

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۳۰ شماره ۱ بهار ۱۳۸۷ صفحات ۹۷-۹۳

بررسی خصوصیات دموگرافیک و بالینی بیماران بستری مبتلا به اختلال هذیانی

دکتر سید محمد علی قریشی زاده: استاد روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: goreishm@tbzmed.ac.ir

حسین لطفی نیا: دانشجوی دوره دکتری روانشناسی بالینی انسیتو روانپزشکی تهران
دکتر امیر مرتضوی: پزشک عمومی

دریافت: ۸۵/۱۱/۱۵ پذیرش: ۸۶/۵/۲۲

چکیده

زمینه و اهداف: اختلال هذیانی نوعی اختلال روانی نسبتاً غیر شایع است که ویژگی اصلی آن وجود هذیانهای سیستماتیزه مداوم بدون سایر، علائم روانپزشکی عمده می باشد. این اختلال همراه با عوارض عمده ای مانند از دست دادن شغل، طلاق و جدائی، آسیب ارتباطات بین فردی و گناه ارتکاب جرم و جنایت می باشد. در سبب شناسی اختلال هذیانی عوامل فرهنگی نقش مهمی دارند. یافته های موجود شیوع، خصوصیات دموگرافیک و علائم بالینی این بیماری را متفاوت گزارش کرده و در کشور ما در مورد خصوصیات دموگرافیک و علائم بالینی و عوارض اختلال هذیانی مطالعات اندکی صورت گرفته است. لذا این مطالعه در بیمارستان رازی تبریز انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش، از نوع مقطعی است و جامعه آماری آن را ۶۸ بیمار مبتلا به اختلال هذیانی تشکیل دادند که بین سالهای ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۱ با تشخیص اختلال هذیانی در بیمارستان رازی تبریز بستری شده اند. در این پژوهش خصوصیات دموگرافیک و کلینیکی این بیماران بر اساس یافته های پرونده بیمارستانی آنها مورد بررسی قرار گرفته و نتایج این پژوهش با روشهای آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: سن بیماران در فاصله ۲۳ تا ۸۲ سال قرار داشته و متوسط آن ۵۰ سال بود. اکثر بیماران (۷۹/۵٪) مذکور (۸۲/۵٪) متأهل بودند. شایعترین هذیان یافت شده هذیان گزند و آسیب بود (۵۳٪). مهمترین علائم بالینی توهم شنوایی (۲۶/۵٪) خلق افسرده (۵۴/۵٪)، افکار دیگر کشی (۳۲/۵٪) و افکار خود کشی (۲۹/۵٪) را شامل می شد.

نتیجه گیری: اختلال هذیانی یک اختلال جدی روانپزشکی است. که با آسیبهای روانی - اجتماعی گسترده ای همراه بود. و علائم کلینیکی وسیعی دارد. شایعترین علائم در این مطالعه هذیان گزند و آسیب، حسادت، خلق پایین، افکار خود کشی و دیگر کشی بوده و برخلاف اسکیزوفرنی و اختلالات خلقی در سنین بالا و متأهل ها شیوع بیشتری از خود نشان داد.

کلید واژه ها: اختلال هذیانی، خصوصیات دموگرافیک، علائم بالینی

مقدمه

یک دوره یک ماهه نشان دهد و این هذیانها نباید ناشی از وجود سایر اختلالات روانپزشکی باشد. بیماران مبتلا به اختلال هذیانی معمولاً نسبت به علائم بیماری خود بینش لازم را نداشته و اغلب توسط خانواده یا آشنایان دیگر برای درمان مراجعه می نمایند. هر چند که اعضای خانواده و اطرافیان نیز به علت سالم ماندن نسبی شخصیت بیمار در پذیرفتن بیمار بودن آنان اکراه دارند (۳). بیماران مبتلا به علت نداشتن بینش کافی نسبت به بیماری خود، عدم

