



دکتر فریدون مهرابی\*

## نیمرخ علامت شناسی اسکیزوفرنیا در بیماران بستری در مراکز روانپزشکی ایران

### چکیده

با استفاده از یک پرسشنامه مشخصات و علامت شناسی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و علایم مثبت و منفی ۹۲۲ بیمار اسکیزوفرنیک (۶۶-۱۵ ساله) بستری در مراکز روانپزشکی ایران در سالهای ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۰، که بر اساس معیار تشخیصی DSM-III بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا شناخته می‌شدند، مورد بررسی قرار گرفت. در این بررسی تنها به بعضی از جنبه‌های علامت شناسی اختلال اشاره شده است. نتایج نشان داد که از نظر علامت شناسی، خلق افسرده، عواطف نامتناسب و بی‌تفاوت، جریان فکر کند، هذیان‌گزند و آسیب، توهم سمعی آمرانه یا نظر دهنده، فقدان قضاوت منطقی و بصیرت نسبت به بیماری از شایعترین علایم بیماری بوده است.

Andeesbeh  
Va  
Rafiar  
اندیشه و رفتار  
۴

### کلید واژه: اسکیزوفرنیا، علامت شناسی، بیماران بستری، ایران

پرداخت و نام دمنشیاپری کاکس<sup>(۲)</sup> را برای آن برگزید که به معنی زوال عقل زودرس است. بعدها یک روانپزشک سویسی بنام بلویر<sup>(۳)</sup> با بخشی از نظریات کرپلین مخالفت کرد و نام اسکیزوفرنیا را برای این بیماری عنوان نمود. با ظهور داروهای ضد روان پریشی در اوایل

با آنکه بیماری اسکیزوفرنیا شاید از مهمترین بیماریهایی باشد که بشر از دیرباز با آن، آشنایی داشته است، تنها حدود صد سال از تشریح علمی آن می‌گذرد و از آن زمان مورد بحث و پژوهش فراوان قرار گرفته است. در سال ۱۸۹۶ نخستین بار امیل کرپلین<sup>(۱)</sup> به تشریح آن

\* روانپزشک، مدیر گروه و عضو هیئت علمی انستیتو روانپزشکی تهران. تهران، خیابان طالقانی نرسیده به خیابان دکتر شریعی کوچه جهان پلاک ۱

1-Emil Kraepelin

2-dementia precox

3-Eugen Bleuler

دهه ۱۹۵۰، پیش آگهی انواع بیماری حاد و مزمن این بیماری تغییر یافت و فرصتهای جدیدی برای بررسیهای بنیادی روشهای درمانی و پیشگیری آن بوجود آمد. در حال حاضر اگر چه درمان با نورولپتیکها هنوز مقام اول را به خود اختصاص می دهد، با وجود این گروه جدیدی از داروها با عوارض جانبی کمتر و در عین حال کارآیی بیشتر در حال ظهور است.

بیماری اسکیزوفرنیا یکی از نشانگان مهم بالینی است. شیوع آن در جمعیت عمومی حدود ۰/۵ درصد برآورد می شود. شیوع آن در بین زنان و مردان یکسان است. بیماری اسکیزوفرنیا در همه فرهنگها حتی در فرهنگهایی که در آنها هنوز از فشارهای تمدن جدید خبری نیست، یافت می شود و به نظر می رسد که در تمام طول تاریخ بلای جان آدمی بوده است. از آنجا که این اختلال هم عود کننده است و هم موجب از کار افتادگی مزمن در برخی از بیماران می شود، درصد بالایی از کلیه تختهای بیمارستانهای روانی را بیماران با تشخیص اسکیزوفرنیا به خود اختصاص داده اند.

این بیماری معمولاً در اوایل بزرگسالی بروز می کند و بالاترین میزان بروز آن بین سنین ۲۵ تا ۳۵ سالگی دیده می شود.

بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV<sup>(۱)</sup>، برای عنوان کردن بیماری اسکیزوفرنیا باید معیارهای زیر وجود داشته باشد.

الف- دست کم دو نشانه از پنج نشانه زیر:

۱- هذیانها

۲- وجود توهمات

۳- بیان درهم ریخته

۴- رفتار بشدت درهم ریخته یا کاتاتونیک

۵- نشانه های منفی یعنی کند شدن عاطفه، حرف نزدن یا فقدان اراده.

ب- این نشانه ها با بدکاری<sup>(۲)</sup> اجتماعی / حرفه ای همراه

باشد.

ج- نشانه های بیماری به مدت دست کم ۶ ماه ادامه یابد.  
د- اختلال اسکیزوفرنیک و اختلالات خلقی رد شده باشد.  
ه- وجود این اختلال ناشی از مصرف مواد دارویی نباشد.  
در طبقه بندی سازمان جهانی بهداشت از بیماریها، تجدید نظر دهم (ICD 10) تفاوتها و شباهتهایی با طبقه بندی DSM-IV دیده می شود.

