

Differential Diagnosis of Schizophrenia and Schizoaffective Disorder: the Role of Emotional Content of Memories

Malahat Amani¹, Hossein Alizade², Esmail Shiri^{3*}

1. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Bojnourd, Bojnourd, Iran.
2. MSc of Clinical Child and Adolescent Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
3. PhD Candidate of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Received: 29 Oct 2017, Accepted: 29 Nov 2017

Abstract

Background: The exact diagnosis of schizophrenic disorder from schizoaffective disorder has always been a challenge for therapists due to the comorbidity of many signs and symptoms. The purpose of this study is to investigate the differential diagnosis of schizophrenia disorder from schizoaffective disorder, focusing on the emotional content of their memories.

Materials and Methods: The present study is a causal-comparative study on 23 male and female patients with schizophrenia and schizoaffective disorder (without any comorbid diagnosis). Using a clinical interview, the emotional events and memories of their lives, as well as the amount of affective and emotional words used by these patients in expressing their memories, have been assessed. To determine the differences between the two groups, the data were analyzed by Chi-square test.

Results: Results showed that men with schizophrenia had a significant difference in expressing the amount of emotional events in their lives, as well as in expressing affective and emotional words compared to schizoaffective men. But, this difference was not observed in schizophrenic and schizoaffective women.

Conclusion: The findings of this study suggest that differential diagnosis of schizophrenia and schizoaffective disorder can be made with emphasis on the emotional content of memories, especially in men.

Keywords: Differential diagnosis, Emotional content of memory, Schizoaffective disorder, Schizophrenia disorder.

*Corresponding Author:
Address: Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
Email: Esmail.shiri67@yahoo.com

تشخیص افتراقی اختلال اسکیزوفرنی از اسکیزوافکتیو با تمرکز بر محتوای هیجانی خاطرات

ملاحت امانی^۱، حسین علی زاده^۲، اسماعیل شیری^{۳*}

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۶/۸/۷، تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۸

چیکده

زمینه و هدف: تشخیص دقیق اختلال اسکیزوفرنی از اختلال اسکیزوافکتیو، به دلیل مشترک بودن بسیاری از علائم و نشانه‌ها، همواره به منزله‌ی چالشی برای درمان‌گران بوده است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی تشخیص افتراقی اختلال اسکیزوفرنی از اختلال اسکیزوافکتیو با تمرکز بر محتوای هیجانی خاطرات آن‌ها است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، از نوع علی‌مقایسه‌ای است که بر روی ۲۳ بیمار مرد و زن دارای اختلال اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو (بدون تشخیص همبود دیگر) انجام شده است. با استفاده از مصاحبه‌ی بالینی به بررسی حوادث و خاطرات هیجانی زندگی آن‌ها و همچنین میزان استفاده از کلمات دارای بار هیجانی و عاطفی در بیان خاطرات این افراد پرداخته شده است. به منظور بررسی تفاوت بین دو گروه، داده‌ها توسط آزمون آماری کای مربع تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مردان مبتلا به اسکیزوفرنی هم در بیان تعداد حوادث و رویدادهای هیجانی زندگی خود و هم در بیان کلمات دارای بار هیجانی و عاطفی، نسبت به مردان اسکیزوافکتیو، تفاوت معناداری دارند. اما این تفاوت در مقایسه‌ی زنان اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد به منظور تشخیص افتراقی بین اختلال اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو، با تاکید بر محتوای هیجانی خاطرات، می‌توان اقدام به تشخیص افتراقی دقیق‌تری به خصوص در مردان نمود.

واژگان کلیدی: تشخیص افتراقی، محتوای هیجانی خاطرات، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال اسکیزوفرنی.

