Original Article

The effect of dialectical behavior therapy on executive function in patients with a bipolar disorder

Afshari B[1], Omidi A[2*], Sehat M[3]

1- Student Research Committee, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
2- Department of Clinical Psychology, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
3- Trauma Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

Received: 2018/05/29 | Accepted: 2018/07/28

Abstract:

Background: Bipolar disorder is a debilitating psychiatric disorder characterized by recurrent depression, manic and hippomanic episodes. The effect of a dialectical behavior therapy on executive functions in bipolar disorders has not been addressed so far. The aim of this study was to determine the effect of the dialectical behavior therapy on executive function in the bipolar disorder.

Materials and Methods*:* Sixty patients with a bipolar disorder were randomly assigned to the intervention (the dialectical behavior therapy combined with medication) and control (only medication) groups. The questionnaires and tests were used at baseline, after 12 weeks intervention, and three months after the intervention. Participants in the intervention group received twelve 90-min sessions of the standard dialectical behavior therapy for the bipolar disorder.

Results: The results showed that the intervention group had a lower score in mania, and depression. Also, the intervention group had a higher score in executive functions after three months intervention and three months follow-up.

Conclusion: The dialectical behavior therapy in combination with medication can lead to reduce manic and depression symptoms, and improve performance of the patients in planning and problem-solving.

Keywords: Bipolar disorder, Dialectical behavior therapy, Executive function

* **Corresponding Author.**
Email: abomidi20@yahoo.com
Tel: 0098 913 162 3670
Fax: 0098 315 554 1112

IRCT Registration No. IRCT2017031233023N1 Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, October, 2018; Vol. 22, No 4, Pages 404-410

Please cite this article as: Afshari B, Omidi A, Sehat M. The effect of dialectical behavior therapy on executive function in patients with a bipolar disorder. ***Feyz*** 2018; 22(4): 404-10.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عملکرد اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

بهروز افشاری [۱]، عبدالله امیدی [۲*]، مجتبی صحت [۳]

خلاصه:

سابقه و هدف: اختلال دوقطبی یک اختلال روانپزشکی ناتوان‌کننده است که با دوره‌های عودکننده افسردگی، مانیا و هیپومانیا مشخص می‌شود. تأثیرات رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عملکرد اجرایی هنوز مورد توجه قرار نگرفته است. هدف این مطالعه تعیین تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عملکرد اجرایی در اختلال دوقطبی است.

مواد و روش‌ها: تعداد ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله (رفتاردرمانی دیالکتیکی تلفیق با دارودرمانی) و کنترل (فقط دارودرمانی) اختصاص داده شدند. قبل از درمان، پس از ۱۲ هفته مداخله و ۳ ماه بعد از مداخله، از پرسشنامه‌ها و آزمون‌ها استفاده شد. شرکت‌کنندگان در گروه مداخله، ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیکی استاندارد برای اختلال دوقطبی دریافت کردند.

نتایج: نتایج نشان داد میزان مانیا و افسردگی در گروه مداخله، بعد از ۳ ماه درمان و ۳ ماه پیگیری کمتر می‌باشد. همچنین، گروه مداخله بعد از ۳ ماه درمان و ۳ ماه پیگیری نمره بالاتری در عملکرد اجرایی داشت.

نتیجه‌گیری: ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیکی در تلفیق با دارودرمانی باعث کاهش علائم مانیا و افسردگی، و نیز بهبود عملکرد بیماران دو-قطبی در برنامه‌ریزی و حل مسئله می‌شود.

واژگان کلیدی: اختلال دوقطبی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، عملکرد اجرایی

دو ماه‌نامه علمی– پژوهشی فیض، دوره بیست و دوم، شماره ۴، مهر و آبان ۹۷، صفحات ۴۱۰-۴۰۴

مقدمه

اختلال دوقطبی برای بیمارانی مطرح می‌شود که به هر دو نوع دوره افسردگی و مانیا دچار شده و یا فقط دوره‌های مانیا را تجربه می‌کنند [۱]. نسبت مرد به زن در اختلال دوقطبی تقریبا مساوی است. شیوع ترکیبی اختلال دوقطبی I، اختلال دوقطبی II و دوقطبی نامعین در DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition) در آمریکا ۱/۸ درصد برآورد شده است [۲]. درمان اصلی اختلال دوقطبی، دارو-درمانی است و پژوهش‌های کمی در مورد روان‌درمانی این بیماران صورت گرفته که از بین آن‌ها نیز تعداد بسیار کمتری موثر بوده‌اند. اگرچه دارودرمانی درمان اصلی اختلال دوقطبی است، اما این درمان به‌تنهایی اثربخشی بالا نداشته وبا عود مکرر همراه است [۳].

