



## بررسی مقدماتی محتوای فرهنگی هذیانهای بیماران روانی بستری

دکتر داود شاه محمدی\*، صفیه اصغر زاده امین\*\*، مجتبی احسان منش\*\*\*

### چکیده

**هدف:** نظر به اهمیتی که هذیانها در شناخت بیماران پسیکوتیک دارند و با توجه به نقش معیارهای فرهنگی در شکل دادن این هذیانها، در پژوهش حاضر محتوای هذیانهای بیماران پسیکوتیک دارای هذیان مورد بررسی قرار گرفته است. **روش:** آزمودنیهای پژوهش را ۲۵۰ بیمار پسیکوتیک (۱۶۵ مرد، ۸۵ زن) تشکیل داده‌اند که در فاصله سالهای ۷۵-۱۳۷۱ در مرکز آموزشی - درمانی شهید اسماعیلی تهران بستری بوده‌اند. سن ۷۵٪ آنان ۴۵-۱۵ سال بوده، ۱۰۶ نفر از آنان مجرد و ۱۰۴ نفر متأهل بوده‌اند. ابزار به کار گرفته شده در این پژوهش را یک پرسشنامه دارای پرسشهایی در زمینه نوع و محتوای هذیانها، توهمها و اطلاعات جمعیت شناختی بیماران تشکیل داده است. داده‌های پژوهش به کمک روشهای آمار توصیفی تحلیل و ارائه گردیده است. **یافته‌ها:** این بررسی هذیانهای گزند و آسیب را بیش از سایر هذیانها در بیماران مورد بررسی نشان داد و هذیان بزرگ منشی در رتبه دوم از نظر فراوانی قرار داشت. **نتیجه:** گرچه محتوای هذیانها در فرهنگ‌های مختلف کم و بیش همانند یکدیگرند، اما جلوه‌های فرهنگی کشورها، اقوام و ادیان گوناگون در چگونگی شکل‌گیری هذیانها نقش دارند.

### کلید واژه: هذیان، پسیکوز، فرهنگ، اختلال روانی، بیماران روانی بستری

#### مقدمه

فرهنگی، اجتماعی و آموزشی بیماران هماهنگی ندارد و هذیان یک عقیده یا باور غلط و ثابت است که با زمینه

\*\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

\*\* کارشناس روانشناسی، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

\*\*\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، پژوهشگر بخش پژوهش انستیتو روانپزشکی تهران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

(فیش<sup>(۱)</sup>، ۱۹۸۵؛ گرگوری<sup>(۲)</sup>، ۱۹۸۷). هذیانها از نشانه‌های شایع در بیماران پسیکوتیک بوده و از لحاظ بالینی گاه به عنوان نشانه مشخصه بیماری<sup>(۳)</sup> به شمار می‌روند.

بررسیها نشان داده‌اند که معیارهای فرهنگی - اجتماعی نقش تعیین کننده‌ای در ماهیت هذیانها دارند. از این رو با توجه به تجربیات ذهنی و زمینه‌های اجتماعی - فرهنگی بیماران می‌توان به تبیین و تفسیر هذیانهای آنان پرداخت (سیمز<sup>(۴)</sup>، ۱۹۹۵؛ استومپ<sup>(۵)</sup>، فرایدمن<sup>(۶)</sup>، اورت‌وین<sup>(۷)</sup>، ۱۹۹۹).

برخی از پژوهشگران بر تأثیر قاطع رخدادهای اجتماعی - سیاسی و نوآوریهای علمی جوامع گوناگون بر محتوای هذیانها در بیماران پسیکوتیک و سیر بیماری آنان تأکید نموده‌اند (شر<sup>(۸)</sup>، ۲۰۰۰).

