MEJDS. 2019; 9:8.
Published online 2019 Jun. **Research Article**

Comparing the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Recovery-focused Cognitive Behavioral Therapy on bipolar depression and mania in Patients with Bipolar Disorder

Hajar Hasani Ardakani[1], *Hojatollah Javidi[2], Amirhoshang Mehryar[3], Ebrahim Hosseini[4]

Author Address
1. PhD student, Department of Psychology, Marvdasht Unit, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Unit, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran;
3. Professor, Department of Psychology, Marvdasht Unit, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran;
4. Associate Professor, Marvdasht Unit of Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.
***Corresponding Author Email:** vidi.hojajalah@yahoo.com

Received: 2019 April 11; **Accepted:** 2019 May 12

Abstract

Background & Objective: Bipolar disorder (BD) is one of the chronic psychiatric disorders that accompany depression and mania phases. This study aimed to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and recovery-focused cognitive behavioral therapy (RFCBT) on bipolar depression and mania in patients with BD.

Methods: This study was a semi-experimental design with pre-test and post-test type with a control group. The statistical population of this study included all patients with bipolar disorder in psychiatric hospitals of Mohariri, Ibn Sina, and Hafez in Shiraz. Out of this sample population, 36 bipolar patients were selected to participate in the study. After obtaining informed consent from them, samples matched in terms of sex, age, illness, and drug therapy (all patients received lithium). Then, they randomly assigned to two experimental groups and one control group. The criteria for entering the study include the definitive diagnosis of bipolar disorder by a psychiatrist; having a DSM-5 diagnostic criterion for having mania, semi-mania, major depression, or mixed-age; age over 18; having a minimum reading and writing literacy and the ability to complete questionnaires; ; Absence from the acute phase of illness or hospitalization in the hospital during the past 2 months due to the intolerance of psychological treatment in the critical period of the disease (at least two months from the last recurrence period) and willingness to participate in the study. Exit criteria include spinal bipolar disorder (more than four periods of depression and mania less than one month that occurred during the past year), secondary bipolar disorder due to organic causes, and history of substance abuse during the past and present, the past or current history of other psychiatric disorders was in the first and second axis. A test group (12 people: 4 women, eight men) received cognitive-based Mindfulness Therapy. The second trial group (12 people: 4 women, eight men) received cognitive behavioral therapy focused on recovery, and the control group (12 people: 5 women, seven men) received no intervention and placed on the waiting list. Participants completed the Bipolar Depression Scale and Yang Mania Scale in pre-test and post-test. Data were analyzed by SPSS-22 software using covariance analysis.

Results: The results of this study showed that both cognitive-based cognitive therapy interventions focused on recovery significantly decreased bipolar depression and mania in bipolar patients ($p< 0.01$). However, among There were no significant differences in the effectiveness of these two interventions on these variables.

Conclusion: In general, according to the findings of this research, it can be concluded that depression and mania which are the symptoms of patients with bipolar disorder can be as a result of the use of psychological interventions such as cognitive therapy based on mind-awareness and focused cognitive behavior therapy Improve on recovery. Also, since the sample of this study was under medical treatment, these two treatments can be used in conjunction with drug therapy for patients with bipolar disorder. On the other hand, these two treatments did not have any effect on depression and mania, and both treatments were equally effective.

Keywords: Mindfulness, Recovery-focused cognitive behavioral therapy, bipolar depression, Mania, Bipolar disorder.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.111.3]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۸.

انتشار برخط خردادماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی بر افسردگی دوقطبی و شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

هاجرحسنی اردکانی[۱]، *حجت‌الله جاویدی[۲]، امیرهوشنگ مهریار[۳]، ابراهیم حسینی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران؛

۳. استاد گروه روان‌شناسی واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران؛

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** vidi.hojajalah@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۲ فروردین۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۲ اردیبهشت۱۳۹۸

چکیده

هدف: اختلال دوقطبی یکی از بیماری‌های مزمن روان‌پزشکی است که با فازهای شیدایی و افسردگی همراه است. لذا هدف از این پژوهش مقایسهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی بر افسردگی دوقطبی و شیدایی بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر طرحی نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در شهر شیراز بودند. تعداد ۳۶ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی داوطلب برای شرکت در تحقیق، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش (۱۲ نفر: ۴ زن، ۸ مرد) آموزش رفتاردرمانی‌ـ شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و گروه آزمایش دوم (۱۲ نفر: ۴ زن، ۸ مرد) آموزش رفتاردرمانی‌ـشناختی متمرکز بر بهبودی را دریافت و گروه گواه (۱۲نفر: ۵ زن، ۷مرد) هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. شرکت‌کنندگان مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی (برک، ۲۰۰۷) و مقیاس درجه‌بندی شیدایی (یانگ و همکاران، ۱۹۷۸) را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ و نرم افزار SPSS-23 انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو مداخلهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی به شکل معناداری باعث کاهش افسردگی دوقطبی و شیدایی در بیماران دوقطبی شدند ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، هر دو مداخلهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی‌ـ شناختی متمرکز بر بهبودی در کاهش نشانگان در بیماران دوقطبی مؤثرند.

کلیدواژه‌ها: ذهن‌آگاهی، رفتاردرمانی شناختی، افسردگی دوقطبی، شیدایی، اختلال دوقطبی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.111.3]

۱ مقدمه

اختلال دوقطبی[1] بیماری مزمن و پیچیده‌ای است و مشخصهٔ آن دوره‌های تکرارشوندهٔ افسردگی[2] و مانیا یا هیپومانیا[3] می‌باشد و به دو نوع اختلال دوقطبی نوع I و اختلال دوقطبی نوع II تقسیم می‌گردد. این بیماری روانی، مزمن و ناتوان‌کننده است که در مقایسه با دیگر اختلال‌های خلقی بهبود کمتر و میزان مرگ‌ومیری بیشتری دارد (۱).

