

# مقایسه نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی با افراد بهنجار

لیلا زراعتکار<sup>۱</sup>، محمود نجفی<sup>۲</sup>، پروین رفیعی نیا<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**زمینه و هدف:** نظریه ذهن توانایی قضاوت درباره‌ی حالت‌های ذهنی خود و دیگران است که در عملکردهای اجتماعی و رفتاری نقش مهمی دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی با افراد بهنجار بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه علی مقایسه‌ای بود. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۲۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی عضو در مراکز ویزیت در منزل و مراکز نگهداری بیماران مزمن روانی شهر بجنورد، ۲۷ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی مراجع‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی و ۳۰ فرد بهنجار از کارکنان شرکت صنعتی مواد لبنی آشنا شهر بجنورد، بودند. آزمودنی‌های پژوهش به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در مقطع زمانی آبان ماه تا دی ماه سال ۹۱ مورد مطالعه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به وسیله آزمون‌های SCID-I و فرم خلاصه شده WAIS-R و ذهن‌خوانی از طریق چشم‌های بارون-کوهن مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد که نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی با افراد بهنجار به طور معنی‌داری متفاوت است ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** همان‌گونه که نتایج پژوهش حاضر نشان داد نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی در مقایسه با افراد بهنجار آسیب‌دیده است. این آسیب در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نسبت به بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بیشتر می‌باشد. هم‌چنین نتایج بیانگر این بود که بهره‌های هوشی نمی‌تواند نقص نظریه ذهن را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی تبیین کند.

**واژه‌های کلیدی:** نظریه ذهن، اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی

**ارجاع:** زراعتکار لیلا، نجفی محمود، رفیعی نیا پروین. سبک‌های مقایسه نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی با افراد بهنجار

مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۵): ۴۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۹/۱۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۲۲

E-mail: m\_najafi@semnan.ac.ir

۱-دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران (نویسنده مسؤل)

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

## مقدمه

نظریه ذهن، توانایی درک حالت‌های ذهنی دیگران است. درک باورها (believes)، مقاصد (intend)، گمان‌ها (supposes)، امیال (desires) دیگران و غیره است؛ به عبارت دیگر درک قصد دیگران است (۱). ظرفیت نابهنجار نظریه ذهن در چندین اختلال روانی گزارش شده است. گسترده‌ترین مطالعات نظریه ذهن در مورد ناهنجاری‌های طیف اوتیستیک، بیماران بزرگسال دارای آسیب قطعه پیشانی و در بیماران اسکیزوفرنی (۳-۲) صورت پذیرفته است. Frith (۴) اولین فردی بود که نقص نظریه ذهن را در افراد اسکیزوفرنی مطرح کرد. از نظر Frith (۴) نقص در نظریه ذهن می‌تواند موجب بروز علائم روان‌پریشی در افراد اسکیزوفرنی شود. علائم روان‌پریشی باعث برداشت‌های غلط از حالت‌های عاطفی فرد یا دیگران می‌شود (۵). همچنین گروهی از محققین نشان دادند که در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نیز مانند بیماران مبتلا به اوتیسم ارتباطی بی نقص در فرابازنمایی (meta representation) و خصوصیات آسیب‌شناسی روانی و درجاتی از شدت بیماری وجود دارد. چنانچه بیمار نتواند باورها را به عنوان بازتابی از واقعیت بداند، در آن صورت تمایز میان امر ذهنی و عینی برای او دشوار می‌شود و این امر می‌تواند به شکل‌گیری هذیان (delusion) کمک نماید (۵). بعضی از علائم پارانوئا (paranoia) و نشانه‌های رفتاری می‌تواند ناشی از اشکال در استنباط نیت و عقیده دیگران باشد (۶). همچنین اگر بیمار نتواند هدفمند بودن رفتار خود را پایش کند، این احساس را خواهد داشت که خود آن‌ها را پدید نیاورده است و هذیان «کنترل توسط بیگانه (alien control)» شکل می‌گیرد (۵). تزریق فکر (thoughtinsertion) و هذیان کنترل می‌تواند بیانگر ناتوانی در بیان قصد عمل باشند. هذیان‌های انتساب (reference) و تعقیب و گزند (persecution) می‌تواند بیانگر اشکال در انعکاس وضعیت ذهنی دیگران باشند (۶). در صورتی که بیمار نتواند دیدگاه‌های ذهنی منحصر به فرد دیگران را بشناسد، در ارتباط با دیگران نمی‌تواند برای دانسته‌هایشان جایی را در نظر بگیرد و نمی‌تواند متوجه سردرگمی شنونده شود که خود علامت اختلال فکر است (۵).

پژوهش‌های اولیه نشان داد که عمدتاً بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، آزمون نظریه ذهن را ضعیف‌تر از آزمودنی‌های سالم (۱۳-۷) و بیماران روان‌پزشکی غیر اسکیزوفرنی انجام داده‌اند و این نارسایی در دوره فعال بیماری بارزتر بوده است. بیماران دارای نشانه‌های منفی بیشترین نقص را در عملکرد نظریه ذهن داشتند (۱۵-۱۴) و بیماران با نشانه‌های پارانوئید در تکالیف نظریه ذهن ضعیف عمل کردند (۱۶). در مطالعه‌ی Drury و همکاران (۱۷) بیمارانی با هذیان گزند و آسیب و هذیان به خود بستن عملکردشان در تکالیف نظریه ذهن ضعیف‌تر از بیماران غیرهذیانی بود.

