

وضعیت شناختی مردان بستری مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی نوع I

دکتر ربابه مزینانی*، دکتر سیدعلیرضا حاج سیدجوادی**،
دکتر رامین افشاری**، دکتر محمدرضا اسلامی**

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش شناخت و مقایسه نارسایی‌های شناختی ناشی از اختلال اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی نوع I بوده است.

مواد و روش کار: این بررسی از نوع توصیفی-مقایسه‌ای بوده و بر روی ۵۸ بیمار مرد بستری در مرکز روانپزشکی رازی انجام شد. ۳۲ نفر از بیماران تشخیص اسکیزوفرنیا و ۲۶ نفر تشخیص اختلال دوقطبی نوع I داشتند. برای بررسی وضعیت شناختی این بیماران، آزمون معاینه مختصر روانی (MMSE) به کار برده شد، که شش حوزه عملکردی را می‌سنجد. برای تحلیل داده‌ها آزمون آماری ۱، آزمون من-و-بتنی، ضریب همبستگی و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف به کار برده شد. **یافته‌ها:** نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا شدیدتر بود (نمره کل بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ۱۹/۴۴ و بیماران دوقطبی نوع I ۲۲/۳۵). این آسیب‌ها در حوزه زبان و مهارت‌های کلامی متمایز و چشمگیر بود. **نتیجه‌گیری:** نارسایی‌های شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، گسترده‌تر و عمیق‌تر از بیماران دوقطبی نوع I است.

کلیدواژه: نارسایی‌های شناختی، اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی نوع I، MMSE

مقدمه

نشان می‌دهند. امیل کسرپلین نخستین کسی بود که اسکیزوفرنیا را با عنوان "اختلال در توجه" وصف کرد و برای بیان سیر رو به تباهی شناختی آن عبارت زوال عقل زودرس را به کار برد. نارسایی‌های یادشده در

افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا اغلب بیش از یک مورد از نشانه‌های عصبی-شناختی را به صورت نارسایی‌های حافظه، توجه، تمرکز، کارکردهای حرکتی و اجرایی

* روانپزشک، استادیار و مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران، اوین، خیابان ولنجک، خیابان کودکیار، گروه روانپزشکی (نویسنده مسئول).
E-mail: robabeh_mazinani@yahoo.com

** دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران، امین‌آباد، مرکز روانپزشکی رازی.

باشند و معمولاً بسته به شدت آسیب‌شناسی روانی متغیر و متفاوت هستند. بیشتر بررسی‌ها در این رابطه بر روی بیماران افسرده انجام شده است و تنها چند بررسی محدود در مورد مبتلایان به اختلال دوقطبی نوع I و فزای مانیک وجود دارد (پورتر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۳).

بر پایه بررسی آستین^{۱۱} و همکاران (به نقل از پورتر، ۲۰۰۱) مدارک بارزی وجود دارد که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به افسردگی اساسی (حتی بدون مصرف داروهای روان‌گردان) آسیب مشخصی در کارکرد عصبی-شناختی دارند که بستگی به شدت افسردگی آنها دارد.

بیماران افسرده غالباً از نارمایی‌های تمرکز، یادگیری و به‌خاطر آوردن شکایت دارند و در انجام کارهایی که نیازمند توجه پایدار است، دچار مشکل هستند. برخلاف بیماران دچار زوال عقل که اشکال در به‌خاطر آوردن دارند، بیماران افسرده در دستیابی به ذخیره اطلاعاتی درازمدت مشکلی ندارند، بلکه در انجام تکالیفی که نیازمند تلاش است، ناتوان هستند (سرناوسکی، ۲۰۰۲؛ سوارس^{۱۲} و گرشون^{۱۳}، ۲۰۰۰).

در دوره مانیا طیفی از اختلال‌های شناختی که با شدت بیماری متناسب است دیده می‌شود و معمولاً با بهبود بیماری، این نشانه‌ها نیز از میان می‌روند. علایم اغلب به‌صورت سریع شدن جریان فکر، فشار کلام، تحریک زیاد و افزایش حواس‌پرتی است. میزان بالایی از تفکر درهم‌ریخته، سست‌شدن تداعی‌ها و افکار مزاحم وجود دارد (سرناوسکی، ۲۰۰۲).

