

The comparison between functions of clinical memory and visuospatial memory in patients with borderline personality disorder and antisocial personality disorder

Bigdeli I. *PhD*¹, Azami S. *MSc*[✉], Ghoshchian S. *MSc*¹

¹ Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, Semnan University, Semnan, Iran

[✉] Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, Semnan University, Semnan, Iran

Received: 2013.12.21 Accepted: 2014.7.16

Abstract

Introduction: This research aimed to compare memory functions of patients with Borderline Personality Disorder and Antisocial Personality Disorder.

Method: This is a descriptive and ex post facto study, in which 30 subjects (15 borderline personality, 15 antisocial personality) were selected through convenience sampling. The research tools were Wechsler's clinical memory test, Span board test and computerized Millon clinical multi axial inventory-III. The data were analyzed by MANOVA and t-test.

Results: The results showed that patients with Borderline Personality Disorder had significantly poorer performance than those with Antisocial Personality Disorder in clinical memory functions and visuospatial working memory. In addition, antisocial personality patients had poorer performance in two scales of Wechsler's clinical memory (logical memory and word association) than borderline personality patients.

Conclusion: Results of this research generally indicated that these patients may have had different patterns of deficits in their memory functions.

Keywords: Clinical Memory, Visuospatial Memory, Borderline Personality Disorder, Antisocial Personality Disorder

مقایسه کارکرد حافظه‌ی بالینی و دیداری-فضایی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی

ایمان‌الله بیگدلی^۱، سعید اعظمی[✉]، سمانه قوشچیان^۱

^۱ گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
[✉] گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۳۰

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی کارکردهای حافظه‌ای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با اختلال شخصیت ضداجتماعی انجام شد.

روش: طرح پژوهش توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای می‌باشد. نمونه مورد پژوهش شامل ۳۰ نفر آزمودنی (۱۵ نفر گروه شخصیت مرزی و ۱۵ نفر گروه شخصیت ضداجتماعی) بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل آزمون حافظه بالینی و کسلر، آزمون فراخوانی صفحه‌ای و آزمون کامپیوتری چند محوری بالینی میلون-۳ بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به طور معناداری عملکرد ضعیف‌تری نسبت به افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی در کارکردهای حافظه بالینی و حافظه‌کاری دیداری-فضایی داشتند. علاوه بر افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی نیز در مقیاس‌های حافظه منطقی و تداعی کلمات، عملکرد ضعیف‌تری نسبت به افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشتند. **نتیجه‌گیری:** به طور کلی، طبق نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی دارای الگوی متفاوتی از نقایص در عملکرد حافظه‌ای خود می‌باشند.

کلید واژه‌ها: حافظه بالینی، حافظه دیداری-فضایی، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت ضداجتماعی

مقدمه

کارکردهای اجرایی یک اصطلاح کلی است که به تمامی فرایندهای شناختی سطح بالا که در هدایت و کنترل رفتار نقش اساسی ایفا می‌کنند، اطلاق می‌شود [۱]. این کارکردها مجموعه‌ای از زیر ساخت‌هایی هستند که برنامه‌ریزی، هماهنگی و پایش سایر عملکردهای شناختی را موجب می‌شوند [۲] و با سلامت قطعه پیشانی [۳] و به ویژه پیش‌پیشانی مغز ارتباط مستقیم دارند [۴، ۵]. از جمله مولفه‌ها و شاخص‌های کارکردهای اجرایی می‌توان به حافظه کاری کلامی و حافظه کاری دیداری فضایی اشاره کرد که مورد تایید بیشتر متخصصان می‌باشد [۶، ۷]. حافظه کاری را اغلب به عنوان زیربنای سایر کارکردها از جمله استدلال و منطق در نظر می‌گیرند [۸]، که به عنوان توانایی نگهداری اطلاعات برای مدتی کوتاه و سپس ایجاد پاسخ مبتنی بر بازنمایی درونی تعریف می‌شود [۹]. طبق دیدگاه بدلی حافظه کاری دارای یک مجری مرکزی است که مسئول هماهنگی و سازماندهی عملکرد تکالیف مختلف می‌باشد و چند سیستم فرعی دارد که در نگهداری و مرور اطلاعات کلامی (مدار آوایی)، نگهداری و دستکاری اطلاعات دیداری-فضایی (بخش دیداری-فضایی) و ذخیره موقت و یکپارچه کردن اطلاعات بخش‌های مختلف حافظه کاری (ذخیره موقت رویدادی) نقش دارند [۱۰]. پژوهش‌ها حاکی از آن است که نقص در کارکردهای اجرایی همچون حافظه کاری و اختلال‌های شخصیت به طور قابل توجهی به هم مرتبط می‌باشند [۱۱] که از جمله آن می‌توان به اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder-BPD) اشاره کرد.

