

مطالعه تطبیقی گنجینه واژگان، ادراک، حافظه و میزان یادآوری در کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی، آسیب مغزی و اختلال سلوک

دکتر عباس ابوالقاسمی^۱، آذر کیامرثی^۲

^۱نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه محقق اردبیلی E-mail: anahid_1385@Yahoo.com

^۲مربی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل

چکیده

زمینه و هدف: فرآیندهای شناختی مانند توجه، تفکر، حافظه و یادآوری نقش مؤثری برای مواجهه با مشکلات روزمره در زندگی کودک دارد. اختلالات روانشناختی از جمله مسایلی است که این فرآیندها را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات نشان داده است که بیماری اسکیزوفرنی فرآیندهای شناختی کودکان را بیشتر دچار آسیب می‌سازد. هدف از مطالعه حاضر مقایسه گنجینه واژگان، حافظه، ادراک و یادآوری در کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی، آسیب مغزی و اختلال سلوک می‌باشد.

روش کار: این پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای است. نمونه آماری پژوهش شامل ۸۰ نفر از کودکان ۸ تا ۱۳ ساله مبتلا به اسکیزوفرنی، آسیب مغزی و اختلال سلوک و کودکان غیر بیمار بود که از میان کودکان بیمار سرپایی و بستری در بخش‌های روانپزشکی و مغز و اعصاب در مرکز آموزشی و درمانی امام حسین(ع) تهران در سال ۱۳۸۳ انتخاب شدند (از هر گروه ۲۰ نفر). در این مطالعه آزمون هوش تجدیدنظر شده و کسلسر برای کودکان (مقیاس‌های گنجینه واژگان، حافظه و ادراک) و آزمون یادآوری داستان بیکاک استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل واریانس یک متغیری نشان داد که بین چهار گروه در زمینه ادراک، گنجینه واژگان، حافظه و میزان یادآوری تفاوت آماری معنی دار وجود دارد ($p < 0/01$). آزمون پیگیری LSD (Least Significant Difference) نیز نشان داد که ادراک، گنجینه واژگان، حافظه و میزان یادآوری کودکان اسکیزوفرنی نسبت به کودکان اختلال سلوک و آسیب مغزی مختل تر است. همچنین ادراک، گنجینه واژگان و حافظه کودکان اختلال سلوک نسبت به کودکان آسیب مغزی اختلال بیشتری دارد، اما میزان یادآوری کودکان آسیب مغزی در مقایسه با کودکان اختلال سلوک بیشتر دچار آسیب بود ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از این است که ادراک، گنجینه واژگان، حافظه و یادآوری کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با اختلال سلوک و آسیب مغزی بیشتر مختل می‌شود. شناسایی ناهنجاری‌های شناختی به منظور تشخیص صحیح‌تر و انتخاب راهبردهای درمانی و ترمیمی مؤثر برای آسیب‌های مذکور از کاربردها و پیشنهادات عملی مطالعه حاضر است.

واژه‌های کلیدی: اسکیزوفرنی، آسیب مغزی، اختلال سلوک حافظه

دریافت: ۸۴/۹/۲۸ اصلاح نهایی: ۸۵/۱/۲۰ پذیرش: ۸۵/۵/۱۴

مقدمه

فرآیندهای شناختی مانند تفکر، ادراک، حافظه و یادآوری نقش مهم و مؤثری برای مواجهه با مشکلات روزمره در زندگی کودک دارد. اسکیزوفرنی و اختلال سلوک به آسیب‌های کنشی مغز منسوب می‌گردند، اما وجود ضایعات مغزی آشکار می‌تواند اختلالات مشابه کنشی در فرآیندهای شناختی ایجاد کند. امروزه در

