

بررسی فراوانی نسبی علائم مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنیای مزمن اصفهان*

دکتر غلامحسین احمدزاده^۱، دکتر تقی کریم زاده

چکیده مقاله

مقدمه. تقسیم‌بندی بیماران به دو گروه علائم مثبت و منفی تأثیر چشمگیری بر پژوهشهای روانپزشکی گذاشته است. با توجه به نقش عوامل فرهنگی و اجتماعی بر روی علائم بیماری مطالعه حاضر جهت بررسی این علائم در بیماران اسکیزوفرن مزمن ایرانی انجام شده است. **روشها.** جمعیت آماری مورد مطالعه ۲۰۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن که به صورت تصادفی ساده از بین بیماران سرپایی و بستری در مراکز روانپزشکی شهر اصفهان انتخاب شدند.

نتایج. بر اساس مشاهدات ۵۴ درصد بیماران در زیر گروه علائم مثبت و ۴۶ درصد جزو گروه منفی بودند. شایعترین علائم شامل غیراجتماعی بودن، لذت نبردن از زندگی، بی ارادگی و بی تفاوتی، هذیان و توهم بود.

بحث. نتایج مطالعه حاضر به میزان فراوانی با سایر مطالعات انجام شده در دنیا همخوانی دارد، ولی بیماران مورد مطالعه علائمی مانند پرخاشگری، فقر کلام و هذیان‌های گزند و آسیب و حسادت را بیشتر و کندی عاطفی و توهم را کمتر از مطالعات مشابه نشان دادند.

● واژه‌های کلیدی. اسکیزوفرنیا، علائم مثبت و منفی، روانپزشکی فرهنگی، اصفهان.

مقدمه

اسکیزوفرنیا به عنوان یکی از مهمترین اختلالات روانی بخش عمده‌ای از تحقیقات روانپزشکی را به خود اختصاص داده است. بیماران مبتلا به این اختلال شامل طیف وسیعی می‌گردند که از نظر عوامل ایجادکننده بیماری، علائم و نشانه‌ها و سیر و پیش‌آگهی تفاوت‌های با هم دارند، به نحوی که عده‌ای از روانپزشکان آن را بیماری هزار چهره می‌نامند. علی‌رغم اینکه شیوع تقریبی این اختلال در تمام جوامع بشری یکسان است ولی تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای از نظر علائم و نشانه‌های بیماری در اجتماعات و فرهنگهای مختلف دیده می‌شود (۱-۳).

اگرچه در ابتدا تصور می‌کردند که علائم اسکیزوفرنیا به واسطه جنبه‌های بیولوژیکی این بیماری عاری از تأثیرات فرهنگی است ولی به مرور با انجام مطالعات مختلف به این نکته پس بردند که عوامل فرهنگی و اجتماعی نقش قابل توجهی در تظاهرات بیماری دارد. در مطالعات بین‌المللی بر روی بیماران اسکیزوفرن مشخص شد علائم درجه اول شناسید که برای تشخیص اسکیزوفرنیا از اهمیت ویژه‌ای در بین روانپزشکان برخوردارند تفاوت‌هایی در بیماران ۹ کشور مختلف جهان دارد (۴-۶).

در بیماران اسکیزوفرن غربی توهمات شنوایی شایعتر است، در آفریقایها رفتارهای تهاجمی کمتر و کندی عاطفه بیشتر دیده شد در حالی

که در بیماران ایرانی و ایتالیایی نابلو این علائم به عکس بود. هذیان‌های مذهبی نیز به جز در بین مسلمانان و مسیحیان در سایر اقوام به ندرت مشاهده گردید (۷).

در ایران یکی از معدود تحقیقات منتشر شده در این زمینه طی سالهای ۶۴ تا ۷۰ بر روی ۹۲۲ بیمار اسکیزوفرن بستری در مراکز مختلف روانپزشکی کشور انجام شده است که در آن شایعترین علائم بیماران شامل خلق افسرده، عاطفه نامتناسب، بی تفاوتی و هذیانهای گزند و آسیب و توهمات شنوایی بوده است (۸).