کرپلین<sup>(۹)</sup> یکی از نخستین افرادی بود که به نقش اساسی فرهنگ در زمینه شناخت علمی اختلالهای روانی تأکید نمود. وی به ویژه در زمینه شناخت و درمان بیماری اسکیزوفرنیا، بهره‌گیری از رویکرد سیستمی و یا روانپزشکی تطبیقی را برای تبیین بیماری‌های روانی در ملیت‌ها و افراد مختلف توصیه نمود (جابلینسکی<sup>(۱۰)</sup>، ۱۹۹۲). پس از وی دیدگاههای مختلفی در زمینه نقش فرهنگ در بروز و شیوع بیماریهای روانی پدید آمد که از آن جمله دیدگاه امیک<sup>(۱۱)</sup> بود. این دیدگاه بر یگانه بودن و بی‌همتا بودن هر فرهنگ تأکید داشت و بر این باور بود که بیماریهای روانی را باید با توجه به ویژگیهای فرهنگی هر کشور و گروه، مورد بررسی قرار داد (سیمز، ۱۹۹۵).

در برابر این دیدگاه، دیدگاه دیگری وجود داشت که پدیده‌های روانشناختی و آسیب شناختی روانی را جهانی و همه جایی عنوان می‌نمود. اما پیروان این نظریه نیز نقش معیارهای فرهنگی را در بروز بیماریهای روانی و جلوه‌های گوناگون آن انکار نمی‌کردند (یاسپرز<sup>(۱۲)</sup>، ۱۹۶۳؛ فیش، ۱۹۸۵).

در سالهای بعد بررسیهای بین فرهنگی انجام شده در

زمینه تظاهرات رفتاری بیماریهای روانی به ویژه اسکیزوفرنیا در کشورهای مختلف از جمله اندونزی (فیر<sup>(۱۳)</sup>، ۱۹۷۶؛ به نقل از جابلینسکی، ۱۹۹۲)، ویتنام (ولف<sup>(۱۴)</sup>، ۱۹۷۶، به نقل از همان جا) به نادر بودن هذیانهای سازمان یافته و عقاید پارانوئیدی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در این کشورها اشاره داشتند.

در بررسیهای انجام شده توسط لامبو<sup>(۱۵)</sup> (۱۹۶۵) در نیجریه نیز گونه‌های دیگری از تظاهرات بالینی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در یکی از مناطق روستایی این کشور گزارش گردید. وی اضطراب خودبیمارانگاری<sup>(۱۶)</sup>، عقاید جادویی، بی‌ثباتی عاطفی - هیجانی را تابلوی بالینی مسلط در این بیماران معرفی نمود و در بررسی ویژگیهای بالینی و نشانه شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در ده کشور دنیا از جمله ایالات متحده آمریکا، دانمارک، انگلستان، اتحاد شوروی سابق، چین، هند، نیجریه، چک‌واسلواکی و کلمبیا در بررسی سازمان جهانی بهداشت (سو<sup>(۱۷)</sup>، سو و سو، ۱۹۹۰)، شیوع هذیانهای انتساب به خود را در ۷۰٪ بیماران و هذیانهای گزند و آسیب را در ۶۴٪ بیماران گزارش کرد.

ندتی<sup>(۱۸)</sup> (۱۹۸۸) در بررسی پدیدار شناختی تأثیر فرهنگ بر نشانه‌های روانپزشکی محتوای هذیانهای بیماران آفریقایی ساکن در انگلیس را بیشتر مذهبی و تحت تأثیر موازین فرهنگی و قومی آفریقا گزارش نمود تا تأثیر محیط زندگی کنونی آنان.

لنز<sup>(۱۹)</sup> هذیانهای احساس گناه را در افراد افسرده

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 1-Fish        | 2-Gregory          |
| 3-pathognomic | 4-Sims             |
| 5-Stompe      | 6-Friedman         |
| 7-Ortwein     | 8-Sher             |
| 9-Kraepelin   | 10-Jablinsky       |
| 11-Emic       | 12-Jaspers         |
| 13-Pfeiffer   | 14-Wulff           |
| 15-Lambo      | 16-hypochondriasis |
| 17-Sue        | 18-Ndetei          |
| 19-Lenz       |                    |

میان بیماران بستری در بخش‌های مرکز آموزشی - درمانی شهید اسماعیلی تهران در سالهای ۷۵-۱۳۷۱ برگزیده شدند. ۷۵٪ این افراد در گروه سنی ۴۰-۱۵ سال بوده‌اند. برای انتخاب آزمودنیهای پژوهش، کلیه پرونده‌های مربوط به بیماران بستری شده در مرکز آموزشی - درمانی یاد شده، مورد بررسی قرار گرفته و آن دسته از بیماران دارای هذیان که معیارهای پژوهش را دارا بوده‌اند انتخاب شده و اطلاعات لازم در پرسشنامه‌ای که به این منظور تهیه شده بود، ثبت گردیده است.

