

تکانش گری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی و افسردگی اساسی

المیرا آریانا کیا*
کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی
دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
جعفر حسینی
استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه
خوارزمی، تهران، ایران

هدف: پژوهش حاضر بررسی تکانش‌گری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی و اختلال افسردگی اساسی بود. روش: در این پژوهش از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان امام حسین، به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۵۰ بیمار که شامل ۲۵ بیمار دوقطبی (۱۱ زن و ۱۴ مرد) و ۲۵ بیمار افسرده (۱۵ زن و ۱۰ مرد) بود انتخاب شدند. گروه کنترل را ۲۵ شرکت‌کننده بهنجار (۱۳ زن و ۱۲ مرد) تشکیل می‌دادند که از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی همانند سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل با گروه بیماران هم‌تاسازی شده بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از دو پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان - فرم کوتاه (CERQ-short) و تکانش‌گری بارت (BIS-11) استفاده شد. یافته‌ها: نتایج نشان دادند که میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی در هر سه بعد شناختی / توجهی، حرکتی و بی‌برنامگی تکانش‌گری بیشتر از گروه کنترل سالم است، در حالی که بین دو گروه بیمار در این ابعاد تفاوت معنادار وجود ندارد. در راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی ملامت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌سازی نمرات دو گروه بیمار بیشتر از گروه کنترل بود. در راهبرد ملامت دیگران و پذیرش، بین سه گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد، اما در راهبردهای سازگارانه تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری و تمرکز مجدد مثبت، تفاوت معناداری مشاهده شد. نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بر اهمیت نقش تکانش‌گری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی اساسی تأکید دارند.

*نشانی تماس: گروه روان‌شناسی بالینی
دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
Elmira.Ariana@gmail.com: رایانامه

کلیدواژه‌ها: تکانش‌گری، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اختلال دوقطبی، اختلال افسردگی اساسی

Impulsivity and cognitive emotion regulation strategies in patients with bipolar- and major depressive disorders

Introduction: The aim of the present study was to examine the impulsivity and cognitive emotion regulation strategies among patients with bipolar- and major depressive disorders. **Method:** This investigation recruited 50 patients including 25 patients with bipolar disorder (11 females, and 14 males) and 25 patients with major depression (15 females, and 10 males), who presented to Imam Hossein Psychiatric Center, using the convenience sampling method. Our control group comprised 25 healthy participants (13 females, and 12 males) matched for age, education and marital status to patients group. To collect data, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-short) and Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), were administered. **Results:** Our findings showed a higher score in both patient groups than the healthy controls with regard to attentional/cognitive impulsivity, motor impulsivity and non-planning. Meanwhile, there were no significant differences in such indices between the two patient groups. In addition, both patient groups scored higher than healthy controls in maladaptive cognitive emotion regulation strategies including self-blame, rumination and catastrophizing. Whereas, there were no significant differences in other-blaming and acceptance strategies among the three groups. In adaptive emotion regulation strategies of refocus-on-planning, positive reappraisal, putting into Perspective and positive refocusing there were significant differences amongst the three groups. **Conclusion:** These findings reemphasize on the importance of the role of the impulsivity and cognitive emotion regulation strategies in bipolar- and major depressive disorders.

Keywords: Impulsivity, Cognitive Emotion Regulation Strategies, Bipolar disorder, Major Depressive Disorder.

Elmira Arianakia*

MSc, Department of Psychology,
Faculty of Psychology and
Educational Sciences, Kharazmi
University, Tehran, Iran

Jafar Hasani

PhD, Assistant Professor,
Department of Clinical
Psychology, Faculty of Psychology
and Educational Sciences,
Kharazmi University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author:

Email: Elmira.Ariana@gmail.com

مقدمه

هیجانی (۱۰) و بخش شناختی مقابله اشاره می‌کند (۹) و تنظیم هیجان از طریق افکار و شناخت‌ها ارتباطی اجتناب‌ناپذیر با زندگی انسانی دارد و پس از تجربه رویدادهای استرس‌زا به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌هایی خود را مدیریت کنند (۹)، این مقابله می‌تواند از طریق جست‌وجوی لذت و تسکین فوری یا تکانشی عمل کردن، به تغییر توجه از هدف طولانی مدت خودتنظیمی (مانند تندرستی) به کاهش آشفتگی هیجانی منجر شود (۱۱).

تکانش‌گری مفهومی است چند بُعدی که براساس گرفتار شدن در رفتارهای بدون دوراندیشی و پاسخ‌دهی شتاب‌زده به محرک که اغلب پیامدهای ناسازگارانه به بار می‌آورد تعریف شده است (۱۲). یافته‌ها نشان می‌دهد که تکانشگری در اختلال‌های خلقی نقش دارد و در طول دوره‌ی مانیک اختلال دوقطبی افزایش می‌یابد (۱۵-۱۳)، و ویژگی اصلی اختلال دوقطبی است (۱۲، ۱۶). علاوه بر این، یافته‌ها حاکی از آن است که بیماران مبتلا به افسردگی اساسی تکانش‌گرتر از گروه کنترل هستند (۱۷). در اختلال افسردگی اساسی، تکانش‌گری یکی از ابعاد اصلی اقدام‌ها و رفتارهای خودکشی در نظر گرفته شده است (۱۸، ۱۹). از آنجا که تکانش‌گری با بیماری‌های اساسی، مشکلات خانوادگی، شغلی و اجتماعی، تصادفات و خشونت رابطه دارد، از اهمیت بالینی برخوردار است (۱۶). بنابراین، هم نارسایی تنظیم هیجان و هم افزایش تکانش‌گری مستقلاً می‌توانند افراد را مستعد ایجاد و یا تداوم رفتارهای تکانشی و مرتبط با آسیب‌شناسی روانی سازند (۱۱).