اختلال شخصیت مرزی (BPD) یک اختلال روانی شدید می‌باشد که با علایمی همچون آسیب در عملکرد اجتماعی، هویت بی‌ثبات، خشم نامناسب و شدید، روابط بین فردی بی‌ثبات بروز افکار پارانوئیا گونه و احساس مزمن پوچی توصیف می‌شود [۱۲] که با دفاع‌های روانی نخستین از قبیل فرافکنی، انکار، تجزیه و دو نیمه‌سازی همراه است [۱۳] و بیشتر در بین زنان شایع می‌باشد [۱۲، ۱۴]. این اختلال با شیوع تقریباً دو تا شش درصدی حدود ۲۰ درصد از بیماران روانپزشکی را شامل می‌شود [۱۵]. لیبو در مطالعه‌ای با استفاده از تصویربرداری طنین مغزی (Magnetic Resonance Imaging-MRI) نشان داد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در سرتاسر لوب فرونتال خود دچار کاهش عملکرد هستند [۱۶]. در مطالعه‌ای مشابه که با استفاده از توموگرافی انتشار پوزیترون دی اکسی گلوکز (Deoxyglucose positron emission tomography) بر روی ۱۳ فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با ویژگی‌های برجسته تکانشی انجام شد، معلوم گردید که این بیماران دچار کاهش متابولیسم (hypo metabolism) در قشر پیشانی هستند [۱۷]. روکو نیز در فراتحلیل خود نشان داد که افراد دارای اختلال شخصیت مرزی در تمام فعالیت‌های شناختی (به ویژه کارکردهای حافظه‌ای و توانایی‌های بینایی-فضایی) نسبت به گروه کنترل عملکرد بدتری داشتند

[۱۸].

از دیگر اختلالات شخصیتی که مشخص شده ناهنجاری‌ها و بدکارکردی‌هایی در نواحی پیش‌پیشانی دارند، می‌توان به اختلال شخصیت ضد اجتماعی (Antisocial Personality Disorder- ASPD) اشاره کرد [۱۹-۲۱]. این اختلال به عنوان یکی از اختلالات شایع در جامعه امروزی، با ویژگی‌هایی همچون ناتوانی در تن دادن به هنجارهای اجتماعی، تکانشی بودن، مسئولیت‌ناپذیری، فقدان تحمل، ناشکیبایی و فقدان وجدان توصیف می‌شود [۱۲] که توجه متخصصان زیادی را به خود جلب کرده است. رین و همکاران [۲۲] در مطالعه‌ی پژوهشی خود با استفاده از FMRI ساختاری، شواهدی را مبنی بر کاهش حجم ماده خاکستری قشر پیش‌پیشانی افراد مبتلا به شخصیت ضداجتماعی گزارش کردند. وولم و همکاران [۲۳] نیز در مطالعه‌ی ای با استفاده از FMRI به مقایسه‌ی عملکرد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی با افراد عادی در کارکرد بازداری پاسخ پرداختند که نتایج نشان داد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی نسبت به گروه کنترل در انجام تکالیف مرتبط با بازداری پاسخ از مناطق گسترده‌تری استفاده می‌کنند که منجر به کاهش کارایی پاسخ آنان می‌شود.

علی‌رغم شواهد پژوهشی متعدد مبنی بر وجود نقابسی مشابه در سیستم سروتونرژیک و کارکردهای قشری/ زیرقشری [۲۴] و نیز کاهش متابولیسم قشر پیشانی و نقص کارکردهای اجرایی همچون حافظه کاری، بازداری پاسخ [۱۷، ۲۵-۲۷] در این دو اختلال شخصیتی، مطالعاتی نیز هستند که عملکرد عصب‌روانشناسی افراد مبتلا به این اختلال‌ها را با افراد عادی یکسان دانسته‌اند [۲۸]. کانتر، دروک، ساس و هرپرتر [۲۹] نیز در مطالعه‌ی خود تفاوت معناداری را بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و گروه کنترل در کارکردهای شناختی ناحیه پیشانی مشاهده نکردند.

