

اثربخشی آموزش گروهی تنظیم شناختی هیجان بر افزایش سلامت روان پسران نوجوان بزهدار شهر کرمان

سعیده برشان^۱، کبری حاجی علیزاده^۲

چکیده

مقدمه: نوجوانان بزهدار از برخی آشفتگی‌های روانی رنج می‌برند و شناخت و مدیریت هیجانات می‌تواند باعث کاهش آشفتگی‌های روانی در این افراد شود. این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی تنظیم شناختی هیجان بر افزایش سلامت روان پسران نوجوان بزهدار انجام شد.

روش‌ها: پژوهش از نوع نیمه تجربی و به صورت پیش مداخله- پس مداخله با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش شامل ۹۰ نفر از نوجوانان بزهدار کانون اصلاح و تربیت شهر کرمان در سال ۹۴ بود که به روش سرشماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش تحت آموزش گروهی تنظیم شناختی هیجان قرار گرفتند. از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها از طریق آزمون t برای گروه‌های وابسته و مستقل و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که بین میانگین پیش مداخله و پس مداخله گروه مداخله در علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری وجود داشت؛ اما بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین بین گروه کنترل و مداخله، پس از مداخله آموزشی در علائم فوق تفاوت معناداری مشاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش گروهی تنظیم شناختی هیجان در افزایش سلامت روان پسران نوجوان بزهدار شهر کرمان مؤثر بود؛ بنابراین می‌توان آموزش تنظیم شناختی هیجان را به عنوان یک روش مؤثر در بهبود سلامت روان و به عنوان یک مداخله ثمربخش پیشنهاد داد.

واژگان کلیدی: تنظیم شناختی هیجان، سلامت روان، بزهدار، نوجوان

مقدمه

رخ دهد به آن بزهداری اطلاق می‌شود (۲). ناهنجاری‌هایی از قبیل استعمال دخانیات، ضرب و جرح، پرخاشگری، اعتیاد، خرید و فروش مواد مخدر، تخریب اموال مدرسه، سرقت و قتل که از آفت‌های نظام آموزشی و نظام اجتماعی محسوب می‌شوند، به عنوان اعمال بزهدارانه شناخته شده‌اند (۳). بنابر گزارش وزارت دادگستری آمریکا ۴ درصد کودکان و نوجوانان ۱۷-۱۰ ساله در این کشور

موضوع کودکان و نوجوانان بزهدار یکی از مسائل پیچیده و ناراحت‌کننده است که روزبه‌روز گسترش بیشتری می‌یابد (۱). در تعریف بزهداری می‌توان گفت، هر عملی که انسان آگاهانه و بنابر اختیار و اراده انجام می‌دهد و ضمناً با قوانین یک سازمان اجتماعی مغایرت داشته باشد، جرم تلقی می‌شود. حال اگر جرم در محدوده سنی کودکی تا نوجوانی

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

نویسنده‌ی مسئول: دکتر کبری حاجی علیزاده

Email: ph_alizadeh@yahoo.com

آدرس: هرمزگان، بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی بندرعباس، گروه روان‌شناسی تلفن: ۰۷۶۳۲۲۳۷۵۹۵ فاکس: ۰۷۶۳۳۶۷۰۲۴۳

هرسال در دادگاه‌های اطفال حضور می‌یابند (۴). از مسائل بسیار مهم در رابطه با کودکان و نوجوانان بزهکار، موضوع سلامت روان است. Underwood و Washington در پژوهش خود به وجود مشکلات روانی و اهمیت توجه به سلامت روان در نوجوانان بزهکار اشاره و مطرح کرده‌اند که درمان اختلالات روانی نوجوانان بزهکار از نگرانی‌های عمده سیستم قضایی است (۵). سلامت روان به‌عنوان حالتی از بهزیستی تعریف شده که شخص به توانایی خودش آگاهی دارد، می‌تواند با تنش‌های طبیعی زندگی مقابله کند، به‌صورت مولد و ثمربخش فعالیت کند و قادر است با اجتماع مشارکت و همکاری داشته باشد (۶). Grisso در بررسی خود به این نتیجه رسید که نوجوانان با اختلالات روانی بیشتر از نوجوانان بدون اختلال روانی جمعیت بزهکار را شکل می‌دهند و همچنین این افراد در معرض بیشتر ارتکاب رفتار بزه و تکرار فراوان بزهکاری هستند (۷). Stoddard و Dare و همکاران در پژوهش خود گزارش کرده‌اند که نوجوانان بزهکار اختلالاتی همچون اضطراب، افسردگی، دوقطبی، بیش‌فعالی با نقص توجه، سازگاری، استرس پس از سانحه، سوء‌مصرف مواد و سلوک دارند و اغلب این اختلالات روانی شدید می‌باشند (۸). پژوهش‌های انجام‌شده دیگر وجود اختلالات روانی و پایین بودن سطح سلامت روان در نوجوانان بزهکار را در مقایسه با نوجوانان عادی تأیید کرده‌اند (۹-۱۲). وجود مشکلات روانی در نوجوانان بزهکار نیازمند طرح‌ریزی درمان مؤثری است که موجب بهبود سلامت روان در این افراد شود تا بتوان این نوجوانان را به داخل جامعه انتقال داد. یکی از این درمان‌های مؤثر تنظیم شناختی هیجان است (۵).

