




Effectiveness of Mindfulness Intervention on Suicidal Thoughts and Thought-Action Fusion in Bipolar Disorder Patients

Zahra Mohammad Zamani¹, Seyed Mosa Tabatabaee², Mahboobe Taher³, Abdul Samad Nikan⁴

1. Ph.D Candidate in Psychology, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

E-mail: Mzamani.zahra@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Cognitive Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. E-mail: s.mosatabatabaee@semnan.ac.ir

3. Department of Psychology, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

E-mail: Mahboobe.taher@iau.ac.ir

4. Department of Psychology, BG.C., Islamic Azad University, Bandar Gaz, Iran.

E-mail: abdolsamad.nikan@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 07 February 2025

Received in revised

form: 07 July 2025

Accepted: 17 July 2025

Published Online: 23

September 2025

Keywords:

Mindfulness,
Suicidal Thoughts,
Thought-Action Fusion,
Bipolar Disorder

ABSTRACT

Background: Bipolar disorder is a chronic and recurrent mood disorder that affects the individual's social and occupational functioning. The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness intervention on suicidal thoughts and thought-action fusion in people with bipolar disorder.

Method: The research method was quasi-experimental and pre-test-post-test with a control and experimental group. The statistical population of the study was all patients with bipolar disorder referring to psychological counseling centers in Gorgan in 2022. 34 people were selected using the convenience sampling method and then randomly assigned to two experimental and control groups (17 people in each group). The experimental group underwent 8 90-minute sessions of mindfulness therapy, and the control group did not receive psychological treatment until the end of the study. The research instruments were Beck's Suicidal Thoughts Questionnaire (1979) and Rachman and Shafran's Thought-Action Fusion Questionnaire (1988). Parametric analysis of covariance (ANCOVA & MANCOVA) was used for statistical analysis using SPSS software.

Results: The results showed that mindfulness intervention had a significant effect on suicidal thoughts ($\eta^2=0.61$, $P<0.001$, $F_{(1)}=47.73$) and components of thought-action fusion including moral fusion ($\eta^2=0.72$, $P<0.001$, $F_{(1)}=81.38$), fusion for others ($\eta^2=0.36$, $P<0.001$, $F_{(1)}=17.83$), and fusion for self ($\eta^2=0.56$, $P<0.001$, $F_{(1)}=40.12$).

Conclusion: Based on this, it can be concluded that mindfulness intervention led to a reduction in suicidal thoughts and thought-action fusion in patients with bipolar disorder.

Citation: Mohammad Zamani, Z., Tabatabaee, S.M., Taher, M., & Nikan, A.S. (2025). Effectiveness of Mindfulness Intervention on Suicidal Thoughts and Thought-Action Fusion in Bipolar Disorder Patients. *Journal of Clinical Psychology*, 18(1), 119-130.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36766.3118>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Seyed Mosa Tabatabaee, Assistant Professor, Department of Cognitive Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.
E-mail: s.mosatabatabaee@semnan.ac.ir, Tel: (+98) 9123311845

Extended Abstract

Introduction

Mood disorders, sometimes referred to as affective disorders, represent a major category of psychological illnesses. Bipolar disorder is a chronic and recurrent mood disorder that leads to severe impairments in an individual's social and occupational functioning. It is characterized by two primary clinical states—depression and mania—and four transitional phases: depression to mania, mania to depression, depression to a mixed episode, and a mixed episode to depression. Bipolar disorder has profound consequences for patients' daily lives, work performance, and interpersonal relationships. Longitudinal retrospective studies indicate that fewer than half of individuals with bipolar disorder show long-term responsiveness to treatment. Even with continued therapy, many patients fail to achieve full recovery, and a significant number display low adherence to pharmacological treatments. Therefore, incorporating psychosocial interventions into treatment programs can enhance therapeutic effectiveness. Given the prevalence of depressive and bipolar disorders, their high relapse rates, and their wide-ranging impacts on patients and their families across occupational, functional, and social domains, the present study seeks to address the fundamental question of whether mindfulness intervention is effective in reducing suicidal thoughts and thought–action fusion among individuals with bipolar disorder.

Method

This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group. The statistical population included all patients diagnosed with bipolar disorder who attended psychological counseling centers in Gorgan in 2022. From this population, 34 individuals were selected through convenience sampling based on the inclusion and exclusion criteria and were

randomly assigned to an experimental group ($n=17$) and a control group ($n=17$). The experimental group received mindfulness-based therapy consisting of eight 90-minute sessions, while the control group received no therapeutic intervention and continued only with routine psychological care. The inclusion criteria included providing written informed consent, being between 25 and 50 years old, having at least a high school diploma, receiving a confirmed diagnosis of bipolar disorder by a psychiatrist verified through a clinical interview, and having been diagnosed for at least six months but not more than one year, with no restrictions regarding the total duration of illness. The exclusion criteria were absence from more than two therapy sessions, receiving electroconvulsive therapy during the study, pregnancy (for female participants), and participation in any other similar educational or therapeutic programs during the intervention period. The mindfulness-based intervention was administered in a standardized manner without any specific modifications for individuals with bipolar disorder. Data were analyzed using SPSS software version 24.

Results

Demographic characteristics indicated that the mean and standard deviation of age in the experimental group were 36.05 ± 7.93 , and in the control group 34.41 ± 6.12 , showing that the two groups were approximately similar in age. The mean and standard deviation of the study variables showed that the averages of the experimental and control groups were not identical across all variables. However, to determine whether these differences were statistically significant, univariate and multivariate analyses of covariance (ANCOVA and MANCOVA) were conducted to compare the two groups regarding the components of thought–action fusion. Examination of the assumptions of covariance analysis confirmed that there were no violations preventing the use of this statistical method.

Table 1. ANCOVA Analysis of the Effect of Mindfulness Intervention on Suicidal Ideation and Thought–Action Fusion

| Source of dispersion | Component | Sum of squares | df | Mean of squares | F | P | Eta | Power |
|----------------------|-------------------|----------------|----|-----------------|--------|-------|-------|-------|
| Pre-test | Suicidal thoughts | 325/127 | 1 | 325/127 | 22/650 | 0/000 | 0/422 | 0/996 |
| | Moral fusion | 138/495 | 1 | 138/495 | 6/975 | 0/013 | 0/184 | 0/725 |
| | Fusion for others | 0/747 | 1 | 0/747 | 0/256 | 0/616 | 0/008 | 0/078 |
| | Fusion for self | 1/444 | 1 | 1/444 | 0/529 | 0/473 | 0/017 | 0/109 |
| Group | Suicidal thoughts | 685/084 | 1 | 685/084 | 47/726 | 0/000 | 0/606 | 1 |
| | Moral fusion | 1615/782 | 1 | 1615/782 | 81/379 | 0/001 | 0/724 | 1 |
| | Fusion for others | 51/951 | 1 | 51/951 | 17/832 | 0/001 | 0/365 | 0/983 |
| | Fusion for self | 109/580 | 1 | 109/580 | 40/119 | 0/001 | 0/564 | 1 |
| Error | Suicidal thoughts | 444/991 | 1 | 14/355 | | | | |
| | Moral fusion | 615/505 | 31 | 19/855 | | | | |
| | Fusion for others | 90/312 | 31 | 2/913 | | | | |
| | Fusion for self | 84/674 | 31 | 2/731 | | | | |

According to Table 1, the results indicated that the mindfulness intervention had a significant effect on suicidal thoughts ($F(1) = 47.73$, $P < 0.001$, $\eta^2 = 0.61$). Moreover, there was a significant difference between the mean scores of the two groups across all three components of thought–action fusion. The effect size of the mindfulness intervention on moral fusion ($\eta^2 = 0.724$) was in the upper–moderate range, on fusion for others ($\eta^2 = 0.365$) was below moderate, and on fusion for self ($\eta^2 = 0.564$) was moderate. As shown in Table 2, the posttest mean scores of the experimental group were lower than those of the control group across all three components.

