



## The effective of mindfulness training (MBCT) on improving interpersonal relationships and reducing the impulsivity of bipolar II disorder

**Asghar Kamran, M.A**

Instructor of Psychology Department, Payame Noor University Iran.

**Sayed Reza MirMahdi, Ph.D**

Associate Professor, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Iran

**Majid Ghafari Nahjiri, B.A**

Bachelor of Psychology, Payame Noor University Iran.

## اثربخشی ذهن آگاهی (MBCT) بر بهبود روابط بین فردی و کاهش تکانش پذیری اختلال دوقطبی II

اصغر کامران\*

مریی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران

سیدرضا میرمهدی

دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران

مجید غفاری نهجیری

کارشناس روانشناسی دانشگاه پیام نور، ایران.

### چکیده

باتوجه به اینکه اختلال دوقطبی یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی است، این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر بهبود نشانگان اختلال دوقطبی دارای سابقه رفتارهای تکانشی انجام شد. روش مورد استفاده در این پژوهش از نوع آزمایشی و طرح پیش آزمون- پس آزمون است. جامعه آماری در این پژوهش، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بخش روانپزشکی بیمارستان فارابی اصفهان در سال ۹۹ بودند که بر اساس تشخیص روانپزشک دارای این اختلال تشخیص داده شده اند که از میان آن ها ۲۲ نفر با تشخیص اختلال دوقطبی و با توجه به داوطلب بودن و تطبیق با معیارهای پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل و در هر گروه ۱۱ نفر جای گرفتند. داده ها از طریق مقیاس تکانشگری بارات (Barratt, 2004)، هوش هیجانی بار-آن (Bar-on, 1980)، جمع آوری شد. تحلیل داده ها به روش آماری تحلیل کواریانس و با نرم افزار SPSS25 تحلیل گردید. نتایج نشان داد که مداخله به عمل آمده، تغییرات معنادار و قابل توجهی در بهبود روابط بین فردی و اعمال تکانشی اختلال دوقطبی ایجاد کرده است ( $p=0/001$ ). مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود روابط بین فردی و کاهش رفتارهای تکانشی مؤثر بود. **واژگان کلیدی:** اختلال دوقطبی II، بهبود روابط بین فردی، تکانش پذیری، ذهن آگاهی.

### Abstract

Due to the fact that bipolar disorder is one of the most common psychiatric disorders, this study was conducted to investigate the effectiveness of mindfulness on improving bipolar disorder syndrome with a history of impulsive behaviors. The method used in this research is experimental and pre-test-post-test design. The statistical population in this study was patients with bipolar disorder in the psychiatric ward of Farabi Hospital in Isafahn in 2019. Based on the diagnosis of a psychiatrist, they were diagnosed with this disorder. And were randomly assigned to experimental and control groups and 11 people were placed in each group. Data were collected through the Barratt Impulsivity Scale (Barratt, 2004), Bar-on Emotional Intelligence (Bar-on, 1980). Data analysis was analyzed by analysis of covariance and SPSS25 software. The results showed that the intervention made significant changes in improving interpersonal relationships and impulsive actions of bipolar disorder ( $p=0.001$ ). Mindfulness-based therapeutic interventions were effective in improving interpersonal relationships and reducing impulsive behaviors.

**Keywords:** bipolar disorder II, mindfulness, improvement of Interpersonal relationships, impulsivity

## مقدمه

بسیار است. تقریباً یک سوم افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II از سابقه اقدام به خودکشی در طول عمر خود خبر می‌دهند. به نظر می‌رسد میزان شیوع اقدام به خودکشی در طول عمر، در اختلال دوقطبی نوع II و نوع I مشابه باشد (به ترتیب ۳۲/۴ و ۳۶/۳ درصد). مهلک بودن این اقدامات که به صورت نسبت پایین‌تر اقدامات خودکشی به خودکشی‌های به انجام رسیده تعیین شده است، امکان دارد در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I، بیشتر باشد (Hadi, 2012).

گرچه شماری از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II بین دوره‌های خلقی به سطح کامل عملکرد برمی‌گردند؛ اما حداقل ۱۵ درصد همچنان کژکاری میان‌دوره‌ای دارند و ۲۰ درصد مستقیماً به دوره خلقی دیگر، بدون بهبود میان‌دوره‌ای، منتقل می‌شوند. بهبود کارکردی به طور قابل ملاحظه‌ای از بهبود نشانه‌های اختلال دوقطبی نوع II عقب می‌ماند، مخصوصاً در رابطه با بهبود شغلی که با وجود سطح برابر تحصیلات با کل جمعیت، به جایگاه اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر می‌انجامد و اختلال شناختی آن‌ها شبیه افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I است. اختلالات شناختی مرتبط با اختلالات دوقطبی نوع II در مشکلات شغلی دخالت دارند. بیکاری طولانی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی با دوره‌های بیشتر افسردگی، سن بالاتر، میزان بیشتر اختلال وحشت‌زدگی کنونی و سابقه اختلال مصرف الکل در طول عمر، ارتباط دارد.

