

بررسی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب فراگیر

سارا ضیایی^۱، نوشین بصیری^۲

^۱کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی صفهان، اصفهان، sara.zeyaei.s.z@gmail.com

^۲دکتری روانشناسی بالینی، استادیار گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی صفهان، noushin.basiri@gmail.com

چکیده

ترومای دوران کودکی عامل خطر اصلی برای اضطراب فراگیر در بزرگسالی است، اما نقش عوامل میانجی مانند تنظیم شناختی هیجان کمتر بررسی شده است. این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب فراگیر در دانشجویان انجام شد. مطالعه حاضر از نوع مقطعی است و با نمونه‌گیری در دسترس شامل ۲۰۶ دانشجو (میانگین سنی ۲۷،۲۸ سال) در اصفهان در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۴ انجام شد. ابزارها شامل پرسشنامه ترومای دوران کودکی (۲۰۰۳)، تنظیم شناختی هیجان (۲۰۰۱) و اضطراب فراگیر (۲۰۰۶) بود. داده‌ها با آمار توصیفی، همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری SEM در SPSS ۲۶ و AMOS ۲۴ تحلیل شد. همبستگی‌ها نشان‌دهنده رابطه مثبت تروما با اضطراب ($r=0.48, p<0.01$) و منفی با تنظیم هیجان ($r=-0.49, p<0.01$) بود. مسیرهای مستقیم معنادار بودند: تروما بر اضطراب ($B=0.218, \beta=0.29, P<0.001$)، بر تنظیم هیجان ($B=0.803, \beta=-0.29, P<0.001$) و تنظیم هیجان بر اضطراب ($B=0.338, \beta=-0.39, P<0.001$). اثر غیرمستقیم از طریق تنظیم هیجان $[B=-0.271, 95\%ci -0.19, 0.35]$ معنادار بود. تنظیم شناختی هیجان نقش میانجی کامل در رابطه ترومای کودکی و اضطراب فراگیر دارد. مداخلات بر تنظیم هیجان می‌تواند علائم اضطراب را در دانشجویان با سابقه تروما کاهش دهد.

کلید واژه: اضطراب فراگیر، ترومای کودکی، تنظیم شناختی هیجان، دانشجویان، معادلات ساختاری

۱- مقدمه

بررسی رابطه متغیرهای پژوهش (ترومای کودکی، تنظیم شناختی هیجان و اضطراب فراگیر) با یکدیگر به صورت مستقیم و غیرمستقیم است، با تأکید بر فرضیه نقش میانجی مثبت و معنادار تنظیم شناختی هیجان در ارتباط میان ترومای کودکی و اضطراب فراگیر در دانشجویان.

۲- روش پژوهش

۲-۱- جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه های شهر اصفهان در سال های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۴ بود.

۲-۲- روش نمونه گیری و حجم نمونه

حجم نمونه بر اساس روش کلاین و همکاران (برای معادلات ساختاری) محاسبه شد و با در نظر گرفتن ریزش، ۲۰۶ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. ویژگی های نمونه شامل ۱۴۷ زن ۵۹ مرد، با میانگین سنی ۲۸/۲۷ سال (انحراف معیار ۵/۱۸) بود. معیارهای ورود شامل سن ۲۰-۴۰ سال، دانشجوی بودن و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل پر کردن پرسشنامه به صورت ناقص و عدم تکمیل پرسشنامه ها و انصراف داوطلبانه از حضور در پژوهش بود.

۲-۳- روش اجرا

پس از کسب مجوز اخلاقی از مؤسسه آموزش عالی صفاهان، پرسشنامه ها به صورت آنلاین و حضوری توزیع شد. رضایت نامه کتبی و آنلاین از شرکت کنندگان اخذ گردید و داده ها به صورت ناشناس جمع آوری شد. سپس داده ها با استفاده از نرم افزار spss , amos مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

۲-۴- ابزار ها

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (برنستین و همکاران، ۱۳۸۲): پرسشنامه ترومای دوران کودکی یک ابزار خودگزارشی است که توسط برنستین و همکاران (۲۰۰۳) طراحی شده است و به منظور سنجش تجربه های منفی و آسیب زها در دوران کودکی مورد استفاده قرار می گیرد. در پژوهش نوایی نژاد (۱۳۹۶)، روایی این ابزار مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۱ گزارش شده است. این پرسشنامه شامل ۲۸ گویه در پنج حیطه اصلی و یک بخش اضافی برای سنجش انکار است:

اختلال اضطراب فراگیر یکی از شایع ترین اختلالات روان شناختی است که با نگرانی های مفرط و غیرقابل کنترل مشخص می شود و معمولاً با علائم جسمانی مانند تنش عضلانی، دشواری در خواب، مشکل در تمرکز، تحریک پذیری و بی قراری همراه است [۱]. این اختلال کیفیت زندگی فرد را به طور جدی تحت تأثیر قرار می دهد و می تواند منجر به کاهش بهره وری شغلی، اختلال در روابط اجتماعی و افزایش فشار روانی شود [۲]. عوامل متعددی در ایجاد و تداوم این اختلال نقش دارند، از جمله عوامل زیستی- ژنتیکی و روان شناختی مانند تجربیات آسیب زها در دوران کودکی [۳]. ترومای دوران کودکی، به عنوان یکی از عوامل خطر اصلی، شامل مصادیقی مانند سوء استفاده فیزیکی، جنسی، هیجانی، غفلت فیزیکی و هیجانی است که می تواند الگوهای پردازش هیجانی ناکارآمد را شکل دهد [۴، ۵، ۶]. با وجود ارتباط مستقیم ترومای کودکی با اختلالات اضطرابی، همه افراد با سابقه تروما به اختلال اضطراب فراگیر مبتلا نمی شوند، که این امر نشان دهنده نقش سایر متغیرهای روان شناختی است [۷]. یکی از متغیرهای روان شناختی که ارتباطش به طور مستقل با اضطراب فراگیر و ترومای کودکی بررسی شده تنظیم شناختی هیجان است که فرایندی روان شناختی است که طی آن افراد احساسات خود را به صورت آگاهانه یا ناخود آگاه تغییر یا کنترل می کنند و شامل مدیریت تجربه های هیجانی، درک و پذیرش هیجان ها و عمل کردن در راستای اهداف مطلوب [۸، ۹، ۱۰]. ناتوانی در تنظیم هیجان با افزایش اضطراب و فشار روانی همراه است و می تواند افکار ناکارآمد را تشدید کند [۱۱، ۱۲]. مدل بدتنظیمی هیجان [۱۳] نیز آسیب شناسی اختلال اضطراب فراگیر را از طریق اختلالات هیجانی تبیین می کند، و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان می توانند نگرانی و اضطراب را کاهش دهند [۱۴، ۱۵]. پژوهش های پیشین رابطه ترومای کودکی با اضطراب فراگیر را تأیید کرده اند [۱۶، ۱۷، ۱۸]. دانشجویان، به عنوان گروهی در مرحله بزرگسالی آغازین، با چالش های هیجانی و روانی خاصی مواجه اند که اثرات ترومای کودکی را تشدید می کند [۱۹، ۲۰، ۲۱]. درک نقش میانجی تنظیم هیجان می تواند به طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی کمک کند، از جمله افزایش دانش مکانیسم های میانجی گری [۲۲]، توسعه روش های مداخله [۲۳] و ارتقای سلامت روانی [۲۴]. هدف این پژوهش

استفاده بیشتر از راهبردهای سازش نیافته). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۸۰۱ به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب ابزار در نمونه مورد بررسی است. پرسشنامه اضطراب فراگیر (اشپیتزر و همکاران، ۱۳۸۵): مقیاس اضطراب فراگیر هفت سؤالی توسط اشپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) با هدف طراحی ابزاری کوتاه برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و سنجش نشانه های بالینی آن در افراد تدوین شده است. این پرسشنامه در نسخه اصلی دارای روایی و پایایی مطلوب بوده و ضریب آلفای کرونباخ معادل ۸۹/۰ گزارش شده است. در ایران، روایی این ابزار توسط نائینیان شعیری و شریفی (۱۳۹۰) مورد تأیید قرار گرفته است. پرسشنامه شامل ۷ گویه اصلی و ۱ گویه اضافی است. گویه های اصلی شدت علائم اضطرابی را طی دو هفته گذشته ارزیابی می کنند و هر یک بر اساس مقیاس چهار درجه ای لیکرت از ۰ («هیچ گاه») تا ۳ («تقریباً هر روز») نمره گذاری می شوند. گویه اضافی میزان دخالت این مشکلات در عملکرد شغلی، تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی فرد را می سنجد. دامنه نمرات: مجموع نمرات ۷ گویه اصلی بازه ای از ۰ تا ۲۱ دارد. نقاط برش: ۵: اضطراب خفیف، ۱۰: اضطراب متوسط، ۱۵: اضطراب شدید. پایایی در پژوهش حاضر: در نمونه مورد بررسی، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برابر ۰/۸۷۸ به دست آمد که بیانگر قابلیت اعتماد بالای پرسشنامه در سنجش اضطراب فراگیر است.

