

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی

عنوان پژوهش:

مقایسه کارکردهای اجرایی در بیماران دوقطبی وابسته به مواد و غیروابسته به مواد

استاد راهنما:

دکتر احمد برجعلی

استاد مشاور:

دکتر جمال شمس

استاد داور:

دکتر حمید علیزاده

پژوهشگر:

نرگس عدالتی

تابستان ۱۳۹۲

تقدیم

به پدر و مادر مهربانم

که در تمام مراحل زندگی، همواره حامی و هدایتگر من بوده اند.

به مادر و پدر شوهر مهربانم

که با محبت بی‌دینشان، محطات سخت را برایم شیرین ساختند.

و در نهایت تقدیم به

همسر عزیزم مازیار

اسطوره زندگیم، پناه هستم و امید بودم.

باساس فراوان از

استاد راهنمای بنر کوارم جناب آقای دکتر احمد بر جلی، که افتخار شاگردی ایشان را در دوران تحصیل داشته‌ام و راهنمایی‌های دلسوزانه‌شان این راه را برایم هموار ساخت.

استاد مشاور ارجمندم جناب آقای دکتر جمال شمس، که همواره علم و عمل ایشان برایم الگویی ستودنی بوده و آموزه‌هایشان سرلوحه‌ای برای همه مراحل تحصیل خواهد بود.

استاد دکتر افتخار جناب آقای دکتر حمید علیرزاده، که با داورسی و ارائه‌های پیشنهادات مفید و سودمند خود سبب بهبود مطالب این پایان نامه گردیدند.

کاکان محترم در نگاه روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین

و در نهایت تمامی بیمارانی که صبورانه و با عشق و محکم برهمین حاضر به شرکت در این پژوهش شدند.

چکیده

هدف: از اجرای این پژوهش مقایسه کارکردهای اجرایی در بیماران دوقطبی وابسته به مواد و غیر وابسته به مواد و تعیین نقص های اجرایی در هر دو گروه بود که از طرح پژوهشی علی-مقایسه ای برای این منظور استفاده شد. در این مطالعه دو گروه، شامل بیماران دوقطبی وابسته به مواد (۳۰ نفر)، بیماران دوقطبی غیروابسته به مواد (۳۰ نفر) که همگی دارای خلق متعادل (یوتیمیا) بودند از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و از نظر سن، جنس و میزان تحصیلات همتا شدند. برای سنجش مولفه های کارکردهای اجرایی از ابزارهای آزمون عملکرد پیوسته، آزمون برج لندن، آزمون استروپ، آزمون فراخنای حافظه ارقام و کسلر و آزمون فراخنای صفحه ای از مجموعه آزمون WAIS-RNI استفاده شد. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه شاخص های کارکردهای اجرایی بین افراد دو گروه استفاده شد. همچنین اطلاعات میانگین و انحراف معیار، با استفاده از آمار توصیفی بدست آمد. یافته ها نشان داد که بیماران دوقطبی وابسته به مواد در آزمون های عملکرد پیوسته، آزمون استروپ، آزمون فراخنای حافظه ارقام و کسلر و آزمون فراخنای صفحه ای از مجموعه آزمون WAIS-RNI دارای عملکرد ضعیف تری نسبت به گروه دیگر بودند. اما در آزمون برج لندن تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتایج مطالعه حاضر، نشان می دهد که بیماران دوقطبی وابسته به مواد در توجه، بازداری و حافظه کاری عملکرد ضعیف تری نسبت به بیماران دوقطبی غیر وابسته دارند اما در زمینه برنامه ریزی تفاوت معناداری وجود نداشت. بر طبق این نتایج که نقص در کارکردهایی بیماران دوقطبی وابسته به مواد بیشتر از بیماران غیر وابسته است که علت آن را میتوان اثرات ناشی از مصرف مواد دانست. بنابراین باید در برنامه درمانی این گروه از افراد، اثرات مصرف مواد نیز مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه ها: اختلال دوقطبی، کارکردهای اجرایی، وابستگی به مواد