بیماری اسکیزوفرنیا، نشان دهنده تعامل پیچیده ای بین عوامل زیست شناختی و روان شناختی است، از این رو درمان و توانبخشی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و تدابیر بکار گرفته شده در جهت پیشگیری از آن، باید در برگیرنده نه تنها عوامل زیست شناختی بلکه با در نظر گرفتن کلیه عوامل اجتماعی باشد. تکنیکهای درمانی باید در جهت کاهش محرومیت های اجتماعی و از بین بردن نگرشهای منفی درباره آن باشد. این الگوی هماهنگ شده درمانی - اجتماعی - زیستی باید در تمام طول عمر تا دوران کهنسالی با مشاهدات منظم و طولانی مدت بیمار اسکیزوفرنیک پشتیبانی شود. بررسیها نشان می دهد که ۵۰ تا ۷۵ درصد از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به واسطه پیامدهای ناشی از این بیماری، با انواع مشکلات اجتماعی و روان شناختی دست به گریبان هستند.

از آنجا که علل این بیماری هنوز ناشناخته مانده است، برگزیدن روشهایی برای پیشگیری از آن امکان پذیر نیست. بسا وجود این، تحولات اخیر دانشهای همه گیرشناسی، ژنتیک و روانشناسی در سه دهه اخیر باعث گسترش افقهای آگاهی ما نسبت به این بیماری گردیده است. (مارنرو<sup>(۳)</sup>، ۱۹۹۲). بررسی های همه گیر شناسی انجام شده در کشورهای مختلف در مورد بیماری اسکیزوفرنیا، نتایج کم و بیش متفاوتی را در اختیار

1-diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.).

2-dysfunction

3-Marnero

پژوهشگران قرار داده است. ایستون<sup>(۱)</sup> و همکاران (۱۹۹۲)، ۲۴ بررسی همه گیر شناسی را که در جمعیت‌های در معرض خطر و در برگیرنده بیش از ۲۵۰۰ فرد با تشخیص اسکیزوفرنیا انجام گردیده است، بازبینی کردند و به دلیل مزمن بودن ماهیت بیماری، اما مهلک نبودن آن، تفاوت‌های اندکی در زمینه طول عمر، دوره و میزان شیوع آن بدست آمد. میزان شیوع از ۰/۶ در هزار در کشور غنا تا ۸/۳ در هزار در کشور ایرلند در جمعیت ۱۵ سال و بالاتر متفاوت بوده است. این دامنه گسترده در شیوع، بیشتر نشاندهنده نارسائیهای روش شناختی است تا تفاوت واقعی در میزان بیماری (ایستون و همکاران، ۱۹۹۲). جابلنسکی<sup>(۲)</sup> دامنه شیوع آن را بر اساس جمع بندی از ۲۶ بررسی یک شکل، میزان ۲/۵ تا ۳/۵ در هزار را گزارش نموده است (جابلنسکی، ۱۹۸۸).

برنامه‌های همه گیر شناسی بر اساس بررسی جمعیت منطقه تحت پوشش<sup>(۳)</sup>، رقم شیوع بیماری اسکیزوفرنیا را در پنج منطقه مورد بررسی در ایالات متحده آمریکا، ۱۵ در هزار، برای تمام دوران زندگی، گزارش نموده است؛ که چهار بار بیش از رقم مشابه در سرتاسر این کشور است.

پژوهشهای انجام شده در زمینه بروز موارد جدید بیماری<sup>(۴)</sup>، نشان داده‌اند که ۰/۱۰ تا ۰/۲۰ مورد در هزار نفر در سال به بیماران قبلی افزوده می‌شود. از آنجا که سیر بیماری، دوره و شدت شروع آن در افراد مختلف متفاوت است؛ همچنین ماهیت بیماری مزمن شونده است، ممکن است به تدریج و با کندی شروع شود به شکلی که دقیقاً نتوان زمان آغاز آنرا مشخص کرد. تعیین دقیق موارد بروز آن در یک مدت معین شاید عملی نباشد.

بر اساس بازبینی یافته‌های ۲۱ پژوهش انجام شده در زمینه همه گیر شناسی بیماری اسکیزوفرنیا که در مقیاس وسیع، از سالهای ۱۹۲۶ تا ۱۹۸۹، انجام گردیده است، میزان بروز بیماری را در گستره‌ای از ۰/۳۰ تا

۰/۶۹ در هر هزار نفر جمعیت در ایالات متحده آمریکا و آلمان، متفاوت نشان داده‌اند.

بررسی دیگری که توسط هفتر<sup>(۵)</sup> و همکاران (۱۹۸۷) انجام گردید، میزان بروز موارد جدید در سال را در انگلستان، ۰/۰۸ تا ۰/۲۷ در هزار گزارش نمود. از آنجا که تعاریف مربوط به تشخیص در بررسیهای مختلف، با یکدیگر تفاوت داشته است، متفاوت بودن ارقام مربوط به میزان شیوع نباید به عنوان تفاوت در میزان واقعی شیوع بیماری تلقی شود.