رفتاردرمانی دیالکتیکی (Dialectical behavior therapy; DBT) که به‌وسیله Marsha Linehan (۱۹۹۳) ابداع شد، نوعی روان‌درمانی است که در ابتدا برای درمان بیمارانی به‌کار می‌رفت که دچار اختلال شخصیت مرزی و رفتارهای شبه‌خودکشی بوده و خودزنی‌های مزمنی داشتند. در سال‌های اخیر کاربرد DBT به سایر انواع بیماری‌های روانی نیز گسترش یافته است [۴]. هدف رفتاردرمانی دیالکتیکی تعادل‌آفرینی بین تغییر و پذیرش است [۵]. تمرکز اولیه DBT این است که به مراجعین آموزش دهد تا پاسخ‌های هیجانی خود به رویدادها را تنظیم کنند [۶]. DBT بر نقش تنظیم هیجان تأکید دارد. Goodman و همکاران نشان داده‌اند که مداخله DBT به‌مدت ۱۲ ماه منجر به کاهش فعالیت آمیگدال و بهبود خوگیری و همچنین بهبود تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌شود [۷]. رفتاردرمانی دیالکتیکی امروزه در مورد سایر اختلالات ازجمله سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن، اسکیزوفرنی و اختلال استرس پس از سانحه به‌کار می‌رود، اما پژوهش‌های اندکی در زمینه اختلال دوقطبی انجام شده است [۸]. عملکرد اجرایی اغلب به‌عنوان ظرفیت مغز انسان در نظر گرفته می‌شود و شامل توانایی فرد در سازمان‌دهی، خودتنظیمی، برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری، حل مسئله و انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشد. تأثیرات عملکرد اجرایی به‌قدری زیاد است که می‌توان از آن به‌عنوان یکی از پایه‌های تقریبا تمام اختلالات موجود در DSM یاد کرد [۹]. عملکرد اجرایی به‌صورت معنی‌داری مرتبط

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

[۲] دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

[۳] استادیار، مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

* **نشانی نویسنده مسئول:**
کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی

تلفن: ۰۹۱۳۱۶۲۳۶۷۰ **دورنویس:** ۰۳۱۵۵۵۴۱۱۱۲

پست الکترونیک: abomidi20@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۳/۸ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۳۹۷/۵/۶

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

با عملکرد روان‌شناختی در حوزه‌هایی مانند عملکرد شغلی، ارتباط با اعضای خانواده و رضایت از زندگی است [۱۰]. برخی از پژوهش‌های مربوط به اختلالات خلقی و به‌خصوص اختلال دوقطبی، وجود ناهنجاری‌هایی را در قسمت‌های مغزی مهم درگیر در تنظیم رفتار هیجانی مانند قشر پیش‌پیشانی نشان داده‌اند [۱۱]. این قشر نقش مهمی در حل مسئله و برنامه‌ریزی رفتار بازی می‌کند. بسیاری از پژوهش‌ها نیز وجود ارتباط بین لوب پیشانی و برنامه‌ریزی رفتار را نشان داده‌اند. علاوه بر این، بسیاری از بیمارانی که دچار آسیب لوب پیشانی هستند، مشکلاتی را در حل مسئله و برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه خود گزارش کرده‌اند. وقتی افراد تکالیف مربوط به برنامه‌ریزی و حل مسئله را انجام می‌دهند، فعالیت مغز آن‌ها در قشر پیش‌پیشانی افزایش می‌یابد [۱۲]. کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیکی برای درمان اختلال شخصیت مرزی و همچنین شباهت‌های بین دو اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی دلایلی هستند مبنی بر این فرضیه که DBT برای درمان اختلال دوقطبی نیز مناسب است. یکی از کاربردهای DBT تنظیم هیجان است. ازجمله مناطق مربوط به تنظیم هیجان، می‌توان به لوب‌های پیشانی و پیش‌پیشانی اشاره کرد. باتوجه به اطلاعات موجود، عملکردهای اجرایی نیز مربوط به لوب‌های پیشانی و پیش‌پیشانی هستند. اگر DBT می‌تواند بر تنظیم هیجان تأثیر بگذارد، بر قسمت‌های پیشانی و پیش‌پیشانی مغز و نیز بر عملکردهای اجرایی می‌تواند تأثیر بگذارد. با توجه به ارتباط بین DBT، تنظیم هیجان، عملکرد اجرایی و لوب‌های پیشانی و پیش‌پیشانی می‌توان این فرضیه را مطرح کرد که DBT موجب بهبود عملکرد اجرایی در بیماران مبتلا به اختلالات طیف دوقطبی می‌شود. بنابراین هدف مطالعه حاضر بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عملکرد اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

