

شناسایی علائم شاخص در اختلال‌های روان‌پریشی: اختلال‌های اسکیزوفرنی،
افسردگی اساسی و خلقی دوقطبی

Exploration of main symptoms in psychotic disorders:
schizophrenia, major depression, and bipolar mood disorders

H. Ghamari Givi: PhD, Mohaghegh Ardabili Uni.

R. Heshmati: PhD student of Health Psychology of Tehran Uni.

M. Habibi: PhD student of Health Psychology of Tehran Uni. & Family Research Institute, Shahid Beheshti Uni, G. C.

Email: babakhabibius@yahoo.com

دکتر حسین قمری گیوی: استادیار دانشگاه محقق اردبیلی

رسول حشمتی: دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران

مجتبی حبیبی: دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران -

بورسیه هیئت علمی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

چکیده

Abstract

Aim: The aim of this study was to identify the main symptoms of psychotic disorders, especially schizophrenia, major depression and bipolar mood disorder. **Method:** Using a retrospective design, 204 inpatients diagnosed with psychotic disorder (84 schizophrenics, 52 major depressions and 68 bipolars) in Fatemi and Eisar hospitals in city of Ardabil were selected. They underwent Semi- Structured Interview of Rating Scale for Psychotic Symptoms (SSCI-RSPS). The data were analyzed using factor analyzes, and discriminate analyzes. **Results:** There were four major factors, including somatic hallucination, delusion of having ultra sensory powers, disturbed action due to thought and auditory hallucination explaining %11.8, %8.7, %5.5, and %5.3 of the variance respectively. Five factors were extracted in the schizophrenia group: perception disorder of the environment, somatic hallucination, religious ultra sensory delusion, disturbed action due to thought and auditory hallucination explaining %10.47, %7.72, %6.29, %6.28, and %6.26 of the variance respectively. Five factors were extracted in bipolar mood disorder, including omnipotence, auditory hallucination, illusion, vestibular motor hallucination and distractibility, explaining %25, %11.38, %8.2, %6.5, and %5.4 of the variance respectively. In the major depressive disorder group %27, %11.9, %8.9, %6.5, %5.8, %5.6, %5.2 of the variance were explained by seven mood non-congruent delusions: jealous delusion, nonverbal auditory hallucinations, illusion, somatic hallucination, distractibility, magic thought, and erotic delusion. **Conclusion:** In accordance of the findings 63.2% of disorders can be correctly classified by RSPS.

Key words: bipolar mood, major depression, psychosis, schizophrenia.

هدف پژوهش شناسایی علائم شاخص در اختلال‌های روان‌پریشی یعنی اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی و دو قطبی بود. روش پژوهش از نوع پس‌رویدادی بود که به شیوه در دسترس ۲۰۴ بیمار دچار اختلال‌های روان‌پریشی بستری در بیمارستان‌های فاطمی و ایثار شهرستان اردبیل انتخاب و با مصاحبه نیمه ساختاریافته-مقیاس درجه‌بندی روان‌پریشی چواینارد و میلر (b و ۱۹۹۹a) بررسی شدند. از این تعداد ۸۴ نفر دچار اسکیزوفرنی، ۵۲ نفر دچار اختلال افسردگی اساسی و ۶۸ نفر نیز دچار اختلال خلقی دو قطبی بودند. تحلیل اطلاعات با دو آزمون تحلیل عامل و تحلیل تشخیصی انجام شد. یافته‌ها نشان داد در کل در سه گروه بیمار بستری، چهار عامل توهم جسمی، هذیان قدرت مافوق حسی، اختلال عمل در نتیجه افکار و توهم شنوایی به ترتیب با ۱۱/۸٪، ۸/۷٪، ۵/۵٪ و ۵/۳٪ وجود دارد. در گروه اختلال اسکیزوفرنی پنج عامل اختلال در ادراک محیط، توهم جسمی، هذیان مذهبی فراحسی، اختلال عمل در نتیجه افکار، توهم شنوایی به ترتیب ۱۰/۴۷٪، ۷/۷۲٪، ۶/۲۹٪، ۶/۲۸٪ و ۶/۲۶٪ است. در گروه اختلال خلقی دو قطبی پنج عامل هذیان همه کار توانی، توهم شنوایی، خطای ادراکی، توهم دهلیزی - حرکتی و حواسپرتی به ترتیب ۱۱/۳۸٪، ۱۱/۲٪، ۶/۱۵٪ و ۵/۴٪ است و در گروه افسردگی اساسی هفت عامل هذیان نامتجانس با خلق شامل هذیان حسادت و فراحسی، انواع توهم شنودی غیر کلامی، تحریف ادراکی، توهم جسمی، حواس‌پرتی، تفکر جادویی، هذیان جنسی به ترتیب ۲۷٪، ۱۱/۱۹٪، ۸/۹٪، ۶/۱۵٪، ۵/۸٪، ۵/۶٪ و ۵/۲٪ وجود دارد. نتیجه‌گیری: در ۶۳/۲٪ از موارد اختلال‌های مورد مطالعه با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته-مقیاس درجه‌بندی روان‌پریشی درست طبقه‌بندی شده است.

کلید واژه‌ها: اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی، خلقی - دوقطبی و روان-پریشی.

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۹/۲۷؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۸/۱۲/۴؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱/۱۷

مقدمه

اصطلاح روان‌پریشی^۱ به منظور مشخص کردن شدیدترین عارضه‌های روانی به کار می‌رود که در اثر از هم پاشیدگی فکری، بی‌نظمی‌های هیجانی، از دست دادن جهت‌یابی‌های فضایی و زمانی، عدم توانایی در ارزیابی واقعیت بیرونی، پاسخ ناسازگارانه نسبت به الزام‌های معمول زندگی، وجود هذیان^۲ و توهم^۳ در پاره‌ای از موارد و به طور کلی آسیب‌دیدگی شخصیت به وسیله فرایندهای مرضی ایجاد می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۸۶). تلاش‌های اخیر پژوهشگران در حیطه علائم اسکیزوفرنی نگرانی‌هایی را در مورد انتخاب بهترین طبقه‌بندی از بین تعداد طبقه‌بندی‌های ارائه‌شده ایجاد کرده است. کراو^۴ (به نقل از پینی، دیکویروز، دل اوسو و آبلی^۵، ۲۰۰۴) تقسیم‌بندی دو بخشی مثبت-منفی را مطرح کرد، اما برخی دیگر از پژوهشگران مدعی هستند که این علائم باید به سه بخش تقسیم شوند: فقر روانی حرکتی^۶ (فقر کلام، عاطفه‌کُند و مانند آن)، ازهم‌گسیختگی^۷ (اختلال در فرم فکر، فقر محتوایی کلام و مانند آن) و تحریف واقعیت^۸ (هذیان‌ها و توهم‌ها).

دتیئی و سینگ^۹ در کشور کنیا، علائم درجه اول اشنایداری را در بیماران دچار اسکیزوفرنی مورد مطالعه قرار دادند. بدین ترتیب که ۸۰ بیمار روان پریش بستری در بیمارستان روان‌پزشکی ماتار^{۱۰} در نایروبی با استفاده از شاخص اسکیزوفرنی نیوهاون^{۱۱} غربال شدند. ۵۱ نفر (۶۴٪) از آن‌ها مثبت و بقیه موارد منفی گزارش شدند. از میان موارد مثبت، ۷۳٪ علائم درجه اول اسکیزوفرنی^{۱۲} را داشتند. بر خلاف موارد منفی که تنها ۲۴٪ این علائم را دارا بودند. متداول‌ترین علائم درجه اول در میان این افراد مشتمل بر پخش افکار^{۱۳}، تزریق افکار^{۱۴}، خُلق هذیانی و توهمات شنوایی سوم شخص بودند (پینی و همکاران، ۲۰۰۴).

