

# 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<sup>1</sup>, \*Hojatollah Javidi<sup>2</sup>, Amirhoshang Mehryar<sup>3</sup>, Ebrahim Hosseini<sup>4</sup>

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](mailto: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.

## مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی بر افسردگی دوقطبی و شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی هاجر حسنی اردکانی<sup>۱</sup>، \*حجت‌الله جاویدی<sup>۲</sup>، امیر هوشنگ مهریار<sup>۳</sup>، ابراهیم حسینی<sup>۴</sup>

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.

\*اربابانامه نویسنده مسئول: [vidi.hojajalah@yahoo.com](mailto:vidi.hojajalah@yahoo.com)

تاریخ دریافت: ۲۲ فروردین ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۲۲ اردیبهشت ۱۳۹۸

### چکیده

**هدف:** اختلال دوقطبی یکی از بیماری‌های مزمن روان‌پزشکی است که با فازه‌های شیدایی و افسردگی همراه است. لذا هدف از این پژوهش مقایسه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی بر افسردگی دوقطبی و شیدایی بود.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر طرحی نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در شهر شیراز بودند. تعداد ۳۶ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی داوطلب برای شرکت در تحقیق، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش (۱۲ نفر: ۴ زن، ۸ مرد) آموزش رفتاردرمانی- شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه آزمایش دوم (۱۲ نفر: ۴ زن، ۸ مرد) آموزش رفتاردرمانی- شناختی متمرکز بر بهبودی را دریافت و گروه گواه (۱۲ نفر: ۵ زن، ۷ مرد) 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. تجزیه و تحلیل 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 مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی به شکل معناداری باعث کاهش افسردگی دوقطبی و شیدایی در بیماران دوقطبی شدند ( $p < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش، هر دو مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتاردرمانی- شناختی متمرکز بر بهبودی در کاهش نشانگان در بیماران دوقطبی مؤثرند.

**کلیدواژه‌ها:** ذهن آگاهی، رفتاردرمانی شناختی، افسردگی دوقطبی، شیدایی، اختلال دوقطبی.

پژوهشگران حوزه 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 دوره یکساله پیگیری، شرکت‌کنندگان در دوره آموزشی در مقایسه با گروه شاهد به‌طور معناداری اضطراب و افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد کمتری داشتند (۶).

حسنی اردکانی در پژوهشی نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر 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 مطالعه 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 شناختی- رفتاری شامل مشاهده و آگاهی از خلق، تنظیم زندگی روزانه، افزایش مهارت مقابله، آموزش حل مسئله و یافته‌های به‌دست‌آمده از مجموعه مطالعه‌های موردی از درمان شناختی- رفتاری برای اختلال دوقطبی تشکیل شده است (۱۱). در این برنامه 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 مؤلفه فرمول‌شده 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 زمینه 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 شناختی- رفتاری نقش مهمی را در سبب‌شناسی و تداوم افسردگی به عهده دارد و درمان شناختی پیشگیرانه بایستی نشانه‌های باقی‌مانده بعد از دوره 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).

اختلال دوقطبی<sup>۱</sup> بیماری مزمن و پیچیده‌ای است و مشخصه آن دوره‌های تکرار شونده افسردگی<sup>۲</sup> و مانیا یا هیپومانیا<sup>۳</sup> 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 ۷ درصد موارد، علایم این اختلال عود نمی‌کند (۲).

در اختلال دوقطبی به‌علت عدم رعایت دستورات دارویی و نیز عدم پیگیری 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؛ علاوه بر خود بیمار، خانواده او نیز در مشکلات متعدد ناشی از بیماری فرد مبتلا درگیر می‌گردند. در مان‌های 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 در کنار 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 مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۴</sup> و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی<sup>۵</sup> هستند.

