

## مقایسه کارکردهای اجرایی و توانش نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال

## شخصیت مرزی و افراد بهنجار

\*امین رفیعی‌پور<sup>۱</sup>، راضیه زاهدی<sup>۲</sup>، صفیه بهزادی<sup>۳</sup>، ناهید خانبابایی<sup>۴</sup>

۱. استادیار روانشناسی سلامت، دانشگاه پیام نور، ایران.

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

۳. استادیار فیزیولوژی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

۴. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۹/۰۱/۳۱ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۶/۱۴)

**Comparison of Executive Functions and the Ability of the Theory of Mind in Patients with Schizophrenia, Borderline Personality Disorder and Normal People**\* Amin Rafieipour<sup>1</sup>, Razieh Zahedi<sup>2</sup>, Safia Behzadi<sup>3</sup>, Nahid Khanbabaei<sup>4</sup>

1. Assistant Professor of Health Psychology, Payame Noor University, Iran.

2. PhD student in Health Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran.

3. Assistant Professor of Physiology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran.

4. PhD student in Health Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran

(Received: Apr.19, 2020- Accepted: Sep.04, 2020)

## Abstract

## چکیده

**Aim:** Since interpersonal parables and cognitive defects have an effective role in the life of people with Borderline personality disorder and schizophrenia disorders, the aimed current research at comparing their executive functions and Theory of Mind ability in with a normal group. **Method:** This study is a descriptive comparative study thorough which the executive and functions Theory of Mind ability have been compared among three groups. The statistical population consists of all outpatient and inpatient patients affected with chronic schizophrenia and Borderline personality disorder who had referred to the Psychiatry Clinic of Imam Hossein Hospital in Tehran in 1397. The participants were selected through convenience sampling 74 patients were selected. Wisconsin Card Sorting Test and Reading the Mind in the Eyes Test were administered to all subjects in individual sessions and finally, data were analyzed via using Multivariate Analysis Test and Tukey Follow-up Tests. **Findings:** Results indicated that there is generally a significant difference ( $p \leq 0.01$ ) between the group's Borderline personality disorder and schizophrenia disorders with normal people in executive functions and Theory of Mind ability and also significant difference ( $p \leq 0.05$ ) between the group's Borderline personality disorder and schizophrenia disorders in sub scale executive functions and Theory of Mind ability and Schizophrenic patients are weaker than those with borderline personality disorder. **Conclusion:** Schizophrenic patients had weaker executive function and Theory of Mind ability than the Borderline personality disorder and normal subjective. And chronicity had a great effect on executive function and Theory of Mind ability disorder among the patients.

**Keyboard:** Executive function, Theory of mind, Borderline personality disorder, Schizophrenia disorders

**هدف:** از آنجایی که مشکلات بین‌فردی و نقایص شناختی تاثیر قابل توجهی بر زندگی مبتلایان به اختلال اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت مرزی ایفا می‌کند، هدف پژوهش حاضر مقایسه کارکردهای اجرایی و توانش نظریه ذهن در این بیماران با افراد بهنجار است. **روش:** این مطالعه یک پژوهش توصیفی-مقایسه‌ای است که طی آن عملکرد اجرایی و توانش نظریه ذهن در بین ۳ گروه مقایسه شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام بیماران سرپایی و بستری مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اسکیزوفرنی که در سال ۱۳۹۷ به مرکز روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین تهران مراجعه کرده بودند، و به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین آن‌ها تعداد ۷۴ نفر انتخاب شدند. آزمون‌های دسته‌بندی ویسکانسین و آزمون ذهن‌خوانی از روی تصاویر چشم در جلسه‌های انفرادی برای تمام آزمودنی‌ها اجرا شد و در نهایت با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی توکی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که در سطح معناداری ( $P < 0.01$ ) بین گروه بیماران اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت مرزی با افراد بهنجار در کارکردهای اجرایی و توانش نظریه ذهن تفاوت وجود دارد و همچنین بین تعداد طبقات تکمیل نشده و پاسخ‌های صحیح از زیر مقیاس‌های کارکردهای اجرایی و توانش نظریه ذهن در بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اسکیزوفرنی در سطح ( $P < 0.05$ ) تفاوت وجود دارد و بیماران اسکیزوفرنی ضعیف‌تر از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند. **نتیجه‌گیری:** کارکردهای اجرایی و توانش نظریه ذهن در بیماران اسکیزوفرنی ضعیف‌تر از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و گروه بهنجار است و شدت بیماری در عملکرد کارکردهای اجرایی و توانش نظریه ذهن تاثیر دارد. **کلیدواژه:** کارکردهای اجرایی، نظریه ذهن، اختلال اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت مرزی.

## مقدمه

شناختی که در اولین دوره بیماری دیده می‌شود، حداقل تا میانسالی ثابت می‌ماند (اسچیفرا، گینگرن، وینبرگر و ایسکینسون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳؛ سانچیز تورنت<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). این نواقص شناختی حتی پیش از شروع اولین تظاهرات سایکوتیک در بیماران دیده می‌شود (یوکوک و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین در مطالعات جدیدتر شواهد قابل توجهی اثبات کرده‌اند که نواقص شناختی اغلب قبل از وقوع بیماری وجود دارند و در طی تغییرات حالات سایکوتیک و زمان، باقی می‌مانند (وو، داگا و مولگت<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴). در پژوهشی علی‌پور، حسن‌زاده پشنگ و صابری (۱۳۹۵)، نشان دادند که کارکردهای اجرایی<sup>۸</sup> و نارسایی توجه در بیماران اسکیزوفرنی ضعیف‌تر از بیماران مزمن دو قطبی نوع یک و افراد غیر بیمار است و مزمن شدن بیماری در این اختلالات تاثیر زیادی بر کارکردهای اجرایی و نارسایی توجه دارد. همچنین شواهد تجربی فراوانی حاکی از آن است که در اختلال شخصیت مرزی و اختلال اسکیزوفرنی اختلالات کارکردی عمده‌ای در سیستم سروتونرژیک و دوپامیرژیک و نیز در لوب فرونتال مغز مشاهده می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ پاریس، گندرسون، و وینبرگ، ۲۰۰۷). کرتکس

اختلال روانی<sup>۱</sup> نشانگانی است که با اختلال بالینی قابل ملاحظه در شناخت، تنظیم هیجان، یا رفتار فرد مشخص می‌شود و کژکاری در فرایندهای روانشناختی، زیستی، یا رشدی زیربنای عملکرد روانی را منعکس می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). اختلال اسکیزوفرنی نیز از جمله اختلالات روانی است که به دلیل ایجاد علائم وخیم در درک، فکر و رفتار به عنوان یک بیماری شدید روانی شناخته شده است (رویز ایروندا، اسلابریا، اکیبرووا، اروند، پوس، و مرانون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). یکی از نشانه‌های اختلال اسکیزوفرنی که از اهمیت بسیار برخوردار است، بروز مشکلات در فرآیندهای شناختی است (لیو و همکاران، ۲۰۱۹) که می‌تواند به دلیل عوامل ژنتیک، آسیب‌های فرد بیشتر شود (هریس و میناسیان و پری<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). طبق پژوهش‌های انجام شده، در بسیاری از بیماران سرپایی مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا، نواقص شناختی، مشکل اصلی سایکوپاتولوژی آنان را تشکیل می‌دهد و این نواقص، رابطه قوی‌تری با سطح عملکرد بیماران نسبت به شدت علائم سایکوتیک دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۱؛ به نقل از خدایی، نیک‌یار و قربانی، ۱۳۹۴). در بیشتر مطالعات دیده شده است که سطح نواقص

5. Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R., & Dickinson, D.  
6. Sánchez-Torres, A. M  
7. Wu, C., Dagg, P., & Molgat, C  
8. Executive function

1. Mental disorder  
2. American Psychiatric Association  
3. Ruiz-Iriondo, M., Salaberría, K., Echeburúa, E., Iruín, Á., Poc, O. G., & Maranon, I  
4. Harris, J. G., Minasyan, A., & Perry, W

زلوکویز<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) نشان دادند که افراد با اختلال شخصیت مرزی در کارکردهای شناختی تفاوت معناداری با گروه کنترل ندارند. همچنین هگنوف<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۳) با بررسی افراد BPD نشان دادند که این افراد نقایصی را در حافظه کاری نسبت به گروه کنترل نشان می‌دهند. همچنین بانز<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۵) با بررسی کارکردهای اجرایی در بیماران BPD نقایصی را در حافظه کاری، دیداری-فضایی این بیماران گزارش کردند. در مطالعه پلوماریز و همکاران (۲۰۱۹) که به بررسی کارکردهای اجرایی، توانایی توجه و حافظه کلامی بین بیماران اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت مرزی با گروه عادی پرداختند، نتایج نشان داد که کارکردهای اجرایی، توانایی توجه و حافظه کاری در هر دو گروه از بیماران نسبت به گروه کنترل پایین‌تر است. ولی هیچ الگوی مشخصی از نقص عصبی شناختی در اختلال طیف اسکیزوفرنی مشخص نشد.

همچنین نتایج پژوهش دیگری نشان داد که بیماران با اختلال شخصیت مرزی در انعطاف‌پذیری شناختی، که یکی از زیر مجموعه‌های کارکردهای شناختی است، مشکل دارند (پلوماریز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). برخی پژوهش‌ها نیز نتایج متناقضی را نشان دادند. به‌عنوان مثال بیسکین، رنالد، راز و

پره‌فرونتال و مدارهای عصبی مربوط به آن در بسیاری از مولفه‌های کارکردهای اجرایی زیربنایی (واشو، آلایی و سابا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰) و تنظیم هیجانی خودکار (فلیپس و همکاران، ۲۰۰۳) درگیر هستند.

شواهد قابل ملاحظه‌ای از مطالعات پسامرگی مغز بیماران اسکیزوفرنی وجود دارد که موید ناهنجاری‌های آناتومیک قشر جلوپیشانی است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). همچنین سولوف<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۳)؛ به نقل از مظفری، رحمتی‌نژاد و محمدی، (۱۳۹۷) دریافتند که میزان هیپومتابولسیم پایه در کورتکس اوربیتوفرونتال، سطوح تحریک‌پذیری و پرخاشگری بیماران مرزی را پیش‌بینی می‌کند. یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های کورتکس فرونتال، پره‌فرونتال و مدارهای عصبی مربوطه، تنظیم کارکردهای اجرایی مغز است. پژوهش‌ها نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در انعطاف‌پذیری شناختی نقص‌هایی دارند.

همچنین نتایج پژوهش دیگری نشان داد که بیماران با اختلال شخصیت مرزی در انعطاف‌پذیری شناختی، که یکی از زیر مجموعه‌های کارکردهای شناختی است، مشکل دارند (پلوماریز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). برخی پژوهش‌ها نیز نتایج متناقضی را نشان دادند. به‌عنوان مثال بیسکین، رنالد، راز و

4. Biskin, R. S., Paris, J., Renaud, J., Raz, A., & Zerkowitz, P  
5. Hagen off, M  
6. Baez, S  
7. Theory of Mind

1. Walshaw, P. D., Alloy, L. B., & Sabb, F. W  
2. Soloff  
3. Palomares, N

امین رفیعی پور و همکاران: مقایسه کارکرهای اجرایی و توانش نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت مرزی و ...

روان پزشکی غیر اسکیزوفرنی انجام داده‌اند و این نارسایی در دوره فعال بیماری بارزتر بوده است (برون، ۲۰۰۳؛ زراعتکار، نجفی و رفیعی‌نیا، ۱۳۹۲). بیماران دارای نشانه‌های منفی بیشترین نقص را در عملکرد نظریه ذهن داشتند (شمای توسوری<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷) و بیماران با نشانه‌های پارانوئیدی در تکالیف نظریه ذهن ضعیف عمل کردند (میک‌کاب، لودیر، انتکی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). در مطالعه‌ی دروری، رابینسون و برچود<sup>۶</sup> (۱۹۹۸) بیمارانی با هذیان گزند و آسیب و هذیان به خود بستن عملکردشان در تکالیف نظریه ذهن ضعیف‌تر از بیماران غیر هذیانی بود. همچنین فرض بر این است که مشکلات بین فردی در اختلال شخصیت مرزی ناشی از نقص در شناخت اجتماعی این افراد است. مطالعات قبلی در مورد نظریه ذهن در بزرگسالان مبتلا به BPD نتایج متفاوتی را به همراه داشته است، از جمله نقص در نظریه ذهن (قیاسی، دیماجیو و برون<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰؛ هراری، شامی تسوری، راوید لوکووتیز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰) و نظریه ذهن عادی (شیلینگ<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۲) بوده است. نورمن ادی<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۱۹) در تحقیق خود نشان دادند بین اختلال در نظریه ذهن و اختلال در روابط بین فردی در بیماران

باورها، نیت‌ها و احساسات دیگران (بارون کوهن، لزی و فریث، ۱۹۸۵). به عبارت دیگر مفهوم نظریه ذهن به توانایی شناختی اشاره دارد که اجازه می‌دهد هر فرد بداند که دیگران افکار منحصر به فردی دارند که می‌تواند با افکار یا نیت آن فرد و یا حتی واقعیات متفاوت باشند. توانایی درک این موضوع که دیگران واجد حالات ذهنی همچون افکار، عقاید و نیاتی هستند که ممکن است با حالات ذهنی خود فرد و نیت آن فرد متفاوت باشد، نظریه ذهن نامیده می‌شود (هاشمی، نصرت آبادی، کشاورز و خانجانی، ۱۳۹۶). ظرفیت نابهنجار نظریه ذهن در چندین اختلال روانی گزارش شده است. گسترده‌ترین مطالعات نظریه ذهن در مورد ناهنجاری طیف اوتیستیک بیماران بزرگسال دارای آسیب قطعه پیشانی و در بیماران اسکیزوفرنی (برون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ اسپرونک، اسپوئورت، وس، هوکس و وانگلین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷) صورت پذیرفته است. نقص در نظریه ذهن می‌تواند موجب بروز علائم روان‌پریشی در افراد اسکیزوفرنی شود و علائم روان‌پریشی باعث برداشت‌های غلط از حالت‌های عاطفی فرد یا دیگران می‌شود (لانگدون و کولتیرت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). پژوهش‌های اولیه نشان داد که عمدتاً بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، آزمون نظریه ذهن را ضعیف‌تر از آزمودنی‌های سالم و بیماران