* نویسنده مسئول: ایران، تهران، دانشگاه شهید بهشتی

Email: Esmail.shiri67@yahoo.com

مقدمه

یکی از مسایل مهم در زمینه‌ی آسیب‌شناسی روانی، تشخیص درست اختلالات روانی است (۱). دو اختلالی که تشخیص آن‌ها از یکدیگر مشکل و زمان‌بر است، اختلال اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو می‌باشد، چرا که تشخیص دقیق این دو اختلال از یکدیگر در انتخاب درمان مناسب هر اختلال تأثیر زیادی دارد و مداخلات داروشناسی روانی و هم‌چنین مداخلات روانی-اجتماعی در هر یک از این دو اختلال متفاوت می‌باشند (۲). از آنجایی که علائم و نشانه‌های این دو اختلال در بسیاری از جهات با هم مشترک هستند، تشخیص آن‌ها از یکدیگر بسیار مشکل می‌باشد. به عنوان مثال، بی‌میلی به دنیا (فقدان احساس لذت) هم ویژگی کلیدی افسردگی در اختلال اسکیزوافکتیو و هم یک علامت منفی اسکیزوفرنی محسوب می‌شود. در مورد اختلال اسکیزوافکتیو، برخی معتقد هستند که یک اختلال خلقی است که ویژگی‌های سایکوتیک دارد و باید جزء طبقه‌ی اختلالات خلقی پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی قرار گیرد (۳)، در حالی که عده‌ی دیگری مخالف این عقیده هستند و همان‌طور که در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی آمده است، اختلال اسکیزوافکتیو، در زمره‌ی اختلالات طیف اسکیزوفرنی قرار گرفته است (۴). در نتیجه، به منظور ارائه‌ی یک رویکرد تشخیصی دقیق، بسیار مهم است تا شباهت‌ها و تفاوت‌های این دو اختلال از یکدیگر متمایز شوند (۵). در واقع از لحاظ نشانه‌شناسی، شباهت‌های مشترک زیادی بین اختلال اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو وجود دارد و وجود علائمی چون داشتن هذیان یا فقدان بینش به تنهایی نمی‌تواند معیار دقیقی جهت تشخیص افتراقی این دو اختلال باشد و در این زمینه، آگاهی اندکی در مورد رابطه‌ی بین عاطفه و هذیان وجود دارد (۶).

هم‌چنین در مورد تفاوت‌های اسکیزوفرنی از اسکیزوافکتیو منازعات زیادی وجود دارد. برای مثال نتایج مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اسکیزوافکتیو در

مقایسه با بیماران اسکیزوفرنی، بیشتر زن (۷)، دارای حمله دیرتر (۸)، سازگاری بهتر قبل از بیماری (۹)، دوره‌ی روان‌پریشی درمان‌نشده‌ی طولانی‌تر (۱۰)، عملکرد شغلی و اجتماعی بهتر (۷، ۱۱)، مشکلات بیشتر در زمینه‌ی سوء استفاده از الکل و دارو (۱۲) علائم شدید منفی کمتر (۱۳) و در مجموع پیامدهای طولانی مدت بهتری دارند (۱۴). با این وجود، مطالعات دیگری نیز وجود دارد که نشان می‌دهد بین اختلال اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو از نظر جنسیت (۱۵)، سن شروع حمله (۱۱) و پیامدهای طولانی مدت در دو اختلال، تفاوتی وجود ندارد (۵). تمامی این اختلاف‌نظرها، باعث دشوارتر شدن تشخیص افتراقی اختلال اسکیزوفرنی از اسکیزوافکتیو شده است.

یکی از زمینه‌های بحث در خصوص تفاوت بین اختلال اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو، مسایل هیجانی می‌باشد. بسیاری معتقد هستند که باورهای هذیانی در اسکیزوفرنی بیشتر غیرمنطقی، عجیب و غریب، منظم و پایدارتر از اختلال اسکیزوافکتیو است. در حالی که هذیان در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو، بیشتر تحت تأثیر هیجان‌ات می‌باشد. به بیان دیگر، در اسکیزوفرنی در مقایسه با اسکیزوافکتیو بیشتر احتمال دارد تا هذیان با خلق ناهماهنگ باشد (۱۶). مطالعات نروسایکولوژی نیز نشان داده‌اند که حجم ناحیه‌ی بادامه که نقش اساسی در هیجان‌ات و عواطف دارند، در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به طور معناداری کاهش پیدا کرده است. این در حالی است که در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی حجم بادامه به طور قابل توجهی بزرگتر از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است. این یافته‌ها همسو با تحقیقات چنگ است که در آن نشان داده است کوچک شدن حجم بادامه باعث مشکلاتی در پردازش هیجانی بیماران اسکیزوفرنی می‌شود (۱۷).

از دیگر ویژگی‌های مشکلات هیجانی که در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی وجود دارد، نحوه‌ی پردازش هیجانی در بیماران اسکیزوفرنی است. این افراد مشکلات متعددی در نحوه‌ی تبادل و برقراری هیجان و هم‌چنین در

الف) بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی در مقایسه با بیماران مبتلا به اسکیزوافکتیو، خاطرات هیجانی کمتری گزارش می‌کنند.

