

رابطه بین مؤلفه‌های تنظیم شناختی - هیجانی و اختلالات اضطرابی

مهدی ربیعی^۱، اصغر زره پوش^۲، حسن پالاهنگ^۳، حسن زارعی محمود آبادی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به نقش تنظیم شناختی- هیجانی در کنترل هیجانات مثبت و منفی، این پژوهش با هدف بررسی رابطه مؤلفه‌های تنظیم شناختی- هیجانی با اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر از نوع کاربردی و شیوه انجام آن همبستگی بود. ۲۴۰ نفر (۸۳ پسر و ۱۵۴ دختر) از کودکان و نوجوانان شهر اصفهان پرسش‌نامه‌ی نسخه تجدیدنظر یافته‌ی غربال اضطراب مرتبط با اختلالات هیجانی کودکان و پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی- هیجانی را تکمیل کردند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. داده‌ها به وسیله تحلیل‌های همبستگی چند گانه و رگرسیون چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین اکثر متغیرهای تنظیم شناختی- هیجانی با اختلالات اضطرابی رابطه معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین یافته‌های تحلیل رگرسیون چند گانه به روش گام به گام نشان داد که فاجعه‌سازی و نشخوار فکری با همدیگر ۱۸ درصد از واریانس نمره کلی اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان را تبیین می‌کند.

نتیجه‌گیری: در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و اختلالات اضطرابی رابطه وجود دارد و بعضی از راهبردهای نادرست می‌تواند در اختلالات اضطرابی دخیل باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات اضطرابی، تنظیم شناختی هیجانی، کودک و نوجوان.

ارجاع: ربیعی مهدی، زره پوش اصغر، پالاهنگ حسن، زارعی محمود آبادی حسن. رابطه بین مؤلفه‌های تنظیم شناختی- هیجانی و اختلالات

اضطرابی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۵): ۳۶۳-۳۷۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۹/۱۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۷/۱۵

E-mail: rabiei_psychology@yahoo.com.

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران (نویسنده مسؤل)

۲- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران

۴- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

مقدمه

اضطراب یکی از شایع‌ترین مشکلات روانی در میان جوامع است (۱). در مطالعات همه‌گیرشناسی، تقریباً ۱۷-۵ درصد از کودکان و نوجوانان، دست کم از یک اختلال اضطرابی رنج می‌برند (۲). اختلال‌های اضطرابی موجب مختل کردن عملکردهای تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی شده (۳-۴) ، و اغلب اوقات یک سیر مزمنی را طی می‌کنند که ممکن است تا بزرگسالی ادامه یابد (۵). همچنین این اختلال‌ها در دوران نوجوانی، به عنوان یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های افسردگی اساسی، سوء مصرف مواد و ناتمام رهاکردن تحصیلات دانشگاهی در بزرگسالی است (۶-۷). با توجه به آسیب‌هایی که اضطراب در بر دارد (۷)، تحقیقات سعی در شناسایی عوامل دخیل در علت‌شناسی و تداوم این اختلالات دارند.

شواهد نشان می‌دهند که تنظیم هیجانی ناکارآمد یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال‌های اضطرابی است (۸). بر این اساس که افراد مضطرب، هنگام روبرو شدن با هیجانات منفی در به کار بردن راهبردهای مدیریت هیجان با مشکل مواجه می‌شوند و در باز-بهبود خلق منفی کارایی کمتری را نشان می‌دهند (۹-۱۰).

تنظیم هیجانی به‌عنوان تلاش فرد برای نگهداری، بازداری و افزایش تجارب و حالات هیجانی تعریف می‌شود (۱۱-۱۲). تحقیقات انجام شده، نشان می‌دهد که تنظیم هیجانی مؤثر با سلامت روان و تنظیم هیجانی ناکارآمد (Emotion dysregulation) با دامنه‌ای از اختلال‌های رفتاری و اختلال‌های روانی از جمله سوء مصرف مواد (۱۳)، خودآزاری (self-harm) عمدی (۱۴)، افسردگی (۱۵)، اضطراب (۱۶)، اختلال شخصیت مرزی (۱۷)، اختلال استرس پس از سانحه (۱۸)، و پرخاشگری (۱۹)، رابطه دارد.

