

## مقایسه‌ی سیستم بازداری - فعال‌سازی رفتاری و وضوح هیجانی در دانش‌آموزان با و بدون تجربه تروماتیک

سمیه قدیری ذیحی<sup>۱</sup>، عباس ابوالقاسمی<sup>۲</sup> و سیف‌الله آقاجانی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف این مطالعه، مقایسه سیستم‌های بازداری - فعال‌سازی رفتاری و وضوح هیجانی در دانش‌آموزان با و بدون تجربه تروماتیک بود. در یک مطالعه مقطعی، تعداد ۱۰۰۰ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین مدارس شهر مشهد انتخاب و پس از غربالگری، در دو گروه دارای (۲۵۳ نفر) و بدون تجربه تروماتیک (۳۰۹ نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سرند کردن حوادث تروماتیک - فرم خودگزارش‌دهی، مقیاس ضربه‌رویداد - تجدید نظر شده، مقیاس رگه‌های فراخلفی و مقیاس فعال‌سازی - بازداری رفتاری استفاده شد. نتایج نشان داد که دانش‌آموزان با تجربه تروماتیک در سیستم فعال‌سازی - بازداری رفتاری و وضوح هیجانی میانگین نمرات کمتری دارند ( $P < 0/001$ ). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز نشان داد که سیستم فعال‌سازی رفتاری، سیستم بازداری رفتاری و وضوح هیجانی ۱۹ درصد از واریانس علائم استرس پس از سانحه را در افراد با تجربه تروما به طور معناداری تبیین می‌کند. این نتایج بیان می‌کند که دانش‌آموزان با تجربه تروما در سیستم بازداری - فعال‌سازی رفتاری با مشکلات بیشتری مواجه بوده و وضوح هیجانی کمتری دارند.

**واژه‌های کلیدی:** تروما، فعال‌سازی رفتاری، بازداری رفتاری، وضوح هیجانی

۱. نویسنده‌ی رابط: کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی (sghadiri@ymail.com)

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۳/۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۱

## مقدمه

انسان همواره در طول زندگی خود با حوادث آسیب‌زا رو به رو بوده است، ولی مفهوم تروما<sup>۱</sup> یا آسیب برای اولین بار توسط فروید<sup>۲</sup> در مطالعات مربوط به هیستری<sup>۳</sup> مطرح شد. به اعتقاد فروید، تروما یک محرک طاقت‌فرسای ناگهانی است که کارکردهای ایگو<sup>۴</sup> را از کار انداخته و منجر به حالت درماندگی می‌گردد. انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۵</sup> (۲۰۰۰) حادثه تروماتیک را به عنوان یک محرک تنش‌زای به شدت آسیب‌زا تعریف کرده است که به تجربه مستقیم شخصی رویدادی مانند مرگ واقعی یا تهدید به مرگ یا آسیب جدی و یا سایر رویدادهایی که تمامیت جسمی فرد، اعضای خانواده و یا بستگان را تهدید می‌کنند، مربوط می‌شود. ناگهانی و غیرمنتظره بودن، شوکه کننده بودن، تهدیدشدن زندگی یا یکپارچگی بدنی و احساس ذهنی ترس، وحشت و درماندگی ویژگی‌هایی است که حوادث تروماتیک را از سایر حوادث مجزا می‌سازد. بسیاری از کودکان و نوجوانان در طی رشد خود رویدادهای استرس‌زایی را تجربه می‌کنند. آنها با موقعیت‌های بغرنجی نظیر اعتیاد والدین و مرگ یک خویشاوند سالخورده که ممکن است به میزان زیادی دشوار و استرس‌زا باشد، مواجه می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهند که مواجهه با رویدادهای تروماتیک شیوع بالایی دارد (کریمر، بورگاس و مک‌فارلان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱؛ کسلر، برلند، دیملر، جین، مریکانگاس و والترز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵). این در حالی است که تجربه رویدادهای تروماتیک منجر به علائم آسیب‌شناختی هم چون اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، علائم فیزیکی و غیره می‌شود که این امر ضرورت پرداختن به

- 
1. Trauma
  2. Freud
  3. Hysteric
  4. Ego
  5. American Psychiatric Association
  6. Creamer, Burgess & McFarlane
  7. Kessler, Berlund, Demler, Jin, Merikangas & Walters

این مسئله را خاطر نشان می‌سازد (بشرپور، ۲۰۱۱).

یکی از متغیرهای مرتبط با تروما، سیستم‌های فعال‌سازی-بازداری رفتاری است. نظریه‌گری<sup>۱</sup> در مورد شخصیت، توضیحی را در مورد ارتباط ابعاد شخصیت و فیزیولوژی فراهم می‌کند. گری (۱۹۸۲) دو سیستم عصب شناختی یعنی سیستم بازداری رفتاری<sup>۲</sup> BIS و سیستم فعال‌سازی رفتاری<sup>۳</sup> BAS را مطرح می‌کند. BIS با حساسیت به نشانه‌های تنبیه، عدم پاداش و رفتار اجتنابی مشخص می‌شود و با نظام‌هایی که اضطراب در آن‌ها نقش دارد، همپوشی دارد؛ در حالی که BAS به نشانه‌های پاداش، اجتناب از تنبیه و گرایش به رفتار گرایشی و لذت بخش حساس است. مهم‌ترین صفت منعکس‌کننده این دو سیستم به ترتیب اضطراب و تکانشگری<sup>۴</sup> است (کارور و وایت<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴). فرض بر این است که هیجانات مثبت مانند شادی و آرامش با انگیزش گرایشی (BAS) و هیجانات منفی مانند غم و ترس با انگیزش اجتنابی (BIS) رابطه دارد (تمارکناند و کینر<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸؛ گومزو گومز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). شواهد پژوهشی نشان داد که عامل فعال‌سازی رفتاری همبستگی مثبت با اختلال سلوک و بیش‌فعالی-نقص توجه دارد. در عین حال، عامل بازداری رفتاری با مشکلات هیجانی و اختلالات اضطرابی رابطه مثبت معناداری دارد (اسلوباداسکیا، سافرنووا، کنیازو و ویلسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳؛ موریس، مسترز، کاستر و تیمرمن<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵؛ سپاه منصور، پیکت، باردین و ارکات<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۱) پژوهشی را به منظور بررسی نقش اجتناب تجربی<sup>۱۱</sup> به

