



بررسی اختلال هذیانی در بیماران بستری در بیمارستان فارابی کرمانشاه

دکتر فایزه تاتاری*، دکتر سودابه سودی**

چکیده

هدف: این بررسی به منظور تعیین فراوانی و ویژگی‌های اختلال هذیانی در بیماران بستری شده در یک بخش روانپزشکی انجام شده است. **روش:** در این بررسی توصیفی و گذشته نگر در ۶۰۱ پرونده بستری بیماران روانپزشکی طی سالهای ۷۵-۱۳۷۰ در مرکز آموزشی - درمانی فارابی کرمانشاه مورد بازنگری قرار گرفتند. میزان فراوانی اختلال هذیانی، ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران، بیماری‌های جسمی و روانی همراه، نوع هذیان، اختلال درک، وضعیت خلق، وضعیت بینش و سیر درمان بررسی گردید. **یافته‌ها:** از میان ۶۰۱ پرونده بیماران روانی، ۵۹ مورد (۹/۸٪) تشخیص قطعی اختلال هذیانی داشتند. این درصد بالاتر از ارقام یاد شده در پیشینه پژوهشی است. پژوهش حاضر شیوع آن را در مردان بیش از زنان نشان داد در حالیکه بررسیهای گذشته میزان شیوع این اختلال را در زنان تقریباً دو برابر مردان گزارش کرده‌اند. **نتیجه:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که اختلال هذیانی از نظر سن شیوع و نوع هذیان تفاوتی با یافته‌های پژوهشهای پیشین ندارند. اما از نظر بعضی معیارها مانند جنس و خلق تفاوت‌هایی دیده شد.

Andeesbeh
Vi
Rafitar
اندیشه و رفتار
۴

کلید واژه: اختلال هذیانی، کرمانشاه، بیماران بستری

مقدمه

در فلسفه یونان به جای عقل و روح کلی و نفس انسانی به کار می‌رفت، گرفته شده است (فرنان، ۱۳۶۷).
در مکتب پزشکی مشهور به بقراطی این اصطلاح برای دلیریوم همراه با تب بالا به کار برده می‌شد و بعدها سایر نویسندگان آن را برای توصیف دمانس و دیوانگی به کار

اختلال هذیانی^(۱)، گونه‌ای اختلال روانی است که در آن هذیان‌ها مشخص‌تر از سایر نشانه‌ها هستند. بیشتر به این اختلال پارانوئیا گفته می‌شد. پارانوئیا از دو واژه یونانی: "پارا" به معنی کنار یا پهلو و "نوئیا" از ریشه‌ی "نوئوس" که

* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه. کرمانشاه، بیمارستان فارابی.

** پزشک عمومی. کرمانشاه، بیمارستان فارابی.

برند. کرپلین^(۱) این مفهوم را برای توصیف نوعی بیماری مزمن، غیر متداول و بی سر و صدا معرفی کرد که با هذیان و نداشتن توهم همراه بود و سازمان شخصیت دست نخورده می ماند. وی هذیانها را به انواع گزند و آسیب، بزرگ منشی، جسمی، حسادت و خود بیمار انگاری تقسیم کرد و در این میان پارانویا بیشتر با گزند و آسیب و بدگمانی مترادف شد که هنوز هم در فرهنگ عمومی همین معنی را می رساند. امروزه برای این اختلال واژه‌ی کلی اختلال هذیانی به کار می رود که در DSM-IV معیارهای تشخیصی خود را دارد و با توجه به بررسی های تازه تر مبتنی بر تحلیل عاملی^(۲) نشانه شناختی^(۳) آن را گروهی از بیماری های ناهمگن^(۴) می دانند. مهمترین نشانه های متفاوت در این بررسی ها نشانه های افسردگی، توهم ها، هذیانها و تحریک پذیری بوده است (سراتی^(۵)، لاتادا^(۶)، کازین^(۷)، اسمردلی^(۸)، ۱۹۹۹).

مبتلایان به اختلال هذیانی گوشه گیر هستند و از نظر پیشرفت اجتماعی در سطحی پایین تر از حد انتظار قرار دارند. بر پایه ملاکهای تشخیصی DSM-IV هذیان باید دست کم یک ماه دوام داشته باشد و نیز تأثیر آن بر عملکرد فرد محدود به تأثیری باشد که خود هذیان بر زندگی بیمار دارد. این معیار برای حذف بیماری است که به دلیل نشانه های ویژه اسکیزوفرنیا مانند دوگانگی احساس در عملکرد اجتماعی دچار مشکل می شوند.