تنظیم هیجانی به طور ذاتی، سازگار یا ناسازگار نیست (۲۰). همانند هر رفتاری، تنظیم هیجانی سازگار، (Adaptive emotion regulation) به فرد اجازه می‌دهد که کارکرد او در محیط موفقیت‌آمیز باشد (۱۱) و هنگام مواجه شدن با یک تجربه‌ی هیجانی مشکل‌زا بتواند رفتارهای متناسب با هدفش را

به‌کارگیرد (۲۱) تنظیم هیجانی سازگار نیازمند مهارت‌هایی از جمله، آگاهی و پذیرش هیجانی است (۲۲). در مقابل کسی که از تنظیم هیجانی ناسازگار (Maladaptive emotion regulation) استفاده می‌کند، هنگام روبرو شدن با یک تجربه‌ی مشکل‌زا نمی‌تواند رفتارهایش را طوری تنظیم کند که بتواند به اهدافش در محیط برسد. تنظیم هیجانی ناسازگار شامل: بیش‌تنظیمی هیجان (Emotional over-regulation) و کم‌تنظیمی هیجان (Emotional under-regulation) است. بیش‌تنظیمی هیجانی موقعی اتفاق می‌افتد که فرد راهبردهای تنظیم هیجانی را به کار می‌گیرد تا از آشکار شدن تجربه‌ی هیجانی جلوگیری به عمل آورد (۲۳). در کم‌تنظیمی هیجان، رفتاری که در برابر یک هیجان انجام می‌دهد، اغلب قابل تفکیک از خود هیجان نیست (۲۱)، و فرد نمی‌تواند از راهبردهای تنظیم هیجانی مناسب جهت کنترل رفتارش استفاده کند. مطالعات نشان می‌دهند کودکان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، کمتر از تنظیم هیجانی سازگار استفاده کرده، و خودکارآمدی خود را در مدیریت تجارب هیجانی، نسبت به همسالان کمتر ارزیابی می‌کنند (۲۴).

یکی از مهم‌ترین راهبردهای تنظیم هیجانی، بازداری (Suppression) است. بازداری به عنوان یک راهبرد اجتنابی است که نه تنها به عنوان یک راهبرد ناسازگار، بلکه به عنوان یکی از عوامل دخیل در اختلالات اضطرابی شناخته شده است (۲۵). همچنین در دیگر اختلال‌های اضطرابی، از جمله، اختلال استرس پس از سانحه، بازداری با شدت اختلال رابطه داشته و افراد مبتلا به این اختلال از میزان و زمان بیشتری از این راهبرد نسبت به افراد سالم برای تنظیم هیجانات‌شان استفاده می‌کنند (۲۶). استفاده از بازداری در هیجان مثبت نه تنها بخش بیانی بلکه بخش تجربی هیجانات را در این افراد کاهش می‌دهد (۱۶)، که این خود می‌تواند در افزایش خطر ابتلا به افسردگی در مبتلایان به این اختلال سهمی داشته باشد (۲۶). استفاده بیشتر از راهبرد بازداری در مبتلایان به افسردگی و اضطراب‌شان داده شده است (۲۷). در مجموع، نظریه‌های موجود (۲۸-۲۹)، شواهد تجربی (۳۱-۳۰)، و بالینی (۳۲)، نشان

اصفهان انتخاب شدند. کفایت حجم نمونه به روش کوکران محاسبه شد. دامنه‌ی سنی آزمودنی‌ها بین ۱۸-۱۱ سال بود.

ابزارها

۱- نسخه تجدیدنظر یافته‌ی غربال اضطراب مرتبط با

The diagnostic utility of the screen for child anxiety (related emotional disorders-71)

در این مطالعه از SCARED-71 استفاده شده است. همسانی درونی نمره‌ی کل در گروه بهنجار (بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۵) و در گروه بالینی (بین ۰/۸۶ و ۰/۹۴) به دست آمده است (۳۷-۳۵)، اعتبار بازآزمایی این مقیاس رضایت بخش بود (۳۶)، و هم‌چنین از لحاظ روایی همزمان نیز مناسب و روا بود (۳۸) و در نهایت نیز حساسیت درمانی آن به اثبات رسیده است (۳۶). پایایی این پرسش‌نامه در ایران از دامنه ۰/۵۲ تا ۰/۸۵ نشان داده شده است (۳۹). لازم به ذکر است که در میان خرده مقیاس‌ها، شاخص پانیک بیشترین مقادیر پایایی را در کل نمونه و دو جنس کسب کرد و (PTSD یا Post-traumatic stress disorder) پایایی نسبتاً ضعیفی را نشان داد. استفاده از SCARED به عنوان غربالگری برای کودکان و نوجوانان مزیت‌های زیادی دارد (۴۰).

۲- پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive emotion regulation questionnaire) (۴۱):

یک پرسش‌نامه چند بعدی می‌باشد که به منظور شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی (Cognitive coping strategies) افراد بعد از تجربه موقعیت‌ها و حوادث منفی ساخته شده است. این پرسش‌نامه، یک ابزار خودسنجی ۳۶ سؤالی می‌باشد که نه راهبرد مقابله‌ای شناختی متفاوت (خود-ملامت‌گری، پذیرش و عینیت بخشی، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر روی برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، تسهیل حادثه، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران) را می‌سنجد. این پرسش‌نامه قابل استفاده برای جامعه بالینی و بهنجار می‌باشد. مطالعات زیادی بر روی این پرسش‌نامه انجام شده است که نتایج همه آن‌ها دلالت بر روایی و پایایی مناسب این

می‌دهند که راهبرد بازدارنده در تنظیم هیجانی به عنوان یک راهبرد ناسازگار در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی است.