از این رو با توجه به شواهد پژوهشی متناقض در خصوص نقص کارکردهای اجرایی (به ویژه حافظه کاری کلامی و غیر کلامی) در افراد مبتلا به این اختلال‌ها از یک سو و نیز شواهد پژوهشی اندک در خصوص مقایسه‌ی عملکرد اجرایی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی از سویی دیگر، هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی کارکردهای حافظه‌ای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران زن مراجعه کننده به مرکز جامع توانبخشی و درمان بیماران روانی مزمن شهرستان سمنان بود که براساس نتایج مصاحبه‌ی بالینی، تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی را دریافت کردند. در نهایت از طریق نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از ملاک‌های ورود و خروج ۳۰ نفر انتخاب شدند (۱۵ نفر اختلال شخصیت

دو ساخته شده است و دارای ۲۸ مقیاس در ۵ طبقه (شاخص‌های تغییرپذیری، الگوهای شخصیت بالینی، آسیب‌شناسی شدید شخصیت، نشانگان بالینی، نشانگان شدید) می‌باشد. ضرایب اعتبار باز آزمایی آن بالا با میانه ۰/۹۱ و همبستگی آن با آزمون MMPI-II، ۰/۷۵ گزارش شده است [۳۳]. همچنین در راهنمای MCMII-III، پایایی باز آزمایی مقیاس‌های شخصیت ۰/۸۹ و مقیاس‌های بالینی ۰/۹۱ گزارش شده است [۳۳].

افراد گروه اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی براساس ملاک‌های چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی و با استفاده از آزمون کامپیوتری چند محور بالینی میلون-۳ انتخاب شدند. این آزمون به عنوان ابزار غربالگری مورد استفاده قرار گرفت به طوری که افرادی وارد دو گروه مورد مطالعه شدند که نمراتشان در مقیاس‌های میلون-۳، به جز مقیاس مرزی (C) و ضداجتماعی (A) کمتر از ۸۵ بود و میزان نمرات نرخ پایه (BR) آن‌ها در خصوص اختلال هم‌بند احتمالی‌شان حداکثر ۷۸ ($BR \leq 78$) بود. این نمره برش به این علت انتخاب شد که نمرات بالاتر از ۸۵ ($BR \geq 85$) نسبت به نمرات پایین‌تر دارای اعتبار تشخیصی بیشتری هستند [۳۳]. به طور کلی ۲۸ نفر از افراد نمونه تحت درمان سرپایی بودند و دو نفر هنوز اقدامی برای درمان نکرده بودند. پس از مشخص شدن افراد دو گروه، آزمون‌های مربوط به حافظه‌ی بالینی و کسلر و حافظه‌ی دیداری-فضایی اجرا شد. در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و سپس روش‌های تک متغیری متعاقب آن و نیز آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی ۱۵ فرد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی ($3/5 =$ انحراف استاندارد و $27 =$ میانگین سنی) و ۱۵ فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ($2/4 =$ انحراف استاندارد و $32 =$ میانگین سنی) انجام شد، که برای اندازه‌گیری حافظه، از هفت نمره‌ی معلومات عمومی، جهت‌یابی، کنترل ذهنی، حافظه منطقی، تکرار ارقام رو به جلو و معکوس، حافظه بینایی، تداعی کلمات در آزمون حافظه‌ی وکسلر استفاده شد. از این رو با توجه به تعدد متغیرهای وابسته برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد که در ابتدا به منظور اطمینان از رعایت پیش فرض این آزمون (منظور برابری کوواریانس متغیرهای وابسته در تمامی سطوح متغیر مستقل) از آزمون باکس استفاده شد و نتایج آن حاکی از عدم رعایت این مفروضه بود ($P > 0/05$) که با توجه به برابری حجم نمونه‌ی دو گروه، به نظر می‌رسد آزمون نسبت به این تخطی از مفروضه مقاوم باشد.