Conclusion

The findings of the study indicated that mindfulness intervention led to a reduction in suicidal thoughts and thought–action fusion among patients with bipolar disorder. This can be explained by the fact that one of the core aspects of mindfulness-based therapies is helping individuals learn to cope with negative emotions and thoughts while experiencing mental events in a more positive and accepting manner. Consequently, after training, patients learned to evaluate life events and their surroundings more positively and to counter negative judgments related to maladjustment, which in turn reduced the

frequency of suicidal thoughts. Furthermore, acknowledging thoughts as merely thoughts, feelings as simply feelings, and emotions as they are—neither more nor less—helps weaken cognitive fusion. At the same time, acceptance of internal experiences, when one is no longer struggling against distress and turmoil, allows individuals to expand their behavioral repertoire. This newfound psychological flexibility enables them to use their time and energy to engage in personally meaningful activities and commit themselves to a purposeful and value-driven life.

Ethical Considerations

Ethics Code: This article is derived from the first author's doctoral dissertation, approved by the Ethics Committee under code IR.IAU.SHAHROOD.REC.1401.076 and registered with the clinical trial code IRCT20170719035180N4.

Financial support: This study received no financial support.

Authors' Contributions: S. M. T: Conceptualization, methodology, data management and project, Z. M. Z: Project supervision; writing and editing the article, M. T: Revising the article and A. N: Carrying out the visual aspects of the article.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments: The researchers would like to express their sincere gratitude to all the participants who took part in this study.



روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل

شاپا الکترونیکی: 3115-9508

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>

اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر افکار خودکشی و هم‌جوشی فکر-عمل در مبتلایان به اختلال دوقطبی

زهرا محمدزمانی^۱، سید موسی طباطبایی^۲، محبوبه طاهر^۳، عبدالصمد نیکان^۴۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. ایمیل: Mzamani.zahra@gmail.com۲. استادیار، گروه علوم شناختی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. ایمیل: s.mosatabatabaee@semnan.ac.ir۳. گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. ایمیل: Mahboobe.taher@iau.ac.ir۴. گروه روانشناسی، واحد بندر گز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندر گز، ایران. ایمیل: abdolsamad.nikan@gmail.com

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: اختلال دوقطبی، نوعی اختلال خلقی مزمن و عودکننده است که بر عملکرد اجتماعی و شغلی فرد تأثیر گذار است. هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر افکار خودکشی و هم‌جوشی فکر-عمل در مبتلایان به اختلال دوقطبی بود.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمایش بوده است. جامعه آماری پژوهش، کلیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روانشناختی شهر گرگان در سال ۱۴۰۱ بودند. تعداد ۳۴ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر)، به صورت تصادفی قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه کنترل تا پایان پژوهش، درمان روانشناختی دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های افکار خودکشی بک (۱۹۷۹) و هم‌جوشی فکر-عمل راجمن و شافران (۱۹۸۸) بود. از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS برای تحلیل آماری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مداخله ذهن آگاهی اثر معناداری بر افکار خودکشی ($F_{(1)} = ۰/۶۱$ ، $\eta^2 = ۰/۰۰۱$ ، $P < ۰/۰۰۱$)، هم‌جوشی فکر-عمل ($F_{(1)} = ۴۷/۷۳$) و مؤلفه‌های هم‌جوشی فکر و عمل شامل مؤلفه‌های هم‌جوشی اخلاقی ($F_{(1)} = ۰/۷۲$ ، $\eta^2 = ۰/۰۰۱$ ، $P < ۰/۰۰۱$)، هم‌جوشی برای دیگران ($F_{(1)} = ۰/۳۶$ ، $\eta^2 = ۰/۰۰۱$ ، $P < ۰/۰۰۱$) و هم‌جوشی برای خود ($F_{(1)} = ۴۰/۱۲$ ، $\eta^2 = ۰/۰۰۱$ ، $P < ۰/۰۰۱$) داشت.

نتیجه‌گیری: بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که مداخله ذهن آگاهی منجر به کاهش افکار خودکشی و هم‌جوشی فکر-عمل در مبتلایان به اختلال دوقطبی شد.

استناد: محمدزمانی، زهرا؛ طباطبایی، سید موسی؛ طاهر، محبوبه؛ و نیکان، عبدالصمد (۱۴۰۴). اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر افکار خودکشی و هم‌جوشی فکر-عمل در مبتلایان به اختلال دوقطبی. *مجله روانشناسی بالینی*. ۱۸(۱)، ۱۱۹-۱۳۰.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36766.3118>

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: سید موسی طباطبایی، استادیار، گروه علوم شناختی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

رایانامه: s.mosatabatabaee@semnan.ac.ir تلفن: ۰۹۱۲۳۳۱۱۸۴۵

مقدمه

اختلالات خلقی^۱ که گاهی اختلالات عاطفی نامیده می‌شوند، یک طبقه مهم از بیماران روانی را تشکیل می‌دهند (۱). اختلال دوقطبی^۲، نوعی اختلال خلقی مزمن و عودکننده است که به اختلال‌های شدیدی در عملکرد اجتماعی و شغلی فرد منجر می‌شود (۲). اختلال دوقطبی با دو حالت تغییرات بالینی (افسردگی و مانیا)^۳ و چهار تغییر فازی (افسردگی به مانیا، مانیا به افسردگی، افسردگی به ایزود میکس و ایزود میکس به افسردگی) همراه است (۳). پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی^۴، سه نوع اختلال دوقطبی اصلی معرفی می‌کند. اختلال دوقطبی نوع ۱، دوقطبی نوع ۲ و اختلالی به نام سیکلوتیمیک^۵، به عنوان نسخه‌ای طولانی‌تر از اختلال دوقطبی نوع ۲ (۴). افراد مبتلا به این اختلال دچار تغییرات شدید خلق می‌شوند و نرخ شیوع سالانه آن ۲ درصد است (۵). این اختلال، هزینه‌های سنگینی را برای بیمار، خانواده و جامعه در پی دارد و در صورت درمان نشدن می‌تواند منجر به ایزودهای بیشتر، شدیدتر و تند چرخش شود (۶) که این امر، درمان را دشوارتر و پیش‌آگهی را بدتر و تبعاتی چون میزان خودکشی^۶ و اقدام به خودکشی را بیشتر می‌کند (۷).

