

## مقایسه حافظه در افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و افراد بهنجار

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۴

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۲۲

نازنین خیرخواهان\*، محمود نجفی\*\*، محمد علی محمدی فر\*\*\*، نادیا ثقفی\*\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** اختلال شخصیت اسکیزوتایپال به عنوان شکل خفیفی از اسکیزوفرنیا، متشکل از علائم شناختی، ادراکی و عاطفی است و کارکرد طبیعی بسیاری از توانایی‌های شناختی را مختل می‌کند. هدف پژوهش حاضر مقایسه عملکرد شناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و افراد بهنجار بود.

**روش:** این پژوهش از نوع تحقیقات علی-مقایسه‌ای بود. نمونه‌ای به حجم ۹۰ نفر (۳۰ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با مصرف دارو)، ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو) با ۳۰ فرد بهنجار از بین مراجعان مراکز درمانی دولتی و خصوصی خدمات روانپزشکی به روش نمونه‌گیری ملاک محور انتخاب شدند. به منظور بررسی عملکرد شناختی از آزمون‌های حافظه و کسلر و دو خرده‌مقیاس گنجینه لغات و فراخانای ارقام آزمون هوش و کسلر استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که عملکرد شناختی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و افراد بهنجار از لحاظ آماری دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشد. نتایج بیانگر نمرات پایین‌تر گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با و بدون مصرف دارو) از گروه مقایسه در مقیاس‌های اطلاعات شخصی، کنترل ذهنی، حافظه منطقی، یادگیری تداعی‌ها، لیست لغات و حافظه عددی بود. همچنین نتایج نشان داد که گروهها در مقیاس‌های جهت‌یابی و حافظه بینایی به لحاظ آماری تفاوت معنادار دارند. به این معنا که نمرات دو گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با و بدون مصرف دارو) پایین‌تر از گروه مقایسه بود؛ اما گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال در جهت‌یابی و حافظه بینایی مشابه بودند.

**نتیجه‌گیری:** نارسایی شناختی عمده بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال در حافظه کاری، حافظه دیداری، حافظه منطقی و توجه و تمرکز است. نکته قابل تأمل در پژوهش حاضر نارسایی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال در عملکرد شناختی همچون حافظه و کنترل ذهنی است.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، حافظه

\*nazikheirkhahan@gmail.com

m\_najafi@semnan.ac.ir

alimohammadyfar@yahoo.com

nsaghafy@yahoo.com

\*کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

\*\* نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

\*\*\* استادیار، گروه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

\*\*\*\* روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

## مقدمه

اسکیزوتایپی<sup>۱</sup> سازه ای چند بعدی و متشکل از مجموعه صفات رفتاری، ادراکی، فکری، شناختی و عاطفی است [۱]. اختلال شخصیت اسکیزوتایپال نیز به عنوان شکل خفیف و غیر بالینی و نیز شخصیت پیش نشانه ای<sup>۲</sup> اسکیزوفرنیا [۲،۳] و متشکل از علائم شناختی، ادراکی و عاطفی تعریف شده است [۴]. از نظر تشخیصی ملاکهای آن شامل تفکر سحرآمیز، تجربه های ادراکی نامعمول<sup>۳</sup>، تفکر و گفتار عجیب و غریب، اندیشه پردازی پارانویایی، اضطراب اجتماعی و رفتار های عجیب و غیرعادی و ظرفیت اندک برای برقراری روابط نزدیک و صمیمانه است [۵]. با این وجود، ویژگی اصلی این اختلال یک الگوی فراگیر از کاستی های اجتماعی و بین فردی است که با مشکلات شناختی یا ادراکی مشخص می شود. یکی از عناصری که در تعریف اختلال شخصیت مطرح می شود، شناخت است که شامل روشی است که فرد خود و دیگران و سایر حوادث را درک و تفسیر می کند [۵]. نتایج پژوهشها حاکی از ارتباط ابعاد اسکیزوتایپی و عملکرد شناختی می باشد. چند بررسی تحلیل عاملی از شخصیت اسکیزوتایپی بر اساس مقیاس صفات اسکیزوتایپی که پرکاربردترین ابزار در پژوهشهای حوزه روانپزشکی است، نشان داده است که اسکیزوتایپی یک صفت تک بعدی نیست [۶]. پژوهشی در نمونه ۴۲۰ نفری بزرگسال، سه عامل تفکر سحرآمیز<sup>۴</sup> تجربه های ادراکی نامعمول و اندیشه پردازی پارانوئید<sup>۵</sup> را گزارش کرده است [۷]. این یافته در پژوهش های دیگر نیز تأیید شده است [۸].

