

مقایسه عملکرد اجرایی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و افسردگی اساسی بدون روان پریشی و افراد بهنجار

اعظم داودی °
دکتر حسن پاشا شریفی °°
دکتر اصغر آقایی °°°
دکتر حمید طاهر نشاط دوست °°°°

چکیده

هدف از انجام این پژوهش مقایسه عملکرد اجرایی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، افسردگی اساسی بدون روان پریشی و افراد بهنجار بود. بدین منظور ۲۸ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، ۲۸ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی بدون روان پریشی و ۲۸ فرد بهنجار به روش نمونه گیری در دسترس از بیمارستان‌های اعصاب و روان شهر تهران انتخاب شدند. هر سه گروه آزمودنی بر اساس متغیرهای سن، جنس و سطح تحصیلات هم‌تا سازی شده و عملکرد اجرایی آنها به وسیله آزمون دسته بندی کارت‌های ویسکانسین مورد ارزیابی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی توکی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در مقایسه با گروه بهنجار در آزمون دسته بندی کارت‌های ویسکانسین ضعیف تر عمل کرده اند ($P < 0/001$). همچنین بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بدون روان پریش نسبت به افراد بهنجار خطاهای در جا ماندگی بیشتری نشان دادند ($p < 0/001$). ولی تفاوت معناداری بین دو گروه از لحاظ متغیر تعداد طبقات و خطاهای خاص مشاهده نگردید. مقایسه دو گروه بیمار نشان داد که گروه اسکیزوفرنیا در مقایسه با گروه افسرده بدون روان پریشی در همه متغیرهای آزمون ویسکانسین عملکرد پایین تری داشتند ($p < 0/001$).

کلید واژگان: عملکرد اجرایی، اسکیزوفرنیا، افسردگی اساسی بدون روان پریشی.

* دانشجوی دکتری روانشناسی؛ واحد علوم و تحقیقات اصفهان

** دانشیار؛ دکتری روانشناسی؛ دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

*** دانشیار؛ دکتری روانشناسی؛ دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

**** دانشیار؛ دکتری روانشناسی بالینی؛ دانشگاه اصفهان

مقدمه

مواجهه با همان مسأله یا مسأله‌ای مشابه در آینده می‌باشد. (گراث و مارنات^۴، ۲۰۰۰)

عملکردهای اجرایی عموماً به وسیله آزمون دسته بندی کارت‌های ویسکانسین^۵ WCST مورد سنجش قرار می‌گیرد. این آزمون در حقیقت یک آزمون تغییر مجموعه است. در الگوهای تغییر مجموعه، آزمودنی باید توجه خود را بین ابعاد مختلف محرک‌ها، بر مبنای باز خورد تقویت کننده، تغییر دهد. بیماران مبتلا به آسیب‌های کانونی لوب پیشانی قادر به بازداری پاسخ قبلی نیستند و در نتیجه نمی‌توانند توجهشان را به محرک‌های مناسب معطوف کنند (گراث و مارنات، ۲۰۰۰). از آنجا که عملکرد در این آزمون با عملکرد لوب پیشانی مرتبط است، نابهنجاری در این آزمون نشان می‌دهد که می‌توان آسیب لوب پیشانی در این بیماران را پذیرفت (هین ریچ و زاک زانیس^۶، به نقل از ولف^۷، ۲۰۰۲).

مطالعات متعددی بدکاری شناختی و نوروسایکولوژیک را در بیماران اسکیزوفرنیا به اثبات رسانده‌اند که شامل نقایصی در انتزاع، کارکرد اجرایی، حافظه کلامی و حل مسأله می‌باشد و این به علت بدکاری قشر پیشانی و گیجگاهی می‌باشد (دانیل^۸ و همکاران، ۱۹۹۱ به نقل از هین ریچ و زاک زانیس، ۱۹۹۸). دلاهانتی^۹ (۱۹۹۶) در مطالعه آسیب‌های اجرایی بیماران اسکیزوفرنیک به این نتیجه رسید که توانایی‌های شناختی نظیر انعطاف پذیری شناختی، حل مسأله، برنامه ریزی و حافظه فعال این بیماران در مقایسه با هم‌تایان بهنجار مختل می‌باشد و آن را به بدکاری

تحقیقات نشان داده‌اند که نقایص شناختی به عنوان یکی از جنبه‌های مهم اسکیزوفرنیا مطرح می‌باشد. به نظر می‌رسد که این نقایص همه بیماران را به درجات گوناگون تحت تأثیر قرار می‌دهد و نتایج درمانی ضعیف و عود مکرر در این گروه از بیماران ناشی از این نقص می‌باشد. این نقایص شناختی در حوزه‌های مختلفی مانند حافظه فعال، حل مسأله، توجه انتخابی، قضاوت، نگهداری توجه، عملکردهای اجرایی^۱ و نظایر اینها مطرح می‌شود (لیو^۲ و همکاران، ۲۰۰۲).

