

تعیین نقص توجه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی

سید موسی کافی^۱، تمجید کریمی^{۲*}، حسن فرهی^۳

^۱گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران، ^۲واحد روانشناسی، مرکز آموزشی - درمانی شفا، رشت، ایران، ^۳گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۷/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: نقص توجه تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر زندگی و وضعیت مبتلایان به اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی دارد. هدف این پژوهش، بررسی نقص توجه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی بود.

روش بررسی: در یک مطالعه پس رویدادی ۱۳۲ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی نوع یک در بیمارستان شفا در شهر رشت به شیوه نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شده و به طور مساوی در چهار گروه اسکیزوفرنی مزمن، دوره نخست اسکیزوفرنی، دوقطبی مزمن و دوره نخست دوقطبی قرار داده شدند. ۳۳ فرد بهنجار نیز به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. همه گروه‌ها با آزمون‌های رنگ واژه استروپ و عملکرد مداوم مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نقص توجه بیماران اسکیزوفرنی مزمن و دوقطبی مزمن نسبت به گروه شاهد بیشتر بود ($p < 0.05$). بیماران اسکیزوفرنی مزمن در مقایسه با دوقطبی مزمن و دوره نخست اسکیزوفرنی از نقص توجه بیشتری برخوردار بودند. بین گروه‌های مزمن و دوره نخست دوقطبی و نیز دوره نخست اسکیزوفرنی و دوره نخست اختلال دوقطبی تفاوت معنی داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: نقص توجه در اسکیزوفرنی شدیدتر از اختلال دوقطبی است. مزمن شدن بیماری در اسکیزوفرنی تأثیر بیشتری دارد.

واژه‌های کلیدی: توجه، اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی، مزمن شدن

* نویسنده مسئول: تمجید کریمی، رشت، مرکز آموزشی - درمانی شفا، واحد روانشناسی

مقدمه

مهم کارکرد اجرایی است. شواهد حاضر بیان می‌کنند که مبتلایان به اسکیزوفرنی در به کارگیری قواعد مناسب تکلیف نقص نداشته یا آسیب کمتری دارند، اما در کنترل انتخاب دچار آسیب زیادی می‌شوند، یکی از اهداف درمان مبتلایان به اسکیزوفرنی کنترل توجه است (۸).

در بیماران مبتلا به اختلال‌های خلقی اغلب پژوهشگران شواهدی از نقایص عصب- روان شناختی از قبیل اختلال در توجه و حافظه را گزارش کرده‌اند (۹ و ۱۰). برخی پژوهشگران تخریب کارکردهای عصب شناختی را و برخی از آنها اختلال پایدار در کارکردهای شناختی را طی دوره حاد اختلال دوقطبی مطرح کرده‌اند (۱۱ و ۴). حواس‌پرتی و تمرکز مختل نیز به طور معمول در اختلال دوقطبی مشاهده شده است که ممکن است با مشکلاتی در سرعت روانی- حرکتی، یادگیری، حافظه و کارکرد شناختی همراه باشند (۱۲). به علاوه اختلال توجه در بیماران سرپایی دوقطبی در مقایسه با بیماران بستری از شدت کمتری برخوردار است (۱۳). هم‌چنین مواردی از نقص توجه در بیماری دوقطبی ممکن است وابسته به موقعیت و مواردی از آن هم به صفت یا ویژگی این بیماران مرتبط باشد که هر کدام با مکانیسم‌های آسیب شناختی مجزایی همراه است (۱۴).

یکی از نشانه‌های بیماری اسکیزوفرنی نقایص متعدد در فرآیندهای شناختی و از جمله نقص ژنتیک توجه است که از اهمیت به سزایی برخوردار بوده و ممکن است به دلیل تأثیر عوامل ژنتیک آسیب‌پذیری فرد برای این اختلال بیشتر شود (۳-۱). به علاوه شواهدی مبنی بر مشکلات شناختی و نقص توجه پایدار در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی وجود دارد. با این همه آسیب‌های شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شدیدتر از مبتلایان به اختلال دوقطبی گزارش شده است (۴-۶).

