






Evaluation of cognitive, emotional, and social trans-diagnostic structures in severe predictions in adolescents with and without sub-clinical symptoms of emotional disorders

Vahideh Javadi¹, Farzane Ahmadi², Leila Salek Ebrahimi³, Ehsan Fakour⁴, Mohsen Dadashi⁵, SeyedehElnaz Mousavi^{5*}

¹MS student of Clinical Psychology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

²Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

³Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴Shahid Beheshti Medical Education Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

⁵Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 26 Apr 2022

Accepted: 17 Aug 2022

ePublished: 11 Oct 2022

Keywords:

- Emotion regulation
- Cognitive flexibility
- Repetitive negative thoughts
- Social adjustment
- Emotional disorders
- Adolescents

Abstract

Background. The purpose of this study was to compare the meta-diagnostic constructs of emotion regulation, negative repetitive thoughts, cognitive flexibility, and social adjustment in two groups of adolescents with and without preclinical symptoms of emotional disorders.

Methods. The samples of this cross-sectional and comparative research included 140 teenagers who were divided into two groups. Adolescents were divided into two groups based on the diagnostic interview and DASS-21 questionnaire. Statistical analysis of the data was done using the Mann-Whitney and Chi square tests.

Results. Cognitive flexibility and emotion regulation in the group of healthy adolescents was significantly higher than the group of adolescents with preclinical symptoms. However, the level of social adjustment was not significantly different between the two groups of adolescents with preclinical symptoms and healthy adolescents.

Conclusion. The significant difference between the two groups of teenagers in meta-diagnostic structures shows the importance of these factors in the process of prevention, diagnosis, and treatment of emotional disorders and symptoms such as anxiety and depression.

Practical Implications. Considering the existence of significant differences in the two groups of adolescents in meta-diagnostic cognitive and emotional structures, effective measures can be taken to prevent the complete clinical manifestation of emotional disorders. As a result of these measures, an important step can be taken to reduce the financial, psychological, and social costs caused by these disorders.

How to cite this article: Javadi V, Ahmadi F, Salek Ebrahimi L, Fakour E, Dadashi M, Mousavi S E. Evaluation of cognitive, emotional and social Trans-diagnostic structures in severe predictions in adolescents with and without clinical symptoms of emotional emotions. *Med J Tabriz Uni Med Sciences*. 2022; 44(4):343-350. doi: 10.34172/mj.2022.039. Persian.

*Corresponding author; Email: Elnaz48.mousavi@gmail.com

© 2022 The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Background

Depression and anxiety are the most common psychological disorders among children and adolescents. With the emergence of transdiagnostic treatments and the etiology of emotional disorders, researchers have focused on the importance of transdiagnostic structures in the last two decades. Inability to manage emotions is one of the main causes of misbehavior among children and adolescents and is related to many psychological disorders. Another important component that contributes to the formation and continuation of these disorders is repetitive negative thoughts, these thoughts are characterized by three common characteristics: 1) repetitiveness 2) being uncontrollable 3) having negative content. Cognitive flexibility Since teenagers with emotional disorders have low inhibition in emotional behaviors, mood irritability and overreaction to criticism, their cognitive flexibility skills are lacking. Social adaptation is another important construct that refers to the ability to adapt, compromise, cooperate and cope with oneself, the environment and others.

Methods

The present study was a cross-sectional comparative study with purposive sampling. The population of the present study included all teenagers aged 12-17 in Zanjan province. The required number of samples was determined as 20 people based on the preliminary study (Polite study), of whom ten teenagers had subclinical symptoms and ten teenagers had no subclinical symptoms. The sample size was calculated as 70 people in each group, and the information of a total of 140 teenagers was collected. Sharing announcements in the social networks, samples voluntarily participated in the study. Another part of the sampling was done through the referral of psychologists and counselors by providing the telephone numbers of the teenagers. Screening of the group of adolescents with subclinical symptoms was done based on semi-structured diagnostic interview (K-SADS_PL) and the score obtained in the questionnaire (DASS-21), where the scores between 14-20 for depression and