مطالعات حاکی از آن است که در بیماران دوقطبی، بیشتر خودکشی‌ها در فاز افسردگی رخ می‌دهند، اما در فاز مختلط و حتی در زمان تجربه علائم مانیک هم خودکشی رخ می‌دهد (۸). در میان عوامل خطر مختلف، افکار خودکشی^۷ به عنوان یکی از نیرومندترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار خودکشی در نظر گرفته شده است (۹، ۱۰). افکار خودکشی نیز افکار ناخوانده همراه با تمایل به خاتمه دادن عمر در زندگی شخصی فرد است (۱۱). افکار خودکشی شامل اشتغالات ذهنی راجع به نیستی و تمایل به مردن است که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است (۱۲). اختلال دوقطبی از جمله عوامل خطرزا برای خودکشی محسوب می‌شوند (۱۳). مطالعات مختلف نشان داد که اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی بالاترین میزان گزارش شده اقدام به خودکشی را در میان اختلالات روان‌پزشکی دارند (۱۴، ۱۵). وجود افکار خودکشی، منجر به از

دست رفتن سال‌های مفید زندگی و تهدید سلامت روان افراد و ایجاد آسیب‌روانی برای خانواده بیماران شده (۱۶) و مشکلات بسیاری را برای جامعه پدید می‌آورد (۱۷). همچنین نقص در انعطاف‌پذیری روانشناختی^۸، دشواری در تغییر افکار و پاسخ‌های رفتاری در یک محیط در حال تغییر، در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی یافت می‌شود (۱۸).

یکی از عواملی که در شکل‌گیری نشانه‌های اختلالات خلقی نقش دارند، هم‌جوئی فکر-عمل^۹ می‌باشد (۱۹). اصطلاح هم‌جوئی فکر-عمل به معنای اعتقاد شخص به این که افکار مزاحم خاص او می‌توانند بر رویدادهای بیرونی اثرگذار باشند، تعریف می‌شود (۲۰) و یا این که شخص فکر می‌کند چنین افکاری از لحاظ اخلاقی معادل انجام آن اعمال منع شده است (۲۱). در مدل فراشناختی ولز^{۱۰} سه حیطه‌ی فراپاورهای مرتبط با هم‌جوئی توصیف شده است، این حیطه‌ها عبارت‌اند از: هم‌جوئی فکر-رویداد، باوری است مبنی بر اینکه یک فکر مزاحم به‌تنهایی می‌تواند سبب وقوع رویداد خاصی شود (۲۲) یا این باور که داشتن فکر مزاحم به معنای آن است که رویدادی باید قبلاً رخ داده باشد (۲۳). هم‌جوئی فکر-عمل، باوری است مبنی بر اینکه افکار، احساسات یا تکانه‌های مزاحم به‌تنهایی می‌توانند فرد را به انجام اعمال ناخواسته و ناشایست وادار سازند. هم‌جوئی فکر-عمل، باوری است مبنی بر اینکه افکار و احساسات می‌توانند به اشیا منتقل شوند (۲۴)، پیامدی که افکار و احساسات را واقعی‌تر، قدرت آسیب‌زایی بیشتر و گریزناپذیرتر می‌سازد و یا موجب از بین رفتن اشیا می‌شود (۲۵). دسته دیگری از باروهای فراشناختی، به لزوم انجام آیین‌مندی‌ها و رفتارهای خنثی ساز مربوط می‌شوند. این باورها منعکس‌کننده اهمیت کنترل افکار، تکانه‌ها و حالت‌های احساسی مانند انگیزختگی و اضطراب هستند (۲۶). افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوسانات خلقی شدیدی را تجربه می‌کنند که هریک از دوره‌ها (شیدایی و افسردگی) افکار، تکانه‌ها و اعمال متفاوتی را شامل می‌شود؛ لذا ممکن است که بعد سپری شدن هر دوره و قرارگیری در دوره بعدی، خود را به دلیل افکار و تکانه‌های قبلی سرزنش کرده و احساس گناه

6. Suicide
7. Suicidal thoughts
8. Psychological flexibility
9. Fusion of action thought
10. Wells metacognitive model

1. mood disorders
2. Bipolar disorder
3. Depression and Mania
4. DSM-5
5. Cyclothymic

کنند؛ بنابراین ارتباط بین هم‌جوشی فکر-عمل اخلاقی با اختلال دوقطبی نیز از این جنبه قابل تبیین است (۲۷). رویکردهای مختلف روانشناختی برای درمان اختلال دوقطبی به کار برده شده‌اند که از جمله آن می‌توان به مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۱ که بر نگرش مشاهده‌کننده و غیر واکنشی نسبت به افکار، احساسات و وضعیت بدن تأکید می‌کنند اشاره کرد (۲۸). ذهن‌آگاهی بر پایه سه مؤلفه‌ی اجتناب از قضاوت، بالابردن آگاهی و متمرکز بودن در لحظه‌حال متمرکز است و کمک می‌کند تا افراد فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری خویش را پردازش کنند. آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و وضعیت‌های فیزیکی باعث می‌شود که افراد یاد بگیرند، خود را کنترل کنند و خویش را از افکار خودآیند رهایی بخشند (۲۹). در این راستا نتایج مطالعات مختلف نشان‌دهنده اثربخشی ذهن‌آگاهی بر افکار خودکشی (۱۸، ۳۰ و ۳۱) هم‌جوشی فکر-عمل (۲۶، ۳۲، ۳۳) بود. اختلال دوقطبی با عواقب جدی برای زندگی روزمره، شغلی و روابط بین‌فردی بیماران همراه است (۳۴). مطالعات طولی گذشته‌نگر نشان می‌دهند که کمتر از نیمی از بیماران دوقطبی، پاسخ طولانی‌مدت به درمان داشته‌اند (۳۵) و حتی در صورت ادامه‌ی درمان بسیاری از بیماران به بهبودی کامل دست نیافته و در عین حال بسیاری از بیماران نیز پذیرش پایینی برای درمان‌های دارویی دارند، لذا افزودن مداخلات روانی-اجتماعی به برنامه درمان، کارآمدی درمان را افزایش می‌دهد. با توجه به شیوع اختلال‌های افسردگی و دوقطبی، عود بالا و پیامدهای متعدد آن‌ها برای بیماران و اطرفیان‌شان در حوزه‌های مختلف شغلی، عملکردی، اجتماعی، این پژوهش درصدد پاسخ‌گویی به این پرسش اساسی است که آیا مداخله ذهن‌آگاهی بر افکار خودکشی و هم‌جوشی فکر-عمل در مبتلایان به اختلال دوقطبی اثربخش است؟