4. Shamay-Tsoory, S. G
5. McCabe, R., Leudar, I., & Antaki, C
6. Drury, V. M., Robinson, E. J., & Birchwood, M
7. Ghiassi, V., DiMaggio, G., & Brüne, M
8. Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M. and Levkovitz, Y
9. Schilling, L
10. Normann-Eide, E

1. Brüne, M
2. Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & Van Engeland, H
3. Langdon, R., & Coltheart, M

تغییرات قابل ملاحظه‌ای در شیوه‌های توانبخشی در جامعه ایجاد نماید (کسپر و ریسنجر، ۲۰۰۳). با در نظر گرفتن مجموع ملاحظات، پژوهش حاضر با هدف مقایسه کارکردهای اجرایی و توانش نظریه‌ی ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت مرزی و افراد عادی انجام گردید.

### روش

پژوهش حاضر از نوع بررسی‌های توصیفی-مقایسه‌ای است که طی آن عملکرد اجرایی در بین سه گروه مقایسه شد. جامعه آماری شامل تمام بیماران سرپایی و بستری مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت مرزی حاد است که در سال ۱۳۹۷ به مرکز روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین تهران مراجعه کرده بودند و نمونه‌گیری به صورت در دسترس و به تعداد ۷۲ آزمودنی (۲۴ نفر) افراد بهنجار که به عنوان همراه با بیماران بودند، (۲۴ نفر) مبتلا به اسکیزوفرنی و (۲۴ نفر) مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با توجه به معیارهای ورود و خروج به پژوهش انتخاب شدند. انتخاب این تعداد نمونه بر اساس مطالعات پیشین و با توجه به امکانات پژوهشگر بوده که با در نظر گرفتن نوع طرح پژوهش، تعداد کافی است. معیارهای ورود به پژوهش شامل معاینه توسط پزشک متخصص روانپزشک و بر اساس معیارهای تشخیصی ویرایش پنج کتاب راهنمای

BDP رابطه وجود دارد و همچنین بیماران BDP گرایش به برداشت غلط از اطلاعات اجتماعی دارند و این سوء برداشت زمانی که آسیب‌های آنها بیشتر باشد، شدیدتر می‌شود. ولی کالی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان دادند که بیماران مبتلا به BDP تنها در بخش‌های خاصی که نیازمند فکر کردن به تفکر انتزاعی کس دیگر باشد یا به عبارتی زمانی که آنها مجبور باشند چشم‌انداز فکری متمایزی را بپذیرند، مشکل دارند.

با توجه به آنچه گفته شد و تناقضات موجود، تحقیقات انجام شده در مورد کارکردهای اجرایی و نظریه ذهن در بیماران اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت مرزی و همچنین نتایج تحقیقات متنوع که نشان می‌دهد بسیاری از اختلالات شخصیت همچون BDP ممکن است برخی خصایص اسکیزوفرنی خفیف را داشته باشند (سادوک و سادک، ۲۰۰۷) با مقایسه کارکردهای اجرایی و توانش نظریه‌ی ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت مرزی و افراد عادی می‌توان معیار مناسبی برای تشخیص افتراقی این دو بیماری به دست آورد و همچنین، می‌تواند در فهم تکامل آسیب‌های شناختی افراد مبتلا به این بیماری‌ها سهمی داشته باشد و به شناسایی افرادی که شاید در دوره مقدماتی بیماری هستند، کمک کند (علی‌پور، حسن‌زاده پشنگ و صابری، ۱۳۹۵)، کیفیت زندگی را بهبود بخشیده و

1. Colle, L

امین رفیعی پور و همکاران: مقایسه کارکرهای اجرایی و توانش نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت مرزی و ...

شامل می‌شود. برای هر تصویر، چهار واژه توصیف کننده حالت‌های ذهنی ارائه می‌شود که از ظرفیت هیجانی مشابهی بهره‌مند هستند. پاسخ‌دهنده تنها باید از طریق اطلاعات بینایی موجود در تصویر، از بین چهار گزینه انتخاب کند. حداکثر امتیاز قابل اکتساب برای انتخاب واژگان درست در این آزمون ۳۶ و کم‌ترین آن صفر است. نمره بین ۲۲ تا ۳۰ نشانگر نظریه ذهن متوسط، نمره کمتر از ۲۲ نشانگر نظریه ذهن پایین و نمره بالاتر از ۳۰ نشانگر نظریه ذهن بالا است (زرعتکار و همکاران، ۱۳۹۲). اعتبار و همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) این آزمون ۰/۷۳ گزارش شده است (علیلو، بخشی پور، بافنده قراملکی، خانجانی و رنجبر، ۱۳۹۰). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در پژوهش حاضر ۰/۷۵ به دست آمد.

**آزمون دسته بندی کارت‌های ویسکانسین<sup>۲</sup>:** این آزمون توسط گرانت و برگ (۱۹۴۸) برای اندازه‌گیری کارکردهای اجرایی (توجه انتخابی، انعطاف‌پذیری شناختی، استدلال انتزاعی و تغییر آمایه) تدوین شده است (کاولورا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ لزاک<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). چگونگی عملکرد در آزمون ویسکانسین به عنوان اندازه‌ای از کارکرد کرتکس پره‌فرونتال و دورسولاترال پره‌فرونتال در نظر گرفته می‌شود (مارتینو، بوکایو، بوتمن و

تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) تشخیص گذاری شدند و در صورت داشتن تشخیص اختلالات همبود بر اساس تشخیص روانپزشک و پرونده بیمار (سوء مصرف مواد، اختلال پانیک و اختلال استرس پس از ضربه) از پژوهش حذف شدند. مصرف حداقل یک داروی آنتی سایکوتیک و رضایت آگاهانه داشتن شرکت کنندگان و معیارهای خروج شامل وجود هرگونه سابقه بیماری عصبی شناختی، یا ضربه شدید به سر که از دست دادن هوشیاری را به دنبال داشته باشد، عقب ماندگی ذهنی، مصرف قابل توجه مواد غیر از سیگار، دریافت الکترو شوک در یک ماه گذشته، مشکلات بینایی که فرد را در تشخیص حالت‌های چهره دچار مشکل می‌کند، تحصیلات کمتر از پنجم ابتدایی و سنین کمتر از ۱۸ سال و بالای ۵۰ سال که سبب حذف آزمودنی‌ها بودند. به کسانی که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند، پس از توضیح هدف پژوهش و جلب رضایت کتبی از سوی آن‌ها پرسشنامه‌های پژوهش جهت پاسخگویی ارائه گردید.

