



اختلال هذیانی در بیماران سرپایی و بستری بیمارستان روزبه تهران

دکتر مجید صادقی*، دکتر پرویز علیوردی**

چکیده

هدف: اختلال هذیانی یکی از اختلالهای نه چندان شایع پسوکوتیک است که بیشتر با هذیانهای منفرد و شکل یافته (معمولاً از نوع گزند و آسیب، حسادت و خودبیمارپنداری) مشخص می شود. هدف این پژوهش بررسی اختلال هذیانی از نظر همه گیرشناسی نشانه شناسی، پدیدار شناسی و افتراق آن از سایر اختلالهای روانی بوده است. روش: در این پژوهش ۵۱ بیمار (۳۴ مرد، ۱۷ زن، ۴۵ مورد بستری و ۶ مورد سرپایی) که با مراجعه به پرونده ایشان بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV دارای اختلال هذیانی تشخیص داده شده بودند انتخاب و در مدت دو سال در بیمارستان روزبه مورد بررسی قرار گرفتند. گردآوری داده ها به کمک یک پرسشنامه ۴۹ ماده ای، آزمون هوشی و کسلر و سی تی اسکن انجام گردیده است. یافته ها: شایعترین نوع هذیان، هذیان گزند و آسیب و حسادت (به ترتیب ۴۹/۲٪ و ۴۰/۷٪) بودند. میانگین سن شروع هذیان در آزمودنیهای پژوهش حدود ۴۱ سال بود. چهار پنجم بیماران سطح اقتصادی-اجتماعی پایینی داشتند. شیوع عمل به هذیان، شروع تدریجی، و اختلال خلقی ثانویه در این بررسی حدود ۷۰٪ بود و در ۴۵٪ موارد فشارهای روانی حاد در پس زمینه بیماری وجود داشت. شیوع سابقه خانوادگی اختلال روانی، بیماری عضوی و کاربرد نا بجای مواد نیز ۳۰٪ برآورد شد. نتیجه: در مجموع به نظر می رسد الگوی اختلال هذیانی در این بررسی تفاوت چندانی با سایر بررسیهای انجام شده نداشته باشد.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار

۴

کلید واژه: اختلال هذیانی، هذیان گزند و آسیب، هذیان حسادت، هذیان خیانت

* روان پزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین تر از چهار راه لشکر، بیمارستان روزبه

** روانپزشک، تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین تر از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه

می پندارد. از هذیانهای شایع در اختلال هذیانی می توان هذیان حسادت و خیانت، هذیان گزند و آسیب، خود بزرگ پنداری و خودبیمار پنداری را نام برد.

در بررسیهای انجام شده درباره اختلال هذیانی برخی به تفاوتهای بالینی اختلال هذیانی و اسکیزوفرنیا اشاره کرده اند (اوانز^۵ و همکاران، ۱۹۹۶). در سال ۱۹۹۱ مونرو^۶ بر روی ۵۰ بیمار مبتلا به اختلال هذیانی (عمدتاً از نوع خود بیمار پنداری) پژوهشی انجام داد و ویژگی های بالینی آنها را توصیف کرد. بررسی پنج ساله یامادا^۷ و همکاران (۱۹۹۸) در ژاپن که بر روی ۵۱ بیمار سرپایی مبتلا به اختلال هذیانی صورت گرفت، جنبه هایی از وضعیت جمعیت شناسی و بالینی این بیماران را روشن ساخت و در نهایت احترامی (۱۳۷۵) پژوهشی بر روی ۳۰ مورد بیمار مبتلا به اختلال هذیانی انجام داد. در این بررسی نیز جنبه های جمعیت شناختی، بالینی، روانی، اجتماعی و زیست شناختی اختلال هذیانی مورد توجه قرار گرفته و با یافته های بررسیهای دیگران مقایسه شده است.

