

## سیر اختلال‌های پسیکوتیک:

### پیگیری سه‌ساله بیماران مبتلا به پسیکوز بار اول

دکتر ونداد شریفی<sup>(1)</sup>، دکتر همایون امینی<sup>(2)</sup>، دکتر زهرا شهریور<sup>(3)</sup>، دکتر یاسمن متقی‌پور<sup>(4)</sup>،  
دکتر جواد محمودی قرائی<sup>(5)</sup>، دکتر جواد علاقبندراد<sup>(6)</sup>

### چکیده

**هدف:** هدف این مطالعه آینده‌نگر سه‌ساله بررسی ویژگی‌ها، سیر و پیامدهای بالینی بیماران مبتلا به پسیکوز بار اول بود که در فاصله سال‌های 1385 تا 1387، به بیمارستان روزبه مراجعه کرده بودند. **روش:** بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان روزبه (برای بستری)، در صورت وجود هرگونه نشانه پسیکوتیک و در صورتی که مشکل اخیر نخستین رویداد بیماری‌شان بود، وارد مطالعه شدند. در بدو بستری، بیمار از نظر شدت نشانه‌ها، میزان عملکرد کلی و کیفیت زندگی ارزیابی شد. برای گردآوری داده‌ها مقیاس نشانه‌های مثبت و منفی (PANSS)، مقیاس سنجش کلی عملکرد (GAF) و مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQoL-BREF) به کار رفت. این ارزیابی‌ها در زمان ترخیص از بیمارستان، 6، 12 و 24 ماه و 3-4 سال پس از ترخیص تکرار شد. میزان بستری مجدد نیز طی دوره پیگیری اندازه‌گیری شد. داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون t جفتی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** از 104 بیماری که وارد طرح شده بودند، 59 نفر مرد و 45 نفر زن بودند. میانگین (±انحراف معیار) سنی آنان 30/6 سال (±9/7) بود. بر اساس تشخیص‌های زمان ترخیص، 48 نفر به اختلال دوقطبی (رویدادهای خلقی با ویژگی‌های پسیکوتیک)، 22 نفر به اسکیزوفرنیا، 7 نفر به اختلال افسردگی اساسی (با ویژگی‌های پسیکوتیک) و باقی (27 نفر) به سایر اختلال‌های پسیکوتیک مبتلا بودند. یافته‌ها نشان داد عملکرد کلی، نشانه‌های مثبت، منفی و عمومی پسیکوز بیماران در طول زمان، به شکل قابل توجهی بهبود یافته بود، ولی تحلیل‌های دیگر نشان داد بهبود تنها در زمان ترخیص بارز بود و هیچ‌یک از این شاخص‌ها، پس از ترخیص و در فواصل پیگیری تغییری نداشت. کیفیت زندگی بیماران نیز در طول زمان در هیچ یک از فواصل تغییری نداشت. در میان افرادی که به آنها دسترسی حاصل شد، میزان عود منجر به بستری در سه سال اول پس از ترخیص 41/1 درصد بود. **نتیجه‌گیری:** درصد قابل توجهی از بیماران ظرف 3 سال از بستری، دچار عود منجر به بستری دوباره شدند. این یافته در کنار عدم تغییر قابل توجه عملکرد و کیفیت زندگی بیماران در طول پیگیری، اهمیت به کار بستن مداخلات مؤثر برای پیشگیری از عود و توانبخشی را نمایان می‌سازد.

**کلیدواژه:** اختلال‌های پسیکوتیک؛ ارزیابی پیامد؛ عود

[دریافت مقاله: 1391/9/1؛ پذیرش مقاله: 1392/7/8]

### مقدمه

شایع‌ترین این اختلال‌ها اسکیزوفرنیا<sup>2</sup> و اختلال‌های خلقی پسیکوتیک هستند که اغلب از دوران جوانی آغاز می‌شوند و به‌طور معمول با صرف هزینه‌های زیاد درمانی و پیش‌آگهی نه‌چندان خوب همراهند. با وجود پیشرفت‌های درمانی، همچنان

اختلال‌های پسیکوتیک<sup>1</sup> در میان اختلال‌های مختلف روانپزشکی، چه به لحاظ مشکلات فردی و خانوادگی و چه از نظر پیامدهای اقتصادی - اجتماعی اهمیت ویژه‌ای دارند.

(1) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران. گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی. تهران، خیابان کارگر، پایین‌تر از چهارراه لشگر، بیمارستان روزبه. دورنگار: 021-55419113 (نویسنده مسئول)؛ E-mail: vsharifi@tums.ac.ir (2) روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ (3) فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ (4) دکترای روانشناسی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان طالقانی؛ (5) فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ (6) فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران.