اختلال هذیانی یکی از اختلالات نسبتاً نادر روانپزشکی است که خصوصیت اصلی آن وجود نوعی هذیان سیستماتیزه نسبتاً پایدار است (۱). این اختلال شباهتهای ظاهری به بیماری اسکیزوفرنیا دارد ولی وجود سیستم هذیانی خوب تعریف شده و عدم وجود علائم عمده روانپزشکی به غیر از هذیان، آن را از اسکیزوفرنیا متمایز می سازد (۲). برای تشخیص اختلال هذیانی لازم است که شخص مبتلا هذیان های غیر عجیب را برای حداقل

همراه با سایر اختلالات روانی روی دهد. میزان احتمال وجود اختلال همراه در این بیماری ۷۲٪ گزارش شده است (۹). وضعیت روانی و رفتاری بیماران مبتلا معمولاً بهنجار جلوه کرده و ممکن است به غیر از اعتقادات هذیانی علامت تشخیصی دیگری وجود نداشته باشد (۱۰، ۱۱). هذیان‌های این بیماران دور از ذهن نبوده و به نظر منطقی می‌رسند و لذا اطرافیان به مریض بودن آنها شک نمی‌کنند مگر در مراحل پیشرفته بیماری. در ایران دو مطالعه یکی در کرمانشاه و دیگری در بیمارستان روزبه تهران در مورد اختلال هذیانی انجام شده که نتایج در بعضی قسمت‌ها با هم همخوانی ندارند (۱۲-۱۳). این مطالعه با توجه به ناهماهنگی در یافته‌های مطالعات قبلی و نبود مطالعه در منطقه آذربایجان و بخصوص کمبود مطالعات در مورد بیماران بستری انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، پژوهشی پس‌رویدادی بوده و از نوع مقطعی است. با توجه به پس‌رویدادی بودن این پژوهش، کامل و سهل الوصول بودن پرونده‌های بیماران بستری در بخش‌های روانپزشکی مرکز آموزشی-درمانی رازی تبریز تصمیم گرفته شد که از بیماران بستری برای انجام این پژوهش استفاده گردد. جامعه مورد پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به اختلال هذیانی تشکیل دادند که از ابتدای سال ۱۳۷۸ تا آخر سال ۱۳۸۱ در مرکز آموزشی-درمانی رازی بستری شده بودند. بدین منظور ۶۸ نفر انتخاب شدند، به این صورت که تمام پرونده‌های مربوط به بستری بیماران در مرکز فوق‌الذکر مورد بررسی قرار گرفت و از بین آنها تمام پرونده‌هایی که تشخیص اختلال هذیانی داشت مشخص شدند. با این روش ۷۳ پرونده از مجموع کل پرونده‌ها مجزا و به عنوان جامعه مورد پژوهش انتخاب شدند. بعد از بررسی تمام پرونده‌ها در نهایت ۵ پرونده به خاطر عدم صراحت در تشخیص و داشتن تشخیص‌های همزمان دیگر از جامعه مورد پژوهش کنار گذاشته شده و در مجموع ۶۸ پرونده مورد بررسی قرار گرفت.

بعد از انتخاب جامعه مورد پژوهش خصوصیات دموگرافیک این بیماران مانند سن، جنسیت، سن شروع بیماری، میزان تحصیلات و شغل، وضعیت تاهل و نیز علائم روانپزشکی و عوارض بیماری از محتوای پرونده بیمارستانی استخراج و به روش آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تشخیص بیماری بر اساس مصاحبه بالینی و طبق ملاک‌های تشخیصی DSM IV مشخص گردیده بود. با توجه به اینکه بیمارستان رازی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی است و تشخیص‌ها پس از بررسی‌های بیشتر و تایید اساتید بخش صورت می‌گیرد و از طرف دیگر موارد مشکوک و پرونده‌های ناقص از مطالعه کنار گذاشته شدند لذا انتخاب بیماران از نظر درستی تشخیص با مشکلی همراه نبود.

پذیرش درمان، عدم پاسخ کافی به درمان و مقاوم بودن نسبت به درمان در خطر تجربه مشکلات گوناگون خانوادگی، اجتماعی و قانونی قرار می‌گیرند (۴).

