

# Evaluation of Early Maladaptive Schemas and Their Role in Differentiating Patients with Schizophrenia Disorder from Patients with Bipolar I Disorder

Nassabeh SMH<sup>1</sup>, \*Baghooli H<sup>2</sup>, Rezaei A<sup>2</sup>, Kazemi SA<sup>3</sup>

## Author Address

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran;
2. Assistant Professor of Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran;
3. PhD in Psychology, Associate Professor, Faculty of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

\*Corresponding Author Email: [bhossein@yorku.ca](mailto:bhossein@yorku.ca)

Received: 2023 April 9; Accepted: 2023 May 23

## Abstract

**Background & Objectives:** Schizophrenia and bipolar I disorder (BID) are chronic mental illnesses. Schizophrenia usually presents with hallucinations and delusions, mostly auditory hallucinations, sometimes commanding the patient. On the other hand, bipolar disorder, which used to be classified in the class of mood disorders and is now defined as a separate class, sometimes appears with psychotic symptoms, hallucinations, and delusions. This issue makes them very similar to psychotic patients, including schizophrenia, as they sometimes have similar signs and symptoms. Thus, it isn't easy to differentiate between them. This research started with the hypothesis that patients suffering from any disorder have specific psychological structures and demands. The main purpose of this research was to investigate the differential diagnosis of schizophrenia patients from bipolar I disorder using early maladaptive schemas.

**Methods:** The method of this research was causal-comparative. The study's statistical population comprised patients with schizophrenia and bipolar I disorder who were hospitalized in the Ibn Sina Psychiatric Hospital in Shiraz City, Iran, from 2017 to 2018; the psychiatrists of that center diagnosed the mentioned disorders. The inclusion criteria included having a minimum education higher than the first grade of guidance school, willingness to participate in the research, and no comorbidity of the mentioned disorders with other disorders, such as substance abuse in the examined patients. Data were collected from two groups, including 60 men admitted to Ibn Sina Psychiatric Hospital in Shiraz. Thirty cases with bipolar I disorder and 30 with schizophrenia were randomly selected. Young Schema Questionnaire (Young & Brown, 1998) with 75 items was used. The questionnaire sheets were scored by the Excel file programmed for scoring. Then the scores obtained for each case were submitted to the statistical software for analysis. For data analysis, multivariate analysis of variance (MANOVA) and univariate analysis of variance (ANOVA) were performed using SPSS-26 software. The significance level for all tests was  $\alpha=0.05$ .

**Results:** The findings of the study showed that there were significant differences between patients with schizophrenia disorder and patients with bipolar I disorder in dependency/incompetence ( $p=0.018$ ), failure ( $p=0.041$ ), self-sacrifice ( $p=0.022$ ), and autocracy (entitlement) schemas ( $p=0.007$ ).

**Conclusion:** According to the study results, patients with schizophrenia have dependency/incompetence and failure schemas. Also, people with bipolar I disorder have schemas of self-sacrifice and autocracy (entitlement). These results can be used as a criterion for differential diagnosis between schizophrenia and bipolar I disorder.

**Keywords:** Early maladaptive schemas, Schizophrenia disorder, Bipolar I disorder.

## ارزیابی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نقش آن‌ها در ایجاد تمایز میان بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I

سیدمحمدحسن نسابه<sup>۱</sup>، \*حسین بقولی<sup>۲</sup>، آذرمیدخت رضایی<sup>۲</sup>، سلطانعلی کاظمی<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران؛  
 ۲. دکترای روان‌شناسی بالینی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران؛  
 ۳. دکترای روان‌شناسی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران.  
 \*رایانامه نویسنده مسئول: [hbhossein@yorku.ca](mailto:hbhossein@yorku.ca)

تاریخ دریافت: ۲۰ فروردین ۱۴۰۲؛ تاریخ پذیرش: ۲ خرداد ۱۴۰۲

### چکیده

**زمینه و هدف:** اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I (BID) دو بیماری روانی مزمن هستند. آن‌ها گاهی علائم و نشانه‌های مشابهی دارند. به همین دلیل تشخیص افتراقی بین آن‌ها دشوار است. هدف اصلی این پژوهش، ارزیابی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نقش آن‌ها در تشخیص افتراقی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I بود.

