

Comparison of cognitive strategies for emotion regulation, impulsivity and suicidal ideation in people with obsessive-compulsive disorder, bipolar people disorder and normal people

Niloofar Beheshti¹, Mahmoud Najafi²

1. M A in Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology & Education sciences, Semnan University, Semnan, Iran.
2. (Corresponding Author), Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology & Education sciences, Semnan University, Semnan, Iran.
m_najafi@semnan.ac.ir

ABSTRACT

The article is taken from the master's thesis

Received: 19/02/2021 - Accepted: 25/10/2022

Aim: The aim was to compare cognitive strategies for emotion regulation, impulsivity, and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive, bipolar disorder and normal individuals. **Methods:** This was a causal-comparative study. The statistical population included people who were diagnosed with obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder in city of Semnan, Iran in the year 1400. According to the opinion of a psychiatrist, as well as normal people who were not diagnosed with a disorder based on self-report and using a checklist of symptoms of mental disorders. Fifty obsessive-compulsive patients and 50 bipolar patients, as well as 50 normal individuals were selected through available sampling. Gransky Emotion Cognitive Regulation Questionnaire, Barthes Impulsivity, and Beck Suicidal Thought were administered. Multivariate analysis of variance was used to analyze the data. **Findings:** Cognitive regulation of emotion, impulsivity and suicidal ideation are significantly different in the three groups. The mean scores of the patient group were higher than the normal group in the negative components of emotion regulation, impulsivity and suicidal ideation ($p < 0.05$). In the positive of emotion regulation, the mean scores of the bipolar group were higher than the obsession ($p < 0.05$). In negative regulating emotion, the mean scores of obsessive-compulsive patients were higher than those of bipolar disorder ($p < 0.05$). Also, the mean scores of obsessive-compulsive group was higher than bipolar in cognitive impulsivity ($p < 0.05$); but there was no difference between the obsessive-compulsive and bipolar groups in motor components and lack of planning ($p > 0.05$). **Conclusion:** Holding educational workshops to minimize the damage caused by failure in emotion regulation, impulsivity, and suicidal thoughts in obsessive-compulsive and bipolar disorder sufferers, designing support programs such as training impulse management skills, using adaptive emotion regulation strategies, planning skills and decision-making in the general population as well as obsessive-compulsive and bipolar patients, as well as the appropriate treatment plan to prevent the exacerbation or recurrence of patients' symptoms can be effective.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, bipolar disorder, cognitive emotion regulation strategies, impulsivity, suicidal thoughts



فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۱، شماره ۸۳، پاییز ۱۴۰۱
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717

p-issn:400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v21i83.11090

مقایسه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، تکانشگری و افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال وسواس، دوقطبی و افراد عادی

نیلوفر بهشتی^۱، محمود نجفی^۲

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
۲. نویسنده مسئول، دکترای روان‌شناسی، دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
m_najafi@semnan.ac.ir

(صفحات ۱۶۲-۱۹۲)

چکیده

مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است

هدف: هدف پژوهش مقایسه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، تکانشگری و افکار خودکشی در مبتلایان به اختلال وسواس، دوقطبی و افراد بهنجار بود. روش: روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل افرادی که در سال ۱۴۰۰ در شهر سمنان مطابق نظر روان‌پزشک تشخیص اختلال وسواس و دوقطبی گرفته بودند و نیز افراد عادی که براساس خوداظهاری و استفاده از چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی مبتلا به اختلال نبودند بود. ۵۰ بیمار مبتلا به وسواس و ۵۰ بیمار دوقطبی و نیز ۵۰ فرد عادی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی، تکانشگری بارت و افکار خودکشی بک اجرا شد. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. یافته‌ها: تنظیم شناختی هیجان، تکانشگری و افکار خودکشی در سه گروه تفاوت معنادار دارد. میانگین نمرات گروه مبتلایان نسبت به گروه عادی در مولفه‌های منفی تنظیم هیجان، تکانشگری و افکار خودکشی بیشتر بود ($p < 0.05$). در مولفه مثبت تنظیم هیجان میانگین نمرات گروه دوقطبی نسبت به وسواس بیشتر بود ($p < 0.05$). در تنظیم هیجان منفی میانگین نمرات مبتلایان به وسواس نسبت به مبتلایان به دوقطبی بیشتر بود ($p < 0.05$). همچنین میانگین نمرات گروه وسواس نسبت به دوقطبی در تکانشگری شناختی بیشتر بود ($p < 0.05$) اما در مولفه‌های حرکتی و عدم برنامه‌ریزی بین گروه مبتلایان تفاوتی مشاهده نشد ($p > 0.05$). نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت به حداقل رساندن آسیب‌های ناشی از نارسایی در تنظیم هیجان، تکانشگری و افکار خودکشی، طراحی برنامه‌های حمایتی در جمعیت عمومی و مبتلایان به وسواس و دوقطبی و نیز طرح درمان مناسب جهت پیشگیری از شدت یا عود علائم بیماران می‌تواند مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: وسواس، دوقطبی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، تکانشگری، افکار خودکشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۰۲

مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی^۱ یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که سلامت روان شناختی مبتلایان را در معرض خطر قرار می‌دهد (کیو، شنگ، چن و همکاران^۲، ۲۰۲۰). وسواس فکری - عملی توسط افکار و اندیشه‌های پایدار یا تصاویر مزاحم و ناخواسته^۳ و رفتارهای تشریفاتی و اعمال ذهنی تکراری^۴ مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۵، ۲۰۱۳؛ ترافورد، رو، براون و همکاران^۶، ۲۰۱۸). رایج‌ترین وسواس‌ها شامل آلودگی، تقارن، مسائل جنسی، موضوعات مذهبی و رایج‌ترین اجبارها بررسی، تمیز کردن، شمارش و تکرار می‌باشد (هانت^۷، ۲۰۲۱).

افراد مبتلا به اختلال وسواس اغلب دارای آسیب‌شناسی روانی دیگر نیز هستند و بسیاری از مبتلایان به اختلال وسواس به اختلال دوقطبی نیز دچارند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۸، ۲۰۱۳) و عوامل فراتشخیصی مشترکی در اختلال وسواس و دوقطبی وجود دارد (حسینی و آریاناکیا، ۱۳۹۵).

اختلال دوقطبی از اختلالات خلقی مزمن می‌باشد که در قیاس با دیگر اختلالات خلقی بهبودی کمتری دارد (پانکاسکی، آدلر، اندرسون و همکاران^۹، ۲۰۱۷). مبتلایان به اختلال دوقطبی تغییرات شدید خلقی را تجربه می‌کنند (کاروالهو، فریس و ریتا^{۱۰}، ۲۰۲۰). این اختلال به چند صورت تظاهر می‌یابد که مهمترین آن دوقطبی نوع I و نوع III است (گودوین^{۱۱}، ۲۰۱۶). یکی از شاخصه‌های مهم اختلال دوقطبی، اختلال در عملکردهای

1. Obsessions Compulsive Disorder
2. cui, Q., Sheng, W., Chen, Y., & et al
3. Obsessions
4. Compulsive
5. American Psychiatric Association
6. Trafford, A. A., Wroe, A. L., Brown, G. & et al
7. Hunt, C
8. American Psychiatric Association
9. Pankowski, S., Adler, M., Andersson, G., & et al
10. Carvalho, A. F., Firth, J., Vieta, E
11. Goodwin, G. M

شناختی می باشد (مک فیلمی، نبالسی، کیلمارتین و همکاران^۱، ۲۰۲۰).
 از آنجا که تنظیم هیجان^۲ در تحول بهنجار نقشی مهمی دارد و ضعف در آن از عوامل تاثیرگذار در ایجاد اختلالات روانی به شمار می رود، افرادی که توانایی مدیریت هیجان را در برابر حوادث روزمره ندارند نشانه های تشخیصی و اختلالات درونی سازی را بیشتر نشان می دهند بنابراین می توان گفت تنظیم هیجان عاملی تعیین کننده در بهزیستی روانی می باشد (لوتانز^۳، ۲۰۱۸؛ راو، گرور و چاکرابرتی^۴، ۲۰۲۰). عدم تنظیم هیجان می تواند زمینه ساز ایجاد اختلالات هیجانی باشد به طوری که موجب ایجاد پاسخ های هیجانی مشکل زا در بیش از نیمی از اختلالات محور I و تمام اختلالات شخصیتی محور II شود (لوئیس، هاویلند جونز و فلدمن بارت^۵، ۲۰۱۰؛ به نقل از حیدری و جلیلیان، ۱۴۰۰).

شواهد پژوهشی نشان می دهد نارسایی در تنظیم شناختی هیجانها هم در پیدایش اختلال دوقطبی و هم اختلال وسواس نقش هسته ای دارد (برمن، شاو، ویلهلم^۶، ۲۰۱۸؛ یاپ، موگان، موریارتی و همکاران^۷، ۲۰۱۸؛ ولکانشتاین، زویک، هاتزینگر و همکاران^۸، ۲۰۱۴؛ هیزلر، کانسکی، اسکنفلدلر و همکاران^۹، ۲۰۱۴؛ کوگل، تیمپانو و گوتز^{۱۰}، ۲۰۱۲؛ حسنی و آریاناکیا، ۱۳۹۳).

