

نگاهی تازه به پارانوئیها^۱

دکتر شکرالله طریقتی*

بررسی لغوی و تاریخچه

در حال حاضر رابطه دو اصطلاح پارانوئیها و پارانوئیدی^۲ دیگر رابطه‌ی ساده‌ی بین اسم و صفت نیست و اینک اصطلاح پارانوئیدی معادل هذیان زده^۳ است. در گفتگوهای روزمره افراد غیر متخصص کشورهای انگلیسزبان، پارانوئیدی را معادل "گزند و آسیبی"^۴ بکار می‌برند. وقتی از یک "فکر پارانوئیدی" صحبت می‌شود منظور همان هذیان است و حالتی مانند وجود افکار گزند و آسیب و احساس عظمت^۵ و اندیشه‌های مرضی مذهبی و نظایر آنها به عنوان مضاف الیه بکار می‌رود. در هر حال، این اصطلاح منحصر به بیماریهای اسکیزوفرنی نیست^۶.

از نظر لغوی کلمه پارانوئیا در اصل یونانی بوده و از دو جزء به معنای نزدیک و درجوار و به معنای فکر تشکیل شده است. این کلمه در نوشته‌های یونانی همان طور بکار می‌رفته است که اصطلاح خل و دیوانه^۷ در نوشته‌های معاصر.

مفهوم پارانوئیا را نخستین بار هاین روث^۸ به سال ۱۸۱۸ در زمینه پزشکی بکار برد. اسکیرول^۹ در سال ۱۸۳۸ اصطلاح مونومانیا^{۱۰} را در مورد هذیانهایی که با هیچ گونه اختلالی در نیروی استدلال فرد و رفتارهای عمومی وی همراه نیست ابداع کرد. در سال ۱۸۶۳ کالبوم^{۱۱} اصطلاح پارانوئیا

را برای گروهی از اختلالات روانی که در سراسر زندگانی شخص تغییری پیدا نمی‌کنند بکار برد. کرثلین^{۱۲} در چاپ نهم کتاب خود پس از چند بار تجدید نظر در توصیف بیماری روانی پارانوئیا سرانجام آنرا از طبقه بندی بیماریهای اسکیزوفرنی جدا کرده، توصیف‌های دقیقی از گونه‌های متفاوت آن بدست داده است. وی در تعریف بیماریهای پارانوئیا می‌نویسد:

"هذیانهای کاملاً" نظام دار (سیستماتیک) هستند که هیچ گونه توهمی به همراه ندارند". بلولر^{۱۳} به سال ۱۹۰۶ این مفهوم را مورد بازبینی و بررسی قرار داده، اظهار داشته است که: "وجود توهم در بیمار نمی‌تواند تشخیص پارانوئیا را منتفی کند". در سال ۱۹۱۱ فروید بر پایه اتوبیوگرافی دانیل پل شربر^۱، هذیانهای پارانوئید را نوعی مکانیسم دفاعی بشمار می‌آورد که عبارت است از: "برون افکنی تمایلات هم جنس خواهانه‌ی نهفته نسبت به پدر". تبیینی که کرچمر^۲ برای این بیماری ارائه نمود چنین بود: "برخی از شخصیتهای "حساس" و "افسرده" و "بدبین" و "خودخواه" بر اثر عوامل آشکار ساز گوناگون در دوره‌های مختلف زندگی دچار "هذیان پارانوئیا" می‌شوند لیکن لزوماً به بیماری اسکیزوفرنی کشیده نمی‌شوند، بلکه پارانوئیا خود یک بیماری

* - دانشیار گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی - دانشگاه تهران.

آنها را عنوان پسیکوز تک علامتی هیپوکندری^{۱۴} می‌شناسیم و البته بعضی از مؤلفین آنها از انواع پارانوئیا نمی‌دانند.

تعاریف

I - تعریف کرئپلین از بیماری پارانوئیا به این شرح است: یک اختلال روانی تک علامتی یکپارچه است که بشکلی کندو تدریجی رشد می‌کند و یک سیستم هذیانی ثابت و تغییر ناپذیر بوجود می‌آورد. جز این سیستم هذیانی، فکر و اراده و رفتار و کردار بیمار کاملاً دست نخورده و طبیعی است. بیمار دچار توهم نیست، و گرچه بیماری مزمن می‌شود لیکن در بیمار زوال شخصیت روی نمی‌دهد. کرئپلین عوامل درون زاد^{۱۵} را مسبب این بیماری می‌دانست و معتقد بود که افرادی با ویژگیهای شخصیتی خاص دچار آن می‌شوند.

II - در کتاب فیش^{۱۶} در تعریف پارانوئیا چنین آمده است: روانپزشکان انگلیسی زبان غالباً "اصطلاح پارانوئیا را به خطا فقط در مورد افرادی بکار می‌برند که "سوء ظن" داشته و "شکاک" هستند و افکار گزند و آسیب دارند، حال آنکه در این بیماری ویژگیهای دیگری نیز می‌تواند وجود داشته باشد.

III - در نهمین طبقه بندی بین المللی بیماریهای روانی^{۱۷} برای پارانوئیا چند نوع زیر ذکر شده است:

- ۱- حالت پارانوئیدی ساده.
- ۲- پارانوئیا.
- ۳- پارافرنیا^{۱۸} (پارافرنیای پیری - حالت پارانوئید انحطاطی^{۱۹}).
- ۴- اختلال پارانوئیدی تلقینی (هم جنونی^۱).
- ۵- انواع دیگر: معادلهای پارانوئیا.
- ۶- انواع نامشخص.

