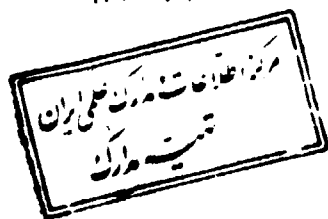


۱۳۷۸ / ۳ / ۳۰



دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
دانشکده پزشکی

پایان نامه

جهت دریافت درجه دکترای پزشکی

عنوان

بررسی فراوانی اختلالات هذیانی در بیماران بستری شده در
بیمارستان فارابی بین سالهای ۱۳۷۰-۱۳۷۵

استاد راهنما

خانم دکتر فائزه قاتاری - استادیار

استاد مشاور

آقای منصور رضائی

نگارش

سودابه سودی

شهریور ۱۳۷۷

1082/2

۲۴۲۱۴



همه عمر بر ندارم سر از این خمار مستی

که هنوز من نبودم که تو در دلم نشستی

نه تو مثل آفتاب که حضور و غیبت افتد

دگران روند و آیند و تو همچنان که هستی

۲۴۲/۴





الهی !

بهر نام که مرا خوانند ،
به بندگی تو معروفم !
بهر صفت که هستم ،
بهر خواست تو موقوفم !

الهی !

میلرزم !
از آن که مبادا هیچ نیزم
او که تو در زندگانی اوئی ؛
جاوید زنده است !

الهی !

گفت تو راحت دل است ؛
و دیدار تو زندگانی جان !
زبان بیاد تو نازد ؛
و دل به مهر و جان به عیان !

از مناجاتنامه خواجه عبدالله انصاری





تقدیم به

پدر و مادره که خورشید وجودشان همواره فروزان و تابناک باد
که من گرمی و میات را از آن می گیرم
و بدون آن سرد و خاموشم

تقدیم به

قواهر و برادرانم که عشق پاکشان نیرو بخش گامهایم بود.

تقدیم به

روح فاله عزیزم ، چشمه جوشان محبت ، که از پس قرنهای توان
فراموشیش را ندارم.

تقدیم به

خانم شاهمیری ، نخستین آموزگارم ، که راه پر فراز و نشیب
تمصیل را با او آغاز کردم.

تقدیم به

خانم دکتر تانیا امینی و خانم دکتر پاتنه آ عینی
همراهان زمستانهای غربت و غروبهای دل.



فهرست مطالب

صفحه	موضوع
	فصل اول کلیات
۱	سیر اختلالات بسیکوتیک
۳	اختلال هذیانی
۶	تاریخچه
۱۱	همه گیری شناسی
۱۲	اتیولوژی
۱۴	عوامل روان پویشی
۱۸	تشخیص
۲۱	نوع
۲۱	سایر هذیان ها
۲۲	وضعیت روانی
۲۵	انواع
۲۸	تشخیص افتراقی
۳۴	سیروپیش آگهی
۳۶	درمان
۳۶	بستری شدن
۳۷	درمان دارویی
۳۸	روان درمانی
۳۹	عوامل روان پویشی
۴۰	روان درمانی خانواده