برخی پژوهش‌ها وجود رابطه‌ای نیرومند بین کاربرد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مشکلات هیجانی را تأیید کرده‌اند (۲۰-۲۲)، اما بیشتر پژوهش‌های مربوط به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر افسردگی متمرکزند (۲۰، ۲۳-۲۷). برخلاف برخی اختلافات در پژوهش‌ها، ملامت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌سازی با علایم افسرده‌ساز و ارزیابی مجدد مثبت

اختلال دو قطبی^۱ (BD) و اختلال افسردگی اساسی^۲ (MDD) از رایج‌ترین اختلال‌های خلقی با شیوعی به ترتیب حدود یک درصد و ۶/۷ درصد هستند (۱). مدل‌های اختلال دو قطبی بر اهمیت نقش نارسایی تنظیم هیجان در این اختلال تأکید کرده‌اند (۲-۴). با وجود این، تعداد پژوهش‌های تجربی که شواهد تجربی مؤید دیدگاه نارسایی تنظیم هیجان اختلال دوقطبی را فراهم کرده‌اند اندک است. از سوی دیگر، برخی مؤلفان دوره‌های افسرده‌ساز را پیامد بدکارکردی تنظیم هیجان دانسته‌اند (۵). بر اساس این دیدگاه، علایم افسردگی، پیامدهای شکست افراد در تنظیم سازگارانه هیجان‌هایشان در نظر گرفته شده‌اند. این حقیقت که تنظیم هیجان مفهوم گسترده‌ای است که با روش‌های مختلف تعریف می‌شود، مرور شواهد حمایت‌کننده از این دیدگاه را پیچیده می‌کند (۵) و لذا هنگام بررسی نقش تنظیم هیجان در افسردگی، تعیین اینکه کدام جنبه‌های آن کانون توجه هستند ضروری به نظر می‌رسد. بر همین اساس، نارسایی در تنظیم هیجان در چندین مدل آسیب‌شناسی روانی از جمله اختلال افسردگی اساسی (۶، ۷) و اختلال دوقطبی (۲۸-۴) نقش دارد.

تنظیم هیجان به دامنه وسیعی از فرآیندهای زیستی، اجتماعی، رفتاری و همچنین فرایندهای شناختی هشیار و ناهشیار اشاره دارد. فرآیندهای تنظیم هیجان به قدری پیچیده و گسترده است که تمرکز بر تمام ابعاد و مکانیسم‌های آن ممکن نیست (۹). بنابراین، در پژوهش حاضر فقط به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پرداخته شده است. براساس پیشینه نظری موجود،^۳ راهبرد تنظیم شناختی هیجان شامل ملامت خویش،^۴ پذیرش،^۵ نشخوارگری،^۶ تمرکز مجدد مثبت،^۷ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی،^۸ ارزیابی مجدد مثبت،^۹ دیدگاه‌پذیری،^{۱۰} فاجعه‌سازی^{۱۱} و ملامت دیگران^{۱۱} از نظر مفهومی متمایز شده‌اند. در گستره متون روان‌شناختی، راهبردهای ملامت خویش، ملامت دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌سازی، راهبردهای مقابله ناسازگارانه و پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌پذیری راهبردهای سازگارانه شناخته شده‌اند. علاوه بر این، از آنجا که مفهوم تنظیم شناختی هیجان به روش شناختی مدیریت اطلاعات برانگیزاننده

1. Bipolar disorder	6. Positive Refocusing
2. Major depressive Disorder	7. Refocus on Planning
3. Self-blame	8. Positive reappraisal
4. Acceptance	9. Putting into Perspective
5. Focus on thought or rumination	10. Catastrophizing
	11. Blaming Others

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. در این پژوهش دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی اساسی و یک گروه افراد بهنجار (گروه کنترل) بررسی شدند. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین در پاییز ۹۱ تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری این پژوهش از نوع دردسترس بود که نمونه بالینی آن از بین مراجعه‌کنندگان سرپایی به درمانگاه این بیمارستان که سابقه مراجعه داشتند و گروه کنترل آن از بین همراهان بیماران و کارکنان بیمارستان انتخاب شدند. در این پژوهش، ۲۵ بیمار دوقطبی (۱۱ زن و ۱۴ مرد) و ۲۵ بیمار افسرده (۱۵ زن و ۱۰ مرد) شرکت کردند. افراد بهنجار نیز ۲۵ نفر (۱۳ زن و ۱۲ مرد) بودند که سابقه بیماری روانی نداشتند و از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی همانند سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل با گروه بیماران هم‌تاسازی شده بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش برای شرکت‌کنندگان بیمار، داشتن حداقل تحصیلات متوسطه، آگاهی از زمان و مکان، جهت‌یابی سالم و همکاری و رضایت بیمار برای شرکت در مطالعه و ملاک‌های ورود افراد بهنجار، نداشتن سابقه بیماری روانی، عدم مراجعه به درمانگاه‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی بود. بیماران مورد نظر بر اساس سوابق تشخیصی، پرونده پزشکی و تشخیص بالینی روان‌پزشک بر پایه ملاک‌های DSM-IV تشخیص داده شدند. پس از انتخاب افراد، اطلاعات جمعیت‌شناختی آنها از قبیل جنسیت، سن، وضعیت تأهل، اشتغال، تحصیلات، میزان درآمد خانواده، سابقه اقدام به خودکشی، سن شروع بیماری، طول مدت بیماری و نام داروهای مصرفی و مقدار آنها به وسیله مصاحبه حضوری جمع‌آوری شد.

