

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت علائم افسردگی و شیدایی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

مقداد طالبی زاده^۱، المیرا شاهمیر^۲ و سلیمان جعفری فرد^۳

اختلال دوقطبی، اختلالی مزمن و عودکننده‌ای است که مداخلات مختلفی برای درمان آن معرفی شده است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، تکنیک‌های مراقبه‌ای را با برخی از جنبه‌های درمان شناختی ترکیب کرده و برای درمان این اختلال، پیشنهاد شده است. هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت علائم افسردگی و شیدایی در بیماران مبتلا بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه تجربی با گمارش تصادفی و پیش آزمون- پس آزمون ۱۹ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی که در مرحله ی بهبود نسبی به سر می‌بردند در دو گروه آزمایش (n=۹) و گواه (n=۱۰) کاربندی شدند و شرکت کنندگان گروه آزمایش، طی ۸ جلسه، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند. آزمودنیها، قبل و بعد از اتمام پژوهش از نظر نشانه‌های افسردگی و شیدایی مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحلیل کوواریانس داده‌ها نشان داد که روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، موجب کاهش شدت علائم افسردگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شد اما چنین کاهشی در شدت علائم شیدایی مشاهده نشد. اگرچه این یافته‌ها مقدماتی است با این وجود پیشنهاد می‌شود که از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان به عنوان گزینه ی مناسبی برای درمان اختلال دوقطبی، به خصوص درمان علائم افسردگی آن استفاده شود.

واژه های کلیدی: اختلال دوقطبی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، افسردگی، علائم شیدایی

مقدمه

اختلال دوقطبی، نوعی بیماری روانپزشکی است که در آن بیمار، نوسانات خلقی شدیدی را به صورت دوره‌های افسردگی و شیدایی تجربه می‌کند. این اختلال، ماهیتی دوره‌ای دارد و بسیار

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران ایران (نویسنده ی مسؤل). Mt.clinical@yahoo.com

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران ایران.

۳. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران ایران

مزمّن و عود کننده است به گونه‌ای که بر اساس برخی از داده‌ها، تنها در ۷ درصد موارد، علایم این اختلال عود نمی‌کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). حتی با ادامه ی درمان نگهدارنده ی دارویی خوب، در ۷۳٪ موارد علایم بیماران طی ۵ سال عود می‌کند (گیتلین، سوندسن، هلر و هامن و ۱۹۹۵). اختلال دوقطبی، جنبه‌های مختلف زندگی فردی، اجتماعی، شغلی و روابط بین فردی بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد. نرخ خودکشی، مصرف مواد، بیکاری، رفتارهای مجرمانه و طلاق، در افرادی که از ابتلا به اختلال دوقطبی رنج می‌برند، بالاست به طوری که این افراد در مقایسه با جمعیت عادی، ۴ برابر ناتوان‌ترند (راسل و برون، ۲۰۰۵). درمان‌های موجود حتی دارو درمانی، به خوبی قادر به کنترل علایم بیماری و به خصوص پیشگیری از عود و بازگشت مجدد این اختلال نیست و به نظر می‌رسد که استفاده از درمان‌های روان شناختی مکمل در کنار درمان‌های دارویی، اجتناب ناپذیر باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

