مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و هفتم، شماره هفتم، مهر ۱۳۹۸
تاریخ دریافت:۱۳۹۷/۰۷/۰۵
تاریخ پذیرش:۱۳۹۷/۱۰/۰۸

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تکانشگری وخودبازداری بیماران دوقطبی تحت درمان دارویی

حمید کاظمی زهرانی*[۱]، ملیحه محققیان[۲]

مقاله پژوهشی

مقدمه: اختلال دوقطبی با نشانه‌های مزمنی همراه است که توانایی‌های شناختی و کارکردهای اجرایی بیماران را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تکانشگری و خودبازداری بیماران دوقطبی تحت درمان دارویی بود.

روش بررسی: این پژوهش یک تحقیق نیمه‌آزمایشی بر اساس طرح تجربی مبتنی بر کارآزمایی بالینی با گروه آزمایش و کنترل همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. از میان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مراجعه‌کننده به مرکز بهزیستی بیماران اعصاب و روان نورالمهدی اصفهان، ۳۰ بیمار زن و مرد به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به‌منظور گردآوری داده‌های پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از پرسشنامه‌های، تکانشگری و خودبازداری استفاده گردید. گروه آزمایش تحت‌آموزش مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفت و داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 16 و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته‌های به‌دست آمده نشان می‌دهد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در مولفه‌های تکانشگری و خودبازداری بر حسب عضویت گروهی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش به‌نظر می‌رسد کاهش تکانشگری، به‌ویژه در ابعاد شناختی و حرکتی و افزایش خودبازداری در ابعاد فرونشاندن خشم، کنترل تکانه و مراعات دیگران، تحت‌تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. بنابراین توجه به مداخله روانشناسی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، علاوه بر درمان‌های دارویی بیماران، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، ذهن‌آگاهی، رفتار تکانشی، بازداری

ارجاع: کاظمی‌زهرانی حمید، محققیان ملیحه. **اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تکانشگری وخودبازداری بیماران دوقطبی تحت درمان دارویی**. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۸؛ ۲۷ (۷): ۱۳-۱۷۰۱.

۱- دکترای روانشناسی، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۲-کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۳۴۰۸۲۰۸۸، پست الکترونیکی: hkazemi@pnu.ac.ir ، کد پستی: ۸۱۸۵۷۵۷۴۶۱

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i7.1930]

مقدمه

اختلال دوقطبی، طبقه‌ای از اختلالات خلقی است که به وسیله بروز حداقل یک دوره شیدایی یا دوره مختلط در طول زندگی فرد مشخص می‌شود. بیشتر بیماران در زمان‌های دیگر، یک یا چند دوره افسردگی اساسی را نیز تجربه می‌کنند و اکثر بیماران درفاصله بین این دوره‌ها به وضعیت طبیعی خود باز می‌گردند (۱). سازمان بهداشت جهانی این اختلال را هفتمین علت در مردان و هشتمین علت در زنان، برای سال‌های از دست رفته زندگی به علت ناتوانی رتبه‌بندی کرده است (۲،۳). اختلال دوقطبی با تغییر غیرعادی در خلق، انرژی و توانایی عملکردی فرد همراه است و اختلال شدید در تعاملات میان‌فردی و کیفیت زندگی فرد ایجاد می‌کند(۴). بیماران مبتلا به این اختلال، نارسایی‌های پایداری در کارکردهای شناختی دارند که نه‌تنها در دوره‌های خلقی حاد، بلکه در طی دوره‌های بهبود بیماری نیز دیده می‌شود (۵). این نارسایی‌ها نقش موثری در پیش‌بینی ناتوانی‌های روانی- اجتماعی در این بیماران دارد (۶). یکی از متغیرهایی که بیماران دوقطبی با آن درگیر هستند و به‌عنوان یک ملاک تشخیصی برای این بیماران در دوره‌های مانیا و هیپومانیا محسوب می‌شود تکانشگری است (۷). از بعد شناختی، تکانشگری می‌تواند با نقص و تاخیر در تصمیم‌گیری، ناپایداری هیجانی و ناتوانی در بازداری مرتبط باشد (۸). تکانشگری ویژگی اصلی اختلال دوقطبی است که حتی در دوره‌های افسردگی و بهبود بیماری هم دیده می‌شود و مستقل از حالات خلقی است (۹). دربررسی تکانشگری بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، ویسا و همکاران (۱۰) افزایش تکانشگری را به‌عنوان یک نشانه آسیب‌پذیری در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی گزارش نموده‌اند و پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تکانشگری با اختلال درعملکردهای شناختی رابطه دارد (۱۱). تکانشگری با بیماری‌های اساسی، مشکلات خانوادگی، شغلی و اجتماعی، تصادفات و خشونت رابطه دارد، و می‌تواند افراد را مستعد ایجاد یا تداوم رفتارهای مرتبط با آسیب روانی سازد (۱۲). تکانشگری و خودبازداری از دیرباز در متون علمی همواره به عنوان نقطه مقابل یکدیگر مطرح شده‌اند (۱۳). فرایندهای بازداری ناکارآمد، عمیقاً بر زندگی فرد اثر می‌گذارد و رفتارهای تکانشی را به‌دنبال دارد که عموماً برای افراد زیان‌آور می‌باشد. مفهوم خودبازداری به عنوان یک مولفه فراشناختی را می‌توان کنترل ارادی، آگاهانه و پر زحمت توجه، افکار، احساسات و رفتار بیان کرد (۱۴). خودبازداری و خودکنترلی، روشی موثر برای سلامت ذهنی و روانی است و اختلال در تنظیم هیجانات و رفتار با طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی (۱۵)، سوء مصرف مواد (۱۶) و اقدام به رفتارهای پرخاشگرانه (۱۷) در ارتباط است. بیماران دوقطبی در وظایف بازداری، پاسخ‌های حرکتی ضعیفی را نسبت به افراد سالم نشان می‌دهند (۲۰-۱۸). سیستم بازدارنده رفتاری ضعیف، مانع بازداری رفتارهای نامناسب در موقعیت‌های مختلف می‌شود و می‌تواند حالت خوشی فزاینده و گرایش به فقدان بازداری را درفرد ایجاد کرده و آمادگی وی را برای رفتارهای پرخطر افزایش دهد (۲۱). اگر چه درمان دارویی اولین درمان برای بیماران دوقطبی است، اما بازگشت مکرر بیماری و شیوع مشکلات شناختی و رفتاری حاصل از آن به صورت نقص کارکردهای اجرایی (۲) افزایش تکانشگری (۱۰) و بی‌ثباتی هیجانی (۲۲) حتی در زمان بهبود بیماری، بهره‌گیری از مداخلات روان‌شناسی مناسب را ضروری می‌سازد. توجه به نقایص شناختی افراد مبتلا به این اختلال روانی اهمیت زیادی دارد، چون با بروز آسیب در مؤلفه‌های پردازش‌شناختی، توانایی بیمار برای عملکرد سازگارانه مختل می‌شود (۲۳). از میان درمان‌های روان‌شناختی، به‌نظر می‌رسد آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به دلیل تاثیر بر مؤلفه‌های شناختی می‌تواند درمان مؤثری باشد. راهبردهای ذهن‌آگاهانه شامل توجه، پذیرش، تمرکز مجدد و کنار آمدن، باعث تنظیم هیجان، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش فرایندهای شناختی خودکار در فرد می‌شود (۲۴). ذهن‌آگاهی به بیماران، آگاهی لحظه‌به‌لحظه را آموزش می‌دهد و در نتیجه، بیماران مبتلا به این اختلال می‌توانند بهتر، تغییرات رفتاری و شناختی خود را به شیوه‌ای غیرقضاوتی و پذیرا مشاهده کنند (۲۵). مهارت‌های ذهن‌آگاهی با افزایش توجه به موضوع هدف،