### آزمون ذهن‌خوانی از روی تصاویر

**چشم<sup>۱</sup>:** این آزمون یک آزمون عصب روانشناختی مربوط به ذهن خوانی است که بارن و کوهن و همکاران (۲۰۰۱) آن را ساخته‌اند. این آزمون تصاویری از ناحیه چشم بازیگران و هنرپیشه‌ها در ۳۶ حالت مختلف

2. Wisconsin Card Sorting Test  
3. Cavallaro, R  
4. Lezak, M. D

1. Reading the Mind in the Eyes

عدم انعطاف پذیری شناختی (لزاک و همکاران، ۲۰۰۴) است. لزاک و همکاران (۲۰۰۴) میزان روایی این آزمون را برای سنجش نقایص شناختی به دنبال آسیب مغزی، بالای ۰/۸۶ به دست آوردند. همچنین اعتبار این آزمون بر اساس ضریب توافق ارزیابی کنندگان در مطالعه اسپیرین و استراوس برابر با ۰/۸۳ گزارش گردیده است. همچنین نادری (۱۳۷۳) اعتبار این آزمون را در جمعیت ایرانی با روش باز آزمایی ۰/۸۵ ذکر نموده است (به نقل از حسینی، امیدوار و عباسی، ۱۳۹۵).

#### یافته‌ها

در ابتدا به بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان پرداخته شده است. در مجموع ۷۴ آزمودنی در سه گروه (۲۴ نفری) با میانگین سنی ۳۵/۲۳ سال و ۴ ماه و ۱۰ روز و انحراف استاندارد سنی ۴/۱۲ در این پژوهش شرکت کردند. همچنین دامنه سنی شرکت کنندگان از ۲۱ تا ۴۷ سال گسترده شده بود؛ ۰/۵۵ شرکت کنندگان را زنان و ۰/۴۴ را مردان تشکیل دادند.

در ادامه به بررسی شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش پرداخته شده است. جدول شماره ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به زیر مقیاس‌های کارکردهای اجرایی و نظریه ذهن را نشان می‌دهد.

الیگرا<sup>۱</sup>، (۲۰۰۷). آزمون متشکل از دو دسته کارت ۶۴ تایی غیر مشابه است که هر یک بر اساس شکل (مثلث، صلیب، دایره و ستاره) رنگ (سبز، آبی، قرمز و زرد) و یا تعداد (یک، دو، سه، چهار) از هم متمایز می‌شوند. آزمودنی باید بر اساس استنباط اصلی که بر چهار کارت حاکم است نسبت به جای گذاری کارت‌ها اقدام کند. بعد از هر پاسخ، آزمودنی بازخورد درست یا نادرست دریافت می‌کند. الگوی مورد نظر برای چهار کارت اصلی به ترتیب رنگ، شکل و تعداد است که تکرار می‌شود و بعد از چند پاسخ متوالی الگو تغییر می‌کند. بیشترین نمرات بکار رفته، به تعداد طبقات (که مفهوم‌سازی و نگهداری مفاهیم را می‌سنجد) و خطاهای درجاماندگی (که شکل‌گیری مفاهیم، سود بردن از تصحیح و انعطاف پذیری شناختی را ارزیابی می‌کند) اختصاص داده می‌شود (موریس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰). در این آزمون تعداد طبقات به ۱۰ کاردی که به صورت متوالی و بر اساس الگوی درست انتخاب می‌شوند اشاره دارد که حداکثر آن ۶ طبقه است و نشان دهنده کشف یک سری قوانین شش گانه توسط آزمودنی است. خطاهای درجاماندگی وقتی به وجود می‌آید که آزمودنی بر اساس الگوی موفقیت‌آمیز قبلی و با تغییر قانون، دسته‌بندی کارت‌ها را ادامه دهد یا اینکه بر روی یک الگوی غلط پافشاری کند. این خطا نشان دهنده

1. Martino, D. J., Bucay, D., Butman, J. T., & Allegri, R. F
2. Morice, R

امین رفیعی پور و همکاران: مقایسه کارکردهای اجرایی و توانش نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت مرزی و ...

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های پژوهش

بهنجار		اختلال شخصیت مرزی		اسکیزوفرنی		گروه	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	مولفه‌ها	
۱/۱۲	۲/۱۷	۰/۱۲	۴/۲۴	۰/۰۳	۶/۳۹	تعداد طبقات تکمیل نشده	کارکردهای اجرایی
۰/۹۱	۱/۲۱	۱/۳۲	۶/۴۵	۱/۴۵	۷/۲۵	خطای درجاماندگی	
۸/۱۹	۲۳/۴۲	۵/۱۲	۴۱/۱۰	۷/۱۰	۴۰/۲۱	تعداد خطاها	
۳/۶۵	۴۲/۲۷	۴/۴۸	۳۴/۱۲	۴/۳۲	۳۲/۲۵	پاسخ‌های صحیح	
۱/۱۰	۴/۲۵	۳/۲۰	۶/۱۸	۲/۱۰	۵/۰۱	زمان واکنش	
۸/۱۲	۳۱/۷۴	۲/۴۰	۱۹/۴۵	۱/۲۵	۱۲/۱۸	توانش نظریه ذهن	نظریه ذهن

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که ابعاد کارکردهای اجرایی شامل طبقات، خطای درجاماندگی، پاسخ‌های صحیح، زمان واکنش و همچنین توانش نظریه ذهن در سه گروه بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت مرزی و افراد بهنجار با همدیگر تفاوت معنی‌دار دارد ( $P=0/01$ ). جهت بررسی این نکته که تفاوت‌های موجود دقیقاً بین کدام گروه‌های مورد مطالعه است از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

برای بررسی معنادار بودن تفاوت در سه آزمون، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. ابتدا جهت بررسی عدم تفاوت ماتریس‌های کواریانس از آزمون ام باکس و جهت برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. با توجه به رعایت مفروضه مذکور و همچنین معنی‌داری آزمون لامبدای ویلکز (مقدار  $F=42/28$ ) و ( $P<0/001$ ) که نشان دهنده تفاوت معنی‌دار میانگین وزنی متغیرهای مورد مطالعه در سه گروه از نظر آماری است، تحلیل واریانس تک‌متغیره به کار رفت که نتایج آن در جدول شماره ۲ آمده است.



جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس یک راه جهت مقایسه کارکردهای اجرایی در سه گروه مورد مطالعه

معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموعه مجذورات	منابع تغییر	متغیر
			۲	۲۵۱/۴۲	بین گروهی	طبقات
۰/۰۰۱	۸/۲۵	۱۰/۴۰	۷۱	۹۴۵/۳۲	درون گروهی	
		۱۴/۲۰	۷۳	۱۲۳۲/۰۱	کل	
			۲	۲۸۴/۵۳	بین گروهی	درجا ماندگی
۰/۰۰۱	۱۴/۲۰	۱۴/۲۵	۷۱	۱۴۲۳/۰۵	درون گروهی	
		۱۸/۴۰	۷۳	۱۷۰۷/۸۳	کل	
			۲	۹۱۲/۸۲	بین گروهی	تعداد خطاها
۰/۰۰۱	۲۰/۲۳	۱۵۲/۵۳	۷۱	۲۳۲۵/۰۸	درون گروهی	
		۳۵/۷۶	۷۳	۳۱۲۵/۲۳	کل	
			۲	۱۰۲/۵۵	بین گروهی	پاسخ صحیح
۰/۰۲۳	۵/۲۳	۸/۶۵	۷۱	۱۰۲۱/۹۰	درون گروهی	
			۷۳	۱۱۲۰/۱۰	کل	
			۲	۴۸۷/۶۸	بین گروهی	زمان واکنش
		۱۲/۸۷	۷۱	۸۳۲/۲۱	درون گروهی	
۰/۰۰۱	۹/۱۲	۱۵/۲۵	۷۳	۱۳۰۱/۳۲	کل	
			۲	۱۲۴۲/۸۷	بین گروهی	توانش نظریه ذهن
۰/۰۰۱		۱۸۲/۱۰	۷۱	۱۹۸۲/۶۹	درون گروهی	
		۹۲/۳۹	۷۳	۳۲۱۲/۲۰	کل	

جدول شماره ۳ نشان‌دهنده نتایج آزمون مشاهده می‌شود که حاکی از ضعف بودن گروه تعقیبی توکی به ترتیب برای ابعاد کارکردهای اجرایی و توانش نظریه ذهن است. نتایج نشان می‌دهد که بیماران اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت مرزی در تمام ابعاد کارکردهای اجرایی و توانش نظریه ذهن به طور معنی‌داری ( $P=0/001$ ) ضعیف‌تر از گروه بهنجار بین گروه اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت مرزی تنها در پاسخ‌های صحیح تفاوت معنی‌دار ( $P=0/05$ ) مشاهده می‌شود که حاکی از ضعف بودن گروه تعقیبی توکی به ترتیب برای ابعاد کارکردهای اجرایی و توانش نظریه ذهن است. نتایج نشان می‌دهد که بیماران اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت مرزی در تمام ابعاد کارکردهای اجرایی و توانش نظریه ذهن به طور معنی‌داری ( $P=0/001$ ) ضعیف‌تر از گروه بهنجار هستند و همچنین بین گروه اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت مرزی تنها در پاسخ‌های صحیح تفاوت معنی‌دار ( $P=0/05$ ) مشاهده می‌شود.

امین رفیعی پور و همکاران: مقایسه کارکرهای اجرایی و توانش نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت مرزی و ...

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت بررسی تفاوت ابعاد مورد بررسی نمره در گروه‌های مورد مطالعه

P	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	گروه‌ها		متغیر
۰/۳۲	۰/۰۶	۲/۱۵	شخصیت مرزی	اسکیزوفرنی	طبقات
۰/۰۰۱	۰/۱۲	۴/۲۲	بهنجار		
۰/۴۵	۰/۰۶	-۲/۱۵	اسکیزوفرنی	اختلال شخصیت مرزی	
۰/۰۱۵	۰/۰۳	۳/۳۲	بهنجار		
۰/۰۰۱	۰/۱۲	-۴/۲۲	اسکیزوفرنی	بهنجار	
۰/۰۱۵	۰/۰۳	-۳/۳۲	شخصیت مرزی		
۰/۸۳۲	۰/۰۲	۰/۷۳	شخصیت مرزی	اسکیزوفرنی	درجاماندگی
۰/۰۰۱	۰/۶۵	۷/۱۲	بهنجار		
۰/۸۳۲	۰/۰۲	-۰/۷۳	اسکیزوفرنی	اختلال شخصیت مرزی	
۰/۰۰۱	۰/۷۲	۵/۹۵	بهنجار		
۰/۰۰۱	۰/۶۵	-۷/۱۲	اسکیزوفرنی	بهنجار	
۰/۰۰۱	۰/۷۲	-۵/۹۵	شخصیت مرزی		
۰/۹۲۱	۰/۰۵	-۰/۹۲	شخصیت مرزی	اسکیزوفرنی	تعداد خطاها
۰/۰۰۱	۲/۲۳	۱۹/۸۲	بهنجار		
۰/۹۲۱	۰/۰۵	۰/۹۲	اسکیزوفرنی	اختلال شخصیت مرزی	
۰/۰۰۱	۲/۱۰	۱۷/۱۸	بهنجار		
۰/۰۰۱	۲/۳۲	-۱۹/۸۲	اسکیزوفرنی	بهنجار	
۰/۰۰۱	۲/۱۰	-۱۷/۱۸	شخصیت مرزی		
۰/۰۲۳	۰/۹۲	-۲/۰۱	شخصیت مرزی	اسکیزوفرنی	پاسخ‌های صحیح
۰/۰۰۱	۲/۵۴	-۱۱/۱۸	بهنجار		
۰/۰۲۳	۰/۹۲	۲/۰۱	اسکیزوفرنی	اختلال شخصیت مرزی	
۰/۰۰۱	۲/۱۴	۹/۴۵	بهنجار		
۰/۰۰۱	۲/۵۴	۱۱/۱۸	اسکیزوفرنی	بهنجار	
۰/۰۰۱	۲/۱۴	۹/۴۵	شخصیت مرزی		
۰/۶۵۲	۰/۰۶	۰/۵۲	شخصیت مرزی	اسکیزوفرنی	زمان واکنش
۰/۰۴۱	۰/۴۵	۱/۱۶	بهنجار		
۰/۶۵۲	۰/۰۶	-۰/۵۲	اسکیزوفرنی	اختلال شخصیت مرزی	
۰/۰۲۸	۰/۶۲	۱/۹۸	بهنجار		
۰/۰۴۱	۰/۴۵	-۱/۱۶	اسکیزوفرنی	بهنجار	
۰/۰۲۸	۰/۶۲	-۱/۹۸	شخصیت مرزی		
۰/۰۰۱	۲/۳۲	-۸/۳۲	شخصیت مرزی	اسکیزوفرنی	نظریه ذهن
۰/۰۰۱	۴/۵۵	۲۰/۷۶	بهنجار		
۰/۰۰۱	۲/۳۲	۸/۳۲	اسکیزوفرنی	اختلال شخصیت مرزی	
۰/۰۰۱	۳/۵۵	۱۳/۴۲	بهنجار		
۰/۰۰۱	۴/۵۵	-۲۰/۷۶	اسکیزوفرنی	بهنجار	
۰/۰۰۱	۳/۵۵	۱۳/۴۲	شخصیت مرزی		

## نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر بررسی و مقایسه کارکردهای اجرایی و توانش نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت مرزی و گروه بهنجار بود. بدین منظور کارکردهای اجرایی در گروه نمونه با استفاده از آزمون دسته بندی کارت‌های ویسکانسین و توانش نظریه ذهن بر اساس آزمون ذهن‌خوانی از روی تصاویر چشم بارن کوهن مورد ارزیابی قرار گرفت و با گروه کنترل مقایسه شد. نتایج نشان داد که دو گروه نمونه بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت مرزی نسبت به گروه بهنجار در تمامی حوزه‌های کارکرد اجرایی و توانش نظریه ذهن، عملکرد ضعیف‌تری دارند.