فصل دوم

اهداف و فرضیات..... ۴۲

فصل سوم

روشها و مواد و فرضیات..... ۴۳

فصل چهارم

پیشنهادات..... ۴۸

خلاصه پایان نامه - فارسی..... ۴۹

خلاصه پایان نامه - انگلیسی..... ۵۰

منابع..... ۵۱

فصل اول

کلیات

سایر اختلالات پسیکوتیک

اسکیزوفرنی اختلال پسیکوتیک کلاسیک و شایعترین نوع روان پریشی است. معهذاً؛ سندرمهای پسیکوتیک زیادی وجود دارند که واجد ملاکهای تشخیصی اسکیزوفرنی نمی باشند. سندرمهای پسیکوتیک عمده دیگر عبارتند از اختلال اسکیزوفرنیفرم؛ اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال هذیانی و اختلال پسیکوتیک گذرا. بطور خلاصه، علائم اختلال اسکیزوفرنیفرم مشابه علائم اسکیزوفرنی است به استثناء اینکه علائم حداقل به مدت یک ماه اما کمتر از شش ماه دوام داشته اند. اختلال اسکیزوافکتیو با وجود سندرم کامل علائم اسکیزوفرنی و اختلال خلقی مشخص است. اختلال هذیانی، مثل اسکیزوفرنی، اختلالی مزمن است اما هذیان ها علائم بارز آن هستند. اختلال پسیکوتیک گذرا در درجه اول با طول مدت کوتاه (حداقل یک روز اما کمتر از یک ماه) و علائم اسکیزوفرنی مشخص است.

در ارزیابی هر بیمار پسیکوتیک، احتمال اینکه پسیکوز ناشی از یک اختلال طبی عمومی باشد یا از مصرف مواد ناشی شود باید در مد نظر باشد. این دو موقعیت در چهارمین چاپ راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) به ترتیب با عنوان های اختلال پسیکوتیک ناشی از یک اختلال طبی عمومی و اختلال پسیکوتیک ناشی از مواد معرفی شده اند. DSM-IV همچنین تشخیصی با عنوان اختلال کاتاتونیک ناشی از یک اختلال طبی عمومی دارد که به منظور تاکید بر تشخیص افتراقی علائم کاتاتونیک منظور شده است.

DSM-IV در ضمیمه خود دو تشخیص اختلال پسیکوتیک جدید را معرفی کرده است، اختلال افسردگی پس از پسیکوز اسکیزوفرنی و

اسکیزوفرنی ساده . اختلال افسردگی پس از پسیکوز اسکیزوفرنی با وجود تمام علائم یک دوره افسردگی اساسی در مرحله باقیمانده اسکیزوفرنی مشخص است. اسکیزوفرنی ساده که هنوز طبقه ای بحث انگیز است، با پیدایش پیشرونده علائم مردم گریزی و سایر علائم مشابه علائم کمبودی اسکیزوفرنی مشخص است.

علاوه بر اختلالات پسیکوتیک شایع و تشخیص های جدید معرفی شده در DSM-IV، انواعی از اختلالات پسیکوتیک نادریا ناجور بطور رسمی یا بالینی شناخته شده اند. DSM-IV واجد ملاکهای تشخیصی برای اختلال پسیکوتیک مشترک است، که طبقه تشخیصی برای افرادی است با علائم پسیکوتیک، که این علائم در نتیجه رابطه با بیماری پسیکوتیک پدید آمده اند. پسیکوز پس از زایمان در بعضی از بانوان پس از تولد کودک ظاهر می شود. علاوه بر این پسیکوزها و پسیکوزهای ناجور دیگر تعدادی سندرمهای پسیکوتیک وابسته به فرهنگ مثل آموک و کورو وجود دارد.

طرح درمانی عمده برای این گروه از اختلالات پسیکوتیک طرح درمانی جامعی است که به عوامل زیست شناختی، روانشناختی، و محیطی در این اختلالات توجه دارد. داروها بخش عمده ای از درمان تمام اختلالات را تشکیل می دهد. معهذا، یک چهارم تا نیمی از بیماران داروها را به گونه ای که تجویز شده است مصرف نمی کنند. رویکردهای روان پویشی ممکن است در آشکار ساختن علل عدم همکاری کمک کننده باشند. در بعضی موارد، حالات بزرگ منشی هماهنگ با ایگو (ego-Syntonic) چنان لذت بخش است که روان پریشی را به تثبیت یافتن به کمک دارو ترجیح می دهد. در مواردی که فقط یک دوره پسیکوتیک در کار است، بیماران ممکن

است از همکاری در مصرف دارو خودداری کنند چون برای مدارا با واقعیت (اختلال پسیکوتیک جدی) از افکار استفاده می کنند. به نظر آنها، مصرف دارو ممکن است به برچسب بیماری روانی تبدیل شود.