ب) بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی در مقایسه با بیماران مبتلا به اسکیزوافکتیو، در بیان خاطرات خود، از کلمات با بار هیجانی و عاطفی کمتری استفاده می‌کنند.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است و با هدف مقایسه‌ی بین دو گروه بیماران اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو انجام شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی بیماران اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو که در بخش اعصاب و روان بیمارستان شهید فاطمی استان اردبیل در سال ۱۳۹۵ بستری بودند، انتخاب گردید. معیارهای ورود به پژوهش، داشتن یکی از اختلالات اسکیزوفرنی یا اسکیزوافکتیو که در بیمارستان بستری شده باشند، سن ۱۸ تا ۶۰ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، فقدان بیماری جسمی منجر به اختلال شناختی نظیر تروما به سر، دمانس، عقب‌ماندگی ذهنی و بیماری صرع، فقدان بیماری و نقص جسمانی مزمن، نظیر ضعف بینایی، شنوایی و کلامی یا اختلالات حسی و پر کردن فرم رضایت‌نامه‌ی آگاهانه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز داشتن اختلال روانپزشکی همبود بود. روش نمونه‌گیری نیز در دسترس انتخاب شد.

از بین تمام بیماران اسکیزوفرنیک و اسکیزوافکتیو در پژوهش حاضر، تعداد ۲۷ نفر نمونه برای پژوهش انتخاب شدند که با معیارهای ورود و خروج پژوهش منطبق بودند و تمام آن‌ها تشخیص اسکیزوفرنی یا اسکیزوافکتیو را از روانپزشک فوق تخصص دریافت کرده بودند و در پرونده‌ی آن‌ها سابقه‌ی تشخیص همبود وجود نداشت. به منظور دقیق‌تر شدن روند تشخیص بیماران، روانپزشک دیگری به جز روانپزشکی که در ابتدا بیماران را مورد ارزیابی قرار داده بود، اقدام به مصاحبه‌ی بالینی از بیماران نمود. در نهایت، تعداد ۴

زمینه‌ی شناسایی، بیان و تنظیم هیجان نشان داده‌اند (۱۸). این نقص به احتمال زیاد یک ویژگی و صفت باثبات در بیماران اسکیزوفرن محسوب می‌شود (۱۹). کوبوتا و همکاران نشان دادند که بیماران اسکیزوفرن نمره‌ی بالاتری در الکسی‌تایمی نسبت به گروه نمونه کسب کرده‌اند که این مساله نشان از آسیب عمیق پردازش و عملکرد هیجانی در این افراد دارد (۲۰).

اگرچه بدکارکردی هیجانی به عنوان یکی از نشانه‌های اسکیزوفرنی محسوب می‌شود، اما تا حد زیادی در تحقیقات معاصر مورد غفلت واقع شده است. در طول دهه‌های گذشته، محققین بر این باور بودند که آشفتگی هیجانی، واکنشی بر این اختلال است. اما در تحقیقات دیگری که در سال‌های اخیر صورت گرفته است، مشخص شده است اختلال و بدکارکردی هیجانی می‌تواند به عنوان هسته‌ی مرکزی اسکیزوفرنی باشد (۲۱). پژوهش‌ها نشان داده است که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در شناسایی و 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 بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را نشان دهد، اندک است (۲۲). یکی از این موضوعات بررسی تفاوت محتوای هیجانی در خاطرات این افراد است. عمده‌ی پژوهش‌ها در زمینه‌ی تفاوت بین عملکرد شناختی بیماران اسکیزوفرنی از سایر بیماران بوده است (۲۳) و پژوهش‌های کمتری به بررسی عملکرد هیجانی و به خصوص محتوای هیجانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو پرداخته‌اند. در نتیجه، پژوهش حاضر قصد دارد تا تفاوت بین محتوای هیجانی خاطرات در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو را با یکدیگر مقایسه کند تا مشخص شود محتوای هیجانی خاطراتی که هر یک از این افراد بیان می‌کنند به چه صورت است.

در نتیجه، فرضیه‌ی پژوهش حاضر به این صورت

می‌باشد:

چنین، روایی محتوای سوالات این مصاحبه توسط ۵ نفر دکتری روانشناسی بالینی تایید شده است.

