
اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

سارا جمالی^۱، محمود نجفی*^۲، فاطمه‌سادات قریشی^۳ و
اسحق رحیمیان بوگر^۴

چکیده

خودکشی و افکار خودکشی در میان بیماران دوقطبی کاملاً واقعی است و می‌تواند در هر دو فاز افسردگی یا شیدایی رخ دهد، به همین دلیل هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افکار خودکشی و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود. طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از بین بیماران دوقطبی بیمارستان کارگرنژاد کاشان، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزارهای این پژوهش پرسشنامه افکار خودکشی بک و پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بوند بود، و این پرسشنامه‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دوبار در هفته تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. به‌منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره استفاده شد. با توجه به نتایج به‌دست آمده در این پژوهش درمان پذیرش و تعهد موجب کاهش افکار خودکشی و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود و می‌توان از آن به‌عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد.

کلید واژه‌ها: اختلال دوقطبی، افکار خودکشی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
saraj4111@gmail.com

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
m_najafi@semnan.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.
dr.zoghoreishi@yahoo.com

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
i_rahimian@semnan.ac.ir

DOI:10.22051/PSY.2021.34436.2376

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5625.html

مقدمه

اختلال دوقطبی^۱ یا افسردگی شیدایی نوعی اختلال خلقی مزمن و ناتوان‌کننده است و در مقایسه با سایر اختلالات خلقی بهبود کم‌تر و میزان مرگ‌ومیر بیشتری دارد که مشخصه آن دوره‌های تکرارشونده افسردگی و مانیا است (پانکاسکی، آدلر، آندرسون، لیندفورس و اسوانبرک^۲، ۲۰۱۷). افراد مبتلا به این اختلال دچار تغییرات شدید خلق می‌شوند و نرخ شیوع سالانه آن ۲ درصد است (کاروالهو، فریث و ویتا^۳، ۲۰۲۰). اختلال دوقطبی به‌طور معمول در اواخر دوره نوجوانی یا اوایل بزرگسالی تظاهر پیدا می‌کند و انواع مختلفی دارد که مهم‌ترین آن اختلال دوقطبی نوع I و نوع II است. تفاوت این دو اختلال در وجود دوره شیدایی است؛ در نوع I این حالت اتفاق می‌افتد، ولی در نوع II فرم خفیف‌تری از آن بروز پیدا می‌کند که نیمه‌شیدایی است (شعبانی، میرزایی خوشالانی، مهدوی و احمدزاده‌اصل، ۲۰۱۹). اختلال در کارکردهای شناختی، مشخصه مهم اختلال دوقطبی محسوب می‌شود (مک فیلمی، نبالسی، کیلمارتین، ویتاکر^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). این اختلال ممکن است سبب گرایش افراد به سمت خودکشی شود (پلانس، باروت، نیتو، ریوس^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین، از دیگر ویژگی‌های این اختلال، تکانشگری است که می‌تواند در اقدام به خودکشی و اختلال‌های مصرف مواد نقش داشته باشد (کلارک، واتسون و فریستون^۶، ۲۰۱۸).

مطالعات حاکی از آن است که تکانشوری در اختلال دوقطبی خصوصاً در مرحله مانیک نقش مهمی دارد، به طوری که به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مانیا و نشانه‌های مهم تشخیصی آن مطرح شده است. همچنین عنوان کردند که صفات پرخاشگرانه یا تکانشوری در افراد اقدام‌کننده به خودکشی شایع است که مبتلا به اختلال دوقطبی هستند (ریچ، گیلبرت، کلاری، باردیک و سزاکو^۷، ۲۰۱۹). بیشتر خودکشی‌ها در فاز افسردگی رخ می‌دهند، ولی در فاز مختلط و حتی در زمان تجربه علائم مانیک هم خودکشی رخ می‌دهد (ریچ و همکاران، ۲۰۱۹).

1. bipolar disorder
2. Pankowski, Adler, Andersson, Lindefors and Svanborg
3. Carvalho, Firth and Vieta
4. McPhilemy, Nabulsi, Kilmartin and Whittaker
5. Plans, Barrot, Nieto and Rios
6. Clark, Watson and Friston
7. Reich, Gilbert, Clari, Burdick and Szeszko

بنابراین، رفتارهای مرتبط با خودکشی در مبتلایان به اختلالات طیف دوقطبی دارای فراوانی بیشتری نسبت به سایر اختلالات روان‌پزشکی است و به‌طور کلی می‌توان گفت که اختلال دوقطبی از جمله عوامل خطرزا برای خودکشی محسوب می‌شوند (میلر و بلک^۱، ۲۰۲۰). بیماران دوقطبی که درجات بالایی از گرایش به خودکشی را نشان می‌دهند، دارای تفکر تک بعدی هستند که این شکل از تفکر به جلوگیری از تغییر و تعادل در افکار منجر می‌شود و در نتیجه توانایی‌های حل مسئله آن‌ها به شدت کاهش می‌یابد (کاروالهو و همکاران، ۲۰۲۰).

