

## راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اضطراب و تکانشگری در اختلال دوقطبی با و بدون همبودی با اختلال وسواسی - جبری

دکتر جعفر حسنی<sup>(1)</sup>، المیرا آریانا کیا<sup>(2)</sup>

### چکیده

**هدف:** میزان بالای همبودی میان اختلال دوقطبی و اختلال وسواسی جبری می‌تواند به دلیل فرآیندهای فراتشخیصی مشترک باشد؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر ارزیابی نقش سه فرآیند راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اضطراب و تکانشگری در ایجاد و تداوم اختلال دوقطبی و اختلال وسواسی جبری بود. **روش:** 25 بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی (11 زن و 14 مرد)، 25 بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی همبود با وسواس/جبری (12 زن و 13 مرد) و 25 نفر از افراد بهنجار (13 زن و 12 مرد) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از فرم کوتاه پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان، پرسش‌نامه تکانشگری و سیاهه اضطراب بک استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل چندمتغیری واریانس مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان دادند که بیماران دارای همبودی اختلال دوقطبی و وسواس/جبری از راهبردهای سازش‌نا یافته ملامت خویش و ملامت دیگران بیشتری در مقایسه با افراد بهنجار استفاده می‌کنند ( $p < 0/01$ ). هر دو گروه بیماران از راهبردهای نشخوارگری و فاجعه‌سازی بیشتری نسبت به افراد بهنجار بهره می‌گیرند و نمرات بیماران دارای اختلال همبود در این راهبردها بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به تنهایی بود ( $p < 0/01$ ). هر دو گروه بیماران از راهبردهای سازش یافته تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد و دیدگاه‌گیری کمتری در مقایسه با افراد بهنجار استفاده می‌کردند ( $p < 0/01$ ). همچنین، در متغیرهای اضطراب، مؤلفه‌های شناختی/توجهی، حرکتی و بی‌برنامگی تکانشگری هر دو گروه بیماران نمرات بیشتری از افراد بهنجار کسب کردند؛ درحالی‌که میانگین نمرات بیماران دارای اختلال همبود بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به تنهایی بود ( $p < 0/01$ ). **نتیجه‌گیری:** اضطراب، تکانشگری و برخی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (ملامت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌سازی) فرآیندهای فراتشخیصی بوده و می‌توانند در ایجاد و تداوم اختلال دوقطبی و اختلال وسواسی جبری نقش مهمی ایفا کنند.

**کلیدواژه:** اضطراب؛ راهبردهای تنظیم شناختی هیجان؛ تکانشگری؛ اختلال دوقطبی؛ اختلال وسواسی/جبری؛ همبودی

[دریافت مقاله: 1393/10/11؛ پذیرش مقاله: 1394/10/27]

### مقدمه

روان‌پزشکی می‌تواند به اختلال دوقطبی اشاره نمود. در این راستا، تخمین زده می‌شود که دوسوم بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی یک اختلال محور I ثانویه نیز دارند (2). علاوه بر این، یافته‌ها نشان می‌دهند که 20 درصد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی همبودی مادام‌العمر اختلال وسواسی/جبری (OCD)<sup>2</sup> دارند (3)؛ بنابراین، بررسی عوامل و مکانیسم‌های

یکی از زمینه‌های چالش‌انگیز آسیب‌شناسی روانی بحث همبودی در اختلال‌های روان‌شناختی است. در سال‌های اخیر میزان بالای همبودی بین اختلال‌های روانی به‌ویژه افسردگی و اختلال‌های اضطرابی، منجر به جستجوی مکانیسم‌های مسئول این همبودی از جمله عوامل فراتشخیصی<sup>1</sup> شده است (1). از مهم‌ترین بیماری‌های روانی دارای همبودی‌های شایع

(1) دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، خیابان مفتاح، نرسیده به خیابان انقلاب، دانشگاه خوارزمی، ساختمان سمیه، طبقه هشتم، گروه روان‌شناسی بالینی، دورنگار: 02188848938 (نویسنده مسئول) E-mail: [hasanimehr57@yahoo.com](mailto:hasanimehr57@yahoo.com)؛ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی.

<sup>1</sup> transdiagnostic

<sup>2</sup> Obsession-Compulsive Disorder

و در طول دوره مانیک اختلال دوقطبی افزایش می‌یابد (22-20) و ویژگی اصلی اختلال دوقطبی است (19، 23، 24). همچنین، سطح بالای تکانشگری در بیماران وسواسی/جبری گزارش شده است (25، 26). علاوه بر این، برخی پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که شکست در بازداری شناختی (برای مثال، کنترل شناخت‌های درونی مثل افکار مزاحم یا تشریفات ذهنی) و بازداری رفتاری (برای مثال، فعالیت‌های حرکتی یا تشریفات بیرونی) در آسیب‌شناسی عصبی اختلال وسواسی/جبری نقش عمده دارد. طرفداران رابطه مستقیم بین OCD و تکانشگری، ویژگی‌های تکانشی را به‌عنوان سبب‌شناسی، نشانه‌شناسی و معرفی بالینی اختلال بیان می‌کنند (26).

از سوی دیگر، تیلور<sup>7</sup> و همکاران (2) گزارش کرده‌اند که افزایش تکانشگری در بیماران دوقطبی با علائم اضطرابی همراه است. اضطراب ویژگی رایج اختلال دوقطبی است و علائم اضطراب مکرراً به آستانه همبودی اختلال اضطرابی می‌رسد (27). همچنین، در پاسخ به شواهد روزافزون که اضطراب را ویژگی اصلی اختلال دوقطبی می‌دانند، DSM5 اضطراب را به‌عنوان یک تصریح‌کننده برای توصیف دوره‌های خلقی در اختلال دوقطبی در نظر گرفته است (اختلال دوقطبی با اضطراب خفیف تا شدید) (28). هولمز و همکاران (28) صریحاً علائم اضطرابی را مقدم بر نشانه‌شناسی اختلال دوقطبی قرار می‌دهند. نتایج پژوهش سالکوسکی<sup>8</sup> و همکاران (29) نیز از ارتباط روشن بین علائم اضطرابی و اختلال وسواس/جبری حمایت می‌کند. ارتباط بین اضطراب و اختلال وسواسی/جبری نه تنها مربوط به اضطرابی است که به‌طور سنتی در پاسخ به افکار وسواسی رخ می‌دهد، بلکه با افزایش همبودی اختلال وسواسی/جبری و سایر اختلال‌های اضطرابی نیز ارتباط دارد (30)؛ بنابراین، سازه اضطراب نیز می‌تواند به‌عنوان یک شاخص مهم متمایزسازی در اختلال دوقطبی و وسواس/جبری مطرح شود.

