



کارکردهای نوروسایکولوژیک برادران و خواهران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مستمر

عباد... مرادی*، دکتر حسن عشایری**، دکتر مریم رسولیان***

چکیده

پاره‌ای گزارشها نشان می‌دهند که بستگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دارای نارساییهای نوروسایکولوژیک مشابه این بیماران هستند. در این پژوهش برخی کارکردهای نوروسایکولوژیک، ۱۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای مستمر، ۱۹ برادر و خواهر (۱۲ مرد و ۷ زن) به ظاهر سالم آنان و ۲۴ آزمودنی بهنجار در سه گروه مورد بررسی قرار گرفته است. دو گروه اخیر از نظر سن، جنسیت، هوشبهر، میزان تحصیلات و دست برتری همتاسازی شدند. کارکردهای مورد نظر عبارت بودند از: استدلال انتزاعی، توانایی حرکتی، حافظه کلامی، حافظه کوتاه مدت، کنترل ذهنی و یادداری دیداری که به ترتیب با خرده آزمون شباهتهای WAIS-R، نیروسنج دستی، خرده مقیاسهای کنترل ذهنی و زوج واژه‌های متداعی مقیاس حافظه وکسلر، خرده آزمون‌های فراختای ارقام و نماد ارقام فرم تجدید نظر شده مقیاس هوشی وکسلر بزرگسالان و آزمون یادداری - دیداری بنتون ارزیابی شدند. یافته‌ها نشان دادند که برادران و خواهران بیماران از نظر استدلال انتزاعی ($P < 0/01$) و یادداری دیداری ($P < 0/05$) در مقایسه با گروه بهنجار به گونه معنی داری عملکرد پایین‌تری داشتند. بین برادران و خواهران بیماران و خود بیماران تفاوت معنی دار آماری در کنترل ذهنی به دست نیامد.

کلید واژه: اسکیزوفرنیای مستمر، برادران و خواهران، کارکرد نوروسایکولوژیک، مقیاس حافظه وکسلر

اسکیزوفرنیا از توان فرماترین و پیچیده‌ترین ناخوشیهای روانی است. این دسته از روان پریشیها که دارای سیمایه‌های بالینی گوناگونی هستند و زیر چتر نام مشترکی قرار می‌گیرند، در سالهای به بار نشستن زندگی یعنی اواخر دهه دوم و آغاز میانه دهه سوم فرد را گرفتار می‌سازند و چنان بر تواناییها و قوای شناختی او چنگ

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

** روانپزشک و نورولوژیست، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، میدان مادر (محسنی)، خیابان شهید شاه‌نظری، دانشکده توانبخشی.

*** روانپزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، کیلومتر ۷ جاده مخصوص کرج، بیمارستان شهید نواب صفوی.

می‌اندازند که بطور کلی فرد را ناتوان کرده و گستره چشمگیری از توانمندیهایش را زیر تأثیر ویرانگر خود قرار می‌دهند.

همان گونه که هافنر^(۱) (۱۹۹۲) نیز یادآور شده است علی‌رغم آن که نزدیک به یک سده از پژوهش درباره اسکیزوفرنیا می‌گذرد، علل این بیماری و مکانیزمهای فیزیوپاتولوژیک که نشانه‌های آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد هنوز تا اندازه‌ای ناشناخته باقی مانده است. تلاشهای پژوهشی برای یافتن بنیادهای سبب شناختی این دسته از اختلالات وابسته به یافته‌های متفاوت، ناهمخوان و حتی متضاد بوده است. برای مثال جیمز^(۲) (۱۹۹۴) وجود اختلال در قطعه گیجگاهی مغز، پارک^(۳)، هولزمن^(۴) و گلدمن^(۵) - راکیک^(۶) (۱۹۹۵) اختلال کارکرد قشر پیش پیشانی مخ و بون^(۷) (۱۹۹۲) وجود نابهنجاریهای ساختاری در مغز را پیش کشیده‌اند و پژوهشگرانی مانند بینگتون^(۸) و مک گافین^(۹) (مک گافین، ۱۹۸۸)، ماری بویل^(۱۰) (۱۹۹۰)، کاپلان، سادوک^(۱۱) و گرب^(۱۲) (۱۹۹۴) همگی بر این باورند که اسکیزوفرنیا دارای شالوده‌های ژنتیکی است.