تاکنون، متخصصان چندین نوع درمان روانشناختی را به منظور بهبود حال بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مانند درمان بین فردی^۱ و نوع تجدید نظر شده ی آن با نام درمان میان فردی ریتم اجتماعی^۲ (فرانک، ۲۰۰۵)، درمان متمرکز بر خانواده (میکلوویتز، ۲۰۰۸) و آموزش روانی گروهی (دیدونا، ۲۰۰۹) به کار برده‌اند که هر کدام از این درمان‌ها، طولانی مدت (حداقل بین ۱۲ تا ۲۱ جلسه) و پرهزینه است و دسترسی به آن‌ها برای بسیاری از بیماران دشوار است (میکلوویتز، آلتیک، گودوین، گدس، فنل و دی می جیان، ۲۰۰۹). همچنین درمان شناختی- رفتاری نیز که بیشترین شواهد تجربی را در حوزه ی درمان اختلالات خلقی به ویژه افسردگی به خود اختصاص داده است، اخیراً به همراه دارو درمانی برای بیماران دچار اختلال دوقطبی به کار گرفته شده است؛ با این وجود، یافته‌ها اثر بخشی قطعی این درمان را تایید نکرده‌اند (باسکو و راش، ۲۰۰۵). بنابراین نیاز به درمانی که در کنار دارو درمانی برای کمک به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و حل مشکلات آنها به کار گرفته شود و در عین حال موثر و مقرون به صرفه باشد، احساس می‌شود. یکی از تحولات نوین درمان اختلالات خلقی، ایجاد برنامه ی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) توسط سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲) است. در قلب این برنامه ی درمانی مفهوم ذهن آگاهی قرار دارد. ذهن آگاهی یعنی توجه کردن به یک روش خاص، متمرکز بر یک هدف، در زمان حال و بدون هیچ گونه قضاوت. حاصل این توسعه و پرورش توجه، افزایش

1. Interpersonal therapy

2. Interpersonal and social rhythm therapy

آگاهی فرد نسبت به تجارب درونی از جمله افکار و احساسات است (کابات زین، ۱۹۹۴). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان گروهی کوتاه مدتی است که تکنیک‌های ذهن آگاهی را با برخی از جنبه‌های درمان شناختی افسردگی ترکیب می‌کند. هر چند که هدف اولیه ی آن درمان افسردگی و پیشگیری از عود آن است (کرن، ۲۰۰۹) با این وجود به تازگی پژوهشگران حوزه ی اختلالات خلقی، تلاش‌های فراوانی را جهت توسعه و به کارگیری این روش درمانی روی اختلال دوقطبی انجام داده‌اند (ویلیامز، آلایتیک، کرن، برن هوفر، فنل و داگن، ۲۰۰۸؛ میکلوویتز و همکاران، ۲۰۰۹؛ وبر، جرمان، جگس، فابری، نالت، بوندولفی و آبری، ۲۰۰۹؛ میرابل سارون، ۲۰۱۰)؛ برای مثال در پژوهش ویلیامز و همکاران (۲۰۰۸) اثربخشی یک برنامه ی ۸ جلسه‌ای MBCT بر علائم افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و همچنین در پژوهش میکلوویتز و همکاران (۲۰۰۹) اثربخشی MBCT بر کاهش علائم افسردگی و شیدایی بررسی شده است. در این پژوهش نیز بر آن بودیم تا اثربخشی برنامه ی ۸ جلسه‌ای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ویلیامز، سگال، تیزدل (۲۰۰۲) را در بیماران اختلال دوقطبی مورد بررسی قرار دهیم.

روش

طرح پژوهشی مورد استفاده در این پژوهش، طرح گروه‌های کنترل نابرابر بود. این طرح از لحاظ ساختار مشابه طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است با این تفاوت که در طرح حاضر انتخاب آزمودنی‌ها از جامعه و جایگزین شدن آن‌ها در گروه‌ها به صورت تصادفی انجام نمی‌شود (دلاور، ۲۰۰۶). جامعه ی آماری نیز شامل تمامی مراجعه کنندگان با تشخیص اختلال دوقطبی به بخش درمانگاه روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) بود که دارای پرونده ی فعال در فصل تابستان و پاییز ۱۳۹۱ بودند. در این پژوهش، نمونه‌گیری به صورت در دسترس و هدفمند انجام گرفت. به این صورت که روانپزشکان بخش روانپزشکی بر اساس ملاک‌هایی که به صورت کتبی به آن‌ها داده شده بود، بیماران را به درمانگر ارجاع می‌دادند. سپس درمانگر در یک مصاحبه ی اولیه، آن‌ها را در جریان موضوع قرار می‌داد و از آنها می‌خواست که منتظر تماس تلفنی وی جهت هماهنگی برای شرکت در جلسات درمانی باشند. ۳۶ بیماری که در مرحله ی اول توسط روانپزشکان ارجاع داده شدند و همگی علاقه‌مند به شرکت در پژوهش بودند، مورد غربال‌گری قرار گرفتند و ۲۸ نفر از آنها واجد شرایط شرکت در پژوهش تشخیص داده شدند. پس از تماس