روش

این بررسی از نوع بررسیهای توصیفی - مقطعی است. با توجه به کمیاب بودن اختلال هذیانی، در طول دو سال در بیمارستان روزبه ۵۱ بیمار (۳۴ مرد، ۱۷ زن) با مراجعه به پرونده های ایشان مبتلا به این اختلال شناخته شدند انتخاب گردیدند. این افراد شامل موارد بستری در

اختلال هذیانی یکی از انواع کمیاب پسیکوز می باشد که وجود هذیان^۱ به عنوان تنها نشانه محوری اختلال به شمار می رود. شکل و محتوای هذیانی که در اختلال هذیانی دیده می شود، ویژگی های معینی دارد که به چند مورد آن اشاره می شود: این هذیانها عجیب و غریب نیستند، بیشتر سازمان یافته می باشند، به صورت اولیه بروز می کنند و ثانویه به اختلال خلقی یا سایر اختلالهای پسیکوتیک نمی باشند. از سوی دیگر توانمندیهای ذهنی و شخصیت این افراد دچار افت نمی شود و در طول سالها ثابت می ماند. در ضمن، فرد مبتلا به اختلال هذیانی معمولاً دچار توهم نمی گردد (گلدر و همکاران^۲، ۱۹۹۶). هذیانی که در اختلال هذیانی مشاهده می شود با سایر وجوه فکری و فرهنگی بیمار هماهنگی دارد و با درک واقعی و اطلاعات عمومی بالفعل فرد همخوانی دارد (بروکنگتون^۳، ۱۹۹۱). به طور خلاصه، با توجه به شکل هذیان بهتر می توان به وجود اختلال هذیانی پی برد تا صرفاً با توجه به محتوای هذیان.

در مصاحبه با بیماران مبتلا به اختلال هذیانی در می یابیم که اگر به موضوع هذیانی اشاره نشود، فرد کاملاً عادی و سالم به نظر می رسد. اما با اشاره به موضوع هذیانی مشخص می شود که فرد دچار اشتغال فکری در آن زمینه است و نسبت به آن موضوع هوشیاری ویژه ای دارد. این تغییر واکنش از دیدگاه سادوک^۴ و سادوک (۲۰۰۰) یک نمای اختصاصی و تشخیصی است. کارکرد اجتماعی و زناشویی فرد ممکن است تحت تاثیر قرار گرفته باشد و بد گمانی و پرخاشگری بیمار در شرایطی رفتارهای تهاجمی را در پی دارد. در هر صورت بیمار وجود اختلال را نمی پذیرد و خود را کاملاً سالم

- | | |
|---------------|-----------|
| 1- Delusion | 2- Gelder |
| 3- Brokington | 4- Sadock |
| 5- Evans | 6- Monro |
| 7- Yamada | |

مرزی و بالای ۸۰ به عنوان عادی در نظر گرفته می‌شد.

- افت عملکرد شغلی.
- از دست دادن والدین.
- لیبیدوی بیمار.
- داده های پژوهش به کمک نرم افزار SPSS با استفاده از آزمونهای آماری خی دو، تست دقیق فیشر و آزمون ۱ صورت گرفت. ضریب همبستگی پیرسون نیز برای بررسی میزان همبستگی برخی متغیرها مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها

این پژوهش با هدف بررسی اختلال هذیانی در ۵۱ بیمار روانپزشکی بستری و سرپایی انجام گردید. یافته های پژوهش نشان داد که ۱۳ نفر سابقه بستری داشته اند. در ۳۳ مورد از بیماران (۶۴/۷٪) بیماری سیر مزمن (بیشتر از ۶ ماه) و در سایرین (۳۵/۳٪) سیری حاد داشته است. بروز اختلال هذیانی به صورت حاد رابطه معنی داری با نوع اختلال هذیانی داشت. به این صورت که هذیان گزند و آسیب در اختلال هذیانی حاد و هذیان حسادت و خیانت در اختلال هذیانی مزمن بیشتر به چشم می خورد. میانگین سن شروع اختلال هذیانی در نمونه مورد بررسی ۴۱/۳ سال بود (۱۴/۶ تا ۶۸ سال) که رابطه ای با حاد یا مزمن بودن اختلال و با جنسیت نداشت. در مجموع موارد مبتلا به هذیانهای شهوانی و خودبیمار پنداری سنی پایین تر نسبت به افراد مبتلا به هذیانهای گزند و آسیب، خود بزرگ پنداری و حسادت داشتند. تنها ۹ نفر از افراد مورد بررسی مجرد، ۱ نفر مطلقه و بقیه متأهل بودند که آنها نیز یا دچار هذیان گزند و آسیب بودند یا هذیان خود بیمار پنداری و