**روش بررسی:** در این مطالعه علی‌مقایسه‌ای، جامعه آماری را تمامی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی I بستری در بیمارستان ابن‌سینای شیراز در سال‌های ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل دادند. نمونه‌گیری برای جمع‌آوری داده‌ها از دو گروه شامل سی نفر با اختلال دوقطبی I و سی نفر مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا انجام گرفت که به‌طور تصادفی انتخاب شدند. در این مطالعه از پرسش‌نامه ۷۵ سؤالی طرح‌واره یانگ (یانگ و براون، ۱۹۹۸) استفاده شد. سپس پرسش‌نامه‌ها نمره‌گذاری شدند و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و تک‌متغیره (ANOVA) با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. سطح معناداری برای آزمون‌های آماری  $\alpha = 0/05$  بود.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، با توجه به طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، بین دو گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی I، تنها در میانگین نمرات چهار طرح‌واره شکست ( $p = 0/041$ )، وابستگی/بی‌کفایتی ( $p = 0/018$ )، ازخودگذشتگی (ایثار) ( $p = 0/022$ ) و خودکامگی (استحقاق) ( $p = 0/007$ ) تفاوت معنادار داشت. **نتیجه‌گیری:** براساس نتایج این مطالعه، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با طرح‌واره‌های شکست و وابستگی/بی‌کفایتی و بیماران دوقطبی I با طرح‌واره‌های ازخودگذشتگی (ایثار) و خودکامگی (استحقاق)، از یکدیگر افتراق داده می‌شوند؛ به عبارتی هر گروه از بیماران مذکور به‌وسیله دو طرح‌واره ناسازگار اختصاصی مربوط به گروه خود می‌تواند از گروه دیگر متمایز شود که در تشخیص افتراقی حائز اهمیت است. **کلیدواژه‌ها:** طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، اختلال اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی I.

اسکیزوفرنی<sup>۱</sup> و اختلال دوقطبی<sup>۲</sup> دو اختلال روانی معروف در سراسر دنیا هستند. اسکیزوفرنی، بیماری روانی مزمن است که علائم مثبت<sup>۳</sup> (هذیان، توهم، گفتار و رفتار آشفته)، علائم منفی<sup>۴</sup> و اختلالات شناختی<sup>۵</sup> دارد. اکتشافات در زمینه ژنتیک و تصویربرداری عصبی و عملکرد سیستم ایمنی، همواره درک ما را از این اختلال بهبود می‌بخشد (۱). با وجود اینکه اسکیزوفرنی درصد اندکی از افراد جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اختلالی است که صدمات زیادی به بار می‌آورد. این مورد، شدیدترین اختلال روانی است که معمولاً پیش از سن ۲۵ سالگی آغاز می‌شود و تا پایان زندگی بیمار ادامه می‌یابد. در حدود ۹۰ درصد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در رنج سنی ۱۵ تا ۱/۹ تا ۰/۶ درصد است و هیچ‌یک از طبقات اجتماعی از آن مصون نیستند (۲).

اختلال دوقطبی I با حداقل یک هفته خلُق و خوی روان‌شیدایی<sup>۶</sup> در هر برهه مشخص می‌شود. تشخیص این اختلال معمولاً با علائمی مانند خلُق غیرطبیعی یا تحریک‌پذیر، افزایش انرژی، پرش افکار و سایر رفتارهای افراطی و اغراق‌آمیز مثل هذیان استحقاق/خودبزرگ‌بینی<sup>۷</sup>، هدر دادن پول، کاهش نیاز به خواب و پرحرفی صورت می‌گیرد. افراد ممکن است روان‌پریشی<sup>۸</sup> از جمله توهم و هذیان را تجربه کنند که نشان‌دهنده جدایی از واقعیت است. اختلال دوقطبی نوع I با شیوع ۱/۴ تا ۱/۶ درصد، همراه با اختلال دوقطبی نوع II، با شیوع تقریباً ۵ درصد، یک بیماری روان‌پزشکی مزمن و ناتوان‌کننده است؛ با این حال، این اختلال با میزان بیماری درخور توجهی همراه است؛ چراکه این بیماران در مقایسه با سایر بیماران مبتلا به اختلالات خلُق و خوی، دوره‌های طولانی بیماری و دوره‌های بهبودی کوتاه‌تری را تجربه می‌کنند. علاوه بر این، اختلال دوقطبی که از آن با عنوان اختلال افسردگی شیدایی<sup>۹</sup> نیز یاد می‌شود، تغییرات غیرطبیعی در خلُق (۳) و انرژی و توانایی عملکردی را به دنبال دارد (۴). براساس مطالب بیان‌شده، سازمان بهداشت جهانی<sup>۱۰</sup> در سال ۱۹۹۰ اختلال دوقطبی را به عنوان ششمین علت اصلی ناتوانی مادام‌العمر در سازگاری افراد ۱۵ تا ۴۴ سال رتبه‌بندی کرد (۲، ۵)؛ بنابراین باتوجه به وجود علائم و الگوهای شناختی رفتاری در اختلالات بیان‌شده، ارزیابی الگوهای پایدار و دیرپای روان‌شناختی که شامل بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه<sup>۱۱</sup> نیز می‌شود و استفاده از آن‌ها در تشخیص و درمان بیماران مذکور و تبیین نقش آن‌ها، ضرورت می‌یابد.

