



## اسکیزوفرنیا و شیوع ناهنجاری‌های مادرزادی خفیف

دکتر حسین عبداللہی ثانی\*، دکتر بدری دانش‌آموز\*\*

### چکیده

**هدف:** هدف بررسی حاضر مقایسه‌ی شیوع ناهنجاری‌های مادرزادی خفیف در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و بیماران طبی بود.

**روش:** در این بررسی که به صورت مورد-گواه انجام شد ۵۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، با ۵۰ بیمار طبی از نظر شیوع ناهنجاری‌های مادرزادی مقایسه شدند. آزمودنی‌های گروه نخست را بیماران بستری در دو بیمارستان روانپزشکی تهران طی سه ماه و بیماران طبی را بیماران مراجعه‌کننده به یک درمانگاه عمومی در همان زمان در تهران تشکیل دادند که به تصادف انتخاب شده بودند. گردآوری داده‌ها به کمک معاینه‌ی بالینی، مصاحبه‌ی روانپزشکی و پرسش‌نامه انجام گردید.

**یافته‌ها:** در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ناهنجاری‌های مادرزادی خفیف بیشتر از آزمودنی‌های گروه گواه بود به طوری که مجموع نمره‌های به دست آمده در این گروه ۲۵۸ در برابر ۱۴۳ و میانگین شمار ناهنجاری‌ها برای هر بیمار ۵/۵ در برابر ۲/۶ برای گروه گواه بود. در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ناحیه دهان (۲۵٪) و در آزمودنی‌های گروه گواه پاهای (۲۵٪) دارای بیشترین ناهنجاری بود. در هر دو گروه ناهنجاری چسبندگی نرمه گوش بیشترین فراوانی را داشت. انواع ناهنجاری‌ها به جز لاله گوش نرم و شل، در گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بیشتر از افراد بهنجار و شیوع ناهنجاری‌ها در هر دو گروه در مردان بیشتر از زنان بوده است.

**نتیجه:** شمار ناهنجاری‌های خفیف بدنی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بیشتر از بیماران طبی مورد بررسی است.

:

برآورد می‌شود (سادوک<sup>۱</sup> و سادوک، ۲۰۰۰). با وجود

میزان شیوع اسکیزوفرنیا در جهان نزدیک به ۱٪ این مانند بسیاری از اختلال‌های روانپزشکی هنوز علت

\* روانپزشک، کرج، خیابان شهید بهشتی، بعد از میدان شهدا، روبه‌روی بیمه ایران، ساختمان پزشکان نیلوفر، طبقه پنجم، واحد ۱۸ (نویسنده مسئول).

E-mail: hosabdollahi@yahoo.com

\*\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان. بزرگراه تهران-کرج، نبش

بزرگراه آزادگان، بیمارستان روانپزشکی ایران.

مورد و گواه تنها از نظر سن و جنس هم‌تاسازی شده‌اند. روش کار به صورت مصاحبه‌ی روانپزشکی، معاینه‌ی بدنی و تکمیل پرسش‌نامه بوده، پرسش‌نامه برپایه میزان‌بندی والدروپ<sup>۱۱</sup> (تریکسلر<sup>۱۲</sup>، تنی<sup>۱۳</sup> و کزایی<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۷) تهیه شده و ناهنجاری‌ها در ۶ گروه سر، چشم، گوش، دهان، دست و پا دسته‌بندی شده که وجود هر کدام، یک امتیاز و نبود آن صفر به‌شمار می‌رفته است. جمع نمره‌های بیماران و گروه گواه مقایسه شد. اندازه‌گیری‌ها با ابزار متر خیاطی و در برخی موارد به صورت تقریبی با مشاهده‌ی بالینی انجام شد. هم‌چنین شمار کل ناهنجاری‌ها و فراوانی هر نوع ناهنجاری در هر گروه با گروه دیگر مقایسه گردید. مصاحبه‌ی بالینی، معاینه‌ی بدنی و تکمیل پرسش‌نامه همه توسط یک نفر روانپزشک انجام شده است. فرد معاینه‌کننده در تشخیص ناهنجاری از متخصص‌های کودک و گوش و حلق و بینی و نیز از اطلس‌های ناهنجاری‌های مادرزادی<sup>۱۵</sup> (اسمیت<sup>۱۶</sup>، ۱۹۷۰؛ وارکانی<sup>۱۷</sup>، ۱۹۷۱) کمک گرفته است.