(16, 17). داشتن این گونه اطلاعات پایه، افزون بر فراهم آوردن امکان تخمین دقیق تر بار بیماری های پسیکوتیک در کشور، مبنایی برای طراحی برنامه های جامع پیشگیری و درمانی این اختلال ها در آینده خواهد بود.

هدف از پژوهش حاضر آن بود که در یک بررسی آینده نگر سه ساله، ویژگی ها، سیر و پیامدهای بالینی گروهی از بیماران مبتلا به پسیکوز بار اول مراجعه کننده به بیمارستان روزبه، به عنوان یک مرکز بزرگ روانپزشکی دانشگاهی در کشور، بررسی شود. شاخص های پیامد در بررسی حاضر عبارت بودند از شدت نشانه ها، عملکرد کلی، کیفیت زندگی و میزان عود منجر به بستری دوباره. گفتنی است اطلاعات پایه بررسی حاضر، بخشی از مطالعه بزرگ تر بررسی بیماران مبتلا به پسیکوز بار اول مراجعه کننده به بیمارستان روزبه بود (18).

### روش

تمام بیماران مراجعه کننده به بیمارستان روزبه (جهت بستری)، در طول سال های 1385 تا 1387، در صورت وجود هر گونه نشانه پسیکوز (شامل هذیان<sup>6</sup>، توهم<sup>7</sup>، رفتار آشفته<sup>8</sup> یا کاتاتونیک<sup>9</sup> و گفتار آشفته) و در صورتی که مشکل اخیر، نخستین رویداد بیماری بود، وارد بررسی شدند. در صورتی که اختلال پسیکوتیک به سبب مصرف مواد یا یک بیماری طبی عمومی بروز کرده بود، بیمار از مطالعه حذف می شد. بیماران از نظر اطلاعات جمعیت شناختی، شدت نشانه ها و تشخیص اولیه ارزیابی می شدند. ارزیابی ها افزون بر بدو بستری، در زمان ترخیص از بیمارستان، 6، 12 و 24 ماه و 3 سال پس از ترخیص و توسط یک پزشک عمومی آموزش دیده انجام شد. تلاش شد آخرین پیگیری با فاصله 36 ماهه از آخرین بستری انجام شود، اما به دلیل مشکلاتی، این امر برای تمام بیماران میسر نشد و فاصله آخرین پیگیری با ترخیص بین سه و چهار سال بود. در هر نوبت ارزیابی، این اطلاعات گردآوری شد: شدت نشانه ها، کیفیت زندگی، کارکرد کلی و میزان عود منجر به بستری مجدد. هزینه رفت و آمد بیماران تقبل شده بود و در صورت عدم مراجعه بیماران، ارزیابی ها با ویزیت در منزل انجام می شد. برای

پیامد بیماری در درصد قابل توجهی از افرادی که دچار نخستین رویداد<sup>1</sup> یک اختلال پسیکوتیک می شوند (پسیکوز بار اول<sup>2</sup>)، بسیار نامناسب است (7-1).

متأسفانه تأخیر قابل توجهی میان شروع نشانه های اختلال های پسیکوتیک و تشخیص و درمان مناسب بیماری وجود دارد. طبق برخی بررسی ها در کشورهای غربی، بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال های پسیکوتیک طی 1-2 سال نخست شروع بیماری، تشخیص دریافت نمی کنند (8)، در حالی که تشخیص به موقع موجب افزایش پاسخ دهی، کاهش عود<sup>3</sup> و بهتر شدن کیفیت زندگی می شود (9، 10). حتی در صورت تشخیص و دریافت درمان، تا 82 درصد بیماران طی 5 سال نخست بیماری، دچار عود می شوند (11). مهم ترین علت عود قطع درمان است که میزان عود را تا پنج برابر افزایش می دهد (12). از همین رو، پنج سال اول آغازین بیماری را «دوره بحرانی<sup>4</sup>» در نظر می گیرند و لازم است به بیماران در این دوران به طور ویژه توجه شود. نشان داده شده که ادامه مراقبت و کنترل عوامل خطر ساز در این دوره ممکن است پیش آگهی بیماری را در باقی عمر بیمار بهبود بخشد (13).

