

مقایسه وضعیت شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۶/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۲/۹

دکتر نغمه مخبر*

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی

چکیده

مقدمه: دو اختلال اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو از جمله اختلالات مزمن روانپزشکی می باشند که نسبت زیادی از تخت های بیمارستانی را به خود اختصاص می دهند و از جمله مشکلات رایج این بیماران افت توانایی های شناختی است. در این پژوهش به بررسی و مقایسه نارسایی های شناختی ناشی از این دو اختلال پرداخته شده است.

مواد و روش کار: این بررسی یک مطالعه توصیفی - تحلیلی می باشد که بر روی ۳۰۹ نفر بیمار مرد بستری در بیمارستان روانپزشکی ابن سینای مشهد انجام شده است و از بین بیماران ۱۹۵ نفر مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی نوع پارانوئید و ۱۱۴ نفر مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو نوع دوقطبی بوده اند. برای همه این بیماران آزمون معاینه مختصر روانی (MMSE) انجام شد و از آزمون های آماری به جهت تحلیل مقایسه ای نتایج بدست آمده در ۶ حوزه عملکردی استفاده شد.

یافته ها: نتایج بدست آمده مبین آسیب شناختی بیشتر در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید بود که بیشترین ناتوانی به بخش مهارت های کلامی و حرکتی اختصاص داشت.

نتیجه گیری: مهارت های کلامی و حرکتی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شدیداً تخریب می شود لذا در روند درمان توجه ویژه به این بخش از نارسایی های شناختی ضرورت دارد. حال آنکه بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو گرچه از تخریب مشخصی در حیطه توجه و محاسبه رنج می برند در مقایسه با بیماران اسکیزوفرن وضعیت شناختی مطلوب تری دارند. شاید این تفاوت تاییدی بر تفاوت سبب شناختی این دو اختلال باشد. (مجله طبیب شرق، سال هشتم، شماره ۳، پائیز ۸۵، ص ۲۱۱ تا ۲۱۷)

کل واژه ها: اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوافکتیو، وضعیت شناختی

مقدمه

عملکرد هوشی و تحصیلی وجود دارد. (۴-۵) اختلالات شناختی مذکور را به اختلال در مورفولوژی قشر دوسولترال پره فرونتال منتسب می کنند. (۶)

مهمترین عملکردهای قشر پیشانی شامل فعالیت حرکتی، آگاهی، برنامه ریزی ادراکی، برنامه ریزی و نمودهای تولید تکلم می باشد که در آسیب های لوب پیشانی ایجاد ناهنجاری عملکرد مربوطه می کند. گرانگت اختلالات حافظه را به عنوان یکی از بارزترین مشکلات شناختی در اختلالات لوب پیشانی مطرح می کند. (۷)

اختلال اسکیزوفرنی و اختلال اسکیزوافکتیو از جمله اختلالاتی هستند که باعث تخریب توانایی های شناختی بیمار می شوند. بعضی محققین میزان تخریب شناختی را در اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو به میزان برابر گزارش می کنند (۱-۲) یافته های نوارنگاری مغزی در توجه و حافظه فعال بیماران اسکیزوفرن و اسکیزوافکتیو تغییراتی را به اثبات رسانده اند. (۳) در واقع اسکیزوفرنی یک اختلال تکامل عصبی است که نقایص شناختی از جمله علایم شاخص آن به شمار می رود و عموماً پیش از بروز علایم بالینی روانپریشی به شکل اختلال در

اینکه تشخیص نهایی این دو اختلال نیاز به یک نگرش طولی دارد و با توجه به اهمیت تشخیص زودرس، و نظر به این نکته که میزان عود به نوعی به تخریب شناختی بیمار ارتباط دارد (۱۴) این تحقیق می‌کوشد در جهت تمیز توانایی‌های شناختی موجود در این دو اختلال از طریق یک آزمون در دسترس به این مهم پردازد.