اسکمیدت و همکاران باور داشتند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ساختارهای شناختی پایدار و عمیقی هستند که تجربه فرد را سازمان‌دهی و تعدیل می‌کنند (۶). نظریه طرح‌واره بیان می‌دارد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از سرخوردگی<sup>۱۲</sup> نیازهای عاطفی اصلی کودکان در دوران کودکی توسط والدین حاصل می‌شوند (۷). یانگ ابتدا شانزده طرح‌واره ناسازگار اولیه را شناسایی کرد؛ اما پس از

تحقیقات بیشتر، هیجده طرح‌واره شناسایی شدند که براساس مشاهدات بالینی و استدلال بودند (۷). در برخی از مطالعات مشخص شد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با اختلال دوقطبی (۸) و اسکیزوفرنی همراه هستند (۹، ۱۰). براساس تعریف ارائه‌شده توسط نظریه طرح‌واره، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، موضوع یا الگوی گسترده و فراگیری است که به فرد و روابط او با دیگران مربوط می‌شود. این مورد از خاطرات، عواطف، شناخت‌ها و احساسات جسمی تشکیل شده است. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ابتدا در دوران کودکی ایجاد می‌شوند؛ اما در طی عمر تکامل می‌یابند. در واقع، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مدت‌ها پس از دوران کودکی با افراد باقی می‌مانند و بر نحوه تعامل آن‌ها با دنیای اطرافشان تأثیر می‌گذارند (۷).

مطالعه حاضر مبتنی بر این فرضیه بود که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا (۱۱) و اختلال دوقطبی (۸)، متفاوت از یکدیگر هستند و بیماران مبتلا به هر یک از اختلالات مذکور، طرح‌واره‌های خاص دخیل در همان اختلال را بیشتر نشان می‌دهند؛ بنابراین، کارشناسان می‌توانند از این موضوع برای ایجاد تمایز بین دو اختلال و رسیدن به تشخیص افتراقی بین این اختلالات استفاده کنند. این موضوع زمانی بیشتر ضرورت می‌یابد که بیماران دو گروه مطالعه‌شده (و نیازمند تشخیص‌گذاری) در مرز علائم روان‌پریشی<sup>۱۳</sup> با نشانه‌های مشترک<sup>۱۴</sup> قرار می‌گیرند و تشخیص افتراقی<sup>۱۵</sup> بین آن‌ها با مشکل مواجه می‌شود؛ از این رو، برای هدایت درمانگر در انتخاب مسیر درمان و درمان مؤثرتر، نیاز به تشخیص افتراقی برای تعیین نوع اختلال ضرورت می‌یابد. در این مرحله، لزوم استفاده از ابزار تشخیصی طرح‌واره‌محور برای استفاده درمانگران در تمایز بین دو اختلال و هدف‌گذاری مسیر درمان ضروری است و هدف نهایی پژوهش حاضر نیز رسیدن به این مرحله از تشخیص افتراقی، باتوجه به طرح‌واره‌های هر گروه از بیماران مطالعه‌شده بود.

هدف پژوهش حاضر، ارزیابی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نقش آن‌ها در ایجاد تمایز میان بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I بود. به‌علاوه اینکه مشخص شود، چه تفاوتی بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی I وجود دارد و کدام گروه از بیماران، بیشتر کدام طرح‌واره‌ها را دارند.