به دلایل بر شمرده، سیاست گذاران نظام سلامت و پژوهشگران در زمان شروع بیماری و نخستین رویداد بیماری (پسیکوز بار اول)، توجه ویژه ای به اختلال های پسیکوتیک داشته اند. هم اکنون برنامه های متعددی برای تشخیص زودهنگام و درمان و پیگیری مناسب اختلال های پسیکوتیک در کشورهای مختلفی مانند استرالیا، انگلستان، کانادا و دانمارک طراحی شده و در دست اجرا است (14، 15). این برنامه ها افزون بر گردآوری اطلاعات در مورد وضعیت بیماران از زمان شروع نشانه ها و نخستین رویداد بیماری، خدمات متنوع درمانی و حمایتی را در اختیار بیماران و خانواده های ایشان قرار می دهند و در پیگیری های چندساله سیر بیماری را بررسی می کنند.

متأسفانه تاکنون در کشور ما بررسی های محدودی در مورد بیماران مبتلا به پسیکوز بار اول انجام شده و اطلاع دقیقی در مورد سیر بلندمدت و میزان عود آنها وجود ندارد. نویسندگان مقاله در دو بررسی مقدماتی، پایداری تشخیصی و نیز پسیکوز حاد بهبودیابنده غیر خلقی<sup>5</sup> را در گروهی از بیماران مبتلا به پسیکوز بار اول در پیگیری دوساله بررسی کردند. یافته ها نشان دهنده ثبات قابل توجه بیشتر اختلال های پسیکوتیک و شیوع بالای پسیکوز حاد بهبودیابنده خلقی بود

1- episode  
2- first-episode psychosis  
3- relapse  
4- critical period  
5- nonaffective acute remitting psychosis  
6- delusion  
7- hallucination  
8- disorganized  
9- catatonic

درصد) بی‌سواد بودند و تحصیلات 10 نفر ابتدایی (9/6 درصد)، 22 نفر راهنمایی (21/2 درصد)، 29 نفر دبیرستان (27/9 درصد)، 21 نفر دیپلم (20/2 درصد) و 16 نفر دانشگاهی (15/4 درصد) بود. به علاوه، 52 بیمار (50 درصد) بیکار بودند. بر اساس تشخیص‌های بالینی زمان ترخیص، 48 نفر مبتلا به اختلال دوقطبی (رویدادهای خلقی با ویژگی‌های پسیکوتیک)، 22 نفر مبتلا به اسکیزوفرنیا، 7 نفر مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (با ویژگی‌های پسیکوتیک) و 27 نفر به سایر اختلال‌های پسیکوتیک مبتلا بودند. فاصله میان شروع نشانه‌های پسیکوز تا زمان بستری در 24 نفر (33 درصد) کمتر از 1 ماه، در 49 نفر (47/6 درصد) بین 1 ماه تا 1 سال و در باقی موارد بیش از یک سال بود.

وضعیت بیماران در زمان بستری، ترخیص و 6، 12، 24 و 36 ماه پس از ترخیص پیگیری شد. در آخرین پیگیری، امکان تماس و دسترسی به 39 نفر (37/5 درصد) به دلایل مختلف، مانند جابه‌جایی، تغییر شماره تلفن و عدم پاسخ‌گویی در تماس‌های مکرر، ممکن نشد. از باقی افراد (65 نفر)، در 5 مورد (4/8 درصد)، بیمار و اعضای خانواده وی حاضر به همکاری نشدند، 2 نفر (1/9 درصد) در زمان تماس فوت شده بودند (یک نفر به دلیل خودکشی و دیگری با دلیل نامشخص) و 2 نفر (1/9 درصد) در مرکز اقامتی زندگی می‌کردند و دسترسی به ایشان میسر نبود. بدین ترتیب، اطلاعات 56 نفر (53/8 درصد) گردآوری شد. متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی بدو بستری این گروه با آن دسته از بیماران که همکاری نداشتند یا راه تماسی با ایشان پیدا نشد، مقایسه شد. دو گروه از نظر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، اشتغال، شدت نشانه‌های پسیکوتیک و کیفیت زندگی در بدو بستری تفاوت معنی‌داری نداشتند، ولی گروهی که ارزیابی شدند، عملکرد کلی بهتری در بدو بستری داشتند ( $p < 0/01$ ).

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد در مورد عملکرد کلی، و نشانه‌های مثبت، منفی و عمومی پسیکوز در طول زمان تغییر معنی‌داری وجود داشت (جدول 1 و شکل 1).