این بررسی با هدف مقایسه نارمایی‌های شناختی ناشی از دو اختلال مهم روانپزشکی (اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی نوع II) انجام شده است.

بیش از ۷۰٪ بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دیده می‌شوند (سرناوسکی^۱، ۲۰۰۲) و همه فرآیندهای ذهنی، از اشکال ابتدایی مانند توجه و هوشیاری تا فرآیندهای پیچیده‌تر مانند تفکر انتزاعی و توانایی حل مشکلات، را دربرمی‌گیرند.

گلدبرگ^۲ (به نقل از گرانت^۳، ۱۹۹۸) نارمایی‌های حافظه و کارکرد اجرایی در لوب فروتسال را بارزتر از سایر نارمایی‌های شناختی دانست. سایکین^۴ و همکاران (به‌نقل از لیبرمن^۵ و مورای^۶، ۲۰۰۱) یک مجموعه آزمون‌های شناختی را با ۳۷ بیمار مبتلا به نخستین حمله اسکیزوفرنیا، ۶۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن و ۱۳۱ فرد عادی اجرا کردند و دریافتند که در هر دو گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا عملکرد اجرایی به‌طور برجسته‌ای ضعیف‌تر از افراد عادی بوده، در بیماران مزمن، عملکرد اجرایی بسیار ضعیف‌تر از بیماران مبتلا به نخستین حمله است (هیرش-استون^۷ و واینبرگر^۸، ۱۹۹۷).

بررسی هاروی^۹ و همکاران (به نقل از گرانت، ۱۹۹۸) با استفاده از آزمون MMSE نشان داد که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن و با مدت اقامت طولانی (۷۵٪ بیماران مؤسسه‌زده اسکیزوفرنیک)، امتیاز MMSE در حد بیماران مبتلا به دمانس داشته‌اند.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که هر چه طول مدت پس‌کوز درمان نشده بیشتر باشد، علایم منفی و شناختی بارزتر و کارکرد اجتماعی و شغلی مختل‌تر خواهد بود. در بسیاری از بررسی‌ها به ارتباط نارمایی‌های شناختی و پیامد بالینی بیماران اشاره شده و به نظر می‌رسد که وجود علایم شناختی، احتمالاً یک عامل پیش‌گویی‌کننده قوی در پیامد بیماری و عملکرد اجتماعی بیماران است. در این رابطه نارمایی در حافظه کلامی بیش از علایم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا در بررسی پیامد بیماری نقش دارد (به نقل از گرانت، ۱۹۹۸).

اما در اختلال‌های خلقی، به نظر نمی‌رسد که نارمایی‌های شناختی اختصاصی، شدید و زیربنایی

- | | |
|------------------|---------------|
| 1- Csernansky | 2-Goldberg |
| 3- Grant | 4- Saykin |
| 5- Lieberman | 6- Murray |
| 7- Hirsch-Steven | 8- Weinberger |
| 9- Harvey | 10- Porter |
| 11- Austin | 12- Soares |
| 13- Girshon | |

مواد و روش کار

بیماران بی سواد و بالای ۶۰ سال سن، به واسطه تأثیر مستقیم این دو عامل بر عملکرد شناختی، از بررسی حذف شدند. همه بیماران از نظر علایم حاد روانی و رفتاری در وضعیت تثبیت شده بودند و دست کم ۸ هفته از آغاز درمان آنان گذشته بود (بیماران حاد به دلیل شدت علایم و عدم همکاری در اجرای آزمون از بررسی حذف شدند). بیماران با حداقل مقدار داروهای تثبیت کننده خلق و یا ضدپسیکوز تحت کنترل بودند.

بیماران دو گروه از نظر متغیرهای طول مدت اقامت در بیمارستان، مدت زمان بیماری، وضعیت تحصیلی و درمان‌های انجام شده (دارویی - غیردارویی) همسازی شدند. گفتنی است که در تحلیل داده‌ها، بین میانگین سن دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت که با استفاده از روش‌های آماری حذف گردید. میانگین سن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ۵۲/۹ سال و بیماران خلقی ۴۷/۴ سال بود. میزان تحصیلات ۷۴٪ بیماران زیر دیپلم و ۲۶٪ آنان بالای دیپلم بود. داده‌های مورد نیاز با مراجعه به پرونده بیماران، مصاحبه بالینی و آزمون MMSE گردآوری شد و به کمک آزمون آماری t، آزمون من-ویتنی، ضریب همبستگی و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تحلیل گردید.