کمتربین جایی به تفاوت آسیب کارکردی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، آسیب مغزی و اختلال سلوک اشاره شده است. شاید بتوان حداقل به این مسئله اشاره کرد که این تفاوت احتمالی به لحاظ اقدامات ضروری ترمیمی و درمانی از اهمیت بسزایی برخوردار است [۱]. در دیدگاه پردازش اطلاعات فرض بر این است که فرآیند توجه در بیماران اسکیزوفرنی مختل و نارسا

دارد [۲]. روتنبرگ^۶ در تحقیقی بر روی بیماران اسکیزوفرنی نشان داد که آسیب شناختی و ناتوانی استفاده مناسب از اطلاعات قبلی با درون داد ادراکی یا پردازش اطلاعات و شکل گیری نشانه‌هایی که نیازمند فعالیت نیمکره چپ است، مرتبط می‌باشد [۱۰]. مارکواردت^۷ و همکاران در پژوهشی نشان دادند که کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با کودکان غیر بیمار در اندازه شکنج قدامی کاهش معنی داری دارند. این نتیجه بیان می‌کند که ناپهنجاری در شکنج قدامی منجر به انحرافات در فرایندهای تحولی آسیب شناختی و عصبی کودکان می‌شود، همچنین این تفاوت‌های ساختاری ممکن است با نقایص شناختی و نشانه‌های اسکیزوفرنی کودکان مرتبط باشد [۱۱].

تالاند^۸ در مطالعه خود نشان داد که عملکرد بیماران آسیب مغزی نیمکره چپ در آزمون یادآوری داستان بیکاک، ضعیف‌تر از عملکرد بیماران آسیب مغزی نیمکره راست است. میزان یادآوری داستان بیکاک با آزمون وکسلر بزرگسالان (به استثنای ادراک) رابطه معنی داری داشت [۱۲]. به اعتقاد راپاپورت^۹ و همکاران آسیب مغزی در آزمون یادآوری داستان بیکاک عملکرد ضعیفی دارند [۱۳]. تیزدل در پژوهشی نشان داد افراد مبتلا به آسیب‌های مغزی مرتکب خطاهای بیشتری در آزمون بندر-گشتالت نسبت به افراد غیر بیمار می‌شوند، همچنین افراد دارای آسیب مغزی نیمکره راست نسبت به افراد آسیب مغزی نیمکره چپ در آزمون بندر-گشتالت خطاهای بیشتری مرتکب می‌شوند [۱۴].

در پژوهشی نشان داده شد که کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه در زمینه خود تنظیمی توجه انتخابی و بازداری در موقعیت‌های خاص نقص جدی و اساسی دارند [۱۵]. در مطالعه دیگری ۱۹ بیمار آسیب مغزی و ۲۳ آزمودنی غیر بیمار مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که پاسخ‌های

است [۲]. نعمت... زاده و همکاران نشان دادند که اسکیزوفرن‌ها و افراد عقب مانده ذهنی در مقایسه با افراد بهنجار در فراخنای توجه، سرعت روانی-حرکتی، خود محوری تفکر و بازنمایی شکل و رنگ نمرات خیلی کمتری کسب می‌نمایند [۳]. الهی در مطالعه خود دریافت که نارسایی حفظ توجه در بیماران اسکیزوفرن و افسرده نسبت به افراد بهنجار بیشتر است و دارو درمانی اثر چندانی در این نارسایی ندارد [۴]. اورت^۱ و همکاران دریافتند که بیماران اسکیزوفرنی به اندازه بیماران غیر اسکیزوفرنی در تکالیف نیازمند توجه گزینشی کوتاه مدت دچار مشکل هستند، اما در تکالیف نیازمند حفظ و استمرار توجه گزینشی، مشکلات آنها وخیم‌تر بود [۵]. هیرت^۲ و همکاران در تحقیقی نشان دادند که بیماران اسکیزوفرنی تکالیف گزینشی را بسیار کندتر از افراد عادی انجام می‌دهند و از طرفی افزایش سطح رمز گردانی و افزایش پیچیدگی، عملکرد این بیماران را کاهش می‌دهد [۶]. نوچترلین^۳ و همکاران در بازنگری چندین مطالعه دریافتند که بیماران اسکیزوفرن الگوی پایداری از ناپهنجاری در آزمون عملکرد دارند [۷]. کورن بلات^۴ و همکاران فراخنای توجه ۶۳ کودک را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که کودکان در معرض ابتلا به اسکیزوفرنی، اختلالات کلی و عمیقی را در آزمون‌های فراخنای توجه و ارقام نشان می‌دهند [۸].

