

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 را مورد 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 خط مهر تاءید 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 تا حدودی 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 وجه تشخیصی 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 هیپراکتیویته 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 شیذوفرنیک برخوردار است.

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

پیدایش لیتیموم کاربرد آن در درمان بیماران مانیک پس از سالهای دهه 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 پسکوتیک را شاید بتوان اینطور توجیه کرد که در زمانهای گذشته داروهای آنتی پسکوتیک 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 پسکوتیک کمتر جلب توجه روانپزشکان را کرده است و از این رو بیشتر از گذشته به علائم پسکوتیک در تشخیص افتراقی شیذوفرنی از بیماریهای عاطفی بذل توجه نشان داده اند.

Carlsona Good win² 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 یابدنبال 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 از ورود افراد غیر مانیک و بویژه افراد شیذوفرنیک 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 پسکوتیک در بیماریهای عاطفی دیده شوند وابسته به خلق بوده و شامل هذیانهای گناه هیپوکندریاک و پارانوئید وابسته به خلق میباشند و لذا علائم پسکوتیک غیر وابسته به خلق نظیر اکثر هذیانهای پارانوئید، هذیان تحت تأثیر قرار گرفتن و توهمات شنوایی و علائم کاتاتونیک دال بر تشخیص شیذوفرنی هستند. کتب مختلف روانپزشکی در دهه شصت نیز عمدتاً "برهمن عقیده هستند که علائم پسکوتیک غیر وابسته به خلق در بیماریهای عاطفی نادر بوده و یا اصلاً دیده نمیشوند.

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

اما نکته جالب این است که در ادبیات روانپزشکی قدیمی تر توجه بیشتری به وجود علائم پسکوتیک 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 پسکوموتور بیمار بی دلیل senseless و پرت raving است و بیمار ممکن است کوشش هائسی ایمپالسیو در جهت خودکشی بکند و یا بطور ایمپالسیو 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 پسکوتیک در بیماران

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

۲- در مرحلهٔ دو فشار کلام و افزایش فعالیت

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

۳- مرحلهٔ سه در واقع یک مرحلهٔ 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. هدایانها عجیب و غریب bizarre بوده و توهمات گوناگون در ۶ بیمار عدم اوربانتاسیون 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 شیزوفرنی حاد نیست بطوریکه علائم عمدهٔ 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 مرحلهٔ سه به شرح زیر بوده است:

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

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

۵- پی گیری Follow-up کلیهٔ بیماران نیز با تشخیص یک بیماری عاطفی هماهنگی داشته است سن 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 دورهٔ افسردگی یا مانی وجود داشته است. ضمناً "درشش بیمار (۳۰٪ موارد) فاز افسردگی بلافاصله قبل از مانی دیده شده است. این ویژگی‌ها و این خصوصیات همگی دال بر این امر بوده‌اند که گروه مورد مطالعه را میتوان یک نمونهٔ کوچک از کل بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی دو قطبی فرض کرد. نکتهٔ مهم دیگر آنکه در همهٔ بیماران بجز یک نفر درمان نگهدارنده با کربنات لیتیموم موفقیت آمیز بوده است. این نکته نیز با ادبیات روانپزشکی در مورد تأثیر لیتیموم در مانی هماهنگی دارد.

Carlsona Good win کلیهٔ بیماران را که دارای علائم درجه اول اشنايدر بوده‌اند را حذف کرده‌اند تا جای هیچ‌شک و شبهه‌ای را در شیزوفرنیک 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 نمره گذاری گردید. مطالعهٔ فاز مانیک بیماری در این بیماران نشان داد که بر پایهٔ علائم بالینی، سه مرحلهٔ مختلف را در دورهٔ مانیک میتوان مشخص کرد بقسمی که بیماران در آغاز بیماری خود ابتدا وارد مرحلهٔ یک بیماری میشوند و سپس مرحلهٔ دو و سه را پشت سر میگذارند. علائم بالینی بیمار در این سه مرحله به قرار زیر می‌باشد:

۱- در مرحلهٔ یک او فوری چهرهٔ غالب بیماری را تشکیل میدهد. افزایش فعالیت پسیکوموتور در صحبت و در فعالیت بدنی وجود دارد. خلق بیمار متغیر است ولی وجههٔ 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