نتایج پژوهشی در ایران سه عامل تجربه های ادراکی نامعمول، « سوء ظن پارانوئید و اضطراب اجتماعی» و تفکر سحرآمیز را در بزرگسالان گزارش کرده است [۹]. سه بررسی تحلیل عاملی روی نوجوانان نیز همان سه عامل تفکر سحرآمیز، تجربه های ادراکی غیرعادی و اندیشه پردازی پارانوئید را تکرار کردند [۶،۱۰،۱۱]. همچنین اختلال شخصیت اسکیزوتایپال معمولاً نوعی پیش زمینه برای

اسکیزوفرنیا به حساب می آید [۱۲]. این آمادگی با آسیب های عصب شناختی، عصب زیست شناختی، روانپزشکی و عصب روان شناختی در بستگان درجه اول غیر روان پریش و غیر اسکیزوتایپال بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مشخص است [۱۳]. اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در بستگان افراد اسکیزوفرنیا فراوان دیده می شود. حتی در برخی افراد، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال نشانه ای برای آغاز اسکیزوفرنیاست. بنابراین، صفات اسکیزوتایپال و نشانه های اسکیزوفرنیا نقاط گوناگونی روی یک پیوستار و هماهنگ با پیش فرض های الگوی تنیدگی-آسیب پذیری<sup>۶</sup> نشان گر درجات گوناگونی از خطر هستند [۱۰]. گمان می رود که مشابه اسکیزوفرنیا، هم عوامل محیطی و هم عوامل ژنتیکی در ابتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال نقش دارند [۱۴]. پژوهشگران معتقدند که اختلالات شخصیت ریشه در کودکی فرد دارند و تا سالهای بزرگسالی ادامه می یابند و به قدری با فرد عجین می شوند که تعیین زمان شروع آنها کار مشکلی می باشد [۱۵]. به طور کلی عملکرد شناختی<sup>۷</sup> بر حافظه، یادگیری، سرعت پردازش اطلاعات، ادراک دیداری فضایی و عملکرد اجرایی متمرکز است. اعتقاد به این که ساختارهای شناختی - هیجانی پایدار، علت آسیب پذیری فرد در برابر اختلالات روانی است، موضوعی اساسی در نظریه های شناختی است. همچنین ارزیابی های نوروسایکولوژیک از عملکرد شناختی بیماران اسکیزوتایپی اغلب شامل آسیب هایی در توجه، زمان یادآوری و توانایی حل مسئله است [۱۶].

آسیب شناختی عمده این بیماران در مفهوم سازی، استدلال منطقی، سازمان بندی ادراکی، هماهنگی دیداری - حرکتی، تفکر انتزاعی، توجه و تمرکز است و نتایج پژوهشها حاکی از آن است که پایاترین خرده مقیاس نسبت به آسیب روانی، اطلاعات عمومی و خزانه لغات است [۱۷]. از آنجایی که مطالعات طولی نیز نشان داده اند که اختلالات شناختی تعیین کننده مهم نتایج کوتاه مدت و درازمدت عملکرد این بیماران است، لذا این سوال مطرح می شود که نیمرخ شناختی این بیماران چگونه است. امروزه، یکی از مهمترین چالش های پیش روی آسیب شناسی روانی، مطالعه

1. Schizotypal
2. Prodromal
- 3 Unusual perceptual experiences
4. magical thinking
5. paranoid ideation

6. Stress-vulnerability model

7. Cognitive performance

ویژگی‌هایی (نظیر عملکرد شناختی) است که افراد آسیب پذیر را مبتلا به اختلالات روانی می کند. از سوی دیگر، توجه به عملکرد شناختی افراد و پژوهش در این زمینه می تواند نقش مهمی در پیشگیری از اختلالات شخصیت (مثل اختلال شخصیت اسکیزوتایپال) در دوران کودکی و بزرگسالی داشته باشد. با این وجود، با توجه به اهمیت اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، تأثیر آن بر عملکرد شناختی افراد، اندک بودن مطالعات موجود در این زمینه و توجه کمتر به این مسئله در بررسی های انجام شده، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین عملکرد شناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و افراد بهنجار تفاوت وجود دارد؟

## روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر پس رویدادی، از نوع علی-مقایسه ای است.

**آزمودنی ها:** این مطالعه شامل دو جامعه پژوهشی بود که نمونه های بالینی در بازه زمانی سه ماهه در سال ۱۳۹۲ از میان کلیه مراجعان مراکز درمانی دولتی و خصوصی خدمات روانپزشکی شهرستان سمنان که توسط روانپزشک تشخیص اختلال شخصیت اسکیزوتایپال دریافت کرده بودند و نمونه بهنجار از میان همراهان بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی انتخاب شدند. نمونه آماری مشتمل بر ۹۰ نفر بود که ۳۰ نفر در گروه اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با سابقه مصرف دارو) و ۳۰ نفر در گروه اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون سابقه مصرف دارو) به شیوه نمونه گیری ملاک محور انتخاب شده و با ۳۰ فرد بدون سابقه آسیب روانپزشکی یا روانشناختی که از نظر متغیرهای سن ( $F=0/513$ ،  $P>0/05$ )، تحصیلات ( $x^2=8/486$ ،  $P>0/05$ ) و وضعیت تأهل ( $x^2=2/388$ ،  $P>0/05$ ) با گروه نخست همتا شده بودند، مورد مقایسه قرار گرفتند. ملاک های ورود برای نمونه بالینی: ۱- رضایت بیمار برای شرکت در پژوهش ۲- تحصیلات حداقل پنجم دبستان ۳- سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، در نظر گرفته شد. همچنین افراد گروه اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون سابقه مصرف دارو) برای اولین بار به روانپزشک مراجعه و تشخیص اختلال شخصیت اسکیزوتایپال را دریافت کرده