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i7.1930]

به بازداری فرایندهای شناختی نامربوط کمک می‌کند (۲۶). محققان حوزه اختلالات خلقی، تلاش‌های فراوانی را در جهت توسعه و به‌کارگیری این روش درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی انجام داده‌اند. نتایج تحقیقات این پژوهشگران، تاثیر این روش درمانی را در تنظیم خلق و عملکرد اجرایی (۲۷)، بهبود تنظیم هیجان و افزایش کیفیت زندگی (۲۸)، کاهش اضطراب و افزایش انعطاف‌پذیری (۲۹)، و مقاومت در برابر تغییرات خلقی سریع‌تر(۳۰) نشان می‌دهد. از سوی دیگر، پژوهش‌ها نقش ذهن‌آگاهی را در کاهش تکانشگری (۳۱،۳۲) و بهبود عملکردهای اجرایی (۲۶،۳۳) در بیماران مبتلا به اختلالات روانی گزارش نموده‌اند. لذا با توجه به نتایج تحقیقات مذکور و خلا موجود در بررسی اثربخشی این رویکرد درمانی در درمان نقایص شناختی و رفتاری بیماران دوقطبی، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تکانشگری و خودبازداری بیماران دوقطبی تحت درمان دارویی پرداخته است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی بود که بر اساس طرح تجربی مبتنی بر کارآزمایی بالینی، برای مقایسه تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، در دو گروه آزمایش و کنترل، همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مراجعه‌کننده به مراکز بهزیستی بیماران اعصاب و روان اصفهان در سال ۹۶ می‌باشد. حجم نمونه این پژوهش ۴۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی (۲۰زن-۲۰مرد) برآورد شد. از میان بیماران دوقطبی در دسترس مراجعه‌کننده به مرکز بهزیستی بیماران اعصاب و روان نورالمهدی اصفهان، بیماران دو قطبی (نوع I و II) که تحت درمان دارویی استاندارد با تثبیت‌کننده‌های خلقی قرار داشتند (تحت نظر روان‌پزشک) و در دوره بهبود نسبی بیماری به‌سر می‌بردند، برای ورود به پژوهش، انتخاب شدند. منظور از دوره بهبود نسبی، دوره‌ای است که بیمار علائم مرحله حاد مانیا (خلق بالا، تحریک‌پذیری، اعتمادبه نفس کاذب، رفتارهای پرخطر) و علائم سایکوتیک (توهم و هذیان) را نشان ندهد. شدت بیماری نیز با مواردی نظیر فقدان افکار خودکشی و نداشتن سابقه بستری و دریافت الکتروشوک در سه ماه گذشته تعیین شد. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره، آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در نهایت با احتساب ریزش نمونه، ۱۴ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود عبارت از ۱) دریافت تشخیص اختلال دوقطبی توسط روان‌پزشک ۲) داشتن رژیم دارویی منظم ۳) فقدان علایم مرحله حاد بیماری۴) نداشتن سوءمصرف مواد ۵) دارا بودن سن بالاتر از ۱۸ سال ۶) دارا بودن سواد خواندن و نوشتن ۷) عدم دریافت هر گونه آموزش روان‌درمانی دیگر قبل و در حین انجام درمان ذهن‌آگاهی بودند. معیارهای خروج شامل ۱) ابتلا به اختلال روان‌پزشکی همزمان با اختلال دوقطبی ۲) ترک دارو ۳) عدم رضایت برای شرکت در دوره درمان یا اتمام آن ۴) غیبت بیش از دو جلسه در طول درمان بود. ابزار پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات، علاوه بر پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی که شامل پرسش‌هایی در زمینه سن، تحصیلات، جنس، و وضعیت تاهل بود، از پرسش‌نامه‌های زیر نیز برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد.

۱- مقیاس تکانشگری بارات (BIS-11) توسط بارات (۱۹۹۴) ساخته شده است و همبستگی خوبی با تکانشگری آیزنک دارد و ساختار پرسش‌های گردآوری شده از هر دو پرسش‌نامه، نشان‌دهنده ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب‌زده و فقدان دوراندیشی است. این پرسش‌نامه دارای ۳۰ ماده است و فرد به هریک از ماده‌های این پرسش‌نامه که در یک مقیاس پنج درجه‌ای (۱) هیچ‌گاه، (۲) به‌ندرت، (۳) گاهی اوقات، (۴) اغلب، (۵) همیشه، تنظیم شده است، پاسخ می‌دهد. این مقیاس سه عامل تکانشگری شناختی/توجهی (سوالات ۵،۶،۹،۱۱،۲۰،۲۴،۲۶،۲۸)، تکانشگری حرکتی (سوالات ۲،۳،۴،۱۷،۱۶،۱۹،۲۱،۲۲،۲۳،۲۵،۳۰) و تکانشگری مبتنی بر بی‌برنامگی (سوالات ۱،۷،۸،۱۰،۱۲،۱۳،۱۴،۱۵،۱۸،۲۷،۲۹) را ارزیابی می‌کند. در این مقیاس حداقل امتیاز ممکن ۳۰ و حداکثر ۱۲۰ خواهد بود. نمرات بین ۳۰تا۴۰ میزان تکانشگری

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.18502/ssu.v27i7.1930]

در حد پایین، نمره بین ۴۰تا۸۰ تکانشگری متوسط و نمره بالاتر از ۸۰ بیانگر تکانشگری در حد بالا است. متن و همکاران(۱۹۹۵) میزان روایی و پایایی این پرسش‌نامه را به ترتیب ۰/۸۷ و۰/۷۹ گزارش نموده‌اند. در ایران نیز اختیاری و همکاران (۳۴) به هنجاریابی نسخه فارسی این پرسش‌نامه پرداخته‌اند و روایی وپایایی پرسش نامه مذکور را به‌ترتیب، ۰/۷۵و ۰/۸۳ گزارش نموده‌اند که نشان می‌دهد این پرسش‌نامه از نظر روایی وپایایی در حد مطلوب است.

۲-پرسش‌نامه خودبازداری (SRS)، توسط وینبرگر و شوارتز در سال ۱۹۹۰ تدوین گردیده است. این پرسش‌نامه دارای ۳۰ پرسش پنج گزینه‌ای است. آزمودنی در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۱) همیشه، (۲) اغلب، (۳) بعضی اوقات، (۴) به ندرت، (۵) هرگز، میزان موافقت و یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات بیان می‌کند و امتیاز آزمودنی، از طریق جمع‌کردن امتیاز عبارات مربوط به هر زیر مقیاس محاسبه می‌شود. بالاترین امتیاز در این آزمون ۱۵۰ و نشانگر بازداری هیجانی شدید وکمترین امتیاز ۳۰ است که بیانگر بازداری هیجانی ضعیف است. این پرسش‌نامه، هر یک از زیر مقیاس‌های، فرونشاندن خشم، مراعات دیگران، کنترل تکانه و مسؤلیت‌پذیری را اندازه‌گیری می‌کند. از خرده مقیاس‌ها بالاترین امتیاز(۳۵ امتیاز برای دو خرده مقیاس: فرو نشاندن خشم و مراعات دیگران و ۴۰ امتیاز برای خرده مقیاس‌های کنترل تکانه و مسئولیت‌پذیری)، بیانگر سطح بالای آن زیر مقیاس و توانایی فرو نشاندن خشم فرد است. همچنین پایین‌ترین امتیاز (۷و۸) نیز نشانگر سطح پایین خرده مقیاس مورد نظر و عدم توانایی در مهار خشم خویش است. وینبرگر (۱۹۹۱) ضریب هم‌بستگی این مقیاس را در نمونه ۳۸۶ نفری از دانش‌آموزان شهری ۰/۹۱گزارش کرده و پایایی بازآزمایی را نیز در یک فاصله دو هفته‌ای ۰/۸۹ و در یک فاصله ۷ ماهه ۰/۷۶ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی پرسش‌نامه مذکور از روش آلفای‌کرونباخ استفاده شد که برابر با ۰/۸۷ می‌باشد و نشان‌دهنده پایایی مطلوب این پرسش‌نامه می‌باشد.

روش اجرا

پس از تقسیم تصادفی آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل، پرسش‌نامه‌های مذکور در هر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون اجرا گردید. هر دو گروه پیش از اجرای مداخله به جز درمان دارویی تیپیکال بایپولار (تحت‌نظر روان‌پزشک) هیچ مداخله دیگری دریافت نمی‌کردند. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش، درمان دارویی به همراه آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ۸ جلسه دریافت نمود اما گروه کنترل بر اساس طرح پژوهش به جز مصرف دارو، مجاز به دریافت هیچ مداخله دیگری نبود. جلسات درمانی به‌صورت گروهی، ۲ بار در هفته و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. شرح جلسات آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به صورت زیر می‌باشد. پس از اتمام مداخله، برای هر دو گروه مرحله پس آزمون اجرا شد.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌های حاصل از جمع‌آوری اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده گردید.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد تایید شده است (کداخلاق: IR.-IAU.NAJAFABAD REC.1397.12 1034/5377). شایان ذکر است که جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، علاوه بر اخذ کد اخلاق برای پژوهش، توضیحات لازم در خصوص اهداف و نحوه انجام کار به شرکت‌کنندگان داده شد و در ضمن اخذ رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند و در هر مرحله از تحقیق در صورت تمایل، مجاز به انصراف از شرکت در پژوهش می‌باشند. هم‌چنین چند جلسه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، پس از اتمام کار برای گروه کنترل اجرا گردید.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i7.1930]

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی ذهن‌آگاهی(کابات زین،۱۹۹۰)

جلسات	شرح مختصر
جلسه اول	۱. عملی : سنجش علایم مشکل های تکانشگری توسط پرسش نامه بارات (BIS-11) و خودبازداری توسط پرسش نامه وینبرگر و شوارتز (SRS) ۲. تکنیک : خوردن کشمش (چشیدن طعم توجه آگاهی) ۳. بازخورد از شرکت کنندگان، پس از تمرین _ارائه تمرین در منزل
جلسه دوم	۱. تئوری : اثرهای مدیتیشن بر مغز و ماده خاکستری – شواهد پژوهشی ۲. تکنیک : توجه آگاهانه به تنفس در حالت نشسته ۳. بارخورد از شرکت‌کننده‌ها، پس از اجرای تکنیک – ارائه تمرین در منزل
جلسه سوم	۱. تئوری : تجربه مجسم احساسات جسمی. ۲. تکنیک : ۱. آگاهی هوشیارانه از دست ها.۲.مراقبه پویش بدن (Body Scan)
جلسه چهارم	۱. تئوری: زیستن در لحظه اکنون، این جا. یوگا چیست ؟ چرا یوگا ؟ ۲. تکنیک: یوگای آگاهانه به صورت ایستاده (متناسب با شرایط فیزیکی افراد و محیط برگزاری دوره). ۳. بازخورد از شرکت‌کنندگان، پس از اجرای تکنیک – ارایه تمرین در منزل .
جلسه پنجم	۱. تئوری: برقراری ارتباط با احساسات . ۲. تکنیک: فشارسنج جسمی. ۳. بازخورد از شرکت‌کننده‌ها، پس از اجرای تکنیک- ارائه تمرین در منزل.
جلسه ششم	۱. تئوری: دوستی با احساسات ناخوشایند. ۲. تکنیک: ایجاد یک مشکل و کار کردن روی آن از طریق بدن . ۳. بازخورد از شرکت‌کننده‌ها،پس از اجرای تکنیک- ارائه تمرین در منزل.
جلسه هفتم	۱. تکنیک: توجه آگاهانه به شنیدن و فکر کردن. تمرین مکث سه دقیقه ای. ۲. بازخورد از شرکت‌کننده‌ها، پس از اجرای تکنیک- ارائه تمرین در منزل .
جلسه هشتم	۲. تئوری: گسترش مراقبه در سطح زندگی. جمع‌بندی آموخته‌های یک ماه گذشته. ۳. عملی: توجه آگاهی در زندگی روزمره

نتایج

از مجموع شرکت‌کنندگان در پژوهش، در گروه آزمایش ۸ نفر(۵۷/۱ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۴نفر(۲۸/۶ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و ۲ نفر(۱۴/۳ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند. در گروه کنترل ۱۱نفر(۶۸/۸ درصد) دارای تحصیلات زیردیپلم و ۵ نفر(۳۱/۲ درصد) دارای تحصیلات دیپلم بوده‌اند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۴۰/۶۴ و انحراف استاندارد ۹/۳۶ و در گروه کنترل میانگین ۳۷/۹۳ و انحراف استاندارد ۹/۹۳ می‌باشد. هم‌چنین در گروه آزمایش ۵ نفر(۳۵/۷ درصد) مجرد و ۹ نفر (۶۴/۳ درصد) متاهل و در گروه کنترل ۴ نفر(۲۵ درصد) مجرد و ۱۲ نفر(۷۵ درصد) متاهل بوده‌اند. علاوه بر این در گروه آزمایش ۷ نفر(۵۰ درصد) زن و ۷ نفر(۵۰ درصد) مرد و در گروه کنترل ۷ نفر(۴۳/۸ درصد) مرد و ۹ نفر(۵۶/۲ درصد) زن بوده‌اند. جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه آزمایش در ابعاد تکانشگری در مرحله پس آزمون کمتر از مرحله پیش آزمون می‌باشد. نمرات کل تکانشگری در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر ۹۱/۲۹ و ۸۲/۷۴ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۹۶/۵۴ و ۹۷/۹۱ می‌باشد. هم‌چنین نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات خودبازداری گروه آزمایش در اغلب ابعاد در مرحله پس‌آزمون بیشتر از مرحله پیش‌آزمون است. بر این اساس میانگین نمرات کل خودبازداری در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌ترتیب برابر با ۹۹/۰۸ و ۱۰۴/۹۸ و در گروه کنترل برابر با ۸۶/۳۴ و ۸۴ می‌باشد. همان‌طوری که در جدول۳ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر پیش‌آزمون بر روی متغیر وابسته مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده تکانشگری و ابعاد تکانشگری شناختی و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.18502/ssu.v27i7.1930]

تکانشگری حرکتی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی، بین نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). بنابراین فرضیه تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تکانشگری بیماران دوقطبی، برای تکانشگری و ابعاد تکانشگری شناختی (p=۰/۰۳) و تکانشگری حرکتی (p=۰/۰۰۱) مورد تایید قرار می‌گیرد. اما برای بعد بی‌برنامه‌گی (p= ۰/۷۲) مورد تایید قرار نمی‌گیرد. همان‌طوری که در جدول۴ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر پیش‌آزمون بر روی متغیر وابسته مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده خودبازداری و ابعاد فرونشاندن خشم، کنترل تکانه و مراعات دیگران شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). بنابراین فرضیه تاثیرشناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودبازداری بیماران دوقطبی، برای خودبازداری و ابعاد فرونشاندن خشم (p=۰/۰۰۲)، کنترل تکانه (p=۰ /۰۱) و مراعات دیگران (p=۰/۰۰۶) مورد تایید قرار می‌گیرد. اما برای بعد مسئولیت‌پذیری (p=۰/۹۸) مورد تایید قرار نمی‌گیرد.

جدول۱ : میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مولفه‌های تکانشگری بر حسب عضویت گروهی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تکانشگری شناختی	آزمایش	۲۴/۰۲	۵/۰۳	۲۳/۲۷	۴/۷۳
	کنترل	۲۶/۷۳	۴/۷۶	۲۷/۸۷	۴/۸۲
تکانشگری حرکتی	آزمایش	۳۳/۱۹	۶/۹۱	۲۸/۳۵	۴/۴۱
	کنترل	۳۵/۲۱	۶/۵۴	۳۶/۶۴	۷/۲۶
بی‌برنامگی	آزمایش	۳۴/۰۸	۸/۲۱	۳۱/۱۱	۶/۶۳
	کنترل	۳۴/۵۹	۸/۳۴	۳۳/۳۸	۹/۰۲
نمره‌کل تکانشگری	آزمایش	۹۱/۲۹	۱۴/۱۹	۸۲/۷۴	۱۲/۸۹
	کنترل	۹۶/۵۴	۱۶/۴۶	۹۷/۹۱	۱۸/۳۸

جدول۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ا بعاد خودبازداری بر حسب عضویت گروهی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
فرونشاندن خشم	آزمایش	۲۰/۷۸	۵/۲۴	۲۱/۷۶	۴/۱۲
	کنترل	۱۸/۸۲	۴/۷۴	۱۷/۹۴	۴/۱۸
کنترل تکانه	آزمایش	۲۵/۳۳	۵/۲۷	۲۷/۰۵	۴/۱۶
	کنترل	۲۳/۳۲	۶/۶۷	۲۱/۰۶	۵/۲۲
مراعات دیگران	آزمایش	۲۵/۷۳	۴/۳۲	۲۸/۹۸	۳/۹۳
	کنترل	۲۳/۹۶	۵/۴۹	۲۱/۵۰	۵/۳۹
مسئولیت‌پذیری	آزمایش	۲۷/۲۴	۳/۱۱	۲۷/۱۸	۳/۷۰
	کنترل	۲۳/۹۳	۵/۵۱	۲۳/۵۰	۴/۳۶
خودبازداری	آزمایش	۹۹/۰۸	۱۰/۵۶	۱۰۴/۹۸	۱۰/۴۱
	کنترل	۸۶/۳۴	۱۵/۵۰	۸۴/۰۰	۱۴/۵۳

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i7.1930]

جدول۳: نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر تکانشگری و ابعاد آن

متغیر ها		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری	میزان تاثیر	توان آماری
پیش‌آزمون	تکانشگری شناختی	۱۶۴/۵۱	۱	۱۶۴/۵۱	۱۶/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۹۷
	تکانشگری حرکتی بی برنامگی	۱۳۱/۲۴	۱	۱۳۱/۲۴	۷/۰۱	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۷۲
	نمره کل تکانشگری	۷۳۹/۵۹	۱	۷۳۹/۵۹	۳۱/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹
		۵۵۹۴/۷۷	۱	۵۵۹۴/۷۷	۹۲/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۰/۹۹
عضویت گروهی	تکانشگری شناختی	۵۰/۸۵	۱	۵۰/۸۵	۵/۱۹	۰/۰۳	۰/۱۷	۰/۵۹
	تکانشگری حرکتی بی‌برنامگی	۲۵۴/۶۶	۱	۲۵۴/۶۶	۱۳/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۴
	نمره کل تکانشگری	۳/۱۰	۱	۳/۱۰	۰/۱۳	۰/۷۲	۰/۰۱	۰/۰۶
		۷۷۷/۴۶	۱	۷۷۷/۴۶	۱۲/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۳

جدول۴: نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر خودبازداری و ابعاد آن

متغیرها		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری	میزان تاثیر	توان آماری
پیش‌آزمون	فرونشاندن خشم	۲۳۱/۵۷	۱	۲۳۱/۵۷	۵۳/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۹
	کنترل تکانه	۱۰۳/۵۷	۱	۱۰۳/۵۷	۹/۹۸	۰/۰۰۴	۰/۲۶	۰/۸۶
	مراعات دیگران	۱۹۶/۰۱	۱	۱۹۶/۰۱	۱۴/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۵
	مسئولیت پذیری	۶۱/۸۴	۱	۶۱/۸۴	۱۴/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۶
	خودبازداری	۳۹۷۲/۰۷	۱	۳۹۷۲/۰۷	۸۴/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۰/۹۹
عضویت گروهی	فرونشاندن خشم	۴۲/۸۱	۱	۴۲/۸۱	۱۲/۶۹	۰/۰۰۲	۰/۳۵	۰/۹۳
	کنترل تکانه	۸۰/۰۵	۱	۸۰/۰۵	۶/۸۳	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۷۱
	مراعات دیگران	۱۳۵/۸۳	۱	۱۳۵/۸۳	۸/۹۶	۰/۰۰۶	۰/۲۷	۰/۸۲
	مسئولیت‌پذیری	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۹۸	۰/۰۱	۰/۰۵
	خودبازداری	۵۷۷/۴۲	۱	۵۷۷/۴۲	۱۲/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۳

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر تکانشگری و خودبازداری بیماران دوقطبی تحت درمان دارویی بود. با توجه به یافته‌های به‌دست آمده، نتایج این پژوهش نشان‌دهنده تاثیر جلسات آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش تکانشگری و افزایش خودبازداری در بیماران دوقطبی تحت درمان دارویی است. یکی از یافته‌های این پژوهش، اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش تکانشگری بیماران دوقطبی است که با نتایج تحقیقات و کرمی و همکاران (۳۲) و زارع و همکاران (۳۳) هم‌خوانی دارد. نتایج تحقیقات این پژوهشگران نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی می‌تواند بر کاهش تکانشگری موثر باشد. جهت تبیین یافته به‌دست آمده می‌توان مطرح ساخت که، 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 ذهن‌آگاهانه به واسطه ایجاد بینش و آگاهی در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.18502/ssu.v27i7.1930]

لحظه برای فرد، موجب ارتقای خودآگاهی هیجانی شده و تاثیر مثبتی بر افزایش مهارت خودتنظیمی و تنظیم هیجانی دارد (۳۵). در تکانشگری نیز با ضعف و ناتوانی در تنظیم هیجانی روبرو هستیم. بنابراین می‌توانیم این بهبود را ناشی از تاثیر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان بدانیم. تکانشگری اغلب تحت عنوان بی‌صبری و فقدان اندیشه نسبت به پیامدهای یک عمل شناخته می‌شود، این درحالیست 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 بپردازد و به جوانب و پیامدهای درازمدت آن توجه کند. بنابراین، این درمان می‌تواند برای کنترل رفتارهای تکانشی و لجام‌گسیخته در این بیماران، مثمر ثمر واقع شود. علاوه بر موارد فوق، پژوهش‌ها (۳۶) نشان داده‌اند که، ذهن‌آگاهی بر عملکرد قشر پیش‌پیشانی مغز تاثیر می‌گذارد. این ناحیه از مغز در جلوگیری از تکانشگری و رفتارهای سازش‌نایافته 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 این پژوهش، اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش خودبازداری بیماران دو قطبی تحت درمان دارویی می‌باشد که با نتایج پژوهش‌های ویلیامز و تایر (۳۶) و قربانی و خلیلیان (۳۷) هم‌سو است.

این پژوهش‌ها تاثیر ذهن‌آگاهی را در افزایش بازداری از پاسخ بیان می‌کنند. در تبیین این هم‌سویی می‌توان عنوان کرد که در درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی تمرکز اصلی بر فراگیری تکنیک‌های توجه هوشیار و زیستن در لحظه است. واضح است که افراد، هر چه بیشتر با این تکنیک آشنا شده و آن را در زندگی روزمره خویش به‌کار گیرند از توانایی بالاتری برای خودبازداری و خودکنترلی برخوردار خواهند بود، چرا که یکی از عوامل زیربنایی در از دست دادن کنترل و بازداری فردی، عدم توجه هوشیارانه نسبت به وقایعی است که پیرامون افراد رخ می‌دهد. بیماران دوقطبی به واسطه نوسانات توانکاه خلقی، با ضعف عمده در خودکنترلی و خودبازداری به‌ویژه در موقعیت‌های حساس روبرو هستند، که بازنمایی آن در رفتارهای سازش نایافته هیجانی و اجتماعی قابل مشاهده است. از این رو، این رویکرد درمانی به عنوان یک درمان فرعی و مکمل می‌تواند تاثیر بسزایی در بهبود علائم مربوط به نقایص خودبازداری و خودکنترلی در افراد دارای نشانه‌های اختلال دوقطبی ایفا نماید. برقراری ارتباط با احساسات و دوستی با احساسات ناخوشایند، شناسایی عواطف و احساسات و هم‌چنین نحوه برقراری صحیح ارتباط با آن‌ها، با تاثیری که بر مهارت تنظیم هیجانی اعمال می‌کند می‌تواند در بهبود خودبازداری به‌عنوان یکی از راهبردی‌ترین زیرمجموعه‌های خودکنترلی و تنظیم هیجانی صحیح موثر باشد.

هم‌چنین تکنیک توجه آگاهانه به شنیدن و فکرکردن برای "فرو نشاندن خشم" به عنوان یکی از مولفه‌های خودبازداری مفید به‌نظر می‌رسد. در نتیجه انجام این تکنیک فرد با مشاهده افکار و احساسات، واقعیت‌های درونی و بیرونی را بدون قضاوت و تحریف درک می‌کند و در این راستا با افزایش توانایی مواجهه با طیف وسیعی از تجربیات خوشایند و ناخوشایند، به سطح بالایی از تحمل فردی دست پیدا می‌کند. علاوه بر موارد فوق، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر چندین کارکرد عمده شناختی و فیزیولوژیک درگیر در بازداری و کنترل بازدارنده موثر واقع می‌شود. تمرین‌های ذهن‌آگاهی، با تسریع در فعالیت قشر پیش‌پیشانی که خواستگاه عملکردهای اجرایی از جمله خودبازداری می‌باشد، همراه است (۳۶)، لذا وضعیت خودبازداری و خودکنترلی در این بیماران پس از این آموزش‌ها و فراگیری فنون مرتبط با آن بهبود پیدا می‌کند.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i7.1930]

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که براساس محاسبه عدد (p<۰/۰۰۵)، مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش مولفه‌های تکانشگری شناختی و تکانشگری حرکتی و هم‌چنین افزایش خودبازداری به‌ویژه در ابعاد فرونشاندن خشم، کنترل تکانه و مراعات دیگران در بیماران دوقطبی تحت درمان دارویی می‌گردد. به‌طورکلی این نتیجه را می‌توان حاصل تعامل چندجانبه بین درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی با ساختارهای قشر پیش‌پیشانی، کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجانی دانست. امید است نتایج این پژوهش روان‌شناسان را به اهمیت دادن بیشتر به این روش به‌عنوان یک رویکرد مکمل و فرعی برای درمان طیفی از اختلالات خلقی و شناختی رهنمون سازد. این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز روبرو بوده است. از عمده‌ترین محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به سنجش کارکردهای شناختی با استفاده از پرسش‌نامه‌های مداد-کاغذی که ممکن است سوگیری بیشتری در به‌دست‌آوردن نتایج پژوهش داشته باشد و و محدودیت زمانی در این پژوهش که مانع از اجرای درمان در جلسات بیشتر و پیگیری اثر درمان در بلندمدت است اشاره کرد. هم‌چنین به علت عدم دسترسی به سابقه روان‌پزشکی افراد، بررسی مدت زمان ابتلا شرکت‌کنندگان به این اختلال و تاثیر آن بر پژوهش حاضر امکان پذیر نبود. از سوی دیگر، کم بودن تعداد بیماران دوقطبی نوع دو برای شرکت در پژوهش، که باعث شد از هر دو گروه بیماران (نوع یک و نوع دو) در این مطالعه استفاده گردد و عدم همکاری لازم از سوی بیماران (غیبت از جلسات، انجام ندادن تکالیف خانگی، عدم تمایل به ادامه درمان) از جمله محدودیت‌هایی بود که پژوهش حاضر در مرحله اجرا با آن مواجه گردید.

سپاس‌گزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور می باشد. در این جا، جای دارد از مسئولین و کارکنان مرکز بهزیستی بیماران اعصاب و روان نورالمهدی اصفهان و کلیه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش که با مشارکت خود، انجام این پژوهش را ممکن نمودند و حامی مالی ندارد، تشکر به عمل آید.

تعارض در منافع: وجود ندارد

References:

1-American Psychiatric Association. ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)***. American Psychiatric Pub; 2013 May 22.

2-Dickinson T, Becerra R, Coombes J. ***Executive Functioning Deficits Among Adults with Bipolar Disorder (Types I And II): A Systematic Review and Meta-Analysis***. J Affect Disord 2017; 218: 407-27.

3-Sole B, Bonnin CM, Torrent C, Martinez-Aran A, Popovic D, Tabarés-Seisdedos R, et al. ***Neurocognitive Impairment across the Bipolar Spectrum.*** CNS Neurosci Ther 2012; 18(3): 194-200.

4-Brissos S, Dias VV, Kapczinski F. ***Cognitive Performance and Quality of Life in Bipolar Disorder***. Can J Psychiatry 2008; 53(8): 517-24.

5-Cullen B, Ward J, Graham NA, Deary IJ, Pell JP, Smith DJ, et al. ***Prevalence and Correlates of Cognitive Impairment in Euthymic Adults with Bipolar Disorder: A Systematic Review***. J Affect Disord 2016; 205: 165-81.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i7.1930]

6-Bonnín CM, Martínez-Arán A, Torrent C, Pacchiarotti I, Rosa AR, Franco C, et al. ***Clinical and Neurocognitive Predictors of Functional Outcome in Bipolar Euthymic Patients: A Long-Term, Follow-Up Study.*** J Affect Disord 2010; 121(1-2): 156-60.

7-Victor SE, Johnson SL, Gotlib IH. ***Quality of Life and Impulsivity in Bipolar Disorder***. Bipolar Disord 2011; 13(3): 303-9.

8-Gullo MJ, Dawe S. ***Impulsivity and Adolescent Substance Use: Rashly Dismissed as "All-Bad"?.*** Neurosci Biobehav Rev2008; 32(8): 1507-18.

9-Feki I, Moalla M, Baati I, Trigui D, Sellami R, Masmoudi J. ***Impulsivity in Bipolar Disorders in a Tunisian Sample.*** Asian J Psychiatry 2016; 22: 77-80.

10-Wessa M, Kollmann B, Linke J, Schönfelder S, Kanske P. ***Increased Impulsivity as a Vulnerability Marker for Bipolar Disorder: Evidence From Self-Report And Experimental Measures in Two High-Risk Populations.*** J Affect Disord 2015; 178: 18-24.

11-Jiménez E, Arias B, Castellví P, Goikolea JM, Rosa AR, Fananas L, et al. ***Impulsivity and Functional Impairment in Bipolar Disorder.*** J Affect Disord 2012; 136(3): 491-7.

12-Schreiber LR, Grant JE, Odlaug BL. ***Emotion Regulation and Impulsivity in Young Adults***. J Psychiatr Res 2012; 46(5): 651-8.

13-Bari A, Robbins TW. ***Inhibition and Impulsivity: Behavioral and Neural Basis of Response Control***. Prog Neurobiol 2013; 108: 44-79.

14-Griffin KW, Scheier LM, Acevedo B, Grenard JL, Botvin GJ. ***Long-Term Effects of Self-Control on Alcohol Use and Sexual Behavior Among Urban Minority Young Women.*** Int J Environ Res Public Health 2012; 9(1): 1-23.

15-Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP. ***Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review.*** J Psychopathol Behav Assess 2010; 32(1): 68-82.

16-Taylor L, Hiller M, Taylor RB. ***Personal Factors and Substance Abuse Treatment Program Retention among Felony Probationers: Theoretical Relevance of Initial vs. Shifting Scores on Impulsivity/Low Self-Control.*** J Criminal Justice 2013; 41(3): 141-50.

17-Scott LN, Stepp SD, Pilkonis PA. ***Prospective Associations between Features of Borderline Personality Disorder, Emotion Dysregulation, and Aggression.*** Personal Disord 2014; 5(3): 278-88.

18-Gómez-Benito J, Guilera G, Pino O, Tabarés-Seisdedos R, Martínez-Arán A. ***Comparing Neurocognitive Impairment in Schizophrenia and Bipolar I Disorder Using the Screen For Cognitive Impairment In Psychiatry Scale***. International J Clinical and Health Psychology 2014; 14(2): 128-36.

19- Peters AT, Peckham AD, Stange JP, Sylvia LG, Hansen NS, Salcedo S, et al. ***Correlates of Real World Executive Dysfunction in Bipolar I Disorder.*** J Psychiatr Res 2014; 53: 87-93.

20-Khodaee M, Nikyar HR, Ghorbani M. ***Comparing Executive Function and Behavioral Inhibition in Schizophernia , Bipolar Type I and Normal***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i7.1930]

Groups. J Sadoughi Univ Med Sci 2015; 23(8): 747-59. [Persian].

21-Sheykholeslami A, Kiani A, AhmadI S, Soleimani E. ***On The Prediction of Tendency to Drug Use Based on Behavioral Activation and Inhibition Systems, Cognitive Flexibility, and Distress Tolerance Among Students***. J Research on Addiction 2016; 10(39): 109-28. [Persian]

22-Berking M, Wupperman P. ***Emotion Regulation and Mental Health: Recent Findings, Current Challenges, and Future Directions.*** Curr Opin Psychiatry 2012; 25(2): 128-34.

23-Benazzi F. ***Borderline Personality Disorder and Bipolar II Disorder in Private Practice Depressed Outpatients.*** Compr Psychiatry 2000; 41(2): 106-10.

24-Pourmohammadi S, Bagheri F. ***Effectiveness of Mindfulness Training on Automatic Cognitive Processing***. J Psychological Studies 2015; 11(3): 141-60. [Persian]

25-Miklowitz DJ, Alatiq Y, Goodwin GM, Geddes JR, Fennell MJ, Dimidjian S, et al. ***A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder.*** International J Cognitive Therapy 2009; 2(4): 373-82.

26-Shirinzadeh-Dastgiri S, Beshlide K, Hamid N, Marashi A, Hashemi-sheykhshabani E. ***The Study of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Rumination, Depression and Executive Function in Depressed Pationts.*** J clinical psycho 2015; 7(3): 37-49. [Persian]

27- Lovas DA, Schuman-Olivier Z. ***Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Systematic Review.*** J affect disord 2018; 240: 247-61.

28-Joshi SS, Sharma MP, Varambally S***. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with Bipolar Affective Disorder: A Case Series.*** Int J Yoga 2018; 11(1): 77-82.

29-Ives-Deliperi VL, Howells F, Stein DJ, Meintjes EM, Horn N. ***The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with Bipolar Disorder: A Controlled Functional MRI Investigation.*** J Affect Disord 2013; 150(3): 1152-7.

30-Chadwick P, Kaur H, Swelam M, Ross S, Ellett L. ***Experience of Mindfulness in People with Bipolar Disorder: A Qualitative Study.*** Psychother Res 2011; 21(3): 277-85.

31-Karami J, Bakhshian F, Saadatmehr SR. ***Effectivness of Mindfulness Training in Reducing Impulsivness and Emotional Instability in Men With Borderline Personality Disorder***. Iranian J Personality & Individual Diffrences 2017; 5(14): 33-47. [Persian]

32-Zare H, Khaleghi DF, Zare M, Shayeghian Z. ***Effect of Mindfulness in Reducing Aggression And Impulsivity in Adolescents.*** Iranian J Research & Health 2016; 6(1): 113-21. [Persian]

33-Sanger KL, Dorjee D. ***Mindfulness Training with Adolescents Enhances Metacognition and the Inhibition of Irrelevant Stimuli: Evidence From Event-Related Brain Potentials.*** Trends in Neuroscience and Education 2016; 5 (1): 1-11.

34-Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. ***Impulsivity and Its Different Assessment Tools: A Review of***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i7.1930]

View Points and Conducted Researches. IJPCP 2008; 14(3): 247-57. [Persian]

35-Roemer L, Williston SK, Rollins LG. ***Mindfulness and Emotion Regulation.*** Current Opinion In Psychology 2015; 3: 52-7.

36-Williams PG, Thayer JF. ***Executive Functioning and Health: Introduction to the Special Series***. AnnBehav Med 2009; 37(2): 101-5.

37-Ghorbani M, Khalilian R. ***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].

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i7.1930]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 27| NO 7 | Oct 2019

Received: 27 Sep 2018
Accepted: 29 Nov 2018

Efficacy of Mindfulness Based on Cognitive Therapy on Impulsivity and Self- Inhibition in Patients with Bipolar Disorder under Medical Treatment

Hamid Kazemi-Zahrani*[1], Malihe Mohagheghian[2]

Original Article

Introduction: Bipolar disorder is combined with chronic symptoms that have effect on cognitive abilities and executive functions. The purpose of present study was to investigate efficacy of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on impulsivity and self-inhibition in the patients with bipolar disorder under medical treatment.

Methods: This study was quasi-experimental, pretest-posttest design with the control group. 30 men and women with bipolar disorder referred to psychiatry center of Almahdi Welfare in Esfahan were selected through convenience sampling method and assigned in two groups: experimental (14) and control (16) randomly. Both groups performed behavioral impulsivity scale (BIS-11) and self-inhibition scale (SRS) in the pretest and posttest phases. Experimental group was treated with mindfulness based cognitive therapy (MBCT) for 8 sessions. The data were analyzed by MANCOVA.

Results: Covariate analyze demonstrated that of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) was effective on reducing the impulsivity and increasing the self-inhibition in the experimental group.

Conclusion: Based on this finding, reduce cognitive impulsivity and motor impulsivity, and increase self-inhibition in anger control, impulse control and respect for others dimensions, is because of mindfulness based on cognitive therapy. Considering psychological intervention based on mindfulness, in addition to medical treatment is of particular importance.

Keywords: Bipolar disorder, Mindfulness, Impulsive behavior, Inhibition.

Citation: Kazemi-Zahrani H, mohagheghian M. **Efficacy of Mindfulness Based Cognitive Therapy on Impulsivity and Self- Inhibition in Patients with Bipolar Disorder under Medical Treatment.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2019; 27(7): 1701-13.

[1]Payame Noor University, Tehran, Iran
[2]Payame Noor University, Tehran, Iran
***Corresponding author: Tel:** 09134082088, **email:** hkazemi@pnu.ac.ir

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i7.1930]