لزاک^۳ (۱۹۹۵)، مفهوم عملکردهای اجرایی را در چهار مؤلفه بیان کرده است: اراده، طراحی رفتار، اعمال هدف مدار و عملکرد مؤثر. عملکردهای اجرایی به عنوان فرآیندهای پیچیده‌ای تعریف می‌شود که در حل مسائل جدید به کار می‌رود. این فرآیند شامل آگاهی از مسأله موجود، ارزیابی آن، تحلیل شرایط مسأله، فرمول بندی هدف‌های خاص، ایجاد مجموعه‌ای از طرح‌ها و نقشه‌هایی که اعمال مورد نیاز برای حل مسأله را مشخص می‌کند، ارزیابی میزان تأثیر بالقوه این نتایج، انتخاب و شروع طرح مورد نیاز برای حل مسأله، ارزیابی پیشرفت در جریان حل مسأله، تغییر طرح در صورت مؤثر نبودن، عدم توجه به طرح‌های غیر مؤثر و تغییر در جهت اجرای طرح‌های مؤثرتر، مقایسه نتایج به دست آمده با نتایج قبلی (در صورتی که طرح جدیدی متناسب با موقعیت مسأله استفاده شود)، اتمام طرح هنگامی که نتایج حاصل رضایت بخش است و در نهایت حفظ طرح و بازایی آن برای

4 Groth-Marnat

5 Wisconsin Card Sorting Test

6 Heinrichs & Zakzanis

7 Wolf

8 Daniel

9 Delahunty

1 executive functions

2 Liu

3 Lezak

وجود داشت و بیماران اسکیزوفرنیا نسبت به دو گروه دیگر به طور معناداری نابهنجاری های بیشتری نشان دادند. آنها در آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین خطاهای در جاماندگی بیشتری نسبت به دو گروه دیگر داشتند. فوساتی^۸ و همکاران (۱۹۹۹) عملکرد اجرایی را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسرده مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که ضعف در عملکردهای سطوح بالاتر مانند مشکل در توحید بخشی اطلاعات به منظور شکل گیری مفهوم، انعطاف ناپذیری شناختی و توانایی اولیه در بیماران افسرده نیز منجر به نقص در عملکرد اجرایی می شود ولی گروه اسکیزوفرنیا به طور کلی عملکرد ضعیف تر و خطای در جا ماندگی بیشتری نسبت به گروه افسرده داشت. این مطالعات نشان می دهد که به تناسب شدت بیماری نوعی زوال پیشرونده در این آزمون به وجود می آید. به عبارت دیگر، هر چه آسیب بیشتر باشد، نقص مشاهده شده نیز بیشتر می شود.

با توجه به تحقیقات ذکر شده و اینکه شدت نقص در عملکرد اجرایی به عنوان یک مؤلفه پردازش اطلاعات می تواند تحت تأثیر وجود یا عدم وجود سایکوز، نیمرخ های متفاوتی داشته باشد و همچنین به دلیل اینکه مطالعات چندانی در این زمینه در نمونه های بالینی در ایران صورت نگرفته است، تحقیق حاضر به بررسی این موضوع پرداخت که آیا عملکردهای اجرایی در آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، افسردگی اساسی بدون سایکوز و نیز افراد بهنجار متفاوت است، ضمن اینکه مقایسه میزان

قشر پیش پیشانی انتساب داد. ارزیابی عملکرد اجرایی در بیماران اسکیزوفرنی نشان داد که این بیماران نقایصی را در آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین نشان می دهند. این نقص موجب ناتوانی آنها در جهت رسیدن به اهداف مناسب رفتاری، استدلال کلامی، انعطاف پذیری شناختی و حل مسأله می شود (هرسین و اوون^۱، ۲۰۰۲). به طور کلی تحقیقات نشان می دهند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با افراد بهنجار در مجموعه ای از تست های نوروپسیکولوژی و به ویژه آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین به طور معناداری عملکرد پایین تری داشته اند و خطای در جاماندگی بیشتری نشان داده اند. که نشاندهنده یک نقص عمومی در پردازش اطلاعات و عملکرد شناختی بیماران اسکیزوفرنیا می باشد (ایلونن و همکاران^۲، ۲۰۰۲، دابان^۳ و همکاران^۴؛ ۲۰۰۶؛ جوزمن و کاتز^۵، ۲۰۰۶).

