

مقاله پژوهشی
اصیل
Original
Article

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

دکتر ربابه مزینانی*، دکتر سیدعلیرضا حاج سیدجوادی**
دکتر دامین افشاری**، دکтор محمد رضا اسلامی**

چکیده

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

Andeesheh
Va
Rafstar
اندیشه و رفتار
۲۹۸

مواد و روش کار: این بررسی از نوع توصیفی- مقایسه‌ای بوده و بر روی ۵۱ بیمار مرد بستری در مرکز روانپردازی 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 t، آزمون من- و بتنی، ضربه همبستگی و آزمون کولوموگروف- اسمیرنوف به کار برده شد.

یافته‌ها: نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا شدیدتر بود (نمره کل بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ۱۹/۶۴ و بیماران دوقطبی نوع I ۲۲/۳۵). این آسباب‌ها در حوزه زبان و مهارت‌های کلامی منمايز 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 کرپلین نخستین کسی بود که اسکیزوفرنیا را با عنوان "اختلال در توجه" وصف کرد و برای بیان سیر رو به تباہی 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

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

** دستیار روانپردازی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، امین آباد، مرکز روانپردازی رازی.

باشد و معمولاً بسته به شدت آسیب‌شناسی روانی متغیر و متفاوت استند. 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 فاز مانیک وجود دارد (پورتر^۱ و همکاران، ۲۰۰۳).

برایه 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 نارسایی‌های تمرکز، یادگیری و به خاطر آوردن شکایت دارند و در انجام کارهایی که نیازمند توجه پایدار است، دچار مشکل هستند. برخلاف بیماران دچار زوال عقل که اشکال در به خاطر آوردن دارند، بیماران افسرده در دستیابی به ذخیره اطلاعاتی درازمدت مشکلی ندارند، بلکه در انجام نکالیفی که نیازمند تلاش است، ناتوان هستند (سرنائسکی، 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 به صورت سریع شدن جریان فکر، فشار کلام، تحریک زیاد و افزایش حواس‌پرتی است. میزان بالایی از تفکر در هم‌ریخته، مستشدن تداعی‌ها و افکار مزاحم وجود دارد (سرنائسکی، ۲۰۰۲).

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

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

گلدبرگ^{۱۴} (به نقل از گرانت، ۱۹۹۸) نارسایی‌های حافظه و کارکرد اجرایی در لوب‌فرونتال را بارزتر از سایر نارسایی‌های شناختی دانست. سایکین^{۱۵} و همکاران (به نقل از لیبرمن^{۱۶} و سورای^{۱۷}، 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 به طور برجسته‌ای ضعیفتر از افراد عادی بوده، در بیماران مزمن، عملکرد اجرایی بسیار ضعیفتر از بیماران مبتلا به نخستین حمله است (هیرش- استون^{۱۸} و واینبرگر^{۱۹}، ۱۹۹۷).

بررسی هاروی^{۲۰} 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 مختلف تر خواهد بود. در بسیاری از بررسی‌ها به ارتباط نارسایی‌های شناختی و پیامد بالینی بیماران اشاره شده و به نظر می‌رسد که وجود علایم شناختی، احتمالاً یک عامل پیش‌گویی کننده قوی در پیامد بیماری و عملکرد اجتماعی بیماران است. در این رابطه نارسایی در حافظه کلامی بیش از علایم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا در بررسی پیامد بیماری نقش دارد (به نقل از گرانت، ۱۹۹۸).

اما در اختلال‌های خلفی، به نظر نمی‌رسد که نارسایی‌های شناختی اختصاصی، شدید و زیربناشی

- | | |
|------------------|---------------|
| 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 ثابت 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 ثبت 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) همتاسازی 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 اسکیزوفرینیا 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^۱، آزمون من- ویتشی، ضربیه 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 اسکیزوفرینیا (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 اسکیزوفرینیا و ۲۶ فرد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II) تشکیل داده‌اند که به مدت طولانی در بخش‌های بستری درازمدت مرکز روانپزشکی رازی تهران بستری بوده‌اند. افزون بر معاینه وضعیت روانی^۲ (MMSE) و مصاحبه بالینی بسر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV مجموعه‌ای از آزمون‌های عصبی- روانشناسی 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^۳، ثبت^۴، توجه و محاسبه^۵، به‌خاطر آوردن^۶، زبان^۷ و طراحی^۸. 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 نارسانی‌های شناختی عمیق است (مادوک و سادوک، ۲۰۰۳). پایابی این آزمون به روش بازآزمایی بروی ۱۳۷ بیمار مبتلا به دمانس، اختلال عاطفی (افسرده و مانیک)، اسکیزوفرینیا، اختلال شخصیت با سوءصرف مواد و اختلال نوروتیک، به فاصله ۲۴ ساعت، ۰/۸۸ گزارش شده است (نیشتاد، ۲۰۰۰).

این بررسی در سال ۱۳۸۱-۸۲ 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 (یک ماه)
- ۲) تشخیص اسکیزوفرینیا یا اختلال دوقطبی نوع II، 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، سوءصرف مواد و بیماری‌های روانی جدی دیگر.

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

یادآوری	مهارت‌های کلامی و حرکتی	تشخیص بالینی	نمره من- ویتنی =
سطح معنی داری	N.S.	۰/۰۰۱	۰/۰۸

می‌آمد. ضریب همبستگی سن با یادآوری $-0/30$ و با مهارت‌های کلامی و حرکتی $-0/16$ بود. ضریب همبستگی میزان تحصیلات با یادآوری $-0/11$ و با مهارت‌های کلامی و حرکتی $-0/21$ 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 سادک، ۲۰۰۳) و با توجه به تفاوت معنی دار 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 هم چنان معنی دار باقی ماند ($p < 0/001$) ولی در حوزه یادآوری تفاوت دو گروه معنی دار نبود (جدول ۲).

بحث

این بررسی نشان داد که نارضایی‌های 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 ($19/44$ دربرابر $22/35$). این یافته، با یافته‌های گلدمن^۱ و همکاران (به نقل از گرانت، ۱۹۹۸) هم خوانی دارد. هم‌چنین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در حوزه زبان، مهارت‌های کلامی و حافظه کلامی بسیار ضعیف‌تر از بیماران خلقی هستند (ساکین و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از لیرمن و مورای، ۲۰۰۱).

دوقطبی نوع I ($22/35$) نشان داد (نمره من- ویتنی = 252 ، $Z = 2/08$).

هم‌چنین نمره کل میانگین تمام مواد معاینه و ضعیت 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 معنی دار نبود.

آزمون من- ویتنی تفاوت دو گروه را در زینه میانگین سنی معنی دار نشان داد ($p < 0/02$). اما این آزمون تفاوت میان طول مدت اقامت دو گروه را معنی دار نشان نداد. آزمون آماری ناپارامتری من- ویتنی برای تحلیل آماری به کار برد شد که نتایج نشانگر وجود یک تفاوت معنی دار در نمره کل ($p < 0/01$) و در مواد یادآوری ($p < 0/05$) و مهارت‌های کلامی و حرکتی ($p < 0/001$) در گروه مورد بررسی بود (جدول ۱).

آمون من- ویتنی تفاوت دو گروه را از نظر طول مدت اقامت در بیمارستان معنی دار نشان نداد اما تفاوت دو گروه از نظر سن در این آزمون معنی دار نشان داده شد (نمره من- ویتنی = $22/500$ ، $Z = -3/055$).

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 و ضعیت روانی در دو گروه بیماران

نمره کل	طراحی	مهارت‌های کلامی و حرکتی	بادآوری	توجه و محاسبه	ثبت	جهت‌بایی
نمره کل	نمره کل	معنی داری	من-	ویتنی	Z	سطح
۰/۰۱۰	-۲/۰۸۰	۲۵۲/۰۰۰	-۰/۰۱۳	۳۲۰/۰۰۰	-۱/۰۱۳	N.S.
۰/۰۰۱	-۳/۷۱۴	۳۸۳/۰۰۰	-۰/۳۲۱	۴۰۹/۰۰۰	-۰/۳۲۱	N.S.
۰/۰۰۱	-۳/۷۷۲	۱۹۲/۰۰۰	-۰/۸۷۵	۳۶۲/۰۰۰	-۰/۸۷۵	N.S.
۰/۰۰۵	-۲/۰۱۴	۲۹۵/۰۰۰	-۰/۰۱۴	۴۰۹/۰۰۰	-۰/۰۱۴	N.S.
۰/۰۰۱	-۰/۷۷۲	۱۹۲/۰۰۰	-۰/۷۷۲	۳۶۲/۰۰۰	-۰/۷۷۲	N.S.
۰/۰۰۱	-۰/۷۱۴	۳۸۳/۰۰۰	-۰/۷۱۴	۴۰۹/۰۰۰	-۰/۷۱۴	N.S.
۰/۰۰۱	-۰/۰۱۰	۳۲۰/۰۰۰	-۰/۰۱۰	۴۰۹/۰۰۰	-۰/۰۱۰	N.S.

سپاسگزاری

از همکاری صمیمانه کارکنان محترم مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی و آقای دکتر بهروز دولتشاهی روانشناس بالینی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در انجام این پژوهش قدردانی می‌شود.

دربافت مقاله: ۱۳۸۲/۷/۷؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۳/۴؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۳/۶

منابع

- Csernansky,J.G. (2002). *Schizophrenia : A new guide for clinicians*. New York: Marcel Dekker.
- Grant,L.I. (1998). Interpretation of Mini-Mental State Examination scores in community-dwelling elderly and geriatric neuropsychiatry patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 661-666.
- Herz,M.I.,& Marder,S.R.(2002). *Schizophrenia: Comprehensive treatment and management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hirsch-Steven,R.,& Weinberger,D.R.(1995). *Schizophrenia*. London: Blackwell Science.
- Lezak,M.D. (1983). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Lieberman,J.A.,& Murray,R.M. (2001). *Comprehensive care of schizophrenia: A textbook of clinical management*. London: Martin Dunitz.
- Neistadt,M.E.(2000). *Occupational therapy evaluation for adults*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. (p.p. 149-150).

1- false negative 2- false positive

3- Clinical Dementia Rating Scales

4- Lowenstein Occupational Therapy Cognitive

Assessment

6- Marder

8- Vanden-Bos

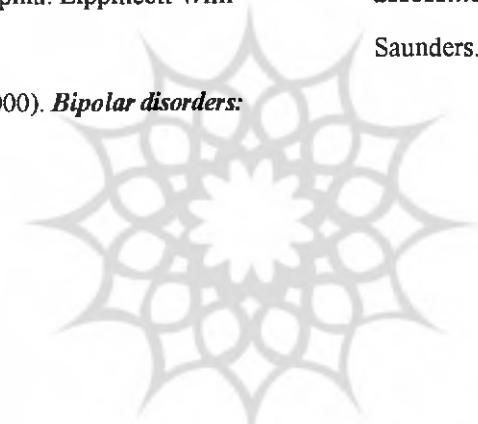
در زمینه تأثیر سن بر کارکرد شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال خلقتی، هاروی و همکاران (به نقل از گرانت، ۱۹۹۸) و دیویدسون و همکاران (۱۹۹۵) کاهش در تمره‌های MMSE را گزارش نمودند. آنان همچنین با حذف تأثیر سن از طریق روش‌های آماری، نشان دادند که در حوزه مهارت‌های کلامی و حرکتی، تفاوت همچنان در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا معنی دار است.

گفتنی است که در این پژوهش به کار برده شد، در زمینه سرند اختلال‌های عصب‌شناختی، روانپزشکی و عصب-روانشناختی دارای محدودیت‌هایی است که مهم‌ترین آنها حساسیت پایین این آزمون می‌باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). از سوی دیگر به دلیل نقش تأثیرگذار عواملی چون سن و میزان تحصیلات بر کارکرد شناختی، ممکن است با مواردی از پاسخ‌های منفی کاذب^۱ یا مثبت کاذب^۲ روبه رو شویم (گرانت، ۱۹۹۸). از این رو پیشنهاد می‌شود برای به دست آوردن یافته‌های معتبرتر، سایر آزمون‌های عصب-روانشناختی که از اعتبار و روایی بالاتری در این زمینه برخوردارند از جمله "مقیاس‌های طبقه‌بندی بالینی دمانس"^۳ (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰) و "ارزیابی شناختی کاردرمانی لورنشتین"^۴ (نیشتاد، ۲۰۰۰) به کار برده شود.

تأثیر مصرف داروهای روان‌گردان بر کارکرد شناختی بیماران (به نقل از هرز^۵ و ماردر^۶، ۲۰۰۲؛ استورانت^۷ و واندنبوس^۸، ۱۹۹۴) محدودیت دیگر پژوهش است. پیشنهاد می‌شود برای حذف عامل مداخله‌گر اثرات داروها بر عملکرد عصبی-شناختی بیماران، به بررسی بیماران افسرده اساسی بدون دارو و مقایسه آن با گروه گواه پرداخته شود.

یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش نبودن آزمودنی‌های زن در بررسی است که پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده با بررسی زنان در این زمینه، دو جنس از نظر شناختی نیز مقایسه شوند.

- 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.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتوال جامع علوم انسانی