یکی از تحولات در درمان اختلال خلقی، بر نامه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است که از ترکیب و ادغام جنبه‌های درمان شناختی با تمرین‌های ذهن‌آگاهی ساخته شده است. در قلب این برنامه 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 مبتنی بر 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 به کار 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 برنامه درمانی، در مان گروهی کوتاه مدتی است که تکنیک‌های 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

<sup>4</sup> Mindfulness- Cognitive Behavioral Therapy (MCBT)

<sup>5</sup> Recovery-focused Cognitive Behavioral Therapy (RFCBT)

<sup>1</sup> bipolar disorder

<sup>2</sup> depression

<sup>3</sup> mania or hypomania

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 همه بیماران رضایت‌نامه 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) به صورت گروهی ۸ جلسه برنامه شناختی درمانی مبتنی بر 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 جلسه رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی براساس پروتکل درمانی باسکو و راش را به صورت هفته‌ای دو بار (هر جلسه ۱/۵ ساعت) دریافت کرد (۱۶) و گروه گواه (۱۲ نفر: ۵ زن، ۷ مرد) هیچ مداخله‌ای دریافت نمود. پرسشنامه‌ها به منظور انجام پیش‌آزمون، در ابتدای جلسه اول قبل از شروع درمان، توسط اعضای هر سه گروه تکمیل گردیدند. گروه آزمایش اول در هشت جلسه هفتگی تحت درمان گروهی ذهن‌آگاهی و گروه آزمایش دوم در ۱۲ جلسه، تحت آموزش رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات آموزش، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور به منظور انجام پس‌آزمون در آخرین جلسه 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 مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون لوین، آزمون ام‌باکس) و در نهایت از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از نرم افزار SPSS-23 استفاده شد. شرح جلسات درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کابات زین در جدول (۱) ذکر شد (۳). جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های خودگزارش‌دهی زیر استفاده شد: مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی<sup>۱</sup>، 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 مؤلفه روان‌شناختی افسردگی، مؤلفه جسمانی افسردگی و مؤلفه آمیختگی افسردگی است. نمره‌گذاری به روش لیکرت چهاردرجه‌ای از صفر تا سه توسط بالینگر انجام می‌شود. روایی سازه این مقیاس از راه همبستگی ۰/۷۴ با مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون<sup>۲</sup> و ۰/۷۵ با مقیاس درجه‌بندی مانیا یانگ<sup>۳</sup> و ۰/۹۰ با مقیاس درجه‌بندی افسردگی مونتگومری آسبرگ<sup>۴</sup> 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<sup>۵</sup> و مقیاس درجه‌بندی مانیا یانگ به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۸۲ - به دست آمده است

با توجه به آنچه که در بالا ذکر شد می‌توان اذعان داشت که تنها با دارودرمانی نمی‌توان افسردگی و سایر اختلالات را درمان کرد و باید از سایر روش‌های درمانی نیز استفاده نمود؛ کلاً باید تغییراتی هماهنگ هم در بُعد روانی و هم در بُعد جسمی به وجود آورد. به عبارت دیگر، درمان شناختی- رفتاری نیز که بیشترین شواهد تجربی را در حوزه درمان اختلالات خلقی به‌ویژه افسردگی به خود اختصاص داده است، اخیراً به همراه دارودرمانی برای بیماران دچار اختلال دوقطبی به کار گرفته شده است؛ با این وجود، یافته‌ها اثربخشی 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 به کار گرفته شود و در عین حال مؤثر و مقرون به صرفه باشد، احساس می‌شود؛ لذا مقایسه اثربخشی این دو درمان بر روی نشانگان این بیماری نظیر افسردگی و شیدایی می‌تواند به روشن شدن درمان اثربخش‌تر کمک کند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر 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. جامعه آماری این پژوهش شامل همه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در بیمارستان‌های روان‌پزشکی استاد محرری، ابن سینا و حافظ در شیراز بودند. از بین این جامعه نمونه‌ای به حجم ۳۶ بیمار دوقطبی مراجعه‌کننده به این بیمارستان‌ها به صورت داوطلبانه جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند و بعد از گرفتن رضایت آگاهانه از آن‌ها، نمونه‌ها از نظر جنس، سن، دوره بیماری و دارودرمانی (همه بیماران لیتیم دریافت می‌کردند) هم‌تاسازی شدند؛ سپس به صورت 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 مرحله حاد بیماری یا بستری نشدن در بیمارستان طی ۲ ماه گذشته به دلیل عدم تحمل درمان روان‌شناختی در دوره حاد بیماری (حداقل دو ماه از آخرین دوره 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، سابقه سوء مصرف مواد طی گذشته و حال، سابقه گذشته یا فعلی ابتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی در محور یک و محور دو، بودند. به لحاظ اخلاقی، در آغاز، هدف از اجرای پژوهش برای بیماران شرح داده شد و بر محرمانه بودن اطلاعات و حفظ

۴. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MRDS).  
۵. Epidemiological Studies Depression Scale.

