

## ارزش علائم مرحله حاد بیماری در تشخیص افتراقی شیذوفرنی از اختلالات عاطفی

دکتر حسین ملک‌ی\*

که در گذشته عمدتاً "براساس وجود پاره‌ای از علائم—  
پسیکوتیک اختصاصی برای شیذوفرنی صورت می‌گرفت رامورد  
بررسی دقیق قرار دادند. نتایج حاصل از این مطالعات عملاً  
این روش تشخیصی را زیر علامت سوءال قرار داد.  
DSM-III با پذیرش امکان وجود علائم پسیکوتیک  
غیر وابسته به خلق در اختلالات عاطفی بر این خط‌مهر  
تأیید زد. سالهای اخیر شاهد افزایش گرایش روانپزشکان  
به تشخیص بیشتر اختلالات عاطفی در مقایسه با شیذوفرنی  
بوده است. در اینجا مسئله تشخیص افتراقی این دو اختلال  
از دیدگاه علائم بالینی مرحله حاد بیماری مورد بررسی  
قرار گرفته است.

الف - شیوع علائم پسیکوتیک در بیماران مبتلا به  
اختلالات عاطفی

مطالعه کتب مهم روانپزشکی و ضوابط تشخیصی  
مختلفی که قبل از دهه هفتاد و تاحدودی پس از آن منتشر  
شده است نشان میدهد که وجود یا عدم وجود علائم—  
پسیکوتیک در تشخیص افتراقی بیماریهای عاطفی از شیذوفرنی  
از ارزش بسیاری برخوردار است. مثلاً DSM-II و DSM-III  
شیذوفرنی را بر پایه وجود علائمی نظیر هذیانها توهمات

در این مقاله میزان شیوع علائم پسیکوتیک در بیماران  
عاطفی و ارزش تشخیصی علائم پسیکوتیک و علائم عاطفی در  
تشخیص افتراقی شیذوفرنی از اختلالات عاطفی مورد بررسی  
قرار گرفته است. حاصل این مطالعه نشان میدهد که هیچیک  
از علائم پسیکوتیک ارزش تشخیصی چندانی ندارند اما علائم  
عاطفی و بویژه علائم مانیک بار تشخیصی زیادی دارند بقسمی  
که بویژه وجود همزمان سه علامت تغییرات خلقی، پر حرفی  
یا فشار کلام و هیپراکتیویتی را علی‌رغم وجود یا عدم وجود  
علائم پسیکوتیک در تابلوی بالینی میتوان تقریباً "دال بر  
تشخیص مانی تلقی کرد. گذشته از این ارزش علامت "کندی  
عواطف" مورد بررسی قرار گرفته است و نشان داده شده است  
که این علامت نیز از ارزش تشخیصی زیادی در موارد شیزو-  
فرنیک برخوردار است.

چهارچوب اصلی این مقاله را بخشی از مطالعه  
ارزشمند (1978) Popea Lipinski که یکی از رفرانس-  
های DSM-III میباشد تشکیل میدهد.

پیدایش لیتیموم کاربرد آن در درمان بیماران مانیک  
پس از سالهای ۶۰ مسئله تشخیص افتراقی بین شیذوفرنی  
و اختلالات عاطفی را از اهمیت زیادی برخوردار کرد.  
محققین مختلف مسئله تشخیص افتراقی این دو اختلال را

عاطفی رابطه ای با پیش آگهی بیماری ندارد و پیش آگهی این بیماران نیز نظیر سایر بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی خوب می باشد.

توجه بیشتر مؤلفین قدیمی به علائم پسیکوتیک را شاید بتوان اینطور توجیه کرد که در زمانهای گذشته داروهای آنتی پسیکوتیک در دسترس نبوده است و لذا روانپزشکان فرصت بیشتری می یافتند تا سیر کامل بیماری را در بیماران عاطفی مشاهده کنند. اما در سالهای اخیر بدلیل مصرف این داروها و درمان بیماران در مراحل اولیه بیماری فرم های سخت تواءم با علائم پسیکوتیک کمتر جلب توجه روانپزشکان را کرده است و از این رو بیشتر از گذشته به علائم پسیکوتیک در تشخیص افتراقی شیزوفرنی از بیماریهای عاطفی بذل توجه نشان داده اند.

Carlsona Good win<sup>2</sup> در سال ۱۹۷۳ خود را در موقعیت کراپلین قرار داده و در بیست بیمار مانیک سیر بیماری را در طی یک حمله مانیک مورد مطالعه قرار دادند. آنها این بیماران را آنقدر در بیمارستان بستری کردند تا کلیه آنها یک دوره کامل مانی (مانیک شدن به دنبال یک دوره سلامت کامل و یا دنبال یک دوره افسردگی و بازگشت از فاز مانیک به افسردگی و یا به سلامت کامل) را در بیمارستان پشت سر گذاشتند. بیماران در طی این دوره بدون اینکه داروئی مصرف کنند تحت مطالعه بوده اند جز آنکه در بعضی بیماران بدلیل شدت علائم و غیر قابل کنترل بودن بیماران درمان داروئی انجام شده است. آنها بیماران خود را برپایه اصول زیر انتخاب کردند تا به هرگونه ورود افراد غیر مانیک و بویژه افراد شیزوفرنیک به نمونه خود جلوگیری کنند.

۱- علائم بیماری در هنگام بستری شدن با تابلوی یک بیماری عاطفی (مانی یا افسردگی) هماهنگی داشته است.

۲- کارکرد قبل از بیماری بیماران تقریباً خوب بوده است  
relative good premorbid Functioning

۳- حملات قبلی مانی یا افسردگی در گذشته بیماران موجود بوده است.

عقاید عطف به خود و اختلالات رفتاری هبه فرنیک و کاتا-تونیک قرار میدهد و در مورد وجود علائم پسیکوتیک در بیماریهای عاطفی توضیح میدهد که اگر این علائم در بیماریهای عاطفی دیده شوند وابسته به خلق بوده و شامل هذیانهای گناه هیپوکندریاک و پارانوئید وابسته به خلق میباشند و لذا علائم پسیکوتیک غیر وابسته به خلق نظیر اکثر هذیانهای پارانوئید، هذیان تحت تأثیر قرار گرفتن و توهمات شنوایی و علائم کاتاتونیک دال بر تشخیص شیزوفرنی هستند. کتب مختلف روانپزشکی در دهه شصت نیز عمدتاً "برهمن عقیده هستند که علائم پسیکوتیک غیر وابسته به خلق در بیماریهای عاطفی نادر بوده و یا اصلاً دیده نمیشوند.

نتیجه اینکه در کار کلینیکی معمولاً اینطور توصیه میشد که در مواجهه با بیمار ابتدا باید به دنبال علائم پسیکوتیک و بویژه آن دسته از علائم مانند علائم درجه اول اشنایدر، علائم کاتاتونیک و اختلالات شکل فکر که برای شیزوفرنی اختصاصی تر هستند گشت زیرا وجود این علائم عقبه تشخیص افتراقی را بسود شیزوفرنی میگرداند مگر آنکه علائم پسیکوتیک بیمار وابسته به خلق باشند که در این صورت پس از رد شیزوفرنی تشخیص بیماریهای عاطفی مورد توجه قرار میگیرد.

