

مقایسه‌ی نیمرخ عصب - روان‌شناختی بیماران مبتلابه اختلال شخصیت وسواسی و اختلال وسواس فکری - جبری با جمعیت سالم

تاریخ وصول: ۹۳/۱۱/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۴/۴/۱۵

زهرة خسروی^۱، نگین پاست^۲، سید ابوالقاسم مهری نژاد^۳

چکیده

پژوهش‌های معدودی نقص‌های عصب‌شناختی را در افراد مبتلابه اختلال شخصیت وسواسی بررسی کرده‌اند. به‌علاوه بدکارکردهای شناختی می‌تواند در ارتباط با صفات شخصیت وسواسی نیز رخ دهند. ویژگی‌های شخصیت وسواسی مانند پایبندی خشک به قواعد می‌تواند به‌عنوان راهبردی جبرانی در پاسخ به نقایص شناختی باشند. از طرفی با توجه به ارتباط این اختلال با اختلال وسواس فکری و با توجه به الگوی کارکردهای عصب‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس چنین فرض شد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی نیز نقایصی در مجموعه ارزیابی‌های عصب‌شناختی نشان دهند، برای بررسی این فرض نیمرخ عصب‌روان‌شناختی بیماران مبتلابه اختلال شخصیت وسواسی و اختلال وسواس فکری - جبری با گروه سالم مقایسه شد. در پژوهش حاضر، بیماران مبتلابه اختلال شخصیت وسواسی، اختلال وسواس فکری - جبری و گروه سالم در یک مجموعه ارزیابی‌های عصب‌شناختی بررسی شدند. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که افراد مبتلابه اختلال شخصیت وسواسی و اختلال وسواس فکری - جبری تفاوت معناداری در ارزیابی‌های عصب‌شناختی از انعطاف‌پذیری شناختی، حل مسئله و حافظه‌ی کاری دارند. این نتایج نشان‌دهنده‌ی نقص در انعطاف‌پذیری شناختی، حل مسئله و حافظه‌ی کاری در این بیماران هست. درحالی‌که الگوی اختلالات عصب‌شناختی در این دو اختلال متفاوت هست.

واژگان کلیدی: نیمرخ عصب‌روان‌شناختی، شخصیت وسواسی، وسواس فکری - جبری، گروه

سالم، اختلال

۱. استاد روانشناسی، دانشگاه الزهراء

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه الزهراء، گروه روانشناسی E-mail:negin.past@yahoo.com

۳. دانشیار دانشگاه الزهراء، گروه روانشناسی

مقدمه

اختلال شخصیت و سواسی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، به‌عنوان الگوهای مقاومی که از لحاظ بالینی منجر به پریشانی قابل ملاحظه و اختلال در عملکرد شده و به‌وسیله‌ی ۴ علامت با بیشتر از موارد زیر تشخیص داده می‌شود: اشتغال به جزئیات، کمال‌گرایی، اختصاص بیش‌ازحد برای کار، انعطاف‌ناپذیری در اصول اخلاقی، ناتوانی در دور انداختن مواد فرسوده و بی‌ارزش، تردید در تفویض امور یا همکاری با دیگران، خست، سرسختی و انعطاف‌ناپذیری (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). به‌علاوه، اختلال و سواس فکری - جبری، اختلال ناتوان‌کننده‌ای است که با افکار عودکننده، ناخوانده و ناخوشایند، تکانه‌ها و تصاویری که اغلب با رفتارهای اجباری تکراری و وقت‌گیر که تشریفاتی هستند، مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). علائم باعث پریشانی آشکار شده، اغلب وقت‌گیر هستند و با عملکردهای عادی فرد تداخل می‌یابند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۴).

وجود درجات قابل توجهی از ناهمگونی در جمعیت مبتلابه OCD، دامنه‌ی وسیع علائم در بیماران OCD و همچنین اختلاف در تظاهرات بالینی و پاسخ‌های مختلف درمانی، باعث شده که پژوهشگران و درمانگران بر زیرگروه‌های مختلف اختلال OCD تمرکز نمایند (مک‌کای، آبرمویتز، کلاماری، کیروس، رادوموسکی، سوکمن، تایلور، ویلهلم، ۲۰۰۴). روش‌های چندی برای ایجاد و گسترش چنین زیرگروه‌هایی پیشنهاد شده است (آبرمویتز، فرانکلین، اسکواتز، فور، ۲۰۰۳). معمولی‌ترین اصول برای شرح زیرگروه‌های OCD علائم آشکار و معمول بیماران بوده است و نتایج بر چند زیرگروه چون شستن، تردید، چک کردن و پدیده‌های و سواسی اشاره کرده‌اند (مک‌کای و دیگران، ۲۰۰۴). بخش عمده‌ای از پژوهش‌ها نیز بر تعداد و تنوع اختلالات دیگر که در ارتباط با OCD هست

1. American Psychiatric Association (APA)
2. McKay, Abramowitz, Calamari, Kyrios, Radomsky, Sookman, Taylor, Wilhe
3. Franklin, Schwartz, Furr

تمرکز کرده‌اند از جمله: اختلال شخصیت وسواس فکری و عملی (به‌طور مثال: نستادت^۱ و دیگران، ۲۰۰۳).

شواهد قوی و متقاعدکننده‌ای مبنی بر ارتباط بین OCD^۲ و OCPD^۳ بر اساس یافته‌های مربوط به مطالعات همبودی و خویشاوندی وجود دارد. میزان شیوع OCPD در نمونه‌های بالینی در DSM-IV در حدود ۳۲٪ تا ۲۳٪، (آلبرت، مانیا، فورنر، بوگتو^۴، ۲۰۰۴؛ گریفالوس، کاتسیگیانوپولوس، پاپاسیس، آدامپولو، کاستاریگیو، بوزیکاز^۵، ۲۰۱۰، پینتو، مانکبو، ایسین، پاگانو، راسموسن^۶، ۲۰۰۶). در مقایسه با میزان شیوع OCPD ۱-۳٪ در جمعیت عادی می‌باشد (آلبرت و دیگران، ۲۰۰۴؛ سامولز و دیگران، ۲۰۰۲). داده‌های اخیر و مشاهدات بالینی مطرح می‌کند که حضور همبودی OCPD، مبتلا به OCD، را در مقایسه با افراد مبتلا به OCD بدون همبودی با OCPD افزایش می‌دهد. افراد مبتلا به OCD همبود با OCPD، در سنین جوان‌تر شروع نخستین علائم OCD و عملکردهای روانی اجتماعی ضعیف‌تر و انعطاف‌ناپذیری شناختی شدیدتر و احتمال پایین‌تر بهبودی OCD بعد از ۲ سال را تجربه می‌کنند، گرچه در شدت اختلال تفاوتی وجود نداشت (کولز و دیگران، ۲۰۰۸؛ گریفالوس و دیگران، ۲۰۱۰). از این‌رو، ناهمگنی بالینی در OCD به این سوال منجر شده است که آیا OCD با OCPD، یک زیر گروه بالینی مجزا OCD است یا این که آیا OCPD صرفاً نشانگر شدت اختلال در OCD است؟

نقص‌های عصب‌شناختی، نشانه‌های ایندوفنوتایی بالقوه در انواع اختلالات روانپزشکی هستند. (گاتسمن، گولد^۷، ۲۰۰۳؛ منزیس، آکارد، چامبرلین، فینبرگ، چن^۸، ۲۰۰۷). ماهیت قالبی علائم OCD، مزمن بودن و شیوع آن در شماری از وضعیت‌های عصب‌شناختی باعث شد که تعدادی از مدل‌های عصب‌شناختی از این اختلال مطرح شود (اوزیریت، گوئل،

1. Nestadt
2. Obsessive Compulsive Disorder(OCD)
3. Obsessive Compulsive Personality Disorde(OCPD)
4. Albert, Maina, Forner, Bogetto
5. Garyfallos, Katsigiannopoulos, Ppazisis, Adamopoulov, Karastergiou, Bozikas
6. Pinto, Mancebo, Eisen, Pagano, Rasmussen
7. Gottesman, Gould
8. Menzies, Achard, Chamberlain, Fineberg, Chen