اختلالات نظریه ذهن در دیگر ناهنجارها همچون افسردگی اساسی (Major Depressive Disorder یا MDD) و ناهنجاری دوقطبی نیز مشاهده شده است (۱۸). افسردگی اساسی به‌طور معنی‌داری با نقص در شناسایی حالت‌های ذهنی دیگران ارتباط دارد (۲۰-۱۸). اشکال در شناسایی حالت‌های ذهنی، مبنای نظریه ذهن است که برای تعاملات اجتماعی بسیار مهم است (۲۱). نشانه‌های افسردگی اساسی که شامل فقدان احساس لذت (anhedonia)، کندی روانی- حرکتی (psychomotor retardation) و خلق افسرده (depressed mood) می‌باشد، ارتباط قوی با آسیب‌شناسی نظریه ذهن دارند که نشان‌دهنده فقدان انگیزه نسبت به حالت‌های ذهنی دیگران است، در واقع نقص‌های اجتماعی و بین‌فردی موجود در افراد در معرض خطر افسردگی ممکن است ویژگی مهمی باشد که انگیزه آن‌ها را در درک ذهن دیگران نشان می‌دهد (۲۴-۲۲). تعداد کمی از پژوهش‌ها به بررسی توانایی نظریه ذهن در بیماران افسرده اساسی پرداخته‌اند (۲۵) و پژوهش‌ها نتایج متناقضی را در رابطه با توانایی نظریه ذهن در بیماران افسرده اساسی بیان می‌کند. برای مثال، برخی پژوهش‌ها نشان دادند که نواقص نظریه ذهن در بیماران افسرده هم در مرحله حاد بیماری (۲۶) و هم در طی دوره بهبودی وجود دارد (۲۷) که افراد افسرده در معرض بروز دوباره و عملکرد ضعیف اجتماعی و در نتیجه پیش‌آگهی ضعیف‌تری می‌باشند (۲۸). در حالی که پژوهش‌های دیگر نشان دادند که بین نظریه ذهن افراد افسرده و گروه کنترل تفاوتی وجود نداشت (۲۹، ۲۵). Lee و همکاران

شامل ۳۰ فرد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی که در مراکز ویزیت در منزل و مراکز نگهداری بیماران مزمن روانی عضو بودند و حداقل ۴ سال از تشخیص بیماری این افراد می‌گذشت و بر پایه معیارهای DSM-IV-TR یا Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition text (revision) توسط روان‌پزشک و هم‌چنین با استفاده از مصاحبه ساختاریافته (SCID-I یا The Structured Clinical Interview for DSM-IV) تشخیص داده شده بودند. ۳۰ فرد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌پزشکی که با استفاده از معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR توسط روان‌پزشک، مصاحبه ساختاریافته SCID-I و بررسی تاریخچه خانوادگی توسط پژوهشگر انتخاب شدند. هم‌چنین ۳۰ فرد بهنجار که در کارخانه صنعتی مواد لبنی آشنا مشغول به کار بودند، که مبتلا نبودن این افراد به اختلال روانی و عدم مصرف مواد با استفاده از خودگزارشی، عدم مراجعه به روان‌پزشک، مصاحبه و بررسی تاریخچه خانوادگی مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت. نمونه مورد پژوهش در مقطع زمانی آبان ماه تا دی ماه سال ۹۱ مورد مطالعه قرار گرفتند. تعداد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی پس از حذف داده‌های پرت به ترتیب به ۲۵ و ۲۷ نفر کاهش یافت. وجود هرگونه سابقه بیماری عصبی شناختی، یا ضربه شدید به سر که از دست دادن هوشیاری را به دنبال داشته است، عقب‌ماندگی ذهنی، مصرف قابل توجه مواد غیر از سیگار، دریافت الکتروشوک (ECT یا Electroconvulsive therapy) در یک ماه گذشته، مشکلات بینایی که فرد را در تشخیص حالت‌های چهره دچار مشکل می‌کند، تحصیلات کمتر از پنجم ابتدایی و سنین کمتر از ۱۸ سال و بالای ۴۵ سال معیارهای خروج و سبب حذف آزمودنی‌ها بودند. هم‌چنین در این پژوهش هوش کلی و هوش کلامی به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شد.