۲-۵- تحلیل داده ها

داده ها ابتدا با آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) برای توصیف ویژگی های جامعه و ابزارها تحلیل شد. برای بررسی روابط اولیه، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد تا همبستگی های خطی بین متغیرها (ترومای کودکی، تنظیم شناختی هیجان و اضطراب فراگیر) ارزیابی شود. (معنی دار در سطح $P < 0.05$) مدل روابط ساختاری با روش معادلات ساختاری (SEM) در نرم افزار AMOS ۲۴ آزمون شد، زیرا این روش برای آزمون روابط مستقیم و غیرمستقیم (میانجی گری) مناسب است. تحلیل های اولیه در SPSS ۲۶ انجام شد (برای همبستگی و توصیفی). شاخص های برازش مدل شامل χ^2/df 3 برای نسبت کای دو به درجه آزادی، $GFI < 0.9$ و $0.9 < AGFI$ برای برازش مطلق، $RMSEA < 0.80$ برای برازش خطا، $CFI < 0.9$ و $NFI < 0.9$ برای برازش مقایسه ای بودند. برای آزمون میانجی گری، از روش بوت

سوءاستفاده عاطفی (۵ گویه) سوءاستفاده فیزیکی (۵ گویه)، سوءاستفاده جنسی (۵ گویه)، غفلت عاطفی (۵ گویه)، غفلت فیزیکی (۵ گویه)، انکار (۳ گویه). هر سؤال با مقیاس پنج درجه ای لیکرت (از ۱ = «هرگز» تا ۵ = «بسیار زیاد») سنجیده می شود. علاوه بر جمع امتیازها، برای هر حیطة نقطه برش مشخص شده است تا شدت تجربه تعیین شود: سوءاستفاده فیزیکی: نمره ۱۰ و بالاتر → متوسط تا شدید، سوءاستفاده جنسی: نمره ۸ و بالاتر → متوسط تا شدید، سوءاستفاده عاطفی: نمره ۱۳ و بالاتر → متوسط تا شدید، غفلت فیزیکی: نمره ۱۰ و بالاتر → متوسط تا شدید، غفلت عاطفی: نمره ۱۰ و بالاتر → متوسط تا شدید. بر این اساس، شرکت کنندگان به دو گروه دسته بندی می شوند: دارای سابقه سوءاستفاده دوران کودکی (نمره در محدوده متوسط تا شدید)، فاقد سابقه سوءاستفاده دوران کودکی (نمره کمتر از نقطه برش). آلفای کرونباخ زیرمقیاس ها در پژوهش حاضر: سوءاستفاده عاطفی: ۰/۷۶۲، سوءاستفاده فیزیکی: ۰/۷۶۶، سوءاستفاده جنسی: ۰/۷۶۲، غفلت عاطفی: ۰/۷۶۳، غفلت فیزیکی: ۰/۷۶۳. مقادیر فوق بیانگر پایایی مناسب هر یک از ابعاد پرسشنامه در نمونه مورد بررسی هستند.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارفنسکی و همکاران، ۱۳۸۷): این پرسشنامه توسط گارفنسکی و همکاران (۲۰۰۱) به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی مورد استفاده افراد پس از تجربه رویدادهای تهدیدکننده یا استرس های زندگی طراحی شد. در ایران، روایی آن توسط کیمیایی و همکاران (۱۳۹۹) مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آزمون در مطالعه اصلی با ضریب آلفای کرونباخ ۸۸/۰ گزارش شده است. ابزار فوق دارای ۳۶ گویه است و طیف پاسخ دهی آن از نوع پنج درجه ای لیکرت (از ۱ = «تقریباً هرگز» تا ۵ = «تقریباً همیشه») می باشد. این پرسشنامه دو جنبه اصلی از راهبردهای تنظیم هیجان شناختی را می سنجد: راهبردهای سازش یافته: گویه های ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳ و ۳۴، راهبردهای سازش نیافته: گویه های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۰، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۳۵ و ۳۶. دامنه نمره ها: نمره کل: حداقل ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ (جمع دو خرده مقیاس) خرده مقیاس سازش یافته: حداقل ۲۳ و حداکثر ۱۱۵ (نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر از راهبردهای سازش یافته). خرده مقیاس سازش نیافته: حداقل ۱۳ و حداکثر ۶۵ (نمره بالاتر نشان دهنده

