DOI: *10.29252/rbs.19.2.242*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2021, Volume 19, Issue 2

The Mediating Role of Behavioral Activation System (BAS)–Relevant Cognitive Styles in the Relationship between Childhoods Traumatic Experiences with Syndrome in Patients with Bipolar Disorder: Design and Test of a Conceptual Model

Monavar Gilanifar[1], **Qasem Ahi**[2], **Farzan Kheirkhah**[3], **Fatemeh Shahabizadeh**[4]

1. PhD student in Psychology, Departent of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Departent of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
3. Assistance Professor, Department of Pychiatry, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
4. Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Abstract

Aim and Background: Given the prevalence and recurrence rate of bipolar disorder, understanding the prognostic factors and vulnerabilities of this disease is of great importance. Therefore, the present study aimed to investigate the mediating role of behavioral activation system–relevant cognitive styles in the relationship between traumatic childhood experiences with bipolar disorder syndrome in patients with bipolar disorder.

Methods and Materials: The present study was a descriptive correlational study. The statistical population consisted of all patients with bipolar disorder admitted to Shahid Hayinejad Hospital in Babol. The sample size was 379 people who were selected by available sampling method in a period of 18 months. In order to collect the research data have used from the Child Trauma Questionnaire, Beck Depression Inventory- II, Mania Self-Report Scale and 3 Questionnaires of behavioral activation system–relevant cognitive styles (Perfectionism / Performance Evaluation subscale of Dysfunctional Attitudes Scale, Self-Criticism subscale of Depression Experiences Scale, and Autonomy subscale of Autonomy - Community orientation Scale). The research data were analyzed using SPSS and LISREL software and structural equation modeling.

Findings: The results showed that traumatic childhood experiences have an effect on behavioral activation system–relevant cognitive styles and symptoms (depression and mania) of bipolar disorder ($p < 0.05$). Behavioral activation system–relevant cognitive styles have an effect on symptoms (depression and mania) ($p < 0.05$).

Conclusions: The results of the present study support the hypothesis that cognitive styles related to the behavioral activation system mediate the relationship between traumatic childhood experiences and symptoms (depression and mania) of bipolar disorder.

Keywords: Bipolar Disorder, Traumatic Experiences, Cognitive Styles, Cognitive bias

Citation: Karimi S, Chin Aveh M, Fereydoni S. **Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral and Psychodrama therapy on symptoms of externalized disorders in children**. Res Behav Sci 2021; 19(2): 242-250.

* **Mahboubeh Chin Aveh,**
Email: hivachinaveh@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]

نقش میانجی سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی با نشانگان اختلال دوقطبی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

منور گیلانی فر[۱]، قاسم آهی[۲]، فرزان خیرخواه[۳]، فاطمه شهابی زاده[۴]

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۳- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۴- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به شیوع و نرخ عود دوباره اختلال دوقطبی، درک عوامل پیش‌بین و عوامل آسیب‌پذیری این بیماری از اهمیت بالایی برخوردار است، ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی با نشانگان اختلال دوقطبی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بستری‌شده در بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل تشکیل داد. حجم نمونه ۳۷۹ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس و در یک بازه زمانی ۱۸ ماهه انتخاب شدند. به‌منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه تجارب آسیب‌زای کودکی، پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس خود گزارشی مانیا و سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری (خرده مقیاس کمال‌گرایی/ ارزیابی عملکرد مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، خرده مقیاس خود نکوهشگری مقیاس تجربیات افسردگی و خرده مقیاس خودمختاری مقیاس خودمختاری- اجتماع مداری) استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و LISREL و به کمک روش مدل یابی معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد تجارب آسیب‌زای دوره کودکی بر سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری و نشانگان (افسردگی و مانیا) اختلال دوقطبی اثر دارد ($p<۰/۰۵$). سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری بر نشانگان (افسردگی و مانیا) اثر دارند ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر از این فرض حمایت می‌کند که سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری، میانجی رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانگان (افسردگی و مانیا) اختلال دوقطبی هستند.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، تجارب آسیب‌زا، سبک‌های شناختی، سوگیری شناختی.

ارجاع: گیلانی فر منور، آهی قاسم، شهابی زاده فاطمه، همایونی علیرضا. **نقش میانجی سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی با نشانگان اختلال دوقطبی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۲): ۲۴۲-۲۵۰.

*- **قاسم آهی،**

رایانامه: hivachinaveh@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]

[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]

مقدمه

اختلال‌های برونی‌سازی شده ازجمله مشکلاتی است که در اختلالات روانی تأثیر بسزایی روی فرد، خانواده و جامعه دارد. این اختلالات علاوه بر رنج و محدودیت‌هایی که برای افراد مبتلا و خانواده‌هایشان ایجاد می‌کنند، به دلیل برچسب بیماری اغلب در فعالیت‌های اجتماعی و شغلی خود دچار تبعیض‌هایی می‌شوند (۱). ازجمله این اختلالات، اختلال دوقطبی می‌باشد. اختلال دوقطبی بیماری است که با تغییر در عملکرد روانی و اجتماعی، تغییرپذیری و نامتناسب بودن شرایط خلقی، خلق بالا و افسرده و نوسانات بزرگ در سطح خلقی با علائم افسردگی، هیپومانیا و یا دوره‌های ترکیبی مشخص می‌شود (۲). با توجه به سیر و روند این بیماری، پیامدهای آن ناتوان‌کننده است و تأثیرات منفی بر روی کیفیت زندگی افراد دارد، این بیماران مشکلات زیادی در انجام فعالیت‌های روزمره و همچنین در عملکرد شناختی، اجتماعی و خانوادگی دارند اما درمان این بیماران می‌تواند این مشکلات را تا حد زیادی بهبود ببخشد، همچنین افراد با اختلال دوقطبی در طول زندگی خود نیاز بیشتری برای استفاده از خدمات سلامتی، نیاز به رفاه و توان‌بخشی در مقایسه با جمعیتی که اختلال روانی ندارد، برخوردار می‌باشند (۳،۴).

در دو دهه گذشته شواهد حاکی از آن است که استفاده از درمان دارویی به‌تنهایی، برای فراهم کردن پاسخ درمانی مورد انتظار شکست‌خورده است و عوامل روان‌شناختی و اجتماعی از قبیل وقایع استرس‌آور زندگی، قطع شدن روابط اجتماعی و عدم تبعیت دارویی منجر به عود بیماری دوقطبی خواهد شد (۵). شناسایی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر اختلال دوقطبی می‌تواند به آشکار شدن جنبه‌های مختلف این بیماری کمک کند (۶). پژوهش‌های مختلفی به بررسی جنبه‌های مختلف عوامل روان‌شناختی پرداخته‌اند (۷).

ازجمله این عوامل روان‌شناختی می‌توان به تجارب آسیب‌زای کودکی اشاره کرد که می‌تواند نقش مهمی در بروز اختلال دوقطبی بازی کند. به‌طورکلی تجارب آسیب‌زای دوران کودکی که در پژوهش‌ها عمدتاً با عناوینی نظیر بدرفتاری با کودکان یا تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به آن اشاره‌شده است را به‌صورت همه‌ی شکل‌های بدرفتاری عاطفی و جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت و رفتارهای اهمالگرانه، تجاری و استثمارگرانه از کودکان که آسیب‌های حاد و بالقوه‌ای به سلامت، بقا، رشد و آبروی آن‌ها وارد می‌کنند، در بستر رابطه مسئولیت‌پذیری، اعتماد و قدرت تعریف کرده‌اند (۸). پژوهش‌ها بیان نموده‌اند که ماهیت آسیب‌زای تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، می‌تواند منجر به پیامدهای زیانباری در دوره‌ی کودکی شده که تأثیرات مخربی بر فرایند رشد کودک دارند (۹) و این رویدادهای آسیب‌زا نه‌تنها هسته اصلی اختلال استرس پس از سانحه هستند، بلکه نشانگان افسردگی، اختلال در تنظیم هیجانی و هویت تجزیه‌ای پیامد مواجهه مکرر با رویدادهای آسیب‌زا است (۱۰، ۱۱). در چند سال گذشته، پژوهش‌های زیادی به بررسی رابطه میان تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و اختلال دوقطبی پرداخته‌اند. این پژوهش‌ها متفق‌القول وجود رابطه میان تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و اختلال دوقطبی را تأیید کرده‌اند (۱۲-۱۴). هو، کیم، لی، چی (۱۵) گزارش کردند که تجارب آسیب‌زای کودکی با درماندگی‌ها و مشکلات بین فردی در بزرگ‌سالی مرتبط است. پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی در مقایسه با افراد سالم مواجهه با تجارب آسیب‌زای دوران کودکی فراوان‌تری را گزارش می‌کنند. علاوه بر این، بیان‌شده است که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی را تجربه کرده‌اند، در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال افسردگی که چنین تجارب آسیب‌زایی را تجربه نکرده‌اند، شدت/ پیچیدگی علائم بالینی بالاتری، نظیر ریسک بالاتر اقدام به خودکشی، سن پایین‌تر بروز، دوره‌های مختلف و چرخه سریع را تجربه می‌کنند (۱۶). همچنین گزارش شده که تجربه کردن سوءاستفاده و غفلت در دوران کودکی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، با بروز زودتر بیماری، انجام رفتارهای مرتبط با خودکشی و سوءمصرف مواد رابطه دارد و دوره‌های فراوان‌تر و شدیدتر علائم هیجانی ممکن است در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی که این دو رویداد منفی را در دوران کودکی تجربه کرده اند، مشاهده گردید. علاوه بر این، در این پژوهش بیان گردید که در این افراد عموماً تعداد بیشتری از اختلالات همایند وجود داشته و پاسخ به درمان در آن‌ها ضعیف‌تر است (۱۷). همچنین گزارش‌شده است که در میان تجربیات منفی دوران کودکی، تجربه کردن سوءاستفاده جسمی احتمالاً قوی‌ترین رابطه را با شدت علائم دوقطبی داشته و منجر به پیامدهایی نظیر بروز زودتر بیماری، تأخیر در تشخیص و درمان آن و چرخه‌ی سریع می‌گردد. علاوه بر این، بیان‌شده است که تجربه کردن سوءاستفاده جسمی در دوران کودکی، با شدت بالاتر علائم روان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]