ناپایداری خلق و تکانشگری در اختلال دوقطبی نوع II شایعند. افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II معمولاً در طول دوره افسردگی اساسی به متخصص بالینی مراجعه می‌کنند و بعید است که در آغاز از هیپومانی شاکی باشند. معمولاً دوره‌های هیپومانی به خودی خود موجب اختلال نمی‌شوند بلکه این اختلال از دوره‌های افسردگی اساسی یا از الگوی مداوم تغییرات و نوسانات خلقی غیرقابل پیش‌بینی و عملکرد میان‌فردی یا شغلی نامطمئن ناشی می‌شود. افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II ممکن است دوره‌های هیپومانی را به صورت بیمارگونه یا زیان‌آور در نظر بگیرند، هرچند دیگران ممکن است از رفتار دمدمی فرد ناراحت شوند. اطلاعات

در اختلالات دوقطبی، خلق (Mood) فرد به طور مستمر و غیر عادی خیلی خوب است یا بدون تناسب و بیجا، از حالت خیلی خوب به حالت خیلی بد و افسرده تغییر می‌کند. اختلالات دوقطبی قبلاً بیماری مانیک - دپرسیو یا به طور ساده، (Manic - Depression) نامیده می‌شدند. برای دیاگنوز اختلالات دوقطبی باید سه تعریف را در نظر گرفت: اپیزود افسردگی عمده، اپیزود مانیک و اپیزود هیپومانیک. (Kaplan & Sadok, 2015). ویژگی مشترک اختلال دوقطبی نوع دوم تکانشگری است که می‌تواند در اقدامات خودکشی و اختلالات مصرف مواد دخالت داشته باشد. گرچه اختلال دوقطبی نوع II می‌تواند در اواخر نوجوانی و در طول بزرگسالی شروع شود، اما سن متوسط شروع آن، اواسط ۲۰ تا ۳۰ سالگی است که قدری دیرتر از اختلال دوقطبی نوع I ولی زودتر از اختلال افسردگی اساسی است. این بیماری اغلب با دوره افسردگی شروع می‌شود و تا زمانی که دوره هیپومانی روی ندهد، به عنوان اختلال دوقطبی نوع II مشخص نمی‌شود که این موضوع تقریباً در ۱۲ درصد افرادی که تشخیص اولیه اختلال افسردگی اساسی دارند، اتفاق می‌افتد. تعداد دوره‌ها در طول عمر (هم دوره‌های هیپومانی و هم افسردگی اساسی) در اختلال دوقطبی نوع II بیشتر از اختلال افسردگی یا اختلال دوقطبی نوع I است (Arabvarnousfaderani & et al, 2017).

تقریباً ۵ تا ۱۵ درصد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II، ظرف ۱۲ ماه قبل، دوره‌های خلقی (هیپومانی یا افسردگی اساسی) متعدد (چهار دوره یا بیشتر) دارند. اگر این الگو وجود داشته باشد، با شاخص «همراه با تناوب سریع» به آن اشاره می‌شود. بنا بر تعریف، نشانه‌های روان‌پریشی در دوره‌های هیپومانی روی نمی‌دهند و به نظر می‌رسد که دوره‌های افسردگی اساسی اختلال دوقطبی نوع II کمتر از دوره‌های اختلال دوقطبی نوع I متداول باشند (Kaplan & Sadok, 2015).

در مورد تفاوت‌های جنسیتی دوقطبی شواهد کمی وجود دارد یا اصلاً وجود ندارد، در حالی که برخی از نمونه‌های بالینی حکایت دارند که اختلال دوقطبی نوع II در زنان شایع‌تر از مردان و خطر خودکشی در اختلال دوقطبی نوع II

اجتماعی یا شغلی را به طور محسوسی مختل کند یا به بستری شدن نیاز داشته باشد (2019, Crane & et al).

درمان ذهن آگاهی، از درمان‌های شناختی- رفتاری مشتق شده و از مؤلفه‌های مهم موج سوم مدل‌های درمانی روانشناختی به شمار می‌رود (McCarney & et al, 2012). ذهن آگاهی از زمان‌های گذشته و به عنوان قسمتی از مراقبه‌های بودایی (Buddhist meditations) بوده است. ذهن آگاهی به عنوان یک فرآیند داشتن توجه بدون قضاوت به رویدادهای درونی و بیرونی است که در لحظه به وجود می‌آیند. رویدادهای درونی شامل افکار، هیجان‌ها، ادراکات و حس‌های بدنی و رویدادهای بیرونی شامل تجارب محیطی، موقعیتی و بین فردی است. ذهن آگاهی یعنی آگاهی لحظه به لحظه از تجربه به دست آمده از توجه هدفمند، همراه با پذیرش بدون داوری تجربه‌های موجود (kabat-zinn, 2002). در حقیقت ذهن آگاهی، هشیاری غیر قضاوتی، غیر قابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد؛ علاوه بر آن این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود (2014, Jahanian & et al).