در این طبقه بندی تحت کد ۲۹۷/۱ بیماری پارانوئیا

مجرا است که پیش آگهی بهتری دارد. مولف دیگری بنام لانگ فلت^۳ در سال ۱۹۳۷ از نقطه نظر چگونگی آغاز بیماری بین پارانوئیا و اسکیزوفرنی پارانوئید تفاوتهایی را برشمرد. آدلف مایر به سال ۱۹۴۸ ضمن آنکه پارانوئیا را یک "هذیان" بشمار آورد عوامل سرشتی و روان زاد^۴ گوناگونی برای آن مشخص کرد. پروفسور لوییس^۵ در مقاله، بسیار جامع خود در مجله روانپزشکی بریتانیا که نقطه عطفی در پژوهش درباره این مفهوم است، کالپوم را نخستین کسی می‌داند که این بیماری را شناخته و تعریف کرده است. وی همچنین کرئپلین را نخستین محقق بی شمار می‌آورد که با مشاهده تعریف دقیق نوزده بیمار مبتلا به پارانوئیا تعریف علمی منظمی را از آن بدست داده، آن را به عنوان یک بیماری مستقل و مشخص شناسایی کرده و گونه هایی به شرح زیر برای آن قائل شده است:

الف - اروتومانیا^۶ (هذیان جنسی)، این بیماری بعدها توسط محققینی چون کلورامبو^۷ (۱۹۴۲)، سی من^۸ (۱۹۷۸)، داس و کریستی^۹ (۱۹۷۸)، انوک و ترتوآن^{۱۰} (۱۹۷۹) مورد بررسی دقیق تری قرار گرفت و مشخصات دقیق و روشنی از آن بدست آمده است.

ب - حسادت پارانوئیدی^{۱۱}. این نوع نیز توسط انوک و ترتوآن (۱۹۷۹) و همچنین سی من (۱۹۷۹) شناسایی و گزارش شده است.

ج - هذیان عظمت طلبی^{۱۲}، این مفهوم هنوز کمی مبهم است. سوانسان و همکاران^{۱۳} هذیان عظمت طلبی را در بیماریهای پارانوئیا به عنوان یک عامل زمینه‌ی رایج بشمار می‌آورند.

علاوه بر این گونه‌ها، کرئپلین به یک نوع هیپوکندری شکل، از این بیماری نیز اشاره می‌کند که خودش نتوانسته مورد متقاعد کننده‌ی از آن را مشاهده کند، لیکن اینک

1- Daniel paul Schreber	2- Kretschmer	3- Lang feldt	4- Psychogenic
5- Lewis, 1970	6- Erotomania	7- de Clerambault	8- Seeman
9- Doust & Christie	10- Enoch & Trethowan	11- Paranoid jealousy	
12- megalomania	13- Swanson et al (1970)		
14- monosymptomatic hypochondriacal Psychosis		15- endogen	
16- Fish, F.J. 1962	17- I.C.D.9	18- Paraphernia	
19- involuntional paranoid state			

که در یک نمونه از بیماران پارانوئیی انحطاطی^۸ نسبت زنان به مردان، هفت به یک بوده است.

همه گیری در جمع بیماریهائی روانی

وینوکر در سال ۱۹۷۷ گزارش داد که بین ۵/۴ تا ۵/۱ درصد از بیماران سی ساله به بالایی که با تشخیص بیماری روانی بستری شده بودند، دچار بیماری پارانوئیی کلاسیک بوده‌اند، در حالی که براساس گزارش رترستول این رقم بین صفر تا ده درصد از کلیه بیماران روانی است. از طرفی نیز چون در این بیماری بجز یک نظام هذیانی، غالباً سایر کارکردهای روانی و رفتاری شخصی دست نخورده می‌ماند، بنابراین کمتر برای نزدیکان بیمار تصور بیمار بودن وی را ایجاد می‌کند و به این ترتیب معلوم نیست چه تعداد از آنان به درمانگاههای مطبهای روانپزشکان مراجعه می‌نمایند و در نتیجه شاید نتوان برآورد دقیقی از میزان همه گیری این بیماری به دست داد.

تشخیص بالینی

فیش پژوهشگر نامدار انگلیسی در سال ۱۹۶۲ ملاکهای کرئیلین را برای تشخیص پارانوئیی بسیار قابل بحث شمرده است. همچنین کل^۹ که در سال ۱۹۳۱ ملاکهای کرئیلین را مورد تردید قرار داده بود سرانجام طی گزارش بسیار جامع سال ۱۹۵۷ خود، بیماری پارانوئیی را در مقایسه با سایر اختلالات روانی بسیار نادر و کمیاب دانست. گرگوری^{۱۰} و اسملتزر^{۱۱} نیز در سال ۱۹۷۷ گزارش دادند که در جریان فعالیتهای بالینی، در واقع نمی‌توان چنین بیماری را شناسایی نمود و احتمال دادند که چنین بیماری به کلی وجود نداشته باشد.

از سوی دیگر راس و اسلیتر^{۱۲} در گزارش سال ۱۹۶۹ خود سه نوع از این بیماری را با علائم اصلی: هذیان گزند

به این شرح تعریف شده است: "یک پسیکوز مزمن کمیاب که با بروز تدریجی یک مجموعه هذیانی هوشمندانه و سنجیده و بفرنج همراه است و همزمان با آن، هیچگونه توهم یا اختلال فکر از نوع رایج در بیماری اسکیزوفرنی دیده نمی‌شود. موضوع این مجموعه هذیانی غالباً "بصورت خود بزرگ پنداری یا گزند و آسیبی و یا خود بیمارپنداری (سوماتیک) است. در این طبقه بندی هیچ اشاره‌ای به علل احتمالی ایجاد کننده این بیماری نمی‌شود.

