

بررسی مقایسه ای کارکردهای شناختی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و افراد سالم

فیروزه غضنفری^۱، مهدی رضایی^۲، شیما هاشمی^۳، زهرا کرم الهی

۱. استادیار، عضو هیئت علمی گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان (نویسنده مسئول)

۳. دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی، دانشگاه علوم و تحقیقات اهواز

افلاک / سال ششم / شماره ۲۰ و ۲۱ / پاییز و زمستان ۱۳۸۹

چکیده

مقدمه و هدف: بسیاری از مطالعات، آسیب های شناختی و ادراکی در بیماران اختلال شخصیت مرزی (BPD) را گزارش کرده اند. پژوهش حاضر با هدف ارزیابی کارکردهای شناختی در بیماران BPD در مقایسه با افراد سالم انجام شد.

مواد و روش ها: در این پژوهش توصیفی تعداد ۵۶ نفر (۲۸ نفر گروه BPD، ۲۸ نفر گروه کنترل) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. به طوری که از میان افرادی که در بیمارستان لقمان تهران تحت درمان سرپایی بودند، بر اساس ملاک های ورود به مطالعه انتخاب شدند. ابزارهای جمع آوری داده ها شامل: آزمون های کامپیوتری چند محوری میلون ۳ (MCMI-III) و عملکرد مداوم (CPT)، دسته بندی کارتهای ویسکانسین (WSCT) و استروپ بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) انجام شد.

یافته ها: نتایج حاکی از معناداری تفاوت بین عملکردهای شناختی (توجه انتخابی، توجه متمرکز و انعطاف پذیری شناختی) گروه BPD و گروه افراد سالم بود ($P < 0.001$). اگر چه تفاوت بین دو گروه معنا دار بود ولی این تفاوت در انعطاف پذیری شناختی اندک بود ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: کارکردهای شناختی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با گروه افراد سالم مختل است. این نتیجه را می توان بر اساس مطالعاتی که حاکی از نارسایی لوب فرونتال در اختلال شخصیت است، تبیین نمود.

واژه های کلیدی: کارکرد های شناختی، اختلال شخصیت مرزی، لوب فرونتال

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱ (BPD) به عنوان یک اختلال شخصیت شایع تقریباً ۲ تا ۶ درصد از افراد جامعه، به خصوص زنانرا مبتلا می کند (۲،۱). این مقدار حدود ۲۰ درصد از بیماری های روانپزشکی را تشکیل می دهد (۳) که طبق چهارمین متن اصلاح شده راهنمای تشخیصی و آمار طبقه بندی اختلالات روانی (DSM-IV-TR؛ انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰) ویژگی های اصلی آن عبارت است از: هویت بی ثبات، خشم نامناسب و شدید، روابط بین فردی بی ثبات (تناوب بین دو قطب آرمانی سازی^۲ و بی ارزش سازی^۳)، تلاش های مضطربانه برای اجتناب از رهاشدگی، بروز افکار پارانوئیا گونه، رفتار های مخرب و تکانشی و احساس مزمن پوچی. حتی بعضی از محققان مهمترین نشانه BPD را بدتنظیمی هیجانی می دانند (۵،۴). اخیراً تحقیقات آزمایش کرده اند که چگونه بد تنظیمی هیجانی در افراد BPD در کارکرد سیستم عصبی مرکزی بازتاب می شود. در تبیین این نشانه ها نظریات مختلفی ذکر شده است که یکی از مهمترین آنها دیدگاه عصب روانشناختی می باشد. پژوهش های مبتنی بر دیدگاه عصب روانشناختی در آسیب شناسی روانی نشانه های BPD، نواقصی در نواحی فرونتال و فرنٹولیمبیک که مسولیت بازداری رفتاری و هیجانی دارند، یافته اند (۶،۷،۸). از سوی دیگر مطالعاتی نیز هستند که عملکرد عصب روانشناختی افراد BPD را شبیه به افراد سالم دانسته و تفاوتی بین آنها قایل نشده اند (۹، ۱۱، ۱۰). برای مثال بازانیس^۴ و همکاران (۲۰۰۲) شواهدی از بدکارکردی های شناختی (مثل حافظه بازشناسی و توجه) در بیماران مرزی نیافتند (۱۲). به علاوه دین^۵ و همکاران (۲۰۰۴) به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در متغیر های شناختی مثل بازداری پاسخ و حافظه کاری عملکرد خوبی را نمایش می دهند (۱۳). در این میان مطالعاتی نیز هستند که تفاوت عصب روانشناختی بین افراد سالم و BPD را در حوزه های حافظه، ادراک، کارکردهای اجرایی بسیار اندک

