

مقایسه رابطه راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی با علائم افسردگی در نوجوانان مراجعه کننده به مراکز درمانی (روانپزشکی) و دیگر نوجوانان\*

**The comparison of relationship cognitive emotion regulation strategies with depressive symptoms in clinical and non clinical adolescent**

**M. Pylvastegar, Ph.D**

Assistant professor of alzahra university  
Email: M payvastegar@yahoo.com

**A. Heidari abdy, MA**

Institute of Research and planning

دکتر مهرانگیز پیوسته گر

عضو هیات علمی گروه روان شناسی، دانشگاه الزهراء.

احمد حیدری عبدی

عضو هیات علمی موسسه پژوهش و برنامه ریزی.

**Abstract:** Aim of this study was to comparison relationship cognitive emotion regulation strategies with depressive symptoms in clinical and non clinical adolescent. The sample consisted of 306male and female students, selected randomly from the educational districts of Tehran city and clinical sample was matched for age, and academic performance The instruments were used the cognitive emotion regulation Questionnaire (CERQ) and the Symptom Check List (SCL-90) depressive symptomatology. Data analysis .showed, Although remarkable differences were found in reported strategies in two group .relationships between cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression were shown to be similar between two groups. The cognitive emotion regulation strategies such as self-blame, rumination catastrophizing to be related to depressive and These findings suggest .symptoms in two groups that intervention programs for people with depressive symptoms should pay attention to cognitive emotion regulation strategies. Institute OF Research and planning

**چکیده:** هدف از این پژوهش، مقایسه رابطه راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی با علائم افسردگی در نوجوانان مراجعه کننده به مراکز درمانی (روانپزشکی) و دیگر نوجوانان شهر تهران است. در این پژوهش ۳۰۶ دانش آموز پسر و دختر پایه دوم و سوم دبیرستان شرکت داشت، مراجعه کننده که شامل ۱۰۵ دانش آموز مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی و ۲۰۱ نفر از دیگر دانش آموزان بودند به طور تصادفی از بین دبیرستان های منطقه ۴ تهران انتخاب شدند. دو گروه از نظر متغیرهای سن، جنس و میزان تحصیلات همتا سازی شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه تنظیم شناختی عاطفی و نشانه شناسی افسردگی (SCL-90) بود. تحلیل داده ها نشان داد، میان راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی داری است. همچنین بین بعضی از راهبرد های تنظیم شناختی عاطفی نظیر سرزنش خود، فاجعه سازی و نشخوار فکری و علائم افسردگی در هر دو گروه رابطه مثبت است. نتایج این پژوهش پیشنهاد می کند، در برنامه های درمانی بیماران افسرده، به راهبرد های تنظیم شناختی عاطفی آن ها توجه شود.

**Key words:** cognitive-emotion-regulation: cognitive-coping: depression adolescent.

**کلید واژه ها:** افسردگی نوجوانان، تنظیم شناختی عاطفی، مقابله شناختی

\* دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۸/۱۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۶/۱۲/۲۱؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۷/۱۰

## مقدمه

نوجوانی پایه و اساس رشد بزرگسالی است (اونولی و استین برگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). اساس سلامت روان و یا آسیب شناسی روانی دوران بزرگسالی در این دوره بنا نهاده می شود (استین برگ، ۲۰۰۳). انتقال از کودکی به نوجوانی با تغییراتی در زمینه های بیولوژیکی، شناختی، عاطفی و روابط بین فردی همراه است. اگر چه در میان آن ها تفاوت های فردی بسیار است اما چنین تغییراتی نوجوان را نسبت به مشکلات رفتاری و عاطفی آسیب پذیر می کند. بسیاری از مشکلات رفتاری و عاطفی نظیر مصرف مواد مخدر، افسردگی شدید، اختلالات دوقطبی و رفتارهای ضداجتماعی در دوران نوجوانی ظاهر می شوند (استین برگ، ۲۰۰۳). به عقیده محققان تغییراتی که در این دوره در خلق و عواطف نوجوانان به وجود می آید آن ها بخصوص دخترها را مستعد مشکلات عاطفی به ویژه افسردگی می نماید (داهی، ۲۰۰۱<sup>۲</sup>).

ناتوانی روش های رفتاری در درمان افسردگی، زمینه را برای ظهور مجدد روان شناسی شناختی در نیمه دوم قرن بیستم فراهم نمود. در سال های اخیر موضوع اختلال های روانی به خصوص افسردگی بستری مناسب برای پژوهش های شناختی شده است. در خلال پژوهش ها، پژوهشگران شناختی، پژوهش های متعددی در مورد درک افسردگی و رابطه آن با راهبردهای تنظیم شناختی انجام داده اند (آندرسون<sup>۳</sup> و ریجر و کاترسون، ۲۰۰۶). سال های اخیر، بر پایه پژوهش ها و نظریه های شناختی راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی، عاملی مهم در بروز افسردگی شناخته شده است (آندرسون و همکاران، ۲۰۰۶). هدف روان شناسان شناختی آن است که به فرد بیاموزند درباره رویدادهای منفی و فشارها به صورت دیگری بیندیشد.