روش کار

این مطالعه یک تحقیق تحلیلی است و آزمودنی‌ها از بین بیماران بستری در بیمارستان روانپزشکی این سینای مشهد در طی ۱۴ ماه (فروردین ۸۴ لغایت تیر ۸۵) انتخاب شدند. بیمارانی مشمول طرح شدند که سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال داشتند و دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن بودند و سابقه حداقل ۲ نوبت بستری در بیمارستان روانپزشکی داشتند بدلیل اینکه تایید تشخیص قطعی اختلال با یک نگاه طولی به سیر اختلال ممکن باشد. علاوه بر این مدت ابتلا بر اساس فاصله از اولین علائم بارز که منجر به اختلال عملکرد فرد شده باشد (براساس گزارش خانواده‌ها و پرونده‌ها) بین ۵ تا ۸ سال بود. این فاصله زمانی به این منظور لحاظ شد که از نظر زمان اختلال هر دو گروه همسان باشند و همچنین زمان کافی برای تشخیص مسجل میسر باشد (حداقل ۵ سال از زمان شروع علائم).

معاینه نرولوژی برای کلیه بیماران انجام شد و آزمودنی‌ها از نظر ابتلا به اختلال روانپزشکی همراه و وابستگی به مواد و عقب ماندگی ذهنی و همچنین ابتلا به یک اختلال جسمانی جدی که به نوعی سیستم شناختی فرد را تحت تاثیر قرار دهد مثل سابقه ضربه سر، صرع، با اختلال جسمانی مزمن ناتوان کننده و کمبودهای حسی مورد بررسی قرار گرفتند و در صورتی که هر کدام از مشکلات فوق دیده می‌شد از طرح حذف می‌گردیدند. به این منظور کلیه بیماران توسط نورولوژیست و در صورت ضرورت متخصص داخلی مورد معاینه قرار گرفتند. شایان ذکر است که تفاوت آماری معنا داری از نظر هیچکدام از متغیرهای فوق بین دو گروه وجود نداشت.

بعضی مولفین معتقدند که میزان بهبود در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو با میزان تخریب در عملکرد لوب فرونتال و عملکرد اجرایی مغز، حافظه در حال کار و تکلم ارتباط معکوسی داشت. (۸) بوردیک و همکاران برای این تخریب شناختی یک اساس ژنتیک مطرح کردند و عملکرد شناختی - عصبی بیماران اسکیزوفرن را به ژنوتیپ DISC1 مرتبط دانستند. (۹) این ژنوتیپ بر روی کروموزوم شماره ۱۹ q12 قرار دارد و ژن موثر در تکامل سیستم اعصاب مرکزی است که اخیراً نقش آن در ارتباط با بیماری زایی اختلال اسکیزوفرنی نیز نشان داده شده است. صرف نظر از مطالعاتی که به شباهت نقایص شناختی در اختلال اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو پرداخته اند برخی محققین تفاوت‌های بارزی بین آسیب‌های شناختی ویژه در این دو گروه یافته‌اند. استیپ و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی این بیماران انجام داده‌اند، نشان دادند که حافظه آشکار و توانایی‌های دیداری حرکتی در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو کمتر از بیماران اسکیزوفرن آسیب می‌بیند. (۱۰-۱۱)

تخریب شناختی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو از مشکلات شناختی ناشی از اسکیزوفرنی متفاوت بوده، مشابه نارسایی‌های شناختی موجود در اختلالات خلقی می‌باشد (۱۲) میزان تخریب شناختی از مشکلات شناختی ناشی از اختلالات خلقی شدیدتر است. (۱۳)

تمام بیماران مبتلا به سایکوز مزمن نقایص شناختی بارزی که از نظر بالینی چشمگیر باشد به ویژه در ابتدای ابتلا به اختلال نشان نمی‌دهند بنابراین این سوال همچنان باقی است که آیا از نظر سبب‌شناسی تفاوتی بین انواع این اختلالات وجود دارد یا خیر؟ و آیا اختلال اسکیزوافکتیو یک نوع خاص اسکیزوفرنی با تخریب شناختی متفاوت است؟ و آیا قادریم با تفکیک ابعاد مختلف توانایی‌های شناختی به پیش بینی سیر اختلال پردازیم؟ چرا که بسیاری از بیماران مبتلا به سایکوز که در ابتدای تشخیص درمان اسکیزوافکتیو دریافت می‌کنند نهایتاً با تشخیص اسکیزوفرنی تحت درمان قرار می‌گیرند و برعکس. با توجه به