در پژوهش حاضر، مصاحبه‌ی مورد نظر توسط یک روان‌شناس بالینی آموزش‌دیده در زمینه‌ی کار با بیماران سایکوتیک انجام گرفت. در حین مصاحبه، پاسخ‌های بیماران ضبط شد و پس از مصاحبه در همان روز، پاسخ‌های آن‌ها بر روی کاغذ نوشته شد. سپس با استفاده از روش تحلیل محتوا، محتوای نوشتاری بیماران، کدگذاری، تحلیل و بررسی شد. اطلاعات به دست آمده از تحلیل محتوای خاطرات بیانی بیماران، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱، ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های مورد مطالعه پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

مشخصه‌ها	اسکیزوفرنی	اسکیزوافکتیو
جنسیت		
مرد	۱۰	۹
زن	۲	۲
میانگین سن	۳۹/۲	۳۶/۴
وضعیت تاهل		
مجرد	۸	۵
متاهل	۴	۶
تحصیلات		
خواندن و نوشتن	۸	۵
دیپلم	۳	۳
لیسانس	۱	۲
فوق لیسانس	-	۱

جهت مقایسه‌ی بین تعداد حوادث و رویدادهای زندگی بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو از

نفر به دلیل داشتن تشخیص همبود (دو نفر سوء مصرف مواد، یک نفر اختلال پانیک و یک نفر اختلال استرس پس از ضربه) حذف شدند. در مجموع، تعداد ۲۳ نفر انتخاب شدند و مصاحبه‌ی بالینی نیمه‌ساختار یافته از تمامی آن‌ها گرفته شد. بیماران در دامنه‌ی سنی ۲۲ تا ۶۰ سالگی قرار داشتند و سطح تحصیلات آن‌ها از دبیرستان تا لیسانس متغیر بود.

به منظور رعایت حقوق افراد شرکت‌کننده در پژوهش، ابتدا در مورد کلیات پژوهش توضیحاتی به ایشان ارایه شد. سپس تمامی آن‌ها فرم رضایت‌نامه آگاهانه و فردی را امضا نمودند که در آن ضمن تاکید بر رازداری، در مورد آزادانه بودن خروج از پژوهش توضیحاتی ارائه شده بود. هم‌چنین در فرم رضایت‌نامه، گزینه‌ای ویژه‌ی رضایت جهت ضبط کردن صدای آن‌ها وجود داشت که در صورت موافقت، در پژوهش شرکت می‌کردند. هم‌چنین به آن‌ها این اطمینان داده شد که پس از اتمام روند پژوهش، تمامی صداهای ضبط شده، پاک شده و از دسترس خارج می‌شود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته: این مصاحبه را هانگ و همکاران (۲۴) در مورد بیماران اسکیزوفرنیک به کار برده‌اند. در پژوهش حاضر، به منظور بررسی حوادث و رویدادهای زندگی بیماران و محتوای هیجانی خاطرات آن‌ها، در ابتدا تعدادی سوال در مورد خاطرات و رویدادهای دوران زندگی بیماران مطرح شد. برای مثال: «خاطراتی از دوران کودکی خود را ذکر کنید»؛ «تعدادی از اتفاقات زندگی خود را توضیح دهید»؛ «آیا تا به حال عاشق شده‌اید؟»؛ «چه اتفاقاتی در زندگی شما را خوشحال یا ناراحت کرده است؟». برای بررسی اعتبار بازآزمایی مصاحبه‌ی حاضر، این مصاحبه بین ۲۰ نفر از دانشجویان کارشناسی دانشگاه شهید بهشتی به فاصله‌ی دو هفته اجرا شد. نتایج نشان داد که بین دو اجرای مصاحبه، از نظر تعداد حوادث هیجانی و هم‌چنین از نظر تعداد کلمات با بار هیجانی و عاطفی، تفاوت معناداری وجود ندارد که این مساله، اعتبار بازآزمایی ابزار مورد نظر را نشان می‌دهد. هم-

آزمون کای مربع استفاده شد. نتایج در جداول ۲ و ۳ بیان شده است.