10-14 for anxiety indicated moderate severity. The presence of symptoms was at the subclinical level. Then, CERQ cognitive emotion regulation questionnaire, RTQ-10 repetitive negative thoughts questionnaire, AISS students' social adjustment questionnaire, psychological flexibility or action acceptance questionnaire (AAQ-II) were administered. The questionnaires were completed by the participants after the end of the intervention and three months after the end of the intervention. The normality of the distribution of the variables was checked with the Kolmogorov-Smirnov test. First, two groups of teenagers with and without preclinical symptoms were compared in terms of age and sex, respectively, using the Mann-Whitney and Chi squared tests. Then, the two groups were compared using two independent t-tests and Mann-Whitney based on social adjustment, negative repetitive thoughts, cognitive flexibility, and emotion regulation subscales. Analyses were performed in SPSS software version 26.

Results

The average (standard deviation) age of adolescents in the preclinical group was 14.44 (1.81) years and in the healthy group was 13.80 (2.40) years. Based on the results of the Mann-Whitney test, the two groups were homogeneous in terms of age (0.076). = P , $t = -1/78$). While 51 (65%) teenagers in the subclinical group were female, 45 (75%) teenagers in the healthy group were female. No significant difference was observed in terms of gender of teenagers in the two groups ($P=0.275$, $\chi^2=1.19$). On the other hand, the mean (standard deviation) of anxiety and depression in the subclinical group was equal to 14.24 (3.69) and 15.96 (4.55), and in the group of healthy adolescents it was equal to 9.41 (1.81) and 66.9 (2.05). So, the subclinical group experienced anxiety and depression symptoms at higher levels than the healthy group. There was no significant difference in social adjustment between the two groups ($P<0.001$). Regarding repetitive negative thoughts, there was a significant difference between the two groups ($P<0.001$), so that the group of teenagers with

subclinical symptoms experienced a high level of repetitive negative thoughts. Regarding cognitive flexibility, there was a significant difference between the two groups in terms of cognitive flexibility ($P<0.001$) and the group of healthy teenagers had a higher level of cognitive flexibility. The emotion regulation variable also had nine subscales. The findings showed that in the subscales of self-blame, acceptance, rumination, catastrophizing, and blaming others, adolescents with subclinical symptoms had significantly higher scores, and in two subscales, refocusing on planning and positive reappraisal. Adolescents without symptoms had a significantly higher score. However, no significant difference was observed in the two groups in terms of the two subscales of perspective-taking and positive refocusing.

Conclusion

The results of this research showed that there was a significant difference between the trans-diagnostic

constructs of negative repetitive thoughts and cognitive flexibility in the two groups. Also, in the structure of emotion regulation, six subscales out of nine subscales had a significant difference; therefore, in total, this trans-diagnostic factor also had a significant difference. However, no significant difference was observed between the two groups regarding the social adjustment subscale. This means that the adolescents of the two groups did not have a significant difference in the degree of adaptation to the environment. Based on these results, these transdiagnostic factors should be considered in the process of prevention, diagnosis, and treatment of emotional disorders and symptoms such as anxiety and depression.

بررسی سازه‌های میان‌تشخیصی شناختی، هیجانی و اجتماعی در پیش‌بینی شدت علایم در نوجوانان با و بدون علایم بالینی اختلالات هیجانی

وحیده جوادی^۱، فرزانه احمدی^۲، لیلا سالک ابراهیمی^۳، احسان فکور^۴، محسن داداشی^۵، سیده الناز موسوی^{۵*}

^۱دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
^۲گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
^۳مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۴مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
^۵گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

چکیده

زمینه. مطالعه حاضر با هدف مقایسه سازه‌های میان‌تشخیصی تنظیم هیجان، افکار تکرار شونده منفی، انعطاف‌پذیری شناختی و سازگاری اجتماعی در دو گروه نوجوانان با و بدون علایم پیش‌بالینی اختلالات هیجانی انجام شد.