دو گروه از نظر ویژگی های جمعیت شناختی تفاوت آماری معنی داری نداشتند. برای بررسی توزیع نرمال از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که نمرات در هیچ کدام از ابعاد از توزیع بهنجاری برخوردار نبودند. با استفاده از آزمون نان پارامتری من ویتنی نشان داده شد که میانگین نمره کل MMSE برای بیماران اسکیزوفرن (۱۸/۸۶) کمتر از بیماران مبتلا به اسکیزوافکتیو (۲۱/۴۳) بود ($P < 0/05$) و این تفاوت در تمام ابعاد جز مهارت های کلامی و حرکتی و جهت یابی از نظر آماری معنادار بود. ($P < 0/05$)

در بعد مهارت های کلامی و حرکتی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی نمرات کمتری از بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو داشتند اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود ($P > 0/05$) و در بعد جهت یابی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو نمره بالاتری داشتند اما این افزایش از نظر آماری معنا نداشت ($P > 0/05$) (جدول ۱). هر چند میزان تحصیلات بر نتایج آزمون MMSE موثر است، ضریب همبستگی میزان تحصیلات با متغیرهای مورد بررسی مورد ارزیابی قرار نگرفت چون تفاوت معناداری از این نظر بین دو گروه موجود نبود.

جدول ۱ - مقایسه نتایج آزمون معاینه مختصر (روانی) (MMSE) در بیماران اسکیزوفرن و اسکیزوافکتیو

P	Z	نمره من ویتنی	
۰/۲۱۳	-۰/۹۴۰	۴۳۲/۰۰۰	جهت یابی
۰/۰۱	-۱/۵۴۰	۱۸۴/۵۰۰	ثبات
۰/۱۴۳	-۰/۷۸۴	۲۰۳/۰۰۰	مهارت های کلامی و
۰/۰۰۱	-۰/۰۱۸	۱۶۲/۵۰۰	حرکتی یادآوری
۰/۰۳۲	-۰/۸۱۵	۳۸۶/۵۰۰	توجه و محاسبه
۰/۰۲	-۰/۹۷۵	۱۹۱/۰۰۰	طراحی
۰/۰۴	-۰/۷۰۴	۲۳۸/۰۰۰	نمره کل

بحث

یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره کل MMSE برای بیماران اسکیزوفرن کمتر از بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو بود و

بیمارانی که مورد بررسی نهایی قرار می‌گرفتند از نظر برنامه درمانی مشابه بودند (همه تحت درمان با یک آنتی سایکوتیک آتی پیک- ریسپریدون یا الانزاپین- و یک تثبیت کننده خلق قرار داشتند) و در زمان اجرای آزمون در وضعیت تثبیت شده ای قرار داشتند و دوره حاد بیماری سپری شده بود. در زمان اجرای آزمون بیمار از حالت گیجی یا سایر عوارض جانبی شدید رنج نمی‌برد و قادر به انجام آزمون بود. لذا پس از اینکه علایم حاد تحت کنترل در می‌آمد و بیمار قادر به همکاری می‌شد برای کلیه بیماران آزمون MMSE^۱ انجام می‌شد. این آزمون به بررسی جهت یابی، ثبت، توجه و محاسبه، یادآوری، مهارت های کلامی و حرکتی و طراحی می‌پردازد و در نهایت یک نمره کل ارائه می‌نماید که در صورتی که آزمودنی در هیچکدام از حیطه های فوق مشکل نداشته باشد نمره ۳۰ خواهد بود و نمره کمتر از ۲۰ نشان دهنده وجود ناتوانی های شناختی عمیق می‌باشد. نمرات بین ۲۰ تا ۲۵ بیانگر وجود آسیب های شناختی جزئی است.^(۱۵) پایایی این آزمون برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلالات عاطفی (افسردگی و مانیا) و اختلالات مشابه ۸۸ درصد گزارش شده است.^(۱۶) اطلاعات گردآوری شده به کمک آزمون های آماری t-test، آزمون من ویتنی، کولموگروف اسمیرنوف مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها

از نظر متغیر های دموگرافیک میانگین سنی در گروه اسکیزوفرنی ($18/3 \pm$) و در گروه اسکیزوافکتی ($12/5 \pm$) ۴۵/۹ درصد بود. از نظر مدت ابتلا به بیماری گروه اسکیزوفرنی ۶/۹ درصد و گروه اسکیزوافکتیو ۶/۱ درصد و از نظر میانگین تحصیلات گروه اسکیزوفرنی ۱۰/۵ درصد و گروه اسکیزوافکتیو ۱۱ درصد (بر اساس سنوات تحصیلی) بود و تفاوت آماری معنا داری از نظر هیچکدام از متغیرهای فوق الذکر بین دو گروه وجود نداشت.

¹ Mini Mental Status Examination

این تفاوت در تمام ابعاد جز مهارت‌های کلامی و حرکتی و جهت یابی نیز از نظر آماری معنادار بود.

تغییرات شناختی می‌تواند تاثیر به سزایی بر عملکرد افراد داشته باشد. این تغییرات در بسیاری از اختلالات جسمانی و روانپزشکی دیده می‌شود که در پیش بینی سیر اختلال و پیش آگهی کلی بیماری موثر است. نتایج مطالعه نشان داده است که اختلال در برانگیختگی دیداری و شناخت و سایکو موتور با افت وضعیت اجتماعی بیماران نسبت مستقیم دارد.^(۱۷) هرچند بعضی از مولفین بر این باورند که ارتباطی بین سایکوز و اختلال در عملکردهای شناختی وجود ندارد.^(۱۸) ویکرت و همکارانش نشان دادند که اختلال در عملکرد اجرایی و توجه از جمله علائم اصلی اختلال اسکیزوفرنی است، اما این اختلالات با تغییر در ضریب هوشی ارتباطی نداشت.^(۱۹) در مطالعه ما نیز اختلالات عملکردهای عالی اجرایی در اسکیزوفرنی به تایید رسید.

ارتباط بین دو اختلال اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو از دیرباز مورد بحث بوده است و بسیاری از مولفین اختلال اسکیزوافکتیو را یک زیرگونه خاص از بیماری اسکیزوفرنی محسوب می‌کنند. مطالعات زیادی نیز در مورد تفاوت بین علائم موجود در این دو بیماری و همچنین سیر و پیش آگهی آنها انجام شده است. نتایج بدست آمده از مطالعاتی که در زمینه ناتوانی‌های شناختی موجود در بین بیماران اسکیزوفرن و بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو انجام شده اند هنوز مبهم به نظر می‌رسند. هر چند بسیاری بر این باورند که آزمون‌های عصب-شناختی ممکن است در افتراق این اختلالات کمک کننده باشند. استیپ و همکاران نشان دادند که این آزمون‌ها در دو اختلال نمرات متفاوتی به دست می‌دهند، در این مطالعه توانایی‌های دیداری فضایی و دیداری حرکتی در بیماران اسکیزوفرن اختلال بیشتری نشان می‌داد.^(۲۰) مطالعه بر روی ۱۰۶ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو و اختلال افسردگی نشان داد که استرنوگونوزی در اختلال اسکیزوافکتیو و افسردگی شایع تر از

اسکیزوفرنی بود حال آنکه حافظه کلامی در اختلال اسکیزوفرنی اختلال بیشتری نشان می‌داد.^(۲۱) در مطالعه ما آسیب‌های شناختی در بیماران اسکیزوفرن بیشتر و شدیدتر از بیماران اسکیزوافکتیو بود. این ناتوانی‌های شناختی در زمینه یادآوری بسیار بارز بود و در زمینه ثبت، توجه، محاسبه و طراحی نیز تفاوت آماری معناداری داشت. بعضی محققین معتقدند شایعترین اختلال شناختی اسکیزوفرنی اختلال در حافظه در حال کار که با تمرکز در ارتباط است می‌باشد.^(۲۲)