تنظیم هیجان مفهومی است بسیار گسترده و فرآیندهای تنظیمی بی‌شماری را دربر می‌گیرد. ممکن است علاوه بر فرآیندهای هشیار و یا ناهشیار شناختی، حیطه وسیعی از فرآیندهای جسمی، اجتماعی و رفتاری را هم شامل گردد (۱۳) که در این پژوهش به جنبه‌های شناختی تنظیم هیجان پرداخته شده است. هرچند تعاریف گوناگونی از تنظیم هیجان وجود دارد؛ اما عمدتاً بر سر این موضوع توافق دارند که تنظیم هیجان شامل مهارت‌های مربوط به آگاهی و ارزیابی هیجان‌ها، تنظیم هیجان‌ها و استفاده سازش یافته (انطباقی) از هیجان‌ها است (۱۴). Garnefski و همکاران معتقدند افراد در شرایط استرس‌زا، متفاوت برخورد می‌کنند. برخی از افراد به نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران و تلقی فاجعه‌آمیز روی می‌آورند که باعث ناگوار جلوه دادن موقعیت و افزایش هیجان منفی می‌شود. در مقابل عده‌ای بر تمرکز مجدد مثبت، توسعه چشم‌انداز، ارزیابی مثبت، پذیرش و برنامه‌ریزی تکیه می‌کنند که باعث مدیریت هیجان ایجاد شده می‌گردد و توان فرد را برای مقابله با آن بالا می‌برد (۱۵). پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که استفاده از بعضی راهبردها از جمله سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه‌بار خواندن و تا حدودی سرزنش دیگران، در افراد دارای مشکلات روانی و جسمانی شایع‌تر است (۱۶-۱۹). از این رو هیجان‌ها همیشه مثبت نیستند و می‌توانند برای ما آسیب‌زا نیز باشند (۲۰). هیجان‌ها در هر لحظه می‌توانند پاسخ‌های فیزیولوژیکی، تعامل‌های اجتماعی و فرآیندهای ذهنی مانند توجه، تصمیم‌گیری و حافظه ما را تحت تأثیر قرار دهند (۲۱). عدم تنظیم هیجان‌ها می‌تواند زمینه مشکلات یا اختلالات هیجانی را فراهم کند، به‌طوری‌که پاسخ‌های هیجانی مشکل‌زا در بیش

از نیمی از اختلالات محور I و تمام اختلالات شخصیتی محور II اتفاق می‌افتد (۲۲).

Wupperman و Berking به این نتیجه رسیدند که نقص در توانایی مقابله سازگارانه با چالش‌های هیجانی با اختلالاتی همچون افسردگی، شخصیت مرزی، سوء‌مصرف مواد، جسمانی‌سازی و سایر نشانگان آسیب روانی رابطه دارد (۲۳). نظریه پردازان چنین استدلال می‌کنند اشخاصی که نمی‌توانند به‌طور مؤثری واکنش‌های هیجانی خود را کنترل و نظارت کنند، دوره‌های شدیدتری از اندوه و پریشانی را تجربه می‌کنند که منجر به افسردگی یا اضطراب برای آن‌ها می‌شود (۲۴، ۲۵). همچنین پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده‌اند که عدم تنظیم هیجان با اختلالاتی همچون استرس پس از سانحه (۲۶) و هراس (۲۷، ۲۸) همراه است و تنظیم سازگارانه هیجان با عزت‌نفس و تعاملات اجتماعی مثبت (۲۹)، شادکامی (۳۰، ۳۱) و موفقیت (۳۲) رابطه دارد. Compare و همکاران نقش تنظیم هیجان را به‌عنوان یک متغیر میانجی در افزایش مشکلات روانی و جسمانی معرفی کرده‌اند و از این‌رو درمان مبتنی بر تنظیم هیجان را به‌عنوان درمانی مؤثر در کاهش این مشکلات توصیه کرده‌اند (۳۳). در بررسی اثر درمانی مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان، پژوهش‌های مظاهری و همکاران (۳۴)، صبحی قراملکی و همکاران (۳۵) و شصت فولادی و منشئی (۳۶) نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان موجب کاهش علائم افسردگی، اضطراب، استرس و افزایش کیفیت زندگی می‌شود. Gratz و Gunderson در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، تأثیر مثبتی بر کاهش آسیب رساندن به خود و نشانه‌های ویژه اختلال شخصیت مرزی و همچنین بهبود سلامت

عمومی دارد (۳۷). پژوهش‌های انجام‌شده دیگر اثر درمانی مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان را در بهبود سلامت و بهزیستی روانی تأیید کرده‌اند (۴۱-۳۸). علاوه بر حیطه‌های سلامت روان، در پژوهشی نشان داده شد که حتی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان همچنین موجب بهبود سلامت جسمانی می‌شود (۴۲).

