

مجله دانشکده پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

سال ۶۲، شماره ۵، صفحات ۴۱۱ تا ۴۱۸ (۱۳۸۳)

پایداری تشخیصی در گروهی از بیماران با اولین اپیزود پسیکوتیک در یک پیگیری یک ساله

دکتر همایون امینی (استادیار)*، دکتر عباس امید (دستیار)*، دکتر جواد علاقه‌بندراد (استادیار)**، دکتر ونداد شریفی (استادیار)*، دکتر رزیتا داوری‌آشتیانی (استادیار)***، فرزاد مؤمنی (کارشناس ارشد)****، زهرا امینی‌پور (مددکار اجتماعی)*****
* گروه روانپزشکی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران
** روانپزشک اطفال و نوجوانان، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** روانپزشک اطفال و نوجوانان، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
**** روانشناسی بالینی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران
***** بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: پایداری تشخیصی، به میزان پایدار ماندن تشخیص در پیگیری بیماران گفته می‌شود، و هر چه این پایداری بالاتر باشد احتمال اینکه نمایانگر پسیکوپاتولوژی و پاتوفیزیولوژی بیماری باشد، بیشتر است. هدف از این مطالعه ارزیابی پایداری تشخیصی یک ساله در سیستم‌های تشخیصی DSM-IV, ICD-10 در گروهی از بیماران دچار اولین اپیزود پسیکوتیک در یک کشور در حال توسعه می‌باشد.

مواد و روشها: در این مطالعه در ابتدا ۶۱ بیمار که در یک دوره ۶ سی و پنج ماهه به بیمارستان روزبه مراجعه کرده و دچار اولین اپیزود پسیکوز بودند و بیماری آنها مربوط به سوء مصرف مواد و یا اختلالات ارگانیک نبود، مشخص گردیدند. بیماران در بدو بستری، در هنگام ترخیص و در ماه‌های ۳، ۶ و ۱۲، مورد ارزیابی قرار گرفتند و تشخیص آنها براساس اطلاعات موجود، توسط ۲ روانپزشک براساس معیارهای DSM-IV و ICD10 بصورت توافقی گذاشته شد. پایداری تشخیصی، براساس همخوانی بین تشخیص در هنگام ترخیص بیماران و تشخیص پس از ۱۲ ماه پیگیری تعیین گردید.

یافته‌ها: ۴۷ بیمار (۷۷٪ از کل نمونه) کل دوره مطالعه را کامل کردند، اختلالات خلقی و اسکیزوفرنی، در هر دو سیستم پایداری بالایی داشتند. علاوه بر آنها تشخیص تمام بیماران دچار Acute و Brief psychotic disorder and transient psychotic disorder پایدار باقی ماند. تنها تشخیص ناپایدار اختلال اسکیزوفرنی فرم بود.

نتیجه گیری و توصیه ها: اختلالات پسیکوتیک خلقی و اسکیزوفرنی، همانند مطالعات قبلی، تشخیصهای پایداری بودند، ولیکن برخلاف مطالعات قبلی پسیکوزهای کوتاه مدت نیز پایدار بودند که می‌تواند، نمایانگر سیر خوشخیم و validity این گروه از اختلالات پسیکوتیک در کشورهای در حال توسعه باشد.

مقدمه

با وجود گستردگی استفاده از معیارهای تشخیصی مدرن در روانپزشکی، مانند سیستم‌های DSM و ICD، روایی (validity) بسیاری از تشخیص‌های روانپزشکی، بخوبی مشخص نشده است. پایداری تشخیصی، یکی از ۵ معیار (Validating) برای سندرم‌های روانپزشکی است که توسط (Robins, Guze, 1970) (۱) پیشنهاد شده است.

پایداری تشخیصی، به میزان پایدار ماندن تشخیص در پیگیری بیماران گفته می‌شود، و هر چه این پایداری بالاتر باشد، احتمال اینکه نمایانگر پسیکوپاتولوژی و پاتوفیزیولوژی بیماری باشد، بیشتر است (۲). بیشتر مطالعاتی که تا کنون در این زمینه انجام شده، پایداری تشخیصی را بر اساس تشخیص در طول زمان (Longitudinal diagnosis) و براساس اطلاعات مربوط به سیر بیماری و شکل آن، ارزیابی کرده‌اند (۲).