روش کار. پژوهش حاضر از نوع مقطعی-مقایسه‌ای است. نمونه این پژوهش شامل ۱۴۰ نوجوان بود که در دو گروه قرار گرفتند. نوجوانان براساس مصاحبه تشخیصی و پرسشنامه DASS-21 در دو گروه قرار گرفتند. تحلیل آماری داده‌ها نیز با استفاده از آزمون من‌ویتنی و کای اسکور انجام گرفت.

یافته‌ها. انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجان در گروه نوجوانان سالم به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه نوجوانان دارای علایم پیش‌بالینی بود. اما سطح سازگاری اجتماعی بین دو گروه نوجوانان دارای علایم پیش‌بالینی و نوجوانان سالم تفاوت معناداری نداشت.

نتیجه‌گیری. اختلاف معنی‌دار دو گروه نوجوانان در سازه‌های میان‌تشخیصی بیان‌گر اهمیت این عوامل در روند پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات و علایم هیجانی مانند اضطراب و افسردگی است.

پیامدهای عملی. با توجه به وجود اختلاف معنادار در دو گروه نوجوانان در سازه‌های میان‌تشخیصی شناختی و هیجانی می‌توان در جهت جلوگیری از بروز بالینی کامل اختلالات هیجانی اقدامات موثری انجام داد و به دنبال این اقدامات در کاهش هزینه‌های مالی، روانی و اجتماعی ناشی از این اختلالات گام مهمی برداشت.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۲/۶

پذیرش: ۱۴۰۱/۵/۲۶

انتشار برخط: ۱۴۰۱/۷/۱۹

کلیدواژه‌ها:

- تنظیم هیجان
- انعطاف‌پذیری شناختی
- افکار تکرار شونده منفی
- سازگاری اجتماعی
- اختلالات هیجانی
- نوجوانان

مقدمه

این مطالعه با استفاده از ابزاری که سطح اضطراب و افسردگی را می‌سنجد بررسی شد. متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش نیز از متغیرهای مهم میان‌تشخیصی هستند که می‌توانند همبودی اختلالات را در سطح ایجاد یا تداوم علایم توجیه کنند که در ادامه به توضیح این متغیرها پرداخته‌ایم. نوجوانان مضطرب و افسرده هنگام مواجهه با هیجان‌ناش منفی، در استفاده از راهبردهای مدیریت هیجان با مشکل مواجه می‌شوند که ناشی از ضعف در مهارت تنظیم هیجان است. عدم تنظیم هیجان یکی از علل اساسی کژکاری در بین کودکان و نوجوانان است و با بسیاری از اختلالات روانشناختی ارتباط دارد.

نوجوانانی که در تنظیم هیجان مشکل دارند، دچار اختلال در عملکرد اجتماعی هستند و بنابراین به میزان کمتری نسبت به

افسردگی و اضطراب شایع‌ترین اختلالات روانشناختی در بین کودکان و نوجوانان است.^۱ مطالعات شیوع‌شناسی نشان داده است که شیوع اختلالات اضطرابی و افسردگی در بین نوجوانان به ترتیب ۳۲/۴ و ۱۰/۶ درصد است. بین این اختلالات همبودی بالایی وجود دارد که منجر به گسترش روزافزون پژوهش‌های مربوط به مکانیسم‌های مسئول این همبودی‌ها شده است که عوامل میان‌تشخیصی (Trans-diagnostic) نام دارند.^۲

از طرفی نیز با ظهور الگو میان‌تشخیصی در درمان و سبب‌شناسی اختلال‌های هیجانی و همچنین تمرکز بر نقش شناخت در آسیب‌شناسی، تاکید پژوهشگران در دو دهه اخیر بر اهمیت سازه‌های میان‌تشخیصی معطوف شده است. اختلالات هیجانی در