داده‌های پژوهش به کمک آزمون آماری خی دو تحلیل گردید.

شمار بیماران مورد بررسی ۵۰ نفر (۱۱ زن و ۳۹ مرد) بود. همگی دارای تشخیص اسکیزوفرنیا بودند و سابقه‌ی بیش از دو بار بستری در بیمارستان داشتند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش در جدول ۱ ارائه گردیده است.

این بررسی نشان داد که ناهنجاری‌های بدنی خفیف در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بیشتر از بیماران گروه

روشنی برای آن پیدا نشده است. یکی از نظریه‌هایی که الگوی سبب‌شناختی ویژه‌ای را برای این اختلال مطرح می‌کند نظریه‌ی رشدی-عصبی<sup>۱</sup> است. در این نظریه آسیب‌های پی‌شناختی دیده شده در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ناشی از آسیب‌های دوران بارداری دانسته شده و عامل‌های مؤثر در بروز این آسیب‌ها نیز در بروز اسکیزوفرنیا مؤثر شناخته شده است (بوکلی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). بررسی‌های محدودی در مورد میزان شیوع ناهنجاری‌های مادرزادی خفیف در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا (بوکلی، ۱۹۹۸؛ دالمن<sup>۳</sup>، آل‌بک<sup>۴</sup> و کول‌برگ<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹؛ ایسمایل<sup>۶</sup>، کانتر<sup>۷</sup> و مک‌نیل<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸؛ مک‌گراث<sup>۹</sup>، ۱۹۹۵) انجام شده است. بررسی حاضر نیز در این راستا و با هدف شناخت ناهنجاری‌های بدنی خفیف در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و مقایسه‌ی آن با بیماران بدنی انجام شده است.

این بررسی از نوع مورد-گواه است و بر روی ۵۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا و ۵۰ بیمار بدنی به‌عنوان گروه گواه انجام شده است. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را بیماران بستری در بیمارستان‌های شهید نواب صفوی و شهید اسماعیلی تهران در ماه‌های اردیبهشت، خرداد و تیر سال ۱۳۷۹ تشکیل داده‌اند. همگی سابقه‌ی چندین بار بستری با تشخیص اسکیزوفرنیا داشته‌اند و تشخیص‌گذاری برپایه‌ی معیارهای DSM-IV<sup>۱۰</sup> توسط روانپزشکان بیمارستان‌های یادشده انجام گرفته است. بیماران طبی از میان بیماران مراجعه‌کننده به یک درمانگاه در همان زمان به صورت تصادفی و با توجه به برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند سن و جنس بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انتخاب شده‌اند. انتخاب این بیماران به‌گونه‌ای بود که از هر سه بیمار که برای معاینه به پزشک مراجعه می‌کرد، سومین بیمار از نظر ناهنجاری‌های بدنی معاینه می‌شد. بنابراین دو گروه

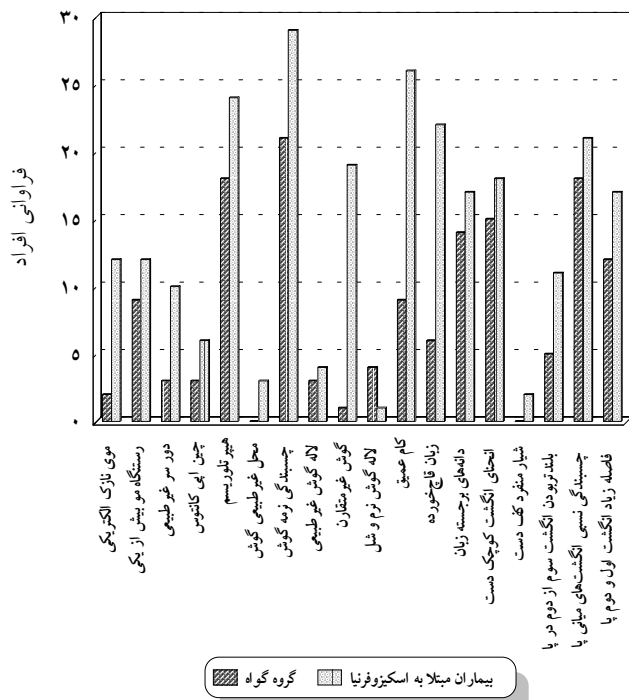
- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1- neurodevelopmental  | 2- Buckley               |
| 3- Dalman  | 4- Allebeck              |
| 5- Cullberg  | 6- Ismail                |
| 7- Cantor  | 8- McNeil                |
| 9- McGrath   |                          |
| 10- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 <sup>th</sup> edition). | 11- Waldrop              |
| 12- Trixler  | 13- Tenyi                |
| 14- Csabi  | 15- congenital anomalies |
| 16- Smith  | 17- Warkany              |