کانی، روگیر، بیولاس، تیگنول، باربود^۱ (۲۰۰۴). تحقیقات نشان داده‌اند نقایص عصب-شناختی بیماران OCD را به درجات گوناگون تحت تاثیر قرار می‌دهد. این نقایص شناختی در حوزه‌های مختلفی مانند حافظه‌ی فعال، حل مسئله، توجه انتخابی، نگهداری توجه، عملکردهای اجرایی و نظیر این‌ها مطرح می‌شود. در زمینه‌ی OCD مطالعات گسترده‌ای، عملکردهای عصب‌شناختی را در طول مرحله‌ی بیماری بررسی کرده‌اند. در کل شواهد موجود در ادبیات پژوهشی مطرح می‌کند که بدکارکردی‌های اجرایی خاص ممکن است نقص عمده و اصلی باشد (بانون، گونسالوز، کرافت، بویسی^۲؛ ۲۰۰۶؛ ویلی^۳ و دیگران، ۲۰۰۷). به عنوان مثال رفتارهای اجباری در OCD ممکن است به عنوان عدم موفقیت در تصمیم‌گیری مفهوم‌پردازی شود و یا انتظار می‌رود اختلالات تغییر آمایه و ویژگی هسته‌ای نیمرخ عصب‌شناختی بیماران مبتلا به OCD باشد (برگ^۴، ۱۹۴۸). نتایج پژوهش‌های مربوط به اختلال در توانایی تغییر آمایه، بازداری پاسخ (چامبرلین، بلکویل، فینبرگ، روینز، ساهاکیان^۵، ۲۰۰۵؛ ویلی و دیگران، ۲۰۰۷) و حافظه‌ی غیرکلامی (کولز، هوهاگان، و درهولزر^۶؛ ۲۰۰۴) بدون تناقض گزارش شده‌اند. درمقابل تمرکز زیاد بر نیمرخ عصب‌روانشناختی بیماران مبتلا به OCD، نیمرخ عصب‌روانشناختی بیماران مبتلا به OCPD بسیار کمتر مورد توجه بوده است. یک دیدگاه نظری شامل ارتباط بین OCPD و کوشش برای کنترل که ناشی از عدم تحمل برای عدم اطمینان (ابهام) است، می‌باشد (ملینگر^۷، ۱۹۸۴؛ پولاس^۸، ۱۹۸۷؛ استارسویس^۹، ۱۹۹۰). این مشکل در تصمیم‌گیری به وسیله‌ی یک‌رویکرد محتاطانه برای طبقه‌بندی اطلاعات، درخواست‌های مکرر برای تکرار اطلاعات و شک و تردید درباره‌ی صحت تصمیم‌ها مشخص می‌شود که در افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی شایع است. افراد مبتلا به OCPD ممکن است الگوهای شناختی و رفتاری مشابه

1. Aouizerate, Guehl, Cuny, Rougier, Bioulac, Tignol, Burbaod
2. Bannon, Gonsalvez, Croft, Boyce
3. Olley
4. Berg
5. Blackwell, Fineberg, Robbins, Sahakian
6. Kuelz, Hohagen, Voderholzer
7. Mallinger
8. pollack
9. Starcevic

نشان بدهند. مطابق با این دیدگاه نظری، بسیاری از صفات مرتبط با OCPD می‌تواند به عنوان محصول کنترل اعمال شده در میان ابعاد هیجانی، بین شخصی، رفتاری و شناختی در نظر گرفته شود. سبک شناختی اصلی در OCPD (اشتغال ذهنی با جزئیات و انعطاف‌ناپذیری - شناختی) ممکن است به منظور تسهیل حس کنترل سازمان‌یافته باشد (استارسوویس، ۱۹۹۰). در یک تحلیل منتشر نشده فینبرگ^۱ و دیگران (۲۰۰۷) نقص‌های عمده‌ای در انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران OCD همبود با OCPD در مقایسه با موارد بدون همبود با OCPD نشان دادند. دین و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش‌های خود در رابطه با نقص‌های عملکرد اجرایی در افراد با صفات شخصیت و سواسی نشان دادند که ارزیابی‌های غیر کلامی و حافظه‌ی کاری با نشانگان شخصیت و سواسی مرتبط می‌باشد اما این نقص‌ها در نمونه‌های غیر بالینی OCD یافت نشد. دی بری^۲ (۲۰۱۲) در بررسی ارتباط بین انعطاف‌ناپذیری شناختی و صفات شخصیت و سواسی، حتی با در نظر گرفتن این فرض که افزایش در اضطراب به افزایش در تفکر نامنعطف به عنوان یکی از ویژگی‌های صفات شخصیت و سواسی منجر می‌شود، ارتباط معناداری بین انعطاف‌ناپذیری شناختی و اضطراب / افسردگی و ارتباط کمی بین صفات شخصیت و سواسی و اضطراب و افسردگی نشان داد. به علاوه ویلیامز^۳ و همکاران (۲۰۱۳) فرض کردند که نقص‌های عصب‌شناختی چون نقص در حافظه‌ی کاری، توانایی تغییر توجه و برنامه‌ریزی با صفات شخصیت و سواسی در ارتباط می‌باشد. در بررسی این کارکردهای عصب‌شناختی، ویلیامز و همکاران (۲۰۱۳)، تفاوت معناداری در تکالیف حافظه‌ی کاری فضایی بین گروه شخصیت و سواسی و کنترل نشان دادند در حالی که در ارزیابی توانایی حل مسئله در تعداد مسئله‌های حل شده در کمترین حرکات تفاوت معناداری بین صفات شخصیت و سواسی و گروه کنترل مشاهده نشد. این نتایج حاکی از آن است بدکار کردی‌های عصب‌شناختی در افراد با صفات شخصیت و سواسی آشکار است.

بنابراین، بر اساس مرور پیشینه‌ی پژوهشی، در پژوهش حاضر فرض شد که همانند OCD، شخصیت و سواسی می‌تواند با عملکرد عصب‌شناختی ضعیف از ارزیابی‌های عملکرد

-
1. Fineberg
 2. DeBerry
 3. Villamis

سیستم اجرایی / پیشانی مرتبط باشد. از روی الگوی OCD، فرض شده است که درارتباط با تظاهرات بالینی OCPD، که به طور خاصی با کمال‌گرایی، انعطاف‌ناپذیری، توجه بیش از حد به جزئیات، بی‌زاری از حدس و گمان مرتبط می‌باشد، نقص‌هایی در این اختلال وجود دارند که عمدتاً شامل حوزه‌هایی چون تفکر انتزاعی، انعطاف‌پذیری شناختی، تغییر آمایه و راهبردهای برنامه‌ریزی / سازماندهی و حافظه‌ی کاری می‌باشد. با توجه به ادبیات پژوهشی، مطرح شده همچنین با توجه به ارتباط بین اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال شخصیت وسواسی-جبری و مبهم بودن این مسئله که آیا اختلال شخصیت وسواس فکری-عملی به عنوان یک زیر گروه معجزا از اختلال وسواسی می‌باشد یا این که بیانگر شدت اختلال وسواسی است و از طرفی با توجه به این که پژوهش‌های اندکی به بررسی کارکردهای شناختی در اختلال شخصیت وسواسی پرداخته شده است، در پژوهش حاضر بر این هستیم که به بررسی کارکردهای عصب‌شناختی این دو اختلال پرداخته و به مقایسه نیمرخ عصب‌شناختی بیماران OCD و OCPD و جمعیت سالم پردازیم. از این رو هدف پژوهش حاضر، مشخص کردن حوزه‌های اساساً شناخته نشده و بسیار محدود از عملکردهای عصب-شناختی در بیماران OCPD می‌باشد که ممکن است در روشن کردن ارتباط این اختلال با اختلالات محور II و حتی اختلالات طیف OCD کمک کند. از این رو با توجه به پیشینه‌ی پژوهشی سوال‌های تحقیق به شرح زیر می‌باشد:

۱. آیا نیمرخ عصب روان‌شناختی بیماران مبتلا به OCD با نیمرخ عصب روان‌شناختی بیماران OCPD متفاوت است؟
۲. آیا نیمرخ عصب روان‌شناختی بیماران مبتلا به OCPD و جمعیت سالم متفاوت است؟
۳. آیا نیمرخ عصب روان‌شناختی بیماران مبتلا به OCD با نیمرخ عصب روان‌شناختی جمعیت بهنجار متفاوت است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات پس رویدادی و از لحاظ هدف با هدف بررسی و مقایسه‌ی نیمرخ عصب روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-جبری و اختلال شخصیت وسواسی جبری با جمعیت سالم، در ردیف تحقیقات کاربردی قرار می‌گیرد. جامعه آماری

پژوهش حاضر، کلیه مردان و زنان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و اختلال شخصیت وسواسی-جبری مراجعه کننده به کلینیک بهستان، کلینیک دانشگاه تهران، کلینیک سگال از مهرماه ماه سال ۹۱ تا خرداد ماه ۱۳۹۲ هستند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۵ نفر دارای اختلال شخصیت وسواسی، ۲۰ نفر اختلال وسواس جبری و ۲۵ نفر جمعیت سالم برای پژوهش انتخاب شدند. معیارهای خروج از پژوهش برای گروه‌های بالینی، اواخر درمان‌های روان‌شناختی و دارو درمانی، سومصرف مواد، همبودی با سایر اختلالات محور I و محور II نبود اختلالات نورولوژیکی چون صرع و آسیب مغزی، تشکیل می‌دادند. جامعه افراد سالم، را زنان و مردان کارمند اداره‌ی تامین اجتماعی و دانشجویان تشکیل می‌دادند. ملاک این افراد به عنوان گروه بهنجار عبارت بود از: نبود آسیب یا بیماری‌های عفونی مغز، نبود اختلالات روانپزشکی مشابه در محور ۱ بر اساس پرسشنامه‌ی سلامت عمومی و نبود اختلالات شخصیتی در محور II بر اساس آزمون چندمحوری بالینی میلون، نبود اختلالات نورولوژیکی مانند صرع، آسیب مغزی توام با فقدان بینش.

ابزار پژوهش: پرسشنامه‌ی چندمحوری بالینی میلون^۱ (MCMII-III): یک

پرسشنامه خودسنجی است و برای تصمیم‌گیری بالینی و تشخیص ابتلای آزمودنی به یک اختلال ویژه یا حضور ویژگی روانشناختی ویژه‌ای در آزمودنی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این آزمون دارای ۱۷۵ گویه بلی / خیر است. ۱۱ الگوی بالینی شخصیت و نشانگان بالینی را می‌سنجد. این آزمون در ایران ۲ بار هنجاریابی شده است. نسخه‌ی دو ماین آزمون یک بار در شهر تهران به وسیله‌ی خواجه موگهی ترجمه و در سال ۱۳۷۲ هنجاریابی شده است و نسخه‌ی سوم آن در شهر اصفهان به وسیله‌ی شریفی در سال ۱۳۸۱ هنجاریابی شده است. در پژوهش حاضر از مقیاس ۷ (شخصیت و سواسی) پرسشنامه‌ی چند محوری بالینی میلون برای تشخیص اختلال شخصیت و سواسی بر اساس نمرات بالاتر از ۸۵ و همچنین غربال جمعیت عادی برای اختلالات شخصیتی استفاده شده است.

سیاهه‌ی وسواسی اجباری مادزلی^۲ (MOCI): این پرسشنامه توسط هاجسون^۳ و

راچمن^۴ (۱۹۷۷) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسش‌نامه دارای ۳۰ پرسش دوگزینه‌ای (بله / خیر) است. همچنین این پرسشنامه در تحلیل محتوایی پاسخ‌های ۱۰۰ بیمار، ۴ مؤلفه‌ی عمده را که منعکس می‌کند این ۴ مؤلفه عبارتند از: وارسی، تمیزی، کندی و شک و سواسی که ۴ مقیاس فرعی را تشکیل می‌دهند. این خرده‌آزمون‌ها، آزمون مادزلی را به ابزاری مفید جهت ارزیابی تغییرات در نشانه‌های ویژه تبدیل کرده و موجب شده که این آزمون در ارزیابی درمان‌های معطوف به نشانه‌های وسواس فکری عملی سودمندی ویژه‌ای داشته باشد (استکتی^۵، ۱۹۹۳). استکتی پایایی این ابزار را به روش بازآزمایی ۸۷٪ و دادفر (۱۳۷۶) ضریب کل پایایی این آزمون را ۸۴٪ و روایی همگرایی آن با مقیاس وسواسی - جبری یل براون را ۸۷٪ گزارش نمودند.

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی: از جمله ابزارهای غربالگری مورد

استفاده در مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی، پرسشنامه سلامت عمومی می‌باشد

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMII-III)
2. Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI)
3. Hadgson
4. Rachman
5. Stekctee

که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ابداع شده است. هدف اصلی این پرسشنامه ایجاد تمایز بین اختلالات روانی و سلامت است. این پرسشنامه دارای ۴ خرده‌مقیاس شامل علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی هیجانی و افسردگی است (به نقل از حمید و همکاران، ۱۳۹۱). پایایی این ابزار را یعقوبی (۱۳۷۴) به دست آورده است. ضریب پایایی این آزمون با روش بازآزمایی، بین دو مرحله اجرای پرسشنامه، با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بود. در پژوهش حاضر از این پرسشنامه برای غربال جمعیت بهنجار و همچنین کنترل اضطراب و افسردگی برای اختلال وسواسی و اختلال شخصیت وسواسی استفاده شده است.

آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین (WCST^۱): این آزمون به کوشش گرانت و برگدر سال ۱۹۴۸ تدوین و برای رفتارانتزاعی، تغییرمجموعه و عملکردهای اجرایی تهیه گردید. آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسینکی از شناخته‌شده ترین آزمون‌های عصب‌روانشناختی است که کارکردهای لوب پیش‌پیشانی چون استدلال انتزاعی، انعطاف‌پذیری شناختی، درجاماندگی، حل مسأله، تشکیل مفاهیم، تغییر آمايه، توانایی آزمون فرضیه و استفاده از بازخورد خطاها، راهبرد شروع و توقف عمل و نگهداری توجه را می‌سنجد (پراستو^۲ و همکاران، ۲۰۰۶؛ لین و ویکر^۳، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر از فرم کامپیوتری این آزمون برای ارزیابی تغییر آمايه و انعطاف‌پذیری شناختی برای گروه‌های بالینی و جمعیت سالم استفاده شده است.

آزمون رنگ-واژه استروپ: به منظور اندازه‌گیری بازداری پاسخ در این پژوهش از آزمون رایانه‌ای استروپ استفاده شد. آزمون (رنگ-واژه) استروپ اولین بار در سال ۱۹۳۵ توسط رایلدی استروپ به منظور اندازه‌گیری توجه انتخابی و انعطاف‌پذیری شناختی ساخته شد. آزمون استروپ یکی از مهم‌ترین آزمون‌هایی است که به منظور اندازه‌گیری بازداری پاسخ مورد استفاده پژوهشگران واقع شده است.

1. Wisconsin Card Sorting Test (WCST)
2. Pirasto
3. Lin & Wicher

آزمون N تعداد به عقب: یک تکلیف عملکرد شناختی مرتبط با کارکردهای اجرایی است که عموماً در مطالعات تصویربرداری عصبی برای برانگیختن کارکرد مغز آزمودنی‌ها به کار می‌رود. این آزمون برای نخستین بار توسط کرچنر^۱ در سال ۱۹۵۸ معرفی شد. روند کلی تکلیف بر این قرار است که دنباله‌ای از محرک‌ها (عموماً دیداری) به صورت گام به گام، به آزمودنی ارائه می‌شود آزمودنی باید بررسی کند که آیا محرک ارائه شده فعلی، با محرک n گام قبل از آن، همخوانی دارد یا خیر. انجام این آزمایش با مقادیر مختلف n صورت می‌پذیرد و با افزایش میزان n بر دشواری تکلیف افزوده می‌شود. از آن‌جا که این تکلیف هم نگهداری اطلاعات شناختی و هم دستکاری آن‌ها را شامل می‌شود برای سنجش عملکرد حافظه کاری بسیار مناسب شناخته شده است، و در سال‌های اخیر به طور وسیع در این حیطه به کار گرفته شده است (چن^۲ و همکاران، ۲۰۰۸).