از سوی دیگر تحقیقات مطرح می کند که عملکرد نابهنجار در این آزمون با استعداد روان پریشی (سایکوز) رابطه دارد و بیماران اسکیزوفرنیا در مقایسه با دیگر اختلالات روانی بدون سایکوز عملکرد ضعیف تری دارند (نلسون^۶ و همکاران، ۱۹۹۸). در پژوهشی مورتیز^۷ و همکاران (۲۰۰۲) به بررسی این نکته پرداختند که آیا بیماران افسرده، اسکیزوفرنیا و وسواسی - جبری نیمرخ های مشخصی را در آزمون هایی که به عملکرد لوب پیشانی حساس هستند نشان می دهند یا خیر؟ نتایج نشان داد که بین سه گروه در عملکردهای تفاوت

8 Fossati

1 Harrison & Owen
2 Ilonen
3 Daban
4 Bozikas
5 Jasman & Katz
6 Nelson
7 Moritz

مصاحبه بالینی انتخاب شدند که در این مصاحبه سابقه مراجعه به روانپزشک یا روانشناس و ابتلا به اختلال روانشناختی و همچنین آسیب مغزی و اختلال نورولوژیکی خاصی وجود نداشت و هیچ یک از خویشاوندان درجه اول آنها هم به بیماری روانی مبتلا نبودند.

در این پژوهش برای اندازه گیری عملکردهای اجرایی، آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین مورد استفاده قرار گرفت. این آزمون به کوشش گرانت و برگ در سال ۱۹۴۸ (به نقل از فالگاتر و استریک^۱، ۱۹۹۸) تدوین و برای رفتار انترآعی، تغییر مجموعه و عملکردهای اجرایی تهیه گردید. به آزمودنی دسته ای از ۶۴ کارت ارائه می شد که در روی آنها یک الی چهار نماد (شکل) به صورت مثلث قرمز، ستاره سبز، صلیب زرد و دایره آبی نقش بسته است و هیچ دو کارتی شبیه به هم یا تکراری نیست. وظیفه آزمودنی این است که بر اساس استنباط از الگوی مورد استفاده آزماینده نسبت به جای گذاری کارتها اقدام نماید. این الگو عبارت است از یک مثلث قرمز، دو ستاره سبز، سه صلیب زرد و چهار دایره آبی و اساس دسته بندی و جای گذاری کارت ها به ترتیب رنگ، شکل و تعداد نمادها می باشد که آزمونگر بدون اطلاع آزمودنی در نظر می گیرد. وقتی آزمودنی بتواند ده کارت را به طور متوالی بر اساس رنگ دسته بندی کند، آزمونگر ملاک رابر مبنای شکل در نظر می گیرد و آزمودنی باید این تغییر را با توجه به گفته «درست است» و «درست نیست» آزماینده متوجه شود و ملاک جدید را پیدا کند. پس از ده جای گذاری صحیح بر اساس شکل، آزماینده ملاک را تغییر می دهد و تکرار را به عنوان ملاک بعدی در نظر می گیرد. آزمون تا آنجا ادامه می یابد که آزمودنی جایگزین ده کارت

نقص در عملکرد اجرایی در دو گروه بیمار نیز از اهداف پژوهش حاضر بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ روش شناسی از نوع علی-مقایسه ای بود که در آن سه گروه آزمودنی، شامل بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا، اختلال افسردگی اساسی بدون روان پریشی و افراد بهنجار بررسی شدند. بدین منظور ۲۸ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا (۱۶ مرد و ۱۲ زن) و ۲۸ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی بدون روان پریشی (۱۶ مرد و ۱۲ زن) از بین بیماران بستری شده در بیمارستان های آزادی، ایرانیان و لواسانی شهر تهران به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. دامنه سنی آنها ۱۹ تا ۵۰ سال بود که از لحاظ مدت زمان بستری تطابق داده شده بودند. گروه بهنجار نیز شامل ۲۸ نفر از دانشجویان و کارکنان دانشگاه بودند که از نظر جنس، سن و میزان تحصیلات با گروه بیماران هممتاسازی شدند.