## ۲ روش بررسی

روش این پژوهش علی‌مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش را بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی I تشکیل دادند که در فاصله سال‌های ۹۷-۱۳۹۶ در بیمارستان اعصاب و روان ابن‌سینای شیراز بستری بودند و روان‌پزشکان آن مرکز ابتدا به اختلالات مذکور را در آن‌ها تشخیص دادند. شرایط شرکت بیماران در پژوهش شامل داشتن حداقل تحصیلات بیشتر از اول راهنمایی، تمایل به شرکت در

<sup>9</sup>. Manic depressive disorder  
<sup>10</sup>. World Health Organization (WHO)  
<sup>11</sup>. Early maladaptive schemas (EMSS)  
<sup>12</sup>. Repression  
<sup>13</sup>. Psychotic  
<sup>14</sup>. Common signs  
<sup>15</sup>. Differential diagnosis

<sup>1</sup>. Schizophrenia  
<sup>2</sup>. Bipolar Disorder  
<sup>3</sup>. Positive signs  
<sup>4</sup>. Negative signs  
<sup>5</sup>. Cognitive disorders  
<sup>6</sup>. Manic  
<sup>7</sup>. Entitlement/grandiosity  
<sup>8</sup>. Psychosis

به‌طورکلی، مدل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نسبت درخور توجهی از واریانس (۵۵ درصد) را به خود اختصاص می‌دهد؛ بنابراین، از روایی کافی برخوردار است (۶). در اعتباریابی نمونه ایرانی در پژوهش آهی و همکاران، آلفای کرونباخ پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ در گروه مردان برابر با ۰/۹۸ و در گروه زنان برابر با ۰/۹۷ بود. روایی کل ملاک‌های آزمون از طریق سنجش همبستگی با آزمون‌های مفهومی مشابه با خرده‌مقیاس‌های آزمون طرح‌واره‌های یانگ ۷۵ درصد واریانس ملاک‌های مفهومی هم‌تا را برآورد کرد (۱۳) که مشابه با تحقیقات اشمیت و همکاران بود (۶).

هر بیمار یک فرم کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ را تکمیل کرد و تحویل آزمونگر (نویسنده اول مقاله) داد. آزمونگر پس از دریافت تمام پرسش‌نامه‌ها، با استفاده از فایل اکسل آماده‌شده برای نمره‌گذاری، اقدام به نمره‌گذاری تمام پرسش‌نامه‌ها کرد و برای هر بیمار یک فایل اکسل نمره‌گذاری ضبط و نگهداری شد. سپس همه اطلاعات برای تحلیل آماری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ وارد شد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و تک‌متغیره (ANOVA) با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. سطح معناداری برای آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### ۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ۳۲/۰۱±۹/۱۱ سال و اسکیزوفرنیا ۳۷/۱۳±۱۰/۷۸ سال بود. با توجه به اینکه ضرایب کجی و کشیدگی (چولگی) تمامی متغیرهای مطالعه شده، بین ۲+ تا ۲- قرار داشت، توزیع متغیرها نرمال بود؛ بنابراین، آزمون‌های پارامتری استفاده شد. نتایج آزمون لامبدا ویلکز<sup>۸</sup> نشان داد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ حداقل در یک طرح‌واره بین گروه‌ها تفاوت معناداری داشت ( $p < 0.05$ ). جدول ۱ شاخص‌های توصیفی و نتایج آماری متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی I نشان می‌دهد.

پژوهش، خالص<sup>۱</sup> بودن اختلالات مذکور در بیماران بررسی شده و نداشتن همپوشی<sup>۲</sup> با سایر اختلالات از قبیل اختلالات وابسته به سوء مصرف مواد<sup>۳</sup> بود. حجم نمونه، سی بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی I و سی بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا در نظر گرفته شد. فرم‌های رضایت‌نامه آگاهانه مدنظر کمیته اخلاق پزشکی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، برای امضا در اختیار هر آزمودنی قرار گرفت؛ همچنین درباره محرمانه بودن اطلاعات، به آن‌ها اطمینان داده شد و آزمودنی‌ها مجاز به انصراف، در هر مرحله از پژوهش بودند. در این پژوهش، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با استفاده از فرم کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ<sup>۴</sup> (دارای ۷۵ سؤال از ۲۰۵ سؤال نسخه اصلی) و مقیاس شش‌نمره‌ای لیکرت (از کاملاً نادرست=۱ تا کاملاً درست=۶) ارزیابی شدند (۱۲). این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۸ توسط یانگ و براون برای اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ارائه شد. این ابزار شامل پانزده زیرمجموعه محرومیت عاطفی، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/سوء استفاده، انزوای اجتماعی، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، نقص/شرم، آسیب‌پذیری در برابر خطر یا بیماری، تحول‌نیافتگی/خود توسعه نیافته، مطیع بودن (انقیاد)، از خودگذشتگی، بازداری عاطفی، استانداردهای سرسختانه، خودکامگی (استحقاق)، خودکنترلی و خودانضباطی ناکافی بود. در نمره‌گذاری پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ به ترتیب از سؤال ۱ تا ۷۵، میانگین نمره هر پنج سؤال، نمره یکی از طرح‌واره‌ها را نشان می‌دهد که نام آن با حروف لاتین مختصر بعد از هر پنج سؤال نوشته شده است. طرح‌واره‌هایی که نمرات بیشتر از متوسط را کسب کردند، به‌عنوان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بیماران ثبت شدند (۱۲). اولین مطالعه جامع ویژگی‌های روان‌سنجی این طرح‌واره‌ها مشخص کرد، ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالینی برای زیرمجموعه‌های این پرسش‌نامه بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ است (۶). اشمیت و همکاران ادعا کردند، پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ معتبر است و با پریشانی<sup>۵</sup> اندازه‌گیری شده از طریق شاخص کلی شدت علائم بیماری<sup>۶</sup> ( $r = 0.67$ ،  $p < 0.0001$ ) و همچنین با زیرمقیاس افسردگی از سیاهه بازنگری شده نودگویه‌ای نشانه‌های روانی<sup>۷</sup>، همبستگی دارد ( $r = 0.63$ ،  $p < 0.0001$ )؛ همچنین