سزیمانسکی^۵ و همکاران معتقدند که مبتلایان به بیماری اسکیزوفرنی و عقب ماندگی ذهنی در همه آزمون‌های شناختی در مقایسه با آزمودنی‌های بهنجار ضعف دارند، همچنین یافته‌ها حاکی از نقص توجه و حافظه در مبتلایان اسکیزوفرنی و عقب مانده ذهنی است [۹].

ضایعات مغزی موجب بروز علائم روانی- رفتاری خاصی می‌شود که در اکثر مواقع با علائم روانی- رفتاری حاصل از علل غیرعضوی مشابهت و همپوشانی زیادی

¹ Everett

² - Hirt

³ Nuechterlin

⁴ Cornblatt

⁵ Szymanski

⁶ - Rotenberg

⁷ Marquardt

⁸ Talland

⁹ Rapaport,

۱- مقیاس هوش تجدیدنظر شده برای کودکان^۱: این مقیاس در سال ۱۹۷۴ میلادی مورد تجدیدنظر و هنجاریابی قرار گرفت. این مقیاس دارای دو آزمون کلامی و عملی بوده و هر آزمون شش خرده آزمون دارد. این مقیاس توسط شهیم در سال ۱۳۷۳ بر روی کودکان ایرانی هنجاریابی شده است. ضرایب پایایی بازآزمایی آزمون ها از ۰/۲۴ تا ۰/۹۴ و ضرایب پایایی دو نیمه‌سازی آزمون ها از ۰/۴۲ تا ۰/۹۸ گزارش شده است. ضرایب همبستگی خرده آزمون‌های کلامی و عملی و کل این مقیاس با مقیاس وکسلر تجدیدنظر شده برای کودکان پیش دبستانی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ می‌باشد [۱۷]. در این پژوهش از خرده آزمون‌های ادراک، گنجینه واژگان و حافظه عددی مقیاس هوش تجدید نظر شده وکسلر استفاده شده است.

۲- آزمون یادآوری داستان بیکاک: آزمون یادآوری داستان بیکاک (۱۹۴۰) برای سنجش میزان یادآوری استفاده شده است. این آزمون شامل یک داستان است که متن کامل آن از ۲۱ قسمت تشکیل شده است. طریقه اجرای این آزمون به این صورت است که پژوهشگر یک بار داستان را برای هر آزمودنی می‌خواند، پس از ده دقیقه از آزمودنی می‌خواهد که داستان را تعریف کند. نمره آزمودنی تعداد بخش‌هایی از داستان می‌باشد که درست یادآوری شده است. آزمودنی می‌تواند مطلب را به زبان خود بگوید ولی وقتی نمره می‌گیرد که همه مطالب و جزئیات هر بخش را بیان کرده باشد. لزاک^۲ اعتبار و پایایی این آزمون را در سطح مطلوبی گزارش کرده است [۱]. اعتبار محتوایی و ضریب پایایی این آزمون توسط حجاران بر روی کودکان رضایت‌بخش و مطلوب گزارش شده است [۱۸].