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب سن، جنس، میزان تحصیلات و خویشاوندی

گروه اسکیزوفرنیا		گروه گواه	
فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
جنس	مرد	۳۹ (۷۸)	۳۹ (۷۸)
زن	۱۱ (۲۲)	۱۱ (۲۲)	
سن	زیر ۲۰ سال	۰ (۰)	۲ (۴)
۲۱-۴۰ سال	۳۹ (۷۸)	۴۰ (۸۰)	
۴۱-۶۵ سال	۱۰ (۲۰)	۸ (۱۶)	
بالای ۶۵ سال	۱ (۲)	۰ (۰)	
تحصیلات	بی‌سواد	۱ (۲)	۱ (۲)
زیر دیپلم	۲۸ (۳۶)	۳۷ (۷۴)	
دیپلم	۱۳ (۲۶)	۹ (۱۸)	
دانشگاهی	۸ (۱۶)	۳ (۶)	
نسبت خویشاوندی والدین	خویشاوند	۱۲ (۲۴)	۹ (۱۸)
غیرخویشاوند	۳۸ (۷۶)	۴۱ (۸۲)	

کف دست و لاله گوش نرم و شل در هر دو گروه در مردان بیشتر از زنان و میانگین ناهنجاری در هر فرد در مردان بیشتر از زنان بود (جدول ۲). این بررسی نشان داد که ۲٪ آزمودنی‌های گروه گواه هیچ‌گونه ناهنجاری نداشتند ولی تمامی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دارای ناهنجاری بودند. بیشترین تعداد ناهنجاری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ۶ و در گروه گواه ۳ بود (جدول ۴). ۴۰٪ بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دارای ۶ ناهنجاری یا بیشتر بودند و تنها ۸٪ آزمودنی‌های گروه گواه ۶ ناهنجاری داشتند. روی هم رفته در تمامی موارد به جز لاله گوش نرم و شل ناهنجاری‌ها در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بیشتر از آزمودنی‌های گروه گواه بوده است. بیشترین تفاوت در گوش غیرمتمارن بود و کمترین تفاوت در انحنای انگشت کوچک بود.

نمودار ۱- مقایسه فراوانی انواع ناهنجاری‌ها در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و گروه گواه



گواه است (نمودار ۱) به طوری که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در مجموع ۲۵۴ امتیاز و گروه گواه ۱۴۳ امتیاز به دست آورده‌اند (جدول ۲).

میانگین شمار ناهنجاری‌ها در هر بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا ۵/۵ (۵/۴ در زنان و ۵/۶ در مردان) و در گروه گواه ۲/۶ (۲/۳ در زنان و ۲/۹ در مردان) بوده است و آزمون آماری خلی دو این تفاوت را از نظر آماری معنی‌دار نشان داد ( $p < 0.001$ ).

در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ناهنجاری‌ها بیشتر در دهان (۲۵٪) دیده شد و کمترین ناهنجاری در ناحیه دست (۸٪) بود. ولی در گروه گواه بیشترین ناهنجاری‌ها در پاها (۲۵٪) و کمترین ناهنجاری‌ها در ناحیه سر (۱۰٪) بود (جدول ۳). در میان تمامی ناهنجاری‌ها چسبندگی نرمه گوش در هر دو گروه شایع‌تر از سایر موارد بود. به طور کلی در بیماران گروه اول ۶۴٪ ناهنجاری‌ها در ناحیه صورتی - جمجمه‌ای<sup>۱</sup> دیده شده است. در گروه گواه ۷۳٪ ناهنجاری‌ها در ناحیه سر قرار داشت.