در ادامه با توجه به مقدار $F(7, 22) = 69/656$ و $\eta^2 = 0/95$ ، مشخص شد که بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضداجتماعی در متغیر حافظه تفاوت معناداری وجود دارد. همانطور که در جدول یک

مرزی، ۱۵ نفر اختلال شخصیت ضداجتماعی). ملاک‌های ورود گروه اختلال شخصیت ضداجتماعی شامل موارد زیر بود: ۱- دریافت ملاک‌های شخصیت ضداجتماعی در پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III- MCMI-III) با نرخ پایه‌ی (Base Rate- BR) بالای ۸۵ ($BR \geq 85$)، نداشتن اختلالات هم‌بند معنی‌دار؛ و ملاک‌های خروج موارد زیر را شامل می‌شد: ۱- نمره کمتر از ۸۵ ($BR \geq 85$) در مقیاس ضداجتماعی MCMI-III، ۲- داشتن نوعی بیماری پزشکی که فرد را وادار به جستجوی فوری درمان سازد، ۳- سابقه‌ی سوء مصرف مواد.

ملاک‌های ورود گروه اختلال شخصیت مرزی که از میان افراد تحت درمان سرپایی انتخاب شدند، شامل موارد زیر بود: ۱- دریافت ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی در MCMI-III ($BR \geq 85$)، ۲- نداشتن اختلالات هم‌بند معنی‌دار به جز اضطراب؛ و ملاک‌های خروج موارد زیر را شامل می‌شد: ۱- نمره کمتر از ۸۵ ($BR \geq 85$) در مقیاس مرزی MCMI-III، ۲- داشتن سابقه خودکشی، نمره بالاتر از ۷۸ ($BR \geq 78$) در مقیاس‌های MCMI-III به جز مقیاس مرزی و اضطراب، ۳- داشتن نوعی بیماری پزشکی که فرد را وادار به جستجوی فوری درمان سازد.

مقیاس تجدید نظر شده حافظه وکسلر (Wechsler Memory Scale-Revised, WMS-R): این مقیاس شامل مجموعه‌ای از خرده آزمون‌ها است که هر یک جنبه مختلفی از حافظه را می‌سنجد که عبارتند از: ۱- آگاهی شخصی در مورد مسائل روزمره و شخصی، ۲- آگاهی نسبت به زمان و مکان (جهت‌یابی)، ۳- کنترل ذهنی، ۴- حافظه منطقی، ۵- تکرار ارقام رو به جلو و معکوس، ۶- حافظه بینایی، ۷- تداعی کلمات. آزمون حافظه وکسلر در ایران توسط اورنگی، عاطف‌وحید، عشایری [۳۰] بومی‌سازی شده و پایایی آن از طریق روش بازآزمایی برای خرده آزمون‌ها و نمره کل از ۰/۲۸ تا ۰/۹۸ گزارش شده است.

آزمون فراخوانی صفحه‌ای (Span board test): در این پژوهش از نسخه‌ی رایانه‌ای آزمون فراخوانی صفحه‌ای استفاده شد. تا کنون نسخه‌های مختلفی از آزمون فراخوانی حافظه‌ی دیداری-فضایی ساخته شده است. در هر کوشش ده مکعب سفید با الگویی متفاوت به فرد نشان داده می‌شود که به صورت تصادفی برخی از آن‌ها به مدت ۵۰۰ میلی ثانیه روشن می‌شوند (از دو مکعب در کوشش اول تا ۱۰ مکعب در کوشش آخر). وظیفه‌ی آزمودنی آن است که ترتیب روشن شدن زنجیره‌ی مکعب‌ها را به یاد بسپارد و سپس به ترتیب بر روی مکعب‌های روشن شده کلیک کند. این آزمون، اندازه‌ای از حافظه‌ی دیداری-فضایی به دست می‌دهد [۳۱] و از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است [۳۲].