در تشخیص افتراقی بایستی تمام بیماری های پزشکی و عصب شناختی را که با هذیان همراه هستند در نظر داشت. بیماران اختلال هذیانی عضوی^(۱۴) در مقایسه با اختلال هذیانی سابقه ی خانوادگی اختلال روانی کمتری دارند. سن شروع بیماری در آنان بالاتر، مدت بستری طولانی تر و میزان داروی مصرفی آنتی پسیکوتیک در آنان کمتر است (لو^(۱۵)، تسایی^(۱۶)، چانگ^(۱۷)، ۱۹۹۷).

شایع ترین محل های ضایعه در آنها هسته های قاعده ای و سیستم لیمبیک است. ممکن است انجام الکتروآنسفالوگرافی یا توموگرافی کامپیوتری، به ویژه اگر نشانه های دیگر گویای تخریب شناختی، ضایعات

اختلال هذیانی اختلال نسبتاً نادری است. در ایالات متحده آمریکا شیوع آن بین ۰/۰۲۵٪ تا ۰/۰۳٪ برآورد می شود (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴). در پژوهشی یامادا^(۹) ناکاجیما^(۱۰) و نوگوچی^(۱۱) (۱۹۹۸) طی ۵ سال در میان ۴۱۴۴ بیمار سرپایی، ۱/۲٪ اختلال هذیانی تشخیص دادند. گفتنی است که ماهیت بیماری و متغیر بودن تعریف آن سبب گردیده است که میزان برآورد شده کمتر از میزان واقعی آن باشد. تفاوت آشکار این هذیانها با هذیانهای اسکیزوفرنیایی این است که این هذیانها غالباً باورپذیر هستند و کمتر عجیب و غریب می نمایند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵). همچنین قدرت استدلال در این بیماران حتی در مقایسه با بیماران اختلال وسواسی کمتر آسیب می بیند (فیر^(۱۲) و هیلی^(۱۳)، ۱۹۹۷). به همین دلایل خانواده ها یا دادگاه بیشتر در جستجوی کمک پزشکی هستند تا خود فرد. میزان بروز سالانه ی آن را ۱ تا ۳ مورد جدید در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت دانسته اند. سن متوسط شروع بیماری حدود ۴۰ سالگی است، اما در گروه های سنی ۲۵ تا ۹۰ سالگی نیز دیده می شود (کاپلان و سادوک،

1-Kraepelin	2-factorial analysis
3-symptomatological	4-heterogeneous
5-Serratti	6-Lattuada
7-Cusin	8-Smeraldi
9-Yamada	10-Nakajima
11-Noguchi	12-Fear
13-Healy	
14-organic delusional disorder	
15-Lo	16-Tsai
17-Chang	

هذیانی از ۱۷ تا ۸۰ سال در نوسان بود. میانگین سنی آنان ۲۵/۳ سال بوده است.

۷۹/۷٪ آنان متأهل و ۶/۸٪ مجرد، ۱۱/۹٪ طلاق گرفته و ۱/۷٪ بیوه بودند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع پراکندگی بیماران مورد بررسی مبتلا به اختلال هذیانی بر حسب جنسیت، وضعیت تأهل، شغل و طول مدت بستری

جنس	متغیرها	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۳۲	۵۲/۲
	زن	۲۷	۴۵/۸
وضعیت تأهل	متأهل	۴۷	۷۹/۷
	مجرد	۴	۶/۸
	طلاق گرفته	۷	۱۱/۹
	بیوه	۱	۱/۷
	خانۀ دار	۲۰	۳۳/۸
شغل	کارگر	۷	۱۱/۹
	ارتشی	۶	۱۰/۲
	بیکار	۵	۸/۵
	آموزگار	۳	۵/۱
	کارمند	۳	۵/۱
	کشاورز	۴	۶/۸
	سایر	۱۱	۱۸/۶
	طول مدت بستری	کمتر از ۱۰ ماه	۸
۱۰-۲۰ ماه	۲۰	۳۴	
۲۱-۳۰ ماه	۲۱	۳۵/۷	
۳۱-۴۰ ماه	۲	۳/۴	
بالاتر از ۴۰ ماه	۸	۱۶/۸	

