

مقایسه توجه انتخابی در فازهای مختلف اختلال دوقطبی نوع یک و افراد عادی

صبرا موسوی زادگان

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی و عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان

محسن معروفی*

دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان

*نشانی تماس: دانشکده پزشکی، دانشگاه

علوم پزشکی اصفهان، اصفهان

رایانامه: m.maroufi2017@gmail.com

مقدمه: از آنجا که در اختلال دوقطبی، نقص توجه، نقص اصلی عصب روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود، هدف این پژوهش، مقایسه‌ی توجه انتخابی در فازهای مانیا، افسردگی و یوتایمیا در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و افراد عادی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ تعریف شد. **روش:** نمونه‌ی پژوهش ۵۹ نفر بود که ۱۵ نفر آنها در فاز مانیا، ۱۰ نفر در فاز افسردگی و ۱۶ نفر در فاز یوتایمیا قرار داشتند و ۱۸ نفر نیز افراد عادی بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بیماران با تشخیص روان‌پزشک و بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (MSD-5)، مقیاس مانیا‌ی یانگ و افسردگی همیلتون و افراد عادی با پرسش‌نامه‌های چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCI-90-R V.4.1) و کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF36) وارد پژوهش شدند. برای سنجش توجه انتخابی، نرم‌افزار آزمون استروپ ساده به کار رفت. داده‌ها با تحلیل واریانس یک‌راهه، کروسکال والیس و آزمون‌های تعقیبی تجزیه و تحلیل شدند. شاخص‌های اندازه‌گیری شده عبارت بودند از: زمان آزمایش، تعداد خطا، تعداد سؤال‌های بدون پاسخ، تعداد پاسخ‌های صحیح، زمان پاسخ در دو قسمت هم‌خوان و ناهم‌خوان، نمره و زمان تداخل. **یافته‌ها:** نتایج نشان دادند که زمان آزمایش هم‌خوان و ناهم‌خوان و زمان پاسخ هم‌خوان در گروه‌های مانیا-کنترل و افسردگی-کنترل و زمان پاسخ ناهم‌خوان در گروه‌های یوتایمیا-مانیا و مانیا-کنترل و افسردگی-کنترل تفاوت معناداری دارد ($P < 0.0001$)، اما در سایر گروه‌ها تفاوت معناداری دیده نشد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به عملکرد ضعیف بیماران دوقطبی در توجه انتخابی در فازهای حاد اختلال و ادامه این نقص در فاز یوتایمیا شاید بتوان ادعا کرد که شدت نقص توجه در اختلال دوقطبی با فازها مرتبط است، البته انجام مطالعات بیشتر با حجم نمونه بیشتر ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، مانیا، افسردگی، یوتایمیا، توجه انتخابی

Comparison of Selective Attention in Different Phases of Bipolar I Disorder and General Population

Introduction: Based on the fact that attention deficit is considered as a major neuropsychological deficit in bipolar disorder, the objective of this study was to compare selective attention in phases of mania, depression and euthymia between patients with bipolar I disorder and general population in Isfahan in 2016. **Method:** The study sample consisted of 59 people, including 15 patients in manic phase, 10 patients in depressive phase, 16 patients in euthymic phase, and 18 people in the control group who were selected through convenience sampling. Patients entered the study based on psychiatrist's diagnosis of BID based on DSM-5, Young Mania Scale (YMRS, 1978) and the Hamilton Depression Scale (HAM-D, 1960). The Symptom Checklist SCL-90-R (SCL-90-R V. 4. 1, 1976) and 36-item The Short Form Health Survey (SF36, 1993) were used for the control group. Computerized Simple Stroop Test V.4 (2014) was used to measure selective attention. Data were analyzed using One-way ANOVA, Kruskal-Wallis and Post Hoc tests. Measured parameters included: time test, error number, no response number, true response number, congruent and incongruent response time, interference number, and interference time. **Results:** The results showed that there was a significant difference between congruent and incongruent response time, and congruent response time in mania-control, depression-control, and incongruent response time in euthymia-mania, mania-control, depression-control ($P < 0.0001$). There was no significant difference between other groups. **Conclusion:** Considering the weak performance of bipolar patients in selective attention in acute phases of the disorder and continuing this defect in the euthymic phase, it might be claimed that the severity of attention deficit in bipolar disorder is related to phases; However, further studies with greater sample size seem necessary.

Keywords: Bipolar Disorder, mania, depression, euthymia, selective attention

Sabra Mousavizadegan

M.A. Student of Psychology, Young Researchers and Elite Club, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan

Mohsen Maroufi*

Associate Professor, Psychiatry Department, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical sciences, Isfahan

*Corresponding Author:

Email: m.maroufi2017@gmail.com

مقدمه

اختلال دوقطبی یک اختلال اپیزودیک است (۱) که با دو حالت تغییرات بالینی (افسردگی و مانیا) و چهار تغییر فازی (افسردگی به مانیا، مانیا به افسردگی، افسردگی به اپیزود میکس و اپیزود میکس به افسردگی) همراه است (۲). غالباً در بین دوره‌های مانیا و افسردگی، دوره‌های یوتایمیا که با خلق طبیعی همراه است ظاهر می‌شود، اما این دوره‌ها هم تخریب‌های شغلی و اجتماعی به دنبال دارد (۳). بیماری گاهی اوقات تحت تأثیر اپیزودهای ابتدایی افسردگی، اضطراب یا اختلالات خواب، ضربه‌های روحی و حوادث زندگی، مصرف الکل و دیگر داروها شروع می‌شود (۴).