(۱۴) و یا برعکس در حوزه های توجه، حافظه کاری و کارکرد های اجرایی بسیار زیاد برآورد کرده اند (۱۲). گذشته از مطالعات تصویر برداری و ساختاری که حاکی از بدکارکردی لوب فرونتال افراد BPD می باشد، مطالعاتی نیز هستند که منحصرآ کارکردهای شناختی و عصب روانشناختی را موضوع مطالعه ی خود قرار داده اند (۱۶،۱۵). نتایج یک مطالعه نشان می دهد که اختلالات بینایی در بیماران مبتلا به BPD با اختلال حافظه بصری، ناتوانایی های بینایی- فضایی^۶ و عملکردهای اجرایی مرتبط است (۱۷). مطالعه حاضر نیز بر کارکردهای شناختی و اجرایی خاصی از لوب فرونتال (توجه انتخابی، انعطاف پذیری، توجه متمرکز) تمرکز کرده است که با توجه به پژوهش های انجام شده در کارکرد نامناسب لوب فرونتال، انتظار می رود که این کارکردهای شناختی در بیماران BPD نارسایی هایی را داشته باشد؛ چرا که بد کارکردی لوب فرونتال و دیگر مناطق مثل آمیگدالا و پره فرونتال می تواند منجر به آشفتگی در عملکرد های اجرایی شود (۱۸، ۱۹). بسیاری از رفتارها که توصیف کننده BPD هستند به نظر می رسد در آسیب به کرتکس فرونتال نیز مشاهده شوند. برای مثال کونرت^۷ در سال ۲۰۰۳ بین BPD و بدکارکردی لوب فرونتال پیوند قایل شده و معتقد است که ابتلا به اختلال شخصیت مرزی می تواند با نارسایی فرونتال مثل آسیب به کارکردهای اجرایی، توجه و حافظه کاری همراه باشد (۱۱). در چندین مطالعه نیز نشان داده شده است که بیماران BPD نسبت به گروه کنترل در تکالیف توجه، کارکردهای اجرایی و حافظه کاری عملکرد بدتری داشته اند (۱۲، ۱۳، ۱۷، ۲۰).

با توجه به پژوهش هایی که بر بدکارکردی کرتکس فرونتال و به طبع آن بر نارسایی کارکرد های شناختی و اجرایی بیماران شخصیت مرزی دلالت دارند و پژوهش های متناقص با آن،

1.Borderline personality disorder
2.Idealization 3.Devaluation
4.Bazanis 5.Dinn
6.Visuo-spatial 7. Kunert



وابستگی به الکل) تا (اختلال استرس پس از ضربه) بدست آمده است (۲۲).

۲- آزمون عملکرد مداوم^۲ (CPT) (ساخته شده توسط موسسه تحقیقات علوم رفتاری- شناختی سینا): آزمون عملکرد پیوسته در سال ۱۹۵۶ توسط رازولد^۳ و همکاران ساخته شد. در این پژوهش از نرم افزار آزمون عملکرد پیوسته (CPT) استفاده شد که متشکل از دو مجموعه محرک (اعداد فارسی، یا تصاویر) است که هریک از آنها دارای ۱۵۰ محرک است. از این تعداد، ۳۰ محرک (۲۰ درصد از کل محرکها) محرک هدف میباشند که از آزمودنی انتظار می رود با مشاهده ی آنها پاسخ دهد (کلیدی را فشار دهد). فاصله بین ارائه دو محرک ۵۰۰ میلی ثانیه و مدت ارائه هر محرک ۱۵۰ میلی ثانیه است. از شاخص تعداد پاسخ صحیح این آزمون برای اندازه گیری توجه پایدار استفاده می شود (۲۳). تصویر سازی کارکردی مغز (MRI)، فعالیت قطعه پیشانی را در هنگام انجام آزمون عملکرد مداوم نشان میدهد (۲۴). ضریب اعتبار (بازآزمایی) قسمت های مختلف آزمون با فاصله ۲۰ روزه بر روی ۴۳ دانش آموز پسر دبستانی در دامنه ی ۰/۵۹ تا ۰/۹۳ قرار دارد (۲۵).