آزمون کامپیوتری چند محور بالینی میلون-۳ (MCMII-III): این آزمون که ۱۷۵ سوال بله/خیر دارد توسط میلون در سال ۱۹۹۴ براساس DSM-IV-TR برای سنجش اختلالات محور یک و

شخصیت مرزی داشتند.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی حافظه‌ی بالینی و حافظه‌کاری دیداری-فضایی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی بود، که با توجه به یافته‌های بدست آمده افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی در خرده مقیاس‌های معلومات عمومی، جهت‌یابی، کنترل ذهنی، تکرار ارقام و حافظه بینایی به طور معناداری عملکرد بهتری نسبت به افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشتند. این یافته با نتایج روچسو و همکاران [۳۴]، روچسو و همکاران [۳۵]، ولری [۳۶] و بورگس [۲۷] همسو می‌باشد. کراس/وتر [۳۷] نیز در پژوهش خود، نقص بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را در کارکردهای اجرایی همچون حافظه‌کاری، بازداری پاسخ، برنامه‌ریزی نشان داده است. در تبیین این نتایج باید گفت برخلاف شواهد پژوهشی موجود مبنی بر نقایص عصب‌زیستی زیربنایی مشابه در این دو اختلال از جمله بدکارکردی سروتونرژیک [۳۸] و نقایص عصب‌روانشناختی و ساختاری مغزی [۲۲، ۲۸] افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی عملکرد ضعیف‌تری در بیشتر مقیاس‌های حافظه بالینی و کسلر داشتند که بیانگر درگیر بودن مدارها و مسیرهای عصبی متفاوت در این دو اختلال در فرایندهای حافظه می‌باشد.

مشاهده می‌شود، تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته به تنهایی با استفاده از آلفای میزان شده‌ی بنفرونی ($\alpha = 0/007$) بیانگر آن است که بین افراد مبتلا به شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی در مقیاس‌های معلومات عمومی ($P < 0/0001$)، $F = 46/41$)، جهت‌یابی ($F = 13/62$ ، $P < 0/01$)، کنترل ذهنی ($F = 12/64$ ، $P < 0/01$)، تکرار ارقام ($F = 9/96$ ، $P < 0/01$) و حافظه بینایی ($F = 15/03$ ، $P < 0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد، بطوریکه در این مقیاس‌ها افراد مبتلا به شخصیت ضداجتماعی عملکرد بهتری نسبت به افراد مبتلا به شخصیت مرزی داشتند، همچنین مشخص شد که در دو مقیاس حافظه منطقی ($P < 0/01$)، $F = 15/14$) و تداعی کلمات ($F = 15/73$ ، $P < 0/001$) تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد، بطوریکه افراد مبتلا به شخصیت مرزی عملکردی بهتری نسبت به افراد مبتلا به شخصیت ضداجتماعی داشتند.

در ادامه به منظور مقایسه‌ی عملکرد دو گروه در نمره‌ی کل آزمون حافظه‌ی و کسلر و نیز نمره‌ی فراخنای حافظه‌ی دیداری-فضایی، از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج بیانگر وجود تفاوت معنادار بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی در نمره کل حافظه و کسلر ($t = 3/29$ ، $P < 0/01$) و نیز نمره فراخنای حافظه دیداری-فضایی ($t = 2/28$ ، $P < 0/05$) بود، بطوریکه در هر دو متغیر افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی عملکرد بهتری نسبت به افراد مبتلا به اختلال

جدول ۱. نتایج مقایسه‌ی افراد مبتلا به شخصیت ضداجتماعی و مرزی در مولفه‌های حافظه بالینی و کسلر و حافظه‌ی دیداری-فضایی