بعد از مصاحبه بالینی و تشخیص، هر یک از آزمودنی‌ها با ابزارهای پژوهش توسط روانشناس بالینی مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا هر آزمودنی به

هیجانی و عملکرد شناختی بیماران آسیب مغزی به طور معنی‌داری کمتر از افراد غیربیمار بود، همچنین برانگیختگی هیجانی با پیچیدگی تکلیف مرتبط بود [۱۶]. تاکنون تحقیقات معدودی در مورد آسیب‌های شناختی کودکان و نوجوانان صورت گرفته است، همچنین بررسی فرآیندهای شناختی چه در زمینه آسیب‌های کنشی (مانند پسیکوز) و چه در زمینه آسیب‌های مغزی کودکان، به ویژه در کشور ایران مورد توجه جدی قرار نگرفته است. شاید علت این موضوع فقدان ابزار حساس و ویژه برای این امر و دشواری کار با کودکان است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی، آسیب مغزی و اختلال سلوک در گنجینه واژگان، حافظه، ادراک و یادآوری طراحی و اجرا گردید.

روش کار

این پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای است که به روش گذشته‌نگر انجام شده است. جامعه آماری مورد مطالعه را کلیه کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی، آسیب مغزی (ضربه مغزی) و اختلال سلوک که در مرکز آموزشی-درمانی امام حسین (ع) تهران در سال ۱۳۸۳ که به صورت سرپایی و بستری در بخش‌های روانپزشکی و مغز و اعصاب تحت درمان بودند، تشکیل می‌داد. نمونه آماری شامل ۸۰ نفر از کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به اسکیزوفرنی، آسیب مغزی و اختلال سلوک و کودکان غیر بیمار بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده (از هر گروه ۲۰ نفر) انتخاب شدند. کودکان مبتلا به آسیب مغزی از میان افرادی انتخاب شدند که شش ماه تا یک سال قبل در اثر تصادف دچار ضربه مغزی شده و برای مدتی در بیمارستان بستری و تحت درمان پزشکی بوده‌اند. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از دو ابزار، زیر استفاده شد.

^۱ - Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised

^۲ Lezak

مواد موجود در سه خرده مقیاس ادراک، گنجینه واژگان و حافظه عددی آزمون و کسلر پاسخ می‌داد و در انتها با آزمون بیکاک میزان یادآوری وی مورد سنجش قرار می‌گرفت. این آزمون‌ها به صورت انفرادی در درمانگاه‌های روانپزشکی و نورولوژی مرکز آموزشی و درمانی امام حسین (ع) تهران توسط روانشناس بالینی انجام شد. در ضمن مدت زمان بررسی هر آزمودنی حدود یک ساعت بود.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر میانگین نمرات آزمودنی‌های غیر بیمار از گروه‌های دیگر در متغیرهای مورد مطالعه بالاتر به دست آمد (جدول ۱).

برای مقایسه میانگین هر یک از متغیرهای مورد مطالعه در کودکان گروه‌های مختلف، از آزمون تحلیل واریانس یک متغیری استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که بین چهار گروه در ادراک، گنجینه واژگان، حافظه و میزان یادآوری تفاوت وجود دارد (جدول ۲). ادراک، گنجینه واژگان، حافظه و یادآوری کودکان اسکیزوفرنی نسبت به کودکان مبتلا به اختلال سلوک و کودکان مبتلا به آسیب مغزی بیشتر آسیب دیده است.

همچنین ادراک، گنجینه واژگان و حافظه کودکان مبتلا به اختلال سلوک نسبت به کودکان مبتلا به آسیب مغزی اختلال بیشتری داشت، اما میزان یادآوری کودکان مبتلا به آسیب مغزی در مقایسه با کودکان مبتلا به اختلال سلوک بیشتر متحمل آسیب شده بود (جدول ۳).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات هر یک از متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های مختلف