#### ابزار:

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: مصاحبه ساختاریافته (SCID-I)، آزمون ذهن‌خوانی از طریق چشم‌ها (بارون-کوهن) و فرم کوتاه آزمون WAIS-R یا Wechsler

(۱۸) در پژوهش خود یافتند که زنان دارای افسردگی تک قطبی در آزمون ذهن‌خوانی از طریق چشم دچار مشکل هستند. این یافته‌ها بیان دارند که زیرلایه‌های مشابه‌ای وجود دارند که می‌توانند با اسکیزوفرنی و افسردگی رابطه داشته باشند (۲۰). با در نظر گرفتن این‌که نظریه ذهن توانایی شناختی مهمی در درک محیط اجتماعی می‌باشد، گستره آن تا حدود زیادی، تعریف نشده باقی مانده است. از سویی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی در عملکردهای رفتاری و تعاملات اجتماعی خود دچار مشکل هستند که می‌تواند به نقص در نظریه ذهن مربوط باشد. هم‌چنین از آنجایی که اختلال اسکیزوفرنی جدی‌ترین اختلال روانی است و در تمام عمر بر زندگی و عملکرد فرد تأثیرات مخربی دارد و افسردگی اساسی شیوع نسبتاً بالایی را در بین افراد جامعه دارد و با توجه به هزینه‌های درمانی و تأثیرات روانی که این بیماری‌ها بر خانواده بیماران دارد، توجه به علایم و درمان این بیماری‌ها مهم می‌باشد. از این نظر که مطالعه نظریه ذهن، ما را به شناخت بیشتر علایم، تعاملات اجتماعی و درمان این بیماران کمک می‌کند. از طرفی دیگر تعداد کمی از پژوهش‌ها به مطالعه نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی پرداخته‌اند و پژوهش‌ها، نتایج متناقضی را در رابطه با توانایی نظریه ذهن در این بیماران بیان می‌کند، بنابراین این پژوهش در نظر دارد تا به بررسی مقایسه‌ای نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی با افراد بهنجار بپردازد.

#### مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای است، که به شکل مقطعی به مقایسه نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی با افراد بهنجار می‌پردازد. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجع به کلینیک‌های روان‌پزشکی، کلیه افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی عضو در مراکز ویزیت در منزل و مراکز نگهداری بیماران مزمن روانی شهر بجنورد و کلیه افرادی که در شرکت صنعتی مواد لبنی آشنا شهر بجنورد کار می‌کنند. نمونه آماری

(Adult Intelligence Scale Revised).

**۱- مصاحبه ساختاریافته SCID-I:** یک مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته است که تشخیص‌هایی را بر اساس DSM-IV فراهم می‌آورد. نیمه ساختار بودن آن به این علت است که اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه‌گر در مورد پاسخ‌های مصاحبه شونده است. کل SCID-I معمولاً در یک جلسه اجرا می‌شود و بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشد (فرست، اسپیتز، گیون و ویلامز، به نقل از ۳۰). شریفی و همکاران (۳۰) پس از ترجمه این مصاحبه به زبان فارسی، آن را بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیص برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی مطلوب بود (پایایی بالاتر از ۰/۶۰). کاپای مجموع برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به دست آمد. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID قابل قبول است.

**۲- آزمون ذهن خوانی از طریق چشم‌ها (بارون-کوهن):** این یک آزمون نوروفیزیولوژیک در مورد خواندن ذهن است (۳۱). فرم تجدید نظر شده این آزمون (فرم ۳۶ ماده‌ای) شامل عکس‌هایی از ناحیه چشم هنرپیشه‌های زن و مرد است. با هر ماده چهار توصیف حالت ذهنی (یک حالت هدف و سه حالت انحرافی با همان ارزش هیجانی) ارائه می‌شود. تنها با استفاده از اطلاعات بینایی از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود کلمه‌ای که بهترین توصیف‌کننده فکر یا احساس صاحب چشم‌هاست را انتخاب کنند. برای نمره‌گذاری به هر جواب صحیح نمره یک تعلق می‌گیرد و نمرات بین دامنه صفر تا سی و شش قرار می‌گیرد. نمره بین ۲۲ تا ۳۰ نشانگر نظریه ذهن متوسط، نمره کمتر از ۲۲ نشانگر نظریه ذهن پایین و نمره بالاتر از ۳۰ نشانگر نظریه ذهن بالا است (۱۵). اعتبار و همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) این آزمون در پژوهش محمودعلیلو و همکاران (۱۵)، ۰/۷۳ گزارش شد.

**۳- فرم کوتاه آزمون WAIS-R:** شامل خرده مقیاس‌های گنجینه لغت، محاسبه، طراحی با مکعب و تنظیم تصاویر است. زمان لازم برای اجرای این آزمون از ۲۵ تا ۳۰ دقیقه و همبستگی آن با کل مقیاس در دو آزمون WAIS-R و Wechsler Intelligence Scale for Children Revised (WISC-R) از ۰/۹۳ تا ۰/۹۵ است. مقایسه فرم‌های کوتاه مختلف نشان داده که فرم‌های کوتاه سستی (متشکل از خرده مقیاس‌های گنجینه لغت، محاسبه، طراحی با مکعب‌ها و تنظیم تصاویر)