1. Gray
2. Behavioral inhibition system
3. Behavioral activation system
4. Impulsiveness
5. Carver & White
6. Tomarkenand & Keener
7. Gomez & Gomez
8. Slobodskaya, Safronova, Knyazev & Wilson
9. Muris, Meesters, kanter & Timmerman
10. Pickett, Bardeen & Orcutt
11. Experiential avoidance

عنوان تعدیل‌کننده بین حساسیت سیستم بازداری رفتاری و نشانه‌های PTSD، انجام دادند. آنها دریافتند که بین حساسیت BIS، اجتناب تجربی و نشانه‌های PTSD ارتباط مثبتی وجود دارد. همچنین، اجتناب تجربی در ارتباط بین حساسیت BIS و نشانه‌های PTSD نقش تعدیل‌کننده دارد. شرکت‌کنندگان با حساسیت بالا در BIS و اجتناب تجربی بالا، از شرکت‌کنندگانی که حساسیت BIS بالا و اجتناب تجربی پایین داشتند، به طور معنی‌داری نشانه‌های بیشتری از PTSD را گزارش کردند. کازراس، آویلا، تروویا و فار<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند فعالیت بالای سیستم بازداری رفتاری، بیماران دارای اختلال شخصیت گروه C را از بیماران دارای انواع دیگر شخصیت و افراد سالم، متمایز می‌کند. وجه تمایز اختلال شخصیت گروه C از سایر گروه‌ها، A و B حالات اضطرابی و هراس در این بیماران است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). همچنین رز، کیسر، استرانگ و وب<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) در پژوهشی تحت عنوان تئوری حساسیت به پاداش و نشانه‌های اختلال شخصیت، به بررسی ویژگی BIS در دسته C و BAS در دسته B اختلالات شخصیت پرداخته بودند. نتایج نشان داد که نشانه‌های اختلال شخصیت گروه C با سطح بالای فعالیت BIS و نشانه‌های اختلال شخصیت گروه B با سطح بالای فعالیت BAS در ارتباطند. ابوالقاسمی، بخشیان و نریمانی (۲۰۱۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که راهبردهای کنترل فکر ناکارآمد و بازداری پاسخ در افراد مبتلا به اختلال استرس حاد از افراد بهنجار به طور معناداری بیشتر است. در مقابل کوبلوا، سیدل، کهلر، اشنایدر، هابل و درنتل<sup>۳</sup> (۲۰۱۴) در بررسی سیستم BAS-BIS در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی به این نتیجه رسیدند که حساسیت سیستم BIS در این افراد افزایش یافته و حساسیت سیستم BAS کاهش یافته است. وضوح هیجانی<sup>۴</sup> به عنوان یک جنبه از آگاهی هیجانی<sup>۵</sup>، به معنی توانایی فرد برای شناسایی،

- 
1. Caseras, Avila, Torrubia & Farr
  2. Ross, Keiser, Strong & Webb
  3. Kobelevaa, Seidela, Kohler, Schneidera, Habela & Derntl
  4. Emotional clarity
  5. emotional awareness

افتراق و درک هیجان‌ها تعریف شده است (گهم و کلور،<sup>۱</sup> ۲۰۰۲). تفاوت‌های فردی در وضوح هیجانی تحت تاثیرسازه‌های کلی‌تری مثل، آگاهی هیجانی، آلکسیتایمی<sup>۲</sup> و هوش هیجانی می‌باشد (کافی، برینام و کرنس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ گهم و کلور،<sup>۲</sup> ۲۰۰۲). افرادی که سطوح وضوح هیجانی ضعیفی دارند، احتمالاً در انتخاب یک راهبرد تنظیم هیجانی سازگارانه<sup>۴</sup>، توانایی محدودی دارند و ممکن است که احساسات فیزیولوژیکی همراه با برانگیختگی هیجانی<sup>۵</sup> را به اشتباه تفسیر کرده و برداشته‌شان از این احساسات همراه با بزرگنمایی باشد (تیلور، کاج، کروکیت و پاسی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸). بر اساس پژوهش‌های اخیر اختلال در تنظیم هیجانی عامل واسطه‌ای مهمی در بروز علائم تجزیه در بیماران مبتلا به PTSD است (پاور، کراس، فانی و بردلی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵). تحقیقات نشان داده‌اند که وضوح هیجانی پایین، مستقل از سایر جنبه‌های آگاهی هیجانی و آلکسیتایمی، قویا طیف وسیعی از آسیب‌شناسی روانی را پیش‌بینی می‌کند (برناب، بودن، باکر، دایزن، تامپسون و آبرومویچ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶؛ بودن، دایزن، باکر و برناب، ۲۰۰۳). در مقابل احتمالاً افرادی که وضوح هیجانی بالایی دارند، در انتخاب راهبرد تنظیم هیجانی سازگارانه، مثل ارزیابی مجدد شناختی<sup>۹</sup> توانایی بیشتری دارند، در مدیریت هیجان‌شان موفق‌تر عمل کرده و از سلامت روانی بیشتری برخوردارند (بارت، گروس، کریستنسن و بنونتو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۱؛ کانگ و شاور<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴؛ کاشدان، فرسزیدیس، کالینز و موراون<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰). وضوح هیجانی عامل کلیدی است که به طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق تنظیم هیجان

1. Gohm & Clore
2. Alexithymia
3. Coffey, Berenbaum & Kerns
4. adaptive emotion regulation strategy
5. emotional arousal
6. Taylor, Kuch, Kuch, Crockett & Passey
3. Powers, Cross, Fani & Bradley
8. Berenbaum, Boden, Baker, Dizen, Thompson & Abramowitz
9. Cognitive reappraisal
10. Barrett, Gross, Christensen & Benvenuto
11. Kang & Shaver
12. Kashdan, Ferssizidis, Collins & Muraven.