موضوعی که در دهه‌های اخیر نظر موافق پژوهشگران بسیاری را به خود جلب کرده رویکردی است که به این دسته اختلالات از زاویه وجود زمینه ژنتیکی در افراد مبتلا می‌نگرد؛ نکته‌ای که بلولر^(۱۳) نیز بدان اشاره کرده بود. وی خاطر نشان ساخته بود که در برخی افراد مستعد ابتلا به اسکیزوفرنیا ممکن است این اختلال به علت اوضاع و احوال محیطی ویژه‌ای روی نهد و نهفته باقی بماند و هرگز نشانه‌های این بیماری در آنان نمایان نشود. این دیدگاه ردپای اختلال را در بستگان زیست شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نیز جستجو می‌کند. بالا رفتن احتمال ابتلا به این بیماری با داشتن رابطه ژنتیک نزدیکتر با فرد مبتلا امید یافتن بنیادهای علت شناختی این دسته اختلالات را بیشتر کرده است. از این رو پژوهشگرانی که در

طیف گسترده‌ای بررسیهای خود را بر روی دو قلوها، والدین، برادران و خواهران و دیگر بستگان بیولوژیک بیماران مبتلا متمرکز ساخته‌اند، همگی شیوع این اختلالات را در خویشاوندان این بیماران بیش از جمعیت عادی گزارش نموده‌اند.

این گزارشها که گویای فراوانی بیشتر این اختلالات در بستگان بیماران مبتلا بوده در بررسیهای بی شمار پژوهشگران و دانش روانپزشکی امروز، اصل تلقی شده‌اند. برای نمونه پراپینگ^(۱۴) (۱۹۹۳) این احتمال را برای برادران و خواهران و فرزندان بیمار به یک اندازه و نزدیک به ده برابر جمعیت عادی گزارش نموده است.

در سالهای اخیر برخی پژوهشگران بر آن شده‌اند که به ارزیابی تواناییهای شناختی و نوروسایکولوژیک بستگان بیولوژیک بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا پردازند تا به این نکته دست یابند که: آیا گونه‌های کم رنگتری از اختلالات این بیماران را می‌توان در بستگان ظاهراً تندرست آنها یافت؟ بررسیهای مختلف نتایج ناهمخوان به دست داده‌اند.

فاراتون^(۱۵) و همکاران (۱۹۹۵) یادآور شده‌اند که بستگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا اختلالات عصبی - روانشناختی مشابه این بیماران را ملایم‌تر نشان می‌دهند.

شواهدی در دست است که بر اساس آن فرزندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به فرزندان افراد بهنجار در آزمونهای سرعت ادراکی - حرکتی مانند آزمون

1-Hafner	2-James
3-Park	4-Holzman
5-Goldman	6-Rakic
7-Bonn	8-Bebbington
9-Mc Guffin	10-Boyle
11-Kaplan Sadock	12-Grebb
13-Bleuler	14-Propping
15-Faraone	

اسپوکس^(۱)، استروپ^(۲)، حذف^(۳) و آزمونهای نماد ارقام رمزگردانی عملکرد ضعیف تری دارند (ارلن مایر^(۴) - کیملینگ^(۵) و همکاران، ۱۹۸۲؛ نکترین^(۶) و داوسون^(۷)، ۱۹۸۴؛ همه به نقل از فارائون و همکاران، ۱۹۹۵). اما در پژوهشی که بر روی دوقلوها انجام شد، گلدبرگ^(۸) و همکاران (۱۹۹۰، به نقل از همان جا) دریافتند که دوقلوهای یک تخمکی غیر مبتلا به اسکیزوفرنیا که والدینشان به این اختلال مبتلا بوده‌اند در آزمون ردگیری^(۹) و آزمون استروپ اختلال عمده‌ای نشان ندادند. میرسکی^(۱۰) (۱۹۸۸، به نقل از فارائون و همکاران، ۱۹۹۵) در بررسی خود بر روی بستگان بزرگسال بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به این نتیجه رسید که آنها در تکالیف فراخنای ارقام و حساب، عملکردی ضعیف‌تر از گروه گواه داشتند. این یافته در بررسی گلدبرگ و همکاران (۱۹۹۰، به نقل از فارائون و همکاران، ۱۹۹۵) که بر روی دو قلوهای یک تخمکی غیر مبتلا و خویشاوند با بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شده تأیید نشده است.