پایداری تشخیص‌های روانپزشکی، با عوامل متعددی مرتبط است که شامل تغییر در علائم، تأثیر درمان در وضعیت بالینی بیمار، تغییر در اطلاعات بدست آمده، تفسیر جدید از اطلاعات، (reliability) ابزارها و معیارهای تشخیصی است (۳). این مشکل بخصوص در بیماران دچار اولین اپیزود پسیکوتیک بسیار بارزتر است، چرا که ناپایداری و تغییر در علامت‌شناسی بیماران، علائم خلقی نامشخص و یا مصرف همزمان مواد می‌تواند سبب تغییر در نمای بالینی بیماری شود و این مسئله در بالین منجر به مشکلات متعددی می‌گردد (۴،۲).

بنظر می‌رسد پیگیری آینده‌نگر روش ارجح برای مطالعات مربوط به پایداری تشخیصی در بیماران باشد (۳،۲). تحقیقات در این زمینه، باعث فراهم آوردن اطلاعات برای بهبودی ابزارها و معیارهای تشخیصی می‌شود و دقت بیشتر در تشخیص می‌تواند به برنامه‌ریزی مناسب‌تر برای درمان بیماران و همچنین پیش‌بینی پیش‌آگهی آنها کمک کند.

مطالعات محدودی در زمینه مشخص کردن پایداری تشخیصی در بیماران دچار اولین اپیزود پسیکوتیک براساس ICD-10 و DSM-IV وجود دارد، اکثر آنها پایداری تشخیصی بالایی را برای اسکیزوفرنی و پسیکوزهای خلقی در هر دو سیستم گزارش کرده‌اند (۲،۳،۵،۶،۷،۸) ولیکن مطالعه در زمینه اختلالاتی مانند Brief psychotic، Acute and transient psychotic و schizophreniform، کمتر است و نتایج متفاوتی را نیز در برداشته (۴،۹،۳،۴) اکثر این مطالعات بجز مطالعه sajith و همکاران (۹) که در هند انجام شد، در کشورهای غربی انجام شده‌اند، این در حالی است که عوامل اجتماعی، فرهنگی، جنبه‌های مختلفی از پسیکوپاتولوژی را متأثر می‌سازد (۱۱،۱۰) و از طرفی دیگر پسیکوزهای با شروع حاد و بهبود یابنده در کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه یافته شیوع بیشتری دارند (۱۲،۱۱،۱۷) بنابراین بمنظور ارزیابی پایداری تشخیصی اختلالات پسیکوتیک در ICD-10 و DSM-IV در ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه، ما یک پیگیری ۱۲ ماهه در گروهی از بیماران دچار اولین اپیزود پسیکوتیک را انجام دادیم و پایداری تشخیصی را به وسیله هم‌خوانی بین تشخیص در هنگام ترخیص از بیمارستان و تشخیص پس از یک سال پیگیری، ارزیابی نمودیم.

مواد و روش‌ها

بیماران از بین مراجعینی که در طول یک دوره دو و نیم ساله (دی ماه ۷۷ تا پایان خرداد ۸۰) و یک دوره ۵ ماهه (شهریور ۸۱ تا پایان دی ماه ۸۱) به بیمارستان روزبه (یک مرکز دانشگاهی شناخته شده در تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران) بطور متوالی مراجعه و توصیه به بستری گردیدند انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۶۰-۱۵ سال، پسیکوتیک (وجود یکی از علائم توهم، هذیان، رفتار کاملاً آشفته و یا گفتار واضحاً آشفته)، بیمار در اولین دوره یک بیماری عمده روانپزشکی

را به پایان رساندند و مابقی بعلت عدم حضور در جلسات پیگیری، از مطالعه حذف گردیدند.

در طول پیگیری بیماران، دخالتی در روند درمان آنها صورت نگرفت، همچنین اطلاعات مربوط به درمان بیماران مورد ارزیابی واقع نشد، اگر چه که تمامی آنها تحت درمان دارویی قرار داشتند.

در این مطالعه، پایداری تشخیص هنگام ترخیص بیماران در طول ۱۲ ماه پیگیری بیماران، براساس همخوانی آینده نگر Prospective consistency (PC) که توسط Schwartz (۳) بکار گرفته شد، مورد ارزیابی قرار گرفت. Prospective consistency برابر است با نسبت بیمارانی که پس از ۱۲ ماه، همان تشخیص هنگام ترخیص را مجدداً دریافت کردند.