-
1. psychos
 2. delusion
 - 3 hallucination
 4. Craw
 5. Pini, De queiroz, Dell' Osso & Abelli
 6. psychomotor poverty
 7. disorganization
 8. reality distortion
 9. Detei & Singh
 10. Mathare
 11. New Haven Schizophrenia Index (NHSI)
 12. First Rank Schizophrenia (FRS)
 13. thought broadcasting
 14. thought insertion

در پژوهشی که به وسیله دنهی، ساپس، کریسمون، توپراک، کارمودی و راش^۱ (۲۰۰۴) با هدف تهیه یک مقیاس کوتاه علامت اختلال دو قطبی^۲ در مورد ۴۰۹ بیمار سرپایی از ۱۹ درمانگاه صورت گرفت، پنج عامل شناسایی گردید که عبارت از: انرژی بالا^۳، افسردگی - اضطراب، کندی روانی - حرکتی، روان‌پریشی - مانیا و خشونت بودند.

نویسندگانی مثل کراپلین^۴ نشان داده‌اند که علائم و نشانه‌های مانیا^۵ تاحدی در همه اختلال‌های خلّقی وجود دارند. اما طبقه‌بندی رایج صرفاً تعداد یا شدت علائم را مورد توجه قرار می‌دهد. در پژوهشی سرتی و اولگیاتی^۶ (۲۰۰۵)، الگوهای علائم مانیا را در اختلال دوقطبی نوع I، دو قطبی نوع II و افسردگی اساسی مطالعه کردند تا تعیین کنند آیا مانیا و هیپومانیا^۷ دارای نیمرخ‌های متفاوتند یا نه، و به این پرسش پاسخ دهند که کدام علامت مانیا در افسردگی اساسی نیز روی می‌دهد. ۶۵۲ بیمار بستری شامل ۱۵۸ بیمار دوقطبی نوع I، ۱۲۲ بیمار دچار دوقطبی نوع II و ۴۷۲ بیمار دچار افسردگی اساسی با استفاده از «فهرست بازبینی ملاک عملیاتی برای بیماری روان‌پریشی»^۸ مطالعه شدند. نتایج نشان داد که علائم فعالیت بی‌باکانه^۹، تهییج روانی - حرکتی^{۱۰}، حواسپرتی^{۱۱}، عزت‌نفس بالا^{۱۲} و خلّق تحریک‌پذیر^{۱۳} در ۸۲/۸٪ موارد در دوقطبی نوع I و ۸۰/۱٪ موارد در دو قطبی نوع II درست طبقه‌بندی شده‌اند و یک یا دو علامت مانیا در بیش از ۳۰٪ موارد بیماران دچار افسردگی اساسی از جمله تهییج روانی - حرکتی در ۱۸٪ موارد دیده می‌شود.

پژوهش‌های متعددی در مورد ابعاد اصلی اختلال‌های روان‌پریشی انجام شده است اما تاکنون توافقی در مورد نتایج به دست نیامده است. سرتی و اولگیاتی (۲۰۰۳) در پژوهش خود در مورد ابعاد روان‌پریشی‌های اساسی به این نتیجه رسیدند که پنج عامل اصلی وجود دارد که سازنده روان‌پریشی‌های اصلی هستند، این پنج عامل شامل: مانیا، علائم مثبت، از هم گسیختگی،

1. Dennehy, Suppes, Crismon, Toprac, Carmody & Rush
2. Brief Bipolar Disorder Symptom (BDSS)
3. activation energy
4. Craplin
5. Mania
6. Serreti & Olgiati
7. hypomania
8. Operational Criteria for Psychotic Illness Checklist (OPCRIT)
9. reckless activity
10. psychomotor agitation
11. distractibility
12. increased self esteem.
13. irritable mood

افسردگی و علائم منفی است؛ تاکنون برای اختلال اسکیزوفرنی و هم برای افسردگی اساسی الگوهای مختلفی مطرح شده است، به عنوان مثال سه عامل علائم مثبت، منفی و از هم گسیختگی برای اختلال اسکیزوفرنی و از طرف دیگر دو سازه نظری علائم شناختی-روانی و افشایی-بدنی برای افسردگی ارائه شده است (سرتی و اولیگاتی، ۲۰۰۵). در مرحله مانیا و در نتیجه تحلیل عامل، پنج عامل مستقل دلتنگی، خُلق تحریک‌پذیر، تندی روانی-حرکتی، روان-پریشی و گسترش فعالیت‌های لذت‌بخش مطرح شده است.

در مطالعه‌ای که سرتی، ریتچل، لاتودا و کراوس^۱ (۲۰۰۱) در مورد ۲۲۴۱ نفر از افراد دچار روان‌پریشی انجام دادند، «فهرست بازبینی ملاک عملیاتی برای بیماری روان‌پریشی» را در مورد این بیماران اجرا و با استفاده از تحلیل عامل، ساختار عاملی این اختلال‌ها را مطالعه کردند. چهار عامل به دست آمد که عبارت بودند از: الف) علائم تهییج^۲، ب) ویژگی‌های روان‌پریشی (هذیان و توهم)، ج) افسردگی و د) از هم گسیختگی.

وان اوس، گیلواری، بیل، ون هورن، تاتان، وایت و مورای^۳ (۲۰۰۰) برای تعیین ارزش تشخیصی مقوله‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۴ و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۵ در مورد روان‌پریشی، نمونه‌ای به تعداد ۷۰۸ بیمار دچار روان‌پریشی مزمن دچار اختلال‌های افسردگی، مانیا و علائم به شدت منفی و سازمان گسیخته را مورد مطالعه قرار دادند. مطالعات آن‌ها نشان داد که حتی در بیماران روان‌پریشی غیرعاطفی نیز لازم است علائم عاطفی در مقادیر کمتر (با شدت کم) موجود باشد. به طور کلی شواهد برای تشخیص درست در جهت تمایز اختلال‌های عاطفی از غیرعاطفی ضعیف است.

سبرانا، دلوسو، بنونوتی و روسی^۶ (۲۰۰۴) طی مطالعه‌ای اعتبار و پایایی یک ابزار جدید برای ارزیابی طیف روان‌پریشی را مطالعه کردند. این ابزار جدید تحت عنوان مصاحبه بالینی سازمان-یافته برای طیف اسکیزوفرنی در مورد ۷۷ بیمار دچار اسکیزوفرنی و اسکیزوفرنی عاطفی، ۶۶ بیمار دچار اختلال شخصیت مرزی، ۵۹ نفر دچار اختلال خُلقی همراه با روان‌پریشی و ۹۸ نفر دچار اختلال خُلقی غیر روان‌پریشی اجرا شد. نتایج نشان دادند این پرسشنامه به طور معناداری می‌تواند افراد روان‌پریش را از غیر روان‌پریش تفکیک کند.