بیمارستان می شدند و تنها ۶ مورد به صورت سرپایی شناسایی شده و مورد بررسی قرار گرفتند. تشخیص بالینی اختلال هذیانی بر پایه معیارهای DSM-IV عنوان شده است. در صورتی که شک تشخیصی وجود داشت، اطلاعات پرسشنامه کامل نمی شد. اگر احتمال مسمومیت دارویی یا سوء مصرف مواد وجود داشت، بیمار از بررسی کنار گذاشته می شد. به این ترتیب ۵۱ بیمار در طول مدت یاد شده وارد بررسی شده و داده های مورد نیاز به کمک مصاحبه بالینی با خود بیمار و برخی اطلاعات از پرونده های ایشان توسط پژوهشگران در پرسشنامه گردآوری گردید. پرسشنامه یاد شده دارای ۴۹ ماده چند گزینه ای بود.

در این پرسشنامه افزون بر شاخص های جمعیت شناختی موارد زیر گنجانیده شده بود:

- وجود یا عدم وجود فشارهای روانی.
- نوع اختلال هذیانی.
- سابقه بیماری و ضربه به سر.
- سابقه مصرف الکل و سایر مواد.
- سابقه بیماری در خانواده.
- اختلال شخصیت پیش از بیماری.
- عمل به هذیان.
- اختلال های حسی.
- نتیجه سی تی اسکن (گزارش رادیولوژیست مبنی بر غیر طبیعی بودن سی تی اسکن مانند آتروفی منتشر یا لوکال یا ادم مغزی)
- وضعیت هوشی (در مورد اشخاصی که تحصیلات آنان بالاتر از پنجم دبستان بود دارای بهر هوشی عادی ارزیابی می شدند، در غیر این صورت از تست هوشی وکسلر استفاده می شد. به این ترتیب که IQ کمتر از ۷۰ به عنوان پایین، بین ۷۰-۸۰ به عنوان

شهوانی (اروتومانیا) داشتند. تمام افراد مبتلا به هذیان حسادت و خیانت به جز یک نفر متأهل بودند.

از نظر شغلی بیشتر آزمودنیهای پژوهش بیکار، از کار افتاده، کارگر ساده، کشاورز یا خانه دار بودند و مشاغل ویژه طبقه متوسط (به ویژه طبقه متوسط با تحصیلات دانشگاهی) بسیار کم به چشم می خورد. به بیان دیگر تنها ۸ نفر از بیماران کارمند، آموزگار، نظامی و کارمند عالی رتبه بودند. ۷۰/۶٪ مبتلایان به این اختلال نیز بی سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی بودند و درجه تحصیلی بالای دیپلم تنها در ۶ مورد (۱۱/۸٪) وجود داشت. در مجموع ۴۲ نفر (۸۲/۴٪) افراد مبتلا به اختلال هذیانی در این بررسی از سطح اجتماعی - اقتصادی پایینی برخوردار بودند.

در جدول ۱ فراوانی مطلق و نسبی انواع هذیانها در نمونه مورد بررسی نشان داده شده است. همانگونه که ملاحظه می شود هذیان گزند و آسیب و هذیان حسادت و خیانت با شیوعی تقریباً مشابه (۴۱/۲٪ و ۳۷/۳٪) به یکدیگر نزدیک هستند. پس از آن انواع مختلط قرار می گیرد و تنها سه مورد هذیان خودبیمار پنداری و شهوانی شناسایی شدند. همچنین با شمارش تک تک هذیانها در کسانی که بیش از یک هذیان داشته اند نیز به شیوعی نسبتاً مشابه دست خواهیم یافت (جدول ۲). بیشتر افراد مبتلا به اختلال هذیانی (۳۷ نفر یا ۷۲/۵٪) به هذیان خود عمل کرده بودند و این امر بیشتر در مردان به چشم می خورد ($P < ۰/۰۵$). عمل به هذیان نیز بسته به نوع هذیان متغیر بود اما بیشتر شامل پرخاشگری، درگیری فیزیکی، شکایت به مراجع قانونی یا حتی گوشه گیری و فرار می شد. بیشتر آزمودنیها (۳۵ نفر یا ۶۸/۶٪) به طور

تدریجی دچار اختلال هذیانی شده اند و وجود اختلال شخصیتی پیش از ابتلاء به اختلال هذیانی در این گروه به نسبت مواردی که اختلال در آنها به صورت ناگهانی شروع شده است بالاتر می باشد. تنها در ۶ مورد از موارد بررسی شده بیماری روانی دیگری (مانند اختلال خلقی، اضطرابی و خودکشی) با اختلال هذیانی همراه بوده است ولی در دو سوم نمونه مورد بررسی، تغییرات خلقی گوناگون وجود داشته است.