یافته‌ها

برای بررسی توزیع بهنجار، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد که نمره کل و تمام زیرگروه‌ها به جز جهت‌یابی از توزیع بهنجار برخوردار نبودند. این بررسی میانگین نمره کل بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا (۱۹/۴۴) را در آزمون شناختی MMSE کمتر از میانگین نمره کل بیماران مبتلا به اختلال

این بررسی از نوع بررسی‌های توصیفی - مقایسه‌ای بوده، آزمودنی‌های پژوهش را ۵۸ نفر (۳۲ فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا و ۲۶ فرد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I) تشکیل داده‌اند که به مدت طولانی در بخش‌های بستری درازمدت مرکز روانپزشکی رازی تهران بستری بوده‌اند. افزون بر معاینه وضعیت روانی^۱ (MMSE) و مصاحبه بالینی بسر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV مجموعه‌ای از آزمون‌های عصبی-روانشناختی که شامل بررسی توانایی‌های زبان، گفتار، عملکرد اجرایی، حافظه کلامی، تمرکز، سرعت و توجه است، به کار برده شد. MMSE یکی از آزمون‌های رایج برای ارزیابی عملکرد شناختی بیماران است که شامل چند بخش می‌باشد و به ارزیابی شش ماده می‌پردازد: جهت‌یابی^۲، ثبت^۳، توجه و محاسبه^۴، به‌خاطر آوردن^۵، زبان^۶ و طراحی^۷. بیشترین امتیاز ممکن در این آزمون ۳۰ می‌باشد. به دست آوردن امتیاز کمتر از ۲۵ نشان‌دهنده وجود آسیب شناختی و امتیاز کمتر از ۲۰ بیانگر وجود نارسایی‌های شناختی عمیق است (مادوک و سادوک، ۲۰۰۳). پایایی این آزمون به روش بازآزمایی بر روی ۱۳۷ بیمار مبتلا به دمانس، اختلال عاطفی (افسرده و مانیک)، اسکیزوفرنیا، اختلال شخصیت با سوءمصرف مواد و اختلال نوروتیک، به فاصله ۲۴ ساعت، ۰/۸۸ گزارش شده است (نیشتا^۸، ۲۰۰۰).

این بررسی در سال ۸۲-۱۳۸۱ انجام شده است. بیماران برپایه معیارهای زیر انتخاب و پس از مصاحبه بالینی و تشخیصی، MMSE در مورد آنها اجرا شد. معیارهای انتخاب:

- ۱) بستری طولانی مدت در بیمارستان (بیش از یک ماه)
- ۲) تشخیص اسکیزوفرنیا یا اختلال دوقطبی نوع I، برپایه مصاحبه بالینی و پرونده بیمار با توجه به معیارهای

DSM-IV

- ۳) دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن.
- ۴) عدم وجود بیماری‌های طبی جدی، سوءمصرف مواد و بیماری‌های روانی جدی دیگر.

1- Mini Mental Status Examination
2- orientation
3- registration
4- attention & calculation
5- recall
6- language
7- design
8- Neistadt

جدول ۲- ضریب همبستگی میان تشخیص بالینی با یادآوری و مهارت‌های کلامی و حرکتی پس از حذف اثر سن بر پایه آزمون همبستگی جزئی

یادآوری	مهارت‌های کلامی و حرکتی
تشخیص بالینی	۰/۴۸
سطح معنی‌داری	N.S. ۰/۰۰۱

می‌آمد. ضریب همبستگی سن با یادآوری ۰/۳۰- و با مهارت‌های کلامی و حرکتی ۰/۱۶- بود. ضریب همبستگی میزان تحصیلات با یادآوری ۰/۱۱- و با مهارت‌های کلامی و حرکتی ۰/۲۱- به دست آمد.