بودند. معیار خروج سابقه ابتلا به اختلال های روانپزشکی-روانشناختی بود.

## ابزار

۱- آزمون تجدید نظر شده وکسلر: متشکل از مجموعه آزمونهای هوش مرکب است که به صورت فردی اجرا می شود. این مقیاس حوزه های مختلف توانایی هوشی را می سنجد. فراخانی ارقام و گنجینه لغات از مجموعه خرده آزمونهای وکسلر بزرگسالان می باشند. در اعتباریابی فرم فارسی این مقیاسها که بر روی افراد سنین ۶۴-۱۶ سال در شهر شیراز صورت گرفت، ضریب بازآزمایی برای خرده آزمونها و ترکیبها از ۰/۲۸ تا ۰/۹۸ به دست آمد، همبستگی برای خرده مقیاس فراخانی ارقام ۰/۶۸ و برای گنجینه لغات ۰/۷۳ به دست آمد [۱۷].

۲- آزمون حافظه وکسلر: این آزمون به عنوان مقیاس عینی برای ارزیابی حافظه به کار برده می شود و نتیجه تحقیق و بررسی در زمینه حافظه عملی، ساده و فوری بوده و اطلاعاتی را برای تفکیک اختلالات عضوی و کنشی حافظه به دست می دهد. زمان لازم برای اجرای این آزمون به طور متوسط ۱۵ دقیقه است و شامل ۷ آزمون-فرعی: ۱- آگاهی شخصی در مورد مسائل روزمره و شخصی ۲- آگاهی نسبت به زمان و مکان ۳- کنترل ذهنی ۴- حافظه منطقی ۵- تکرار ارقام رو به جلو و معکوس ۶- حافظه بینایی ۷- یادگیری تداعی-ها، می باشد. راهنمای WMS-III / WAIS-III بیانگر آن است که همسانی درونی برای خرده مقیاس اولیه دارای دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ در مورد همه گروههای سنی است. سالیوان بیان می دارد که ضرایب اعتبار باز آزمایی برای همه گروههای سنی با فاصله زمانی ۲ تا ۱۲ هفته اغلب دارای دامنه ای بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۲ برای خرده مقیاس های فردی و ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ برای شاخص ها بود [۱۸].

۳- مصاحبه SCID-II: یک مصاحبه نیمه ساختار یافته برای ارزیابی ۱۰ اختلال شخصیتی محور ۲ در DSM IV TR- است. همچنین برای اختلال شخصیت افسرده و منفعل - پرخاشگر نیز، به کار می رود. با استفاده از این مصاحبه می توان هم به صورت مطلق (وجود یا عدم وجود اختلال) و هم به صورت ابعادی (با توجه به شماره اختلال شخصیتی که کد دریافت می کند) اختلال محور ۲ را تشخیص گذاری کرد. فوگلسون، نچترلین، آسارنو، ساباتنیک

خروج، پژوهش در طی سه ماه انجام شد. پس از کسب رضایت از بیماران برای شرکت در این پژوهش کار با آزمون حافظه و کسلر شروع شد و خرده مقیاس‌های هوش و کسلر نیز اجرا شد. برای گروه بهنجار نیز با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، پرسشنامه در طی سه ماه بین همراهان بیماران مراجعه کننده به همان مراکز درمانی اجرا گردید. اطمینان از بهنجار بودن این اشخاص (گروه بهنجار) با ارزیابی بالینی روانشناس و ویزیت روانپزشکی این افراد، حاصل شد. همچنین گروه افراد بهنجار از نظر سن، تحصیلات و وضعیت تأهل با گروه اختلال شخصیت اسکیزوتایپال هم‌تا شدند.

