

بررسی نقص بازداری و بازشناسی شناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری

The investigation of the cognitive inhibition and recognition deficit in patients with obsessive-compulsive disorder

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۵/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۸/۲۵

Ghamari-Givi H. PhD[✉], Imani H. MSc
Barahmand O. PhD, Sadeqi-Movahed F. MD

حسین قمری گیوی[✉]، حسن ایمانی^۱
اوشا برهمند^۱، فریبا صادقی موحد^۱

Abstract

Introduction: The present study aimed to investigate cognitive inhibition and recognition in patients with obsessive-compulsive disorder and to compare them with normal group.

Methods: Statistical population of this research comprised of all patients with obsessive-compulsive disorder aged 25-45 that had come to mental hospitals, clinics and consulting centers located in Ardebil, Iran. The normal population included all the normal people aged 25-45 in Ardebil. Forty people were conveniently selected for each group (80 in total). They were matched for age, sex, and education. The instruments were Stroop test, and Wechsler Memory Scales. The data were analyzed by multivariate analysis of variance.

Results: The results of research suggested poorly cognitive inhibition in patients with obsessive-compulsive disorder than healthy people, but not in cognitive recognition.

Conclusion: In cognitive inhibition, people with OCD performed significantly more poorly than normal people.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Cognitive Process, Cognitive Recognition, Cognitive Inhibition

چکیده

مقدمه: تحقیق حاضر به بررسی بازداری و بازشناسی شناختی در افراد مبتلا به وسواسی-اجباری و مقایسه این گروه با افراد بهنجار پرداخته است.

روش: جامعه آماری این پژوهش افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ ساله بود که بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و مشاوره شهرستان اردبیل مراجعه کرده بودند. جامعه بهنجار این پژوهش نیز کلیه افراد بهنجار ۲۵ تا ۴۵ ساله شهرستان اردبیل بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس از هر گروه ۴۰ نفر و در مجموع ۸۰ نفر انتخاب شدند. کلیه این افراد از نظر سن، جنس و سطح تحصیلی با همدیگر جور شدند. ابزارهای این پژوهش آزمون استروپ و مقیاس حافظه و کسلر بود. نتایج با روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که افراد وسواسی در بازداری شناختی به‌طور معناداری، ضعیف‌تر از افراد بهنجار عمل کردند. ولی بین افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و افراد بهنجار در متغیر بازشناسی شناختی تفاوت معناداری به‌دست نیامد.

نتیجه‌گیری: افراد مبتلا به وسواس براساس نتایج در پردازش‌های شناختی بازداری به‌طور معناداری ضعیف‌تر از گروه کنترل عمل کردند.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی-اجباری، پردازش شناختی، بازشناسی شناختی، بازداری شناختی

✉ **Corresponding Author:** Department of Psychology, Faculty of Humanities, Mohaghegh-Ardabili University, Ardebil, Iran
E-mail: h_ghamarigivi@yahoo.com

✉ گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۱- گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

اختلال وسواسی- اجباری (OCD) با وسواس‌ها و اجبارهایی مشخص می‌شود که ایجاد پریشانی کرده و اغلب در عملکرد روزانه ایجاد تداخل می‌کنند. وسواس‌ها، افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌هایی هستند که برای شخص بی‌معنا به نظر می‌رسند. اجبارها یا تشریفات، رفتارهای تکراری عمدی و یا اعمال ذهنی هستند که در پاسخ به وسواس‌های فکری به وقوع می‌پیوندند [۱].

اختلال OCD اساساً اختلال در پردازش شناختی و هیجانی است، که در آن اشخاص افکار، عقاید، تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخواسته مزاحمی را تجربه می‌کنند که در آنها ایجاد تشویش کرده و حذف‌شان مشکل است [۲]. از دیدگاه‌های مختلف، یافته‌های به‌دست آمده از مطالعات در مورد واری‌کننده‌های اجباری نشان می‌دهد که احساس نقص و شک دایمی درمان‌جویان وسواسی ممکن است به علایم خطای بازشناسی حافظه و بازداری شناختی بیمار مرتبط باشد و نقص در حافظه بیشتر از نگرش‌های کمال‌گرایانه موجب تکرار رفتار واری می‌گردد [۳-۴].

بازشناسی یک پردازش اتوماتیک است، همچنین آن با حافظه ضمنی همراه می‌شوند [۵]. یافته روانسنجی و تحقیقی بر روی نقص عملکرد حافظه و بازشناسی شناختی افراد OCD و غیر OCD متناقض است ولی یافته‌های بالینی به ویژه در افراد وسواسی واری، نشان می‌دهد که این افراد در بازشناسی و یادآوری محتوای ترس و مسئولیت‌پذیری و محتوای اجباری مربوط مشکل دارند ولی در سایر موارد و محتواها شکایت خاصی را بیان نمی‌کنند [۶].