برای انجام این پژوهش، کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان کارگرنژاد کاشان و یا کلینیک‌های شهر کاشان که توسط متخصص روانپزشکی یا متخصص روانشناسی، مبتلا به اختلالات طیف دوقطبی تشخیص داده شده بودند و از سال ۱۳۹۴ به بعد در بیمارستان کارگرنژاد کاشان پرونده درمانی داشتند، پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی به‌صورت تصادفی وارد مطالعه شده و به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. اطلاعات جمعیت-شناختی شامل اطلاعات مرتبط با سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اجتماعی- اقتصادی از طریق مصاحبه جمع‌آوری شدند. سپس، بیماران توسط متخصص روان‌پزشکی و یا متخصص روانشناسی مورد بررسی قرار گرفته تا افرادی وارد مطالعه شوند که در دوره افسردگی و یا هیپومانیا باشند. همچنین، بیماران نباید در دوره شروع تا پایان مداخله هیچ‌گونه روان‌درمانی دیگری دریافت می‌کردند. با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده، وجود معیارهای ورود و معیارهای خروج بررسی شده و مواردی که فاقد معیارهای شرکت در مطالعه بودند، از مطالعه حذف شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: رضایت مراجع، وجود اختلال دوقطبی، عدم وجود مشکلات روان‌پزشکی درمان نشده دیگر، سن بین ۱۸-۴۵ سال و تحصیلات حداقل ۸ سال. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: وجود دوره شدید مانیا در بیماران، وجود دوره‌های سایکوتیک و یا میکروسایکوتیک در بیماران، استفاده از روان‌درمانی دیگر هم‌زمان با شروع درمان مورد نظر و دو جلسه غیبت برای هر بیمار. گروه کنترل فقط تحت درمان دارویی قرار گرفته اما گروه مداخله علاوه بر درمان دارویی، تحت درمان DBT نیز قرار گرفت. درمان DBT شامل ۱۲ جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای بود که در بیمارستان کارگرنژاد کاشان و توسط یک دانشجوی روان-شناسی بالینی در مقطع کارشناسی ارشد انجام می‌شد. پس از انجام مراحل مقدماتی و قبل از شروع درمان از تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش پیش‌آزمون گرفته شد و همچنین پس از درمان و ۳ ماه پس از درمان نیز از تمام آن‌ها پس‌آزمون گرفته شد تا نتایج آن‌ها با هم مقایسه شوند. در این پژوهش منظور از عملکرد اجرایی، دو متغیر برنامه‌ریزی و حل مسئله می‌باشد؛ بنابراین از شرکت‌کنندگان خواسته شد مقیاس رتبه‌بندی مانیای یانگ (Young mania rating scale; YMRS)، پرسشنامه افسردگی بک (Beck depression inventory-II; BDI-II)، آزمون دسته‌بندی کارت ویسکانسین (Wisconsin card sorting task; WCST) و آزمون برج لندن (Tower of London; TOL) را تکمیل نمایند. سپس، با توجه به نمره به دست آمده از ابزارها ۶۰ نفر انتخاب شده و با استفاده از روش تصادفی در گروه‌های مداخله (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) جایگزین شدند. هریک از شرکت‌کننده‌ها نیز فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند. همچنین، به هریک از شرکت‌کننده‌ها گفته شد در صورت عدم تمایل به ادامه جلسات از مطالعه خارج خواهند شد.