اما نکته جالب این است که در ادبیات روانپزشکی قدیمی تر توجه بیشتری به وجود علائم پسیکوتیک در بیماریهای عاطفی مبذول میشده است. مثلاً "خود کراپلین سه نوع مانی را توضیح داده بود یکی مانی حاد acute mania دیگری مانی هذیانی delvsional mania که در این حالت بیمار دارای هذیانهای پارانوئید و توهمات گوناگون میباشد و سوم مانی تواءم دلیریوم delirious mania که در آن توهمات متعدد موجود بوده و خلق بیمار از افوری به افکار اضطراب آور و مایوس کننده درباره مرگ تغییر میکند. فعالیت پسیکوموتور بیمار بی دلیل senseless و پرت raving است و بیمار ممکن است کوشش هائی ایملاسیو در جهت خودکشی بکند و یا بطور ایملاسیو لباسهایش را در بیاورد. کلام بیمار نیز بی ربط incoherent میباشد. همچنین Rennin (1942) وجود هذیان و توهم های گوناگون را در بیماران عاطفی توضیح داد و اضافه کرد که شدت علائم پسیکوتیک در بیماران

۴- هیچیک از بیماران در سیر بیماری خود دچار زوال شخصیت *Personality deterioration* نشده بوده‌اند.

۵- پی گیری *Follow-up* کلیه بیماران نیز با تشخیص یک بیماری عاطفی هماهنگی داشته است. شروع بیماری در این گروه بطور متوسط ۲۸ سالگی (بین ۱۷ تا ۳۷) بوده است و در ۱۵ بیمار (۷۵٪ موارد) در اقوام درجه اول یک دوره افسردگی یا مانیک وجود داشته است. ضمناً درشش بیمار (۳۰٪ موارد) فاز افسردگی بلافاصله قبل از مانیک دیده شده است. این ویژگی‌ها و این خصوصیات همگی دال بر این امر بوده‌اند که گروه مورد مطالعه را میتوان یک نمونه کوچک از کل بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی دو قطبی فرض کرد. نکته مهم دیگر آنکه در همه بیماران بجز یک نفر درمان نگهدارنده با کربنات لیتیوم موفقیت آمیز بوده است. این نکته نیز با ادبیات روانپزشکی در مورد تأثیر لیتیوم در مانیک هماهنگی دارد.

*Carlsona Good win* کلیه بیمارانی را که دارای علائم درجه اول اشنایدر بوده‌اند را حذف کرده‌اند تا جای هیچ‌شک و شبهه‌ای را در شیوزوفرینیک نبودن این بیماران باقی نگذارند.

این بیست بیمار از لحاظ سیر بالینی مورد توجه و بررسی دقیق قرار گرفتند و میزان و شدت سه دسته از علائم مانیک، دیس فوریک و پسیکوتیک روزانه در چند نوبت مشخص و نمره‌گذاری گردید. مطالعه فاز مانیک بیماری در این بیماران نشان داد که بر پایه علائم بالینی، سه مرحله مختلف را در دوره مانیک میتوان مشخص کرد بقسمی که بیماران در آغاز بیماری خود ابتدا وارد مرحله یک بیماری میشوند و سپس مرحله دو و سه را پشت سر میگذارند. علائم بالینی بیمار در این سه مرحله به قرار زیر میباشد:

۱- در مرحله یک اوفوری چهره غالب بیماری را تشکیل میدهد. افزایش فعالیت پسیکوموتور در صحبت و در فعالیت بدنی وجود دارد. خلق بیمار متغیر است ولی وجهه اصلی خلق را او فوری تشکیل میدهد اما در صورتی که خواسته‌های بیمار برآورده نشود تحریک پذیری آشکار میگردد. بیماران خلق گسترده *expansive* بزرگ منشی و اتکاء بیش از حد به خود *over confidence* نشان

می‌دهند. افکار بیماران به هم مربوط است *coherent*. اما گاهی افکار تانژنیتال *tangenital* هم دیده میشود. بیماران در این مرحله افزایش فعالیت جنسی همراه با اشتغالات ذهنی جنسی، ولخرجی، مصرف زیاد سیگار و تلفن و زیاد نامه نوشتن نشان میدهند. اما بطور کلی بیماران در این مرحله قابل کنترل هستند.

۲- در مرحله دو فشار کلام و افزایش فعالیت

پسیکوموتور تشدید میشود. خلق بیمار گرچه گاهی اوفوریک است اما غالباً افسردگی و دیس فوری دیده میشود. تحریک پذیری مرحله یک در این مرحله منجر به خصومت و عصبانیت میگردد و رفتار بیمار غالباً "تهاجمی و انفجاری *explosive* میگردد. پرش افکار ظاهر میشود و رفتارهای بیمار بی نظم و ترتیب *disorganized* میشود و هذیانهای گزند و آسیب و بزرگ منشی بوجود می‌آید. کلیه بیست بیمار مورد مطالعه پس از عبور از مرحله یک وارد مرحله دو گردیدند.

۳- مرحله سه در واقع یک مرحله پانیک شدید است. این مرحله در ۱۴ بیمار از بیست بیمار (۷۰٪ بیماران) مورد مطالعه دیده شد. در این مرحله بیمار فردی نگران، مضطرب و نا امید میباشد. خلق بوضوح دیس فوریک است و فعالیت پسیکوموتور بی دلیل و دیوانه وار است. اختلال در تداوم افکار *Lossening of association* ظاهر میشود. هذیانها عجیب و غریب *bizzare* بوده و توهمات گوناگون در ۶ بیمار عدم اوریان تاسیون زمانی و مکانی در ۶ بیمار و عقاید عطف به خود در ۳ بیمار دیده شد. تابلوی بالینی بیماران در این مرحله بی شباهت به یک شیوزوفرینی حاد نیست بطوریکه علائم عمده بالینی بیماران در این مرحله نه علائم عاطفی که علائم پسیکوتیک است. در این مرحله گاه بدلیل غیر قابل کنترل بودن بیماران در مسان داروئی صورت گرفته است.

بعنوان مثال علائم بالینی یک بیمار در مرحله سه به شرح زیر بوده است:

بیمار اول - اشیاء را پرت میکرد لخت میشده، سعی میکرد تا فرار کند فریاد میکشیده که "حتی خدا نیز مرا رها کرده است" و بعد میگفته "من دارم میمیرم. رادیواکتیو بیته موهای مرا سیخ کرده است این بیمار روی کف اتاق ادراار میکرد.