یکی دیگر از زمینه‌هایی که در بستگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مورد بررسی قرار گرفته، نگرش انتزاعی و شکل‌گیری مفهوم است. آزمونهای دسته بندی^(۱۱) بارها برای ارزیابی این دو سازه به کار برده شده‌اند. آسارناو^(۱۲) و همکاران (۱۹۸۷، به نقل از فارائون و همکاران، ۱۹۹۵) دریافتند که فرزندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در آزمون دستیابی به مفهوم، عملکرد ضعیفی دارند اما وینترز^(۱۳) و همکاران (۱۹۸۱، به نقل از همان جا) در هنگام اجرای دسته بندی اشیاء اختلالی را در فرزندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مشاهده نکردند. کوتاه سخن آن که یافته‌ها در بیشتر این زمینه‌های پژوهشی ناهمخوان و متضاد بوده است.

روش

پژوهش حاضر، پس رویدادی است، که به منظور

این بررسی نشان داد که برادران و خواهران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مستمر در مقایسه با افراد بهنجار از نظر استدلال انتزاعی عملکرد پایین تری دارند ($P < 0/01$).

مقایسه بخشی از کارکردهای عصبی - روانشناختی برادران و خواهران ظاهراً سالم بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مستمر با آزمودنیهای بهنجار گروه گواه انجام شده است. افزون بر آن دو گروه، خود بیماران نیز با در نظر گرفتن برخی شرایط، گروه گواه دیگر را تشکیل داده‌اند که در تفسیر نتایج کمک کننده است. بدیهی است گروه اصلی برادران و خواهران بیماران هستند که با گروه گواه از نظر سن، جنسیت، هوشبهر، میزان تحصیلات و دست برتری^(۱۴) همتا شده‌اند.

جامعه آماری این پژوهش شامل برادران و خواهران به ظاهر سالم بیمارانی است که با تشخیص قطعی اسکیزوفرنیای مستمر طی شش ماه دوم سال ۱۳۷۵ در بیمارستانهای شهید نواب صفوی و شهید اسماعیلی بستری بوده یا زیر پوشش طرح مدیکیت^(۱۵) قرار داشته‌اند. این برادران و خواهران در دامنه سنی ۲۱-۴۷ سال بوده و کمترین میزان تحصیلات آنها پنجم ابتدایی است. در هنگام انتخاب آزمودنیها، ملاکهای زیر نیز رعایت شده است:

- | | |
|------------------|----------------|
| 1-Spokes | 2-Stroop |
| 3-cancellation | 4-Erlenmeyer |
| 5-Kimling | 6-Neuchterlein |
| 7-Dawson | 8-Goldberg |
| 9-trail making | 10-Mirsky |
| 11-sorting tests | 12-Asarnow |
| 13-Winters | 14-handedness |
| 15-Modicate | |

۱- نداشتن سابقه جراحی مغز، آسیب مغزی، بیهوشی بیش از پنج دقیقه به علت ضربه به سر، فلج اعصاب پیرامونی، صرع و بیماریهای مغز و اعصاب.
۲- نداشتن سابقه بستری در بخش یا بیمارستان روانپزشکی.
۳- عدم مصرف الکل و مواد مخدر طی شش ماه گذشته.
۴- نداشتن دیابت.
۵- نداشتن نقص عضو از قبیل نابینایی، حتی از نظر یک چشم.

۶- نداشتن آگنوزیا و آفازیا.

۷- قرار داشتن در دامنه سنی ۵۰-۱۷ سال.

۸- داشتن تحصیلات دست کم، پنجم ابتدایی.

تمامی ملاکهای یاد شده در گروه بهنجار نیز مد نظر قرار گرفته و گذشته از آن لازم بوده است که هیچ یک از بستگان درجه یک آنها سابقه بستری در بخش روانپزشکی نداشته باشند. بر این اساس نخست آزمودنیهای گروه اصلی یعنی برادران و خواهران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انتخاب شدند. برای این منظور به پروندههای بیمارانی که مبتلا به اسکیزوفرنیای مستمر تشخیص داده شده بودند، مراجعه شد و برادر یا خواهر ننی بیمار که از نظر ترتیب تولد پس از وی قرار داشت برای ارزیابی برگزیده شد. در صورت عدم امکان برادر یا خواهر بعدی مورد توجه قرار می گرفت و باز هم چنانچه انجام این امر میسر نبود، برادر یا خواهری که در مرتبه تولد بالاتر از بیمار قرار داشت انتخاب می شد.