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و دوقطبی I به همراه نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر
محرومیت عاطفی	اسکیزوفرنی	۸/۲۰	۶/۰۷	۰/۴۵	۰/۵۰۵	۰/۰۰۸
	دوقطبی I	۹/۳۳	۶/۹۸			
رهاشدگی/بی‌ثباتی	اسکیزوفرنی	۱۰/۴۳	۵/۸۴	۱/۲۳	۰/۲۷۳	۰/۰۰۲
	دوقطبی I	۸/۸۰	۵/۵۹			
بی‌اعتمادی/سوء استفاده	اسکیزوفرنی	۹/۳۰	۶/۳۳	۰/۰۰۴	۰/۹۵۱	۰/۰۰۰
	دوقطبی I	۹/۴۰	۶/۳۱			
انزوای اجتماعی/بیگانگی	اسکیزوفرنی	۶/۸۷	۵/۴۴	۰/۱۸	۰/۶۷۷	۰/۰۰۳
	دوقطبی I	۶/۲۷	۵/۶۶			
نقص/شرم	اسکیزوفرنی	۶/۵۳	۵/۷۹	۲/۵۰	۰/۱۱۹	۰/۰۰۴
	دوقطبی I	۶/۴۷	۴/۲۰			

5. Distress

6. General Severity Index

7. Symptom Checklist-90-R

8. Wilks' Lambda

1. Pure

2. Comorbidity

3. Substance abuse disorders

4. Young Schema Questionnaire-Short Form

۰/۰۷	۰/۰۴۱	۴/۳۵	۶/۳۸	۶/۰۳	اسکیزوفرنی	شکست
			۴/۴۷	۳/۰۷	دوقطبی I	
۰/۰۹	۰/۰۱۸	۵/۹۰	۵/۸۳	۶/۵۳	اسکیزوفرنی	وابستگی/بی‌کفایتی
			۴/۳۸	۳/۳۰	دوقطبی I	
۰/۰۲	۰/۲۶۱	۱/۲۹	۵/۹۴	۶/۶۷	اسکیزوفرنی	آسیب‌پذیری در برابر خطر یا بیماری
			۶/۱۲	۴/۹۰	دوقطبی I	
۰/۰۰۰	۰/۹۱۲	۰/۰۱	۵/۱۰	۸/۱۰	اسکیزوفرنی	تحول نیافتگی/خود توسعه نیافته
			۶/۴۱	۸/۲۷	دوقطبی I	
۰/۰۰۰	۰/۹۴۳	۰/۰۱	۵/۷۱	۵/۸۳	اسکیزوفرنی	مطیع بودن (انقیاد)
			۵/۰۹	۵/۹۳	دوقطبی I	
۰/۰۸	۰/۰۲۲	۵/۵۰	۴/۴۴	۱۰/۰۳	اسکیزوفرنی	از خودگذشتگی (ایثار)
			۵/۵۱	۱۳/۰۷	دوقطبی I	
۰/۰۴	۰/۰۹۶	۲/۸۷	۵/۵۴	۶/۷۷	اسکیزوفرنی	مهار عاطفی
			۴/۹۵	۹/۰۷	دوقطبی I	
۰/۰۳	۰/۱۴۴	۲/۱۹	۵/۹۹	۱۰/۲۰	اسکیزوفرنی	معیارهای سرسختانه
			۵/۱۴	۱۲/۳۳	دوقطبی I	
۰/۱۲	۰/۰۰۷	۷/۸۷	۵/۰۷	۸/۲۰	اسکیزوفرنی	خودکامگی (استحقاق)
			۵/۹۳	۱۲/۲۰	دوقطبی I	
۰/۰۳	۰/۱۶۰	۲/۰۴	۴/۷۹	۵/۷۰	اسکیزوفرنی	خودکنترلی و خودانضباطی
			۴/۷۹	۷/۴۷	دوقطبی I	ناکافی