مقیاس رتبه‌بندی مانیای یانگ:

این مقیاس دارای ۱۱ آیتم می‌باشد، ۷ آیتم از ۰ تا ۴ و ۴ آیتم از ۰ تا ۸ براساس مصاحبه بالینی با بیمار نمره‌گزاری می‌شوند. نمره کلی از ۶۰-۰ بوده، کمتر از ۱۷ نرمال و بیشتر از آن مانیا درنظر گرفته می‌شود [۱۳]. مقیاس رتبه‌بندی مانیای یانگ در سال

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

۱۳۸۴ در دانشگاه اصفهان هنجاریابی شده و بر این اساس ضریب پایایی به شیوه آلفای کرونباخ و پایایی بین ارزشیابان محاسبه شده، که نتایج نشان‌دهنده وجود پایایی ۰/۷۲ برای گروه بیمار و ۰/۶۲ برای گروه هنجار و پایایی بین ارزشیابان ۰/۹۶ بود [۱۴].

پرسشنامه افسردگی بک:

پرسشنامه افسردگی بک، نسخه جدید یک پرسشنامه ۲۱ آیتمی خودگزارشی برای سنجش شدت افسردگی در بین بزرگ-سالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا است. طی ۳۵ سال اخیر، این پرسشنامه پذیرفته‌شده‌ترین ابزار شناسایی شدت افسردگی در بیمارانی بوده که تشخیص افسردگی بالینی را دریافت داشته‌اند؛ هرچند BDI برای تعیین احتمال افسردگی در بین جمعیت بهنجار نیز کاربرد دارد. نمرات BDI-II بر اساس ۴ گزینه (۳-۰) برای عدم وجود نشانه خاص تا بیشترین درجه وجود آن نشانه، در دامنه‌ای از ۰ تا ۳ قرار می‌گیرد. نمره ۱۳-۰ نشان‌گر هیچ یا کم‌ترین افسردگی، نمره ۱۹-۱۴ نشان‌گر افسردگی خفیف، نمره ۲۸-۲۰ نشان‌گر افسردگی متوسط و نمره ۶۳-۲۹ نشان‌گر افسردگی شدید می‌باشد [۱۵]. قاسم‌زاده و همکاران در سال ۲۰۰۵ نشان دادند که ثبات داخلی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی آزمون-بازآزمون آن ۰/۷۴ است [۱۶].

آزمون دسته‌بندی کارت ویسکانسین :

این آزمون، یکی از آزمون‌های مربوط به عملکرد اجرایی است که تفکر انتزاعی و توانایی تدوین راه‌بردهای حل مسئله در پاسخ به تغییر محرک یا تغییر وضعیت را ارزیابی می‌کند. همچنین، یک آزمون نوروسایکولوژی است که به کارکردهای مرتبط با لوب پیش‌پیشانی و به‌خصوص انعطاف‌پذیری شناختی می‌پردازد. توانایی تغییر واکنش به‌علت ناآگاهی از ارتباط بین محرک‌ها با استفاده از درصد خطاهای درجازدگی (WCST-P) اندازه‌گیری می‌شود. توانایی توجه و اجتناب از حواس‌پرتی با استفاده از درصد خطاهای بدون درجاماندگی (WCST-NP) اندازه‌گیری می‌شود. توانایی استفاده از اطلاعات جدید و تجارب قبلی با استفاده از تعداد طبقاتی که به‌صورت صحیح تکمیل شده‌اند (WCST-CC) اندازه‌گیری می‌شود. چگونگی دسته‌بندی نخستین طبقه، توانایی طرح‌ریزی یک درک منطقی (WCST-1stCAT) را اندازه‌گیری می‌کند. توانایی تفکر منطقی نیز با استفاده از درصد پاسخ‌های ادراکی (WCST-%CONC) اندازه‌گیری می‌شود [۱۱].