بیشترین افت عملکرد شغلی در مبتلایان به هذیان گزند و آسیب (۱۶ مورد از ۲۱ مورد یا ۷۶٪) و کمترین افت در هذیان حسادت و خیانت (۴ مورد از ۱۹ مورد (۲۱٪) دیده شد. در ضمن در ۴۴ مورد (۸۶/۳٪) هیچگونه توهمی و در بیشتر آنها (۴۹ مورد یا ۹۶/۱٪) هیچگونه نارسایی حسی دیده نشده است.

تقریباً در نیمی از افراد مورد بررسی (۲۳ نفر یا ۴۵/۱٪) فشار روانی حاد (بیش از ۳۰ امتیاز در سال) در زمینه اختلال هذیانی وجود داشته و این پدیده تقریباً در تمام انواع هذیان دیده می شد. وجود فشار روانی به طرز معنی داری ($P < ۰/۰۰۱$ و $r = ۰/۴۹۱$) با شروع حاد هذیان ارتباط داشت به نحوی که ۸۱/۳٪ افرادی که دچار هذیان حاد شده بودند، استرس زیادی را به تازگی تجربه کرده بودند.

بیشتر افراد مبتلا به اختلال هذیانی ضریب هوشی عادی داشتند (۴۲ مورد یا ۸۲/۴٪) و تنها ۹ نفر از آنان ضریب هوشی مرزی یا پایین داشتند. ۳۵ نفر (۶۸/۶٪) پیش از ابتلاء به بیماری فعلی هیچگونه اختلال شخصیتی نداشتند و بقیه بیشتر دچار اختلال شخصیت گروه A (بیشتر از

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی انواع مختلف هذیان در نمونه مورد بررسی

درصد	فراوانی	نوع هذیان
۴۱/۲	۲۱	هذیان گزند و آسیب
۳۷/۳	۱۹	هذیان حسادت و خیانت
۹/۸	۵	هذیان گزند و آسیب + حسادت
۵/۸	۳	هذیان گزند و آسیب + خودبزرگ پنداری
۳/۹	۲	هذیان خودبیمار پنداری
۲	۱	هذیان شهوانی (اروتومانیا)

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی انواع مختلف هذیان در نمونه مورد بررسی پس از تجزیه انواع مختلف

درصد	فراوانی	نوع هذیان
۴۹/۲	۲۹	هذیان گزند و آسیب
۴۰/۷	۲۴	هذیان حسادت و خیانت
۵	۳	خودبزرگ پنداری
۳/۴	۲	هذیان خودبیمار پنداری
۱/۷	۱	هذیان شهوانی (اروتومانیا)

بحث

نخستین تفاوت این بررسی با سایر بررسی های یاد شده نسبت موارد بستری به موارد سرپایی می باشد. برای نمونه در بررسی یامادا و همکاران (۱۹۹۸) همه آزمودنیها مراجعان سرپایی بودند و شاید به همین دلیل نسبت بیماران زن در نمونه آنها بیشتر بود و میزان عمل به هذیان در آنها کمتر به چشم می خورد. شاید اگر پرونده های بیماران سرپایی در ایران کامل تر تنظیم می شد، امکان داشتن بیمار سرپایی و بستری به نسبتی مساوی در نمونه مورد بررسی وجود می داشت. شاید دلیل دیگر بالا بودن نسبت مرد به زن در این بررسی افت کارکرد شغلی و عمل به هذیان باشد که در مردها بیشتر مشکل ساز می شود.

نوع پارانوئید بودند. این اختلال شخصیت گرایش به نوع خاصی از هذیان نداشت و تقریباً به یک نسبت در انواع هذیان دیده می شد.

۱۲ نفر از افراد مورد بررسی (۲۳/۵٪) پدر یا مادر خود را در کودکی از دست داده بودند. دو مورد از مبتلایان به اختلال هذیانی بیشتر از یک بار ازدواج کرده بودند و در دو مورد نیز همسران آنها ازدواج مجدد داشته اند. همچنین ۱۵ نفر (۶۲/۵٪) از افراد مبتلا به اختلال هذیانی چهار فرزند یا بیشتر داشتند. کاهش لیپیدو نیز در ۱۳ مورد (۲۵/۵٪) از کل افراد مبتلا به این اختلال دیده شد و در مبتلایان به هذیان حسادت و خیانت بیشتر از مبتلایان به هذیان گزند و آسیب شیوع داشت.