برای گردآوری داده‌های پژوهش، یک پرسشنامه اطلاعات، شامل پرسشهایی درباره برخی ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنیها، نوع هذیان و توهمهای آنان به کار برده شده است. یافته‌های پژوهشی به کمک روشهای آمار توصیفی تحلیل و ارائه گردیده است.

#### یافته ها

یافته‌های پژوهش در زمینه ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنیهای پژوهش در جدول ۱ ارائه گردیده است. همان طور که در جدول یاد شده دیده می‌شود، بیشترین درصد آزمودنیهای پژوهش در گروه سنی ۳۵-۲۶ سال (۳۱/۶٪) و پس از آن در گروه سنی ۴۵-۳۶ سال (۲۷/۶٪) قرار داشتند. همچنین از نظر میزان تحصیلات بیشترین درصد (۲۰/۸٪) دارای دیپلم متوسطه، ۱۹/۲٪ دارای تحصیلات راهنمایی و ۱۸٪ دارای تحصیلات ششم ابتدایی بوده‌اند. از نظر وضعیت تأهل ۴۲٪ متأهل، ۴۲٪ مجرد و ۱۴٪ مطلقه بودند. از نظر شغل نیز ۲۳/۶٪ کارگر، ۲۳/۶٪ خانه‌دار، ۲۰/۸٪ بیکار و ۱۵/۲٪ کارمند بوده‌اند. فراوانی مطلق و نسبی انواع هذیانها در آزمودنیهای پژوهش در جدول ۲ ارائه گردیده است.

پسیکوتیک در سالهای دهه ۲۰ و ۳۰ بیشتر از دهه ۵۰ و ۶۰ گزارش نمود (فیش، ۱۹۸۵). کلاف<sup>(۱)</sup> و هامیلتون<sup>(۲)</sup> (۱۹۶۱) دریافتند که در اروپای قرن ۱۹ هذیانهای مذهبی بیشتر از قرن ۲۰ بوده است و دلیل آن را نقش عمده مذهب در زندگی مردم عادی آن زمان دانسته‌اند.

بررسیهای مشابه انجام شده در ایران با یافته‌های پژوهشهای یاد شده تا حدودی متفاوت بنظر می‌رسد. برای نمونه در بررسی مهرابی (۱۳۷۳)، هذیان گزند و آسیب، هذیان بزرگ منشی، هذیان زیر کنترل بودن و هذیان انتساب به خود را در ۹۲۲ تن از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بستری شده در مراکز روانپزشکی دولتی کشور به ترتیب شایع تر از سایر انواع هذیانها گزارش گردید. در بررسی سپهری (۱۳۷۳)، شایع ترین هذیانها در بیماران مبتلا به اختلال هذیانی بستری شده در بخشهای روانی یک مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی، هذیان گزند و آسیب، هذیان بزرگ منشی و هذیان حسادت گزارش گردید. وی معیارهای فرهنگی - اجتماعی را دارای نقش تعیین کننده‌ای در محتوای هذیانهای بیماران پسیکوتیک دانست. در بررسیهای دیگری نشان داده شده که شکل و محتوای هذیانهای بیماران پسیکوتیک بستگی به زمینه‌های فرهنگی آنان دارد که با گذشت زمان تغییر می‌کند. کراز<sup>(۳)</sup> بر این باور است که هذیانهای افسردگی کمتر از هذیانهای اسکیزوفرنیک تغییر می‌کند. به هر حال معیارها و ارزشهای فرهنگی هر دوره و عصر به تدریج بر محتوای هذیانهای بیماران تأثیر می‌گذارند.

پژوهش حاضر با هدف بررسی هذیانهای بیماران روانپزشکی بستری در یک مرکز روانپزشکی شهر تهران و بررسی محتوای هذیانهای آنان انجام گردیده است.