ابزار پژوهش

۱ - پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان^۳ - فرم کوتاه (CERQ-short): این پرسش‌نامه را که یک پرسش‌نامه چند بُعدی است و از آن برای شناسایی

با افسردگی رابطه معکوس داشته است (۹). پژوهش‌های اندکی نیز که راهبردهای تنظیم هیجان در اختلال دوقطبی را بررسی کرده‌اند، نشان داده‌اند که بیماران دوقطبی بیش از گروه کنترل از راهبردهای سازگارانه (ارزیابی مجدد) و ناسازگارانه (سرکوبی) استفاده می‌کنند (۲۸). چندین پژوهش نیز نشان داده است که در مورد هیجان‌های منفی، بیماران دوقطبی بیش از گروه کنترل راهبرد نشخوارگری را به کار می‌برند (۲۹، ۳۰). با این حال، به غیر از شرابیر و همکاران (۱۱) که در پژوهشی رابطه تنظیم هیجان و تکانش‌گری را در جمعیت بهنجار بررسی کرده و دریافته‌اند که نارسایی تنظیم هیجان با مقیاس‌های خودگزارشی تکانش‌گری رابطه مثبت دارد، به طوری که نارسایی بیشتر در تنظیم هیجان با تکانش‌گری بیشتر (در خرده‌مقیاس‌های تکانش‌گری شناختی/توجهی^۱، و تکانش‌گری بی‌برنامگی^۲ مقیاس تکانش‌گری بارت) رابطه دارد، هیچ پژوهشی به وجود رابطه میان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تکانش‌گری در بیماران دوقطبی پرداخته است. در مجموع، از آنجا که تنظیم هیجان یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازمان‌دهی رفتار سازگارانه و همچنین پیشگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود (۲۷) و تا به حال تحقیقات اندکی به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ارتباط آن با متغیرهای مربوط به مشکلات هیجانی از جمله تکانش‌گری (که در ایجاد و تداوم آسیب‌شناسی روانی نقش دارد) پرداخته‌اند و چون تا کنون هیچ پژوهشی به رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تکانش‌گری و مقایسه آن در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی اساسی پرداخته است، این پژوهش با هدف بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تکانش‌گری در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی اساسی انجام شد با این امید که نتایج آن بتواند به تبیین نقش انواع راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی اساسی و شناسایی راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه کمک کرده و پیشنهادها را پیشگیرانه و مداخله‌جویانه برای این اختلال‌ها داشته باشد.

1. Attentional/Cognitive impulsivity
2. Nonplanning impulsivity
3. Cognitive emotion regulation questionnaire

(۳۴). این مقیاس سه عامل تکانش‌گری شناختی/توجهی^۲ (تصمیم‌گیری‌های شناختی سریع)، تکانش‌گری حرکتی^۳ (عمل کردن بدون فکر) و بی‌برنامگی^۴ (فقدان آینده‌نگری یا جهت‌یابی آنی) را ارزیابی می‌کند. پتن و همکاران (۳۲) در پژوهشی به تعیین روایی و اعتبار مقیاس تکانش‌گری بارت پرداختند و میزان روایی و اعتبار آن طبق گزارش یافته‌ها، به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ بود که حاکی از روایی و اعتبار قابل قبول این پرسش‌نامه است. در ایران نیز برای نخستین بار اختیاری و همکاران (۳۵) با ترجمه نسخه اصلی بارت و به کارگیری آن برای افراد سالم و مصرف‌کنندگان مواد افیونی به هنجاریابی پرسش‌نامه تکانش‌گری بارت پرداختند. روایی و اعتبار در پژوهش مذکور به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۳ به دست آمد که نشان می‌دهد ترجمه فارسی این پرسش‌نامه از نظر روایی و اعتبار مطلوب است.

روش اجرا

پس از تشخیص و بررسی سوابق بیماران، اطلاعات و مقیاس‌های فوق به صورت فردی جمع‌آوری و اجرا شد؛ به این شکل که برای جلب توجه و همکاری بیمار، ابتدا با وی مصاحبه کوتاهی شد و سپس درباره فرایند پژوهش مقدمه مختصری به او ارائه شد. در طول مدت پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان، پژوهش‌گر حضور فعال داشت تا از بروز پاسخ‌های تصادفی جلوگیری کرده و در صورت لزوم به پرسش‌های آنها پاسخ دهد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با برنامه SPSS 16 تجزیه و تحلیل شد. برای بررسی آماری، علاوه بر آمار توصیفی، تحلیل‌های واریانس یک‌راهه و آزمون‌های تعقیبی توکی به کار رفت.

یافته‌ها

جدول ۱ خصوصیات جمعیت‌شناختی و بیماری شناختی شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، سه گروه در متغیرهای ترکیب جنسیتی، سن و سطح تحصیلات

راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی استفاده می‌شود، گارنفسکی و کرایچ (۲۰) در کشور هلند تدوین کردند. برخلاف سایر پرسش‌نامه‌های مقابله‌ای که بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز آشکار قائل نمی‌شوند، این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی و شامل ۱۸ ماده بوده و از نه خرده‌مقیاس تشکیل شده است که افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. اجرای این پرسش‌نامه بسیار آسان و برای هر دو گروه بهنجار و جمعیت‌های بالینی قابل استفاده است. خرده‌مقیاس‌های مذکور نه راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات مقیاس از یک (تقریباً هرگز) تا پنج (تقریباً همیشه) متغیر است. هر خرده‌مقیاس شامل چهار ماده است. نمره کل هر یک از خرده‌مقیاس‌ها با جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید. بنابراین، دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس بین چهار تا ۲۰ خواهد بود. نمرات زیاد در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی‌زا و منفی است. گارنفسکی و کرایچ (۲۰)، ضریب آلفای کرونباخ برای نه خرده-مقیاس مذکور را بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. این پرسش‌نامه را در ایران حسنی (۳۱) هنجاریابی کرده و ضریب آلفای کرونباخ آن را بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ به دست آورده که نشان‌دهنده اعتبار مطلوب آن است.