اختلال دوقطبی دو نوع یک و دو دارد. اختلال دوقطبی نوع یک با فازهای مانیا، هیپومانیا، افسردگی اساسی و مختلط همراه است. فاز مانیک با خلق بالا، گشاده، افزایش نابهنجار یا مداوم فعالیت، عزت نفس کاذب، کاهش نیاز به خواب، پر حرفی، پرش یا شتاب افکار، حواس پرتی، سراسیمگی روانی - حرکتی، درگیری بیش از حد در فعالیت‌هایی که پیامدهای ناراحت‌کننده دارند، اختلال در عملکرد اجتماعی یا شغلی و گاهی ویژگی‌های روان‌پریشی همراه است. اپیزود افسردگی اساسی با خلق افسرده، کاهش محسوس علاقه یا لذت، کاهش یا افزایش قابل توجه وزن، بی‌خوابی یا پر خوابی، سراسیمگی یا کندی روانی حرکتی، خستگی، احساس بی‌ارزشی یا گناه بیش از اندازه، کاهش توانایی فکر کردن یا تمرکز کردن یا دودلی، افکار مکرر مرگ و خیال‌پردازی درباره‌ی خودکشی همراه است (۵). فاز یوتایمیک (خلق طبیعی) در اختلال دوقطبی صرفاً به عنوان یک حالت خلقی نسبتاً پایدار، نه مانیک/نه هیپومانیک و نه افسرده تعریف می‌شود، با این حال مطالعات نشان می‌دهند که در اغلب موارد در طول این اپیزود، برخی علائم افسردگی به‌ویژه فقدان لذت و اختلالات شناختی دیده می‌شود (۶).

"توجه" وسیله‌ای است که از میان حجم عظیم اطلاعاتی که حواس، حافظه‌ی ذخیره‌شده و سایر فرآیندهای شناختی در اختیار دارد، میزان محدودی از اطلاعات را

فعالانه پردازش می‌کند. فرآیندهای توجه که می‌تواند با استفاده از شیوه‌های رفتاری، عصبی - فیزیولوژیکی و تصویربرداری نشان داده شود (۷)، با هم کار می‌کنند، بر هم تأثیر می‌گذارند و یا لازمه‌ی یکدیگرند. این فرآیندها عبارت‌اند از حافظه‌ی فعال که به توانایی خودآگاه نگهداری تعدادی شیء ذهنی برای مدت محدودی گفته می‌شود و توجه انتخابی که به توانایی شناخت هدف از بین دیگر محرک‌ها، رهایی از تداخل یا حواس‌پرتی اشاره دارد (۸). توجه انتخابی به برخی محرک‌های اطلاعاتی، توانایی ما را در دست‌کاری آن محرک‌ها برای سایر فرآیندهای شناختی مانند درک کلامی یا حل مسأله تقویت می‌کند (۹).

در دهه‌ی اخیر، مطالعات بسیاری به عملکردهای عصب روان‌شناختی در اختلال دوقطبی پرداخته‌اند، اما نتایج این مطالعات متناقض بوده است. به نظر بعضی پژوهشگران، نقص عملکردهای عصب روان‌شناختی، ویژگی اصلی اختلال دوقطبی است و بر اساس برخی مطالعات، این نقایص به تغییرات خلقی وابسته‌اند (۸، ۱۰-۱۲). نقص توجه که به عنوان نقص عصب روان‌شناختی اصلی در اختلال دوقطبی در نظر گرفته می‌شود (۸، ۱۳)، ممکن است به دیگر نقایص شناختی مرتبط باشد (۱۴). تغییر در توجه بر دیگر عملکردهای شناختی مانند یادگیری، عملکردهای اجرایی، حافظه و توانایی‌های دیداری - فضایی تأثیر می‌گذارد (۱۵).

با توجه به نتایج متناقض مطالعات قبلی هدف پژوهشگر در این مطالعه، مقایسه‌ی توجه انتخابی در فازهای مانیا، افسردگی و یوتایمیا در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و افراد عادی بوده است.

روش

پژوهش حاضر علی - مقایسه‌ای بوده و جامعه‌ی آماری آن را زنان و مردان ۲۰ تا ۴۰ ساله‌ی مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و افراد عادی شهر اصفهان در فاصله‌ی زمانی خرداد تا مهر سال ۱۳۹۵ تشکیل داده‌اند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۴۱ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک

می‌کند(۵).

مقیاس مانیای یانگ: برای سنجش فاز مانیا، از مقیاس مانیای یانگ (۱۹۷۸) استفاده شد. این پرسش‌نامه ۱۱ آیتم دارد و دامنه‌ی نمرات آن صفر تا ۶۰ است که عدد بزرگ‌تر شدت بیشتر مانیا را نشان می‌دهد(۱۶). این مقیاس در سال ۱۳۸۶ در ایران هنجاریابی شد. نتایج نشان‌دهنده‌ی پایایی ۰/۷۲ برای گروه بیمار و ۰/۶۳ برای گروه بهنجار است. ضریب روایی تشخیصی نمرات کل و عضویت گروهی (همبستگی کانونی) نیز ۰/۹۲ بود. نتایج تحلیل روایی سؤالات، قدرت زیاد تشخیص همه‌ی سؤالات را در تفکیک دو گروه بهنجار از بیمار نشان می‌دهد. برای تفکیک دو گروه بیمار و بهنجار، حساسیت و ویژگی هر یک ۹۸/۴ درصد و نقطه‌ی برش ۱۷/۱۴ به دست آمد(۱۷). در این پژوهش، نمره‌ی نهایی برای تمام ۱۵ شرکت‌کننده بیشتر از ۱۷ بود که قرار داشتن این افراد را در فاز مانیک نشان می‌دهد. پایایی پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱۶ به دست آمد.

مقیاس افسردگی همیلتون: برای سنجش فاز افسردگی، از مقیاس افسردگی همیلتون (۱۹۶۰) استفاده شد. این مقیاس ۱۷ متغیر زیر را در بر می‌گیرد: خلق افسرده، احساس گناه، خودکشی، بی‌خوابی سر شب، بی‌خوابی نیمه‌های شب، بی‌خوابی اواخر شب، کار و فعالیت‌ها، کندی روانی - حرکتی، تحریک‌پذیری (بیقراری)، اضطراب روانی و جسمی، علایم جسمانی (معه‌ای - روده‌ای) و علائم بدنی کلی، علائم مرتبط با دستگاه تناسلی، خودبیمارانگاری، از دست دادن بینش، از دست دادن وزن. نمره‌ی کلی مقیاس از صفر تا ۵۳ متغیر است(۱۸). این مقیاس در سال ۱۳۷۹ در ایران هنجاریابی و ضریب پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۵ و ۰/۸۹ گزارش شده است(۱۹). در این پژوهش، از میان ۱۰ نفر، نمره‌ی یک نفر ۲۲ و بقیه بیشتر از ۲۳ بود که این نمره قرار داشتن افراد را در فاز افسردگی تأیید می‌کند. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱۱ به دست آمد.

برای سنجش سلامت روان افراد عادی، از نسخه‌ی

(۱۵) نفر در فاز مانیا، ۱۰ نفر در فاز افسردگی و ۱۶ نفر در فاز یوتایمیا) مراجعه‌کننده به بخش‌ها و درمانگاه‌های روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و ۱۸ فرد عادی (بدون نسبت خویشاوندی با بیماران) بود که از طریق روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و از نظر سن، جنس و تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل با بیماران همتا سازی شدند. قبل از شروع مطالعه، پروتکل مربوطه در شورای طرح‌های تحقیقاتی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از نظر علمی و اخلاقی تأیید شد.

معیارهای ورود به مطالعه برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی شامل تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک توسط روان‌پزشک بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی و کسب حد نصاب نمره در مقیاس مانیای یانگ و افسردگی همیلتون، رضایت از شرکت در آزمون تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان یا روان‌پزشک مربوطه، نداشتن اختلالات همراه و سوء‌مصرف مواد و عقب‌ماندگی ذهنی و دارا بودن سواد خواندن و نوشتن بود. معیارهای ورود به مطالعه برای افراد عادی کسب حد نصاب نمره در مقیاس‌های چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی SCL-90-R و کیفیت زندگی ۳۶ سوالی SF36، عدم ابتلا به بیماری‌های اعصاب و روان یا سایر بیماری‌های جسمانی، نداشتن اعتیاد به مواد مخدر، عدم مصرف دارو، داشتن سواد خواندن و نوشتن در نظر گرفته شد. مشخصات جمعیتی بیماران با پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته و پرونده‌ی بستری آنها و مشخصات جمعیتی افراد عادی با پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته به دست آمد.

ابزار پژوهش

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: در این پژوهش، برای تعیین فاز بیماری، از تشخیص روان‌پزشک بر اساس راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا استفاده شد. این راهنما ابزار طبقه‌بندی اختلالات روانی همراه با ملاک‌های مربوط به آن است که به تشخیص مطمئن‌تر اختلال کمک

ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۷ (و بیشتر) در نظر گرفته شده است (۲۳). در پژوهش حاضر زیرمقیاس سلامت روان در پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی ۳۶ سوالی SF36 همه‌ی افراد بیشتر از ۲۰۰ (درصد ۵۰) بود که نرمال بودن افراد را نشان می‌دهد. پایایی به دست آمده با استفاده از آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه ۰/۸۴۱ به دست آمد.

آزمون استروپ: برای سنجش توجه انتخابی، از نرم‌افزار کامپیوتری آزمون استروپ استفاده شد. شاخص‌های اندازه‌گیری شده با این نرم‌افزار عبارت‌اند از: زمان آزمایش هم‌خوان و ناهم‌خوان، تعداد خطای هم‌خوان و ناهم‌خوان، تعداد سؤال‌های بدون پاسخ هم‌خوان و ناهم‌خوان، تعداد پاسخ‌های صحیح هم‌خوان و ناهم‌خوان، زمان پاسخ‌های هم‌خوان و ناهم‌خوان، نمره‌ی تداخل و زمان تداخل. مهم‌ترین شاخص‌های نرم‌افزار استروپ عبارت‌اند از تعداد پاسخ‌های صحیح هم‌خوان و ناهم‌خوان و زمان پاسخ‌های هم‌خوان و ناهم‌خوان.

این نرم‌افزار سه مرحله دارد که مرحله‌ی اول و دوم مقدماتی و آزمایشی است و در مرحله‌ی سوم ۴۸ کلمه‌ی رنگی هم‌خوان (یکسان بودن رنگ کلمه با معنای کلمه) و ۴۸ کلمه‌ی رنگی ناهم‌خوان (متفاوت بودن رنگ کلمه با معنای کلمه) به رنگ‌های قرمز، آبی، زرد و سبز به آزمودنی نشان داده می‌شود. تکلیف آزمودنی این است که صرف‌نظر از معنای کلمات، فقط رنگ ظاهری آنها را مشخص کند. اعتبار این آزمون از طریق بازآزمایی در دامنه‌ی ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۴، ۲۵).