تنظیم هیجان به معنای تلاش فرد برای تاثیر گذاشتن بر نوع هیجان، چگونگی تجربه و بیان آن یا شدت فرایندهای رفتاری یا جسمانی هیجانها است (گارنفسکی و کرایچ^{۱۱}، ۲۰۰۶؛ به نقل از نجفی و رضایی، ۱۳۹۶) و شامل فرایندهای درونی و بیرونی

1. McPhilemy, G., Nabuldi, L., Kilmartin, L., & et al
2. Emotion regulation
3. Luthans, F
4. Rao, P., Grover, S., Chakrabarti, S
5. Lewis, M., Haviland-Jones, J. M., Feldman Barrett, L
6. Berman, N. C., Shaw, A. M., & Wilhelm, S
7. Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., & et al
8. Wolkenstein, L., Zwick, J. C., Hautzinger, M., & et al
9. Heissler, J., Kanske, P., Schönfelder, S., & et al
10. Cogle, J. R., Timpano, K. R., Goetz, A. R
11. Garnefski, N., & Kraaij, V

است که به منظور راه‌اندازی، حفظ و تنظیم رخدادهای، تنش‌ها و بیان احساسات به کارگرفته می‌شود (کارایج، ساوینو، فانیزا و همکاران^۱، ۲۰۲۰؛ برانستین، گروس و اکسنر، ۲۰۱۷؛ موریس، سیلک، استینبرگ و همکاران^۲، ۲۰۰۷). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان فرآیندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت موقعیت‌های برانگیزاننده و هیجان‌آور به کار می‌گیرند و بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارند؛ بنابراین افکار و شناخت‌ها در توانایی تنظیم هیجان‌ها پس از تجربه‌ی رویداد استرس‌زا نقش مهمی دارند (میرغفوری، طاهری، زارع احمدآبادی، ۱۳۹۷؛ به نقل از موسوی، الوانی و قاسمی پناه، ۱۴۰۰). براگینگ، هاسمن، ووجک و همکاران^۳ (۲۰۱۶) راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را کنش‌هایی می‌دانند که راه‌های کنار آمدن با شرایط تهدیدآمیز و اضطراب‌زا را در اختیار فرد قرار می‌دهند. این راهبردها از طریق تعارض با اهداف خودتنظیمی در طول دوره‌های آشفتگی عاطفی در توسعه و نگهداری آسیب‌های روانی نقش دارند (موری، زولنر و مولنهلث^۴، ۲۰۰۸؛ اسپریر، گرت و اودلاگ^۵، ۲۰۱۲). راهبردهای مثبت وظیفه محافظتی دارند و راهبردهای منفی سبب تشدید آسیب‌ها و اختلالات روانی می‌گردند (گرزلچاک، لینکن و وستزمان^۶، ۲۰۱۵؛ آلدو و نولن هوکسما^۷، ۲۰۱۰). راهبردهای مقابله‌ای واقع‌بینانه و مناسب می‌تواند منجر به کنترل تکانشگری و مدیریت شرایط شود (اوه، کیم یون و همکاران^۸، ۲۰۱۹).

یکی از مهمترین ویژگی‌های شخصیتی برای آغاز رفتارهای اجباری افراد تکانشگری است (سرانوfernandez، بوادا-گرو، آسنزسرا و همکاران^۹، ۲۰۱۹). این سازه پاسخ‌های برنامه‌ریزی نشده و سریع به محرک‌های درونی و بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی

1. Craig, F., Savino, R., Fanizza, I., & et al
2. Morris, A.s., Silk, J.s., Steinberg, L., & et al
3. Bruggink, A., Huisman, S., Vuijk, R., & et al
4. Moore, S.A., Zoellner, L.A., Mollenholdt, N
5. Schreiber, L. R. N., Grant, J. E., Odlaug, B. L
6. Grezellschak, S., Lincoln, T. M. and Westermann, S
7. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S
8. Oh, M., Kim, J. W., Yoon, N. H., & et al
9. Serrano-Fernández, M. J., Boada-Grau, J., Assens-Serra, J., & et al

این واکنش‌ها برای خود یا دیگران تعریف می‌شود (کوتباجی، مروان و رومو^۱، ۲۰۱۷) و از سه مولفه‌ی متمایز تشکیل شده است: ۱. تکانشگری حرکتی^۲. ۲. تکانشگری شناختی^۳. ۳. تکانشگری عدم برنامه‌ریزی (ویتمن، آرک و سانتیتیبون^۴، ۲۰۰۸).

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که تکانشگری در اختلالات خلقی نقش دارد و ویژگی اصلی اختلال دوقطبی است که اغلب طی دوره مانیا در مبتلایان به دوقطبی دیده می‌شود اما ممکن است در دوره هیپومانیا نیز وجود داشته باشد (ریچ، گیلبرت، کلاری و همکاران^۳، ۲۰۱۹؛ بوون، هیوملن، الوساشاگن و همکاران^۴، ۲۰۱۵؛ متیاس، آلمیدا، نری و همکاران^۵، ۲۰۱۳؛ جیمینز، آریاس، کاستلو و همکاران^۶، ۲۰۱۱؛ لویز، اسکوت و فرانگوس^۷، ۲۰۰۹؛ ناجت، پرز، سانچز و همکاران^۸، ۲۰۰۷). مبتلایان به وسواس نیز سطح بالاتری از تکانشگری را نسبت به افراد عادی گزارش داده‌اند (بویسیا، تامپسون برنر، کالدوول هریس و همکاران^۹، ۲۰۱۲).

از سوی دیگر تکانشگری در افراد مبتلا به دوقطبی اقدام‌کننده به خودکشی شایع می‌باشد (ریچ و همکاران، ۲۰۱۹) و از جمله ویژگی‌های این اختلال است که می‌تواند فرد را در معرض اقدام به خودکشی قرار دهد (پلانس، باروت، نیتو و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۹؛ کلارک، واتسون، فریستون^{۱۱}، ۲۰۱۸). در مبتلایان به دوقطبی رفتارهای مرتبط با خودکشی فراوانی بیشتری نسبت به سایر اختلالات روان‌پزشکی دارد و می‌توان گفت اختلال دوقطبی یکی از عوامل خطر برای خودکشی محسوب می‌شود (میلر و بلک^{۱۲}، ۲۰۲۰).

1. Kotbagi, G., Morvan, Y., Romo, L
2. Wittmann, M., Arce, E., Santisteban, C
3. Rich, R., Gilbert, A., Clari, R., & et al
4. Bøen, E., Hummelen, B., Elvsåshagen, T., & et al
5. Mathias, D., Almeida, K., Nery, F. G., & et al
6. Jiménez, E., Arias, B., Castellví, P., & et al
7. Lewis, M., Scott, J., Frangou, S
8. Najt, P., Perez, J., Sanches, M., & et al
9. Boisseau, C. L., Thompson-Brenner, H., Caldwell-Harris, C., & et al
10. Plans, L., Barrot, C., Nieto., & et al
11. Clark, J. E., Watson, S., Friston, K. J
12. Miller, J.N., Black, D. W

رفتار خودکشی گرایانه یکی از علل جهانی مرگ و ناتوانی است. در سطح جهانی خودکشی پانزدهمین علت مرگ است و حدود ۱/۴ درصد از مرگ‌ها ناشی از خودکشی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴ به نقل از کیانی چلمردی، صفدریان، جعفری بنفشه درق و همکاران، ۱۳۹۹). خودکشی اقدامی آگاهانه است که منجر به خاتمه بخشیدن به زندگی فرد می‌گردد (ساندرسون، بالوچ، وانگو همکاران^۱، ۲۰۲۰). یکی از موضوعات اساسی در رفتار خودکشی وجود همزمان انواع اختلالات روانی است (زارع، ناظر و صیادی اناری، ۱۳۸۹). میزان خودکشی در اختلال دوقطبی حدود ۳۰ درصد می‌باشد (مولا، فکی، باتی و همکاران^۲، ۲۰۱۵). همچنین افکار خودکشی در نیمی از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی دیده می‌شود و اقدام به خودکشی نیز در ۲۵ درصد از افراد مبتلا وجود دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

شناخت فرایندها و متغیرهای دخیل در اختلالات روان‌شناختی می‌تواند درمانگران را در ایجاد راهبردهای درمانی موثر یاری رساند و تحقق این امر می‌تواند تبیین‌های دقیق‌تری را در خصوص سبب‌شناسی اختلالات روان‌ارائه نماید. یافته‌های این حوزه می‌تواند در درمان بیماران و الویت بخشی به اهداف مختلف درمانی موثر واقع شود. تعیین متغیرهای دخیل در اختلالات روان‌شناختی و نیز استفاده از رویکردهای روان‌شناختی و درمانی متناسب با این اختلالات می‌تواند پیش‌آگهی اختلال را تغییر داده و در بهبودی بیماران تاثیرگذار باشد.