با توجه به اینکه ذهن آگاهی فنی است که در ترکیب با مراقبه و جهت‌گیری‌های ذهنی خاص نسبت به یک تجربه و آگاه شدن نسبت به زمان حال، به نحوی غیر قضاوتی، به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می‌کند (Potek, 2012). ذهن آگاهی حالتی تغییر یافته از هوشیاری نیست؛ بلکه حالتی از خودمشاهده‌گری، بدون ارزیابی و توجه به واقعیت حال حاضر است (2003, Kabat-Zinn).

امروزه مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی برای طیف وسیعی از اختلالات جسمی و روانی به کار گرفته می‌شوند. نتایج به دست آمده حکایت از تأثیر بسزای روش درمانی ذهن آگاهی، در درمان اختلالات خلقی و اضطرابی، دردهای مزمن (kabat-zinn, 2002)، اختلال استرس پس از ضربه (disorder post traumatic stress) (Smith & et al, 2011)، کاهش تکانشگری (Mackillop & Murphy, 2006)، رفتارهای اعتیادی (Garland, Schwarz, Kelly, Whitt, 2012) Howard، افسردگی، اضطراب و بهبود کیفیت زندگی

بالینی از سایر منابع خبر مانند دوستان نزدیک یا خویشاوندان، اغلب برای محقق کردن تشخیص اختلال دوقطبی نوع دو (II) مفید است.

دوره هیپومانی نباید با چند روز سرحالی و برگشت انرژی یا فعالیت که بعد از بهبود دوره افسردگی اساسی روی می‌دهند، اشتباه گرفته شود. با وجود تفاوت قابل ملاحظه در مدت و شدت بین دوره مانی و هیپومانی، اختلال دوقطبی نوع II شکل خفیف‌تر اختلال دوقطبی نوع I نیست. افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال نوع I بیماری مزمن‌تری دارند و به طور متوسط، زمان بیشتری را در مرحله افسردگی بیماری خود سپری می‌کنند که می‌تواند شدید و یا ناتوان کننده باشد. نشانه‌های افسردگی که با دوره هیپومانی روی می‌دهند یا نشانه‌های هیپومانی که با دوره افسردگی روی می‌دهند، در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II شایع است و در زنان بیشتر روی می‌دهد، مخصوصاً هیپومانی همراه با ویژگی‌های مختلط. افرادی که دچار هیپومانی همراه با ویژگی‌های مختلط می‌شوند ممکن است نشانه‌های خود را به صورت هیپومانی قلمداد نکنند بلکه در عوض، آن‌ها را به صورت افسردگی همراه با افزایش انرژی یا تحریک‌پذیری تجربه کنند.

علائم تکانشی و مشکلات در روابط بین فردی بیماران دوقطبی نوع II شامل دوره متمایز خلق که به طور نابهنجار و مداوم بالا، گشاده یا تحریک‌پذیر است و افزایش نابهنجار و مداوم فعالیت یا انرژی که حداقل ۴ روز پیاپی ادامه می‌یابد و در بخش عمده‌ای از روز، تقریباً هر روز، وجود دارد، عزت نفس کاذب یا بزرگ‌منشی، کاهش نیاز به خواب، پرحرف‌تر از معمول یا تحت فشار برای ادامه دادن صحبت، پرش افکار یا تجربه ذهنی که افکار شتاب دارند، حواس‌پرتی یعنی توجه خیلی راحت به محرک‌های بیرونی بی اهمیت یا نامربوط جلب می‌شود، افزایش فعالیت هدفمند خواه اجتماعی، در محل کار یا مدرسه، یا جنسی یا سراسیمگی روانی- حرکتی، مشغولیت بیش از حد در فعالیت‌هایی که توان زیادی برای پیامدهای ناراحت‌کننده دارند (مثل پرداختن به ولخرجی مهارنشده در خرید، بی احتیاطی‌های جنسی، یا سرمایه‌گذاری احمقانه)، این اختلال به قدر کافی شدید نیست که عملکرد

دیگری را دریافت می‌کردند. درمان در قالب ۸ جلسه در اتاق مخصوص انجام جلسات درمانی در بیمارستان برگزار گردید و شرکت‌کنندگان گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند ولی گروه کنترل هیچ آموزش مستقیمی دریافت نکردند.

### روش اجرا و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش افراد در هشت جلسه به مدت ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه، ذهن‌آگاهی گروهی را آموزش دیدند. عناوین جلسات بر اساس پروتکل آموزش ذهن‌آگاهی توسط کابات زین (۱۹۹۵) طراحی و مورد استفاده قرار گرفت. محتوای جلسات بدین شرح است:

