

۹۷/۱۰/۲۱
۹۷/۱۰/۲۱



۹۷/۱۰/۲۱

دانشگاه سیلان
دانشکده ادبیات و علوم انسانی

گروه روان شناسی

گرایش عمومی

پایان نامه کارشناسی ارشد

عنوان:

بررسی کارکردهای اجرایی در بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی

از:

تمجید کریمی علی آباد

استاد راهنما:

دکتر سید موسی کافی

استاد مشاور:

آقای حسن فرهی



شهریور ۱۳۸۷

۱۱۱۰۵۹

تقدیم به

پدر

که به من درس زندگی آموخت.

«روحش شاد»

از زحمات بی دریغ خانواده به ویژه مادرم که در همه ی سالهای تحصیل یاورم بودند، بی نهایت سپاسگذارم.

با تقدیر و تشکر صمیمانه از اساتید راهنما و مشاور آقایان دکتر موسی کافی و حسن فرهی که در تمامی مراحل انجام پژوهش از راهنمایی های ارزنده ی آنها بهره بردم. مسلماً بدون یاری آنها این مهم میسر نبود.

همچنین از مساعدت و همکاری ریاست محترم بیمارستان شفا رشت جناب آقای دکتر هادی رحیمی کمال تشکر و قدردانی را دارم.

عنوان: بررسی کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی

نگارنده: تمجید کریمی

اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی با نقایص شناختی متعددی همراه بوده و از این نظر همپوشی هایی را نشان می دهند. پژوهش ها نمایانگر آنند که بیماران مبتلا به این دو اختلال دچار «نشانگان نارسایی اجرایی» هستند. در این پژوهش کارکردهای اجرایی آزمودنی ها در پنج گروه مزمن اسکیزوفرنیا ($n=33$)، دوره ی نخست اسکیزوفرنیا ($n=33$)، مزمن دوقطبی ($n=33$)، دوره ی نخست دوقطبی ($n=33$) و گروه گواه ($n=33$) بررسی شد. به منظور سنجش کارکردهای اجرایی از چهار آزمون عصب- روان شناختی (آزمون رنگ- واژه ی استرپ، آزمون دسته بندی کارتهای ویسکانسین، آزمون عملکرد مداوم و خرده مقیاس فراختای ارقام) استفاده شد. همه ی پنج گروه از نظر جنس و تحصیلات همتاسازی شدند. علاوه بر آن، گروه های مزمن با گروه گواه و گروه های دوره ی نخست با همدیگر از نظر سن همتاسازی شدند. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که به ترتیب عملکرد بیماران مزمن اسکیزوفرنیا و دوقطبی نسبت به گروه گواه به طور قابل ملاحظه ای دچار اختلال بود. همچنین بیماران مزمن اسکیزوفرنیا به طور قابل توجهی ضعیف تر از بیماران مزمن دوقطبی و دوره ی نخست اسکیزوفرنیا عمل کردند. بین گروه های دوره ی نخست اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی، و نیز بین گروه های مزمن و دوره ی نخست دوقطبی تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج بیان می کنند که نقایص کارکردهای اجرایی اسکیزوفرنیا در مقایسه با اختلال دوقطبی شدیدتر است و ازمان در اسکیزوفرنی آسیب های بیشتری ایجاد می کند.

کلید واژه ها: کارکردهای اجرایی، اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی

Abstract

(Title): Study of executive functions with schizophrenia and bipolar disorder

(Author): Tamjid karimi

Schizophrenia and bipolar disorder are with several cognitive deficits and in this respect show overlapping. Studies indicating that patients with schizophrenia and bipolar disorder suffer a "dysexecutive syndrome". In this study executive functions of subjects assessed in five groups: chronic schizophrenia (n=33), first episode schizophrenia (n=33), chronic bipolar (n=33), first episode bipolar (n=33) and, control group (n=33). Four neuropsychological tests (Stroop color-word test, Wisconsin card sorting test, Continuous performance test, and Digit span sub-scale) were used in order to assess executive functions. All five groups matched on sex and education. Moreover chronic groups with control and first episode groups with together matched on age. The results of one-way variance analysis showed that chronic schizophrenia and bipolar patients respectively, were significantly more impaired than control group. Chronic schizophrenia patients also performed significantly more poorly than chronic bipolar and schizophrenic first episode patients. There were no significant differences between schizophrenia and bipolar first episode patients, between chronic and first episode patients with bipolar disorder. These results suggest that in comparison with bipolar disorder, executive functions deficits in schizophrenia are more severe and chronicity in schizophrenia make more impairment.

