



The Effectiveness of "Internal Family System Therapy" on Emotion Regulation in Adolescents with Emotional-Behavioral Problems in Isfahan

Kobra Moradi¹, Akram Dehghani^{2*}, Amir Ghamarani³, Yousef Gorgi⁴

1- PhD Candidate, Department of Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2- Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

3- Assistant Professor of Psychology, Department of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Khomeinshahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinshahr, Iran.

Corresponding author: Akram Dehghani, Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Email: ddehghani55@yahoo.com

Received: 26 Dec 2024

Accepted: 23 Feb 2025

Abstract

Introduction: Adolescence is an important period of life, which includes important psychological changes in addition to physiological changes. Therefore, the aim of the present study was to determine the effectiveness of "Internal Family System Therapy" on emotion regulation in adolescents with behavioral problems in Isfahan.

Methods: The method of the present study was semi-experimental with a control group and a pre-test, post-test, and follow-up design. The statistical population included adolescents with behavioral problems aged 15 to 18 in Isfahan in the academic year 2024. Through purposive sampling and the implementation of the "Child Behavior Checklist", 40 adolescents with behavioral problems were selected and randomly assigned to two intervention and control groups by drawing lots. A demographic questionnaire, the "Child Behavior Checklist" and the "Emotion Regulation Questionnaire" were used to collect data. The content validity of the instruments was measured qualitatively and the reliability was measured by the internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. For the intervention group, 8 sessions (90 minutes) of "Internal Family System Therapy" were held. During the sessions, 3 people were eliminated from the group and the final number was reduced to 17 people. Of course, the number in the control group did not change and was 20 people by the end. The data were analyzed in SPSS .24.

Results: In the cognitive reappraisal and suppression components, the between-group effects indicated a difference between the two groups in the research stages ($P < 0.05$). The results of the Bonferroni post hoc test showed that in the cognitive reappraisal component, there was a significant difference between the pre-test, post-test and follow-up scores ($P < 0.05$), and the score of the intervention group increased, but there was no significant difference between the post-test and follow-up scores ($P > 0.05$), indicating the continuation of the treatment effect. In the suppression component, there was a significant difference between the pre-test and post-test scores, and the scores in the intervention group decreased significantly, but there was no significant difference between the pre-test and follow-up scores ($P > 0.05$).

Conclusion: "Internal Family System Therapy" had a significant effect on emotion regulation and cognitive reappraisal and suppression components. It is suggested that psychologists use the results of the present study to manage emotion regulation in adolescents with behavioral problems.

Keywords: Family System Therapy, Emotion Regulation, Suppression, Adolescence.



اثربخشی «درمان نظام خانواده درونی» بر تنظیم هیجان نوجوانان دارای مشکلات رفتاری در شهر اصفهان

کبرا مرادی قه‌دیریجانی^۱، اکرم دهقانی^{۲*}، امیر قمرانی^۳، یوسف گرجی^۴

۱- دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران.

نویسنده مسئول: اکرم دهقانی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
ایمیل: ddehghani55@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۵

چکیده

مقدمه: نوجوانی دوره مهمی از زندگی است، که علاوه بر تغییرات فیزیولوژیکی، تغییرات روانشناختی مهمی را شامل می شود. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی «درمان نظام خانواده درونی» بر تنظیم هیجان نوجوانان دارای مشکلات رفتاری شهر اصفهان بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با گروه کنترل و طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۲ ماه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان دارای مشکلات رفتاری ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۲ بود. از طریق نمونه گیری هدفمند و اجرای «فهرست رفتاری کودک»، تعداد ۴۰ نوجوان دارای مشکلات رفتاری انتخاب و با گمارش تصادفی به روش قرعه کشی در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی، «فهرست رفتار کودک» (Child Behavior Checklist) و «پرسشنامه تنظیم هیجان» (Emotion Regulation Questionnaire) استفاده شد. روایی محتوای ابزارها به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. برای گروه مداخله ۸ جلسه (۹۰ دقیقه ایی) «درمان نظام خانواده درونی» برگزار شد. در طی جلسات ۳ تن از گروه حذف و تعداد نهایی به ۱۷ تن تقلیل یافت. البته تعداد در گروه کنترل تغییری نکرد و تا پایان ۲۰ تن بودند. داده ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴ مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: در مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی و سرکوبی اثرات بین گروهی بیانگر تفاوت ۲ گروه در مراحل پژوهش بود ($P < 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که در مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی بین نمره مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار ($P < 0.05$) وجود داشت و نمره گروه مداخله افزایش یافته بود، اما بین نمره پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0.05$) که بیانگر تداوم تأثیر درمان بود. در مؤلفه سرکوبی بین نمره پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنادار مشاهده شد و نمره در گروه مداخله کاهش معناداری یافته بودند، اما بین نمره پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0.05$).

نتیجه گیری: «درمان نظام خانواده درونی» بر تنظیم هیجان و مؤلفه های ارزیابی مجدد شناختی و سرکوبی تأثیر معنادار داشته است. پیشنهاد می شود روانشناسان از نتایج مطالعه حاضر برای مدیریت تنظیم هیجان در نوجوانان دارای مشکلات رفتاری استفاده نمایند.

کلیدواژه ها: درمان نظام خانواده درونی، تنظیم هیجان، سرکوبی، نوجوانان.

مقدمه

نوجوانی (adolescence) دوره مهمی در زندگی است که به وسیله آسیب پذیری های فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی توصیف شده و دوره بالقوه خطر سازی برای ایجاد مشکلات هیجانی و رفتاری در نظر گرفته می شود (۱،۲). علاوه بر تغییرات جسمی و فیزیولوژیکی، تغییرات روانشناختی نیز بخش مهمی از فرایند رشد بهنجاری هستند که نوجوانان باید متحمل شوند، لیکن چنانچه این تغییرات کنترل نشود، به سمت مشکلات هیجانی و رفتاری پیش خواهد رفت (۳،۴).