در پژوهشی، حافظه کلامی برای افراد وسواسی که بیشتر از علایم وسواس واری، رنج می‌بردند به کار برده شد و در نتیجه این یافته، نقص‌هایی در حافظه کلامی از خود نشان دادند [۷-۸]. همچنین محققان با استفاده از مطالعات پتانسیل مغزی مرتبط با محرک (ERP) یک رابطه منفی بین شدت علایم OCD و میانگین آمپلی‌تیود موجی شکل (آدنوزین مونوفسفات) در نواحی امواج کند پیدا کردند که حدس زده می‌شود، نشانه‌های بالینی ممکن است با امواج ERP در ارتباط باشد و مشکل بازشناسی شناختی (cognitive recognition) در افراد OCD بیشتر با شدت مشکل آنها ارتباط داشته باشد [۹]. از طرف دیگر شماری از مطالعات در یافتن مدارکی برای نقص حافظه همراه با OCD برای اطلاعات کلامی موفق نبودند [۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳]. برخی از پژوهشگران بر روی حافظه بازشناسی و یادآوری در میان وسواسی‌های واری و غیرواری و گروه کنترل تحقیقی انجام دادند. شرکت‌کننده‌ها در هر دو آزمون یادآوری و بازشناسی مورد آزمایش قرار گرفتند ولی هیچ یک از

گروه‌ها تفاوت معناداری در آزمون با هم نداشتند و نتیجه‌گیری کردند که احتمالاً وسواس واری ارتباطی به نقص این نوع حافظه نداشته باشد. این مطالعات نشان می‌دهند که احتمالاً نقص در حافظه عمومی برای اطلاعات کلامی بیماران وسواسی، بیشتر برای سایر انواع حافظه این بیماران (به غیر از حافظه بازشناسی) مطرح باشد [۷-۱۴].

در همین راستا، چندین مطالعه عصب-روانشناختی در بیماران OCD تخریب‌هایی را در حافظه اپیزودیک غیر کلامی پیدا کردند [۷-۱۴]. برای نمونه شر و همکاران [۴] نقص‌هایی را در مقیاس حافظه و کسلر (WMS) بیماران وسواس واری پیدا کردند (با تشخیص‌های مختلف). افراد وسواس واری نمره کمتری در WMS در مقایسه با افراد غیروسواسی به‌دست آوردند، علیرغم اینکه آنها تفاوتی در توانایی هوشی نداشتند.

بازدار شناختی (Cognitive Inhibition) به صورت یک پردازش فعال تعریف می‌شود که محرک‌های ناخواسته‌ای (درونی و بیرونی) را که تلاش می‌کنند وارد پردازش مطالب موجود در محتوای (با ظرفیت محدود) سیستم شوند را تنظیم می‌کند [۱۵]. هسته عملیات کارآمد حافظه کاری، نوعی مکانیزم بازداری است که کارکرد آن محدود کردن ورود اطلاعاتی که در آستانه ورود به آگاهی قرار دارند، به داخل حافظه کاری می‌باشد [۱۶].

در مورد سرکوبی افکار در جمعیت غیر روانپزشکی، مجموعه‌ای از مطالعات توسط وگنر [۳۰] نشان می‌دهد که کوشش جهت سرکوبی افکار منجر به اثر برگشت می‌گردد: افکار سرکوب‌شده بعد از سعی درمانجو در سرکوبی آن با فراوانی بیشتر عود می‌کند. طبق مطالعات مقایسه‌ای، شرطی‌شدن می‌تواند در این فرآیند نقش داشته باشد. فرایندی که در آن سعی شود تا در مورد موقعیت معینی فکر نشود ممکن است با آن موقعیت مرتبط گردد و تبدیل به یک عامل در یادآوری افکار ناخواسته گردد. محققان دیگر نیز معتقدند که افکار مداخله‌گر عودکننده در OCD ممکن است به موجب نقص توانایی بازداری شناختی ایجاد شده باشد [۱۷-۱۸] بخاطر اینکه افکار وسواسی ویژگی اضطراب‌زا و ناراحتی‌زا دارد، افراد وسواسی به سختی تلاش می‌کنند که افکار مداخله‌گر را به واسطه اجتناب از شرایط تداعی‌کننده وسواس و یا انجام رفتارهای تکراری و تشریفات ذهنی، کنترل کنند. تکلیفی که برای بررسی توانایی بازداری شناختی عمدی و آگاهانه به کار برده می‌شود و به تولید اثرات تناقض معروف است، پارادایم