جدول ۱- ۱. ضرایب مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم در مدل SEM

مسیر	B	β	SE	P	CI ۹۵٪
تروما → اضطراب	۰,۲۱۸	۰,۲۹	۰,۰۴۲	<۰,۰۰۱	[۰,۳۰۱ , ۰,۱۳۵]
تروما → تنظیم هیجان	-۰,۸۰۳	-۰,۵۸	۰,۰۵۶	<۰,۰۰۱	[-۰,۶۹۳ - ۰,۹۱۳]
تنظیم → اضطراب	-۰,۳۳۸	-۰,۳۹	۰,۰۴۸	<۰,۰۰۱	-۰,۲۵۳ - ۰,۴۲۳]
تروما → اضطراب (از طریق تنظیم)	۰,۲۷۱-	-۰,۲۲۶	۰,۰۳۸	<۰,۰۰۱	[-۰,۱۹ , -۰,۳۵]

استرپ (۵۰۰ نمونه) استفاده شد تا اثر غیر مستقیم $CI_{95\%}$ محاسبه شود (CI صفر را شامل نشود معنادار است). همه ی تحلیل ها با سطح معناداری $P < 0.001$ انجام شد.

۳- نتایج

آمار توصیفی نشان داد میانگین نمره ترومای کودکی 45.2 (انحراف معیار 12.3)، تنظیم شناختی هیجان 87.6 (انحراف معیار 15.4) و اضطراب فراگیر 18.4 (انحراف معیار 5.6) بود. همبستگی پیرسون نشان دهنده رابطه مثبت متوسط (و معنادار ترومای کودکی با اضطراب فراگیر $r = 0.48$) $r = -0.49$ مثبت و با تنظیم شناختی هیجان $r = -0.49$ منفی بود. همچنین تنظیم هیجان با اضطراب فراگیر رابطه منفی متوسط و معنادار داشت ($r = -0.51$, $p < 0.01$). این همبستگی ها نشان دهنده ارتباط قوی بین متغیرها و ضرورت آزمون مدل میانجی گری است. مدل معادلات ساختاری با شاخص های برازش مناسب تأیید شد، که حاکی از برازش خوب مدل با داده ها است. مسیرهای مستقیم معنادار بودند، ترومای کودکی بر اضطراب فراگیر تأثیر متوسط، بر تنظیم هیجان تأثیر قوی منفی، و تنظیم هیجان بر اضطراب تأثیر متوسط داشت. برای آزمون میانجی گری، از روش بوت استرپ (۵۰۰ نمونه) استفاده شد تا اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر اضطراب از طریق تنظیم هیجان بررسی شود. CI صفر را شامل نمی شود، که معناداری میانجی گری کامل را تأیید می کند. تنظیم هیجان نقش میانجی کامل ایفا کرد (جدول ۱-۱)

تنظیم شناختی هیجان → اضطراب فراگیر → ترومای کودکی

(مستقیم: $B = 0.218$) اضطراب فراگیر

(غیر مستقیم: $B = -0.271$ (via ERQ))

دیاگرام میانجی گری تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ترومای دوران کودکی و اضطراب فراگیر