یافته‌ها

از ۴۷ بیماری که مطالعه را به پایان رساندند، ۲۲ بیمار، زن بودند، ۲۹ نفر مجرد و میانگین سن آنها ۲۲/۲ سال بود، (۱۴) بیماری که مطالعه را به پایان رساندند از نظر خصوصیات دموگرافیک تفاوت معناداری با سایر بیماران نداشتند). سایر مشخصات در جدول شماره ۱ نشان داده شده است:

باشد و رضایت کتبی آگاهانه. معیارهای خروج عبارت بودند از: شروع بیماری بیش از ۳ ماه از اولین ارزیابی باشد، مصرف مواد و علل ارگانیک، مسبب بیماری تشخیص داده شوند، بیمار دچار عقب ماندگی ذهنی باشد (براساس شواهد بالینی) و ناتوانی در صحبت کردن به زبان فارسی.

پس از ورود بیماران به مطالعه، تشخیص توسط ۲ روانپزشک (یک نفر روانپزشک دارای بورد تخصصی و یک نفر دستیار روانپزشکی مجری طرح)، براساس معیارهای DSM-IV و ICD-10 و بصورت توافقی قبل از ترخیص از بیمارستان گذاشته می‌شد، همچنین مقیاسهای GAF، SANS، SAPS، برای کلیه بیماران در هر نوبت ویزیت پر می‌شد. همچنین از کلیه بیماران یا بستگان درجه یک آنها، رضایت آگاهانه بصورت کتبی، جهت شرکت در مطالعه گرفته می‌شد. پس از ترخیص، بیماران بصورت حضوری در ماههای ۳، ۶ و ۱۲ پس از بستری مجدداً مورد معاینه قرار می‌گرفتند و در هر نوبت ویزیت بیماران، مجدداً تشخیص آنها براساس کلیه اطلاعات موجود، مصاحبه بالینی و سیر بیماری، مورد بازنگری قرار می‌گرفت و مقیاس‌های فوق الذکر نیز پر می‌گردید.

در این مطالعه مجموعاً ۶۱ بیمار واجد معیارهای ورود بودند و وارد مطالعه گردیدند، ولیکن ۴۷ نفر از آنها، مطالعه

جدول شماره ۱- برخی مشخصات زمینه‌ای بیمارانی که مطالعه را به پایان رساندند براساس تشخیصهای DSM IV در هنگام ترخیص

تشخیص و ویژگی زمینه‌ای	B1D (1) (n=17)	MDD (2) (n=8)	BPD (3) (n=9)	Schizophreniform (n=9)	Schizophrenia (n=1)	Delusional disorder (n=2)	Psychotic disorder (Nos) (n=1)
سن (میانگین به سال)	۲۰/۸	۲۴	۲۲/۶	۲۱/۷	۳۳	۲۴/۵	۳۶
جنس (زن/مرد)	۱۰/۷	۲/۶	۴/۵	۶/۳	۱/۰	۲/۰	۰/۱
وضعیت تأهل (درصد مجردین)	۵۹	۳۷/۵	۵۵/۵	۸۹	۱۰۰	۱۰۰	۰
تحصیلات (میان)	دبیرستان	راهنمایی	دبیرستان	دبیرستان	دبیرستان	بالتر از دیپلم	راهنمایی
سابقه خانوادگی مثبت (%) (۱)	۳۰	۳۷/۵	۱۱	۲۲	۱۰۰	-	-
شروع بیماری بصورت حاد (%)	۸۸	۸۷/۵	۱۰۰	۳۳/۳	۰	۵۰	۰
وجود استرسور ۱ ماه قبل از شروع بیماری (%)	۵۲	۶۲/۵	۱۰۰	۴۴/۴	۰	۱۰۰	۰