ب) پرسش‌نامه تکانش‌گری بارت^۱ (BIS-11): نسخه یازدهم مقیاس تکانش‌گری بارت (۳۲) که همبستگی خوبی با پرسش‌نامه تکانش‌گری آیزنک دارد و ساختار پرسش‌های جمع‌آوری شده از هر دو پرسش‌نامه، ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب‌زده و بدون دوراندیشی را نشان می‌دهد، به وسیله پروفیسور ارنست بارت ساخته شده است (۳۳). این پرسش‌نامه ۳۰ ماده دارد و فرد باید به هر یک از مواد آن که در یک مقیاس چهار درجه‌ای (۱- هیچ‌گاه/به ندرت؛ ۲- گاهی اوقات؛ ۳- اغلب؛ ۴- بیشتر اوقات/همیشه) تنظیم شده، پاسخ دهد. ۱۱ ماده از ۳۰ ماده این مقیاس نمره‌گذاری معکوس می‌شوند (۱، ۷-۱۰، ۱۲-۱۵، ۲۰، ۲۹، ۳۰). کمترین و بیشترین نمره در مقیاس مذکور به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ و نمره گروه کنترل غیرروان‌پزشکی معمولاً بین ۵۰ تا ۶۰ است

1. Barrat Impulsivity Questionnaire
2. Attentional/cognitive impulsivity
3. Motor impulsivity
4. Nonplanning

جدول ۱- خصوصیات جمعیت شناختی و بیماری شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش (N=۷۵)

متغیر	BD (n=25)	MDD (n=25)	NG (n=25)	F یا Chi square
زن	۱۱ (۴۴درصد)	۱۵ (۶۰درصد)	۱۳ (۵۲درصد)	۱/۴۴
سن	۳۵/۲۸ (۷/۷۸)	۳۶/۱۲ (۸/۰۵)	۳۶/۴۴ (۸/۰۰)	۰/۵۳
تحصیلات	۱۲/۴۰ (۳/۱۳)	۱۱/۸۸ (۳/۱۰)	۱۳/۳۴ (۲/۸۲)	۱/۲۹
سابقه اقدام به خودکشی	۹ (۳۶درصد)	۷ (۲۸درصد)	-----	-----

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

جدول ۲- میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل‌های واریانس یک‌راهه برای مقایسه سه گروه در ابعاد

تکانش‌گری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

متغیر وابسته	ابعاد	BD (n=25)	MDD (n=25)	NG (n=25)	F	مجذور اتا
تکانش‌گری	شناختی/توجهی	۱۷/۶۴ (۵/۰۲)	۱۸/۰۸ (۴/۴۱)	۱۳/۹۶ (۳/۹۴)	**۶/۳۷	۰/۵۲
	حرکتی	۱۹/۲۸ (۴/۶۳)	۱۸/۸۴ (۴/۳۵)	۱۳/۴۴ (۳/۹۶)	***۱۴/۱۴	۰/۶۳
	بی‌برنامگی	۲۷/۴۸ (۵/۹۲)	۲۸/۷۶ (۵/۸۲)	۱۸/۷۶ (۷/۵۸)	***۱۷/۵۵	۰/۵۲
راهبردهای تنظیم ناسازگارانه	ملاطت خویش	۵/۴۸ (۲/۰۸)	۵/۴۴ (۲/۰۸)	۳/۳۶ (۱/۸۲)	***۹/۱۸	۰/۵۳
	نشخوارگری	۵/۳۶ (۱/۹۵)	۷/۲۰ (۱/۸۵)	۳/۷۲ (۲/۱۵)	***۱۹/۱۶	۰/۴۷
	فاجعه‌سازی	۶/۰۰ (۲/۳۲)	۵/۴۸ (۲/۵۸)	۳/۶۴ (۱/۷۳)	***۷/۶۹	۰/۵۰
راهبردهای تنظیم سازگارانه	ملاطت دیگران	۴/۶۸ (۲/۱۱)	۴/۷۲ (۲/۶۳)	۳/۶۰ (۱/۱۵)	۲/۳۷	۰/۴۱
	پذیرش	۶/۲۴ (۲/۳۸)	۵/۸۰ (۲/۹۱)	۵/۸۰ (۲/۲۰)	۰/۲۵	۰/۲۹
	تمرکز مجدد مثبت	۴/۹۲ (۲/۰۸)	۳/۳۶ (۱/۵۰)	۵/۸۰ (۱/۹۶)	***۱۱/۰۱	۰/۳۹
راهبردهای تنظیم سازگارانه	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۴/۳۲ (۱/۹۷)	۳/۹۲ (۲/۰۴)	۶/۹۲ (۲/۳۲)	***۱۴/۷۸	۰/۴۸
	ارزیابی مجدد مثبت	۳/۷۲ (۲/۰۲)	۳/۷۲ (۱/۹۹)	۶/۵۲ (۲/۲۴)	***۱۴/۹۷	۰/۳۶
	دیدگاه‌گیری	۴/۸۴ (۲/۲۳)	۴/۱۶ (۱/۸۴)	۶/۷۶ (۱/۷۶)	***۱۱/۴۷	۰/۵۷

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

($p > .01$)؛ $F(90, 14201/80) = 1/34$ نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و لذا می‌توان از تحلیل چندمتغیری واریانس استفاده کرد. نتیجه آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز ($p < .001$)؛ $F(18, 128) = 5/45$ معنادار بود که این نشان می‌دهد حداقل بین دو گروه در یکی از متغیرها تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این تفاوت‌ها مشخص نمی‌کند که کدام گروه‌ها در کدام متغیرها با هم تفاوت دارند. تفاوت‌های مذکور از طریق تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون‌های تعقیبی توکی بررسی شد. جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل‌های واریانس یک‌راهه را نشان می‌دهد.