**جلسه اول:** معارفه و آشنایی با اعضای گروه، تعیین خط مشی گروه، توضیح پیرامون علائم آسیب شناختی روانی در بیماران دارای اختلال دوقطبی، بحث در مورد هدایت خودکار و اهمیت زندگی در زمان حال، تمرین خوردن کشمش، تمرین مرور بدن. **جلسه دوم:** چالش با موانع، تمرین افکار و احساسات، تمرین مرور بدن، تمرین تنفس ذهن‌آگاهانه. **جلسه سوم:** مراقبه نشسته ذهن‌آگاهانه، تمرین دیدن و شنیدن ذهن‌آگاهانه، ترکیب تمرین واریسی بدن و تنفس ذهن‌آگاهانه. **جلسه چهارم:** تمرین دیدن و شنیدن ذهن‌آگاهانه، تمرین مراقبه با آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، تمرین ماندن در زمان حال. **جلسه پنجم:** توضیح مفهوم پذیرش، ترکیب تمرین تنفس ذهن‌آگاهانه با پذیرش نسبت به افکار و تجارب ناخوشایند. **جلسه ششم:** توضیح مفهوم ناهمجوشی افکار، مراقبه نشسته ذهن‌آگاهانه (آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار). **جلسه هفتم:** تمرین انجام فعالیت‌های روزمره به صورت ذهن‌آگاهانه. **جلسه هشتم:** مرور تمرین‌های انجام شده و به کارگیری آنها در آینده در زندگی.

### یافته‌ها

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. بدین منظور ابتدا همبستگی بین متغیرهای سن، جنس، مدت بیماری با متغیرهای وابسته پژوهش بررسی گردید تا در صورت وجود همبستگی این متغیرها کنترل گردد.

(Heeringen, Godfrin, 2012)، استرس و آشفتگی روانی دارد. از سوی دیگر، در ذهن‌آگاهی تأکید بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی است (Burg, Michalak, Heidenreich, 2012).

از آنجا که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) سازه‌ای نوپا در روان‌شناسی است و به دلیل تأثیرگذار بودن این درمان بر روی اختلالات خلقی همچنین تأثیر مؤلفه‌های این درمان بر روی نشانگان اختلال‌های خلقی (Gilbert & Andrews, 1998). ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر را برای بررسی کارایی این مداخله برای برداشتن گام‌های بلند در درمان این بیماری به ذهن متبادر می‌کند. در این پژوهش سعی شد تا اثربخشی این درمان بر بهبود روابط بین فردی و کاهش رفتارهای تکانشی در اختلال دوقطبی، به صورت مطالعه موردی بر روی ده بیمار و در مدت هشت جلسه، مورد بررسی قرار گیرد؛ بنابراین با توجه به علائم تکانشی ذکر شده و روابط بین فردی مختل بیماران دوقطبی نوع II تحقیقی با موضوع اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش علائم تکانشی و بهبود روابط بین فردی لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

**فرضیه اول:** آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) موجب بهبود روابط بین فردی در بیماران اختلال دوقطبی می‌شود.

**فرضیه دوم:** آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) موجب کاهش تکانش‌پذیری در بیماران اختلال دوقطبی می‌شود.

### روش

**روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه:** این پژوهش با طرح آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون انجام گرفت. شرکت‌کنندگان، از بین مراجعان به بخش روانپزشکی بیمارستان فارابی اصفهان، ۲۲ نفر با تشخیص اختلال دوقطبی و با توجه به داوطلب بودن و تطبیق با معیارهای لازم در پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۱ نفر) و کنترل (۱۱ نفر) جای گرفتند. علاوه بر این آزمودنی‌ها نباید حین انجام درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان

جدول (۱): ضریب همبستگی بین متغیرهای تکانشگری و روابط بین فردی با جنس، سن و مدت ابتلا به بیماری

متغیر	جنس	سن	مدت بیماری
تکانشگری (بارت)	۰/۰۳	۰/۵۳**	۰/۰۸
تکانشگری (بار_ان)	۰/۱۳	۰/۴۶*	۰/۲۸
روابط بین فردی	۰/۱۴	۰/۲۶	-۰/۱۰

\*\*P<۰/۰۱      \*P<۰/۰۵

وابسته در گروه‌ها با آزمون لوین بررسی گردید. نتایج این آزمون‌ها در جدول (۲) گزارش شده است.

چنانچه در جدول (۲) گزارش شده است نتایج این آزمون‌ها نشان‌دهنده برقراری مفروضه‌های آزمون‌هاست؛ بنابراین در ادامه به تحلیل فرضیه‌های پژوهش پرداخته شد.

چنانچه ملاحظه شد متغیر تکانشگری که با دو مقیاس بارات و بار\_ان اندازه‌گیری شده است با سن دارای رابطه مثبت و معنادار است؛ بنابراین در تحلیل کوواریانس اثر سن بر متغیر وابسته کووریت گردید. در ادامه مفروضه‌های تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه با آزمون کولموگروف اسمیرنف و مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای

جدول (۲): نتایج بررسی مفروضه‌های آماری آزمون‌های تحلیل کوواریانس یک‌راهه

متغیر	آماره Z کولموگروف اسمیرنف		آماره F لوین	
	آزمایش	کنترل	F	معناداری
تکانشگری بارات	۰/۱۸	۰/۱۵	۰/۲۳	۰/۶۳
تکانشگری بار_ان	۰/۱۰	۰/۱۴	۳/۰۱	۰/۰۹
روابط بین فردی	۰/۱۵	۰/۱۸	۲/۳۵	۰/۱۴