تلفنی با این افراد، ۹ نفر از آنها حاضر به شرکت در جلسات نشدند، در نتیجه نمونه ی نهایی شامل ۱۹ نفر بود که به طور غیر تصادفی در دو گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه کاربندی شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش، عبارتند از سن ۶۵-۱۸ سال، دارا بودن تشخیص اختلال دوقطبی بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR، بهبودی کامل یا نسبی، بستری نشدن در بیمارستان طی ۲ ماه گذشته به دلیل مسایل روان‌پزشکی، نمره ی کمتر از ۸ در مقیاس شیدایی یانگ در زمان ورود به مطالعه و داشتن رژیم دارویی منظم. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از نداشتن اختلال شخصیت همایند، نداشتن سواد و داشتن علائم سایکوتیک بارز. آزمودنی‌ها، قبل و بعد از شروع مداخله، با مقیاس افسردگی بک- نسخه ی دوم^۱ و مقیاس درجه بندی شیدایی یانگ^۲ (YMRS)، مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مقیاس افسردگی بک- نسخه ی دوم (BDI-II) (بک و استیر، ۱۹۸۷)، شکل بازنگری شده ی پرسشنامه ی افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است و در مقایسه با فرم اولیه ی آن بیشتر با DSM-IV همخوان است. علاوه بر آن، ویرایش دوم این پرسشنامه تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه ی شناختی افسردگی پوشش می‌دهد. این پرسشنامه همانند ویرایش نخست آن از ۲۱ ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر ماده، یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان‌دهنده ی شدت علائم افسردگی در اوست، برمی‌گزیند. هر ماده، نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب، نمره ی کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. ویرایش دوم پرسشنامه ی افسردگی بک، نقطه ی برشی به عنوان عدم وجود افسردگی معرفی نمی‌کند. مطالعات روان سنجی انجام شده روی این پرسشنامه، نشان می‌دهد که این پرسشنامه از پایایی و اعتبار مطلوبی برخوردار است و به طور کلی این پرسشنامه جانشین مناسبی برای ویرایش نخست آن محسوب می‌شود (دوزوآ، دابسون و آهنبرگ، ۱۹۹۸ از ترقی جاه، ۲۰۰۶). بک، استیر و گارین ثابت درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار را ۰/۸۶ و گروه غیر بیمار را ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (پورشهباز، ۱۹۹۵ از ترقی جاه، ۲۰۰۶). پرسشنامه ی افسردگی بک در یک نمونه ی ۱۱۶ نفری مورد بررسی قرار گرفته و ضریب همبستگی نمرات هر بخش با نمره ی کل آزمون بین ۰/۲۳ تا ۰/۶۸ و ضریب همسانی درونی آن ۰/۸۵ بوده و پایایی

1. Beck Depression Inventory 2th ed.

2. Young Mania Rating Scale

آزمون از طریق دو نیمه کردن و با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن- براون، برابر ۰/۸۱ برآورد شده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای پس آزمون مقیاس افسردگی بک ۰/۷۶ بود.