انسان ها پس از تجربه وقایع تنش زا، از طریق افکار و دستگاه شناخت، هیجانانشان را تنظیم می نمایند و این موضوع به طور تفکیک ناپذیری با زندگی در هم آمیخته است (گارفنسکی<sup>۴</sup> و کریج و ون اتن، ۲۰۰۵). سلامت روانی نوجوانان ناشی از تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی و ارزیابی درست موقعیت تنش زا است (داهی، ۲۰۰۱). شیوه های تنظیم شناختی عاطفی به نوجوانان کمک می کند تا برانگیختگی ها و هیجان های منفی شان را تنظیم نمایند، و این شیوه تنظیم با رشد و پیشرفت و یا بروز اختلال های روانی در آن ها رابطه مستقیم دارد (کریج<sup>۵</sup>، پریموم، گارفنسکی، ۲۰۰۲). مطالعه راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی و

1. Avenevoli

2. Dahi

3. Anderson

4. Garnefski

5. Kraaij

مقایسه رابطه راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی با علائم...

رابطه آن با آسیب شناسی روانی به دلیل ماهیت انعطاف پذیر دوره نوجوانی و پایه ریزی الگوهای رفتار بزرگسالی در این دوران از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

پژوهش های متعدد نشان داده است بین راهبرد های تنظیم شناختی عاطفی و عملکرد شناختی رابطه مستحکمی وجود دارد (کریج و همکاران ۲۰۰۲). مفهوم تنظیم شناختی عاطفی به ارزیابی شناختی و ادراک اطلاعات برانگیزاننده هیجانی، اطلاق می شود (تامپسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱)؛ و به بخش شناختی مقابله<sup>۲</sup> اشاره دارد (گارنفسکی<sup>۳</sup>، کریج و اسپینهنون، ۲۰۰۲). انسان ها در هر دوره ای از زندگی با عوامل و حوادث فشارزای متعددی مواجه می شوند، که ناچار به مقابله با آن ها هستند. در دنیای امروز نوجوانان به دلیل شرایط سنی، تغییرات جسمانی، انتظارات جامعه و فشار هموعان و فشارهای تحصیلی و نظایر آن با تغییرات زیادی در زندگی مواجه هستند که این تغییرات مستلزم نوعی سازگاری مجدد است (داهی، ۲۰۰۱). یکی از نکته هایی که همواره در پژوهش های روان شناسی مورد توجه قرار گرفته است، بررسی تفاوت های جنسی در پاسخدهی به موقعیت های منفی زندگی است. در مقایسه پسرها با دخترها پژوهشگران نشان داده اند، دخترها در چنین شرایطی عواطف منفی بیشتری را گزارش می کنند (ویلسون<sup>۴</sup> و ویلسون، ۱۹۹۶). آن ها به این نتیجه رسیدند، در چنین شرایطی دخترها از آسیب پذیری بیشتری برخوردارند. اگر چه در استفاده از نوع خاصی از راهبردها میان دو جنس تفاوتی مشاهده نشد (ویلسون و همکاران، ۱۹۹۶)؛ اما در میزان استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی میان دو جنس تفاوت دیده شده است (داهی، ۲۰۰۱).

توانایی تنظیم شناختی عواطف، امری همگانی است، اما چون در دوران نوجوانی، نوجوانان با تجاربی متفاوت و منحصر به فرد مواجه و دستخوش تغییرات جسمانی، اجتماعی، روانی می شوند، چنین تغییراتی منجر به کاهش ظرفیت مقابله موثر در آن ها می گردد (پیولر<sup>۵</sup> و جانسون، ۱۹۸۶). لذا در پاسخ به این تجارب هیجان های خود را به شیوه های متفاوتی کنترل و تنظیم می کنند (سچرر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). به عنوان مثال، هنگام برخورد با واقعه منفی، بعضی از آن ها خود را سرزنش می نمایند، بعضی دیگران را سرزنش می کنند، عده ای توجه خود را بر حادثه منفی متمرکز می نمایند و دائماً درباره آن فکر می کنند و به نشخوار فکری<sup>۶</sup> می پردازند، بعضی آن واقعه را به طور فاجعه آمیزی بزرگ می کنند، و عده ای دیگر نیز حادثه منفی و تلاش های خود در مقابله با آن را می -

---

1. Thompson

2. Coping

3. Garnefski

4. Wilson & wilson

5. Peveler & johnson

6. Rumiination

پذیرند<sup>۱</sup>). تعدادی نیز به جای فکر کردن درباره حادثه منفی، به خلق معانی مثبت برای رویداد منفی زندگی می‌پردازند و به دیگر موضوع های لذت بخش زندگی فکر می‌کنند و به بازنگری مثبت<sup>۲</sup> می‌پردازند. استفاده از این راهبردها، تنظیم شناختی عواطف نامیده می‌شود. تجارب متفاوت منجر به ایجاد افکار یا شناخت های خاص در افراد مختلف می‌شود. بررسی سابقه راهبرد های تنظیم شناختی عاطفی نشان می‌دهد، تا کنون ۹ راهبرد متفاوت شناسایی شده است. این راهبردها عبارتند از:

مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگری، نشخوار فکری، فاجعه آمیزسازی، تحت نظر قرار دادن<sup>۳</sup>، تمرکز مجدد مثبت<sup>۴</sup>، بازنگری مثبت (ارزیابی مجدد مثبت)، پذیرش و برنامه-ریزی (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

به عقیده پژوهشگران راهبرد های تنظیم شناختی عاطفی وسیله مهمی برای شناخت اکثر اختلال های روانی است ( گالانتر<sup>۵</sup>، واسمن، اسلوان، پاین، ۱۹۹۹) زمانی که شخص با موقعیتی بحرانی مواجه می‌شود، تلاش می‌کند برای مقابله با آن موقعیت راه هایی پیدا کند. مقابله موفقیت آمیز با رویداد منفی منجر به افزایش توانمندی در نوجوان شده و او به این نتیجه می‌رسد که از عهده رویارویی با مسائل و مشکلات برمی‌آید. به عقیده گالانتر، و همکاران (۱۹۹۹) مواجهه با رویدادهای منفی در زندگی امری اجتناب ناپذیر است، آن چه حائز اهمیت است این که دستگاه شناختی فرد آن را چگونه ارزیابی نماید. اگر نوجوان بتواند موقعیت های منفی زندگی را به صورت مثبتی ارزیابی نماید، قادر خواهد بود، معنی آن موقعیت را از حالت ناراحت کننده به فرصتی مناسب و اطمینان بخش تغییر دهد (گارفنسکی و همکاران ۲۰۰۲).