متغیر	گروه	X	SD
ادراک	۱- آسیب مغزی	۱۰/۴۲	۳/۱۰
	۲- اسکیزوفرنی	۶/۲۵	۱/۷۷
	۳- اختلال سلوک	۸/۷۹	۲/۱۱
	۴- غیر بیمار	۱۴/۱۷	۳/۳۴
واژگان	۱- آسیب مغزی	۱۷/۱۷	۳/۵۶
	۲- اسکیزوفرنی	۱۴/۱۷	۴/۱۵
	۳- اختلال سلوک	۱۶/۵۳	۳/۹۶
	۴- غیر بیمار	۲۱/۸۳	۶/۲۵
حافظه	۱- آسیب مغزی	۶/۸۳	۲/۴۴
	۲- اسکیزوفرنی	۴/۰۸	۲/۳۵
	۳- اختلال سلوک	۵/۱۶	۲/۵۱
	۴- غیر بیمار	۷/۴۲	۱/۶۲
یادآوری	۱- آسیب مغزی	۱۷/۶۷	۹/۲۸
	۲- اسکیزوفرنی	۱۲/۵۲	۶/۲۳
	۳- اختلال سلوک	۱۹/۶۸	۴/۹۱
	۴- غیر بیمار	۲۸/۴۲	۶/۲۹

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک متغیری بر روی متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های مختلف

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معنی داری
ادراک	بین گروهی	۹۰۲	۴	۲۲۵/۵		
	درون گرایی	۱۵۹۶/۱	۷۵	۲۱/۲۸	۱۰/۵۹	<۰/۰۰۱
	کل	۲۴۹۸/۱	۷۹			
واژگان	بین گروهی	۵۶/۶۶	۴	۱۴۱/۶۵		
	درون گرایی	۱۷۱۶	۷۵	۲۲/۸۸	۶/۱۹	<۰/۰۱
	کل	۱۷۷۲/۶۷	۷۹			
حافظه	بین گروهی	۹۱/۳۶	۴	۲۲/۸		
	درون گرایی	۴۳۰/۱	۷۵	۵/۷۳	۳/۹۸	<۰/۰۵
	کل	۵۲۱/۴۶	۷۹			
یادآوری	بین گروهی	۱۷۰/۳۲	۴	۴۲/۵۸		
	درون گرایی	۶۵۲/۳	۷۵	۸/۷۰	۴/۸۹	<۰/۰۱
	کل	۸۲۲/۶۲	۷۹			

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات هر یک از متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های مختلف با آزمون LSD

متغیر	گروه	X	گروه		
			۱	۲	۳
ادراک	۱- آسیب مغزی	۱۰/۴۲	*	-	*
	۲- اسکیزوفرنی	۶/۲۵	-	*	*
	۳- اختلال سلوک	۸/۷۹	*	-	-
	۴- غیر بیمار	۱۴/۱۷	*	*	-
واژگان	۱- آسیب مغزی	۱۷/۱۷	*	-	*
	۲- اسکیزوفرنی	۱۴/۱۷	-	*	*
	۳- اختلال سلوک	۱۶/۵۳	*	-	*
	۴- غیر بیمار	۲۱/۸۳	*	*	-
حافظه	۱- آسیب مغزی	۶/۸۳	*	*	*
	۲- اسکیزوفرنی	۴/۰۸	-	-	*
	۳- اختلال سلوک	۵/۱۶	*	-	*
	۴- غیر بیمار	۷/۴۲	*	*	-
یادآوری	۱- آسیب مغزی	۱۷/۶۷	*	-	*
	۲- اسکیزوفرنی	۱۲/۵۲	-	*	*
	۳- اختلال سلوک	۱۹/۶۸	*	-	*
	۴- غیر بیمار	۲۸/۴۲	*	*	-