1. Rietschel, Lattuada & Krauss,
2. excitement
3. Van os, Gilvarry, Bale, Van Horn, Tattan, White, Ian & Murray
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
5. International Classification of Diseases (ICD)
6. Sbrana, Dellosso, Benvenuti & Rucci

در سال‌های اخیر ساختار عاملی روان‌پریشی‌ها با «فهرست بازبینی ملاک عملیاتی برای بیماری روان‌پریشی» مطالعه شده است. همه مطالعات، چهار مدل عاملی را به دست آورده‌اند که از نظر ساختاری متفاوتند. یک مطالعه که در مورد افراد دچار اسکیزوفرنی و اسکیزوفرنی عاطفی^۱ صورت گرفت، ابعاد هذیانی مثبت، منفی و از هم گسیختگی را شناسایی کرد (کاردنو^۲ و همکاران، به نقل از سبرانا و همکاران، ۲۰۰۴). این یافته‌ها با مطالعات تحلیل عاملی قبلی همسو هستند. وان اوس و همکاران (۲۰۰۰) با استفاده از «فهرست بازبینی ملاک عملیاتی برای بیماری روان‌پریشی» و مقیاس آسیب‌شناسی فراگیر^۳ چهار خوشه از علائم مثبت، منفی و مانیا و افسردگی را به دست آوردند. همچنین مک اینتاش، فورستر، لاوری، بایرن، هارپر، کستلمن^۴ و همکاران (۲۰۰۱)، به نقل از سبرانا و همکاران، ۲۰۰۴، تعداد ۲۰۴ بیمار روان‌پریش بستی را با «فهرست بازبینی ملاک عملیاتی برای بیماری روان‌پریشی» تحلیل کردند و چهار بعد مانیا، افسردگی، از هم گسیختگی و تحریف واقعیت را در آن‌ها شناسایی کردند. به هر حال پژوهشگران دیگری پیشنهاد می‌کنند که علائم مانیا و افسردگی می‌تواند در یک بُعد طبقه‌بندی شوند. در پژوهش پینی و همکاران (۲۰۰۴)، ۱۴۰ نفر از بیماران بستری که دچار اختلال‌های اسکیزوفرنی، اسکیزوفرنی عاطفی و اختلال مانیا یا مخلوط مانیا بودند، با استفاده از مصاحبه تشخیصی سازمان یافته بر پایه ملاک‌های تشخیصی DSM-III و مقیاس ارزیابی علائم منفی^۵ مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که تفاوتی در انواع هذیان‌ها و توهم‌ها بین آزمودنی‌های دچار اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوفرنی عاطفی و روان‌پریشی مانیا و مخلوط مانیا وجود ندارد.

نمرات عامل‌های مقیاس ارزیابی علائم منفی در بین بیماران دچار اختلال اسکیزوفرنی بیشتر از گروه‌های دچار اختلال دوقطبی بود. بیماران دچار حالات مختلط از نظر افسردگی و تهییج، نمرات بالاتری در مقایسه با اسکیزوفرنی و تا حدودی کمتر در مقایسه با اسکیزوفرنی عاطفی کسب کردند. از نظر بینش^۶ به بیماری، نمرات افراد دچار اسکیزوفرنی در مقیاس مربوطه بالاتر از روان‌پریشی مانیا یا مانیای مخلوط بود.

در پژوهش کیستینن^۷ (به نقل از پینی و همکاران، ۲۰۰۴)، اختلال‌های تفکر در آزمودنی‌های طیف اسکیزوفرنی مطالعه شد و با استفاده از آزمون رورشاخ^۸ ۹۱ بیمار دچار طیف اسکیزوفرنی

1. Schizoaffective
2. Cardno
3. Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS)
4. McIntosh, Forrester, Lawrie, Byrne, Harper, Kestelman
5. Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS)
6. insight
7. Koistinen
8. Rorschach test

اسکیزوفرنی شامل اختلال اسکیزوفرنی عاطفی، اسکیزوفرنی فرم^۱، اختلال هذیانی، اختلال شخصیت پارانوئید^۲ و اختلال شخصیت اسکیزوتایپال^۳ در مقایسه با ۲۹۳ شخص سالم مورد مطالعه قرار گرفتند و معلوم شد که گروه دچار طیف اسکیزوفرنی دارای «شاخص اختلال تفکر»^۴ بالاتری هستند. لذا این افراد گرایش بیشتری به اغتشاش فکری^۵، سستی تداعی‌ها، تکه تکه شدن فکر، افسانه‌سازی^۶ و منطق مختص خود و واژه‌سازی دارند.

هر یک از سطوح سه‌گانه توصیف، تبیین و تجویز در قلمرو روان‌شناسی بالینی و مشاوره درخور اهمیت است. در سطح نخست تا مادامی که ماهیت آسیب‌های روانی شناخته نشده است، نمی‌توانیم توصیف مناسبی از یک اختلال به دست دهیم. در صورتی که شرط اول احراز نشود، صحبت از تبیین و یا تجویز بیهوده خواهد بود. اصولاً شناسایی عوامل بنیادی برای هر اختلال و مقوله تشخیصی از ضرورت‌های مهم است، چون در صورت تحقق آن، هم توصیف اختلال آسان صورت می‌گیرد و هم صرفاً از طریق دستکاری آن عامل با سهولت بیشتری می‌توان ساز و کارهای تغییر را فراهم کرد. مورد اخیر در خصوص روان‌آزردگی‌ها به صورت ضمنی انجام گرفته (قمری ۱۳۸۰) و در مورد اختلال‌های روان‌پریشی تلاش‌هایی نیز صورت گرفته است، اما پژوهشی که در داخل کشور مستقیماً به این موضوع بپردازد، در اختیار نداریم.

موضوع مهم‌تر دیگری که انجام چنین طرح‌هایی را ضروری می‌کند، این است که شناسایی علائم مهم و اصلی روان‌پریشی‌های مختلف در داخل کشور با توجه به تأثیر فرهنگ بر انواع هذیان‌ها و نیز تهیه ابزاری که بتواند با سهولت بیشتری انواع روان‌پریشی را از هم متمایز سازد، از اهمیت زیادی برخوردار است. چنین طرح‌هایی تمهیدات لازم را برای تدارک ابزارهای مناسب‌تر تشخیصی فراهم می‌کند. از طرف دیگر شناسایی عوامل اصلی در جریان تشخیص به افزایش سرعت عمل متخصص می‌انجامد، که طبیعتاً به کاهش هزینه و سرعت بخشیدن به درمان کمک می‌کند. موضوع مهم‌تر دیگر این‌که یافته‌های چنین طرح‌هایی به گسترش مطالعه در عرصه آسیب‌شناسی روانی می‌انجامد. مطالعات گوناگون با استفاده از ابزارهای تشخیصی و آزمودنی‌های متفاوت و هم‌چنین کاربرد روش تحلیل عاملی مختلف به نتایج متفاوتی در این زمینه دست یافته‌اند. در مطالعه سعیدلو (۱۳۸۵) در نتیجه تحلیل عاملی در مورد ۱۰۰ بیمار دچار اسکیزوفرنی دو عامل اصلی اختلال شناختی و اختلال ارتباطی به عنوان عوامل اصلی

1. schizophrenia-form
2. paranoid
3. schizophrenia -type
4. Thought Disorder Index (TDI)
5. confusion
6. fabulation