آزمون برج لندن:

آزمون برج لندن را نخستین بار Shalice (۱۹۸۲) برای ارزیابی یکی از کارکردهای اجرایی مغز یعنی برنامه ریزی (که به عملکرد لوب پیش‌پیشانی حساس است) مطرح کرد. در این مطالعه از نگاشت کامپیوتری آزمون استفاده می‌شود. نتایج نهایی که در هر مرحله به‌وسیله کامپیوتر ثبت می شود، به قرار زیر است: ۱) تعداد حرکات انجام شده به‌وسیله آزمودنی در هریک از چهار بخش هر مرحله، ۲) زمان برنامه ریزی که عبارت است از فاصله زمانی بین ارائه تکلیف روی صفحه و لمس اولین حلقه به‌وسیله آزمودنی و ۳) زمان تفکر بعدی یا زمان اجرای آزمون که عبارت است از فاصله زمانی بین لمس اولین حلقه و تمام شدن تکلیف. برنامه ریزی و زمان تفکر بعدی نیز در هریک از چهار بخش هر مرحله گزارش شده و در نهایت میانگین تعداد حرکات، میانگین زمان برنامه‌ریزی و میانگین زمان تفکر نیز ثبت و نشان داده می شود. نمره کل در این آزمون، جمع امتیازهای حاصله از ۱۲ مسئله است. حداکثر نمره در این آزمون ۳۶ است؛ هرچه نمره فرد در این آزمون بیشتر باشد، نشان دهنده عملکرد اجرایی بهتر آزمودنی است [۱۲]. پس از گردآوری داده‌ها، آن‌ها را وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ کرده و ابتدا با آمارهای توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و سپس از تحلیل اندازه‌گیری مکرر (Repeated measurement) برای مقایسه گروه‌ها در سه مقطع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری استفاده شد.

نتایج

در این پژوهش ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند. گروه کنترل فقط تحت درمان دارویی قرار گرفت، اما گروه مداخله علاوه بر درمان دارویی تحت درمان DBT نیز قرار گرفت. دو نفر در گروه مداخله و چهار نفر در گروه کنترل پژوهش را ادامه ندادند. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری متغیرهای افسردگی و مانیا در جدول شماره ۲ آمده است. تفاوت نمرات دو گروه قبل از مداخله معنی-دار نبود. بررسی نتایج پس‌آزمون در دو گروه مداخله و کنترل نشان می‌دهد که نمره افسردگی و مانیا در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری پیدا کرده است. همچنین، ضریب همبستگی بین دو متغیر افسردگی و مانیا در این پژوهش صفر است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میزان نمره برنامه‌ریزی در گروه مداخله در مقایسه با گروه

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

کنترل بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله بیشتر شده است اما برنامه‌ریزی کمتر شده است.
در دوره پیگیری نمرات هر دو گروه مداخله و کنترل در

جدول شماره ۱- فراوانی گروه‌های مورد مطالعه بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	وضعیت	گروه مداخله	گروه کنترل	سطح معنی‌داری
اختلال دوقطبی	نوع I	۸(۲۶/۶۶)	۱۰(۳۳/۳۳)	**۰/۷۹۳
	نوع II	۲۲(۷۳/۳۳)	۲۰(۶۶/۶۶)	
سن	میانگین	۳۷	۳۷	*۰/۸۷۷
	انحراف معیار	۶/۵۶	۶/۷۰	
جنسیت	مرد	۱۴(۴۶/۶۶)	۱۲(۴۰)	**۰/۶۰۲
	زن	۱۶(۵۳/۳۳)	۱۸(۶۰)	
وضعیت تاهل	مجرد	۱۱(۳۶/۷)	۱۱(۳۶/۷)	**۰/۹۳۰
	متاهل	۱۵(۵۰/۰)	۱۴(۴۶/۷)	
	طلاق گرفته/جدا شده	۴(۱۳/۳)	۵(۱۶/۷)	
میانگین تحصیلات (انحراف استاندارد)		۹(۲/۰۲)	۱۰(۲/۰۰)	****۰/۹۹۰
میانگین سن تشخیص (انحراف استاندارد)		۲۳/۲۷ (۷/۰۰)	۲۲/۴۷ (۷/۰۰)	***۰/۷۳۳
میانگین میزان بستری (انحراف استاندارد)		۳/۲۷ (۲/۰۰)	۳/۱۳ (۳/۰۲)	***۰/۷۸۵
میانگین اولین بستری (انحراف استاندارد)		۱۸ (۱۲/۰۰)	۱۵/۹۷ (۱۳/۰۱)	***۰/۵۵۸
میانگین آخرین بستری (انحراف استاندارد)		۲۶/۶۷ (۱۱/۰۲)	۲۴/۲۰ (۹/۰۶)	***۰/۶۰۸
هم‌ابتلایی		۱۰(۳۳/۳)	۱۱(۳۶/۷)	**۰/۷۸۸
روان‌درمانی		۱۶(۵۳/۳)	۱۸(۶۰/۰)	**۰/۶۰۲