آزمودنیهای گروه اصلی را ۱۹ نفر (۱۲ مرد و ۷ زن) که در دامنه سنی ۲۱-۴۷ سال قرار داشتند ($SD=7/92$ و $\bar{X}=31/94$) و تحصیلات آنان در گستره پنجم ابتدایی تا فوق لیانس بود ($SD=3/99$ و $\bar{X}=11/63$) تشکیل می دادند. آزمودنیهای گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مستمر ۱۰ نفر (۹ مرد و ۱ زن) بودند که در دامنه سنی ۴۱-۱۹ سال بوده

($SD=7/04$ و $\bar{X}=29/1$) و تحصیلات آنان نیز از پنجم ابتدایی تا دیپلم متوسطه گزارش شده است ($SD=3/17$ و $\bar{X}=8/5$). برای آن که از مخدوش شدن یافته ها جلوگیری شود، بیمارانی که طی سه ماهه پیش از ارزیابی نورو سایکولوژیک تحت ECT قرار گرفته بودند از گروه مورد بررسی کنار گذاشته شدند. تفاوت حجم نمونه گروه برادران و خواهران با بیماران نیز بیشتر به همین دلیل است.

گروه بهنجار که با توجه به ملاکهای پیش گفته با گروه اصلی همتا شده بودند شامل ۲۴ نفر (۱۴ مرد و ۱۰ زن) بوده، در دامنه سنی ۲۳-۲۱ سال قرار داشته ($SD=7/12$ و $\bar{X}=31/79$) و تحصیلات آنان از پنجم ابتدایی تا لیسانس بوده است ($SD=4/92$ و $\bar{X}=12/25$). این گروه از میان کارکنان آموزش و پرورش، بیمارستان، راه و ترابری، دانشجویان، کارگران و مانند آن برگزیده شده اند.

گرچه اغلب آزمونهایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته اند از شناخته شده ترین ابزارهای موجودند، به منظور ارزیابی پایایی برخی از آنها مانند نیروسنج^(۱)، زوج واژه های متداعی مقیاس حافظه و کسلر^(۲) و نماد ارقام فرم تجدید نظر شده مقیاس هوشی بزرگسالان و کسلر^(۳)، پیش از انجام بررسی اصلی، مطالعه ای بر روی پنج آزمودنی بهنجار انجام شد و پایایی آزمونها و ابزارهای یاد شده با فاصله یک هفته بین آزمون و بازآزمایی به این شرح به دست آمد: زوج واژه های متداعی $d=0/81$ ، نماد ارقام $d=0/93$ ، نیروسنج: دست راست $d=0/93$ ، دست چپ $d=0/91$. آزمونها و ابزارهایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته در جدول ۱ ارائه شده است.

تجزیه و تحلیل داده های پژوهش به کمک روشهای

1-vigrometer

2-Wechsler Memory Scale (WMS)

3-Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised (WAIS-R)

جدول ۱- مجموعه آزمون نوروسایکولوژیک به کار برده شده در پژوهش حاضر

کارکرده نوروسایکولوژیک	توصیف	آزمونها و ابزارها
استدلال انتزاعی	ارزیابی استدلال و شکل گیری مفهوم کنترل شناختی و انعطاف پذیری	خرده آزمون شباهتهای WAIS-R
توانایی حرکتی	توانایی حرکتی نسبتاً ظریف از طریق فشردن پمپ پلاستیکی نیروسنج	نیروسنج دستی
حافظه کلامی	به یاد آوردن واژه های متداهی به صورت شفاهی	خرده مقیاس زوج واژه های متداهی مقیاس حافظه وکسلر
حافظه کوتاه مدت	به یاد آوردن شفاهی سلسله ارقام	خرده آزمون فراختای ارقام WAIS-R*
سرعت دیداری - حرکتی	ارزیابی سرعت و دقت جستجوی دیداری، پیگیری و یکپارچگی دیداری - حرکتی	خرده آزمون نماد ارقام WAIS-R
کنترل ذهنی	با استفاده از حافظه فوری و پیگیری خود به خود یک تکلیف ذهنی	خرده مقیاس کنترل ذهنی مقیاس حافظه وکسلر
یادداری دیداری	یادآوری و ترسیم طرحهای دیداری	آزمون یادداری - دیداری بنتون

Andeeshbeh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۱۷

آمار توصیفی و تحلیل واریانس صورت گرفته است.