* نویسنده مسؤل: ایمیل: Elnaz48.mousavi@gmail.com

حق تالیف برای مولفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کرییتیو کامنز 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

ابزارها

- مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیای کودکان سنین مدرسه و نوجوانان K-SADS-PL
- پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21
- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان CERQ
- پرسشنامه افکار تکرار شونده منفی RTQ-10
- پرسشنامه سازگاری اجتماعی دانش آموزان AISS
- پرسشنامه انعطاف پذیری روان شناختی یا پذیرش عمل (AAQ-II)

تحلیل‌های آماری

متغیرهای کمی به صورت میانگین (انحراف معیار) و متغیرهای کیفی به صورت تعداد (درصد) گزارش شدند. طبیعی بودن توزیع متغیرها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. ابتدا دو گروه نوجوانان با و بدون علایم پیش‌بالینی از نظر سن و جنس به ترتیب با آزمون من‌ویتنی و کای اسکور مقایسه شدند. سپس دو گروه با استفاده از دو آزمون تی مستقل و من‌ویتنی براساس سازگاری اجتماعی، افکار تکرار شونده منفی، انعطاف‌پذیری شناختی و خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان مقایسه شدند. تحلیل‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها

اطلاعات ۱۴۰ نوجوان که ۷۰ نفر از آنها در گروه پیش‌بالینی و ۷۰ نفر دیگر در گروه سالم قرار داشتند، تحلیل شد. میانگین (انحراف معیار) سن نوجوانان در گروه پیش‌بالینی ۱۴/۴۴ (۱/۸۱) و در گروه سالم ۱۳/۸۰ (۲/۴۰) سال و براساس نتایج حاصل از آزمون من‌ویتنی، دو گروه از نظر سن همگن بودند ($t = -1/78, P = 0/076$). ۵۱ (۶۵ درصد) نفر از نوجوانان گروه پیش‌بالینی دختر و ۴۵ (۷۵ درصد) نفر از گروه سالم دختر بودند و تفاوت معنی‌داری از نظر جنس نوجوانان در دو گروه مشاهده نشد ($\chi^2 = 1/19, P = 0/275$). از طرفی میانگین (انحراف معیار) اضطراب و افسردگی در گروه پیش‌بالینی برابر با ۱۴/۲۴ (۳/۶۹) و ۱۵/۹۶ (۴/۵۵) و در گروه نوجوانان سالم برابر با ۹/۴۱ (۱/۸۱) و ۹/۶۶ (۲/۰۵) بود که گروه پیش‌بالینی نسبت به گروه سالم علایم اضطراب و افسردگی را در سطوح بالاتری تجربه کردند.

براساس نتایج جدول ۱، بین دو گروه پیش‌بالینی و سالم از نوجوانان در سازگاری اجتماعی اختلاف معنی‌داری دیده نشد ($P > 0/001$). متغیر دوم که در این دو گروه بررسی شد، افکار تکرار شونده منفی بود. در مورد این متغیر گروه نوجوانان دارای علایم پیش‌بالینی اختلالات هیجانی، سطح بالایی از افکار تکرار شونده منفی را تجربه می‌کنند.

دیگران از حمایت اجتماعی بهره‌مند می‌شوند.^۳ در راستای این موضوع سازگاری اجتماعی نیز یکی از متغیرهایی است که نقش مهمی در سلامت روان نوجوانان بازی می‌کند. مفهوم سازگاری به توانایی انطباق، مصالحه، همکاری و کنار آمدن با خود، محیط و دیگران اشاره دارد.^۴ مؤلفه مهم دیگری که در شکل‌گیری و تداوم این اختلالات نقش دارد افکار تکرار شونده منفی است.