آزمون برج لندن^۳: آزمون برج لندن یکی از مشهورترین ابزارها جهت اندازه‌گیری کنش اجرایی برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی است (زوک، داوالوس، دلوش، دیوس، ۲۰۰۴؛ بوگمن و کوپر، ۲۰۰۷). این آزمون نخستین بار توسط شالیس در مقاله‌ای با عنوان آسیب‌های خاص در برنامه‌ریزی ساخته شد (شالیس، ۱۹۸۲). مطالعات تصویربرداری، حاکی از آن است که آزمون برج لندن به آسیب‌های قشر پیش‌پیشانی حساس می‌باشد (راسرو همکاران، ۲۰۰۵؛ بوگی و همکاران، ۲۰۰۶). در این آزمون از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا مجموعه‌های از مهره‌های رنگی سوار شده بر سه میله عمودی را برای جورشدن با یک هدف مشخص جا به جا کنند. تکالیف آزمون حداقل با ۳، ۲، ۴، و ۵ حرکت حل می‌شوند به این معنی که حداقل حرکاتی، که آزمودنی می‌تواند مسئله را حل می‌کند این تعداد می‌باشد (موریس، راش^۴، وودروف^۵، موری^۶، ۱۹۹۵). متغیرها در این آزمون شامل موارد زیر می‌باشد: الف: تعداد حرکات که به عنوان معیار کلی عملکرد در نظر گرفته می‌شود، تعداد حرکاتی است

-
1. Kirchner
 2. Chen
 3. Tower of london
 4. Rushe
 5. Woodruff
 6. Murray

که آزمودنی در طی آن مسئله را حل کرده است؛ ب: زمان برنامه ریزی، مدت زمان لازم برای لمس حلقه اولاست. ج: زمان فکر کردن بعدی، که عبارت است از زمان بین انتخاب اولین حلقه و کاملکردن مسأله که از آن نیز می‌توان به عنوان معیار عملکرد استفاده کرد.

آزمون عملکرد پیوسته^۱ (CPT): این آزمون در سال ۱۹۵۶ توسط رازولد و همکارانش طراحی شد و در ابتدا برای سنجش ضایعه مغزی به کار می‌رفت. در دهه ۱۹۹۰ به‌عنوان یک آزمون در ارزیابی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی معرفی گردید و هم‌اکنون به‌عنوان متداولترین ابزار آزمایشگاهی در تشخیص توجه پیوسته شناخته‌شده است. آزمودنی باید برای مدتی توجه خود را به یک مجموعه محرک نسبتاً ساده دیداری یا شنیداری جلب کند و هنگام ظهور محرک هدف با فشار یک کلید پاسخ خود را ارائه دهد. در بیشتر تحقیقات اخیر، محرک‌های دیداری برای مدتی کوتاه بر روی صفحه نمایش رایانه ارائه می‌گردد و آزمودنی باید به محرک هدف با فشردن یکی از کلیدهای صفحه کلید پاسخ دهد (آلبرتس و میری، ۱۹۹۲).

آزمون قمار آیوا^۲ (IGT): یکی از متداول‌ترین آزمون‌ها که برای سنجش تصمیم‌گیری افراد در شرایط مخاطره‌آمیز و غیرقطعی به کار می‌رود آزمون قمار آیوا است (بشارا، داماسیو و آندرسون^۳، ۱۹۹۴). منطق این آزمون انتخاب بهینه با هدف کسب برد خالص حداکثر از کارت‌هایی است که انتخاب آن‌ها مقادیری از برد و باخت به همراه دارد. در طول آزمون، آزمایش‌شونده تلاش می‌کند تا با انتخاب صحیح کارت‌ها به حداکثر برد دست یابد. این آزمون یک محیط تصمیم‌گیری واقعی برای آزمودنی شبیه‌سازی می‌کند. این آزمون ابزار مناسبی برای بررسی عملکرد قشر میانی تحتانی پیش‌پیشانی می‌باشد.

یافته‌های پژوهش

اطلاعات جمعیت‌شناختی و ارزیابی‌های بالینی آزمودنی‌ها در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج آزمون‌های دو نشان می‌دهد که میان سه گروه در متغیرهای جنس، سطح تحصیلات

1. Continuous Performance Test
2. Iowa Gambling Task
3. Bechara, Damasio, Anderson

تفاوت وجود ندارد. همچنین، براساس نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه از لحاظ متغیر سن تفاوت معناداری میان گروه‌ها وجود ندارد. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه (جدول ۱) نشان می‌دهد که بین سه گروه در متغیر سلامت عمومی و ابعاد اضطراب، کارکردهای هیجانی و افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین به عنوان کوواریانس در تجزیه و تحلیل داده‌ها به کار برده شد. با توجه به نتایج کوواریانس و کنترل اضطراب و افسردگی، تفاوت معناداری میان گروه‌ها در ارزیابی‌های عصب‌شناختی وجود داشت. میانگین و انحراف استاندارد نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای هر یک از ابعاد ارزیابی‌های عصب‌روانشناختی در جدول ۲ نشان داده شده است. به منظور بررسی تفاوت عملکرد گروه‌ها در مؤلفه‌های مختلف این آزمون از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد براساس نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری $\{Wilks' \lambda = 0.723 F(10, 126) = 2.22 P = 0.020\}$ تفاوت معناداری بین گروه‌ها در ارزیابی عصب‌شناختی از ابعاد انعطاف‌پذیری شناختی وجود دارد. به منظور تحلیل تفاوت گروه‌ها در هر یک از مؤلفه‌های آزمون ویسکانسین از آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری (ANOVA) استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۲ مشاهده می‌گردد. به منظور مقایسه‌ی تفاوت میانگین گروه‌ها با توجه به عدم تساوی واریانس‌ها $P < .05$ ، از آزمون تعقیبی گیمز هاول استفاده شد. براساس نتایج آزمون تعقیبی، در ابعاد تعداد طبقات و پاسخ‌های سطح مفهومی فقط بین گروه اختلال وسواس فکری-جبری و گروه سالم تفاوت معناداری $\{f(2,67) = 9/33, p < .5\}$ و $\{f(2,67) = 4/91, p < .5\}$ وجود دارد در حالی که بین گروه‌های اختلال شخصیت‌وسواسی و اختلال وسواس فکری-جبری و اختلال شخصیت‌وسواسی با جمعیت سالم تفاوت معناداری وجود ندارد. در ابعاد درجاماندگی و پاسخ‌های نادرست بین گروه اختلال وسواس فکری-جبری و گروه سالم و گروه اختلال شخصیت‌وسواسی و گروه سالم تفاوت معناداری $\{f(2,67) = 7/93, p < .5\}$ و $\{f(2,67) = 9/33, p < .5\}$ وجود دارد. اما بین گروه اختلال شخصیت‌وسواسی و اختلال وسواس فکری-جبری تفاوت معناداری یافت نشد. بر اساس نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری، بین گروه‌های اختلال شخصیت‌وسواسی، اختلال وسواس فکری-جبری و گروه سالم در ابعاد بازدارنی پاسخ شامل خطای تداخل زمان و خطای تداخل اشتباهات،