نخستین بار مک کله لند و مارکمن مدل پردازش منتشر موازی (PDP²) را مطرح کردند. در این مدل هر کدام از عملکردهای شناختی اگرچه به مسیرهای عصبی خاصی مربوط هستند، در عین حال از طریق شبکه‌های عصبی به یکدیگر مرتبط هستند.^(۲۳) بعضی از عملکردهای شناختی ای که توسط مدل PDP توجه می‌شوند عبارتند از درک کلامی (protopapas 1999)، یادآوری (kitchen and blades 2002)، طبقه بندی اطلاعات (Fevine 2002) و تصمیم گیری (ford 2003 – fevin, 2002). این مدل در اختلالات شناختی موجود در اسکیزوفرنی نیز به کار می‌رود (Chen and Berrios 1998). براساس این تعاریف به دلیل اختلال در شبکه‌های عصبی و ارتباطاتی که بین نرون‌ها برقرار می‌شود بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در پردازش اطلاعات و ثبت و توجه و یادآوری و همچنین مهارت‌های کلامی و حرکتی دچار اشکال هستند. در مطالعه حاضر نیز اختلال مهارت‌های کلامی و حرکتی در بیماران اسکیزوفرن بیشتر از بیماران اسکیزوافکتیو بود هر چند این تفاوت از نظر آماری معنا نداشت.

در مطالعه دیگری که به مقایسه بیماران اسکیزوفرنیک و بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی پرداخته شده است تخریب شناختی بیماران اسکیزوفرنیک بارز تر از بیماران خلقی بود^(۲۴)

² Parallel Distributed Processing

مصاحبه) ضرورت دارد. پیشنهاد می شود مطالعه دیگری که هر دو جنس را در برمی گیرد با حجم نمونه بالاتر انجام شود و گروه سومی با تشخیص اختلال دوقطبی با دو گروه مورد بررسی مقایسه شود.

سپاسگزاری

محقق بر خود لازم می داند از همکاری آقای دکتر محمودرضا آذرپژوه استادیار محترم نرولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که معاینه عصبی کلیه بیماران را به عهده داشتند و جناب آقای دکتر حمید رضا نادری تشکر نماید. همچنین از کارکنان محترم بیمارستان ابن سینای مشهد نیز سپاسگزاری می شود.

بنابراین با عطف به بالاتر بودن بارخلفی در اختلال اسکیزوافکتیو شاید این یافته تاییدی بر پژوهش حاضر باشد.

با توجه به یافته های فوق می توان به این نتیجه رسید که آسیب های شناختی موجود در سایکوزهای مزمن می توانند مشابه نباشند همان طور که در بیماران اسکیزوفرن شدت بیشتری نسبت به اختلال اسکیزوافکتیو دارند. همچنین شاید این تفاوت تا حدی بیانگر تفاوت در سبب شناسی اختلال باشد و نهایتاً تاییدی بر این نظریه باشد که اختلال اسکیزوافکتیو از اسکیزوفرنیا منفک می باشد. در مطالعه حاضر ابزار مورد استفاده آزمون MMSE بود اما برای دسترسی به نتایج بهتر مطالعات دیگری که از سایر ابزارهای تشخیصی استفاده کنند(همراه با

References

منابع

1. Gerald G , Gretchen L, Manish P , et al. The cycle of schizoaffective disorder, cognitive ability, alcoholism, and suicidality 2006; 36:35-43
2. Miller LS, Swanson-Green T, Moses JA Jr, et al. Comparison of cognitive performance in RDC-diagnosed schizoaffective and schizophrenic patients with the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery. J Psychiatr Res. 1996 Jul-Aug; 30:277-82.
3. Karpovich EI, Kolpashchikova OV, Stepanova NN. A role of central control in development and progression of diabetic polyneuropathy in teenagers. Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova 2005; 105: 6: 4-9.
4. Chen EY, Hui CL, Dunn EL, et al. A prospective 3-year longitudinal study of cognitive predictors of relapse in first-episode schizophrenic patients. Schizophr Res. 2005; 77:99-104.
5. Sergi MJ, Kern RS, Mintz J, et al. Learning potential and the prediction of work skill acquisition in schizophrenia. Schizophr Bull. 2005; 31:67-72.
6. Prasad KM, Chowdari KV, Nimgaonkar VL, et al. Genetic polymorphisms of the RGS4 and dorsolateral prefrontal cortex morphometry among first episode schizophrenia patients. Mol Psychiatry. 2005; 10:213-9.
7. Grant L. Iverson A. Interpretation of mini-mental state examination scores in community-dwelling elderly and geriatric neuropsychiatry patients
8. Kopelowicz A, Liberman RP, Ventura J, et al. Neurocognitive correlates of recovery from schizophrenia. Psychol Med. 2005; 35:1165-73.