Key words: Executive functions, Schizophrenia, Bipolar disorder

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
.....	چکیده ی فارسی.....
.....	چکیده ی انگلیسی.....
.....	فهرست مطالب.....
.....	فهرست جدولها و شکلها.....
.....	فهرست پیوستها.....
.....	فصل اول: بیان مسأله.....
.....	۱-۱- مقدمه.....
.....	۲-۱- بیان مسأله.....
.....	۳-۱- اهمیت نظری و عملی پژوهش.....
.....	۴-۱- اهداف پژوهش.....
.....	۵-۱- فرضیه های پژوهش.....
.....	۶-۱- سوالهای پژوهش.....
.....	۷-۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی.....
.....	۱-۷-۱- تعریف مفهومی اسکیزوفرنیا.....
.....	۲-۷-۱- تعریف عملیاتی اسکیزوفرنیا.....
.....	۳-۷-۱- تعریف مفهومی اختلال دو قطبی.....
.....	۴-۷-۱- تعریف عملیاتی اختلال دو قطبی.....
.....	۵-۷-۱- تعریف مفهومی کارکردهای اجرایی.....
.....	۶-۷-۱- تعریف عملیاتی کارکردهای اجرایی.....
.....	۸-۱- خلاصه ی فصل.....
.....	فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه ی پژوهش.....
.....	۱-۲- مبانی نظری.....
.....	۱-۱-۲- اسکیزوفرنیا.....

۳۰	.....I-۲-۱-۲ اختلال دوقطبی
۳۳	.....۳-۱-۲ تشابهات و تفاوت‌های بین اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی
۳۵	.....۱-۳-۱-۲ تفاوت‌های عصب- روان شناختی
۳۶	.....۲-۳-۱-۲ سازوکارهای مشترک تباهی
۳۷	.....۴-۱-۲ مفهوم سازی کارکرد اجرایی
۳۸	.....۱-۴-۱-۲ تظاهرات نقص در اراده
۳۹	.....۲-۴-۱-۲ تظاهرات نقص در طرح ریزی
۳۹	.....۳-۴-۱-۲ تظاهرات نقص در کارکرد هدفمند
۴۳	.....۴-۴-۱-۲ تظاهرات نقص در عملکرد موثر
۴۳	.....۵-۱-۲ شالوده های عصبی کارکردهای اجرایی
۴۵	.....۶-۱-۲ نارسایی حافظه ی کاری
۴۶	.....۷-۱-۲ نارسایی توجه
۴۹	.....۸-۱-۲ مدل نارسایی های چند گانه ی کارکرد اجرایی
۴۹	.....۲-۲ پیشینه ی پژوهش
۵۰	.....۱-۲-۲ پیشینه ی مربوط به کارکردهای اجرایی اسکیزوفرنیا
۵۸	.....۲-۲-۲ پیشینه ی مربوط به کارکردهای اجرایی اختلال دوقطبی
۶۲	.....۱-۲-۲ پیشینه ی مربوط به کارکردهای اجرایی اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی
۶۶	.....۳-۲ خلاصه ی فصل
۶۷-۸۰	.....فصل سوم: روش پژوهش
۶۸	.....۱-۳ طرح کلی پژوهش
۶۸	.....۲-۳ جامعه ی آماری
۶۹	.....۳-۳ ابزارهای اندازه گیری
۷۰	.....۱-۳-۳ آزمون دسته بندی کارتهای ویسکانسین
۷۲	.....۲-۳-۳ آزمون رنگ- واژه ی استروپ
۷۴	.....۳-۳-۳ آزمون عملکرد مداوم
۷۶	.....۴-۳-۳ نخرده مقیاس فراخنای ارقام
۷۷	.....۵-۳-۳ ماتریسهای پیشرونده ی ریون
۷۸	.....۴-۳ روش تحلیل آماری داده ها