جدول (۳): نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر ذهن آگاهی بر متغیرهای وابسته پس از کنترل اثر متغیرهای پیش‌آزمون و سن

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		ANCOVA	
			SD	M	SD	M	معناداری	Eta <sup>2</sup>
تکانشگری	آزمایش	۱۱	۶/۶۰	۴۷/۶۳	۱۲/۸۸	۸۵/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	کنترل	۱۱	۸/۳۲	۸۱/۷۲	۸/۲۵	۸۳/۴۵		
تکانشگری بار_ان	آزمایش	۱۱	۲/۳۵	۱۱/۷۲	۳/۷۹	۲۱/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	کنترل	۱۱	۳/۶۰	۲۰/۱۸	۳/۰۹	۱۹/۸۱		
روابط بین فردی	آزمایش	۱۱	۲/۰۱	۲۱/۴۵	۴/۳۲	۱۲/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	کنترل	۱۱	۲/۵۷	۱۳/۸۱	۲/۵۶	۱۴/۳۶		

کنندگان نشان داد میانگین متغیر تکانشگری (بارات و بار\_ان) بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون تفاوت

چنانچه در جدول (۳) گزارش شده است نتایج تحلیل کوواریانس پس از کنترل اثر پیش‌آزمون و سن شرکت

معناداری وجود دارد ( $p=0/001$ ) و با توجه به میانگین‌ها مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور معناداری باعث کاهش تکانشگری شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس پس از کنترل اثر پیش‌آزمون و سن شرکت‌کنندگان نشان داد میانگین متغیر روابط بین فردی بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p=0/001$ ) و با توجه به میانگین‌ها مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور معناداری باعث بهبود روابط بین فردی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است؛ فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی ذهن‌آگاهی (MBCT) بر بهبود روابط بین فردی تأیید گردید و فرضیه دوم تحقیق مبنی بر اثربخشی ذهن‌آگاهی (MBCT) بر کاهش تکانش‌پذیری اختلال دوقطبی II نیز تأیید گردید.

## بحث

در این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود روابط بین فردی و کاهش تکانش‌پذیری اختلال دوقطبی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی بهبود روابط بین فردی و کاهش تکانش‌پذیری نشانگان اختلال دوقطبی مؤثر بود. در این پژوهش دو فرضیه مطرح شده است که به تفکیک بررسی شد. آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب بهبود روابط بین فردی در بیماران اختلال دوقطبی می‌شود، نتایج به دست آمده از آزمون بار-ان نشان می‌دهد که روابط بین فردی این بیماران بهبود یافته است و نتایج دال بر تأیید این فرضیه است. لری و همکاران (۲۰۰۷) در چند مطالعه آزمایشی در ارتباط با ذهن‌آگاهی به خود نشان دادند که ذهن‌آگاهی یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده شامل شکست، طرد، خجالت و دیگر حوادث منفی است؛ بنا بر نتایج قبلی، مطالعات نشان می‌دهند که آموزش ذهن‌آگاهی در افراد به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند (Neff, 2009, McGehee) و به وسیله این احساس بر ترس از طرد

غلبه نمایند. یکی از یافته‌های این پژوهش، اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش تکانشگری بیماران دوقطبی است که با نتایج تحقیقات زارع و همکاران (Zare et al, 2016) همخوانی دارد. نتایج تحقیقات این پژوهشگران نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی می‌تواند بر کاهش تکانشگری مؤثر باشد. برای تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت تمرکز اصلی در درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تخصیص کامل توجه به هدف به صورت لحظه‌به‌لحظه است. تکانشگری دقیقاً نقطه مقابل این وضعیت است. تکانشگری زمانی رخ می‌دهد که فرد نسبت به اهداف و آنچه که به صورت غیرقابل پیش‌بینی رخ می‌دهد توجه و هوشیاری در لحظه ندارد. عملکرد ذهن آگاهانه به واسطه ایجاد بینش و آگاهی در لحظه برای فرد، موجب ارتقای خودآگاهی هیجانی شده و تأثیر مثبتی بر افزایش مهارت خودتنظیمی و تنظیم هیجانی دارد (Roemer, Williston & Rollins, 2015). در تکانشگری نیز با ضعف و ناتوانی در تنظیم هیجانی روبه‌رویم؛ بنابراین می‌توانیم این بهبود را ناشی از تأثیر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان بدانیم. تکانشگری اغلب با عنوان بی‌صبری و فقدان اندیشه نسبت به پیامدهای یک عمل شناخته می‌شود، این درحالی است که همان‌طور که متذکر شدیم رویکرد و ماهیت اصلی در درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فراگیری توجه هشیارانه و به نوعی آموزش صبوری و تکنیک‌های مبتنی بر کنترل هشیار افکار و رفتار به افراد است. همچنین استفاده از تکنیک‌های توجه، تمرکز مجدد و ارزیابی، باعث می‌شود که فرد با نگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادها پردازد و به جوانب و پیامدهای درازمدت آن توجه کند؛ بنابراین، این درمان می‌تواند برای کنترل رفتارهای تکانشی و لجام‌گسیخته در این بیماران، مفید واقع شود. علاوه بر موارد بالا، پژوهش‌ها (Williams & Thayer, 2009) نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی بر عملکرد قشر پیش‌پیشانی مغز تأثیر می‌گذارد. این ناحیه از مغز در جلوگیری از تکانشگری و رفتارهای سازش‌نیافته مرتبط با آن درگیر است؛ بنابراین کاهش تکانشگری در افراد دوقطبی را می‌توان حاصل تقویت عملکرد قشر پیش‌پیشانی آن‌ها در پی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی دانست. از دیگر یافته‌های