روش

طرح پژوهش: این پژوهش از نظر هدف کاربردی و در حیطه پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

آزمودنی‌ها: جامعه‌آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روانشناختی شهر گرگان در سال ۱۴۰۱ بود. از میان آن‌ها،

تعداد ۳۴ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. این افراد به طور تصادفی و به نسبت مساوی در دو گروه آزمایش (۱۷ نفر) و کنترل (۱۷ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت مداخله درمان ذهن‌آگاهی قرار گرفت که شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود. گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکردند و تنها تحت مراقبت‌های معمول روانشناختی قرار داشتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل موارد زیر بود: رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش، سن بین ۲۵ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، تشخیص اختلال دوقطبی بر اساس نظر روان‌پزشک و تأیید از طریق مصاحبه بالینی، سپری شدن حداقل ۶ ماه و حداکثر ۱ سال از زمان تشخیص اختلال دوقطبی. شرکت‌کنندگان باید حداقل شش ماه از تشخیص اختلال دوقطبی گذشته باشند. هیچ محدودیتی برای مدت زمان ابتلا به بیماری اعمال نشده است. ملاک‌های خروج از پژوهش به شرح زیر بود: غیبت بیش از دو جلسه از دوره درمان، دریافت شوک الکتریکی در طی مدت پژوهش، بارداری (برای زنان)، و شرکت در هرگونه برنامه آموزشی یا درمانی مشابه دیگر در طول مدت پژوهش. برای تعیین حجم نمونه، از توان آماری^۲ استفاده شد. بر اساس این تحلیل و با توجه به تعداد حداقلی نمونه مورد نیاز، تعداد ۳۴ نفر به عنوان حجم نمونه مناسب برای این پژوهش در نظر گرفته شد. شرکت‌کنندگان در این پژوهش تحت درمان دارویی ثابت قرار داشتند و مصرف داروهای روان‌پزشکی برای تمامی شرکت‌کنندگان یکسان بود. نوع و دوز داروها ثابت باقی ماند تا تأثیر داروها بر نتایج مداخله بررسی نشود. شرکت‌کنندگان بر اساس نمرات بالای پرسشنامه افکار خودکشی بک (۱۹۷۹) انتخاب شدند. این انتخاب به این صورت بود که افرادی که نمرات بالای ۲۱ را در پرسشنامه بک کسب کرده بودند به پژوهش وارد شدند. مداخله درمان ذهن‌آگاهی به‌طور استاندارد اجرا شد و هیچ‌گونه تغییرات خاصی برای ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در نظر گرفته نشد. درمان به‌طور یکسان برای تمام شرکت‌کنندگان انجام شد و جلسات درمانی مطابق با دستورالعمل‌های استاندارد ذهن‌آگاهی برای گروه آزمایش اجرا گردید.

ابزار

۱. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (مشخصات فردی-اجتماعی): این پرسشنامه شامل مشخصاتی از قبیل: سن، جنس، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات بود.

۲. مقیاس افکار خودکشی^۱: مقیاس ایده‌پردازی خودکشی توسط بک و همکاران، برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته شد (۳۶). مقیاس ایده‌پردازی خودکشی بک، برآوردی عددی از شدت افکار و امیال خودکشی‌گرایانه فراهم می‌کند. این مقیاس مشتمل بر ۱۹ گویه است که بر روی یک مقیاس سه نقطه‌ای از صفر (کمترین شدت) تا ۲ (بیشترین شدت) درجه‌بندی می‌شود. پایایی و روایی مقیاس اندیشه‌پردازی خودکشی بک، در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است. در مطالعه سوکی آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ و اعتبار آزمون-بازآزمون آن برابر ۰/۶۹ به دست آمده است (۳۷). اعتبار مقیاس در تحقیق لقایی و همکاران (۳۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ گزارش شده است. پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۸۱ به دست آمد.

۳. مقیاس تجدیدنظر شده هم‌جوشی فکر-عمل^۲: این مقیاس نوعی ابزار خودگزارشی است که توسط راجمن و شافران در سال ۱۹۸۸ ساخته شده و دارای ۱۹ ماده است (۳۹). هدف آن بررسی مؤلفه‌های هم‌جوشی فکر-عمل (هم‌جوشی فکر-عمل اخلاقی، عمل احتمال برای دیگران، هم‌جوشی فکر-عمل احتمال برای خود) است. ۱۲ ماده این مقیاس مربوط به هم‌جوشی فکر عمل اخلاقی، ۴ ماده مربوط به هم‌جوشی فکر-عمل احتمال برای دیگران و ۳ ماده مربوط به هم‌جوشی فکر-عمل احتمال برای خود هستند. مواد در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه)، توسط آزمودنی‌ها درجه‌بندی می‌گردند. دامنه نمرات این مقیاس از ۹۵-۱۹ است و نمرات بالاتر اشاره به هم‌جوشی فکر-عمل شدیدتر در فرد دارند. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۹ تا ۳۸ باشد، میزان هم‌جوشی فکر-عمل ضعیف و اگر نمرات پرسشنامه بین ۳۸ تا ۷۶ باشد، میزان هم‌جوشی فکر-عمل در سطح متوسطی است. همچنین نمرات بالای ۷۶ نشان‌دهنده میزان هم‌جوشی فکر-عمل بسیار بالا است. در پژوهش لی و همکاران (۲۴) پایایی این مقیاس ۰/۹۶ به دست آمد. در

پژوهش همایون و بقولی (۱۹) آلفای کرونباخ هر سه مؤلفه این مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر برای کل مقیاس به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: پس از دریافت کد اخلاق (IR.IAU.SHAHROOD.REC.1401.076) و هماهنگی با مدیریت مراکز مشاوره روانشناختی و همکاری مسئولین مراکز مشاوره بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی شناسایی شدند، طی فراخوانی از آن‌ها برای شرکت در جلسه‌ای توجیهی دعوت به عمل آمد، پس از بیان اهداف پژوهش افرادی که واجد ملاک‌های ورود بوده و مایل به همکاری در پژوهش بودند، علاوه بر چک لیست اطلاعات دموگرافیک شامل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، پرسشنامه‌های افکار خودکشی و هم‌جوشی فکر-عمل را قبل از انجام مداخله به عنوان پیش‌آزمون تکمیل نمودند. گروه آزمایش مداخله ذهن‌آگاهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک روز در هفته دریافت کرد اما گروه کنترل تا پایان پژوهش درمان روانشناختی دریافت نکرد. همچنین شرکت‌کنندگان پس از اتمام مداخله، مجدد پرسشنامه‌های پژوهش را به عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند. ضمناً ملاحظات اخلاقی زیر جهت حسن انجام پژوهش رعایت گردید: ۱. اصل رازداری و محرمانگی نتایج پژوهش، بدین منظور از شرکت‌کنندگان خواسته شد که از نوشتن نام و نام‌خانوادگی بپرهیزند، ۲. کسب رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، ۳. حفظ سلامت جسمی و روانی شرکت‌کنندگان در طول اجرای پژوهش، ۴. در اولویت قرار دادن اینکه اگر افراد تمایل به شرکت در پژوهش را نداشتند، به خواست آن‌ها احترام گذاشته شود، ۵. آگاه کردن شرکت‌کنندگان از نتایج پژوهش به طور اجمالی و ۶. در پایان پژوهش گروه کنترل هم مداخله ذهن‌آگاهی را دریافت نمودند. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار تحلیل داده‌های SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

مداخله ذهن‌آگاهی

جلسات ذهن‌آگاهی در پژوهش حاضر از برنامه مداخله ذهن‌آگاهی کابات-زین (۴۰) اقتباس شده است که محتوای جلسات به شرح ذیل می‌باشد.