از کل افراد مبتلا به اختلال هذیانی، ۱۷ مورد (۳۳/۳٪) سابقه خانوادگی بیماری روانی را یادآور شده اند. بیماریهای بدنی همزمان نیز در ۱۰ مورد (۱۹/۶٪) از افراد مورد بررسی وجود داشت. سی تی اسکن این افراد در بیشتر موارد (۹۲/۲٪) هیچ گونه اختلالی را نشان نداد. تنها در چهار مورد آتروفی منتشر مغزی و ادم مغزی بدون هیدروسفالی دیده شد. سابقه ضربه به سر در چهار مورد وجود داشت. به طور خلاصه در ۱۵ مورد (۲۹/۴٪) از کل آزمودنیها، بیماری بدنی همزمان، سی تی اسکن مختل یا سابقه ضربه به سر وجود داشت.

در ۱۳ مورد (۲۵/۵٪) از افراد مورد بررسی سابقه مصرف مواد دیده شد که بیشتر شامل مصرف مرتب یا گاهگاهی تریاک بود. مصرف روزانه و یا تفریحی الکل نیز در ۸ مورد (۱۵/۷٪) از این افراد به چشم می خورد و در مجموع مصرف الکل یا مواد در ۱۵ نفر از ۵۱ نفر (۲۹/۴٪) وجود داشته است.

میانگین سن شروع اختلال هذیانی در این بررسی حدود ۴۱ سالگی است که این آمار با آمارهای مشابه هماهنگی دارد. هذیان ارتومانیا بیشتر در سنین پایین‌تر و هذیان حسادت در سنین بالاتر دیده می‌شوند. می‌توان گفت اگر اختلال هذیانی در سن بالای ۶۰ سالگی پیدا شود به احتمال زیاد از نوع حسادت و خیانت خواهد بود.

این بررسی نشان داد که بیشتر افراد مورد بررسی (۸۲/۴٪) از سطح اقتصادی - اجتماعی پایینی برخوردارند. این یافته پژوهش با بسیاری از بررسیهای انجام شده (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰) هماهنگ است که سطح اقتصادی - اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال هذیانی را پایین‌تر از بیماران خلقی گزارش نموده اند.

شیوع زیر گروههای اختلال هذیانی در آمارهای جهانی با آمار به دست آمده از این بررسی همخوانی دارد (بیشترین شیوع مربوط به هذیان گزند و آسیب و حسادت است) اما در بررسی یامادا و همکاران (۱۹۹۸) هذیان خود بیمار پنداری در رتبه دوم بوده است. از سوی دیگر در ۳۱/۴٪ بیماران مورد بررسی شروع هذیان به صورت حاد (در کمتر از دو هفته) بوده است که این یافته با یافته های پژوهشی مونرو (۱۹۹۱) که آن را در ۳۸٪ افراد گزارش کرده بود، همخوانی دارد. اهمیت این نکته در آن است که شروع حاد هذیان با پیش آگهی بهتری همراه است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

در بررسی حاضر تغییرات خلقی ثانوی به اختلال هذیانی در دو سوم آزمودنیها دیده شد در صورتی که این امر در بررسی مارینو^۱ و همکاران (۱۹۹۳) در ۵۰٪ افراد مورد بررسی گزارش گردیده است. شایعترین خلق در اختلال هذیانی خلق افسرده بود، البته بسته به نوع هذیان تغییرات خلقی متفاوت خواهد بود.

برخلاف تصور، در بیماران مورد بررسی، اختلال حسی (به ویژه از نوع شنوایی) شیوع بسیار کمی داشت (۲ مورد) و اختلاف سنی زیاد میان زن و شوهر و یا بزرگ تر بودن زن از شوهر سبب بروز اختلال هذیانی (از نوع حسادت) نبوده است.