در مجموع، راهبردهای تنظیم هیجان یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی، نگهداشت و سازمان‌دهی رفتار سازش‌یافته و همچنین پیشگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای سازش‌نیافته محسوب می‌شود (31) و سازه‌های اضطراب و تکانشگری با برخی پیامدهای منفی در بیماران دوقطبی مانند خودکشی، بی‌ثباتی عاطفی و سوء‌مصرف مواد ارتباط دارند

دخیل در همبودی می‌تواند واجد تلویحات نشانه‌شناختی، علت شناختی و مداخلاتی باشد.

با مرور پیشینه پژوهشی می‌توان اذعان داشت که نارسایی در تنظیم هیجان هم در بروز اختلال دوقطبی و هم اختلال وسواسی/جبری نقش مرکزی دارد (4-10). در این راستا، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که راهبردهای تنظیم سازش‌نیافته هیجان احتمالاً از طریق مقابله با اهداف خودتنظیم در طول دوره‌های آشفتگی هیجانی در ایجاد و تداوم آسیب‌شناسی روانی نقش دارند (9). اعتقاد بر این است که بهره‌گیری از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از جمله نشخوار فکری<sup>1</sup>، فرونشانی فکر<sup>2</sup>، ارزیابی مجدد<sup>3</sup> و حل مسئله<sup>4</sup> ممکن است عوامل فراتشخیصی مهمی در اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی باشند (11). در این زمینه، ارتباط نیرومند بین کاربرد این راهبردها و مشکلات هیجانی مورد تأیید قرار گرفته است (12-17). به‌طور کلی، نتایج نشان می‌دهند افرادی که از سبک‌های شناختی سازش‌نیافته مانند نشخوارگری، فاجعه‌سازی<sup>5</sup> و ملامت خویش<sup>6</sup> بهره می‌گیرند، در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیرترند، درحالی‌که افرادی که از سبک‌های سازش‌یافته، مانند ارزیابی مجدد مثبت استفاده می‌کنند، نسبت به مشکلات هیجانی آسیب‌پذیری کمتری دارند (11). مفهوم تنظیم شناختی هیجان به سبک شناختی مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجانی (18) و جنبه شناختی مقابله اشاره دارد که پس از تجربه رویدادهای استرس‌زا راه‌اندازی می‌شود (13). بر همین اساس، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان یکی از ابعاد متمایزکننده اختلال‌های روان‌شناختی هستند و می‌توانند نقش فراتشخیصی یا وابسته به اختلال داشته باشند.

افزون بر موارد فوق، سازه تکانشگری نیز از همبسته‌های رفتاری اساسی در اختلال‌های دوقطبی و وسواسی/جبری است. تکانشگری یک مفهوم چندبعدی است که بر اساس درگیری در رفتارهای فاقد دوراندیشی و پاسخ‌دهی شتاب‌زده به محرک‌ها تعریف شده است و اغلب منجر به پیامدهای سازش‌نیافته می‌شود (19). در این راستا، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که تکانشگری در اختلال‌های خلقی نقش دارد

<sup>1</sup> rumination

<sup>2</sup> Thought suppression

<sup>3</sup> Reappraisal

<sup>4</sup> Problem-solving

<sup>5</sup> Catastrophizing

<sup>6</sup> Self-blame

<sup>7</sup> Taylor

<sup>8</sup> Sulkowski

بیمارستان امام حسین (ع) تهران، ملاقات کنندگان غیرخویشاوند درجه اول بیماران روانی و ملاقات کنندگان بیماران جسمانی بر اساس تمایل داوطلبانه برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. به علت وجود سه گروه و دشوار بودن فرایند هم‌سازی جهت ایجاد تجانس بین سه گروه، سعی شد تا حد امکان گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل با یکدیگر قرابت داشته باشند. همچنین، سعی شد تا دو گروه بیمار هم بر اساس طول مدت اختلال و دوز داروهای مصرفی معادل انتخاب شوند. علاوه بر این، برای رسیدن به این تجانس، در انتخاب بیماران ملاک‌های ورود زیر در نظر گرفته شد: 1) دامنه‌ی سنی 20 تا 40 سال؛ 2) دارا بودن حداقل سطح تحصیلات متوسطه؛ 3) سابقه دارودرمانی کمتر از دو سال؛ 4) عدم دریافت شوک الکتریکی تا زمان انجام پژوهش؛ 5) نداشتن خویشاوند درجه اول مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی؛ 6) عدم ابتلا به سایر اختلال‌های محور I و II بر اساسی بررسی با مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI)<sup>1</sup>؛ 7) فقدان سابقه آسیب مغزی یا ضربه‌ی سر و 8) فقدان اختلال‌های عضوی. علاوه بر موارد مذکور، وجود اختلال در بیماران از سه طریق مورد تشخیص واقع شد: الف) مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی که توسط روان‌شناس انجام شد، ب) بررسی وجود ملاک‌های DSM-IV-TR توسط روان‌شناس و ج) تشخیص روان‌پزشک. لازم به ذکر است که اگر فردی بر اساس هر کدام از این سه روش فاقد ملاک‌های اختلال دوقطبی یا اختلال دوقطبی همبود با اختلال وسواس/جبری تشخیص داده می‌شد یا در صورت ناهمخوانی تشخیص‌ها از نمونه کنار گذاشته می‌شد. گروه شاهد بهنجار افرادی بودند که بر اساس گزارش شخصی و مصاحبه بالینی سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس نداشته و به اختلال روان‌شناختی خاصی مبتلا نبوده‌اند و در خویشاوندان درجه اول خویش فرد مبتلا به بیمار روانی وجود نداشته است.