این افکار با سه ویژگی مشترک (۱) تکراری بودن (۲) غیر قابل کنترل بودن (۳) داشتن محتوای منفی شناخته می‌شوند.^۵ متغیر دیگری که در نوجوانان مبتلا به اختلالات هیجانی اهمیت دارد، انعطاف‌پذیری شناختی است. از آنجا که نوجوانان مبتلا به اختلالات هیجانی، بازداری پایین در رفتارهای هیجانی، تحریک‌پذیری خلق و واکنش مغرط به انتقاد دارند، مهارت انعطاف‌پذیری شناختی آنها نقص دارد.^۶ در مورد سهم تنظیم هیجان - که از سازه‌های میان‌تشخیصی مورد نظر در این مطالعه است - یافته‌های متناقضی در مطالعات پیشین وجود داشت.^{۷،۸} همچنین در ارتباط با نقش سازگاری اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان دو متغیر میان‌تشخیصی مهم، مطالعه‌ای صورت نگرفته بود.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی-مقایسه‌ای با نمونه‌گیری هدفمند بود. جامعه مطالعه حاضر شامل تمام نوجوانان ۱۲-۱۷ ساله استان زنجان است. تعداد نمونه مورد نیاز بر اساس مطالعه مقدماتی به حجم ۲۰ نفر تعیین شد که از آنها ۱۰ نوجوان دارای علایم پیش‌بالینی و ۱۰ نوجوان بدون علایم پیش‌بالینی بودند. حجم نمونه مورد نیاز بر اساس فرمول مقایسه میانگین خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان در دو گروه با فرض‌های

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{d^2} = \frac{(1.96 + 0.84)^2 (3.50^2 + 3.70^2)}{(12.40 - 10.70)^2} = 70$$

برابر با ۷۰ نفر در هر گروه محاسبه شد که در مجموع اطلاعات ۱۴۰ نوجوان جمع آوری شد. با اطلاع‌رسانی شبکه‌های اجتماعی، تعدادی از نمونه‌ها داوطلبانه اعلام آمادگی کردند، همچنین بخش دیگری از نمونه‌گیری از طریق ارجاع روانشناسان، مشاوران و ... و در اختیار گذاشتن شماره تلفن نوجوانان انجام شد. غربالگری گروه نوجوانان دارای علایم پیش‌بالینی بر اساس مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته (K-SADS-PI) و نیز نمره کسب شده در پرسشنامه (DASS-21) - که در آن نمره بین ۲۰-۱۴ برای افسردگی و ۱۴-۱۰ برای اضطراب، نشان‌دهنده شدت متوسط و وجود علایم در سطح پیش‌بالینی است - انجام شد.

جدول ۱. نتایج مقایسه سازگاری اجتماعی، افکار تکرار شونده منفی، انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجان در دو گروه نوجوانان پیش‌بالینی و سالم