بر روی سلامت روان تأثیری گذارد (بودن، بن میلر، کاشدان، آلوارز و گراس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). شواهد پژوهشی حاکی است افرادی که وضوح هیجانی بیشتری را گزارش می‌کنند و توانایی بیشتری برای تنظیم هیجان‌های خود دارند، سطوح بالاتری از عزت نفس را نشان می‌دهند (سالوی و گریوال<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ فرناندز-بروکل، آلسید، اکسترمررا و پزارو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). مشهدی، سلطانی شورباخورلو و هاشمی زرینی (۲۰۱۱) در پژوهشی دریافتند که هوش هیجانی با علائم اضطرابی رابطه معکوس داشته و از میان مولفه‌های آن، وضوح هیجانی توان لازم برای پیش‌بینی علائم اضطرابی را دارد. اهرینگ و کوآک<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی که به منظور بررسی مشکلات تنظیم هیجانی در بازماندگان تروما انجام داده شده بود بین متغیرهای تنظیم هیجان و شدت نشانه‌های PTSD همبستگی معنی‌داری یافتند. همچنین نتایج نشان داد بین نشانه‌های PTSD، وضوح و آگاهی هیجانی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. بودن و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ترکیبی از سطوح بالای وضوح هیجانی و استفاده مکرر از ارزیابی مجدد شناختی با شدت کمتر اختلال استرس پس از سانحه مرتبط بود. نتایج پژوهش تاباک، گرین، وین، پرودفیت، التشولر و هران<sup>۵</sup> (۲۰۱۵) نشان داد که مولفه‌های ادراک هوش هیجانی و از این بین وضوح هیجانی با زندگی مستقل در افراد اسکیزوفرنی و عملکرد بهتر و همچنین نشانه‌های کمتر مانیک در مبتلایان به اختلال دوقطبی ارتباط مثبت دارد.

با توجه به مرور پیشینه پژوهش می‌توان چنین استنباط کرد که در زمینه مقایسه سیستم بازداری - فعال‌سازی رفتاری و وضوح هیجانی در دانش‌آموزان با و بدون تجربه تروما پژوهش اندکی صورت گرفته است. از این رو هدف این پژوهش مقایسه سیستم فعال‌سازی - بازداری رفتاری و

- 
1. Boden, Bonn-Miller, Kashdan, Alvarez & Gross
  2. Salovy & Grewal
  3. Fernandez-Berrocal, Alcaide, Extremera & Pizarro
  4. Ehrling & Quack
  5. Tabak, Green, Wynn, Proudfit, Altshuler & Huran

وضوح هیجانی در دانش‌آموزان با و بدون تجربه تروما و نقش این متغیرها در پیش‌بینی شدت تجربه تروماتیک می‌باشد.

## روش

مطالعه حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است که به صورت مقطعی انجام گرفته است.

**جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ تشکیل می‌دادند. نمونه‌ی آماری نیز تعداد ۵۶۲ دانش‌آموز دختر مقاطع اول، دوم و سوم دبیرستان در رشته‌های عمومی، ریاضی، تجربی و انسانی می‌باشد که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و با استفاده از پرسش‌نامه سرند کردن حوادث تروماتیک در دو گروه دانش‌آموزان با تجربه تروما (۲۵۳ نفر) که سابقه مواجهه با بیشترین حوادث تروماتیک را داشتند، و بدون تجربه تروما (۳۰۹ نفر) قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل واریانس چند متغیری و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شده است. جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

**الف) پرسشنامه سرند کردن حوادث تروماتیک - فرم خود گزارش‌دهی<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه یک مقیاس ۲۴ سوالی است که توسط فورد<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۲) با هدف بررسی سابقه حوادث تروماتیک و تمایز این حوادث از تجربیات منفی زندگی در کودکان و نوجوانان ساخته شده است. این مقیاس تعدادی از حوادث تروماتیک از جمله آسیب‌های بدنی قبلی و فعلی، بستری شدن، خشونت خانوادگی، خشونت در جامعه، فجایع طبیعی، تصادفات رانندگی، سوءاستفاده فیزیکی و جنسی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (معیار الف (۱) اختلال استرس پس از سانحه). اینکه آیا واکنش‌های فرد تا حد معیار الف (۲) اختلال استرس پس از سانحه پیش می‌رود یا نه نیز در این

1. Traumatic events screening inventory – self report form

2. Ford

پرسش‌نامه ارزیابی می‌گردد. در مورد هر حادثه، تایید حادثه توسط فرد معیار الف (۱) اختلال استرس پس از سانحه را کامل می‌کند و با پاسخ‌های بعدی فرد حوادث تروماتیک از تجربیات منفی استرس‌زا متمایز می‌گردند. نمره کلی هر حادثه نیز از جمع نمره هر دو معیار محاسبه می‌گردد. این پرسشنامه با ابزارهای دیگر ارزیابی حوادث تروماتیک زندگی همبستگی در دامنه ۰/۶۸ الی ۰/۹۳ نشان داده است، ضریب آلفای کرونباخ این آزمون نیز ۰/۸۹ گزارش شده است (فورد و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از بشرپور، ۲۰۱۱). این ضریب در پژوهش بشرپور ۰/۷۶ به دست آمده است.

**ب) مقیاس ضربه رویداد - تجدید نظر شده<sup>۱</sup>:** مقیاس ضربه‌ی رویداد - تجدید نظر شده (ویز و مارمار<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷) مقیاسی ۲۲ آیتی است که به صورت ۵ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. نمرات هر آزمودنی در این آزمون در دامنه‌ای از ۰ تا ۸۸ قرار می‌گیرد. امریک، اسکورل، املکمپ و کامفیوس<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) در مطالعه خود ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس را ۰/۸۴ به دست آوردند. در مطالعه‌ی عبدی، مرادی و اکرمیان (۲۰۰۹) ضریب همسانی درونی این مقیاس را در دامنه‌ای از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی آن خوب گزارش کردند (ابوالقاسمی، بخشیان و نریمانی، ۲۰۱۳). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعه‌ی ابوالقاسمی، بخشیان و نریمانی (۲۰۱۱) ۰/۹۴ گزارش شده است.