۷۸.....	۳-۵- شیوه ی اجرای پژوهش.....
۸۰.....	۳-۶- پیش پژوهش.....
۸۰.....	۳-۷- خلاصه ی فصل.....
۸۱-۱۰۲.....	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها.....
۸۲.....	۴-۱- ویژگیهای آزمودنیها.....
۸۵.....	۴-۲- عملکرد آزمودنیها در آزمونهای مربوط به کارکرد اجرایی.....
۸۸.....	۴-۲-۱- عملکرد آزمودنیها در آزمون استروپ.....
۹۰.....	۴-۲-۲- عملکرد آزمودنیها در آزمون ویسکانسین.....
۹۵.....	۴-۲-۳- عملکرد آزمودنیها در آزمون عملکرد مداوم.....
۹۹.....	۴-۲-۴- عملکرد آزمودنیها در خرده مقیاس فراختای ارقام.....
۱۰۲.....	۴-۳- خلاصه ی فصل.....
۱۰۳-۱۲۲.....	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری.....
۱۰۴.....	۵-۱- واریسی فرضیه ها در پرتو داده های کمی.....
۱۰۴.....	۵-۱-۱- فرضیه ی اول.....
۱۰۴.....	۵-۱-۲- فرضیه ی دوم.....
۱۰۵.....	۵-۱-۳- فرضیه ی سوم.....
۱۰۵.....	۵-۱-۴- فرضیه ی چهارم.....
۱۰۵.....	۵-۱-۵- فرضیه ی پنجم.....
۱۰۶.....	۵-۱-۶- فرضیه ی ششم.....
۱۰۶.....	۵-۱-۷- فرضیه ی هفتم.....
۱۰۶.....	۵-۱-۸- فرضیه ی هشتم.....
۱۰۷.....	۵-۱-۹- فرضیه ی نهم.....
۱۰۷.....	۵-۱-۱۰- فرضیه ی دهم.....
۱۰۷.....	۵-۱-۱۱- فرضیه ی یازدهم.....
۱۰۸.....	۵-۱-۱۲- فرضیه ی دوازدهم.....
۱۰۸.....	۵-۲- واریسی سوال ها در پرتو داده های کمی.....
۱۰۸.....	۵-۲-۱- سوال اول.....
۱۰۹.....	۵-۲-۲- سوال دوم.....

- ۱۰۹..... ۳-۲-۵ سوال سوم
- ۱۱۰..... ۴-۲-۵ سوال چهارم
- ۱۱۰..... ۵-۲-۵ سوال پنجم
- ۱۱۰..... ۶-۲-۵ سوال ششم
- ۱۱۱..... ۷-۲-۵ سوال هفتم
- ۱۱۱..... ۸-۲-۵ سوال هشتم
- ۱۱۲..... ۳-۵ جمع بندی و تبیین نتایج
- ۱۱۷..... ۴-۵ نتیجه گیری کلی
- ۱۲۰..... ۵-۵ محدودیتها و پیشنهادهای پژوهش
- ۱۲۲..... ۶-۵ خلاصه ی فصل
- ۱۲۳..... منابع فارسی
- ۱۲۵..... منابع انگلیسی

فهرست جدولها و شکلهای

عنوان	صفحه
شکل ۲-۱: نقش کارکردهای اجرایی مغز.....	۴۰
جدول ۴-۱: میانگین وانحراف معیار سطح تحصیلات به تفکیک گروههای پژوهش.....	۸۳
جدول ۴-۲: میانگین وانحراف معیار سن به تفکیک گروههای پژوهش.....	۸۴
جدول ۴-۳: میانگین وانحراف معیار هوش به تفکیک گروههای پژوهش.....	۸۴
جدول ۴-۴: نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه ی نمرات هوش پنج گروه پژوهش.....	۸۵
جدول ۴-۵: نتایج آزمون توکی برای مقایسه ی نمرات هوش در پنج گروه پژوهش.....	۸۶
جدول ۴-۶: میانگین وانحراف معیار ده نمره ی چهار آزمون پژوهش به تفکیک گروههای پژوهش.....	۸۷
جدول ۴-۷: نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه ی پنج گروه پژوهش در نمره ی آزمون استروپ.....	۸۸
جدول ۴-۸: نتایج آزمون توکی برای مقایسه ی پنج گروه پژوهش در نمره ی آزمون استروپ.....	۸۹
جدول ۴-۹: نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه ی پنج گروه پژوهش در چهار نمره ی آزمون ویسکانسین.....	۹۰
جدول ۴-۱۰: نتایج آزمون توکی برای مقایسه ی پنج گروه پژوهش در چهار نمره ی آزمون ویسکانسین.....	۹۱
جدول ۴-۱۱: نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه ی پنج گروه پژوهش در سه نمره ی آزمون عملکرد مداوم.....	۹۵
جدول ۴-۱۲: نتایج آزمون توکی برای مقایسه ی پنج گروه پژوهش در سه نمره ی آزمون عملکرد مداوم.....	۹۶
جدول ۴-۱۳: نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه ی پنج گروه پژوهش در دو نمره ی خرده مقیاس فراخنای ارقام.....	۹۹
جدول ۴-۱۴: نتایج آزمون توکی برای مقایسه ی پنج گروه پژوهش در دو نمره ی خرده مقیاس فراخنای ارقام.....	۱۰۰