* $p < 0.05$

LSD= Least Significant Difference

بحث

بین گنجینه واژگان کودکان اسکیزوفرنی، آسیب مغزی، اختلال سلوک و غیر بیمار تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.01$). یافته‌های این مطالعه، با نتایج سایر مطالعات هماهنگ است [۱۹، ۱۱]. یافته‌های این پژوهش در مورد کودکان مبتلا به آسیب مغزی، نظریه و کسلر را مورد تأیید قرار می‌دهد. براساس نظریه و کسلر مغز یک سیستم یکپارچه است و هر گونه آسیبی به قطعات چهارگانه مغز می‌تواند در قطعه دیگری جبران شود. بر این اساس به نظر می‌رسد که چنانچه نمرات کودکان آسیب مغزی در گنجینه واژگان بالاتر باشد نشانگر دست نخورده ماندن کارکردهای هوش کلامی است، چون خرده مقیاس گنجینه واژگان در واقع هوش کلامی را می‌سنجد، در مقابل با توجه به زمان یا دیرینگی بیماری اسکیزوفرنی می‌توان در مورد میزان آسیب کارکردهای شناختی قضاوت نمود. هر قدر زمان بیماری و شدت آن بیشتر باشد امکان وارد آمدن آسیب شناختی در فرد بیمار بیشتر می‌شود [۱].

همانطور که مشاهده گردید بین ادراک کودکان غیر بیمار، آسیب مغزی، اسکیزوفرنی و اختلال سلوک تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.01$). به عبارت دیگر میانگین نمره‌های ادراک کودکان غیر بیمار از کودکان اسکیزوفرنی، اختلال سلوک و آسیب مغزی بیشتر بود، همچنین میانگین نمره‌های ادراک کودکان آسیب مغزی از کودکان اسکیزوفرنی و اختلال سلوک بیشتر به دست آمد. به اعتقاد مرنات^۱ چنانچه در مقیاس ادراک آزمون و کسلر، نمره آزمودنی پایین باشد، به خصوص وقتی از نمره گنجینه واژگان پایین‌تر باشد، نشانه قضاوت ناقص و تکانشی بودن آزمودنی است [۱۹]. می‌توان این گونه بیان کرد که مبتلایان به اسکیزوفرنی و عقب‌ماندگی ذهنی در مقایسه با کودکان غیر بیمار سبک مفهومی ناپخته‌تری دارند و در خرده مقیاس ادراک به اسنادهای غیرعادی و ابتدایی متوسل می‌شوند.

¹ Marnatt

دور بودن فرد اسکیزوفرنی نیز از اجتماع موجب پیشرفت اختلال، از دست دادن مهارت‌ها و گنجینه واژگان می‌گردد و بر اثر تکلم مهارت‌های حسی-زبانی و زبانی-ادراکی ضرورت پیدا می‌کند. این دو بدون حضور خودشناسی کافی امکان‌پذیر نمی‌گردند، اما می‌توان انتظار داشت که فرد مبتلا به اسکیزوفرنی برخی از عناصر ادراکی موجود در حافظه دراز مدت را هنوز هم بکار ببرد، تنها به گونه‌ای که شاید به حافظه طوطی‌وار شباهت بیشتری داشته باشد، همچنین بیمار اسکیزوفرنی به علت قطع ارتباط با واقعیت، نوعی تفکر خصوصی پیدا می‌کند که از لحاظ اجزا اصلی فکر با تفکر عادی شباهت‌هایی دارد. اما قواعد دستوری و بارهای عاطفی، هیجانی و معنایی که بر واژگان سوار می‌شوند در اسکیزوفرنی بروز نمی‌یابند.