### یافته‌ها

در جدول ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به عملکرد شناختی به تفکیک گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول (۱) آماره‌های توصیفی عملکرد شناختی به تفکیک گروه‌ها

افراد بهنجار		اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)		اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با مصرف دارو)		عملکرد شناختی
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۵۲	۵/۷۳	۰/۶۶	۵/۱۰	۰/۸۵	۴/۶۳	اطلاعات شخصی
۰/۱۸	۵/۰۳	۰/۶۲	۴/۵۳	۰/۸۷	۴/۳۰	جهت یابی
۰/۷۳	۵/۲۶	۰/۶۹	۴/۰۰	۰/۵۷	۳/۱۳	کنترل ذهنی
۲/۱۳	۷/۴۸	۱/۸۰	۷/۵۳	۱/۱۳	۶/۱۸	حافظه منطقی
۲/۳۷	۱۱/۲۳	۱/۱۳	۵/۶۰	۱/۱۸	۴/۶۶	حافظه بینایی
۳/۲۱	۱۲/۲۸	۱/۹۴	۱۰/۱۵	۲/۰۳	۸/۸۸	یادگیری تداعی‌ها
۸/۵۰	۴۶/۶۰	۵/۱۴	۴۱/۷۶	۶/۴۷	۳۸/۹۶	لیست لغات
۰/۷۱	۸/۶۶	۰/۵۰	۸/۸۶	۰/۶۸	۷/۵۳	حافظه عددی

جدول (۲) نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا

متغیرها	درجه‌ی آزادی	آماره F	سطح معناداری
اطلاعات شخصی	۶/۱۵	۸۷	۰/۰۰۳
جهت یابی	۳۸/۲۸	۸۷	۰/۰۰۰۵
کنترل ذهنی	۲/۷۰	۸۷	۰/۰۷۲
حافظه منطقی	۶/۲۸	۸۷	۰/۰۰۳
حافظه بینایی	۱۵/۳۱	۸۷	۰/۰۰۰۵
یادگیری تداعی‌ها	۵/۲۳	۸۷	۰/۰۰۷
لیست لغات	۲/۸۹	۸۷	۰/۰۶۱
حافظه عددی	۴/۷۶	۸۷	۰/۰۱۱

و تالویک (۱۹۹۱) اختلال شخصیت را در ۴۵ نفر از بستگان درجه یک غیر بیمار از بیمارانی با اختلال اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو یا اختلال دو قطبی ارزیابی کردند و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای را در دامنه‌ای از ۰/۶۰ برای اختلال شخصیت اسکیزوتایپال تا ۰/۸۲ برای اختلال شخصیت مرزی گزارش کردند. یافته‌هایی که توسط مطالعات متعدد به دست آمد، بر روایی و پایایی SCID-II در موقعیت‌های متفاوت تأکید می‌کند [۱۹].

**روند اجرای پژوهش:** در این پژوهش از آزمون تجدید نظر شده و کسلر، حافظه و کسلر و مصاحبه SCID-II استفاده شد. کار با بیماران به این صورت آغاز شد که با کمک روانپزشک و پرونده‌های روانپزشکی، مبتلایان به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال به محقق معرفی شدند. به دنبال آن محقق پس از انجام مصاحبه، موارد اسکیزوتایپال را تشخیص دقیق داده و با توجه به ملاک‌های ورود و

جهت تعیین معنی داری تفاوت میان عملکردهای شناختی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با و بدون مصرف دارو) و افراد بهنجار از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. به منظور استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در وهله نخست به بررسی یکسانی واریانس‌های دو گروه در شاخص‌های مربوط به عملکرد شناختی پرداخته شد.

پیش شرط داشت (جدول ۲). با توجه به عدم برقراری پیش شرطهای تحلیل واریانس چندمتغیری از شاخص اثر پیلائی به جای لامبدای ویلکز استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره حکایت از معناداری تفاوت بین گروه ها داشت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

برای بررسی پیش شرط برابری ماتریس کوواریانس ها از آزمون باکس استفاده شد که نتایج حکایت از معناداری تفاوت داشت ( $M=179/12$ ,  $F=2/159$ ,  $P<0/05$ ). همچنین پیش شرط دیگر این تحلیل برابری واریانس های خطا است. نتایج آزمون لون نیز حکایت از عدم برقراری این

جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی تفاوت عملکردهای شناختی در گروه ها

شاخص ها	مقدار	F آماره	سطح معناداری	مجذور اتا
لامبدای ویلکز	۰/۰۸۷	۲۳/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰۵

آزمون آنوا استفاده شد که با توجه به F و P محاسبه شده، مشاهده می شود که بین نمرات سه گروه در عملکرد شناختی تفاوت معنی دار وجود دارد (جدول ۴).