تاکنون تلاشهای فراوانی برای طبقه‌بندی و تفکیک گروه‌های مختلف بیماران اسکیزوفرن به منظور شناخت هر چه بیشتر بیماری و اتخاذ راهکارهای مناسبتر درمانی صورت گرفته است. یکی از تقسیم‌بندی‌هایی که طی سالیان اخیر کاربرد قابل توجهی در تعیین سیر و پیش‌آگهی و نحوه درمان بیماران اسکیزوفرن داشته است، قرار دادن بیماران بر حسب علائم در دو گروه مثبت و منفی است.

بیماران در گروه علائم عمدتاً مثبت شامل آن دسته از بیمارانی می‌شوند که پاسخ به درمان خوبی دارند و در سی‌تی‌اسکن مغزشان نکته غیر طبیعی ندارند. مهمترین علائم این بیماران شامل هذیانها، توهمات و رفتار و گفتار از هم گسیخته می‌شود. در واقع علائم مثبت یا سازنده نشانه‌هایی هستند که افراد عادی فاقد آن می‌باشند و صرفاً فرد پس از ابتلا به بیماری دچار آنها می‌گردد این گروه را تیپ یک اسکیزوفرنیا نیز می‌نامند. در مقابل گروه دیگری قرار دارند که علائم آنها در اثر از دست دادن توانایی‌ها و خصوصیاتی است که یک فرد طبیعی دارد مواردی مانند اراده و انگیزش، توانایی برقراری رابطه اجتماعی با دیگران، احساس لذت از زندگی و توجه و تفکر طبیعی. فرد به واسطه از دست دادن این توانایی دچار علائم کمبودی یا منفی بیماری می‌گردد. بیماران این دسته ممکن است سی‌تی‌اسکن غیر طبیعی داشته باشند و سیر بیماری آنها معمولاً بدخیم‌تر است و پاسخ خوبی به داروهای روان گردان کلاسیک نمی‌دهند و احتیاج به روشهای درمانی دیگری دارند این گروه را تیپ دو اسکیزوفرنیا می‌نامند (۹-۱۳).

مطالعه حاضر با هدف تعیین توزیع فراوانی زیر گروههای مثبت و منفی اسکیزوفرنیا مزمن در بیماران ایرانی انجام شده است.

* این مقاله حاصل طرح پژوهشی شماره ۷۸۲۲۲ بوده و هزینه آن از محل اعتبارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پرداخت گردیده است.

۱- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان اصفهان، اصفهان.

جدول ۱. توزیع فراوانی موارد اصلی و فرعی علائم مثبت در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا (بر حسب درصد)

شدید تا مفرط	خفیف تا متوسط	شدید تا مفرط	خفیف تا متوسط
			● توهمات
			شنوایی
۲۵/۵	۲۶		لمسی جسمی
۳	۷/۵		بویایی و چشایی
۰	۰		بینایی
۱۰/۵	۱۶/۵		● هذیانها
			گزند و آسیب
۲۱/۵	۲۵		حسادت
۱۰/۵	۱۸		گناه
۱/۵	۶		بزرگ منشی
۶	۲۲/۵		مذهبی
۴/۵	۹		جسمی
۱/۵	۱۲		انتساب
۱۹/۵	۳۰		کنترل
۷/۵	۲۵/۵		خواندن فکر
۶	۲۲/۵		انتشار افکار
۶	۱۶/۵		نفوذ فکر
۷/۵	۱۰/۵		ربایش فکر
۷/۵	۳		● رفتارهای غیرعادی
			ظاهر و پوشش
۱۲	۳۶		رفتارهای اجتماعی و جنسی
۱۵	۳۰		پر خاشگیری
۱۶/۵	۴۲/۵		تکراری و کلیشه‌ای
۷/۵	۲۴		● اختلال در شکل معمول
			و تفکر و کلام
۶	۱۵		شل شدن تداعیها
۰	۱۵		تفکر مماسی
۶	۱۹/۵		کلام بی ربط
۶/۵	۲۸/۵		عدم پیگیری منطقی
۱/۵	۱۵		حاشیه پردازی
۲	۵		فشار تکلم
۹	۱۲		تکلم غیر متمرکز
۰	۲		تداعی صوتی