مقیاس درجه بندی شیدایی یانگ (YMRS) (یانگ، بیگز، زیگلرو میر، ۱۹۸۷)، یک مقیاس ۱۱ ماده ای برای سنجش شدت شیدایی است و نمره گذاری آن بر پایه ی گزارش عینی بیمار از شرایط طبی اش در ۴۸ ساعت گذشته و مشاهدات عینی مصاحبه گر در حین مصاحبه است. تکمیل کردن این مقیاس، حدود ۳۰-۱۵ دقیقه به طول می انجامد و هر ماده در این مقیاس نمره ای بین ۴-۰ نمره می گیرد. البته به استثنای ۴ ماده ی (تحریک پذیری، گفتار، محتوای فکر و رفتار پرخاشگرانه) که ۲ برابر سایر ماده ها وزن دارد و نمره گذاری آنها نیز بین صفر تا هشت است. دلیل این وزن بیشتر این است که همکاری ضعیف در برخی موارد که بیماری شدید است، جبران شود و دامنه ی نمرات آن بین صفر تا ۶۰ است. در آزمایه های شیدایی، نمره ی ۲۰ یا بالاتر ملاک ورود محسوب می شود. همچنین، نمره ی ۱۲ و در برخی مطالعات نمره ی ۷ یا کمتر به عنوان آستانه ی نیمه شیدایی به کار برده شده است (ویتا، ۲۰۱۰).

در بررسی اعتبار و پایایی این پرسشنامه روی نمونه ی ایرانی، نشان داده شد که ضریب پایایی سوالات به شیوه ی آلفای کرونباخ، برابر ۰/۷۲؛ برای گروه بیمار ۰/۶۳؛ و برای گروه بهنجار و پایایی بین ارزیاب ها برابر ۰/۹۶ بود. همچنین، ضریب روایی تشخیصی نمرات کل و عضویت گروهی (همستگی کانونی) برابر با ۰/۹۲ بدست آمد و نتایج تحلیل روایی سوالات، نشان دهنده ی قدرت تشخیصی بالای همه سوالات در تفکیک گروه بهنجار از گروه بیمار بوده است. روایی همزمان مقیاس سنجش شیدایی یانگ نیز با پرسشنامه ی تشخیصی جامع بین المللی (متغیر ملاک) برابر با ۰/۸۷، برای ارزشیاب اول ۰/۸۹ و برای ارزشیاب دوم برابر با ۰/۸۴ محاسبه شد. در مجموع، با توجه به این نتایج می توان اذعان داشت که مقیاس سنجش شیدایی یانگ ابزاری پایا با روایی حساسیت و ویژگی های روانسنجی قابل قبول بوده و دارای قابلیت کاربرد در کارهای بالینی و پژوهشی است (برکتین، توکلی، مولوی، معروفی و صالحی، ۲۰۰۷). ضریب آلفای کرونباخ برای پس آزمون این مقیاس در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۳ بود.

در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. همچنین قبل از انجام این تحلیل، پیش فرض های انجام آن؛ یعنی همگنی واریانس ها، همگنی شیب های

رگرسیون و خطی بودن رابطه ی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته به کمک آزمون لون و نمودار، مورد بررسی قرار گرفت و داده ها با استفاده از بیستمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

شیوه ی اجرا

در این پژوهش آزمودنی های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن-آگاهی (ویلیامز، سگال، تیزدل، ۲۰۰۲) قرار گرفتند و در این مدت، گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد. برنامه ی مداخله، براساس جلسات در جدول ارائه شده است.

جدول ۱: برنامه ی مداخله ی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (ویلیامز، سگال، تیزدل، ۲۰۰۲)