مطالعات بسیاری به تأثیر آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در کاهش خودکشی پرداخته‌اند. تمرکز بر تنظیم شناختی هیجان و توانش‌هایی که بتواند افراد را در ارتقاء این عامل محافظ‌یاری رساند در ارتباط با افراد اقدام‌کننده به خودکشی مؤثر خواهد بود (آزادی، خسروانی، کینگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۰؛ راج، ساچدیوا، جها و همکاران^۴،

1. Sanderson, M., Bulloch, A. G., Wang, B., & et al
2. Moalla, M., Feki, I., Baati, I., & et al
3. King, S
4. Raj, S., Sachdeva, S. A., Jha, R., & et al

۲۰۱۹؛ هاتکوویچ، پندر و شارپ^۱، ۲۰۱۹). در گستره مطالعه جاری، پژوهش‌های داخلی معدودی به مقایسه ۳ متغیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تکانشگری و افکار خودکشی در مبتلایان به اختلال دوقطبی و وسواس فکری-عملی پرداخته است لذا با توجه به شواهد تجربی و بررسی ادبیات پژوهشی و وجود خصوصیات مشترک بین اختلال‌های دوقطبی و اختلال وسواس و کمبود پژوهش در این حیطه پژوهش حاضر با هدف مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تکانشگری و افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال وسواس، دوقطبی و افراد عادی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل ۲ بخش بود: افرادی که در شهر سمنان دارای پرونده روانپزشکی بوده و مطابق نظر روانپزشک یا روان‌شناس بالینی مبتلا به اختلال وسواس و دوقطبی شناخته شده بودند و نیز افراد عادی در شهر سمنان که براساس خوداظهاری دارای پرونده روانپزشکی نبوده و با استفاده از چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL90) غربالگری شدند. ۵۰ بیمار مبتلا به وسواس و ۵۰ بیمار مبتلا به دوقطبی پس از ارزیابی توسط روانپزشک و ۵۰ فرد عادی پس از اجرای چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL90) جهت کنترل عدم وجود اختلال روان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و همتا شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت شخصی برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۰ سال به بالا، حداقل تحصیلات راهنمایی، تشخیص اولیه اختلال وسواس برای گروه مبتلا به وسواس و تشخیص اولیه اختلال دوقطبی برای گروه دوقطبی توسط روانپزشک بود. همچنین ملاک خروج از پژوهش شامل ابتلا به بیماری جسمانی و طبی خاص و عدم تمایل برای مشارکت در پژوهش بود. به دلیل محدود بودن نمونه امکان کنترل برخی متغیرها همانند شدت بیماری، مدت بیماری، مصرف دارو و ... میسر واقع

1. Hatkevich, C., Penner, F., Sharp, C

نشد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی^۱: این پرسشنامه توسط گرانفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ تدوین گردید. این ابزار طرز تفکر افراد را بعد از واقعه‌ای آسیب‌زا مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه در افراد بالاتر از ۱۲ سال قابل اجرا بوده و شامل ۳۶ سوال می‌باشد که در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از همیشه تا هرگز) نمره‌گذاری می‌شود و ۹ حوزه شامل سرزنش خود (پرسش‌های شماره ۱، ۱۰، ۱۹، ۲۸)؛ سرزنش دیگران (پرسش‌های شماره ۹، ۱۸، ۲۷، ۳۶)؛ پذیرش (پرسش‌های شماره ۲، ۱۱، ۲۰، ۲۹)؛ اتخاذ دیدگاه (پرسش‌های شماره ۷، ۱۶، ۲۵، ۳۴)؛ نشخوار ذهنی (پرسش‌های شماره ۳، ۱۲، ۲۱، ۳۰)؛ توجه مثبت مجدد (پرسش‌های شماره ۴، ۱۳، ۲۲، ۳۱)؛ توجه مجدد به برنامه‌ریزی (پرسش‌های شماره ۵، ۱۴، ۲۳، ۳۲)؛ بازاریابی مثبت (پرسش‌های شماره ۶، ۱۵، ۲۴، ۳۳)، فاجعه‌آمیزپنداری (پرسش‌های شماره ۸، ۱۷، ۲۶، ۳۵) را مورد ارزشیابی قرار می‌دهد. حداقل نمره در هر زیرمقیاس ۴ و حداکثر ۲۰ می‌باشد. در بررسی مشخصات روانسنجی آزمون، گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آوردند؛ همچنین بر اساس داده‌ی پژوهش عزیزی و شمس (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۷ برآورد شده است (محمدی تیله نویی، رحمانی و قربان شیروودی، ۱۴۰۱). گرانفسکی، لگرست و کرایچ و همکاران^۲ (۲۰۰۲) ضریب آلفای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ و ضریب اعتبار خرده مقیاس‌های آن به شیوه‌ی بازآزمایی به فاصله ۱۴ ماه را در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش نموده‌اند. درایران نیز سامانی و صادقی (۱۳۸۹) ضریب

1. Garnefski cognitive Emotion Regulation Questionnaire
2. Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., & et al

آلفا برای خرده مقیاس های این آزمون را در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و همچنین ضریب اعتبار این عوامل به شیوه‌ی بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته را بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ به دست آورده‌اند (زارع و سلگی، ۱۳۹۱). این پرسشنامه سوالات معکوس ندارد.

پرسشنامه تکانشگری بارت^۱: نسخه اولیه این آزمون در سال ۱۹۵۹ تدوین شد. در سال ۱۹۹۵ نسخه تجدید نظر شده این مقیاس توسط پاتون، استنفورد و بارت تهیه گردید. این ابزار خودسنجی به منظور سنجش سه حوزه عدم برنامه‌ریزی (سوالات ۱، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۸، ۲۷، ۲۹)، تکانشگری حرکتی (سوالات ۲، ۳، ۴، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۳۰) و تکانشگری شناختی (سوالات ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۲۰، ۲۴، ۲۶، ۲۸) ساخته شد و توسط ۳۰ پرسش در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از همیشه تا هرگز) این سه حوزه را مورد بررسی قرار می‌دهد. سوالات ۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹، ۳۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌گردد. حداقل نمره ۳۰ و حداکثر ۱۲۰ می‌باشد. سومیا و همکاران (۲۰۰۱) دامنه آلفای ضریب کرونباخ برای ۳ عامل و نیز نمره کل پرسشنامه تکانشگری بارت را ۰/۶۰ تا ۰/۷۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی پس از ۴ ماه را بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ به دست آوردند (به نقل از جاوید، محمدی و رحیمی، ۱۳۹۱). براساس پژوهش‌های جاوید، محمدی و رحیمی (۱۳۹۱) ضریب آلفای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی برای نمره کل برابر ۰/۷۷ می‌باشد. همچنین ضریب همبستگی میان نمره کل مقیاس با عامل عدم برنامه‌ریزی ۰/۸۰، با عامل تکانشگری حرکتی برابر ۰/۷۴ و با عامل تکانشگری شناختی برابر ۰/۴۷ می‌باشد. اختیاری، صفایی، اسماعیلی جاوید و همکاران (۱۳۸۷) نیز در ایران ضریب آلفا تکانشگری شناختی را ۰/۷۸، تکانشگری حرکتی را ۰/۶۳، عدم برنامه‌ریزی را برابر ۰/۴۷ و ضریب آلفا کل آزمون را برابر ۰/۸۳ گزارش نمودند.

پرسشنامه افکار خودکشی بک^۲: یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی است که توسط آرون بک در سال ۱۹۶۱ به منظور بررسی نگرش‌ها و ایده پردازی‌ها جهت اقدام به خودکشی

1. Bart Impulsivity Questionnaire
2. Beck Suicide Thought Questionnaire

تهیه شده است و در یک طیف لیکرت ۳ درجه‌ای گرایش به مرگ، آمادگی جهت خودکشی و گرایش به خودکشی حقیقی را ارزیابی می‌کند. حداقل نمره ۰ و حداکثر ۳۸ می‌باشد. پرسشنامه ۵ سوال غربالگری دارد که در صورت مثبت بودن پاسخ، پاسخ دهنده ۱۴ سوال باقی مانده را نیز باید پاسخ بدهد و در غیر این صورت نیازی به پاسخ دادن به ۱۴ سوال بعدی نمی‌باشد. اعتبار این مقیاس توسط بک (۱۹۹۱) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون-بازآزمون ۰/۵۴ گزارش شده است (انیسی، فتحی آشتیانی، سلیمی و احمدی، ۱۳۸۴). همچنین انیسی، فتحی آشتیانی، سلیمی و احمدی (۱۳۸۴) در پژوهش خود اعتبار مقیاس سنجش افکار خودکشی بک را با استفاده از روش آلفا و روش دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۸ به دست آوردند. سپهری نژاد و حاتمیان (۱۳۹۶) نیز روایی پرسشنامه را ۰/۶۱ به دست آوردند. این پرسشنامه سوالات معکوس ندارد.

چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی: فرم اولیه این ابزار در سال ۱۹۷۳ توسط دراگوتیس و همکاران^۱ طراحی گردید و در سال ۱۹۸۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۹۰ پرسش می‌باشد که ۹ بعد شکایت جسمانی (سوال ۱-۴-۱۲-۲۷-۴۰-۴۲-۴۸-۴۹-۵۲-۵۳-۵۶-۵۸)، وسواس (سوال ۳-۹-۱۰-۲۸-۳۸-۴۵-۴۶-۵۱-۵۵-۵۵)، حساسیت در روابط بین فردی (سوال ۶-۲۱-۳۴-۳۶-۳۷-۴۱-۶۱-۶۹-۷۳)، افسردگی (سوال ۵-۱۴-۱۵-۲۰-۲۲-۲۶-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۳۷-۴۱-۵۴-۷۱-۷۹)، اضطراب (سوال ۲-۱۷-۲۳-۳۹-۵۷-۷۲-۷۸-۸۰-۸۶)، پرخاشگری (سوال ۱۱-۲۴-۶۳-۶۷-۷۴-۸۱)، ترس مرضی (سوال ۱۲-۲۵-۴۷-۵۰-۷۰-۷۵-۸۲)، افکار پارانوییدی (سوال ۸-۱۸-۴۳-۶۸-۷۶-۸۳) و روان پریشی (سوال ۷-۱۶-۳۵-۶۲-۷۷-۸۴-۸۵-۸۷-۸۸-۹۰) را در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۴ تا ۱) بررسی می‌کند. ۷ پرسش (۱۹-۴۴-۵۹-۶۰-۶۴-۶۶-۸۹) نیز جهت جلوگیری از آگاهی آزمودنی از ماهیت آزمون به آن اضافه شده است.