ذهن آگاهی، با تسریع در فعالیت قشر پیش پیشانی که خاستگاه عملکردهای اجرایی از جمله خودبازداری می باشد، همراه است (Williams & Thayer, 2009)؛ بنابراین وضعیت روابط بین فردی در این بیماران پس از این آموزش ها و فراگیری فنون مرتبط با آن بهبود پیدا می کند.

از محدودیت های این پژوهش حجم نمونه بود و این مسأله تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می کند؛ بنابراین پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی پژوهشی با همین موضوع با حجم نمونه بیشتر انجام شود. از دیگر محدودیت های این پژوهش زمان کم برای اجرای پژوهش و انتخاب نوع بیماران که فقط محدود به بیماران دوقطبی II بود؛ پس پیشنهاد می شود تحقیقی با موضوع اثربخشی ذهن آگاهی بر بهبود روابط بین فردی و کاهش تکانش پذیری بیماران دوقطبی نوع I انجام شود و نتایج آن با نتایج این تحقیق مقایسه شود. یکی دیگر از محدودیت های این تحقیق انتخاب دو مؤلفه از نشانگان بالینی دوقطبی II بود (تکانش پذیری و روابط بین فردی)؛ بنابراین پیشنهاد می شود و در تحقیقات آتی پژوهشگران اثربخشی ذهن آگاهی به روش MBCT را بر کاهش علائم سایر نشانه های بالینی بیماران دوقطبی نوع I و II را انجام دهند. اصول پایه در درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به این موضوع اشاره می کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می شود با آموزش ذهن آگاهی که باعث افزایش انعطاف پذیری عاطفی می شوند می توان سیستم تهدید را خنثی کرد (این سیستم مربوط به احساساتی مانند ناامنی، دفاع و تحریک اتوماتیک است) و سیستم مراقبت را فعال کرد (این سیستم مربوط به احساساتی مانند امنیت، دل بستگی و سیستم مخدر اکسی توسین است). در کنترل و کاهش خشم و تکانشگری شرکت کنندگان در درمان تلاش شد با آگاه ساختن افراد از این سیستم، تکانشگری آن ها را به میزان قابل توجهی کاهش داد. همچنین با انجام تمرینات مربوط به ذهن آگاهی و تنفس و همچنین آموزش این تمرینات، قدرت کنترل خشم شرکت کنندگان بسیار بالا رفت. از آنجا که

این پژوهش، اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود روابط بین فردی بیماران دوقطبی است که با نتایج پژوهش های ویلیامز و تایر (Williams & Thayer, 2009) و قربانی و خلیلیان (Ghorbani & Khalilian, 2016) همسوست. در تبیین این همسویی می توان گفت در درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، تمرکز اصلی بر فراگیری تکنیک های توجه هوشیار و زیستن در لحظه است. واضح است که افراد، هرچه بیشتر با این تکنیک آشنا شده و آن را در زندگی روزمره خویش به کار گیرند از توانایی بالاتری در بهبود روابط بین فردی برخوردار خواهند بود، زیرا یکی از عوامل زیربنایی در از دست دادن کنترل و بازداری فردی، عدم توجه هوشیارانه نسبت به وقایعی است که پیرامون افراد رخ می دهد. بیماران دوقطبی به دلیل نوسانات توانگاه خلقی، با ضعف عمده در روابط بین فردی به ویژه در موقعیت های حساس روبه رویند که بازنمایی آن در رفتارهای سازش نایافته هیجانی و اجتماعی دیده می شود؛ از این رو، این رویکرد درمانی به عنوان یک درمان فرعی و مکمل می تواند تأثیر بسزایی در بهبود روابط بین فردی در افراد دارای نشانه های اختلال دوقطبی ایفا نماید. برقراری ارتباط با احساسات و دوستی با احساسات ناخوشایند، شناسایی عواطف و احساسات و همچنین نحوه برقراری صحیح ارتباط با آن ها، با تأثیری که بر مهارت تنظیم هیجانی اعمال می کند می تواند در بهبود روابط بین فردی به عنوان یکی از راهبردی ترین زیرمجموعه های خودکنترلی و تنظیم هیجانی صحیح مؤثر باشد.