موضوع	برنامه
جلسه اول مقابله با خودکار	خوردن کشمش ذهن آگاه (مراقبه ای است که در آن شرکت کنندگان چند دقیقه را صرف بررسی ویژگی های حسی-بینایی، بویایی، مزه و لمس یک دانه کشمش می کنند). تکلیف خانگی: انجام واریسی بدنی در طی ۶ روز.
جلسه دوم مقابله با مراجع	واریسی بدنی (یک مراقبه هدایت شده ۴۵ دقیقه ای است که در آن شرکت کنندگان با کمک تنفس، توجه خودشان را به حس های موجود در قسمت های مختلف بدن معطوف می کنند). تکلیف خانگی: انجام ذهن آگاه یک فعالیت عادی روزمره در هر روز (سستن، غذا خوردن، مسواک زدن و ...).
جلسه سوم مقابله با مراجع	تمرین افکار و احساسات (شرکت کنندگان یک سناریو مبهم مثل جواب سلام ندادن یک دوست در خیابان را تجسم می کنند. سپس واکنش هایشان را به یک چنین رخدادی و اینکه این چه تاثیری می تواند بر خلق داشته باشد را مورد بررسی قرار می دهند). تکلیف خانگی: ثبت وقایع خوشایند (از شرکت کنندگان خواسته می شود که به یک رخداد یا لحظه خوشایند توجه و افکار، احساسات و حس های بدنی مرتبط با آن را مشاهده نمایند).
جلسه سوم حضور ذهن یا تکلیف تنفس	مراقبه ی نشسته (یک مراقبه نشسته هدایت شده ۴۰-۳۰ دقیقه ای که در آن از شرکت کنندگان دعوت می شوند مدام به الگوی تنفس توجه کنند و به طور کنجکاوانه جایی که ذهنشان سرگردان شده را مشاهده نمایند و سپس به آرامی به تنفس برگردند. در انتهای این تمرین توجه به بدن گسترش می یابد). تکلیف خانگی: راه رفتن ذهن آگاه.
جلسه سوم حضور ذهن یا تکلیف تنفس	راه رفتن ذهن آگاه (از شرکت کنندگان خواسته می شود که به وضعیت قرار گرفتن پاها و حس های بدنی ناشی از حرکت توجه کنند). تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه ای سه بار در هر روز.
جلسه سوم حضور ذهن یا تکلیف تنفس	فضای تنفس ۳ دقیقه ای (یک تمرین ۳ دقیقه ای است که در آن شرکت کنندگان ابتدا از افکار، احساسات و حس های بدنی لحظه ای حالشان آگاه می شوند، سپس توجهشان را به تنفس معطوف می کنند و در نهایت توجه خود را به بدن به عنوان یک کل گسترش می دهند). تکلیف خانگی: ثبت وقایع ناخوشایند (از شرکت کنندگان خواسته می شود که به یک رخداد یا لحظه ی ناخوشایند توجه و افکار، احساسات و حس های بدنی مرتبط با آن را مشاهده نمایند).
جلسه چهارم ماندن در زمان حال	مراقبه ی دیدن/مراقبه شنیدن (یک تمرین مراقبه ای کوتاه است که در آن از شرکت کنندگان خواسته می شود تا توجهشان را به مناظر بینایی یا صداها متمرکز کنند و هر وقت که ذهنشان سرگردان شد به آرامی به این حس ها برگردند). تکلیف خانگی: مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی بدون جهت گیری خاص).
جلسه چهارم ماندن در زمان حال	مراقبه نشسته (ابتدا توجه به تنفس و سپس به بدن معطوف می شود. از شرکت کنندگان خواسته می شود که حس های بدنی شدیدشان را با نگرشی باز و کنجکاوانه کاوش کنند). تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه ای نه تنها سه بار در هر روز بلکه در هر زمانی که متوجه استرس یا هیجانان ناخوشایند می شوند.