#### روش

بررسی حاضر از نوع بررسی‌های توصیفی - مقطعی است. آزمودنیهای پژوهش را ۲۵۰ بیمار پسیکوتیک (۱۶۵ مرد، ۸۵ زن) دارای هذیان تشکیل داده‌اند که از

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد برخی ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنیهای پژوهش بر حسب جنس، گروه سنی،

میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل

متغیرهای مورد بررسی	فراوانی	درصد
<b>جنسیت</b>		
مرد	۱۶۵	۶۶
زن	۸۵	۳۴
<b>سن</b>		
۱۵-۲۵	۶۵	۲۶
۲۶-۳۵	۷۹	۳۱/۶
۳۶-۴۵	۶۹	۲۷/۶
۴۶ به بالا	۳۷	۱۴/۸

میزان تحصیلات

بی سواد	۱۲	۴/۸
خواندن و نوشتن	۳۱	۱۲/۴
ششم ابتدایی	۴۵	۱۸
راهنمایی	۴۸	۱۹/۲
کمتر از دیپلم	۳۶	۱۴/۴
دیپلم	۵۲	۲۰/۸
فوق دیپلم	۷	۲/۸
لیسانس و بالاتر	۱۷	۶/۸
نامشخص	۲	۰/۸

وضعیت تأهل

مجرد	۱۰۶	۴۲/۴
متأهل	۱۰۴	۴۱/۶
مطلقه	۳۵	۱۴
بیوه	۵	۲

شغل

خانه دار	۵۹	۲۳/۶
کارگر	۵۹	۲۳/۶
کارمند	۳۸	۱۵/۲
آزاد	۲۵	۱۰
دانش آموز	۱۰	۴
بیکار	۵۲	۲۰/۸
نامشخص	۷	۲/۸

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی انواع هذیان در آزمودنیهای پژوهش

نوع هذیان	فراوانی	درصد
گزند و آسیب	۱۳۵	۳۱/۲
بزرگ منشی	۸۱	۱۸/۷
هذیانهای مذهبی	۶۰	۱۷/۳
انتساب به خود	۴۲	۹/۷
تحت کنترل بودن	۳۴	۷/۸۵
حسادت و بی وفایی	۲۸	۶/۴۷
هیپوکندریاسیس	۱۲	۲/۷۷
عدم شناسایی افراد آشنا	۹	۲/۰۸

همان گونه که در جدول دیده می شود، هذیان گزند و آسیب در ۳۱/۲٪ از بیماران مورد بررسی دیده شده است. پس از آن به ترتیب هذیان بزرگ منشی و هذیانهای مذهبی بیشترین درصد را به خود اختصاص داده اند (۱۸/۷٪ و ۱۷/۳٪).

یافته های پژوهش در زمینه محتوای هذیانها نشان داد که بیشترین درصد آزمودنی های پژوهش دارای هذیان با محتوای تهدید کننده و گزند و آسیب (۱۸۲ مورد) و پس از آن با محتوای مذهبی بوده اند (۱۱۴ مورد). هذیانهای بزرگ منشی در ۹۹ و فرهنگی در ۸۸ مورد از آزمودنی های پژوهش گزارش گردیده است. مراد از هذیانهای فرهنگی در پژوهش حاضر، کلیه هذیانهایی بوده است که می توانند با زمینه های فرهنگی کشور ما از جمله باورهای قومی و آئینی، رسوم و تشریفات سنتی، تاریخی و مانند آن مطابقت داشته و در هیچ یک از گروههای دیگر جای نگرفته اند. در این زمینه هذیانهای با محتوای سیاسی و جنسی مقام ششم و هفتم را از نظر فراوانی به خود اختصاص داده اند (جدول ۳). در اینجا برای نمونه شماری از هذیانهای بیماران مورد بررسی را که دارای فراوانی بیشتری بوده و نشان دهنده میزان تأثیر پذیری آنها از ارزشهای فرهنگی و مذهبی جامعه ایران

### جدول ۳- فراوانی توزیع آزمودنیهای پژوهش بر حسب

محتوای هذیان

محتوای هذیان	فراوانی	درصد
تهدید و گزند و آسیب	۱۸۲	۷۲/۸*
مذهبی	۱۱۴	۴۵/۶
بزرگ منشی	۹۲	۳۶/۸
فرهنگی	۸۸	۳۵/۲
گناه، فقر، منفی گرایی	۷۰	۲۸
سیاسی	۵۳	۲۱/۲
جنسی	۴۲	۱۶/۸
حسادت و خیانت جنسی	۳۳	۱۳/۲
سایر	۹۵	۳۸

\* برخی از آزمودنیها دارای بیش از یک هذیان بوده‌اند.

است نقل می‌کنیم: "من امام زمان هستم"، "من حضرت علی هستم"، "من حضرت فاطمه هستم".

از آنجا که هذیانها ارتباط نزدیکی با توهمها دارند و درصد بالایی از بیمارانی که دچار هذیان هستند دچار توهم نیز می‌باشند، در بررسی حاضر توهمهای آنان نیز مورد بررسی قرار گرفت.

همان گونه که در جدول ۴ دیده می‌شود ۳/۶۱٪ از آزمودنیهای پژوهش دارای توهم شنوایی، ۵/۳۴٪ دارای توهم بینایی بوده‌اند. توهم‌های بویایی و لمسی به ترتیب در تنها ۱/۲ و ۱٪ از آزمودنیها دیده شده است.

### جدول ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنیهای

پژوهش بر حسب نوع توهم

نوع توهم	فراوانی	درصد
شنوایی	۱۷۷	۶۱
بینایی	۱۰۰	۳۴/۵
بویایی	۶	۲/۱
لمسی	۳	۱
عیره	۴	۱/۳۸
جمع	۲۵۰	۱۰۰

### بحث

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه اختلال در محتوای تفکر نشان داد که بیشترین درصد بیماران مورد بررسی در این پژوهش دارای هذیان گزند و آسیب بوده‌اند. این یافته پژوهش با بررسیهای انجام شده توسط مهربانی (۱۳۷۳)، سپهری (۱۳۷۳) و سازمان جهانی بهداشت (۱۹۷۳) هماهنگ است. همچنین با نظریه بسیاری از پژوهشگران که هذیان گزند و آسیب را شایع‌ترین نوع هذیان دانسته‌اند (سیمز، ۱۹۹۵) هماهنگی دارد.

همچنین در زمینه محتوای هذیانها یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش مهربانی (۱۳۷۳) و سپهری (۱۳۷۳) همخوانی دارد. در هر دو پژوهش یاد شده نیز محتوای هذیانهای آزمودنیهای مورد بررسی به ترتیب هذیانهای با محتوای گزند و آسیب و هذیان با محتوای بزرگ منشی بوده است. همان گونه که بیان گردید با نگاهی به هذیانهای بیماران مورد بررسی و مشخص شدن میزان تأثیر پذیری آنان از شخصیت‌های مذهبی مورد احترام در فرهنگ ما و مقایسه آنها با بررسیهای انجام شده در سایر کشورها (ندتی، ۱۹۸۸؛ چاندراسنا<sup>(۱)</sup>، ۱۹۸۷؛ سیمز، ۱۹۹۵) می‌توان گفت که محتوای هذیانها در فرهنگ‌های مختلف کم و بیش همانند یکدیگرند، اما جلوه‌های فرهنگی کشورها، اقوام و ادیان گوناگون در شکل‌گیری هذیانها نقش دارند.

یافته‌های این بررسی در زمینه وضعیت تأهل بیماران مبتلا به هذیان نشان داد که مجردها و متأهل‌ها از نظر فراوانی مطلق تفاوت بسیار اندکی با یکدیگر داشته‌اند و یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های مهربانی (۱۳۷۳) که درصد متارکه، مطلقه و بیوه را بیشتر گزارش نموده و سازمان جهانی بهداشت (۱۹۷۳) که درصد متأهلین را بیشتر گزارش نموده، متفاوت است.