اسکیزوفرنی شناسایی شدند. لذا با توجه به انبوه مطالعات انجام گرفته و عدم وجود یکپارچگی و همسویی لازم در خصوص علائم شاخص موجود در تابلوی بالینی افراد دچار اختلال‌های روان-پریشی به صورت کلی و اختلال اسکیزوفرنی و اختلال افسردگی اساسی و اختلال خلقی دو قطبی به صورت ویژه، در پژوهش فعلی به دنبال تعیین یک الگوی مشخص از علائم بنیادی و شاخص در اختلال‌های روان‌پریشی و اختلال اسکیزوفرنی، اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی هستیم. بنابراین سؤال‌های این پژوهش عبارتند از:

۱. علائم شاخص در اختلال‌های روان‌پریشی کدامند؟
۲. علائم شاخص در اختلال اسکیزوفرنی کدامند؟
۳. علائم شاخص در اختلال افسردگی اساسی کدامند؟
۴. علائم شاخص در اختلال دو قطبی کدامند؟

روش

روش پژوهش از نوع پس‌رویداری است. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران روان‌پریش زن و مرد بستری در بخش اعصاب و روان بیمارستان دکتر فاطمی و مرکز روان‌پزشکی ایثار شهرستان اردبیل با دامنه سنی بالاتر از ۱۵ سال بودند. از این بیماران ۲۰۶ نفر (۸۴ نفر دچار اختلال اسکیزوفرنی، ۵۲ نفر دچار اختلال افسردگی اساسی و ۶۸ نفر دچار اختلال خلقی دوقطبی) به صورت داوطلب در این پژوهش شرکت کردند. میانگین سنی (انحراف معیار) گروه دچار اختلال اسکیزوفرنی ۳۶/۹۵ (۱۲)، گروه دچار اختلال افسردگی اساسی ۳۴/۲۶ (۱۲/۹۸) و گروه دچار اختلال دوقطبی ۳۵/۷۳ (۱۱/۶) سال بود.

ابزار پژوهش

مصاحبه نیمه ساختاریافته مقیاس درجه‌بندی علائم روان‌پریشی^۱: این مصاحبه ۲۴۷ سؤال دارد و توسط چوینارد و میلر^۲ (b ۱۹۹۹) به منظور سنجش علائم اسکیزوفرنی و دیگر علائم روان‌پریشی ساخته شده که شامل سه خرده مقیاس علائم ادراک (خطای ادراکی و توهم‌ها)، علائم حواسپرتی (کاتوتونیا و تجارب انفعالی^۳) و هذیان‌ها و مصاحبه نیمه سازمان‌یافته است. این دو پژوهشگر «مصاحبه نیمه ساختاریافته- مقیاس درجه‌بندی روان‌پریشی» را طی دو

-
1. Semi-structured interview- rating scale for psychotic symptoms SSCI- RSPS
 2. Chouinard & Miller
 3. passivity experiences

شماره در مجله پژوهش اسکیزوفرنی گزارش کرده‌اند و پژوهشی در خصوص پایایی^۱ و اعتبار^۲ آن منتشر نکرده‌اند (چواینارد و میلر، ۱۹۹۹b و ۱۹۹۹a). در مطالعه یامادا، اریبوب، موریسون، اسولد و جست^۳ (۲۰۰۶) ضریب اعتبار بین ارزیابان با استفاده از ضریب کاپا برای توهم ۰/۸۸ و هذیان ۰/۹۰ گزارش شده است. در مطالعه فعلی پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

به منظور اجرای مصاحبه نیمه ساختاریافته-مقیاس درجه‌بندی علائم روان‌پریشی، چهار مصاحبه‌کننده آموزش‌دیده به دو بیمارستان مراجعه کردند و پس از مطالعه کامل پرونده‌های بیماران بستری، در صورتی که تشخیص و علائم قید شده در پرونده هر بیمار با اختلال‌های مورد نظر در این پژوهش انطباق داشت، مصاحبه نیمه ساختاریافته در مورد آن‌ها اجرا می‌شد.

مطالعه علائم شاخص در اختلال‌های روانی یکی از راهبردهای اصلی مطالعه آسیب‌شناسی روانی است. در مطالعاتی از این قبیل که اساساً با استفاده از روش‌های آماری تحلیل عامل، تحلیل خوشه‌ای و تحلیل ممیز انجام می‌گیرد، نتایجی که به دست می‌آید هم از نظر تشخیصی و هم از نظر درمانی، دارای اهمیت است. یعنی به منظور طراحی نظام‌های طبقه‌بندی اختلال‌های روانی یکی از مهم‌ترین روش‌ها به شمار می‌آیند. از اوایل دهه ۱۹۸۰ کاربرد گسترده تحلیل عامل در حوزه شناسایی علائم شاخص در مورد اسکیزوفرنی، الگوهایی از ۱ تا ۹ بعد را تعیین کرد که در بین آن‌ها الگوی سه عاملی یعنی علائم مثبت، منفی و از هم گسیختگی به وسیله اکثر پژوهشگران مورد تأکید قرار گرفته است (سرتی و اولگیاتی، ۲۰۰۴). با توجه به تعداد زیاد متغیرها و با توجه به این‌که هدف این پژوهش، تحلیل واریانس کل است نه واریانس مشترک، لذا از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی استفاده شد (هومن، ۱۳۸۰).

یافته‌ها

در پژوهش حاضر با استفاده از تحلیل عامل داده‌های حاصل از «مصاحبه نیمه ساختاریافته-مقیاس درجه‌بندی روان‌پریشی»، ابتدا شاخص‌ها در کل گروه نمونه، و بعد به ترتیب در هر یک از گروه‌های بیماران روان‌پریش اسکیزوفرنی، افسردگی عمده و اختلال‌های خلقی علائم شاخص مشخص شدند. بر اساس داده‌های جدول ۱ در نتیجه تحلیل عامل در کل نمونه ۱۳ عامل اولیه و ۴ عامل نهایی استخراج شده، با توجه به نمودار اسکرین، بار عاملی بالاتر از ۰/۳ و مقادیر ویژه بالاتر از ۱ با ۳۱/۳٪ تبیین واریانس را نشان می‌دهد. بنابراین چهار عامل اول متمایز شده به

1. reliability
2. validity
3. Yamada, Arriob, Morrison, Sewelld & Jeste

ترتیب عبارتند از توهم جسمی، هذیان قدرت مافوق حسی، اختلال عمل در نتیجه افکار و توهم شنوایی هر یک از این عوامل به ترتیب ۱/۱۱/۸، ۸/۷، ۵/۵، ۵/۳، از واریانس روان‌پریشی را تبیین می‌کند.