P-مقدار	آماره آزمون	گروه		متغیر
		پیش‌بالینی	سالم	
+۰/۲۱۴	۲۱۵۴/۵۰	(۳/۰۰) ۶۶/۲۸	(۳/۲۵) ۷۴/۷۲	سازگاری اجتماعی
+<۰/۰۰۱	۱۱۱۳/۰۰	(۱۰/۵۰) ۸۹/۶۰	(۱۵/۲۵) ۵۱/۴۰	افکار تکرار شونده منفی
+<۰/۰۰۱	۸۵۸/۰۰	(۱۲/۰۰) ۹۳/۲۴	(۹/۲۵) ۴۷/۷۶	انعطاف‌پذیری شناختی
تنظیم هیجان				
+<۰/۰۰۱	۳۵۸۰/۵۰	(۳/۶۸) ۱۱/۱۶	(۳/۳۴) ۸/۳۱	ملامت خویش
+۰/۰۰۱	۳۲۷۳/۰۰	(۳/۷۵) ۱۲/۱۷	(۳/۸۱) ۹/۸۱	پذیرش
+۰/۰۰۱	۳۲۲۰/۵۰	(۴/۰۲) ۱۲/۳۰	(۴/۰۰) ۹/۹۴	نشخوارگری
*۰/۰۶۶	۱/۸۵	(۴/۳۴) ۱۱/۸۷	(۴/۵۷) ۱۳/۲۷	تمرکز مجدد مثبت
+۰/۰۰۵	۱۷۷۶/۵۰	(۴/۶۶) ۱۲/۶۲	(۴/۴۲) ۱۴/۷۷	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی
+۰/۰۱۹	۱۸۸۷/۰۰	(۴/۳۷) ۱۱/۷۰	(۴/۷۵) ۱۳/۵۷	ارزیابی مجدد مثبت
+۰/۹۳۸	۲۴۶۸/۵۰	(۳/۹۹) ۱۱/۲۴	(۴/۳۱) ۱۱/۲۰	دیدگاه‌گیری
+<۰/۰۰۱	۳۵۱۱/۰۰	(۳/۷۶) ۱۰/۸۴	(۳/۸۱) ۸/۱۱	فاجعه‌سازی
+<۰/۰۰۱	۳۳۹۱/۰۰	(۳/۹۷) ۹/۷۷	(۳/۳۸) ۷/۵۰	ملامت دیگران

* آزمون تی مستقل؛ † آزمون من‌ویتنی

نوجوانان تفاوت معناداری به لحاظ آماری نداشت. این یافته با یافته سامانی و صادقی^۱ همسو است.

در این مطالعه همبستگی پایین بین نمرات پرسشنامه DASS با خرده مقیاس‌های تمرکز مجدد مثبت/برنامه‌ریزی و ارزیابی مثبت/دیدگاه‌گیری - که به دلیل همبستگی بالا با یکدیگر تحت عنوان دو عامل بررسی شدند - وجود داشت. اما این یافته‌ها با سایر پژوهش‌ها متناقض هستند^{۱۲،۱۱} و دلیل آن احتمال دارد به تفاوت‌های موجود در جنس، شدت علائم پیش‌بالینی اضطراب و افسردگی و نوع اضطراب و افسردگی تجربه شده در نوجوانان ارتباط داشته باشد و افرادی که سطوح مختلفی از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند از راهبردهای مختلفی برای تنظیم هیجان استفاده می‌کنند.

نمرات خرده مقیاس پذیرش در گروه نوجوانان دارای علائم پیش‌بالینی اختلالات هیجانی به صورت معناداری بالاتر از گروه نوجوانان سالم بود. بین پذیرشی که به عنوان فرآیند فعال در جهت تایید خود است با پذیرشی که به معنای حالت منفعلی از تسلیم شدن در مقابل تجربیات منفی است باید افتراق داد. در این راستا مطالعه‌ای از گارنفسکی و همکاران^{۱۳} نشان داد احتمالاً در این پرسشنامه معنای دوم پذیرش که راهبرد ناسازگارانه‌ای است مورد نظر است.

یافته دوم پژوهش حاکی از این بود که افکار تکرار شونده منفی بین دو گروه تفاوت معناداری داشت. این یافته با نتایج مطالعه جوربنیان و همکاران^۲ همسو است. در تبیین این یافته می‌توان اشاره

در ارتباط با انعطاف‌پذیری شناختی گروه نوجوانان سالم نسبت به نوجوانان دارای علائم پیش‌بالینی سطح بالاتری از انعطاف‌پذیری شناختی را داشتند (جدول ۱). متغیر تنظیم هیجان نیز با نه خرده و یافته‌ها نشان داد در خرده مقیاس‌های ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران، نوجوانان دارای علائم پیش‌بالینی به طور معنی‌داری نمره بالاتری داشتند و در دو خرده مقیاس تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت نوجوانان بدون علائم به طور معنی‌داری نمره بالاتر داشتند. اما، در دو گروه از نظر دو خرده مقیاس دیدگاه‌گیری و تمرکز مجدد مثبت اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. (جدول ۱).