همچنین تکنیک توجه آگاهانه به شنیدن و فکرکردن برای فرو نشاندن خشم به عنوان یکی از مؤلفه های روابط بین فردی مفید به نظر می رسد؛ در نتیجه انجام این تکنیک فرد با مشاهده افکار و احساسات، واقعیت های درونی و بیرونی را بدون قضاوت و تحریف درک می کند و در این راستا با افزایش توانایی مواجهه با طیف وسیعی از تجربیات خوشایند و ناخوشایند، به سطح بالایی از تحمل فردی دست پیدا می کند. علاوه بر موارد بالا، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر چندین کارکرد عمده شناختی و فیزیولوژیک درگیر در بازداری و کنترل بازدارنده مؤثر واقع می شود. تمرین های

- Applications. *Journal of affective disorders*, 145(3), 386-393.
- Crane L., Davidson I., Prosser R., & Pellicano E. (2019). Understanding psychiatrists' knowledge, attitudes and experiences in identifying and supporting their patients on the autism spectrum: online survey
- Ekhtiari H., Safaei H., Esmaeeli D., Javif G., Atefvagid M. K., Edalati H. & Mokri A. (2008). Reliability and validity of Persian version of Eysenck, Barratt, Dickman & Zuckman questionnaires in assessing risky and impulsive behaviors. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 14(3), 326-336. [Persian].
- Fathi Ashtiani A, Dastani M (2009). Psychological tests: Assessment of personality and mental health Tehran: Besat Publications. [Persian].
- Garland E L, Schwarz N M, Kelly A, Whitt A, Howard M. (2012). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for Alcohol Dependence: Therapeutic Mechanisms and Intervention Acceptability. *J Soc Work Pract Addict*. 12(3): 242-263.
- Ghorbani M, Khalilian R. (2016). Effects of Mindfulness Training on Working Memory and Behavioral Inhibition fo rAdults with Attention Deficit /Hyperactivity. *Adv Cogn Sci* 2016;18(3): 90-100. [Persian].
- Gilbert P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert P. (2010). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. New Harbinger Publications.
- Gilbert P, & Andrews B. (Eds.). (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. Oxford University Press on Demand.
- Gilbert P & Procter S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Godfrin K A, Heeringen C V. (2012). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther*. 48(8):738-46.
- ذهن‌آگاهی نیازمند آگاهی هشیار از هیجان‌های خود است (Bennett-Goleman, 2002)، دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود بلکه فرد با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی به آن‌ها نزدیک می‌شود؛ بنابراین هیجان‌های منفی به حالت احساسی مثبت‌تری تبدیل می‌شوند. در انجام این درمان سعی شد تا با آموزش ذهن‌آگاهی و توانایی‌هایی چون پذیرش احساسات منفی و جایگزین نکردن احساسات مثبت در افراد، خوش‌بینی و ابتکارات فردی، به شرکت‌کنندگان در درمان از بیش حساسیتی آن‌ها به‌خصوص در روابط بین فردی آن‌ها کاسته شود. با کمک به آن‌ها برای تغییر تفاسیر آن‌ها از توانایی‌های خود در ارتباط با دیگران و شناخت بیشتر خود و روابطی که با آن مواجه خواهند شد، سعی شد تا درک درست‌تری از روابط بین فردی به آن‌ها داد. همچنین می‌توان گفت که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند با ایجاد برخی ویژگی‌های مثبت چون ادراک معقول خود، صبر و بردباری و تعادل هیجانی در طول تجربه‌های دشوار و همچنین یادآوری این نکته به شخص که ناملایمات و بدبیباری‌ها برای همگان اتفاق می‌افتاد از اثرات منفی آن‌ها پیش‌گیری نموده، به عنوان یک سپر دفاعی در برابر افسردگی و خشم قرار بگیرد (Gilbert, 2006).

## منابع

- Akhavan Salmasi A, Aghayi H. (2017). The effectiveness of mindfulness training on depression in male patients with bipolar disorder in Parsa Chronic Psychiatric Rehabilitation Center in Mashhad University of Guilan. 24 (4): 215-220. [Persian].
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Arabvarnousfaderani, M., fatehizade M., bahrami F., jazayeri R.S., ebrahimi A. (2017). The effects of men's bipolar mood disorder type ii on marital relationships from the spouse's perspective: a qualitative study. *Journal of family research*. volume 13 , number 51 ; pp 375-388. [Persian].
- Atkinson R L, Atkinson R C, Smith E E, Bem D J, & Nolen-Hoeksema S. (2000). *Hilgard's Introduction to Psychology. History, Theory, Research, and*