جدول ۱. ماتریس چرخش یافته عوامل برای همه اختلال‌های روان‌پریشی

علائم	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴
ادراک بویایی شدت یافته	۰/۵۲۲			
ادراک چشایی شدت یافته	۰/۷۴۹			
توهم شنوایی				۰/۶۸۷
توهم موسیقی				۰/۵۲۴
توهم شنوایی غیر کلامی				۰/۴۷۴
توهم بینایی پیچیده	۰/۶۷۱			
توهم چشایی	۰/۷۸۰			
توهم حرکتی	۰/۶۳۳			
توهم دهلیزی	۰/۶۵۸			
اختلال توجه به وسیله			۰/۷۵۰	
افکار			۰/۷۵۲	
اختلال حرکت به وسیله			۰/۴۶۶	
افکار		۰/۵۶۱		
اختلال کاشته شدن فکر		۰/۸۲۷		
هذیان شهرت		۰/۶۹۳		
هذیان قدرت مافوق حسی		۰/۷۸۶		
هذیان انتساب به خود	۰/۵۲۶			
هذیان شخص نادرست				
هذیان تعقیب				

نتیجه تحلیل عامل در مورد مقیاس درجه‌بندی روان‌پریشی جهت تعیین عوامل شاخص اختلال اسکیزوفرنی در جدول ۲ حاکی از آن است که از بین ۱۳ عامل اولیه، ۵ عامل با ۳۷/۰۴٪ تبیین واریانس کل می‌تواند بهترین انتخاب برای تبیین سازه زیربنایی باشد. این پنج عامل عبارتند از: اختلال در ادراک محیط، توهم جسمی، هذیان مذهبی فراحسی، اختلال عمل در نتیجه افکار، توهم شنوایی که به ترتیب ۱۰/۴۷٪، ۷/۷۲٪، ۶/۲۹٪، ۶/۲۸٪ و ۶/۲۶٪ از کل واریانس را تبیین می‌کنند.

جدول ۲. ماتریس چرخش یافته عامل ها بر ای گروه دچار اختلال اسکیزوفرنی

علائم	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵
ادراک شنوایی شدت یافته	۰/۶۸۲				
ادراک بویایی شدت یافته	۰/۸۵۵				
ادراک چشایی شدت یافته	۰/۷۲۰				
ادراک جسمی شدت یافته		۰/۵۶۵			
ادراک لامسه شدت یافته		۰/۴۸۷			
ادراک حرکتی شدت یافته		۰/۷۹۷			
ادراک همزمانی حرکتی				۰/۶۱۸	
توهم موسیقی					۰/۷۹۳
توهم شنوایی غیر کلامی					۰/۷۱۳
توهم بینایی پیچیده	۰/۵۵۶				
توهم بویایی	۰/۶۳۹				
توهم چشایی	۰/۷۴۰				
توهم لمسی		۰/۶۶۷			۰/۳۴۵
توهم حرکتی		۰/۵۶۰			
توهم دهلیزی	۰/۵۷۳				
حواس پرتی					۰/۴۹۳
اختلال توجه به وسیله افکار				۰/۷۰۵	
اختلال حرکت به وسیله افکار				۰/۷۷۰	
اختلال کاشته شدن افکار				۰/۶۵۲	
هذیان شهرت			۰/۳۴۴		
هذیان توانایی			۰/۳۶۳		
هذیان جنسی		۰/۴۸۹			
هذیان سیاسی			۰/۷۹۳		
هذیان مذهب و فلسفه			۰/۶۰۰		
هذیان امور فضایی			۰/۳۸۶		

نتیجه آزمون تحلیل عامل در مورد «مصاحبه نیمه ساختاریافته- مقیاس درجه بندی روان- پربشی» برای تعیین عامل های بنیادی اختلال خلقی دوقطبی در جدول ۳ گزارش شده است. از بین ۱۳ عامل اولیه، ۵ عامل به ترتیب با ۰/۲۵، ۰/۱۱/۳۸، ۰/۸/۲، ۰/۶/۵ و ۰/۵/۴ برای تبیین-

کنندگی واریانس انتخاب شدند. این پنج عامل به ترتیب عبارتند از: هذیان همه کار توانی^۱، توهم شنوایی، خطای ادراکی، توهم دهلیزی - حرکتی و حواس‌پرتهی.

جدول ۳. ماتریس چرخش یافته عامل‌ها برای گروه دچار اختلال خُلقی دوقطبی

عامل ۵	عامل ۴	عامل ۳	عامل ۲	عامل ۱	علائم
	۰/۵۸۰				ادراک بینایی شدت یافته
		۰/۷۴۰			ادراک شنوایی شدت یافته
		۰/۶۰۷			ادراک پویایی شدت یافته
		۰/۶۶۲	۰/۵۷۲		ادراک چشایی شدت یافته
		۰/۷۶۱			ادراک جسمی شدت یافته
		۰/۷۲۶			ادراک حرکتی شدت یافته
			۰/۸۰۰		توهم شنوایی غیرکلامی
۰/۴۴۰					توهم بینایی ساده
			۰/۵۰۱		توهم بینایی پیچیده
			۰/۸۱۰		توهم چشایی
۰/۵۱۲	۰/۵۷۳				توهم جسمی
۰/۵۰۲			۰/۶۵۷		توهم لمسی
	۰/۷۸۳				توهم حرکتی
	۰/۷۳۲				توهم دهلیزی
۰/۷۷۳					حواس‌پرتهی
	۰/۶۶۲				اختلال توجه به وسیله افکار
	۰/۶۶۵				اختلال حرکت به وسیله افکار
۰/۸۷۱					اختلال صحبت توسط عامل بیرونی
			۰/۷۳۰		هذیان عشق
			۰/۷۲۰		هذیان توانایی
				۰/۷۵۵	هذیان قدرت مافوق حسی
				۰/۵۸۲	هذیان حاملگی
				۰/۷۰۷	هذیان داشتن فرزند
				۰/۸۵۹	هذیان سیاسی

نتیجه آزمون تحلیل عامل برای افراد گروه دچار اختلال خُلقی از نوع افسردگی اساسی در جدول ۴ حاکی از آن است که از میان ۱۲ عامل اولیه، ۷ عامل با تبیین واریانس به ترتیب ۰/۲۷، ۰/۱۱/۹، ۰/۸/۹، ۰/۶/۵، ۰/۵/۸، ۰/۵/۶ و ۰/۵/۲ شناسایی شدند که به ترتیب اولویت شامل انواع

جدول ۴. مانریس چرخش یافته عامل‌ها برای گروه دچار اختلال افسردگی اساسی

علائم	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵	عامل ۶	عامل ۷
ادراک بینایی شدت یافته				۰/۵۸۰			
ادراک شنوایی شدت یافته			۰/۷۴۰				
ادراک پویایی شدت یافته			۰/۶۰۷				
ادراک چشایی شدت یافته			۰/۶۶۲				
ادراک جسمی شدت یافته			۰/۷۶۱				
ادراک حرکتی شدت یافته			۰/۷۲۶				
ادراک همزمانی حرکتی							۰/۸۳۶
توهم شنوایی غیر کلامی	۰/۸۰۰						
توهم بینایی پیچیده	۰/۵۰۱						
توهم چشایی	۰/۸۱۰						
توهم جسمی							
توهم لمسی		۰/۶۵۷		۰/۵۷۳	۰/۵۱۲		
توهم حرکتی					۰/۵۰۲		
توهم دهلیزی				۰/۷۸۳			
حواسپرتی				۰/۷۳۲			
اختلال حرکت به‌وسیله افکار					۰/۷۷۳		
اختلال کاشته شدن فکر				۰/۶۶۲			
اختلال صحبت توسط عامل بیرونی		۰/۷۳۰		۰/۶۶۵			
هذیان عشق					۰/۸۷۱		
هذیان ثروت	۰/۵۸۲						
هذیان شهرت	۰/۷۰۷						
هذیان توانایی	۰/۷۲۰						
هذیان قدرت مافوق حسی	۰/۸۵۹						
هذیان جنسی							
هذیان حاملگی							
هذیان انتساب به خود	۰/۷۵۲						۰/۸۴۳
هذیان سیاسی		۰/۵۶۴				۰/۷۵۹	
هذیان مذهب و فلسفه	۰/۵۹۸						
هذیان جادو							
هذیان امور فضایی							
هذیان شخص نادرست	۰/۸۳۶					۰/۶۰۹	
هذیان تعقیب		۰/۷۲۶				۰/۷۹۸	
هذیان حسادت	۰/۶۸۷						
هذیان هیپوکندریاک	۰/۹۲۱			۰/۶۰۰			