در سال های اخیر، رابطه معنی داری میان استفاده از بعضی راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی و مشکلات عاطفی یافته شده است (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهش های روان شناسان شناختی نشان داده است، که افسردگی زاده تفکر بی معنی و شناخت معیوب است (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۲). نوجوانان افسرده از راهبردهای سازگار و الگوهای مناسب تنظیم شناختی عاطفی آگاه نیستند، و برخی از الگوهای تنظیم شناختی عاطفی با بسیاری از مشکلات روانی شامل آشفتگی های شخصی تا ناسازگاری های اجتماعی و رفتارهای آسیب زنده به خود، همبستگی مثبت دارند (داهی، ۲۰۰۱). به عنوان مثال، کسانی که در مقابل حوادث فشارزای زندگی از راهبرد های تنظیم شناختی عاطفی نظیر، سرزنش خود، فاجعه انگیزی و نشخوار فکری استفاده می‌کنند، بیشتر از

1. Acceptance

2. Positive reappraisal

3. put in to perspective

4. positive refocusing

5. Galanter

مقایسه رابطه راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی با علائم...

دیگران در معرض علائم افسردگی قرار می‌گیرند (فیلدز و پرینز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). زیرا کسانی که در مقابله با فشارها و رویدادهای منفی خود را سرزنش می‌کنند و یا دیگران را مقصر می‌شمارند، در نهایت خود را عاجز و ناتوان احساس می‌کنند و به این نتیجه گیری منفی از خود می‌پردازند که "من نمی‌توانم کاری انجام دهم" در نتیجه چنین تفکری، اعتماد بنفس آن‌ها کاهش یافته و اطمینان به خود را از دست می‌دهند. روشن است که هرچه گرایش فرایند تفکر به سوی منفی‌نگری بیشتر باشد، شدت استرس تجربه شده در فرد بیشتر می‌شود و این موضوع خود به تفکر منفی و افسردگی دامن می‌زند (پیپلر و جانسون، ۱۹۸۶). افسردگی بر بسیاری از جنبه‌های عملکرد آدمی از توانایی ادراکی گرفته تا یادگیری و حافظه تاثیر می‌گذارد و خود را به اشکالی بسیار متفاوت نشان می‌دهد. در حالی که بین استفاده از سایر راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی نظیر بازنگری مثبت، پذیرش و یا برنامه ریزی با علائم افسردگی رابطه منفی دیده شده است (سچرر و همکاران، ۲۰۰۱). زیرا چنین راهبردهایی باعث می‌شود، مردم با حوادث منفی زندگی به صورت راحت‌تری مقابله نمایند (فیلدز و پرینز، ۱۹۹۷). به عقیده سچرر و همکارانش (۲۰۰۱) اگر نوجوان به صورت دیگری درباره رویدادهای منفی بیندیشد در چرخه تکراری احساسات منفی گرفتار نخواهد شد و تاثیر افکار یاس آور در او تقلیل می‌یابد (گالانتر و همکاران، ۱۹۹۹).

با توجه به این موضوع که نوجوانان در این دوره با گزینش‌های فراوانی از قبیل رشته تحصیلی، شغل و نظایر آن مواجه هستند، و در معرض دلواپسی شدید، آمادگی برای سرزنش خود و سرزنش دیگران قرار دارند، لذا بررسی عواملی که به آن‌ها کمک کند تا به ارزیابی مجدد تهدیدها بپردازند، ممکن است به میزان زیادی در کاهش افسردگی آن‌ها موثر باشد. به این ترتیب با جایگزین نمودن راهبردهای سازگار به جای راهبردهای ناسازگار می‌توان از بروز افکار ناامیدکننده در نوجوانان جلوگیری کرد و امکان پیشگیری و درمان چنین آسیب‌های روانی، را فراهم آورد. با مطالعه تفاوت راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی میان نوجوانان سالم و بیمار می‌توان پیش‌بینی نمود چه نوجوانانی بیشتر در معرض خطر ابتلا به مشکلات روانی هستند و نوجوانان سالم و بیمار از چه نوع راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی استفاده می‌کنند. همچنین مطالعه همبستگی میان راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی و آسیب‌شناسی روانی نشان می‌دهد که چه راهبردهایی سازگار<sup>۲</sup> (مثبت) و چه راهبردهایی ناسازگار<sup>۳</sup> (مخرب) هستند.

---

1. Fields & Prinz

2. Adaptive

3. Mal adaptive

## اهداف

هدف پژوهش حاضر این است که تفاوت راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی را در نوجوانان مراجعه کننده به مراکز درمانی و نوجوانان دیگر مشخص و نوع همبستگی میان راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی و علائم افسردگی در نوجوانان را تعیین نماید.

## فرضیه ها

- 1- نوجوانان مبتلا به اختلال های روانپزشکی و نوجوانان سالم از راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی متفاوتی استفاده می کنند.
- 2- راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی با علائم افسردگی در دو نمونه مورد مطالعه رابطه دارد.
- 3- در هر دو گروه میان یک راهبرد شناختی خاص ( از ۹ راهبرد) و علائم افسردگی رابطه مشابه ای وجود دارد.
- 4- جنس با استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی رابطه وجود دارد.