بررسی میزان عود منجر به بستری مجدد، اطلاعاتی در زمینه میزان بستری مجدد روانپزشکی (دفعات و زمان) با پرسش از بیمار و خانواده وی گردآوری شد. در پژوهش حاضر، مداخله‌ای در روند درمان بیماران صورت نگرفت و ارزیابی فرایند درمان با رضایت آگاهانه و داوطلبانه بیمار یا قیم قانونی او صورت گرفت و تمام اطلاعات در روند پژوهش محفوظ ماند. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

**مقیاس نشانه‌های مثبت و منفی (PANSS)<sup>(1)</sup>**: این مقیاس برای سنجش شدت نشانه‌های مثبت، منفی و عمومی پسیکوز استفاده شد. PANSS به‌طور گسترده‌ای در بررسی بیماران مبتلا به اختلال‌های پسیکوتیک استفاده شده و نسبت به تغییر حساس است. از تغییر این شاخص (کاهش دست کم 20 درصد نشانه‌ها) به منظور تعیین میزان بهبود نشانه‌های پسیکوز استفاده می‌شود (20).

**مقیاس سنجش کلی عملکرد (GAF)<sup>(2)</sup>**: این مقیاس برای بررسی میزان عملکرد کلی به کار رفت. پایایی این مقیاس در مطالعه مقدماتی پژوهش حاضر، مناسب ارزیابی شده است ( $ICC > 0/7$ )<sup>(3)</sup> (18).

**مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQoL-BREF)<sup>(4)</sup>**: این مقیاس که برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران در زمینه‌های مختلف فردی و اجتماعی به کار رفت، توسط آزمودنی تکمیل می‌شود و مطالعات مختلف روایی و پایایی آن را مطلوب گزارش کرده‌اند (22). روایی و پایایی نسخه فارسی این مقیاس مطلوب گزارش شده است (23).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-20<sup>(5)</sup> و به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر<sup>(6)</sup> (برای بررسی تغییر شاخص‌های پیامد در طول زمان) و آزمون t جفتی<sup>(7)</sup> (برای مقایسه دو به دوی شاخص‌ها در فواصل پیگیری) انجام شد. مقدار p کمتر از 0/05 معنی‌دار در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

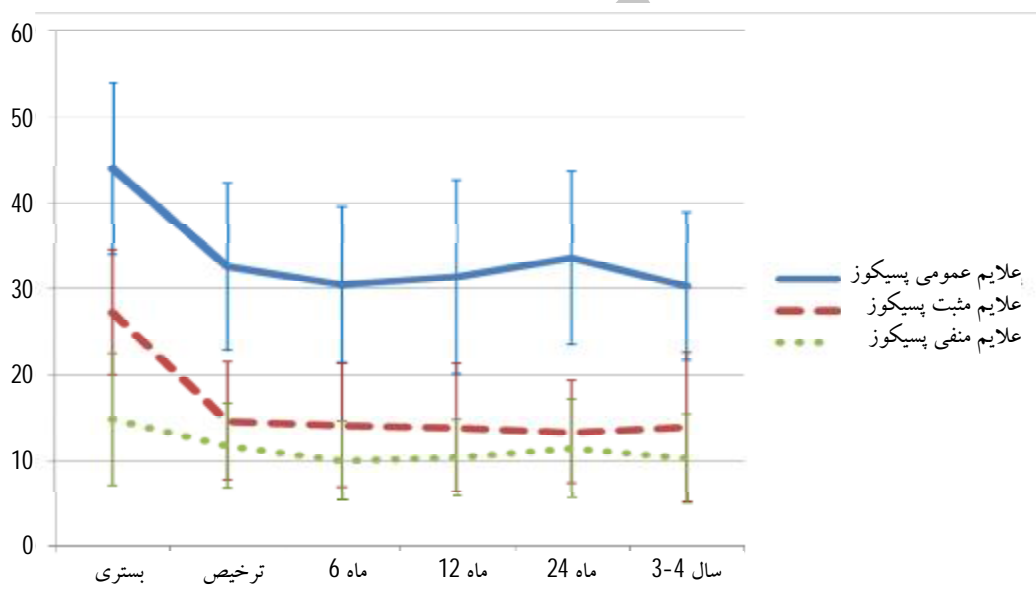
تعداد 104 بیمار مبتلا به پسیکوز بار اول که طی سال‌های 87-1385 در بیمارستان روزبه بستری شده بودند، وارد پژوهش شدند که شامل 59 نفر مرد (56/7 درصد) و 45 نفر زن (43/3 درصد) بودند. میانگین (و انحراف معیار) سنی این افراد 30/6 (و 9/7) سال بود. در این میان، 23 نفر (22/1 درصد) در زمان ورود به طرح ازدواج کرده بودند. 5 نفر (4/8

- 1- Positive and Negative Symptoms Scale
- 2- Global Assessment of Functioning
- 3- intraclass correlation coefficient
- 4- World Health Organization Quality of Life Scale-Brief
- 5- Statistical Package for the Social Science- version 20
- 6- repeated measures analysis of variance
- 7- paired t test