IV - در تازه ترین طبقه بندی انجمن روانپزشکی آمریکا، یعنی چاپ سوم ملاکهای آماری تشخیص اختلالات روانی^۲ تعریفی که از پارانوئیی شده، به طور کلی شبیه به تعریف چاپ نهم طبقه بندی بین المللی بیماریهاست، با این تفاوت که یکی از ملاکهای تشخیص آن یعنی "یک سیستم هذیانی استوار و مزمن در مدت حداقل شش ماه" مورد تاکید قرار گرفته است. در طبقه بندی انجمن روانپزشکی آمریکا تحت عنوان اختلالات پارانوئیدی انواع زیر قرار گرفته است.

الف) پارانوئیی.

ب) اختلالات پارانوئیدی اشتراکی.

ج) اختلال پارانوئیدی حاد.

د) اختلال پارانوئیدی غیر عادی^۳ (غیر تیپیک).

همه گیری شناسایی:

غالب بررسی‌ها نشان می‌دهد که بیماری پارانوئیی در مرها بیشتر دیده می‌شود. برای نمونه، هفتاد درصد از ۲۲ بیمار کرئیلین و هفتاد درصد از ۲۹ بیمار وینوکر^۴ و همچنین ۵۶ درصد از بیمارانی که رترستول^۵ با تشخیص پارانوئیی مورد مطالعه قرار داده بوده‌اند مرد بودند.

درعین حال گاهی محققین گزارشهای وارونه‌ی داده‌اند، مثلاً "کی^۶ و روث^۷ در سال ۱۹۶۱ گزارش داده‌اند

- | | |
|---------------------------|--|
| 1- folie-a-Deux | 2- Diagnostic & Statistical Manuel of mental disorders |
| 3- Winokur | 4- Retterstol |
| 5- Kay | 6- Roth |
| 7- involuntional paranoia | 8- Kollé |
| 10-Smeltzer | 9- Gregory |
| | 11- Slater |
| | 12- |

(DSM III)

مشابهی دیده می‌شود. فرای^۷ مشاهده نمود که اگرچه بیماری "پارانوئیا" ممکن است در نوع خاصی از اختلال شخصیت یا در آسیب مغزی خفیف دیده شود لیکن بایستی نوع اولیه آنرا از انواع دیگری که ناشی از اختلالهای عاطفی است باز شناخت. تورگیو^۸ به لزوم افتراق بین نوع اولیه آن از نوع ناشی از تصلب شرائین مغزی و پجرنیکووا^۹ به لزوم افتراق آن از انواع ناشی از جامعه سنیزی^{۱۰}، کوپر^{۱۱} در مورد افتراق آن از نوع ناشی از ناشوایی، بیندر^{۱۲} و سیموز^{۱۳} درباره افتراق آن از نوع ناشی از فشارهای "روانی-اجتماعی" و بالاخره هیچ^{۱۴} و رک^{۱۵} درباره افتراق آن از نوع ناشی از انزوای اجتماعی^{۱۶} گزارشهایی داده‌اند. به این ترتیب برای این بیماری دونوع اولیه و ثانویه قائل شده‌اند که نوع اولیه آن همان پارانوئیای کلاسیک است.

و - بسیاری از مولفین بین پسیکوزها و نورزهایی^{۱۷} که علی الظاهر با شکایتهای مشابهی ابراز می‌شوند تمایزی قائل نیستند. به این ترتیب هرگاه اصطلاح "پارانوئید" به معنی "هذیانی" باشد در آن صورت "اختلال شخصیتی پارانوئید" یک اصطلاح ضد و نقیض خواهد شد و شاید بهتر باشد اصطلاح تازه‌یی مانند "اختلال شخصیتی بیش از حد متعارف حساس" برای آن وضع شود. به همین ترتیب هرگاه امر تشخیص و کاربرد اصطلاحات با دقت بیشتری صورت گیرد بسیاری از مشکلات از بین می‌رود.

ز - معمولا "بیماری پارانوئیا به صورت بیماریهای وخیم تری در نمی‌آید اما در عین حال یک بیماری مزمن و غیر قابل علاج است و به بهبود آن چندان امیدی نیست. تبیین‌هایی که فروید (۱۹۵۸) و شالوس^{۱۸} (۱۹۷۷) برای این بیماری ارائه کرده‌اند نهایتا "نتایج درمانی موثری نداشته است. اما از سوی دیگر پژوهشهای تازه^{۱۹} مونرو (۱۹۸۰)،

رئیلی (۱۹۷۷)، فریمن (۱۹۷۹) نشان می‌دهد که پسیکوز تک علامته هیپوکندری با دارویی بنام پیموزاید^۲ کنترل می‌شود و همچنین اخیرا "دوریان"^۳ (۱۹۷۹) و پالوک^۴ (۱۹۸۲) حسادت مرضی را یکمک این دارو بهبود بخشیده‌اند. به

و آسیب، هذیان حسادت، هذیان بزرگمنشی معرفی کردند. سپس جوهانسن^۱ و کندلر^۲ طی دو گزارش از بررسیهای خود، بیماری پارانوئیا را به عنوان یک عنوان تشخیصی مجزا و مستقل تایید کرده، یافته‌های داس^۳ را اسنیرر^۴ تایید نمودند.

در سال ۱۹۸۰ در گزارشی که در مجله پزشکی بریتانیا منتشر شد، لیدینگ^۳ اظهار کرد که اصطلاح پارانوئیا دیگر قابل پذیرش نیست و در فعالیتهای بالینی کاربردی ندارد و در دفاع از این مطلب موضوعهای زیر را مطرح کرد:

الف - محدود و معدود بودن موارد مورد مطالعه ی کرئیلین و تردیدهایی که محققین پس از او نسبت به این مفهوم مطرح نموده‌اند، از قطعیت آن کاسته است.