فهرست مطالب

فصل اول : کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه.....	۲
۱-۲- بیان مساله.....	۳
۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۷
۱-۴- اهداف پژوهش.....	۸
۱-۵- فرضیه های پژوهش.....	۸
۱-۶- تعریف مفاهیم نظری و عملی پژوهش.....	۹
۱-۶-۱- کارکردهای اجرایی.....	۹
۱-۶-۲- وابستگی به مواد.....	۱۰
۱-۶-۳- اختلال دوقطبی.....	۱۰
۱-۶-۳-۱- افسردگی.....	۱۰
۱-۶-۳-۲- شیدایی.....	۱۱

فصل دوم : ادبیات و پیشینه پژوهش

۱-۲- کارکردهای اجرایی.....	۱۵
۱-۲-۱- مولفه های کارکردهای اجرایی.....	۱۹
۱-۲-۱-۱- کارکرد اجرایی برنامه ریزی.....	۱۹
۱-۲-۱-۲- کارکرد اجرای بازداری از پاسخ.....	۱۹
۱-۲-۱-۳- کارکرد اجرایی توجه.....	۲۰
۱-۲-۱-۴- کارکرد اجرایی حافظه کاری.....	۲۱
۱-۲-۲- قشر پیش پیشانی و نشانگان بدکارکردی اجرایی.....	۲۲
۱-۲-۲- اختلال دوقطبی.....	۲۶
۱-۲-۲-۱- تاریخچه اختلال دوقطبی.....	۲۶
۱-۲-۲-۲- توصیف و تشخیص اختلال دوقطبی.....	۲۹
۱-۲-۲-۲- دوره افسردگی.....	۳۰
۱-۲-۲-۲- دوره شیدایی و نیمه شیدایی.....	۳۰
۱-۲-۲-۲- دوره مختلط.....	۳۱
۱-۲-۲-۲- اختلال دوقطبی ا.....	۳۲
۱-۲-۲-۲- اختلال دوقطبی II.....	۳۲

- ۳-۲-۲- نظریه های روانشناختی اختلال دوقطبی..... ۳۳
- ۱-۳-۲-۲- نظریه روان تحلیل گری اختلال دوقطبی..... ۳۳
- ۲-۳-۲-۲- مدل های سه گانه استرس - دیاتز..... ۳۴
- ۳-۳-۳-۲- مدل شناختی رفتاری اختلال دوقطبی..... ۳۸
- ۴-۳-۳-۲- مدل استرس آسیب پذیری..... ۴۰
- ۳-۲-اعتیاد..... ۴۰
- ۱-۳-۲- وابستگی به مواد..... ۴۱
- ۲-۳-۲- سو مصرف..... ۴۳
- ۳-۳-۲- معتاد..... ۴۳
- ۴-۳-۲- مواد مخدر، ماهیت و ساز و کار اثر..... ۴۴
- ۴-۲- پژوهش های مرتبط با نقایص شناختی و کارکردهای اجرایی در اختلال دوقطبی..... ۴۶
- ۵-۲- پژوهش های مرتبط با نقایص شناختی و کارکردهای اجرایی در بیماران وابسته به مواد..... ۵۱
- ۶-۲- پژوهش های مرتبط با نقایص شناختی و کارکردهای اجرایی در بیماران دوقطبی وابسته به مواد..... ۵۳

فصل سوم : روش تحقیق

- ۱-۳- طرح پژوهش ۵۶
- ۲-۳- جامعه آماری..... ۵۶
- ۳-۳- گروه نمونه و روش نمونه گیری..... ۵۶
- ۱-۳-۳- ملاک های ورود و خروج ۵۷
- ۴-۳- متغیرهای پژوهش..... ۵۸
- ۱-۴-۳- متغیر پیش بین..... ۵۸
- ۲-۴-۳- متغیر ملاک..... ۵۸
- ۴-۳-۳- متغیر کنترل..... ۵۸
- ۵-۳- ابزارهای پژوهش..... ۵۸
- ۱-۵-۳- مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون (HDRS-24) ۵۸
- ۲-۵-۳- مقیاس درجه بندی شیدایی یانگ (YMRS) ۵۹
- ۳-۵-۳- آزمون ماتریس های پیشرونده ریون..... ۶۰
- ۴-۵-۳- نرم افزار آزمون عملکرد پیوسته (CPT) ۶۱
- ۵-۵-۳- نرم افزار آزمون برج لندن (TOL)..... ۶۲
- ۶-۵-۳- نرم افزار آزمون استروپ..... ۶۲
- ۷-۵-۳- آزمون فراخنای حافظه ارقام وکسلر..... ۶۳