توانایی تصمیم‌گیری، توجه پیوسته تفاوت معناداری میان گروه‌ها وجود ندارد. براساس نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در ابعاد برنامه‌ریزی و حل مسئله، $\{F(6, 130) = 2.90, P = 0.011; Wilks' \lambda = 0.778\}$ تفاوت معناداری بین گروه‌ها در ابعاد زمان کل آزمایش و زمان آزمایش وجود دارد. به منظور مقایسه‌ی تفاوت میانگین گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه برای نمونه‌های نابرابر استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون تعقیبی برای ابعاد زمان کل آزمایش و زمان آزمایش بین گروه‌ها که بیانگر مجموع زمان تاخیر و زمان آزمایش می‌باشد، فقط در بین گروه اختلال شخصیت و سواسی و اختلال و سواس فکری - جبری $\{f(2,67) = 5/70, p < .5\}$ و در بعد زمان آزمایش بین اختلال و سواس فکری و جبری و گروه سالم، تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس در ارزیابی از حافظه‌ی کاری به وسیله‌ی آزمون N تعداد به عقب $\{F(6, 130) = 4.84, P = 0.001; Wilks' \lambda = 0.668\}$ در بین گروه‌ها تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. برای مقایسه‌ی دوه‌دو میانگین گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه برابر نمونه‌های نابرابر استفاده شد. براساس نتایج آزمون تعقیبی برای آزمون N تعداد به عقب بین سه گروه، در ابعاد پاسخ‌های درست، پاسخ‌های نادرست، و بدون پاسخ، بین گروه OCD و گروه سالم و گروه OCD و OCD تفاوت معناداری $\{f(2,67) = 10/33, p < .5\}$ و $\{f(2,67) = 10/33, p < .5\}$ وجود دارد. در بعد میانگین زمان واکنش، فقط بین گروه OCD و گروه سالم تفاوت معناداری $\{f(2,67) = 6/97, p < .5\}$ وجود دارد. در بعد میانگین زمان واکنش، فقط بین گروه OCD و گروه سالم تفاوت معناداری $\{f(2,67) = 4/13, p < .5\}$ وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه‌ی نیمرخ عصب‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت و سواسی و اختلال و سواس فکری-جبری با گروه سالم در اندازه‌گیری‌های عصب‌شناختی از کارکردهای اجرایی می‌باشد. با توجه به کمبود تحقیقات موجود در ارتباط با اختلال شخصیت و سواسی و عملکردهای عصب‌شناختی، یافته‌های پژوهش تا اندازه‌ای در بافت پیشینه‌ی بیماران مبتلا به اختلال و سواس فکری - جبری در نظر گرفته شده است. براساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر بین بیماران مبتلا به اختلال و سواس فکری -

جبری و گروه سالم در آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین تفاوت معناداری یافت شد که نتایج این فرضیه هم راستا با پژوهش‌های تاکل و همکاران (۲۰۱۲)، اولی و همکاران (۲۰۰۷)، بردارد^۱ و همکاران (۲۰۰۹) بسپالو^۲ و همکاران (۲۰۱۰) می‌باشد. در تناقض با این یافته‌ها، برخی پژوهش‌ها نیز تفاوتی در عملکرد انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران وسواسی یافت نکرده‌اند (مورتیز و همکاران ۲۰۰۰؛ کولز و همکاران، ۲۰۰۴). توانایی تغییر در فرایندهای تفکر که به عنوان توانایی تغییر آمایه شناخته می‌شود مؤلفه‌ای از عملکرد اجرایی است که در افراد مبتلا به OCD مختل می‌باشد. این نقص باعث می‌شود که برای افراد بسیار مشکل باشد که اطلاعات و دانش‌ها را برای موقعیت‌های تازه به کار ببرند. رفتارهای درجامانده‌گی، از جمله اعمال وسواسی به توانایی مختل مدارهای قطعه‌ی پیشانی در بازداری برنامه‌های شناختی نسبت داده می‌شود و خطاهای درجامانده‌گی و تکرار در رفتار، در اختلال وسواس فکری مورد انتظار بوده و به عنوان هسته‌ی اصلی نیمرخ عصب‌شناختی این اختلال مطرح شده است. در این پژوهش بین نیمرخ عصب‌شناختی از بعد انعطاف‌پذیری در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی و گروه سالم نیز تفاوت معناداری وجود داشت که همسو با پژوهش ویلیامز^۳ و دیگران (۲۰۱۳) می‌باشد. در پژوهش حاضر، بین نیمرخ عصب‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی با بیماران مبتلا به اختلال وسواسی در کارکرد انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معناداری یافت نشد. بنابراین عدم تفاوت در نیمرخ عصب‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی با نیمرخ عصب‌شناختی در بیماران وسواسی در کارکرد انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند بیانگر این باشد که این دو اختلال با نیمرخ انعطاف‌ناپذیری شناختی مشابهی می‌تواند توصیف شوند.

در ارتباط با کارکرد بازداری پاسخ، تفاوت معناداری در بین بیماران OCD، OCPD و گروه سالم یافت نشد. این یافته با نتایج هارتسون^۴ (۲۰۰۹)، بانون و همکاران، (۲۰۰۸)، توکل و همکاران، (۲۰۱۱)، اولی و همکاران، (۲۰۰۷) و میران و همکاران، (۲۰۱۱) مطابقت داشته

-
1. Berdard
 2. Bespalov
 3. Villamisar
 4. Hartson

و با یافته‌های کولز و همکاران (۲۰۰۴) و با یافته‌های موریتز (۲۰۱۰) و موریتز (۲۰۰۹)، بردارد و همکاران (۲۰۰۹) بسپالو و همکاران (۲۰۱۰) در تناقض می‌باشد. بازداری یکی از مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی است و زمانی که یک تکلیف پایان یافته یا دیگر یک هدف مناسب نیست، و تحت شرایطی که نیاز است تا خطایی اطلاع شده و محرک‌های مناسب انتخاب شوند و محرک‌های نامناسب رد شوند اهمیت می‌یابد. نتایج نمرات تداخل استروپ به عنوان شاخصی از پردازش‌های بازداری و انعطاف‌ناپذیری شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. با استناد به یافته‌ی فعلی نمی‌توان استنباط کرد که بازداری شناختی در افراد OCD و OCPD سالم است. از نظر شناختی، بازداری پاسخ در بیماران وسواسی می‌تواند مرتبط با نشانه‌های بالینی این اختلال باشد به طوری که افکار وسواسی مزاحم و بازگشت‌کننده با ناتوانی در بازداری محرک‌های خاص مرتبط بوده و رفتارهای اجباری با عدم توانایی در بازداری پاسخ‌های نیرومند خاص مرتبط می‌باشد. بیماران شخصیت وسواسی شباهت‌هایی از نظر شناختی با بیماران مبتلا به OCD دارند. به طوری که این بیماران نیز در جاتی از نشخوار ذهنی به ویژه در ارتباط با دل‌مشغولی به جزئیات و نظم و ترتیب که می‌تواند منجر به رفتارهای محدود و تکراری بشود گزارش می‌کنند، که این نشانه‌های بالینی مشابه نیز می‌تواند ناشی از آسیب ویژه در کرتکس پیشانی در این بیماران باشد. ممکن است برخی عوامل بر نتایج تاثیر گذار باشند. مثلاً می‌توان در رابطه با چگونگی پاسخ به این نکته اشاره کرد که آیا آزمودنی به محرک استروپ پاسخ کلامی یا دستی می‌دهد. چگونگی پاسخ می‌تواند در سرعت و دقت عملکرد تفاوت ایجاد کند. پاسخ‌های دستی (مثل فشردن یک کلید رنگی) در مقایسه با پاسخ‌های کلامی (مثل نامیدن رنگ محرک) نمرات تداخل پایین‌تری به دست می‌دهد. در زمینه تاثیر جنسیت، مک لئود شواهدی در حمایت از سریع‌تر بودن زمان واکنش در زنان ارائه داد همچنان که اکثریت آزمودنی‌های پژوهش حاضر نیز زن بودند.