۳. Brief psychotic Disorder

۲. Major depressive disorder

۱. Bipolar 1 disorder

۱: وجود یک اختلال پسپسوتیک یا خلقی عمده در بستگان درجه اول طبق شرح حال

در سیستم ICD-10 ۵ بیمار از ۱۷ بیماری که در ابتدا تشخیص اپیزود مانیا گرفته بودند. در طول پیگیری دچار عود علائم شدند و لذا تشخیص آنها به تشخیص Bipolar affective disorder (BAD) تغییر یافت. یک بیمار دیگر نیز که در ابتدا تشخیص اپیزود افسردگی داشت به دلیل عود علائم تشخیص Recurrent depressive disorder گرفت این مسئله در سیستم DSM-IV موجب تغییر تشخیصی نگردید. اگر چه که این مسئله در سیستم ICD-10 تغییر تشخیصی محسوب می‌گردد، ولیکن تغییر عمده‌ای در تشخیص بیماران ایجاد نمی‌کند و بیماران همچنان در طبقه اختلالات خلقی باقی می‌مانند و از این نظر می‌توان تشخیص آنها را پایدار محسوب نمود.

همچنین میزان عود نسبتاً بالا در عرض یکسال (۳۰٪) در اپیزود مانیا، و همینطور عدم تفاوت در درمان اپیزود مانیا و BAD، می‌تواند اصرار مولفین ICD-10 را در تفکیک اپیزود مانیا از BAD، مورد سؤال قرار دهد.

مجموعاً پایداری بالای تشخیصی اسکیزوفرنی (بخصوص در سیستم ICD₁₀ که تعداد بیماران قابل ملاحظه بود) و پسیکوزهای خلقی قابل پیش بینی بود. همانگونه که در مطالعات قبلی نیز همین نتایج بدست آمده است (۲،۳،۵،۶،۷،۸) ولی، پسیکوزهای کوتاه مدت نیز در این مطالعه پایداری بالایی داشتند. تمام بیماران BPD و ATPD تشخیص پایداری نشان دادند و هیچکدام در طول پیگیری عودی نداشتند، مطالعات قبلی در مورد پایداری تشخیصی پسیکوزهای کوتاه مدت در DSM و ICD، نتایج متفاوتی بدست داد. در مطالعه Pillman و همکاران (۱۳)، ATPD به عنوان یک تشخیص تقریباً پایدار نشان داده شد و تنها ۶ بیمار از ۳۸ بیمار با این تشخیص در طول پیگیری ۲ ساله تغییر تشخیصی داشتند. در مطالعه Sajith و همکاران (۹) نیز نشان داده شد که سه چهارم بیماران با تشخیص ATPD (زیر گروه acute polymorphic disorder without symptom of schizophrenia) در طول ۱ سال پیگیری، تشخیص پایداری داشتند.

از طرفی دیگر در مطالعه Jorgensen و همکاران (۱۴).

کمتر از نیمی از بیماران ATPD در طول ۱ سال پیگیری،

در سیستم DSM-IV اختلالات Bipolar 1 disorder (B1D) و Brief psychotic disorder (BPD) بیشترین پایداری را از خود نشان دادند (PC = 100%)، اختلال افسردگی عمده نیز پایداری بالایی داشت (PC = 87.5%). تشخیص‌های دیگری مانند اسکیزوفرنی و اختلال هذیانی نیز کاملاً پایدار بودند ولی تعداد بیماران در این گروه بسیار اندک بود ولیکن اختلال اسکیزوفرنی‌فرم پایداری کمی از خود نشان داد (PC = 44.4%) در سیستم ICD-10 اختلال، اسکیزوفرنی و Acute and Transient Psychotic Disorder (ATPD) بیشترین پایداری تشخیصی را از خود نشان دادند (PC = 100%) اپیزود افسردگی و مانیا نیز پایداری نسبتاً بالایی داشتند (به ترتیب 75% و 79%).

لازم به ذکر است، تمام بیمارانی که در سیستم DSM-IV تشخیص BPD گرفتند بعلاوه یک بیمار از گروه اسکیزوفرنی‌فرم و یک بیمار دیگر از گروه اختلالات هذیانی، در سیستم ICD₁₀ تشخیص ATPD همچنین از ۹ بیماری که در سیستم DSM IV تشخیص اسکیزوفرنی‌فرم گرفتند، ۸ بیمار، در سیستم ICD₁₀ تشخیص اسکیزوفرنی گرفتند. تغییرات تشخیصی بیماران در هر کدام از سیستم‌های DSM-IV و ICD-10 در شکل شماره ۱ نشان داده شده است.