2. Revised Thought-Action Fusion Scale

1. Suicide Thought Scale

جدول ۱) شرح جلسات مداخله ذهن آگاهی

| جلسه | محتوا |
|-------|---|
| اول | معرفی و آشنایی و تبیین مفهوم هدایت خودکار: معرفی برنامه و شرح مختصری از ۸ جلسه، تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی با مفاهیم آموزش ذهن آگاهی و لزوم آموزش ذهن آگاهی، توضیح پیرامون هدایت خودکار و مراقبه خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه واریسی بدن و تنفس آگاهانه، تکلیف‌دهی. |
| دوم | رویارویی با موانع: مرور تکالیف جلسه قبل (انجام مراقبه واریسی بدن و بحث در مورد این تجربه)، موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن و تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات، انجام مراقبه در حالت نشسته، تکلیف‌دهی. |
| سوم | آگاهی از تنفس یا تنفس آگاهانه: تمرین دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی، بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی، انجام تمرین‌های حرکات یوگا، تکلیف‌دهی. |
| چهارم | ماندن در زمان حال: مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (که مراقبه نشسته چهاربعدی نیز نامیده می‌شود). آموزش نحوه ماندن در زمان حال، تکلیف‌دهی. |
| پنجم | اجازه / مجوز حضور (پذیرش افکار و احساسات): مرور تکالیف جلسه قبل، تبیین مفهوم پذیرش، انجام مراقبه نشسته (آگاهی و حضور ذهن از تنفس، صداها، افکار و احساسات)، ارائه و اجرای حرکات یوگا، تکلیف‌دهی. |
| ششم | افکار حقایق نیستند: تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی، ارائه‌ی تمرینی با عنوان «خلق فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستن، استفاده از شعر و استعاره و ارتباط آن با کیفیت ذهن آگاهی، تکلیف‌دهی. |
| هفتم | چطور می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم؟ مراقبه نشسته و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود. ارائه تمرینی جهت تهیه لیستی از رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی، تجربه آگاهی و پذیرش بدون قضاوت (غیرانتخابی)، تکلیف‌دهی. |
| هشتم | پذیرش و تغییر (استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اید): مراقبه واریسی بدن، تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مراقبه، گرفتن باز خورد از شرکت‌کنندگان و اخذ پس‌آزمون، آمادگی برای خاتمه جلسات و پایان مداخله. |

یافته‌ها

وجود ندارد ($P > 0/05$). هم‌چنین، تعداد شرکت‌کنندگان دیپلم در گروه آزمایش (۱۰ نفر) و در گروه کنترل (۴ نفر)، فوق دیپلم در گروه آزمایش (۳ نفر) و در گروه کنترل (۵ نفر)، کارشناسی در گروه آزمایش (۴ نفر) و در گروه کنترل (۶ نفر) و دارندگان مدرک کارشناسی ارشد در گروه آزمایش (۰) و در گروه کنترل (۲ نفر) بودند که از نظر سواد بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($P > 0/05$).

ابتدا ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه بررسی شد. میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش $36/05 \pm 7/93$ و گروه کنترل $34/41 \pm 6/12$ بود که تقریباً برابر بود. در گروه ذهن آگاهی ۹ نفر مرد و ۸ نفر زن بودند و در گروه کنترل ۶ نفر از شرکت‌کنندگان مرد و ۱۱ نفر زن بودند. آزمون کای اسکور نشان داد تفاوت معناداری از نظر جنسیت بین دو گروه

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایشی و کنترل

| متغیر | مرحله | گروه آزمایش | | گروه کنترل | |
|---------------------|-----------|-------------|------------------|------------|------------------|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| خودکشی | پیش‌آزمون | ۱۶/۲۹ | ۵/۷۲ | ۲۱/۲۳ | ۶/۰۲ |
| | پس‌آزمون | ۸/۹۴ | ۳/۶۰ | ۲۱/۶۵ | ۶/۷۶ |
| هم‌جوшы اخلاقی | پیش‌آزمون | ۴۴/۹۴ | ۶/۹۰ | ۴۶/۰۰ | ۶/۸۲ |
| | پس‌آزمون | ۳۱/۸۸ | ۳/۸۷ | ۴۴/۶۵ | ۴/۲۹ |
| هم‌جوшы برای دیگران | پیش‌آزمون | ۱۴/۲۶ | ۲/۰۸ | ۱۳/۴۷ | ۲/۷۲ |
| | پس‌آزمون | ۱۱/۸۲ | ۱/۳۸ | ۱۳/۵۳ | ۱/۳۷ |
| هم‌جوшы برای خود | پیش‌آزمون | ۱۱/۴۷ | ۱/۴۶ | ۱۲/۷۶ | ۱/۴۴ |
| | پس‌آزمون | ۹/۰۰ | ۱/۰۶ | ۱۲/۵۸ | ۲/۰۶ |

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون آمده است. در همه متغیرها میانگین دو گروه آزمایش و کنترل یکسان نیست ولی برای این که مشخص شود آیا این تفاوت‌ها معنادار است یا خیر، از تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای مقایسه دو گروه در نمره کل خودکشی و تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مقایسه دو گروه در مؤلفه‌های هم‌جوشی فکر و عمل استفاده شد. برای استفاده از تحلیل کواریانس برای مقایسه دو گروه

در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون آمده است. در همه متغیرها میانگین دو گروه آزمایش و کنترل یکسان نیست ولی برای این که مشخص شود آیا این تفاوت‌ها معنادار است یا خیر، از تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای مقایسه دو گروه در نمره کل خودکشی و تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مقایسه دو گروه در مؤلفه‌های هم‌جوشی فکر و عمل استفاده شد. برای استفاده از تحلیل کواریانس برای مقایسه دو گروه

جدول ۳) تحلیل کواریانس مداخله ذهن‌آگاهی بر افکار خودکشی

| منبع پراکندگی | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | معنی‌داری | اندازه اثر | توان |
|---------------|---------------|------------|-----------------|--------|-----------|------------|-------|
| پیش‌آزمون | ۳۲۵/۱۲۷ | ۱ | ۳۲۵/۱۲۷ | ۲۲/۶۵۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۲۲ | ۰/۹۹۶ |
| گروه | ۶۸۵/۰۸۴ | ۱ | ۶۸۵/۰۸۴ | ۴۷/۷۲۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۰۶ | ۱ |
| خطا | ۴۴۴/۹۹۱ | ۳۱ | ۱۴/۳۵۵ | | | | |