<p>مراقبه نشسته (شرکت کنندگان ابتدا توجه را به تنفس، حس های بدنی، صداها و سپس به افکار معطوف می کنند. دعوت به اینکه به سرگردانی ذهن توجه کنند و اگر ذهن مکررا به سمت افکار، احساس یا حس بدنی خاصی بازگشت، کنجکاوی و گشوده درمورد آنها، جستجوی دشواری های که در طی مراقبه در بدنشان ایجاد می شود، آگاهی از تنش و دیگر حس های دشوار، استفاده از تنفس به عنوان وسیله ای برای نگر داشتن توجه با گشودگی. تکلیف خانگی: مراقبه ی نشسته ی هدایت شده</p>	<p>جلسه پنجم اجزای آموزش</p>
<p>مراقبه نشسته تجسم (افکار به عنوان تصاویر روی پرده ی سینما یا ابرهای گذرا در آسمان یا برگ های روی رودخانه. سپس از شرکت کنندگان خواسته می شود تا به قصد یک فکر دشوار را به ذهنشان بیاورند و نگرشی گشوده و غیرقضوتی در مورد آگاهی شان اتخاذ کنند. تکلیف خانگی: مراقبه های هدایت شده ی کوتاه تر حداقل به مدت ۴۰ دقیقه.</p>	<p>جلسه ششم افکار ضایع نیستند</p>
<p>سناریو های مبهم، به شرکت کنندگان یک سناریوی مبهم دیگر داده می شود و از آنها خواسته می شود تا واکنش های متفاوتشان را جستجو کنند. تکلیف خانگی: تنفس ۳ دقیقه ای سه بار در هر روز و هر زمانی که استرس یا هیجانات دشوار وجود داشته باشد.</p>	
<p>مراقبه ی نشسته (آگاهی از تنفس، حس های بدنی، صداها و سپس به افکار). تکلیف خانگی: تمرین خود-جهت دهی اشاره به ارتباط بین خلق و فعالیت (تهیه ی لیستی از فعالیت ها و تقسیم آن ها به فعالیت هایی که افزایش دهنده ی سطح انرژی و خلق هستند و آن هایی که خلق را پایین می آورند و انرژی بر هستند و استفاده از این دو دسته فعالیت بسته به مشاهده علامت پیش مرضی شیدایی یا افسردگی). تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه ای نه تنها سه بار در هر روز بلکه در هر زمانی که متوجه استرس یا هیجانات دشوار می شوند.</p>	<p>جلسه هفتم مراقبه از یاد برد</p>
<p>بحث در مورد نشانه های عود (شرکت کنندگان تشویق می شوند تا در مورد نشانه های عود دوره های شیدایی یا افسردگی خودشان و بعد از آن در مورد این که اگر این نشانه ها دیده شدند، چه پاسخی به آن ها بدهند، در گروه صحبت نمایند). تکلیف خانگی: برنامه ریزی در مورد عود (شرکت کنندگان برنامه پیشگیری از عود خودشان را تهیه می کنند که این شامل افرادی که می توانند به آن ها کمک یا از آن ها حمایت کنند نیز می شود).</p>	
<p>وارسی بدنی. تکلیف خانگی: تجارب و پاسخ به تمرین ها می تواند در طول زمان و در پرتو یادگیری های جدید تغییر کند انعکاس (شرکت کنندگان با یکدیگر در مورد قصد اولیه شان از شرکت در کلاس، آنچه که یاد گرفته اند و موانع احتمالی ادامه انجام تمرین به بحث و بررسی می پردازند). پسخوراند (گرفتن پسخوراند کتبی از شرکت کنندگان در مورد تجاربشان در کلاس). شی یادآورنده.</p>	<p>جلسه هشتم استفاده آموخته و</p>

یافته ها

در جدول ۲، مولفه های آماری تغییرات خلقی شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون و پس-آزمون ارایه شده است.

جدول ۲: مولفه های آماری نمرات افسردگی و شیدایی آزمودنی ها

گروه	MBCT		انتظار
	پیش آزمون	پس آزمون	
BDI-II	۲۰ (۵/۱)	۱۲/۴ (۳/۵)	۱۷/۱ (۳/۸)
YMRS	۴/۴ (۱/۴)	۴ (۰/۸)	۷/۱ (۴/۱)

نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس نمرات افسردگی و شیدایی در جدول ۳ ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می شود، در مورد نمرات افسردگی، شاخص $F(6/8)$ با درجه ی آزادی (۱) در سطح $P < 0/05$ معنادار است اما نمرات آزمودنی ها در مقیاس شیدایی، تفاوت معناداری با یکدیگر نشان نداد.