- ۳-۵-۸- نرم افزار آزمون فراخنای صفحه ای از مجموعه آزمون WAIS-RNI ۶۴
- ۳-۶- فرآیند اجرای پژوهش ۶۴
- ۳-۷- روش تجزیه و تحلیل داده ها ۶۵

فصل چهارم : تجزیه و تحلیل آماری داده ها

- ۴-۱- متغیرهای جمعیت شناختی ۶۷
- ۴-۱-۱- تحصیلات ۶۷
- ۴-۱-۲- سن ۶۸
- ۴-۲- بخش توصیفی ۶۹
- ۴-۳- تحلیل آماری فرضیات پژوهش ۷۱
- ۴-۳-۱- استقلال مشاهدات ۷۱
- ۴-۳-۲- آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه ای (آزمون نرمال بودن داده های ۷۲
- ۴-۳-۳- هماهنگی واریانس ها ۷۳
- ۴-۳-۴- پاسخ فرضیه اول ۷۳
- ۴-۳-۵- پاسخ فرضیه دوم ۷۵
- ۴-۳-۶- پاسخ فرضیه سوم ۷۶
- ۴-۳-۷- پاسخ فرضیه چهارم ۷۷

فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

- ۵-۱- بحث و نتیجه گیری ۸۰
- ۵-۲- محدودیت های پژوهش ۸۳
- ۵-۳- پیشنهادها ۸۴
- ۵-۳-۱- پیشنهاد های پژوهشی ۸۴
- ۵-۳-۲- پیشنهاد های کاربردی ۸۴
- منابع فارسی ۸۶
- منابع لاتین ۸۸

پیوست ها

- الف : مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون ۹۴
- ب : مقیاس سنجش شیدایی یانگ ۱۰۰

فهرست جداول

- جدول ۱-۲- مولفه های کارکردهای اجرایی..... ۱۸
- جدول ۲-۲- تشخیص های اختلالات خلقی بر اساس دوره ها..... ۳۲
- جدول ۱-۴- توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک تحصیلات..... ۶۷
- جدول ۲-۴- توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک سن..... ۶۸
- جدول ۳-۴- شاخص های توصیفی تغییر های پژوهش در گروه بیماران دوقطبی غیروابسته به مواد..... ۷۰
- جدول ۴-۴- شاخص های توصیفی تغییر های پژوهش در گروه بیماران دوقطبی وابسته به مواد..... ۷۰
- جدول ۵-۴- آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه ای..... ۷۲
- جدول ۶-۴- آزمون F لویین برای بررسی همگنی واریانس ها در دو گروه پژوهش..... ۷۳
- جدول ۷-۴- آزمون تحلیل واریانس یک راهه در متن تحلیل واریانس چندمتغیری..... ۷۴
- جدول ۸-۴- آزمون تحلیل واریانس یک راهه در متن تحلیل واریانس چندمتغیری..... ۷۵
- جدول ۹-۴- آزمون تحلیل واریانس یک راهه در متن تحلیل واریانس چندمتغیری..... ۷۶
- جدول ۱۰-۴- آزمون تحلیل واریانس یک راهه در متن تحلیل واریانس چندمتغیری..... ۷۷

فهرست نمودارها

نمودار ۴-۱- توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک تحصیلات..... ۶۸

نمودار ۴-۲- توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک سن..... ۶۹

فصل اول :