واریانس دو گروه برابر نیست. با توجه به برابر بودن تعداد شرکت‌کنندگان دو گروه، برابر نبودن واریانس دو گروه در این مؤلفه معنی برای استفاده از تحلیل کواریانس ایجاد نمی‌کند. آماره ام‌باکس ($M^* \text{Box} = ۳۷/۹۴۸$, $P = ۰/۰۰۱$) نشان داد ماتریس کواریانس دو گروه همگن نیست، لذا از آماره چندگانه لامبدای ویلکز ($\lambda^2 = ۰/۸۴$, $P = ۰/۰۰۱$, $F = ۰/۱۶$) استفاده شد که نشان داد اثر مداخله ذهن‌آگاهی بر ترکیب خطی مؤلفه‌های هم‌جوشی فکر و عمل معنادار است و اندازه اثر آن نیز بر ترکیب خطی این سه مؤلفه زیاد ($۰/۸۴$) است. لذا، در جدول چهار مقایسه بین گروهی برای مقایسه دو گروه در مؤلفه‌های هم‌جوشی فکر و عمل ارائه شده است:

براساس جدول ۳، اثر مداخله ذهن‌آگاهی بر افکار خودکشی معنادار است. اندازه اثر مداخله ذهن‌آگاهی بر افکار خودکشی ($۰/۶۰۶$) بالاتر از متوسط است. برای انجام مقایسه فوق از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. آزمون شاپیرو-ویلکز نشان داد توزیع نرمات در دو مؤلفه هم‌جوشی اخلاقی و هم‌جوشی برای دیگران نرمال است. برای مؤلفه هم‌جوشی برای خود نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز معنادار بود، شاخص‌های کجی و کشیدگی محاسبه شد که این دو شاخص در محدوده مطلوب و نرمال بودند لذا، مفروضه نرمالیتی برقرار بود. آزمون لون نشان داد واریانس دو گروه در مؤلفه‌های هم‌جوشی اخلاقی و هم‌جوشی برای خود برابر است ($P > ۰/۰۵$) اما در مؤلفه هم‌جوشی برای دیگران

جدول ۴) تحلیل کواریانس مداخله ذهن‌آگاهی بر هم‌جوشی فکر-عمل

| منبع پراکندگی | مؤلفه | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | p | اندازه اثر |
|---------------|---------------------|---------------|------------|-----------------|--------|-------|------------|
| پیش‌آزمون | هم‌جوشی اخلاقی | ۱۳۸/۴۹۵ | ۱ | ۱۳۸/۴۹۵ | ۶/۹۷۵ | ۰/۰۱۳ | - |
| | هم‌جوشی برای دیگران | ۰/۷۴۷ | ۱ | ۰/۷۴۷ | ۰/۲۵۶ | ۰/۶۱۶ | - |
| | هم‌جوشی برای خود | ۱/۴۴۴ | ۱ | ۱/۴۴۴ | ۰/۵۲۹ | ۰/۴۷۳ | - |
| گروه | هم‌جوشی اخلاقی | ۱۶۱۵/۷۸۲ | ۱ | ۱۶۱۵/۷۸۲ | ۸۱/۳۷۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۲۴ |
| | هم‌جوشی برای دیگران | ۵۱/۹۵۱ | ۱ | ۵۱/۹۵۱ | ۱۷/۸۳۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶۵ |
| | هم‌جوشی برای خود | ۱۰۹/۵۸۰ | ۱ | ۱۰۹/۵۸۰ | ۴۰/۱۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۶۴ |
| خطا | هم‌جوشی اخلاقی | ۶۱۵/۵۰۵ | ۳۱ | ۱۹/۸۵۵ | | | |
| | هم‌جوشی برای دیگران | ۹۰/۳۱۲ | ۳۱ | ۲/۹۱۳ | | | |
| | هم‌جوشی برای خود | ۸۴/۶۷۴ | ۳۱ | ۲/۷۳۱ | | | |

بر اساس نتایج جدول ۲، بین میانگین دو گروه در هر سه مؤلفه هم‌جوشی فکر و عمل تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر مداخله ذهن آگاهی بر هم‌جوشی اخلاقی (۰/۷۲۴) در حد متوسط به بالا، بر مؤلفه هم‌جوشی برای دیگران (۰/۳۶۵) کمتر از متوسط و بر مؤلفه هم‌جوشی برای خود (۰/۵۶۴) در حد متوسط است. بر اساس جدول دو، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل در این سه مؤلفه پائین‌تر است.

بحث

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر افکار خودکشی و هم‌جوشی فکر-عمل در مبتلایان به اختلال دوقطبی بود. نتایج نشان داد که مداخله ذهن آگاهی منجر به کاهش افکار خودکشی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات پیشین (۱۸، ۳۰ و ۳۱) همسو بود.

در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که افرادی که ذهنی سرگردان دارند، توانایی واقع‌بینی را از دست می‌دهند و بیشتر نقاط ضعف و جنبه‌های تاریک زندگی را در نظر می‌گیرند و از هیجانات ناخوشایندی همچون افسردگی و اضطراب رنج می‌برند که در نهایت منجر به افکار خودکشی در آن‌ها می‌شود (۵). ذهن آگاهی، پذیرش تجربه را بدون قضاوت و عدم تلاش برای سرکوبی تجربه، منعکس می‌کند که این امر می‌تواند باعث کاهش رفتار واکنشی افراد در مواقعی که با خودکشی روبه‌رو می‌شوند، بشود و به آن‌ها اجازه بدهد که افکار خودکشی را متوقف کنند. در واقع، می‌توان گفت که چون ذهن آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند. زندگی به شیوه ذهن آگاهانه باعث می‌شود که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نسبت به خود، توانایی‌ها و محیط اطرافشان آگاهی بیشتری داشته و در نتیجه از امیدواری و خوش‌بینی بیشتری در زندگی برخوردار باشند (۳۱). افرادی که ذهن آگاهی در آن‌ها بالا باشد، نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی بیشتری دارند و بیشتر با ویژگی‌های خودکار ذهن آشنایی پیدا می‌کنند و آگاهی لحظه به لحظه را در خود پرورش می‌دهند که باعث می‌شود این افراد کمتر افکار خودآسیبی داشته باشند (۱۸). از

جنبه‌های مهم درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند از این‌رو، بعد از آموزش، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی یاد گرفتند که وقایع مربوط به زندگی و محیط پیرامون را به صورت مثبت ارزیابی کنند و از قضاوت‌های منفی در مورد عدم سازگاری مقابله کنند که همین امر موجب می‌شود آنان کمتر افکار خودکشی را تجربه کنند (۳۰).

نتایج پژوهش نشان داد که مداخله ذهن آگاهی منجر به کاهش هم‌جوشی فکر-عمل بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات پیشین (۲۶، ۳۲ و ۳۳) همسو بود. این یافته بدین صورت تبیین می‌شود که آموزش ذهن آگاهی با ویژگی‌هایی چون حضور در لحظه حاضر و توجه متمرکز، فرد را متوجه افکار غیرسودمند و هدایت خودکار ذهن می‌کند. همچنین آموزش ذهن آگاهی کمک می‌کند این افکار غیرسودمند و عوامل راه‌اندازی آن شناسایی شوند و فرد با مهارت‌هایی که از آموزش ذهن آگاهی به دست می‌آورد، هم‌جوشی شناختی را کاهش می‌دهد. بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در تمرین ذهن آگاهی با تمرین واری و آشنایی با بدن یاد می‌گیرند توجه خود را تنظیم و از احساسات بدنی خود آگاهی یابند (۲۶). آگاهی از بدن، آغازی برای آگاهی به حالت هیجانی و افکار است، توجه و آگاهی عوامل بسیار مهمی در کنترل هم‌جوشی هستند. در ذهن آگاهی، افراد یاد می‌گیرند رابطه‌شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آن‌ها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند. پذیرش افکار به‌عنوان افکار، احساسات به‌عنوان احساسات و هیجانات همان‌گونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر به تضعیف هم‌جوشی‌های شناختی منجر می‌شود و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به او اجازه توسعه خزانه رفتاری‌اش را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می‌آورد، برای انجام دادن فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به زندگی ارزشمند و هدفمندی متعهد کند (۳۳).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، به جامعه پژوهش یعنی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روانشناختی شهر گرگان می‌توان اشاره کرد؛ بنابراین

8. Reich R, Gilbert A, Clari R, Burdick K. A preliminary investigation of impulsivity, aggression and white matter in patients with bipolar disorder and a suicide attempt history. *J Affect Disord.* 2019;247(15):88-96. [Doi:10.1016/j.jad.2019.01.001](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.001)
9. Teismann T, Forkmann T, Brailovskaia J, Siegmann P, Glaesmer H, Margraf J. Positive mental health moderates the association between depression and suicide ideation: A longitudinal study. *Int J Clin Health Psychol.* 2018;18(1):1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.08.001>
10. Dumith SC, Demenech LM, Carpena MX, Nomiyama S, Neiva-Silva L, Loret de Mola C. Suicidal thought in southern Brazil: Who are the most susceptible? *J Affect Disord.* 2020;260:610-6. [Doi:10.1016/j.jad.2019.09.046](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.046)
11. Shapiro L, Kennedy K, Dimick M, Benjamin I. Elevated atherogenic lipid profile in youth with bipolar disorder during euthymia and hypomanic/mixed but not depressive states. *J Psychosom Res.* 2022;156(5):76-84. [Doi:10.1016/j.jpsychores.2022.110763](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110763)
12. Falcone T, Timmons-Mitchell J. Mood Disorders and Suicide. In: *Suicide Prevention: A Practical Guide for the Practitioner.* Berlin: Springer; 2018. [DOI: 10.1007/978-3-319-74391-2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-74391-2)
13. Miller J, Black D. Bipolar disorder and suicide: a review. *Curr Psychiatry.* 2020;22(2):1-10. [Doi:10.1007/s11920-020-1130-0](https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0)
14. Tondo L, Baldessarini RJ, Barbuti M, Colombini P, Angst J, Azorin JM, Perugi G. Factors associated with single versus multiple suicide attempts in depressive disorders. *J Affect Disord.* 2020;277:306-312. [Doi:10.1016/j.jad.2020.08.021](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.021)
15. Hallgren J, Osby U, Westman J, Gissler M. Mortality trends in external causes of death in people with mental health disorders in Sweden, 1987–2010. *Scand J Public Health.* 2019;47(2):121-126. [Doi:10.1177/1403494818758912](https://doi.org/10.1177/1403494818758912)
16. Leboyer M, Godin O, Llorca P, Aubin V. Key findings on bipolar disorders from the longitudinal FondaMental Advanced Center of Expertise-Bipolar Disorder (FACE-BD) cohort. *J Affect Disord.* 2022;307(15):149-156. [Doi:10.1016/j.jad.2022.03.053](https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.053)
17. Yousefi K, Zargham-Hajbi M, Saravani S. Predicting Suicidal Tendency Based on Psychological Hardiness and Perceived Body Image in Patients with Multiple Sclerosis (MS). *Q Sci-Res J Health Psychol.* 2021;10(39):157-70. [Persian] <https://doi.org/10.30473/hpj.2021.55611.4980>
18. Jamali S, Najafi M, Quraishi FS, Rahimian BE. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Suicidal Thoughts and Psychological Resilience in Patients with Bipolar Disorder. *Psychol Stud.* 2021;17(1):7-22. [Persian] [Doi:10.22051/PSY.2021.34436.2376](https://doi.org/10.22051/PSY.2021.34436.2376)
19. Homayoun F, Boqoli H. Comparison of Thought-Action Fusion, Attribution Styles, and Attention

باید در تعمیم نتایج پژوهش به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی سایر مناطق کشور احتیاط کرد. از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش، برگزار نشدن دوره پیگیری بود. با توجه به اثربخش بودن ذهن‌آگاهی بر افکار خودکشی و هم‌جوشی فکر-عمل در سطح عملی پیشنهاد می‌شود علاوه بر توجه فیزیولوژیکی و درمانی به روند روانی و عاطفی مبتلایان به اختلال دوقطبی توجه شود تا درمانگران بتوانند با استفاده از ذهن‌آگاهی، گام‌های عملی برای کاهش افکار خودکشی و هم‌جوشی فکر-عمل بردارند.

سپاس‌گزاری: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول پژوهش با کد اخلاق (IR.IAU.SHAHROOD.REC.1401.076) و کد کارآزمایی بالینی (IRCT20170719035180N4) است. از تمامی بیماران حاضر در پژوهش و مسئولان مراکز درمانی شهر گرگان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی می‌شود.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ تعارض منافی گزارش نشده است.