جدول 1- میانگین (و انحراف معیار) وضعیت نشانه‌های پسیکوز، عملکرد کلی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسیکوز بار اول در زمان بستری، ترخیص و پیگیری

سطح معنی داری	F	* df	3-4 سال پس از ترخیص	24 ماه پس از ترخیص	12 ماه پس از ترخیص	6 ماه پس از ترخیص	زمان ترخیص	زمان بستری	
0/002	7/04	2	43 (20)	46/1 (15/7)	42/3 (19/3)	46/3 (19/0)	41/1 (15/4)	15/7 (7/5)	عملکرد کلی
<0/001	31/7	2	30/3 (8/6)	33/6 (10/1)	31/4 (11/3)	30/5 (9/1)	32/6 (9/7)	44 (10)	نشانه‌های عمومی پسیکوز
<0/001	45/8	2	13/9 (8/7)	13/3 (6/0)	13/8 (7/5)	14/1 (7/2)	14/6 (6/9)	27/3 (7/3)	نشانه‌های مثبت پسیکوز
0/002	7/04	2	10/2 (5/2)	11/4 (5/7)	10/3 (4/5)	10/0 (4/6)	11/7 (4/9)	14/8 (7/7)	نشانه‌های منفی پسیکوز
0/87	0/14	2	87/2 (19/1)	88/3 (16/6)	87/3 (22/3)	87/3 (16/5)	88/3 (20/6)	84/1 (26/9)	کیفیت زندگی

\* با توجه به ریزش در دوره میانی پیگیری، اندازه‌گیری مکرر برای سه نوبت بدو بستری، ترخیص و پیگیری انجام شد.



شکل 1- روند تغییر نشانه‌های عمومی، مثبت و منفی پسیکوز در پیگیری بیماران مبتلا به پسیکوز بار اول

بار دچار عود شدند. در زمان ارزیابی آخر (3-4 سال پس از ترخیص) کاهش نشانه‌های پسیکوز به میزان 20 درصد یا بیشتر نسبت به زمان بستری، در 84/6 درصد از بیماران گزارش شد.

### بحث

بررسی حاضر نخستین مطالعه در کشور ما است که در مورد پیگیری بلندمدت بیماران مبتلا به پسیکوز بار اول بستری شده در یک بیمارستان روانپزشکی انجام شده است.

آزمون t جفتی نشان داد در تمام موارد، تفاوت میان زمان بستری از یک سو و زمان ترخیص و پیگیری‌ها از سوی دیگر، معنی دار است ( $p < 0/01$ ). میان زمان ترخیص و پیگیری‌ها تفاوتی دیده نشد. شاخص کیفیت زندگی در طول زمان در هیچ یک از فواصل تغییری نداشت.

از میان افراد در دسترس (56 نفر)، میزان عود منجر به بستری مجدد در 3 سال اول پس از ترخیص 41/1 درصد (23 نفر) بود. از این عده، 13 نفر یک بار، 6 نفر دو بار و 4 نفر سه

نشانه‌های افسردگی، در عود و بستری دوباره بیماران نقش دارد (29). هدف پژوهش حاضر بررسی عوامل مؤثر بر عود نبود و ناهمگون بودن نمونه از نظر تشخیصی، این کار را دشوار می‌ساخت.

پژوهش حاضر نشان داد شدت نشانه‌ها و عملکرد کلی پس از ترخیص، تغییر چندانی پیدا نکرده است. این یافته با یافته دیگر بررسی‌ها (30) در مورد بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی در کشور مشابه است. پژوهش حاضر نشان داد میزان عملکرد بیماران، بر اساس GAF، در حدود 40-50 بود. این یافته نشانگر ضرورت به کار گرفتن مداخلاتی برای بهبود عملکرد و کیفیت زندگی این بیماران است.

مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، میزان قابل توجه ریزش بیماران (حدود 46 درصد) و عمده‌ترین دلیل آن، دسترسی نداشتن به بیماران بود. این موضوع در پژوهش‌های داخلی و طولی مشابه دیگر، حتی با پیگیری کوتاه‌تر نیز دیده شده است (30). علت این مشکل در بسیاری از موارد، تغییر محل سکونت بود، به‌ویژه آنکه بسیاری از این بیماران اجازه نشین و ناچار به جابه‌جایی بودند. با این حال، بیمارانی که به ایشان دسترسی حاصل شد با بیمارانی که ریزش داشتند، از نظر بیشتر متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی در بدو بستری تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند. محدودیت دیگر، روش بررسی بستری دوباره بود. این اطلاعات از بیمار و خانواده وی پرسیده شد و ممکن است با توجه به گذشت 3-4 سال دقیق نباشد، هرچند بستری از جمله اطلاعاتی است که بیماران حتی با وجود گذشت زمان، اطلاعات دقیقی از آن دارند. محدودیت دیگر این بود که نمونه به بیماران یک بیمارستان محدود بود و بنابراین، یافته‌ها به کل بیماران مبتلا به پسیکوز بار اول قابل تعمیم نیست. به این دلایل، لازم است پژوهش‌های طولی دیگری (به‌طور ترجیحی به‌صورت چندمرکزی) با نمونه‌های بزرگ‌تر و پیگیری طولانی‌تر، برای بررسی دقیق‌تر سیر بیماری در کشور انجام شود (31). مسأله دیگر ناهمگون بودن آزمودنی‌ها از نظر تشخیصی بود. البته در بررسی اختلال‌های پسیکوتیک بار اول، به دلایل مختلف، این ناهمگونی تشخیصی وجود دارد و یک دلیل آن مبهم بودن نشانه‌ها و تشخیص در نوبت اول مراجعه است. عوامل مرتبط با عود (مانند پذیرش درمان) در پژوهش حاضر بررسی نشد.

یافته‌ها نشان داد بیش از 40 درصد از افراد مبتلا به نخستین رویداد یک اختلال پسیکوتیک، ظرف 3 سال اول پس از ترخیص از بیمارستان، دچار عود و بستری دوباره شدند. در ضمن، شدت نشانه‌ها، میزان عملکرد و کیفیت زندگی آنها پس از ترخیص ثابت ماند و بهبود بیشتری به‌دست نیامد.

پیامد اختلال‌های روانپزشکی را می‌توان از جنبه‌های مختلف، مانند شدت نشانه‌ها، عود، عملکرد و کیفیت زندگی، بررسی کرد. در مورد اختلال‌های پسیکوتیک، بهترین نوع مطالعه برای این هدف، بررسی آینده‌نگر بیماران مبتلا به پسیکوز بار اول است و مزیت پژوهش حاضر بررسی چندبعدی<sup>1</sup> پیامد بیماری در یک مطالعه آینده‌نگر بیماران مبتلا به پسیکوز بار اول بود. یافته‌ها نشان داد در یک بررسی سه‌ساله، درصد قابل توجهی از بیماران دچار عود منجر به بستری شده بودند. عود و به‌ویژه عود منجر به بستری، یکی از مهم‌ترین شاخص‌های بررسی پیامد بیماران مبتلا به اختلال‌های پسیکوتیک است (24). در یک بررسی بر روی بیماران مبتلا به پسیکوز بار اول، میزان عود طی 5 سال اول 82 درصد گزارش شده است (11)، هرچند این رقم مربوط به هرگونه عود، مستقل از نیاز به بستری، است. در مطالعه اچوک<sup>2</sup> و همکاران در ترکیه، 12/1 درصد بیماران در طول یک سال اول دوباره بستری شده بودند (25). منزس<sup>3</sup> و همکاران در یک مرور نظام‌مند بررسی‌های طولی درباره پسیکوز بار اول، نشان دادند به‌طور میانگین 44/9 درصد بیماران دوباره بستری شده بودند (26). البته این میزان به عوامل روش‌شناختی مختلفی وابسته بود؛ برای مثال در صورتی که تشخیص‌های مختلفی وارد مطالعه شوند (خلقی و غیرخلقی) یا در صورتی که طول بررسی کوتاه باشد (کمتر از 2 سال)، میزان عود کمتر است (به ترتیب 39/2 و 33/2 درصد). در هر حال، یافته‌های بررسی حاضر با پژوهش‌های انجام‌شده در دیگر کشورها قابل مقایسه است. در تنها پژوهشی که در کشور در مورد میزان عود بیماران مبتلا به پسیکوز بار اول انجام شده بود، 64/5 درصد از بیماران نوجوان ظرف 2 سال دچار عود شده بودند (27). البته این عود هم شامل عود منجر به بستری و هم غیر آن بود. از سوی دیگر، پژوهش‌های مختلف نشان داده است که میزان عود در نوجوانان بیشتر از بزرگسالان است (28). عوامل مختلفی، مانند نوع اختلال، جنسیت مذکر، نداشتن دسترسی به درمانگر یا عدم پابندی بیمار به درمان، مدت پسیکوز درمان‌نشده، سازگاری ضعیف پیش از بیماری و