۱. Bipolar Depression Rating Scale (BDRS).  
۲. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS).  
۳. Young Mania Rating Scale (YMRS).

(۱۸).

می‌شوند. نمره کلی از ۰-۶۰ است که کمتر از ۱۷ نرمال و بیشتر از آن مقیاس درجه بندی مانپای یانگ توسط یانگ و همکاران در سال ۱۹۷۸ مانپا در نظر گرفته می‌شود (۱۹). در نمونه بیماران ایرانی، روایی ساخته شده و داری ۱۱ گویه است که روی مقیاس لیکرت از صفر (عادی) تا چهار (خیلی غیرعادی) نمره گذاری می‌شود. هفت آیم از ۰ تا ۴ و چهار آیم از ۰ تا ۸ براساس مصاحبه بالینی با بیمار نمره دهی ۰/۸۷ و ضریب آلفای کرونباخ آن برای گروه بیمار و بهنجار، به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۶۳ به دست آمده است (۲۰).

جدول ۱. شرح جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین

جلسه های درمان	هدف جلسات
اول: هدایت خودکار	معرفی اعضا در گروه، قوانین حضور در جلسات، معرفی مفهوم ذهن آگاهی، خارج شدن از هدایت خودکار، تمرین مراقبه خوردن کشمش، تمرین مراقبه واریسی بدن
دوم: مقابله با موانع سوم: رابطه ذهن و بدن	تمرین مراقبه واریسی 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 انجام مراقبه متمرکز بر حرکات بدنی (یوگا)، بازنگری تمرین و بازخورد انجام تکالیف خانگی، توضیح منطق تمرین های یوگا و رابطه نزدیک ذهن و بدن، آموزش فضای تنفس سه دقیقه ای.
چهارم: تعریف افسردگی و فن وقفه	تمرین پنج دقیقه دیدن یا شنیدن، مراقبه آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، بازنگری تمرین و بازخورد انجام تکالیف خانگی، تعریف استرس، رابطه استرس با سلامتی و عملکرد، اهمیت ارزیابی فرد در واکنش به موقعیت استرس زا، فن وقفه یا STOP.
پنجم: پذیرش قاطعانه	مراقبه نشسته متمرکز بر نفس، بدن، صداها و افکار، بازخورد انجام تکالیف خانگی، نحوه برخورد با هیجانات منفی، پذیرش قاطعانه، انجام مراقبه رویارویی با مشکلات
ششم: ذهن آگاهی ارتباطی	مراقبه آگاهی از نفس، بدن و در نهایت مراقبه کوهستان، بازنگری تکالیف مربوط به تمرین های یوگا و مراقبه، جدول وقایع ناخوشایند، ذهن آگاهی ارتباطی، انواع الگوهای رفتاری منفعلانه، پرخاشگرانه و جرأت مندانه، مهارت گوش دادن فعال و مراحل اظهار نظر جرأت مندانه.
هفتم: ذهن آگاهی ارتباطی	مراقبه نشسته متمرکز بر بدن، صداها و افکار به همراه مراقبه مهربانی، بازنگری تمرین و تکالیف جلسه قبل، معرفی سبک های حل تعارض، آموزش مهارت نه گفتن، آموزش مهارت مذاکره.
هشتم: بهبودی و جمع بندی	تمرین مراقبه واریسی بدن، بازنگری تمرین و تفاوت آن با تمرین جلسه اول، بازخورد انجام تکالیف خانگی، بازنگری و جمع بندی جلسات گذشته، برنامه ریزی برای استفاده از مهارت های آموخته شده در آینده

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

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

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 مبتنی بر شناخت‌درمانی رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی		گواه	
		پیش‌آزمون پس‌آزمون	پیش‌آزمون پس‌آزمون	پیش‌آزمون پس‌آزمون	پیش‌آزمون پس‌آزمون
افسردگی دوقطبی	میانگین	۵۶/۸	۴۶/۰	۵۷/۷۵	۴۲/۸۳
	انحراف معیار	۱۰/۲۱	۱۲/۰	۱۱/۸۳	۱۰/۱۰
شیدایی	میانگین	۲۳/۱۶	۱۸/۴۵	۲۵/۱۶	۱۷/۶۶
	انحراف معیار	۳/۶۶	۲/۱۷	۵/۵۰	۳/۳۶

نتایج غیرمعنادار آزمون باکس نشان‌دهنده پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها در تمامی متغیرهای وابسته بین سه گروه بود. کوواریانس وجود داشت. نتایج غیرمعنادار آزمون لوین برای متغیرهای به‌عبارت‌دیگر کوواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته در سه پژوهش نشان از همگنی واریانس‌های این متغیرها بود (جدول ۴).