برادران و خواهران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در یادداری دیداری نیز به گونه ای معنی دار ($P < 0/05$) پایین تر از گروه بهنجار بود (جدول ۳).

یافته ها

این بررسی نشان داد که برادران و خواهران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مستمر در مقایسه با افراد بهنجار از نظر استدلال انتزاعی عملکرد پایین تری دارند ($P < 0/01$). نتایج تحلیل واریانس سه گروه در جدول ۲ ارائه شده است. افزون بر استدلال انتزاعی عملکرد برادران و خواهران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در سایر کارکردهای نوروسایکولوژیک که در بررسی حاضر مد نظر بوده اند با گروه بهنجار تفاوت آماری معنی دار نشان ندادند. این کارکردها عبارت بودند از: توانایی حرکتی (دست راست و دست چپ بطور جداگانه)، حافظه کلامی،

این بررسی نشان داد که برادران و خواهران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مستمر در مقایسه با افراد بهنجار از نظر استدلال انتزاعی عملکرد پایین تری دارند ($P < 0/01$). نتایج تحلیل واریانس سه گروه در جدول ۲ ارائه شده است. افزون بر استدلال انتزاعی عملکرد

جدول ۲ - نتایج تحلیل واریانس داده های سه گروه در خرده آزمون شباهتهای فرم تجدید نظر شده مقیاس هوشی بزرگسالان وکسلر

منبع تغییر	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F
بین گروهها	۲	۱۰۸۷/۱۳	۵۲۳/۵۶	*۱۸/۱۰
درون گروهها	۵۰	۱۵۰۱/۵۵	۳۰/۰۳	

* $P < 0/01$

جدول ۳ - نتایج تحلیل واریانس داده‌های سه گروه در آزمون یادداری - دیداری بنتون

منبع تغییر	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F
بین گروهها	۲	۸۹/۸۵	۴۴/۹۲	*۱۹/۶۱
درون گروهها	۵۰	۱۱۴/۶۸	۲/۲۹	

* $P < 0/05$

هم از گروه بهنجار پایین تر بود ($P < 0/01$).

بحث در یافته‌ها

همان گونه که پیشتر اشاره شد برادران و خواهران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا از نظر استدلال انتزاعی و یادداری دیداری در مقایسه با گروه بهنجار عملکرد پایین تری داشتند. آسارناو و همکاران (۱۹۸۷)، به نقل از فارائون و همکاران، (۱۹۹۵) نیز در بررسی خود به عملکرد ضعیف فرزندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در آزمون دستیابی به مفهوم اشاره کرده‌اند. همسو با این پژوهشگران کریمین^(۱) و همکاران (۱۹۹۴)، به نقل از همان جا) اظهار داشته‌اند که بستگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا از نظر تفکر انتزاعی دچار اشکال هستند. در برابر این یافته‌ها که با فرضیه نخست پژوهش حاضر همسوست پاره‌ای بررسیها تفاوتی را در عملکرد بستگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در مقایسه با افراد بهنجار گزارش نکرده‌اند؛ از جمله وینترز و همکاران (۱۹۸۱)، به نقل از فارائون و همکاران، (۱۹۹۵) در بررسی خود که با استفاده از آزمونهای دسته بندی اشیاء بر روی فرزندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شد، شواهدی از عملکرد پایین تر آنان به دست نیاوردند. با وجود این در بررسی پیشینه موضوع، سهم پژوهشهایی که وجود اختلال در استدلال انتزاعی و شکل گیری مفهوم را در بستگان این بیماران نشان داده‌اند به مراتب بیشتر است.