نمرات بیشتری کسب کردند (۱۴)؛ درحالی‌که تحقیق حاضر نشان داد، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I، تنها در دو طرح‌واره از خودگذشتگی (ایثار) و خودکامگی (استحقاق)، نمرات بیشتری به دست آوردند. براساس این یافته‌ها حداقل با توجه به نمرات بیشتر دو طرح‌واره ایثار و استحقاق، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا متمایز شدند؛ چنان‌که هاوک و همکاران نیز خودکامگی (استحقاق) را به‌عنوان یکی از دو طرح‌واره مؤثر در اختلالات دوقطبی عنوان کردند (۱۵). همچنین هاوک و پروونچر دو طرح‌واره ایثار و استحقاق را به‌علاوه طرح‌واره تأییدطلبی، در اختلالات دوقطبی مؤثر دانستند (۸). براساس یافته‌های پژوهش حاضر، بیماران دارای نمرات بیشتر در طرح‌واره‌های شکست و وابستگی/بی‌کفایتی، قابل‌تمایز به‌عنوان بیمار مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا بودند که تاحدودی با نتایج تحقیق بارتلون و همکاران همخوانی دارد. این پژوهشگران اشاره کردند، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نه‌تنها با علائم مثبت اسکیزوفرنیا، بلکه با رشد ذهنی خود<sup>۱</sup> در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا نیز مرتبط هستند؛ بنابراین، طرح‌واره‌درمانی می‌تواند در درمان بیماران مذکور استفاده شود (۱۱). در پژوهش کنونی پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ این توانایی را نشان داد که نتایج پژوهش را در برخی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و دوقطبی I معنادار کند؛ بنابراین، پرسش‌نامه مذکور می‌تواند به‌عنوان ابزاری برای تشخیص افتراقی اختلالات بیان‌شده در سطح اطمینان حداقل ۹۵ درصد به‌کار رود.

محققان این پژوهش، مطالعاتی پیدا نکردند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی I

براساس جدول ۱، بین بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I در طرح‌واره‌های وابستگی/بی‌کفایتی (ایثار) شکست ( $p=0/018$ )، شکست ( $p=0/041$ )، از خودگذشتگی (ایثار) ( $p=0/022$ ) و خودکامگی (استحقاق) ( $p=0/007$ ) تفاوت معنادار وجود داشت؛ به‌طوری‌که بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، میانگین نمرات بیشتری در طرح‌واره‌های شکست و وابستگی/بی‌کفایتی داشتند. درمقابل، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I میانگین نمرات بیشتری در طرح‌واره‌های از خودگذشتگی (ایثار) و خودکامگی (استحقاق) به دست آوردند.

#### ۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی I برای تشخیص افتراقی و ایجاد تمایز بین آن‌ها براساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه استفاده‌شده در هر گروه از بیماران مذکور بود. نتایج نشان داد، میانگین نمرات طرح‌واره‌های از خودگذشتگی (ایثار) و خودکامگی (استحقاق) در گروه مبتلا به اختلال دوقطبی I و میانگین نمرات طرح‌واره‌های شکست و وابستگی/بی‌کفایتی در گروه مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا بیشتر و معنادار بود؛ درواقع، طرح‌واره‌های شکست و وابستگی/بی‌کفایتی در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا نمود بارزتری دارند و بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I نیز با طرح‌واره‌های از خودگذشتگی (ایثار) و خودکامگی (استحقاق) متمایزتر می‌شوند.