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود، بین دو گروه مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و افراد بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی الگوهای تفاوت از

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت عملکردهای شناختی در گروه ها

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
اطلاعات شخصی	۱۸/۲۸	۲	۹/۱۴	۱۹/۱۵	۰/۰۰۰۵
جهت یابی	۸/۴۲	۲	۴/۲۱	۱۰/۵۴	۰/۰۰۰۵
کنترل ذهنی	۶۹/۰۶	۲	۳۴/۵۳	۷۶/۳۸	۰/۰۰۰۵
حافظه منطقی	۳۵/۱۵	۲	۱۷/۵۷	۵/۷۸	۰/۰۰۰۵
حافظه بینایی	۷۵۷/۲۶	۲	۳۷۸/۶۳	۱۳۶/۵۵	۰/۰۰۰۵
یادگیری تداعی ها	۱۸۸/۴۲	۲	۹۴/۲۱	۱۵/۴۵	۰/۰۰۰۵
لیست لغات	۸۹۴/۶۸	۲	۴۴۷/۳۴	۹/۵۳	۰/۰۰۰۵
حافظه عددی	۳۱/۰۲	۲	۱۵/۵۱	۳۷/۹۰	۰/۰۰۰۵

پایین تری در اطلاعات شخصی، کنترل ذهنی، حافظه منطقی، یادگیری تداعی ها، لیست لغات و حافظه عددی دریافت نموده اند. از طرف دیگر در جهت یابی و حافظه بینایی تفاوت معناداری در میانگین نمرات گروه دارای اختلال شخصیت اسکیزوتایپال با مصرف دارو و گروه بدون مصرف دارو وجود ندارد. همچنین تفاوت معناداری بین هر دو گروه دارای اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و افراد بهنجار وجود دارد. به این معنا که هر دو گروه نمرات پایین تری در جهت یابی و حافظه بینایی دریافت نموده اند.

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، میانگین نمرات عملکرد شناختی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با و بدون مصرف دارو) و افراد بهنجار تفاوت معنا داری دارد. به دنبال تأیید تفاوت میانگین ها برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد (جدول ۵).

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که در اطلاعات شخصی، کنترل ذهنی، حافظه منطقی، یادگیری تداعی ها، لیست لغات و حافظه عددی تفاوت معناداری در میانگین نمرات گروه دارای اختلال شخصیت اسکیزوتایپال با مصرف دارو و گروه بدون مصرف دارو وجود دارد. به این معنا که گروه دارای اختلال شخصیت اسکیزوتایپال بدون مصرف دارو نمرات بالاتر دریافت نموده اند. همچنین تفاوت معناداری بین هر دو گروه دارای اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و افراد بهنجار وجود دارد. به این معنا که هر دو گروه نمرات

جدول ۵) آزمون تعقیبی توکی جهت مقایسه ی میانگین گروه ها در عملکردهای شناختی

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
اطلاعات شخصی	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با مصرف دارو)	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	*۰/۴۶	۰/۱۷۸	۰/۰۲۸
	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	افراد بهنجار	*۱/۱۰	۰/۱۷۸	۰/۰۰۰۵
		افراد بهنجار	*۰/۶۳	۰/۱۷۸	۰/۰۰۲
جهت یابی	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با مصرف دارو)	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	۰/۲۳	۰/۱۶۳	۰/۳۳
	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	افراد بهنجار	*۰/۷۳	۰/۱۶۳	۰/۰۰۰۵
		افراد بهنجار	*۰/۵۰	۰/۱۶۳	۰/۰۰۸
کنترل ذهنی	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با مصرف دارو)	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	*۰/۸۶	۰/۱۷۳	۰/۰۰۰۵
	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	افراد بهنجار	*۲/۱۳	۰/۱۷۳	۰/۰۰۰۵
		افراد بهنجار	*۱/۲۶	۰/۱۷۳	۰/۰۰۰۵
حافظه منطقی	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با مصرف دارو)	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	*۱/۳۵	۰/۴۵	۰/۰۱
	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	افراد بهنجار	*۱/۳۰	۰/۴۵	۰/۰۱
		افراد بهنجار	۰/۰۵	۰/۴۵	۰/۹۹
حافظه بینایی	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با مصرف دارو)	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	۰/۹۳	۰/۴۲	۰/۰۸
	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	افراد بهنجار	*۶/۵۶	۰/۴۲	۰/۰۰۰۵
		افراد بهنجار	*۵/۶۳	۰/۴۲	۰/۰۰۰۵
یادگیری تداوی ها	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با مصرف دارو)	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	۱/۲۶	۰/۶۳۷	۰/۱۲
	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	افراد بهنجار	*۳/۵۰	۰/۶۳۷	۰/۰۰۰۵
		افراد بهنجار	*۲/۲۳	۰/۶۳۷	۰/۰۰۲
لیست لغات	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با مصرف دارو)	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	۲/۸۰	۱/۷۶	۰/۲۵
	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	افراد بهنجار	*۷/۶۳	۱/۷۶	۰/۰۰۰۵
		افراد بهنجار	*۴/۸۳	۱/۷۶	۰/۰۲۱
حافظه عددی	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (با مصرف دارو)	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	*۱/۳۳	۰/۱۶۵	۰/۰۰۰۵
	اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (بدون مصرف دارو)	افراد بهنجار	*۱/۱۳	۰/۱۶۵	۰/۰۰۰۵
		افراد بهنجار	۰/۲۰	۰/۱۶۵	۰/۴۵

## بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه عملکرد شناختی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (باو بدون مصرف دارو) و افراد بهنجار انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که عملکرد شناختی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال نسبت به افراد بهنجار ضعیف تر است. این به این معناست که افراد دچار اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و افراد بدون این اختلال از نظر توانایی‌های شناختی حافظه کاری، حافظه دیداری، حافظه منطقی، حافظه عددی، توجه و تمرکز، یادگیری تداومی‌ها و جهت یابی و کنترل ذهنی متفاوتند. از این رو یافته‌های پژوهش با بسیاری از نتایج پژوهش‌های خارجی همسو است [۲۰-۳۱]. در تبیین این مساله می توان گفت افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال سازماندهی مفهومی بر مبنای بازخوردها را درک نمی کنند تا بتوانند بر مبنای پردازش محرک‌های قبلا ارائه شده معیار زمینه‌ای هر طبقه را درک کنند. ناتوانی در استفاده از بازخورد برای تصحیح عملکرد و حفظ راهبرد موجود می تواند به دلیل نقص در حافظه کاری باشد. این افراد قادر به بازیابی اطلاعات و حفظ آن در حافظه کاری نیستند. نقص در این فرایندها به دلیل انعطاف ناپذیری شناختی روی می‌دهد. این نقائص شناختی در اثر کندی پردازش اطلاعات رخ می‌دهد [۳۲]. تبیین دیگری در این زمینه وجود شواهدی است که بیان می دارد اسکیزوتایپایی به عنوان شکل خفیف و غیربالینی و نیز شخصیت پیش نشانه ای اسکیزوفرنیا در نظر گرفته می شود و معمولاً نوعی آمادگی برای آن به حساب می‌آید. این آمادگی با آسیب‌های عصب شناختی، عصب زیست شناختی، روانپزشکی و عصب روانشناختی درخویشاوندان درجه اول غیر سابکوتیک و غیراسکیزوتایپایی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مشخص است. بر این اساس، ابعاد مشابهی برای اسکیزوفرنیا و اسکیزوتایپایی پیشنهاد شده است [۳۳]. بررسی‌ها پیشنهاد کرده اند که علائم اسکیزوفرنیا در سه بعد قرار دارند این ابعاد شامل: ۱- نشانگان فقر روانی حرکتی که با علائم منفی مشخص می شوند. ۲- نشانگان اختلال در واقعیت آزمایی که شامل علائم مثبت است. ۳- نشانگان سازمان نیافتگی که با اختلال تفکر، غرابت رفتاری و عاطفه نامتناسب مشخص می شوند. به طریقی مشابه اسکیزوتایپایی

هم تظاهرات چند بعدی دارد. سه بعد که شبیه ابعاد اسکیزوفرنیا هستند، در اسکیزوتایپایی هم مطرح می باشند. در واقع، این تشابهات پیشنهاد می کنند که اسکیزوتایپایی با اسکیزوفرنیا درجاتی از پیوستاری را دارد، اگرچه تفاوت‌هایی هم ممکن است وجود داشته باشد. براساس این رویکرد نشان داده شده است که ۳ بعد می تواند اختلال شخصیت اسکیزوتایپایی را بازنمایی کند: ۱- بعد نقایص ادراکی - شناختی که افکار خود رجوعی، عقاید عجیب و غریب، تفکر سحرآمیز، تجارب ادراکی غیرمعمول و سوطن را در بر می گیرد ۲- بعد نقایص بین فردی که به اضطراب اجتماعی مفرط، فقدان دوستان صمیمی و عاطفه محدود مربوط می شوند. ۳- بعد سازمان نیافتگی که رفتار و گفتار عجیب و غریب را شامل می شود [۳۳].

همانطور که اشاره شد، بر پایه دیدگاه پیوستاری می توان ویژگی‌های اسکیزوتایپایی و اسکیزوفرنیا را نقاطی روی یک پیوستار و بنابراین برای آنها ابعاد مشابهی در نظر گرفت. افزون بر تشابه از نظر روانسنجی و نشانه شناسی، می توان به عامل‌های خطر ناشی از تحول نابهنجار در بروز این بیماریها اشاره کرد. کاهش هوش عمومی، نارسایی‌های حافظه و کنشهای اجرایی اسکیزوفرنیا ناشی از اختلال عصبی - تحولی است و نارسایی‌های شناختی به ویژه با نشانه‌های منفی و سازمان نیافتده ارتباط دارد. همچنین کنش‌های اجرایی آسیب دیده اسکیزوتایپایی را از گروه کنترل متمایز می کند. نتایج پژوهشها حاکی از آن است که مکانیزم اختلال تحول مغز در اسکیزوفرنیا از نظر کالبدشناختی به چگونگی نامتقارنی و نیز جانبی شدن مغز مربوط است. بیماران اسکیزوفرنیایی و اسکیزوتایپال در تکالیف مربوط به جانبی شدن، الگوهای نامعمول جانبی شدن نشان می‌دهند. همچنین ابعاد عصب شناختی که بازتابی از پیوستگی و ناپیوستگی میان اسکیزوتایپایی و اسکیزوفرنیاست، نشان می دهد پردازش آسیب دیده اطلاعات در ناحیه‌هایی خاص ممکن است منعکس کننده تأثیر ژنهای آماده ساز برای اسکیزوفرنیا باشد [۹]. در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نارسایی شناختی عمده بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال در حافظه کاری، حافظه دیداری، حافظه منطقی و توجه و تمرکز است. همچنین نکته قابل تأمل در این پژوهش نارسایی بیماران مبتلا به اختلال