دراگوتیس (۱۹۷۶) بیشترین ضریب همبستگی را برای افسردگی ۰/۹۵ و کمترین آن را برای روانپریشی ۰/۷۷ گزارش کرده است. در ایران در محاسبه پایایی به شیوه بازآزمایی بر روی ۹۴ بیمار روانی پس از یک هفته از اجرا بیشترین ضریب همبستگی برای افسردگی ۰/۷۳ و کمترین آن برای بعد ترس‌های مرضی ۰/۳۶ گزارش کرده‌اند (اویسی، بابایی، بارانی و همکاران، ۱۳۹۴). انیسی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ بالایی را برای زیر مقیاس‌های آزمون (۰/۷۵ تا ۰/۹۲) و شاخص کلی علائم مرضی (۰/۹۸) به دست آوردند.

یافته‌ها

در جدول ۱ و ۲ اطلاعات جمعیت‌شناسی مربوط به نمونه پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناسی تحصیلات، وضعیت تاهل و جنسیت به تفکیک گروه

عادی	دوقطبی	وسواس فکری- عملی		
۲۵	۲۵	۲۵	مرد	جنسیت
۲۵	۲۵	۲۵	زن	
۱۵	۱۶	۲۰	مجرد	وضعیت تاهل
۳۵	۳۴	۳۰	متاهل	
۶	۵	۷	سیکل	تحصیلات
۱۰	۷	۱۳	دیپلم	
۳	۷	۶	فوق دیپلم	
۱۷	۱۹	۱۰	لیسانس	
۱۱	۱۱	۷	فوق لیسانس	
۳	۱	۱	دکتر	

جدول ۲: اطلاعات جمعیت‌شناسی سن به تفکیک گروه

عادی	دوقطبی	وسواس فکری- عملی	گروه
۳۲/۲۸	۳۳/۱۲	۳۴/۰۰	میانگین سن

در جدول ۳ آماره‌های توصیفی تنظیم شناختی هیجان، تکانشگری و افکارخودکشی به تفکیک گروه ارائه شده است:

جدول ۳: آماره‌های توصیفی تنظیم شناختی هیجان، تکانشگری و افکارخودکشی به تفکیک گروه‌ها

عادی N=۵۰		دوقطبی N=۵۰		وسواس N=۵۰		متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۶/۰۴	۷۵/۵۶	۸/۷۰	۵۸/۳۲	۶/۱۰	۴۵/۴۶	تنظیم شناختی مثبت
۶/۲۰	۲۸/۰۰	۶/۹۶	۵۸/۸۶	۵/۱۸	۶۸/۷۸	تنظیم شناختی منفی
۳/۶۹	۱۷/۲۶	۳/۵۳	۲۸/۳۰	۲/۷۸	۲۸/۸۲	تکانشگری عدم برنامه‌ریزی
۱/۹۲	۱۶/۴۶	۳/۶۲	۲۷/۷۸	۲/۶۵	۲۷/۷۰	تکانشگری حرکتی
۲/۳۸	۱۲/۰۰	۳/۰۷	۲۱/۸۴	۲/۶۶	۲۳/۱۶	تکانشگری شناختی
۱/۶۹	۰/۴۸	۱۰/۳۱	۸/۰۰	۸/۲۱	۴/۵۰	افکارخودکشی

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین تنظیم شناختی هیجان، تکانشگری و افکار خودکشی در سه گروه متفاوت است. میانگین راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در گروه عادی بیشتر از گروه مبتلایان به وسواس و دوقطبی بود و در راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان میانگین گروه مبتلایان بیشتر از گروه عادی بود. در هر سه مولفه‌ی تکانشگری و نیز افکار خودکشی میانگین گروه مبتلایان به اختلال بیشتر از گروه افراد عادی بود.

جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از شاخص‌های کجی و کشیدگی استفاده شد و نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در سه گروه مورد مطالعه

عادی		دوقطبی		وسواس		متغیر
کشیدگی	کجی	کشیدگی	کجی	کشیدگی	کجی	
-۰/۸۲	۰/۲۴	-۰/۰۷	-۰/۳۰	-۰/۱۸	۰/۶۲	تنظیم شناختی مثبت
۰/۲۸	۰/۵۱	-۰/۱۰	-۰/۲۳	۰/۳۷	۰/۰۵	تنظیم شناختی منفی
۱/۸۲	۱/۱۲	۱/۶۳	۱/۰۸	-۰/۷۴	-۰/۰۴	تکانشگری عدم برنامه‌ریزی
-۰/۰۵	۰/۳۹	۱/۳۶	۱/۰۳	-۰/۰۵	-۰/۵۲	تکانشگری حرکتی
۰/۸۵	۰/۴۰	۰/۳۸	-۰/۵۷	۰/۷۳	-۰/۵۱	تکانشگری شناختی
۱/۴۰	۰/۵۰	-۱/۰۸	۰/۷۵	۰/۱۳	۰/۶۰	افکار خودکشی

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد شاخص‌های کجی و کشیدگی برای همه متغیرها در هر سه گروه در دامنه مطلوب (۲+ و ۲-) قرار داشت در نتیجه توزیع نرمال داده‌ها مورد تایید است.

به منظور مقایسه تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری و جهت مقایسه افکار خودکشی از آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری استفاده شد. پیش از آزمون تحلیل واریانس مفروضه‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون در جدول ۵ ارائه شده است:

جدول ۵: آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس خطای تنظیم

شناختی هیجان، تکانشگری و افکار خودکشی

متغیر	آماره F	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
تنظیم شناختی مثبت	۴/۳۴	۲	۱۴۷	۰/۰۱۵
تنظیم شناختی منفی	۲/۵۱	۲	۱۴۷	۰/۰۹

متغیر	آماره F	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
تکانشگری عدم برنامه‌ریزی	۰/۵۴	۲	۱۴۷	۰/۵۸
تکانشگری حرکتی	۴/۱۲	۲	۱۴۷	۰/۰۱۸
تکانشگری شناختی	۱/۹۲	۲	۱۴۷	۰/۱۵
افکار خودکشی	۶۶/۳۰	۲	۱۴۷	۰/۱۰

با توجه به اطلاعات جدول ۵، سطح معناداری آماره F بزرگتر از ۰/۰۵ است در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها برقرار است و استفاده از تحلیل واریانس مجاز می‌باشد. نتایج تحلیل واریانس در جدول ۶ و ۷ گزارش شده است:

جدول ۶: تحلیل واریانس چند متغیری تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری در بین گروه‌ها

متغیر	نوع اثر	نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	توان آزمون
تنظیم شناختی هیجان	گروه	اثر پیلای	۱/۰۰	۷۴/۵۱۲	۴	۲۹۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰
		لامبدا ویلکز	۰/۰۸۵	۱۷۶/۸۴۱	۴	۲۹۲/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۰
		اثر هتلینگ	۹/۶۳۳	۳۴۹/۲۰۴	۴	۲۹۰/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳
		بزرگ‌ترین ریشه دوم	۹/۵۲۰	۶۹۹/۷۰۲	۲	۱۴۷/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰
تکانشگری	گروه	اثر پیلای	۰/۸۷۹	۳۸/۱۹۰	۶	۲۹۲/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴
		لامبدا ویلکز	۰/۱۵۱	۷۶/۰۲۴	۶	۲۹۰/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱
		اثر هتلینگ	۵/۴۱۸	۱۳۰/۰۴۰	۶	۲۸۸/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳
		بزرگ‌ترین ریشه دوم	۵/۳۸۱	۲۶۱/۸۶۹	۳	۱۴۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴

جدول ۷: آزمون تک متغیری تحلیل واریانس

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری	توان آزمون
گروه	تنظیم شناختی مثبت	۲۲۸۱۰/۱۲	۲	۱۱۴۰۵/۰۶	۲۲۸/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	تنظیم شناختی منفی	۴۵۲۲۹/۲۴	۲	۲۲۶۱۴/۶۲	۵۹۵/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹
	تکانشگری عدم برنامه ریزی	۴۲۶۳/۰۹	۲	۲۱۳۱/۵۵	۱۸۸/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	تکانشگری حرکتی	۴۲۴۱/۴۴	۲	۲۱۲۰/۷۲	۲۶۵/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	تکانشگری شناختی	۳۷۱۸/۵۶	۲	۱۸۵۹/۲۸	۲۵۰/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	افکارخودکشی	۱۴۱۶/۰۱	۲	۷۰۸/۰۱	۱۲/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۴

همانطور که در جدول ۶ و ۷ مشاهده می شود میان مولفه های تنظیم شناختی هیجان، تکانشگری و افکارخودکشی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی الگوهای تفاوت در گروه ها از آزمون توکی استفاده شده است. نتایج آزمون توکی در جدول ۸ گزارش شده است:

جدول ۸: نتایج آزمون توکی جهت بررسی الگوهای تفاوت گروه ها

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین ها	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
تنظیم شناختی مثبت	عادی	وسواس	۳۰/۱۰	۱/۴۱	۰/۰۰۱
	دوقطبی	دوقطبی	۱۷/۲۴	۱/۴۱	۰/۰۰۱
	دوقطبی	وسواس	۱۲/۸۶	۱/۴۱	۰/۰۰۱
تنظیم شناختی منفی	وسواس	عادی	۴۰/۷۸	۱/۲۳	۰/۰۰۱
	دوقطبی	دوقطبی	۹/۹۲	۱/۲۳	۰/۰۰۱
	دوقطبی	عادی	۳۰/۸۶	۱/۲۳	۰/۰۰۱
تکانشگری شناختی	وسواس	عادی	۱۱/۱۶	۰/۵۴	۰/۰۰۱
	دوقطبی	دوقطبی	۱/۳۲	۰/۵۴	۰/۰۴
	دوقطبی	عادی	۹/۸۴	۰/۵۴	۰/۰۰۱

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
تکانشگری حرکتی	دوقطبی	عادی	۱۱/۳۲	۰/۵۶	۰/۰۰۱
	وسواس	وسواس	۰/۰۸	۰/۵۶	۰/۹۸
	وسواس	عادی	۱۱/۲۴	۰/۵۶	۰/۰۰۱
تکانشگری عدم برنامه‌ریزی	وسواس	عادی	۱۱/۵۶	۰/۶۷	۰/۰۰۱
	دوقطبی	دوقطبی	۰/۵۲	۰/۶۷	۰/۷۲
	دوقطبی	عادی	۱۱/۰۴	۰/۶۷	۰/۰۰۱
افکارخودکشی	دوقطبی	عادی	۷/۵۲	۱/۵۳	۰/۰۰۱
	وسواس	وسواس	۳/۵۰	۱/۵۳	۰/۰۶
	وسواس	عادی	۴/۰۲	۱/۵۳	۰/۰۳

همانطور که در جدول ۸ نشان داده شد در تنظیم شناختی مثبت میان گروه عادی و مبتلایان به اختلال دوقطبی و وسواس تفاوت معنادار وجود دارد بدین صورت که افراد عادی از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی بیشتر استفاده می‌کنند. همچنین، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در مقایسه با بیماران با اختلال وسواس استفاده بیشتری از تنظیم شناختی مثبت دارند. در تنظیم شناختی منفی نیز تفاوت معناداری میان افراد عادی و مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی و دوقطبی وجود دارد بدینگونه که مبتلایان به وسواس و دوقطبی از راهبردهای منفی تنظیم شناختی بیشتر استفاده می‌کنند. همچنین، افراد مبتلا به اختلال وسواس در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال دوقطبی استفاده بیشتری از تنظیم شناختی منفی دارند. در تکانشگری شناختی مبتلایان به اختلال وسواس و دوقطبی نمرات بالاتری را از افراد عادی کسب کردند. همچنین، مبتلایان به اختلال وسواس در رابطه با مبتلایان به اختلال دوقطبی تکانشگری شناختی بیشتری داشتند. در تکانشگری حرکتی نیز مبتلایان به وسواس فکری- عملی و دوقطبی نمرات بیشتری را از افراد عادی کسب کردند و بین گروه بیمار در رابطه با این متغیر تفاوت معناداری وجود نداشت. در مولفه تکانشگری عدم برنامه‌ریزی نیز افراد

مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و دوقطبی نمرات بالاتری از افراد عادی به دست آوردند ولی بین گروه بیمار در رابطه با این متغیر تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین درگروه مبتلایان به اختلال دوقطبی و وسواس فکری- عملی افکارخودکشی بیشتری نسبت به افراد عادی وجود دارد، ولی بین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و وسواس در رابطه با افکارخودکشی تفاوت معناداری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش مقایسه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، تکانشگری و افکارخودکشی در افراد مبتلا به اختلال وسواس، دوقطبی و افراد عادی بود. نتایج نشان داد میان مولفه تنظیم شناختی هیجان، تکانشگری و افکارخودکشی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. در تنظیم شناختی مثبت میان گروه عادی و مبتلایان به اختلال دوقطبی و وسواس تفاوت معنادار وجود دارد بدین صورت که افراد عادی از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی بیشتر استفاده میکنند. همچنین، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در مقایسه با بیماران با اختلال وسواس استفاده بیشتری از تنظیم شناختی مثبت دارند. در تنظیم شناختی منفی نیز تفاوت معناداری میان افراد عادی و مبتلایان به اختلال وسواس و دوقطبی وجود دارد بدین گونه که افراد مبتلا به وسواس و دوقطبی از راهبردهای منفی تنظیم شناختی بیشتر استفاده می‌کنند. همچنین، افراد مبتلا به اختلال وسواس در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال دوقطبی استفاده بیشتری از تنظیم شناختی منفی دارند. این یافته‌ها با نتایج (حسینی و آریاناکیا، ۱۳۹۵؛ حسینی و آریاناکیا، ۱۳۹۳؛ مک فیلمی و همکاران، ۲۰۲۰؛ لوتانز، ۲۰۱۸؛ رائو، گرور و چاکرابرتی^۱، ۲۰۲۰؛ برمن، شاو و ویلهلم^۲، ۲۰۱۸؛ یاپ، مورگان، موریاتی و همکاران^۳، ۲۰۱۸؛ ولکشتاین، زویک، هاتزینگر و

1. Rao, P., Grover, S., Chakrabarti, S
2. Berman, N. C., Shaw, A. M., & Wilhelm, S
3. Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., & et al

همکاران^۱، ۲۰۱۴؛ هیزلر، کانسکی، اسکنفلدر و همکاران^۲، ۲۰۱۴؛ کوگل، تیمپانو و گوتز^۳، ۲۰۱۲) همسو می‌باشد.

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد افراد مبتلا به اختلال وسواس و دوقطبی در تنظیم شناختی هیجانات خود دچار مشکل هستند و نارسایی در تنظیم شناختی هیجانات هم در پیدایش اختلال دوقطبی و هم اختلال وسواس نقش هسته‌ای دارد (برمن و همکاران، ۲۰۱۸؛ یاپ و همکاران، ۲۰۱۸؛ ولکانشتاین و همکاران، ۲۰۱۴؛ هیزلر و همکاران، ۲۰۱۴؛ کوگل و همکاران، ۲۰۱۲؛ حسنی و آریاناکیا، ۱۳۹۳).

تنظیم هیجان نقشی مهمی در تحول بهنجار افراد دارد و ضعف در آن از عوامل تاثیرگذار در ایجاد اختلالات روانی است. تنظیم هیجان عاملی تعیین کننده در بهزیستی روانی می‌باشد و افرادی که فاقد توانایی تنظیم هیجان در برابر حوادث روزمره هستند نشانه‌های تشخیصی و اختلالات درونی سازی بیشتری را نشان می‌دهند (لوتانز^۴، ۲۰۱۸؛ راثو و همکاران، ۲۰۲۰). به طور کلی راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان وظیفه حفاظتی دارند و راهبردهای منفی سبب تشدید آسیب‌ها و اختلالات روانی می‌گردند (گرزلچاک و همکاران، ۲۰۱۵).

افرادی که از راهبردهای سازگارانه با محتوای مثبت اندیشی به جای تمرکز بر وقایع منفی، تفکر در مورد طراحی برنامه‌های متناسب جهت مداخله و حل مسئله، تفسیر و تحلیل مثبت درخصوص وقایع ناخوشایند و نیز عدم بزرگنمایی و کم اهمیت دانستن حوادث منفی استفاده می‌کنند نسبت به افرادی که از این قبیل راهبردها استفاده کمتری دارند از سلامت روان بهتری برخوردار هستند و این راهبردها با کاهش هیجانات منفی و در نتیجه بهبود بخشیدن به عملکردهای شناختی و هیجانی فرایند حل مسئله را در افراد ارتقا می‌بخشند (اندامی خشک، گلزاری و ابراهیمی نسب، ۱۳۹۲).

1. Wolkenstein, L., Zwick, J. C., Hautzinger, M., & et al
 2. Heissler, J., Kanske, P., Schönfelder, S., & et al
 3. Cogle, J. R., Timpano, K. R., Goetz, A. R
 4. Luthans F

استفاده از راهبردهای مثبت از قبیل ارزیابی مجدد با پردازش بهتر موقعیت همراه است و منجر به مدیریت و انطباق بهتر فرد با شرایط دشوار می‌شود (لی^۱، ۲۰۲۰). اشتغال ذهنی درباره‌ی احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه‌ی منفی بدون اقدام جهت اصلاح محیط نقطه‌ی مقابل حل مسئله ساختاریافته است و موجب انحراف توجه از موضوعات مدنظر و رفتارهای موثر می‌شود (هونگ^۲، ۲۰۰۷).

