Hameed, S. (2023). Illness anxiety disorder. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554399/

Ghasemi, K., & Elahi, T. (2019). The relationship between early maladaptive schemas and illness anxiety: The mediating role of experiential avoidance. *Research in Psychological Health*, *13*(3), 47-55. https://doi.org/10.52547/rph.13.3.47

Hashemi Nosratabad, T., Mahmoud Aliloo, M., & Yousefi Kalehkhaneh, Z. (2023). The role of childhood traumatic experiences, attachment style, and metacognitive beliefs in predicting symptoms of illness anxiety disorder among University of Tabriz students: A cross-sectional study. *Health Image*, *14*(2), 209-221. https://sid.ir/paper/1071295/fa

Hatamian, P., Kazemi Rezaei, S. V., Kazemi Rezaei, S. A., & Shams, S. (2021). Comparative of irrational beliefs and diseases anxiety disorders in women with systemic lupus erythematous and healthy women. *Rooyesh*, *10*(9), 57-66. http://frooyesh.ir/article-1-2867-fa.html

Janiri, D., Sani, G., Piras, F., & Spalletta, G. (2020). Introduction on childhood trauma in mental disorders: A comprehensive approach. In *Childhood Trauma in Mental Disorders: A Comprehensive Approach* (pp. 3-7). https://doi.org/10.1007/978-3-030-49414-8_1

Kashanaki, H., Ghorbani, N., & Hatami, J. (2019). Studying the effect of feeling suppression and psychological and physical symptoms according to integrative self-knowledge, mindfulness, self-compassion, social desirability and self-control. *Applied Psychological Research Quarterly*, *7*(3), 55-70. https://doi.org/10.22059/japr.2016.61151

Kikas, K., Werner-Seidler, A., Upton, E., & Newby, J. (2024). Illness anxiety disorder: A review of the current research and future directions. *Current psychiatry reports*, *26*(7), 331-339. https://doi.org/10.1007/s11920-024-01507-2

Kim, J. S., Jin, M. J., Jung, W., Hahn, S. W., & Lee, S. H. (2017). Rumination as a mediator between childhood trauma and adulthood depression/anxiety in non-clinical participants. *Frontiers in psychology*, *8*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01597

Klinger-König, J., Erhardt, A., Streit, F., Völker, M. P., Schulze, M. B., Keil, T., Fricke, J., Castell, S., Klett-Tammen, C. J., Pischon, T., Karch, A., Teismann, H., Michels, K. B., Greiser, K. H., Becher, H., Karrasch, S., Ahrens, W., Meinke-Franze, C., Schipf, S., . . . Grabe, H. J. (2024). Childhood Trauma and Somatic and Mental Illness in Adulthood: Findings of the NAKO Health Study. *Deutsches Ärzteblatt International*, *121*(1), 1-8. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0225

Li, Y. R., Bailey, R., & Lee, W. L. (2025). Exploring the mediating role of metacognitions in the link between somatosensory amplification and health anxiety among college students. *Mental Health and Social Inclusion*, *29*(5), 560-570. https://doi.org/10.1108/MHSI-01-2025-0013

MacDonald, S. E., Becker, C. R., & MacNamara, A. (2025). Amygdala-insula response to neutral stimuli and the prospective prediction of anxiety sensitivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *139*, 111384. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2025.111384

Malone, J. C., Cohen, S., Liu, S. R., Vaillant, G. E., & Waldinger, R. J. (2017). Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Personality and individual differences*, *55*(2), 85-89. https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.01.025

Musella, K. E., DiFonte, M. C., Michela, R., Stamates, A., & Flannery-Schroeder, E. (2024). Emotion regulation as a mediator in the relationship between childhood maltreatment and symptoms of social anxiety among college students. *Journal of American College Health*, *73*(6), 2643-2650. https://doi.org/10.1080/07448481.2024.2325926

Nevarez, M. D., Morrill, M. I., & Waldinger, R. J. (2018). Thriving in midlife: The roles of childhood nurturance and adult defense mechanisms. *Journal of research in personality*, *74*, 35-41. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2018.01.002

Sharma, P., Sen, M. S., Sinha, U. K., & Kumar, D. (2024). Childhood trauma, emotional regulation, alexithymia, and psychological symptoms among adolescents: A mediational analysis. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *48*(2), 140-147. https://doi.org/10.1177/02537176241258251

Shirkhani, M., Aghamohammadian Sharbaf, H., & Moeenizadeh, M. (2022). Predicting the Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms Based on Traumatic Childhood Experiences: The Mediating Role of Shame. *Rooyesh*, *11*(4), 39-48. http://frooyesh.ir/article-1-3611-fa.html

Tanner, M. A., & Francis, S. E. (2025). Protective factors for adverse childhood experiences: The role of emotion regulation and attachment. *Journal of Child and Family Studies*, *34*(1), 25-40. https://doi.org/10.1007/s10826-024-02989-7

Thorgaard, M. V., Frostholm, L., & Rask, C. U. (2018). Childhood and family factors in the development of health anxiety: A systematic review. *Children's Health Care*, *47*(2), 198-238. https://doi.org/10.1080/02739615.2017.1318390

Widom, C. S., Czaja, S. J., Kozakowski, S. S., & Chauhan, P. (2018). Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes? *Child abuse & neglect*, *76*, 533-545. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.002

Ye, Z. Y., Han, Z. Y., & Zhong, B. L. (2025). Family functioning and anxiety in children: A narrative review. *Translational Pediatrics*, *14*(9), 2311-2320. https://doi.org/10.21037/tp-2025-324

Zhang, H., Zhu, X., Zhang, H., Xie, X., Wei, E., & Huang, W. (2025). The relationship between childhood trauma and social anxiety in college students: The mediating role of evaluation fear. *BMC psychiatry*, *25*(1), 280. https://doi.org/10.1186/s12888-025-06668-9