۳- آزمون کامپیوتری دسته بندی کارت های ویسکانسین^۴ : آزمون ویسکانسین دارای ۶۴ کارت است و بر روی کارت ها چهار نوع شکل (مثلث، ستاره، صلیب و دایره) چاپ شده است و تعداد هریک از شکلها بر روی هر کارت، از یک تا چهار در نوسان می باشد. در ضمن هر یک از کارت ها به یکی از رنگهای چهارگانه (آبی، قرمز، زرد و سبز) رنگ آمیزی شده است. به این ترتیب، آزمون دارای سه اصل شکل (چهارنوع)، تعداد (چهار حالت) و رنگ (چهاررنگ) است. ترکیب این سه اصل ۶۴ حالت را تشکیل می دهد. روایی افتراقی این آزمون در افراد با اضطراب بالا و اضطراب پایین بالا بوده و ضرایب آلفای کرونباخ برای

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه ای کارکردهای شناختی و اجرایی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و افراد عادی صورت گرفت. از سوی دیگر عدم وجود تحقیقات مشابه در ایران ضرورت انجام چنین پژوهشی را دو چندان می کند. به طور کلی این پژوهش به دنبال آزمودن این فرضیه است که بیماران مبتلا به BPD در مقایسه با افراد سالم در کارکرد های شناختی توجه انتخابی، انعطاف پذیری شناختی و توجه متمرکز عملکرد بدتری دارند.

مواد و روش ها

طرح پژوهش حاضر گذشته نگر و از نظر هدف بنیادی و از لحاظ گردآوری اطلاعات توصیفی (از نوع علی مقایسه ای) می باشد. نمونه مورد پژوهش شامل ۵۶ نفر آزمودنی (۲۸ نفر گروه BPD و ۲۸ نفر گروه کنترل) که ۳۶ نفر از آنها زن و ۲۰ نفر مرد بودند، بر اساس نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش شامل: ۱- آزمون کامپیوتری چند محور بالینی میلیون (MCMII - II): این آزمون توسط میلیون^۱ در سال ۱۹۹۴ تدوین شده است. این آزمون تشخیصی ۱۷۵ سوال دارد و برای سنجش اختلالات بالینی (محور یک) و اختلالات شخصیت (محور دو) ساخته شده است و دارای ۲۸ مقیاس در ۵ طبقه (شاخص های تغییر پذیری، الگوهای شخصیت بالینی، آسیب شناسی شدید شخصیت، نشانگان بالینی، نشانگان شدید) می باشد. ضرایب اعتبار باز آزمایی آن بالا با میانه ۰/۹۱ و همبستگی آن با آزمون MMPI-II ۰/۷۵ گزارش شده است (۲۱). همچنین راهنمای MCMII-III پایایی باز آزمایی مقیاس های شخصیت را ۰/۸۹ و مقیاس های بالینی را گزارش کرده است (۲۱). در مطالعه شریفی (۲۰۰۲) باز آزمایی در دامنه (اختلال هذیانی) تا اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است. همچنین در مطالعه بالا پایایی آزمون از روش همسانی درونی محاسبه شده است و ضرایب آلفای مقیاس ها در دامنه

1. Millon
2. Cofunctional Permanent Test
3. Rasoolzade
4. WCST (Wisconsin Card Sorting Test)



تعداد طبقات تکمیل شده و برای تعداد خطای درجاماندگی گزارش شده است (۲۶). بررسی های انجام شده بر روی بیماران مبتلا به آسیبه های قطعه پیشانی گویای عملکرد ضعیف این بیماران در آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین می باشد (۲۷).