اختلال دوقطبی، نوعی بیماری روان‌پزشکی است که در آن بیمار، نوسانات خلقی شدیدی را به‌صورت دوره‌های افسردگی و شیدایی تجربه می‌کند. این اختلال، ماهیتی دوره‌ای دارد و بسیار مزمن و عودکننده است به‌گونه‌ای که بر اساس برخی از داده‌ها، تنها در ۷درصد موارد، علایم این اختلال عود نمی‌کند (۲).

در اختلال دوقطبی به‌علت عدم رعایت دستورات دارویی و نیز عدم پیگری لازم، بالین‌گرها مکرراً با دوره‌های افسردگی و شیدایی مواجه می‌شوند و هر کدام از دوره‌های عود اختلال با هزینه و گرفتاری‌های متعددی برای بیماران همراه است؛ علاوه‌بر خود بیمار، خانوادهٔ او نیز در مشکلات متعدد ناشی از بیماری فرد مبتلا درگیر می‌گردند. درمان های موجود حتی دارودرمانی، به‌خوبی قادر به کنترل علایم بیماری و به‌خصوص پیشگیری از عود و بازگشت مجدد این اختلال نیست و به نظر می‌رسد که استفاده از درمان‌های روان‌شناختی مکمل درکنار درمان‌های دارویی، اجتناب‌ناپذیر باشد (۱)؛ بنابراین بررسی درمان‌های روان‌شناختی در کنار دارودرمانی مؤثر به نظر می‌رسد. از جمله درمان‌هایی که در درمان این بیماران مؤثر بوده است شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[4] و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی[5] هستند.

یکی از تحولات در درمان اختلال خلقی، برنامهٔ درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی است که از ترکیب و ادغام جنبه‌های درمان شناختی با تمرین‌های ذهن‌آگاهی ساخته شده است. در قلب این برنامهٔ درمانی مفهوم ذهن‌آگاهی قرار دارد. ذهن‌آگاهی به معنای توجه کردن به روش خاص و متمرکز بر یک هدف، در زمان حال و بدون هیچ‌گونه قضاوت است. حاصل ذهن‌آگاهی توسعه و پرورش توجه، افزایش آگاهی فرد به تجارب درونی از جمله افکار و احساسات است (۳).

شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی عناصری از شناخت‌درمانی را به درمان می‌افزاید که در آن دیدگاه تمرکززدایی، افکار فرد را تسهیل می‌سازد. این نوع رویکرد تمرکززدا در هیجانات و حس‌های بدنی هم به‌کار می‌رود. در این روش به افراد افسرده آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت، مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای آن‌که آن‌ها را به‌عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این برنامهٔ درمانی، درمان گروهی کوتاه‌مدتی است که تکنیک های ذهن‌آگاهی را با برخی از جنبه‌های درمان شناختی افسردگی ترکیب می‌کند. این نوع نگرش به شناخت‌های مرتبط با افسردگی، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار فکری می‌شود (۴). به تازگی پژوهشگران حوزهٔ اختلالات خلقی، تلاش‌های فراوانی را جهت توسعه و به‌کارگیری این روش درمانی بر روی اختلال دوقطبی انجام داده‌اند (۵).

این درمان در بهبود بعضی از علائم و پیشگیری از عود بیماران موفق بوده است. اسکلمن ۲۳۱ دانشجوی دانشگاه پنسیلوانیا را به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و شاهد تقسیم کرد و با هدف پیشگیری از اضطراب و افسردگی آن‌ها را تحت آموزش ذهن‌آگاهی قرار داد. پس از یک دورهٔ یکسالهٔ پیگیری، شرکت‌کنندگان در دورهٔ آموزشی درمقایسه با گروه شاهد به‌طور معناداری اضطراب و افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد کمتری داشتند (۶).

حسنی اردکانی در پژوهشی نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با دارودرمانی منجر به کاهش شدت رفتار شیدایی و در نتیجه کاهش میزان عود در بیماران دوقطبی تحت دارودرمانی می‌شود (۷). میکلوویتز و همکاران نشان دادند که به‌کارگیری این درمان باعث کاهش نشانگان افسردگی و نشانگان شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌شود (۸). طالبی‌زاده و همکاران نیز نشان دادند که این درمان باعث کاهش نشانگان افسردگی اما نه شیدایی در اختلال دوقطبی در بیماران مبتلا به این بیماری شد (۹). لوواس در مطالعهٔ مروری سیستماتیک نشان داد که این درمان باعث کاهش نشانگان افسردگی باقی‌مانده می‌شود ولی بر روی شیدایی تأثیری ندارد (۱۰).

رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی از مؤلفه‌های کلیدی مداخلات درمان شناختی‌ـ رفتاری شامل مشاهده و آگاهی از خلق، تنظیم زندگی روزانه، افزایش مهارت مقابله، آموزش حل مسئله و یافته های به‌دست‌آمده از مجموعهٔ مطالعه‌های موردی از درمان شناختی‌ـ رفتاری برای اختلال دوقطبی تشکیل شده است (۱۱). در این برنامهٔ درمانی به افراد کمک می‌شود که به سمت اهدافی که ارزش‌های شخصی آن‌ها را می‌سازد حرکت کنند و در این راه از حمایت‌های اجتماعی و شغلی‌شان کمک بگیرند. این مداخله مؤلفهٔ فرمول‌شدهٔ مهمی دارد که اطمینان حاصل شود روش درمانی با نیازهای فعلی بیمار همخوان است (۱۱). بک و همکاران نشان دادند که مداخلات درمان گروهی متمرکز بر بهبودی در بیماران دوقطبی در زمینهٔ بهبود علائم بیماری قابل پذیرش و عملی است (۱۲). تیلر و همکاران نیز نشان دادند که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر بهبودی در بزرگسالان مسن‌تر با اختلال دوقطبی قابل پذیرش و عملی بوده و در بهبود افسردگی و شیدایی مؤثر است (۱۳).

وارمردام و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی‌ـ رفتاری نقش مهمی را در سبب‌شناسی و تداوم افسردگی به عهده دارد و درمان شناختی پیشگیرانه بایستی نشانه‌های باقی‌مانده بعد از دورهٔ حاد اختلال را حذف نماید (۱۴). ناراسیمهان و کانادای تأکید داشتند که یکی از وظایف مهم درمان شناختی بایستی به حداقل رساندن نشانه‌های باقی‌مانده باشد (۱۵).

[1] bipolar disorder
[2] depression
[3] mania or hypomania
[4] Mindfulness- Cognitive Behavioral Therapy (MCBT)
[5] Recovery-focused Cognitive Behavioral Therapy (RFCBT)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.111.3]

با توجه به آنچه که در بالا ذکر شـــد می‌توان اذعان داشـــت که تنها با دارودرمانی نمی‌توان افسـردگی و سـایر اختلالات را درمان کرد و باید از ســـایر روش های درمانی نیز اســـتفاده نمود؛ کلاً با ید تغییراتی هماهنگ هم در بُعد روانی و هم در بُعد جســـمی به وجود آورد. به‌عبارت‌دیگر، درمان شـــناختی- رفتاری نیز که بیشـــترین شـــواهد تجربی را در حوزهٔ درمان اختلالات خلقی به‌ویژه افســـردگی به خود اختصـاص داده اسـت، اخیراً به همراه دارودرمانی برای بیماران دچار اختلال دوقطبی به کار گرفته شـــده اســـت؛ با این وجود، یافته‌ها اثربخشـــی قطعی این درمان را تأیید نکرده‌اند (۱۶)؛ بنابراین نیاز به درمانی که در کنار دارودرمانی برای کمک به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و حل مشکلات آن‌ها به‌کار گرفته شود و درعین‌حال مؤثر و مقرون‌به صرفه باشد، احساس می شود؛ لذا مقایسهٔ اثربخشی این دو درمان بر روی نشانگان این بیماری نظیر افسردگی و شیدایی می‌تواند به روشـن‌شـدن درمان اثربخش‌تر کمک کند. هدف از پژوهش حاضـر مقایسـهٔ اثربخشـی شـناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی بر افسردگی و شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر طرحی نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل همهٔ بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در بیمارستان‌های روان‌پزشکی استاد محرری، ابن‌سینا و حافظ در شیراز بودند. از بین این جامعه نمونه‌ای به حجم ۳۶ بیمار دوقطبی مراجعه‌کننده به این بیمارستان‌ها به‌صورت داوطلبانه جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند و بعد از گرفتن رضایت آگاهانه از آن‌ها، نمونه‌ها از نظر جنس، سن، دورهٔ بیماری و دارودرمانی (همهٔ بیماران لیتیم دریافت می‌کردند) همتاسازی شدند؛ سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تشخیص قطعی بیماری دوقطبی توسط روان‌پزشک؛ دارا بودن ملاک تشخیص DSM-5 برای داشتن شیدایی، نیمه‌شیدایی، افسردگی اساسی یا مختلط؛ سن بیشتر از ۱۸؛ داشتن حداقل سطح سواد خواندن و نوشتن و توانایی پرکردن پرسشنامه‌ها؛ نبودن در مرحلهٔ حاد بیماری یا بستری نشدن در بیمارستان طی ۲ ماه گذشته به‌دلیل عدم تحمل درمان روان‌شناختی در دورهٔ حاد بیماری (حداقل دو ماه از آخرین دورهٔ عود بیماری گذشته باشد) و تمایل برای شرکت در پژوهش بودند. ملاک‌های خروج شامل اختلال دوقطبی تند چرخ (بیشتر از چهار دوره افسردگی و شیدایی با طول کمتر از یک ماه که در طول یک سال گذشته رخ داده باشد)، اختلال دوقطبی ثانویه با علت‌های ارگانیک، سابقهٔ سوء مصرف مواد طی گذشته و حال، سابقهٔ گذشته یا فعلی ابتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی در محور یک و محور دو، بودند. به لحاظ اخلاقی، درآغاز، هدف از اجرای پژوهش برای بیماران شرح داده شد و بر محرمانه‌بودن اطلاعات و حفظ رازداری تأکید گردید. به این مطلب اشاره شد که شرکت در آزمون اختیاری است و در حین اجرای آزمون نیز آزمودنی حق انصراف از آزمون را دارد. از همهٔ بیماران رضایت‌نامهٔ آگاهانه گرفته شد. کد اخلاقی (کد کمیته اخلاق ۱۱۷۸۱۹۱/۹۵) تحقیق از دانشگاه علوم پزشکی شیراز اخذ گردید. در این تحقیق، یک گروه آزمایش (۱۲ نفر: ۴ زن، ۸ مرد) به‌صورت گروهی ۸ جلسهٔ برنامهٔ شناختی درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر اساس پروتکل درمانی کابات زین را (هر هفته ۱/۵ ساعت) دریافت کرد (۳). گروه آزمایش دوم (۱۲ نفر: ۴ زن، ۸ مرد) نیز ۱۲ جلسهٔ رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی براساس پروتکل درمانی باسکو و راش را به‌صورت هفته‌ای دو بار (هر جلسه ۱/۵ ساعت) دریافت کرد (۱۶) و گروه گواه (۱۲ نفر: ۵ زن، ۷ مرد) هیچ مداخله‌ای دریافت ننمود. پرسشنامه‌ها به‌منظور انجام پیش‌آزمون، در ابتدای جلسهٔ اول قبل از شروع درمان، توسط اعضای هر سه گروه تکمیل گردیدند. گروه آزمایش اول در هشت جلسهٔ هفتگی تحت درمان گروهی ذهن‌آگاهی و گروه آزمایش دوم در ۱۲ جلسه، تحت آموزش رفتاردمانی شناختی متمرکز بر بهبودی قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات آموزش، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور به‌منظور انجام پس‌آزمون در آخرین جلسهٔ درمانی یکبار دیگر در بیماران هر دو گروه آزمایش پر شد. با بیماران گروه گواه نیز تماس گرفته شد تا با حضور در مرکز مورد نظر مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند. شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و گواه مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی و مقیاس درجه‌بندی شیدایی یانگ را در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. برای انجام تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون لوین، آزمون ام‌باکس) و در نهایت از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از نرم افزارSPSS-23 استفاده شد. شرح جلسات درمانی شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی کابات زین در جدول (۱) ذکر شد (۳).

جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های خودگزارش‌دهی زیر استفاده شد: مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی[۱]، معتبرترین مقیاس‌های سنجش افسردگی و تشخیص افتراقی در اختلالات دوقطبی توسط مایکل برک در سال ۲۰۰۷ تهیه شده است (۱۷). این مقیاس ۲۰ گویه و سه خرده‌مقیاس شامل مؤلفهٔ روان‌شناختی افسردگی، مؤلفهٔ جسمانی افسردگی و مؤلفهٔ آمیختگی افسردگی است. نمره‌گذاری به روش لیکرت چهاردرجه‌ای از صفر تا سه توسط بالینگر انجام می‌شود. روایی سازهٔ این مقیاس از راه همبستگی ۷۰/۴ با مقیاس درجه‌بندی افسردگی‌هامیلتون[۲] و ۰/۷۵ با مقیاس درجه‌بندی مانیای یانگ[۳] و ۰/۹۰ با مقیاس درجه‌بندی افسردگی مونتگومری آسبرگ[۴] تأیید و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ گزارش شده است (۱۷). در ایران روایی و پایایی افسردگی دوقطبی، تنها در نمونه‌ای از بیماران دوقطبی بررسی شده و آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش گردیده و روایی از راه همبستگی با مقیاس افسردگی مطالعات همه‌گیرشناسی[۵] و مقیاس درجه‌بندی مانیای یانگ به‌ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۸۲ ــ به دست آمده است

۱. Bipolar Depression Rating Scale (BDRS).
۲. Hamilton Depression Rating Scale(HDRS).
۳. Young Mania Rating Scale(YMRS).
۴. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale(MRDS).
۵. Epidemiological Studies Depression Scale.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.111.3]

(۱۸).
مقیاس درجه‌بندی مانیای یانگ توسط یانگ و همکاران در سال ۱۹۷۸ ساخته شده و داری ۱۱ گویه است که روی مقیاس لیکرت از صفر (عادی) تا چهار (خیلی غیرعادی) نمره‌گذاری می‌شود. هفت آیتم از ۰ تا ۴ و چهار آیتم از ۰ تا ۸ براساس مصاحبهٔ بالینی با بیمار نمره‌دهی می‌شوند. نمرهٔ کلی از ۰ ــ ۶۰ است که کمتر از ۱۷ نرمال و بیشتر از آن مانیا در نظر گرفته می‌شود (۱۹). در نمونهٔ بیماران ایرانی، روایی همزمان آن از طریق همبستگی با مصاحبهٔ تشخیصی بین‌المللی جامع ۰/۸۷ و ضریب آلفای کرونباخ آن برای گروه بیمار و بهنجار، به‌ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۶۳ به دست آمده است (۲۰).

جدول ۱. شرح جلسات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی کابات زین