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهند که در هر سه بُعد شناختی/توجهی، حرکتی و بی‌برنامگی تکانش‌گری، راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی ملاطت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌سازی و راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری بین سه

تفاوت معناداری ندارند. با توجه به اینکه ابعاد تکانش‌گری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان یک سازه را تشکیل می‌دهند، برای تحلیل از روش تحلیل چندمتغیری واریانس استفاده شد. قبل از تحلیل، داده‌های پرت بر اساس تبدیل آنها به نمرات استاندارد (Z) واریسی و نمرات $Z + 2$ و -2 حذف شدند. در بررسی ابعاد تکانش‌گری، دامنه آزمون‌های لوین ($p > .01$)؛ $F(2, 72) = 0/22 - 2/03$ و کالموگروف/اسمیرنوف ($1/23 - 1/14$) بیانگر طبیعی بودن توزیع متغیرها و همسانی واریانس بود. همچنین نتیجه آزمون M باکس ($p > .01$)؛ $F(12, 25122/46) = 1/34$ نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و بنابراین می‌توان از تحلیل چندمتغیری واریانس استفاده کرد. نتیجه آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز ($p < .001$)؛ $F(6, 140) = 8/57$ نیز معنادار بود. علاوه بر این، بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دامنه آزمون‌های لوین ($p > .01$)؛ $2/18 - 1/65$ و کالموگروف/اسمیرنوف ($F(2, 72) = 0/41$) نشان‌دهنده طبیعی بودن توزیع متغیرها و همسانی واریانس بود. همچنین نتیجه آزمون M باکس

1. Wilks' Lambda

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای بررسی تفاوت‌های زوجی در ابعاد تکانش‌گری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

متغیر	ابعاد	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای معیار	معناداری
تکانش‌گری	شناختی / توجهی	BD	MDD	-۰/۴۴	۱/۲۶۷۷۹	۰/۹۳۶
		MDD	NG	۳/۶۸***	۱/۲۶۷۷۹	۰/۰۱۳
		MDD	NG	۴/۲۱***	۱/۲۶۷۷۹	۰/۰۰۵
	حرکتی	BD	MDD	۰/۴۴	۱/۲۲۳۱۸	۰/۹۳۱
		MDD	NG	۵/۸۴***	۱/۲۲۳۱۸	۰/۰۰۰
		MDD	NG	۵/۴۰***	۱/۲۲۳۱۸	۰/۰۰۰
راهبردهای تنظیم ناسازگارانه	بی‌برنامگی	BD	MDD	-۱/۲۸	۱/۸۳۷۰۷	۰/۷۶۶
		MDD	NG	۸/۷۲***	۱/۸۳۷۰۷	۰/۰۰۰
		MDD	NG	۱۰/۰۰***	۱/۸۳۷۰۷	۰/۰۰۰
	ملاطمت خویش	BD	MDD	۰/۰۴	۰/۵۶۵۸۴	۰/۹۹۷
		MDD	NG	۲/۱۲***	۰/۵۶۵۸۴	۰/۰۰۱
		MDD	NG	۲/۰۸***	۰/۵۶۵۸۴	۰/۰۰۱
ناسازگارانه	نشخوارگری	BD	MDD	** -۱/۸۴	۰/۵۶۲۵۳	۰/۰۰۵
		MDD	NG	۱/۶۴**	۰/۵۶۲۵۳	۰/۰۱۳
		MDD	NG	۳/۴۸***	۰/۵۶۲۵۳	۰/۰۰۰
	فاجعه‌سازی	BD	MDD	۰/۵۲	۰/۶۳۲۴۶	۰/۶۹۱
		MDD	NG	۲/۳۶***	۰/۶۳۲۴۶	۰/۰۰۱
		MDD	NG	۱/۸۴**	۰/۶۳۲۴۶	۰/۰۱۳
راهبردهای تنظیم سازگارانه	ملاطمت دیگران	BD	MDD	-۰/۰۴	۰/۵۸۳۵۵	۰/۹۹۷
		MDD	NG	۱/۰۸	۰/۵۸۳۵۵	۰/۱۶۱
		MDD	NG	۱/۱۲	۰/۵۸۳۵۵	۰/۱۴۱
	پذیرش	BD	MDD	۰/۴۴	۰/۷۱۲۲۴	۰/۸۱۱
		MDD	NG	۰/۴۴	۰/۷۱۲۲۴	۰/۸۱۱
		MDD	NG	۰/۰۰	۰/۷۱۲۲۴	۱
راهبردهای تنظیم سازگارانه	تمرکز مجدد مثبت	BD	MDD	** ۱/۵۶	۰/۵۲۶۶۲	۰/۰۱۱
		MDD	NG	-۰/۸۸	۰/۵۲۶۶۲	۰/۲۲۳
		MDD	NG	-۲/۴۴***	۰/۵۲۶۶۲	۰/۰۰۰
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	BD	MDD	۰/۴۰	۰/۵۹۹۱۸	۰/۷۸۳
		MDD	NG	-۲/۶۶***	۰/۵۹۹۱۸	۰/۰۰۰
		MDD	NG	-۳/۰۰***	۰/۵۹۹۱۸	۰/۰۰۰
دیدگاه‌گیری	ارزیابی مجدد مثبت	BD	MDD	۰/۰۰	۰/۵۹۰۹۷	۱/۰۰۰
		MDD	NG	-۲/۸۰***	۰/۵۹۰۹۷	۰/۰۰۰
		MDD	NG	-۲/۸۰***	۰/۵۹۰۹۷	۰/۰۰۰
	دیدگاه‌گیری	BD	MDD	۰/۶۸	۰/۵۶۳۰۱	۰/۴۵۲
		MDD	NG	-۱/۹۲**	۰/۵۶۳۰۱	۰/۰۰۳
		MDD	NG	-۲/۶۰***	۰/۵۶۳۰۱	۰/۰۰۰