ملاک انتخاب بیماران در دو گروه تشخیص روانپزشک و انجام مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس معیارهای VI SCID-DSM-IV-TR^۱ توسط یک روانشناس بالینی بود. به این صورت که اگر تشخیص مطرح شده بر اساس مصاحبه با تشخیص روانپزشک همخوان بود، فرد برای مطالعه انتخاب می شد. به علاوه معیارهای زیر در انتخاب آزمودنی های بیمار مورد نظر قرار گرفتند: نداشتن تشخیص همزمان اختلال مصرف مواد، الکل، نداشتن صرع، اختلال بیش فعالی و نقص توجه، آسیب مغزی، عقب ماندگی ذهنی، دمانس و در نهایت حداکثر مدت بستری دو سال. آزمودنی های گروه بهنجار از طریق انجام

2 Fallgatter & Strik

1 Structured Clinical Inter for DSM-IV axis I disorders

دسته بندی را ادامه می دهد و همچنین زمانی که در اولین سری، در دسته بندی بر اساس یک حدس غلط اولیه پافشاری می کند، خطای در جا ماندگی وجود دارد. خطای در جاماندگی برای مستند کردن مشکلات در زمینه شکل گیری مفاهیم، سود بردن از تصحیح و انعطاف پذیری ادراکی مفید و قابل استفاده است. خطای دیگر تحت عنوان خطاهای خاص در نظر گرفته می شود. خطاهای خاص ممکن است نشان دهنده تخمین یا حدس آزمودنی، گم کردن روال اصلی دسته بندی جاری یا تلاش برای اختراع کردن یک طرح پیچیده باشد.

بر اساس کار گلدبرگ و وین برگر^۱ (۱۹۸۸) این آزمون به عنوان یکی از حساس ترین آزمون های مربوط به قشر جلوی پیشانی و پشتی - جانبی در نظر گرفته می شود. اندرسون^۲ و همکاران (۱۹۹۱) نیز عملکرد در این آزمون را به عنوان مقیاس اندازه گیری قطعه پیشانی مورد تأکید قرار داده اند. لزاک (۱۹۹۵) میزان روایی این آزمون را برای سنجش نقایص شناختی به دنبال آسیب های مغزی، بالای ۸۶٪ ذکر کرده است. پایایی این آزمون نیز بر اساس ضریب توافق ارزیابی کنندگان در مطالعه اسپرین و استراوس^۳ (۱۹۹۱) معادل ۸۳٪ گزارش شده است. نادری (۱۳۷۳) پایایی این آزمون را در جمعیت ایرانی با روش باز آزمایی ۸۵٪ ذکر نموده است.

را برای شش مرتبه انجام دهد (یعنی سه ملاک هر کدام دو مرتبه استفاده شود) و ۶۴ کارت را در یک طبقه قرار داده یا به طور خود به خودی اصل زیر بنای مذکور را گزارش دهد مثلاً بگوید «شما مرتباً اصل را تغییر می دهید، از تعداد طرح ها به شکل آنها یا رنگ می روید و به دنبال آن برگشت مجدد دارید.»

اگر دسته کارت های متحرک قبل از اینکه عملیات ۶ بار با موفقیت انجام شود، خراب گردد کارت ها از اول منظم مرتب گردیده و آن دسته کارت مجدداً به کار برده می شود. معمولاً بعد از اینکه ۳۰ الی ۴۰ کارت اشتبهاً جای گذاری شده باشد و به نظر برسد که آزمودنی رغبتی در درک و فهمیدن تکلیف ندارد، آزمون را متوقف می نماییم (لزاک، ۱۹۹۵).

آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین را می توان به چندین روش نمره داد. رایج ترین شیوه نمره گذاری، ثبت تعداد طبقات به دست آمده و خطای در جاماندگی می باشد. طبقات به دست آمده به تعداد دوره های صحیح یا به عبارت دیگر ده جای گذاری صحیح متوالی اطلاق می شود که این تعداد در دامنه ای از صفر (برای بیمارانی که ابتدا اصل یکی آزمون را دریافت نمی کنند) تا شش که در این حالت آزمون طبیعتاً متوقف می شود، قرار می گیرد. موافقی که آزمودنی بر طبق اصل موفقیت آمیز قبلی

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سن و سطح تحصیلات سه گروه آزمودنی

بهنجلر		افسردگی اساسی بدون روان پریشی		اسکیزوفرنیا		گروه ها شاخص
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۹/۲۴	۳۶/۹۳	۸/۴۲	۳۶/۵۱	۹/۰۱	۳۷/۲۷	سن
۳/۲۳	۹/۷۱	۳/۱۱	۹/۲۳	۳/۴۸	۹/۴۳	سطح تحصیلات

1 Goldberg & Weinbe

2 Anderson

3 Spreen & Strauss

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین

گروهها		اسکیزوفرنیا		افسردگی اساسی بدون روان پریشی		بهنجار
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تعداد طبقات		۲/۸	۲/۰۱	۴/۷	۱/۴	۵/۲
خطای در جاماندگی		۳۴/۷	۳/۲	۲۱/۰۳	۲/۵	۱۷/۳
خطای خاص		۲۵/۶	۵/۳	۲۱/۴	۴/۶	۲۰/۹

یافته ها پژوهش

در متغیرهای عملکرد اجرایی آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین (تعداد طبقات، خطای در جاماندگی و خطاهای خاص) از تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد، نتایج این تحلیل در جدول ۳ آمده است. آزمون لوین برای همگنی واریانس ها برای تعداد طبقات، برای خطای در جاماندگی، برای خطاهای خاص معنادار نبود، در نتیجه فرض همسانی واریانس ها برقرار بود.

نتایج این جدول نشان می دهد که گروه ها در هر سه متغیر آزمون ویسکانسین تفاوت معناداری با یکدیگر دارند ($P < 0/001$). همچنین نتایج مشخص کرد که عضویت گروهی ۲۷ درصد از واریانس نمرات تعداد طبقات، ۷۳ درصد از واریانس در نمرات خطای در جاماندگی و ۳۰ درصد از واریانس در نمرات خطای خاص را تعیین می کند. به منظور بررسی معنی داری تفاوت میانگین های گروه ها آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. انجام این تحلیل نشان داد که در مورد هر سه متغیر

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سه گروه آزمودنی در متغیرهای جمعیت شناختی سن و سطح تحصیلات ارائه شده است. آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که گروه ها از لحاظ متغیرهای مذکور تفاوت معناداری نداشتند. بنابر این سه گروه از لحاظ متغیرهای سن و سطح تحصیلات همتا بودند.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات سه گروه آزمودنی ها در متغیرهای تعداد طبقات، خطای در جاماندگی و خطاهای خاص آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین را نشان می دهد. همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می شود میانگین خطای در جاماندگی و خطای خاص در دو گروه بالینی (افسردگی اساسی بدون روان پریشی و اسکیزوفرنیا) به مراتب بیشتر از گروه بهنجار بوده است.

به منظور بررسی فرضیه اول تحقیق مبنی بر تفاوت عملکرد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، افسردگی اساسی بدون روان پریشی و افراد بهنجار

جدول ۳. آزمون F برای متغیرهای آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین

متغیرها (منبع تغییرات)	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذورات
تعداد طبقات	۲	۸/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷
خطای در جاماندگی	۲	۵۲/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
خطای خاص	۲	۲۲/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۳۰

ویژه در کارکردهای اجرایی در تحقیقات بسیاری تأیید شده است. نتیجه حاصل با یافته های ایلونن و همکاران (۲۰۰۰)، مورتیز و همکاران (۲۰۰۲)، دابان و همکاران (۲۰۰۲)، کاوالارو و همکاران (۲۰۰۳)، بوزیکاس و همکاران (۲۰۰۶)، جوز من و کاتز (۲۰۰۶) همسو است. با توجه به اینکه در آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین آزمودنی باید معیار طبقه بندی در هر طبقه رادرک و سپس آن را حفظ کند و در زمانی دیگر بر اساس پردازش باز خورد های محیطی آن را به معیار خاص دیگری تغییر دهد لذا این آزمون دربر گیرنده فرآیند های یادگیری، درک راهبرد مورد نیاز و حل مسأله است.