منابع تغییر	نوع گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معناداری
معلومات عمومی	ASPD	۵/۸	۰/۴۱۴	۴۶/۴۱	۰/۰۰۰۱
	BPD	۴/۳۳	۰/۷۲۳		
جهت‌یابی	ASPD	۵/۰۶	۰/۲۵۸	۱۳/۶۲	۰/۰۰۱
	BPD	۴/۲۶	۰/۷۹۸		
کنترل ذهنی	ASPD	۴/۶۶	۱/۴۴۷	۱۲/۶۴	۰/۰۰۱
	BPD	۳/۲	۰/۶۷۶		
حافظه منطقی	ASPD	۶/۱۳	۳/۸۱۴	۱۵/۱۴	۰/۰۰۱
	BPD	۱۰/۱۶	۱/۲۴۸		
تکرار ارقام	ASPD	۹/۲۶	۱/۸۶۹	۹/۹۶	۰/۰۰۴
	BPD	۷/۶	۰/۸۲۸		
حافظه بینایی	ASPD	۷/۹۳	۱/۷۰۹	۱۵/۰۳	۰/۰۰۱
	BPD	۵/۹۳	۱/۰۳۲		
تداعی کلمات	ASPD	۵/۸	۰/۸۶۱	۱۵/۷۳	۰/۰۰۱
	BPD	۱۳/۸	۰/۸۲۸		
نمره کل حافظه و کسلر	ASPD	۴۴/۶۶	۳/۸۱۱	۳/۲۹	۰/۰۰۳
	BPD	۴۹/۳	۳/۸۸۱		
حافظه دیداری-فضایی	ASPD	۸/۲۶	۱/۷۷۱	۲/۲۸	۰/۰۰۳
	BPD	۶/۷۳	۱/۹۰۷		
				t	سطح معناداری

مولفه‌های حافظه بالینی و کسلر

تذکر: ASPD = اختلال شخصیت ضداجتماعی؛ BPD = اختلال شخصیت مرزی.

شخصیت مرزی همبود می‌باشد [۴۳]، از این رو انتظار می‌رفت همچون نتایج مطالعه‌ی داوسون، در این مطالعه نیز تفاوتی بین عملکرد حافظه‌ی دیداری-فضایی بیماران ضداجتماعی و مرزی یافت نشود، که یافته‌ها برخلاف این فرض بود. چون در کارکرد حافظه دیداری-فضایی، نواحی خلفی جانبی و شکمی جانبی قشر پیش‌پیشانی بیشتر درگیر می‌باشند [۴۴، ۴۵]، در نتیجه می‌توان گفت در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی این نواحی دچار نقایص بیشتری نسبت به افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی می‌باشد.

از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر حجم کم اعضای نمونه و نیز تعمیم‌پذیری نتایج آن می‌باشد که به دلیل نمونه‌گیری در دسترس، جنسیت اعضای نمونه (مونث بودن افراد نمونه) و نیز داشتن اختلال‌های همایند به خصوص اضطراب با گروه اختلال شخصیت مرزی، فقط به اعضای این گروه قابل تعمیم است. لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده از نمونه‌ای با حجم بیشتر و نیز شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی در انتخاب اعضای نمونه استفاده شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، طبق نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت داد که افراد مبتلا به شخصیت مرزی نسبت به افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی در بیشتر ابعاد حافظه بالینی و نیز حافظه-کاری دیداری-فضایی دچار نقص می‌باشند. این یافته‌ها بیانگر آن است که علی‌رغم شواهد عصب‌زیست‌شناسی زیربنایی تقریباً مشابه در این دو اختلال، دارای الگوی متفاوتی از نقایص در عملکرد حافظه‌ای خود می‌باشند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از کلیه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری رسانیدند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- Hughes C, Graham, A. Measuring executive functions in childhood: problem and solutions. *J Child Adolesc Mental Health*. 2002;7:131-42.
- Nejati V. Cognitive-executive functions of brain frontal lobe in aged adults. *J Behav Sci*. 2010;4(1):59-64. [Persian]
- Molaei M, Moradi A, Gharaei B. Executive Function and Neuropsychological Evidence among OCD and GAD. *J Behav Sci*. 2007;1(2):131-41.
- Eling P, Derckx, K, Maes, R. On The historical and conceptual background of the Wisconsin car sorting test. *Brain Cogn*. 2008;67(3):247-53.
- Nigg JT. What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why. New York: Guilford Press; 2006.
- Rapport N, Bolden, J, Kofler, MJ, Sarver, DE, Raiker, JS, Alderson, MR. Hyperactivity in boys with attention deficit /hyperactivity disorder (ADHD): A ubiquitous core symptom or manifestation of working memory deficits? *J Abnorm Child Psychol*. 2009;37:521-34.