در ارتباط با نیمرخ عصب‌شناختی توانایی برنامه‌ریزی و حل مسئله در بین بیماران OCD با گروه سالم تفاوت معناداری در بعد زمان آزمایش یافت شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های بردارد و همکاران (۲۰۰۹) پاسپالو و همکاران (۲۰۱۰) منزیس و همکاران (۲۰۰۸) کولز و

همکاران (۲۰۰۶) پارک^۱ و همکاران (۲۰۰۰) نیومن و پیتمن^۲ (۲۰۰۷) کریش^۳ و همکاران (۲۰۱۱) چامبرلین و همکاران (۲۰۰۷) هیمانی^۴ و همکاران (۲۰۱۰) همسو ولی با نتایج پژوهش‌های رآو^۵ و همکاران (۲۰۰۸) سیمپسون^۶ و همکاران (۲۰۰۶) در تضاد می‌باشد. در ارتباط با فرضیه مقایسه نیمرخ عصب‌شناختی عملکرد برنامه‌ریزی و حل مسئله در بیماران مبتلا به شخصیت وسواسی و گروه سالم تفاوت معناداری بین این دو گروه یافت نشد که این نتایج همسو با یافته‌های ویلیامز و همکاران (۲۰۱۳) می‌باشد. در حالی که در ابعاد زمان کل آزمایش و زمان آزمایش (مجموع زمان تاخیر و زمان آزمایش) بین بیماران OCD و OCPD تفاوت معناداری یافت شد. براساس این نتایج می‌توان استنباط کرد که الگوی آسیب در کارکرد برنامه‌ریزی و حل مسئله در بیماران شخصیت وسواسی و بیماران OCD متفاوت می‌باشد و بیماران OCD در مقایسه با OCPD عملکرد مختلفی در این حیطه نشان می‌دهند. همچنان که تاکل و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که بیماران وسواسی مسئله‌های کمتری حل می‌کردند و در کل به حرکات بیشتری برای کامل کردن مسئله‌های آزمون نیاز داشتند. این یافته‌ها ممکن است به عنوان مشکلی در برنامه‌ریزی دقیق و ماهرانه در بیماران وسواسی تعبیر شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ارتباط معناداری بین گروه‌های اختلال شخصیت وسواسی و اختلال وسواسی و گروه سالم در ارزیابی عصب‌شناختی از تصمیم‌گیری وجود ندارد. یافته‌ی پژوهش حاضر همسو با نتایج نیلن، ولتمن، بوئر، (۲۰۰۲)، کولز (۲۰۰۴) کریشنا (۲۰۱۱) و در تضاد با یافته‌های بردارد^۷ و همکاران (۲۰۰۹) بسپالو^۸ و همکاران (۲۰۱۰) چامبرلین (۲۰۰۵) اولی (۲۰۰۰) می‌باشد. تصمیم‌گیری یک مهارت شناختی است که اطلاعات محیطی را برای ایجاد تصمیم‌های سازنده یکپارچه می‌کند. علائم اختلال وسواس فکری - جبری ممکن است با

-
1. Park
 2. Newman & Pittman
 3. Krishn
 4. Himani
 5. Rao
 6. Simpson
 7. Berdard
 8. Bespalov

نقص‌هایی در فرایندهای تصمیم‌گیری در ارتباط باشد بنابراین درک نقش تصمیم‌گیری در این اختلال سودمند می‌باشد. نتایج متضاد پژوهش حاضر با پژوهش‌های دیگر ممکن است به علت ویژگی‌های مختلفی باشد که عملکرد آزمودنی‌ها را در آزمون قمار آی و تحت تاثیر قرار داده است. از جمله‌ی این ویژگی‌ها می‌تواند به بازنمایی ضعیف از ناهمگونی اختلال اشاره کرد. نتایج پژوهش‌های لاورنس (۲۰۰۶) نیز نشان داد که هم بیماران OCD هم گروه کنترل عملکرد یکسانی در آزمون قمار آیوا داشتند درحالی‌که بیماران با علائم مسلط احتکار عملکرد مختل تصمیم‌گیری در آزمون قمار آیوا نشان دادند. از سوی دیگر با توجه به این‌که در پژوهش حاضر اختلال شخصیت وسواسی در بافت پیشینه‌ی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - جبری بررسی می‌شود و از آنجایی‌که نتایج پژوهش‌های مختلف در زمینه الگوی تصمیم‌گیری نقص در این کارکرد را به عنوان ویژگی کلیدی بیماران وسواسی عنوان کرده‌اند بنابراین فرض می‌شود که احتمالاً بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی نیز اختلال در تصمیم‌گیری را به عنوان نقص عمده در نیمرخ عصب‌شناختی نشان دهند درحالی‌که نتایج پژوهش حاضر این فرضیه را مورد تایید قرار نداد. عوامل مختلفی ممکن است عملکرد افراد در آزمون قمار آیوار را در این پژوهش تحت تاثیر قرار داده باشد که انتخاب تصادفی گزینه‌ها توسط آزمودنی را می‌توان به عنوان یکی از دلایل نام برد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ارتباط معناداری در ارزیابی عصب‌شناختی از توجه پیوسته بین گروه‌ها وجود ندارد. یافته‌ی پژوهش حاضر همسو با یافته‌های روچا و همکاران (۲۰۱۰) میلیری^۱ و همکاران (۲۰۰۰) و در تضاد با یافته‌های گیریشام^۲ و همکاران (۲۰۰۷) می‌باشد. براساس مدل شناختی، در بیماران مبتلا به OCD وسواس‌های فکری به کانون تفکر و عمل فرد تبدیل می‌شوند و این بیماران اغلب احساس می‌کنند که به منظور جلوگیری از وقوع خودکار افکار وسواسی لازم است به فرایندهای ذهنی توجه کنند و همین تمرکز افراطی بر علائم و کنترل فرایندهای ذهنی، تمامی توجه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی را به تسخیر در می‌آورد. همانند بیماران وسواسی، در شخصیت وسواسی نیز تلاش برای کنترل ناشی

1. Millierey
2. Grisham

از عدم تحمل ابهام است لذا می‌توان این فرضیه را مطرح نمود که این تلاش‌های ذهنی منجر به ایجاد سبک‌های توجهی برای روبروشدن با تهدید در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی شود که هدف اساسی از این نوع سبک توجه، جستجوی اطلاعات به منظور کاهش عدم اطمینان درباره‌ی رویدادهای تهدید کننده باشد. توجه به شباهت کنترل فرایندهای ذهنی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی و بیماران مبتلا به اختلال وسواس می‌توان این فرضیه را مطرح کرد که دو گروه نیمرخ عصب‌شناختی مشابهی در فرایندهای توجه نشان می‌دهند که می‌تواند بیانگر نقش حوزه‌های یکسان از عملکرد مغزی در گیر در فرایند توجه در این دو گروه باشد. درحالی‌که نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دو گروه بیمار تفاوت معناداری در عملکرد توجه پیوسته با گروه سالم ندارند. براساس نتایج پژوهش حاضر مشاهده شد که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - جبری تفاوت معنادار با گروه سالم در تمام ابعاد حافظه‌ی کاری (یعنی تعداد خطا، میانگین، زمان واکنش، بی‌پاسخ، پاسخ درست) دارند که بیانگر عملکرد مختل بیماران وسواسی در ارزیابی عصب‌شناختی از حافظه‌ی کاری می‌باشد. این یافته همسان با پژوهش‌های میران^۱ و همکاران (۲۰۱۱)، توکل و همکاران (۲۰۱۱) و با یافته‌های کریشنا و همکاران (۲۰۱۱) و اولی و همکاران (۲۰۰۷) در تضاد است. انعطاف‌ناپذیری شناختی که بیماران OCD غالباً در بسیاری از موقعیت‌های پیچیده از خود نشان می‌دهند می‌تواند به دلیل نقص‌های کلی در نظارت کردن عملکرد و پردازش‌های اجرایی به دلیل نابهنجاری‌هایی در سیستم فرونتو-سینگولیت باشد. به‌علاوه توانایی حافظه‌ی کاری بالا با افکار ناخوانده‌ی کمتر مرتبط می‌باشد و عملکرد ضعیف بیماران وسواسی در این توانایی می‌تواند در ارتباط با افکار ناخوانده باشد که به عنوان بخشی از ویژگی‌های بالینی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس می‌باشد. پژوهش حاضر همچنین تفاوت معناداری در عملکرد حافظه‌ی کاری بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی و گروه سالم نشان نداد. نتیجه‌ی این یافته در تضاد با نتایج وان دیر وی^۲ و همکاران (۲۰۰۷، ۲۰۰۳) و آیسگ-دینن^۳ و همکاران (۲۰۰۹) می‌باشد. مطالعات دینن و همکاران نشان می‌دهد که اختلال شخصیت وسواسی می‌تواند با اختلالات