۴- آزمون استروپ^۱: این آزمون اولین بار در سال ۱۹۳۵ توسط ریدلی استروپ به منظور اندازه گیری توجه انتخابی و انعطاف پذیری شناختی ساخته شد. در این پژوهش از نسخه ی نرم افزاری آزمون استروپ به منظور سنجش توجه انتخابی استفاده شد. اعتبار ایرانی این آزمون از طریق بازآزمایی در دامنه ای از ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۸).

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که افراد گروه اختلال شخصیت مرزی (BPD) که تحت درمان سرپایی بودند، براساس ملاک های DSM-IV-TR و نمرات شان در آزمون کامپیوتری چند محور بالینی میلیون ۳ انتخاب شدند (۲۹). این ملاک ها به عنوان ابزارهای غربالگری و کنترل اختلالات همایند استفاده شد، چرا که مساله ی همایندی اختلالات شخصیت با اختلالات محور I و II تقریباً یک مساله ی غیر قابل کنترل می باشد و برای تعدیل مساله همایندی، نمره برش سخت تر (۸۵) که نسبت به نمرات پایین تر دارای پایایی تشخیصی بیشتری هستند، انتخاب شد (۲۱). سپس آزمون CPT به این صورت اجرا گردید که محرک های آزمون عبارت از عددهای صفر تا نه بودند. عددها به مدت نیم ثانیه و با ترتیب تصادفی در صفحه کامپیوتر ظاهر می شدند و فاصله ظهور عدد بعدی یک ثانیه بود. در کل، عددها در پنج بلوک ۴۰ تایی به آزمودنی ها ارائه میشد. در هر بلوک دو عدد به عنوان محرک هدف انتخاب میشد. وظیفه آزمودنی این بود که با دیدن عدد محرک هرچه سریعتر کلید Enter را فشار دهد و در برابر سایر اعداد واکنشی نشان ندهد. متغیرهای مورد بررسی در این آزمون عبارت بودند از: (الف) خطای حذف: اگر آزمودنی در برابر محرک هدف، کلید را فشار ندهد. (ب) خطای اعلام کاذب: اگر

آزمودنی در برابر محرک غیرهدف کلید را فشار دهد. (ج) زمان واکنش پاسخهای صحیح: میانگین زمان واکنش پاسخهای صحیح در برابر محرک بر حسب هزارم ثانیه. سپس آزمون کامپیوتری WCST اجرا گردید. در این آزمون چهار کارت اصلی به طور ثابت تا پایان آزمایش در بالای صفحه کامپیوتر ظاهر بود و آزمودنی می بایست ۶۰ کارت باقیمانده را که به طور تصادفی در پایین صفحه کامپیوتر نمایش داده می شد در زیر یکی از کارتهای اصلی قرار می داد. بلا فاصله بعد از پاسخ، فیدبک درست یا غلط بودن به آزمودنی داده می شد. بعد از ۶ پاسخ متوالی صحیح، الگو بدون آگاهی آزمودنی تغییر می یافت (مثلاً از رنگ به شکل). حد اکثر نمره ای که آزمودنی می توانست در طبقه بندی این الگو ها دریافت کند نمره شش بود. متغیر های مورد بررسی این آزمون تعداد طبقه های درست تشکیل شده و درجاذگی بود.

در نهایت آزمون استروپ اجرا گردید. در این آزمون کلمه ای که به رنگ اطلاق می شد با رنگی مغایر با معنی خود (مثلاً سبز با قرمز) بر روی صفحه کامپیوتر ظاهر می شد، وظیفه آزمودنی این بود که هر چه سریعتر با دیدن کلمه، کلید همرنگ با کلمه را بر روی صفحه کامپیوتر فشار دهد. متغیر های مورد بررسی این آزمون عبارت بود از (الف) خطای اعلام کاذب: فشار کلید در برابر محرک نامرتبط (مثلاً فشار کلید آبی در برابر کلمه قرمز که به رنگ زرد نوشته شده است). (ب) میانگین زمان واکنش آزمودنی در برابر پاسخهای درست بر حسب هزارم ثانیه.

در روش تجزیه و تحلیل داده ها، به دلیل تعدد متغیرهای وابسته در پژوهش حاضر از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و برای بررسی معناداری سهم نسبی متغیرهای وابسته از آلفای بونفرونی میزان شده استفاده گردید.