**ج) مقیاس فعال‌سازی - بازداری رفتاری<sup>۴</sup>:** فرم کوتاه مقیاس فعال‌سازی - بازداری رفتاری (فرانکن، موریس و راسین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵) از فرم بلند مقیاس کارور و وایت (۱۹۹۴) با استفاده از تحلیل عوامل استخراج شده است. این مقیاس ۲۸ آیتم دارد که دو مؤلفه بازداری رفتاری و فعال‌ساز

- 
1. Event scale – revised
  2. Weiss & Marmar
  3. Emmerik, Schoorl, Emmelkamp & Kamphuis
  4. BIS/BAS scales
  5. Franken, Muris & Rassin



رفتاری را اندازه‌گیری می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در دامنه‌ای از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و بلند مقیاس ۰/۷۶ بدست آمده است. ضریب همبستگی این مقیاس نیز با مقیاس‌های روان‌نژندی و روان‌پریشی آزمون شخصیتی آیزنک<sup>۱</sup> معنادار گزارش شده است (پاردو، آگویلار، مولینوو و تروویا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). در پژوهش پورکرد و ابوالقاسمی (۲۰۱۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۰ بدست آمد.

**(د) مقیاس رگه‌های فراخلقی<sup>۳</sup>:** این مقیاس یک ابزار خودگزارشی عینی بر مبنای الگوی رگه هوش هیجانی است که با ۴۸ آیتم توسط سالووی، مایر، گلدمن، تورووی و پالفی<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) ساخته شد. آزمودنی‌ها در یک طیف لیکرت از بسیار موافقم تا بسیار مخالفم به مواد این آزمون پاسخ می‌دهند. ضرایب آلفای کرونباخ این مقیاس در دامنه‌ای از ۰/۸۲ تا ۰/۸۸ در مطالعه‌ی سالووی و همکاران (۱۹۹۵) و در مطالعه‌ی فیتنس و کورتیز<sup>۵</sup> (۲۰۰۵) در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. همچنین سالووی و گریوال (۲۰۰۵) اعتبار همزمان و افتراقی خوبی برای این ابزار گزارش نموده‌اند. در ایران نیز قربانی، بینگ، واتسون، داویسون و مک<sup>۶</sup> (۲۰۰۲) ضرایب آلفای کرونباخ را برای هر یک از مؤلفه‌های توجه، وضوح هیجانی و اصلاح خلق به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۷۲ و ۰/۶۵ به دست آورده است. لطفی‌بخش (۲۰۰۱) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کرده است.

**روش اجرا:** پژوهش حاضر در دو مرحله انجام گرفت. در مرحله اول پس از کسب مجوز از اداره آموزش و پرورش شهر مشهد، از میان ۷ ناحیه آموزش و پرورش، ناحیه ۵ انتخاب و از بین مدارس ناحیه ۵، ۷ مدرسه (مدارس عادی) و از هر مدرسه ۴ یا ۵ کلاس در مقاطع اول، دوم و سوم در رشته‌های عمومی، ریاضی، تجربی و انسانی انتخاب شد. در این مرحله پس از تبیین اهداف

1. Eyseck Personality Test
2. Pardo, Aguilar, Molinuevo & Torrubia
3. Trait Meta Mood Scale
4. Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai
5. Fitness & Curtis
6. Ghorbani, Bing, Watson, Davison & Mack

پژوهش و جلب اعتماد دانش‌آموزان، پرسش‌نامه سرند کردن حوادث تروماتیک بر روی ۱۰۰۰ نفر از دانش‌آموزان اجرا گردید. از این بین ۲۵۳ دانش‌آموز که سابقه مواجهه با بیشترین حوادث تروماتیک را داشتند، انتخاب و در گروه دانش‌آموزان با تروما قرار گرفتند. همچنین از میان دانش‌آموزانی که تجربه تروما نداشتند، ۳۰۹ نفر انتخاب و در گروه دانش‌آموزان بدون تروما قرار گرفتند. در مرحله دوم پرسش‌نامه‌های مقیاس ضربه‌رویداد - تجدید نظر شده، مقیاس رگه‌های - فراخلقی و مقیاس فعال‌سازی - بازداری رفتاری بر روی هر دو گروه دانش‌آموزان با و بدون تروما اجرا شد. سرانجام داده‌های پژوهش با روش‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیری و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

## نتایج

میانگین (و انحراف معیار) سنی دانش‌آموزان با تجربه تروما و بدون تجربه تروما به ترتیب  $15/84 \pm 1/09$  و  $15/61 \pm 1/04$  می‌باشد. وضعیت رشته تحصیلی دانش‌آموزان با و بدون تروما به ترتیب  $10/7$  و  $6/8$  درصد ریاضی،  $25/7$  و  $22/7$  تجربی،  $28/5$  و  $28/8$  درصد انسانی و  $34/8$  و  $41/7$  درصد عمومی می‌باشد. همچنین وضعیت پایه تحصیلی دانش‌آموزان با تروما و بدون تروما به ترتیب  $34/8$  و  $43/0$  درصد اول،  $36/0$  و  $31/4$  درصد دوم،  $28/9$  و  $25/6$  درصد سوم است.

میانگین نمرات سیستم فعال‌سازی رفتاری در دانش‌آموزان با تجربه تروما و بدون تجربه تروما به ترتیب  $19/62$  و  $20/51$  می‌باشد. میانگین سیستم بازداری رفتاری در دانش‌آموزان با تجربه تروما و بدون تجربه تروما به ترتیب  $22/93$  و  $24/82$  است. میانگین نمرات وضوح هیجانی در دانش‌آموزان با تجربه تروما و بدون تجربه تروما به ترتیب  $27/00$  و  $30/02$  است. میانگین و انحراف معیار سیستم فعال‌سازی رفتاری، سیستم بازداری رفتاری و وضوح هیجانی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سیستم‌فعال‌سازی، بازداری رفتاری و وضوح هیجانی در دانش‌آموزان با و بدون تجربه تروما

دانش‌آموزان بدون تروما		دانش‌آموزان با تروما		متغیر
SD	M	SD	M	
۲/۷۶	۲۰/۵۱	۲/۷۴	۱۹/۶۲	سیستم فعال‌سازی رفتاری
۳/۹۱	۲۴/۸۲	۳/۵۰	۲۲/۹۳	سیستم بازداری رفتاری
۴/۵۷	۳۰/۰۲	۴/۸۳	۲۷/۰۰	وضوح هیجانی