نتایج نشان داد میانگین نمرات حافظه در کودکان مبتلا به آسیب مغزی، اختلال سلوک و اسکیزوفرنی کمتر از گروه غیر بیمار است. این یافته با نتایج حاصل از تحقیقات مربوط به نقص توجه و حافظه در اسکیزوفرنی و عقب ماندگی ذهنی همخوانی دارد [۱۵،۹،۶]. به طور کلی به نظر می‌رسد افزایش اضطراب و یا تنش سبب کاهش عملکرد در افراد شود و حافظه (ارقام) بیشترین آسیب‌پذیری را در برابر اضطراب متحمل گردد. به لحاظ آنکه کودکان مبتلا به اختلال سلوک زمینه‌های اضطراب بیشتری دارند، حافظه ارقام آنها بیشترین آسیب را می‌بینند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به آسیب مغزی به ویژه از نوع فوکال، در حافظه ارقام نسبت به کودکان اختلال سلوک کمتر آسیب دیده‌اند، همچنین می‌توان گفت که افراد پذیرا و نافعال و بدون اضطراب در آزمون حافظه ارقام بهترین نمره را می‌گیرند. این مطلب مستلزم ارتباط نسبتاً ناگسستگی با واقعیت است که مشخصه آن پذیرش آزادانه اطلاعات ورودی است [۱].

احتمالاً می‌توان چنین بیان کرد که در کودکان مبتلا به آسیب مغزی بایستی گذشت زمان رخ دهد تا فرآیندهای شناختی مثل توجه و حافظه دچار مشکل و

آسیب گردد، به این جهت که در چنین کودکانی زمینه پاتولوژیک وجود ندارد، اما در کودکان اختلال سلوک به علت وجود زمینه پاتولوژیک، نیاز به گذشت زمان نیست تا فرآیندهای شناختی دچار مشکل گردند، همچنین شاید بتوان براساس نظریه لشلی^۱ تبیین کرد که کارکردهای مغزی به صورت ارتجاعی است و چنانچه بخشی از مغز دچار آسیب گردد قسمت‌های دیگر، کارکردهای این بخش را جبران می‌کنند، به عبارت دیگر قسمت‌های مختلف مغز هم نیرو و هم قوه هستند و بخش‌های مختلف آن در حافظه همکاری یکسانی دارند [۱]. همچنین می‌توان گفت که کودکان اسکیزوفرن و عقب مانده ذهنی فراخوانی توجه و حافظه کوتاه‌تری دارند و اختلال توجه و حافظه یکی از عناصر اصلی اختلال شناختی در بیماران اسکیزوفرنی و همچنین عقب ماندگی ذهنی است. نتایج نیز نشان داد که میانگین نمرات یادآوری در آزمون بیکاک در گروه کودکان مبتلا به اختلال سلوک و اسکیزوفرنی کمتر از گروه کودکان غیر بیمار است به عبارت دیگر، میزان یادآوری کودکان اسکیزوفرنی از کودکان آسیب مغزی، اختلال سلوک و غیر بیمار کمتر است. بعلاوه میزان یادآوری کودکان آسیب مغزی از دو گروه اختلال سلوک و اسکیزوفرنی کمتر است که این نتیجه تا حدود زیادی با یافته‌های پژوهشی دیگر همخوانی دارد [۱۴-۱۲].

نتیجه گیری

در مجموع نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر تا حدود زیادی با یافته‌های پژوهشی مرتبط همخوانی دارد. نتایج حاکی از این است که ادراک، گنجینه واژگان، حافظه و یادآوری کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با اختلال سلوک و آسیب مغزی بیشتر دچار آسیب می‌شود. این نتایج نشان می‌دهد که فرآیندهای شناختی به ویژه حافظه، یادآوری، ادراک و گنجینه واژگان به صورت جدی آسیب می‌بیند. از این رو آزمون وکسلر می‌تواند وسیله بسیار خوبی برای

¹ Leshli

تشخیص اختلال در فرایندهای شناختی بیماران باشد. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر به نظر می‌رسد که تاکید بر متغیرهای مورد مطالعه در مداخلات شناختی و درمان این کودکان نقش بسزایی داشته باشد. شناسایی ناپنجاری‌های شناختی به منظور تشخیص صحیح‌تر و انتخاب راهبردهای درمانی و ترمیمی مؤثر برای آسیب‌های مذکور از کاربردها و پیشنهادات عملی مطالعه حاضر است.