مشکلات هیجانی رفتاری به عدم انطباق پاسخ های هیجانی و رفتاری فرد با هنجارهای متناسب با سن، فرهنگ، و نژاد اشاره دارند و شامل حیطه ی وسیعی از مشکلات مانند مشکلات سلوک، رفتارهای ضد اجتماعی، اضطراب، افسردگی، مصرف مواد، نشانگان بدنی، پر خاشگری و کناره گیری اجتماعی می شوند (۵). نتایج پژوهش ها نشان داده اند که چنانچه مشکلات هیجانی - رفتاری دوران کودکی و نوجوانی تحت نظارت و درمان به موقع قرار نگیرند، ممکن است به رفتارهای ضد اجتماعی از قبیل خشونت فیزیکی و رفتارهای جنایی و نیز بیماری های روانپزشکی در بزرگسالی بیانجامد (۶، ۷). در واقع مشکلات هیجانی رفتاری در نوجوانی، پیش بینی کننده معنادار پیامدهای مشکل ساز در بزرگسالی و چالش های جدی در بسیاری از حوزه های مهم زندگی شامل سلامت روان و عملکردهای خانوادگی، تحصیلی و شغلی می باشد (۸، ۱۰). بنابراین، شناسایی عوامل خطر مرتبط با این مشکلات از شرایط بالینی ضروری به حساب می آید. در زمینه مشکلات هیجانی رفتاری نوجوانان، تنظیم هیجان به عنوان یک عامل مهم و تأثیر گذار معرفی شده است (۱۱، ۱۲). در واقع تنظیم هیجان اهمیت زیادی در سبب شناسی و بروز اختلالات روانی نوجوانی دارد (۱۳). بسیاری از سیستم های هورمونی، عصبی و شناختی زیرین تنظیم هیجان در طول دوره نوجوانی به رسش می رسند (۱۴). بنابراین، نوجوانان غالباً قادر به درگیر شدن در اشکال پیشرفته تنظیم هیجان از قبیل ارزیابی مجدد شناختی و سرکوبی هستند. ارزیابی مجدد به عنوان یکی از روش های تغییر شناختی است که با هدف تغییر معنای محیط، سعی در تغییر اثرات و پیامدهای هیجانی دارد. سرکوبی به عنوان یک راهبرد ناسازگارانه تنظیم هیجان شناخته می شود که پس از فرایند تولید هیجان به کار گرفته می شود؛ سرکوبی نیز به صورت بازداري نشانه ها یا تظاهرات تجارب هیجانی تعریف می شود (۱۵). نوجوانانی که از مواد روان

گردان استفاده می کنند یا رفتارهای آسیب زننده به خود دارند، بیشتر از راهبرد سرکوبی استفاده می کنند (۱۶، ۱۷). گذار از نوجوانی با تغییرات فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی مختلفی همراه است که به خودی خود برانگیختگی هیجانی را فراخوانی می کند و به همین دلیل نوجوانان در مقایسه با جوانان و بزرگسالان به موقعیت های برانگیزاننده هیجان، واکنش های شدیدتری نشان داده (۱۸) و هیجانات منفی و ترکیبی را به دفعات بیشتر و با نوسانات سریع تری تجربه می کنند (۱۹). Larson و همکاران (۲۰) در مطالعه خود می نویسند که افزایش تعارض با والدین، حساسیت پذیری بیشتر نوجوانان به تعاملات اجتماعی، تجارب زود هنگام جنسی و عاشقانه، به علاوه تغییرات فیزیکی و فیزیولوژیکی مرتبط با بلوغ، فرایندهای تنظیم هیجان را در این دوره سنی، چالش برانگیزتر می کند. پژوهشگران نشان داده اند تنظیم هیجان نقش اصلی را در توانمندسازی نوجوانان برای تحمل چالش های رشدی (۲۱)، صلاحیت اجتماعی، رفتار اجتماعی و موفقیت های تحصیلی بهتر (۲۲) و مشکلات درونی سازی و بیرونی سازی کمتر (۲۳) و پذیرش بیشتر همتایان (۲۴) دارد. به طور کلی نوجوانان همواره با دامنه ای از مشکلات هیجانی مواجه هستند که نیاز به راهبردهایی برای تنظیم هیجان دارد. بنابراین، اصلاح تنظیم هیجان در نوجوانان می تواند به سلامت روان و سازگاری آن ها در این دوره پر خطر کمک کند.

«درمان نظام خانواده درونی» (Internal Family System Therapy) مفاهیم تفکر نظامند را با مفهوم چندبخشی بودن ذهن یا زیر شخصیت ها (sub-personalities) مفاهیم و روش هایی از خانواده درمانی ساختاری، روایتی و بوئی را تلفیق می کند (۲۵). در این روش، هر شخص از چند ذهن نسبتاً جداگانه که زیرشخصیت یا بخش نامیده می شوند و با هم تشکیل یک خانواده درونی را می دهند، تشکیل شده است.

هر یک از این بخش ها الگوهایی از بودن (مانند افکار، هیجانات و پاسخ های فیزیولوژیکی) را ایجاد می کنند. این بخش ها می توانند با هم یا علیه یکدیگر و به طریقی قطبی شده عمل کنند. «درمان نظام خانواده درونی» یک خویشتن (self) یا شخصیت مرکزی را فرض می کند که به عنوان سازمان دهنده و بخش یکپارچه کننده برای کل نظام عمل می کند. (۲۶). به لحاظ بالینی، «درمان نظام خانواده درونی» به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای تعداد زیادی از نشانگان مشکل ساز معرفی شده است. مطالعات تجربی نیز تأثیر «درمان نظام خانواده درونی» را بر تنظیم شرم

شهر اصفهان بود. برای تعیین تعداد نمونه، با توجه به جدول Cohen (۳۵) و تعداد گروه ها $u=2$ ، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون $0/8$ و اندازه اثر $0/4$ ، معادل ۱۴ تن برای هر گروه بدست آمد، که با در نظر گرفتن درصد احتمال ریزش، ۲۰ تن برای هر گروه در نظر گرفته شد. سپس از مشاوران و روانشناسان مراکز مشاوره و روان درمانی و مراکز مددکاری شهر اصفهان خواسته شد نوجوانان دارای مشکلات رفتاری را به پژوهشگر اول مقاله حاضر ارجاع دهند. سپس روی نوجوانان معرفی شده، «پرسشنامه رفتاری کودک» نسخه نوجوان اجرا شد. ۴۰ نوجوان که نمره T بالاتر از ۶۵ (از ۶۵ تا ۱۰۰) داشتند، انتخاب و با گمارش تصادفی به روش قرعه کشی در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل نوجوانان دارای مشکلات رفتاری (کسب نمره T بیشتر از ۶۵ از «فهرست رفتاری کودک»، عدم مراجعه به روانشناس یا کلاس های روانشناختی همزمان با اجرای پژوهش، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی (این مورد از طریق پرسش از نوجوانان مبنی بر عدم مصرف دارو مشخص شد) و رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات درمانی بود. غیبت بیش از ۲ جلسه و انصراف از شرکت در جلسات از معیارهای خروج بود.

بمنظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن نوجوان، تحصیلات مادر، تحصیلات پدر، افت تحصیلی (سابقه افت معدل ۲ نمره و بیشتر) و سابقه مراجعه به روانپزشک و ابزار های زیر استفاده شد.

