

مقاله‌ی پژوهشی

مقایسه‌ی شیوه‌ی خاطره‌نگاری بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دوقطبی

خلاصه

مقدمه: اختلالات روانی به دلیل فقدان نقایص جسمی به سختی تشخیص داده می‌شوند. این مشکل وقتی تشدید می‌شود که دو اختلال دارای نشانه‌ها و علائم بسیار شبیه به هم باشند. هدف از مطالعه‌ی حاضر، مقایسه‌ی شیوه‌ی خاطره‌نگاری بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دوقطبی می‌باشد.

روش کار: این پژوهش، پس‌رویدادی از نوع مورد-شاهدی بود که با روش خاطره‌نگاری بر روی ۶۰ بیمار مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دوقطبی بستری در بیمارستان‌های فاطمی و ایثار اردبیل در سال ۱۳۸۷ که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، انجام شد. ابزار تحقیق شامل پرسش‌نامه‌ی مصاحبه‌ی بالینی، روش خاطره‌نگاری و پرسش‌نامه‌ی علائم مثبت و منفی (PANSS) بود. از روش تحلیل واریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه $68/07 \pm 10/36$ سال بود. تفاوتی از نظر میزان تحصیلات، وضعیت ازدواج، شغل و سن وجود نداشت اما تفاوت بین گروه‌ها از نظر تعداد روزهای بستری، معنی‌دار بود ($P < 0/001$). خاطرات بیماران دوقطبی از تنوع بیشتری نسبت به دو گروه دیگر (اسکیزوافکتیو و اسکیزوفرنی) برخوردار بود که از لحاظ آماری نیز معنی‌دار بود ($P < 0/001$). بیماران اسکیزوفرنی نسبت به دو گروه دیگر از میزان بی‌نظمی نوشتاری بیشتر و از لحاظ میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی از مقدار کمتری برخوردار بودند که هر دو مورد از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$ ، $P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، میانگین تعداد خاطرات و کلمات عاطفی و هیجانی در بیماران اسکیزوفرنی کمتر از بیماران اسکیزوافکتیو و دوقطبی می‌باشد و در بیماران اسکیزوافکتیو نیز کمتر از دوقطبی می‌باشد. هم‌چنین از لحاظ نحوه‌ی نگارش، بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با بیماران اسکیزوافکتیو و دوقطبی، بی‌نظمی نوشتاری بیشتری داشته و این بی‌نظمی در بیماران اسکیزوافکتیو نیز بیشتر از بیماران دوقطبی بود.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو

بیبا شهباززادگان

کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه

علوم پزشکی اردبیل

*فرشاد شیخ‌کبری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، اردبیل

مهدی صمدزاده

متخصص روان‌پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی اردبیل

حسین قمری‌گیوی

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی

روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل

محمد نریمانی

استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی

روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل

*مؤلف مسئول:

ایران، اردبیل، میدان شریعتی، خیابان

آیت الله خامنه‌ای، ساختمان آتیا، طبقه‌ی

دوم، مرکز مشاوره‌ی تخصصی ابن‌سینا

f-sha-2008@yahoo.com

تلفن: ۰۴۵۱۲۲۵۲۵۸۵

تاریخ وصول: ۹۰/۴/۴

تاریخ تایید: ۹۰/۱۱/۱۱

بی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری کارکنان بیمارستان‌های دکتر فاطمی و ایثار اردبیل سپاسگزاری می‌گردد.

Original Article

Comparison of memory writing style in patients with disorders, schizophrenia, schizoaffective and bipolar mood

Abstract

Introduction: Mental disorders difficultly are detected because not associated with physical defects. When disorders have signs and symptoms are very similar, the problem is much. The main goal of this study was survey of comparison of memory writing style in patients with disorders, schizophrenia, schizoaffective and bipolar mood.

Materials and Methods: Research methods of this study were after the events, the type of case-control on 60 patients with schizophrenia, schizoaffective and bipolar mood of Fatemi and Eisar hospital in Ardabil city in 2008. Participants were chosen with sampling available method. Data were collected using clinical interview questionnaire and symptoms of positive and negative questionnaire (PANSS). For data analysis variance methods was used.

Results: Findings showed that the average age of patients was 68.07 ± 10.36 years. There was no difference between groups from education level, marital status, occupation and age. Difference between groups was significant of the number of days hospitalization ($P < 0.01$). Patients memories of bipolar mood was variation than other groups (schizoaffective, schizophrenia) that there is statistically significant ($P < 0.01$). Schizophrenia patients in comparison with other two groups were higher writing irregularities that there is statistically significant ($P < 0.01$). Schizophrenia patients in comparison with other two groups were lower average number of emotional words that there is statistically significant ($P < 0.01$).

Conclusion: The results showed the average number of memories emotional words in schizophrenia patients less than schizoaffective and bipolar mood patients, and schizoaffective patients less than bipolar mood patients. Also manner of writing, schizophrenia patients were higher writing irregularities compare with schizoaffective and bipolar mood patients and this writing irregularities schizoaffective patients more than bipolar mood patients.