در مقایسه با سایر انواع فرم‌های کوتاه هوشپهر کامل WAIS-R با دقت بیشتری برآورد می‌کند. فرم‌های کوتاه را می‌توان به عنوان ابزارهایی برای غربال کردن، به ویژه در مواردی که هدف ارزیابی غیر از سنجش هوش است، به طریق مناسب مورد استفاده قرار داد و نتایج آن را می‌توان به عنوان شاخص تقریبی هوش، یا مبنایی برای تعیین ضرورت سنجش کامل توانایی‌های شناختی به کار برد (۳۲). در مطالعه عابدی و همکارانش (به نقل از ۳۲) ضریب پایایی بازآزمایی خرده آزمون‌های گنجینه لغات ۰/۸۷، محاسبه ۰/۸۴، تنظیم تصاویر ۰/۶۹، طراحی با مکعب ۰/۷۱ و هم‌چنین پایایی دو نیمه کردن از طریق زوج و فرد کردن پاسخ‌ها برای این خرده آزمون‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۸۸ بود (۳۲).

#### یافته‌ها

شاخص‌های نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی با افراد بهنجار در جدول ۱ نشان داده شده است. همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی میانگین و انحراف استاندارد نظریه ذهن به ترتیب ۱۳/۶۸، ۱/۴۶ می‌باشد. در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی میانگین نظریه ذهن ۱۷/۸۸ و انحراف استاندارد ۱/۳۱ است. در افراد بهنجار میانگین نظریه ذهن ۱۹/۸۳ و انحراف استاندارد آن ۱/۵۹ می‌باشد. قبل از تجزیه و تحلیل داده‌ها در ابتدا پیش فرض همسانی واریانس‌ها بررسی می‌شود. نتایج جدول ۲ نشان داد که واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان می‌باشد و در همه موارد سطح معنی‌داری ( $p > 0.05$ ) است. قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهشی، بایستی اثرات احتمالی هوش کلامی و هوش کلی بر آزمون نظریه ذهن به عنوان متغیر همگام (کووریت) مورد بررسی قرار گیرد. جدول ۳ و ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نظریه ذهن را در گروه‌های متغیرهای وابسته با کنترل اثر هوش کلامی و هوش کلی ارائه می‌کنند. همان‌گونه که از جدول ۳ مشخص می‌گردد نظریه ذهن در این پژوهش تحت تأثیر هوش کلامی قرار نگرفته است. به عبارتی دیگر هنگامی که با استفاده از تحلیل کوواریانس اثر هوش کلامی را کنترل کرده‌ایم، بین نظریه ذهن افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی و افراد بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=60.151, P<0.001$ ). نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، هنگامی که با تحلیل کوواریانس اثر هوش کلی را در نظر نگرفته‌ایم تفاوت معنی‌داری بین نظریه ذهن در بین افراد

مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی و افراد بهنجار وجود دارد ( $P < 0/001$ ,  $F=58/998$ ). برای این که مشخص شود که بین کدام دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد، یعنی بین میزان نظریه ذهن کدام گروه‌های مورد پژوهش تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارایه گردیده است. همان طور که از جدول ۵ نیز مشخص می‌گردد، بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی و افراد بهنجار از لحاظ نظریه ذهن تفاوت معنی داری وجود دارد و بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نسبت به گروه‌های دیگر عملکرد ضعیف‌تری را در نظریه ذهن نشان می‌دهند. هنگام مقایسه نظریه ذهن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی تفاوت میانگین‌ها  $4/20$  می‌باشد که در سطح

معنی دار می‌باشد و بیانگر عملکرد ضعیف‌تر افراد اسکیزوفرن نسبت به بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در نظریه ذهن است. در بررسی مقایسه‌ای نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افراد بهنجار تفاوت میانگین‌ها  $6/1533$  است که در سطح ( $P < 0/001$ ) معنی دار می‌باشد و این نشان‌دهنده عملکرد ضعیف بیماران مبتلا به اسکیزوفرن نسبت به افراد بهنجار در نظریه ذهن می‌باشد. نتایج بررسی مقایسه‌ای نظریه ذهن بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و افراد بهنجار با تفاوت میانگین  $1/9444$  در سطح ( $P < 0/001$ ) معنی دار می‌باشد و نشان‌دهنده عملکرد ضعیف بیماران مبتلا به افسردگی در مقایسه با افراد بهنجار در نظریه ذهن می‌باشد.

جدول ۱. شاخص‌های نظریه ذهن در گروه‌ها

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	دامنه تغییرات
بیماران اسکیزوفرن	۲۵	۱۳/۶۸	۱/۴۶	۱۰	۱۶	۶
بیماران افسرده	۲۷	۱۷/۸۸	۱/۳۱	۱۶	۲۱	۵
افراد بهنجار	۳۰	۱۹/۸۳	۱/۵۹	۱۷	۲۳	۶
کل نمونه	۸۲	۱۷/۳۱	۲/۹۳	۱۰	۲۳	۱۳

جدول ۲. آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها در بین گروه‌ها

متغیر	F	df1	df2	سطح معنی داری
هوش کلامی	۰/۶۹۶	۲	۷۹	۰/۵۰۲
هوش کلی	۰/۳۲۳	۲	۷۹	۰/۷۲۵