## روش

جامعه آماری دانش آموزان سال دوم و سوم دبیرستان های شهر تهران و بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های روانی شهر تهران بود. نمونه سالم از میان دانش آموزان شهر تهران برگزیده شد. به این صورت که نخست فهرستی از کلیه دبیرستان های دولتی دخترانه و پسرانه منطقه چهار تهران (به دلیل دسترسی پژوهشگر به این دبیرستان ها) تهیه شد. سپس دو دبیرستان دولتی دخترانه و پسرانه از آن منطقه به طور تصادفی انتخاب شد و با مراجعه به آن دبیرستان ها از کلیه دانش آموزان پایه دوم و سوم دبیرستان که ۲۰۱ نفر بودند خواسته شد پرسشنامه ها را طی ساعات درس در کلاس ها تکمیل کنند. مدت زمان تقریبی تکمیل پرسشنامه ها ۲۵ دقیقه بود. نمونه بیمار نیز ۱۰۵ نفر بود که به صورت سرپائی در سال های ۸۳ و ۸۴ جهت معالجه و درمان مسائل عاطفی و مشکلات روانی خود به بخش روانی بیمارستان های امام حسین (ع) و روزبه به همراه اعضا خانواده و یا آشنایانشان مراجعه کرده بودند. دانش آموزان برای متغیرهای سن، جنس، و میزان تحصیلات با بیماران همتا سازی شدند. بیماران قبل از مصاحبه پذیرش در درمانگاه، پرسشنامه های پژوهش را، تکمیل کردند. دامنه سنی نمونه مورد بررسی ۱۶-۱۷ سال با میانگین سنی ۱۶ سال و ۱۱ ماه و انحراف معیار ۰/۷۷ بود. پرسشنامه ها در مدارس و بیمارستان تحت نظارت دو دانشجوی رشته روان شناسی و با اطمینان دادن به آزمودنی ها مبنی بر عدم افشای هویتشان تکمیل گردید.

## ابزار

پرسشنامه تنظیم شناختی-عاطفی<sup>۱</sup> این پرسشنامه به وسیله گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) تهیه گردیده و اولین پرسشنامه‌ای است که به طور دقیق، مفاهیم شناختی تنظیم و کنترل هیجان را اندازه گیری می نماید. این پرسشنامه ۳۶ سوالی است، و شامل ۹ زیرمقیاس متفاوت است. هر یک از زیرمقیاس ها شامل ۴ سوال است. سوال ها این موضوع را بررسی می کنند که فرد پس از تجربه رویداد های تنش زا و تهدید کننده به چه چیز فکر می کند. هر یک از زیر مقیاس های این پرسشنامه ۵ گزینه دارد که از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) را اندازه گیری می کند. پژوهش های مربوط به راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی، نشان داده اند که تمامی زیر مقیاس های این آزمون از همسانی درونی<sup>۲</sup> خوبی برخوردار بوده و دامنه ضریب پایایی زیر مقیاس های آزمون با روش آلفای کرونباخ از ۰/۶۷ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

در این پژوهش ابتدا سوال های آزمون به زبان فارسی ترجمه و پس از اعتبار یابی به کار گرفته شد. نتایج حاصل از اعتبار<sup>۳</sup> و پایایی<sup>۴</sup> به دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش های انجام شده قبلی که اعتبار و پایایی مناسبی را نشان داده اند، همخوانی دارد. به عنوان مثال، ضریب پایایی آن با توجه به شرکت دو گروه در این پژوهش برای گروه (۱) یعنی نوجوانان عادی، ضرایب آلفا بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ و برای گروه (۲) یعنی بیماران مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی، ضرایب بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ به دست آمد.

با توجه به پیشینه نظری آزمون مبنی بر سنجش راهبردهای شناختی - عاطفی و ارتباط تنگاتنگ آن با راهبردهای مقابله ای برای تعیین روائی آزمون از اجرای همزمان آن با پرسشنامه راه های مقابله ای فولکمن -لازاروس (۱۹۷۹) استفاده شده است. این آزمون دارای ۶۶ سوال و دو راهبرد اصلی و هشت راهبرد فرعی مقابله است. در مطالعه دژکام و همکاران اعتبار این پرسشنامه ۰/۷۱ و ضریب پایایی آن از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. ضرایب همبستگی محاسبه شده بین نمره های آزمودنی ها، در مقیاس های راهبردهای مقابله ای فولکمن -لازاروس و آزمون تنظیم شناختی - عاطفی برای کل آزمودنی ها ۰/۸۵، آزمودنی های دختر ۰/۷۴، و آزمودنی های پسر ۰/۷۷ بود که در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. (دژکام، بشردوست و مددزاده، ۱۳۷۳).

نشانه شناسی افسردگی ابزار مورد استفاده جهت سنجش علائم افسردگی پرسشنامه SCL-90 بود. این آزمون ۹۰ سوال دارد و ۹ بعد از اختلال های روانی را در فرد بررسی می کند: افسردگی،

1. The cognitive emotion regulation questionnaire

2. Internal consistency

3. Reliability

4. Validity

اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، وسواس و اجبار، حساسیت، شکایت جسمانی، روان پریشی، و افکار پارانوئیدی. برای هر یک از پرسش‌ها ۵ گزینه از "هیچ" تا "به شدت" با امتیاز صفر تا چهار در نظر گرفته شده است. پایائی و اعتبار این آزمون در ایران در مطالعات مختلف از ۰/۷۷ تا ۰/۹۸ گزارش شده است (نجفی و فولاد چنگ، ۱۳۸۶). این آزمون به عنوان یک آزمون معتبر برای تشخیص افراد افسرده از غیر افسرده شناخته شده است (نجفی و فولاد چنگ، ۱۹۸۶). در این پژوهش به منظور مشخص نمودن علائم افسردگی در نمونه‌های مورد بررسی، از زیر مقیاس افسردگی پرسشنامه SCL-90 استفاده شد. این زیر مقیاس شامل ۱۶ سوال است و میزان افسردگی را ارزیابی می‌کند. یک سوال زیر مقیاس که مربوط به فقدان روابط جنسی بود، حذف شد و علت این حذف به دلیل سن نوجوانان بود. بنابراین دامنه نمرات برای دو گروه نوجوان (سالم و بیمار) بین ۱۷ تا ۷۵ بود.