همچنین نقص در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، دشواری در تغییر افکار و پاسخ‌های رفتاری در یک محیط در حال تغییر، در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی یافت می‌شود و با عملکرد ضعیف اجتماعی و شغلی مرتبط است (آدونل^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به میزان تجربه‌پذیری فرد در مقابل تجارب درونی و بیرونی اشاره دارد و مستلزم توانایی برقراری ارتباط با لحظه حال و قدرت متمایزسازی خود از افکار و تجارب درونی است (ولی‌زاده، مکوندی، بختیارپور و حافظی، ۱۳۹۹). این متغیر یک فرایند و توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدزا است، به‌طوری که فرد بتواند با تجارب منفی و ناخوشایند مواجه شود و تعادل خود را حفظ کند (گزالز-فرناندز^۳ و همکاران، ۲۰۱۷).

درمان‌های مختلفی تاکنون جهت درمان افکار خودکشی و علائم اختلال‌های خلقی مطرح شده است. یکی از درمان‌هایی که دارای اثرات مثبت بوده، درمان پذیرش و تعهد است (پانکاسکی و همکاران، ۲۰۱۷). در رویکرد پذیرش و تعهد، مشکلات در قالب رفتاری مفهوم‌بندی می‌شود. براین اساس، سه مشکل اساسی اختلالات روانی را شکل می‌دهد که مشکلات مرتبط با آگاهی، اجتناب از تجارب درونی و اقدام نکردن به فعالیت‌های ارزشمند زندگی فرد را شامل است. بنابراین، درمانگران، مراجعان را به این سمت هدایت می‌کنند تا افکار و هیجانات را از خود جدا ببینند، که این امر به درمانگران اجازه می‌دهد چهارچوب رابطه و حالات شناختی منفی را اصلاح کنند (رولاند^۴، ۲۰۱۰). در این درمان به افراد گفته می‌شود پذیرای احساسات خودشان باشند و به‌جای اجتناب از آن‌ها به افکار و فرایند فکرشان

1. Miller and Black
2. O'Donnell
3. González-Fernández
4. Rowland

۱۰ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی و ...

توجه کنند و آن‌ها را به سمت فعالیت‌های هدف‌محور ببرند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). مطالعاتی که پژوهشگرانی همچون تای، نیکولاس، شاندر و کریستنسن^۱ (۲۰۱۸)، قدم و همکاران (۲۰۲۰)، آبیاری، مکوندی، بختیارپور، نادری و حافظی (۱۳۹۷)، خورانی، احمدی، مامی و ولی‌زاده (۱۳۹۹) و شجاعی‌زند، شهریاری‌احمدی و کوشکی (۱۳۹۷) انجام داده‌اند، حاکی از این بود که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش خودکشی و افکار خودکشی مؤثر بوده است. همچنین، هدف اصلی این درمان، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (کیم و لی^۲، ۲۰۱۹). رویکرد پذیرش و تعهد براساس این فرضیه شکل گرفته است که آسیب روانی به دلیل سعی برای کنترل یا فرار از افکار و هیجانات منفی ایجاد می‌شود. مطالعات انجام شده در این زمینه حاکی از این بود که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد می‌شود (مچدو، سوریس و کاستا^۳، ۲۰۱۹؛ حیدری، عسگری، حیدری، پاشا و مکوندی، ۱۳۹۷؛ ورسبا، لیب، می‌یر، هافر و گلاستر^۴، ۲۰۱۸). با توجه به اینکه هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی باعث در نظر گرفتن راه‌حل‌های گوناگون می‌شود و در نتیجه به کاهش افکار مربوط به خودکشی و کاهش خطر خودکشی و علائم مرتبط با اختلال دوقطبی منجر می‌شود (ورسبا و همکاران، ۲۰۱۸).

در مجموع با توجه به شیوع اختلال‌های افسردگی و دوقطبی، عود بالا و پیامدهای متعدد آن‌ها برای بیماران و اطرافیان‌شان در حوزه‌های مختلف شغلی، عملکردی، اجتماعی، تحصیلی و...، به علاوه سیر روزافزون خودکشی به عنوان یک معضل اجتماعی و خطری برای سلامت روان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و لزومی که در پیشگیری از این پدیده وجود دارد، و از آن جایی که با در نظر گرفتن هدف درمان پذیرش و تعهد که افزایش انعطاف‌پذیری در افراد بوده است و در مقایسه با هدف درمان‌های شناختی که کاهش تحریف‌های شناختی است، می‌توان استنباط کرد برنامه منسجمی که بتواند افزایش انعطاف‌پذیری را رقم بزند، قطعاً در کاهش افراط و تفریط حوزه شناختی اثرگذار است. بنابراین، می‌توان پذیرفت که درمان پذیرش و

1. Tighe, Nicholas, Shand and Christensen
2. Kim and Lee
3. Machado, Soares and Costa
4. Wersebe, Lieb, Meyer, Hofer and Gloster

تعهد از لحاظ تئوریک بتواند نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر افکارخودکشی و انعطاف‌پذیری کارا تر باشد که پژوهش حاضر نیز، براساس این استنباط نظری و به‌رغم روش‌های درمانی روان‌شناختی دیگر و اثربخشی آن‌ها از این روش استفاده کرده است. پژوهشگران با احساس وجود خلأ پژوهشی در این زمینه، پژوهش کنونی را با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افکارخودکشی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد دارای اختلال دوقطبی اجرا کردند.