«فهرست رفتار کودک» (Child Behavior Checklist) توسط Achenbach (۳۶) در آمریکا در سال ۱۹۹۱ ساخته شد. این ابزار دارای فرم کودک و نوجوان، نسخه خودگزارش دهی، والد و مربی است. فرم نوجوان نسخه خودگزارش دهی، شامل مجموعه ای از فرم ها برای ارزیابی صلاحیت، کنشگری سازشی و مشکلات عاطفی-رفتاری است. ابزار خودگزارش دهی دارای ۱۱۲ عبارت و مخصوص نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ ساله است و مشکلات نوجوانان را در ۲ بعد شامل مشکل درونی شده (internalizing) و برونی شده (externalizing) می سنجد. ابزار دارای ۸ مؤلفه شامل اضطراب/افسردگی (anxiety/depression) ۱۴ عبارت شامل ۱۲، ۱۴، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۴۵، ۵۰، ۵۲، ۷۱، ۹۱، ۱۱۲؛ گوشه گیری / افسردگی (withdrawal/depression) ۸ عبارت شامل ۵، ۴۲، ۶۵، ۶۹، ۷۵، ۱۰۲، ۱۰۳ و ۱۱۱؛ شکایات جسمانی (Physical complaint) ۱۲ عبارت شامل ۴۷، ۴۹، ۵۱، ۵۴، ۵۶a، ۵۶b، ۵۶c، ۵۶d، ۵۶e، ۵۶f، ۵۶g، ۵۶h؛ (سوال ۵۶ چندین بعد دارد) مشکلات اجتماعی (social problems) ۱۱ عبارت شامل ۱۱، ۱۲، ۲۵،

و تسهیل احساس گناه سازگاران (۲۷)، افسردگی بالینی (۲۸)، شفقت به خود، تجربه درد و اضطراب (۲۹)، معنا سازی برای فقدان های مرتبط با کودک آزاری جنسی و تنظیم هیجان (۳۰) تأیید نموده اند. شرکت کنندگان در تمرین ها، با آموزش ردیابی وضعیت های درونی خود و شناسایی و طبقه بندی بخش های درونی مختلف می توانند علاوه بر بهبود خودشناسی و درک درست از خود، به درک احساسات، نیت و باورهای دیگران، اعتماد بیشتر به دیگران، دوری از ذهن خوانی (mind-reading) و همانند سازی فرافکنانه (projective identification) نیز نایل آیند (۳۱). در واقع در این درمان، آزادسازی منابع خویشتن واقعی (true self) در مرکز آرام سازی هیجانات است. در درمان از تمرین های روزانه انعکاس درونی به عنوان راهی برای پرورش مهارت های انطباقی تنظیم هیجان بهره می برد و این تمرین ها به شرکت کنندگان برای مقابله با هیجانات بیرونی و درونی شدید یاری می رساند (۳۲). «درمان نظام خانواده درونی» از طریق گرایش به چالش با تجارب هیجانی و نظارت مشفقانه بر بخش ها بر تنظیم هیجان و خودشفقت ورزی تأثیر مطلوبی دارد (۳۳). بر اساس مفروضه های «درمان نظام خانواده درونی» خود انتقادی و حمله به خود، شرم را برانگیخته می کنند. در چنین وضعیتی، بخش مدیریت کننده انتقادی، گرایش به پاسخ ها و رفتارهای خود آسیب رسان دارد (۳۴).

مطالب ذکر شده نشان می دهد که نوجوانان دارای مشکلات رفتاری در مدیریت تنظیم هیجان، مشکلاتی دارند که برخی از این عوامل به بلوغ و برخی به نظام خانواده اشاره دارد. لذا بررسی و شناسایی عواملی که به تنظیم هیجانی بیشتر کمک کند، ضروری به نظر می رسد. بعلاوه، درمان های روانشناختی بر تنظیم هیجان موثر بوده اند، اما در زمینه اثربخشی «درمان نظام خانواده درونی» خلاء پژوهشی مشهودی به چشم می خورد. با توجه به مطالب ذکر شده، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی «درمان نظام خانواده درونی» بر تنظیم هیجانی نوجوانان دارای مشکلات رفتاری بود.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دارای مشکلات رفتاری با دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر اصفهان (دوره دوم دبیرستان) مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی و مراکز مددکاری

«فهرست رفتار کودک» با «مقیاس درجه بندی معلم-والدین کانرز» (Conner's Teacher & Parents Rating Scale) روی ۱۴۳۷ دانش آموز دختر و پسر در تهران بررسی و تایید شد. عدد ذکر نشده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای مولفه ها از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ بدست آمد. ثبات به روش باز آزمون با فاصله ۵ تا ۸ هفته روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ گزارش شد. توافق بین پاسخ دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفت. دامنه این ضرایب بین ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشت. در پژوهش قاسمی و خاکی (۴۰) روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «فهرست رفتار کودک» روی ۲۴۰ دانش آموز در دلجان بررسی و ساختار ۲ عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و نمره کل ۰/۷۵ و برای مولفه ها از ۰/۶۱ تا ۰/۷۶ بدست آمد. «پرسشنامه تنظیم هیجان» (Emotion Regulation Questionnaire) توسط Gross & Jon در آمریکا در سال ۲۰۰۳ ساخته شد (۴۱). این پرسشنامه مشتمل بر ۱۰ عبارت و ۲ مولفه ارزیابی مجدد شناختی (cognitive reappraisal) با ۶ عبارت شامل ۱، ۵، ۳، ۷، ۸، ۱۰ و مولفه سرکوبی (suppression) با ۴ عبارت شامل ۲، ۴، ۶، ۹ می باشد. پاسخ دهی بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم (با نمره ۱) تا کاملاً موافقم (با نمره ۵) می باشد. دامنه نمره برای تنظیم هیجان از ۱۰ تا ۵۰ و برای مولفه ها ارزیابی مجدد شناختی از ۶ تا ۳۰ و سرکوبی از ۴ تا ۲۰ در نوسان است. نمره بالا در مولفه ارزیابی مجدد شناختی، بیانگر ارزیابی بهتر مشکلات است و نمره بالا در مولفه سرکوبی بیانگر سرکوبی زیاد است. روایی سازه از طریق تحلیل عامل تاییدی روی ۶۷۵ نوجوان در آمریکا بررسی و ساختار ۲ عاملی آن مورد تایید قرار گرفت. ثبات به روش باز آزمون به فاصله ۳ ماه روی نمونه های فوق بررسی و برای ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ و برای کل ابزار ۰/۶۹ گزارش شده است (۴۱).