یافته‌ها

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 21 تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها ارائه و برای تحلیل از آزمون‌های آنوای یک‌طرفه و کروسکال والیس و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. در این پژوهش، عضویت گروهی یا تقسیم‌بندی افراد، براساس فازهای اختلال دوقطبی (مانیا، یوتایمیا،

کامپیوتری آزمون چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی SCL-90-R و پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی ۳۶ سوالی SF36 استفاده شد.

آزمون چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی SCL-90-R: فرم اولیه‌ی این آزمون ۹۰ سوالی را درآگوتیس، لیمن و کووی (۱۹۷۳) معرفی کردند و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه شد. این آزمون سه نشانه‌ی کلی و نه زیرمجموعه از مقیاس‌ها را مقایسه می‌کند. در این آزمون، هنجار کامل وجود ندارد و معمولاً میانگین نمرات یک و بیشتر حالت مرضی و بیشتر از سه روان‌گسیختگی را نشان می‌دهد. اعتبار ابعاد نه‌گانه‌ی این آزمون رضایت‌بخش بوده و بیشترین همبستگی به بُعد افسردگی (۹۵ درصد) و کمترین آنها به روان‌پریشی (۷۷ درصد) مربوط است (۲۰). در ایران، ضریب پایایی همه‌ی ابعاد این آزمون به روش تصویف و روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۱). در پژوهش حاضر، دامنه‌ی شاخص شدت کلی همه‌ی شرکت‌کنندگان در آزمون چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی SCL-90-R در دامنه‌ی ۰/۰۱ تا ۰/۰۹ (کمتر از یک) قرار داشت. پایایی به دست آمده با استفاده از آلفای کرونباخ برای این آزمون در پژوهش حاضر ۰/۷۸۳ بود.

پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی ۳۶ سوالی SF36: این پرسش‌نامه وضعیت سلامت کلی در جامعه را نشان می‌دهد. سؤالات و مفاهیم زمینه‌ای پرسش‌نامه در سه سطح طبقه‌بندی شده است. مقیاس نمرات در همه‌ی ابعاد صفر تا ۱۰۰ است که نمره‌ی بیشتر سلامت و رفاه بیشتر را نشان می‌دهد. نمرات بیشتر یا کمتر از ۵۰، هنجار زیاد یا کم جمعیت و عدد انحراف از معیار ۱۰ در نظر گرفته شده است. پایایی پرسش‌نامه ۰/۸ به بالا برآورد شده و روایی محتوایی پرسش‌نامه بر اساس سایر پرسش‌نامه‌های معتبر سنجیده شده است. روایی سازه‌ی نسبی برای عملکرد فیزیکی یک، نقش فیزیکی ۰/۷۹، درد ۰/۷۷، سلامت روان یک، نقش هیجانی ۰/۸۱ و عملکرد اجتماعی ۰/۶۲ است (۲۲). در ایران مقدار

افسردگی) و عادی بودن افراد، به عنوان متغیر مستقل و نمرات توجه انتخابی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. (شامل سن، جنسیت، سن شروع بیماری، وضعیت تأهل، تحصیلات، مصرف سیگار، سابقه‌ی سایکوز و مصرف دارو بر حسب عضویت گروهی) را نشان می‌دهد.

جدول ۱، یافته‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در پژوهش

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی سن، جنسیت، سن شروع اختلال، وضعیت تأهل، تحصیلات، مصرف سیگار، سابقه‌ی سایکوز و مصرف دارو بر حسب عضویت گروهی

| معناداری | گروه | | | | مشخصات |
|----------|------------|------------|------------|------------|----------------------|
| | کنترل | افسردگی | مانیا | یوتایمیا | |
| - | ۱۸ | ۱۰ | ۱۵ | ۱۶ | تعداد نمونه |
| ۰/۳۴۰ | ۳۱/۲ ± ۵/۱ | ۳۲/۴ ± ۵/۴ | ۲۹/۹ ± ۷/۲ | ۳۳/۶ ± ۴/۸ | سن (سال) |
| ۰/۸۸۶ | ۱۰/۸ | ۷/۳ | ۹/۶ | ۹/۷ | جنس (مرد/زن) |
| ۰/۶۷۴ | - | ۲۲/۵ ± ۴/۷ | ۲۰/۹ ± ۷/۳ | ۲۰/۷ ± ۳/۱ | سن شروع بیماری (سال) |
| ۰/۵۵۶ | ۱۱ (۶۱/۱) | ۵ (۵۰) | ۶ (۴۰) | ۱۰ (۶۲/۵) | تأهل |
| ۰/۰۵۶ | ۱۳/۸ ± ۳/۶ | ۱۳/۷ ± ۳/۹ | ۱۰/۴ ± ۳/۶ | ۱۱/۷ ± ۴/۳ | سال‌های تحصیل |
| ۰/۰۲۵ | ۰ | ۲ (۲۰) | ۳ (۲۰) | ۰ | مصرف سیگار |
| <۰/۰۰۰۱ | ۰ | ۵ (۵۰) | ۱۴ (۹۳/۳) | ۰ | سابقه‌ی سایکوز |
| ۰/۲۹ | - | ۲ (۲۰) | ۵ (۳۳/۳) | ۸ (۵۰) | لیتیوم کربنات |
| ۰/۵۹ | - | ۶ (۶۰) | ۱۱ (۷۳/۳) | ۹ (۵۶/۳) | سدیم والپروات |
| ۰/۳۲ | - | ۱ (۱۰) | ۱ (۶/۷) | ۴ (۲۵) | کاربامازپین |
| ۰/۶۱ | - | ۴ (۴۰) | ۶ (۴۰) | ۴ (۲۵) | الانزاپین |
| ۰/۷۸ | - | ۳ (۳۰) | ۴ (۲۶/۷) | ۳ (۱۸/۸) | کوتیپین |
| ۰/۸۶ | - | ۲ (۲۰) | ۲ (۱۳/۳) | ۲ (۱۲/۵) | کلونازپام |
| ۰/۲۷ | - | ۳ (۳۰) | ۳ (۲۰) | ۱ (۶/۳) | لورازپام |
| ۰/۲۱ | - | - | ۳ (۲۰) | ۱ (۶/۳) | هالوپریدول |