این یافته با نتایج به دست آمده از سایر مطالعات که نشان دادند بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کارکردهای اجرایی مختلفی دارند هماهنگ است. برای مثال پژوهش سیستماتیک مک کلور و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که اکثر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی عملکرد ضعیفی در اغلب حوزه‌های کارکرد اجرایی نسبت به گروه کنترل سالم دارند. یا پژوهش‌های پلامیرز و همکاران (۲۰۱۹)، مظفری، رحمتی‌نژاد و محمدی (۱۳۹۷) که نشان دادند بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در تمام حوزه‌های کارکردهای اجرایی عملکرد ضعیف‌تری نسبت به گروه سالم دارند، همسو است. در مورد بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی نیز یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های لیو و همکاران (۲۰۱۹)، وو، داگا،

مولگت (۲۰۱۴)، یوکوک و همکاران (۲۰۱۳) علی‌پور، حسن‌زاده پشنگ و صابری (۱۳۹۵) که نشان دادند بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی نقایص متنوعی در کارکردهای اجرایی دارند، همسو است.

در تبیین نقایص کارکردی دو گروه از بیماران نسبت به گروه کنترل سالم می‌توان چنین بیان کرد که قشر ارتباطی مغز که حدود ۸۵ درصد قشر مغز انسان را تشکیل می‌دهد، با ارتباط بسیار وسیع و پیچیده خود، اعمال بسیار مهمی همچون تفکر، استدلال، قضاوت، تجربه و تجزیه و تحلیل را انجام می‌دهد. در قسمت خلفی لوب فرونتال و به عبارت دیگر درست در جلوی شیار مرکزی، شکنج پیش‌مرکزی قرار دارد که جزئی از قشر حسی- حرکتی و منشأ بروز حرکت‌های ارادی است، به جز این شکنج، باقی مانده لوب فرونتال جزء قشر ارتباطی یا تداعی محسوب می‌گردد که ناحیه پره فرونتال نیز نامیده می‌شود. این ناحیه با اینکه هیچ حس اصلی را در خود جای نمی‌دهد، اما از تمام آن‌ها اطلاعات دریافت می‌کند و هر دستگاه حسی، اطلاعات خود را به قسمت‌های ویژه‌ای در آن گسیل می‌دارد (بجیرائی، ۱۳۸۴؛ به نقل از جوانمرد، ۱۳۹۴). نقص در این قسمت مغز می‌تواند موجب نقص در کارکردهای اجرایی شود. از طرف دیگر چون آزمون ویسکانسین نیز از جمله آزمون‌هایی است که به نقص‌های وارد به لوب فرونتال حساس است (میلنر، ۱۹۶۳)، می‌توان چنین تبیین کرد که لوب فرونتال و پره فرونتال در بیماران اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت مرزی

امین رفیعی پور و همکاران: مقایسه کارکرهای اجرایی و توانش نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت مرزی و ...

طرف دیگر ضعف در تمام کارکردهای اجرایی می‌توان به علت ضعف مربوط به ناحیه ارتباطی پره فرونتال باشد (اورولانا و اسلاوچوفسکی، ۲۰۱۳؛ به نقل از جوانمرد، ۱۳۹۴). ناحیه پره فرونتال قادر به فراخوانی اطلاعات از نواحی گسترده‌ای از مغز و سپس استفاده از آن در الگوهای عمیق تفکر برای دستیابی به اهداف مورد نظر است. نقص در ناحیه دورسولاترال پره فرونتال باعث اختلال در اعمال اجرایی یعنی فرایندهای نوروسایکولوژیکی که برای تطابق با محیط ضروری است می‌گردد. بنابراین انتظار می‌رود بیماران مبتلا به اختلال لوب فرونتال در انجام آزمون ویسکانسین دچار اختلالات مختلفی از قبیل انعطاف ناپذیری، اصرار و پافشاری روی یک طرح بیهوده و عدم توانایی بازگشت به طبقه جدید و کاهش تعداد طبقات گردند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بیماران اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت مرزی در توانش نظریه ذهن نسبت گروه بهنجار نقص دارند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات نورمن ادی و همکاران (۲۰۱۹)، کالی و همکاران (۲۰۱۹)، شیلینگ و همکاران (۲۰۱۲)، قیاسی، دیماجیو و برون (۲۰۱۰)، هراری و همکاران (۲۰۱۰)، زراعتکار و همکاران (۱۳۹۲) همسو است. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر ضعف در توانش نظریه ذهن بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی می‌توان گفت ناتوانی در کنترل عواطف و تکانش‌گری، دو ویژگی اساس اختلال شخصیت مرزی است. از دیدگاه نورواناتومیک نقص در

نسبت به گروه کنترل نقایص زیادی دارد و این باعث ضعف در کارکردهای اجرایی در این بیماران شده است.

در مقایسه بین اختلال شخصیت مرزی و اسکیزوفرنی نتایج نشان داد که تنها در مولفه‌های تعداد طبقات تکمیل شده و تعداد پاسخ‌های صحیح دو گروه با هم تفاوت دارند و بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی قوی‌تر از گروه اسکیزوفرنی هستند. تعداد طبقات تکمیل شده که اختلال در مفهوم سازی و نگهداری مفاهیم را نشان می‌دهد (طوفانی و بهدانی، ۱۳۸۱). تعداد پاسخ‌های صحیح نیز نشانگر انعطاف‌پذیری شناختی افراد است و نتایج نشان می‌دهد بیماران اسکیزوفرنی در مفهوم‌سازی و نگهداری مفاهیم و همچنین انعطاف‌پذیری شناختی ضعیف‌تر از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند. در تایید یافته‌های پژوهش حاضر نتایج به دست آمده از آزمون‌های عصب روانشناختی توانایی ضعیف بیماران اسکیزوفرنی را در حفظ مفهومی وقایع سازمان یافته، ظرفیت‌های ضعیف توجه انتخابی و تقسیم شده، اشکال در اتخاذ راهبرد توسط خود و سازماندهی تفکر متوالی نشان داده‌اند (علی پور و همکاران، ۱۳۹۵). یک فرضیه تبیینی این است که می‌گوید مبتلایان به اسکیزوفرنی در تشکیل دادن مفاهیم انتزاعی مشکل دارند. انعطاف‌پذیری خودانگیخته مخصوصا به قشر پیشانی وابسته است (ورود و همکاران، ۲۰۰۹) و شاید علت ضعف در پاسخ‌های درست به تعداد طبقات به ضعف این بیماران در قطع پیشانی مرتبط است. از

متوجه سردردگمی شنونده شود که خود علامت اختلال فکر است. همچنین اگر بیمار نتواند هدفمند بودن رفتار خود را پایش کند این احساس را خواهد داشت که خود، آن‌ها را پدید نیاورده است و هذیان کنترل توسط بیگانه شکل می‌گیرد. علاوه بر این، با توجه به رابطه نشانه‌های بد عملکردی با آسیب‌های قشر پیش‌پیشانی و نیز با توجه به این که کم‌کاری پیش‌پیشانی یکی از اصلی‌ترین علت اختلال اسکیزوفرنی است، نقص نظریه ذهن در بیماران اسکیزوفرنی می‌تواند قابل انتساب به نواحی مغز یکسان درگیر در اختلال اسکیزوفرنی و عملکرد در نظریه ذهن باشد (زراعتکار و همکاران، ۱۳۹۲) و چون شدت آسیب مغزی در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی نسبت به اختلال شخصیت مرزی بالاتر است، علت ضعیف عمل کردن بیماران اسکیزوفرنی به علت ضعف در کارکردهای مغزی آن‌ها است.