روشها

مطالعه از نوع مقطعی - توصیفی است. جمعیت مورد مطالعه شامل بیماران اسکیزوفرنی بودند که از آذر ماه ۱۳۷۸ تا اردیبهشت ۱۳۷۹ به درمانگاه‌ها و بخش‌های روانپزشکی شهر اصفهان مراجعه نمودند. تعداد ۲۰۰ بیمار که بر اساس معیارهای DSM IV دچار اسکیزوفرنیا بودند با روش نمونه‌گیری احتمالی آسان انتخاب شدند از ملاک‌های ورود به مطالعه سابقه حداقل دو سال علائم بیماری (مزمون بودن بیمار) و حداقل یک دوره درمان ۶ هفته‌ای قبل از ارزیابی بود. با توجه به اینکه تأثیر دارو بر علائم بیماری می‌توانست به عنوان یک متغیر مخدوش کننده باشد و از طرفی امکان قطع داروی

جدول ۲. توزیع فراوانی موارد اصلی و فرعی علائم منفی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا (بر حسب درصد)

شدید تا مفرط	خفیف تا متوسط	شدید تا مفرط	خفیف تا متوسط
			● کندی عاطفی
۱۵	۲۷/۵		تظاهرات چهره‌ای یکنواخت
۱۲	۴۰/۵		کاهش حرکات خود بخودی
۱۳/۵	۱۸		ناتوانی در تظاهرات بیانی
۱۲	۱۶/۵		کاهش تماس چشمی
۱۳/۵	۲۷/۵		عدم پاسخ‌دهی عاطفی
۲۱	۲۵/۵		عاطفه نامناسب
۱۲	۲۴/۵		تن کلام یکنواخت
			● اختلال تفکر و شناخت
۱۸	۲۷/۵		فقر کمی کلام
۱۶/۵	۲۳/۵		فقر محتوی کلام
۱/۵	۱۸		توقف فکر
۷/۵	۲۱		مکتف فکری
			● شکل توجه
۶	۴۶/۵		نداشتن توجه در موقعیت اجتماعی
۳	۲۳		نداشتن توجه حین معاینه
۲۷	۵۰		آراستگی و نظافت شخصی
۴۹/۵	۲۶		عملکرد شغلی و تحصیلی
۵۴	۲۲/۵		ضعف انجام کار بدنی
			● غیر اجتماعی بودن و لذت نبردن از زندگی
۲۳	۴۵		فعالیت‌های تفریحی و سرگرم کننده
۱۰/۵	۲۳/۵		فعالیت جنسی
۳۹	۴۲		ابراز صمیمیت و نزدیکی
۴۹/۵	۲۴/۵		ارتباط با دوستان و همسالان

بیماری برای مدت کوتاه چه از نظر اخلاقی و چه علمی امکانپذیر نبود لذا برای یکسان سازی تأثیرات دارو بر علائم بیماران حداقل مدت زمان مصرف دارو برای همه بیماران به صورت یکسان در نظر گرفته شد.

بیماران با مصاحبه نیمه ساختاری و با استفاده از پرسشنامه بخش علائم مثبت و منفی بررسی شدند. معیار ارزیابی علائم مثبت و منفی آندرسون Scale for the Assessment of Positive Symptom (SAPS) که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته از نظر پایایی و اعتبار در مطالعات مختلفی مورد تأیید واقع شده است (۱۴، ۱۵). اطلاعات خام با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از روشهای آمار توصیفی و تحلیلی از جمله آزمون χ^2 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

از ۲۰۰ بیمار مورد مطالعه، ۱۳۸ نفر مرد و ۶۲ نفر زن همچنین ۱۲۰ نفر از بیماران به صورت سرپایی و ۸۰ نفر نیز بستری بودند. متوسط سن افراد مورد مطالعه ۳۳/۶ سال بود. در مجموع ۵۴٪ بیماران در زیر گروه مثبت و ۴۶٪ در زیر گروه منفی قرار گرفته‌اند.