* = $p < 0.05$, ** = $p < 0.01$, *** = $p < 0.001$

بین دو گروه بیمار در این ابعاد تفاوت معنادار وجود ندارد. نمرات هر دو گروه بیمار در راهبرد ناسازگارانه تنظیم شناختی ملاطمت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌سازی، بیشتر از افراد بهنجار بود، در حالی که در راهبرد ملاطمت دیگران سه گروه تفاوت معناداری نداشتند. در راهبرد نشخوارگری نیز بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نمرات بیشتری کسب کردند. در راهبرد

گروه تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی این نکته که تفاوت‌های مشاهده شده بین کدام گروه است، از آزمون‌های تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی، در هر سه بُعد شناختی / توجهی، حرکتی و بی‌برنامگی تکانش‌گری بیشتر از افراد بهنجار است، در حالی که

ملاطت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌سازی به طور معناداری بیشتر از افراد بهنجار است (۲۰) و با یافته‌های پژوهش‌های اولیه مبنی بر روابط بین آسیب‌شناسی روانی و سبک‌های ناسازگارانه نشخوارگری (۲۲)، فاجعه‌سازی (۲۷) و ملاطت خویش (۲۰) و ارتباط نارسایی تنظیم هیجان با اختلال افسردگی اساسی (۶، ۷) و اختلال دوقطبی (۲، ۳، ۴) نیز همخوان است. اینکه بیماران دوقطبی بیشتر از گروه کنترل راهبردهای ناسازگارانه را گزارش کردند، به این معناست که اختلال دوقطبی به گرایش به درگیر شدن در راهبردهای تنظیم ناسازگارانه یا نامؤثر مرتبط است (۲۸، ۴۳). از طرف دیگر، افرادی که در حال حاضر افسردگی دارند، در مقایسه با گروه کنترل علاوه بر به کارگیری بیشتر راهبردهای ناسازگارانه، درک و وضوح کمتر هیجان‌هایشان و پذیرش کمتر احساسات منفی و بیان انتظار کمتر برای توانایی تنظیم سازگارانه هیجان‌های منفی را گزارش کردند. این یافته‌ها ممکن است نشان دهد که به کارگیری بیش از حد راهبردهای ناسازگارانه گزارش شده به وسیله افراد افسرده می‌تواند به نقایص گسترده‌تر کارکرد هیجانی مربوط باشد. برخی مؤلفان معتقدند که این نقایص تنظیم هیجانی نه فقط با افسردگی حاد همراه‌اند، بلکه یک عامل خطر پایدارتر برای توسعه دوره‌های مکرر آن به شمار می‌روند (۵).

با توجه به اهمیت نقش عوامل شناختی در آسیب‌پذیری افسردگی، به ویژه فرض این است که افزایش سطوح راهبردهای ناسازگارانه شناختی (برای مثال، نشخوارگری و فاجعه‌سازی) و دشواری در به کارگیری راهبردهای سازگارانه شناختی باید در تنظیم هیجان‌های شخصی (برای مثال، ارزیابی مجدد) نقش کلیدی داشته باشد (۲۰). در حالت غیرافسرده، زمانی که افزایش خلق منفی در سطح متوسط است ممکن است این نابهنجاری‌ها با زندگی روزمره تداخل نکند. با این حال، زمانی که بدتر شدن خلق بیشتر مشخص می‌شود، (برای مثال، در پاسخ به رویدادهای استرس‌زای زندگی)، راهبردهای ناسازگارانه می‌تواند به تداوم خلق منفی بینجامد و به رشد یک دوره افسرده‌ساز کمک کند. با وجود دلالت‌های بالقوه برای این نظریه و مداخله، پژوهش‌های اندکی مستقیماً این فرضیه را آزموده‌اند. البته نشخوارگری به کرات به عنوان پیش‌بینی‌کننده ایجاد و تداوم افسردگی شناخته شده

سازگارانه تنظیم شناختی پذیرش، بین سه گروه تفاوت معنادار مشاهده نشد. در راهبردهای سازگارانه تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری نمرات هر دو گروه بیمار کمتر از افراد بهنجار بود. در راهبرد تمرکز مجدد مثبت، میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی کمتر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد بهنجار بود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در هر سه بُعد شناختی / توجهی، حرکتی و بی‌برنامگی تکانش‌گری میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی بیشتر از افراد بهنجار است، در حالی که بین دو گروه بیمار در این ابعاد تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته همسو با پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهند تکانش‌گری بیماران مبتلا به افسردگی اساسی (۱۷) و بیماران دوقطبی (۳۶-۳۸)، بیشتر از گروه کنترل است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ارتباط بین تکانش‌گری و اختلال دوقطبی می‌تواند علل مختلفی داشته باشد. برای مثال، پیامد دوره‌های خلقی، یکی از عوامل خطر ساز برای این اختلال یا عامل مستقل مرتبط با دلایل زیستی این اختلال است (۳۹). پژوهش نشان می‌دهد که ابعاد شناختی / توجهی و بی‌برنامگی تکانش‌گری اندازه‌گیری شده به وسیله BIS می‌تواند تا حدی اختلال کارکرد اجرایی را منعکس کند. شواهد نیز نشان می‌دهند که اختلال در کارکردهای اجرایی اصلی، مانند حافظه کاری، کنترل بازداری و تغییر تکلیف با اختلال دوقطبی رابطه دارد (۴۰). همچنین در مقایسه با استقلال نسبی تکانش‌گری و حالت خلقی بیماران دوقطبی، ابعاد تکانش‌گری (ابعادی که اختلال‌های توجهی و فقدان جهت‌گیری به آینده را تبیین می‌کنند) اغلب می‌تواند با حالت خلقی بیماران افسرده مرتبط باشد، بنابراین، احتمالاً پیامد علایم افسرده‌ساز است (۴۱). یکی از ابعاد اصلی کوشش‌ها و رفتارهای خودکشی در اختلال افسردگی اساسی تکانش‌گری در نظر گرفته شده است (۴۲).