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون باکس و لوین استفاده شد. براساس آزمون باکس که برای متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ( $P= ۰/۰۶$ )،  $F= ۲/۰۴۷$ ،  $BOX= ۱۲/۳۵$ . براساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای متغیرهای سیستم فعال‌سازی رفتاری، سیستم بازداری رفتاری و وضوح هیجانی، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب سیستم‌های فعال‌سازی-بازداری رفتاری و وضوح هیجانی معنادار می‌باشد ( $\eta^2=۰/۱۳۶$ ،  $p<۰/۰۰۱$ )،  $F=۲۹/۱۹$ ،  $Wilks=۰/۸۶۴$ . همچنین سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهند که بین دانش‌آموزان با تجربه تروما و دانش‌آموزان بدون تجربه تروما حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور بتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه معنادار می‌باشد و میزان این تفاوت ۰/۸۶ است؛ یعنی ۸۶ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه، ناشی از تاثیر متقابل متغیرها می‌باشد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین سیستم فعال سازی، بازداری رفتاری و وضوح هیجانی در دانش‌آموزان با و بدون تجربه تروما

متغیر وابسته	df	MS	F	P
سیستم فعال سازی رفتاری	۱	۱۱۰/۵۵	۱۴/۵۹	<۰/۰۰۰
سیستم بازداری رفتاری	۱	۴۹۶/۴۸	۳۵/۶۶	<۰/۰۰۰
وضوح هیجانی	۱	۱۲۶۸/۲۰	۵۷/۷۱	<۰/۰۰۰

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که میانگین نمرات سیستم فعال سازی رفتاری ( $F=14/59$ ) به طور معناداری در دانش‌آموزان با تجربه تروما از دانش‌آموزان بدون تجربه تروما کمتر است ( $P<0/001$ ). همچنین میانگین نمرات سیستم بازداری رفتاری ( $F=35/66$ ) به طور معنی داری در دانش‌آموزان با تجربه تروما از دانش‌آموزان بدون تجربه تروما کمتر است ( $P<0/001$ ) و میانگین نمرات وضوح هیجانی ( $F=57/71$ ) به طور معنی داری در دانش‌آموزان با تجربه تروما از دانش‌آموزان بدون تجربه تروما کمتر است ( $P<0/001$ ).

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه سیستم فعال سازی، بازداری رفتاری و وضوح هیجانی بر علائم استرس پس از سانحه

P	t	ضرایب غیر استاندارد			متغیرهای پیش‌بین
		ضرایب استاندارد	B	SE	
<۰/۰۰۱	۲۲/۳۶۱	-	۱۱۵/۸۰۴	۵/۱۷۹	مقدار ثابت
<۰/۰۰۱	-۴/۲۹۲	-۰/۱۷۸	-۰/۹۳۶	۰/۲۱۸	سیستم فعال ساز رفتاری
<۰/۰۰۱	-۵/۲۷۲	-۰/۲۲۷	-۰/۸۶۵	۰/۱۶۴	سیستم بازداری رفتاری
<۰/۰۰۱	-۸/۹۲۵	-۰/۳۴۷	-۱/۰۳۳	۰/۱۱۶	وضوح هیجانی

$R=0/439, Re=0/193, F=44/46, P<0/001$

برای تعیین تاثیر هر یک از متغیرها، سیستم فعال سازی رفتاری، سیستم بازداری رفتاری و وضوح هیجانی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و مواجهه با تروما به عنوان متغیر ملاک، در معادله

رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. نتایج نشان داد که ۱۹ درصد از واریانس مواجهه با علائم استرس پس از سانحه، توسط سیستم فعال‌سازی رفتاری، سیستم بازداری رفتاری و وضوح هیجانی تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، سیستم فعال‌سازی رفتاری ( $Beta = -0/178$ )، سیستم بازداری رفتاری ( $Beta = -0/227$ ) و وضوح هیجانی ( $Beta = -0/347$ ) می‌توانند علائم استرس پس از سانحه را در دانش‌آموزان با تجربه تروما به صورت معناداری تبیین کنند ( $p < 0/001$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه سیستم فعال‌سازی رفتاری، سیستم بازداری رفتاری و وضوح هیجانی در دانش‌آموزان با و بدون تجربه تروما بود. نتایج نشان داد که میانگین نمرات سیستم فعال‌سازی رفتاری در دانش‌آموزان با تروما کمتر از دانش‌آموزان بدون تروما می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، طبق نظریه گری (۱۹۷۰) و کارور و وایت (۱۹۹۴)، BAS با حساسیت قوی به نشانه‌های پاداش، اجتناب از تنبیه و گرایش به رفتار گرایشی و لذت بخش مشخص می‌شود و از آنجایی که نشانه‌های پاداش، عواطف لذت‌بخش ایجاد می‌کنند، در نتیجه افراد دارای BAS فعال‌تر، بیشتر مستعد تجربه عواطف خوشایند هستند و فرض بر این است که هیجان‌ات مثبت مانند شادی و آرامش با انگیزش گرایشی<sup>۱</sup> (BAS) رابطه دارد (تمارکناند و کینر، ۱۹۹۸؛ گومزو گومز، ۲۰۰۲). همچنین مشخص شده است که نظام فعال‌سازی رفتاری با مشکلات عاطفی رابطه منفی معنی‌دار دارد (سیدموسوی، پوراعتماد، فیاض بخش، اسماعیل بیگی و فرنودیان، ۲۰۱۱). از طرفی، یکی از علائم تروما، مشکلات عاطفی و تجربه عواطف منفی، مثل ترس، افسردگی و خشم و بدتنظیمی عاطفی می‌باشد (بشرپور، ۲۰۱۱). این نتایج نشان می‌دهد دانش‌آموزانی که دارای تجربه تروماتیک هستند، کمتر در جستجوی پاداش بوده و گرایش کمتری به رفتارهای لذت‌بخش دارند و در نتیجه نسبت به دانش‌آموزان بدون تروما، عواطف خوشایند کمتری را تجربه می‌کنند. در