- 8- Joseph S & Peters ER. Factor structure of schizotypy with normal subjects. *Personal Individ Differ.* 1995;18:437- 40.
- 9- Mohammadzadeh A, Goodarzi MA, Taghavi MR, Mollazadeh M. The Study of Factor structure, Validity, reliability and Standardization of Schizotypal. Personality Scale (STA). *J Psychol.* 2007; 41:3-27. [Persian].
- 10- Wolfradt U & Struabe ER. Factor structure of schizotypal trait among adolescents. *Personal Individ Differ.* 1998; 24: 201-6.
- 11- Mohammadzadeh A. Schizotypy: From Health to Psychotic Breakdown. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2011;17:3-15. [Persian].
- 12- Rossi A, Daneluzzo E. Schizotypal dimensions in normals and schizophrenic patients: a comparison with other clinical samples *schizophr Res.* 2002; 54(2):67-75.
- 13- Tsung M, Stone WS, Tarbox SI & Faraone SV. An integration of schizophrenia with schizotypy: Identification of schizotaxia and implication for research on treatment and prevention. *Schizophr Res.* 2002; 54: 169-75.
- 14- Compton MT, Chien VH, Bollini AM. Associations between past alcohol, cannabis, and cocaine use and current schizotypy among first-degree relatives of patients with schizophrenia and non-psychiatric controls. *Psychiatry res.* 2009; 80(3): 143-54.
- 15- Barlow DH, Durand VM. *Abnormal psychology: an integrative approach.* 3rd ed. New York: Wadsworth/Thomson Learning; 2002.
- 16- Ebrahimi A, Mousavi G. Patterns of cognitive functioning in first episode schizophrenia patients compared with control patients. *J Res Med Sci.* 2005; 8: 97-103. [Persian].
- 17- Bakhshani N, Khosravi M. Cognitive state of patients with MS. *J Contemp Psychol.* 2010; 10 :137-9. [Persian].
- 18- Marnat, G. *Guide of Mental assessment.* Tehran: sokhan Publications 2006. [Persian].
- 19- Mohammadkhani p, jahanitabesh O, tamanayifar sh. *Structured Clinical Interview for Disorders of DSM-IV: fradid;* 2006. [Persian].
- 20- Raymond CK, Chan , Ya Wang , Chao Yan . Contribution of specific cognitive dysfunction to people with schizotypal personality *Psychiatry Res.* 2011; 186: 71-5.
- 21- McClure MM, Barch DM, Flory JD, Harvey PD, Siever LJ . Context processing in schizotypal personality disorder: Evidence of specificity of impairment to the schizophrenia spectrum. *J Abnorm Psychol.* 2008; 117: 342-54.
- 22- Gooding D, Matts C, Rollmann E . Sustained attention deficits in relation to psychometrically identified schizotypy: Evaluating a endophenotypic marker. *Schizophr Res.* 2006; 82: 27-37.

شخصیت اسکیزوتایپال در عملکرد شناختی همچون حافظه و کنترل ذهنی است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد محدود نمونه آماری که به علت عدم دسترسی به نمونه بالینی بود، اشاره کرد. همچنین نمونه‌گیری نیز به صورت ملاک محور صورت گرفت، بنابراین تعمیم نتایج بایستی با احتیاط صورت گیرد. همچنین به علت نابرابر بودن نسبت زنان و مردان، تفاوت‌های جنسیتی بررسی نشد. همچنین عدم بررسی ابعاد دیگر عملکرد حافظه نیز از محدودیت‌های این پژوهش بود. با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سعی شود حجم نمونه مورد بررسی افزایش یابد. همچنین متغیرهایی مانند جنسیت و ابعاد دیگر عملکرد حافظه نیز بررسی شود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام عزیزانی که ما را در پیشبرد این مطالعه یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