سایر عوامل روان پوشی که لازم است در این گروه از اختلالات پسیکوتیک ارزیابی شوند مشتملند بر عوامل استرس آور زمینه ساز و محیط بین فردی و در جریان گرفتن شرح حال و معاینه بیمار، پزشک باید به تغییرات با عوامل استرس زا در محیط بین فردی بیمار توجه نماید. بیماران مستعد پسیکوز نیازمند حفظ فاصله بین فردی خاصی هستند؛ غالباً نزدیک شدن دیگران به سوی بیمار استرس مغلوب کننده ای در بیمار به وجود می آورد که به پسرفت و ناتوانی می انجامد. همچنین، در بعضی از موارد موفقیت یا فقدان تازمه ممکن است عوامل استرس زای مهمی شمرده شوند. غالباً، یک رویداد نسبتاً جزئی معنی روانشناختی عمیقی دارد، لذا تفتیش پوشی معنی رویدادها در ارزیابی عوامل مؤثر در ایجاد دوره های پسیکوتیک اهمیت اساسی دارند.

اختلال هذیانی

اختلال هذیانی (Delusional disorder) یک اختلال روانی تعریف می شود که در آن علائم مسلط هذیانها هستند. اختلال هذیانی سابقاً "پارانویا" یا اختلال پارانوئید نامیده میشد. معهدا، این اصطلاحات اشتباهاً این مفهوم ضمنی را می رساند که هذیان ها همیشه محتوی گزند و آسیب دارند؛ در حالیکه همیشه این طور نیست. هذیان ها در اختلال هذیانی ممکن است محتوی بزرگ منشی، شهوانی، حسادت، جسمی یا مختلط داشته باشند.

اختلال هذیانی باید هم از اسکیزوفرنی و هم از اختلالات خلقی تفکیک شود. هرچند بیماران مبتلا به اختلال هذیانی ممکن است خلقی هماهنگ با محتوای هذیانی داشته باشند ولی فاقد عمق علائم عاطفی هستند که در اختلالات خلقی دیده می شود. همچنین بیماران مبتلا به اختلال هذیانی با توجه به ماهیت فاقد غرابت هذیان های خود (مثلاً تحت تعقیب FBI بودن که بعید اما ممکن است در مقابل کنترل شدن توسط مریخیان) از اسکیزوفرنی تفکیک می شوند. بیماران مبتلا به اختلال هذیانی فاقد علائم دیگر اسکیزوفرنی، نظیر توهمات بارز، سطحی شدن عاطفه و علائم دیگر اختلال خلقی هستند.

ترمینولوژی در ارتباط با Paranoia (Table 15.2-6)

Delusional disorders : کاتگوری DSM-III-R بر شکل اصلی این اختلالات که هذیان است تاکید کرد. کرایتریای DSM-IV شامل یک یا بیشتر از هذیانهای فاقد غرابت است که بیش از یک ماه طول بکشد.

Paranoia : ترم قدیمی برای اختلال پیشرفته بی سروصدا در افرادی که دارای یک سیستم هذیانی قوی هستند اما هیچ آشگفتی در ظاهر یا شکل افکارشان ندارند؛ همچنین به Paranoia vera ، Simple delusional disorder ، Delusional monomania معروف است.

Paranoic or Paranoiac : صفت قدیمی که برای توصیف افراد با Paranoia استفاده می شد.

Paranoid : ترم گسترده به مفهوم ظنین بودن به بیشتر مردم است. در روانپزشکی یک نمای کلینیکی است که برای توصیف اشکال Objective و

Subjective گوناگون رفتاری که بنا بر اختلال روانی می‌گذارند استفاده می‌شود. به هیچ بیماری خاصی بر نمی‌گردد. (به عنوان مثال پارانوئید به معنی اسکیزوفرنی در زمان حال نیست).