حافظه کوتاه مدت، هماهنگی دیداری - حرکتی و کنترل ذهنی. نکته جالب توجه آن که عملکرد برادران و خواهران بیماران در آزمون کنترل ذهنی از سوی با گروه بهنجار تفاوت آماری معنی دار نداشت و از سوی دیگر بین آنها و بیماران تفاوت آماری معنی دار به دست نیامد؛ اما عملکرد بیماران به گونه‌ای معنی دار پایین تر از گروه بهنجار بود ($P < 0/01$).

در ارزیابی توانایی حرکتی نه در دست راست و نه در دست چپ میان سه گروه تفاوت آماری معنی دار به دست نیامد. در حافظه کلامی میان سه گروه تفاوت آماری معنی دار دیده شد ($P < 0/01$). همان گونه که پیشتر اشاره شد عملکرد برادران و خواهران بیماران تفاوت آماری معنی دار با عملکرد گروه بهنجار نداشت؛ اما عملکرد بیماران هم از عملکرد برادران و خواهران و هم از گروه بهنجار پایین تر بود ($P < 0/05$).

در ارزیابی حافظه کوتاه مدت که با استفاده از خرده آزمون فراخنای ارقام WAIS-R صورت گرفت سه گروه در بخش تکرار رو به جلوی ارقام تفاوت آماری معنی دار نشان ندادند؛ اما در تکرار وارونه ارقام عملکرد بیماران هم از برادران و خواهران و هم از گروه بهنجار پائین تر بوده است ($P < 0/05$). در زمینه سرعت و هماهنگی دیداری - حرکتی عملکرد برادران و خواهران تفاوت آماری معنی دار با عملکرد گروه بهنجار نداشت؛ اما عملکرد بیماران هم از برادران و خواهران و هم از گروه بهنجار پائین تر بود ($P < 0/01$). در آزمون یادداری - دیداری بنتون عملکرد برادران و خواهران پایین تر از عملکرد گروه بهنجار بود ($P < 0/05$) و عملکرد بیماران هم از برادران و خواهران و

* WAIS-R = Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised
1-Kremen

برای بررسیهای نوروسایکولوژیک مفید نمی‌داند.

سپاسگزاری

از زحمات و لطف استاد گرانقدر جناب آقای دکتر محمد نقی براهنی، همچنین استادان گرامی آقایان دکتر جمفر بوالهیری، دکتر بهروز بیرشک، دکتر سیداکبر بیان‌زاده، دکتر کاظم ملکوتی، سرکار خانم صنعتی و همکاران محترمشان در بخش ۲ بیمارستان شهید نواب صفوی، خانم ائنی عشری و آقای رضوی در درمانگاه شهید اسماعیلی صمیمانه سپاسگزاری می‌کنم.

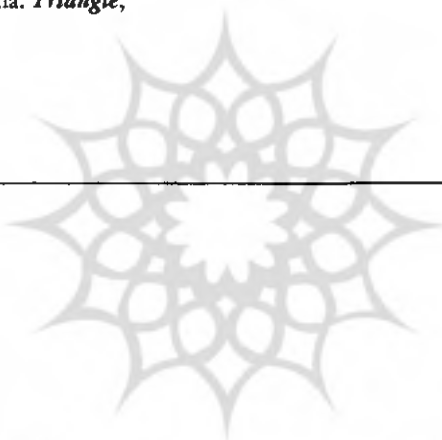
منابع

- Bonn, A. M. (1992). Editorial: Schizophrenia, Part 1. *Triangle*, 31, 123-127.
- Boyle, M. (1990). *Schizophrenia: A Scientific delusion*. London: Billings & Sons, Worcester.
- Delis, D. C., & Lucas, J. A. (1996). Memory. In. B. S. Fogel, R. B. Schiffer, & S. M. Rao. (Eds), *Neuropsychiatry* (pp. 365-399). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Faraone, S. V., Seidman, L. J., Kremen, W. S., Pepple, J. R., Lyons, M. J., & Tsuang, M. T. (1995). Neuropsychological functioning among the nonpsychotic relatives of schizophrenic patients: A diagnostic efficacy analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 286-304.
- Hafner, H. (1992). The epidemiology of schizophrenia. *Triangle*, 31, 4-8.
- James, M. G. (1994). Schizophrenia and temporal lobe epilepsy: A neuropsychological analysis. *Archives of*