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت نظریه ذهن در سه گروه مورد مطالعه با کنترل اثر هوش کلامی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات	توان آماری
هوش کلامی	۱/۲۰۴	۱	۱/۲۰۴	۰/۵۵۶	۰/۴۵۸	۰/۰۰۷	۰/۱۱۴
گروه	۲۶۰/۷۶۰	۲	۱۳۰/۳۸۰	۶۰/۱۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰۷	۱/۰۰۰
خطا	۱۶۹/۰۶۹	۷۸	۲/۱۶۸				

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت نظریه ذهن در سه گروه مورد مطالعه با کنترل اثر هوش کلی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجدور تا	توان آماری
هوش کلی	۱/۱۷۹	۱	۱/۱۷۹	۰/۵۴۴	۰/۴۶۳	۰/۰۰۷	۰/۱۱۳
گروه	۲۵۵/۷۹۹	۲	۱۲۷/۹۰۰	۵۸/۹۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲	۱/۰۰۰
خطا	۱۶۹/۰۹۵	۷۸	۲/۱۶۸				

جدول ۵. جدول مقایسه میانگین‌های گروه‌های مورد مطالعه در نظریه ذهن

گروه (L)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معناداری
بیماران اسکیزوفرن	بیماران افسرده	-۴/۲۰۸۹	۰/۴۰۷۴۸	۰/۰۰۱
	افراد بهنجار	-۶/۱۵۳۳	۰/۳۹۷۵۷	۰/۰۰۱
بیماران افسرده	افراد بهنجار	-۱/۹۴۴۴	۰/۳۸۹۴۵	۰/۰۰۱

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به مقایسه نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی با افراد بهنجار می‌پردازد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هم بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و هم بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در نظریه ذهن نقص دارند. این نتایج با یافته‌های (۳۳-۳۴، ۱۵-۷) که نقص در نظریه ذهن را در بیماران اسکیزوفرنی مطالعه کردند، همسو است. Frith (۴) اظهار می‌دارد که آسیب‌های نظریه ذهن در اسکیزوفرنی می‌تواند مرتبط با علایم روان‌پریشی باشد. علایم روان‌پریشی باعث برداشتهای غلط از حالت‌های عاطفی فرد یا دیگران می‌شود. چندین پژوهش سعی در درک علایم روان‌پریشی و نقص نظریه ذهن داشته‌اند. به طور مثال Corcoran, Cahill و Frith (۳۵) گزارش داده‌اند که بیماران اسکیزوفرنی با هذیان‌های پارانوئید در هنگام مواجهه با محرک حالت‌های ذهنی دچار نقص ادراکی گزینشی می‌شوند. چنان‌چه بیمار نتواند باورها را به عنوان بازتابی از واقعیت بداند، در آن صورت تمایز میان امر ذهنی و عینی برای او دشوار می‌شود و این امر می‌تواند به شکل‌گیری هذیان کمک نماید. در صورتی که بیمار نتواند دیدگاه‌های ذهنی منحصر به فرد دیگران را بشناسد، در ارتباط با دیگران نمی‌تواند برای

دانسته‌هایشان جایی را در نظر بگیرد و نمی‌تواند متوجه سردرگمی شنونده شود که خود علامت اختلال فکر است. همچنین اگر بیمار نتواند هدفمند بودن رفتار خود را پیش‌کند، این احساس را خواهد داشت که خود، آن‌ها را پدید نیآورده است و هذیان «کنترل توسط بیگانه» شکل می‌گیرد (۵). علاوه بر این، با توجه به رابطه نشانه‌های بد عملکردی با آسیب‌های قشر پیش‌پیشانی (PFC یا Prefrontal Cortex) و نیز با توجه به این که کم‌کاری پیش‌پیشانی یکی از اصلی‌ترین علت اختلال اسکیزوفرن است نقص نظریه ذهن در بیماران اسکیزوفرن می‌تواند قابل انتساب به نواحی مغزی یکسان درگیر در اختلال اسکیزوفرن و عملکرد در نظریه ذهن باشد (۱۵).

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نسبت به بیماران مبتلا به افسردگی اساسی نقص بیشتری را در نظریه ذهن نشان دادند. این یافته با یافته Kettle و همکاران (۳۹) ناهمسو می‌باشد. این نتایج متفاوت ممکن است به خاطر زیرگروه‌های تشخیصی افسردگی و حجم نمونه باشد (۲۹).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که (IQ یا Intelligence) quotient کلامی و کلی آزمون وکسلر در تبیین نقص نظریه ذهن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی نقشی