ب - انواعی که زیر عنوان این بیماری معرفی شده یعنی هذیان جنسی، حسادت مرضی، پسیکوز تک علامته هیپوکندری یا هذیان عظمت را می‌توان همانند هذیانهای گزند و آسیب تحت عنوان تشخیصی حالات "پارانوئید" قرار داد و طرح آنها به عنوان مقوله‌های مجزا، موجب برهم خوردن مفهوم کلی پارانوئیا می‌شود.

ج - در کار پژوهش کوچک بودن نمونه‌های مورد مطالعه غالبا "نتایج غلطی حاصل می‌کند و براساس بررسیهای مونرو^۴ بنظر می‌رسد که پسیکوز تک علامته هیپوکندری، بیش از آنچه مشهور است شایع باشد.

د - در نوشته‌های روانپزشکی از روی تسامح اصطلاحاتی نظیر پارانوئیا، پارانوئیایی و پارانوئید به کار رفته و از این راه ابهامها و پیچیدگیهای فراوان ایجاد شده است.

ه - غالبا "اصطلاحاتی نظیر هذیان جنسی، حسادت پارانوئیدی به عنوان علائم بیماریهایی با سبب شناسیهای^۵ گوناگون بکار رفته است. اسکات^۶ در گزارش خود نشان داده که در بیماری افسردگی، اسکیزوفرنی، اختلال عضوی مغز، اختلال شخصیت و حتی کند ذهنیهای شدید هذیانهای

- | | | | | |
|----------------------|-----------|--------------|-------------|--------------------|
| 1- etiology | 2- Skott | 3- Fry | 4- Turgiyer | 5- Pechernikona |
| 6- Psychopathy | 7- Cooper | 8- Binder | 9- Simoes | 10- Hitch 11- Rack |
| 12- Social isolation | | 13- neuroses | 14- Chalus | 15- Reilly |
| 16- Pimozide | | 17- Dorian | 18- Pollock | |

این ترتیب احتمالا" درمان این بیماری وضع بهتری پیدا کرده است.

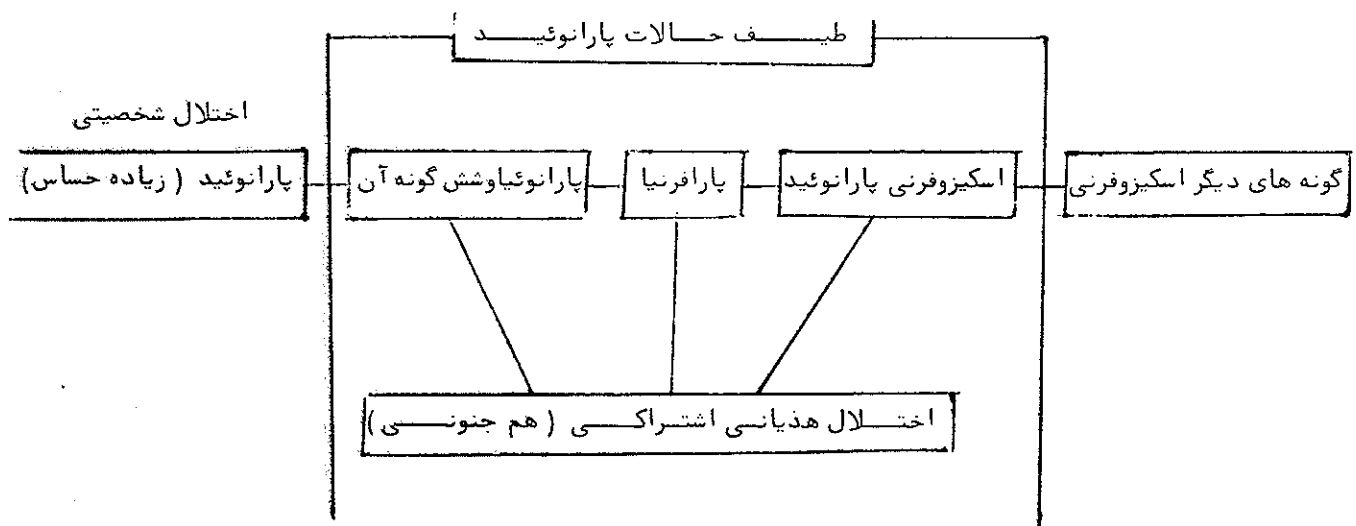
بیماری پارانوئیا و طیف حالات پارانوئید

یک باور قدیمی ولی ثابت نشده در بین روانپزشکان بالینی این است که بیماری پارانوئیا و بیماری اسکیزوفرنی پارانوئید در و انتهای یک طیف پیوسته قرار دارند. عده ی کمتری از روانپزشکان نیز معتقدند که معمولا" بیمار مبتلی به پارانوئیا وضع بدتری پیدا کرده و دچار پارافرنیا یا اسکیزوفرنی پارانوئید می شود. اخیرا" مونرو^۵ برای تشخیص طیف پارانوئیدی طرحی به شرح زیر معرفی کرده است:

کندلر^۶ معتقد است فقط بین ده تا بیست درصد از بیماران پارانوئیایی که وضع بدتری پیدا می کنند در این طیف قرار

می گیرند و بقیه^۷ این گونه بیماران در یک مقوله تشخیصی دیگر قرار دارند. کندلر و هیز^۷ برای اثبات این امر گزارش کردند که در خانواده بی که دارای بیماری پارانوئیا هستند بیماری اسکیزوفرنی کمتر دیده می شود. با توجه به گزارش مشابهی توسط وات^۸ و همکاران هرچه پیشینه زنتیکی بیمار از لحاظ بیماری اسکیزوفرنی بیشتر باشد، این بیمار به انتهای اسکیزوفرنیایی طیف نزدیکتر می شود و برعکس، چنانکه وقتی پیشینه زنتیکی بیمار بسیار کم باشد وی در مقوله اختلال شخصیتی پارانوئید قرار می گیرد. اما ارتباط این بیماری با طیف مزبور هنوز مورد تردید است.