در بیماران مبتلا به اختلال وسواس و دوقطبی نشخوار فکری بیشتری دیده می‌شود (گروبر، ایدلمن، جانسون و همکاران^۳، ۲۰۱۲). مبتلایان به وسواس و بیماران دوقطبی در فاز مانیک و هیپومانیک بیش از سایر مواقع دچار کژتنظیمی هیجان می‌شوند. بیماران دوقطبی با ضعف در پذیرش و تفکیک هیجانات مواجه‌اند که این مورد می‌تواند گواهی بر کژتنظیمی این دسته از بیماران باشد. کژتنظیمی هیجان علت اصلی واکنش‌پذیری بیماران دوقطبی به استرس و بازگشت دوباره آنها می‌باشد (گروبر، هاروی و گروس^۴، ۲۰۱۲؛ ولکنشتاین و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین یافته‌ها در این پژوهش از استفاده بیشتر مبتلایان به دوقطبی نسبت به وسواس از تنظیم شناختی مثبت و نیز استفاده بالاتر مبتلایان به وسواس از راهبردهای منفی حکایت دارد. به اعتقاد کاظم‌پور (۱۳۹۶) شواهد پژوهشی وجود دارد که حوادث زندگی را پیش بین جریان بیماری دوقطبی می‌داند بدین معنا که هیجانات منفی زندگی سبب بروز علائم افسردگی و هیجانات مثبت را محرک بروز نشانه‌های مانیا و هیپومانیا می‌داند. واکنش‌های غیرانطباقی به هیجانات و عواطف مثبت و منفی مسئول بالا و پایین شدن مکرر حالت‌های خلقی در این بیماری می‌باشد که یکی از عوامل حمله‌های دوره‌ای افسردگی و مانیا در اختلال دوقطبی است. بسته به اینکه بیمار دوقطبی در دوره افسردگی یا مانیک قرار دارند میزان استفاده از راهبردهای مثبت و منفی متغیر می‌باشد. بیماران دوقطبی در فاز مانیا از راهبردهای شناختی منفی

1. Lee, S. A

2. Hong, R. Y

3. Gruber, J., Eidelman, P., Johnson, S. L., & et al

4. Gruber, J., Harvey, A. G., Gross, J. J

کمتری استفاده می‌کنند لذا یکی از دلایل اینکه در پژوهش حاضر بیماران دوقطبی استفاده بالاتری از راهبردهای مثبت نسبت به مبتلایان به وسواس داشتند میتواند این مسئله باشد که با توجه به همکاری کمتر این دسته از بیماران در فاز افسردگی پرسشنامه‌ها توسط تعداد بالاتری از افراد مبتلا که در فاز مانیا یا یوتایمیک^۱ بودند تکمیل شده است. همچنین نمونه بیماران دوقطبی استفاده شده در این پژوهش نسبت به مبتلایان به وسواس از درمان و پیگیری بالاتر و منظم‌تری برخوردار بوده‌اند و بیشتر از بیماران وسواس از درمان‌های دارویی و روان‌درمانی استفاده نموده‌اند. بدیهی است این افراد نسبت به بیماران وسواس پاسخ‌های کنترل شده‌تری را ارائه می‌دهند و به نسبت بهتری هیجانات خود را کنترل می‌کنند.

درخصوص متغیر دوم پژوهش نتایج نشان داد در مولفه‌های تکانشگری مبتلایان به اختلال وسواس و دوقطبی نمرات بالاتری را از افراد عادی کسب کردند و نیز مبتلایان به وسواس در مقایسه با مبتلایان به دوقطبی تکانشگری شناختی بیشتری داشتند اما در مولفه‌های حرکتی و عدم برنامه‌ریزی تفاوتی مشاهده نشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های ریچ و همکاران، ۲۰۱۹؛ سرانوفرناندز و همکاران، ۲۰۱۹؛ پلانس و همکاران، ۲۰۱۹؛ کلارک و همکاران، ۲۰۱۸؛ بوون و همکاران، ۲۰۱۵؛ متیاس و همکاران، ۲۰۱۳؛ جیمنز و همکاران، ۲۰۱۱؛ لویز و همکاران، ۲۰۰۹؛ ناجت و همکاران، ۲۰۰۷؛ بویسیا و همکاران، ۲۰۱۲ همسو می‌باشد.

ارتباط بین تکانشگری و اختلال دوقطبی می‌تواند پیامد دوره‌های خلقی یا عامل مستقل مرتبط با دلایل زیستی این اختلال باشد (سوان، پازاگلیا، نیکولزو و همکاران^۲، ۲۰۰۳). رفتارهای تکانشی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی را می‌توان با قرارگیری در فاز مانیا و هیپومانیا و نیز به علت چرخش‌های خلقی مکرر تبیین کرد (سوان، ۲۰۰۸ به نقل از جعفرصالحی، ۱۳۹۴). شواهد نشان می‌دهد ابعاد شناختی و بی‌برنامگی می‌تواند تا

1. Euthymic Phase

2. Swann, A. C., Pazzaglia, P., Nichols, A., & et al

حدودی منعکس کننده‌ی اختلال در کارکرد اجرایی باشد. اختلال در کارکردهای اجرایی اصلی همانند حافظه فعال، کنترل بازداری و تغییر تکالیف با اختلال دوقطبی ارتباط دارد (فرانگو، دونالدسون، هادجولیس و همکاران^۱، ۲۰۰۵). افراد مبتلا به وسواس نیز که تحت تاثیر افکار وسواسی می‌باشند به علت ماهیت مزاحم و بازگشت کننده وسواس‌ها به جای دشواری در تنظیم توجه در تداوم و حفظ توجه دچار مشکل هستند به بیان دیگر مبتلایان به وسواس دچار افکار مزاحم متعددی می‌گردند که توانایی بازداری این افکار را ندارند و این افکار در عملکرد فرد اختلال ایجاد می‌کند (سولکواسکی، جردن، رید و همکاران^۲، ۲۰۰۹).

همچنین مبتلایان به اختلال وسواس در مقایسه با مبتلایان به اختلال دوقطبی تکانشگری شناختی بیشتری داشتند. تکانشگری می‌تواند به علت افزایش نوراپی نفرین، کاهش سروتونین یا نقص در عملکرد قشر پیش پیشانی حاصل گردد که در بیماری وسواس نیز کاهش سروتونین و اختلال در لوب پیش پیشانی دیده می‌شود که می‌تواند موجب بروز رفتارهای تکانه‌ای از جمله تکانشگری شناختی گردد همچنین پژوهش‌ها نشان داده است یک سوم بیماران مبتلا به دوقطبی معیارهای تشخیصی وسواس را نیز نشان می‌دهند (هوداک^۳، ۲۰۱۱ به نقل از نبی زاده، ۱۳۹۸) به همین سبب تفاوت مشاهده شده میان گروه وسواس و دوقطبی کم می‌باشد.

فرضیه سوم پژوهش نیز نشان داد درگروه مبتلایان به اختلال دوقطبی و وسواس افکار خودکشی بیشتری نسبت به افراد عادی وجود دارد اما میان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و وسواس تفاوت معناداری مشاهده نشد. این یافته‌ها با پژوهش‌های میلر و بلک^۴، ۲۰۲۰؛ ریچ و همکاران، ۲۰۱۹؛ پلانس و همکاران، ۲۰۱۹؛ کلارک و همکاران، ۲۰۱۸؛ مولا و همکاران، ۲۰۱۵ همسو می‌باشد.

-
1. Frangou, S., Donaldson, S., Hadjulic, M., & et al
 2. Sulkowski, M.L., Jordan, C., Reid, A., & et al
 3. Hudak, R
 4. Miller, J.N., Black, D. W

تکانشگری در افراد مبتلا به دوقطبی اقدام کننده به خودکشی شایع می‌باشد (ریچ و همکاران، ۲۰۱۹) و از جمله ویژگی‌های این اختلال است که می‌تواند فرد را در معرض اقدام به خودکشی قرار دهد (پلانس و همکاران، ۲۰۱۹؛ کلارک و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به نتایج متغیر دوم پژوهش یعنی تکانشگری می‌توان نتیجه گرفت بالاتر بودن نمره تکانشگری در مبتلایان به دوقطبی می‌تواند افکار خودکشی و رفتارهای تکانشی را نیز در این افراد افزایش دهد. در مبتلایان به دوقطبی رفتارهای مرتبط با خودکشی فراوانی بیشتری نسبت به سایر اختلالات روان پزشکی دارد و می‌توان گفت اختلال دوقطبی یکی از عوامل خطر برای خودکشی محسوب می‌شود (میلر و بلک، ۲۰۲۰).

پوالها، مک کلووسکی، بریکمن و همکاران^۱ (۲۰۱۶) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درگیر شدن در سازوکارهای دفاعی ناپخته منجر به پرخاشگری می‌شود و افرادی که از دفاع‌های ناپخته و روش‌های ناسازگارانه تنظیم هیجان استفاده می‌کنند نسبت به خود احساس گناه و ندامت را تجربه می‌کنند. در این افراد نقص در تنظیم هیجان منجر به توقف فرایندهای پردازش شناختی لازم برای پاسخدهی به وسیله یک سازوکار دفاعی پخته می‌شود (نیک فلاح و برکت، ۱۴۰۱). ناتوانی در تنظیم هیجان‌ات و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه منجر به راهبردهای مقابله‌ای نظیر خودکشی می‌شود (برتون و مک‌گلینچی^۲، ۲۰۱۹).

راهبردهای مقابله‌ای که فرد در برابر هیجان‌ات منفی استفاده می‌کند آسیب‌پذیری آنها را نسبت به خودکشی افزایش می‌دهد (قاسمی نواب، امیری و آزاد مرزآبادی، ۱۳۹۶). استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان موجب پیدایش افکار و رفتارهای خودکشی‌گرا می‌شود؛ این افکار می‌تواند راهبرد تنظیم هیجان ناسازگارانه‌ای باشد که در مقابله با اضطراب حاد بروز می‌کند (نیاسیو، فانگ، رودریگوز و همکاران^۳،

1. Puhalla, A. A., McCloskey, M. S., Brickman, L. J., & et al
 2. Brereton, A., McGlinchey, E
 3. Neacsiu, A. D., Fang, C. M., Rodriguez, M., & et al

۲۰۱۸). در مبتلایان به وسواس و دوقطبی نیز استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان بالاتر از گروه عادی بود. رادالس، شورت و اسکیمیت^۱ (۲۰۱۹) نیز اظهار داشتند که دشواری در تنظیم هیجان در مقابله با هیجانات منفی به رفتارهایی نظیر خودکشی منجر می‌شود. در افراد دچار نقص در تنظیم هیجان فرد تلاش دارد از هیجان‌ها، اندیشه‌ها و احساسات ناخواسته فرار نماید که این گریز در نهایت منجر به آشفتگی روان‌شناختی و خودکشی می‌شود (برتون و مکگیلینچی، ۲۰۱۹).

در پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود دارد که برای نتیجه‌گیری و تعمیم یافته‌ها باید به آنها توجه کرد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: ۱. با توجه به همه‌گیری ویروس کوید-۱۹ و عدم همکاری برخی مراکز روش نمونه‌گیری در دسترس بود و نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام نپذیرفت. ۲. به دلیل محدود بودن نمونه امکان کنترل برخی متغیرها همانند شدت بیماری، مدت بیماری، مصرف دارو و ... میسر واقع نشد.

با توجه به محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد: ۱. شدت خلق افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و قرارگیری در فاز افسردگی یا مانیا به طور دقیق بررسی گردد. ۲. در پژوهش‌های آتی از حجم نمونه بالاتری استفاده گردد تا قابلیت تعمیم به جامعه راحت‌تر صورت پذیرد. ۳. در پژوهش‌های آتی متغیرهایی مانند شدت بیماری، مدت بیماری و مصرف دارو توسط پژوهشگران کنترل گردد. همچنین پیشنهادات کاربردی ذیل نیز می‌تواند مورد استفاده پژوهشگران و درمانگران قرارگیرد: ۱. کارگاه‌های آموزشی در جهت به حداقل رساندن آسیب‌های ناشی از نارسایی در تنظیم هیجان، تکانشگری و افکار خودکشی در مبتلایان به اختلال وسواس و دوقطبی توسط متخصصان برگزار گردد. ۲. به متخصصان و درمانگران پیشنهاد می‌گردد با طرح برنامه‌های حمایتی مانند آموزش مهارت مدیریت و کنترل تکانه، بکارگیری راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان، مهارت

برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری اقدامات پیشگیرانه در جمعیت عمومی و نیز مبتلایان به وسواس و دوقطبی داشته باشند. ۳. درمانگران می‌توانند با توجه به متغیرهای مورد پژوهش و نتایج حاصل از آن از درمان‌های روان‌شناختی متناسب جهت پیشگیری از شدت یافتن یا عود علائم بیماران استفاده نمایند.

ملاحظات اخلاقی پژوهش: کلیه‌ی شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت شفاهی خود را اعلام نموده و اطمینان لازم در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات به آنها داده شده است.

سهم نویسندگان: نویسنده مسئول مراحل فرایند پژوهش را مدیریت نموده و مسئول نگارش مقاله است.

حمایت مالی: این مقاله در راستای پژوهش پایان‌نامه‌ی نویسنده‌ی اول به نگارش درآمده است و نویسندگان هیچگونه حمایت مالی و معنوی جهت انجام پژوهش دریافت نکرده‌اند.

تعارض منافع: یافته‌های این مطالعه هیچگونه تضادی با منافع شخصی و سازمانی ندارد.

قدردانی: از کلیه مشارکت‌کنندگان در پژوهش و افرادی که به هر نحو در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند سپاسگزاری می‌گردد.

منابع

- اختیاری، ح؛ صفایی، ه؛ اسماعیلی‌جاوید، غ؛ عاطف وحید، م؛ عدالتی، ه و مکرری، الف. (۱۳۸۷). روایی و پایایی نسخه‌های فارسی پرسشنامه‌های آیزنک، بارات، دیکمن و زاگرم‌ن در تعیین رفتارهای مخاطره‌جویانه و تکانشگری. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی ایران*، ۱۴(۳)، ۳۳۶-۳۲۶.
- اندامی خشک، ع؛ گلزاری، م و ابراهیمی نسب، م. (۱۳۹۲). نقش راهبردهای ۹ گانه تنظیم‌شناختی هیجان در پیش‌بینی تاب‌آوری. *اندیشه و رفتار*، ۷(۲۷)، ۵۷-۶۶.
- انیسی، ج؛ اسکندری، م؛ بهمن‌آبادی، س؛ نوحی، س؛ تولایی، ع. (۱۳۹۳). هنجاریابی چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R) در کارکنان یک واحد نظامی. *مجله روان‌شناسی نظامی*، ۱۷، ۵۷-۶۷.

- انیسی، ج؛ فتحی آشتیانی، ع؛ سلیمی، ح و احمدی، خ. (۱۳۸۴). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکارخودکشی بک در سربازان. طب نظامی، ۱۷(۱)، ۳۳-۳۷.
- اویسی، ج؛ بابایی، ش؛ بارانی، م؛ محمدلو، ه و ابراهیمی، ف. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روانسنجی چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R) در کارکنان نیروهای مسلح. فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا، ۱۷(۴)، ۱۸-۱۳.
- آریانا کیا، الف و حسنی، ج. (۱۳۹۳). تکانشگری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۲، ۱۰-۱.
- جاوید، م؛ محمدی، ن؛ رحیمی، چ. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. روش‌ها و مدل‌های روان شناختی، ۲(۸)، ۳۲-۲۱.
- جعفر صالحی، ع. (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، دوقطبی و افراد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه سمنان.
- حسنی، ج و آریانا کیا، الف. (۱۳۹۵). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اضطراب و تکانشگری در اختلال دوقطبی با و بدون همبودی با اختلال وسواسی-جبری. مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲۲(۱)، ۳۹-۴۹.
- حیدری، ر و جلیلیان، م. (۱۴۰۰). فراتحلیل آموزش‌های تنظیم هیجان بر کاهش نشانگان اختلال افسردگی. فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره، ۲۰(۷۹)، ۸۳-۶۲.
- زارع، ح و سلگی، ز. (۱۳۹۱). بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان. فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناسی، ۶(۳)، ۲۹-۱۹.
- زارع، ح؛ ناظر، م و صیادی اناری، الف. (۱۳۸۹). بررسی فراوانی اختلالات روانی و عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب رفسنجان در سال ۱۳۸۶. دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۹(۳)، ۲۳۲-۲۲۱.
- سپهری نژاد، م؛ حاتمیان، پ. (۱۳۹۶). پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس دشواری تنظیم هیجان و اجتناب تجربی در پرستاران. پژوهش پرستاری ایران، ۱۳(۴)، ۴۳-۳۹.
- قاسمی نواب، الف؛ امیری، س و آزاد مرزآبادی، الف. (۱۳۹۶). مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، تجارب عاطفی و دوسوگرایی ابزار هیجان در سربازان با تلاش‌های خودکشی و عادی. نظامی طب، ۱۹(۳)، ۲۹۰-۲۸۲.
- کاظم پور، و. (۱۳۹۶). تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر استراتژی‌های شناختی تنظیم هیجان در نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی زودآغاز در فاز یوتایمیک. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- کیانی چلمردی، الف؛ صفدریان، ز؛ جعفری بنفشه درق، ع؛ احمدبوکانی، س. (۱۳۹۹). بررسی ساختاری الگوی سه مرحله‌ای خودکشی (ناامیدی، درد، افسردگی، نیازهای بین فردی، ظرفیت اکتسابی خودکشی و اقدام به خودکشی) در دانشجویان. پژوهش‌های مشاوره، ۱۹(۷۶)، ۱۱۷-۹۲.

- محمدی تیله‌نویی، س؛ رحمانی، م؛ قربان شیرودی، ش. (۱۴۰۱). اثربخشی زوج درمانی تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری شناختی و تنظیم شناختی هیجان در زوجین متقاضی طلاق. فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره، ۲۱(۸۱)، ۲۳۰-۲۵۵.
- موسوی، ع؛ الوانی، ح؛ قاسمی پناه، م. (۱۴۰۰). تعیین رابطه بین سازگاری هیجانی و تنظیم شناختی هیجان با تاب‌آوری در پرستاران نظامی. طب دریا، ۳(۱)، ۳۹-۴۵.
- نبی‌زاده، م. (۱۳۹۸). نقش ناقلین عصبی سروتونین و دوپامین در اختلال وسواس فکری-عملی. شفای خاتم، ۷(۲)، ۹۹-۱۰۶.
- نجفی، م و رضایی، س. (۱۳۹۶). مقایسه‌ی دشواری‌های تنظیم هیجانی و پریشانی روانی در افراد معتاد و عادی. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۴(۱۳)، ۹۵-۱۱۰.
- نیک فلاح، ر؛ برکت، الف. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای دشواری‌های تنظیم هیجانی و اجتناب تجربی در رابطه بین سازوکارهای دفاعی و افکار خودکشی در نوجوانان. فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۱(۶۱)، ۱۸۳-۲۰۲.