1. Tendency motivation

همین راستا می‌توان به پژوهش کاشدان، الای و فرو<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) اشاره کرد که به این نتیجه رسیده‌اند که PTSD، با ظرفیت کاهش یافته برای تجربه حالات احساسی مثبت شناسایی می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین سیستم بازداری رفتاری در دانش‌آموزان با تروما کمتر از دانش‌آموزان بدون تروما می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اسلوباداسکیا و همکاران (۲۰۰۱)، موریس و همکاران (۲۰۰۵)، پیکت و همکاران (۲۰۱۱) و سپاه منصور (۲۰۱۰) مبنی بر رابطه معنادار مثبت بین سیستم بازداری رفتاری و اختلالات اضطرابی و همچنین علائم استرس پس از سانحه، ناهمخوان می‌باشد. شاید این نتیجه را بتوان اینگونه تبیین کرد که طبق دیدگاه گری (۱۹۸۷) در صورتی که نظام بازداری رفتاری کم‌کار باشد، بازداری فرد در زمان مواجهه با علائم تنبیه و غیر پاداش آسیب می‌بیند، بنابراین احتمال دارد فرد دارای علائم اختلال بیش‌فعالی - نقص - توجه شود. از طرفی در پژوهش شاو، اپلیگیت و اسکور<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) ارتباط تروما با علائم اختلالات رفتاری نظیر کمبود توجه - بیش‌فعالی توصیف شده است. اگر چه این روابط در مقایسه با رابطه تروما با اختلالات خلقی و اضطرابی ثبات کمتری داشته است، اما خود اختلالات رفتاری می‌توانند به عنوان عامل خطری برای مواجهه با برخی از اشکال تروما نیز باشند (پینه<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از بشرپور، ۲۰۱۱). بنابراین با توجه به نبود یافته‌های متناظر در پیشینه، می‌توان اینگونه نتیجه‌گیری کرد که فعالیت کم سیستم بازداری رفتاری در دانش‌آموزان با تروما نسبت به دانش‌آموزان بهنجار، آن‌ها را مستعد ابتلا به اختلالات رفتاری کرده و همین موضوع می‌تواند عاملی خطر ساز برای مواجهه با تروما باشد.

همچنین نتایج نشان داد که میانگین وضوح هیجانی در دانش‌آموزان با تروما به طور معناداری کمتر از دانش‌آموزان بدون تروما می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر (فرناندز - بروکل و همکاران، ۲۰۰۶؛ اهرینگ و کوآک، ۲۰۱۰؛ بودن و همکاران، ۲۰۱۲ و مشهدی و همکاران،

---

1. Elhai & Frueh  
2. Shaw, Applegate & Schorr  
3. Pine

(۲۰۱۱)، مبنی بر ارتباط منفی وضوح هیجانی و اختلالات اضطرابی و شدت علائم پس از آسیب، همسو می‌باشد. در پژوهش پینه و کوهن (۲۰۰۲)، ارتباط تجربی رویدادهای تروماتیک زندگی علاوه بر اختلال استرس پس از سانحه، با علائم افسردگی و اضطراب کاملاً تأیید شده است. از طرف دیگر، مشخص شده است، نوجوانانی که در مقیاس رگه‌های فراخلقی، وضوح هیجانی و نظم‌دهی هیجانی بالاتری را گزارش می‌کنند، افسردگی و اضطراب پایین‌تری را نشان می‌دهند. افزون بر آن، توانایی وضوح هیجانی و نظم‌دهی به هیجان با سازگاری‌های روان‌شناختی بالاتر ارتباط داشت (فرناندز- بروکل و همکاران، ۲۰۰۶) و هوش هیجانی با علائم اضطرابی رابطه‌ی معکوس داشته و از میان مؤلفه‌های آن، وضوح هیجانی توان لازم برای پیش بینی علائم اضطرابی را دارد (مشهدی و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین در تبیین یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که دانش‌آموزان دارای تجربه تروماتیک، به علت داشتن وضوح هیجانی پایین، درک کمتری از ماهیت هیجان‌های خود دارند و مشکلات بیشتری در مدیریت و کنترل هیجان‌ات خود در مقایسه با گروه شاهد دارند. از سوی دیگر توان کمتری نیز برای فایق آمدن بر تجارب هیجانی منفی دارند و همین باعث اختلال در سازگاری آن‌ها و تجربه حالات اضطرابی می‌گردد.

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که سیستم فعال‌سازی- بازدارنده‌ی رفتاری و وضوح هیجانی ۱۹ درصد از واریانس علائم استرس پس از سانحه را تبیین کرده و هر سه متغیر برای علائم استرس پس از سانحه دارای توان پیش‌بینی معناداری بودند و از بین این متغیرها وضوح هیجانی بیشترین توان پیش‌بینی را دارا است. این نتیجه نشان می‌دهد که ۸۱ درصد واریانس باقی‌مانده توسط عوامل دیگری نظیر سایر ویژگی‌های فردی، حادثه تروماتیک و محیط اجتماعی تبیین می‌شود. همچنین با توجه به عدم وجود یافته‌های متناظر در پیشینه، از این یافته می‌توان استنباط کرد که سیستم فعال‌سازی- بازدارنده‌ی رفتاری و وضوح هیجانی تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر علائم استرس پس از سانحه دارند، لذا برای روشن شدن این نکته لازم است که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد. این نتیجه با پژوهش‌های اهرینگ و کوآک (۲۰۱۰)، بودن و همکاران (۲۰۱۲) و پیکت و

همکاران (۲۰۱۱) مبنی بر تأثیر سیستم فعال‌سازی-بازداری رفتاری و وضوح هیجانی بر علائم استرس پس از سانحه، همسو می‌باشد. این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد، که دانش‌آموزانی که سطوح وضوح هیجانی ضعیفی دارند، احتمالاً در انتخاب یک راهبرد تنظیم هیجانی سازگارانه، توانایی محدودی دارند و ممکن است که احساسات فیزیولوژیکی همراه با برانگیختگی هیجانی را به اشتباه تفسیر کرده و برداشتشان از این احساسات همراه با بزرگ‌نمایی باشد (تیلور و همکاران، ۱۹۹۸). در مقابل دانش‌آموزانی که وضوح هیجانی بالایی دارند، در انتخاب راهبرد تنظیم هیجانی سازگارانه، مثل ارزیابی مجدد شناختی توانایی بیشتری دارند، در مدیریت هیجانشان موفق‌تر عمل کرده و از سلامت روانی بیشتری برخوردارند (بارت و همکاران، ۲۰۰۱؛ کانگ و شاور، ۲۰۰۴؛ کاشدان و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین براساس نظریه گری و مک‌ناتان (۲۰۰۰)، حساسیت سیستم بازداری رفتاری پیشگویی کننده استرس‌های هیجانی منفی شخص در موقعیت‌های پر استرس، بدون توجه به طبیعت استرس‌زاها و کنار آمدن نافع و ضعیف فرد می‌باشد. همین موضوع می‌تواند باعث تشدید علائم استرس پس از سانحه شود. از طرفی مشخص شده است که PTSD با کاهش پاسخ‌های مثبت به پاداش‌ها و انتظار پاداش در ارتباط است. همین امر بیانگر ارتباط منفی علائم استرس پس از سانحه با سیستم فعال‌سازی رفتاری می‌باشد (پیکت و همکاران، ۲۰۱۱).