جدول ۴. آزمون لوین برای تعیین همگنی واریانس‌ها

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	مقدار احتمال
پس‌آزمون افسردگی دوقطبی	۲/۳۱	۲	۳۳	۰/۱۶۳
پس‌آزمون شیدایی	۰/۴۵	۲	۳۳	۰/۱۳۳

جدول ۵. خلاصه 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 وارد کردن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر گواهدر جدول (۵) ارائه شد. نتایج آزمون لامبدا به‌عنوان رایج‌ترین آزمون در تحلیل کوواریانس چندمتغیری حاکی از آن بود که

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

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور نسبی اتا	توان آماری
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. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون افسردگی دوقطبی ( $p=0/001$ ) 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 مبتنی بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی ( $p=0/001$ ) با گروه گواه تفاوت معنادار دارند ( $p=0/001$ ) اما تفاوت معناداری بین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی بر

میزان نمرات شیدایی در دو گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه کاهش یافت. میزان تأثیر مداخلات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی ( $p=0/001$ ) با گروه گواه تفاوت معنادار دارند ( $p=0/001$ ) اما تفاوت معناداری بین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی بر

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 مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی بر افسردگی دوقطبی و شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند 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 بیماران دوقطبی شد یعنی با نتایج میکلوویتز (۸)، طالبی زاده (۹)، لواس (۱۰) و حسنی اردکانی (۷) همسوسست. همچنین نتایج این مطالعه با پژوهش میکلوویتز و همکاران که نشان دادند این درمان تأثیری معنادار بر افسردگی در بیماران زن مبتلا با اختلال طیف دوقطبی ندارد، متفاوت است (۸). درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با دارودرمانی می تواند منجر به افزایش رفتارهای سازش یافته تر و کاهش شدت رفتار شیدایی و در نتیجه کاهش میزان عود در بیماران دوقطبی تحت دارودرمانی شود (۵)؛ بنابراین می توان گفت، از آنجا که نمونه پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و تحت دارودرمانی بودند، به کارگیری درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی در کنار دارودرمانی می تواند در کاهش نشانگان اختلال دوقطبی مؤثر باشد.

درمان شناختی رفتاری بر مبنای مدل آسیب شناختی یک ساخته شده و در تلاش برای سنجش و ارزیابی فرضیات و اعتقادات زیربنایی است که مشخص کننده محتوای شناختی بر مبنای نظریه یک است؛ لذا ارتقای نگرش های کارآمد متعاقب این درمان امری بدیهی و مورد انتظار است. حال آنکه ذهن آگاهی، پرورش آگاهی در طی تمرینات تفکری است که بیماران را قادر می سازد در هنگام فعالیت پاسخ های نشخوارگری منفی در ذهن شان، آن ها را واضح تر مشاهده کنند و ذهن خود را از آن الگوهای تفکر خارج نمایند. یعنی برخلاف درمان شناختی رفتاری استاندارد که تمرکز آن بر تغییر محتوای تفکر است، تمرکز درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، بر پرورش آگاهی فراشناختی و اصلاح فرایندهای فراشناختی است که حالت های واکنشی غیرمفید و حالت های ذهنی نشخوارگری را حمایت می کنند (۸).

در اختلال دوقطبی معمولاً افکار، احساسات یا هیجانات مانند خودبزرگ بینی یا حالت های سرخوشی باعث می شود فرد دست به عملکردهایی مانند ولخرجی و سوء مصرف مواد بزند. در ذهن آگاهی فرد به این تجربه می رسد که به جای واکنش نشان دادن به آن ها و انجام رفتارهای پرخطر، به این تجارب مانند رویدادهای ذهنی نگاه کرده و بدون قضاوت آن ها را بپذیرد (۱۲). از طرفی تجربه خود به عنوان مشاهده گر به فرد در شناسایی علائم کمک کرده و در صورت ناتوانی در مدیریت آن با اقدام حل مسئله، مانند مراجعه به روانپزشک، از درگیر شدن در یک دوره کامل شیدایی جلوگیری می کند.

