Original Article

Comparison of emotional regulation ability and psychological flexibility in adolescent girls with internalized behavioral disorders and normal adolescents

Pourkamali Z[1], Zanjani Z[2], Omidi A[2], Joekar S[2]

1- Student Research Committee, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran.
2- Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran.

Received: 2022/01/8 | Accepted: 2022/05/1

Abstract:

Background: Numerous studies have focused on the regulation of emotion and psychological resilience among adolescents, but there is a research gap on the regulation of emotion and psychological resilience among adolescents with internalized behavioral disorders and normal adolescents. This study aimed to compare emotion regulation and psychological flexibility in female adolescents with internalized behavioral disorders and normal female adolescents.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, the sample consisted of two groups of 70 female students with internalized behavioral disorders and 70 normal female students from schools in Yazd who were purposefully selected. Research instruments included Behavioral Inventory Questionnaire (CBCL), Psychological Flexibility Questionnaire (AFQ-Y8) and Emotion Regulation Questionnaire (ERQ-CA). Data analysis was performed using SPSS software and independent t-test.

Results: According to the findings, the mean of reassessment, repression and psychological resilience in adolescents with internalized behavioral disorders were 20.88, 14.38, 16.55, respectively, and those without the disorder were 6.78, 19.25, 9.25, and 6.22. The results also showed that the variables of repression (t=-6.13) and psychological resilience (t=-10.61) were significantly different between the two groups with internalized behavioral disorders and normal individuals ($P<0.001$). But there was no significant difference between the two groups in re-evaluation.

Conclusion: It seems that adolescents with internalized behavioral disorders to avoid accepting and managing their emotion properly by suppressing them compared to normal people. Therefore, promoting psychological flexibility can affect their ability to cope and manage their emotions.

Keywords: Internalized behavioral disorder, Emotion regulation, Psychological flexibility, Adolescent

***Corresponding Author**
Email: sanaz.joekar@gmail.com
Tel: 0098 936 125 3531
Fax: 0098 315 558 9444

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, June, 2022; Vol. 26, No 2, Pages 193-200

Please cite this article as: Pourkamali Z, Zanjani Z, Omidi A, Joekar S. Comparison of emotional regulation ability and psychological flexibility in adolescent girls with internalized behavioral disorders and normal adolescents. ***Feyz*** 2022; 26(2): 193-200.

مقایسه توانایی تنظیم هیجانی و انعطاف‌پذیری روانشناختی در دختران نوجوان دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده و نوجوانان عادی

زهرا پورکمالی[۱]، زهرا زنجانی[۲]، عبدالله امیدی[۳]، ساناز جوکار[۴*]

خلاصه:

سابقه و هدف: مطالعات متعددی به تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روانشناختی در نوجوانان پرداخته‌اند، اما درمورد تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روانشناختی در بین نوجوانان دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده و نوجوانان عادی، شکاف تحقیقاتی وجود دارد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روانشناختی در نوجوانان دختر دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده و نوجوانان دختر عادی بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، نمونه پژوهش، شامل دو گروه ۷۰ نفری از دانش‌آموزان دختر دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده و ۷۰ دانش‌آموز دختر عادی از مدارس شهر یزد بود که به شیوه هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سیاهه رفتاری (CBCL)، پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی (AFQ-Y8) و پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ-CA) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون t مستقل انجام شد.

نتایج: مطابق یافته‌های به‌دست‌آمده میانگین ارزیابی مجدد، سرکوبی و انعطاف‌پذیری روانشناختی در نوجوانان دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده به‌ترتیب شامل ۲۰/۸۸، ۱۴/۳۸، ۱۶/۵۵ و افراد فاقد اختلال ۲۵/۷۸،۲۲/۱۹،۶/۹ بود. همچنین نتایج نشان داد که متغیر سرکوبی (t=-۶/۱۳) و انعطاف‌پذیری روانشناختی (t=-۱۰/۶۱) در دو گروه دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده و افراد عادی تفاوت معنادار دارد ($P<۰/۰۰۱$). اما دو گروه در ارزیابی مجدد تفاوت معناداری نداشتند.

نتیجه‌گیری: به‌نظر می‌رسد نوجوانان دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده در مقایسه با افراد بهنجار با سرکوب‌کردن هیجانات خود، از پذیرش و مدیریت صحیح آن‌ها اجتناب می‌کنند. بنابراین، ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌تواند بر توانایی مواجهه و مدیریت هیجانات آن‌ها مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده، تنظیم هیجان، انعطاف‌پذیری روانشناختی، نوجوان

دو ماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره بیست و ششم، شماره ۲، خرداد - تیر ۱۴۰۱، صفحات ۲۰۰-۱۹۳

مقدمه

شناسایی و انجام مداخلات اوّلیه درمورد نوجوانان دارای اختلالات روانی از اهمیت بالایی برخوردار است؛ چراکه دوران نوجوانی از لحاظ شروع و تشدید اختلالات روانی، دوران بسیار حساسی است [۱]. بررسی‌ها نشان داده‌اند که خطر مشکلات رفتاری در طول دوره نوجوانی افزایش می‌یابد [۲].

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۳. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۴. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

***نشانی نویسنده مسؤول:**

کاشان، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی

تلفن: ۰۹۳۶۱۲۵۳۵۳۱ **دورنویس:** ۰۳۱۵۵۵۸۹۴۴۴

پست الکترونیک: Sanaz.Joekar@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۸ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۱/۲/۱۱

در یک طبقه‌بندی کلی، اختلالات روانشناختی و رفتاری دوران نوجوانی به دو دسته کلی اختلالات رفتاری درونی‌سازی‌شده در مقابل اختلالات رفتاری برونی‌سازی‌شده تقسیم شده است [۳] که اختلالات رفتاری برونی‌سازی‌شده خود را به شکل الگوهای رفتاری سازش‌نایافته‌ای که در تعارض با دیگر افراد و انتظاراتشان قرار می‌گیرند، مثل پرخاشگری نشان می‌دهند [۴]. اختلالات رفتاری درونی‌سازی‌شده، برخلاف اختلال برونی‌سازی‌شده ماهیتی درون‌فردی داشته، به‌صورت کناره‌گیری از ارتباطات اجتماعی، اضطراب و افسردگی نمایان می‌شود [۵]. این اختلال، کمتر به آزار یا آسیب‌رسانی به دیگران منجر می‌شود، بلکه بیشتر با هدف قرار دادن هیجانات کودک و نوجوان، سبب آزار دیدن خود کودک و نوجوان می‌شود. علاوه‌بر این، اختلالات رفتار درونی‌سازی‌شده با سکوت زیاد، ناامیدی و شکایات جسمانی همراه است که سبب می‌شود کودک و نوجوان احساس حقارت، کم‌رویی، ترس، دلبستگی بیش از حد و غم و اندوه نماید [۶]. بر طبق آمار ۱۰ تا ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات درونی‌سازی‌شده هستند [۷]. پژوهشگران دریافته‌اند که اختلالات رفتاری معمولاً نخستین‌بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی ظاهر می‌شود و بین

۱۵-۸ سالگی به اوج خود می‌رسد. نتایج پژوهش‌ها در ایران نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات رفتاری در دوره راهنمایی بیشتر از دبیرستان و شیوع اختلال رفتار درونی‌سازی‌شده در دختران بیشتر از پسران است [۸]. درصد قابل‌توجهی از اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده در طول تحول و تا سال‌های بزرگسالی پایدار می‌ماند و پیامدهای زیانباری برای فرد به همراه دارد [۹]. نوجوانان دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده دارای کارایی اجتماعی و توانش اجتماعی ضعیفی هستند که این فرآیند ممکن است این افراد را در ابرازگری هیجانی، مدیریت و بیان هیجانات دچار مشکل سازد و آن‌ها در مسیر ناگویی طبعی قرار دهد [۹]. درواقع پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دشواری در تنظیم هیجان برای همه انواع اختلالات درونی‌سازی‌شده نقش مرکزی دارد [۱۰]. در پژهش Garnefski و همکاران نشان داده شد که نوجوانان دارای مشکلات درونی‌سازی‌شده در مؤلفه‌های سرزنش خود و نشخوار فکری نمره بالاتری نسبت به کسانی که مشکلات برونی‌سازی داشتند و نیز گروه کنترل دریافت کردند [۱۱]. تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌گردد که به‌منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به‌کار گرفته می‌شود. درواقع تنظیم هیجان، یک فرآیند محوری برای همه جنبه‌های عملکرد انسان است و در شیوه‌های مقابله افراد با تجارب استرس‌زا و نیز تجربه شادی، نقش اساسی ایفا می‌کند و به نوجوان کمک می‌نماید تا نسبت به تغییر شرایط که منجر به ایجاد هیجانات جدید می‌شود، با انعطاف‌پذیری پاسخ دهد [۱۲]. نوجوانانی که تنظیم هیجان مؤثری دارند، به لحاظ اجتماعی مهارت‌های بهتری را نشان می‌دهند. برعکس نوجوانانی که در تنظیم هیجان مشکل دارند، دچار اختلال در عملکرد اجتماعی هستند، بنابراین نسبت به دیگران از حمایت اجتماعی کمتری بهره‌مند می‌شوند [۱۳]. مشکلات هیجانی با انعطاف‌پذیری روانشناختی رابطه مستقیم دارد [۱۴]. انعطاف‌پذیری روانشناختی به‌معنای ایجاد توانایی در انتخاب عملی بوده که در بین گزینه‌های مختلف، مناسب‌تر باشد و نه انجام کاری که فقط برای اجتناب از افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها یا امیال آزاردهنده است [۱۵]. پژوهشگران دریافتند که رابطه مثبت و معناداری بین انعطاف‌پذیری روانشناختی با افسردگی، اضطراب، اضطراب اجتماعی، گذر هراسی، تنش مصرف مواد و نگرانی وجود دارد. اشخاص بدون انعطاف‌پذیری، به‌هنگام احساس غم به سمت نشخوار فکری گرایش می‌یابند، زیرا به دشواری می‌توانند برای رهایی از چنین احساساتی روش‌های مقابله‌ای جایگزینی پیدا کنند [۱۶]. باتوجه به مباحث بالا می‌توان به اهمیت تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روانشناختی در سیر، نگهداری و درمان مشکلات روانشناختی و ازجمله اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده پی برد. بنابراین به‌نظر می‌رسد که شناسایی این دو متغیر در افراد دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده به انتخاب شیوه‌های متناسب درمانی و بهبود روند درمان آنان کمک کند. به‌همین‌منظور هدف از پژوهش حاضر، مقایسه تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روانشناختی در دختران دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده و افراد عادی بود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش: این پژوهش با کد اخلاق IR.KAUMS.MEDNT.REC.1399.173 یک مطالعه مقطعی از نوع مورد – شاهدی است و جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۳ تا ۱۵ ساله مبتلا به اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده و دانش‌آموزان بهنجار در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در ناحیه یک شهر یزد می‌شود. حجم نمونه این مطالعه براساس فرمول تعیین حجم مطالعات مقایسه‌ای و براساس مطالعه صباغی و همکاران [۹] «متغیر اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده» برای هر گروه ۵۰ نفر تعیین گردید که برای اطمینان بیشتر تعداد این گروه‌ها به ۷۰ نفر افزایش داده شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۰۰ نفر از دانش‌آموزان در این پژوهش شرکت کردند و به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند. به این‌صورت که ابتدا پژوهشگر با مراجعه به کلینیک مشاوره آموزش و پرورش و مدارس ناحیه یک شهر یزد و پس از کسب مجوز اجرا، نسخه الکترونیک پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش جهت پاسخگویی را در اختیار مدیر قرار می‌داد تا از این‌طریق برای دانش‌آموزان ارسال شود که در صفحه نخست این پرسشنامه درباره محرمانه‌بودن اطلاعات واردشده به شرکت‌کنندگان اطمینان‌خاطر داده شده بود و همچنین توضیحاتی درباره اهداف پژوهش نیز برای آنان بیان شده بود. معیارهای ورود در این مطالعه، عبارت بودند از: نمره خام بالاتر از ۲۲ در مقیاس درونی‌سازی‌شده پرسشنامه سیاهه رفتاری برای گروه مبتلا به اختلال درونی‌سازی‌شده و نمره پایین‌تر از ۱۵ برای افراد فاقد اختلال درونی‌سازی‌شده، فقدان اختلالات سایکوتیک، فقدان سابقه خودکشی، سنّ ۱۳ تا ۱۵ سال، عدم ابتلا به اختلال ADHA، ODD و اختلال سلوک و رضایت آگاهانه شرکت‌کردن در پژوهش. معیارهای خروج نیز شامل سنّ کمتر از ۱۳ و بیشتر از ۱۵ سال، ابتلا به بیماری جسمی یا روانی حاد، نیاز به مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم همکاری جهت تکمیل پرسشنامه بود. درنهایت داده‌های حاصل از تکمیل پرسشنامه‌های سیاهه رفتاری، انعطاف‌پذیری روانشناختی و تنظیم هیجان با کمک نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ و با آزمون t گروه‌های مستقل مورد تحلیل قرار گرفت.

پرسشنامه‌های مورد استفاده شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه انعطاف روانشناختی‌پذیری (AFQ-Y8): این پرسشنامه به‌وسیله گرکو و همکاران در سال ۲۰۰۸ جهت سنجش انعطاف‌پذیری روانشناختی در نوجوانان طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۸ ماده است که از نسخه ۱۷ آیتمی AFQ- Y8 استخراج شده است و برروی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۰= کاملاً مخالفم، ۴= کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود که جمع آن‌ها بین ۰ تا ۳۲ قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتر فرد است.

همسانی درونی این مقیاس، رضایت‌بخش بوده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۳ گزارش شده است. روایی همگرا AFQ-Y با مقیاس چندبُعدی اضطراب کودکان (MASC) و مقیاس شدت علائم و عملکردها (SFS) به‌ترتیب ۰/۵۶ و ۰/۶۳ به‌دست آمده است (P<۰/۰۰۱). همچنین یافته‌ها از روایی سازه AFQ-Y8 حمایت می‌کنند و در مجموع مشخصات روان‌سنجی این مقیاس مطلوب گزارش شده است. شعبانی و همکاران در سال ۱۳۹۷ در ایران این فرم را اعتباریابی کرده‌اند و نتایج حاصل از تحلیل عامل اکتشافی، حاکی از وجود یک عامل به نام «انعطاف‌ناپذیری روانشناختی» در این پرسشنامه بود. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در کلّ مقیاس ۰/۷۱ گزارش شده است [۱۷]. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۸۷ بود.

پرسشنامه سیاهه رفتاری (CBCL): آخنباخ این پرسشنامه را ارائه کرده که مهارت‌ها و مشکلات رفتاری کودک را در دو گروه پسر و دختر و از سه نقطه‌نظر کودک، پدر و مادر و معلم می‌سنجد. در مطالعه‌ای که توسط یزدخواستی و عریضی انجام شد، بیشترین میزان آلفای کرونباخ سه نسخه پدر / مادر، معلم و کودک به‌ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ بود. درمورد اعتبار سازه، همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش مشکلات رفتاری - هیجانی با نمره کلی این بخش در سه نسخه پدر / مادر، معلم و کودک به‌ترتیب ۰/۸۸-۰/۶۲، ۰/۹۱-۰/۴۴ و ۰/۸۵-۰/۵۱ و همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش مهارت‌ها با نمره کلی این بخش در سه نسخه پدر / مادر، معلم و کودک به‌ترتیب ۰/۸۲-۰/۲۴، ۰/۹۳-۰/۷۷ و ۰/۸۷-۰/۶۴ به‌دست آمد [۱۸]. در این پژوهش از فرم کودک یا خودگزارشگری (YSR) استفاده شده است که در ایران توسط کاکابرایی و همکاران هنجاریابی شده است [۱۹]. دو دسته مقیاس کلی را می‌توان براساس این پرسشنامه ارزیابی نمود که عبارتند از: مقیاس‌های سندرمی مبتنی‌بر تجربه و مقیاس‌های سندرمی مبتنی‌بر DSM. مقیاس‌های مبتنی‌بر DSM شامل مشکلات عاطفی، اضطرابی، جسمانی، عدم توجه و بیش‌فعالی، رفتار مقابله‌ای و سلوک هستند. سه مقیاس اضطراب / افسردگی، گوشه‌گیری / افسردگی و شکایات جسمانی گروه‌بندی درونی‌سازی را تشکیل داده؛ سندرم رفتار مقابله‌ای، سلوک و بیش‌فعالی، گروه‌بندی برونی‌سازی را ایجاد می‌کنند. نمرات سؤالات به‌صورت درجه‌بندی‌شده است. به این‌ترتیب که آزمودنی به هر سؤال یکی از سه نمره صفر (درست نیست)، یک (تا حدّی یا گاهی درست است) و ۲ (کاملاً یا غالباً درست است) را می‌تواند بدهد. ضرایب همسانی درونی برای مقیاس مبتنی‌بر DSM ازطریق ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس کفایت کلی ۴۶ درصد و برای مشکلات رفتاری کلی ۹۵ درصد و متوسط همسانی درونی برای مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی ۸۹ درصد و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های سندرم‌ها در دامنه‌ای از ۵۹ درصد تا ۸۶ درصد گزارش شده است. گفتنی است که در مطالعه حاضر از مقیاس‌های مبتنی‌بر سندرم DSM و تقسیم‌بندی درونی‌سازی و برونی‌سازی استفاده شد [۲۰]. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۸۶ بود.

پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ-CA): این پرسشنامه توسط گروس و جان (۲۰۰۳) طراحی شده است و راهبردهای تنظیم هیجان را می‌سنجد. فرم اوّلیه آن دارای ۱۶ سؤال است. فرم کوتاه و تجدیدنظرشده آن ۱۰ گویه دارد که دو راهبرد کلی تنظیم هیجان یعنی ارزیابی مجدد و سرکوبی را اندازه می‌گیرد. گزینه‌های آن در مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است. در این مقیاس پاسخ‌ها در طیف ۷ گزینه‌ای قرار گرفته‌اند (۱= کاملاً ناموافق تا ۷= کاملاً موافق). از دو قسمت، ارزیابی مجدد (۶ گویه) و سرکوبی (۴ گویه) تشکیل شده است. گراس، روایی و پایایی پرسشنامه فوق را مطلوب و با ضریب همسانی ۰/۷۳ و ضریب بازآزمایی برای هر دو راهبرد ۰/۶۹ گزارش کرده است. این آزمون در ایران توسط لطفی و همکاران هنجاریابی و اعتباریابی شده است. تحلیل عاملی نشان داد که پرسشنامه ERQ-CA دارای دو عامل (ارزیابی مجدد و سرکوبی) است. آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای کلّ پرسشنامه ۰/۸۱ و برای دو عامل ارزیابی مجدد و سرکوبی به‌ترتیب مقادیر ۰/۷۹ و ۰/۶۸ بود. همچنین در هنجاریابی این آزمون توسط لطفی و همکاران آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای کلّ پرسشنامه ۰/۸۱ و برای دو عامل ارزیابی مجدد و سرکوبی به‌ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۸ بود [۲۱]. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۹۲ بود.

نتایج

نمونه مطالعه حاضر شامل ۷۰ دختر نوجوان مبتلا به اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده و ۷۰ دختر فاقد اختلال درونی‌سازی‌شده

بود. میانگین سنّ افراد دارای اختلال درونی‌سازی‌شده (sd=۰/۹۱) ۱۴/۰۷ و میانگین سنی افراد بهنجار (sd=۰/۸۲) ۱۳/۹۴ بود و دو گروه در متغیر سن تفاوت معناداری نداشتند (P=۰/۳۸). جهت بررسی مفروضه برابری واریانس متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که این آزمون برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود و حاکی از برقراری مفروضه برابری واریانس‌ها بود.

نتایج حاصل از آزمون t مستقل جهت مقایسه اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده در دو گروه مبتلا به اختلال درونی‌سازی‌شده و افراد عادی نشان داد که میانگین نمره اختلال درونی‌سازی‌شده و سه خرده‌مقیاس آن (اضطراب، افسردگی و علائم جسمی) در دو گروه دارای اختلال درونی‌سازی‌شده و افراد عادی تفاوت معناداری دارد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- مقایسه اختلال درونی‌سازی‌شده و خرده‌مقیاس‌های آن در دو گروه دارای اختلال درونی‌سازی‌شده و افراد عادی

متغیرها	گروه‌ها	میانگین (انحراف معیار)	T	معناداری
اختلال درونی‌سازی‌شده	مبتلا	۲۶/۱۵(۵/۴۴)	-۳۳/۰۱	P<۰/۰۰۱
	بهنجار	۳/۵۸(۱/۷۴)		
اضطراب	مبتلا	۲/۱۴(۱/۴۸)	-۲۶/۷۶	
	بهنجار	۱۳/۶(۳/۲۶)		
افسردگی	مبتلا	۱/۳۷(۱/۱۹)	-۲۵/۲۵	
	بهنجار	۹/۳۷(۲/۳۶)		
علائم جسمی	مبتلا	۰/۰۷(۰/۲۵)	-۱۳/۱۴	
	بهنجار	۳/۱۸(۱/۹۶)		

همچنین نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه تنظیم هیجان و خرده‌مقیاس‌های آن در دو گروه مبتلا به اختلال درونی‌سازی‌شده و افراد عادی نشان داد که میانگین نمره سرکوبی در دو گروه دارای اختلال درونی‌سازی‌شده و افراد عادی تفاوت معناداری دارد. اما دو گروه در خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد تفاوت معناداری نداشتند.

مقایسه انعطاف‌پذیری روانشناختی در دو گروه دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده و افراد عادی حاکی از معنادار بودن تفاوت نمره میانگین انعطاف‌پذیری روانشناختی در این دو گروه بود. به‌گونه‌ای‌که انعطاف‌پذیری روانشناختی در افراد دارای اختلال درونی‌سازی‌شده کمتر از افراد عادی بود. (جدول شماره ۲)

جدول شماره ۲- مقایسه تنظیم هیجانی (سرکوبی، ارزیابی مجدد) و انعطاف‌پذیری روانشناختی در دو گروه دارای اختلال درونی‌سازی‌شده و افراد عادی

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	T	معناداری
ارزیابی مجدد	مبتلا	۲۰/۸۸(۴/۵۵)	-۱/۴۱	۰/۱۵
	بهنجار	۱۹/۷۸(۴/۶۱)		
سرکوبی	مبتلا	۱۴/۳۸(۲/۷۹)	-۱۰/۴۲	۰/۰۰۱
	بهنجار	۹/۲۵(۳/۰۴)		
انعطاف‌پذیری روانشناختی	مبتلا	۱۶/۵۵(۶/۱۳)	-۱۰/۶۱	P<۰/۰۰۱
	بهنجار	۶/۲۲(۵/۳۴)		

بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روانشناختی در دو گروه از دانش‌آموزان دختر دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده و دانش‌آموزان فاقد اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده بود. یافته‌ها نشان داد که انعطاف‌پذیری روانشناختی و تنظیم هیجان در دو گروه دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده و افراد عادی متفاوت بود. براساس نتایج به‌دست‌آمده در رابطه با متغیر تنظیم هیجان می‌توان چنین گفت که دختران دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده در مدیریت هیجانات مثبت و منفی خود دچار مشکل هستند. نتایج آزمون t مستقل در تعیین تفاوت در زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان نشان داد که دو گروه فقط در خرده‌مقیاس «سرکوبی» تفاوت معناداری دارند. یعنی افراد دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده بیشتر از افراد بهنجار تمایل دارند هیجانات منفی و ناخوشایند خود را انکار کرده یا نادیده بگیرند. این نتایج در پژوهش‌های دیگر نیز تأیید شده است [۲۴-۲۲]. در پژوهش Pace و همکاران که برروی تنظیم هیجان و

اختلالات رفتاری نوجوانانی که به فرزندخواندگی پذیرفته شده بودند، انجام دادند، گفتند که سرکوبی در نوجوانان دارای اختلال درونی‌سازی‌شده نسبت به نوجوانان فاقد اختلال درونی‌سازی‌شده، بیشتر است. این مطالعه چنین نشان می‌دهد که ممکن است نوجوانان به‌عنوان تلاشی برای انطباق با درخواست‌های محیط به‌منظور دوست‌داشته‌شدن و پذیرش از سرکوبی استفاده کنند. چنین راهبردی که در کوتاه‌مدت خوب عمل می‌کند، می‌تواند برای تنظیم بهینه احساسات در درازمدت مضر باشد. ممکن است استفاده مکرر از این راهبرد به ایجاد یک رفتار بی‌تفاوت / کناره‌گیری‌شده به‌دلیل اختلاف بین تجارب درونی و بیرونی منجر شود که پیامدهای قابل‌توجهی درزمینه آسیب‌های اجتماعی دارد [۲۵]. همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت که سرکوب بیانی و ارزیابی مجدد شناختی، راهبردهای تنظیم هیجانی هستند که توسط افراد در مواجهه با نشانه‌های هیجانی مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرند [۲۶]. فرد پاسخ‌های عاطفی را برای دستیابی به اهداف شخصی و افزایش عملکرد اجتماعی؛ نظارت، ارزیابی و تعدیل می‌کند. آگاهی بیشتری نسبت به عملکردهای عاطفی در نوجوانی نسبت به دوران کودکی به‌دست می‌آید. با این‌حال، به‌دلیل ماهیت تشدیدشده چنین مؤلفه‌هایی، کنترل کمتری در بین نوجوانان مشاهده می‌شود [۲۷،۲۴]؛ ازطرفی نوجوانان مبتلا به اختلالات درونی‌سازی‌شده، احساسات را در مقایسه با همسالان خود به شیوه‌های متفاوتی تجربه می‌کنند [۲۵]. اعتقاد بر این است که اطلاعات منفی و تهدیدآمیز در چنین افرادی تشدید می‌شود. در چنین مواقعی برای این افراد سرکوب‌کردن راه امن‌تری است تا ارزیابی مجدد شناختی، چون به سبب اضطراب زیاد ناشی از این شرایط، همیشه اجتناب و فرار، راه‌حلّ به نسبت بهتری از مواجهه برای این افراد بوده است و سرکوبی نوعی تلاش برای اجتناب است که گرچه در کوتاه‌مدت اثربخشی خوبی دارد، اما در بلندمدت می‌تواند به آسیب‌های به مراتب بدتری منجر شود. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که افراد دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده نسبت به افراد فاقد اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده انعطاف‌پذیری روانشناختی کمتری داشتند ($P<۰/۰۰۱$). یافته حاضر با دیدگاه Hayes و همکاران مبنی‌بر این‌که انواع مختلف اختلالات روان‌پزشکی، ازجمله اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده، می‌توانند در نتیجه انعطاف‌پذیری روانشناختی پایین فرد ایجاد شوند، همسو می‌باشد و نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری پایین افراد دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی نسبت به افراد عادی است [۲۹،۲۸]. در تبیین این یافته می‌توان گفت انعطاف‌پذیری روانشناختی به توانایی انسان برای سازگار کردن راهکارهای فرآیند شناختی در مواجهه با شرایط جدید و غیرمنتظره در محیط اطلاق می‌شود. طبق نظریه Hayes فرد دارای انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌تواند به‌راحتی در پاسخ به درخواست‌های موقعیتی متنوع، اطلاعات را مجدداً سازماندهی کرده، به‌کار ببرد. افراد برای به‌دست‌آوردن این انعطاف‌پذیری شناختی باید پیچیدگی کامل مسائل را درک کنند و به دفعات فضای مسأله را بررسی نمایند تا ببینند چگونه تغییر در متغیرها و اهداف می‌تواند فضا را تغییر دهد. این‌که فرد چگونه می‌تواند این کار را انجام دهد، تابعی از شیوه بازنمایی دانش و فرآیندهایی است که بر پایه بازنمایی‌های ذهنی عمل می‌کند. نوجوانانی که انعطاف‌پذیری روانشناختی کمی دارند، در پاسخ به تغییرات محیطی، تغییر در زندگی اجتماعی و... محکم هستند، نیاز به ساختار دارند و تمایل دارند که تمامی شرایط به شیوه پیش‌بینی‌شده پیش برود و در برابر هرگونه تغییری مضطرب و آشفته می‌شوند [۳۱،۳۰]. در پایان گفتنی است که این مطالعه از نوع مقطعی بود، بنابراین در صورت انجام مطالعه‌ای طولی می‌توان نتایج دقیق‌تری را به‌دست آورد. همچنین متغیرهای مورد پژوهش در این مطالعه عمدتاً مؤلفه‌های هیجانی نوجوانان دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده را در برمی‌گرفت. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نقش مؤلفه‌های دیگر همچون مؤلفه‌های شناختی نیز در این افراد مورد مطالعه قرار گیرد، همچنین این مطالعه در دیگر طیف اختلال رفتاری - اختلال رفتاری برونی‌سازی‌شده - نیز انجام شود؛ از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، محدودبودن جامعه و نمونه مطالعه می‌باشد، زیرا این پژوهش در نوجوانان دختر انجام گرفته است که محدوده سنی ۱۳ تا ۱۵ سال داشتند و این امر تعمیم یافته‌ها را به کلّ جامعه محدود می‌کند. درنتیجه پیشنهاد می‌شود این مطالعه در رده‌های سنی دیگر و نوجوانان پسر نیز انجام شود. همچنین از آن‌جایی که نمونه پژوهش حاضر عمدتاً غیربالینی بود، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در نمونه‌های بالینی صورت گیرد. پژوهش حاضر صرفاً به قصد مقایسه و آشکارسازی مشکلات این افراد بود. پس بهتر است توسط پژوهشگران دیگر درزمینه این مشکلات برای این افراد مداخله صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه یافته‌های حاضر حاکی از این بود که هم تنظیم هیجان و هم انعطاف‌پذیری روانشناختی در نوجوانان دختر دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی‌شده پایین است. پژوهش‌های دیگری که رابطه انعطاف‌پذیری روانشناختی و تنظیم هیجان را مورد پژوهش قرار دادند، بیان می‌دارند که عدم توانایی نوجوانان در تنظیم هیجان مناسب و همچنین انعطاف‌پذیری پایین آن‌ها به آسیب‌پذیری بیشتر و همچنین ابتلا و تشدید اختلالات درونی‌سازی‌شده همچون

افسردگی و اضطراب منجر می‌شود. ازطرفی نظریه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بیان می‌دارد که تمامی اختلالات روانشناختی به سبب انعطاف‌پذیری روانشناختی پایین ایجاد می‌شوند. بنابراین بهتر است تدبیرهای درمانی لازم جهت بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی انجام شود تا افراد در خطر ابتلا به اختلالات روانشناختی مصون بمانند.

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری مدارس دخترانه شهر یزد، شرکت‌کنندگان در این پژوهش بابت همکاری و تکمیل ابزارهای پژوهش، همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه، به خاطر حمایت مالی نهایت تشکر و قدردانی اعلام می‌شود.

References:

[1] Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. ***Arch Gen Psychiatry*** 2005; 62(6): 617-27.

[2]Shiri E, Valipour M, Mazahery M, Roudbary B. Prevalence of Internalizing and Externalizing Behavioral Problems among Male Middle School Students in Zanjan. ***J Res Behav Sci*** 2014; 12(2): 165-73. [in Persian]

[3] Landers AL, Bellamy JL, Danes SM, Hawk SW. Internalizing and externalizing behavioral problems of American Indian children in the child welfare system. ***Child Youth Serv Rev*** 2017; 81: 413-21.

[4] Nadinluei KB, Bostanabad FF. Investigating the role of mindfulness in the relationship between children's psychological problems (internalized and externalized problems) with perceived stress of mothers in Bostanabad city in 1397: A descriptive study. ***J Rafsanjan Univ Med Sci*** 2020; 18(11): 1102-83. [in Persian]

[5] da Silva CTB, de Abreu Costa M, Kapczinski F, de Aguiar BW, Salum GA, Manfro GG. Inflammation and internalizing disorders in adolescents. ***Prog.Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*** 2017; 77: 133-7.

[6] Wolgast A, Donat M. Cultural mindset and bullying experiences: An eight-year trend study of adolescents' risk behaviors, internalizing problems, talking to friends, and social support. ***Child Youth Serv Rev*** 2019; 99: 257-69.

[7] Liu J, Chen X, Lewis G. Childhood internalizing behaviour: analysis and implications. ***J Psychiatr Ment Health Nurs*** 2011; 18(10): 884-94.