#### محدودیت‌ها و پیشنهادات

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که نمونه‌گیری در دسترس و حجم کم نمونه موجب کاهش تعمیم نتایج می‌شود و با توجه به این که در انتخاب نمونه پژوهش، ملاک‌های ورود و خروج خاصی قرار دادیم، بنابراین در تعمیم نتایج به افراد دیگر باید با احتیاط عمل کرد و پیشنهاد میشود در پژوهش‌های آتی این موارد مد نظر قرار گیرد. همچنین در پژوهش حاضر گروه افراد بهنجار از همراهان بیماران انتخاب شدند و

نظریه ذهن و تکانشگری به ناحیه میانی قطعه پیش‌پیشانی مربوط هستند (اوتی، ولشاگر و نول هیوشک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). در این راستا پانکسپ و یاول<sup>۲</sup> (۲۰۱۴)، با تکیه بر رویکرد نوروبیولوژی، سبب‌شناسی و یافته‌های تکاملی، سیستم مغزی را بر اساس هیجان‌های اولیه و اصلی مورد بررسی قرار داده‌اند. طبق این رویکرد، فرایندهای عاطفی روانی که حالت‌های هیجانی اساسی هستند از سیستم‌های مرکزی در مغز لمبیک قدیمی و ساقه مغز ناشی می‌شود. در نتیجه می‌توان گفت وجود آسیب‌های جزئی در ناحیه پیش‌پیشانی میانی و ناحیه لمبیک، و ساقه مغز به بروز رفتارهای تکانشگری، عدم کنترل هیجان و ضعف در روابط بین فردی منجر می‌شود و همچنین باعث نقایصی در توانش نظریه ذهن می‌شود.

در مورد اختلال شخصیت اسکیزوفرنی نیز باید گفت، این اختلال به صورت بالینی با باورها و تجربه‌های غیرطبیعی و تخریب احساسی و هیجانی و به همان اندازه تخریب‌های رفتاری و اجتماعی مشخص می‌شود (ژابلن‌اسکای<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵). علائم غیر عادی از قبیل علائم روان‌پریشی باعث برداشت‌های غلط از حالت‌های عاطفی فرد یا دیگران می‌شود. در صورتی که بیمار نتواند دیدگاه‌های ذهنی منحصر به فرد دیگران را بشناسد، در ارتباط با دیگران نمی‌تواند برای دانسته‌هایشان جایی را در نظر بگیرد و نمی‌تواند

1. Otti, A., Wohlschlaeger, A. M., & Noll-Hussong, M
2. Panksepp, J., & Yovell
3. Jablensky, A

امین رفیعی پور و همکاران: مقایسه کارکردهای اجرایی و توانش نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت مرزی و ...

گروه‌ها غیر از همراهان بیمار استفاده گردد، لذا در تعمیم این نتایج به سایر افراد گروه بهنجار باید با احتیاط عمل کرد. همچنین، روش پژوهش حاضر علی مقایسه‌ای بود که نمی‌توان به تبیین دقیق رابطه علی پرداخت.

سلامت این افراد با استفاده از گزارش‌های شخصی بررسی شد. چون مراقبت و زندگی کردن با بیماران روانی، خود مشکلات فراوانی در زندگی برای مراقبین آن‌ها به وجود می‌آورد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی ملاک‌های بهنجاری و سایر

## منابع

طوفانی، ح، بهدانی، ف. (۱۳۸۱). مقایسه نتایج آزمون ویکانسیس در بیماران اسکیزوفرنی مبتلا و غیر مبتلا به حرکت پریشی، بستری در بیمارستان‌های ابن سینا و حجازی مشهد. مجله علم دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۴(۹): ۲۱-۳۲.

علی پور، الف، حسن‌زاده‌پشنگ، س، صابری، الف. (۱۳۹۵). مقایسه کارکرد اجرایی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، دو قطبی نوع یک و افراد غیر بیمار در آزمون‌های نوروسایکولوژیک برج لندن و استروپ. فصلنامه علمی پژوهشی عصب روانشناسی. ۲(۴): ۹-۳۰.

علیلو، م، بخشی پور، م، بافنده، ع، خانجانی، ز، رنجبر، ف. (۱۳۹۰). بررسی نقص نظریه ذهن در اسکیزوفرنیک‌های دارای علائم مثبت و منفی و مقایسه آن با افراد سالم. مجله پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۲۲(۱۸): ۷۹-۹۶.

مرادیان، ز، مشهدی، ع، آقا محمدیان شهرباف، ح،

جوانمرد، غ. (۱۳۹۴). مطالعه کارکردهای اجرایی در بیماران اسکیزوفرنیک دارای علائم منفی و مثبت و افراد سالم با استفاده از آزمون نوروسایکولوژیک دسته‌بندی کارت ویسکانسین. ۱(۲): ۷-۱۶.

حسینی، ف، امیدوار، ی، عباسی، ن. (۱۳۹۵). نقش کارکردهای اجرایی و افکار خودآیند منفی در تبیین دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی. ۷(۲۶): ۸۳-۱۱۱.

خدایی، م، نیک‌یار، ح و قربانی، م. (۱۳۹۴). مقایسه عملکرد اجرایی و بازداری رفتاری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی نوع I و گروه بهنجار. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۲۳(۸): ۷۵۹-۷۴۷.

زراعتکار، ل، نجفی، م، رفیعی‌نیا، پ. (۱۳۹۲). مقایسه نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی با افراد بهنجار. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۵): ۱-۱۰.

- اصغری نکاح، س. (۱۳۹۳). اثربخشی قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی بر بهبود بازداری و برنامه‌ریزی/ سازماندهی دانش آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزونی کنش. *مجله روانشناسی مدرسه*. ۳(۲): ۱۸۶-۲۰۴.
- مظفری، م، رحمتی‌نژاد، پ، محمدی، س. (۱۳۹۷). مقایسه کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و دوقطبی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۶۱(۱): ۸۳۶-۸۴۶.
- میردورقی، ف، قنبری هاشم‌آبادی، ب، مشهدی، ع. (۱۳۹۱). بازداری سناختی و رفتاری در جانبازان با و بدون اختلال تنیدگی پس از سانحه. *مجله طب نظامی*. ۱۴(۱): ۴۷-۴۱.
- هاشمی نصرت آباد، ت، کشاورز، ن، خانجانی، ز. (۱۳۹۶). نقش نظریه ذهن و کفایت هیجانی در نشانه‌های اضطراب اجتماعی با توجه به نقش میانجی کفایت اجتماعی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*. ۱۲(۴۶): ۱۸۴-۲۰۷.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Biskin, R. S., Paris, J., Renaud, J., Raz, A., & Zelkowitz, P. (2011). Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(3), 168.
- Baez, S., Marengo, J., Perez, A., Huepe, D., Font, F. G., Rial, V., Gonzalez Gadea, M.L., Manes, F. and Ibanez, A. (2015). Theory of mind and its relationship with executive functions and emotion recognition in borderline personality disorder. *Journal of neuropsychology*, 9(2): 203-218.
- Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia research*, 60(1), 57-64.
- Brüne, M. (2005). "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 21-42.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(2), 241-251.
- Cavallaro, R., Cave Dini, P., Mistretta, P., Bassi, T., Angelone, S. M., Ubbiali, A., & Bellodi, L. (2003). Basal-cortico-frontal circuits in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: a controlled, double dissociation