هذیان نامتجانس با خُلق مثل هذیان حسادت و فراحسی، انواع توهم شنودی غیر کلامی، تحریف ادراکی، توهم جسمی، حواس‌پرتی، تفکر جادویی^۱، هذیان جنسی بودند. نتایج آزمون تحلیل ممیز^۲ در مورد مقیاس درجه‌بندی روان‌پریشی حاکی از آن است که گروه‌بندی بیماران به چهار گروه اسکیزوفرنی، اختلال خُلقی دو قطبی و اختلال افسردگی اساسی در ۶۳/۲٪ موارد درست انجام گرفته است. مطابق اطلاعات این جدول، اسکیزوفرنی در ۶۹/۸٪ موارد و اختلال خُلقی دو قطبی و اختلال افسردگی یک قطبی به ترتیب در ۵۵/۹٪ و ۵۷/۷٪ موارد درست تشخیص داده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش‌های متعددی در مورد علائم شاخص اختلال‌های روان‌پریشی انجام شده اما تاکنون توافقی در نتایج پژوهش‌ها به دست نیامده است. در مطالعه سعیدلو، مولوی و قمری (۱۳۸۵) در نتیجه تحلیل عامل در مورد ۱۰۰ بیمار دچار اسکیزوفرنی دو عامل اصلی اختلال شناختی و اختلال ارتباطی به عنوان عوامل اصلی اسکیزوفرنی شناسایی شدند. پژوهشگران مختلفی در پی دستیابی به الگوی توصیفی مناسب برای اختلال‌های روان‌پریشی هستند تا از این رهگذر با سهولت بیشتری هم بین روان‌آزردگی‌ها^۳ و هم بین روان‌پریشی‌ها از جمله اختلال اسکیزوفرنی و اختلال‌های خُلقی تشخیص افتراقی ایجاد کنند و هم سالانه وقت، انرژی و هزینه زیادی در نتیجه نارسایی در تشخیص، هدر نرود.

بر پایه تحلیل عامل اطلاعات حاصل از مصاحبه نیمه سازمان‌یافته مقیاس درجه‌بندی روان-پریشی در آزمودنی‌های شرکت‌کننده این پژوهش، چهار عامل توهم جسمی، هذیان قدرت فراحسی، اختلال عمل در نتیجه افکار مزاحم و توهم شنوایی، مهم‌ترین عوامل تبیین‌کننده اختلال روان‌پریشی بودند. همان‌طور که چواینارد و میلر^۴ (۱۹۹۹ a) پیش‌بینی کرده‌اند، علائم ادراکی، علائم حواس‌پرتی و هذیان‌ها از جمله علائم اصلی تشکیل‌دهنده تابلوی بالینی روان-پریشی هستند. اما در پژوهش فعلی توهم جسمی، هذیان (از نوع قدرت فراحسی) و اختلال عمل در نتیجه افکار مزاحم و توهم شنوایی از جمله قوی‌ترین عوامل تبیین‌کننده روان‌پریشی به صورت عام بود. هرچند در پژوهش فعلی نیز همان نتیجه چواینارد و میلر (۱۹۹۹ a) به دست آمد، اما از نظر وزن عاملی وجود هذیان فراحسی به عنوان دومین عامل در پژوهش فعلی نمود

1. magical thought
2. discriminant analysis
3. neurotic
4. Chouinard & Miller

بیشتر هذیان را در مقایسه با علائم حواس پرتی نشان داد. این یافته با دیدگاه سرتی و همکاران (۲۰۰۳) که توهم‌ها را اولین عامل در اختلال‌های هذیانی و افسردگی شناسایی کرده‌اند مطابقت دارد، اما با دیدگاه پینی و همکاران (۲۰۰۴) که با استفاده از «مقیاس ارزیابی علائم منفی» به این نتیجه رسیدند که وجود انواع هذیان و توهم در اختلال‌های روان‌پریشی ضرورت ندارد، اختلاف دارد. در عین حال سرتی و همکاران (۲۰۰۱) بر اهمیت وجود علائم تهییج، هذیان و توهم، افسردگی و از هم گسیختگی در اختلال‌های روان‌پریشی اشاره کرده‌اند. مک اینتاش و همکاران (۲۰۰۱) تعداد ۲۰۴ بیمار روان‌پریش بستری را با «فهرست بازبینی ملاک عملیاتی برای بیماری روان‌پریشی» تحلیل و در آن‌ها چهار بعد مانیا، افسردگی، از هم گسیختگی و تحریف واقعیت را شناسایی کردند. در پژوهش فعلی دو عامل تهییج و افسردگی شاید به دلایل عدم وجود مقیاس مشخص در ابزار مورد استفاده و یا نام‌گذاری متفاوت همین عوامل، به دست نیامد. هم‌چنان که به نظر می‌رسد عامل تهییج در پژوهش سرتی و همکاران (۲۰۰۱) و مانیا نیز در پژوهش مک اینتاش و همکاران (۲۰۰۱) گزارش شده است.

در عین حال اساساً در عرصه آسیب‌شناسی روانی از آنجا که ابزارها خود مشکلاتی در اعتبار و پایایی دارند، طبیعی است که در صورت استفاده از ابزارهای متفاوت جمع‌آوری اطلاعات دستیابی به نتایج مشابه دور از انتظار خواهد بود. ضمناً تعداد متفاوت آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش از نظر نوع تشخیص به آسانی نتیجه تحلیل عامل را متأثر می‌سازند. بنابراین، دو عامل توهم و هذیان در کنار از هم گسیختگی که اصطلاح متفاوت برای اختلال عمل در نتیجه افکار مزاحم است، عوامل مشترک موجود در روان‌پریشی تلقی می‌شوند.

نتیجه تحلیل اطلاعات حاصل از «مقیاس درجه‌بندی علائم روان‌پریشی» در مورد افراد گروه دچار اختلال اسکیزوفرنی نشان می‌دهد که اختلال در ادراک محیط، توهم جسمی، هذیان مذهبی و فراحسی، اختلال عمل در اثر افکار و توهم شنوایی عوامل اول تا پنجم را تشکیل می‌دهند. این نتیجه‌گیری با یافته‌های دایتی و سینگ (به نقل از پینی و همکاران، ۲۰۰۴) مطابقت دارد، به ویژه در این مورد که علائم مثبت در اسکیزوفرنی بالاست. از سوی دیگر کراو (به نقل از پینی و همکاران، ۲۰۰۴) بر علائم مثبت و منفی تأکید کرده است که در این پژوهش از علائم مثبت صرفاً توهم جسمی و شنوایی و هذیان مذهبی و فراحسی مطرح هستند و علائم منفی به صورت اختلال در ادراک محیط و اختلال عمل در اثر افکار غیر مرتبط ظاهر کرده‌اند. نتیجه مطالعه فعلی با نتیجه مطالعه دایتی و سینگ (به نقل از پینی و همکاران، ۲۰۰۴) از نظر وجود علائم مثبت در اختلال اسکیزوفرنی مطابقت دارد اما از نظر وجود علائم درجه اول آشنابردی آن با وزن عاملی بالاتر در بیماران دچار اسکیزوفرنی انطباق ندارد.