References

- 1- Lezak MD. Neuropsychological Assessment. New York: Oxford University Press, 3rd ed. 1998: 129.
- ۲- طارمیان فرهاد. نارسایی توجه در اسکیزوفرنی. مجله پژوهش‌های روانشناختی، دوره سوم، شماره اول و دوم، سال ۱۳۷۱، صفحات ۵۹ تا ۷۴.
- ۳- نعمت ا... زاده ماهانی کاظم، محیط احمد. بررسی کارآمدی مجموعه آزمون شناختی - تشخیصی کی در جامعه ایرانی. مجله پژوهش‌های روانشناختی، دوره سوم، شماره سوم و چهارم، سال ۱۳۷۴، صفحات ۳ تا ۲۳.
- ۴- الهی اصغر. بررسی اختلال حفظ توجه در بیماران اسکیزوفرنی، افسرده و افراد بهنجار. مجله پژوهش‌های روانشناختی، دوره سوم، شماره اول و دوم، سال ۱۳۷۱، صفحات ۸۳ تا ۸۴.
- 5- Everett J, Laplante L, Thomas J. The selective attention deficit in schizophrenia limited resources or cognitive fatigue. *J Nerve Ment Dis.* 1989 Dec; 177 (2): 735-8.
- 6- Hirt M, Pithers W. Selective attention and levels of coding in schizophrenia. *Br J Clin Psychol.* 1991 May; 30: (pt 2): 139-49.
- 7- Nuechterlin KH, Dawson ME. Information processing and attentional functioning in the developmental course of Schizophrenia disorders. *Schizophr Bull.* 1984; 10(2): 160-203.
- 8- Cornblatt BX, Kimling L. Global attentional deviance as a marker risk for schizophrenia. *J Abnormal Psychol.* 1985; 94(4): 327- 39.
- 9- Szymanski S, Kane JM, Lieberman JA. A selective review of biological markers in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1991; 17(1): 99-111.
- 10- Rotenberg V. An integrative psychophysiological approach brain hemisphere functions in schizophrenia. *Neuroscience and Biobehavioral Review.* 1994; 18(4): 487- 95.
- 11- Marquardt RK, Levitt JG, Blanton RE, Caplan R, Asarnow R, Siddarth P, et al. Abnormal development of the anterior cingulate in childhood- onset schizophrenia: a preliminary quantitative MRI study. *Psychiatry Res.* 2005 Apr; 138 (3): 221-33.
- 12- Talland GA. *Deranged memory*, 3rd ed. New York: Academic Press. 1965: 256.
- 13- Rapaport C, Gill M, Schafer J. *Diagnostic psychological testing*. Chicago: Yearbook Publishers, 1988: 185.
- ۱۴- تیزدل طاهر. مقایسه الگوی ترسیم در افراد بهنجار و افراد دارای ضایعه مغزی. مجله پژوهش‌های روانشناختی، دوره چهارم، شماره اول و دوم، سال ۱۳۷۵، صفحات ۹۱ تا ۹۲.
- 15- Douglas VI. Cognitive deficits in children with ADHD. *Canadian Psychol.* 2005; 46(1):23-31.
- 16- Navarro JP, Selvet JM, Roman FC. Emotional response in patient with forenal brain damage. *Behavioral Neuroscience.* 2005; 119(1): 79-87.
- ۱۷- شهیم سیما. مقیاس تجدیدنظر شده هوشی و کسلر برای کودکان. چاپ اول، شیراز: انتشارات دانشگاه شیراز، سال ۱۳۷۳، صفحه ۱۷۹.
- ۱۸- حجاران محمود. اثر بخشی مداخلات شناختی- رفتاری بر روی کودکان. گزارش پژوهشی بیمارستان امام حسین (ع) دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۳۷۳، صفحه ۱۳۸.
- 19- Marnatt G. *Handbook of Psychological Assessment*, 2nd ed. USA: John Wiley & Sons, 1990: 263.