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه شامل 5 پرسشنامه بود:

الف) پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه محقق ساخته سؤالاتی درباره جنسیت، سن، وضعیت تأهل، اشتغال، تحصیلات، میزان درآمد خانواده، سابقه خودکشی، سن شروع بیماری، طول مدت بیماری و نام داروهای مصرفی

(32). در کنار این نکات، پژوهش‌ها به منافع توجه به فرایندهای فراتشخیصی جهت بهبود درک و درمان همبودی، تسریع به کارگیری از پیشرفت‌های حاصل شده در یک اختلال از سایر اختلال‌ها و طراحی مداخلات اشاره کرده‌اند (33). همچنین، شناخت فرایندها و مکانیسم‌های فراتشخیصی در اختلال‌های روان‌شناختی، می‌تواند درمانگران را در ایجاد راهبردهای درمانی مؤثر برای اختلال‌های روان‌شناختی یاری رساند و با تحقق این امر می‌توان تبیین‌های روشن‌تری در مورد سبب‌شناسی اختلال‌های همبود ارائه نمود. در گستره پژوهشی کنونی، مطالعات معدودی به بررسی نقش راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان، اضطراب و تکانشگری به‌عنوان عوامل فراتشخیصی که در ایجاد و تداوم آسیب‌شناسی روانی نقش دارد، پرداخته‌اند. بر همین اساس و با توجه به وجود خصوصیات مشترک بین اختلال‌های دوقطبی و وسواسی/جبری و کمبود پژوهش‌های بنیادین در حوزه متمایز نمودن این اختلال‌ها، پژوهش حاضر قصد دارد از یک سو، نقش سه فرآیند راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان، اضطراب و تکانشگری را در ایجاد و تداوم اختلال دوقطبی و اختلال وسواس/جبری بررسی کند و از سوی دیگر به ارزیابی این مسئله بپردازد که آیا این فرآیندها فراتشخیصی هستند یا در هر اختلال به صورت متفاوت (وابسته به تشخیص) پدیدار می‌شوند؟

## روش

پژوهش حاضر از منظر زمانی گذشته‌نگر، در بعد هدف بنیادی و به لحاظ روش گردآوری داده‌ها به طرح‌های علی/مقایسه‌ای تعلق دارد. در این پژوهش دو گروه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلال دوقطبی همبود با اختلال وسواس/جبری و یک گروه از افراد بهنجار مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه آماری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلال دوقطبی همبود با اختلال وسواس/جبری، تمام بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) تهران با تشخیص‌های مذکور در نیمه دوم سال 1392 بود. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر از نوع دردسترس بود. در این پژوهش، 50 بیمار که شامل 25 بیمار دوقطبی (11 زن و 14 مرد) و 25 بیمار دوقطبی همبود با اختلال وسواس/جبری (12 زن و 13 مرد) بودند شرکت داشتند. افراد بهنجار شامل 25 نفر (13 زن و 12 مرد) به شیوه در دسترس از بین کارکنان

<sup>1</sup> Composite International Diagnostic Interview

و دوز آن‌ها را شامل می‌شد.

(ب) **مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI):** این ابزار یک مصاحبه تشخیصی ساختاریافته، استاندارد و جامع برای ارزیابی اختلال‌های روان‌پزشکی است که توسط سازمان جهانی بهداشت تهیه شده است و با کمک آن می‌توان بر اساس تعاریف و معیارهای ICD-10 و DSM-IV-TR تشخیص‌های معتبری در زمینه اختلال‌های روانی به عمل آورد. ساختاریافته‌ی بالای CIDI باعث می‌شود که تأثیر اطلاعات و تفسیر مشاهده‌گر به حداقل برسد. این امر به افزایش پایایی پرسش‌نامه منجر می‌شود (34). چندین مطالعه در سطح بین‌المللی، پایایی خوب تا عالی CIDI را بین پرسشگران و فرهنگ‌های مختلف و زمان‌های متفاوت نشان داده‌اند (34، 35). در ایران روایی این ابزار توسط امینی و همکاران (1385) (34) و پایایی آن توسط داوری آشتیانی و همکاران (1383) مورد بررسی قرار گرفته است (35).

(ج) **پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان - فرم کوتاه:** این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی و کرایج (36) در کشور هلند تدوین شده است و جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسش‌نامه خودگزارشی 18 ماده دارد. اجرای آن خیلی آسان است و هم برای افراد بهنجار و هم برای جمعیت‌های بالینی قابل استفاده می‌باشد. این پرسش‌نامه از 9 خرده‌مقیاس تشکیل شده است. خرده‌مقیاس‌های مذکور 9 راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش<sup>1</sup>، نشخوارگری<sup>2</sup>، تمرکز مجدد مثبت<sup>3</sup>، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی<sup>4</sup>، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری<sup>5</sup>، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران<sup>6</sup> را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات مقیاس از 1 (تقریباً هرگز) تا 5 (تقریباً همیشه) است. هر خرده‌مقیاس شامل 4 ماده است. نمره کل هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره‌ی ماده‌ها به دست می‌آید. بنابراین، دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس بین 4 تا 20 خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی‌زا و منفی است. در پژوهش گارنفسکی و کرایج

(36)، ضریب آلفای کرونباخ برای نه خرده‌مقیاس مذکور بین 0/62 تا 0/80 گزارش شده است. این پرسش‌نامه در ایران توسط حسنی (37) مورد بررسی خصوصیات روان‌سنجی قرار گرفته و پایایی (ضریب آلفای کرونباخ 0/68 تا 0/82) و روایی آن مطلوب گزارش شده است.