البته موارد پیشرفته و حاد بیماری پارانوئیا را به سادگی می توان از بیماری اسکیزوفرنی نوع پارانوئید که همراه با گسیخته گویی^۹ (بیان بی ربط)، توهم و



اختلال پارانوئید حاد

شکل . فرضیه طیف حالات پارانوئید .

1- Hays, 1981

2- Walt 1980

3- incoherency

4- Lange, 1962

برای وضع یک نام تازه رد شده و کاربرد اصطلاح پارانوئیسیا همچنان لازم بنظر می‌رسد.

گونه‌ها یا حالات بالینی وابسته به پارانوئیسیا

الف - هم جنونی یا جنون دو نفره یا اختلال هذیانی اشتراکی^۱ (به تعبیر انجمن روانپزشکی آمریکا).
تعریف چاپ سوم ملاکهای آماری تشخیص اختلالات روانی از این بیماری چنین است: یک بیماری هذیانی ناشی از تماس نزدیک شخص یا بیماری که دچار هذیان استوار شده‌ی گزندو آسیب است. لیکن در این تعریف تاکید برگزند و آسیبی بودن هذیان ضروری نیست بلکه بسیاری از قربانیان این بیماری در واقع بیشتر افراد بسیار تاثیر پذیر هستند تا افراد هذیانی، چنانکه غالباً " هنگامی که از فرد هذیانی واقعی جدا می‌شوند دیگر گرد باورهای عجیب و غریب خود نمی‌گردند.

به این ترتیب وبا توجه به گزارشهای انوک و ترتوآن (۱۹۷۹) و مونرو (۱۹۸۵) و اسکات (۱۹۷۸) پیشنهاد می‌شود که "هم جنونی" یک بیماری با سه جنبه زیر است:
۱- به عنوان پدیده‌ای مرتبط با اختلال پارانوئید.
۲- بویژه در مواردی که بیمار اصلی و بیمار دوم زمینه‌های وراثتی مشترکی دارند، بایستی آنرا به عنوان یک بیماری هذیانی واقعی به شمار آورد که توسط بیمار اصلی شکل گرفته است.
۳- به عنوان یک اختلال عصبی یاناشی از نوع خاصی از شخصیت که معلول تماس دراز مدت با یک فرد هذیانی است.

ب - هذیان جنسی.

هذیانی استوار و پابرجای به این مضمون که شخصی از جنس مخالف بیمار، نسبت به او تمایلات و احساسات جنسی دارد.

ج - حسادت مرضی

هذیانی استوار مبنی بر اینکه همسر بیمار به او وفادار نبوده و با دیگران رابطه جنسی دارد. البته بایستی بین حسادت مرضی و پارانوئیسیای همسری^۲ با وجود شباهت کامل آنها، تمیز قائل شد زیرا بیماری اخیر در اختلالات دیگری نظیر الکلیسم، اسکیزوفرنی، بیماری‌های عاطفی و

هذیانهای عجیب و غریب است تشخیص داد اما موارد " حد واسطی" نیز مشاهده می‌شود که کرئیلین به تبعیت از کالبوم آنها را پارافرنیا نامیده است. البته لنج^۱ معتقد بود که این بیماری را نمی‌توان از اسکیزوفرنی پارانوئید تمیز داد، با این حال شمار فراوانی از روانپزشکان نسبت این دو بیماری را مانند نسبت بیماریهای هیپومانیا و مانیا بیکدیگر دانسته و در تشخیص‌های خود از این فرضیه استفاده کرده اند. بنظر می‌رسد که هنوز هم این ابهام وجود داشته باشد چنانکه در چاپ نهم طبقه بندی بین المللی بیماریها، بیماری پارافرنیا ذکر شده اما در چاپ سوم طبقه بندی اختلالهای روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا) از آن یاد نشده است.
کندلر با بررسی دشواریهایی که در راه تشخیص افتراقی بیماری پارانوئیسیا و حالات پارانوئیدی وجود دارد پیشنهاد کرده است اصطلاح پارانوئیسیا را کنار گذارده و به جای آن از عنوان اختلال هذیانی ساده برای بیماریهایی که ویژگیهای زیر را دارند استفاده شود:

- ۱- شروع کسالت در پیش از سن شصت سالگی
- ۲- هذیانهای غیر عجیب و غریب و یا افکار انتساب به مدت دست کم دو هفته.
- ۳- فقدان توهمهای مداوم.
- ۴- فقدان نشانه‌های عاطفی در دوره هذیانی بودن بیمار.
- ۵- فقدان نشانه‌های بیماری اسکیزوفرنی مانند اختلال فکر بارز.
- ۶- فقدان اختلال مغزی مزمن یا حاد.

اما مونرو و رایدینگ موارد فراوانی از پسیکوز تک علامته هیپوکندری گزارش کرده اند که پس از شصت سالگی روی داده است. علاوه بر این آنان مشاهده کردند که در مرحله نخستین بهبود از این بیماری، بعضی از بیماران نشانه‌های اختلالهای عاطفی ثانویه نشان می‌دهند که مستلزم کاربرد داروهای ضد افسردگی هم می‌شود و همچنین در مواردی از پسیکوز تک علامته هیپوکندری، شواهدی از توهم و تبیینی تعبیری اختلال فکر و گاه حتی اختلال رفتار مشاهده می‌شود. مونرو، شواهدی نیز از وجود اختلال مغزی عضوی خفیف در این بیماران گزارش می‌کند. به این ترتیب پیشنهاد کندلر

دارای ویژگیهای خاص و معینی هستند. از اینرو با اطمینان می توان این مقوله تشخیصی و گونه های آن را در فعالیتهای بالینی بکار برد.