پریشانه، اقدام به خودکشی بیشتر، دوره‌های شدیدتر شیدایی و بستری شدن بیشتر، اختلال استرس پس از سانحه و اغلب استفاده از مواد روان‌گردان در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی رابطه دارد. همچنین سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی نیز پیش‌بین شدت علائم اختلال دوقطبی است و با بروز زودتر بیماری، تأخیر در درمان اختلال دوقطبی دارای چرخه‌ی سریع، سطوح بالاتری از اقدام به خودکشی، علائم روان‌پریشی و تجربه دوره‌های شدیدتر شیدایی مرتبط است (۱۸). علی‌رغم رابطه خوب مستند شده بین تجارب آسیب‌زای کودکی و مشکلات سلامت روان در بزرگ‌سالی آنچه این پژوهش به آن می‌پردازد مکانیزم‌های زیربنایی خاصی است که رابطه بین تجارب آسیب‌زای زندگی اولیه و سایکوپاتولوژی‌های (آسیب شناسی های) روانی زندگی بعدی را روشن می‌کند.

در طول دهه‌های گذشته، علاقه به بررسی متغیرهای میانجی در مکانیسم‌های درمانی مرتبط با اختلالات خلقی افزایش‌یافته است و گروه‌های تحقیقاتی متعددی میانجی‌های روان‌درمانی اختلالات خلقی را موردبررسی قرار داده‌اند. جانسون و هوگلند (۱۹)، ۶۱ پژوهش را بررسی و گزارش کردند که بیشتر این پژوهش‌ها بر نقش میانجی فرایندهای شناختی نظیر افکار غیرارادی، نگرش‌های بدکارکردی، سبک اسناد و انحرافات شناختی دیگر متمرکز بوده‌اند (۲۰). به‌طورکلی، سبک‌های شناختی عوامل حائز اهمیتی در مدل‌های شناختی آسیب‌شناسی روانی‌اند و بیان نموده‌اند که علائم رفتاری، خلقی و شناختی هنگامی ایجاد می‌شوند که باورها و شناخت‌های ناسازگاری به‌وسیله‌ی رویدادهای زندگی در فرد شکل بگیرند (۲۱). در سال‌های اخیر، علاقه‌ی پژوهشگران به بررسی فرایندهای روان‌شناختی درگیر در بروز، تداوم و درمان اختلالات طیف دوقطبی به شکل قابل‌توجهی افزایش‌یافته است. در این پژوهش ها به‌منظور پاسخ به این سؤال که آیا سبک‌های شناختی ناسازگار بروز و تداوم اختلال دوقطبی را پیش‌بینی می‌کنند یا خیر، نظریه‌های شناختی افسردگی تک‌قطبی، به اختلال طیف دوقطبی نیز تعمیم داده شد (۲۲). این مدل‌های شناختی علائم اختلال دوقطبی و بد تنظیمی خلقی تلاش کرده‌اند تا هم علائم افسردگی و هم علائم شیدایی اختلال دوقطبی را تبیین کنند. برای مثال مانسل و همکاران (۲۳) نشان دادند باورهای خودنکوهش‌گرانه یا باورهای شرمسارانه می‌توانند نقش مهمی در افزایش افکار اضطرابی و ارزیابی‌های شناختی عاطفه و نیز هیجانات بدنی که منجر به افزایش علائم شیدایی و کاهش علائم افسردگی می‌گردد بازی کنند. در مقابل، پژوهش‌های دیگر بیان نمودند که تعامل خود نکوهشگری، تمرکز عملکردی و استانداردهای شخصی بالا با رویدادهای زندگی، پیش‌بین علائم افسردگی و شیدایی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی II و افسرده خویی است یا پس از کنترل علائم شیدایی و افسردگی، سبک‌های شناختی کمال گرایانه رابطه‌ی میان اختلالات طیف دوقطبی و اضطراب همایند را میانجی می‌کنند (۷). همچنین پژوهش‌های مروری انجام‌شده درزمینه سبک‌های شناختی در اختلال دوقطبی بیان نموده‌اند که افراد مبتلا به اختلال طیف دوقطبی دارای سبک‌های شناختی منفی هستند که منفی بودن این سبک‌ها به‌اندازه‌ی سبک‌های شناختی افراد مبتلا به افسردگی تک‌قطبی است. علاوه بر این، در برخی پژوهش‌ها بیان شده است که سبک‌های شناختی به‌تنهایی یا در ترکیب با رویدادهای زندگی پیش‌بین تداوم اختلال دوقطبی هستند. بااین‌حال، یافته‌های به‌دست‌آمده در پژوهش‌های مختلف تااندازه‌ای متناقض‌اند. به‌عبارت‌دیگر، درحالی‌که دو پژوهش انجام‌شده در این زمینه بیان نموده‌اند که شناخت‌های منفی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی I پیش‌بین علائم افسردگی بوده اما پیش‌بین علائم شیدایی نیستند. اسکات و پاپ (۲۴) بیان نموده‌اند که عزت‌نفس منفی تنها پیش‌بین عود دوباره علائم اختلال دوقطبی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی هایپومانیک است و یکی از عواملی که می‌تواند باعث تناقض در یافته‌های به‌دست‌آمده درزمینه‌ی سبک‌های شناختی در اختلال دوقطبی شود، نوع سبک‌های شناختی بررسی‌شده، می‌باشد (۲۲). نظریه‌ی سیستم فعال‌سازی رفتاری بیان می‌کند که نوع مشخصی از سبک‌های شناختی و شخصیتی می‌توانند در اثر حساسیت سیستم فعال‌سازی رفتاری بالا در افراد ایجاد شود (۲۵). سیستم فعال‌سازی رفتاری یک سیستم روانی زیست شناختی است که رفتارهای گرایشی و انگیزش‌های اشتیاق آور در پاسخ به اهداف و پاداش‌ها را تنظیم می‌کند (۲۲). ازآنجایی‌که پژوهش‌های تجربی تأیید کرده‌اند که حساسیت بیش‌ازحد سیستم فعال سازی رفتاری پیش‌بین علائم دوقطبی و دوره‌های خلقی است، درک بهتر ویژگی‌های افراد دارای حساسیت سیستم فعال سازی رفتاری بالا از اهمیت بالایی برخوردار است. آلوی و همکاران (۱۰) بیان نمودند که احتمال ابتلا به اختلالات طیف دوقطبی در افراد دارای حساسیت سیستم فعال سازی رفتاری بالا، ۶ برابر بیشتر از افراد دارای حساسیت سیستم فعال سازی رفتاری متوسط است و در افراد مبتلا به اختلالات طیف

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]