با توجه به مطالب ذکرشده، بزهکاری دارای شرایطی است که مشکلات بسیار زیادی را به همراه دارد. عمدتاً افراد بزهکار از مشکلات و اختلالات روانی رنج می‌برند و این مشکلات روانی موجب می‌شود که افراد بزهکار به‌کرات مرتکب بزهکاری شوند و عمل آن‌ها موجب ایجاد گرفتاری برای خود آن‌ها، خانواده‌ها و سیستم قضایی می‌شود (۵، ۷). از این‌رو بهبود اختلالات روانی و افزایش سطح سلامت روان این افراد برای بازگرداندن مجدد آن‌ها به دامن جامعه حائز اهمیت است. همچنین تنظیم هیجانات نقش برجسته‌ای در اختلالات روانی دارد و احتمال می‌رود که مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان بتواند موجب بهبود اختلالات روانی شود. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش گروهی تنظیم شناختی هیجان بر افزایش سلامت روان پسران نوجوان بزهکار شهر کرمان در سال ۱۳۹۴ بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش مداخله- پس مداخله با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه پسران کانون اصلاح و تربیت شهر کرمان (۹۰ نفر) در سال ۱۳۹۴ با گستره سنی ۱۲ تا ۱۸ سال بود. به علت محدود بودن جمعیت آماری، کل جامعه آماری به‌عنوان نمونه مطالعه در نظر گرفته شد. سپس به‌طور

یا داروهای روان‌پزشکی مصرف می‌کردند از مطالعه خارج می‌شدند.

اعضای گروه مداخله، آموزش را براساس دستورالعمل Allen و همکاران (۴۳) و با تغییراتی، در طی ۸ جلسه با تواتر دو جلسه در هفته، هر جلسه یک ساعت و نیم دریافت کردند. در طول ارائه آموزش‌های ذکرشده به گروه مداخله، اعضای گروه کنترل در طول این دوره هیچ آموزشی دریافت نکردند. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است.

تصادفی از بین این افراد ۴۵ نفر در گروه آزمایش و ۴۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود شامل پسر بودن، بزهکار و عضو کانون اصلاح و تربیت بودن، رضایت به حضور در تمامی جلسات، عدم استفاده از دیگر خدمات روان‌درمانی و مشاوره در طول جلسات آموزش، نداشتن مشکلات روان‌شناختی شدید از قبیل پارانوئید و صرع بود. کسانی که به دلیل هرگونه مشکل روان‌شناختی تحت نظر روان‌پزشک بودند و

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزشی

جلسه اول	معرفی اعضا و برنامه، آموزش برای افزایش آگاهی درباره هیجانات مثبت و توجه به هیجانات مثبت و لزوم استفاده از آن‌ها
جلسه دوم	آموزش برای افزایش آگاهی درباره هیجانات منفی و توجه به آن‌ها و لزوم استفاده از آن‌ها
جلسه سوم	آموزش پذیرش هیجانات مثبت و پذیرش بدون قضاوت هیجانات مثبت و پیامدهای مثبت و منفی
جلسه چهارم	ارتباط بین افکار، هیجان و رفتار
جلسه پنجم	شناخت و آموزش شناخت افکار منفی و ناکارآمد و پیامدهای آن
جلسه ششم	آموزش شیوه‌های غلبه بر موانع برای برخورد و مبارزه با افکار منفی برای تغییر باورها و نگرش‌های منفی و ناکارآمد.
جلسه هفتم	آموزش ارزیابی شناختی مجدد و ابراز هیجانات مثبت و منفی
جلسه هشتم	تصویرسازی و مراقبه/ حمایت اجتماعی و مرور برنامه

خدمت‌معمول نمره ۱، بیشتر از حد معمول نمره ۲ و خیلی بیشتر از حد معمول نمره ۳ می‌گیرد. نمره فرد در هر یک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ می‌باشد (۴۴). تقوی اعتبار پرسشنامه مزبور را از سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی کرد که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش شد. برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش هم‌زمان، همبستگی خرده‌آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شد. روایی هم‌زمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامه بیمارستان Middlesex Hospital

پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire) GHQ یک فرم ۲۸ سؤالی است که توسط Hillier و Goldberg ساخته شد و شامل چهار زیر مقیاس ۷ سؤالی (علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی) است و به منظور ردیابی کسانی که دارای اختلالات خفیف روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ از این رو نمرات کمتر نشان‌دهنده سطح سلامت روان بیشتر است. در این پرسشنامه نمره برش ۲۳ است. به این معنی نمره کمتر از ۲۳ سلامت روان بالا و ۲۳ و بالاتر به معنی سلامت روان پایین است. شیوه نمره‌گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرتی چهاردرجه‌ای است که در آن اصلاً نمره صفر، در