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 افوری که برعکس درجهت افسردگی و دیس فوری بوده است . از این رو وجود خلق افسرده همراه با هیپراکتیویته و فشار کلام که تا حد بی ارتباطی کلام *incoherency* شدید شده باشد مقایر با تشخیص مانی نمیباشد 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 تحت‌تأثیر قرار گرفتن در ۲۰٪ موارد هذیانهای مذهبی در ۱۵٪ موارد ، اختلال در *Lossening of association* در ۷۰٪ بیماران ، توهمات بینائی و شنوایی 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* دلیل ارزش تشخیصی که برای علائم درجه اول اشنايدر قائل بوده اند بیمارانی که دارای این علائم بوده اند را از مطالعه خود خارج کرده اند اما *Carpen ter et al (1974)* همین علائم اشنايدر 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

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

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 پنجول میکشد و تحمل دیدن نور را ندارد . بیمار بد ذهن 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 گره‌از 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 شیذوفرنی اختصاصی میدانست مورد شک و تردید قرار می‌گیرد.

براساس مطالعه Carlson & Good Win

³ 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 شیذوفرنیک 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 ویژگی‌ها مشابه سایر بیماران عاطفی بوده‌اند.

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 بیمارانی که تنها الکتروشوک گرفته بودند، در ۲ مورد بیمارانی که درمان توأم 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 بوده‌اند.

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 می‌گرفته‌اند را وارد مطالعه خود کرده‌اند: 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 بوده‌اند و یا بیش از ۳ بار دچار پسیکوز نگردیده‌اند، ۴- در هنگام مطالعه حتماً دارای یکی از علائم زیر بوده‌اند هذیان، توهم، رفتارهای غیرعادی و نامتناسب، اختلالات پسیکوموتور بارز و واضح، دوری از اجتماع Social with drawal، اختلالات فکر ترس شدید، اختلالات عاطفی، شخصیت زدایی 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 بوده‌اند انتخاب کرده و بیمارانی که مبتلا به اختلالات عضوی مغز نبوده‌اند و حداقل ۱۸ سال سن داشته‌اند وارد مطالعه خود کرده‌اند و از روش مصاحبه‌ای که در مطالعه IPASS بکار رفته بود برای بررسی علائم بالینی و بویژه علائم درجه اول اشنايدر استفاده کرده‌اند. مصاحبه دوبار بطور مجزا توسط کارپنتر و استراس بعمل آمده و تشخیص با استفاده از DSM-II تا پیداشده و موارد مشکوک حذف شده‌اند. نتیجه آنکه از مجموع ۱۶۵ بیمار (۱۳۱+۳۴) ۱۰۳ بیمار تشخیص شیذوفرنی، ۳۹ بیمار تشخیص بیماری مانیک - دپرسیو و ۲۳ بیمار تشخیص نوروژ و اختلالات شخصیتیسی گرفته‌اند.

از ۳۹ بیمار مبتلا به اختلالات عاطفی ۹ بیمار (۲۳٪) و از ۲۳ بیمار مبتلا به نوروژ و اختلالات شخصیتی ۲ نفر (۹٪) حداقل یک علامت درجه اول اشنايدر داشته‌اند. 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 بوده‌اند. از این عده ۴ بیمار قبلاً " برای مانی بستری و تحت درمان قرار گرفته بودند. ۳ بیمار دارای فازهای افسردگی در گذشته خود بوده‌اند ولی فاز مانیک نداشته‌اند و بیمار آخر نیز دارای دوره‌های 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 در مورد آنها تاءیبید 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.

⁶ 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 وضعیتی 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 این 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.

⁵ 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 نمودن تشخیص دیگری در مورد آنها نظیر الکلیسم رسوسپواتسی هیستری و یا بیماری دو قطبی تشخیص افسردگی یک قطبی اولیه

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 گفته‌های آگوست هوخ August 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 کرده‌اند و لذا از نظر پیش آگهی با سایر بیماران شیذوفرنیک هماهنگ نبوده‌اند. او معتقد بود که این بیماران مبتلا به نوعی اختلال مانیک - دپرسیو هستند. او این حالت را بهت خوشخیم benign stupor می‌نامید 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)¹ در مقاله خود در سال ۱۹۷۸، ۱۸ مطالعه مختلف از سال ۱۹۲۱ (که توسط خود کراپلین 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 کرده‌اند. بررسی این مجموعه (که به پاره‌ای 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 نمی‌باشند چه بیماران مورد مطالعه اکثراً از بیماران بستری در بیمارستان انتخاب شده‌اند. لیکن به هر حال باید پذیرفت که حتی اگر این بیماران نمونه‌ای 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 شیذوفرنی اختصاصی تر محسوب میشوند