Gullon & Taffe (۴۲) روایی سازه به روش روایی همگرا با «مقیاس افسردگی، اضطراب تنش» روی ۸۲۷ دانشجوی کاتولیک دانشگاه میلان در ایتالیا بررسی و بین ۰/۳۳ تا ۰/۴۰ محاسبه شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای مولفه ارزیابی مجدد شناختی در دامنه ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای سرکوبی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ بدست آوردند. Gullon و همکاران (۴۳) روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی

۲۷، ۳۴، ۳۶، ۳۸، ۴۸، ۶۲، ۶۴، ۷۹؛ مشکلات تفکر (thinking problems) ۱۱ عبارت شامل ۵۹، ۶۰، ۶۶، ۷۰، ۷۶، ۸۰، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۹۲، ۱۰۰؛ کمبود توجه (attention deficit) ۶ عبارت شامل ۱، ۴، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۷، بیش فعالی (hyperactivity) ۴ عبارت شامل ۴۱، ۶۱، ۷۸، ۸۰؛ رفتار قانون شکنی (breaking of law) ۱۳ عبارت شامل ۴۳، ۶۳، ۶۷، ۷۲، ۷۳، ۸۱، ۸۲، ۹۰، ۹۶، ۹۹، ۱۰۱، ۱۰۵، ۱۰۶؛ و رفتارهای پرخاشگر (aggressive behaviors) ۱۹ عبارت شامل ۳، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۳۷، ۵۷، ۶۸، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۴، ۹۵، ۹۷، ۱۰۴ می باشد.

از مجموع نمره مولفه های اضطراب/افسردگی، گوشه گیری/افسردگی و شکایات جسمانی مشکلات درونی سازی و از نمره قانون شکنی و رفتارهای پرخاشگرانه مشکلات برونی سازی به دست می آید. نمره کل نیز از جمع ۱۱۲ عبارت به جز عبارت های ۲ و ۴ (آلرژی و آسم) بدست می آید. وضعیت نوجوان در هر عبارت با انتخاب یکی از ۳ گزینه نادرست=صفر، تاحدی درست=۱ و کاملاً درست=۲ مشخص می شود. در پژوهش حاضر نمره کل مورد استفاده قرار گرفت. نمره بدست آمده به نمره T تبدیل می شود و فردی که نمره T بالاتر از ۶۵ (۶۵ از ۱۰۰) کسب کرده باشد، در محدوده مشکلات بالینی قرار دارد (طریقه تبدیل نمره خام به نمره T: در ابتدا نمره ها به نمره Z با توزیعی با میانگین صفر و انحراف معیار یک تبدیل می شوند. سپس نمره Z بدست آمده در ۱۰ ضرب و حاصل با ۵۰ جمع می شود) در پژوهش حاضر برای تشخیص نوجوانان دارای مشکلات رفتاری از «فهرست رفتار کودک» استفاده شد. نوجوانانی که نمره بالاتر از ۶۵ اخذ کرده بودند، وارد پژوهش شدند.

در پژوهش Achenbach & Rescorla (۳۷) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «فهرست رفتار کودک» روی ۳۳۲ نوجوان در آمریکا بررسی و ساختار ۲ عاملی تایید شد. ثبات به روش باز آزمون به فاصله ۳ هفته روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ به دست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۶۳ تا ۰/۷۹ بدست آمد. در پژوهش Piper و همکاران (۳۸) روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «فهرست رفتار کودک» روی ۵۶۷ دانش آموز در آمریکا بررسی و ساختار ۲ عاملی آن تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۹۱ و برای مولفه ها نیز از ۰/۸۶ تا ۰/۹۷ محاسبه شد.

در ایران مینایی (۳۹) روایی سازه به روش روایی ملاکی

در مطالعه حاضر به روایی و پایایی در مقالات قبلی اکتفا شد.

«درمان نظام خانواده درونی» بر اساس بسته Sweezy & Schwart (۲۹) می باشد. برای بررسی روایی محتوای بسته از نظر ۱۰ تن متخصص حوزه درمان استفاده شد. شاخص ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا محاسبه شد و مقدار هر ۲ شاخص برابر ۱ بدست آمد که نشانگر روایی محتوایی «درمان نظام خانواده درونی» بود (۲۹). در ایران روایی محتوایی «درمان نظام خانواده درونی» توسط صدر و همکاران (۳۱) مورد بررسی قرار گرفته است. آن ها پیش نویس درمان را برای ۷ متخصص روانشناس در کل ایران ارسال کردند. بر اساس نظرات آن ها در محتوای جلسات درمانی تغییراتی ایجاد شد. در بررسی روایی محتوا از ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا استفاده شد. نتایج هر ۲ شاخص برای «درمان نظام خانواده درونی» برابر ۱ به دست آمد.

در پژوهش حاضر به نتایج صدر و همکاران (۳۱) استناد داده شد و از همان بسته برای پژوهش استفاده شد. محتوای جلسات درمانی در زیر نشان داده شده است.

محتوای جلسات «درمان نظام خانواده درونی»

جلسه اول	در این جلسه آشنایی افراد با یکدیگر و معرفی درمان صورت گرفت. درمان نظام درونی خانواده نوعی از درمان است که معتقد است هر فرد دارای مجموعه ایی از زیر شخصیت ها یا بخش های درونی است که در طی درمان لازم است هر یک از این بخش ها شناخته شوند و نقش های سالم و ناسالم آن ها نیز مشخص شود.
جلسه دوم	«خود» به عنوان منبع درونی من معرفی شد. ویژگی های «خود» (جایگاه هوشیاری، اعتماد به نفس، پذیرش، آرامش، همراهی، اتصال، رهبری و جنبه های فکری) برای افراد توضیح داده شد.
جلسه سوم	آزمودنی ها با بخش های شخصیت (مدیر، محافظ و تبعیدی) و ویژگی های هر کدام آشنایی شدند. مدیر: مسوول نگهداری از سطح عملکرد هوشیاری در زندگی با محافظت از هر گونه احساسات و تجربیات ناخواسته است. تبعیدی ها: به عنوان مرکز درد و تجربیات دوران کودکی هستند. آتش نشان ها: بعنوان عامل حواسپرتی، توجه به رفتارهای افراطی و اعتیاد آور و اغلب ناپهناجر معرفی شدند.
جلسه چهارم	در این جلسه تمرکز بر یافتن بخش هدف بود. میزان انرژی خود بعنوان self در آزمودنی ها بررسی شد. از آزمودنی ها خواسته شد از بخش های محافظ برای هماهنگی با خود برای ایجاد تعادل در نظام درونی استفاده کنند. برای هدف ذکر شده از روش های: ۱- تهیه یک دفتر از اتفاقات روزانه برای خود ۲- استفاده از دیاگرام ها برای نشان دادن ارتباط بین بخش ها ۳- روش فضا برای گرد هم آوردن بخش های قطبی سازی شده، استفاده شد.
جلسه پنجم	ارتباط و آشنایی بین بخش های وجود و گفتگوی صمیمانه بین آن ها و گوش دادن به قسمت های وجود من (شاهد بودن) با روش تمرین کوهنوردی در یک مسیر امن همراه با تصویرسازی برای درک بهتر جهان درونی، توضیح داده شد.
جلسه ششم	با آزمودنی ها در مورد شناسایی درگیری درونی و بررسی نقش ها و انگیزه ها برای ایجاد آرامش، دلسوزی و کنجکاوی تمرین شد.
جلسه هفتم	در این جلسه شناسایی بخش رهبری «خود» انجام شد. به آزمودنی ها کمک شد در رسیدن به ویژگی های مثبتی مانند پذیرش، اعتماد به نفس، آرامش، درایت، همدلی، ارتباط و آرامش اقدام کنند.
جلسه هشتم	مرور اهداف درمانی و سنجش ابعاد بررسی شد. در نهایت جمع بندی موضوعات درمانی انجام شد.