تشخیص برای مانی محسوب گردد ( توجه به این نکته نیز ضروری است که گاه از آغاز علائم عاطفی تا ظهور علائم پسیکوتیک تنها چند ساعت فاصله است ) . دوم آنکه این مطالعه نشان میدهد که در تابلوی بالینی بیماران مانیک در دوره‌ای از سیر بیماری ممکن است بدلیل شدت علائم پسیکوتیک علائم عاطفی چندان جلب نظر نکند و یا ثانوی نسبت به علائم پسیکوتیک تلقی گردد و از این نقطه نظر است که ممکن است این بیماران تشخیص شیوزوفرنی بگیرند . سوم آنکه برخلاف انتظار خلق بیمار در دوره‌ای از سیر بیماری نه در جهت اوفوری که برعکس درجهت افسردگی و دیس فوری بوده است . از این رو وجود خلق افسرده همراه با هیپراکتیویته

و فشار کلام که تاحد بی ارتباطی کلام incoherency شدید شده باشد مقایر با تشخیص مانی نمیشد و بالاخره نکته آخر اینکه با توجه به اینکه در کار کلینیک بیماران در مراحل مختلف بیماری ممکن است به پزشک مراجعه کنند و لذا امکان مشاهده چگونگی آغاز بیماری معمولاً فراهم نمی‌آید توجه به وجود علائم پسیکوتیک مختلف که حتی میتواند وابسته به خلق هم نباشد در بیماران Carlson & Good Win حائز اهمیت است . در این بیماران هذیانهای جنسی در ۲۵٪ موارد هذیانهای گزند و آسیب در ۶۵٪ موارد هذیانهای تحت تأثیر قرار گرفتن در ۲۰٪ موارد هذیانهای مذهبی در ۱۵٪ موارد ، اختلال در تسداوم افکار Lossening of association در ۷۰٪ بیماران ، توهمات بینائی و شنوائی در ۴۰٪ و عقاید عطف به خود در ۲۰٪ موارد جلب توجه کرده است . رفتارهای تهاجمی و تهدید کننده در ۷۵٪ و رفتارهای بازگشتی regressive نظیر ادرار و مدفوع کردن در محل نامناسب و لخت شدن در ۴۵٪ موارد دیده شده است .

گرچه Carlson & Good Win بدلیل ارزش تشخیصی که برای علائم درجه اول شنایدر قائل بوده اند بیمارانی که دارای این علائم بوده اند را از مطالعه خود خارج کرده اند (Carpenter et al 1974) همین علائم شنایدر را از لحاظ ارزش آنها در تشخیص افتراقی شیوزوفرنی و بیماریهای عاطفی به محک تجربه زده اند .

آنها ۱۳۱ بیمار امریکائی که در مطالعه IPSS

مورد بررسی قرار گرفته بودند را مورد توجه قرار داده و از

بیمارد و م - مرتب در رفت و آمد بود . شکلک درمیآورد . بدنش را تکان میداد . از مردن میترسید . میگفت " آنها میخواهند قلب مرا بیرون بکشند " . میترسیده او بدهند . فکر میکرد که وقتی پزشک با انگشت به او شاره میکند منظور خاصی دارد . بالا و پایین میپرید و صداهائی شبیه حیوانات از خود درمیآورد .

بیمار سوم که در حال ترس و وحشت بود . مرتب حرف میزد و گریه میکرد و راه میرفت . میگفت من هرگز از اینجا خلاص نخواهم شد . من چشم های گریه‌ای دارم . او در درون من پنچول میکشد و تحمل دیدن نور را ندارد . بیمار بد دهن بوده ، افزایش میل جنسی و عدم همکاری نشان میداده است . می‌گفت " خواهش میکنم بگذارید بمیرم . من دیگر تحمل ندارم " .

پس بطور کلی ، در کلیه بیماران علائم مانیک در

آغاز بیماری عمده بوده است اما سپس علائم پسیکوتیک آغاز شده و بتدریج شدت یافته است . علائم دیس فوری یک گرچه از آغاز بیماری وجود داشته اما همراه با اوج گرفتن علائم پسیکوتیک تشدید یافته است . علائم مانیک در تمام طول بیماری وجود داشته است اما در مرحله سه بسمت فعالیت‌های پسیکوموتور بی دلیل و دیوانه وار و بی ارتباطی کلام سوق پیدا کرده است .

نکته جالب آنکه ترتیب عبور بیماران از مراحل سه‌گانه فوق همواره به یک شکل بوده است یعنی همگی از مرحله یک به مرحله دو و از مرحله دو به مرحله سه رفته‌اند و در هنگام بهبود - با یا بدون دارو - نیز ابتدا از مرحله سه به دو و سپس به مرحله یک و بعد از آن به بهبودی یا فاز افسردگی رسیده‌اند . اما سرعت تبدیل مراحل به یکدیگر بسیار متفاوت بوده و مثلاً " در حالیکه بعضی از بیماران در عرض چند ساعت پس از آغاز بیماری به مرحله سوم - مرحله‌ای که علائم پسیکوتیک با شدت وحدت ظاهر میگردد - رسیده‌اند در بعضی دیگر این مدت چند روز طول کشیده است .

این مطالعه از چند نظر حائز اهمیت است . اول آنکه نشان میدهد علائم پسیکوتیک در مانی بعد از ظهور علائم عاطفی بوجود می‌آید و قبل از آن هم از بین می‌رود و لذا وجود علائم عاطفی قبل از بروز علائم پسیکوتیک و یا باقی ماندن علائم عاطفی پس از قطع علائم پسیکوتیک میتواند یک وجه

در بین این دوره ها بوده است خلاصه آنکه سیر بیماری در این ۹ بیمار بطور کلاسیک با بیماری مانیک - دپرسیو هماهنگ بوده است. حاصل آنکه علائم درجه اول اشنايدر در ۲۳٪ بیماران مبتلا به بیماری مانیک - دپرسیو دیده میشود و لذا ادعای اشنايدر که این علائم را برای شیروفرنی اختصاصی میدانست مورد شک و تردید قرار میگیرد.

براساس مطالعه Carlson & Good Win

<sup>3</sup> Taylor & Abrams (1973) ۵۲ بیمار که براساس ضوابط تشخیصی زیر تشخیص مانی در مورد آنها مطرح شده بود مورد بررسی قرار دادند. ضوابط تشخیصی آنها این بود که هر بیماری که مبتلا به اختلالات عضوی مغز نباشد و دارای سه علامت هیپراکتیویته، تکلم سریع یا با فشار و خلق اوفوریک گسترده expansive یا تحریک پذیر باشد را بعنوان بیمار مانیک تلقی کردند Carlson & Abrams هیچ بیماری را بدلیل داشتن علائم شیروفرنی از گروه بیماران مانیک خود خارج نکردند. آنها از برنامه نیمه سازمان داری که وینوکر و همکاران Winokw et al عرضه کرده بودند برای بررسی علائم بیماران استفاده کردند.

این گروه از بیماران از لحاظ سن متوسط شروع بیماری (۲۶/۲) و مطالعات فامیلی (وجود اقوام مبتلا به اختلالات عاطفی در ۵۷/۷٪) شبیه بیماران مورد مطالعه در تحقیق Carlson & Good Win بوده و از این رو در این ویژگی ها مشابه سایر بیماران عاطفی بوده اند.

از لحاظ پاسخ به درمان نیز ۹۰٪ بیماران بهبودی کامل یا قابل توجه بدست آوردند. از ۱۷ بیماری که تنها با لیتیوم تحت درمان قرار گرفته بودند ۱۵ بیمار در زمره همین ۹۰٪ بوده و بقیه افراد را در این گروه در ۳ مورد بیماری که تنها الکتروشوک گرفته بودند، در ۲ مورد بیماری که درمان تواءم لیتیوم و آنتی پسیکوتیک دریافت داشته بودند تشکیل میدادند و لذا از نظر پاسخ به درمان نیز این گروه با بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی هماهنگ بودند و لذا میتوان اطمینان داشت که این ۵۲ بیمار مبتلا به اختلالات عاطفی بوده اند.