obedience نگانویسم اکولالی یا اکوپراکسی و بهت Stupor را داشته‌اند مورد مطالعه قرار داده‌اند. 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 گرفته‌اند 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 گرفته‌اند 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 شیذوفرنیک ۹ نفر مبتلا به بیماریهای عاطفی و ۵ نفر مبتلا به اختلالات عضوی مغز بوده‌اند. از ۳۷ بیماری که به درمان پاسخ داده بودند هیچکدام شیذوفرنیک نبوده‌اند 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 شیذوفرنیک ارجحیت داشته‌اند قابل درک است. در مطالعات فامیلی نیز روشن شد که گروهی که پاسخ مناسب به درمان داده‌اند درصد بیشتری از اقوام مبتلا به بیماریهای عاطفی و الکلیسم نسبت به گروه دیگر داشته‌اند و در هیچیک از آنها اقوام مبتلا به بیماری شیذوفرنی 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 شنايدر و اختلالات شکل فکر در هیچکدام از دو گروه اختلاف معنی دار نداشته است. از این مطالعه Taylor & Abrams نتیجه گرفتند که سندرم

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 آنچه 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 پسیکوتیک در تابلوی بالینی بیماران عاطفی تفاوتی در پیش‌آگهی بیماران ایجاد نمیکند. در تعدادی از مطالعات نیز گزارش شده که هیچ ارتباطی بین شدت علائم پسیکوتیک 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 پسیکوتیک نداشته‌اند به درمان با لیتیموم 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 پسیکوتیک 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 پسیکوتیک همگی وابسته به خلق بوده‌اند و از این رو این مطالعات چیزی را بیشتر از آنچه در کتب کلاسیک ذکر میشود روشن نمیکنند. 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 پسیکوتیک 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 پسیکوتیک 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

پسیکوتیک در بیماران عاطفی مصنوعی *artificial* است و حاصل ضعف تمرکز حواس نقص حافظه و کندی پسیکو-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.

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 ۸/۸۰٪ بشکل تحریک پذیری، ۵/۶۵٪ بشکل خلق گسترده و در ۸/۳۰٪ بشکل اوفوری و در ۸/۲۵٪ بشکل خلق تغییر پذیر همراه با افسردگی گزارش شده است. در واقع آنها با کاربرد ضوابط تشخیصی ساده خود بطور موفقیت آمیزی به هدف زده اند و موفق شده اند تا بیماران مانیک را بخوبی از بیماران شیذوفرنیک جدا کنند. ذکر این نکته مهم است که این سه علامت همواره علائم بارز بیماران در تابلوی بالینی بیماران نبوده اند و موردی که Taylor & Abrams در مقاله خود شرح داده اند بیانگر همین نکته است و نشان میدهد که عدم توجه به این مسئله که علائم مانیک میتواند در تشخیص افتراقی حائز اهمیت و ارزش باشد بسادگی دروغوای وجود علائم پسیکوتیک متنوع میتواند چندان جلب نظر پزشک را نکند.

بیمار اول - زن ۶۰ ساله ای با سابقه ۴۰ ساله بیماری که بارها با تشخیص شیذوفرنی بستری بوده است اینبار با تابلوی هیپراکتیویته (گیجی Confusion) و افکار گزند و آسیب به بیمارستان آورده شد. تشخیص اولیه شیذوفرنی 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 توهمات شنوایی 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 پروفیلاکسی بالیتیوم بدون علامت Symptom Free باقی ماند. این مدت

شیذوفرنی نظیر علائم درجه اول اشنايدر، علائم کاتاتونیک و اختلالات شکل فکر و غیره محسوب میگردند را به سختی میتوان در تشخیص افتراقی شیذوفرنی از اختلالات عاطفی بکاربرد و لذا این دیدگاه سنتی که در مواجهه با بیمار ابتدا باید بدنبال علائم شیذوفرنی گشت و پس از رد شیذوفرنی، تشخیص بیماریهای عاطفی را مطرح کرد بشدت زیر علامت سوال قرار میگیرد.