درصد)، در گروه کنترل ۱۱ نفر (۶۱/۱ درصد) متأهل و بقیه مجرد بودند. میانگین و انحراف معیار سال‌های تحصیل در یوتایمیا $۴/۳ ± ۱۱/۷$ ، در مانیا $۳/۶ ± ۱۰/۴$ ، در افسردگی $۳/۹ ± ۱۳/۷$ و در گروه کنترل $۳/۶ ± ۱۳/۸$ بود. هیچ‌یک از افراد گروه یوتایمیک و کنترل سیگاری نبودند، اما سه نفر از گروه مانیک (۲۰ درصد) و دو نفر در فاز افسردگی (۲۰ درصد) سیگار می‌کشیدند. ۱۴ نفر (۹۳/۳ درصد) در فاز مانیا و پنج نفر (۵۰ درصد) در فاز افسردگی سابقه‌ی سایکوز داشتند.

جدول ۲، شاخص‌های توجه انتخابی مبتلایان به اختلال

بر اساس یافته‌ها، تعداد مردان در فازهای یوتایمیا هفت نفر، مانیا شش نفر، افسردگی سه نفر و گروه کنترل هشت نفر و تعداد زنان در فازهای یوتایمیا ۸ نفر، مانیا ۹ نفر، افسردگی هفت نفر و گروه کنترل ۱۰ نفر بود. میانگین و انحراف معیار سن افراد در یوتایمیا $۴/۸ ± ۳۳/۶$ ، مانیا $۷/۲ ± ۲۹/۹$ ، افسردگی $۵/۴ ± ۳۲/۴$ و گروه کنترل $۵/۱ ± ۳۱/۲$ و میانگین و انحراف معیار سن شروع بیماری نیز در یوتایمیا $۳/۱ ± ۲۰/۷$ ، مانیا $۷/۳ ± ۲۰/۹$ و افسردگی $۴/۷ ± ۲۲/۵$ بود. در یوتایمیا ۱۰ نفر (۶۲/۵ درصد)، در مانیا شش نفر (۴۰ درصد)، در فاز افسردگی پنج نفر (۵۰

دوقطبی و افراد عادی (گروه کنترل) را در فازهای مختلف نشان می‌دهد.

جدول ۲- مقایسه‌ی توجه انتخابی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد عادی (گروه کنترل) در فازهای مختلف

| مشخصات | گروه | | | | معناداری |
|----------------------------------|------------------|-------------------|-----------------|------------------|----------|
| | یوتایمیا | مانیا | افسردگی | کنترل | |
| تعداد نمونه | ۱۶ | ۱۵ | ۱۰ | ۱۸ | - |
| زمان آزمایش هم‌خوان (s) | ۵۲/۹ ± ۱۲/۳ | ۶۲/۷ ± ۹/۶* | ۵۹/۱ ± ۱۴/۸# | ۴۴/۸ ± ۷/۰** | <۰/۰۰۰۱ |
| زمان آزمایش ناهم‌خوان (s) | ۵۶/۹ ± ۱۵/۴ | ۶۶/۷ ± ۹/۴* | ۶۲/۵ ± ۱۳/۶# | ۴۸/۳ ± ۸/۳** | <۰/۰۰۰۱ |
| تعداد خطای هم‌خوان | ۰/۶ ± ۱/۷ | ۰/۷ ± ۰/۹ | ۰/۵ ± ۱/۰ | ۰/۳ ± ۰/۶ | ۰/۷۱۴ |
| تعداد خطای ناهم‌خوان | ۱/۵ ± ۳/۵ | ۲ ± ۲ | ۱/۴ ± ۲ | ۱/۶ ± ۴/۴ | ۰/۹۶۶ |
| تعداد سؤالات بدون پاسخ هم‌خوان | ۱/۸ ± ۳/۸ | ۲/۷ ± ۳/۹ | ۱/۴ ± ۱/۹ | ۰/۳ ± ۰/۷ | ۰/۱۳۹ |
| تعداد سؤالات بدون پاسخ ناهم‌خوان | ۴/۶ ± ۱۰ | ۴/۵ ± ۴/۴ | ۲/۸ ± ۲/۹ | ۰/۸ ± ۱/۳ | ۰/۱۹۸ |
| تعداد پاسخ‌های صحیح هم‌خوان | ۴۵/۶ ± ۵/۰ | ۴۴/۶ ± ۴/۴ | ۴۶/۱ ± ۲/۱ | ۴۷/۴ ± ۰/۸ | ۰/۱۵۴ |
| تعداد پاسخ‌های صحیح ناهم‌خوان | ۴۱/۸ ± ۱۳/۴ | ۴۱/۵ ± ۵/۵ | ۴۳/۸ ± ۴/۲ | ۴۵/۷ ± ۵/۳ | ۰/۴۲۹ |
| زمان پاسخ هم‌خوان (ms) | ۱۱۰۳/۲ ± ۲۴۵/۴ | ۱۲۹/۱ ± ۱۸۲/۸* | ۱۲۲۷/۲ ± ۳۰۳/۶# | ۹۴۳/۹ ± ۱۳۷/۷** | <۰/۰۰۰۱ |
| زمان پاسخ ناهم‌خوان (ms) | ۱۱۳۴/۶ ± ۲۴۱/۱\$ | ۱۳۴۷/۹ ± ۱۸۸/۱*\$ | ۵۲/۹ ± ۲۷۴/۷# | ۱۰۰۴/۶ ± ۱۵۶/۶** | <۰/۰۰۰۱ |
| نمره‌ی تداخل | ۰ (۰-۲/۷) | ۳ (-۱-۷) | ۱/۵ (-۰/۲-۵) | ۱ (۰-۱/۲) | ۰/۸۴۰ |
| زمان تداخل | ۴۰ (۱۹-۵۱) | ۶۴ (۲۲-۸۲) | ۶۹/۵ (۱۷/۲-۱۰۲) | ۵۹/۵ (۲۵/۲-۸۴/۲) | ۰/۳۰۱ |