MHQ (Questionnaire) انجام گردید که ضریب همبستگی آن ۰/۵۵ بود. (۴۵). همچنین در پژوهشی دیگری روایی و پایایی مقیاس فوق به فارسی تأیید شده است (۴۶). در قسمت آمار توصیفی، برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار استفاده شد و سپس برای بررسی فرضیه کلی پژوهش

به منظور بررسی تفاوت نمرات گروه مداخله و کنترل در مراحل پس‌آزمون و نمرات پیش‌آزمون، از آزمون t وابسته و مستقل استفاده شد. همچنین داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ $P <$ تحلیل شدند. نتایج جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت روان و ابعاد آن را در دو گروه کنترل و مداخله نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت روان و ابعاد آن در گروه کنترل و مداخله

متغیر	مرحله	گروه			
		مداخله		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	پیش‌آزمون	۴۵/۷۵	۵/۹۳	۴۶/۶۶	۵/۵۹
	پس‌آزمون	۲۲/۳۷	۴/۹۶	۴۲/۵۶	۶/۰۵
علائم جسمانی	پیش‌آزمون	۱۰/۰۸	۱/۷۱	۱۰/۳۹	۱/۷۲
	پس‌آزمون	۵/۳۹	۱/۴۹	۹/۷۰	۱/۷۰
علائم اضطراب	پیش‌آزمون	۱۲/۸۱	۲/۱۳	۱۳/۱۸	۱/۸۰
	پس‌آزمون	۵/۲۷	۱/۸۵	۱۱/۷۵	۲/۰۲
علائم اختلال در عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۹/۸۱	۱۲/۱۴	۱۰/۰۶	۲/۱۰
	پس‌آزمون	۶/۰۴	۱/۵۹	۹/۵۴	۲/۰۱
علائم افسردگی	پیش‌آزمون	۱۲/۷۲	۲/۳۱	۱۳/۰۲	۲/۱۶
	پس‌آزمون	۵/۶۸	۱/۷۲	۱۱/۵۲	۲/۳۱

نتایج

بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین و انحراف معیار گروه مداخله در سلامت روان در پس‌مداخله در مقایسه با پیش‌مداخله در چهار عامل علائم جسمانی، علائم اضطراب، علائم اختلال در عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی کاهش چشم‌گیری داشته

است، در حالی که در گروه کنترل تغییرات چندانی صورت نگرفته است. برای بررسی این که آیا این تفاوت‌های مطرح شده معنادار هستند یا خیر، از آزمون t وابسته و مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه قبل و بعد از مداخله متغیرهای پژوهش در گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل	
	تفاوت میانگین	انحراف معیار تفاوت	تفاوت میانگین	انحراف معیار تفاوت
سلامت روان	۲۳/۳۸	۱۵/۳۶	۴/۱	۵/۴۶
علائم جسمانی	۴/۶۹	۵/۰۹	۰/۶۹	۱/۸۳
علائم اضطراب	۷/۵۴	۶/۲۴	۱/۴۳	۲/۳۵
علائم اختلال در عملکرد اجتماعی	۳/۷۷	۳/۶۱	۰/۵۲	۱/۳۲
علائم افسردگی	۷/۰۴	۶/۸۶	۱/۵	۲/۲۴

آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله را نشان می‌دهد. براساس نتایج به دست آمده بین گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله در سلامت روان، علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما در متغیرهای فوق بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود داشت.

جدول ۲ نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین قبل و بعد از مداخله متغیرهای پژوهش در گروه مداخله و کنترل را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به دست آمده بین میانگین قبل و بعد از مداخله متغیرهای سلامت روان، علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی در گروه مداخله تفاوت معناداری وجود دارد؛ اما بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای ذکر شده در گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. جدول ۳ نتایج

جدول ۳: نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه قبل و بعد از مداخله متغیرهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	قبل از مداخله			بعد از مداخله		
	تفاوت میانگین	انحراف معیار تفاوت	سطح معناداری	تفاوت میانگین	انحراف معیار تفاوت	سطح معناداری
سلامت روان	۰/۹۱	۱/۸۶	۰/۶۴۶	۲۰/۱۹	۱۳/۲۶	۰/۰۰۱
علائم جسمانی	۰/۳۱	۱/۱۲	۰/۸۴۹	۴/۳۱	۴/۸۶	۰/۰۰۱
علائم اضطراب	۰/۳۷	۱/۱۶	۰/۸۲۵	۶/۴۸	۵/۷۹	۰/۰۰۱
علائم اختلال در عملکرد اجتماعی	۰/۲۵	۱/۰۸	۰/۹۱۲	۳/۵	۳/۴۶	۰/۰۰۲
علائم افسردگی	۰/۳	۱/۲۱	۰/۸۳۵	۵/۸۴	۵/۹۴	۰/۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی تنظیم شناختی هیجان بر افزایش سلامت روان پسران نوجوان بزهکار انجام شد. نتایج تجزیه و تحلیل نشان داد که آموزش گروهی تنظیم شناختی هیجان بر سلامت روان و ابعاد آن اثربخش بوده است، از این رو آموزش تنظیم شناختی هیجان موجب افزایش سلامت روان شد.