جلسه‌های درمان	هدف جلسات
اول: هدایت خودکار	معرفی اعضا در گروه، قوانین حضور در جلسات، معرفی مفهوم ذهن‌آگاهی، خارج شدن از هدایت خودکار، تمرین مراقبهٔ خوردن کشمش، تمرین مراقبهٔ وارسی بدن
دوم: مقابله با موانع	تمرین مراقبهٔ وارسی بدن، بازنگری تمرین و بازخورد انجام تکالیف خانگی، معرفی سبک اجرایی یا سبک کنش در مقابل سبک بودن، دانستن قدر اینجا و اکنون با ثبت وقایع خوشایند
سوم: رابطهٔ ذهن و بدن	انجام مراقبهٔ متمرکز بر حرکات بدنی (یوگا)، بازنگری تمرین و بازخورد انجام تکالیف خانگی، توضیح منطق تمرین‌های یوگا و رابطهٔ نزدیک ذهن و بدن، آموزش فضای تنفس سه دقیقه‌ای.
چهارم: تعریف افسردگی و فن وقفه	تمرین پنج‌دقیقه دیدن یا شنیدن، مراقبهٔ آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، بازنگری تمرین و بازخورد انجام تکالیف خانگی، تعریف استرس، رابطهٔ استرس با سلامتی و عملکرد، اهمیت ارزیابی فرد در واکنش به موقعیت استرس‌زا، فن وقفه یا STOP.
پنجم: پذیرش قاطعانه	مراقبهٔ نشستهٔ متمرکز بر نفس، بدن، صداها و افکار، بازخورد انجام تکالیف خانگی، نحوهٔ برخورد با هیجانات منفی، پذیرش قاطعانه، انجام مراقبهٔ رویارویی با مشکلات
ششم: ذهن‌آگاهی ارتباطی	مراقبهٔ آگاهی از نفس، بدن و درنهایت مراقبهٔ کوهستان، بازنگری تکالیف مربوط به تمرین‌های یوگا و مراقبه، جدول وقایع ناخوشایند، ذهن‌آگاهی ارتباطی، انواع الگوهای رفتاری منفعلانه، پرخاشگرانه و جرأت‌مندانه، مهارت گوش دادن فعال و مراحل اظهارنظر جرأت‌مندانه.
هفتم: ذهن‌آگاهی ارتباطی	مراقبهٔ نشستهٔ متمرکز بر بدن، صداها و افکار به همراه مراقبهٔ مهربانی، بازنگری تمرین و تکالیف جلسهٔ قبل، معرفی سبک‌های حل تعارض، آموزش مهارت نه گفتن، آموزش مهارت مذاکره.
هشتم: بهبودی و جمع‌بندی	تمرین مراقبهٔ وارسی بدن، بازنگری تمرین و تفاوت آن با تمرین جلسهٔ اول، بازخورد انجام تکالیف خانگی، بازنگری و جمع‌بندی جلسات گذشته، برنامه‌ریزی برای استفاده از مهارت‌های آموخته‌شده در آینده

جدول ۲. شرح جلسات رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی باسکو و راش (۱۶)

جلسهٔ درمان	شرح جلسات رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی
اول: معارفه و آشنایی با درمان شناختی‌رفتاری	آشناسازی بیماران و اعضای خانواده آنها با منطق درمان شناختی‌ــ رفتاری بیماران دوقطبی.
دوم: اختلال دوقطبی	توضیح بیماری دوقطبی و انواع آن و آشنایی با این اختلال
سوم: دارودرمانی	داروهای تثبیت‌کنندهٔ خلق داروهای و داروهای ضد افسردگی.
چهارم: تشخیص علائم	علائم فردی اختلال دوقطبی. و پایش علائم.
پنجم: درمان	پیروی از درمان جهت کاهش سطح افسردگی از طریق دارودرمانی
ششم: نگرش و تفکر	تفکر جهت‌دار و پیشگیری از جهت‌گیری منفی تفکرات
هفتم: جهت‌گیری افکار	تحلیل (چالش) منطقی با افکار خودآیند منفی.
هشتم: تغییرات شناختی	تغییرات شناختی و رفتاری در شیدایی.
نهم: تغییرات شناختی	تغییرات شناختی و رفتاری در افسردگی
دهم: ارزیابی	ارزیابی عملکرد روانی اجتماعی بیماران
یازدهم: مدیریت استرس	تلاش برای کنترل و تنظیم استرس در شرایط تنش‌زا
دوازدهم: حل مسئله	تلاش در راستای ارتقای مهارت‌های حل مسئله در بیماران

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.111.3]

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سه گروه متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه	ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی		رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی		گواه	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
افسردگی دوقطبی	میانگین	۵۶/۸	۴۶/۰	۵۷/۷۵	۴۲/۸۳	۵۷/۲۵	۵۶/۰۰
	انحراف معیار	۱۰/۲۱	۱۲/۰	۱۱/۸۳	۱۰/۱۰	۱۵/۰۵	۱۵/۰۵
شیدایی	میانگین	۲۳/۱۶	۱۸/۴۵	۲۵/۱۶	۱۷/۶۶	۲۳ /۶۶	۲۳/۷۵
	انحراف معیار	۳/۶۶	۲/۱۷	۵/۵۰	۳/۳۶	۵/۸۲	۶/۰۴

نتایج غیرمعنادار آزمون باکس نشان‌دهندهٔ پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها در تمامی متغیرهای وابسته بین سه گروه بود. به‌عبارت‌دیگر کوواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته در سه گروه، در جامعه برابر بود و بنابراین امکان استفاده از شیوهٔ تحلیل کوواریانس وجود داشت. نتایج غیرمعنادار آزمون لوین برای متغیرهای پژوهش نشان از همگنی واریانس‌های این متغیرها بود (جدول ۴).

جدول۴. آزمون لوین برای تعیین همگنی واریانس‌ها

متغیرها	F	درجه آزادی۱	درجه آزادی۲	مقدار احتمال
پس‌آزمون افسردگی دوقطبی	۲/۳۱	۲	۳۳	۰/۱۶۳
پس‌آزمون شیدایی	۰/۴۵	۲	۳۳	۰/۱۳۳

جدول ۵. خلاصهٔ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به تفاوت بین سه گروه

اثر	آماره	مقدار	F	مقدار احتمال	مجذور نسبی اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۴	۵/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۸	۸/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱
	اثرهاتلینگ	۲/۴۹	۱۱/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱
	بزرگترین ریشه روی	۲/۴۶	۲۳/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱

نتایج تحلیل کوواریانس در جداول ۴ و ۵ ارائه شدند. نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری با واردکردن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر گواهدر جدول (۵) ارائه شد. نتایج آزمون لامبدا به‌عنوان رایج‌ترین آزمون در تحلیل کوواریانس چندمتغیری حاکی از آن بود که تفاوت معناداری بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون وجود دارد (p=۰/۰۰۱). و مجذور اتا نیز نشان داد که ۴۷ درصد واریانس نمرات سه گروه مربوط به عضویت گروهی است.