Paranoid Delusion: ترم قدیمی تر که کاربرد آن در هذیانهای "گزند و آسیب" و "بزرگ منشی" است. بدین علت که این هذیانها در اسکیزوفرنی نوع پارانوئید رخ می‌دهد. این ترم همراه با مفهوم Paranoid حالت سردرگمی ایجاد کرده و DSM-III-R توصیه کرده که از این اصطلاح بیش از این استفاده نشود.

Paranoid disorders: ترم DSM-III برای یک گروه بیماریهای ایدیوپاتیک شامل Paranoia اختلال پارانوئید حاد؛ اختلال پارانوئید مشترک و اختلال پارانوئید آتیپیکال که کمتر استفاده می‌شود.

Paranoid Personality: تداوم نشانه های رفتار پارانوئید که مربوط به اسکیزوفرنی و یا اختلال ذهنی دیگری نیست. معمولاً هذیان یا اشکال سایکوز دیگر وجود ندارد.

Paranoid Syndrome: ترمی که برای اشکال پارانوئیدی که با هم اتفاق می‌افتد به کار برده می‌شود. که این اشکال علل گوناگونی شامل افسردگی، اختلال طبی عمومی، اختلال ناشی از مواد و اسکیزوفرنی دارد.

Paraphrenia: ترم قدیمی برای بیماریهایی که به طور تئوری بین اسکیزوفرنی و پارانوئیا رخ می‌دهد و علائم مشترک هر دو را دارد (توهمات اما نه تخریب) و همچنین بقیه کتر اورسیها و احتمالات نباید استفاده شود تا تحقیقات مفهومی را معتبر سازد.

تاریخچه

اصطلاح قبلی اختلال هذیانی ، "پارانویا" از واژه یونانی به معنی "پهلو" و "روان" اخذ شده است. با این مفهوم "پارانویا" از نظر تاریخی برای توصیف انواعی از حالات روانی ، از جمله دمانس ودلییریوم بکار رفته است. در کاربرد امروزی "پارانویا" به سوء ظن شدید که معمولاً متکی بر ارزیابی واقعگرایانه نیست اطلاق می شود. معهدا، غالباً اصطلاح "پارانویا" هم توسط افراد عامی وهم متخصصین بهداشت روانی به معنی هر نوع سوء ظن به کار برده می شود. در زمینه بهداشت روانی ، بهتر است کلمه "پارانوئید" برای آن دسته از موقعیتهای بالینی بکار رود که در آن ها میزان پارانویا در ابعاد هذیانی است.

در سال ۱۸۱۸ یوهان کریستین هنروت با توصیف اختلالات "عقل" زیر عنوان "Verrucktheit" مفهوم بنیادی پارانویا را وارد روانپزشکی کرد. در سال ۱۸۳۸ روانپزشک فرانسوی ژان اتین دومینیک اسکیرول اصطلاح Monomania را برای مشخص کردن هذیان هایی که با نقص استدلال منطقی واختلال کلی رفتار همراه نمودند بکار برد در قرن نوزدهم به طور کلی روانپزشکی توجه بیشتری به توصیف اختلالات پارانوئید معطوف داشت که در راس آنها اختلالات هذیانی بود. کارل لودویک کالبام توصیفی از پارانوئیا در سال ۱۸۶۳ ارائه داد که شامل یکسری آشفتگی بود که منجر به کلاسه بندی کردن به جنون دوتایی ، پارافرنیا ، حسادت مرضی ، اسکیزوفرنیهای بهتر شناخته شده ومانیاشد. کاراو منتهی شد به به تایید اینکه صور پارانوئید کاراکتریستیک غیر اختصاصی بسیاری از بیماریها هستند. کاربرد او به