ضمیمه تکمیلی

گرچه در این مقاله توجه اصلی به بیماری روانی "پارانویا" بوده است اما ناچار هم در طبقه بندیها و هم در متن مقاله و علاوه بر آنها در طیف ارائه شده، از انواع دیگری نام برده شده که در تشخیص افتراقی با بیماری "پارانویا" در کار بالینی مطرح می شوند. بنابراین شاید اگر به اختصار وجوه اشتراک یا افتراق هر یک از آن انواع بالینی نیز مطرح شود خالی از فایده نباشد.

۱- هذیانهای پارانوئیدی در سندرم هذیانهای ارگانیک.

در این بیماری نکته اساسی این است که با وجود آنکه شخصی از هشیاری و آگاهی طبیعی برخوردار است دچار هذیان است، و البته عامل ایجادکنندهی این وضع یک عامل ارگانیک ویژه است. تشخیص این سندرم معمولاً در شرایطی صورت می گیرد که بیمار دچار تیرگی شعور یا کم هوشی و یا توهمهای عمده نباشد.

گرچه تا حدودی نسبت به آسیب شناسی و عامل خاص ایجادکنندهی این سندرم، هذیانها دارای محتواهای گوناگونی هستند با اینحال هذیانهای گزند و آسیب بیش از سایر هذیانها در آن شایع است برای نمونه مصرف آفتامین ممکن است یک هذیان پارانوئیدی بسیار نظام داری ایجاد کند که از هذیانهای دورهی حال و فعال بیماریهای اسکیزوفرنی قابل بازشناسی نیست.

بیماریها و عوامل گوناگونی می توانند موجب بروز این سندرم شوند. موادی مانند آفتامین، کانامین و داروهای توهم زاو بیماریهای مانند صرع لوب گیجگاهی، کره هانینگتون و بعضی آسیبهای قشر مخ (بویژه در نیمکره غیر برتر). بعضی مواد شیمیایی حتی پس از آنکه اثرشان در بدن شخص از بین می رود نیز این سندرم را اساساً به صورت اسکیزوفرنی تقریباً مداومی ایجاد می کنند.

این سندرم را بایستی بر اساس شواهدی از تاریخچه

نشانه هایی از آسیب مغزی نیز دیده می شود.

د- پسیکور تک علامته هیپوکندری.
باورهای هذیانی در مورد ابتلا به یک بیماری جسمی مشخص.

ه- پارانوئیای دادخواهی^۱ (مرافعه جو).

در سال های ۱۹۸۵ و ۱۹۸۱ مونرو و سیم نوع دیگری از بیماری پارانویا بنام پارانوئیای دادخواهی شناسایی کردند که در آن، بیمار یک دادخواست غیر منطقی و بی سرانجام را برای دریافت غرامت و تاوان با خشم و غضب پی گیری می کند. وینوکر این بیماران را از زمره "بیماری پارانوئید" می داند که خود نام تازهی "اختلال هذیانی" را بر آنها نهاده است و انواع هیپوکندری، هذیان جنسی، هذیان بزرگمنش و هذیان گزند و آسیب را جزو همین بیماری قرار می دهد.

و- هذیان عظمت طلبی (مگالومانی).

در این بیماری، بیمار یک اشتغال فکری هذیانهای درباره قدرت، اهمیت یا ثروت خیالی خود دارد که با احساس عظمت همراه است.

درمان

پژوهشها و بررسیهایی چند حاکی از آن است که دارویی به نام پی موزاید اثر درمانی بسیار مساعدی بر روی گروه بیماریهای "پارانویا" دارد و با توجه به اینکه اثر این دارو بترتیب بر بیماری پارافرنیا و اسکیزوفرنی نوع پارانوئید کمتر است، این فکر مطرح می شود که در نقطه پی از طیف پارانوئید یک تغییر "زیستی-شیمیایی" وجود داشته باشد که بتواند گروه بیماری اسکیزوفرنی را از بیماریهای پارانویا مجزا سازد.

خلاصه

پس از شناسایی گروه بیماریهای پارانویا و تفکیک آن از بیماری اسکیزوفرنی پارانوئیدی توسط کرئیلیسن، گرایشهایی برای ادغام آن در سایر مقوله های تشخیصی روانپزشکی صورت می گرفته است. اینک آخرین بررسیها و پژوهشها نشان می دهد که این گروه از بیماریها، از نظر نشانه شناسی، از نظر سیر و پیشرفت و بالاخره از نظر درمان

در آنها وجود دارد که با بهت افسردگی همراه است. در این دسته از بیماران گاه هذیانهای ناهمخوان با حالت عاطفی بیمار نیز دیده می‌شود مانند هذیانهای گزند و آسیب، دریافت فکر، انتشار فکر، تحت کنترل بودن. در این شرایط نیز تشخیص بیماری با توجه به سایر علائم بیماری و عمدتاً براساس شواهد مربوط به تغییرات عواطف وی از سایر بیماریهای روانی متمایز می‌شود.

۳- هذیانهای پارانوئیدی در بیماری اسکیزوفرنی

(نوع پارانوئیدی)

در این بیماری هذیانهای گزند و آسیب یا بزرگمنشی به صورتی پایدار هم دیده می‌شود که گاه همراه با حسادت‌های هذیانی است. اما شاید به عنوان یک ویژگی بتوان گفت که اضطراب، خشم، مجادله‌گری و پرخاشگری بیمار متوجه موضوع و محمل معینی نیست و در عین حال این امکان هست که علاوه بر اینها در بیمار شک و تردید نسبت به هویت جنسی خودش پیدا شده و وی از متهم شدن به هم جنس‌بازی یا گرایش هم جنس‌بازان به خود در ترس و وحشت بسر برد.