با توجه به این که دو عامل تأثیرگذار در نتایج MMSE، تحصیلات و سن می‌باشد (به نقل از گرانت، ۱۹۹۸؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۳) و با توجه به تفاوت معنی‌دار دو گروه مورد بررسی از نظر سن، اثرات این متغیر از طریق روش‌های آماری حذف گردید و به این ترتیب در حوزه مهارت‌های کلامی و حرکتی، تفاوت میان دو گروه هم‌چنان معنی‌دار باقی ماند (p<۰/۰۰۱) ولی در حوزه یادآوری تفاوت دو گروه معنی‌دار نبود (جدول ۲).

بحث

این بررسی نشان داد که نارمایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا گسترده‌تر و عمیق‌تر از بیماران دوقطبی نوع I است و این بیماران، امتیاز کلی پایین‌تری را نسبت به گروه خلقی در آزمون MMSE به دست می‌آورند (۱۹/۴۴ در برابر ۲۲/۳۵). این یافته، با یافته‌های گلدمن^۱ و همکاران (به نقل از گرانت، ۱۹۹۸) هم‌خوانی دارد. هم‌چنین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در حوزه زبان، مهارت‌های کلامی و حافظه کلامی بسیار ضعیف‌تر از بیماران خلقی هستند (سایکین و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از لیبرمن و مورای، ۲۰۰۱).

دوقطبی نوع I (۲۲/۳۵) نشان داد (نمره من- ویتنی = ۲۵۲، p<۰/۰۱، Z=۲/۵۸).

هم‌چنین نمره کل میانگین تمام مواد معاینه وضعیت روانی در اسکیزوفرنیا کمتر از اختلال دوقطبی نوع I بود؛ به جز زیرگروه‌های توجه و محاسبه که نمره میانگین در اسکیزوفرنیا بیشتر از نمره میانگین در اختلال دوقطبی نوع I بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود.

آزمون من- ویتنی تفاوت دو گروه را در زمینه میانگین سنی معنی‌دار نشان داد (p<۰/۰۲). اما این آزمون تفاوت میان طول مدت اقامت دو گروه را معنی‌دار نشان نداد. آزمون آماری ناپارامتری من- ویتنی برای تحلیل آماری به کار برده شد که نتایج نشانگر وجود یک تفاوت معنی‌دار در نمره کل (p<۰/۰۱) و در مواد یادآوری (p<۰/۰۵) و مهارت‌های کلامی و حرکتی (p<۰/۰۰۱) در گروه مورد بررسی بود (جدول ۱).

آمون من- ویتنی تفاوت دو گروه را از نظر طول مدت اقامت در بیمارستان معنی‌دار نشان نداد اما تفاوت دو گروه از نظر سن در این آزمون معنی‌دار نشان داده شد (نمره من- ویتنی = ۲۲۱/۵۰۰، Z=۳/۰۵۵، p<۰/۰۲). در بررسی ارتباط میان سن و مواد گوناگون MMSE همبستگی میان آنها دیده شد. به بیان دیگر، با افزایش سن، نمرات مواد آزمون MMSE پایین‌تر

جدول ۱- نتایج آزمون من- ویتنی در مقایسه نمره کل و مواد معاینه وضعیت روانی در دو گروه بیماران

من- ویتنی	Z	سطح معنی‌داری
۳۲۰/۵۰۰	-۱/۵۱۳	N.S.
۴۰۹/۰۰۰	-۰/۳۲۱	N.S.
۳۶۲/۰۰۰	-۰/۸۷۵	N.S.
۲۹۵/۵۰۰	-۲/۰۱۴	۰/۰۵
۱۹۲/۵۰۰	-۳/۷۲۲	۰/۰۰۱
۳۸۳/۰۰۰	-۰/۶۱۴	N.S.
۲۵۲/۰۰۰	-۲/۵۸۰	۰/۰۱۰

Porter, R.J., Gallagher, R.J., Thompson, J.M., & Young, A.H. (2003). Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *British Journal of psychiatry*, 182, 214-220.

Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Soares, J.C., & Girshon, S. (2000). *Bipolar disorders:*

Basic mechanisms and therapeutic implications. New York: Marcel Dekker.

Storandt, M., & Vanden-Bos, G.R. (1994). *Neuropsychological assessment of dementia and depression in older adults: A clinician's guide*. Washington, DC: American Psychological Association.

Taylor, D.H., & Tasman, A. (1997). *Psychiatry: Self assessment and review*. Philadelphia: W.B Saunders.