در یک بررسی که توسط سازمان جهانی بهداشت در ۱۲ مرکز واقع در ۱۰ کشور جهان در زمینه همه گیر شناسی بیماری اسکیزوفرنیا انجام گرفت میزان بروز بیماری یاد شده از ۰/۱۵ در هزار تا ۰/۴۲ در هزار در جمعیت ۱۵ تا ۵۴ ساله، متفاوت بوده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۷۳).

در زمینه سن ابتلای به بیماری این بررسی‌ها نشان می‌دهد که گرچه بروز بیماری در سنین ۱۹-۱۵ سالگی یک درصد هزار است، در سنین ۲۴-۲۰ به ۶ درصد هزار در مردان و ۳ درصد هزار در زنان می‌رسد. این ارقام در سنین تا ۲۹ سالگی به ۹ درصد هزار در مردان و ۷ درصد هزار در زنان، افزایش می‌یابد. تا ۳۴ سالگی، رقم یاد شده از ۱۱ درصد هزار در مردان و ۹ درصد هزار در زنان فراتر می‌رود (هفتر و بهرن<sup>(۶)</sup>، ۱۹۹۱).

در مورد امکان بروز بیماری مورد بحث در بستگان سببی مبتلایان به آن، نیز بررسیهای انجام شده در کشورهای اروپایی از سال ۱۹۲۰ تا ۱۹۸۷ نشان داده است که در جمعیت عادی ۱ درصد، عمه و عمو ۲ درصد، نوه‌ها ۵ درصد، فرزندان ۱۳ درصد، برادران و خواهرانی که یکی از والدین آنها اسکیزوفرنیک بوده است، ۱۷

1-Eaton	2-Jablensky
3-catchment area	4-incidence
5-Hafner	6-Behrens

درصد، دوقلوهای یک تخمکی ۴۸ درصد، کودکانیکه پدر و مادرایشان مبتلا به اسکیزوفرنیا بوده‌اند، ۴۶ درصد، امکان بروز اسکیزوفرنیا وجود داشته است.

در مورد نشانه شناسی بیماری اسکیزوفرنیا، نیز یک بررسی مقایسه‌ای در چند کشور پیشرفته صنعتی جهان و چند کشور در حال توسعه انجام گرفته است. در این بررسی نشانه‌های بیماری ۵۵۱ بیمار از کشورهای در حال توسعه با نشانه شناسی ۷۳۷ بیمار از کشورهای پیشرفته صنعتی جهان که همگی بر اساس ملاک تشخیصی سازمان جهانی بهداشت، بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا شناخته می‌شدند، با یکدیگر مقایسه شدند. نتایج نشان داد که در زمینه برخی از هذیان‌های کشورهای پیشرفته صنعتی نسبت بالاتری را به خود اختصاص داده‌اند، اما در مورد برخی دیگر از نشانه‌های هذیانی تفاوت محسوسی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در دو گروه از کشورها، وجود ندارد. برای مثال در زمینه هذیان‌های اولیه، هذیان‌های نظام یافته<sup>(۱)</sup>، مشغولیت‌های ذهنی با هذیانها یا توهمات و برون ریزی هذیانها، کشورهای پیشرفته نسبت بالاتری نسبت به کشورهای در حال رشد داشته‌اند. در زمینه هذیان گزند و آسیب، هذیان انتساب به خود، هذیان بزرگ منشی، هذیان‌های جنسی، هذیان‌های مذهبی و مانند آن، تفاوتی وجود نداشته و با تفاوت موجود، غیر محسوس بوده است. تنها در زمینه هذیان‌هایی که معیارهای فرهنگی در آنها مؤثر تشخیص داده شده است، کشورهای در حال رشد تسا حدودی بالاتر بوده است (جابلنسکی، سارتوریوس، ارنبرگ و همکاران، ۱۹۹۲).

در ارزیابی توهمات، شنیدن صداهایی که با بیمار صحبت می‌کنند و توهمات بینایی در بیماران اسکیزوفرنیک متعلق به کشورهای در حال رشد، بسیار بیش از بیماران مشابه کشورهای پیشرفته صنعتی بوده است. اما درصد بیشتری از بیماران متعلق به کشورهای پیشرفته، توهم بویایی داشته‌اند، تا بیماران متعلق به

کشورهای در حال توسعه.

## روش

در این بررسی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که در زمان اجرای پژوهش در مراکز روانپزشکی ایران بستری بوده‌اند، مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. این تحقیق با اهداف سه گانه زیر به مورد اجرا گذاشته شده است:

۱- دست یابی به اطلاعاتی که در برنامه‌ریزی‌های آینده بتواند راهنمای مسئولین بهداشتی - درمانی کشور باشد، از جمله بدست آوردن اطلاعاتی در مورد سن، جنس، نحوه مراجعه به مراکز روانپزشکی، تعداد دفعات بستری، طول زمان بستری و اقدامات درمانی انجام شده.