توجه مفهومی پیچیده است که به عنوان یکی از مراحل مقدماتی و اولیه پردازش خبر و شناخت محسوب شده و به مؤلفه‌هایی از قبیل، شروع کردن یا متمرکز شدن، گوش بزنگی، بازداری پاسخ نسبت به محرک‌های نامربوط یا توجه انتخابی و تغییر توجه اشاره دارد (۷). لاک و گلد (۲۰۰۸)^(۱) به منظور درک صحیح نقایص توجه در اسکیزوفرنی، مفهوم توجه را به دو سازه مجزای انتخاب درونداد^(۲) - انتخاب دروندادهای مربوط به تکلیف به منظور پردازش بیشتر، انتخاب قاعده^(۳) به کارگیری انتخابی قواعد مناسب تکلیف - تقسیم کرده و توضیح دادند که این دو سازه ارتباط تنگاتنگی با حافظه کاری^(۴) دارند. آنها هم‌چنین معتقدند که این سازه‌ها با کارکرد اجرایی^(۵) نیز ارتباط نزدیکی دارند، به دلیل این که از سیستم‌های اجرایی برای انتخاب درونداد استفاده می‌شوند و خود انتخاب قاعده نیز از جمله فرآیندهای

1-Luck & Gold
2-Input Selection
3-Rule Selection
4-Working Memory
5-Executive Function

پژوهش در بیمارستان روانپزشکی شفا در شهر رشت بستری بودند، تشکیل می‌دادند. نمونه‌ها به طور غیر تصادفی (نمونه‌گیری آسان یا در دسترس) بر اساس تشخیص روانپزشک طبق ملاک‌های متن‌بازنگری شده ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR)، انتخاب شدند. در مجموع ۱۶۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که ۶۶ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی (۳۳ نفر مزمن و ۳۳ نفر دچار دوره نخست بیماری)، ۶۶ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک (۳۳ نفر مزمن و ۳۳ نفر دچار دوره نخست بیماری) و ۳۳ نفر به عنوان گروه بهنجار بودند. بدیهی است آزمودنی‌ها باید شرایط خاصی داشته باشند تا امکان اجرای پژوهش حاصل شود، بنابراین شرایط ورود به مطالعه برای همه آزمودنی‌ها عبارت بود از: داشتن مدرک تحصیلی حداقل سوم راهنمایی و حداکثر کارشناسی، حداکثر بهره هوش برای همه گروه‌ها ۱۱۵، حداقل بهره هوش ۸۰ برای بیماران مزمن و ۹۰ برای گروه‌های دیگر، سن ۲۰ الی ۴۵ سال، عدم سابقه ضربه سر و از دست دادن هوشیاری، عدم سوء مصرف مواد طی سه ماه گذشته و عدم مشکل یا معلولیت جسمانی (ضعف بینایی و معلولیت دست) که عملکرد افراد را در آزمون‌ها دچار اشکال سازد. علاوه بر شرایط یاد شده عدم دریافت درمان شوک الکتریکی (ECT)^(۴) به هنگام بستری فعلی برای گروه‌های بیمار و عدم سابقه ابتلا به بیماری

بازیکاس و همکاران^(۱) (۲۰۰۵) با استفاده از آزمون عملکرد مداوم پن^(۲) به بررسی نقص توجه پایدار در بین ۲۹ بیمار سرپایی مبتلا به اسکیزوفرنی و ۱۸ بیمار دوقطبی بهبود یافته پرداخته و نشان دادند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی عملکرد ضعیف‌تری نسبت به دو گروه دوقطبی (افسرده و مانیک) و گروه سالم دارند، اما عملکرد مبتلایان به دوقطبی تفاوت معنی‌داری با گروه سالم نداشت. نکته قابل توجه این که عملکرد آزمودنی‌های اسکیزوفرنی با خرده مقیاس‌های PANSS^(۳) (علایم مثبت، علایم منفی و آسیب شناسی کلی) همبستگی معنی‌داری نداشت. آنها نتیجه گرفتند که نقص توجه پایدار در اسکیزوفرنی در مقایسه با اختلال دوقطبی از تداوم بیشتری برخوردار است (۱۵).

با توجه به ارتباط بین عملکرد شناختی و کیفیت زندگی و نیز همبستگی بین نقایص شناختی و عملکرد ضعیف و با آگاهی از این نوع ارتباط و همبستگی، می‌توان با استفاده از مداخلات روانشناختی به اصلاح نقایص شناختی این بیماران پرداخت و به ارتقای کیفیت زندگی آنان کمک نمود و تغییرات قابل ملاحظه‌ای را در شیوه‌های توان بخشی این بیماران به ویژه توان بخشی شناختی ایجاد نمود (۱۶-۱۸).