کلیات پژوهش

در سال های اخیر شاهد گرایش روزافزون پژوهشگران به مطالعه عصب روانشناختی اختلالات مختلف روانپزشکی بوده ایم که در این میان ، نقایص در کارکرد های اجرایی^۱ به دلیل نقش موثرترش در محدود ساختن توانایی بیماران توجه ویژه ای را به خود جلب کرده است. کارکردهای اجرایی ساختارهای مهمی هستند ، که در برگیرنده طیف وسیعی از فرآیندهای شناختی و توانایی های رفتاری از جمله توانایی در حل مسئله^۲ ، توجه^۳ ، استدلال^۴ ، سازماندهی- برنامه ریزی^۵ ، حافظه کاری^۶ ، کنترل مهاری^۷ و کنترل تکانه اند^۸ (علیزاده ، ۱۳۸۵). از دیدگاه تکاملی ، تکوین ظرفیت ها و توانایی های اجرایی تا حد زیادی با تحول ناحیه پیشانی مغز انسان برابر است. (گرین^۹ و همکاران، ۲۰۰۸) و مفهوم عملکرد اجرایی بین این نواحی و کارکردهای روانشناختی ارتباط برقرار کرده است. فرضیه نارسایی کارکردهای اجرایی در تبیین و توجیه بسیاری از اختلالات روانی ، از جمله اسکیزوفرنیا (وایکرت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۰) ، درخودماندگی (تانگوی^{۱۱} ، ۲۰۰۰) و اختلال وسواس فکری- عملی (راچ^{۱۲} ، ۲۰۰۰) ، مورد استفاده قرار گرفته است. در این میان بدکارکردی شناختی اختلالات خلقی به خصوص اختلال دوقطبی نیز موضوع شماری از مطالعات پژوهشگران بوده است. از سوی دیگر اعتیاد^{۱۳} یا وابستگی به مواد یکی از معضلات جامعه بزرگ جهانی و کشور ما محسوب می شود که در کمین بسیاری از افراد جامعه به خصوص جوانان نشسته است و به صورت تمایلات تکانشی و غیر قابل کنترل برای بدست آوردن و سوء مصرف دارو تعریف شده است که فرد با وجود پیامدهای اجتماعی و بهداشتی عمیقا منفی ناشی از آن، به مصرف

¹ - executive functions

² - problem solving

³ - attention

⁴ - reasoning

⁵ - organization- planning

⁶ - working memory

⁷ - inhibition control

⁸ - impulse control

⁹ - Greene, M

¹⁰ -Weickert, W

¹¹ - Tanguay, E

¹² - Rauch, S

¹³ - addiction

خود ادامه می دهد (گاروان و استات^۱، ۲۰۰۵). وابستگی به مواد از طرفی باعث تسکین و آرامش موقت و گاهی تحریک و نشاط گذرا برای فرد می گردد (بچارا و داماسیو^۲، ۲۰۰۲). و از طرف دیگر بعد از اتمام این اثرات سبب جستجوی فرد برای یافتن مجدد ماده و وابستگی مداوم به آن می شود (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷). با توجه به سوابق پژوهشی این گروه بیماران دو تشخیصی گروه مناسبی برای پژوهش در زمینه کارکرد های اجرایی می باشند، لذا پژوهش حاضر در صدد ارزیابی کارکرد های اجرایی در بیماران دوقطبی وابسته به مواد و غیروابسته به مواد است.

۱-۲- بیان مساله

اصطلاح کارکرد اجرایی به مجموعه وسیعی از فرایندهای فراروانشناختی آگاهانه از قبیل برنامه ریزی، جستجوی سازمان یافته، کنترل تکانه، رفتار هدفمند، نگهداری مجموعه^۴، به کارگیری راهکارهای انعطاف پذیر، توجه انتخابی^۵، کنترل توجه^۶، شروع اعمال، سیالی و روانی اعمال و ارزیابی خود^۷، اشاره می کند (گیان کولا، ۲۰۰۷؛ به نقل از عبیدی زادگان، ۱۳۸۶). که در خلال سالهای پیش از دبستان رشد می کند و به کودکان اجازه می دهند تا رفتارهای انعطاف پذیرتر و خودنظم دهنده تری نشان دهند (کارلسون^۸، ۲۰۰۵؛ گارون، بریسون و اسمیت^۹، ۲۰۰۸؛ به نقل از نیلسن و گراهام^{۱۰}، ۲۰۰۹).