یافته ها

گروه BPD (۱۸ نفر زن، ۱۰ نفر مرد، با میانگین و انحراف معیار سنی 36 ± 5 از میان افرادی که در بیمارستان لقمان تهران تحت درمان سرپایی بودند، براساس یک سری از ملاک های ورود (دریافت ملاک های BPD در آزمون بالینی میلیون ۳ [نمره ۸۵ یا بالاتر]، نداشتن اختلالات همایند معنی دار که بر اساس دریافت نمره پایین تر ۸۵ در آزمون میلیون ۳ ارزیابی شد) و ملاک های خروج (نمره کمتر از ۸۵ در مقیاس مرزی میلیون ۳، داشتن سابقه خودکشی، نمره ۸۵ یا بالاتر در مقیاس های میلیون ۳ به جز مقیاس مرزی) انتخاب شدند. البته از افراد گروه BPD ۱۵ نفر در مقیاس اضطراب نمرات بین ۷۵ تا ۸۴، ۲ نفر در مقیاس وابستگی به دارو و ۳ نفر در مقیاس افسرده خویی نمرات از بین ۷۵ تا ۸۰ داشتند و ۵ نفر در مقیاس های اختلال شخصیت وابسته، نمایشی و خود شیفته و ۳ نفر در مقیاس PTSD نمره بین ۷۵ تا ۸۱ داشتند. اما گروه کنترل میانگین و انحراف معیار سنی 29 ± 3 که از لحاظ جنس با گروه کنترل همتا شده بودند انتخاب شدند افراد گروه کنترل تنها در صورت گرفتن نمره پایین تر از ۷۰ در تمام مقیاس های میلیون ۳ وارد پژوهش می شدند.

با توجه به تعدد متغیرهای وابسته برای تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. هفت متغیر وابسته بکار رفت: میانگین زمان واکنش در آزمون استروپ، خطای کاذب در آزمون استروپ، میانگین زمان واکنش در آزمون (CPT)، خطای کاذب در آزمون (CPT)، خطای حذف در آزمون (CPT)، درجاماندگی^۱، تعداد طبقه بندی صحیح. به منظور اطمینان از همگنی ماتریکس های کوواریانس از آزمون M باکس استفاده شد که نتایج آن حاکی از رعایت این مفروضه بود ($P > 0.05$). همچنین آزمون لوین نشان دهنده همگنی واریانس ها بود ($P > 0.05$)، بعلاوه آزمون کرویت بارتلت نشان داد که همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته برای ادامه تحلیل وجود دارد ($P < 0.0001$).

در گام بعدی با توجه به مقدار ($0.058 = \lambda$ لامبدای ویکلز، $F = 11.277$ ، $p = 0.0001$ ، $F = 0.942$ ایتا مجذور) مشخص شد که بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD) و افراد عادی در کارکردهای شناختی (توجه انتخابی، انعطاف پذیری و توجه متمرکز) لوب فرونتال به عنوان متغیر ترکیبی وابسته تفاوت معناداری وجود دارد، تا جایی که ترکیب خطی متغیرهای وابسته مقدار بسیار بالایی یعنی ۹۴ درصد از واریانس کل را تبیین کنیم. همانطور که در جدول (۱) مشاهده می شود، تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته به تنهایی با استفاده از آلفای میزان شده ی بونفرونی ($\alpha = 0.07$) بیانگر آن است در متغیرهای تعداد طبقه بندی صحیح، خطای کاذب در استروپ و CPT، خطای حذف در CPT و در جاماندگی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.07$). با توجه به اطلاعات موجود در جدول ۱ می توان گفت که بیماران BPD در خطای حذف و خطای اعلام کاذب به ترتیب 0.94 ± 9 و 4.35 ± 1.06 نسبت به گروه سالم به ترتیب 5.70 ± 0.85 و 1.10 ± 1.50 عملکرد بدتری دارند، کمترین تفاوت در متغیر درجاماندگی ($0.50 = \text{گروه کنترل M}$ ، $MBPD = 1.17$) مشاهده می شود. ولی در زمانهای واکنش تفاوتی با افراد سالم ندارد ($P < 0.07$).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه بهنجار و اختلال شخصیت مرزی در کارکردهای شناختی تفاوت معناداری وجود دارد و بیشترین تفاوت در متغیرهای خطای حذف در آزمون CPT و خطای اعلام کاذب در آزمون استروپ و CPT بود که به ترتیب می توانند ناشی از نقایص توجه و رفتارهای تکانش گرانه در این بیماران باشند که نمی توانند در برابر محرک های نامرتبط و زودگذر بی توجه باشند، در نتیجه به طور آنی و فوری پاسخی را صادر می کنند که نمی تواند درست باشد.