میزان ناهنجاری‌ها در تمام موارد به جز شیار منفرد

جدول ۲- میزان ناهنجاری‌های خفیف بدنی به تفکیک فراوانی آن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و گروه گواه برحسب جنس

نوع ناهنجاری‌ها	گروه گواه		بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا	
	نمره کل		نمره کل	
	مرد	زن	مرد	زن
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
موی نازک الکتریکی	۲	— (۰)	۲ (۱/۴)	۲ (۰/۸)
رستنگاه مو بیش از یکی	۹	۱ (۰/۷)	۸ (۵/۶)	۱ (۰/۴)
دور سر غیر طبیعی	۳	۱ (۰/۷)	۲ (۱/۴)	۳* (۱/۲)
چین اپی کانتوس	۳	۱ (۰/۷)	۲ (۱/۴)	۱ (۰/۴)
هیپر تلوریسم	۱۸	۴ (۲/۸)	۱۴ (۱۰)	۷ (۲/۷۵)
محل غیر طبیعی گوش	—	— (۰)	— (۰)	۱ (۰/۴)
چسبندگی نرمه گوش	۲۱	۳ (۲)	۱۸ (۱۲/۸)	۶ (۲/۴)
لاله گوش غیر طبیعی	۳	— (۰)	۳ (۲)	— (۰)
گوش غیر متقارن	۱	— (۰)	۱ (۰/۷)	۵ (۲)
لاله گوش نرم و شل	۴	۱ (۰/۷)	۳ (۲)	۱ (۰/۴)
کام عمیق	۹	— (۰)	۹ (۶/۳)	۷ (۲/۷۵)
زبان قاج خورده	۶	— (۰)	۶ (۴/۲)	۶ (۲/۴)
دانه‌های برجسته‌ی زبان	۱۴	۲ (۱/۴)	۱۲ (۸/۵)	۱ (۰/۴)
انحنای انگشت کوچک دست	۱۵	۳ (۲)	۱۲ (۸/۵)	۳ (۱/۲)
شیار منفرد کف دست	—	— (۰)	— (۰)	۱ (۰/۴)
بلندتر بودن انگشت سوم از دوم در پا	۵	۲ (۱/۴)	۳ (۲)	۲ (۰/۸)
چسبندگی نسبی انگشت‌های میانی پا	۱۸	۳ (۲)	۱۵ (۱۰/۶)	۷ (۲/۷۵)
فاصله زیاد انگشت‌های اول و دوم پا	۱۲	۲ (۱/۴)	۱۰ (۷)	۳ (۱/۲)
جمع	۱۴۳	۲۳ (۱۶)	۱۲۰ (۸۴)	۵۷ (۲۲)

\* در هر سه بیمار زن اندازه‌ی دور سر کمتر از طبیعی بود. از ۷ بیمار مرد در ۴ نفر اندازه‌ی دور سر بیشتر از طبیعی و در ۳ نفر کمتر از طبیعی بود.

جدول ۴- مقایسه‌ی فراوانی ناهنجاری‌های خفیف بدنی

در آزمودنی‌های دو گروه مورد بررسی

نمره	گروه گواه	گروه مبتلا به اسکیزوفرنیا
	فراوانی (%)	فراوانی (%)
۰	۱ (۲)	۰ (۰)
۱	۱۰ (۲۰)	۲ (۴)
۲	۱۱ (۲۲)	۱ (۲)
۳	۱۵ (۳۰)	۳ (۶)
۴	۸ (۱۶)	۱۰ (۲۰)
۵	۱ (۲)	۱۲ (۲۴)
۶	۲ (۴)	۱۴ (۲۸)
۷	۲ (۴)	۴ (۸)
۸	۰ (۰)	۱ (۲)
۹	۰ (۰)	۳ (۶)
جمع	۵۰ (۱۰۰)	۵۰ (۱۰۰)