بر اساس تحقیق‌های صورت گرفته، کودکان مضطرب در کنترل انعطاف‌پذیر توجه (به عنوان عنصر اساسی در تنظیم هیجان) مهارت کمتری داشته (۳۴-۳۳)، و توانایی کمتری در تنظیم نگرانی، غمگینی و عصبانیت خود نسبت به کودکان غیره مضطرب نشان می‌دهند (۲۴).

با وجود اهمیت نقش ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجانی-شناختی با اختلالات اضطرابی، تحقیقی جامعی که ارتباط بین تمام مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان را با تمام اختلالات اضطرابی در کودکان چه در خارج و چه در داخل کشور مورد بررسی قرار دهد، انجام نشده است. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بی‌تنظیم شناختی هیجان و اختلال‌های اضطرابی در کودکان و نوجوانان انجام گرفت و فرضیات زیر مورد بررسی قرار گرفت:

۱- بین مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجان و اختلال‌های اضطرابی در کودکان و نوجوانان رابطه وجود دارد.

۲- مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجان می‌توانند اختلال‌های اضطرابی را در کودکان و نوجوانان پیش‌بینی کنند.

۳- بین دو جنس دختر و پسر از لحاظ اختلالات اضطرابی تفاوت وجود دارد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از کاربردی و شیوه انجام آن همبستگی بود. پژوهش در صد بررسی رابطه بین متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و اختلالات اضطرابی می‌باشد.

جامعه پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان شهر اصفهان که در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ مشغول به تحصیل بودند، شامل می‌شود.

شرکت‌کنندگان

نمونه‌ی پژوهش شامل ۲۴۱ نوجوان (۸۳ پسر و ۱۵۴ دختر) در محدوده پنجم دبستان تا سوم دبیرستان بودند که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از مدارس نواحی مختلف شهر

ملاس، پرسش‌نامه‌ها تنها در اختیار کسانی قرار می‌گرفت که مایل به همکاری بودند. کودکان سنین پایین‌تر نیز با همکاری دستیاران پژوهشی پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. همچنین به شرکت‌کنندگان و مسؤولان توضیح داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد بود و نتایج به صورت آماری منتشر خواهد شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش ۳۴۱ دانش‌آموز ۱۱ تا ۱۸ ساله با میانگین و انحراف $12/68 \pm 2/44$ بودند. یافته‌های پژوهش شامل تحلیل‌های مربوط به ماتریس همبستگی و تحلیل رگرسیون می‌باشند که به ترتیب در ادامه آورده شده‌اند:

پرسش‌نامه می‌باشد (۴۲-۴۱). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران نیز در پژوهش حاضر محاسبه گردید. مقادیر پایایی آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی (با فاصله زمانی ۴ هفته) برای عامل کلی به ترتیب $0/88$ و $0/81$ به دست آمد و برای زیر مقیاس‌ها نیز به ترتیب در دامنه $0/63$ تا $0/89$ و $0/71$ تا $0/85$ به دست گزارش شد. همچنین در این مطالعه، پرسش‌نامه از روایی صوری مناسبی برخوردار بوده است.

تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر برای بررسی رابطه بین متغیرهای پیش‌بین (تنظیم شناختی هیجان) و متغیرهای ملاک (اختلالات اضطرابی) از همبستگی تفکیکی و تحلیل رگرسیون چند متغیر استفاده گردید. لازم به ذکر است تلاش شد موارد مربوط به اخلاق پژوهش همچون رضایت، دوطلبانه بودن، آگاهی، راز داری و... رعایت شود. بدین منظور، پس از کسب مجوز از مراکز ذی‌صلاح و هماهنگی با مسؤولان

جدول ۱. ضرایب همبستگی تفکیکی و مجذور همبستگی چندگانه بین مؤلفه‌های تنظیم‌شناختی هیجان و اختلالات اضطرابی