- Golpour chamarkohi R, Mohammadamini Z. (2012). The efficacy of mindfulness based stress reduction on mindfulness and assertiveness of students with test anxiety. *Journal of school psychology*. 1 (3): 83-100. [Persian].
- Golpour R, Soleimani A (2016). *Psychology of mindfulness (from theory to practice)*. Publisher: Urmia University. [Persian].
- Hadi N. (2012). Comparison of health related quality of life between bipolar patients and healthy people. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. Volume 14, Issue 53. pp 54-63. [Persian].
- Hamid Kazemi z, Mohagheghian M. (2019). Efficacy of mindfulness based on cognitive therapy on impulsivity and self- inhibition in patients with bipolar disorder under medical treatment. 27 (7): 1701-1713. [Persian].
- Hanssen I, Van Dord M I, F, Compen F R, Geurts D E M, Schellekens M P J, Speckens A E M. (2019). Journal Article published in *International Journal of Bipolar Disorders* volume 7 issue 1. Exploring the clinical outcome of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for bipolar and unipolar depressive patients in routine clinical practice: a pilot study.
- Hasani Ardekani H, Javidi H, Mehryar A H, Hoseni E. (2018). Journal Article published in *Bipolar Disorder: Open Access* volume 04 issue 02. Effectiveness of Integration of Mindfulness – Based Cognitive Therapy and Recovery Cognitive Behavioral Therapy on Adolescents with Spectrum Bipolar Disorder. [Persian].
- Hossein Mardi S, Abbasi S (2016). Psychometric properties of the Kentucky Mindfulness Questionnaire and its relationship with hardiness among working women in Alborz province. Fifth National Conference on Sustainable Development in Education and Psychology, Social and Cultural Studies. [Persian].
- Jahanian M, Fatehizadeh M, Ahmadi A, Bahrami F. (2014). Using Mindfulness Based Interventions in Family and Couples: Effect of Mindfulness-Based Relationship Enhancement on Marital Satisfaction in Isfahan Couples. *Int J Psychol Behav Res*. 1(1). [Persian].
- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology Science Practice*; 10(2): 144-56.
- Kabat-Zinn J. (2002). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Hachette Books
- Leary M R, Tate E B, Adams C E, Batts Allen A, & Hancock J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*, 92(5), 887.
- Marnat G G. (2004) . *Handbook of Psychological Assessment*, Trans.Pashasharifi H, NickhooM. Tehran: Sokhan Pub.
- McCarney R W, Schulz J, Grey A R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European journal of psychotherapy & counselling*. 3 (14): 279-299.
- Michalak J, Burg J &Heidenreich T.(2012). Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment, andthe Treatment of Depression. *Mindfulness*.
- Murphy J G, MacKillop J. (2006). Relative reinforcing efficacy of alcohol among college student drinkers. *Exp Clin Psychopharmacol*. 14(2):219-27.
- Noorbala F, Borjali A, Noorbala A A. (2013). The interaction effect between “self-compassion” and “rumination” of depressed patients in “compassion focused therapy”. *Daneshvar Dedicine*. 104 (20): 77-84 [Persian].
- Pasieczny N & Connor J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 4-10.
- Perich T, Manicavasagar V, Mitchell P B, Ball J R. (2014) Journal Article published in *M in dfulness* volume 5 issue 2 on page s186 to 191. *Mindfulness-Based Approaches in the Treatment of Bipolar Disorder: Potential Mechanisms and Effects*.
- Potek, R. (2012). *Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation* Ph.D., New York university.

- Raes F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2(1), 33-36.
- Roemer L, Williston SK, Rollins LG. (2015). Mindfulness and Emotion Regulation. *Current Opinion In Psychology* 2015; 3: 52-7.
- Sadock, Benjamin, and Pedro Ruiz. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences. Walters Kluwer, (2015).
- Smith B W, Ortiz J A, Steffen L E, Tooley E M, Wiggins K T, Yeater E A, Montoya J D, Bernard M L. (2011). Mindfulness is associated with fewer PTSD symptoms, depressive symptoms, physical symptoms, and alcohol problems in urban firefighters. *J Consult Clin Psychol*. 2011 Oct;79(5):613-7.
- Stiglmayr C E, Shapiro D A, Stieglitz R D, Limberger M F & Bohus M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with personality disorder—a controlled study. *Journal of psychiatric research*, 35(2), 111-118.
- Summary of Kaplan and Sadok Psychiatry Based on DSM5 Volume 2 Translated by Mehdi Ganji Savalan Publishing.
- Talebi zadeh M, Shahmir E, Jafari fard S. (2013). effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in the decrease of depression and maniac symptoms of individuals diagnosed with bipolar disorder *journal of clinical psychology andishe va raftar (andisheh va raftar) (applied psychology)*, volume 7, number 26; page(s) 17 to 26. [Persian].
- Toghiani M, Taji H. (2004). Graduate Thesis Abstract 2004. Publisher: Islamic Azad University (Khorasgan) [Persian].
- Williams PG, Thayer JF. (2009). Executive Functioning and Health: Introduction to the Special Series. *AnnBehav Med* 2009; 37(2): 101-5.
- Zabihollahzadeh F (2009). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on depressive symptoms and quality of life in patients with bipolar disorder, 4th International Conference on New Research in Educational Sciences and Psychology and Social Studies in Iran. [Persian].
- Zare H, Khaleghi DF, Zare M, Shayeghian Z. (2016). Effect of Mindfulness in Reducing Aggression And Impulsivity in Adolescents. *Iranian J Research & Health* 2016; 6(1): 113-21. [Persian].