جدول ۶. آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر افسردگی دوقطبی و شیدایی

متغیرهای وابسته		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا	توان آماری
پس‌آزمون	افسردگی دوقطبی	۱۱۴۲/۰۰	۲	۵۷۱/۰۰	۱۱/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱
	شیدایی	۳۱۲/۳۷	۲	۱۵۶/۱۸	۲۸/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱

جدول ۶ تفاوت سه گروه در افسردگی دوقطبی و شیدایی در پس‌آزمون را نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده میشود بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون افسردگی دوقطبی (p=۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، با وجود کنترل نمرات پیش‌آزمون این متغیر، میزان نمرات افسردگی دوقطبی در دو گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواهکاهش یافت. میزان تأثیر مداخلات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی ۰/۴۴ بود. همچنین، بین سه گروه در نمرات پس شیدایی (p=۰/۰۰۱) تفاوت معنادار است. در اینجا نیز با وجود کنترل نمرات پیش‌آزمون این متغیر، میزان نمرات شیدایی در دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش یافت. میزان تأثیر مداخلات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی ۰/۶۵ بود (جدول ۶)؛ بنابراین این مداخلات بر بهبود افسردگی دوقطبی و شیدایی تأثیر مثبت داشتند. همچنین نتایج آزمون تقیبی بونفرونی در هر سه متغیر نشان داد، دو گروه آزمایش (گروه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و گروه رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی) با گروه گواه تفاوت معنادار دارند (p=۰/۰۰۱) اما تفاوت معناداری بین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز به بهبودی بر

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.111.3]

متغیرهای وابسته مشاهده نشد؛ بنابراین این دو مداخله به میزان یکسانی بر بهبود شیدایی و افسردگی دوقطبی اثربخش بودند.

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی بر افسردگی دوقطبی و شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث بهبود افسردگی دوقطبی و شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی شود. این یافته با نتایج مطالعات قبلی که نشان دادند این درمان باعث کاهش افسردگی و شیدایی در بیمارن دوقطبی شد یعنی با نتایج میکلوویتز (۸)، طالبی‌زاده (۹)، لواس (۱۰) و حسنی اردکانی (۷) همسوست. همچنین نتایج این مطالعه با پژوهش میکلوویتز و همکاران که نشان دادند این درمان تأثیری معنادار بر افسردگی در بیماران زن مبتلا با ختلال طیف دوقطبی ندارد، متفاوت است (۸). درمان شناختی رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با دارودرمانی می‌تواند منجر به افزایش رفتارهای سازش‌یافته‌تر و کاهش شدت رفتار شیدایی و در نتیجه کاهش میزان عود در بیماران دوقطبی تحت دارودرمانی شود (۵)؛ بنابراین می‌توان گفت، ازآنجاکه نمونهٔ پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و تحت دارودرمانی بودند، به‌کارگیری درمان ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی در کنار دارودرمانی می‌تواند درکاهش نشانگان اختلال دوقطبی مؤثر باشد.

درمان شناختی رفتاری برمبنای مدل آسیب‌شناختی بِک ساخته شده و در تلاش برای سنجش و ارزیابی فرضیات و اعتقادات زیربنایی است که مشخص‌کنندهٔ محتوای شناختی برمبنای نظریهٔ بک است؛ لذا ارتقای نگرش های کارآمد متعاقب این درمان امری بدیهی و مورد انتظار است. حال آنکه ذهن‌آگاهی، پرورش آگاهی در طی تمرینات تفکری است که بیماران را قادر می سازد در هنگام فعالیت پا سخ‌های نشخوارگری منفی در ذهن‌شان، آن‌ها را واضح‌تر مشاهده کنند و ذهن خود را از آن الگوهای تفکر خارج نمایند. یعنی برخلاف درمان شناختی‌رفتاری استاندارد که تمرکز آن بر تغییر محتوای تفکر است، تمرکز درمان ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت، بر پرورش آگاهی فراشناختی و اصلاح فرایندهای فراشناختی است که حالت‌های واکنشی غیرمفید و حالت‌های ذهنی نشخوارگری را حمایت می‌کنند (۸).

در اختلال دوقطبی معمولاً افکار، احساسات یا هیجانات مانند خودبزرگ‌بینی یا حالت‌های سرخوشی باعث می‌شود فرد دست به عملکردهایی مانند ولخرجی و سوء مصرف مواد بزند. در ذهن‌آگاهی فرد به این تجربه می‌رسد که به جای واکنش نشان‌دادن به آن‌ها و انجام رفتارهای پرخطر، به این تجارب مانند رویدادهای ذهنی نگاه کرده و بدون قضاوت آن ها را بپذیرد (۱۲). از طرفی تجربهٔ خود به‌عنوان مشاهده‌گر به فرد در شناسایی علائم کمک کرده و در صورت ناتوانی در مدیریت آن با اقدام حل مسئله، مانند مراجعه به روان‌پزشک، از درگیرشدن در یک دورهٔ کامل شیدایی جلوگیری می‌کند.