«پرسشنامه تنظیم هیجان» روی ۱۱۲۸ کودک و نوجوان در آمریکا بررسی و ساختار ۲ عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای ارزیابی مجدد شناختی ۰/۸۱ و برای سرکوبی ۰/۶۹ را گزارش کردند. ثبات به روش باز آزمون به فاصله ۲ ماه برای ارزیابی مجدد شناختی ۰/۵۴ و سرکوبی ۰/۵۹ نشان داده شد.

در ایران تعجبی و مرادی (۴۴) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «پرسشنامه تنظیم هیجان» را روی ۱۰۰ نوجوان در سنجند بررسی و ساختار ۲ عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۳ و برای سرکوبی ۰/۸۱ و پایایی کل نیز ۰/۷۷ بود. در پژوهش سلیمانی و حبیبی (۴۵) روایی محتوا به شیوه کیفی «پرسشنامه تنظیم هیجان» با بررسی نظر ۸ متخصص روانشناسی در دانشگاه های شهر تهران بررسی و تایید کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۱۵۰ دانش آموز شهرستان اردبیل بررسی و برای ارزیابی مجدد شناختی ۰/۸۱ و برای سرکوبی ۰/۷۵ گزارش شد.

واحد نجف آباد، دریافت گردید. سپس توسط نویسنده اول مقاله حاضر، در مراکز مشاوره و روان درمانی و مراکز

نحوه اجرای پژوهش این گونه بود که پس از تصویب پروپزال، کد اخلاق و معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی

مرحله پس آزمون و پیگیری ۲ ماه اجرا شد. کل مدت دوره ۴ ماه به طول انجامید. جهت رعایت اصول اخلاقی به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آن ها در پژوهش استفاده نمیشود. هر زمانی می توانند از پژوهش خارج شوند و برای گروه کنترل، پس از پایان مطالعه، مداخله انجام شد. در پژوهش حاضر جهت توصیف داده ها از میانگین و انحراف معیار و تحلیل داده ها از روش آماری تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر (Analysis of variance with repeated measures design) و آزمون تعقیبی LSD و برای پیش فرض های آزمون از آزمون شاپیرو ویلک (Shapiro-Wilk Test)، آزمون لوین (Levene's Test)، آزمون کرویت ماچلی (Mauchly's Test of Sphericity)، آزمون باکس (M box Test) آزمون گرینهوس - گیسر (Greenhouse-Geisser Test) و سطوح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. داده ها با نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

یافته ها

در پژوهش حاضر متغیرهای سن نوجوان، تحصیلات مادر، تحصیلات پدر، افت تحصیلی نوجوان و سابقه مراجعه به روانپزشک بررسی شد. نتایج در جدول ۱ نشان داده شده است.

مددکاری شهر اصفهان فراخوان شرکت در پژوهش نصب شد. سپس از همکاران مشاور و روانشناس برای معرفی نوجوانان دارای مشکلات رفتاری درخواست شد. نوجوانان دارای مشکلات رفتاری، توسط همکاران روانشناس با استفاده از مصاحبه بالینی شناسایی شدند و برای شرکت در پژوهش به نویسنده اول مقاله حاضر معرفی شدند. برای اطمینان بیشتر، «فهرست رفتاری کودک» برای نوجوانان ارجاع داده شده، اجرا شد و نوجوانانی که نمره T بالاتر از ۶۵ (۶۵ از ۱۰۰) داشتند، بعنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. این مرحله تا انتخاب ۴۰ نوجوان دارای مشکلات رفتاری ادامه پیدا کرد. از طریق گمارش تصادفی ساده به روش قرعه کشی نوجوانان دارای مشکلات رفتاری در گروه های مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله تحت «درمان نظام خانواده درونی» توسط نویسنده اول مقاله حاضر قرار گرفتند. مداخله در مرکز مشاوره مسیر رشد در شهر اصفهان و بصورت ۸ جلسه هفتگی گروهی برگزار شد. مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. گروه کنترل هیچ نوع درمانی دریافت نکردند و در این مدت مواجهه ایی با گروه مداخله نداشتند. لازم به ذکر است ۳ تن از نوجوانان دارای مشکلات رفتاری در گروه مداخله به دلیل غیبت های زیاد از گروه خارج شدند و نمونه نهایی به ۱۷ تن تقلیل یافت. در پایان مداخله «پرسشنامه تنظیم هیجان» برای هر ۲ گروه، در

جدول ۱: بررسی ویژگی های جمعیت شناختی به تفکیک در ۲ گروه کنترل و مداخله

متغیرها	گروه کنترل		گروه مداخله		مقدار احتمال
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
سن نوجوان	۷	۰/۳۵	۵	۲۹/۴	۰/۱۲
	۳	۰/۱۵	۶	۴۱/۲	
	۶	۰/۳۰	۳	۱۱/۸	
	۴	۰/۲۰	۳	۱۷/۶	
تحصیلات مادر	۵	۰/۲۵	۶	۳۵/۳	۰/۵۴
	۴	۰/۲۰	۶	۳۵/۳	
	۹	۰/۴۵	۴	۲۳/۵	
	۲	۰/۱۰	۱	۵/۹	
تحصیلات پدر	۹	۰/۴۵	۴	۲۳/۵	۰/۳۴
	۶	۰/۳۰	۸	۴۷/۱	
	۳	۰/۱۵	۳	۱۷/۶	
	۲	۰/۱۰	۲	۱۱/۸	
افت تحصیلی نوجوان	۱۵	۰/۷۵	۱۳	۷۶/۵	۰/۷۸
	۵	۰/۲۵	۴	۲۳/۵	
سابقه مراجعه به روانپزشک	۱۶	۰/۸۰	۱۴	۸۲/۴	۰/۸۶
	۴	۰/۲۰	۳	۱۷/۶	
کل	۲۰	۱۰۰	۱۷	۱۰۰	---

کبرا مرادی قهدریجانی و همکاران

میانگین و انحراف استاندارد نمره آزمون‌های در ۲ مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی و سرکوبی در جدول ۲ نشان داده شده است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد بین ۲ گروه کنترل و مداخله از نظر متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$).