Taylor & Abrams نتیجه گرفتند که از آنجا که

گروه مورد مطالعه آنها با گروه مورد مطالعه Carlson

این عده بیمارانی که در محدوده زیر جای می گرفته اند را وارد مطالعه خود کرده اند: ۱- رد شدن کامل بیماریهای عضوی مغز، ۲- سن بین ۱۵ تا ۴۵ سال، ۳- بیمارانی که در عرض ۵ سال گذشته حداکثر دوبار بستری بوده اند و یا بیش از ۳ بار دچار پسیکوز نگردیده اند، ۴- در هنگام مطالعه حتماً دارای یکی از علائم زیر بوده اند هذیان، توهم، رفتارهای غیرعادی و نامتناسب، اختلالات پسیکوموتور بارز و واضح، دوری از اجتماع Social with drawal اختلالات فکر ترس شدید، اختلالات عاطفی، شخصیت زدائی depersonalisation نرسیدن به سرو وضع خود Self neglect و یا آنکه در هنگام بستری شدن در بیمارستان تشخیص پسیکوز برای آنها مطرح گردیده بوده است. بجز این ۱۳۱ بیمار آنها ۳۴ بیماری که با تشخیص بیماری مانیک دپرسیو در دو مرکز تحقیقاتی امریکا بستری بوده اند انتخاب کرده و بیمارانی که مبتلا به اختلالات عضوی مغز نبوده اند و حداقل ۱۸ سال سن داشته اند وارد مطالعه خود کرده اند و از روش مصاحبه ای که در مطالعه IPSS بکار رفته بود برای بررسی علائم بالینی و بویژه علائم درجه اول اشنايدر استفاده کرده اند. مصاحبه دوبار بطور مجزا توسط کارپنتر و استراس بعمل آمده و تشخیص با استفاده از DSM-II تأیید شده و موارد مشکوک حذف شده اند. نتیجه آنکه از مجموع ۱۶۵ بیمار (۱۳۱+۳۴) ۱۰۳ بیمار تشخیص شیروفرنی، ۳۹ بیمار تشخیص بیماری مانیک - دپرسیو و ۲۳ بیمار تشخیص نورو و اختلالات شخصیتیسی گرفته اند.

از ۳۹ بیمار مبتلا به اختلالات عاطفی ۹ بیمار (۲۳٪) و از ۲۳ بیمار مبتلا به نورو و اختلالات شخصیتی ۲ نفر (۹٪) حداقل یک علامت درجه اول اشنايدر داشته اند. در ابتدای این ۹ نفر به بیماری مانیک دپرسیو جای تردید نیست. زیرا یکی از این ۹ نفر در هنگام مطالعه در فاز مانی بوده و در گذشته نیز دارای فازهای افسردگی و مانی بوده است. ۸ بیمار دیگر در هنگام مطالعه افسرده بوده اند. از این عده ۴ بیمار قبلاً "برای مانی بستری و تحت درمان قرار گرفته بودند. ۳ بیمار دارای فازهای افسردگی در گذشته خود بوده اند ولی فاز مانیک نداشته اند و بیمار آخر نیز دارای دوره های بارز افسردگی با رفتارهای هیپومانیک خفیف

depression براساس طبقه بندی وینوکر Winokur گرفتند. این ۶۰ بیمار ۱۸ تا ۲۴ ماه بعد مورد بررسی مجدد قرار گرفته و تشخیص افسردگی اولیه یک قطبی وقتی درمورد آنها تأیید شده است که علائم بهبود یافته و آثاری دال بر شیذوفرنی و یا بیماری دیگر در آنها مشاهده نشده است. از ۵۴ بیماری که پس از این مدت محققان توانسته اند پی گیری کنند بجز در ۷ مورد تشخیص افسردگی اولیه یک قطبی مسجل شده است. از این ۷ نفر دو نفر بدلائل مختلف فوت کرده بودند ۴ نفر سیر روبه زوال رونده پیدا کرده بودند (یک نفر بدلیل بیماری آلزایمر و ۳ نفر دیگر احتمالاً شیذوفرنی) در مورد یک نفر نیز تشخیص SLE مطرح شده بود. بنابراین ۴۷ بیمار باقی مانده بدون تردید مبتلا به بیماری افسردگی اولیه یک قطبی بوده اند.

جالب آنکه اختلالات شکل فکر در ۲۰٪ موارد دیده شد، افکار پارالوژیک یا پاسخ های بی ربط و افکار تانژنیتال Tangential و پرش افکار در ۱۵٪ موارد و نئولوژیسم، اکولالی، پابرجائی Perseveration، اتصال کلمات براساس شباهت صدای کلمات Clang association و سالد کلمات در ۴٪ موارد، اختلال محتوای فکر نیز در ۴۵٪ بیماران (بشکل شخصیت زدائی depersonalization محیط زدائی derealization تداخل افکار thought interference تحت کنترل بودن افکار، داخل کردن فکر، خارج کردن فکر و بخش افکار و افکاری که شنیده میشوند avdible thought و این احساس که افکار آنها خوانده میشود در ۲۲٪ و توهمات و هذیانهای سیستماتیزه بجز افکار خودکشی در ۲۳٪ بیماران موجود بوده است. بنابراین این مطالعه نشان میدهد که علائمی نظیر علائم درجه اول اشنایدر نئولوژیسم اکولالی و پابرجائی نیز که عمدتاً از علائم اختصاصی شیذوفرنی محسوب میشوند در بیماران افسرده نیز وجود دارند.

<sup>۶</sup> Taylor & Abrams (1977) در مقاله دیگری علائم کاتاتونیک را مورد مطالعه قرار داده اند. آنها ۵۵ بیماری که در هنگام بستری شدن و یا در سیر بیماری خود حداقل یکی از علائم کاتاتونیک یعنی موتیسم وضعیت پذیری posturing کاتالپسی، اطاعت خودکار automatic

Good Win α هماهنگ است لیکن آنها بیمارانی که دارای علائم درجه اول اشنایدر بوده اند از مطالعه خود خارج نکرده اند لذا حضور و یا عدم حضور این علائم در تابلوی بالینی بیماران نمیتواند دارای ارزش تشخیصی باشد. در مطالعه آنها رفتارهای تهاجمی در ۴۸/۱٪ توهمات شنوایی ناکامل (منظور توهمات شنوایی که در زمره علائم درجه اول اشنایدر نمیباشد) در ۴۸/۱٪ موارد عقاید خودساخته avtochthonous ideas در ۲۶/۹٪ توهمات بینائی در ۲۶/۹٪ بی اختیاری مدفوع در ۱۹/۲٪ توهمات بویائی در ۱۵/۴٪ علائم کاتاتونی در ۱۳/۵٪ و علائم درجه اول اشنایدر در ۱۱/۵٪ موارد دیده شده است.

جالب آنکه در مورد هیچیک از این ۵۲ بیمار در بدو ورود به درمانگاه تشخیص مانی مطرح نشده بود بلکه در ۴۸ مورد تشخیص اولیه شیذوفرنی (۳۴ مورد پارانوئید، ۹ مورد نوع مزمن مجزانشده chronic undifferentiated و ۵ مورد نوع کاتاتونی) در ۳ مورد اختلالات عضوی مغز و در یک مورد هیستری بوده است. این اشتباه ناشی از این مسئله بوده که در تابلوی بالینی کلیه ایمن بیماران علائم پسیکوتیک متنوع وجود داشته است علائمی که ادعا میشده که برای تشخیص شیذوفرنی از اهمیت زیادی برخوردار هستند و بندرت در بیماران عاطفی دیده میشوند. اما Taylor & Abrams نشان دادند که وجود علائم عاطفی کلید تشخیص افتراقی شیذوفرنی از اختلالات عاطفی است و وجود یا عدم وجود علائم پسیکوتیک در این زمینه نقشی ندارد.