1. Perseveration



ترتیب احتمال دارد که عامل نقص توجه در BPD باعث شود که آنها از تشخیص حالت های ذهنی دیگران دور شوند و هیجان هایی را به دیگران نسبت بدهند که هرگز تجربه نکرده اند (۵). تبیین دیگر می تواند این باشد که از آنجا که نمونه پژوهش حاضر از بیماران سرپایی انتخاب گردید لذا رفتارهای انتزاعی و انعطاف پذیری آنها (نتایج حاصل از آزمون ویسکانسین) نسبت به دو حوزه دیگر کمتر آسیب دیده است و معلوم نیست که اگر نمونه از بیماران بستری انتخاب می شد همین نتیجه بدست می آمد. اما پژوهش حاضر با پژوهش گویرتز^۳ و همکاران که اخیرا انجام گرفته ناهمخوان می باشد (۳۴). این پژوهشگران از مقایسه کارکردهای اجرایی از قبیل برنامه ریزی شناختی، توجه مستمر و حافظه کاری بین دو گروه BPD و بهنجار به این نتیجه رسیدند که گروه BPD فقط در برنامه ریزی شناختی بدتر از گروه بهنجار عمل می کنند و در توجه مستمر و حافظه کاری تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد در حالیکه در این پژوهش نقص توجه بیشترین تبیین را از واریانس کل (۸۳ درصد) دارد. این ناهمخوانی نیز در تفاوت های نمونه قابل تبیین می باشد. از آنجا که تعداد قابل توجهی از نمونه آزمایشی پژوهش حاضر (۱۵ نفر) در مقیاس اضطراب MCMC-III نمرات بین ۷۵ تا ۸۴ گرفتند، شاید همین عامل اضطراب باعث بدکارکردی گروه BPD شده است هرچند اضطراب آنها به حد بالینی شدید نرسیده بود.

از مهمترین محدودیت های این پژوهش تعمیم پذیری آن است که به دلیل نمونه گیری در دسترس و داشتن سبک های شخصیتی همایند با گروه BPD، فقط به اعضای این گروه قابل تعمیم است. از دیگر محدودیت ها می توان به ناهمگونی جنسیت اشاره کرد، چرا که تعداد مردهای حاضر در پژوهش نسبت به زن ها کمتر است. یک محدودیت تقریبا وارد بر این پژوهش استفاده از ابزار خودگزارشی (self-report) برای

مطالعات مختلف این بدکارکردی را به نارسایی لوب فرونتال نسبت می دهند (۳۰، ۱۹، ۱۱). از بین این تحقیقات می توان به پژوهش لیو^۱ اشاره کرد که در یک مطالعه با استفاده از تصویر برداری طنین مغزی (MRI) نشان داد که افراد BPD در سرتاسر لوب فرونتال دچار کاهش عملکرد هستند (۳۱). در مطالعه ای مشابه که با استفاده از توموگرافی انتشار پوزیترون دی اکسی گلوکز بر روی ۱۳ فرد مبتلا به BPD با ویژگی های برجسته تکانشی انجام شد، آشکار گردید که این بیماران دچار کاهش متابولیسم در کورتکس فرونتال هستند (۳۲). یکی از مهمترین مطالعه های صورت گرفته در مقایسه کارکردهای شناختی و اجرایی افراد مبتلا به BPD و افراد سالم، فرا تحلیل راکو^۲ در سال ۲۰۰۵ است. در این مطالعه افراد BPD در تمام کارکردهای شناختی؛ انعطاف پذیری شناختی، توجه، برنامه ریزی، توجه، یادگیری، پردازش سریع و توانایی های بینایی-فضایی (visuo-spatial) نسبت به گروه کنترل عملکرد بدتری داشتند، طوری که بیشترین آسیب در برنامه ریزی و کمترین آسیب در انعطاف پذیری مشاهده شد (۳۳).