بررسی دانش‌آموزان فقط از یک ناحیه، عدم کنترل نوع حادثه تروماتیک، نمونه غیربالینی و اجرا بر روی فقط دانش‌آموزان دختر از محدودیت‌هایی است که تعمیم‌پذیری یافته را با مشکل مواجه می‌سازد. همچنین جمع‌آوری اطلاعات براساس مقیاس‌های خود گزارش‌دهی، امکان تحریف اطلاعات به علت دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی را به وجود می‌آورد. پیشنهاد می‌شود این بررسی در سایر شهرها و بر روی دانش‌آموزان پسر و گروه‌های مختلف سنی و معرف جامعه انجام شود تا قابلیت تعمیم‌دهی نتایج بیشتر شود و از ابزارهایی که جنبه خود گزارش‌دهی ندارند، برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود.

## References

Abdi, A., Moradi, A. & Akramian, F. (2009). Examining the relation between post-



- traumatic stress symptoms caused by war and autobiographical memory. *Research in Psychological Health*, 7(3), 25-34. (Persian).
- Abolghasemi, A., Bakhshian, F. & Narimani, M. (2011). The Cognitive appraisal And Thought Control Strategies in the Patients With PTSD and Normal Persons. *Clinical psychology Studies*, 1(3), 1-20. (Persian).
- Abolghasemi, A., Bakhshian, F. & Narimani, M. (2013). The Thought Control Strategies and Response Inhibition in the Patients with Acute Stress Disorder and Normal Persons. *Knowledge & health*, 7(4), 165-172. (Persian).
- American Psychiatric Association. (2000). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (Text Revision) (DSM-IV-TR)*. Fourth Edition, Publisher: American Psychiatric Association.
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 15(6), 713-724.
- Basharpur, S. (2011). Comparison the effect of cognitive processing therapy and holographic reprocessing on post-traumatic stress symptoms in high school boy students exposed to trauma. PHD thesis, Mohaghegh Ardabili University, Faculty of Psychology and Educational Sciences. (Persian).
- Berenbaum, H., Boden, M. T., Baker, J. P., Dizen, M., Thompson, R. J. & Abramowitz, A. (2006). Emotional correlates of the different dimensions of schizotypal personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 359-368.
- Boden, T. M., Bonn-Miller, M., Kashdan, T., Alvarez, J. & Gross, J. J. (2012). The interactive effects of emotional clarity and cognitive reappraisal in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 233-238.
- Boden, M. T., Dizen, M., Baker, J. P., & Berenbaum, H. (2003). Odd beliefs and emotional awareness. In Poster presented at the annual meeting for the Society of Research in Psychopathology, Toronto.
- Carver, C. S., & White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319-33.
- Caseras, X., Avila, C., Torrubia, R. & Farre, J. M. (2011). Is the behavioral inhibition system the core vulnerability for cluster C personality disorder? *Personality and Individual Difference*, 31(3), 349-359.
- Coffey, E., Berenbaum, H. & Kerns, J. G. (2003). The dimensions of emotional intelligence, alexithymia, mood awareness: associations with personality and performance on an emotional stroop task. *Cognition & Emotion*, 17(4), 671-679.
- Cremer, M., Burgess, P. M. & McFarlan, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder. Finding from the Australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237-1247.
- Ehring, T. & Quack, D. (2010). Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity. *Behavior Therapy*, 41(4), 587 - 598.

- Emmerik, A. A. P. V., Schoorl, M., Emmelkamp, P. M. G. & Kamphuis, J. H. (2006). Psychometric evaluation of the Dutch version of the posttraumatic cognitions inventory (PTCI). *Behavior Research and Therapy*, 44(7), 1053-1056.
- Fernandez-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N. & Pizarro, D. (2006). The role of emotional Intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4(1), 16- 27.
- Fitness, J. & Curtis, M. (2005). Emotional intelligence and the Meta-Mood scale: Relationships with empathy, attributional complexity. *Journal of Applied Psychology*, 1(1), 50-62.
- Ford, I., Racusin, J.D., Acker, R., Bosquet, R., Ellis, C., Schiffman, R. (2002). Traumatic Events Screening Inventory (TESIPRR/TESI-SRR) [Online]. Available from: URL: [www.fordham.edu/childrenfirs/](http://www.fordham.edu/childrenfirs/).
- Franken, I.H.A., Muris, P. & Rassin, E. (2005). Psychometric properties of the Duth BIS/BAS scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(1), 25-30.
- Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K. & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*, 37(5), 297-308.
- Gary, J. A. (1982). Pavlov. Translated by M. Behzad, (1s Ed.), Tehran, Kharazm Publications.
- Gray J. A. (1987). Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. *Journal of Research Personality*, 21(4), 493-509.
- Gray, J. A. & McNaughton, N. (2000). The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septohippocampal system. *New York: Oxford University*, 53-98.
- Gohm, C. L. & Clore, G. L. (2002). Four latent traits of emotional experience and their involvement in well-being, coping, and their attributional style. *Cognition and Emotion*, 16(4), 495-518.
- Gomez, A. & Gomez, R. (2002). Personality traits of the behavioral approach and inhibition systems: association with processing of emotional stimuli. *Personality and Individual Differences*, 32(8), 1299-1316.
- Kang, S. M., & Shaver, P. R. (2004). Individual differences in emotional complexity: their possible psychological implications. *Journal of Personality*, 72(4), 687-726.
- Kashdan, T. B., Elhai, J. D., & Frueh, B. C. (2006). Anhedonia and emotional numbing in combat veterance whit PTSD. *Behavior Research and Therapy*, 44(3), 457-467.
- Kashdan, T. B., Ferssizidis, P., Collins, R. L. & Muraven, M. (2010). Emotion differentiation as resilience against excessive alcohol use: an ecological momentary assessment in underage social drinkers. *Psychological Science*, 21(9), 1341-1347.
- Kessler, T.C., Berlund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters, E. (2005). Lifetime Prevalence and the age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archive of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kobeleva, X., Seidel, E., Kohler, C., Schneider, F., Hebal, U. & Derntl. (2014). Dissociation of explicit and implicit measures of the behavioral inhibition and activation system in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 218, 134-142.