جدول ۲. تعداد حوادث و رویدادهای گزارش شده بیماران مرد

ردیف	مردان اسکیزوفرنیک	مردان اسکیزوافکتیو	p	sig
تعداد حوادث	fo: ۱۷	fo: ۳۵	۶/۲۲	۰/۰۱۲
	fe: ۲۶	fe: ۲۶		

همان گونه که جدول ۲ نشان می دهد، بین تعداد حوادث و رویدادهای زندگی که بیماران اسکیزوفرنیک و اسکیزوافکتیو مرد بیان کردند، با یکدیگر تفاوت دارد. کای مربع به دست آمده در میان مردان برابر با ۶/۲۲ است که از کای مربع بحرانی در سطح ۰/۰۵ با درجه‌ی آزادی ۱، ۳/۸۴

است، بزرگ تر می باشد. بنابراین فرضیه پژوهش حاضر در بین مردان اسکیزوفرنیک و اسکیزوافکتیو با معناداری ۰/۰۵ تایید می شود. به بیان دیگر، مردان اسکیزوافکتیو نسبت به مردان اسکیزوفرنیک، حوادث و رویدادهای بیشتری را گزارش کردند ($p=0.05$).

جدول ۳. تعداد حوادث و رویدادهای گزارش شده بیماران زن

ردیف	زنان اسکیزوفرنیک	زنان اسکیزوافکتیو	p	sig
تعداد حوادث	fo: ۴	fo: ۷	۰/۸	۰/۲۳۲
	fe: ۵/۵	fe: ۵/۵		

همان گونه که جدول ۳ نشان می دهد بین تعداد حوادث و رویدادهای زندگی که بیماران اسکیزوفرنیک و اسکیزوافکتیو زن بیان کردند، با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند. کای مربع به دست آمده در بین زنان برابر با ۰/۸ می باشد. از آنجایی که کای مربع به دست آمده از کای مربع

بحرانی کوچک تر است، پس فرضیه پژوهش حاضر در مورد زنان پذیرفته نمی شود. جهت بررسی فرضیه دوم پژوهش حاضر از آزمون کای مربع استفاده شد که نتایج در جدول ۴ بیان شده است.

جدول ۴. تعداد کلمات دارای بار عاطفی و هیجانی در بیماران مرد

ردیف	مردان اسکیزوفرنیک	مردان اسکیزوافکتیو	p	sig
تعداد کلمات دارای بار عاطفی و هیجانی	fo: ۱۱	fo: ۳۶	۱۳/۲۸	۰/۰۰۱
	fe: ۲۳/۵	fe: ۲۳/۵		

همان گونه که جدول ۴ نشان می دهد، مردان اسکیزوافکتیو در مقابل مردان اسکیزوفرنیک، خاطرات هیجانی تری را گزارش می کنند ($p=0.01$). کای مربع به دست آمده معادل ۱۳/۲۸ می باشد. از آنجایی که کای مربع به دست آمده از کای مربع بحرانی در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱، با

درجه‌ی آزادی ۱ که معادل ۳/۸۴ و ۶/۶۴ است، بزرگ تر می باشد، فرضیه ما در میان مردان پذیرفته می شود. جدول ۵ نتایج تحلیل آماری کای مربع بر روی زنان را نشان می دهد.

جدول ۵. تعداد کلمات دارای بار عاطفی و هیجانی در بیماران زن

ردیف	زنان اسکیزوفرنیک	زنان اسکیزوافکتیو	p	sig
تعداد کلمات دارای بار عاطفی و هیجانی	fo: ۳ fe: ۴/۵	fo: ۶ fe: ۴/۵		۰/۱۲۴