فراموشی مستقیم (Directed Forgetting: DF) است [۵]. در بازداری شناختی تخریب شده فرض می‌شود که احتمالاً ناشی از اثرات DF کم باشد. نتایج مطالعات قبلی DF در بررسی OCD

دو پهلو و مبهم است [۲۰-۲۱]. مطالعات بازداری به طور عمده بر روی بازداری غیر عمدی متمرکز شده‌اند [۲۲]. محققین پی بردند که افراد OCD نقص‌هایی را در توانایی بازداری شناختی غیر عمدی در مقایسه با سایر گروه کنترل اضطرابی نشان می‌دهند. مطالعات OCD را با افراد نرمال در بازداری عمدی مقایسه کردند در آن مورد نیز هیچ تفاوت معنادار بین دو گروه مشاهده نکرده‌اند [۲۲-۲۳].

با توجه به اینکه مسائل شناختی، امروزه به عنوان پایه‌های درمان‌های اساسی و مؤثر در مورد بیماران دچار اختلال وسواس مطرح است یافتن روش‌هایی برای بهبود بخشیدن به این فرایندها و کاهش نقایص بدون شناخت مسیرها و یافتن وجود یا عدم وجود این ناتوانی‌ها امکان‌پذیر نخواهد بود. در اغلب موارد قبل از الگوهای نظری سعی در ایجاد روش‌های درمانی می‌شود و این دقیقاً در مورد درمان‌های شناختی اختلال وسواسی-اجباری صادق است. واضح است که با وجود کوشش نظریه‌پردازان بسیاری در مورد فراهم کردن الگویی شناختی برای اختلال وسواسی-اجباری، هنوز چهارچوب قانع‌کننده‌ای وجود ندارد که بتواند یافته‌های آزمایشی مربوطه را در زمینه ادراک، نگرش، حافظه و سایر فرایندهای ذهنی این اختلال منسجم نماید. لذا با توجه به ابهام‌هایی که در پردازش شناختی بیماران مبتلا به وسواس مطرح است، مشکل اصلی که در این پژوهش مطرح است این است که آیا هیچ‌گونه کاستی در پردازش شناختی که عمدتاً در بازداری و بازشناسی شناختی متبلور است، در این بیماران وجود دارد؟

روش

روش تحقیق در این پژوهش، از نوع پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، کلیه افراد دارای دامنه سنی ۱۵ تا ۴۵ ساله زن و مرد بودند که طی نیمه دوم سال ۱۳۸۸ و نیمه اول سال ۱۳۸۹ به بیمارستان‌های دولتی و خصوصی و مراکز درمانی و مشاوره شهرستان اردبیل مراجعه کرده بودند و از اختلال وسواس رنج می‌بردند. جامعه بهنجار نیز کلیه افراد سالم زن و مرد بهنجار هستند که از نظر متغیرهای جنس و سطح تحصیلات با گروه آزمایش هم‌تاسازی شدند. در این پژوهش حجم نمونه بالغ بر ۸۰ نفر است که به صورت ۴۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و ۴۰ نفر آزمودنی برای گروه سالم به عنوان مقایسه انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین جامعه آماری مربوطه انتخاب شدند.

آزمون کلمه-رنگ استروپ: آزمون رنگ-کلمه استروپ ابزاری کلاسیک برای سنجش توجه انتخابی است و سازه‌ای