ندارند. پژوهش‌های پیشین نتایج ناهمگونی در خصوص اثر هوش بر نواقص نظریه ذهن در بیماران اسکیزوفرنی ارایه داده‌اند. در فراتحلیلی که Bora و همکاران (۱۱) انجام دادند نشان داده شد که IQ، توابع اجرایی و توانایی‌های حافظه با عملکردهای نظریه ذهن بیماران اسکیزوفرنی مرتبط می‌باشند و هم‌چنین تأثیر چشمگیر نقص IQ بر نواقص نظریه ذهن بیماران بهبودیافته را، هنگام تحلیل‌های رگرسیون عنوان کردند. هر چند پژوهش‌های دیگر نشان دادند که IQ و نواقص شناختی نمی‌توانند نقص نظریه ذهن بیماران اسکیزوفرنی را توضیح دهند (۲، ۳۶). فراتحلیل Sprong و همکاران (۳) هم گزارش دادند که IQ نمی‌تواند تأثیر چندانی بر نقص نظریه ذهن داشته باشد. این نتایج حاکی از آن است که پیش از این که بخواهیم بگوییم شاخصی برای ناتوانی نظریه ذهن در بیماران اسکیزوفرنی وجود دارد باید پژوهش‌های بیشتری درباره‌ی توانایی‌های نظریه ذهن و اثر دیگر نواقص شناختی در بیماران بدون علائم انجام دهیم (۱۱). در مورد نقص نظریه ذهن در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی نیز نتایج ناهمسانی وجود دارد. یافته‌های پژوهشی حاضر با یافته‌های پژوهشی (۲۰-۱۸) همسو است که بیانگر این بودند که افسردگی اساسی به طور معنی‌داری با نقص در شناسایی حالت‌های ذهنی دیگران ارتباط دارد. ولی با یافته‌های (۲۹، ۲۵) که بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در مقایسه با گروه کنترل نقصی را در نظریه ذهن نشان ندادند، ناهمسان بود. این نتایج متفاوت ممکن است به خاطر زیرگروه‌های تشخیصی افسردگی باشد که نقش مهمی را در روشن شدن نتایج متضاد مربوط به ارتباط بین توانایی نظریه ذهن و افسردگی در ادبیات موجود دارد که هنوز مورد پژوهش قرار نگرفته است (۲۵). نتایج پژوهش Inoue و همکاران (۲۸) نشان داد که نقص نظریه ذهن پس از بهبودی حاکی از علائم بیماران اختلالات خلقی، نرخ برگشت بالایی را پیش‌بینی می‌کند. در حضور نقص نظریه ذهن، پزشکان باید توجه زیادی بر تعدیل اجتماعی بیماران داشته و شناخت‌درمانی و حمایت اجتماعی را جهت رسیدن به توانایی میان‌فردی آن‌ها انجام دهند.

اجتماعی مبهم از جمله حالت‌های ذهنی افراد دیگر، از ویژگی‌های شناختی بیماران مبتلا به افسردگی است (۳۷). باور بر این است که پایه‌ی عصبی نظریه ذهن مناطق زیر را شامل می‌شود: قشر حدقه‌ای پیشانی، قشر پیش‌پیشانی، بادامه و شکمی میانی (۳۸). از آنجا که پژوهش‌های عکس‌برداری مغزی بسیاری نشان داده‌اند که، قشر پیش‌پیشانی نقش مهمی در پاتوفیزیولوژی اختلالات خلقی دارد، نقص نظریه ذهن می‌تواند مرتبط با زمینه‌ی پاتوفیزیولوژیک اختلالات خلقی باشد (۳۹). برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به افسردگی اساسی حجم کمتری از قشر حدقه‌ای پیشانی در مقایسه با افراد سالم دارند (۴۰، ۴۱). از سوی دیگر، برخی از یافته‌ها (۴۲) نشان داده‌اند که قشر حدقه‌ای پیشانی در خواندن ذهن نقش دارد. Baron-Cohen (۴۲) نشان داد که قشر حدقه‌ای پیشانی در تشخیص حالت‌های ذهنی از طریق عکس‌هایی از ناحیه چشم درگیر است. برخی یافته‌ها گزارش دادند که ممکن است، مکانیسم و زیرلایه‌های نورویولوژیک مشابهی در اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی و افسردگی روان‌پریش وجود داشته باشد (۲۰). با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان به روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی پیشنهاد داد که باید توجه زیادی بر تعدیل اجتماعی بیماران داشته و شناخت‌درمانی و حمایت اجتماعی را جهت رسیدن به توانایی میان‌فردی بیماران و در نتیجه بهبود نظریه ذهن انجام دهند. از آنجایی که تجارب اجتماعی بر تحول نظریه ذهن تأثیر بسزایی دارد و با توجه به این که تعامل‌های والد-فرزندی خصوصاً مادر-فرزندی نقش مهمی در رشد اجتماعی-شناختی فرزند دارد. بنابراین می‌توان در این زمینه به خانواده‌ها آموزش‌های لازم را ارایه کرد و با بر طرف نمودن زمینه نقص در نظریه ذهن کودکان، در پیشگیری برخی اختلال‌های آن اقدام مؤثر نمود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که نمونه‌گیری در دسترس و حجم کم نمونه موجب کاهش تعمیم نتایج می‌شود و با توجه به این که در انتخاب نمونه پژوهش، ملاک‌های ورودی خاصی قرار دادیم، بنابراین در تعمیم نتایج به افراد دیگر باید با احتیاط عمل کرد. در پژوهش حاضر سلامت افراد بهنجار با استفاده از گزارش‌های شخصی بررسی شد. از

اختیار این جانب قرار دادند و همچنین از تمامی پرسنل و بیماران کلینیک‌های ویزیت در منزل و مراکز نگهداری بیماران مزمن روانی شهر بجنورد و همچنین از کارکنان کارخانه صنعتی آشنا، تشکر و سپاسگزاری می‌نمایم.