فهرست پیوستها

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۱۴۱.....	پیوست ۱: آزمون استروپ.....
۱۴۱.....	۱-۱- بخش اول.....
۱۴۳.....	۱-۲- بخش دوم.....
۱۴۵.....	۱-۳- بخش سوم.....
۱۴۷.....	پیوست ۲: آزمون عملکرد مداوم.....
۱۴۸.....	پیوست ۳: خرده مقیاس فراختای ارقام.....

فصل اول

بيان مسأله

اختلالات روانی تأثیر بسزایی روی فرد، خانواده و جامعه دارد. علاوه بر رنج و محدودیت هایی که اختلال روانی ایجاد می کند، بیمار روانی به دلیل انگ بیماری اغلب در فعالیت های اجتماعی و حرفه ای خود دچار تبعیض هایی نیز می شود. تخمین زده می شود که در سطح جهانی و همچنین در ایران در هر یک خانوار از چهار خانوار حداقل یک فرد مبتلا به اختلال روانی یا رفتاری وجود دارد. امروزه حدود ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا از یک بیماری روانی یا رفتاری رنج می برند. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱، سی و سه درصد از عمر سپری شده با ناتوانی^۱ (YLDs)، ناشی از بیماری های روانی است. چهار مورد از شش علت اصلی سال های سپری شده ی عمر همراه با ناتوانی ناشی از بیماری های روانی را بیماری هایی همچون افسردگی، بیماری های وابسته به مصرف الکل، اسکیزوفرنیا^۲ و اختلال دوقطبی^۳ به خود اختصاص داده است (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۳).

اسکیزوفرنیا تقریباً یک درصد جمعیت را مبتلا می سازد، معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می شود، تمام عمر دوام می یابد و گر چه در طبقات پایین اقتصادی- اجتماعی بیشتر گزارش شده اما در افراد متعلق به تمام طبقات اجتماعی روی می دهد. شیوع آن در مرد و زن برابر است، بیمار و نیز خانواده ی او به دلیل عدم آگاهی کافی در مورد این اختلال با مشکلات زیادی از جمله مراقبت نامناسب و طرد شدن بیمار از جامعه روبرو هستند. به علت وخامت و مزمن شدن این بیماری و طول درمان آن، تقریباً ۵۰ درصد تخت های بیمارستان های روانی به آن اختصاص داده می شود. هرچند اسکیزوفرنیا به گونه ای مورد بحث قرار می گیرد که گویی بیماری واحدی است، احتمالاً ترکیبی از اختلالات با سبب- شناسی^۴ ناهمگون است و بیمارانی را شامل می شود که از نظر تظاهر بالینی، پاسخ درمانی و سیر بیماری با هم فرق دارند. با آنکه دانشمندان مختلف در مراکز متعدد پژوهشی دنیا سالها در مورد این اختلال پژوهش های دامنه دار و گسترده ای کرده و اطلاعات بسیار زیادی جمع آوری نموده اند، اما هنوز ماهیت واقعی و علل ایجاد کننده و حتی انواع و علائم آن مورد بحث بوده و به طور کامل روشن نیست.

¹. Years Lived with Disability

². schizophrenia

³. bipolar disorder

⁴. etiology

پیشرفت های مهم در بررسی اسکیزوفرنیا نشان داده است که مناطق خاصی از مغز کانون پاتوفیزیولوژی^۱ اسکیزوفرنیا است. در این بررسی ها ناحیه ی پیشانی^۲، آمیگدال^۳، هیپوکامپ^۴، شکنج پراهیپوکامپی و مخچه، مورد توجه ویژه قرار گرفته اند. تمرکز بر این مناطق مغز می تواند موجب طرح فرضیه هایی شود که به گسترش اطلاعات پایه در مورد اسکیزوفرنیا منجر می شود.