¹- Garavan & Stout

²- Bechara, A & Damasio, H

³ Sadok & Sadok

⁴ Maintain set

⁵ Selective attention

⁶ Attentional control

⁷ Self- monitoring

⁸ Carlson

⁹ Garon, Bryson & Smith

¹⁰ Nilsen & Graham

فعالیت های قطعه پیشانی شامل فعالیت‌هایی چون پیش بینی، استدلال، هدف گذاری، طرح ریزی، سازماندهی زمانی و مکانی رفتار^۱، بازبینی خود (قدیری، جزایری، عشایری و قاضی طباطبایی، ۱۳۸۵)، تنظیم هیجانی، بازبینی و کنترل هیجانی (فیرس و ترال، ۲۰۰۲؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۳) می باشد که غالباً تحت عنوان کارکرد اجرایی شناخته می شود. این کارکرد شناختی سطح بالا، کارکردهای شناختی بنیادی را هماهنگ و یکپارچه می کند و به یکپارچگی قشر پیشانی وابسته است (لیزاک^۲، ۱۹۹۵؛ به نقل از کویلز، هوهاگن و وادرهولزر^۳، ۲۰۰۴).

اختلال دوقطبی یک بیماری مزمن روانپزشکی است که در آن بیمار نوسانات خلقی شدیدی را به صورت دوره های افسردگی و شیدایی تجربه میکند. اگرچه میزان بروز سالیانه این اختلال حدود یک درصد تخمین زده شده است با این وجود معاینه و بررسی دقیق بسیاری از بیمارانی که تشخیص افسردگی را دریافت می کنند، دوره های از رفتارهای مبتنی بر شیدایی یا نیمه شیدایی در گذشته آنها آشکار می سازد که تاکنون تشخیص داده نشده اند (سادوک و سادوک. ترجمه رضایی، ۱۳۸۷). نرخ خودکشی، مصرف مواد، بیکاری، رفتارهای مجرمانه و طلاق در افرادی که از اختلال دوقطبی رنج می برند بالاست، به طوری که این افراد در مقایسه با جمعیت عادی ۴ برابر ناتوانتر هستند. (راسل و برون^۴، ۲۰۰۵). مطالعات بیانگر نقایص عصب روان شناختی گسترده در این گروه از بیماران (سانچز مورنو^۵ و همکاران، ۲۰۰۹) و همچنین بدکارکردی قابل توجه در فاز های شیدایی و افسردگی این اختلال می باشد (کلارک^۶ و همکاران، ۲۰۰۱). مشکلات در سرعت پردازش، توجه، عملکرد اجرایی، حافظه، مهارت های حرکتی ظریف در این گروه از بیماران دیده شده است (ون گورپ^۷ و همکاران،

² -Lezak, D

³ -Kuelz, Hohagen & Voderholzer

⁴ -Russell, J & Browne, S

⁵ - Sanchez-Moreno, J

⁶ - Clark, L

⁷ -Van Gorp, W

۱۹۹۸ ؛ رابینسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۶) که بسیاری از این مشکلات بعد از دوره طولانی بهبود نیز همچنان پابرجا هستند از جمله در حیطه حافظه کلامی ، توجه، کنترل تکانه، عملکرد اجرایی و سرعت روانی حرکتی (به نقل از همان منبع)

در بین بیماران دوقطبی شیوع رو به افزایش مصرف مواد دیده میشود ، به طوری که در بررسی همه گیر شناختی منطقه ای (رگیر^۲ و همکاران ، ۱۹۹۰) ۴۶ درصد بیماران دوقطبی گرفتار ملاک های سومصرف الکل در زندگی (۱۵ درصد) یا وابستگی به الکل (۳۱ درصد)، ۴۱ درصد بیماران دوقطبی دارای ملاک های سو مصرف مواد دیگر(۱۳ درصد) یا وابستگی به مواد دیگر (۲۸ درصد) شناخته شدند و روی هم رفته ۶۱ درصد مشمول ملاک های سومصرف یا وابستگی به مواد بودند. این گروه از بیماران دو تشخیصی گروه قابل ملاحظه‌های برای پژوهش میباشند از آنجایی که بینش کمتر(سالوم و تاس^۳ ، ۲۰۰۰) ،مشکلات شناختی بیشتر(ون گورپ و همکاران ، ۱۹۹۸)، تبعیت دارویی کمتر(کک^۴ و همکاران ، ۱۹۹۸) و نرخ خودکشی بیشتری(بلک^۵ و همکاران ، ۱۹۸۷) دارند. علاوه بر این وابستگی به مواد این گروه از بیماران را ناتوان تر و اختلالشان را مزمن تر و با نرخ بالای مرگ و مبر همراه می کند (سالوم و تاس، ۲۰۰۰).