Keywords: Bipolar disorder, Schizoaffective, Schizophrenia

Bitra Shahbazzadegan

M.Sc. in nursing education, Ardabil University of Medical Sciences

**Farshad Sheikh Akbari*

M.Sc. in clinical psychology, Ardabil

Mehdi Samadzadeh

Psychiatrist, Ardabil University of Medical Sciences

Hossein Ghamari Givi

Assistant professor of psychology, Faculty of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil

Mohammad Narimani

Professor of psychology, Faculty of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil

*Corresponding Author:

Ibn-e-Sina Counseling Center, 2nd floor, Ania Building, Ayatollah Khamenei St., Ardabil, Iran
f-sha-2008@yahoo.com

Tel: +984512252585

Received: Jun. 25, 2011

Accepted: Jan. 31, 2012

Acknowledgement:

This study was approved by research committee of Islamic Azad University of Ardabil. No grant has supported this study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Shahbazzadegan B, Sheikh Akbari F, Samadzadeh M, Ghamari Givi H, Narimani M. Comparison of memory writing style in patients with disorders, schizophrenia, schizoaffective and bipolar mood. Journal of Fundamentals of Mental Health 2012; 14(1): 78-87.

مقدمه

یکی از مسایل مهم در حیطه‌ی آسیب‌شناسی روانی تشخیص درست اختلالات روانی است. از بیماری‌هایی که تشخیص آن‌ها از یکدیگر مشکل و زمان‌بر می‌باشد، بیماری اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو و بیماری خلقی دوقطبی می‌باشد که تشخیص این سه اختلال از هم به جهت انتخاب نوع درمان، ضروری به نظر می‌رسد. از آن جا که نشانه‌های بیماری‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و خلقی دوقطبی با هم در بسیاری از جهات مشترک هستند، تشخیص این سه اختلال از هم بسیار مشکل می‌باشد. به عنوان مثال بی‌میلی به دنیا (فقدان احساس لذت) هم ویژگی کلیدی سندرم‌های افسردگی و هم یک علامت منفی اسکیزوفرنی محسوب می‌شود. در واقع از لحاظ نشانه‌شناسی، شباهت‌های مشترک زیادی بین بیماری اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو و بیماری خلقی دوقطبی وجود دارد و نشانه‌هایی چون داشتن هذیان یا فقدان بینش به تنهایی نمی‌تواند درجه‌ی تشخیص افتراقی را داشته باشد و در این زمینه، آگاهی کمی راجع به رابطه‌ی بین عاطفه و هذیان وجود دارد (۱).

از لحاظ تاریخی، مطالعات انجام گرفته در جهت تشخیص افتراقی بیماری اسکیزوفرنی از بیماری خلقی نشان داده است که باورهای هذیانی در اسکیزوفرنی بیشتر غیر منطقی، عجیب و غریب و منظم و پایدارتر از بیماری افسردگی سایکوتیک می‌باشد در حالی که هذیان در افراد مبتلا به بیماری افسردگی بیشتر تحت تاثیر هیجان‌ات می‌باشد. به عبارت دیگر هذیان در اسکیزوفرنی، ناهماهنگ با خلق بوده ولی هذیان در بیماری خلقی هماهنگ با خلق می‌باشد (۲).

با توجه به نقش ناحیه‌ی آمیگدال و سیستم لیمبیک در هیجان‌ات و عواطف در تعدادی از مطالعات انجام گرفته، گزارش شده است که آمیگدال در افراد مبتلا به بیماری خلقی دوقطبی نسبت به افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی بزرگ‌تر می‌باشد (۳) و تحقیق دیگر در تحلیل ساختار ناحیه‌ی آمیگدال در افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی توسط MRI نشان داده است که حجم ناحیه‌ی آمیگدال به طور معنی‌داری در بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کاهش پیدا کرده است. این

مطلب، همسو با نتایج تحقیقات اکسندر^۱ است که کوچک‌تر شدن حجم و اندازه‌ی آمیگدال را که در پردازش هیجانی نقش اساسی را به عهده دارد، در بیماران اسکیزوفرنی مطرح کرده است (۴).

یکی از ویژگی‌های اصلی بدکارکردی که با اختلال اسکیزوفرنی مرتبط می‌باشد مربوط به نحوه‌ی پردازش هیجانی در بیماران اسکیزوفرنی است و ممکن است ناتوانی ویژه‌ای در نحوه‌ی مکاتبه و برقراری ارتباط از لحاظ هیجانی در بین بیماران وجود داشته باشد و بیماران اسکیزوفرنی مشکلات زیاده‌تری را در زمینه‌ی شناسایی و بیان هیجان‌ها نشان دهند (۵). تحقیقات گذشته اشاره کرده‌اند که هر دو ویژگی تشخیصی و بازشناسی هیجان‌ها و بیان آن‌ها و تظاهرات عاطفی و هیجانی در بیماران اسکیزوفرنی، آسیب دیده است (۶،۷) که این نقص (داشتن حالت آلکسی‌تایمی) به احتمال خیلی زیاد یک ویژگی و صفت باثبات در بیماران اسکیزوفرنی به حساب می‌آید (۴).