بعلاوه نتایج این پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در دو مقیاس حافظه منطقی و تداعی کلمات، عملکرد بهتری را نسبت به افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی داشتند. این یافته از این جهت با نتایج کانرت و همکاران [۲۹] همسو می‌باشد که آنان نیز در مقایسه‌ی کارکردهای حافظه‌ی ۲۳ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گروه عادی، تفاوت معناداری را مشاهده نکردند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که پردازش اطلاعات مربوط به این دو حافظه در نواحی از مغز بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی صورت می‌گیرد که نسبت به افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی کمتر دچار آسیب می‌باشد و به نوعی محل پردازش اطلاعات حافظه منطقی و تداعی کلمات مستقل از دیگر انواع حافظه صورت می‌گیرد.

از دیگر یافته‌های این پژوهش، عملکرد بهتر افراد مبتلا به شخصیت ضداجتماعی نسبت به شخصیت مرزی در حافظه کاری دیداری- فضایی می‌باشد. این یافته با نتایج اولری، بروورز، گاردنر و کودری [۳۹] مبنی بر ضعف افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در کارکرد حافظه کاری دیداری-فضایی همسو می‌باشد. اما با یافته‌های دولان و پارک [۴۰] همسو نمی‌باشد. آنان در مطالعه‌ی پژوهشی خود نشان دادند که مردان مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی در مقایسه با گروه کنترل عملکرد ضعیف‌تری در کارکردهای اجرایی بازداری پاسخ و تکالیف حافظه داشتند. بعلاوه داوسون و همکاران [۴۱] نیز نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نسبت به گروه کنترل عملکرد ضعیف‌تری در حافظه کاری فضایی داشتند اما بین عملکرد این گروه با مردان بزرگسال مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تفاوتی نیافتند. از آنجایی‌که اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در بزرگسالی معمولاً به صورت همبود با اختلال‌های شخصیت دسته‌ی B، به ویژه اختلال شخصیت ضداجتماعی رخ می‌دهد [۴۲]، و همچنین اختلال شخصیت ضداجتماعی علاوه بر همپوشی بالا با آن، اغلب با اختلال

- Castellanos FX, Tannock R. Neuroscience of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The search for end phenotypes. *J Nature Rev*. 2002;3:617-28.
- Klingberg T, Fernell E, Olesen PJ, Johnson M, Gustafsson P, Dahlstrom K, Gillberg CG, Forssberg H, Westerberg H. Computerized Training of Working Memory in Children with ADHD: A Randomized, Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatr*. 2005;44(2):177-86.
- Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press; 2006.
- Baddeley AD. Working memory. Oxford: Clarendon Press; 1986.
- Cooling F, Thede LL, Jang KL. Are personality disorders psychological manifestations of executive function deficits? Bivariate heritability evidence from a Twin study. *Behav Genetics*. 2004;34:75-84.
- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric association evidence; 2000.