اگر توجه آگاهانه، به تنظیم هیجانی نسبت داده شود، ممکن است بهبودهای ایجاد شده در تنظیم هیجانی ناشی از افزایش کلی تجارب هیجانی مثبت و کاهش تجارب هیجانی منفی باشد. افزایش تجارب هیجانی مثبت و کاهش هیجانات منفی با استفاده نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر بهبودی نیز تأثیر مثبتی در جهت کاهش افسردگی و شیدایی در بیماران مبتلا با اختلال دوقطبی دارد. این نتایج با یافته‌های مطالعات برک و همکاران که حاکی از قابل پذیرش بودن تاأثیر مداخلهٔ درمان گروهی متمرکز بر بهبودی در زمینهٔ علائم بیماری در بیماران دوقطبی است، همسوست (۱۸).

وارمردام و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی‌ـ رفتاری نقش مهمی را در سبب‌شناسی و تداوم افسردگی به عهده دارد و درمان شناختی پیشگیرانه بایستی نشانه‌های باقی‌مانده بعد از دورهٔ حاد اختلال را حذف نماید (۱۴). ناراسیمهان و کانادای تأکید داشتند که یکی از وظایف مهم درمان شناختی بایستی به حداقل رساندن نشانه‌های باقی‌مانده باشد (۱۵). این نتایج با تحقیق تیلر و همکاران که قابل پذیرش و عملی‌بودن تأثیر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر بهبودی در بیماران بزرگسال مسن مبتلا به اختلال دوقطبی را اثبات کردند، همخوان بود (۱۳). اصلاح نگرش های ناکارآمد بیماران می‌تواند به کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی و همچنین شیدایی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی شود. همچنین، ازآنجاکه مشاهده و آگاهی از خلق، تنظیم زندگی روزانه، افزایش مهارت مقابله، آموزش حل مسئله از مؤلفه‌های کلیدی این درمان هستند (۱۳،۱۴)، مشاهده و آگاهی از خلق و افزایش مهارت مقابله می‌توا ند به افراد مبتلا به اختلال دوقطبی کمک کند که به تدریج نقایص خود در زمینهٔ هیجان و خلقیات را مشاهده کرده و با آگاهی یافتن از آن‌ها با استفاده از راهکارهای سازگارانهٔ کاهش خلق منفی، برای بهبودی گام بردارند. مؤلفه های تنظیم زندگی روزانه و آموزش حل مسئله می‌تواند به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی کمک کند که بر زندگی خودکنترل بیشتری داشته باشند و در مواجهه با مشکلات یا مسائل روزمرهٔ زندگی با آن‌ها برخورد مناسبی کنند و این مسائل را به‌نحو مطلوبی حل و فصل نمایند و این نتایج متعاقباً منجر به کاهش افسردگی در آنان گردد (۱۴،۱۵).

در نهایت در تبیین دو روش ذهن‌آگاهی و درمان شناختی‌ـ رفتاری می‌توان اذعان داشت که: ذهن‌آگاهی درمانی سازمان‌یافته در تلاش برای تلفیق مؤلفهٔ ذهن‌آگاهی با درمان شناختی رفتاری رایج طرح‌ریزی شده جهت درمان افسردگی است. این درمان، برنامه‌ای است که به‌طور خاص به‌منظور توجه به آسیب‌پذیری‌های پنهان افسردگی طرح‌ریزی شده است. این درمان آموزش مراقبهٔ ذهن‌آگاهی و مداخلات شناخت‌درمانی را با درمان افسردگی تلفیق کرده و آن را در قالب گروهی ارائه داده است. برنامهٔ درمان ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت همچنین شامل آموزش در جنبه‌های شناختی افسردگی است. ارتباطات میان افکار و احساسات بحث می‌گردند و راهبردهایی برای تمرکززدایی از افکار شخصی آموزش داده می‌شوند. نتایج مطالعهٔ حاضر نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی هر دو به میزانی برابر در زمینهٔ کاهش

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.111.3]

افسردگی و شیدایی، اثربخش بودند. در زمینهٔ تفاوت اثربخشی این دو درمان هیچ تحقیقی انجام نشده است؛ بنابراین این تحقیق برای اولین‌بار نشان داد هر دو درمان می‌توانند در بهبود افسردگی و شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر باشند. با توجه به اینکه این پژوهش اولین تحقیقی بود که به مقایسهٔ اثربخشی این دو درمان پرداخت، بنابراین برای روشن‌شدن هر چه بیشتر نتایج، تحقیقات بیشتری در زمینهٔ مقایسهٔ اثربخشی این دو درمان بر دیگر مشکلات همراه در بیماران دوقطبی لازم است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بود: ۱ـ نتایج از نمونهٔ بیماران با اختلال دوقطبی که تحت درمان بودند، به دست آمد؛ بنابراین نتایج این مطالعه به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی که تحت درمان نیستند قابل تعمیم نیست؛ استفاده از مقیاس‌های خودگزارش‌دهی محدودیت دیگر آن بود. زیرا مقیاس‌های خودگزارش‌دهی ممکن است باعث سوگیری پاسخ در شرکت‌کنندگان شود. در این تحقیق، ما اثر دارو بر افسردگی و شیدایی را کنترل نکردیم؛ لذا، تحقیقات آینده می‌توانند اثربخشی این دو درمان بر افسردگی و شیدایی با کنترل دارودرمانی را بر روی بیماران دوقطبی بررسی کنند.