* آزمون t مستقل ** آزمون مجذور کای *** آزمون U من‌ویتنی **** آزمون دقیق فیشر

جدول شماره ۲- میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات افسردگی و مانیا در گروه‌های مطالعه

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		ضریب F	سطح معنی‌داری
	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل		
افسردگی	۹/۶۵±۵/۸۲	۱۰/۴۶±۵/۹۷	۶/۴۲±۳/۴۱	۱۰/۱۴±۵/۸۱	۶/۹۶±۴/۳۴	۱۰/۴۶±۵/۹۷	۳/۵۴۴	۰/۶۵
مانیا	۱۵/۶۵±۷/۱۹	۱۴/۳۹±۷/۴۷	۱۰/۸۸±۳/۵۰	۱۳/۵۷±۶/۹۶	۱۰/۵۷±۳/۹	۱۴/۳۹±۶/۴۷	۱/۱۵۳	۰/۲۸۸

جدول شماره ۳- میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات عملکرد اجرایی در گروه‌های مطالعه

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		ضریب F	سطح معنی‌داری
	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل		
برنامه‌ریزی (آزمون TOL)	۱۱/۰۰±۳/۳۸	۱۰/۹۲±۳/۹	۱۶/۱۹±۵/۲	۱۱/۰۳±۳/۸۵	۱۴/۲۳±۳/۴	۱۰/۶±۳/۲۸	۱۱/۹۳	۰/۰۰۱
حل مسئله (میزان پاسخ‌های درست در آزمون WCST)	۴۸/۵۷±۱۰/۴۶	۴۷/۸±۱۰/۵	۶۳/۳±۱۶/۲۴	۴۷/۸±۱۰/۵۵	۵۶/۸۴±۱۵/۷۵	۴۷/۸±۱۰/۵	۹/۷۱	۰/۰۰۳
حل مسئله (میزان پاسخ‌های غلط در آزمون WCST)	۷۹/۴۲±۱۰/۴۶	۸۰/۱۷±۱۰/۵	۶۴/۷±۱۶/۲۴	۸۰/۱۷±۱۰/۵	۸۰/۱۷±۱۰/۵۵	۷/۱۵±۱۵/۷۵	۹/۷۱	۰/۰۰۳
حل مسئله (میزان پاسخ‌های درجاماندگی در آزمون WCST)	۳۸/۸۸±۱۴/۴۳	۳۹/۸۵±۱۵/۳	۲۷/۹±۱۴/۹	۳۹/۸۵±۱۵/۳۶	۳۳/۶±۱۵/۴۶	۳۹/۸۵±۱۵/۳	۲/۷۸	۰/۱۰۱
حل مسئله (میزان پاسخ‌های غیر درجاماندگی در آزمون WCST)	۴۰/۵۳±۱۰/۰۶	۴۰/۳±۱۱/۸۵	۳۵/۷±۱۰/۶۷	۴۰/۳۸±۱۱/۶	۳۷/۵۳±۱۰/۲۵	۴۰/۹±۱۱/۴۵	۰/۷۵۲	۰/۳۹۰

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

تغییرات نمرات پاسخ‌های درست در دو گروه مداخله و کنترل نشان می‌دهد که شیب تغییرات نمرات پاسخ‌های درست در گروه مداخله، بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله بیشتر شده، اما بعد از دوره پیگیری این میزان کمتر شده است. به‌علاوه، در گروه کنترل میزان پاسخ‌های درست بعد از مداخله و پس از دوره پیگیری هیچ تغییری نکرده است. تغییرات نمرات پاسخ‌های غلط از هر دو نوع درجاماندگی و غیر درجاماندگی نشان می‌دهد که شیب تغییرات نمرات این پاسخ‌ها در گروه مداخله، بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کمتر شده، اما بعد از دوره پیگیری این میزان بیشتر شده است. همچنین، در گروه کنترل میزان این پاسخ‌ها بعد از مداخله و پس از دوره پیگیری هیچ تغییری نکرده است.