بحث

در ارتباط با متغیر تنظیم هیجان ۶ خرده مقیاس از ۹ خرده مقیاس در نوجوانان دارای علائم پیش‌بالینی اختلالات هیجانی با گروه نوجوانان سالم، تفاوت معناداری داشت. ۶ خرده مقیاس یادشده شامل خرده مقیاس ملامت خویش، نشخوارگری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران هستند. به طور کلی یافته‌ها نشان داد گروه نوجوانان سالم راهبردهای سازگاری را بیشتر از گروه نوجوانان دارای علائم پیش‌بالینی اختلالات هیجانی به کار می‌بردند. این یافته با پژوهش ونت و همکاران^۹ همسو است. پیشتر گفته شد که دو خرده مقیاس تمرکز مجدد مثبت که به تفکر در مورد تجربیات مثبت به جای فکر کردن به رویداد واقعی اشاره دارد و خرده مقیاس دیدگاه‌گیری در دو گروه

محدودیت‌ها و پیشنهادها

به علت شیوع ویروس کرونا جمع‌آوری نمونه دشوار بوده و اکثر نمونه‌گیری‌ها به صورت برخط (آنلاین) انجام شد و از آنجا که برخی از نوجوانان به اینترنت پرسرعت دسترسی نداشتند در پر کردن پرسشنامه‌ها با مشکل مواجه می‌شدند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده این موارد لحاظ شود و در صورت امکان این محدودیت‌ها برطرف شود.

قدرانی

از تمام شرکت‌کنندگان و افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر می‌کنیم.

مشارکت پدیدآوران

سیده الناز موسوی، و وحیده جوادی، طراحی مطالعه، وحیده جوادی، اجرا مطالعه، لیلیا سالک ابراهیمی، محسن داداشی و احسان فکور، تحلیل و تهیه دست نوشته و فرزانه احمدی، تحلیل آماری را عهده داشتند.

منابع مالی

این طرح تحقیقاتی حمایت مالی نداشته است.

دسترس‌پذیری داده‌ها

داده‌ها به دلیل ملاحظات حریم خصوصی/محدودیت‌های اخلاقی در صورت درخواست قابل دسترسی خواهند بود.

ملاحظات اخلاقی

پروتکل این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان به شماره مرجع IR.ZUMS.REC.1400.053 تایید شده است.

تعارض منافع

مؤلفان اظهار می‌کنند که منافع متقابل از تالیف و انتشار این مقاله وجود ندارد.

کرد این افکار یکی از عواملی است که در افراد افسرده منجر به آسیب‌پذیری شناختی می‌شود. این امر می‌تواند به این دلیل باشد که در افراد افسرده مرور افکار ناخوشایند به واسطه ایجاد خلق منفی باعث ایجاد چرخه معیوبی از افکار و خلق منفی گردد که همدیگر را فراخوانی می‌کنند.