سدرو^۲ و همکارانش نشان دادند که بیماران اسکیزوفرنی، نمره‌ی بالاتری در پرسش‌نامه‌ی آلکسی‌تایمی نسبت به گروه شاهد کسب کردند، به طور مثال بیماران اسکیزوفرنی مشکلات زیاده‌تری را در زمینه‌ی شناسایی و بیان هیجان‌ها دارند (۸). اگر چه بدکارکردی هیجانی به عنوان یکی از نشانه‌های اسکیزوفرنی در تحقیقات اولیه بیان شده است از جمله می‌توان به سطحی شدن عاطفه که جزو علائم منفی در اسکیزوفرنی به حساب می‌آید علاوه بر آن در ملاک‌های تشخیصی کورت‌اشنایدر برای اختلال اسکیزوفرنی احساس فقر هیجانی جزو علائم درجه‌ی دو بیان شده است (۹) ولی تا حد زیادی در تحقیقات معاصر، مورد غفلت واقع شده است و در طول دهه‌ی گذشته اکثر محققین و متخصصین بالینی بر این باور بودند که آشفتگی هیجانی، واکنشی برای اختلال موجود است و از بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی به عنوان یک بیمار غیرعاطفی در مقابل بیماری دوقطبی یاد می‌کردند ولی در تحقیقات دیگری که در سال‌های اخیر صورت گرفته است این طور بیان می‌شود که آشفتگی یا بدکارکردی هیجانی می‌تواند به عنوان هسته‌ی

^۱Exner

^۲Cedro

مرکزی نشانه‌ی اسکیزوفرنی باشد (۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در فهم و تشکیل بیان هیجانی از جمله در تشخیص کلمات هیجانی موجود در متن نوشتاری و شنیداری، ضعف نشان می‌دهند اما پژوهش‌هایی که بتواند نقصان در بیان هیجانی خود بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را نشان دهد، اندک است. بنابراین مسئله‌ی اصلی که در این پژوهش با آن مواجه هستیم این است که در بیان نوشتاری افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی، شکل بروز هیجان و عاطفه چگونه است و در مقایسه با افراد مبتلا به بیماری اسکیزوافکتیو و اختلال خلقی دوقطبی بیان کلمات هیجانی و حوادث مختلف چه تفاوت‌هایی دارد؟ (۱۱).

با توجه به هم‌پوشی زیاد بین این سه اختلال، فهم بهتر افسردگی در اسکیزوفرنی مهم است زیرا مواجهه‌ی افراد با ناراحتی افزایش یافته که باعث عملکرد ضعیف‌تر شده، میزان عود و مرگ و میر به دلیل هموار شدن خودکشی را افزایش می‌دهد. افسردگی می‌تواند یک قسمت از کل اسکیزوفرنی باشد و افزون بر آن ممکن است توسط درمان نورولپتیکی ایجاد شود. بنابراین در نظر گرفتن ماهیت افسردگی در بیماران اسکیزوفرنی و تشخیص آن مهم است. ارتباط بین افسردگی و تظاهرات اسکیزوفرنی در دوره‌های مختلف بیماری با در نظر گرفتن ابزار سنجش افسردگی، متفاوت گزارش شده است (۱۲). این مطالعه به منظور بررسی مقایسه‌ی شیوه‌ی خاطره‌نگاری بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و خلقی دوقطبی اجرا گردید.

روش کار

روش پژوهش فعلی، پس‌رویدادی از نوع مورد-شاهدی و روش خاطره‌نگاری بود. عمده‌ترین ویژگی روش پس‌رویدادی، این است که این پژوهش پس از وقوع علت، آغاز شده و پژوهشگر اقدام به جمع‌آوری اطلاعات می‌کند. پژوهشگر، معلول یا متغیر وابسته را مورد بررسی قرار داده و با مراجعه به گذشته به بررسی علل احتمالی می‌پردازد.

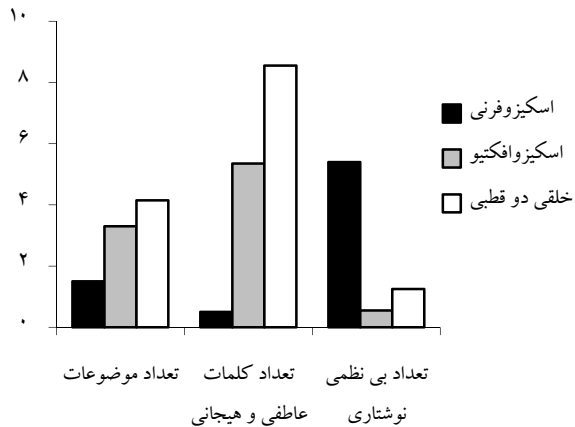
با تهیه‌ی معرفی‌نامه از طرف دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل و دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، جامعه‌ی آماری این پژوهش از بین بیماران بستری در بیمارستان فاطمی بخش اعصاب و روان