بحث

رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از روش‌های روان‌درمانی مناسب و مؤثر برای مقابله با مشکلات روان‌شناختی اختلال دو-قطبی است؛ بااین‌وجود، مطالعات کمی در این زمینه انجام شده است. نتایج پژوهش حاضر هم‌سو با پژوهش‌های پیشین در مورد تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اختلال دوقطبی است. این پژوهش اولین مطالعه درمورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عملکرد اجرایی در اختلال دوقطبی است. به‌طور اختصاصی‌تر، هدف این پژوهش بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر برنامه‌ریزی و حل مسئله می‌باشد. اکثر کسانی که در ۱۲ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیکی شرکت کردند، سطح رضایت بالایی (۸۴ درصد) از درمان را نشان دادند. همان‌طور که در مقدمه آمده است مطالعات انجام شده در مورد رابطه بین برنامه‌ریزی و حل مسئله با تنظیم هیجان بحث‌برانگیز است. بااین‌حال، مکانیسم اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی تنظیم هیجان است و تقریبا در تمام جلسات رفتار-درمانی دیالکتیکی از تنظیم هیجان استفاده می‌شود. بسیاری از مطالعات تائید کرده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان تأثیر می‌گذارد [۱۷،۷،۳] و هدف ما در مطالعه حاضر بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عملکرد اجرایی بوده است. نتایج به-دست آمده از مطالعه حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علایم و عملکرد اجرایی در بیماران دوقطبی تاثیر داشته است. به‌منظور بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم در اختلال دوقطبی، نتایج نشان داد نمرات افسردگی و مانیا بعد از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی-داری داشته است. این نتایج هم‌سو با پژوهش Van Dijk و همکاران درمورد تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر علائم اختلال دو-قطبی است که نتایج آن پژوهش نشان داد فن‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش علائم افسردگی، بهبود کنترل عاطفی و بهبود خودکارآمدی در بیماران گروه مداخله شده اما شدت علائم مانیا را کاهش نمی‌دهد [۳]. در مطالعه حاضر اگرچه میزان افسردگی و مانیا در ابتدای درمان کم بود، پس از مداخله و دوره پیگیری میزان آن کمتر شد. همچنین، نتایج نشان داد پس از ۱۲ هفته رفتاردرمانی دیالکتیکی نمرات برنامه‌ریزی و حل مسئله بعد از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشته است. بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند بر عملکرد اجرایی تأثیر بگذارد. در مورد تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عملکرد اجرایی تاکنون پژوهشی انجام نشده است. عملکرد اجرایی به‌صورت معنی‌داری مرتبط با عملکرد روانشناختی در حوزه‌هایی مانند عملکرد شغلی، ارتباط با اعضای خانواده و رضایت از زندگی است [۱۰]. عملکرد اجرایی به‌عنوان چتری در نظر گرفته می‌شود که مجموعه گوناگونی از عملکردهای شناختی از جمله برنامه‌ریزی، حافظه کاری، توجه، بازداری، خودتنظیمی و بسیاری از کارکردهای لوب پیشانی را در بر می‌گیرد [۱۸]. یکی از نقاط قوت این مطالعه تلفیق روان‌درمانی و دارودرمانی برای دست‌یابی به نتایج مؤثر برای بیماران دوقطبی بود. با توجه به این‌که نمرات بیماران پس از مداخله و دوره پیگیری تقریباً بدون تغییر بوده است، می‌توان نتیجه گرفت که دارودرمانی می‌تواند بیماران را در حالت پایدار نگه داشته و همچنین می‌تواند به‌عنوان ابزاری مؤثر برای نگهداری و کنترل جمعیت زیاد بیماران دوقطبی به‌کار رود. بهتر است به این نکته نیز اشاره کنیم که روان‌درمانی‌های کوتاه-مدت مانند رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌توانند به‌عنوان مقدمه‌ای برای ادامه روان‌درمانی در آینده در نظر گرفته شوند. ازآنجاکه رفتار-درمانی دیالکتیکی عمدتاً بر تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی، روابط و تحمل پریشانی تمرکز می‌کند و این چهار مهارت اصلی پایه تقریباً تمام روان‌درمانی‌ها و اختلالات روانی هستند، می‌توان از مهارت-های رفتاردرمانی دیالکتیکی برای سایر اختلالات روانی نیز استفاده کرد. همچنین، روان‌درمانی کوتاه‌مدت می‌تواند بیماران را از نظر روانشناختی برای ادامه درمان، بهبود عملکرد و کاهش درد و رنج آن‌ها آماده سازد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش نیز می‌توان به دشوار بودن پیگیری برای ادامه جلسات و همچنین انجام تمرینات و تکالیف به‌وسیله بیماران و مشکلات رفت‌وآمد بیماران به بیمارستان روانپزشکی کارگرنژاد اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