دوقطبی، حساسیت بیش‌ازحد سیستم فعال سازی رفتاری پیش بین زمان کوتاه‌تر بروز دوره‌های شیدایی و نیمه‌شیدایی است (۲۶). به‌طورکلی، هنگامی‌که سرنخ‌های بیرونی (شیئی جذاب) یا درونی (نظیر تجربیات مرتبط با دستیابی به هدف) سیستم فعال سازی رفتاری را فعال می‌کنند، تلاش فرد برای دستیابی به اهداف و فعالیت‌های شناختی‌اش که هدفشان ارتقاء رفتارهای مرتبط با دستیابی به هدف است (نظیر برنامه‌ریزی، خودکارآمدی و امید) در او افزایش می‌یابد. بر اساس این نظریه، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، سیستم فعال سازی رفتاری بیش‌ازحد حساسی دارند که به آسانی دچار بد تنظیمی می‌شود. به‌عبارت‌دیگر، سیستم فعال سازی رفتاری بیش‌ازحد حسّاس در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در پاسخ به رویدادهای مرتبـط با فعال‌سـازی سیستم فعال‌سازی رفتاری نظیر کسب پاداش، تلاش برای دستیابی به هدف و دستیابی به هدف، منجر به عاطفه‌ی شدیداً بالا، انرژی زیاد، هدف جویی افراطی و اعتمادبه‌نفس بیش‌ازحد (علائم شیدایی) و در پاسخ به رویدادهای مرتبط با غیرفعال سازی سیستم فعال سازی رفتاری نظیر ناکامی قطعی یا عدم دستیابی به هدف، منجر به خلق افسرده، انرژی کم، فقدان احساس لذت و ناامیدی (علائم افسردگی) می‌گردد (۲۷). در پژوهش‌های از نوع مقطعی بیان‌شده است که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در مقایسه با گروه کنترل سالم، سطوح بالاتری از نگرش‌های بدعملکردی کمال گرایانه، نمرات کمال‌گرایی بالاتری و سبک‌های شناختی مرتبط با سیستم فعال سازی رفتاری را دارا می‌باشند (۷). آلوی، آبرامسون، یورسویک (۲۲) گزارش کردند که افراد مبتلا به اختلالات طیف دوقطبی دارای سبک‌های شناختی مختصِ تم‌های انگیزش بالای مرتبط با حساسیت بالای سیستم فعال سازی رفتاری هستند. درواقع حساسیت بالای سیستم فعال سازی رفتاری می‌تواند عاملی باشد که بر شکل‌گیری سبک‌های شناختی مرتبط با سیستم فعال سازی رفتاری تاثیر می‌گذارد. در همین راستا، پژوهش‌ها بیان نموده‌اند که سبک‌های شناختی مرتبط با سیستم فعال سازی رفتاری، نقش میانجی را در رابطه‌ی میان حساسیت سیستم فعال سازی رفتاری و دوره‌های خلقی در اختلال دوقطبی بازی می‌کنند (۲۲). درنهایت گزارش شده است که سطوح خود نکوهشگری و خودمختاری که دو سبک‌شناختی مرتبط با سیستم فعال سازی رفتاری دیگر هستند، در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بالاتر از افراد سالم‌اند و سبک‌های شناختی که با ویژگی‌هایی نظیر تلاش برای دستیابی به اهداف مبهم، کمال‌گرایی، خود نکوهشگری و خودمختاری توصیف می‌شوند، پیش‌بینی کننده‌ی افزایش علائم شیدایی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی هستند (۲۸)؛ بنابراین، به نظر می‌رسد که سبک‌های شناختی مرتبط با سیستم فعال سازی رفتاری پیش بین قدرتمند تداوم بیماری در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی هستند. محققان معتقدند عاملی که بر این ارزیابی‌ها تأثیر می گذارد، باورها یا مدل‌های ذهنی است که ریشه در تجربیات دوران کودکی داشته و بر پیش‌بینی فرد از آنچه پس از مواجهه با محرکی خاص یا تغییر در محیط پیرامون ممکن است روی دهد، تاثیر می‌گذارند (۲۹). گرچه نمایش موجود برای اختلال افسردگی نتایج مطلوبی به دنبال دارند، اما نرخ عود دوباره این بیماری بالا است و حتی پس از درمان، بیماران همچنان علائم خفیف بیماری و نارسایی‌های عملکردی را تجربه می‌کنند؛ بنابراین، درک عوامل پیش‌بین و عوامل آسیب‌پذیری در اختلال دوقطبی از اهمیت بالایی برخوردار است (۳۰). تلاش‌ها برای یافتن نقش عوامل روانی‌اجتماعی و عوامل عصبی زیستی در بروز اختلال دوقطبی، موفقیت در تشخیص و درمان این اختلال را بهبود داده است و پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه، عوامل فراوانی را به‌عنوان عوامل مؤثر در بروز اختلال دوقطبی معرفی نموده‌اند (۳۱). باوجوداینکه نتایج امیدوارکننده هستند، تقریباً هر درمان روانی اجتماعی در اختلال دوقطبی تغییرات در پیامد بیماران را نشان می‌دهد به‌ویژه در میزان علائم مانیک یا افسردگی باقیمانده در طی و پس از طی دوره مشخص از درمان (۳۲). تغییر در پیامد بیماران غالباً به وجود تعدیل‌کننده‌های درمان اشاره می‌کند: متغیرهایی که قبل از درمان اندازه‌گیری می‌شود و به تبیین شرایطی که تحت آن درمان مؤثر است کمک می‌کند (۳۳).

در جمع‌بندی مطالب بالا می‌توان گفت، نتایج پژوهش‌هایی از نوع پژوهش حاضر می‌تواند درک بهتری نسبت به ارتباط تجارب آسیب‌زای کودکی و مسیر تاثیر آن بر نشانگان (افسردگی و مانیا) در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، به دست دهند. با توجه به آسیب‌های فراوان جسمی، روانی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی در این بیماران و مشکلاتی که برای خانواده‌هایشان ایجاد می‌شود بررسی سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری به‌عنوان عواملی توانمند در پیشگیری و کاهش این رفتارها می‌تواند مؤثر باشد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این سؤال انجام شد که آیا سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری در رابطه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]

بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی با نشانگان (افسردگی و مانیا) در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نقش میانجی دارد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر ازنظر هدف بنیادی و ازنظر شیوه گردآوری داده‌ها جزو پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی بود. این پژوهش دارای کد مصوبه اخلاق IR.BUMS.REC.1399.203 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بیرجند است. جامعه آماری آن را کلیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بستری‌شده در بیمارستان شهید یحیی نژاد شهرستان بابل در سال های ۱۳۹۹- ۱۳۹۸ که تعداد آن ها ۸۰۲ نفر بود تشکیل داد. ازنظر گیلفورد حداقل حجم نمونه برای مدل یابی ۲۰۰ نفر است. کامری نیز پیشنهاد کرده است گروه نمونه ۱۰۰ نفری ضعیف، ۲۰۰ نفری به نسبت مناسب، ۳۰۰ نفری خوب،۵۰۰ نفری خیلی خوب و ۱۰۰۰ نفری عالی است (۳۴). بر این اساس حجم نمونه ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس و در یک بازه زمانی ۱۸ ماهه)از فروردین ۹۸ الی پایان شهریور ۹۹) انتخاب شدند. آزمودنی‌ها بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: ۱- بیماران با سابقه تشخیص قطعی اختلال دو قطبی برمبنای ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی و درج شده در پرونده بیمار توسط روانپزشک و پرسشنامه‌های مرتبط، ۲- فقدان سابقه آسیب مغزی یا اختلال عصب شناختی براساس مندرجات پرونده بیمار، ۳- سن بین ۵۵-۱۸ سال و از هردو جنسیت مرد و زن، ۴- داشتن حداقل میزان سواد پنجم ابتدایی، ۵- فقدان عقب ماندگی ذهنی، ۶- گذشت حداقل دو ماه از شروع دوره حاد بیماری یا بستری شدن در بیمارستان، ۷- رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. معیارهای خروج نیز شامل موارد زیر بود: ۱- داشتن سابقه دریافت شوک طی شش ماه گذشته، ۲- وجود عوارض حاد جانبی ناشی از دارو، ۳- داشتن سوء مصرف مواد، ۴- وجود معیارهای افسردگی اساسی و سایر اختلالات توام، ۵- عدم تمایل به شرکت در مطالعه یا نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها. ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات و عدم هرگونه آسیب به آن‌ها بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

پرسشنامه تجارب آسیب‌زای کودکی :پرسشنامه ترومای کودکی که به‌منظور ارزیابی غفلت و سوء رفتار هیجانی با کودک توسط برنشتاین و فینک (۳۵) ساخته شد، ۲۸ ماده دارد. ۵ خرده مقیاس پرسشنامه عبارت‌اند از: سوء رفتار هیجانی، غفلت هیجانی، سوء رفتار جسمی، غفلت جسمی و سوء رفتار جنسی است. از شرکت کننده ها خواسته می‌شود تا فراوانی بدرفتاری‌های دوران کودکی توسط والدین را بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (مقیاس نمره گذاری) درجه‌بندی کنند. نتایج اعتبار به روش تحلیل عاملی اکتشافی ساختار ۵ عاملی پرسشنامه را تأیید کرد. اعتبار پرسشنامه برای خرده مقیاس‌های ذکرشده به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۹، ۰/۸۲، ۰/۶۶ و ۰/۹۲ گزارش شد (۳۵). ابراهیمی و همکاران (۳۶) این پرسشنامه را در بررسی تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگ‌سالی مورداستفاده قراردادند و روایی آن را مطلوب گزارش کردند. به‌علاوه ضرایب اعتبار گزارش‌شده در مطالعه از طریق آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ قرار گرفت. در پژوهش حاضر نیز اعتبار به روش آلفای کرونباخ محاسبه و به ترتیب برای خرده مقیاس‌های ذکرشده در بالا و نمره کل برابر با ۰/۶۷، ۰/۷۲، ۰/۷۲، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ گزارش شد.

سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری: برای اندازه‌گیری سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری از خرده مقیاس کمال‌گرایی/ ارزیابی عملکرد مقیاس نگرش‌های ناکارآمد مؤلفه‌ی خودمختاری مقیاس خودمختاری- اجتماع مداری و مؤلفه خودنکوهش گری پرسشنامه تجربیات افسردگی استفاده شد. مقیاس نگرش های ناکارآمد (۱۹۷۸) ساخته شد فرم تجدیدنظرشده A این مقیاس پرسشنامه ای ۲۶ گویه ای است و دارای ۲ خرده مقیاس عامل تأیید از طرف دیگران با ۱۲ سؤال و کمال‌گرایی/ ارزیابی عملکرد با ۱۴ سؤال است. و بر روی طیف لیکرت (مقیاس نمره گذاری) ۷ درجه‌ای رتبه‌بندی می‌شود. پژوهش¬ها بیان نموده¬اند که کمال‌گرایی/ ارزیابی عملکرد مؤلفه ای از نگرش های بدکارکرد است که مرتبط با سیستم فعال سازی رفتاری بوده، اما تأیید از طرف دیگران مؤلفه ای است که مرتبط با سیستم فعال سازی رفتاری نیست. ازآنجایی‌که نمرات مقیاس نگرش‌های ناکارآمد به‌صورت کمّی و گسترده است، لذا بنا بر توصیه الیور، مورفی و فرلاند (۳۷) جهت تعیین آسیب‌پذیری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]

شناختی و نسبت بخت بروز اختلال، افراد از لحاظ نگرش‌های ناکارآمد به دو گروه پرخطر و کم‌خطر بر اساس نقطه برش ۸۲ تقسیم شدند. کسانی که نمره بالای ۸۲ دارند به‌عنوان افراد پرخطر ازلحاظ آسیب‌پذیری شناختی تلقی می‌گردند. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس کمال‌گرایی/ ارزیابی عملکرد ۰/۸۱ و برای نیاز به تأیید دیگران ۰/۷۴ گزارش‌شده است (۳۸). مقیاس خودمختاری- اجتماع مداری که توسط بک و همکاران (۱۹۸۳) ساخته شد (۳۹) یک پرسشنامه ای ۶۰ گویه ای است که تحلیل عامل دو مؤلفه‌ی خودمختاری با ۲۸ سؤال و اجتماع مداری با ۳۲ سؤال را مشخص کرد. نمره‌گذاری بر روی لیکرت (مقیاس نمره گذاری) ۵ گزینه‌ای انجام می‌شود. خودمختاری ارزش قائل شدن برای پیشرفت، تحرک و آزادی از کنترل را اندازه گیری می کند و مؤلفه ی مرتبط با سیستم فعال سازی رفتاری است. در مقابل، اجتماع مداری ارزش قائل شدن برای دل‌بستگی و ترس از رهاشدگی و طرد شدن به‌وسیله‌ی دیگران را اندازه گیری می کند و مؤلفه ی غیر مرتبط با سیستم فعال سازی رفتاری است. اعتبار پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در مطالعه آلوی و همکاران (۲۲) برای خودمختاری ۰/۹۲ و برای اجتماع مداری ۰/۹۳ گزارش شد.

مقیاس تجربیات افسردگی بلت و همکاران (۴۰): یک پرسشنامه ای ۶۶ گویه ای که روایی تحلیل عامل، سه عامل وابستگی، خود نکوهشگری و کارآمدی را نشان داد. عامل خود نکوهشگری با ۱۰ سؤال که با مقیاس لیکرت (مقیاس نمره گذاری) ۷ گزینه‌ای انجام می شود، مؤلفه ای است که با سیستم فعال سازی رفتاری رابطه دارد. در مقابل وابستگی مؤلفه ای است که با سیستم فعال سازی رفتاری غیر مرتبط است. اعتبار پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در مطالعه کمپوس و همکاران (۴۱) برای وابستگی ۰/۷۳، برای خودنکوهش گری ۰/۷۹ و برای کارآمدی ۰/۷۱ گزارش شد. برای محاسبه نمره سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی خرده مقیاس‌های مذکور تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم انجام شد. بدین منظور ابتدا یک برای هر خرده مقیاس یک همبستگی درون آیتمی محاسبه شد و سؤالاتی که همبستگی درون آیتمی آن‌ها کمتر از ۰/۴۰ بود حذف شدند. در مرحله اول از مجموع ۱۴ سؤال مؤلفه کمال‌گرایی/ ارزیابی پنج سؤال (سؤال‌های ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴)، از مجموع ۲۸ سؤال خودمختاری ده سؤال (سؤال‌های ۱، ۲، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱ و ۲۵) و از مجموع ۱۰ سؤال خودنکوهش گری سه سؤال (سؤال‌های ۷، ۸ و ۱۰) حذف شدند. پس از حذف سؤالات با همبستگی پایین تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم انجام شد. پس از انجام تحلیل عاملی تأییدی و همبسته کردن مسیر خطای ماده ۲ و ۳ خودمختاری و ماده ۱ و ۳ خودنکوهش گری شاخص‌های برازش شاخص‌های برازش $P<۰/۰۵$ و $df=۵۲۱$ و $X^2=۱۸۲۲/۸۷$، CFI=۰/۹۰، NFI=۰/۸۶، NNFI=۰/۸۹، IFI=۰/۹۰، RFI=۰/۸۵، RMSEA=۰/۰۸۱ محاسبه شد که حاکی از برازندگی مدل بود.

ویراست دوم پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه توسط بک، استیر و براون در سال (۱۹۹۶) از ۲۱ گویه تشکیل‌شده و شامل ۳ مؤلفه ی شناختی، عاطفی و جسمانی است و مقیاس نمره گذاری هر گویه بین صفر تا ۳ است (۴۲). روایی همزمان پرسشنامه را تایید کرد و اعتبار پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همبستگی دونیمه سازی ۰/۸۹، ضریب باز آزمایی دوهفته‌ای ۰/۹۴ و ضریب همبستگی با ویراست اول ۰/۹۳ گزارش شد (۴۳). روایی هم‌زمان پرسشنامه از طریق همبستگی با مصاحبه روان‌پزشکی ۰/۷۷ و همبستگی با سایر مقیاس‌های روان‌شناختی ازجمله مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون، افسردگی زونگ، مقیاس افسردگی در پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینه سوتا و عامل افسردگی در سیاهه تجدیدنظرشده ۹۰ گویه ای نشانگان در بیماران روان‌پزشکی مناسب گزارش است (۴۴).

مقیاس خود گزارشی مانیک شاگارد (SRMI): این پرسشنامه که توسط شاگارد، اسچاردرز، تونر، گاسبارو در سال (۱۹۹۲) (۴۵) تهیه‌شده، دارای ۴۸ سوال است. روایی این پرسشنامه با تحلیل عاملی به دست آمد و ساختار ۹ عاملی به دست آمد که ویژگی‌های بیماری مانیک را می‌سنجد. این عوامل عبارت‌اند از: افزایش فعالیت و انرژی (سؤالات ۱-۱۲)، افزایش هزینه‌ها (۱۳- ۱۷)، افزایش سائق جنسی (۱۸-۲۲)، پرحرفی (۲۳ – ۲۸)، سرخوشی (۲۹-۳۳)، افزایش تحریک‌پذیری (۳۴-۳۵)، کاهش تمرکز (۳۶-۳۸)، خودبزرگ‌بینی (۳۹-۴۳) و تجربیات سایکوتیک یا پارانوئیدی (۴۳-۴۸). نمره گذاری با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (مقیاس نمره گذاری) از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف تنظیم‌شده است. ضرایب اعتبار خرده مقیاس‌های مذکور با روش آلفای کرونباخ در دامنه ۷۹ /۰ – ۰/۹۳ گزارش شد. در این پژوهش برای تعیین روایی تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی و برای تعیین اعتبار از آلفای کرونباخ استفاده شد. برای تحلیل عاملی از روش مؤلفه‌های اصلی با

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]

چرخش واریماکس استفاده شد و ساختار ۸ عاملی به دست آمد. عامل اول (افزایش فعالیت و انرژی) با ۶ ماده ۲۳/۷۴ درصد از واریانس، عامل دوم (سرخوشی) با ۵ ماده ۹/۱۸ درصد از واریانس، عامل سوم (تجربیات سایکوتیک یا پارانوئیدی) با ۴ ماده ۷/۵۹ درصد، عامل چهارم (بزرگ‌منشی) با ۵ ماده ۵/۸۹ درصد، عامل پنجم (پرحرفی) با ۴ ماده ۴/۹۰ درصد، عامل ششم (افزایش هزینه‌ها) با ۴ ماده ۴/۲۹ درصد، عامل هفتم (سائق جنسی) با ۳ ماده ۳/۶۶ درصد و عامل هشتم (کاهش تمرکز) با ۳ ماده ۳/۱۴ درصد (مجموع ۶۵/۹۳ درصد) از واریانس را تبیین کردند. سؤالات عامل تحریک‌پذیری نیز به‌طور پراکنده روی عوامل مختل بارگذاری شدند و بنابراین سؤالات این عامل حذف شد. اعتبار از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و ۸ خرده مقیاس مذکور به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۷۸، ۰/۸۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۵ محاسبه شد. پس از انجام تحلیل عاملی تأییدی و همبسته کردن مسیر خطاهای سؤال ۳۱ به ۳۱ و سؤال ۳۶ به ۳۷ شاخص‌های برازش P<۰/۰۵ و df=۴۹۶ و X^2=۱۵۸۰/۴۶، CFI=۰/۹۰، NFI=۰/۸۷، NNFI=۰/۸۹، AGFI=۰/۸۰، IFI=۰/۹۰، GFI=۰/۸۰، RFI=۰/۸۵، RMSEA=۰/۰۷۶ محاسبه شد که حاکی از برازندگی مدل بود

روش آماری: داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS وLISREL و به کمک روش مدل یابی معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها

از مجموع ۴۰۰ پرسشنامه توزیع‌شده ۳۷۹ پرسشنامه وارد تحلیل شدند. از این تعداد ۲۱۳ نفر (۵۶/۲۰ درصد) مرد و ۱۶۶ نفر (۴۳/۸۰ درصد) زن هستند. دامنه سنی شرکت کننده ها در دوره ابتلا به بیماری اختلال دوقطبی (بر اساس معیار ورود بیماران با اختلال دوقطبی که حداقل دو ماه از شروع دوره حاد بیماری یا بستری شدن در بیمارستان گذشته باشد) بین ۲۰ تا ۵۵ سال با میانگین و انحراف معیار ۱۰/۲۷ ± ۳۶/۷۷ بود. از این تعداد ۱۶۵ نفر (۴۳/۵۴ درصد) زیر ۲۵ سال، ۱۱۹ نفر (۳۱/۴۰ درصد) بین ۲۵ تا ۳۵ سال، ۶۴ نفر (۱۶/۸۸ درصد) ۳۶ تا ۴۵ سال، ۳۱ نفر (۸/۱۸ درصد) بالای ۴۵ سال سن داشتند. قبل از تحلیل داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل موردبررسی قرار گرفت. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش از مفروضه نرمال بودن تخطی ندارند. در بررسی مفروضه‌های مدل محققان معتقدند که یکسان نبودن پراکندگی رگرسیون‌های چند متغیری مدل‌های لیزرل را ناروا نمی‌کند. همچنین همبستگی‌های کمتر از ۰/۸۰ نشان‌دهنده فقدان هم خطی بودن چندگانه است. ضرایب همبستگی جدول ۱ بیان‌کننده تائید فرضیه فقدان هم خطی بودن چندگانه است. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشترین همبستگی بین کمال‌گرایی/ ارزیابی عملکرد و خود نکوهش‌گری مشاهده شد. این همبستگی مثبت و معنی‌دار بود (p< ۰/۰۱). کمترین همبستگی بین سو رفتار فیزیکی و خودمختاری مشاهده شد. این همبستگی نیز مثبت ولی غیر معنی‌دار بود (p > ۰/۰۵). به‌منظور آزمون مدل نشانگان (افسردگی و مانیا) بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی از طریق تجارب آسیب‌زای دوره کودکی با نقش میانجی سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری الگوی مفهومی پیشنهادشده از طریق روش مدل یابی معادلات ساختاری بررسی شد. طبق داده‌های شکل ۱ اثر تجارب آسیب‌زای دوره کودکی بر سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری و مانیا مثبت و معنی‌دار و بر افسردگی مثبت و غیر معنی‌دار است. همچنین سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری به‌طور مثبت و معنی‌دار بر افسردگی و مانیا تاثیر دارد. همچنین اثر غیرمستقیم تجارب آسیب‌زای دوره کودکی از طریق سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی و مانیا و اثرات کل تجارب آسیب‌زای دوره کودکی از طریق سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی بر افسردگی و مانیا مثبت و معنی‌دار است.

شاخص‌های، نیکویی برازش مجذور خی (χ^2)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI)، شاخص برازش نرمال (NFI)، شاخص نرم نشده برازندگی (NNFI)، شاخص برازش افزایشی و خطای ریشه مجذور میانگین (RMSEA) برای مدل برازش شده به ترتیب برابر (p=۰/۰۰۰۰۰۱) ۳۳۱/۰۳، ۰/۹۲، ۰/۹۷، ۰/۸۹، ۰/۹۴، ۰/۹۶، ۰/۹۷ و ۰/۰۵۸ بود. شاخص‌های برازش بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشند و شاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب کمتر از ۰/۸ باشد (۴۶)، مدل برازش شده از برازش به نسبت مطلوبی برخوردار است. بااین‌حال به علت نرسیدن بعضی از شاخص‌های آماری مسیرها به معنی‌داری آماری در آخرین مرحله پیرایش و اصلاح مدل بر اساس شاخص‌های اصلاح صورت گرفت. ضرایب مسیر مدل

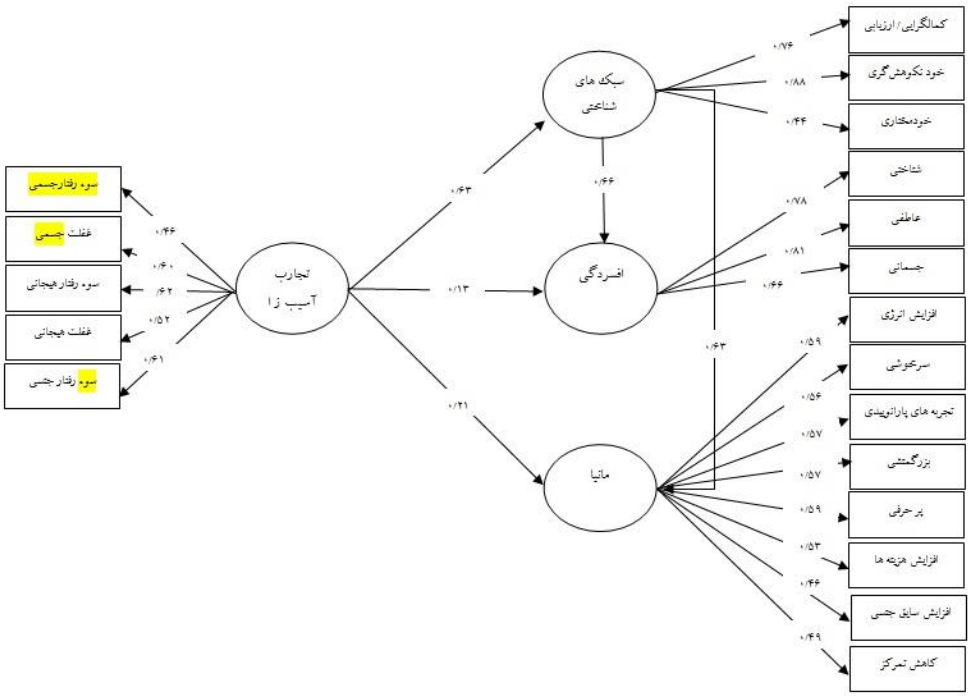
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]

اصلاحی در شکل (۲) ارائه‌شده است. پس از حذف مسیر مستقیم تجارب آسیب‌زای دوره کودکی به افسردگی به دلیل غیر معنی‌داری و با انتخاب شاخص‌های اصلاح مدل (MI) لیزرل پیشنهادهایی در مورد متصل کردن مسیر خطای سرخوشی به بزرگ‌منشی و غفلت هیجانی به سوءاستفاده جنسی پیشنهاد داد. این اصلاح به‌اندازه ۲۷/۹۴ از مقدار χ^2 می‌کاهد و درنتیجه به مدل برازش یافته نزدیک‌تر می‌شود. برونداد پس از اصلاح در مقایسه با قبل از اصلاح، از شاخص‌های برازش بهتری برخوردار بود. بر اساس شاخص‌های برازش جدید، میزان شاخص برازندگی GFI برابر با ۰/۹۲، شاخص تعدیل‌شده برازندگی AGFI برابر با ۰/۹۰، شاخص برازش مقایسه‌ای CFI برابر با ۰/۹۷، RFI برابر با ۰/۹۴، شاخص برازش نرمال شده NFI برابر با ۰/۹۴، شاخص برازش فزاینده IFI برابر با ۰/۹۷ و جذر برآورد خطای تقریب RMSEA برابر با ۰/۰۵۳ و NNFI برابر با ۰/۹۷ به دست آمد که همگی حاکی از برازش مناسب مدل با داده‌ها است. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که ۴۴ درصد از واریانس مشاهده‌شده در سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری از طریق تجارب آسیب‌زای دوره کودکی تبیین می‌شود. به‌علاوه ۵۸ و ۶۵ درصد واریانس مشاهده‌شده در افسردگی و مانیا از طریق ترکیب متغیرهای تجارب آسیب‌زای دوره کودکی و سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری قابل تبیین است.

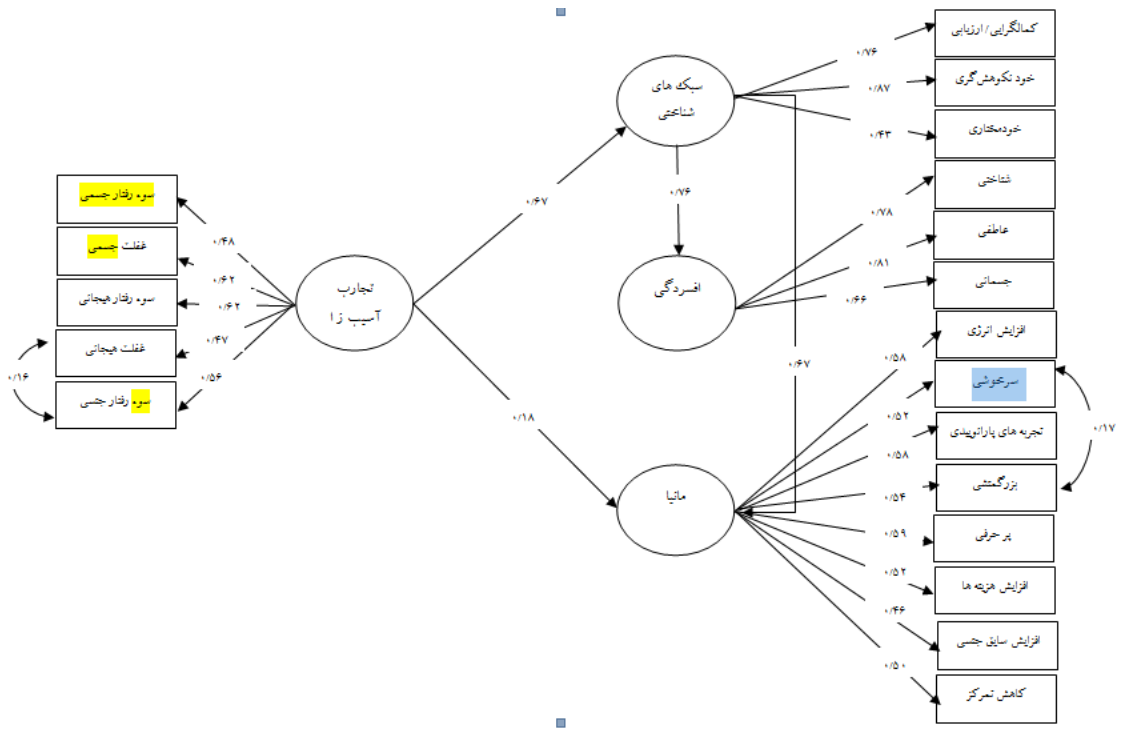
جدول ۱. ماتریس همبستگی بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی، سبک های شناختی مرتبط با نظام فعال سازی رفتاری و نشانگان (افسردگی و مانیا) اختلال دوقطبی