تصحیح کردن کرایتریاهای پارانوئید و اختلالات وابسته منجر شد و از وجود پارانوئیدهای با شیوع کمتر از قبیل Delusional disorder مطلع شد. بسیاری از پزشکان تصور می کردند پارانوئیا خیلی نادر است و اکثراً یک مریض را در طی یک دوره کامل بستری معاینه نمی کردند. درحقیقت بیشتر اشخاص با اختلال هذیانی در جامعه زندگی می کنند و معمولاً تحت مراقبتهای روانپزشکی بر نمی آیند؛ بنابراین مطالعه موارد به طور سیستماتیک مشکل است. حقیقتاً آگاهی نسبت به این بیماری کم بوده و مکرراً نیز گفته می شود. هرچند مجموعه ای از Case ها از قبیل Alistair Munro (برای اختلال هذیانی، نوع سوماتیک یا برای اختلال هذیانی هیپوکوندریکال) یا Nils Retterstol در درک و آگاهی ما مؤثر بوده اند. آنها به ما گفته اند که افراد با این اختلالات که اشکال پیچیده بیماریهای روانی نیز هستند برای یادگیری نگهداری شده اند.

یک تغییر عمده در تقسیم بندی کردن اختلالات هذیانی در DSM-III-R و DSM-IV تأکید بر قانون مرکزی هذیان در این اختلالات است و مفهوم مهم پارانوئید که همردیف شک شده است باید کنار گذاشته شود. حقیقتاً "شک" ممکن است کم شیوعتر از آنچه در مورد بیماریهای دیگر مورد انتظار است باشد. هیستوری مفهوم پارانوئیا نشان می دهد که مبهم بودن استفاده آن مربوط به زمان حال نیست. کلمه پارانوئیا توسط یونانیان قدیمی از ریشه هایی به مفهوم (پهلوی و خودش) ساخته شده. Hippocrates این اصطلاح را برای دلیریوم همراه با تب بالا به کار برد اما دیگران نویسندگان از آن برای توصیف حالت دمانس و دیوانگی استفاده کردند گاهی اوقات به معنای فکر نادرست حماقت و مشابه آن بکار می رود از اینرو مفهومش ناواضح بود.

برای قرن‌ها این اصطلاح بلااستفاده مانده بود تا اینکه در قرن نوزدهم احیاء شد.

Kahlbaum در سال ۱۸۶۳ پارانویا را به عنوان یک بیماری عقلی مجزا " یک شکل دیوانگی نسبی که کل این بیماری به طور اصلی عقل را تحت تأثیر قرار می دهد." تقسیم بندی کرد. تحت تأثیر متدهای علمی جدید پزشکی تجربی کالبام اهمیت هیستوری طبیعی را در بیماری عقلی مورد تأکید قرار داد و اصطلاح پارانویا را به بیماری هذیانی که سیر بیماری مدت طولانی بدون تغییر باقی مانده است محدود کرد. او نوشت که هذیانها در بیماریهای روانپزشکی و پزشکی دیگر نیز رخ می دهند.

Kraepelin مفهوم پرسروصدای پارانوئید را دریافت و با هر چاپ Textbook اش آن را اصلاح کرد. دیدگاه نهایی او از سه نوع اختلال پارانوئید حمایت می کرد. مانند کالبام، کرپلین نتیجه کارش بر اساس تجزیه هیستوری طبیعی اختلالات عقلی بود. او پارانویا را یک بیماری مزمن ؛ غیر متداول ؛ بی سروصدا (با مطالعه ۱۹ بیمار در طی این بررسی) که با سیستم هذیانی ، نداشتن توهم و عدم تخریب شخصیت مشخص شدند تعریف کرد. او هذیانها را به انواع Jealous , Somatic , grandiose , persecutory و احتمالاً Hypochondriacal تقسیم بندی کرد. او دریافت که این بیماری از اختلال در بینش و قضاوت و اختلال شخصیت ایجاد شده توسط فاکتورهای اساسی و استرسهای محیطی به وجود آمده . پارافرنیا یک اختلال پارانوئید ثانویه بود که بعد از دمانس زودرس ایجاد شده و خفیفتر است. توهمات (بخصوص شنوایی) وجود دارد اما تخریب عقل (دمانس) در کار نیست . سرانجام دمانس پارانوئید به وجود آمد. بیماری که ابتدائاً شبیه پارانویا بود اما شروعی زودتر