افزون بر موارد فوق، نتایج نشان داد که نمرات هر دو گروه بیمار در راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی ملاطت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌سازی بیشتر از افراد بهنجار است. این یافته همسو با پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهد نمرات اعضای نمونه بالینی در

که استفاده از این راهبردها موجب می‌شود فرد با نگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادهای منفی بپردازد و به جنبه‌های مثبت و فواید احتمالی درازمدت آن رویداد توجه کند و در نتیجه ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه کرده و راحت‌تر با آن کنار بیاید.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که تعیین علایم افسردگی و همچنین ارزیابی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مبتنی بر ارزیابی‌های خودگزارشی بود، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از اشکال دیگر جمع‌آوری داده‌ها مانند مصاحبه‌ها، داوری متخصصان یا پژوهش‌های تجربی استفاده شود. همچنین عدم کنترل تأثیر دارودرمانی و در نظر نگرفتن دوره بیماری بیماران دوقطبی (افسردگی یا مانیک) محدودیت دیگری بود که امید می‌رود در پژوهش‌های بعدی در نظر گرفته شود. ماهیت مقطعی این پژوهش نیز اجازه نتیجه‌گیری در مورد هرگونه دستورالعمل تأثیر را به پژوهشگران نداد. در مورد ایجاد، دوره و تغییرات الگوهای علایم و الگوهای تنظیم شناختی هیجان در زمان نیز نمی‌توان هیچ گونه نتیجه‌گیری کرد. بنابراین پژوهش‌های آینده باید به این سؤال پاسخ دهند که آیا در ایجاد علایم هیجانی و رفتاری و کاربرد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان یک ترتیب زمانی می‌تواند وجود داشته باشد. این نتایج مقدماتی‌اند و باید با نمونه‌های بزرگتر، کنترل اختلال‌های شخصیت و اضطرابی تکرار شوند. در ضمن در مورد بیماران دوقطبی (با یا بدون سابقه سوء مصرف مواد) باید تحلیل تطبیقی صورت بگیرد. پژوهش‌های آینده همچنین باید به این موضوع بپردازند که آیا مؤلفه پایدار تکانش‌گری در اختلال دوقطبی پیامد دوره‌های خلقی مکرر است یا پیش از شروع اختلال خلقی وجود داشته است. اگر افزایش تکانش‌گری مقدم بر شروع اختلال خلقی باشد، پس تکانش‌گری می‌تواند یک عامل خطر یا یک ظهور مستقل علل زیستی اختلال خلقی باشد. به هر حال، بر بروز بالینی اختلال دوقطبی و درمان آن تأثیر خواهد گذاشت. تکانش‌گری بین دوره‌ای بیشتر نیز می‌تواند در پیگیری درمانی ضعیف‌تر و در نتیجه پیامد ضعیف‌تر نقش داشته باشد.

قدردانی و تشکر

بدین وسیله از جناب آقای دکتر شمس، خانم‌ها دکتر بدیع‌زادگان و دکتر علی‌فتاحی، کلیه کارکنان بخش

است (۵). نظریه مقابله شناختی نیز پیش‌بینی می‌کند که افکار منفی در مورد خود، ملامت دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌سازی با تجربه پریشانی هیجانی مرتبط است (۲۱). صرف نظر از جنسیت پاسخ‌دهنده، افسردگی به وسیله ملامت خویش، نشخوارگری، تفکر فاجعه‌سازی، پذیرش پیامدها یا تحمل آنچه رخ داده و کاهش ارزیابی مثبت پیش‌بینی می‌شود.

در راهبرد نشخوارگری نیز نمرات بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود. این یافته با پژوهش‌هایی که نشان می‌دهند سطوح نشخوارگری بیماران دوقطبی بیشتر از گروه کنترل (۲۸، ۳۰) اما مشابه افراد مبتلا به افسردگی یک‌قطبی است ناهمسوست (۴۳). شاید این ناهمخوانی را بتوان به دوره خلقی بیماران دوقطبی نسبت داد و این طور توجیه کرد که ممکن است بسته به اینکه بیماران دوقطبی در دوره افسردگی یا مانیک قرار دارند، میزان نشخوارگری متغیر باشد؛ حال آنکه در این پژوهش دوره بیماری بیماران دوقطبی مدنظر قرار نگرفته است.

نمرات هر دو گروه بیمار در راهبردهای سازگارانه تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری، کمتر از افراد بهنجار بود. در راهبرد تمرکز مجدد مثبت، میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی کمتر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد بهنجار بود. این یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین مبنی بر اینکه ارتباط آسیب‌شناسی روانی با راهبردهای ناسازگارانه نیرومندتر از راهبردهای سازگارانه است هم‌خوان (۲۲) و راهبرد ارزیابی مجدد مثبت، یکی از مهمترین متغیرها برای تمایز دو گروه بالینی و غیربالینی است (۲۷).

پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله شناختی سازگارانه (مانند ارزیابی مجدد مثبت) با افسردگی و یا مقیاس‌های دیگر بیماری روانی رابطه منفی دارند (۲۵). سایر مطالعات نیز رابطه منفی راهبردهای تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و افسردگی را نشان داده‌اند (۴۴، ۴۵). این مطالعات حاکی از آن است که افرادی که در مواجهه با رویدادهای تنیدگی‌زا، از راهبردهای سازگارانه (ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی) استفاده می‌کنند، افسردگی کمتری را گزارش می‌کنند. در واقع دلیل وجود رابطه منفی میان راهبردهای سازگارانه و آسیب‌شناسی روانی این است

روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین و از تمامی شرکت‌کنندگانی که در این پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

دریافت: ۹۱/۱۲/۲۰ ; پذیرش: ۹۲/۱۱/۲۹

منابع

1. Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry* 2004; 49:124-38.
2. Johnson SL, Gruber J, Eisner L. *Emotion and bipolar disorder*. In: Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science. Washington, DC US: American Psychological Association; 2007.
3. Gruber J. Can feeling good can be bad: Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder. *Current Perspectives in Psychological Science* 2011 20(4): 217-21.
4. Phillips ML, Vieta E. Identifying functional neuroimaging markers of bipolar disorder: Towards DSM-V. *Schizophrenia Bulletin* 2007; 33:893-904.
5. Ehring T, Fischer S, Schnulle J, Bosterling A, Tuschen-Caffier B. Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences* 2008; 44:1574-84.
6. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science* 2008; 3:400-24.
7. Rottenberg J, Gross JJ, Gotlib IH. Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 2005; 114:627-39.
8. Johnson SL. Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clinical Psychology Review* 2005;25: 241-62.
9. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences* 2001; 30(8):1311-27.
10. Öngena DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 9:1516-23.
11. Schreiber LRN, Grant JE, Odlaug BL. Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research* 2012; 46:651-58.
12. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158(11): 1783-93.
13. Swann AC, Moeller FG, Steinberg JL, Schneider L, Barratt ES, Dougherty DM. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disorders* 2007; 9: 206-12.
14. Swann AC, Steinberg JL, Lijffijt M, Moeller FG. Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2008; 106:241-248.
15. Swann AC. Mechanisms of impulsivity in bipolar disorder and related illness. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2010; 19:120-30.
16. Najt P, Perez J, Sanches M, Peluso MA, Glahn D, Soares JC. Impulsivity and bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology* 2007; 17(5):313-20.
17. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162(9): 1680-87.
18. Corruble E, Benyamina A, Bayle F, Falissard B, Hardy P. Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry* 2003; 27: 829-33.
19. Saunders KE, Hawton K. The role of psychopharmacology in suicide prevention. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2009; 18: 172-78.
20. 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; 40:1659-69.
21. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences* 2005; 39:1249-60.
22. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy* 2010; 48: 974-83.
23. Garnefski N, Boon S, Kraaij V. Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *Journal of Youth and Adolescence* 2003; 32:401-408.
24. Garnefski N, Kraaij V, van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence* 2005; 28(5):619-31.
25. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Van den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences* 2004; 36: 267-276.
26. Garnefski N, Legerstee J, Kraaij V, Van den

- Kommer T, Teerds J. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence* 2002;25:603-611.
27. Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality* 2002; 16(5):403-20.
28. Gruber J, Harvey AG, Gross JJ. When Trying Is Not Enough: Emotion Regulation and the Effort-Success Gap in Bipolar Disorder. *Emotion* 2012;12(5):997-1003.
29. Gruber J, Eidelman P, Johnson SL, Smith B, Harvey AG. Hooked on a feeling: Rumination about positive and negative emotion in inter-episode bipolar disorder. *Journal of Abnormal* 2011; 120(4): 956-61.
30. Thomas J, Knowles R, Tai S, Bentall RP. Response styles to depressed mood in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders* 2007; 100:249-52.
31. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Behavioral Sciences* 2011;9(4):229-40. [Persian].
32. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology* 1995; 51(6):768-74.
33. Barratt E, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry* 2004; 41:1045-61.
34. Swann AC, Bjork JM, Moeller FG, Dougherty DM. Two models of impulsivity: Relationship to personality traits and psychopathology. *Biological Psychiatry* 2002; 51:988-94.
35. Ekhtiari H, Safaei H, Esmaeeli javid G, Atefvahid MK, Edalati H, Mokri A. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008;14(3):326-336.[Persian].
36. Strakowski SM, Fleck DE, Delbello MP, Adler CM, Shear PK, Kotwal R, et al. Impulsivity across the course of bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2010;12:285-97.
37. Lewis M, Scott J, Frangou S. Impulsivity, personality and bipolar disorder. *European Psychiatry* 2009; 24:464-69.
38. Ekinci O, Albayrak Y, Ekinci AE, Caykoylu A. Relationship of trait impulsivity with clinical presentation in euthymic bipolar disorder patients. *Psychiatry Research* 2011;190:259-64.
39. Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A, Dougherty DM, Moeller FG. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2003;73:105-11.
40. Frangou S, Donaldson S, Hadjulis M, Landau S, Goldstein LH. The Maudsley Bipolar Disorder Project: Executive dysfunction in bipolar disorder I and its clinical correlates. *Biological Psychiatry* 2005;58(11):859-64.
41. Peluso MAM, Hatch JP, Glahn DC, Monkul ES, Sanches M, Najt P, et al. Trait impulsivity in patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders* 2007;100:227-31.
42. Bellani M, Hatch JP, Nicoletti MA, Ertola AE, Zunta-So G, Swann AC, et al. Does anxiety increase impulsivity in patients with bipolar disorder or major depressive disorder? *Journal of Psychiatric Research* 2012;46:616-21.
43. Johnson SL, McKenzie G, McMurrich S. Ruminative responses to positive and negative affect among students diagnosed with bipolar disorder and major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research* 2008; 32:702-13.
44. Jermann F, Van-Der-Linden M, d'Acremont M, Zermatten A. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the French Translation. *European Journal of Psychological Assessment* 2006; 22(2):126-31.
45. Kraaij V, Van Derv Veeck SMC, Garnefski N, Schroevers M, Witlox R, Maes S. Coping, Goal Adjustment, and Psychological Well-Being in HIV-Infected Men Who Have Sex with Men. *AIDS Patient Care STDS* 2008;22(5):395-402.