از کارکرد اجرایی را می‌سنجد که کنترل بازداری (Inhibition Control) نامیده می‌شود [۲۴]. در آزمون استروپ/اسپرین و استاس [۲۵] (که با عنوان نسخه ویکتوریا شناخته می‌شود)، از سه کارت به اندازه‌های ۱۴ × ۲۱/۵ سانتیمتر استفاده می‌شود، که به ترتیب زیر به آزمودنی ارائه می‌شود: کارت (D)، کارت (W)، کارت (C). هر کارت از شش سطر و چهار ستون تشکیل شده است. کارت D حاوی نقاط رنگی است (قرمز، سبز، آبی و زرد)، در این کارت تکلیف آزمودنی نام بردن رنگ نقاط با حداکثر سرعت ممکن است. کارت W شامل کلمات است: این، آب، به، بالا؛ که با رنگ‌های قرمز، سبز، آبی یا زرد چاپ شده است و آزمودنی باید نام رنگ کلمات را با حداکثر سرعت ممکن بگوید. کارت C، کارت رنگ-کلمات است و رنگ کلمات، قرمز، زرد، آبی، و سبز است که واژه‌های مربوط به رنگ با رنگ ناهمخوان با کلمه چاپ شده‌اند (برای مثال، کلمه زرد با رنگ سبز چاپ شده است) و آزمودنی باید رنگ کلمات را با حداکثر سرعت ممکن بخواند. ترتیب خواندن رنگ‌ها در هر سه کارت در طول سطرها و از چپ به راست است. زمان تکمیل هر کارت و تعداد خطاها در هر کارت برای آزمودنی ثبت می‌شود و از روی آن‌ها زمان اختلافی بین کارت کلمه-رنگ (کارت C) و کارت نقاط (کارت D) به دست می‌آید. این اثر اختلافی به عنوان ملاک بازداری شناختی در نظر گرفته می‌شود. اعتبار این آزمون بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش شده است [۲۶] به‌علاوه نعمت‌پور [۲۷] اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۹ گزارش کرده است.

آزمون حافظه بازشناسی: مقیاس‌های حافظه و کسلر (WMS-III) یک مجموعه آزمون مرکب است که به طور انفرادی اجرا می‌شود. ویژگی عمده آن این است که دامنه کلی از کارکرد حافظه را به دست می‌دهد و با دقت بر اساس نظریه‌های موجود حافظه طراحی شده است [۲۶]. WMS-III نسبت به نسخه قبلی آن، یعنی WMS-R اعتبار بهتری دارد. راهنمای WAIS-III بیانگر آن است که همسانی درونی برای نمره‌های خرده مقیاس اولیه دارای دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ در مورد همه گروه‌های سنی است. شاخص‌های اولیه دارای ضریب همسانی بهتر یعنی ۰/۸۲ یا بالاتر بودند. راهنمای فنی بیانگر آن است که ضریب توافق ارزیابان حتی در مورد خرده مقیاس‌هایی که بیشترین تأثیر را از قضاوت ارزیابان حتی در مورد خرده مقیاس‌هایی که بیشترین تأثیر را از قضاوت ارزیابان می‌پذیرند برابر ۰/۹۰ است [۲۶]. در این پژوهش از بخش بازشناسی کلامی آزمون برای بررسی متغیر بازشناسی شناختی استفاده شده است.

پرسشنامه وسواسی-اجباری مادسلی: پرسشنامه وسواسی-

بینایی افراد)، آزمون استروپ اجرا شد؛ همچنین قسمت حافظه بازشناسی آزمون حافظه عددی و کلامی وکسلر نیز اجرا شد. در مرحله بعدی پژوهش، هر یک از پرسشنامه‌ها مطابق دستورالعمل نمره‌گذاری و به کمک ابزارهای آماری زیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) در محیط نرم افزار SPSS (v.16) استفاده شد.

یافته‌ها

کل نمونه مورد مطالعه ۸۰ نفر، متشکل از ۳۲ نفر مرد (۴۰ درصد) و ۴۸ نفر زن (۶۰ درصد) بودند. همچنین تعداد افراد، با تحصیلات در رده معین در هر سه گروه و بین مرد و زن، برابر می‌باشد. ۲۲/۵ درصد کل آزمودنی‌ها در سطح تحصیلی دبیرستان، ۴۲/۵ درصد در سطح تحصیلی دیپلم و ۳۵ درصد در سطح تحصیلی لیسانس بودند. از نظر سنی ۴۹ درصد کل آزمودنی‌ها در گروه سنی ۲۶-۳۵ سال، ۳۸ درصد در گروه سنی ۲۱-۲۵، ۱۰ درصد در گروه سنی ۲۰-۱۵ و ۳ درصد در گروه سنی ۴۵-۳۶ قرار داشتند. میانگین سن شرکت کنندگان در گروه بیمار $27/22 \pm 0/78$ و میانگین سن شرکت کنندگان در گروه سالم $24/95 \pm 0/60$ بود.

اجباری مادسلی توسط هاجسون و راجمن [۲۸] به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواسی تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است که نیمی از آنها با کلید درست و نیمی با کلید غلط می‌باشد. این پرسشنامه در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادسلی توانسته است ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ بیمار روان‌آزرده به خوبی تفکیک نماید. همچنین این پرسشنامه در تحلیل محتوایی پاسخ‌های ۱۰۰ بیمار، ۴ مؤلفه عمده را که منعکس کننده ۴ نوع مشکل وسواسی در بیماران بود، مشخص نمود. این ۴ مؤلفه عبارتند از: وارسی، تمیزی، کندی و شک وسواسی که ۴ مقیاس فرعی را تشکیل می‌دهند، با استفاده از یک روش نمره‌گذاری ساده به دست آورد. ضریب اعتبار با روش بازآزمایی ۰/۸۹ به دست آمده است.