(د) **سیاهه اضطراب بک<sup>7</sup> (BAI):** این پرسش‌نامه 21 سؤالی در سال 1988 توسط بک و همکاران به منظور سنجش شدت کلی اضطراب تدوین شده است. شرکت‌کننده شدت هر یک از علائم را با استفاده از مقیاسی چهاردرجه‌ای از (اصلاً) تا (شدید، نمی‌توانم آن را تحمل کنم) درجه‌بندی می‌کند. نمره‌گذاری با جمع نمره‌های 21 پرسش انجام می‌شود. در مجموع، نمره شرکت‌کننده‌ها بین 0-63 متغیر است. نمره کمتر از 9 نشانه عدم اضطراب، 10-20، نشانگر اضطراب خفیف، نمره 30-21، نشانه‌ی اضطراب متوسط و 31 به بالا بیانگر اضطراب شدید می‌باشد. بک و همکاران در سال 1988 پایایی این پرسش‌نامه را به روش بازآزمایی بر روی 83 بیمار سرپایی به فاصله یک هفته، 0/75 نشان دادند. ضریب آلفای 0/92 نیز برای پرسش‌نامه بر روی 160 نفر بیمار سرپایی به دست آمد. فدریخ و همکاران نیز در سال 1992 ضریب پایایی 0/67 و ضریب آلفای 0/94 را برای 40 بیمار سرپایی گزارش کردند (38). در مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران و بیمارستان روزبه انجام شد، پایایی این آزمون در جمعیت سالم و بالینی نشان داده شده است. در این پژوهش که بر روی 56 فرد ناباور انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ 0/90 به دست آمد (38).

(ه) **پرسش‌نامه تکانشگری بارت<sup>8</sup> (BIS-11):** نسخه یازدهم این مقیاس (39) توسط ارنست بارت ساخته شده است (40) و همبستگی خوبی با پرسش‌نامه تکانشگری آیزنک دارد و ساختار پرسش‌های گردآوری‌شده از هر دو پرسش‌نامه، نشان‌دهنده ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب‌زده و فقدان دوراندیشی است. این پرسش‌نامه دارای 30 ماده است و فرد باید به هر یک از ماده‌های این پرسش‌نامه که در یک مقیاس چهاردرجه‌ای (1- هیچ‌گاه/به‌ندرت، 2- گاهی اوقات، 3- اغلب، 4- اکثر اوقات/همیشه) تنظیم شده است، پاسخ دهد. 11 ماده از 30 ماده‌ی این مقیاس به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (1، 7-10، 12، 13، 15، 20، 29، 30). حداقل و

<sup>7</sup> Beck Anxiety Inventory

<sup>8</sup> Barrat Impulsivity Questionnaire

در طول مدت پاسخ‌دهی شرکت‌کننده‌ها، پژوهش‌گران حضور فعال داشتند تا از بروز پاسخ‌های تصادفی جلوگیری نمایند و در صورت لزوم به پرسش‌های آن‌ها پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS-18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل اطلاعات علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی از تحلیل چندمتغیری واریانس (MANOVA)<sup>4</sup> و آزمون‌های تعقیبی توکی استفاده شد.

### یافته‌ها

در جدول 1 خصوصیات جمعیت‌شناختی و بیماری‌شناختی شرکت‌کننده‌ها مشاهده می‌شود. به‌منظور بررسی فراتشخیص یا مختص بودن به اختلال، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اضطراب و مؤلفه‌های تکانشگری با توجه به همبسته بودن متغیرهای پژوهش از تحلیل چندمتغیری واریانس استفاده شد.

نتیجه آزمون M باکس ( $F(13740,182/64) = 1/12$ ;  $p > 0/01$ ) نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. نتیجه آزمون چند متغیری لامبدای ویلکز ( $p < 0/001$ )  $F(26, 122) = 3/69$  معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که در ابعاد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اضطراب و تکانشگری بین سه گروه تفاوت معنادار وجود

حداکثر نمره در مقیاس مذکور به ترتیب 30 و 120 است و گروه کنترل غیرروان‌پزشکی معمولاً نمره‌ای بین 50 تا 60 کسب می‌کنند (41). این مقیاس سه عامل تکانشگری شناختی/توجهی<sup>1</sup> (گرفتن تصمیم‌های شناختی سریع)، تکانشگری حرکتی<sup>2</sup> (عمل کردن بدون فکر) و بی‌برنامگی<sup>3</sup> (فقدان آینده‌نگری یا جهت‌یابی آنی) را ارزیابی می‌کند. پتن و همکاران (39) در پژوهشی به تعیین روایی و پایایی مقیاس تکانشگری بارت پرداختند و میزان روایی و پایایی آن طبق گزارش یافته‌ها، به ترتیب 0/87 و 0/79 است که حاکی از روایی و پایایی قابل قبول این پرسش‌نامه است. در ایران نیز برای نخستین بار اختیاری و همکاران (42)، با ترجمه نسخه اصلی بارت و به‌کارگیری در افراد سالم و مصرف‌کنندگان مواد افیونی به هنجاریابی این پرسش‌نامه پرداختند. روایی و پایایی در پژوهش مذکور به ترتیب 0/75 و 0/83 به دست آمد که نشان می‌دهد ترجمه فارسی پرسش‌نامه تکانشگری بارت از نظر روایی و پایایی در حد مطلوب است.

پس از برآورده شدن ملاک‌های ورود و مسجل شدن تشخیص آزمودنی‌ها، پژوهشگران با کسب رضایت آگاهانه و توضیح فرآیند پژوهش آزمودنی‌ها را بر روی آن‌ها اجرا می‌کردند. اجرای آزمون به صورت فردی در یک اتاقی که شرایط مناسب روان‌سنجی را دارا بود، انجام می‌شد. به‌منظور کنترل واکنش‌های فیزیولوژیک و هیجانی، آزمایش برای تمام آزمودنی‌ها در بین ساعات 9 تا 12 قبل از ظهر انجام شد.