هدف این مطالعه تعیین نقص توجه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی بود.

روش بررسی

در این مطالعه پس رویدادی، جامعه مورد

مطالعه را بیماران ۲۰ تا ۴۵ ساله مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی نوع یک که در طول مدت انجام

1-Bozikas et al
2-Penn Continuous Performance Test
3-Positive and Negative Symptom Scale
4- Electro- Convulsive Therapy

سه کوشش تشکیل می‌شود. هر کوشش متشکل از دستورالعمل، نمونه، تمرین و بخش اصلی است. در هر کوشش پس از ارایه دستورالعمل، ابتدا دو مورد نمونه سپس پنج مورد تمرین به او داده می‌شود. بخش اصلی در هر سه کوشش از ۴ ستون ۵۰ ماده ای (واژه یا مربع) تشکیل می‌شود. رنگ‌هایی که در این نسخه به کار رفته‌اند عبارت از: سبز، زرد، قرمز و آبی هستند. در هر کوشش پس از ارایه دستورالعمل اولیه، نمونه و تمرین، از آزمودنی خواسته می‌شود به مجرد اعلان آزمون‌گر تا آنجا که ممکن است با سرعت و دقت پاسخ دهد. فرصت پاسخ‌دهی به هر بخش اصلی ۹۰ ثانیه است. در پژوهش حاضر تعداد پاسخ‌های صحیح منهای پاسخ‌های غلط کوشش سوم (که به عنوان تکلیف تداخل در نظر گرفته می‌شود) محاسبه شد. پایایی آزمون استروپ بر اساس پژوهش اوتلو و گراف^(۴) به روش باز آزمایی برای هر سه کوشش به ترتیب معادل ۰/۹، ۰/۸۳، و ۰/۰۱ بود (۲۱). قدیری و همکاران (۲۰۰۶) پایایی باز آزمایی این آزمون را برای هر سه کوشش به ترتیب ۰/۶، ۰/۸۳، و ۰/۹۷ گزارش کردند (۲۲).

آزمون عملکرد مداوم آزمون معتبری است که از آن برای یافتن اختلال عملکرد توجه و نقایص بازداری استفاده می‌شود (۲۳ و ۲۴). این آزمون نخستین بار به وسیله روزولد و همکاران^(۵) به منظور

روانی برای گروه گواه نیز در نظر گرفته شدند. همچنین تطابق تشخیص فعلی با تشخیص قبلی در مورد بیماران مزمن و تطابق تشخیص اولیه با تشخیص نهایی در مورد بیماران دوره نخست الزامی بود. در صورتی که این افراد که تشخیص نهایی متفاوتی دریافت می‌کردند، از مطالعه خارج می‌شدند. در مجموع ۴ نفر به این دلیل از مطالعه کنار گذاشته شدند.

آزمودنی‌های سالم گروه شاهد نیز به طور غیر تصادفی و بر حسب در دسترس بودن و به شرط برخورداری از ملاک‌های کلی ورود به پژوهش و نیز ملاک ویژه این گروه (عدم سابقه ابتلا به بیماری روانی) با در نظر گرفتن سطح شغلی نزدیک به بیماران از بین کارکنان خدماتی و انتظامات بیمارستان و مراجعین انتخاب شده و وارد مطالعه گردیدند. آزمودنی‌های این گروه از نظر جنس و تحصیلات با هر دو گروه بیمار و از نظر سن با گروه بیماران مزمن هم‌تاسازی شدند. مشخصات جمعیت‌شناختی گروه‌های بیمار از پرونده بستری و گروه بهنجار از طریق پرسشنامه محقق ساخته به دست آمد. برای تمامی افراد اهداف پژوهش تشریح شد و با اخذ رضایت کتبی از آنها وارد مطالعه شدند.

آزمون رنگ- واژه استروپ^(۱) یکی از پرکاربردترین آزمون‌های توجه انتخابی^(۲) یا توجه متمرکز^(۳) و بازداری پاسخ است. این آزمون نخستین بار در رساله دکترای استروپ (۱۹۳۵) گزارش شد (۲۰ و ۱۹). نسخه مورد استفاده در این پژوهش از

1-Stroop Word- Coler
2-Selective Attention
3-Focused Attention
4-Otello & Graf
5- Rosvold et al

عملکرد مداوم و استروپ انجام گرفت که ۴ نفر به علت قرار نگرفتن در دامنه مورد نظر از مطالعه خارج شدند.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS^(۱) و آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه^(۲) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

بر اساس نتایج حاصله آزمون‌های گروه‌های مختلف از نظر متغیرهای دموگرافیک هم‌تا بودند و اختلاف معنی داری بین آنها وجود نداشت (جدول ۱).