جدول ۳- فراوانی نمره‌های ناهنجاری‌های خفیف در

نواحی مختلف بدن

نواحی بدن	گروه گواه	گروه مبتلا به اسکیزوفرنیا
	فراوانی (%)	فراوانی (%)
ناحیه سر	۱۴ (۱۰)	۳۳ (۱۳)
چشم	۲۱ (۱۴)	۳۶ (۱۴)
گوش	۲۹ (۲۰)	۵۶ (۲۱)
دهان	۲۹ (۲۰)	۶۴ (۲۵)
دست	۱۵ (۱۱)	۲۰ (۸)
پا	۳۵ (۲۵)	۴۹ (۱۹)
کل	۱۴۳ (۱۰۰)	۲۵۸ (۱۰۰)

- neurodevelopment in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 79-86.
- Cantor, G.E., & McNeil, T.F. (1994). Link between pregnancy complication and minor physical anomalies in monozygotic twins discordant for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1188-1193.
- Dalman, C., Allebeck, P., & Cullberg, J. (1999). Obstetric complications and risk of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 56, 234-240.
- Ismail, B., Cantor, G.E., & McNeil, T.F. (1998). Minor physical anomalies in schizophrenic patients and their siblings. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1695-1702.
- Lane, A.K. (1997). The anthropometric assessment of dysmorphic features in schizophrenia as an index of its developmental origins. *Psychological Medicine*, 27, 1155-1164.
- McGrath, J.J., Van-D.S.J., & Hoyos, C. (1995). Minor physical anomalies in psychosis: associations with clinical and utative etiological variablbs: *Schizophrenia Research*, 18, 9-20.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. (p.p.1096-1109).
- Smith, D.W. (1970). *Recognizable patterns of human malformation*, Philadelphia: WB Saunders.
- Trixler, M., Tenyi, T., & Csabi, G. (1997). Informative morphogenetic variants in patients with schizophrenia and Alcohol patients: Beyond the Waldrop Scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 691-693.
- Warkany, J. (1971). *Congenital malformations*. Chicago: Year Book Medical.
- در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا شمار ناهنجاری‌های خفیف بدنی بیشتر از آزمودنی‌های گروه گواه بود. متوسط ناهنجاری‌های هر فرد هم در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بیشتر بود. یافته‌های این بررسی با یافته‌های بررسی ایسمایل و همکاران (۱۹۹۸) که متوسط ناهنجاری‌ها را ۴/۸ گزارش نموده است، همسویی دارد. در بررسی ایسمایل و همکاران (۱۹۹۸) ۶۰٪ بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دارای ۶ ناهنجاری یا بیشتر بوده‌اند. در بررسی حاضر در گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا چسبندگی نرمه گوش بیشتر بود و عمیق بودن کام پس از آن قرار داشت. در بررسی‌های ایسمایل و همکاران (همان‌جا) و لین<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) نیز بیشترین ناهنجاری مربوط به ناحیه صورت و جمجمه بود. ناهنجاری‌های گوش بیشتر در سه ماهه دوم بارداری در دوران رشد و تکامل اندام‌ها رخ می‌دهد (کانتر و مک‌نیل، ۱۹۹۴) و در این رابطه بیماری‌هایی که در سه ماهه دوم بارداری جنین را تحت تأثیر قرار می‌دهند (بیماری‌های ویروسی هم چون آنفلوآنزا) می‌توانند به بروز اسکیزوفرنیا کمک کنند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰؛ تریکسلر و همکاران، ۱۹۹۷). با توجه به یافته‌های این بررسی و شیوع ناهنجاری‌های بدنی خفیف در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا می‌توان به نظریه‌ی رشدی-عصبی در سبب‌شناسی این بیماری بیشتر توجه داشت.
- باید گفت که برخی عوامل جمعیت‌شناختی از جمله وضعیت اقتصادی و میزان تحصیلات ممکن است به عنوان متغیر مستقل در این پژوهش دخالت داشته باشند اما بررسی نشده‌اند. با توجه به محدودیت بررسی حاضر، پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده این عوامل نیز در نظر گرفته شوند.
- یافته‌های این بررسی بر رعایت نکات بهداشتی در دوران بارداری از جمله پیشگیری از ابتلای مادر به بیماری‌های ویروسی و تغذیه مناسب وی تأکید دارند.

Buckley, P.F. (1998). The clinical stigmata of aberrant