جدول ۳: خلاصه ی نتایج تحلیل کواریانس نمرات پیش آزمون

و پس آزمون آزمونی ها در افسردگی و شیدایی

متغیر	df	F	سطح معناداری	اندازه ی اثر
افسردگی	۱	۶/۸	۰/۰۲۳	۰/۳۶
شیدایی	۱	۴/۱	۰/۰۶۶	۰/۲۵

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت علائم افسردگی و شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود. یافته ها، بیانگر تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم افسردگی بیماران دوقطبی بود که این نتایج با نتایج پژوهش های ویلیامز و همکاران (۲۰۰۸) میکلوویتز و همکاران (۲۰۰۹) همسویی دارد. در تبیین این نتایج می توان گفت که به احتمال زیاد در افسردگی اساسی بیشتر علائم شناختی و در اختلال دوقطبی بیشتر علائم رفتاری و آتییک بارز است (قایمی و ال مالاخ، ۲۰۰۶) و همانطور که میکلوویتز و همکاران (۲۰۰۹) اعلام کردند، MBCT به بیماران، آگاهی لحظه به لحظه را آموزش می دهد و در نتیجه، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می توانند بهتر تغییرات خلقی، رفتاری و شناختی خود را به شیوه ای غیرقضاوتی و پذیرا مشاهده کنند. همچنین MBCT به افراد می آموزد که به شکل متفاوتی با افکار و احساسات ناخوشایند خود رابطه برقرار کنند به طوری که دیگر آن ها را جزیی از خود یا انعکاسی از واقعیت در نظر نگیرند و آن ها را سرکوب و یا از آن ها اجتناب نکنند بلکه آن ها را تنها به عنوان رخداد های روانی گذرا و جزیی از تجربه ی زمان حال خود بپذیرند. وقتی که فرد بتواند به شکل مناسبی از افکار و احساساتش فاصله بگیرد و درگیر آن ها نشود، در نتیجه برای عمل کردن طبق آن ها هیچ گونه احساس فشاری نمی کند. بدین طریق، فرد احساس آزادی بیشتری می کند؛ یعنی به جای اینکه احساس کند افکار و هیجانانش وی را کنترل می کند، حس می کند که خود اوست که می تواند به هر کدام از این افکار و هیجان های گذرا توجه کند یا نکند.

در این پژوهش، بر اساس داده‌های ارایه شده دیدیم که نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس شیدایی یانگ تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد و این نتایج، مطابق با یافته‌های پژوهش وبر و همکاران (۲۰۱۰) است که گزارش کردند بعد از اجرای MBCT روی گروهی از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، شدت علایم شیدایی آن‌ها نسبت به زمان پیش‌آزمون کاهش نیافت. همانطور که میکلوویتز و همکاران (۲۰۰۹) بیان کرده اند، این مساله از این حیث حایز اهمیت است که نشان می‌دهد بهبود در افسردگی، به طور الزام با شدت یافتن علایم شیدایی همراه نیست.

درواقع، اینکه چرا MBCT شدت علایم شیدایی را به لحاظ آماری کاهش نداد، می‌تواند از چندین جنبه ی مختلف مورد بررسی قرار گیرد. نخست آنکه شاید به درستی MBCT درمان مناسبی برای کاهش علایم شیدایی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نباشد، همچنین ممکن است برخی علایم مرتبط با خلق در شیدایی همچون خلق بالا، تحریک‌پذیری و یا افزایش انرژی بعد از اجرای MBCT از لحاظ کمی کاهش نیابد اما شاید کیفیت و نحوه ی پاسخ فرد به این علایم تغییر یافته باشد به طوری که به جای آنکه سعی کنند به طور واکنشی به این علایم پاسخ دهند یا سعی کنند به نحوی این علایم را سرکوب یا از آنها اجتناب کنند، آن‌ها را تنها مشاهده کنند و به گونه-ای ماهرانه به آن‌ها پاسخ دهند به طوری که از شدت یافتن آن‌ها جلوگیری شود؛ برای مثال همانطور که لام، جونز و های وارد (۲۰۱۰) می‌گویند، ممکن است فرد فعالیتی را انجام دهد که سطح انرژی را به جای افزایش، کاهش دهد. به نظر می‌رسد دلیل دیگر پیدایش تفاوت آشکار در علایم شیدایی مربوط به ابزار اندازه‌گیری یعنی مقیاس شیدایی یانگ باشد.