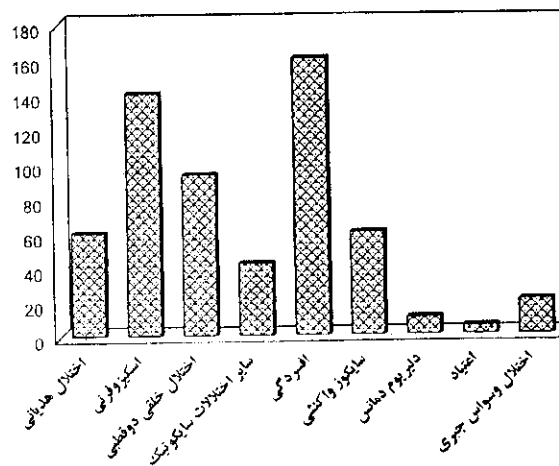
هدف از اجرای این پژوهش بررسی فراوانی اختلال هذیانی در بیماران بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان فارابی کرمانشاه بوده است. افزون بر آن برخی از ویژگی‌های بیماران مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، بیماری‌های ایجادکننده هذیان، سابقه‌ی خانوادگی، نوع هذیان، چگونگی پاسخ به درمان، شمار عودها، مدت زمان بستری، اختلالهای همراه مانند اختلال درک و نوع خلق نیز مورد بررسی قرار گرفته است.

روش

این بررسی از نوع بررسیهای توصیفی و گذشته نگر بوده است. برای گردآوری داده‌ها نخست پرونده‌های ۶۰۱ نفر از بیماران بستری شده در بخش روانپزشکی مرکز آموزشی درمانی فارابی که در طی سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۵، در این بیمارستان بستری شده بودند به صورت تصادفی انتخاب و اطلاعات مورد نظر از ۵۹ پرونده بیماران که مطابق معیارهای تشخیصی DSM-IV دارای تشخیص اختلال هذیانی بودند گردآوری گردید. بقیه پرونده‌ها نیز از نظر نوع بیماری و تشخیص قطعی مشخص شدند.

یافته‌ها

نمودار ۱ فراوانی نسبی اختلال هذیانی را در میان سایر اختلالهای روانی نزد بیماران بستری شده نشان می‌دهد.



وضعیت اجتماعی - اقتصادی آنان در ۵ سطح کیفی تقسیم‌بندی شد. ۷ نفر (۱۱/۸٪) وضعیت خوب ۱۶ نفر (۲۷/۱٪) متوسط و ۳۲ نفر (۵۴/۲٪) دارای وضعیت بد بوده‌اند. ۳ مورد (۵/۱٪) در وضعیت بسیار بد به سر می‌بردند.

جدول ۱ همچنین توزیع بیماران را بر اساس شغل نشان می‌دهد. همان‌طور که جدول نشان می‌دهد بیشترین درصد آزمودنیهای پژوهش را زنان خانه دار تشکیل می‌دهند.

در سابقه‌ی خانوادگی ۱۳ بیمار (۲۲٪) بیماری روانی وجود داشته است. در ۱۵ بیمار دیگر (۲۵/۵٪) نیز هم‌زمان اختلال روانی دیگری وجود داشت.

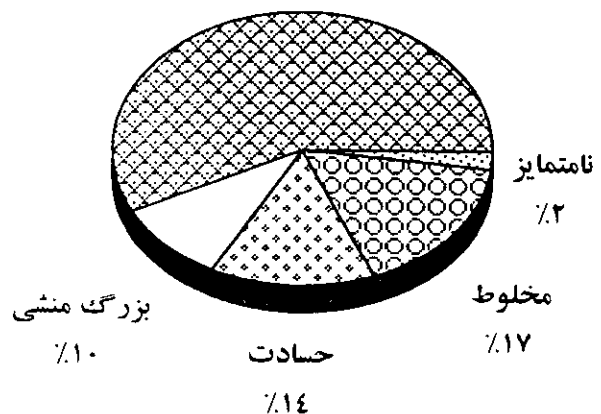
بیماری جسمی که موجب هذیان شود در هیچ‌کدام از بیماران دیده نشد.