میزان شیوع نسبتاً پائین اختلال هذیانی همراه با تعریف‌های متفاوتی که در طبقه‌بندی‌های مختلف تشخیصی از این بیماری شده مانع ارزیابی دقیق همه‌گیرشناسی این اختلال گردیده است. به طوری که میزان شیوع این اختلال از ۰/۲۵ تا ۰/۳ در صد متغیر گزارش شده است (۲ و ۴). طبق DSM IV TR^۱ اختلالات هذیانی در بین بیماران بستری بیمارستان‌های روانی حدود ۱ تا ۲ درصد آنها را تشکیل می‌دهد. سن متوسط شروع حدود ۴۰ سالگی اما محدوده سنی از ۱۸ تا ۹۰ سالگی گسترده است. اکثر بیماران متأهل و شاغل باشند ممکن است رابطه‌ای بین مهاجرت و وضعیت اجتماعی-اقتصادی پائین در این اختلال وجود داشته باشد (۴). الگوی علائم و خصوصیات دموگرافیک در فرهنگ‌های مختلف و مطالعات مختلف یکسان نمی‌باشد، مثلاً نتایج پژوهش در چند کشور آسیایی مانند چین و تایوان نشان دهنده پائین بودن میزان شیوع این اختلال در این کشورهاست. چنانکه در چین از مجموع تمام بیماران روانی که به کلینیک‌های روانپزشکی مراجعه کرده بودند تنها ۱۳/۳ درصد مبتلا به اختلال هذیانی تشخیص داده شده و در تایوان این میزان ۴۹/۴ درصد بوده است (۵).

نسبت ابتلاء جنس مذکر به مونث در اختلال هذیانی دقیقاً معلوم نیست اما به نظر می‌رسد در جنس مونث میزان شیوع اندکی بالاتر از جنس مذکر باشد (۱۴). همچنین در جنس مذکر احتمال مشاهده هذیان گزند و آسیب و در جنس مونث احتمال مشاهده هذیان عاشقانه بیشتر است.

علل سبب ساز اختلال هذیانی تا کنون به صورت کاملی مشخص نشده اما در این زمینه نقش ژنتیک تا حدی روشن شده است. معلوم شده که در خانواده درجه یک بیماران مبتلا به اختلال هذیانی احتمال ابتلا به اختلال هذیانی یا اختلال شخصیتی پارانوئید بالا تر از خانواده‌های افراد بهنجار یا اشخاص اسکیزوفرنیک می‌باشد (۴). از سوی دیگر نقش برخی از عوامل محیطی مانند مهاجرت و انزوای اجتماعی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی پائین و طلاق گرفتن در ایجاد اختلال هذیانی مورد تأکید قرار گرفته است (۴-۵).

اختلال هذیانی با عوارض مختلفی همراه است. که یکی از عوارض مهم آن ناتوانی در کنترل خشم ناشی از اعتقادات هذیانی است (۶). از علل احتمالی پدید آمدن چنین حالتی پائین بودن میزان مهارت‌های اجتماعی این بیماران گزارش شده است (۷). از عوارض دیگر این اختلال وجود جنبه سرایتی آن است که مشخص‌ترین حالت آن در نوعی از اختلال هذیانی که به نام اختلال هذیانی القائی نامیده شده قابل مشاهده است. در این حالت علائم هذیانی مشابهی در دو نفر یا بیشتر از افراد نزدیک بیمار به وجود می‌آید (۸). از سوی دیگر اختلال هذیانی ممکن است

یافته ها

می دهند. باتوجه به این موضوع که مرکز آموزشی-درمانی رازی تبریز تنها مرکز روانپزشکی دانشگاهی مهم استان آذربایجان شرقی می باشد و از تمام مناطق شمال غرب کشور مراجعاتی دارد لذا به نظر می رسد نتایج این پژوهش تا حد زیادی در تعیین عوامل فوق در بیماران بستری مبتلا به اختلال هذیانی از روائی و اعتبار کافی برخوردار باشد.