<sup>۵</sup> Ianzito et al (1976) براساس طرح مصاحبه ای PSE وجود اختلالات شکل و محتوای فکر را در بیماران افسرده مورد مطالعه قرار دادند. آنها ۸۹ بیمار افسرده را براساس ضوابط تشخیصی زیر انتخاب کردند: ۱- داشتن خلق دیس فوریک ۲- داشتن حداقل ۵ علامت دیگر از افسردگی نظیر از دست دادن وزن، اختلال خواب، از دست رفتن انرژی، کاهش میل جنسی و کاهش تمایل برای انجام کارهای عادی زندگی، احساس گناه و تقصیر، افکار خودکشی و غیره. از این ۸۹ بیمار ۶۰ بیمار با توجه به مطرح نبودن تشخیص دیگری در مورد آنها نظیر الکلیسم روسیوپاتیسی هیستری و یا بیماری دو قطبی تشخیص افسردگی یک قطبی اولیه

obedience نجاتیویسم اکولالی یا اکوپراکسی و بهت Stupor را داشته اند مورد مطالعه قرار داده اند. در این گروه بیماران در ۷۰٪ موارد حداقل سه علامت از علائم فوق در تابلوی بالینی موجود بوده است و لذا شدت علائم در تعداد قابل توجهی از بیماران برای تشخیص سندرم کاتاتونی کافی بوده است. بیماران براساس ضوابط تشخیصی خود محققین که علائم کاتاتونیک در آن نقشی ندارد تشخیص مشخصی گرفته اند و درمان براساس نظر آنها و بر مبنای تشخیص داده شده صورت پذیرفته است. یک سال بعد این بیماران از لحاظ چگونگی پاسخ به درمان مورد بررسی مجدد قرار گرفته اند و به دو گروه یکی گروهی که به درمان پاسخ داده (بهبودی کامل یا قابل توجه) و دیگر گروهی که به درمان پاسخ نداده (بهبودی متوسط، خفیف یا بهبودی نیافته) تقسیم شدند. از این ۵۵ نفر ۳۷ نفر در گروه اول و ۱۸ نفر در گروه دوم جای گرفتند. از ۱۸ بیماری که به درمان پاسخ نداده بودند. مطابق ضوابط تشخیصی محققین ۴ نفر شیزوفرنیک ۹ نفر مبتلا به بیماریهای عاطفی و ۵ نفر مبتلا به اختلالات عضوی مغز بوده اند. از ۳۷ بیماری که به درمان پاسخ داده بودند هیچکدام شیزوفرنیک نبوده اند اما ۳۰ بیمار مبتلا به بیماریهای عاطفی (۲۶ مانیک ۴ نفر افسردگی آندوزن) ۴ نفر مبتلا به اختلالات عضوی مغز و ۳ نفر مبتلا به پسیکوز واکنشی بودند. در مطالعات دمگرافیک نیز تنها تفاوت معنی دار موجود بین دو گروه در سن متوسط شروع بیماری بود که در گروهی که به درمان پاسخ نداده بودند کمتر بود. این نکته با توجه به اینکه در این گروه بیماران شیزوفرنیک ارجحیت داشته اند قابل درک است. در مطالعات فامیلی نیز روشن شد که گروهی که پاسخ مناسب به درمان داده اند درصد بیشتری از اقوام مبتلا به بیماریهای عاطفی و الکلیسم نسبت به گروه دیگر داشته اند و در هیچیک از آنها اقوام مبتلا به بیماری شیزوفرنی مشاهده نشد. جالب آنکه نوع درمان انجام شده نیز در این دو گروه با یکدیگر اختلافی نداشته است.

اما نکته مهم آنکه هیچیک از علائم هشت گانه کاتاتونی، علائم درجه اول اشنايدر و اختلالات شکل فکر در هیچکدام از دو گروه اختلاف معنی دار نداشته است. از این مطالعه Taylor & Abrams نتیجه گرفتند که سندرم

کاتاتونی یک سندرم غیر اختصاصی non-specific است و بیشتر در بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی دیده میشود.

این مقاله بویژه از آن جهت جالب است که هماهنگ با گفته های آگوست هوخ Augwst Hoch در سال ۱۹۲۱ است. او بیمارانی در حدود سنی ۱۵ تا ۲۵ ساله را توضیح داد که تابلوی بالینی آنها همراه با علائم کاتاتونیک بوده اما بهبود پیدا کرده اند و لذا از نظر پیش آگهی با سایر بیماران شیزوفرنیک هماهنگ نبوده اند. او معتقد بود که این بیماران مبتلا به نوعی اختلال مانیک - دپرسیو هستند. او این حالت را بهت خوشخیم benign stupor می نامید و آنرا معادل افسردگی تلقی میکرد. قبل از او نیز Kirby در سال ۱۹۱۳ به بیماران کاتاتونیک اشاره کرده بود که سیر بیماری آنها به سمت بهبود بوده است.

در یک نتیجه گیری کلی Pope & Lipinski (1978)<sup>1</sup> در مقاله خود در سال ۱۹۷۸، ۱۸ مطالعه مختلف از سال ۱۹۲۱ (که توسط خود کرایلین انجام شده) تا سال ۱۹۷۵ که در آنها به نوعی به وجود علائم پسیکوتیک در بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی توجه شده است یکجا جمع آوری کرده اند. بررسی این مجموعه (که به پاره ای از آنها در بالا اشاره شد ۲-۳-۴-۵) نشان میدهد که علائم پسیکوتیک در ۲۰٪ تا ۵۰٪ بیماران مبتلا به مانیک یا افسردگی وجود دارد. در اینجا لازم به توضیح است که ممکن است بیماران مورد بررسی در این مطالعات نماینده کل بیماران عاطفی نباشند. ممکن است اینطور فرض کنیم که درصد قابل توجهی از بیماران عاطفی دارای اشکال بالینی خفیف بیماری بوده و اصولاً "نیازمند بستری شدن نیز نمی باشند" چه بیماران مورد مطالعه اکثراً "از بیماران بستری در بیمارستان انتخاب شده اند. لیکن به هر حال باید پذیرفت که حتی اگر این بیماران نمونه ای از بیماران عاطفی بستری در بیمارستان هم باشند باز وجود علائم پسیکوتیک در ۲۰٪ تا ۵۰٪ موارد بسیار بالاتر از آن است که ادعا کنیم علائم پسیکوتیک تنها در عده معدودی از بیماران مبتلا به بیماریهای عاطفی دیده میشود. بویژه آنکه اشتباه تشخیصی نیز بیشتر در مورد این دسته از بیماران محتمل است. آنچنان که در بالا دیدیم حتی علائمی که برای شیزوفرنی اختصاصی تر محسوب میشوند

هر برخورد دیگری بدون شک منجر به اشتباهات تشخیصی جبران ناپذیری خواهد شد.