روش

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، افراد دارای اختلال دوقطبی بیمارستان کارگرنژاد شهرستان کاشان بودند. با توجه به این نکته که حداقل حجم نمونه در تحقیقات آزمایشی ۳۰ نفر است (دلور، ۱۳۹۴)، نمونه شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) بود که به‌صورت در دسترس و باتوجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. در این پژوهش تمامی افراد نمونه تا پایان تحقیق حضور داشتند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: سن ۲۰ تا ۴۰ سال، تحصیلات حداقل سیکل، تشخیص اختلال دوقطبی بر اساس نظر روان‌پزشک و ملاک‌های خروج عبارت بود از: حضور نداشتن بیش از دو جلسه، داشتن اختلال سایکوتیک، داشتن خویشاوند درجه اول مبتلابه اسکیزوفرنی، داشتن بیماری جسمانی، سوء مصرف مواد.

پژوهش حاضر، در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان با شناسه اخلاق IR.SEMUMS.REC.1398.23 مصوب شده است.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

مقیاس افکار خودکشی بک^۱ (BSSI): این مقیاس را در سال ۱۹۶۱، بک طراحی

کرده و حاوی ۱۹ گویه است که با هدف اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها و طرح‌ریزی برای اقدام به خودکشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. گویه‌ها براساس طیف لیکرت سه درجه‌ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. در این مقیاس پنج گویه جهت غربالگری وجود دارد که در صورتی که فرد به گویه ۵ پاسخ مثبت بدهد لازم است که ۱۴ گویه باقی مانده را جواب دهد؛ در غیراین

1. Beck Scale for Suicidal Ideation

۱۲ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی و ...

صورت نیازی به ادامه پاسخگویی نیست. در مجموع نمرات فرد در بازه صفر تا ۳۸ تغییر خواهد کرد. بک، کواکس و ویسمن^۱ (۲۰۰۰) آلفای کرونباخ (همسانی درونی) برابر با ۰/۸۳ و پایایی با روش آزمون-بازآزمون را بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. شایگان‌فر (۱۳۹۹) پایایی مقیاس افکار خودکشی بک را با به‌کارگیری آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برآورد کردند. در این پژوهش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به‌دست آمد.

نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل^۲ (AAQ-II): این پرسشنامه را بوند، هیز، بائر، کارپنتر و زاتل^۳ (۲۰۱۱) تدوین کرده‌اند و پرکاربردترین ابزار سنجش با هدف اندازه‌گیری اجتناب تجربی/انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است و ۷ گویه دارد. گویه‌های این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف (نمره یک) تا کاملاً موافق (نمره هفت) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل فرد بر اساس مجموع نمرات حاصل می‌شود که عددی بین ۷ تا ۴۹ را به خود اختصاص می‌دهد و نمره‌های بالاتر در این مقیاس گویای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی آزمون-بازآزمون این پرسشنامه به فاصله ۳ و ۱۲ ماه توسط بوند و همکاران (۲۰۱۱) ۰/۸۱ تا ۰/۷۹ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ عنوان شده است. ضرایب آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی ۰/۸۹ و بازآزمایی ۰/۷۱ گزارش شده است (عباسی، فتی، مولودی و ضرابی، ۱۳۹۱). در این پژوهش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست آمد.

روند اجرای پژوهش

ابتدا ۳۰ نفر بر اساس ملاک‌های پژوهش و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند و از آن‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد. در مرحله بعد گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با دو جلسه در هر هفته به‌صورت فردی تحت درمان پذیرش و تعهد طبق پروتکل تهیه شده زتل و هیز (۱۹۸۰) قرار گرفتند و بعد از پایان جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است (افت آزمودنی وجود نداشت).

1. Beck, Kovacs and weisman
2. Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)
3. Bond, Hayes, Baer, Carpenter and Zettle