نتایج این پژوهش در زمینه شیوع اختلال هذیانی نشان داد که نسبت بیماران مبتلا به کل بیماران بستری شده بسیار کم و تنها حدود ۰/۴ درصد بیماران بستری در طی دوره مورد پژوهش بود این نتایج با یافته های پژوهشهایی که میزان شیوع اختلال هذیانی را در سطح خیلی پائین و کمتر از شیوع اسکیزو فرنیازگزارش نموده اند همخوانی دارد. چنانکه Sadock میزان شیوع این اختلال را ۰/۲۵ درصد تا ۰/۳ درصد تخمین زده است. یکی از علل احتمالی پایین بودن نسبت بیماران بستری اختلال هذیانی به کل بیماران روانپزشکی بستری شده این است که موارد خفیف این اختلال فقط به کلینیکهای سرپائی روانپزشکی مراجعه می کنند. با توجه به موارد فوق برای تعیین میزان دقیقتری از مبتلایان به اختلال هذیانی پیشنهاد می شود که پژوهشهای بیشتری در کلینیکهای سرپائی روانپزشکی نیز صورت گیرد. در تایید فرضیه فوق نتایج پژوهش Hsia و همکاران نشان داد که نسبت بیمارانی که به کلینیکهای سرپائی روانپزشکی مراجعه می کنند بیشتر از بیمارانی است که در مراکز روانپزشکی بستری می شوند (۵)، اما از طرف دیگر باید دانست که موارد مهم و جدی بیماری معمولاً نیاز به بستری دارند و بیماران بستری، بیماران واقعی و مهم اختلال هذیانی می باشند.

نتایج این پژوهش در زمینه پراکندگی جنسیت مبتلایان به اختلال هذیانی نشان داد که میزان شیوع اختلال هذیانی در جنس مذکر ۰/۷۹ و جنس مونث ۰/۲۱ بود نتایج دو پژوهش که در ایران صورت گرفته است. همخوان با نتایج این پژوهش است (۱۲ و ۱۳) یکی از این پژوهشها که توسط دکتر صادقی و علیوردی بر روی بیماران بستری و سرپائی مبتلا به اختلال هذیانی در بیمارستان روزبه تهران انجام گرفته نشان میدهد که حدود ۶۷٪ بیماران را مردان و ۳۳٪ بیماران را زنان تشکیل می دهند. اگر چه نتایج این پژوهش در زمینه جنسیت مبتلایان به اختلال هذیانی با نتایج پژوهشهای صورت گرفته در ایران همخوانی نسبی دارد ولی نتایج آن با نتایج پژوهشها در کشورهای دیگر همخوانی ندارد که احتمالاً مربوط به عوامل فرهنگی و اجتماعی موثر بر بیماری است. چنانچه در ایالات متحده آمریکا Sadock میزان شیوع اختلال هذیانی را در زنان کمی بیشتر از مردان گزارش نموده است. (۱) در ژاپن Yamada نسبت زنان به مردان را در این بیماری ۳ به ۱ گزارش نمود (۶). همانطور که گفته شد وجود چنین نا همخوانی در نتایج پژوهشهایی که در ایران و سایر نقاط جهان انجام شده احتمالات فراوانی را مطرح می سازد. یکی از این احتمالات تفاوتهای فرهنگی و نقشهای متفاوت اجتماعی در ایران و سایر کشور های جهان است.

میانگین سنی بیماران ۵۰ سال و ۷۰٪ بیماران ۴۰ ساله یا بالاتر بودند، متوسط سن شروع ۴۳ سال بود. ۷۹/۵٪ در صد را مردان و ۲۰/۵٪ در صد آنها را زنان تشکیل می داد. ۸۲٪ بیماران متاهل ۱۳٪ مجرد و ۵٪ مطلقه بودند. در صد بیسوادی در میان این بیماران بالا بود (۳۰٪) و تنها ۱۲٪ دیپلمه و ۹٪ با تحصیلات دانشگاهی بودند. همچنین میزان بیکاری در بین بیماران بالا بود به نحوی که حدود ۴۱٪ آنان بیکار بودند.