بحث

بیشتر تشخیص‌ها هنگام ترخیص بیماران پس از یک سال ثابت باقی ماندند، تعداد محدودی که تغییر در تشخیص روی داد شامل موارد زیر می‌باشد:

در سیستم DSM-IV، ۵ نفر از ۹ بیمار با تشخیص ابتدایی اسکیزوفرنی‌فرم که پس از یکسال پیگیری به اسکیزوفرنی تغییر تشخیص دادند. یک بیمار که در ابتدا به عنوان اپیزود افسردگی تشخیص داده شده بود که در طول پیگیری دچار یک اپیزود مانیا شد و لذا در هر دو سیستم، دچار تغییر در تشخیص شد و تشخیص اختلال دوقطبی گرفت.

DSM-IV

Prospective consistency (%)	Discharge diagnosis (DSM-IV)	12-month follow-up diagnosis
100	Bipolar I disorder [n=17]	Bipolar I disorder [n=18]
87.5	Major depressive disorder [n=8]	Major depressive disorder [n=7]
100	Brief psychotic disorder [n=9]	Brief psychotic disorder [n=9]
44.4	Schizophreniform [n=9]	Schizophreniform [n=4]
100	Schizophrenia [n=1]	Schizophrenia [n=6]
100	Delusional disorder [n=2]	Delusional disorder [n=2]
100	Psychotic disorder(NOS) [n=1]	Psychotic disorder(NOS) [n=1]

ICD-10

Prospective consistency (%)	Discharge diagnosis (ICD-10)	12-month follow-up diagnosis
70	Manic episode [n=17]	Manic episode [n=12] Bipolar affective disorder [6]
75	Depressive episode [n=8]	Depressive episode [n=6] Recurrent depressive disorder [n=1]
100	Acute and transient psychotic disorder [n=11]	Acute and transient psychotic disorder [n=11]
100	schizophrenia [n=9]	schizophrenia [n=9]
100	Delusional disorder [n=1]	Delusional disorder [n=1]
100	Other nonorganic psychotic disorder [n=1]	Other nonorganic psychotic disorder [n=1]

شکل شماره ۱: مقایسه تشخیصها در هنگام ترخیص و تشخیصها پس از یک سال پیگیری در بیماران دچار اولین ایزود پسیکوتیک (تغییر در تشخیص به صورت خطوط نقطه چین نشان داده شده است).

علت احتمالی دیگری که می‌توان برای این پایداری بالا ذکر کرد، روش ارزیابی در این مطالعه است، بگونه‌ای که عموماً منابع اطلاعاتی مورد استفاده در طول پیگیری بیماران، همانهایی بودند که در ابتدا برای تشخیص اولیه مورد استفاده قرار گرفته بودند، همچنین، افرادی که در طول پیگیری بیماران را ویزیت می‌کردند، همانهایی بودند، که بیمار را در ابتدا بررسی نموده و تشخیص ابتدایی را گذاشته بودند و در واقع به تشخیص ابتدایی بیمار آگاه بودند. لذا این احتمال مطرح است که اگر افرادی که در طول پیگیری بیماران را ویزیت می‌نمودند، با افرادی که در ابتدا، بیمار را ویزیت نموده و تشخیص ابتدایی را مطرح نمودند، متفاوت بودند، پایداری تشخیصی بدست آمده کمتر می‌بود. گرچه باید به این مسئله توجه شود که در این روش مشکلات مربوط به *inter-rater reliability* به حداقل می‌رسد.

از طرفی دیگر در گروه اختلال اسکیزوفرنیفرم پایداری تشخیصی بسیار پائین بود ($PC = 44.5\%$) و اکثر آنها به اسکیزوفرنی تغییر تشخیصی دادند، از طرفی، از ۹ بیمار که در ابتدا در سیستم DSM-IV تشخیص اسکیزوفرنیفرم گرفتند، ۸ بیمار از همان ابتدا در سیستم ICD₁₀ تشخیص اسکیزوفرنی گرفتند. در خصوص نحوه شروع بیماری نیز قابل ذکر است که در دو سوم بیماران شروع بیماری بصورت غیر حد (بیش از ۲ هفته) بوده است، این یافته با یافته‌های مطالعات قبلی در خصوص ناپایداری تشخیصی اسکیزوفرنیفرم همخوانی داشت لذا بنظر می‌رسد این تشخیص حداقل براساس معیارهای تشخیصی فعلی، تشخیص پایدار نبوده و لاجرم روائی (Validity) چندانی نداشته باشد.