جدول 1- خصوصیات جمعیت‌شناختی و بیماری‌شناختی شرکت‌کننده‌های پژوهش

متغیر	دوقطبی	همبود دوقطبی و وسواس/جبری	بهنجار	Chi یا F square	سطح معناداری
جنسیت زن	11 (44%)	12 (48%)	13 (52%)	0/32	0/85
	14 (56%)	13 (52%)	12 (48%)		
مرد	29/14	28/95 (5/36)	29/38	0/19	0/98
	(5/15)		(5/42)		
سن	13/78	14/02 (3/94)	14/15	0/76	0/76
	(4/14)		(4/22)		
وضعیت تأهل	8	14	13	5/14	0/36
	14	11	10		
	3	0	2		
سابقه اقدام به خودکشی	9 (36%)	11 (44%)	-	14/04	0/001

<sup>1</sup> Attentional/cognitive impulsivity

<sup>2</sup> Motor impulsivity

<sup>3</sup> Nonplanning

<sup>4</sup> Multivariate Analysis of Variance (MANOVA)

جدول 2- میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل‌های واریانس یک‌راهه و آزمون‌های تعقیبی توکی برای مقایسه سه گروه در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اضطراب و تکانشگری

متغیر	دوقطبی میانگین (انحراف معیار)	دوقطبی و وسواس / جبری میانگین (انحراف معیار)	بهنجار میانگین (انحراف معیار)	F	سطح معناداری	مجذور اتا	نتایج آزمون تعقیبی
ملاطت خویش	(2/04) 5/40	(2/96) 6/56	(1/74) 4/29	6/10	0/004	0/14	2 > 3
نشخوارگری	(2/05) 5/76	(2/23) 8/04	(1/85) 4/24	21/80	0/001	0/38	2 > 1 و 2 > 3
فاجعه‌سازی	(2/47) 5/60	(2/70) 6/76	(1/49) 3/68	11/65	0/001	0/24	2 > 1 و 2 > 3
ملاطت دیگران	(2/12) 4/68	(2/75) 5/36	(1/47) 3/56	4/36	0/016	0/11	2 > 3
پذیرش	(2/38) 6/24	(2/68) 6/00	(2/20) 5/80	0/21	0/815	0/01	--
تمرکز مجدد مثبت	(1/43) 3/96	(1/82) 3/16	(1/96) 5/80	14/97	0/001	0/29	2 < 1 و 2 < 3
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	(2/15) 6/72	(3/02) 5/72	(2/55) 6/92	1/62	0/205	0/04	--
ارزیابی مجدد مثبت	(2/20) 5/00	(2/12) 4/00	(2/24) 6/52	8/42	0/001	0/19	2 < 1 و 2 < 3
دیدگاه‌گیری	(1/81) 4/88	(1/75) 3/68	(1/76) 6/76	19/14	0/001	0/35	2 < 1 و 2 < 3
اضطراب	(11/35) 16/76	(14/07) 29/24	(5/44) 7/36	25/35	0/001	0/41	2 > 1 و 2 > 3
تکانشگری شناختی / توجهی	(5/02) 17/64	(4/02) 23/00	(3/84) 15/68	19/18	0/001	0/35	2 > 1 و 2 > 3
تکانشگری حرکتی	(4/49) 21/36	(6/71) 25/96	(3/73) 18/04	14/99	0/001	0/29	2 > 1 و 2 > 3
تکانشگری بی‌برنامگی	(5/27) 25/40	(6/49) 30/12	(5/52) 20/24	18/24	0/001	0/34	2 > 1 و 2 > 3

مجدد مثبت، ارزیابی مجدد و دیدگاه‌گیری هر دو گروه بیماران نمرات کمتری از افراد بهنجار کسب کرده‌اند. در متغیرهای اضطراب، مؤلفه‌های شناختی / توجهی، حرکتی و بی‌برنامگی تکانشگری هر دو گروه بیماران نمرات بیشتری از افراد بهنجار دارند، درحالی‌که میانگین نمرات بیماران دارای اختلال همبود دوقطبی و وسواس / جبری بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی است.

### بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که می‌توان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اضطراب و تکانشگری را به‌عنوان عوامل فراتشخیصی در نظر گرفت. نتایج نشان دادند که در راهبردهای سازش‌نا یافته ملاطت خویش و ملاطت دیگران بیماران دارای اختلال همبود دوقطبی و وسواس / جبری نمرات بیشتری از افراد بهنجار کسب کرده‌اند. در راهبرد نشخوارگری و فاجعه‌سازی نیز هر دو گروه بیماران نمرات بیشتری از افراد بهنجار داشتند و میانگین نمرات بیماران دارای اختلال همبود بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود. این یافته همسو با پژوهش‌هایی است که بیانگر ملاطت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌سازی بیشتر در این بیماران هستند (34). در این راستا، یافته‌های پژوهشی بر روابط آسیب‌شناسی روانی و شبکه‌های سازش‌نا یافته نشخوارگری

دارد. در ادامه برای مشخص شدن تفاوت‌های احتمالی از تحلیل‌های واریانس یک‌راهه و آزمون‌های تعقیبی توکی استفاده شد. در جدول 2 میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اضطراب و مؤلفه‌های تکانشگری، مقادیر F تحلیل‌های واریانس یک‌راهه و نتایج آزمون‌های تعقیبی توکی قید شده است.