بررسی انواع هذیانهای این بیماران نشان داد که هذیان گزند و آسیب بیشترین نوع هذیان و هذیانهای عاشقانه کمترین نوع بود. جدول ۱ انواع هذیانهای این بیماران را نشان می دهد.

علائم روانپزشکی دیگر بیماران در چهار حیطه اختلالات درکی (توهمات شنوائی) حالات خلقی، وجود افکار خود کشی و وجود افکار دیگر کشی مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲ نتایج به دست آمده در این زمینه را نشان می دهد. تنها در حدود ۹٪ بیماران بینش به بیماری خود داشته و بقیه بیماران نسبت به بیماری خود بینش نسبی یا اصلاً بینش نداشتند. از نظر عوارض بیماری ۵۴٪ در صد بیماران شغل خود را از دست داده و ۳۲٪ در صد مشکلات قانونی مانند تهدید دیگران، دعوا و درگیری و خشونت و استراق سمع تلفن دیگران، همچنین ۳۲٪ در صد بیماران افکار دیگر کشی داشتند.

جدول ۱: انواع هذیانهای حاکم در بیماران با اختلال هذیانی که در این پژوهش بررسی شده اند

نام هذیان	فراوانی	درصد
گزند و آسیب	۳۶	۵۲/۹۴
حسادت	۲۶	۳۸/۲۴
بزرگمنشی	۱	۱/۴۷
جسمانی	۲	۲/۹۴
عاشقانه	۱	۱/۴۷
انتساب	۲	۲/۹۴

جدول ۲: علائم بالینی بیماران با اختلال هذیانی که در این پژوهش بررسی شده اند

نوع علائم	فراوانی	درصد
توهمات شنوائی	۱۸	۲۶/۴۷
خلق افسرده	۳۷	۵۴/۴۱
خلق بالا	۲۱	۳۰/۸۸
خلق نرمال	۱۰	۱۴/۷۱
افکار خودکشی	۲۰	۲۹/۴۱
افکار دیگرکشی	۲۲	۳۲/۳۵

بحث

هدف اصلی این پژوهش تعیین خصوصیات دموگرافیک، علائم بالینی و عوارض اختلال هذیانی در بیماران بستری مبتلا بود. بیماران بستری شکل بالینی شدید و واقعی این اختلال را تشکیل

خلق نرمال (۱۴/۷۱٪) داشته اند بیشتر است. وجود چنین حالتی می تواند بیان گر آن باشد که بی ثباتی در حالت خلقی به عنوان یکی از نشانه های این بیماری مطرح می باشد.

نکته جالبی که از بررسی وضعیت روانپزشکی بیماران مورد پژوهش بدست آمد بالا بودن میزان افکار دیگر کشی و افکار خود کشی آنان بود به نحوی که حدود ۳۲ درصد افکار دیگر کشی و ۲۹ درصد افکار خودکشی داشتند. به نظر Hsia و همکاران بیشترین احتمال افکار خود کشی و دیگرکشی در میان بیماران مبتلا به اختلال هذیانی در بیمارانی مشاهده می شود که هذیان حاکم در آنها هذیان حسادت است (۵). اما نکته مهم که در مقایسه میزان افکار دیگر کشی و افکار خود کشی قابل توجه است بالا بودن افکار دیگر کشی نسبت به افکار خود کشی است وجود چنین حالتی لزوم هشدار به اعضای خانواده این اشخاص در مورد احتمال خطر جانی را تاکید میکند.