اگرچه این مقیاس، کاربرد پژوهشی بسیار زیادی دارد اما همانگونه که ویتا (۲۰۱۰) بیان می‌کند این مقیاس دارای مشکلاتی است که یکی از مهم‌ترین آنها حساسیت پایین در شکل‌های خفیف تر شیدایی است. این مساله از این جهت مهم است که تمام شرکت کنندگان این پژوهش در مرحله ی بهبود نسبی بودند، بدین معنا که هیچکدام علایم حاد شیدایی نداشتند و فقط علایم شیدایی خفیف و نیمه‌شیدایی را تجربه می‌کردند و بنابراین ممکن است مقیاس شیدایی یانگ، به خوبی کاهش در نشانه‌های نیمه شیدایی آن‌ها را در مرحله پس‌آزمون نشان ندهد باشد. عامل دیگری که احتمال می‌رود در معنادار نشدن تفاوت بین علایم شیدایی در پس‌آزمون دو گروه نقش داشته باشد، درمان دارویی است؛ به عبارت دیگر، از آنجا که علاوه بر گروه MBCT گروه گواه نیز

تحت درمان دارویی قرار داشت، بنابراین شاید افزایش نیافتن علایم شیدایی در گروه گواه به علت درمان دارویی نگهدارنده ی خوب بوده باشد.

References

- Barekattain, M., Tavakoli, M., Maulavi Hussain, marofi, M., & Salehi, M. (2007). Standardization, reliability and validity of the Young Mania Scale. *The Journal of Psychology*, XI (2), 199-150.
- Basco, M.R., & Rush, A.H. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. New York and Oxford: Guilford Press.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features*. London and New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Didonna, F. (2009). *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer Science and Business Media
- Delavar, Ali. (2006). *Theoretical and practical research in the humanities*. Tehran: Roshd pbl.
- Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. New York: Guilford Press.
- Ghaemi, N., & El-Mallakh, R. (2006). *Bipolar depression: a comprehensive guide*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L., & Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1635-1640.
- Lam, D. H. Jones. S. H. Hayward, P., & Bright, J. A. (1999). *Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice* (2nd ed.) John Wiley & Sons Ltd.
- Miklowitz, D. J. (2008). *Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach*. New York and London: The Guilford Press.
- Miklowitz, D. J., Alatiq, Y., Goodwin, G. M., Geddes, J. R., Fennell, M. J., & et al. (2009). A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(4), 373-384.
- Mirabel-Sarron, C., Siobud Dorocant, E., Sala, L., Bachelart, M., Guelfi, J.D., & Rouillon, F. (2010). Mindfulness based cognitive therapy (MBCT): A pilot study in bipolar patients. *Annales Medico-Psychologiques*, 167(9), 686-692.
- Russell, S. J., & Browne, J. S. (2005). Staying well with bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 32(2), 276-280.
- Sadok, B., Sadok, V. (2007). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Psychology*. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Taraghijah, S. (2006). *Effects of group counseling with cognitive - behavioral and spiritual approaches to depression in female students at Tehran University*. (PhD thesis), Faculty of Psychology and Education, Tarbiat Moallem University: Tehran (persan).
- Vieta, E. (2010). *Guide to Assessment Scales in Bipolar Disorder- Second Edition*. Britain: Current Medicine Group Ltd.
- Weber, B., Jermann, F., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Bondolfi, G., & Aubry, J. M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *European Psychiatry*, 25, 334-337.
- Williams, J., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M.J., & et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107 (1-3), 275-279.