ب - ارزش علائم عاطفی در تشخیص افتراقی شیذوفرنی از اختلالات عاطفی

مطالعه Carlson & Good Win (1973) را قبلا 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 تا حد 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 تشخیص افتراقی اختلالات عاطفی از شیذوفرنی باید حتی 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 تشخیص افتراقی را به ما نشان میدهد. در بیماران مورد مطالعه در این مقاله هیپراکتیویته، پرحرفی، فشار کلام و بزرگ منشی و تحریک پذیری و اهل 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 تشخیصی ساده ای نظیر وجود علائم سه گانه هیپراکتیویته، تکلم سریع یا با فشار و خلق اوفوریک، گسترده expansive یا تحریک پذیر را (پس از رد اختلالات عضوی مغز) برای انتخاب بیماران مانیک

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.

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

این نکته درست برخلاف دیدگاههای سابق است که تشخیص اختلالات عاطفی را پس از رد شیذوفرنی مجاز میدانستند اینک باید اذعان داشت که تشخیص شیذوفرنی 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 شیذوفرنی برخلاف علائم پسیکوتیک جنبه اختصاصی دارد.

^{10, 11} Taylor & Abrams (1974), 1975 در مقالات خود متذکر شده اند که آنها توانسته اند تا بیماران مانیک را از بیماران شیذوفرنیک براساس وجود این علامت در مرحله حاد بیماری جدا کنند و متذکر شده اند که وجود عواطف گسترده broad affect در تشخیص شیذوفرنی 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 ساله‌ای 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 شیذوفرنی 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 میکرده 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 توظئه‌ای بر علیه او طرح ریزی شده است. تکلم بیمار سریع و اندکی با فشار بود و با جزئیات پردازی circumstantiality توأم 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.

⁸ Lipkin et al (1970) نیز که در یکی از مراکز تحقیقاتی امریکا بروی اثرات درمانی لیتیوم کار میکرده است نیز در مقاله خود بیماری مشابه دو بیمار فوق را توضیح میدهد که سالها با تشخیص شیذوفرنی تحت درمان بوده اند اما با تشخیص مانی، درمان با کربنات لیتیوم در مورد آنها موفقیت آمیز بوده است. این بیماران نیز در تابلوی بالینی خود علاوه بر علائم پسیکوتیک 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 ⁹ 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

و توجه به نکات اخلاقی و اجتماعی و احساس محبت نسبت به دوستان و والدین میباشد. آنها این علامت را در زمره^۶ علائمی قرار داده اند که وجود آنها دال بر پیش آگهی بدتری می باشد.

در ضوابط تشخیصی فاینر Feighner et al¹² 1972 نیز توضیح داده شده است که تعداد قابل توجهی از بیماران شیذوفرنیک 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.

⁸ Lipkin et al (1970) نیز متذکر میشوند که در تشخیص افتراقی مانی از شیذوفرنی 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 شیذوفرنیک پارانوئید گنج کننده Puzzling و ترساننده Frightening است و مانند این است که میخواهد تنها خود را از مشکل دور کند. بیمار شیذوفرنیک 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^{۱۳}. 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 شیذوفرنی بگیرند.

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

توجه به این نکته نیز میتواند در تشخیص این

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 دریافت کرده باشد^{۱۳}.

خلاصه

در این مقاله تشخیص افتراقی شیذوفرنی و اختلالات عاطفی از دیدگاه علامت شناسی مورد مطالعه قرار گرفته است. ابتدا با مددگیری از مطالعات محققین مختلف، شیوع علائم مختلف پسیکوتیک در اختلالات عاطفی بررسی گردید. این امر نشان داد که شیوع علائم پسیکوتیک 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 مانی بیش از علائم مختلف پسیکوتیک ارزش تشخیصی افتراقی دارد بقسمی که میتوان وجود همزمان سه علامت تغییرات خلقی پر حرفی یا فشار کلام و هیپراکتیویته را علی رغم وجود علائم پسیکوتیک تقریباً "دال بر تشخیص مانی فرض کرد علاوه بر این دیده شد که "کندی عواطف" دارای ارزش تشخیصی زیادی برای شیذوفرنی 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.

- 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 phenom-enology 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 depressi-on 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. Psychia-try, 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 Fami-ly 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 phenomeno-logic, Family history and treatment-response study, Arch. Gen. Psychia-try, 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., Sad-eck, B.J., Comprehensive textbook of psychiatry/III, Third edition, Ba-ltimore, Williams & Wilkins, 1980.