1- multidimensional  
3- Menezes

2- Açok

- P, Riecher-Rossler A. Is schizophrenia a disorder of all ages? A comparison of first episode and early course across the life-cycle. *Psychol Med.* 1998; 28(2):351-65.
7. Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1991; 17(2):325-51.
  8. Norman RM, Malla AK. Duration of untreated psychosis: A critical examination of the concept and its importance. *Psychol Med.* 2001; 31(3):381-400.
  9. Correll CU, Mendelwitz AJ. First psychotic episode: A window of opportunity. *Curr Psychiatr.* 2003; 2(4):51-67.
  10. Larsen TK, McGlashan TH, Moe LC. First-episode schizophrenia I. Early course parameters. *Schiz Bull.* 1996; 22(2):241-56.
  11. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1999; 56(3):241-7.
  12. Young LT, Bakish D, Beaulieu S. The neurobiology of treatment response to antidepressants and mood stabilizing medications. *J Psychiatry Neurosci.* 2002; 27(4):260-5.
  13. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl.* 1998; 172(33):53-9.
  14. Falloon IR, Coverdale JH, Laidlaw TM, Merry S, Kydd RR, Morosini P. Early intervention for schizophrenic disorders: Implementing optimal strategies in routine clinical services. *Br J Psychiatry.* 1998; 172(Suppl):33-8.
  15. Edwards J, McGorry PD, Pennell K. Models of early intervention in psychosis: An analysis of service approaches. In: Birchwood M, Fowler D, Jackson S. **editors.** *Early intervention in psychosis: A guide to concepts evidence and intervention.* Chichester: John Wiley & Sons; 2000.
  16. Alaghband-Rad J, Boroumand M, Amini H, Sharifi V, Omid A, Davari-Ashtiani R, et al. Non-affective acute remitting psychosis: A preliminary report from Iran. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113(2):96-101.
  17. Amini H, Alaghband-Rad J, Omid A, Sharifi V, Davari-Ashtiani R, Momeni F, et al. Diagnostic stability in patients with first-episode psychosis. *Australas Psychiatry.* 2005; 13(4):388-92.

هرچند بررسی این عوامل جزء اهداف نبود، بررسی آنها ممکن است تصویر دقیق تری از این بیماران ارائه کند. در مجموع، مشخص شد که درصد قابل توجهی از بیماران (دست کم 4 نفر از هر 10 نفر) ظرف 3 سال پس از نخستین بستری، دچار عود منجر به بستری مجدد شدند و همین نکته در کنار عدم تغییر قابل توجه عملکرد و کیفیت زندگی بیماران در طول پیگیری، اهمیت به کار بستن مداخلات مؤثر برای پیشگیری از عود و توانبخشی (مانند خدمات جامع پس از ترخیص، شامل ویزیت در منزل (32) و خدمات مراکز روزانه) را نمایان می سازد.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از خانم دکتر نیلوفر ثالثیان و آقایان دکتر ارشیا صدیقی، دکتر محسن جلالی رودسری و دکتر پیام صبح بیداری که هر یک در بخشی از این مطالعه مشارکت داشتند و نیز از انستیتو روانپزشکی تهران و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، برای حمایت مالی از پژوهش حاضر قدردانی می شود. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

### منابع

1. Hegarty JD, Baldessarini MD, Tohen M, Waternaux C, Oepen G. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry.* 1994; 151(110):1409-15.
2. Vazquez Barquero JL, Cuesta MJ, Herrera Castanedo S, Lastra I, Herran A, Dunn G. Cantabria first-episode schizophrenia study: Three-year follow-up. *Br J Psychiatry.* 1999; 174(2):141-9.
3. Wiersma D, Niehuis F, Slooff C, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year follow-up of a Dutch incidence cohort. *Schizophr Bull.* 1998; 24(1):75-85.
4. McGlashan TH. A selective review of recent North American long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1988; 14(4):515-42.
5. Falloon IRH, Coverdale JH, Brooker C. Psychosocial interventions in schizophrenia: A review. *Int J Ment Health.* 1996; 25(1):3-23.
6. Häfner H, Hambrecht M, Löffler W, Munk-Jorgensen