بنابراین می توان گفت که بیماران BPD دارای نارسایی هایی در لوب فرونتال هستند که کارکردهای اجرایی و شناختی (توجه، انعطاف پذیری) را با مشکل مواجه می سازد. نتایج تحقیق حاضر با بسیاری از مطالعات هماهنگ می باشد (۱۱، ۱۲، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۳۳، ۱۳). اما همانطوری که گفته شد تفاوت دو گروه در انعطاف پذیری شناختی (درجاماندگی و طبقه بندی) اندک است و فقط تقریبا ۱۸ درصد از واریانس کل را تبیین می کند. براساس فرا تحلیل راکو این نتیجه در اکثر پژوهش ها نیز مشاهده شده است (۳۳). بنابراین شاید بتوان گفت که ریز مناطق فرونتال که مسئول توجه هستند بیشتر از مناطقی که درگیر انعطاف پذیری هستند، در BPD دخیل هستند و به همین ترتیب شاید بتوان بین نقص توجه و مطالعاتی که حاکی از ناتوانی بیماران BPD در تشخیص حالت های هیجانی-ذهنی و خواندن ذهن دیگران است ارتباط برقرار کرد (۴)، به این

1.Lyoo
2.Rucco
3.Gvirts



تشخیص BPD است چرا که این ابزارها به خصوص در ارزیابی اختلالات شخصیت سوگیری دارند و لذا پیشنهاد می گردد که سایر محققین با کنترل این عوامل به پژوهش بپردازند.

نتیجه گیری

در کل یافته های حاصل از این مطالعه نشان می دهد که کارکردهای شناختی و اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مختل بوده و بر اساس تحقیقاتی که حاکی از نارسایی لوب فرونتال در اختلال شخصیت است می توان این نتیجه را تبیین نمود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از جناب آقای دکتر مظاهر رضایی استاد دانشگاه علوم پزشکی زنجان که در انجام این پژوهش با ما همکاری صمیمانه داشته اند ، کمال تشکر و قدردانی را داریم.



منابع

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed. text-revision .Washington, DC: Merican Psychiatric association 2000: 99.
2. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder :Results from wave 2 national epidemiologic survey On alcohol and related conditions . Journal of Clinical Psychiatry 2008; 69: 533–545.
3. Zanarini MC, Grankenbru FC. Treatment histories of borderline inpatients. Comprehensive Psychiatry 2001; 42 :144–150.
4. Linehan MM. Cognitive-behavior therapy treatment for Borderline personality disorder. New York : Guilford press 1993:105.
5. Glenn CR, Klonsky ED . Emotion deregulation as a core feature of borderline personality disorder . Journal of Personality Disorders 2009; 23 : 20–28.
6. Davidson RJ, Irwin W . The functional neuroanatomy of emotion and affective style. Trends in Cognitive Science 1999 : 3; 11–21.
7. Schmahl C, Bremner JD. Neuroimaging in borderline personality disorder. Journal of Psychiatric Research 2006; 40 : 419–427.
8. Brendel GR, Stern E, Silbersweig DA. Defining the neurocircuitry of borderline personality disorder : Functional neuroimaging approaches. Development and Psychopathology 2005; 17 :1197–1206.
9. Cornelius, JR, Soloff PH, George AWA. An evaluation of the significance of selected neuropsychiatric abnormalities in the etiology of borderline personality disorders. Journal of Personality Disorders 1989; 3 : 19–25.
10. Sprock J, Rader TJ, Kendall JP, Yoder CY. Neuropsychological functioning in patients with borderline personality disorder . Journal of clinical psychology 2000; 56 :1587-1600.
11. Kunert J, Druce HW, Sass H, Herpertz SC . Frontal lobe dysfunctions in borderline personality disorder? Neuropsychological findings. Journal of personality disorders 2003; 17(6):497-509.
12. Bazanis E, Rogers RD, Dowson H, Taylor P, Meux C, Staley C, et.al . Neurocognitive deficits in decision-making and planning of patients with DSM-III-R borderline personality disorder. Psychological medicine 2002 : 32: 1395 -1405.
13. Dinn WM, Harris CL, Aycicegi A, Greene PB, Kirkley SM, Reilly C . Neuro cognitive function in borderline personality disorder . Progress in Neuro Psychopharmacology & Biological Psychiatry 2004 : 28: 329-341.
14. O'Leary KM, Brouwers P, Gardner DL, Cower RW. Neuropsychological testing of patients with borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry 1991; 148 : 106– 111.
15. Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E. MRI and PET study Of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. American Journal of Psychiatry 2003; 160 : 924–32.
16. Lis E, Greenfield B, Henry M, Guile JM, Dougherty G . Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder : a review . Psychiatry Neuroscience 2007; 32(3): 73-162