این پژوهش ضمن بدست آوردن اطلاعات کلی در مورد خصوصیات عمده دموگرافیک و علائم بالینی وجود عوارض بالای اجتماعی ناشی از این بیماری را نیز مورد بررسی قرار داد و نشان داد که در بین این بیماران سطح عوارض اجتماعی مانند بزهکاری و جرم و جنایت، طلاق، بیکاری و درگیریهای قانونی در مقایسه با سطح آن در اشخاص بهنجار جامعه در سطح خیلی بالاتری قرار دارد. برای نمونه حدود ۵۴ درصد بیماران مورد بررسی شغل خود را از دست داده و ۳۲ درصد مشکلات قانونی (مانند تهدید دیگران، دعوا و درگیری منجر به خشونت و استراق سمع تلفنی دیگران) داشتند. وجود چنین سطوح بالایی از عوارض روانی-اجتماعی در این بیماران نشانگر تأثیرات عمیق این بیماری بر روی سلامت روانی جامعه بوده و لزوم تشخیص و درمان به موقع و انجام پژوهشهای زیادی را در مورد درمان این اختلال نشان می دهد. اهمیت موضوع زمانی دوچندان می شود که این نکته را در نظر بگیریم که این بیماری معمولاً در مراحل پیشرفته تشخیص داده می شود و به علت عدم بینش و داشتن شخصیت نسبتاً سالم، بیماری از نظر بیمار و اطرافیان او پنهان باقی می ماند. از یافته های قابل توجه دیگر این مطالعه پاسخ خوب به درمان با داروهای ضد جنون جدید مثل ریسپریدون را می توان نام برد.

نتیجه گیری

اختلال هذیانی یک بیماری پسیکوتیک نسبتاً نادر اما مشکل ساز می باشد که بر خلاف اسکیزوفرنی و اختلالات خلقی در سنین بالا و متاهلین شایع است و بر خلاف نظریه های قبلی پاسخ درمانی با داروهای ضد جنون جدید خوب و حد اقل در حد ۵۰٪ می باشد. بطوریکه در این مطالعه حدود ۸۴٪ بیماران بهبودی نسبی (کاهش ۵۰٪ علائم) و ۴۵٪ بهبودی کامل و تنها ۱۱/۵٪ پاسخ نداده بودند.

میانگین سن بیماران بررسی شده در این مطالعه ۵۰ سال بود که تا حدی بالاتر از نتایج پژوهشهایی است که در ایران و جهان صورت گرفته و احتمالاً بیماران این منطقه دیر تر در صدد درمان و مراجعه بر آمده و یا بستری می گردند. در ایالات متحده آمریکا میزان متوسط سن شروع اختلال هذیانی در بیماران بستری ۴۰ سال گزارش شده است (۱). همچنین نتایج پژوهش دکتر صادقی و علیوردی میزان متوسط سن بیماران بستری با اختلال هذیانی را ۴۱ سال برآورد کرده است (۱۳). و بالا خره نتایج پژوهش Hsia همکاران نشان داد که میزان متوسط سن شروع اختلال هذیانی در بیماران بستری چینی، ما بین ۴۲ الی ۴۷ سال است که تقریباً مشابه نتیجه این مطالعه می باشد (۵).