نتایج آزمون استروپ اختلاف معنی‌داری را بین ۵ گروه نشان داد ($p < 0/05$). همچنین بین نمره اسکیزوفرنی مزمن هر یک از گروه‌ها و همچنین بین گروه شاهد با بقیه گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$). تفاوت میانگین‌ها در بقیه گروه‌ها معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). در آزمون عملکرد مداوم تفاوت معنی‌دار گروه‌ها در نمره جا اندازی در سطح کمتر از ۵ درصد و در نمره پاسخ‌های درست منهای پاسخ‌های غلط در سطح کمتر از یک درصد بود، اما در نمره ارتکاب بین پنج گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری دیده نشد ($p > 0/05$). در نمره جاناندازی بین میانگین نمره‌های بیماران اسکیزوفرنی و دوقطبی مزمن با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0/05$). ولی بین میانگین سایر گروه‌ها در نمره جاناندازی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). در نمره پاسخ‌های صحیح - غلط

یافتن خطاهای توجه در بیماران مبتلا به صرع کوچک معرفی شد (۲۱ و ۷). در پژوهش حاضر از نسخه مداد- کاغذی استفاده شد. محرک‌های آزمون عبارت از اعداد ۰ تا ۹ بودند. محرک تعیین شده عدد ۶ بود که آزمودنی‌ها می‌بایست در ۲۰ ردیف ۳۸ عددی که به صورت تصادفی آرایش یافته بود در مدت ۱۲۰ ثانیه علامت بزنند. حسنی و هادیانفر (۲۰۰۸) پایایی این آزمون را از طریق بازآزمایی برای قسمت‌های مختلف در دامنه‌ای بین ۰/۵۹ تا ۰/۹۳ به دست آوردند (۲۵).

ماتریس‌های پیشرونده ریون از جمله آزمون‌های غیر کلامی است که در ۱۹۲۸ به وسیله ریون، روانشناس انگلیسی، تدوین شده و در ۱۹۵۶ مورد تجدید نظر قرار گرفت (۲۶). در پژوهشی، پایایی و اعتبار عاملی ماتریس‌های پیشرونده استاندارد ریون در یک نمونه ۶۵۲۹ نفری از کودکان کوییتی ۸ تا ۱۵ ساله مورد بررسی قرار گرفت. پایایی بازآزمایی از ۶۹ تا ۸۵ درصد و آلفای کرونباخ از ۸۸ تا ۹۳ درصد دامنه داشت (۲۷). همبستگی این آزمون با آزمون‌های هوشی دیگر از قبیل نقاشی شکل آدم، مازهای پروتئوس، استانفورد-بینه، وکسلر و همچنین آزمون‌های گروهی بین ۴۰ تا ۷۵ درصد است، اما همبستگی آن با آزمون‌های کلامی هوشی از این مقادیر کمتر است (۲۶).

آزمون‌ها در یک روز انجام شد. به منظور جلب همکاری و مشارکت فعالانه آزمودنی‌ها به آنان مشوق داده شد. با این وجود ۳ نفر پس از انجام آزمون اول از ادامه کار خودداری نمودند که به همین دلیل از مطالعه خارج شدند. آزمون هوش ریون نیز به تنهایی و در یک روز مجزا و پس از آزمون‌های

1-Statistical Package for Social Sciences
2-One Way ANOVA

می‌دهند (۲۸ و ۲۰، ۱۹). از جمله نشان داده شد که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در آزمون استروپ (ارزیابی فرآیندهای بازداری، سرعت روانی- حرکتی و توجه) به طور قابل توجهی بدتر از گروه شاهد عمل می‌کنند (۱۵). در مطالعه‌های دیگری نقص توجه دیداری پایدار را که از طریق آزمون عملکرد مداوم سنجیده می‌شود در مبتلایان به اسکیزوفرنی گزارش کردند (۲۹ و ۱۵). با این حال برخلاف نتایج بازیگاس و همکاران که در آن عملکرد بیماران دوقطبی و گروه شاهد در آزمون عملکرد مداوم تفاوت معنی‌داری نداشت، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بیماران دوقطبی در مقایسه با گروه بهنجار به طور معنی‌داری دچار نقص می‌باشند. این مسأله را شاید بتوان به دلیل قرار داشتن آزمودنی‌های بیمار پژوهش یاد شده در دوره بهبود دانست (۱۵).