روش اجرا: در این پژوهش با مراجعه به بیمارستان روانی، بخش اعصاب و روان و مرکز درمانی اعصاب و روان، نمونه‌های مورد مطالعه به روش در دسترس از بین افرادی که توسط روانپزشک به عنوان افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تشخیص داده شده بودند، انتخاب و پرسشنامه وسواسی- اجباری مادسلی بر روی این بیماران اجرا شد و بعد از مشخص کردن دقیق نوع بیماری و بررسی برخی ویژگی‌های لازم برای اجرای آزمون (عدم معلولیت جسمی مانند هر گونه نقص در حرکت دست‌ها و همچنین بررسی وضعیت شنوایی و

جدول ۱- آمار توصیفی متغیرهای بازداری شناختی و بازشناسی شناختی در دو گروه

گروه	جنسیت	بازداری شناختی		بازشناسی شناختی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه بیمار	مرد	۱۴/۷۵	۶/۲۹	۱۸/۳۷	۵/۳۰
	زن	۱۴/۸۷	۷/۴۴	۱۶/۹۱	۵/۷۴
گروه بهنجار	مرد	۱۱/۹۳	۴/۵۹	۱۸/۰۰	۴/۶۵
	زن	۱۱/۹۱	۵/۶۸	۱۷/۵۸	۴/۵۵
کل	بیمار	۱۴/۸۲	۶/۹۲	۱۷/۳۵	۴/۱۷
	بهنجار	۱۱/۹۲	۵/۲۱	۱۷/۵۰	۵/۵۵

ارائه شده است. بعلاوه نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره در دو گروه در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول شماره ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بر روی میانگین نمرات بازشناسی شناختی و بازداری شناختی افراد نرمال و بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین میانگین بیماران وسواسی و افراد سالم در متغیر بازشناسی شناختی تفاوت معناداری

میانگین میزان بازشناسی شناختی آزمودنی‌های مرد و زن در مرحله دوم (پس از گذشت نیم ساعت) آزمون حافظه وکسلر، برحسب تعداد کلمات بازشناسی شده صحیح و همچنین بازداری شناختی از طریق مدت زمان صرف شده برای هر کارت آزمون استروپ در دو گروه آزمودنی بر حسب میلی ثانیه ارائه محسوب شد. میانگین زمان واکنش آزمودنی‌های مرد و زن در کارت‌های ردیف ۳ و ۱ استروپ، بر حسب میلی ثانیه، به ترتیب در جدول شماره ۱

وجود ندارد. ولی بین میانگین بیماران وسواسی و افراد سالم در متغیر بازداری شناختی تفاوت معناداری وجود دارد.
جدول ۲- نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در دو گروه آزمودنی

نام آزمون	مقدار	F	درجات آزادی	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
درون گروهی	۰/۹۵۷	۷/۳۵۹	۴	۷۵	۰/۰۰۰۱
لامبدا ویکز	۰/۰۲۵	۷/۳۵۹	۴	۷۵	۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۳۹/۲۴۶	۷/۳۵۹	۴	۷۵	۰/۰۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا	۳۹/۲۴۶	۷/۳۵۹	۴	۷۵	۰/۰۰۰۱
بین گروهی	۰/۳۴۳	۹/۷۷۰	۴	۷۵	۰/۰۰۰۱
اثر پیلای	۰/۶۵۷	۹/۷۷۰	۴	۷۵	۰/۰۰۰۱
لامبدا ویکز	۰/۵۲۱	۹/۷۷۰	۴	۷۵	۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۰/۵۲۱	۹/۷۷۰	۴	۷۵	۰/۰۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا					

جدول ۳- نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری نمرات بازشناسی شناختی و بازداری شناختی افراد نرمال و بیماران مبتلا به وسواس

منبع تغییر	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	سطح معناداری
گروه	بازشناسی شناختی	۰/۴۵	۱	۰/۴۵	۰/۰۲	۰/۸۹۲
خطا	بازشناسی شناختی	۱۸۸۳/۱۰	۷۸	۲۴/۱۴		
کل	بازشناسی شناختی	۲۶۱۷۴	۸۰			
گروه	بازداری شناختی	۱۶۸/۲۰	۱	۱۶۸/۲۰	۴/۴۸	۰/۰۳۸
خطا	بازداری شناختی	۲۹۳۰/۵۵	۷۸	۳۷/۵۷		
کل	بازداری شناختی	۱۷۴۱۰	۸۰			

بحث

شدت مشکل آنها ارتباط داشته باشد. در یک مطالعه اخیر، شُر، من و فراست [۴] در افراد دارای علائم وسواس واری بالاً مشاهده کردند که در حافظه‌شان برای اطلاعات کلامی پیچیده تخریب وجود دارد. بنابراین احتمالاً شدت بیماری، پیچیدگی مواد بازشناسی، کیفیت هیجانی مواد بازشناسی شده و نقص انواع دیگر حافظه از علل مهم نقص حافظه بازشناسی باشد و می‌توان این عوامل را با آزمون‌های معتبر روانشناختی دیگر بررسی کرد.

همان‌طور که در نتایج مشاهده شد بین میانگین نمرات بازداری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی-اجباری و افراد گروه کنترل سالم تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی نقص بازداری شناختی در افراد وسواسی-اجباری در مقایسه با گروه کنترل سالم تأیید می‌شود. نتیجه به دست آمده با نتایج /نرایت و همکاران [۱۷] و رابیا و همکاران [۳۱]، مک‌نلی، ویلهلم، بالمن و شین [۲۲] همسو بود. ولی با تحقیق مونکی و همکاران [۲۲] در تناقض است. /نرایت و همکاران [۱۷] پی بردند که افراد OCD نقص‌هایی را در توانایی بازداری شناختی غیر عمدی در مقایسه با سایر گروه کنترل اضطرابی نشان می‌دهند. ولی مونکی و همکاران (۲۲) در مطالعاتشان OCD را با افراد نرمال مقایسه کردند و در آن مورد هم، هیچ تفاوت معنادار بین دو گروه مشاهده نکردند. مطالعات بازداری به‌طور عمده بر روی بازداری غیر عمدی متمرکز شده‌اند [۲۲]. پردازش بازداری به غیر عمد بودن مشهور است، یعنی اگر اطلاعات نامربوط

بر اساس نتایج بین میانگین نمرات بازشناسی شناختی بیماران مبتلا به وسواسی-اجباری و افراد گروه کنترل سالم تفاوت معناداری وجود نداشت. به عبارتی نقص بازشناسی شناختی در افراد وسواسی-اجباری در مقایسه با گروه کنترل سالم تأیید نمی‌شود. این نتیجه با نتایج /نرایت و بیچ (۱۷) هماهنگ و همسوست. شماری از مطالعات در یافتن مدارکی برای نقص حافظه همراه با OCD برای اطلاعات کلامی موفق نبودند [۱۰-۱۱-۱۲-۱۳]. یافته روانسنجی و تحقیقی بر روی نقص عملکرد حافظه و بازشناسی شناختی افراد OCD و غیر OCD متناقض است با این حال نظریه‌های شناختی، فرض می‌کنند که یک محرک یا موقعیت نخست بایستی مورد توجه قرار گیرد، شناسایی و طبقه‌بندی گردد و با تجارب قبلی ذخیره شده در حافظه ارتباط برقرار نماید تا بتوانند مورد ارزشیابی قرار گرفته و یا پاسخ هیجانی ویژه‌ای را برانگیزاند. مک‌دونالد، آنتونی مامک‌لود و ریشتر [۲۳] مطرح می‌کنند که احتمالاً وسواس واری ارتباطی به نقص این نوع حافظه نداشته باشد و احتمالاً سایر انواع حافظه در این اختلال دچار نقص باشند. یافته‌های بالینی به ویژه در افراد وسواس واری نشان می‌دهد که این افراد بیشتر در بازشناسی و یادآوری محتوای ترس و مسئولیت‌پذیری و محتوای اجباری مربوط مشکل دارند ولی در سایر موارد و محتواها شکایت خاصی را بیان نمی‌کنند [۶]. همچنین مشکل بازشناسی شناختی در افراد OCD می‌تواند بیشتر با

نظر بازشناسی شناختی نسبت به گروه غیر بیمار نشان ندادند. به هر حال بدلیل وجود برخی محدودیت‌ها از جمله نمونه محدود این پژوهش در تعمیم کامل نتایج به جامعه مورد نظر باید جانب احتیاط را در نظر گرفت.

تشکر و قدردانی: جا دارد از زحمات خانم کلثوم اله‌قلیلو و کلیه عزیزانی که در تکمیل این کار پژوهشی یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم.