اهمیت مسأله بالینی اسکیزوفرنیا در طول تاریخ این اختلال به طور مستمر توجه صاحب نظران بزرگ در روانپزشکی و عصب شناسی را به خود جلب کرده است. واژه ی «اسکیزوفرنیا» از سال ۱۸۹۱ به طور رسمی توسط یوگین بلولر^۵ متداول شده؛ اما قبل از آن نیز شناخته شده بود. در سال ۱۸۶۰ میلادی، مورل^۶ روانپزشک بلژیکی، واژه ی دمانس پره کوکس^۷ یا زوال عقل زودرس را برای تشریح بیماران تباهیده که بیماری آنها در نوجوانی شروع شده بود بکار برد. پژوهشگران طی سی سال پس از این کشف، واژه های مختلفی مانند «دمانس پارانوئید»^۸، «هبرفرا»^۹ و «کاتاتونیا»^{۱۰} را برای تبیین انواع و حالات مختلف این بیماری مطرح کردند. در سال ۱۸۹۶ میلادی، کراپلین^{۱۱} واژه ی دمانس پریکوکس^{۱۲} را که شامل هر سه حالت مذکور می شد، مطرح کرد و بعدها نیز بلولر اسکیزوفرنیا ی ساده را به آنها اضافه نمود. او این واژه را برای بیان وجود دوگانگی بین تفکر، هیجان و رفتار در بیماران مبتلا به این اختلال انتخاب کرد. بلولر تاکید نمود که، بر عکس مفهوم کراپلین، اسکیزوفرنیا لزوماً سیر رو به تباهی ندارد. قبل از چاپ سومین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III)، میزان بروز اسکیزوفرنیا در ایالات متحده (جایی که روانپزشکان تابع اصول بلولری هستند) احتمالاً تا دو برابر میزان آن در اروپا (که روانپزشکان از اصول کراپلینی استفاده می کنند) تخمین زده شد. پس از چاپ (DSM-III) تشخیص اسکیزوفرنیا در ایالات متحده در جهت مفهوم کراپلینی پیش رفت. با این حال، واژه ی اسکیزوفرنیا ی بلولر بر چسب مقبول بین المللی برای این اختلال است (سادوک^{۱۳} و سادوک^{۱۴}، ۲۰۰۳).

1. pathophysiology
2. frontal
3. amigdal
4. hippocampus
5. Eugen Bleuler
6. Morel
7. demance precoce
8. dementia paranoid
9. hebephrenia
10. catatonia
11. Kraepelin
12. dementia praecox
13. Sadock.Benjamin
14. Sadock.Virgina

اختلالات خلقی^۱ طیف وسیعی از اختلالات را در بر می گیرد که در آن ها خلق بیمار گونه و آشفتگی های وابسته به آن بر شکل بالینی مسلط است و در بهترین شرایط نشانگان های^۲ مشخص تلقی می گردند (تا بیماری مشخص) که از یک مجموعه ی علائم و نشانه ها تشکیل می شوند، هفته ها یا ماه ها دوام می یابند و میل به عود^۳، معمولاً به طور دوره ای یا چرخشی دارند. این اختلالات حالات بالینی هستند که با اختلال خلق، فقدان احساس کنترل بر خلق، و تجربه ذهنی ناراحتی شدید همراه هستند. کسانی که خلق بالا^۴ دارند (مانیا)، حالت انقباض خاطر، پرش افکار^۵، کاهش خواب، افزایش احترام به نفس و افکار بزرگ مشابه^۶ نشان می دهند. افرادی که خلق پائین دارند (افسردگی)، با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتها، و افکار مرگ. و خودکشی مشخص می شوند. بیمارانی که هم به دوره های افسردگی و هم مانیا مبتلا هستند یا فقط دوره های مانیا دارند، دچار اختلال دوقطبی هستند.