توزیع بیماران مورد بررسی بر پایه طول مدت بستری در جدول ۱ نشان داده شده است. همان‌گونه که در جدول دیده می‌شود طول مدت بستری ۷/۳۵٪ آزمودنیهای پژوهش ۳۰-۲۱ ماه بوده است. همچنین به لحاظ نتیجه‌ی درمانی ۳۲ مورد (۵۴٪) بهبود نسبی و ۲۱ مورد (۲۶٪) بهبود کامل یافته و ۴ مورد (۷٪) بدون بهبود مانده و در ۲ مورد (۳٪) نتیجه‌ی درمان از روی پرونده قابل تشخیص نبود.

فراوانی انواع هذیان در بیماران مورد بررسی در نمودار ۲ نشان داده شده است.

گزند و آسیب

۵۸٪



همان‌گونه که در نمودار دیده می‌شود هذیان گزند و آسیب شایعترین هذیان در آزمودنیهای پژوهش بوده است (۵۸٪). اختلال درک در ۱۸ نفر (۳۰/۶٪) بیماران به صورت توهم شنوایی یا بینایی دیده شده است.

از نظر خلقی ۵۲ بیمار (۸۸٪) افسرده بودند و ۷ نفر (۱۲٪) خلق عادی داشتند. بینش تمام بیماران مختل بود و خود را بیمار نمی‌دانستند.

عود بیماری در ۱۷ نفر (۲۸/۸٪) وجود داشت و طی مدت زمان مورد بررسی یک یا چند مراجعه داشتند.

بحث

این بررسی بر روی ۶۰۱ پرونده‌ی بیماران بستری شده در بخش روانپزشکی بیمارستان فارابی طی سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۵ انجام شده و نتایج نشان دهنده شیوع نسبی آن است. این میزان بیشتر از ۲ برابر پذیرش‌های یاد شده در سایر بررسیها (کاپلان، سادوک، ۱۹۹۴) می‌باشد. با توجه به این که در کشور ما آمار رسمی در این مورد وجود ندارد این تفاوت می‌تواند نشان دهنده‌ی شدت مسئله و مطرح‌کننده نکات زیر باشد:

۱- میزان شیوع اختلال هذیانی در فرهنگ‌های گوناگون متفاوت است و نقش عوامل فرهنگی در بروز و شیوع آن تعیین‌کننده می‌باشد.

۲- عوامل محیطی در بروز اختلال ممکن است نقش داشته باشند.

۳- عامل ژنتیکی یا نژادی ویژه‌ای در منطقه مورد بررسی ممکن است وجود داشته باشد که مستعدکننده‌ی ابتلا به اختلال هذیانی است. برای تأیید یا رد هر یک از این فرض‌ها نیاز به بررسیهای گسترده‌تری می‌باشد. شیوع بیشتر اختلال در مردان یافته‌ی دیگری است که با آنچه در پیشینه پژوهش دیده شده تفاوت دارد. شاید بتوان گفت که نقش اجتماعی اندک زنان در منطقه‌ی مورد بررسی عاملی است که تظاهرات اختلال هذیانی را مخفی می‌کند و به آن کمتر زمینه‌ی بروز می‌دهد. این

Williams & Wilkins.

- Lo, Y., Tsai, S., Chang, C. H., Hwang, J. P., & Sim, C. B. (1997). Organic delusional disorder in psychiatric in-patients: Comparison with delusional disorder; *Acta-Psychiatrica-Scandinavica*, 95, 161-163.
- Serratti, A., Lattuada, E., Cusin, C., & Smeraldi, E. (1999). Factor analysis of delusional disorder symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 143-147.
- Yamada, N., Nakajima, S., & Noguchi, T. (1998). Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. *Acta Psychiatrica-Scandinavia*, 97, 122-124.

فرضیه نیز می‌بایست در بررسی‌های آینده مورد بررسی گسترده‌تر قرار گیرد.

منابع

- فرنان، لوسین مولر (۱۳۶۷). تاریخ روانشناسی. ترجمه: علی محمد کاردان، جلد ۱. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- Fear, C. F., & Healy, O. (1997). Probabilistic reasoning in obsessive compulsive and delusional disorders: *Psychological Medicine*, 27, 199-208.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1994). *Synopsis of Psychiatry* (7th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry* (6th ed.). Baltimore:

Andeeshbeh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
A