منابع

- 1- Sadock B, Sadock V. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences - clinical psychiatry: Translated by Pourafkary N., Tehran, Iran. Shahrab Publication; 2006. [Persian]
- 2- Steketee GS, Frost RO, Rhe'ume J, Wilhelm S. Cognitive theory and treatment of obsessive-compulsive disorder. In M.A. Jenike, L. Baer, W.E. Minichiello (Eds.). Obsessive-compulsive disorders: Practical management, (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby; 1998.
- 3- Sher KJ, Frost RO, Otto R. Cognitive deficits in compulsive checkers: An exploratory study. Behav Res Ther. 1983;21(4): 357-64.
- 4- Sher KJ, Mann B, Frost RO. Cognitive dysfunction in compulsive checkers: Further explorations. Behav Res Ther. 1984; 22(5): 493-502.
- 5- Squire LR. Declarative and nondeclarative memory: Multiple brain systems supporting learning and memory. J Cogn Neurosci. 1992; 4(3):232-43.
- 6- Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. Behav Res Ther. 2002; 40(6): 625-39.
- 7- Deckersbach T, Otto MW, Savage CR, Baer L, Jenike MA. The relationship between semantic organisation and memory in obsessive-compulsive disorder. Psychother Psychosom. 2000;69(2): 101-7.
- 8- Zitterl W, Urban C, Linzmayer L, Aigner M, Demal U, Semler B, Zitterl-Eglseer K. Memory deficits in patients with DSM-IV obsessive-compulsive disorder. Psychopath. 2001; 34(3):113-7.
- 9- Kuelz AK, Hohagen F, Voderholzer U. Neuropsychological performance in obsessive compulsive disorder: A critical review. Biol Psychol. 2004; 65(3): 185- 236.
- 10- Christensen KJ, Kim SW, Dysken MW, Hoover KM. Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. Biol Psychiat. 1992; 31(1): 4-18.
- 11- Dirson S, Bouvard M, Cottraux J, Martin R. Visual memory impairment in patients with obsessive-compulsive disorder: A controlled study. Psychother Psychosom. 1995;63: 22-31.
- 12- Radomsky AS, Rachman S. Memory bias in obsessive-compulsive disorder (OCD). Behav Res Ther. 1999; 37(7):605-18.
- 13- Boone KB, Ananth J, Philpott L. Neuropsychological characteristics of nondepressed adults with obsessive-compulsive disorder. Neuropsychiatr, Neuropsychol Behav Neuro. 1991; 4(2): 96-109.
- 14- Aronowitz BR, Hollander E, DeCaria C, Cohen L, Saoud JB, Stein D. Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder. Preliminary findings. Neuropsychiatr Neuropsychol Behav Neuro. 1994; 7(2): 81-6.
- 15- Hascher L, Zacks R. Working memory,

به‌طور اتوماتیک پردازش شوند، زمانی که در ترکیب با اطلاعات مربوط ارائه می‌شوند، بدون رسیدن به هشیاری بازداری می‌شوند. در طول عملکردهای شناختی، سازگاری با تغییرات محیط، جهت انتخاب مناسب فرد در موقعیت‌های مختلف، توسط قشر جلوی پیشانی و از طریق بازداری گرایش پاسخ ذاتی انجام می‌گیرد. بنابراین حیوانات و بیماران دارای نقصان در قطعه پیشانی، با یک اختلال خاص در توانایی برای متوقف کردن پاسخ به محرک‌های نامربوط مشخص می‌شوند. بر پایه این شواهد، مطرح شده است که اختلال وسواسی- اجباری به اختلال قطعه پیشانی غالب با زوال در فرایندهای بازداری به‌نحویت مربوط است و فرض شده است این نارسایی‌ها در بازداری، با افکار مزاحم و در نتیجه با رفتار وسواس مربوط می‌باشند [۲۹]. همچنین چون اضطراب و ویژگی برانگیزاننده افکار وسواسی است، افرادی که از بیماری وسواسی رنج می‌برند، سخت تلاش می‌کنند که افکار تداخل‌گرایانه را بوسیله اجتناب از شرایط همراه و تداعی‌کننده افکار وسواسی و یا به وسیله انجام رفتارهای تکراری و اعمال تشریفاتی ذهنی کنترل کنند [۳۰]. بنابراین در اختلال OCD برخی اعمال اجباری ممکن است به صورت حالت ثانوی بر افکار وسواسی باشد که آن هم نتیجه نقص در بازداری شناختی می‌باشد.