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های تنظیم هیجانی

متغیر	مرحله	گروه کنترل		گروه مداخله	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ارزیابی مجدد شناختی	پیش‌آزمون	۱۳/۶۰۰	۳/۱۸۵	۱۳/۳۵۳	۳/۳۵۳
	پس‌آزمون	۱۴/۵۵۰	۲/۸۱۹	۱۶/۵۲۹	۲/۶۹۵
	پیگیری	۱۴/۲۰۰	۲/۵۴۶	۱۶/۱۱۸	۳/۱۸۰
سرکوبی	پیش‌آزمون	۲۲/۶۰۰	۳/۶۳۳	۲۲/۱۱۸	۳/۴۲۶
	پس‌آزمون	۵۵۰/۲۳	۳/۰۸۶	۱۷/۸۲۴	۳/۱۶۷
	پیگیری	۲۳/۱۰۰	۳/۷۵۴	۱۸/۴۷۱	۳/۰۸۵

سرکوبی و ارزیابی مجدد شناختی نرمال بود. پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در مؤلفه‌های تنظیم هیجان در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جامعه رد نشد و این پیش‌فرض تأیید شد ($P > 0.05$). نتایج آزمون باکس نیز مبنی بر معنادار نبودن آزمون ($P > 0.05$) و بیانگر همگن بودن ماتریس واریانس - کواریانس بود. در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر برای بررسی اثربخشی «درمان نظام خانواده درونی» بر مؤلفه‌های تنظیم هیجان نشان داده شده است.

در جدول ۲ نمره نوجوانان گروه مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مشاهده می‌شود. در مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی نمره در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته و در مؤلفه سرکوبی نمره در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. با هدف استفاده از تحلیل واریانس مکرر، ابتدا پیش‌فرض‌های مرتبط با آمار پارامتریک مورد بررسی قرار گرفتند. بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیر و ویلک نشان داد که توزیع نمره‌های شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای مؤلفه‌های

جدول ۳: تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر برای اثربخشی «درمان نظام خانواده درونی» بر مؤلفه‌های تنظیم هیجان

مقیاس	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار احتمال	اتا	توان آماری
ارزیابی مجدد شناختی	درون گروهی	عامل	۱۵۳/۴۱۳	۲	۷۶/۷۰۶	۶/۶۳۹	۰/۱۵۹	۰/۹۰۲
	بین گروهی	اثر تعاملی	۷۰/۶۳۸	۲	۳۵/۳۱۹	۳/۰۵۷	۰/۰۵۳	۰/۵۶۸
		گروه	۸۱/۶۱۲	۱	۸۱/۶۱۲	۷/۳۰۰	۰/۰۱۱	۰/۷۴۸
سرکوبی	درون گروهی	عامل	۶۷/۵۹۸	۲	۳۳/۷۹۹	۳/۶۷۱	۰/۰۳۰	۰/۶۵۸
	بین گروهی	اثر تعاملی	۱۶/۸۵۹	۲	۸/۴۳۰	۰/۹۱۶	۰/۴۰۵	۰/۲۰۲
		گروه	۳۶/۹۵۷	۱	۳۶/۹۵۷	۴/۶۴۷	۰/۰۳۸	۰/۱۱۷

می‌توان گفت تفاوت معناداری بین گروه مداخله با کنترل برای مؤلفه‌های ارزیابی مجدد شناختی و سرکوبی وجود دارد. برای بررسی تفاوت مؤلفه‌های ارزیابی مجدد شناختی و سرکوبی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت زوجی از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی و سرکوبی در عامل درون‌گروهی تفاوت معنادار بین ۳ بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح $P < 0.05$ تأیید گردید. اما برای اثر تعاملی تفاوت معناداری یافت نشد. با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها

در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه جفتی گروه ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

جدول ۴: آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه های جفتی میانگین های اثر زمان

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	مقدار احتمال
ارزیابی مجدد شناختی	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۲۸۲	۰/۷۴۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۱/۹۲۶	۰/۸۳۳	۰/۰۲۷
	پس آزمون	پیگیری	۰/۹۰۱	۰/۷۹۸	۰/۲۶۶
سرکوبی	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۸۸۷	۰/۷۴۴	۰/۰۱۶
	پیش آزمون	پیگیری	۱/۲۴۱	۰/۷۳۹	۰/۱۰۲
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۶۴۶	۰/۶۳۵	۰/۳۱۷

نتایج جدول ۴ نشان می دهد بین نمره پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری برای مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی تفاوت معناداری وجود دارد؛ اما بین نمره پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد که حاکی از تداوم اثربخشی درمان در مرحله پیگیری است. در مؤلفه سرکوبی بین نمره پیش آزمون با پس آزمون تفاوت معناداری وجود داشت، اما بین نمره پیش آزمون و پیگیری تفاوتی مشاهده نشد و بیانگر این نکته است که اثرات درمانی در طول زمان تداوم پیدا نکردند

بحث

هدف از پژوهش حاضر با هدف اثربخشی «درمان نظام خانواده درونی» بر تنظیم هیجان نوجوانان دارای مشکلات رفتاری انجام شد. نتایج نشان داد که درمان نظام خانواده درونی بر مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری اثربخش بوده است، اما در مؤلفه سرکوبی تنها در مرحله پس آزمون تفاوت معنا-داری با مرحله پیش آزمون وجود داشت و میزان ماندگاری «درمان نظام خانواده درونی» نتوانسته است اثربخشی خود را در مرحله پیگیری بر مؤلفه سرکوبی حفظ نماید. با این حال این نتیجه بیانگر این است که «درمان نظام خانواده درونی» بر افزایش راهبرد ارزیابی مجدد شناختی و کاهش راهبرد سرکوبی در نوجوانان دارای مشکلات رفتاری اثربخش بوده است. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های Sweezy (۲۷)، Martin (۲۸)، Miller و همکاران (۳۰)، Mojta و همکاران (۳۲)، Sheehy همکاران (۳۴) همسو می باشد. در این راستا، نتایج پژوهش Sweezy (۲۷) نشان داد که «درمان نظام خانواده درونی» بر تنظیم شرم در نوجوانان اثربخش است.