آن جایی که روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود و در این روش از معلول به علت پی می‌بریم، بنابراین نمی‌توان به تبیین دقیق رابطه‌ی علی پرداخت.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای دکتر محمودعلیلو که پرسش‌نامه نظریه ذهن را در

## References

1. Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind- evolution ontogeny brain mechanisms and psychopathology. *Neurosci Biobehav Rev* 2006; 30(4): 437-55.
2. Brüne M. Theory of mind in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin* 2005; 31(1): 21-42.
3. Sprong M, Schothorst P, Vos E, Hox J, van Engeland H. Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2007; 191: 5-13.
4. Frith C. *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove, East Sussex: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
5. Langdon R, Coltheart M. Mentalising Schizotypy and Schizophrenia. *Cognition* 1999; 71(1): 43-71.
6. Gambini O, Barbieri V, Scarone S. Theory of Mind in schizophrenia: First person vs third person perspective. *Consciousness and Cognition* 2004; 13: 39-46.
7. Brüne M. Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2003; 60(1): 57-64.
8. Brunet E, Sarfati Y, Hardy-Baylé M C, Decety J. Abnormalities of brain function during a nonverbal theory of mind task in schizophrenia. *Neuropsychologia*. 2003;41(12):1574-82.
9. Schenkel LS, Spaulding WD, Silverstein SM. Poor premorbid social functioning and theory of mind deficit in schizophrenia: Evidence of reduced context processing?. *Journal of Psychiatric Research*, 2005; 39(5): 499-508.
10. Hirao K, Miyata J, Fujiwara H, Yamada M, Namiki C, Shimizu M, et al. Theory of mind and frontal lobe pathology in schizophrenia: A voxel-based morphometry study. *Schizophrenia Research* 2008; 105(1-3): 165-74.
11. Bora E, Yucela M, Pantelisa C. Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2009; 109: 1-9.
12. Montag C, Dziobek I, Richter IS, Neuhaus K, Lehmann A, Sylla R, et al. Different aspects of theory of mind in paranoid schizophrenia: Evidence from a video-based assessment. *Psychiatry Research* 2011; 186: 203-9.
13. Nejatisafa A, Sharifi V, Alaghbandrad J. Theory of mind deficit in psychosis: Is it specific to schizophrenia? *IJPCP* 2004; 9(4): 34-42. [In Persian].
14. Shamay-Tsoory SG, Shur S, Barcai-Goodman L, Medlovich S, Harari H, Levkovitz Y. Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research* 2007; 149(1-3):11-23.
15. Mahmoud Aliloo M, Bakhshipoor A, Bafandeh Gharamaleki H, Khanjani Z, Ranjbar F. The study of theory of mind deficit in schizophrenic patients with positive and negative symptom and its comparison with healthy people. *Journal of Modern Psychological Researches* 2011; 4(16): 85-102. [In Persian].
16. Mc Cabe R, Leudar I, Antaki C. Do people with schizophrenia display theory of mind deficits in clinical interactions? *Psychological Medicine* 2004; 34: 401-12.
17. Drury VM, Robinson EJ, Birchwood M. 'Theory of mind' skills during an acute episode of psychosis. *Psychol Med*. 1998; 28(5):1101-12.
18. Lee L, Harkness KL, Sabbagh MA, Jacobson JA. Mental state decoding abilities in clinical depression. *Journal of Affective Disorders* 2005; 86: 247-58.
19. Uekermann J, Channon S, Lehmkämpfer C, Abdel-Hamid M, Vollmoeller W, Daum I. Executive function mentalizing and humor in major depression. *J Int Neuropsychol Soc*. 2008 Jan;14(1):55-62.