همه‌ی گروه‌ها بود و یوتایمیا و افسردگی در درجات بعد قرار داشتند و عملکرد گروه مانیا از همه‌ی گروه‌ها ضعیف‌تر بود. در زمان آزمایش هم‌خوان، عملکرد دو گروه مانیا- کنترل و افسردگی- کنترل تفاوت معنادار داشت ($P < ۰/۰۰۰۱$) و در زمان آزمایش ناهم‌خوان، تفاوت گروه‌های مانیا- کنترل و افسردگی- کنترل معنادار بود ($P < ۰/۰۰۰۱$).

گروه‌ها در تعداد خطای هم‌خوان و ناهم‌خوان، تعداد سؤال‌های بدون پاسخ هم‌خوان و تعداد سؤال‌های بدون پاسخ ناهم‌خوان، تعداد پاسخ‌های صحیح هم‌خوان و

به غیر از نمره و زمان تداخل، که به دلیل عدم پیروی از توزیع نرمال به صورت میانه (دامنه‌ی بین چارکی) گزارش شده، داده‌ها به صورت میانگین \pm انحراف معیار ارائه شده‌اند. موارد معنادار، بر اساس آزمون تعقیبی بن‌فرونی، با علائم "##"، "\$" نشان داده شده‌اند. پاور آماری در تحلیل‌های مربوط به موارد غیرمعنادار به ترتیب از بالا به پایین ۰/۱۳۶، ۰/۰۶۵، ۰/۶۶۸، ۰/۴۰۰، ۰/۴۴۸، ۰/۲۴۳، ۰/۱۲۵ و ۰/۲۵۶ است.

همان‌طور که در جدول دیده می‌شود، در زمان آزمایش هم‌خوان و ناهم‌خوان، عملکرد گروه کنترل بهتر از

ناهم‌خون تفاوت معناداری نشان ندادند. با این حال، در همه‌ی این موارد به جز تعداد خطای ناهم‌خون، عملکرد گروه کنترل بهتر و گروه مانیا ضعیف‌تر از سایر گروه‌ها بود. در شاخص تعداد خطای ناهم‌خون گروه افسرده و یوتایمیک بهتر از گروه کنترل عمل کردند. در این شاخص نیز عملکرد گروه مانیک از دیگر گروه‌ها ضعیف‌تر بود.

در زمان پاسخ‌های هم‌خون، گروه‌های مانیا-کنترل، افسردگی-کنترل تفاوت معنادار داشتند ($P < 0/0001$) و در زمان پاسخ ناهم‌خون، تفاوت گروه‌های یوتایمیا-مانیا، مانیا-کنترل، افسردگی-کنترل معنادار بود ($P < 0/0001$). در این دو شاخص، عملکرد گروه کنترل بهتر از سایر گروه‌ها و گروه یوتایمیک و افسرده در درجات بعدی و گروه مانیا از همه ضعیف‌تر بود.

در نمره‌ی تداخل و زمان تداخل تفاوت معناداری بین گروه‌ها دیده نشد، با این حال در نمره‌ی تداخل، عملکرد گروه‌ها به ترتیب در یوتایمیا بهتر از سایر گروه‌ها، گروه کنترل و افسرده در درجات بعدی قرار داشتند و عملکرد گروه مانیا ضعیف‌تر از همه بود. در زمان تداخل، عملکرد گروه یوتایمیا بهتر از بقیه‌ی گروه‌ها بود و گروه کنترل و مانیا در درجات بعدی قرار داشتند و عملکرد گروه افسرده از سایر گروه‌ها ضعیف‌تر بود.

نتیجه گیری

از سنجش‌های نوروسایکولوژیکی می‌توان برای شناخت نقایص و افزایش فاکتورهای شناختی و کمک به عملکردهای روزانه استفاده کرد (۸، ۲۶). از آنجا که نقص توجه، نوعی نقص عصب روان‌شناختی اصلی در اختلال دوقطبی محسوب می‌شود و بر دیگر عملکردهای شناختی تأثیر می‌گذارد، سنجش نوروسایکولوژیکی توجه در این اختلال ضروری است (۱۵). شناخت نقص توجه ممکن است به تشخیص زودهنگام اختلال دوقطبی کمک کند یا به شناخت اهداف جدید در درمان دارویی و شناخت افرادی که ریسک ابتلا به اختلال دوقطبی در

آنها بالاست بینجامد (۱۲).