ملاک	اختلال وحشت	اختلال اضطراب فراگیر	اختلال اضطراب جدایی	اختلال وسواس فکری-عملی	اختلال اضطراب پس از سانحه	فوبی از حیوانات	فوبی از خون، تزریق و جراحت	فوبی از عوامل موقعیتی و محیطی	فوبی اجتماعی	مجذور همبستگی چندگانه
خود-ملامت‌گری	$0/32^{**}$	$0/35^{**}$	$0/17^{**}$	$0/29^{**}$	$0/26^{**}$	$0/13$	$0/21$	$0/20^{**}$	$0/24^{**}$	$0/10^*$
پذیرش و عینیت بخشی	$0/24^{**}$	$0/20^{**}$	$0/13$	$0/13$	$0/19^{**}$	$0/03$	$0/17^*$	$0/03$	$0/16^*$	$0/15^*$
نشخوار فکری	$0/15^*$	$0/23^{**}$	$0/20^{**}$	$0/30^{**}$	$0/27^{**}$	$0/18^{**}$	$0/15^*$	$0/14$	$0/12$	$0/13^*$
تمرکز مجدد مثبت	$-0/02$	$0/09^{**}$	$-0/02$	$-0/12$	$-0/05$	$-0/01$	$-0/03$	$-0/014$	$-0/04$	$0/13^*$
تمرکز مجدد بر روی برنامه ریزی	$0/03$	$0/02$	$-0/01$	$0/08$	$0/1$	$0/05$	$-0/01$	$0/07$	$0/08$	$0/02$
ارزیابی مجدد مثبت	$0/08$	$0/02$	$0/03$	$0/12$	$0/04$	$0/04$	$0/03$	$0/09$	$0/08$	$0/03$
کل نگری	$0/12$	$0/10$	$-0/09$	$0/14$	$0/13$	$0/38^*$	$0/192^*$	$0/17^*$	$0/00$	$0/20^*$
فاجعه سازی	$0/25^{**}$	$0/24^{**}$	$0/21^{**}$	$0/32^{**}$	$0/25^{**}$	$0/06$	$0/19^{**}$	$0/12$	$0/19^{**}$	$0/11^{**}$
سرزنش دیگری	$0/18^*$	$0/15^*$	$0/14^*$	$0/15^*$	$0/20^{**}$	$0/009$	$0/07$	$0/10$	$0/21^{**}$	$0/16^{**}$

**معنی‌داری در سطح $0/01$ *معنی‌داری در سطح $0/05$

هیجانی یعنی خود ملامت‌گری بیشترین همبستگی را با اختلال وحشت‌زدگی و کمترین همبستگی را با فوبی از حیوانات دارد و در مجموع مجذور همبستگی چندگانه آن با

همان‌طور که در جدول (۱) قابل مشاهده می‌باشد بین اکثر متغیرهای تنظیم شناختی-هیجانی و اختلالات اضطرابی رابطه معنی‌داری وجود دارد. اولین خرده مقیاس تنظیم‌شناختی

و درگام دوم مؤلفه‌های فاجعه‌سازی و نشخوار فکری با ضریب استاندارد بتا ۰/۲۵ درحضور سایر متغیرهای پیش‌بینی توانسته‌اند وارد مدل رگرسیون شوند و با هم‌دیگر ۰/۱۸ از واریانس متغیر ملاک (اختلالات اضطرابی) را تبیین کنند. هم‌چنین نتایج آماری (R change) نشان داد که نشخوار فکری در گام دوم به مدل اضافه شده و ۰/۰۵ از توان تبیین متغیر ملاک را بالا برده است.

به منظور مقایسه عامل جنسیت از لحاظ اختلالات اضطرابی از آزمون یومن ویتنی (Mann-Whitney U Test) استفاده شد که نتایج آن در جدول (۲) آورده شده است. داده‌های تحلیل ادغام شده یومن ویتنی (به دلیل عدم برآورد پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک) نشان می‌دهد دو گروه در عامل کل و مؤلفه‌های آن با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند ($p < ۰/۰۰۱$)؛ به عبارت دیگر گروه دختران به صورت معنی‌داری نمرات بیشتری را در میزان نمرات اضطراب کسب کردند.

اختلالات اضطرابی ۱۰ درصد به دست آمد. دومین خرده مقیاس تنظیم هیجانی- شناختی یعنی پذیرش و عینیت بخشی بیشترین همبستگی را با اختلال وحشت‌زدگی و کمترین همبستگی را با فوبی از حیوانات دارد و در مجموع مجذور همبستگی چندگانه آن با اختلالات اضطرابی ۱۵ درصد به دست آمد. سومین خرده مقیاس تنظیم هیجانی- شناختی یعنی نشخوار فکری بیشترین همبستگی را با اختلال وسواس فکری- عملی و کمترین همبستگی را با فوبی اجتماعی دارد و در مجموع مجذور همبستگی چندگانه آن با اختلالات اضطرابی ۱۳ درصد به دست آمد. به همین ترتیب ارتباط سایر متغیرهای هم در جدول (۱) آورده شده است و معنی‌داری آن‌ها نیز با ستاره مشخص شده است.