بیشتر افراد مورد بررسی (۴۳/۴٪) از نظر مالی و شغلی زیر فشار روانی بوده اند و یا به دلیل فشارهای روانی گوناگون در انزوای اجتماعی و تنهایی به سر می برده‌اند. اصولاً استرسورها به عنوان عوامل زمینه ساز برای بروز اختلال هذیانی (در بیشتر موارد از نوع حاد) عمل می کنند و چنین اختلالهایی از پیش آگهی بهتری نسبت به کسانی که بدون وجود استرسور دچار هذیان می‌شوند، برخوردار هستند. بیشترین اختلال شخصیتی پیش از ابتلاء به اختلال هذیانی نیز که در این مطالعه وجود داشته، بیشتر از گروه A (به ویژه از نوع پارانوئید) می باشد که با برخی بررسیهای انجام شده (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰، گلدر و همکاران، ۱۹۹۶) همخوانی دارد.

کندلر^۲ و والش (۱۹۹۵) بر این باور است که بستگان بیماران مبتلا به اختلال هذیانی در خطر ابتلا به اسکیزوفرنیا قرار ندارند (در بررسی حاضر نیز تنها یک مورد این چنین یافت شد) اما اختلال هذیانی ممکن است در بستگان این بیماران دیده شود. در این بررسی شیوع اختلال هذیانی در بستگان این بیماران ۱۱/۸٪ و در بررسی احترامی (۱۳۷۵) ۱۶/۶٪ بود. عوامل عضوی (بیماری بدنی همزمان، ضربه به سر، سی سی اسکن غیر طبیعی) در ۳۰٪ بیماران دیده می‌شود. لیکن با توجه به حجم نمونه و اطلاعات بدست آمده از پژوهش نمی‌توان نتیجه‌گیری کرد که

1- Marino

2- Kendler

- Oxford textbook of psychiatry.** London: Oxford University Press.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). **Synopsis of psychiatry** (8th ed.). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kendler, K. S., & Walsh, D. (1995). Schizophreniform disorder, delusional disorder and psychotic disorder NOS: clinical features, outcome and familial psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 370-378.
- Marino, C., Nobile, M., Bolled, L., & Smeraldi, E. (1993). Delusional disorder and mood disorder: can they coexist? *Psychopathology*, 26, 53-61.
- Munro, A. (1991). Phenomenological aspects of monodelusional disorders. *British Journal of Psychiatry*, 159, (suppl. 14), 62-65.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2000). **Comprehensive textbook of psychiatry**, (7th ed.). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Yamada, N., Nakajima, S., & Noguchi, T. (1998). Age of onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 122-124.

عوامل یادشده نقش سبب شناختی داشته است بلکه بهتر است این یافته را نوعی همبودی تلقی نمود.

به طور کلی این بررسی نشان داد که اختلال هذیانی در مردان بیش از زنان شیوع دارد و هذیانهای گزند و آسیب و حسادت پیش از سایر هذیانها در آزمودنیهای پژوهش دیده شد. جا دارد که برای بررسی دقیق تر این اختلال موارد شناخته شده در طول مدت زمان بیشتری پیگیری شوند تا اطلاعات بیشتری در مورد پیش آگهی این بیماران نیز به دست آید. از سوی دیگر می توان ترتیبی اتخاذ نمود تا موارد مراجعه شده به درمانگاه و اطلاعات مربوط به آنها نیز به طور دقیق ثبت شود تا در بررسیهایی از این دست به طور گذشته نگر قابل استفاده باشد.

با این حال با در نظر گرفتن این محدودیت که این مطالعه در یک مرکز روانپزشکی بزرگ دولتی شهر تهران صورت گرفته است به نظر می رسد که الگوی کلی اختلال هذیانی در این بررسی تفاوت چندانی با آنچه در سایر بررسیها به آنها اشاره شده ندارد و در بیشتر موارد آمارهای به دست آمده از این بررسی با آمارهای جهانی همخوانی و هماهنگی دارد.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار

۱۰

منابع

- احترامی، مهرداد (۱۳۷۵). بررسی تأثیر درمانی داروی فلوفنازین دکسانوئیت در درمان اختلال هذیانی در ۳۰ مورد. پایان نامه دکتری تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- Brokington, I.F. (1991). Factors involved in delusion formation. *British Journal of Psychiatry*, 159 (Suppl. 14), 42-45.
- Evans, J. D., Paulsen, J. S., & Harris, M. J. (1996). A clinical and neuropsychological comparison of delusional disorder and schizophrenia. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 8, 281-286.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., & Cowen, P. (1996).