18. Alaghbandrad J, Amini H, Sharifi V, Dashti b. A 2 year followup study on patients with first episode psychosis admitted to Roozbeh Hospital: Demographic and clinical characteristics and comparison of a specialized program and treatment as usual. Final Report. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2010.
19. Kay S, Fiszbein A, Opler I. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987; 13(32):261-76.
20. Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel RR. What does the PANSS mean? *Schizophr Res.* 2005; 79(2-3):231-8.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
22. Izutsu T, Tsutsumi A, Islam A, Matsuo Y, Yamada HS, Kurita H, Wakai S. Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladesh, *Qual Life Res.* 2005; 14(7):1783-9.
23. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J School pub Health Inst Pub Health Res.* 2006; 4(1):1-12. [Persian]
24. Gleeson JFM, Alvarez-Jimenez M, Cotton SM, Parker AG, Hetrick S. A systematic review of relapse measurement in randomized controlled trials of relapse prevention in first-episode psychosis. *Schizophr Res.* 2010; 119(1-3):79-88.
25. Açok A, Polat A, Akir S, Genç A. One year outcome in first episode schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 256(1):37-43.
26. Menezes NM, Arenovich T, Zipursky RB. Systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychol Med.* 2006; 36(10):1349-62.
27. Shahrivar Z, Alaghband-rad J, Mahmoudi Gharaee J, Seddigh A, Salesian N, Jalali Roudsari M, et al. The efficacy of an integrated treatment in comparison with treatment as usual in a group of children and adolescents with first-episode psychosis during a two year follow-up. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2012; 18(2):115-27. [Persian]
28. Pencer A, Addington J, Addington D. Outcome of a first episode of psychosis in adolescence: A 2-year follow-up. *Psychiatry Res.* 2005; 133(1):35-43.
29. Cougnard A, Parrot M, Grolleau S, Kalmi E, Desage A, Misdrahi D, et al. Pattern of health service utilization and predictors of readmission after a first admission for psychosis: A 2-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113(4):340-9.
30. Amini H, Sharifi V, Nejatiasafa A, Arbabi M, Tabatabaee M, Alimadadi Z, et al. One year follow-up of patients with bipolar disorder admitted to Roozbeh Hospital. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2009; 15(2):168-74. [Persian]
31. Amini H. First-episode psychosis: An overview of research in Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2011; 5(1):6-16.
32. Sharifi V, Tehranidoost M, Yunesian M, Amini H, Mohammadi M, Jalali Roudsari M. Effectiveness of a low-intensity home-based aftercare for patients with severe mental disorders: A 12-month randomized controlled study. *Community Ment Health J.* 2012; 48(6):766-70.

## Original Article

## Course of Psychotic Disorders: A 3-Year Follow-up Study of Patients with First Episode Psychosis

### Abstract

**Objectives:** The goal of the current 3-year follow-up study was to investigate characteristics, course and clinical outcomes of a group of patients with first episode psychosis admitted to Roozbeh Hospital during 2007-2009. **Method:** Patients admitted to Roozbeh Hospital with a first presentation of any psychotic symptoms were included. At admission, the patients were assessed with regard to severity of symptoms, global functioning and quality of life. For data collection, the Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS), Global Assessment of Functioning (GAF), and World Health Organization Quality of Life Scale-Brief (WHOQoL-BREF) were used. These assessments were repeated at the time of discharge, and on six, 12, and 24 months as well as three to four years after discharge. Readmissions in the follow-up period were also recorded. The data were analyzed using repeated measure analysis of variance and paired t-test. **Results:** Of 104 recruited patients, 59 (56.7%) were male. Their mean age ( $\pm$ SD) was 30.6 years ( $\pm$ 9.7). Based on discharge diagnoses, 48 individuals had bipolar I disorder (with psychotic features), 22 patients had schizophrenia, seven cases had major depressive disorder (with psychotic features), and the remaining 27 were diagnosed with other psychotic disorders. Patients' global functioning, and positive, negative and general psychotic symptoms were improved noticeably during follow-up. Nonetheless, the improvement was apparent at solely the time of discharge and none of these measures changed between discharge and follow-up intervals. The patients' quality of life showed no changes during any of these intervals. Of those with available data, the rate of readmission was 41.1%. **Conclusion:** A significant proportion of the patients experienced relapse leading to rehospitalization during the first three years after the index hospitalization. This finding along with the lack of improvement of functioning and quality of life during the follow-up period underlines the importance of providing effective interventions for relapse prevention and rehabilitation.

**Key words:** psychotic disorders; outcome assessment; relapse; recurrence

[Received: 21 November 2012; Accepted: 30 September 2013]

Vandad Sharifi\*, Homayoun Amini<sup>a</sup>,  
Zahra Shahrivar<sup>a</sup>, Yasaman  
Mottaghipour<sup>b</sup>, Javad Mahmoudi  
Gharaee<sup>a</sup>, Javad Alagband-Rad<sup>a</sup>

\* Corresponding author: Roozbeh Hospital,  
Tehran University of Medical Sciences, Tehran,  
Iran, IR.

Fax: +9821-55419113

E-mail: [vsharifi@tums.ac.ir](mailto:vsharifi@tums.ac.ir)

<sup>a</sup> Tehran University of Medical Sciences, Tehran,  
Iran; <sup>b</sup> Taleghani Hospital, Shahid Beheshti  
University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

42  
42