این یافته با نتایج پژوهش‌های Gratz و Gunderson (۳۷)، مظاهری و همکاران (۳۴)، صبحی قراملکی و همکاران (۳۵) و شصت فولادی و منشی (۳۶) همسو است. مظاهری و همکاران در بررسی اثربخشی تنظیم هیجان بر روی مشکلات هیجانی و کیفیت زندگی، به این نتیجه رسیدند که

انجام مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان موجب بهبود علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گزارش شده است (۳۴). همسو با این پژوهش، صبحی قراملکی و همکاران در بررسی اثربخشی آموزش متمرکز بر تنظیم هیجان نشان دادند که آموزش گروهی تنظیم هیجان، اثر معناداری در کاهش نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان دارد (۳۵). Gratz و Gunderson در پژوهش خود بر روی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان دادند که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، تأثیر مثبتی بر کاهش آسیب رساندن به خود و نشانه‌های ویژه اختلال شخصیت مرزی و همچنین بهبود سلامت عمومی دارد (۳۷). اسماعیلی و همکاران نیز اثربخشی آموزش گروهی تنظیم

هیجان را بر سلامت روان تأیید کرده‌اند و نشان دادند که آموزش تنظیم هیجان موجب کاهش شکایت‌های جسمانی، اضطراب، روان‌پریشی و پرخاشگری دختران مبتلا به صرع می‌شود (۳۹). شصت فولادی و منشئی نیز در بررسی تأثیر آموزش تنظیم هیجان به شیوه گروهی به این نتیجه رسیدند که آموزش تنظیم هیجان اثر معناداری در کاهش استرس زنان مبتلا به سرطان سینه دارد (۳۶).

در بررسی پژوهش‌های انجام شده مطالعه تجربی یافت نشد که نشان از عدم تأثیر معنادار آموزش تنظیم هیجان بر روی سلامت روان و متغیرهای مشابه باشد و تمامی پژوهش‌ها حاکی از اثربخش بودن آموزش تنظیم هیجان بر متغیرهای وابسته بود. حتی در حوزه پزشکی نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که آموزش تنظیم هیجان موجب بهبود کنترل سطح سرمی قند خون مبتلایان به بیماری دیابت نوع دو می‌شود و موجب پایین آمدن سطح هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1c) بیماران مبتلا به دیابت می‌شود (۴۷). همچنین آموزش تنظیم هیجان می‌تواند علائم جسمانی را کاهش دهد و موجب بهبود بهزیستی جسمانی شود (۴۰، ۱۹).

در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که نوجوانان بزهکار به علت مسائل و مشکلات وابسته به بزهکاری با رویدادهای استرس‌زای بسیاری مواجه‌اند. قرار گرفتن در معرض استرس، خطر تجربه آسیب‌های اجتماعی، روانی و جسمانی را افزایش و منجر به آسیب‌پذیری روانی بیشتر نوجوانان بزهکار به اختلال‌هایی از قبیل افسردگی، اضطراب، کاهش عزت‌نفس، احساس بی‌کفایتی و کارآمدی، پرخاشگری، میزان بالای خودکشی و در نتیجه سلامت روانی پایین آن‌ها می‌شود (۸). بررسی‌های

انجام‌شده نشان می‌دهد که در پس این مشکلات روان‌شناختی، تنظیم هیجان می‌تواند باعث بهبود آسفتگی‌های روانی شود (۲۳، ۱۷، ۱۶). تنظیم هیجان شناختی فرآیند درونی و تبادلی است که فرد از طریق آن هیجان‌های جاری خود را به صورت هشیار یا ناهشیار مدیریت و مهار می‌کند و به این وسیله حالت یا برانگیختگی خود را نظم می‌دهد. نظم‌دهی هیجان مسئول نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های فرد است و به فرد در دستیابی به اهدافش یاری می‌دهد و هر فردی از آن به‌منظور حفظ، مهار، افزایش تجربه و ابراز هیجان‌ها جهت افزایش سازگاری و تطابق هیجان خود استفاده می‌کند؛ بنابراین، استفاده از آموزش تنظیم هیجان شناختی از طریق بهبود این راهبردها، باعث تنظیم هیجان می‌شود و مخصوصاً راهبرد مثبت باز ارزیابی شناختی هیجان‌ها باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می‌شود.