- Lotfibakhsh, R. (2012). The role of emotion regulation strategies, Meta mood and Anxiety in predicting cognitive impairment in patients with GAD. MS Thesis, Islamic Azad University of Ardabil, Faculty of Psychology and Educational Sciences. (Persian).
- Mashhadi, A., Soltani Shurbakhorloo, E. & Hashemi Zarrini, S. (2011). On the relationship between emotional intelligence and its components with symptoms of anxiety. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 12(4), 661-652. (Persian)
- Muris, P., Meesters, C., Kanter, E. D. & Timmerman, P. E. (2005). Behavioral inhibition and behavioral activation system scales for children: relationships with Eysenck's personality traits and psychopathological symptoms. *Personality and Individual Differences*, 38(4), 831-841.
- Pardo, Y., Aguilar, R., Molinuevo, B. & Torrubia, R. (2007). Alcohol use as a behavioral sign of disinhibition: Evidence from J.A. Gray's model of personality. *Addictive Behaviors*, 32(11), 2398-2403.
- Pickett, S. M., Bardeen, J. R. & Orcutt, H. K. (2011). Experiential avoidance as a moderator of the relationship between behavioral inhibition system sensitivity and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1038-1045.
- Pine, D. S. & Cohn, J. A. (2002). Trauma in Children and Adolescents: Risk and Treatment of Psychiatric Sequelae. *Society Of Biological Psychiatry*, 51(7), 519-531.
- Powers, A., Cross, D., Fani, N. & Bradley, B. (2015). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 174-179.
- Purkord, M. & Aboalghasemi, A. (2013). Investigate the relationship impulsive and activation – inhibition behavior with tendency to substance abuse in adolescents. *Health Psychology*, 2(2), 5-17. (Persian).
- Ross, R. R., Keiser, H. N., Strong, J. V. & Webb, C. M. (2013). Reinforcement sensitivity theory and symptoms of personality disorder: Specificity of the BIS in Cluster C and BAS in Cluster B Personality and Individual Differences. *Personality and Individual Differences*, 54(2), 289 – 293.
- Salovey, P. & Grewal, D. (2005). The science of emotional intelligence. *Current Directions in Psychological Science*, 14(6), 281-285.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S., Turvey, C. & Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity and repair. Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In J. W. Penne Baker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health*. Washington, DC: American Psychological Association; 125-154.
- Salovey, P., Woolery, A., Stroud, L. R. & Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, Stress reactivity and symptom report: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health*, 17(5), 611-627.
- Sepah Mansour, M. (2010). The relationship between behavioral activation- inhibition systems with the students' abilities and behavioral disorders. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 5(17), 57-64. (Persian).
- Seyed Mousavi, P., Pour Etemad, H., Faiazbakhsh, M., Esmailbeigi, F. & Farnoudian, P. (2011). The relationship between behavioral inhibition and activation systems and

- behavioral and emotional problems in adolescents. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 9(3), 155-163. (Persian).
- Shaw, J. A., Applegate, B. & Scohrr, C. (1996). Twenty-one-month follow-up study of school-age children exposed to hurricane Andrew. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 35(3), 359-364.
- Slobodskaya, H. R., Safronova, M. V., Knyazev, G. G. & Wilson, G. D. (2003). Development of a short form of the Gray-Wilson personality Questionnaire: Its use in measuring personality and adjustment among Russian adolescents. *Personality and Individual Differences*, 35(5), 1049-1059.
- Tabak, N. T., Green, M. F., Wynn, J. K., Proudfit, G. H., Altshuler, L. A. & Horan, W. P. (2015). Perceived emotional intelligence is impaired and associated with poor community functioning in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, Available online.
- Taylor, S., Kuch, K., Kuch, W. J., Crockett, D. J. & Passey, G. (1998). The structure of post-traumatic stress syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 154-160.
- Tomarken, A. J. & Keener, A. D. (1998). Frontal Brain Asymmetry and depression: A self-regulatory perspective. *Cognition and Emotion*, 12(3), 387-420.
- Weiss, D. & Marmar, C. (1997). The impact of event scale - revised. In J. Wilson, & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological*.

## **A comparison of behavioral activation-inhibition systems and emotional clarity in students with and without trauma**

**S. Ghadiri Zabihi<sup>1</sup>, A. Abolghasemi<sup>2</sup> & S. Aghajani<sup>3</sup>**

### **Abstract**

The purpose of this study was to compare behavioral activation-inhibition systems and emotional clarity in students with and without trauma. In a cross-sectional study, 1000 students were selected by cluster sampling from among schools of Mashhad. After screening, they were assigned to two groups, those with trauma (253) and those without trauma (309). To collect data, the Traumatic Events Screening Inventory (self report form), Event Scale (Revised), Trait Meta Mood Scale, and BIS/BAS scales were used. The results showed that the mean scores of students with trauma on behavioral activation-inhibition systems and emotional clarity were significantly less than those without trauma ( $p < 0.001$ ). The results of multiple regressions showed that behavioral approach system, behavioral inhibition system and emotional clarity could account for 19% of variance in post-traumatic stress symptoms. The findings suggested that students with trauma in behavioral activation-inhibition systems confronted more difficulty and less emotional clarity.

**Keywords:** Trauma, behavioral activation-inhibition, emotional clarity

---

1. Corresponding Author: M. A student of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili (sghadiri@ymail.com)

2. Professore of Psychology, The University of Guilan.

3. Assistant Professor of Psychology, Payam Noor University, Iran.