اشکال دومی که ممکن است به این مطالعات گرفته شود آن است که گفته شود که این بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی نبوده بلکه در واقع شیذوفرنیک بوده اند. اما آنچنان که در بررسی متدلوژی پاره‌ای از مطالعات دیدیم این فرض با استناد به دلایل زیر بهیچوجه قابل قبول نیست. ۱- در بسیاری از مطالعات موارد مشکوک از لیست بیماران حذف شده اند و لذا تنها بیمارانی باقی مانده اند که موارد قطعی مانی یا افسردگی بوده‌اند. حذف موارد مشکوک با استناد به دلایل زیر بوده است.

الف - مواردی که دارای تابلوهای بالینی شدید آتیپیک بوده‌اند و یا تشخیص دومی نیز در مورد آنها مطرح بوده است.

ب - در مطالعه کسانی وارد شده اند که یادوره‌های سلامت کامل بشکل کارکرد خوب اجتماعی قبل و بعد از بیماری داشته‌اند و یا دوره‌هایی از بیماری در گذشته خود داشته‌اند که بدون تردید یک بیماری افسردگی یا مانی بوده است.

۲- بی‌گیری بیماران در تعدادی از مطالعات نشان داده است که وجود یا عدم وجود علائم پسکوتیک در تابلوی بالینی بیماران عاطفی تفاوتی در پیش‌آگهی بیماران ایجاد نمیکند. در تعدادی از مطالعات نیز گزارش شده که هیچ ارتباطی بین شدت علائم پسکوتیک و پیش‌آگهی وجود نداشته است.

۳- در بسیاری از مطالعات ذکر گردیده که بسیاری از این بیماران در سابقه فامیلی خود اقوامی مبتلا به بیماریهای عاطفی داشته‌اند و تعداد بسیار کمی از آنها اقوام مبتلا به شیذوفرنی داشته‌اند.

۴- یک مطالعه کنترل شده و پاره‌ای مطالعات کنترل نشده نشان داده‌اند که بیماران آنها بخوبی سایر بیماران مانیک که علائم پسکوتیک نداشته‌اند به درمان با لیتیوم پاسخ داده‌اند.

خلاصه آنکه حتی اگر مواردی از بیماران مبتلا به شیذوفرنی نیز وارد بیماران مورد مطالعه شده باشند با توجه به امکان اندک آن باید بدون شک و تردید ادعا کرد که علائم پسکوتیک و حتی علائمی که بعنوان علائم تشخیصی

مانند علائم درجه اول شنايدر، علائم کاناتونی و اختلالات شکل فکر نیز با درصد قابل توجهی در بیماران عاطفی دیده میشود.

Popex Lipinski توضیح میدهند که از این مطالعات دو اشکال ممکن است گرفته شود یکی آنکه ادعا شود که این علائم پسکوتیک همگی وابسته به خلق بوده‌اند و از این رو این مطالعات چیزی را بیشتر از آنچه در کتب کلاسیک ذکر میشود روشن نمیکند. این فرض گرچه ممکن است در مورد پاره‌ای از علائم نظیر هذیانهای پارانوئید عقاید عطف به خود و غیره قابل قبول بنظر برسد، اما در مورد بعضی علائم دیگر نظیر علائم درجه اول شنايدر و اغلب توهمات شنوایی و بینایی و علائم کاناتونیک نمیتواند موجه باشد. گذشته از آن وابسته به خلق بودن علائم به نظر نمیرسد که در بین روانپزشکان از توافق نظر بالایی برخوردار باشد. بطور کلی گرچه وابسته به خلق بودن علائم پسکوتیک میتواند در کار تشخیص با ارزش قلمداد گردد اما علائمی که در گزارشات مختلف در بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی ذکر شده وسیع تر از آن است که با این وسیله توجیه گردد. لذا توجه به اینکه علائم پسکوتیک غیر وابسته به خلق نیز میتوانند با درصد قابل توجهی در بیماران عاطفی دیده شوند حائز اهمیت کلینیکی بسیار است. نکته دیگری که شایان ذکر است این است که ممکن است ادعا شود که علائم

پسکوتیک در بیماران عاطفی مصنوعی artificial است و حاصل ضعف تمرکز حواس نقص حافظه و کندی پسکو-موتور بیماران است اما در شیذوفرنی این علائم ناشی از نقص اولیه تداعی افکار Primary associational defect میباشد. اما حتی اگر این ادعا مورد پذیرش هم قرار گیرد مشکل آنجاست که از لحاظ کلینیکی نمیتوان این دو حالت را از یکدیگر مجزا کرد. از سوی دیگر با توجه به شرایط فعلی دانش که جنبه‌های اتیولوژیک بیماریهای روانی و ماهیت اتیولوژیک علائم بالینی آن روش نیستند هیچ دلیلی برای رد ادعای مخالف آن یعنی اینکه گفته شود این علائم در بیماران شیذوفرنیک حاصل ضعف تمرکز حواس و ضعف حافظه بیماران میباشد در دست نیست. لذا بهتر است که به این علائم از دیدگاه صرف فنومنولوژیک نگاه کرد تا بتوان نتایج قابل اعتماد درباره این علائم بدست آورد.



شیزوفرنی نظیر علائم درجه اول شنايدر، علائم کاتاتونیک و اختلالات شکل فکر و غيره محسوب ميگردند را به سختی ميتوان در تشخيص افتراقي شيزوفرنی از اختلالات عاطفی بکاربرد و لذا اين دیدگاه سنتی که در مواجهه با بیمار ابتدا بايد بدنبال علائم شيزوفرنی گشت و پس از رد شيزوفرنی، تشخيص بيماريهای عاطفی را مطرح کرد بشدت زیر علامت سوءال قرار ميگيرد.

### ب - ارزش علائم عاطفی در تشخيص افتراقي شيزوفرنی از اختلالات عاطفی

مطالعه Carlson & Good Win (1973) را قبل از نظر گذراندیم. در این مطالعه ۲۰ بیمار مانیک در طی یک دوره کامل مانیک مورد مطالعه قرار گرفته بودند. در این مطالعه دیدیم که در مرحله سه مانیک علائم مانیک که تاحد فعالیت های پسیکوموتور بی دلیل و بی ارتباطی کلام شدت پیدا کرده بودند در تابلوی بالینی بیماران موجود بودند. اما علائم پسیکوتیک و دیس فوری چهره بارز بیماری را تشکیل میدادند این نکته به ما می آموزد که برای تشخيص افتراقي اختلالات عاطفی از شيزوفرنی بايدحتی دریک تابلوی بالینی مملو از علائم پسیکوتیک نیز بدنبال علائم عاطفی گشت. همچنین این مطالعه لزوم توجه به وجود یا عدم وجود علائم عاطفی قبل از ظهور و پس از قطع علائم پسیکوتیک در تشخيص افتراقي را به ما نشان ميدهد. در بیماران مورد مطالعه در این مقاله هیپراکتیویتی، پر حرفی، فشار کلام و بزرگ منشی و تحریک پذیری واهل بحث و جدل بودن در ۱۰۰٪ بیماران وجود داشته است، او فوری و تغییر پذیری خلق در ۹۰٪ موارد و افزایش میل جنسی در ۸۰٪ بیماران دیده شده است. برش افکار نیز در ۷۵٪ بیماران گزارش گردیده است.