در این زمینه پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که آموزش تنظیم هیجان موجب کاهش احساسات منفی و در مقابل افزایش احساسات مثبت و شادکامی می‌شود (۳۱، ۳۰). در واقع هدف اصلی آموزش تنظیم هیجان، آموزش مهارت‌های مربوط به آگاهی و ارزیابی هیجان‌ها، تنظیم هیجان‌ها و استفاده سازش‌یافته (انطباقی) از هیجان‌ها است (۱۴). در نتیجه فرد بزهکار با کسب چنین مهارت‌هایی می‌تواند در موقعیت‌های مختلف انواع هیجان‌ها را به‌خوبی شناسایی کند، هیجان‌ها را مدیریت و تنظیم کند و هیجان مناسبی را ابراز کند، در نتیجه در پی چنین عملی موفقیت (۳۲) و به تبع آن سطح سلامت روانی خود را افزایش دهد. پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه نشان داده‌اند که کسب مهارت‌های تنظیم هیجان

موجب افزایش سطح سلامت روان می‌شود (۴۱، ۴۰، ۳۸). وقتی فرد نتواند هیجان‌های خود را به‌درستی ابراز کند و در مقابل هیجان‌های سرکوب‌شده باعث می‌شود که از نظر درونی دچار سرخوردگی و آشفتگی شود و این فرآیند موجب نشخوار فکری و صرف انرژی می‌شود که می‌تواند منابع شناختی را کاهش دهد (۳۵). حالت سرکوب و عدم ابراز هیجان‌های موجب انباشت هیجان‌های می‌شود و این حالت انباشت می‌تواند با انفجار ناگهانی، رفتارهای مخربی را ایجاد کند. در این میان، آموزش تنظیم هیجان باعث می‌شود که حالت‌های انباشت هیجان‌های انفجار و طغیان ناگهانی، نشخوار فکری و صرف انرژی روانی متوقف شود و بهبود پیدا کند که این فرآیند باعث تسکین روانی فرد می‌شود.

بزهکاران گهگاه به دلیل سرکوب احساسات و عدم ابراز آن در دوران کودکی و فشار وارده این احساسات سرکوب‌شده، از آشفتگی‌های روانی رنج می‌برند. حال که به دوره نوجوانی و دوره هیجان‌خواهی رسیده‌اند به دلیل قلیان احساسات سرکوب‌شده و به دنبال آن تجربه پاسخ هیجانی نامناسب در مواجهه با رویدادهای مختلف، شدت مشکلات روانی رو به افزایش می‌رود (۸).

می‌توان گفت افراد بزهکار که به احتمال زیاد در موقعیت‌های اجتماعی از مدیریت و ابراز مناسب هیجان‌ها ناتوان‌اند؛ با آگاهی، شناسایی، پذیرش و ابراز هیجان‌های مثبت و منفی و ارتباط آن‌ها با افکار منفی و ناکارآمد چون فاجعه‌پنداری، سرزنش خود و دیگران، نشخوار فکری می‌توانند به‌طور مؤثرتری هیجان‌های خود را مدیریت و به تنظیم مؤثر آن‌ها بپردازند که در نتیجه باعث کاهش هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های مثبت و رفتار سازگارانه افراد

می‌شود که به‌تبع آن بهبود سلامت روانی آنان را به دنبال دارد. در واقع می‌توان بیان کرد که بعضی از رفتارهای نوجوانان بزهکار گاهی ناشی از ابراز نامناسب هیجان‌ها (حتی هیجان‌های مثبت) و گاهی ناشی از جمع شدن هیجان‌ها و سپس انفجار و طغیان ناگهانی آن است. مدیریت این هیجان‌ها و بیان مناسب آنان می‌تواند این حالت‌ها را کاهش داده و موجب افزایش آرامش روانی نوجوانان و کاهش رفتارهای بزهکارانه آنان شود.

به دلیل برخی مشکلات از جمله محدودیت زمانی و قانونی، امکان پیگیری نتایج آموزش تنظیم شناختی هیجان بعد از دوره‌ای چندماهه وجود نداشت و این مورد می‌تواند از محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار بیاید.

نتیجه‌گیری

آموزش تنظیم شناختی هیجان به دلیل ارائه مهارت‌هایی مبنی بر شناسایی هیجان‌ها، تنظیم و مدیریت و همچنین ابراز سازگارانه آن‌ها موجب کاهش آشفتگی‌های روانی و در مقابل افزایش سطح سلامت روان در افراد بزهکار می‌شود. با توجه به فراوانی و شدت آشفتگی‌های روانی در این افراد، ضروری است که به آشفتگی‌های روانی بزهکاران توجه ویژه‌ای مبذول شود؛ لذا شناخت مشکلات روان‌شناختی و انجام مداخلات به‌موقع همچون آموزش تنظیم شناختی هیجان می‌تواند گام مهمی در تأمین سلامت روحی و روانی این قشر داشته باشد. از این رو پیشنهاد می‌شود که مسئولان سیاست و برنامه‌ریزی و همچنین مشاوران، روان‌شناسان و سایر متخصصان حوزه سلامت با آگاهی از نتایج پژوهش سعی در کاهش آشفتگی‌های روانی این افراد داشته