-
1. Meiran
 2. Van der wee
 3. Aycicegi-Dinn

شناختی از جمله نقص در کارکردهای اجرایی مرتبط باشد و افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی ممکن است به طور انعطاف‌ناپذیری به روش‌ها و قواعدی در تلاش برای جبران کردن اختلالات شناختی تکیه کنند. به علاوه در پژوهشی ویلیامز و همکاران (۲۰۱۳) تفاوت معناداری را در ارزیابی‌های عصب‌شناختی بخصوص ارزیابی حافظه‌ی کاری در افراد دارای اختلال شخصیت وسواسی با افراد سالم نشان دادند. به طور خلاصه چنین نتیجه‌گیری می‌شود که حافظه، اهمیت قابل توجهی در درک عصب‌شناختی OCPD دارد زیرا که نشان می‌دهد شک و تردید و عدم اطمینان از ویژگی‌های مهم این اختلال می‌باشد. پژوهش حاضر، همچنین تفاوت معناداری بین گروه‌های بیمار یعنی بیماران مبتلا با اختلال شخصیت وسواسی و اختلال وسواسی در ارزیابی عصب‌شناختی عملکرد حافظه‌ی کاری نشان داد. این تفاوت معنادار بیانگر این است که هر چند دو گروه شخصیت وسواسی و اختلال وسواسی در عملکرد حافظه‌ی کاری دچار مشکل هستند شدت نقص نیز در آن دو متفاوت است. این تفاوت می‌تواند حاکی از درگیری مناطق مختلف مغزی و نیمرخ عصب‌شناختی مجزا از عملکرد حافظه‌ی کاری را برای این دو اختلال مطرح کند.

براساس یافته‌های پژوهش حاضر افراد دارای اختلال شخصیت وسواس و اختلال وسواس عملکرد ضعیف‌تری در تکالیف مرتبط با انعطاف‌پذیری شناختی داشتند و این اختلالات شناختی ممکن است علت اختلالات عملکردی مشاهده شده در این گروه‌ها باشد. علی‌رغم این که بین گروه‌های اختلال شخصیت وسواس و اختلال وسواس در ارزیابی‌های مرتبط با تصمیم‌گیری و توجه تفاوت معناداری ملاحظه نشد این امر ضرورت پژوهش‌های بیشتر و ارزیابی‌های جامع‌تر در حوزه‌های مختلف شناختی و کنترل بیشتر متغیرهای تاثیرگذار در- عملکردهای شناختی را ملزم می‌دارد. با این حال با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین استنباط کرد که ویژگی‌های شخصیت وسواسی با اختلال‌های متوسطی در ارزیابی‌های عصب‌شناختی همراه است که می‌تواند در ارتباط با نشانگان بالینی این اختلال باشد و از سوی دیگر ارتباط بیشتر ویژگی‌های شخصیت وسواسی را با اختلال وسواس را می‌توان مطرح کرد که می‌تواند بیانگر ساختارها و عملکردهای عصب‌شناختی درگیر در این دو

اختلال باشد و توجه بیشتر به ابعاد عصب شناختی می‌تواند بینش‌هایی در زمینه‌ی ارزیابی و درمان اختلال شخصیت وسواسی و همچنین اختلال وسواسی فراهم آورد.

منابع

- حمید ن، مزارعی ر، پاک س. (۱۳۹۱). بررسی میان استرس‌های روزمره‌ی زندگی و سبک-های مقابله با سلامت روان در بیماران دچار سردرد میگرنی. *مجله‌ی علمی - پژوهش دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، (۲۱:۸۴)
- خواجه موگهی، ن (۱۳۷۲). آماده سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون دو (*MCMII-II*) در شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- دادفر، م. (۱۳۷۶). بررسی همبودی اختلالات شخصیت در بیماران وسواسی - جبری و مقایسه آن‌ها با افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- شریفی، ع.ا. (۱۳۸۶). *راهنمای ام. سی. امی. آی (میلون سه)*. تهران: روانسنجی.
- یعقوبی، ح. (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا گیلان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.

- Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., Schwartz, S.A., Furr, J.M., (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71, 1049-1057.
- Albert, U., Maina, G., Forner, F., & Bogetto, F. (2004). DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 325e332.
- Albets, E., Meere, J. V. (1992). Observation of hyperactive behavior during vigilance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1355- 1365.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, D.C
- American Psychiatric Association. (2004b). *Structured interview for DSM-IV (SCID)*. Washington, DC: APA.
- Aouizerate, B., Guehl, D., Cuny, E., Rougier, A., Bioulac, B., Tignol, J., Burbaud, P., (2004). Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder:

- a necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Progressive Neurobiology* 72, 195–221.
- Aycicegi-Dinn, A., Dinn, W. M., & Caldwell-Harris, C. L. (2009). Obsessive-compulsive personality traits: Compensatory response to executive function deficit. *International Journal of Neuroscience*, 119(4), 600–608.
- Bannon, S., Gonsalvez, C. J., Croft, R. J., & Boyce, P. M. (2006). Executive functions in obsessive-compulsive disorder: State or trait deficits? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 1031–1038.
- Bannon, S., Craig J. Gonsalveza, Rodney J. Croft. (2008) Processing impairments in OCD: It is more than inhibition! *Behaviour Research and Therapy*. 46, 689–700.
- Baughman, F.D. & Cooper, R.P. (2007). Inhibition and young children's performance on the Tower of London task. *Cognitive Systems Research*. 8, 216–226.
- Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*;50:7-15.
- Bérdard MJ, Joyal CC, Godbout L, Chantal S. (2009) Executive functions and the obsessive-compulsive disorder: on the importance of subclinical symptoms and other concomitant factors. *Archive Clinical Neuropsychology*;24(6):585–98.
- Berg, E.A., (1948). A simple objective test for measuring flexibility in thinking. *J. General Psychiatry* 39, 15–22.
- Bergui, M., Rocca, P., Pulvirenti, L., Bradac, G.B., Bogetto, F., Mutani, R. & Mortara, P. (2006). The effect of gender on planning: An fMRI study using the Tower of London task. *NeuroImage*, 33, 999–1010.
- Bespalov AY, van Gaalen MM, (2010), Gross G. Antidepressant treatment in anxiety disorders. *Curr Top Behav Neurosci*;2:361–90.
- Bradbury C, Cassin SE, Rector NA, (2011). Obsessive beliefs and neurocognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*.
- Chamberlain S, Blackwell A, Fineberg N, Robbins T, Sahakian B (2005). The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 29 (3), 399–419.
- Chen, Y.N., Mitra, S & Schlaghecken, F. (2008) sub-processes of working memory in the N-back task: An investigation using ERP. *clinical Neurophysiology*, 119(7), 1546–1559.
- Coles Meredith E., Pinto Anthony, Mancebo Maria C. Rasmussen Steven A., Eisen Jane L. (2008), OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD?, *Journal of Psychiatric Research*. 42(4):289–96.