عملکرد ضعیف بیماران اسکیزوفرنیا در این آزمون نشان می دهد که این بیماران قادر به طراحی مؤثر رفتار و انجام یک سلسله اعمال معنادار برای دستیابی به هدف نیستند. به عبارتی دیگر تفکر انتزاعی را از دست داده اند و قادر به طرح ریزی حالت های مختلف برای یک هدف و انتخاب از میان آنها نیستند. همچنین میانگین بالای خطای در جاماندگی (۳۴/۷) این بیماران نقص در عملکرد مؤثر در اسکیزوفرنیا را نشان می دهد که در نهایت این خطا باعث می شود بیمار اسکیزوفرن به تعداد طبقات کمتری نیز دست پیدا کند.

گراث و مارات (۲۰۰۰) عملکرد مؤثر را شامل تنظیم راهبردها در جهت اهداف مورد نظر و مقایسه راهبردهای به کار گرفته شده با هدف مورد نظر معرفی می کنند. این موضوع نیازمند این است که افراد قادر به تنظیم رفتارها در جهت هدف مورد نظر باشند. اگر پیشروی در جهت هدف کافی نباشند، افراد باید به تغییر طرح در جهت پاسخ مؤثر پردازند به علاوه هنگامی که به هدف رسیدند، باید اعمالشان را خاتمه دهند و در نهایت طرح های مؤثر

تعداد طبقات، خطای در جاماندگی و خطای خاص بین گروه اسکیزوفرنیا با گروه بهنجار در سطح $P < 0/0001$ تفاوت معناداری وجود دارد و گروه بیماران اسکیزوفرنیا عملکرد ضعیف تری داشتند. مقایسه گروه بهنجار و گروه بیماران مبتلابه افسردگی بدون روان پریشی نشان داد که در متغیر تعداد طبقات و خطای خاص بین دو گروه تفاوت معناداری موجود نمی باشد، اما تفاوت بین دو گروه از لحاظ خطای در جاماندگی معنی دار بود و گروه افسرده خطای در جاماندگی بیشتری نشان دادند ($P < 0/001$).

همچنین آزمون توکی نشان داد که تفاوت میانگین گروه بیماران مبتلابه اسکیزوفرنیا نسبت به گروه بیماران مبتلابه افسردگی بدون روان پریشی در هر سه متغیر آزمون ویسکانسین از لحاظ آماری معنی دار بود (در هر سه متغیر آزمون $P < 0/001$). در نتیجه آسیب در عملکردهای اجرایی بین دو گروه بیمار به صورت متفاوتی می باشد و بیماران اسکیزوفرنیا در این عملکرد به صورت بسیار ضعیف تری عمل کردند و میانگین خطای های بیشتر و طبقات کمتری را نشان دادند.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش عملکرد اجرایی بیماران مبتلابه اسکیزوفرنیا، افسردگی اساسی بدون روان پریشی و افراد بهنجار در آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان دادند که عملکرد اجرایی بیماران اسکیزوفرنیا نسبت به افراد بهنجار در این آزمون به طور معناداری ضعیف تر می باشد، به این صورت که خطاهای در جاماندگی بیشتری را مرتکب شدند و به تعداد طبقات صحیح کمتری دست یافتند. آسیب عملکرد شناختی در اختلال اسکیزوفرنیا به

از طرفی عملکرد ضعیف تر بیماران اسکیزوفرنیا در این آزمون، این مسئله را مطرح می کند که عملکرد پایین تر در آزمون ویسکانسین با استعداد روان پریشی رابطه دارد که با تحقیق مورتیز و همکاران (۲۰۰۲) همسومی باشد. بنابراین می توان نیمرخ های متفاوتی از این آزمون را با توجه به وجود یا فقدان روان پریشی در اختلالات روانی مختلف ترسیم کرد و به نظر می رسد که وجود روان پریشی در اسکیزوفرنیا می تواند نیمرخ آسیب دیده تری را در آزمون های سنجش عملکرد اجرایی به وجود آورد. نتایج همچنین نشان داد که بیماران افسرده اساسی بدون روان پریشی به طور معناداری خطای در جاماندگی بیشتری نسبت به افراد بهنجار داشتند ولی در متغیر تعداد طبقات بین دو گروه تفاوت معنادار وجود نداشت، اگرچه میانگین گروه افسرده (۴/۷) پایین تر از افراد بهنجار (۵/۲) بود. این یافته با تحقیقات فوساتی و همکاران (۱۹۹۹) و مورتیز و همکاران (۲۰۰۲) همخوان بود. در تبیین این یافته می توان گفت که در این گروه بیماران نیز نقایص شناختی وجود دارد ولی به دلیل آسیب کمتر لوب پیشانی میزان نقص در سطح پایین تری قرار دارد. بنابراین به دلیل عدم توجه به باز خورد های محیطی و عدم وجود خود تنظیمی خطای در جاماندگی بیشتری نسبت به افراد بهنجار وجود دارد. اما به علت اختلال کمتر در انعطاف پذیری شناختی و حافظه کاری می توانند در نهایت به تعدادی از طبقات دست پیدا کنند و تفاوت معناداری با افراد بهنجار نداشته باشند. اگرچه طبقات کمتری نشان دادند ولی سازماندهی مفهومی در این بیماران از بین نرفته بود. با توجه به یافته های این تحقیق و با در نظر گرفتن این موضوع که نقایص شناختی می تواند در طبقات مختلف اختلالات روانی وجود داشته باشد و در بعضی اختلالات به صورت نیمرخ های اختصاصی