13. Mohammadzadeh R. Validation of the Borderline Personality Inventory in Iran. *J Behav Sci*. 2011;5(3):269-77. [Persian]
14. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatr*. 2008;69:533-45.
15. Zanarini MC, Grankenbrug FC. Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatr*. 2001;42:144-50.
16. Lyoo I. Brain MRI study in subjects with borderline personality disorder. *J Affective Disorders*. 1998;50:235-43.
17. Soloff P, Meltzer CC, Becker C, Greer PJ, Kelly TM, Constantine D. Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder. *Psychiatr Res*. 2003;123:153-63.
18. Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatr Res*. 2005;137:191-202.
19. Raine A, Buchsbaum MS, LaCasse L. Brain abnormalities in murderers indicated by positron emission tomography. *Biolo Psychiatr*. 1997;42:495-508.
20. Raine A, Meloy, JR, Bihrlle, S, Stoddard, J, Lacasse, L, Buchsbaum, MS. Reduced prefrontal and increased subcortical brain functioning assessed using positron emission tomography in predatory and affective murderers. *Behav Sci Law*. 1998;42:319-32.
21. Amen DG, Stubblefield M, Carmicheal B, Thisted R. Brain SPECT findings and aggressiveness. *Am Clin Psychiatr*. 1996;8:129-37.
22. Raine A, Lencz T, Bihrlle S, LaCasse L, Colletti P. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Archive Genetic Psychiatr*. 2000;57(2):119-27.
23. Völlm B, Richardson P, Stirling J, Elliott R, Dolan M, Chaudhry I, Del Ben Ch, Mckie Sh, Anderson I, Deakin B. Neurobiological substrates of antisocial and borderline personality disorder: preliminary results of a functional fMRI study. *Crim Behav Mental Health*. 2004;14:39-54.
24. Buchheim A, Roth G, Schiepek G, Pogarell O, Karch S. Neurobiology of borderline personality disorder (BPD) and antisocial personality disorder (APD). *Swiss Archives Neurol Psychiatr*. 2013;164(4):115-22.
25. Blair RJR. Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 2001;71:727-31.
26. Dinn WM, Harris CL. Neurocognitive function in antisocial personality disorder. *Psychiatr Res*. 2000;97(2):173-90.
27. Burgess JW. Relationship of depression and cognitive impairment to self-injury in borderline personality disorder. *Psychiatr Res*. 1991;38:77-87.
28. Bazanis E, Rogers RD, Dowson H, Taylor P, Meux C, Staley C, Nevinson-Andrews D, Taylor C, Robbins TW, Sahakian BJ. Neurocognitive deficits in decision-making and planning of patients with DSM-III-R borderline personality disorder. *Psychol Med*. 2002;32:1395-405.
29. Kunert HJ, Druecke HW, Sass H, Herpertz SC. Frontal lobe dysfunctions in borderline personality disorder? Neuropsychological findings. *J Pers Disorder*. 2003;17(6):497-509.
30. Orangi M, Atefvahid M, Ashayeri H. Standardization of the Revised Wechsler Memory Scale in Shiraz. *Iran J Psychiat Clin Psychol*. 2002;7(4):56-66.[Persian]
31. Klingberg T. Training and plasticity of working memory. *Trends Cogn Sci*. 2010;14:317-24.
32. Nazifi M. Comparison of the Effectiveness of Computer-Assisted Cognitive Remediation (CACR) and Drug Therapy in the Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Tehran: Tarbiat Modares University; 2011. [Persian]
33. Marnat GG. Handbook of Psychological Assessment. 4th ed. USA: John Wiley & Sons; 2003.
34. Ruchsov M, Walter H, Buchheim A, Martius P, Spitzer M, Kachele H, et al. Electrophysiological correlates of error processing in borderline personality disorder. *Biol Psychol*. 2006;72(2):133-40.
35. Ruchsov M, Groen, G, Kiefer, M, Buchheim, A, Walter, H, Martius, P, et al. Response inhibition in borderline personality disorder: Event-related potentials in a Go/ No go task. *J Neural Transm*. 2008;115(1):127-33.
36. O'Leary K. Borderline personality disorder. Neuropsychological testing results. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23:41-60.
37. Krause-Utz A, Oei N, Niedtfeld I, Bohus M, Spinhoven P, Schmahl C, et al. Influence of emotional distraction on working memory performance in borderline personality disorder. *Psychol Med*. 2012;42(10):2181-92.
38. Dolan M, Anderson IM, Deakin JFW. Relationship between 5-HT function and impulsivity and aggression in male offenders with personality disorders. *British J Psychiatr*. 2001;178:352-59.
39. O'Leary KM, Brouwers P, Gardner DL, Cowdry RW. Neuropsychological testing of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatr*. 1991;148:106-11.
40. Dolan M, Park I. The neuropsychology of antisocial personality disorder. *Psychol Med*. 2002;32(3):417-27.
41. Dowson JH, McLean A, Bazanis E, Toone B, Young S, Robbins TW, et al. Impaired spatial working memory in adults with attention deficit/hyperactivity disorder: Comparisons with performance in adults with borderline personality disorder and in control subjects. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110:45-54.
42. Sachdev P. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychol Med*. 1999;29:507-14.
43. Stuart S, Pfohl, B, Battaglia, M, Bellodi, L, Grove, W, Cadoret, R. The co-occurrence of DSM-III-R personality disorders. *J Pers Disorder*. 1998;12:302-15.
44. Owen A, Downes J, Sahakian B, Polkey C, Robbins T. Planning and spatial working memory following frontal lobe lesions in man. *Neuropsychologia*. 1990;28:1021-34.
45. Owen A, Evans, AC, Petrides M. Evidence for a two-stage model of spatial working memory processing within the lateral frontal cortex: a positron emission tomography study. *Cerebral Cortex*. 1996;6:31-8.