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد

| جلسه | هدف | محتوا | تغییر رفتار مورد انتظار | تکالیف خانگی |
|-------|--|--|--|---|
| اول | معارفه، شرح درمان، قرارداد درمانی، مفهوم سازی مورد | تکمیل پرسشنامه، معارفه | آشنایی با نوع درمان | ثبت رفتارهای مشکل ساز |
| دوم | ایجاد ناامیدی خلاقانه و جوابگو نبودن راهکارهای قبلی برای حل مشکلات | بحث درباره تجربیات دردناک مراجع، با کاربرد استعاره های انسان در چاه، مسابقه طناب کشی باهیولا، ببر گرسنه | کنار گذاشتن راهکارهای قبلی و یافتن راهکار مناسب | یادداشت اتفاقات هفتگی و گزارش فکر و احساس |
| سوم | بیان کنترل به عنوان مشکل و معرفی تمایل | معرفی کنترل به عنوان مشکل با استفاده از استعاره پلی گراف، دونات ژله ای (به دونات ژله ای فکر نکن. آیامیتوانی؟ هدف از این استعاره این است که کنترل خود نیز مشکل است) | آگاهی از اینکه کنترل سودی ندارد. | یافتن رفتارهایی که نوعی کنترل محسوب می شود. |
| چهارم | معرفی گسلش / فاصله از افکار و تماشای آن ها | استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس، سربازان در حال رژه، تمرین پیاده روی با ذهن، شیرشیرشیر | آشنایی با مفهوم گسلش | تمرین گسلش شناختی در منزل |
| پنجم | معرفی خود به عنوان زمینه | مشاهده خود/ تماس با خود با کاربرد استعاره صفحه شطرنج، خانه با مبلمان | مشاهده گر افکار خود بودن | تمرین مشاهده گر ^۱ |
| ششم | تمرین ذهن آگاهی | کاربرد تکنیک ذهن آگاهی با کاربرد مراقبه نشسته و مکث سه ثانیه ای (تمرکز بر حالات بدنی) | تمرین بودن در زمان حال | تمرینات ذهن آگاهی، مراقبه نشسته در منزل |
| هفتم | تصریح ارزش ها | روشن سازی ارزش ها و سنجش آن ها | درک معنا و مفهوم ارزش | تکمیل فرم درجه بندی ارزش ها |
| هشتم | اقدام متعهدانه | تمرین ذهنی آنچه برای رسیدن به اهداف باید انجام داد و ایجاد تعهد برای عمل به آن ها که با کاربرد استعاره گدا دم در و استعاره درختکاری مراجع به این نتیجه می رسد که خودداری از تمایل، آرامش ذهن را افزایش نخواهد داد. | درک اقدام متعهدانه، رهایی از افکار خودکشی و بهبود انعطاف پذیری روان شناختی | تکمیل پرسشنامه |

یافته‌ها

در جدول ۲ میانگین‌های دومرحله آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل در هریک از متغیرهای پژوهش (افکارخودکشی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی) ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی افکارخودکشی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

| متغیر | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | | آزمون کالموگروف-اسمیرنف |
|-----------------------------|--------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------------|
| | | انحراف میانگین | انحراف معیار | انحراف میانگین | انحراف معیار | |
| افکارخودکشی | آزمایش | ۲۰/۶۶ | ۷/۰۴ | ۱۴/۶۶ | ۸/۲۲ | ۰/۱۳ |
| | کنترل | ۲۳/۰۶ | ۵/۳۲ | ۲۱/۸۶ | ۴/۷۴ | |
| انعطاف‌پذیری روان‌شناختی | آزمایش | ۳۶/۶۶ | ۸/۱۲ | ۲۴/۲۰ | ۷/۴۷ | ۰/۱۴ |
| | کنترل | ۲۹/۵۳ | ۸/۷۰ | ۲۶/۰۶ | ۱۰/۴۵ | |

به منظور تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، ابتدا از آزمون کالموگروف-اسمیرنف به منظور نرمال بودن استفاده شد و نتایج در جدول ۲ ذکر شده است و حاکی از این است که این مفروضه رعایت شده است. از آزمون ام. باکس، برای بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها در بین گروه‌ها و همچنین آزمون لون برای سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها در بین گروه‌ها استفاده شد. نتایج آزمون ام. باکس نشان داد که پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها برقرار است ($P=0/11$, $F=1/96$, $M=6/40$ باکس). با توجه به اطلاعات جدول ۳، سطح معناداری آماره F در افکارخودکشی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها برقرار است. نتایج آزمون لون برای سنجش برابری واریانس‌های خطا در بین گروه‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آزمون لون برای سنجش برابری واریانس خطای افکارخودکشی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بین گروه‌ها

| متغیر | آماره‌ی F | درجه آزادی | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|--------------------------|-----------|------------|--------------|--------------|
| افکارخودکشی | ۰/۰۰۷ | ۱ | ۲۸ | ۰/۹۳ |
| انعطاف‌پذیری روان‌شناختی | ۰/۴۵ | ۱ | ۲۸ | ۰/۵۰ |

مفروضه مهم دیگر تحلیل کواریانس چندمتغیری مفروضه همگونی ضرایب رگرسیون است که از طریق بررسی عدم تعامل عمل آزمایشی با پیش‌آزمون‌ها محقق می‌شود. در پژوهش حاضر تعامل عمل آزمایشی با پیش‌آزمون‌ها از طریق لامبدای ویلکز بررسی شد و طبق نتایج به دست آمده این تعامل معنادار نشد ($p=0/20$, $f=1/58$, $\lambda=0/76$). همچنین تعامل برای هر یک از متغیرهای افکارخودکشی ($p=0/84$, $f=0/17$, $\lambda=0/98$) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($p=0/37$, $f=1/03$, $\lambda=0/91$) به صورت جداگانه نیز معنادار نبود که حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون است. با توجه به رعایت مفروضه‌ها تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری، که به منظور بررسی اثربخشی درمان‌پذیرش و تعهد بر افکارخودکشی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام شده بود، در جدول ۴ ارائه شد؛ ضریب اتا ۰/۴۰ و توان آزمون ۰/۹۴ است. بنابراین، می‌توان گفت ۴۰ درصد از تغییرات در واریانس نمرات افکارخودکشی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ناشی از درمان‌پذیرش و تعهد است.