۲- یافتن نیمرخ علامت شناسی بیماران اسکیزوفرنیک ایرانی.

۳- سعی در پیدا نمودن ارتباط بین علایم اولیه بیماری با پیش آگهی آن.

این بررسی توسط گروه پژوهش انستیتو روانپزشکی تهران انجام شده است. ابتدا افراد این گروه طی یک دوره دو ماهه بصورت نظری با بیماری اسکیزوفرنیا آشنایی دقیق تری پیدا نمودند که تأکید بیشتر بر روی آموزش علامت شناسی این بیماری بوده است.

مرحله دوم آموزش با کار عملی و مصاحبه با بیماران اسکیزوفرنیک در مراکز روانپزشکی تهران به مدت دو ماه ادامه یافت. در این مدت پرسشنامه‌ای که به منظور به دست آوردن اطلاعات مورد نیاز تهیه شده بود، اصلاح گردید.

از آغاز سال ۱۳۶۵ پژوهش اصلی بصورت مصاحبه بالینی با بیماران و تکمیل پرسشنامه توسط پژوهشگران در مراکز روانپزشکی تهران، اصفهان، مشهد، شیراز، رشت، ارومیه، بندر عباس و تبریز آغاز گردید و تا

پائیز ۱۳۶۸ ادامه یافت. کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که در یک محدوده زمانی معین (زمانیکه این بررسی در حال اجرا بوده است) در مراکز روانپزشکی دولتی ایران بستری بوده‌اند، در پژوهش حاضر وارد شده‌اند. در این مدت به مراکز بستری روانپزشکی کشور مراجعه شده و کلیه بیماران بستری که بر اساس تشخیص روانپزشک بخش به عنوان بیمار اسکیزوفرنیا تحت درمان بوده‌اند، مورد ارزیابی بالینی قرار گرفته‌اند. اگر نشانه‌های بیماری آنان با ملاکهای تشخیصی بیماری اسکیزوفرنیا که در DSM-III عنوان شده مطابقت داشت، به عنوان نمونه مورد بررسی در طرح پژوهشی وارد می‌گردید. در این مدت بیش از ۱۰۰۰ بیمار که با تشخیص اسکیزوفرنیا در مراکز یاد شده بستری بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد، ۹۲۲ نفر که مطابق ملاکهای مطرح شده در این تحقیق بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا شناخته شده، مورد بررسی قرار گرفتند و بقیه افراد کنار گذاشته شدند.

در این مقاله تنها به گزارش یافته‌های مربوط به نیمرخ علامت شناختی اسکیزوفرنیا بصورت گذرا بسنده خواهیم کرد.

عواطف نامتناسب شایعترین علامت بیماران از نظر اختلال عواطف است (۳۴/۹٪) ولی از آنجا که بی تفاوتی و سطحی شدن عواطف ماهیت تقریباً یکسانی دارند و گاه تفکیک دقیق آنها مشکل است

## نتایج

از نظر سیر بیماری، ۴۲/۵ درصد از بیماران مورد بررسی دارای اسکیزوفرنیای مزمن بوده‌اند، ۴۶/۴ درصد مزمن با یک حمله حاد و ۷/۵ درصد پیش مزمن با یک حمله حاد تشخیص داده شده‌اند. در جدول ۱ توزیع فراوانی افراد مورد بررسی از نظر جنس و سن ارائه گردیده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد افراد مورد مطالعه بر حسب جنس و سن.

متغیرها	فراوانی (N=۹۲۲)	درصد
جنس		
مرد	۶۱۲	۶۶/۶
زن	۳۰۸	۳۳/۴
سن		
۱۵-۱۹	۴۶	۵
۲۰-۲۴	۱۳۹	۱۵/۱
۲۵-۲۹	۲۰۰	۲۱/۷
۳۰-۳۴	۱۹۵	۲۱
۳۵-۳۹	۱۳۸	۱۵/۱
۴۰-۴۴	۸۸	۹/۶
۴۵-۴۹	۵۴	۵/۹
۵۰-۵۴	۴۰	۴/۳
۵۵-۵۹	۱۴	۱/۵
۶۰-۶۴	۵	۰/۵
۶۵ و بالاتر	۳	۰/۳

در حالیکه پژوهشگران در موقع مراجعه به مراکز روانپزشکی سعی در ارزیابی و پر کردن پرسشنامه برای تمام بیماران بستری مبتلا به اسکیزوفرنیا داشته‌اند، ۶۶/۶ درصد بیماران مورد بررسی را مردان تشکیل داده‌اند. این تفاوت بیشتر به دلیل اختصاص تختهای بیشتر به آقایان

جدول ۲- توزیع فراوانی و درصد وضعیت خلقی و حالات عاطفی بیماران مورد مطالعه.

متغیرها	فراوانی* (N=۹۲۲)	درصد
افسرده	۴۳۸	۴۱
شاد	۷۴	۷/۱
مضطرب	۱۶۴	۱۵/۵
خشمگین	۱۱۱	۱۰/۵
متغیر	۱۹۱	۱۷/۷
طبیعی	۶۶	۶/۲
غیره	۴	۰/۴
نامشخص	۱۹	۱/۶
حالات عاطفی		
متناسب	۱۶۲	۱۶/۴
نامتناسب	۳۴۵	۳۴/۹
بی تفاوت	۲۳۵	۲۳/۵
سطحی شدن عواطف	۲۳۳	۲۳/۵
دوگانگی عاطفی	۱۳	۱/۴
نامشخص	۳	۰/۳

همچنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، علایمی چون موتیسم، سالادکلمات و واژه سازی مرضی بسیار کم دیده شده است. در برابر آن، حاشیه روی و اطناب بیشتر از حد انتظار و در ۲۰ درصد از افراد مورد بررسی دیده شده است. انتظار کلی این است که در بررسی جریان فکر بیماران اسکیزوفرنیک بیشتر با کندی جریان فکر برخورد کنیم تا سرعت یافتن آن. مجموعه علایمی که نشان دهنده کندی جریان فکر هستند (کند شدن بیان، سست شدن همخوانی‌ها، نبود ارتباط بیانی و توقف فکر)، در ۵۶/۱ درصد افراد مورد بررسی دیده شده است.

\* در برخی از پرسشنامه‌ها بیش از یک مورد وجود داشته است.

است، ضمن آن که چند دلیل دیگر نیز در این مورد بی تأثیر نیست؛ از جمله وجود این باور فرهنگی را می‌توان مؤثر دانست که خانواده‌ها بیمار شدن دخترانشان را تا حد ممکن مخفی می‌کنند؛ دوم اینکه تحریکات جدی و خشن که نیاز به خدمات بستری شدن پیدا نماید، در خانمها شیوع کمتری دارد.

نکته دیگر آنکه بیشترین افراد گروه مورد مطالعه در گروه سنی ۲۵-۲۹ سال قرار دارند و جمعاً ۷۰ درصد از گروه مورد مطالعه در گروه سنی ۲۰-۳۹ سال جای دارند. میانگین سن شروع بیماری در گروه مورد مطالعه ۲۳/۲۵ سال است و میانگین سن افراد مورد بررسی در زمان مطالعه حدود ۳۳ سال. به عبارت دیگر بیشتر بیماران مورد مطالعه ۱۰ سال پس از شروع بیماری در مراکز روانپزشکی بستری بوده‌اند. نکته قابل توجه آن بوده است که حدود ۶۵ درصد این بیماران در این فاصله تا ۶ بار سابقه بستری در مراکز روانپزشکی داشته‌اند. در جدول ۲ توزیع فراوانی، درصد وضعیت خلقی و حالات عاطفی بیماران مورد بررسی ارائه گردیده است. همانطور که در این جدول ملاحظه می‌شود، شایعترین حالات خلقی بیماران مورد مطالعه افسردگی است، پس از آن خلق متغیر و مضطرب، دارای بیشترین فراوانی هستند. خلق طبیعی و خلق شاد کمترین فراوانی را در بیماران که وضعیت خلقی مشخص داشته‌اند، نشان داده است.

عواطف نامتناسب شایعترین علامت بیماران از نظر اختلال عواطف است (۳۴/۹٪) ولی از آنجا که بی تفاوتی و سطحی شدن عواطف ماهیت تقریباً یکسانی دارند و گاه تفکیک دقیق آنها مشکل است، ترجیح داده می‌شود که این دو با عنوان واحد بی تفاوتی و سطحی شدن عواطف به حساب آیند و بدین ترتیب ۴۷٪ بیماران مورد بررسی واجد این علامت می‌شوند و شایعترین علامت در گروه اختلالات عاطفی خواهد بود.

جدول ۳- توزیع فراوانی و درصد اختلال در جریان تفکر و محتوای تفکر در بیماران مورد مطالعه.

متغیرها	فراوانی (N=۹۲۲)	درصد
اختلال در جریان تفکر		
موتیسم	۴	۰/۳
سالاد کلمات	۱۲	۰/۷
واژه سازی مرضی	۱۷	۱/۱
کند شدن تکلم	۲۴۸	۱۵/۳
سست شدن تداوی	۲۴۴	۱۵/۱
عدم ارتباط کلام	۳۱۹	۱۹/۴
توقف فکر	۱۰۱	۶/۳
سریع شدن و فشار تکلم	۱۴۳	۸/۸
حاشیه روی و اطناپ	۳۳۶	۲۰/۷
پرش افکار	۱۸۸	۱۱/۶
غیره	۶	۰/۴
نامشخص	۵	۰/۳
اختلال در محتوای تفکر		
هذیان زیر کنترل	۲۹۷	۱۵/۳
هذیان عطف یا انتساب	۲۸۹	۱۴/۷
هذیان بزرگ منشی	۳۸۶	۲۰
هذیان گزند و آسیب	۷۰۰	۳۶/۳
هذیان گناه و تقصیر	۹۳	۴/۸
هذیان بدنی	۱۳۶	۷
هذیانهای دیگر	۲۹	۱/۵
نامشخص	۸	۰/۴

برخوردار نباشد. در بیماران مورد بررسی در این پژوهش همچنان که انتظار می‌رفت و هماهنگ با سایر پژوهشهای انجام شده در دیگر کشورها هذیان گزند و آسیب شایع ترین نوع هذیان بود، و ۳۶/۳ درصد از بیماران واجد چنین هذیانی بودند. هذیان بزرگ منشی با ۲۰ درصد، هذیان زیر کنترل و تحت تأثیر بودن با ۱۵/۳ درصد و هذیان انتساب به خود با ۱۴/۷ درصد، سایر هذیانهای شایع در بیماران مورد بررسی بودند. هذیانهای بدنی و تقصیر و گناه همچنان که انتظار می‌رفت شیوع بسیار کمتری داشتند (به ترتیب ۷ و ۴/۸ درصد) چرا که بیشتر در جریان بیماریهای خلقی شایع هستند، تادر اسکیزوفرنیا. در جدول ۴ توزیع فراوانی و درصد اختلال در ادراک بیماران مورد بررسی ارائه شده است.

جدول ۴- توزیع فراوانی و درصد اختلال در ادراک بیماران مورد مطالعه

اختلال ادراک	فراوانی	درصد
توهم شنوایی	۲۵۶	۲۷/۸
توهم بینایی	۶۲	۶/۷
توهم شنوایی و بینایی	۲۸۳	۳۰/۷
توهم شنوایی و لمسی	۴	۰/۵
توهم بینایی و لمسی	۸	۰/۸
توهم شنوایی، بینایی و لمسی	۲۱	۲/۳
غیره	۵	۰/۵
ندارد	۵۶	۶
بی پاسخ	۲۲۷	۲۴/۶

N=۹۲۲

همچنان که انتظار می‌رفت توهم شنوایی شایعترین نوع توهم در بیماران مورد مطالعه ما بود (۲۷/۸ درصد). پس از آن توهم بینایی ۶/۷ درصد و سایر توهمات فراوانی کمتری داشته است. با توجه به توهم شنوایی که نوع آمرانه و نظر دهنده آن ارزش تشخیصی دارد به جزئیات توهم شنوایی توجه بیشتری گردید. از کلیه

در جدول ۳ فراوانی و درصد اختلال در جریان تفکر و محتوای تفکر در بیماران مورد بررسی ارائه گردیده است. اختلال در محتوای تفکر اساسی ترین رکن علامت شناسی در اسکیزوفرنیا است تا آنجا که شاید بدون یک هذیان واضح، تشخیص این بیماری از اعتبار بالایی

بیمارانی که توهم شنوایی داشتند، ۸۱/۵ درصد نوع توهمشان آمرانه یا نظر دهنده و بحث کننده بود و ۱۸/۵ درصد یا پاسخ دقیق ندادند یا نوع توهم شنوایی آنها آمرانه، نظر دهنده و بحث کننده نبوده است. سایر یافته‌ها در این بررسی عبارتند از:

- ایلوژن<sup>(۱)</sup> یا اشتباه حسی بسیار کم و تنها در ۱۵ بیمار مشاهده شده است.

- ماهیت تفکر در ۶۸/۱ درصد بیماران غیر انتزاعی بود.

- قضاوت در ۸۲/۸ درصد بیماران مورد بررسی مختل ارزیابی شده است.

- ۶۴/۳ درصد بیماران نسبت به بیماری خود بصیرت داشته‌اند.

- از نظر نوع بیماری اسکیزوفرنیای پارانوئید شیوع بیشتری داشته است (۸۱/۲ درصد).

- از نظر سیر بیماری ۴۶/۳ درصد بیماران، مزمن با یک حمله حاد تشخیص داده شده‌اند.

### بحث در نتایج

در سال ۱۳۶۴ که تصمیم به این بررسی گرفته شد شناخته شده‌ترین و جدیدترین ملاک برای تشخیص بیماری اسکیزوفرنیا ملاک DSM-III بود بخصوص که این ملاک از نظر تفکیک اسکیزوفرنیا از اختلالات عضوی و خلقی، توانایی کافی داشت و احتمال اینکه موارد متعلق به این دو گروه بیماری اشتباهاً اسکیزوفرنیا به حساب بیاید را به حداقل می‌رساند. با انتخاب این ملاک مزیت تشخیص قطعی بیماری بدست آمده ولی بیمارانی که محتمل بود اسکیزوفرنیا برای آنها صحیح‌ترین تشخیص در آینده باشد از دست می‌رفتند.

توضیح اینکه ملاک C در DSM-III برای تشخیص قطعی بیماری، تداوم علائم را به مدت شش ماه ضروری می‌داند. بدین ترتیب و به اجبار کلیه بیماران حاد روانی که در زمان بررسی دیده شدند و از شروع بیماری آنها ۶ ماه

نگذشته بود، از تحقیق کنار گذاشته شدند؛ و بیماران مزمن و نیمه مزمن وارد تحقیق شدند. بنابراین آنچه در مورد علامت شناسی این بیماران نیاز به تأکید دارد این است که یافته‌های این بررسی بیشتر در مورد بیماران مزمن و نیمه مزمن است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بیشترین درصد فراوانی، در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال، ۱۷/۹ درصد، ۲۵-۳۴ سالگی، ۳۴/۷ و ۳۵-۴۴ سالگی ۲۴/۴ درصد می‌باشد. به عبارت دیگر ۷۷ درصد بیماران در گروه سنی ۱۵-۴۴ سالگی بوده‌اند.

بررسی‌های همه‌گیرشناسی بیماری اسکیزوفرنیا در چند شهر هند نشان داد که پایین بودن سطح اقتصادی، اجتماعی و وجود مشکلات اقتصادی می‌تواند منجر به نابسامانی خانوادگی، عدم تحمل بیمار، بی‌نظمی‌های گوناگون در ارتباط با روند درمان وی و بالاخره ایجاد شرایطی گردد که نتایج درمان را ضعیف نشان دهد. در این پژوهش نیز ۸۸٪ از آزمودنیها از طبقات کم درآمد و متوسط بوده‌اند. در حالیکه حدود ۴ درصد از آزمودنیها در مورد میزان درآمد خانواده خود اطلاعات کافی یا مناسب نداشته‌اند، تنها ۷ درصد آنها از خانواده‌های مرفه بوده‌اند و شاید همین امر را بتوان توجیهی برای مزمن شدن و طولانی شدن سیر بیماری در بسیاری از بیماران اسکیزوفرنیک مورد بررسی در پژوهش حاضر دانست. همان بررسی نشان داده است که ۴/۹ درصد آزمودنیها کارگر صنعتی ساده، ۵/۴ درصد کارگر صنعتی ماهر، ۱۰/۶ درصد سرویسکار ساده و ۴/۷ درصد سرویسکار ماهر، ۱۱/۹ درصد کارگر کشاورز مزدبگیر، ۲۲ درصد خانه‌دار و ۶/۲ درصد بیکار بوده‌اند. در این پژوهش ۲۴ درصد آزمودنیها بیکار بوده‌اند که در مقایسه با یافته‌های پژوهش هند (۶/۲ درصد)، چهار برابر آن است.

همیشه این پرسش مطرح بوده است که آیا اسکیزوفرنیا زائیده فقر است یا خود این بیماری موجب



فقر می‌گردد. یافته‌های پژوهش حاضر و نتایج بسیاری از بررسی‌های مشابه نشان می‌دهد که درصد بالایی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا از خانواده‌های کم درآمد و متوسط برخاسته‌اند. در پاسخ به این پرسش می‌توان گفت که اگر فرض بر آن باشد که بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا به خانواده‌های مرفه تعلق داشته باشد، باید انتظار داشت که از نظر اشتغال به کار و کسب درآمد دچار مشکل خواهد بود، در این شرایط نه تنها برای خانواده منبع درآمدی به شمار نخواهد آمد، بلکه خود به مرکزی برای جذب اندوخته‌های مالی خانواده تبدیل خواهد شد. با توجه به زمینه‌های ژنتیکی و امکان بروز آن در دیگر بستگان و ایجاد محدودیتهایی از نظر توانمندی‌های گوناگون روانی و جسمی برای آنان، دور از ذهن نخواهد بود بگوییم که بیماری اسکیزوفرنیا، افراد مبتلا و خانواده‌های ایشان را به سوی فقر خواهد کشاند و از آنجا که امکانات بهداشتی - درمانی در این شرایط مناسب نیست، بدیهی است که یک دور باطل سبب تشدید مشکلات این افراد خواهد گردید.

در زمینه اختلال در محتوای تفکر، پژوهش نشان داد که ۴/۸ درصد آزمودنی‌ها هذیان گناه و تقصیر، ۱۴/۷ درصد دارای هذیان عطف یا انتساب به خود، ۱۵/۳ درصد هذیان زیر کنترل و تحت تأثیر بودن، ۲۰ درصد هذیان بزرگ منشی، ۳۶/۳ درصد هذیان گزند و آسیب داشته‌اند، در حالیکه مقایسه انجام شده توسط جابلنسکی (۱۹۶۳) نشان داد که بالاترین درصد مربوط به هذیان گزند و آسیب و هذیان انتساب به خود است. در زمینه هذیان گزند و آسیب شباهت بین دو تحقیق بسیار زیاد است.

در زمینه انواع توهمات نیز بین پژوهش‌های انجام شده در دیگر نقاط جهان با پژوهش ما نیز تفاوتها و مشابهتهایی دیده می‌شود. برای مثال در پژوهش جابلنسکی (۱۹۹۲)، که ویژگی‌های نشانه شناختی ۵۵۱ بیمار اسکیزوفرنیک از کشورهای در حال توسعه را با ویژگی‌های نشانه شناسی ۷۳۷ بیمار از کشورهای پیشرفته

صنعتی مقایسه نمود، توهمات شنوایی از نوع پیشنهاد دهنده بالاترین فراوانی را داشته است. پس از آن توهمات بینایی بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است که در هر دو مورد بیماران متعلق به کشورهای در حال توسعه بیش از بیماران گروه دیگر این اختلالات را نشان داده‌اند. در این پژوهش ۳۰/۷ درصد توهم شنوایی و توهم بینایی را با هم داشته‌اند و ۲۷/۸ درصد تنها توهم شنوایی داشته‌اند و ۲۴/۸ درصد بی‌پاسخ بوده است که از این نظر نتایج دو بررسی تا حدودی مشابه هم هستند. در زمینه حالت‌های خلقی بیماران مورد بررسی، عواطف نامتناسب شایعترین علامت بیماران است (۳۴/۹٪). از آنجا که بی تفاوتی و سطحی شدن عواطف ماهیت تقریباً یکسانی دارند، گاه تفکیک دقیق آنها مشکل است، پژوهشگران در این بررسی ترجیح داده‌اند که این دو را با عنوان واحد بی تفاوتی و سطحی شدن عواطف به حساب بیاورند و بدین ترتیب ۴۷٪ بیماران مورد بررسی واجد این علامت می‌شوند و شایعترین علامت در گروه اختلالات عاطفی خواهد بود.

نیمرخ علامت شناسی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مراکز روانپزشکی ایران را می‌توان چنین خلاصه نمود:

اکثر بیماران هستند با خلق افسرده، عواطف نامتناسب و بدون عمق با جریان فکری کند و محتوای تفکری که هذیان گزند و آسیب هسته مرکزی آن را تشکیل می‌دهد.

این بیماران از توهم سمعی آمرانه یا نظر دهنده نیز رنج می‌برند. ماهیت تفکرشان غیرانتزاعی (جامد و بسته) است و قضاوت منطقی ندارند و نسبت به بیماری خویش دارای بصیرت نیستند. از نظر نوع بیماری اکثراً مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید می‌باشند.

## قدردانی

- Jablensky, A. (1986). *Schizophrenia Bulletin*, 12, 52-58
- Kraepelin, E. (1923). *Textbook of psychiatry* (8th ed.) New York: McMillan.
- Marneros, A. (1992). Diagnosis, assessment and neural substrates of schizophrenia. *Triangle, Sandoz Journal of Medical Sciences*, Vol 31, 123-132.
- Vergheese, A. (1988). *Final report multicentered collaborative study of factors associated with the course and outcome of schizophrenia*. Vellore: Indian Council of Medical Research.
- W. H. O. (1973). *The International pilot study of schizophrenia*. Geneva: W. H. O.
- W. H. O. (1988). *International classification of disease draft 10th*. Geneva: W. H. O.

در پایان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به دلیل پذیرش بخشی از هزینه‌های پژوهش، آقایان عیسی کریمی کیسمی کارشناس مسئول بخش پژوهش، مجتبی احسان منش کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و دیگر همکاران بخش پژوهش، خانمها: امین، اوردیخانی، خمیری، رجبی، رضوی، زعفری، شمالی، میثمی، هویدا و آقایان: رزاقی، سعادت، نیکبخش و کرباسی که در اجرای پژوهش صمیمانه همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

## منابع:

- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox or the group of schizophrenics*. New York: International Universities Press.
- Eaton, W. W., Mortensen, P. B., Herrman H. et al. (1992). *Schizophrenia Bulletin* 18, 217-222.
- Hafner, H. (1987). *Search for the causes of schizophrenia*. In H. Hafner, W. F Gattaze (Eds.). Berlin: Springer.
- Hafner, H. Behrens, S. et al. (1991). *Nervenheilkunde*, 10, 154-159.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G. et al. (1992). Schizophrenia: manifestation, ten country study. *Psychological Medicine Monograph*, Suppl, 20. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jablensky, A. (1988). *Schizophrenia: The major issues*. In P. Bebbington, P. Mc. Guffin(Eds.) Heineman: Oxford University Press.