در سال ۱۸۵۴، ژول فالره^۷ حالتی را توصیف نموده و آن را جنون ادواری^۸ نامید. چنین بیمارانی متناوباً حالات خلقی مانیا و افسردگی را تجربه می کنند. در سال ۱۸۸۲، کارل کالبام^۹ روانپزشک آلمانی با استفاده از واژه ی «ادواری خوبی^{۱۰}» مانیا و افسردگی را مراحل مختلف یک بیماری توصیف نمود. امیل کراپلین در سال ۱۸۹۹، بر اساس معلومات روانپزشکان فرانسوی و آلمانی، مفهوم بیماری مانیک - دپرسیو^{۱۱} را شرح داد که شامل بیشتر ملاک های تشخیصی است که امروزه روانپزشکان برای تشخیص اختلال دوقطبی I^۱ به کار می برند. فقدان سیر رو به دمانس و تباهی در روان پریشی مانیک - دپرسیو آن را از دمانس پره کوکس (اسکیزوفرنیا ی آن زمان) تفکیک می نمود. طبق DSM-IV-TR اختلال دوقطبی I^۱ اختلالی است با سیر بالینی مرکب از یک یا چند دوره ی مانیا و گاه دوره های افسردگی اساسی^{۱۲}. شیوع آن حدود یک درصد در طول عمر، تقریباً مشابه میزان شیوع اسکیزوفرنیا است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

1. mood disorders
2. syndroms
3. relapse
4. elevated mood
5. flight of ideas
6. grandiosity thoughts
7. Joel falre
8. folie circular
9. Karl Khalbam
10. cyclothymic
11. manic-depressive
12. major depression

پژوهش های مختلف به طور گسترده نشان داده اند که ، که ناکارآمدی در چندین حوزه ی شناختی (نظیر حافظه کلامی و غیر کلامی^۱، توجه^۲، هوش کلی، توانایی فضایی^۳ و کارکرد اجرایی^۴)، از جمله سیمایه های^۵ اصلی اسکیزوفرنیا است (هینریش^۶ و زاکزانیس^۷، ۱۹۹۸) که در اوایل دوره ی بیماری پدید می آید (هوف^۸ و همکاران، ۱۹۹۲؛ محمد^۹ و همکاران، ۱۹۹۹) و همچنان که در شرح کراپلین از «دمانس پریکوکس» نیز مشاهده شده است، به طور قابل توجهی وضعیت کارکردی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد (مجتبایی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۰). از سوی دیگر، اختلال دوقطبی که در قیاس با اسکیزوفرنیا به عنوان وضعیت نسبتاً خوش خیم^{۱۱} در نظر گرفته شده است، با دوره های گسسته ی راجعه ی^{۱۲} مانیا یا افسردگی با بهبودی کامل ما بین دوره ها مشخص می شود (کلارک^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۲؛ قریشی^{۱۴} و فرانگو^{۱۵}، ۲۰۰۲). با این حال، نمای اختلال دوقطبی با تعداد زیاد بیماریانی که نمی توانند در طی بهبودی به سطوح پیش مرضی^{۱۶} عملکرد روانی- اجتماعی دست پیدا کنند، مغایرت دارد (ابود^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۲). مطرح شده است که بیشتر این ناتوانایی ها ممکن است به آسیب شناسی روانی باقیمانده^{۱۸} (توهن و همکاران، ۲۰۰۰) و/ یا آسیب شناختی (قریشی و فرانگو، ۲۰۰۲) مربوط باشد.

مطالعات تحلیل عاملی سه دسته علائم مرضی را در اسکیزوفرنیا مشخص کرده است. سازمان نیافتگی^{۱۹} (اختلال تفکر)

شامل تفکر غیر منطقی^{۲۰}، تکلم گسسته^{۲۱} و رفتار عجیب و غریب^{۲۲} است؛ تحریف واقعیت^{۲۳} که با توهم^{۲۴} و هذیان^{۲۵}

مشخص

1. verbal and nonverbal memory
2. attention
3. spatial ability
4. executive function
5. features
6. Heinrich
7. Zakzani
8. Hoff
9. Mohamed
10. Mojtabai
11. benign
12. recurrent
13. Clark
14. Quraishi
15. Frangou
16. premorbid
17. Abbod
18. residual psychopathology
19. disorganization
20. illogical
21. incoherence
22. bizarre
23. reality distortion
24. hallucination