درباره یادداری دیداری، فاراثون و همکاران (۱۹۹۵) نیز اظهار داشته‌اند که بستگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در بازآفرینی طرحهای دیداری آزمون تجدید نظر شده حافظه وکسلر عملکرد ضعیف تری داشتند. اما گلد برگ و همکاران (۱۹۹۰)، به نقل از فاراثون و همکاران، (۱۹۹۵) در بررسی خود که بر روی شماری از دوقلوهای خویشاوند بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شد هیچ گونه نقصی را در یادآوری دیداری مقیاس حافظه وکسلر به دست نیاوردند. همسو با یافته‌های این پژوهشگران اورواشل^(۱) و همکاران (۱۹۷۹)، به نقل از همان جا) نیز در بررسی خود بر روی فرزندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا شواهدی از اختلال حافظه دیداری را نیافتند.

گفتنی است که در بخش تکرار رو به جلو ارقام خرده آزمون فراختای ارقام، سه گروه تفاوت آماری معنی دار نشان ندادند. یعنی حتی عملکرد بیماران نیز پایین تر از گروه بهنجار نبود. اما در بخش تکرار وارونه ارقام، بیماران در مقایسه با دو گروه دیگر به گونه معنی داری عملکرد پایین تری داشتند. چنین یافته‌ای هم از نظر روش شناسی و هم از نظر آسیب شناسی دارای اهمیت است. روش متداول در نمره گذاری آزمونهای هوش و مقیاس حافظه وکسلر این است که هر دو بخش تکرار رو به جلو و تکرار وارونه ارقام را با هم جمع می‌کنند تا نمره واحدی به دست آید. دلیس^(۲) و لاکاس^(۳) (۱۹۹۶) این شیوه را انتقادپذیر می‌دانند و اظهار می‌دارند که این دو بخش فرایندهای شناختی کاملاً متفاوتی هستند و بر این باورند که تکرار معکوس ارقام بار بیشتری را به کنترل ذهنی و تبدیل نمادی تحمیل می‌کند و از این رو چنانچه یک نمره به آنها اختصاص یابد، ممکن است یافته‌ها را مخدوش سازد. پیش از این نیز لزاک^(۴) (۱۹۸۳) از همین دیدگاه اظهار داشته بود که ترکیب کردن این دو بخش از دست رفتن اطلاعات مهمی را در پی دارد. وی نظام نمره گذاری فرم وکسلر بزرگسالان و فرم تجدید نظر شده آن را در این باره

- General Psychiatry*, 51, 265-272.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994).
Medical Books.
- Park, S., Holzmon, P., & Goldman - Rakic, P. S. (1995).
Spatial working memory deficits in the relatives of
schizophrenic patients. *Archives of General
Psychiatry*, 25, 821-828.
- Propping, P. (1993). Genetics of schizophrenia. *Triangle*,
32, 7-13.
- Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams &
Wilkins.
- Lezak, M. D. (1983). *Neuropsychological assessment*.
New York: Oxford University Press.
- Mc Guffin, P. (1988). Genetics of schizophrenia. In P.
Bebbington & P. Mc Guffin (Eds.), *Schizophrenia:
The major issues* (pp. 107-126). Oxford: Heinemann



ژورنال مجله علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

اختلال پیچیده سوگ

برخی از سوگ‌های بلند مدت نشانه‌هایی دارند که با معیارهای DSM-IV برای اختلال افسردگی اساسی تفاوت دارند. در این پژوهش ۷۰ بیمار همسر مرده مورد بررسی قرار گرفتند. نویسندگان مقاله پیشنهاد کرده‌اند تشخیص جدیدی در کنار MDD بنام اختلال پیچیده سوگ (complicated grief disorder) وضع گردد. معیارهای تشخیص می‌تواند شامل موارد زیر باشد: ۱) افکار نافذ و عمیق از تجربه کنونی (که بیش از یکسال به درازا کشیده باشد)، ۲) دوره‌هایی از هیجان‌ات شدید، ۳) سالگردهای زجر آور ۴) احساس تنهایی و تهی بودن مفرط، ۵) اجتناب افراطی از انجام تکالیفی که فرد مرده را بیاد آورد ۶) اختلالهای غیر عادی خواب ۷) جنبه‌های ناسازگارانه از دست دادن علاقه نسبت به امور فردی.

Am-J-Psychiatry, 1997.