جدول ۴: تحلیل کواریانس چندمتغیری

| آزمون | مقدار | آماره‌ی F | df | خطا df | سطح معناداری | اتا | توان |
|----------------|-------|-----------|----|--------|--------------|------|------|
| اثر پیلابی | ۰/۳۹ | ۸/۱۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۲ | ۰/۴۰ | ۰/۹۴ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۶۰ | ۸/۱۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۲ | ۰/۴۰ | ۰/۹۴ |
| اثر هاتلینگ | ۰/۶۵ | ۸/۱۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۲ | ۰/۴۰ | ۰/۹۴ |
| مجذور ریشه روی | ۰/۶۵ | ۸/۱۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۲ | ۰/۴۰ | ۰/۹۴ |

جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی الگوهای تفاوت در متغیرها و همچنین تأثیرگذاری درمان‌پذیرش و تعهد بر کاهش افکارخودکشی و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی الگوهای تفاوت

| منبع تغییرات | متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | سطح معناداری |
|--------------|--------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|
| گروه | افکار خودکشی | ۱۲۷/۲۵ | ۱ | ۱۲۷/۲۵ | ۱۴/۹۲ | ۰/۰۰۱ |
| | انعطاف‌پذیری | | | | | |
| | روان‌شناختی | ۳۳۲/۸۰ | ۱ | ۳۳۲/۸۰ | ۸۴/۵۵ | ۰/۰۰۱ |

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد سبب بهبودی در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد دارای اختلال دوقطبی می‌شود. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های ولی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹)، کیم و لی (۲۰۱۹)، مچدو و همکاران (۲۰۱۹)، ورسبا و همکاران (۲۰۱۸) و حیدری و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین نتایج گزارش شده می‌توان بیان کرد که در درمان پذیرش و تعهد که یک درمان رفتاری است، مهارت‌های پذیرش، گسلش شناختی و ذهن‌آگاهی با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کار گرفته می‌شود (پانکاسکی و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به تعریف انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر پایه توانایی اشخاص در تمرکز بر موقعیت فعلی برای گام نهادن به سوی اهداف، با وجود رخدادهای ناخواسته (بوند و همکاران، ۲۰۱۱)، می‌توان بیان کرد تمرکز بر موقعیت فعلی یا ذهن‌آگاهی عاملی جدایی‌ناپذیر در این رویکرد است و تغییر در این درمان به این شکل ایجاد می‌شود که مراجع با کمک تمرینات، به پذیرش بدون قضاوت گرایش پیدا می‌کند، یعنی آگاهی از درک و تفسیرها، شناخت واژه‌ها، هیجانات یا احساسات بدنی بدون اینکه نسبت به حقیقی یا کاذب بودن، سالم یا ناسالم بودن و اهمیت آن‌ها، ارزیابی انجام شود (هیز، ۲۰۰۶). این درمان خودمشاهده‌گر را در شخص ایجاد می‌کند و این کار به وسیله دوفراپند گسلش و ذهن‌آگاهی امکان‌پذیر می‌شود. خودنظاره‌گری به ایجاد زمینه‌ای منجر می‌شود که محتوای هشپاری در آن تهدیدکننده نیست. از این رو خود، زمینه پذیرش را خلق می‌کند. مداخلات این درمان، به شخص کمک می‌کند تا به صورت مستقیم حیطه‌های کیفی این خود را به عنوان زمینه تجربه کند.