مردان و بیمارستان روان‌پزشکی ایثار اردبیل در بهار سال ۱۳۸۷ انتخاب گردیدند و مورد مصاحبه و آزمون قرار گرفتند. به منظور رعایت حقوق افراد شرکت‌کننده در پژوهش، ابتدا در مورد نحوه‌ی استفاده از اطلاعات حاصل از پژوهش توضیحاتی به ایشان ارائه شد و ضمن تاکید بر رازداری اسناد نوشتاری و مشخصات فردی و گرفتن رضایت فردی از شرکت‌کنندگان و یکی از نزدیکان ایشان، پژوهش انجام شد. سپس به انجام مصاحبه‌ی بالینی تشخیصی با توجه به ملاک‌های چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اقدام شد و در صورت رسیدن به تشخیص واحد از طرف پژوهشگر و نظر تشخیصی روان‌پزشک مربوطه که بر روی پرونده‌های بیماران درج شده بود، از بین بیماران به صورت قرعه‌کشی به تعداد نصف افراد بستری شده در آن هفته‌ی مورد نظر در آخر هفته انتخاب می‌شدند و به این شکل آخر هر هفته افراد جدید پذیرش شده، تا تکمیل تعداد نمونه‌ی مورد نظر، غربالگری شدند. به دلیل کنترل عامل دارو، متغیر سن و میزان تحصیلات آزمودنی‌ها از بین بیماران تازه بستری شده که معیارهای ورود به تحقیق را داشتند بعد از تشکیل پرونده در آخر هفته نمونه‌گیری انجام گرفت. معیارهای ورود شامل تشخیص بیماری اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و اختلال خلقی دوقطبی بر اساس معیارهای راهنمای تشخیص آماری اختلال روانی در مصاحبه‌ی ساختار یافته، داشتن سن ۱۸ سال به بالا، داشتن تحصیلات سیکل تا کارشناسی، عدم شروع دارو قبل از بستری و تشخیص روان‌پزشک بود. در ضمن به منظور کنترل اثر سطح تحصیلات در میزان غلط‌های نگارشی نمونه‌های تحقیق از بین افراد دارای سطح تحصیلات سیکل تا کارشناسی که در هر سه گروه، همتا شده بودند استفاده شد.

در ادامه‌ی کار در جلسه‌ی دیگری بر روی این افراد ابتدا پرسش‌نامه‌ی علایم مثبت و منفی (PANSS)^۱ اجرا گردید و در جلسه‌ی دیگر از همان بیماران خواسته شد وقایع ۶ ماه اخیر زندگی خود را بنویسند. سپس اطلاعات نوشتاری مربوطه جمع‌آوری گردید. سپس با استفاده از روش تحلیل محتوا،

^۱Positive and Negative Syndrome Scale

درصد از آنان مجرد و ۵۵ درصد متأهل بودند. از نظر تعداد دفعات بستری، ۱۵ درصد سابقه‌ی یک بار مراجعه، ۱۳/۳ درصد سه بار، ۴۱/۷ درصد مراجعه‌ی مکرر و ۲۰ درصد بین ۱۰-۴ بار مراجعه برای بستری داشتند. روزهای بستری بین گروه‌ها یکسان بود و هر سه گروه در یک هفته‌ی اخیر بستری شده بودند. نتایج تجزیه‌ی واریانس نشان داد که بین گروه‌های مورد مطالعه از نظر تعداد موضوع، تعداد کلمات عاطفی و هیجانی و تعداد بی‌نظمی نوشتاری، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/001$). میانگین تعداد موضوع، تعداد کلمات عاطفی و هیجانی و تعداد بی‌نظمی نوشتاری در گروه‌های مورد مطالعه در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱ - مقایسه‌ی میانگین تعداد موضوع، تعداد کلمات عاطفی و هیجانی و تعداد بی‌نظمی نوشتاری در گروه‌های مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دوقطبی (در سیستم تجزیه و تحلیل SPSS)

بیشترین میزان تعداد موضوع و تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در گروه خلقی دوقطبی مشاهده شد و بیشترین تعداد بی‌نظمی نوشتاری مربوط به گروه اسکیزوفرنی بود. کمترین میزان تعداد موضوع و تعداد کلمات عاطفی و هیجانی متعلق به گروه اسکیزوفرنی بود و کمترین میزان تعداد بی‌نظمی نوشتاری مربوط به گروه خلقی دوقطبی بود. گروه اسکیزوافکتیو نیز حالت بینابینی داشت.

نتایج توصیفی مقیاس کلی علائم منفی و مثبت (PANSS) در جدول ۱ نشان می‌دهد که در کل، میانگین علائم مثبت و منفی

کدگذاری، تحلیل و بررسی محتوای نوشتاری بیماران انجام شد (همان طوری که اشاره شد کدگذاری توسط پژوهشگر و استاد راهنمای مربوطه صورت گرفته و ضریب پایایی بین دو کدگذار ۰/۸۰ شد). نمونه‌ای از کلمات عاطفی و هیجانی کدگذاری شده عبارت بودند از: شادی، غم، ناراحتی، اندوهگین، نفرت، دوست داشتن، عشق، گریه، خنده، افسردگی، بی‌حوصله. منظور از بی‌نظمی نوشتاری در این تحقیق رعایت نکردن اصول آیین نگارش بود. مثال (من در حال حاضر حوصله نداشته خواهند) و منظور از تنوع موضوعات نوشتاری تعداد موضوعات و حوادث نوشته شده در متن نوشتاری بیماران بود.

با توجه به نتایج حاصل از تشخیص روان‌پزشک و انجام پرسش‌نامه‌ی ساختار یافته در مصاحبه‌ی بالینی و پرسش‌نامه‌ی علائم مثبت و منفی، پژوهشگر و استاد راهنما در حین بررسی عبارات خاطرات از تشخیص نوع بیماری مطلع بودند. اطلاعات به دست آمده از تحلیل محتوای نوشتاری و پرسش‌نامه، با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از شاخص‌های آمار توصیفی برای درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مانووا و LSD استفاده شد.