بندرعباس است. در پایان پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه افراد شرکت‌کننده در پژوهش، مسئولین محترم کانون اصلاح و تربیت شهر کرمان و سایر اساتید و دوستانی که یاریگر ما در این پژوهش بوده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

باشند تا با کاهش آشفتگی‌های روانی و بهبود سطح سلامت افراد بزهکار بتوان آنان را به سطح جامعه برگرداند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته شده از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد

References

1. Low S, Shortt JW, Snyder J. Sibling influences on adolescent substance use: the role of modeling, collusion, and conflict. *Dev Psychopathol* 2012;24(1):287-300.
2. Tanhaei HA. An introduction to the schools and theories of sociology. Mashhad: Marandiz Press; 2010. Persian
3. Naami A, Peymannia B. Analysis of the family emotional climate on self-concept in delinquent adolescents. *Journal of Police Medicine* 2014; 3(3): 135-40. Persian
4. Shambayati H. Juvenile delinquency. 13th ed. Tehran: Marvi Pub; 2005. Persian
5. Underwood LA, Washington A. Mental illness and juvenile offenders. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(2):228.
6. World Health Organization (WHO). Mental health: a state of well-being; 2014 [cited 2015 Nov 15]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.
7. Grisso T. Adolescent offenders with mental disorders. *Future Child* 2008;18(2):143-64.
8. Stoddard Dare PA, Mallett CA, Boitel C. Association between mental health disorders and juveniles' detention for a personal crime. *Child and Adolescent Mental Health* 2011; 16(4): 208-13.
9. Salimi M, Danesh E. A Comparison between ratio of the indicators of paranoia, aggression, need for power and safety in family drawing tests of delinquent and non-delinquent boys aged between 13 – 15 years old. *Journal of Applied Psychology* 2008; 2(2-3): 504-17. Persian
10. Shekarbaigi A, Yasaminejad P. Comparison of parenting styles, self esteem and general health in delinquent and non delinquent adolescences. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy* 2012; 2(2): 178-92. Persian
11. Khanmohammadi A, Homayoni A, Eshaghi M. Relationship between emotional intelligence and general health among delinquents and normal juveniles. *Journal of Sociological Studies of Youth* 2014; 4(13): 9-22. Persian
12. Razmkhah S, Pakzad B, Ahghar G. The relationship between mental health and attitude to delinquency among adolescents and young adults in camps near Tehran. *Journal of Psychological Researches* 2013; 5(20): 1-11. Persian
13. Salehi A, Mazaheri Z, Aghajani Z, Jahanbazi B. The role of cognitive emotion regulation strategies in the prediction of depression. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2015; 16(1): 108-17. Persian
14. Berking M, Wupperman P, Reichardt A, Pejic T, Dippel A, Znoj H. Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behav Res Ther* 2008;46(11):1230-7.
15. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc* 2009;32(2):449-54.
16. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences* 2006;40(8):1659-69.
17. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion* 2006;6(4):587-95.
18. Goldin PR, Manber T, Hakimi S, Canli T, Gross JJ. Neural bases of social anxiety disorder: emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66(2):170-80.
19. Fekri A, Issazadegan A, Michaeli Manee F. Comparison of cognitive emotion regulation strategies and alexithymia in individuals with and without essential hypertension. *Contemporary Psychology* 2015; 10(1): 85-94. Persian
20. Parrott WG. Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods. Wegner DM, Pennebaker JW, editor. *Handbook of Mental Control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1993. p. 278-305.