درحالی‌که دارودرمانی به‌عنوان درمان اصلی اختلال دو-قطبی محسوب می‌شود، فقط می‌تواند بیماران را در وضعیت ثابتی

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

نگه دارد که نه علائم آن‌ها بهتر شده و نه بدتر شود. بااین‌حال، ترکیب هم‌زمان DBT با دارودرمانی برای بیماران دوقطبی دارای تأثیرات بهتر و مؤثرتری است. در مطالعه حاضر نشان داده شد که ترکیب DBT با دارودرمانی باعث کاهش علائم افسردگی، مانیا و کژتنظیمی هیجان می‌شود. همچنین، این ترکیب منجر به بهبود عملکرد اجرایی در بیماران می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و گروه روانپزشکی بیمارستان کارگرنژاد کاشان که در اجرای این مطالعه همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید. همچنین، از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان به‌خاطر تأمین منابع مالی تحقیق (IRCT2017031233023N1) صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

[1] Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Williams & Wilkins Co; 1998.
[2] Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®): Amer Psychiatric Pub; 2013.
[3] Van Dijk S, Jeffrey J, Katz MR. A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. ***J Affect Dis*** 2013; 145(3): 386-93.
[4] McKay M, Wood JC, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation and distress tolerance. ReadHowYouWant. com; 2010 Apr 15.
[5] Van Dijk S. DBT Made Simple: A Step-by-step Guide to Dialectical Behavior Therapy. New Harbinger Publications; 2013 Jan 2.
[6] Gross JJ, editor. Handbook of emotion regulation. Guilford publications; 2013 Dec 17.
[7] Goodman M, Carpenter D, Tang CY, Goldstein KE, Avedon J, Fernandez N, et al. Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. ***J Sychiatric Res*** 2014; 57: 108-16.
[8] Harvey P, Rathbone BH. Dialectical Behavior Therapy for At-risk Adolescents: A Practitioner's Guide to Treating Challenging Behavior Problems. New Harbinger Publications; 2014 Jan 2.
[9] McCloskey G, Perkins LA, Van Diviner B. Assessment and intervention for executive function difficulties. Routledge; 2008 Dec 5.
[10] Cotrena C, Branco LD, Shansis FM, Fonseca RP. Executive function impairments in depression and bipolar disorder: association with functional impairment and quality of life. ***J Affective Dis*** 2016; 190: 744-53.
[11] Marvel CL, Paradiso S. Cognitive and neurological impairment in mood disorders. ***Psychiatric Clinics*** 2004; 27(1): 19-36.
[12] Unterrainer JM, Owen AM. Planning and problem solving: from neuropsychology to functional neuroimaging. ***J Physiol Paris*** 2006; 99(4-6): 308-17.
[13] Yang C, Zhang T, Li Z, Heeramun-Aubeeluck A, Liu N, Huang N, et al. The relationship between facial emotion recognition and executive functions in first-episode patients with schizophrenia and their siblings. ***BMC Psychiatry*** 2015; 15(1): 241.
[14] Akhondzadeh S, Mohajari H, Mohammadi MR, Amini H. Ritanserin as an adjunct to lithium and haloperidol for the treatment of medication-naive patients with acute mania: a double blind and placebo controlled trial. ***BMC Psychiatry*** 2003; 3(1): 7.
[15] Beck AT, Steer RA ,Brown GK. Beck depression inventory-II. ***San Antonio*** 1996; 78(2): 490-8.
[16] Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. psychometric properties of a persian-language version of the beck depression inventory-second edition: BDI-II-PERSIAN. ***Dep Anxiety*** 2005; 21(4): 185-92.
[17] Eisner L, Eddie D, Harley R, Jacobo M, Nierenberg AA, Deckersbach T. Dialectical behavior therapy group skills training for bipolar disorder. ***Behav Ther*** 2017; 48(4): 557-66.
[18] Goldstein S, Naglieri JA, editors. Handbook of executive functioning. Springer Science & Business Media; 2013 Nov 19.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]