داده‌های جدول 2 نشان می‌دهند که در تمام راهبردهای سازش‌نا یافته تنظیم شناختی هیجان (ملاطت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملاطت دیگران)، اضطراب و مؤلفه‌های تکانشگری بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. علاوه بر این، در راهبردهای سازش‌نا یافته تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری تنظیم شناختی هیجان بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون‌های تعقیبی توکی نشان می‌دهند که در راهبردهای سازش‌نا یافته ملاطت خویش و ملاطت دیگران بیماران دارای اختلال همبود دوقطبی و وسواس / جبری نمرات بیشتری در مقایسه با افراد بهنجار کسب کرده‌اند. در راهبرد نشخوارگری هر دو گروه بیماران نمرات بیشتری از افراد بهنجار دارند و میانگین نمرات بیماران دارای اختلال همبود دوقطبی و وسواس / جبری بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی است. همچنین در راهبرد فاجعه‌سازی هر دو گروه بیماران نمرات بیشتری از افراد بهنجار دارند. در راهبرد سازش‌نا یافته تمرکز

معتقد بود که عامل نگه‌دارنده زیربنایی هم در اختلال‌های اضطرابی و هم در اختلال دوقطبی گرایش به تجربه تصویرسازی ذهنی مزاحم است. هولمز و همکاران (51) معتقدند افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تصویرسازی ذهنی مشابهی را تجربه می‌کنند که عامل مهم نگه‌دارنده در افسردگی، دوره‌های مانیک و علائم اضطرابی بیماران است.

علاوه بر این، در مؤلفه‌های شناختی/توجهی، حرکتی و بی‌برنامگی تکانشگری هر دو گروه بیماران نمرات بیشتری از افراد بهنجار داشتند، درحالی‌که میانگین نمرات بیماران دارای اختلال همبود بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به تنهایی بود. این یافته همسو با پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهند تکانشگری بیماران دوقطبی (52-54) بیشتر از افراد بهنجار است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ارتباط بین تکانشگری و اختلال دوقطبی می‌تواند پیامد دوره‌های خلقی یا عامل مستقل مرتبط با دلایل زیستی این اختلال باشد (55).

شواهد نشان می‌دهند که ابعاد شناختی/توجهی و بی‌برنامگی تکانشگری می‌تواند تا حدی اختلال در کارکرد اجرایی را منعکس سازد. در این راستا، یافته‌های پژوهشی بیانگر این هستند که اختلال در کارکردهای اجرایی اصلی مانند حافظه کاری، کنترل بازداری و تغییر تکلیف با اختلال دوقطبی رابطه دارند (56). از سوی دیگر، تکانشگری توجهی شاخصی از حواس‌پرتی، بی‌توجهی و فعالیت شناختی غیرمرتبط است (39) و سطوح بالای تکانشگری توجهی به جای این که مبتنی بر اضطراب باشد، می‌تواند تظاهر بیرونی آن باشد (25). علاوه بر این، به دنبال درمان موفقیت‌آمیز علائم وسواسی/جبری، کاهش تکانشگری و خشم مورد اشاره قرار گرفته است (26).

در مجموع، بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اضطراب و تکانشگری از عوامل فراتشخیصی در اختلال دوقطبی و اختلال وسواس/جبری محسوب می‌شوند. بر همین اساس، در طراحی مداخلات روان‌درمانی، تدوین فرمول‌های علت‌شناختی و نشانه‌شناسی این اختلال‌ها، سازه‌های مذکور می‌توانند به‌عنوان همبسته‌های اصلی مد نظر قرار گیرند. پژوهش حاضر همانند سایر مطالعات دارای محدودیت‌هایی به شرح زیر بود: تعیین علائم اضطراب، تکانشگری و همچنین ارزیابی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مبتنی بر ارزیابی‌های خودگزارشی؛ عدم کنترل دقیق دوز داروهای مصرفی؛ عدم بررسی آثار احتمالی داروهای مصرفی در فرایندهای شناختی

(11، 43-45)، فاجعه‌سازی (31)، ملامت خویش (36) و اختلال دوقطبی (6، 5، 7، 8) تأکید نموده‌اند و نشان داده‌اند که اختلال دوقطبی با گرایش به درگیر شدن در راهبردهای تنظیم ناسازگارانه یا ناموتر هیجان مرتبط است (46، 47). علاوه بر این، در نظریه مقابله شناختی نیز اعتقاد بر این است که افکار منفی در مورد خود، ملامت دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌سازی با تجربه‌ی پریشانی هیجانی ارتباط دارد (48).

در راهبردهای سازش‌یافته تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد و دیدگاه‌گیری هر دو گروه بیماران نمرات کمتری از افراد بهنجار داشتند. این یافته‌ها همخوان با پژوهش‌های است که اعتقاد دارند راهبردهای سازش‌نیافته در مقایسه با راهبردهای سازش‌یافته ارتباط نیرومندتری با آسیب‌شناختی روانی دارند (11) و راهبرد ارزیابی مجدد مثبت یکی از مهم‌ترین متغیرها برای تمایز بین دو گروه بالینی و غیربالینی محسوب می‌شود (31) و رابطه منفی با افسردگی و سایر علائم آسیب‌شناختی دارد (15). همچنین، مطالعات دیگر رابطه منفی راهبردهای تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و افسردگی را نشان داده‌اند (49، 50). در واقع رابطه منفی راهبردهای سازش‌یافته و آسیب‌شناسی روانی به این دلیل است که استفاده از این راهبردها موجب می‌شود که فرد با نگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادهای منفی پردازد و به جنبه‌های مثبت و فواید احتمالی که آن رویداد در درازمدت برای وی به دنبال دارد، توجه کند، در نتیجه ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه کرده و راحت‌تر با آن رویداد کنار بیاید.