مجموعاً در این مطالعه پایداری تشخیصی بالایی برای اکثر اختلالات پسیکوتیک در هر دو سیستم DSM-IV و ICD-10 مشاهده شد و تنها استثناء اختلال اسکیزوفرنیفرم در سیستم DSM-IV بود که پایداری بالایی نداشت.

یافته جالب توجه در این مطالعه، پایداری تشخیصی بالا، برای اختلالات *Brief psychotic disorder* و *Acute and transient psychotic disorder* بود که می‌تواند مطرح

تشخیص پایداری داشتند، در مطالعه Amin و همکاران (۵) نیز پایداری تشخیصی ATPD و *DSM III R* Brief reactive psychosis در طول ۳ سال پیگیری بسیار پایین بود (به ترتیب ۲۷٪ و ۸٪) همچنین در مطالعه Schwartz و همکاران (۳) نیز فقط ۲۷٪ بیماران با تشخیص *Brief psychotic disorder* پس از ۲ سال همان تشخیص را گرفتند.

بدلیل تفاوت‌های متدولوژیک این مطالعات، توجیه این نتایج متفاوت، بسیار مشکل است، به عنوان مثال، تفاوت در طول مدت پیگیری، استفاده از بیماران دچار اولین اپیزود بیماری و یا اپیزودهای راجعه در گروه مورد مطالعه، از جمله این تفاوتها می‌باشد، نکته قابل توجه دیگر، تعداد کم بیماران با تشخیص‌های BPD و ATPD در نمونه‌های مطالعات فوق‌الذکر است (از ۱۱ نفر تا ۶۶ نفر) که ممکن است، باعث این تفاوتها در نتایج شده باشد.

باتوجه به این مطالب، نتایج این مطالعه، مبنی بر پایداری بالای این گروه از اختلالات پسیکوتیک کوتاه مدت نیز، به سادگی قابل توجیه نیست.

یکی از دلایل احتمالی این پایداری بالا می‌تواند، شروع بیماری بصورت حاد بوده باشد، بگونه‌ای که تمام بیماران BPD، تشخیص ATPD نیز گرفتند (قابل ذکر است که شروع بیماری در تمام بیماران ظرف کمتر از ۱ هفته بوده است).

همانگونه که در مطالعات Susser و همکارانش، این موضوع مطرح گردید که پسیکوزهای کوتاه مدت که شروع حادی دارند، پایداری تشخیصی بالایی دارند (۱۷،۱۵،۱۶) بخصوص در کشورهای در حال توسعه، که این گروه از اختلالات پسیکوتیک، پیش آگهی بسیار خوبی دارند و میزان عود در آنها بسیار کم است (۱۶).

بنظر می‌رسد در کشورهای در حال توسعه، پسیکوزهای حاد و کوتاه مدت در مقایسه با کشورهای توسعه یافته، نسبت بیشتری از کل اختلالات پسیکوتیک را به خود اختصاص می‌دهند (۱۷،۱۱،۱۲). این نکته در این مطالعه نیز مشاهده می‌شود بگونه‌ای که اختلال ATPD حدود یک چهارم کل بیماران را تشکیل می‌دهد.

از طرفی، این مطالعه محدودیتهایی نیز داشته که مهمترین آن تعداد کم حجم نمونه و محدود بودن پیگیری به ۱ سال است که در حال حاضر این پروژه ادامه دارد تا هم بیماران بیشتری وارد مطالعه گردیده و هم طول مدت پیگیری آنها افزایش یابد که نتایج آن در آینده منتشر خواهد شد.

از محدودیتهای این مطالعه، محدود کردن بیماران به بیماران بستری در بیمارستان روزبه است که به نمایندگی نمونه خدشه وارد می‌سازد، همچنین عدم ارزیابی اثر درمان در سیر بیماری و پایداری تشخیصی است که می‌بایست در مطالعات آینده مورد بررسی قرار گیرد. لذا، هرگونه نتیجه‌گیری از یافته‌های فوق می‌بایست با در نظر گرفتن این محدودیتها صورت گیرد.