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies examination. *Behavior Research Therapy*, 48(1), 974-983.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Azadi, S., Khosravani, V., King, S., Mohammadzadeh, A., & Baseri, A. (2020). Effects of Neuropsychological Systems on Psychopathology through Cognitive Emotion Regulation Strategies in Individuals with Suicide Attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 44(1), 229 -239.
- Berman, N. C., Shaw, A. M., & Wilhelm, S. (2018). Emotion regulation in patients with obsessive compulsive disorder: Unique effects for those with “taboo thoughts”. *Cognitive Therapy and Research*, 42 (5), 674 -685.
- Bøen, E., Hummelen, B., Elvsåshagen, T., Boye, B., Andersson, S., Karterud, S., & Malt, U. F. (2015). Different impulsivity profiles in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 17(1), 104-111.
- Boisseau, C. L., Thompson-Brenner, H., Caldwell-Harris, C., Pratt, E., Farchione, T., & Barlow, D. H. (2012). Behavioral and cognitive impulsivity in obsessive – compulsive disorder and eating disorders. *Psychiatry Research*, 200(2), 1062-1066.
- Braunstein, L. M., Gross, J. J., & Ochsner, K. N. (2017). Explicit and implicit emotion regulation: a multi - level framework. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12 (10), 1545 –1557.
- Brereton, A., McGlinchey, E. (2019). Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, ۲۴, 1-24.
- Bruggink, A., Huisman, S., Vuijk, R., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2016). Cognitive

- emotion regulation, anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 22, 34- 44.
- Carvalho, A. F., Firth, J., Vieta, E. (2020). Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, 48(14), 2277-2284.
- Clark, J. E., Watson, S., Friston, K. J. (2018). What is mood? A computational perspective. *Psychological Medicine*, 48(14), 2277-2284.
- Cogle, J. R., Timpano, K. R., Goetz, A. R. (2012). Exploring the unique and interactive roles of distress tolerance and negative urgency in obsessions. *Personality and Individual Differences*, 52(4), 515-520.
- Craig, F., Savino, R., Fanizza, I., Lucarelli, E., Russo, L., Trabacca, A. (2020). A systematic review of coping strategies in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Research in developmental disabilities*, 98, 103571.
- cui, Q., Sheng, W., Chen, Y., Pang, Y., Lu, F., Tang, Q., Chen, H. (2020). Dynamic changes of amplitude of low- frequency fluctuations in patients with generalized anxiety disorder. *Human brain mapping*, 41(6), 1667-1676.
- Frangou, S., Donaldson, S., Hadjulis, M., Landau, S., Goldstein, L. H. (2005). The Maudsley Bipolar Disorder Project: Executive dysfunction in bipolar disorder I and its clinical correlates. *Biology Psychiatry*, 58(11), 859-564.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. A. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A Comparison Between Adolescents and Adults, *Journal of Adults*, 25(6), 603-611.
- Goodwin, G. M. (2016). Bipolar disorder. *Medicine*, 44(11), 661 -663.
- Grezellschak, S., Lincoln, T. M. & Westermann, S. (2015). Cognitive emotion regulation in patients with schizophrenia: Evidence for effective reappraisal and distraction. *Psychiatry Research*, 229(5): 434-439.
- Gruber, J., Eidelman, P., Johnson, S. L., Smith, B., Harvey, A. G. (2011). Hooked on a feeling: Rumination about positive and negative emotion in interepisode bipolar disorder. *Journal of Abnormal*, 120(4), 956-961.
- Gruber, J., Harvey, A. G., Gross, J. J. (2012). When Trying Is Not Enough: Emotion Regulation and the Effort-Success Gap in Bipolar Disorder. *Emotion*, 12(5), 997-1003.
- Hatkevich, C., Penner, F., & Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry research*, 271, 230 -238.
- Heissler, J., Kanske, P., Schönfelder, S., & Wessa, M. (2014). Inefficiency of emotion regulation as vulnerability marker for bipolar disorder: Evidence from healthy individuals with hypomanic personality. *Affective Disorder*, 152, 83-90.
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 277-290.
- Hunt, C. (2021). Differences in OCD symptom presentations across age, culture, and

- gender: A quantitative review of studies using the Y -BOCS symptom checklist. *Journal of Obsessive - Compulsive and Related Disorders*, 26 (17), 100533.
- Jiménez, E., Arias, B., Castellví, P., Goikolea, J. M., Rosa, A. R., Fañanás, L., Vieta, E., & Benabarre, A. (2011). Impulsivity and functional impairment in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 491–497.
- Kotbagi, G., Morvan, Y., Romo, L. (2017). Which dimensions of impulsivity are related to problematic practice of physical exercise? *Journal of behavioral addictions*, 6(2), 221- 228.
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393-401.
- Lewis, M., Scott, J., & Frangou, S. (2009). Impulsivity, personality and bipolar disorder. *European Psychiatry*, 24(7), 464-469.
- Luthans F. (2018). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 23(6), 695-706.
- Mathias, D., Almeida, K., Nery, F. G., Moreno, R. A., Gorenstein, C., & Lafer, B. (2013). A sib-pair analysis of impulsivity in bipolar disorder type I. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1148-1152.
- McPhilemy, G., Nabuldi, L., Kilmartin, L., Whittaker, J. R., Martyn, F. M., Hallahan, B., Cannon, D. M. (2020). Resting-state network patterns underlying cognitive function in bipolar disorder: a graph theoretical analysis. *Brain Connectivity*, 10(7), 355-367.
- Miller, J.N., Black, D. W. (2020). Bipolar disorder and suicide: a review. *Current psychiatry*, 22(2), 1-10.
- Moalla, M., Feki, I., Baati, I., Masmoui, J., Jaoua, A. (2015). Alcohol Abuse, Impulsivity and Suicide Attempts in Bipolar Disorders. *European Psychiatry*, 30(1), 28-31.
- Moore, S. A., Zoellner, L. A., & Mollenholdt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 993-1000.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361-388.
- Najt, P., Perez, J., Sanches, M., Peluso, M. A., Glahn, D., & Soares, J. C. (2007). Impulsivity and bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 17(1), 313–320.
- Neacsiu, A. D., Fang, C. M., Rodriguez, M., & Rosenthal, M. Z. (2018). Suicidal behavior and problems with emotion regulation. *Suicide and LifeThreatening Behavior*, 48(1), 52-74.
- Oh, M., Kim, J. W., Yoon, N. H., Lee, S. A., Lee, S. M., & Kang, W. S. (2019). Differences in Personality, Defense Styles, and Coping Strategies in Individuals with Depressive Disorder According to Age Groups Across the Lifespan. *Psychiatry Investigation*, 16(12), 1-8.

- Pankowski, S., Adler, M., Andersson, G., Lindefors, N., Svanborg, C. (2017). Group acceptance and commitment therapy (ACT) for bipolar disorder and coexisting anxiety-an open pilot study. *Cognitive behavior therapy*, 46(2), 114-128.
- Plans, L., Barrot, C., Nieto, E., Rios, J., Schulze, T. G., Papiol, S., Benabarre, A. (2019). Association between completed suicide and bipolar disorder: a systematic review of the literature. *Journal of affective disorder*, 1(242), 111-122.
- Raj, S., Sachdeva, S. A., Jha, R., Sharad, S., Singh, T., Arya, Y. K., & Verma, S. K. (2019). Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian journal of psychiatry*, 39, 58 -62.
- Rao, P., Grover, S., Chakrabarti, S. (2020). Coping with caregiving stress among caregivers of patients with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 102219.
- Raudales, A. M., Short, N. A., & Schmidt, N. B. (2019). Emotion dysregulation as a prospective predictor of suicidal ideation in an at-risk mixed clinical sample. *Archives of Suicide Research*, 1-13.
- Reich, R., Gilbert, A., Clari, R., Burdick, K. E., & Szeszko, P. R. (2019). A preliminary investigation of impulsivity, aggression and white matter in patients with bipolar disorder and a suicide attempt history. *Journal of Affective Disorders*, 15, 88-96.
- Rich, R., Gilbert, A., Clari, R., Burdick, K. E., Szeszko, P. R. (2019). A preliminary investigation of impulsivity, aggression and white matter in patients with bipolar disorder and suicide attempt history. *Journal of affective disorder*, 15(247), 88-96.
- Sanderson, M., Bulloch, A. G., Wang, J., Williams, K. G., Williamson, T., & Patten, S. B. (2020). Predicting death by suicide following an emergency department visit for parasuicide with administrative health care system data and machine learning. *EClinical Medicine*, 100281.
- Schreiber, L. R. N., Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Psychiatry Research*. 46, 651-658.
- Serrano-Fernández, M. J., Boada-Grau, J., Assens-Serra, J., Boada-Cuerva, M., & VigilColet, A. (2019). Influence of personality variables, impulsivity, perfectionism, self-esteem and self-efficacy in Work Craving. *Anales De Psicología/Annals of Psychology*, 35(3), 506-513.
- Sulkowski, M.L., Jordan, C., Reid, A., Graziano, P.A., Shalev, I., Storch, E.A. (2009). Relations between impulsivity, anxiety, and obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 620-625.
- Swann, A. C., Pazzaglia, P., Nicholls, A., Dougherty, D. M., Moeller, F. G. (2003). Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *Journal of Affect Disord*, 73, 105-111.
- Trafford, A. A., Wroe, A. L., Brown, G., & Luzon, O. (2018). What You See is

- What You Do: Imagery and the Moral Judgements of Individuals with OCD. *Journal of Obsessive -Compulsive and Related Disorders*, 16 (1), 50 -55.
- Wittmann, M., Arce, E., & Santisteban, C. (2008). How impulsiveness, trait anger, and extracurricular activities might affect aggression in school children. *Personality and Individual Differences*, 45, 618- 623.
- Wolkenstein, L., Zwick, J. C., Hautzinger, M., & Joormann, J. (2014). Cognitive emotion regulation in euthymic bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 160, 92-97.
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology*, 74(4), 695-709.



© 2021 Iran Counseling Association, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)