نقایص شناختی در دو گروه بیماران وابسته به مواد و بیماران دوقطبی به وفور مورد پژوهش قرار گرفته است . (فشبین^۶ و همکاران ۲۰۰۷) در مطالعه خود بر افراد وابسته به هروئین و افراد عادی نشان دادند که افراد معتاد به هروئین در حیطه های مختلف کارکردهای قشر پیش پیشانی شامل توجه، یادگیری، حافظه کاری و الگوهای بازشناسی ترتیبی عملکرد ضعیف تری داشتند.

¹- Robinson, J

²-Regier, A

³-Salloum, M & Thase, E

⁴-Keck, E

⁵-Black, W

⁶-Fishbein, H

در پژوهش مشابهی که توسط امینی، علیزاده و رضایی (۲۰۱۲) منتشر شد. کارکردهای اجرایی-نورولوژیکی در افراد معتاد و غیر معتاد مورد مقایسه قرار گرفت، نتایج آنها نشان داد که افراد معتاد کارکردهای اجرایی ضعیف تری نسبت به افراد عادی داشتند. در بیماران دوقطبی نقایص شناختی را گذرا و به دوره حضور علائم نسبت داده اند اما برخی مطالعات جدید به وجود و تداوم علائم در دوره خلق متعادل (یوتایمیا^۱) نیز اشاره کرده اند (شرتن^۲ و همکاران، ۲۰۰۷؛ بالانزا-مارتیز^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). در زمینه نقایص شناختی در زمان همبودی این دو اختلال پژوهش های محدود با نتایج متفاوتی دیده میشود. ون گروپ و همکاران (۱۹۹۸) به این نتیجه رسیدند که هر دو گروه بیماران دوقطبی وابسته به الکل و غیر وابسته در مقایسه با گروه کنترل نقص در حافظه کلامی دارند، اما فقط بیماران وابسته به الکل در مقایسه با گروه کنترل کارکردهای شناختی بدتری را نشان می دهند. و مطالعه دیگری با همین زیرگروه ها نیز بیانگر عملکرد ضعیف تر بیماران دوقطبی وابسته به الکل در کارکرد های اجرایی، حافظه بصری، حافظه کلامی و هوش سیال بود (لوی^۴ و همکاران، ۲۰۰۸) اما برخی از تحقیقات نیز نشان دادند که بیماران دو قطبی بدون سابقه وابستگی به الکل نیز در عملکرد اجرایی و حافظه کلامی مشکل دارند (سانچز مورنو^۵ و همکاران، ۲۰۰۹). مارشال^۶ و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیق گسترده خود دوقطبی های که در طول زندگی خود سابقه مصرف مواد داشتند با دوقطبی های بدون سو مصرف را مقایسه کردند و به این نتیجه رسیدند که گروه دارای سابقه سو مصرف علاوه بر نقص موجود در سرعت روانی حرکتی، حافظه بصری، روانی کلامی، سرعت پردازش، منطق سازی مفهومی، چالاکی، سرعت پردازش، تغییر و بازداری بیماران دوقطبی، نقص بیشتری را در دو کارکرد منطق سازی مفهومی و حافظه بصری نشان میدهند. در حالی که نقایص شناختی و عملکردهای اجرایی به طور وسیع در اختلال دوقطبی و وابستگی به مواد مورد بررسی قرار گرفته است اما مطالعات کمی بدکارکردی شناختی و نقایص کارکرد های اجرایی در زمان همبودی

¹- euthymia

²- Schretlen, J

³- Balanza- Martinez, v

⁴-Levy

⁵-Sanchez-Moreno

⁶- Marshall, D

این دو اختلال را بررسی کرده اند از این رو در این پژوهش محقق به دنبال پاسخ به این سوالات است که آیا کارکردهای اجرایی در بیماران دوقطبی وابسته به مواد و غیر وابسته با یکدیگر متفاوت است؟ و آیا مؤلفه هایی چون حافظه کاری، توجه، بازداری و برنامه ریزی در این دو گروه متفاوت است؟