در مطالعه Taylor & Abrams (1973) هم دیدیم که گرچه آنها ضوابط تشخيصی ساده ای نظیر وجود علائم سه گانه هیپراکتیویتی، تکلم سریع یا با فشار و خلق او فوری، گسترده expansive یا تحریک پذیر را (پس از رد اختلالات عضوی مغز) برای انتخاب بیماران مانیک

خود انتخاب کرده بودند اما گروه آنها از لحاظ سن شروع بیماری، مطالعات فامیلی و پاسخ به درمان شبیه مطالعه Carlson & Good Win و بالنتیجه شبیه مشخصات کلیه بیماران عاطفی دیگر بوده است. در گروه مورد مطالعه آنها اختلالات خلق در ۸/۸٪ بشکل تحریک پذیری، ۶۵/۵٪ بشکل خلق گسترده و در ۳۰/۸٪ بشکل او فوری و ۲۵/۸٪ بشکل خلق تغییر پذیر همراه با افسردگی گزارش شده است. در واقع آنها با کاربرد ضوابط تشخيصی ساده خود بطور موفقیت آمیزی به هدف زده اند و موفق شده اند تا بیماران مانیک را بخوبی از بیماران شيزوفرنیک جدا کنند. ذکر این نکته مهم است که این سه علامت همواره علائم بارز بیماران در تابلوی بالینی بیماران نبوده اند و دوم موردی که Taylor & Abrams در مقاله خود شرح داده اند بیانگر همین نکته است و نشان ميدهد که عدم توجه به این مسئله که علائم مانیک ميتواند در تشخيص افتراقي حائز اهمیت و ارزش باشد بسادگی دروغوی وجود علائم پسیکوتیک متنوع ميتواند چندان جلب نظر پزشک را نکند.

بیمار اول - زن ۶۰ ساله ای با سابقه ۴۰ ساله بیماری که بارها با تشخيص شيزوفرنی بستری بوده است اینبار با تابلوی هیپراکتیویتی (گیجی confusion) و افکار گزند و آسیب به بیمارستان آورده شد. تشخيص اولییه شيزوفرنی کاتاتونیک بود. بیمار وقت خود را در بیمارستان با جست و خیز کردن در راهرو، آواز خواندن و لخت شدن و آرایش موها با کاغذ رنگی می گذراند. گاه برای زمانهای طولانی روی پنجه پا می ایستد و دستهایش را به طرف دیوار دراز میکرد. گاهی در حالیکه پاهایش را از روی زمین بلند کرده بود روی صندلی مینشست و انگشتان پای خود را به طرف مصاحبه کننده دراز میکرد. تکلم بیمار سریع و با فشار و همراه با کلمات و عبارات نامفهوم بود. او بی اختیاری ادرار و مدفوع داشت. خلق بیمار متغیر و تحریک پذیر بود و گاه به گریه می افتاد. او احساس میکرد که توطئه ای بر علیه او طرح ریزی شده است. وی توهنات شناعی بشکل شنیدن صدای یک مرد داشت. او تحت درمان با کرینات لیتیوم روزانه ۱۲۰۰ میلی گرم قرار گرفت و با بهبودی کامل مرخص گردید و برای مدت دو سال تحت درمان پروپیلوکسی بالیتیوم بدون علامت Symptom Free باقی ماند. این مدت

ارجحیت علائم پارانوئید و علائم تخریبی (گسروه Parancid-destructive در بیمار را مشخص کردند. همچنین آنها در ۲۷ بیمار از ۳۰ بیمار خود علائم افسردگی را به درجات مختلف مشاهده کرده اند و دیده اند که علائم افسردگی در گروه دوم P.D. بیشتر است.

<sup>1</sup> Popex Lipinski (1978) از نتایج این مطالعات و برخی مطالعات دیگر چنین نتیجه گرفته اند که برخلاف علائم پسوکوتیک بعضی علائم عاطفی برای بیماریهای عاطفی تقریباً "اختصاصی" (specific) می باشد و لذا همراه بودن اختلالات خلق (افووری، تحریک پذیری یا خلق گسترده) با هیپراکتیویته و پر حرفی یا فشار کلام می تواند علیرغم وجود یا عدم وجود علائم پسوکوتیک دال بر تشخیص مانی باشد.

این نکته درست برخلاف دیدگاههای سابق است که تشخیص اختلالات عاطفی را پس از رد شیزوفرنی مجاز میدانستند اینک باید اذعان داشت که تشخیص شیزوفرنی پس از رد بیماریهای عاطفی (بویژه پس از رد مانی) باید مورد توجه قرار گیرد.

#### سخنی چند درباره گندی عواطف

اما گندی عواطف تنها علامت از مجموعه علائم بلوپلری است که تاکنون در هیچیک از بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی گزارش نشده است. گرچه این علامت از پایایی Reliability کمی در بین روانپزشکان برخوردار است اما تا حدود زیادی برای شیزوفرنی برخلاف علائم پسوکوتیک جنبه اختصاصی دارد.

<sup>10,11</sup> Taylor & Abrams (1974, 1975) در مقالات خود متذکر شده اند که آنها توانسته اند تا بیماران مانیک را از بیماران شیزوفرنیک براساس وجود این علامت در مرحله حاد بیماری جدا کنند و متذکر شده اند که وجود عواطف گسترده broad affect در تشخیص شیزوفرنی ایجاد شک و تردید جدی میکند. آنها گندی عواطف را به این ترتیب شرح داده اند که بیمار دارای محدودیت در شدت و دامنه بیان عواطف خود و فقدان پاسخ هیجانی، صمیمیت

بیشترین مدتی بود که نامبرده از آغاز بیماری خود در بهبودی کامل باقی مانده بوده است.

بیمار دوم زن سفید پوست ۶۹ ساله ای توسط پلیس با دستبند به بیمارستان آورده شد. او داخل رستورانی شده بود و مسئول رستوران را تهدید کرده و درخواست ۵۰۰/۰۰۰ دلار پول کرده بود. در تاریخچه بیماری، دوره مشابهی نیز وجود داشت. در آغاز تشخیص شیزوفرنی برای بیمار مطرح شده بود او لباسهای روشن و نمایی می پوشید و پر فعالیت و شنگول بود. عواطف او گسترده broad و شدید بود. خلق وی افوریک بوده و گاهی تحریک پذیری و عصبانیت ایجاد شده و بیمار گوشه گیری اختیار می کرده است. او در یک زمان با چندین صدای توهمی خود صحبت میکرد و از حق خود برای گرفتن یک میلیون دلار دفاع میکرد. او اظهار میداشت که صداهای توهمی واضح و دائمی بوده و مربوط به دو نفر هستند که در بالای سر او قرار گرفته اند. او اعتقاد داشت که ثروتمندترین زن دنیا است و توطئه ای بر علیه او طرح ریزی شده است. تکلم بیمار سریع و اندکی با فشار بود و با جزئیات پردازی circumstantiality تواءم بود وی با روزانه ۱۸۰۰ میلی گرم لیتیوم تحت درمان قرار گرفت و بهبودی کامل بدست آورد و تحت درمان با این دارو در ظرف یک سال بعد نیز در بهبودی کامل باقی ماند.