نتایج

بر اساس یافته‌های پژوهش، میانگین سنی افراد مورد مطالعه در گروه اسکیزوفرنی $38/15 \pm 11/13$ سال، در گروه اسکیزوافکتیو $34/8 \pm 10/99$ سال، در گروه مبتلا به اختلال دوقطبی $35/25 \pm 9/05$ سال و میانگین سنی کل افراد $36/07 \pm 10/36$ سال بود. نتایج تجزیه‌ی واریانس نشان داد که بین گروه‌های مورد مطالعه، تفاوتی از نظر میزان تحصیلات، وضعیت ازدواج، شغل و سن وجود ندارد و تفاوت بین گروه‌ها از نظر تعداد روزهای بستری، معنی‌دار بود ($P < 0/006$).

۶۳/۳ درصد از افراد شرکت‌کننده دارای تحصیلات راهنمایی، ۱۵ درصد دبیرستان، ۱۶/۷ درصد دیپلم و ۵ درصد تحصیلاتی در حد کارشناسی داشتند. ۵۱/۷ درصد از افراد دارای شغل آزاد، ۸/۳ درصد کارمند و ۴۰ درصد از آن‌ها بی‌کار بودند. ۴۵

جدول ۱- نتایج توصیفی مقیاس کلی علایم منفی و مثبت

(PANSS) در سه گروه بیماران مبتلا به اختلالات

اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دوقطبی

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
اسکیزوفرنی	۱۱۲/۹۰۰	۷/۹۷۳	۲۰
اسکیزوافکتیو	۱۱۰/۵۰۰	۸/۳۵۱	۲۰
خلقی دوقطبی	۱۰۵/۹۵۰	۹/۰۴۶	۲۰
کل	۱۰۹/۷۸۳	۸/۸۱۶	۶۰

بنا بر جدول ۳ طبق آزمون LSD تفاوت معنی‌داری بین میانگین تعداد موضوعات بیان نوشتاری بین بیماران سه گروه وجود دارد و میانگین تعداد موضوعات بیان نوشتاری در بین بیماران

در بین گروه بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از دو گروه دیگر می‌باشد و هم‌چنین میانگین علایم مثبت و منفی در بین بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از میانگین علایم مثبت و منفی در بین گروه بیماران خلقی دوقطبی است.

نتایج بررسی میزان تاثیر متغیرهای وابسته در بین سه گروه اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و خلقی دوقطبی در جدول ۲ نشان می‌دهد که از لحاظ میانگین تعداد موضوعات نوشتاری، تعداد کلمات عاطفی و هیجانی و میزان بی‌نظمی نوشتاری بین گروه‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و خلقی دوقطبی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۲- نتایج بررسی میزان تاثیر متغیرهای وابسته در بین سه گروه مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و خلقی دوقطبی

اثر	مجموع مجدورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی‌داری
intercept	تعداد موضوعات نوشتاری	۱	۵۳۴/۰۱۷	۶۶۵/۳۳۲	۰/۰۰۰
	تعداد کلمات عاطفی و هیجانی	۱	۱۳۸۲/۴۰۰	۲۷۵/۰۳۲	۰/۰۰۰
	تعداد بی‌نظمی نوشتاری	۱	۵۶۴/۲۶۷	۲۱۸/۰۵۶	۰/۰۰۰
گروه	تعداد موضوعات نوشتاری	۲	۷۳/۲۳۳	۴۵/۶۲۱	۰/۰۰۰
	تعداد کلمات عاطفی و هیجانی	۲	۶۵۷/۱۰۰	۶۵/۳۶۶	۰/۰۰۰
	تعداد بی‌نظمی نوشتاری	۲	۱۸۰/۲۳۳	۳۴/۸۲۵	۰/۰۰۰

می‌باشد. تفاوت میانگین بی‌نظمی نوشتاری در بین بیماران اسکیزوافکتیو و بیماران دوقطبی از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. بنابراین افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی در بیان خاطرات خود از لحاظ نگارش دچار بی‌نظمی نوشتاری بیشتری نسبت به بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو و دوقطبی، هستند.

بنا بر جدول ۵ مشاهده می‌شود طبق آزمون LSD تفاوت

دوقطبی بیشتر از اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو بوده، میانگین تعداد موضوعات بیان نوشتاری در بین بیماران اسکیزوافکتیو بیشتر از اسکیزوفرنی می‌باشد.

جدول ۴ نشان می‌دهد که طبق آزمون LSD تفاوت معنی‌داری از لحاظ میزان بی‌نظمی نوشتاری در بین هر سه گروه وجود دارد به طوری که میانگین بی‌نظمی نوشتاری در بین بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از دو گروه اسکیزوافکتیو و دوقطبی

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه‌ی تعداد موضوعات نوشتاری بین گروه‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو

و دوقطبی به شکل دو به دو

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین (۱-۲)	خطای استاندارد	معنی‌داری
میانگین تعداد موضوعات	اسکیزوفرنی	اسکیزوافکتیو	-۱/۸۰۰۰°	۰/۲۸۳۳۱	۰/۰۰۰
بیان نوشتاری		دوقطبی	-۲/۶۵۰۰°	۰/۲۸۳۳۱	۰/۰۰۰
	اسکیزوفرنی	دوقطبی	-۰/۸۵۰۰°	۰/۲۸۳۳۱	۰/۰۰۴

دو گروه بیماران اسکیزوافکتیو و دوقطبی می‌باشد و میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در بین بیماران اسکیزوافکتیو و دوقطبی از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. به عبارتی کلمات

معنی‌داری بین میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در بین هر سه گروه وجود دارد. هم‌چنین میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در بیان خاطرات بیماران اسکیزوفرنی کمتر از

عاطفی و هیجانی در بیان خاطرات بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کمتر از بیماران اسکیزوافکتیو و دو قطبی می‌باشد.