### نتایج

برای آزمون فرض اول از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده و نتایج در جدول ۱ ارائه شد. نتایج حاکی از این بود که بین نمرات نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز روانی و دیگر نوجوانان به این مراکز در ۹ مقیاس تنظیم شناختی عاطفی در سطح ۰/۰۱ تفاوت معنادار است. آزمون t میان دو گروه نشانگر آن است، که بدون استثنا بالاترین نمرات برای زیر مقیاس‌های سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌انگیزی، سرزنش دیگران، در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز روانی، و بالاترین نمرات در زیر مقیاس‌های زیر نظر گرفتن، پذیرش و تمرکز مجدد مثبت در دیگر نوجوانان مشاهده می‌شود به طور کلی میانگین نمرات زیر مقیاس‌ها در دو گروه مونث (مراجعه‌کننده و عادی) بیشتر از دو گروه مذکر (مراجعه‌کننده و عادی) است. با توجه به وجود تفاوت در میانگین نمرات دختران و پسران (که در جدول ۱ آمده است)، می‌توان گفت، تفاوت‌های موجود جنسی در همه آزمودنی‌ها نشان‌دهنده آن است که میانگین نمرات افراد مونث در زیر مقیاس‌ها بالاتر از نمرات افراد مذکر است.

برای مطالعه روابط میان ۹ راهبرد شناختی و نشانه‌های افسردگی بین دو گروه، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه گردید. که همبستگی در دو گروه مثبت معنادار بود.



مقایسه رابطه راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی با علائم...

جدول ۱. مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی نوجوانان مراجعه کننده به مراکز روانی و دیگر نوجوانان با آزمون t در ۹ زیرمقیاس پرسشنامه تنظیم شناختی عاطفی

زیرمقیاس ها	نوجوانان	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t محاسبه شده
مقصدانستن خود	دختر	مراجعه کننده	۵۴	۱۱/۱۶	۵/۰۸۹*
		غیرمراجعه کننده	۹۹	۸/۱۱	۶/۵۴
	پسر	مراجعه کننده	۵۱	۹/۱۱	۳/۵۹۳*
		غیرمراجعه کننده	۱۰۲	۷/۰۹	۶/۳۸
پذیرش	دختر	مراجعه کننده	۵۴	۱۱/۴۹	۵/۴۶*
		غیرمراجعه کننده	۹۹	۱۰/۶۶	۵/۶۷
	پسر	مراجعه کننده	۵۱	۹/۸۱	۳/۷۴*
		غیرمراجعه کننده	۱۰۲	۸/۰۱	۵/۴۹
نشخوار فکری	دختر	مراجعه کننده	۵۴	۹/۵۹	۵/۵۸۰*
		غیرمراجعه کننده	۹۹	۶/۹۴	۵/۵۵
	پسر	مراجعه کننده	۵۱	۸/۹۴	۵/۱۰۳*
		غیرمراجعه کننده	۱۰۲	۶/۷۸	۴/۷۵
تمرکز مثبت	دختر	مراجعه کننده	۵۴	۹/۱۷	۵/۱۵*
		غیرمراجعه کننده	۹۹	۱۲/۷۳	۸/۴۳
	پسر	مراجعه کننده	۵۱	۷/۸۵	۳/۹۵*
		غیرمراجعه کننده	۱۰۲	۱۰/۲۳	۶/۹۲
برنامه ریزی	دختر	مراجعه کننده	۵۴	۷/۱۸	۲/۱۶
		غیرمراجعه کننده	۹۹	۷/۷۹	۶/۴۶
	پسر	مراجعه کننده	۵۱	۶/۱۴	۲/۵۴
		غیرمراجعه کننده	۱۰۲	۶/۶۶	۶/۴۸
بازنگری مثبت	دختر	مراجعه کننده	۵۴	۵/۲۸	۴/۲۱*
		غیرمراجعه کننده	۹۹	۵/۲۸	۳/۸۹
	پسر	مراجعه کننده	۵۱	۵/۹۹	۶/۳۷
		غیرمراجعه کننده	۱۰۲	۴/۰۳	۳/۶
زیرنظر قراردادن	دختر	مراجعه کننده	۵۴	۷/۴۴	۴/۵۳*
		غیرمراجعه کننده	۹۹	۵/۴۸	۵/۰۰
	پسر	مراجعه کننده	۵۱	۷/۱۱	۳/۶۷*
		غیرمراجعه کننده	۱۰۲	۵/۵۸	۴/۸
فاجعه انگیزی	دختر	مراجعه کننده	۵۴	۶/۵۵	۴/۵۸*
		غیرمراجعه کننده	۹۹	۴/۹۲	۴/۲۴
	پسر	مراجعه کننده	۵۱	۶/۴۹	۳/۸۹*
		غیرمراجعه کننده	۱۰۲	۵/۱۴	۳/۹۶
سرزنش دیگران	دختر	مراجعه کننده	۵۴	۵/۳۶	۴/۳۰*
		غیرمراجعه کننده	۹۹	۳/۸۶	۴/۰۷
	پسر	مراجعه کننده	۵۱	۴/۲۲	۲/۹۸*
		غیرمراجعه کننده	۱۰۲	۳/۲۷	۳/۵۲