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 یافته های مطالعات برک و همکاران که حاکی از قابل پذیرش بودن تأثیر مداخله درمان گروهی متمرکز بر بهبودی در زمینه علائم بیماری در بیماران دوقطبی است، همسوسست (۱۸).

وارمردام و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری نقش مهمی را در سبب شناسی و تداوم افسردگی به عهده دارد و درمان شناختی پیشگیرانه بایستی نشانه های باقی مانده بعد از دوره حاد اختلال را حذف نماید (۱۴). ناراسیمهان و کانادای تأکید داشتند که یکی از وظایف مهم درمان شناختی بایستی به حداقل رساندن نشانه های باقی مانده باشد (۱۵). این نتایج با تحقیق تیلر و همکاران که قابل پذیرش و عملی بودن تأثیر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر بهبودی در بیماران بزرگسال مسن مبتلا به اختلال دوقطبی را اثبات کردند، همخوان بود (۱۳). اصلاح نگرش های نا کارآمد بیماران می تواند به کاهش پریشانی های روان شناختی نظیر افسردگی و همچنین شیدایی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی شود. همچنین از آنجا که مشاهده و آگاهی از خلق، تنظیم زندگی روزانه، افزایش مهارت مقابله، آموزش حل مسئله از مؤلفه های کلیدی این درمان هستند (۱۴، ۱۳)، مشاهده و آگاهی از خلق و افزایش مهارت مقابله می تواند به افراد مبتلا به اختلال دوقطبی کمک کند که به تدریج نقایص خود در زمینه هیجان و خلیقات را مشاهده کرده و با آگاهی یافتن از آن ها با استفاده از راهکارهای سازگارانگانه کاهش خلق منفی، برای بهبودی گام بردارند. مؤلفه های تنظیم زندگی روزانه و آموزش حل مسئله می تواند به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی کمک کند که بر زندگی خود کنترل بیشتری داشته باشند و در مواجهه با مشکلات یا مسائل روزمره زندگی با آن ها برخورد مناسبی کنند و این مسائل را به نحو مطلوبی حل و فصل نمایند و این نتایج متعاقباً منجر به کاهش افسردگی در آنان گردد (۱۵، ۱۴).

در نهایت در تبیین دو روش ذهن آگاهی و درمان شناختی- رفتاری می توان ادعان داشت که: ذهن آگاهی درمانی سازمان یافته در تلاش برای تلفیق مؤلفه ذهن آگاهی با درمان شناختی رفتاری رایج طرح ریزی شده جهت درمان افسردگی است. این درمان، برنامه ای است که به طور خاص به منظور توجه به آسیب پذیری های پنهان افسردگی طرح ریزی شده است. این درمان آموزش مراقبه ذهن آگاهی و مداخلات شناخت درمانی را با درمان افسردگی تلفیق کرده و آن را در قالب گروهی ارائه داده است. برنامه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت همچنین شامل آموزش در جنبه های شناختی افسردگی است. ارتباطات میان افکار و احساسات بحث می گردند و راهبردهایی برای تمرکززدایی از افکار شخصی آموزش داده می شوند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی هر دو به میزانی برابر در زمینه کاهش

## ۵ نتیجه‌گیری

در کل با توجه به یافته‌های این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که افسردگی و شیدایی که از نشانگان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی هستند، می‌توانند در نتیجه کاربرد مداخلات روان‌شناختی نظیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی، بهبود یابند. همچنین از آنجا که نمونه 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 به لحاظ اثربخشی بر افسردگی و شیدایی نداشتند و هر دو درمان به یک اندازه اثربخش بودند.

## ۶ تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل پایان‌نامه دکتری رشته روان‌شناسی بود که با حمایت دانشگاه آزاد مرودشت انجام شد. در پایان از همکاری همه 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.

افسردگی و شیدایی، اثربخش بودند. در زمینه تفاوت اثربخشی این دو درمان هیچ تحقیقی انجام نشده است؛ بنابراین این تحقیق برای اولین بار 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 مقایسه اثربخشی این دو درمان پرداخت، بنابراین برای روشن‌شدن هر چه بیشتر نتایج، تحقیقات بیشتری در زمینه مقایسه اثربخشی این دو درمان بر دیگر مشکلات همراه در بیماران دوقطبی لازم است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بود: ۱- نتایج از نمونه 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 شناختی- 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.

## 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. New York: 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, Jafarifar S. The effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy

- 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://jtbcpriau.ac.ir/article\\_27.html](http://jtbcpriau.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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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.