با مطالعات دیگری نیز که پرخاشگری را در بیماران ایتالیایی و ایرانی نسبت به تعدادی از کشورهای اروپایی و آمریکایی بیشتر گزارش کرده و یا کندی عاطفی را کمتر بیان نموده است مشابهت دارد (۷).

وجود توهمات شنوایی به عنوان شایعترین نوع توهم در بیماران ما با یافته‌های موجود در سراسر دنیا کاملاً مشابهت دارد. اگر چه در مطالعه دیگری که در ایران انجام شده توهمات شنوایی و بینایی به صورت توام بالاترین شیوع را داشته‌اند (۸). بطور کل شایعترین نوع هذیان در بیماران اسکیزوفرن هذیانهای تعقیب و گزند است که مطالعه حاضر نیز به این نتیجه رسیده است (۱، ۱۶). بیشتر بودن هذیانهای حسادت در بیماران ما شاید ناشی از حساسیت‌های اجتماعی و مذهبی خاص در فرهنگ ما باشد. وجود هذیانهای اشناپذیری نیز در این مطالعه با مطالعات دیگر همخوانی داشت اگر چه در مجموع کمتر از آنها بود که دلیل آن کلی است این مسئله باشد که شاید اغلب بیماران مورد مطالعه در پژوهشهای غربی بیشتر در فاز حاد بیماری بوده‌اند که احتمال این علائم در آن موقع بیشتر است (۵، ۶). اگر چه در پاره‌ای معلومات زیر گروه مثبت را در زنان و زیر گروه منفی را در مردان بیشتر گزارش کرده‌اند (۱۶)، ولی در مطالعه فعلی این مسأله تأیید نشده است. در مجموع بیماران اسکیزوفرن مزمن عمدتاً علائمی مانند بی‌ارادگی و بی‌احساسی، انزوا و غیر اجتماعی بودن و لذت نبردن از زندگی را در رفتارشان نشان می‌دهند اغلب آنها هذیان یا توهم دارند و درصد کمی از آنها دچار کندی عاطفی و رفتار و کلام از هم گسیخته هستند.

به هر حال بسیاری از یافته‌های این پژوهش نیاز به تکرار و بررسی مجدد در مناطق مختلف کشور دارد با توجه به اینکه تقسیم‌بندی بیماران به زیرگروههای مثبت و منفی یکی از اقدامات لازم برای انجام مطالعات طولی در زمینه پیش‌آگهی و سیر و پاسخ به درمان اسکیزوفرنیا است توصیه می‌شود پژوهشهای دقیق‌تری در این زمینه انجام گردد.

شایع‌ترین علائم مثبت شامل هذیان (۸۸/۵٪)، رفتارهای غیر عادی (۷۰/۵٪)، توهم (۶۷/۵٪)، رفتار از هم گسیخته (۴۳/۵٪) بود. شایع‌ترین علائم منفی شامل بی‌ارادگی و بی‌تفاوتی (۹۰٪)، غیر اجتماعی بودن و لذت نبردن از زندگی (۸۸/۵٪)، اختلالات تفکر و شناخت (۷۲٪)، اختلال توجه (۴۹/۵٪) و کندی و سطحی شدن عواطف (۴۳/۵٪) بود. از بین انواع مختلف توهم، توهم شنوایی و در بین هذیان‌ها نیز به ترتیب هذیان‌های گزند و آسیب، انتساب، کنترل و خواندن فکر و حسادت بالاترین شیوع را داشتند. شایعترین رفتارهای غیرعادی به صورت پرخاشگری بود. عدم پیگیری منطقی کلام نیز شایعترین اختلال در شکل و فرم کلام بیماران بود. در بین علائم منفی کندی عاطفی و تظاهرات چهره‌ای ثابت و کاهش حرکات خودبخودی بالاترین شیوع را در زیر گروههای فرعی علائم را داشتند. فقر محتوی کلام نیز بارزترین اختلال در شکل تفکر و شناخت بیماران بود (جدول ۱ و ۲). فراوانی نسبی علائم مثبت و منفی در دو جنس تفاوت معنی‌داری را نشان نداد.