9. Burdick KE, Hodgkinson CA, Szeszko PR, et al. DISC1 and neurocognitive function in schizophrenia. *Psychol Med*. 2005; 35:1165-73.
10. Stip E, Sepehry A, et al. Cognitive Discernible Factors between Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Brain and Cognition*, 2005; 292-5.
11. Norman RM, Malla G, Manchanda AK, et al. Premorbid adjustment in first episode schizophrenia and schizoaffective disorders: a comparison of social and academic domains. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005;12; 30-9.
12. Gerald G, Wendy SH, Daniel AN. Cognitive function in schizoaffective disorder and clinical subtypes of schizophrenia
13. Evans JD, Heaton RK, Paulsen JS, et al. Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder? *J Clin Psychiatry*. 1999; 60:874-82.
14. Chen EY, Hui CL, Dunn EL, et al. A prospective 3-year longitudinal study of cognitive predictors of relapse in first-episode schizophrenic patients. *Schizophr Res*. 2005; 77:99-104.
15. Kurtz MM. Symptoms versus neurocognitive test performance. *Schizophr bull*, 2005,31:167-74.
16. Cuesta MJ, Livingston G, Hawkins A, et al. Insight Dimensions and Cognitive function in Psychosis: *BMC psychiatry* 2006; 31:6, 26.
17. Weikert TW. Schizophrenia Bulletin Advance Access originally published online on February 16, 2005. *Schizophrenia Bulletin* 2005; 31:167-74.
18. Manuel J, Peralta V, Zarzuela A, et al. Insight dimensions and cognitive function in psychosis: a longitudinal study *BMC Psychiatry*. 2006; 6: 26.
19. Weickert TW, Goldberg TE, Gold JM, et al. Cognitive impairments in patients with schizophrenia displaying preserved and compromised intellect. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57:907-13.
20. Stip E, Sepehry AA, Prouteau A, et al. Cognitive discernible factors between schizophrenia and schizoaffective disorder. *Brain Cogn*. 2005; 59:292-5.
21. Silverstein ML, McDonald C, Meltzer HY. Differential patterns of neuropsychological deficit in psychiatric disorders. *J Clin Psychol*. 1988; 44:412-5.
22. Joyce EM, Hutton SB, Mutsatsa SH, et al. Cognitive heterogeneity in first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2005; 187:516-22.

Comparison of the cognition status of patients with schizophrenia and schizoaffective

Mokhber N., MD*

Background: Schizophrenia and schizoaffective are chronic psychiatric disorders that decrease cognitive ability. In this study we examined the cognitive problem in patients with these disorders.

Method and Material: This study is a descriptive- analysis research conducted 309 men hospitalized in Ebne-Sina hospital in Mashhad, including 195 paranoid schizophrenia and 114 schizoaffective (Bipolar type). All the patients underwent the MMSE test with 6 domains; then the results were analyzed.

Results: Cognitive impairment in Schizophrenic patients was more significant than schizoaffective patients ($P=0.04$) particularly in speech and motoric aspects ($P=0.032$).

Conclusion: Speech and motoric skills in schizophrenic patients get badly damaged; therefore, paying attention to this cognitive impairment in the process of treatment is necessary. Schizoaffective patients have less cognitive impairment but they suffer from attention insufficiency and calculation problems. This difference could be a root for ethiological differences.

KEY WORDS: Schizophrenia, Schizoaffective, Cognitive situation

* Psychology dept, Faculty of medicine, Mashhad University of Medical Sciences and health services, Mashhad, Iran.