نتایج تحلیل رگرسیون به روش گام به گام نشان داد که درگام اول مؤلفه‌های فاجعه‌سازی با ضریب استاندارد بتا ۰/۳۶ توانسته است درحضور سایر متغیرهای پیش‌بینی وارد مدل شود و ۱۳ درصد از واریانس اختلالات اضطرابی را تبیین کند.

جدول ۲. نتایج آزمون یومن ویتنی تفاوت دو گروه دختران و پسران در اختلالات اضطرابی

عوامل	آماره یومن ویتنی	آماره Z	معنی‌داری
عامل کلی	۳۹۸۶/۵۰	-۵/۱۶	۰/۰۰۱
پانیک	۴۷۰۴/۵	-۳/۷۸	۰/۰۰۱
اضطراب منتشر	۴۸۹۱	-۳/۸۸	۰/۰۰۱
ترس اجتماعی	۵۵۱۴	-۲/۲۲	۰/۰۲
اضطراب جدایی	۴۸۹۱	-۳/۴۲	۰/۰۰۱
وسواس	۴۳۷۹	-۲/۴۲	۰/۰۰۱
استرس حاد	۴۰۹۶	-۵	۰/۰۰۱
فوبی‌های خاص	۶۱۶۳	-۵/۸۸	۰/۰۰۱

به وجود آمدن آن دخیل هستند. تنظیم و کنترل شناختی- هیجانی یک از عامل‌های اساسی در کنترل هیجان‌ات مثبت و منفی و ایجاد کننده اختلالات هیجانی می‌باشد، در پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

اختلالات اضطرابی، از ناکارآمدکننده‌ترین و شایع‌ترین اختلال‌ها در کودکی و نوجوانی است، که عوامل مختلفی در

کودکان مضطرب در کنترل انعطاف‌پذیر توجه (به عنوان عنصر اساسی در تنظیم هیجان) مهارت کمتری داشته (۵۴-۵۱)، و با توجه به نقش سوگیری توجه در اختلال استرس پس از سانحه، توجه به مهارت‌های تنظیم هیجانی در کودکان اهمیت بیشتری دارد.

بررسی نقش تنظیم هیجانی در اختلال وسواس فکر- عملی، از مباحث جدید در زمینه‌ی سبب‌شناسی این اختلال است. یافته‌های به دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهند که خودملاصت‌گری، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی رابطه‌ی مثبت معنی‌داری با اختلال وسواس فکری عملی دارد. این یافته با نتایج مطالعه‌ی (۵۲)، روی افراد بزرگسال هماهنگ است. در مطالعه‌ی ذکر شده، افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، از راهبردهای ناسازگار (بازداری) برای تنظیم هیجان‌اتشان استفاده می‌کردند. بنابراین توجه به تنظیم هیجانی می‌تواند در زمینه‌ی سبب‌شناسی و درمان این اختلال مفید باشد.

یافته‌ی بعدی این مطالعه نشان می‌دهد که مؤلفه‌های تنظیم هیجانی، با انواع فوبی‌ها، از جمله: فوبی خون، فوبی حیوانات و فوبی از عوامل محیطی و موقعیتی و فوبی اجتماعی رابطه دارد. این یافته با یافته‌های (۵۳، ۱۶)، همخوان است.

همخوان با یافته‌های پژوهش حاضر، شماری از مطالعات بیانگر رابطه قوی استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مشکلات هیجانی و اضطرابی است (۵۴). به طور کلی، نتایج نشان می‌دهند که افرادی که از سبک‌های شناختی ضعیف مانند نشخوارگری، فاجعه‌انگاری و ملامت خویش استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد، بیشتر در برابر مشکلات هیجانی و اضطرابی آسیب‌پذیر هستند. در حالی که افرادی که از سبک‌های مطلوب تنظیم شناختی-هیجانی مانند ارزیابی مجدد مثبت استفاده می‌کنند، آسیب‌پذیری کمتر دارند (۵۴).

از لحاظ سبب‌شناسی می‌توان احتمال داد که یکی از دلایل مستعدکننده افراد برای ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی (به خصوص اختلال‌های اضطرابی و عاطفی) استفاده از

حاضر سعی شده است که به بررسی رابطه این عامل با اختلالات اضطرابی توجه و تمرکز شود، به عبارت دیگر این مطالعه با هدف بررسی رابطه مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی و اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان انجام شده است.