هرگاه بیمار در پی اقدام براساس موضوع هذیان خود برنیاید، در آن صورت اختلال و وقفه‌ی در کار و فعالیت وی روی نمی‌دهد و نظم رفتارهای بیمار بسیار به ندرت به هم می‌ریزد. به همین ترتیب پاسخها و رفتارهای عاطفی بیمار دستخوش تغییرات عمده‌ی نمی‌شود. سن بروز این بیماری معمولاً "دیرتر از سن بروز انواع دیگر اسکیزوفرنی" است و با گذشت زمان علائم بیماری چندان تغییری نمی‌کند. شواهدی نیز نشان می‌دهد که هرگاه یکی از منسوبین نسبی بیماری که دچار این اختلال است نیز دچار اسکیزوفرنی باشد، نوع بیماری آن منسوب نیز پارانوئیدی است.

در بیماری اسکیزوفرنی پارانوئیدی علائم و نشانه‌های معینی مانند نامنجم گوئی، از هم پاشیدن بارز ارتباط‌های منطقی، توهمهای بارز و هذیانهای عجیب و غریب مانند هذیانهای تحت نفوذ دیگران بودن، انتشار فکر، دریافت فکر و یا گرفته شدن فکر وجود دارد که در اختلال‌های پارانوئیدی وجود ندارد. گرچه هذیانی به این مضمون که دیگران رفتار شخص را تحت کنترل دارند در هر دو نوع

فردی، معاینات بدنی یا آزمونهای آزمایشگاهی از اختلالات پسکوزی غیر ارگانیک (اسکیزوفرنی، اختلالات پارانوئیدی) باز شناخت.

در هالوسینوزهای ارگانیک اگر بیمار هذیان داشته باشد هم محتوای آن در رابطه با و متأثر از توهمهایی است که در تابلوی اصلی آنها وجود دارد.

در سندرم عاطفی ارگانیک اگر هذیان یا توهمی هم باشد محتوای آن در رابطه با خلق و تحت تاثیر اختلال عاطفی بیمار است.

۲- هذیانهای پارانوئیدی در بیماریهای عاطفی

اصلی^۱

هرگاه در بیماریهای عاطفی، هذیان و توهمی هم وجود داشته باشد، معمولاً محتوای آنها به طرز آشکاری با هیجان و خلق مسلط بر احوال بیمار همخوان و متناسب است. برای نمونه در افسردگی پسکوتیک هذیانهای گزند و آسیب براساس این فکر به وجود می‌آید که فرد به خاطر گناهها یا تقصیرهایی بایستی مورد آزار و اذیت قرار گیرد. در بیماری مانیا نیز هذیانهای بزرگمنشی بیمار تحت تاثیر مستقیم احساس قدرتمندی ناشی از خلق شاد و مشغوف وی است. حتی در حالات پسکوتیک بیماری "مانیا" که اختلال بارزی در ارتباط بیمار با واقعیات روی می‌دهد و بیمار دستخوش هذیانها یا توهم است محتوای آنها همخوانی کاملی با مضمونهای شغف‌زدگی مانند ثروتمندی، نیرومندی، دانشوری، نامداری یا در رابطه بودن با مشاهیر دارد. البته اهل تحقیق به مواردی نیز اشاره کرده‌اند که در آنها هذیانها یا توهمهای بیمار دارای چنین مضمونهای نبوده (مانند هذیانهای گزند و آسیب، دریافت فکر، و تحت نفوذ بودن) است. در این شرایط نیز تشخیص بیماری مبتنی بر تغییرات عاطفی عمده‌ی بیمار است.

به همین ترتیب در شکل‌های پسکوتیک افسردگی که در آن ارتباط بیمار با واقعیات دستخوش اختلال بارزی می‌شود و هذیانها یا توهمهایی در کار است، محتوای هذیانها همخوانی استواری با حالات عاطفی بیمار دارد و معمولاً مضمونهایی نظیر احساس بی‌کفایتی، احساس گناه، احساس بیمار بودن، روبه مرگ بودن، وجود نداشتن یا استحقاق تنبیه

ملاکهای تشخیص اختلال پارانوئیدی .

- الف - هذیانهای پایدار و استوارگردد و آسیب یا حسادت مرضی .
- ب - هیجانات و رفتار بیمار با محتوای نظام هذیانی وی همخوان و متناسب است .
- ج - بیماری بایستی حداقل یکگفته ادامه داشته باشد .

- د - هیچ یک از علایم نخستین بیماری اسکیزوفرنی مانند هذیانهای عجیب و غریب ، نامنسجم گویی یا از هم پاشیدگی بارز ارتباطهای منطقی وجود ندارد .
- ه - هیچ توهم بارزی وجود ندارد .
- و - در بیمار ، یا مجموعه علایم بیماریهای مانیا یا افسردگی وجود نداشته و پس از بروز علایم پسکوز به وجود نیامده باشد و یا در مقایسه با طول وجود علایم پسکوتیک دوره بروز این مجموعه علایم کوتاه باشد .
- ز - بیمار دچار اختلال روانی ارگانیک نباشد .

۵- بیماری پارانوئیدیا .

وجه مشخصه این بیماری این است که به صورت تدریجی یک اختلال پارانوئیدی همراه با یک نظام هذیانی استوار و پایدار ، در شخص رشد می کند که در عین حال به جریان تفکر وی آسیبی نزده و نظم فکری او را مختل نمی کند . بیمار مرتباً " خود را از تواناییهای منحصر به فرد و والایی برخوردار می داند .

ملاکهای تشخیص :

- الف - ملاکهای اختلال پارانوئیدی در بیمار وجود دارد .
- ب - یک سیستم هذیانی استوار و پایدار و مزمن گردد و آسیبی به مدت حداقل شش ماه در بیمار وجود دارد .
- ج - ملاکهای اختلال پارانوئیدی اشتراکی در بیمار نیست .