منابع

1. Anbari Meybodi N, Basharpour S, Narimani M. Recovery from bipolar disorder type 1 based on sleep disturbance and mania-related memory bias: The mediating role of working memory. *Clinical Psychology.* 2023;15(1):107-117. [Persian] [Doi:10.22075/JCP.2023.25781.2366](https://doi.org/10.22075/JCP.2023.25781.2366)
2. Davis JA, Gamble KL. Synchronized time keeping is key to healthy mood regulation. *Eur J Neurosci.* 2018;43(10):286-93. [Doi:10.1111/ejn.13147](https://doi.org/10.1111/ejn.13147)
3. Highland D, Zhou G. A review of detection techniques for depression and bipolar disorder. *Smart Health.* 2022;9(4):28-31. [Doi:10.1016/j.smhl.2022.100282](https://doi.org/10.1016/j.smhl.2022.100282)
4. Ganji H, Ganji M. *DSM-5 Psychopathology - Volume 1.* Ardabil: Savalan Publications; 2016. [Persian]
5. Carvalho A, Firth J, Vieta E. Bipolar disorder. *N Engl J Med.* 2020;383(1):58-66. [Doi:10.1056/NEJMra1906193](https://doi.org/10.1056/NEJMra1906193)
6. Laidi C, Godin O, Etain B, Bellivier F. Direct medical cost of bipolar disorder: Insights from the FACE-BD longitudinal cohort. *J Affect Disord.* 2022;306(1):223-31. [Doi:10.1016/j.jad.2022.02.071](https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.071)
7. Zhao L, Wang Y, Jia Y, Zhong S, Sun Y, Zhou Z, et al. Cerebellar microstructural abnormalities in bipolar depression and unipolar depression: A diffusion kurtosis and perfusion imaging study. *J Affect Disord.* 2020;195:21-31. [Doi:10.1016/j.jad.2016.01.042](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.042)

- who are at elevated suicide risk. *Mindfulness*. 2020;6(6):1345-1355. [Doi:10.1007/s12671-015-0405-8](https://doi.org/10.1007/s12671-015-0405-8)
31. Raj S, Sachdeva SA, Jha R, Sharad S, Singh T, Arya YK, Verma SK. Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian J Psychiatry*. 2019;39:58-62. [Doi:10.1016/j.ajp.2018.12.001](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.12.001)
 32. Khadem S, Fakhri MK, Emadian SO. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on rumination, perfectionism, and thought-action fusion in women with obsessive-compulsive disorder. *Stud Adolesc Young People*. 2022;4(10):147-63. [Persian] <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.4.11>
 33. Hanstede M, Gidron Y, Nyklíček I. The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. *J Nerv Ment Dis*. 2018;196(10):776-779. [Doi:10.1097/NMD.0b013e31818786b8](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31818786b8)
 34. Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, Hayhurst H. Cognitive-behavioral therapy for severe and recurrent bipolar disorders: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2017;188:313-320. [Doi: 10.1192/bjp.188.4.313](https://doi.org/10.1192/bjp.188.4.313)
 35. Wendt A, Stamper G, Howland M, Cerimele J, Bhat A. Indirect psychiatric consultation for perinatal bipolar disorder: A scoping review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;68:19-24. [Doi:10.1016/j.genhosppsych.2020.11.011](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.11.011)
 36. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):343-352. [Doi:10.1037//0022-006x.47.2.343](https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343)
 37. Sueki H. Re-examination of reliability and validity of suicide ideation scale. *Jpn J Ment Health*. 2018;32:48-54. <https://core.ac.uk/reader/295360480>
 38. Leghaei M, Mehrabizadeh Honarmand M, Arshadi N. Structural equation modeling of students' suicidal ideation based on resilience and coping strategies with the mediating role of depression. *Clin Psychol Stud*. 2020;10(40):27-46. [Persian] <https://doi.org/10.22054/jcps.2021.56410.2458>
 39. Rachman S, Shafran R. Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clin Psychol Psychother*. 1998;6(2):80-5. <https://doi.org/10.1177/1073191112436670>
 40. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract*. 2010;10(2):144-156. [Doi:10.1093/clipsy.bpg016](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016)
 - Control in Patients with Obsessive-Compulsive Disorders and Depression. *Psychol Methods Models*. 2019;10(35):175-92. [Persian] [Doi:20.1001.1.22285516.1398.10.35.10.5](https://doi.org/10.1001.1.22285516.1398.10.35.10.5)
 20. Jelinek L, Balzar A, Moritz S, Reiningger K, Miegel F. Therapists' Thought-Action Fusion Beliefs Predict Utilization of Exposure in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behav Ther*. 2020;53(1):23-33. [Doi:10.1016/j.beth.2021.05.004](https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.05.004)
 21. Berle D, Starcevic V. Thought-action fusion: Review of the literature and future directions. *Clin Psychol Rev*. 2016;25(3):263-84. [Doi:10.1016/j.cpr.2004.12.001](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.001)
 22. Lee S, Lee S. Korean Version of the Thought-Action Fusion Scale: The Evidence for Its Psychometric Properties. *Psychiatry Investig*. 2021;18(4):348-56. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0396>
 23. Farokhi H, Sohrabi F. Investigating the factor structure, reliability, and validity of the Thought Fusion Questionnaire (TFI) in students. *Clin Psychol Pers*. 2020;17(1):249-55. [Persian] [Doi:10.22070/CPAP.2020.2901](https://doi.org/10.22070/CPAP.2020.2901)
 24. Lee EB, Barney JL, Twohig MP, Lensegrav Benson T, Quakenbush B. Obsessive compulsive disorder and thought action fusion: Relationships with eating disorder outcomes. *Eat Behav*. 2020;37:101386. [Doi:10.1016/j.eatbeh.2020.101386](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101386)
 25. McNicol K, Wells A. Metacognition and Obsessive-Compulsive Symptoms: The Contribution of Thought-Fusion Beliefs and Beliefs about Rituals. *Int J Cogn Ther*. 2017;5:330-40. [Doi:10.1521/ijct.2012.5.3.330](https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.3.330)
 26. Mirzamohammadi S, Heshmati R. The effectiveness of mindfulness training on thought fusion in individuals with obsessive-compulsive symptoms. *New Psychol Res*. 2021;16(64):1-24. [Persian] [Doi:20.1001.1.27173852.1400.16.64.5.4](https://doi.org/10.1001.1.27173852.1400.16.64.5.4)
 27. Malemir B, Keyvanloo S, Rafiei-Rad Z, Mozazeh R, Sadri M, Zavarei Z. Comparison of physical health and thought-action fusion in patients with obsessive-compulsive, bipolar, and normal obsessive-compulsive disorder. *J Cogn Psychol Psychiatry*. 2021;8(1):147-59. [Persian] [Doi:10.22098/jhrs.2022.10209.1042](https://doi.org/10.22098/jhrs.2022.10209.1042)
 28. Cairncross M, Miller C. The effectiveness of mindfulness-based therapies for ADHD: a metaanalytic review. *Atten Disord*. 2020;24(5):627-643. [Doi:10.1177/1087054715625301](https://doi.org/10.1177/1087054715625301)
 29. Ahmadi Katayuncheh F, Khoshakhlaq H. The effectiveness of emotion-focused therapy on metaemotion, mindfulness, and emotional capital of women with multiple sclerosis in Isfahan. *Clinical Psychology*. 2023;15(4):15-27. [Persian] <http://journal.rums.ac.ir/article-1-7262-en.html>
 30. Chesin MS, Sonmez CC, Benjamin-Philips CA, Beeler B, Brodsky BS, Stanley B. Preliminary effectiveness of adjunct mindfulness based cognitive therapy to prevent suicidal behavior in outpatients