مطالعات زیادی افراد دوقطبی را از نظر انواع توجه با گروه کنترل سالم مقایسه کرده و بیشتر آنها نشان داده‌اند که بیماران دوقطبی از نظر انواع توجه ضعیف‌تر از گروه کنترل هستند. چندین مطالعه افراد دوقطبی را از نظر توجه انتخابی با گروه کنترل مقایسه کرده و بیشتر این مطالعات عملکرد گروه کنترل را بهتر از افراد دوقطبی و چند مطالعه عملکرد دو گروه را یکسان گزارش کرده‌اند. مطالعات محدودتری هم افراد دوقطبی را از نظر توجه انتخابی با افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مقایسه کرده‌اند که عملکرد دو گروه تفاوتی نشان نداده است. نتیجه‌ی مقایسه‌ی عملکرد افراد دوقطبی و مبتلایان به افسردگی تک‌قطبی نیز در یک مورد یکسان و در مورد دیگر عملکرد افراد دوقطبی ضعیف‌تر از افراد تک‌قطبی بوده است (۲۷، ۲۸). مطالعاتی که عملکرد توجه انتخابی را در فازهای مختلف اختلال دوقطبی مقایسه کرده‌اند بسیار محدود است.

کرونهاوس و همکاران عملکرد توجه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را که در فازهای یوتایمیا و افسردگی بودند با عملکرد گروه کنترل بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که عملکرد بیماران دوقطبی ضعیف‌تر از گروه کنترل است، اما تفاوت بین گروه‌ها معنادار نبود (۲۹). دوسوزا و همکاران توجه انتخابی را در فاز سنجیده و نتیجه گرفتند که عملکرد افراد دوقطبی در فاز افسردگی بهتر از افراد در حالت مانیک بوده است (۳۰). کامسو و همکاران نیز عملکرد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در فازهای مانیا، افسردگی و یوتایمیا را با گروه کنترل مقایسه کرده و به این نتیجه رسیدند که گروه دوقطبی در توجه انتخابی ضعیف‌تر از گروه کنترل عمل کرده‌اند (۳۱).

به طور کلی، در اختلال دوقطبی توجه با مشکل مواجه است و از این نظر فازهای مانیا، افسردگی و یوتایمیا تفاوتی با هم ندارند (۲۸). ولکرت و همکاران نیز توجه انتخابی را در افراد دوقطبی (فازهای افسردگی، هیپومانیا و مانیا) با گروه کنترل مقایسه کرده و نشان داده‌اند که

علوم پزشکی اصفهان انجام شد. در این پژوهش از کمک مالی هیچ نهاد و سازمانی استفاده نشده است. مقاله حاضر برگرفته از بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد با کد ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۴۲۰۱۸ از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) است.

سپاسگزاری

در پایان از شرکت کنندگان در پژوهش، مسئولان محترم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و بیمارستان های خورشید، مدرس، فارابی، الزهرا و کاشانی شهر اصفهان که با همکاری آنها انجام این پژوهش میسر شد، سپاسگزاری می گردد.

نقص توجه در فازهای حاد اختلال دوقطبی روی داده و با علائم فازها رابطه منفی داشته است (۳۲). سوئیتالسکا توجه را در فازهای مانیا، هیپومانیا و افسردگی بررسی کرد و نشان داد که عملکرد بیماران دوقطبی در توجه ضعیف تر از گروه کنترل بوده است. در آزمون استروپ، گروه های اختلال دوقطبی با یکدیگر تفاوتی نداشتند، اما با گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند (۳۳).

در مطالعات قبلی، با توجه به آزمون های مورد استفاده، نقص در توجه انتخابی به طور کلی بررسی شده و شاخص های توجه جداگانه مطرح نشده اند. پژوهش حاضر توجه انتخابی را بین فازهای مانیا، افسردگی و یوتایمیا در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و در مقایسه با افراد عادی در ۱۲ شاخص نرم افزار استروپ سنجیده است. هم سو با بیشتر مطالعات، نتیجه ی پژوهش نشان داد که عملکرد گروه کنترل در توجه انتخابی بهتر از بیماران دوقطبی نوع یک و عملکرد بیماران در فاز مانیا ضعیف تر از سایر گروه ها بوده است. با این حال، در هشت شاخص بین بیماران در فازهای مختلف و نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد و فقط در چهار شاخص زمان آزمایش و زمان پاسخ هم خوان و ناهم خوان، تفاوت معنادار بود. با توجه به اینکه عملکرد افراد در فاز مانیا ضعیف تر از افراد یوتایمیک و افسرده است، می توان نتیجه گرفت که شاید شدت نقص توجه در اختلال دوقطبی با فازها مرتبط باشد.

از محدودیت های پژوهش حاضر، مانند سایر مطالعاتی که فازها را بررسی کرده اند، عدم دسترسی به افراد بیمار در خارج از محیط بیمارستان، تعداد اندک بیماران مراجعه کننده به بیمارستان، کوچک بودن حجم نمونه، مصرف هم زمان دارو و ... بود. به همین دلیل نتایج پژوهش تعمیم پذیر نیست. از این رو، پیشنهاد می شود که در صورت امکان، عملکردهای عصب روان شناختی بیماران با پژوهش های ویژه ی طولی و در حجم نمونه ی بزرگ تر بررسی و پژوهش به صورت گروهی در زمان طولانی تر انجام شود.