- study. *Biological Psychiatry*, 54(4), 437-443.
- Colle, L., Gabbatore, I., Riberi, E., Borroz, E., Bosco, F. M., & Keller, R.(2019). Mindreading abilities and borderline personality disorder: A comprehensive assessment using the Theory of Mind Assessment Scale. *Psychiatry research*, 272, 609-617.
- Drury, V. M., Robinson, E. J., & Birchwood, M.(1998). 'Theory of mind' skills during an acute episode of psychosis and following recovery. *Psychological medicine*, 28(5), 1101-1112.
- Ghiassi, V., Dimaggio, G., & Brüne, M.(2010). Dysfunctions in understanding other minds in borderline personality disorder: A study using cartoon picture stories. *Psychotherapy Research*, 20(6), 657-667.
- Hagen Hoff, M., Franzen, N., Koppe, G., Baer, N., Scheibel, N., Sammer, G.,... & Lis, S.(2013). Executive functions in borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 210(1), 224-231.
- Harris, J. G., Minassian, A., & Perry, W.(2007). Stability of attention deficits in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 91(1-3), 107-111.
- Jablensky, A.(1995). Schizophrenia: recent epidemiologic issues. *Epidemiologic Reviews*, 17(1), 10-20.
- Kasper, S., & Resinger, E.(2003). Cognitive effects and antipsychotic treatment. *Psych neuroendocrinology*, 28, 27-38.
- Langdon, R., & Coltheart, M.(1999). Mentalising, schizotypy, and schizophrenia. *Cognition*, 71(1), 43-71.
- Lezak, M. D., Howie son, D. B., Loring, D. W., & Fischer, J. S.(2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA.
- Liu, Y., Wang, G., Jin, H., Lyu, H., Liu, Y., Guo, W.,... & Wu, R.(2019). Cognitive deficits in subjects at risk for psychosis, first-episode and chronic schizophrenia patients. *Psychiatry research*, 274, 235-242.
- Martino, D. J., Bucay, D., Butman, J. T., & Allegri, R. F.(2007). Neuropsychological frontal impairments and negative symptoms in schizophrenia. *Psychiatry research*, 152(2-3), 121-128.
- McCabe, R., Leudar, I., & Antaki, C.(2004). Do people with schizophrenia display theory of mind deficits in clinical interactions. *Psychological Medicine*, 34(3), 401-412.
- McClure, G., Hawes, D. J., & Dadds, M. R.(2016). Borderline personality disorder and



- neuropsychological measures of executive function: a systematic review. *Personality and mental health*, 10(1), 43-57.
- Milner, B.(1963). Effects of different brain lesions on card sorting: The role of the frontal lobes. *Archives of neurology*, 9(1), 90-100.
- Morice, R.(1990). Cognitive inflexibility and pre-frontal dysfunction in schizophrenia and mania. *The British Journal of Psychiatry*, 157(1), 50-54.
- Normann-Eide, E., Anton Sen, B. R. T., Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Vaskinn, A., & Wilberg, T.(2019). Are Impairments in Theory of Mind Specific to Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 1-15.
- Otti, A., Wohlschlaeger, A. M., & Noll-Hussong, M.(2015). Is the medial prefrontal cortex necessary for Theory of Mind. *PLoS one*, 10(8), e0135912.
- Palomares, N., García-Andrade, R., Arza, R., Portella, M. J., Díaz-Marsá, M., Lopez-Mico, C., & Carrasco, J. L.(2019). Neuropsychological findings in recent onset schizophrenia and borderline personality disorder: a comparison study. *Actas espanolas de psiquiatria*, 47(1), 7-15.
- Panksepp, J., & Yovell, Y.(2014). Preclinical modeling of primal emotional affects(SEEKING, PANIC and PLAY): gateways to the development of new treatments for depression. *Psychopathology*, 47(6), 383-393.
- Paris, J., Gunderson, J., & Weinberg, I.(2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*, 48(2), 145-154.
- Phillips, M. L., Drevets, W. C., Rauch, S. L., & Lane, R.(2003). Neurobiology of emotion perception II: implications for major psychiatric disorders. *Biological psychiatry*, 54(5), 515-528.
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberría, K., Echeburúa, E., Iruín, Á., Poc, O. G., & Maranon, I. F.(2019). Global functioning among middle-aged patients with chronic schizophrenia: the role of medication, working memory and verbal comprehension. *Anales De Psicología/Annals of Psychology*, 35(2), 204-213.
- Sánchez-Torres, A. M., Basterra, V., Moreno-Izco, L., Rosa, A., Fañanás, L., Zarzuela, A.,... & Cuesta, M. J.(2013). Executive functioning in schizophrenia spectrum disorder patients and their unaffected siblings: a ten-year follow-up study. *Schizophrenia research*, 143(2-3), 291-296.
- Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R., & Dickinson,

- D.(2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophrenia research*, 150(1), 42-50.
- Schilling, L., Wingfield, K., Lowe, B., Moritz, S., Terfehr, K., Köther, U., & Spitzer, C.(2012). Normal mind-reading capacity but higher response confidence in borderline personality disorder patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(4), 322-327.
- Shamay-Tsoory, S. G., Shur, S., Barcai-Goodman, L., Medlovich, S., Harari, H., & Levkovitz, Y.(2007). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry research*, 149(1-3), 11-23.
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & Van Engeland, H.(2007). Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1), 5-13.
- Üçok, A., Direk, N., Koyuncu, A., Keskin-Ergen, Y., Yüksel, Ç., Güler, J.,... & Devrim-Üçok, M.(2013). Cognitive deficits in clinical and familial high risk groups for psychosis are common as in first episode schizophrenia. *Schizophrenia research*, 151(1-3), 265-269.
- Walshaw, P. D., Alloy, L. B., & Sabb, F. W.(2010). Executive function in pediatric bipolar disorder and attention-deficit hyperactivity disorder: in search of distinct phenotypic profiles. *Neuropsychology review*, 20(1), 103-120.
- Wood, S. J., Allen, N. B., & Pantelis, C.(Eds.)(2009). *The neuropsychology of mental illness*. Cambridge University Press.
- Wu, C., Dagg, P., & Molgat, C.(2014). A pilot study to measure cognitive impairment in patients with severe schizophrenia with the Montreal Cognitive Assessment(MoCA). *Schizophrenia research*, 158(1-3), 151-155.