نتیجه‌گیری

اختلال وسواسی- اجباری به دلیل وجود مشکلاتی همچون افکار مداخله‌گر و اجباری و همچنین وجود شک و تردید و به تبع آن واری‌های افراطی از یک طرف و از طرف دیگر کارایی پایین درمان دارویی در مهار آن، جز بیماری‌های اختصاصی روانشناختی به‌شمار می‌آید. در کل بر اساس نتایج تحقیقات و مبتنی بر نظریه‌های موجود بیشتر توجه به سمت متغیرهای حافظه و پردازش‌های مربوط به آن معطوف شده است. نقش متغیرهای بازداری در بحث افکار مداخله‌گر و اجبار وسواسی و متغیرهای بازشناسی در بحث عدم یقین و شک و تردید افراطی افراد وسواسی برجسته و مهم قلمداد شده است. با این حال نتایج تحقیقات تا کنون نتوانسته‌اند به اجماع قابل قبولی در زیر عناصر این متغیرها و نقش آنها در پدیدآیی بیماری دست یابند. در کل تحقیقات و ادبیات پژوهشی از یک نقص کلی در حافظه بیماران و مکانیزم‌های پردازش شناختی این بیماران حکایت می‌کند. لذا پژوهش حاضر به دنبال بررسی مشکلات پردازش‌های شناختی که عمدتاً در بازداری و بازشناسی شناختی متبلور است، در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بود و نتایج در جهت تأیید فقط بازداری شناختی در افراد وسواسی بود و تفاوت خاصی از

497-505.

24- Kosmidis MH, Bozicas VP, Zafiri M, Karavatos A. Shared cognitive processes underlying performance on the Wisconsin Card Sorting Test and the Stroop Test in patients with schizophrenia: A measurement artifact? *Neurosci Lett.* 2006;409(3): 234-8.

25- Mitrushina M, Boone KB, Razani J, D'Elia LF. *Handbook Normative Data for Neuropsychological Assessment.* New York: Oxford University Press, Inc; 2005.

26- Groth-Marnat G. *Handbook of psychological assessment.* Translated by Pasha sharifi and Nikkhoo, Tehran, Iran: Sokhan publication; 2005. [Persian]

27- Hadgson R, Rachman S. Obsessional compulsive completions. *Behav Res Ther.* 1977; 15(5):389-95.

28- Bohne A, Savage CR, Deckersbach T, Keuthen NJ, Wilhelm S. Motor inhibition in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* 2008; 42(2): 141-50.

29- American psychiatric association, diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th ed). Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.

30- Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White, TL. Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soci Psychol.* 1987;53(1): 5-13.

31- Rubia K, Russell T, Bullmore ET, Soni W, Brammer MJ, Simmons A, Taylor E, Andrew C, Giampietro V, Sharma T. An fMRI study of reduced left prefrontal activation in schizophrenia during normal inhibitory function. *Schizophr Res.* 2001; 52(1-2): 47-55.

comprehension and aging: a review and a new review. *Psychol Learn Motiv.* 1988; 22: 193-225.

16- Hasher L, Zacks RT, May CP. Inhibitory control, circadian arousal, and age. in D. Gopher & A. Koriat (Eds.), *Attention and performance XVI: Interaction of Theory and Application.* Cambridge, MA: MIT Press; 1999.

17- Enright SJ, Beech AR. Further evidence of reduced cognitive inhibition in obsessive-compulsive disorder. *Pers Indiv Diff.* 1993; 14(3): 387-95.

18- Steketee GS, Frost RO, Rhe'aume J, Wilhelm S. Cognitive theory and treatment of obsessive-compulsive disorder. In M. A. Jenike, L. Baer, & W. E. Minichiello (Eds.). *Obsessive-compulsive disorders: Practical management,* (3rd ed.) Louis MO: Mosby St; 1998.

19- Johnson HM. Processes of successful intentional forgetting. *Psychol Bull.* 1994; 116(2): 274-92.

20- Wilhelm S, McNally RJ, Baer L, Florin I. Directed forgetting in obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1996; 34(8): 633-41.

21- Tolin DF, Hamlin C, Foa EB. Directed forgetting in obsessive-compulsive disorder: replication and extension. *Behav Res Ther.* 2002; 40(7): 793-803.

22- McNally RJ, Wilhelm S, Bmuhlann U, Shin LM. Cognitive inhibition in obsessive-compulsive disorder: application of a valence-based negative priming paradigm. *Behav Cogn Psychother.* 2001; 29(1):103-6.

23- MacDonald PA, Antony MM, MacLeod CM, Richter MA. Memory and confidence in memory judgments among individuals with obsessive-compulsive disorder and non-clinical controls. *Behav Res Ther.* 1997;35(6):