



بررسی اختلال هذیانی در بیماران بستری در بیمارستان فارابی کرمانشاه

دکتر فایزه تاتاری^{۱*}، دکتر سودابه سودی^{۲*}

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 خلقی، 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.

Andeeshah
Va
Raftar
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. پیشتر به این اختلال پارانوئیا گفته می‌شد. پارانوئیا از دو واژه یونانی: "پارا" به معنی کنار یا پهلو و "نوئیا" از ریشه‌ی "نوئوس" که

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

بردند. کرپلین^(۱) این مفهوم را برای توصیف گونه‌ای بیماری مزمن، غیر متداول و بی سر و صدا معرفی کرد که با هذیان و نداشتن توهم همراه بود و سازمان شخصیت دست نخورده می‌ماند. وی هذیان‌ها را به انواع گزند و آسیب، بزرگ منشی، جسمی، حسادت و خود بیمار انگاری تقسیم کرد و در این میان پارانوئیا بیشتر با گزند و آسیب و بدگمانی مترادف شد که هنوز هم در فرهنگ عمومی همین معنی را می‌رساند. امروزه برای این اختلال واژه‌ی کلی اختلال هذیانی به کار می‌رود که در DSM-IV معیارهای تشخیصی خود را دارد و با توجه به بررسی‌های تازه‌تر مبتنی بر تحلیل عاملی^(۲) نشانه شناختی^(۳) آن را گروهی از بیماری‌های ناهمگن^(۴) می‌دانند. مهمترین نشانه‌های متفاوت در این بررسی‌ها نشانه‌های افسردگی، توهم‌ها، هذیان‌ها و تحریک‌پذیری بوده است (سراتی^(۵)، لاتادا^(۶)، کازین^(۷)، اسمالدی^(۸)، ۱۹۹۹).

اختلال هذیانی اختلال نسبتاً نادری است. در ایالات متحده آمریکا شیوع آن بین ۰/۰۲۵٪ تا ۰/۰۳٪ برآورد می‌شود (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 می‌نمایند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵). همچنین قدرت استدلال در این بیماران حتی در مقایسه با بیماران اختلال وسواسی کمتر آسیب می‌بیند (فیر^(۱۲) و هیلی^(۱۳)، ۱۹۹۷). به همین دلایل خانواده‌ها یا دادگاه بیشتر در جستجوی کمک پزشکی هستند تا خود فرد. میزان بروز سالانه‌ی آن را ۱ تا ۳ مورد جدید در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت دانسته‌اند. سن متوسط شروع بیماری حدود ۴۰ سالگی است، اما در گروههای سنی ۲۵ تا ۹۰ سالگی نیز دیده می‌شود (کاپلان و سادوک،

۱۹۹۴). در بررسی یامادا و همکاران (۱۹۹۸) سن بیمار و محتوای هذیان‌ها در آغاز بیماری همبستگی داشته است. در گروههای سنی بالاتر محتوای هذیان بیشتر گزند و آسیب و در سن پایین هذیان‌ها بیشتر جسمی بوده‌اند. این اختلال در زن‌ها شایع‌تر از مردان گزارش شده است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵).

مبتلایان به اختلال هذیانی گوشه گیر هستند و از نظر پیشرفت اجتماعی در سطحی پایین‌تر 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 نشانه‌های ویژه اسکیزوفرنیا مانند دوگانگی احساس در عملکرد اجتماعی دچار مشکل می‌شوند.

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

شایع‌ترین محل‌های ضایعه در آنها هسته‌های قاعده‌ای و سیستم لیمبیک است. ممکن است انجام الکتروانسفالوگرافی یا توموگرافی کامپیوتری، به ویژه اگر نشانه‌های دیگر گویای تخریب شناختی، ضایعات