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹
۱. سوء رفتار جسمی	۱																		
۲. غفلت جسمی	۰/۳۴**	۱																	
۳. سوء رفتار هیجانی	۰/۲۹**	۰/۳۵**	۱																
۴. غفلت هیجانی	۰/۱۶**	۰/۲۷**	۰/۳۵**	۱															
۵. سوء رفتار جنسی	۰/۲۴**	۰/۳۵**	۰/۳۸**	۰/۴۳**	۱														
۶ کمالگرایی/ ارزیابی عملکرد	۰/۲۸**	۰/۳۱**	۰/۲۱**	۰/۲۲**	۰/۲۶**	۱													
۷. خود نکوهش‌گری	۰/۳۱**	۰/۳۶**	۰/۳۷**	۰/۳۰**	۰/۳۱**	۰/۶۸**	۱												
۸. خودمختاری	۰/۰۴	۰/۱۶**	۰/۲۰**	۰/۱۲*	۰/۱۷**	۰/۳۱**	۰/۳۸**	۱											
۹. افسردگی شناختی	۰/۲۳**	۰/۲۳**	۰/۲۹**	۰/۱۳**	۰/۱۷**	۰/۴۶**	۰/۵۵**	۰/۲۰**	۱										
۱۰. افسردگی عاطفی	۰/۲۵**	۰/۲۹**	۰/۳۲**	۰/۱۹**	۰/۲۶**	۰/۴۵**	۰/۵۲**	۰/۲۲**	۰/۶۲**	۱									
۱۱. افسردگی جسمانی	۰/۱۹**	۰/۲۷**	۰/۲۴**	۰/۱۴**	۰/۲۱**	۰/۳۳**	۰/۳۶**	۰/۲۴**	۰/۵۰**	۰/۵۷**	۱								
۱۲. افزایش انرژی	۰/۱۴**	۰/۲۰**	۰/۱۳*	۰/۱۸**	۰/۲۳**	۰/۳۰**	۰/۳۴**	۰/۲۵**	۰/۳۴**	۰/۲۸**	۰/۳۲**	۱							
۱۳. سرخوشی	۰/۱۵**	۰/۱۴**	۰/۲۳**	۰/۱۴**	۰/۲۲**	۰/۲۸**	۰/۳۱**	۰/۲۷**	۰/۲۸**	۰/۲۴**	۰/۱۶**	۰/۳۴**	۱						
۱۴. تجربه‌های پارانوییدی	۰/۱۹**	۰/۲۸**	۰/۲۳**	۰/۱۲*	۰/۱۷**	۰/۳۸**	۰/۴۳**	۰/۲۰**	۰/۴۵**	۰/۳۷**	۰/۳۴**	۰/۲۷**	۰/۲۷**	۱					
۱۵. بزرگمنشی	۰/۱۲**	۰/۲۹**	۰/۲۴**	۰/۱۲*	۰/۲۰**	۰/۳۱**	۰/۳۲**	۰/۲۷**	۰/۲۳**	۰/۳۰**	۰/۲۶**	۰/۳۱**	۰/۴۵**	۰/۲۹**	۱				
۱۶. پر حرفی	۰/۱۸**	۰/۲۴**	۰/۱۵**	۰/۱۱*	۰/۱۶**	۰/۲۵**	۰/۳۵**	۰/۱۴**	۰/۳۴**	۰/۲۴**	۰/۲۰**	۰/۴۴**	۰/۳۷**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۱			
۱۷. افزایش هزینه‌ها	۰/۱۲*	۰/۲۲**	۰/۲۲**	۰/۲۲**	۰/۲۰**	۰/۲۵**	۰/۲۹**	۰/۳۰**	۰/۲۵**	۰/۲۲**	۰/۲۰**	۰/۳۴**	۰/۳۵**	۰/۳۲**	۰/۳۱**	۰/۳۲**	۱		
۱۸. افزایش سایق جنسی	۰/۲۱**	۰/۲۰**	۰/۱۹**	۰/۲۱**	۰/۳۲**	۰/۲۹**	۰/۲۰**	۰/۳۵**	۰/۲۷**	۰/۳۰**	۰/۳۳**	۰/۲۱**	۰/۲۷**	۰/۲۲**	۰/۲۷**	۰/۳۱**	۰/۲۳**	۱	
۱۹. کاهش تمرکز	۰/۱۹**	۰/۲۸**	۰/۲۶**	۰/۲۰**	۰/۱۷**	۰/۳۷**	۰/۵۱**	۰/۲۷**	۰/۲۹**	۰/۲۸**	۰/۲۳**	۰/۲۵**	۰/۲۳**	۰/۳۳**	۰/۲۵**	۰/۲۰**	۰/۲۰**	۰/۰۹	۱
میانگین	۱۹/۳۵	۱۲/۶۰	۱۲/۵۴	۱۰/۱۱	۸/۸۰	۲۹/۳۱	۳۰/۱۸	۶۸/۱۰	۱۳/۳۸	۸/۱۱	۵/۶۹	۱۴/۶۳	۱۲/۳۳	۱۱/۱۲	۱۰/۰۶	۹/۱۱	۸/۴۶	۸/۷۸	۷/۸۰
انحراف معیار	۸/۹۳	۵/۶۹	۵/۳۴	۴/۰۶	۳/۵۲	۱۴/۱۲	۱۱/۱۵	۱۴/۲۵	۹/۳۸	۵/۴۶	۴/۱۳	۶/۰۴	۵/۲۰	۴/۸۲	۴/۲۸	۴/۰۵	۳/۴۰	۴/۱۲	۳/۳۳

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]



شکل ۱. ضرایب مسیر مدل فرضی در مدل یابی نشانگان (افسردگی و مانیا) بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی از طریق تجارب آسیب‌زای دوره کودکی با نقش میانجی سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری



شکل ۲. ضرایب مسیر مدل اصلاحی مدل یابی نشانگان (افسردگی و مانیا) بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی از طریق تجارب آسیب‌زای دوره کودکی با نقش میانجی سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی با نشانگان اختلال دوقطبی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری، میانجی رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی و نشانگان (افسردگی و مانیا) اختلال دوقطبی هستند. تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، پیش‌بین سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری کودکی و نشانگان (افسردگی و مانیا) اختلال دوقطبی هستند. همچنین سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری، پیش‌بین نشانگان (افسردگی و مانیا) اختلال دوقطبی می‌باشند.

یافته‌های مربوط به رابطه مستقیم تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری با یافته‌های (۲۹، ۴۷) همسو است. کوری و همکاران (۲۹) بیان داشتند که تجربیات دوران کودکی، بر باورها یا مدل‌های ذهنی افراد در طی زندگی مؤثر بوده و این باورها و مدل‌های ذهنی بر پیش‌بینی و مواجهه با محیط اطرافشان تأثیر گذار است. پژوهشی نشان داد که تجربه‌ی رویدادهای آسیب‌زای دوران کودکی، منجر به احساس پوچی/ بی‌ارزشی و ناتوانی در پذیرش و مقابله با عوامل شناختی منفی می‌گردد که می‌توانند زمینه‌ساز اقدام به خودکشی شوند (۴۷). در تبیین این یافته محققان معتقدند که ماهیت مشکل‌زای تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، می‌تواند منجر به پیامدهای زیانباری در دوره‌ی کودکی شده که تأثیرات مخربی بر فرایند رشد کودک دارد که تا بزرگ‌سالی ادامه می‌یابد (۹). تجارب آسیب‌زای کودکی منجر به شکل‌گیری باورهای خودنکوهش گرانه یا باورهای شرمسارانه (۲۳)، افکار غیرارادی، نگرش‌های بدکارکردی، سبک اسناد و انحرافات شناختی (۲۱) می‌گردد که می‌توانند نقش مهمی در افزایش افکار اضطرابی و ارزیابی‌های شناختی عاطفه و نیز هیجانات بدنی منفی می‌شود که منجر به افزایش علائم شیدایی و افسردگی می‌گردد. به‌عبارت‌دیگر تجارب آسیب‌زای کودکی به دلیل ماهیت آسیب‌زای خود منجر به ایجاد سبک‌شناختی نامطلوب در فرد می‌گردد. یافته‌های مربوط به رابطه مستقیم تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانگان (افسردگی و مانیا) اختلال دوقطبی با یافته‌های (۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴) همسو است.