همچنین نتایج مطالعه Miller و همکاران (۳۰) اثربخشی «درمان نظام خانواده درونی» را بر مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان با سوء استفاده جنسی نشان دادند. در تبیین یافته های پژوهش حاضر، Schwartz (۲۵) خاطر نشان ساخت، «درمان نظام خانواده درونی» باعث آگاهی از کلیه رویدادهای هیجانی و شناختی آنگونه که رخ می دهند، می گردد. بویژه در کسانی که مشکلات هیجانی را تجربه می کنند. طبق نظر McLaughlin و همکاران (۲۱) مشکلات رفتاری هیجانی نوجوانان ناشی از بدتنظیمی هیجان در آن ها می باشد. از این رو «درمان نظام خانواده درونی» می تواند بازشناسی اولیه نشانه های یک مشکل را ارتقاء بخشد و کاربرد این مهارت ها به احتمال بسیار در پیشگیری از مشکل می تواند مؤثر باشد. این رویکرد از تمرین های روزانه ی انعکاس درونی به عنوان راهی برای پرورش مهارت های انطباقی تنظیم هیجان بهره می برد و این تمرین ها به شرکت کنندگان برای مقابله با هیجانات بیرونی و درونی شدید یاری می رساند (۲۷). چنانچه پژوهش ها نیز نشان داده اند «درمان نظام خانواده درونی» از طریق گرایش به چالش با تجارب هیجانی و نظارت مشفقانه بر بخش ها بر تنظیم هیجان و خودشفقت ورزی تأثیر مطلوبی دارد (۳۳، ۳۴). این تمرینات در نوجوانان به افزایش ارزیابی مجدد وقایع و توجه به هیجانات منجر می شود، و از بی توجهی، سرکوبی یا حواس پرتی از هیجانات جلوگیری خواهد کرد. Linehan و همکاران (۴۶) مطرح می کنند مشاهده بدون قضاوت، فرصت شناخت پیامدهای یک رفتار را ممکن می سازد. این شناخت، تغییرات رفتاری مؤثری را به دنبال خواهد داشت. Young & Hee (۵) در مورد کاهش تکانشوری و رفتارهای ناسازگارانه در صورت داشتن نظام خانواده درونی،

مطالعه حاضر با محدودیت های از قبیل اتکای صرف به پرسشنامه و گزارش های شخصی، طولانی بودن «فهرست رفتاری کودک» و احتمال پاسخگویی غیر دقیق نوجوانان دارای مشکلات رفتاری شهر اصفهان همراه بود. لذا در تعمیم نتایج دقت شود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر بخشی از نتایج پایان نامه دکترای کبرا مرادی در رشته روانشناسی عمومی، با راهنمایی خانم دکتر اکرم دهقانی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد است که در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد فلاورجان با کد IR.IAU.FALA.REC.1400.006 در تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۲۵ ثبت شده است. بدن وسیله از همه افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی که با همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منفعی را گزارش نکرده اند.

References

1. Lubenko J, Sebre S. Longitudinal associations between adolescent behavior problems and perceived family relationships. *Procedia -Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5: 785-790. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.185>
2. Wang J, Liu L, Wu H, Yang X, Wang Y, Wang L. Agreement between parents and adolescents on emotional and behavioral problems and its associated factors among Chinese school adolescents: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2014; 14(1): 114-128. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-114>
3. Rajaei R, Zare Bahramabadi M, Abedi M. [Investigation and comparing the effect of deactivation therapy and emotion regulation on reducing emotional dysregulation problems in girl adolescents]. *Journal of Psychological Science*. 2023; 22(124):703-721. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1871-en.pdf>
4. Deutz M, Geeraerts S, Belsky J, Dekovic M, Van Baar A L, Prinzie P, Patalay P. General psychopathology and dysregulation profile in

بیمان می کنند که مهارت مشاهده بدون قضاوت باعث ایجاد کنترل توجه می گردد و مهارت مفیدی برای افرادی است که در تکمیل تکالیف مهم به علت حواس پرتی ناشی از نگرانی ها، خاطرات یا خلق های منفی مشکل دارند. بنابراین، می توان گفت چون هیجانات نقش مهمی در زندگی ایفا می کنند و «درمان نظام خانواده درونی» در تعدیل هیجانات نقش مهمی ایفا می کند، بنابراین باعث افزایش عزت نفس، تعاملات اجتماعی مثبت و انجام رفتارهای مؤثر در موقعیت های اجتماعی تنش زا خواهد شد. بنابراین، آموزش تنظیم هیجان با آگاه نمودن نوجوانان دختر از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن ها، می تواند سازگاری آن ها در ابعاد اجتماعی و هیجانی را ارتقاء بخشد (۴۶).

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که «درمان نظام خانواده درونی» بر تنظیم هیجان و مؤلفه های سرکوبی و ارزیابی مجدد شناختی نوجوانان دارای مشکلات رفتاری تأثیر داشت. لذا پیشنهاد می شود برای آموزش تنظیم هیجان در نوجوانان دارای مشکلات رفتاری به برگزاری دوره هایی مبتنی بر «درمان نظام خانواده درونی» پرداخته شود.

- a longitudinal community sample: Stability, antecedents and outcomes. *Child Psychiatry & Human Development*. 2020; 51(8): 114-126 <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00916-2>
5. Young P H, Hee C Y. Factors affecting emotional behavioral problems in early adolescence: A multilevel model study. *Research in Community and public Health Nurse*. 2017; 28 (4): 482-493. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2017.28.4.482>
 6. Kim S. The influence of family relationship perceived by adolescents upon depression/anxiety, withdrawn behavior, and aggression: Moderating effect of teacher support and friend support. *The Korea Journal of Youth Counseling*. 2013; 21(2): 343-364. <https://doi.org/10.35151/kyci.2013.21.2.016>
 7. Magai D N, Malik J A, Koot H M. Emotional and behavioral problems in children and adolescents in central Kenya. *Child Psychiatry & Human Development*. 2018; 49(4): 659-671. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0783-y>
 8. Costello E J, Foley D L, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology

- of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2006; 45(1): 8-25. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000184929.41423.c0>
9. Frías Á, Carrasco Á, Fernández M J, García A, García B. Comorbilidad entre trastorno de conducta y depresión mayor en la adolescencia: Prevalencia, Teorías explicativas y estatus nosológico. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*. 2009; 14(1): 1-16. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.1.2009.4062>
10. Sánchez-García A, Lucas-Molin B, Fonseca-Pedrero E, Pérez-Albéniz A, Paino M. Emotional and behavioral difficulties in adolescence: Relationship with emotional well-being, affect, and academic performance. *Annals of Psychology*. 2018; 34 (3): 482-489. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.296631>
11. Waxman J, Van Lieshout R J, Schmidt L A. Early adversity and mental health: linking extremely low birth weight. *Journal of Child and Family Studies* emotion regulation, and internalizing disorders. *Current Pediatric Reviews*. 2014; 10(3): 208-215. <https://doi.org/10.2174/157339631003140722103523>
12. Röhl J, Koglin U, Petermann F. Emotion regulation and childhood aggression: longitudinal associations. *Child Psychiatry and Human Development*. 2012; 43(6): 909-923. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0303-4>
13. Southam-Gerow M A, Mendall P C. Emotion regulation and understanding: Implications of child psychology and therapy. *Clinical Psychology Review*. 2002; 22(2): 189-222. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00087-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00087-3)
14. Spear L P. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience & Bio behavioral Reviews*. 2000; 24(4): 417-463. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(00\)00014-2](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(00)00014-2)
15. Gross J J. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 2002; 39(3): 281-291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
16. Cisler J M, Olatunji B O, Feldner M T, Forsyth J P. Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2010; 32(1): 68-82. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1>
17. Chapman A L, Gratz K L, Brown M Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behavior Research and Therapy*. 2006; 44(3): 371-394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
18. Stroud L R, Foster E, Papandonatos G D, Handwerger K, Granger D A, Kivlighan K T, Niaura R. Stress response and the adolescent transition: Performance versus peer rejection stressors. *Development and Psychopathology*. 2009; 21(01): 47-68. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000042>
19. Riediger M, Schmiedek F, Wagner G, Lindenberger U. Seeking pleasure and seeking pain: Differences in pro-and contra-hedonic motivation from adolescence to old age. *Psychological Science*, 2009; 20(12): 1529-1535. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02473.x>
20. Larson R, Moneta G, Richards M H, Wilson S. Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*. 2002; 73(4): 1151-1165. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00464>
21. McLaughlin K A, Hatzenbuehler M L, Mennin D S, Nolen-Hoeksema S. Emotion deregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behavior Research and Therapy*. 2011; 49(9): 544-554. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>
22. Silk J S, Vanderbilt-Adriance E, Shaw D S, Forbes E, Whalen D J, Ryan N D. Resilience among children and adolescents at risk for depression: Mediation and moderation across social and neurobiological contexts. *Developmental Psychopathology*. 2007; 19(3): 841-865. <https://doi.org/10.1017/S0954579407000417>
23. Buckley M, Saarni C. Emotion regulation: Implications for positive youth development. In R. Gilman E S, Huebner M J, Furlong. (editions), *Handbook of Positive Psychology in Schools*, 2009. (pp.107-18). New York: Routledge. <https://psycnet.apa.org/record/2014-06439-007>
24. Zeman J, Cassano M, Perry- Parrish C, Stegall S. Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2006; 27(2): 155-168. <https://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014>
25. Schwartz R C. *Internal Family Systems Therapy*. New York. 1997; Guilford. <https://>

- cdn.oujda.library.com/books/386/386-internal-family-systems-therapy-new-dimensions-(www.tawcer.com).pdf
26. Smith J A, Hayes N D, Jordan S. Systemic integration of IFS therapy and 12-step facilitation for substance use: A theoretical discussion. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2019; 37(1): 60-74. <https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1502032>
 27. Sweezy M. The Teenager's Confession: Regulating shame in Internal Family Systems Therapy. *Erican Journal of Psychotherapy*, 2011; 65 (2):179-188. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2011.65.2.179>
 28. Martin N P. Aspects of the self and psychological outcomes. Doctoral dissertation, Georgia Southern University. 2014. <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/etd/1163/>
 29. Shadick N A, Sowell N F, Frits M F, Hoffman S M, Hartz S H A, Booth F D, Sweezy M, Rogers P R, Dubin R. A randomized controlled trial of an internal family systems-based psychotherapeutic intervention on outcomes in rheumatoid arthritis: A proof-of-concept study. *Journal of Rheumatology*. 2013; 40(11): 1831-1841. <https://doi.org/10.3899/jrheum.121465>
 30. Miller B J, Cardona J R, Hardin M. The use of Narrative Therapy and Internal Family Systems with survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Feminist Family Therapy*. 2007; 18(4): 1-27. https://doi.org/10.1300/J086v18n04_01
 31. Sadr M, Borjali A, Skandari H, Delavar A. [Design and validation of a therapy program based on the Internal Family Systems Model and its efficacy on internet addiction]. *Journal of Psychological Science*. 2023; 22(121): 19-36. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1867-en.html>
 32. Mojta C, Falconier M K, Huebner A L. Fostering self-awareness in novice therapists using Internal Family Systems Therapy. *The American Journal of Family Therapy*. 2014; 42(1): 67-78. <https://doi.org/10.1080/01926187.2013.772870>
 33. Digloria J. Internal family systems therapy and mindful self-compassion: A pilot study of a treatment manual with same-sex couples. Doctoral Dissertation Presented to the Faculty of the California School of Professional Psychology, Alliant International University. 2019. San Diego. <https://www.proquest.com/openview/4e63186d4af36e51d346aff6a62e8bd7/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
 34. Sheehy K, Noureen A, Khaliq A, Dhingra K, Husain N, Pontin E, Cawley R, Taylor P J. An examination of the relationship between shame, guilt and self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2019; 73: 101779 <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101779>
 35. Lakens D. Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t - test and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*. 2013; 4(1): 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>
 36. Achenbach T M. Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, TRF, Profiles. Burlington, VT: 1991; University of Vermont, Department of Psychiatry. https://archive.org/details/manualforchildb0000ache_g2r5
 37. Achenbach T M, Rescorla L A. Manual for the ASEBA school age forms & profiles. Burlington, 2001, University of Vermont, Research Center of Children. <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1855203>
 38. Piper b J, Gray H M, Raber J, Birket M A. Reliability and validity the Brief Problem Monitor, an Abbreviated Form of the Child Behavior Checklist. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2014; 68(10):759-767. <https://doi.org/10.1111/pcn.12188>
 39. Minaei A. [Reliability and validity Child behavior checklist, Youth Self - Report Form]. *Journal of Exceptional Children*. 2007; 6 (3): 769-786. <https://joec.ir/article-1-416-fa.pdf>
 40. Ghasemi O, Khaki A. [Psychometric properties of the semiotics scale of behavioral- emotional problems in elementary school students, preschool and primary school studies]. *Preschool and Elementary School Studies*. 2015; 1(3): 51-56.
 41. Gross J J, John O P. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 85(2): 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
 42. Gullone E, Taffe J. The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): A Psychometric Evaluation. *Psychological Assessment*, 2012; 24(2): 409-417. <https://doi.org/10.1037/a0025777>

43. Gullone E, Hughes E K, King N G, Tonge B. The normative development of emotion regulation strategy uses in children and adolescents: A 2-year follow-up study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010; 51(5): 567-574. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02183.x>
44. Taajobi M, Moradi O. [Comparing metacognition beliefs and emotional regulation and Smoking among adolescents ordinary in Sanandaj, Shenakht]. *Journal of Psychology and Psychiatry*. 2016; 3(3): 40-48. <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-239-fa.html>
45. Solimani A, Habibi Y. [The relationship between emotion regulation and resiliency with psychological well-being in students]. *Journal of School Psychology and institutions*. 2015; 3(4): 51-72. https://jssp.uma.ac.ir/article_268_en.html
46. Linehan M, Comtois K A, Murray A M, Brown M Z, Gallop R J, Heard H L, Korslund K E, Tutek D A, Reynolds S K, Lindenboim N. Two-year randomized controlled trial and follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2014; 63(7): 757-766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>