بحث

نتایج حاصل از این پژوهش قابل مقایسه با سایر تحقیقات است که با استفاده از SAPS SANS انجام شده می‌باشد. در اغلب این مطالعات غلبه با زیر گروه مثبت می‌باشد. در مطالعه حاضر زیر گروه مثبت ۸٪ بیشتر از زیر گروه منفی بود که با سایر مطالعات همخوانی دارد (۱۴، ۱۶).

اگر چه در علائم با بالاترین شیوع در مطالعه حاضر با علائم به دست آمده در سایر مطالعات همخوانی زیادی دارد ولی علائمی مانند تظاهرات چهره‌ای یکنواخت و ناتوانی در تظاهرات بیانی که جزء زیر مجموعه علائم منفی هستند در بیماران ما نسبت به بیماران غربی کمتر دیده شده است اما رفتارهای غیرعادی بخصوص پرخاشگری در بیماران ما بیشتر بوده است که

مراجع

- 1- Jabalensky A. Schizophrenia: manifestation, incidence, and course in different cultures. *Psychological Medicine* 1992; 20: 1-97.
- 2- Carter JR. Culture aspects of Schizophrenia: in cultural clinical psychology. London Oxford University Press 1998: 246-266.
- 3- Cohen A. Prognosis of Schizophrenia in the third World, a reevaluation of cross culture research. *Culture Medicine and Psychia* 1992.
- 4- Carpeter WJ, Strauss JS. Cross-culture evaluation of schneiders first rank symptoms of schizophrenia: A report from the international pilot study of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1974; 131: 682-687.
- 5- Chandrasena R, Schneiders M. First rank symptom: An international comperative study. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1987; 76: 574-578.
- 6- Malik SB, Ahmad M, Bashir A, Chondhry TM. First rank symptom of shizophrenia: prevalance and diagnostic use A study from pakistan. *British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 109-111.
- 7- Alissa I. Cross cultural study of symptomatology in Schizophrenia. *Canadina Journal of Psychiatry* 1968; 13: 147-156.

۸- مهرابی، ف. نیمرخ علامت‌شناسی اسکیزوفرنیا در بیماران بستری در مراکز روانپزشکی ایران. اندیشه و رفتار ۱۳۷۳؛ ۲ و ۳-۱۴-۴.

- 9- Andreasen NC. Negative Versus Positive Schizophrenia: Definition and validation. *Archives of General Psychiatry* 1984; 39: 789-794.
- 10- Johnstone EC. The assessment of negative and positive Features in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155: 4-44.
- 11- Mundt C, Kasper S. The diagnostic Specificity of negative Symptoms and their psychopathology context. *British Journal of Psychiatry* 1998; 155: 32-36.
- 12- Angrist B, Rotrosen J, Gershon S. Positive and negative symptoms in schizophrenia. *Psychopharmacology* 1980; 72: 17-19.
- 13- Amader Xf, Kpatrick B. Stability of diagnosis of deficit syndrome in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1978; 57: 237-639.
- 14- Andersen NC. The scale for the assessment of negative symptom conceptual and theoretical fondamentation. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155: 49-52.
- 15- Andersen NC. The scale for assessment of positive symptom . The university of Iowa 1984.
- 16- Carpenter WT. Schizophrenia. in: Kaplan an Sadock. *Comperhensive textbook of psychiatry*. 7th Ed. Philadelphia, Williams and Wilkins Co. 1995: 889-1018.