می شود؛ و کندی روانی - حرکتی (علائم منفی) که کندی حرکتی^۲، کندی ارادی و هیجانی و کاهش تولید کلام را شامل می شود (اتون^۳ و همکاران، ۱۹۹۵). این عوامل مفهوم نشانه های مثبت و منفی (به ترتیب معادل با سازمان نیافتگی، تحریف واقعیت و فقر حرکتی) را در اسکیزوفرنیا به وجود آورده است که از مطالعات قرن نوزدهم سر چشمه می گیرد (اندرسن^۴ و اولسن^۵، ۱۹۸۲؛ به نقل از کراواریتی^۶ و همکاران، ۲۰۰۵). بین کندی حرکتی با کاهش فعالیت پشتی - جانبی^۷ قشر پیش پیشانی سمت چپ در اسکیزوفرنیا و افسردگی ارتباط وجود دارد (دولان^۸ و همکاران، ۱۹۹۳). این یافته ها بیان می کنند که برخی از اختلال های کارکردی اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی بیش از آنکه به تشخیص بستگی داشته باشد به الگوی علائم مرضی^۹ مربوط است (کراواریتی و همکاران، ۲۰۰۵).

با اینکه دوقطبی^{۱۰} مثبت - منفی در اختلال دوقطبی تکرار می شود (تومی^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۸)، هیچ مطالعه ای برای اینکه توانایی های شناختی اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی را مقایسه نماید، بین آن دسته از نشانه های رفتاری که به هنگام حضور نابهنجار تلقی می شوند (نشانه های مثبت) و نشانه هایی که فقدان عملکرد بهنجار را نشان می دهند (نشانه های منفی) تمایز قائل نشده است. این مقایسه می تواند جالب باشد. تفکر مختل و نشانه های منفی صرفاً با نشانه های منفی اسکیزوفرنیا همبستگی ندارند، بلکه به ترتیب در بیماران دوقطبی مانیک و افسرده نیز معمول هستند (مارتینز-آران^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۲). اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی دارای نقایص شناختی همپوش^{۱۳} هستند (سیدمن^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۲؛ مارتینز-آران و همکاران، ۲۰۰۲)، ولی ممکن است این نقایص در اسکیزوفرنیا شدیدتر باشد (لیو^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۲). از آنجایی که هر دو اختلال از نظر پدیدار شناسی^{۱۶} بالینی همپوشی دارند (وان اوس^{۱۷} و همکاران، ۱۹۹۹)، چگونگی ارتباط نقایص مربوط به اختلال ویژه یا نوع علائم مرضی آشکار نیست.

1. delusion
2. motor retardation
3. Eaton
4. Andreasen
5. Olsen
6. Kravariti
7. dorsolateral
8. Dolan
9. symptoms
10. dichotomy
11. Toomy
12. Martinez-Aran
13. overlapping
14. Seidman
15. Liu
16. phenomenology
17. Van Os

نظامهای تشخیصی رایج نظیر DSM IV (APA, 1994) و ICD-10 (WHO, 1992) تلاش می کنند که بین اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی به شیوه مقوله ای^۱ تمایز قائل شوند. با این حال در واقعیت بالینی تمایز دقیق بر طبق علائم مرضی بین دو اختلال مشکل است؛ در واقع ابداع طبقه ی اختلال اسکیزوفرنیا ی عاطفی^۲ موید این دشواری در تمایز دو اختلال بر حسب علائم مرضی است (به نقل از مورای^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). وجود بیماران مانیای حاد با علائم درجه اول اشنایدر^۴ نادر نیست (WHO, 1992)؛ به نقل از مورای^۵ و همکاران، ۲۰۰۴) و افرادی که به عنوان افسرده ی روانپزش تشخیص داده می شوند، حتماً توهم یا هذیان دارند (شرگیل^۶ و همکاران، ۱۹۹۹). از طرف دیگر بسیاری از افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا دارای علائم افسردگی یا مانیای هستند. در حقیقت وجود افسردگی در میان بیمارانی که نخستین دوره ی اسکیزوفرنیا^۷ را تجربه می کنند، در بیش از ۷۵ درصد موارد گزارش شده است (هافنر^۸ و همکاران، ۱۹۹۹). علاوه بر آن، ویزر^۹ و همکاران (۲۰۰۱) گزارش کردند که در مقایسه با هفت درصد جمعیت عمومی، ۲۷ درصد از بیماران اسرائیلی که به عنوان مبتلا به اسکیزوفرنیا تشخیص داده شده بودند، قبلاً تشخیص اختلال عاطفی دریافت کرده بودند.