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه‌ی میانگین بی‌نظمی نوشتاری بین گروه‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دو قطبی به شکل دو به دو

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین (۱-۲)	خطای استاندارد	معنی‌داری
میانگین بی‌نظمی نوشتاری	اسکیزوفرنی	اسکیزوافکتیو	۲/۸۵۰۰°	۰/۵۰۸۷۰	۰/۰۰۰
	اسکیزوفرنی	دوقطبی	۴/۱۵۰۰°	۰/۵۰۸۷۰	۰/۰۰۰
	اسکیزوفرنی	دوقطبی	۱/۳۰۰۰°	۰/۵۰۸۷۰	۰/۰۱۳

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه‌ی میانگین کلمات عاطفی و هیجانی بین گروه‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دو قطبی به شکل دو به دو

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین (۱-۲)	خطای استاندارد	معنی‌داری
میانگین بی‌نظمی نوشتاری	اسکیزوفرنی	اسکیزوافکتیو	-۴/۸۵۰۰°	۰/۷۰۸۹۷	۰/۰۰۰
	اسکیزوفرنی	دوقطبی	-۸/۰۵۰۰°	۰/۷۰۸۹۷	۰/۰۰۰
	اسکیزوفرنی	دوقطبی	-۳/۲۰۰۰°	۰/۷۰۸۹۷	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

هم‌چنین میانگین بی‌نظمی نوشتاری در بین گروه بیماران اسکیزوافکتیو بیشتر از در بیماران خلقی دو قطبی شد. نتایج این مطالعه با برخی تحقیقات انجام گرفته همسو می‌باشد که از دیدگاه محققین آن‌ها یکی از علایم اصلی بیماران اسکیزوفرنی، شل شدن تداعی‌ها می‌باشد که منجر به اختلال جریان فکر گردیده و این مطلب باعث ایجاد بی‌نظمی از لحاظ نگارشی در بین این گروه از بیماران می‌شود (۱۳) و همسو با نتایج یک مطالعه بود که در زبان افراد اسکیزوفرن، از خط خارج شدن، قطعه قطعه شدن و واژه‌سازی وجود دارد (۱۴).

هم‌چنین بین افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دو قطبی از لحاظ به کار بردن میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در بیان نوشتاری خاطرات خود، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که از لحاظ میزان کلمات عاطفی و هیجانی بین گروه‌های اسکیزوفرن و اسکیزوافکتیو و دو قطبی از لحاظ آماری در سطح $P < 0/05$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به طوری که میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در بین گروه بیماران اسکیزوفرنی کمتر از گروه بیماران اسکیزوافکتیو و دو قطبی می‌باشد و هم‌چنین میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در بین گروه بیماران اسکیزوافکتیو کمتر از بیماران دو قطبی می‌باشد و این تفاوت از لحاظ آماری در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار شد. نتایج

بین بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دو قطبی از لحاظ به کار بردن تنوع موضوعات نوشتاری (تعداد حوادث و اتفاقات بیان شده در خاطرات نوشتاری)، تعداد کلمات عاطفی و هیجانی و بی‌نظمی نوشتاری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج آزمون مانووا و LSD جهت مقایسه‌ی میانگین تعداد موضوعات نوشتاری نشان داد که تفاوت معنی‌داری از لحاظ تعداد موضوعات بیان شده نوشتاری بین گروه‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دو قطبی وجود دارد. به طوری که تعداد موضوعات نوشتاری در بین گروه بیماران دو قطبی بیشتر از دو گروه اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو شد و هم‌چنین تعداد موضوعات نوشتاری در بین بیماران اسکیزوافکتیو بیشتر از بیماران اسکیزوفرنی بود. بین افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دو قطبی از لحاظ نظم نوشتاری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ۹ نفر مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی از نوع آشفته و ۱۰ نفر از نوع پارانوئید انتخاب شدند و در گروه اختلال دو قطبی ۱۰ نفر در فاز مانیک و ۱۰ نفر در فاز افسرده بودند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که از لحاظ نگارش، تفاوت معنی‌داری در بین سه گروه وجود دارد به طوری که میانگین بی‌نظمی نوشتاری در بین گروه بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از گروه اسکیزوافکتیو و دو قطبی شد و

به دست آمده در این تحقیق همسو با نتایج تحقیقات انجام گرفته توسط دیگر محققین می‌باشد (۲). بورود^۱ و همکاران در تحقیق دیگری به مقایسه‌ی عملکرد گروه بیماران اسکیزوفرنی و گروه شاهد پرداختند و از شرکت کنندگان خواستند ۲ جمله را در ۸ نوع هیجان مختلف بیان کنند. نتایج بررسی‌ها نشان داد که عملکرد بیماران اسکیزوفرنی پایین‌تر از گروه شاهد است (۷). مورفی و کاتینگ^۲ در نتایج یکسان به دست آمده با تحقیق حاضر در یک تکلیف از آزمودنی‌های اسکیزوفرنی و گروه شاهد خواستند که ۱۰ جمله را با ۴ نوع هیجان بیان کنند. نتایج نشان داد که میزان عملکرد بیماران اسکیزوفرنی بدتر از گروه شاهد بود (۱۵). در تحقیق انجام شده توسط وایت تا کر^۳ که به مقایسه‌ی عملکرد بیماران اسکیزوفرنی و گروه شاهد پرداخته است، از آزمودنی‌ها درخواست شده ۱۰ جمله را با ۴ نوع هیجان بیان کنند. بر مبنای تحلیل نتایج بیماران اسکیزوفرنی در بیان کلامی هیجان‌های خویش بدتر از گروه شاهد عمل کردند (۱۶).