۶- اختلال پارانوئیدی حاد .

وجه مشخصه این بیماری : در واقع یک اختلال پارانوئیدی است که دوره آن کمتر از شش ماه است . این اختلال معمولاً " در افرادی دیده می شود که محیط آنان تغییر

بیماری اسکیزوفرنی پارانوئیدی و اختلالهای پارانوئیدی (منجمله پارانوئیا) هست اما هذیانهایی به صورت باور به اینکه نیروهای ناشناخته و بیگانه بی شخص را تحت نفوذ و اختیار خود دارند مربوط به بیماری اسکیزوفرنی یا شبه اسکیزوفرنی است . علاوه بر این ، هذیانهای اسکیزوفرنیک کمتر مانند هذیانهای اختلالهای پارانوئیدی نظام دارو سیستماتیک است .

۴- اختلالهای پارانوئیدی .

وجه مشخصه این دسته از بیماریها وجود هذیانهای استوار و پایدارگردد و آسیب یا حسادت هذیانی پایداری است که ناشی از هیچ اختلال روانی دیگری نظیر بیماریهای اسکیزوفرنی ، شبه اسکیزوفرنی ، بیماریهای عاطفی با اختلال روانی ارگانیک نیست .

در این بیماریها ، علایم دیگری مانند خشم و نفرتی که ممکن است منجر به آسیب رساندن به دیگران شود ، خود بزرگ پنداری و افکار یا هذیانهای عطف ، انزوای اجتماعی و رفتارهای عجیب و غریب نیز دیده می شود . شکاکیت شدید که یا متوجه شخص معینی است و یا افراد و مطالب فراوانی را در بر می گیرد نیز دیده شده است . نامه نویسی به صورت شکایت از بیعدالتیها و عصیان علیه قوانین نیز رایج است . این بیماران به ندرت در پی دریافت تدابیر درمانی هستند و غالباً " یا وابستگان آنان در این راه پیشقدم می شوند و یا کار به دخالت مراجع قانونی می کشد . سن بروز این بیماریها در اواسط یا اواخر دوران میانسالی است .

طول دوره این بیماریها : غالباً " مزمن هستند و به ندرت دورههای عود و تشدید دارند . البته دوره اختلال پارانوئیدی حاد محدود به شش ماه است . بجز اینها ، به ندرت کارکردهای روزانه بیمار اختلال پیدا می شود . معمولاً " حتی اگر اختلال به صورت مزمن هم باشد کار و فعالیت شخص و کارکردهای هوشی وی دست نخورده می ماند . اما از سوی دیگر ، کارکردهای اجتماعی و زناشویی شخص غالباً " به سختی آسیب می بیند .

عواملی نظیر کوچ ، مهاجرت ، ناشنوایی و سایر عوامل استرس زامی تواننده پیدایش این بیماری کمک کنند . افرادی که دارای اختلال شخصیتی اسکیزوفرنی یا پارانوئیدی هستند نیز بیشتر در معرض این بیماری می باشند .

عمده‌یی کرده باشد مانند مهاجران، پناهندگان، زندانیان
 جنگی، آغاز کنندگان خدمت نظام، پاکسانی که برای نخستین
 بار خانه و کاشانه خود را ترک می‌کنند. بروز این بیماری
 معمولاً "به صورتی بالنسبه ناگهانی است که به ندرت به
 صورت مزمن در می‌آید.

REFERENCES

1. ALEXANDER, V.K.: A CASE STUDY OF A MULTIPLE PERSONALITY', JOURNAL OR ABNORMAL PSYCHOLOGY, 52: 272-276, 1956.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: "DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS", EDITION 3 = DSM- III, A.P.A., WASHINGTON, 1980.
3. FENICHEL, O." THE PSYCHOANALYTIC THEORY OF NEUROSIS", W.W. NORTON, NEW YORK, 1945.
4. FREUD S.: STANDARD EDITION OF THE COMPLETE PSYCHOLOGIAL WORKS OF SIGMUND FREUD", HOGARTH PRESS, LONDONM, 1953-1966 (VOLUME VI, PUBLISHED) IN PELICAN BOOKS = PSYCHOPATHOLOGY OF EVERYDAY LIFE, 1982).
5. JANET, P." L'AUTOMATISME PSYCHOLOGIOUS ", FELLIX ALCAN, PARIS, 1889.
6. JANET, P." ETAT MENTAL DES HYSTERIQUES", REUFF, PARIS, 1894.
- ۷- معنوی، عزالدین، فدائی، فرید. "شخصیت‌های چندگانه" انتشارات چهر تهران ۱۳۶۲.
8. LUDWIG, A.M.ETAL." THE OBJECTIVE STUDY OF A MULTIPLE PERSONALITY", ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY, 26: 298-310, 1972.
9. NEMIAH, J.C." DISSOCIATIVE DISORDERS" IN: KAPLAN, H.I., FREEDMAN, A.M., SADODK, B.J." COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY", EDITION 3, WILIAMS & WILKINS, BALTIMORE, 1980.
10. PRINCE, M." THE DISSOCIATION OF A PERSONALITY", LONGMANS, GREEN, NEW YORK, 1906.
11. SCHREIBER, F.R., " SYBIL", WARNER BOOKS, NEW YORK, 1974.
12. SIDIS, B., GOODHART, S.P." MULTIPLE PERSONALITY", APPLETON, NEW YORK, 1905.
13. THIGPEN, C., CLECKLY, H.M." THE THREE FACES OF EVE", MC.GRAW HILL, NEW YORK, 1957.
14. WELLER, M." THE SCIENTIFIC BASIS OF PSYCHIATRY", BAILLIERE TINDALL, LONDON, 1983.