این پژوهش با کد اخلاق شماره ۲۹۵۰۶۷ از دانشگاه

دریافت مقاله: ۹۶/۲/۳۱؛ پذیرش مقاله: ۹۶/۶/۲۱

منابع

1. Hilty D, Leamon M H, Lim RF, Kelly RH, Hales RE. A Review of Bipolar disorder in Adult. *Psychiatry (Edgmont)* 2006;3(9):43-55.
2. Goodwin F K, Ghaemi N. Bipolar disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 1999; 1(1):41-51.
3. Quraishi S, Frangou S. Neuropsychology of bipolar disorder: a review. *Journal of Affect Disorder* 2002;72(3):209-26.
4. Goodwin G. Bipolar Disorder. *Psychiatric Disorder* 2016;44:661-663.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders,(DSM-5®): American Psychiatric Pub. 2013.
6. Mann-Wrobel MC, Carreno JT, Dickinson D. Meta-analysis of neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: an update and investigation of moderator variables. *Bipolar disorders* 2011;13(4):334-42.
7. Alipur A, Agah Harris M, editors. *Fundamentals of human Neuropsychology*. Tehran: Arjmand press; 2010. [Persian].
8. Tsitsipa E, Fountoulakis KN. The neurocognitive functioning in bipolar disorder: a systematic review of data. *Annals of General Psychiatry* 2015;14(1):42.
9. Sternberg R. *Cognitive Psychology*. Translators Kamal Kharazi , Alahe Hijazi, First Edition. Tehran: Research organizations and universities Humanities Textbooks (Samt); 2008.[Persian].
10. Gualtieri TC, Morgan DW. The Frequency of Cognitive Impairment in Patients with Anxiety, Depression, and Bipolar Disorder: An Unaccounted Source of Variance in Clinical Trials *The Journal of Clinical Psychiatry* 2008;69:1122-1130.
11. Martino DJ, et al. Heterogeneity in cognitive functioning among patients with bipolar disorder. *Journal Affective Disorder* 2008;109(1-2):149-156.
12. Clark L, Goodwin GM. State- and trait-related deficits in sustained attention in bipolar disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2004; 254(2):61-68.
13. Kluwe-Schiavon B, Viola T W, Levandowski M L, Bortolotto V R, Azevedo e Souza L S, Tractenberg S G, et al. A systematic review of cognitive rehabilitation for bipolar disorder. *Trends Psychiatry Psychotherapy* 2015;37(4):194-201.
14. Martinez-AranA, Torrent C, Tabares-Seisdedos R, Salamero M, Daban C, Balanza-Martinez V, et al. Neurocognitive impairment in bipolar patients with and without history of psychosis. *The Journal of clinical psychiatry* 2008;69(2):233-9.
15. Goodwin F, Jamison K. *Manic-Depressive Illness bipolar disorders and recurrent depression*. 2nd ed. Oxford: Oxford University press; 2007.
16. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 1978;133:429-35.
17. Barakatain M, Tavakoli M, Moulavi H, Maroufi M, Salehi M. Normalization, Reliability and validity of the Young Mania Rating Scale. *Psychology* 2007;11(2): 150-66.
18. Hamilton M. HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HAM-D). *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 1960;23:56-62.
19. Qarayi B. A Study of Some Cognitive Patterns in Patients with Comorbidity of Anxiety and Depression. Tehran. Tehran Psychiatric Institute; 1993.[Persian].
20. Fathi Ashtiani A. *Psychological tests: personality and mental health*. 12 ed. Tehran: Beasat press; 2009. [Persian].
21. Marashi H. Mental Health Survey in working and unemployed veterans of Ahvaz [dissertation]. Islamic Azad University of Ahvaz.; 1996.[Persian].
22. Colleen A, McHorney J E, Ware Jr, Anastasia E R. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and Clinical Tests of Validity in Measuring Physical and Mental Health Constructs. *Medical Care* 1993;31(3):247-263
23. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia MA. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Payesh* 2006;5:49-56.
24. khodadadi M, Mashhadi A, Amani H. Simple Stroop software. Institute for Behavioral and Cognitive Sciences. Tehran, Islamic Republic of Iran. 2014. [Persian].

25. Zarqi A. The use of computerized cognitive testing in the field of neurocognitive assessment. *Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences* 2011;5:241-245. [Persian]
26. Torres I, Malhi G. Neurocognition in Bipolar Disorder. Yatham L, Maj M. *Bipolar Disorder Clinical and Neurobiological Foundations*. Oxford, UK. John Wiley & Sons Ltd. 2010:69-82.
27. Camelo VM, Velasques B, Ribeiro P, Netto T, Cheniaux E. Attention impairment in bipolar disorder: a systematic review. *Psychology & Neuroscience* 2013;6(3):299-309.
28. Noormohammadi F. Evaluation of cognitive deficits in patients with bipolar disorder referring to Amir Kabir Hospital of Arak in 2014-15 [dissertation]. Arak University of Medical Sciences; 2014. [Persian].
29. Kronhaus DM, Lawrence NS, Williams AM, Frangou S, Brammer MJ, Williams SC, et al. Stroop performance in bipolar disorder: further evidence for abnormalities in the ventral prefrontal cortex. *Bipolar Disorders* 2006;8:28-39.
30. Soeiro-de-Souza, MG, Machado-Vieira R, Soares Bio D, DoPrado CM, Moreno RA. COMT polymorphisms as predictors of cognitive dysfunction during manic and mixed episodes in bipolar I disorder. *Bipolar Disorder* 2012;14(5):554-564.
31. Camelo EV, Mograbi D, da Silva RD, Bifano J, Wainstok M, Silveira LA, Netto T, Santana CM, Cheniaux E. Performance of bipolar disorder patients in attention testing: comparison with normal controls and among manic, depressive, and euthymic phases. *Psychiatric Quarterly* 2017;88(1):55-63.
32. Volkert J, Kopf J, Kazmaier J, Glaser F, Zierhut KC, Schiele MA, et al. Evidence for cognitive subgroups in bipolar disorder and the influence of sub-clinical depression and sleep disturbances. *European Neuropsychopharmacology* 2015;25(2):192-202.
33. Świtalska J. Neuropsychological functioning across different states of bipolar disorder: mania or hypomania and depression. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2016; 18(1):22-31.