در تحقیق هاسکینز^۴ در طی یک تکلیف به مدت ۱۰ دقیقه مصاحبه، فراخوانی پاسخ‌های هیجانی آزمودنی‌های مبتلا به اسکیزوفرنی و گروه شاهد انجام شد و نتایج نشان داد که بیماران اسکیزوفرنی در بیان کلامی هیجان‌ها بدتر از گروه شاهد عمل کردند (۱۷).

در تحقیق لیت‌جنس^۵، آزمودنی‌های مبتلا به اسکیزوفرنی در بیان حالات عاطفی نسبت به گروه شاهد عملکرد بدتری را نشان دادند (۱۸).

شاو^۶ و همکاران، در تحقیق خود بر روی گروه بیماران اسکیزوفرنی و شاهد، در طی یک تکلیف به مدت ۲۰ دقیقه مصاحبه از شرکت کنندگان خواستند که تجارب مربوط به شادی، غم و خنثای زندگی خود را توصیف کنند. نتایج نشان داد که بیماران اسکیزوفرنی در بیان هیجان‌های خود نسبت به گروه شاهد عملکرد ضعیف‌تری از خود نشان می‌دهند (۱۹).

در تحقیق آلپرت^۷ از شرکت کنندگان شامل دو گروه اسکیزوفرنی و شاهد، خواسته شد تجارب مربوط به شادی و غم خود را در مدت زمان ۵ تا ۳ دقیقه شرح دهند. در زمینه‌ی بیان هیجان‌ها، بیماران اسکیزوفرنی نسبت به گروه شاهد عملکرد بدتری نشان دادند (۲).

راس^۸ و همکارانش هم همسو با نتایج به دست آمده در تحقیق حاضر، به این نتیجه رسیده بودند که بیماران اسکیزوفرنی در ابراز هیجانی بدتر از گروه شاهد عمل کردند. آن‌ها این نتیجه را در تکلیفی که از آزمودنی‌ها خواسته می‌شد ۱۲ جمله یا تک سیلابی را تحت ۶ نوع هیجان متفاوت ابراز کنند، به دست آورده بودند (۲۰). پوت نام^۹ و همکارانش در بررسی خود از شرکت کنندگان در تحقیق خویش که شامل ۲۶ نفر بیمار اسکیزوفرنی و ۲۰ نفر به عنوان گروه شاهد، در طی تکلیفی خواسته بودند که ۱۶ کلمه و ۴ جمله را تحت ۴ نوع هیجان بیان کنند. نتایج این تحقیق نشان داد که بیماران اسکیزوفرنی در ابراز هیجانی خود بدتر از گروه شاهد عمل می‌نمایند (۲۱).

از نتایج به دست آمده می‌توان به این مطلب اشاره کرد که به احتمال زیاد آسیب‌دیدگی در بیان کلمات عاطفی و هیجانی را در افراد اسکیزوفرنی می‌توان به عنوان یک صفت در نظر گرفت. به طوری که این ویژگی و نقص در بیان هیجان‌ها در بیماران اسکیزوفرنی می‌تواند به عنوان یک مشخصه‌ی ویژه جهت تشخیص و درمان این اختلال به کار برده شود. هم‌چنان که همسو با نتایج تحقیقات انجام گرفته در گذشته، هر دو ویژگی تشخیص، بازشناسی و بیان هیجان‌ها و تظاهرات عاطفی و هیجانی در بیماران اسکیزوفرنی آسیب دیده است (۴، ۶، ۱۱). این نقص یعنی داشتن حالت آلکسی‌تایمی به احتمال زیاد یک ویژگی و صفت باثبات در بیماران اسکیزوفرنی در نظر گرفته شده است. نتایج برخی تحقیقات همسو با نتایج تحقیق حاضر نشان داده است که عاطفه‌ی کند شده به عنوان یک ویژگی ثابت در بیماران اسکیزوفرنی بوده و می‌توان آن را به عنوان یک پیش‌آگهی مهم در مورد بررسی‌های درازمدت در جهت ابتلا به اسکیزوفرنی در نظر گرفت (۱۰). تحقیقات انجام گرفته

¹Borod

²Murphy and Cutting

³Whittaker

⁴Haskins

⁵Leentjens

⁶Shaw

⁷Alpert

⁸Ross

⁹Putnam

اشاره باشد که میانگین کلمات عاطفی و هیجانی در بیان نوشتاری بیماران دوقطبی بیشتر از بیماران اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو می‌باشد (۶). در تحقیق حاضر به تعیین ملاک‌های ضروری برای توصیف و مقایسه‌ی سه گروه بیماری‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و دوقطبی بر اساس خاطره‌نگاری پرداخته شد که می‌توان جهت رسیدن به تشخیص درست از روش خاطره‌نگاری بیماران در کنار سایر اقدامات موجود از جمله مصاحبه‌ی بالینی و انجام آزمون‌های روان‌شناختی استفاده کرد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم کنترل درجه‌ی ازمان بیماری در آزمودنی‌های شرکت‌کننده و محدود شدن آن به جنسیت مذکر اشاره نمود.