هیز (۲۰۰۶) درمان پذیرش و تعهد را به عنوان رویکرد بافتاری کارآمد می‌داند و بیان

می‌کرد که آسیب روان‌شناختی انسان عموماً به‌عنوان انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تشکیل می‌شود که با هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای ایجاد شده است. پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به گونه‌ای اثر می‌گذارد که اشخاص بر موقعیت فعلی و به‌کارگیری فرصت‌های آن موقعیت برای قدم نهادن به سوی ارزش‌های درونی با وجود رویدادهای روان‌شناختی ناخواسته گام برمی‌دارند. به همین دلیل آسیب روانی یک شخص عموماً به‌دلیل انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی شکل می‌گیرد که کاهش هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای می‌تواند عامل تأثیرگذاری در جهت افزایش انعطاف‌پذیری باشد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در کاهش افکارخودکشی گروه آزمایش مؤثر بوده است. این یافته با نتایج مطالعات قدم و همکاران (۲۰۲۰)، خورانی و همکاران (۱۳۹۹)، آبیاری و همکاران (۱۳۹۷)، شجاعی‌زند و همکاران (۱۳۹۷) تای و همکاران (۲۰۱۸) و پانکاسکی و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد با اختلال دوقطبی که احساس معناداری در زندگی ندارند، به علت نگرشی که به خود، دنیا و آینده دارند، احساس لذت بردن و ارزشمندبودن ندارند و احساس پوچی، بیهودگی و بی‌معنایی وجود آن‌ها را فرا گرفته که این امر می‌تواند موجب بروز رفتارها و افکارخودکشی در آن‌ها شود (دانگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). درمان پذیرش و تعهد، نوعی درمان تجربی بر پایه پذیرش است که به مراجعان کمک می‌شود هیجان‌ات و افکار ناخوشایند خود را جدی نگیرند. همچنین به فرد آموزش داده می‌شود تا با خودارزیابی‌های خویش، به افکاری ساده برخورد کند و ارزیابی‌های منفی نسبت به‌خود را اصلاح کند (پانکاسکی و همکاران، ۲۰۱۷). در این صورت افراد ارزش‌های شخصی و اصلی خود را بهتر شناخته و ارتباط بهتری با ارزش‌ها برقرار می‌کنند. این امر سبب افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش میزان بروز افکارخودکشی در آن‌ها می‌شود. افرادی که ذهن‌آگاهی بالایی دارند، نسبت به افکارخودآیند ذهنی و فعالیت‌های روزمره خود آگاهی بیشتری دارند که باعث می‌شود کمتر افکارخودآسیبی داشته باشند. درواقع، ذهن‌آگاهی می‌تواند رفتار واکنشی افراد را در مواقع مواجهه با افکارخودکشی کاهش دهد و به آن‌ها اجازه بدهد که این افکار را متوقف کنند. همچنین، این درمان به‌دنبال تضعیف تکانشگری است (ریچ و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بدین صورت که به مراجع کمک می‌کند تا افکار، احساسات،

۱۸ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی و ...

هیجانان و تکانه‌های خود را به‌طور کامل بپذیرد و اهداف ارزشمندی را برای خود مشخص کند و از میزان تکانش وی کاسته می‌شود و افکار خودکشی را کاهش می‌دهد. به‌طور کلی، این رویکرد تأکید می‌کند باید چالش و درگیری با باورها را کاهش داد؛ زیرا فرایند تقلا با افکار یا هیجانان مشکلات را شدیدتر می‌کند.

در این رویکرد به‌جای اینکه بر اجتناب و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز کند، به افراد کمک می‌کند تا افکار و هیجانان کنترل‌شده خود را بپذیرند و از کشمکش با آن‌ها دست بردارند (کیم و لی، ۲۰۱۹). بنابراین، فرد کشمکش خودتخریبی را رها می‌کند که گرفتار آن شده و ممکن است او را به‌سوی آزار رساندن به خود و دیگری و پناه‌بردن به راه‌حل‌های هیجان‌مدار مانند خودکشی سوق دهد. به‌طور کلی، در این درمان تمرین‌های اقدام متعهدانه به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و تصریح‌سازی ارزش‌ها سبب می‌شود تا افکار خودکشی در فرد کاهش یابد.

با توجه به آنچه گفته شد می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که یکی از عواملی که موجب تأثیرگذاری درمان پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد دارای اختلال دوقطبی می‌شود؛ اثرگذاری این درمان بر عوامل روانی بیماران از جمله مشاهده وقایع منفی، پذیرش، قضاوت نکردن و تمرکز بر زمان حال است؛ زیرا با در نظر گرفتن تعریف انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌هایی مانند بودن در زمان حال و عدم قضاوت افکار است. درمان پذیرش و تعهد با تمرکز بر جنبه‌های انگیزشی در کنار جنبه‌های شناختی به جهت اثرگذاری و تداوم بیشتر موجب اثربخشی بیشتر این درمان نسبت به سایر درمان‌ها می‌شود. با توجه به جدید بودن این روش درمانی، بررسی اثربخشی آن بر اختلالات روانی مختلف ضروری به‌نظر می‌رسد و می‌تواند در روان‌درمانی اختلالات روانی، تحولی ایجاد کند. با استفاده از درمان پذیرش و تعهد، مشکلات بیماران دوقطبی از جمله افکار خودکشی کاهش پیدا کرده و این درمان موجب بهبود در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود که در پایان به ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها منجر می‌شود. افکار خودکشی آزمودنی‌ها بعد از درمان به دلیل ایجاد پذیرش، عدم اجتناب تجربی، بهبود ذهن آگاهی، کاهش تفکر ارزیابانه، کاهش می‌یابد.