فابیش، لانگو، ماچینر، فیتز، و هونایت^۱ (۲۰۰۱) از کشور اتریش، علائم شاخص اسکیزوفرنی و ارتباط آن‌ها را با افتراق اسکیزوفرنی حاد از اختلال اسکیزوفرنی عاطفی مورد مطالعه قرار دادند. حجم نمونه مورد مطالعه متشکل از ۱۵۰ نفر بیمار مرد بود که طبق معیارهای DSM-IV، ۱۲۸ نفر از آن‌ها دچار اسکیزوفرنی و ۲۲ نفر دچار اختلال اسکیزوفرنی عاطفی بودند.

این بیماران در طول دوره روان‌پریشی حادثشان از نظر وسعت علائم شاخص مطابق با زیر گروه تشخیصی خود مورد ارزیابی قرار گرفتند. هدف دیگر این مطالعه دست یافتن به این نکته بود که آیا می‌توان زیر گروه‌های تشخیصی اسکیزوفرنی را از طریق علائم شاخص از یکدیگر مجزا نمود و آیا این زیر گروه‌های حاصل از علائم شاخص با زیر گروه‌های تشخیصی قبلی مطابقت دارند؟ طی این مطالعه تفاوت علائم شاخص در بین انواع زیر گروه‌ها به اثبات رسید، اما با به کارگیری این علائم، تمایز واضح و آشکاری بین زیر گروه‌های تشخیصی حاصل نشد. هم‌چنین نشان داده شد که بیماران دچار هذیان‌های برجسته یا توهمات شنوایی بارز، علائم شاخص بیشتری را نسبت به بیماران دچار رفتارهای شدیداً نابسامان داشتند.

بنگ، فلوم، هابارد، آرنت^۲ (۲۰۰۳) میزان اعتبار و روایی ارزیابی علائم را در اختلال‌های اسکیزوفرنی مطالعه کردند. عواملی هم‌چون بینش ضعیف نسبت به بیماری، فقدان انگیزه، شکاک بودن، تکلم آشفته و اختلال‌های توجه ممکن است در توانایی توصیف درست علائم در بیمارانی که به طور حاد دچار اختلال‌های اسکیزوفرنی شده‌اند، دخیل باشد. طبق نتایج حاصل از این مطالعه، درجه‌بندی علائم مثبت و منفی بر اساس اطلاعات حاصل از شخص بیمار، به طور قابل توجهی ضعیف‌تر از درجه‌بندی جامع بود. اگرچه، این مسئله در مورد درجه‌بندی علائم منفی صدق نمی‌کند.

پرلتا و کوستا^۳ (۲۰۰۵) طی یک شیوه برخورد تشخیصی جامع و چند جانبه، ساختار اصلی و اساسی طبقه‌بندی‌های تشخیصی اسکیزوفرنی را مطالعه کردند. در کل، اختلاف میان طرح‌های تشخیصی اسکیزوفرنی بستگی به این دارد که این طبقه‌بندی‌ها تا چه اندازه اصول تشخیص اسکیزوفرنی (شامل علائم اشنایدی و غیره) را مد نظر قرار داده‌اند. تنوع زیاد طبقه‌بندی‌های تشخیصی (و در نتیجه تنوع علائم شاخص) تظاهر اصلی این مسئله است. ورای این ملاحظات نظری، دو عامل اصلی دیگر نیز قادر به توضیح تنوع میان تعاریف اسکیزوفرنی است، که این دو عبارتند از: وجود اختلال‌های متفاوت در ساختار اسکیزوفرنی، و ماهیت چند بعدی این ساختار که آن را به سختی پیرو به کارگیری تعاریف طبقه‌بندی شده می‌نماید.

1. Fabisc, Langw, Macheiner, Fitz & Honigh
2. Beng, Flaum, Hubbarde & Arndt
3. Peralta & Cuesta

در مجموع هم اطلاعات حاصل از بیماران و هم اطلاعات حاصل از سایر منابع، عامل اصلی بخش عمده‌ای از تنوع‌های موجود در درجه‌بندی جامع بودند. این یافته‌ها بیانگر این نکته‌اند که در ارزیابی‌های محدود به شخص بیمار، احتمال بیشتری وجود دارد که آسیب‌شناسی روانی در بیمارانی که به طور حاد دچار اختلال‌های اسکیزوفرنی شده‌اند، کمتر از حد واقعی تخمین زده شود. این مسئله در حالی است که تاریخچه حاصل از یکی از اعضای خانواده ممکن است به طور بارزی میزان اعتبار و روایی ارزیابی علائم منفی را افزایش دهد.

از یافته‌های دیگر این پژوهش شناسایی ۵ عامل هذیان همه کار توانی، توهم شنوایی، خطای ادراکی، توهم دهلیزی - حرکتی و حواس‌پرتهی بود. همان‌طور که قبلاً نیز گفته شد دهنی و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی که با هدف تهیه یک «مقیاس کوتاه علامت اختلال دو قطبی» انجام دادند پنج عامل انرژی بالا، افسردگی - اضطراب، کندی روانی - حرکتی، روان‌پریشی - مانیا و خشونت را شناسایی کردند.

نتیجه پژوهش فعلی در مورد اختلال خلقی دو قطبی از نظر وجود هذیان همه کار توانی به عنوان قوی‌ترین عامل با عامل انرژی بالا در پژوهش دهنی و همکاران (۲۰۰۴) همسو است، اما با سایر نتایج آن پژوهش انطباق ندارد. مثلاً در آن پژوهش اصلاً بر نابسامانی شناختی مثل خطای ادراکی و یا بر حواس‌پرتهی اشاره نشده است و از سوی دیگر در پژوهش فعلی خشونت و یا کندی روانی - حرکتی به عنوان عوامل اصلی در اختلال خلقی دو قطبی به دست نیامده است. شواهدی از اختلال روان‌پریشی مانیا به عنوان عامل چهارم در پژوهش دهنی و همکاران (۲۰۰۴) بود که در پژوهش فعلی به عنوان هذیان همه کار توانی به دست آمد. شاید استفاده از پرسشنامه‌های مختلف در دو پژوهش به عنوان یکی از عوامل مؤثر سبب این نتیجه باشد.

نتیجه پژوهش فعلی با نتیجه پژوهش سرتی و اولگیاتی (۲۰۰۴) در مورد وجود حواس‌پرتهی در اختلال دو قطبی همخوانی دارد. اما از موارد محدودیت در پژوهش فعلی که به ابزار پژوهش مربوط می‌شود فقدان سؤالات مرتبط با سنجش متغیر خلق تحریک‌پذیر و تهییج است که در نتیجه پژوهش سرتی و اولگیاتی منعکس شده است.

از یافته‌های دیگر این پژوهشگر شناسایی ۱۲ عامل با درجه تبیین ۸/۸۷٪ از کل واریانس برای اختلال افسردگی اساسی با ویژگی‌های روان‌پریشی بر اساس مقیاس درجه‌بندی روان‌پریشی است که از بین این‌ها ۷ عامل با تبیین ۴/۷۵٪ از واریانس به عنوان عوامل بنیادی افسردگی اساسی به دست آمد، که به ترتیب اولویت عبارتند از: هذیان نامتجانس با خلق مثل هذیان حسادت و فراحسی، انواع توهم شنودی غیر کلامی، تحریف ادراکی، توهم جسمی، حواس‌پرتهی، تفکر جادویی، هذیان جنسی.