همان‌گونه که جدول ۵ نشان می‌دهد، بین زنان اسکیزوافکتیو و اسکیزوفرنیک از نظر استفاده از کلمات عاطفی در بیان شرح حال خود و حوادث و رویدادها تفاوت معناداری وجود ندارد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، کای مربع به دست آمده در بین زنان حدود ۱ می‌باشد که از کای مربع بحرانی در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ با درجه‌ی آزادی ۱، کوچک‌تر می‌باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تشخیص افتراقی اختلال اسکیزوفرنی از اسکیزوافکتیو با تمرکز بر محتوای هیجانی خاطرات انجام شد. در این مطالعه، استفاده از یک رویکرد روایتی به محققان این امکان را داد تا میزان حوادث و خاطرات هیجانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو و همچنین نحوه‌ای که این افراد خاطرات خود را بیان می‌کنند، مورد بررسی قرار گیرد. بدین منظور، دو مقوله‌ی تعداد حوادث و خاطرات هیجان‌مدار و همچنین تعداد کلمات دارای بار عاطفی و هیجانی در خاطرات بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که مردان اسکیزوفرنیک در مقابل مردان اسکیزوافکتیو در بیان خاطرات خود، حوادث و وقایع دارای بار هیجانی کمتری را گزارش می‌کنند. این در حالی است که زنان اسکیزوفرنیک در مقابل زنان مبتلا به اسکیزوافکتیو، در این زمینه تفاوت معناداری نشان نمی‌دهند. این یافته با پژوهش گرابر و همکاران (۲۲)، بیوک و پن (۲۵) و زو و همکاران (۲۶) همخوان است. پژوهش حاضر نشان داد که مردان اسکیزوفرنیک حتی در مقایسه با اسکیزوافکتیو نیز تعداد کمتری خاطرات و حوادث هیجانی بیان می‌کنند. همچنین

یافته‌های آن‌ها نشان می‌دهد که بیماران اسکیزوفرنیک در بیان خاطرات هیجانی خود، عمدتاً خاطرات کوتاه‌تری را بیان می‌کنند. به علاوه، پژوهش گرابر و همکاران (۲۲) نشان می‌دهد بین افراد اسکیزوفرنیک و عادی در موضوعات و محتوای خاطرات هیجانی که بیان می‌کنند، تفاوت معناداری وجود ندارد، بلکه تفاوت در میزان هیجانی بودن و استفاده از کلمات دارای بار عاطفی و هیجانی در خاطرات آن‌ها است. بیوک و پن (۲۵) در مطالعه‌ی خود بین افراد اسکیزوفرنی و غیر اسکیزوفرنی نشان دادند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی علاوه بر این که در بیان خاطرات خود خطاهای زبانی بیشتری مرتکب می‌شوند، همچنین از کلمات دارای بار عاطفی کمتری نیز استفاده می‌کنند.

علاوه بر این، نتایج نشان داد که مردان اسکیزوفرنیک در مقابل مردان اسکیزوافکتیو در بیان خاطرات هیجانی خود، تعداد کمتری کلمات دارای بار عاطفی و هیجانی استفاده می‌کردند. به بیان دیگر، خاطرات آن‌ها دارای فقر هیجانی بود، به طوری که میانگین تعداد کلمات عاطفی و هیجانی در بین گروه مردان اسکیزوفرنیک کمتر از گروه مردان اسکیزوافکتیو می‌باشد و این تفاوت، معنادار است. این یافته با نتایج پژوهش هونگ و همکاران (۲۴) همخوان است. در پژوهش اخیر، هونگ و همکاران به بررسی حافظه‌ی تاریخی شخصی هیجانی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پرداخته‌اند و ۵ هیجان بنیادی غم، خشم، خوشحالی، تنفر و ترس را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج نشان داد که بیماران اسکیزوفرنیک، از کلمات دارای بار هیجانی و عاطفی کمتری در بیان خاطرات خود استفاده می‌کنند. به علاوه، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بیان خاطرات خود از کلماتی که دارای بار

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، پایین بودن تعداد افراد نمونه در گروه زنان اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو بود.

از مهم‌ترین دلایل این محدودیت، هدف پژوهش مبنی بر بررسی و ارزیابی بیمارانی بود که تشخیص همبود نداشته باشند. هم‌چنین در صورتی که در هنگام بررسی خاطرات بیماران، زبان غیر کلامی آن‌ها نیز بررسی شده بود، اطلاعات بیشتری در اختیار پژوهشگران قرار می‌گرفت که این مساله با توجه به شرایط محیطی اجرای پژوهش، امکان‌پذیر نبود. پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آینده، علاوه بر نکاتی که در محدودیت‌ها به آن اشاره شد، به بررسی این نکته پرداخته شود که وجود مشکلات هیجانی در روایت‌های بیماران اسکیزوفرنی، چه تلویحات اجتماعی ممکن است برای این افراد در بر داشته باشد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به مقایسه روایت‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو برای مشخص شدن تعداد حوادث هیجانی و هم‌چنین تعداد کلمات دارای بار عاطفی و هیجانی پرداخت که می‌توان از آن جهت رسیدن به تشخیص افتراقی صحیح در بین این بیماران استفاده کرد.