همچنین در متغیر اضطراب، هر دو گروه بیماران نمرات بیشتری از افراد بهنجار داشتند، درحالی‌که میانگین نمرات بیماران دارای اختلال همبود بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به تنهایی بود. این یافته با نتایج پژوهش هولمز و همکاران (51) که زمینه کارآمدی را برای کشف ارتباط بین اختلال دوقطبی و علائم اضطراب فراهم کرده است، همخوانی دارد. لازم به ذکر است که الگوی هولمز و همکاران در زمینه اختلال دوقطبی ماهیت فراتشخیصی دارد (28) و ظرفیت مناسب‌تری را برای روشن کردن هر فرایند سبب‌شناختی که سبب ایجاد همبودی‌های چندگانه می‌شوند (مانند اختلال دوقطبی و اختلال‌های اضطرابی) فراهم می‌کند. مدل هولمز و همکاران صریحاً علائم اضطرابی را مقدم بر علامت‌شناسی اختلال دوقطبی قرار می‌دهند. هولمز

7. Gruber J. When feeling good can be bad: Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder. *Curr Perspect Psychol Sci.* 2011; 20(4): 217-21.
8. Phillips ML, Vieta E. Identifying functional neuroimaging markers of bipolar disorder: Towards DSM-V. *Schizophr Bull.* 2007; 33: 893-904.
9. Schreiber LRN, Grant JE, Odlaug BL. Emotion regulation and impulsivity in young adults. *J Psychiatry Res.* 2012; 46: 651-8.
10. Cogle JR, Timpano KR, Goetz AR. Exploring the unique and interactive roles of distress tolerance and negative urgency in obsessions. *Pers Indiv Diff.* 2012; 52: 515-20.
11. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behav Res Ther.* 2010; 48: 974-83.
12. Garnefski N, Boon S, Kraaij V. Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *J Youth Adolesc.* 2003; 32: 401-8.
13. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Indiv Diff.* 2001; 30(8): 1311-27.
14. 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. *J Adolesc.* 2002a; 25: 603-11.
15. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Van den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Pers Indiv Diff.* 2004; 36: 267-76.
16. Kraaij V, Garnefski N, Van Gerwen L. Cognitive coping and anxiety symptoms among people who seek help for fear of flying. *Aviat Space Environ Med.* 2003; 74: 273-7.
17. Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging Ment Health.* 2002; 6: 275-81.
18. Öngena DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Proc Soc Behav Sci.* 2010; 9: 1516-23.

و حجم کم نمونه برای بررسی جنبه‌های فراتشخیصی. پیشنهاد می‌شود برای پژوهش‌های آینده از اشکال دیگر جمع‌آوری داده‌ها مانند مصاحبه‌ها، قضاوت متخصصان یا پژوهش تجربی استفاده شود. این نتایج مقدماتی هستند و باید با نمونه‌های بزرگ‌تر و کنترل اختلال‌های شخصیت تکرار شود. تحلیل تطبیقی بیماران دوقطبی با یا بدون سابقه سوء مصرف مواد نیز می‌تواند به یافته‌های جالب منتهی شود.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از جناب آقای دکتر جمال شمس، سرکار خانم دکتر مریم بدیع‌زادگان، سرکار خانم دکتر ندا علی فتاحی، کلیه کارکنان بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین (ع) و از تمامی شرکت‌کنندگانی که در این پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

### منابع

1. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther.* 2011; 49: 186-93.
2. 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? *J Psychiatry Res.* 2012; 46: 616-21.
3. Amerio A, Odone A, Marchesi C, Ghaemi SN. Treatment of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *J Affect Disord.* 2014; 166: 258-63.
4. Forbes EE, Miller A, Cohn JF, Fox NA, Kovacs M. Affect-modulated startle in adults with childhood-onset depression: Relations to bipolar course and number of lifetime depressive episodes. *Psychiatry Res.* 2005; 143: 11-25.
5. Johnson SL. Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clin Psychol Rev.* 2005; 25: 241-62.
6. Johnson SL, Gruber J, Eisner L. Emotion and bipolar disorder. In: *Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science* (pp. 123-150). Washington, DC US: American Psychological Association; 2007.



19. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(11): 1783-93.
20. Swann AC, Moeller FG, Steinberg JL, Schneider L, Barratt ES, Dougherty DM. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disord*. 2007; 9: 206-12.
21. Swann AC, Steinberg JL, Lijffijt M, Moeller FG. Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2008; 106: 241-48.
22. Swann AC. Mechanisms of impulsivity in bipolar disorder and related illness. *Epid Psychiatry Soc*. 2010; 19: 120-30.
23. Najt P, Perez J, Sanches M, Peluso MA, Glahn D, Soares JC. Impulsivity and bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2007; 17(5): 313-20.
24. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Increased trait-like impulsivity and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2009a; 11(3): 280-8.
25. Boisseau CL, Thompson-Brenner H, Caldwell-Harris C, Pratt E, Farchione T, Barlow DH. Behavioral and cognitive impulsivity in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Psychiatry Res*. 2012; 200: 1062-6.
26. Summerfeldt LJ, Hood K, Antony MM, Richter MA, Swinson RP. Impulsivity in obsessive-compulsive disorder: comparisons with other anxiety disorders and within tic-related subgroups. *Pers Individ Diff*. 2004; 36:539-53.
27. Kim SW, Berk L, Kulkarni J, Dodd S, De Castella A, Fitzgerald PB, Amminger GP, Berk M. Impact of comorbid anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder on 24-month clinical outcomes of bipolar I disorder. *J Affect Disord*. 2014; 166: 243-8.
28. Corry J, Green M, Roberts G, Frankland A, Wright A, Lau P, Loo C, Breakspear M, Mitchell PB. Anxiety, stress and perfectionism in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2013; 151: 1016-24.
29. Sulkowski ML, Jordan C, Reid A, Graziano PA, Shalev I, Storch EA. Relations between impulsivity, anxiety, and obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample. *Pers Individ Diff*. 2009; 47: 620-5.
30. Stein DJ, Hollander E, DeCaria C, Trungold S. OCD: A Disorder With Anxiety, Aggression, Impulsivity, and Depressed Mood. *Psychiatry Res*. 1990; 36: 237-9.
31. 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. *Eur J Personal*. 2002b; 16(5): 403-420.
32. Taylor CT, Hirshfeld-Becker DR, Ostacher MJ, Chow CW, LeBeau RT, Pollack MH, Nierenberg AA, Simon NM. Anxiety is associated with impulsivity in bipolar disorder. *J Anxiety Disord*. 2008; 22: 868-76.
33. Gruber J, Eidelman P, Harvey AG. Transdiagnostic emotion regulation processes in bipolar disorder and insomnia. *Behav Res Ther*. 2008; 46: 1096-100.
34. Amini H, Alaghandrad J, Sharifi V, Davari Ashtiyani R, Kawyani H, Shahrivar Z, et al. Validity of Persian version of the Comprehensive International Diagnostic Interview (CIDI) to diagnose schizophrenia and bipolar disorder. *Tehran Univ Med J* 2006; 64 (8):31-42. [Persian]
35. Davari Ashtiyani R, Alaghandrad J, Sharifi V, Amini H, Kawyani H, Shabani A, et al. Reliability of the Persian version of the Comprehensive International Diagnostic Interview (CIDI) to diagnose schizophrenia and bipolar disorder. *Adv Cog Sci* 2004; 6: 1-9. [Persian]
36. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Diff*. 2006; 40: 1659-69.
37. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *J Res Behav Sci*. 2011; 9(4): 229-40. [Persian]
38. Akbari J, Aghamohammadian HR, Ali Ghanbari Hashemabadi B. Effect of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on anxiety and impulsivity symptoms in men with borderline personality disorder. *J Fundament Ment Health*. 2009; 10(40): 317-23. [Persian]

39. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995; 51(6): 768-74.
40. Barratt E, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. *Biol Psychiatry*. 2004; 41: 1045-61.
41. Swann AC, Bjork JM, Moeller FG, Dougherty DM. Two models of impulsivity: Relationship to personality traits and psychopathology. *Biol Psychiatry*. 2002; 51: 988-94.
42. Ekhtiari H, Safaei H, Esmaeeli javid G, Atefvahid MK, Edalati H, Mokri A. Reliability and Validity of Persian Versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman Questionnaires in Assessing Risky and Impulsive Behaviors. *Iranian J Psychiat Clin Psychol*. 2008; 14(3): 326-36. [Persian]
43. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30: 217-37.
44. 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. *J Abnorm Psychol*. 2011; 120(4): 956-61.
45. Thomas J, Knowles R, Tai S, Bentall RP. Response styles to depressed mood in bipolar affective disorder. *J Affect Disord*. 2007; 100: 249-52.
46. 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.
47. Johnson SL, McKenzie G, McMurrich S. Ruminative responses to positive and negative affect among students diagnosed with bipolar disorder and major depressive disorder. *Cogn Ther Res*. 2008; 32: 702-713.
48. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Diff*. 2005; 39: 1249-60.
49. 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. *Eur J Psychol Ass*. 2006; 22(2): 126-31.
50. Kraaij V, Van Derv Veek SMC, Garnefski N, Schroevers M, Witlox R, Maes S. Coping, Goal Adjustment, and Psychological Well-Being in HIVInfected Men Who Have Sex with Men. *AIDS Patient Care STDS*. 2008; 22(5): 395-402.
51. Holmes EA, Geddes JR, Colom F, Goodwin GM. Mental imagery as an emotional amplifier: application to bipolar disorder. *Behav Res Ther*. 2008; 46: 1251-8.
52. Strakowski SM, Fleck DE, Delbello MP, Adler CM, Shear PK, Kotwal R, et al. Impulsivity across the course of bipolar disorder. *Bipolar Disord*; 2010: 12, 285-97.
53. Lewis M, Scott J, Frangou S. Impulsivity, personality and bipolar disorder. *Eur Psychiatry*. 2009; 24: 464-69.
54. Ekinici O, Albayrak Y, Ekinici AE, Caykoylu A. Relationship of trait impulsivity with clinical presentation in euthymic bipolar disorder patients. *Psychiatry Res*. 2011; 190: 259-64.
55. Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A, Dougherty DM, Moeller FG. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2003; 73:105-11.
56. 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. *Biol Psychiatry*. 2005; 58(11): 859-64.

## Original Article

## Cognitive Emotion Regulation Strategies, Anxiety and Impulsivity in Bipolar Disorder with and without Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder

**Abstract**

**Objectives:** The high rate of comorbidity between bipolar and obsessive-compulsive disorders can be due to common transdiagnostic processes. Therefore, the aim of the present study was to determine the role of cognitive emotion regulation strategies (CERS), anxiety and impulsivity, in developing and maintaining bipolar and obsessive-compulsive disorders. **Method:** Twenty five patients with bipolar disorder (11 females and 14 males), 25 with comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder (12 females and 13 males) and 25 healthy participants (13 females and 12 males) were selected using convenience sampling method. To collect the data, participants were administered Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-short), Impulsivity Questionnaire, and Beck Anxiety Inventory (BAI). Data were analyzed using multivariate analysis of variance. **Results:** Results showed that compared to healthy participants, patients with comorbid bipolar and obsessive-compulsive disorders use more self-blaming and other-blaming maladaptive cognitive emotion regulation strategies ( $p < 0.01$ ). Compared with normal subjects, both patient groups utilized more rumination and catastrophizing strategies, the scores of the patients with comorbid disorder were higher than bipolar patients without comorbid on these strategies disorder ( $p < 0.01$ ). Both patient groups used more adaptive positive refocusing strategies, reappraisal, and less putting into perspective compared to healthy controls ( $p < 0.01$ ). Also, both patient groups scored higher than healthy controls in anxiety, attentional/cognitive impulsivity, motor impulsivity and non-planning impulsiveness; while patients with comorbid disorder scored higher than patients with only bipolar disorder ( $p < 0.01$ ). **Conclusion:** Anxiety, impulsivity and some of the cognitive emotion regulation strategies (self-blaming, rumination, catastrophizing) are transdiagnostic processes and play critical roles in developing and maintaining bipolar disorder with and without obsessive-compulsive disorder.

**Key words:** anxiety; cognitive emotion regulation strategies; impulsivity; bipolar disorder; obsessive-compulsive disorder; comorbidity

[Received: 1 January 2015; Accepted: 17 January 2016]

**Jafar Hassani\***, **Elmira Ariana Kia<sup>a</sup>**

\* Corresponding author: Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education Kharazmi University, Tehran, Iran, IR.

Fax: +98 21 88848938

E-mail: [hasanimehr57@yahoo.com](mailto:hasanimehr57@yahoo.com)

<sup>a</sup> Kharazmi University, Tehran, Iran