17. Beblo T, Saavedra AS, Mensebach C. Deficits in visual functions and neuropsychological inconsistency in borderline personality disorder. *Psychiatry research* 2006; 145: 127-135.
18. Godefroy, Rousseaux M . Divided and focused attention in patients with lesion of the prefrontal cortex . *Brain and Cognition* 1996; 30: 155-174.
19. Manes F, Sahakian B, ClarL, etal. Decisionmaking processes following damage to the prefrontal cortex . *Brain* 2002; 125 : 624-639.
20. Lenzenweger M, Clarkin J, Fertuck EA, Kernber OF. Executive neurocognitive functioning and neurobehavioral systems indicators in borderline personality disorder : a preliminary study . *Journal of personality disorders* 2004; 18(5): 421-438
21. Marnat GG. *Handbook of Psychological Assessment* 4thed. USA: John Wiley & Sons 2003: 120.
22. Sharifi A. Normalization clinical multi axial inventory (MCMIII) in Isfahan. MA Theses, Isfahan University. master dissertation 2002 [In Persian].
23. Klee SH, Garfinkel BD. The computerized continuous performance task : A new measure inattention. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1983; 11: 487-496
24. CaseyBJ, Trainor J, Orendi JL . A developmental functional MRI study of prefrontal activation during performance of a Go-No Go task. *Journal of Cognitive Neuroscience* 1997; 9 : 835- 847.
25. Hadianfar H, Najarian B, Shokrkon H, Mehrabizadeie-Honarmand M . Provision and making of Persian form of continues performance test . *Journal of psychology* 2000; 4 :388-404 [In Persian].
26. Shagholian M, Azadfalah P, Fathie-Ashtiani A, Khodadi M. Designing software version of Wisconsin Card Sorting Test : Base of theory, Procedure of making and psychometric property. *Journal of clinical psychology* 2011; 4: 112-133[In Persian].
27. Gansler DA, Covail S, McGrath N . Measures of prefrontal dysfunction after closed head injury. *Brain and Cognition* 1996; 30 :194-204.
28. Mashhadi A, Rasoolzade-Tabatabai K, Azad Fallah P, Soltanifar A. Comparing of response in habitation and interference of control in children who suffer from attention deficit and hyperactivity disorder. *Journal of psychology* 2009; 1 : 37-50.
29. Millon T .Millon clinical maultiaxi inventory -III manual. Mineapolis, MN; Nathinal computer system 1994.
30. Crews FT, Boettiger CM .Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 2009; 93 : 237-247.
31. Lyoo I K A . Brain MRI study in subjects with borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders* 2005; 50 : 235-43
32. Soloff PH, Meltzer CC, Becker C, Greer PJ, Kelly TM, Constantine D . Impulsivity and prefrontal hypo metabolism in borderline personality disorder. *ychiatry Research: Neuroimaging* 2003; 123 :153-63.



33. Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review . *Psychiatry Research* 2005; 137 :191-202.
34. Gvirts HZ, Harari H, Braw Y, Shefet D, Shamay-Tsoory SG, Levkovitz Y. Executive functioning among patients with borderline personality disorder (BPD) and their relatives. *Journal of Affective Disorder* 2012; 143 : 261-274.



This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.