یافته‌های به دست آمده از تحلیل همبستگی و همبستگی چندگانه نشان دادند که خود ملامت‌گری، پذیرش و عینیت بخشی، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی با اختلال وحشت‌زدگی رابطه‌ی مثبت معنی‌دار دارد (جدول ۱) و بر اساس رگرسیون گام به گام مؤلفه‌های فاجعه‌سازی و نشخوار فکری، ۰/۱۸ از اختلالات اضطرابی راپیش‌بینی می‌کنند که با یافته‌های قبلی (۴۳-۴۵)، مبنی بر این که اختلال وحشت‌زدگی، ناشی از فاجعه‌آمیز تلقی کردن نشانه‌های بدنی است، هماهنگ است. همچنین با یافته‌های (۴۸-۴۶)، مبنی بر این که افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی تمایل به استفاده از راهبردهای ناکارآمد در تنظیم هیجان‌اتشان دارند همخوان است.

یافته‌ی بعدی نشان می‌دهد که مؤلفه‌های خود ملامت‌گری، پذیرش و عینیت‌بخشی، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی با اختلال اضطراب فراگیر و خود ملامت‌گری، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی با اختلال اضطراب جدایی رابطه‌ی مثبت معنی‌دار دارد (جدول ۱) که با یافته‌های قبلی (۴۹، ۲۴)، هماهنگ است. به نظر می‌رسد که کودکان و نوجوانان مضطرب بیشتر از راهبردهای ناسازگار (نشخوار فکری و خود ملامت‌گری) برای تنظیم هیجان‌اتشان استفاده می‌کنند که موجب می‌شود فرد در رسیدن به اهدافش در محیط با ناکامی مواجه شود و در چرخه‌ی ناکامی- اضطراب گرفتار شود.

یافته‌ی بعدی این پژوهش نشان می‌دهد که خود ملامت‌گری، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی با اختلال استرس پس از سانحه رابطه‌ی مثبت معنی‌دار دارد (جدول ۱). این یافته‌ها با یافته‌های به دست آمده از مطالعات پیشین، (۵۰، ۲۵، ۱۶)، مبنی بر استفاده‌ی بیشتر افراد مبتلا به اختلال پس از سانحه از راهبردهای بازداری و سوگیری توجه به عنوان راهبردهای ناکارآمد در تنظیم هیجانی هماهنگ است. با توجه به این که

مسأله‌مدار تکیه می‌کنند که معمولاً با سطح اضطراب پایین‌تر رابطه دارد (۵۶).

در مجموع این مطالعه نشان می‌دهد که کودکان و نوجوانان مضطرب، هنگام روبرو شدن با هیجانات منفی در به کار بردن راهبردهای مدیریت هیجان با مشکل مواجه می‌شوند و در باز-بهبود خلق منفی کارایی کمتری را نشان می‌دهند (۱۰-۹) و ناتوانی در مهارت‌های تنظیم هیجانی در کودکان و نوجوانان یکی از ریسک فاکتورهای مهم در زمینه‌ی اختلالات اضطرابی است.

این مطالعه روی کودکان و نوجوانان انجام گرفت که باید در تعمیم نتایج به بزرگسالان جانب احتیاط را رعایت کرد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی، یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه است و پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی گروه‌های مختلف بیماران اضطرابی از لحاظ مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی مقایسه شوند و همچنین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های در زمینه طراحی پروتکل‌های درمانی که در آن تمرکز بر مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی است، انجام شود.

راهبردهای نامطلوب تنظیم شناختی-هیجانی است، که یافته‌های پژوهش حاضر نیز همخوان با این نکته بود. راهبردهای نامطلوب تنظیم شناختی-هیجانی مانند نشخوارگری، فاجعه‌انگاری و ملامت خویش به جای این‌که کمک‌کننده و کاهش‌دهنده نگرانی باشد، در بیماران اضطرابی باعث می‌شود که نگرانی و فرانگرانی افزایش یابد و نقش کمک‌کننده در حفظ و تشدید بیماری در این افراد داشته باشد.

آخرین یافته، به بررسی اختلالات اضطرابی در دو گروه دختر و پسر پرداخته است. نتایج نشان داد که دو گروه در تمام خرده‌مقیاس‌های اختلالات اضطرابی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند (جدول ۲). این یافته با مطالعه‌های (۵۵)، همخوان می‌باشد. دختران ممکن است به خاطر رفتار قالبی جنسیتی، نشانه‌های اضطرابی را نسبت به پسران بیشتر گزارش دهند، از لحاظ فرهنگی، معمولاً پذیرفته شده که دختران نسبت به پسران نشانه‌های اضطرابی را بیشتر نشان دهند. همچنین، مشخصه‌ی رفتار مقابله‌ای دختران، بیشتر نگرانی و نشخوار فکری هست که این خود اضطراب را افزایش می‌دهد. در حالی که پسران بر سبک مقابله‌ای فعال و

References

1. Ollendick TH, King NJ, Muris P. Fears and phobias in children: Phenomenology, epidemiology, and aetiology. *Chil Adol Mental Health* 2002; 7(3): 98-106.
2. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35(9):1110-9.
3. Essau CA, Muris P, Ederer EM. Reliability and validity of the spence children's anxiety scale and the screen for child anxiety related emotional disorders in German children. *J Behav Thera Ex Psych* 2002; 33: 1-18 .
4. Messer SC, Beidel DC. Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Chil Adol Psych* 1994; 33(7): 975-83.
5. Roza SJ, Hofstra MB, van der Hende J, Verhulst FC. Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: A 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *Am J Psych* 2003; 160: 2116-21.
6. Buckner JD, Schmidt NB, Lang AR, Small JW, Schlauch RC, Lewinsohn PM. Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *J Psych Res* 2008; 42: 230-9.

7. Woodward LJ, Fergusson DM. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J Am Acad Chil Adol Psych* 2001; 40(9): 1086-93.
8. Mennin SD, Holaway RM, Fresco DM, Moore M, Heimberg RG. Delineating components of emotion and its deregulation in anxiety and mood psychopathology. *Beh Thera* 2007; 38:284-302.
9. Salters- Pedneault K, Roemer L, Tull MT, Rucker L, Mennin DS. Emotion in chronic worry and GAD: Evidence of regulation deficits. *Cogn Thera Res* 2006; 30, 469-80.
10. Turk CL, Heimberg RG, Luterek JA, Mennin DS, Fresco D. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cogn Thera Res* 2005; 29: 89-106.
11. Bridges LJ, Denham SA, Ganiban JM. Definitional issues in emotion regulation research. *Chil Develop* 2004; 75(2): 340-5.
12. Rottenberg J, Gross JJ. Emotion and emotion regulation: A map for psychotherapy researchers. *Clin Psychol- Sci Pract* 2007; 14(4): 323-8.
13. Kun B, Demetrovics Z. Emotional intelligence and addictions: A systematic review. *Substance Use Misuse* 2010; 45(7-8): 1131-60.
14. Buckholdt KE, Parra GR, Jobe-Shields L. Emotion regulation as a mediator of the relation between emotion socialization and deliberate self-harm. *Am J Orthopsych* 2009; 79(4): 482-90.
15. John OP, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *J Personal* 2004; 72(6): 1301-33.
16. Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP. Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *J Psychopathol Behav Assess* 2010; 32(1): 68-82.
17. Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 2006; 115(4): 850-5.
18. Tull MT, Barrett HM, McMillan ES, Roemer L. A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behav Thera* 2007; 38(3): 303-13.
19. Cohn AM, Jakupcak M, Seibert LA, Hildebrandt TB, Zeichner A. The role of emotion deregulation in the association between men's restrictive emotionality and use of physical aggression. *Psychol Men Mascul* 2010; 11(1):53-64.
20. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysio* 2002; 39: 281-91.
21. Bridges LJ, Denham SA, Ganiban JM. Definitional issues in emotion regulation research. *Chil Develop* 2004;75(2): 340-5.
22. Gratz KL, Tull MT. Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. In: Baer RA Editor., *Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the processes of change*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2010.

23. Berking M, Znoj H. Development and validation of a self-report measure for the assessment of emotion regulation skills (SEK-27). *Zeitschrift Fur Psychiatrie Psychologie and Psychotherapie* 2008; 56(2): 141–53.
24. Greenberg LS, and E, Bolger. An emotion-focused approach to the overregulation of emotion and emotional pain. *J clin psycho* 2001; 57(2): 197-211.
25. Suveg C, Zeman J. Emotion regulation in children with anxiety disorders. *J Clin Child Adol Psychol* 2004; 33: 750–9.
26. Lynch TA, Robins CJ, Morse JO, Krause ED. A mediational model relating affect intensity, emotional inhibition, and psychological distress. *Behav Thera* 2001; 32: 519–36.
27. Roemer L, Litz BT, Orsillo SM, Wagner AW. Apreliminary investigation of the role of strategic withholding of emotions in PTSD. *J TraumaStr* 2001; 14: 149–56.
28. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Personal Soc Psycho* 2003; 85(2): 348–62.
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4thed (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc; 1994 .
30. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross JJ, Editors. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 2007: 542–59.
31. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther* 2004; 35: 205–30.
32. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clin Psychol: Sci Pract* 2002; 9: 85–90.
33. Craske MG, Miller PP, Rotunda R, Barlow DH. A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behav Res Thera* 1990; 28(5): 395–400.
34. Feldner MT, Zvolensky MJ, Eifert GH, Spira AP. Emotional avoidance: An experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behav Res Thera* 2003; 41(4): 403–11.
35. Schmidt NB, Wollaway-Bickel K, Trakowski J, Santiago H, Storey J, Koselka M. Dismantling cognitive behavioral treatment for panic disorder: Questioning the utility of breathing retaining. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(3): 417–24.
36. Lonigan C, Vasey M, Phillips B, Hazen RA. Temperament, anxiety, and the processing of threat-relevant stimuli. *J Clin Chil Adolt Psychol* 2004; 33: 8–20.
37. Muris M, Meesters C, Rempelberg L. Attention control in middle childhood: Relations to psychopathological symptoms and threat perception distortions. *Behav Res Ther* 2007; 45: 997–1010.