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

سومصرف مواد و وابستگی به مواد یکی از معضلات عمده زیستی، روانی اجتماعی است که بدون شک تمام کشورها به نوعی با آن دست به گریبان هستند و کشور ما به دلیل موقعیت جغرافیایی، سیاسی، اجتماعی و قرار گرفتن در کنار هلال طلایی بیشتر در معرض این معضل قرار دارد. هم اکنون بیش از ۲۳۰ میلیون نفر معتاد وجود دارد که حدود بیست میلیون نفر از آنان معتاد به هروئین و کوکائین هستند و این در حالی است که علی رغم تمهیدات اتخاذ شده همچون اعدام قاچاقچیان نه تنها کاشت، بلکه تولید مواد مخدر و اعتیاد به آن روز به روز روند رو به افزایشی دارد و هر روز محصولات متنوع تری چون بلور، شیشه، سوخت موشک و ... که عوارض فوق العاده فجیع آن گریبانگیر بشر است به بازار عرضه می شوند (جزایری، جعفری زاده، ۱۳۸۲). مطالعات و پژوهش های سال های اخیر به ویژه در کشور های غربی شیوع بالای اختلالات روانپزشکی را در معتادان به مواد مخدر نشان داده است (سادوک و همکاران، ۲۰۰۵؛ هانسدوتیر و همکاران، ۲۰۰۱). پژوهش ها در جامعه آمریکا نشان داده است اختلالاتی نظیر شخصیت ضد اجتماعی، انواع فوبیا، اختلالات اضطرابی، اختلال افسردگی عمده و دیس تایمی بیشترین ارتباط را با سومصرف و وابستگی به مواد دارند (سادوک و همکاران، ۲۰۰۵). با توجه به افزایش مصرف مواد در ایران، پژوهش های نیز در زمینه هم ابتلایی وابستگی به مواد با سایر اختلالات روانپزشکی انجام گرفته است. در بررسی حسینی در شهر ساری هم ابتلایی وابستگی به مواد و اختلال های روانی برای اسکیزوفرنی ۲۸/۷ درصد، سایر سایکوزها ۳۶/۷ درصد، اختلال خلقی ۷/۹ درصد گزارش شده است (حسینی و همکاران، ۲۰۰۳)

در این میان اختلالات خلقی جایگاه ویژه ای دارند به طوری که طبق بررسی همه گیر شناختی منطقه ای (رگیر و همکاران ، ۱۹۹۰) ۴۶ درصد بیماران دوقطبی گرفتار ملاک های سومصرف الکل در زندگی (۱۵ درصد) یا وابستگی به الکل (۳۱ درصد)، ۴۱ درصد بیماران دوقطبی دارای ملاک های سومصرف مواد دیگر (۱۳ درصد) یا وابستگی به مواد دیگر (۲۸ درصد) شناخته شدند و روی هم رفته ۶۱ درصد مشمول ملاک های سومصرف یا وابستگی به مواد بودند. بیماران دوقطبی برای بالا بردن و تنظیم خلق خود به مصرف مواد روی می آورند و که مصرف مواد طول دوران درمان آنها رابیشتر و بیماریشان مزمن تر میکند. (بخشی پور و همکاران ، ۲۰۰۸) تحقیقات متعدد عملکرد شناختی در بیماران دوقطبی و معتاد را بررسی کرده اند و در این پژوهش ما با مقایسه کارکرد های اجرایی در زمان همبودی این دو اختلال میتوانیم ، نقایص عصب شناختی آنها را شناخته و به کمک تحقیقات آینده الگو یا نیمرخ عصب - روانشناختی خاص این زیرگروه ها راشناخته و گامی در جهت بهبود عملکرد و حتی درمانشان با روش های نوین توانبخشی شناختی برداریم.

۱-۴-اهداف پژوهش

مقایسه کارکرد های اجرایی در بیماران دوقطبی وابسته به مواد و غیروابسته به مواد است.

۱-۵-فرضیه های پژوهش

پژوهش حاضر بر آن است که ابعاد توجه، بازداری، حافظه کاری و برنامه ریزی - سازماندهی را مد نظر قرار دهد از این رو فرضیه های پژوهش به قرار زیر است :

۱. توانایی برنامه ریزی بیماران دوقطبی وابسته به مواد کمتر از بیماران دوقطبی غیروابسته است .

۲. توانایی حافظه کاری بیماران دوقطبی وابسته به مواد کمتر از بیماران دوقطبی غیر وابسته است.

۳. توانایی توجه بیماران دوقطبی وابسته به مواد کمتر از بیماران دوقطبی غیروابسته است.