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه میزان شیوع توهم در بیماران مورد بررسی در مقایسه با یافته‌های پژوهش

- Chandrasena, R. (1987). Schneider's first rank symptoms an international and interethnic comparative study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 574-578.
- Fish, F. (1985). *Fish's clinical psychopathology*. In M. Hamilton (Ed.). Bristol: John Wright & Sons Ltd.
- Gregory, S. (1987). *The Oxford Companion to the mind*. Oxford University Press.
- Jablinsky, A. (1992). Cross-cultural aspects of schizophrenia. *Triangle: Sandoz Journal of Medical Sciences*, 31, 163-174.
- Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*. Manchester: Manchester University Press.
- Klaff, F. S., Hamilton, J. G. (1961). Schizophrenia a hundred years ago and today, *Journal of Mental Sciences*, 107, 819-827.
- Lambo, T. A. (1965). *Transcultural psychiatry*. London: Ciba Foundation Symposium.
- Kraepelin, E. (1905). *Lectures on clinical Psychiatry* (3rd ed.). New York: W. Wood.
- Ndetei, D. M. (1988). Psychiatric phenomenology across countries constitutional, cultural, or environmental? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 349, 33-44.
- Sher, L. (2000). Sociopolitical events and the technical innovations may affect the content of delusions and the course of psychiatric disorders. *Medical Hypotheses*, 55, 507-509.
- Sims, A. (1995). *Symptoms in the mind*. London: W. B. Saunders Company Ltd.
- Stompe, T., Friedman, A., Ortwein, G. (1999). Comparison of delusions among schizophrenics in Austria and in Pakistan. *Psychopathology*, 32, 225-234.
- Sue, D. Sue, D., Sue, S. (1994). *Understanding abnormal behavior*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- WHO (1973). *Schizophrenia: A multinational study*. Geneva: WHO.

مهرابی (۱۳۷۳) تا حدودی بیشتر به نظر می‌رسد. اما با توجه به اینکه شمار زیادی از بیماران اسکیزوفرنیک مورد بررسی در بررسی مهرابی، مزمن بوده‌اند و مراحل حاد بیماری را پشت سر گذاشته بودند، کمتر بودن شیوع توهم در آن بررسی دور از انتظار نیست. در بررسی مهرابی (همان جا) توهم شنوایی در ۲۷/۸٪ و توهم بینایی در ۶/۷٪ و توهم شنوایی و بینایی در ۳۰/۷٪ بیماران مورد بررسی گزارش گردید.

به طور کلی می‌توان گفت که گرچه از نظر مفهومی و محتوایی، هذیانهای بیماران پسیکوتیک با هذیانهای بیماران چند دهه گذشته، همچنین با هذیانهای بیماران سایر کشورها تفاوت مهمی ندارند، اما باید گفت که عقاید و باورهای فرهنگی هذیانها را شکل نمی‌دهند، بلکه بیماریهای شدید روانی هذیانها را به وجود می‌آورند و فرهنگ‌های مختلف، شکل و ظاهر آنها را تغییر می‌دهند نه مفهوم و محتوای آنها را.

Andeesheli  
Va  
Raffar  
اندیشه و رفتار  
۳۸

### سپاسگزاری

بدینوسیله از همکاریهای ارزشمند خانمها عزت السادات رضوی خسروشاهی، خانم مهرناز هویدا که در زمینه گردآوری اطلاعات از هیچ کوششی فروگذار نکرده‌اند و آقای عیسی کریمی کیسی که در زمینه تجزیه و تحلیل داده‌ها همکاری داشته‌اند، سپاسگزاری و قدردانی می‌شود. از جناب آقای دکتر ملکوتی ریاست وقت بیمارستان شهید اسماعیلی و همکاران گرامی ایشان که در زمینه اجرای پژوهش همکاری صمیمانه داشته‌اند، قدردانی و سپاسگزاری می‌گردد.

### منابع

- سپهری، حسین (۱۳۷۳). انواع هذیانها در اختلال هذیانی. *مجله دانشکده پزشکی، سال سوم، شماره ۱۰ و ۱۱، ۳۵-۳۱*.
- مهرابی، فریدون (۱۳۷۳). نیمرخ علامت‌شناسی اسکیزوفرنیا در بیماران بستری در مراکز روانپزشکی ایران. *فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۲ و ۳، ۱۳-۴*.