- DeBerry, LaKenya, "The Relation Between Cognitive Inflexibility and Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adults: Depression and Anxiety as Potential Mediators" (2012). Honors Theses. Paper 55.
- Fineberg, N.A., Saxena, S., Zohar, J., Craig, K.J., (2007). Obsessive-compulsive disorder: boundary issues. *CNS Spectrums* 12 (359-364), 367-375.
- Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Adamopoulou, A., Papazisis, G., Karastergiou, A., & Bozikas, V. P. (2010). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder: does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder? *Psychiatry Research*, 177(1e2), 156-160.
- Gottesman, Gould TD. (2003) The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *Am J Psychiatry*; 160:636-45.
- Grisham, J.R., Brown, T.A., Savage, C.R., Steketee, G., Barlow, D.H., (2007). Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*. 45 (7), 1471-1483.
- Himani K (2010). Neuropsychological correlates of insight in obsessive compulsive disorder. Bangalore: National Institute of Mental Health and Neurosciences. 126(2), 106-114
- Hodgson, R.J. & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive Complaints. *Behavior Research and Therapy*. 15, 389-395.
- Kirchner, W.K. (1958). Age differences in short-term retention of rapidly changing information. *Journal of Experimental Psychology*, 55(4), 352-358.
- Krishna R, Udupa S, George CM, Kumar KJ, Viswanath B, Kandavel T, Venkatasubramanian G, Reddy YC, (2011). Neuropsychological performance in OCD: A study in medication-naïve patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 1; 35(8) 1969-76.
- Kuelz AK, Hohagen F, Voderholzer U (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biological Psychology*; 65(3):185-236.
- Lawrence, N.S., Wooderson, S., Mataix-Cols, D., David, R., Speckens, A., Hillips, M.L., (2006). Decision making and set shifting impairments are associated with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychology* ; 20 (4), 409-419.
- Mallinger, A.E. (1984) The obsessive's myth of control. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 120, 147-165.
- Meiran N, Diamond Gary M. Toder D, Nemets (2011) Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive compulsive disorder: Examination of task switching, Stroop, working memory updating and poShelley Bannona, b., Craig J. Gonsalveza, Rodney J. Croft. *Psychiatry Research* 185 149-156.

- Menzies L, Achard S, Chamberlain SR, Fineberg N, Chen CH, del Campo N, et al.(2007)Neurocognitive endophenotypes of obsessive–compulsive disorder. *Brain*;130:3223–36.
- Millierey, M., Bouvard, M., Aupetit, J., & Cottraux, J. (2000). Sustained attention in patients with obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Psychiatry Research*, 96, 199–209.
- Moritz S, Kloss M, Jelinek L,(2010). Negative priming (cognitive inhibition) in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behavior . Therapy & Experimental Pshchiatry*.41(1):1-5
- Moritz S, Birkner C, Kloss M, Jacobsen D, Fricke S, Bothern A, et al. (2001) Impact of comorbid depressive symptoms on neuropsychological performance in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*;110(4):653–7.
- Moritz S, Hottenrott B, Randjbar S, Klinge R, Von Eckstaedt FV, Lincoln TM, Jelinek L(2009).Perseveration and not strategic deficits underlie delayed alternation impairment in obsessive–compulsive disorder (OCD) *Psychiatry Research* . 170(1):66-69.
- Moritz S, Kloss M, von Eckstaedt FV, Jelinek L(2009).comparable performance of patients with obsessive–compulsive disorder (OCD) and healthy controls for verbal and nonverbal memory accuracy and confidence:Time to forget the forgetfulness hypothesis of OCD? *Psychiatry Research*.166(2-3):247-53.
- Moritz S, Kloss M, von Eckstaedt FV, Jelinek L(2009).comparable performance of patients with obsessive–compulsive disorder (OCD) and healthy controls for verbal and nonverbal memory accuracy and confidence:Time to forget the forgetfulness hypothesis of OCD? *Psychiatry Research*.166(2-3):247-53.
- Nestadt, G.,Addington,A. Samuels, J., Riddle, Liang,J.,K.,Bienvenu,O.J., Grados, M., M.,Rudolf,H.,&Cullen,B.(2003)The identification of OCD-related subgroups based on comorbidity biological psychiatry.914-920 .
- Newman SD, Pittman G. The Tower of London:(2007) a study of the effect of problem structure on planning. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*;29:333–42.
- Nielen MM, Den Boer JA(2003). Neuropsychological performance of OCD patients before and after treatment with fluoxetine: evidence for persistent cognitive deficits. *Psychol Med*;33:917–25.
- Olley A,Malhi G, Sachdev P.(2007)Memory and executive functioning in obsessive–compulsive disorder: a selective review. *Journal of Affective Disorders*;104:15–23.-
- Park HS, Lee YH, Ha TH, Rho KS, Shin MS, Kwon JS(2003). Impairment ofvisual and verbal memory, and mediating effects of organizational

- strategies on the impaired memory of obsessive-compulsive disorder patients. *Korean Journal of Clinical Psychology*; 22:725-42.
- Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA (2006). The Brown longitudinal obsessive compulsive study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry*; 67:703-11.
- Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., & Rasmussen, S. A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry*. 67, 703-711
- Pirastu, R., Fais, R., Messina, M., Bini, V., Spiga, S., Falconieri, D., & Diana, M. (2005). Impaired decision-making in opiate-dependent subjects: effect of pharmacological therapies. *Drug and Alcohol Dependence*. 28:83(2):163-8.
- Rakhee Krishna, Saumya Udupa, Cilna Mariam George, Keshav J. Kumar, Biju Viswanath, Thennarasu Kandavel, Ganesan Venkatasubramanian, Y.C. Janardhan Reddy. *Neuropsychological (2011) performance in OCD: A study in medication-naïve patients. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 35 1969-1976.
- Rao Naren P., Reddy Y.C. Janardhan , Kumar Keshav J. , Kandavel Thennarasu, Chandrashekar C.R. (2008) ,Are neuropsychological deficits trait markers in OCD? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 32(6):1574-9.
- Rasser, P.E., Johnston, P., Lagopoulos, J., Ward, P.B., Schall, U., Thienel, R., Bender, S., Toga, A.W. & Thompson, P.M., (2005). Functional MRI BOLD response to Tower of London performance of first-episode schizophrenia patients using cortical pattern matching. *NeuroImage*, 26, 941-951.
- Rocha F.F da, Alvarenga N.B, Malloy-Diniz. L, Corrêa. H (2011). Decision-making impairment in obsessive-compulsive disorder as measured by the Iowa Gambling Task. *Arquivos Neuropsiquiatr*. 69(4):642-647.
- Rosvold, H. E., Mirsky, A. F., Sarason, I. Bransome, E. D. & Beck, L. H. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 343-350.
- Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O.J., Costa Jr., P.T., Riddle, M.A., Liang, K.Y., Hoehn-Saric, R., Grados, M.A., Cullen, B.A., (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 177:457-62.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 298, 199-209.

- Simpson HB, Rosen W, Huppert JD, Lin SH, Foa EB, Liebowitz MR(2006). Are there reliable neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder? *Journal of Psychiatry Research*;40:247-57.
- Starcevic, v.(1990), Relationship hypochondriasis and obsessive compulsive personality disorder: close relatives separated by nosological schemes? *American Journal of Psychotherapy*, 154, 340-347.
- Steketee, G. (1990). Personality traits and disorders in obsessive-compulsives. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 351-364.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Tükel R, Gürvit H, Ertekin BA, Oflaz S, Ertekin E, Baran B, Kalem SA, Kandemir PE, Ozdemiroğlu FA, Atalay F(2011). Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*.53(2):167-75.
- van der Wee, N. J., Ramsey, N. F., Jansma, J. M., Denys, D. A., van Meegen, H. J., Westenberg, H. M., et al. (2003). Spatial working memory deficits in obsessive-compulsive disorder are associated with excessive engagement of the medial frontal cortex. *Neuroimage*, 20, 2271-2280.
- van der Wee, N. J., Ramsey, N. F., van Meegen, H., Denys, D. A., Westenberg, H. M., & Kahn, R. S. (2007). Spatial working memory in obsessive-compulsive disorder improves with clinical response: A functional MRI study. *European Neuropsychopharmacology*, 17, 16-23.
- Villamizar D, Garca-, Dattilo J (2013), Executive functioning in people with obsessive-compulsive personality trait: evidence of modest impairment. *Journal of Personality Disorder*, 27, 101.
- Watkins, L.H., Sahakian, B.J., Robertson, M.M., Veale, D.M., Rogers, R.D., Pickard, K.M. Aitken, M.R.F. Robbins, T.W., (2005). Executive function in Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine* 35 (4), 571-582.
- Zook, N.A. Davalos, D.B., DeLosh, E.L. & Davis, H.P. (2004). Working memory, inhibition, and fluid intelligence as predictors of performance on Tower of Hanoi and London tasks. *Brain and Cognition*, 56, 286-292.