۴. توانایی بازداری بیماران دوقطبی وابسته به مواد کمتر از بیماران دوقطبی غیر وابسته است .

۱-۶- تعریف مفاهیم نظری و عملی پژوهش

۱-۶-۱- کارکردهای اجرایی

تعریف نظری: اصطلاح کارکرد های اجرایی به فرآیند های خودفرمان فرد گفته می شود که برای خودتنظیمی رفتار به کار میروند. به عبارت دیگر کارکرد های اجرایی همان درونی سازی و خصوصی سازی اعمال خودفرمان به منظور کسب آمادگی پیشاپیش برای تغییر در محیط (یا آینده) می باشند. (بارکلی^۱، ۲۰۰۶). اگرچه در مورد مولفه های کنش اجرایی یک اتفاق نظر کلی بین پژوهشگران مختلف وجود ندارد اما مولفه های بازداری، حافظه کاری، برنامه ریزی و توجه به عنوان مولفه های اصلی کنش های اجرایی مورد توافق اکثر پژوهشگران قرار دارد (بارکلی، ۱۹۹۷). مولفه هایی از کارکرد های اجرایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار می گیرند، شامل حافظه کاری، توجه پایدار، برنامه ریزی و بازداری است.

- **حافظه کاری:** به توانایی نگهداری اطلاعات برای مدت کوتاه و سپس ایجاد پاسخ مبتنی بر بازنمایی درونی حافظه کاری می گویند (بارکلی، ۲۰۰۶).
- **توجه:** به آماده بودن ذهن نسبت به دریافت محرک خاص و متاثر نشدن به وسیله محرک های نامربوط اطلاق می شود که می بایست حداقل برای مدتی حفظ گردد، گفته می شود. (پورافکاری، ۱۳۷۶).
- **برنامه ریزی:** لیزاک و همکاران (۲۰۰۴) توانایی برنامه ریزی را به صورت توانایی شناسایی و سازمان دهی مراحل و عناصر مورد نیاز برای انجام یک قصد یا رسیدن به یک هدف تعریف کرده اند.
- **بازداری:** لیزاک و همکاران (۲۰۰۴) بازداری را به عنوان ممانعت از یک پاسخ غالب تعریف می کنند.

تعریف عملیاتی: در این پژوهش برای سنجش شاخص های مختلف کارکردهای اجرایی از ابزار های زیر استفاده می شود:

¹ -Barkley, A

- آزمون کاغذی فراخوانی حافظه ارقام و کسler برای اندازه گیری حافظه کاری کلامی
- نرم افزار آزمون فراخوانی صفحه ای برای اندازه گیری حافظه کاری دیداری-فضایی
- آزمون عملکرد پیوسته برای اندازه گیری توجه پایدار و بازداری پاسخ
- نرم افزار آزمون برج لندن برای سنجش توانایی برنامه ریزی
- نرم افزار آزمون استروپ به منظور اندازه گیری توجه انتخابی و انعطاف پذیری شناختی

۱-۶-۲- وابستگی به مواد (اعتیاد)

تعریف نظری: هرگونه وابستگی شدید روانی یا فیزیولوژیک ارگانسیم نسبت به یک ماده را اعتیاد می گویند. مشخصه اعتیاد، پیدایش سندرم ترک یا محرومیت است که هنگام قطع ناگهانی مواد ظاهر می گردد. (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

تعریف عملیاتی: منظور از وابستگی به مواد در این پژوهش بیماران دوقطبی است که توسط مصاحبه بالینی روانپزشک تشخیص وابستگی به مواد را دریافت کرده اند.

۱-۶-۳- اختلال دوقطبی :

اختلال دوقطبی یک بیماری مزمن روانپزشکی است که در آن بیمار نوسانات خلقی شدیدی را به صورت دوره های افسردگی و شیدایی تجربه میکند. این بیماری حدود ۱٪ جمعیت عمومی را در بردارد. (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

۱-۶-۳-۱- افسردگی

تعریف نظری: از دست دادن علاقه نسبت به فعالیت های لذت بخش گذشته، از دست دادن انرژی و علاقه، احساس گناه، دشواری در تمرکز، مشکلات خواب و اشتها و داشتن افکار مرگ و خودکشی از جمله علائم دوره