۴- نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که ترومای دوران کودکی با اضطراب فراگیر رابطه ($B=0.218, P<0.001$) مستقیم مثبت و معنادار دارد. این یافته حاکی از آن است که تروما، سیستم های عصبی-زیستی را حساس تر کرده و الگوهای نگرانی مزمن را شکل می دهد، که با مدل های آسیب شناسی اضطراب مانند دیدگاه کسلر (۲۰۱۰) همخوانی دارد. این نتیجه با مطالعات ایرانی مانند ندری و همکاران (۱۴۰۱) و پژوهش های بین المللی گیلبرت و ویدوم (۲۰۰۹) مطابقت دارد، که ترومای کودکی را عامل خطر اصلی اضطراب مزمن می دانند. ترومای دوران کودکی همچنین با تنظیم شناختی هیجان رابطه مستقیم منفی و معنادار دارد. ($B=-0.803, P<0.001$). آسیب های اولیه الگوهای پردازش هیجانی ناکارآمد را ایجاد کرده و مهارت های مدیریت احساسات را تضعیف می کنند، که با مدل بدنظیمی هیجان (منین و فرسکو، ۲۰۱۳) سازگار است. این یافته با پژوهش عبدالپور و همکاران (۱۳۹۷) همسو است، که ناتوانی در تنظیم هیجان را نتیجه مستقیم تروما معرفی می کنند، و بر مکانیسم های هیجانی تأکید دارد، برخلاف تمرکز محدودتر مطالعات مانند دمارتینی و فنچر (۲۰۱۹). تنظیم شناختی هیجان با اضطراب فراگیر رابطه مستقیم منفی و معنادار دارد ($B=-0.338, P<0.001$). راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، مانند بازنگری، شناختی، چرخه نگرانی های افراطی را می شکنند و نقش محافظتی ایفا می کنند، که با دیدگاه گراس (۲۰۱۵) همخوانی دارد. این نتیجه با مطالعات یانگ و همکاران (۲۰۱۹) و حسنی و میرآقایی (۱۳۹۱) هم راستا است، که تنظیم هیجان را عامل کلیدی کاهش اضطراب می دانند. علاوه بر این، رابطه غیرمستقیم ترومای کودکی با اضطراب فراگیر از طریق تنظیم شناختی هیجان معنادار است ($B=-0.271, P<0.001$). تروما از طریق اختلال در فرایندهای هیجانی، اضطراب را تداوم می بخشد، و تنظیم هیجان به عنوان میانجی عمل می کند؛ این با مدل های شناختی-هیجانی نولن-هوکسیما (۲۰۰۰) سازگار است، اما برخلاف مطالعات مستقیم مانند گیلبرت و ویدوم (۲۰۰۹)، بر مکانیسم های میانجی تمرکز دارد. در مجموع، تنظیم شناختی هیجان نقش کلیدی در انتقال اثرات تروما به اضطراب ایفا می کند و مداخلات بر این عامل می تواند علائم را کاهش دهد. در زمینه دانشجویان، که در مرحله بزرگسالی آغازین با چالش های هویتی و تحصیلی روبرو هستند، این روابط برجسته تر است [۲۶؛

۲۷]. نرخ شیوع اضطراب فراگیر در دانشجویان ایرانی بالاتر از میانگین است (محمدی و همکاران، ۲۰۲۲؛ طاهری فر و همکاران، ۱۳۹۴)، و تجربیات کودکی این آسیب پذیری را افزایش می دهد (هاشمی و همکاران، ۱۴۰۳). یافته ها مبنایی برای برنامه های دانشگاهی مانند کارگاه های مبتنی بر مدل گراس (۲۰۱۵) فراهم می کنند. این پژوهش با مطالعات ایرانی مانند فرخزادیان و همکاران (۱۳۹۹) همسو است، که نقش طرحواره های هیجانی را برجسته می کنند، و برخلاف تمرکز صرف بر روابط مستقیم [۲۸؛ ۲۹]، مداخلات تعدیل کننده را پیشنهاد می دهد. با این حال، پژوهش محدودیت هایی دارد: نمونه گیری در دسترس تعمیم پذیری را محدود می کند، ابزارهای خودگزارشی تحت تأثیر سبک پاسخ دهی (مانند انکار تروما) قرار می گیرند، و طراحی مقطعی علیت را دشوار می سازد. پیشنهادهای پژوهشی شامل: ۱) بررسی عوامل محافظتی مانند تاب آوری؛ ۲) ارزیابی مداخلات درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان [۳] در نمونه های بالینی؛ ۳) گسترش به گروه های سنی دیگر. در نتیجه، تنظیم شناختی هیجان به عنوان میانجی کلیدی، مکانیسم انتقال اثرات تروما را تبیین می کند. مداخلات بر این عامل نه تنها علائم اضطراب را کاهش می دهد، بلکه به پیشگیری بلندمدت کمک می کند. این پژوهش به ارتقای سلامت روانی دانشجویان، برنامه ریزی پیشگیرانه و دانش مکانیسم های میانجی یاری می رساند [۳۱، ۳۰] و بر توجه به تجربیات کودکی در مشاوره های دانشگاهی تأکید می ورزد.