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	

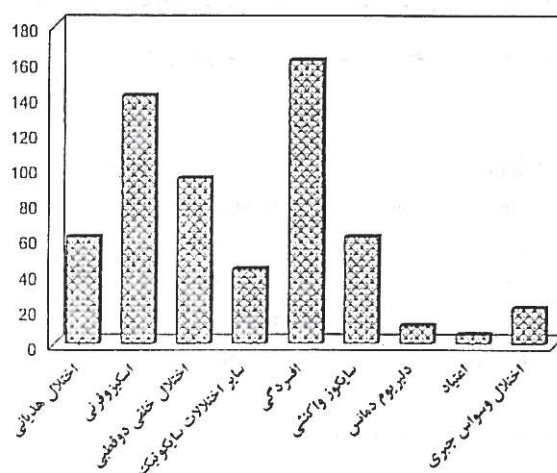
ساختاری یا الکتروفیزیولوژیکی باشد، ضرورت یابد. هدف از اجرای این پژوهش بررسی فراوانی اختلال هذیانی در بیماران بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان فارابی کرمانشاه بوده است. افزون بر آن برخی از ویژگی‌های بیماران مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، بیماری‌های ایجادکننده هذیان، سابقه‌ی خانوادگی، 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.



سن ۵۹ بیمار (۲۷ زن و ۳۲ مرد) مبتلا به اختلال 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	۵۴/۲
	زن	۲۷	۴۵/۸
وضعیت تأهل	متأهل	۴۷	۷۹/۷
	مجرد	۴	۶/۸
	طلاق گرفته	۷	۱۱/۹
	بیوه	۱	۱/۷
شغل	خانه دار	۲۰	۳۳/۸
	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
	بالتر از ۴۰ ماه	۸	۱۶/۸

وضعیت اجتماعی - اقتصادی آنان در ۵ سطح کیفی تقسیم بندی شد. ۷ نفر (۱۱/۸٪) وضعیت خوب ۱۶ نفر (۲۷/۱٪) متوسط و ۳۲ نفر (۵۴/۲٪) دارای وضعیت بد بوده اند. ۳ مورد (۵/۱٪) در وضعیت بسیار بد به سر می بردند.

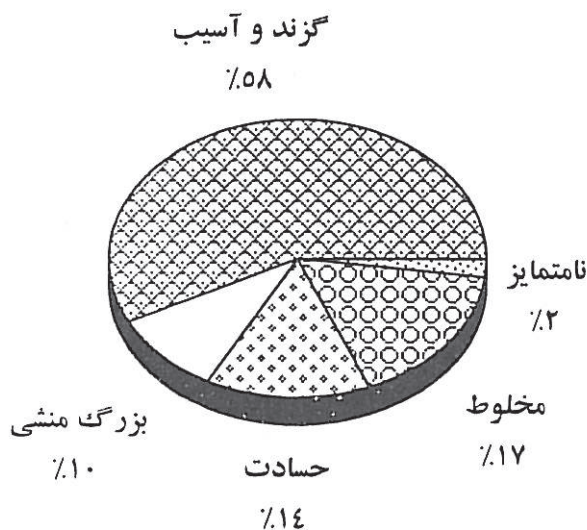
جدول ۱ همچنین توزیع بیماران را بر اساس شغل نشان می دهد. همان طور که جدول نشان می دهد بیشترین درصد آزمودنیهای پژوهش را زنان خانه دار تشکیل می دهند.

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

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

توزیع بیماران مورد بررسی بر پایه طول مدت بستری در جدول ۱ نشان داده شده است. همان گونه که در جدول دیده می شود طول مدت بستری ۳۵/۷٪ آزمودنیهای پژوهش ۲۱-۳۰ 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.



همان گونه که در نمودار دیده می شود 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. بیشن تمام بیماران مختل بود و خود را بیمار نمی دانستند.

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 پذیرش های یاد شده در سایر بررسیها (کاپلان، سادوک، ۱۹۹۴) می باشد. با توجه به این که در کشور ما آمار رسمی در این مورد وجود ندارد این تفاوت می تواند نشان دهنده شدت مسئله و مطرح کننده نکات زیر باشد:

۱- میزان شیوع اختلال هذیانی در فرهنگ های گوناگون متفاوت است و نقش عوامل فرهنگی در بروز و شیوع آن تعیین کننده می باشد.

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

۳- عامل ژنتیکی یا نژادی ویژه ای در منطقه مورد بررسی ممکن است وجود داشته باشد که مستعد کننده ای ابتلا به اختلال هذیانی است. برای تأیید یا رد هر یک از این فرض ها نیاز به بررسیهای گسترده تری می باشد. 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 می کند و به آن کمتر زمینه‌ی بروز می دهد. 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:

Andeesheli
Va
Rafar
اندیشه و رفتار
A