نتایج این پژوهش در زمینه شایعترین هذیان حاکم نشان داد که هذیان گزند و آسیب شایعترین هذیان بوده و به دنبال آن هذیان حسادت قرار دارد. میزان فراوانی سایر هذیانها در مقایسه با دو هذیان فوق الذکر در حد بسیار پایین تری قرار داشت. این یافته نیز همخوانی زیادی با نتایج پژوهشهای دیگری که در ایران و جهان انجام گرفته دارد. به عنوان نمونه در مطالعه دکتر صادقی و علیوردی، هذیان گزند و آسیب به عنوان شایعترین هذیان گزارش شده است و بعد از آن هذیان حسادت قرار دارد (هذیان گزند و آسیب ۴۱/۲٪، هذیان حسادت ۳۷/۲٪)، (۱۳). از سوی دیگر Munro و Moks در مطالعه مروری خود نشان دادند که هذیان گزند و آسیب شایعترین هذیان می باشد (هذیان گزند و آسیب ۵۸٪، هذیان حسادت ۱۴٪) (۱۰) همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که میزان وجود توهمات شنوایی تنها در ۲۶ درصد آزمودنیها وجود داشت و در ۷۴ درصد آنان توهمات شنوایی وجود نداشت این یافته با نتایج پژوهش Zencar و همکاران و Vemer و همکاران همخوانی دارد که در مطالعه اخیر ۲۲٪ گزارش شده است و در مطالعه دکتر صادقی ۱۳/۷٪ و در مطالعه دکتر تاتاری ۳۰/۶٪ بود (۱۲). بر خلاف نظریات اولیه که وجود توهمات را در این بیماران هیچ یا نا چیز می دانستند امروزه در درصد کمتری توهمات شنوایی گزارش شده است. نتایج این پژوهش در زمینه شایعترین حالت خلقی موجود در این بیماران نشان داد که شایعترین حالت، خلق افسرده بود و در مجموع حدود ۵۴٪ بیماران خلق پائینی داشتند. وجود حالت خلق افسرده به عنوان شایع ترین حالت خلقی می تواند نشانگر ارتباط نزدیک بین افسردگی و اختلال هذیانی باشد البته باید متذکر شد که خلق افسرده تنها بعنوان یک علامت مطرح است و معادل اختلال افسردگی نیست. این یافته با نتایج پژوهشهای دیگر همخوانی دارد. نتایج پژوهشهای Hsia و همکاران در چین که در ۴۳ درصد بیماران خلق افسرده (۵) و در مطالعه دکتر صادقی و علیوردی شایعترین حالت خلقی، خلق افسرده گزارش شده است (۱۳).

از سوی دیگر در ۳۰/۸۸٪ از بیماران مورد مطالعه خلق بالا وجود داشت. این میزان اگر چه از میزان بیمارانی که حالت خلق پائینی (۵۴٪) داشته اند پایین تر است اما از میزان بیمارانی که حالت

References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. *comprehensive textbook of psychiatry*. 7sted. Baltimor; William and wilkins 2000; 977-997
2. Gelder MG, lopez-ibor J, Andreasen NC. *New oxford text book of psychiatry*. 1sted. New york; oxford university press 2000; 657-676
3. Tasman AJ, kay P, liberman A. *psychiatry*. 1sted. New york; W.b Saunders company 1997; 520-552
4. Sadock BJ, Sadock VA. *synopsis of psychiatry*. 9sted. baltimor; William and wilkins 2003; 511-520.
5. Hsia YC, yiyang Y. Delusional disorder: Retrospective analysis of 86 chinese out patients: *psychiatry and clinical neuro science* 1999; **53**: 673-676
6. Tayler PJ. delusional disorder and delusions is there arisk of violence in social interactions about core symptoms: *Behavioral sciences and the law* 2006; **24**: 313-331.
7. Studzinska M. Psychosocial functioning of the people with delusional disorder under forensic psychiatric observation in the ward of forensic psychiatry in 1998-2002: *Annales universitatis mariae curie-SK* 2004; **59**: 302-306
8. wehmeier FM, Barth NR. Induced delusional disorder a review of the concept and an unusual case of folie a famille. *psychopatology* 2003; **36**: 37-45
9. Albert M, Bogetto B. occurrence and clinical correlates of psychiatric co-morbidity in delusional disorder. *European psychiatry* 2001; **16**: 222-228
10. Munro A, Mok H. An overview of: treatment in paranoia/delusional disorder. *canadian Journal of psychiatry* 1995; **40**(10): 676-622.
۱۱. نیکخو م. *DSM-IV* راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تهران انتشارات سخن، ۱۳۷۴ جلد اول ۵۱۶-۵۲۴
۱۲. تاتاری ف، سودی س. بررسی اختلال هذیانی در بیماران بستری در بیمارستان فارابی کرمانشاه، *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۳۷۹، سال ۶، شماره دوم و سوم ۴-۸
۱۳. صادقی م، علیوردی پ. اختلال هذیانی در بیماران سرپائی وبستری در بیمارستان روزبه تهران. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۳۸۰، سال ۷ شماره سوم، ۶-۱۰
14. Manschreck TC, Khan NL. Recent advances in the treatment of delusional disorder. *canadian Journal of psychiatry* 2006; **51**: 114-119