\*آزمون t در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

همچنین همبستگی مثبت و معنی دار به دست آمده در زیر مقیاس های سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه انگیزی، سرزنش دیگران، با علائم افسردگی در دو نمونه به این معنا است که با استفاده هر چه بیشتر افراد از این راهبردها میزان علائم افسردگی در افراد نیز افزایش پیدا می کند. سایر راهبردهای شناختی نتایج جزیبی تری را نشان دادند. به این معنا که در مقیاس های بازنگری مثبت، زیرنظر قرار دادن، برنامه ریزی، تمرکز مجدد معناداری رابطه متغیر بود. یعنی در برخی موارد به صورت مثبت یا منفی معنادار و در برخی موارد معنادار نبود (جدول ۲). رابطه زیرمقیاس پذیرش در هر دو گروه با افسردگی مثبت معنادار بود. زیرمقیاس تمرکز مجدد مثبت در هر دو گروه با افسردگی رابطه منفی نشان داد.

جدول ۲. همبستگی پیرسون میان راهبردهای شناختی و علائم افسردگی در نوجوانان مراجعه کننده و غیر مراجعه کننده به مراکز روانی

سطح معناداری	نوجوانان مراجعه کننده	سطح معناداری	نوجوانان غیر مراجعه کننده	
۰/۰۵	۰/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۱۸	جنس
۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰	سرزنش خود
	۰/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۲۵	پذیرش
۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳	نشخوار فکری
	-۰/۱۵	۰/۰۰۱	-۰/۰۳	تمرکز مجدد مثبت
	-۰/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۱۵	برنامه ریزی
۰/۰۵	-۰/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۰۲	بازنگری مثبت
	-۰/۰۲	۰/۰۵	۰/۰۷	زیر نظر گرفتن
۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳	فاجعه آمیزی
۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۲۴	سرزنش دیگران

زیرمقیاس برنامه ریزی در نوجوانان عادی با افسردگی رابطه مثبت و در نوجوانان مراجعه کننده با افسردگی رابطه منفی معنادار داشت. حال آن که زیر مقیاس زیر نظر گرفتن در نوجوانان عادی با علائم افسردگی رابطه مثبت و در نوجوانان مراجعه کننده با علائم افسردگی رابطه منفی نشان داد. متعاقباً، داده های به دست آمده از دو نمونه تحلیل رگرسیون شد. ۹ راهبرد شناختی به عنوان متغیر مستقل، و نشانه های افسردگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. به منظور کنترل تأثیر جنس، جنس به عنوان متغیر مستقل در این تحلیل ها وارد شد. نتایج نشان داد که روابط

مقایسه رابطه راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی با علائم...

منحصر به فردی میان راهبردهای شناختی و علائم افسردگی برای هر راهبرد زمانی که جنس و سایر راهبردها کنترل شده اند وجود دارد.

تمرکز مجدد مثبت تنها در نوجوانان عادی برنامه ریزی تنها در نوجوانان مراجعه کننده به مراکز با علائم افسردگی رابطه معنادار و منفی نشان داد. در حالی که راهبرد زیر نظر قرار دادن در هیچ یک از گروه ها با علائم افسردگی رابطه معنادار نشان نداد (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون علائم افسردگی بعنوان متغیر وابسته، جنس و راهبردهای شناخت به عنوان متغیر مستقل

نوجوانان مراجعه کننده	سطح معناداری $\rho$	نوجوانان غیر مراجعه کننده	سطح معناداری $\rho$	جنس
۰/۱۳	۰/۰۵	۰/۰۹	۰/۰۱	سرزنش خود
۰/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۰۰۱	پذیرش
۰/۰۸	۰/۶۸	۰/۵۷	۰/۰۰۱	نشخوار فکری
۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۶۸	تمرکز مجدد مثبت
۰/۹۷	۰/۰۷	۰/۱۰-	۰/۰۱	برنامه ریزی
-۰/۱۶	۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۰۷	بازنگری مثبت
-۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۲۰	۰/۰۱	زیر نظر گرفتن
۰/۰۸		۰/۲۲		فاجعه آمیزی
۰/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۰۰۱	سرزنش دیگران
۰/۱۳		۰/۲۰		
٪۳۹/۲		٪۳۲/۱		$R^2$ (adjusted)

NS:non Significant

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به مقایسه رابطه راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی با علائم افسردگی در نوجوانان مراجعه کننده به مراکز درمانی (روانپزشکی) و دیگر نوجوانان شهر تهران پرداخت. نتایج این پژوهش نشان داد، تفاوت های قابل مشاهده و معناداری میان دو گروه نمونه از نظر استفاده از راهبردهای شناختی وجود دارد. بدین صورت که نوجوانان مراجعه کننده به مرکز روانپزشکی به طور معناداری در راهبردهائی مثل فاجعه آمیز سازی، نشخوار فکری، و مقصر دانستن خودنمرات بالاتری نسبت به دیگر نوجوانان کسب نمودند. این نتایج همسو و مطابق با انتظارات پژوهش حاضر و نیز نتایج پژوهش های پیشین نظیر پاترسون، ۲۰۰۶ و استین برگ، ۲۰۰۳ بود. برای

توضیح این یافته می توان مطرح نمود، کسانی که در مقابل حوادث فشارزای زندگی از راهبردهای شناختی ناسازگارانه استفاده می کنند و دائماً خود را سرزنش می کنند و یا واقعه منفی را بیش از حد بزرگ می کنند، و دائماً در مورد واقعه فکر می کنند، چنین واکنش هایی منجر به خلق منفی و بروز افسردگی در آن ها می گردد.