دو عامل اول به دلیل درصد تبیین‌کنندگی بالا به عنوان عوامل مهم در این اختلال به شمار می‌روند. نتیجه پژوهش فعلی از نظر وجود عوامل حواس‌پرتی و توهم جسمی با یافته‌های پژوهش سرتی و اولیایی (۲۰۰۵) هم جهت است، اما با سایر نتایج آن پژوهش همسو نیست که دلیل آن را می‌توان استفاده از دو ابزار متفاوت در این دو پژوهش نسبت داد. در تبیین یافته مذکور می‌توان به این نکته اشاره کرد که با توجه به این که در اختلال‌های خلقی بیشتر علائم مثبت روان‌پریشی مشاهده می‌شود تا علائم منفی (پرلتا و کوستا، ۲۰۰۵)، در این پژوهش نیز وجود هذیان‌ها و توهم‌ها به عنوان علائم مثبت و عوامل دارای درجه تبیین‌کنندگی بالا همسو با این نظر است.

با توجه به این که مقیاس درجه‌بندی روان‌پریشی تنها شامل سه خرده مقیاس است که علائم ادراک، علایم حواس‌پرتی و هذیان‌ها را می‌سنجد، مسلماً عوامل شناسایی شده در این پژوهش نیز محدود به این سه خرده مقیاس است. همچنین در این پژوهش، بیماران روان‌پریش محدود به بیماران دچار اسکیزوفرنی، اختلال خلقی دوقطبی و افسردگی اساسی بودند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از یک طرف از ابزارهایی استفاده شود که شامل خرده مقیاس‌های بیشتری باشد و نشانه‌های جامع‌تری از اختلال‌های روان‌پریشی را بسنجد و از طرف دیگر در نمونه مورد مطالعه از سایر بیماران دچار اختلال‌های روان‌پریشی مثل بیماران دچار اختلال اسکیزوفرنی عاطفی و اختلال هذیانی نیز استفاده شود.

بررسی ساختار عاملی این مقیاس حاکی از آن است که این مقیاس برای استفاده در جامعه بیماران بخش‌های روان‌پزشکی بستری و سرپایی به خصوص در غربالگری اولیه و بررسی اثربخشی نتایج درمانی و مداخله‌ای می‌تواند به منزله ابزاری برای ارزیابی، مورد استفاده پژوهشگران، روان‌شناسان، روان‌پزشکان، پزشکان، متخصصان بهداشت روان مراکز مشاوره و بیمارستان‌ها قرار گیرد.

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۸۶). متن تجدیدنظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. چاپ سوم، ترجمه محمد رضا نیکخو و همایاک آوادیس یانس، تهران: انتشارات سخن.
- سعیدلو، فریبا، مولوی، پرویز، و قمری، حسین. (۱۳۸۵). بررسی علائم شاخص در اختلال اسکیزوفرنی، پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه علوم پزشکی اردبیل.

قمری، حسین. (۱۳۸۰). بررسی عامل‌های بنیادی در اختلالات نوروتیک. *سمینار انجمن روان-پزشکی ایران*، اسفند ماه. تهران. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
 کلاین، پل. (۱۳۸۰). *راهنمای تحلیل عاملی آسان*. ترجمه سید جلال صدر السادات و اصغر مینایی. تهران: انتشارات سمت.
 هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۰). *تحلیل داده‌های چندمتغیره در پژوهش‌های رفتاری*. تهران: نشر پارسا.

- Chouinard, G., & Miller, R. (1999a). A rating Scale for Psychotic symptoms (RSPS): Part II: Subscale 2: distraction Symptoms (Catatonia and passivity experiences): subscale 3: delusions and semi-structured Interview (SSCI-RSPS). *Schizophrenia Research*. 98:123-150
- Chouinard, G., & Miller, R. (1999b). A Rating Scale for Psychotic Symptoms (RSPS): Part I: theoretical principles and subscale 1: perception symptoms (Illusions and Hallucinations). *Schizophrenia Research*. 38:101-122.
- Beng, C.H., Flaum, M., Hubbarde, W., Arndt, S. (2003). *Validity of symptom assessment in psychotic disorders: informaion variance across different sources of history*. Elsevier, B.V.
- Dennehy, E., Suppes, T., Crismon, M., Toprac, M., Carmody, T. & Rush, A. (2004). Development of the Brief Bipolar Disorder Symptom Scale for patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 127:137-145.
- Fabisch, H., Langw, G., Macheiner, H., Fitz, w., Honigh, D., (2001). Basic symptoms and their contribution to the differential typolpgy of acute schizophrenic and schizoaffective disorders. *Psychopathology*. Vol. 34, N. 1, PP: 15-22.
- McIntosh, A. M., Forrester, A., Lawrie, S. M., Byrne, M., Harper, A., Kestelman, J. N., Best, J. J., Johnstone, E. C. & Owens, D. G., (2001). A factor model of the functional psychoses and the relationship of factors to clinical variables and brain morphology. *Psychological Medicine*, 31: 159-171
- Peralta, V., Cuesta, M. J. (2005). The underlying structure of Diagnostic systems of schizophrenia: A comprehensive polydiagnostic approach. *Schizophrenia Research*. 98: 523-540.
- Pini, S., De queiroz, V., Dell' Osso, L., Abelli, M. (2004). Cross-sectional similarities and differences between schizophrenia, schizoaffective disorder and mania with mood-incongruent psychotic features . *European Psychiatry*. 19: 8-14.
- Sbrana, A., Dellosso, L., Benvenuti, A. & Rucci, P. (2004). The psychotic spectrum: validity and reliability of the structured clinical interview for the psychotic spectrum. *Schizophrenia Research*. 75: 375-387.
- Serreti, A., & Olgiati, P. (2003). The psychotic spectrum, Validity & Reliability of the structured clinical interview for the Psychotic spectrum. *Schizophrenia Research*. 75: 375-388.
- Serretti, A., & Olgiati, P. (2005). Fnfles of manic syuptomes in Bipolar I, Bipolar II and major Deperssive Disorders. *Journal of Affective Disorders*. 84: 159-166.

- Serretti, A., & Olgiate, P. (2004). Dimensions of major psychosis: a Confirmatory Factor analysis of six Competing models. *Psychiatry research*. 127: 101-109.
- Serretti, A., Rietschel, M., Lattuada E., & Krauss, H. (2001). Major Psychoses symptomatology: Factor analysis of 2241 psychotic subject. *European Archives of Psychiatry and clinical Neuro-science*. 251: 193-198.
- Van os, J., Gilvarry, C., Bale, R., Van Horn, E., Tattan, T., White, Ian, Murray, R. (2000). Diagnostic value of the DSM and ICD categories of Psychosis: an evidence-based Approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 35: 305-311.
- Yamada, A., Barriob, C., Morrison. S. W., Sewelld, D., & Jeste D. V. (2006). Cross-ethnic evaluation of psychotic symptom content in hospitalized middle-aged and older adults. *General Hospital Psychiatry*. 28: 161– 168.