شواهد مختلف نشان داده اند که اسکیزوفرنیا بیماری است که با نقایص متعدد در فرایندهای شناختی اساسی مشخص می شود (گلدبرگ^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۳)، در صورتی که به این جنبه ها در اختلال های دوقطبی کمتر توجه شده است (آلتشالر^{۱۱}، ۲۰۰۰). رویکرد عصب- روان شناختی^{۱۲} شواهد گسترده ای برای نقایص فرایندهای شناختی اساسی اسکیزوفرنیا شامل توجه، پردازش زبانی^{۱۳}، و حل مسأله ی اجتماعی شواهدی فراهم کرده است. روشن شده است که نقایص کارکردهای شناختی می تواند به جنبه های مختلف نشانه شناسی^{۱۴} مربوط باشد و از دستیابی بیماران به سازگاری بهینه^{۱۵} در زندگی روزمره جلوگیری نماید (گرین^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۰).

1. categorical

2. schizoaffective

3. Murray

4. Schneider

5. Murray

6. Shergill

7. first episode schizophrenia

8. Hafner

9. Weiser

10. Goldberg

11. Altshaler

12. neuropsychological

13. language processing

14. symptomatology

15. optimal

16. Green

اختلال دوقطبی یک بیماری عود کننده همراه با ناتوانی قابل توجه و پیامد نامتجانس^۱ است (گودوین^۲ و جامیسون^۳، ۱۹۹۰). در بررسیهای متعدد به طور کلی پیامد خوبی برای بیماران دوقطبی گزارش شده است، ولی همواره بیان شده که خرده جمعیتی^۴ در حدود تقریبی ۳۴-۵ درصد از پیامد اجتماعی ضعیف یا پاسخ ضعیف به درمان برخوردار هستند (هارو^۵ و همکاران، ۱۹۹۰). به علاوه شواهد جمع آوری شده نشان می دهند که نقص شناختی را می توان در برخی از بیماران دوقطبی مشخص کرد: نقایص شناختی پایا^۶ در بین تقریباً ۳۲ درصد از بیماران دوقطبی گزارش شده است (استراتا^۷ و همکاران، ۱۹۹۵)، و هوف و همکاران (۱۹۹۰) در چندین مقیاس کارکرد عصب- روان شناختی توانستند اختلال دوقطبی را از اسکیزوفرنیا متمایز کنند.

در بین انواع مختلف نقایص شناختی، نقص در «فرآیندهای اجرایی»^۸ نقش موثری در محدود ساختن توانایی بیماران برای حفظ^۹، کسب^{۱۰} و یادگیری مجدد^{۱۱} مهارتهای لازم برای عملکرد در دنیای واقعی دارد (کفه^{۱۲}، ۱۹۹۵). شواهد فزاینده ای وجود دارد مبنی بر اینکه ناکارآمدی مغز نقش مسلمی در سبب شناسی و بیماری زایی^{۱۳} اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی ایفا می کند (وین برگر^{۱۴} و همکاران، ۱۹۸۶؛ نقل از ماهر^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۳). از آنجایی که بیماری های مغزی، معمولاً تغییراتی در رفتار، شامل آسیب توانایی های شناختی و علائم عصب-روان پزشکی^{۱۶} ایجاد می کنند، آگاهی از حضور ویژگیهای این تغییرات رفتاری، می تواند به تشخیص، مدیریت و مراقبت طولی^{۱۷} در افراد مبتلا به بیماری عصب- شناختی^{۱۸} کمک کند. ارزیابی عصب روان - شناختی^{۱۹} یکی از ابزارهای جمع آوری اطلاعات کمی درباره ی تغییرات رفتاری افراد مبتلا به بیماری های شناخته شده یا افرادی که در معرض ناکارآمدی مغز قرار دارند، است. ارزیابی عصب- روان شناختی می تواند

-
1. heterogeneous
 2. Goodwin
 3. Jamison
 4. sub-population
 5. Harrow
 6. persistent
 7. Stratta
 8. executive processes
 9. retain
 10. acquire
 11. relearn
 12. Keefe
 13. pathogenesis
 14. Weinberger
 15. Mohr
 16. neuropsychiatric
 17. longitudinal
 18. neurocognitive
 19. neuropsychological