[8] Habiby M, Morady KH, Pooravary M, Salehi S. Prevalence of Behavioral Disorders in Secondary and High School Students in Qom Province Learn to pronounce. ***Iran J Epidemiol*** 2015; 11(1): 56-63. [in Persian]

[9] Sabaghi S, Mahdi Zadegan I. Compare social desirability and alexithymia among students with internalized behavioral disorder and normal students. ***J Psychological Sci*** 2020; 19(90): 765-72. [in Persian]

[10] Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross J, editor. Handbook of Emotion regulation 2007. P. 559-42.

[11] Garnefski N, Kraaij V, Van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. ***J Adolesc*** 2005; 28(5): 619-31.

[12] Ghaempour Z, Esmailian M, Sarafraz M. Emotion regulation in adolescents: the predicting role of family function and attachment. ***Thoughts Behav*** 2019; 14(51): 1-16. [in Persian]

[13] Marroquín B. Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. ***Clin Psychol Rev*** 2011; 31(8): 1276-90.

[14] Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. ***Behav Res Ther*** 2006; 44(1): 1-25.

[15] Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological symptoms, coping styles, and quality of life in patients with type-2 diabetes. ***J Health*** 2016; 7(2): 236-53. [in Persian]

[16] Amirfakhrayi A, Afshar EK, Tavakoli AM. Comparison of Psychological Flexibility of Normal Adolescents with orphans and Mistreated adolescent in Kerman Welfare Centers. ***International Conference on Psychology, Counseling, Education*** 2016. [in Persian]

[17] Shabani MJ, Mohsenabadi H, Zanjani Z. Psychometric properties of the Persian version of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. ***J Mazandaran Univ Med Sci*** 2018; 28(164): 91-101. [in Persian]

[18] Yazdkhasti F, Oreyzi H. Standardization of child, parent and teacher's forms of child behavior checklist in the city of Isfahan. ***Iran J Psychiatry Clin Psychol*** 2011; 17(1): 60-70. [in Persian]

[19] Kakaberaie K, Habiby M, Fedaei Z. Validation of achenbakh's behavioral problems: performing the youth self-report scale (ysr) for 11-18 year-oldadolescents on high school students. ***Res Mental Health*** 2008. [in Persian]

[20] Shiry E, Valipour M, Mazahery M, Roudbary B. Prevalence of internalization and externalization behavioral problems among middle school students in Zanjan. ***Behav Sci Res*** 2014; 12(2): 165-73. [in Persian]

[21] Lotfi M, Bahrampouri L, Amini M, Fatemitabar R, Birashk B, Entezari M. Persian adaptation of emotion regulation questionnaire for children and

adolescents (ERQ-CA). ***J Mazandaran Univ Med Sci*** 2019; 29(175): 117-28. [in Persian]
[22] Raver CC, Roy AL, Pressler E, Ursache AM, Charles McCoy D. Poverty-related adversity and emotion regulation predict internalizing behavior problems among low-income children ages 8–11. ***Behav Sci*** 2017; 7(1): 2.
[23] Palmer AR, Labella M, Plowman EJ, Foster R, Masten AS. Parental emotion regulation strategies and parenting quality predict child internalizing symptoms in families experiencing homelessness. ***Soc Dev*** 2020; 29(3): 732-49.
[24] Crespo LM, Trentacosta CJ, Aikins D, Wargo-Aikins J. Maternal emotion regulation and children's behavior problems: The mediating role of child emotion regulation. ***J Child Fam stud*** 2017; 26(10): 2797-809.
[25] Pace CS, Di Folco S, Guerriero V. Late-adoptions in adolescence: Can attachment and emotion regulation influence behaviour problems? A controlled study using a moderation approach. ***Clin Psychol Psychother*** 2018; 25(2): 250-62.
[26] Morris AS, Criss MM, Silk JS, Houltberg BJ. The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. ***Child Dev Perspet*** 2017; 11(4): 233-8.
[27] te Brinke LW, Menting AT, Schuiringa HD, Zeman J, Deković M. The structure of emotion regulation strategies in adolescence: Differential links to internalizing and externalizing problems. ***Soc Dev*** 2021; 30(2): 536-53.
[28] Waldeck D, Pancani L, Holliman A, Karekla M, Tyndall I. Adaptability and psychological flexibility: Overlapping constructs. ***J Contextual Behav Sci*** 2021; 19: 72-8.
[29] Morton C, Mooney TA, Lozano LL, Adams EA, Makriyianis HM, Liss M. Psychological inflexibility moderates the relationship between thin-ideal internalization and disordered eating. ***Eat Behav*** 2020; 36: 101-345.
[30] Zhang C-Q, Leeming E, Smith P, Chung PK, Hagger MS, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. ***Front Psychol*** 2018; 8: 23-50.
[31] Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. ***Int J Clin Health Psychol*** 2018; 18(1): 60-8.