- 1- Compton MT, Chien VH. No association between psychometrically-determined schizotypy and olfactory identification ability in first-degree relatives of patients with schizophrenia and non-psychiatric controls. *Schizophr Res.* 2008;100(1-3):216-23.
- 2- Goulding A. Schizotypy models in relations to subjective health and paranormal beliefs and experiences. *Personal Individ Differ.* 2004; 37: 157-167.
- 3- Van Kampen D. The schizotypic syndrome questionnaire (SSQ): Psychometrics, validation and norms. *Schizophr Res.* 2006; 84: 305-22.
- 4- Hergovich A, Schott R, Arendasy M. On the relationship between paranormal belief and schizotypy among adolescents. *Personal Individ Differ.* 2008;45(2):119-25.
- 5- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Trans. Nickhoo M, Avadisyans H. 4th ed . Tehran: Sokhan; 2002.
- 6- Cyhlarova E, Claridge G. Development of a version of the schizotypy traits questionnaire (STA) for screening children. *Schizophr Res.* 2005; 80: 226-53.
- 7- Mohammadzadeh A, Borjali A. The Relationship between Schizotypal and Borderline Personalities among Non Clinical Samples. *Psychol Stud.* 2008; 4: 123-37. [Persian].



- 23- Conklin H, Curtis C, Calkins M, Iacono W . Working memory functioning in schizophrenia patients and their first-degree relatives: cognitive functioning shedding light on etiology. *Neuropsychol.* 2005; 43: 930-42.
- 24- Fuller R, Luck S, McMahon R, Gold J . Working memory consolidation is abnormally slow in schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 2005; 114: 279-90.
- 25- Lee HJ, Cogle JR & Telch MJ . Thought action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behav Res.* 2005; 43: 29-41.
- 26- Cameron A, Oram J, Geffen G, Kavanagh D, McGrath J, Geffen L. Working memory correlates of three symptom clusters in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2002; 110: 49-61.
- 27- Kerns JG, Becker TM. Communication disturbances, working memory, and emotion in people with elevated disorganized schizotypy. *Schizophr Res.* 2008; 100: 172-80.
- 28- Trotman H, McMillan A, Walker E. Cognitive function and symptoms in adolescents with schizotypal personality disorder. *Schizophr Res.* 2006; 32: 489-97.
- 29- Luis H , Jennifer A, Kevin N, Larry J, Antonia S. Empathic accuracy and cognition in schizotypal personality disorder. *Psychiatry Res.* 2013; 210: 232-41.
- 30- Margaret M, McClure D, Christopher R, Larry J. Functional outcomes, functional capacity, and cognitive impairment in schizotypal personality disorder. *Schizophr Res.* 2013; 144: 146-50.
- 31- Heidi W, Douglas P, David J, Wolfe M, Margaret A, Robert W, Larry J, Chandlee C. Working memory in schizotypal personality disorder: fMRI activation and deactivation differences. *Schizophr Res.* 2013; 151: 113-23
- 32- ghorbani M, Malekpoor M, Neshat Doost H, Molavi H, Kazemi H. Executive functions in patients with schizophrenia paranoid and disorganized compared to normal subjects. *New in Cognitive Sci.* 2008; 4: 9-15. [Persian].
- 33- Mohammadzadeh A. Relation of Depression and anxiety symptoms with the three-factor models of schizotypal personality. *J Behav Sci.* 2012; 6: 49-54. [Persian].

## The Comparison of Memory in Schizotypal Personality Disorder and Normal Individuals

Kheirkhahan, N. M.A., Najafi, M.\* Ph.D., Mohammadyfar, M.A. Ph.D., Saghafi, N. Ph.D.

### Abstract

**Introduction:** Schizotypal personality disorder, as a mild form of schizophrenia consists of cognitive, perceptual and emotional symptoms that disrupt normal function of cognitive abilities. This study compared the cognitive performance of patients with schizotypal personality disorder and normal individuals.

**Methods:** The research design was causal - comparative one. The sample was 90 participants 30 patients with schizotypal personality disorder (using drugs), 30 patients with schizotypal personality disorder (not using drugs) and 30 normal controls were selected of governmental and private psychiatric clinics by available sampling. Wechsler Memory Test (WMT) and two subscales of vocabulary and digit span of Wechsler Intelligence Test (WAIS) were administered among selected samples. Data were analyzed using multivariate analysis of variance.

**Results:** The results showed significant differences between schizotypal participant and normal group on cognitive performance. Schizotypal groups(with and without drug use) were lower scored on personal information, mental control, logical memory, associative learning, words lists and digital memory. Also, the results showed significant differences on navigation and visual memory. That is, schizotypal groups (with and without drug use) were lower scored on mentioned scales. However, schizotypal groups were equal on navigation and visual memory.

**Conclusion:** The major cognitive deficit of schizotypal personality disorder group is on working memory, visual memory, logical memory, attention. An interesting point in current research is finding about deficit of schizotypal personality disorder group on cognitive tasks such as memory and mental control.

**Keywords:** Schizotypal Personality Disorder, Memory

---

\*Correspondence E-mail:  
m\_najafi@semnan.ac.ir