به عقیده مکاروی و همکاران، عقاید فراشناختی میانجی روان‌رنجوری و افکار تکرارشونده منفی هستند و با کنترل باورهای فراشناختی و تنظیم عقاید مربوط به آنها ارتباط معناداری میان روان‌رنجوری و افکار تکرارشونده منفی از بین می‌رود.^{۱۴} یافته سوم پژوهش حاکی از این است که سازگاری اجتماعی در بین دو گروه از نوجوانان تفاوت معناداری نداشت. در تبیین احتمالی این یافته می‌توان به تفاوت‌های موجود در جنس، شدت علائم پیش بالینی اضطراب و افسردگی تجربه شده و همچنین ابزار استفاده شده برای سنجش این متغیر اشاره کرد. یافته چهارم پژوهش حاکی از این است که انعطاف‌پذیری شناختی نیز در بین دو گروه از نوجوانان تفاوت معناداری داشت. این یافته با یافته صادقی و همکاران^{۱۵} همسو است. از آنجا که نوجوانان مضطرب و افسرده نمی‌توانند موقعیت‌های سخت را به عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر بگیرند و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی توجیه چندین جایگزین را ندارند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد سازه‌های میان‌تشخیصی افکار تکرار شونده منفی، انعطاف‌پذیری شناختی در دو گروه نوجوانان سالم و نوجوانان دارای علائم پیش‌بالینی اختلالات هیجانی اختلاف معناداری داشت. همچنین در سازه تنظیم هیجان، ۶ خرده مقیاس از ۹ خرده مقیاس نیز تفاوت معناداری داشتند و بنابراین در مجموع این عامل میان‌تشخیصی نیز به طور کلی در دو گروه اختلاف معنادار با یکدیگر دارند. اما در مورد خرده مقیاس سازگاری اجتماعی تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. براساس این نتایج عوامل میان‌تشخیصی یاد شده باید در روند پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات هیجانی مورد توجه قرار گیرند.

References

- García-Escalera J, Valiente RM, Sandín B, Ehrenreich-May J, Prieto A, Chorot P. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: an initial cluster randomized wait-list-controlled trial. Behavior therapy. 2020 May 1;51(3):461-73.
- Benita M, Levkovitz T, Roth G. Integrative emotion regulation predicts adolescents' prosocial behavior through the mediation of empathy. Learning and

- Instruction. 2017 Aug 1;50:14-20. doi: 10.1016/j.learinstruc.2016.11.004
3. Ghaempour Z, Esmailian M, Sarafraz M. Emotion regulation in adolescents: the predicting role of family function and attachment. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2019;13(51):7-16.
 4. Behamin M, Kouroshnia M. The mediating role of loneliness in the relationship between social skills and social adjustment among adolescents. *Psychological Methods and Models*. 2017 Nov 22;8(29):253-68.
 5. Ehring T, Watkins ER. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International journal of cognitive therapy*. 2008 Sep;1(3):192-205. doi: 10.1521/ijct.2008.1.3.192.
 6. Buttelmann F, Karbach J. Development and plasticity of cognitive flexibility in early and middle childhood. *Frontiers in psychology*. 2017 Jun 20;8:1040. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01040
 7. Akbari M, Mohamadkhani S. Transdiagnostic Processes of Cognitive, Behavioral and Emotional in Depression and Anxiety Disorders. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2018 Sep 23;9(35):117-46.
 8. Hannesdottir DK, Ollendick TH. The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2007 Sep;10(3):275-93. doi: 10.1007/s10567-007-0024-6.
 9. Sahebi A, Asghari M, Salari R. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. 2005;1(4):36-54.
 10. Samani S, Sadeghi L. Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2010;1(1):51-62.
 11. Dadfarnia S, Hadianfard H, Rahimi C, Aflakseir A. Predicting Depression Based on Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Toloobehdasht*. 2020 Apr 10;19(1):32-47. doi: 10.18502/tbj.v19i1.2815.
 12. Garnefski N, Van der kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Tein EO. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur J Personal*. 2002;16(5):403-20. doi: 10.1002/per.458
 13. Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP. Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2010 Mar;32(1):68-82. doi: 10.1007/s10862-009-9161-1.
 14. McEvoy PM, Salmon K, Hyett MP, Jose PE, Gutenbrunner C, Bryson K, et al. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic predictor of depression and anxiety symptoms in adolescents. *Assessment*. 2019 Mar;26(2):324-35. doi: 10.1177/1073191117693923
 15. Sadeghi M, Safari-Mousavi SS, Farhadi M. The role of psychological flexibility and self-compassion in predicting depression, anxiety and stress in patients with type 2 diabetes. *Journal of Isfahan Medical School*. 2017 Nov 22;35(452):1468-75.