کننده‌روانی (Validity) بالای این گروه از اختلالات پسیکوتیک، بخصوص در کشورهای در حال توسعه باشد. این مطالعه نقاط قوتی داشت از جمله آینده‌نگر بودن و ارزیابی تشخیصی در طول سیر بیماری که به کار معمول بالینی شباهت بیشتری دارد. براساس اطلاعات نگارندگان، تاکنون مطالعه‌ای مشابه به صورت آینده نگر در ایران صورت نگرفته و بنظر می‌رسد این مطالعه اولین مطالعه بصورت آینده نگر در این زمینه در ایران باشد. همچنین باتوجه به نبود زیر ساختها و سیستمهای مناسب در مراکز درمانی، جهت پیگیری مناسب بیماران، و همکاری پائین بیماران جهت پیگیری‌های بعدی بخصوص در طول یکسال. پیگیری این تعداد از بیمار در طوی یکسال با سختی‌های فراوان همراه بوده ولی در عین حال نوعی موفقیت برای این مطالعه محسوب می‌گردد.

منابع

1. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness. Its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*; 1970; 126: 983 – 987.
2. Fennig S , Kavaszny B, Rich C, et al. Six – month stability of Psychiatric diagnosis in First – admission Patients with Psychosis. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1200 – 1208.
3. Schwartz JE , Fennig Sh, Tanernberg – Karant M, et al. Congruence of diagnosis 2 years after a first – admission diagnosis of psychosis . *Archives of General psychiatry* 2000; 57: 593 – 600.
4. Fennig S, Bromet EJ, carig T, et al. psychiatric patient with unclear diagnoses: a descriptive analysis. *Journal of Nervous and mental Disorder* 1995; 183:207 – 213.
5. Amin S, singh SP, Breulin J, et al . Diagnostic stability of first episode psychosis: Comparison of ICD₁₀ and DSM III-R systems. *British Journal of psychiatry*.1999;175: 537 – 543.
6. Tsuang MT, Woolson RF, Winokur G, et al . Stability of psychiatric diagnosis: Schizophrenia and affective disorders Followed up over a 30 – 40 year period.[abstract] *Archives of General psychiatry* . 1981; 38:535 – 539.
7. Mason P, Harrison G, Croudace T, et al. The predictive validity of a diagnosis of schizophrenia: a report from international study of schizophrenia (ISOS) Coordinated by World Health Organization and department of Psychiatry, University of Nottingham. *British Journal of Psychiatry*. 1997; 170 (4); 321 – 327.
8. Lenz G , Simhandl C, thau K , et al. Temporal stability of diagnostic criteria for functional psychosis: result from the Vienna follow - up study *Psychopathology* , 1991; 24: 328 – 335.
9. Sajith SG, Chandra sekaran R, Sadananden unni KE, et . al. Acute polymorphic psychotic disorder: diagnostic stability over 3years. *Acta psychiatrica. Scandinavica* 2002; 105: 104 – 109.
10. Alarcon RD, Westermeye J , Foulk EF , Ruiz P. clinical relevance of contemporary cultural psychiatry .*Journal of nervous and Mental Disease* 1999; 187 : 465 – 471.
11. Kulhara P, chak rabarti S . Cultural and schizophrenia and other psychotic disorder. *Psychiatric clinics of North America* 2001 ; 24 : 449 – 464.
12. Susser E, Wanderling J. Epidemiology of nonaffective acute remitting psychosis VS schizophrenia .sex and sociocultural setting. *Archives of General psychiatry* 1994; 51: 294 – 301.
13. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S,et al. The concordance of ICD – 10 acute and transient psychosis and DSM IV brief psychotic disorder. *Psychological Medicine* 2002; 32; 525 – 533.
14. Jorgenson P, Banned sen B, christensen J, et al. Acute and Transient psychotic disorder: a 1– year fallow –up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* . 1997; 96: 150 – 154.
15. Susser E, Fennig S, Jandorf L, et al. Epidemiology, diagnosis and course of brief psychosis. *Am J psychiatry* 1995; 152: 1743 – 1748.
16. Susser E, Varma VK, Mathoo Sk,et al. Long – term course of acute brief psychosis in a developing Country setting. *British Journal of Psychiatry*, 1998; 173(9) 226 – 230
17. Mojtabai R, Susser EZ, Broment EJ .Clinical characteristics, 4-year course, and DSM IV Classification of patients with non-affective Acute Remitting psychosis. *Am J Psychhiatry*.2003; 160, 2108.