یافته‌های مطالعه حاضر با پژوهش خسروی و همکاران متفاوت است. آن‌ها گزارش دادند، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I در نه طرح‌واره

<sup>۱</sup>. Self

مقایسه کرده باشد؛ باین حال تحقیقات منفرد برای بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی صورت گرفته است که در پژوهش حاضر به برخی از آن‌ها اشاره شد. در این مطالعه، به‌لحاظ مشکل در یافتن گروه همتای بدون علائم اختلال‌های اسکیزوفرنیا یا دوقطبی، هیچ‌گونه گروه کنترلی که بتوان آن را با دو گروه بیمار مقایسه کرد، وجود نداشت و این موضوع، یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که درک اهمیت میانگین یا توزیع نمرات بیماران را در مقایسه با افراد عادی درباره موضوع مطالعه‌شده غیرممکن می‌کند. این پژوهش به‌لحاظ محدودیت تعداد بیماران قابل دسترسی و قابل سنجش به نسبت تعداد کل جامعه، بیماران در مرحله حاد را با بیماران مزمن یا تحت درمان مقایسه نکرد؛ بنابراین تفاوت‌ها و شباهت‌های آن‌ها (بیماران حاد، مزمن یا تحت درمان) مشخص نشد. بررسی زنان در این مطالعه صورت نگرفت و مشخص نشد که آیا تفاوت‌های جنسیت آزمودنی‌ها در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه آن‌ها در هریک از اختلالات بررسی‌شده نقش دارد یا خیر. همچنین، تعداد بیماران مطالعه‌شده در دسترس داوطلب برای شرکت در پژوهش به نسبت تعداد کل جامعه آماری، حداقل تعداد لازم بود و تعمیم نتایج به جامعه آماری با احتیاط باید صورت گیرد؛ هرچند با همین تعداد حجم نمونه نیز نتایج معناداری به‌دست آمد که مبین قدرت پرسش‌نامه یانگ است؛ باین حال، مطالعات بیشتری نیاز است تا موضوعات بیشتری در این باره بررسی شود. توصیه می‌شود که تحقیقات بیشتر، با نمونه‌های بزرگ‌تر انجام گیرد. بیماران باید به دو گروه حاد و مزمن تقسیم شوند و سپس به‌صورت تصادفی انتخاب شوند. علاوه‌براین، پروتکل‌های روان‌درمانی در اختلال‌های اسکیزوفرنیا و دوقطبی I باید براساس طرح‌واره‌های خاص برای هر اختلال تهیه و آزمایش و استفاده شود؛ چنان‌که تحقیق بارتلون و همکاران نیز به‌نحوی همین پیشنهاد را مطرح کرد (۱۱). اک و همکاران، در بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران دوقطبی ضمن یافتن ارتباط معنادار بین برخی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ و اختلال دوقطبی، پیشنهاد استفاده از این موضوع را برای درمان و بررسی اختلالات دوقطبی مطرح کردند (۱۶).

پیشنهاد می‌شود این پژوهش در بین زنان مبتلا به اختلال‌های اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی I انجام شود تا نقش تفاوت‌های جنسیت آزمودنی‌ها در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه آن‌ها در هریک از اختلالات بررسی گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتر با حجم نمونه بزرگ‌تر انجام گیرد. بیماران باید به دو گروه حاد و مزمن تقسیم شوند و گروه کنترل تصادفی از بین افراد سالم انتخاب شود که البته نحوه تشخیص سلامت آن‌ها و ابزار استفاده‌شده می‌تواند سوگیری<sup>۱</sup> در نتایج را به‌همراه داشته باشد. علاوه‌براین، پروتکل‌های روان‌درمانی برای اختلال‌های اسکیزوفرنی و دوقطبی I باید براساس طرح‌واره‌های خاص برای هر اختلال تهیه و آزمایش و استفاده شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

برطبق نتایج این مطالعه، بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا،

## ۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان از همکاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز در انجام این مطالعه در بیمارستان ابن‌سینای شیراز و نیز از همه شرکت‌کنندگان و تیمی که روی پژوهش کار کردند، سپاسگزاری می‌کنند.

## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر بخشی از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است که توسط دانشگاه آزاد مرودشت حمایت علمی و معنوی شده است. در این پژوهش، برای مطالعه و تأیید و امضا، دو برگ فرم رضایت‌نامه آگاهانه مدنظر کمیته اخلاق پزشکی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، در اختیار هر آزمودنی قرار گرفت. درباره محرمانه‌بودن اطلاعات و پاسخ‌های آن‌ها به مواد آزمون و اهداف نهایی پژوهش و کاربران این‌گونه پژوهش‌ها اطمینان داده شد. همچنین ذکر شد آن‌ها در تمامی مراحل پژوهش و حتی پس از آن تا قبل از انتشار نتایج پژوهش مجاز خواهند بود انصراف خود را از شرکت در آزمون، توسط شماره تلفن و آدرس محل دسترسی به آزمونگر، به اطلاع وی برسانند و در این صورت از حذف نام و پاسخ‌نامه‌های خود در ادامه مراحل پژوهش اطمینان یابند. به‌علاوه به بیماران اطمینان داده شد که این پژوهش هیچ تأثیری بر ادامه روند درمان، بستری یا طول زمان بستری آن‌ها نخواهد داشت.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان در این مقاله به‌صورت فایل‌های ورد، اکسل، SPSS و ONE NOTE نزد نویسنده اول نگهداری و حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

بین نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش مستخرج از پایان‌نامه دوره دکتری است. تأمین منابع مالی پژوهش از هزینه‌های شخصی نویسنده اول مقاله (دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت، گروه روان‌شناسی) بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه و ارائه این مقاله داشتند. خوشحالیم که مقاله خود را با عنوان «ارزیابی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نقش آن‌ها در تمایز بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی از

<sup>۱</sup>. Bias

بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I» برای بررسی به منزله یک مقاله اصلی مشابه در هیچ رسانه دیگری بررسی نشده است. همه نویسندگان ارائه می‌دهیم. این مقاله هنوز منتشر نشده و با عنوان مشابه یا تقریباً به اندازه کافی و مساوی به انجام پژوهش کمک کرده‌اند.

## References

1. Farah HF. Schizophrenia: an overview. *Asian Journal of Pharmaceutics*. 2018;12(2). <https://doi.org/10.22377/ajp.v12i02.2319>
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Wolters Kluwer; 2014.
3. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, Hunkeler EM, Lee J, Revicki D. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA*. 2003;290(11):1467–73. <https://doi.org/10.1001/jama.290.11.1467>
4. Jannati S, Faridhosseini F, Kashani A, Seyfi H. Efficacy of cognitive behavioral group therapy on depression, anxiety and self-esteem of patients with bipolar disorder type I. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2017;19(2):113–8. [Persian] [https://jfmh.mums.ac.ir/article\\_8494.html?lang=en](https://jfmh.mums.ac.ir/article_8494.html?lang=en)
5. Murray CJ, Lopez AD, Organization WH. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary. World Health Organization; 1996. <https://doi.org/10.1126/science.274.5288.740>
6. Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The Schema Questionnaire: investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cogn Ther Res*. 1995;19(3):295–321. <https://doi.org/10.1007/BF02230402>
7. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. New York: Guilford; 2003.
8. Hawke LD, Provencher MD. Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2012;136(3):803–11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.036>
9. Khosravani V, Mohammadzadeh A, Sheidaei Oskouyi L. Early maladaptive schemas in patients with schizophrenia and non-patients with high and low schizotypal traits and their differences based on depression severity. *Compr Psychiatry*. 2019;88:1–8. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.011>
10. Sundag J, Ascone L, De Matos Marques A, Moritz S, Lincoln TM. Elucidating the role of early maladaptive schemas for psychotic symptomatology. *Psychiatry Res*. 2016;238:53–9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.008>
11. Bortolon C, Capdevielle D, Boulenger JP, Gely-Nargeot MC, Raffard S. Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: a cross-sectional study. *Psychiatry Res*. 2013;209(3):361–6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.018>
12. Young JE, Brown J. Young Schema Questionnaire Short Form. New York: Cognitive Therapy Center; 1998.
13. Ahi G, Mohammadifar M, Besharat MA. Payayi va etebar forme kootah porseshname tarh vare haye Young [Reliability and validity of Young's Schema Questionnaire-Short Form]. *Journal of Psychology & Education*. 2007;37(3):5–20. [Persian]
14. Khosravi S, Ebrahimi M, Shayan A, Havasian MR, Jamshidi F. Investigation of early maladaptive schemas in patients with bipolar disorder compared to healthy individuals. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*. 2017;9(6):771.
15. Hawke LD, Provencher MD, Arntz A. Early maladaptive schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. *J Affect Disord*. 2011;133(3):428–36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.040>
16. Ak M, Lapsekili N, Haciomeroglu B, Sutcgil L, Turkcapar H. Early maladaptive schemas in bipolar disorder: Schemas in bipolar disorder. *Psychol Psychother*. 2012;85(3):260–7. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02037.x>