بین میانگین نمره‌های چهار گروه بیمار با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.05$). به علاوه بین میانگین نمره‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن با دوره نخست اسکیزوفرنی تفاوت معنی‌داری دیده شد ($p < 0.05$). میانگین نمره‌های سایر گروه‌ها با یکدیگر معنی‌دار نبود ($p > 0.05$) (جدول ۲).

بحث

مبتلایان اسکیزوفرنی و اختلال‌های دوقطبی با مشکلات شناختی از جمله نقص توجه مواجه می‌شوند (۱-۵). هدف این مطالعه تعیین نقص توجه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی بود. نتایج پژوهش حاضر هماهنگ با بسیاری از پژوهش‌های دیگر حاکی از آن است که بیماران اسکیزوفرنی مزمن موارد متعددی از نقایص عصب روان‌شناختی را در مقایسه با گروه بهنجار نشان

جدول ۱: مقایسه متغیرهای دموگرافیک در گروه‌های مختلف مورد مطالعه

متغیر	گروه	مزمین اسکیزوفرنی	دوره نخست اسکیزوفرنی	مزمین دوقطبی	دوره نخست دوقطبی	گروه گواه
مرد (درصد)	۱۷ (۵۱/۵۱)	۱۷ (۵۱/۵۱)	۱۷ (۵۱/۵۱)	۱۴ (۴۲/۴۲)	۱۶ (۴۸/۴۸)	۱۷ (۵۱/۵۱)
زن (درصد)	۱۶ (۴۸/۴۸)	۱۶ (۴۸/۴۸)	۱۶ (۴۸/۴۸)	۱۹ (۵۷/۵۷)	۱۷ (۵۱/۵۱)	۱۶ (۴۸/۴۸)
مجرد (درصد)	۳۸ (۸۴/۸۴)	۲۵ (۷۵/۷۵)	۲۰ (۶۰/۶۰)	۲۶ (۷۸/۷۸)	۱۵ (۴۵/۴۵)	۱۵ (۴۵/۴۵)
متاهل (درصد)	۴ (۱۲/۱۲)	۶ (۱۸/۱۸)	۱۰ (۳۰/۳۰)	۶ (۳۰/۳۰)	۱۷ (۵۱/۵۱)	۱۷ (۵۱/۵۱)
مطلقه (درصد)	۱ (۳/۰۳)	۲ (۶/۰۶)	۳ (۹/۰۹)	۱ (۳/۰۳)	۱ (۳/۰۳)	۱ (۳/۰۳)
سابقه خانوادگی (درصد)	۱۸ (۵۴/۵۴)	۱۴ (۴۲/۴۲)	۱۷ (۵۱/۵۱)	۱۹ (۵۷/۵۷)	۴ (۱۲/۱۲)	۴ (۱۲/۱۲)
میانگین و انحراف معیار سن (سال)	۲۱±(۴/۰۹)	۲۴/۳۶±(۳/۷۱)	۳۱/۴۵±(۶/۶۶)	۲۴/۱۲±(۳/۸۴)	۲۸/۳۳±(۶/۴۶)	۲۸/۳۳±(۶/۴۶)
میانگین و انحراف معیار نمره هوش	۸۸/۷۳±(۵/۲۲)	۹۵/۱۵±(۵/۲۰)	۹۲/۸۸±(۴/۸۷)	۹۳/۹۷±(۴/۸۱)	۱۰۶/۱۲±(۵/۴۶)	۱۰۶/۱۲±(۵/۴۶)
میانگین و انحراف معیار سطح تحصیلات	۱۰/۶۱±(۲/۱۲)	۱۱/۱۲±(۱/۹۸)	۱۱/۳۰±(۲/۴۰۴)	۱۱/۰۳±(۲/۴۸۱)	۱۱/۰۹±(۲/۲۲۷)	۱۱/۰۹±(۲/۲۲۷)

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون استروپ و عملکرد مداوم در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه	مزمین اسکیزوفرنی	دوره نخست اسکیزوفرنی	مزمین دوقطبی	دوره نخست دوقطبی	شاهد
استروپ	۱۹/۵۸±(۱۰/۴۶)	۳۲/۷۹±(۱۲/۵۷)	۲۷/۸۵±(۱۱/۴۹)	۲۹/۷±(۹/۴۷)	۴۸/۲۴±(۱۳/۹۸)	۴۸/۲۴±(۱۳/۹۸)
عملکرد مداوم؛ جاناندازی	۶/۱۸±(۵/۰۹)	۴/۳۹±(۲/۶۹)	۶/۰۳±(۴/۶۱)	۵/۱۵±(۴/۹۶)	۳/۰۹±(۰/۵۵)	۳/۰۹±(۰/۵۵)
ارتکاب	۶±(۰/۲۴)	۶±(۰/۲۴)	۱۰±(۰/۳۶)	۹±(۰/۲۹)	۳±(۰/۱۷)	۳±(۰/۱۷)
صحيح - غلط	۴۲/۹۴±(۱۴/۴۵)	۵۲/۱۲±(۱۰/۹۳)	۵۱/۱۸±(۱۳/۵۱)	۵۴/۵۵±(۱۲/۱۹)	۶۷/۶±(۱۱/۹۰)	۶۷/۶±(۱۱/۹۰)

همسو با مطالعات قبلی در این مطالعه نیز آسیب‌های بیماران مزمن دو قطبی در مقایسه با گروه شاهد قابل توجه بود. با این حال نقایص آنها کمتر از اسکیزوفرنی بود. این پژوهشگران نتیجه گرفتند که تفاوت‌های این دو بیماری در بُعد عملکرد عصب- روان‌شناختی بیشتر کمی است تا کیفی (۶). با این که مطالعات متعددی نشان دادند که هر دو گروه از آسیب یکسانی برخوردار هستند، ولی هیچ مطالعه‌ای به این نتیجه نرسیده که بیماران دو قطبی به طور پیوسته عملکرد بدتری نسبت به بیماران اسکیزوفرنی دارند. در برخی از مطالعات، نقایص بیماران دو قطبی از نظر نوع و شدت شبیه نقایص بیماران اسکیزوفرنی است، در صورتی که مطالعات دیگر نقایص شدیدتر را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نشان می‌دهند (۳۰).

کومار و همکاران^(۱) (۲۰۱۰) نقایص بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در آزمون عملکرد مداوم را به عنوان شاخص آسیب‌پذیری این اختلال در نظر گرفته و برای توجیه آن عنوان کرده‌اند که این نقایص از اثرات مراقبت‌های دارویی و نیز تغییرات مشاهده شده در وضعیت بالینی مستقل بوده و در اسکیزوفرنی اختصاصی هستند. علاوه بر آن بروز نقایص در افراد در معرض خطر ابتلا به اسکیزوفرنی و بستگان درجه یک افراد مبتلا باعث شد که آنها به این نتیجه رسیده‌اند که این نقایص به طور پایا بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را از افراد بهنجار متمایز می‌کند. هرچند این نقایص در سایر اختلالات نظیر دو قطبی نیز ممکن

است مشاهده شود، ولی الگوی نقایص در اسکیزوفرنی اختصاصی بوده و تداوم بیشتری دارد (۳۱). موضوع دیگری که به عنوان توجیهی برای نقایص توجه در بیماران اسکیزوفرنی در نظر گرفته می‌شود، نظریه‌هایی در رابطه با نارسایی در به کارگیری مناسب شبکه‌های گسترده‌تری از مغز در تکالیف توجه می‌باشد. هیزن کمپ و همکاران^(۲) (۲۰۱۱) نشان دادند که بیماران اسکیزوفرنی و افراد سالم از شبکه‌های مجزایی در مغز برای انجام تکالیف توجه استفاده می‌کنند. مبتلایان به اسکیزوفرنی سیستم توجهی خلفی^(۳) را به کار می‌گیرند و افراد سالم از شبکه اجرایی استفاده می‌کنند.

نتیجه‌گیری

با توجه به عملکرد مشابه بیماران دوره نخست هر دو گروه و در مقابل عملکرد ضعیف بیماران مزمن اسکیزوفرنی در قیاس با بیماران مزمن دو قطبی می‌توان نتیجه گرفت که مزمن شدن بیماری در اسکیزوفرنی تأثیر بیشتری داشته و نقص زیادی ایجاد می‌کند. نتایج این پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی در مقایسه با افراد بهنجار دچار نقص توجه هستند. علاوه بر آن مشکلات مربوط به توجه در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بیشتر از افراد مبتلا به اختلال دو قطبی است. همچنین مقایسه عملکرد بیماران مزمن و دوره

1-kumar et al
2-Hasenkamp
3-Dorsal Attention System

نخست نشان داد که به نسبت اختلال دوقطبی، مزمن شدن بیماری در اسکیزوفرنی تأثیر بیشتری به جا می‌گذارد. بنابراین آموزش مهارت‌های مربوط به توجه در مبتلایان به اسکیزوفرنی مزمن از اهمیت بیشتری برخوردار است.

نمونه‌گیری غیر تصادفی و ناتوانی در کنترل داروهای مورد مصرف گروه‌های بیمار از محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی عملکرد زیر گروه‌های اسکیزوفرنی و دوره‌های افسردگی و مانیا به طور مجزا مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

از مسئولان بیمارستان شفا به دلیل فراهم کردن امکان اجرای آزمون‌ها و دانشگاه گیلان به علت حمایت مالی این پژوهش سپاس‌گزاری می‌شود.

REFERENCES:

1. Goldberg T, Gold JM, Greenberg R, Griffin S, Schulz SC, Pickar D, et al. Contrasts between patients with affective disorders and patients with schizophrenia on a neuropsychological test battery. *Journal Psychiatry* 1996; 150: 1355-62.
2. Filbey FM, Touloupoulou T, Morris RB, McDonald C, Bramon E, Walshe M, et al. Selective attention deficit reflect increased genetic vulnerability to schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2008; 101: 169-75.
3. Harris JG, Minassian A, Perry W. Stability of attention deficit in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2007; 91: 107-11.
4. Clark L, Leversen SD, Goodwin GM. Sustained attention deficit in bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 313-9.
5. Malouf FT, Klein C, Clark L, Sahakin BJ, LaBarbara EJ, Versace A, et al. Impaired sustained attention and executive dysfunction: Bipolar disorder versus depression-specific markers of affective disorders. *Neuropsychologia* 2010; 48(6): 1862-8.
6. Seidman LJ, Kremen WS, Koren D, Faraone SV, Goldstein JM, Tsuang MT. A comparative profile analysis of neuropsychological functioning in patients with schizophrenia and bipolar psychoses. *Schizophrenia Research* 2002; 48: 7-15.
7. Riccio CA, Reynolds CR, Lowe P. Clinical applications of continuous performance tests, measuring attention and impulsive responding in children and adults. John Wiley & Sons Inc New York. *Archive of Clinical Neuropsychology* 2005; 20: 559-60.
8. Luck SJ, Gold JM. The construct of attention in schizophrenia. *Biological Psychiatry* 2008; 64: 34-9.
9. Jones LA, Cardno AG, Sanders RD, Owen MJ, Williams J. Sustained and selective attention as measures of genetic liability to schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2001; 48: 263- 72.
10. Van Gorp WG, Altshuler L, Theberge DC, Wilkins J, Dixon W. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients with and without prior alcohol dependence. a preliminary study. *Archive of General Psychiatry* 1998; 55: 41-6.
11. Cavanagh JT, Van Beck M, Muir W, Blackwood DH. Case-control study of neurocognitive function in euthymic patients with bipolar disorder, an association with mania. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 320-6.
12. Bearden CE, Hoffman KM, Cannon TD. The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder, a critical review. *Bipolar Disorder* 2001; 3: 106-50.
13. Liu SK, Chiu CH, Chang CJ, Hwang TJ, Hwu HG, Chen WJ. Deficits in sustained attention in schizophrenia and affective disorders, stable versus state dependent markers. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 975-82.
14. Clark L, Goodwin GM. State-and trait-related deficits in sustained attention in bipolar disorder. *European Archive Psychiatry Clinical Neuroscience* 2004; 254: 61-8.
15. Bozikas VP, Andreou C, Giannakou M, Tonia T, Anezoulaki D, Karavatos A, et al. Deficit in sustained attention in schizophrenia but not in bipolar disorder. *Schizophrenia Research* 2005; 78: 225-33.
16. Lysaker PH, Vohs JL. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research* 2009; 110(1-3): 165-72.
17. Gilbert AM, Olino TM, Houck P, Fagiolini A, Kupfer DJ, Frank E. Self-reported cognitive problems predict employment trajectory in patients with bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorder* 2010; 124(3): 324-8.
18. Diwadkar VA, Goradia D, Hosanagar A, Mermon D, Montrose DM, Birmaher B, et al. Working memory and attention deficits in adolescent offspring of schizophrenia or bipolar patients: Comparing vulnerability markers. *Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2011; 35(1): 1349-54.
19. Chan R, Chen E, Law IW. Specific executive dysfunction in patient with first-episode medication-naïve schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2006; 82: 51-64.
20. Bozikas VP, Kosmidis MH, Kiosseoglou G, Karavatos A. Neuropsychological profile of cognitively impaired patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 2006; 47: 136-43.
21. Delazar R. Executive function in children with hyperactivity-attention deficit. Thesis of M. A in Payamenu University 2008; 4: 34.
22. Qadiri F, Jazayeri A, Ashayeri H, Qazitabatabaei M. Impairments of executive functions in schizo-obsessive patients. *Advances in Cognitive Sciences* 2006; (3): 11-24.

23. Cornblatt BA, Malhotra AK. Impaired attention as an endophenotype formolecular genetic studies of schizophrenia. *American Journal of Medical Genetics* 2001; 105: 11-5.
24. Gokalsing E, Robert PH, Lafont V. Evaluation of the supervisory system in the elderly subjects with and without disinhibition. *Eruopean Psychiatry* 2000; 15(7): 407-15.
25. Hasani J, Hadianfar H. Comparison of attention maintenance in patient with schizophrenia, major depression and normal people. *Journal of Psychology and Educational Sciences* 2008; 37(1): 159-84.
26. Barahani MN. Preliminary research for the Standardization of Raven's progressive matrices test in Iran. *Journal of Psychology* 1998; 5: 205-17.
27. Abdel-Khalek AM. Reliability and facto validity of the standard progressive matrices among Kuwaiti children, ages 8 to 15 years. *Percep M at Skills* 2005; 101(2): 409-12.
28. Thaden E, Rhinewine JP, Lencz T, Kester H, cervellione KL, Henderson I, et al. Early-onset schizophrenia is associated with impaired adolescent development of attentional capacity using the identical pairs continuous performance test. *Schizophrenia Research* 2006; 81: 157-66.
29. Kurtz MM, Ragland JD, Bilker W, Gur RC, Gur RE. Of the continuous performance test with and without working memory demands in healthy controls and patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2001; 48: 307-16.
30. Goldberg T. Some fairly obvious distinction between schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research* 1999; 39: 127-32.
31. Kumar CTS, Christodoulou T, Vyas NS, Kyriakopoulos M, Corrigall R, Reichenberg A, et al. *Schizophrenia Research* 2010; 124(1-3): 152-60.
32. Hasenkamp W, James GA, Boshoven W, Duncan ER. Altered engagement of attention and default networks during target detection in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2011; 125(2-3): 169-73.

Study of Attention Deficit in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder

Kafi SM¹, Karimi T^{2*}, Farrahi H³

¹Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran, ²Unit of Psychology, Shafa Educational-Therapeutic Center, Rasht, Iran, ³ Department of Psychiatry, Guilan University of medical Sciences, Rasht, Iran

Received: 21 Jul 2012 Accepted: 16 Oct 2012

Abstract

Background & aim: Attention deficit has significant effect on the life of patients suffering from schizophrenia and bipolar disorder. The aim of this study was to assess the attention deficit in patients with schizophrenia.

Methods: In the present post-hoc study, 132 patients with schizophrenia and bipolar disorder were selected via non-randomized sampling at Shafa Hospital (Rasht, Iran) and then divided into four equal groups: chronic schizophrenia patients, first-episode patients, chronic bipolar patients, and first-episode bipolar patients. Thirty-three healthy individuals were selected as the control group. Subjects were evaluated by Stroop color-word test. The gathered Data were analyzed by one-way ANOVA.

Results: Attention deficit among chronic schizophrenics and patients suffering from bipolar disease was higher than the control group ($p < 1$). Chronic schizophrenic patients compared with schizophrenia bipolar disease and first round schizophrenia showed more attention deficit. There was no significant difference among the first bipolar disease and schizophrenia, bipolar disorder, as well as the first round schizophrenia ($p < 0.05$).

Conclusion: Attention deficit is more severe in schizophrenic patients than bipolar disorder, and chronicity is more effective in schizophrenic patients.

Key words: Attention, Schizophrenia, Chronicity

*Corresponding Author: Karimi T, Unit of Psychology, Shafa Educational-Therapeutic Center, Rasht, Iran
Email: tamjid.karimi@gmail.com