البته معناداری نتایج پژوهش حاضر محدود به مردان بود و زنان این معناداری را نشان ندادند که یکی از دلایل آن، پایین بودن تعداد افراد نمونه در گروه بیماران زن اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو بوده است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری مسئولین و پرسنل بیمارستان شهید فاطمی استان اردبیل و هم‌چنین تمامی بیمارانی که در این پژوهش شرکت کردند، صمیمانه سپاس‌گزاری می‌گردد.

عاطفی هیجان غم می‌باشد، بیشتر از کلماتی که مربوط به شادی است، استفاده کرده‌اند. تمامی این یافته‌ها نشان می‌دهد که مشکلات هیجانی در اسکیزوفرنی، گسترده‌تر و دارای شدت بیشتری نسبت به اختلال اسکیزوافکتیو است؛ به گونه‌ای که اختلال هیجانی در اسکیزوفرنی می‌تواند به عنوان یک ویژگی باثبات در نظر گرفته شود.

هم‌چنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که زنان اسکیزوفرنیک در مقابل زنان اسکیزوافکتیو هم در تعداد حوادث و خاطرات هیجانی خود و هم در بیان تعداد کلمات دارای بار عاطفی و هیجانی در خاطرات خود، با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند. یافته‌ی حاضر با پژوهش چینکس و همکاران (۷) همخوان نیست. این مساله ممکن است ناشی از پایین بودن تعداد نمونه‌ی بیماران زن اسکیزوفرنیک و اسکیزوافکتیو در گروه‌ها باشد.

البته برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بیماری اسکیزوفرنی در مردان و زنان نمودهای متفاوتی دارد. به عنوان مثال، پژوهش شولتن و همکاران (۲۷) نشان می‌دهد که زنان اسکیزوفرنی در عملکرد هیجانی به خصوص در نام‌گذاری هیجان‌ات، عملکرد بهتری نسبت به مردان اسکیزوفرنی دارند و مردان با این اختلال، فقر هیجانی بیشتری نشان می‌دهند.

از نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان به این اشاره کرد که اختلال در بیان تعداد حوادث و خاطرات هیجانی و هم‌چنین در بیان کلمات عاطفی و هیجانی در افراد دارای اسکیزوفرنی می‌تواند به عنوان یک مشخصه‌ی ویژه جهت تشخیص افتراقی این اختلال در مقایسه با اختلال اسکیزوافکتیو به کار برده شود. هم‌چنین پژوهش حاضر که همسو با پژوهش‌های موجود است، نشان می‌دهد که عاطفه‌ی کند یک ویژگی باثبات در بیماران اسکیزوفرنیک است و می‌تواند به عنوان یک پیش‌آگهی مهم در ابتلا به اسکیزوفرنی در نظر گرفته شود (۲۸).