باید در حافظه دراز مدت ذخیره شود تا هنگامی که افراد با موقعیت های مشابه روبه رو می شوند، بتوانند آن را باز یابی کنند. به نظر می رسد که بیماران اسکیزوفرنیا در این فرآیندها ناتوانند که منجر به مشکلات معنی دار در حل مسأله این بیماران می شود. این نقایص شناختی می تواند در نتیجه کندی پردازش اطلاعات شناختی به علت آسیب لوب پیشانی رخ دهد.

از سوی دیگر این تحقیق نشان داد که بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و افسردگی اساسی بدون روان پریشی نیز در تمام متغیرهای آزمون ویسکانسین تفاوت معنادار وجود دارد و بیماران اسکیزوفرنیا خطای در جاماندگی بیشتر و تعداد طبقات کمتری نسبت به گروه افسرده بدون روان پریشی داشتند. این نتیجه با یافته های تحقیقات فوساتی و همکاران (۱۹۹۹)، مورتیز و همکاران (۲۰۰۲) و پیلک - هابرم، پاول ولیپ لو (۲۰۰۵) همخوانی دارد.

وجود تفاوت معنی دار در خطای در جاماندگی و تعداد طبقات بین دو گروه بیمار به این معناست که بیماران اسکیزوفرنیا از نظر توانایی انتزاع، جستجوی سازمان یافته و توانایی استفاده از باز خورد محیطی برای تغییر آمایه شناختی ضعیف تر از بیماران افسرده اساسی بدون روان پریشی عمل کرده اند و به طور کلی کار کردهای انعطاف پذیری شناختی و مفهوم سازی در بیماران اسکیزوفرنیا در سطح خیلی پایین تری قرار گرفته است. این امر ممکن است مربوط به این موضوع باشد که اساسا اشکال در انعطاف پذیری شناختی و مفهوم سازی که مربوط به بدکاری قشر پشتی - جانبی لوب پیشانی است و آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین نسبت به آن حساس می باشد (گلدبرگ و وین برگر، ۱۹۸۸)، سیمایه اختصاصی اسکیزوفرنیاست.

نمایانگر شود، پیشنهاد می شود که در تحقیقات دیگر سایر جنبه های شناختی اختلال اسکیزوفرنیا با دیگر اختلالات طبقات تشخیصی با استفاده از دیگر آزمون های نوروپسیکولوژیک مورد بررسی قرار گیرند تا نیمرخ های شناختی خاص برای تعدادی از جنبه های شناختی هر اختلال مشخص شود و همچنین بتوان با تشخیص آسیب های شناختی در هر گروه از بیماران پیش آگهی مثبت یا منفی آنها را در ابتدای امر تشخیص داد و با متمرکز نمودن درمان برای تعدیل نقایص شناختی در جهت تسریع بهبود نشانه ها، علائم و جلوگیری از عود مجدد حرکت کرد.

در پایان خاطر نشان می سازیم که عدم امکان کنترل دقیق دوز داروهای مصرفی در دو گروه بالینی، عدم بررسی دقیق اثر تجویز داروها و عدم کنترل بهره هوشی آزمودنی ها از محدودیت های پژوهش حاضر می باشد.

منابع

نادری، ن، عشایری، ح، و یاسمی، م. (۱۳۷۳). بررسی پردازش اطلاعات و برخی از عملکردهای نوروپسیکولوژی مبتلایان به اختلال وسواسی فکری - عملی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتوروانپزشکی تهران.