ثابت کرده است که نیم‌کره‌ی راست نسبت به نیم‌کره‌ی چپ نقش اصلی و غالب را در جهت ادراک و بیان هیجان‌ها به عهده دارد. در این راستا تحقیقات دیگری نیز نشان داده که در بیماران اسکیزوفرنی ناحیه نیم‌کره‌ی راست قسمت فرونتال نسبت به نیم‌کره‌ی چپ از فعالیت کمتری برخوردار است (۱۱). نتایج تحقیقات ادواردز^۱ و همکاران از این موضوع حمایت کرده است که ناحیه‌ی آمیگدال که مسئول پردازش هیجان‌ها و عواطف در انسان است، در بیماران اسکیزوفرن دچار بدکارکردی و کوچکی حجم شده که عکس این وضعیت در مورد بیماران خلقی یعنی افزایش حجم ناحیه‌ی آمیگدال مشاهده شده است و می‌تواند دلیلی بر نتایج تحقیقات مورد

¹Edwards

References

1. Mathews JR, Barch DM. Episodic memory for emotional and non-emotional words in individuals with anhedonia. *J Psychiatr Res* 2006; 143: 121-33.
2. Alpert M, Rosenberg SD, Pouget ER, Shaw RJ. Prosody and lexical accuracy in flat affect schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2000; 97: 107-18.
3. Altschuler E. Shakespeare knew the layered clothing sing of schizophrenia. *Br Med J* 1999; 319: 520-1.
4. Exner C, Boucein K, Degener D, Weniger IE. Impaired emotional learning and reduced amygdale a size in schizophrenia: a 3- month followup. *Schizophr Res* 2004; 71: 493-503.
5. Vant Wout M, Aleman A, Roy PC, Frank Laro K, Kahn R. Emotional processing in a nonclinical psychosis- prone sample. *Schizophr Res* 2004; 68: 271-81.
6. Edwards J, Pattison PE, Jackson HJ, Wales RJ. Facial affect and affective prosody recognition in first- episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2001; 48: 235-53.
7. Borod G, Borod J, Welkowitz M, Alpert A, Brozgold C, Martin E, et al. Parameters of emotional processing in neuropsychiatric disorders conceptual issues and a battery of tests. *J Commun Disord* 1990; 23: 247-71.
8. Cedro A, Kokoszka A, Popiel A, Narkiewicz-Jodko W. Alexithymia in schizophrenia: An exploratory study. *Psychol Rep* 2001; 89: 95-8.
9. Sadock BJ, Sadock VA. [Review of clinical psychology]. Poorafkari N. (translator). 2001; 1st ed. Tehran, Azadeh; 2001: 95. (Persian)
10. Beren Baum H, John G, Laural K, Jose V, Gomez J. Cognitive correlates of schizophrenia signs and symptoms: II- Emotional disturbances. *J Psychiatr Res* 2008; 159: 157-62.
11. Hoekert M, Kahn RS, Pijnenborg M, Aleman A. Impaired recognition and expression of emotional prosody in schizophrenia: Review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2007; 96: 135-45.

12. Sadat Bahaeddin Sh, Sadeghi M. [The relationship between depression and positive symptoms in the acute phase of chronic schizophrenia disorder]. *Tehran University medical journal* 2004; 62(1): 24-30. (Persian)
13. Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 14-24.
14. Cella M, Cooper A, Dymond S, Reed P. The relationship between dysphoria and proneness to hallucination and delusions among young adults. *Compr Psychiatry* 2008; 49(6): 544-50.
15. Murphy D, Cutting J. Prosodic comprehension and expression in schizophrenia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990; 53: 727-30.
16. Whittaker JF, Connell J, Deakin JF. Receptive and expressive social communication in schizophrenia. *Psychopathology* 1994; 27: 262-7.
17. Haskins B, Shutty J, Kellogg E. Affect processing in chronically psychotic patients: Development of a reliable assessment tool. *Schizophr Res* 1995; 15: 291-7.
18. Leentjens A, Wilaert S, van Harskamp F, Wilmink F. Disturbances of affective prosody in patients with schizophrenia; a cross sectional study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 64: 375-8.
19. Shaw RJ, Dong M, Lim KO, Faustman WO, Pouget ER, Alpert M. The relationship between affect expression and affect recognition in schizophrenia. *Schizophr Res* 1999; 37: 245-50.
20. Ross ED, Orbelo DM, Cartwright J, Hansel S, Burgard M, Testa JA, et al. Affective-prosodic deficits in schizophrenia: profiles of patients with brain damage and comparison with relation to schizophrenic symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 70: 597-604.
21. Putnam KM, Kring AM. Accuracy and intensity of posed emotional expressions in unmedicated schizophrenia patients: Vocal and facial channels. *J Psychiatr Res* 2007; 151: 67-76.