یافته دیگر پژوهش این بود که نوجوانان مراجعه کننده به مرکز روانپزشکی به طور معناداری در راهبردهای ناسازگار مثل فاجعه آمیز سازی، نشخوار فکری، و مقصر دانستن خود نمرات بالاتری نسبت به دیگر نوجوانان کسب نمودند. این نتایج همسو و مطابق با انتظارات پژوهش حاضر و نیز نتایج پژوهش های پیشین بود (داهی، ۲۰۰۱؛ فیلدز و پرینز، ۱۹۹۷؛ گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۳). نوجوانان مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی همچنین در راهبرد مقصر دانستن دیگران نیز نسبت به نوجوانان سالم نمرات بالاتری کسب کرده بودند. گر چه این همسو با انتظارات این پژوهش نبود ولی با نظریاتی هماهنگ است، هر دو نوع مقصر دانستن یعنی چه مقصر دانستن خود و چه دیگران می تواند مانع بزرگی بر سر راه سازگاری فرد با رویدادهای منفی زندگی شوند (داهی، ۲۰۰۱).

همچنین نوجوانان مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی نیز نمرات نسبتاً بالایی در «پذیرش» به دست آوردند، و این راهبرد با نمرات افسردگی رابطه مثبت نشان داد. یک تبیین برای این یافته را شاید بتوان در نظریه ویلسون و پریچارد (۲۰۰۵) پیدا نمود، مبنی براینکه پذیرش دو حالت دارد: پذیرش به صورت فرایندی فعال، که شامل تأیید خود<sup>۱</sup> به هنگام مقابله با تجارب منفی می شود و پذیرش به گونه منفعل، که شامل تسلیم شدن در برابر تجارب منفی و عدم تلاش برای مقابله می شود. می توان چنین نتیجه گیری نمود، که مطالعه حاضر بر معنی دوم پذیرش یعنی منفعل، دلالت دارد که به سازگاری منفی<sup>۲</sup> مرتبط با پیامدهای ضعیف (برای سازگاری)، تعریف شده است (ویلسون و پریچارد، ۲۰۰۵).

با آزمون فرضیه سوم پژوهش نتایج نشان دادند که در دو گروه نمونه درصد قابل توجهی از واریانس نشانه های افسردگی می تواند به وسیله استفاده از راهبردهای شناختی تبیین گردد. گر چه میزان برخی روابط - میان علائم افسردگی و راهبردها - در دو گروه نمونه تفاوت هایی را نشان داد، ولی راهبردهای نشخوار فکری و فاجعه سازی، فقدان بازنگری مثبت و سرزنش خود در هر دو نمونه نشان داد که مهم ترین نقش را در گزارش علائم آسیب شناسی روانی، ایفا می کنند.

با آزمون فرضیه چهارم پژوهش رابطه معنادار بین جنس و استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی تأیید شد، زیرا در استفاده از راهبردها آزمودنی های پسر نوجوان نسبت به دختران نوجوان نمره کمتری بدست آوردند.

1. Self-Affirmation

2. Negative Adjustment Style

مقایسه رابطه راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی با علائم...

در واقع، میانگین همه ۹ راهبرد شناختی در نوجوانان پسر کمتر از میانگین نوجوانان دختر (مراجعه کننده به مراکز روانی و دیگران) بود. این موضوع بیانگر آن است که گرچه نوجوانان پسر نیز از راهبردهای شناختی استفاده می کنند ولی میزان استفاده این راهبردها در دخترها بیشتر است. این نتایج با تحقیق داهی (۲۰۰۱) و پیترسون، نیوتن، روزن و اسکاج (۲۰۰۶) هماهنگ است آن ها معتقدند تغییراتی که در این دوره در خلق و عواطف نوجوانان به وجود می آید، منجر به استفاده آن ها از راهبردهای خاصی شده و آن ها را (به خصوص دخترها) مستعد مشکلات عاطفی خصوصا افسردگی می کند. شاید به دلیل تفاوت سن رسیدن به بلوغ در دختران و پسران و این موضوع که دختران در این سنین تقریبا در اواخر دوره نوجوانی و اکثر پسران در این سنین در اواسط دوره نوجوانی به سر می برند، این موضوع قابل توجیه باشد. بر پایه نتایج پژوهش حاضر، شاید بتوان هماهنگ با گالانتر و همکاران (۱۹۹۹) این نکته را اضافه نمود که اصلاح و بهبود توانایی های جدید تنظیم شناختی عاطفی در دوران نوجوانی تداوم می یابد. این مطلب می تواند به وسیله این واقعیت تبیین شود که به موازات تغییر از نوجوانی به سمت جوانی فرد با رویدادهای استرس آور بیشتری مواجه شده، در نتیجه برای حل و فصل آن ها بیشتر از این راهبردها بهره می برد.