- Anderson, S. W., Damasio, H., Jones, R. D., & Tranel, D. (1991). Wisconsin Card Sorting Test performance as a measure of frontal lobe damage. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 13, 909-922.
- Bazikas, V. B., Kosmidis, M. H., Kiowsseoglou, G., & Karavatos, A. (2006). Neuropsychological profile of cognitively impaired patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 136-143.
- Cavallaro, R., Cavedini, P., Mistretta, P., Bassi, T., Angelone, S. M., Ubbiali, A., & Bellodi, L. (2003). Basal _ corticofrontal circuits in schizophrenia and obsessive – Cimpulsive disorder. *Biological psychiatry*, 7, 437-443.
- Daban, C., Amado, I., Bayle, F., Gut, A., Willard, D., Bourdel, M. C., Loo, H., Olie, J. P., Millet, B., Krebs, M. O., & Poirier, M. F. (2002). Correlation between clinical syndromes and neuropsychological tasks in unmediated patients with recent onset schizophrenia. *Psychiatry Research*, 113, 83- 92.
- Delahunty, A. & Morice, R. (1996). Frontal executive impairments in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 125-137.
- Fallhatter, A. J., & Strik, N. K. (1998). Frontal brain activation during the Wisconsin Card Sorting Test assessed with two -channel near - infrared spectroscopy. *European Archives of Psychiatry and clinical Neuroscience*. 248(5), 245-249.
- Fossati, P., Amar, G., Raoux, N., Ergis, A. M., & Allilahre, J. F. (1999). Executive functioning and Verbal memory in young patients with unipolar depression and schizophrenia. *Psychiatry Research*, 89(3), 171-187.
- Goldberg, T., & Weinberger, D. R. (1988). Probing prefrontal function in schizophrenia with neuropsychological paradigms. *Schizophrenia Bulletin*. 14, 149, - 183.
- Groth- Marnat, G. (2000). *Neuropsychological assessment in clinical practice: A guide to test interpretation and integration*. New York: John, Wiley & sons, Inc.

- Harrison, J. E. , & Owen, A. D. (2002). Cognitive deficits in brain disordered. Taylor and Franncce, 217- 249.
- Heinrichs, R. , & Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12(3), 426- 445.
- Ilonen, T. , Taiminen, T. , Lauerma , H. , Karlsson, H. , Helenins, H. Y. M. , Tuimala, P. , Leinonen, K. M. , Wallenius, E. , & Salokangas , R. K. (2000). Impaired Wisconsin Card Sorting Test performance in first- episode schizophrenia: Resource or motivation deficit? *Coprehensive Psychiatry*, 41 , 384 -391.
- Josam , N. , & Katz, N. (2006). Relationships of categorization on tests and daily tasks in patients with schizophrenia, post- stroke patients and healty controls. *Psychiatry Research*, 141, 15- 28.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment*. Newyork :Oxford University Press.
- Liu, S. K. , Chiu, C. H. , Chang, C. J. , Hwang, T. J. , Hwu, H. G. , & Chen , W. J. (2002). Difcits in sustained attention in schizophrenia and affective disorder: Stable Versus state – dependent markers. *American Journd of psychiatry* , 159(6), 975- 982.
- Moritz, S. , Birkner, C. , Kloss. M. , Jahn, H. , Hand, I. , Haasen, G. , & Krausz. (2002). Ex-ecutive functioning in obsessive – compulsive disorder, unipolar depression, and schizophrenia. *Archives of Clinical Neuropsychology* , 17, 477-483.
- Nelson, E. B. , Sax, K. W. , & Strakowski, S. M. (1998). Attentional performance in patients with psychotic and nonpsychotic major depression and schizophrenia. *American Jurnal of Psychia-try*, 15, 137 -139.
- Paeleck – Habermann, Y. , Pohl, J. , & Leplow, B. (2005). Attention and executive function in remitted major depression patients. *Journal of Affective Disorders*, 89 , 125 – 135.
- Spreen, O. , & Strauss, E. (1991). *A compendium of neuropsychological tests*. Oxford : Oxford University Press.
- Wolf, L. E. , Cornblatt, B. A. , Shapiro, B. M. , & Erlenmeyer –Kimling, L. (2002). Wisconsin card sorting deficits in the offspring of schizophrenics in the New York high- risk project. *Schizophre- nia Reseach*, 57 (2-3), 173- 182.

تاریخ وصول: ۸۸/۹/۳

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۰/۸