آس و همکاران (۱۶) در پژوهشی نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی را تجربه کرده‌اند، در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی که چنین تجارب آسیب‌زایی را تجربه نکرده‌اند، شدت/ پیچیدگی علائم بالینی بالاتری، سن پایین‌تر بروز، دوره‌های مختلف و چرخه‌ی سریع بیماری را تجربه می‌کنند. همچنین داروی، فیلهو و همکارانش (۱۷) بیان نمودند که تجربه سوءاستفاده و غفلت در دوران کودکی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، با بروز زودتر بیماری، دوره‌های فراوان‌تر و شدیدتر علائم خلقی همراه است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، سوءاستفاده عاطفی به معنای تمسخر، سرزنش و طرد کودک به‌وسیله‌ی والدین یا سرپرستان می‌باشد. غفلت عاطفی هنگامی اتفاق می‌افتد که والدین یا سرپرستان نتوانند حمایت و مراقبت لازم از کودک را فراهم آورند. سوءاستفاده جسمی بیانگر هر رفتار فیزیکی است که می‌تواند منجر به آسیب جسمی درونی یا بیرونی به کودک گردد و سوءاستفاده جنسی نیز تحمیل رفتارهای جنسی ناخواسته به کودک تعریف‌شده است (۴۸). ماهیت آسیب زننده تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، می‌تواند منجر به پیامدهای زیانباری در دوره‌ی کودکی شده که تأثیرات مخربی بر فرایند رشد کودک دارند (۹،۴۹). این تجربیات منفی دوران کودکی تأثیرات طولانی‌مدت و بادوامی بر شیمی اعصاب، ساختار مغزی و رفتارهای عاطفی دارد که تا بزرگ‌سالی باقی می‌مانند (۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی نیز پیش‌بین شدت علائم اختلال دوقطبی است و با بروز زودتر بیماری، تأخیر در درمان اختلال دوقطبی دارای چرخه‌ی سریع، سطوح بالاتری از اقدام به خودکشی، علائم روان‌پریشی و تجربه دوره‌های شدیدتر شیدایی مرتبط است (۱۸). پژوهش‌ها بیان نموده‌اند که این رویدادهای آسیب‌زا نه‌تنها هسته اصلی اختلال استرس پس از سانحه هستند، بلکه نشانگان افسردگی، اختلال در تنظیم هیجانی و هویت تجزیه‌ای پیامد مواجهه مکرر با رویدادهای آسیب‌زا است (۱۱). رابطه میان تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و اختلال دوقطبی را تأیید کرده‌اند (۱۲، ۱۴).

یافته‌های مربوط به رابطه مستقیم سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری و نشانگان (افسردگی و مانیا) اختلال دوقطبی با یافته‌های (۷، ۲۱، ۲۵، ۲۹) همسو است. فلچر و همکارانش (۷) در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی II تعامل خود نکوهشگری، تمرکز عملکردی و استانداردهای شخصی بالا با رویدادهای زندگی، به‌عنوان پیش‌بین علائم افسردگی و شیدایی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]

عمل می‌کند. استنج و همکارانش (۲۵) در مطالعه خود بیان کردند که بر اساس نظریه‌ی سیستم فعال‌سازی رفتاری، در اثر حساسیت بالای سیستم فعال سازی رفتاری، نوع مشخصی از سبک‌های شناختی و شخصیتی در افراد ایجاد می‌شود. آلوی و همکارانش (۲۹) در مطالعه خود نشان دادند که در افراد افسرده سبک‌های شناختی ناسازگار در بروز و تداوم اختلال دوقطبی مؤثر هستند و قادر به پیش‌بینی این اختلال هستند. در تبیین این یافته می‌توان گفت، حساسیت بیش‌ازحد سیستم فعال سازی رفتاری پیش‌بین علائم دوقطبی و دوره‌های خلقی است، درک بهتر ویژگی‌های افراد دارای حساسیت بالای سیستم فعال سازی رفتاری از اهمیت بالایی برخوردار است (۱۰) و باورهای خودنکوهش گرانه یا باورهای شرمسارانه نقش مهمی در افزایش افکار اضطرابی و ارزیابی‌های شناختی عاطفه و نیز هیجانات بدنی که منجر به افزایش علائم شیدایی و کاهش علائم افسردگی می‌گردد، بازی می کنند (۲۳،۵۰). مطالعات نقش میانجی فرایندهای شناختی نظیر افکار غیرارادی، نگرش‌های بدکارکردی، سبک اسناد و انحرافات شناختی دیگر را نشان داده‌اند (۲۰). سبک‌های شناختی به‌تنهایی یا در ترکیب با رویدادهای زندگی پیش‌بین تداوم اختلال دوقطبی هستند. شناخت‌های منفی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی I پیش‌بین علائم افسردگی بوده اما پیش‌بین علائم شیدایی نیستند (۲۴). سبک‌های شناختی که با ویژگی‌هایی نظیر تلاش برای دستیابی به اهداف مبهم، کمال‌گرایی، خودنکوهش گری و خودمختاری توصیف می‌شوند، پیش‌بینی کننده‌ی افزایش علائم شیدایی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی هستند (۲۸).

یافته‌های مربوط به نقش میانجی و مدل پیشنهادی پژوهش نشان داد مدل برازش کامل دارد و سبک‌های شناختی مرتبط با نظام فعال‌سازی رفتاری رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانگان (افسردگی و مانیا) اختلال دوقطبی را میانجی می‌کنند و با یافته‌های (۲۱، ۲۵، ۲۹) همسو است. یافته‌های پژوهشی (۲۱) نشان داد که با تجربه رویدادهای آسیب‌زای زندگی، باورها و شناخت‌های ناسازگارانه شکل می‌گیرند و سبک‌شناختی ناکارآمد شکل‌گرفته در فرد منجر به بروز علائم رفتاری، خلقی و شناختی بیمارگونه می‌گردد. نتیجه مطالعه‌ای (۲۵) نشان داد، در اثر حساسیت بالای سیستم فعال سازی رفتاری در افراد ممکن است نوع مشخصی از سبک‌های شناختی و شخصیتی ایجاد شود.

در بررسی و تبیین این نتیجه می‌توان گفت، تجارب آسیب‌زای کودکی منجر به شکل‌گیری تغییراتی نسبتاً پایدار در کودک شده و تأثیرات آن تا بزرگ‌سالی باقی می‌ماند. این تجارب آسیب‌زا سبب شکل‌گیری سبک‌های شناختی ناکارآمد می‌گردد. سطوح بالاتری از نگرش‌های بدعملکردی کمال گرایانه، نمرات کمال‌گرایی بالاتری و سبک‌های شناختی مرتبط با سیستم فعال سازی رفتاری را دارا می‌باشند (۷، ۲۱، ۲۵). سبک‌های شناختی مرتبط با سیستم فعال سازی رفتاری پیش بین قدرتمند تداوم بیماری در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی هستند. باورها یا مدل‌های ذهنی است که ریشه در تجربیات دوران کودکی داشته و بر پیش‌بینی و ارزیابی فرد از آنچه پس از مواجهه با محرکی خاص یا تغییر در محیط پیرامون ممکن است روی دهد، تاثیر می‌گذارند (۲۹). سبک‌های شناختی که با ویژگی‌هایی نظیر تلاش برای دستیابی به اهداف مبهم، کمال‌گرایی، خود نکوهشگری و خودمختاری توصیف می‌شوند، پیش‌بینی کننده‌ی افزایش علائم شیدایی و بروز دوره‌های شیدایی و نیمه‌شیدایی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی هستند (۲۵).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی است. داده‌های این پژوهش به‌صورت خود گزارشی جمع‌آوری گردید و بنابراین احتمال سوگیری مطلوبیت اجتماعی در آن‌ها وجود دارد. پژوهش حاضر پژوهشی مقطعی بود؛ بنابراین یافته‌های آن روابط میان متغیرها را نشان می‌دهد، اما علت این روابط را نشان نمی‌دهند. پژوهش‌های آتی به‌منظور افزایش روایی و کاهش احتمال سوگیری پاسخ می‌توانند از روش‌های ارزیابی چندگانه، نظیر مشاهدات رفتاری یا مصاحبه‌های تشخیصی استفاده کنند. یافته‌های این پژوهش کاربردهایی در زمینه ارزیابی و درمان عملکرد شناختی دارد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند می‌باشد. بدین‌وسیله از اساتید راهنما و مشاور و تمامی کسانی که در انجام این پژوهش مشارکت داشتند، قدردانی و تشکر می‌گردد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]

References

1. Khodaei S. Comparative study of II and III axis disorders and demographic characteristics in patients with schizophrenia and bipolar disorder. Master Thesis in Clinical Psychology, Al-Zahra University. 2012. [Persian].
2. Pfennig A, Bschor T, Baghai T, Braunig P, Brieger P, Falkai P, Geissler D, Gielen R, Giesler H, Gruber O, Kopp L, Meyer TD, Mohrmann KH, Muche-Borowski C, Padberg F, Scherk H, Strech D, Bauer M. S3 guidelines ondiagnostics and therapy of bipolar disorders: development process and essential recommendations. Nervenarzt. 2012; 83(5):568–586.
3. Nejati V. Cognitive Ability Questionnaire: Design and Evaluation of Psychometric Properties. New Quarterly Journal of Cognitive Science. 2013; 15(2): 19.
4. Hadi N. Comparison of health related quality of life between bipolar patients and healthy people. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012; 14(53):54-63. [Persian].
5. Lex C, Hautzinber M, Meyer TD. Symptoms course of illness, and comorbidity as predictors of expressed emotion in bipolar disorder. Psychiatry Research. 2019; 276:12-17.
6. Weiss NH, Bold KW, Contractor AA, Sulivan TP, Armeli S, Tennen H. Truma exposure and heavy drinking and drug use among college student: Identifying the role of negative and positive affect lability in a daily diary study. Addictive Behaviors. 2018; 79:131-137.
7. Fletcher K, Yang Y, Johnson SL, Berk M, Perich T, Cotton, S, Jones S, Lapsley S, Michalak E, Murray G. Buffering against maladaptive perfectionism in bipolar disorder: The role of self compassion. Jornal of Affective Disorders. 2019; 250:132-139.
8. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and metaanalysis. Public Library of Sience Medicine. 2012; 9(11):131-138.
9. Cicchetti D. Socioemotional, personality and biological development: Illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. Annual Review of Psychology. 2016; 67:187-211.
10. Alloy LB, Abramson LY, Smith JM, Gibb BE, Neeren, AM. Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. Clinical Child and Family Psychology Review. 2006; 9(1):1-11.
11. Schalinsk I, Moran J, Schauer M, Elbert TH. Rapid emotional processing in relation to traumarelated symptoms as revealed by magnetic source imaging. BMC Psychiatry. 2014; 14(193): 193-206.
12. Marangoni C, Hernandez M, Faedda G L. The role of environmental exposure as risk factors for bipolar disorder: A systematic review of longitudinal studies. Journal of Affective Disorders. 2016;193:165-174.
13. Perna G, Vanni G, Di Chiaro NV, Cavedini P, Caldirola D. Childhood trauma,temperament, and character in subjects with major depressive disorder and bipolar disorder. The Jornal of Nervous and mental disease. 2014; 202(9):695-698.
14. Watson S, Gallagher P, Dougall D, Porter R, Moncrieff J, Ferrier I, Young A.H. Childhood trauma in bipolar disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2014; 48(6):564-570.
15. Huh Hj, Kim HK, Lee HK, Chae JH. Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. Annals of General Psychiatry. 2014; 13(26):1-13.
16. Aas M, Henry C, Bellivier F, Lajnef M, Gard S, Kahn JP, Lagerberg TV, Aminoff SR, Bjella T, Leboyer M, Andreassen OA, Melle I, Etain B. Affective lability mediates the association between childhood trauma and suicide attempts, mixed episodes and co-morbid anxiety disorders in bipolar disorders. Psychol Med. 2017;47(5):902-912.
17. Daruy Filho L, Brietzke E, Lafer B, GrassiOliveira R. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. Acta Psychiatr.Scand. 2011;124(6):427-434.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]

18. JaworskaAndryszewska P, Rybakowski J. Negative experiences in childhood and the development and course of bipolar disorder. Psychiatr.Pol. 2016;50(5):989-1000.
19. Johansson P, Hoglend P. Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2007; 14(1):1-9.
20. Lemens LHJM, Muller VNLS, Arntz A, Huibers MJ H. Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical updated and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. Clinical Psychology Review. 2016;50:95-107.
21. Corry J, Green M, Roberts G, Fullerton JM, Schofield PR, Mitchell PB. Does perfectionism in bipolar disorder pedigrees mediate assosiations between anxiety/ stress and mood symptpms? Int J Bipolar Disorder. 2017;5(1):34-45.
22. Alloy LB, Abramson LY, Walshaw PD, Gerstein RK, Keyser JD, Urosevic S, Nuslock, R, HarmonJones E. Behavioral approach system (BAS) relevent cognitive styles and bipolar spectrum disorders: Concurrent and prospective assosiations. Journal of Abnormal psychology. 2009; 118(3):459-471.
23. Mansell W, Morrison AP, Reid G, Lowens I, Tai S. The interpretation of, and response to change in integrative cognitive model of mood swings and bipolar disorders. Behav Cognit Psychother. 2007; 35(5):515–539.
24. Scott J, Pope M. Cognitive styles in individuals with bipolar disorders. Psychol Med. 2003; 33(6):1081-8.
25. Stange JP, Shapero BG, Hyman SJ, Grant DA, Abramson LY, Alloy LB. Behavioral approach system (BAS) relevent cognitive styles in individuals with high versus moderate BAS sensivity: A Behavioral High Risk Design.Cogn Ther Res. 2013;37:139-149.
26. Alloy LB, Abramson LY, Walshaw PD, Cogswell A, Grandin LD, Hughes ME, et al. Behavioral approach system and Behavioral inhibition system sensitivities: Prospective prediction of bipolar mood episodes. Bipolar Disorders. 2008; 10:310-322.
27. Urosevic S, Abramson LY, HarmonJones E, Alloy LB. Dysregulation of the behavioral approach system (BAS) in bipolar spectrum disorders: Review of theory and evidence. Clinical Psychology Review. 2008; 28(7):1188–1205.
28. Stange JP, Shapero BG, Hyman SJ, Grant DA, Abramson LY, Alloy LB. Behavioral approach system (BAS) relevent cognitive styles in individuals with high versus moderate BAS sensivity: A Behavioral High Risk Design. Cogn Ther Res. 2013; 37:139-149.
29. 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. Journal of affective Disorders. 2013; 151:1016-1024.
30. Der Kinderen F. The relationship between childhood trauma and bipolar disorder, and the mediation effect of borderline personality disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2018; 48(6):564-570.
31. Yilmaz O, Ates M A, Semiz U B, Tutuncu R, Bez Y, Algul A, Balibey H, Basoglu C, Ebring S, Cetin M. Childhood traumas in pationts with bipolar disorder: Assossiation with alexithymia and dissociative experiences. Anatolian Journal of psychiatry. 2016; 17(3):188-195.
32. Millman ZB, Weintraub MJ, Miklowitz DJ. Expressed emotion,emotional distress,and individual and familiar history of affective disorder among parents of adolescents with bipolar disorder.Psychiatry Research. 2018; 270:656-660.
33. Miklowitz DJ, Axelson DA, George EL, Taylor DO, Schneck CD, Sullivan AE, Dickinson LM, Birmaher B. Expressed emotion moderates the effects of familyfocused treatment for bipolar adolescents.Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2009; 48(6):643–651.
34. Hooman H Ali. Structural Equation Modeling Using LISREL Software,Tehran: Samat Publications: 2005, First Edition. [Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]

35. Bernstein D P, Fink L. Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.1998.
36. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. IJPCP. 2014; 19 (4):275-282. [Persian].
37. Oliver JM, Murphy SL, Ferland DR, Ross MJ. Contributions of the cognitive style questionnaire and the dysfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression. Cognit Ther Res. 2007; 31(1):51-69.
38. Sargin A E, Samet Kose O U, Türkçapar H, Reliability, validity and factorial structure of the Turkish version of the Luebeck questionnaire for recording preoperational thinking (Turkish LQPT). Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.2017; 28(2):191-198.
39. Beck A T, Epstein N, Harrison R P, & Emery G. Develop ment of the SociotropyAutonomy Scale: A measure of personality fac tors in depression. 1983, Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia.
40. Blatt S J, D'Afflitti J P, Quinlan D. M. Experiences of depression in normal young adults. Journal of Abnormal Psychology.1976; 85:383–389.
41. Campos R C, Besser A, Blatt S J. Recollections of Parental Rejection, Self-Criticism and Depression in Suicidality. Archives of Suicide Research. 2013;17(1):58-74.
42. Beck AT, Steer RA, Brawn GK. Manual of the BDI-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation: 1996.
43. Dozois DJA, Uobson KS. A psychometric evaluation of the Beck depression inventoryII. Psychol Assess. 1998; 10(2):839-843.
44. Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Mousavi SG, Asadollahi GA, Nasiri H. Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy (SIPT), cognitive behavioral therapy (CBT) and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. Adv Biomed Res. 2013; 2(53):17-24. [Persian].
45. Shugar G, Schertzer S, Toner BB, Di Gasbarro I. Development, use, and factor analysis of a selfreport inventory for mania. Comprehensive Psychiatry. 1992; 33(5):325-331.
46. Kline R. B. Principles and practice of structural equation modeling, edition 2,Guilford press, New York & London:2005.
47. Bagian M, karami J, Momeni K, elahi A. The investigation of the Role of Childhood Trauma Experience, Cognitive Reactivity, and Mental Pain in Suicide attempted and Normal individuals. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2019; 14(53):77-89.
48. McGrath J J, McLaughlin K A, Saha S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Jonge P, Esan O, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Hu C, Karam E G, Kovess-Masfety V, Lee S, Lepine J P, Lim C C, Medina-Mora M E, Kessler R C. The association between childhood adversities and subsequent first onset of psychotic experiences: a cross-national analysis of 23998 respondents from 17 countries. Psychological medicine. 2017; 47(7):1230–1245.
49. Nabizadeh Asl D, Ahi Q, Shahabizadeh F, Mansouri A. The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation, Cognitive Biases, and Negative Schemas in the Relationship between Traumatic Childhood Experiences and Psychotic-Like Experiences. Res Behav Sci 2020; 18(3):320-335. [Persian].
50. Lashani A, Bahrami F, Eydi Baygi M, Tork M. Investigation and comparison meta-cognitive therapy (MCT) and psycho – educational family therapy on social performance in bipolar patients. J Res Behave Sci 2015; 13(2):208-214. [Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.4.3]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.242]