<sup>8</sup> Lipkin et al (1970) نیز که در یکی از مراکز تحقیقاتی امریکا بروی اثرات درمانی لیتیوم کار میکرده است نیز در مقاله خود بیمارانی مشابه دو بیمار فوق را توضیح میدهد که سالها با تشخیص شیزوفرنی تحت درمان بوده اند اما با تشخیص مانی، درمان با کربنات لیتیوم درمورد آنها موفقیت آمیز بوده است. این بیماران نیز در تابلوی بالینی خود علاوه بر علائم پسوکوتیک علائم عاطفی در جهت مانی داشته اند.

این نکته که او فوری همواره در تابلوی بالینی بیماران مانیک وجود ندارد گرچه در مطالعات فوق نیز کاملاً روشن است اما مطالعه <sup>9</sup> Murphy & Beigel (1974) از این نقطه نظر کاملاً نمونه وار است. این محققین براساس مطالعات دقیق بروی ۳۰ بیمار مانیک دو تابلوی بالینی مختلف یکی با ارجحیت علائم افووری و بزرگ منشی (گسروه elated-grandiose) در ۲۳ بیمار و دیگری با

علامت مهم باشد که گاه خود بیمار میتواند اطلاعات مفید و معتبری درباره کاهش تدریجی توانایی خود برای همدلی با دیگران عرضه کند چه ممکن است خود او بطور درون نگرانه حتی از مدتها قبل از ظهور علائم حاد بیماری این نکته را دریافته باشد<sup>۱۳</sup>.

### خلاصه

در این مقاله تشخیص افتراقی شیزوفرنی و اختلالات عاطفی از دیدگاه علامت شناسی مورد مطالعه قرار گرفته است. ابتدا با مددگیری از مطالعات محققین مختلف، شیوع علائم مختلف پسکوتیک در اختلالات عاطفی بررسی گردید. این امر نشان داد که شیوع علائم پسکوتیک در اختلالات عاطفی بسیار بالاتر از آن است که معمولاً در کتب و نوشته جات کلاسیک به آن اشاره میشود. آنگاه در بازبینی مجدد این تحقیقات روشن گردید که وجود علائم عاطفی و بویژه علائم مانیک بیش از علائم مختلف پسکوتیک ارزش تشخیص افتراقی دارد بقسمی که میتوان وجود همزمان سه علامت تغییرات خلقی پر حرفی یا فشار کلام و هیپراکتیویته را علیرغم وجود علائم پسکوتیک تقریباً "دال بر تشخیص مانیک فرض کرد علاوه بر این دیده شد که "کندی عواطف" دارای ارزش تشخیصی زیادی برای شیزوفرنی میباشد.

### REFERENCES:

- 1- Pape, H.G., Lipinski, J.F., Diagnosis in schizophrenia and manic depressive illness, Arch. Gen. Psychiatry, 35:811, 1978.
- 2- Carlson, G.A., Good Win, F.K., The Stages of mania, A longitudinal analysis of the manic episode, Arch. Gen. Psychiatry, 28: 221, 1973.

و توجه به نکات اخلاقی و اجتماعی و احساس محبت نسبت به دوستان و والدین میباشد. آنها این علامت را در زمره علائمی قرار داده اند که وجود آنها دال بر پیش آگهی بدتری می باشد.

در ضوابط تشخیصی فاینر Feighner et al<sup>12</sup> 1972 نیز توضیح داده شده است که تعداد قابل توجهی از بیماران شیزوفرنیک دارای نوع خاصی از عواطف نامتناسب یا کند میباشد اما از غیر قابل توافق بودن این علامت بویژه وقتی نسبتاً "خفیف باشد یاد کرده اند.

<sup>8</sup> Lipkin et al (1970) نیز متذکر میشوند که در تشخیص افتراقی مانیک از شیزوفرنی نوع پاسخ هیجانی بیماران مانیک حائز ارزش تشخیصی است. بیماران مانیک کاملاً "تحریک پذیر هستند و ممکن است پاسخ های عاطفی گرم و صمیمانه ای ابراز دارند. رفتار و خلق بیماران مانیک مسری Contagious است. وقتی بیمار مانیک متخاصم و عصبانی است بسادگی دیگران را نیز عصبانی می کند. اما بیمار شیزوفرنیک پارانوئید گنج کننده Puzzling و ترساننده Frightening است و مانند این است که میخواهد تنها خود را از مشکل دور کند. بیمار شیزوفرنیک اغلب مشکل Uneasy دوررس distant و نا آشنا Unfamiliar بنظر میرسد و فهمیدن و درک کردن او دشوار و بلکه غیر ممکن است.

در واقع احساس اولیه Praecox Feeling که رمکه Rumke در سال ۱۹۵۹ بیان کرده است وجه دیگری از همین علامت کندی عواطف است<sup>۱۴</sup>. او معتقد بود که تنها بیمارانی که پزشک درباره آنها احساس می کند که قادر به برقراری همدلی Empathy با آنها نیست و دارای یک دوری هیجانی emotional distance میباشد باید تشخیص شیزوفرنی بگیرند.

اما اشکال عمده این علامت که از اعتبار Validity زیادی برای تشخیص شیزوفرنی برخوردار است آنچنانکه گفته شد در عدم توافق روانپزشکان در تشخیص آن است و از آن گذشته داروهای آنتی پسکوتیک نیز میتوانند این حالت را در بیمار ایجاد کنند و منجر به اشتباه تشخیصی گردند.

توجه به این نکته نیز میتواند در تشخیص این

- 3- Carpenter, W.T., Strauss, I.S., Muleh, S. Are there pathognomonic Symptoms in Schizophrenia? An impiric investigation of Schneider's First-rank symptoms, Arch. Gen. Psychiatry, 28: 847, 1973.
- 4- Taylor, M.A., Abrams, R., the phenomenology of mania, A new look at some eld patients, Arch. Gen. Psychiatry, 29: 520, 1973.
5. Ianzito, B.M., Cadoret, R.J., Pugh, D.D., Thought disorder in depression An. J. Psychiatry, B: 703, 1974.
6. Abrams, R., Taylor, M.A., Cataonia, Prediction of response to somatic teeatment, Am. J. Psychiatry, 134: 78, 1977.
7. Procci, W.R., Schizo-affective psychosis, Fact or Fietion A survey of Literature, ARch. Gen. Psychiatry, 33: 1167, 1976.
- 8- Lipkin, K.M., Dyrud, J., Meyer, G. G., The many faces of mania, Arch. Gen. Psychiatry. 22: 262, 1970.
- 9- Murphy, D.L., Beigel, A., Depressi-on, elation, and Lithium Carbonate responses. in manic patient subgro-ups, Arch. Gen. Psychiatry, 31:643, 1974.
- 10-Taylor, M.A., Gaztanaga, P., Abrams, R., Manic. depressive illness and acetate schizephrenia, A Clinical Family history and treatment-response study Am. J. Psychiatry, 131:678, 1974.
- 11-Abrams, R., Taylor, M.A., Gaztanaga, P., Manic. depressive illnes and paranoid schizophrenia, A phenomenologic, Family history and treatment-response study, Arch. Gen. Psychiatry, 31: 640, 1974.
- 12-Feighner, J.P., Robis, E., Guze, S. B. Woodruff , R.A., Winokur, G., Munoz, K., Diagnostic criteria for use in psychiatric research, Arch. Gen. Psychiatry, 24: 57, 1972.
- 13-Kaplan, H.L., Frced man, A.M., Sadeck, B.J., Comprehensive textbook of psychiatry/III, Third edition, Baltimore, Williams & Wilkins, 1980.