همچنین با عنایت به اینکه اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری کفایت لازم برای تعدیل نشانه‌های افسردگی را دارد، ولیکن این درمان نمی‌تواند نشخوار ذهنی را مدیریت کند، لذا پیشنهاد می‌گردد که دو راهبرد درمانی تلفیق شود تا حداکثر بهره‌وری برای مبتلایان به افسردگی باشد.

۵ نتیجه‌گیری

درکل با توجه به یافته‌های این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که افسردگی و شیدایی که از نشانگان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی هستند، می‌توانند در نتیجهٔ کاربرد مداخلات روان‌شناختی نظیر شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی، بهبود یابند. همچنین ازآنجاکه نمونهٔ این تحقیق تحت درمان دارویی قرار داشتند، این دو درمان را می‌توان در کنار دارودرمانی بر روی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به کار برد. از سوی دیگر، این دو درمان هیچ‌گونه برتری به‌لحاظ اثربخشی بر افسردگی و شیدایی نداشتند و هر دو درمان به یک اندازه اثربخش بودند.

۶ تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل پایان‌نامهٔ دکتری رشتهٔ روان‌شناسی بود که با حمایت دانشگاه آزاد مرودشت انجام شد. در پایان از همکاری همهٔ مسئولین دانشگاه علوم پزشکی شیراز، کارکنان بیمارستان‌های روان‌پزشکی محرری، ابن‌سینا و حافظ در شیراز و به‌طور ویژه از بیماران محترم که با مشارکت جدی خود در پژوهش حاضر همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود.

۷ تضادمنافع

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی است که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است.

References

1. Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA, editors. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins; 2000.
2. Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders. Epilepsia. 2005;46:8-13. https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2005.463003.x
3. Kabat Zinn J. Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. NewYork: Hyperion; 1994.
4. Teasdale J, Williams J, Segal Z, Soulsby J. Mindfulness – based cognitive therapy reduces over general autobiographical memory in for merely depressed patients. Journal of Abnormal Psychology. 2009;109:150-5.
5. Williams Jm, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell Mj, Duggan Ds, Et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. Journal of Affective Disorders. 2008; 107 (1-3):275-9. DOI:10.1016/j.jad.2007.08.022
6. Seligman MEP, Schulman P, Tryon AM. Group prevention of depression and anxiety symptoms. Behav Res Ther. 2007 Jun;45(6):1111–26. DOI: 10.1016/j.brat.2006.09.010
7. Hasani Ardekani H, Javidi H, Mehryar AH, Hosseini E. The Effectiveness of integrated mindfulness with Cognitive-behavior therapy on the recovery and prevention of relapse in patients with bipolar disorder [Master's Thesis, Psychology]. [Tehran]: Payam Noor University; 2014. [Persian]
8. Miklowitz DJ, Semple RJ, Hauser M, Elkun D, Weintraub MJ, Dimidjian S. Mindfulness-based cognitive therapy for perinatal women with depression or bipolar spectrum disorder. Cognitive Therapy and Research. 2015;39 (5): 590-600.
9. Talebizadeh M, Shahmir L, Jafarifard S. The effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.111.3]

on reducing the symptoms of depression and mania in patients with bipolar disorder. Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2011; 7 (26): 17-26. [Persian] http://jtbcp.riau.ac.ir/article_27.html
10. Lovas DA. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review. Journal of Affective Disorders. 2018; 240: 247-61. doi: 10.1016/j.jad.2018.06.017
11. Jones SH, Burrell Hodgson G. Cognitive–behavioral treatment of first diagnosis bipolar disorder. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice. 2008; 15 (6): 367-77. Doi: 10.1002/cpp.584
12. Beck Ad, Baker A, Jones S, Lobban F, Kay-Lambkin F, Attia J, et al. Exploring the feasibility and acceptability of a recovery-focused group therapy intervention for adults with bipolar disorder: trial protocol. BMJ Open. 2018;8 (1) : e019203. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-01920
13. Tyler E, Lobban F, Sutton C, Depp C, Johnson S, Laidlaw K, et al. Feasibility randomized controlled trial of Recovery-focused Cognitive Behavioral Therapy for Older Adults with bipolar disorder (RfCBT-OA): study protocol. BMJ Open. 2016; 6 (3): e010590. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010590
14. Warmerdam L, Straten Av, Jantien J, Twisk J, Cuijpers P. Online cognitive behavioral therapy and problem-solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change. Behav Ther Exp Psychiatry. 2010; 41 (1):64-70. doi: 10.1016/j.jbtep.2009.10.003
15. Narasimhan M, Kannaday M. Treating depression and achieving remission. Asian Psychiatr. 2010; 3:163-8.
16. Basco M, Rush A. Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder. New York and Oxford: Guilford Press; 2005.
17. Berk M, Malhi GS, Cahill C, Carman AC, Hadzi-Pavlovic D, Hawkins MT, et al. The Bipolar Depression Rating Scale (BDRS): its development, validation and utility. Bipolar Disorders. 2007; 9 (6): 571-9. DOI:10.1111/j.1399-5618.2007.00536.x
18. Tavakoli M. Validity and reliability of Yong mania rating scale [dissertation]. [Isfahan]: Isfahan University; 2005. [Persian]
19. Young RC, Biggs Jt, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry. 1978; 133 (5):429–35. DOI: 10.1192/bjp.133.5.429
20. Mohammadi Z, Pourshahbaz A, Poshtmashhadi M, Dolatshahi B, Barati F, Zarei M. Psychometric Properties of the Young Mania Rating Scale as a Mania Severity Measure in Patients with Bipolar I Disorder. Practice in Clinical Psychology. 2018; 6 (3): 175-82.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.111.3]