20. Wang YG, Wang Y, Chen S, Zhua C, Wang K. Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: A componential view. *Psychiatry Research* 2008; 161(2): 153–61.
21. Sabbagh MA. Understanding orbitofrontal contributions to theory-of-mind reasoning: Implications for autism. *Brain and Cognition* 2004; 55: 209-19
22. Allen NB, Badcock PBT. The social risk hypothesis of depressed mood: Evolutionary psychosocial and neurobiological perspectives. *Psychological Bulletin* 2003; 129: 887–913.
23. Harkness KL, Jacobson JA, Duong D, Sabbagh MA. Mental State Decoding in past major depression: Effect of sad versus happy mood induction. *Cognition and Emotion* 2010; 24: 497–513.
24. Harkness KL, Jacobson JA, Sinclair B, Chan E, Sabbagh MA. For love or money? What motivates people to know the mind of others? *Cogn Emot.* 2012;26(3):541-9.
25. Wolkenstein L, Schönenberg M, Schirm E, Hautzinger M. I can see what you feel but I can't deal with it: Impaired theory of mind in depression. *Journal of Affective Disorders* 2011; 132(1-2): 104-11.
26. Kerr N, Dunbar RI, Bentall RP. Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 2003; 73(3): 253–59.
27. Inoue Y, Tonooka Y, Yamada K, Kanba S. Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder. *J Affect Disord* 2004; 82(3): 403–9.
28. Inoue Y, Yamada K, Kanba S. Deficit in theory of mind is a risk for relapse of major depression. *J Affect Disord* 2006; 95(1-3): 125–127.
29. Kettle JW, O'Brien-Simpson L, Allen NB. Impaired theory of mind in first-episode schizophrenia: Comparison with community university and depressed controls. *Schizophrenia Research* 2008; 99(1-3): 96–102.
30. Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Structured clinical interview for DSM-IV (SCID). *Iranian Journal of Psychiatry* 2007; 2(1): 46-48. [In Persian].
31. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The Reading the Mind in the Eyes Q test revised version: A study with normal adults and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2001; 42: 241–51.
32. Saed O, Rushan R, Moradi A. Investigating Psychometric Properties of Wechsler Memory Scale-Third Edition for the Students of Tehran Universities. *Cpap* 2008; 31 (15): 57-70. [In Persian].
33. Pousa E, Duno R, Brebion G, David AS, Ruiz AI, Obiols JE. Theory of mind deficits in chronic schizophrenia: Evidence for state dependence. *Psychiatry Research* 2008; 158: 1–10.
34. Geraci A, Signorelli MS, Aguglia E. Reading the mind: A comparative study of out- and inpatients. *Journal of Psychopathology* 2012; 18: 247-50.
35. Corcoran R, Cahill C, Frith CD. The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: A study of 'mentalizing' ability. *Schizophr Res* 1997; 24(3): 319–27.
36. Bozikasa VP, Giannakoub M, Kosmidisb MH, Kargopoulosb P, Kioseogloub G, Lioliosc D, et al. Insights into theory of mind in schizophrenia: The impact of cognitive impairment. *Schizophr Res* 2011; 130(1–3): 130–6.
37. Beevers C, Wells T, Ellis A, Fischer K. Identification of emotionally ambiguous interpersonal stimuli among dysphoric and nondysphoric individuals. *Cognitive Therapy Research* 2009; 33: 283–90.
38. Brothers L. The social brain: A project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts Neurosci* 1990; 1:27–51.
39. Bench CJ, Franckowiak RS, Doland RJ. Changes in regional cerebral blood flow on recovery from depression *Psychol Med* 1995; 25: 247-61.
40. Ballmaier M, Toga AW, Blanton RE, Sowell ER, Lavretsky H, Peterson J, et al. Anterior cingulate gyrus rectus and orbitofrontal abnormalities in elderly depressed patients: An MRI-based parcellation of the prefrontal cortex. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161: 99-108.
41. Lacerda AL, Keshavan MS, Hardan AY, Yorbik O, Brambilla P, Sassi RB, et al. Anatomic evaluation of the orbitofrontal cortex in major depressive disorder. *Biological Psychiatry* 2004; 55(4): 353- 8.
42. Baron-Cohen S. Hey! It was just a joke! Understanding propositions and propositional attitudes by normally developing children and children with autism. *Journal of Psychiatry* 1997; 34: 174-8.

## Comparison theory of mind in patients with schizophrenia and major depression whit normal individuals

Liala Zeraatkar<sup>1</sup>, Mahmood Najafi<sup>2</sup>, Parvin Rafienia<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** Theory of mind is the ability to attribute one's own or others mental states which has an important role in social and behavioral performances. The purpose of the present study was compare theory of mind in patients with schizophrenia and major depression with normal individuals.

**Methods and Materials:** The present research was a causal-comparative study. The subjects include 25 patients with schizophrenia who are members of Bojnurd's home visit centers or camps of chronic psychiatric patients, 27 patients with major depression who attend Bojnurd's psychiatric clinics, and 30 normal employees of Ashna dairy-product company of the city of Bojnurd. They were selected by convenience sampling method and were studied in the period November to January 2012. Subjects were tested by SCID-I, revised form of WAIS-R, and reading the mind in Baron-Cohen eyes tests.

**Findings:** The results from one-way ANCOVA analyses indicated that there is a meaningful difference in theory of mind among patients with schizophrenia, patients with major depression and normal individuals ( $P < 0.001$ ).

**Conclusions:** The theory of mind deficit was found in patients with schizophrenia and major depression compared to normal ones. The deficit is more intensive in patients with schizophrenia rather than the ones with major depression. Also, results indicate that IQ is not an appropriate variable to explain the theory of mind deficit in patients with schizophrenia and major depression.

**Keywords:** Theory of Mind, Schizophrenia, Major Depression

**Citation:** Zeraatkar L, Najafi M, Rafienia P. Comparison theory of mind in patients with schizophrenia and major depression whit normal individuals. J Res Behave Sci 2014; 11(5): ??

Received: 12.03.2012

Accepted: 02.12.2013

1-MS Student, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

2-Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran. (Corresponding Author) E-mail: m\_najafi@sun.semnan.ac.ir

3-Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran