

سبب‌شناسی اجتماعی اختلال‌های سایکوتیک و خلقی

دکتر ابراهیم مسعودنیا*

چکیده

هدف: این پژوهش، با هدف بررسی نقش متغیرهای اجتماعی در بروز و شیوع اختلال‌های سایکوتیک و خلقی و پیش‌بینی این اختلال‌ها از روی متغیرهای اجتماعی انجام شد.

روش: پژوهش به شیوه پیمایشی و بر روی ۱۵۰ بیمار بستری با اختلال‌های سایکوتیک و خلقی که در سال ۱۳۸۳ در مرکز جامع روانپزشکی یزد پذیرش شده بودند، انجام شد. این بیماران، با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد، توزیع اختلال‌های سایکوتیک و خلقی این بیماران، با توجه به برخی متغیرهای جمعیتی مانند جنسیت، طبقه اجتماعی، وضعیت تأهل، مکان جغرافیایی سکونت، سابقه خانوادگی و سن آنها مقایسه شد.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری بین سه متغیر طبقه اجتماعی ($p < 0.05$)، وضعیت تأهل ($p < 0.05$) و سابقه خانوادگی ($p < 0.01$) بیماران، و نوع اختلال آنها وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک نیز نشان داد که از مجموع متغیرهای وارد شده در مدل، دو متغیر طبقه اجتماعی و سابقه خانوادگی توانستند نوع اختلال روانی بیماران را پیش‌بینی نمایند.

نتیجه‌گیری: جایگاه اقتصادی-اجتماعی بیماران با توزیع اختلال‌های سایکوتیک و خلقی ارتباط دارد.

کلیدواژه: سبب‌شناسی، همه‌گیرشناسی، اختلال‌های سایکوتیک، اختلال‌های خلقی، متغیرهای اجتماعی

مقدمه

آرتزیت روماتوئید، سوء مصرف مواد و زمینه خانوادگی) و عوامل محیطی (ایتون^۱، دی^۲ و کرامر^۳، ۱۹۸۸؛ گالاقر^۴، ۱۹۸۷؛ دارنونند^۵، ۱۹۷۵) در بروز و شیوع اختلال‌های روانی تأکید دارند. هدف بررسی حاضر، تعیین نقش متغیرهای سابقه خانوادگی، جایگاه اجتماعی-اقتصادی، سن و جنس، وضعیت تأهل و مکان زندگی در شیوع اختلال‌های سایکوتیک و خلقی و پیش‌بینی این دو نوع اختلال به کمک متغیرهای یادشده بوده است.

بررسی‌ها تفاوت‌هایی را در زمینه شیوع اختلال‌های روانی در گروه‌های مختلف اجتماعی نشان داده‌اند (کوکرهام^۱، ۱۹۹۲). پژوهشگران در بررسی سبب‌شناسی اجتماعی اختلال‌های روانی، بر نقش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (به‌ویژه طبقه اجتماعی، سن، جنس، وضعیت تأهل، نژاد، قومیت، مذهب و مکان زندگی)، عوامل مستعدکننده و حمایتی ذاتی (مانند فصل تولد، عوارض و دشواری‌های بارداری و زایمان،

* دکترای تخصصی جامعه‌شناسی پزشکی، استادیار دانشگاه یزد. یزد، صفائیه، مجتمع علوم انسانی، دانشکده علوم اجتماعی. دوتنگار: ۸۲۰۰۴۰-۰۳۵۱.

E-mail: masoudnia@yazduni.ac.ir

1- Cockerham

2- Eaton

3- Day

4- Kramer

5- Gallagher

6- Dohrenwend

مناطق زیرپوشش همه‌گیرشناسی^{۴۴} (ECA) (ویزمن^{۴۵}، بروس^{۴۶}، لیف^{۴۷}، فلوریو^{۴۸} و هولزر^{۴۹}، ۱۹۹۱)، پیمایش ملی همبودی^{۵۰} (NCS) (کسلر^{۵۱} و ژاو^{۵۲}، ۱۹۹۹؛ کسلر و همکاران، ۱۹۹۴) و تکرار پیمایش ملی همبودی^{۵۳} (NCS-R) (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳) رابطه معکوس معنی‌دار میان نمره‌های افراد در مقیاس افسردگی و تحصیلات، درآمد و موقعیت شغلی (کسلر، ۱۹۸۲؛ میروفسکی^{۵۴} و راس^{۵۵}، ۲۰۰۳؛ ترنر^{۵۶} و للوید^{۵۷}، ۱۹۹۹؛ کوهن و همکاران، ۱۹۹۸؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۰) نشان داده است. در حالی که برخی از پژوهشگران نشان داده‌اند که اختلال افسردگی اساسی در میان افراد با سطوح تحصیلات پایین، به مراتب بالاتر از افراد با سطوح تحصیلی بالا است (هو^{۵۸}، چانگ^{۵۹}، یه^{۶۰}، چانگ و یه، ۱۹۶۶). برخی دیگر، رابطه معکوس میان تحصیلات و کج‌خلقی^{۶۱} (لی^{۶۲}، ۱۹۹۱) و یا عدم ارتباط میان درآمد، منزلت شغلی و تحصیلات، با دوره‌های افسردگی (ویزمن و همکاران، ۱۹۹۶؛ آندراد^{۶۳} و همکاران، ۲۰۰۳؛ لین^{۶۴} و لای^{۶۵}، ۱۹۹۵) را نشان دادند.

جونز^۱ و کانون^۲ (۱۹۹۸) میزان بروز اسکیزوفرنیا را در خانواده‌های دارای این بیماری بالاتر گزارش کرده‌اند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که نرخ اختلال‌های سایکوتیک در بیمارانی که در خانواده‌های با پیش از یک عضو مبتلا به این اختلال متولد شده‌اند (ساتر^۳ و همکاران، ۱۹۹۷؛ اورزاک^۴ و کرتسکی^۵، ۱۹۷۱؛ سیسدوسا^۶ و همکاران، ۲۰۰۳) و نیز در خویشاوندان درجه اول (گاتسمن^۷ و شیلدز^۸، ۱۹۸۲) به‌ویژه در در دو قلوهای یک تخمکی (جونز، رانتاکالیو^۹، هارتیکینن^{۱۰}، ایزوهانی^{۱۱} و سیپلا^{۱۲}، ۱۹۹۸؛ مورای^{۱۳}، رورلسی^{۱۴} و مک‌گوفین^{۱۵}، ۱۹۸۶) بالاتر از سایر بیماران است. این بررسی‌ها نشان داده‌اند که ارث می‌تواند ۶۰ تا ۷۰ درصد احتمال اختلال‌های سایکوتیک را پیش‌بینی کند (کندلر^{۱۶}، ۱۹۸۸). از سوی دیگر، در ارتباط با اختلال خلقی، پژوهشگران سابقه خانوادگی را هم‌چون یک داده مهم بالینی (روینز^{۱۷} و گوز^{۱۸}، ۱۹۷۰) در زمینه تشخیص اختلال‌های اسکیزوپایولار و اختلال دوقطبی نوع یک (ناردی^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۵)، اختلال دوقطبی نوع دوم (پروجی^{۲۰}، فراره^{۲۱}، مادارو^{۲۲}، مارمانی^{۲۳} و آکسکال^{۲۴}، ۲۰۰۲) و اختلال افسردگی ماژور (کندلر، ۲۰۰۱؛ سالیوان^{۲۵}، نیل^{۲۶} و کندلر، ۲۰۰۰؛ کاسپی^{۲۷}، سوگدن^{۲۸} و موفیت^{۲۹}، ۲۰۰۳؛ ورتمن^{۳۰}، ۲۰۰۵) در نظر گرفته‌اند.

در زمینه جایگاه اجتماعی-اقتصادی^{۳۱}، یافته‌های پژوهشی رابطه معکوس بین جایگاه اجتماعی-اقتصادی و اختلال‌های سایکوتیک (دارنوند و دارنوند، ۱۹۶۹؛ دارنوند، لساو^{۳۲} و شروت^{۳۳}، ۱۹۹۲؛ دارنوند و دارنوند، ۱۹۷۴؛ لوین^{۳۴}، ۲۰۰۵؛ مسعودنیا، ۱۳۸۲) و فراوانی بالاتر اختلال‌های روانی در طبقات پایین (ایتون و همکاران، ۱۹۸۸) را نشان داده‌اند. در حالی که برخی از پژوهش‌ها تحصیلات، شغل و درآمد (شاخص‌های طبقه اجتماعی) را مرتبط با اسکیزوفرنیا گزارش کرده‌اند (دارنوند و همکاران، ۱۹۹۲)، برومت^{۳۵} و فنینگ^{۳۶} (۱۹۹۹)، نشان داده‌اند که خطر اسکیزوفرنیا در میان افرادی که تحصیلات رسمی دارند، پایین‌تر است (برومت، دو^{۳۷} و ایتون، ۱۹۹۵). کبد^{۳۸} و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که خطر اسکیزوفرنیا در میان افرادی که تحصیلات رسمی دارند، بالاتر است.

یافته‌های پژوهش‌های انجام‌شده به کمک مقیاس افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک^{۳۹} (CES-D) (رادلف^{۴۰}، ۱۹۷۷؛ کوهن^{۴۱}، دارنوند و میروتزنیک^{۴۲}، ۱۹۹۸) یافته‌های به‌دست آمده از مصاحبه‌های استانداردشده بر پایه راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی^{۴۳} (DSM)، بررسی‌های

- | | |
|---|-----------------|
| 1- Jones | 2- Cannon |
| 3- Sautter | 4- Orzack |
| 5- Kornetsky | 6- Seisdedosa |
| 7- Gottesman | 8- Shields |
| 9- Rantakallio | 10- Hartikainen |
| 11- Isohanni | 12- Sipilä |
| 13- Murray | 14- Reveley |
| 15- McGuffin | 16- Kendler |
| 17- Robins | 18- Guze |
| 19- Nardi | 20- Perugi |
| 21- Frare | 22- Madaro |
| 23- Marenmmani | 24- Akiskal |
| 25- Sullivan | 26- Neale |
| 27- Caspi | 28- Sugden |
| 29- Moffitt | 30- Wurtzman |
| 31- socio-economic status | 32- Levav |
| 33- Shrout | 34- Lewine |
| 35- Bromet | 36- Fennig |
| 37- Dew | 38- Kebede |
| 39- Center of Epidemiological Studies- Depression Scale | |
| 40- Radloff | 41- Kohn |
| 42- Mirotznik | |
| 43- Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders | |
| 44- Epidemiological Catchment Area Studies | |
| 45- Weissman | 46- Bruce |
| 47- Leaf | 48- Florio |
| 49- Holzer | |
| 50- National Comorbidity Survey | |
| 51- Kessler | 52- Zhao |
| 53- National Comorbidity Survey Replication | |
| 54- Mirowsky | 55- Ross |
| 56- Turner | 57- Lloyd |
| 58- Hwu | 59- Chang |
| 60- Yeh | 61- dysthymia |
| 62- Lee | 63- Andrade |
| 64- Lin | 65- Lai |

روش

این بررسی از نوع پیمایشی و بر روی ۱۵۰ بیمار که از میان ۹۲۵ بیمار بستری مبتلا به اختلال‌های گوناگون روانی که در سال ۱۳۸۳ در مرکز جامع روانپزشکی یزد پذیرش شده بودند، انجام شد. این بیماران، با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردیدند. داده‌های اجتماعی-جمعیت‌شناختی (سابقه خانوادگی اختلال، طبقه اجتماعی، سن، جنسیت، وضعیت تأهل و مکان جغرافیایی زندگی) و نیز اطلاعات مربوط به اختلال تشخیص داده شده، با بررسی پرونده‌های آنها گردآوری شد.

برای تعیین جایگاه اجتماعی-اقتصادی بیماران، از روش ترکیبی و شاخص‌های تحصیلات، درآمد، شغل، منطقه مسکونی و نوع مسکن (هالینگشید^{۳۱}، ۱۹۷۱؛ دانکن^{۳۲}، ریس^{۳۳}، هات^{۳۴} و نوت^{۳۵}، ۱۹۶۱؛ نام^{۳۶} و پاورز^{۳۷}، ۱۹۸۳؛ هنری^{۳۸}، ۲۰۰۱؛ مایر^{۳۹} و باکلی^{۴۰}، ۱۹۷۰) بهره گرفته شد. بر این پایه، پنج شاخص یادشده به ۳۰ داور (متخصص) ارایه شد و از آنان خواسته شد تا بر پایه اهمیتی که فکر می‌کنند یک شاخص خاص در تعیین جایگاه اجتماعی-اقتصادی فرد در جامعه مورد بررسی دارد، نمره یک تا پنج بدهند. سپس میانگین نمره هر عامل به ترتیب زیر مشخص گردید: تحصیلات: ۴/۳، درآمد: ۴ و شغل: ۳/۹. در مرحله بعد، از مجموع نمره‌های جزئی فرد، رتبه کل وی به دست آمد. دامنه شاخص پنج عامل یادشده، ۱۰ تا ۸۷/۸ بود. در نهایت به کمک روش محاسبه دامنه تغییرات، سه طبقه اجتماعی بالا، متوسط و پایین مشخص گردید.

در یک فراتحلیل انجام شده بر روی ۳۰ بررسی، ارتباطی میان ابتلا به اسکیزوفرنیا و جنسیت دیده نشد (دارنوند، ۱۹۷۵). بررسی‌ها نشان داده‌اند که اسکیزوفرنیا در دوره نخست در مردان (مورای و وان‌اوس^۱، ۱۹۹۸) و به‌ویژه در مردانی که وارد ۳۵ سالگی می‌شوند (ایاکونو^۲ و بیسر^۳، ۱۹۹۲؛ جابلنسکی^۴، ۱۹۸۶؛ جونز و همکاران، ۱۹۹۸؛ کبید و همکاران، ۲۰۰۴؛ لئونگ^۵ و چو^۶، ۲۰۰۰) بیشتر است، در حالی که نسبت مردان با علائم سایکوز عاطفی، پایین‌تر است (برومت و فیننگ، ۱۹۹۹). برخی دیگر دریافته‌اند که میانگین سن شروع نشانه‌های اختلال‌های سایکوتیک در مردان بالاتر از زنان است (آلم^۷ و همکاران، ۲۰۰۳).

شیوع افسردگی اساسی در میان زنان بین ۱/۵ تا ۳ بار بیشتر از مردان (نولن-هوکسما^۸، ۱۹۹۰؛ کسلر، ۲۰۰۳) است و نسبت شیوع در زنان نسبت به مردان، نزدیک دو به یک می‌باشد (آنگست^۹ و مریکانگاس^{۱۰}، ۱۹۹۷؛ لارسن^{۱۱}، مک‌گلاشان^{۱۲} و مو^{۱۳}، ۱۹۹۶).

گوو^{۱۴} و تودور^{۱۵} (۱۹۷۳) در یک فراتحلیل، با بازبینی ۱۴ بررسی دریافتند که میزان اسکیزوفرنیا و سایکوز در بیشتر موارد، در افراد مجرد بیش از افراد متأهل است (ماکسمن^{۱۶}، ۱۹۸۶؛ نیکول^{۱۷}، لساگ^{۱۸} و لالوند^{۱۹}، ۱۹۹۲). هم‌چنین افراد سابقاً ازدواج کرده، جداشده، طلاق گرفته و ازدواج‌نکرده (آندراد^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۳؛ میروفسکی و راس، ۲۰۰۳؛ ترنر و لوید، ۱۹۹۹) دوره‌های طولانی‌تر افسردگی اساسی و نمره‌های افسردگی بالاتری در مقایسه با افراد متأهل داشته‌اند.

در ارتباط با مکان جغرافیایی زندگی، بررسی‌های چندی (دیوید^{۲۱}، لويس^{۲۲}، آلبک^{۲۳}، اندریسون^{۲۴}، ۱۹۹۲؛ تاکی^{۲۵}، اوکالاگی^{۲۶}، شام^{۲۷}، گلوور^{۲۸} و مورای، ۱۹۹۲) نشان داده‌اند که تولد در محیط شهری، ۱/۶۵ برابر (لوئیس^{۲۹} و همکاران، ۱۹۹۲) و دو برابر (تورری^{۳۰}، ۱۹۹۹) خطر ابتلا به اسکیزوفرنیا را افزایش می‌دهد.

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش متغیرهای اجتماعی در بروز و شیوع اختلال‌های سایکوتیک و خلقی انجام شد. فرضیه اصلی این پژوهش آن بود که چون نرخ شیوع اختلال‌های سایکوتیک و خلقی در گروه‌های اجتماعی متفاوت است، پس بین عوامل اجتماعی که متمایزکننده این گروه‌ها می‌باشند و میزان شیوع اختلال‌های سایکوتیک و خلقی رابطه وجود دارد.

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1- Van Os | 2- Iacono |
| 3- Beiser | 4- Jablensky |
| 5- Leung | 6- Chue |
| 7- Alem | 8- Nolen-Hoeksema |
| 9- Angst | 10- Merikangas |
| 11- Larsen | 12- McGlashan |
| 13- Moe | 14- Gove |
| 15- Tudor | 16- Maxmen |
| 17- Nicole | 18- Lesage |
| 19- Lalonde | 20- Andrade |
| 21- David | 22- Lewis |
| 23- Allebeck | 24- Andreasson |
| 25- Takei | 26- O'Callaghan |
| 27- Sham | 28- Glover |
| 29- Lewis | 30- Torrey |
| 31- Hollingshead | 32- Duncan |
| 33- Reiss | 34- Hott |
| 35- Notth | 36- Nam |
| 37- Powers | 38- Henry |
| 39- Mayer | 40- Buckley |

جدول ۱- مقایسه بیماران از نظر اختلال‌های سایکوتیک و خلقی بر حسب جنسیت، سن، طبقه اجتماعی، وضعیت تأهل، محل اقامت و سابقه خانوادگی آنها

متغیر	اختلال سایکوتیک (n=79)		اختلال خلقی (n=74)	
	فراوانی (%)		فراوانی (%)	
جنسیت	مرد	۵۳ (۶۹/۷)	۵۰ (۶۷/۴)	$\chi^2=0/082$
	زن	۲۳ (۳۰/۳)	۲۴ (۳۲/۴)	N.S.
سن	زیر ۳۱ سال	۳۵ (۴۶/۱)	۳۰ (۴۰/۵)	$\chi^2=2/168$ N.S.
	۳۲ تا ۴۶ سال	۲۳ (۲۹/۴)	۳۰ (۴۰/۵)	
	۴۷ تا ۶۱ سال	۶ (۷/۹)	۱۰ (۱۳/۵)	
	۶۲ سال به بالا	۲ (۲/۶)	۴ (۵/۵)	
طبقه اجتماعی	بالا	۱۲ (۱۵/۸)	۳ (۴/۱)	$\chi^2=6/067$ $p<0/05$
	متوسط	۲۰ (۲۶/۳)	۱۹ (۲۵/۷)	
	پایین	۴۴ (۵۶/۹)	۵۲ (۷۰/۳)	
وضعیت تأهل	متاهل	۳۳ (۴۲/۴)	۴۴ (۵۹/۵)	$\chi^2=3/861$ $p<0/05$
	سایر	۴۳ (۵۶/۶)	۳۰ (۴۰/۵)	
محل اقامت	شهر	۵۸ (۷۶/۳)	۵۶ (۷۵/۷)	$\chi^2=0/008$ N.S.
	روستا	۱۸ (۲۳/۷)	۱۸ (۲۴/۳)	
سابقه خانوادگی	دارد	۵۲ (۶۸/۴)	۳۵ (۴۷/۳)	$\chi^2=6/868$ $p<0/01$
	ندارد	۲۴ (۳۱/۶)	۳۹ (۵۲/۷)	

متغیرهای سابقه خانوادگی، جنس، وضعیت تأهل و مکان جغرافیایی زندگی، بر پایه گزارش ثبت شده استخراج گردید. برای گردآوری داده‌های مربوط به اختلال‌های سایکوتیک و خلقی، نخست نوع اختلال روانی تشخیص داده شده توسط روانپزشک که در پرونده بیماران به ثبت رسیده بود، استخراج گردید. این اختلال‌ها شامل اسکیزوفرنیای نوع آشفته، پارانوئید، کاتاتونیک، نامتمایز و باقیمانده بود. سایر اختلال‌های سایکوتیک شامل اختلال هذیانی، اختلال سایکوتیک گذرا، اختلال اسکیزوفرنی فرم، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال سایکوتیک مشترک، اختلال سایکوتیک ناشی از اختلال پزشکی، اختلال سایکوتیک ناشی از مواد و اختلال سایکوتیک NOS؛ و اختلال‌های خلقی شامل اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی بودند. در مرحله بعد، این اختلال‌ها، بر پایه چهارمین تجدیدنظر راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) به دو دسته کلی‌تر اختلال‌های سایکوتیک (اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های سایکوتیک) و اختلال‌های خلقی (افسردگی و اختلال‌های دوقطبی) تقسیم شدند. داده‌ها به کمک آزمون χ^2 و تحلیل رگرسیون لجستیک چندگانه تحلیل گردیدند.

یافته‌ها

جدول ۱، تفاوت دو گروه بیماران مبتلا به اختلال سایکوتیک و اختلال خلقی را با توجه به متغیرهای اجتماعی، نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول یادشده دیده می‌شود تفاوت معنی‌داری بین متغیر طبقه اجتماعی ($p<0/05$)، متغیر سابقه خانوادگی ($\chi^2=6/067$)، متغیر وضعیت تأهل ($\chi^2=3/861$)، متغیر سابقه خانوادگی ($\chi^2=6/868$) و نوع اختلال روانی بیماران وجود دارد. به بیان دیگر، سه متغیر طبقه اجتماعی، وضعیت تأهل و سابقه خانوادگی توانستند از میان متغیرهای جمعیت‌شناختی، در نوع اختلال‌های بیماران، تفاوت ایجاد کنند. هیچ تفاوت معنی‌داری بین متغیرهای جنس، محل اقامت، سن و نوع اختلال بیماران دیده نشد.

جدول ۲، نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک را برای پیش‌بینی متغیر وابسته نوع اختلال (سایکوتیک و خلقی)، به کمک شش متغیر اجتماعی، یعنی طبقه اجتماعی، سابقه خانوادگی، مکان جغرافیایی زندگی، جنس، سن و وضعیت تأهل نشان می‌دهد.

همان‌گونه که **جدول ۲** نشان می‌دهد، مجموع متغیرهای وارد شده در الگوی رگرسیون، ۱۱/۹٪ از واریانس متغیر وابسته (نوع اختلال) را تبیین کردند. از میان این متغیرها، تنها دو مورد طبقه اجتماعی ($B=0/584$) و سابقه خانوادگی ($B=-0/913$) می‌توانند نوع اختلال روانی بیماران (اختلال‌های سایکوتیک و خلقی) را پیش‌بینی نمایند. به بیان دیگر، این دو متغیر، تأثیر بسیار قوی بر احتمال این‌که افراد به کدام‌یک از اختلال‌های روانی یادشده مبتلا شوند، دارند. اما اثر متغیرهای مکان جغرافیایی زندگی، جنسیت، سن و وضعیت تأهل قابل چشم‌پوشی است. در کل، الگوی رگرسیون توانسته است ۶۲/۷٪ از آزمودنی‌ها را به درستی طبقه‌بندی نماید. به بیان دیگر، این الگو نشان می‌دهد که ۶۲/۷٪ از پیش‌بینی‌ها درست انجام شده‌اند. الگوی رگرسیون نیز با توجه به یافته‌های آزمون خی دو معنی‌دار بوده است (**جدول ۲**).

1- not otherwise specified

جدول ۲- الگوی رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی اختلال روانی بر حسب متغیرهای طبقه اجتماعی، سابقه خانوادگی، مکان جغرافیایی زندگی، جنسیت، سن و وضعیت تأهل (N=150)

متغیر	B	SE	Wald	df	p
طبقه اجتماعی	۰/۵۸۴	۰/۲۶۳	۴/۹۲۳	۱	۰/۰۵
سابقه خانوادگی	-۰/۹۱۳	۰/۳۴۷	۶/۹۴۸	۱	۰/۰۱
مکان جغرافیایی زندگی	۰/۰۸۱	۰/۴۰۸	۰/۰۳۹	۱	N.S.
جنسیت	-۰/۰۴۷	۰/۳۸۱	۰/۰۱۵	۱	N.S.
سن	۰/۰۰۳	۰/۰۱۶	۰/۰۳۳	۱	N.S.
وضعیت تأهل	۰/۴۴۶	۰/۳۸۲	۱/۳۶	۱	N.S.

2- Log likelihood=۱۹۳/۹, R² Nagelkerke=۰/۱۱۹, $\chi^2=۱۲/۱۱۲$, total predicted=۶۲/۷

بحث

(۲۰۰۰)، و نیز با یافته‌های کسلر و ژاو (۱۹۹۹)، کسلر و همکاران (۲۰۰۳)، و یافته‌های فراتحلیل دارنوند و دارنوند (۱۹۷۴)، هماهنگ است. این پژوهش‌ها، رابطه معکوسی بین میزان اختلال‌های خلقی و طبقه اجتماعی نشان دادند؛ اما با یافته‌های برخی از دیگر بررسی‌های انجام‌شده در کشورهای ژاپن و چین (آندراد و همکاران، ۲۰۰۳؛ لین و لای، ۱۹۹۵) هم‌خوانی ندارد. این بررسی‌ها نشان دادند که شاخص‌های سازنده طبقه اجتماعی (درآمد، منزلت شغلی و تحصیلات)، با اختلال‌های خلقی و از جمله افسردگی رابطه‌ای ندارند. در ارتباط با رابطه سابقه خانوادگی و اختلال‌های سایکوتیک و خلقی، یافته‌ها تفاوت معنی‌داری را بین این دو متغیر نشان دادند. یافته‌ها نشان دادند که سابقه خانوادگی رابطه قوی‌تری با اختلال‌های سایکوتیک دارد (۶۸/۴٪ برای بیماران سایکوتیک در مقایسه با ۴۷/۳٪ برای بیماران خلقی). از سوی دیگر، افرادی که سابقه خانوادگی اختلال‌های سایکوتیک داشتند، در مقایسه با آنهایی که سابقه خانوادگی نداشتند، میزان بالاتری از این اختلال را نشان دادند (۶۸/۴٪ در برابر ۶۳٪). این یافته، با یافته‌های جونز و کانون (۱۹۹۸) و گاتسمن و شیلدز (۱۹۸۲) که نشان داده بودند افراد با سابقه خانوادگی، بیش از دیگران اختلال‌های سایکوتیک را تجربه می‌کنند (اورزاک و کورتسکی، ۱۹۷۱؛ سیددوسا و همکاران، ۲۰۰۳؛ گاتسمن و شیلدز، ۱۹۸۲؛ مورای و همکاران، ۱۹۸۶) هم‌سویی دارد. اما تفاوت معنی‌داری میان اختلال‌های خلقی و سابقه خانوادگی وجود نداشت (۴۷/۳٪ برای افراد دارای سابقه خانوادگی اختلال‌های خلقی در برابر ۵۲/۷٪ برای افراد بدون این سابقه خانوادگی). از این رو یافته‌های این پژوهش، با یافته‌های بررسی‌های ناردی و همکاران (۲۰۰۵) و پروچی و همکاران (۲۰۰۲) که سابقه خانوادگی را به‌عنوان

این پژوهش با هدف تعیین نقش متغیرهای اجتماعی در بروز و شیوع اختلال‌های سایکوتیک و خلقی انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که تفاوت معنی‌داری میان توزیع اختلال‌های سایکوتیک و خلقی، با توجه به جایگاه اجتماعی-اقتصادی بیماران به‌ویژه در ارتباط با طبقات اجتماعی بالا و پایین، وجود دارد. به بیان دیگر، در حالی که بیماران طبقه بالا، درصد بالاتری مبتلا به اختلال‌های سایکوتیک هستند (۱۵/۸٪ در برابر ۴/۱٪)، بیماران طبقه پایین اجتماعی فراوانی بالاتری از اختلال‌های خلقی (۷۰/۳٪ در برابر ۵۷/۹٪) را دارا می‌باشند. این تفاوت توزیع، در ارتباط با طبقه متوسط معنی‌دار نیست. از سوی دیگر، یافته‌ها نشان دادند که در درون هر مقوله از اختلال‌ها، بیماران طبقه اجتماعی پایین بالاترین درصد اختلال‌های سایکوتیک و خلقی را دارا می‌باشند. یافته‌های این بررسی با یافته‌های پژوهشگرانی که وجود رابطه معکوس بین طبقه اجتماعی و اختلال‌های سایکوتیک را نشان داده بودند (دارنوند و دارنوند، ۱۹۶۹؛ دارنوند و همکاران، ۱۹۹۲؛ دارنوند و دارنوند، ۱۹۷۴؛ لوین، ۲۰۰۵؛ مسعودنیا، ۱۳۸۲؛ کوکرهام، ۱۹۹۲) هم‌سو است؛ اما با یافته‌های برخی از پژوهشگرانی که رابطه مستقیم بین برخی شاخص‌های تشکیل‌دهنده طبقه اجتماعی (به‌ویژه تحصیلات) و اختلال‌های سایکوتیک را پیدا کرده بودند (برومت و همکاران، ۱۹۹۵) هماهنگی ندارد.

افزون بر آن، یافته‌های پژوهش حاضر، در زمینه رابطه میان اختلال‌های خلقی و طبقه اجتماعی، با یافته‌های برخی بررسی‌ها (کسلر، ۱۹۸۲؛ لینک و دارنوند، ۱۹۸۰؛ میروفسکی و راس، ۲۰۰۳؛ ترنر و لویید، ۱۹۹۹؛ دارنوند و همکاران، ۱۹۸۰؛ نولن- هوکسما، ۱۹۹۰؛ سازمان جهانی بهداشت،

بین زندگی در محیط شهری و ابتلا به اختلال‌های خلقی را نشان داده بودند (لوئیس و همکاران، ۱۹۹۲؛ تورری، ۱۹۹۹؛ ایتون، مورتسن^۲ و فرایدنبرگ^۳، ۱۹۹۹) هم‌سویی دارد.

یافته‌های بررسی حاضر تفاوت معنی‌داری بین سن و توزیع فراوانی اختلال‌های سایکوتیک و خلقی، نشان نداد. گرچه، بیشتر بیماران با اختلال‌های سایکوتیک و خلقی، در دو گروه سنی زیر ۳۱ سال و ۳۲ تا ۴۶ سال متمرکز هستند (۸۹/۵٪ بیماران با اختلال‌های سایکوتیک و ۸۱٪ بیماران با اختلال‌های خلقی)، این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. این یافته، با یافته‌های پژوهشگرانی که نشان داده بودند شیوع اختلال‌های سایکوتیک (به‌ویژه در مردان)، در سنین پس از ۳۵ سالگی بالاتر است (مورای و وان‌اوس، ۱۹۹۸؛ ایاکونو و بیسر، ۱۹۹۲؛ جابلنسکی، ۱۹۸۶؛ جونز و همکاران، ۱۹۹۸)، هم‌سویی ندارد. یافته‌های این بررسی نشان داد که درصد افراد زیر ۳۱ سال مبتلا به اختلال‌های سایکوتیک در مقایسه با درصد افراد در گروه‌های سنی ۳۲ تا ۴۶ سال، از نظر آماری معنی‌دار نیست. از سوی دیگر، توزیع اختلال‌های خلقی با توجه به گروه‌های سنی چهارگانه نیز تفاوت چندانی را نشان نداد. این با یافته‌های بررسی‌های اهایون^۴ و هونگ^۵ (۲۰۰۶) در کشور کره جنوبی و نیز با یافته‌های کاواکامی^۶، شمیمز^۷، هاراتانی^۸، ایواتا^۹ و کیتامورا^{۱۰} (۲۰۰۴) و ویزمن و همکاران (۱۹۹۶) هماهنگ است. آنها نیز در بررسی‌های خود، تغییرات معنی‌داری در ارتباط با سن و اختلال‌های خلقی گزارش نکردند.

یافته‌های این پژوهش تفاوت معنی‌داری در توزیع اختلال‌های سایکوتیک و خلقی در زنان و مردان نشان نداد؛ لیکن تفاوت بین دو جنس در درون هر مقوله از اختلال‌ها دیده شد (۶۹/۷٪ برای مردان در برابر ۳۰/۳٪ برای زنان مبتلا به اختلال‌های سایکوتیک و ۶۷/۶٪ برای مردان و ۳۲/۴٪ برای زنان مبتلا به اختلال‌های خلقی). به بیان دیگر، شیوع اختلال‌های سایکوتیک و خلقی در مردان، دو برابر زنان است. این یافته با یافته‌های فراتحلیل دارنونند (۱۹۷۵) که تفاوت ثابتی در زمینه اختلال‌های سایکوتیک، از جمله اسکیزوفرنیا در دو جنس گزارش نکردند، هم‌سویی ندارد؛

متغیری نیرومند برای اختلال‌های دوقطبی نوع II و اسکیزوبایپولار در نظر می‌گرفتند و نیز با یافته‌های کندلر (۲۰۰۱) و سالیوان و همکاران (۲۰۰۰) که بر اثری بودن اختلال دوقطبی و افسردگی تأکید داشتند هم‌سو نیست.

در زمینه متغیر وضعیت تأهل، یافته‌های پژوهش حاضر، تفاوت معنی‌داری را در توزیع دو نوع اختلال سایکوتیک و خلقی نشان داد. در حالی که میزان ابتلا به اختلال‌های سایکوتیک در بیماران متأهل کمتر از سایر بیماران بود (۴۳/۴٪ در برابر ۵۶/۶٪)، این وضعیت در مورد اختلال‌های خلقی برعکس بود. به بیان دیگر، بیماران متأهل بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال‌های خلقی (۵۹/۵٪ در برابر ۴۰/۵٪) مبتلا به این اختلال بودند. این با یافته‌های گوو و تودور (۱۹۷۳)، ماکسمن (۱۹۸۶) و نیکول و همکاران (۱۹۹۲) هماهنگ است. آنها نیز میزان بالاتر شیوع اختلال‌های سایکوتیک را در میان افراد مجرد و غیرمتأهل بالا نشان داده بودند. از سوی دیگر در ارتباط با رابطه اختلال‌های خلقی و وضعیت تأهل، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های ویزمن و همکاران (۱۹۹۱)، کسلر و ژاو (۱۹۹۹)، کسلر و همکاران (۲۰۰۳) یافته‌های پژوهشی پیمایشی کنسرسیون بین‌المللی همه‌گیرشناسی روانپزشکی^۱ (ICPE) در کشورهای کانادا، شیلی، هلند و ایالات متحده آمریکا (آندراد و همکاران، ۲۰۰۳) و نیز یافته‌های میروفسکی و راس (۲۰۰۳) که میزان اختلال‌های افسردگی اساسی را در افراد مجرد بیشتر گزارش کرده بودند، هم‌سویی ندارد.

در زمینه متغیر مکان جغرافیایی زندگی، یافته‌های پژوهش حاضر، تفاوت معنی‌داری را بین توزیع دو نوع اختلال با توجه به محل اقامت نشان نداد (۷۶/۳٪ بیماران سایکوتیک ساکن شهر در مقایسه با ۷۵/۷٪ بیماران با اختلال‌های خلقی ساکن شهر؛ و ۲۳/۷٪ بیماران سایکوتیک ساکن روستا، در مقایسه با ۲۴/۳٪ بیماران با اختلال‌های خلقی ساکن روستا). اما توزیع هر کدام از اختلال‌ها با توجه به محل اقامت، متفاوت است (۷۶/۳٪ بیماران با اختلال‌های سایکوتیک در شهر در برابر ۲۳/۷٪ همین بیماران در روستا؛ و ۷۵/۷٪ بیماران با اختلال‌های خلقی ساکن در شهر در برابر ۲۴/۳٪ همین بیماران در روستا). این با یافته‌های پژوهش‌های دیوید و همکاران (۱۹۹۲) و تاکی و همکاران (۱۹۹۲) که نشان داده بودند تولد و یا زندگی در شهر، خطر ابتلا به اختلال‌های سایکوتیک را افزایش می‌دهد و نیز آن دسته از پژوهشگرانی که وجود رابطه

1- International Consortium of Psychiatric Epidemiology
2- Mortensen
3- Frydenberg
4- Ohayan
5- Hong
6- Kawakami
7- Shimizu
8- Haratani
9- Iwata
10- Kitamura

منابع

- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۲). بررسی ابعاد روانی ناپرابری اجتماعی. اسفهان: اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- Alem, A., Kebede, D., Shibre, T., Negash, A., Fekadu, A., Fekadu, D., Jacobsson, L., & Kullgren, G. (2003). Onset & clinical course of schizophrenia in Butajira-Ethiopia: A community based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 625-631.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., De Graaf, R., & Vollebergh, W. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Result from the international consortium of psychiatric epidemiology (ICPE) surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 3-21.
- Angst, J., & Merikangas, K. (1997). The depressive spectrum: Diagnostic classification and course. *Journal of Affective Disorders*, 45, 31-39.
- Bromet, E. J., Dew, M. A., & Eaton, W. (1995). Epidemiology of psychosis with special reference to schizophrenia. In: M. Tsuang, M. Tohen, G. Zahner (Eds.) *Textbook in psychiatric epidemiology* (pp. 283-300). New York: Wiley-Liss Inc.
- Bromet, E. J., & Fennig, S. (1999). Epidemiology & natural history of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 46, 871-881.
- Bromet, E. J., Jandorf, L., & Fennig, S. (1996). The Suffolk County Mental Health Project: Demographic, pre-morbid and clinical correlates of 6 month outcome. *Psychology Medicine*, 26, 283-300.
- Caspi, A., Sugden, K., & Moffitt, T. E. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-389.
- Cockerham, W. C. (1992). *Sociology of mental disorder*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- David, A. S., Lewis, G. H., Allebeck, P., & Andreasson, S. (1992). Urban-rural differences in place of upbringing and later schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6, 101-107.
- Dohrenwend, B. S. (1975). Sociocultural & social-psychological factors in the genesis of mental disorders. *Journal of Health & Behavior*, 16, 365-392.
- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1969). *Social status & psychological disorders: A causal inquiry*. New York: Wiley.

اما با یافته‌های لارسن و همکاران (۱۹۹۶) که دریافت بودند نشانه‌های سایکوتیک درمان‌نشده در مردان، به‌طور معنی‌داری بیش از زنان است، هماهنگ است. از سوی دیگر، یافته‌های این پژوهش درباره اختلال‌های خلقی، با یافته‌های پژوهشگرانی مانند نولن - هوکسما (۱۹۸۷) که شیوع بالای اختلال‌های خلقی را در میان زنان در سراسر جهان نشان داده بود و بررسی کسلر (۲۰۰۳) که نشان داده بود شیوع اختلال‌های خلقی در زنان، ۱/۵ تا ۳ برابر بیشتر از مردان است و آنگست و مریکانگاس (۱۹۹۷) که این رقم را در زنان دو برابر مردان گزارش نمودند، هماهنگی ندارد. در بررسی حاضر، این ارقام برعکس است؛ یعنی مردان تقریباً دو برابر زنان، از اختلال‌های خلقی رنج می‌برند.

این بررسی همانند سایر بررسی‌های انجام‌شده، الگوی ثابت و جهانی درباره چگونگی توزیع اختلال‌های روانی با توجه به متغیرهای اجتماعی را نشان نداد. روشن است که چگونگی توزیع اختلال‌هایی مانند اختلال‌های سایکوتیک و خلقی، برآیندی از شرایط اجتماعی - اقتصادی، فرهنگی و پیشینه تاریخی، به‌ویژه الگوهای ارتباطی در میان مردم یک جامعه است. همان‌گونه که بیان شد، یافته‌های این بررسی در ارتباط با اختلال‌های سایکوتیک، تقریباً با بیشتر بررسی‌های انجام‌شده هم‌خوانی دارد اما در ارتباط با اختلال‌های خلقی - به‌جز متغیرهای طبقه اجتماعی و مکان جغرافیایی - با یافته‌های پژوهش‌های سایر کشورها هماهنگی ندارد.

گفتنی است که برخی کاستی‌ها در زمینه اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نوشته‌شده در پرونده‌های بیماران در مراکز روانپزشکی، از جمله سابقه بیماری، وضعیت درآمد، قومیت، و زمینه‌های مستعدکننده فیزیکی و پزشکی، از محدودیت‌های مهم گردآوری داده‌ها درباره بیماران در این پژوهش بوده است. محدودیت مهم دیگر، همکاری نکردن برخی از کلینیک‌های خصوصی در زمینه مصاحبه با بیماران سرپایی این مراکز بود که سبب گرایش بیشتر پژوهشگران به گردآوری داده‌ها از بیماران بستری در مراکز روانپزشکی دولتی گردید. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده به بررسی سبب‌شناختی بیماران سرپایی دچار اختلال‌های روانی پرداخته شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۲/۳؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۵/۶/۱

پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۶/۱۸

- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1974). Psychiatric disorders in urban setting. In: G. Caplan, (Ed.) *American handbook of psychiatry*, (2nd. ed.). New York: Basic Books.
- Dohrenwend, B. P., Dohrenwend, B. S., Gould, M. S., Link, B., Neugebauer, R., & Wunsch-Hitzig, R. (1980). *Mental illness in the United States: Epidemiological estimates*. New York: Praeger.
- Dohrenwend, B. S., Levav, I., & Shrout, P. E. (1992). Socio-economic status & psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science*, 255, 946-952.
- Duncan, O. D., Reiss, A. J., Hott, P. K., & Notth, C. C. (1961). *Occupation & social status*. Glencoe, IL: Free Press.
- Eaton, W. W., Day, R., & Kramer, M. (1988). The use of epidemiology for risk factor research in schizophrenia: An overview & methodologic critique. In: M. T. Tsuang, & J. C. Simpson (Eds.) *Handbook of schizophrenia* (pp.169-204). New York: Elsevier.
- Eaton, W. W., Mortensen, P. B., & Frydenberg, M. (2000). Obstetric factors, urbanization and psychosis. *Schizophrenia Research*, 43, 117-123.
- Gallagher, B. J. (1987). *The sociology of mental illness*. London: Prentice Hall.
- Gottesman, I., & Shields, J. (1982). *Schizophrenia: The epigenetic puzzle*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gove, W. R., & Tudor, J. (1973). Adult sex roles and mental illness. *American Journal of Sociology*, 77, 812-835.
- Henry, P. (2001). An explanation of the pathways through which social class impacts health outcomes. *Academy of Marketing Science Review*, 3, 1-24.
- Hollingshead, A. B. (1971). Commentary on the indiscriminate state of social class measurement. *Journal of Social Forces*, 49, 563-567.
- Hwu, H. G., Chang, I. H., Yeh, E. K., Chang, C. J., & Yeh, L. L. (1966). Major depressive disorder in Taiwan defined by the Chinese diagnostic interview schedule. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 184, 497-502.
- Iacono, W., & Beiser, M. (1992). Where are the women in first-episode studies of schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 18, 471-480.
- Jablensky, A. (1986). Epidemiology of schizophrenia: A European perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 52-73.
- Jones, P., & Cannon, M. (1998). The new epidemiology of schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 21, 1-25.
- Jones, P. B., Rantakallio, P., Hartikainen, A. L., Isohanni, M., & Sipila, P. (1998). Schizophrenia as a long-term outcome of pregnancy, delivery, & perinatal complications: A 28-year follow-up of the 1966 North Finland general population birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, 155, 355-364.
- Kawakami, N., Shimizu, H., Haratani, T., Iwata, N., & Kitamura, T. (2004). Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Research*, 121, 293-301.
- Kebede, D., Alem, A., Shibre, T., Negash, A., Deyassa, N., & Beyero, T. (2004). The sociodemographic correlates of schizophrenia in Butajira, rural Ethiopia. *Schizophrenia Research*, 69, 133-141.
- Kendler, K. S. (1988). The genetics of schizophrenia. In: M. T. Tsuang, & J. C. Simpson (Eds.) *Handbook of schizophrenia* (pp. 437-462). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Kendler, K. S. (2001). Twin studies of psychiatric illness. *Genetic Psychiatry*, 58, 1005-1014.
- Kessler, R. C. (1982). A disaggregation of the relationship between socioeconomic status & psychological distress. *American Sociological Review*, 47, 725-764.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., & Merikangas, K. R. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., & Escleman, S. (1994). Lifetime & 12-month prevalence of DSM-III-R. Psychiatric disorders in the united states: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., & Zhao, S. (1999). Overview of descriptive epidemiology of mental disorders. In: C. S. Aneshensel, & J. C. Phelan (Eds.) *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 127-150). New York: Kluwer Academic/Plenum.

- Kohn, R., Dohrenwend, B. P., & Mirotznik, J. (1998). Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. In: B. P. Dohrenwend (Ed.) *Adversity, stress, & psychopathology* (pp.235-284). New York: Oxford University Press.
- Larsen, T. K., McGlashan, T. H., & Moe, L. C. (1996). First-episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 241-256.
- Lee, H. Y. (1991). The Kangwha epidemiological study of mental disorders: Methodological considerations. In: S. Suzuki, & R. E. Roberts (Eds.) *Methods & applications in mental health survey: The Todai Health Index* (pp.211-227). Tokyo: University of Tokyo Press.
- Leung, A., & Chue, P. (2000). Sex differences in schizophrenia, A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 3-38.
- Lewine, R. R. J. (2005). Social class of origin, lost potential & hopelessness in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 76, 329-335.
- Lewis, G., David, A., Andreasson, S., & Allebeck, P. (1992). schizophrenia and city life. *Lancet*, 340, 137-140.
- Lin, N., & Lai, G. (1995). Urban stress in China. *Social Science & Medicine*, 41, 1131-1145.
- Link, B., & Dohrenwend, B. (1980). Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States. In: B.P. Dohrenwend, (Ed.), *Mental illness in the United States: Epidemiological estimates* (pp. 114-132). New York: Praeger.
- Maxmen, J. S. (1986). *Essential psychopathology*. New York: Norton.
- Mayer, K., & Buckley, W. (1970). *Class & society*. New York: Random.
- Mirowsky, J., & Ross, C. (2003). *Social causes of psychological distress* (2nd. ed.). New York: Aldine de Gruyter.
- Murray, R. M., Reveley, A., & McGuffin, P. (1986). Genetic vulnerability to schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 9, 3-16.
- Murray, R. M., & Van Os, J. (1998). Predictors of outcome in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18, 25-45.
- Nam, B. C., & Powers, M. G. (1983). *The socioeconomic approach to status measurement*. Houston: Cap & Gown.
- Nardi, A. E., Nascimento, I., Freire, R. C., Melo-Neto, V. L., Valenca, A. M., Dib, M., Soares-Filho, G., Veras, A. B., Mezzasalma, M. A., Lopes, F. L., Menezes, G. B., Grivet, L. O., & Versiani, M. (2005). Demographic and clinical features of schizoaffective (schizobipolar) disorder- A 5-years retrospective study. Support for a bipolar spectrum disorder. *Journal of Affective Disorders*, 89, 201-206.
- Nicole, L., Lesage, A., & Lalonde, P. (1992). Lower incidence and increased male: Female ratio in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161, 556-557.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Ohayon, M. M., & Hong, S.C. (2006). Prevalence of major depressive disorder in the general population of South Korea. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 30-36.
- Orzack, M. H., & Kometsky, C. (1971). Environmental and familial predictors of attention behavior in chronic schizophrenics. *Journal of Psychiatric Research*, 9, 21-29.
- Perugi, G., Frare, F., Madaro, D., Marenmani, I., & Akiskal, H. S. (2002). Alcohol abuse in social phobic patients: Is there a bipolar connection? *Journal of Affective Disorders*, 68, 33-39.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Robins, E., & Guze, S.B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 126, 983-986.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., & Bruke, J. D. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Sautter, F. J., McDermott, B. E., Cornwell, J., Wilson, A. F., Johnson, J., & Vasterling, J. J. (1997). Neuropsychological deficits in probands from multiply affected schizophrenic families. *Journal of Psychiatric Research*, 31, 497-508.
- Seisedosa, R. T., Martinez, V. B., Frailec, J. S., Verac, G. S., Carmen Leal-Cercos, C. L., & Beneyto, M. G. (2003).

- Specific executive/attentional deficits in patients with schizophrenia or bipolar disorder who have a positive family history of psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 479-486.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1552-1562.
- Takei, N., O'Callaghan, E., Sham, P., Glover, G., & Murray, R. M. (1992). Winter birth excess in schizophrenia: Its relationship to place of birth. *Schizophrenia Research*, 6, 102-108.
- Torrey, E. F. (1999). Epidemiological comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, 39, 101-106.
- Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (1999). The stress process & the social distribution of depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 374-404.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., & Hwu, H. G. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276, 293-299.
- Weissman, M. M., Bruce, M. L., Leaf, P. J., Florio, L. P., & Holzer, C. (1991). Affective disorders. In: L. N. Robins, & D. A. Regier (Eds.) *Psychiatry disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp.53-80). New York: Free Press.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of the prevalence & correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 413-426.
- Wurtman, R. J. (2005). Genes, stress, and depression. *Metabolism Clinical and Experimental*, 54 (Suppl 1), 16-19.