درانجام پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت. عدم امکان پیگیری پس از درمان،

تعمیم نتایج به دلیل محدود بودن جامعه، عدم مقایسه این رویکرد درمانی با سایر رویکردها، عدم کنترل کامل درمان دارویی، از جمله محدودیت‌هایی بود که باید مورد توجه قرار بگیرند. تکرار این مداخله با کنترل درمان دارویی و مقایسه با دیگر رویکردهای روان‌شناختی پیشنهاد می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت پس از درمان برای سنجش میزان اثرگذاری درمان گروهی پذیرش و تعهد انجام شود. ضمناً پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی روی یک نوع از اختلال دوقطبی پژوهش انجام شود.

تشکر و قدردانی

از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان کارگرنژاد که فرصت پژوهش را فراهم کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۲). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: جنگل.
- آبیاری، ذوالفقار، مکوندی، بهنام، بختیارپور، سعید، نادری، فرح و حافظی، فریبا (۱۳۹۷). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر اندیشه‌پردازی خودکشی زنان افسرده. *پژوهش‌نامه زنان*، ۹(۲۳)، ۱-۲۳.
- حیدری، فاطمه، عسگری، پرویز، حیدری، علیرضا، پاشا، رضا و مکوندی، بهنام (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوارفکری در بیماران با درد غیر قلبی قفسه سینه. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۴۶(۸)، ۱-۹.
- خورانی، جواد، احمدی، وحید، مامی، شهرام و ولی‌زاده، رضا (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت از زندگی و افکار خودکشی افراد مبتلا به افسردگی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۲۰(۱۰)، ۱۱۹-۱۱۲.
- شایگان‌فر، نسترن (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودکشی دانش‌آموان دختر با اختلال افسردگی اساسی، *مجله رویش روان‌شناسی*، ۹(۷)، ۳۴-۲۵.
- شجاعی‌زند، نجمه، شهریاری‌احمدی، منصوره و کوشکی، شیرین (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و افکار خودکشی در آتش‌نشانان حادثه پلاسکو*. دومین کنفرانس علمی پژوهشی رهیافت‌های نوین در علوم انسانی ایران.
- عباسی، ایمانه، فتی، لادن، مولودی، رضا و ضرابی، حمید (۱۳۹۱). *کفایت روان‌سنجی نسخه*

۲۰ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی و ...

فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲(۱۰)، ۶۵-۸۰.

مقتدایی، مسعود و خوش‌اخلاق، حسن (۱۳۹۴). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی همسران جانبازان. نشریه طب جانباز، ۴(۷)، ۱۸۴-۱۸۸.
ولی‌زاده، شاهرخ، مکوندی، بهنام، بختیارپور، سعید و حافظی، فریبا (۱۳۹۷). اثربخشی «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در زندانیان. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت، ۹(۴)، ۷۸-۸۹.

Abasi, E., Fti, L., Molodi, R. and Zarabi, H. (2013). Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II, *Journal Management System*, 2(10), 65-80. (Text in Persian).

Abyar, Z., Makvandi, B., Bakhtiarpour, S., Naderi, F. and Hafezi, F. (2018). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy and mindfulness on the suicidal ideation of depressed women. *Women Studies*, 9(23), 1-23. (Text in Persian).

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... and Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.

Carvalho, A. F., Firth, J. and Vieta, E. (2020). Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 58-66.

Clark, J. E., Watson, S. and Friston, K. J. (2018). What is mood? A computational perspective. *Psychological Medicine*, 48(14), 2277-2284.

Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Q., Ungvari, G. S., Ng, C. H., ... and Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29(63), 1-9.

Ghadam, H. S. H., Rahnejat, A. M., Taghva, A., Ebrahimi, M. R., Donyavi, V. and Ghasemzadeh, M. R. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Symptoms of Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation in Iranian Veterans Referred to a Military Psychiatric Hospital. *Research Square*, DOI:10.21203/rs.3.rs-54602/v1

González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Mota-Alonso, M. J., García-Teijido, P., Pedrosa, I. and Pérez-Álvarez, M. (2017). Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, DOI:10.1016/j.ejon.2017.08.006

Hayes, S. C. (2006). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Berlin: springer science and Business Media.