منابع

- European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2002;252(5):226-31.
10. Sim K, Chan YH, Chong SA, Siris SG. A 24-month prospective outcome study of first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder within an early psychosis intervention program. *The Journal of clinical psychiatry*. 2007;68(9):1368-76.
 11. Benabarre A, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Reinares M, Gasto C. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. *European Psychiatry*. 2001;16(3):167-72.
 12. Nardi AE, Nascimento I, Freire RC, de-Melo-Neto VL, Valença AM, Dib M, et al. Demographic and clinical features of schizoaffective (schizobipolar) disorder—a 5-year retrospective study. Support for a bipolar spectrum disorder. *Journal of affective disorders*. 2005;89(1):201-6.
 13. Saracco-Alvarez R, Rodríguez-Verdugo S, García-Anaya M, Fresán A. Premorbid adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychiatry research*. 2009;165(3):234-40.
 14. Jäger M, Bottlender R, Strauss A, Möller HJ. Fifteen-year follow-up of ICD-10 schizoaffective disorders compared with schizophrenia and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(1):30-7.
 15. Kao Y-C, Liu Y-P. Effects of age of onset on clinical characteristics in schizophrenia spectrum disorders. *BMC psychiatry*. 2010;10(1):63.
 16. SHAHBAZZADEGAN B, SHEIKH AF, SAMADZADEH M, GHAMARI GH, NARIMANI M. Comparison of memory writing style in patients with disorders, schizophrenia, schizoaffective and bipolar mood. 2012;14(53):78-87.
 17. Chang X, Liu Y, Hahn C, Gur R, Sleiman P, Hakonarson H. RNA-seq analysis of amygdala tissue reveals characteristic expression profiles in schizophrenia. *Translational psychiatry*. 2017;7(8):e1203.
 1. Lee TT, Graham JR, Arbisi PA. The Utility of MMPI-2-RF Scale Scores in the Differential Diagnosis of Schizophrenia and Major Depressive Disorder. *Journal of Personality Assessment*. 2017:1-8.
 2. Murru A, Pacchiarotti I, Nivoli A, Grande I, Colom F, Vieta E. What we know and what we don't know about the treatment of schizoaffective disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 2011;21(9):680-90.
 3. Lake C, Hurwitz N. Schizoaffective disorder—its rise and fall: perspectives for DSM-V. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. 2008;2(1):91-7.
 4. Brenner R, Kendra Campbell M, Konakondla K, Madhusoodanan S, Brenner S. Schizoaffective Disorder: Challenges of Diagnosis and Treatment Primary Care and Suicide Prevention. *Consultant*. 2017;86(8):792-800.
 5. Cotton S, Lambert M, Schimmelmann B, Mackinnon A, Gleeson J, Berk M, et al. Differences between first episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia research*. 2013;147(1):169-74.
 6. Mathews JR, Barch DM. Episodic memory for emotional and non-emotional words in individuals with anhedonia. *Psychiatry Research*. 2006;143(2):121-33.
 7. Cheniaux E, Landeira-Fernandez J, Telles LL, Lessa JLM, Dias A, Duncan T, et al. Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders. *Journal of affective disorders*. 2008;106(3):209-17.
 8. Averill PM, Reas DL, Shack A, Shah NN, Cowan K, Krajewski K, et al. Is schizoaffective disorder a stable diagnostic category: a retrospective examination. *Psychiatric Quarterly*. 2004;75(3):215-27.
 9. Bottlender R, Sato T, Jäger M, Groll C, Strauß A, Möller H-J. The impact of duration of untreated psychosis and premorbid functioning on outcome of first inpatient treatment in schizophrenic and schizoaffective patients.

18. itive processing in patients with schizophrenia and normal people. *Journal of psychology achievement*, 2011; 17(2): 143-164.
19. Exner C, Boucsein K, Degner D, Irle E, Weniger G. Impaired emotional learning and reduced amygdala size in schizophrenia: a 3-month follow-up. *Schizophrenia research*. 2004;71(2):493-503.
20. Kubota M, Miyata J, Hirao K, Fujiwara H, Kawada R, Fujimoto S, et al. Alexithymia and regional gray matter alterations in schizophrenia. *Neuroscience research*. 2011;70(2):206-13.
21. Krakowski MI, De Sanctis P, Foxe JJ, Hoptman MJ, Nolan K, Kamiel S, et al. Disturbances in response inhibition and emotional processing as potential pathways to violence in schizophrenia: a high-density event-related potential study. *Schizophrenia bulletin*. 2016;42(4):963-74.
22. Gruber J, Kring AM. Narrating emotional events in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 2008;117(3):520.
23. Davoodi A, Neshat Dust HT, Pasha Sharifi H. The comparison of executive functions in patients with schizophrenia, non psychotic major depression and normal individuals in Tehran. *Arak Medical University Journal*. 2011;14(4):10-9.
24. Hong K, Nenkova A, March ME, Parker AP, Verma R, Kohler CG. Lexical use in emotional autobiographical narratives of persons with schizophrenia and healthy controls. *Psychiatry research*. 2015;225(1):40-9.
25. Buck B, Penn DL. Lexical Characteristics of Emotional Narratives in Schizophrenia: Relationships With Symptoms, Functioning, and Social Cognition. *The Journal of nervous and mental disease*. 2015;203(9):702-8.
26. Zou Y-m, Ni K, Yang Z-y, Li Y, Cai X-l, Xie D-j, et al. Profiling of experiential pleasure, emotional regulation and emotion expression in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2017; 188(3):1-6.
27. Scholten MR, Aleman A, Montagne B, Kahn RS. Schizophrenia and processing of facial emotions: sex matters. *Schizophrenia research*. 2005;78(1):61-7.
28. Hoekert M, Kahn RS, Pijnenborg M, Aleman A. Impaired recognition and expression of emotional prosody in schizophrenia: review and meta-analysis. *Schizophrenia research*. 2007; 96(1):135-45.