مراجع

- [1]. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). Washington, DC; 2022.
- [2]. DeMartini J, Fancher TL. Generalized anxiety disorder: practical assessment and management. Am Fam Physician. 2019;99(8):523–30.
- [3]. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2016.
- [4]. Szabo Y, et al. Childhood trauma and emotion regulation: A meta-analytic review. J Affect Disord. 2020;276:753–65.
- [5]. De Bellis MD. Biological effects of childhood trauma. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2020;29(2):185–222.

- 2010;67(2):111–7[19]. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol.* 2000;55(5):469–80.
- [20]. Nelson TD, Padula CB. College students and trauma: A developmental perspective. *J Coll Stud Dev.* 2018;59(3):291–6.
- [21]. Heying S, et al. Trauma and anxiety in young adults. *J Youth Adolesc.* 2019;48(6):1123–34.
- [22]. Gadia A, et al. Mediators of trauma and anxiety: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2020;77:101–15.
- [23]. Liedl A, Schmittz M. Emotion-focused interventions for trauma-related anxiety. *J Trauma Stress.* 2021;34(4):567–75.
- [24]. Daryi F, et al. Trauma and anxiety in Iranian students. *Educ Psychol J.* 2022;28(2):77–90.
- [25]. Arnett JJ. Emerging adulthood revisited. *Am Psychol.* 2000;55(5):469–80.
- [26]. Padula CB. Trauma and anxiety in college students. *J Coll Stud Dev.* 2010;50(3):291–6
- [28]. Kessler RC. Childhood adversity and adult anxiety. *Arch Gen Psychiatry.* 2018;75(2):111–7
- [29]. DeMartini J, Fancher TL. Generalized anxiety disorder: practical assessment and management. *Am Fam Physician.* 2019;99(8):523–30.
- [30]. Gadia A, et al. Mediators of trauma and anxiety: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2020;77:101–15
- [6]. Zisk A. Trauma and emotion regulation. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014;23(2):185–222.
- [7]. Farokhzadian J, et al. Mediating role of emotional schemas in childhood trauma and anxiety. *J Psychol.* 2019;23(3):45–60.
- [9]. Hassani S, MirAghaei A. Cognitive emotion regulation in anxiety and depression. *J Clin Psychol.* 2012;4(2):25–34.
- [10]. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004;26(1):41–54.
- [11]. Abdolpour M, et al. Emotion regulation and anxiety in students with trauma history. *J Behav Sci.* 2018;12(1):33–42.
- [12]. Fitzgerald JM, et al. Emotion regulation difficulties and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2017;45:72–9.
- [13]. Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation therapy. *Curr Opin Psychol.* 2013;3:64–70.
- [14]. Otley A, et al. Emotion regulation and anxiety in university students. *J Affect Disord.* 2019;254:1–7
- [15]. Young KS, et al. Cognitive emotion regulation and anxiety: A longitudinal study. *Anxiety Stress Coping.* 2019;32(4):456–70.
- [16]. Naderi F, et al. Childhood trauma and anxiety in Iranian students. *Psychol Stud.* 2022;28(1):15–28.
- [17]. Gilbert R, Widom CS. Childhood abuse and adult
- [18]. Kessler RC. The effects of childhood adversity on adult mental health. *Arch Gen Psychiatry.*
- .