به طور کلی نتایج این پژوهش همسو و هماهنگ با یافته های مطالعات قبلی است که نشان دهنده روابط میان آسیب شناسی روانی<sup>۲</sup> با راهبردهای شناختی ناسازگار از جمله نشخوار فکری (فیلدز و پرینز، ۱۹۹۷)، فاجعه سازی و سرزنش خود (داهی، ۲۰۰۱) است. همچنین در مطالعات پیشین نشان داده شده است که بازنگری مثبت بطور منفی با آسیب شناسی روانی رابطه دارد (سچرر و همکاران، ۲۰۰۱؛ ویلسون و پریچارد، ۲۰۰۵). بر پایه نتایج پژوهش حاضر، می توان این استنتاج را نیز اضافه نمود که در نوجوانان سالم نیز مانند نوجوانان مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی میان سه راهبرد ناسازگار - یعنی نشخوار فکری، فاجعه سازی، سرزنش خود و فقدان بازنگری مثبت با علائم افسردگی رابطه مثبت مشاهده شد.

یکی از محدودیت های پژوهش این بود که نمونه ها از جامعه های متفاوت انتخاب شده بودند بنابراین با قطعیت نمی توان نتیجه گرفت که تنها مراجعه به مراکز روانپزشکی باعث تفاوت در راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی شده است. دیگر این که شناسایی علائم افسردگی و نیز راهبردهای شناختی آزمودنی ها صرفا با استفاده از مقیاس های خود گزارش دهی<sup>۳</sup>، به دست

1. Peterson

2. Psychopathology

3. Self - Report

آمد. همچنین ماهیت مقطعی<sup>۱</sup> بودن این مطالعه نیز امکان تعمیم نتایج را تا حدودی کاهش می-دهد. به طور کلی می توان نتیجه گرفت، که راهبردهای شناختی به خصوصی فرد را به سمت افسردگی سوق می دهند، درحالی که برخی راهبردها در جهت عکس عمل می کنند. علی رغم این محدودیت ها، دو نتیجه گیری باید مورد توجه قرار بگیرد: اول این که، استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی و علائم افسردگی، موضوعاتی مرتبط با یکدیگر هستند. دوم این که، مکانیزم های شناختی مشابهی در آسیب شناسی روانی نوجوانان دخیل هستند.

لذا پیشنهاد می شود پژوهشگران و درمانگران راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی نوجوانان را به عنوان عاملی مهم در مداخلات پیشگیرانه و درمانی خود مورد توجه قرار دهند، و به آن ها کمک نمایند راهبردهای تنظیم شناختی مثبت را جایگزین راهبردهای منفی نمایند. جایگزینی راهبردهای تنظیم شناختی مثبت تر منجر به مواجهه موفقیت آمیز و افزایش توان مقابله نوجوانان با بحران ها شده و بدین ترتیب آن ها را قادر می سازد بر احساسات منفی خود غلبه نمایند.

#### منابع

- دلاور، علی. (۱۳۸۵). *روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی* (ویرایش سوم)، چاپ بیستم، انتشارات ویرایش لطفی، راضیه. (۱۳۸۵). *مقایسه طرحواره های ناسازگار افراد سالم و افراد مبتلا به اختلالات شخصیت دسته "ب"*. (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه الزهراء. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.
- دژکام. بشردوست و مددزاده. (۱۳۷۳). *پرسشنامه راهبردهای مقابله ای فولکمن و لازاروس* (پایان نامه کارشناسی ارشد). قم: دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.
- نجفی، محمود. فولاد چنگ، محبوبه. (۱۳۸۶). *رابطه خودکارآمدی و سلامت روان در دانش آموزان دبیرستانی*. مجله علمی پژوهشی دانشور دانشگاه شاهد، ۲۲. مجله ۲۲ صفحه ۸۲-۶۹ سال ۱۴ اردیبهشت ۱۳۸۶.
- Anderson, K. Rieger, E., & Caterson, I. (2006). *Comparison of maladaptive schemata in treatment seeking obese adults and normal weight control subjects. Journal of psychosomatic Research.* 60, 245-252.
- Avenevoli, S., & Steinberg, L. (2001). *The continuity of depression across the adolescent transition*. In H. Reese & R. Kail (Eds.), *Advances in child development and behavior*. (Vol. 28, pp. 139-173). New York: Academic Press.
- Dahl, R. E. (2001). *Affect regulation, brain development, and behavioral/emotional health in adolescence. CNS Spectrums.* 6(1), 1-12.
- Fields L, Prinz RJ (1997) *Coping and adjustment during childhood and Adolescence.* Clin Psychol 17: 937-976
- Galanter, C. A., Wasserman, G., Sloan, R. P., & Pine, D. S. (1999). *Changes in autonomic regulation with age: Implications for psychopharmacologic treatments in children and adolescents. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology.* 9, 257-265.

<sup>1</sup> . cross- sectional

- Garnefski N, Kraaij V, van Etten M(2005) *Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology*. J Adoles28(5):619-631
- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven Ph(2001) *Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems*. Pers Individ Dif 30:1311-132
- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P(2002) *CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Datec, Leiderdorp, The Netherlands
- Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N(2002) *Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study*. Aging Meant Health 6:275-281
- Peveler,R.&Johnson,D.W.(1986).*subjective and cognitive effects if relaxation behavior Research and Therapy*. 24, 413-20.
- Peterson Bd, Newton Cr, Rosen Kh, Skaggs Ge.(۲۰۰۶) *The relationship between coping and depression in men and women referred for in vitro fertilization*. Fertil Steril;85:802-804.
- Scherer, K. R. (2001) *Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods, Research*, Oxford University Press.
- Steinberg, L. (2003). *Is decision-making the right framework for the study of adolescent risktaking?* In D. Romer (Ed.), *Reducing adolescent risk: Toward an integrated approach* (pp. 18-24). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Thompson, R. A (1991) *Emotional regulation and emotional development*. Education Psychol Rev 3:269-307
- Wilson, G. Wilson,T (1996).wilson, *Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity, behavior Therapy* 27, pp. 417-439