38. Muris P, Driessens L, Bogels S, Weckx M, van Melick MA. Questionnaire for screening a broad range of DSM-defined anxiety disorder symptoms in clinically referred children and adolescents. *J Child Psychol Psych* 2004; 44:1-8.
39. Hale IWW, Raaijmakers Q, Muris P, Meeus W. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in the general adolescent population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005; 44(3):283-290.
40. Muris P, Merckelbach H, Luijten M. The connection between cognitive development and specific fears and worries in normal children and children with below-average intellectual abilities: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy* 2002; 40(1):37-56.
41. Palahang H, Rabiei M, Khorramdel K, Zerehpash A, Sjjadian P. Validity, reliability and factor structure analysis of the revised version of the screen for child anxiety related emotional disorders-71 (SCARED-71). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2012; 18(3): 202-10.
42. Muris P. Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: Their reliability and validity in a normal adolescent sample. *Beh Res Thera* 2002; 40(7): 753-72.
43. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems; *Personality and Individual Differences* 2001; 30: 1311-27.
44. Garnefski N, Legerstee J, Kraaij V, van den Kommer T, Teerds J. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *J Adolesc* 2002; 25, 603-11.
45. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986; 24(4): 461-70.
46. McNally RJ. Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biol Psychiatry* 2002;52: 938-46.
47. Bouton ME, Mineka S, Barlow DH. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychol Rev* 2001; 108: 4-32.
48. 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.
49. Salters-Pedneault K, Tull MT, Roemer L. The role of avoidance of emotional material in the anxiety disorders. *Appl Preven Psychol* 2004; 11: 95-114.
50. Allen LB, Barlow DH. Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behav modific* 2009; 33(6): 743-62.
51. Hermann A. Emotion regulation in spider phobia: Role of the medial prefrontal cortex. *Soc Cognitive Affect Neuroscience* 2009; 4(3): 257-67.
52. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *PERS INDIV DIFFER* 2006; 40: 1659-69.
53. Bodden DHM, Bogels SM, Muris P. The diagnostic utility of the Screen for child anxiety related emotional Disorders-71 (SCARED-71). *BEHAV THER* 2009; 47: 418-25.

54. Castellanos D, Hunter T. Anxiety disorders in children and adolescents. *Southern Medical Journal* 1999; 92(10): 946–53.
55. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60: 837–44.
56. Craske MG. Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Differences* 1997; 37: 1583–96.

Relationship between components of cognitive emotion regulation and anxiety disorders

Mehdi Rabie¹, Asghar Zerehpush², Hasan. Palahang³, Hasan Zarie Mahmood Abadi⁴

Original Article

Abstract

Aim and Background: According to role of cognitive - emotion regulation in control of positive and negative emotions, the purpose of this study was to determine the relationship between cognitive- emotion regulation and anxiety disorders in child and adolescent.

Methods and Materials: The method of this study was applied. 240 participants of child and adolescent (154 male and 83 female) were selected randomly and the instruments (the revised version of screen for child anxiety related emotional disorders-71 and cognitive emotion regulation questionnaire). This study was administered on them. The sampling of this study was to multi-cluster sampling. Data analysis of this study was to correlation and multiple regressions.

Findings: The results showed that there were significant correlations between most of the Cognitive emotion regulation components and anxiety disorders. Also, the findings of analysis of multi-regression (stepwise method) showed that catastrophic and rumination explained 16 percent of variance of total score of anxiety disorders in child and adolescent.

Conclusions: It can be concluded there is correlation between of cognitive-emotion regulation strategies and anxiety disorders. And some of the cognitive emotion regulation strategies can be involved in anxiety disorders.

Keywords: Anxiety Disorders, Cognitive Emotion Regulation, Child and Adolescent.

Citation: Rabie M, Zerehpush A, Palahang H, Zarie Mahmood Abadi H. **Relationship between components of cognitive emotion regulation and anxiety disorders.** J Res Behave Sci 2014; 11(5):363-374

Received: 06.10.2012

Accepted: 02.12.2013

1-Assistant Professor, Baqiyatallah University of Medical sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) E-mail:

rabiei_psychology@yahoo.com

2-MS, Department of Clinical Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

3-Assistant Professor, Shahrkord University of Medical sciences, Shahrkord, Iran.

4-Assistant Professor, Department of Psychology, Yazd University, Yazd, Iran.