Heidari, F., Asgari, P., Heidari, A., Pasha, R. and Makvandi, B. (2018). The

- Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and rumination in patients with non-cardiac chest pain. *Journal of Disability Studies*, 46(8), 1-9. (Text in Persian).
- Izadi, R., and Abedi, M. R. (2013). *Acceptance and commitment treatment*. Tehran: Jangal Publications. (Text in Persian).
- Khorani, J., Ahmadi, V., Mami, S. and Valizadeh, R. (2020). The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on the Meaning of Life, Life Satisfaction, Cognitive Flexibility, and Suicidal Ideation in Individuals with Depression. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 20(10), 112-119. (Text in Persian).
- Kim, I. S. and Lee, J. W. (2019). Effects of Acceptance Commitment Therapy Based Recovery Enhancement Program on Psychological Flexibility, Recovery Attitude, and Quality of Life for Inpatients with Mental Illness. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(1), 79-90.
- McPhilemy, G., Nabulsi, L., Kilmartin, L., Whittaker, J. R., Martyn, F. M., Hallahan, B., ... and Cannon, D. M. (2020). Resting-state network patterns underlying cognitive function in bipolar disorder: a graph theoretical analysis. *Brain Connectivity*, 10(7), 355-367.
- Miller, J. N. and Black, D. W. (2020). Bipolar disorder and suicide: a review. *Current psychiatry reports*, 22(2), 1-10.
- Moghtadai, M. and Khosh Akhlagh, H. (2015). Effectiveness of Acceptance- and Commitment-Based Therapy on Psychological Flexibility of Veterans' Spouses. *War Public Health*, 7(4), 183-188. (Text in Persian).
- O'Donnell, L. A., Deldin, P. J., Pester, B., McInnis, M. G., Langenecker, S. A. and Ryan, K. A. (2017). Cognitive flexibility: a trait of bipolar disorder that worsens with length of illness. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 39(10), 979-987.
- Pankowski, S., Adler, M., Andersson, G., Lindefors, N. and Svanborg, C. (2017). Group acceptance and commitment therapy (ACT) for bipolar disorder and co-existing anxiety—an open pilot study. *Cognitive behaviour therapy*, 46(2), 114-128.
- Plans, L., Barrot, C., Nieto, E., Rios, J., Schulze, T. G., Papiol, S., ... and Benabarre, A. (2019). Association between completed suicide and bipolar disorder: a systematic review of the literature. *Journal of affective disorders*, 1(242), 111-122.
- Reich, R., Gilbert, A., Clari, R., Burdick, K. E. and Szeszko, P. R. (2019). A preliminary investigation of impulsivity, aggression and white matter in patients with bipolar disorder and a suicide attempt history. *Journal of affective disorders*, 15(247), 88-96.
- Rowland, M. (2010). *Acceptance and Commitment Therapy for Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents*. A Dissertation Degree of Doctor Psychology, the Faculty of Chicago School of Professional Psychology.

- Shabani, A., Khoshalani, M. M., Mahdavi, S. and Ahmadzad-Asl, M. (2019). Screening bipolar disorders in a general hospital: Psychometric findings for the Persian version of mood disorder questionnaire and bipolar spectrum diagnostic scale. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 33(48), 1-6.
- Shayganfar, N. (2020). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Suicidal Thoughts of Female Students with Major Depression Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 9(7), 25-34. (Text in Persian).
- Shojaei Zand, N., Shahriari Ahmadi, M. and Koushki, SH. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on death anxiety and suicidal ideation in Plasco firefighters. The Second Scientific Conference on New Approaches in Iranian Humanities. (Text in Persian).
- Tighe, J., Nicholas, J., Shand, F. and Christensen, H. (2018). Efficacy of acceptance and commitment therapy in reducing suicidal ideation and deliberate self-harm: systematic review. *JMIR mental health*, 5(2), 1-12.
- Valizadeh, S., Makvandi, B., Bakhtiarpour, S. and Hafezi, F. (2020). The Effectiveness of " Acceptance and Commitment Therapy"(ACT) on resilience and cognitive flexibility in prisoners. *Journal of Health Promotion Management*, 9(4), 78-89. (Text in Persian).
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P. and Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68.

The effectiveness of Treatment Acceptance and Commitment on suicidal ideation and psychological resilience in Patients with bipolar disorder

Sara Jamali¹, Mahmoud Najafi*², Fatemeh Sadat Ghoreishi³

and Isaac Rahimian Boogar⁴

Abstract

Suicide and suicidal ideation are quite real among bipolar patients and can occur in both phases of depression or mania, for this reason the aim of this study was to evaluate The effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on reducing suicidal ideation and improving psychological resilience in Patients with bipolar disorder. The present study was a semi- experimental, pre-test and post-test type with control group. Among the bipolar patients of Kargarnejad Hospital in Kashan, a sample of 30 people (15 in the experimental group and 15 in the control group) were selected and randomly assigned to the experimental and control groups. The instruments of this study were Beck Suicide Thought Questionnaire and Bond Psychological Flexibility Questionnaire, These Questionnaire were administered in two stages: pre-test and post-test. The experimental group underwent Treatment Based on Acceptance and Commitment in 8 sessions of 90 minutes twice a week. Univariate and multivariate analysis of covariance were used to analyze the data. According to the results obtained in this study, Treatment Based on Acceptance and Commitment reduces suicidal ideation and improves psychological resilience and can be used as an effective treatment.

Keywords: Bipolar disorder, psychological resilience, suicidal ideation, acceptance and commitment therapy

1. M.A in Clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran. saraj4111@gmail.com

2. Corresponding author: Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran. m_najafi@semnan.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychiatry, Kashan University, Kashan, Iran. dr.zoghoreishi@yahoo.com

4. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran. i_rahimian@semnan.ac.ir

DOI:10.22051/PSY.2021.34436.2376

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5625.html