21. Hassani J, Azadfallah P, Rasoulzade-Tabatabaei SK, Ashayeri H. The effect of reappraisal and suppression of negative emotional experience on frontal EEG asymmetry according to neuroticism and extraversion dimensions. *Journal of Modern Psychological Research* 2009; 4(13): 44-78. Persian
22. Lewis M, Haviland-Jones JM, Feldman Barrett L. *Handbook of Emotions*. 3th ed. New York: The Guilford Press; 2010.
23. Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry* 2012;25(2):128-34.
24. Mennin DS, Farach FJ. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2007; 14(4): 329-52.
25. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspect Psychol Sci* 2008;3(5):400-24.
26. Tull MT, Barrett HM, McMillan ES, Roemer L. A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behav Ther* 2007;38(3):303-13.
27. Tull MT, Rodman SA, Roemer L. An examination of the fear of bodily sensations and body hypervigilance as predictors of emotion regulation difficulties among individuals with a recent history of uncued panic attacks. *J Anxiety Disord* 2008;22(4):750-60.
28. Kashdan TB, Zvolensky MJ, McLeish AC. Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *J Anxiety Disord* 2008;22(3):429-40.
29. Jennings PA, Greenberg MT. The prosocial classroom: teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research* 2009; 79(1): 491-525.
30. Brans K, Koval P, Verduyn P, Lim YL, Kuppens P. The regulation of negative and positive affect in daily life. *Emotion* 2013;13(5):926-39.
31. Fouladchang M, Hasannia S. The Effectiveness of Emotional Regulation on Happiness and Self - Efficacy of Female- Headed Households. *Quarterly Sociology of Women (Journal of Woman and Society)* 2015;5(20):89-106. Persian
32. Otto B, Misra S, Prasad A, McRae K. Functional overlap of top-down emotion regulation and generation: an fMRI study identifying common neural substrates between cognitive reappraisal and cognitively generated emotions. *Cogn Affect Behav Neurosci* 2014;14(3):923-38.
33. Compare A, Zarbo C. Emotional regulation and depression: a potential mediator between heart and mind. *Cardiovasc Psychiatry Neurol*. 2014;2014:324374.
34. Mazaheri M, Mohammadi N, Daghighzadeh H, Afshar H. The effectiveness of emotion regulation intervention on emotional problems and quality of life among patients with functional gastrointestinal disorders. *Govareh* 2014. 19(2):109-17. Persian
35. Sobhi-Gharamaleki N, Porzoor P, Aghajani S, Narimani M. Effectiveness of emotion regulation training on reduction of anxiety, stress and depression symptoms among University students. *Iranian Journal of Health Education & Promotion* 2015; 3(1): 5-13. Persian
36. Shastfooladi M, Manshaei GR. The effectiveness of emotion regulation group training on perceived stress in women with breast cancer in Isfahan. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2015; 16(4): 14-22. Persian
37. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2006;37(1):25-35.
38. Esmaeili L, Abedi MR, Najafi MR, Aghaei A, Esmaeili M. Effectiveness of emotion regulation therapy on psychological well being of epileptic girls. *J Res Behave Sci* 2014;12(2):194-204. Persian
39. Esmaeili L, Aghaei A, Abedi MR, Esmaeili M. Effectiveness of emotion regulation in the mental health of epileptic girls. *Thought and Behavior in Clinical Psychology* 2011; 5(20): 31-42. Persian
40. Narimani M, Ariapooran S, Abolghasemi A, Ahadi B. Effectiveness of mindfulness and emotion regulation training on physical and mental well-being in chemical weapon victims. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2011; 15(5): 347-57. Persian
41. Ashkani F, Heydari H. Effects of emotional adjustment on psychological welfare and attributional styles of students with learning disabilities in primary school. *Journal of Learning Disabilities* 2014; 4(1): 6-22. Persian
42. John OP, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *J Pers* 2004;72(6):1301-33.
43. Barlow DH. *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. 5th ed. New York: The Guilford Press; 2009.
44. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9(1):139-45.
45. Taghavi SM. Assessment of the Validity and Reliability of the General Health Questionnaire. *Journal of Psychology* 2002; 5(4):381-98. Persian
46. Nazifi M, Mokarami H, Akbaritabar A, Faraji Kujerdi M, Tabrizi R, Rahi A. Reliability, Validity and Factor Structure of the Persian Translation of

General Health Questionnaire (GHQ-28) in Hospitals of Kerman University of Medical Sciences. J Fasa Univ Med Sci 2014; 3(4):336-42. Persian

47. Ghiasvand M, Ghorbani M. Effectiveness of emotion regulation training in improving emotion

regulation strategies and control glycemic in type 2 diabetes patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2015; 17 (4):299-307. Persian

The Effectiveness of Group Training about Cognitive Emotion Regulation on Improving Mental Health in Delinquent Male Adolescents of Kerman City

Saeideh Barshan ¹, Kobra Haji Alizadeh ²

Abstract

Background: Delinquent adolescents suffer from some mental disorders and understanding and managing their emotions can decrease their mental disorders. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive emotion regulation group training on improving mental health in delinquent male adolescents.

Methods: This quasi- experimental research was done in preintervention / postintervention form with a control group. The sample group consisted of 90 delinquent adolescents from Kerman Youth Detention Center selected through census method and were divided into two groups of intervention and control group. Members of the experimental group received cognitive emotion regulation group training. Data collection was performed using the General Health Questionnaire (GHQ). Data analysis was conducted using t-test for dependent and independent variables and through SPSS22.

Results: There was significant difference between preintervention and postintervention mean scores of the experimental group in regard to physical symptoms, anxiety, depression and social dysfunction, while such difference was not observed in the control group. Also, after the educational intervention, there was significant difference between control and experimental groups in the above symptoms.

Conclusion: The results of this study showed that cognitive emotion regulation group training was effective in increasing the mental health of delinquent male adolescents of Kerman city. Hence, cognitive emotion regulation group training can be recommended as an effective method for improving mental health.

Keywords: Cognitive emotion regulation, Mental health, Delinquent, Adolescent

1- MSc, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

Corresponding Author: Dr Kobra Haji Alizadeh **Email:** ph_alizadeh@yahoo.com

Address: Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

Tel: 07632237595 **Fax:** 07633670243